

QUẢN LÝ TĂNG HUYẾT ÁP MẠN TÍNH TRONG THAI KỲ

BS. Ngô Việt Thảo, BS. CKI Vũ Nhật Khang

Bệnh viện Mỹ Đức

TỔNG QUAN

Rối loạn tăng huyết áp chiếm 10% thai kỳ, được xếp vào nhóm thai kỳ nguy cơ cao, nguyên nhân hàng đầu gây ra bệnh tật và tử vong mẹ và thai trên toàn thế giới (ACOG, 2020). Thai kỳ đi kèm với tình trạng tăng huyết áp là một nhóm các bệnh lý với cơ chế bệnh sinh khác nhau. Tăng huyết áp mạn tính chiếm 1 – 2% biến chứng trên thai kỳ. Theo một tổng quan hệ thống năm 2014, nghiên cứu trên 795.221 thai kỳ có tình trạng tăng huyết áp mạn tính, tỷ lệ tiền sản giật ghép trên tăng huyết áp mạn (26%), mổ lấy thai (41%), sinh non (28%), trẻ nhẹ cân (17%), tử vong sơ sinh (4%) và sơ sinh nhập NICU (21%) (Bramham, 2014).

Tăng huyết áp mạn trong thai kỳ là tình trạng tăng huyết áp được chẩn đoán hoặc xuất hiện trước khi mang thai hoặc xuất hiện trước 20 tuần tuổi thai. Tăng huyết áp được chẩn đoán lần đầu trong thai kỳ và huyết áp không trở về bình thường giai đoạn hậu sản cũng được phân loại tăng huyết áp mạn tính. Mặc dù định nghĩa được đưa ra rõ ràng, việc quản lý tăng huyết áp mạn tính trong thai kỳ vẫn gặp nhiều khó khăn. Nguyên nhân gây tăng huyết áp mạn tính có 2 nhóm: vô căn và thứ phát, do đó cách tiếp cận trường hợp thai sớm có tăng huyết áp mạn tính, các bước đánh giá và xét nghiệm đưa ra là khác nhau tùy thuộc vào từng trường hợp. Bên cạnh đó, tiền sản giật ghép trên nền tăng huyết áp mạn vẫn là một chẩn đoán khó khăn vì chưa có một tiêu chuẩn hay xét nghiệm nào giúp xác định. Ngoài ra, chưa có nhiều nghiên cứu chứng

minh tính hiệu quả của các biện pháp dự phòng tiền sản giật trên những phụ nữ có tiền căn tăng huyết áp.

TIẾP CẬN TĂNG HUYẾT ÁP MẠN TRONG THAI KỲ

Đánh giá trước mang thai hoặc giai đoạn sớm thai kỳ

Hơn 90% phụ nữ mang thai có tình trạng tăng huyết áp mạn tính không rõ nguyên nhân, thường do liên quan di truyền hoặc lối sống, đa phần tăng huyết áp đã biết trước khi mang thai. 10% còn lại thuộc nhóm tăng huyết áp thứ phát liên quan bệnh về thận (bệnh thận mạn, hẹp động mạch thận), mạch máu (hẹp động mạch chủ), nội tiết (cường aldosterone nguyên phát, hội chứng Cushing, nhiễm độc giáp...).

Phụ nữ đã được chẩn đoán tăng huyết áp trước khi mang thai cần được đánh giá:

- Tình trạng tổn thương cơ quan đích
- Tăng huyết áp do nguyên nhân thứ phát
- Bệnh đồng mắc (béo phì, đái tháo đường)
- Thuốc hạ áp đang được sử dụng

Cần hỏi kỹ thuốc hạ áp được sử dụng trước khi mang thai, cụ thể nhóm ức chế men chuyển, ức chế thụ thể Angiotensin có nguy cơ cao gây dị dạng cho thai, đặc biệt trong tam cá nguyệt thứ nhất tăng nguy cơ loạn sản thận, thiếu sản vòm sọ, thai chậm tăng trưởng trong tử cung (Ratnapalan 2002). Trong trường hợp thuốc hạ áp thuộc nhóm ức chế men chuyển, ức chế thụ thể Angiotensin không thể thay thế bằng nhóm thuốc khác, thai phụ cần được tư vấn kỹ và cân

nhắc việc tiếp tục dùng thuốc dựa trên lợi ích phòng ngừa biến chứng trên mẹ và tác động bất lợi của thuốc trên thai. Vì những nguy cơ liên quan đến tình trạng tăng huyết áp mạn tính trong thai kỳ được đề cập đến trong **bảng 1**, việc đưa ra đánh giá trong giai đoạn sớm của thai kỳ rất quan trọng.

