

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 Văn 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 oan 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 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



SO SÁNH TÁC DỤNG CỦA HYDRALAZINE VÀ NIFEDIPINE ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP CẤP TRONG THAI KỲ

Sharma C, Soni A, Gupta A, et al. Hydralazine vs nifedipine for acute hypertensive emergency in pregnancy: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2017;217:687.e1-6.

<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.08.018>

Nguyễn Minh Nhật - Bệnh viện Mỹ Đức

Tăng huyết áp thai kỳ là bệnh lý phổ biến trong thời kỳ mang thai và là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong cho mẹ và thai. ACOG Task Force khuyến cáo sử dụng thuốc hạ huyết áp cho các thai phụ tiền sản giật có tăng huyết áp nặng. Thông thường các thuốc dùng để hạ huyết áp cấp tính ở thai phụ tiền sản giật là Hydralazine tĩnh mạch, Labetalol tĩnh mạch và Nifedipin uống. Tuy nhiên tổng quan Cochrane vẫn thiếu các bằng chứng có chất lượng về phác đồ điều trị tốt nhất để kiểm soát tăng huyết áp cấp tính trong thai kỳ, nên việc sử dụng thuốc nào vẫn dựa trên kinh nghiệm của các bác sĩ lâm sàng. Gần đây lại có một số lo ngại về việc sử dụng Hydralazine tăng nguy cơ mổ lấy thai, ối vỡ non, hạ huyết áp quá mức và giảm chỉ số Apgar. Bên cạnh đó các bằng chứng về sử dụng Nifedipine điều trị tăng huyết áp cấp tính trên thai phụ đa số lại sử dụng Nifedipine ngâm dưới lưỡi, được khuyến cáo không sử dụng vì nguy cơ bệnh tim mạch và tử vong.

Chanderdeep Sharma và cộng sự (Ấn Độ) năm 2017 đã công bố trên American Journal of Obstetrics and Gynecology một nghiên cứu mù đôi, đối chứng, ngẫu nhiên so sánh tác dụng của Hydralazine và Nifedipine trên thai phụ mang thai từ 24 tuần tăng huyết áp cấp tính có huyết áp tâm thu ≥ 160 mmHg hoặc huyết áp tâm trương ≥ 110 mmHg. Có 60 trường hợp thỏa tiêu chuẩn nhận loại được phân ngẫu nhiên thành 2 nhóm: (A) điều trị hạ huyết áp tĩnh mạch Hydralazine liều lần lượt 5, 10, 10 và 10 mg và thuốc uống giả dược, (B) uống Nifedipine 10 mg (có thể sử dụng đến 4 liều) và tiêm nước muối tĩnh mạch; mỗi 20 phút cho đến

khi huyết áp tâm thu dưới 150 mmHg và huyết áp tâm trương dưới 100 mmHg. Điều trị chéo nếu điều trị ban đầu thất bại. Magnesium sulfate cũng được sử dụng ngừa co giật theo phác đồ điều trị tiền sản giật/sản giật. Kết quả chính của nghiên cứu là thời gian cần thiết để đạt được huyết áp mục tiêu. Các kết quả thứ phát là số lượng liều cần thiết, tác động bất lợi đến mẹ và trẻ sơ sinh.

Từ tháng 12/2014 đến tháng 9/2015 ghi nhận 60 bệnh nhân, 30 thai phụ nhóm A và 30 thai phụ nhóm B. Thời gian trung bình để đạt được huyết áp mục tiêu là 40 phút ở hai nhóm (Hydralazine đường tĩnh mạch và Nifedipine đường uống) (Khoảng tứ phân vị 5 và 40 phút, $p = 0,809$). Số liều cần thiết trung bình ở cả hai nhóm là 2 (Tứ phân vị từ 1 đến 2 liều, $p = 0,625$). Không có thai phụ nào cần phải điều trị chéo. Trong vòng 80 phút 100% thai phụ hạ huyết áp đến huyết áp mục tiêu. Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa về tác dụng ngoài ý muốn của thuốc (buồn nôn, hạ huyết áp quá mức, nhịp nhanh xoang), phương pháp chấm dứt thai kỳ, mổ lấy thai cấp cứu, chỉ số Apgar, chăm sóc tại dưỡng nhi hay trọng lượng trẻ sơ sinh; ngoại trừ sử dụng Hydralazine có tăng tỷ lệ nôn ói so với nhóm Nifedipine (9 so với 2 thai phụ, $p = 0,042$). Cả hai nhóm chỉ có 1 trường hợp hạ huyết áp quá mức ở thai phụ dùng Nifedipine và 2 thai phụ nhịp nhanh xoang ở nhóm sử dụng Hydralazine.

