QUẢN LÝ TĂNG HUYẾT ÁP Ở PHỤ NỮ MANG THAI VÀ SAU SINH

Ds. Nguyễn Thị Thúy Tâm

1. Đặt vấn đề

Tăng huyết áp làm phức tạp 5% đến 10% tổng số ca mang thai và là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tử vong ở mẹ và thai nhi trên toàn cầu. Rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ có liên quan đến nguy cơ tăng huyết áp kéo dài cũng như các biến cố tim mạch và mạch máu não trong tương lai [1]. Tại Việt Nam, các nghiên cứu từ năm 2012 đến 2016 cho thấy tỷ lệ tiền sản giật khoảng 2,8 - 5,5%; tỷ lệ tiền sản giật trước 34 tuần là 0,43%, từ 34 - 37 tuần là 0,70% và sau 37 tuần là 1,68% [2]. Các số liệu cho thấy tiền sản giật vẫn là một vấn đề sản khoa quan trọng, đòi hỏi phát hiện sớm, theo dõi chặt chẽ và kiểm soát huyết áp hiệu quả nhằm giảm biến chứng cho cả mẹ và thai nhi.

Bài viết này tổng hợp các cập nhật hiện nay về chẩn đoán, mục tiêu điều trị và các thuốc được sử dụng trong quản lý tăng huyết áp ở phụ nữ mang thai và sau sinh.

2. Chẩn đoán và phân loại tăng huyết áp thai kỳ

Theo Bộ Y Tế Việt Nam năm 2024 phụ nữ mang thai được chẩn đoán tăng huyết áp khi huyết áp tâm thu ≥ 140mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90mmHg [2].

Tăng huyết áp ở phụ nữ mang thai được chia thành: tăng huyết áp đơn thuần trong thai kỳ, tăng huyết áp mạn tính, tiền sản giật và tiền sản giật trên người tăng huyết áp mạn tính, sản giật, hội chứng HELLP [2].

Bảng 1. Phân loại các rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ theo Bộ Y Tế 2024 [2]

Phân loại	Định nghĩa
Tăng HA đơn thuần trong thai kỳ	- Tăng HA: HATT ≥ 140mmHg và / hoặc HATTr ≥ 90mmHg, đo 2 lần cách ít nhất 4 giờ, xuất hiện sau 20 tuần thai kỳ và trong thời kỳ hậu sản. - Protein niệu (-) và không có biến chứng cơ quan đích. - HA trở về bình thường < 6 tuần sau sinh.
Tăng HA mạn tính	- Tăng HA trước khi mang thai hoặc tăng HA trước 20 tuần thai kỳ. - Tăng HA xuất hiện lần đầu trong thai kỳ và kéo dài sau giai đoạn hậu sản.

Tiền sản giật	- Tăng HA: HATT ≥ 140 mmHg và / hoặc HATTr ≥ 90 mmHg, đo 2 lần cách ít nhất 4 giờ, xuất hiện sau 20 tuần thai kỳ hoặc thời kỳ hậu sản. - Và xuất hiện protein niệu: + ≥ 300 mg/24 giờ, hoặc + ≥ 2 (+) với que thử nước tiểu (nếu không thể xét nghiệm định lượng), hoặc + Tỷ số protein/creatinine niệu ≥ 0,3 (mg/dl) ở mẫu nước tiểu ngẫu nhiên. - Nếu protein niệu (-), xuất hiện ít nhất một trong các triệu chứng sau: + Rối loạn về huyết học: Giảm tiểu cầu dưới 150.000/mm3, hội chứng đông máu rải rác lòng mạch, tan máu. + Suy thận cấp: Nồng độ creatinine huyết thanh ≥ 97,2 μmol/L hoặc 1,1 mg/dL sau khi loại trừ các bệnh lý thận khác. + Giảm chức năng gan: ALT hoặc AST tăng hơn gấp 2 lần giới hạn trên ngưỡng bình thường (≥ 70 IU/L) có hoặc không có đau hạ sườn phải hoặc đau bụng vùng thượng vị. Phù phổi cấp: đột ngột khó thở, nhịp thở nhanh, ho nhiều, môi và đầu chi tím, tinh thần hốt hoảng lo sợ, tức ngực, vã mồ hôi lạnh chân tay. + Xuất hiện triệu chứng thần kinh, thị giác (đau đầu không đáp ứng với thuốc giảm đau sau khi loại trừ các bệnh lý khác, nhìn mờ, lóa sáng, ám điểm). + Rối loạn tuần hoàn tử cung - rau thai (rau bong non, mất cân bằng các yếu tố tạo mạch, thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung, sóng Doppler động mạch rốn bất thường hoặc thai chết trong tử cung).
Sản giật	- Xuất hiện những cơn co cứng - co giật khu trú hoặc toàn thân có hoặc không kèm theo hôn mê xảy ra trên những bệnh nhân có triệu chứng TSG sau khi đã loại trừ cơn co giật do các nguyên nhân khác - Triệu chứng kèm theo: + Tăng HA.

