

## 18. TĂNG HUYẾT ÁP TRONG THAI KỲ

### I. Mở đầu

Tăng huyết áp là biến chứng nội khoa thường gặp nhất ở phụ nữ mang thai và là 1 trong những nguyên nhân quan trọng gây tử vong mẹ trên toàn thế giới. Việc điều trị thích hợp tăng huyết áp thai kỳ nhằm giảm biến chứng nặng nề cho mẹ và thai.

### II. Phân loại

- Có 5 nhóm tăng huyết áp trong thai kỳ
  1. Tăng huyết áp thai kỳ (trước đây gọi là tăng huyết áp thoáng qua).
  2. Tiền sản giật.
  3. Sản giật.
  4. Tiền sản giật ghép trên tăng huyết áp mãn tính.
  5. Tăng huyết áp mãn tính.
- Tăng huyết áp là khi huyết áp tâm thu  $\geq 140$ mmHg và hoặc huyết áp tâm trương  $\geq 90$  mmHg. Đo sau nghỉ ngơi 10 phút.

#### 2. Tăng huyết áp thai kỳ

- Huyết áp  $\geq 140/90$  mmHg.
- Không có protein-niệu.
- Huyết áp trở về bình thường trong vòng 12 tuần sau sinh.

#### 3. Tiền sản giật (TSG)

##### a. TSG nhẹ

- Huyết áp  $\geq 140/90$ mm Hg sau tuần 20 của thai kỳ.
- Protein/ niệu  $\geq 300$  mg/24 giờ hay que thử  $\leq 2+$ .
- Hoặc Protein / Creatinin niệu  $\geq 0,3$ .

##### b. TSG nặng: TSG và có một trong các triệu chứng sau

- Huyết áp  $\geq 160/110$  mm Hg.
- Protein/ niệu  $\geq 5$  g/24 giờ hay que thử 3+ (2 mẫu thử ngẫu nhiên).
- Thiếu niệu  $< 500$  ml/ 24 giờ.
- Creatinine / huyết tương  $> 1.3$  mg/dL.
- Tiểu cầu  $< 100,000/mm^3$ .
- Tăng men gan ALT hay AST (gấp đôi ngưỡng trên giá trị bình thường) .
- Thai chậm phát triển.
- Nhức đầu hay nhìn mờ.
- Đau vùng thượng vị hoặc hạ sườn phải.

#### 4. Sản giật

TSG và xuất hiện cơn co giật mà không thể giải thích được bằng nguyên nhân khác

### 5. Tiền sản giật ghép trên tăng huyết áp mãn tính

- Protein-niệu mới xuất hiện  $\geq 300$  mg/24 giờ trên thai phụ đã có sẵn tăng huyết áp nhưng không có protein-niệu trước tuần lễ thứ 20 của thai kỳ.
- Hoặc huyết áp và protein-niệu tăng đột ngột hay tiểu cầu  $< 100.000/\text{mm}^3$  máu trên một phụ nữ tăng huyết áp và có protein-niệu trước tuần lễ thứ 20 của thai kỳ.

### 6. Tăng huyết áp mãn

- HA  $\geq 140/90$  mmHg trước khi mang thai hay được chẩn đoán trước tuần lễ thứ 20 của thai kỳ.
- Hay tăng huyết áp được chẩn đoán sau tuần lễ thứ 20 và kéo dài sau sinh trên 12 tuần.

#### • Các xét nghiệm thực hiện đối với TSG nặng

- Tổng phân tích tế bào máu.
- Acid uric. Bilirubin (Toàn phần, gián tiếp, trực tiếp).
- AST-ALT.
- Chức năng thận.
- Đường huyết.
- Đạm huyết.
- TPTNT.
- Protein niệu 24 giờ.
- Đông máu toàn bộ.
- Soi đáy mắt (nếu có thể).
- Protein/creatinin niệu (nếu có thể).

### III. Điều trị tăng huyết áp thai kỳ

#### Nằm nghỉ

- Tăng huyết áp mãn, ổn định: không cần hạn chế hoạt động, vì tăng nguy cơ tắc mạch.
- Nếu TSG và thai suy dinh dưỡng trong tử cung, nằm nghỉ sẽ làm tăng tưới máu tử cung nhau, và giảm thiếu oxy mô.

