



# HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA CẦN THƠ

The 7th Can Tho Obstetrics and Gynecology Congress

Cần Thơ, ngày 26 tháng 8 năm 2022



**PGS.TS.BS. TRẦN DANH CƯỜNG**

*Giám đốc Bệnh viện Phụ sản Trung ương  
Trưởng Bộ môn Phụ sản trường Đại học Y Hà Nội*



# KHUYẾN CÁO THÁI ĐỘ XỬ TRÍ TIỀN SẢN GIẬT NẶNG

***PGS. TS. TRẦN DANH CƯỜNG***

## ĐẶT VẤN ĐỀ

- ❖ Tiền sản giật là một bệnh lý đặc biệt của sản khoa, tỷ lệ: 1-2% số phụ nữ có thai
- ❖ Đặc điểm: diễn biến bất ngờ, khó lường và có thể diễn biến nặng, có nhiều biến chứng ảnh hưởng đến tính mạng của người mẹ và thai
- ❖ Có thể phát hiện sớm, cũng như có những phương pháp để phòng bệnh.

# ĐẶT VẤN ĐỀ

- ❖ 2019-2020: một số khuyến cáo mới về tiền sản giật được đưa ra:
  - Anh Quốc bởi NICE (National Institute for Clinical Excellence)
  - Hoa Kỳ bởi ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists)
  - Pháp bởi SFAR (Société Française d'Anesthésie-Réanimation) và CGNOF (Collège National des Gynécologues et obstétriciens Français).
- ❖ Khuyến cáo gồm **7 vấn đề**, thông qua các **câu hỏi** và **trả lời**

# VẤN ĐỀ THỨ 1: ĐỊNH NGHĨA VÀ CÁC CHỈ SỐ TIÊN ĐOÁN TIỀN SẢN GIẬT

## *Câu hỏi 1. Định nghĩa như thế nào là tiền sản giật nặng?*

### **1.1. Theo định nghĩa thông thường:**

Tiền sản giật là những thai phụ có huyết áp tối đa từ 140mmHg trở lên hoặc/và huyết áp tối thiểu từ 90mmHg trở lên. Và định lượng protein trong nước tiểu từ 0,3g/24 giờ (hoặc theo thói quen định lượng mẫu nước tiểu bất kỳ protein 0,5g/l).



# VẤN ĐỀ THỨ 1: ĐỊNH NGHĨA VÀ CÁC CHỈ SỐ TIÊN ĐOÁN TIỀN SẢN GIẬT

❖ Trên nền của thai phụ như mô tả ở trên, xuất hiện một trong những triệu chứng sau đây, thì được định nghĩa là tiền sản giật nặng:

- Huyết áp tăng nặng, hoặc không kiểm soát: HA tối đa  $\geq 160$  mmHg và/hoặc HA tối thiểu  $\geq 110$  mmHg
- Protein niệu  $\geq 3$  g/24 giờ (hoặc 3,5 g/l đối với mẫu nước tiểu bất kỳ)
- Creatinin máu  $\geq 90\mu\text{mol/l}$
- Thiếu niệu, lượng nước tiểu  $\leq 500\text{ml}/24$  h hoặc  $\leq 25\text{ml}/1\text{h}$
- Giảm tiểu cầu: số lượng tiểu cầu  $\leq 100\ 000/\text{mm}^3$
- Hoại tử tế bào gan: ASAT/ALAT tăng từ gấp 2 lần trở lên

## VẤN ĐỀ THỨ 1: ĐỊNH NGHĨA VÀ CÁC CHỈ SỐ TIÊN ĐOÁN TIỀN SẢN GIẬT

- Đau bụng vùng thượng vị và/ hoặc đau vùng hạ sườn phải:  
đau thắt, dai dẳng và mạnh
- Đau ngực, khó thở, phù phổi cấp
- Các dấu hiệu thần kinh:
  - Đau đầu nặng, không đáp ứng với điều trị thuốc giảm đau
  - Rối loạn thị giác, thính giác, dai dẳng
  - Phản xạ gân xương tăng mạnh, lan toả và đa động

## VẤN ĐỀ THỨ 1: ĐỊNH NGHĨA VÀ CÁC CHỈ SỐ TIÊN ĐOÁN TIỀN SẢN GIẬT

**1.2.** Nếu vượt các giá trị ngưỡng của những chỉ số sinh học đã được ghi ở trên thì sự nặng lên của một trong những chỉ số này cũng trở thành một chỉ tiêu chẩn đoán tiền sản giật nặng.



