

## Nguyên lý quản lý hội chứng HELLP và sản giật trong chuyển dạ

Trần Lê Thủy<sup>1</sup>, Lê Hồng Cẩm<sup>2</sup>

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

<sup>1</sup> Giảng viên, Bộ môn Phụ sản Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: [tlthuy@hotmail.com](mailto:tlthuy@hotmail.com)

<sup>2</sup> Phó giáo sư, Trưởng bộ môn, Bộ môn Phụ Sản Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, e-mail: [lehongcam61@yahoo.com](mailto:lehongcam61@yahoo.com)

### Mục tiêu bài giảng

Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng HELLP
2. Trình bày được xử trí trường hợp bệnh nhân bị hội chứng HELLP
3. Nêu được các cận lâm sàng cần khảo sát trong trường hợp bệnh nhân bị sản giật
4. Trình bày được xử trí một trường hợp bệnh nhân bị sản giật

### HỘI CHỨNG HELLP

Hội chứng HELLP là tình trạng rất nặng, tử vong cao.

Hội chứng HELLP gồm tán huyết (Hemolysis), tăng men gan (Elevated Liver Enzyme) và giảm tiểu cầu (Low Plateletes count). Gặp trong khoảng 3-12%.

Tiền sản giật có thể trở nặng nhanh cùng với sự hiện diện của hội chứng HELLP.

Bệnh nhân bị hội chứng HELLP thường là con rạ, 20% trường hợp hội chứng HELLP không có tăng huyết áp, chỉ hoặc tăng nhẹ huyết áp trong 30% trường hợp. Đau thượng vị và đau hạ sườn phải là triệu chứng thường thấy nhất (90%), buồn nôn-nôn xảy ra khá thường xuyên (50%), và thường làm cho hội chứng này bị chẩn đoán nhầm là bệnh đường tiêu hóa. Sự nhầm lẫn này làm cho chẩn đoán bị chậm trễ và làm tăng tỉ lệ biến chứng của hội chứng HELLP. Vàng da và tiểu ra máu hiếm gặp hơn (5-10%). Các triệu chứng đầu tiên thường là lơ mơ, buồn nôn, nôn và các triệu chứng không đặc hiệu như nhiễm siêu vi. Có khoảng 5% trường hợp hội chứng HELLP không kèm theo protein niệu.

Ở thai phụ có hội chứng HELLP, các biến chứng và kết cục xấu được ghi nhận trong khoảng 40% trường hợp, gồm: tử vong mẹ (từ dưới 1% đến 24%), tụ máu dưới bao gan (1.6%), sản giật (6%), nhau bong non (10%), tổn thương thận cấp (5%) và phù phổi cấp (10%). Những biến chứng nguy hiểm khác là đột quỵ, rối loạn đông máu, hội chứng suy hô hấp cấp và nhiễm trùng huyết cũng được ghi nhận ở thai phụ với hội chứng HELLP.

Hội chứng HELLP được đặc trưng bởi các biến động sinh hóa (AST, Lactate dehydrogenase) và giảm tiểu cầu.

Hội chứng HELLP được đặc trưng bởi các biến động sinh hóa. Các tiêu chuẩn chẩn đoán thường dùng là:

- Tăng bilirubin toàn phần  $\geq 1.2$  mg/dL
- Tăng aspartate aminotransferase (AST)  $> 70$  UI/L
- Tăng lactate dehydrogenase  $> 600$  U/L
- Giảm tiểu cầu  $< 100000 / \mu\text{L}$

Chấm dứt thai kỳ trong khuôn khổ một điều trị được cá thể hóa là một bộ phận của xử lý hội chứng HELLP.

Đây là hội chứng nặng. Một cách tổng quát, chấm dứt thai kỳ ngay là một bộ phận của xử trí hội chứng HELLP.

Các thành phần khác của điều trị hội chứng HELLP gồm ổn định tim mạch, điều chỉnh rối loạn đông máu.

