

TIỀN SẢN GIẬT

Dịch tễ học

- Trên thế giới:
 - Tỷ lệ từ 2% đến 8%
 - 10% - 15% tử vong mẹ có liên quan với tiền sản giật
 - 50000 tử vong mẹ/năm
 - không có điều trị ngoại trừ sinh con
- Ở Pháp:
 - 1% dân số chung
 - 1,5% con so
 - 0,8% sanh nhiều con
 - Nguyên nhân tử vong mẹ đứng hạng 3
 - Nguyên nhân quan trọng của sinh non

Dịch tễ học

Catégories de facteurs d'évitabilité impliqués parmi les décès évitables par cause de décès, France entière 2010-2012

Causes de décès	Décès évitables ^a	Facteurs d'évitabilité (%)					
		Contenu des soins	Organisation des soins	Interaction patiente-soins	1 facteur impliqué	2 facteurs impliqués	3 facteurs impliqués
Directes	61	93,4	23,0	13,1	72,1	26,2	1,6
Hémorragies obstétricales	23	91,3	34,7	8,7	65,2	34,8	0,0
Embolie amniotique	8	100,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0
Complications hypertensives	6	100,0	33,3	33,3	50,0	33,3	16,7
Thrombo-embolies veineuses	8	100,0	0,0	12,5	87,5	12,5	0,0
Infections puerpérales	4	100,0	50,0	0,0	50,0	50,0	0,0
Indirectes	34	85,3	29,4	16,7	52,9	32,4	14,7
Cardiovasculaires ^b	7	100,0	71,4	14,3	28,6	57,1	14,3
AVC	4	100,0	50,0	0,0	50,0	50,0	0,0
Infections	7	85,7	0,0	14,3	100,0	0,0	0,0
Autres maladies préexistantes	12	66,7	16,7	66,7	58,3	33,3	8,3
Tous	99	89,9	25,3	25,3	64,6	28,3	7,1

a. Évitable ou peut-être évitable.

b. Y compris Cardiomyopathie du péri-partum.

Yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ có thể được đánh giá lúc đặt hện

Yếu tố nguy cơ	OR
Hội chứng kháng thể kháng phospholipid	9,72 (4,34 – 21,75)
Tiền căn tiền sản giật	7,19 (5,85 – 8,83)
Tiền căn đái tháo đường	3,56 (2,54 0 4,99)
Sinh đôi	2,93 (2,04 – 4,21)
Tiền căn gia đình tiền sản giật	2,90 (1,70 – 4,93)
Béo phì (BMI > 35)	2,47 (1,66 – 3,67)
Tăng huyết áp	2,37 (1,78 – 3,15)
Tuổi > 40	1,96 (1,34 – 2,87)

