



DỰ PHÒNG TIỀN SẢN GIẬT

TS. Hoàng Thị Diễm Tuyết

Bệnh viện Từ Dũ

Tiền sản giật (TSG)-sản giật (SG) là một trong năm tai biến sản khoa. Ở các nước trên thế giới và tại Việt Nam, TSG-SG là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ, chỉ sau băng huyết sau sinh và nhiễm trùng. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, ước tính ở khu vực Châu Phi và Châu Á, có khoảng 1/10 ca tử vong mẹ liên quan đến TSG, trong khi đó ở Châu Mỹ Latin, 1/4 các trường hợp tử vong có liên quan đến TSG-SG.

TSG chiếm 7-10% các thai kỳ có nguy cơ cao, do đó, cần có chế độ theo dõi và quản lý thai cẩn thận vì TSG làm tăng tỉ lệ tử vong và bệnh tật cho cả mẹ và thai. Ngoài ra, điều quan trọng là phần lớn các trường hợp TSG có thể dự phòng và có nhiều mức độ dự phòng khác nhau với những mục tiêu dự phòng khác nhau ở từng mức độ:

- Dự phòng cấp 1: nhằm mục đích khám, sàng lọc cũng

như thực hiện các xét nghiệm để truy tìm các đối tượng nguy cơ TSG khi thai kỳ trên 20 tuần. Với các đối tượng nguy cơ cao, có những chế độ theo dõi, ăn uống, nghỉ ngơi, làm việc cũng như sử dụng các thuốc để ngăn chặn TSG xảy ra.

- Dự phòng cấp 2: phát hiện sớm TSG trước khi biến chuyển sang TSG nặng.
- Dự phòng cấp 3: điều trị TSG nặng hiệu quả nhằm giảm thiểu tối đa các biến chứng xảy ra cho mẹ và thai.

DỰ PHÒNG CẤP 1

Các xét nghiệm sàng lọc tiền sản giật sớm

Việc xác định sinh lý bệnh học của TSG cho đến nay đã có nhiều tiến bộ song cũng là bài toán mà lời giải chưa thật sự hoàn toàn đầy đủ. Gần đây, các nghiên cứu trên thế giới đã tìm thấy sự hiện diện của các chất



prostaglandin một cách bất thường trong các trường hợp TSG. Trên cơ sở đó, các xét nghiệm tầm soát TSG ra đời với mong muốn chẩn đoán sớm các thai kỳ TSG để có chế độ theo dõi thai kỳ chặt chẽ đồng thời có thể có những can thiệp dự phòng rất sớm trước khi xuất hiện các triệu chứng TSG trên lâm sàng và cận lâm sàng.

Cập nhật quan điểm của Tổ chức Y tế Thế giới về dự phòng cấp 1 tiền sản giật

Nghỉ ngơi tại giường, hạn chế vận động thể chất

Theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới, việc nghỉ ngơi và hạn chế vận động thể chất không được xem là một phương pháp điều trị dự phòng. Thực vậy, các nghiên cứu chứng minh việc nghỉ ngơi tại giường không cải thiện kết quả cho cả mẹ và thai nhi.

Hạn chế ăn mặn

Kết quả nghiên cứu trên 603 đối tượng có thai tại Thụy Điển khi so sánh giữa hai nhóm dùng hàm lượng natri mỗi ngày 20 mmol/ngày và 50 mmol/ngày cho thấy không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê về tỉ lệ TSG (RR=1,11; 95% CI 0,49-1,94). Theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (2011), hạn chế muối đối với các sản phụ trong suốt thai kỳ nhằm phòng ngừa TSG không được nhắc đến. Tuy nhiên, hội đồng khoa học soạn thảo khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới đều thống nhất rằng các sản phụ nên được tư vấn một chế

độ ăn đầy đủ chất và nhất là không nên ăn quá nhiều muối trong thai kỳ.

