

SẢN GIẬT: TIẾP CẬN, CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ

BS. Tô Mỹ Anh

Bệnh viện Mỹ Đức

ĐỊNH NGHĨA VÀ DỊCH TỄ

Sản giật được định nghĩa là các cơn co giật mới khởi phát dạng co cứng – co giật ở phụ nữ có tăng huyết áp thai kỳ mà không giải thích được bởi nguyên nhân nào khác (ACOG Practice Bulletin No.222, 2020). Sản giật là một trong những biến chứng cấp tính nghiêm trọng nhất của thai kỳ, với bệnh suất và tử suất cao đối với cả mẹ và con (Main, 2015).

Tăng huyết áp xuất hiện ở khoảng 10% các thai kỳ, và sản giật xảy ra ở 0,8% phụ nữ có các rối loạn tăng huyết áp (Altman, 2002). Trong 50 năm qua, tỷ lệ sản giật ở các nước phát triển đã giảm xuống còn khoảng từ 1,6 đến 10 ca mỗi 10.000 ca sinh (Jaatinen, 2016; Liu, 2011). Ở một số nước đang phát triển, tỷ lệ sản giật được báo cáo là từ 50 đến 151 mỗi 10.000 ca sinh (Eke AC, 2011; Vousden, 2019).

BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

Thời điểm khởi phát

Khoảng 59 – 70% các cơn co giật xảy ra trong giai đoạn trước sinh, 20% đến 30% trong chuyển dạ sinh và 20% đến 30% ở giai đoạn sau sinh (Cooray, 2011; Berhan, 2015; Mattar, 2000).

Hầu hết các trường hợp sản giật trước sinh xảy ra sau 28 tuần tuổi thai. Sản giật xuất hiện trước 20 tuần thường liên quan đến thai trứng, toàn phần hoặc bán phần (Sibai, 2009; Hazra, 2003). Tình trạng tăng huyết áp và tiểu đạm ở 20 tuần tuổi thai còn có thể do viêm thận lupus, hội chứng tán huyết ure máu cao, hội chứng antiphospholipid, hoặc xuất huyết giảm tiểu cầu huyết khối (TTP) (Fishel Bartal, 2020). Dù

cực kỳ hiếm, thai phụ với tình trạng co giật kèm theo tăng huyết áp và tiểu đạm ở nửa đầu thai kỳ cần được xem là sản giật đến khi có bằng chứng ngược lại (Fishel Bartal, 2020).

Sản giật thường gặp nhất ở tam cá nguyệt 3, với tần suất tăng dần về những tuần cuối của thai kỳ. Trong những năm gần đây, tỷ lệ sản giật hậu sản đã giảm nhờ cải thiện chăm sóc trước sinh, nhận diện sớm tiền sản giật, và dự phòng với magnesium sulfate (Chames, 2002). Sản giật khởi phát muộn có thể xuất hiện > 48 giờ nhưng < 6 tuần sau sinh (Chames, 2002).

Dấu hiệu cảnh báo

Sản giật luôn xuất hiện trên nền người bệnh có tiền sản giật, hầu như không có ngoại lệ trừ khi bị bỏ sót (Cunningham, 2018).

Trong 78 – 83% trường hợp, các dấu hiệu kích thích não xuất hiện trước cơn co giật: đau đầu vùng chẩm hoặc trán nhiều và liên tục, nhìn mờ, nhạy cảm ánh sáng, rối loạn tri giác (ACOG, 2020). Triệu chứng đau đầu phản ánh tăng áp lực tưới máu não, phù não, và bệnh não tăng huyết áp (Belfort, 1999). Các rối loạn thị giác có thể gồm nhìn mờ, nhìn đôi, điểm mù, lóa mắt, hay mù vỏ não thoáng qua (Roos, 2012; Shah, 2008).

Một nghiên cứu tổng quan hệ thống trên 2163 trường hợp sản giật cho thấy các triệu chứng phổ biến nhất là đau đầu (66%), rối loạn thị giác (27%), và đau hạ sườn phải hay thượng vị (25%) (Berhan, 2015). Tuy nhiên, không có triệu chứng nào kể trên có thể dự đoán chính xác hay loại trừ sản giật (Cooray, 2011; Hastie, 2019), và sản giật có thể xuất hiện dù không có dấu hiệu cảnh báo (Sibai, 2005; Cooray, 2011).

