**Tiếp cận THA trong thai kỳ**

# Bước 1: Chẩn đoán các dạng tăng huyết áp thai kì + xử trí ban đầu:

* **Bước A1:** Bênh nhân đến vì tăng huyết áp
* **Bước A2:** Khai thác bệnh sử: thời điểm xuất hiện tăng huyết áp, lượng nước tiểu, có xuất hiện chấm xuất huyết, vàng da, khó thở, co giật, thị giác: mù thoáng qua….
* **Bước A3:** Khám chú ý: đo HA, vàng da, xuất huyết, phù phổi, viêm phổi hít, thị giác: mù vỏ não

**Nếu HA >160/100:** sử dụng thuốc hạ áp (nicardipin) với mục tiêu HA 140/90.

* **Bước A4:** Đề nghị Bilan tiền sản giật
  + Thận
    - Đạm niệu: que thử nước tiểu 10 thông số, Tổng phân tích nước tiểu: đánh giá đạm niệu thời điểm, đạm niệu 24h
    - CN thận: BUN, Creatinin,
  + Công thức máu: đánh giá tiểu cầu
  + Gan: AST, ALT, LDH, bilirubin
  + Đông máu toàn bộ không được làm thường quy, chỉ khi có nghi ngờ: nhau bong non, RL chức năng gan nặng, chảy máu nặng
* **Bước A5**: Sau đó có thể chẩn đoán 1 trong các bênh tăng huyết áp dưới đây

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tăng huyết áp thai kì** | **Tăng huyết áp mạn** | **Tiền sản giật/ tăng huyết áp mạn** | **Tiền sản giật** |
| Sau tuần 20  Không kèm tiêu chuẩn tiền sản giật | Trước tuần 20  Trước mang thai | Xuất hiện đạm niệu sau tuần 20  Huyết áp có đạm niệu trước tuần 20; huyết áp tăng khó kiểm soát, triệu chứng của tiền sản giật | Tăng huyết áp  Kèm đạm niệu hoặc DH tổn thương cơ quan đích |

# Bước 2: Chẩn đoán tiền sản giật:

* Tăng huyết áp:
  + tâm thu ≥ 140; tâm trương ≥ 90; hai lần đo; cách 4 giờ
  + tâm thu ≥ 160; tâm trương ≥ 110
* Và:
  + Đạm niệu: ≥ 300 mg/24h; pro/cre ≥ 0.3; dip-stick≥ 1+
  + Tiểu cầu < 100K
  + Thận: Cre HT > 1,1 mg% ; gấp đôi Bình thường: 0.8-1.2, không có nguyên nhân do thận
  + Gan: men gan> 2x bình thường
  + Phổi: phù phổi
  + Não
  + Thị giác: mù thóang qua

# Bước 3: Phân loại tiền sản giật

* Có dấu hiệu nặng khi:
  + Huyết áp: ≥160,110 qua hai lân đo cách 4 giờ khi bn nghỉ
  + Tiểu câu < 100K
  + Thận: cre > 1.1; gấp 2x 0.8 không do thận
  + Gan : men gan 2x bình thường, đau hạ sườn, thượng vị không đáp ứng gảm đau, không do nguyên nhân khác
  + Phổi: phù phổi
  + Não, thị giác

# Bươc 4: Chẩn đoán Khởi phát sớm hay muộn: tuần 34

# Bước 5: Chẩn đoán Biến chứng:

1. **Mẹ:**
2. **Suy tế bào gan**

* TC: đau thượng vị ( căng bao gan); buồn nôn, nôn; vàng da
* CLS: bil total >1.2 mg%; ; men gan > 70 UI/L, Protid total giảm (60-80); alb: 38-54

1. **Suy thận cấp:**

* Thiểu niệu: <300ml/24h, <1ml/kg/h; vô niệu: <0.5 ml/kg/h
* Tăng cre > 1.1; tăng 2x bình thường

1. **Hội chứng HELLP**

* Lâm sàng: đau hạ sườn/ thượng vị; buồn nôn, nôn; vàng da, tiểu máu
* Cls:
  + Bil toàn phần > 1,2 mg%
  + Men gan >70
  + Tiểu cầu < 100K
  + LDH >600 IU/L