Cần chú ý là do tình trạng rất nặng của mẹ, và tình trạng của thai rất thay đổi nên xử trí bệnh nhân với hội chứng HELLP nên được cá thể hóa cho từng trường hợp.

Trong mọi trường hợp, cần cố gắng ổn định bệnh nhân trước khi ra quyết định chấm dứt thai kỳ.

Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, lượng nước tiểu. Theo dõi sát tim thai với monitoring thường xuyên. Theo dõi sát lượng dịch xuất nhập. Cần hạn chế nước nhập  $< 100$  mL/giờ để tránh phù phổi. Theo dõi dấu ngộ độc  $\text{MgSO}_4$  nếu đang dùng  $\text{MgSO}_4$ .

Chuẩn bị 2 đơn vị máu đông nhóm, chuẩn bị sẵn tiểu cầu. Chỉ định truyền tiểu cầu trước và sau sanh khi tiểu cầu giảm dưới  $50000 / \mu\text{L}$ . Đối với bệnh nhân mổ lấy thai, nên truyền tiểu cầu khi tiểu cầu  $< 50000 / \mu\text{L}$  trước khi mổ. Mọi bệnh nhân có tiểu cầu thấp phải được điều chỉnh trước phẫu thuật bằng cách truyền 6-10 đơn vị tiểu cầu.

Trong trường hợp có nghi ngờ phù phổi cấp, cần tiêm tĩnh mạch chậm 40 mg Furosemide và chụp X-quang ngực, ECG mẹ.

Mổ sanh thường được chọn như phương pháp dùng để chấm dứt thai kỳ.

Một cách tổng quát, chấm dứt thai kỳ ngay là một bộ phận của xử trí hội chứng HELLP.

Chỉ trì hoãn việc chấm dứt thai kỳ sau 48 giờ trong trường hợp chờ tác dụng của corticosteroids (chỉ khi có chỉ định) và phải không có tình trạng đông máu nội mạch lan tỏa.

Chấm dứt thai kỳ vì hội chứng HELLP ở thai rất non tháng (dưới 30 tuần), được thực hiện bằng khởi phát chuyển dạ. Khởi phát chuyển dạ được thực hiện bằng oxytocin và sanh ngã âm đạo nếu cổ tử cung thuận lợi.

Nếu thai trên 30 tuần, và nếu cổ tử cung chưa chín mùi thì nên cân nhắc giữa mổ lấy thai hoặc phát khởi chuyển dạ sau làm chín mùi cổ tử cung bằng  $\text{PGE}_2$ .

### SẢN GIẬT

Sản giật được chẩn đoán khi có cơn co giật hoặc hôn mê xảy ra trên bệnh nhân tiền sản giật.

Sản giật có thể xảy ra trước, trong và sau sanh.

Chẩn đoán sản giật đòi hỏi phải có sự hiện diện của 3 yếu tố (1) những cơn co giật và (2) hôn mê (3) xảy ra trên một bệnh nhân có hội chứng tiền sản giật.

Là một biến chứng rất nặng của tiền sản giật với dấu hiệu nặng. Xuất độ của sản giật khoảng 1:2000 trường hợp sinh (Hà Lan, Anh). Sản giật có thể xảy ra cả trước sinh (25%), trong khi sinh (50%) và sau khi sinh (25%).

Khi đã xảy ra sản giật thì tỷ lệ tử vong cho mẹ và con sẽ rất cao. Tử vong mẹ và thai nhi do tiền sản giật là một trong những yếu tố đóng góp rất lớn vào bệnh suất và tử vong chung của bà mẹ và tử vong chung của trẻ sơ sinh.

Tai biến mạch máu não là nguyên nhân chính gây tử vong cho mẹ trong sản giật.

Sản giật chiếm khoảng 67.2% nguyên nhân sản khoa gây suy thận cấp đòi hỏi lọc thận. Biến chứng suy thận trong sản giật có thể dẫn đến suy thận mãn.

Sản giật đe dọa tính mạng mẹ và thai nhi. Nguy cơ mẹ bao gồm tổn thương cơ xương, cắn lưỡi, ngạt.

