

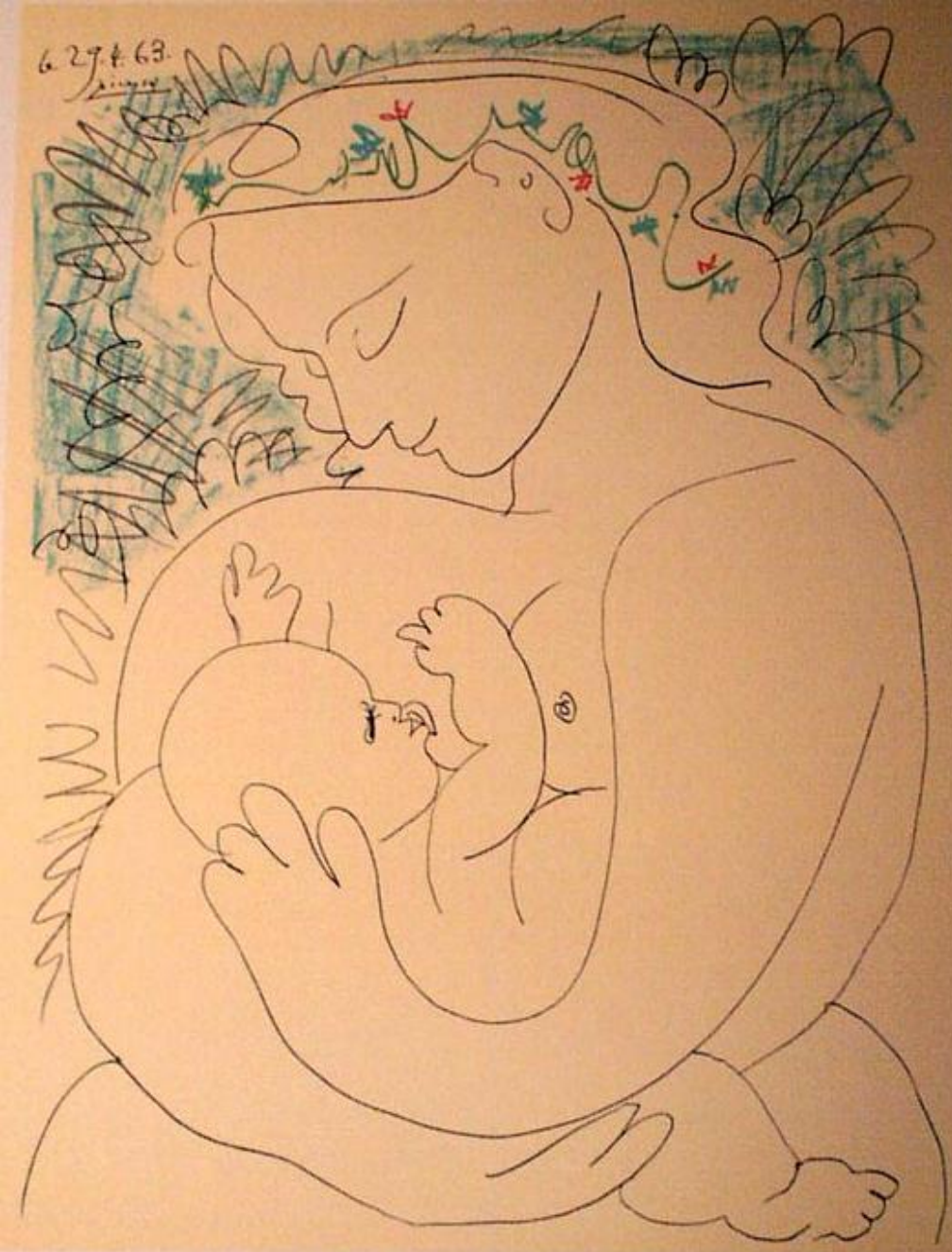
HỘI HỘI SẢN PHỤ KHOA VIỆT - PHÁP  
HÀ NỘI 11 – 12 / 5 / 2015  
HỒ CHÍ MINH 14 – 15 / 5 / 2015

# THÁI ĐỘ XỬ TRÍ TIỀN SẢN GIẬT VÀ NHỮNG BIẾN CHỨNG



COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES  
ET OBSTÉTRICIEENS FRANÇAIS

