

TĂNG HUYẾT ÁP THAI KỲ - TIỀN SẢN GIẬT

THA trong thai kỳ nguyên nhân là do thai (do bánh nhau), nên chỉ có thể hết khi không còn bánh nhau trong cơ thể người mẹ, tuy nhiên THA thai kỳ có nguy cơ tiến triển thành THA mạn vì thế sau sanh chúng ta sẽ có kế hoạch theo dõi, quản lý phù hợp để phát hiện và xử trí kịp thời. Tiền sản giật, sản giật là biến chứng nội khoa thường gặp nhất ở phụ nữ mang thai với tỉ lệ từ 2% - 8%.

Phân loại THA thai kỳ:

1. Hội chứng TSG – SG
2. THA thai kỳ
3. THA mạn
4. TSG ghép trên nền THA mạn

1. Mở đầu buổi tư vấn

- ☐ Chào hỏi, tự giới thiệu: *Chào chị tôi là ... hôm nay tôi sẽ phụ trách khám/tư vấn cho chị.*
- ☐ Mời thai phụ tự giới thiệu
 - Tên, tuổi, nghề nghiệp
 - PARA
 - Tuần tuổi thai
- ☐ Thai phụ trình bày về mục đích buổi tư vấn: *Điều gì khiến cho chị phải đến buổi tư vấn hôm nay?*
- ☐ Làm rõ mục đích buổi tư vấn: *Hôm nay tôi sẽ tư vấn cho chị hiểu rõ hơn về vấn đề ... này.*

2. Thu thập thông tin

Mục tiêu thu thập thông tin là để phân loại THA thai kỳ:

- ☐ Hỏi bệnh: **hỏi sổ khám thai, kết quả CTM, sinh hóa máu, TPTNT, đạm niệu 24h, siêu âm**
 - Con so, đa thai
 - Thai phụ lớn tuổi/béo phì
 - Tăng huyết áp mạn, đái tháo đường, lupus, bệnh thận
 - Tiền căn THA thai kỳ - TSG, SG ở thai kỳ trước
 - Tiền căn sanh con nhẹ cân, IUGR, kết cục xấu thai kỳ trước
 - Tiền sử gia đình có mẹ hoặc chị em gái bị tiền sản giật.
 - **Nếu có sổ khám thai xem diễn tiến huyết áp của thai phụ trong thai kỳ**
- ⇒ Nếu phát hiện yếu tố nguy cơ (≥ 1 YTNC cao hoặc ≥ 2 YTNC trung bình) trong TCN1, dự phòng bằng aspirin 81mg/ngày từ 11-14 tuần đến hết thai kỳ. Nếu đến khám muộn thì khai thác xem có dự phòng hay chưa.
- ☐ Huyết áp: nghỉ ngơi ít nhất 5 phút trước khi đo, không nên vận động mạnh, tiếp xúc khí lạnh, ăn, uống rượu bia, cà phê, hút thuốc lá 30p trước khi đo, đo tư thế ngồi, tay ngang tim, không bắt chéo chân, ngồi nghỉ ngơi khoảng 15 phút đo lại (với HA tâm thu ≥ 160 mmHg hoặc HA tâm trương ≥ 110 mmHg) hoặc sau 4 giờ (với HA tâm thu ≥ 160 mmHg hoặc HA tâm trương ≥ 110 mmHg).
- ☐ CLS cần chú ý
 - TPTNT: Protein ≥ 300 mg/24h hoặc Pro/Crea ≥ 0.3 hoặc Dip-stick $\geq 1+$ (tối thiểu)
 - Huyết đồ: **PLT $< 100,000/\mu\text{L}$** , **LDH $> 600\text{IU/L}$** , **bilirubin TP $> 1.2\text{mg\%}$** , **AST $> 70\text{IU/L}$** , **Haptoglobin $< 13\text{mg/dL}$**

giảm tiểu cầu
tổn thương mô
suy tế bào gan
tán huyết
 - Creatinin huyết thanh $> 1.1\text{mg/dL}$ hoặc gấp đôi bình thường/bn không bệnh lý thận (suy thận)
 - **sFlt-1: PlGF > 85**
 - Siêu âm: có IUGR hay không?
 - Phân loại CTG, NST đáp ứng hay không, thai có đang bị đe dọa không?