Bổ sung calcium

Theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới, việc bổ sung calcium với liều 1,5-2 g/ngày, đặc biệt những khu vực có lượng calcium đưa vào cơ thể thấp, có hiệu quả trong việc ngăn ngừa phát triển TSG. Thật vậy, từ kết quả phân tích gộp của Cochrane với 15.730 sản phụ trong 13 nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng, chỉ số nguy cơ tương đối phát triển TSG là 0,45 (95% CI 0,31-0,65); tức là bổ sung calcium với liều khá cao 1,5-2g mỗi ngày có tác dụng làm giảm một cách có ý nghĩa thống kê việc phát triển TSG. Tuy nhiên, việc bổ sung này nên được khởi đầu sớm trước tuần lễ 20 của thai kỳ.

Aspirine liều thấp

Aspirine 75mg nên được bổ sung mỗi ngày cho các thai phụ có nguy cơ cao TSG. Việc bổ sung này cũng nên được bắt đầu sớm trước tuần lễ thứ 20 của thai kỳ, tốt nhất là từ tuần lễ 12 của thai kỳ.

Vitamin

Tổ chức Y tế Thế giới không khuyến cáo bổ sung vitamin D, hay sử dụng các chất antioxidant như vitamin C, vitamin E trong việc ngăn ngừa TSG vì kết quả nghiên cứu chưa chứng minh tính hiệu quả và độ an toàn của các biện pháp này.

DỰ PHÒNG CẤP 2

Giá trị các triệu chứng lâm sàng trong tiền lượng tiền sản giật

Huyết áp

Huyết áp có thể bị dao động liên quan đến các kỹ thuật đo huyết áp. Cần lưu ý, để tránh các sai số liên quan đến kỹ thuật đo huyết áp như:

- Đo sau khi nghỉ ngơi tại giường 15 phút, đo 2 lần cách nhau 6 giờ.
- Tư thế đo huyết áp.
- Đo huyết áp bằng phương pháp cổ điển dùng ống nghe chính xác hơn máy đo huyết áp điện tử.
- Bao đo huyết áp: tương ứng kích cỡ cánh tay của bệnh nhân.
- Kỹ thuật đo huyết áp: theo Korotkof V.

Đạm niệu

Đạm niệu là một trong những dấu chứng để chẩn đoán xác định và chẩn đoán mức độ TSG. Các chỉ số đạm niệu có khả năng hướng đến TSG nặng:

- Đạm niệu 24g: $\geq 5g / 24$ giờ.
- Que thử đạm niệu: $\geq 3 (+)$. Xét nghiệm này có ưu điểm: nhanh, dễ thực hiện nhưng đòi hỏi nước tiểu $> 2 L$ /ngày.
 - ◆ Giá trị tiên đoán dương ($\geq +$): 96%, (3-4 +): 32%.
 - ◆ Giá trị tiên đoán âm: 34%.

Đau thượng vị hay hạ sườn phải

Khi các triệu chứng này xuất hiện, cần nhanh chóng truy tìm và loại trừ vỡ gan trong bao hay ngoài bao Glisson. Theo thống kê, có khoảng 1-2% bệnh nhân TSG nặng và 4-12% bệnh nhân mắc hội chứng HELLP có triệu chứng đau hạ sườn phải hay thượng vị bị vỡ gan. Khi đó, tỉ lệ tử vong mẹ và con rất cao, lần lượt là 69-42% và 60%.

Nhức đầu

Nhức đầu từ trung bình đến nhiều, từng cơn hay liên tục. Nhức đầu cải thiện sau khi truyền $MgSO_4$, có 50-70% bệnh nhân nhức đầu sẽ phát triển TSG.

Rối loạn thị giác

Bao gồm: nhìn mờ, nhìn đôi, ám điểm thường gặp, mù ít gặp hơn. Ước tính có khoảng 1-2% bệnh nhân TSG và 15% bệnh nhân SG có triệu chứng mù. 15% bệnh

nhân mù tiến triển SG (Cunningham, 1995).

Giá trị các triệu chứng cận lâm sàng trong tiên lượng tiền sản giật

Haematocrit (Hct)

- Hct tăng: cô đặc máu, giảm thể tích tuần hoàn nội mạch, báo động bệnh trở nặng.
- Hct giảm: có thể có hiện tượng tán huyết và là chỉ điểm của hội chứng HELLP.