KHUYẾN CÁO 2008  
CHO THỰC HÀNH LÂM SÀNG



## Khuyến cáo của các chuyên gia

Thái độ xử trí biến chứng của tiền sản giật

SFAR-CNGOF-SFMP-SFP

Docteur Gilles DAUPTAIN

Gilles.dauplain@ch-gonesse.fr

# Khuyến cáo

## □154 nghiên cứu

- 139 đồng thuận cao (méd >7)
- 15 không đồng thuận (méd >7, bất đồng)

## □76 khuyến cáo (Y văn hoặc đồng thuận chuyên môn)

- 47 Grade 1+ : Cần phải...
- 10 Grade 1- : Không cần phải...
- 19 Grade 2+ : Có thể....
- 0 Grade 2- : Không thể...

✓ **ĐỊNH NGHĨA**

✓ **Xử trí chung**

✓ **Quản lý các biến chứng**

✓ **Sau sinh**

# ĐỊNH NGHĨA (Đồng thuận chuyên gia)

## Grade 1

□ THA thai nghén (HTG) : HA tâm thu  $\geq 140$  mm Hg và/hoặc HA tâm trương  $\geq 90$  mm Hg, xuất hiện sau **20 tuần** và biến mất trước khi hết **6 tuần sau đẻ**

□ Tiền sản giật (PE) : THA thai nghén kèm theo protein niệu ( $> 0,3$  g/24h)

# ĐỊNH NGHĨA (Đồng thuận chuyên gia) Grade 1

## TSG nặng :

TSG với 1 trong các tiêu chuẩn sau :

- THA nặng (PAS  $\geq$  160 mm Hg và/hoặc PAD  $\geq$  110 mm Hg)
- ảnh hưởng thận : thiếu niệu (< 500 ml/24h) hoặc créatinine > 135 $\mu$ mol/L, ou protéin niệu > 5 g/ngày
- Phù phổi cấp hoặc đau thượng vị hoặc **HC HELLP**
- Sản giật** hoặc Rối loạn thần kinh (Rối loạn nhìn, tăng phản xạ gân xương, đau đầu),
- Giảm TC <100 G/L
- Hématome Rétro Placentaire (HRP) ou retentissement foetal (RCIU).**

# ĐỊNH NGHĨA (Đồng thuận chuyên gia) Grade 1

- TSG sớm : trước 32 tuần
- HC HELLP : tan máu, hủy hoại TB gan và giảm tiểu cầu
- Sản giật: xuất hiện cơn co giật liên quan đến tăng huyết áp thai nghén
- BN có nguy cơ cao: BN có ít nhất 1 lần tiền sử TSG nặng và sớm



LA COLLECTION DE LA SFAR  
SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ANESTHÉSIE ET DE RÉANIMATION

## RÉANIMATION DES FORMES GRAVES DE PRÉ-ÉCLAMPSIE

Conférence d'experts

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ANESTHÉSIE  
ET DE RÉANIMATION  
en collaboration avec  
la SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉDECINE PÉRINATALE  
la SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PÉDIATRIE  
et le COLLÈGE NATIONAL DES GYNÉCOLOGUES  
OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS



ELSEVIER

**TSG nặng**

### HTA nặng:

HA tâm thu  $\geq 160$  mm Hg  
và/hoặc

HA tâm trương  $\geq 110$  mm Hg

**Hoặc** Xuất hiện 1 trong các tr chứng....

- Đau thượng vị, buồn nôn, nôn
- Đau đầu liên tục, tăng phản xạ gân xương, rối loạn thị giác
- Protéin niệu  $> 3,5$  g/L
- Créatinin máu  $> 100$   $\mu\text{mol/L}$
- Thiểu niệu  $< 480$  ml/24H
- Tan máu
- Tăng men gan  $> 3 \times N$
- Giảm TC  $< 100\ 000/\text{mm}^3$



✓ ĐỊNH NGHĨA

✓ XỬ TRÍ CHUNG

✓ Quản lý các biến chứng

✓ Sau sinh

# XỬ TRÍ CHUNG

## Tổ chức mạng lưới xử trí (Đồng thuận chuyên gia)

- ❑ (G2+) Trong quá trình mang thai ở PN có tiền sử TSG, nếu tiến triển bình thường, có thể theo dõi thai bởi các nhà sản phụ khoa
- ❑ (G1+) Nếu TSG thể nhẹ, Cần được đánh giá về LS và CLS bởi các nhà sản phụ khoa
- ❑ (G1+) Nếu TSG nặng, cần nhập viện ngay lập tức