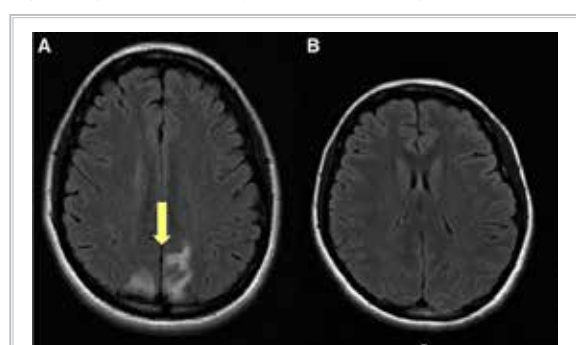
Khoảng 20 – 38% phụ nữ không có các dấu hiệu điển hình của tiền sản giật (tăng huyết áp hay tiểu đạm) trước khi sản giật khởi phát (Noraihan, 2005). Tiểu đạm đáng kể (3+ trên que nhúng) chỉ hiện diện ở 48% trường hợp sản giật, và có đến 14% trường hợp không có tiểu đạm (Mattar, 2000).

Cơ co giật

Biểu hiện của sản giật là các cơn co giật toàn thể dạng co cứng-co giật (Fishel Bartal M, 2020). Khi bắt đầu cơn, sản phụ đột ngột mất ý thức, các cơ của tay, chân, ngực và lưng co cứng. Sau khoảng một phút, các cơ bắt đầu rung giật trong vòng một đến hai phút tiếp theo. Các cử động này có thể thô bạo, sản phụ có thể tự ngã khỏi giường, tự cắn lưỡi nếu không được bảo vệ. Các cử động cơ dần nhỏ hơn với tần suất thấp hơn, và cuối cùng sản phụ nằm bất động (Cunningham, 2018).

Sau cơn co giật, sản phụ có thể dần hồi tỉnh và hồi phục một phần ý thức. Trong những trường hợp nặng, các cơn co giật diễn ra nối tiếp dẫn đến hôn mê, và có thể gây tử vong. Hoặc hiếm hơn, hôn mê có thể xảy ra chỉ sau một cơn co giật duy nhất (Cunningham, 2018).

Trong trường hợp co giật diễn ra liên tục không suy giảm, còn gọi là trạng thái động kinh (status epilepticus) người bệnh cần được dùng an thần mạnh, thậm chí gây mê toàn thân để ngăn ngừa thiếu oxy não (Cunningham, 2018).



Hình 1. Hội chứng rối loạn tuần hoàn não sau trên MRI. MRI não cho thấy hội chứng rối loạn tuần hoàn não sau ở một phụ nữ với sản giật. Hình (A) chụp cộng hưởng từ T2 cho thấy tín hiệu tăng trong ngày 1 hậu sản, mũi tên chỉ vào vùng phù mạch. Hình (B) vùng phù mạch cải thiện vào ngày 5 hậu sản.

Nguồn: Fishel Bartal. Eclampsia in the 21st century. Am J Obstet Gynecol 2020.

Nhịp thở sau cơn co giật có thể tăng đến 50 lần/phút do tăng CO_2 máu, tăng lactate máu, và thiếu oxy thoáng qua. Bệnh nhân trở nên xanh tím trong những trường hợp nặng. Sốt cao có thể do xuất huyết não và là một dấu hiệu nghiêm trọng (Cunningham, 2018). Dù không thường gặp, các sản phụ có tiền sản giật nặng và sản giật có thể có tình trạng mù tạm thời (từ vài giờ đến 1 tuần) (Cunningham, 1995).

Các dạng khác của sản giật là cơn co giật cục bộ hoặc đa ổ và thường ít gặp hơn (Cunningham, 2018).

Khảo sát cận lâm sàng

Các phương tiện chẩn đoán thần kinh như điện não đồ (EEG), chụp cắt lớp điện toán (CT), chụp cộng hưởng từ đã được nghiên cứu trên các trường hợp sản giật, tuy nhiên không được khuyến cáo thực hành thường quy (Dahmus, 1992). Các khảo sát này có thể được chỉ định cho các trường hợp có dấu thần kinh khu trú, co giật tái diễn, hôn mê kéo dài (Fishel Bartal, 2020), hoặc những trường hợp không điển hình.

