Vi□t b□i Biên t□p viên
Th□ t□, 03 Tháng 6 2020 18:28 - L□n c□p nh□t cu□i Th□ t□, 03 Tháng 6 2020 18:39

Bs Tr□n Lâm -□

Các r□i lo□n tăng huy□t (THA) thai k□ x□y ra khá ph□ bi□n, □nh h□□ng đ□n 5%-10% tr□□ng h□p thai nghén trên toàn th□ gi□i. Ch□ riêng □ M□, các r□i lo□n này xu□t hi□n □ 912 / 10.000 thai ph□ nh□p vi□n. Các r□i lo□n THA trong thai nghén là m□t trong nh□ng nguyên nhân hàng đ□u gây t□ vong m□ và chu sinh trên toàn th□ gi□i. □□c tính ti□n s□n gi□t (TSG) x□y ra □ 2 - 8% tr□□ng h□p thai nghén trên toàn c□u. □ châu M□ Latinh và vùng Caribê, các r□i lo□n THA là nguyên nhân gây ra g□n 26% tr□□ng h□p t□ vong m□; trong khi □ châu Phi và châu Á, chúng đóng góp t□i 9% t□ vong. M□c dù t□ l□ t□ vong m□ th□p h□n nhi□u □ các n□□c thu nh□p cao so v□i các n□□c đang phát tri□n, nh□ng 16% tr□□ng h□p t□ vong m□ có th□ đ□□c quy cho các r□i lo□n THA.



Ch□n đoán tăng huy□t áp trong thai nghén

- Tăng huy□t áp (THA) đ□□c xác đ□nh khi HA tâm thu ≥140 mmHg và / ho□c HA tâm tr□□ng ≥ 90 mmHg.
- Nên đo l□i HA đ□ xác nh□n THA th□c s□: N□u THA n□ng (HA tâm thu ≥160 và / ho□c HA tâm tr□□ng ≥110 mmHg) nên đo l□i HA trong vòng 15 phút. Đ□i v□i THA ít nghiêm tr□ng h□n, nên đo l□i HA nhi□u l□n trong h□n vài gi□.
- Nên s□ d□ng máy đo huy□t áp tinh th□ l□ng. N□u không có s□n, có th□ s□ d□ng máy đo HA t□ đ□ng đã hi□u chu□n thích h□p.

I. Phân lo□i các r□i lo□n tăng huy□t áp trong thai nghén

Theo ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists - Tr□□ng môn bác sĩ s□n-ph□ khoa M□), các r□i lo□n THA thai k□ đ□□c phân thành 4 lo□i : ti□n s□n gi□t / s□n gi□t, THA thai k□, THA m□n, và ti□n s□n gi□t trên n□n THA m□n.

Còn theo Khuy□n cáo c□a ISSHP (International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy- Hi□p h□i qu□c t□ nghiên c□u tăng huy□t áp trong thai nghén), các r□i lo□n THA thai nghén đ□□c phân lo□i nh□ sau:

1. Tăng huy□t áp có tr□□c khi mang thai ho□c xu□t hi□n trong 20 tu□n đ□u c□a thai k□, bao g□m:

- Tăng huy□t áp m□n (chronic hypertension): nguyên phát ho□c th□ phát
- Tăng huy□t áp áo choàng tr□ng (white-coat hypertension),
- Tăng huy□t áp □n (masked Hypertension)

