

Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH • TẬP 46

TĂNG HUYẾT ÁP THAI KỲ



Nhà xuất bản Tổng hợp
Thành phố Hồ Chí Minh

MỤC LỤC Y HỌC SINH SẢN TẬP 46

TÀNG HUYẾT ÁP THAI KỲ

- 06 < Tăng huyết áp thai kỳ Hồ Cao Cường, Bùi Quang Trung
- 13 < Hướng dẫn cập nhật tăng huyết áp mạn tính trong thai kỳ Nguyễn Thị Thủy
- 16 < Tiên đoán sớm tiền sản giật Trần Thế Hùng
- 19 < Vai trò của DNA thai tự do trong tầm soát tiền sản giật Nguyễn Vũ Khánh, Nguyễn Vạn Thông
- 22 < Bổ sung canxi trong dự phòng tiền sản giật Bùi Quang Trung
- 26 < Ảnh hưởng của béo phì lên nguy cơ khởi phát tiền sản giật Nguyễn Đình Hiến, Vương Quốc Thịnh, Nguyễn Thanh Hưng, Nguyễn Long
- 28 < Quản lý thai kỳ tiền sản giật nặng khởi phát sớm: Cập nhật từ khuyến cáo Trần Thụy Hương Quỳnh, Đỗ Đăng Trường, Nguyễn Thanh Hưng, Nguyễn Long
- 31 < Tiên lượng kết cục xấu ở thai phụ bị tiền sản giật: Áp dụng mô hình fullPIERS Nguyễn Thế Hải, Nguyễn Thanh Hưng, Nguyễn Long
- 35 < Nguy cơ tiền sản giật ở bệnh nhân thụ tinh trong ống nghiệm – xin noãn Nguyễn Khánh Linh
- 39 < Kỹ thuật cắt ngang – phương pháp mới để đo Doppler động mạch tử cung trong tam cá nguyệt I Nguyễn Đình Vũ, Giang Hoà Văn
- 44 < Siêu âm chẩn đoán lạc nội mạc tử cung sâu Lê Tiểu My
- 48 < Giá trị của IOTA models trong khảo sát khối u phần phụ Phạm Thị Phương Anh
- 53 < Điều trị sa tạng chậu bằng vòng nâng âm đạo (Pessary): Cái nhìn mới cho vấn đề cũ Văn Huỳnh Thúy Xuân
- 57 < Corticosteroids trước sinh Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch
- 60 < Ngừa thai ở tuổi quanh mãn kinh Lê Long Hồ
- 64 < Đáp ứng kém với kích thích buồng trứng – Vai trò của bổ sung testosterone qua da Hồ Mạnh Tường
- 66 < Đứt gãy DNA tinh trùng và vô sinh nam Hồ Sỹ Hùng
- 71 < Vai trò của vitamin D đối với sức khỏe sinh sản Hà Nhật Anh
- 74 < Các em bé thụ tinh trong ống nghiệm đầu tiên tròn 20 tuổi Hồ Mạnh Tường
- 76 < Nhiễm trùng sơ sinh sớm: Cập nhật mới Nguyễn Khôi
- 83 < Tầm lãng phí trong y tế Võ Thị Hà

JOURNAL CLUB

- 87 < Cập nhật hướng dẫn thực hành lâm sàng theo dõi sinh ngã âm đạo ở thai phụ từng mổ lấy thai
- 88 < Khâu cổ tử cung đối với các trường hợp đơn thai có kênh cổ tử cung ngắn và không có tiền căn sinh non: một tổng quan hệ thống và phân tích gộp của các RCTs
- 89 < Đánh giá hiệu quả của Aspirin liều thấp trong dự phòng tiền sản giật ở nhóm thai phụ tăng huyết áp mạn tính
- 90 < So sánh tác dụng của Hydralazine và Nifedipine điều trị tăng huyết áp cấp trong thai kỳ
- 91 < Tổng quan hệ thống và phân tích gộp mới nhất về vai trò của Aspirin liều thấp trong dự phòng tiền sản giật
- 92 < Tầm soát tiền sản giật trong tam cá nguyệt I nhằm phát hiện tiền sản giật sớm và muộn sử dụng các đặc điểm thai phụ, dấu ấn sinh hóa và thể tích bánh nhau

- 94 < TIN ĐÀO TẠO Y KHOA LIÊN TỤC
- 75 < LỊCH HOẠT ĐỘNG ĐÀO TẠO LIÊN TỤC HOSREM

MỜI VIẾT BÀI Y HỌC SINH SẢN

Chuyên đề tập 47: “UNG THƯ PHỤ KHOA”
Tập 47 sẽ xuất bản vào tháng 9/2018.
Hạn gửi bài cho tập 47 là 20/05/2018.