# XỬ TRÍ CHUNG

## Tổ chức mạng lưới quản lý (Đồng thuận chuyên gia)

- (G1+) Cần lựa chọn nơi sinh theo tuổi thai, mức độ nghiêm trọng của mẹ và / hoặc thai nhi, và khả năng hồi sức cho mẹ và con.
- (G1+) Cần những phác đồ chăm sóc chu sinh trong hệ thống chăm sóc y tế

# Xử trí trước và giữa các BV

- ❑ (G1+) Cung cấp cho BN và gia đình những nguy cơ cho mẹ và thai
- ❑ (G1+) Chuyển BN đến cơ sở có đủ điều kiện và BS chuyên khoa
- ❑ (G1+) Trong quá trình vận chuyển, cần theo dõi lâm sàng và monitor nhịp tim thai, nhịp thở, bão hòa oxy, huyết áp và ở BN có đặt NKQ, đo nồng độ CO<sub>2</sub> máu liên tục
- ❑ (G2+) Nếu có bất thường NTT, chuyển dạ ở cơ sở tiếp nhận thì cần xem xét xử trí ngay

## Xử trí trước và giữa các BV

- ❑ (G1+) kiểm soát huyết áp trong quá trình vận chuyển
- ❑ (G2+) dự phòng sản giật bằng sulfate magnésium ( $MgSO_4$ ) trong quá trình vận chuyển
- ❑ (G2+) có thể sử dụng benzodiazépines tiêm trong tiền nhập viện để điều trị sản giật

## Xử trí TSG trong BV (Đồng thuận chuyên gia)

- ❑ (G1+) Ghi nhịp tim thai, chỉ số sinh trắc của thai bằng siêu âm và Doppler giúp đánh giá tình trạng thai
- ❑ (G1+) Sử dụng corticoid sớm nhất có thể, đặc biệt là trước khi chuyển (12 mg bétaméthasone 2 lần cách nhau 24h)
- ❑ (G1+) định lượng tiểu cầu liên tục trong TSG nặng.

## Prise en charge du TSG dans le BV (avec l'accord de l'expert)

- (G1+) Lorsque le TSG est sévère, recommander le traitement de l'HTA selon le schéma ci-dessous
- (G1+) Lorsque la TA systolique > 110 mmHg, ou la TA diastolique > 160 mmHg, commencer le traitement de l'HTA

# HA TÂM THU > 160mmHg

PAS > 180mm HG hoặc

PAM > 140 mm Hg

**Điều trị tấn công**

**Nicardipine :**

**Bolus 0,5-1mg sau đó**

**Perf :  $1\mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{min}^{-1}$   
4 à 7 mg en 30 min**

**OU**

**(Dihydralazine  $5\text{ mg}\cdot\text{h}^{-1}$   
30')**

**OU (SO4Mg QS)**

PAS < 180mm Hg

PAM < 140mm Hg

**Duy trì**

**Nicardipine**

**$1-6\text{ mg}/\text{H}^{-1}$**

**Hoặc**

**Labétalol IV 5 – 20 Mg +/- H**

**OU**

**(Dihydralazine**

**$1-3\text{ mg}\cdot\text{h}^{-1}$   
OU SO4Mg QS)**

**Đánh giá đáp ứng và sức chịu đựng vào  
phút 30**



Đánh giá hiệu quả và sức chịu đựng phút 30

140 < PAS < 160 mm HG  
100 < PAM < 120 mm HG  
Poursuivre Tt. d'entretien  
Nicardipine 1-6 mg / H  
Ou  
Labétalol 5 – 20 mg / H

PAS < 140mm Hg  
PAM < 100mm HG  
Giảm hoặc ngừng điều trị

PAS >160 mm Hg  
PAM > 120mm Hg  
**BITHÉRAPIE :**  
Nicardipine 6mg / H  
+  
Labétalol 5 - 20 mg / H  
Ou  
Clonidine 15- 40 µg / H  
(C.I β bloquants)

**Tác dụng phụ**  
(Céphalées- Palpitations)  
1/ Réduire Poso. Nicardipine  
2/ Associer  
• soit Labétalol  
5 - 20 mg / H  
• soit Clonidine  
15- 40 µg / H  
(C.I β bloquants)