Bảng 1. Những nguy cơ liên quan tăng huyết áp mạn tính trong thai kỳ.

Nguy cơ cho mẹ	Nguy cơ cho thai và trẻ sơ sinh
– Tử vong	– Thai chết lưu hoặc tử vong sơ sinh
– Đột quỵ	– Thai chậm tăng trưởng
– Phù phổi cấp	– Sinh non
– Suy thận	– Dị tật bẩm sinh (tim bẩm sinh...)
– Nhồi máu cơ tim	
– Tiền sản giật	
– Nhau bong non	
– Mổ lấy thai	
– Băng huyết sau sinh	
– Đái tháo đường thai kỳ	

Xét nghiệm đánh giá

Mặc dù có thể bị ảnh hưởng bởi thay đổi sinh lý của thai kỳ, các xét nghiệm ở **bảng 2** nên được làm sớm nhất ngay khi có thể. Nếu không xét nghiệm được trước khi mang thai, nên thực hiện ở lần khám thai đầu tiên.

Bảng 2. Xét nghiệm cơ bản đánh giá trên thai phụ tăng huyết áp mạn tính.

- AST, ALT
- Creatine huyết thanh
- Điện giải đồ (chú ý K+)
- BUN
- Công thức máu
- Tỷ lệ protein/creatinine niệu hoặc đạm niệu 24 giờ
- ECG hoặc siêu âm tim

Mục tiêu: đánh giá có hay không tổn thương cơ quan đích.

Trong tăng huyết áp mạn tính, cơ quan đích đầu tiên bị ảnh hưởng là thận, do đó các xét nghiệm cơ bản để đánh giá chức năng thận bao gồm: creatinine huyết thanh, tỷ lệ protein/creatinine niệu. Trong một phân tích gộp của

Morris và cộng sự thực hiện vào năm 2012 cho thấy, khi lấy điểm cắt là 0,13 tỷ lệ protein/creatinine niệu thì phát hiện ≥ 300 mg protein trong nước tiểu 24 giờ với độ nhạy là 88% (KTC 95%, 85 – 92). Ngoài ra, ở những bệnh nhân có tổn thương thận trước, độ thanh thải creatinine giảm và tăng nồng độ creatinine huyết thanh dự báo nguy cơ bệnh lý thận tiến triển trong thai kỳ. Protein niệu ở thai phụ có tăng huyết áp mạn tính tăng, làm tăng nguy cơ tiền sản giật ghép trên nền tăng huyết áp mạn, sinh non, thai chậm tăng trưởng trong tử cung và tỷ lệ trẻ sơ sinh nhập khoa NICU. Bên cạnh đó, nếu xét nghiệm chức năng thận trong giới hạn bình thường, không có protein niệu sẽ là một bằng chứng quan trọng để chẩn đoán tiền sản giật ghép trên nền tăng huyết áp mạn nếu có xuất hiện về sau.

Những thai phụ không kiểm soát huyết áp tốt trong hơn 4 năm hoặc khởi phát tăng huyết áp từ khi còn trẻ có nguy cơ thay đổi cấu trúc cơ tim (cơ tim phì đại, giãn buồng tim), bệnh tim thiếu máu và cần phải thực hiện xét nghiệm chẩn đoán nhiều hơn để giảm thiểu rủi ro trong lúc mang thai, khi vào chuyển dạ và giai đoạn hậu sản. ACOG đề nghị điện tâm đồ là tiếp cận đầu tay để đánh giá thất trái. Nếu ghi nhận bất thường trên điện tâm đồ, thực hiện siêu âm tim.

