

CẤP CỨU TIM MẠCH Ở PHỤ NỮ MANG THAI

PGS.TS. Đinh Thị Thu Hương

Tóm tắt những điểm lưu ý chính về thay đổi sinh lý tuần hoàn ở phụ nữ mang thai

- * Thể tích tuần hoàn, cung lượng tim, tần số tim tăng mạnh nhất ở tuần thứ 12 của thai kì, duy trì khá ổn định trong thời gian mang thai và giảm mạnh sau khi sinh
- * Trong thời gian mang thai, các bệnh lý tim mạch gây cản trở tổng máu thất trái ==> càng tăng áp lực trước vị trí cản trở ==> gây ứ máu phổi ==> phù phổi cấp
- * Trong thời gian mang thai, bệnh nhân suy tim ứ huyết ==> càng làm tăng thể tích tuần hoàn ==> càng tăng nguy cơ suy tim và phù phổi cấp

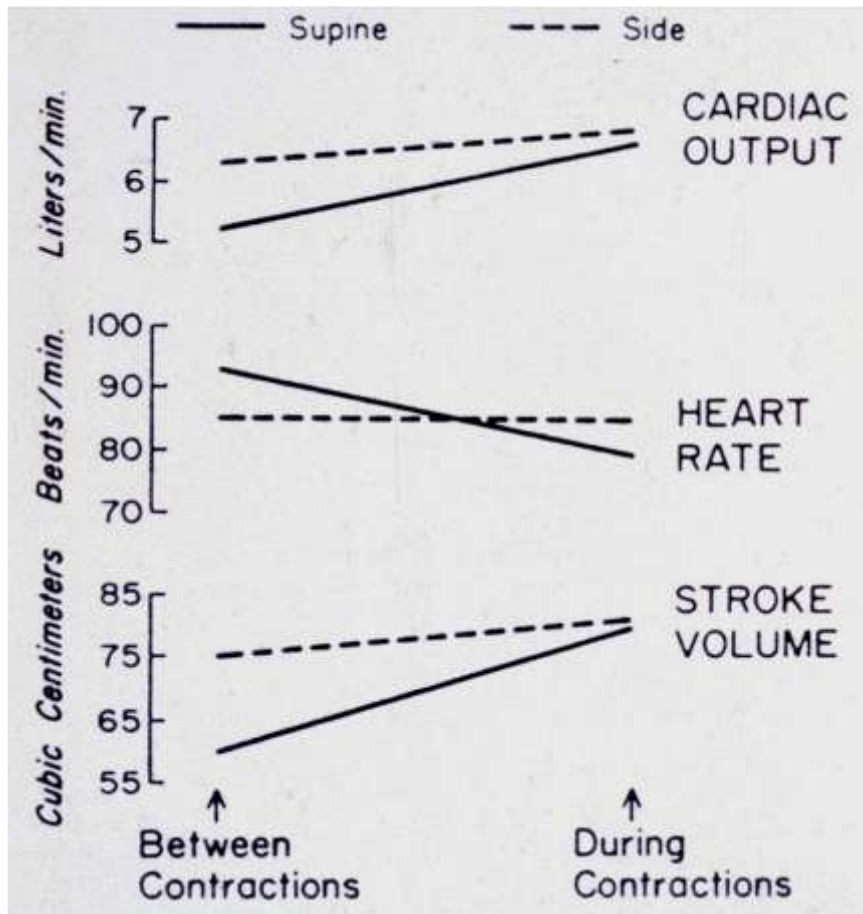
Thay đổi sinh lý khi chuyển dạ và sinh con

■ Chuyển dạ và sinh con:

- Đau, lo lắng có thể làm tăng cung lượng tim lên 50-61%
- Co cơ tử cung sau sinh đẩy 300-500 ml máu vào hệ thống tĩnh mạch chủ dưới
- Tác động trên hệ tuần hoàn của co cơ tử cung:

Tham số	Thay đổi	chỉ số
Thể tích máu	Tăng	300-500 mL
Cung lượng tim	Tăng	30-60%
Tần số tim	Tăng hoặc giảm	-----
Huyết áp	Tăng	HA TT và HA TTr
Kháng mạch ngoại biên	Không đổi	-----
Tiêu thụ O ₂	Tăng	100%

Thay đổi sinh lý khi chuyển dạ và sinh con



- Chuyển dạ và sinh con:
 - Thay đổi huyết động không đột ngột khi nằm nghiêng
 - Thao tác trong tư thế đẻ phụ thuộc vào bệnh học tim mạch

Những điểm lưu ý thay đổi sinh lý tuần hoàn ở phụ nữ có thai khi chuyển dạ

- * Thể tích tuần hoàn, cung lượng tim, huyết áp tâm thu / tâm trương tăng nhanh trong thời gian chuyển dạ.
- * Trong thời gian chuyển dạ, các bệnh lý tim mạch gây cản trở tổng máu thất trái ==> càng tăng áp lực trước vị trí cản trở ==> gây ứ máu phổi ==> phù phổi cấp
- * Trong thời gian chuyển dạ, bệnh nhân suy tim ứ huyết ==> càng làm tăng thể tích tuần hoàn ==> càng tăng nguy cơ suy tim và phù phổi cấp

Thay đổi huyết động sau khi sinh con

Tham số	Thay đổi	Ghi chú
Thể tích tuần hoàn	Giảm	Do Mất máu
CO	Tăng	60 - 80% tăng ngay lập tức sau đó giảm nhanh và trở về giới hạn bình thường trong vòng vài tuần
SV	Giảm	
HR	Giảm	
BP	Không đổi	
SVR	Tăng	Giảm sức cản của dòng máu rau thai

PHÂN TẦNG NGUY CƠ

NGUY CƠ

Tăng áp lực động mạch phổi
Hẹp eo động mạch chủ có biến chứng
HC Marfan có tổn thương van ĐMC
Bệnh cơ tim chu sản có giảm EF

25 - 50%

Hẹp eo động mạch chủ
Tứ chứng Fallot không được sửa chữa
Tiền sử NMCT
Van tim cơ học
Hẹp van động mạch chủ
HHL kèm rung nhĩ
HHL có suy tim NYHA III - IV

5 -
15%

Thông liên nhĩ không biến chứng
Thông liên thất không biến chứng
Còn ống động mạch không biến chứng
Tứ chứng Fallot được sửa chữa
Van tim sinh học
Hẹp hai lá (NYHA I, II)
Hẹp phổi
Hở van ba lá

5%

Tỷ lệ tử vong

NHỮNG PHỤ NỮ TBS NÀO KHÔNG NÊN MANG THAI ?