Cần loại trừ các yếu tố ảnh hưởng: chế độ ăn uống, rối loạn tiêu hóa, sốt...

Tiểu cầu

- Tiểu cầu < 100.000 : TSG nặng, cần can thiệp tích cực, cần "truy tìm" hội chứng HELLP.
- Tiểu cầu < 100.000 : 12% bệnh nhân TSG (Lockwood, 1998).

Tiểu cầu càng giảm, càng làm tăng tần suất bệnh và tử vong cho mẹ và thai (Leduc, 1992).

Men gan

Rối loạn chức năng gan được đánh giá qua AST và ALT. Khoảng 21% bệnh nhân TSG có men gan tăng (Emamia và cs., 1988).

AST và ALT tăng có ý nghĩa khi cao gấp 2 lần ngưỡng bình thường, nhưng thường không quá 500 U/L, đôi khi cũng có trường hợp 2.000 U/L. Với những trường hợp AST và ALT cao quá, cần loại trừ các bệnh lý khác như viêm gan, gan nhiễm mỡ cấp...

Chức năng thận

Thiểu niệu: $< 500 mL / 24$ giờ hay $< 30 mL / giờ$ trong nhiều giờ liên tiếp, ít nhất là 2 giờ liên tiếp.

Nồng độ creatinin máu tăng $> 1,2 mg/dL$ (lưu ý là trước đó không cao).

Acid uric

Một trong biểu hiện cận lâm sàng sớm nhất của TSG là tăng acid uric. Acid uric tăng, thường xuất hiện trước các dấu hiệu lâm sàng nặng như nhức đầu, thay đổi thị lực... Acid uric tăng do nhiều nguyên nhân: tăng sản xuất ở nhau, giảm bài tiết ở cầu thận, tăng tái hấp thu ở ống thận (Powers, 2006). Bình thường: acid uric <4,3 mg/dL. Nồng độ acid uric >5,5 mg/dL, được xem là cao và liên quan đến độ nặng của TSG (Lim, 1998) (độ nhạy: 55%, độ chuyên 77-95%).

DỰ PHÒNG CẤP 3

Chấm dứt thai kỳ là nguyên tắc cơ bản của điều trị TSG nặng. Tuy nhiên, việc quyết định thời điểm chấm dứt thai kỳ để ít tổn thương đến mẹ và con nhất cần phải được cân nhắc hết sức cẩn thận. Cần lưu ý rằng TSG nhẹ sẽ nhanh chóng chuyển sang TSG nặng cũng như lên cơn SG, vì vậy dự phòng cấp 3 là khi đã xác định TSG nặng cần can thiệp tránh để các biến chứng xảy ra cho cả mẹ và thai.

KẾT LUẬN

TSG là một hội chứng liên quan chặt chẽ với sản khoa và ảnh hưởng đến nhiều cơ quan trong cơ thể sản phụ. Việc dự phòng TSG từng cấp (từ 1 đến 3) sẽ góp phần tích cực trong công tác giảm tử vong mẹ tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Churchill D, Duley L (2002). Interventionist versus expectant care for severe pre-eclampsia before term. Cochrane Database of Systematic Reviews; (3): CD003106.
2. Duley L, Henderson-Smart DJ, Meher S, King JF (2007). Antiplatelet agents for preventing preeclampsia and its complications. Cochrane Database of Systematic Reviews; (2): CD004659.
3. Duley L (2009). The global impact of pre-eclampsia and eclampsia. Seminars in Perinatology; 33(3):130-137.
4. Magee LA, Yong PJ, Espinosa V, Côté AM, Chen I, von Dadelszen P (2009). Expectant management of severe pre-eclampsia remote from term: a structured systematic review. Hypertension in Pregnancy; (3):312-347.
5. Meher S, Duley L (2006). Rest during pregnancy for preventing pre-eclampsia and its complications in women with normal blood pressure. Cochrane Database of Systematic Reviews; (2): CD005939.
6. Which anticonvulsant for women with eclampsia? (1995). Evidence from the Collaborative Eclampsia Trial. Lancet; 345(8963):1455-1463.
7. WHO (2012). Recommendation for preeclampsia and eclampsia.

