

Số: \_\_\_\_\_/HD-BVHV

## HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ

### Chẩn đoán và điều trị SẢN GIẬT

#### ĐẠI CƯƠNG

Sản giật là một cấp cứu sản khoa hiếm gặp nhưng đe dọa tính mạng bệnh nhân (1/2000 cas sinh) đặc trưng bởi sự xuất hiện đột ngột của cơn co giật, không có nguyên nhân khác, trên sản phụ có triệu chứng lâm sàng của TSG.

Sản giật có thể xuất hiện trước sinh ( 38-53%), trong chuyển dạ (18-36%) hay sau sinh (11-44%).

Những trường hợp sản giật không điển hình có thể xuất hiện trước 20 tuần, dù bệnh nhân đã đủ liều magnesium sulfate hoặc dùng > 48 giờ sau sinh.

#### CHẨN ĐOÁN:

a) Lâm sàng : Mỗi cơn giật trải qua 4 giai đoạn

Giai đoạn xâm nhiễm : co giật ở miệng, mặt, kéo dài vài giây.

Giai đoạn co cứng toàn thân: kéo dài 15 -20 giây

Giai đoạn co giật tay chân và toàn thân : co giật từng cơn, mặt tím do ngưng thở, miệng sùi bọt mép lẫn máu, hàm dưới đóng mở từng hồi (nguy cơ cắn lưỡi, chảy máu tràn vào đường hô hấp), kéo dài khoảng 1 phút.

Giai đoạn hôn mê : các cử động co giật nhẹ và thưa dần rồi ngưng. Bệnh nhân rơi vào hôn mê, thở lại, nhịp thở nhanh đều. Giai đoạn này có thể ngắn hay dài nhưng khi tỉnh lại, bệnh nhân hoàn toàn không nhớ gì trước khi co giật cả.

Nếu không được điều trị cơn giật có thể diễn ra trở lại nhiều lần.

Trong và sau cơn giật, bệnh nhân có tình trạng toan huyết, các rối loạn chức năng nặng thêm. Các biến chứng nặng thường xảy ra, dễ gây tử vong.

b) Cận lâm sàng

Các chỉ số Hct, acid uric huyết thanh, men gan, chức năng thận tăng. Chức năng đông máu rối loạn với tiêu cầu giảm

Nước tiểu: Đạm niệu gia tăng.

Đôi khi cần thực hiện khí máu động mạch, CT Scan hay MRI hệ thần kinh trung ương.

**MỤC ĐÍCH: Kiểm soát sản giật và ngừa cơn giật tái phát**

- Không chế, ngừa cơn giật và đảm bảo an toàn cho bệnh nhân
- Kiểm soát huyết áp
- Đánh giá trạng thái thần kinh
- Điều chỉnh thiếu oxy máu và toan máu (nếu có)
- Cân nhắc chấm dứt thai kỳ

**XỬ TRÍ:**

**KHI XẢY RA CƠN GIẬT:**

- Báo động, gọi giúp đỡ, không để bệnh nhân một mình
- Nghiêng bệnh nhân sang trái
- Thở Oxy 100% qua mask 6 – 8 l/phút
- Thực hiện: ngáng lưỡi, không giữ chặt bệnh nhân,
- Thông đường hô hấp: Hút sạch nhớt, nước bọt, máu, chất nôn ở miệng nếu có.
- Mặc máy đo sinh hiệu, monitor sản
- Ghi nhận thời gian khởi phát, biểu hiện, tiến trình và thời gian kết thúc cơn giật, tri giác, dấu hiệu tím tái

**Đồng thời điều trị Magnesium Sulfate ngay:**

- a) Liều tấn công: 4 – 6 g TTM (truyền tĩnh mạch) trong 15-20 phút (4,5g nếu cân nặng  $\leq$  60kg, 6g nếu cân nặng  $>$ 60kg)
- b) Liều duy trì 2 gr/ giờ trong 2 giờ + xét chức năng gan thận và  $Mg^{2+}$  máu. Giảm duy trì 1 gr/1 giờ sau đó tùy thuộc vào kết quả xét nghiệm.