Chuyên đề tập 48: “DỰ PHÒNG SINH NON”
Tập 48 sẽ xuất bản vào tháng 12/2018.
Hạn gửi bài cho tập 48 là 20/08/2018.

Tập sách sẽ ưu tiên đăng tải các bài viết thuộc chủ đề như đã nêu ra ở từng tập. Ngoài ra, các bài viết khác trong lĩnh vực sức khỏe sinh sản có nội dung hay, hấp dẫn và mang tính cập nhật thông tin - kiến thức cũng sẽ được lựa chọn. Quy cách: 2.000 - 3.000 từ, font Times New Roman/Arial, bảng biểu rõ ràng, hình ảnh rõ và chất lượng cao, phần tài liệu tham khảo chính ở cuối bài vui lòng chỉ chọn 5 - 7 tài liệu tham khảo chính (quan trọng hoặc được trích dẫn nhiều nhất). Journal Club là chuyên mục nhằm giới thiệu đến độc giả các bài báo, đề tài quan trọng xuất hiện trên y văn trong thời gian gần, mang tính cập nhật cao. Quy cách bài cho mục Journal Club: 500 - 1.000 từ, bảng biểu rõ ràng và đính kèm y văn gốc.

Để gửi bài duyệt đăng, vui lòng liên hệ: BS. Huỳnh Thị Tuyết (huynhthituyet@hosrem.vn), văn phòng HOSREM (hosrem@hosrem.vn).

Để gửi trang quảng cáo, vui lòng liên hệ: Anh Bá Đức (ngoduc@hosrem.vn, 0934.024.906).

Hội viên liên kết Vàng 2018



MERCK



Hội viên liên kết Bạc 2018



Science For A Better Life



QUẢN LÝ THAI KỲ TIỀN SẢN GIẬT NẶNG KHỞI PHÁT SỚM: CẬP NHẬT TỪ KHUYẾN CÁO

Trần Thụy Hương Quỳnh¹, Đỗ Đăng Trường¹, Nguyễn Thanh Hưng², Nguyễn Long³

¹Khoa Y, Đại học Quốc gia TP HCM;

²Đại học Y Dược TP HCM; ³Bệnh viện Từ Dũ



MỞ ĐẦU

Tiền sản giật là một rối loạn tăng huyết áp thai kỳ gây biến chứng lên tới 10% thai kỳ trên toàn thế giới. Ước tính mỗi năm trên thế giới có khoảng 50.000 - 60.000 ca tử vong liên quan đến tiền sản giật (Sibai, 2011). Tiền sản giật nặng có thể gây ra nhiều biến chứng cấp và mạn cho cả thai phụ lẫn thai nhi. Các biến chứng của thai phụ bị tiền sản giật nặng bao gồm: phù phổi, nhồi máu cơ tim, đột quỵ, hội chứng nguy kịch hô hấp cấp, đông máu, suy thận và tổn thương võng mạc. Các biến chứng của thai nhi gồm: IUGR, suy thai, thai chết lưu, sinh non và tăng huyết áp ở trẻ sơ sinh (Sibai, 2003).

Tiền sản giật nặng xảy ra trước tuần thứ 34 của thai kỳ được gọi là khởi phát sớm, thường đi kèm với bệnh suất và tử suất cao ở cả thai phụ và thai nhi (Sibai, 2007). Lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp ở các trường hợp này vẫn còn là một thách thức trong thực hành sản khoa hiện nay. Chấm dứt thai kỳ ngay sẽ giúp tránh được các biến chứng nặng xảy ra trên thai phụ. Tuy nhiên, ở các thai kỳ non tháng, lựa chọn dưỡng thai (ở các cơ sở y tế có đủ điều kiện) sẽ giúp cho thai nhi giảm được các biến chứng sau sinh. Nội dung bài viết này sẽ cập nhật các khuyến cáo lâm sàng giúp cho việc quản lý thai kỳ tiền sản giật nặng được tối ưu cho cả thai phụ và thai nhi.

