

Quản lý tiền sản giật: Quyết định chấm dứt thai kỳ và các vấn đề có liên quan

Trần Lê Thủy¹, Lê Hồng Cẩm²

© Bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

¹ Giảng viên, Bộ môn Phụ sản Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: tlthuy@hotmail.com

² Phó giáo sư, Trưởng bộ môn, Bộ môn Phụ Sản Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, e-mail: lehongcam61@yahoo.com

Mục tiêu bài giảng

Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được hướng xử trí trong trường hợp tiền sản giật không có dấu hiệu nặng
2. Trình bày được hướng xử trí trong trường hợp tiền sản giật có dấu hiệu nặng
3. Trình bày được xử trí sau sanh đối với bệnh nhân tiền sản giật

CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN QUYẾT ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẰNG CHẤM DỨT THAI KỲ

Quyết định chấm dứt thai kỳ là một quyết định chỉ được đặt ra sau khi cân nhắc một cách kỹ lưỡng lợi ích của mẹ và của con, ưu tiên cho tính mạng mẹ.

Tiền sản giật là một bệnh lý có nguồn gốc từ nhau thai. Sự hiện diện của bánh nhau với hoạt năng của nó là khởi nguồn của các thay đổi sinh bệnh học của tiền sản giật. Sanh là biện pháp duy nhất giải quyết triệt để tình trạng tiền sản giật và sản giật.

Tuy nhiên, chỉ định chấm dứt thai kỳ để điều trị tiền sản giật phải đối mặt với tình trạng con: non tháng và thai với giới hạn tăng trưởng trong tử cung (FGR) là hai vấn đề phải giải quyết.

Mục tiêu của bất cứ kế hoạch điều trị nào là cân bằng dự hậu của mẹ và con để giảm thiểu đến mức thấp nhất có thể được kết cục xấu của mẹ và con, và đạt được hiệu quả cao nhất trong can thiệp điều trị.

Một cách tổng quát, do đây là bệnh lý mà tính mạng người mẹ bị đe dọa, nên luôn có sự ưu tiên cho tính mạng người mẹ, sau đó là khả năng thích ứng của thai trong môi trường ngoài tử cung.

Đôi khi, đối với thai, cuộc sống mới ngoài tử cung có thể sẽ tốt hơn. Trong trường hợp này can thiệp sẽ nặng về phía chấm dứt thai kỳ, do đem lại lợi ích cho cả mẹ và con.

Quyết định chấm dứt thai kỳ hoặc kéo dài thai kỳ tùy thuộc vào từng trường hợp riêng biệt, dựa trên sự xem xét các vấn đề sau:

1. Tình trạng của mẹ tại thời điểm đánh giá
 - Tiên lượng diễn tiến bệnh có nặng không
 - Mong ước của mẹ
 - Đã có chuyển dạ chưa
2. Tình trạng của con tại thời điểm đánh giá
 - Sức khỏe thai
 - Tuổi thai
 - Ối còn hay vỡ

Đánh giá tình trạng mẹ và thai phải dựa trên nhiều yếu tố

Để đánh giá tình trạng mẹ, cần khảo sát các dấu hiệu nặng và dấu hiệu dự báo tiên lượng xấu.

Tình trạng tăng huyết áp, các dấu hiệu lâm sàng của xuất huyết, phù phổi, phù não, thiếu hay vô niệu là các dấu chỉ lâm sàng quan trọng.

Công thức huyết cầu, trong đó quan trọng là số lượng tiểu cầu, dung tích hồng cầu, đông máu, chức năng gan gồm cả bilirubin và men gan, chức năng thận gồm urea và creatinin huyết thanh, acid uric, và lượng protein niệu trong 24 giờ.

Các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng này cho phép nhận diện một tình trạng tiền sản giật có hay không kèm theo tổn thương nội mô, nói cách khác giúp nhận diện một tiền sản giật có dấu hiệu nặng.

Để đánh giá tình trạng thai, cần khảo sát các yếu tố giúp đánh giá mức độ đe dọa và khả năng thích ứng với môi trường mới.

Kiểm định tuổi thai bằng các dữ kiện đã có từ trước, đánh giá tăng trưởng bào thai tìm dấu chứng của FGR (siêu âm sinh trắc), các dấu hiệu của suy thoái trao đổi tử cung nhau thông qua lượng giá sức khỏe thai như non-stress test và AFI (BPP biến đổi), BPP, velocimetry Doppler sẽ cung cấp các chỉ báo quan trọng về tình trạng thai, quan trọng nhất là so sánh việc kéo dài cuộc sống trong tử cung và khả năng thích ứng của thai với môi trường ngoài tử cung.

