

Mục lục Y HỌC SINH SẢN TẬP 56 – QUÝ IV/2020

THỜI ĐIỂM VÀ CÁC BIỆN PHÁP CHẤM DỨT THAI KỲ

- 04 Thời điểm chấm dứt thai kỳ của các thai phụ không nguy cơ: đã đến lúc thay đổi?
ThS. BS. Đặng Quang Vinh
- 08 Thời điểm và cách thức chấm dứt thai kỳ ở thai phụ có rối loạn tăng huyết áp
BS. Tô Mỹ Anh, BS. CKI Bùi Quang Trung
- 12 Chẩn đoán, xử trí và thời điểm chấm dứt thai kỳ ở thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung
BS. CKI. Trần Thị Minh Châu
- 17 Cập nhật thời điểm chấm dứt thai kỳ có chỉ định y khoa
BS. Trần Thế Hùng
- 20 Tư vấn phương thức sinh ở thai phụ con so
ThS. BS. Hê Thanh Nhã Yến
- 23 Thời điểm chấm dứt thai kỳ ở song thai không biến chứng
BS. CKI Lê Tiểu My
- 27 Khởi phát chuyển dạ trên thai kỳ có tiền căn mổ lấy thai
BS. CKI Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh
- 33 Xu hướng chấm dứt thai kỳ đủ tháng trên thai phụ thụ tinh trong ống nghiệm
ThS. BS. Thân Trọng Thạch
- 38 Chấm dứt thai kỳ kèm bất thường hệ thần kinh thai: cần cân nhắc điều gì?
BS. CKI Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh
- 44 Yếu tố dự báo kết cục xấu ở song thai
ThS. BS. Hê Thanh Nhã Yến
- 46 Ảnh hưởng của phá thai lên tâm lý bệnh nhân
ThS. BS. Nguyễn Quốc Tuấn, BSNT. Nguyễn Xuân Mỹ
- 48 Những tiến bộ trong việc cải thiện hiệu quả tiếp cận và giảm các biến chứng xuất hiện trong quá trình chấm dứt thai kỳ ở giai đoạn sớm
TS. BS. Lâm Đỗ Phương Uyên
- 52 Bệnh lý thiếu máu tán huyết ở thai nhi và sơ sinh
Nhóm bác sĩ BV Mỹ Đức / GS. Nguyễn Thị Ngọc Phượng
- 57 Vai trò của siêu âm trong sàng lọc và theo dõi điều trị Hemoglobin Bart
BS. Nguyễn Phước Phương Thảo, BS. Võ Tá Sơn
- 66 Cộng hưởng từ thai nhi trong chẩn đoán nguy cơ bất thường não thai
TS. BS. Lâm Đỗ Phương Uyên
- 70 Quan điểm hiện đại về nguồn gốc lạc nội mạc tử cung: mô hình “Endometriosis life”
BS. Nguyễn Thành Nam, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 76 Dây rốn bám màng
TS. BS. Lê Thị Thu Hà
- 79 Mạch máu tiền đạo
TS. BS. Lê Thị Thu Hà
- 83 Xử trí các bất thường tối thiểu trong kết quả sàng lọc ung thư cổ tử cung
ThS. BS. Đinh Thanh Nhân
- 86 Ứng dụng mới trong cải thiện hiệu quả đông lạnh tinh trùng thu nhận có số lượng ít
ThS. Huỳnh Trọng Kha, CN. Đặng Thị Huyền Trang, CN. Ngô Hoàng Tín

90 *Hỏi – đáp tình huống lâm sàng*

91 *Journal Club*

Nằm nghỉ tại giường sau chuyển phôi

Dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch sau mổ lấy thai

Hướng dẫn thực hành từ ISUOG: chẩn đoán và quản lý thai nhỏ so với tuổi thai và thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung

Tổng quan hệ thống: chấm dứt thai kỳ trong ba tháng đầu bằng cách sử dụng kết hợp Mifepristone và Misoprostol hoặc Misoprostol đơn thuần

