

Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH • TẬP 47

UNG THƯ PHỤ KHOA



Nhà xuất bản Tổng hợp
Thành phố Hồ Chí Minh

MỤC LỤC Y HỌC SINH SẢN TẬP 47

UNG THƯ PHỤ KHOA

- | | |
|---|---|
| 06 < Điều trị khối u buồng trứng giáp biên ác tính
Nguyễn Thị Ngọc Phượng, Hồ Ngọc Anh Vũ | 46 < Xét nghiệm chẩn đoán nhiễm trùng huyết sơ sinh
Phan Đăng Nghị |
| 10 < Ung thư nội mạc tử cung: đánh giá trước điều trị
Lê Thị Thu Hà | 49 < Nội mạc tử cung mỏng trong hỗ trợ sinh sản:
cập nhật chẩn đoán và điều trị
Lê Thị Ngân Tâm |
| 12 < Ung thư nội mạc tử cung: phân giai đoạn và
điều trị phẫu thuật
Lê Thị Thu Hà | 56 < Hiệu quả của Dienogest trong điều trị đau
do lạc nội mạc tử cung
Lê Khắc Tiến, Giang Huỳnh Như |
| 15 < Vai trò của X-quang trong tầm soát ung thư vú
Hồ Hoàng Thảo Quyên | 64 < Chất lượng noãn trên bệnh nhân lạc nội mạc tử cung
Lê Thị Ngân Tâm |
| 18 < Siêu âm vú đàn hồi: một kiểu mẫu mới trong chẩn đoán
hình ảnh vú
Phan Thị Mai Hoa | 72 < Kỹ thuật chuyển phôi
Hồ Ngọc Anh Vũ |
| 23 < Phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư buồng trứng
Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch | 76 < Đồng thuận ASRM về vô tinh ở nam giới
Lê Khắc Tiến, Mai Đức Tiến |
| 27 < Ảnh hưởng của điều trị ung thư đối với hệ sinh sản và
bảo tồn khả năng sinh sản ở phụ nữ
Lê Khắc Tiến, Lê Long Hồ | 82 < Tinh hoàn ẩn và vô sinh nam
Dương Quang Huy |
| 31 < Bảo tồn khả năng sinh sản ở nữ giới
Nguyễn Khánh Linh | |
| 35 < Phẫu thuật bằng robot – gương mặt mới trong phẫu thuật
ngoại phụ khoa
Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch | |
| 39 < Tăng huyết áp mạn tính: đại cương và quản lý trước khi
mang thai
Bùi Quang Trung | |
| 43 < Ngồi móng: mổ lấy thai hay sinh ngã âm đạo
Vương Tú Như | |

JOURNAL CLUB

- | | |
|--|--|
| 86 < Khuyến cáo mới của ACOG trong thực hành phụ khoa:
Vai trò của siêu âm phụ khoa trong đánh giá nội mạc tử cung ở
bệnh nhân xuất huyết sau mãn kinh | |
| 88 < NSAIDs không làm tăng huyết áp dài đẳng giai đoạn hậu sản | |
| 89 < Kết cục chu sinh ở thai phụ tăng huyết áp mạn tính nhưng có
huyết áp bình thường trước 20 tuần tuổi thai | |
| 90 < [ACOG Committee Opinion] Sử dụng Aspirin liều thấp trong
thai kỳ | |
| 92 < TIN ĐÀO TẠO Y KHOA LIÊN TỤC | |
| 02 < LỊCH HOẠT ĐỘNG ĐÀO TẠO LIÊN TỤC HOSREM | |

MỜI VIẾT BÀI Y HỌC SINH SẢN

Chuyên đề tập 49: “MÃN KINH”
Tập 49 sẽ xuất bản vào tháng 3/2019.
Hạn gửi bài cho tập 49 là 30/11/2018.

Chuyên đề tập 50: “HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG”
Tập 50 sẽ xuất bản vào tháng 6/2019.
Hạn gửi bài cho tập 50 là 28/02/2019.