TĂNG HUYẾT ÁP HOẶC TIỀN SẢN GIẬT KHÔNG CÓ BIỂU HIỆN NẶNG

Theo dõi tăng cường là nội dung chủ yếu của tiền sản giật không có biểu hiện nặng, và khi thai chưa đủ tháng (tuổi thai dưới 37 tuần).

Các bước thực hiện sau là bắt buộc

1. Trước tiên xác nhận rằng không có biểu hiện lâm sàng chỉ điểm một tình trạng nặng
 - Huyết áp dưới 160/110 mmHg
 - Tiểu cầu > 100,000 / mm³
 - Men gan bình thường
2. Kế đến xác nhận rằng không có biểu hiện lâm sàng chỉ điểm của FGR hay suy giảm trao đổi tử cung nhau
 - Kết quả test lượng giá sức khỏe thai bình thường
3. Không dấu hiệu của các tình huống khẩn cấp
 - Chuyển dạ
 - Cấp cứu sản khoa

4. Khi đã xác nhận tất cả các yếu tố trên, có thể theo dõi ngoại trú. Tần suất khám 2 lần một tuần.

Nội dung của theo dõi ngoại trú:

1. Về phía mẹ: Theo dõi. Hướng dẫn bệnh nhân phát hiện dấu hiệu nặng.
2. Về phía con: Lượng giá sức khỏe thai bằng BPP biến đổi như một test tầm soát.

Về phía mẹ gồm nghỉ ngơi nhiều, chế độ ăn giàu đạm, rau cải, theo dõi huyết áp tại nhà với nhật ký ghi lại diễn biến huyết áp 2 lần mỗi ngày hay gần hơn. Không được dùng thuốc lợi tiểu, an thần. Không có chỉ định dùng thuốc chống tăng huyết áp cho tiền sản giật không có dấu hiệu nặng. Hướng dẫn bệnh nhân phát hiện dấu hiệu nặng.

Về phía con cũng là một theo dõi tăng cường, hướng dẫn đếm cử động thai hàng ngày, lượng giá sức khỏe thai bằng BPP biến đổi như một test tầm soát. Non-stress test được thực hiện 2 lần mỗi tuần. Siêu âm sinh trắc và đo chỉ số ối (AFI) 3 tuần một lần, ngoại trừ khi cần theo dõi gần hơn.

Trong quá trình điều trị ngoại trú, nếu phát hiện dấu hiệu nặng của tiền sản giật nặng, bệnh nhân phải được thay đổi chẩn đoán thành tiền sản giật có biểu hiện nặng và phải được nhập viện ngay.

TIỀN SẢN GIẬT CÓ BIỂU HIỆN NẶNG

Sanh là biện pháp duy nhất giải quyết triệt để tình trạng tiền sản giật có biểu hiện nặng và sản giật. Tuy nhiên, chỉ định chấm dứt thai kỳ để điều trị tiền sản giật phải đối mặt với tình trạng con. Việc quyết định thường rất khó khăn.

Cần cân nhắc các yếu tố lợi ích của việc chấm dứt thai kỳ trên mẹ và ảnh hưởng của tình trạng non tháng và/hoặc của FGR trên con.

Về phía mẹ, buộc phải xác định rằng tình trạng nặng hiện nay có cho phép thực hiện một can thiệp trì hoãn hay buộc phải chấm dứt thai kỳ ngay. Liệu sự trì hoãn này có mang lại thêm lợi ích nào cho con hay không.

Như vậy các yếu tố ảnh hưởng đến quyết định can thiệp trong trường hợp có biểu hiện nặng bao gồm:

1. Tuổi thai là: rất non (cực non - dưới 23 tuần, không có khả năng sống), non (từ 24 đến 34 tuần có khả năng sống nhưng cần một vài sự chuẩn bị trước sanh), gần trưởng thành (từ 34 đến 37 tuần, có khả năng sống cao), hay đã trưởng thành (> 37 tuần).
2. Tình trạng thai là có thể kéo dài thêm đời sống trong tử cung để chờ chuẩn bị, hay không thể kéo dài thêm nữa.
3. Tình trạng nặng của tiền sản giật với biểu hiện rất nặng không thể kéo dài thêm như triệu chứng thần kinh, suy thận, nhau bong non, phù phổi, sản giật, hội chứng HELLP, DIC... hay có thể cho phép kéo dài thêm để thực hiện chuẩn bị cho thai.
4. Tình trạng chuyển dạ hay vỡ ối.