Đồng thuận ASRM về tiêm tinh trùng vào bào tương noãn trên những trường hợp vô sinh không do yếu tố nam

❧ Mời viết bài Y học sinh sản ❧



Y học sinh sản tập 58 – Quý II/2021
Chủ đề “Thai kỳ và các bệnh lý nội tiết, chuyển hóa”

Vui lòng nộp bài trước 28/02/2021



Y học sinh sản tập 59 – Quý III/2021
Chủ đề “Cập nhật về Vô sinh và Hỗ trợ sinh sản”

Vui lòng nộp bài trước 30/05/2021

THỜI ĐIỂM VÀ CÁCH THỨC CHẤM DỨT THAI KỲ Ở THAI PHỤ CÓ RỐI LOẠN TĂNG HUYẾT ÁP

BS. Tô Mỹ Anh, BS. CKI Bùi Quang Trung

Bệnh viện Mỹ Đức

Các rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ bao gồm tiền sản giật là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ, thai nhi và trẻ sơ sinh trên toàn thế giới. Tiền sản giật ảnh hưởng đến 2 – 8% thai kỳ, là một trong những biến chứng sản khoa phổ biến nhất (Steegers và cs, 2010). Tiền sản giật là bệnh lý đa hệ thống đặc trưng bởi tăng huyết áp mới xuất hiện và rối loạn chức năng đa cơ quan trong nửa sau của thai kỳ (ACOG, 2020). Diễn tiến của tiền sản giật đến khi có các biểu hiện nặng có thể từ từ hoặc nhanh chóng. Nếu chẩn đoán được xác định, điều trị triệt để nhất chính là chấm dứt thai kỳ.

Việc chấm dứt thai kỳ cần sự cân nhắc cẩn trọng giữa các nguy cơ và lợi ích của mẹ và thai nhi. Đây có thể là một quyết định khó khăn cho thai phụ và bác sĩ, khi việc kéo dài thai kỳ không mang lại lợi ích trực tiếp cho người mẹ, nhưng có thể có lợi ích lớn cho thai nhi khi tuổi thai còn rất non (Hoodbhoy và cs, 2016).

Trong bài viết này chúng ta cùng tìm hiểu những chứng cứ, khuyến cáo và những vấn đề liên quan đến chấm dứt thai kỳ ở thai phụ có các rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ.

CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN QUYẾT ĐỊNH CHẤM DỨT THAI KỲ

Các chỉ định chấm dứt thai kỳ không trì hoãn được đồng thuận rộng rãi (Sibai và cs, 2007; Magee và cs, 2009):

- Sản giật hoặc các biến chứng nặng ở thai phụ liên quan đến tiền sản giật.
- Biến chứng nặng ở cơ quan đích.
- Tăng huyết áp nặng không kiểm soát.

- Thai lưu trong tử cung.
- Nhau bong non.

Khi quyết định thời điểm chấm dứt thai kỳ, cần cân nhắc dựa trên các lợi ích và nguy cơ của việc sinh so với kéo dài thai kỳ (tiếp tục theo dõi).

- Chấm dứt thai kỳ: khởi phát chuyển dạ hoặc mổ lấy thai sau khi đủ thời gian tác dụng của hỗ trợ phổi (24 – 48 giờ).
- Kéo dài thai kỳ: hỗ trợ phổi cho thai nhi, ổn định tình trạng lâm sàng của thai phụ, và trì hoãn chấm dứt thai kỳ nếu có thể. Mục đích là để đạt được sự trưởng thành của thai trong tử cung, giảm nguy cơ các biến chứng do non tháng. Không có lợi ích nào về phía mẹ khi lựa chọn phương pháp này (Hoodbhoy và cs, 2016).

Việc kéo dài thai kỳ cần có sự lượng giá tình trạng sức khỏe mẹ và thai một cách tổng quát và chính xác, ổn định tình trạng nội khoa của mẹ, hỗ trợ trưởng thành phổi cho thai nhi. Thai phụ và gia đình cần được tư vấn về nguy cơ biến chứng ở mẹ và khả năng sinh tồn của con để đưa ra quyết định (Hoodbhoy và cs, 2016).