☐ Chẩn đoán

Tiêu chuẩn chẩn đoán TSG – TSG có dấu hiệu nặng	
Huyết áp	<ul style="list-style-type: none"> Huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg HOẶC huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg qua 2 lần đo cách nhau ít nhất 4 giờ xuất hiện sau tuần lễ thứ 20 thai kỳ ở phụ nữ có huyết áp bình thường trước đó. Huyết áp tâm thu ≥ 160 mmHg HOẶC huyết áp tâm trương ≥ 110 mmHg, THA có thể được xác định trong khoảng thời gian ngắn (vài phút) để thích hợp cho điều trị hạ áp cho bệnh nhân.
và	
Đạm niệu	<ul style="list-style-type: none"> ≥ 300 mg trong 24 giờ (hoặc lượng đạm này được suy ra từ một khoảng thời gian thu thập nước tiểu tương ứng) Hoặc tỷ số Protein/creatinin ≥ 0.3. Dip-Stick $\geq 1+$ (chỉ sử dụng khi các phương pháp định lượng khác không có sẵn).
hoặc trong trường hợp không có đạm niệu, THA mới xuất hiện kèm với 1 trong các dấu hiệu mới khởi phát sau:	
Giảm tiểu cầu	Tiểu cầu $< 100.000 / \mu\text{L}$. (chảy máu niêm mạc, các chấm xuất huyết dưới da, vết bầm, chảy máu)
Suy thận	<ul style="list-style-type: none"> Creatinin huyết thanh $> 1,1$ mg/dL hoặc gấp đôi nồng độ creatinin huyết thanh bình thường mà không có nguyên nhân do bệnh lý thận khác. Thiếu niệu: nước tiểu < 500 ml/ 24 giờ Tăng acid uric tăng > 7mg/dL (nam), 6mg/dL (nữ)
Suy tế bào gan	Men gan trong máu tăng gấp 2 lần bình thường (đau thượng vị, đau hạ sườn phải)
Phù phổi	
Các triệu chứng của não và thị giác (chóng mặt, nhức đầu không giảm, nhìn mờ)	
Nha bong non (ra huyết âm đạo loãng, bầm, không đông kèm theo tử cung co cứng liên tục)	
Phân loại TSG	
TSG khởi phát sớm	<ul style="list-style-type: none"> TSG khởi phát <u>trước thời điểm 34 tuần</u>. Có ý nghĩa với các kết cục xấu của thai kỳ: tăng tỉ lệ chết chu sinh và chết sơ sinh, tăng nguy cơ của chết thai, sản giật và phù phổi... Có thể do dị tật thai.
TSG khởi phát muộn	TSG khởi phát sau thời điểm 34 tuần.
Sản giật	Tình trạng có cơn co giật mới và hôn mê trên phụ nữ bị tiền sản giật mà không giải thích được bởi nguyên nhân nào khác.
THA thai kỳ	<ul style="list-style-type: none"> Tăng huyết áp khởi phát sau tuần lễ thứ 20 của thai kỳ và không có đạm niệu. Huyết áp thường sẽ trở về bình thường sau 12 tuần hậu sản.
THA mạn	Tăng huyết áp xuất hiện trước tuần thứ 20 của thai kỳ hoặc tăng huyết áp đã có trước mang thai.
TSG/THA mạn	<ul style="list-style-type: none"> Tiền lượng xấu nhất. THA mạn có đạm niệu mới xuất hiện sau tuần thứ 20 thai kỳ hay Huyết áp tăng cao đột ngột hoặc cần phải tăng liều thuốc hạ áp hay Các dấu hiệu nặng của TSG

3. Tư vấn về chẩn đoán- xử trí – theo dõi

☐ Thiết lập chẩn đoán:

- Nói được chẩn đoán THA thai kỳ, giải thích nguyên nhân là do thai, do bánh nhau, có dấu hiệu nặng hay chưa.
- Chỉ ra được mức non tháng: Tuổi thai so với các mốc: 25 – 34 – 37 tuần.