Các dấu hiệu hình ảnh học trong sản giật là tương tự như bệnh não tăng huyết áp, bao gồm phù não, nhồi máu và xuất huyết (Di, 2018). Một trong những biểu hiện điển hình của sản giật trên hình ảnh học là hội chứng rối loạn tuần hoàn não sau có hồi phục (posterior reversible encephalopathy syndrome – PRES). PRES là một bệnh lý thần kinh đặc trưng bởi nhóm triệu chứng gồm đau đầu, rối loạn thị giác, rối loạn tri giác, co giật, và dấu thần kinh khu trú (Fischer, 2017). Chẩn đoán PRES được xác định bằng hình ảnh phù não do mạch máu và tăng tín hiệu ở những vùng não sau trên chụp cộng hưởng từ (Hình 1). PRES có thể được phát hiện ở 90% trường hợp sản giật (Mayama, 2016).

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Biểu hiện lâm sàng của sản giật có thể trùng lặp với các tình trạng nội và ngoại khoa khác. Các chẩn đoán phân biệt cần được cân nhắc trong các trường hợp: huyết áp bình thường và không có tiểu đạm, xuất hiện dấu thần kinh khu

trú, co giật khởi phát trước 20 tuần hoặc >48 giờ sau sinh, hoặc mất ý thức kéo dài (Morton, 2016; Sibai, 2012). Khi xem xét chẩn đoán phân biệt, cần khảo sát đầy đủ bệnh sử và lâm sàng của người bệnh: các bệnh lý nền, các thuốc và các chất đang dùng, bệnh đồng mắc. Trong những trường hợp không điển hình, cần phải luôn loại trừ xuất huyết nội sọ và các tình trạng nghiêm trọng cần điều trị đặc hiệu khác (Fishel Bartal, 2020). Các xét nghiệm cận lâm sàng có thể hỗ trợ chẩn đoán: công thức máu, glucose máu, điện giải đồ, tổng phân tích nước tiểu, chọc dò tủy sống, và khảo sát các chất độc. Hình ảnh học như CT và MRI não cũng có thể được thực hiện (Krumholz, 2007).

Các chẩn đoán phân biệt có thể được cân nhắc là các bệnh lý thần kinh, động kinh, chuyển hóa, tự miễn, nhiễm trùng, chấn thương, hoặc sử dụng thuốc (Fishel Bartal, 2020).

XỬ TRÍ BƯỚC ĐẦU SẢN GIẬT

Sản phụ với tình trạng sản giật cần được xử trí và theo dõi tại cơ sở y tế có đơn vị sản socola tích cực (ICU). Nếu cơ sở y tế không đủ điều kiện và cần chuyển viện, phải đảm bảo sản phụ đã ổn định huyết áp và kiểm soát được cơn co giật, đồng thời tình trạng thai không bị đe dọa. Sản phụ cần được chuyển đi trong xe cấp cứu với đầy đủ phương tiện và nhân viên y tế có thể xử trí được trong trường hợp co giật tái phát (Fishel Bartal, 2020).

Các nguyên tắc chính

Trong và ngay sau cơn co giật, những vấn đề sau cần được đánh giá và xử trí ngay: (Fishel Bartal, 2020; ACOG, 2020). (Lưu đồ 1)

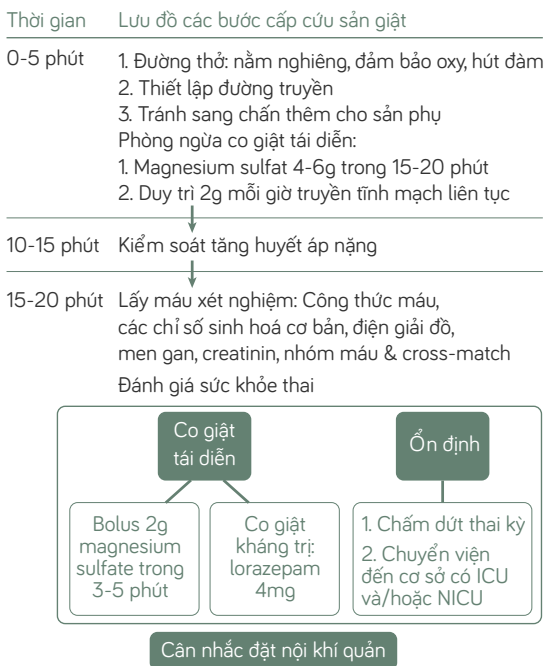
1. Đảm bảo đường thở, oxy, tránh hít sặc, tránh sang chấn cho sản phụ.
2. Phòng ngừa co giật tái phát
3. Ổn định huyết áp.
4. Đánh giá sức khỏe thai và chấm dứt thai kỳ khi đủ điều kiện.