## VẤN ĐỀ THỨ 1: ĐỊNH NGHĨA VÀ CÁC CHỈ SỐ TIÊN ĐOÁN TIỀN SẢN GIẬT

**1.3.** Một số triệu chứng lâm sàng hay triệu chứng sinh học biểu hiện sự nghiêm trọng của bệnh:

- ❖ Huyết áp tối đa  $\geq 180$  mmHg hoặc/và huyết áp tối thiểu  $\geq 120$  mmHg
- ❖ Đau bụng vùng thượng vị hoặc/và đau mạn sườn phải, đau thắt, mạnh, dai dẳng
- ❖ Đau đầu nặng không đáp ứng với các thuốc giảm đau thông thường.

## VẤN ĐỀ THỨ 1: ĐỊNH NGHĨA VÀ CÁC CHỈ SỐ TIÊN ĐOÁN TIỀN SẢN GIẬT

- ❖ Các rối loạn về thị giác, thính giác dai dẳng, suy nhược thần kinh, rối loạn tri giác,
- ❖ Phản xạ gân xương nhanh mạnh, lan tỏa và đa động
- ❖ Suy hô hấp, phù phổi cấp
- ❖ HC HELLP
- ❖ Suy thận cấp

# VẤN ĐỀ THỨ 1: ĐỊNH NGHĨA VÀ CÁC CHỈ SỐ TIÊN ĐOÁN TIỀN SẢN GIẬT

***Câu hỏi 2. Sử dụng các chỉ số tiên đoán biến chứng của tiền sản giật nặng có cho phép làm giảm tử vong và bệnh tật cho mẹ và trẻ sơ sinh?***

Không có các chứng cứ cũng như những dữ liệu chứng minh khả năng làm giảm tỷ lệ tử vong, tỷ lệ bệnh tật của mẹ cũng như của thai/trẻ sơ sinh bằng cách sử dụng các chỉ số tiên đoán mức độ nặng của tiền sản giật và không thể đưa ra những khuyến cáo về việc sử dụng các chỉ số tiên đoán trong thực hành để theo dõi và xử trí tiền sản giật nặng.

## VẤN ĐỀ THỨ 2: THÁI ĐỘ ĐIỀU TRỊ

*Câu hỏi 1. Ngưỡng huyết áp nào, cần phải can thiệp điều trị và điều trị thuốc bằng đường nào để làm giảm tỷ lệ tử vong, tỷ lệ bệnh tật người mẹ hoặc/và trẻ sơ sinh?*

**2.1.** Khuyến cáo điều trị một cách hệ thống bằng các thuốc hạ áp ở thai phụ có tiền sản giật nặng khi mà **huyết áp tối đa  $\geq 160$  mmHg hoặc/và huyết áp tối thiểu  $\geq 110$  mmHg khi nghỉ ngơi và dai dẳng hơn 15 phút** → Mục tiêu: giữ được ngưỡng huyết áp dưới những trị số này → giảm biến chứng nặng cho mẹ, thai và trẻ sơ sinh.

## VẤN ĐỀ THỨ 2: THÁI ĐỘ ĐIỀU TRỊ

**2.2.** Trong trường hợp tiền sản giật nặng, kèm theo xuất hiện một trong những dấu hiệu tăng nặng về lâm sàng cũng như về sinh học, hoặc huyết áp tăng nặng dai dẳng mặc dù đang được điều trị thuốc hạ áp đường uống, 1 thuốc hoặc 2 thuốc → **Khuyến cáo sử dụng thuốc hạ áp đường tĩnh mạch.**