□ Kế hoạch xử trí – quản lý:

TSG không dấu hiệu nặng – THA thai kỳ – THA mạn chưa có TSG

- Theo dõi, điều trị ngoại trú, tái khám mỗi 2 tuần.
- Nếu thai kỳ tiến triển thuận lợi, **CDTK khi 37 tuần**.
- Theo dõi sức khỏe mẹ:
 - **HA 2 lần/ngày.**
 - **Huyết đồ, sinh hóa máu mỗi tuần.**
 - **TPTNT, đạm niệu mỗi lần khám thai.**
- Theo dõi sức khỏe thai:
 - **Đếm cử động thai**
 - **NST 1 lần/tuần.** *nếu THA mạn, 2L/tuần TSG*
 - **SÂ Doppler:** xác định có thai chậm tăng trưởng **2 tuần/lần** và đánh giá lượng ối 1 tuần/lần.
- Dặn dò:
 - Nghỉ ngơi, yên tĩnh chế độ ăn nhiều đạm, nhiều rau và trái cây tươi.
 - Không tự ý dùng thuốc lợi tiểu, an thần, thuốc hạ áp
 - **Các dấu hiệu nặng:** nhức đầu nhiều, chóng mặt, hoa mắt, nhìn mờ, đau thượng vị, đau hạ sườn phải, thở nhanh, khó thở, chấm xuất huyết, mảng bầm dưới da, tiểu ít (nên ngưng lại nước tiểu < 300ml)
 - Vào viện khi có dấu hiệu nặng hoặc thai máy ít, ra nước, ra huyết, đau trần bụng nhiều (cơn gò > 2 lần/10 phút), bất thường khác.
- CDTK sớm khi:
 - Nghi ngờ nhau bong non
 - Thai ≥ 34 tuần **chuyển dạ hoặc vỡ ối**
 - Thai ≥ 34 tuần **thiếu ối AFI < 5cm ở 2 lần SA liên tiếp cách nhau 24h**
 - Thai ≥ 34 tuần SA ước lượng trọng lượng thai **nhỏ hơn bách phân vị thứ 5.**

TSG có dấu hiệu nặng: Sanh là biện pháp giải quyết triệt để duy nhất.

Trước 25 tuần: CDTK bất cứ khi nào khi có dấu hiệu nặng nguy hiểm tính mạng thai phụ (ưu tiên mẹ hơn con vì không có triển vọng sống, khả năng dị tật cao)

- Phù phổi
- Suy thận
- Nhau bong non
- Giảm tiểu cầu nặng
- Đông máu nội mạch lan tỏa
- Các triệu chứng não dai dẳng
- NST không đáp ứng (2 lần liên tiếp cách 4-6 giờ ở tuổi thai 28-32 tuần).
- **SA Doppler ĐM rốn:** mất hoặc đảo ngược sóng tâm trương.
- Thai lưu.

Nguyên tắc điều trị

- Dự phòng và kiểm soát cơn co giật bằng magnesium sulfate. (MgSO₄ bolus bơm tiêm điện 7ml/h – **theo dõi ngộ độc: phản xạ gân xương, cơ hô hấp, tim**)
- Hạ áp chỉ khi huyết áp tâm trương ≥ 100-110mm Hg, hoặc huyết áp tâm thu ≥ 150-160 mmHg (ACOG 2012). Mục tiêu: HA trung bình sau 2 giờ không giảm quá 25% so với HA ban đầu. HA tâm thu ở mức **130 – 150 mmHg**. HA tâm trương ở mức **80 – 100 mmHg**. (**Nicardipine** IV: 1-3mg/giờ hay **Labetalol** IV 5-20mg/giờ)
- **Chấm dứt thai kỳ sau chống co giật và hạ huyết áp 24 giờ.**
- **Tránh sử dụng lợi tiểu.** Hạn chế truyền dịch trừ khi có tình trạng mất nước nhiều.