	+ Nhức đầu liên tục vùng trán hoặc vùng chẩm hoặc cơn đau đầu cấp tính. + Rối loạn thị giác gồm ám điểm, mất thị lực (mù vỏ não), mờ mắt, nhìn kém, khiếm khuyết trường thị giác (bán manh cùng bên), sợ ánh sáng. + Đau vùng hạ sườn phải hoặc đau vùng thượng vị. + Các cơn rung giật. + Các triệu chứng thần kinh gồm rối loạn trí nhớ, tăng phản xạ gân xương, giảm nhận thức thị giác, giảm phản ứng thị giác, thay đổi trạng thái tâm thần.
Hội chứng HELLP	Tan máu: + Bất thường phiến đồ máu ngoại vi (tế bào Burr, những mảnh vỡ hồng cầu). + Tăng bilirubin toàn phần ≥ 1,2 mg/dl. + Giảm haptoglobin huyết thanh ≤ 25 mg/dl. + Giảm rõ ràng nồng độ Hb không liên quan đến mất máu. + Tăng lactate dehydrogenase (LDH) ≥ 600 UI/L. - Tăng các men gan: + AST tăng hơn gấp 2 lần giới hạn trên ngưỡng bình thường (≥ 70 IU/l) (có thể sử dụng ALT thay thế AST). - Giảm tiểu cầu: Tiểu cầu < 150.000/mm3.

3. Ngưỡng điều trị và huyết áp mục tiêu

Bảng 2. Hướng dẫn của Hiệp hội Quốc tế về ngưỡng bắt đầu điều trị và huyết áp mục tiêu đối với tăng huyết áp không nghiêm trọng ở phụ nữ mang thai [3]

Hướng dẫn	Ngưỡng huyết áp để bắt đầu dùng thuốc	Huyết áp mục tiêu
2018 ESC/ESH	≥ 150/95 ở tất cả phụ nữ bị tăng huyết áp trong thai kỳ	<140/90
	≥ 140/90 ở phụ nữ có:	

	• Tăng huyết áp thai kỳ có hoặc không kèm theo protein niệu • Tăng huyết áp từ trước kết hợp với tăng huyết áp thai kỳ • Tăng huyết áp kèm theo tổn thương nội tạng tiềm ẩn hoặc các triệu chứng bất cứ lúc nào trong thai kỳ	
ISSHP 2018	>140/90	110-140/80-85
2019 NICE	>140/90	≤ 135/85
2019 ACOG	≥ 160/110	120-140/80-110
2022 ACOG	≥ 140/90 đối với tăng huyết áp mãn tính	
2022 KSH	≥ 160/110	< 150/80-100
2024 ESC/ESH	≥ 140/90	< 140/80-90
BYT 2024	≥ 140/90 mmHg đo tại phòng khám (hoặc ≥ 135/85 mmHg đo tại nhà)	110-140/80

ESC/ESH: Hiệp hội Tim mạch Châu Âu/Hiệp hội Tăng huyết áp Châu Âu;

ISSHP: Hiệp hội Quốc tế Nghiên cứu Tăng huyết áp trong Thai kỳ;

NICE: Viện Quốc gia về Sức khỏe và Chăm sóc Xuất sắc;

ACOG: Trường Cao đẳng Sản phụ khoa Hoa Kỳ;

KSH: Hiệp hội Tăng huyết áp Hàn Quốc;

BYT: Bộ Y Tế Việt Nam.