Một cách cụ thể, các yếu tố cần cân nhắc khi quyết định chấm dứt hoặc kéo dài thai kỳ là:

1. Tuổi thai

Xác định chính xác tuổi thai là tối quan trọng để quyết định thời điểm sinh, chẩn đoán thai chậm tăng trưởng trong tử cung (IUGR), đánh giá thực hiện liệu pháp hỗ trợ trưởng thành phổi cho thai nhi. Yếu tố này đặc biệt cần thiết ở những cơ sở có điều kiện giới hạn về hồi sức sơ sinh (Hoodbhoy và cs, 2016).

2. Tình trạng của mẹ

Theo các khuyến cáo, thời điểm chấm dứt

thai kỳ đặt trọng tâm ở việc xác định tiền sản giật có hoặc không có biểu hiện nặng. Theo Hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ, tiếp cận ban đầu cần thực hiện đầy đủ các cận lâm sàng như công thức máu, creatinine huyết tương, LDH, AST, ALT, đạm niệu, song song với theo dõi sát sức khỏe mẹ và thai trên lâm sàng. Trong trường hợp chẩn đoán chưa rõ, ví dụ khi xem xét có tiền sản giật khởi phát trên nền tăng huyết áp mạn, có thể cân nhắc xét nghiệm acid uric máu (ACOG, 2020).

Bên cạnh tình trạng nội khoa, nhân viên y tế cần cân nhắc mong muốn của mẹ, về phương diện sản khoa đã có dấu hiệu chuyển dạ chưa.

3. Đánh giá nguy cơ xuất hiện các biến chứng nặng

Cần nhớ rằng thai phụ tiền sản giật luôn có nguy cơ xuất hiện các biến chứng nghiêm trọng như xuất huyết não, vỡ gan, suy thận, phù phổi, co giật, xuất huyết giảm tiểu cầu, nhồi máu cơ tim, đột quỵ, suy hô hấp cấp, tổn thương võng mạc, nhau bong non, các biến chứng ở thai như IUGR và mất tim thai (ACOG, 2020; Heard và cs, 2004; Hauth và cs, 2000). Ngoại trừ IUGR, tất cả các biến chứng này đều có thể xuất hiện một cách đột ngột. Bác sĩ lâm sàng sẽ là người nhận diện thai phụ thuộc nhóm nguy cơ cao có biến chứng nặng và quyết định thời điểm chấm dứt thai kỳ. Hiện tại, một mô hình dự đoán nguy cơ với độ chính xác cao vẫn chưa được phát triển và lượng giá. Một công cụ có thể sử dụng là thang điểm Pre-eclampsia Integrated Estimate of RiSk (PIERS), giúp xác định thai phụ với tiền sản giật có nguy cơ xuất hiện biến chứng bất lợi trong vòng 7 ngày. Nhiều nghiên cứu cho thấy mô hình này có ích trong việc đánh giá và theo dõi thai phụ có nguy cơ xuất hiện biến chứng bất lợi (von Dadelszen và cs, 2011; Payne và cs, 2014; Ukah và cs, 2018).

4. Tình trạng sức khỏe thai

Quyết định chấm dứt thai kỳ phải cân bằng giữa nguy cơ cho mẹ và thai. Đánh giá sức khỏe thai bao gồm siêu âm ước lượng cân nặng thai nhi, thể tích nước ối, lượng giá sức khỏe thai định kỳ. Quyết định lâm sàng sẽ dựa vào kết quả

đánh giá sức khỏe thai và tuổi thai. Cân nhắc kéo dài thai kỳ chờ tác dụng của hỗ trợ phổi nếu tình trạng mẹ cho phép (ACOG, 2020).