1. **Sản giật:**

* Hôn mê, co giật, tiền sản giật

1. **Phổi:**

* Phù phổi cấp
* Viêm phổi hít sau co giật

1. **Não**: xuất huyết não; phù não
2. **Mù mắt**: bong vong mạc; tổn thương thùy chẩm
3. **Nhau bong non:**

* Tc: ra huyết âm đạo loãng, bầm, không đông; tử cung co cứng; rối loạn đông máu; choáng
* Ra huyết bất thừng 3 tháng cuối 🡪 nghĩ đến nhau bong non

1. **Băng huyết sau sanh**
2. **Con:**

* Chậm tăng trưởng trong tử cung
* Sanh non
* Tử vong chu sinh cao

# Bước 6: Quản lý tiền sản giật

1. **Tiền sản giật không có dấu hiện nặng- tăng huyết áp thai kì:**
   * **Chấm dứt thai kỳ nếu:**
     + Thai >= 37w
     + Thai >= 34w kèm theo:
       - Chuyển dạ hoặc vỡ ối non
       - Nghi ngờ nhau bong non
       - EFW < 5th percentile
       - Thiểu ối (AFI < 5cm ở 2 lần đo liên tiếp cách nhau 24h)
       - Tình trạng mẹ xấu hơn
       - Sức khỏe thai không ổn định: NST, BPP, doppler
   * Nếu **chưa có chỉ định chấm dứt thai kỳ** ở trên, có thể theo dõi nội trú hoặc ngoại trú với tần suất **khám 2 lần/tuần** + tự theo dõi hàng ngày **tới 37w.** Nội dung theo dõi
     + Tư vấn lợi ích – nguy cơ đối với thai và mẹ
     + Thai:
       - Đếm cử động thai hàng ngày
       - SA Doppler đánh giá IUGR 2 tuần 1 lần.
       - Siêu âm đánh giá sinh trắc thai, đánh giá ối mỗi tuần
       - NST 2 lần/tuần
     + Mẹ:
       - Đo HA 2 lần/tuần.
       - BN tự theo dõi HA tại nhà 2 lần/ngày hoặc hơn.
       - Đạm niệu mỗi lần khám thai
       - PLT, CN gan, thận 1 lần/tuần
     + Không cần dùng thuốc hạ áp và dự phòng sản giật bằng MgSO4.
     + **Tư vấn theo dõi các TCLS nặng:** => Đến cấp cứu ngay lập tức
       - Ha cao > 160/100, đau đầu nặng, dai dẳng, co giật, nhìn mờ, hoa mắt, khó thở nhiều, đau bụng trên rốn nhiều, tiểu ít, thấy chảy máu bất thường như chảy máu cam khó cầm, chảy máu âm đạo, nổi chấm đỏ trên da
       - Ra nước âm đạo/ đau bụng gò
       - Giảm cử động thai
     + Nghỉ ngơi nhiều, chế độ ăn hợp lý, giàu đạm, nhiều rau xanh, trái cây
2. **Quản lý tiền sản giật có dấu hiệu nặng**