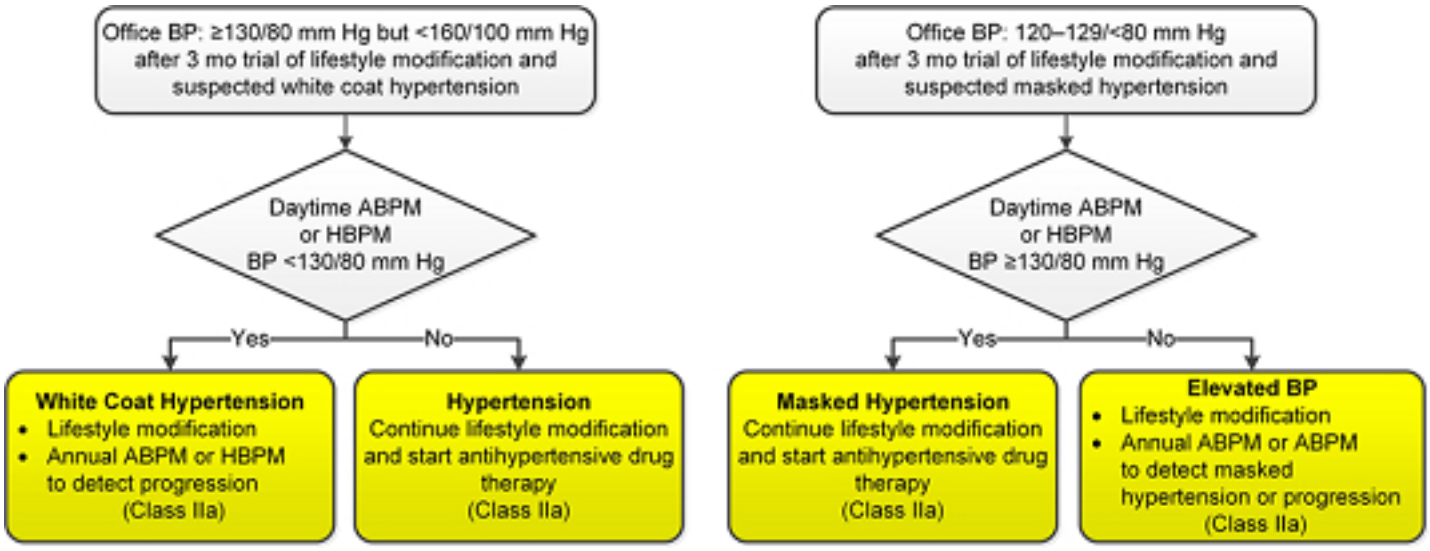
2. Tăng huy□t áp m□i xu□t hi□n □ ≥ 20 tu□n thai, bao g□m:

- Tăng huy□t áp thai k□ thoáng qua (transient gestational hypertension)
- Tăng huy□t áp thai k□ (gestational hypertension), và
- Ti□n s□n gi□t (pre-eclampsia): xu□t hi□n đ□n đ□c ho□c trên n□n THA m□n.
- S□n gi□t (eclampsia)
- H□i ch□ng HELLP (tan máu, tăng men gan, ti□u c□u th□p).

a. Tăng huy□t áp m□n: THA tr□□c khi mang thai ho□c tr□□c 20 tu□n thai. L□u ý, m□c HA bình th□□ng □ l□n đo đ□u tiên vào cu□i 3 tháng đ□u có th□ ph□n ánh s□ s□t gi□m sinh lý c□a HA so v□i ban đ□u. Trong nh□ng tr□□ng h□p đó, có th□ ti□m □n THA m□n đ□□c che d□u b□i s□ s□t gi□m sinh lý này.

b. THA áo choàng tr□ng: HA đo □ phòng khám / bu□ng b□nh ≥140/90 mmHg, nh□ng bình th□□ng lúc đ□□c đo t□i nhà ho□c n□i làm vi□c (<135/85 mmHg). Có đ□n 1/4 b□nh nhân đ□□c ch□n đoán THA áo choàng tr□ng t□i phòng khám / phòng b□nh. Đây không ph□i là m□t tình tr□ng hoàn toàn lành tính và có th□ làm tăng nguy c□ TSG. Lý t□□ng nh□t là nên đ□□c xác nh□n b□ng ph□□ng pháp theo dõi HA l□u đ□ng 24 gi□ (ABPM) ho□c theo dõi t□ đ□ng huy□t áp t□i nhà (HBPM), ho□c ít nh□t là đo l□p l□i trong nhi□u gi□ t□i cùng m□t ho□c hai l□n thăm khám ti□n s□n ti□p nhau, và nên đ□□c đo b□i đi□u d□□ng / n□ h□ sinh thay vì bác sĩ.

c. THA □n: là m□t d□ng khác c□a THA m□n tính, đ□c tr□ng b□i HA bình th□□ng t□i phòng khám / bu□ng b□nh, nh□ng tăng cao vào nh□ng th□i đi□m khác. T□t nh□t nên đ□□c ch□n đoán b□ng ABPM ho□c HBPM. Th□□ng ph□i c□ g□ng t□m soát m□t ch□n đoán nh□ v□y khi m□t b□nh nhân có nh□ng b□t th□□ng không gi□i thích đ□□c và phù h□p v□i t□n th□□ng c□ quan đích do THA nh□ng l□i không có THA rõ ràng (ví d□, b□nh th□n m□n tính không gi□i thích đ□□c, phì đ□i th□t trái ho□c b□nh võng m□c đ□□c nh□n bi□t s□m trong thai k□).