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 Bạch kim 2018



MERCK



Hội viên liên kết Vàng 2018



TĂNG HUYẾT ÁP MẠN TÍNH: ĐẠI CƯƠNG VÀ QUẢN LÝ TRƯỚC KHI MANG THAI

Bùi Quang Trung

Bệnh viện Mỹ Đức



Tăng huyết áp mạn tính ở phụ nữ mang thai là một dạng của rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ, có thể ảnh hưởng đến 1 – 5% thai kỳ, tùy thuộc vào dân số nghiên cứu, và có xu hướng ngày càng tăng. Tỷ lệ tăng huyết áp mạn tính ngày càng cao do tuổi mang thai ngày càng cao, tỷ lệ béo phì ngày càng tăng, tỷ lệ thai kỳ có kèm theo những bệnh lý khác như đái tháo đường, lupus, bệnh lý thận ngày càng tăng (Bateman và cs, 2012; ACOG, 2013; Seely và cs, 2014; Ankumah và cs, 2017).

Các rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ như tiền sản giật và sản giật là những rối loạn được nhắc đến đầu tiên và nhiều nhất vì những ảnh hưởng to lớn đến kết cục thai kỳ. Còn tăng huyết áp mạn tính trong thai kỳ thường được coi là “lành tính hơn” và tương đối ổn định do đó ít nhận được sự quan tâm trên lâm sàng cũng như ít thu hút được sự đầu tư nghiên cứu.

Tuy nhiên, những kết quả nghiên cứu gần đây cho thấy những kết cục thai kỳ nặng nề hơn so với những thông tin thường được đề cập (Bramham và cs, 2014). Đó là lý do để chúng ta cùng tìm hiểu về tăng huyết áp mạn tính trong thai kỳ qua một loạt bài viết về chủ đề này (sẽ được đăng tải lần lượt trong các số Y học sinh sản sắp tới), nhằm quản lý tốt hơn và đạt được kết cục thai kỳ tốt hơn.

CHẨN ĐOÁN TĂNG HUYẾT ÁP MẠN TÍNH TRONG THAI KỲ

Tăng huyết áp mạn tính là tình trạng huyết áp

tâm thu ≥ 140 mmHg và hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg trong 2 lần đo cách nhau ít nhất 4 giờ, xuất hiện trước khi mang thai hoặc được phát hiện lần đầu trước 20 tuần tuổi thai hoặc tăng huyết áp thai kỳ tồn tại kéo dài trên 12 tuần sau sinh (ACOG, 2013).

Chẩn đoán tăng huyết áp mạn tính được thực hiện dễ dàng khi tăng huyết áp đã được chẩn đoán trước khi mang thai, thậm chí đã có điều trị trước đó. Ngoài ra, khi tăng huyết áp xuất hiện trong tam cá nguyệt đầu tiên cũng dễ dàng chẩn đoán tình trạng tăng huyết áp mạn tính. Chẩn đoán tăng huyết áp mạn tính gặp khó khăn khi tăng huyết áp không được phát hiện trước khi mang thai. Cùng với đó là hiện tượng hạ huyết áp sinh lý trong tam cá nguyệt đầu tiên của thai kỳ, dẫn đến chẩn đoán nhầm là huyết áp bình thường. Những thai phụ có huyết áp bình thường này đến nửa sau thai kỳ nếu có tăng huyết áp sẽ được chẩn đoán là tăng huyết áp thai kỳ, hoặc tiền sản giật thay vì chẩn đoán chính xác là tiền sản giật ghép trên nền tăng huyết áp mạn tính. Những trường hợp này chỉ được chẩn đoán đúng là tăng huyết áp mạn tính khi theo dõi đến 12 tuần sau sinh (ACOG, 2013; Ankumah và cs, 2017).

Trong thai kỳ, tăng huyết áp được phân loại là tăng huyết áp nhẹ đến trung bình khi huyết áp tâm thu từ 140 – 159 mmHg hoặc huyết áp tâm trương từ 90 – 109 mmHg. Nếu mức huyết áp tâm thu ≥ 160 mmHg hoặc huyết áp tâm trương ≥ 110 mmHg được phân loại là tăng huyết áp nặng

(ACOG, 2013).