#### A. Tiền sản giật nhẹ: chủ yếu điều trị ngoại trú

##### • Điều trị nội khoa:

- Cho thai phụ nghỉ ngơi. Dặn chế độ ăn nhiều đạm, nhiều rau cải và trái cây tươi.
- Khám thai mỗi 3-4 ngày/ lần.
- Theo dõi tình trạng sức khỏe của bà mẹ.
- Theo dõi tình trạng thai nhi: siêu âm thai mỗi 3 – 4 tuần, NST 2 lần/ tuần.
- Dặn dò bệnh nhân về các triệu chứng của tiền sản giật nặng. Hướng dẫn theo dõi cử động thai.

- **Nếu HA > 149/ 90mmHg và Protein / niệu ++: nhập viện.**

- Lâm sàng:
  - + Khám lâm sàng chi tiết và cẩn thận xem có các triệu chứng như nhức đầu, rối loạn thị giác, đau thượng vị và tăng cân nhanh hay không.
  - + Cân thai phụ lúc nhập viện và mỗi ngày sau.
  - + Đo huyết áp ở tư thế ngồi mỗi 4 giờ, trừ khoảng thời gian từ nửa đêm đến sáng.
- Thường xuyên đánh giá sức khỏe thai: Siêu âm thai – N\_ST.
- Xét nghiệm:
  - + Xét nghiệm protein / niệu mỗi ngày hoặc cách hai ngày.
  - + Định lượng creatinine máu, hematocrit, đếm tiểu cầu, men gan, LDH, acid uric tăng. (Chỉ làm xét nghiệm đông máu khi tiểu cầu giảm và men gan tăng).

- **Cách xử trí tiếp theo tùy thuộc vào**

- Độ nặng của tiền sản giật.
- Tuổi thai.
- Tình trạng cổ tử cung.
- TSG nhẹ kết thúc thai kỳ ở tuổi thai  $\geq 37$  tuần.

## **B. Tiền sản giật nặng**

### **Nguyên tắc xử trí**

1. Dự phòng và kiểm soát cơn co giật bằng magnesium sulfate.
2. Hạ áp khi huyết áp cao: Huyết áp tâm trương  $\geq 100-110$ mm Hg, hoặc HA tâm thu  $\geq 150-160$  mmHg (ACOG 2012).
3. Chấm dứt thai kỳ sau khi chống co giật và hạ HA 24 giờ.  
Tránh sử dụng lợi tiểu.  
Hạn chế truyền dịch trừ khi có tình trạng mất nước nhiều.

#### **a. Magnesium sulfate**

- **Dự phòng và chống co giật**

- Magnesium sulfate có thể tiêm tĩnh mạch, tiêm bắp hoặc truyền tĩnh mạch liên tục.
- Liều tấn công: 3 - 4,5g Magnesium sulfate 15% /50ml dung dịch tiêm tĩnh mạch từ 15-20 phút (tùy thuộc cân nặng của thai phụ, tiền căn sử dụng Magnesium sulfate).
  - Duy trì 1- 2g /giờ truyền TM. Pha 6g Magnesium sulfate 15% vào chai Glucose 5% 500ml truyền TM XXX giọt/ phút.
  - Tiêm bắp gián đoạn: tiêm bắp sâu mỗi giờ 1g hoặc mỗi 4 giờ 5g, thêm Lidocain 2% để giảm đau.
  - Bơm tiêm điện: pha 6g Magnesium sulfate 15% + 2ml nước cất pha tiêm, bơm tiêm điện 7ml/giờ.
  - Theo dõi các dấu hiệu: phản xạ gân xương (có), nhịp thở ( $>16$  lần/phút), lượng nước tiểu ( $>100$ ml/ 4 giờ)

- Đo nồng độ Mg huyết thanh mỗi 12 giờ và điều chỉnh liều duy trì để giữ được nồng độ Mg 4- 7mEq/L (4,8-8,4mg/dL).
- Magnesium sulfate dùng trước, trong và duy trì tối thiểu 24 giờ sau sinh [3].