Khi tình trạng nặng và tuổi thai dưới 23 tuần

Khi xảy ra tình trạng nặng và tuổi thai dưới 23 tuần, tính mạng của mẹ là quan trọng. Tình trạng thai là không có hy vọng. Xử lý hợp lý nhất là chấm dứt thai kỳ để cứu mẹ.

Do thai nhi (1) hầu như không có triển vọng sống, (2) thời gian chờ đợi đến khi có khả năng sống quá dài, (3) nếu sống cũng có khả năng khuyết tật cao, và (4) tình trạng mẹ không cho phép chờ đợi, nên xử lý hợp lý nhất là chấm dứt thai kỳ để cứu mẹ.

Trong trường hợp này, chuyển dạ được khởi phát bằng prostaglandin E₂ (PGE₂) đặt âm đạo, theo sau bằng oxytocin.

Trong trường hợp đặc biệt là bệnh nhân không muốn chấm dứt thai, muốn giữ thai bằng mọi giá, thì có thể chấp nhận theo dõi tiếp nhưng phải tư vấn một cách chi tiết về nguy cơ rất cao của mẹ, dự hậu rất xấu của thai và tương lai bất định của trẻ.

Khi tuổi thai không quá non, từ 23-32 tuần + 6/7 ngày

Khi tuổi thai không quá non, 23-32 tuần +6/7 ngày, cần cân nhắc giữa kéo dài thai kỳ và chấm dứt thai kỳ.

Lưu ý rằng mẹ phải đối mặt với nhiều nguy cơ khi kéo dài thai kỳ.

Trong trường hợp này, tùy theo tình trạng mẹ là nặng nhiều hay ít, tiền lượng ọc quan hay rất xấu, cũng như thai nhi còn cần bao lâu để đạt mức trưởng thành mà quyết định.

Trong giai đoạn này, mẹ vẫn ưu tiên hơn con.

Tuy nhiên, nếu điều kiện cho phép khả năng nuôi sơ sinh non tháng tốt, có thể chú trọng tình trạng con.

Nếu quyết định kéo dài thai kỳ được đặt ra thì có thể cân nhắc corticosteroids liệu pháp dự phòng suy hô hấp cấp và MgSO₄ liệu pháp dự phòng tổn thương não.

Khi tuổi thai đã từ 33-34 tuần 0/7 ngày

Khi tuổi thai đã 33-34 tuần, cần cân nhắc tình trạng mẹ có cho phép kéo dài thêm 48 giờ cho corticoids liệu pháp dự phòng suy hô hấp cấp hay không?

Do thai đã gần đạt mức trưởng thành, và corticosteroids liệu pháp có hiệu quả rất cao ở tuổi thai này, nên việc kéo dài thêm 48 giờ chờ corticosteroids có hiệu lực là cần thiết.

2 điều kiện tiên quyết để thực hiện corticosteroids liệu pháp là (1) tình trạng mẹ phải đảm bảo cho việc kéo dài thai kỳ thêm 48 giờ mà không ảnh hưởng xấu đến mẹ, và (2) tình trạng tuần hoàn tử cung-nhau và dự trữ kiềm của con phải đảm bảo chịu đựng cuộc sống trong tử cung thêm 48 giờ. Nếu 2 điều kiện này cùng thỏa, thì có chỉ định kéo dài thai kỳ ngắn hạn, thực hiện corticosteroids liệu pháp và chấm dứt thai kỳ khi liệu pháp có hiệu lực.

Khi tuổi thai đã trên 34 tuần

Khi tuổi thai trên 34 tuần, việc kéo dài thêm thai kỳ hoàn toàn không có lợi, mà chỉ dẫn đến làm tăng nguy cơ cho mẹ và con.

Ở tuổi thai này, có thể chấm dứt thai kỳ vô điều kiện.

Nguy cơ suy hô hấp và thoái hóa chất trắng sơ sinh rất thấp khi thai đã được 34 tuần. Hơn nữa, corticosteroids liệu pháp không cải thiện thêm tình trạng thai, tức không làm giảm thêm tỉ lệ suy hô hấp cấp (NNT = 95). Trong khi đó, tình trạng mẹ lại rất nặng, có thể xảy ra biến chứng.

Thai có thể không còn đủ khả năng để chịu đựng thêm cuộc sống trong tử cung với thiếu oxygen trường diễn.

Việc kéo dài thai kỳ thêm không mang lại bất cứ lợi ích nào, mà chỉ làm tăng nguy cơ xảy ra kết cục sản khoa xấu ở cả con và mẹ.