Tiền sử

Tuổi

Tình trạng sinh con

Tiền sử tiền sản giật

Đa thai

Các bệnh lý nội khoa kèm theo

Đái tháo đường phụ thuộc insulin

Tăng huyết áp mạn

Bệnh lý thận

Bệnh lý tự miễn

Hội chứng kháng phospholipid

Thời gian giữa 2 thai kỳ

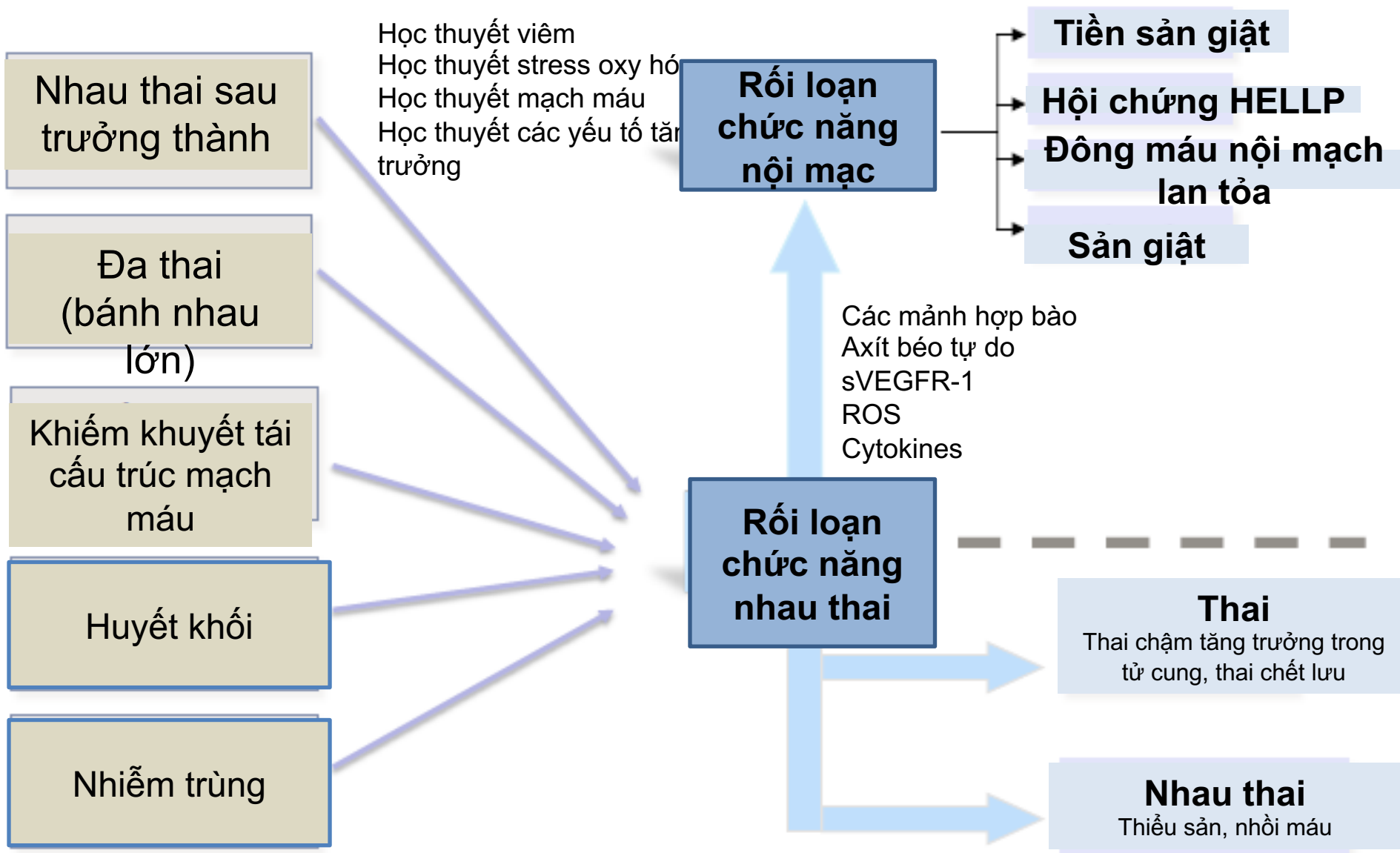
Đánh giá

Chỉ số khối cơ thể (BMI)

Huyết áp

Protein nước tiểu

Sinh lý bệnh



Các yếu tố tiền sinh mạch máu và kháng sinh mạch máu

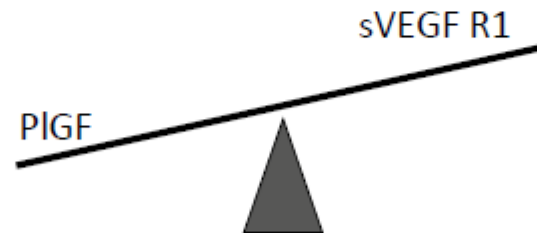
Thai kỳ bình thường



Chức năng nội mạc bình thường

- Tính thấm và trương lực mạch máu
- Độ lọc cầu thận bình thường
- Hàng rào máu não
- Đông cầm máu

Tiền sản giật



Rối loạn chức năng nội mạc

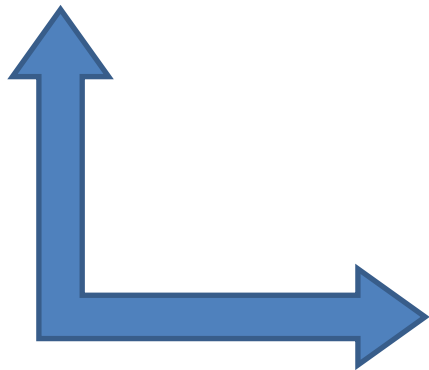
- Tăng huyết áp
- Protein nước tiểu
- Phù não
- Đông máu nội mạch lan tỏa

Định nghĩa

Rối loạn tăng huyết áp của thai kỳ: phân loại ISSHP, chẩn đoán và khuyến cáo xử trí trong thực hành quốc gia

Brown et al. Hypertension 2018;72(1):24-43

Khuyến cáo của hiệp hội quốc tế về Tăng huyết áp trong quá trình mang thai



HTA ET GROSSESSE

2016

Consensus d'Experts de la

Société Française d'Hypertension Artérielle* (SFHTA)

