

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

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 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 được hiểu như một tập hợp gồm ba triệu chứng: tán huyết (Hemolysis), tăng men gan (Elevated Liver Enzyme) và giảm tiểu cầu (Low Plateletes count), hiện diện trong bối cảnh của tiền sản giật.

Hội chứng HELLP được gặp trong khoảng 3-12% các trường hợp tiền sản giật. Tiền sản giật có thể trở nặng nhanh cùng với sự hiện diện của hội chứng HELLP.

Lưu ý rằng khoảng 20% trường hợp hội chứng HELLP không có tăng huyết áp hoặc chỉ có tăng huyết áp nhẹ. Cũng có khoảng 5% trường hợp hội chứng HELLP không kèm theo protein niệu.

Bệnh nhân bị hội chứng HELLP thường là con rạ.

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 lầm 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.

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

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 như 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.

Các tiêu chuẩn chẩn đoán thường dùng là:

- Tăng bilirubin toàn phần ≥ 1.2 mg/dL
- Tăng aspartate aminotransferase (AST) > 70 UI/L
- Tăng lactate dehydrogenase > 600 U/L
- Giảm tiểu cầu $< 100,000 / \mu\text{L}$

Các nguyên tắc chung của quản lý hội chứng HELLP

Nội dung điều trị hội chứng HELLP bao gồm:

1. Chấm dứt thai kỳ trong khuôn khổ của cá thể hóa các quyết định điều trị.
2. Ổn định tình trạng tim mạch.
3. Điều chỉnh các rối loạn đông-cầm máu.

Tiền sản giật là một bệnh lý có nguồn gốc bệnh sinh là lá nhau. Vì thế, một cách tổng quát, chấm dứt thai kỳ ngay là một bộ phận của xử trí hội chứng HELLP.

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

Cơ sở của việc phải cá thể hóa quyết định chấm dứt thai kỳ là do tình trạng rất nặng của mẹ, và là do tình trạng của thai rất thay đổi.

Do tính chất phức tạp của bệnh lý, cả về mặt sản khoa (tuổi thai, tiền sử...), lẫn về mặt nội khoa (tình trạng tổn thương đa cơ quan...) nên việc can thiệp triệt để bằng chấm dứt thai kỳ là một quyết định phải được cá thể hóa và cân nhắc đến tất cả các yếu tố liên quan.

Việc chấm dứt thai kỳ chỉ là một trong các nội dung điều trị. Chấm dứt thai kỳ là cần thiết, nhưng đòi hỏi phải thỏa mãn các điều kiện của một cuộc sanh an toàn.

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

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 lượng dịch xuất nhập. Cần hạn chế lượng nước nhập < 100 mL/giờ để tránh phù phổi.

Theo dõi dấu ngộ độc MgSO_4 nếu đang dùng 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 $50,000 / \mu\text{L}$. Đối với bệnh nhân mổ lấy thai, nên truyền tiểu cầu khi tiểu cầu $< 50,000 / \mu\text{L}$ 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.

Nếu nghi có phù phổi cấp, cần tiêm tĩnh mạch chậm 40 mg Furosemide, thực hiện X-quang phổi và điện tâm đồ.

Theo dõi sát tim thai với monitoring thường xuyên.

Chăm dứt thai kỳ trong hội chứng HELLP

Một cách tổng quát, chăm dứt thai kỳ nên được thực hiện ngay khi các điều kiện tiên quyết đã được giải quyết một cách thỏa mãn.

Chăm dứt thai kỳ trong khuôn khổ của cá thể hóa các quyết định điều trị là một bộ phận của xử lý hội chứng HELLP. Cơ sở của việc phải cá thể hóa quyết định chăm dứt thai kỳ là do tình trạng rất nặng của mẹ, và là do tình trạng của thai rất thay đổi.

Một cách tổng quát, chăm dứt thai kỳ nên được thực hiện ngay khi các điều kiện tiên quyết đã được giải quyết một cách thỏa mãn.

Cần nhắc trì hoãn thời điểm thực hiện chăm dứt thai kỳ trong trường hợp cần thời gian cho corticosteroid liệu pháp dự phòng RDS hay cần thời gian để giải quyết tình trạng đông máu nội mạch lan tỏa.

Các yếu tố chính dẫn đến cân nhắc việc trì hoãn thời điểm thực hiện chăm dứt thai kỳ là tình trạng non tháng cần đến corticosteroid liệu pháp dự phòng RDS (chỉ riêng cho trường hợp có chỉ định) và các rối loạn đông cầm máu.

Tuy nhiên, phải luôn cân nhắc giữa tình trạng nặng của bệnh lý so với lợi ích của trì hoãn.

Ở thai dưới 30 tuần, có thể xem xét khởi phát chuyển dạ để chăm dứt thai kỳ vì hội chứng HELLP.

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 PGE₂.

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

SẢN GIẬT

Nhận diện sản giật

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.

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

Ở thai phụ, nếu như xảy ra co giật mà chưa nhận định được nguyên nhân thì phải xem co giật như là sản giật, cho đến khi có bằng chứng ngược lại.

Sản giật có thể xảy ra cả trước sinh (25%), trong khi sinh (50%) và sau khi sinh (25%).

Sản giật đe dọa tính mạng mẹ và thai nhi.

Đây là một biến chứng rất nặng của tiền sản giật với dấu hiệu nặng.

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.

Xử lý cơn co giật

Đảm bảo đường thở và cung cấp dưỡng khí là hành động trước tiên.

Việc phải làm trước tiên khi xảy ra sản giật là thông đường hô hấp.

Trước tiên đặt cây ngáng lưỡi, hút đàm rãi, bảo đảm thông đường thở, và cung cấp oxy.

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 mở đường truyền tĩnh mạch.

Co giật thường tự giới hạn. Không cần phải dùng đến các thuốc chống co giật.

Do co giật sẽ tự giới hạn nên việc dùng các thuốc chống co giật như barbiturate hay các zepam là không cần thiết. Việc dùng các thuốc này có thể gây khó khăn cho theo dõi sau sản giật.

Chỉ có MgSO₄ là cần thiết trong trường hợp có sản giật.

Mục tiêu của điều trị MgSO₄ là để phòng ngừa các cơn co giật có khả năng sẽ xảy ra sau đó.

Mục tiêu của điều trị MgSO₄ 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 MgSO₄, cần tiêm tĩnh mạch chậm thêm 2 gram MgSO₄ nữa, sau đó định lượng ion Mg⁺⁺ trong máu.

Không nên chống co giật bằng diazepam hoặc các thuốc tương tự khác.

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 giúp quyết định điều trị với MgSO₄.

Quản lý sau cơn sản giật

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.

Nguy cơ của con là thiếu oxygen kéo dài trong cơn giật.

Do tình trạng giảm thông khí trong cơn giật, có thể kèm theo tình trạng cơ cơ tử 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 trên EFM 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.

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.

Không được dùng ergot alkaloids (ergometrin) để dự phòng hay điều trị băng huyết sau sanh trong tiền sản giật-sản giật vì chúng 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 bài niệu vẫn 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.