**Lưu ý:**

*Tiêu chuẩn trước khi truyền Magnesium sulfate ngừa cơn giật:*

- + Phản xạ gân xương còn
- + Nhịp thở  $>$  12 lần/ phút

- + Lượng nước tiểu >100ml/ 4 giờ
  - + Ghi nhận mạch, huyết áp
- Cần có chất đối kháng Calcium Gluconate 10% 10ml khi dùng Magnesium Sulfate để xử trí khi có dấu ngộ độc.*

### **SAU CƠN GIẬT:**

- Đo mạch, huyết áp, nhịp thở, spO<sub>2</sub>/ monitor, PXGX mỗi 15 phút trong 1 giờ đầu, sau đó mỗi 30 phút trong 2 giờ và mỗi giờ 1 lần nếu tạm ổn định.
- Dấu hiệu tri giác, nhiệt độ
- Tim thai, cơn gò/ CTG
- Chấm dứt thai kỳ khi cơn giật ổn định

### **Duy trì Magnesium sulfate ít nhất 24 giờ**

- Ngưng truyền Magnesium sulfate trong khi mổ sinh không làm giảm khả năng tương tác giữa Magnesium sulfate với các thuốc mê nhưng lại làm giảm nồng độ Magnesium sulfate trong huyết thanh dưới ngưỡng điều trị, tăng nguy cơ sản giật sau sinh tại phòng hồi sức. Do đó, tiếp tục Magnesium sulfate trong lúc mổ ở các thai phụ bị sản giật hay tiền sản giật nặng mổ sinh để ngừa sản giật hiệu quả hơn (khuyến cáo).
- Sản giật tái phát: lặp lại liều tấn công Magnesium sulfate TTM 2g trong 5-10 phút, liều duy trì 2g/ giờ
- Nếu vẫn còn cơn giật, bệnh nhân cơn giật nhiều lần cần tiến hành hội chẩn bác sĩ gây mê hồi sức, chuyên khoa thần kinh và thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh đánh giá tổn thương hệ thần kinh trung ương.

Cần nhắc phương pháp ngừa cơn giật khác nếu bệnh nhân có chống chỉ định Magnesium sulfate (*khi đã có dấu ngộ độc Magnesium Sulfate hay suy chức năng thận nặng hay vô niệu*) như các thuốc an thần họ -zepam hoặc thiopenton (phối hợp Gây mê-Hồi sức).

### **Theo dõi khi truyền Magnesium sulfate trong Sản giật:**

- + Phản xạ gân xương mỗi giờ: nếu mất phản xạ gân xương → ngưng truyền Magnesium sulfate và định lượng Magnesium sulfate
  - + Lượng nước tiểu mỗi giờ: nếu thiếu niệu hoặc ure/máu >10, định lượng Magnesium sulfate/ 6 giờ
- Duy trì ngưỡng điều trị nồng độ Magnesium huyết thanh từ 2- 4 mmol/l

Nếu nồng độ Magnesium sulfate >4mmol/l → ngưng truyền Magnesium sulfate

- + Tình trạng hô hấp, mạch, huyết áp mỗi giờ : nếu nhịp thở < 12 lần/ phút hoặc SpO<sub>2</sub><95% → ngưng truyền Magnesium sulfate, hồi sức tim phổi
- + Đo ECG khi đau ngực hoặc nghi ngờ rối loạn nhịp tim

#### **Xử trí ngộ độc Magnesium sulfate:**

**Ngưng truyền tĩnh mạch** Magnesium Sulfate ngay

**Tiêm tĩnh mạch chậm** 1g Calcium Gluconate (1g/10ml ) trong 3-10 phút. Khi tiêm Calcium Gluconate nên theo dõi phản ứng ở bệnh nhân. Tiêm tĩnh mạch nhanh có thể làm dẫn mạch, nhịp tim chậm, hạ huyết áp, rối loạn nhịp tim, ngưng tim, ngất và ngưng tim.

Theo dõi sát tri giác, hô hấp, nhịp tim, lượng nước tiểu bệnh nhân

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hypertension in pregnancy, ACOG 2013
2. The diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia, clinical practice guideline of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Physicians of Ireland 2011
3. Management of the woman with eclampsia, clinical guidelines, King Edward Memorial Hospital 2012
4. Magnesium Sulfate anticonvulsant therapy, clinical guidelines, King Edward Memorial Hospital 2014