QUẢN LÝ LÝ TƯỞNG

Với các trường hợp tiền sản giật nặng có tuổi thai từ 34 tuần trở lên hoặc các trường hợp mà tình trạng mẹ hoặc tình trạng thai không ổn định ở bất kể tuổi

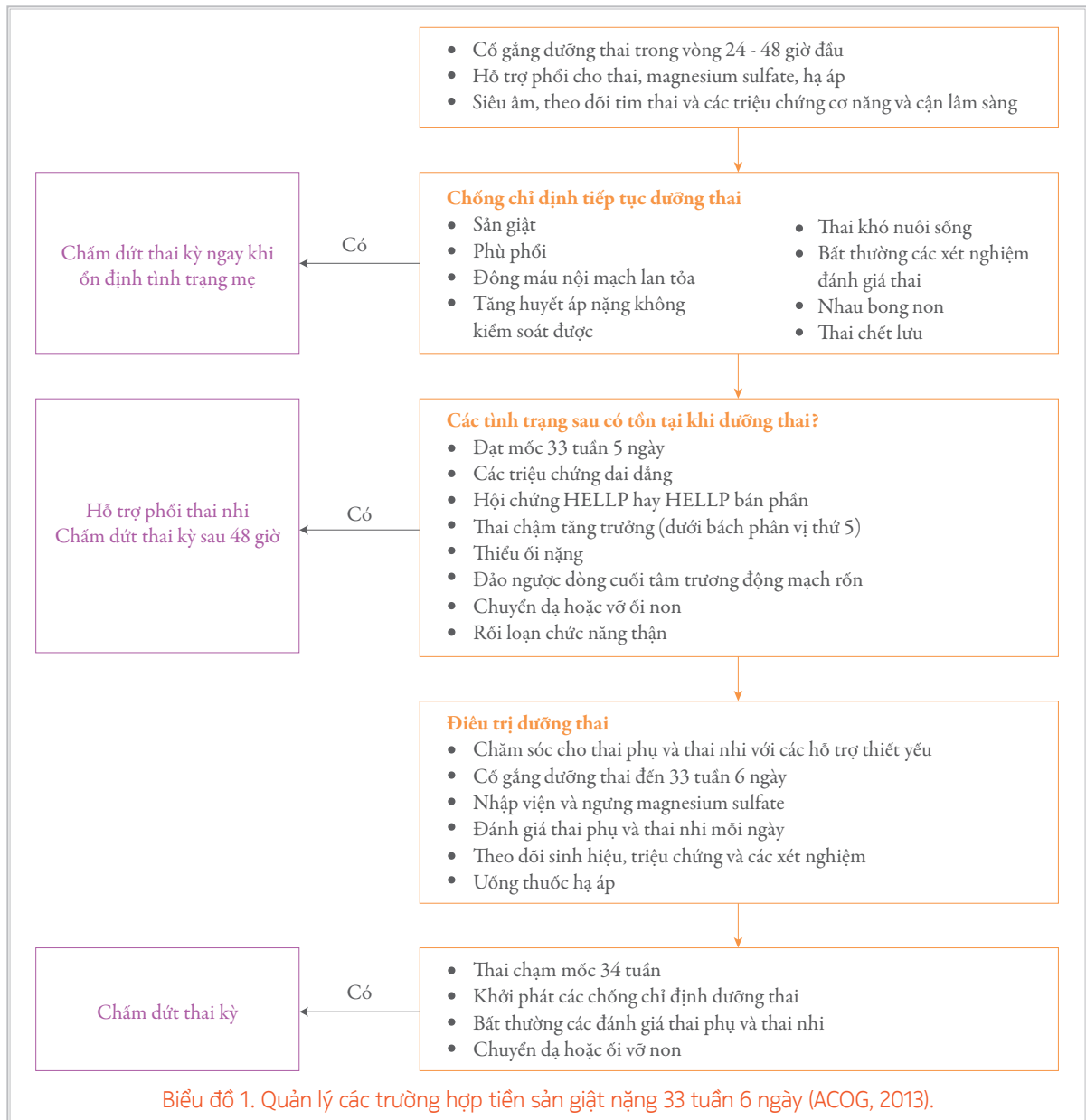
thai nào, chấm dứt thai kỳ được chỉ định ngay khi ổn định xong tình trạng mẹ (ACOG, 2013).

