BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG

Chương 2

SẢN KHOA

06 DỌA SẨY THAI – SẨY THAI

I. GIỚI THIỆU

1.1. Định nghĩa

Sẩy thai là sự tống xuất các thành phần của phôi hay thai < 500g, ra khỏi buồng tử cung. Định nghĩa này thường dùng cho tuổi thai < 22 tuần.

1.2. Tần suất mắc

- 15-25% thai kỳ, trong đó 80% xảy ra trong 12 tuần đầu. Tỷ lệ sẩy thai có thể còn cao hơn do sẩy thai ở tuổi thai từ 4-6 tuần thường không được phát hiện.
- 50% trường hợp sẩy thai giai đoạn sớm thường do bất thường NST, chủ yếu là Trisomy.
- Sẩy thai ở tam cá nguyệt thứ 2 thường do bệnh hệ thống của mẹ, bất thường bánh nhau, hay các bất thường cấu trúc giải phẫu.

1.3. Yếu tố nguy cơ

- Bất thường tử cung: U xơ tử cung (vị trí quan trọng hơn kích thước khối u, vd: U xơ tử cung dưới niêm mạc), tử cung có vách ngăn, dính lòng tử cung (Hội chứng Asherman) sau nạo lòng tử cung.
- Bệnh lý nhiễm trùng ở mẹ: không là nguyên nhân thường gặp ở sẩy thai sớm. Chlamydia trachomatis, Listeria monocytogenes, HIV, giang mai, Streptococci nhóm B có liên quan với sẩy thai. Viêm ruột thừa, nhiễm trùng tiểu có thể gây dọa sẩy.
- Bệnh nội tiết ở mẹ: bệnh lý tuyến giáp. Ở phụ nữ bị ĐTĐ type 1, mức độ kiểm soát đường huyết ở giai đoạn sớm thai kỳ có liên quan đến nguy cơ sẩy thai và các dị tật bẩm sinh lớn.
- Yếu tố môi trường: hút thuốc lá, uống nhiều rượu trong 8 tuần đầu, xạ trị (> 20 rads).

- Yếu tố miễn dịch.
- Tuổi mẹ.
- Tiền căn sẩy thai.
- Bất thường NST: 50%.
- Chất gây nghiện: cocaine, caffeine.
- Thuốc NSAID.
- Chấn thương.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Dọa sẩy thai

Lâm sàng:

- Thai < 22 tuần
- Ra huyết âm đạo
- Đau bụng hay đau lưng
- Khám âm đạo:
  + Không có hiện tượng xóa mở CTC
  + Tử cung to tương xứng tuổi thai

Cận lâm sàng:

- Siêu âm: có thai sống trong lòng tử cung kèm hoặc không kèm bóc tách hay tụ máu sau nhau (nếu bóc tách > 50% thì tiên lượng xấu).
- CTM, nhóm máu, Rh, XN đông máu, đường huyết, TPTNT.

2.2. Sẩy thai khó tránh

Lâm sàng:

- Bệnh nhân có thai, ra huyết âm đạo nhiều, đau bụng.
- CTC xóa mở, có thể vỡ ối.

Cận lâm sàng:

- Siêu âm đánh giá tình trạng thai.
- CTM, nhóm máu, Rhesus, XN đông máu, đường huyết.

2.3. Sẩy thai không trọn

Lâm sàng:

Sau khi đã sẩy một phần mô thai, cổ tử cung còn mở và:

- Có mô nhau thập thò ở lỗ cổ tử cung hay.

- Còn ra huyết âm đạo nhiều, siêu âm: có khối phản âm hỗn hợp trong lòng TC ≥ 15 mm.

Cận lâm sàng

- CTM, nhóm máu, Rhesus, XN đông máu, đường huyết.
- Siêu âm đánh giá tình trạng sẩy thai.

2.4. Sẩy thai trọn

Lâm sàng:

- Thường xảy ra ở thai 6 tuần đầu.
- Sẩy thai toàn bộ, cổ tử cung đóng, không ra huyết/ra huyết âm đạo ít.

Cận lâm sàng:

- CTM, nhóm máu, Rhesus, đường huyết.
- Siêu âm đánh giá lòng tử cung.

2.5. Sẩy thai nhiễm trùng

Lâm sàng:

- Dấu hiệu sẩy thai.
- Dấu hiệu nhiễm trùng, không tìm được ổ nhiễm trùng khác:
  + Sốt
  + Dịch âm đạo hôi
  + Lắc tử cung đau

Cận lâm sàng:

- CTM, CRP, VS, TPTNT.
- Soi nhuộm - cấy, KSĐ dịch âm đạo .
- Cấy máu, chức năng gan thận, đông máu toàn bộ (trường hợp nặng).
- Siêu âm đánh giá lòng tử cung.

III. ĐIỀU TRỊ

3.1. Dọa sẩy thai

Điều trị triệu chứng sau khi đã loại trừ các trường hợp dọa sẩy thai do nhiễm trùng cần điều trị nguyên nhân.

- Progesteron 25mg/ống (tiêm bắp): 1 – 4 ống/ ngày.
- Bán tổng hợp (Duphaston) liều tối đa 40mg/ ngày.
- Utrogestan: liều tối đa 600mg/ ngày.

3.2. Sẩy thai khó tránh

- Tư vấn bệnh nhân về tình trạng thai
- Chờ sẩy thai tự nhiên hoặc Mifepristone 200mg 01 viên uống. Sau 24-36giờ thì dùng Misoprostol (Cytotec) 200µg 02 viên (ngậm áp má) cách 4 giờ đến khi ra thai.

3.3. Sẩy thai không trọn

Misoprostol (Cytotec) 200µg 02 viên x 2 (ngậm áp má) cách 4 giờ hay nạo kiểm tra lòng tử cung nếu ra huyết âm đạo nhiều.

3.4. Sẩy thai trọn

- Theo dõi bệnh nhân về tình trạng ra huyết âm đạo trong 4-6 giờ.
- Nếu không ra huyết, bệnh nhân có thể xuất viện.
- Nếu ra huyết nhiều sẽ hút cầm máu.

3.5. Sẩy thai nhiễm trùng

- Kháng sinh phổ rộng: (theo CDC).
  + Ampicillin/Sulbactam 1,5g/ống 02 ống x 4 (TMC) cách 6 giờ.
  + Doxycycline 0,1g 01 viên x 2 (uống) cách 12 giờ (x 14 ngày)
  + ± Metronidazol 0,5g 01 viên x 2 (uống) cách 12 giờ (x 14 ngày).
- Sau 4 giờ sử dụng kháng sinh, nạo lòng TC.
- Duy trì kháng sinh ≥ 5 ngày.

IV. THEO DÕI

4.1. Dọa sẩy thai

- Theo dõi huyết âm đạo, tình trạng đau bụng.
- Siêu âm lại 3 ngày/lần hoặc khi ra máu nhiều hơn.

4.2. Sẩy thai khó tránh

- Theo dõi sát bệnh nhân về tình trạng đau bụng, ra huyết âm đạo.
- Sau 48 giờ đánh giá lại nếu không hiệu quả.
- Nếu ra huyết nhiều thì nạo cầm máu.

4.3. Sẩy thai không trọn

- Theo dõi sát bệnh nhân về tình trạng đau bụng, ra huyết âm đạo.
- Nếu ra huyết nhiều thì nạo cầm máu.

4.4. Sẩy thai trọn

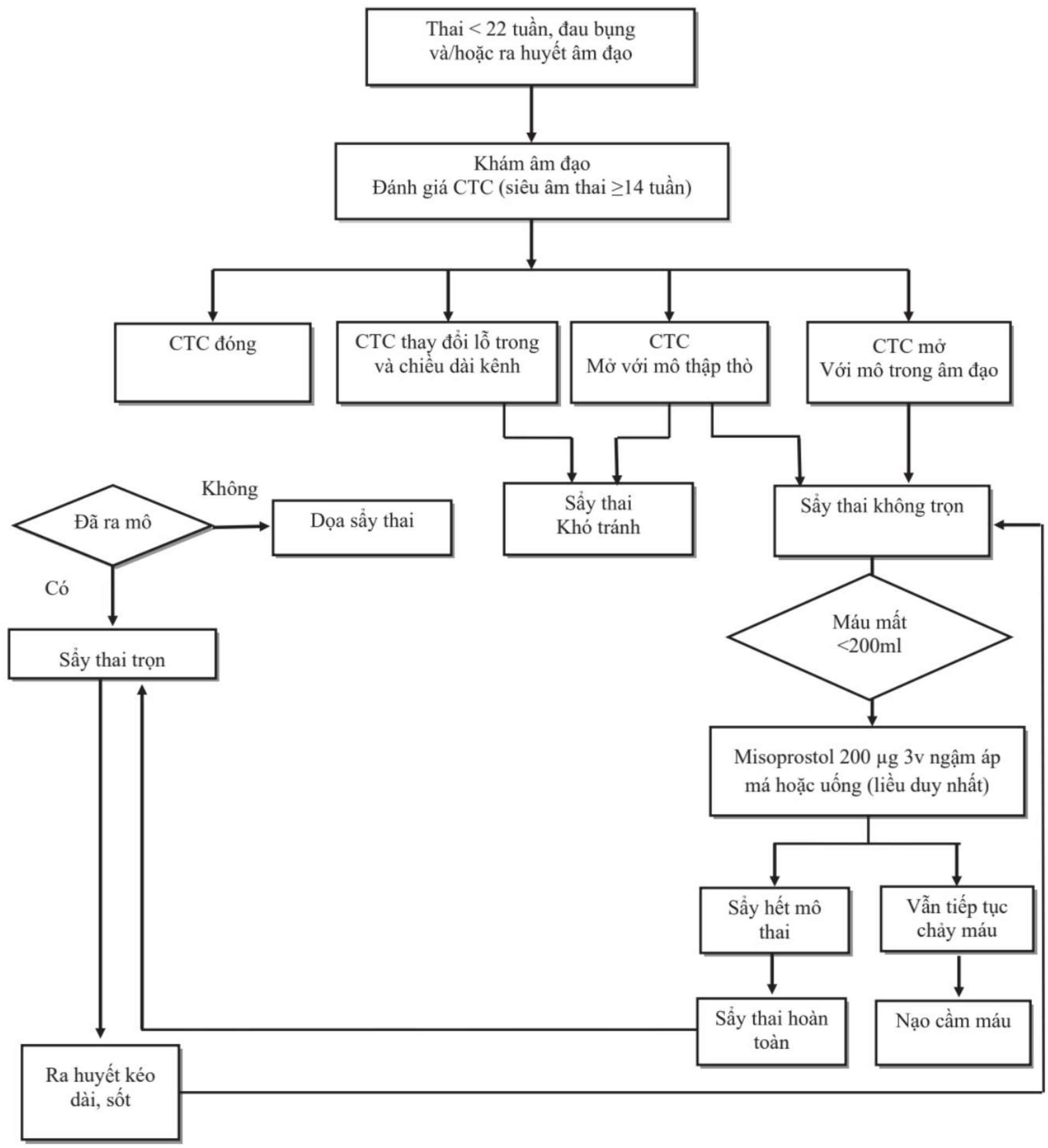
- Theo dõi bệnh nhân về tình trạng ra huyết âm đạo trong 4 - 6 giờ.
- Nếu không ra huyết, bệnh nhân có thể xuất viện.
- Nếu ra huyết nhiều sẽ hút cầm máu.

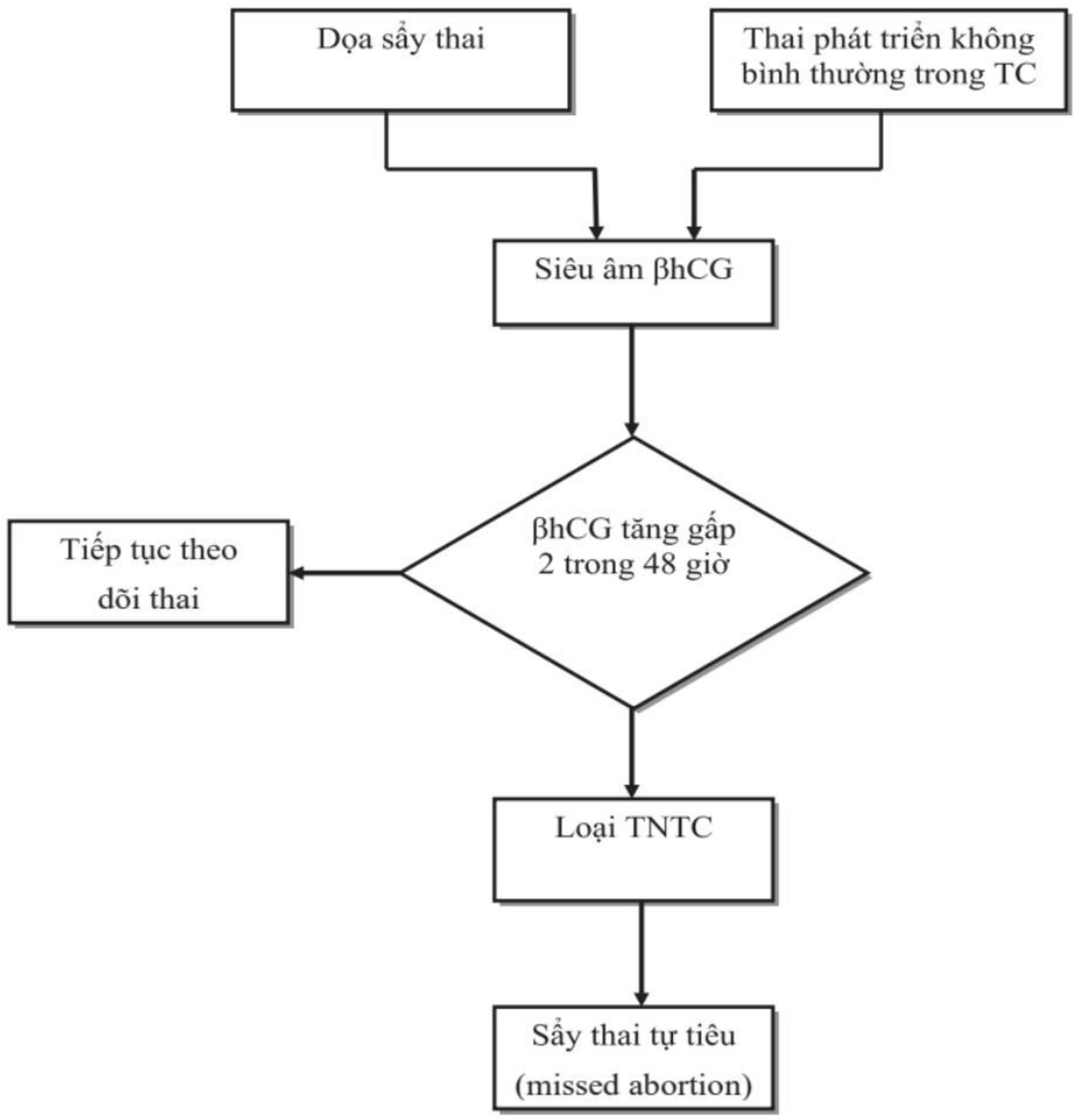
4.5. Sẩy thai nhiễm trùng

- Huyết đồ, CRP thử lại sau 48 giờ sử dụng kháng sinh → Đổi kháng sinh theo kháng sinh đồ nếu lâm sàng không cải thiện.
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn (kịp thời phát hiện shock nhiễm trùng).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chảy máu trong nửa đầu thai kỳ."Hướng dẫn quốc gia về Sức Khỏe Sinh Sản" trang 97-100.
2. Charles RB Beckmann. Ectopic Pregnancy and Abortion. Obstetrics and Gynecology, 6 th edition (2010),141-150. (ACOG).
3. David J Cahhill. Bleeding and pain in Early Pregnancy. High risk pregnancy, 3th edition. 84-101.
4. Wahabi HA, Fayed AA. Progesterone for treating threatened miscarriage. The Cochrane collaboration Published by John Wiley & Sons 2011.
5. Thach TS. Progesteron for preventing miscarriage. RHL Commentary (last revised: 2 Febrary 2009) The WHO Reproductive Health Library, Geneva.


Thai < 22 tuần, đau bụng và/hoặc ra huyết âm đạo
Khám âm đạo
Đánh giá CTC (siêu âm thai ≥14 tuần)
CTC đóng
CTC thay đổi lỗ trong và chiều dài kênh
CTC
Mở với mô thập thò
CTC mở
Với mô trong âm đạo
Đã ra mô
Không
Dọa sẩy thai
Có
Sẩy thai trọn
Sẩy thai
Khó tránh
Sẩy thai không trọn
Máu mất
<200ml
Misoprostol 200 µg 3v ngậm áp má hoặc uống (liều duy nhất)
Sẩy hết mô thai
Vẫn tiếp tục chảy máu
Sẩy thai hoàn toàn
Nạo cầm máu
Ra huyết kéo dài, sốt



1. Dấu hiệu chẩn đoán thai ngừng tiến triển

- CRL ≥ 7 mm và không thấy tim thai.
- Đường kính trung bình túi thai > 25 mm và không thấy phôi thai.
- Không thấy phôi thai có tim thai sau 2 tuần siêu âm thấy túi thai chứa yolksac.
- Không thấy phôi thai có tim thai sau 11 ngày siêu âm thấy túi thai có yolksac.

2. Dấu hiệu xấu tiên lượng xấu của thai trong tử cung

- CRL < 7 và không thấy tim thai.
- Đường kính trung bình túi thai 16-24 mm và không thấy tim thai.
- Không thấy phôi thai có tim thai sau 7-13 ngày siêu âm thấy túi thai chưa yolksac.
- Không thấy phôi thai có hoạt động phôi tim thai sau 7-10 ngày siêu âm thấy túi thai có yolksac.
- Không thấy túi ối (túi ối dính chặt vào yolksac, không thấy phôi thai).
- Yolksac dãn rộng (>7 mm).
- Túi thai nhỏ tương ứng với phôi thai (<5mm).

SÀNG LỌC, CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH 07

I. SÀNG LỌC, CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH TRONG 3 THÁNG ĐẦU THAI KỲ

1.1. Tư vấn trước sàng lọc

- **Mục đích:**

  Giúp thai phụ hiểu được lợi ích và tự nguyện tham gia sàng lọc, chẩn đoán trước sinh. Đánh giá được nguy cơ thai nhi mắc hội chứng Down (3 nhiễm sắc thể 21), các bất thường nhiễm sắc thể khác, một số dị tật bẩm sinh và bệnh lý di truyền đơn gen khác.

- **Nội dung:**

  Trình bày trình tự các bước thực hiện sàng lọc, chẩn đoán trước sinh từ những kỹ thuật, xét nghiệm sàng lọc không xâm lấn như: siêu âm, xét nghiệm sàng lọc sinh hóa hay xét nghiệm NIPT máu mẹ đến những kỹ thuật, xét nghiệm chẩn đoán xác định có xâm lấn như sinh thiết gai nhau để lấy mẫu bệnh phẩm phân tích về di truyền.

  Giải thích ý nghĩa, những lợi ích cũng như những rủi ro có thể xảy ra khi tiến hành các kỹ thuật, xét nghiệm trong sàng lọc, chẩn đoán trước sinh.

1.2. Sàng lọc và chẩn đoán

- **Siêu âm hình thái thai nhi:**

  + Đo độ mờ da gáy (NT) vào tuổi thai từ 11 tuần đến 13 tuần 6 ngày để phát hiện nguy cơ mắc hội chứng Down và một số bệnh lý khác.

  + Phát hiện các dấu hiệu bất thường khác như: thai vô sọ, khe hở thành bụng, bất sản xương mũi, phù thai …

- **Xét nghiệm sinh hóa máu mẹ**:

  + Xét nghiệm 2 chất (Double test):

PAPP-A (Pregnancy Associated Plasma Protein A): nồng độ PAPP-A giảm trong 3 tháng đầu thai kỳ có liên quan tới Hội chứng Down và một số bất thường nhiễm sắc thể khác của thai nhi.

Beta hCG tự do (free beta human Chorionic Gonadotropin): nồng độ Beta hCG tự do tăng cao trong 3 tháng đầu thai kỳ có liên quan tới Hội chứng Down và một số bất thường nhiễm sắc thể khác của thai nhi.

+ Xét nghiệm máu thường quy theo phác đồ khám thai.

- Xét nghiệm NIPT: (phác đồ riêng) .
- Xét nghiệm chẩn đoán: Sinh thiết gai nhau ngã bụng lúc 11 - 16 tuần hoặc chọc ối lúc trên 16 tuần để chẩn đoán xác định các trường hợp:

  + Nghi ngờ các bất thường qua siêu âm.

  + Xét nghiệm sàng lọc nguy cơ cao;

  + Tiền sử thai phụ có con bị dị tật bẩm sinh hoặc bất thường nhiễm sắc thể;

  + Tiền sử gia đình có người bị chậm phát triển hoặc dị tật bẩm sinh;

  + Cha hoặc mẹ thai nhi đã được chẩn đoán là người mang bất thường cấu trúc của nhiễm sắc thể, hoặc các bất thường đơn gien

  + Nghi ngờ nhiễm trùng thai (TORCH, ...)
- Chỉ định các xét nghiệm di truyền:

  + Bất thường siêu âm:

    • Xét nghiệm Bobprenatal chẩn đoán nhanh lệnh bội các nhiễm sắc thể thường gặp và 9 vi mất đoạn thường gặp.

    • Xét nghiệm chẩn đoán nhanh lệch bội các nhiễm sắc thể thường gặp (FISH,QF-PCR): phát hiện 83% các bất thường nhiễm sắc thể.

    • Micro array, CNV-seq: được ưu tiên đầu tay hoặc sau FISH, QF-PCR Bobprenatal bình thường (kỹ thuật này có thể phát hiện thêm 6% các bất thường khi có kết quả karyotype bình thường).

    • Nếu không có micro array: xét nghiệm karyotype.

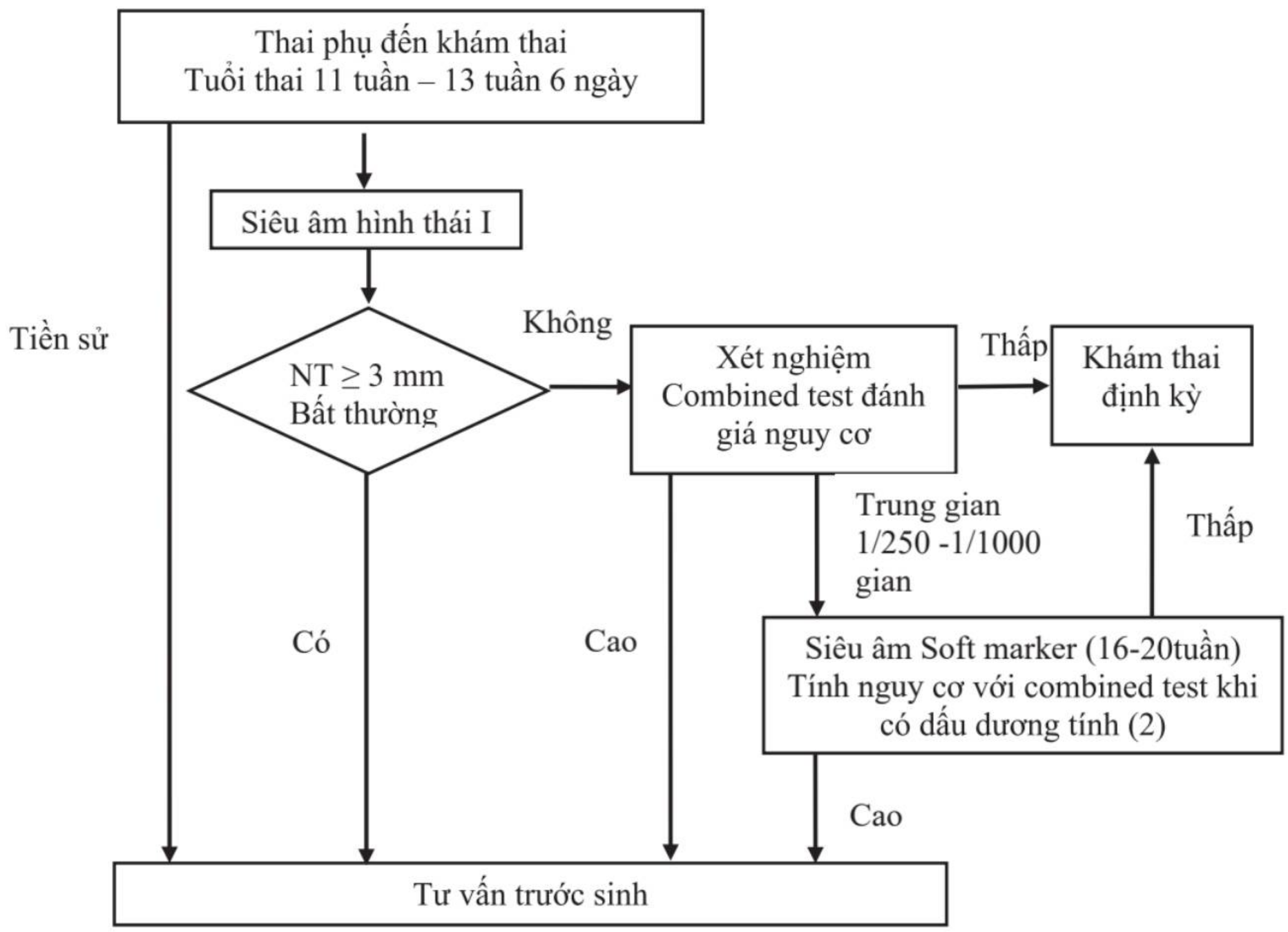
+ Xét nghiệm sàng lọc nguy cơ cao:
Xét nghiệm chẩn đoán nhanh lệch bội (FISH, QF-PCR): phát hiện 83% các bất thường nhiễm sắc thể hoặc xét nghiệm Bobprenatal Và/hoặc xét nghiệm karyotype .
Và/hoặc micro array, CNV-seq (có thể phát hiện thêm 1,7% các bất thường khi có kết quả karyotype bình thường).
+ Cha mẹ có bất thường cấu trúc nhiễm sắc thể: xét nghiệm karyotype hoặc micro array, CNV-seq.
+ Cha mẹ mang bất thường đơn gien: xét nghiệm đột biến đơn gien.
+ Xét nghiệm nhiễm trùng thai PCR TORCH: nghi ngờ nhiễm trùng thai trên lâm sàng hoặc siêu âm (thai chậm tăng trưởng, dãn não thất, ruột tăng sáng, các nốt sáng trong não thất, trong gan ...)

1.3. Tư vấn sau sàng lọc, chẩn đoán

- **Mục đích:**
  Trong trường hợp thai nhi bình thường, cần tư vấn, giải thích cho thai phụ tiếp tục khám, theo dõi thai định kỳ; trong trường hợp thai nhi có bất thường, cần phải tư vấn cho thai phụ và gia đình về nguy cơ và lựa chọn phương pháp can thiệp phù hợp, bao gồm cả việc chấm dứt thai kỳ khi có chỉ định.
- **Nội dung:**
  + Giải thích các kết quả xét nghiệm sàng lọc và chẩn đoán.
  + Hướng dẫn thai phụ và gia đình lựa chọn phương pháp theo dõi, chăm sóc thai hoặc điều trị, can thiệp nếu cần thiết.

1.4. Quy định về chấm dứt thai kỳ, khi có

- Bất thường lớn về hình thái, cấu trúc thai nhi.
- Bất thường nhiễm sắc thể, vi mất đoạn.
- Thai nhi có bệnh di truyền phân tử do đột biến gen mà không có phương pháp điều trị đặc hiệu.
  Việc chỉ định chấm dứt thai kỳ phải do Hội đồng chẩn đoán trước sinh quyết định.



(1) Thai phụ có tiền sử bị sảy thai tự nhiên, thai chết lưu hoặc có con chết sớm sau sinh.

Tiền sử gia đình thai phụ hoặc chồng đã có người được xác định bị bất thường nhiễm sắc thể như hội chứng Down, Edward, Patau, Turner, bất thường cấu trúc nhiễm sắc thể cân bằng... hoặc mắc các bệnh di truyền như: Thalassemia, tăng sản thượng thận bẩm sinh, loạn dưỡng cơ Duchenne, teo cơ tủy,...

Cặp vợ chồng kết hôn cận huyết thống.

II. SÀNG LỌC, CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH TRONG 3 THÁNG GIỮA THAI KỲ

2.1. Tư vấn trước sàng lọc

- **Mục đích:**

+ Đối với những thai phụ chưa được sàng lọc trong 3 tháng đầu thai kỳ, mục đích tư vấn trước sàng lọc được thực hiện như sàng lọc 3 tháng đầu.

- **Nội dung:**
  + Trình bày trình tự các bước thực hiện sàng lọc, chẩn đoán trước sinh từ những kỹ thuật, xét nghiệm sàng lọc không xâm lấn như: siêu âm, xét nghiệm sàng lọc sinh hóa hay xét nghiệm NIPT máu mẹ đến những kỹ thuật, xét nghiệm chẩn đoán xác định có xâm lấn như chọc ối để lấy mẫu bệnh phẩm phân tích về di truyền.
  + Giải thích ý nghĩa, những lợi ích cũng như những rủi ro có thể xảy ra khi tiến hành các kỹ thuật, xét nghiệm trong sàng lọc, chẩn đoán trước sinh.

2.2. Sàng lọc và chẩn đoán

Siêu âm hình thái thai:

+ Các bất thường của hệ thần kinh như vô sọ, thoát vị màng não, não úng thủy, sọ nhỏ, thoát vị màng não tủy, tật nứt đốt sống ...;
+ Các bất thường của hệ tim mạch như dị tật van tim, bất thường mạch máu lớn, phì đại tâm thất, thiểu sản tâm thất...
+ Các bất thường ở lồng ngực như teo thực quản, thoát vị cơ hoành, tràn dịch màng phổi, nang kén trong lồng ngực...
+ Các dị tật của dạ dày - ruột như teo ruột, khe hở thành bụng, thoát vị rốn...
+ Các dị tật của hệ sinh dục - tiết niệu như thận ứ nước, thận đa nang, thiểu sản thận, van niệu đạo...
+ Các dị tật của hệ cơ xương như loạn sản xương, gẫy xương, ngắn chi...

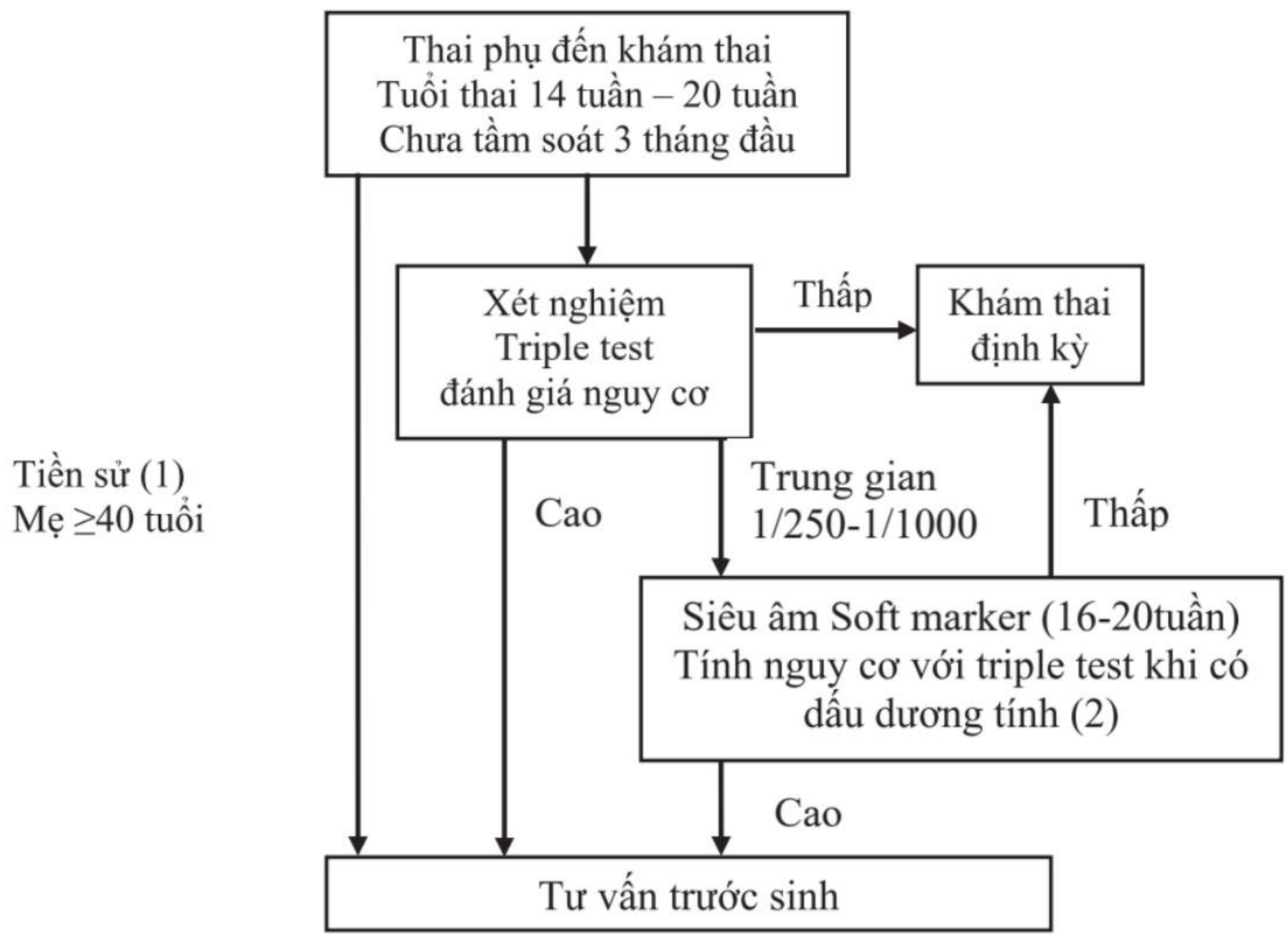
Xét nghiệm máu mẹ:

+ Xét nghiệm 3 chất (Triple test): gồm AFP (Alpha Fetoprotein): nồng độ AFP tăng trong máu mẹ liên quan đến nhiều dị tật của thai nhi, đặc biệt là khuyết tật của ống thần kinh; nồng độ của AFP giảm trong 3 tháng giữa thai kỳ thường gặp trong trường hợp thai nhi mắc hội chứng Down. hCG (Human Chorionic Gonadotropin): tăng trong hội chứng Down; uE3 (unconjugated Estriol): giảm thấp trong các trường hợp bệnh lý về nhiễm sắc thể như hội chứng Down và một số bất thường nhiễm sắc thể khác.

Xét nghiệm chẩn đoán: xét nghiệm chọc ối lúc thai trên 16 tuần (chỉ định: xem phần chỉ định sinh thiết gai nhau).

2.3. Tư vấn sau sàng lọc, chẩn đoán: (xem phần 3 tháng đầu)

2.4. Quy định về chấm dứt thai kỳ: (xem phần 3 tháng đầu)



(1) Thai phụ có tiền sử bị sảy thai tự nhiên, thai chết lưu hoặc có con chết sớm sau sinh.

Tiền sử gia đình thai phụ hoặc chồng đã có người được xác định bị bất thường nhiễm sắc thể như hội chứng Down, Edward, Patau, Turner, bất thường cấu trúc nhiễm sắc thể cân bằng… hoặc mắc các bệnh di truyền như: Thalassemia, tăng sản thượng thận bẩm sinh, loạn dưỡng cơ Duchenne, teo cơ tủy,…

Cặp vợ chồng kết hôn cận huyết thống.

(2) Bảng Tóm Tắt Các Soft Marker (SOGC 2005, ACOG 2016)

Soft marker	Tiêu chuẩn	LR	Ghi chú
Nốt phản âm sáng ở tim		2	Không tăng nguy cơ tim bẩm sinh
Dãn não thất	10-15 mm	25	1,4% Down TORCH
Nếp gấp da gáy dày (NF)	>5: 16-18 tuần >6: 18-24 tuần	17	Tim bẩm sinh Kèm bệnh lý đơn gien: Noonan, multiple pterygium syndrome, bất sản xương.
Ruột tăng sáng	Độ 2: bằng xương, Độ 3: lớn hơn xương.	6	9% lệch bội. Tăng nguy cơ CF(2%), nhiễm trùng thai, xuất huyết trong dịch ối, bất thường ruột
Nang đám rối mạch mạc		7 (trisomy 18)	trisomy 18 có 50%
Dãn nhẹ bể thận	5-10 mm.	1,9	2% Down
Dãn hố sau	>10 mm	1	Bệnh: arachnoid cyst, Dandy Walker malformation, Dandy Walker variant Hội chứng: oral-facial–digital syndrome, Meckel-Gruber syndrome DiGeorge syndrome
Xương đùi ngắn	< BPV 2.5	2,7	Bệnh lý xương, IUGR
Xương cánh tay ngắn	< BPV 2.5	7,5	Bệnh lý xương, IUGR
Một động mạch rốn		1	Kiểm tra thận, tim thai
Bất sản, thiểu sản xương mũi	< BPV 2.5	51	
Thiểu sản đốt giữa ngón út		5,6	18,8 % Down

III. QUY TRÌNH TẦM SOÁT DỊ TẬT TIM THAI

Tầm soát dị tật tim thai qua các mặt cắt thường quy trong siêu âm hình thái 1, hình thái 2.

Chỉ định siêu âm tim thai (chuyên gia tim mạch) theo AIUM 2013 (American Institute Ultrasound Medical).

Chỉ định từ mẹ:

- Bệnh tự miễn.
- Bất thường di truyền gia đình (VD: hội chứng mất đoạn 22q11.2).
- IVF.
- Bệnh chuyển hóa (VD: Đái tháo đường, phenylketonuria).
- Tiếp xúc hóa chất độc (VD: retinoids, lithium).

Chỉ định từ thai:

- Tầm soát cấu trúc tim thai nhi bất thường.
- Bất thường nhịp tim thai nhi.
- Bất thường nhiễm sắc thể thai nhi.
- Bất thường hình thái ngoài tim.
- Phù thai.
- NT dày ≥ 3mm.
- Song thai 1 nhau .
- NF dày.
- 1 động mạch rốn.

I. CÁC BƯỚC CHUẨN BỊ TRƯỚC KHI TIẾN HÀNH THỦ THUẬT

- Đã có chẩn đoán tiền sản thuộc chỉ định chấm dứt thai kỳ y khoa, tuổi thai trên 26 tuần.
  Trình duyệt thông qua hội đồng tiền sản quyết định chấp thuận. Do
- BS Giám Đốc ký hoặc Chủ tịch Hội đồng tiền sản được Giám đốc uỷ quyền.
- Giải thích quy trình và chuẩn bị tâm lý cho thai phụ. Thai phụ và gia đình làm bản cam kết đồng thuận.

II. QUY TRÌNH THỰC HIỆN

- Các xét nghiệm trước nhập viện: HIV, BW, HBsAg, GS, Rh, Huyết đồ, PT, APTT, Fibrinogen, đo ECG.
- Sản phụ được khám nội khoa.
- Dùng thuốc an thần 1 giờ trước thủ thuật (diazepam 5mg).
- Thủ thuật được thực hiện dưới hướng dẫn của siêu âm, độ phóng đại màn hình đủ lớn, có siêu âm doppler mạch máu.
- Phác đồ Lidocaine:
  + Tiếp cận tĩnh mạch rốn: bơm test bằng nước muối sinh lý
  + Bơm 5mμg Sufentanil (Pha loãng 1 ống Sufentanil 50μg/1ml với nước muối sinh lý thành hỗn hợp 10ml, rút 1ml).
  + 3 phút sau bơm Lidocaine 2%. Liều Lidocaine dựa trên liều gây độc cho một thai nhi 1000gr là 100mg/kg (5ml) và phải an toàn cho mẹ ngay cả khi tình cờ bơm vào tuần hoàn mẹ (liều an toàn cho mẹ là 2.8 – 4.2mg/kg, liều độc 7mg/kg). Liều Lidocaine có thể từ 7-30 ml tuỳ tuổi thai.

+ Mục tiêu: ngừng tim thai.
+ Thời gian thực hiện thủ thuật tối đa là 15 phút.

- Phác đồ dự phòng: dự trù trường hợp thất bại với Lidocaine (tim thai không ngưng sau khi bơm đủ liều Lidocaine), tối đa 2g KCl (10ml KCl 20%) tiêm trực tiếp vào tim thai.
- Tiêm phòng ngừa miễn dịch đồng loại đối với nhóm máu Rhesus âm.
- Kiểm tra lần cuối hoạt động tim thai sau 30 phút thủ thuật. Kiểm tra ghi nhận sinh hiệu mẹ.

III. DỤNG CỤ - THIẾT BỊ

- Máy siêu âm có chức năng Doppler màu.
- Kim chọc dò Spinocan@ 20G.
- Găng vô khuẩn.
- Khăn trải vô khuẩn, dung dịch sát khuẩn, gạc-gòn, băng cá nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Senat MV, Fischer C, Ville Y. Funipuncture for fetocide in late termination of pregnancy. Prenat Diagn 2002;22(5):354-6.
2. Senat MV, Fischer C, Bernard JP, Ville Y. The use of lidocaine for fetocide in late termination of pregnancy. BJOG 2003;110(3):296-300.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ THAI HÀNH 09

I. GIỚI THIỆU

1.1. Sinh lý

Thai hành (buồn nôn và nôn trong thai kỳ) xảy ra ở khoảng 70-85% các trường hợp mang thai. Thời điểm khởi phát triệu chứng thường vào tuần lễ thứ 5-6, nặng nhất vào tuần thứ 9. Khoảng 85-90% thai phụ hết nghén trước 16 tuần. Tuy nhiên, 10-15% trường hợp đặc biệt thai phụ có triệu chứng kéo dài đến tam cá nguyệt 3 và 5% trường hợp kéo dài đến thai đủ tháng.

Nghén nặng xảy ra trong khoảng 3% thai phụ. Tình trạng này được định nghĩa khi thai phụ sụt > 5% trọng lượng cơ thể và có những rối loạn khác liên quan đến sự mất nước (mất dịch của cơ thể).

1.2. Nguyên nhân

Nguyên nhân của nghén không được biết rõ, người ta nghĩ có liên quan nồng độ β hCG và progesterone.

1.3. Yếu tố nguy cơ

- Đa thai
- Tiền căn trào ngược dạ dày - thực quản
- Yếu tố di truyền.
- Nôn và nôn ói xảy ra trong thai kỳ trước
- Tiền căn đau đầu migraine

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

Có thai trong tử cung kèm 1 trong các triệu chứng sau:

- Nôn ói
- Ăn uống kém
- Sụt cân > 5% trọng lượng cơ thể

Cần chẩn đoán loại trừ các bệnh lý đường tiêu hóa và nội khoa gây ói.

Một số bệnh có thể gây ra tình trạng buồn nôn và nôn trong thai kỳ như: ung thư, bệnh lý tuyến giáp, bệnh lý của túi mật.

2.2. Phân độ nghén nặng: khi có 2 trong các dấu hiệu sau:

- Ói > 10 lần/ngày.
- Sụt cân > 5% trọng lượng cơ thể.
- Ceton niệu (+).
- Rối loạn ion đồ.

2.3. Cận lâm sàng

Thường quy:

- Siêu âm thai.
- Huyết đồ.
- Đường huyết đói hoặc đường huyết bất kỳ.

Nghén nặng: làm thêm

- Ion đồ.
- TPTNT tìm Ceton niệu.
- ECG khi có rối loạn điện giải Na^+, K^+.

III. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc

- Điều trị dựa vào mức độ thai hành
- Cá thể hóa
- Phương pháp điều trị ảnh hưởng tối thiểu đến thai

3.2. Mục tiêu điều trị

- Cải thiện chất lượng sống.
- Dự phòng những biến chứng lên mẹ và thai.

3.3. Phác đồ điều trị

3.2.1 Buồn nôn đơn thuần (nhẹ)

- Tư vấn chế độ ăn uống: chia nhỏ bữa ăn, giảm chất béo, tăng Carbohydrate (trừ những thai phụ có đái tháo đường), tăng đạm.
- Gừng: thức ăn có gừng, trà gừng, kẹo gừng…
- Thuốc bổ: vitamin tổng hợp.
- Pyridoxine (vitamin B6) 10 – 25mg uống mỗi 6-8 giờ. Liều tối đa 200 mg/ngày .
- Thuốc chống nôn: (uống).
  + Doxylamine 25 mg: ½ viên x 3 (u) cách 8 giờ, uống trước ăn 30 phút.
  Hoặc
  + Pyridoxine 10mg + doxylamine 10mg: 2 viên uống trước khi đi ngủ, có thể tăng thêm 01 viên vào buổi sáng hoặc buổi chiều trước ăn 30 phút.
- Liệu pháp hỗ trợ.

3.2.2 Nôn ói không giảm thể tích (trung bình)

Tình trạng này biểu hiện: nôn ói nhưng không giảm thể tích (không: mệt mỏi, chóng mặt khi thay đổi tư thế, biểu hiện khát, nhịp tim nhanh, giảm thể tích niệu…), kết quả xét nghiệm bình thường hoặc gần như bình thường. Điều trị trên nhóm bệnh nhân này gần giống nhóm buồn nôn đơn thuần: thay đổi chế độ ăn, thay đổi lối sống.

Một số thuốc có thể xem xét sử dụng thêm:

Kháng Histamin (kháng H1): lựa chọn thứ 2 sau khi điều trị bằng doxylamine – pyridoxine không giảm. Kháng histamine nên tránh dùng chung với ondansetron vì có thể làm khoảng QT kéo dài. Gồm: Dimenhydrinate, meclizine, và diphenhydramine.

Diphenhydramine:

- 25 - 50 mg uống mỗi 6 – 8 giờ.
- Tiêm mạch 10 - 50 mg mỗi 6 giờ.

Dimenhydrinate:

- 25 – 50 mg uống mỗi 4 – 6 giờ.
- 50 mg tiêm mạch trong 20 phút
- 50 – 100 mg đặt hậu môn mỗi 4 – 6 giờ.
- Liều tối đa không quá 400 mg/ ngày. Nếu sử dụng chung với doxylamine, liều tối đa không quá 200 mg/ ngày.

Meclizine: 25mg uống mỗi 4 - 6 giờ.

Kháng dopamine: benzamides (metoclopramide), phenothiazines (promethazine và prochlorperazine), và butyrophenones (droperidol).

Metoclopramide: 5 - 10 mg uống/ tiêm mạch/ tiêm bắp mỗi 6 – 8

Promethazine: 12,5 – 25 mg uống/ tiêm bắp mỗi 4 giờ.

Prochlorperazine: 5 - 10 mg uống/ tiêm mạch/ tiêm bắp mỗi 6 giờ; hoặc 25 mg đặt hậu môn 2 lần/ ngày.

Kháng serotonin: Ondansetron, granisetron, và dolasetron .

Ondansetron: 4 mg uống hoặc tiêm mạch chậm mỗi 8 giờ, có thể tăng liều, nhưng ≤ 8mg/lần .

Kháng acid, ức chế H_2, ức chế bơm proton.

3.2.3. Nôn ói có giảm thể tích (nặng): bù dịch, điện giải và vitamin

Truyền dịch - điều chỉnh nước, điện giải: 2000-3000 ml/ngày

- Các loại dịch:
  + Lactate Ringer
  + Acetate Ringer
  + Natri Clorid
- Nếu có rối loạn điện giải:
  + Na+ < 130 mmol/l: TTM NaCl 0,9%
  + 2,5mmol/l ≤ K+ < 3,5 mmol/l: Kaleorid 0,6 g 01 viên x 2 – 3lần (u)

Nếu không uống được hoặc ói nhiều: Kaleorid 01 ống 10 mg/10 ml pha trong 100 ml dd NaCl 0,9% (TTM) trong vòng 60 phút

+ K^+ < 2,5 mmol/l: Kaleorid 01 ống 10 mg/10 ml pha trong tối thiểu 300 ml dd NaCl 0,9% (TTM) trong vòng 60 phút

- Chống nôn

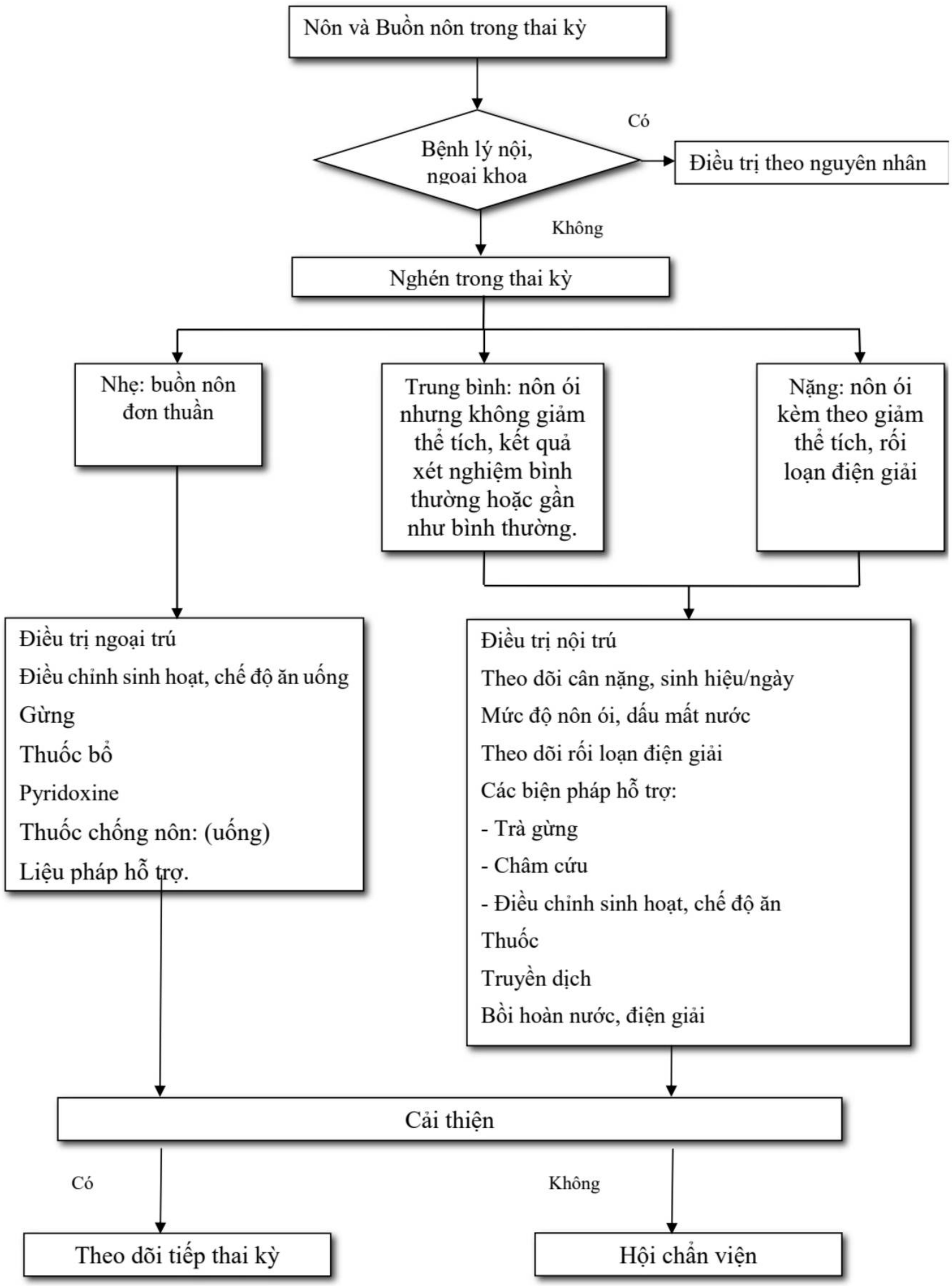
- Vitamin:
  + B6: Pyridoxine 25 mg 01 viên x 3 (u) cách 8 giờ.
  + B1: Thiamine 50 – 100 mg (u).

IV. THEO DÕI

- Sinh hiệu mỗi ngày.
- Cân nặng.
- Mức độ nôn ói.
- Dấu mất nước.
- Ion đồ.
- Nếu không cải thiện: hội chẩn viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. David K. James and Philip J. Steer, Hyperemesis Gravidarum, in High risk pregnancy: Management Options 2010. p. 851 - 853.
2. Wegrzyniak, L.J., J.T. Repke, and S.H. Ural, Treatment of hyperemesis gravidarum. Rev Obstet Gynecol, 2012. 5(2): p. 78-84.
3. Errol R. Norwitz and M.A. Belfort, Hyperemesis Gravidarum, in Obstetric Clinical Algorithms: Management and Evidence 2010. p. 82 - 83.
4. Paul D. Chan and Susan M. Johnson, Nausea and Vomitting of Pregnancy and Hyperemesis Gravidarum, in Current Clinical Strategies, Gynecology and Obstetrics2006. p. 98-99.
5. Charles R. B. Beckmann MD and William Herbert MD, Gastrointestinal, Renal, and Surgical Complications, in Obstetrics and Gynecology2013. p. 197 - 200.


Nôn và Buồn nôn trong thai kỳ
Bệnh lý nội, ngoại khoa
Có
Điều trị theo nguyên nhân
Không
Nghén trong thai kỳ
Nhẹ: buồn nôn đơn thuần
Trung bình: nôn ói nhưng không giảm thể tích, kết quả xét nghiệm bình thường hoặc gần như bình thường.
Nặng: nôn ói kèm theo giảm thể tích, rối loạn điện giải
Điều trị ngoại trú
Điều chỉnh sinh hoạt, chế độ ăn uống
Gừng
Thuốc bổ
Pyridoxine
Thuốc chống nôn: (uống)
Liệu pháp hỗ trợ.
Điều trị nội trú
Theo dõi cân nặng, sinh hiệu/ngày
Mức độ nôn ói, dấu mất nước
Theo dõi rối loạn điện giải
Các biện pháp hỗ trợ:
- Trà gừng
- Châm cứu
- Điều chỉnh sinh hoạt, chế độ ăn
Thuốc
Truyền dịch
Bồi hoàn nước, điện giải
Cải thiện
Có
Không
Theo dõi tiếp thai kỳ
Hội chẩn viện

QUY TRÌNH KHÁM THAI 10

I. GIỚI THIỆU

Mục đích khám thai:

- Là một hoạt động chăm sóc sức khỏe sinh sản quan trọng và phong phú.
- Nếu thực hiện đúng và đầy đủ các nội dung sẽ có hiệu quả cao đối với sức khỏe của mẹ và thai nhi.
- Chăm sóc sức khỏe cho bà mẹ và thai nhi trước khi sanh.
- Phát hiện sớm những nguy cơ.
- Đề phòng năm tai biến sản khoa .

II. NỘI DUNG KHÁM THAI

2.1. Hỏi bệnh

2.1.1. Tiền sử bản thân

- Phụ khoa
  + Lập gia đình năm bao nhiêu tuổi.
  + Tính chất kinh nguyệt.
  + Các biện pháp tránh thai đã dùng.
  + Có điều trị vô sinh, bệnh lý phụ khoa đã mắc và các phẫu thuật phụ khoa.
- Sản khoa
  + PARA
  + Các lần có thai trước: thai bệnh lý, thai nhi dị tật, cân nặng trẻ sau sanh, cách sanh, băng huyết sau sanh, nhiễm trùng hậu sản
- Nội - ngoại khoa
  + Dị ứng, các bệnh đái tháo đường, tim mạch, hô hấp, gan, thận, huyết học, tâm thần.
  + Bệnh lý đã phẫu thuật.

2.1.2. Tiền sử gia đình

- Ghi nhận bệnh nội khoa, bệnh lý nhiễm trùng hay di truyền trong gia đình.

2.1.3. Quá trình thai kỳ hiện tại

- Hỏi ngày đầu của kỳ kinh cuối cùng và dự tính ngày sinh.
- Nếu không nhớ ngày đầu của kỳ kinh cuối thì có thể dựa trên kết quả siêu âm (tốt nhất là trong 3 tháng đầu của thai kỳ) để xác định tuổi thai.
- Tình trạng nghén, thời điểm thai máy.
- Các dấu hiệu bất thường nếu có: đau bụng, ra dịch, ra máu âm đạo, nhức đầu, hoa mắt, đau thượng vị, nôn mửa (dấu hiệu tiền sản giật), mệt mỏi, khó thở.

2.2. Khám tổng quát

- Đo chiều cao cơ thể (lần khám thai đầu tiên).
- Cân nặng (mỗi lần khám thai).
- Khám da niêm mạc, có phù (mỗi lần khám thai).
- Đo huyết áp (mỗi lần khám thai).
- Khám tim phổi (lần đầu khám thai, và khám lại nếu có bất thường).

2.3. Khám sản khoa

2.3.1. Lịch khám thai thường quy

Bảng 1. Lịch khám thai thường quy

Thời điểm		Số lần khám	Siêu âm	Xét nghiệm	Đo NST
3 tháng đầu	Sau trễ kinh	≥1 lần	2D	XN thường quy	-
	11-13,6tuần	1 lần	Đo NT	Double test	-
3 tháng giữa	14-20 tuần	1 lần/ tháng	2D*	± Triple test* ± Chọc ối nếu >40 tuổi*	-
	20-24 tuần	1 lần/ tháng	4D		-
3 tháng cuối	29-32 tuần	1 lần	Doppler		Thai bệnh lý
	33-35 tuần	1 lần/2 tuần			Thai bệnh lý
	36-40 tuần	1 lần/ tuần		Xét nghiệm trước sanh	Mỗi tuần

Chú thích: * Nếu chưa thực hiện trong ba tháng đầu.