Tăng huyết áp hầu hết là nguyên phát và có khoảng 10% là tăng huyết áp thứ phát sau một tình trạng bệnh lý bất thường (ACOG, 2013). Các nguyên nhân gây tăng huyết áp thứ phát bao gồm các bệnh lý thận (viêm cầu thận, viêm thận kẽ, thận đa nang, hẹp động mạch thận...); bệnh liên quan đến chất tạo keo (viêm thận lupus, xơ cứng bì, viêm đa động mạch nút); rối loạn nội tiết (biến chứng mạch máu do đái tháo đường, cường giáp, cushing...); hẹp eo động mạch chủ (Baha M Sibai, 2008, Whelton và cs, 2018).

KẾT CỤC CỦA THAI KỲ CÓ TĂNG HUYẾT ÁP MẠN TÍNH

Một tổng quan hệ thống và phân tích gộp có thể coi là lớn nhất về tăng huyết áp mạn tính được công bố trên tạp chí BMJ, tác giả Bramham và cộng sự đã đưa ra được những bằng chứng cho thấy ảnh hưởng quan trọng của tăng huyết áp mạn tính (Bramham và cs, 2014).

Nguồn dữ liệu khổng lồ được thu thập từ Embase, Medline và Web of Science, không hạn chế ngôn ngữ và dữ liệu được thu thập từ những bài đăng đầu tiên cho đến những bài mới nhất là thời điểm tháng 6/2013. Qua quá trình phân tích dữ liệu, có 55 nghiên cứu phù hợp từ 25 quốc gia khác nhau được chấp nhận và bao gồm 795.221 thai kỳ và 812.772 trẻ sơ sinh (Bramham và cs, 2014).

Kết quả phân tích cho thấy, phụ nữ có tăng huyết áp mạn tính xuất hiện các biến chứng trong thai kỳ với tỷ lệ cao: tiền sản giật ghép trên nền tăng huyết áp mạn tính (25,9%; KTC 95%, 21,0 – 31,5); mổ lấy thai (41,4%; KTC 95%, 35,5 – 47,7), sinh non dưới 37 tuần (28,1%; KTC 95%, 22,6 – 34,4), trẻ cân nặng < 2.500 g (16,9%; KTC 95%, 13,1 – 21,5), trẻ sơ sinh cần được chăm sóc đặc biệt (20,5%; KTC 95%, 15,7 – 26,4), và tử vong chu sinh (4,0%; KTC 95%, 2,9 – 5,4) (Bramham và cs, 2014).

Khi so sánh với các tỷ lệ tương ứng trong dân số chung (là phụ nữ mang thai ở Hoa Kỳ theo số liệu của Báo cáo thống kê sinh – tử Quốc gia, năm 2006) cho thấy: nguy cơ tương đối của tiền sản giật ghép trên nền tăng huyết áp mạn tính cao hơn 7,7 lần (RR 7,7; KTC 95%, 5,7 – 10,1) so với tiền sản

giật trong dân số chung; mổ lấy thai cao hơn 1,3 lần (RR, 1,3; KTC 95%, 1,1 – 1,5), sinh non dưới 37 tuần cao hơn 2,7 lần (RR, 2,7; KTC 95%, 1,9 – 3,6), trẻ nặng < 2.500 g cao hơn 2,7 lần (RR, 2,7; KTC 95%, 1,9 – 3,8), trẻ sơ sinh cần được chăm sóc đặc biệt cao hơn 3,2 lần (RR, 3,2; KTC 95%, 2,2 – 4,4), và tử vong chu sinh cao hơn 4,2 lần (RR, 4,2; KTC 95%, 2,7 – 6,5) (Bramham và cs, 2014).

QUẢN LÝ TRƯỚC KHI MANG THAI

Quản lý thai kỳ có tăng huyết áp mạn tính lý tưởng nhất là cần tiến hành đánh giá trước khi mang thai. Việc đánh giá sâu rộng trong giai đoạn này giúp đánh giá được nguyên nhân, mức độ nghiêm trọng, xác nhận hay loại trừ các tổn thương cơ quan đích do tăng huyết áp gây ra hay sự hiện diện của những vấn đề sức khỏe khác kèm theo (Baha M Sibai, 2008; ACOG, 2013; Sibai, 2015; Ankumah và cs, 2017).