**SFHTA filiale de la Société Française de Cardiologie*

**Avec le partenariat du Collège National des Gynécologues
et Obstétriciens Français**



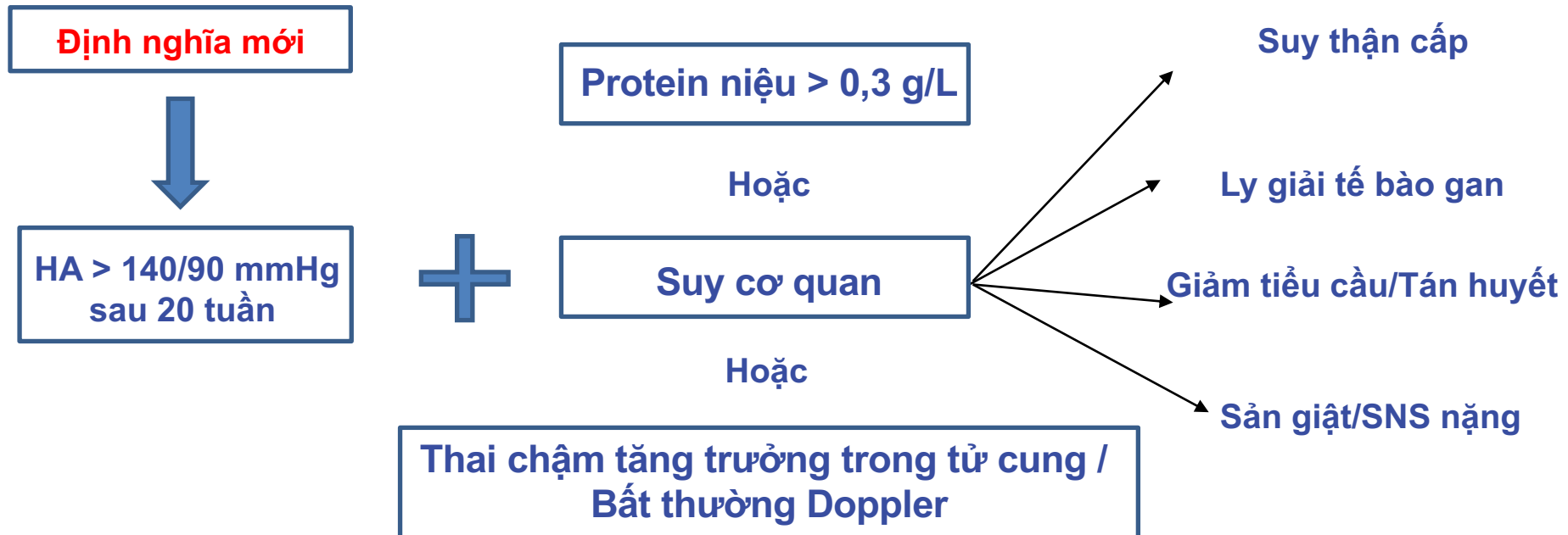
Société Française
d'Hypertension Artérielle



Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

Định nghĩa

Protein niệu không còn cần thiết để xác định chẩn đoán +++



Định nghĩa : Tiền sản giật nặng

Tiêu chuẩn mẹ

TSG kèm theo ít nhất 1 trong các điều kiện sau:

- THA nặng (HATThu > 160 mmHg và/hoặc HATTrg > 110 mmHg)
- Tổn thương thận với:
 - ✓ Thiếu niệu (< 500 ml/24h)
 - ✓ Hoặc créatinine > 135 μ mol/L,
 - ✓ hoặc protein niệu > 5 g/ngày
- Phù phổi cấp
- Đau chấn ngang thượng vị kéo dài hoặc hội chứng HELLP
- Sản giật hoặc rối loạn thần kinh nặng (rối loạn thị giác, tăng phản xạ gân xương, đau đầu)
- Giảm tiểu cầu < 100 G/L
- Máu tụ sau nhau

Tiêu chuẩn thai nhi

- Thiếu ối
- Doppler dây rốn bất thường
- Thai chậm tăng trưởng trong tử cung nặng
- Bất thường nhịp tim thai

Biến chứng – tử vong mẹ

Washington 670120 sản phụ	TSG < 34 tuần	TSG > 34 tuần
N	2374	17890
Tử vong	1 (0,04%)	2 (0,01%)
Tổn thương thận cấp	12 (0,51%)	28 (0,16%)
Bất thường thần kinh trung ương	12 (0,51%)	20 (0,11%)
Tử vong hoặc biến chứng nặng	334 (14%)	2194 (12%)

LISONKOVA, Preeclampsia and maternal Morbidity. Obstet Gynecol 2014.