2.3.2. Ba tháng đầu

- Số lần khám thai: tối thiểu 2 lần.
- Xác định tuổi thai
- Khám bụng: xem có vết sẹo phẫu thuật, có thể đo bề cao tử cung
- Đặt mỏ vịt và khám âm đạo ở lần khám đầu tiên
- Siêu âm: xác định có thai,vị trí, số lượng, sinh tồn, tuổi thai
- Xét nghiệm máu thường quy:
  + Huyết đồ
  + Nhóm máu: ABO, Rhesus
  + Đường huyết
  + HIV, Giang mai, Viêm gan siêu vi B
  + Xét nghiệm nước tiểu
- Tuổi thai 11-13 tuần 6 ngày
  + Siêu âm hình thái đo độ mờ da gáy
  + Double test tầm soát bất thường nhiễm sắc thể
- Xét nghiệm Rubella (IgG, IgM) nếu có nghi ngờ nhiễm Rubella, tiền sử sẩy thai liên tiếp thử thêm Cytomegalovirus, Toxoplasmosis.
- Tầm soát tiền sản giật sớm :

Nếu thai phụ có 1 yếu tố nguy cơ cao hay 2 yếu tố nguy cơ trung bình hay thai phụ có "điều kiện"→ tư vấn gói tầm soát tiền sản giật sớm

Có 2 gói tầm soát tiền sản giật sớm

+ Gói cơ bản : tiền sử thai phụ + marker sinh lý (HA trung bình + Siêu âm Doppler ĐMTC) + marker sinh hóa (PAPP – A)

+ Gói nâng cao : tiền sử thai phụ + marker sinh lý (HA trung bình + Siêu âm Doppler ĐMTC) + marker sinh hóa (PAPP – A + PLGF)

Bảng 2. Yếu tố nguy cơ tiền sản giật

Yếu tố nguy cơ cao	Yếu tố nguy cơ trung bình
Tiền căn tiền sản giật lần mang thai trước, đặc biệt nếu có kèm theo biến chứng	≥ 35 tuổi
Đa thai	Béo phì (BMI > 30)
Cao huyết áp mãn	Con so
Đái tháo đường type 1 hoặc 2	Tiền căn gia đình có mẹ/chị em gái bị tiền sản giật
Bệnh lý thận	Yếu tố dân số xã hội học (sociodemographic) (người Mỹ gốc Phi, tầng lớp xã hội thấp)
Bệnh lý tự miễn (hội chứng Lupus, kháng phospholipids)	Tiền căn lần mang thai trước (sinh con nhẹ cân, thai chậm tăng trưởng, biến chứng thai kỳ lần mang thai trước, khoảng cách lần mang thai trước trên 10 năm)

2.3.3. Ba tháng giữa

- Số lần khám thai: tối thiểu 2 lần
- Đo bề cao tử cung, nghe tim thai
- Xét nghiệm thường qui nếu thai phụ chưa làm
- Xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu mỗi lần khám thai
- Tuổi thai 14-20 tuần, nếu chưa làm Double test
  + Triple test
  + Tham vấn chọc ối nếu thai phụ trên 40 tuổi
- Tuổi thai 20-24 tuần: Siêu âm 4D đánh giá hình thái học
- Khi thai 24-28 tuần: Làm thử nghiệm dung nạp đường (test 75g). Xét nghiệm này có thể làm sớm hơn ngay thời điểm phát hiện thai phụ có nguy cơ đái tháo đường thai kỳ.
- Lưu ý phát hiện các bất thường thai kỳ
  + Đa thai, đa ối
  + Nhau tiền đạo

+ Dọa sẩy thai, hở eo tử cung
+ Cao huyết áp, tiền sản giật
+ Đái tháo đường thai kỳ

- Nếu có chẩn đoán hở eo tử cung, khâu eo tử cung vào 14-18 tuần
- Hội chẩn khoa hay viện các trường hợp bệnh lý nội khoa (hen suyễn, đái tháo đường,...) các khối u buồng trứng (có chỉ định phẫu thuật trên 15 tuần).
- Hướng dẫn học Lớp tiền sản, làm mẹ an toàn.

2.3.4. Ba tháng cuối

- Số lần khám thai: tối thiểu 3 lần
- Đo bề cao tử cung, nghe tim thai
- Tuổi thai từ 36 tuần nắn bụng xác định ngôi của thai nhi
- Xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu mỗi lần khám thai
- Siêu âm khi thai 30-32 tuần đánh giá:
  + Xoang ối
  + Hoạt động tim thai
  + Vị trí nhau bám
  + Sinh trắc thai
- Siêu âm Doppler khi cần thiết, nghi ngờ thai chậm tăng trưởng trong tử cung, đa thai
- Siêu âm lặp lại khi thai 38-40 tuần
- Hướng dẫn thai phụ đếm cử động thai theo bản hướng dẫn trong sổ khám thai
- Tuổi thai ≥36 tuần
  + Khám nắn bụng xác định ngôi của thai nhi
  + Đo máy Monitoring làm Non stress test mỗi tuần
  + Xét nghiệm máu trước sanh: huyết đồ, chức năng đông máu (PT, aPTT, Fibrinogen). Thực hiện thêm nhóm máu ABO, Rhesus, HIV, HBsAg, giang mai nếu thai phụ chưa làm trước đó.
  + Khám chuyên khoa đánh giá tình trạng bệnh lý của thai phụ đã có trước đây hay bệnh lý của thai nhi để Chuyên gia điều trị và cho hướng xử trí lúc chuyển dạ (sanh ngã âm đạo, sanh mổ, chuyển viện bệnh viện Nhi sau sanh)
    • Mẹ bệnh tim mạch, basedow, bệnh gan mật thận…
    • Con có bệnh tim bẩm sinh, thoát vị hoành…

- Lưu ý phát hiện các bất thường thai kỳ.
  + Đa thai, đa ối.
  + Nhau tiền đạo, nhau bong non.
  + Cao huyết áp, tiền sản giật.
  + Đái tháo đường thai kỳ.

2.4. Tiêm phòng uốn ván

- Lịch tiêm chủng vắc xin phòng uốn ván cho phụ nữ có thai và phụ nữ độ tuổi sinh đẻ (15-35 tuổi) gồm 05 mũi tiêm như sau:

Mũi 1	Tiêm sớm ngay khi phát hiện có thai Hoặc tiêm cho phụ nữ ở độ tuổi sinh đẻ tại vùng có nguy cơ cao
Mũi 2	Tiêm cách mũi 1 ít nhất 01 tháng và trước khi đẻ 01 tháng
Mũi 3	Tiêm cách mũi 2 ít nhất 06 tháng; hoặc khi có thai lần tiếp theo
Mũi 4	Tiêm cách mũi 3 ít nhất 01 năm; hoặc khi có thai lần tiếp theo
Mũi 5	Tiêm cách mũi 4 ít nhất 01 năm; hoặc khi có thai lần tiếp theo

- Đối với một số trường hợp không tuân theo đúng lịch tiêm chủng nêu trên hoặc có thai nhiều lần, việc tiêm vắc xin uốn ván được thực hiện như sau:

  1) Nếu khoảng thời gian giữa các liều tiêm bị chậm, vượt quá khoảng thời gian theo lịch tiêm chủng thì tiêm mũi tiếp theo mà không cần tiêm lại từ đầu.

  2) Đối với trường hợp đã tiêm đủ 05 mũi vắc xin uốn ván theo đúng lịch, sẽ tạo miễn dịch bảo vệ trong thời gian từ 25-30 năm.

2.5. Bổ sung viên Sắt, acid Folic và Canxi

- Bổ sung viên sắt, acid folic cần được thực hiện ngay từ lần khám thai đầu, duy trì suốt thai kỳ và đến 06 tuần hậu sản.
  + Sắt 30-60mg/ngày.
  + Acid folic 800-1000mcg/ngày.
- Bổ xung Canxi 1000-1500mg/ngày.

2.6. Kết luận

- Ghi nhận hồ sơ: kết quả khám thai, chẩn đoán và điều trị.
- Thông báo cho thai phụ biết kết quả khám thai có bình thường hay bất thường, những điểm cần lưu ý theo dõi.
- Dặn dò, hướng dẫn sử dụng thuốc và hẹn ngày tái khám.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chi tiết chăm sóc trước sinh. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, Bộ Y tế, 2009.
2. Công văn số 4095/BYT-BM-TE ngày 04/7/2016 về việc hướng dẫn lịch tiêm vắc xin uốn ván cho phụ nữ có thai.
3. Phác đồ khám thai Bệnh viện Từ Dũ 2015.
4. Phác đồ chẩn đoán tiền sản, di truyền Bệnh viện Hùng Vương 2016
5. Preconception and Anterpartum Care. ACOG, 7th Edition.

11 LƯỢNG GIÁ SỨC KHỎE THAI NON-STRESS TEST

I. GIỚI THIỆU

Non-stress Test (NST) được xem là một trong những test căn bản dùng trong lượng giá sức khỏe thai, lượng giá sự toàn vẹn của hành não thai nhi. Test được dùng rộng rãi, đơn độc hay kết hợp với các lượng giá sức khỏe thai khác.

NST được thực hiện khi thai nhi được đánh giá là đã có khả năng sống. Theo ACOG, NST được diễn giải là có hoặc không đáp ứng, sự diễn giải dựa trên tuổi thai vì: tỷ lệ NST không đáp ứng ở tuổi thai 24 -28 tuần có thể đến 50%, từ 28 đến 32 tuần là 15% , 95% NST có đáp ứng khi thai >= 32 tuần.

Có sự khác biệt trong đánh giá NST cho các thai có tuổi thai dưới 32 tuần hay trên 32 tuần do độ trưởng thành của hệ thần kinh trung ương (hành não) ảnh hưởng trên khả năng điều phối của nó trên nhịp tim thai.

II. QUY TRÌNH THỰC HIỆN

Đối với thai kỳ nguy cơ có thể thực hiện từ tuần 32

- Thai chậm tăng trưởng.
- Đái tháo đường thai kỳ.
- Rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ.
- Ối ít, thiểu ối.
- Đa thai.

- Cử động thai giảm.
- Thai quá ngày.
- Các bệnh lý khác của mẹ: Lupus ban đỏ hệ thống, hội chứng kháng thể Antiphospholipid, bệnh tim, cường giáp, bệnh gan mãn tính, suy thận mãn tính.

III. KỸ THUẬT THỰC HIỆN NON-STRESS TEST

- NST là một test được thực hiện ngoài chuyển dạ, tức là khi không có cơn co tử cung.
- Sản phụ được khuyên đi tiểu trước.
- Tư thế nằm: nghiêng trái hoặc Fowler.
- Băng ghi NST được thực hiện trong thời gian ít nhất là 20 phút.
- Hướng dẫn sản phụ bấm nút khi thai máy.
- Đánh giá băng ghi sau 20 phút.

IV. ĐỌC VÀ DIỄN GIẢI KẾT QUẢ NON-STRESS TEST

4.1 Đọc NST

- Sau 20 phút, bắt đầu đánh giá sơ bộ băng ghi NST.
- NST được phân loại thành đáp ứng hay không đáp ứng dựa vào sự hiện diện hay không hiện diện của tiêu chuẩn nhịp tim thai tăng:

  (1) NST có đáp ứng: Trong 20' có ít nhất 2 cử động thai làm tăng nhịp tim thai, mỗi lần tăng ít nhất 15 nhịp và kéo dài 15 giây. Không có nhịp giảm.

  (2) NST không có đáp ứng: Khi không có đủ các tiêu chuẩn trên.
- Mặc dù NST nguyên thủy được phân loại dựa vào tiêu chuẩn nhịp tăng "có đáp ứng" và "không đáp ứng" tuy nhiên các thông số còn lại trong đánh giá biểu đồ tim thai như nhịp tim thai căn bản, dao động nội tại, có hay không có nhịp giảm cũng nên được đánh giá. Nếu có sự hiện diện cơn co tử cung, đúng nghĩa thì đây không phải là một NST mà là một OCT tự nhiên. Những cơn gò tự nhiên này có thể không đủ số cơn co theo quy định của một OCT, tuy nhiên những nhịp giảm liên quan đến cơn co tử cung như vậy phải được đánh giá thêm.

- Bảng đánh giá kết quả NST

Thông số	*Bình thường*	*Không điển hình*	*Bất thường*
TTCB (nhịp/phút)	110 - 160	100 - 110 160 - 180, dài < 30p	< 100 > 160, dài > 30p > 180
DĐNT (nhịp/phút)	6 - 25 <= 5, dài < 40p	<=5, dài 40 - 80p	<= 5, dài > 80p >= 25, dài > 10p Nhịp hình sin
Nhịp giảm (NG)	Không có hoặc có NG < 30 giây không lặp lại	NG 30 - 60 giây không lặp lại	- NG > 60 giây - NG lặp lại
Nhịp tăng	>= 2 nhịp	<= 2 nhịp từ 40 đến 80p	<= 2 nhịp trong > 80p

TTCB: tim thai cơ bản; DĐNT: dao động nội tại.

Nếu băng ghi thỏa điều kiện của một NST đáp ứng bình thường có thể kết luận NST bình thường và ngưng thực hiện test.

Nếu băng ghi NST không thỏa ít nhất một trong các tiêu chuẩn của một NST đáp ứng bình thường thì phải tiếp tục thực hiện test trong thời gian 20 phút nữa, hay có thể kéo dài test đến 90 phút.

4.2 Diễn giải NST

4.2.1 NST bình thường (trước đây gọi là đáp ứng): Giá trị tiên đoán âm của NST trong một tuần lên đến 99%, có ý nghĩa rằng thai nhi không bị đe dọa trong khoảng thời gian là một tuần, nếu không có bất cứ sự kiện nào khác xảy ra trong thời gian đó.

Do đó, thời gian lặp lại NST phụ thuộc vào các yếu tố nguy cơ cũng như tình trạng cụ thể trên lâm sàng.

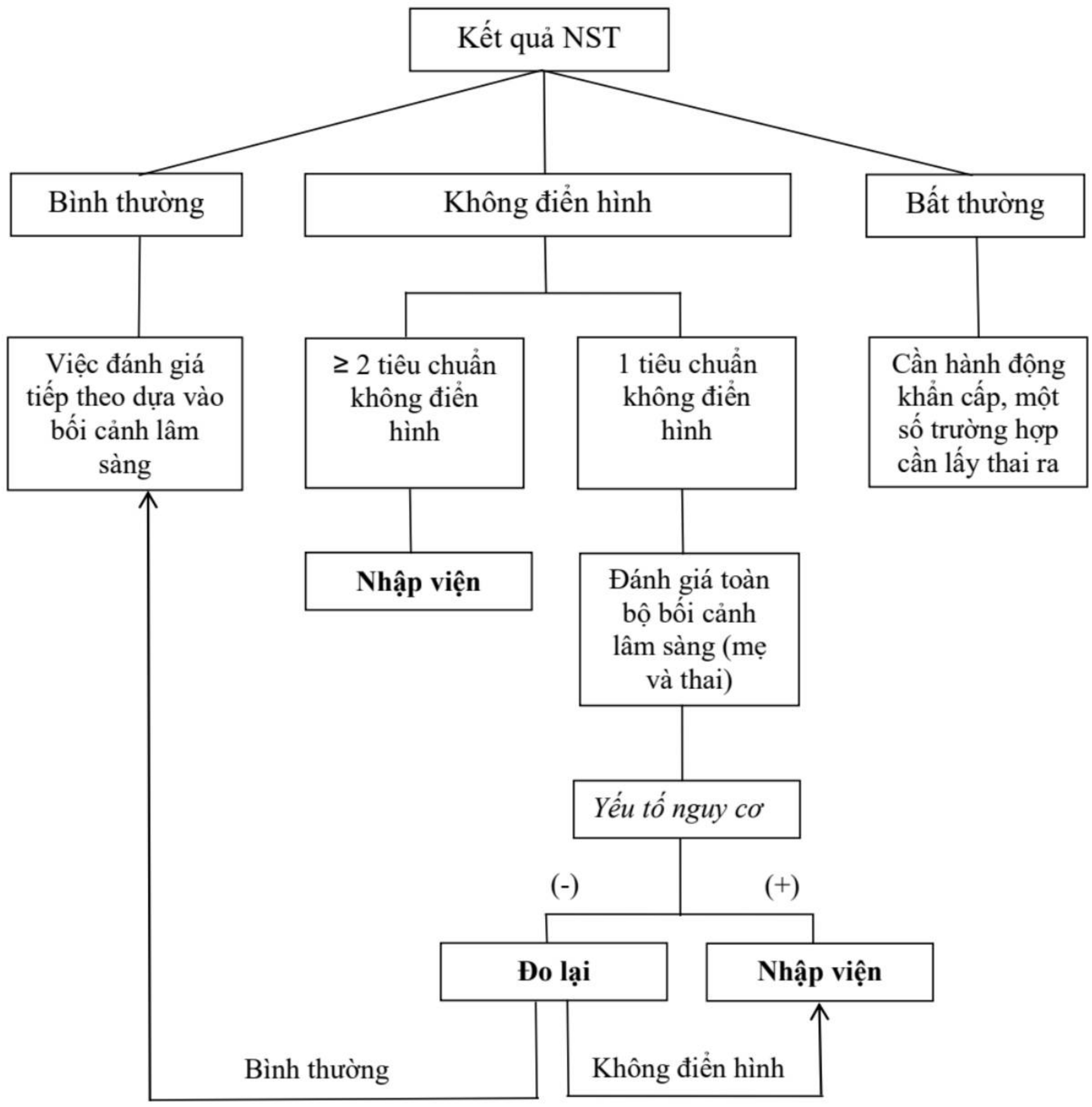
4.2.2 NST không điển hình: tỷ lệ dương tính giả là 60%.

Đánh giá toàn bộ bối cảnh lâm sàng (mẹ và thai). Nên xem xét việc ngưng NST và cần thực hiện thêm các cận lâm sàng hay các test khác (khảo sát thể tích nước ối, trắc đồ sinh vật lý, siêu âm Doppler, OCT). Có khoảng 40% các trường hợp không có nhịp tim tăng sau 40 phút, và phần lớn trong số này là các thai nhi khỏe mạnh. Hiện tượng này được giải thích là do khi ngủ, thai nhi sẽ giảm cả cử động lẫn dao động nội tại. Bác sĩ lâm sàng cần thận trọng và việc theo dõi tim thai qua monitor nên được tiếp tục. Các thai nhi không có nhịp tim tăng sau hơn 80 phút thì thai có thể đã bị tổn thương và tiếp tục không thể có nhịp tăng nào khác.

Việc kích thích lay gọi thai nhi bằng tay không làm giảm tỷ lệ của các NST không đáp ứng. Kích thích bên ngoài bằng xung động âm thanh giúp giảm tỷ lệ NST không đáp ứng là 40%.

4.2.3 NST bất thường: đòi hỏi phải thực hiện những đánh giá ngay lập tức và có thể xem xét đến can thiệp chấm dứt thai kỳ.

V. XỬ TRÍ



(*)Yếu tố nguy cơ: Siêu âm(SA) doppler bất thường, thai chậm tăng trưởng, đái tháo đường thai kỳ, rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ, ối ít, thiểu ối, đa thai, cử động thai giảm, thai quá ngày, các bệnh lý khác của mẹ: Lupus ban đỏ hệ thống, hội chứng kháng thể Antiphospholipid, bệnh tim, cường giáp, bệnh gan mãn tính, suy thận mãn tính. SA doppler bất thường

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Preboth M. ACOGOtto D. Umana; Marco A. Siccardi. "Prenatal Non-stress Test". https://www.ncbi.nlm.nih.gov/-books/NBK537123/. Last Update: January 22, 2019.
2. Guidelines on antepartum fetal surveillance. American College of Obstetricians and Gynecologists. Am Fam Physician. 2000 Sep 01;62(5):1184, 1187-8.
3. SOGC Clinical practice guideline. Fetal health surveillance: Antepartum and intrapartum consensus guideline, No.197, Septemper 2007
4. Up to date 3, "Nonstress test and contraction stress test", https://www.uptodate.com/contents/ Nonstress test and contraction stress test, last updated: May 23, 2019.

TIẾP CẬN THAI PHỤ CÓ NHỮNG RỐI LOẠN DẠ DÀY RUỘT THƯỜNG GẶP

12

I. GIỚI THIỆU

Dưới ảnh hưởng của các nội tiết tố, những thay đổi sinh lý và sự tăng kích thước của tử cung trong thai kỳ, hệ tiêu hóa có những thay đổi gây những triệu chứng, bệnh lý khó chịu cho thai phụ như: buồn nôn – nôn, trào ngược dạ dày thực quản, táo bón, trĩ.

Ngoài ra các bệnh lý dạ dày ruột khác, mặc dù tỷ lệ bệnh không tăng, nhưng có thể gặp ở phụ nữ mang thai như: viêm loét dạ dày, ung thư dạ dày, viêm ruột thừa, viêm đại tràng mãn tính…

II. BUỒN NÔN - NÔN

Xem phác đồ thai hành

III. BỆNH TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN

3.1 Định nghĩa

Định nghĩa: Bệnh trào ngược dạ dày thực quản là các triệu chứng hoặc biến chứng từ việc trào ngược của dịch dạ dày vào thực quản, khoang miệng (bao gồm cả thanh quản) hoặc phổi. Trong thai kỳ, nồng độ progesterone tăng làm giảm áp lực cơ thắt dưới của thực quản, sự thay đổi này thường bắt đầu từ tuần lễ thứ 20 của thai kỳ, cùng với sự tăng áp lực ổ bụng làm tăng tỷ lệ bệnh trào ngược dạ dày thực quản ở phụ nữ mang thai, tỷ lệ 40-85%.

3.2 Triệu chứng

- Ợ nóng: cảm giác nóng rát vùng mũi ức, lan dọc sau xương ức lên đến cổ, thường xảy ra sau bữa ăn (nhất là ăn quá no, ăn chất chua cay, nhiều dầu mỡ, uống rượu bia), nặng thêm nếu nằm ngửa, ngồi cúi ra phía trước.
- Trớ: cảm giác chua và nóng ở miệng, cổ do thức ăn từ dạ dày trào ngược lên vùng hầu họng nhưng không nôn.
- Các triệu chứng khác: đau thượng vị, đầy bụng, nuốt khó, nuốt đau, buồn nôn- nôn, ho khan, khan tiếng, đau ngực.

3.3 Chẩn đoán

- Triệu chứng .
- Nội soi: đánh giá sự hiện diện của viêm thực quản.
- Điều trị thử thuốc ức chế bơm proton (liều chuẩn 8 tuần).
- Đo pH thực quản: là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán .

3.4 Điều trị

3.4.1 Thay đổi lối sống và chế độ ăn: chia nhỏ bữa ăn, tránh sử dụng thức ăn, đồ uống gây kích thích hệ tiêu hóa (cà phê, rượu bia, thức ăn nhiều dầu mỡ). Nằm đầu cao, nghiêng trái, tránh ăn khuya, tránh nằm ngay sau khi ăn.

3.4.2 Điều trị bằng thuốc: có 4 nhóm thuốc chính, trong đó lựa chọn đầu tay là nhóm thuốc kháng acid và bảo vệ niêm mạc dạ dày. Điều trị kế tiếp là nhóm thuốc kháng histamin. Các trường hợp nặng không đáp ứng điều trị có thể dùng nhóm ức chế bơm proton.

▪ Thuốc kháng acid: không dùng trong 30 phút trước và sau khi dùng Sucralfate

- Calcium carbonate (Gaviscon) 10ml, uống 1-2 gói/lần, 4 lần/ngày sau ăn và trước ngủ.
- Alumium hydroxide:
  - •Phosphalugel 20%, 20g, 1-2 gói/lần (uống), lúc đau hoặc 2-3 lần/ngày sau ăn
  - •Maalox 400mg/400mg, 1-2 viên (nhai) lúc đau hoặc 1 giờ sau bữa ăn và trước khi đi ngủ.
- Simethicone (Air X): 1-2 viên (nhai) sau bữa ăn (hay khi nặng bụng), dùng 3 – 6 lần/ngày.

▪ Thuốc bảo vệ niêm mạc dạ dày:

- Sucralfate (Carafate) 1g, 1 viên *3 (uống) trước ăn 1giờ và 1 viên khi ngủ.

▪ Thuốc kháng Histamin:

- Ranitidine (Zantac) 150mg, 2 lần/ngày (uống).
- Famotidine (Pepcid) 20mg, 2 lần/ngày (uống).
- Cimetidine (Tagamet) 400mg, 4 lần/ ngày hoặc 800mg, 2 lần/ngày (uống).

- Ức chế bơm proton (uống trước ăn 30-60 phút) :
  - Esomeprazole (Nexium) 20mg/ngày (uống).
  - Pantoprazole (Protonix) 40mg/ngày (uống).
  - Lansoprazole (Prevacid) 15mg/ngày (uống).
  - Rabeprazole (AcipHex) 20mg/ngày (uống).
  - Omeprazole 20mg/ngày (uống).

IV. TÁO BÓN

4.1 Chẩn đoán

- Đi tiêu < 3 lần trong tuần.
- Phân cứng.
- Đi tiêu khó, phải rặn.
- Bụng có thể căng chướng.

4.2 Điều trị

4.2.1 Thay đổi chế độ ăn, tập vận động: uống # 1.5 – 2 lít nước mỗi ngày, lượng chất xơ 20 – 35gr/ngày, tăng cường vận động, thay đổi thuốc đang uống.

4.2.2 Điều trị bằng thuốc: thuốc nhuận tràng thẩm thấu:

- Lactulose 15ml: uống 1- 2 gói/ngày.
- Glycerin (Rectiofar) 5ml: bơm hậu môn 1- 2 ống/ngày.
- Sorbitol 5g: uống 1-3 gói/ngày.

V. TRĨ

5.1 Chẩn đoán

- Đi ngoài ra máu đỏ tươi: thành giọt hay thành tia.
- Cảm giác khó chịu ở hậu môn: đau rát.
- Khám: thấy búi trĩ to sa ra ngoài ống hậu môn hoặc búi trĩ sa ra ngoài khi rặn.
- Cận lâm sàng: soi trực tràng thấy số lượng, phân loại trĩ.

5.2.1 Điều trị nội:

- Tránh táo bón: ăn nhiều chất xơ, uống nhiều nước, không ăn chất kích thích chua cay. Dùng thuốc nhuận tràng nếu có táo bón.

- Tránh lao động thường xuyên ở tư thế ngồi hay đứng lâu.
- Daflon 0.5g, uống 1- 6 viên/ngày
- Thuốc nhét hậu môn làm giảm sưng và ngứa: Avenoc, Witch Hazel, Hydrocortisone…

5.2.2 Điều trị ngoại: BS chuyên khoa.

VI. CÁC BỆNH LÝ KHÁC

6.1 Viêm ruột thừa

Viêm ruột thừa cấp là nguyên nhân gây đau bụng cấp không liên quan đến thai kỳ thường gặp nhất, tỷ lệ 0,1 – 1,4/1000 thai kỳ. Viêm ruột thừa trong thai kỳ khó chẩn đoán vì triệu chứng rối loạn tiêu hóa giống nghén trong thai kỳ, vị trí ruột thừa thay đổi (di chuyển cùng sự thay đổi kích thước của tử cung), bạch cầu tăng thường thấy trong thai kỳ, dấu hiệu bụng không đặc trưng. Tỷ lệ vỡ ruột thừa gấp 2 -3 lần trong thai kỳ do chậm trễ trong chẩn đoán và điều trị. Chẩn đoán và điều trị không kịp thời sẽ dẫn đến sẩy thai, sanh non, tỷ lệ tử vong mẹ 2%/ tam cá nguyệt thứ nhất và 7.3%/ tam cá nguyệt thứ ba.

6.2 Bệnh viêm loét dạ dày

Viêm loét dạ dày là hậu quả của việc mất cân bằng giữa các yếu tố tấn công và bảo vệ niêm mạc dạ dày, đặc biệt quan trọng là sự hiện diện của acid và pepsin. Tỷ lệ viêm loét dạ dày trong dân số là 10%, tuy nhiên đây là bệnh lý không phổ biến trong thai kỳ, bệnh được cải thiện do sự giảm tiết acid và tăng sản xuất chất nhày bảo vệ niêm mạc dạ dày do tăng progesterone trong thai kỳ. Triệu chứng: đau bụng, đau thượng vị, đau cồn cào, đau sau ăn, từ vài phút đến vài giờ, có tính chu kỳ, rối loạn tiêu hóa, đầy bụng, ăn uống không ngon miệng, có thể kèm ợ hơi, ợ chua.

Điều trị:

- Thay đổi chế độ ăn uống hợp lý, tránh căng thẳng
- Điều trị bằng thuốc: thuốc băng niêm mạc, thuốc kháng acid, thuốc kháng tiết acid.

6.3 Viêm đại tràng mạn tính

Gồm viêm đại tràng dạng loét và bệnh Crohn. Mang thai không làm tăng nguy cơ bệnh viêm đại tràng mạn tính, tuy nhiên nếu bệnh hoạt động trong giai đoạn sớm của thai kỳ có thể gây kết cục xấu. Tùy thuộc vào mức độ nghiêm trọng của viêm, triệu chứng có thể thay đổi, bao gồm: tiêu chảy, tiêu phân nhày máu, sốt, đau bụng... sản phụ cần được điều trị bởi bác sĩ chuyên khoa. Cần hội chẩn BS chuyên khoa trước khi chấm dứt thai kỳ. Cân nhắc mổ sanh trong các trường hợp bệnh Crohn quanh hậu môn và viêm trực tràng hoạt động để giảm nguy cơ chấn thương quanh hậu môn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Catarina Frias Gomesa, Mónica Sousab, Inês Lourençoc, Diana Martinsc, Joana Torresa. Gastrointestinal diseases during pregnancy: what does the gastroenterologist need to know? Annals of Gastroenterology (2018), 31, 385-394.
2. F. Gary Cunningham,John C. Hauth,Kenneth J. Leveno,Larry Gilstrap III,Steven L. Bloom,Katharine D. Wenstrom, MD, Gastrointestinal Disorders , Williams Obstetrics - 25nd Ed. (2018), 2309- 2345.
3. Ian Lockart MB BS; Blake Knapman BAppSc(MRS), DiagRad, MB BS, MRMed, Ria Kanazaki MB BS. Managing common luminal GI disorders during pregnancy. MedicineToday ,Nov 2016, Volume 17, Number 11.
4. Michaletz-Onody PA. Peptic ulcer disease in pregnancy. Gastroenterol Clin North Am. 1992 Dec;21(4):817-26.
5. Roger P. Smith. Gastrointestinal Disorders. Primary Care in Obstetrics and Gynecology (2007), 2 Edition, 327-341.
6. T. Murphy Goodwin MD, Martin N. Montoro MD, Laila I. Muderspach MD, Richard J. Paulson MD, Subir Roy MD. Gastrointestinal Disorders in Pregnancy. Management of Common Problems in Obstetrics and Gynecology (2010), Fifth Edition.

13 TẦM SOÁT VÀ ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG NGUY CƠ TIỀN SẢN GIẬT TRONG TAM CÁ NGUYỆT ĐẦU

I. GIỚI THIỆU

1.1 Định nghĩa

Tiền sản giật (TSG) là nguyên nhân hàng thứ hai gây tử vong mẹ và thai nhi trên thế giới cũng như tại Việt Nam, chiếm tỉ lệ 2 - 10% trong thai kì. Vì thế việc tầm soát sớm TSG ở 3 tháng đầu thai kì có ý nghĩa hết sức quan trọng. Việc sử dụng thuật toán của FMF (The Fetal Medicine Foundation) giúp tính toán nguy cơ thai phụ có thể mắc TSG - SG, từ đó giúp nhà lâm sàng có thể điều trị dự phòng các biến chứng của TSG có thể xảy ra. Hiện nay có rất nhiều mô hình tính toán nguy cơ tiền sản giật trong tam cá nguyệt đầu, chủ yếu dựa vào các yếu tố: yếu tố nguy cơ của thai phụ, huyết áp động mạch trung bình, Doppler động mạch tử cung và dấu ấn sinh hóa liên quan tới PAPP-A (Maternal serum pregnancy-associated plasma protein-A) và PlGF (Placental growth factor).

1.2 Giá trị dự báo của các mô hình tầm soát TSG đa yếu tố (theo ASPRE)

- Mô hình 1(kết hợp bệnh sử người mẹ + HA trung bình + PAPP – A + Siêu âm Doppler ĐMTC): tỉ lệ phát hiện TSG trước 34 tuần 93%, TSG non tháng (trước 37 tuần) 75%, TSG muộn/đủ tháng (sau 37 tuần) 54 %.
- Mô hình 2 (kết hợp bệnh sử người mẹ + HA trung bình + PAPP – A + Siêu âm Doppler ĐMTC + PLGF): tỉ lệ phát hiện TSG trước 34 tuần 96%, TSG non tháng (trước 37 tuần) 77%, TSG muộn/đủ tháng (sau 37 tuần) 57 %.
- Tỉ lệ dương giả 10%

(NC của Poon và cộng sự trong thử nghiệm ASPRE 2018)

II. TẦM SOÁT

Áp dụng cho tuổi thai từ 11 - 13 tuần 6 ngày (CRL 45 – 84mm)

2.1 Xác định yếu tố nguy cơ của thai phụ (theo ACOG 2018, USPSTF 2014)

Yếu tố nguy cơ cao	Yếu tố nguy cơ trung bình
Tiền căn tiền sản giật lần mang thai trước, đặc biệt nếu có kèm theo biến chứng	≥ 35 tuổi
Đa thai	Béo phì (BMI > 30)
Cao huyết áp mãn	Con so
Đái tháo đường type 1 hoặc 2	Tiền căn gia đình có mẹ/chị em gái bị tiền sản giật
Bệnh lý thận	Yếu tố dân số xã hội học (sociodemographic) (người Mỹ gốc Phi, tầng lớp xã hội thấp)
Bệnh lý tự miễn (hội chứng Lupus, kháng phospholipids)	Tiền căn lần mang thai trước (sinh con nhẹ cân, thai chậm tăng trưởng, kết cục thai kỳ xấu lần mang thai trước, khoảng cách lần mang thai trước trên 10 năm)

Mối tương quan giữa yếu tố nguy cơ và nguy cơ TSG

YẾU TỐ NGUY CƠ	RR (độ tin cậy 95%)
Hội chứng kháng phospholipid	9,72 (4,34 – 21,75)
Tiền căn tiền sản giật	7,19 (5,85 – 8,83)
Đái tháo đường phụ thuộc insulin	3,56 (2,54 – 4,99)
Đa thai	2,93 (2,04 – 4,21)
Con so	2,91 (1,28 - 6,61)
Tiền căn gia đình tiền sản giật	2,90 (1,70 – 4,93)
Béo phì	2,47 (1,66 – 3,67)
Trên 40 tuổi	1,96 (1,34 – 2,87)
Mắc bệnh cao huyết áp	1,38 (1,01 – 1,87)

2.2 Huyết áp động mạch trung bình (Mean Arterial Pressure – MAP)

Cách đo:

- Sản phụ nghỉ ngơi 3-5 phút, tư thế ngồi thoải mái, 2 bàn chân chạm đất, lưng tựa ghế, 2 cánh tay đo để ngang tim, lòng bàn tay ngửa.
- Sử dụng máy đo huyết áp tự động, đo 2 cánh tay cùng một lúc, đo 2 lần. Lấy giá trị trung bình giữa các lần đo.

Công thức tính:

$$\text{Huyết áp động mạch trung bình} = \frac{\text{HA tâm thu} + 2*\text{HA tâm trương}}{3}$$

Hoặc

Huyết áp động mạch trung bình = HA tâm trương + 1/3 (HA tâm thu – HA tâm trương)

2.3 Siêu âm đo chỉ số PI (Pulsative Index) động mạch tử cung hai bên (UTPI)

2.4 Dấu ấn sinh hóa: (cùng ngày làm combined test)

+ Định lượng nồng độ PAPP-A. PAPP-A được tiết ra từ nguyên bào nuôi, thường liên quan tới sự hình thành và phát triển nhau thai. PAPP–A thường thấp trong TSG.
+ Định lượng nồng độ PlGF (nếu chọn mô hình 2). PlGF là 1 glycoprotein do nguyên bào nuôi tiết ra, là một trong những yếu tố tân tạo mạch máu. PlGF trong tam cá nguyệt đầu ở thai phụ có nguy cơ TSG thường thấp hơn so với thai phụ bình thường.

2.5 Cách tính tỉ lệ nguy cơ:

Dựa vào thuật toán tính nguy cơ tiền sản giật của Fetal Medicine Foundation (FMF) .

- Ngưỡng cut-off 1/100.
- Xác định nguy cơ cao khi > 1/100

III. ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG ASPIRIN

3.1 Liều dùng

- Khuyến cáo của US PSTF (U.S. Preventive Services Task Force): sử dụng liều thấp 60-150mg/ngày có thể làm giảm khả năng bị tiền sản giật 24% ở thai phụ có nguy cơ cao
- Theo dự án ASPRE, liều 150mg làm giảm 82% TSG khởi phát sớm (<32 tuần) và giảm 62% TSG sanh non.

3.2 Thời điểm bắt đầu sử dụng

Bắt đầu từ ngay sau khi tính nguy cơ TSG (< 16 tuần) (lý tưởng từ tuần thứ 12) cho đến 36 tuần.

3.3 Chống chỉ định

- Dị ứng aspirin.
- Nhạy cảm với NSAIDS.
- Polyp mũi, hay suyễn.

Chống chỉ định tương đối:

- Tiền căn xuất huyết tiêu hóa.
- U đường tiêu hóa.
- Suy gan nặng.
- Hội chứng Reye.

3.4 Ảnh hưởng của aspirin trên thai phụ và thai nhi

3.4.1 Thai phụ:

Không làm tăng biến chứng xuất huyết như nhau bong non, băng huyết sau sanh hay thiếu máu. Một vài trường hợp ghi nhận triệu chứng khó chịu dạ dày – ruột, xuất huyết điểm nhưng tỉ lệ này rất thấp

3.4.2 Thai nhi:

Không làm gia tăng dị tật bẩm sinh, chảy máu dưới màng đệm thai nhi, xuất huyết não…

Một số khuyến cáo không nên sử dụng aspirin liều thấp vào 3 tháng cuối thai kì vì có thể dẫn tới đóng sớm ống động mạch, tăng áp ĐMP.

3.5 Theo dõi việc điều trị dự phòng Aspirin cho thai phụ

Hiện chưa ghi nhận biến chứng đáng kể liên quan đến thai phụ và thai nhi, nhưng khuyến cáo ngưng sử dụng ở thời điểm 36 tuần hay trước nguy cơ sanh non từ 10 đến 14 ngày.

3.6 Các điều trị hỗ trợ khác

3.6.1 Canxi:

Bổ sung canxi nguyên tố 1,5 – 2g/ngày cho những người có khẩu phần canci < 600mg/ngày

3.6.2 Chất vitamin khác:

Không khuyến cáo bổ sung vitamin C, D và E để dự phòng tiền sản giật và các biến chứng của nó (mức độ khuyến cáo và chứng cứ: mạnh).

3.6.3 Chế độ ăn hạn chế muối:

Không khuyến cáo chế độ ăn hạn chế muối để dự phòng tiền sản giật và các biến chứng của nó (mức độ khuyến cáo và chứng cứ: yếu).

3.6.4 Chế độ ăn ít đạm và ít năng lượng:

Chế độ ăn ít đạm và ít năng lượng đối với phụ nữ béo phì cũng không có hiệu quả dự phòng tiền sản giật mà ngược lại có thể gây thai chậm tăng trưởng trong tử cung.

IV. THEO DÕI

Sơ đồ sàng lọc và theo dõi

TÀI LIỆU THAM KHẢO

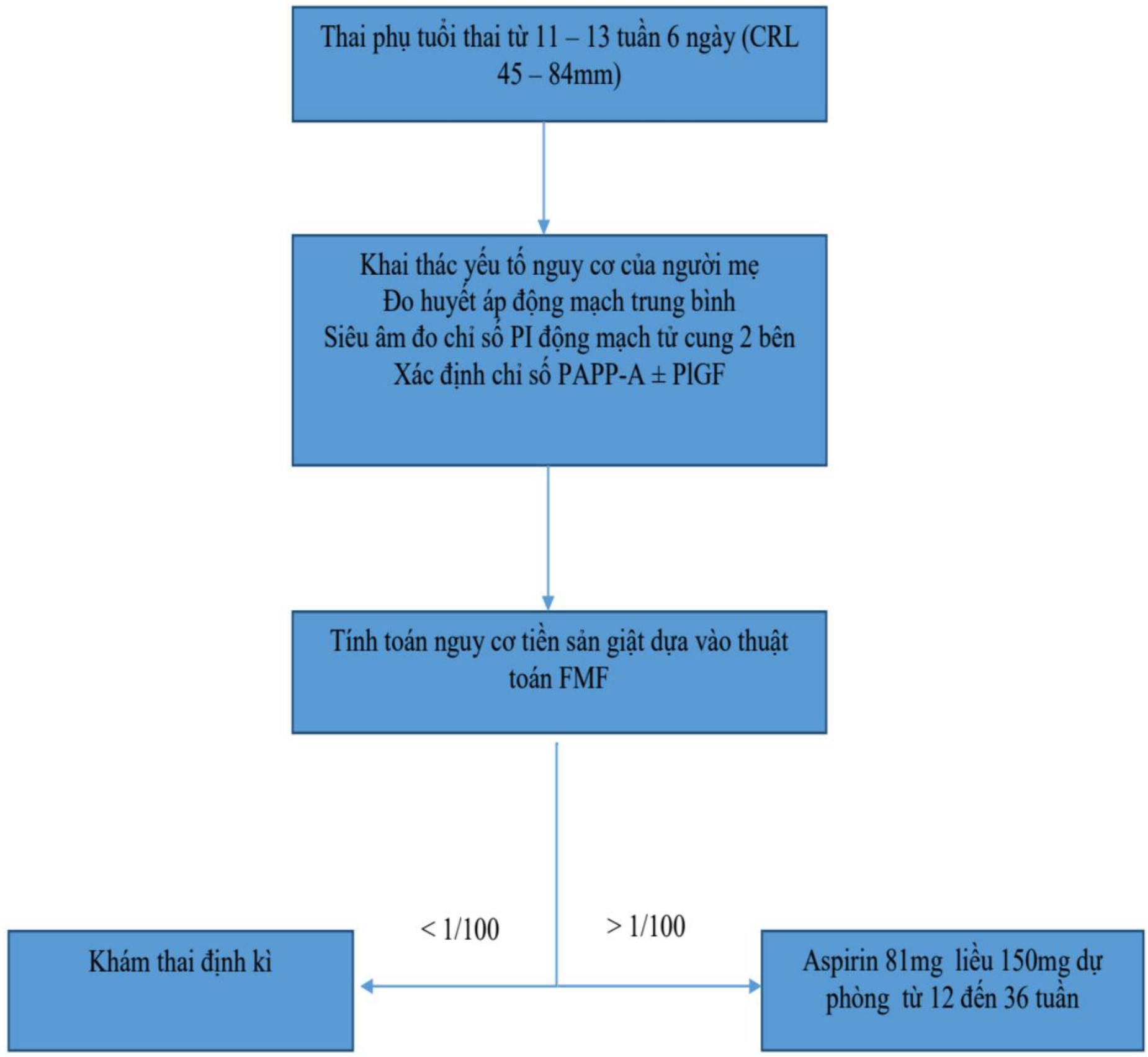
Tiếng Việt

1. Phác đồ bệnh viện Từ Dũ năm 2019

Tiếng Anh

2. ACOG. Low-dose aspirin use during pregnancy. Number 743.
3. Akolekar et all. Competing risks model in early screening for Preeclampsia by Biophysical and Biochemical markers. 2012.
4. O'Gorman N, et al. Competing risks model in screening for preeclampsia by maternal factors and biomarkers at 11 – 13 weeks gestation. Am J Obstet Gynecol. 2016.
5. Poon LC, et al. ASPRE trial: incidence of preterm preeclampsia in patients fulfilling ACOG and NICE criteria according to risk by FMF algorithm. Ultrasound Obstet Gynecol. 2018.
6. Poon LC, et al. ASPRE trial: First_trimester maternal factor and biomarkers screening for preeclampsia. Ultrasound Obstet Gynecol. 2018.
7. The Fetal Medicine Foundation. https://fetalmedicine.org/research/assess/preeclampsia/-first-trimester.
8. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Preeclampsia: Recommendation Statement. 2018.
9. U.S. Preventive Services Task Force. Final Evidence Summary. Other supporting document for low-dose aspirin use for the prevention of morbidity and mortality from Preeclampsia; preventive medication. 2018.

Sơ đồ tầm soát và dự phòng TSG 3 tháng đầu



14 NGOẠI XOAY THAI CHO NGÔI MÔNG ĐỦ THÁNG

I. TIÊU CHUẨN CHỌN LỰA

Đơn thai, ngôi mông > 36 tuần, và không có chống chỉ định của ngoại xoay thai.

II. TIÊU CHUẨN LOẠI TRỪ

2.1. Chống chỉ định về phía mẹ

- Có chống chỉ định của sanh ngả âm đạo.
- Có chỉ định mổ sanh chủ động.
- Tiền căn mổ lấy thai.
- Tử cung dị dạng.
- Nhau tiền đạo.
- Có xuất huyết tử cung trong 7 ngày gần đây.
- Có gò tử cung.
- Đa sản.
- Sản phụ không hợp tác.

2.2. Chống chỉ định về phía thai

- Đa thai.
- Dị tật bẩm sinh thai.
- Thai chậm tăng trưởng trong tử cung.
- CTG bất thường.

2.3. Các yếu tố khác làm giảm tỷ lệ thành công của ngoại xoay thai:

- Ước lượng cân nặng thai >4000g.
- Ngôi mông thiếu kiểu chân.
- Đầu thai ngửa.
- Thiểu ối.
- Ối vỡ non.
- Dây rốn quấn cổ.

III. KỸ THUẬT NGOẠI XOAY THAI

3.1. Trước khi ngoại xoay thai

- Xác định lại tuổi thai > 36 tuần.
- Đảm bảo sản phụ đã thông hiểu về tiến trình ngoại xoay thai cũng như lợi ích và nguy cơ của thủ thuật.
- Sản phụ ký vào giấy đồng thuận thực hiện ngoại xoay thai.
- Siêu âm để xác định sinh trắc học thai, ngôi thai, thể tích nước ối, vị trí nhau bám, tình trạng dây rốn quấn cổ.
- Biết được nhóm máu Rh.

3.2. Tiến hành ngoại xoay thai

- Thực hiện thủ thuật tại khoa Khám bệnh A của Bệnh viện Hùng Vương.
- Đo CTG.
- Đo mạch và huyết áp của sản phụ.
- Dùng thuốc giảm gò: Tiêm dưới da Terbutaline 0,25 mg và chờ trong 10-20 phút để thuốc có tác dụng.

  Chống chỉ định của giảm gò bằng Terbutaline:
  - Nhạy cảm với thành phần của thuốc.
  - Mẹ có bệnh lý tim mạch.
  - Tăng huyết áp, cường giáp không được kiểm soát tốt.
  - Hạ kali máu.
- Thực hiện ngoại xoay thai dưới hướng dẫn của siêu âm.
- Quan sát tim thai qua siêu âm trước và sau thủ thuật. Nếu thủ thuật kéo dài thì kiểm tra tim thai qua siêu âm trong khi thực hiện thủ thuật.
- Bôi gel hoặc bột talc lên trên bụng sản phụ để thủ thuật được thực hiện dễ dàng hơn.
- Dùng một lực đủ mạnh áp vào mông thai nhi để trục ngôi thai ra khỏi khung chậu của sản phụ và di chuyển sang bên. Tiếp tục duy trì lực đẩy trên mông và đầu thai cho đến khi thủ thuật ngoại
- xoay thai được hoàn tất.

  Nếu không thành công với lần xoay đầu tiên thì có thể thử xoay theo chiều ngược lại.

Dừng thủ thuật khi:

+ Sản phụ thấy không thoải mái để tiếp tục thủ thuật.
+ Tim thai bất thường kéo dài.
+ Sau 2 lần thử không thành công.

3.3. Sau thủ thuật ngoại xoay thai

- Đo lại CTG.
- Nếu sản phụ mang nhóm máu Rh âm thì sẽ được tiêm bắp anti-D.
- Sản phụ cần được theo dõi ít nhất là 1 giờ sau thủ thuật để phát hiện các biến chứng qua những dấu hiệu sau:
  + CTG bất thường.
  + Xuất huyết tử cung.
  + Đau bụng.
  + Ối vỡ.
  + Giảm cử động thai.
- Nếu ngoại xoay thai không thành công: thì bác sĩ tại khoa Khám bệnh sẽ thảo luận lại với sản phụ về cách sanh, và nếu sản phụ lựa chọn mổ sanh thì lên kế hoạch mổ sanh chủ động.
- Nếu ngoại xoay thai thành công: thì sản phụ sẽ trở lại siêu âm vào ngày hôm sau để chắc chắn rằng ngôi thai là ngôi thuận.

15 VẾT MỔ CŨ TRÊN TỬ CUNG

I. THỜI GIAN KHÁM THAI

- Khám thai theo lịch (thuộc thai kỳ nguy cơ cao)
- Ghi nhận tiền sử mổ sanh cũ thật chi tiết:
  + Chỉ định mổ.
  + Nơi mổ, cách mổ (đường mổ).
  + Biến chứng, thời gian hậu phẫu.
- Tham vấn bệnh nhân kỹ về:
  + Các dấu hiệu nguy cơ (đau VMC, ra huyết âm đạo, thai máy yếu…).
  + Khả năng thử thách sanh ngả âm đạo.
- Bệnh nhân nhập viện lúc thai ≥ 39 tuần (nếu nhà xa) hay ≥ 40 tuần (nếu nhà gần).
- Các bất thường xảy ra trong thai kỳ của bệnh nhân có tiền căn mổ sanh cũ (nhiễm trùng, sanh non…) được xử trí giống như những sản phụ khác.
- Nếu bệnh nhân có nhau tiền đạo (đặc biệt là nhau bám mặt trước): cần làm Doppler velocimetry, MRI (nếu cần) để đánh giá khả năng nhau cài răng lược.
- Chú ý: bệnh nhân có tiền căn mổ sanh cũ có thể vỡ tử cung trong thai kỳ mà không có hội chứng Doạ vỡ tử cung (xem phác đồ "Vỡ tử cung").

II. THAI BẤT THƯỜNG Ở BỆNH NHÂN CÓ TIỀN CĂN MỔ SANH CŨ

- Chỉ định chấm dứt thai kỳ.
- Phương pháp chọn lựa:
  + Đặt túi nước ngoài màng ối kết hợp giục sanh với Oxytocin
  + Theo dõi sát tại khoa Sanh với monitor sản khoa và nhân viên có kinh nghiệm.
  + Có thể thực hiện trong nhiều ngày (phối hợp khoa Sản Bệnh và khoa Sanh).

III. THAI ĐỦ TRƯỞNG THÀNH Ở BỆNH NHÂN TIỀN CĂN MỔ SANH CŨ

3.1 Chỉ định mổ sanh lại

- VMC do vỡ tử cung, do bóc nhân xơ (ngoại trừ nhân xơ dưới thanh mạc hay nhân xơ có cuống), do thai ngoài tử cung tại đoạn sừng hay eo tử cung.
- Chỉ định mổ sanh còn tồn tại: do khung chậu hẹp, dị tật đường sinh dục...
- VMC ≥ 2 lần.
- Ngôi ngang.
- Thai phụ từ chối thử thách sanh ngả âm đạo sau khi được tư vấn tường tận những lợi ích và nguy cơ của chuyển dạ.
- Thời điểm mổ sanh chủ động lại:
  + Tuổi thai ≥ 39 tuần (kinh chót hay siêu âm sớm).
  + Mổ khi bệnh nhân bắt đầu vào chuyển dạ (ngoại trừ khi có những nguy cơ kèm theo như nhau tiền đạo; VMC quá mỏng...).
- Kỹ thuật mổ sanh lại:
  + Cần cân nhắc mổ dọc (đoạn dưới tử cung hay thân tử cung) trong những trường hợp khó khăn (con non tháng, ngôi ngang, thiểu ối, dính không tách xuống đoạn dưới tử cung được...)

3.2 Chỉ định thử thách ngả âm đạo (vaginal trial)

- Chỉ định: các trường hợp không có chỉ định phải mổ sanh lại và bệnh nhân đồng thuận thử thách sanh ngả âm đạo.
- Theo dõi:
  + Trước sanh:
    ▪ Tình trạng sức khoẻ thai.
    ▪ Tình trạng VMC.
  + Vào chuyển dạ:
    ▪ Theo dõi sát tình trạng VMC và tình trạng thai nhi với monitor sản khoa và nhân viên có kinh nghiệm.
    ▪ Không chống chỉ định gây tê ngoài màng cứng khi theo dõi thử thách sanh ngả âm đạo trên bệnh nhân có vết mổ cũ.
    ▪ Có thể sanh giúp khi đủ điều kiện và có chỉ định.

+ Khi đang sanh giúp nghi có vỡ tử cung: xử trí tùy theo tình trạng thực tế để quyết định - tiếp tục kéo hay mở bụng. Cần tăng cường hội chẩn:

▪ Sau sanh cần phải theo dõi sát dấu sinh tồn; lượng máu âm đạo; co hồi tử cung…

▪ Không chỉ định kiểm tra tử cung thường qui, chỉ tiến hành khi có chỉ định (như băng huyết sau sanh nghi do sót nhau; nghi vỡ tử cung). Phải thực hiện tại khoa Phẫu thuật gây mê hồi sức và do nhân viên có kinh nghiệm tiến hành.

▪ Biến chứng: vỡ tử cung (Xem PĐ "Vỡ tử cung").

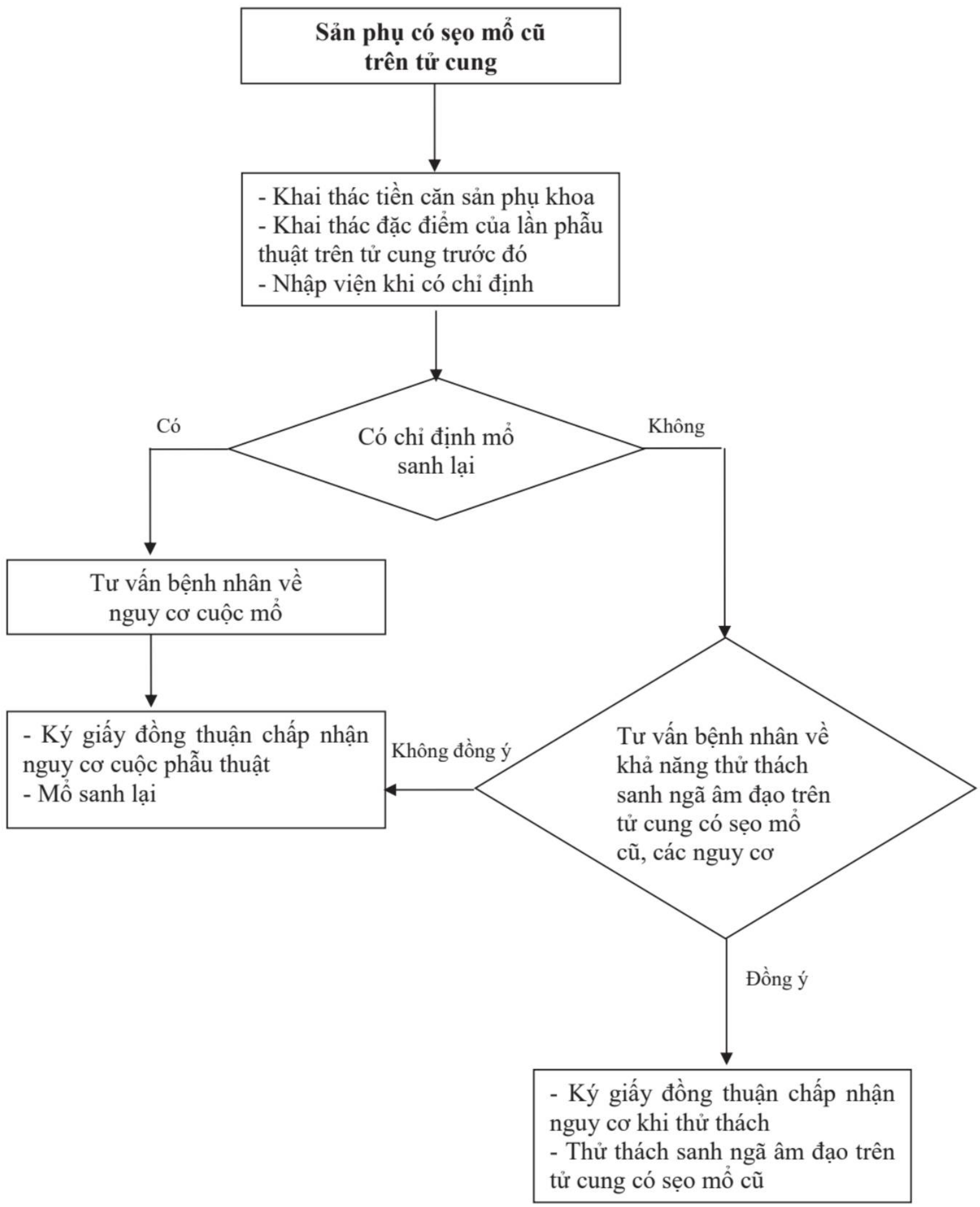
IV. THAI KỲ CÓ CHỈ ĐỊNH KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ Ở BỆNH NHÂN TIỀN CĂN MỔ SANH CŨ

- Các trường hợp thai quá ngày, thai có cao huyết áp thai kỳ…
- Phương pháp:

+ Cytotec là chống chỉ định trong bệnh nhân có tiền căn mổ sanh cũ.

+ Laminaire, Kovac's, Oxytocin không phải là chống chỉ định tuyệt đối nhưng cần cân nhắc lợi/ hại và cần theo dõi rất sát sao.

PHỤ LỤC


Sản phụ có sẹo mổ cũ trên tử cung
- Khai thác tiền căn sản phụ khoa
- Khai thác đặc điểm của lần phẫu thuật trên tử cung trước đó
- Nhập viện khi có chỉ định
Có chỉ định mổ sanh lại
Có
Không
Tư vấn bệnh nhân về nguy cơ cuộc mổ
- Ký giấy đồng thuận chấp nhận nguy cơ cuộc phẫu thuật
- Mổ sanh lại
Không đồng ý
Tư vấn bệnh nhân về khả năng thử thách sanh ngã âm đạo trên tử cung có sẹo mổ cũ, các nguy cơ
Đồng ý
- Ký giấy đồng thuận chấp nhận nguy cơ khi thử thách
- Thử thách sanh ngã âm đạo trên tử cung có sẹo mổ cũ

16 CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ THUỶ ĐẬU TRÊN PHỤ NỮ MANG THAI

I. GIỚI THIỆU

1.1. Định nghĩa

Bệnh thủy đậu là bệnh truyền nhiễm lây qua đường hô hấp và qua tiếp xúc dịch tiết do Varicella Zoster Virus (VZV) , thuộc họ Herpes virus gây nên.

1.2. Tần suất mắc

- Bệnh thủy đậu là bệnh thường gặp và rất phổ biến ở Việt Nam.
- Bệnh thủy đậu rất dễ lây lan thành dịch, vì vậy cần có biện pháp phòng ngừa kịp thời.

1.3. Dịch tễ học

- Tác nhân gây bệnh là virus Varicella Zoster.
- Trên lâm sàng virus gây nên bệnh thủy đậu (tiên phát) và zona (thứ phát).
- Người là ổ chứa bệnh duy nhất.
- Lây trực tiếp qua đường hô hấp (các giọt nước bọt), và khi tiếp xúc trực tiếp với các tổn thương da và niêm mạc. Thời gian lây nhiễm khoảng 1 tuần (từ 1-2 ngày trước khi nổi mụn nước đến khi các mụn nước đóng vảy). Khả năng lây nhiễm cao, sau khi mắc bệnh có miễn dịch bền vững.

II. TRIỆU CHỨNG

2.1. Lâm sàng

- *Thời kỳ ủ bệnh:* Thay đổi từ 10-21 ngày, trung bình 15 ngày không triệu chứng.
- *Thời kỳ khởi phát:* Bệnh nhân có thể sốt nhẹ, mệt mỏi, nhức đầu, đôi khi có đau bụng nhẹ. Có thể xuất hiện những nốt hồng ban, kích thước vài mm nổi trên nền da bình thường. Thời kỳ này dài khoảng 24 giờ. Ở thiếu niên và người lớn triệu chứng thường nặng hơn. Bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch thường sốt cao hơn và thời gian khởi phát dài hơn.