Với trường hợp tăng huyết áp do nguyên nhân thứ phát, ngoài những xét nghiệm trên, việc theo dõi trong suốt thai kỳ cần sự phối hợp giữa các bác sĩ chuyên khoa liên quan đến bệnh gốc đi kèm (tim mạch, thận, nội tiết, hô hấp).

QUẢN LÝ HUYẾT ÁP TRONG THAI KỲ CHO THAI PHỤ TĂNG HUYẾT ÁP MẠN TÍNH

Tổng quan hệ thống của Cochrane đưa ra vào năm 2014 cho thấy, nếu điều trị tăng huyết áp mức độ nhẹ – trung bình, giảm được nguy cơ tiến triển thành tăng huyết áp nặng, nhưng không có hiệu quả trong việc ngăn ngừa tiền sản giật, sinh non, thai chậm tăng trưởng, tử vong thai. Do đó, việc sử dụng thuốc chống tăng

huyết áp cho những trường hợp trên vẫn còn đang cân nhắc. Năm 2015, nghiên cứu quốc tế về kiểm soát huyết áp trong thai kỳ (Control of Hypertension in Pregnancy Study – CHIPS) đã đánh giá hiệu quả giữa việc kiểm soát huyết áp chặt chẽ (mục tiêu huyết áp tâm trương dưới 85 mmHg) và kiểm soát ở mức độ ít chặt chẽ hơn (huyết áp tâm trương mục tiêu dưới 100 mmHg) trên 987 thai phụ và đưa ra kết luận: kiểm soát huyết áp chặt chẽ không mang lại lợi ích cho thai và hiệu quả cho thai phụ trong việc ngăn diễn tiến thành tăng huyết áp nặng.

Vì chưa có một bằng chứng nào rõ ràng trong việc sử dụng thuốc hạ áp, do đó, điều trị hạ áp được chỉ định khi huyết áp tâm thu ≥ 160 mmHg, huyết áp tâm trương ≥ 110 mmHg hoặc cả hai. Trong những trường hợp có tổn thương cơ quan đích (phì đại thất trái, suy chức năng thận hoặc giảm tiểu cầu mức độ nặng), thuốc chống tăng huyết áp được chỉ định ở ngưỡng thấp hơn (huyết áp tâm thu 150 mmHg và huyết áp tâm trương 100 mmHg) để giảm nguy cơ tổn thương lên những cơ quan này, đồng thời ngăn đột quỵ.

Một vài câu hỏi đặt ra liệu rằng việc ngưng sử dụng thuốc hạ áp trong khoảng thời gian mang thai có thể được chấp nhận hay không. Nghiên cứu bệnh chứng của Nakhai-Pour (2009) cho thấy việc ngưng điều trị không làm tăng nguy cơ tiền sản giật, thai chậm tăng trưởng, tử vong sơ sinh. Tuy nhiên, một nghiên cứu quan sát chỉ ra, trên thai phụ không dùng thuốc hạ áp, nguy cơ tăng huyết áp nặng, nhau bong non, sinh non và trẻ điều trị tại đơn vị hồi sức sau sinh tăng lên (Rezk, 2016). Vì thông tin còn giới hạn, do đó việc tiếp tục hay ngưng thuốc cần phải được cá thể hóa và trao đổi thông tin rõ ràng giữa bác sĩ và thai phụ. Trường hợp giảm hoặc ngưng thuốc chống tăng huyết áp, huyết áp trong thai kỳ phải được theo dõi sát để đưa ra can thiệp khi cần thiết. Nếu tiếp tục sử dụng thuốc, các loại thuốc chống chỉ định trong thai kỳ cần được thay thế

bởi nhóm thích hợp và điều chỉnh liều tùy theo tình trạng lâm sàng.

