TIỀN SẢN GIẬT

# Phân loại THA trong thai kỳ

* Tiền sản giật – sản giật
* THA thai kỳ: THA khởi phát sau tuần lễ thứ 20 của thai kỳ, không thỏa tiêu chuẩn tiền sản giật. Huyết áp thường sẽ trở về bình thường sau 12 tuần hậu sản
* THA mạn: tăng huyết áp xuất hiện trước tuần thứ 20 của thai kỳ hoặc tăng huyết áp đã có trước mang thai.
* Tiền sản giật ghép trên THA mạn

# Tiền sản giật

## Tiêu chuẩn chẩn đoán TSG (ACOG 2013): tiêu chuẩn HA + tiêu chuẩn kèm theo

* Huyết áp: THA xuất hiện sau tuần lễ thứ 20 thai kỳ ở phụ nữ có huyết áp bình thường trước đó với:
  + Huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg qua 2 lần đo cách nhau ít nhất 4 giờ HOẶC
  + Huyết áp tâm thu ≥ 160 mmHg hoặc huyết áp tâm trương ≥ 110 mmHg.
* Tiêu chuẩn kèm theo giống các cơ quan phân độ tân sinh NBN ko có dạ dày ruột
  + Tổn thương não: Các triệu chứng của não và thị giác.
  + Tổn thương phổi: Phù phổi
  + Tổn thương gan: Men gan trong máu tăng gấp 2 lần bình thường.
  + Tổn thương thận:
    - Đạm niệu
      * ≥ 300 mg trong 24 giờ
      * Hoặc tỷ số Protein/creatinin ≥ 300 mg/g
      * Hoặc Dip-Stick ≥ 1 + (chỉ sử dụng khi các phương pháp định lượng khác không có sẵn).
    - Creatinin huyết thanh > 1,1 mg/dL hoặc gấp đôi nồng độ creatinin huyết thanh bình thường mà không có nguyên nhân do bệnh lý thận khác.
  + Tổn thương hệ tạo máu: Tiểu cầu < 100.000 /µL.

## Tiền sản giật được phân ra:

* Theo mức độ
  + Tiền sản giật không có dấu hiệu nặng
  + Tiền sản giật có dấu hiệu nặng:
    - Huyết áp tâm thu ≥ 160 mmHg hoặc huyết áp tâm trương ≥ 110 mmHg qua 2 lần đo cách nhau ít nhất 4 giờ khi bệnh nhân đã nghỉ ngơi (trừ trường hợp thuốc hạ áp đã được sử dụng trước đó)
    - Bất kỳ dấu hiệu nào của tiêu chuẩn kèm theo, chú ý:
      * Không có tiêu chuẩn đạm niệu
      * Suy tế bào gan: thêm đau nhiều ở hạ sườn phải hoặc đau thượng vị không đáp ứng với thuốc và không có nguyên nhân khác
* Theo thời gian
  + Tiền sản giật khởi phát sớm: chẩn đoán trước 34 tuần: liên quan có ý nghĩa với các kết cục xấu của thai kỳ
  + Tiền sản giật khởi phát muộn

## TSG ghép trên THA mạn

Tiền sản giật ghép trên THA mạn: là hình thái có tiên lượng xấu nhất trong các hình thái tăng huyết áp trong thai kỳ; chẩn đoán khi:

* Tăng huyết áp mạn có đạm niệu mới xuất hiện sau tuần thứ 20 thai kỳ.
* Tăng huyết áp mạn có đạm niệu xuất hiện trước 20 tuần nhưng:
  + huyết áp tăng cao đột ngột hoặc cần phải tăng liều thuốc hạ áp, đặc biệt trên các bệnh nhân đang,kiểm soát tốt huyết áp
  + hoặc mới xuất hiện các dấu hiệu hay triệu chứng khác: đạm niệu tăng đột ngột, tăng men gan, giảm tiểu cầu < 100.000/µL, đau hạ sườn phải, phù phổi…