- *Thời kỳ toàn phát:* Trên da mặt, đầu, niêm mạc, cổ, lưng nổi những nốt đậu hình tròn hoặc hình giọt nước trên viền da màu hồng. Nốt đậu có đường kính 3-10 mm, lúc đầu chứa một chất dịch trong, sau khoảng 24 giờ thì hoá đục. Chúng mọc nhiều đợt trên một vùng da nên ta có thể thấy chúng ở nhiều lứa tuổi khác nhau: dạng phát ban, dạng nốt đậu trong, nốt đậu đục, dạng đóng mày. Các nốt đậu xuất hiện liên tục trong vòng 5 ngày đầu tiên; chi dưới là nơi cuối cùng có các nốt đậu.

  Nốt đậu có thể mọc ở niêm mạc miệng, đường hô hấp, tiêu hoá, tiết niệu, âm đạo, gây ra các triệu chứng nuốt đau, khó thở, tiểu rát...

  Bệnh nhân thường bị ngứa nhẹ, có thể sốt nhẹ hoặc không sốt. Số lượng nốt đậu càng nhiều bệnh càng nặng.

2.2. Cận lâm sàng

- Công thức máu: bạch cầu bình thường hoặc tăng nhẹ.
- Huyết thanh chẩn đoán: Có thể phát hiện kháng thể kháng virus thủy đậu.

III. BIẾN CHỨNG

3.1. Ảnh hưởng trên thai phụ

3.1.1. Bội nhiễm:

Thường gặp nhiễm trùng da do liên cầu và tụ cầu vàng. Biến chứng xảy ra do nốt đậu bị vỡ hoặc da bị trầy xước do bệnh nhân gãi gây viêm mủ da, chốc lở thậm chí gây viêm cầu thận cấp.... Nếu không chữa trị kịp thời, tổn thương sẽ ăn sâu, lan rộng, để lại nốt sẹo rỗ gây mất thẩm mỹ, nặng hơn còn dẫn đến viêm mô tế bào, nhiễm khuẩn huyết.

3.1.2. Viêm phổi:

Chiếm 5%-10% thai phụ nhiễm thủy đậu bị viêm phổi. Yếu tố nguy cơ viêm phổi ở thai phụ là hút thuốc lá và trên 100 nốt thủy đậu. Hầu hết xảy ra khoảng từ ngày thứ 4. Bệnh nhân sốt cao, khó thở, đau ngực, ho ra máu. X-quang có hình ảnh tẩm nhuận dạng nốt và viêm phổi mô kẽ. Đây là biến chứng nguy hiểm, có thể dẫn đến tử vong ở những thai phụ bị nhiễm thủy đậu vào tam cá nguyệt thứ 3.

3.1.3. Biến chứng thần kinh:

- Hội chứng Guillain-Barré.

- Viêm não - màng não: Thường gặp ở người lớn, tỉ lệ tử vong ở biến chứng này khoảng 5-25%. Triệu chứng thường gặp là bệnh nhân đột ngột sốt tăng lên, nhức đầu, li bì, nhiều khi co giật và liệt. Khám có hội chứng màng não. Nước não tủy trong, có tăng bạch cầu lympho, albumin tăng nhẹ.

- Đặc biệt, sau khi bệnh nhân đã khỏi bệnh, siêu vi thuỷ đậu vẫn còn tồn tại trong các hạch thần kinh dưới dạng bất hoạt (ngủ đông). Nhiều năm sau đó, có thể là 10, 20, hay 30 năm sau, khi có điều kiện thuận tiện như sức đề kháng cơ thể kém hay có yếu tố gì khác, thì siêu vi này sẽ tái hoạt động trở lại và gây ra sang thương của bệnh Zona.

- Các biến chứng thần kinh khác có thể gặp là áp-xe não hoặc tuỷ sống.

3.2. Ảnh hưởng trên thai

- Mẹ mắc thủy đậu trong tam cá nguyệt đầu không tăng nguy cơ sẩy thai.
- Mẹ mắc thủy đậu khi mang thai dưới 20 tuần sinh con ra có khoảng 2% bị hội chứng thủy đậu bẩm sinh (FVS Fetal varicella syndrom) như sẹo da, nhẹ cân, teo cơ, chậm tăng trưởng, bất thường ở mắt (mắt nhỏ bất thường, đục thủy tinh thể, tổn thương võng mạc), thiểu sản chi, bất thường hệ thần kinh (co giật, chậm phát triển trí tuệ, đầu nhỏ, não úng thủy, teo vỏ não…).
- Mẹ mắc thủy đậu trước sinh trên 1 tuần diễn biến lành tính, khi sinh trẻ có kháng thể nên không nguy hiểm lắm.
- Mẹ mắc thủy đậu từ 5 ngày trước đến 2 ngày sau khi sinh, trẻ sinh ra dễ mắc bệnh thủy đậu chu sinh và có tỉ lệ tử vong cao khoảng 30%.

IV. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào các đặc điểm lâm sàng và kết quả CLS.

Hoặc có thể thấy các triệu chứng sau:

- Bệnh khởi phát đột ngột.
- Triệu chứng toàn thân nhẹ.

- Ban mọc ngay từ ngày đầu của bệnh, chỉ có nốt phồng nước nếu không nhiễm khuẩn thì không có mụn mủ.
- Ban mọc không theo thứ tự, mọc thành nhiều đợt cách nhau 3-4 ngày, ban ở chân tóc bao giờ cũng có.
- Trên cùng một vùng da có nhiều tuổi ban khác nhau.
- Khi ban lặn không để lại sẹo. Trường hợp nhiễm khuẩn mới để lại sẹo.

V. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Bệnh thủy đậu cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh sau:

5.1. Zona

Cũng do VZV gây ra. Thường gặp ở người lớn tuổi và những người có tình trạng suy giảm miễn dịch: nhiễm HIV, bệnh Hodgkin, Lymphoma, đang điều trị bằng các thuốc ức chế MD...

Lâm sàng: zona ngực, zona mắt, sau tai, đầu...

Ở ngực: thường gặp nhất. Các nốt phỏng thường chỉ xuất hiện một bên, dọc theo các dây TK liên sườn. Đầu tiên xuất hiện các nốt nhỏ, màu hồng. Sau đó chúng trở nên tròn và to hơn, nằm thành từng nhóm. Dịch đục sau 5 ngày và lặn sau 10 ngày, để lại sẹo nhỏ màu hồng nhạt.

Zona ngực gây đau đớn cho bệnh nhân. Vùng da tại chỗ thường giảm cảm giác. Tiến triển: 2-3 tuần.

Ở mắt: Thường gặp ở người già. Tổn thương một trong ba nhánh của dây TK thị giác. Có thể viêm giác mạc kèm liệt vận nhãn.

Biến chứng: đau kéo dài sau zona.

5.2. Nốt đậu do HSV (Herpes Simplex Virus)

Nhiễm trùng do HSV thường gặp trên những vùng da có sẵn bệnh như chàm, viêm da dị ứng. Bệnh nhân thường không sốt, số lượng và kích thước nốt đậu nhỏ hơn. Chẩn đoán xác định dựa vào phân lập virus.

VI. ĐIỀU TRỊ

Điều trị triệu chứng:

Giảm ngứa bằng các loại Antihistamin (Promethazine, Chlorpheniramine...)

Giảm đau, hạ sốt bằng Paracetamol.

Điều trị nguyên nhân:

Acyclovir (Acyclo-guanosine): hiệu quả chống VZV ở những bệnh nhân có cơ địa miễn dịch bình thường nếu được sử dụng trong vòng 24 giờ sau khi khởi phát. Acyclovir giúp giảm sốt, giảm các triệu chứng toàn thân, giảm số lượng nốt đậu và kéo dài thời gian xuất hiện các nốt đậu mới. Không nên điều trị cho trẻ dưới 6 tuổi bị thủy đậu chưa có biến chứng.

Liều dùng:

+ Dạng tiêm: 7,5-10 mg/kg/ ngày, tiêm TM mỗi 8 giờ x (5-7) ngày.

+ Dạng uống : Acyclovir 800mg x 5lần/ngày x (5-7) ngày.

6.1. Khi phơi nhiễm

- Đối với những thai phụ có phơi nhiễm với bệnh mà những thai phụ này chưa từng bị bệnh thủy đậu hoặc chủng ngừa, nên dùng varicella – zoster immune globulin (VZIG) càng sớm càng tốt. VZIG có hiệu quả trong vòng 10 ngày sau tiếp xúc bệnh nhân nhiễm thuỷ đậu .
- Không dùng VZIG khi đã có triệu chứng: sốt, bóng nước.
- Những thai phụ có tiền sử tiếp xúc thuỷ đậu nên được khám thai như 1 trường hợp nhiễm trong vòng 8-28 ngày nếu chích VZIG hay trong vòng 8-21 ngày nếu không chích VZIG.

6.2. Khi có triệu chứng

6.2.1. Trước 20 tuần:

- Thai phụ cần được nghỉ ngơi, uống nhiều nước, ăn thức ăn lỏng dễ tiêu hóa, nếu sốt có thể dùng thuốc hạ sốt paracetamol. Giữ vệ sinh thân thể, tránh làm vỡ những bóng nước vì có nguy cơ bội nhiễm.
- Trước khi khám thai nên đặt lịch trước và thông báo với bác sĩ lâm sàng về tình trạng bệnh thuỷ đậu của bản thân để được khám cách ly.

- Việc sử dụng Acyclovir đường uống nên được xem xét cân nhắc.
- Dùng Acyclovir đường tĩnh mạch đối với tất cả các thai phụ nếu thuỷ đậu có biến chứng nặng như viêm phổi, viêm não.
- Nên siêu âm hình thái cẩn thận ở thai phụ 16 - 20 tuần hay 5 tuần sau nhiễm.
- Thai phụ nhiễm thuỷ đậu hay có sự chuyển đổi huyết thanh trong 28 tuần đầu, nguy cơ em bé có Hội chứng thuỷ đậu bẩm sinh thấp < 1-2%.

6.2.2. Sau 20 tuần:

- Trong vòng 24 giờ đầu sau nổi mụn nước, thai phụ nên dùng Acyclovir đường uống càng sớm càng tốt.

6.2.3. Bốn tuần cuối thai kỳ và sau sanh :

- Trong vòng 4 tuần cuối, nếu bà mẹ nhiễm thuỷ đậu, nguy cơ em bé sanh ra nhiễm thuỷ đậu toàn thân rất cao. Cho nên nếu có kế hoạch sanh nên tránh 7 ngày đầu tiên sau khi khởi phát bệnh.
- Thai phụ khi sanh sẽ được tuân thủ cách ly theo phác đồ của CDC.
- Sau sanh, em bé nên được bác sĩ sơ sinh đánh giá.
- Bà mẹ có thể cho con bú nếu đủ sức khoẻ.

VII. PHÒNG BỆNH THỦY ĐẬU

7.1. Phòng bệnh không đặc hiệu

- Phát hiện bệnh sớm để cách ly, tránh tiếp xúc với bệnh nhân.
- Tiêm globulin miễn dịch:
  + Mục đích: phòng ngừa thủy đậu ở những người bị suy giảm miễn dịch khi tiếp xúc với người mắc bệnh thủy đậu.
  + Liều lượng: 0,3ml/kg, tiêm bắp một lần.
  + Liều tiêm có thể dao động từ 2-10 ml.

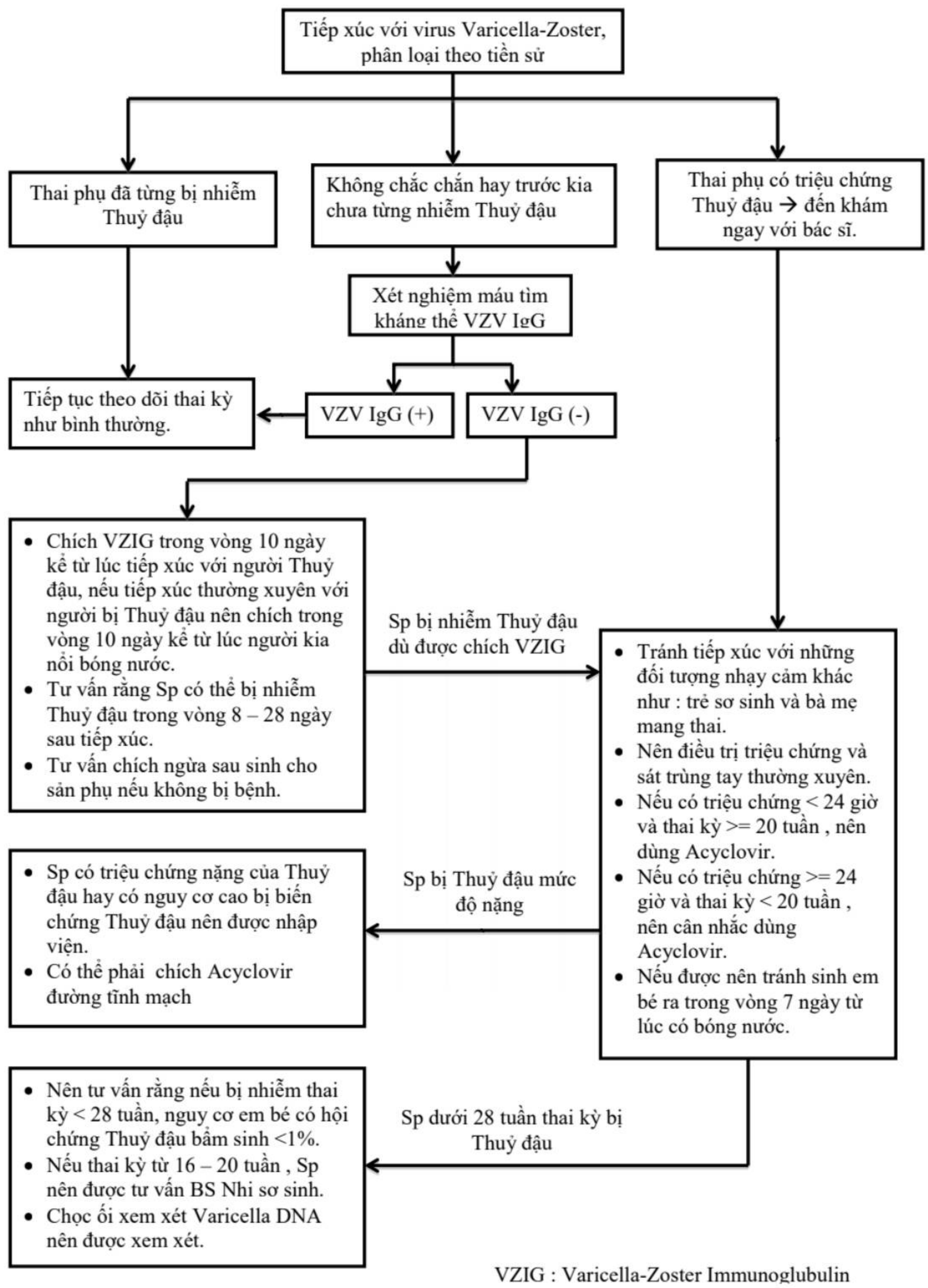
7.2. Phòng bệnh đặc hiệu

Vaccine chống thuỷ đậu (vaccine sống giảm độc lực) có hiệu quả bảo vệ cao và lâu dài, giúp cơ thể tạo kháng thể chống lại virus thủy đậu.

- Tất cả trẻ em từ 12-18 tháng tuổi được tiêm 1 lần.
- Trẻ em từ 19 tháng tuổi đến 13 tuổi chưa từng bị thuỷ đậu lần nào cũng tiêm 1 lần.

- Trẻ em trên 13 tuổi và người lớn chưa từng bị thủy đậu lần nào thì nên tiêm 2 lần, nhắc lại cách nhau từ 4-8 tuần.
- Tất cả các phụ nữ nên được chích ngừa thuỷ đậu trước khi mang thai.
- Nếu trong thời gian chích ngừa , phát hiện có thai, đây không phải là chỉ định để chấm dứt thai kỳ.
- Các cơ sở y tế lớn nên đảm bảo có phòng cách ly cho các trường hợp nhiễm thuỷ đậu.

Phụ lục 1: Sơ đồ xử trí thai phụ tiếp xúc vi rút thủy đậu



TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Bệnh thủy đậu - "Bệnh học truyền nhiễm", Nhà xuất bản Y học, 2002.
2. Bệnh thủy đậu – Cục y tế dự phòng/BYT.
3. Quy trình cách ly theo CDC 1996 của Bộ Y tế.

Tiếng Anh

1. Kaye E.T., Kaye K.M. "Fever and Rash". In Braunwald et al. (eds): Harrison's Principles of Internal Medicine 15thedition. McGraw-Hill Companies, New York, 2001, pp 90-97.
2. Mackowiac P.A., Durack D.T. "Fever of unknown origin". In Mandell et al. (eds): Principles and Practice of Infectious Diseases, 5th edition. Churchil Livingstone, 2000.
3. Lambert H. "Clinical Aproach to the Acutely Febrile Patient". In Cohen J., Powderly(eds): Infectious Diseases 2ndedition. Mosby Companies 2004, pp. 861-869.
4. Management of Varicella Infection (Chickenpox) in Pregnancy – SOGC – March 2012.
5. Chickenpox in Pregnancy - Green-top Guideline No. 13 January 2015 – RCOG.

17 CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG TIỂU TRONG THAI KỲ

I. ĐẠI CƯƠNG

1.1 Định nghĩa

- Nhiễm trùng tiểu (NTT) là sự hiện diện của vi khuẩn và bạch cầu với số lượng bất thường trong nước tiểu.
  + Vi khuẩn nước tiểu ≥ 10^5 CFU/ml, lấy nước tiểu giữa dòng.
  + Bạch cầu niệu > 10 tế bào/µL hoặc bạch cầu niệu > 5 tế bào/quang trường 40.
- Theo góc độ vi sinh: nhiễm trùng tiểu khi có sự hiện diện của vi sinh vật gây bệnh trong nước tiểu, niệu đạo, bàng quang, thận.
- Theo giải phẫu học: chia làm 2 loại
  + Nhiễm trùng tiểu dưới: viêm niệu đạo, viêm bàng quang.
  + Nhiễm trùng tiểu trên thường kèm theo tổn thương nhu mô thận: viêm bể thận cấp.

1.2. Tần suất mắc

- Tỷ lệ nhiễm trùng tiểu trong thai kỳ thay đổi theo từng quốc gia, từng vùng. Kết quả nghiên cứu của tác giả Ngô Gia Hy, tại Việt Nam tỷ lệ này là 6-15%; tỷ lệ này cũng thay đổi theo tuổi thai, phụ nữ có thai tăng nguy cơ nhiễm trùng tiểu từ 6 tuần của thai kỳ, đỉnh cao là 3 tháng giữa với tỷ lệ 30-60%.
- Nhiễm trùng tiểu được biểu hiện ở hai dạng: Nhiễm trùng tiểu không triệu chứng và nhiễm trùng tiểu có triệu chứng. Trong thai kỳ, nhiễm trùng tiểu không triệu chứng thường gặp hơn dao động từ 2-10% (theo tác giả Phạm Thủy Linh là 8%).

1.3. Tác nhân gây bệnh

- Thường gặp: Escherichia coli (70%).
- Ít gặp hơn: Klebsiella pneumoniae (3%), Enterobacter spp. (3%), Staphylococcus saprophyticus (2%), Group B beta-hemolytic streptococcus (GBS 10%), Proteus spp. (2%).

- Không phổ biến: P.aeruginosa, group D streptococci, Ureaplasma spp., Mycoplasma spp., H.influenzae, M.tuberculosis.
- Chlamydia trachomatis gây viêm niệu đạo.

1.4. Yếu tố thuận lợi

- Thai kỳ có đái tháo đường.
- Tắc nghẽn đường tiểu: Bất thường bẩm sinh hệ niệu, sỏi niệu, bế tắc niệu quản hoàn toàn hay từng phần.
- Ứ đọng nước tiểu trong bàng quang sau khi đi tiểu: rối loạn thần kinh bàng quang, hẹp niệu đạo.
- Thủ thuật trên đường tiểu dưới thông tiểu, soi bàng quang.

1.5. Biến chứng

- Mẹ: sẩy thai, viêm thận bể thận, sanh non, sanh thiếu tháng, nhiễm trùng huyết, abcess thận và quanh thận, hoại tử nhu mô thận.
- Con: trẻ nhẹ cân, tử vong chu sinh.

II. CÁC DẠNG NHIỄM TRÙNG TIỂU TRONG THAI KỲ (THEO GIẢI PHẪU HỌC)

2.1. Nhiễm trùng tiểu dưới

A. Tổng quát

+ Tần suất mắc 2-10%.

+ Tỷ lệ này tương đương giữa phụ nữ có thai và không có thai.

+ Có nhiều nguy cơ cho viêm thận bể thận cấp.

B. Chẩn đoán

+ Lâm sàng: tiểu đau, nước tiểu có mùi khó chịu. Các triệu chứng khác: tiểu lắt nhắt, tiểu đêm, tiểu không tự chủ, mót tiểu đôi khi kèm sốt, đau hông lưng thường kèm với viêm đài bể thận cấp.

+ Cận lâm sàng.

Tổng phân tích nước tiểu: chẩn đoán nhiễm trùng tiểu khi có 1 trong các tiêu chuẩn sau:

- BC # 5 tế bào/quang trường 40, hoặc 10 tế bào/µL nước tiểu
- HC # 5 tế bào/µL nước tiểu
- Có sự hiện diện của trụ hồng cầu và trụ bạch cầu

Cấy nước tiểu

2.2. Nhiễm trùng tiểu trên: viêm thận bể thận cấp

A. Tổng quát

Các tác nhân gây nhiễm trùng tiểu không triệu chứng và viêm bàng quang cũng gây nên viêm thận bể thận cấp. Do đó, tỷ lệ nhiễm trùng tiểu không triệu chứng ở thai phụ quyết định tỷ lệ viêm thận bể thận cấp. Tầm soát và điều trị nhóm có nguy cơ cao bị nhiễm trùng tiểu không triệu chứng sẽ giúp làm giảm tỷ lệ viêm thận bể thận cấp < 1%, nếu viêm thận bể thận cấp không được điều trị đầy đủ sẽ ảnh hưởng xấu cho mẹ và thai.

B. Chẩn đoán

+ Lâm sàng

• Thường xảy ra trong tam cá nguyệt 2,3

• 80% thai phụ có đau lưng, sốt, lạnh run, đau góc sườn cột sống.

• 50% có kèm theo triệu chứng nhiễm trùng tiểu dưới, buồn nôn và nôn.

• 15-20% thai phụ bị viêm thận bể thận cấp có tình trạng du khuẩn huyết (bacteremia).

• Một tỷ lệ nhỏ viêm thận bể thận cấp sẽ tiến triển thành sốc nhiễm trùng, tăng tính thấm mao mạch, dẫn tới phù phổi.

+ Cận lâm sàng: công thức máu, creatinin, ure, ion đồ và cấy nước tiểu.

III. TẦM SOÁT

- Xét nghiệm tầm soát vẫn còn là vấn đề tranh cãi. Tầm soát tình trạng nhiễm trùng tiểu bằng cấy nước tiểu.
- Nước tiểu có trên 10 BC/mL được xem là tiểu mủ. Tiểu mủ là dấu hiệu chẩn đoán nhiễm trùng tiểu với độ nhạy 80-90% và độ đặc hiệu 50-76%.
- Dipstick testing (phát hiện glucose, protein, nitrite và leukocyte esterase trong nước tiểu): là xét nghiệm chẩn đoán nhiễm trùng tiểu với độ nhạy 57-96% và độ đặc hiệu 94-98%.
- Nitrate test: là xét nghiệm chẩn đoán nhiễm trùng tiểu với độ nhạy 22% và độ đặc hiệu 94-100%.

IV. ĐIỀU TRỊ

Nhiễm trùng tiểu có những biến chứng nguy cơ cho mẹ và thai nên được điều trị sớm, hiệu quả và an toàn. Theo nguyên tắc:

- Điều trị theo cấy vi khuẩn và kháng sinh đồ.
- Lựa chọn kháng sinh tùy thuộc vào tuổi thai, nhiễm trùng tiểu có triệu chứng hay không triệu chứng, nên lựa chọn kháng sinh đầu tay.
- Sử dụng thuốc có hiệu quả và ít ảnh hưởng lên thai.
- Thời gian điều trị trung bình là 7-10 ngày.
- Nên cấy nước tiểu sau điều trị 2 tuần vì khả năng tái phát cao sau 2 tuần. Nếu tái phát điều trị trong 21 ngày với Nitrofurantoin.
- Nếu điều trị không hiệu quả, có thể tác nhân từ viêm sinh dục như Chlamydia trachomatis. Nên sử dụng Erythromycin trong trường hợp này.

A. Phác đồ điều trị đối với phụ nữ có thai đối với nhiễm trùng tiểu dưới

• Ưu tiên 1:

1. Nitrofurantoin 100mg: uống 1 viên x 2 lần/ngày trong 7 ngày; lựa chọn đầu tay ở nhiễm trùng tiểu không triệu chứng và chống chỉ định với bệnh nhân thiếu men G6PD.
2. Cefuroxim 500mg: uống 1 viên x 2 lần/ngày trong 7 ngày.
3. Cephalexin 500mg: uống 1 viên x 4 lần/ngày trong 7 ngày.
4. Amoxicillin+clavulanat 500/125mg: uống 1 viên x 3 lần/ngày trong 5-7 ngày.
5. Amoxicillin+clavulanat 1g: uống 1 viên x 2 lần/ngày trong 5-7 ngày.
6. Ampicilin+sulbactam 1g: uống 1 viên x 3 lần/ngày trong 5-7 ngày.

B. Viêm bể thận cấp (acute bacterial pyelonephritis)

- Nhập viện.
- Kháng sinh có thể sử dụng:
  + Cefazolin 1g: 1g x 3 TMC/ngày trong 2-5 ngày hay đến khi hết sốt rồi chuyển qua uống cho đủ 14 ngày (Cephalexin).
  + Ceftriaxone 1g: 1g TMC/ngày trong 2-5 ngày hay đến khi hết sốt rồi chuyển qua uống cho đủ 14 ngày (Cefixime).

+ Trường hợp nặng, thêm Gentamicin 3-5 mg/kg: tiêm bắp 1 lần/ngày.
+ Clindamycin 600mg: truyền TM 1 lọ x 3 lần/ngày khi dị ứng nhóm beta-lactam.

C. Thuốc hỗ trợ điều trị

+ Methylen blue: uống 2 viên x 3 lần/ngày trong thời gian điều trị (thận trọng trong 3 tháng đầu, 3 tháng cuối thai kỳ, dùng được trong thời gian bú mẹ), không khuyến khích dùng vì hiệu quả không cao.

V. THEO DÕI VÀ TIÊN LƯỢNG

- Xét nghiệm nước tiểu lại sau 1 tuần.
- Sàng lọc định kỳ sau khi điều trị như thường quy.
- Với viêm bể thận có thể dùng nitrofurantoin cho điều trị ức chế đến lúc sanh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Urinary Tract Infections, Pyelonephritis, and Prostatitis - Harrison's Internal Medicine - Chapter 282.
2. Urinary tract infections and asymptomatic bacteriuria in pregnancy - Uptodate 2016.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN SIÊU VI B VÀ THAI KỲ

18

I. GIỚI THIỆU

1.1 Định nghĩa

- Viêm gan siêu vi B là tình trạng đáp ứng của cơ thể khi bị HBV tấn công và phá hủy chủ yếu ở tế bào gan.
- Viêm gan siêu vi B và thai là tình trạng đáp ứng của cơ thể khi bị HBV tấn công và phá hủy chủ yếu tại tế bào gan trên phụ nữ mang thai.

1.2. Tần suất mắc

- Theo Tổ chức Y tế thế giới ghi nhận hiện có trên 2 tỷ người (chiếm khoảng 1/3 dân số thế giới) đã nhiễm HBV, trong đó khoảng 30 triệu người mang HBV mạn tính.
- Trung bình hàng năm có khoảng 1 triệu người chết do các bệnh có liên quan HBV như xơ gan, ung thư gan (50% có viêm gan B).
- Việt Nam trong vùng dịch tễ bệnh có viêm gan B lưu hành cao (tỷ lệ nhiễm HBV > 8%) tỷ lệ nhiễm HBV ghi nhận một số nghiên cứu từ 10-20% → ước tính số nhiễm khoảng 12 triệu người.
- Tỷ lệ chuyển sang mãn tính:
  + Trên 90% trẻ nhiễm từ mẹ sang con
  + Từ 25-50% trẻ nhiễm khi 1-5 tuổi
  + Từ 6-10% người lớn
- Trên 50% người mang HBV là do lây nhiễm chu sinh.
- Nếu không chích ngừa thụ động thì tỷ lệ trẻ bị nhiễm là:
  + 70-90% trẻ có mẹ HBeAg dương
  + 10-40% trẻ có mẹ HBeAg âm

1.3. Phương thức lây truyền

- Từ mẹ sang con: trong tử cung (ít), trong chuyển dạ (thường gặp) và sau sinh (chu sinh).
- Giai đoạn sớm sau sanh nhiễm qua tiếp xúc với các cá nhân bị nhiễm trong gia đình.

- Thực hành tiêm không an toàn.
- Truyền máu.
- Quan hệ tình dục.

1.4. Ảnh hưởng viêm gan B và thai

- Nếu nhiễm đợt cấp trong lúc mang thai, tỷ lệ lây nhiễm sẽ là:
  + Khoảng 10% trong 3 tháng đầu thai kỳ
  + Khoảng 90% trong 3 tháng cuối thai kỳ
- Mang thai không làm nặng thêm tình trạng viêm gan B mạn.
- HBV không làm tăng bệnh suất và tử suất mẹ và con.
- HBV không ảnh hưởng đến khả năng mang thai hay sinh sản (trừ khi có xơ gan hay suy gan).

II. TRIỆU CHỨNG

2.1. Viêm gan siêu vi B cấp

- Sốt là triệu chứng đầu tiên của bệnh, sốt thường nhẹ, ít khi sốt cao, giống cảm cúm.
- Bệnh nhân thường thấy mệt mỏi.
- Vàng da sẽ xuất hiện vài ngày sau khi sốt, mệt, kèm vàng mắt, nước tiểu sẫm màu.
- Ngoài ra có thêm một số triệu chứng khác như chán ăn, đầy bụng, nôn ói, đau bụng vùng trên rốn, đau khớp….
- Đợt cấp chỉ kéo dài 2-3 tuần, sau đó nếu không có biến chứng, các triệu chứng bớt dần, người bệnh phục hồi hoàn toàn.

2.2. Viêm gan siêu vi tối cấp

Các triệu chứng như viêm gan B cấp xuất hiện đột ngột hơn, nặng hơn và tỷ lệ tử vong > 80% do:

- Hôn mê gan.
- Xuất huyết: nôn ra máu, tiêu ra máu, xuất huyết dưới da, chảy máu nơi tiêm chích…

2.3. Viêm gan siêu vi B mạn

Thường không có triệu chứng hoặc xuất hiện dưới 2 thể bệnh:

- Thể tiềm ẩn, dai dẳng thường chỉ có triệu chứng không rõ rệt như: mệt mỏi, ăn uống chậm tiêu, táo bón…

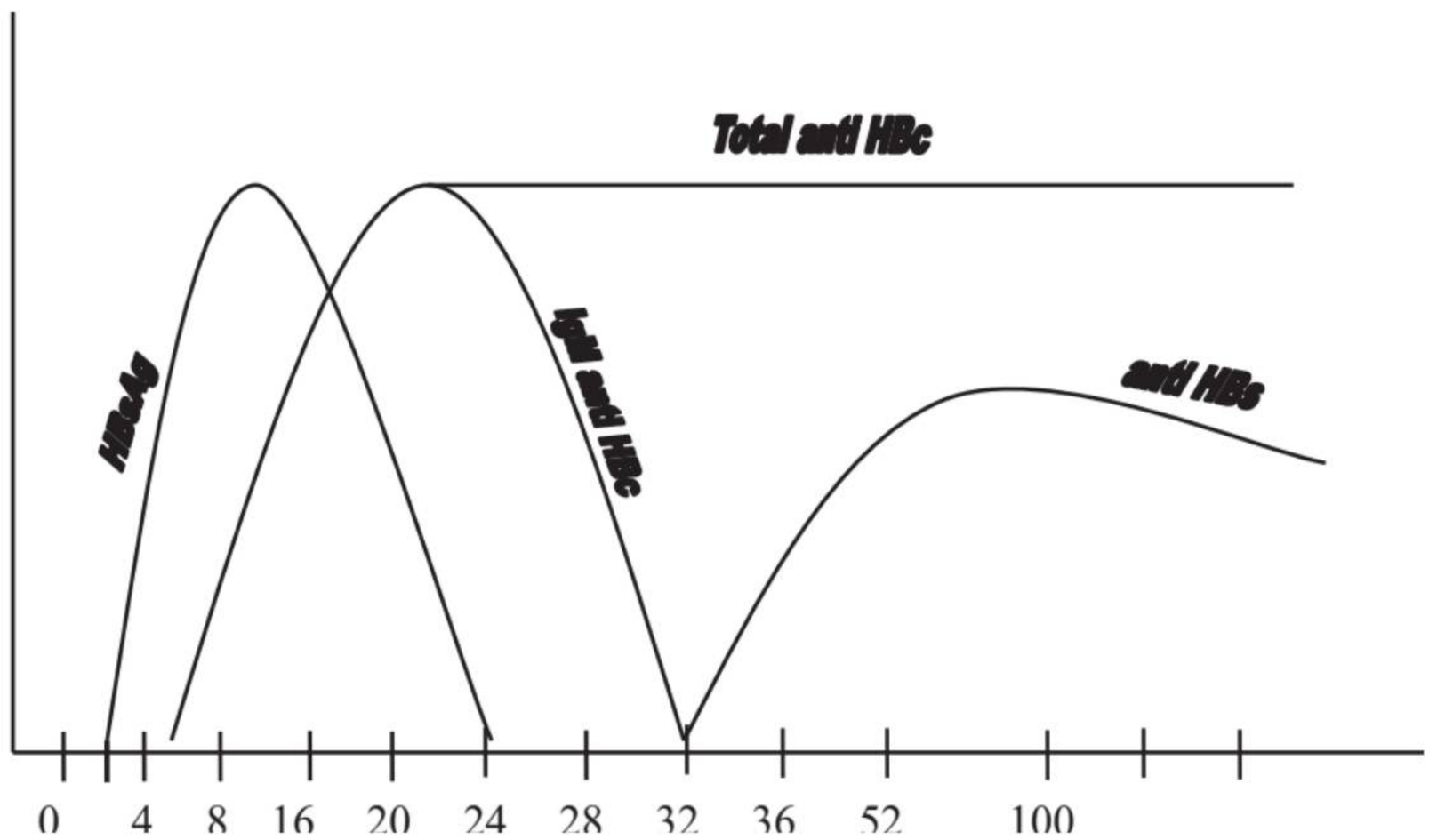
- Thể hoạt động (thể tấn công) thì các triệu chứng rõ rệt hơn như: người bệnh suy nhược, rất yếu, chán ăn, no hơi, đầy bụng … Thường bị dị ứng, nổi mề đay, ngứa và thỉnh thoảng có đợt sốt tự nhiên.

III. XÉT NGHIỆM

- Xét nghiệm liên quan đến sự phá hủy tế bào gan, suy tế bào gan: SGOT, SGPT, Bili, PT, APTT, Fibri …
- Xét nghiệm miễn dịch liên quan HBV:

HBsAg	Anti-HBc	IgM-antiHBc	Anti-HBs	Diễn giải
(-)	(-)	(-)	(-)	Chưa nhiễm
(+)	(-)	(-)	(-)	Viêm gan cấp sớm, 21 ngày sau tiêm ngừa
(+)	(+)	(+)	(-)	Viêm cấp
(+)	(+)	(-)	(-)	Viêm mạn
(-)	(+)	(-)	(+)	Đã nhiễm, hồi phục và có nhiễm bệnh
(-)	(-)	(-)	(+)	Có miễn dịch nếu >10 mUI/ml (thường do tiêm chủng)
(-)	(+)	(-)	(-)	Có một số tình huống *

* 1. Anti HBc (+) giả;
2. Viêm mạn nhưng do HBs còn thấp.
3. Kháng thể thụ động từ mẹ sang con.



IV. ĐIỀU TRỊ

Mục tiêu điều trị:

- Giảm nguy cơ lây truyền mẹ - con (biện pháp vacine dự phòng)
- Ngăn ngừa sự tăng sinh siêu vi (kháng siêu vi)
- Điều trị hỗ trợ: cần nhập viện khi có triệu chứng viêm gan cấp, nâng tổng trạng, cân bằng dinh dưỡng, điện giải …

V. DỰ PHÒNG LÂY TRUYỀN MẸ CON

Theo khuyến cáo Bộ Y Tế năm 2019

- Tiêm vaccine siêu vi B liều sau sinh cho tất cả trẻ em theo chương trình tiêm chủng mở rộng.
- Trẻ sinh ra từ mẹ có HBsAg dương tính: tiêm kháng huyết thanh siêu vi B và vaccine siêu vi B trong vòng 24 giờ sau sinh. Nên tiêm cùng thời điểm nhưng ở hai vị trí khác nhau. Sau đó tiêm đầy đủ các liều vaccine siêu vi B cho trẻ theo quy định của chương trình tiêm chủng mở rộng.

5.1. Đối với trẻ sinh ra từ mẹ HBsAg dương

- Nếu cân nặng lúc sanh trẻ > 2000 gram
  + HBIG 0.5 ml TB
  + HBV vaccine 0.5 ml TB (bên đối diện)

  Thuốc được cho trong vòng 12 giờ sau sanh
- Nếu cân nặng lúc sanh trẻ < 2000 gram
  + HBIG 0.5 ml TB : trong vòng 12 giờ sau sanh
  + HBV vaccine được cho sau xuất viện 1-2 tháng

  Cả 2 nhóm trẻ trên tiếp tục chuỗi HBV vacine liều kế tiếp theo lịch tiêm chủng quốc gia

5.2. Đối với trẻ được sinh ra từ các bà mẹ không rõ HBsAg

Sử dụng phác đồ tương tự như trên.

5.3. Đối với trẻ được sinh ra từ các bà mẹ HBsAg âm

- Nếu cân nặng trẻ lúc sinh > 2000 gram:
  HBV vaccine 0.5 ml TB trong vòng 12 giờ sau sinh.
- Nếu cân nặng trẻ lúc sinh < 2000 gram:
  HBV vaccine 0.5 ml TB sau xuất viện 1 tháng.
  Cả 2 nhóm trẻ trên được tiếp tục chuỗi HBV vaccine liều kế tiếp theo lịch tiêm chủng quốc gia.

VI. KHÁNG HBV TRONG THAI KỲ

Chỉ định dùng kháng HBV từ tuần 24 - 28 của thai kỳ, nếu muộn hơn thì nên bắt đầu ít nhất 4 tuần trước sinh khi HBeAg dương hoặc nồng độ HBV DNA > 10^6 copies/ml (200.000 IU/ml).

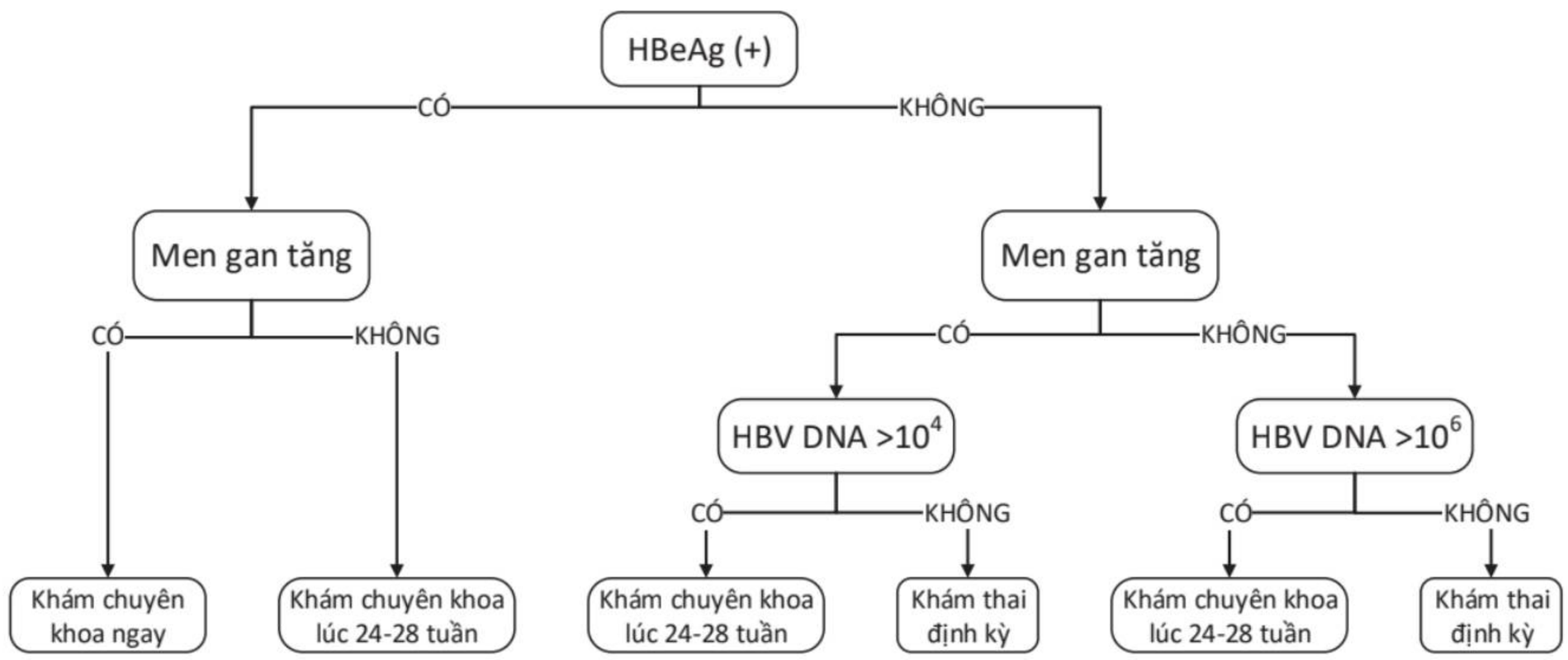
VII.TẦM SOÁT VÀ XỬ LÝ HBV TẠI PHÒNG KHÁM THAI

Xét nghiệm HBsAg cho tất cả các sản phụ đến khám thai khi siêu âm có tim thai, nếu HBsAg dương tính sẽ làm thêm xét nghiệm HBeAg, chức năng gan (AST, ALT, Bilirubin) và tải lượng HBV DNA để cân nhắc điều trị kháng HBV cho thai phụ lúc 24 - 28 tuần:

- Men gan tăng (AST, ALT > 2 lần ngưỡng trên của giá trị bình thường)
  - o HBeAg dương → Khám chuyên khoa Bệnh Nhiệt Đới ngay
  - o HBeAg âm:
    - ▪ HBV DNA > 10^4 copies/ml (2.000 IU/ml) → Khám chuyên khoa Bệnh Nhiệt Đới lúc 24 - 28 tuần
    - ▪ HBV DNA < 10^4 copies/ml (2.000 IU/ml) → Khám thai định kỳ
- Nếu HBeAg dương → Khám chuyên khoa Bệnh Nhiệt Đới lúc 24 - 28 tuần.
- Nếu tải lượng HBV DNA > 10^6 copies/ml (200.000 IU/ml) → Khám chuyên khoa Bệnh Nhiệt Đới lúc 24 - 28 tuần.

Theo dõi tình trạng của mẹ gồm triệu chứng lâm sàng, AST, ALT mỗi 4 - 12 tuần, tải lượng HBV DNA trong vòng 24 tuần sau sinh để phát hiện VGVR B bùng phát.

Không chống chỉ định nuôi con bằng sữa mẹ ở những người mẹ có HBsAg dương tính và mẹ đang sử dụng kháng HBV để điều trị bệnh hoặc điều trị dự phòng.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. High risk pregnancy management options fourth edition – 2011- chapter 27, hepatitis virus infections, p 469.
2. 2013. ACOG practice bulletin full, hepatitis B and hepatitis C virus infection in obsterician – gynecologists .Number 332.p330.
3. Annals of internal Medicine (2009). Screening for hepatitis B and hepatitis C virus infection in: U.S.Preventive Services Task Force Reaffimation Recomendation Statement. Ann intern Med.2009; 150: 869-873.
4. Collin W.Shepard, Egar P.Simard,Lyn Finelli,Anthony E.Fiore,and Beth P.Bell(2006).Hepatitis virus B infection: Epidemiology and Vacination. Epidemiologic Reviews Vol.28,2006.
5. Gregory A.Poland, Robert M.Jacobson(2004). Prevention of Hepatitis B with the Hepatitis B Vaccine. N Engl J Med 2004;351:2832-8.
6. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm gan virút B, Bộ Y Tế 2019

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ RUBELLA VÀ THAI KỲ 19

I. GIỚI THIỆU

1.1 Định nghĩa

Rubella còn được gọi là bệnh sởi Đức, là bệnh lí sốt phát ban lành tính do virus Rubella (vi rút ARN giống Rubivirus họ Togaviridae) gây nên, bệnh lây truyền từ người bệnh mang vi rút sang người lành qua đường hô hấp hoặc từ mẹ sang thai nhi. Trong giai đoạn mang thai có thể gây những ảnh hưởng nghiêm trọng lên thai: sẩy thai, dị tật bẩm sinh ở thai với nhiều mức độ khác nhau.

1.2. Tần suất mắc

- Hiện nay, Rubella và hội chứng Rubella bẩm sinh hầu như được loại trừ khỏi Hoa Kỳ, tuy nhiên nó vẫn còn là mối lo của các nước khác trên thế giới nhất là ở các nước chủng ngừa Rubella không nằm trong chương trình tiêm chủng mở rộng của quốc gia. (CDC, unpublished data, 2000).
- Tại Việt Nam tỷ lệ mắc trung bình hàng năm là 2,4/100000.

1.3. Yếu tố nguy cơ và cách lây truyền

- Ổ chứa virus gây bệnh Rubella duy nhất: người đang mắc bệnh là nguồn truyền nhiễm duy nhất.
- Bị mắc bệnh do lây nhiễm qua dịch tiết, giọt bắn đường mũi họng.
- Trẻ mắc hội chứng Rubella bẩm sinh (CRS) sẽ đào thải nhiều virus trong dịch tiết hầu họng, trong nước tiểu và đó là nguồn truyền nhiễm cho người tiếp xúc.

II. HỘI CHỨNG RUBELLA BẨM SINH (CONGENITAL RUBELLA SYNDROME)

Hội chứng Rubella bẩm sinh là tình trạng dị tật, khiếm khuyết bẩm sinh ở trẻ, nguyên nhân bắt nguồn từ việc nhiễm Rubella của người mẹ trong giai đoạn mang thai. Nguy cơ xuất hiện sẽ tuỳ thuộc vào việc nhiễm rubella ở tuổi thai nào. Do đó việc tư vấn cho thai phụ tuỳ thuộc theo từng cá thể.

Rubella qua nhau tấn công tế bào mầm, gây huỷ tế bào, giảm khả năng phân bào, tấn công vào hệ thống mạch máu thai nhi, tỷ suất xuất hiện dị tật tuỳ thuộc vào tuổi thai.

Tỷ lệ lây truyền rubella từ mẹ sang thai nhi	Tỷ lệ dị tật bẩm sinh khi nhiễm trên thai nhi
Tam cá nguyệt I: 80% Tam cá nguyệt II: 25% Tuần lễ 27-30: 35% Tuần 36: 100%	Trước 11 tuần: 90% 11-12 tuần: 33% 13-14 tuần: 11% 15-16 tuần: 24 % Sau 16 tuần: 0%

Do đó tỷ lệ dị tật bẩm sinh ở thai sẽ liên quan tới việc sản phụ nhiễm Rubella giới hạn trong 16 tuần đầu thai kì, một tỷ lệ nhỏ có thể có khi nhiễm trên 16 tuần đó là gây thai chậm tăng trưởng (fetal grown restriction)

Hội chứng rubella bẩm sinh: với các dị dạng thai nhi thuộc 2 nhóm:

- Nhóm A: tổn thương thính giác (60-75%), đục thủy tinh thể, glaucoma bẩm sinh, bệnh võng mạc sắc tố (10-25%), bệnh tim bẩm sinh (10-20%),..
- Nhóm B: ban tím, gan lách to, vàng da, ảnh hưởng hệ thần kinh trung ương (10-25%): não nhỏ, chậm phát triển, viêm não màng não, bất thường khác liên quan bệnh xương trong (hình ảnh X-quang)

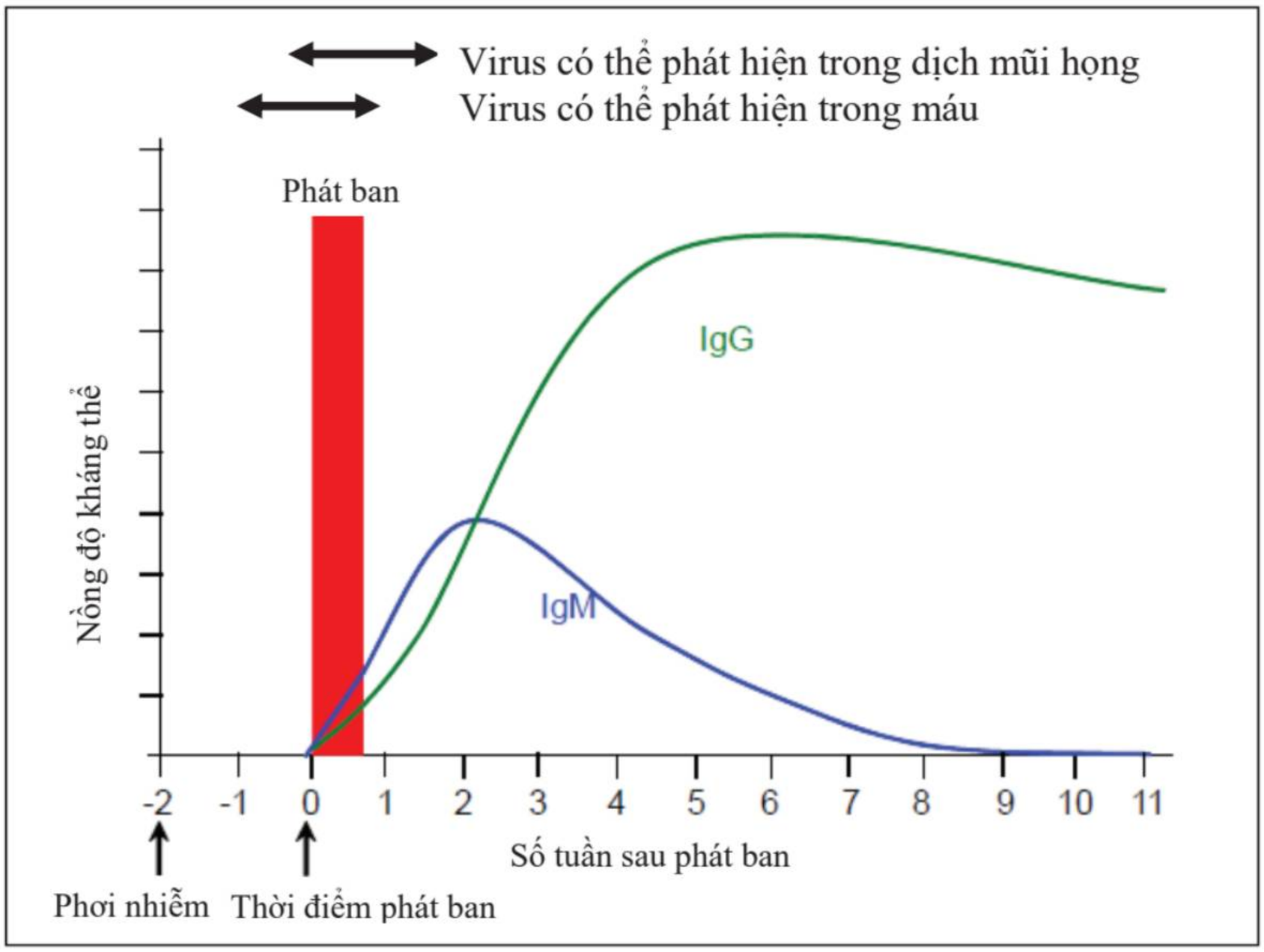
III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Triệu chứng lâm sàng

- Thời gian ủ bệnh từ 12-23 ngày. 20-50% không triệu chứng.
- Tiền triệu: sốt nhẹ từ 1-3 ngày, đau họng, sổ mũi, khó chịu, nhức đầu trong khoảng 7 ngày.

- Phát ban xuất hiện sau giai đoạn tiền triệu 5-7 ngày, phát ban bắt đầu từ mặt, lan đến thân và các chi, ban dạng đốm nhỏ dẹt, sẽ lặn dần sau 3 ngày, lặn trước ở mặt tới thân và chi, không để lại vết thâm sau khi bay.
- Nổi hạch kéo dài 1 tuần.
- Viêm sưng đa khớp (bàn tay, khuỷu, gối, mắt cá chân) có thể xuất hiện sau phát ban từ 7 ngày. Viêm khớp mãn hiếm thấy.
- Một số biểu hiện hiếm thấy khác như viêm cơ tim, viêm não, xuất huyết giảm tiểu cầu, viêm gan...

3.2. Cận lâm sàng



Đáp ứng miễn dịch trong nhiễm Rubella

- Xét nghiệm ngay khi có triệu chứng gợi ý nhiễm Rubella, có tiếp xúc với người nhiễm hay trong đợt dịch. Các xét nghiệm huyết thanh học lập lại sau đó cần thực hiện trong cùng 1 đơn vị xét nghiệm.
- Xác định ngày phơi nhiễm, ngày khởi bệnh, tiền sử tiêm chủng và tiền sử xét nghiệm kháng thể Rubella trước đây.
- Chẩn đoán xác định:
  + IgG tăng gấp 4 lần trong 2 lần xét nghiệm cách nhau 2 tuần

(chú ý: trên cùng 1 hệ thống xét nghiệm) hoặc IgG chuyển dương.

+ IgM dương tính

Chú ý:

IgM có thể âm tính trong 5 ngày đầu phát ban nên cần xét nghiệm lập lại sau 1 tuần. Chẩn đoán nhiễm rubella khi IgM chuyển dương.

IgM có thể dương tính giả với nhiễm Epstein-Barr virus, Cytomegalovirus và Parvovirus hay tác nhân khác gây bệnh thấp khớp hoặc một số trường hợp IgM dương tính kéo dài (vài tháng đến vài năm) sau khi nhiễm hay chích ngừa Rubella.

+ RT-PCR rubella (+): bệnh phẩm dịch hầu họng khi sốt phát ban trong vòng 3 ngày và đã XN IgM, IgG với kết quả âm tính.

- Chẩn đoán nhiễm trùng bào thai:
- Chọc ối sau thời điểm phát ban 6 tuần hoặc thai sau 22 tuần làm RT-PCR Rubella.
- Lấy máu cuống rốn trong trường hợp khó chẩn đoán để xét nghiệm IgM.
- Vai trò siêu âm khá hạn chế: tìm dấu hiệu nhiễm trùng bào thai như thai chậm tăng trưởng, gan to, lách to, bánh nhau dày, nốt phản âm sáng quanh não thất, nốt phản âm sáng trong gan, lách, vận tốc đỉnh tâm thu động mạch não giữa (MCA-PSV) > 1,5 MOM, dấu đục thuỷ tinh thể.

3.3. Quản lí những cá thể nghi nhiễm Rubella trong thai kì

▪ Có miễn dịch trước đây và thai > 12 tuần: theo dõi tiếp thai kỳ

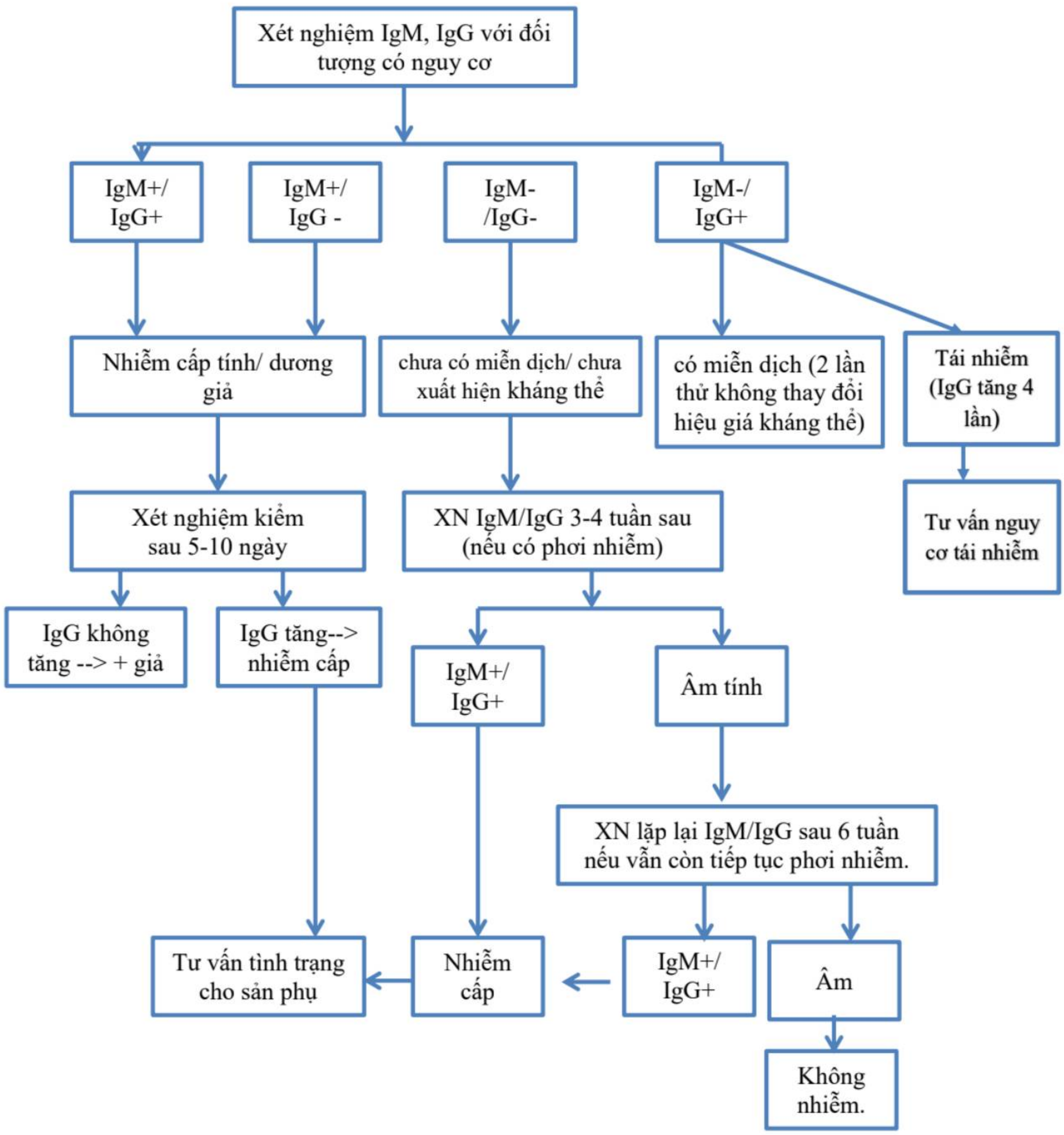
▪ Có miễn dịch và thai <12 tuần: tư vấn khả năng tái nhiễm Rubella khi IgG tăng 4 lần, IgM âm với nguy cơ dị tật ở thai là khoảng 8%

▪ Không có miễn dịch hay không biết về tiền sử miễn dịch:

- Nhiễm Rubella cấp lúc thai < 13 tuần: tư vấn chấm dứt thai kì.
- Nhiễm Rubella cấp lúc thai 13-18 tuần: tư vấn nguy cơ thai mắc Rubella bẩm sinh, cần chọc ối để xét nghiệm RT-PCR Rubella.
- Nhiễm Rubella cấp lúc thai 18-20 tuần: tỷ suất Hội chứng Rubella bẩm sinh thấp <1%, có thể có điếc thần kinh xuất hiện sau sanh, nên tư vấn cho sản phụ về khả năng này.