 Mời xem tiếp
ở trang 93

các dấu ấn sinh hóa và chỉ số xung của động mạch tử cung, tỷ lệ phát hiện tiền sản giật khởi phát sớm là 85%, với tỷ lệ dương tính giả là 5% và 10%. Với phác đồ tương tự như vậy, tỷ lệ phát hiện tiền sản giật trước sinh là 52% với tỷ lệ dương tính giả là 5% và 60% với tỷ lệ dương tính giả là 10%.

Dựa trên các đặc điểm thai phụ, tỷ lệ phát hiện tiền sản giật khởi phát muộn là 15% với tỷ lệ dương tính giả 5% và 48% với tỷ lệ dương tính giả 10%, trong khi đó tỷ lệ phát hiện tiền sản giật sau 37 tuần là 24% với tỷ lệ dương tính giả là 5% và 43% với tỷ lệ dương tính giả 10%. Tỷ lệ phát hiện tiền sản giật khởi phát muộn và tiền sản giật sau 37 tuần không có cải thiện mặc dù đã thêm vào các dấu ấn sinh hóa.

Tầm soát tiền sản giật tại thời điểm 11 - 13^{6/7} tuần sử dụng các đặc điểm của thai phụ và dấu ấn sinh hóa cho tỷ lệ phát hiện cao và tỷ lệ dương tính giả thấp. Tầm soát tiền sản giật khởi phát muộn cho kết quả kém hơn nhiều. Trong nghiên cứu này đánh giá thể tích bánh nhau và huyết áp trung bình có vai trò rất hạn chế cần nhiều nghiên cứu lớn hơn để đánh giá hiệu quả của các dấu ấn này.

Việc phát triển một quy trình sàng lọc hiệu quả trong tam cá nguyệt thứ nhất dẫn đến dễ phát hiện tiền sản giật ở những bệnh nhân có nguy cơ cao. Điều quan trọng trong tương lai là phải nghiên cứu tìm ra các dấu ấn tiền sản giật nhằm cải thiện tỷ lệ phát hiện bệnh và giảm tỷ lệ dương tính giả.

Tiếp theo
trang 89

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA ASPIRIN LIỀU THẤP TRONG DỰ PHÒNG TIỀN SẢN GIẬT Ở NHÓM THAI PHỤ TĂNG HUYẾT ÁP MẠN TÍNH

Do đó, các tác giả giả định rằng nếu loại những trường hợp tăng huyết áp mạn tính ra khỏi nghiên cứu ASPRE thì hiệu quả dự phòng tiền sản giật khởi phát trước 37 tuần của aspirin liều thấp có thể lên đến trên 70% và có thể tăng

lên 95% ở những thai phụ có mức tuân thủ điều trị trên 90%. Tuy nhiên, đây chỉ là những suy luận không chắc chắn và các nhà nghiên cứu đang lên kế hoạch làm nghiên cứu về vấn đề này.

Tiếp theo
trang 90

SO SÁNH TÁC DỤNG CỦA HYDRALAZINE VÀ NIFEDIPINE ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP CẤP TRONG THAI KỲ

Nghiên cứu cũng cho thấy là không có tác dụng phụ nào nghiêm trọng về mẹ và thai nhi ở cả hai nhóm nghiên cứu. Hydralazine tĩnh mạch và Nifedipine uống đều có hiệu quả tương đương trong điều trị cấp cứu tăng huyết áp cấp tính trong thai kỳ. Nifedipine nên là thuốc

được sử dụng đầu tiên do dung nạp tốt hơn so với Hydralazine, liều lượng hằng định, đường uống dễ sử dụng, phổ biến, và chi phí thấp. Liều Nifedipine khuyến dùng là 10 mg, uống cách nhau mỗi 20 phút cho đến khi đạt được huyết áp mục tiêu, sử dụng tối đa 4 liều.

Tiếp theo
trang 91

TỔNG QUAN HỆ THỐNG VÀ PHÂN TÍCH GỘP MỖI NHẤT VỀ VAI TRÒ CỦA ASPIRIN LIỀU THẤP TRONG DỰ PHÒNG TIỀN SẢN GIẬT

Tuy nhiên, với những kết quả nghiên cứu mới và những phân tích có chất lượng cao ở trên, các tác giả khuyến cáo nên sử dụng liều aspirin ít nhất là 100 mg/ngày và bắt đầu sử dụng ≥ 16 tuần. Đồng thời kết cục cần tập trung vào tiền sản giật non tháng chứ không phải tiền sản giật

đủ tháng. Ngoài ra, việc sử dụng aspirin dự phòng tiền sản giật chỉ nên tập trung ở nhóm thai phụ nguy cơ cao, đặc biệt hiệu quả khi nguy cơ cao này được phát hiện bằng mô hình kết hợp nhiều yếu tố của FMF.