**PHỤ NỮ BỊ TBS CÓ NGUY CƠ
TỬ VONG > 25% KHÔNG NÊN MANG THAI**

1. Tăng áp lực động mạch phổi tiên phát/thứ phát
2. Bệnh cơ tim chu sản có suy tim
3. Hội chứng Marfan có giãn động mạch chủ
4. Biến chứng của hẹp eo động mạch chủ



Dùng thuốc gì nếu phải dùng (1)?

Table 2. Fetal Effects of, Maternal Indications for, and Risks Associated with Drugs Used in the Treatment of Maternal Valvular Heart Disease.*

Drug	Fetal Effects	Indications in Pregnant Patients with Valve Disease	Risk Category
Diuretics			
Furosemide	Increased urinary sodium and potassium levels	To decrease congestion associated with valvular heart disease	C _m
Antihypertensive agents			
Beta-blockers	Possible decreased heart rate, possible lower birth weight	Hypertension, supraventricular arrhythmias, to control heart rate in women with clinically significant mitral stenosis	D _m
Methyldopa	No major adverse effects	Hypertension	C
Vasodilator agents			
Angiotensin-converting-enzyme inhibitors	Urogenital defects, death, intrauterine growth retardation	Not indicated during pregnancy and should be discontinued	D _m
Hydralazine	No major adverse effects	For vasodilation in cases of aortic regurgitation and ventricular dysfunction	C _m
Nitrates	Possible bradycardia	Rarely used to decrease venous congestion	B–C _m

Dùng thuốc gì nếu phải dùng (2)?

Anticoagulant and antithrombotic agents

Warfarin	Hemorrhage, developmental abnormalities when used between wk 6 and 12 of gestation	For anticoagulation of mechanical heart valves, valvular heart disease with associated atrial fibrillation during wk 12–36 of pregnancy	D _m
Unfractionated heparin	Hemorrhage, no congenital defects	For anticoagulation of mechanical heart valves, valvular heart disease with associated atrial fibrillation during wk 6–12 and after wk 36 of pregnancy	C _m
Low-molecular-weight heparin	Hemorrhage	Not currently indicated during pregnancy	D _m
Aspirin	Hemorrhage, prolongation of labor, low birth weight (when taken in high doses)	Low-dose aspirin (81 mg/day) occasionally used as an adjunct in patients with previous embolic events or prosthetic-valve thrombosis	C

Antiarrhythmic agents

Digoxin	No major adverse effects	For suppression of supraventricular arrhythmias	C
Adenosine	No major adverse effects	For immediate conversion of supraventricular arrhythmias	C _m
Quinidine	High doses may be oxytocic	Occasionally used for suppression of atrial or ventricular arrhythmias	C _m
Procainamide	No major adverse effects	Occasionally used for suppression of atrial or ventricular arrhythmias	C _m
Amiodarone	Hypothyroidism, intrauterine growth retardation, premature birth	Rarely used during pregnancy because of side effects; may be used to suppress atrial or ventricular arrhythmias in high-risk patients	C _m

Dùng thuốc gì nếu phải dùng (3)?

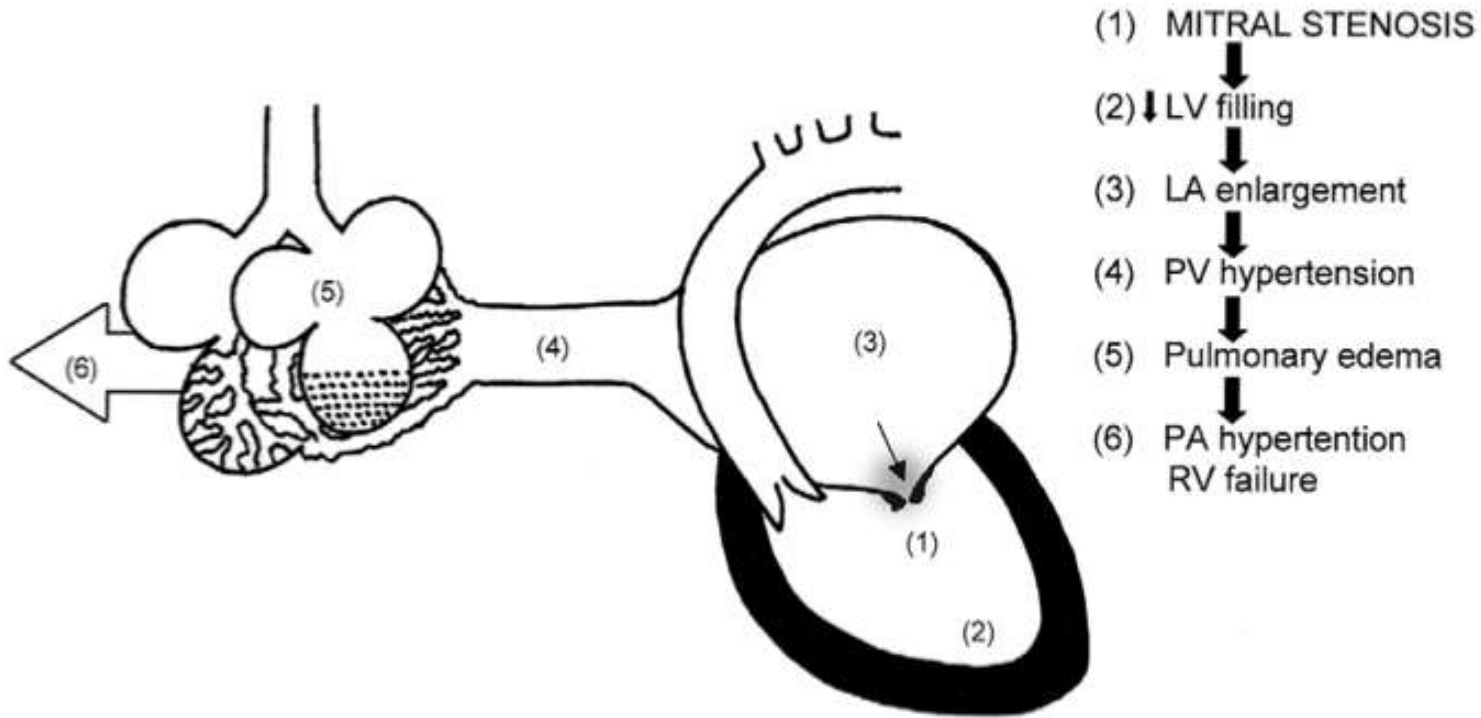
Table 2. (Continued.)