THỜI ĐIỂM CHẤM DỨT THAI KỲ

Tăng huyết áp thai kỳ/tiền sản giật không biểu hiện nặng

Có thể điều trị theo dõi khi quản lý thai phụ có tăng huyết áp thai kỳ hoặc tiền sản giật không biểu hiện nặng. Hiện vẫn chưa có thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên nào cho nhóm đối tượng này. Các dữ liệu hồi cứu cho thấy khi không có biểu hiện nặng, thai phụ có thể được theo dõi đến 37^{0/7} tuần nếu sức khỏe thai bình thường, không có chuyển dạ sinh non, ối vỡ non hay ra máu âm đạo (ACOG, 2020). Các nguy cơ của việc theo dõi bao gồm sự xuất hiện tăng huyết áp nặng, sản giật, hội chứng HELLP, nhau bong non, thai chậm tăng trưởng và thai lưu; tuy nhiên các nguy cơ này là nhỏ và có thể chấp nhận được khi xem xét khả năng phải nhập Khoa Hồi sức tích cực sơ sinh, suy hô hấp sơ sinh và tử vong sơ sinh nếu chấm dứt thai kỳ trước 37^{0/7} tuần (ACOG, 2020).

Theo dõi sức khỏe mẹ và thai bao gồm siêu âm định kỳ để đánh giá cân nặng thai, lượng giá sức khỏe thai 1 – 2 lần mỗi tuần, theo dõi sát huyết áp, và xét nghiệm bilan tiền sản giật mỗi tuần (ACOG, 2020). Tần suất của các lượng giá này có thể điều chỉnh dựa trên lâm sàng và tình trạng thai phụ. Không cần thiết tiếp tục theo dõi đạm niệu sau khi đã có xét nghiệm đạm niệu để xác định chẩn đoán. Đạm niệu tuy sẽ tăng dần theo thời gian nhưng không có giá trị dự đoán kết cục thai kỳ và không nên làm thay đổi quyết định lâm sàng (Schiff và cs, 1996; Newman và cs, 2003). Trong tăng huyết áp thai kỳ không có biểu hiện nặng, diễn tiến đến tiền sản giật có biểu hiện nặng có thể diễn ra trong 1 – 3 tuần sau chẩn đoán, trong khi đó tiền sản giật không biểu hiện nặng có thể diễn tiến đến tiền sản giật nặng chỉ trong vài ngày (Hennessy và cs, 2011).

Tăng huyết áp thai kỳ và tiền sản giật là các yếu tố nguy cơ gây mất tim thai đã được xác

nhận, vì vậy cần theo dõi sát sức khỏe thai. Dù vậy, vẫn chưa có đủ bằng chứng về việc khi nào bắt đầu lượng giá sức khỏe thai, tần suất đánh giá và phương pháp sử dụng (ACOG, 2020).

Như vậy, với những chứng cứ hiện có, Hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ khuyến cáo điều trị theo dõi đến 37^{0/7} tuần ở thai phụ có tăng huyết áp thai kỳ hoặc tiền sản giật không biểu hiện nặng, kết hợp với đánh giá sức khỏe mẹ và thai thường xuyên (ACOG, 2020).

Tiền sản giật có biểu hiện nặng

Tiền sản giật có biểu hiện nặng đặc trưng bởi diễn tiến ngày càng xấu đi trên lâm sàng, và có thể dẫn đến các biến chứng cấp và mạn tính cho mẹ và thai. Ở phụ nữ tăng huyết áp thai kỳ hoặc tiền sản giật với biểu hiện nặng, chấm dứt thai kỳ được khuyến cáo ở thời điểm 34^{0/7} tuần hoặc hơn, sau khi ổn định tình trạng mẹ hoặc khi có chuyển dạ/ ối vỡ non. Không nên trì hoãn thai kỳ để đợi tác dụng hỗ trợ phổi (ACOG, 2020).