4. Điều trị bằng thuốc

4.1.Thuốc điều trị trước sinh

Bảng 3. Liệu pháp dược lý điều trị tăng huyết áp trước sinh không nghiêm trọng và nghiêm trọng [1]

Tên thuốc	Liều khởi đầu	Liều dùng tối đa hàng ngày	Thời gian chỉnh liều ở bệnh nhân ổn định	Những lưu ý đặc biệt
Tăng huyết áp không nghiêm trọng				
Thuốc điều trị đầu tay				
Nifedipine giải phóng kéo dài	30 mg/ngày	120 hoặc 60 mg x 2 lần/ngày	5–7 ngày	Chống chỉ định ở bệnh nhân suy tim;

				các tác dụng phụ thường gặp bao gồm đỏ mặt, đau đầu và phù nề.
Labetalol .	200 mg x 2 lần/ngày	2400 mg/ngày	2–3 ngày	Tránh sử dụng ở bệnh nhân bị nhịp tim chậm, co thắt phế quản hoặc hen suyễn
Các thuốc thay thế				
Methyldopa .	250 mg x 2 lần/ngày	3000 mg/ngày	2–3 ngày	Khó dung nạp: phù ngoại biên, khô miệng, chóng mặt, buồn ngủ và ảnh hưởng đến tâm trạng; nguồn cung hạn chế
Amlodipine	5 mg/ngày	10 mg/ngày	5–7 ngày	Phù ngoại biên là hiện tượng phổ biến.
Hydrochlorothiazide	12,5 mg/ngày	50 mg/ngày	3–5 ngày	—
Furosemide .	10 mg/ngày	160 (có thể dùng 2 lần/ngày hoặc 3 lần/ngày)	3–5 ngày	Theo dõi tình trạng thể tích tuần hoàn để giảm thiểu nguy cơ thiếu máu nuôi dưỡng nhau thai
Hydralazine	10 mg x 4 lần/ngày	200 mg/ngày	2–3 ngày	—

Carvedilol	6,25 mg x 2 lần/ngày	25 mg x 2 lần/ngày (hoặc 50 mg x 2 lần/ngày nếu trọng lượng >100 kg)	2–3 ngày	Dữ liệu về kết quả trong thai kỳ còn hạn chế.
Metoprolol tartrate	12,5 mg x 2 lần/ngày	200 mg x 2 lần/ngày	2–3 ngày	Tránh sử dụng ở bệnh nhân bị nhịp tim chậm, co thắt phế quản hoặc hen suyễn.
Clonidine	0,1 mg x 2 lần/ngày, hoặc 1 miếng dán 0,1 mg mỗi tuần	2,4 mg/ngày hoặc 2 miếng dán 0,3 mg/ngày	7 ngày	Có thể bị tăng huyết áp do cai thuốc hoặc tăng huyết áp tái phát.
Thuốc điều trị tăng huyết áp cấp tính nghiêm trọng trong thai kỳ				
Labetalol (tiêm tĩnh mạch)	5–20 mg (tăng liều sau mỗi 10–15 phút đến liều tối đa 220 mg/ngày)			
Hydralazine (tiêm tĩnh mạch)	5–10 mg (tăng liều sau mỗi 20 phút đến tối đa 30 mg/ngày)			
Nifedipine giải phóng tức thì (dạng uống)	5–10 mg (tăng liều sau mỗi 30 phút đến tối đa 50 mg/ngày)			

- **Ghi chú:**

- Nifedipine có nhiều dạng bào chế; dạng tác dụng kéo dài nên được sử dụng như thuốc duy trì trong thai kỳ, và dạng tác dụng ngắn được dành riêng cho điều trị nhanh chóng tình trạng tăng huyết áp nặng.

-Các chế phẩm miếng dán clonidine qua da có thể rất hữu ích đối với phụ nữ mang thai bị nôn nghén nặng cần hạ huyết áp
- Không nên sử dụng atenolol do nguy cơ gây hạn chế tăng trưởng thai nhi.