Drug	Fetal Effects	Indications in Pregnant Patients with Valve Disease	Risk Category
Antibiotics for prophylaxis against endocarditis†			
Ampicillin	No major adverse effects	Given along with gentamicin to high-risk patients to prevent endocarditis	B
Vancomycin	No major adverse effects	Given along with gentamicin to high-risk patients with allergy to penicillin to prevent endocarditis	C _m
Gentamicin	No major adverse effects	Given along with ampicillin or vancomycin to high-risk patients to prevent endocarditis	C

* Adapted from Briggs et al.¹⁰ The risk categories are defined as follows. For drugs in category B, either studies of animal reproduction have not demonstrated a fetal risk but there have been no controlled studies in pregnant women or studies of animal reproduction have shown an adverse effect (other than a decrease in fertility) that was not confirmed in controlled studies in women in the first trimester of pregnancy (and there is no evidence of a risk in later trimesters). For drugs in category C, either studies in animals have revealed adverse effects on the fetus and there have been no controlled studies in pregnant women or no studies in women or animals are available; these drugs should be given only if the potential benefit justifies the potential risk to the fetus. For drugs in category D, there is evidence of risk to the human fetus, but the benefits from use in pregnant women may be acceptable despite the risk. A subscript m indicates that the manufacturer has rated the risk.

Những Bệnh Lý Van Tim Đặc Biệt ở phụ nữ có thai và cách xử trí

HỆP HAI LÁ Ở PHỤ NỮ MANG THAI



Cản trở máu từ nhĩ trái xuống thất trái ==> tăng áp lực nhĩ trái và ĐMP, giảm đổ đầy thất trái

HHL CÓ TRIỆU CHỨNG LÀ YẾU TỐ NGUY CƠ CAO ĐỐI VỚI NGƯỜI MẸ VÀ THAI NHI

Table 1. Classification of Valvular Heart Lesions According to Maternal, Fetal, and Neonatal Risk.*

Low Maternal and Fetal Risk	High Maternal and Fetal Risk	High Maternal Risk	High Neonatal Risk
Asymptomatic aortic stenosis with a low mean outflow gradient (<50 mm Hg) in the presence of normal left ventricular systolic function	Severe aortic stenosis with or without symptoms	Reduced left ventricular systolic function (left ventricular ejection fraction <40%)	Maternal age <20 yr or >35 yr
Aortic regurgitation of NYHA class I or II with normal left ventricular systolic function	Aortic regurgitation with NYHA class III or IV symptoms	Previous heart failure	Use of anticoagulant therapy throughout pregnancy
Mitral regurgitation of NYHA class I or II with normal left ventricular systolic function	Mitral stenosis with NYHA class II, III, or IV symptoms	Previous stroke or transient ischemic attack	Smoking during pregnancy
Mitral regurgitation of NYHA class I or II with normal left ventricular systolic function	Mitral regurgitation with NYHA class III or IV symptoms		Multiple gestations
Mitral-valve prolapse with no mitral regurgitation or with mild-to-moderate mitral regurgitation and with normal left ventricular systolic function	Aortic-valve disease, mitral-valve disease, or both, resulting in severe pulmonary hypertension (pulmonary pressure >75% of systemic pressures)		
Mild-to-moderate mitral stenosis (mitral-valve area >1.5 cm ² , gradient <5 mm Hg) without severe pulmonary hypertension	Aortic-valve disease, mitral-valve disease, or both, with left ventricular systolic dysfunction (ejection fraction <0.40)		
Mild-to-moderate pulmonary-valve stenosis	Maternal cyanosis		
	Reduced functional status (NYHA class III or IV)		

Nguy cơ: tiến triển thành rung nhĩ, huyết khối, OAP, TALĐMP, suy tim phải

Lưu ý: Không dùng các thuốc cường beta giao cảm (các thuốc thường dùng trong sản khoa)

Điều trị:

Thuốc chẹn beta

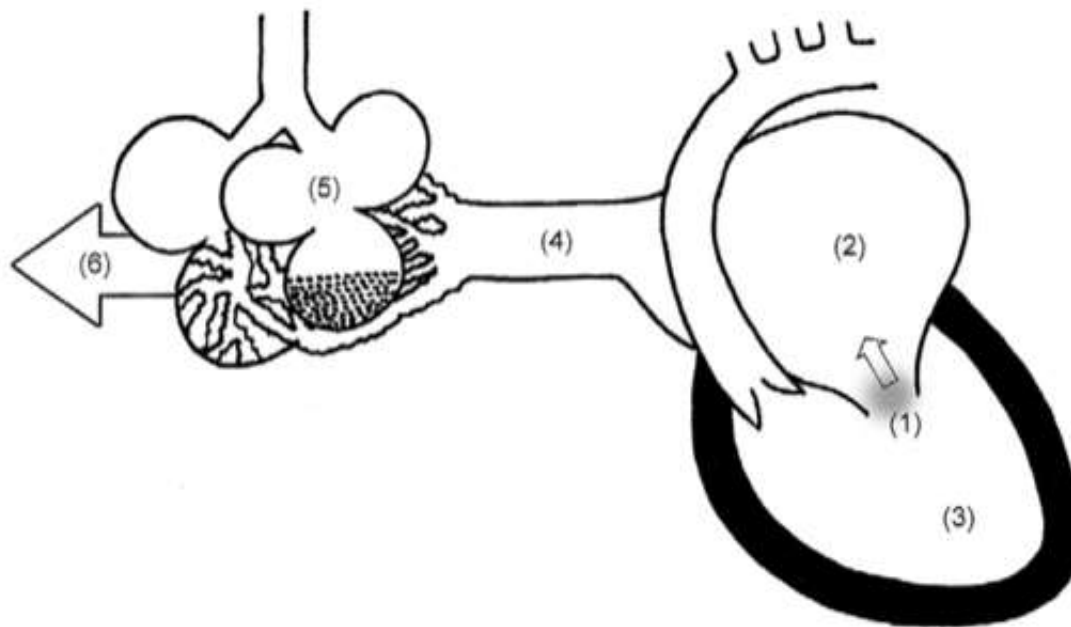
Digoxin + chống đông ở BN rung nhĩ

Lưu ý chỉ dùng lợi tiểu khi có bằng chứng ứ dịch

Nong van hai lá khi thai > 20 tuần

Phẫu thuật: tử vong mẹ / thai cao hơn NVHL

HỖ HẠI LÁ Ở PHỤ NỮ MANG THAI



(1) MITRAL REGURGITATION

↓
(2) LA dilatation

↓
(3) LV volume overload
LV dilatation

↓
(4) PV hypertension

↓
(5) Pulmonary edema

↓
(6) PA hypertention
RV failure

Thường BN dung nạp tốt ở thời kì thai nghén.
Triệu chứng nếu có do giảm CO

Điều trị:

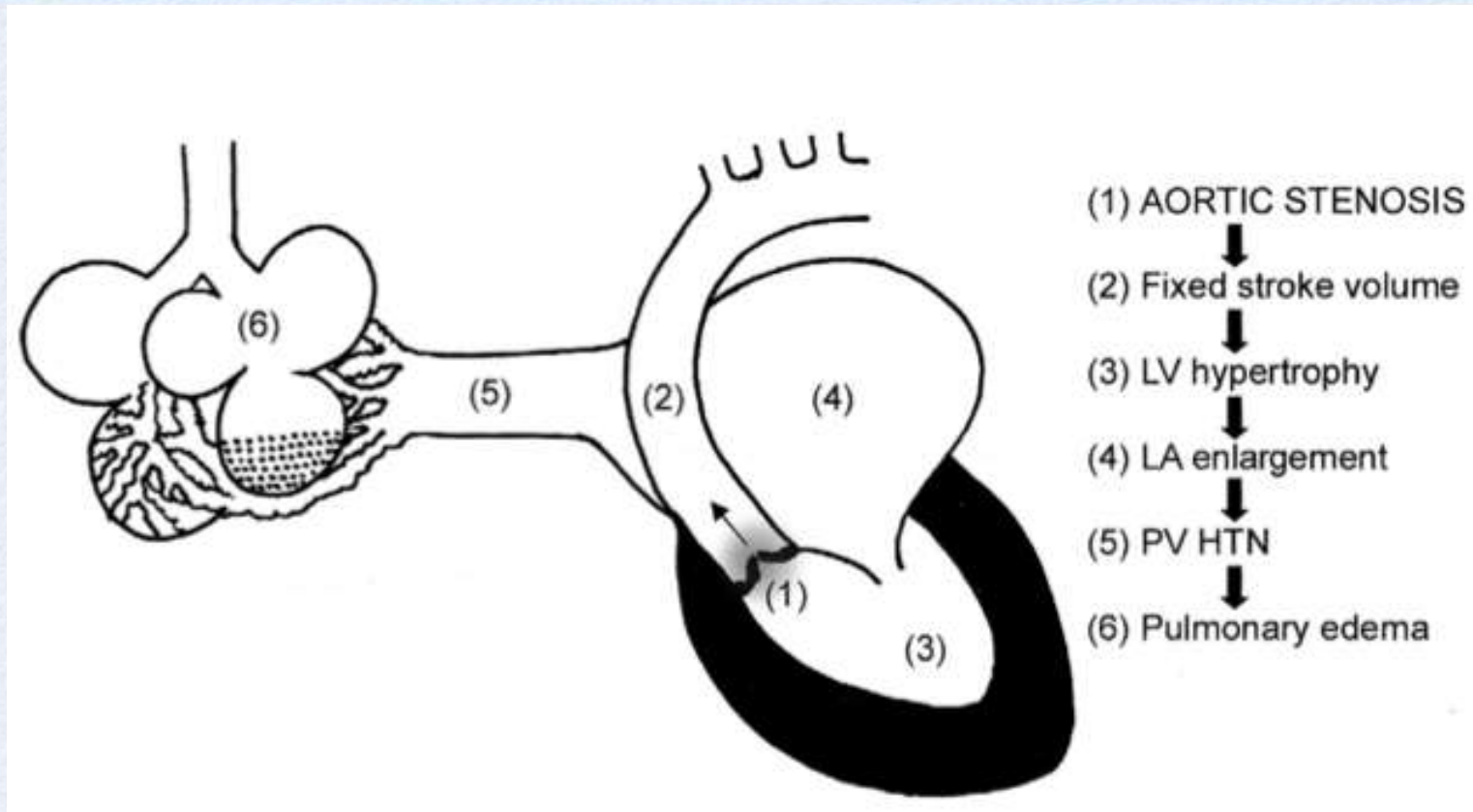
BN không có triệu chứng: không cần điều trị

BN có triệu chứng: đáp ứng tốt với digitalis, lợi tiểu, giãn mạch

Dùng chống đông khi Bn có rung nhĩ kèm theo

Lưu ý: Không dùng thuốc ức chế men chuyển và thuốc đối kháng thụ thể angiotensin

HẸP CHỦ Ở PHỤ NỮ MANG THAI



Hẹp chủ gây giảm cung lượng tim, giảm tưới máu ĐMV, mạch não, tăng áp lực nhĩ trái

CẢNH BÁO



KHÔNG NÊN MANG THAI

- * BN HC nặng dù không có triệu chứng
- * BN HC có triệu chứng như suy tim, ngất, ngừng tim

Triệu chứng: Đau ngực (giảm tưới máu mạch vành), ngất (giảm tưới máu mạch não), suy tim (tăng áp lực nhĩ trái)