# Các biến chứng của tiền sản giật/THA thai kỳ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Mẹ | Con |
| Trước sanh | Giống tiêu chuẩn chẩn đoán  HELLP  Sản giật | IUGR |
| Chuyển dạ | Nhau bong non | Sanh non |
| Sau sanh | BHSS |  |

* Mẹ
  + Tổn thương gan:
    - Cơ chế: co mạch máu trong gan 🡪 tắc mạch 🡪 hoại tử, xuất huyết trong gan 🡪 căng bao Glisson gây đau, có thể vỡ gan
    - Biểu hiện: đau vùng thượng vị, buồn nôn, nôn, vàng da, tăng men gan (AST, bilirubin)
      * Protein toàn phần giảm là yếu tố tiên lượng nặng
  + Tổn thương thận: suy thận cấp
    - Cơ chế: co mạch thận 🡪 tổn thương vi cầu thận, hoại tử cống thận cấp
    - Biểu hiện: đạm niệu, tăng ure, creatinine, a.uric máu
  + Tổn thương phổi: phù phổi cấp
    - Cơ chế: kết hợp tăng áp tuần hoàn phổi và giảm áp lực keo; có thể kèm theo các yếu tố thúc đẩy: truyền dịch làm quá tải tuần hoàn, viêm phổi hít sau sản giật (hội chứng Meldenson)
  + Tổn thương não
    - Sản giật
      * Chẩn đoán: đòi hỏi phải có sự hiện diện của 3 yếu tố (1) *những cơn co giật* và (2) *hôn mê* (3) xảy ra *trên một bệnh nhân có hội chứng tiền sản giật*
      * Có thể xảy ra cả trước sinh (25%), trong khi sinh (50%) và sau khi sinh (25%)
      * Trong trường hợp một thai phụ bị lên cơn co giật chưa lý giải được và cũng chưa có đủ yếu tố chẩn đoán tiền sản giật, thì phải tạm xem như là sản giật cho đến khi có đủ bằng chứng để kết luận ngược lại
      * Thường kèm theo thiệu niệu/vô niệu, hậu quả của hoại tử ống thận cấp 🡪 phải theo dõi lượng nước tiểu
    - Xuất huyết não: có thể xảy ra trong sản giật hay sau sản giật gây tử vong
    - Phù não có thể gây hôn mê kéo dài sau sản giật. Tình trạng này có thể lan rộng, gây tụt não dẫn đến tử vong
    - Mù mắt do tổn thương bong võng mạc hay phù thùy chẩm. Thường có thể hồi phục trong vòng 1 tuần
  + Hội chứng HELLP: đặc trưng bởi (in đậm là tiêu chuẩn chẩn đoán)
    - H: Hemolysis
      * Nước tiểu màu xá xị
      * LDH > 600 IU/L
      * Giảm haptoglobin
    - EL: Elevated Liver enzyme
      * Đau thượng vị, hạ sườn P (triệu chứng thường gặp nhất trong 90%), vàng da
      * **AST > 70 IU/L**
      * **Bilirubin TP > 1.2 mg%**
    - LP: Low Platelet count: < 100K
      * XH da niêm
      * **PLT < 100K**
    - Khi nghĩ đến hội chứng HELLP cần chẩn đoán phân biệt với: gan nhiễm mỡ cấp trong thai kỳ (Acute Fatty Liver of P regnancy), xuất huyết giảm tiểu cầu, hội chứng u-rê gây tán huyết (suy thận giai đoạn hậu sản)
  + Nhau bong non: là hệ quả của co mạch và xuất huyết của màng đệm. 50% nhau bong non là biến chứng của TSG nặng
  + Sản phụ TSG có nguy cơ cao BHSS và dung nạp kém với BHSS
* Cho con
  + IUGR: là hệ quả của bất thường trao đổi qua nhau
  + Sanh non là hệ quả của động thái điều trị chấm dứt thai kỳ