Ở phụ nữ với tiền sản giật có biểu hiện nặng với tuổi thai 34^{0/7} tuần, điều trị theo dõi là có thể cân nhắc nếu sức khỏe mẹ và thai ổn định. Hai thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên so sánh chấm dứt thai kỳ với điều trị theo dõi cho thấy việc tiếp tục theo dõi có thể giúp đạt được tuổi thai cao hơn tại thời điểm sinh, và kết cục thai nhi cải thiện hơn (Odendaal và cs, 1990; Sibai và cs, 1994), điều này cũng được nhắc lại trong nghiên cứu tổng quan hệ thống của Cochrane (Churchill và cs, 2013). Các nghiên cứu quan sát cũng cho thấy việc tiếp tục theo dõi tiền sản giật khởi phát sớm có biểu hiện nặng giúp kéo dài thai kỳ thêm 1 – 2 tuần, có tỷ lệ biến chứng cho mẹ thấp, và cải thiện kết cục sơ sinh (Magee và cs, 2009), tuy nhiên cần đảm bảo thai phụ được theo dõi và sinh ở cơ sở có điều kiện hồi sức sơ sinh thích hợp.

Ở thai phụ với tuổi thai 24^{0/7} tuần, việc tiếp tục theo dõi dẫn đến nguy cơ tử vong chu sinh cao (80%), và tỷ lệ biến chứng mẹ từ 27 – 71% (bao gồm tử vong mẹ, 40 nghiên cứu, 4.700 thai phụ) (Sibai và cs, 2007, Ganzevoort và cs, 2011). Các khuyến cáo và chuyên gia cho rằng

nên tư vấn chấm dứt thai kỳ ở thời điểm này, bất kể hoàn cảnh nào vì lợi ích của mẹ (Sibai và cs, 2007).

Như vậy, với những chứng cứ hiện có, Hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ khuyến cáo chấm dứt thai kỳ khi đủ 34^{0/7} tuần hoặc hơn ở thai phụ có tiền sản giật với biểu hiện nặng, sau khi ổn định tình trạng nội khoa hoặc khi có chuyển dạ/ ối vỡ non (ACOG, 2020).

Tăng huyết áp mạn

Vẫn còn ít các thử nghiệm lâm sàng trên các thai phụ có tăng huyết áp mạn. Dựa trên các nghiên cứu đã có, Hội các nhà Sản Phụ khoa Hoa Kỳ khuyến cáo (ACOG, 2019):

- Không chấm dứt thai kỳ trước 38^{0/7} tuần ở thai phụ không cần điều trị thuốc
- Không chấm dứt thai kỳ trước 37^{0/7} tuần ở thai phụ cần điều trị thuốc để kiểm soát huyết áp
- Ở thai phụ với tăng huyết áp khó kiểm soát, ví dụ cần điều chỉnh liều thuốc thường xuyên hoặc dùng thuốc hạ áp ở liều tối đa, có thể phải chấm dứt thai kỳ sớm hơn từ 34^{0/7} tuần.
- Vì dữ liệu còn giới hạn, việc theo dõi đến 39^{6/7} tuần có thể được cân nhắc nếu lâm sàng cho phép. Tuy nhiên, một nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu trên 683 phụ nữ cho thấy chấm dứt thai kỳ trước 39^{0/7} tuần giúp giảm nguy cơ tiền sản giật có biểu hiện nặng (Harper và cs, 2016). Gần đây, một nghiên cứu hồi cứu cũng cho thấy khởi phát chuyển dạ từ 38 – 39 tuần có thể ngăn ngừa các biến chứng nặng (tiền sản giật/sản giật), mà không làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai (Ram và cs, 2018). Như vậy, cần cân nhắc cân trọng các nguy cơ và lợi ích, đồng thời theo dõi sát lâm sàng nếu kéo dài thai kỳ quá 39^{0/7} tuần.
- Thai phụ có tiền sản giật nặng trên nền tăng huyết áp mạn có thể được điều trị theo dõi nếu tuổi thai dưới 34^{0/7} tuần, sức khỏe mẹ và thai ổn định. Không khuyến cáo kéo dài thai kỳ trên 34^{0/7} tuần ở nhóm này. Thai phụ cần được theo dõi nội trú ở cơ sở có đủ điều kiện hồi sức tích cực cho sản phụ và trẻ sơ sinh.
- Thai phụ có tiền sản giật không biểu hiện nặng trên nền tăng huyết áp mạn, nếu sức khỏe

mẹ và thai ổn định có thể được theo dõi sát đến khi đủ 37^{0/7} tuần.

