

# 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 Hoài Vân
- 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



# HƯỚNG DẪN CẬP NHẬT TĂNG HUYẾT ÁP MẠN TÍNH TRONG THAI KỲ

**Nguyễn Thị Thủy**

Khoa Sản, Bệnh viện đa khoa Tây Ninh



## TỔNG QUAN

Tăng huyết áp là vấn đề y khoa phổ biến nhất trong thai kỳ, chiếm tỷ lệ lên đến 10%, được phân thành 4 nhóm:

- Tăng huyết áp mạn tính.
- Tiền sản giật - sản giật.
- Tiền sản giật trên nền tăng huyết áp mạn tính.
- Tăng huyết áp thai kỳ (tăng huyết áp thoáng qua trong thai kỳ hoặc tăng huyết áp mạn tính được xác định muộn giai đoạn cuối thai kỳ).

Tăng huyết áp mạn tính thường là rối loạn nguyên phát trên khoảng 90 - 95% các trường hợp, có thể là thứ phát do một số rối loạn tiềm ẩn, có thể nhận biết được như: bệnh nhu mô thận (thận đa nang, bệnh cầu thận...), bệnh mạch máu thận (hẹp động mạch thận, loạn sản cơ), rối loạn nội tiết (tăng adrenocorticosteroid hoặc mineralocorticoid, bệnh hồng cầu, cường giáp hoặc suy giáp, tăng hormone tăng trưởng, tăng giáp), phình động mạch chủ hoặc sử dụng thuốc ngừa thai. Khoảng 20 - 25% phụ nữ có tăng huyết áp mạn tính bị tiền sản giật trong thời kỳ mang thai. Tăng huyết áp mạn tính xảy ra ở 22% phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, với tần suất thay đổi theo tuổi, chủng tộc và chỉ số khối cơ thể (Body Mass Index – BMI). Dữ liệu dựa vào dân số cho thấy có khoảng 1% các trường hợp mang thai bị biến chứng do tăng huyết áp mạn tính, 5 - 6% do tăng huyết áp thai nghén (không có protein niệu) và 3 - 6% do tiền sản giật.

Tăng huyết áp mạn tính trong thai kỳ được định nghĩa khi huyết áp > 140/90 mmHg trước khi mang

thai hoặc trước tuổi thai 20 tuần. Nguy cơ bị tiền sản giật lên đến 21% ở những bệnh nhân có tăng huyết áp mạn tính so với 2,1% những bệnh nhân không có tăng huyết áp mạn tính.

NICE 2017 đã đưa ra hướng dẫn về mức độ tăng huyết áp từ nhẹ đến trung bình và nặng dựa vào chỉ số huyết áp: tăng huyết áp nhẹ khi huyết áp tâm trương 90 - 99 mmHg và/hoặc huyết áp tâm thu 140 - 149 mmHg, tăng huyết áp trung bình khi huyết áp tâm trương 100 - 109 mmHg và/hoặc huyết áp tâm thu 150 - 159 mmHg, tăng huyết áp nặng khi huyết áp tâm trương  $\geq$  110 mmHg và/hoặc huyết áp tâm thu  $\geq$  160 mmHg.

## BIẾN CHỨNG THAI TRONG TRƯỜNG HỢP MẸ BỊ TĂNG HUYẾT ÁP MẠN TÍNH

### Thai chết lưu

Hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy có 1/3 trẻ bị chết lưu ở các thai phụ có tăng huyết áp mạn tính so với người không có tăng huyết áp. Panaitescu AM cùng cộng sự đã báo cáo rằng 68% xuất hiện ở tuổi thai < 29 tuần và 93% ở thai chậm tăng trưởng trong tử cung (Panaitescu và cs, 2017). Ferrer RL nghiên cứu cho thấy tăng huyết áp mạn tính nhẹ trong thai kỳ làm tăng nguy cơ tử vong chu sinh 3,4 lần và làm tăng nguy cơ nhau bong non 2,1 lần (Ferrer và cs, 2000). Ở những bệnh nhân không có tăng huyết áp mạn tính, tuổi thai trung bình của thai chết lưu thường khoảng 34 tuần và đa số thai đều phù hợp với tuổi thai. Điều này gợi ý rằng nhau bong non là

nguyên nhân chính gây ra thai chết lưu trong những trường hợp tăng huyết áp mạn tính. Việc phát hiện sớm thai chậm tăng trưởng trong tử cung qua siêu âm giúp có những xử trí kịp thời (non-stress test, Doppler và đếm cử động thai) để có thể cứu sống được những thai kỳ có nguy cơ cao.

Tác giả Pagani G kết luận rằng việc phân tích dòng chảy của động mạch tử cung sẽ xác định được hầu hết những thai có tăng huyết áp mạn tính có nguy cơ chết lưu (Pagani và cs, 2014). Việc giảm cử động thai, cùng với các dạng sóng bất thường của động mạch tử cung trong tam cá nguyệt II làm tăng nguy cơ thai chết lưu cao gấp 5 lần.