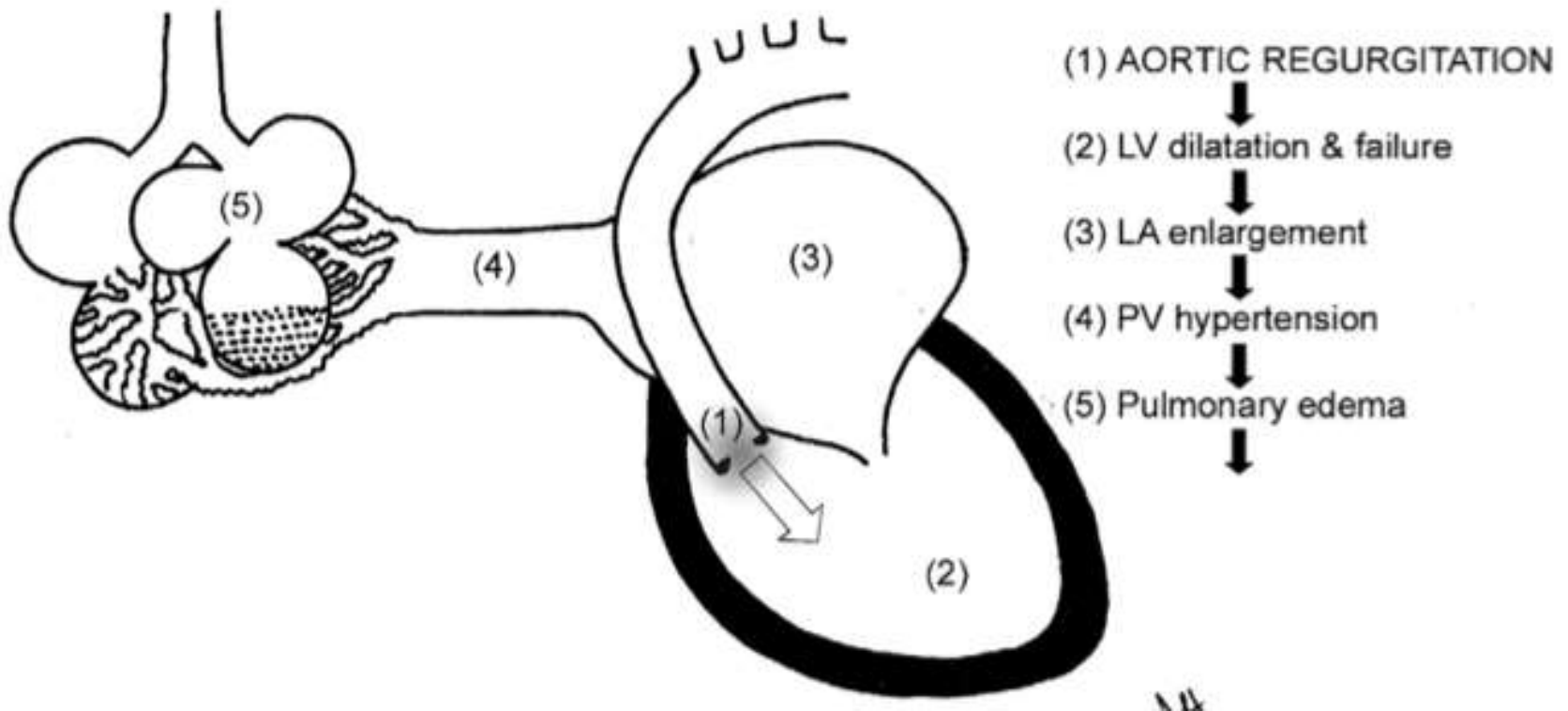
Điều trị:

HC nhẹ - vừa không có triệu chứng: tránh gắng sức

HC nặng: Nong van ĐMC (sau tuần 20) hoặc phẫu thuật thay van ĐMC

Lưu ý: Tránh tụt HA và mất máu nhiều khi sinh

HỖ CHỦ Ở PHỤ NỮ MANG THAI



Thường BN dung nạp tốt ở thời kì thai nghén.

Điều trị:

BN không có triệu chứng: không cần điều trị

BN có triệu chứng suy tim: đáp ứng tốt với digitalis, lợi tiểu, giãn mạch

Dùng chống đông khi Bn có rung nhĩ kèm theo

Lưu ý: Không dùng thuốc ức chế men chuyển và thuốc đối kháng thụ thể angiotensin

Tránh quá tải thể tích

CÁC BỆNH LÝ GÂY TỔN THƯƠNG VAN ĐMP VÀ VAN BA LÁ

- * HC Ebstein
- * Các bệnh TBS có sửa chữa
- * Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng van tim bên tim phải do tiêm chích

Thường dung nạp tốt trong thời kỳ thai nghén

Nguy cơ: cơn tim nhanh và suy tim phải

TĂNG ÁP LỰC ĐỘNG MẠCH PHỔI



KHÔNG NÊN MANG THAI

- * TALĐMP nặng (tiên phát hoặc thứ phát) là bệnh lý có nguy cơ tử vong mẹ cao trong thời kì thai nghén và thời kì hậu sản.
- * Nguy cơ tử vong mẹ khoảng 50%
- * **BN TALĐMP nên sử dụng các biện pháp tránh thai hợp lý**

Tiên lượng nặng

Điều trị:

Tránh tụt huyết áp ==> duy trì cung lượng tim

Không cần sử dụng chống đông để dự phòng biến chứng huyết khối

Nên dùng tắt áp lực trong thời kì chu sinh để dự phòng huyết khối TM chân

Lưu ý: Siêu âm tim thường đánh giá quá mức ALĐMP. Cần thông tim đo ALĐMP chính xác nếu nghi ngờ.

VAN NHÂN TẠO Ở PHỤ NỮ MANG THAI

- * Thai nghén không làm ảnh hưởng tới tuổi thọ của van nhân tạo
- * Vấn đề cần lưu ý ở phụ nữ có van tim nhân tạo khi mang thai là: **CHỐNG ĐÔNG**
- * Wafarin < 5 mg/ngày ít ảnh hưởng tới biến chứng ở thai nhi
- * Wafarin qua rau thai ==> ảnh hưởng đến sự phát triển của sụn và xương trong 12 tuần đầu của thai kì và gây chảy máu nội sọ ở trẻ sau sinh.
- * Heparin và Heparin trọng lượng phân tử thấp không đi qua rau thai

DÙNG THUỐC CHỐNG ĐÔNG Ở PHỤ NỮ MANG THAI

- * 0 - 14 tuần: Heparin hoặc LMWH
- * 14 - 36 tuần: Heparin hoặc LMWH hoặc warfarin
- * Sau tuần 36: Heparin
- * Sau khi đẻ thường 6 h hoặc đẻ mổ 12 h: cho chống đông trở lại