Đánh giá lại sau 30ph, và mọi giờ

# Prise en charge PE (consensus) Xử trí TSG trong BV (Đồng thuận chuyên gia)

- ❑ (G1-) Bù khối lượng mẹ và con, nguy cơ gây phù phổi cấp
- ❑ (G2+) Có thể bù khối lượng tuần hoàn trong trường hợp tụt HA đột ngột và đáng kể do dùng thuốc giãn mạch
- ❑ (G2+) Cần đánh giá tình trạng huyết động, siêu âm. Đo áp lực ĐM phổi xâm lấn chỉ tuần hoàn là ko cần thiết vì nó không giúp cải thiện tiên thực hiện trong trường hợp cần thiết

# Prise en charge de l'HTA

## Xử trí TSG trong BV (Đồng thuận chuyên gia)

- ❑ (G1+) trong TH TSG nặng, cần **dự phòng cơn giật bằng MgSO<sub>4</sub>** trước khi **xuất hiện các triệu chứng thần kinh (đau đầu, tăng phản xạ gân xương, rối loạn thị giác)** và không có chống chỉ định (suy thận, bệnh thần kinh cơ).
- ❑ (G2+) Phác đồ ban đầu bao gồm bolus (4 g) MgSO<sub>4</sub> sau đó truyền tĩnh mạch liên tục 1 g / h
- ❑ (G1+) Theo dõi điều trị MgSO<sub>4</sub>: đánh giá ý thức (Score de Glasgow = 15), Phản xạ gân xương, **nhịp thở (>12 c/mn)** và sự bài niệu (>30 mL/h).
- ❑ (G1+) Nếu có dấu hiệu quá liều, phải dừng truyền, tiêm gluconate calcium và định lượng Magie máu

# TIÊU CHUẨN NGỪNG THAI NGHÉN (Consensus professionnel)

- ❑ (G2+) TSG không phải nặng, sau 36 tuần, cần xem xét ngừng thai
- ❑ (G1+) Tiền sản giật nặng sau 34 tuần là 1 chỉ định ngừng thai nghén
- ❑ (G1+) TSG nặng trước 24 tuần, thảo luận với BN và gia đình, ngừng thai nghén để điều trị

# TIÊU CHUẨN NGỪNG THAI NGHÉN (Đồng thuận chuyên gia)

(G1+) Chỉ định ngừng thai nghén ở TSG nặng  
từ 24 đến 34 tuần :

## □ Lý do về phía mẹ :

- Ngay lập tức : THA ko kiểm soát, Sản giật, OAP, HRP, giảm TC < 50.000, tụ máu dưới bao gan
- Sau liệu pháp Corticoid (nếu điều kiện của mẹ và thai cho phép kéo dài thời gian mang thai 48 giờ)
- Suy thận cấp và/hoặc thiếu niệu (< 100 mL / 4 heures) liên tục
- Dấu hiệu dự báo sản giật (đau đầu, rối loạn thị giác), đau thượng vị, HC HELLP tiến triển

# TIÊU CHUẨN NGỪNG THAI NGHÉN (Đồng thuận chuyên gia)

(G1+) Chỉ định ngừng thai nghén ở TSG nặng  
từ 24 đến 34 tuần :

- ❑ Lý do về phía thai :
- ❑ Suy thai, giảm dao động NTT
- ❑ Sau 32 tuần : RCIU nặng hoặc có dòng chảy ngược chiều của ĐM rốn.
- ❑ (G2+) Khi chỉ định đình chỉ thai, cần thực hiện ngay, có thể gây chuyển dạ sau khi làm mềm CTC

# Chỉ định lấy thai trong TSG nặng (2000)

- ❑ **Trước 26 tuần:** Chỉ định vì mẹ.
- ❑ **Giữa 26-28 tuần:** Nhịp tim thai chậm liên tiếp hoặc giảm mức độ dao động  $< 2,6$  ms.
- ❑ **Giữa 28 - 32 tuần:** VCT  $< 3$  ms; giãn mạch não; Manning  $< 4$
- ❑ **Giữa 32-34 tuần:** bất thường RCF
- ❑ **Sau 34 tuần:** Gây chuyển dạ hoặc lấy thai không cần thảo luận.