## VẤN ĐỀ THỨ 2: THÁI ĐỘ ĐIỀU TRỊ

*Câu hỏi 2. Ở người phụ nữ tiền sản giật nặng, loại thuốc hạ áp nào được dùng để điều trị cho phép làm giảm tỷ lệ bệnh tật của mẹ và trẻ sơ sinh?*

**2.3.** Khi thuốc hạ áp đường tĩnh mạch được chỉ định dùng: **Labetalol** là lựa chọn hàng đầu được khuyến cáo sử dụng cho thai phụ bị tiền sản giật nặng

**2.4.** Khuyến cáo sử dụng Nicardipin, hoặc Urapidil phối hợp với Labetalol truyền tĩnh mạch, trong trường hợp huyết áp cao không kiểm soát được, hoặc dùng để thay thế Labetalol tĩnh mạch, trong trường hợp có chống chỉ định sử dụng thuốc chẹn beta ( $\beta$  bloquant)

## VẤN ĐỀ THỨ 2: THÁI ĐỘ ĐIỀU TRỊ

**2.5.** Trong trường hợp tiền sản giật nặng mà huyết áp kiểm soát được bằng các thuốc hạ áp đường tĩnh mạch → khuyến cáo tiếp tục điều trị như vậy, và xen kẽ tiếp một đợt điều trị thuốc hạ huyết áp đường uống → để làm giảm nguy cơ tái phát tăng huyết áp nặng, và các hậu quả cho mẹ, thai và trẻ sơ sinh

## VẤN ĐỀ THỨ 2: THÁI ĐỘ ĐIỀU TRỊ

**2.6.** Trong trường hợp tiền sản giật nặng, huyết áp kiểm soát được bằng các thuốc hạ áp đường tĩnh mạch (huyết áp tối đa <160 mmHg, huyết áp tối thiểu <110 mmHg). Khuyến cáo sử dụng thuốc hạ huyết áp đường uống, và thuốc đầu tiên được lựa chọn đó là Labetalol

## VẤN ĐỀ THỨ 2: THÁI ĐỘ ĐIỀU TRỊ

**2.7.** Các chuyên gia gợi ý sử dụng, Nicardipin hay alpha-methyldopa phối hợp với Labetalol đường uống, nếu huyết áp không kiểm soát được, hoặc thay thế Labetalol trong trường hợp chống chỉ định sử dụng thuốc chẹn beta ( $\beta$  bloquant)

## VẤN ĐỀ THỨ 2: THÁI ĐỘ ĐIỀU TRỊ

***Câu hỏi 3. Ở người phụ nữ có thai bị tiền sản giật nặng, sử dụng sulfat magie trước khi sinh có làm giảm tỷ lệ bệnh tật cho bà mẹ hoặc/và trẻ sơ sinh không?***

**2.8.** Khuyến cáo sử dụng sulphat magie trước khi sinh cho những trường hợp tiền sản giật nặng, có ít nhất một dấu hiệu tăng nặng để giảm nguy cơ xảy ra sản giật

**2.9.** Khuyến cáo sử dụng sulphat magie trước khi sinh ở những thai phụ tiền sản giật nặng mà có xuất hiện ít nhất một dấu hiệu tăng nặng để giảm nguy cơ xuất hiện rau bong non



## VẤN ĐỀ THỨ 2: THÁI ĐỘ ĐIỀU TRỊ

*Câu hỏi 4: Trong trường hợp thai phụ tiền sản giật nặng, việc bồi phụ dịch một cách hệ thống vào tuần hoàn người mẹ có thể làm giảm nguy cơ bệnh tật cho người mẹ và hoặc trẻ sơ sinh không?*

**2.10.** Không khuyến cáo bồi phụ dịch một cách hệ thống vào tuần hoàn của người mẹ bị tiền sản giật nặng để làm giảm nguy cơ bệnh tật cho người mẹ và hoặc trẻ sơ sinh



## VẤN ĐỀ THỨ 2: THÁI ĐỘ ĐIỀU TRỊ

**Câu hỏi 5. Ở những thai phụ tiền sản giật nặng, sử dụng corticoid có làm giảm tỷ lệ bệnh tật cho người mẹ?**

**2.11.** Trong trường hợp người phụ nữ có thai bị tiền sản giật nặng, ngay cả đối với những trường hợp hội chứng HELLP, **không khuyến cáo sử dụng glucocorticoide** để làm giảm bệnh tật cho người mẹ