Mục tiêu huyết áp

Huyết áp mục tiêu trên đối tượng tăng huyết áp mạn tính đang có thai cũng gây nhiều tranh luận. Hiện tại, dữ liệu cung cấp đề cập đến huyết áp lý tưởng cho phụ nữ mang thai có tăng huyết áp mạn còn nhiều hạn chế. Không khuyến khích hạ áp quá thấp vì nguy cơ làm giảm trao đổi tuần hoàn tử cung – nhau. Mức huyết áp được đề nghị đối với nhóm mang thai có tăng huyết áp thai kỳ đang dùng thuốc hạ áp là từ 120 – 160 mmHg đối với huyết áp tâm thu và từ 80 – 110 mmHg đối với huyết áp tâm trương. Với những thai phụ có bệnh đi kèm như tiểu đường hoặc bệnh thận, mức huyết áp mục tiêu thấp hơn trên, bên cạnh đó cần phải đi kèm sự theo dõi của bác sĩ chuyên khoa có liên quan.

Thuốc hạ áp sử dụng trong thai kỳ

Nên bắt đầu sử dụng thuốc hạ áp trong thai kỳ bằng phương pháp đơn trị liệu, trong đó labetalol hoặc nifedipine là 2 lựa chọn ưu tiên trong nhóm thuốc chống tăng huyết áp. Nhóm thuốc ức chế men chuyển, ức chế thụ thể và nhóm ức chế thụ thể mineralocorticoid không được khuyến cáo vì những ảnh hưởng bất lợi trên thai.

Ngoài ra, trong một số nghiên cứu dựa trên nhân chủng học và huyết động học trên phụ nữ mang thai cho thấy, ở những thai phụ da đen, với nhịp tim chậm và thể tích nhát bóp thấp (thuộc nhóm tăng huyết áp do “co mạch” hoặc “tăng trở kháng”) thường không kiểm soát huyết áp tốt với labetalol đường uống, thay vào đó, đáp ứng tốt hơn với nhóm thuốc giãn mạch. Trái lại, thai phụ không thuộc nhóm da đen, tăng huyết áp kèm với nhịp tim và cung lượng tim cao (thuộc nhóm tăng huyết áp do “tăng huyết động”) sẽ thường đáp ứng tốt với labetalol. Mặc dù chưa có nhiều bằng chứng đủ mạnh, việc cá

thể hóa trên việc đánh giá huyết động rất cần thiết để kiểm soát huyết áp, tối ưu hóa cho sự tăng trưởng của thai.

Thuốc chống tăng huyết áp được sử dụng trong trường hợp tăng huyết áp nặng

Đa số các nghiên cứu ngẫu nhiên trên điều

trị tăng huyết áp nặng không bao gồm trường hợp mang thai, do đó không có bằng chứng nào đủ mạnh để chứng minh lợi thế điều trị của bất kỳ loại thuốc nào so với thuốc khác. Do đó, việc lựa chọn cần phải cá thể hóa, dựa trên chống chỉ định và cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ của thuốc điều trị. Đối với những thai phụ đã được

Bảng 3. Các loại hạ áp được đề nghị sử dụng cho trường hợp tăng huyết áp không khẩn cấp trong thai kỳ. (AJOG, 2020)

	Liều thấp ^a	Nếu huyết áp không kiểm soát	Liều trung bình	Nếu huyết áp không kiểm soát với liều trung bình	Liều cao ^b	Liều tối đa
Lựa chọn ưu tiên		Tăng liều trung bình trên cùng một loại thuốc		Cân nhắc phối hợp nhóm thuốc khác liều thấp hơn là tiếp tục liều cao với cùng một nhóm thuốc, qua tối đa 3 lần thay đổi liều		
Labetalol	100 mg 3-4 lần/ngày		→ 200 mg 3-4 lần/ngày		300 mg 3-4 lần/ngày	→ 1200 mg/ngày
Nifedipine (loại tác dụng kéo dài hoặc phóng thích có kiểm soát)	10 mg 2-3 lần/ngày		→ 20 mg 2-3 lần/ngày		30 mg 2-3 lần/ngày	→ 120 mg/ngày
Nifedipine (thuốc tác dụng chậm hoặc thuốc phóng thích chậm)	30 mg 1 lần/ngày		→ 30 mg 2 lần/ngày hoặc 60 mg 1 lần/ngày		30 mg mỗi sáng và 60 mg mỗi tối	120 mg/ngày
Methyldopa	250 mg 3-4 lần/ngày		→ 500 mg 3-4 lần/ngày		750 mg 3 lần/ngày	2500 mg/ngày

^a Liều khởi đầu thường cao hơn khuyến cáo so với dân số thường do độ thanh thải nhanh hơn trong thai kỳ.
^b Khi một loại thuốc chống tăng huyết áp đang được sử dụng ở liều cao nhất, cân nhắc sử dụng một loại thuốc khác để điều trị cơn tăng huyết áp nặng có thể phát triển.