# Gây mê ở phụ nữ TSG (1)

- ❑ G1+) Cần đánh giá sớm nhất có thể, nên có BS gây mê khám
- ❑ (G1+) Cần thực hiện các xét nghiệm đông máu trong thời gian ngắn nhất có thể trước khi gây tê tủy sống, ngưỡng TC 75G/l với gây tê TS và 50G/l với gây tê rễ thần kinh
- ❑ (G2+) Sử dụng **Aspirine, chỉ định trong dự phòng TSG, không chỉ định, chống chỉ định tê ngoài màng cứng nếu :**
  - ▶ 1/ BN không dùng thuốc ảnh hưởng đến đông máu,
  - ▶ 2/ xét nghiệm đông máu phù hợp với thực hiện ARL



# Gây mê ở phụ nữ TSG(1)

- ❑ (G1+) Trong chuyển dạ, nên nhanh chóng gây mê ngoài màng cứng vì có lợi cho cải thiện huyết áp, tuần hoàn tử cung rau, và dễ xử trí khi phải mổ lấy thai
- ❑ (G2+) ngưỡng TC **75 G.L-1** với mê ngoài màng cứng, và **50 G.L-1** với mê tủy sống với điều kiện :
  - 1/ giảm TC ổn định sau nhiều lần xét nghiệm,
  - 2/ Thao tác gây mê bởi người có kinh nghiệm
  - 3/ BN được TD bởi BS thành kinh sau đẻ,
  - 4/ BN giảm TC nhưng ko đc dùng aspirin ít nhất 3 ngày cuối

# Gây mê ở phụ nữ TSG(1)

- ❑ G2+) Trong trường hợp gây tê tủy sống, hạn chế truyền trước, tối đa **1000 ml** và giảm hoặc ngừng điều trị THA đường TM đến khi đặt BN trong phòng mổ.
- ❑ (G1-) Test adrenalin không được dùng ở PN TSG
- ❑ (G2+) Có thể dùng **ALR sau khi có cơn sản giật nếu** :
  - ❑ BNt tỉnh,
  - ❑ không suy giảm thần kinh,
  - ❑ lâm sàng ổn định.
- ❑ (G1+) Trong trường hợp co giật liên tiếp hoặc có rối loạn tri giác khuyến cáo gây mê toàn thân.

# Gây mê ở phụ nữ TSG(1)

- ❑ (G1+) trong TH gây mê toàn thân, cần đánh giá các tiêu chí đặt NKQ khó 1 cách nhanh chóng trước khi đặt
- ❑ (G2+) có thể dùng oxytocine (Syntocinon®) trong và sau chuyển dạ.
- ❑ (G1-) méthylergométrine (Méthergin®) chống chỉ định ở PN TSG.

# ASPIRINE và Gây tê tủy sống (2000)

- ❑ Sử dụng aspirin không có chống chỉ định trong tê tại chỗ và không có các rối loạn đông máu kèm theo (Nếu TC trên ngưỡng và ổn định, không sử dụng Aspirin 3 ngày)
- ❑ Mỗi ca cần đánh giá lợi ích và nguy cơ
- ❑ Quyết định ngay tại chỗ với sự có mặt của cả nhóm
- ❑ Trong TH nghi ngờ, 1 nguyên tắc là cần cẩn thận

✓ ĐỊNH NGHĨA

✓ XỬ TRÍ CHUNG

✓ Quản lý các biến chứng

✓ Sau sinh

# Sản giật

- ❑ (G1+) Trong TH có rối loạn thị giác không điển hình hoặc kéo dài, khuyến cáo soi đáy mắt, chụp IRM
- ❑ (G1+) MgSO<sub>4</sub> được sử dụng vì hiệu quả hơn Diazepam, hơn phenytoin và hơn cả hỗn hợp (*phénergan, dolosal, largactyl*) đối với điều trị 1 cơn sản giật đang diễn ra và dự phòng tái phát cơn sản giật
- ❑ (G2+) Trong TH tái phát cơn giật, cần sử dụng liều phụ 1,5 à 2 g IV
- ❑ (G1+) Sau cơn giật cuối, người ta khuyến cáo duy trì truyền MgSO<sub>4</sub> trong 24h