Với các trường hợp tiền sản giật nặng 33 tuần 6 ngày có tình trạng mẹ và thai ổn định, dưỡng thai được khuyến cáo thực hiện ở những nơi có đầy đủ nguồn lực để xử trí các vấn đề cho thai phụ và thai nhi sau khi sinh (Biểu đồ 1). Lưu ý, chỉ định dùng thuốc hạ áp khi huyết áp tâm thu ≥ 150 mmHg hoặc huyết áp tâm trương ≥ 100 mmHg. (Biểu đồ 1)

SỬ DỤNG CORTICOID ĐỂ TRƯỞNG THÀNH PHỔI THAI NIHI

Mặc dù bằng chứng ở những trường hợp tiền sản nặng được dưỡng thai còn ít, nhưng các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng về các trường hợp mang thai kèm tăng huyết áp đã kết luận điều trị corticosteroid trước khi sinh làm giảm nguy cơ xảy ra hội chứng suy hô hấp (RR = 0,50, KTC 95% 0,35 - 0,72), tử vong sơ sinh (RR = 0,50, KTC 95% 0,29 - 0,87) và xuất huyết não (RR = 0,38, KTC 95% 0,17 - 0,87) (Roberts, 2017). Trong một nghiên cứu ngẫu nhiên trên các thai phụ trong khoảng 26 - 34 tuần bị tiền sản giật nặng, việc dùng betamethasone hàng tuần (trung bình khoảng 1,7 liều) giúp giảm tần suất hội chứng suy hô hấp (RR = 0,53, KTC 95% 0,35 - 0,82) và xuất huyết não thất (RR = 0,35, KTC 95% 0,15 - 0,86) (Amorim, 1999). Nếu trước đó thai phụ chưa được áp dụng điều trị corticoid và nếu xem xét thấy việc điều trị này có lợi cho thai nhi thì nên sử dụng corticoid trước khi sinh.

Khuyến cáo ACOG 2013: Với thai phụ bị tiền



sản giật nặng có tuổi thai từ 34 tuần trở xuống được điều trị dưỡng thai thì việc sử dụng corticosteroid để trưởng thành phổi thai nhi được khuyến nghị.

VẤN ĐỀ ĐẠM NIỆU

Tiểu đạm mức độ nặng ở thai phụ bị tiền sản giật nặng được điều trị dưỡng thai không liên quan đến các kết cục nặng xảy ra sau này (nếu có).

Trong một nghiên cứu gồm 42 thai phụ tiểu đạm ở mức nặng (được định nghĩa là ≥ 5 g/24 giờ) kéo dài suốt thời gian mang thai, các biến chứng của thai phụ không tăng lên và tình trạng rối loạn chức năng thận sẽ chấm dứt trong vòng 3 tháng sau sinh.

Một nghiên cứu khác phân thai phụ bị tiền sản giật nặng theo mức độ nặng đạm niệu: nhẹ (< 5 g/24 giờ), nặng (5 - 9,9 g/24 giờ) hoặc nghiêm trọng (> 10 g/24 giờ). Không có sự khác biệt về tỷ lệ sản giật, nhau bong non, phù phổi, hội chứng HELLP, tử vong sơ sinh hoặc bệnh suất sơ sinh giữa các nhóm. Mặc dù lượng đạm niệu tăng theo thời gian, nó không tiên đoán được thời gian có thể dưỡng thai thêm hay các kết cục chu sinh. Trên cơ sở những dữ liệu này, chỉ riêng biểu hiện tiểu đạm nặng và mức độ thay đổi đạm niệu không được coi là tiêu chí để không thực hiện hay chấm dứt điều trị dưỡng thai.

Khuyến cáo ACOG 2013: Với thai phụ có tiền

sản giật nặng, chỉ định chấm dứt thai kỳ sớm không dựa trên lượng đạm niệu hay thay đổi lượng đạm niệu.

THEO DÕI TÌNH TRẠNG THAI PHỤ VÀ THAI NHI

Trong suốt quá trình dưỡng thai, tình trạng thai phụ và thai nhi nên được theo dõi thường xuyên (ACOG, 2013). Nội dung cụ thể như sau:

Theo dõi ở thai phụ

- Sinh hiệu, lượng dịch nhập và lượng nước tiểu tối thiểu mỗi 8 giờ.
- Các triệu chứng cơ năng của tiền sản giật nặng (nhức đầu, rối loạn thị giác, đau sau xương ức, khó thở và thở gấp, nôn và buồn nôn, đau thượng vị) tối thiểu mỗi 8 giờ.
- Xác định có hay không sự hiện diện các cơn gò tử cung, vỡ ối, đau bụng, ra huyết tối thiểu mỗi 8 giờ.
- Xét nghiệm cận lâm sàng (công thức máu và số lượng tiểu cầu, men gan, creatinine huyết tương) mỗi ngày. Tuy nhiên, các xét nghiệm trên có thể làm cách ngày nếu kết quả ổn định và thai phụ không có triệu chứng.