Bảng 4. Các loại thuốc chống tăng huyết áp được dùng để khống chế cơn tăng huyết áp khẩn cấp. (AJOG, 2020)

Thuốc	Liều	Lưu ý	Thời gian thuốc có tác dụng
Labetalol	10-20 mg đường tĩnh mạch, sau đó tăng liều 20-80 mg mỗi 10-30 phút đến liều tối đa là 300 mg; hoặc truyền tĩnh mạch liên tục 1-2 mg/phút.	Ít tăng nhịp tim, ít tác dụng phụ hơn thuốc khác. Lưu ý với thai phụ: hen suyễn, bệnh cơ tim, chức năng tim mất bù, block tim và nhịp tim chậm.	1-2 phút
Hydrazaline	5mg truyền tĩnh mạch hoặc tiêm bắp, sau đó 5-10 mg mỗi 20-40 phút đến liều tối đa 20 mg; hoặc truyền tĩnh mạch liên tục 0,5-10 mg/giờ.	Liều cao hoặc liều liên tục gây hạ áp, nhức đầu, nhịp tim thai bất thường.	10-20 phút
Nifedipine (loại phóng thích tức thời)	10-20 mg đường uống, lặp lại sau 20 phút nếu cần thiết, sau đó 10-20 mg mỗi 2-6 giờ; liều tối đa 180 mg/ngày.	Gây nhịp tim nhanh phản ứng và đau đầu.	5-10 phút

điều trị bằng thuốc chống tăng huyết áp trước đó, labetalol hoặc nifedipine vẫn là lựa chọn được ưu tiên (Bảng 3). Nhóm thuốc ức chế men chuyển, ức chế thụ thể và nhóm ức chế thụ thể mineralocorticoid không được khuyến cáo (ACOG 2019, mức khuyến cáo B). (Bảng 4)

Ở người không mang thai, huyết áp không phải là tiêu chuẩn duy nhất để đưa ra điều trị, tuy nhiên, trong thực hành sản khoa, chẩn đoán và quyết định điều trị thường dựa trên mức huyết áp. Ngưỡng hạ áp được đặt ra một cách thận trọng vì biến chứng não trên phụ nữ mang thai có thể xảy ra ngay khi ở ngưỡng huyết áp thấp, đặc biệt trên đối tượng tăng huyết áp mạn tính hoặc có tình trạng tiền sản giật. Trong nhiều khuyến cáo, thuốc chống tăng huyết áp cần thực hiện trong vòng 30 – 60 phút trên những trường hợp khởi phát cấp tính, tăng huyết áp nặng. Việc kiểm soát huyết áp nên được diễn ra nhanh chóng và an toàn nhất có thể ngay khi chẩn đoán được xác lập. Nếu huyết áp vẫn còn tăng sau khi được điều trị (huyết áp tâm thu ≥ 180 mmHg và/ hoặc huyết áp tâm trương ≥ 120 mmHg), nguy cơ bệnh tật và tử vong mẹ sẽ tăng lên và đòi hỏi đánh giá tình hình và đưa ra quyết định bởi bác sĩ sản khoa. Bằng chứng đã cho thấy nguy cơ tổn thương cơ quan đích tăng với mức huyết áp 240/140 mmHg. Dù vậy, việc hạ áp nhanh có thể gây nguy hiểm, giảm tưới máu trầm trọng ở một số cơ quan như não hoặc tim mẹ hoặc qua nhau thai. Khi huyết áp tâm trương giảm xuống dưới 80 mmHg, trao đổi tử cung nhau giảm gây ra nhịp tim thai bất thường.