## VẤN ĐỀ THỨ 2: THÁI ĐỘ ĐIỀU TRỊ

*Câu hỏi 6. Ở những thai phụ tiền sản giật nặng có cơn sản giật, sử dụng Sulfat Magie so với sử dụng benzodiazepam có cho phép làm giảm tỷ lệ bệnh tật ở người mẹ cũng như làm giảm cơn giật tái phát không?*

**2.12.** Khuyến cáo sử dụng Sulfat Magie là lựa chọn hàng đầu cho những thai phụ tiền sản giật nặng có cơn sản giật → để giảm nguy cơ tử vong mẹ và nguy cơ tái phát cơn sản giật

## VẤN ĐỀ THỨ 3: THEO DÕI VÀ ĐÁNH GIÁ

***Câu hỏi 1: Trong trường hợp thai phụ bị tiền sản giật nặng, sử dụng siêu âm lồng ngực người mẹ (tim và phổi) với mục đích hướng dẫn để bồi phụ tuần hoàn cho người mẹ có cho phép làm giảm nguy bệnh tật cho người mẹ (do làm giảm nguy cơ phù phổi cấp) và hoặc trẻ sơ sinh?***

Thiếu những dữ liệu về việc bồi phụ tuần hoàn cho người mẹ dưới hướng dẫn của siêu âm lồng ngực người mẹ (tim và phổi) ở những thai phụ tiền sản giật nặng và tác động của việc này đến tỷ lệ bệnh tật người mẹ và hoặc trẻ sơ sinh → Không thể đưa ra khuyến cáo về vấn đề này

## VẤN ĐỀ THỨ 3: THEO DÕI VÀ ĐÁNH GIÁ

*Câu hỏi 2: Ở những thai phụ tiền sản giật nặng, có kèm theo xuất hiện ít nhất một dấu hiệu tăng nặng thì việc theo dõi liên tục thai phụ này ở một đơn vị riêng có làm giảm tỷ lệ bệnh tật ở người mẹ và hoặc trẻ sơ sinh không?*

**3.1.** Trong trường hợp tiền sản giật nặng, xuất hiện ít nhất một dấu hiệu tăng nặng, các chuyên gia gợi ý cần có một đơn vị đa lĩnh vực cho phép theo dõi liên tục người mẹ, với mục đích làm giảm tỷ lệ bệnh tật cho mẹ và trẻ sơ sinh. Xác định nơi theo dõi có thể được quyết định tại chỗ tùy thuộc vào việc tổ chức chăm sóc.



## VẤN ĐỀ THỨ 4: CÁC TIÊU CHUẨN NGỪNG THAI NGHÉN

*Câu hỏi 1: Ở những thai phụ có tiền sản giật nặng, tuổi thai từ 24-34 tuần, việc tiếp tục theo dõi thai có cho phép làm giảm tỷ lệ bệnh tật ở trẻ sơ sinh và không làm tăng tỷ lệ bệnh tật cho người mẹ so với việc ngừng thai nghén sau 48h sau khi sử dụng corticoide không?*

**4.1.** Trong trường hợp tiền sản giật nặng, tuổi thai 24-34 tuần: khuyến cáo theo dõi thai nghén đến 34 tuần (nếu không có xuất hiện ít nhất một dấu hiệu tăng nặng ở người mẹ hoặc ở thai) để làm giảm tỷ lệ bệnh tật cho trẻ sơ sinh và không làm tăng tỷ lệ bệnh tật cho người mẹ

## VẤN ĐỀ THỨ 4: CÁC TIÊU CHUẨN NGỪNG THAI NGHÉN

***Câu hỏi 2: Ở những thai phụ tiền sản giật nặng, mổ lấy thai so sánh với việc thử cho đẻ đường dưới có cho phép làm giảm bệnh tật cho người mẹ và hoặc trẻ sơ sinh không?***