Theo dõi tình trạng thai nhi

- Theo dõi cử động thai, non-stress test và gò tử cung mỗi ngày.
- Trắc đo sinh vật lý 2 lần mỗi tuần.
- Đánh giá sự phát triển của thai nhi 2 lần mỗi tuần; nếu nghi ngờ thai chậm tăng trưởng, Doppler động mạch rốn nên thực hiện mỗi 2 tuần.

CHẤM DỨT THAI KỲ TRONG QUÁ TRÌNH DƯỠNG THAI

Dưỡng thai ở thai kỳ từ 28 đến 33 tuần 6 ngày là để giảm các nguy cơ cho thai nhi do việc sinh non tháng gây ra và nên thực hiện ở nơi có đầy đủ các nguồn lực cần thiết (Sibai, 2011). Tuy nhiên, trong nhiều trường hợp, chấm dứt thai kỳ được chỉ định nhằm đảm bảo an toàn cho thai phụ và lợi ích cho thai nhi là nhiều hơn so với việc tiếp tục dưỡng thai. Các nguyên nhân sau cần phải chấm dứt thai kỳ ngay sau khi tiến hành các bước ổn định tình trạng thai phụ (ACOG, 2013).

Các nguyên nhân từ thai phụ

- Tái diễn tình trạng tăng huyết áp trầm trọng.
- Tái diễn những triệu chứng cơ năng của tiền sản

giật nặng.

- Suy thận tiến triển (nồng độ creatinine huyết tương lớn hơn 1,1 mg/dL hay tăng gấp đôi trong bối cảnh thai phụ không mắc các bệnh khác về thận).
- Giảm tiểu cầu kéo dài hoặc hội chứng HELLP kéo dài.
- Phù phổi.
- Sản giật.
- Nghi ngờ nhau bong non.
- Chuyển dạ không thể trì hoãn được hay vỡ ối.

Các nguyên nhân từ thai nhi

- Thai nhi chậm mọc 34 tuần.
- Thai chậm tăng trưởng nặng (siêu âm ước lượng cân nặng thai nhi dưới bách phân vị thứ 5).
- Thiếu ối kéo dài (độ sâu khoang ối lớn nhất dưới 2 cm).
- Trắc đo sinh vật lý thai nhi từ ngưỡng 4/10 trở xuống tối thiểu sau 2 lần đánh giá cách nhau 6 giờ.
- Đảo ngược dòng Doppler động mạch rốn cuối thì tâm trương.
- Non-stress test có nhịp giảm muộn lặp lại hoặc nhịp giảm bất định lặp lại.
- Thai chết lưu.

KẾT LUẬN

Rối loạn tăng huyết áp thai kỳ vẫn còn là một vấn đề sức khỏe có ảnh hưởng lớn trên toàn thế giới nói chung và Việt Nam nói riêng. Tiền sản giật nặng khởi phát sớm, dù xuất hiện đơn độc hay chồng lấp cùng với những bệnh lý huyết áp khác, cũng luôn là yếu tố nguy cơ gây ra các biến chứng, tăng tỷ suất bệnh tật và tử vong. Những khuyến cáo trên từ Hiệp hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ có thể làm thay đổi định hướng điều trị của các bác sĩ lâm sàng trước một trường hợp tiền sản giật nặng khởi phát sớm, giúp tối ưu hóa cho cả thai phụ và thai nhi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American College of Obstetricians and Gynecologists (2013). Hypertension in Pregnancy: Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists's Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol*; 122:1122-31.
2. Amorim MM, Santosa LC, Faundes A (1999). Corticosteroid therapy for prevention of respiratory distress syndrome in severe preeclampsia. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*; 180(5):1283-8.
3. Ganzevoort W, Sibai BM (2011). Temporising versus interventionist management (preterm and at term). *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*; 25:463-76.
4. Magee LA, Yong PJ, Espinosa V, Cote AM, Chen I, Von DP (2009). Expectant management of severe preeclampsia remote from term: a structured systematic review. *Hypertens Pregnancy*; 28:312-47.
5. Roberts D, Brown J, Medley N, Dalziel SR (2017). Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *The Cochrane Library*.
6. Sibai BM (2003). Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia. *Obstet Gynecol*; 102:181-92.
7. Sibai BM, Barton JR (2007). Expectant management of severe preeclampsia remote from term: patient selection, treatment, and delivery indications. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*; 196(6):514-e1.