- Nhiễm Rubella cấp lúc thai trên 20 tuần: sản phụ có phơi nhiễm hay có biểu hiện giống Rubella trong giai đoạn này nên an tâm, vì y văn chưa ghi nhận về Hội chứng Rubella bẩm sinh xảy ra ở thai >20 tuần.
- Không rõ thời gian nhiễm, kết quả RT-PCR Rubella nước ối dương tính .
- Có dấu nhiễm trùng thai trên siêu âm: chẩn đoán thai mắc Rubella bẩm sinh, tư vấn chấm dứt thai kỳ.
- Không có dấu nhiễm trùng thai trên siêu âm: thai nhiễm Rubella, cần tư vấn và theo dõi sát.

TÓM TẮT LƯU ĐỒ CHẨN ĐOÁN



IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Cách ly người bệnh 7 ngày kể từ khi phát ban: tại nhà hoặc tại cơ sở y tế.
- Điều trị triệu chứng và hỗ trợ, chưa có thuốc điều trị đặc hiệu.
- Theo dõi, phát hiện và xử lý sớm các biến chứng.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Rubella không biến chứng:

- Nghỉ ngơi, ăn uống đầy đủ.
- Nếu sốt cao: dùng paracetamol.
- Uống các vitamin.

4.2.2. Rubella có biến chứng:

- Viêm não:
  + Điều trị chung theo hướng dẫn do Bộ Y tế ban hành.
  + Có thể sử dụng gammaglobulin với liều 0,1- 0,4g/kg cân nặng/ngày x 3 ngày và/hoặc methylprednisolon 2mg/kg/ngày x 5-7 ngày.
  + Sử dụng kháng sinh thích hợp khi có nguy cơ bội nhiễm.
- Xuất huyết giảm tiểu cầu:
  + Truyền khối tiểu cầu khi: có biểu hiện xuất huyết và tiểu cầu < 50 G/l hoặc không có biểu hiện xuất huyết mà tiểu cầu < 20 G/l.
  + Methylprednisolon 2mg/kg/ngày nếu tiểu cầu < 20 G/l; giảm dần liều theo diễn biến bệnh và sự hồi phục của tiểu cầu.

V. PHÒNG BỆNH

5.1. Phòng bệnh chung

- Đeo khẩu trang khi tiếp xúc hoặc chăm sóc người bệnh.
- Rửa tay thường xuyên bằng xà phòng.
- Tránh tối đa việc chùi tay lên mắt và mũi, miệng.
- Những người tiếp xúc gần (người sống cùng nhà, thầy thuốc trực tiếp chăm sóc, điều trị) nên vệ sinh đường mũi, họng, mắt hàng ngày bằng nước muối sinh lí.

- Hạn chế tiếp xúc với người mắc/nghi mắc bệnh, phụ nữ có thai tuyệt đối không tiếp xúc với người bệnh Rubella. Khi phải tiếp xúc với người bệnh phải đeo khẩu trang y tế và trang bị phòng hộ cá nhân.
- Hạn chế tập trung đông người, hội họp, đặc biệt tại những phòng chật hẹp, ít thông khí ở khu vực ổ dịch.
- Không cho trẻ em dùng chung vật dụng cá nhân (khăn mặt, bàn chải, kính, cốc, chén, bát đũa ...), đồ chơi hoặc đồ vật dễ bị ô nhiễm chất tiết mũi họng.
- Trẻ em nhiễm Rubella bẩm sinh cần hạn chế tối đa tiếp xúc với phụ nữ có thai và trẻ em khác từ khi sinh ra đến khi trẻ được 1 tuổi.

5.2. Phòng bệnh trong bệnh viện

- Cách ly người bệnh.
- Nhân viên y tế thực hiện đầy đủ các biện pháp dự phòng chuẩn trong chăm sóc, điều trị cho người bệnh Rubella.
- Khử khuẩn buồng bệnh: thường xuyên mở cửa sổ, cửa chính để ánh nắng chiếu vào và đảm bảo thông khí thoáng. Sử dụng khí Ozon hoặc chiếu đèn cực tím.
- Lau sàn nhà, nắm đấm cửa, mặt bàn, ghế, khu vệ sinh chung hoặc bề mặt của đồ vật nghi ngờ bị ô nhiễm bằng dung dịch khử trùng có chứa Clo với nồng độ 0,5% Clo hoạt tính hoặc các chất tẩy rửa thông thường từ 1 - 2 lần/ngày.
- Khử khuẩn đồ dùng, xử lý dịch tiết mũi họng của người bệnh theo quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn.

5.3. Phòng bệnh đặc hiệu

- Tiêm Vaccine Rubella: sử dụng vaccine dạng đơn hoặc dạng phối hợp (Sởi - Rubella hoặc Sởi-Quai bị-Rubella):
  + Với trẻ em: tiêm vắc xin MMR cho trẻ từ 12-15 tháng tuổi trở lên và nhắc lại khi trẻ 4-6 tuổi.
  + Với người lớn: tiêm vắc xin cho những người chưa tiêm phòng hoặc những người chưa có miễn dịch, đặc biệt cho phụ nữ ở tuổi sinh đẻ.

- Không tiêm phòng vắc xin rubella cho phụ nữ đang mang thai.
  + Chỉ nên có thai sau khi tiêm phòng ít nhất 1 tháng.
  + Nếu phát hiện có thai sau khi tiêm phòng thì không có chỉ định đình chỉ thai.
- Chống chỉ định: sốt, suy giảm miễn dịch, mẫn cảm với Neomycin, đang mang thai. Rubella giảm độc lực có thể qua nhau thai nhưng hiện vẫn chưa ghi nhận có cá thể mắc hội chứng Rubella bẩm sinh ở các sản phụ tiêm chủng trong tam cá nguyệt I do đó không có chỉ định chấm dứt thai kì trong trường hợp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Rubella. Bộ y tế: 2013.
2. Đặng Thị Thanh Huyền, Dương Thị Hồng, Nguyễn Thành Trung, Nguyễn Công Luật. Đặc điểm dịch tễ học bệnh Rubella tại Việt Nam các năm 2008-2012. Tạp chí y học dự phòng. 2015;8(168).

Tiếng Anh

1. Huong Q. McLean P, Amy Parker Fiebelkorn M. Prevention of Measles, Rubella, Congenital Rubella Syndrome, and Mumps, 2013: Summary Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Centers for Disease Control and Prevention. 2013.
2. Control CfD, Prevention. Manual for the surveillance of vaccine-preventable diseases: Centers for Disease Control and Prevention. 1996.
3. Dontigny L, Arsenault M-Y, Martel M-J, Biringer A, Cormier J, Delaney M, et al. Rubella in pregnancy. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. 2008;30(2):152-8.
4. Pediatrics AAo, Obstetricians ACo, Gynecologists. Guidelines for perinatal care: American Academy of Pediatrics. 2012.

GIẢM TIỂU CẦU TRONG THAI KỲ 20

A. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: giảm tiểu cầu khi tiểu cầu (TC) < 150 000/mm^3.

Chia thành 3 mức độ theo phân độ Mississippi.

- Nhẹ: 100 000 - < 150 000/mm^3.
- Trung bình: 50 000 - < 100 000/mm^3.
- Nặng: < 50 000/mm^3.

Giảm tiểu cầu xuất hiện trong 8 - 10% các thai phụ, đứng hàng thứ hai trong các bệnh lý huyết học trong thai kỳ sau thiếu máu. Hầu hết các trường hợp nhẹ và lành tính nhưng một số trường hợp có thể gây biến chứng nghiêm trọng trên mẹ và con.

Giảm tiểu cầu mức độ nhẹ 100 000 - <150 000/ mm^3 chiếm khoảng 5 - 7% các thai phụ, thường xuất hiện cuối thai kỳ hoặc khi vào chuyển dạ. Tiểu cầu < 100.000/mm^3 chiếm khoảng 1% thai phụ. Tiểu cầu < 100 000/mm^3 nên hội chẩn chuyên khoa Huyết học.

B. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Triệu chứng xuất huyết thường xuất hiện khi TC < 50 000/mm^3.

- Mảng, chấm xuất huyết dưới da.
- Chảy máu mũi, chân răng.
- Tiểu máu, xuất huyết tiêu hóa: ói ra máu, đi cầu phân đen (hiếm).

C. CÁC XÉT NGHIỆM CẦN LÀM

Bảng 1. Các xét nghiệm trong giảm tiểu cầu thai kỳ

Các XN đề nghị	TPTTBM Đếm số lượng hồng cầu lưới Phết máu ngoại biên Chức năng gan XN tầm soát HIV, HCV, HBV
Các XN cân nhắc thực hiện khi có chỉ định lâm sàng	Kháng thể kháng phospholipid Kháng thể kháng nhân (ANA) Chức năng tuyến giáp XN H. pylori XN DIC: PT, PTT, fibrinogen XN Von Willebrand type IIB (*) Test Coombs trực tiếp (^) Immunoglobulins định lượng (†)
Các XN không khuyến cáo	XN kháng thể kháng tiểu cầu (chưa thực hiện tại Việt Nam) Tủy đồ Nồng độ Thrombopoietin (TPO: chưa thực hiện tại Việt Nam)

(*)Cân nhắc nếu bệnh nhân có bệnh sử chảy máu, tiền sử gia đình có giảm tiểu cầu, hay không đáp ứng với điều trị ITP.

(^)Thích hợp để loại trừ bệnh giảm tiểu cầu tự miễn (hội chứng Evans) nếu thiếu máu và có xuất hiện hồng cầu lưới.

(†) Trong trường hợp nhiễm trùng tái phát, nồng độ immunoglobulin thấp có thể gợi ý tình trạng suy giảm miễn dịch chưa được chẩn đoán trước đó..

D. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân thường gặp của giảm tiểu cầu trong thai kỳ là giảm tiểu cầu thai kỳ, một tình trạng sinh lý, lành tính không cần xét nghiệm đặc hiệu hay điều trị. Kế đến là giảm tiểu cầu vô căn, là tình trạng tự miễn trong đó gây giảm sản sinh tiểu cầu và gây phá hủy tiểu cầu. Giảm tiểu cầu thai kỳ và giảm tiểu cầu vô căn là chẩn đoán loại trừ.

Nguyên nhân ít gặp hơn là TSG nặng, hội chứng HELLP, đông máu nội mạch lan tỏa, bệnh lý đông máu vi mạch như: ban xuất huyết giảm tiểu cầu huyết khối và bệnh lý đông máu vi mạch liên quan đến bổ thể. Các trường hợp này có thể gây nguy hiểm tính mạng.

Các nguyên nhân hiếm gặp như: Lupus ban đỏ hệ thống, hội chứng kháng phospholipid, giảm tiểu cầu do thuốc, giảm tiểu cầu do Heparin, ung thư, nhiễm trùng, bệnh gan, cường lách, thiếu vitamin B12/folate/đồng, hoặc bệnh lý tiểu cầu di truyền.

Bảng 2. Các nguyên nhân giảm tiểu cầu trong thai kỳ

	Đặc hiệu trong thai kỳ	**Không đặc hiệu trong thai kỳ**
Giảm tiểu cầu đơn độc	Giảm tiểu cầu thai kỳ (70-80%)	Giảm tiểu cầu vô căn nguyên phát (1-4%) Giảm tiểu cầu vô căn thứ phát (<1%)* Giảm tiểu cầu do thuốc ** Von Willebrand Type IIB** Giảm tiểu cầu bẩm sinh **
Giảm tiểu cầu kết hợp với bệnh lý toàn thân	TSG nặng (15-20%) Hội chứng HELLP (<1%) Thoái hóa mỡ gan cấp trong thai kỳ (<1%) Nhiễm siêu vi Dengue	Giảm tiểu cầu vô căn/Hội chứng tán huyết tăng ure máu ** Lupus ban đỏ hệ thống ** Hội chứng kháng phospholipid ** Nhiễm virus ** Bệnh lý tủy xương ** Suy dinh dưỡng ** Tăng bắt giữ tiểu cầu ở lách (bệnh gan, huyết khối tĩnh mạch cửa, ứ đọng các chất chuyển hóa...)** Bệnh lý tuyến giáp **

ITP thứ phát gồm giảm tiểu cầu thứ phát sau nhiễm HIV, HCV, HBV, H.Pylori hoặc sau các bệnh tự miễn khác như lupus ban đỏ hệ thống

** Hiếm (<1%)

E. XỬ TRÍ

1. CHẤM DỨT THAI KỲ

a. Các trường hợp điều trị bằng chấm dứt thai kỳ

Ưu tiên sinh ngả âm đạo, chỉ cân nhắc mổ sinh khi có các chỉ định sản khoa.

- TSG nặng, hội chứng HELLP.
- Đông máu nội mạch lan tỏa (do thai lưu hoặc nhiễm trùng ối).

b. Các trường hợp không điều trị bằng chấm dứt thai kỳ (vì chấm dứt thai kỳ không cải thiện tình trạng bệnh)

- Ban xuất huyết giảm tiểu cầu huyết khối (TTP).
- Bệnh lý vi mạch liên quan đến bổ thể (C-TMA).
- Giảm tiểu cầu do thuốc.
- Đông máu nội mạch lan tỏa không do nguyên nhân sản khoa như bệnh lý ác tính, nhiễm trùng ngoài tử cung.

2. MỨC TIỂU CẦU AN TOÀN ĐỂ CAN THIỆP PHẪU THUẬT, THỦ THUẬT

Truyền tiểu cầu cho các trường hợp giảm tiểu cầu mức độ nặng có triệu chứng xuất huyết, vào chuyển dạ hoặc can thiệp phẫu thuật/ thủ thuật như sau:

Bảng 3. Mức tiểu cầu an toàn để can thiệp phẫu thuật, thủ thuật

Can thiệp	Số lượng TC (/mm^3)
Trước sinh, không dự định can thiệp xâm lấn	> 20 000
Sinh ngả âm đạo	> 40 000
Mổ sinh hoặc sinh giúp	> 50 000
Gây tê ngoài màng cứng	> 100 000

Cả sinh kềm lẫn sinh hút đều chống chỉ định tương đối trên các thai phụ giảm tiểu cầu mức độ nặng. Tuy nhiên, nếu cần sinh giúp, sử dụng kềm sẽ ít ảnh hưởng trên thai nhi hơn sinh hút.

3. CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH

- 13-14% trường hợp kháng thể IgG có thể qua nhau gây giảm tiểu cầu ở trẻ sơ sinh, vì vậy tránh lấy máu cuống rốn bào thai trước sinh, đặt điện cực đầu thai trong chuyển dạ, sinh giúp trung bình - cao.
- Phải cảnh báo cho bác sĩ sơ sinh khả năng giảm tiểu cầu của trẻ sơ sinh.
- Xét nghiệm tiểu cầu cho trẻ ngay sau sinh, ngày 1 và ngày 4.
- Chỉ tiêm vitamin K dự phòng khi kết quả tiểu cầu của trẻ sơ sinh trong giới hạn bình thường.

F. MỘT SỐ NGUYÊN NHÂN

1. GIẢM TIỂU CẦU THAI KỲ (Gestational Thrombocytopenia - GT)

a. Chẩn đoán

- Mức độ giảm tiểu cầu từ nhẹ đến trung bình, TC > 100 000/mm^3.
- Tình cờ phát hiện khi xét nghiệm máu.
- Không triệu chứng lâm sàng.
- Là chẩn đoán loại trừ.

- Không tiền sử giảm tiểu cầu trước đây.
- Có thể xuất hiện ở lần mang thai sau.
- Thường xuất hiện ở giữa tam cá nguyệt 2 và tam cá nguyệt 3.
- Tự hồi phục sau sinh trong vòng 6 tuần.

b. Điều trị

Trước sinh:

- Hội chẩn Huyết học.
- Loại trừ các nguyên nhân bệnh lý khi TC < 100 000/mm^3.
- Kiểm tra tiểu cầu mỗi 4-6 tuần.
- Khám tiền mê.

Trong chuyển dạ:

- Sinh ngả âm đạo, hạn chế các chấn thương để giảm thiểu nguy cơ hình thành khối máu tụ.
- Chỉ mổ sinh do các chỉ định sản khoa.
- Gây tê ngoài màng cứng khi TC > 100 000/mm^3.
- Thường không kết hợp với giảm tiểu cầu ở trẻ sơ sinh. Nếu TC mẹ < 80 000/mm^3 xét nghiệm TC bé ngay sau sinh, ngày 1 và ngày 4.

Sau sinh:

- Theo dõi sự hồi phục của số lượng tiểu cầu.

2. GIẢM TIỂU CẦU VÔ CĂN (Immune Thrombocytopenic Purpura - ITP)

a. Chẩn đoán

- Ban xuất huyết, bầm tím, chảy máu niêm mạc hoặc không triệu chứng.
- Là chẩn đoán loại trừ.
- Có tiền sử ITP trước đây.
- Xét nghiệm kháng thể kháng tiểu cầu: kém nhạy và đặc hiệu. Hiện chưa thực hiện tại Việt Nam.
- Kháng thể kháng Glycoprotein có thể qua nhau gây giảm tiểu cầu cho thai.

b. Điều trị

Trước sinh:

- Hội chẩn chuyên khoa Huyết học
- Theo dõi tiểu cầu

- Khám tiền mê.
- Điều trị nếu có triệu chứng xuất huyết hoặc TC < 30 000/mm^3 ở bất kỳ tuổi thai hoặc khi TC < 50 000/mm^3 với thai kỳ ≥ 36 tuần mà không có triệu chứng, khi có ý kiến của chuyên khoa Huyết học.

o Corticosteroids uống: prednisone, prednisolone hay dexamethasone. Nên ưu tiên chọn prednisone hoặc prednisolone.

(Liều khởi đầu prednisone 1mg/kg mỗi ngày, một số chuyên gia khuyến cáo liều 0.25 - 0.5 mg/kg mỗi ngày).

o IgG tĩnh mạch (liều khởi đầu 1g/kg).

o Truyền tiểu cầu

o Anti-D immunoglobulin ở thai phụ Rh âm (chống chỉ định tương đối).

o Azathioprine (chống chỉ định tương đối).

Trong chuyển dạ:

- TC < 50 000 /mm^3, hội chẩn Sản khoa, Huyết học, Gây mê hồi sức.
- TC < 80 000/mm^3, tránh gây tê ngoài màng cứng.

Trong chuyển dạ, không chọc dò máu cuống rốn thai nhi và không
- đặt điện cực da đầu thai nhi. Khi sinh ngả âm đạo cố gắng hạn chế
- chấn thương.
- Chỉ mổ sinh do các chỉ định sản khoa.
- Xét nghiệm TC bé ngay sau sinh, ngày 1 và ngày 4.

Sau sinh:

- Đếm TC mẹ mỗi ngày đến ngày 5 hoặc khi TC trở về bình thường.
- Nếu TC < 20 000/mm^3 hoặc có triệu chứng xuất huyết, hội chẩn chuyên khoa Huyết học điều trị với IgG tĩnh mạch.
- Truyền TC nếu chảy máu nhiều (có thể kết hợp với điều trị IgG tĩnh mạch).

3. BAN XUẤT HUYẾT GIẢM TIỂU CẦU HUYẾT KHỐI (Thrombotic Thrombocytopenic Purpura - TTP)

a. Chẩn đoán

- Đây là bệnh lý đe dọa tính mạng với 5 dấu hiệu:
- Thiếu máu tán huyết vi mạch (microangiopatic haemolytic anaemia)
- Triệu chứng thần kinh (từ nhức đầu đến hôn mê).
- Suy thận.

- Sốt.
- Giảm tiểu cầu.
- Rối loạn điện giải và ure/ máu.

b. Điều trị

- Hội chẩn đa chuyên khoa với chuyên khoa Huyết học, Gây mê hồi sức, nội thần kinh, nội thận.
- Truyền huyết thanh gấp cho đến khi TC về bình thường.
- Corticoids liều cao.
- Không truyền TC.
- Đặt đường truyền trung tâm.
- Chấm dứt thai kỳ không cải thiện kết cục. Một số trường hợp cân nhắc chấm dứt thai kỳ khi đáp ứng kém với điều trị.

4. HỘI CHỨNG TÁN HUYẾT TĂNG URE MÁU (Haemolytic Uraemic Syndrome - HUS)

a. Chẩn đoán

- Thường xảy ra trong thời kỳ hậu sản, kết hợp với nhiễm E.Coli.
- Thiếu máu tán huyết vi mạch (Microangiopatic haemolytic anaemia).
- Suy thận.

b. Điều trị

- Hội chẩn đa chuyên khoa.
- Điều trị hỗ trợ.
- Chạy thận nhân tạo.
- Truyền hồng cầu đậm đặc.
- Chỉ mổ sinh khi có chỉ định sản khoa.

5. GIẢM TIỂU CẦU DO THUỐC

a. Chẩn đoán

- Giảm tiểu cầu trong trường hợp có sử dụng Heparin.

b. Điều trị

- Hội chẩn chuyên khoa Huyết học.
- Ngưng heparin, dùng Danaparoid thay thế.
- Theo dõi TC mỗi tuần trong 3 tuần đầu sau khi ngưng Heparin trong thai kỳ.

6. TIỀN SẢN GIẬT, HỘI CHỨNG HELLP

- Xem phác đồ xử trí tiền sản giật, hội chứng HELLP.

7. THOÁI HÓA MỠ GAN CẤP (Acute Fatty Liver of Pregnancy - AFLP)

- Hiếm nhưng là tình trạng nghiêm trọng trong tam cá nguyệt 3 (1/20 000 thai kỳ).
- Đặc trưng bởi tăng men gan, tăng bilirubin kết hợp (thường trên 5mg/dl) và rối loạn đông máu, giảm tiểu cầu xuất hiện dưới 50% trường hợp.
- Thoái hóa mỡ gan cấp có các đặc điểm tương đồng với hội chứng HELLP nên khó chẩn đoán phân biệt rõ ràng.

Bảng 4. Tiêu chuẩn chẩn đoán Swansea: Gồm 6 tiêu chuẩn trong các tiêu chuẩn

Nôn ói	Tăng bạch cầu
Đau bụng	Dịch ổ bụng hoặc hình ảnh gan tăng âm trên siêu âm
Khát nhiều/ tiểu nhiều	Tăng transaminase
Bệnh não	Tăng amoniac
Tăng bilirubin	Suy thận
Hạ đường huyết	Rối loạn đông máu
Tăng acid uric	Thoái hóa mỡ dạng vi hạt ở gan trên sinh thiết

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Royal Berkshine NHS Foundation Trust (2017) Guideline for the management of Thrombocytopenia in pregnancy (GL927).
2. ACOG (September 2016) "Thrombocytopenia in Pregnancy" Practice Bulletin No. 166.
3. American Society of Hematology (2013) Clinical Practice Guide on Thrombocytopenia in Pregnancy.
4. UpToDate (2018) Thrombocytopenia in pregnancy.

BỆNH LÝ THALASSEMIA Ở THAI PHỤ

21

I. GIỚI THIỆU

Thalassemia: sự thay đổi số lượng (giảm hay mất) một hoặc nhiều chuỗi globin.

1.1. α Thalassemia

Là chuỗi α bị giảm hai hay nhiều hơn trong bốn gene α-globin.

Sự thiếu hụt 1 gene α-globin (α-/αα) thì không nhận biết được trên lâm sàng và các xét nghiệm trong giới hạn bình thường. Sự thiếu hụt 2 gene α-globin (αα/– hay –/αα hay α-/α-) gây nên bệnh α- Thalassemia thể nhẹ với thiếu máu hồng cầu nhỏ không triệu chứng mức độ trung bình. Những cá thể này được xem như là người lành mang gen bệnh và làm những đứa trẻ sinh ra tăng nguy cơ mang gen thể nặng hơn đó là mất 3 hoặc 4 gen α-globin. Theo ACOG thì nhóm đối tượng nguy cơ cao bao gồm người Mỹ gốc Phi, Đông Nam Á, Trung Quốc, vùng Địa Trung Hải.

1.1.1 (- -/-α) - Bệnh Hemoglobin H

Mất ba gen, là người chỉ có 1 gene hoạt động để sinh ra alpha globin. Có biểu hiện thiếu máu nhược sắc ở mức độ nhẹ đến trung bình, MCV và MCH giảm. Mức độ cần truyền máu thay đổi tùy từng bệnh nhân. Có thể kèm theo các biến chứng khác như: lá lách to, sỏi mật tăng nguy cơ nhiễm trùng, vàng da,…đặc biệt trong các trường hợp thiếu máu nặng cần truyền máu thường xuyên.

1.1.2 (–/–) - Hemoglobin Bart

Mất hoàn toàn 4 gen, là người mắc alpha thalassemia thể nặng. Thai nhi mắc Hemoglobin Bart thường có phù nhau thai, thai chết lưu trong tử cung hoặc chết sớm sau sinh. Thể này đặc biệt phổ biến các nước Đông Nam Á như Việt Nam, Thái Lan, Philippines. Xảy ra khi cả ba và mẹ đều mang gen αα/–.

Ta có thể tóm tắt như sau:

Số gen Globin	Kiểu gen	Biểu hiện lâm sàng
4	αα/αα	Bình thường
3	α-/αα	Không có triệu chứng
2	α-/α-	Thiếu máu nhẹ
	αα/--	
1	α-/--	Bệnh lí Hb H
0	--/--	Bệnh lí Hb Bart's

1.2. β-thalassemia

Là sự khiếm khuyết gene β-globin trên NST 11 có thể là giảm β (β+) hay mất β (β0), đặc trưng bởi sự giảm sản sinh chuỗi β-globin và có hơn 200 dạng biến đổi β- globin. Các cá thể với sự khuyết dạng β/β + hay β/β0 thuộc β thalassemia thể nhẹ với thiếu máu dạng nhẹ hay không có triệu chứng. Sự giảm tổng hợp chuỗi β-globin và tăng chuỗi δ hay chuỗi γ dẫn đến tăng HbA_2 ($a_2\delta_2$) (>3.5%) và HbF ($a_2\gamma_2$) (>1%) trong điện di Hb. β thalassemia có 3 thể lâm sàng là nhẹ, vừa, nặng.

1.2.1 Thể nhẹ

Là dạng dị hợp tử β globin gây thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc mức độ trung bình hay không thiếu máu. HbA_2 tăng hơn 5% ở 90% bệnh nhân và HbF tăng hơn 2% ở 50% bệnh nhân.

1.2.2 Thể vừa β+/β+ hay có thể là β+/β0

Khác với thể nặng về nhu cầu cần truyền máu, vẫn cần truyền máu nhưng tần suất ít hơn và cũng có sự quá tải sắt, rối loạn chuyển hoá sắt trong cơ thể.

1.2.3 Thể nặng (bệnh thiếu máu Cooley's) (β+/β0 hoặc β0/β0)

Thiếu máu nặng, gan lách to nếu không điều trị, bệnh nhân có thể tử vong khi còn nhỏ. Phương pháp hiện đại gồm truyền máu thường qui, thải sắt có thể đem lại sự phát triển bình thường, kéo dài tuổi thọ, ngăn ngừa biến chứng như dị dạng xương, bất thường tim bẩm sinh, quá tải dịch. Cắt lách thường cần thiết để làm tăng sự sống của hồng cầu chủ và hồng cầu được truyền vào. Ghép tủy cũng là 1 cách điều trị khả thi.

II. SINH LÝ BỆNH

2.1. Sinh lý bệnh do giảm sản xuất chuỗi globin

- Chuỗi a kết hợp các chuỗi giống b theo lực hút tĩnh điện [α có điện (+), chuỗi β, δ, γ có điện (-), điện tích β mạnh hơn δ, γ]
- Bệnh b thalasemia: chuỗi β giảm nên α tăng kết nối δ, γ. Hậu quả Hb A ↓, Hb F↑ , Hb A_2↑.
- Bệnh a thalasemia: chuỗi α ↓ nên α ↓ kết nối β, δ, γ. Hậu quả Hb A ↓, Hb F ↓, Hb A_2 ↓.

2.2. Sinh lý bệnh liên quan tới thay đổi hemoglobin

- Hb giảm tổng hợp: hồng cầu nhỏ, nhược sắc.
- Globin dư thành heme hay hemichrome làm cho hồng cầu sẽ bị tăng phá hủy gây huyết tán.
- Tủy tăng sản xuất cho ra hồng cầu mới: sự tạo hồng cầu không hiệu quả.
- Hồng cầu dễ bị các IgG, C'3 gắn trên màng và bị phá hủy ngoại biên.
- Hậu quả thiếu máu huyết tán → gan lách to, sạn mật, ứ sắt, thiếu máu mãn → tăng hoạt động tủy xương → biến dạng xương.
- Ứ sắt: hồng cầu huyết tán mãn, tăng hoạt tủy xương, tăng hấp thu sắt qua đường tiêu hóa.

III. TRIỆU CHỨNG

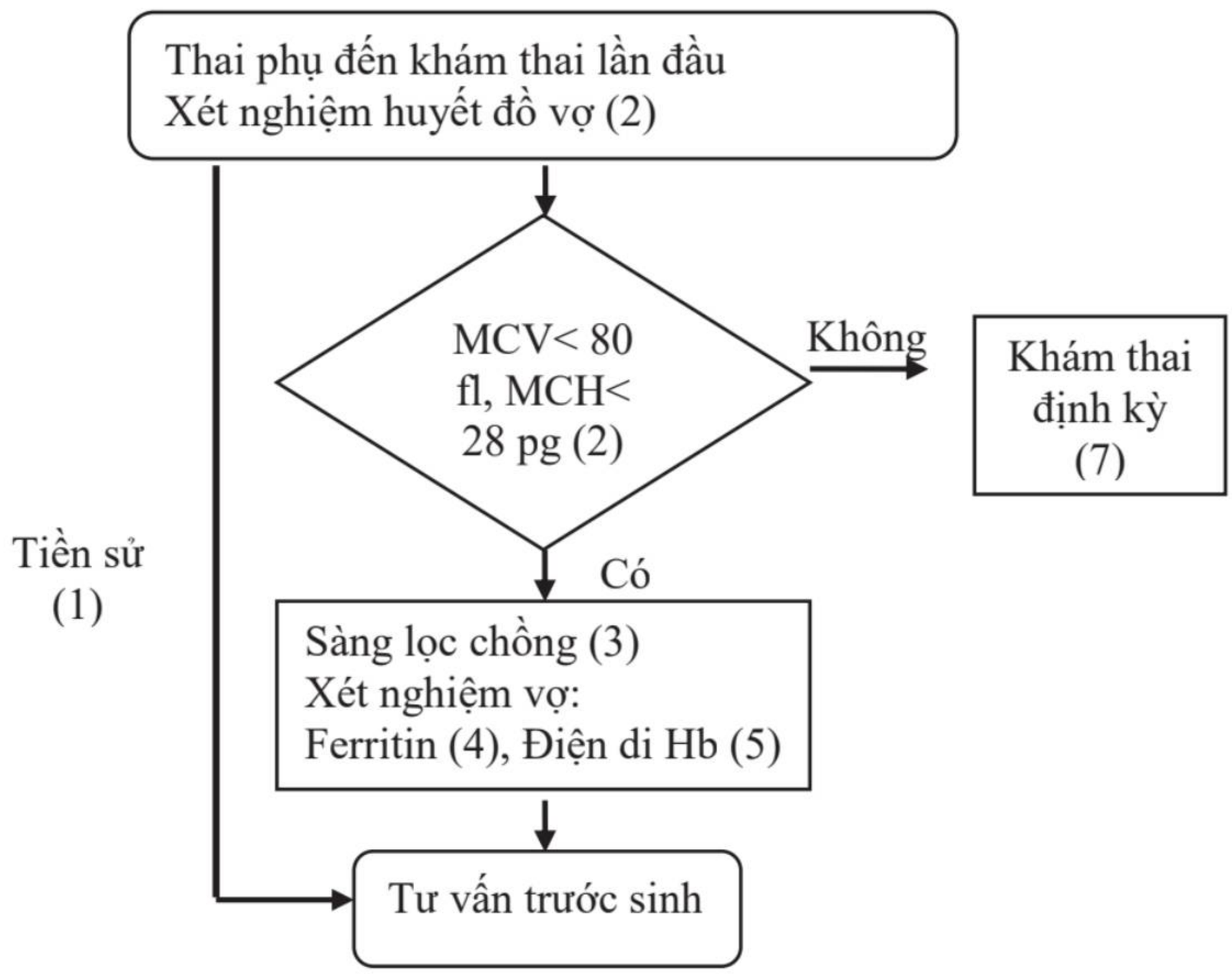
Chỉ số bình thường

	Sơ sinh	> 6 tháng – người lớn
HbA = $\alpha_2\beta_2$	< 20%	97-99%
$HbA_2 = \alpha_2\delta_2$	< 1%	1,5-3,5%
HbF = $\alpha_2\gamma_2$	80%	0,5-2%
Hb Bart's = γ_4 HbH = β_4		

- Có thể không triệu chứng, thai phụ chỉ tình cờ phát hiện khi xét nghiệm máu.
- Thiếu máu nhược sắc hay hồng cầu nhỏ mức độ nhẹ, trung bình (Hb < 10 g/dl, MCV < 80 fL hay MCH < 27 pg).
- Ferritin huyết thanh bình thường hoặc tăng.

IV. TẦM SOÁT THALASSEMIA VÀ BỆNH LÝ HEMOGLOBIN

- Tầm soát thường quy bệnh lí Thalassemia và hemoglobin cho tất cả các sản phụ bằng xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu (hoặc huyết đồ) vì người Việt Nam thuộc nhóm nguy cơ cao.
- Xét nghiệm Huyết đồ với MCV ≥ 80 fL và MCH ≥ 28 pg thì không cần làm thêm các xét nghiệm khác về thalassemia. Nhưng sẽ có thể bỏ sót các bệnh lý hemoglobin khác như HbS (hồng cầu hình liềm), HbC (hồng cầu hình bia), HbD vì chúng có thể có MCV hay MCH bình thường.
- Đối với các cá thể có MCV < 80 fL hay MCH < 28 pg xét nghiệm tiếp Điện di Hb (hay HPLC), ferritin huyết thanh của vợ và tiến hành tìm bệnh lý hemoglobin của chồng.
- β Thalassemia thể nhẹ có HbA_2 > 3.5%. Điện di Hb (hay HPLC) có thể chẩn đoán bệnh lí Hb các thể khác như HbS, HbD, HbC, HbE. Nếu cả 2 vợ chồng đều là người lành mang bệnh thì họ được tham vấn về gen và xác định nguy cơ mang bệnh của thai nhi.
- Chẩn đoán tiền sản với phân tích DNA từ chọc ối (hay sinh thiết gai nhau, lấy máu cuống rốn) nên tiến hành đối với tất cả những cặp vợ chồng mà con có nguy cơ với Thalassemia thể nặng hay rối loạn tế bào hình liềm.



1. Tiền sử bản thân và gia đình vợ hoặc chồng mắc bệnh thiếu máu Thalassemia.
   Tiền sử sinh con phù nhau thai
2. Tầm soát bằng huyết đồ dương tính khi: MCV < 80 fl hoặc MCH < 28 pg
3. Sàng lọc chồng bằng xét nghiệm huyết đồ. Khi chồng không có điều kiện lấy máu nhiều lần thì có thể tư vấn làm xét nghiệm trọn bộ: Huyết đồ, ferritin và điện di Hb.
4. Ferritin < 15 ng/ml: thiếu máu thiếu sắt.
   Ferritin < 30 ng/ml: dự trữ sắt huyết thanh thấp
   Chú ý: thiếu máu thiếu sắt vẫn có thể kèm với thiếu máu Thalassemia
5. Điện di Hemoglobin bất thường khi có các đỉnh:
   HbA_2 > 3,5%, HbE: β thalassemia
   HbH: α thalassemia thể mất 3 gien α
   Hb Bart: α thalassemia thể mất 4 gien α (thể nặng) gây phù thai
   Chú ý: Khi có thiếu máu nhược sắc hồng cầu nhỏ (MCV < 80 fl hoặc MCH < 28 pg) với Ferritin bình thường hoặc tăng và điện di Hemoglobin bình thường thì nên nghĩ đến bệnh lý Hemoglobin.

6. Thai mắc thalassemia thể nặng:

HbBart: gây phù thai.

HbH: thiếu máu từ nhẹ, trung bình đến nặng.

β tha0/β tha0: β thalassemia thể nặng.

β tha0/β tha+, β tha0/HbE: β thalassemia thể nặng.

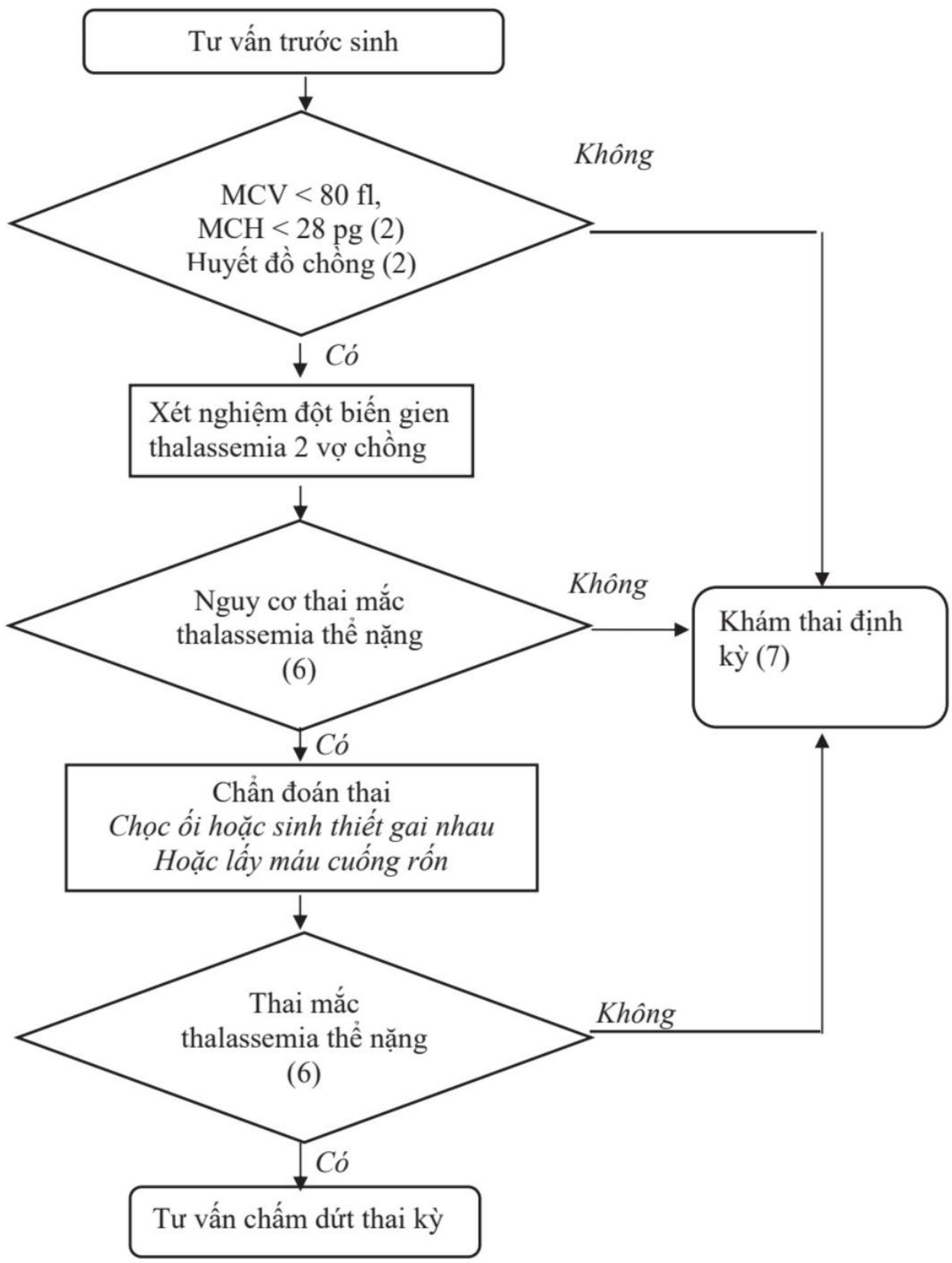
7. Theo dõi thai phụ thalassemia thể ẩn:

Hb > 100 g/l theo dõi huyết đồ mỗi 3 tháng.

Hb > 90 g/l theo dõi huyết đồ mỗi 1 tháng .

Hb ≤ 90 g/l chuyển bệnh viện Huyết học theo dõi, cân nhắc chỉ định truyền máu.

Cung cấp acid Folic. Cung cấp sắt nếu ferritin < 30 ng/ml.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sylvie Langlois, Jason C. Ford, David Chitayat. Carrier Screening for Thalassemia and Hemoglobinopathies in Canada. SOGC Clinical Practice Guideline. No 218, October 2008.
2. Valerie J. Rappaport, Maria Velazquez, Kayon Williams. Hemoglobinopathies in pregnancy. Obstetrics and Gynecology clinics of North America 31 (2004), 287-317.
3. Hemoglobinopathies in pregnancy, ACOG practice bulletin, Clinical management guidelines for Obstrician-Gynecologists, No 78, January 2007, p 931-938.

22 THAI KỲ VỚI MẸ RHESUS ÂM

I. GIỚI THIỆU

Yếu tố Rhesus là 1 protein trên bề mặt hồng cầu. Khoảng 15% dân số không có yếu tố Rh được gọi là người mang nhóm máu Rh âm.

Mẹ	Bố	Con	
+	+	+	*Không điều trị*
+	-	+/-	*Không điều trị*
-	+	+/-	**Điều trị**
-	-	-	*Không điều trị*

Trong suốt thai kỳ, máu mẹ và máu con là 2 hệ thống riêng biệt, tuy nhiên một số lượng nhỏ máu thai nhi sẽ qua nhau vào tuần hoàn mẹ. Yếu tố Rh sẽ có trong tuần hoàn mẹ → tạo kháng thể chống lại yếu tố Rh (Rh antibodies), gọi là hiện tượng nhạy cảm Rh (Rh sensitization).

Khi lần mang thai đầu tiên của người mẹ nhóm máu Rh âm, và thai nhóm máu Rh dương, thường không có vấn đề gì nghiêm trọng xảy ra, do người mẹ chưa tạo kịp nhiều kháng thể cho đến khi sinh.

Nếu không được điều trị dự phòng thì những lần mang thai kế tiếp, kháng thể Rh từ người phụ nữ này sẽ qua bánh nhau vào tuần hoàn thai Rh dương → thiếu máu tán huyết cho thai.

II. NHỮNG THỜI ĐIỂM NGUY CƠ TRUYỀN MÁU THAI – MẸ

- Sau sẩy thai tự nhiên.
- Phá thai nội khoa, ngoại khoa.
- Thai ngoài tử cung.
- Khi thực hiện các thủ thuật xâm lấn chẩn đoán tiền sản: chọc ối, sinh thiết gai nhau, lấy máu thai nhi…
- Xuất huyết bất thường trước khi chuyển dạ.
- Ngoại xoay thai.
- Chấn thương bụng kín.

III. ANTI-D IMMUNE GLOBULIN

3.1. Nguồn gốc

Anti-D immune globulin là dung dịch chứa IgG anti-D (anti-Rh) được sản xuất từ huyết tương người. Khi tiêm vào người mang nhóm máu Rh âm chưa nhạy cảm với yếu tố Rh, nó sẽ tấn công các yếu tố Rh trong tuần hoàn, ngăn sự tạo kháng thể Rh.

3.2. Mục đích

Để dự phòng hiện tượng nhạy cảm Rh và bệnh lý tán huyết cho thai kỳ sau.

3.3. Thời điểm sử dụng

- Trước sinh:
+ Sau bất cứ nguy cơ truyền máu thai nhi – mẹ nói trên (SOGC-2003), và sau những trường hợp thai trứng.
+ Tuổi thai 28-30 tuần (không có sự khác biệt về hiệu quả khi phác đồ tiêm 2 mũi vào 28 và 34 tuần – theo NICE và ACOG).
- Sau sinh:
+ Trong vòng 72 giờ sau sinh bé Rh dương .
+ Trong vòng 72 giờ sau khi mẹ truyền máu có Rh dương (tổng truyền <20% thể tích máu cơ thể).

3.4. Liều lượng

- Trước sinh:
+ Tiêm bắp 200 mcg anti-D immune globulin: cho thai phụ trong những trường hợp nguy cơ truyền máu thai nhi – mẹ.
+ Tiêm bắp 300 mcg anti-D immune globulin: cho thai phụ từ 28-30 tuần tuổi thai.
- Sau sinh:
+ Tiêm bắp 300 mcg anti-D immune globulin cho sản phụ sinh bé Rh dương.

IV. XỬ TRÍ THAI PHỤ RHESUS ÂM

4.1. Trước sinh

- Xét nghiệm nhóm máu Rhesus của chồng.

- Tiêm bắp 200 mcg anti-D immune globulin cho những trường hợp nguy cơ truyền máu thai nhi – mẹ.
- Tiêm bắp 300 mcg anti-D immune globulin cho thai phụ từ 28-30 tuần tuổi thai, nếu sản phụ đến khám thai trễ vẫn có thể chích anti-D globulin nếu thai không quá 34 tuần tuổi thai.

4.2. Sau sinh

- Xét nghiệm nhóm máu trẻ sơ sinh, định lượng Hb, Bilirubin (nếu cần) do Bs Khoa Sơ Sinh chỉ định.
- Tiêm bắp 300 mcg anti-D immune globulin cho sản phụ nếu bé có kết quả Rh dương.

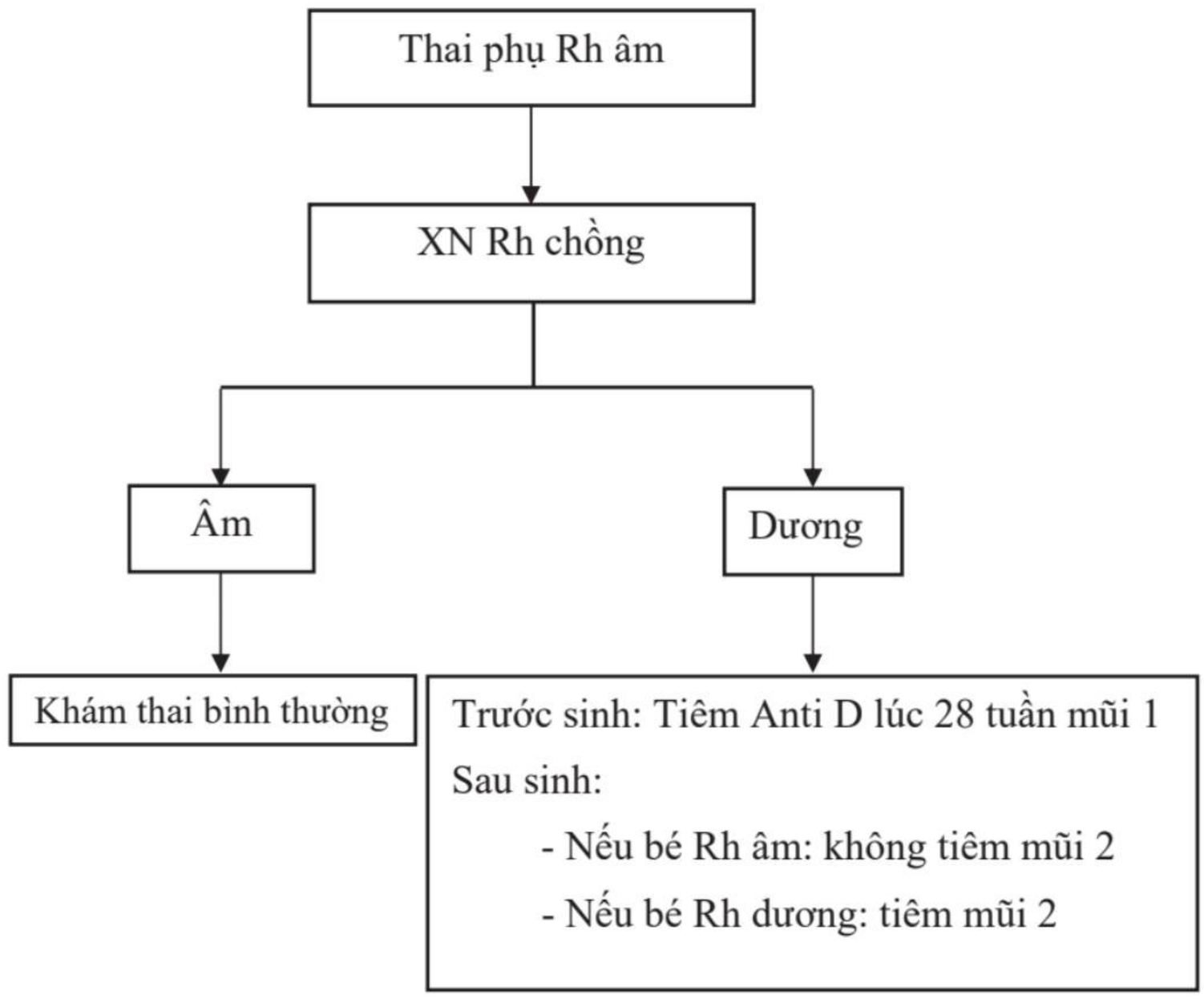
V. CHUẨN BỊ CUỘC CHUYỂN DẠ CHO SẢN PHỤ RHESUS ÂM

- Chuẩn bị máu cùng nhóm và cùng yếu tố Rhesus là mục tiêu chính trong cuộc chuyển dạ đối với thai phụ mang Rhesus âm.
- Hướng dẫn thai phụ liên hệ phòng xét nghiệm lớn để mua dự trù 2 đơn vị máu hiếm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Prevention of Rh D alloimmunization. ACOG Practice Bulletin No. 4. Washington, DC: ACOG; 1999.
2. NICE issue guidance for Routine antenatal anti-D prophylaxis for women who are rhesus D negative -08/2008.
3. SOGC – Prevention of Rh alloimmunization – No3, 09/2003.
4. Kenneth J. Moise, Jr, MD Management of Rhesus Alloimmunization in Pregnancy VOL. 100, NO. 3, SEPTEMBER 2002.
5. Marie Dominique Beaulieu, MD Screening for D (Rh) Sensitization in Pregnancy – Chapter 11.

LƯU ĐỒ


Thai phụ Rh âm
XN Rh chồng
Âm
Dương
Khám thai bình thường
Trước sinh: Tiêm Anti D lúc 28 tuần mũi 1
Sau sinh:
- Nếu bé Rh âm: không tiêm mũi 2
- Nếu bé Rh dương: tiêm mũi 2

23 CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ GIANG MAI VÀ THAI KỲ

I. GIỚI THIỆU

1.1 Định nghĩa

Là bệnh nhiễm trùng hệ thống, do xoắn khuẩn Treponema pallidum gây ra.

Được xếp vào nhóm bệnh lây truyền qua đường tình dục, có thể lây truyền qua máu, lây truyền từ mẹ sang con. Bệnh có thể gây hậu quả nghiêm trọng là giang mai bẩm sinh.

1.2. Phân loại (Có 2 loại)

- Giang mai mắc phải:
  + Giang mai sớm và lây bệnh (≤ 2 năm): thời kỳ I, thời kỳ II, thời kỳ tiềm ẩn sớm.
  + Giang mai muộn và không lây (> 2 năm): thời kỳ tiềm ẩn muộn và thời kỳ III .
- Giang mai bẩm sinh:
  + Sớm: xuất hiện trong 2 năm đầu sau khi sinh.
  + Muộn: xuất hiện từ năm thứ 2 sau khi sinh.

1.3. Tần suất mắc

- Năm 1940, tỷ lệ mắc bệnh giang mai giảm nhanh sau khi phát hiện ra penicillin và đạt mức thấp nhất trong thập kỷ sau
- Năm 2000, BV Da Liễu TP.HCM ghi nhận tỉ lệ bệnh giang mai là 3,4% trên tổng số bệnh lây truyền qua đường tình dục

1.4. Yếu tố nguy cơ

- Quan hệ tình dục bừa bãi.
- Sử dụng ma túy.
- HIV.
- Tuổi < 25.
- Không khám thai.
- Tình trạng kinh tế xã hội nghèo, chủng tộc da đen.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

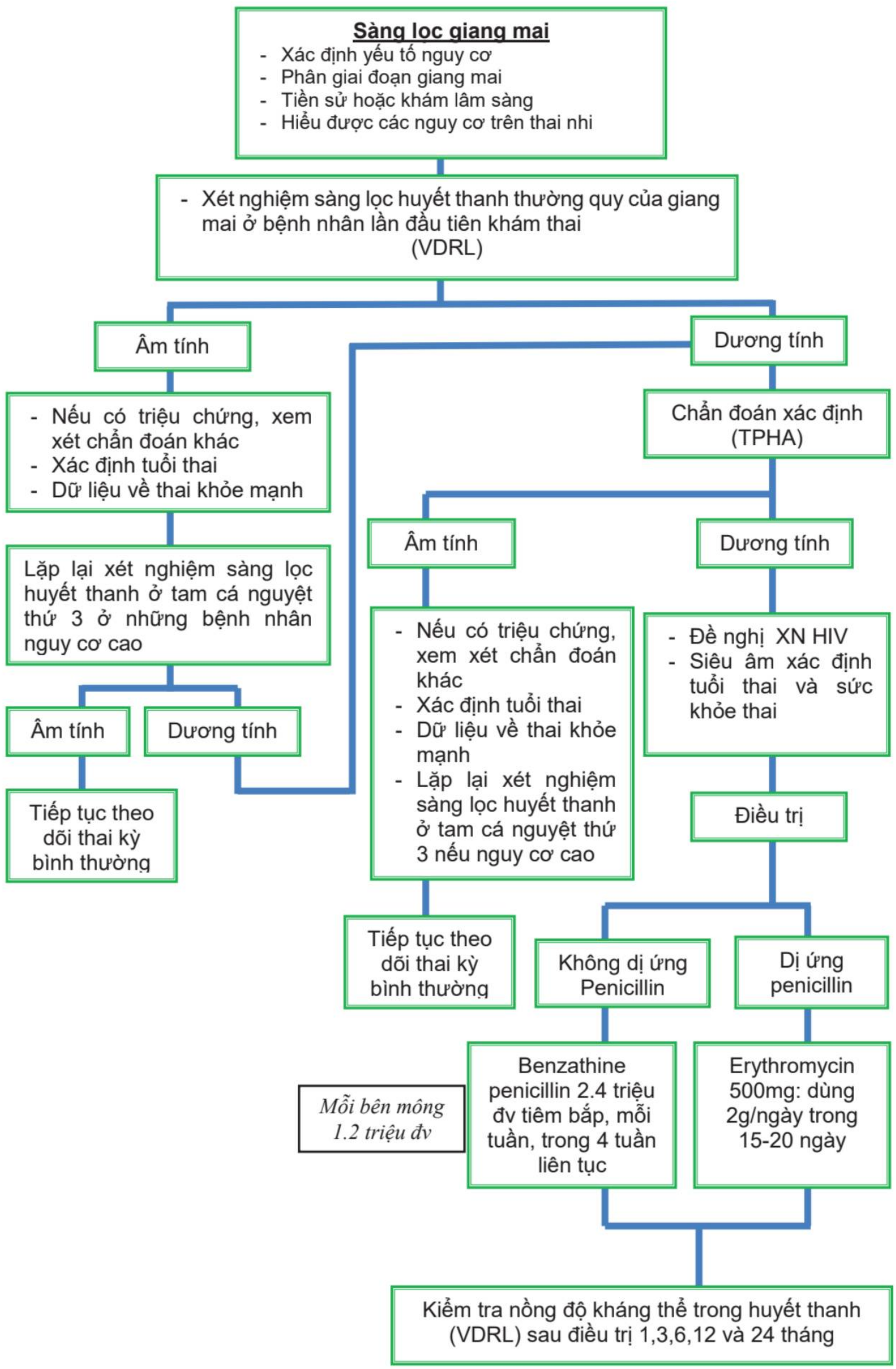
- Giang mai thời kỳ I: loét hoặc chancre ở vùng bị lây nhiễm. Dựa vào đặc tính của chancre giang mai, vị trí sang thương ở AH-AĐ-CTC
- Giang mai thời kỳ II: phát ban da, tổn thương da và niêm mạc và hạch.
- Giang mai thời kỳ III: ảnh hưởng trên thần kinh, tim mạch, tổn thương gôm
- Nhiễm trùng tiềm ẩn (không có biểu hiện lâm sàng) được phát hiện bằng xét nghiệm huyết thanh học
- Mắc bệnh giang mai trong thời kỳ mang thai: gây sẩy thai, sinh non, đa ối, thai lưu và giang mai bẩm sinh. Sự lây truyền từ mẹ qua con thường xảy ra từ tháng thứ 4-5 của thai kỳ
- Săng giang mai: 6 đặc tính của Alfred Fournier:
    1. Vết lở tròn hay bầu dục, đường kính 0,5-2cm
    2. Giới hạn rõ và đều đặn, thường không có bờ
    3. Đáy sạch, trơn, bóng láng, màu đỏ như thịt tươi
    4. Bóp không đau
    5. Nền cứng chắc như bìa hộp
    6. Hạch kèm theo

2.1. Cận lâm sàng

- XN không đặc hiệu: VDRL (Veneral Disease Research Laboratory test) hoặc RPR (Rapid Plasma Reagin) là XN tìm kháng thể giang mai, có giá trị trong sàng lọc.

  Đây cũng là xét nghiệm dùng để theo dõi sau điều trị (dùng cùng loại xét nghiệm và gửi cùng 1 phòng xét nghiệm).
- XN đặc hiệu: TPHA (Treponema Pallidum Haemagglutination Assay) là xét nghiệm dùng kháng nguyên là bản thân xoắn khuẩn Treponema .
- VDRL âm tính: loại trừ nhiễm giang mai.
- VDRL Dương tính: kiểm tra lại bằng xét nghiệm đặc hiệu TPHA để chẩn đoán.