CÁCH THỨC CHẤM DỨT THAI KỲ

Cách thức chấm dứt thai kỳ ở phụ nữ có tăng huyết áp thai kỳ hoặc tiền sản giật (có hay không có các biểu hiện nặng) nên được quyết định dựa trên các phương diện sản khoa thường quy, căn cứ trên chỉ số Bishop (Hoodbhoy và cs, 2016). Các nghiên cứu quan sát cho thấy sinh ngã âm đạo thường có thể thực hiện được, ngay cả khi bệnh cảnh tiền sản giật nặng cũng không bắt buộc phải mổ lấy thai ngay (ACOG, 2020; Coppage và cs, 2002; Redman và cs, 1999) (chưa có thử nghiệm lâm sàng nào được thực hiện).

Tỷ lệ mổ lấy thai dưới 28 tuần tuổi thai có thể cao đến 97%, và từ 28 – 32 tuần có thể cao đến 65% (Alanis và cs, 2008; Blackwell và cs, 2001; Sibai và cs, 2011). Với tăng huyết áp thai kỳ hoặc tiền sản giật không biểu hiện nặng, sinh ngã âm đạo thường được ưu tiên lựa chọn (Alanis và cs, 2008; Blackwell và cs, 2001; Sibai và cs, 2011), đồng thời khởi phát chuyển dạ cũng không làm tăng nguy cơ mổ lấy thai (Koopmans và cs, 2009).

Các nghiên cứu hồi cứu so sánh khởi phát chuyển dạ với mổ lấy thai ở thai phụ có tiền sản giật khởi phát sớm kết luận rằng khởi phát chuyển dạ là hợp lý và không gây hại đến trẻ sơ sinh nhẹ cân (Alexander và cs, 1999, Nassar và cs, 1998). Chỉ định mổ lấy thai cần được cá thể hóa, đánh giá dựa trên khả năng sinh ngã âm đạo an toàn và diễn tiến lâm sàng của tiền sản giật (ACOG, 2020).

CÁC VẤN ĐỀ LIÊN QUAN ĐẾN VÔ CẢM

Gây tê vùng là phương thức được ưu tiên lựa chọn cho thai phụ bị tiền sản giật có biểu hiện nặng hoặc sản giật. Một phân tích thứ cấp từ thử nghiệm lâm sàng trên phụ nữ với tiền sản giật cho thấy gây tê ngoài màng cứng không làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai, phù phổi, hoặc suy thận (Hogg và cs, 1999). Gây tê tủy sống trong mổ lấy thai ở phụ nữ có tiền sản giật nặng không làm

tăng tỷ lệ tụt huyết áp so với phụ nữ không có tiền sản giật (Aya và cs, 2005).

Khi so sánh gây tê tủy sống và ngoài màng cứng trên thai phụ có tiền sản giật với biểu hiện nặng, tỷ lệ tụt huyết áp cao hơn ở nhóm tê tủy sống (51% so với 23%), tuy nhiên việc này dễ dàng được điều trị và chỉ kéo dài một thời gian ngắn (ít hơn 1 phút) (Visalyaputra và cs, 2005).