4.2 Thuốc điều trị sau sinh

Bảng 4. Liệu pháp dược lý điều trị tăng huyết áp sau sinh [1]

Tên thuốc	Liều khởi đầu (mg/ngày)	Liều tối đa (mg/ngày)	Mức độ an toàn khi cho con bú
Các thuốc điều trị đầu tay			
Nifedipine XL	30 mg/ngày	120 hoặc 60 mg x 2 lần/ngày	An toàn; RID 2,3%–3,4%
Enalapril	5 mg/ngày	40 hoặc 20 mg x 2 lần/ngày	An toàn; RID 1,1%
Amlodipine	5 mg/ngày	10 mg/ngày	An toàn; RID 1,7%–4,3%
Labetalol	200 mg x 3lần/ngày	2400 mg/ngày	An toàn; RID 3,6%
Các thuốc thay thế			
Furosemide	10 mg/ngày	160 (có thể dùng 2 lần/ngày hoặc 3 lần/ngày)	An toàn; có thể làm giảm lượng sữa mẹ (liều >20 mg/ngày)
Hydralazine	10 mg x 4 lần/ngày	200 mg/ngày	An toàn; RID 0,77%–3%
Spironolactone	12,5 mg/ngày	—	An toàn; RID 2%–4,3%
Verapamil	80 mg/ngày	360 mg/ngày	An toàn; RID <1%
Carvedilol	6,25 mg x 2 lần/ngày	25 mg x 2 lần/ngày (hoặc 50 mg x 2 lần/ngày nếu cân nặng >100 kg)	Dữ liệu an toàn còn hạn chế, khả năng rủi ro thấp.
Metoprolol tartrate	12,5 mg x 2 lần/ngày	200 mg x 2 lần/ngày	Dữ liệu an toàn còn hạn chế, khả năng rủi ro thấp.

Bisoprolol	2,5 mg/ngày	20 mg/ngày	Dữ liệu an toàn hạn chế
Chlorthalidone	12,5 mg/ngày	100 mg/ngày	RID 1,9%–18,1%; có trong sữa mẹ, có thể làm giảm lượng sữa mẹ.
Eplerenone	25 mg/ngày	—	RID 0,01%–3,39%; dữ liệu an toàn hạn chế
Lisinopril	2,5 mg/ngày	40 mg/ngày	Dữ liệu an toàn hạn chế
Losartan	25 mg/ngày	100 mg/ngày	Dữ liệu an toàn hạn chế
Valsartan	20 mg/ngày	320 mg/ngày	Dữ liệu an toàn hạn chế
Clonidine	0,1 mg x 2 lần/ngày, hoặc miếng dán 0,1mg/tuần.	2,4 mg/ngày, hoặc hai miếng dán 0,3mg/ngày.	RID 0,9%–7,1%; dữ liệu an toàn còn hạn chế, có trong sữa mẹ và có khả năng ảnh hưởng tiêu cực đến quá trình tiết sữa.

- **Ghi chú:**

Liều dùng tương đối cho trẻ sơ sinh (RID) cho biết mức độ an toàn khi cho con bú. Mức RID <10% được coi là an toàn.

†Ở những bệnh nhân giảm nhẹ phân suất tống máu thất trái, cân nhắc liệu pháp phối hợp giữa thuốc chẹn beta và thuốc ức chế men chuyển angiotensin (ACEi) hoặc thuốc chẹn thụ thể angiotensin (ARB).