- **Đối với thai 28 – 34 tuần** (26 – 28 tuần cân nhắc tùy trường hợp vì sinh non tháng): hỗ trợ phổi tiêm bắp **Betamethasone 12mg/24 giờ x 2 ngày** hoặc **Dexamethasone 6mg/12 giờ x 2 ngày**. Cố gắng duy trì đến khi đủ 34 tuần nếu được.
- Chấm dứt thai kỳ khi:

- HA ổn định ở thai đủ 34 tuần
- Vỡ ối
- Chuyển dạ
- Tiểu cầu < 100.000/mm³
- Men gan tăng kéo dài (≥ 2 lần giá trị bình thường)
- Thai chậm tăng trưởng (ước lượng cân nặng nhỏ hơn bách phân vị thứ 5)
- Thiếu ối (AFI < 5 cm) (siêu âm 2 lần cách nhau 24 giờ)
- Bắt đầu suy thận hoặc nặng thêm tình trạng suy thận.
- Hoặc bất cứ khi nào có các dấu hiệu nặng: Tăng HA không kiểm soát được, sản giật, phù phổi, nhau bong non, đông máu nội mạch lan tỏa, NST không đáp ứng, **đảo ngược sóng tâm trương động mạch rốn**, thai lưu. → **CDTK ngay**

□ Theo dõi tại viện

- Theo dõi mẹ
 - Sinh hiệu mỗi giờ/lần.
 - Bilan dịch vào và ra mỗi 8 giờ/lần.
Dịch vào: thức ăn, nước uống, dịch truyền, dịch nội sinh (khoảng 2500ml/ngày hay 35ml/kg/ngày)
Dịch ra: nước tiểu, dịch phân, dịch dẫn lưu, dịch nôn, máu mất, nước mất qua da – 600 đến 900ml (khoảng 1400 - 2300ml/ngày)
 - Dấu hiệu chuyển dạ.
 - Xét nghiệm bilan tiền sản giật mỗi 1-2 ngày. (CTM máu, sinh hóa máu, chức năng gan, TPTNT, ion đồ, chức năng đông máu)
- Theo dõi con
 - Đếm cử động thai, NST mỗi ngày.
 - Theo dõi biểu đồ cân nặng thai, lượng nước ối và doppler ĐM rốn mỗi tuần.

4. Tư vấn ảnh hưởng trên mẹ – con: Tôi rất lấy làm tiếc vì phải thông báo...

□ Ảnh hưởng mẹ:

- Sản giật, xuất huyết não, mù mắt, suy gan suy thận, phù phổi cấp, hôn mê, tử vong.
- Nhau bong non, băng huyết sau sanh, rối loạn đông máu, truyền máu, cắt tử cung, nhiễm trùng, phẫu thuật lại.
- Diễn tiến bệnh có khả năng kéo dài từ 6 tuần đến 3 tháng sau sinh, THA mạn tính.
- **Nguy cơ chuyển thành THA mạn và các bệnh lý tim:** Tình trạng THA kéo dài càng lâu sau sinh, nguy cơ chuyển thành THA mạn càng cao. Những phụ nữ đã bị TSG, nguy cơ THA mạn tăng nếu lại bị TSG ở những lần có thai sau. Những phụ nữ đã bị SG, nguy cơ phát triển thành THA mạn cao gấp 3 lần ở phụ nữ đã sinh nhiều lần so với phụ nữ mới sinh lần đầu.
- Nguy cơ tái phát TSG ở những lần mang thai tới: Tình trạng TSG biểu hiện và chuẩn đoán càng sớm, khả năng bị TSG ở những lần mang thai tới càng cao, nguy cơ bị TSG ở lần có thai sau nhiều hơn sản phụ mới bị TSG lần đầu.

□ Ảnh hưởng con:

- **Sanh non**
- **Chậm trưởng thành hoặc chết trong tử cung.**
- Chưa nuôi được do non tháng. Tăng tỉ lệ tử vong chu sinh gấp 8 lần dân số bình thường.
- Suy hô hấp, xuất huyết não, nhiễm trùng, vàng da, bệnh vông mạc mắt...