Gây mê toàn thân có nhiều nguy cơ hơn cho thai phụ so với gây tê vùng vì nguy cơ hít sặc, đặt nội khí quản thất bại do phù hầu thanh quản, đột quỵ do tăng áp lực hệ thống và áp lực nội sọ khi đặt và rút nội khí quản (Hawkins và cs, 1997; Huang và cs, 2010). Dù vậy, gây tê trực thần kinh là chống chỉ định khi có rối loạn đông máu vì có thể gây biến chứng xuất huyết. Giám tiểu cầu cũng làm tăng nguy cơ máu tụ ngoài màng cứng. Bằng chứng về vấn đề này còn giới hạn, tuy nhiên một nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu trên 84.471 thai phụ từ 19 cơ sở, kết hợp với một nghiên cứu tổng quan hệ thống, ủng hộ nhận định rằng nguy cơ gây máu tụ ngoài màng cứng từ gây tê trực thần kinh ở sản phụ có tiểu cầu $\geq 70 \times 10^9/L$ là rất thấp (nhỏ hơn 0,2%) (Lee và cs, 2017). Điều này kết hợp với các khuyến cáo trước đây cho thấy rằng gây tê ngoài màng cứng/gây tê tủy sống là có thể chấp nhận được ở người bệnh có tiểu cầu $\geq 70 \times 10^9/L$ miễn là lượng tiểu cầu trong máu ổn định, chức năng tiểu cầu bình thường, người bệnh không có rối loạn đông máu nào khác hay dùng thuốc chống đông/chống kết tập tiểu cầu nào (van Veen và cs, 2010).

KẾT LUẬN

Các rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ là một trong những nguyên nhân gây tử vong mẹ và thai hàng đầu, và cần được dự phòng, nhận diện và điều trị kịp thời.

Chủ động chấm dứt thai kỳ ở thai phụ có rối loạn tăng huyết áp là một quyết định khó khăn, cần cân nhắc đến nhiều yếu tố và cân bằng những nguy cơ, lợi ích theo hướng tối ưu nhất cho mẹ và con.

Mời xem tiếp
ở trang 16

Tóm tắt một số khuyến cáo dựa trên ý kiến đồng thuận của các chuyên gia trong hướng dẫn thực hành mới nhất của ISUOG 8/2020^[5] (Bảng 3)

Bảng 3. Tóm tắt một số khuyến cáo dựa trên ý kiến đồng thuận của các chuyên gia trong hướng dẫn thực hành mới nhất của ISUOG 8/2020.^[5]

Khuyến cáo	FGR khởi phát sớm	FGR khởi phát muộn	Thai nhỏ so với tuổi thai
Quản lý	Cần được quản lý và theo dõi ở nơi có đơn vị chăm sóc tích cực sơ sinh mức độ cao nhất.	-	-
Corticosteroid dự phòng	Được khuyến cáo nếu dự đoán sinh trước 34 tuần.		
Đánh giá	Doppler (UA, MCA, DV) cCTG-STV BPP	Doppler (UA, MCA, tỷ số CPR) cCTG-STV	Doppler (UA, MCA, tỷ số CPR)
Theo dõi	Dựa trên mức độ nặng của FGR và UA Doppler	Dựa trên mức độ nặng của FGR; UA và MCA Doppler	Doppler (UA, MCA, tỷ số CPR) mỗi tuần khi > 36 tuần
- UA-PI > BPV 95	Tối thiểu phải đánh giá mỗi tuần	2 lần / tuần	-
- Mất/đảo ngược sóng cuối tâm trương động mạch rốn	Mỗi 2 - 3 ngày	-	-
- Tái phân bố tuần hoàn não	-	2 lần / tuần	-