- **Ngộ độc Magnesium sulfate**

- Liên quan nồng độ Magnesium/huyết thanh.
  - + 9,6 – 12mg/dl (4,0 – 5,0 mmol/L): mất phản xạ gân xương.
  - + 12 – 18 mg/dl (5,0 – 7,5 mmol/L): liệt cơ hô hấp.
  - + 24 – 30 mg/dl (10 – 12,5 mmol/L): ngưng tim
- Nguy cơ BHSS.
- Giảm dao động nội tại nhịp tim thai.

- **Xử trí ngộ độc Magnesium sulfate**

- Ngừng Magnesium sulfate.
- Thuốc đối kháng: Calcium gluconate, tiêm TM 1g.
- Đặt nội khí quản và thông khí để cứu sống bệnh nhân nếu có suy hô hấp, ngừng thở.

**b. Thuốc hạ huyết áp**

Thuốc hạ áp có thể ảnh hưởng bất lợi trên cả mẹ và thai. Ảnh hưởng trên thai nhi hoặc gián tiếp do giảm lưu lượng tuần hoàn tử cung nhau hoặc trực tiếp trên tim mạch. Do vậy, cần cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ khi sử dụng thuốc hạ áp.

- **Chỉ định**

- Khi HA tâm thu  $\geq$  150-160 mm Hg hay
- HA tâm trương  $\geq$  100mm Hg.

**HA đạt sau điều trị**

- HA trung bình không giảm quá 25% so với ban đầu sau 2 giờ.
- HA tâm thu ở mức 130 – 150mm Hg.
- HA tâm trương ở mức 80 – 100mm Hg.

- **Chống chỉ định trong thai kỳ**

- Nitroprusside.
- Thuốc ức chế men chuyển.

- **Các loại thuốc hạ HA dùng trong thai kỳ**

- Labetalol.
- Hydralazine.
- Ức chế Calcium như Nifedipine, Nicardipine.

**Labetalol**

- Bắt đầu 20 mg TM, cách 10 phút sau đó TM 20 đến 80mg.
- Tổng liều <300 mg. Ví dụ: TM 20mg, tiếp theo 40 mg, 80mg, tiếp 80mg. Có thể truyền TM 1mg - 2mg/phút.
- HA sẽ hạ sau 5-10 phút và kéo dài từ 3-6 giờ. [4,12]

### **Hydralazine**

- Có thể gây hạ huyết áp hơn những thuốc khác [4], không phải là chọn lựa số 1 nhưng được dùng rộng rãi
- Cách dùng: [3,4]
  - + Tiêm TM 5mg hydralazine/1-2 phút.
  - + Nếu sau 15-20 phút không đạt được hạ áp cho 5- 10mg TM tiếp.
  - + Nếu tổng liều 30 mg không kiểm soát được HA nên dùng thuốc khác.
  - + HA sẽ hạ sau 10-30 phút và kéo dài từ 2-4 giờ.
- Hydralazine được chứng minh có hiệu quả trong phòng ngừa xuất huyết não.

### **Nicardipin**

- Ống 10mg/10ml pha với 40ml nước cất hoặc NaCl 0,9%.
- Tần công: 0,5-1 mg (2,5-5ml) tiêm tĩnh mạch chậm.
- Duy trì bơm tiêm điện 1-3mg/ giờ (5-15 ml/giờ). Nếu không đáp ứng sau 15 phút tăng 2,5mg/giờ tối đa 15mg/giờ.

### **Các thuốc hạ áp khác: ít khi sử dụng**

#### **c. Lợi tiểu**

- Chỉ dùng khi: Có triệu chứng dọa phù phổi cấp.
- Furosemide (Lasix) 1 ống 20mg x 8 ống – tiêm tĩnh mạch chậm.
- Không dùng dung dịch ưu trương.
- Có thể truyền Lactate Ringer với tốc độ 60 – 124ml/giờ[3].