TIỀN SẢN GIẬT GHEP TRÊN NỀN TĂNG HUYẾT ÁP

Có 20 – 50% phụ nữ mang thai có tình trạng tăng huyết áp mạn diễn tiến tiền sản giật, gấp 5 lần so với phụ nữ mang thai không có tăng huyết áp. Tỷ lệ tăng lên đến 75% nếu thai phụ này có tổn thương cơ quan đích trước đó hoặc tăng huyết áp do nguyên nhân thứ phát. Thai phụ tăng huyết áp mạn tính, tiền sản giật khởi phát sớm hơn và diễn tiến nghiêm trọng hơn.

Chưa có một xét nghiệm nào thực sự hiệu quả để dự đoán tiền sản giật, một số yếu tố nguy cơ được đưa ra như: chủng tộc gốc Phi, béo phì, hút thuốc lá, tăng huyết áp mạn trên 4 năm, huyết áp tâm trương trên 100 mmHg, và có tiền sử tiền sản giật (Sibai, Lecarpentier).

Chẩn đoán tiền sản giật ghép trên nền tăng huyết áp mạn được đặt ra khi xuất hiện biến chứng. Tuy nhiên, không dễ để có thể phân biệt giữa tình trạng tăng huyết áp mạn đang diễn tiến xấu đi hay xuất hiện tiền sản giật trên nền tăng huyết áp mạn. Do đó, việc đánh giá dựa trên xét nghiệm Hct, tiểu cầu, creatinine, chức năng gan cũng như đạm niệu mới xuất hiện. Tăng Hct, giảm tiểu cầu, tăng acid uric máu, xuất hiện đạm niệu và tăng men gan là những chỉ điểm liên quan đến tình trạng tiền sản giật mới xuất hiện hơn là tăng huyết áp mạn tiến triển. Trên quan điểm lâm sàng, nhà thực hành nên nghĩ tới tiền sản giật đầu tiên. Trong trường hợp tăng huyết áp nặng, đi kèm với việc đánh giá tình trạng thai qua monitor, loạt xét nghiệm nên được lặp lại sau 4 – 8 tiếng.

THỜI ĐIỂM CHẤM DỨT THAI KỲ

Thời điểm chấm dứt thai kỳ phụ thuộc vào việc sử dụng thuốc chống tăng huyết áp. Đối với thai phụ có tăng huyết áp mạn không kèm theo biến chứng trên mẹ và thai trong thai kỳ, nếu không phải sử dụng thuốc tăng huyết áp, thời điểm chấm dứt thai kỳ trước 38^{0/7} tuần không được khuyến cáo. Tương tự như trên, đối với thai phụ đang dùng thuốc chống tăng huyết áp, chấm dứt thai kỳ trước 37^{0/7} tuần không được khuyến cáo. Thai phụ kiểm soát huyết áp không tốt, đòi hỏi kết hợp thuốc hoặc dùng hạ áp liều tối đa, thời điểm chấm dứt thai kỳ sớm hơn, có thể cân nhắc ở giai đoạn sinh non muộn.

Quyết định chấm dứt thai kỳ cần phải được cân nhắc kỹ lưỡng dựa trên nguy cơ và lợi ích giữa mẹ và thai:

– Chấm dứt thai kỳ với tuổi thai từ 34^{0/7} tuần, nếu tình trạng huyết áp nặng không thể kiểm soát hoặc có tiền sản giật chồng ghép.

- Cân nhắc dựa trên lợi ích và nguy cơ của mẹ và thai, khi mẹ có bất kỳ tình trạng: tăng huyết áp nặng không kiểm soát, sản giật, phù phổi, rối loạn đông máu, suy thận mới khởi phát hoặc tiến triển, nhau bong non, bất thường thai, cần chấm dứt thai kỳ bất kỳ tuổi thai.
- ACOG khuyến cáo sử dụng corticoid cho những trường hợp dự đoán phải chấm dứt thai kỳ trước 34^{0/7} tuần, tuy nhiên thời gian chờ đợi tác dụng của corticoid không phải lý do để trì hoãn chấm dứt thai kỳ. Liệu corticoid đầu tiên vẫn có thể có tác dụng một phần nào đó trên trẻ non tháng.
- Đối với thai phụ có tình trạng tiền sản giật ghép trên nền tăng huyết áp mạn tính, nếu không có các dấu hiệu nặng, tình trạng mẹ và thai ổn định, thời điểm chấm dứt thai kỳ lý tưởng là 37^{0/7} tuần, đi kèm với việc theo dõi sát tình trạng mẹ và thai.