Biến chứng tạng của tiền sản giật

- Hội chứng HELLP và biến chứng gan
- Sản giật
- Biến chứng thận: Tổn thương thận cấp
- Biến chứng tim phổi: Phù phổi cấp
- Máu tụ sau nhau
- Rối loạn đông máu : Đông máu nội mạch lan tỏa (DIC)

Hội chứng HELLP

- 10-20 % BN tiền sản giật

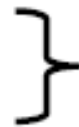
Hemolysis

Elevated

Liver enzymes

Low

Platelets count



bilirubine totale > 12 mg/l

LDH > 600 UI/l

Mảnh vỡ hồng cầu

Chất nền haptoglobine

ASAT >2N

plaquettes < 100 G/L

Hội chứng HELLP : lâm sàng

- Đau vùng thượng vị: 98%
- Buồn nôn – nôn: 40-80%
- Vàng da : 5%
- Siêu âm gan (mong muốn) : máu tụ trong nhu mô gan hoặc dưới bao gan

Nguy cơ = vỡ gan

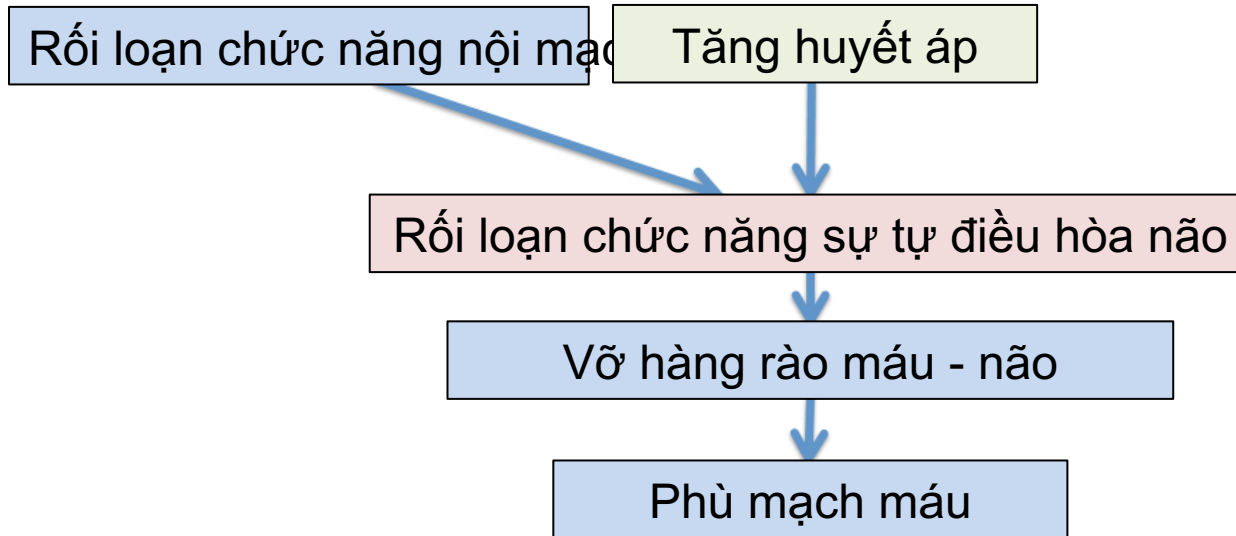
Hội chứng HELLP : Điều trị

- **Chấm dứt thai kỳ**
- **Liệu pháp corticoid**
 - Chỉ định :
 - HELLP sớm (<32 tuần), nặng, không có chỉ định lấy thai ngay lập tức
 - Nhóm 1 hoặc 2 (tiểu cầu < 100 000/mm³)
 - Nhóm 3 với giảm nhanh tiểu cầu? Sau sinh?
 - **Dexamethasone** TTM 10mg 2 lần, cách mỗi 6 giờ , sau đó mỗi 12 giờ
 - Liều cao hiệu quả hơn
 - **Giảm tiểu cầu tái phát** trong 48 giờ (trung bình 46000/mm³)

Sản giật

- Định nghĩa:
 - Co giật toàn thể
 - Trong thời kỳ tiền sản giật
 - Không có liên quan với tổn thương thần kinh đã có trước đó.
- 2-3 % BN tiền sản giật nặng: đạt tới 10/10000 trường hợp sinh
- Yếu tố nguy cơ:
 - Theo dõi thai kỳ kém +++
 - Tuổi < 20, con so, béo phì, đái tháo đường

Sản giật : Sinh lý bệnh



- ✓ Các tổn thương thường khu trú ở phía sau
- ✓ Thoái lui thường không để lại di chứng
- Hội chứng bệnh não sau có hồi phục (PRES)
- ✓ Các tổn thương thiếu máu, cũng như chảy máu có thể xuất hiện thứ phát thường không hồi phục