III. ĐIỀU TRỊ


Sàng lọc giang mai
- Xác định yếu tố nguy cơ
- Phân giai đoạn giang mai
- Tiền sử hoặc khám lâm sàng
- Hiểu được các nguy cơ trên thai nhi
- Xét nghiệm sàng lọc huyết thanh thường quy của giang mai ở bệnh nhân lần đầu tiên khám thai (VDRL)
Âm tính
Dương tính
- Nếu có triệu chứng, xem xét chẩn đoán khác
- Xác định tuổi thai
- Dữ liệu về thai khỏe mạnh
Lặp lại xét nghiệm sàng lọc huyết thanh ở tam cá nguyệt thứ 3 ở những bệnh nhân nguy cơ cao
Âm tính
Dương tính
Tiếp tục theo dõi thai kỳ bình thường
Chẩn đoán xác định (TPHA)
Âm tính
Dương tính
- Nếu có triệu chứng, xem xét chẩn đoán khác
- Xác định tuổi thai
- Dữ liệu về thai khỏe mạnh
- Lặp lại xét nghiệm sàng lọc huyết thanh ở tam cá nguyệt thứ 3 nếu nguy cơ cao
- Đề nghị XN HIV
- Siêu âm xác định tuổi thai và sức khỏe thai
Điều trị
Tiếp tục theo dõi thai kỳ bình thường
Không dị ứng Penicillin
Dị ứng penicillin
Mỗi bên mông 1.2 triệu đv
Benzathine penicillin 2.4 triệu đv tiêm bắp, mỗi tuần, trong 4 tuần liên tục
Erythromycin 500mg: dùng 2g/ngày trong 15-20 ngày
Kiểm tra nồng độ kháng thể trong huyết thanh (VDRL) sau điều trị 1,3,6,12 và 24 tháng

Những dấu hiệu giang mai ở thai và bánh nhau trên siêu âm (gan to, báng bụng, phù thai, thiếu máu, bánh nhau dày) chỉ ra nguy cơ cao thất bại trong điều trị cho thai nhi. Những trường hợp có đi kèm những dấu hiệu này nên được quản lý bởi những chuyên gia sản khoa.

IV. THEO DÕI VÀ TIÊN LƯỢNG

- Đáp ứng điều trị khi hiệu giá kháng thể (VDRL, RPR) giảm 4 lần sau 6 tháng và âm tính sau 12- 24 tháng điều trị. Hiệu giá kháng thể tăng 4 lần hoặc không giảm chỉ ra rằng thất bại điều trị hoặc tái nhiễm, những trường hợp này nên điều trị lại.
- Cần thiết phải phối hợp chăm sóc tiền sản và điều trị. Tối thiểu xét nghiệm định lượng huyết thanh nên được lặp lại vào tuần thai thứ 28-32 và lúc chuyển dạ. Định lượng huyết thanh có thể được thực hiện mỗi tháng ở những phụ nữ có nguy cơ tái nhiễm cao hoặc ở những khu vực có tỷ lệ hiện mắc giang mai cao.
- Điều trị người mẹ không đầy đủ khi chuyển dạ xảy ra trong vòng 30 ngày điều trị, có dấu hiệu lâm sàng của nhiễm trùng lúc chuyển dạ, hiệu giá kháng thể mẹ lúc chuyển dạ tăng 4 lần so với trước khi điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản 2009.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị da liễu năm 2015 của Bộ Y Tế.

Tiếng Anh

1. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guiedlines, 2015. MMWR. Recommendations and Reports. Vol.64. No.3.
2. Obstetric clinical algorithms: Management and Evidence. By E.R.Norwitz, M.Belfort, G.R.Saade and H.Miller. Published 2010 Blackwell Publishing

24 ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TRONG THAI KỲ

I. ĐẠI CƯƠNG VỀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

1.1. Định nghĩa đái tháo đường thai kỳ

ĐTĐ là nhóm những rối loạn chuyển hóa không đồng nhất gồm tăng glucose huyết tương và rối loạn dung nạp glucose do thiếu insulin, giảm tác dụng của insulin hoặc cả hai

ĐTĐ có thể phân chia thành các nhóm sau [3]

- ĐTĐ type 1 do sự phá hủy tế bào beta tụy, có thể do nguyên nhân tự miễn hoặc không tự miễn, đưa tới sự thiếu hụt tuyệt đối insulin .
- ĐTĐ type 2 do giảm tiết insulin từ tế bào beta tụy và tình trạng kháng insulin.
- Đái tháo đường do nguyên nhân khác (do thuốc, bệnh lý tụy, đái tháo đường bẩm sinh…).
- ĐTĐ thai kỳ (Gestational Diabetes – GDM) là tình trạng đái tháo đường được chẩn đoán ở tam cá nguyệt 2 hay 3 của thai kỳ và không có tình trạng đái tháo đường rõ (overt diabetes) từ trước mang thai.

Phân loại theo White:

- Đái tháo đường A1: không dùng insulin.
- Đái tháo đường A2: dùng insulin.

1.2. Tầm quan trọng của đái tháo đường thai kỳ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh mãn tính thường gặp. Năm 2010, tỉ lệ đái tháo đường týp 2 ở Tp.HCM là 10.8% ở nam và 11,7% ở nữ. Tỉ lệ lưu hành của đái thái đường thai kỳ (ĐTĐTK) cũng tăng theo thời gian, theo hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ năm 2004 ĐTĐTK chiếm 4% tương đương 135.000 thai phụ/mỗi năm.Tại Việt Nam, trong một số nghiên cứu tại các vùng miền khác nhau, tỉ lệ này tăng từ 3,9% vào năm 2004 đến 20,3% năm 2012 và 20,9% năm 2017. Tại TP. Hồ Chí Minh, hai bệnh viện Sản phụ khoa Từ Dũ và

Hùng Vương tỉ lệ ghi nhận quanh 20% trên hàng chục ngàn trường hợp tầm soát hàng năm [1]

1.3. Hậu quả của đái tháo đường thai kỳ

1.3.1. Đối với thai phụ

Thai phụ bị ĐTĐTK gia tăng các nguy cơ sau:

- Tăng huyết áp- tiền sản giật: nguy cơ tiền sản giật 9,8% ở thai phụ có glucose máu đói <115 mg/dL, trong khi nguy cơ ở nhóm có glucose máu đói >=115 mg/dL là 18%) [4]
- Sinh non: Tỉ lệ sinh non ở phụ nữ ĐTĐTK là 26%, trong khi ở nhóm thai phụ bình thường là 9,7% [1].
- Đa ối: tỉ lệ cao gấp 4 lần so với các thai phụ bình thường.
- Sẩy thai và thai lưu
- Nhiễm khuẩn niệu
- Đái tháo đường type 2: Khoảng 17% đến 63% các phụ nữ ĐTĐTK sẽ bị ĐTĐ týp 2 trong thời gian 5 năm đến 16 năm sau sinh.

1.3.2. Đối với thai nhi và trẻ sơ sinh

- Trong 3 tháng đầu khi thai phụ không kiểm soát tốt glucose máu: nguy cơ dị tật bẩm sinh tăng từ 8 - 13%, gấp 2 - 4 lần nhóm không bị ĐTĐ; tăng nguy cơ thai lưu, sẩy thai tự nhiên.
- Thai to gây sinh khó và sang chấn khi sinh.
- Tăng tỉ lệ mổ lấy thai.
- Hạ glucose huyết tương và các bệnh lý chuyển hóa ở trẻ sơ sinh: Chiếm tỉ lệ khoảng từ 15% - 25% ở trẻ sơ sinh của các thai kỳ có đái tháo đường.
- Bệnh lý đường hô hấp: Hội chứng nguy kịch hô hấp.
- Tử vong ngay sau sinh: Chiếm tỉ lệ khoảng 20% - 30% do thiếu oxy và tình trạng toan máu ở thai.
- Tăng hồng cầu: nồng độ hemoglobin trong máu tĩnh mạch trung tâm > 20g/dl hay dung tích hồng cầu > 65%.
- Vàng da sơ sinh: khoảng 25% ở các thai phụ có ĐTĐTK.
- Các ảnh hưởng lâu dài: Gia tăng tần suất trẻ béo phì, khi lớn trẻ sớm bị mắc bệnh ĐTĐ týp 2, rối loạn tâm thần - vận động.

1.3.2. Đối với thai nhi và trẻ sơ sinh

Các nghiên cứu dịch tễ học đã phát hiện, có sự liên quan giữa các yếu tố nguy cơ ở thai phụ với ĐTĐTK. Các yếu tố nguy cơ này có nhiều điểm chung, tương đối giống với các yếu tố nguy cơ ĐTĐ týp 2.

ĐTĐTK có xu hướng hay gặp ở những thai phụ sinh con khi lớn tuổi, sinh nhiều con, thừa cân, tiền căn gia đình có đái tháo đường, tiền căn sản khoa: thai lưu, sinh con to.

Theo khuyến cáo của Hội nghị quốc tế về ĐTĐTK lần V tại Mỹ năm 1998, các thai phụ có yếu tố nguy cơ sau đây dễ mắc ĐTĐTK:

- Béo phì: Ở người béo phì có tình trạng kháng insulin và tăng tiết insulin gây rối loạn chuyển hóa glucose.
- Tiền sử gia đình: Tiền sử gia đình có người ĐTĐ thế hệ thứ nhất là một trong những yếu tố nguy cơ cao của ĐTĐTK, chiếm 50 - 60% so với nhóm tiền sử gia đình không có người đái tháo đường.
- Tiền sử sinh con to ≥ 4000 gam: Cân nặng trẻ sơ sinh to ≥ 4000 gam vừa là hậu quả của ĐTĐTK, vừa là yếu tố nguy cơ cho mẹ ở những lần mang thai sau.
- Tiền sử bất thường về dung nạp glucose: Đây là yếu tố nguy cơ cao đối với ĐTĐTK, đa số người có tiền sử rối loạn dung nạp glucose thì khi có thai đều bị ĐTĐTK.
- Glucose niệu dương tính: Cũng là yếu tố nguy cơ cao đối với ĐTĐTK. Tuy nhiên, có khoảng 10 - 15% thai phụ có glucose niệu dương tính mà không phải do mắc ĐTĐTK.
- Tuổi mang thai: Theo Hiệp hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG), thai phụ có tuổi nhỏ hơn 25 được coi là ít nguy cơ ĐTĐTK, khi phụ nữ lớn hơn 35 tuổi mang thai thì nguy cơ ĐTĐTK tăng cao hơn.
- Tiền sử sản khoa bất thường: Thai chết lưu không rõ nguyên nhân, con bị dị tật bẩm sinh, tiền sản giật, sinh non.
- Chủng tộc: Là một yếu tố nguy cơ độc lập dẫn đến ĐTĐTK, có ảnh hưởng trực tiếp đến tần suất mắc ĐTĐ týp 2 trong dân số. Châu Á là chủng tộc có nguy cơ mắc ĐTĐTK cao.
- Hội chứng buồng trứng đa nang.

II. TẦM SOÁT VÀ CHẨN ĐOÁN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

Theo Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ, việc tầm soát đái tháo đường ở giai đoạn sớm của thai kỳ nhằm mục tiêu phát hiện các trường hợp mắc đái tháo đường từ trước có thai. Ở lần khám thai đầu tiên, tất cả thai phụ cần được khai thác tiền sử bản thân, gia đình để xác định có thuộc nhóm thai phụ có nguy cơ cao bị đái tháo đường thai kỳ không. Thai phụ có 1 trong các yếu tố nguy cơ dưới đây được xem là có nguy cơ cao mắc đái tháo đường thai kỳ:

- Thừa cân (BMI trước mang thai > 23).
- Tiền sử gia đình trực hệ có người bị đái tháo đường.
- Tiền căn bệnh mạch vành.
- Tăng huyết áp (>=140/90 mmHg hay đang điều trị thuốc hạ huyết áp).
- HDL <35 mg/dL và/hoặc trigyceride >250 mg/dL.
- Hội chứng buồng trứng đa nang.

Tiền căn sản khoa:

+ Bị đái tháo đường thai kỳ ở lần mang thai trước
+ Sinh con >= 4000g
+ Thai dị tật
+ Thai lưu

Nguy cơ trong lần mang thai này:

+ Tăng huyết áp
+ Đa thai
+ Thai to
+ Đa ối
+ Glucose niệu (+)
+ Tăng cân quá mức >3kg/tháng
+ Sử dụng thuốc gây tăng glucose máu (thuốc cường beta, corticoid)

Các thai phụ có nguy cơ cao mắc đái tháo đường thai kỳ cần được tầm soát sớm ở ngay lần khám thai đầu tiên

2.1. Thai phụ có nguy cơ cao mắc đái tháo đường thai kỳ

Ngay lần khám thai đầu tiên, tiến hành đánh giá các yếu tố nguy cơ của đái tháo đường thai kỳ.

Nhóm thai phụ có nguy cơ cao cần được xét nghiệm glucose huyết tương lúc đói hoặc bất kỳ ngay trong lần khám thai đầu tiên.

Bảng 1: Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường

Xét nghiệm	Kết quả	Xử trí
Glucose huyết tương bất kỳ	≥ 200 mg/dL (11,1 mmol/L)	Chẩn đoán là **Đái tháo đường** Giới thiệu khám Nội tiết + XN HbA1C
Glucose huyết tương đói	≥126 mg/dL (7,0 mmol/L)	

Các nghiên cứu quan sát cho thấy việc tăng HbA1C trong 10 tuần đầu thai kỳ làm tăng nguy cơ dị tật thai (thai vô sọ, tật đầu nhỏ, dị tật tim…). Những thai phụ có HbA1<6,5% có nguy cơ dị tật thai thấp nhất (ADA 2019).

Những thai phụ còn lại: thực hiện xét nghiệm 75g glucose ở ngay lần khám sau đó (theo đúng qui cách, xem phụ lục). Áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán sau:

Bảng 2: Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường qua xét nghiệm 75g glucose

Giờ	Glucose huyết tương (mg/dl hay mg%)	Glucose huyết tương (mmol/l)
Đói	≥ 92	≥ 5,1
1 giờ	≥ 180	≥ 10,0
2 giờ	≥ 153	≥ 8,5

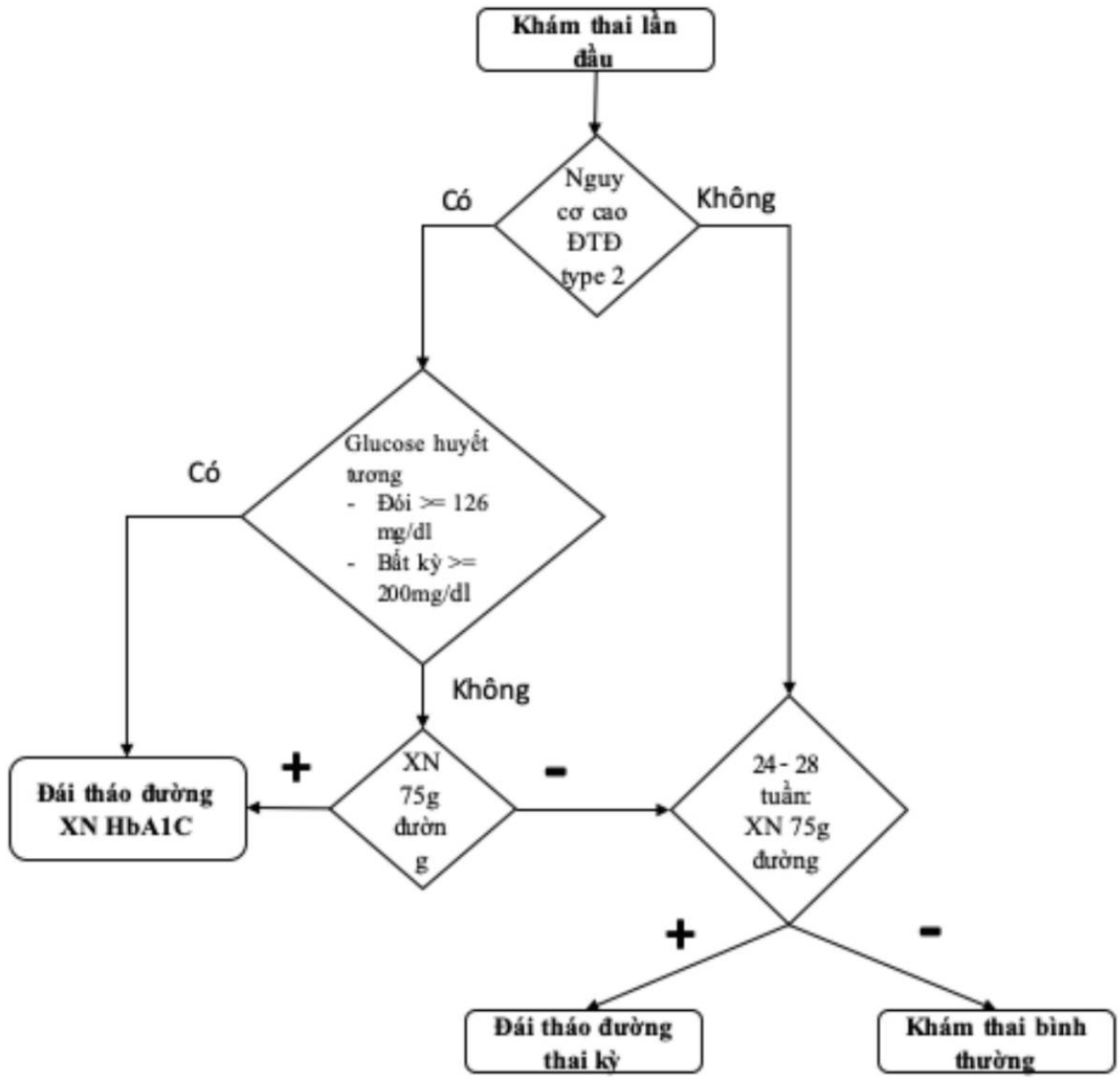
- Nếu có từ 1 giá trị lớn hơn hay bằng: chẩn đoán Đái tháo đường thai kỳ.
- Nếu kết quả tầm soát bình thường: nhóm này sẽ được lập lại tầm soát lúc 24 – 28 tuần tuổi thai.

2.2. Thai phụ có nguy cơ thấp

Những thai phụ nguy cơ thấp được làm xét nghiệm sàng lọc với xét nghiệm 75g glucose khi thai 24-28 tuần.

Áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán như Bảng 2.

Nếu có từ 1 giá trị lớn hơn hay bằng: chẩn đoán Đái tháo đường



Lưu đồ 1. Tầm soát và chẩn đoán đái tháo đường khi mang thai

III. QUẢN LÝ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ TRONG LÚC MANG THAI

3.1. Các nguyên tắc chung

- Kiểm soát glucose máu đạt mục tiêu nhưng không gây hạ glucose máu.

- Xử trí ban đầu bằng việc thay đổi chế độ ăn tiết chế, kết hợp tập luyện thể dục phù hợp và kiểm soát cân nặng. Các thuốc giúp hạ glucose máu chỉ dùng khi việc thay đổi lối sống không kiểm soát được glucose máu.
- Kiểm soát cân nặng.

BMI trước khi mang thai	Tăng cân (kg)	Mức tăng cân trung bình trong tam cá nguyệt 2 và 3 thời kỳ mang thai (kg/tuần)
Thiếu năng lượng trường diễn (BMI < 18,5)	12,5 - 18	0,51 (0,44 - 0,58)
Bình thường (BMI: 18,5-24,9)	11,5 - 16	0,42 (0,35 - 0,50)
Thừa cân (BMI: 25,0-29,9)	7 - 11,5	0,28 (0,23 - 0,33)
Béo phì (BMI ≥ 30,0)	5 - 9	0,22 (0,17 - 0,27)

3.2. Các mục tiêu glucose máu

Đánh giá việc điều trị thông qua theo dõi glucose máu mao mạch lúc đói và 2 giờ sau ăn. Bệnh nhân được khuyến khích và hường dẫn tự theo dõi glucose máu tại nhà, tự ghi nhận kết quả và báo lại BS khi tái khám

Glucose máu mao mạch mục tiêu:

Trước ăn	70 - ≤ 95 mg/dl	(≤ 5,3 mmol/l)
Sau ăn 1 giờ	≤ 140 mg/dl	(≤ 7,8 mmol/l)
Sau ăn 2 giờ	≤ 120 mg/dl	(≤ 6,7 mmol/l)

Glucose máu gọi là đạt mục tiêu khi có >=50% trị số đạt mục tiêu và có xu hướng giảm dần.

3.3. Chế độ ăn tiết chế

3.3.1.Nguyên tắc

Việc điều trị đái tháo đường thai kỳ luôn bắt đầu bằng thay đổi chế độ ăn tuân theo quy tắc sau:

- Không bỏ bữa.
- Ăn 3 bữa chính và 2-3 bữa ăn phụ trong ngày. Có thể ăn bữa phụ trước khi ngủ

Nếu ăn 6 bữa, số lượng mỗi bữa ăn như sau:

Bữa sáng: 20%

Bữa phụ buổi sáng: 10%
Bữa trưa: 30%
Bữa phụ buổi chiều: 10%
Bữa tối: 20%
Bữa phụ vào buổi tối: 10%.
Nếu ăn 5 bữa, số lượng mỗi bữa ăn như sau:
Bữa sáng: 25%
Bữa phụ buổi sáng: 10%
Bữa trưa: 30%
Bữa tối: 25%
Bữa phụ vào buổi tối: 10%.

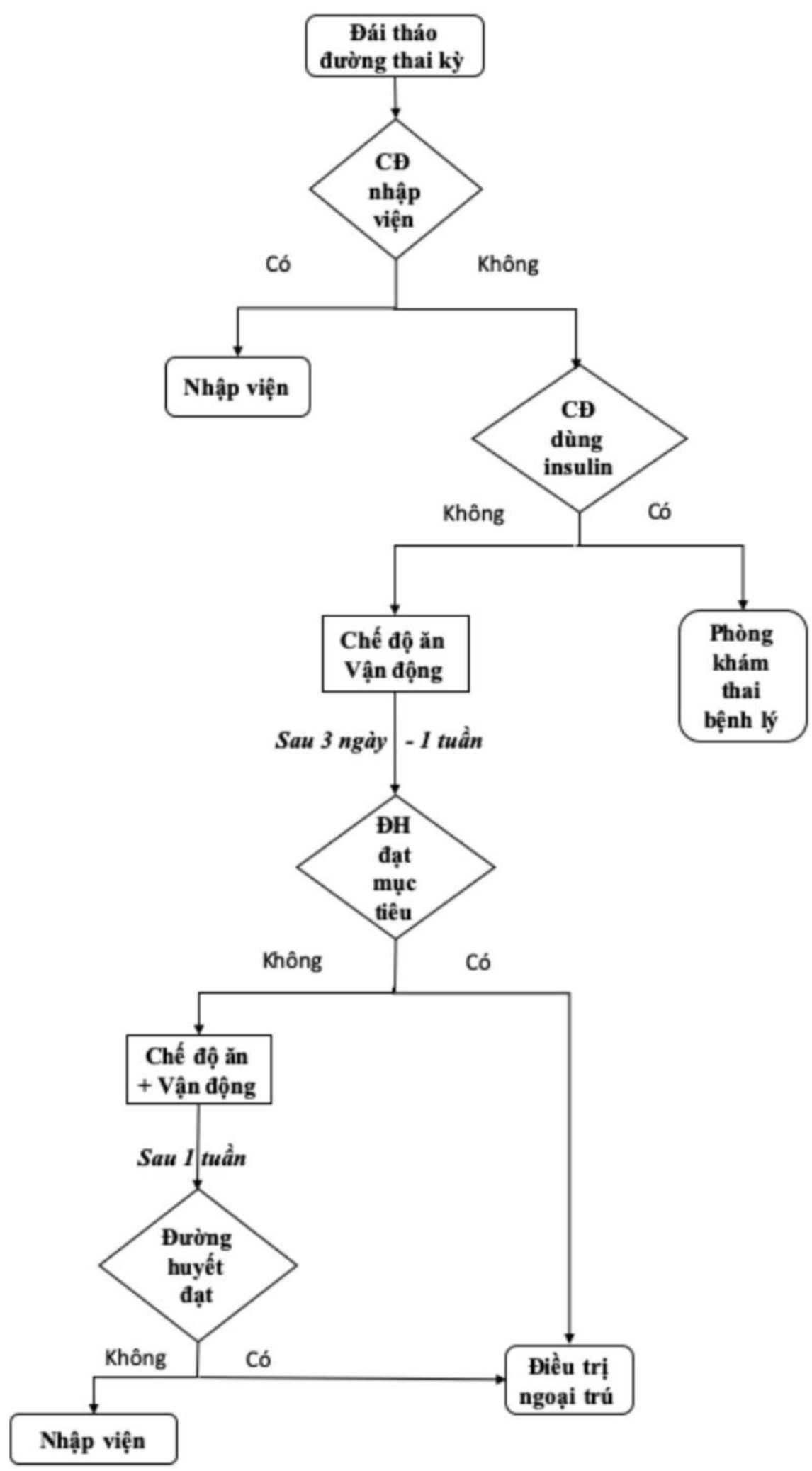
- Kiểm soát lượng carbohydrate trong khẩu phần ăn. Tất cả các thai phụ bị ĐTĐ không kể ĐTĐ tuýp 1 hay tuýp 2 đều phải tuân thủ chế độ ăn giảm glucid (50-55% năng lượng khẩu phần), nên sử dụng thực phẩm có chỉ số glucose huyết tương thấp và trung bình. Nên phối hợp giữa protein động vật và thực vật, yêu cầu tỷ lệ protein động vật từ 35% trở lên. Lượng lipid chiếm khoảng 20 - 30% tổng năng lượng, yêu cầu tỷ lệ lipid động vật/lipid tổng số không nên vượt quá 60%. Nên tăng cường sử dụng các loại dầu thực vật và hạn chế tiêu thụ các loại mỡ động vật.
- Chọn thức ăn giàu chất xơ, ít chất béo bão hòa: Sử dụng trên 400g rau/ ngày, nên ăn rau có nhiều chất xơ làm hạn chế mức độ tăng glucose huyết tương sau ăn.

3.3.2. Chế độ tập luyện:

- Thai phụ không bị dọa sinh non, tiền sản giật, nhau tiền đạo ra huyết…được khuyến khích tập thể dục để giúp kiểm soát glucose máu, giảm đề kháng insulin, duy trì cân nặng, sức khỏe, tạo sự dẻo dai, phục hồi sau sinh tốt hơn.
- Ít nhất 30 phút / ngày.
- Đi bộ hoặc tập tay lúc ngồi trong 10 phút sau ăn.
- Trước khi mang thai tích cực tập luyện cần duy trì tập luyện trong thai kỳ.
- Thai phụ nên uống nhiều nước trước, trong và sau khi tập.

3.3.3. Theo dõi ngoại trú:

- Sau khi được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ, thai phụ được tư vấn chế độ ăn tiết chế và vận động thể lực phù hợp.
- Đánh giá hiệu quả điều trị dựa trên theo dõi glucose máu mao mạch (tại BV hay tại nhà):
  + Glucose máu mao mạch đói: 70 - <= 95mg/dL (<= 3mmol/l)
  + Glucose máu mao mạch 2 giờ sau ăn: <=120 mg/dL (<= 6,7 mmol/l)
- Theo dõi theo lưu đồ sau:



3.3.4. Chỉ định nhập viện

- Không đáp ứng chế độ ăn tiết chế và vận động tại nhà.
- Có biến chứng của tăng glucose máu như nhiễm ceton.
- Glucose máu >=250mg/dl.

+ Tại khoa Sản bệnh:

- Thai phụ được hướng dẫn chế độ ăn tiết chế bắt buộc dành cho bệnh nhân đái tháo đường, kết hợp vận động (khi không có chống chỉ định) .
- Theo dõi glucose máu mao mạch lúc đói và 2 giờ sau ăn từ 4 lần/ngày trong 3-7 ngày. Thai phụ được khuyến khích và hướng dẫn cách tự theo dõi glucose máu mao mạch.
- Nếu glucose máu đạt mục tiêu: xuất viện, tiếp tục theo dõi tại Phòng khám thai.
- Nếu glucose máu không đạt: phối hợp insulin với chế độ ăn và tập luyện phù hợp.
- Khi có các biến chứng cấp của tăng glucose máu: hội chẩn Nội tiết.

3.3.5. Chỉ định điều trị insulin

Xem xét điều trị insulin trong các trường hợp sau

- > 30% giá trị glucose máu lúc đói > 105mg/dL (5,8 mmol/l) [2]
- Glucose máu (mao mạch/tĩnh mạch) sau ăn 2 giờ > 200mg/dl (11,1 mmol/l).
- Có biến chứng cấp của tăng glucose máu.
- Thai to hơn so với tuổi thai (EFW hay AC> bách phân vị 75 so với tuổi thai).

3.3.6. Phác đồ insulin

Các loại insulin được sử dụng là human insulin (regular, NPH). Các insulin analog đã được chấp thuận sử dụng trên thai phụ bị đái tháo đường thai kỳ như aspart, lispro hay detemir.

Lựa chọn loại insulin tùy thuộc thời điểm tăng glucose máu.

- Lúc đói: insulin nền như detemir hay NPH.
- Sau ăn: insulin analog tác dụng nhanh hay human insulin.

Để tạo sự thuận lợi và tăng tuân thủ điều trị cho bệnh nhân, có thể sử dụng insulin hỗn hợp để điều trị (xem thêm Phụ lục Sử dụng Insulin trong thai kỳ).

- Tổng liều: dựa trên cân nặng và tuổi thai, bắt đầu tùy mức glucose máu thay đổi 0,5 đv/ kg – 1 đv/kg, 2/3 tổng liều cho buổi sáng và 1/3 cho buổi chiều.
- Số lần thử glucose máu mao mạch từ 4 lần/ngày. Điều chỉnh liều theo kết quả glucose máu, tăng hay giảm từ 2-4 đơn vị/lần. Chỉnh liều sau 2-3 ngày nếu không đạt glucose máu mục tiêu.

  Lưu ý: khoảng thời gian nếu có dùng cortisteroides hỗ trợ trưởng thành phổi thai nhi, dùng các tocolysis trong dọa sanh non, glucose máu sẽ tăng cao, cần tăng liều Insulin phù hợp.

3.4. Thuốc uống hạ glucose máu

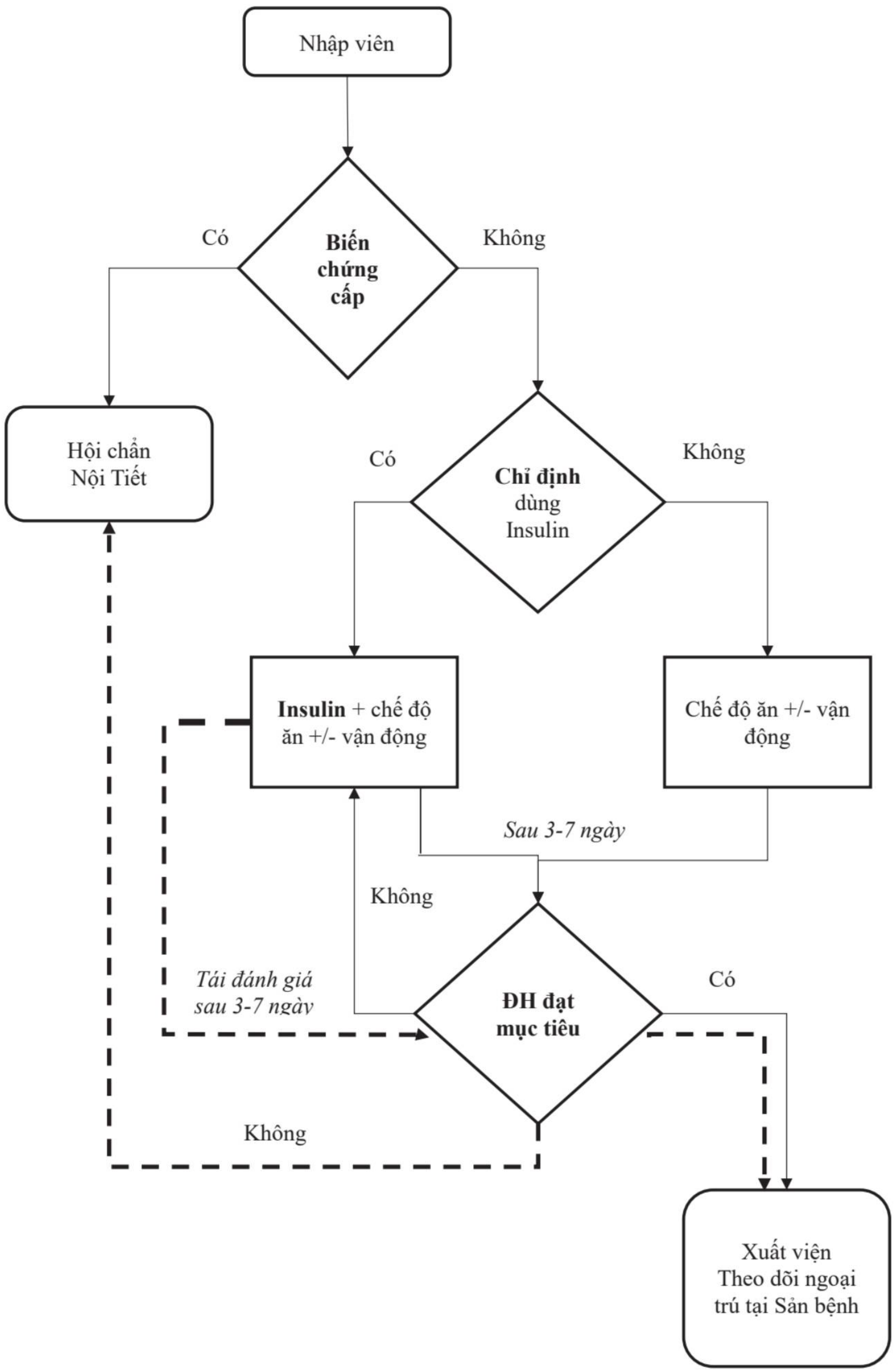
Thuốc viên giúp hạ glucose máu hiện chưa được Bộ Y Tế Việt Nam chấp thuận sử dụng trong thai kỳ.

3.5. Theo dõi sản khoa

- Hướng dẫn thai phụ cách đếm và theo dõi cử động thai.
- Đánh giá tăng trưởng, tình trạng nước ối qua siêu âm.
- Đánh giá sức khỏe thai qua non-stress test; siêu âm Doppler đánh giá tưới máu thai và trắc đồ sinh vật lý thai nhi được chỉ định khi cần thiết.
- Đánh giá glucose máu mao mạch lúc đói và 2 giờ sau ăn ở mỗi lần khám thai.
- Corticoid trưởng thành phổi: không chống chỉ định trong đái tháo đường thai kỳ nhưng cần thận trọng sử dụng đúng chỉ định vì nguy cơ tăng glucose máu. Xem xét sử dụng insulin (ĐTĐ A1) hay tăng liều insulin đang dùng (ĐTĐ A2), theo dõi glucose máu mao mạch 4 lần/ngày khi tiêm corticoid.

3.6. Thời điểm chấm dứt thai kỳ

- Đái tháo đường thai kỳ A1 kiểm soát glucose máu tốt: không chấm dứt thai kỳ trước 39 tuần, trừ khi có chỉ định khác. Nhập viện để chấm dứt thai kỳ khi thai 39-40 tuần.
- Đái tháo đường thai kỳ A2 kiểm soát glucose máu tốt: nhập viện để chấm dứt thai kỳ khi thai 38-39 tuần.
- Đái tháo đường thai kỳ không kiểm soát tốt: cân nhắc chấm dứt thai kỳ khi có bằng chứng về trưởng thành phổi thai.


Nhập viên
Biến chứng cấp
Có
Không
Hội chẩn Nội Tiết
Chỉ định dùng Insulin
Có
Không
Insulin + chế độ ăn +/- vận động
Chế độ ăn +/- vận động
Sau 3-7 ngày
Không
Tái đánh giá sau 3-7 ngày
ĐH đạt mục tiêu
Có
Không
Xuất viện Theo dõi ngoại trú tại Sản bệnh

3.7. Theo dõi trong chuyển dạ

- Mục tiêu glucose máu trong chuyển dạ: 70-126mg/dl (4-7 mmol/l) [2].
- Liều insulin tuỳ thuộc vào mức đường huyết.
- Đối với thai phụ đái tháo đường A2 vào chuyển dạ:
  + Ngưng tiêm insulin đang sử dụng, chuyển sang phác đồ basal-bolus hay insulin truyền tĩnh mạch. Lưu ý nguy cơ hạ glucose máu do sản phụ nhịn ăn khi vào chuyển dạ.
  + Khi vào chuyển dạ hoạt động: Sản phụ không ăn. Truyền dung dịch glucose 5% 500ml (25g glucose) pha với 1g KCl qua bơm tiêm điện tốc độ 100ml/g (5g/giờ). Nếu dùng glucose 10% thì tốc độ 50ml/giờ. Xét nghiệm ion đồ trước và sau truyền.
  + Dùng Insulin regular pha 40 IU trong 40ml NaCl 0,9% truyền với nồng độ 1–4 IU /giờ (# 1 – 4 ml/ giờ). Theo dõi glucose máu mạo mạch 1 -2 giờ/lần. Theo dõi glucose máu mao mạch mỗi giờ.
- Đối với thai phụ có đường huyết cao mới phát hiện khi vào chuyển dạ: sử dụng Insulin truyền tĩnh mạch như hướng dẫn trên, với mục tiêu giữ mức đường huyết 70-126 mg/dL.
- Theo dõi tim thai để phát hiện và xử trí kịp thời suy thai.

3.8. Sử dụng insulin khi có chỉ định mổ lấy thai

- Ngày trước phẫu thuật: dùng Insulin tối hôm trước phẫu thuật (Insulin nền) bình thường (nếu có).
- Ngày mổ: nhịn ăn từ 0 giờ, thử glucose mao mạch đói, ngưng mũi Insulin cữ sáng.
- Nên mổ trong buổi sáng ngày mổ, nếu 12 giờ chưa được mổ: thử glucose mao mạch và xử trí tùy kết quả. Nếu có dấu hiệu của hạ glucose máu thì xử trí phù hợp.

IV. QUẢN LÝ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ SAU SINH

4.1. Thai phụ

Ngay sau sổ nhau, nếu đang dùng insulin cần xem xét ngưng hay giảm liều vì sau khi lấy hết bánh nhau, mất hiện tượng kháng insulin có thể gây hạ glucose máu. Theo dõi chặt chẽ nồng độ glucose mao mạch để điều chỉnh thuốc cho phù hợp.

Ngay sau sinh, liều insulin thường giảm ½ so với liều trong lúc mang thai.

Đa số thai phụ không cần sử dụng insulin sau sanh.

Việc cho con bú và lựa chọn biện pháp tránh thai ở phụ nữ bị đái tháo đường thai kỳ không khác biệt so với thông thường.

Ngưỡng glucose máu mục tiêu cho mọi sản phụ ĐTĐ thai kỳ là glucose máu mao mạch trước ăn ≤ 126 mg/dl.

a) Đối với thai phụ ĐTĐ đáp ứng với chế độ ăn tiết chế → ngừng theo dõi đường huyết sau sinh

b) Đối với thai phụ ĐTĐ điều trị với Insulin trước sinh:

- Ngừng Insulin ngay sau sinh hoặc sau mổ + theo dõi glucose máu.
- Theo dõi glucose máu từ 4 lần/ ngày (trước 3 bữa ăn và trước khi đi ngủ). Nếu mổ sanh và chưa ăn uống được thử glucose máu mỗi 6 giờ.

+ Nếu kết quả glucose máu trước ăn trong khoảng 72mg/dl-126mg/dl (4-7 mmol/L) → ngưng theo dõi glucose máu sau 24 giờ sau sinh.

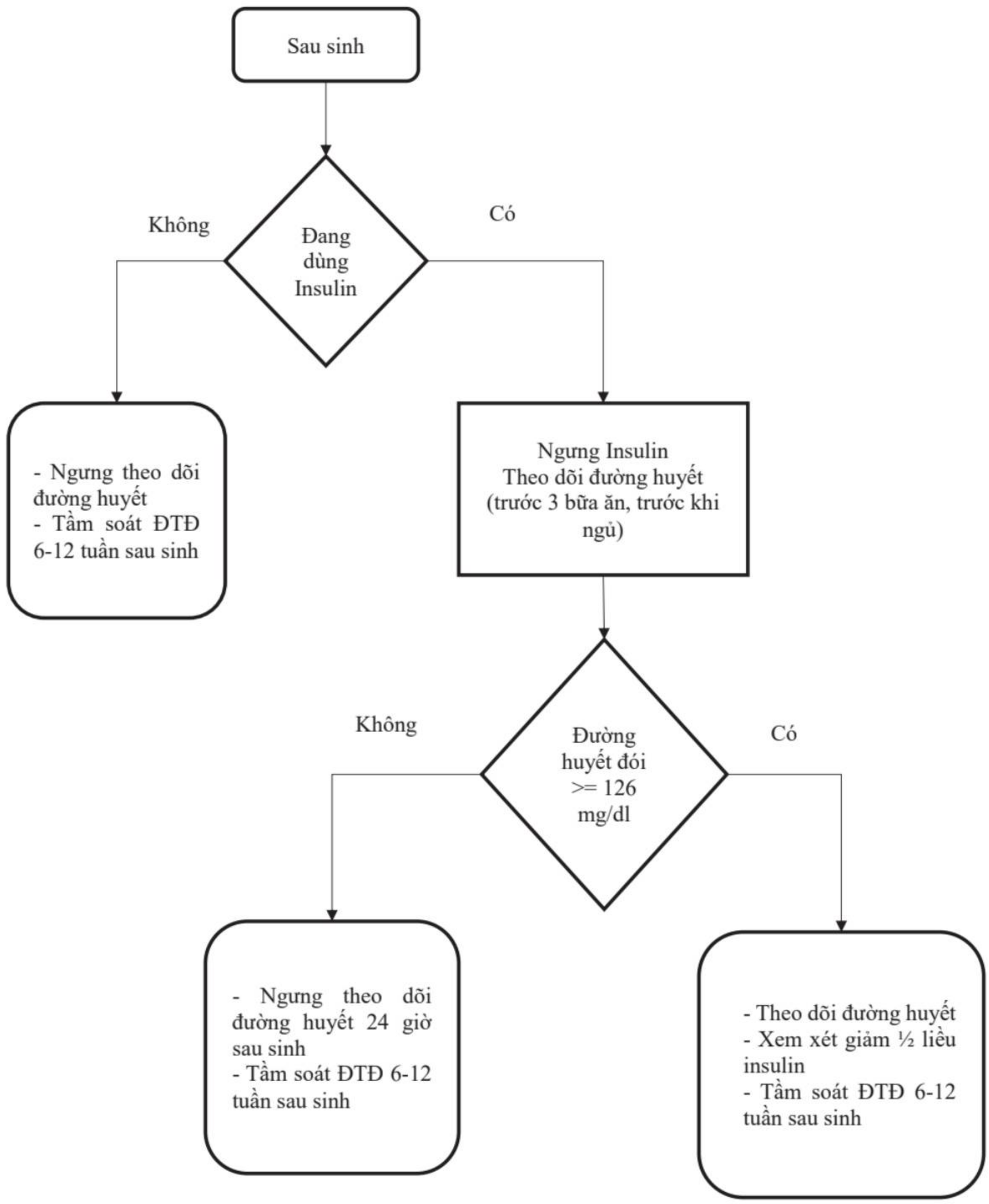
+ Nếu kết quả glucose máu ≥ 72mg/dl (4 mmol/L) và sản phụ ăn uống được → ngưng đường truyền tĩnh mạch.

+ Nếu kết quả glucose máu < 72mg/gl (4 mmol/L) hoặc sản phụ không ăn uống được → truyền Glucose 5% 500ml đường tĩnh mạch và tiếp tục theo dõi glucose máu.

Nếu kết quả glucose máu trước ăn ≥ 126 mg/dl (7 mmol/L) → tiếp tục theo dõi glucose máu, hiếm khi phải sử dụng insulin sau sinh. Nếu có chỉ định liều lượng dùng 50% so liều trong thai kỳ

Cần thực hiện tầm soát sớm ĐTĐ tuýp 2 cho các phụ nữ có ĐTĐTK, sau sinh 6 - 12 tuần: làm lại xét nghiệm 75 gram glucose uống - 2 giờ, nếu kết quả bình thường: tầm soát định kỳ 1 năm/lần, nếu kết

quả bất thường giới thiệu sản phụ khám chuyên khoa Nội tiết.
Lưu đồ xử trí sau sinh



4.2. Trẻ sơ sinh

- Cho bú sớm trong 30-60 phút sau khi chào đời và mỗi ≤ 3 giờ
- Thử đường huyết trẻ sơ sinh, khả năng trẻ bị hạ đường huyết nhiều hơn nhóm trẻ bình thường, thử đường huyết sau sinh 2 giờ.

+ Nếu <40 mg/dl gửi nhi
+ Nếu 40-50 mg/dl cho bú và thử lại sau 1 giờ
+ Nếu >50 mg/dl không cần thử lại

Theo dõi sát trẻ sơ sinh trong vòng 3 ngày đầu sau sinh để phát hiện và xử trí kịp thời các biến chứng như: hạ glucose huyết, hạ calci, đa hồng cầu, tăng bilirubin máu, hội chứng suy hô hấp cấp chu sinh, nhiễm khuẩn sơ sinh.

V. NHIỄM TOAN CETON Ở PHỤ NỮ CÓ THAI [2]

Nhiễm toan ceton ở phụ nữ có thai là tình trạng cấp cứu nghiêm trọng, nguy hiểm tính mạng cả mẹ và thai. Tỉ lệ này ở các nước phát triển khoảng 1-3% thai kỳ, tỉ lệ tử vong mẹ khoảng 4-15%. Nhiễm toan thường xảy ra ở tam cá nguyệt 2,3 của thai kỳ ở bệnh nhân đái tháo đường tuýp 1 (cũng có thể xảy ra ở bệnh nhân đái tháo đường tuýp 2).

5.1. Các yếu tố làm tăng nguy cơ nhiễm toan ceton ở thai phụ

- Tăng hormon kháng insulin: tình trạng kháng insulin tăng 56% vào tuần 36 của thai kỳ do tăng sản xuất human placenta, prolactin, cortisol. Giảm nhu động dạ dày do tăng progeterones cũng làm tăng thời gian hấp thu carbohydrate sau ăn.
- Tăng nguy cơ bị "đói": Do nhau và thai nhi sử dụng glucose của thai phụ vào các tháng cuối thai kỳ nên glucose máu lúc đói của thai phụ hay thấp.
- Do nôn ói.
- Giảm khả năng đệm để cân bằng axit: do tình trạng tăng thông khí ở cuối thai kỳ gây ra kiềm hô hấp, thận sẽ tăng thải bicarbonat để bù trừ nên khả năng đệm khi có tải acid lớn ở thai phụ sẽ giảm. Các rối loạn này xảy ra ở cả khi mức glucose máu tương đối thấp.

5.2. Các yếu tố thuận lợi

- Nôn nhiều.
- Nhiễm trùng.
- Không tuân thủ điều trị: tự ý ngưng insulin.
- Sử dụng thuốc gây tăng glucose máu: đồng vận beta 2 trong điều trị dọa sinh non, corticoid.

5.3. Các ảnh hưởng đến thai

- Giảm lưu lượng máu tử cung-nhau: lợi niệu thẩm thấu làm giảm thể tích huyết tương.
- Nhiễm toan thai nhi, mất cân bằng điện giải.
- Giảm kali máu nặng ở thai, gây ức chế cơ tim, loạn nhịp.
- Tăng tiết insulin ở thai do glucose máu của mẹ cao làm tăng nhu cầu oxygen.

5.4. Chẩn đoán

Nên nghĩ đến nhiễm ceton khi bệnh nhân đái tháo đường/hoặc không có tiền sử đái tháo đường trước đó có các dấu hiệu sau:

- Dấu mất nước.
- Uống nhiều, tiểu nhiều, giảm cân và rất mệt.
- Đau bụng, ói, nhịp thở Kussmaul

  + Xét nghiệm:
- Glucose máu (thường > 250mg/dl).
- Ceton niệu (+).
- Ceton huyết tương (+).
- Ion đồ có bất thường.
- pH máu động mạch, bicarbonat huyết thanh bất thường.

5.5. Nguyên tắc điều trị

- Hội chẩn Nội Tiết
- Mời bác sĩ gây mê hồi sức phối hợp,
- Nguyên tắc điều trị:

  + Cải thiện thể tích dịch và tưới máu các tổ chức
  + Giảm glucose máu với insulin truyền tĩnh mạch
  + Điều chỉnh toan máu, làm sạch thể ceton.
  + Điều trị rối loạn điện giải
  + Điều trị các yếu tố khởi phát nhiễm toan ceton

+ Theo dõi đáp ứng điều trị của thai phụ và thai nhi: liều lượng thuốc tương tự người không có thai, cung cấp oxygen, thai phụ nghiêng trái, theo dõi tim thai, theo dõi nước tiểu/mẹ

- Khi tim thai chậm, khó nghe: thai nhi có thể bị ảnh hưởng bởi tình trạng nhiễm toan ceton của mẹ. Tuy nhiên, mổ lấy thai ở thai phụ đang nhiễm toan rất nguy hiểm cho tính mạng thai phụ, tình trạng thai sau mổ chưa chắc chắn. Khi tình trạng mẹ ổn định, tình trạng thai nhi cũng cải thiện. Do đó, chỉ định mổ lấy thai cần cân nhắc và tư vấn đầy đủ cho thai phụ và người nhà.

5.6. Lưu ý

- Khi glucose máu về bình thường, tình trạng nhiễm toan có thể vẫn còn. Do đó, cần bù đủ dịch tuần hoàn để đảm bảo thể tích huyết tương lưu thông. Nếu không, có thể tái nhiễm toan ceton.
- Không ngừng insulin truyền tĩnh mạch sớm do nguy cơ tái nhiễm toan ceton. Khi glucose máu khoảng 200ml/dL (11,1 mmol/L): giảm liều insulin, phối hợp truyền glucose 5% tùy lượng dịch trong cơ thể. Duy trì glucose máu trong khoảng 150-200 mg/dL cho đến khi thể ceton máu âm tính.
- Khi ceton máu âm tính: chuyển sang insulin tiêm dưới da.
  + Insulin regular: tiêm 1 giờ trước khi ngưng insulin truyền
  + Insulin NPH: tiêm 1-3 giờ trước khi ngưng insulin truyền

5.7. Các biến chứng

- Shock do giảm thể tích huyết tương.
- Nhiễm acid lactic.
- Suy thận.
- Tắc mạch khi áp lực thẩm thấu máu tăng hơn 300 mOsm/kg kéo dài, biểu hiện: nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não, tắc mạch chi, mạc treo, nhồi máu cơ quan.
- Nhiễm trùng: hay gặp nhiễm trùng phổi, đường tiểu.
- Suy hô hấp cấp.
- Các biến chứng do điều trị: phù phổi cấp, hạ glucose máu, hạ kali máu, phù não, tái nhiễm toan ceton.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ y tế - Vụ sức khoẻ bà mẹ - trẻ em (2018), "Hướng dẫn quốc gia dự phòng và kiểm soát đái tháo đường thai kỳ".
2. Hội nội tiết – Đái tháo đường Việt Nam (2018), "Đái tháo đường thai kỳ", Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị bệnh đái tháo đường, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
3. American Diabetes Association (2018), "Standards of Medical Care in Diabetes", Diabetes Care. 41 (Supplement 1), pp. S137-S143.
4. Committee on Practice B.-O. (2018), "ACOG Practice Bulletin No. 190: Gestational Diabetes Mellitus", Obstet Gynecol. 131 (2), pp. e49-e64.

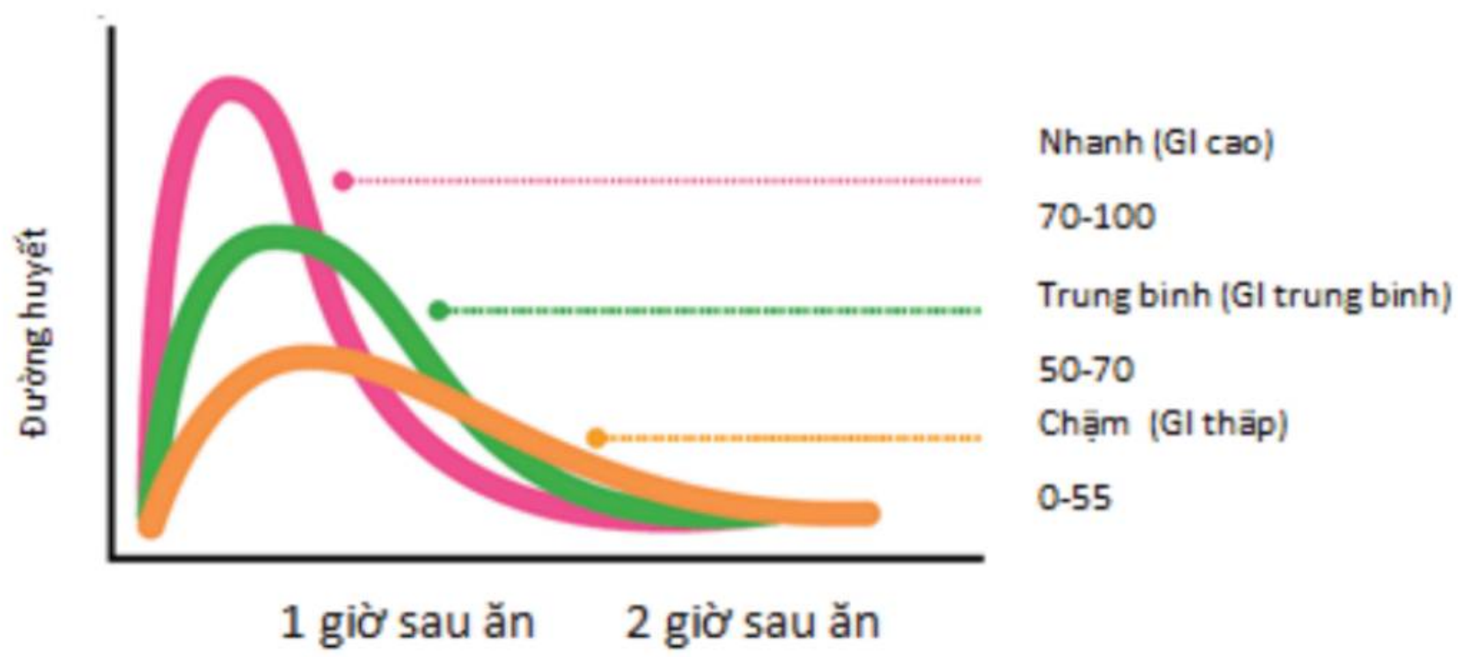
PHỤ LỤC 1
HƯỚNG DẪN CHẾ ĐỘ ĂN CHO THAI PHỤ

GLUCOSE MÁU MỤC TIÊU

Khi bị đái tháo đường thai kỳ, bạn cần giữ glucose máu trong mức glucose máu mục tiêu, để giảm các nguy cơ cho cả mẹ và thai

Glucose máu	**Đói**	**Sau khi ăn 1 giờ**	**Sau khi ăn 2 giờ**
	70- ≤ 95 mg/dl	**≤ 140 mg/dl**	**≤ 120 mg/dl**

Các loại carbohydrate trong thức ăn sẽ chuyển thành đường trong máu với tốc độ khác nhau. Chỉ số đường – Glycemic Index (GI) sẽ giúp nhận biết carbohydrate trong thức ăn ảnh hưởng đến mức glucose máu như thế nào

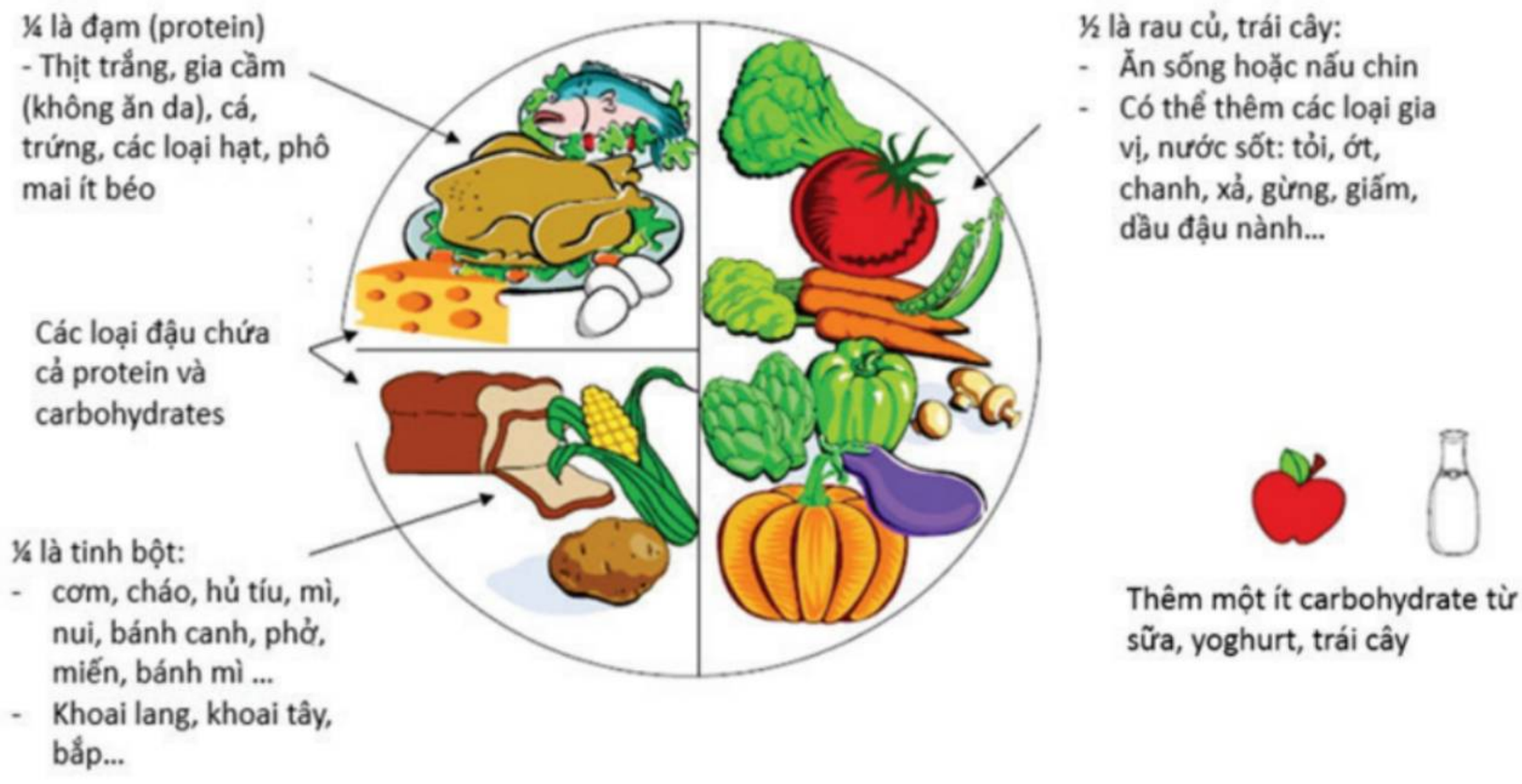


CHẾ ĐỘ ĂN DÀNH CHO THAI PHỤ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

1. Nguyên tắc: Không bỏ bữa. Ăn 3 bữa chính và 2-3 bữa ăn phụ trong ngày.Có thể ăn bữa phụ trước khi ngủ

- Kiểm soát lượng carbohydrate trong khẩu phần ăn. Tránh ăn ngọt nhiều
- Chọn thức ăn giàu chất xơ, ít chất béo bão hòa

2. Thiết lập chế độ ăn lành mạnh: Chọn đĩa đựng thức ăn, đường kính khoảng 20 cm, chia làm 4 phần:



HOẠT ĐỘNG THỂ DỤC CHO THAI PHỤ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Đi bộ - Bơi lội - Yoga hay các bài tập nhẹ cho bà bầu

- Các thai phụ có thể tập luyện thể dục như đi bộ, bơi lội, Yoga hay các bài tập nhẹ cho bà bầu.
- Mức độ tập luyện nhẹ nhàng đến trung bình.
- Ít nhất 30 phút / ngày
- Đi bộ hoặc tập tay lúc ngồi trong 10 phút sau ăn
- Trước khi mang thai tích cực tập luyện cần duy trì tập luyện trong thai kỳ
- Thai phụ nên uống nhiều nước trước, trong và sau khi tập
- Lúc mới bắt đầu, nên tập nhẹ nhàng trong thời gian ngắn sau đó tăng dần từ từ về thời gian và mức độ, không gắng sức quá mức.
- Uống nhiều nước, không để bị nóng quá mức hay bị đau lúc tập.