#### **d. Chấm dứt thai kỳ**

##### **• Các chỉ định chấm dứt gồm**

- TSG nhẹ thai > 37 tuần.
- TSG nặng:
  - + Huyết áp tâm trương  $\geq 110\text{mmHg}$  .
  - + Protein niệu  $\geq 5\text{g}/24$  giờ, dipstick đạm niệu  $\geq +++$  qua 2 lần thử cách nhau 4 giờ.
  - + Thiếu niệu (lượng nước tiểu < 500ml/24 giờ hoặc < 30ml/giờ)
  - + Creatinin huyết tăng.
  - + Nhức đầu, hoa mắt, đau vùng thượng vị hoặc đau hạ sườn phải.
  - + Suy giảm chức năng gan.
  - + Giảm tiểu cầu.
  - + Có hội chứng HELLP (tán huyết, tăng SGOT, SGPT, giảm tiểu cầu)
  - + Phù phổi cấp.
  - + Thai suy trường diễn hoặc suy cấp.

##### **• Hỗ trợ phổi thai nhi**

- Tuổi thai từ 28-34 tuần: giúp trưởng thành phổi thai nhi
- Betamethasone: 4mg x 3 ống TB, lập lại lần 2 sau 12-24 giờ.

- **Khuynh hướng trì hoãn thai kỳ**

- Tuổi thai < 34 tuần khuynh hướng trì hoãn chấm dứt thai kỳ sau 48 giờ hay đến khi thai được 34 tuần.
- Theo dõi sức khỏe thai N\_ST, siêu âm Doppler .
- Lưu ý: Nguy cơ nhau bong non (NBN), sản giật, rối loạn đông máu, suy thận, xuất huyết não...

- **Chống chỉ định kéo dài thai kỳ**

- Huyết động học thai phụ không ổn định.
- N\_ST không đáp ứng, thiếu ối, thai suy dinh dưỡng trong tử cung, siêu âm Doppler giảm tưới máu động mạch.
- Tăng HA không đáp ứng với điều trị.
- Có dấu hiệu nhức đầu, nhìn mờ, đau vùng gan, hội chứng HELLP.
- Sản giật.
- Phù phổi.
- Suy thận.
- NBN, chuyển dạ, vỡ ối.

- **Phương pháp chấm dứt thai kỳ**

- Khởi phát chuyển dạ.
- Nếu CTC thuận lợi có thể giục sinh bằng Oxytocin và theo dõi sát bằng monitoring, giúp sinh bằng Forceps khi đủ điều kiện.
- Nếu CTC không thuận lợi: mổ lấy thai.

### C. Sản giật

- **Điều trị giống như TSG nặng**

- Oxy, dây ngáng lưỡi, hút đàm nhớt đảm bảo thông hô hấp.
- Chống co giật.
- Hạ huyết áp.
- Chấm dứt thai kỳ.
- Dự phòng các biến chứng: xuất huyết não, vô niệu, phù phổi cấp, nhau bong non, phong huyết tử cung-nhau.

- **Phương pháp chấm dứt thai kỳ**

- Nếu bệnh nhân vô niệu, co giật: phải gây mê, mổ lấy thai.
- Nếu bệnh nhân ổn định, 24 giờ sau cơn co giật cuối cùng, khởi phát chuyển dạ nếu cổ tử cung thuận lợi và giúp sinh bằng forceps khi đủ điều kiện.

### D. Hậu sản + Sản giật

- Điều trị nội khoa tích cực (theo phác đồ điều trị sản giật).
- Duy trì *Magnesium sulfate* 24 giờ sau khi co giật.

## E. Điều trị tăng huyết áp mãn nặng thêm do thai

### a. Nguyên tắc điều trị

Điều trị như là trường hợp tiền sản giật nặng.

### b. Cách điều trị

#### • Điều trị nội khoa

- Thuốc hạ áp là Labetalol hay Methyldopa (an toàn cho thai phụ và thai nhi), chọn lựa kế là ức chế calcium.
- Vai trò lợi tiểu còn chưa rõ ràng.
- Liều dùng
  - + Methyldopa 250 mg (uống) 2 lần /ngày, liều tối đa 3g/ngày.
  - + Labetalol 100 mg, (uống) 2-3 lần / ngày, liều tối đa 1200 mg/ngày.
  - + Nifedipine 30 -90 mg, 1 lần ngày tác dụng chậm, tăng cách 7 - 14 ngày, tối đa 120 mg/ngày.