Các mục tiêu cần hướng tới bao gồm xác định nguyên nhân tăng huyết áp, phân nhóm nguy cơ cao hay nguy cơ thấp, kiểm soát tốt tình trạng tăng huyết áp và xử trí những rối loạn kèm theo (Baha M Sibai, 2008; ACOG, 2013; Sibai, 2015; Ankumah và cs, 2017).

Nguyên nhân tăng huyết áp như đã trình bày ở phần trên, chủ yếu là tăng huyết áp nguyên phát. Tuy nhiên, ở những phụ nữ trẻ tuổi, tăng huyết áp khó kiểm soát hay phải sử dụng nhiều loại thuốc hạ áp cần thiết phải tiến hành thăm khám kỹ lưỡng để phát hiện nguyên nhân tiềm ẩn của tăng huyết áp. Với các trường hợp tăng huyết áp thứ phát, cần phải điều trị nguyên nhân gây ra tăng huyết áp. Quá trình thăm khám và điều trị có thể phối hợp hoặc chuyển đến các tuyến chuyên khoa, các chuyên gia điều trị tăng huyết áp (ACOG, 2013; Ankumah và cs, 2017, Whelton và cs, 2018).

Quá trình khám sức khỏe tổng quát cần ghi nhận những đặc điểm làm gia tăng nguy cơ tiền sản giật ghép trên nền tăng huyết áp mạn tính như đái tháo đường, béo phì, bệnh thận, tăng huyết áp nặng và kéo dài trước khi mang thai và tăng huyết áp thứ phát... Tùy mỗi đặc điểm mà cần tư vấn bệnh nhân có hướng điều chỉnh phù hợp trước khi mang thai (ACOG, 2013). Ngoài ra, cần kiểm tra những vấn

để khác như soi đáy mắt, đo huyết áp ở bốn chi, đo huyết áp với những tư thế khác nhau và đo sau khi nghỉ ngơi, những phẫu thuật vùng ngực (nếu có)... (Baha M Sibai, 2008).

Kết cục thai kỳ trước của mẹ và thai nhi cũng cần được thu thập đầy đủ. Đặc biệt cần ghi nhận tiền sử tiền sản giật (nhất là tiền sản giật khởi phát sớm, tiền sản giật ghép trên nền tăng huyết áp mạn tính), nhau bong non, sinh non, trẻ cân nặng nhỏ hơn so với tuổi thai, thai lưu và các kết cục sơ sinh xấu khác (Baha M Sibai, 2008; ACOG, 2013).

Các xét nghiệm cơ bản cần thực hiện bao gồm creatinine huyết thanh và protein nước tiểu (bằng que thử hay định lượng) để đánh giá bệnh lý thận, đồng thời sử dụng để đối chiếu trong giai đoạn sau của thai kỳ hay để giúp chẩn đoán khi có những dấu hiệu nghi ngờ tiền sản giật (Baha M Sibai, 2008, ACOG, 2013; Ankumah và cs, 2017). Nếu bệnh thận mạn tính được chẩn đoán hay có tiền sử gia đình bị các bệnh lý này thì cần thực hiện thêm siêu âm thận để loại trừ bệnh thận đa nang, một loại bệnh lý di truyền phổ biến (ACOG, 2013).

Với các trường hợp tăng huyết áp mạn tính kéo dài, nhất là tăng huyết áp nặng cần đo điện tâm đồ và siêu âm tim để đánh giá chức năng thất trái cũng như chức năng tim toàn bộ (Baha M Sibai, 2008, ACOG, 2013; Ankumah và cs, 2017).

Với những thai phụ có nguy cơ bị đái tháo đường thai kỳ cần thực hiện sớm nghiệm pháp dung nạp đường (ACOG, 2013). Đồng thời có thể xét nghiệm HbA1C để xác định xem có bệnh lý đái tháo đường trước khi mang thai không (Ankumah và cs, 2017).