DÙNG THUỐC CHỐNG ĐÔNG Ở PHỤ NỮ MANG THAI

**Heparin
hoặc
LMWH**

**Heparin hoặc
LMWH hoặc
Wafarin**

Heparin

0 - 14 tuần

14 - 36 tuần

> 36 tuần

CHỈ ĐỊNH MỔ ĐẼ

Table 1. Indications for Cesarean Section in Women With Cardiovascular Disease

Obstetrical reasons

Anticoagulation with warfarin

Fixed obstructive cardiac lesions

Pulmonary hypertension

Dilated/unstable aorta

PHẦN IV: TĂNG HUYẾT ÁP VÀ THAI NGHÉN



Phân loại THA và thai nghén

- THA có từ trước: xuất hiện trước khi có thai hoặc trước 20 tuần, tồn tại sau 42 ngày sau đẻ, thường có protein niệu nhẹ
- THA liên quan thai nghén: xuất hiện sau 20 tuần, thường hết sau 42 ngày sau đẻ, có thể
 - Không có protein niệu
 - Có protein niệu đáng kể: Tiền sản giật
- THA có từ trước, nặng lên trong quá trình thai nghén, có kèm tăng protein niệu nặng ($>3\text{g/ngày}$) khi có thai
- THA không rõ: không biết thời điểm xuất hiện

Đánh giá THA và thai nghén

- Ngưỡng gọi là THA còn bàn cãi
- Vẫn sử dụng 140/90 mmHg
- Huyết áp tâm trương: lấy phase V của Korottkof (phase IV nếu phase V = 0)
- Nên theo dõi huyết áp 24 giờ để có đánh giá chính xác hơn

Tóm tắt điều trị THA ở phụ nữ có thai (ESC/ESH 2007) (1)

- THA ở phụ nữ có thai, đặc biệt là tình trạng tiền sản giật làm tăng biến cố với người mẹ và trẻ
- Chế độ điều trị không dùng thuốc (nghỉ ngơi, theo dõi chặt chẽ) được chỉ định khi THA có từ trước với HATT 140 – 149 và hoặc HATTr 90 – 95 mmHg
- Với THA do thai nghén (có hoặc không có protein niệu) có thể cho thuốc khi HA >140/90 mmHg
- Khi HATT > 170 và/hoặc HATTr > 110 mmHg coi là tình trạng cấp cứu cần nhập viện theo dõi

Tóm tắt điều trị THA ở phụ nữ có thai (ESC/ESH 2007) (2)

- Nếu không có tình trạng nặng, các thuốc nên lựa chọn hàng đầu là: alpha methyldopa; labetalol; chặn kênh calci hoặc (ít hơn) chặn beta giao cảm
- Với tình trạng tiền sản giật với phù phổi nên dùng thuốc nitrates dạng truyền TM; không nên dùng lợi tiểu

Tóm tắt điều trị THA ở phụ nữ có thai (ESC/ESH 2007) (3)

- Trong tình trạng cấp cứu:
 - Labetalol truyền TM; alpha methtldopa dạng uống; nifedipin uống nên được chọn
 - Không dùng hydralazine vì nhiều tác dụng phụ
 - Có thể dùng natri nitroprussid, nhưng không kéo dài
- Không khuyến cáo: bổ sung calcium; dầu cá; aspirin. Tuy nhiên, Aspirin liều thấp có thể cho bệnh nhân tiền sản giật xuất hiện sớm.

SUY TIM Ở PHỤ NỮ MANG THAI

Chiếm 25% tỉ lệ tử vong do tim mạch, 10% ở BN có EF <20%

Nguyên nhân:

- + Bệnh cơ tim giãn
- + Bệnh van tim
- + Bệnh cơ tim chu sản

Xử trí:

- + Nghỉ ngơi tại giường, oxy
- + Lợi tiểu
- + Giãn mạch: Hydralazine(UCMC chống chỉ định cho đến lúc đẻ)
- + Chống đông LMWH
- + Co bóp tim hỗ trợ bằng máy trong trường hợp nặng
- + Chẹn Beta có thể sử dụng trong 1 số trường hợp(theo dõi cân nặng của thai, nhịp tim khi sinh)

BỆNH CƠ TIM PHÌ ĐẠI Ở PHỤ NỮ MANG THAI

Nhìn chung tiên lượng của mẹ và con tốt trong khi mang thai và khi đẻ, cần hỏi tiền sử gia đình và phát hiện bệnh trước khi mang thai

Xử trí:

- Tránh mất nước: cơ tim cứng kém đáp ứng khi mất nước**
- Chẹn beta làm giảm triệu chứng tắc nghẽn ĐRTT, lưu ý có thể gây chậm tăng cân thai.**
- Lợi tiểu nếu ứ dịch hoặc suy tim ứ huyết.**
- Gây tê tủy sống khi sinh con là cần thiết và an toàn cho mẹ nếu không có chèn ép ĐRTT.**

BỆNH CƠ TIM CHU SẴN Ở PHỤ NỮ MANG THAI

- **YẾU TỐ NGUY CƠ:** gặp ở bà mẹ quá trẻ/quá già khi sinh con, sinh đôi, THA, đa ối, PN châu Phi.
- Bệnh cảnh lâm sàng giống như bệnh cơ tim giãn, nhưng thường xuất hiện ở tháng cuối thời kỳ thai nghén hoặc 6 tháng sau sinh.
- Không tìm thấy bệnh tim gì khác.
- Rối loạn chức năng thất trái chiếm 50% trường hợp, nguy cơ cao khi có thai ngay cả khi chức năng thất trái đã về bình thường.
- Tỷ lệ tử vong khoảng 20% nếu chức năng tim không về bình thường.

NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP Ở PHỤ NỮ MANG THAI

NMCT cấp ở phụ nữ mang thai 1/10 000

Tỉ lệ tăng do: tuổi mang thai tăng, béo phì, ĐTĐ

Tỉ lệ tử vong 5%, đặc biệt nếu NMCT xảy ra ở tháng cuối

Yếu tố nguy cơ NMCT ở phụ nữ mang thai: THA, béo phì, ĐTĐ, thuốc lá, truyền máu, nhiễm trùng sau mổ, tuổi >30, thrombophilia.

NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP Ở PHỤ NỮ MANG THAI

Tiêu chuẩn chẩn đoán:

NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP Ở PHỤ NỮ MANG THAI

Xử trí: Còn ít nghiên cứu

Aspirin 75mg/ngày

Beta bloc

PCI: cân nhắc tùy trường hợp

Không dùng tiêu huyết khối: nguy cơ đẻ non, chảy máu nặng. NMCT trước rộng mà không thể PCI có thể cân nhắc dùng tiêu huyết khối nếu việc không điều trị nguy hại đến tính mạng mẹ và con

LOẠN NHỊP TIM Ở PHỤ NỮ MANG THAI

1/ Nhịp nhanh thất có vòng vào lại: Điều trị như người không mang thai

- Xoa xoang cảnh
- Adenosine, verapamil, flecainide
- Sốc điện chuyển nhịp nếu có rối loạn huyết động nặng

2/ Rung nhĩ:

- Chống đông với LMWH
- Kiểm soát tần số tim bằng chẹn beta
- Bệnh nhân thường có nhịp xoang trở lại trong vòng 48h, vẫn tiếp tục Heparin và kiểm soát tần số tim.
- Flecainide có thể sử dụng để chuyển nhịp bằng thuốc nhưng cần theo dõi có thể gây độc cho thai: Liều 50-150 x 2lần ngày; Truyền TM 2mg/kg (tổng liều 150mg trong 15 phút).
- Có thể sốc điện

LOẠN NHỊP TIM Ở PHỤ NỮ MANG THAI

3/ Nhịp nhanh thất:

- Sốc điện.
- Tiên lượng tùy thuộc nguyên nhân
- Xử trí tiếp theo tùy theo bệnh tim mạch đi kèm
- Cần có sự kết hợp giữa chuyên gia tim mạch và sản khoa

4/ Sốc điện:

- Đặt cần sốc ở chậu hông phải tránh đè vào IVC
- Sử dụng cường độ điện yếu nhất
- Quay cần sốc ra khỏi bào thai
- Không thấy có báo cáo về sốc điện gây rung thất ở bào thai, nhưng cần kiểm tra tim thai sau khi sốc.

PHẦN V:
**DỰ PHÒNG HUYẾT KHỐI Ở BỆNH
NHÂN SẢN PHỤ KHOA**



Huyết khối tĩnh mạch ở phụ nữ mang thai và phẫu thuật sản phụ khoa

- Hong kong 1988: tỷ lệ HKTMS 2,7/100.000 BN
- Singapo 1992: tỷ lệ HKTMS 7,9/10.000 BN, năm 1996 – 1997 là 5,8/10.000/ BN
- Châu Âu tỷ lệ HKTM/ mang thai : 0,7-1,3/1000 BN
- Trung Quốc: tỷ lệ HKTM là 1,88/1000 phụ nữ mang thai
- Macklon NS: nguy cơ bị HKTM khi mổ lấy thai tăng gấp 2,4 lần so với đẻ đường dưới.
- Bonnar J. Can: mổ lấy thai thì tỷ lệ tử vong vì thuyên tắc phổi cao gấp 10 lần so với đẻ thường.

Nguy cơ tắc tĩnh mạch sau mổ đẻ

- Tỷ lệ HKTMS sau mổ đẻ 0,424/1.000 so với đẻ thường 0,173/1.000, tỷ lệ NMP cũng cao hơn 0,4/1.000^[1]
- Thông báo của ban bảo vệ sức khỏe Thụy Điển nguy cơ NMP sau mổ đẻ 6,7(95%CI, 4,5-10).
- Mỹ: tỷ lệ HKTMS sau mổ đẻ 0,521/1.000^[2]. **Mổ đẻ cấp cứu nguy cơ HKTMS tăng gấp 2 so với mổ có chuẩn bị^[1]**. Mổ đẻ ở tuổi >35 nguy cơ tắc tĩnh mạch đoạn gần 1,2/1.000, NMP 1/1.000.

1:Macklon NS, Scott Med J 1996;41;83-86.

2:Gherman RB , Goodwin TM et al Obstet Gynecol 1999;94;730-734

Khảo sát tỉ lệ HKTMSCD ở phụ nữ sau mổ lấy thai ở Bệnh viện Bạch mai

- ❑ Đối tượng n/c: 310 sản phụ sau mổ lấy thai nằm viện tại khoa Phụ Sản, khoa Cấp cứu, khoa Điều trị tích cực Bệnh viện Bạch mai và Viện Tim mạch Việt nam.
- ❑ Nằm viện ≥ 5 ngày
- ❑ Không có triệu chứng HKTMSCD chỉ dưới qua thăm khám lâm sàng trước phẫu thuật.
- ❑ Kết quả: Tỉ lệ huyết khối tĩnh mạch sâu chỉ dưới là **13,5%**

Phân tầng nguy cơ bệnh nhân phẫu thuật phụ khoa

- *Nguy cơ thấp:*

+ Phẫu thuật nhỏ, < 40 tuổi không có thêm các yếu tố nguy cơ

- *Nguy cơ trung bình:*

+ Phẫu thuật nhỏ BN > 60 tuổi

+ Phẫu thuật lớn BN 40-60 tuổi

+ Phẫu thuật lớn BN < 40 tuổi đang được trị liệu Estrogen

- *Nguy cơ cao:*

+ Phẫu thuật lớn BN > 60 tuổi

+ Phẫu thuật lớn BN 40-60 tuổi bị ung thư hoặc tiền sử HKTMS/
TTP

+ Tăng tiểu cầu

Các yếu tố nguy cơ của HKTMS và thai nghén

1. Tiền sử bản thân có HKTMS
2. Tiền sử gia đình có KHTM
3. Tăng tiểu cầu mắc phải hoặc tiên thiên
4. Hội chứng kháng PhosphoLipid
5. Phẫu thuật lớn vùng chậu hoặc bụng
6. Liệt chi dưới
7. Tuổi > 35
8. Cân nặng > 80 Kg hoặc BMI ≥ 30
9. Số lần mang thai ≥ 4
10. Giãn tĩnh mạch nặng

Các yếu tố nguy cơ của HKTMS và thai nghén

11. Tình trạng nhiễm trùng
12. Bất động kéo dài/ nằm viện > 4 ngày
13. Mổ lấy thai cấp cứu
14. Chuyển dạ kéo dài > 12 giờ
15. Hỗ trợ khi sinh
16. Mất máu nhiều
17. Mất nước
18. Mang thai liên quan: tiền sản giật, nôn kéo dài...
19. Bệnh nội khoa kèm theo: HCTH, bệnh tim, viêm ruột, ung thư, hồng cầu hình liềm