Đảm bảo đường thở và tránh sang chấn

Nhân viên y tế nâng và cố định hai thanh chắn bên giường sản phụ, đặt cây ngang lưỡi,

Lưu đồ 1. Xử trí cấp cứu sản giật.

Nguồn: Fishel Bartal. Eclampsia in the 21st century. Am J Obstet Gynecol 2020.



đảm bảo đường thở thông thoáng. Để tránh hít sặc, sản phụ nên được đặt nằm nghiêng, có thể hút dịch tiết ở họng nếu cần. Không khuyến cáo giữ người bệnh nằm yên hay cố gắng ngừng những cử động của họ (Fishel Bartal, 2020).

Cung cấp oxy bổ sung (8 đến 10 L/phút) qua mặt nạ thở để đảm bảo duy trì nồng độ oxy máu trong cơn co giật (Fishel Bartal, 2020). Các dấu hiệu sinh tồn cần được theo dõi, bao gồm độ bão hòa oxy máu (ACOG, 2020), và làm khí máu động mạch nếu SpO₂ bất thường (độ bão hòa oxy ≤ 92%). Sau cơn co giật sản phụ có thể tự thở lại và oxy máu trở về bình thường, trừ khi co giật dồn dập, viêm phổi hít hoặc phù phổi (Fishel Bartal, 2020).

Phòng ngừa co giật tái diễn

Co giật thường tự giới hạn, nhưng vẫn có khả năng tái diễn. Magnesium sulfate là thuốc được khuyến cáo phòng ngừa các cơn co giật xảy ra sau đó (ACOG, 2020). Các nghiên cứu trước đây cho thấy magnesium sulfate có ưu thế hơn so với phenytoin, diazepam, hoặc hỗn hợp liệt thần kinh (lytic cocktail – thường gồm chlorpromazine, promethazine, và pethidine) và

liên quan đến bệnh suất thấp hơn cho mẹ và trẻ sơ sinh (Duley L, 2010). Liệu dùng được khuyến cáo như sau (ACOG, 2020; Cunningham, 2018):

- Đường truyền tĩnh mạch (IV) liên tục
 - Tấn công: 4 g hoặc 6 g magnesium sulfate pha loãng trong 100 ml dung dịch truyền tĩnh mạch trong 15 – 20 phút.
 - ▷ Dùng liều tấn công 4 g có thể không đạt được nồng độ điều trị sau 4 giờ (Alexander, 2006).
 - Duy trì: 2 g/giờ pha loãng trong 100 ml dung dịch truyền tĩnh mạch. So với liều 1 g/giờ, liều 2 g có khả năng đạt được nồng độ điều trị cao hơn và ít dao động hơn (Okusanya, 2016; Alexander, 2006).
 - Theo dõi ngộ độc magnesium: Đánh giá phản xạ gân xương mỗi giờ. Định lượng nồng độ magnesium máu mỗi 4 – 6 giờ nếu creatinin huyết tương ≥ 1 mg/dL hoặc thiếu niệu, có thể sử dụng liều duy trì 1 g/giờ nếu có suy thận.
 - Ngưng magnesium sulfate 24 giờ sau sinh.
- Đường tiêm bắp ngắt quãng
 - Tấn công: 10 g (5 g tiêm bắp mỗi bên mông). Nếu sau 15 phút sản phụ còn co giật, có thể truyền 2 g magnesium sulfate tĩnh mạch (dung dịch 20%) với tốc độ không quá 1 g/giờ.
 - Duy trì: 5 g lặp lại mỗi 4 giờ. Đảm bảo sản phụ còn phản xạ gân xương, hô hấp không bị ức chế và nước tiểu > 100 mL/4 giờ.
 - Có thể pha thuốc với 1 mL dung dịch xylocaine 2% để giảm đau khi tiêm.
 - Ngưng magnesium sulfate 4 giờ sau sinh.

Ở các cơ sở không đủ điều kiện, magnesium sulfate có thể dùng bằng đường tiêm bắp với hiệu quả tương đương đường tĩnh mạch (Pritchard, 1975, 1984; Salinger, 2013). Hai nghiên cứu ở Ấn Độ cho thấy tiêm bắp hiệu quả tương đương trong phòng ngừa co giật tái diễn và tử vong mẹ với sản giật (Chowdhury, 2009; Jana, 2013). Nồng độ magnesium huyết tương dao động nhiều hơn khi tiêm bắp so với truyền tĩnh mạch liên tục (Okusanya, 2016; Pritchard, 1955).

