**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

1. **Bươc 4: Chẩn đoán Khởi phát sớm hay muộn**: tuần 34
2. **Bước 5: Chẩn đoán Biến chứng:**
3. **Mẹ:**
4. **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

1. **Bước 6: Quản lý tiền sản giật**
2. **Tiền sản giật không có dấu hiện nặng- tăng huyết áp thai kì:**

* Đảm bảo không có dấu hiệu nặng
* Đảm bảo con không IUGR- suy giảm trao đổi tử cung nhau
* Không tính huống khẩn cấp: chuyển dạ, cấp cứu sản
* Theo dõi tăng cường
  + Mẹ: hướng dẫn phát hiện dấu hiệu nặng, nghỉ ngơi, ăn nhiều đạm, rau xanh, nhật kí huyết áp 2 lần 1 ngày
  + Con:
    - Siêu âm đánh giá lượng nước ối, sinh trắc thai
    - Hướng dẫn đếm cử động thai
    - Non stress test 2 lần/tuần
    - AFI 1 lần/ tuần

1. **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:** buộc phải chấm dứt thai kì ngay lập tức, kể cả khi chưa sử dụng corticoid
    - 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
    - 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 corticoid hỗ trợ phổi
  + Dự phòng sản giật bằng MgSO4
  + Theo dõi:
    - Thai:
      * Đếm cử động thai hàng ngày
      * SA Doppler đánh giá sinh trắc thai, đánh giá ối mỗi 3w
      * 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

1. **Bước 6: Điều trị;**
2. **Tăng huyết áp:**

* Mục tiêu: giữ huyết áp ổn đinh; trong khoảng 140-150

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Thuốc** | **Liều** | **CCĐ** |
| **Alphamethyldopa**  **Aldomet 250mg** | Khởi đầu 1-3v/ ngày; u  Tối đa 8 v | Thay đổi cn gan  Trầm cảm |
| **Hydralazin**  **Nepresso**l ống 5mg | 5mg/tiêm mạch chậm 1-2 phút  15p không hạ 5mg  Tối đa 25 mg | Thay đổi huyết đông đột ngột nguy hiểm: mạch vành, vale 2 lá thấp, phìng đm |
| **Chẹn alpha, beta: labetalol**  **Trandate**  Dùng chung hydralazin | Bolus 20-80mg- tôi đa 220 mg  Uống 200mg x3- tối đa 800mg trong 8h  Sau 3 ngày 200-400 mg/ ngày | Suy tim sung huyết  Nhịp chậm xoang  Hen |
| **Chẹn calci**  **Nifedipin- adalate**  **Nicardipin- loxen**  Dùng khi thất bại các thuốc khác | Nifedipin:  10-20mg/20p tối đa 50, ngậm dưới lưỡi  10-20 mg/ 4-6 giờ/ ngày- tối đa 120mg  Nicardipin:  20mg x3 uông / ngày  Bolus 0.5-1 mg; duy trì 2mg/giờ | Đau thắt ngực  Sốc tim  Hẹp chủ  2 tam cá nguyệt đầu |
| **Lợi tiểu quai**  **Furosemide( lasix)**  Dùng khi <800ml/24h, dọa phù phổi, phù não |  |  |

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

* Chỉ đinh: tiền sản giật có dấu hiệu nặng
* Liều:
  + MgSO4 6g pha glucose 5% 100ml, trong 20p
  + MgSO4 2g/giờ - MgSO4 40mg pha lactate ringer 1000ml, 50ml/giờ
* 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