**Chú ý:**

* 30% TH sản giật, hội chứng HELLP xảy ra trong thời kỳ hậu sản (không dùng NSAIDs để giảm đau hậu sản ở BN TSG nặng)
* TSG có thể xuất hiện lần đầu trong thời kỳ hậu sản (thường ngày 3-7 sau sanh)

# Điều trị

## Quyết định chấm dứt thai kỳ

Cân nhắc lợi ích giữa mẹ và con, ưu tiên cho mẹ

* TSG ko có dấu hiệu nặng: nếu sức khỏe con OK (không có chỉ điểm của IUGR hay suy giảm trao đổi tử cung nhau), không có tình huống khẩn cấp 🡪 theo dõi ngoại trú, tái khám mỗi 2w cho tới 37w, rồi chấm dứt thai kỳ
  + Mẹ: nghỉ ngơi nhiều, chế độ ăn giàu đạm, rau cải, theo dõi huyết áp tại nhà 2 lần mỗi ngày
  + Con: đếm cử động thai hàng ngày, non-stress test 2 lần/tuần; siêu âm sinh trắc và đo chỉ số ối (AFI) 3 tuần một lần
* TSG có biểu hiện nặng
  + Thai < 23w: chấm dứt thai kỳ để cứu mẹ; con không sống được: khởi phát chuyển dạ bằng prostaglandin E2 (PGE2) đặt âm đạo, theo sau bằng oxytocin.
  + Thai 23-32w6d: cân nhắc; nếu quyết định kéo dài thai kỳ có thể cân nhắc corticosteroids liệu pháp và MgSO4 liệu pháp dự phòng suy hô hấp cấp và dự phòng tổn thương não
  + Thai 33-34w: kéo dài thêm 48h để dùng cort nếu tình trạng mẹ cho phép; sau đó chấm dứt thai kỳ. 2 điều kiện tiên quyết để thực hiện corticoisteroids liệu pháp:
    - (1) tình trạng mẹ phải đảm bảo cho việc kéo dài thai kỳ thêm 48 giờ mà không ảnh hưởng xấu đến mẹ
    - (2) tình trạng tuần hoàn tử cung-nhau và dự trữ kiềm của con phải đảm bảo chịu đựng cuộc sống trong tử cung thêm 48 giờ
  + Thai >=34w: chấm dứt thai kỳ vô điều kiện

## Thuốc

Thuốc hạ áp: là điều trị nền tảng, do đánh vào cơ chế bệnh sinh chủ yếu trong TSG là co mạch

* Chỉ định: HA tâm thu >= 160 mmHg hoặc HA tâm trương >= 110 mmHg
* Mục tiêu:
  + giữ cho huyết áp tâm trương của thai phụ ổn định ở 90-100 mmHg, và huyết áp tâm thu ổn định ở mức 140-150 mgHg;
  + đảm bảo duy trì được một điều trị nền nhằm ngăn cản mọi sự biến động quá mức của huyết áp
* Mục tiêu là ổn định huyết áp ở mức hợp lý chứ không phải là đạt một trị số huyết áp bình thường. Cần thận trọng khi đưa về huyết áp bình thường vì việc này sẽ dẫn đến giảm tưới máu tử cung-nhau, ảnh hưởng nghiêm trọng đến thai
* Các loại thuốc: xem bảng, bổ sung:
  + Lợi tiểu:
    - giảm V tuần hoàn 🡪 giảm tuần hoàn tử cung nhau 🡪 lợi tiểu không được dùng trong tiền sản giật.
    - Nó chỉ được dùng khi có chỉ đặc biệt như suy thận-vô niệu, hội chứng HELLP, phù phổi
  + ACEI: ko dùng do nguy cơ dị tật thai

Thuốc ngừa co giật: Magne sulfate:

* Cơ chế: chỉ ngăn cản sự xuất hiện của cơn co giật, mà không tác động lên cơ chế bệnh sinh: Mg++ cạnh tranh với Ca++
  + gây giãn mạch não 🡪 giảm thiếu máu cục bộ do co thắt mạch não
  + ngăn ko cho co giật xảy ra
* Tác dụng: ngăn cản co giật hiệu quả, dễ dàng qua nhau thai nhưng không gây nguy hiểm cho thai nhi; không có tác dụng an thần
* Chỉ định: ngừa co giật trong TSG có dấu hiệu nặng
* Cách dùng:
  + Bolus 6 gram/20 phút (6 gram MgSO4 pha trong 100 mL Glucose 5 %).
  + Duy trì: 2 gram/giờ (tương đương 40 gram trong 1 lít Lactated Ringer chảy 5 0 mL/giờ hoặc 20 gram trong 1 lít Lactated Ringer chảy 100 mL/giờ), trong chuyển dạ và sau sanh 12-24 giờ.
* Tác dụng phụ: ngộ độc MgSO4
  + Lâm sàng (nhớ từ dưới lên): sớm nhất là mất phản xạ gân xương bánh chè 🡪 nhịp thở < 12l/ph 🡪 liệt cơ 🡪lơ mơ, nói sảng, hôn mê
  + Điều trị: 10mL calcium gluconate 10% tiêm mạch >=10 phút và đặt nội khí quản nếu bệnh nhân ngưng thở
  + Dự phòng: do nồng độ hiệu quả của Mg++ trong máu trong khoảng 4-7 mEq/L; MgSO4 thải hoàn toàn qua thận 🡪 phải duy trì lượng nước tiểu thải ra >25mL/giờ hoặc 100 mL trong 4 giờ để tránh tích tụ thuốc (không dùng khi BN thiểu niệu)

## Điều trị hội chứng HELLP và sản giật

Hội chứng HELLP

* Nguyên tắc: ổn định tình trạng BN, sau đó chấm dứt thai kỳ
* Cụ thể
  + Điều trị hỗ trợ
    - Theo dõi: sinh hiệu, lượng nước tiểu, xuất nhập của mẹ (hạn chế dịch nhập < 100ml/h)
    - Truyền máu và tiểu cầu nếu cần (PLT < 50K)
    - Nếu phù phổi: furosemide 40mg TMC
  + Chấm dứt thai kỳ:
    - Trì hoãn 48h để chờ TD của corticoids: khi có chỉ định cort và ko có DIC
    - Phương pháp: tùy tình trạng CTC để quyết định; mổ sanh thường được chọn như phương pháp dùng để chấm dứt thai kỳ

Sản giật

* Đảm bảo hô hấp: đặt cây ngáng lưỡi, hút đàm rãi, cung cấp oxy
* Mở đường truyền tĩnh mạch
* Điều trị co giật: Co giật thường tự giới hạn
  + Dùng MgSO4 là để phòng ngừa các cơn co giật có khả năng sẽ xảy ra sau đó. Nếu bệnh nhân bị sản giật dù đang được truyền MgSO4, cần tiêm tĩnh mạch chậm thêm 2 gram MgSO4 nữa, sau đó định lượng Mg++ trong máu.
  + Không nên chống co giật bằng diazepam hoặc các thuốc tương tự khác
* Chấm dứt thai kỳ: trong vòng 12h sau khi kiểm soát được sản giật
* Theo dõi: làm khí máu đm, đặt sonde tiểu
* Chú ý:
  + Xử trí suy thận cấp sau sản giật: truyền nhanh 1 lít Glucose 5% trong 30 phút (coi chừng phù phổi); nếu ko cải thiện, chuyển ICU
  + Nguy cơ cho thai: trong cơn co giật có giảm thông khí, tử cung co, nên làm tim thai thay đổi thoáng qua trong 15’; nếu kéo dài hơn 20’ mà chưa hồi phục chứng tỏ hệ đệm của thai đã cạn kiệt