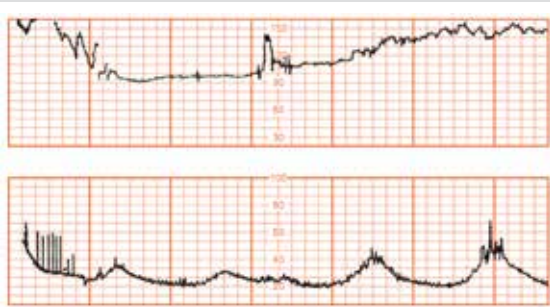
Khoảng 10% sản phụ sản giật có thể có cơn co giật thứ hai sau khi đã được dùng magnesium sulfate. Trong trường hợp này, liều tấn công thứ hai với 2 – 4 g magnesium sulfate có thể được truyền tĩnh mạch trong 5 phút (The Eclampsia Trial Collaborative Group, 1995).

Trong trường hợp co giật tái diễn kháng với magnesium sulfate (vẫn co giật sau khi đã truyền liều tấn công 20 phút hoặc co giật trên 2 lần), có thể sử dụng sodium amobarbital (250 mg IV trong 3 phút), thiopental, hoặc phenytoin (1.250 mg IV với tốc độ 50 mg/phút) (ACOG, 2020). Midazolam hoặc lorazepam cũng có thể được dùng với liều đơn, lượng ít vì sử dụng kéo dài có thể làm tăng tỷ lệ tử vong do viêm phổi hít (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2006). Liều có thể sử dụng là lorazepam 4 mg IV trong 3 – 5 phút (Fishel Bartal, 2020). Đây là những trường hợp cần đặt nội khí quản và hỗ trợ hô hấp tại đơn vị ICU (ACOG, 2020). Chụp phim não (CT/MRI) có thể được cân nhắc vì những trường hợp kháng trị với magnesium sulfate thường cho thấy những bất thường trên hình ảnh học (Dunn, 1986).

Trong những trường hợp hiếm sản phụ bị kích động dữ dội, clonazepam 1 mg IV, diazepam 10 mg, hoặc midazolam có thể được dùng để an thần, giúp nhân viên y tế có thể thiết lập đường truyền, đặt sonde Foley, và lấy máu. Tuy nhiên, cần thật cẩn thận và chỉ dùng khi thật sự cần thiết, vì các thuốc này gây ức chế phản xạ thanh quản, tăng nguy cơ hít sặc và có thể ức chế trung tâm hô hấp gây ngưng thở (ACOG, 2020).

Điều trị hạ áp

Các thuốc chống tăng huyết áp được dùng để phòng ngừa tai biến mạch máu não, biến chứng gây ra 15 – 20% các trường hợp tử vong trong sản giật (Mackay, 2001; Vousden, 2019). Ngưỡng điều trị hạ áp là huyết áp tâm thu ≥ 160 mmHg hoặc tâm trương ≥ 110 mmHg (ACOG, 2020). Các thuốc có thể sử dụng là labetalol IV, hydralazine IV, Nifedipin dạng phóng thích tức thời, và nicardipine IV (ACOG, 2020; Bernstein PS, 2017).



Hình 2. Nhịp tim thai chậm sau cơn sản giật trong chuyển dạ. Nhịp tim cơ bản và dao động nội tại hồi phục sau 5 phút khi cơn co giật kết thúc.

Nguồn: F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, Jodi S. Dashe, Barbara L. Hoffman, Brian M. Casey, Catherine Y. Spong. Williams Obstetrics. 25th edition. New York: McGraw-Hill Education, 2018.

Đánh giá sức khỏe thai và chấm dứt thai kỳ

Giảm oxy và tăng CO_2 trong máu mẹ có thể làm thay đổi tim thai và cơn gò tử cung trong và ngay sau cơn co giật. Trong cơn co giật, tim thai cơ bản có thể chậm, có thể xuất hiện nhịp giảm muộn, hoặc nhịp giảm kéo dài; cường độ và tần số cơn gò tử cung có thể tăng. Sau cơn co giật, tim thai có thể có nhịp giảm lặp lại, tim thai cơ bản nhanh, và giảm dao động nội tại (ACOG, 2020). Những thay đổi này sẽ hồi phục trong vòng 3 – 10 phút sau khi cơn co giật kết thúc và oxy máu mẹ hồi phục (Hình 2) (Paul RH, 1978; Ambia, 2018). Nếu nhịp chậm kéo dài hơn 10 phút, cần nghĩ đến nhau bong non và cân nhắc chấm dứt thai kỳ nhanh chóng (Cunningham, 2018).