Mức độ nguy cơ TT-HKTM trên BN mổ lấy thai

- **Nguy cơ thấp:**

- + Mổ lấy thai không phức tạp và không có các nguy cơ khác kèm theo

- **Nguy cơ trung bình:**

- + Tuổi > 35
- + Số lần có thai > 3
- + Đang trong tình trạng nhiễm trùng
- + Bất động > 4 ngày trước phẫu thuật
- + Mổ lấy thai cấp cứu khi chuyển dạ
- + Béo phì BMI > 30
- + Giãn TM lớn
- + Tiền sản giật
- + Bệnh nội khoa kèm theo

- **Nguy cơ cao:**

- + Nhiều hơn 2 yếu tố của nhóm nguy cơ trung bình
- + Mổ lấy thai kèm cắt tử cung
- + Tiền sử HKTMS hoặc tăng tiểu cầu

CHEST[®]

Official publication of the American College of Chest Physicians

Executive Summary : Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines

Gordon H. Guyatt, Elie A. Akl, Mark Crowther, David D. Gutterman,
Holger J. Schünemann and for the American College of Chest
Physicians Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis Panel

Chest 2012;141;7S-47S
DOI 10.1378/chest.1412S3

Điều trị và dự phòng huyết khối ở phụ nữ mang thai

- Dự phòng và điều trị VTE bằng LMWH thay cho UFH **(1B)**.
- Phụ nữ đang uống thuốc chống đông mà có thai khuyến cáo thay VKAs bằng LMWH trong 3 tháng đầu **(1A)**, trong cả 3 tháng giữa và 3 tháng cuối của thai kỳ **(1B)**, cho đến trước khi sinh **(1A)**.
- Phụ nữ uống VKAs lâu dài mà có dự định mang thai, khi thử thấy có thai thì thay VKAs bằng LMWH hơn là thay ngay trong khi chờ mang thai **(2C)**.

Thuốc chống đông ở phụ nữ có thai

- ❑ Phụ nữ mang thai: không sử dụng Fondaparinux và các thuốc ức chế trực tiếp thrombin(danaparoid) với các BN bị dị ứng với Heparin (HIT).
- ❑ PN mang thai tránh không dùng thuốc ức chế trực tiếp thrombin(dabigatran) và Anti Xa (rivaroxaban, apixaban (1C).
- ❑ PN cho con bú có thể dùng warfarin, acenocoumarol, UFH (1A).
- ❑ PN cho con bú có thể dùng LMWH, danaparoid, r-hirudin (1B)

Dự phòng VTE sau mổ đẻ

- Sản phụ sau mổ đẻ có nguy cơ cao bị VTE → cần dự phòng bằng LMWH hoặc phương pháp cơ học (tắt áp lực hoặc bơm hơi ngắt quãng) nếu có CCĐ với thuốc chống đông (2B).
- Với sản phụ có nguy cơ cao VTE cần dự phòng huyết khối 6 tháng tiếp sau khi ra viện (2C).

Điều trị BN bị VTE trong khi mang thai

- PN mang thai bị VTE cấp: Thay UFH bằng LMWH (1B)
- PN mang thai bị VTE cấp: Thay UFH bằng LMWH trước khi sinh(1A).
- PN mang thai bị VTE cấp: Cần dùng chống đông ít nhất 6 tuần sau đẻ (tổng thời gian điều trị 3 tháng)(2C).
- PN mang thai đang điều trị LMWH mổ đẻ có chuẩn bị ngừng LMWH 24h trước khi mổ đẻ (1B).

Dự phòng huyết khối ở phụ nữ mang thai

- PN mang thai có TS VTE cần dự phòng VTE sau sinh 6 tuần bằng LMWH hoặc VKAs (INR từ 2-3) (2B).
- PN mang thai có nguy cơ VTE thấp cần theo dõi lâm sàng trước khi đẻ hơn là dự phòng (2C).
- PN có thai có nguy cơ trung bình hoặc nguy cơ cao VTE, nên dự phòng trước sinh bằng LMWH (2C).

DỰ PHÒNG HUYẾT KHỐI Ở PHỤ NỮ MANG THAI CÓ NGUY CƠ CAO BỊ SẢN GIẬT

- Phụ nữ có nguy cơ cao sản giật nên dùng Aspirin liều thấp 100mg/ngày suốt thời kỳ mang thai, bắt đầu từ 3 tháng giữa của thai kỳ(1B).
- Phụ nữ có >2 lần xảy thai mà không có hội chứng APLAs(antiphospholipid antibodies) hoặc thrombophilia nên dự phòng huyết khối(1B)

DỰ PHÒNG HUYẾT KHỐI Ở PHỤ NỮ MANGTHAI CÓ VAN TIM NHÂN TẠO

- Cần theo 1 trong các bước dự phòng sau:
 - a/ LMWH 2bơm/ ngày, suốt thời kỳ mang thai, điều chỉnh liều tùy thuộc vào cân nặng, xét nghiệm antiXa 4h sau khi tiêm dưới da mũi đầu, hoặc
 - b/ Hoặc tiêm thêm UFH 12h/1 lần suốt thời kỳ mang thai, điều chỉnh liều sao cho thời gian aPTT gấp 2 lần chứng, hoặc anti Xa 0,35-0,7U/ml, hoặc

Kết luận

- ❑ Phụ nữ mang thai và phẫu thuật sản phụ khoa là đối tượng có nguy cơ cao bị thuyên tắc huyết khối.
- ❑ Cần cân nhắc kỹ về mức độ nguy cơ với từng sản phụ trước khi đưa ra phương pháp điều trị và dự phòng
- ❑ Thuốc LMWH được khuyến cáo sử dụng để điều trị và dự phòng VTE ở phụ nữ mang thai.
- ❑ PN cho con bú có thể dùng warfarin, acenocoumarol, UFH (1A); LMWH, danaparoid, r-hirudin (1B).

XIN TRÂN TRỌNG CẢM ƠN





LOVE YOUR HEART!
Go Red For Women

Be Heart Healthy

Xin cảm ơn sự chú ý!