Những xét nghiệm cơ bản khác cũng cần thực hiện là điện giải đồ, acid uric, men gan, số lượng tiểu cầu chủ yếu sử dụng để đối chiếu trong giai đoạn sau của thai kỳ (ACOG, 2013; Sibai, 2015).

Đối với những phụ nữ đang điều trị tăng huyết áp, cần tìm hiểu kỹ về thời gian tăng huyết áp, thời gian sử dụng thuốc hạ huyết áp, các loại thuốc và đáp ứng của mỗi loại (Baha M Sibai, 2008). Một điều cần lưu ý đó là các thuốc ức chế men chuyển và thuốc ức chế thụ thể angiotensin và thuốc đối kháng mineralocorticoid, cần tư vấn phải ngưng sử dụng trước khi mang thai, bởi có thể gây hại cho

thai nhi (ACOG, 2013; Whelton và cs, 2018). Các thuốc nhóm statin cũng cần tránh sử dụng bởi có những bằng chứng đối lập về sự an toàn trong thai kỳ (ACOG, 2013). Cần thảo luận với những phụ nữ này về các thuốc được khuyến cáo sử dụng trong thai kỳ và trong giai đoạn trước khi mang thai là methyldopa, nifedipine hay labetalol (Whelton và cs, 2018).

Gần đây, Hội Tim mạch học Hoa Kỳ (ACC) cùng với sự thống nhất của nhiều đoàn hội khác đã đưa ra khuyến cáo mới về mức huyết áp được chẩn đoán là tăng huyết áp. Theo đó, bắt đầu chẩn đoán tăng huyết áp (gọi là tăng huyết áp giai đoạn 1) khi huyết áp tâm thu từ 130 – 139 mmHg hoặc huyết áp tâm trương từ 80 – 89 mmHg. Sở dĩ có sự thay đổi này bởi những nguy cơ do huyết áp ở mức này gây ra được ghi nhận cao gấp đôi so với những trường hợp huyết áp bình thường. Đồng thời, ngưỡng huyết áp mục tiêu cũng được hạ xuống < 130/80 mmHg, thay vì < 140/90 mmHg như trước đây (Whelton và cs, 2018). Phân loại mới này làm tăng số lượng bệnh nhân tăng huyết áp (khoảng 14%), tuy nhiên, chỉ làm tăng số lượng bệnh nhân cần điều trị ở một mức vừa phải (khoảng 1,9%) (Muntner và cs, 2018). Theo khuyến cáo, tăng huyết áp giai đoạn 1 chỉ điều trị khi bệnh nhân có bệnh lý tim mạch hoặc có nguy cơ bị bệnh tim mạch do xơ vữa mạch máu (ASCVD) từ 10% trở lên, số còn lại chỉ cần điều chỉnh lối sống (Whelton và cs, 2018). Các bác sĩ sản khoa cần sớm cập nhật và áp dụng những khuyến cáo mới này đối với những phụ nữ đang chuẩn bị mang thai để có thể mang đến một thai kỳ tốt hơn.

Sau giai đoạn thăm khám, nhằm quản lý và tư vấn tốt hơn các thai kỳ có tăng huyết áp mạn tính, thai phụ có tăng huyết áp mạn tính thường được chia thành 2 nhóm nguy cơ: nguy cơ cao và nguy cơ thấp (Sibai, 2015; Ankumah và cs, 2017). Sự phân nhóm này được dựa vào rất nhiều yếu tố: nguyên nhân, mức độ tăng huyết áp, sự hiện diện hay vắng mặt của các tổn thương cơ quan đích, của các vấn đề bệnh lý kèm theo và dựa vào tiền sử sản khoa trước đó của thai phụ. Trong đó, nguy cơ thấp là những trường hợp có tăng huyết áp nguyên phát nhẹ, chỉ cần dùng một loại thuốc để kiểm soát huyết áp, không có các bệnh lý kèm theo cũng như tổn

thường các cơ quan đích, đồng thời cũng không có các kết cục xấu trong thai kỳ trước. Các trường hợp nguy cơ thấp có khoảng 15% sẽ phát triển thành tiền sản giật ghép trên nền tăng huyết áp mạn tính, trong khi các trường hợp nguy cơ cao có thể lên đến trên 30% (Ankumah và cs, 2017). Kết cục thai kỳ ở thai phụ nguy cơ thấp không phát triển tiền sản giật

thường tương tự như kết cục sản khoa nói chung (Sibai, 2015). Một điểm quan trọng cần lưu ý, đó là những trường hợp có nguy cơ thấp có thể phát triển thành nguy cơ cao trong giai đoạn sau của thai kỳ khi tuân thủ điều trị kém, tăng huyết áp nặng, phải tăng liều thuốc hạ áp (Sibai, 2015). (Bảng 1)