#### • Điều trị sản khoa

- Cần xác định tuổi thai.
- Làm các xét nghiệm đánh giá sự phát triển và sức khỏe của thai nhi 2 lần/ tuần .
- Chấm dứt thai kỳ sớm hơn nếu có dấu hiệu suy thai trường diễn.

#### • Tiên lượng lâu dài

- Phụ nữ có tăng HA trong thai kỳ cần được theo dõi nhiều tháng sau sinh và tư vấn về các lần có thai sau và nguy cơ bệnh tim mạch trong tương lai.
- Tình trạng tăng HA tồn tại càng lâu sau khi sinh, nguy cơ chuyển thành tăng HA mạn tính càng cao.
- Những phụ nữ bị sản giật, nguy cơ phát triển thành tăng HA mạn tính cao gấp 3 lần ở phụ nữ đã sinh nhiều lần so với phụ nữ mới sinh lần đầu.
- Những phụ nữ đã bị TSG, nguy cơ tăng HA mạn tăng nếu lại bị TSG ở lần có thai sau.
- Có thể nói, theo dõi tình trạng HA ở thai kỳ sau là một biện pháp tầm soát nguy cơ tăng HA mạn tính ở những bệnh nhân bị TSG. Tuy nhiên, một điểm cần lưu ý là bản thân TSG không gây tăng HA mạn tính.

#### • Tư vấn về các lần mang thai tới

- Phụ nữ đã từng bị TSG có nguy cơ bị tái phát ở lần có thai tới.
- Tình trạng TSG biểu hiện và được chẩn đoán càng sớm, khả năng bị TSG ở các lần có thai tới càng cao.
- Phụ nữ sinh nhiều lần, bị TSG sẽ có nguy cơ TSG ở lần có thai sau nhiều hơn sản phụ mới bị TSG lần đầu.

**Tài liệu tham khảo**

1. Bài giảng sản phụ khoa (2007) tập 1. Nhà xuất bản Y học Tp. HCM, trang 462-468
2. Abalos, E, Duley, L, Steyn, DW, Henderson-Smart, DJ. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy (Cochrane Review). Cochrane Database Syst Rev 2007; :CD002252.
3. ACOG practice bulletin. Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. *Obstet Gynecol.* 2002 Jan;99(1):159-67.
4. Duley, L, Henderson-Smart, DJ, Meher, S. Drugs for treatment of very high blood pressure during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 3:CD001449.
5. F.Gary Cunningham, Williams Obstetrics (2005) 22Th ed, Mc GRAW –HILL, p 761-798
6. F.Gary Cunningham, Williams Obstetrics (2009) 23Th ed, Mc GRAW –HILL, chapter 34.
7. Fortnightly review: management of hypertension in pregnancy. *BMJ* 1999 May 15;318(7194):1332-6.
8. Magee LA; Ornstein MP; von Dadelszen P
9. Martin, JN Jr, Thigpen, BD, Moore, RC, et al. Stroke and severe preeclampsia and eclampsia: a paradigm shift focusing on systolic blood pressure. *Obstet Gynecol* 2005; 105:246.
10. Meher S; Abalos E; Carroli G; Meher S: Bed rest with or without hospitalisation for hypertension during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(4):CD003514.
11. Saftlas AF; Olson DR; Franks AL Epidemiology of preeclampsia and eclampsia in the United States, 1979-1986. *Am J Obstet Gynecol* 1990 Aug;163(2):460-5.
12. UpToDate 2009
13. Working group report on high blood pressure in pregnancy. National Institutes of Health, Washington, DC 2000.
14. Von Dadelszen, P, Magee, LA. Fall in mean arterial pressure and fetal growth restriction in pregnancy hypertension: an updated metaregression analysis. *J Obstet Gynaecol Can* 2002; 24:941.