**4.2.** Khuyến cáo cho thấy rằng không có những lợi ích kèm theo khi thực hiện mổ lấy thai theo chương trình. Các chuyên gia gợi ý không nên thực hiện mổ lấy thai một cách hệ thống trong trường hợp tiền sản giật nặng

## VẤN ĐỀ THỨ 4: CÁC TIÊU CHUẨN NGỪNG THAI NGHÉN

*Câu hỏi 3. Ở những thai phụ tiền sản giật nặng có xuất hiện cơn sản giật thì trong thời hạn bao lâu thì cần phải lấy thai để giảm tỷ lệ bệnh tật cho mẹ và thai?*

**4.3.** Sau cơn sản giật, các chuyên gia gợi ý nếu không có cấp cứu về sự sinh tồn của người mẹ cũng như của thai, tình trạng lâm sàng người mẹ ổn định → bắt đầu sử dụng điều trị bằng Sulfat Magie trước khi quyết định cho sinh

## VẤN ĐỀ THỨ 5: GÂY MÊ

***Câu hỏi 1: Những thai phụ tiền sản giật nặng nếu cần thiết phải mổ lấy thai thì sử dụng gây tê ngoài màng cứng so với gây mê toàn thân có cho phép làm giảm bệnh tật cho mẹ hoặc trẻ sơ sinh không?***

**5.1.** Khuyến cáo sử dụng gây tê ngoài màng cứng hơn là gây mê toàn thân trong trường hợp mổ lấy thai ở những thai phụ tiền sản giật nặng để làm giảm tỷ lệ bệnh tật cho người mẹ

## VẤN ĐỀ THỨ 5: GÂY MÊ

***Câu hỏi 2: Trong số những thai phụ bị tiền sản giật nặng mà cần phải thực hiện gây mê toàn thân, cần sử dụng bolus thuốc mocphin hoặc các thuốc hạ áp có cho phép làm giảm bệnh tật cho người mẹ và trẻ sơ sinh?***

**5.2.** Trong trường hợp cần phải gây mê toàn thân ở những thai phụ tiền sản giật nặng, khuyến cáo trong lúc khởi mê sử dụng tiêm mocphin, hoặc thuốc hạ áp, nhằm hạn chế hậu quả về huyết động của người mẹ do đặt nội khí quản.

**5.3.** Khuyến cáo lựa chọn hàng đầu sử dụng bolus 0,5 $\mu$ g/kg remifentanil trong chỉ định này. Alfentanil và esmolol để sử dụng điều trị xen kẽ.



## VẤN ĐỀ THỨ 6: THÁI ĐỘ XỬ TRÍ SAU ĐẸ

***Câu hỏi 1: Đối với thai phụ tiền sản giật nặng, sử dụng Sulfat Magie sau đẻ sẽ làm giảm bệnh tật của người mẹ?***

**6.1.** Khuyến cáo sử dụng điều trị bằng Sulfat Magie, trong trường hợp xảy ra sản giật sau khi đẻ để làm giảm nguy cơ tái phát cơn sản giật.

**6.2.** Chắc chắn không khuyến cáo bắt đầu điều trị bằng Sulfat Magie trong thời kỳ hậu sản ở sản phụ tiền sản giật nặng mà không có sản giật để giảm nguy cơ tử vong mẹ cũng như xuất hiện sản giật.

## VẤN ĐỀ THỨ 6: THÁI ĐỘ XỬ TRÍ SAU ĐẸ

*Câu hỏi 2. Trong số những sản phụ tiền sản giật nặng, có nên sử dụng thuốc lợi tiểu trong thời kỳ hậu sản để làm giảm bệnh tật cho người mẹ?*

**6.3.** Chắc chắn không khuyến cáo sử dụng một cách hệ thống thuốc lợi tiểu cho sản phụ tiền sản giật nặng trong thời kỳ hậu sản để giảm bệnh tật cho bà mẹ

## VẤN ĐỀ THỨ 6: THÁI ĐỘ XỬ TRÍ SAU ĐẼ

***Câu hỏi 3: Ở những thai phụ tiền sản giật nặng, phương án nào được dùng trong thời kỳ hậu sản để dự phòng tắc mạch huyết khối?***