### **Thai chậm tăng trưởng trong tử cung (Intrauterine Growth Restriction – IUGR)**

Hầu hết các bệnh suất chu sinh ở tăng huyết áp mạn tính đều liên quan đến IUGR, tăng gấp đôi ở những thai kỳ này. Trọng lượng trẻ sinh ra dưới bách phân vị thứ năm xuất hiện trong 10% ở những bệnh nhân có tăng huyết áp mạn tính và 22% ở những bệnh nhân tăng huyết áp mạn tính có kèm tiền sản giật. Ở những bệnh nhân có tăng huyết áp mạn tính, cần được đánh giá sức khỏe thai nhi mỗi 4 - 6 tuần.

### **ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP MẠN TÍNH TRONG THAI KỲ**

Hướng dẫn của Hiệp hội Tim mạch châu Âu (European Society of Cardiology – ESC) đề nghị điều trị tăng huyết áp từ nhẹ đến trung bình bằng thuốc hạ áp đến khi trị số huyết áp đạt mức <140/90 mmHg ở phụ nữ mang thai có tăng huyết áp thai kỳ, tăng huyết áp mạn tính và tăng huyết áp có triệu chứng hoặc kết quả cận lâm sàng biểu hiện sự tổn thương các cơ quan đích bất cứ lúc nào trong thời kỳ mang thai.

Bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp mạn tính nên được theo dõi chặt chẽ, ngay cả khi huyết áp thấp hơn 140/90 mmHg trong thai kỳ hiện tại. Điều trị nên được thực hiện ở bệnh nhân có huyết áp từ 140/90 mmHg đến 160/110 mmHg (không có protein niệu) với Labetalol (200 - 400 mg mỗi 12 giờ có thể tăng liều đến 2.400 mg mỗi ngày), Methyldopa (250 mg mỗi 8 đến 12 giờ, tối đa là 2 g/ngày) hoặc Nifedipine (10 mg mỗi 8 giờ hoặc 30

- 60 mg dạng phóng thích kéo dài, không vượt quá 1.200 mg/ngày).

Các nghiên cứu gần đây cho thấy những bệnh nhân tăng huyết áp mạn tính có xu hướng ở trạng thái tăng động (tăng nhịp tim và phân suất tống máu của tim) và do đó, đáp ứng tốt hơn với thuốc chẹn beta (Labetalol), trong khi những bệnh nhân tiền sản giật, tăng huyết áp nhiều hơn để tăng sức đề kháng ngoại vi và như thế, thuốc làm giãn mạch như Methyldopa hoặc thuốc chẹn kênh canxi (Nifedipine) sẽ có lợi hơn. Mặc dù thuốc ức chế men chuyển đã được chứng minh là ảnh hưởng có lợi tới chức năng của động mạch chủ ở người mẹ, nhưng được đánh giá là thuốc loại D, vì có thể gây quái thai trong ba tháng đầu và ảnh hưởng xấu đến thận của thai nhi trong tam cá nguyệt II và III. Thuốc hạ huyết áp Labetalol, Nifedipine, Methyldopa và Hydralazine được xem là an toàn cho trẻ bú mẹ.

Bệnh nhân tăng huyết áp nặng với huyết áp >160/110 mmHg nên được điều trị tích cực. Điều trị bao gồm tiêm tĩnh mạch Hydralazine hoặc Labetalol. Nếu thuốc tiêm không có sẵn thì Nifedipine uống có thể được sử dụng tạm thời.

Magnesium sulfate vẫn là thuốc chính để dự phòng và/hoặc điều trị động kinh. Thuốc nên được tiêm tĩnh mạch 4 - 6 g/100 mL dịch truyền trong 20 phút, sau đó, 2 g/giờ, duy trì đến 24 giờ sau sinh.

Hiệp hội Quốc gia về An toàn bà mẹ đã soạn thảo các nhóm hướng dẫn để điều trị bệnh nhân cao huyết áp hiện đang được áp dụng tại nhiều trung tâm chăm sóc sản khoa ở Hoa Kỳ. Một nghiên cứu gần đây của Shields LE và cộng sự tại 23 bệnh viện liên quan đến 69.500 ca sinh ở Hoa Kỳ cho thấy một tỷ lệ tuân thủ ban đầu với hướng dẫn khoảng 50% (Shields và cs, 2017). Tuy nhiên, đến tháng 04/2016, 90% các bệnh viện này tuân thủ và tỷ lệ mắc chứng sản giật đã giảm 42%, tỷ lệ bệnh nặng ở mẹ đã giảm 17%. Các tác giả tin rằng tiếp tục giám sát việc tuân thủ là điều cần thiết cho sự thành công sau này.

Ở phụ nữ bị tăng huyết áp mạn tính, tiến hành thực hiện việc đánh giá phát triển thai nhi bằng siêu âm, và đánh giá lượng nước ối cùng đo vận tốc Doppler động mạch rốn giữa 28 và 30 tuần, giữa 32 và 34 tuần. Nếu kết quả bình thường, không lặp lại

sau 34 tuần, trừ khi được chỉ định lâm sàng.