Quyết định chấm dứt thai kỳ chỉ nên thực hiện khi tình trạng thai phụ ổn định. Và khi thai phụ được hồi sức, nhịp tim thai thường sẽ trở về bình thường (ACOG, 2020).

Sản giật là chỉ định để chấm dứt thai kỳ, nhưng không phải là chỉ định để mổ lấy thai (Pritchard, 1984; Alexander, 1999). Khi thai phụ đã ổn định, phương pháp chấm dứt thai kỳ nên được dựa trên các yếu tố như tuổi thai, sức khỏe thai, ngôi – kiểu thế của thai, đã vào chuyển dạ chưa, và chỉ số Bishop (ACOG, 2020). Khi tình trạng sức khỏe mẹ và thai ổn định, thai phụ tỉnh táo và có thể định hướng chính xác, khởi phát chuyển dạ có thể được tiến hành. Khởi phát

chuyển dạ là lựa chọn hợp lý khi thai phụ có thể đi vào chuyển dạ hoạt động trong 24 giờ (Fishel Bartal, 2020).

Những trường hợp thai <30 tuần, thai phụ chưa vào chuyển dạ với cổ tử cung không thuận tiện (Bishop <5) có tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công rất thấp (<10%). Mổ lấy thai là phương pháp được khuyến cáo cho trường hợp này (Fishel Bartal, 2020; ACOG, 2020).

Giảm đau sản khoa có thể được thực hiện bằng gây tê ngoài màng cứng, trừ trường hợp có chống chỉ định. Nguy cơ máu tụ ngoài màng cứng do gây tê là <0,2% nếu lượng tiểu cầu >70 x $10^9/\text{L}$ (Lee LO, 2017). Gây mê toàn thân có thể làm tăng nguy cơ hít sặc và đặt nội khí quản thất bại do phù đường thở trong sản giật (Parthasarathy, 2013).

Sau sinh, sản phụ cần được theo dõi sát sinh hiệu, dịch xuất nhập và các triệu chứng trong ít nhất 72 giờ (Fishel Bartal, 2020). Cảnh giác với phù phổi nếu có suy thận.

KẾT LUẬN

Sản giật là một biến chứng sản khoa hiếm gặp nhưng có thể đe dọa tính mạng. Các cơ sở y tế cần xây dựng và hoàn thiện đầy đủ quy trình chăm sóc sản phụ có tình trạng sản giật trước và sau sinh. Nhân viên y tế cần nhận diện sớm và xử trí kịp thời, nhanh chóng khi tiếp cận một trường hợp sản giật nhằm giảm tối đa tử vong và biến chứng cho mẹ và thai nhi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. Obstet Gynecol. 2020 Jun;135(6):e237-e260. doi: 10.1097/AOG.0000000000003891. PMID: 32443079.
2. Cunningham, F Gary, et al. Williams Obstetrics. 25th edition. New York: McGraw-Hill Education, 2018.
3. Fishel Bartal M, Sibai BM. Eclampsia in the 21st century. Am J Obstet Gynecol. 2020 Sep 24:S0002-9378(20)31128-5. doi: 10.1016/j.jajog.2020.09.037. Epub ahead of print. PMID: 32980358.
4. Cooray SD, Edmonds SM, Tong S, Samarasekera SP, Whitehead CL. Characterization of symptoms immediately preceding eclampsia. Obstet Gynecol. 2011;118:995-9.
5. Duley L, Henderson-Smart DJ, Chou D. Magnesium sulphate versus phenytoin for eclampsia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 10. Art. No: CD000128. (Systematic Review and Meta-Analysis).
6. Duley L, Gülmezoglu AM, Chou D. Magnesium sulphate versus lytic cocktail for eclampsia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 9. Art. No: CD002960. (Systematic Review and Meta-Analysis).
7. Which anticonvulsant for women with eclampsia? Evidence from the Collaborative Eclampsia Trial [published erratum appears in Lancet 1995;346:258]. Lancet 1995; 345:1455-63. (Level I).