Hình 1: H□□ng d□n phát hi□n THA áo choàng tr□ng và THA □n

d. THA thai k□ thoáng qua: là THA m□i, th□□ng xu□t hi□n trong 3 tháng gi□a ho□c cu□i, và HA gi□m d□n trong các l□n đo sau mà không c□n đi□u tr□. D□ng THA này khác v□i THA áo choàng tr□ng, mà theo đ□nh nghĩa ph□i xu□t hi□n tr□□c ho□c s□m t□ khi mang thai. THA thai k□ thoáng qua không ph□i là m□t r□i lo□n lành tính; nó liên quan v□i kho□ng 20% nguy c□ xu□t hi□n TSG và 20% nguy c□ xu□t hi□n THA thai k□ th□t s□. Do v□y, nh□ng s□n ph□ này nên đ□□c theo dõi trong su□t thai k□ c□a h□, lý t□□ng là b□ng HBPM.

e. THA thai k□: THA m□i xu□t hi□n □ ≥ 20 tu□n thai □ ph□ n□ tr□□c đây có HA bình th□□ng, không có protein ni□u. THA thai k□ không ph□i là m□t tình tr□ng hoàn toàn lành tính. Nguy c□ bi□n ch□ng ph□ thu□c vào tu□i thai lúc nó xu□t hi□n. THA thai k□ quan tr□ng vì TSG có th□ xu□t hi□n □ 25% tr□□ng h□p, t□ l□ này cao h□n khi THA xu□t hi□n s□m h□n.

L□u ý, khi m□t ng□□i ph□ n□ có bi□u hi□n THA trong thai nghén □ / sau 20 tu□n thai mà không rõ HA n□n tr□□c đó là bao nhiêu thì nên đ□□c x□ lý nh□ THA thai k□ ho□c TSG. Vi□c đánh giá thích đáng nên đ□□c th□c hi□n sau khi sinh n□ đ□ xác đ□nh li□u s□n ph□ có b□ THA m□n hay không. Đi□u này th□□ng s□ rõ ràng vì HA s□ không bình th□□ng hóa trong vòng 3 tháng sau sinh.

f. Ti□n s□n gi□t (TSG): TSG là THA thai k□ m□i kh□i phát □ ≥ 20 tu□n thai □ m□t ph□ n□ tr□□c đây có HA bình th□□ng, kèm theo ≥ 1 tình tr□ng sau:

- Protein ni□u (≥ 0,3g protein / n□□c ti□u 24 gi□), ho□c t□ l□ protein / creatinine n□□c ti□u ≥ 0,3 mg / dL, ho□c que th□ n□□c ti□u d□□ng tính 2+ (ch□ đ□□c s□ d□ng n□u các ph□□ng pháp đ□nh l□□ng khác không có s□n).

Theo ISSHP, protein ni□u không c□n thi□t cho ch□n đoán TSG nh□ng nó xu□t hi□n trong kho□ng 75% tr□□ng h□p TSG. Protein ni□u n□ng (> 5 g / 24 gi□) liên quan v□i k□t c□c s□ sinh n□ng h□n.

- R□i lo□n ch□c năng c□ quan khác c□a m□, bao g□m:

  - T□n th□□ng th□n c□p (creatinine huy□t thanh ≥ 90 µmol/ L ho□c ≥ 1,1 mg/ dL, ho□c tăng g□p đôi trong tr□□ng h□p không có b□nh th□n khác.

- Phù ph□i
- T□n th□□ng gan (n□ng đ□ các transaminase trong máu >40 IU/L hay tăng g□p đôi n□ng đ□ bình th□□ng) kèm có ho□c không đau □ 1/4 trên ph□i c□a b□ng ho□c vùng th□□ng v□),
- Các bi□n ch□ng th□n kinh (s□n gi□t, thay đ□i tr□ng thái tâm th□n, mù, đ□t qu□, tăng tr□□ng l□c, đau đ□u tr□m tr□ng, ám đi□m th□ giác dai d□ng),
- Các bi□n ch□ng huy□t h□c (gi□m ti□u c□u < 100.000-150.000 x109/L, đông máu n□i m□ch r□i rác, tan máu).
- R□i lo□n ch□c năng t□ cung- nhau (h□n ch□ tăng tr□□ng thai nhi, d□ng sóng Doppler đ□ng m□ch r□n b□t th□□ng, ho□c thai ch□t l□u).