PHỤ LỤC 2
THỬ NGHIỆM 75 GR GLUCOSE – 2 GIỜ

- Thời điểm
  + Sớm cho nhóm thai phụ có yếu tố nguy cơ cao
  + Thời điểm 24-28 tuần cho thai phụ bình thường
- Không làm Thử nghiệm 75 Gr Glucose – 2 giờ sau 34 tuần, theo dõi glucose máu mao mạch đói và sau ăn 2 giờ

Thai phụ khám thai lần đầu tại bệnh viện ở thời điểm sau 34 tuần có yếu tố nguy cơ sẽ được theo dõi glucose máu như phác đồ điều trị ĐTĐTK bằng chế độ ăn.

- Thai phụ cần được tư vấn ở lần khám thai trước về cách thực hiện Thử nghiệm 75 gam Glucose – 2 giờ
  + Ăn uống bình thường trong 03 ngày trước ngày thử XN
  + Nhịn ăn (có thể uống nước lọc) từ 20:00 giờ đêm hôm trước ngày thử XN
    o Có mặt lúc 7:00 giờ (không ăn sáng) tại BV để lấy máu thử XN
- Cách thực hiện: thai phụ được
  + Lấy máu lúc đói
  + Uống 75g đường (có thể pha với nước lạnh và chanh cho dễ uống)
  + Lấy máu thử glucose máu sau uống đường 1 giờ và 2 giờ

  Trong thời gian làm XN thai phụ phải ngồi nghỉ tại phòng XN và không vận động nhiều.
- Kết quả
  + Test (+): khi có ≥ 01 giá trị cao hơn bình thường
- Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐTK bằng Thử nghiệm 75 Gr Glucose – 2 giờ (ADA -2019).

Thời điểm xét nghiệm glucose	**Nồng độ Glucose huyết thanh**	
	mg/dl	mmol/l
Lúc đói	92	5,1
1 giờ	180	10,0
2 giờ	153	8,5

American Diabetes Association (2018), "Standards of Medical Care in Diabetes", Diabetes Care. 41 (Supplement 1), pp. S137-S143.

PHỤ LỤC 3
SỬ DỤNG INSULIN TRONG THAI KỲ

I. CÁC LOẠI INSULIN

Loại insulin được sử dụng là human insulin. Hiện nay, insulin analog đã được chấp thuận sử dụng trên thai phụ bị đái tháo đường thai kỳ

Cả insulin người và analog đều được chia thành 3 loại theo thời gian tác dụng: insulin theo bữa ăn, insulin nền và insulin hỗn hợp có tác dụng dựa theo động học của từng loại insulin.

Insulin theo bữa ăn (bolus): được tiêm trước các bữa ăn do thời gian khởi đầu tác dụng ngắn hay nhanh, giúp kiểm soát đường huyết sau bữa ăn.

Insulin nền (basal): tiêm 1 -2 lần/ngày, có thời gian tác dụng trung bình hay dài, kiểm soát đường huyết đói giữa các bữa ăn.

Insulin hỗn hợp trộn sẵn (1 loại tác dụng nhanh/ngắn với 1 loại tác dụng trung bình/chậm), tạo thuận lợi hơn cho bệnh nhân khi sử dụng.

1.1. Các chế phẩm insulin

Phân loại	Insulin người	Insulin analog
Insulin theo bữa ăn	Tác dụng ngắn (short acting) - Actrapid - Regular insulin (Humulin R)	Tác dụng nhanh (Rapid acting) - Aspart (Novorapid) - Lispro (Humalog)
Insulin nền	Tác dụng trung bình hay NPH - Insulatard - Humulin N (NPH)	Tác dụng kéo dài - Detemir (Levemir)
Insulin hỗn hợp	Kết hợp 30% insulin tác dụng ngắn và 70% tác dụng trung bình (30% regular và 70% NPH) - Mixtard 30 - Humulin 30/70	Kết hợp 30% insulin tác dụng nhanh và 70% protamin - NovoMix 30 (30% aspart và 70% aspart protamin)
		- Humalog Mix 75/25 (25% lispro và 75% lispro protamin) - Hamalog Mix 50/50 (50% lispro và 50% lispro protamin)

1.2. Dược động học của các loại insulin

Insulin	Bắt đầu tác dụng	Đỉnh tác dụng	Thời gian tác dụng	Thời điểm tiêm insulin
Tác dụng ngắn (short acting)				
Actrapid	30 phút	1-3 giờ	8 giờ	30 phút trước bữa ăn
Regular	30 phút	2- 4 giờ	6-8 giờ	
Tác dụng nhanh (rapid-acting analogue)				
Aspart (Novorapid)	10-20 phút	1-3 giờ	3-5 giờ	5-15 phút trước hoặc ngay sau khi ăn
Lispro (Humalog)	10-15 phút	1 giờ	3,5- 4,5 giờ	
Tác dụng trung bình (intermediate-acting, NPH)				
Insulatard	1,5 giờ	4-12 giờ	18-23 giờ	Trước khi đi ngủ
Humulin R (NPH)	1-2 giờ	4-10 giờ	14-18 giờ	
Tác dụng kéo dài (long-acting analogue)				
Detemir (Levemir)	1 giờ	không	17-23 giờ	Trước khi đi ngủ, vào giờ cố định
Tác dụng hỗn hợp (premixed human)				
Mixtard 30	30 phút	2-12 giờ	18- 23 giờ	30 phút trước ăn
Humulin 30/70	30 phút	2-12 giờ	14-18 giờ	
Tác dụng hỗn hợp (premixed analogue)				
NovoMix 30	10-20 phút	1-4 giờ	18-23 giờ	5-15 phút trước ăn
Humalog Mix (75/25)	20-30 phút	2-5 giờ	14-18 giờ	
Humalog Mix (50/50)	20-30 phút	2-5 giờ	18-24 giờ	

Dược động học insulin có thể thay đổi giữa các cá thể khác nhau hay trong cùng 1 người. Thời gian bắt đầu tác dụng, đỉnh tác dụng và thời gian tác dụng có thể chịu tác động của liều dùng, vị trí tiêm, nhiệt độ da và 1 số yếu tố khác.

Các chế phẩm tác dụng trung bình ở dạng nhũ dịch, cần lăn tròn, đảo nhẹ để phân tán đều trước khi dùng.

1.3. Ưu và nhược điểm của các loại insulin

+ Insulin thường, tác dụng ngắn: là dung dịch trung tính của insulin người tổng hợp (actrapid, regular insulin)

- Ưu điểm: có thể tiêm dưới da, tiêm bắp hoặc tĩnh mạch, giúp kiểm soát đường huyết sau ăn.
- Nhược điểm: kiểm soát đường huyết sau ăn kém, dễ gây hạ đường huyết xa bữa ăn (do các hexamer vẫn tiếp tục giải phóng insulin vào máu).

  + Insulin tác dụng nhanh: như aspart, lispro.

  So với insulin thường, insulin tác dụng nhanh kiểm soát đường huyết sau ăn tốt hơn, ít gây nguy cơ hạ đường huyết sau ăn.

  + Insulin tác dụng trung bình: NPH.

  Neutral protamine Hagedorn insulin (NPH) hay còn gọi là isophane insulin, ở dạng nhũ dịch. Chỉ dùng tiêm dưới da. Có thể gây phản ứng dị ứng với protamine có trong thuốc. Có nguy cơ hạ đường huyết do có đỉnh tác dụng.

  + Insulin tác dụng kéo dài: Levemir.
- Ưu điểm: Chỉ cần tiêm 1 lần/ngày. Không có đỉnh tác dụng nên nguy cơ hạ đường huyết thấp. Giảm mức dao động đường huyết.

II. CHỈ ĐỊNH INSULIN VÀ LIỀU DÙNG

2.1. Chỉ định dùng insulin

Xem xét điều trị insulin trong các trường hợp sau:

- 30% giá trị glucose máu lúc đói > 105mg/dL (5,8 mmol/l) [2].
- Glucose máu (mao mạch/tĩnh mạch) sau ăn 2 giờ > 200mg/dl (11,1 mmol/l).
- Có biến chứng cấp của tăng glucose máu
- Thai to hơn so với tuổi thai (EFW hay AC> bách phân vị 75 so với tuổi thai).

2.2. Lựa chọn loại insulin

Lựa chọn loại insulin tùy thuộc thời điểm tăng glucose máu.

- Lúc đói: insulin nền như detemir hay NPH, bắt đầu 10IU/ngày hay 0,1-0,2IU/kg/ngày. Tăng liều 2-4IU mỗi 2-3 ngày khi chưa đạt glucose máu mục tiêu.
- Sau ăn: insulin analog tác dụng nhanh hay human insulin, bắt đầu 4IU hoặc 0,1IU/kg. Tăng liều 1-2 IU mỗi 2-3 ngày khi chưa đạt glucose máu mục tiêu.

- Để tạo sự thuận lợi và tăng tuân thủ điều trị cho bệnh nhân, có thể sử dụng insulin hỗn hợp để điều trị. Tổng liều: dựa trên cân nặng và tuổi thai, bắt đầu tùy mức glucose máu thay đổi 0,5 IU/ kg – 1 IU/kg, trong đó, 2/3 tổng liều cho buổi sáng và 1/3 cho buổi chiều.
- Số lần thử glucose máu mao mạch từ 4 lần/ngày. Điều chỉnh liều theo kết quả glucose máu, tăng hay giảm từ 2-4 IU/lần. Chỉnh liều sau 2-3 ngày nếu không đạt glucose máu mục tiêu

III. TÁC DỤNG PHỤ

3.1. Hạ glucose máu

Hay gặp, thường do quá liều insulin hay khi thai phụ bỏ bữa ăn, vận động quá mức, rối loạn tiêu hoá.

3.2. Kháng insulin miễn dịch

Khi nhu cầu insulin vượt quá 2IU/kg hay hơn 200IU/ngày để kiểm soát glucose máu.

3.3. Hiện tượng Somogyi

Hiện tượng bình minh (Dawn phenomenon): Là đường huyết tăng buổi sáng (khoảng 8 giờ). Bình thường lúc ngủ (khoảng 2-3 giờ sáng) đường huyết giảm, sự thích ứng cơ thể sẽ tiết ra các hormone đối kháng insulin như Growth hormone, glucagon, cortisol, catecholamine tác động đến gan làm tăng đường huyết. Ở người bình thường tuyến tụy sẽ tiết insulin đưa đường huyết về bình thường. Nhưng ở người bị đái tháo đường do giảm tiết và/hoặc đề kháng insulin nên làm tăng đường huyết vào buổi sáng.

Hiệu ứng Somogyi: Là do việc kiểm soát đường huyết "quá đà", hay không đúng cách làm hạ đường huyết về đêm, cơ thể thích ứng bằng cách tăng sản xuất các hormone đối kháng insulin làm tăng đường huyết vào buổi sáng.

Như vậy hiện tượng bình minh và hiệu ứng Somogyi giống nhau chỗ đều tăng đường huyết vào buổi sáng nhưng khác nhau ở chỗ hiệu ứng Somogyi có hạ đường huyết về đêm còn hiện tượng bình minh thì không. Khác biệt này rất quan trọng vì thái độ xử trí trái ngược nhau.

Để phân biệt ta thử đường huyết bệnh nhân vào thời điểm 2-3 giờ sáng. Nếu có hạ đường huyết nghĩ nhiều đến hiệu ứng Somogyi, nếu không hạ đường huyết nghĩ đến hiệu ứng bình minh. Một cách phân biệt nữa là giảm liều insulin trước ngủ, nếu đường huyết sáng sớm hôm sau giảm hơn hôm trước thì nghĩ đến hiệu ứng Somogyi, nếu đường huyết vẫn tăng nghĩ đến hiện tượng bình minh.

Để tránh hiệu ứng Somogyi chúng ta có thể điều chỉnh liều hay thay đổi loại insulin trước ngủ và ăn nhẹ trước khi tiêm insulin trước ngủ.

3.4. Phản ứng tại chỗ

Như loạn dưỡng mỡ hay dị ứng.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP THAI KỲ

25

I. GIỚI THIỆU

1.1 Định nghĩa

- Tăng huyết áp là khi huyết áp tâm thu tăng hơn hoặc bằng 140mmHg và hoặc huyết áp tâm trương tăng hơn hoặc bằng 90mmHg.
- Tăng huyết áp thai kỳ là tăng huyết áp xảy ra ở phụ nữ mang thai, tăng huyết áp lần đầu được phát hiện sau tuần lễ thứ 20 của thai kỳ, không có protein niệu, và huyết áp trở về bình thường trước tuần lễ 12 của thời kỳ hậu sản được coi là tăng huyết áp thai kỳ.
- Tiền sản giật là sự phát triển của tăng huyết áp kèm protein niệu có thể có phù sau tuần 20 tuổi thai. Tình trạng này có thể xảy ra sớm hơn với sự hiện diện của bệnh lý nguyên bào nuôi (thai trứng). Phù không còn được xem là một triệu chứng của tiền sản giật nữa vì nó xuất hiện quá thường xuyên trên phụ nữ mang thai.

1.2. Tần suất mắc

- Rối loạn tăng huyết áp xảy ra trong khoảng 12% - 22% các thai kỳ và là nguyên nhân quan trọng của bệnh suất và tử suất chu sinh cho cả mẹ và thai nhi. Bệnh tăng huyết áp chiếm 20% tử vong mẹ ở Hoa Kỳ. Tại Việt Nam tỷ lệ này là 16,3% (2003). Nguyên nhân chính xác của tăng huyết áp trong thai kỳ vẫn còn chưa biết.

1.3. Yếu tố nguy cơ

- Con so
- Đa thai
- Mẹ trên 35 tuổi
- Thụ tinh ống nghiệm (IVF)
- Tiền sử bị tiền sản giật, tiền sử gia đình tiền sản giật
- Tiền sử giảm tiểu cầu
- Tăng huyết áp mạn hoặc bệnh lý thận mạn hoặc cả hai

- Đái tháo đường type I hoặc type II
- Bệnh lupus đỏ, hội chứng kháng phospholipid
- Béo phì

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Tăng huyết áp thai kỳ

- Được gọi là tăng huyết áp thai kỳ khi huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg, xuất hiện sau tuần 20 tuổi thai, không có protein niệu và huyết áp trở lại bình thường sau khi sinh.
- Bệnh suất của mẹ trực tiếp liên quan đến độ nặng và thời gian tăng huyết áp.
- Khoảng 25% tăng huyết áp thai kỳ có ghép thêm tiền sản giật hoặc sản giật. Thường khó để phân biệt giữa tiền sản giật và tăng huyết áp thai kỳ trên sản phụ nếu tăng huyết áp đột ngột ở cuối thai kỳ. Trong những trường hợp như vậy nên xem và xử trí như một trường hợp tiền sản giật.

2.2. Tiền sản giật

Tiền sản giật là khi có sự phát triển của tăng huyết áp mới khởi phát kèm protein niệu có thể có phù sau tuần 20 tuổi thai. Trong trường hợp xảy ra trước 20 tuần, các chẩn đoán cần cân nhắc là: xuất huyết giảm tiểu cầu vô căn, tán huyết, thai trứng, bệnh lý thận hay bệnh lý miễn dịch (WHO 2015). Các tiêu chí để chẩn đoán tiền sản giật là:

- Huyết áp:
  + Huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg đo 2 lần cách nhau 4 giờ xảy ra sau 20 tuần tuổi thai trên sản phụ trước đó huyết áp bình thường
  + Huyết áp tâm thu ≥ 160 mmHg hoặc huyết áp tâm trương ≥ 110 mmHg đo 2 lần cách nhau 15 phút
- Protein niệu:
  + Protein nước tiểu ≥ 300mg trong nước tiểu 24 giờ
  + Tỷ lệ protein/creatinine ≥ 0.3 (đơn vị mg/dl cho cả 2 thông số)
  + Que nhúng ≥2^+ (chỉ sử dụng khi không có phương pháp định lượng)

Nếu không có protein niệu, xuất hiện thêm ít nhất 1 trong các triệu chứng sau:

+ Rối loạn thị giác hoặc rối loạn thần kinh trung ương

+ Suy chức năng gan (tăng gấp 2 lần giá trị bình thường)

+ Suy thận (creatinine/máu >1.1mg/dl hoặc gấp 2 lần giá trị bình thường)

+ Giảm tiểu cầu (<100.000/microliter)

+ Phù phổi

+ Nhức đầu không đáp ứng với thuốc giảm đau và đã loại trừ các nguyên nhân khác hay không có triệu chứng rối loạn thị giác.

2.3. Tiền sản giật diễn tiến nặng

Khi có một trong các dấu hiệu sau:

- Huyết áp: huyết áp tâm thu ≥ 160 mm Hg hoặc huyết áp tâm trương ≥ 110 mm Hg trong hai lần đo cách nhau ít nhất 15 phút (Nếu không sử dụng thuốc hạ áp trước thời điểm này).
- Phù phổi hoặc tím tái
- Đau vùng thượng vị hoặc góc phần tư phải trên (có thể gây ra xuất huyết dưới bao gan)
- Đau đầu mới khởi phát không đáp ứng với thuốc giảm đau và đã loại trừ các nguyên nhân khác
- Rối loạn thị giác
- Suy chức năng gan (tăng gấp 2 lần giá trị bình thường)

2.4. Sản giật

Sản giật là tình trạng có cơn co giật (lâm sàng có biểu hiện giống như động kinh cơn lớn) không giải thích được bởi các nguyên nhân gây rối loạn thần kinh trên một sản phụ có tiền sản giật. Diễn tiến điển hình của sản giật:

- Cơn giật thường bắt đầu rung ở mặt. Vài giây sau co cứng toàn thân do co cơ toàn thân, kéo dài trong 15 – 20 giây.
- Bất ngờ hàm mở ra và khép lại rất mạnh và ngay sau đó, mi mắt cũng vậy. Các cơ mặt và tất cả các cơ khác thay phiên co giãn rất nhanh. Thai phụ có thể té xuống giường, có thể cắn lưỡi do cử động của hàm. Giai đoạn co giãn cơ có thể kéo dài trong 1 phút.

- Dần dần, cử động của các cơ yếu dần, ít dần và cuối cùng thai phụ bất động. Trong vài giây có thể ngưng thở nhưng sau đó thở sâu và có thể hôn mê sau đó. Thai phụ thường không nhớ đến cơn giật và các sự kiện ngay trước và sau cơn giật.
- Cơn giật đầu tiên thường kéo theo các cơn giật khác, số lượng từ 1-2 cơn ở các trường hợp nhẹ cho đến nhiều cơn ở những trường hợp nặng. Thời gian hôn mê sau cơn giật thay đổi. Trong những trường hợp nặng, hôn mê tồn tại giữa các cơn giật và có thể tử vong
- Sản giật có xuất độ 0,5 – 4% trên các trường hợp tiền sản giật. Hầu hết các trường hợp sản giật xảy ra cho đến 24 giờ sau sanh, cần lưu ý có khoảng 3% các trường hợp sản giật có thể xảy ra trong thời gian ngày 2 đến ngày 10 sau khi sanh.

III. ĐIỀU TRỊ

3.1. Mục tiêu

Mục tiêu của điều trị tăng huyết áp trong thai kỳ cần lưu ý cân bằng tình trạng huyết áp để mẹ không bị tai biến và thai nhi không bị giảm tuần hoàn nhau thai. Can thiệp đặt ra khi tình trạng huyết áp có thể gây nguy hiểm cho tính mạng của mẹ.

3.2. Tiền sản giật

Điều trị bao gồm: dự phòng hoặc điều trị co giật với Magnesium Sulfate, dùng hạ áp (nếu có chỉ định), đánh giá độ trưởng thành phổi và sức khỏe thai nhi và có kế hoạch để chấm dứt thai kỳ ở thời điểm phù hợp.

Magnesium sulfate được dùng tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch.

Khuyến cáo loại A của hầu hết các hiệp hội Sản Phụ khoa trên thế giới:

+ Liều tấn công: 2-4g tiêm mạch chậm (thường 3g).
+ Liều duy trì: 1-2g/giờ truyền tĩnh mạch (thường 1g/giờ).
+ Theo dõi: nước tiểu, phản xạ gân xương, nhịp thở mỗi giờ.
+ Thời gian dùng: thường đến 24 giờ sau sinh.

Trong trường hợp không truyền tĩnh mạch, $MgSO_4$ có thể chỉ định tiêm bắp:

+ Liều tấn công: 10g (5g tiêm bắp mỗi bên mông)
+ Liều duy trì: 5g mỗi 4 giờ.

Cách pha $MgSO_4$ tiêm bắp (Xem phụ lục 3).

Nồng độ $MgSO_4$ và tác dụng.

mmol/L	mEq/L	mg/dL	Tác dụng
2-3.5	4-7	5-9	Liều điều trị
>3.5	>7	>9	Mất phản xạ gân xương
>5	>10	>12	Suy hô hấp
>12.5	>25	>30	Trụy tim mạch

• Trong trường hợp suy giảm chức năng thận (Creatinin: 1-1.5 mg/dL hay thiểu niệu: <30ml trong 4 giờ), liều tấn công 3-6g (pha loãng tiêm mạch chậm) và duy trì với liều 1g/giờ (truyền tĩnh mạch) và đánh giá nồng độ Mg^{2+} mỗi 4 giờ. Nếu nồng độ Mg^{2+} tăng > 8 mEq/L, cần ngừng truyền $MgSO_4$ và đánh giá nồng độ Mg^{2+} mỗi 2 giờ.

Khi nồng độ Mg^{2+} <7 mEq/L có thể bắt đầu truyền lại $MgSO_4$

• Ở những bệnh nhân có nguy cơ suy hô hấp vì ngộ độc $MgSO_4$, tiêm tĩnh mạch chậm Calcium gluconate 1g/10ml trong 3 phút. Xem xét đặt nội khí quản nếu cần. Furosemide tiêm mạch chậm với mục tiêu tăng lượng nước tiểu (nếu cần).

Theo khuyến cáo ESC 2018, thuốc hạ áp nên được sử dụng khi:

• HA ≥ 150/95 mmHg .

• HA ≥ 140/90mmHg kèm theo có tổn thương cơ quan đích (não, tim, thận, gan, mắt, thai) hoặc tiền sản giật ghép trên nền tăng huyết áp mạn tính.

→120/70 mmHg <HA mục tiêu <140/90mmHg.

• Theo khuyến cáo ESC 2018, các lựa chọn điều trị tăng huyết áp thai kỳ:

Tình huống	Methyldopa	Ức chế Ca uống	Ức chế Ca TTM	Labetalol uống	Labetalol TTM	Nitroglycerin TTM	Khác
HA: 140/90–<160/<100	**IB**	**IC**		**IC**			
HA ≥160/100	**IB**	**IC**	**IC**		**IC**		
THA nặng			**IC**		**IC**		Magie TTM
Tiền sản giật gây phù phổi cấp						**IC**	

Chọn lựa đầu tay	Chọn lựa hàng thứ 2	Chống chỉ định
Labetalol	Clonidine	Ức chế men chuyển
Methyldopa	Hydralazine	Ức chế Renin
Nifedipine tác dụng kéo dài	Lợi tiểu thiazides	
Thuốc ức chế thụ thể beta dạng uống : acebutolol, metoprolol, pindolol, và propranolol	Clonidine	

Chấm dứt thai kỳ:

Ở những sản phụ tăng huyết áp thai kỳ hay tiền sản giật không dấu hiệu nặng khuyến cáo nên chấm dứt thai kỳ tại thời điểm 37 tuần. Khởi phát chuyển dạ hay mổ sanh tùy thuộc chỉ định sản khoa.

3.3. Tiền sản giật diễn tiến nặng

Thai phụ ổn định:

- Ở tuổi thai 24-34 tuần, điều trị corticoid (lựa chọn đầu tiên là betamethason 12mg, tiêm bắp 2 liều cách nhau 24 giờ hoặc lựa chọn thứ 2 là dexamethason 6mg/lần, tiêm bắp 4 lần, cách nhau 12 giờ), tiếp tục theo dõi trong 24 giờ rồi xem xét chấm dứt thai kỳ.
- Tuổi thai trên 34 tuần nên chấm dứt thai kỳ.

Thai phụ không ổn định: chấm dứt thai kỳ sau khi đánh giá đầy đủ tình trạng thai phụ và thai nhi.

Nếu thai nhi không có khả năng sống thì chấm dứt thai kỳ càng sớm càng tốt ngay khi tình trạng sản phụ cho phép.

3.4. Tăng huyết áp mạn tính

Quản lý sản phụ tăng huyết áp mạn tính cần theo dõi chặt chẽ huyết áp của mẹ và lưu ý tình trạng ghép thêm của tiền sản giật hoặc sản giật, đồng thời cần theo dõi sức khỏe và tăng trưởng thai nhi.

Đối với các sản phụ tăng huyết áp mạn mà không có yếu tố nguy cơ cho mẹ/bé đi kèm:

+ Nếu không được điều trị duy trì bằng thuốc hạ áp, không khuyến cáo chấm dứt thai kỳ trước 38 0/7 tuần.

+ Nếu được điều trị duy trì bằng thuốc hạ áp, không khuyến cáo chấm dứt thai kỳ trước 37 0/7 tuần.

IV. THEO DÕI VÀ TIÊN LƯỢNG

- Mức độ nặng của tiền sản giật và sự trưởng thành của thai là những điểm cân nhắc chính trong quyết định xử trí. Chăm sóc nên chú ý từng trường hợp cụ thể nhưng chú ý nguyên tắc điều trị chung. Cơ sở chính của quản lý tiền sản giật nhẹ là nghỉ ngơi và theo dõi các dấu hiệu trở nặng.
- Đếm cử động thai mỗi ngày.
- Siêu âm Doppler velocimetry 1-2 lần/tuần.
- Non Stress Test hai lần một tuần hoặc mỗi ngày tùy tình trạng thai Siêu âm đánh giá tăng trưởng của thai nhi và lượng ối mỗi 2 tuần.

Đối với các trường hợp tiền sản giật nặng hay sản giật, cần theo dõi tại các cơ sở y tế có đủ điều kiện và có kinh nghiệm. Các xét nghiệm cận lâm sàng thích hợp cần được thực hiện.

V. CÁC BIẾN CHỨNG THƯỜNG GẶP CỦA TIỀN SẢN GIẬT NẶNG

(Điều trị trong từng trường hợp theo phụ lục đính kèm)

5.1. Phù phổi

Sản phụ có tình trạng tiền sản giật-sản giật nặng là những người có nguy cơ phù phổi sau sanh nhất. Không nên hút dịch dạ dày (trong trường hợp co giật hoặc khi gây mê) và cho thuốc an thần quá mức. Đa số các bệnh nhân này có tình trạng suy tim. Một số thay đổi sinh lý trong thai kỳ bình thường, nhưng lại diễn ra quá mức trong tiền sản giật-sản giật có thể thúc đẩy nguy cơ phù phổi. Một vấn đề quan trọng là áp lực keo thường đã giảm đáng kể trong thai kỳ bình thường lại giảm nhiều hơn trong tiền sản giật. Hơn nữa ở bệnh nhân tiền sản giật lại có tình trạng tăng áp lực keo ngoại mạch. Điều này thúc đẩy tình trạng thoát dịch ở mao mạch. Ngoài ra người ta còn ghi nhận tổn thương thành mạch ở tiền sản giật càng làm tăng tình trạng mất protein nội mạch.

Tình trạng cô đặc máu và giảm thể tích tĩnh mạch trung ương làm cho nhiều người có khuynh hướng bù bằng các loại dịch, dung dịch cao phân tử, albumin đậm đặc nhằm làm tăng thể tích nội mạch, giảm co thắt mạch và tăng tưới máu các cơ quan. Tuy nhiên chưa hiệu quả rõ ràng nào được ghi nhận, ngược lại người ta lại thấy rằng có tăng nguy cơ phù phổi.

Do các lý do trên, cho đến nay việc truyền dịch có kiểm soát ở những bệnh nhân tiền sản giật-sản giật nặng được xem là biện pháp hiệu quả nhất. Nói chung trừ trường hợp bị mất dịch nhiều do nguyên nhân khác, việc bù dịch chỉ thực hiện vừa phải có kiểm soát.

5.2. Sản giật

Các cơn giật trong sản giật có thể đe dọa tính mạng sản phụ và thai nhi.

Nguy cơ cho thai phụ gồm: chấn thương cơ xương khớp (có thể cắn lưỡi), thiếu oxy và hít dịch tiêu hóa. Xử trí ban đầu gồm: chèn lưỡi, cố định nhẹ nhàng, cung cấp oxy, đảm bảo bảo thông khí và có đường truyền tĩnh mạch. Cơn giật thường tự giới hạn. Nhưng để giảm nguy cơ do cơn giật, thuốc được chọn là Magnesium Sulfate 15%, ống 10ml (liều tấn công 4-6 g, tiêm tĩnh mạch chậm) để ngăn chặn co giật. Nếu sản phụ có tiền căn co giật, liều Magnesium Sulfate thường là 2g tiêm mạch chậm và đo nồng độ Magnesium huyết thanh. Các thuốc chống co giật khác như Diazepam hoặc thuốc cùng nhóm không còn được chọn lựa.

Tăng co thắt tử cung khi có co giật đến 15 phút có thể ảnh hưởng tuần hoàn nhau - thai với thay đổi nhịp tim thai, gồm: tim thai chậm, nhịp tim nhanh, giảm bất định hay giảm muộn. Nguy hiểm đe dọa thai nhi nếu các cơn giật kéo dài 20 phút hoặc hơn. Sanh trong thời điểm co giật làm tăng thêm nguy cơ cho sản phụ và thai nhi. Khí máu động mạch nên làm. Theo dõi nước tiểu với thông Foley lưu. Nếu huyết áp rất tăng, nước tiểu ít hoặc có rối loạn tim mạch, đo áp lực tĩnh mạch trung tâm nên thực hiện và theo dõi với monitor liên tục.

5.3. Hội chứng HELLP

Sản phụ có hội chứng HELLP thường đa thai và có huyết áp không tăng hơn so với những sản phụ tiền sản giật không có biến chứng này. Rối loạn chức năng gan biểu hiện như đau góc phần tư trên bên phải, thường bị chẩn đoán lầm là bệnh liên quan túi mật hay rối loạn tiêu hóa khác. Do tử suất và bệnh suất tăng, khiến hội chứng HELLP cần được chẩn đoán chính xác càng sớm, càng tốt. Triệu chứng đầu tiên thường mơ hồ, gồm: buồn nôn, nôn và hội chứng như nhiễm siêu vi không đặc hiệu. Điều trị những sản phụ này là tốt nhất tại trung tâm sản khoa có đủ điều kiện: khả năng ổn định tình trạng tim mạch, phát hiện và điều chỉnh rối loạn đông máu và chấm dứt thai kỳ phù hợp. Truyền tiểu cầu đậm đặc trước và sau sanh có chỉ định khi số lượng tiểu cầu <20.000/mm^3. Nếu có chỉ định mổ sanh nên truyền khi số lượng tiểu cầu đếm <50.000/mm^3, trước khi tiến hành mổ lấy thai. Quản lý trường hợp có biến chứng HELLP nên "cá nhân hóa", tùy thuộc vào: tuổi thai, triệu chứng lâm sàng, các xét nghiệm cận lâm sàng và tình trạng sức khỏe thai.

VI. TẦM SOÁT

Tầm soát được thực hiện hiệu quả trong 3 tháng đầu thai kỳ:

- Nguy cơ với tiền sử gia đình và bệnh sử bản thân.
- Đo huyết áp động mạch trung bình.
- Siêu âm đo chỉ số xung động mạch tử cung (UA-PI).
- Sinh hóa: qua PAPP-A, PlGF và sFLt-1.

VII. PHÒNG NGỪA

Theo khuyến cáo WHO: thai phụ có nguy cơ tiền sản giật nên sử dụng aspirin liều thấp bắt đầu từ 12-16 tuần liên tục cho tới trước thời điểm chấm dứt thai kỳ 10-14 ngày.

Nguy cơ cao	Nguy cơ trung bình
- Tiền sử tiền sản giật - Đa thai - Tăng huyết áp mạn - Đái tháo đường type 1 và 2 - Bệnh thận - Bệnh lý miễn dịch	- Con so - Béo phì (BMI>=30) - Tiền sử gia đình tiền sản giật (mẹ, chị ruột) - Đặc điểm văn hoá xã hội (da đen, trình độ văn hoá thấp) - Tuổi >=35 - Yếu tố khác: thai chậm tăng trưởng, kết cục thai kì trước xấu, khoảng cách 2 lần có thai trên 10 năm.

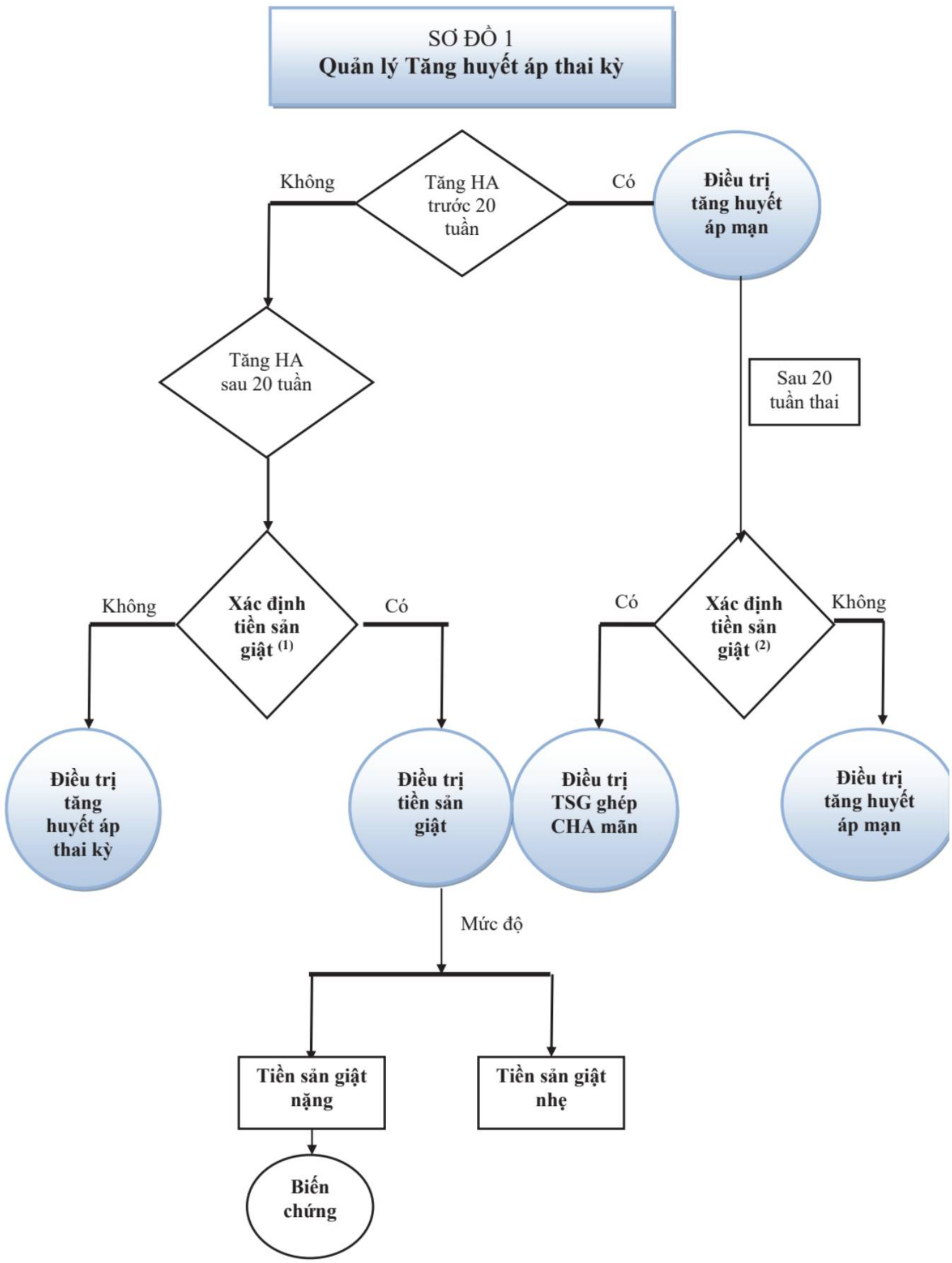
TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản (2009), trang 112 – 114.

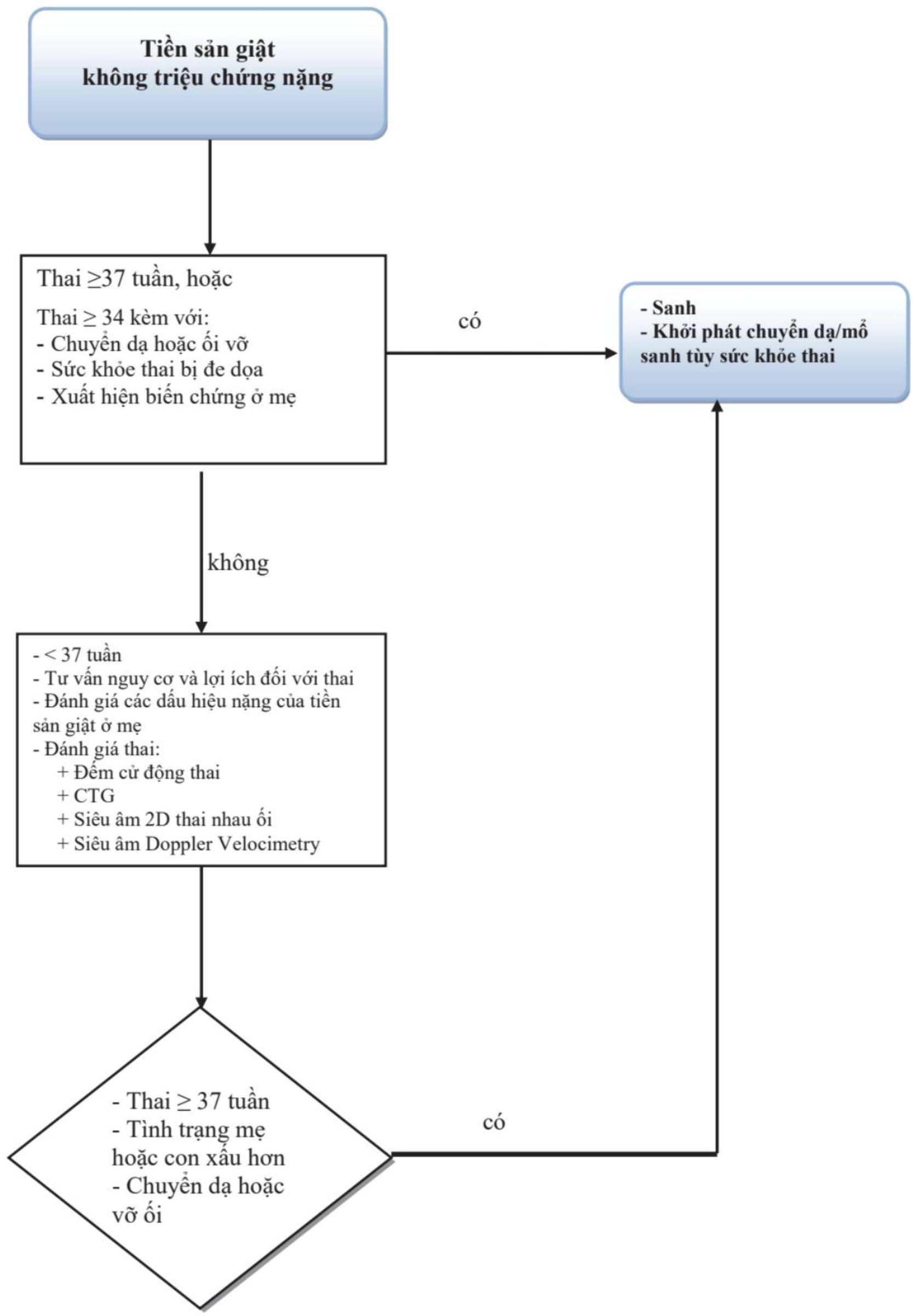
Tiếng Anh

1. 1ACOG 2019 Gestational Hypertension and Preeclampsia.
2. ACOG 2019 Chronic Hypertension in Pregnancy
3. Beckmann's. Hypertension in Pregnancy. Obstetrics and Gynecology. 6th edition, chapter 16, page 175 -179.
4. 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy.
5. Lopez-Mendez, M.A., et al. Doppler ultrasound evaluation in preeclampsia. BMC Research Notes, 2013. 6(1): p. 1.
6. Magann E.F., Martin J.N. Twelve Steps to Optimal Management of HELLP Syndrome. Clinical Obstetrics and Gynecology. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 1999. Vol. 42 No. 3: 532-50.
7. Magee LA, Ornstein MP, vonDadelszen P. Management of hypertension in pregnancy. Br Med J 318 (1999): 1332-6.
8. Williams Obstetrics, 22nd edition, chapter 34, Hypertensive Disorders In Pregnancy, page 761 – 808.



1. Gồm xét nghiệm bilan tiền sản giật
2. Gồm các xét nghiệm bilan tiền sản giật và xét nghiệm đánh giá tổn thương cơ quan đích

SƠ ĐỒ 2
Tiền sản giật không triệu chứng nặng



SƠ ĐỒ 3
Tiền sản giật có triệu chứng nặng

TSG nặng
- Xem xét sanh trong 24-48 giờ
- Hạ áp, ngừa co giật
- Cân nhắc corticoid
- Mẹ: lâm sàng, đánh giá Bilan TSG
- Thai: Đếm CĐT, CTG, siêu âm

↓

Chống chỉ định của theo dõi tiếp TSG
- Sản giật
- Phù phổi cấp
- DIC
- THA nặng không kiểm soát được
- Thai lưu
- Sức khỏe thai bị đe dọa
- Nhau bong non

có → **Chấm dứt thai kỳ**

↓

Yếu tố cần xem xét để đánh giá diễn tiến bệnh
- Tuổi thai
- Các triệu chứng nặng: nhức đầu, hoa mắt, đau thượng vị
- Hội chứng HELLP hoặc HELLP bán phần
- Thai chậm tăng trưởng nặng.
- Mất/đảo ngược sóng cuối tâm trương động mạch rốn
- Chuyển dạ hay vỡ ối non
- Suy giảm chức năng: gan hoặc thận

có → **- Kích thích trưởng thành phổi thai nhi**
- Cho sanh sau 48 giờ

↓

Kéo dài thai kỳ
- Chỉ quản lý thai trong bệnh viện
- Xét nghiệm đánh giá mẹ và thai mỗi ngày
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn các triệu chứng
- Thuốc hạ áp

↓

- Tuổi thai ≥ 34 tuần
- Chống chỉ định của theo dõi tiếp xuất hiện
- Xét nghiệm đánh giá sức khỏe mẹ/thai bất thường
- Chuyển dạ và vỡ ối non

có → **Sanh**

Bảng 1. Các xét nghiệm / thử nghiệm đánh giá trong tăng huyết áp thai kỳ

Xét nghiệm / thử nghiệm	Đánh giá
Dành cho thai phụ	
Huyết đồ bệnh lý	Hct tăng có thể do co mạch nhiều hơn và giảm thể tích nội mạch
	Hct giảm có thể có tán huyết
Tiểu cầu	Tiểu cầu giảm số lượng liên quan tình trạng tiền sản giật diễn tiến nặng
Chức năng đông máu (PT, APTT)	Rối loạn đông máu liên quan tình trạng tiền sản giật diễn tiến nặng
Chức năng gan	Rối loạn chức năng gan liên quan tình trạng tiền sản giật diễn tiến nặng
Creatinin huyết thanh	Rối loạn chức năng thận liên quan tình trạng tiền sản giật diễn tiến nặng
Acid uric huyết thanh	
Đạm nước tiểu 24 giờ Tổng phân tích nước tiểu 13 thông số	Đạm nước tiểu thời điểm Tỉ lệ protein/creatinin
Soi đáy mắt	Đánh giá ảnh hưởng tăng huyết áp với mạch máu nhỏ, thông qua hình ảnh đáy mắt
ECG	Đánh giá ảnh hưởng tăng huyết áp lên hệ tim mạch
Dành cho thai nhi	
Đếm cử động thai	Tình trạng sức khỏe thai
Siêu âm 2D	Tăng trưởng thai Nước ối
Doppler velocimetry	Tuần hoàn nhau thai Nước ối
Non Stress test Biophysical profile / Biophysical profile cải tiến	Tình trạng sức khỏe thai Khi có nghi ngờ giảm tuần hoàn nhau thai

Bảng 2. Thuốc hạ áp thường dùng trong khi có thai

Thuốc	Cơ chế tác dụng	Ảnh hưởng
Thiazide	Giảm thể tích huyết tương và cung lượng tim	Giảm cung lượng tim, giảm lưu lượng máu đến thận, gây tán huyết ở mẹ, giảm tiểu cầu ở sơ sinh.
Methyldopa	Ức chế thụ thể Alpha trung ương	Cung lượng tim không thay đổi, lưu lượng máu đến thận không thay đổi; sốt, mẹ thờ ơ, viêm gan, thiếu máu tán huyết
Hydralazine	Giãn mạch ngoại vi trực tiếp	Cung lượng tim tăng; lưu lượng máu đến thận không thay đổi hoặc tăng, mẹ đỏ bừng, đau đầu, nhịp tim nhanh, hội chứng giống lupus
Propranolol	Ức chế thụ thể Beta	Giảm cung lượng tim, giảm lưu lượng máu đến thận; tăng cơn co tử cung có thể làm giảm tưới máu nhau – thai, suy hô hấp sơ sinh
Labetalol	Ức chế thụ thể Alpha và Bêta	Cung lượng tim không thay đổi, lưu lượng máu đến thận không thay đổi; gây run cơ, đỏ bừng, đau đầu; chống chỉ định ở sản phụ có hen suyễn và suy tim
Nifedipine hay Nicardipine	Ức chế kênh Calci	Cung lượng tim không thay đổi, lưu lượng máu đến thận không thay đổi, hạ huyết áp tư thế bà mẹ, đau đầu, tác dụng ở sơ sinh chưa được ghi nhận đầy đủ

PHỤ LỤC 1
HỘI CHỨNG HELLP

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán HELLP

- Hemolysis – Tán huyết
  + Phết máu ngoại biên bất thường
  + Tăng Bilirubin >1.2mg/dl
- Elevated liver enzymes – Tăng men gan
  + SGOT >72 UI/l
  + LDH >600 UI/l
- Low Platelets – Tiểu cầu giảm: TC đếm < 100.000/mm^3

  Nếu có đủ 3 triệu chứng: Hội chứng HELLP điển hình

  Nếu có hai trong ba: Hội chứng HELLP không điển hình

2. Phân độ hội chứng HELLP cơ bản dựa trên mức tiểu cầu

- Class 1 – Tiểu cầu đếm <50.000/mm^3
- Class 2 – Tiểu cầu đếm giữa 50.000 – <100.000/mm^3
- Class 3 – Tiểu cầu đếm từ 100.000 – <150.000/mm^3

3. Theo dõi

- Tiểu cầu đếm
- Lactate dehydrogenase
- Nguy cơ khi: Tiểu cầu <50.000, LDH ≥ 600 UI/l

  Hội chứng HELLP điển hình: nên chấm dứt thai kỳ trong 48 giờ

  Hội chứng HELLP không điển hình: chấm dứt thai kỳ tùy thuộc tình trạng mẹ và thai.

PHỤ LỤC 2
MAGNESIUM SULFATE
TRONG DỰ PHÒNG CO GIẬT TRONG TIỀN SẢN GIẬT

Trong những trường hợp Tiền sản giật nặng và Sản giật, Magnesium Sulfate sử dụng đường tĩnh mạch là thuốc điều trị co giật trong Sản giật và ngừa co giật trong Tiền sản giật có hiệu quả nhất hiện nay. Thuốc có thể cho đường tĩnh mạch bằng cách truyền liên tục hay tiêm bắp cách khoảng. Liều thuốc cho Tiền sản giật nặng và Sản giật giống nhau. Vì cơn giật thường xảy ra khi chuyển dạ và sanh, Magnesium Sulfate thường được sử dụng trong chuyển dạ và thường đến 24 giờ sau sanh. Magnesium Sulfate không phải để điều trị tăng huyết áp.

Dược động học và độc tính của Magnesium Sulfate

Magnesium Sulfate USP là $MgSO_4.7H_2O$ và không phải $MgSO_4$. Magnesium sử dụng đường tĩnh mạch được thải hầu hết qua thận, độc tính của Magnesium được tránh bằng cách đảm bảo lượng nước tiểu, phản xạ cơ nhị đầu và xương bánh chè, và không có suy hô hấp. Sản giật thường được phòng ngừa khi nồng độ Magnesium được duy trì ở 4 –7 mEq/L (4,8-8,4mg/dL hay 2,0 –3,5 mmol/L).

Phản xạ xương bánh chè mất khi nồng độ huyết tương của Magnesium đạt 10mEq/L (khoảng 12mg/dL), có thể do tác động giãn cơ dài. Dấu hiệu này báo hiệu ngộ độc Magnesium vì nếu tiếp tục tăng nữa sẽ bị suy hô hấp. Khi nồng độ trong huyết tương trên 10mEq/L, suy hô hấp xuất hiện, khi nồng độ 12mEq/L trở lên, liệt và ngưng hô hấp xảy ra.

Điều trị ngộ độc Magnesium với Calcium Gluconate, tiêm TM 1g và ngưng Magnesium Sulfate thường bảo tồn được chức năng hô hấp ở những trường hợp nhẹ và trung bình. Tuy nhiên, hiệu quả của Calcium Gluconate ngắn. Với suy hô hấp nặng và ngừng hô hấp, mở khí quản ngay lập tức và thông khí để cứu sống bệnh nhân. Tác động gây độc của Magnesium Sulfate trực tiếp trên cơ tim ít khi gặp. Dường như suy chức năng tim có liên quan với Magnesium là do ngưng hô hấp và thiếu oxy. Thông khí đầy đủ, hoạt động của tim bình thường ngay cả khi nồng độ Magnesium trong máu rất tăng.

Các tác dụng phụ thường gặp:

- Hạ huyết áp thứ phát do giảm kháng lực mạch máu
- Nóng phừng hay đỏ mặt
- Rối loạn thị giác
- Nóng rát tại chỗ tiêm
- Tức ngực
- Nghẹt mũi
- Điện tâm đồ thay đổi
- Trụy tuần hoàn
- Rối loạn dạ dày-ruột
- Bí tiểu
- Hoại tử mỡ tại chỗ tiêm

Tác động trên tử cung:

Ion Magnesium ở nồng độ tăng sẽ cắt cơn co tử cung. Với cách sử dụng như đã hướng dẫn và nồng độ huyết tương đạt được hiệu quả, không có bằng chứng cho thấy giảm hoạt động cơ tử cung ngoại trừ hoạt động cơ tử cung giảm nhẹ thoáng qua ngay sau khi tiêm tĩnh mạch liều đầu Magnesium Sulfate. Cơ chế của Magnesium có thể ức chế cơn co tử cung chưa được hiểu rõ, nhưng nói chung, tùy thuộc vào sự cạnh tranh của nó trên Calcium nội bào.

Cách dùng Magnesium Sulfate để dự phòng co giật trong tiền sản giật:

Truyền tĩnh mạch liên tục:

- Liều đầu 2 – 4 g Magnesium Sulfate pha trong 100 ml dung dịch tiêm trong 15 đến 20 phút. Thường dùng 3g.
- Duy trì liều 1 g mỗi giờ truyền tĩnh mạch.
- Đo Magnesium máu mỗi 4 – 6 giờ (nếu được), tuy nhiên thường theo dõi với các dấu lâm sàng như: phản xạ gân xương, đếm nhịp hô hấp. Nồng độ 4–7mEq/L (4,8 –8,4mg/dL) là lý tưởng.
- Magnesium Sulfate được ngưng sử dụng sau sanh 24-48 giờ

Khi không có điều kiện truyền tĩnh mạch liên tục

- Cho 4 g Magnesium Sulfate USP tạo thành dung dịch 20% tiêm tĩnh mạch với tốc độ không quá 1g mỗi phút.

- Tiếp theo ngay lập tức 10g của dung dịch Magnesium Sulfate 50%, phân nửa (5g) được tiêm sâu vào ¼ trên ngoài mỗi bên mông bằng kim dài 3 inch, 20 G. (Bổ sung 1ml lidocaine 2% để giảm đau).
- Nếu cơn giật kéo dài sau 15 phút, tiêm tăng lên 2g nữa đường tĩnh mạch dưới dạng dung dịch 20% với tốc độ không quá 1g/phút. Nếu người phụ nữ mập, có thể cho sử dụng đến 4g tiêm chậm.
- Sau mỗi 4 giờ, tiêm 5g dưới dạng dung dịch 50% sâu vào ¼ trên ngoài mông, cần đảm bảo:
  + Phản xạ xương bánh chè còn
  + Nhịp thở > 12 lần /phút (chú ý khi < 16 lần / phút)
  + Nước tiểu trong 4 giờ trên 100 mL
- Magnesium Sulfate ngưng sử dụng 24 giờ sau sanh

Tác động trên thai

Magnesium sử dụng đường tiêm truyền cho người mẹ sẽ qua nhau ngay tức thì và đạt được nồng độ bão hòa trong huyết tương thai và ít hơn trong nước ối. Sơ sinh có thể bị suy nhược chỉ khi có tình trạng tăng magnesium máu trầm trọng lúc sanh. Tác động của Magnesium Sulfate trên nhịp tim thai và dao động nội tại của nhịp tim thai vẫn còn bàn cãi. Hallack và cộng sự (1993), trong một nghiên cứu ngẫu nhiên so sánh truyền tĩnh mạch Magnesium sulfate và nước muối sinh lý, cho thấy Magnesium Sulfate có làm giảm không đáng kể dao dộng của nhịp tim thai.

PHỤ LỤC 3
THUỐC HẠ ÁP METHYLDOPA

1. Dược lực

- Kích thích thụ thể alpha 2 trung ương, gây giảm hoạt động giao cảm ngoại biên.

2. Dược động học

- Hấp thu qua đường tiêu hóa 50%, bắt đầu tác dụng sau 45-60 phút, tác dụng tối đa trong 4-6 giờ, có thể kéo dài tới 24 giờ.
- Thải trừ qua thận chậm, thời gian bán hủy khoảng 2 giờ. Thuốc không gây ảnh hưởng lưu lượng máu qua thận.

3. Chống chỉ định

- Viêm gan cấp, xơ gan hoạt động, suy gan.
- Trạng thái trầm cảm rõ.
- Thiếu máu tán huyết.

4. Tác dụng phụ

- Giữ muối Natri gây phù
- Buồn ngủ
- Trầm cảm
- Khô miệng
- Hạ huyết áp tư thế đứng
- Hội chứng giả Parkinson
- Hội chứng tương tự như lupus ban đỏ do bất thường miễn dịch.
- Hậu sản có thể ảnh hưởng đến tiết sữa do tăng tiết prolactin.

5. Thận trọng

- Ngừng thuốc đột ngột có thể gây ra hội chứng ngừng thuốc (HA tăng trở lại, tai biến mạch máu não, nhồi máu cơ tim, đột tử). Do đó, cần phải giảm liều từ từ.
- Tiền sử bệnh gan hoặc suy gan.

6. Tương tác thuốc

- IMAOs, lithium, các thuốc hạ áp khác, các thuốc gây buồn ngủ (antihistamine, chống động kinh, an thần).

7. Liều dùng

- Thường dùng trong những trường hợp huyết áp đã tạm khống chế

trước đó và trong một số trường hợp điều trị ngoại trú.
Liều dùng: 500mg – 2.000mg/ngày, chia thành 2-3 lần, bắt đầu tác dụng sau uống 45-90 phút, tác dụng tối đa trong 4-6 giờ.

8. Theo dõi

- Theo dõi M, HA ở mẹ và tim thai nghe với Doppler 4 lần/ngày, đặc biệt trước khi uống thuốc.
- Ngưng dùng khi có các dấu liên quan tác dụng phụ ảnh hưởng đến tưới máu thai.
- Duy trì HA ở thai phụ trong khoảng 120/80mmHg – 140/90mmHg.
- Khi có tăng men gan cần xem xét chọn lựa dùng hay giảm liều hay chuyển thuốc khác. Ngưng ngay khi nghi ngờ suy chức năng gan.

_ Có thể gây phản ứng kháng thể kháng nhân dương tính (10%). Có thể làm test Coombs trực tiếp (+) (25%). Khoảng 1% trong số này có thể bị thiếu máu tán huyết, cần ngưng thuốc và theo dõi trong 1-2 tuần. Trong trường hợp nặng, cần cho thêm corticosteroids. Khoảng 2% bệnh nhân có rối loạn chức năng gan, đòi hỏi phải ngừng thuốc.

PHỤ LỤC 4
THUỐC HẠ ÁP-ỨC CHẾ KÊNH CALCI: NICARDIPINE

1. Phân loại

- Nicardipine là thuốc chẹn kênh calci, thuộc nhóm dihydropiridine thế hệ 2.

2. Chỉ định

- Hạ áp trong trường hợp tiền sản giật nặng hay tăng huyết áp thai kỳ nặng: Huyết áp tâm thu ≥ 160mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 110mmHg (nên xác định bằng cách đo 2 lần cách 15 phút).

3. Chống chỉ định

- Tiền sử mẫn cảm với Nicardipine.
- Suy tim, shock tim.
- Đau thắt ngực không ổn định, nhồi máu cơ tim.
- Hẹp động mạch chủ nặng.
- Nhịp tim chậm, block nhĩ- thất, rối loạn chức năng nút xoang.

4. Tác dụng phụ

- Tim mạch:
  + Tụt huyết áp
  + Mạch nhanh, hồi hộp, đánh trống ngực
  + Đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim
  + ECG bất thường: Block nhĩ-thất, đoạn ST chênh xuống, sóng T đảo ngược, nhịp xoang chậm, suy nút xoang, rung nhĩ, nhịp nhanh thất
- Thần kinh:
  + Nhức đầu, chóng mặt, ù tai
  + Ngất
  + Ngủ gà hoặc mất ngủ
  + Dị cảm
  + Run, tăng vận động, rối loạn vận động
- Tiêu hóa:
  + Buồn nôn, nôn
  + Khó tiêu
  + Khô miệng

- Hô hấp:
  + Phù phổi cấp
  + Khó thở
- Khác:
  + Đỏ bừng mặt
  + Phù chân
  + Tiểu đêm
  + Phản ứng dị ứng nơi truyền tĩnh mạch (sưng đỏ đau ở vị trí tiêm) hoặc phản ứng dị ứng toàn thân

5. Thận trọng

- Bệnh mạch vành: tăng tần suất, thời gian, và độ trầm trọng cơn đau thắt ngực. Tránh dùng nicardipine trong vòng 01 tháng sau khi bị nhồi máu cơ tim.
- Nhồi máu não hoặc xuất huyết não → Cần tránh làm hạ huyết áp.
- Làm xấu đi tình trạng suy tim xung huyết, đặc biệt rối loạn chức năng tâm thất trái nặng.