**6.4.** Các chuyên gia khuyến cáo, chỉ định điều trị dự phòng tắc mạch huyết khối trong thời kỳ hậu sản phải dựa trên tính toán nguy cơ biến chứng huyết khối tắc mạch, như đã được đề xuất bởi CNGOF 2015 trong khuyến cáo của họ

## VẤN ĐỀ THỨ 6: THÁI ĐỘ XỬ TRÍ SAU ĐẼ

*Câu hỏi 4: Ở những thai phụ có cơn sản giật, sử dụng chụp cộng hưởng từ não của thai phụ một cách hệ thống có cho phép giảm tỷ lệ bệnh tật của người mẹ?*

**6.5.** Cần phải phân biệt các tổn thương của não khi có sản giật nên các chuyên gia khuyên sử dụng chụp cộng hưởng từ của não ở những thai phụ có sản giật nhằm giảm các biến chứng thần kinh của sản giật



## VẤN ĐỀ THỨ 7: ĐÀO TẠO CÁC NHÓM

***Câu hỏi 1: Phương pháp đóng vai hoặc nâng cao nhận thức có thể làm giảm tỷ lệ bệnh tật cho người mẹ và trẻ sơ sinh trong trường hợp chăm sóc thai phụ tiền sản giật nặng?***

Vấn đề này chưa có đủ dữ liệu để khuyến cáo.

THUỐC CHỐNG CAO HA	CÁCH DÙNG VÀ CẢN THẬN KHI DÙNG	TRUYỀN TM BOLUS (CHỈ ĐỊNH HA TỐI ĐA $\geq$ 180mmHg và/hoặc HA tối thiểu $\geq$ 120mmHg)	TRUYỀN LIÊN TỤC BẰNG BƠM TIÊM ĐIỆN
<b>Labetalol (TRANDATE)</b>	Ưu tiên lựa chọn đầu tiên Không có chống chỉ định (hen, BPCO, nhịp chậm, hiện tại hoặc tiền sử có rối loạn dẫn truyền trong cơ tim, tiền sử phản ứng quá mẫn)	<p>Bolus 20mg TM khoảng 2 phút ↓ Nếu thất bại Bolus 40mgTM khoảng 2 phút ↓ Nếu thất bại Bolus 80mgTM khoảng 2 phút ↓ Nếu thất bại Bolus 80mgTM khoảng 2 phút ↓ Nếu thất bại</p> <p>Tiếp tục Labetalol 1mg/kg/h bơm tiêm điện và bổ sung thêm thuốc hạ áp thứ 2 bơm tiêm điện</p>	<p>0,5-1mg/kg/h Mục tiêu HA tối đa &lt; 160 mmHg, HA tối thiểu &lt;110 mmHg</p>
<b>Nicardipin (LOXEN)</b>	Ưu tiên lựa chọn thứ 2 hoặc phối hợp thuốc	<p>Bolus 0,5mgTM khoảng 2 phút Nhắc lại 3 lần nếu thất bại</p> <p>Tiếp tục nicardipin 4mg/h bơm tiêm điện. và bổ sung thêm thuốc hạ áp thứ 2 bơm tiêm điện</p>	<p>0,5-4mg/h Mục tiêu HA tối đa &lt;160 mmHg, HA tối thiểu &lt;110 mmHg</p>
<b>Urapidil (EUPRESSYL)</b>	Ưu tiên lựa chọn thứ 2 hoặc phối hợp thuốc	<p>Bolus 6,25-12,5 mg TM khoảng 2 phút Nhắc lại 3 lần nếu thất bại</p> <p>Tiếp tục urapidil 50mg/h bơm tiêm điện và bổ sung thuốc hạ áp thứ 2 bơm tiêm điện</p>	<p>10-60mmg/h Mục tiêu HA tối đa &lt;160mmHg, HA tối thiểu &lt;110mmHg</p>