* **Chấm dứt thai kì:**
  + Dựa vào: tuổi thai, tình trạng thai, tình trạng mẹ, tình trạng chuyển dạ hay vỡ ối
  + Tuổi thai:
    - <23 tuần 🡪 chấm dứt
    - 23-32 tuần 6 ngày: xem xét điều trị chờ đợi
    - 33- 34 tuần: xem xét đợi 48h trưởng thành phổi và MgSO4
    - >34 tuần: chấm dứt vô điều kiện
* **Điều trị chờ đợi:** 
  + **Chống chỉ định của expectant management:** 
    - Huyết động mẹ không ổn định
    - CLS đánh giá sức khỏe thai bất thường: NST, BPP, EFW < 5th percentile, thiểu ối, vắng/đảo ngược dòng tâm trương đm rốn trên Doppler
    - THA nặng, dai dẳng và không đáp ứng điều trị
    - Intrapartum fetal demise
    - Đau đầu dữ dội hoặc tiến triển kéo dài dù đã sử dụng thuốc giảm đau; bất thường thị trường, đau thượng vị/hạ sườn phải
    - Sản giật : ổn định nội khoa, chấm dứt trong vòng 12h
    - Phù phổi cấp
    - Suy thận nặng:
      * Creatinin HT > 1mg/dl so với bình thường hoặc
      * Nước tiểu < 0.5 ml/kg/giờ trong 2h không đáp ứng với bù dịch bằng 2 lần bolus IV 500ml
    - Nhau bong non
    - AST/ALT > 2 ULN trong hơn 6-12h
    - Giảm PLT tiến triển tới < 100k
    - RL đông máu không rõ nguyên nhân
    - Chuyển dạ sanh non
    - Ối vỡ non
    - Tình trạng mẹ cần chấm dứt thai kì ngay lập tức
    - Hội chứng HELLP
  + Đối với TSG có DH nặng mà ko có TCLS, THA nhẹ:
    - Xét nghiệm AST, ALT, PLT mỗi 6-12 h
* **Quy trình trong expectant management:**
  + Phải nhập sản bệnh, theo dõi sát sao, với đầy đủ nguồn lực để hồi sức cho thai phụ và thai nhi
  + Chích thuốc hỗ trợ phổi
  + Dự phòng co giật chị bằng MgSO4
    - * Mẹ
        + Phản xạ gân xương, NT mỗi giờ
        + M, HA mỗi 4-6h
        + Bilan dịch xuất nhập: dịch truyền, nước uống, nước tiểu mỗi 8h
        + Dấu hiệu chuyển dạ
        + XN theo dõi TSG mỗi 1-2 ngày: CTM, AST, ALT, BUN, Creatinin HT
      * Con:
        + Đếm cử động thai, NST mỗi ngày
        + Biểu đồ sinh trắc thai, Doppler ĐM rốn mỗi tuần

# Bước 6: Điều trị;

1. **Tăng huyết áp:**

* Mục tiêu: giữ huyết áp ổn đinh; trong khoảng 140-150
* Nicardipine 10 mg 1 ống 10ml pha 40 ml glucose 5%  
  + Tấn công : 2,5 ml bolus tĩnh mạch   
  + Duy trì: BTĐ 10ml/ giờ
* Alphamethydopa 250 mg 01 v x2 uống
* Nifedipine 60 mg 01 viên uống mỗi ngày

1. **Phòng ngừa sản giật- Magiesium sulfate**

* Chỉ đinh: tiền sản giật có dấu hiệu nặng
* Liều:
  + Tấn công: MgSO4 1,5g x3 ống pha 30ml nước cất, TMC trong 20 phút
  + Duy trì : MgSO4 1,5g x4 ống pha glucose 5% 500ml truyền TM XXX giọt/phút
* Theo dõi điều trị:
  + Lượng nước tiểu <30ml/ giờ 🡪 ngưng
* Ngộ độc: phản xạ gân bánh chè, nhịp thở <12l/p
* Giải độc: calci gluconate 10% 10ml tiêm mạch <10p

1. **Quản lý HELLP:**

* Ổn định bệnh nhân:
  + Sinh hiệu, nước tiểu, nước nhập <100ml/h, theo dõi dấu ngộ độc MgSO4
  + Chuẩn bị 2 đơn vị máu
  + Truyền 6-10 đơn vị tiểu cầu khi TC<50K
  + Nghi ngờ phù phổi: furosemide 40mg tiêm tm chậm; xquang phổi, ECG
  + Theo dõi sát tim thai

1. **Quản lý sản giật:**

* Thông đường thở, lập đường truyền
* Điều trị MgSO4 phòng ngừa
* Khí máu
* Sonde tiểu
* Tim thai biến động >20p 🡪 lo ngại
* Chấm dứt thai kì trong 12h sau kiểm soát sản giật
* Không dùng egometrim dự phòng, xử trí băng huyết – do tăng nguy cơ co giật, tai biến mạch máu
* Nếu có suy thận cấp: glucose 5% 1000 ml truyền tm trong 30p ; nếu không hồi phục 🡪 chuyển hồi sức

1. **Xử tí sau sanh:**

* MgSO4 duy trì trong 12-24 giờ
* Không kê toa NSAID để giảm đau
* Nếu HA không về bình thường sau xuất viện 🡪 duy trì thuốc THA; đánh giá sau 1 tuần
* Dặn dò triệu chứng trở nặng