6. Liều dùng-Cách dùng

- Nicardipine phải được bảo quản ở T°< 40°C, tốt nhất 15-25°C.
- Một ống 10mg/10 ml + 30 ml glucose 5% (tương đương 0,25mg/ml).
- Dung dịch pha loãng có thể ổn định ở nhiệt độ phòng được 24 giờ.
- Bắt đầu 10ml/giờ (tương đương 2,5mg/ giờ).
- Tăng 5ml/giờ mỗi 10 phút (tương đương 1,25mg/giờ) cho đến khi đạt được mức hạ áp mong muốn, thường trong khoảng 120/70 mmHg – 140/90 mmHg.

  Lưu ý: Tối đa tăng 10ml/giờ mỗi 5 phút, tương đương 2,5mg/giờ, nhưng cần thận trọng với liều này). Không được vượt quá 60ml/giờ (tương đương 15mg/giờ).
- Trong điều trị tăng huyết áp cấp cứu, liều dùng sẽ được chỉnh sao cho huyết áp giảm không quá 25% giá trị ban đầu trong vòng 01 giờ sau tiêm truyền. Vì giảm huyết áp đột ngột → giảm tuần hoàn nhau – thai, gây nguy hiểm cho thai.

- Duy trì: khi đạt được mức huyết áp mong muốn cho đến khi có các đánh giá cần thiết về tình trạng sản phụ và thai nhi.
- Nếu có dự tính tiếp tục kéo dài thai kỳ và chuyển sang hạ áp uống: Liều đầu Nifedipine uống nên cho khoảng 1 giờ trước khi ngưng truyền Nicardipine tĩnh mạch. Nếu bắt đầu bằng các thuốc hạ áp dạng uống khác nên cho thuốc ngay khi ngưng truyền Nicardipine tĩnh mạch.

7. Theo dõi

- Giai đoạn tấn công:
  + Đo mạch, huyết áp, SpO_2, đo ECG trước dùng thuốc.
  + Đo mạch, huyết áp, SpO_2 liên tục trên monitor mỗi 15 phút và đánh giá tim thai, cơn gò tử cung với monitor đến khi huyết áp ≤ 140/90mmHg hoặc huyết áp trung bình ≤ 100mmHg.
- Giai đoạn duy trì và giảm liều:
  + Đo mạch, huyết áp, SpO_2 và đánh giá tim thai, cơn gò tử cung với monitor mỗi 3 giờ trong 6-12giờ
- Giai đoạn sau khi chuyển sang thuốc hạ áp uống:
  + Đo mạch, huyết áp, SpO_2 cùng tim thai, cơn gò tử cung với monitor mỗi 4 giờ
- Ngưng thuốc ngay và báo bác sĩ gấp khi:
  + Huyết áp ≤ 90/60mmHg
  + Mạch ≥ 120 lần/phút hoặc ≤ 60 lần/phút.
  + Bệnh nhân khó thở hoặc đau ngực cần lưu ý nguy cơ phù phổi cấp, hoặc nhồi máu cơ tim hoặc cơn đau thắt ngực
- Trong lúc chờ đợi bác sĩ đến, thực hiện:
  + Cho sản phụ nằm nghiêng + thở Oxy 8 lít/phút
  + Nghe Tim thai và đếm trong 1 phút

8. Cơ chế tác dụng

- Nicardipine ngăn chặn ion calci vào tế bào cơ tim và cơ trơn (trên cơ trơn thành mạch nhiều hơn trên cơ tim) làm giãn mạch, giảm sức cản ngoại vi, giảm huyết áp.
- Không làm ảnh hưởng đến hoạt động điện học của cơ tim.
- Làm tăng nhịp tim là đáp ứng bình thường khi có hiện tượng giãn mạch máu và hạ huyết áp (Nhịp tim trung bình tăng 5-10 nhịp/phút khi so sánh với placebo).

- Tăng cung lượng tim do giảm hậu gánh và tăng tần số tim, tăng phân suất tống máu.

9. Chuyển hóa

- Chuyển hóa chủ yếu ở gan. Chú ý ở bệnh nhân suy giảm chức năng gan (tiền sản giật-sản giật có ảnh hưởng chức năng gan). Ở những sản phụ có chức năng gan bị ảnh hưởng khi dùng phải hết sức thận trọng vì nồng độ Nicardipine sau khi dùng có thể đạt đến hơn gấp 4 lần và thời gian bán hủy có thể kéo dài đến 19 giờ sau đó.
- 60% được đào thải qua nước tiểu và 35% được đào thải qua phân.
- Làm tăng hoạt động bài tiết các chất điện giải ở thận bao gồm ion Na^+. Tuy nhiên không gây ra hiện tượng giữ nước.

10. Một số chú ý đặc biệt

- Giảm liều: trong trường hợp suy tim xung huyết, suy gan, giảm lưu lượng máu đến gan, suy thận, cần dùng liều thấp hơn, tốc độ chậm hơn.
- Quá liều:
  + Giãn mạch ngoại biên: biểu hiện giảm huyết áp và mạch nhanh phản xạ.
  + Nhịp tim chậm, hệ thống dẫn truyền tim chậm và suy tim sung huyết
- Xử trí: Khi có tác dụng ngoại ý, NGƯNG ngay thuốc đang dùng và mời hội chẩn khoa (ban ngày) hay Trưởng tua trực và lập tức thực hiện:
  + Giữ đường truyền tĩnh mạch
  + Thở Oxy qua mask 8 l/phút
  + Nằm nghiêng hay tư thế Fowler
  + Đo ECG ngay
  + Theo dõi M, HA, SpO_2 sản phụ với Monitor
  + Theo dõi tim thai với Monitor
- Các tình huống có thể gặp được ghi nhận:
  + Tụt huyết áp: truyền hay tiêm TM Dopamine hoặc Dobutamin, Calciclorid, Isoproterenol, Metaraminol, hoặc Adrenalin.

+ Cần theo dõi cẩn thận huyết áp, đặc biệt khi khởi đầu điều trị hay khi chỉnh liều.

+ Nhịp tim chậm, block A-V độ 2, 3: tiêm tĩnh mạch Atropine, Isoproterenol, Noradrenalin, hoặc Calci Cloride, hay dùng máy tạo nhịp điện tử.

+ Nhịp tim nhanh, rung, cuồng động nhĩ, hội chứng Wolff-Parkinson- White, điều trị:

• Shock điện tim

• Lidocain

- • Procainamid

PHỤ LỤC 5
THUỐC HẠ ÁP LABETALOL/TRANDATE

1. Dược lực

- Chẹn adrenergic β và α_1: Chẹn thụ thể adrenegic alpha 1 làm giãn cơ trơn động mạch, đặc biệt ở tư thế đứng; chẹn thụ thể beta, gây hạ áp mà không làm tăng nhịp tim.
- Tỷ lệ chẹn alpha: beta ở viên uống là 1:3 (FDA).

2. Dược động học

- Nồng độ tối đa 2-4 giờ sau uống, kéo dài tác dụng ít nhất 8 giờ sau khi uống.
- Chuyển hóa ở gan, thải trừ qua thận.
- Thuốc qua được nhau thai và sữa mẹ. Thuốc được bài tiết vào sữa mẹ với số lượng nhỏ. Các tác dụng phụ cho trẻ bú mẹ chưa ghi nhận.

3. Chống chỉ định

- Hen phế quản, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính.
- Suy tim nặng.
- Nhịp chậm < 50lần/phút, hội chứng suy nút xoang, block nhĩ thất (nhất là độ II-III).
- Shock tim.
- Bệnh khác kết hợp với hạ huyết áp nặng, kéo dài.
- Suy gan, bệnh não do gan.
- Người có tiền sử quá mẫn với bất cứ thành phần nào của thuốc.

4. Tác dụng phụ

- Thường gặp
  + Hạ huyết áp tư thế đứng (2%), phù
  + Hoa mắt, mệt mỏi, chóng mặt, nhức đầu
  + Giảm khả năng tình dục
  + Buồn nôn, khó chịu ở dạ dày, vị giác khác thường
  + Dị cảm
  + Khó thở, ngạt mũi
  + Ít gặp
  + Ngủ lơ mơ
  + Ban

+ Tiêu chảy, nôn
+ Thị giác không bình thường
- Một số nghiên cứu ghi nhận có thể có liên quan với thai nhẹ cân.

5. Thận trọng

- Suy chức năng gan: thường tự hồi phục. Cần kiểm tra chức năng gan trước khi dùng và ngay khi có các dấu hiệu suy gan (ngứa, vàng da, tiểu sậm màu, hội chứng giống cúm, đau bụng ¼ trên phải). Nếu có bằng chứng tổn thương tế bào gan hoặc vàng da, ngừng sử dụng Labetalol và không được dùng trở lại (hoại tử tế bào gan nặng có thể xảy ra).
- Tiền sử thiếu máu cơ tim.
- Co thắt phế quản không do dị ứng (Viêm phế quản mạn, khí phế thũng).
- Đái tháo đường, hạ đường huyết: chẹn beta che giấu các triệu chứng của hạ đường huyết, cần điều chỉnh liều thuốc hạ đường huyết khi phối hợp.
- Phân loại trong thai kỳ: C.

6. Tương tác thuốc

- Các thuốc hạ áp khác (đặc biệt chẹn Canxi).
- Cimetidine làm tăng sinh khả dụng của Labetalol.
- Giảm tác dụng các thuốc dãn phế quản.
- Chống trầm cảm 3 vòng: tăng tỷ lệ run.

7. Liều dùng

- Thường dùng trong những trường hợp duy trì huyết áp đã tạm khống chế trước đó và trong một số trường hợp điều trị ngoại trú.
- Bắt đầu: uống, 100mg, 2 lần/ngày, hiệu chỉnh liều với lượng tăng thêm 100mg, 2 lần/ngày, cứ 2 hoặc 3 ngày hiệu chỉnh một lần cho tới khi đạt hiệu quả mong muốn.
- Duy trì: uống, 200mg đến 400mg, 2 lần/ngày.
- Ghi chú: Có thể chia thành 3 lần uống trong ngày khi có tác dụng phụ như buồn nôn hoặc chóng mặt. Trong tăng huyết áp nặng, có thể cần dùng liều 1200mg đến 2400mg một ngày, chia 2 hoặc 3 lần uống

8. Theo dõi

- Theo dõi M, HA ở mẹ và tim thai nghe với Doppler 4-6 lần/ngày, đặc biệt trước khi uống thuốc.
- Ngưng dùng khi có các dấu liên quan tác dụng phụ ảnh hưởng đến tưới máu thai.
- Duy trì HA ở thai phụ trong khoảng 120/80mmHg – 140/90mmHg.
- Khi có tăng men gan cần xem xét chọn lựa dùng hay giảm liều hay chuyển thuốc khác. Ngưng ngay khi nghi ngờ suy chức năng gan.

9. Quá liều

- Nhịp chậm: dùng Atropin hay Epinephrine.
- Suy tim: trợ tim và lợi tiểu
- Hạ huyết áp: vận mạch với Norepinephrine.
- Co thắt phế quản: kích thích beta 2.
- Co giật: Diazepam.
- Hạ áp và nhịp tim chậm do quá liều chẹn beta: dùng Glucagon 5-10mg bolus TM, sau đó truyền 5mg/giờ).
- Lọc máu ngoài thận loại bỏ Labetalol không đáng kể (<1%).

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH TIM VÀ THAI KỲ

26

I. ĐỊNH NGHĨA

Bệnh tim trên các sản phụ có tỷ lệ khác nhau ở các quốc gia. Tần suất phụ nữ bị bệnh tim mạch có thai có xu hướng gia tăng do tăng tỷ lệ: cao huyết áp, đái tháo đường và béo phì. Do các bệnh tim bẩm sinh ngày càng được can thiệp có hiệu quả nên số thai phụ có tiền sử bệnh tim bẩm sinh ngày càng tăng. Tại Châu Á, thai phụ có bệnh tim chủ yếu là bệnh van tim hậu thấp (> 50%), kế là bệnh tim bẩm sinh còn nối tắt (shunt) khoảng 10 – 20%, rối loạn cao huyết áp thai kỳ khoảng 7-10%. Bệnh cơ tim chu sinh mặc dù hiếm gặp nhưng nếu có thường nặng và có tỷ lệ tử vong cao.

II. TẦN SUẤT

Tỷ lệ bệnh tim kèm với thai nghén vào khoảng 1 - 2%. Trong đó, hơn 90% là bệnh van tim hậu thấp, chủ yếu ở van 2 lá. Phần còn lại là các loại bệnh tim bẩm sinh và các bệnh tim khác.

Tỷ lệ bệnh tim bẩm sinh ở trẻ có cha mẹ không có bệnh lý tim mạch là 1%, tỷ lệ này gia tăng ở trẻ có mẹ, hoặc cha hoặc cả cha và mẹ mắc bệnh tim. Nguy cơ bệnh lý tim bẩm sinh ở trẻ từ 3%-50% tùy thuộc vào bệnh lý tim mạch của mẹ.

III. SINH LÝ BỆNH HỌC

3.1. Những thay đổi sinh lý của hệ tuần hoàn trong thai kỳ

Nhịp tim tăng dần từ tuần lễ thứ 10, tối đa vào khoảng tháng thứ 7 - 8. Khi đó nhịp tim có thể tăng hơn 10 nhịp/ phút.

Cung lượng tim tăng khoảng 30 - 50%, tối đa vào khoảng tuần lễ thứ 25 - 32 của thai kỳ. Sự tăng cung lượng tim này do nhiều nguyên do:

- Nhu cầu Oxygen tăng do sự phát triển của tử cung và bào thai.
- Khối lượng máu tăng: có thể tăng đến 50%, tối đa vào khoảng tháng thứ 7.
- Qua nhau thai có sự trao đổi giữa động mạch và tĩnh mạch mẹ.

Độ nhớt máu giảm do huyết tương tăng nhiều hơn so với sự tăng của huyết cầu. Độ nhớt máu giảm làm vận tốc tuần hoàn nhanh hơn (bình thường thời gian tay-lưỡi 15-16 giây. Trong những tháng chót của thai kỳ, thời gian này khoảng 13 giây). Ngoài ra, độ nhầy máu giảm còn có thể gây một tiếng thổi tâm thu nhẹ nghe được ở vùng mỏm tim hay vùng động mạch phổi.

Bóng tim do cơ hoành lên cao, mỏm tim bị đẩy lên trên, bóng tim có vẻ to ra theo chiều ngang. ECG thấy trục tim quay về trái nên dễ lầm với tình trạng to tim trái.

Ngoài ra, cũng do cơ hoành bị đẩy lên cao, sản phụ có thể thở nhanh và nông hoặc cảm thấy khó thở. Mặt khác, dưới những ảnh hưởng của kích tố trong thai kỳ, cơ thể sẽ giữ nước nhiều hơn. Thêm vào đó tử cung to đè vào các tĩnh mạch vùng chậu làm sản phụ dễ bị phù chi dưới.

3.2. Ảnh hưởng của bệnh tim trên thai

- Bệnh tim ít gây sẩy thai nhưng có thể gây sanh non.
- Trong các trường hợp đau tim nặng, thai nhi có thể chết trong tử cung do thiếu dưỡng khí. Các trường hợp nhẹ cũng có thể làm thai kém phát triển.
- Chuyển dạ thường kéo dài do tình trạng sản phụ mệt mỏi.
- Dễ bị băng huyết sau sanh do tử cung co hồi kém.
- Thời kỳ hậu sản dễ bị biến chứng thuyên tắc tĩnh mạch.

3.3. Ảnh hưởng của thai trên bệnh tim

Từ tháng thứ ba trở đi, do những thay đổi sinh lý ở hệ tuần hoàn (lưu lượng máu tăng, cung lượng tim tăng, nhu cầu dưỡng khí tăng ...) bắt buộc tim phải làm việc nhiều hơn, do đó có thể đưa đến các biến chứng nguy hiểm. Các biến chứng thường xuất hiện ở nửa sau của thai kỳ, trong lúc chuyển dạ, lúc sổ nhau và những ngày đầu hậu sản.

Các biến chúng thường gặp là:

- Phù phổi cấp: khó thở càng ngày càng tăng, tím tái, ho bọt nhiều lẫn máu. Phổi có ran ẩm dâng cao dần.
- Suy tim cấp: hồi hộp, khó thở, tim đập nhanh, nhịp không đều, tĩnh mạch cổ nổi to, gan to và đau, huyết áp hạ.
- Thuyên tắc phổi: xảy ra đột ngột, có thể gây chết nhanh chóng.
- Loạn nhịp tim: ngoại tâm thu, nhịp nhanh hoặc loạn nhịp hoàn toàn.

IV. CHẨN ĐOÁN

Một sản phụ bình thường lúc có thai cũng có thể có những triệu chứng như mệt, khó thở, phù, có tiếng thổi tâm thu cơ năng. Do đó, đôi khi rất khó phân biệt với một tình trạng bệnh tim do sang thương thực thể. Nếu sản phụ có tiền căn thấp khớp kèm với những triệu chứng trên cũng không đủ để kết luận là có bệnh tim. Vì vậy, cần phải khám kỹ tình trạng tim, phổi, tìm ra những dấu hiệu gan to, trướng tĩnh mạch cổ... Nếu cần phải áp dụng thêm những phương tiện cận lâm sàng khác như: siêu âm tim (2D, 3D, ngả thực quản), X-quang, điện tâm đồ, đo áp suất tĩnh mạch trung ương, đo vận tốc tuần hoàn.

4.1. Triệu chứng cơ năng

- Giảm khả năng gắng sức
- Mệt
- Khó thở phải ngồi
- Xây xẩm
- Ngất

4.2. Triệu chứng thực thể

- Nhìn: Thở nhanh, phù chi, tĩnh mạch cổ nổi, sóng A và V nhô cao, x và y sâu và nhanh, mạch mao quản.
- Sờ: Mỏm tim lệch phía trái, rộng và mạnh, co bóp của thất phải hay của ĐMP sờ thấy.
- Nghe: Ran đáy phổi, T2 mạnh và tách đôi rộng, âm thổi đầu và giữa tâm thu ở vùng van ĐMP hay bờ trái thấp của xương ức, âm thổi liên tục (tiếng tĩnh mạch – venous hum âm thổi tuyến sữa), âm thổi tâm trương.

4.3. Cận lâm sàng

ECG: có một hay nhiều điểm cần lưu ý. Lệch trục QRS, thay đổi khoảng ST và sóng T, Q nhỏ và T đảo ở DIII (biến mất khi hít sâu), R cao ở V2, nhịp nhanh xoang (thường có, tần suất loạn nhịp gia tăng).

Siêu âm Doppler: chú ý các điểm sau: kích thước thất trái và phải tăng, chức năng tâm thu thất trái tăng nhẹ hoặc không đổi, tăng nhẹ kích thước 2 nhĩ, tràn dịch màng tim lượng ít, vòng van 3 lá dãn, hở 3 lá và van ĐMP cơ năng)

Phân loại mức độ bệnh tim (theo New York Heart Association)

NHÓM 1: Bệnh tim không gây giới hạn hoạt động bình thường. Những bệnh nhân thuộc nhóm này không có triệu chứng suy tim (tim sản độ I).

NHÓM 2: Bệnh tim có gây giới hạn nhẹ những hoạt động bình thường. Khi nghỉ ngơi, bệnh nhân cảm thấy khỏe, nhưng khi làm việc nặng thì bệnh nhân cảm thấy mệt, khó thở, hồi hộp hoặc đau tức ngực (tim sản độ II).

NHÓM 3: Bệnh tim gây giới hạn nhiều đến hoạt động của bệnh nhân. Khi làm việc nhẹ bệnh nhân cũng cảm thấy mệt (tim sản độ III).

NHÓM 4: Bệnh tim gây giới hạn hoàn toàn sự hoạt động của bệnh nhân. Những triệu chứng suy tim, đau ngực hiện diện ngay cả lúc bệnh nhân nằm nghỉ (tim sản độ IV).

Bảng 1. Bảng đánh giá nguy cơ CARPREG

Tiền sử: suy tim, cơn thiếu máu cơ tim, đột quỵ hay loạn nhịp tim NYHA > II hay tím tái Nghẽn tắc tim trái (Lỗ van 2 lá < 2 cm^2, van ĐMC <1,5cm^2, siêu âm tim với áp lực đỉnh thất trái > 30 mmHg) EF < 40%

Kết quả: mỗi yếu tố 1 điểm. Nếu 0 điểm nguy cơ mẹ 5%, 1 điểm 27%, > 1điểm 75%

V. ĐIỀU TRỊ

Ngày nay, nạo thai kế hoạch vì bệnh tim ngày càng ít thấy nhờ sự hữu hiệu của các phương pháp điều trị nội khoa tim mạch thích hợp.

5.1. Trong lúc mang thai

- Cần nghỉ ngơi nhiều. Những bệnh nhân tim sản độ I và độ II cần được nằm nghỉ 10 giờ mỗi đêm và nửa giờ sau mỗi bữa ăn. Có thể làm những công việc bình thường trong nhà nhưng tránh leo cầu thang, đi chợ, xách nặng…Các bệnh nhân tim sản độ III và IV cần được nghỉ ngơi tuyệt đối.
- Phòng ngừa các bệnh nhiễm khuẩn nhất là những bệnh nhiễm khuẩn đường hô hấp. Tránh tiếp xúc với những người đang bị cảm cúm, bị viêm phổi, viêm phế quản…
- Dinh dưỡng cần chú ý khẩu phần ít chất muối hoặc ăn lạt hoàn toàn. Ngoài ra cũng nên ăn những thức ăn ít năng lượng để tránh tình trạng lên cân quá mức.
- Đánh giá tăng trưởng của thai nhi: lâm sàng, siêu âm kích thước thai và tưới máu nhau – thai. Đánh giá sức khỏe thai nhi: CTG, trắc nghiệm sinh- vật lý.
- Theo dõi tình trạng tim và sản kết hợp thường xuyên.
- Nhập viện sớm 1 - 2 tuần trước khi sanh với những trường hợp cần can thiệp mổ sanh chủ động để được theo dõi và đánh giá tình trạng huyết động học của tim kỹ càng hơn.
- Điều trị nội khoa tim mạch theo chỉ định.

5.2. Trong lúc chuyển dạ

- Cho sản phụ nằm đầu cao 35^0 hoặc ở vị thế ngồi .
- Cho thở Oxy.
- Giảm đau sản khoa với tê ngoài màng cứng.
- Theo dõi kỹ tình trạng mạch, áp huyết, nhịp thở mỗi giờ 3 - 4 lần và mỗi 10 phút một lần trong giai đoạn sổ thai, tốt nhất là theo dõi với monitor. Nếu mạch nhanh quá 100 lần/phút, nhịp thở quá 28 lần/phút và nhất là khi có khó thở phải cảnh giác suy tim. Cần phải được hội chẩn với BS nội khoa và BS gây mê (chuẩn bị các loại thuốc Digitalis, Morphine, thuốc lợi tiểu và buộc ga-rô luân chuyển các chi).

5.2. Trong lúc chuyển dạ

- Cần cho những loại thuốc giảm đau (Morphine hoặc các dẫn xuất của Morphine) để tránh bệnh nhân bị kích động nhiều.
- Dùng kháng sinh ngừa viêm nội tâm mạc.
- Khi đủ điều kiện nên sanh giúp, không để cho sản phụ rặn.
- Chỉ mổ lấy thai khi có chỉ định. Mổ sanh cần có sự kết hợp giữa tim mạch và sản khoa.
- Sau khi sổ thai nên dùng một vật nặng (như bao cát) dằn lên bụng để tránh tình trạng máu ở chi dưới và vùng chậu đổ về tim quá nhanh gây phù phổi cấp hoặc suy tim cấp.
- Giảm thiểu tối đa việc mất máu.

Lưu ý: Vấn đề dùng kháng đông trong những trường hợp có thay van tim cơ học hay có huyết khối trước đó (phụ lục 5).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy. European Heart Journal (2011) 32, 3147–3197.
2. Pham Nguyen Vinh, Bệnh học Tim mạch, NXBY học 2008, bản in lần 4.
3. Presbitero P et al. Criculation 1994; 89: 2673.
4. Warnes CA. Braunwald's Heart Disease, Elsevier 2012, 9th ed, p. 1770-1780.

PHỤ LỤC 1
ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA TIM MẠCH TRONG THAI KỲ

- **Thai phụ suy tim NYHA I, II:**
  - Không dùng thuốc
  - Hạn chế vận động, nghỉ ngơi
  - Bổ sung chất sắt và vitamin
  - Hạn chế muối
- **Suy tim NYHA III hoặc IV: cần nhập viện, theo dõi sát:**

Siêu âm tim phụ nữ có van ĐMC 2 mảnh kèm ĐMC lên có đường kính 42.5 mm: được khuyên thay ĐMC lên trước có thai.

(Warnes CA. Braunwald's Heart Disease, Elsevier 2012, 9th ed, p. 1770-1780).

Do tác động có thể có trên thai nhi, cần cố gắng giới hạn dùng thuốc trong thai kỳ. Khi cần phải dùng, nên cân nhắc lợi hại của thuốc đối với thai nhi.

Thuốc	Một số tác dụng phụ có thể có trên thai
Amiodarone	Bướu giáp, suy giáp, cường giáp, IUGR
Ức chế men chuyển	Chống chỉ định, FDA nhóm X; IUGR, thiểu ối, suy thận, bất thường vôi hóa xương
Aspirin	Aspirin liều thấp không gây hại
Chẹn beta	Tương đối an toàn; IUGR, nhịp chậm và hạ đường huyết ở sơ sinh
Chẹn kênh canxi	Tương đối an toàn; ít dữ liệu; có ảnh hưởng trương lực cơ tử cung lúc sanh
Digoxin	An toàn
Flecainide	Tương đối an toàn; dữ liệu hạn chế, dùng điều trị loạn nhịp tim thai
Hydralazine	An toàn, không có tác hại nghiêm trọng
Lasix	An toàn, thận trọng khả năng gây giảm thể tích ở mẹ và giảm tưới máu thai
Methyldopa	An toàn; là lựa chọn để hạ áp trong thai kỳ bởi 1 số tác giả
Procainamide	Tương đối an toàn; dữ liệu hạn chế, dùng điều trị loạn nhịp tim thai, không tác dụng phụ nghiêm trọng trên thai
Propafenone	dữ liệu hạn chế
Quinidine	Tương đối an toàn, hiếm khi gây giảm tiểu cầu ở thai
Warfarin	Gây bệnh lý phôi thai, xuất huyết nhau và thai, bất thường thần kinh trung ương, FDA nhóm X

IUGR: Intrauterine growth restriction – thai chậm tăng trưởng trong tử cung

PHỤ LỤC 2
CAN THIỆP NGOẠI KHOA TRONG LÚC CÓ THAI TRÊN SẢN PHỤ CÓ BỆNH TIM MẠCH

- **Thời gian lý tưởng phẫu thuật:**
  - Tuần lễ 20-28/thai kỳ .
    Cần theo dõi tim thai liên tục, xử trí khi tim chậm .
  - Theo dõi gò tử cung.
  - Nguy cơ mất thai: 10%.
- **Nguy cơ phẫu thuật trong thai kỳ:**
  - Dị tật thai: hiếm.
    Tử vong thai nếu có tuần hoàn ngoài cơ thể.
    (Warnes CA. Braunwald's Heart Disease, Elsevier 2012, 9th ed, p. 1770-1780).

PHỤ LỤC 3
THAI PHỤ CÓ BỆNH VAN TIM

- **Quy định chung đối với thai phụ có bệnh van tim bao gồm:**
  - Hạn chế vận động thể lực ở bệnh nhân có triệu chứng cơ năng.
  - Phòng ngừa viêm nội tâm mạc nhiễm trùng khi sinh.
  - Theo dõi sát huyết động khi chuyển dạ.
- **Sự chăm sóc cũng thay đổi theo tổn thương (hẹp hay hở) và theo loại van bệnh:**

Hẹp van 2 lá:

- Nguy cơ phù phổi cấp: tháng thứ 7 của thai kỳ (lúc khối lượng tuần hoàn cao nhất) và thời kỳ chu sinh .
- Hẹp khít van 2 lá (diện tích mở van dưới 1cm^2) và/hoặc có áp lực ĐMP cao – điều trị bệnh tim trước khi có thai .
- Mổ nong van ở thai phụ bị hẹp khít van 2 lá. Mổ tim kín hoặc nong van bằng bóng tháng thứ 5 của thai kỳ .
- Trường hợp hẹp nhẹ hoặc nặng vừa và có áp lực ĐMP không cao có thể sinh bằng đường âm đạo. Digoxin, lợi tiểu, ức chế bêta và nitrate đều có thể dùng kiểm soát huyết động khi chuyển dạ và sau sinh.

Hở van 2 lá:

- Thai phụ thường dung nạp tốt bệnh hở van 2 lá. Cần khám nghiệm bằng lâm sàng và siêu âm tim để khảo sát chức năng thất trái và áp lực ĐMP.
- Khi có triệu chứng cơ năng, có thể điều trị bằng lợi tiểu, digoxin và hydralazine.

Hẹp van ĐMC:

- Hẹp van ĐMC nặng có nguy cơ cao cho thai phụ. Do đó nên khuyên chấm dứt thai kỳ.
- Thai phụ bị hẹp van ĐMC nhẹ hay vừa có thể dung nạp được thai nhi. Điều trị nội khoa có thể dùng lợi tiểu, digitalis.

Hở van ĐMC:

- Giống hở van 2 lá, thai phụ thường dung nạp tốt với hở van ĐMC. Khi có triệu chứng cơ năng, có thể điều trị bằng lợi tiểu, digitalis và hydralazine.

Hội chứng Marfan:

- Nguy cơ của thai phụ có hội chứng Marfan xảy ra cả ở mẹ lẫn con. Con có thể bị di truyền bệnh này (50%). Mẹ có thể bị bóc tách ĐMC và tử vong vào thời kỳ chu sinh .
- Nên khuyến khích không có thai hoặc chấm dứt thai kỳ. Khi cần có thể sử dụng ức chế bêta để giảm biến chứng bóc tách ĐMC. Khi chuyển dạ nên mổ bắt con.

PHỤ LỤC 4
THAI PHỤ CÓ BỆNH TIM BẨM SINH

1. Bệnh tim bẩm sinh

- Nguy cơ với mẹ tùy thuộc:
  + Loại bệnh tim bẩm sinh
  + Thủ thuật mổ tim đã được thực hiện
  + Mức độ tím
  + Chức năng tim
- Nguy cơ với con tùy thuộc:
  + Mức độ tím
  + Chức năng tim của mẹ
- Tử vong thai nhi có thể đến
  + 40% với mẹ có BTBS tím
  + 20% với mẹ có BTBS không tím

2. Thông liên nhĩ

- Ít có ảnh hưởng lên bà mẹ và thai.
- Khuyến cáo có thai hay không tùy thuộc vào áp lực ĐMP và tình trạng sức khỏe của người bệnh.

3. Thông liên thất

- Ảnh hưởng lên bà mẹ và thai tùy thuộc áp lực ĐMP, chức năng thất trái và loạn nhịp tim.
- Khi có tăng áp ĐMP, có nguy cơ luồng thông đảo ngược phải trái lúc sinh, do áp lực máu hệ thống giảm vì xuất huyết hay gây mê lúc sinh. Cần phòng ngừa bằng bù dịch và dùng thuốc vận mạch sớm để ổn định huyết áp.
- 22% thai nhi có nguy cơ thông liên thất như bà mẹ.

4. Còn ống động mạch

- Ảnh hưởng lên mẹ và thai nhi tùy thuộc áp lực ĐMP và chức năng tim trái. Cần phòng ngừa luồng thông đổi chiều lúc sinh giống bệnh thông liên thất.

5. Tứ chứng Fallot

- Sự gia tăng khối lượng tuần hoàn – sự giảm sức cản mạch ngoại vi khi có thai tăng luồng thông phải trái.

- Các dấu hiệu nguy cơ cao ở thai phụ có tứ chứng Fallot là:
  + Dung tích hồng cầu trên 60%
  + Độ bão hòa oxygen máu động mạch dưới 80%
  + Tăng áp buồng thất phải
  + Có cơn ngất
- Giải phẫu sửa chữa triệt để bệnh tứ chứng Fallot trước khi có thai.

6. Bệnh Ebstein

- Tiên lượng của thai phụ có bệnh Ebstein:
  + Độ nặng của hở van 3 lá
  + Độ nặng của suy thất phải
  + Mức độ tím
  + Hiệu quả của phẫu thuật
- Khi sanh:
  + Kháng sinh phòng viêm nội tâm mạc nhiễm trùng
  + Theo dõi sát huyết động
  + Thở thêm oxygen
  + Điều trị nội khoa sao cho huyết áp không giảm nhiều hay giảm đột ngột

7. Bệnh tim bẩm sinh tím phức tạp và hội chứng Eisenmenger

- Tử vong thai phụ: 38 đến 44%
- Chấm dứt thai kỳ

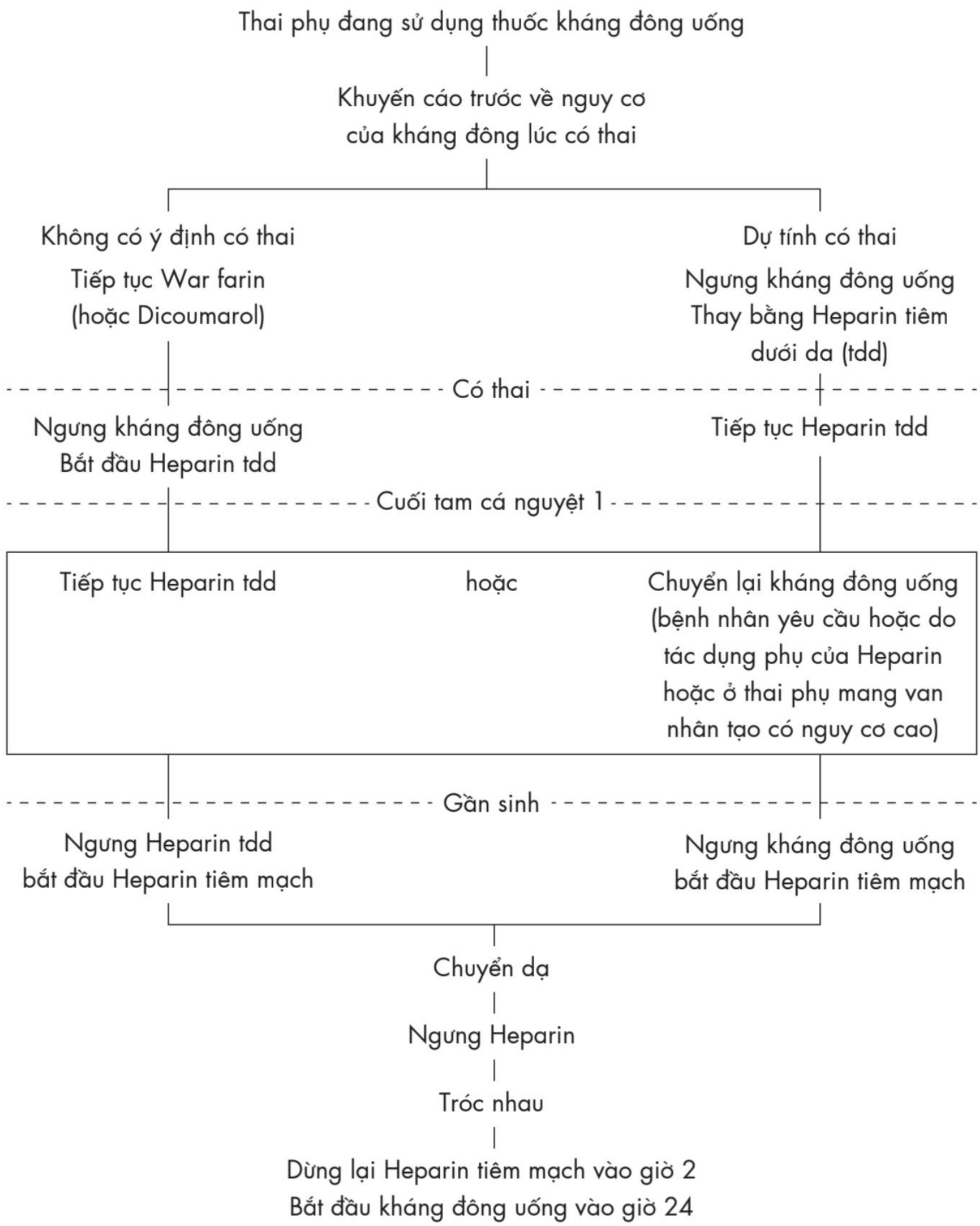
Khả năng sinh sống thai phụ có BTBS tím

	Số thai phụ	Số sinh còn sống	Tần suất trẻ sinh còn sống
Hemoglobin, g/dL*			
≤ 16	28	20	71
17-19	40	18	45
≥ 20	26	2	8
Độ bão hòa oxy động mạch (%)			
≤ 85	17	2	12
85-89	22	10	45
≥ 90	13	12	92

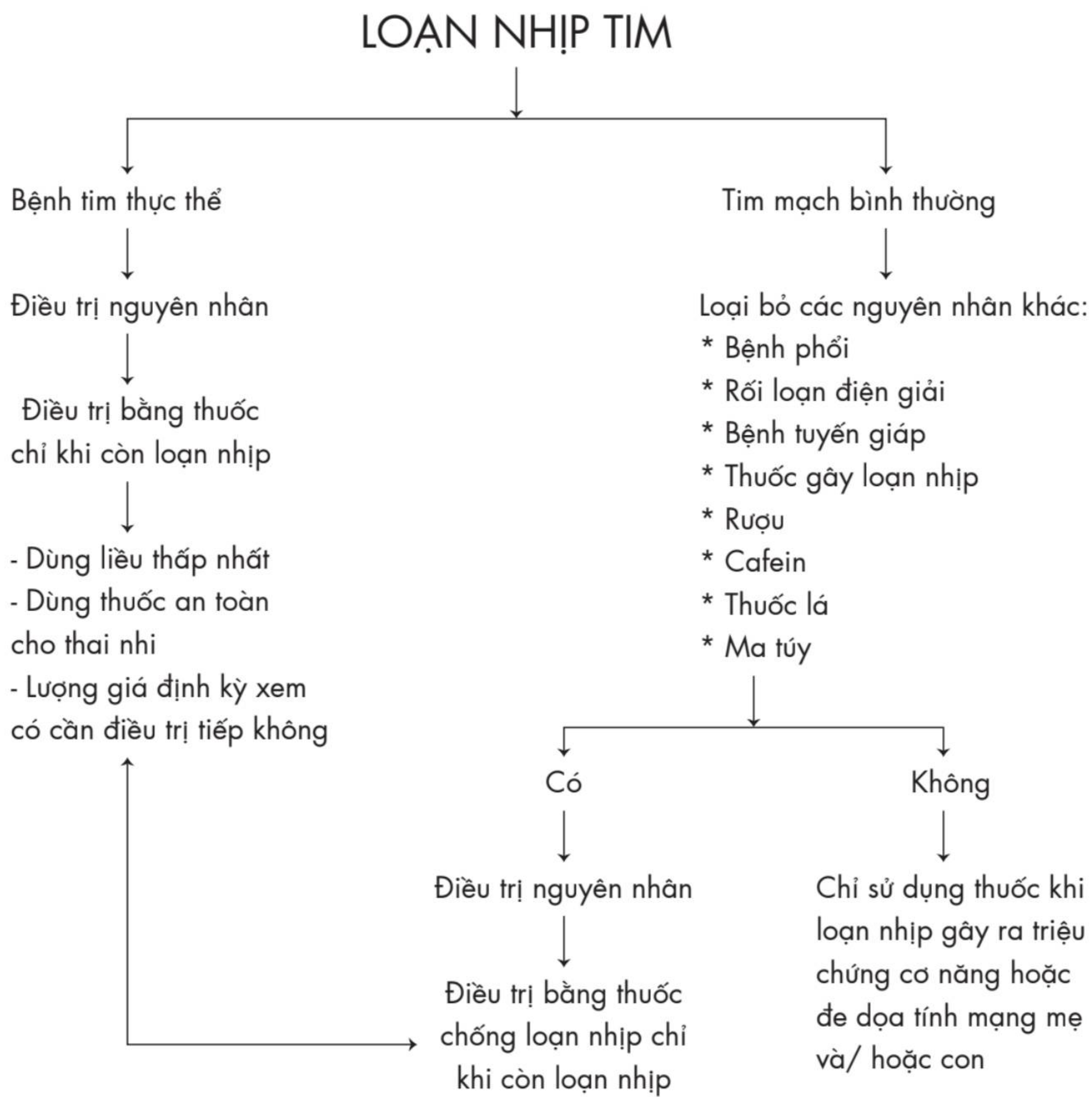
(*Presbitero P et al. Criculation 1994; 89: 2673*)

PHỤ LỤC 5
THAI PHỤ CÓ VAN TIM NHÂN TẠO

- Thai phụ cần khám lúc 36 tuần.
  Nguy cơ thai phụ bao gồm: sự gia tăng huyết động lúc có thai, tình trạng tăng đông để đưa đến biến chứng huyết khối thuyên tắc .
- Nguy cơ đối với thai nhi do thuốc kháng đông (nguy cơ xuất huyết sau sinh và nguy cơ dị tật) và thuốc tim mạch khác.
- Thai phụ mang van sinh học và có nhịp xoang, không cần dùng kháng đông. Van sinh học sẽ bị vôi hóa nhanh .
- Thai phụ mang van cơ học: kháng đông loại Heparin đúng cách hoặc ngay cả dùng Coumadin, không có nguy cơ cao hơn thai phụ bình thường .


Thai phụ đang sử dụng thuốc kháng đông uống
Khuyến cáo trước về nguy cơ của kháng đông lúc có thai
Không có ý định có thai
Tiếp tục War farin (hoặc Dicoumarol)
Dự tính có thai
Ngưng kháng đông uống
Thay bằng Heparin tiêm dưới da (tdd)
Có thai
Ngưng kháng đông uống
Bắt đầu Heparin tdd
Tiếp tục Heparin tdd
Cuối tam cá nguyệt 1
Tiếp tục Heparin tdd
hoặc
Chuyển lại kháng đông uống (bệnh nhân yêu cầu hoặc do tác dụng phụ của Heparin hoặc ở thai phụ mang van nhân tạo có nguy cơ cao)
Gần sinh
Ngưng Heparin tdd
bắt đầu Heparin tiêm mạch
Ngưng kháng đông uống
bắt đầu Heparin tiêm mạch
Chuyển dạ
Ngưng Heparin
Tróc nhau
Dừng lại Heparin tiêm mạch vào giờ 2
Bắt đầu kháng đông uống vào giờ 24

PHỤ LỤC 6
QUẢN LÝ RỐI LOẠN NHỊP TIM TRÊN THAI PHỤ



PHỤ LỤC 7
TƯ VẤN VÀ KHẢO SÁT DI TRUYỀN Ở THAI PHỤ CÓ BỆNH TIM

1. XÉT NGHIỆM DI TRUYỀN VÀ TƯ VẤN

- Tỷ lệ bệnh tim bẩm sinh ở trẻ có cha mẹ không có bệnh lý tim mạch là 1%, tỷ lệ này gia tăng ở trẻ có mẹ, hoặc cha hoặc cả cha và mẹ mắc bệnh tim.
- Nguy cơ bệnh lý tim bẩm sinh ở trẻ từ 3%-50% tùy thuộc vào bệnh lý tim mạch của mẹ.
  → Cần tư vấn khảo sát di truyền .

2. CÁC TRƯỜNG HỢP CẦN KHẢO SÁT DI TRUYỀN CHO THAI PHỤ

- Bệnh lý cơ tim và bệnh lý dẫn truyền (hội chứng QT dài) .
- Các thành viên khác trong gia đình có bệnh lý tim mạch.
- Khi bệnh nhân có bất thường hình thái học, chậm phát triển tâm thần hoặc có bất thường bẩm sinh ngoài tim (hội chứng Marfan, 21q11, Williams-Beuren, Alagille, Noonan và Holt-Oram).

3. KHẢO SÁT TIỀN SẢN ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ BỆNH TIM BẨM SINH CỦA THAI

- Siêu âm đo NT, nếu NT trên bách phân vị 95 → cân nhắc khảo sát di truyền và siêu âm khảo sát tim thai nhi từ tuần 18-22.
- Tất cả các thai phụ có bệnh lý tim bẩm sinh nên được siêu âm khảo sát tim thai nhi từ tuần 18-22.

PHỤ LỤC 8
QUẢN LÝ THAI PHỤ BỆNH TIM TRONG THAI KỲ VÀ CHUYỂN DẠ

1. ĐÁNH GIÁ TĂNG TRƯỞNG THAI

- Siêu âm: Biometry, EFW, AC.
- Cardio-Tocography.
- Siêu âm Doppler velocimetry: ĐM rốn, ĐM não giữa cho phép đánh giá tình trạng huyết động học nhau-thai.
- Trắc đồ sinh vật lý: modified biophysical profile (mBPP).

2. THỜI ĐIỂM CHẤM DỨT THAI KỲ

Tùy thuộc vào tình trạng bệnh lý tim mạch, tình trạng sức khỏe và trưởng thành phổi thai nhi

→ tùy thuộc từng cá nhân và phải có sự hội chẩn giữa chuyên khoa tim mạch và sản khoa

Phương thức sanh : sự cân nhắc về phương diện tim mạch: quyết định bởi chuyên khoa tim mạch + về phương diện sản khoa: có chỉ định sản khoa.

Cân nhắc mổ sanh trong một số trường hợp:

- Thai non tháng khi thai phụ đang dùng thuốc kháng đông uống
- Hội chứng Marfan với đường kính động mạch chủ >40mm
- Bóc tách động mạch chủ cấp và mạn
- Suy tim cấp
- Hẹp động mạch chủ nặng
- Tăng áp ĐM phổi nặng (hội chứng Eisenmenger)
- Cẩn trọng ở bệnh nhân thay van tim cơ học dùng thuốc kháng đông

3. KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ

- CTC thuận lợi có thể KPCD bằng oxytocin và phá ối.
- Prostaglandins: về lý thuyết có thể có nguy cơ co thắt mạch vành và nguy cơ thấp rối loạn nhịp tim nhưng không có chống chỉ định tuyệt đối.
- KPCD bằng phương pháp cơ học (Foley catheter) được ưa thích hơn KPCD bằng thuốc trong các trường hợp bệnh nhân có tím do giảm kháng lực mạch hệ thống và/ hoặc huyết áp bất lợi.

4. PHƯƠNG THỨC SANH

- Lượng máu mất, nguy cơ nhiễm trùng và nguy cơ huyết khối tĩnh mạch, thuyên tắc tĩnh mạch khi sanh ngã âm đạo ít hơn sanh mổ.
- Chỉ định sanh ngã âm đạo phụ thuộc vào tình trạng thai phụ và dự đoán diễn tiến bệnh lý tim tại thời điểm chuyển dạ. Ở các thai phụ có bệnh lý tim bẩm sinh nhẹ chưa phẫu thuật sửa chữa hoặc đã phẫu thuật, không tái phát có thể theo dõi chuyển dạ tự nhiên và sanh đường âm đạo tùy theo ý kiến của chuyên khoa tim mạch và điều kiện sản khoa hiện tại.

5. THEO DÕI HUYẾT ĐỘNG HỌC

- Huyết áp động mạch hệ thống
- Nhịp tim
- SpO_2
- ECG
- Swan-Ganz catheter

6. PHƯƠNG PHÁP VÔ CẢM

- Gây tê ngoài màng cứng thường được khuyến cáo.
- Thể tích và tốc độ dịch truyền phải được kiểm soát.

7. XỬ TRÍ TRONG CHUYỂN DẠ

- Sản phụ nằm nghiêng để giảm tác động của cơn co tử cung lên huyết động học.
- Tránh cho sản phụ rặn, sanh giúp bằng giác hút (ventous) hoặc kềm (forceps) thấp.
- Theo dõi tim thai bằng CTG.
- Kháng sinh dự phòng viêm nội tâm mạc nhiễm trùng khi:
  + Can thiệp các thủ thuật chảy máu.
  + Ối vỡ.
  + Khi sanh hoặc khi mổ.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NHIỄM HIV/AIDS KHI CÓ THAI

27

I. GIỚI THIỆU

1.1. Định nghĩa

- HIV (Human immunodeficiency virus) là virus gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người. HIV gây tổn thương hệ thống miễn dịch của cơ thể và làm cho cơ thể không còn khả năng chống lại các tác nhân gây bệnh dẫn đến chết người.
- AIDS (Acquired immunodeficiency syndrome) là giai đoạn cuối cùng của quá trình nhiễm HIV được thể hiện bởi các bệnh nhiễm trùng cơ hội, ung thư và các bệnh liên quan đến rối loạn miễn dịch dẫn đến tử vong. Thời gian từ khi nhiễm HIV đến biến chuyển thành bệnh AIDS tùy thuộc vào hành vi và đáp ứng miễn dịch của từng người nhưng tựu chung lại trong khoảng thời gian trung bình là 5 năm.

1.2. Tần suất mắc

- Theo WHO tính đến năm 2017: Tỷ lệ mắc HIV (15-49 tuổi) toàn cầu là 0,8%. Thế giới có 36,9 triệu người nhiễm HIV, trong đó có 940.000 người chết vì bệnh liên quan đến HIV.
- Ở Việt Nam, trong 9 tháng đầu năm 2018, cả nước xét nghiệm phát hiện mới 7.497 trường hợp nhiễm HIV, số bệnh nhân chuyển sang giai đoạn AIDS là 2.514, số bệnh nhân tử vong là 1.436 trường hợp. Số người nhiễm mới HIV tập trung chủ yếu ở độ tuổi 16-29 (38%) và 30-39 (36%). Đường lây chủ yếu là quan hệ tình dục không an toàn (63%) và qua đường máu (23%).

1.3. Yếu tố nguy cơ

- Tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con khi không có can thiệp: 30-45%, trong đó:
  - Khi mang thai, đặc biệt vào tháng cuối thai kỳ: 25%
  - Khi chuyển dạ, khi sinh: 50%
  - Bú mẹ: 25%
- Tải lượng HIV lúc chuyển dạ và khả năng lây HIV cho con: tải lượng HIV càng thấp lúc chuyển dạ thì nguy cơ lây cho con càng thấp. Nguy cơ lây HIV cho con:
  - Tải lượng HIV < 50 bản sao/ml: 0,25%
  - Tải lượng HIV 50-1000 bản sao/ml: 2%
  - Tải lượng HIV >1000 bản sao/ml: 8.5%

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Các giai đoạn lâm sàng bệnh HIV ở người lớn, vị thành niên và trẻ em

Người lớn và vị thành niên[a]	Trẻ em
Giai đoạn lâm sàng 1	
Không triệu chứng Bệnh lý hạch toàn thân dai dẳng	Không triệu chứng Bệnh lý hạch lympho toàn thân dai dẳng
Giai đoạn lâm sàng 2	
Sụt cân vừa phải không rõ nguyên nhân (<10% cân nặng cơ thể) Nhiễm trùng đường hô hấp tái phát (viêm xoang, viêm amidan, viêm tai giữa, viêm họng) Bệnh zô-na Viêm khóe miệng Loét miệng tái phát Phát ban sẩn ngứa Nấm móng Viêm da bã nhờn	Gan lách to dai dẳng không rõ nguyên nhân Nhiễm trùng đường hô hấp trên mạn tính hoặc tái phát (viêm tai giữa, chảy dịch tai, viêm xoang, viêm amidan) Bệnh zô-na Hồng ban vạch ở lợi Loét miệng tái phát Phát ban sẩn ngứa Nấm móng Nhiễm vi rút mụn cơm lan rộng U mềm lây lan rộng Viêm da đốm lan toả Sưng tuyến mang tai dai dẳng không rõ nguyên nhân

Giai đoạn lâm sàng 3	
Sụt cân mức độ nặng không rõ nguyên nhân (>10% cân nặng cơ thể) Tiêu chảy mạn tính kéo dài trên 1 tháng không rõ nguyên nhân Sốt kéo dài không rõ nguyên nhân (không liên tục hoặc liên tục trên 1 tháng) Nấm candida miệng kéo dài Bạch sản dạng lông ở miệng Lao phổi Nhiễm khuẩn nặng (như viêm mủ màng phổi, viêm mủ cơ, nhiễm trùng xương khớp, hoặc viêm màng não, nhiễm khuẩn huyết) Viêm loét miệng, viêm lợi hoặc viêm quanh răng hoại tử cấp Thiếu máu (<8 g /dl), giảm bạch cầu trung tính (<0.5 x 10^9 /l) hoặc giảm tiểu cầu mạn tính (<50 x 10^9 /l) không rõ nguyên nhân	Suy dinh dưỡng ở mức độ trung bình[b] không rõ nguyên nhân không đáp ứng thích hợp với điều trị chuẩn Tiêu chảy kéo dài không rõ nguyên nhân (từ 14 ngày trở lên) Sốt kéo dài không rõ nguyên nhân (trên 37.5°C, không liên tục hoặc liên tục kéo dài trên 1 tháng) Nấm candida miệng kéo dài (sau 6 tuần đầu) Bạch sản dạng lông ở miệng Lao hạch Lao phổi Viêm phổi nặng tái diễn do vi khuẩn Viêm lợi hoặc viêm quanh răng loét hoại tử cấp Thiếu máu (<8 g /dl), giảm bạch cầu trung tính (<0.5 x 10^9 /l) hoặc giảm tiểu cầu mạn tính (<50 x 10^9 /l) không rõ nguyên nhân Viêm phổi kẽ dạng lympho có triệu chứng. Bệnh phổi mạn tính liên quan đến HIV, bao gồm cả giãn phế quản.

Người lớn và vị thành niên[a]	Trẻ em
Giai đoạn lâm sàng 4	
Hội chứng suy mòn do HIV Viêm phổi do Pneumocystis jirovecii (PCP) Viêm phổi do vi khuẩn tái phát Nhiễm herpes simplex mãn tính (môi miệng, sinh dục, hoặc hậu môn, trực tràng) kéo dài trên 1 tháng, hay herpes nội tạng bất kể vị trí nào) Nhiễm nấm candida thực quản (hoặc nấm candida khí quản, phế quản hoặc phổi) Lao ngoài phổi Kaposi sarcoma Nhiễm cytomegalovi rút (viêm võng mạc hoặc nhiễm cytomegalovi rút tạng khác) Toxoplasma ở thần kinh trung ương (sau thời kỳ sơ sinh) Bệnh lý não do HIV Nhiễm nấm cryptococcus ngoài phổi, bao gồm cả viêm màng não Nhiễm mycobacteria không phải lao lan tỏa Bệnh lý não chất trắng đa ổ tiến triển Nhiễm cryptosporidium mạn tính Nhiễm Isosporia mạn tính Nhiễm nấm lan tỏa (bệnh do histoplasma ngoài phổi, coccidioidomycosis, bệnh do nấm Talaromyces) U lympho (u lympho không Hodgkin não hoặc tế bào B) Bệnh lý thận hoặc bệnh lý cơ tim liên quan tới HIV Nhiễm khuẩn huyết tát phát (bao gồm cả Salmonella không thương hàn) Ung thư cổ tử cung xâm lấn Bệnh leishmania lan toả không điển hình	Gầy mòn, còi cọc nặng hoặc suy dinh dưỡng nặng[c] không giải thích được không đáp ứng phù hợp với điều trị chuẩn thông thường Viêm phổi do Pneumocystis jirovecii (PCP) Nhiễm khuẩn nặng tái diễn, như viêm mủ màng phổi, viêm mủ cơ, nhiễm trùng xương khớp, hoặc viêm màng não nhưng loại trừ viêm phổi Nhiễm herpes mãn tính (Nhiễm herpes simplex mạn tính ở môi miệng hoặc ngoài da kéo dài trên 1 tháng hoặc ở bất cứ tạng nào) Nhiễm nấm candida thực quản (hoặc nấm candida khí quản, phế quản hoặc phổi) Lao ngoài phổi Kaposi sarcoma Nhiễm cytomegalovirus (viêm võng mạc hoặc nhiễm cytomegalo vi rút dạng khởi phát sau 1 tháng tuổi) Toxoplasma ở thần kinh trung ương (sau thời kỳ sơ sinh) Bệnh lý não do HIV Nhiễm nấm cryptococcus ngoài phổi, bao gồm cả viêm màng não Nhiễm mycobacteria không phải lao lan tỏa Bệnh lý não chất trắng đa ổ tiến triển Nhiễm cryptosporidium mạn tính (có tiêu chảy) Isosporiasis mạn tính Nhiễm nấm lan tỏa (bệnh do histoplasma ngoài phổi, coccidioidomycosis, bệnh do nấm Talaromyces) U lympho (không Hodgkin thể não hoặc tế bào B) Bệnh lý thận hoặc bệnh lý cơ tim liên quan tới HIV

[a]Trong bảng này, vị thành niên được xác định là trẻ từ 15 tuổi trở lên. Đối với trường hợp dưới 15 tuổi, sử dụng phân giai đoạn lâm sàng như trẻ em.

[b]Đối với trẻ dưới 5 tuổi, suy dinh dưỡng trung bình được xác định gồm cân nặng theo chiều cao nhỏ hơn hoặc bằng 2 z-score hoặc chu vi giữa cánh tay từ 115 mm đến dưới 125 mm.

[c]Đối với trẻ dưới 5 tuổi, gầy mòn được xác định là cân nặng theo chiều cao nhỏ hơn hoặc bằng 3 z-score; còi cọc được xác định là chiều dài theo tuổi /chiều cao theo tuổi <–2 z-score; suy dinh dưỡng cấp nặng là cân nặng theo chiều cao nhỏ hơn hoặc bằng 3 z-score hoặc chu vi phần giữa cánh tay <115 mm hoặc có phù.

2.2. Xét nghiệm

2.2.1. Chẩn đoán nhiễm HIV ở người lớn và trẻ em trên 18 tháng tuổi

Thực hiện theo chiến lược III (Ban hành kèm theo Quyết định số 1098/QĐ-BYT ngày 04 tháng 4 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Chiến lược III (áp dụng cho xét nghiệm chẩn đoán nhiễm HIV): mẫu được coi là dương tính với chiến lược III khi mẫu đó có phản ứng với cả ba loại sinh phẩm có nguyên lý hoặc chuẩn bị kháng nguyên khác nhau. Sinh phẩm thứ nhất (SP1) dùng để sàng lọc có độ nhạy cao, các sinh phẩm tiếp theo (SP2, SP3) để khẳng định có độ đặc hiệu cao.

