



Tiền Sản Giật

BS CK II Bạch Tuyết Mai
TK Sản BV Trưng Vương
Thạc sĩ Bác sĩ Đỗ Ngọc Chánh

CHẨN ĐOÁN

Tăng huyết áp + Đạm niệu ở
thai sau *20 tuần tuổi* trên sản
phụ có huyết áp bình thường
trước đó

PHÂN LOẠI

1. Tiền sản giật nhẹ:

- Huyết áp $\geq 140/90 - 159/109$ mmHg.
- Đạm niệu: ≥ 300 mg/24 giờ
hoặc Dipstick 1+

PHÂN LOẠI

2. Tiền sản giật nặng (bất kỳ dấu chứng nào)

- HA \geq 160/110 mmHg, Protein niệu \geq 2g/24 giờ
- Tiểu cầu $<$ 100.000/mm³.
- Suy chức năng gan: men gan tăng \geq 2 lần, đau hạ sườn phải hoặc thụng vị kéo dài.
- Suy thận tiến triển: creatinine $>$ 1,1 mg/dl hoặc \geq 2 lần.
- Phù phổi.
- Rối loạn não hay thị giác: Nhức đầu, mờ mắt, co thắt mạch máu võng mạc

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- **Tăng HA mạn:** HA \geq 140/90 mmHg trước tuần lễ 20 và kéo dài sau 12 tuần hậu sản.
- **TSG ghép trên tăng HA mạn:** Protein niệu (+) sau 20 tuần
- **Tăng huyết áp trong thai kỳ:** tăng HA sau tuần lễ 20, Protein niệu (-).
- **Bệnh lý thận và thai.**
- **Bệnh lý tim và thai**

BIẾN CHỨNG TSG

- Biến chứng mẹ
- Biến chứng thai

BIẾN CHỨNG MẸ

- **Hệ TK TW:** Sản giật, xuất huyết não.
- **Mắt:** Mù võ não.
- **Thận:** Hoại tử ống thận cấp, suy thận cấp.
- **Gan:** Chảy máu dưới bao gan, có thể vỡ gan xuất huyết trong ổ bụng.
- **Tim:** suy tim cấp.
- **Phổi:** phù phổi cấp
- **Rối loạn đông máu:** Giảm tiểu cầu, đông máu rải rác trong lòng mạch.

BIẾN CHỨNG THAI

- Thai chậm phát triển trong tử cung (56%)
- Sinh non (40%): do TSG nặng hoặc sản giật phải cho sinh sớm.
- Tử vong chu sinh (10%): tăng cao nếu có biến chứng nhau bong non, sinh non.

ĐIỀU TRỊ TIỀN SẢN GIẬT NHẹ

Điều trị ngoại trú hoặc nhập viện (nếu không có điều kiện theo dõi).

- + Nghỉ ngơi và nằm nghiêng trái.
- + **TD mỗi tuần**: HA, đạm niệu, tiểu cầu, CN gan- thận, monitor sản khoa, SA thai
- + **Nhập viện** và điều trị tích cực khi có **dấu hiệu nặng**
- + Chấm dứt thai kỳ khi đã **đủ tháng** (≥ 37 tuần).

ĐIỀU TRỊ TIỀN SẢN GIẬT NẶNG

Nguyên tắc

- Nhập viện và điều trị tại **BV tuyến tỉnh**.
- Điều trị **khẩn trương, tích cực**.
- Chăm sóc: **Cấp I**
- Dinh dưỡng: ít mặn, nhiều chất đạm, rau quả
- Điều trị: kết hợp **nội- sản- ngoại khoa**

CHĂM SÓC

- Nằm trong phòng yên tĩnh, nghiêng trái
- **TD mỗi giờ:** HA, M, T°, nhịp thở, NT 24 giờ, PXGX.
- **TD mỗi ngày:** Protein niệu, Hct, Tiểu cầu.
- **Đánh giá** CN gan, thận, RLĐM, sức khỏe thai nhi (monitor, SA mạch máu não giữa- rốn)

NỘI KHOA

- Dự phòng và chống co giật: **Magnesium sulfat.**
- Hạ áp: Hydralazin, **nicardipine**, methyl-dopa
- An thần: **Diazepam 10mg** TMC trong 2 phút
- Lợi tiểu: **Furosemide 20mg** (OAP)
- Dịch truyền: **Glucose 5%**
- Trợ tim: **Digoxin 0,5mg**

Magnesium sulfat 1,5% 10ml.

- **Tấn công:** TM 2-4g trong 15-20 phút
- **Duy trì:** TTM 1g/giờ (4 ống pha Glucose 5% 500ml, TTM XXX gi/ph)
- **TD mỗi giờ:** PXGX (+), nhịp thở (16l/ph), NT (30ml/giờ)
- **Thuốc đối kháng:** Calci Gluconate 10%
10ml TMC trong 10 phút

NICARDIPINE

- HA \geq 150/100 mmHg
- Ống 10mg/10ml pha 40ml nước cất hoặc Glucose 5%
- Tấn công: 0,5- 1mg (2,5- 5ml) TMC
- Duy trì BTĐ: 1- 3mg/giờ (5-15ml/giờ)

SẢN KHOA

- Chăm dứt thai kỳ
- Điều trị trì hoãn

CHẤM DỨT THAI KỲ

Trước 25 tuần hoặc bất cứ tuổi thai nào khi có:

- Phù phổi
- Suy Thận
- Nhau bong non
- Giảm tiểu cầu nặng
- ĐMNM lan tỏa
- TC não kéo dài
- NST không đáp ứng
- SA ĐM rốn: mất hoặc đảo ngược sóng tâm trương.
- Thai lưu

ĐIỀU TRỊ TRÌ HOÃN

Thai ≤ 34 tuần với tình trạng mẹ - thai ổn định

- Hỗ trợ phổi thai nhi
- Ổn định tình trạng mẹ - thai trong 24-48 giờ sẽ chấm dứt thai kỳ.

Một số lưu ý

- Quyết định chấm dứt thai kỳ **không** dựa vào đạm niệu.
- **Chỉ định hạ áp khi:** HA \geq 150/100mmHg
- **Giúp sanh** khi có đủ điều kiện hoặc **mổ lấy thai** khi có chỉ định sản khoa.

**CẢM ƠN QUÍ
ĐỒNG NGHIỆP**