1. Việc phải làm trước tiên khi xảy ra sản giật là thông đường hô hấp. Trước tiên đặt cây ngáng lưỡi, hút đàm rãi, cung cấp oxy, bảo đảm thông đường thở, và mở đường truyền tĩnh mạch.
2. Co giật thường tự giới hạn. Mục tiêu của điều trị  $MgSO_4$  là để phòng ngừa các cơn co giật có khả năng sẽ xảy ra sau đó. Nếu bệnh nhân bị sản giật dù đang được truyền  $MgSO_4$ , cần tiêm tĩnh mạch chậm thêm 2 gram  $MgSO_4$  nữa, sau đó định lượng  $Mg^{++}$  trong máu. Không nên chống co giật bằng diazepam hoặc các thuốc tương tự khác.

Nên đo khí máu động mạch, điều chỉnh cân bằng kiềm-toan, để theo dõi hiệu quả của tình trạng thông khí sau co giật.

Cần đặt ống thông Foley để theo dõi chính xác lượng nước tiểu, nhằm phát hiện các triệu chứng nặng như vô niệu, và đồng thời để theo dõi điều trị với  $MgSO_4$ .

Nếu mẹ có tăng huyết áp nhiều, thiếu niệu, dấu hiệu rối loạn về tim mạch thì nên cân nhắc đặt catheter tĩnh mạch trung tâm và nên theo dõi liên tục điện tim bằng monitor.

Sản giật đe dọa tính mạng mẹ và thai nhi. Nguy cơ của con là nguy cơ của thiếu oxygen kéo dài trong cơn giật..

Do tình trạng giảm thông khí trong co giật, có thể kèm theo tình trạng co cơ tứ cung, nên sản giật thường làm nhịp tim thai thay đổi thoáng qua, thường tự giới hạn trong vòng 15 phút.

Các biến động thường gặp là nhịp tim thai nhanh, nhịp giảm muộn. Cũng có thể gặp nhịp tim thai chậm, hay nhịp giảm bất định. Nói chung, thai có thể dung nạp được tình trạng thiếu oxygen ngắn hạn trong cơn giật.

Dấu hiệu lo ngại là khi biến động tim thai kéo dài hơn 20 phút mà chưa hồi phục. Điều này thể hiện hệ đệm của thai đã cạn kiệt, không còn đủ khả năng đệm khi đã xảy ra toan hô hấp.

Chỉ định chấm dứt thai kỳ thường phải được thực hiện trong vòng 12 giờ sau khi kiểm soát được sản giật.

Sau cơn giật, phải nhanh chóng ổn định nội khoa. Cần cho sanh trong vòng 12 giờ sau khi đã kiểm soát được tình hình nội khoa.

Khởi phát chuyển dạ bằng oxytocin nếu tình trạng cổ tử cung thuận lợi.

Mổ lấy thai là biện pháp thích hợp, do tránh được stress do qua trình chuyển dạ và rút ngắn được thời gian nguy cơ xảy ra các cơn giật kế tiếp. Khi mổ có thể gây mê toàn thân hoặc gây tê ngoài màng cứng với điều kiện là không có rối loạn đông máu.

Không được dùng ergometrin để dự phòng hay điều trị bằng huyết sau sanh trong tiền sản giật-sản giật vì các ergot alkaloids (ergometrin) làm tăng nguy cơ co giật và tai biến mạch máu não.

Xử trí suy thận cấp sau sản giật.

Cần theo dõi lượng nước tiểu do sản giật thường kèm theo thiếu niệu hay vô niệu, hậu quả của hoại tử ống thận cấp.

Nếu có thiếu niệu, cần truyền nhanh 1 lít dung dịch Glucose 5% trong 30 phút. Cảnh giác với phù phổi khi truyền nhanh.

Nếu tình hình bài niệu không cải thiện, có thể đã có hoại tử ống thận cấp. Trong trường hợp này, cần phải được chăm sóc tại chuyên khoa hồi sức tích cực nội khoa, với manitol, furosemid hoặc thẩm phân ....

#### TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

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