4.3.Phòng ngừa tiền sản giật

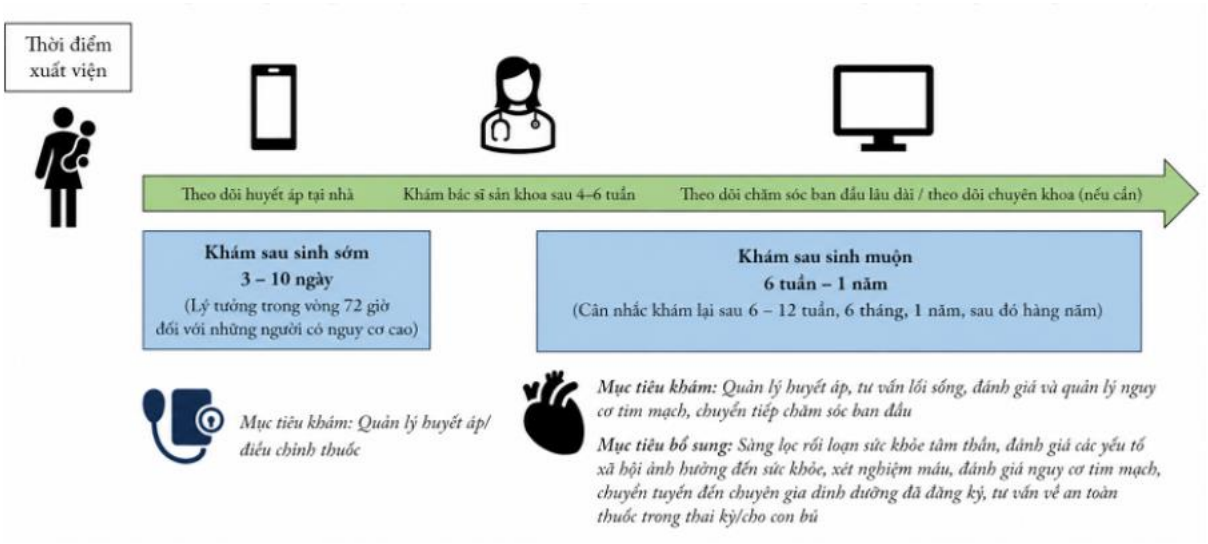
Aspirin liều thấp (75 đến 100 mg mỗi ngày) được khuyến cáo cho phụ nữ bị tăng huyết áp mạn tính, tiền sử tiền sản giật hoặc các tình trạng khác liên quan đến nguy cơ tiền sản giật cao hơn. Nên bắt đầu dùng aspirin từ tuần thứ 12 đến tuần thứ 28 của thai kỳ, tốt nhất là trước tuần thứ 16, và tiếp tục dùng hàng ngày cho đến khi sinh. Đối với những người có tiền sử tăng huyết áp sau sinh, nên dùng aspirin liều thấp trong các lần mang thai tiếp theo bắt đầu từ tuần thứ 12 để giảm nguy cơ tiền sản giật [1].

4.4. Chống chỉ định

Thuốc ức chế ACE, thuốc chẹn thụ thể angiotensin II, thuốc đối kháng thụ thể mineralocorticoid và thuốc ức chế renin trực tiếp chống chỉ định trong thai kỳ do liên quan đến dị tật bẩm sinh và thiểu ối ở thai nhi [1].

5. Điều trị không dùng thuốc

Hình 1. Lịch trình quản lý sau sinh - sau khi mắc chứng rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ [1]



6. Kết luận

Tăng huyết áp trong thai kỳ là nguyên nhân quan trọng gây biến chứng cho mẹ và thai nhi. Việc phát hiện sớm, kiểm soát huyết áp phù hợp và lựa chọn thuốc an toàn trong thai kỳ và giai đoạn sau sinh giúp giảm đáng kể nguy cơ biến chứng sản khoa cũng như nguy cơ tim mạch lâu dài ở phụ nữ.

Tài liệu tham khảo

1. Countouris M, Mahmoud Z, Cohen JB, Crousillat DR, Hameed AB, Garovic VD, et al. Hypertension in pregnancy and postpartum: current standards and opportunities to improve care. Circulation. 2025;151(7):e365-e394. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.124.073302.

2. Bộ Y tế. Quyết định số 1154/QĐ-BYT ngày 04 tháng 5 năm 2024 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sàng lọc, chẩn đoán và xử trí tăng huyết áp ở phụ nữ mang thai, tiền sản giật và sản giật". Hà Nội: Bộ Y tế; 2024.

3. Lee JY, Lee SH. Hypertensive disorders of pregnancy: advances in understanding and management. Clin Hypertens. 2025;31:e1. doi:10.5646/ch.2025.31.e1.

Nguồn : https://benhvien108.vn/duoc-lam-sang/quan-ly-tang-huyet-ap-o-phu-nu-mang-thai-va-sau-sinh.htm