Xử trí

- Hạ huyết áp
- Corticoid
- Đổ đầy mạch máu
- Magnesium sulfate
 - Chỉ định trên mẹ
 - Chỉ định thai nhi/sơ sinh
- Theo dõi mẹ
- Theo dõi thai

HATThu $\geq$ 160 mmHg hoặc HATTrg $\geq$ 110 mmHg

HATThu > 180 mmHg
hoặc
HATB > 140 mmHg

HATThu < 180 mmHg
và
HATB < 140 mmHg

Điều trị tấn công
Nicardipine TM: bolus 0,5
– 1 mg sau đó truyền 4 – 7
mg trong 30 phút

Điều trị duy trì
Nicardipine: 1 – 6 mg/h
hoặc
Labetalol: 5 – 20 mg/h

Hiệu quả và dung nạp điều trị

HATThu < 140 mmHg
và
HATB < 100 mmHg

140 < HATThu < 160 mmHg
và
100 < HATB < 120 mmHg

HATThu > 160 mmHg
hoặc
HATB > 120 mmHg

Tác dụng phụ
(đau đầu, đánh trống
ngực,...)

**Giảm thậm chí
ngưng điều trị**

Điều trị duy trì

Điều trị 2 thuốc
phối hợp nicardipine với
labetalol
hoặc
clonidine 15-40 μ g/h nếu
CCĐ với ức chế β

**Giảm liều nicardipine
và kết hợp labetalol
hoặc clonidine (nếu
CCĐ với ức chế β)
trong điều trị 2 thuốc**

HATThu: Huyết áp tâm thu
HATTrg: Huyết áp tâm trương
HATB: huyết áp trung bình
CCĐ: Chống chỉ định

Điều trị hạ huyết áp

- **Thuốc ức chế calci**

- Sử dụng nhiều ? Giảm đáng kể (recul important)
- Đi qua nhau thai và qua sữa mẹ kém: dung nạp tốt ở thai và sơ sinh
- Nicardipine (LoxenR) và nifedipine (AdalateR, CCD dạng dưới lưỡi)

- **Chẹn β và chẹn α/β**

- Chẹn β : di chuyển qua nhau thai $\rightarrow$ ảnh hưởng trên sơ sinh (chậm nhịp tim, hạ đường huyết, nguy cơ thai chậm tăng trưởng trong tử cung (atenolol): không khuyến cáo
- labetalol (TrandateR, Chẹn α - β): nghiên cứu trước đây thấy không ảnh hưởng trên sự tăng trưởng thai, dung nạp tốt trên sơ sinh: được khuyến cáo

- **Hạ huyết áp trung ương (α_2 +))**

- methyl dopa (AldometR) : chắc chắn và sử dụng nhiều nhưng hiệu quả không nhất quán trong trường hợp TSG nặng
- clonidine (CatapressanR) : không dùng như thuốc hàng đầu

Điều trị hạ huyết áp

- **Urapidil (EupressylR) :**

- Tác dụng trung ương (kích thích các thụ thể serotonin) và ngoại biên (ức chế α_1)
- Không giấy phép thương mại (AMM) cho TSG, nhưng việc sử dụng được báo cáo ngày càng nhiều hơn
- Số liệu đáng tin cậy nhưng cỡ mẫu nhỏ ...

- **Các thuốc hạ huyết áp khác:**

- dihydralazine (Nepressol) : không sử dụng tại Pháp
- Ức chế men chuyển và ức chế thụ thể Angiotensine II : **chống chỉ định**
- Thuốc lợi tiểu : tăng nặng tình trạng thiếu thể tích tuần hoàn trong TSG, không nên sử dụng trừ khi có các chỉ định đặc hiệu.

Magnesium sulfate

- Cơ chế tác dụng còn ít được biết: tác dụng kháng NMDA? Tác dụng ức chế calci?
- Trong thực hành lâm sàng
 - **4 g** MgSO₄ trong 20 phút sau đó **1 g/h** theo sau 24 giờ sau cơn co giật đầu tiên
 - Trong trường hợp tái phát, liều bổ sung 1,5 g đến 2 g

RFE prééclampsie, SFAR 2009

- Độc tính phụ thuộc theo liều:
 - 2-3 mmol/l : Nồng độ huyết tương điều trị
 - 5 mmol/l : mất phản xạ gân xương
 - 6 mmol/l : ức chế hô hấp
 - 12 mmol/l : ngưng tim