- Acid uric huy□t thanh không ph□i là m□t tiêu chu□n ch□n đoán cho TSG, nh□ng tăng n□ng đ□ acid uric trong th□i gian mang thai liên quan đ□n k□t c□c x□u h□n c□a m□ và thai.

Các y□u t□ nguy c□ c□a TSG là: ti□n s□ ch□a sinh đ□, đa thai, TSG □ l□n mang thai tr□□c, THA m□n tính, b□nh ti□u đ□□ng thai k□, h□i ch□ng tăng đông, b□nh t□ mi□n, BMI tr□□c mang thai ≥ 30, h□i ch□ng kháng th□ kháng phospholipid, tu□i m□ ≥ 35 tu□i, kho□ng cách mang thai > 10 năm, b□nh th□n, s□ d□ng công ngh□ h□ tr□ sinh s□n, ng□ng th□ khi ng□ do t□c ngh□n, ti□n s□ gia đình có TSG, đa thai.

TSG r□t quan tr□ng vì s□n ph□ b□ TSG tăng 71% nguy c□ t□ vong tim m□ch, tăng 2,5 l□n nguy c□ m□c b□nh m□ch vành và tăng 4 l□n nguy c□ suy tim so v□i nh□ng đoàn h□ bình th□□ng.

Do v□y, c□ ISSHP, ACOG và các H□i y h□c khác đ□u th□ng nh□t cho r□ng TSG có th□ tr□ thành m□i đe d□a nghiêm tr□ng cho m□ và bé □ b□t k□ giai đo□n nào, và vi□c phân lo□i thành TSG "nh□" ho□c "n□ng" có th□ không đúng ho□c gây hi□u l□m cho các bác sĩ lâm sàng ít kinh nghi□m. Do v□y, ACOG đã lo□i b□ ch□n đoán "TSG n□ng" và thay vào đó là "TSG có ho□c không có các đ□c đi□m nghiêm tr□ng", đây là m□t ti□p c□n lâm sàng h□p lý.

g. Tăng huy□t áp m□n tính + Ti□n s□n gi□t: TSG xu□t hi□n trên n□n THA m□n tính.

- Kho□ng 25% ph□ n□ THA m□n s□ xu□t hi□n TSG, t□ l□ này có th□ cao h□n □ nh□ng ph□ n□ có b□nh th□n n□n.
- Ch□n đoán đ□□c th□c hi□n khi m□t s□n ph□ b□ THA m□n xu□t hi□n b□t k□ r□i lo□n ch□c năng c□ quan nào phù h□p v□i TSG.
- Trong tr□□ng h□p không có protein ni□u tr□□c đó, protein ni□u m□i kh□i phát trong b□i

c□nh THA m□n là đ□ đ□ ch□n đoán TSG ch□ng lên THA m□n.

- □ nh□ng ph□ n□ m□c b□nh th□n có protein ni□u, tăng protein ni□u trong thai k□ không đ□ đ□ ch□n đoán TSG ch□ng lên THA m□n.

Tài li□u tham kh□o

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 202: Gestational Hypertension and Preeclampsia. Obstetrics & Gynecology. 2019;133: e1-e25 .
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin no. 203. Chronic hypertension in pregnancy. Obstet & Gynecology. 2019;133:e26-e50.
3. Ellen W. Seely, Jeffrey Ecker . Chronic Hypertension in Pregnancy. Circulation. 2014;129:1254–1261.
4. Committee on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in Pregnancy. American College of Obstetricians and Gynecologists. 2013.
5. Paul K. Whelton , Robert M. Carey , Wilbert S , et al. 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.
6. Maria Carolina Gongora, MD , et al. Hypertension During Pregnancy and After Delivery: Management, Cardiovascular Outcomes and Future Directions. JACC. Sep 28, 2018.
7. Mark A. Brown, Laura A. Mageec, et al. The International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP). The hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis & management recommendations for international practice. Pregnancy Hypertension 13 (2018) 291–310.
8. Stephanie Braunthal , Andrei Brateanu . Hypertension in pregnancy: Pathophysiology and treatment. SAGE Journals. April 10, 2019
9. Thomas Unger , Claudio Borghi , Fadi Charchar , et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. Hypertension. 2020;75:1334–1357.
10. Laxmi S. Mehta, Carole A. Warnes, Elisa Bradley, et al. Cardiovascular Considerations in Caring for Pregnant Patients. A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. 2020;141:00–00.