# Dự phòng

Aspirin liều thấp để dự phòng tiền sản giật ở các phụ nữ có nguy cơ cao theo WHO

* Chỉ định: 1 trong các yếu tố: HIDRT : hypertension, immunology, diatbetes, renal disease, twin
  + Có tiền sản giật trong thai kỳ trước đó, nhất là có tiền căn bị tiền sản giật khởi phát sớm và sanh non trước khi tuổi thai đạt 34 tuần 0/7
  + THA mạn, Đái tháo đường, Bệnh lý thận, Bệnh lý tự miễn, Đa thai
* Thời gian: khởi động từ cuối tam cá nguyệt I hay trước tuần thứ 20 thai kỳ
* Liều: 75 mg/ngày (hay liều lân cận 60-80 mg/ngày)

Bổ sung calcium

* Chỉ định: ở vùng có khẩu phần calcium < 600 mg/ngày
* Cách dùng: Calcium nguyên tố 1.5-2 gram/ngày; phải được cho riêng biệt với sắt. Nếu có bổ sung sắt, thì calcium và sắt phải được dùng cách xa nhau khoảng 12 giờ

Thêm

TSG có thể xuất hiện lần đầu hậu sản, đa số trong 3-7 ngày

HELLP có thể xuất hiện ở BN ko THA. Đau thượng vị và hạ sườn là thường thấy nhất buồn nôn và nôn cũng thường gặp nên chẩn đoán nhầm là RL tiêu hóa

Ko dùng ergo trng BHSS ở BN tiền sản giật do tăng nguy cơ co giật, tai biến mạch máu não

Phù não ko liên quan đến mức độ nặng của THA, mà thứ phát do rối loạn nội mô

Cơ chế TSG: Sự xâm nhập bất thường của các nguyên bào nuôi vào động mạch xoắn.

* Bình thường: Các nguyên bào nuôi xâm nhập vào hệ thống động mạch xoắn tử cung ở MÀNG RỤNG và CƠ tử cung, thay thế cho lớp nội mô 🡪ĐM xoắn đang có khẩu kính nhỏ, đề kháng thành mạch cao chuyển dạng thành khẩu kính lớn, đề kháng thành mạch giảm
* Tiền sản giật: nguyên bào nuôi chỉ xâm nhập phần nông (màng rụng). Đoạn trong lớp cơ tử cung vẫn hẹp 🡪 tưới máu bánh nhau ko đủ, thiếu oxy ở bánh nhau 🡪 bánh nhau tiết chất kháng tạo mạch vào máu mẹ

## Kết luận:

* Bánh nhau giữ vai trò then chốt trong phất triển và thoái lui TSG (chỗ khác lại ghi: mất cân bằng giữa yếu tố tân tạo và kháng tạo mạch giữ vai trò then chốt)
* Nguồn gốc xuất hiện tiền sản giật bắt đầu từ bánh nhau nhưng cơ quan đích là các tế bào nội mô của mẹ.

## Giai đoạn

* Giai đoạn 1- giai đoạn nhau (xảy ra trước tuần thứ 20 thai kỳ): chưa có triệu chứng
* Giai đoạn 2- giai đoạn ở mẹ: có triệu chứng. Các biểu hiện ở giai đoạn 2 thay đổi phụ thuộc vào mẹ có hay không có tình trạng viêm và hoạt hóa tế bào nội mô trước đó như: bệnh lý tim mạch, thận, đái tháo đường, béo phì, miễn dịch và di truyền.

## YTNC

* Tiếp xúc lần đầu với gai nhau (con so)
* Tiếp xúc với quá nhiều gai nhau: thai trứng, đa thai.
* Trên bệnh nền có viêm hoặc hoạt hóa tế bào nội mô (béo phì, lớn tuổi)
* Tiền căn gia đình bị tăng huyết áp trong thai kỳ (chỗ ghi có, chỗ ghi ko)