### **Một số hướng dẫn cập nhật về điều trị chứng tăng huyết áp nặng và cấp tính trong thai kỳ**

- Chứng tăng huyết áp cấp tính, tăng huyết áp nặng xác định được đo chính xác bằng kỹ thuật chuẩn và kéo dài 15 phút hoặc lâu hơn được gọi là tăng huyết áp cấp cứu (ACOG, 2017).
- Không điều trị thuốc hạ áp cho phụ nữ mang thai có tăng huyết áp mạn tính không có biến chứng khi huyết áp tâm trương < 80 mmHg (NICE, 2017).
- Chấm dứt thai kỳ ở những thai phụ có tăng huyết áp mạn tính có huyết áp < 160/110 mmHg có hoặc không có điều trị thuốc hạ áp khi tuổi thai < 37 tuần và chỉ cho sinh ở những thai phụ có tăng huyết áp mạn tính nặng có hoặc không có điều trị thuốc hạ áp sau khi đã sử dụng đủ liều corticosteroid (NICE, 2017).
- Nếu như thai phụ đã dùng Methyldopa trong thời gian mang thai, ngưng sau khi sinh 2 ngày và bắt đầu lại bằng thuốc hạ áp được dùng trước khi mang thai (NICE, 2017).
- Tiêm tĩnh mạch (IV) Labetalol và Hydralazine từ lâu đã được coi là thuốc đầu tay sử dụng để điều trị chứng tăng huyết áp nặng, tăng huyết áp nặng ở phụ nữ có thai và trong thời kỳ hậu sản. Các bằng chứng hiện nay cũng cho thấy Nifedipine cũng có thể được xem là phương pháp điều trị đầu tay ở những nơi mà điều kiện sử dụng Labetalol và Hydralazine đường tĩnh mạch không có sẵn. Cần tránh dùng Labetalol ở phụ nữ bị hen, bệnh tim hoặc suy tim sung huyết (ACOG, 2017; NICE 2017).

- Khi điều trị cấp cứu, cần thiết lập đường truyền tĩnh mạch, Nifedipine uống đang được xem xét thay thế hoặc một liều Labetalol 200 mg uống. Liều tiếp theo có thể được lập lại trong vòng 30 phút nếu huyết áp chưa được cải thiện (ACOG, 2017).
- Magnesium sulfate không được khuyến cáo như thuốc điều trị tăng huyết áp, nhưng magnesium sulfate vẫn là thuốc được lựa chọn để dự phòng động kinh trong tiền sản giật nặng và sản giật (ACOG, 2017).
- Sodium nitroprusside nên được dự trữ trong trường hợp cực kỳ khẩn cấp và được sử dụng trong khoảng thời gian ngắn nhất có thể do mối quan tâm về độc tính cyanide và thiocyanate ở mẹ, bào thai hoặc trẻ sơ sinh và tăng áp lực nội sọ với tình trạng phù não nặng ở người mẹ (ACOG, 2017; NICE, 2017; ESC, 2017).

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bernstein PS, Martin JN Jr, Barton JR et al (2017). National partnership for maternal safety. Consensus bundle on severe hypertension during pregnancy and the postpartum period. *Obstet Gynecol*; 130:347-57.
2. Cluver C, Novikova N, Koopmans CM et al (2017). Planned early delivery versus expectant management for hypertensive disorders from 34 weeks gestation to term. *Cochrane Database Syst Rev*; 1:CD009273
3. Committee on Obstetric Practice (2017). Committee Opinion No. 692: Emergent Therapy for Acute-Onset, Severe Hypertension during Pregnancy and the Postpartum Period. *Obstet Gynecol*; 129 (4):e90-5.
4. Ferrer RL, Sibai BM, Mulrow CD et al (2000). Management of mild chronic hypertension during pregnancy: a review. *Obstet Gynecol*; 96:849-60.
5. NICE (2017). Surveillance report 2017 - Hypertension in pregnancy: diagnosis and management. NICE guideline CG107.
6. Pagani G, D'Antonio F, Khalil A et al (2014). Association between reduced fetal movements at term and abnormal uterine artery indices. *Ultrasound Obstet Gynecol*; 43:548-52.
7. Panaitescu AM, Syngelaki A, Prodan N et al (2017). Chronic hypertension and adverse pregnancy outcome: A cohort study. *Ultrasound Obstet Gynecol*; 50: 228-35.
8. Shields LE, Wiesner S, Klein C et al (2017). Early standard treatment of critical blood pressure elevations is associated with a reduction in in eclampsia in severe maternal morbidity. *Am J Obstet Gynecol*; 216;415.e1-5.



Hãy theo dõi chúng tôi trên facebook để nhận được những thông tin mới nhất từ HOSREM.  
<https://www.facebook.com/HOSREM/>