## LƯỢC ĐỒ THUỐC ĐIỀU TRỊ CAO HUYẾT TRONG TIỀN SẢN GIẬT NẶNG



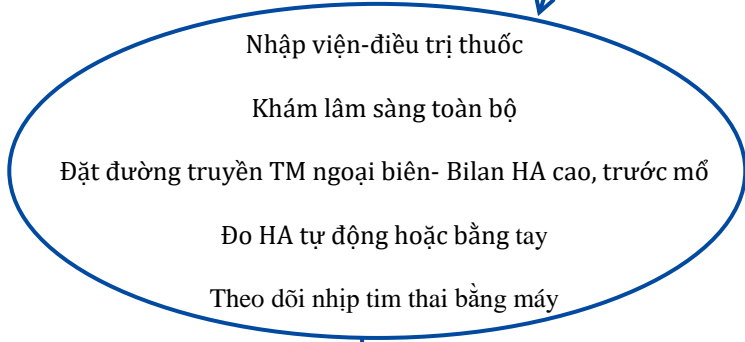
- ❖ Thất bại = HA tối đa  $\geq 180$ mmHg hoặc/và HA tối thiểu  $\geq 120$ mmHg kéo dài trên 10 phút
- ❖ Khi HA tối đa  $\leq 180$ mmHg, HA tối thiểu  $\leq 120$  mmHg, kiểm soát được 10 phút, tiếp tục điều trị thuốc hạ áp bằng bơm tiêm điện liều tối thiểu để đạt hiệu quả HA tối đa  $\leq 160$  mmHg, HA tối thiểu  $\leq 110$  mmHg



### LƯỢC ĐỒ THÁI ĐỘ ĐIỀU TRỊ CAO HUYẾT ÁP TRONG TIỀN SẢN GIẬT NẶNG.

#### TIỀN SẢN GIẬT NẶNG

HA tối đa  $\geq 160\text{mmHg}$  hoặc/và HA tối thiểu  $\geq 110\text{mmHg}$   
= Cấp cứu tăng huyết áp => bắt đầu điều trị tăng huyết áp



#### Không có dấu hiệu tăng nặng

Hoặc không lấy được truyền tĩnh mạch  
= Điều trị hạ áp đường uống

Labetalol TRANDATE  
Hoặc Nifedipine ADALATE  
Hoặc Nicardipine LOXEN.

Theo dõi đều đặn huyết áp động mạch  
Mục tiêu HA tối đa  $< 160\text{ mmHg}$ , và HA tối thiểu  $< 110\text{ mmHg}$

#### Có ít nhất 1 dấu hiệu tăng nặng

Hoặc thất bại điều trị hai áp đường uống 1 hoặc 2 thuốc = Điều trị hạ áp đường TM

Chuẩn độ thuốc hạ áp đường TM nếu HA tối đa  $\geq 180\text{mmHg}$  hoặc HA tối thiểu  $\geq 120\text{mmHg}$ .  
Truyền bằng bơm tiêm điện

Labetalol TRANDATE  
Hoặc Nifedipine ADALATE  
Hoặc Nicardipine LOXEN.  
+ Thảo luận truyền  $\text{MgSO}_4$

#### CÁC DẤU HIỆU TĂNG NẶNG

- HA tối đa  $\geq 180\text{ mmHg}$ , hoặc/và HA tối thiểu  $\geq 120\text{mmHg}$
- Đau thượng vị và/hoặc hạ sườn phải, mạnh, dai dẳng
- Đau đầu nặng không đáp ứng điều trị
- Rối loạn thị giác, thính giác dai dẳng
- Suy nhược thần kinh
- Rối loạn tri giác
- Tăng phản xạ gân xương lan tỏa và đa động
- Cơn sản giật
- Suy hô hấp
- Phù phổi cấp
- HC HELLP
- Suy thận cấp  
(khi có sản giật thì truyền  $\text{MgSO}_4$  ngay)
- (HC HELLP; tan máu  $\text{LDH} > 600$ ,  $\text{ASAT/ALAT} > 2$ , tiểu cầu  $< 100000$ )
- (Suy thận cấp: creatinin máu tăng gấp đôi hoặc  $> 96\text{ }\mu\text{mol/l}$ )
- (ACOG practice bulletin NO.202 Gestational Hypertention and Preeclampsia. *Obstet.Gynecol.* 2019. Jan; 133(1) PMID 30575675)