Magnesium sulfate

- Theo dõi lâm sàng +++ : kiểm báo liên tục
 - Nhịp tim, huyết áp, Glasgow
 - Phản xạ gân xương
 - SpO₂, tần số thở > 12/phút
 - Nước tiểu theo giờ > 30 ml/h (thuốc thải qua thận)
- Bất kỳ dấu hiệu quá liều phải giảm hoặc ngưng truyền MgSO₄ và định lượng magnesium máu
- Chú ý những BN suy thận cấp, thiếu niệu – vô niệu
- Thuốc hóa giải của MgSO₄: gluconate de calcium: 1g/10 phút
- Dùng kết hợp với các thuốc ức chế calci? Không có chống chỉ định

Magiê sulfate

DỰ PHÒNG:

 MgSO₄ được khuyến cáo trong trường hợp TSG nặng kèm với xuất hiện các dấu hiệu thần kinh kéo dài (đau đầu dữ dội, rối loạn thị giác, tăng phản xạ gân xương)

 4g truyền tĩnh mạch trong 15-20 phút, sau đó 1g/h truyền tĩnh mạch chậm

Liệu pháp corticoïde



Trưởng thành phổi thai nhi

Bétaméthasone (Célestène®)

- Di chuyển qua hàng rào tử cung – nhau thai
- 12 mg vào H0 và H24
- Ảnh hưởng thai nhi:
 - Hạn chế tỉ lệ và mức độ nặng của bệnh màng trong
 - Giảm chảy máu trong não thất và tử vong
- Ảnh hưởng trên mẹ : không có nguy cơ cũng không có lợi ích

Đổ đầy mạch máu

- Không nên thực hiện thường quy do
 - Có thể tạo thuận lợi cho phù phổi
 - Không có chứng minh lợi ích trong tử vong – biến chứng mẹ hoặc thai nhi

Duley, Cochrane 2010

- Đổ đầy mạch máu thận trọng được chỉ định trong trường hợp có biểu hiện lâm sàng của thiếu thể tích tuần hoàn
 - Hạ huyết áp đột ngột và nặng khi bắt đầu điều trị thuốc giãn mạch
 - Thiếu niệu với nước tiểu theo giờ < 25 mL

Tiêu chuẩn chấm dứt thai kỳ

(G2+) Trong trường hợp TSG không nặng sau 36 tuần, cần xem xét chấm dứt thai kỳ

(G1+) **Tiền sản nặng sau 34 tuần** là một chỉ định ngưng thai kỳ.

(G1+) **Trong trường hợp TSG nặng trước 24 tuần**, chấm dứt thai kỳ nội khoa nên được bàn luận với cha mẹ.

(G2+) Khi đã quyết định chấm dứt thai kỳ thì không cần thiết phải chấm dứt ngay lập tức, có thể khởi phát chuyển dạ sau khi trưởng thành cổ tử cung

Tiêu chí chấm dứt thai kỳ

(G1+) Các chỉ định chấm dứt thai kỳ trên sản phụ TSG nặng giữa **24 đến 34 tuần** có thể do mẹ hoặc thai :

Vì mẹ:

- **Ngay lập tức** : THA không kiểm soát, sản giật, phù phổi cấp, máu tụ sau nhau, giảm tiểu cầu < 50000 , máu tụ dưới bao gan
- **Sau liệu pháp corticoid cho trưởng thành thai** (nếu các điều kiện mẹ và thai nhi cho phép kéo dài thai kỳ 48 giờ)
 - suy thận tiến triển nhanh và/hoặc thiếu niệu $< 100 \text{ mL}/4 \text{ giờ}$) kéo dài mặc dù đủ đầy mạch máu phù hợp
 - dấu hiệu báo sắp xảy ra sản giật kéo dài (đau đầu hoặc rối loạn thị giác),
 - đau thượng vị kéo dài, hội chứng HELLP tiến triển

Vì **thai nhi**: nhịp tim thai giảm nhanh lập đi lập lại, thay đổi trong thời gian ngắn $< 3 \text{ ms}$, được kiểm soát, thai chậm tăng trưởng trong tử cung nặng sau 32 tuần, đảo ngược tâm trương động mạch rốn, sau 32 tuần