1. **Tư vấn nguy cơ lâu dài**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Mẹ** | **Con** |
| **Chuyển dạ** | Sản giật | Sanh non |
| **Sau sanh** | BHSS  Sản giật | Nguy cơ do sanh non mang lại :  SHH, NT sơ sinh do miễn dịch yếu, hạ đường huyết, vàng da bệnh lý, hoại tử ruột |
| **Nguy cơ cho tương lai xa** | THA tồn tại – THA mạn: mẹ phải đo lại HA 12 tuần sau sanh  Tái phát TSG  Bệnh tim mạch  ĐTĐ  Bệnh thận giai đoạn cuối  Suy giáp dưới lâm sàng | THA |

1. **Bước 7: Dự phòng: ( dành cho thai kì sau)**
2. **Aspirin liều thấp:** 75mg/ngày

* Chỉ định: phụ nữ nguy cơ cao
  + Tiền sản giật thai kì trước
  + Tăng huyết áp mạn
  + Đái tháo đường
  + Bệnh thận
  + Tự miễn
  + Đa thai

1. **Calcium:** 1,5-2 g/ngày ở

Dàn checklist Rubric cho TSG

# Khai thác thông tin:

* **Tuổi của BN**
* **Vấn đề chủ và liên quan:**
  + Huyết áp: đo ở đâu? Mấy lần?
  + DH nặng:
    - Đau đầu, hoa mắt, chóng mặt, nhìn mờ
    - Khó thở
    - Đau bụng
    - Tiểu: nước tiểu có ít? Có tiểu màu xá xị?
    - Mỗi TCLS cần hỏi thời gian xuất hiên? Tính chất? Diễn tiến? Có điều trị gì không? Có đáp ứng không?
  + Biến chứng:
    - Chảy máu âm đạo, đau bụng dữ dội => Nhau bong non
  + Đi khám đâu chưa? XN? Điều trị?
    - HA
    - Đạm niệu
    - Siêu âm: Tim thai? Lượng nước ối? vị trí bánh nhau?
  + Tiền căn THA trước đây? Điều trị?
* **Tuổi thai:**
  + Kinh chót theo **ngày dương**? Kinh áp chót? Kinh đều ko? BN ngày =>Nếu đều thì tính DS theo kinh chót dựa vào công thức Naegele
  + Mượn sổ khám thai tìm: SA sớm nhất trong TCN1 với CRL >=10 mm=> Mượn bảng CRL của Intergrowth21 => TÍnh tuổi thai lúc SA, từ đó tính DS theo SA.
  + So sánh DSSA và KC, tìm dự sanh chính xác, rồi mượn **Vòng tính tuổi thai** xác định **tuổi thai hiện tại**
* **Tìm hiểu và phân tích diễn tiến thai kỳ:** cần lưu ý tới
  + Combined test
  + OGTT
  + HA, đạm niệu
  + Sinh trắc thai: có SGA?IUGR?
* **PARA:** hỏi xong cần trả lời được:
  + Sinh được mấy con? Có đủ tháng không? Sanh thường hay sanh giúp bằng dụng cụ hay sanh mổ? Cách đay bao lâu? Con nặng bn cân
  + Lý do mổ? Chị có giữ giấy xuất viện lần trước không (tốt nhất)? Nếu không nhớ, cũng không mang giấy thì hỏi thêm các câu gợi ý: chị có được chụp X quang không (gợi ý khung chậu hẹp)? có đau nhiều trước mổ hay phải lên bàn rặn lâu không (bất xứng đầu chậu)? Có ra máu rất nhiều trước mổ không (gợi ý nhau tiền đạo, nhau bong non, vỡ TC)
  + Phương pháp mổ: BV chị mổ ở đâu? Khám? Sau mổ có vết mổ có sưng đỏ chảy mủ không? Có bị bung vết mổ không?
  + Các lần mang thai đó có bất thường gì không chị?

# Đề nghị CLS + diễn giải

* **Đề nghị CLS:**
  + - **Bilan TSG**
      * CTM
      * AST, ALT, LDH. Bilirubin
      * BUN, creatinin, đạm niệu 24h hoặc Protein niệu/Creatinine niệu, acid uric
      * Bilan đông máu toàn bộ: không được chỉ định thường quy. Chỉ định nếu nghi ngờ nhau bong non, chảy máu nặng hoặc RL chức năng gan nghiêm trọng
    - **Đánh giá sức khỏe thai:**
      * NST
      * Siêu âm: đo lượng nước ối, sinh trắc thai (IUGR), tình trạng nhau (nhau tiền đạo? nhau bong non?
    - **Chỉ số sFlt-1/PIGF:**
      * 