# TSG và tổn thương thận (Đồng thuận chuyên gia)

- ❑ (G1+) người ta khuyến cáo tìm ngay khi lần khám thai đầu tiên, những bệnh thận bằng các xét nghiệm nước tiểu, trong TH xét nghiệm (+) cần đánh giá định lượng
- ❑ (G1+) khuyến cáo đánh giá CN thận trong TH có dấu hiệu gợi ý bệnh thận: Tiền sử THA sớm, HC nước tiểu....khi xuất hiện trong thai kỳ **créatinin máu >90  $\mu\text{mol/L}$  là bệnh lý (G1+)**
- ❑ Ý kiến của chuyên khoa khi phát hiện các dấu hiệu bệnh ở bất kỳ tuổi thai nào để có 1 thái độ xử trí phối hợp giữa BS Sản, Bs Thận và BS GMHS

# TSG và tổn thương gan

- ❑ (G1-) *Sử dụng Corticoid để điều trị HC HELLP không được khuyến cáo vì nó không cải thiện tiên lượng cho mẹ và trẻ sơ sinh*
- ❑ (G1-) Trong TH HC HELLP, sử dụng lọc máu để giảm tỷ lệ tử vong mẹ là không được khuyến cáo



# TỤ MÁU SAU RAU

## (Đồng thuận chuyên gia)

- (G1-) Siêu âm không khuyến cáo phát hiện HRP ở BN có nguy cơ
- (G1-) BN có TS HRP đơn độc, Không có điều trị dự phòng đặc biệt cho lần có thai sau.

✓ ĐỊNH NGHĨA

✓ XỬ TRÍ CHUNG

✓ Quản lý các biến chứng

✓ Sau sinh

## Tiền lượng của trẻ được sinh từ mẹ TSG (Đồng thuận chuyển gia)

- ❑ (G1+) Khuyến cáo thông tin cho BS nhi về các thuốc đã dùng cho mẹ
- ❑ (G1+) Trong TH thai non tháng hoặc chậm phát triển trong TC, khuyến cáo cho BS nhi và BS sản thông tin cho vợ chồng BN về các nguy cơ có thể xảy ra
- ❑ (G2+) trong TH HC HELLP nặng đặc biệt SHAG, có thể thảo luận để phát sớm ở trẻ sơ sinh LCHAD. Nếu có tổn thương, cần khuyến cáo TD chặt trẻ bú mẹ và nuôi dưỡng bằng acid béo chuỗi dài trong TH có triệu chứng LS

# TD sau sinh sớm (Đồng thuận chuyên gia)

- ❑ (G1+) Sau khi sinh, đó là khuyến cáo rằng một giám sát chặt chẽ lâm sàng và xét nghiệm ít nhất 48 giờ, nó có :
  - ▶ 1/ Giám sát chặt HA có điều chỉnh điều trị (cf. figure 1)
  - ▶ 2/ đánh giá hằng ngày lượng dịch, trọng lượng và lượng nước tiểu.
- ❑ (G1+) Đối với phụ nữ có suy cơ quan, cần nhập viện để hồi sức và tiếp tục theo dõi
- ❑ (G1+) TD HA 2 lần 1 tuần và khám lại sau 2 đến 3 tuần sau sinh.
- ❑ (G1+) Khám lại để xác định huyết áp đã trở về bình thường và sự biến mất của Protein trong nước tiểu.
- ❑ (G2+) trong TH không có yếu tố nguy cơ và bất thường chỉ số sinh học, có thể kê thuốc tránh thai estro-progestatif

# THEO DÕI DÀI HẠN

- ❑ (G1+) Nếu tăng huyết áp và / hoặc protein niệu tồn tại ba tháng sau khi đẻ, cần khám chuyên khoa.
- ❑ (G1-) Không cần làm mô học thận sau sinh trừ : 1/ suy thận mạn, 2/ nhiễm trùng hệ thống, 3/protéin niệu kéo dài 6 tháng sau sinh
- ❑ (G1+) Tìm kháng thể kháng **antiphospholipides** sau TSG nặng và sớm
- ❑ (G1-) Xét nghiệm thrombophilie di truyền trong TH : 1/TS bản thân hoặc gia đình bị huyết khối tĩnh mạch, 2/TSG sớm, 3/ liên quan đến RCIU nặng, HRP hoặc thai lưu
- ❑ (G1+) Theo dõi sớm ( trước 14 tuần) ở những lần có thai sau đặc biệt ở BN bị TSG sớm.
- ❑ (G1+) Theo dõi yếu tố nguy cơ tim mạch, thận, chuyển hóa kéo dài sau TSG nặng

CAM ON NHIEU...