Bảng 1. Bảng phân nhóm nguy cơ của tăng huyết áp mạn tính.

Đặc điểm	Nguy cơ thấp (khi có tất cả các đặc điểm)	Nguy cơ cao (khi có một trong các đặc điểm)
Mức độ tăng huyết áp	Huyết áp < 160/110 mmHg	Tăng huyết áp nặng ≥ 160/110 mmHg trước khi mang thai hay từ lần khám đầu tiên
Loại tăng huyết áp	Tăng huyết áp nguyên phát không biến chứng	Tăng huyết áp thứ phát
Số lượng thuốc điều trị	≤ 1 loại	Cần ≥ 2 loại thuốc để kiểm soát huyết áp
Tổn thương cơ quan đích	Không	Có bằng chứng tổn thương thận, rối loạn chức năng thất trái, bệnh lý võng mạc, tiền sử đột quỵ
Tiền sử thai kỳ trước	Không có kết cục xấu	Tử vong chu sinh, nhau bong non, chấm dứt thai kỳ < 34 tuần
Mức độ tuân thủ điều trị	Tốt	Tuân thủ điều trị kém

KẾT LUẬN

Kết cục thai kỳ tăng huyết áp mạn tính khá nặng nề đối với mẹ và thai nhi so với các kết cục thai kỳ của dân số chung.

Quản lý thai kỳ có tăng huyết áp mạn tính lý tưởng nhất là thực hiện trước khi mang thai.

Các mục tiêu cần hướng tới trong gian đoạn này bao gồm xác định nguyên nhân tăng huyết áp, kiểm soát tốt tình trạng tăng huyết áp và xử trí những rối loạn kèm theo.

Đặc biệt, việc phân nhóm được phụ nữ nguy cơ cao hay nguy cơ thấp có vai trò đặc biệt quan trọng trong việc quản lý thai kỳ sau này. Những thông tin tiếp theo sẽ được đăng tải trong Y học sinh sản các số sắp tới.

- The Global Library Of Women's Medicine.
- Bateman BT et al (2012). "Prevalence, trends, and outcomes of chronic hypertension: a nationwide sample of delivery admissions." *Am J Obstet Gynecol*206(2): 134.e131-138.
- Bramham K et al (2014). "Chronic hypertension and pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis." *Bmj*348.
- Muntner P et al (2018). "Potential US Population Impact of the 2017 ACC/AHA High Blood Pressure Guideline." *Circulation*137(2): 109-118.
- Seely E W and J Ecker (2014). "Chronic Hypertension in Pregnancy." *Circulation*129(11): 1254-1261.
- Whelton PK et al (2018). "2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines." *Hypertension*71(6): 1269-1324.



Hãy theo dõi chúng tôi trên facebook để nhận được những thông tin mới nhất từ HOSREM.

<https://www.facebook.com/HOSREM/>

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- ACOG (2013). Chronic Hypertension in Pregnancy and Superimposed Preeclampsia. Hypertension in pregnancy. Task Force on Hypertension in Pregnancy, ACOG T. F. o. H. i. Pregnancy, ACOG.
- Sibai B M (2015). Chronic Hypertension. Protocols for High-Risk Pregnancies: An Evidence-Based Approach. C. Y. S. John T. Queenan, Charles J. Lockwood. USA, Wiley blackwell.
- Ankumah N E, and BM Sibai (2017). "Chronic Hypertension in Pregnancy: Diagnosis, Management, and Outcomes." *Clin Obstet Gynecol*60(1): 206-214.
- Baha M Sibai, MCC (2008). "Chronic Hypertension in Pregnancy".