2.2.1.1. Kết quả xét nghiệm với sinh phẩm thứ nhất không có phản ứng, kết luận mẫu âm tính với kháng thể HIV.

2.2.1.2. Kết quả xét nghiệm với sinh phẩm thứ nhất cho phản ứng (SP1+), tiếp tục thực hiện xét nghiệm với sinh phẩm thứ hai (SP2).

a. Kết quả xét nghiệm bằng sinh phẩm thứ hai cho phản ứng (SP1+, SP2+), thì tiếp tục thực hiện với sinh phẩm thứ ba (SP3).

- Kết quả xét nghiệm với sinh phẩm thứ ba cho phản ứng (SP1+, SP2+, SP3+), kết luận mẫu dương tính với kháng thể HIV và được phép trả lời kết quả cho người được làm xét nghiệm.
- Kết quả xét nghiệm với sinh phẩm thứ ba không cho phản ứng (SP1+, SP2+, SP3-), kết luận mẫu không xác định, yêu cầu lấy mẫu xét nghiệm lại sau 14 ngày.

b. Kết quả xét nghiệm bằng sinh phẩm thứ hai không cho phản ứng (SP1+, SP2-), thực hiện lại xét nghiệm với cả sinh phẩm thứ nhất (SP1) và thứ hai (SP2) để kiểm tra loại trừ sai sót kỹ thuật.

b1. Nếu kết quả xét nghiệm với cả hai sinh phẩm không cho phản ứng (SP1-, SP2-), kết luận mẫu âm tính với kháng thể HIV;

b2. Nếu kết quả xét nghiệm (SP1+, SP2+) hoặc (SP1+, SP2-) thực hiện tiếp xét nghiệm với sinh phẩm thứ ba (SP3), kết quả cả 3 lần làm xét nghiệm sẽ được phân tích và biện luận như sau:

+ Kết quả xét nghiệm (SP1+, SP2+, SP3+), kết luận mẫu dương tính với kháng thể HIV.
+ Kết quả xét nghiệm (SP1+, SP2+, SP3-) hoặc (SP1+, SP2-, SP3+), kết luận mẫu không xác định, yêu cầu lấy mẫu xét nghiệm lại sau 14 ngày.
+ Kết quả xét nghiệm (SP1+, SP2-, SP3-) và người được làm xét nghiệm không có yếu tố nguy cơ lây nhiễm HIV có thể kết luận là mẫu âm tính với kháng thể HIV; nếu người được làm xét nghiệm có yếu tố nguy cơ lây nhiễm HIV, kết luận mẫu không xác định và yêu cầu lấy mẫu xét nghiệm lại sau 14 ngày; trường hợp người được làm xét nghiệm không có yếu tố nguy cơ lây nhiễm HIV nhưng nếu SP1 là sinh phẩm xét nghiệm phát hiện cả kháng nguyên và kháng thể trong khi SP2 và SP3 là sinh phẩm chỉ phát hiện kháng thể thì yêu cầu lấy mẫu xét nghiệm lại sau 14 ngày.

2.2.1.3. Trong các trường hợp kết quả xét nghiệm không xác định, đề nghị lấy máu xét nghiệm lại lần 2 sau 14 ngày và nếu kết quả xét nghiệm sau 14 ngày vẫn tiếp tục không xác định thì phân tích và biện luận như sau:

- Không có sự thay đổi hoặc giảm mức độ phản ứng với cùng loại sinh phẩm đã được sử dụng trong 2 lần xét nghiệm, kết luận mẫu âm tính với kháng thể HIV.
- Có sự gia tăng mức độ phản ứng với cùng loại sinh phẩm đã được sử dụng trong 2 lần xét nghiệm, yêu cầu lấy mẫu làm lại xét nghiệm lần 3 sau 14 ngày.
- Các phòng xét nghiệm có thể gửi mẫu không xác định lên phòng xét nghiệm tham chiếu tuyến trên để làm các xét nghiệm khẳng định khác.

2.2.1.4. Trong các trường hợp kết quả xét nghiệm lần 3 tiếp tục không xác định, kết luận mẫu âm tính với kháng thể HIV.

2.2.2. Chẩn đoán nhiễm HIV ở trẻ em sinh ra từ mẹ nhiễm HIV

Thực hiện xét nghiệm PCR phát hiện acid nucleic của HIV (ADN/ARN) để khẳng định nhiễm HIV cho trẻ dưới 18 tháng tuổi. Thực hiện xét nghiệm khi trẻ 4 - 6 tuần tuổi hoặc ngay sau đó càng sớm càng tốt.

III. CÁC CAN THIỆP DỰ PHÒNG LÂY TRUYỀN HIV TỪ MẸ SANG CON

3.1. Mục tiêu điều trị ARV cho phụ nữ mang thai nhiễm HIV

- Cần điều trị ARV càng sớm càng tốt cho phụ nữ mang thai ngay khi phát hiện nhiễm HIV để giảm tối đa lây truyền HIV từ mẹ sang con. Mục tiêu của điều trị ARV cho phụ nữ mang thai là nhằm đạt được tải lượng HIV dưới ngưỡng ức chế, tốt nhất là dưới ngưỡng phát hiện, chậm nhất vào quý 3 của thai kỳ, đặc biệt là khi chuyển dạ.
- Phụ nữ mang thai nhiễm HIV cần được theo dõi hằng tháng, đặc biệt vào thời điểm gần ngày dự kiến sinh.

3.2. Các tình huống

Các tình huống	Xử trí
1. Dự kiến có thai khi đang điều trị ARV	Duy trì phác đồ điều trị ARV hiện tại đồng thời củng cố tuân thủ điều trị. Tư vấn thời điểm có thai tốt nhất khi tải lượng HIV dưới ngưỡng phát hiện.
2. Phụ nữ mang thai phát hiện nhiễm HIV chưa điều trị ARV	Điều trị ARV ngay, càng sớm càng tốt: 1. Nếu tuổi thai < 24 tuần: Phác đồ bắt đầu điều trị giống người lớn*: Phác đồ ưu tiên: TDF + 3TC + EFV 2. Nếu tuổi thai ≥ 24 tuần bao gồm trường hợp phát hiện nhiễm HIV gần ngày sinh dự kiến hoặc xét nghiệm kháng thể kháng HIV có phản ứng lúc chuyển dạ: TDF+ 3TC (FTC) + RAL. Nếu không có RAL chuyển phác đồ: TDF +3TC + ATV/r (hoặc LPV/r). Nếu không có nhóm PI: TDF + 3TC + EFV
3. Phụ nữ đang điều trị ARV thì có thai	Xét nghiệm tải lượng HIV ngay khi có thai: 1. Nếu tải lượng HIV < 1000 bản sao/ml: Tiếp tục phác đồ ARV hiện tại. 2. Nếu tải lượng HIV ≥ 1000 bản sao/ml và tuổi thai ≥ 24 tuần: tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị, hội chẩn chuyển phác đồ có RAL hoặc nhóm PI (ATV/r hoặc LPV/r). 3. Nếu tải lượng HIV ≥ 1000 bản sao/ml và tuổi thai < 24 tuần: tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị, xét nghiệm tải lượng HIV sau đó 01 tháng. Cân nhắc chuyển phác đồ tùy thuộc vào kết quả xét nghiệm tải lượng HIV. Nếu không làm được xét nghiệm tải lượng HIV: 1. Không có thất bại điều trị về lâm sàng và miễn dịch: giữ nguyên phác đồ ARV đang điều trị. 2. Có thất bại điều trị về lâm sàng hoặc miễn dịch: hội chẩn

*: Không chỉ định bắt đầu điều trị ARV với phác đồ có NVP cho mẹ khi tế bào CD4 ≥250 tế bào/ml.

3.3 Liều lượng của các thuốc ARV cho người lớn và trẻ > 35 kg

Tên chung	Liều lượng
Ức chế sao chép ngược nucleoside (NRTIs)/ Ức chế sao chép ngược nucleotide (NtRTIs)	
Abacavir (ABC)	300 mg 2 lần mỗi ngày hoặc 600 mg 1 lần trong ngày
Emtricitabine (FTC)	200 mg 1 lần trong ngày
Lamivudine (3TC)	150 mg 2 lần mỗi ngày hoặc 300 mg 1 lần trong ngày
Zidovudine (AZT)	250−300 mg 2 lần mỗi ngày
Tenofovir (TDF)	300 mg 1 lần trong ngày
Ức chế sao chép ngược không-nucleoside (NNRTIs)	
Efavirenz (EFV)	400 hoặc 600 mg 1 lần trong ngày
Nevirapine (NVP)	200 mg 1 lần trong ngày trong 14 ngày, sau đó 200 mg 2 lần mỗi ngày. Khi sử dụng NVP trên người bệnh đang điều trị rifampicin, thì sử dụng đủ liều NVP 200 mg x 2 lần/ngày
Ức chế Proteases (PIs)	
Atazanavir + ritonavir (ATV/r)	300 mg + 100 mg 1 lần trong ngày
Darunavir + ritonavir (DRV/r)	800 mg + 100 mg 1 lần trong ngày hoặc 600mg + 100 mg 2 lần mỗi ngày
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	400 mg/100 mg 2 lần mỗi ngày Cân nhắc đối với những người có điều trị lao Nếu có rifabutin, không cần thiết điều chỉnh liều. Nếu có rifampicin, điều chỉnh liều LPV/r (LPV 800 mg + RTV200 mg hai lần mỗi ngày hoặc LPV 400 mg + RTV 400 mg hai lần mỗi ngày) hoặc SQV/r (SQV 400 mg + RTV 400 mghai lần mỗi ngày), theo dõi chặt chẽ
Ức chế men tích hợp (INSTIs)	
Raltegravir (RAL)	400 mg 2 lần mỗi ngày
Dolutegravir (DTG)	50 mg 1 lần mỗi ngày

3.4. Phác đồ thuốc ARV cho trẻ để điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con (PLTMC)

3.4.1. Phác đồ thuốc ARV và thời gian điều trị

Sử dụng viên nén phân tán Zidovudin/Lamivudine/Nevirapine 60mg/30mg/50mg dạng phối hợp liều cố định (viết tắt là AZT/3TC/NVP) và/hoặc Nevirapine siro 10mg/ml (viết tắt là NVP)

Mẹ có nguy cơ cao lây truyền HIV cho con*	Cách nuôi con	Thuốc và thời gian điều trị dự phòng
Không	Cho con bú hoặc không cho con bú mẹ	NVP: 6 tuần từ khi sinh Hoặc: AZT/3TC/NVP: 6 tuần (**)
Có	Không cho con bú	NVP + AZT: 6 tuần từ khi sinh Hoặc: AZT/3TC/NVP: 6 tuần từ khi sinh
	Cho con bú	NVP + AZT: 12 tuần từ khi sinh Hoặc: AZT/3TC/NVP: 6 tuần từ khi sinh và siro NVP trong 6 tuần tiếp theo Hoặc (**): AZT/3TC/NVP: 12 tuần từ khi sinh

Mẹ có nguy cơ cao lây truyền HIV cho con khi có một trong các tiêu chuẩn:

1) Điều trị ARV < 4 tuần tính đến thời điểm sinh hoặc không được điều trị ARV;

2) Tải lượng HIV > 1000 bản sao / mL trong giai đoạn mang thai;

3) Phát hiện nhiễm HIV lúc chuyển dạ hoặc ngay sau sinh hoặc đang cho con bú.

*** Chỉ áp dụng trong trường hợp không có siro NVP.*

3.4.2. Xét nghiệm chẩn đoán sớm nhiễm HIV cho trẻ sinh từ mẹ nhiễm HIV

3.4.2.1 Kỹ thuật

Lấy máu xét nghiệm chẩn đoán sớm nhiễm HIV bằng kỹ thuật PCR phát hiện acid nucleic của HIV (ADN/ARN).

3.4.2.2 Thời điểm thực hiện

- Ngay sau khi sinh và trước khi cho trẻ uống thuốc ARV phác đồ viên kết hợp AZT/3TC/NVP để dự phòng lây truyền HIV từ mẹ. Trường hợp trẻ uống siro NVP thì không cần lấy máu xét nghiệm PCR. Trường hợp không thể làm được xét nghiệm PCR hoặc đang chờ kết quả PCR vẫn cho trẻ uống viên kết hợp AZT/3TC/NVP.
- Khi trẻ được 4-6 tuần tuổi: Làm xét nghiệm PCR cho tất cả trẻ sinh từ mẹ nhiễm HIV, bao gồm nhóm được làm và không được làm xét nghiệm PCR lúc sinh.

3.4.2.3. Xử trí khi có kết quả PCR thực hiện ngay sau khi sinh

- Trường hợp kết quả PCR âm tính: tiếp tục điều trị dự phòng bằng thuốc ARV. Trẻ vẫn có khả năng nhiễm HIV, phải được theo dõi chặt chẽ tình trạng lâm sàng, xét nghiệm PCR, xét nghiệm kháng thể kháng HIV của trẻ cho đến khi đủ 18 tháng tuổi. Việc chỉ định xét nghiệm PCR, xét nghiệm kháng thể kháng HIV và xử trí thực hiện theo quy định tại Hướng dẫn Điều trị và chăm sóc HIV/AIDS.

  Trường hợp kết quả PCR dương tính: Trẻ bị nhiễm HIV và cần chuyển sang điều trị thuốc ARV theo quy định tại Hướng dẫn Điều trị và chăm sóc HIV/AIDS.

3.4.3. Liều lượng và cách dùng

3.4.3.1. AZT/3TC/NVP

Liều lượng	**Cách dùng**
Từ khi sinh đến hết 6 tuần tuổi: ¼ viên/lần x 2 lần/ ngày cách nhau 12 giờ	Bẻ viên thuốc thành 2 phần theo vạch khía giữa viên thuốc Buổi sáng: Hòa nửa viên thuốc với 5ml nước đun sôi để nguội thành thuốc hỗn dịch. Mỗi lần uống một nửa (2,5ml) thuốc hỗn dịch đã pha. Phần còn lại bỏ đi. Buổi chiều: Hòa 1/2 viên thuốc còn lại với 5ml nước đun sôi để nguội thành thuốc hỗn dịch. Mỗi lần uống một nửa (2,5ml) thuốc hỗn dịch đã pha. Phần còn lại bỏ đi.
Từ khi trẻ trên 6 tuần tuổi đến hết 12 tuần tuổi:	Sử dụng liều điều trị theo cân nặng của trẻ quy định tại Hướng dẫn Điều trị và chăm sóc HIV/AIDS.

3.4.3.2 Liều lượng siro NVP và AZT

Tuổi của trẻ ***Từ khi sinh tới 6 tuần tuổi***	**Liều lượng NVP uống hàng ngày**	**Liều lượng AZT uống hàng ngày**
Cân nặng khi sinh < 2000 g	2 mg/kg một lần	2 mg/kg x 02 lần/ngày
Cân nặng khi sinh 2000g - 2499g	10 mg một lần	10 mg x 02 lần/ngày
Cân nặng khi sinh ≥ 2500 g	15 mg một lần	15 mg x 02 lần/ngày
> 6 tuần tới 6 tháng*	20 mg một lần (2ml siro một lần /ngày hoặc nửa viên 50mg một lần/ngày)	Sử dụng liều điều trị 60mg x 2 lần/ngày (6ml siro hoặc một viên 60mg x 2 lần /ngày)

Lưu ý:

1. Bắt đầu điều trị thuốc ARV dự phòng nhiễm HIV cho trẻ ngay sau sinh càng sớm càng tốt.

2. Không cho trẻ uống ARV để dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con nếu trẻ trên 72 giờ tuổi, chưa được điều trị dự phòng bằng thuốc ARV và không bú mẹ. Nếu trẻ bú mẹ thì cho trẻ uống thuốc ARV ngay đến 12 tuần tuổi.

3. Nếu mẹ cho con bú nhưng bị gián đoạn điều trị ARV vì bất cứ lý do nào, điều trị dự phòng cho con cho đến khi mẹ điều trị lại ARV được 6 tuần. Trường hợp mẹ không điều trị lại hoặc điều trị lại nhưng dưới 6 tuần, con tiếp tục uống thuốc dự phòng cho đến khi ngừng bú mẹ hoàn toàn được 1 tuần.

4. Nếu XN sàng lọc của mẹ có kết quả phản ứng với kháng thể kháng HIV tại thời điểm chuyển dạ hoặc sau sinh thì tư vấn điều trị dự phòng ARV cho trẻ. Nếu sau đó kết quả xét nghiệm khẳng định HIV của mẹ âm tính thì ngừng điều trị dự phòng cho trẻ.

3.5. Các can thiệp sản khoa trong giai đoạn chuyển dạ và sau sinh

Mục đích: Giảm tối đa sự phơi nhiễm của thai nhi với HIV từ các dịch cơ thể của mẹ và các yếu tố nguy cơ lây truyền mẹ con

3.5.1. Trong chuyển dạ

- Tuân thủ nguyên tắc vô khuẩn chung.
- Hạn chế tối đa thủ thuật gây tổn thương da và niêm mạc cho mẹ và con khi chuyển dạ (không bấm ối sớm, đặt điện cực vào đầu thai nhi).
- Những trường hợp đang điều trị ARV có tải lượng HIV RNA ≤ 1000 copies, tần suất lây truyền từ mẹ sang con rất thấp, không có sự khác biệt giữa mổ sanh và sinh ngã âm đạo cũng như thời gian vỡ ối.
- Những can thiệp sản khoa trong chuyển dạ nên cân nhắc giữa chỉ định sản khoa và lợi ích cho mẹ và thai.

3.5.2. Sau sinh

3.5.2.1. Chăm sóc sản khoa

- Theo dõi hậu sản, co hồi tử cung, chảy máu, nhiễm trùng.
- Điều trị dự phòng lây truyền HIV tiếp tục theo phác đồ.

- Tư vấn và giới thiệu chuyển tiếp đến cơ sở chăm sóc và điều trị HIV/AIDS và khẳng định tình trạng nhiễm HIV. Tư vấn phương thức nuôi con an toàn.
- Tư vấn biện pháp tránh thai:
  + Người nhiễm HIV có thể sử dụng các viện pháp tránh thai như người không nhiễm HIV đã được quy định trong hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ CSSKSS- 2009.
  + Biện pháp tránh thai nội tiết được sử dụng không hạn chế ở người có nguy cơ cao nhiễm HIV hoặc STIs.
  + Không nên đặt dụng cụ tử cung ở người đang ở giai đoạn AIDS có tình trạng lâm sàng không ổn định hoặc đang sử dụng thuốc kháng Virus ARV dưới 6 tháng.

3.5.2.2. Chăm sóc trẻ sơ sinh

- Cắt rốn sớm ngay sau đẻ, càng sớm càng tốt.
- Tắm ngay sau khi cắt rốn hoặc lau khô dịch trên người trẻ bằng khăn mềm, dễ thấm nước, hạn chế lau và kỳ trên bề mặt da.
- Hạn chế hút dịch ở đường mũi - hầu - họng, nếu cần thì dùng bóng hút thao tác nhẹ nhàng, tránh tổn thương mũi họng.
- Trẻ sơ sinh sau đẻ tốt nhất phải được dự phòng ARV trước 72 giờ.
- Khi xuất viện cần giới thiệu đưa trẻ đến các cơ sở nhi khoa khi trẻ được 4 tuần tuổi, dùng thuốc dự phòng các bệnh nhiễm trùng khác, theo dõi và xét nghiệm cho đến khi khẳng định tình trạng HIV, đồng thời với việc theo dõi tăng trưởng và tiêm chủng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quản lý, điều trị và chăm sóc HIV/AIDS (Ban hành kèm theo Quyết định số 3047/QĐ-BYT ngày 22/7/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế).
2. Hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS (Ban hành kèm theo Quyết định số 5418/QĐ-BYT ngày 01/12/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế).
3. Quyết định số 6250/QĐ-BYT ngày 16 tháng 10 năm 2018 về việc ban hành Hướng dẫn bổ sung Quyết định 5418/QĐ-BYT ngày 01/12/2017 về Hướng dẫn điều trị HIV/AIDS tạm thời sử dụng thuốc ARV cho trẻ để điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.
4. Hướng dẫn quốc gia về xét nghiệm huyết thanh học HIV (Ban hành kèm theo Quyết định số 1098/QĐ-BYT ngày 04/4/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế).

28 CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ TUYẾN GIÁP TRONG THAI KỲ

I. GIỚI THIỆU

1.1. Các bệnh lý tuyến giáp thường gặp

- Cường giáp
- Suy giáp
- Bướu giáp đơn thuần và bướu giáp nhân
- Viêm giáp

1.2. Chỉ định xét nghiệm chức năng tuyến giáp trong thai kỳ

- Đang điều trị bệnh lý tuyến giáp
- Tiền căn gia đình có bệnh tuyến giáp tự miễn
- Có bướu giáp
- Có tiền căn:
  + Rối loạn tự miễn
  + Chụp X quang vùng đầu cổ liều cao
  + Rối loạn tuyến giáp hậu sản
  + Con lần trước bị bệnh tuyến giáp
  + Điều trị cường giáp
  + Đái tháo đường típ 1

1.3. Giá trị bình thường TSH trong thai kỳ (tham khảo)

- Tam cá nguyệt 1 : 0,1 - 2,5 mUI/L
- Tam cá nguyệt 2 : 0,2 - 3,0 mUI/L
- Tam cá nguyệt 3 : 0,3 - 3,0 mUI/L

II. CƯỜNG GIÁP

Cường giáp (TSH thấp, FT4 hay FT3 tăng) tương đối hiếm gặp trong thai kỳ, xảy ra ở 0,1 – 0,4% phụ nữ mang thai. Chẩn đoán cường giáp ở phụ nữ mang thai tương tự như ở người không mang thai nhưng có một số đặc điểm riêng.

2.1. Triệu chứng

- Triệu chứng không đặc hiệu: nhịp tim nhanh, không chịu được nóng, tăng đổ mồ hôi, lo lắng, run tay, sụt cân dù ăn bình thường hoặc ăn nhiều.
- Triệu chứng đặc hiệu: có bướu giáp, mắt lồi (bệnh Graves).
- Cận lâm sàng: TSH giảm, FT4 hoặc FT3 (hoặc T4 hoặc T3 toàn phần) tăng.

2.2. Biến chứng trong thai kỳ

- Sẩy thai tự nhiên
- Sanh non
- Trẻ sinh nhẹ cân
- Thai lưu
- Tiền sản giật
- Suy tim

  Rất hiếm trường hợp cơn bão giáp xảy ra do chuyển dạ, nhiễm trùng, tiền sản giật, mổ sanh được báo cáo.

2.3. Chẩn đoán

- Chẩn đoán cường giáp trong thai kỳ dựa trên biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng. Những dấu hiệu đặc hiệu như bướu giáp hoặc lồi mắt gợi ý bệnh Graves.
- TSH giảm ≤0,1 mU/L hoặc không tìm thấy, FT4 hoặc FT3 (hoặc T3 hoặc T4 toàn phần) tăng.

2.4. Nguyên nhân

- Bệnh Grave: là một hội chứng bao gồm cường giáp, bướu giáp, mắt lồi, phù niêm khu trú; gây ra bởi kháng thể tự thân kích hoạt thụ thể thyrotropin, từ đó kích thích tổng hợp hormone tuyến giáp.

- Cường giáp do tăng hCG: xảy ra trong giai đoạn nồng độ hCG cực đại
  + Nhiễm độc giáp thai kỳ thoáng qua
  + Nghén
  + Cường giáp do bệnh lý tế bào nuôi
- Bướu độc tuyến giáp
- Bướu độc giáp đa nhân

2.5. Điều trị

- Cường giáp do tăng hCG thường thoáng qua và không cần điều trị. Tương tự, tăng chức năng tuyến giáp ở người nghén nặng cũng không cần điều trị bởi nó thường nhẹ và sẽ thoái lui khi nồng độ hCG giảm xuống (khoảng tuần 14-18 thai kỳ).
- Những thai phụ có cường giáp dưới lâm sàng (TSH thấp, T4, T3 tăng nhẹ, <1,5 lần giới hạn trên ở người bình thường) do bệnh Grave, bướu giáp độc có thể theo dõi (định lượng TSH, FT4 hoặc T3,T4 mỗi 4-6 tuần) mà không cần điều trị.
- Thai phụ có cường giáp trung bình hoặc nặng (T3, T4 tăng > 1,5 lần giới hạn trên ở người bình thường, hoặc FT4 tăng đáng kể) do bệnh Grave, bướu độc tuyến giáp, bệnh lý tế bào nuôi cần phải điều trị.
- Chọn lựa điều trị:
  + Beta blockers:
    - Dùng để kiểm soát nhịp tim và triệu chứng run tay (2B)
    - Tránh dùng trong thời gian dài (nhiều hơn 2-6 tuần) vì có liên quan đến thai chậm tăng trưởng và hạ đường huyết, suy hô hấp, nhịp tim chậm ở trẻ sơ sinh.
    - Liều khởi đầu atenolol 24-50 mg/ ngày hoặc propranolol 20 - 40mg mỗi 6-8 giờ, có thể tăng liều nếu cần để kiểm soát triệu chứng.
    - Thay thế chẹn Beta bằng thionamides càng sớm càng tốt khi cường giáp được kiểm soát

  + Thionamides: gồm có propylthiouracil (PTU), methimazole (MMI), và carbimazole (CBZ).

    Là lựa chọn đầu tay trong điều trị cường giáp trung bình–nặng (2B)

- Ưu tiên sử dụng PTU trong tam cá nguyệt 1 (2C), xem xét thay thế bằng MMI khi qua tam cá nguyệt 2 (2C).
- Liều dùng PTU: 50 mg 2-3 lần ngày, MMI: 5-10 mg/ ngày, CBZ: 5 - 15 mg/ngày, đối với bệnh nhân nặng PTU 100 mg x 3 lần/ngày, MMI 10 – 30 mg/ ngày.
- Liều tương đương giữa PTU và MMI là 10:1 đến 15:1 (100mg PTU = 7,5-10mg MMI), liều tương đương giữa CBZ và MMI là 10:8.
- Nên đánh giá lại chức năng tuyến giáp mỗi 4 tuần.
- Phẫu thuật cắt tuyến giáp trong thai kỳ có thể cần thiết đối với thai phụ bị bệnh Grave không dung nạp với thionamides do dị ứng hoặc giảm bạch cầu hạt (2C).

2.6. Theo dõi thai nhi

- Tất cả thai nhi có mẹ bệnh Grave nên được theo dõi dấu hiệu nhiễm độc giáp bằng cách đánh giá nhịp tim và sự tăng trưởng của thai.
- Nếu thai nhi có dấu hiệu nhiễm độc giáp, cần siêu âm trước sanh nhằm loại trừ bướu giáp thai.

2.7. Theo dõi

- Định lượng TSH, FT4 mỗi 4-6 tuần và khi vào chuyển dạ.
- Nguy cơ suy gan nếu sử dụng PTU kéo dài.

III. NHƯỢC GIÁP

3.1. Triệu chứng

- Lâm sàng: Mệt mỏi, chịu lạnh kém, táo bón, tăng cân. Nhiều bệnh nhân không có triệu chứng.

3.2. Chẩn đoán

- Nhược giáp lâm sàng: TSH tăng, FT4 giảm hoặc TSH ≥ 10 mUI/L bất kể FT4 có giảm hay không.
- Nhược giáp dưới lâm sàng: TSH tăng, FT4 bình thường.

3.3. Biến chứng trong thai kỳ

- Tiền sản giật và cao huyết áp thai kỳ
- Nhau bong non
- Biểu đồ tim thai không đáp ứng
- Sanh non
- Đẻ nhẹ cân
- Tăng tỉ lệ mổ sanh
- Rối loạn nhận thức và tâm thần kinh
- Băng huyết sau sanh

3.4. Tầm soát nhược giáp ở thai phụ

- Đối tượng tầm soát:
  + Ở vùng thiếu iod trung bình – nặng
  + Có triệu chứng nhược giáp
  + Tiền sử cá nhân hay gia đình có bệnh lý tuyến giáp
  + Tiền sử cá nhân có kháng thể kháng peroxidase tuyến giáp (TPO)
  + ĐTĐ type 1
  + Chụp X quang vùng đầu cổ
  + Sẩy thai tái phát, béo phì, vô sinh
- Định lượng TSH ở tam cá nguyệt thứ nhất. Nếu TSH bình thường, theo dõi thai kỳ bình thường. Nếu TSH > 2.5 mU/L, định lượng FT4 để xác định mức độ nhược giáp. Nếu nhược giáp dưới lâm sàng, cần định lượng kháng thể TPO.

3.5. Điều trị

- Tất cả thai phụ nhược giáp lâm sàng cần được điều trị với hormone tuyến giáp.
- Những trường hợp nhược giáp dưới lâm sàng có kháng thể kháng men peroxidase cần điều trị (B).
- Thuốc điều trị là LT4 đường uống (viên 0.1mg) (A).
- Không khuyến cáo sử dụng phối hợp T3-T4 (2B).
- Nhược giáp trung bình – nặng: khởi đầu với liều cao 1.6 µg/kg/ngày ở bệnh nhân trẻ, khỏe mạnh. Với bệnh nhân lớn tuổi hơn khởi đầu 25-50 µg/ngày (uống lúc đói, tốt nhất là 1 giờ trước ăn sáng).
- Nhược giáp nhẹ (TSH < 10 mU/L): khởi đầu với 1 µg/kg/ngày.

- Mục tiêu điều trị: cải thiện triệu chứng và đưa TSH trở về bình thường (theo từng tam cá nguyệt) (A).
- Đối với trường hợp nhược giáp trước khi mang thai, cần tăng liều levothyroxine ngay từ lúc thử thai dương tính. Phác đồ đề nghị: tăng gấp đôi liều 2 ngày trong tuần (9 liều /tuần thay vì 7 liều /tuần). (B)

3.6. Theo dõi

- Đánh giá lại bệnh nhân sau 2-3 tuần. Nếu vẫn còn triệu chứng, định lượng TSH và FT4, nếu FT4 thấp, cần tăng liều levothyroxine (12-25 μg/ngày).
- Sau 6 tuần TSH vẫn cao hơn mức bình thường, cần tăng liều T4.
- Định lượng TSH mỗi 6 tuần. Đối với nhược giáp trước khi mang thai, cần định lượng TSH mỗi 4 tuần trong nửa đầu thai kỳ để điều chỉnh liều LT4. (B)
- Cần định lượng lại TSH ít nhất 1 lần trong khoảng tuần thứ 26 – 32 của thai kỳ (I) và khi vào chuyển dạ.
- Sau sanh nên giảm liều LT4 bằng với mức trước khi mang thai. Định lượng lại TSH khoảng 6 tuần sau sanh. (B)

IV. VIÊM GIÁP HẬU SẢN

4.1. Định nghĩa

Rối loạn chức năng tuyến giáp xảy ra trong năm đầu tiên sau sanh. Là rối loạn tự miễn liên quan đến kháng thể kháng giáp.

4.2. Biểu hiện lâm sàng

Bệnh cảnh điển hình: cường giáp thoáng qua, theo sau là nhược giáp thoáng qua, cuối cùng trở về bình giáp.

Thường không có triệu chứng trong giai đoạn cường giáp.

Có mối liên quan giữa trầm cảm và viêm giáp hậu sản. Nên định lượng TSH, FT4, TPOAb ở phụ nữ bị trầm cảm sau sanh. (B)

4.3. Điều trị

Thường không cần điều trị.

Chỉ điều trị với beta blocker ở những phụ nữ có triệu chứng với liều tối thiểu có thể kiểm soát triệu chứng. Thuốc kháng giáp không có hiệu quả.

4.4. Theo dõi

Sau giai đoạn cường giáp, nên định lượng TSH mỗi 2 tháng để tầm soát nhược giáp.

V. CƠN BÃO GIÁP

5.1. Triệu chứng

- Tăng thân nhiệt
- Nôn ói
- Đau bụng
- Kích động
- Toát mồ hôi
- Mất nước
- Nhịp tim nhanh
– Suy tim sung huyết
- Loạn nhịp tim
- Lú lẫn
- Lồi mắt

5.2. Xử trí

Thuốc kháng giáp

+ PTU 300-600mg uống ngay lập tức, duy trì 150-300mg uống mỗi 6 giờ, có thể cho qua sonde mũi dạ dày hoặc hậu môn nếu bệnh nhân không uống được (viên 50mg)
+ Dung dịch KI bão hòa 2-5 giọt mỗi 8 giờ hoặc NaI 0,5-1g mỗi 8 giờ đường tĩnh mạch
+ Beta blocker nhằm giảm triệu chứng tim mạch: propranolol 20-80 mg uống hoặc qua sonde mũi dạ dày mỗi 4-6 giờ

Điều trị nâng đỡ

+ Dịch truyền
+ Dinh dưỡng

Oxygen

Hạ sốt

Cân bằng điện giải

Dexamethasone 2mg mỗi 6 giờ x 4 liều hoặc hydrocortisone 300mg/ngày (TM) hoặc prednisone 60 mg (uống)

+ Barbiturate nếu cần: phenobarbital 30-60mg uống mỗi 6-8 giờ

5.3. Dự phòng

Kiểm soát tốt cường giáp

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and Postpartum. THYROID Volume 21, Number 10, 2011.
2. Updated AAP Guidelines on Newborn Screening and Therapy for Congenital Hypothyroidism, Am Fam Physician. 2007;76(3):439-444.

29 CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE TRONG THAI KỲ

I. ĐẠI CƯƠNG

Sốt xuất huyết Dengue là bệnh truyền nhiễm do vi rút Dengue gây nên. Vi rút Dengue có 4 tuýp huyết thanh là DEN-1, DEN-2, DEN-3 và DEN-4. Vi rút truyền từ người bệnh sang người lành do muỗi đốt. Muỗi Aedes aegypti là côn trùng trung gian truyền bệnh chủ yếu.

Tại Việt Nam, bệnh xảy ra quanh năm, thường gia tăng vào mùa mưa. Đặc điểm của sốt xuất huyết Dengue là sốt, xuất huyết và thoát huyết tương, có thể dẫn đến sốc giảm thể tích tuần hoàn, rối loạn đông máu, suy tạng, nếu không được chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời dễ dẫn đến tử vong.

Diễn tiến bệnh ở người mang thai cũng tương tự như ở người không mang thai, tuy nhiên ảnh hưởng trên thai là khó lường và nhanh.

II. ẢNH HƯỞNG CỦA SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE LÊN THAI KỲ

Ảnh hưởng lên kết cục thai kỳ: Ảnh hưởng của Dengue trên các kết cục xấu của thai kỳ như sanh non, thai nhẹ cân và mổ sinh chưa rõ ràng.

Nguy cơ lây truyền dọc: nguy cơ lây truyền dọc từ mẹ sang con trong thời gian chu sinh.

Ảnh hưởng của Dengue trong chuyển dạ: Xuất huyết nghiêm trọng sau sinh hoặc sau mổ ở các sản phụ trong giai đoạn sốt xuất huyết nặng do giảm tiểu cầu có/ hoặc không kèm theo hiện tượng thoát huyết tương.

Sốt Dengue trong tam cá nguyệt đầu không có chỉ định chấm dứt thai kỳ vì chưa có đủ bằng chứng gây bất thường thai."

III. DIỄN BIẾN LÂM SÀNG BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

3.1. Giai đoạn sốt

3.1.1. Lâm sàng

- Sốt cao đột ngột, liên tục.
- Nhức đầu, chán ăn, buồn nôn.
- Da sung huyết.
- Đau cơ, đau khớp, nhức hai hố mắt.
- Nghiệm pháp dây thắt dương tính (phụ lục: Nghiệm pháp dây thắt).
- Thường có chấm xuất huyết ở dưới da, chảy máu chân răng hoặc chảy máu mũi.

3.1.2. Cận lâm sàng

- Dung tích hồng cầu (Hematocrit) bình thường.
- Số lượng tiểu cầu bình thường hoặc giảm dần (nhưng còn trên 100.000/mm^3).
- Số lượng bạch cầu thường giảm.

3.2. Giai đoạn nguy hiểm: Thường vào ngày thứ 3-7 của bệnh

3.1.1. Lâm sàng

a) Người bệnh có thể còn sốt hoặc đã giảm sốt.

b) Có thể có các biểu hiện sau:

- Biểu hiện thoát huyết tương do tăng tính thấm thành mạch (thường kéo dài 24-48 giờ):
  + Tràn dịch màng phổi, mô kẽ, màng bụng, nề mi mắt, gan to, có thể đau.
  + Nếu thoát huyết tương nhiều sẽ dẫn đến sốc với các biểu hiện vật vã, bứt rứt hoặc li bì, lạnh đầu chi, da lạnh ẩm, mạch nhanh nhỏ, huyết áp kẹp (hiệu số huyết áp tối đa và tối thiểu ≤ 20 mmHg), tụt huyết áp hoặc không đo được huyết áp, tiểu ít.
- Xuất huyết:
  + Xuất huyết dưới da: Nốt xuất huyết rải rác hoặc chấm xuất huyết thường ở mặt trước hai cẳng chân và mặt trong hai cánh tay, bụng, đùi, mạng sườn hoặc mảng bầm tím.

+ Xuất huyết ở niêm mạc: Chảy máu mũi, lợi, tiểu ra máu. Kinh nguyệt kéo dài hoặc xuất hiện kinh sớm hơn kỳ hạn.

+ Xuất huyết nội tạng như tiêu hóa, phổi, não là biểu hiện nặng.

c) Một số trường hợp nặng có thể có biểu hiện suy đa tạng như viêm gan nặng, viêm não, viêm cơ tim. Những biểu hiện nặng này có thể xảy ra ở một số người bệnh không có dấu hiệu thoát huyết tương rõ hoặc không sốc.

3.2.2. Cận lâm sàng

- Hematocrit tăng so với giá trị ban đầu của người bệnh hoặc so với giá trị trung bình của dân số ở cùng lứa tuổi.
- Số lượng tiểu cầu giảm dưới 100.000/mm^3 (<100 G/L).
- Enzym AST, ALT/ huyết thanh thường tăng.
- Trong trường hợp nặng có thể có rối loạn đông máu.
- Siêu âm hoặc X-quang có thể phát hiện tràn dịch màng bụng, màng phổi. Chỉ nên chỉ định X-quang đánh giá tràn dịch mành phổi trong những trường hợp thật cần thiết trong thai kỳ.

3.3. Giai đoạn hồi phục

3.3.1. Lâm sàng

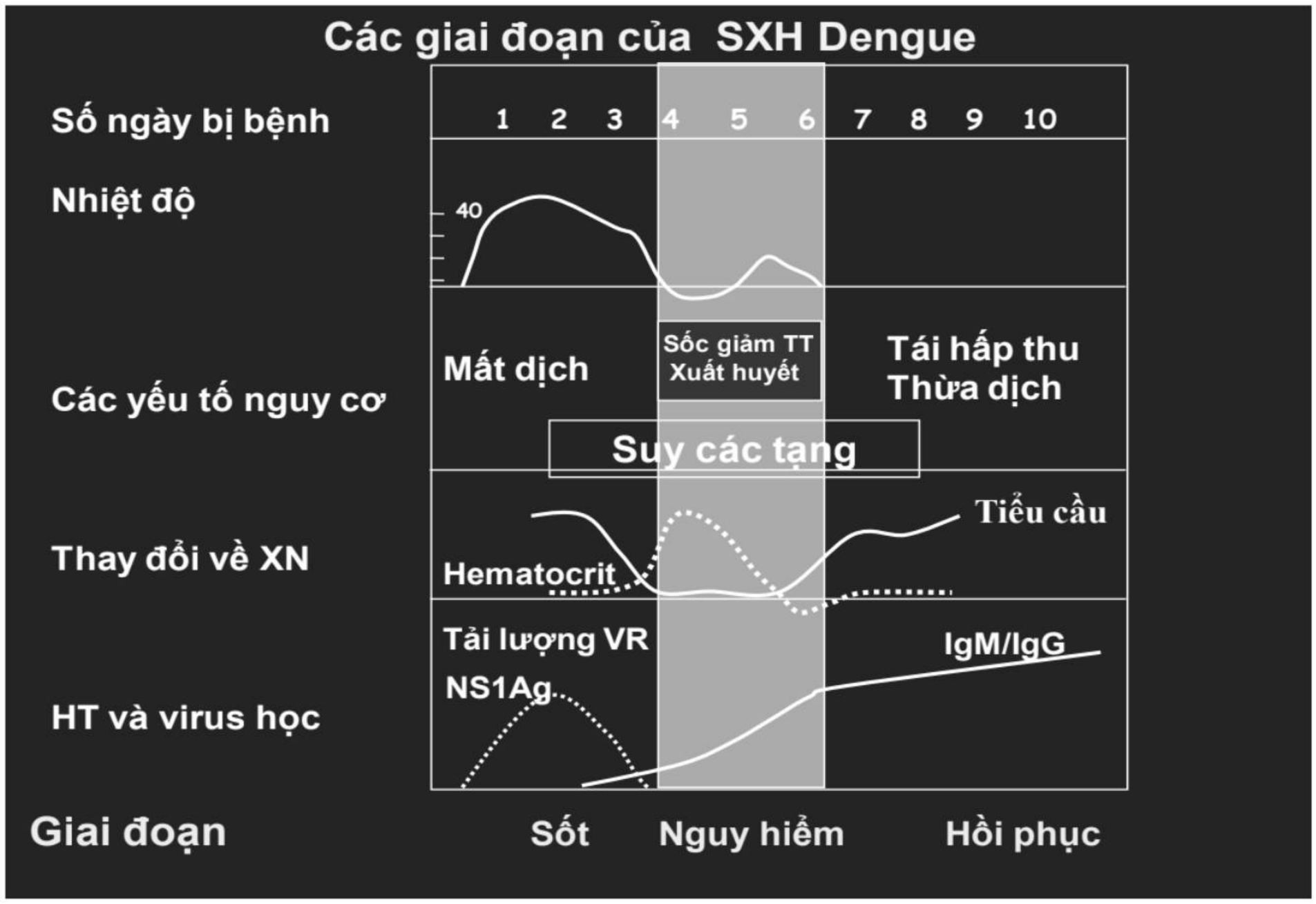
Sau 24-48 giờ của giai đoạn nguy hiểm, có hiện tượng tái hấp thu dần dịch từ mô kẽ vào bên trong lòng mạch. Giai đoạn này kéo dài 48-72 giờ.

- Người bệnh hết sốt, toàn trạng tốt lên, thèm ăn, huyết động ổn định và tiểu nhiều.
- Có thể có nhịp tim chậm và thay đổi về điện tâm đồ.
- Trong giai đoạn này, nếu truyền dịch quá mức có thể gây ra phù phổi hoặc suy tim.

3.3.2. Cận lâm sàng

- Hematocrit trở về bình thường hoặc có thể thấp hơn do hiện tượng pha loãng máu khi dịch được tái hấp thu trở lại.
- Số lượng bạch cầu máu thường tăng lên sớm sau giai đoạn hạ sốt.
- Số lượng tiểu cầu dần trở về bình thường, muộn hơn so với số lượng bạch cầu.

CÁC GIAI ĐOẠN LÂM SÀNG CỦA SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE



IV. CHẨN ĐOÁN

4.1. Bệnh sốt xuất huyết Dengue được chia làm 3 mức độ:

- Sốt xuất huyết Dengue.
- Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo.
- Sốt xuất huyết Dengue nặng.

PHÂN ĐỘ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

Phân độ	SXHD	SXHD có dấu hiệu cảnh báo	SXHD nặng
Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng	Sống/đi đến vùng có dịch. Sốt ≤ 7 ngày và có 2 trong các dấu hiệu sau: - Buồn nôn, nôn. - Phát ban. - Đau cơ, đau khớp, nhức hai hố mắt.	Ít nhất 1 trong các dấu hiệu sau - Vật vã, lừ đừ, li bì. - Đau bụng nhiều và liên tục hoặc tăng cảm giác đau vùng gan. - Nôn ói nhiều ≥ 3 lần/1 giờ hoặc ≥ 4 lần/6 giờ.	**Ít nhất 1 trong các dấu hiệu sau** **1. Thoát huyết tương nặng dẫn tới** - Sốc SXHD, sốc SXHD nặng. - Ứ dịch, biểu hiện suy hô hấp. **2. Xuất huyết nặng**

Phân độ	SXHD	SXHD có dấu hiệu cảnh báo	SXHD nặng
Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng	- Xuất huyết da hoặc dấu hiệu dây thắt (+). - Hct bình thường hoặc tăng. - Bạch cầu bình thường hoặc giảm. - Tiểu cầu bình thường hoặc giảm.	- Xuất huyết niêm mạc: chảy máu chân răng, mũi, nôn ra máu, tiêu phân đen hoặc có máu, xuất huyết âm đạo hoặc tiểu máu. - Gan to > 2cm dưới bờ sườn. - Tiểu ít. - Hct tăng kèm tiểu cầu giảm nhanh. -AST/ALT ≥ 400U/L*. - Tràn dịch màng phổi, màng bụng trên siêu âm hoặc Xquang *.	**3. Suy các tạng** - Gan: AST hoặc ALT ≥ 1000U/L. - Thần kinh trung ương: rối loạn ý thức. - Tim và các cơ quan khác.

4.2. Chẩn đoán căn nguyên vi rút Dengue

4.2.1. Xét nghiệm huyết thanh

- Xét nghiệm nhanh:
  Kháng nguyên NS1 xuất hiện sớm trong 5 ngày đầu của bệnh.
- Xét nghiệm ELISA:
  Kháng thể IgM và IgG có thể có từ ngày thứ ba của bệnh.

4.2.2. Xét nghiệm PCR, phân lập vi rút:

- Lấy máu trong giai đoạn sốt (thực hiện ở các cơ sở xét nghiệm có điều kiện).

V. ĐIỀU TRỊ

5.1. Điều trị sốt xuất huyết Dengue

Sốt xuất huyết Dengue trên cơ địa đặc biệt như phụ nữ mang thai nên cho nhập viện theo dõi điều trị.

Chủ yếu là điều trị triệu chứng và phải theo dõi chặt chẽ phát hiện sớm sốc xảy ra để xử trí kịp thời.

5.1.1. Điều trị triệu chứng

- Nếu sốt cao ≥ 39°C, cho thuốc hạ nhiệt, nới lỏng quần áo và lau mát bằng nước ấm.
- Thuốc hạ nhiệt chỉ được dùng là paracetamol đơn chất, liều dùng từ 10 - 15 mg/kg cân nặng/lần, cách nhau mỗi 4-6 giờ.

Chú ý:

+ Tổng liều paracetamol không quá 60mg/kg cân nặng/24h.
+ Không dùng aspirin (acetyl salicylic acid), Metamizole, ibuprofen để điều trị vì có thể gây xuất huyết, toan máu.

5.1.2. Bù dịch sớm bằng đường uống

Khuyến khích người bệnh uống nhiều nước oresol hoặc nước sôi để nguội, nước trái cây (nước dừa, cam, chanh,...) hoặc nước cháo loãng với muối.

5.1.3. Theo dõi thai nhi

- Hướng dẫn thai phụ đếm cử động thai
- Đo CTG
- Siêu âm thai nhau ối
- Có thể siêu âm Dopper để đánh giá tuần hoàn nhau thai

5.2. Điều trị Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo

- Nhập viện điều trị.
- Điều trị triệu chứng: hạ sốt.
- Bù bịch sớm bằng đường uống nếu bệnh nhân còn khả năng uống được.
- Theo dõi mạch, HA, những dấu hiệu cảnh báo, lượng dịch đưa vào, nước tiểu và Hct mỗi 4-6 giờ.
- Chỉ định truyền dịch:
  + Nên xem xét truyền dịch nếu người bệnh không uống được, nôn nhiều, có dấu hiệu mất nước, lừ đừ, hematocrit tăng cao; mặc dù huyết áp vẫn ổn định.
  + Dịch truyền bao gồm: Ringer lactat, NaCl 0,9%.
- Phương thức truyền dịch
  + Truyền Ringer lactate, Ringer acetate hoặc NaCl 0,9% 6ml/kg/giờ trong 1-2 giờ, sau đó 3ml/kg/giờ trong 2-4 giờ. Theo dõi lâm sàng, Hct mỗi 2-4 giờ. Trong quá trình theo dõi:
  + Nếu mạch, HA ổn định, Hct giảm, nước tiểu ≥ 0,5-1ml/kg/giờ, giảm tốc độ truyền Ringer lactate, Ringer acetate hoặc NaCl 0,9% 1,5ml/kg/giờ trong 6-18 giờ. Nếu lâm sàng tiếp tục cải thiện, có thể ngưng dịch sau 12-24 giờ.
  + Nếu bệnh nhân có biểu hiện sốc (mạch nhanh, nhẹ, khó bắt, huyết áp kẹt, tụt, khó đo và Hct tăng): truyền dịch chống sốc

như phác đồ điều trị sốc SXHD ở người lớn với liều chống sốc đầu tiên là cao phân tử 10-15ml/kg/giờ. Chú ý điều trị toan hóa máu, xuất huyết, hạ đường huyết, hạ calci huyết nếu có.

- Điều trị toan chuyển hóa, hạ đường huyết, hạ Calci huyết, hạ Natri máu.
  + Toan chuyển hóa (pH < 7,35 và/hoặc HCO3- < 17): Natri bicarbonate 4,2% 2ml/kg tĩnh mạch chậm.
  + Hạ đường huyết (đường huyết < 40mg/dl): Dextrose 30% 1-2ml/kg tĩnh mạch chậm.
  + Hạ Calci huyết (Calci ion hóa < 1mmol/L): Calci clorua 10% 0,1-0,2 ml/kg (tối đa 2-5ml/liều), pha loãng trong Dextrose 5% 10-20ml tĩnh mạch chậm 5-10 phút.
  + Hạ Natri máu nặng kèm rối loạn tri giác (Natri máu < 125mEq/l): Natriclorua 3% 4ml/kg truyền tĩnh mạch trong 30 phút, lặp lại khi cần
- Chỉ định truyền máu và chế phẩm máu.

Máu và các chế phẩm máu	Chỉ định	Mục tiêu cần đạt
Huyết tương tươi đông lạnh	- RLĐM (PT hay aPTT > 1,5) và đang xuất huyết nặng; - RLĐM + chuẩn bị làm thủ thuật	PT/PTc <1,5
Kết tủa lạnh	- Xuất huyết nặng + Fibrinogen < 1g/l	Fibrinogen > 1g/l
Tiểu cầu	- Tiểu cầu < 50.000/mm^3 + xuất huyết nặng. - Tiểu cầu < 5.000/mm^3, chưa xuất huyết: Xem xét tùy từng trường hợp cụ thể. - Tiểu cầu < 30.000/mm^3 + chuẩn bị làm thủ thuật xâm lấn (trừ ca cấp cứu).	TC > 50.000/mm^3 TC > 30.000/mm^3
Hồng cầu lắng, máu tươi	- Đang xuất huyết nặng/kéo dài - Sốc không cải thiện sau bù dịch 40-60ml/kg + Hct < 35% hay Hct giảm nhanh trên 20% so với trị số đầu	Hct 35 - 40%

- Chỉ định truyền máu và chế phẩm máu.

Hội chẩn liên chuyên khoa nhiễm, huyết học, chăm sóc tăng cường (ICU) xử trí theo hướng dẫn của Bộ Y Tế.

VI. NHỮNG ĐIỀU CẦN LƯU Ý

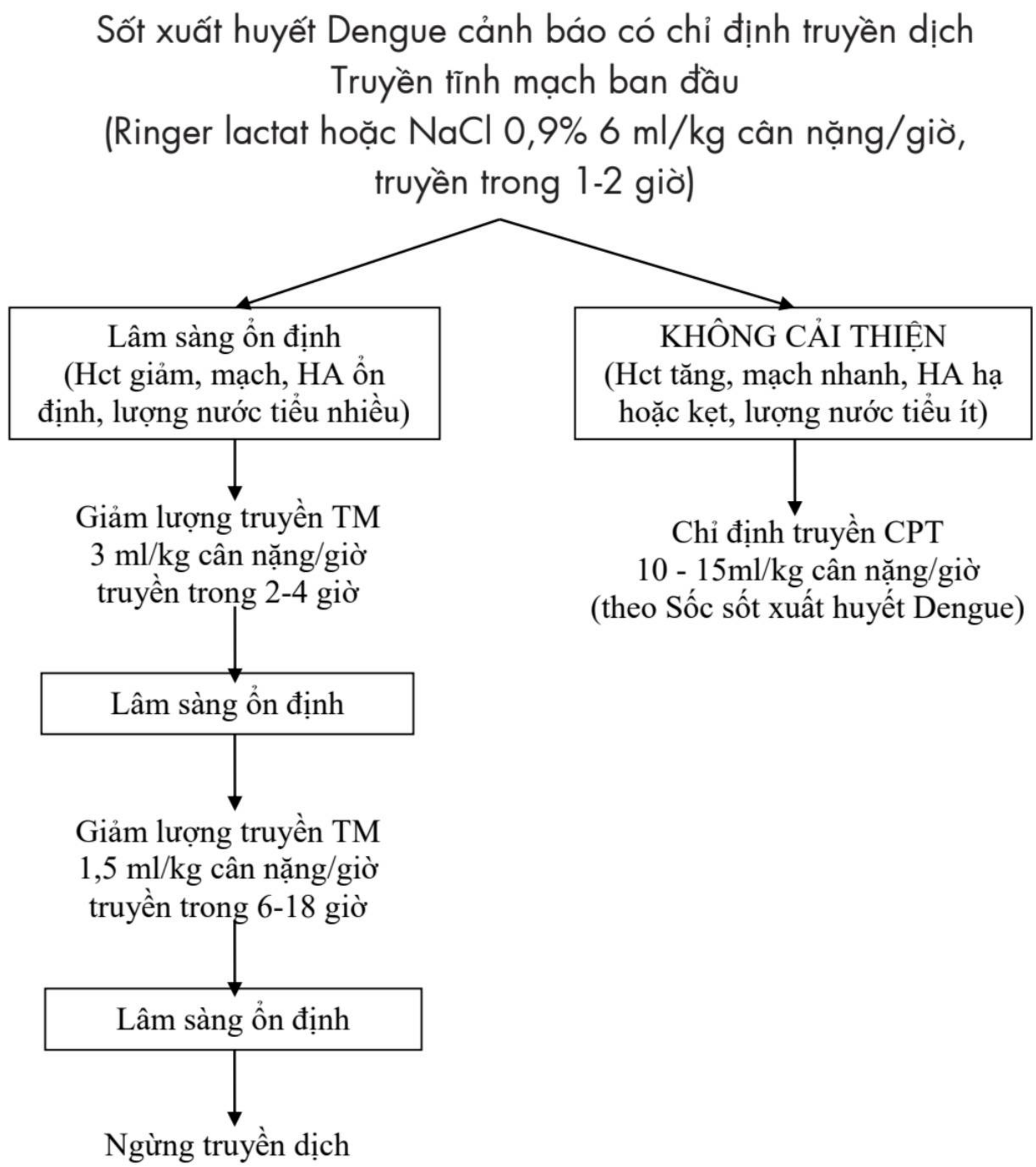
- Nhập viện khi phát hiện sốt Dengue trên thai phụ để được xác định chẩn đoán, đánh giá mức độ và ảnh hưởng trên thai phụ và thai nhi.
- Truyền tiểu cầu dự phòng không được khuyến cáo trừ trường hợp vào chuyển dạ không thể tránh khỏi. Khi sinh ngả âm đạo, tiểu cầu trong vòng 6 giờ trước sinh nên giữ ở mức >50 000/mm^3. Khi mổ sinh, tiểu cầu trong vòng 6 giờ nên giữ trên mức > 75 000/mm^3.
- Truyền tiểu cầu khi có tình trạng chảy máu ở các sản phụ có giảm tiểu cầu.
- Chỉ nên chỉ định mổ sinh vì các chỉ định sản khoa và cần thảo luận kỹ và tư vấn nguy cơ xuất huyết trong và sau mổ cho thai phụ và gia đình. Tránh mổ sinh chủ động hoặc khởi phát chuyển dạ ở các thai phụ sốt xuất huyết Dengue trong giai đoạn trước ngày 7 của bệnh
- Sau sinh, trẻ sơ sinh được sinh ra trong giai đoạn mẹ sốt xuất huyết Dengue cần đánh giá của Nhi Sơ sinh và theo dõi vì có nguy cơ nhiễm Dengue, xem xét thực hiện các xét nghiệm: TPTTB máu, Ns1Ag Strip, Dengue IgG, IgM. Mức độ nặng có thể tử vong do lây truyền dọc từ mẹ sang con.
- Tiêu chuẩn xuất viện:
  + Hết sốt 2 ngày, tỉnh táo, ăn uống được
  + Mạch, huyết áp bình thường.
  + Không khó thở hoặc suy hô hấp do tràn dịch màng phổi hay màng bụng
  + Không xuất huyết tiến triển
  + AST, ALT < 400U/L
  + Số lượng tiểu cầu khuynh hướng hồi phục > 50.000/mm^3, Hct trở về bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế (2019) Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị sốt xuất huyết Dengue.
2. FOGSI (2014) Dengue in pregnancy: management protocols, the consensus group meeting .

PHỤ LỤC 1
SƠ ĐỒ TRUYỀN DỊCH TRONG SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE CÓ DẤU HIỆU CẢNH BÁO

(Ban hành kèm theo Quyết định số 3705/QĐ-BYT ngày 22 tháng 08 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế)



Chú thích:

Hct: Hematocrit
TM: Tĩnh mạch
HA: Huyết áp
CPT: Cao phân tử

PHỤ LỤC 2
NGHIỆM PHÁP DÂY THẮT

I. Nguyên lý của nghiệm pháp dây thắt:

Cản trở tuần hoàn về tim để làm tăng áp lực trong lòng tĩnh mạch qua đó làm tăng áp lực mao mạch; sau đó giảm áp lực một cách đột ngột. Nếu thành mạch kém bền vững thì hồng cầu sẽ bị đẩy ra khỏi thành mạch gây nên xuất huyết dưới da với hình thái những chấm xuất huyết nhỏ.

II. Các bước tiến hành

- Kiểm tra nốt xuất huyết trên tay người bệnh (Nếu có cần ghi rõ để phân biệt với nốt xuất huyết mới xuất hiện sau khi tiến hành kỹ thuật).
- Đo huyết áp người bệnh.
- Duy trì áp lực bằng máy đo huyết áp ở trị số trung bình giữa huyết áp tối đa và huyết áp tối thiểu trong 10 phút.
- Tháo nhanh máy đo huyết áp, giơ cao tay người bệnh để máu lưu thông bình thường.

IV. Ý nghĩa của nghiệm pháp dây thắt

Nghiệm pháp dây thắt có thể dùng để chẩn đoán sớm sốt xuất huyết nhưng nó không phải dấu hiệu đặc hiệu của sốt xuất huyết,nó có thể dương tính ở những trường hợp như: nhiễm khuẩn huyết do não mô cầu, viêm mao mạch dị ứng,thiếu hụt các yếu tố đông máu, giảm tiểu cầu nguyên phát, đông máu rải rác nội mạch……

- Khi nghiệm pháp dây thắt dương tính kết hợp với BC < 10.000/l, Hct > 40% thì độ đặc hiệu và giá trị chẩn đoán dương tính lên đến > 90%..
- Khi nghi ngờ kết quả của nghiệm pháp thì nên làm thêm các xét nghiệm để chẩn đoán xác định sốt xuất huyết.

V. Một số lưu ý

- Cần đánh giá trước thực hiện các nốt xuất huyết trước đó.
- Tạo áp lực quá cao hay quá thấp.
- Thời gian thực hiện.