Ở tuổi thai này, có thể chấm dứt thai kỳ vô điều kiện.

Thông thường, người ta cố gắng khởi phát chuyển dạ để chấm dứt thai kỳ.

Chỉ nên mổ lấy thai trong trường hợp khởi phát chuyển dạ thất bại hoặc trong các trường hợp mà tính mạng mẹ hoặc thai đang nguy kịch, cần chấm dứt ngay.

Cần nhớ lại rằng các thai phụ này có nguy cơ cao băng huyết sau sanh, và cũng dung nạp rất kém băng huyết sau sanh do không có sự tăng thỏa đáng của dự trữ thể tích máu trong thai kỳ, hậu quả của thoát mạch và cô đặc máu.

Môi trường trong tử cung không phải lúc nào cũng tốt cho con, nhất là khi đã có FGR.

Việc kéo dài thai kỳ là không có lợi khi con đang bị đe dọa bởi thiếu năng tuần hoàn tử cung-nhau.

Nếu có FGR và suy tuần hoàn tử cung-nhau thể hiện qua test lượng giá sức khỏe thai, việc kéo dài thai kỳ chỉ là để chờ corticosteroids liệu pháp dự phòng suy hô hấp cấp ở sơ sinh phát huy hiệu lực.

Khi tuổi thai đã trên 37 tuần

Khi tuổi thai trên 37 tuần, vấn đề chỉ là phải chấm dứt thai kỳ bằng cách nào

Khi tuổi thai trên 37 tuần, cần chấm dứt thai kỳ bằng khởi phát chuyển dạ.

Như trên đã trình bày, có thể khởi phát chuyển dạ sớm hơn tuổi thai này khi có nghi ngờ nhau bong non, thai suy dinh dưỡng trong tử cung, chuyển dạ hay ối vỡ.

Khi khởi phát chuyển dạ, cần căn cứ trên chỉ số Bishop. Nếu điểm Bishop không thuận lợi (< 6) có thể thực hiện khởi phát chuyển dạ bằng prostaglandins.

Prostaglandin E₂ có thể có hiệu quả chuẩn bị cổ tử cung tốt, nhưng hiện không có trên thị trường Việt Nam.

Prostaglandin E₁ được nghiên cứu nhiều, nhưng hiện tại, không có bất cứ khuyến cáo chính thức cho phép dùng PGE₁ để khởi phát chuyển dạ ở thai sống, đủ tháng.

Trong điều kiện nước ta hiện nay, có thể khởi phát chuyển dạ bằng đặt ống thông foley ở kênh tử cung hay trong buồng tử cung. Nếu cổ tử cung thuận lợi có thể thực hiện khởi phát chuyển dạ bằng oxytocin.

XỬ TRÍ SAU SANH

25-30% trường hợp sản giật và 30% trường hợp HELLP xảy ra trong thời gian hậu sản.

Sau khi đã chấm dứt thai kỳ, nguy cơ xảy ra sản giật và hội chứng HELLP vẫn còn đó. Vì thế, các biện pháp kiểm soát tăng huyết áp và dự phòng sản giật vẫn phải được duy trì.

Nếu bệnh nhân đang dùng MgSO₄ thì điều trị này phải được tiếp tục kéo dài 12-24 giờ sau sanh.

Không nên kê toa thuốc kháng viêm không steroid để giảm đau hậu sản đối với bệnh nhân tiền sản giật nặng.

Tại thời điểm xuất viện, đa số bệnh nhân có huyết áp trở về trị số bình thường. Nếu huyết áp vẫn còn cao, cần duy trì thuốc chống tăng huyết áp, và đánh giá lại sau một tuần.

Điều quan trọng là bệnh nhân phải được thông tin về những diễn biến có thể xảy ra trong thời kỳ hậu sản, cũng như nhắc lại các triệu chứng trở nặng của bệnh.

Khi có bất thường, thai phụ phải được tái nhập viện.

Một thai phụ không có tiền sản giật trong thai kỳ vẫn có thể có tiền sản giật xuất hiện trong thời gian hậu sản.

Cần lưu ý rằng có một số bệnh nhân vẫn có thể khởi phát tăng huyết áp-tiền sản giật lần đầu trong thời gian hậu sản.

Đa số các trường hợp đặc biệt này xảy ra vào 3-7 ngày sau sanh.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Obstetrics and gynecology 8th edition. Tác giả Beckmann. Hợp tác xuất bản với ACOG. Nhà xuất bản Wolters Kluwer Health 2018.