5. Tư vấn CDTK

- ☐ Đảm bảo thai phụ hiểu được tầm quan trọng của việc CDTK để tránh biến chứng cho cả mẹ và con nhưng đồng thời cũng đảm bảo thai nhi đủ trưởng thành khi được sanh.
- ☐ Phương pháp chấm dứt thai kỳ: tùy tuổi thai, ngôi thai, cổ tử cung, tình trạng mẹ - thai.
- ☐ Có 2 phương pháp CDTK: **khởi phát chuyển dạ hoặc MLT**. Cố gắng sinh đường âm đạo. Tuy nhiên, khi việc khởi phát chuyển dạ hay sinh chỉ huy không thuận tiến triển tốt hoặc tình trạng mẹ/thai trở nên nguy kịch thì phải mổ lấy thai (tư vấn biến chứng mổ lấy thai).
- ☐ Khởi phát chuyển dạ dựa theo:
 - ☐ Nếu cổ TC đã mở sẵn sàng cho cuộc sanh, tăng co với Oxytocin.
 - ☐ Nếu cổ TC chưa mở sẵn sàng cho cuộc sanh, thúc đẩy quá trình này bằng PGE1, PGE2 trước khi dùng Oxytocin. (Chú ý sau khi dùng PGE1, PGE2, tử cung rất nhạy với Oxytocin và dễ gây cơn gò cường tính, dọa vỡ - vỡ TC, thai suy nên cần theo dõi chặt chẽ CD với monitor sản khoa. Chỉ sử dụng Oxytocin sau 4 tiếng sử dụng PGE1 hay 6 tiếng sử dụng PGE2.)

23-32 ^{6/7} tuần có biểu hiện rất nặng hay 33-34 tuần không thể kéo dài thêm 48 giờ.	<i>Tình trạng chị đang rất nặng không thể kéo dài thêm, cần chấm dứt thai kỳ để đảm bảo tính mạng cho chị. Khả năng sống của con chị ở tuổi thai này là rất thấp.</i>
23-32 ^{6/7} có thể kéo dài thai kỳ.	<i>Tôi sẽ cho chị sử dụng corticoid liệu pháp và MgSO₄ liệu pháp dự phòng suy hô hấp cấp và dự phòng tổn thương não cho con chị trong trường hợp sinh non.</i>
33-34 tuần có thể kéo dài thêm 48h	<i>Tôi sẽ cho chị sử dụng corticoid liệu pháp và MgSO₄ liệu pháp dự phòng suy hô hấp cấp và dự phòng tổn thương não cho con chị. Khi corticoid liệu pháp có hiệu lực sẽ chấm dứt thai kỳ</i>
Trên 34 tuần	<i>Thời điểm này kéo dài thêm thai kỳ hoàn toàn không có lợi nữa mà chỉ tăng nguy cơ cho mẹ và con nên cần chấm dứt thai kỳ ngay bằng cách khởi phát chuyển dạ. Nếu khởi phát chuyển dạ thất bại thì chị có thể mổ lấy thai. Sẽ có nguy cơ cao băng huyết sau sanh và có những nguy cơ ... nếu mổ lấy thai.</i>
Trên 37 tuần	<i>Thai đã trưởng thành, tôi sẽ chỉ định khởi phát chuyển dạ cho chị.</i>

6. Kết thúc buổi tư vấn

- ☐ Hệ thống hóa các thông tin cơ bản về vấn đề
 - ☐ Tuần tuổi thai, vấn đề đến tư vấn
 - ☐ Các thông tin đã thu thập và đã tư vấn
- ☐ Hệ thống hóa các trao đổi đã thực hiện về định hướng quản lý, nhằm đạt đồng thuận
- ☐ Dặn dò thai phụ
 - ☐ **Đếm thai máy, theo dõi huyết áp**
 - ☐ Có **bất thường** như **đau bụng, ra huyết, ra nước, thai máy ít, máy yếu**, dấu hiệu nặng nhập viện ngay
- ☐ **Tìm hiểu có vấn đề nào khác còn tồn đọng sau tư vấn: *Chị còn thắc mắc gì không?***

Điểm giao tiếp

- ☐ Trao đổi thông tin hai chiều, thảo luận trao đổi với thai phụ.
- ☐ Thường xuyên đặt câu hỏi. Câu hỏi đóng mở thích hợp, có mục đích rõ ràng.
- ☐ Lắng nghe đồng cảm, trấn an.
- ☐ Tôn trọng sự lựa chọn của thai phụ.
- ☐ Ngôn ngữ dễ hiểu.