QUẢN LÝ SAU SINH

Sau sinh, huyết áp trên sản phụ có khuynh hướng tăng (đạt đỉnh sau sinh 3 – 6 ngày), kèm theo đó tăng nguy cơ đột quỵ. Thuốc chống tăng huyết áp giai đoạn hậu sản tương tự như trước khi mang thai, cần lưu ý một số điều sau:

- Đa số thuốc chống tăng huyết áp có thể được sử dụng khi cho con bú. Hai loại thuốc không được khuyến cáo khi cho con bú: clonidine đường uống và sodium nitroprusside vì thành phần trên đi qua sữa mẹ.
- Methyldopa không được khuyến cáo tại một số quốc gia vì tăng nguy cơ trầm cảm sau sinh.
- Captopril, enalapril, và quinapril trong sữa mẹ rất thấp, có thể được dùng trong giai đoạn hậu sản.

Tăng huyết áp nặng và tiền sản giật vẫn có thể xảy ra sau sinh trong thời gian đầu hậu sản, do đó cần theo dõi huyết áp nghiêm ngặt: tái khám trong vòng 1 – 2 tuần sau sinh hoặc theo dõi huyết áp tại nhà. Thuốc chống tăng huyết

áp trong thời gian hậu sản điều chỉnh để duy trì, mục tiêu huyết áp tâm thu ≤ 150 mmHg và huyết áp tâm trương ≤ 100 mmHg.

KẾT LUẬN

Phụ nữ có tình trạng tăng huyết áp mạn tính được xếp vào nhóm nguy cơ cao xảy ra biến chứng trong thai kỳ. Cơ chế bệnh sinh tăng huyết áp mạn tính khác nhau, do đó việc đánh giá kỹ lưỡng đặc điểm huyết áp, đặc điểm sinh lý kèm theo có thể phần nào giúp phân loại thành một nhóm, nhân viên y tế cần đặc biệt chú ý trước, trong và sau khi sinh. Quản lý thai kỳ tăng huyết áp mạn tính tốt nhất là thực hiện khi chưa có thai. Chọn lựa và sử dụng thuốc chống tăng huyết áp cũng cực kỳ quan trọng, nhằm duy trì huyết áp ổn định, theo dõi sát và đưa ra quyết định thời điểm chấm dứt thai kỳ là những vấn đề cần được quan tâm ở nhóm thai phụ trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 203: Chronic Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2019 Jan;133.
2. Magee LA, Khalil A, Kametas N, von Dadelszen P. Toward personalized management of chronic hypertension in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2020 Jul 18.
3. Bramham, K., Parnell, B., Nelson-Piercy, C., Seed, P. T., Poston, L., & Chappell, L. C. Chronic hypertension and pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2014.
4. Kalafat E, Mir I, Perry H, Thilaganathan B, Khalil A. Is home blood-pressure monitoring in hypertensive disorders of pregnancy consistent with clinic recordings? *Ultrasound Obstet Gynecol* 2018.
5. Magee LA, Singer J, Lee T, et al. Are blood pressure level and variability related to pregnancy outcome? Analysis of control of hypertension in pregnancy study data. *Pregnancy Hypertens* 2020.
6. Morris RK, Riley RD, Doug M, Deeks JJ, Kilby MD. Diagnostic accuracy of spot urinary protein and albumin to creatinine ratios for detection of significant proteinuria or adverse pregnancy outcome in patients with suspected preeclampsia: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012.
7. Rezk M, Ellakwa H, Gamal A, Emara M. Maternal and fetal morbidity following discontinuation of antihypertensive drugs in mild to moderate chronic hypertension: a 4-year observational study. *Pregnancy Hypertens* 2016.
8. National Institute for Health and Care Excellence. Hypertension in adults: diagnosis and management. NICE guideline.
9. LeFevre ML. Low-dose aspirin use for the prevention of morbidity and mortality from preeclampsia: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2014.