Xử trí

Tiền sản giật
< 24 tuần

TSG nặng: thảo luận chấm dứt thai kỳ
TSG trung bình: chờ đợi

Tiền sản giật
24 – 34 tuần

TSG nặng: chờ đợi
TSG trung bình: chờ đợi

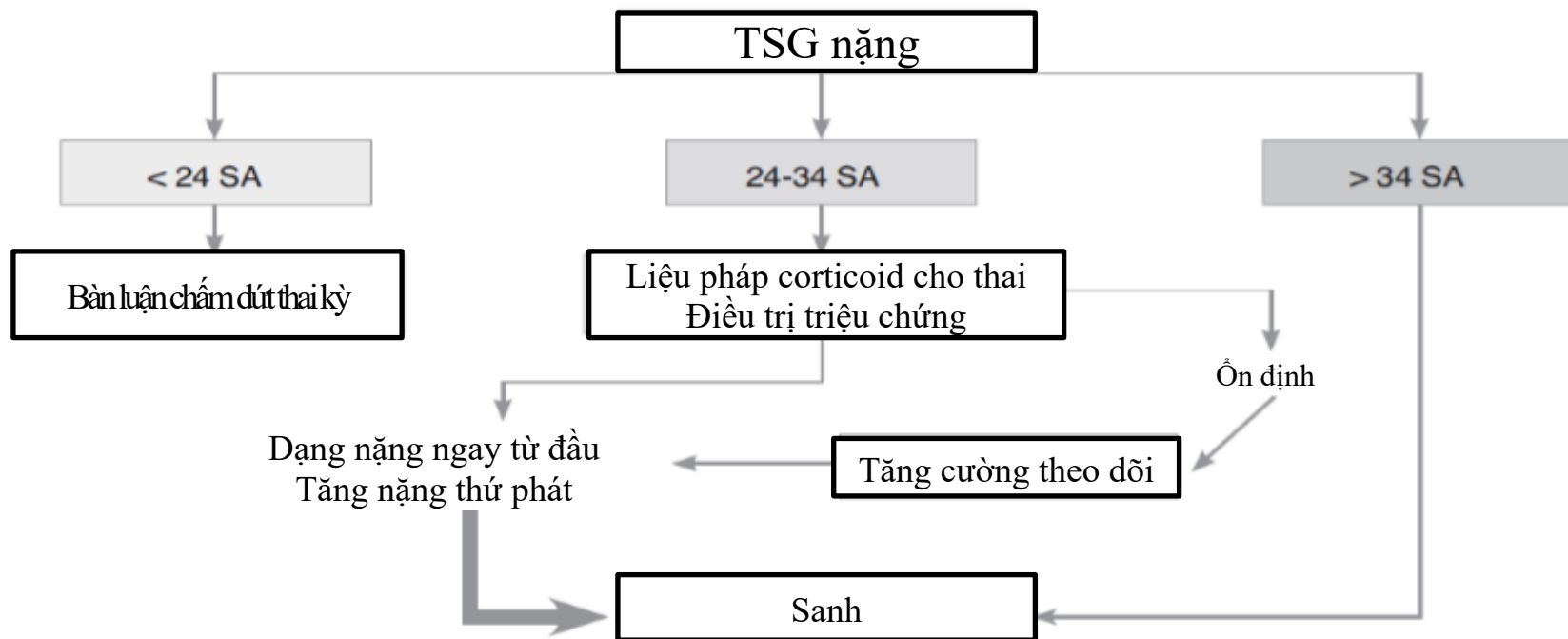
Tiền sản giật
34 – 36 tuần

TSG nặng: sanh
TSG trung bình: chờ đợi

Tiền sản giật
> 36 tuần

TSG nặng: sanh
TSG trung bình: sanh

FIGURE 5 : PRISE EN CHARGE DE LA PRÉ-ÉCLAMPSIE SÉVÈRE SELON LE TERME DE LA GROSSESSE
Gradation : Grade B - Classe 2



Légende : SA : semaine d'aménorrhée

Vô cảm và tiền sản giật

- Ưu tiên gây tê ngoài màng cứng +++++
 - Tỷ lệ hạ huyết áp trong gây tê ngoài màng cứng không nặng hơn trên BN tiền sản giật
 - Ngưỡng tiểu cầu để gây tê ngoài màng cứng: 75000/mm³ (giảm tiểu cầu ổn định), đối với tê tủy sống: 50000/mm³
 - Tổng kê đông cầm máu trong thời điểm gần nhất có thể
 - Điều trị hạ huyết áp tĩnh mạch giảm hoặc tạm ngưng trong lúc chờ phong bế hoàn toàn.

Vô cảm và tiền sản giật

Vô cảm toàn diện, nhưng :

- Nguy cơ cơn tăng huyết áp kịch phát (đột quy, phù phổi cấp)
- Nguy cơ đặt nội khí quản khó (phù nề thâm nhiễm họng thanh quản)

Hai chỉ định lớn trong bối cảnh này:

- Mổ lấy thai trong trường hợp khẩn cấp
- Rối loạn đông máu



Dự phòng tăng huyết áp (soi thanh quản ++):

- Gây mê sâu
- Tiếp tục điều trị hạ huyết áp đang sử dụng
- Có thể tiêm nicardipine (0,5 – 1 mg) hoặc labetalol (5 – 10 mg) trước khi khởi mê.