(UA: động mạch rốn, MCA: động mạch não giữa, DV: ống tĩnh mạch, cCTG: CTG điện toán, STV: dao động nội tại ngắn hạn, BPP: trắc đồ sinh vật lý, CPR: tỷ số não nhau)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins-Obstetrics and the Society for Maternal-Fetal Medicine. ACOG Practice Bulletin No. 204: Fetal Growth Restriction, Obstet Gynecol 2019; 133: e97-109.
- Bilardo CM, Hecher K, Severe fetal growth restriction at 26-32 weeks: key messages from the TRUFFLE study, Ultrasound Obstet Gynecol 2017; 50: 285-290.
- Gordijn SJ, Beune IM, Consensus definition of fetal growth restriction: a Delphi procedure, Ultrasound Obstet Gynecol 2016; 48: 333-339.
- ISUOG Practice Guidelines: Use of Doppler ultrasonography in obstetrics, Ultrasound Obstet Gynecol, 2013, 41(2): 233-9.
- ISUOG Practice Guidelines: Diagnosis and management of small-for-gestational-age fetus and fetal growth restriction, 2020, 56: 298-312.
- Mary E. Norton, Vickie A. Feldstein, Callen's Ultrasonography in Obstetrics and Gynecology, 6th edition, Elsevier, 2017.
- Steven G. Gabbe, Obstetrics Normal and Problem Pregnancies, 7th ed, Elsevier, 2017.
- Vijgen SM, Boers KE, Induction versus expectant monitoring for intrauterine growth restriction at term: randomised equivalence trial (DIGITAT), BMJ 2010; 341: c7087.

Cùng chủ đề của bài viết "**Chẩn đoán, xử trí và thời điểm chấm dứt thai kỳ ở thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung**" của BS. CKI Trần Thị Minh Châu, kính mời quý đồng nghiệp tham khảo bài dịch "**Hướng dẫn thực hành từ ISUOG: chẩn đoán và quản lý thai nhỏ so với tuổi thai và thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung**" của BS. CKI Lê Tiểu My. Bài được biên dịch từ "ISUOG Practice Guidelines: diagnosis and management of small-for-gestational-age fetus and fetal growth restriction. Ultrasound Obstet Gynecol 2020; 56: 298-312. DOI: 10.1002/uog.22134".



➡ Tiếp theo bài
ở trang 11 ➡

THỜI ĐIỂM VÀ CÁCH THỨC CHẤM DỨT THAI KỲ Ở THAI PHỤ CÓ RỐI LOẠN TĂNG HUYẾT ÁP

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Steeegers EA, von Dadelszen P, Duvekot JJ, Pijnenborg R. Pre-eclampsia. Lancet 2010; 376: 631-44. (Level III)
- Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. Obstet Gynecol. 2020 Jun;135(6):e237-e260.
- National Collaborating Centre for Women and Children Health. Hypertension in Pregnancy: The Management of Hypertensive Disorders During Pregnancy, RCOG Press, London 2010.
- Ukah, Ugochi Payne, Beth; Hutcheon, Jennifer; Ansermino, Mark Ganzevoort, Wessel; Thangaratnam, Shakila; Magee, Laura; von Dadelszen, Peter. (2018). Assessment of the fullPIERS Risk Prediction Model in Women With Early-Onset Preeclampsia. Hypertension. 71. HYPERTENSIONAHA.117.10318.
- Magee LA, Yong PJ, Espinosa V, Cote AM, Chen I, von Dadelszen P. Expectant management of severe preeclampsia remote from term: a structured systematic review. Hypertens Pregnancy 2009; 28: 312-47. (Systematic Review)
- Sibai BM, Barton JR. Expectant management of severe preeclampsia remote from term: patient selection, treatment, and delivery indications. Am J Obstet Gynecol 2007;196(6):514. e1-514.e9.
- American College of Obstetricians and Gynecologists & #39; Committee on Practice Bulletins - Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 203: Chronic Hypertension in Pregnancy. Obstet Gynecol 2019; 133: e26.
- Alanis MC, Robinson CJ, Hulsey TC, Ebeling M, Johnson DD. Early-onset severe preeclampsia: induction of labor vs elective cesarean delivery and neonatal outcomes. Am J Obstet Gynecol 2008;199:262.e1-6. (Level II-3)
- Sibai BM. Evaluation and management of severe preeclampsia before 34 weeks' gestation. Publications Committee, Society for Maternal-Fetal Medicine. Am J Obstet Gynecol 2011; 205:191-8. (Level III)
- Hoodbhoy, Payne, Beth. (2016). The FIGO Textbook of Pregnancy Hypertension.