Mikawa, Br J Anaesth 1990

Ramanathan, Anesth Analg 1999

- Giảm đau bằng thuốc nhóm morphine khi khởi mê (remifentanyl)

Rout, Br J Anaesth 1990

Park, Br J Anaesth 2011

Xử trí sau sinh

- Theo dõi chặt chẽ lâm sàng và sinh hóa ít nhất 48 giờ: huyết áp/cân nặng/nước tiểu/cân bằng nước
- Tái phát: tỷ lệ ghi nhận 20%
- Dự phòng:
 - Aspirine 100mg/ngày từ tuần thứ 8 -10 trong trường hợp có tiền căn TSG (thai chậm tăng trưởng trong tử cung mạch máu < 34 tuần, thai chết trong tử cung trong bối cảnh mạch máu)

Prévention par aspirine

Antiplatelet agents for prevention of pre-eclampsia: a meta-analysis of individual patient data

Lisa M Askie, Lelia Duley, David J Henderson-Smart, Lesley A Stewart, on behalf of the PARIS Collaborative Group*

Lancet 2007;369:1791-98

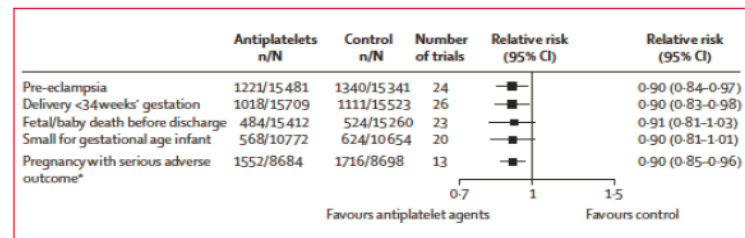


Figure 1: Main outcomes for mother and baby

*Pregnancy with any of four main outcomes above or maternal death. Fixed effect model used to calculate relative risks.

Kết luận

- Bệnh nặng tiềm năng
- Tiên lượng mẹ và thai (gây sinh non)
- Xử trí đa chuyên khoa
- Điều trị nội khoa: giảm biến chứng thần kinh nhưng không điều trị nguyên nhân
- Ưu tiên giảm đau – vô cảm ngoài màng cứng
- Bromocriptine (ức chế tiết sữa): CCĐ trong trường hợp tăng huyết áp thai kỳ (nguy cơ tăng huyết áp, đột quỵ, biến cố cơ tim)



CONSENSUS D'EXPERTS

HTA ET GROSSESSE

**Consensus d'Experts de la
Société Française d'Hypertension Artérielle* (SFHTA)**

**SFHTA filiale de la Société Française de Cardiologie*

RECOMMANDATIONS

PRÉ-ÉCLAMPSIE

Juillet 2016



CONSENSUS D'EXPERTS

KHUYẾN CÁO 9 (MỨC ĐỘ A – NHÓM 1)

Điều trị bằng betamethasone tiêm tĩnh mạch để trưởng thành thai nhi được khuyến cáo trong trường hợp tiền sản giật trước 34 tuần và nếu xử trí sơ sinh được dự tính



CONSENSUS D'EXPERTS

KHUYẾN CÁO 10 (MỨC ĐỘ A – NHÓM 1)

Trong trường hợp tiền sản giật, không có chỉ định thường quy hạn chế muối nước cũng như đồ đầy mạch máu



CONSENSUS D'EXPERTS

KHUYẾN CÁO 11

Truyền tĩnh mạch magnesium sulfate ở phụ nữ tiền sản giật, trong môi trường chuyên khoa:

1/ được khuyến cáo cho mẹ trong trường hợp tiền sản giật hoặc trong trường hợp dấu hiệu thần kinh báo sắp xảy ra cơn sản giật (**mức độ A – nhóm 1**)

2/ được đề xuất cho thai khi chỉ định sinh được đặt ra trước 33 tuần (**mức độ C – nhóm 2**)



CONSENSUS D'EXPERTS

KHUYẾN CÁO 12 (MỨC ĐỘ C – NHÓM 2)

Trong trường hợp tiền sản giật nặng trước 24 tuần, đề xuất bàn luận chấm dứt thai kỳ vì gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe của mẹ



CONSENSUS D'EXPERTS

KHUYẾN CÁO 13 (MỨC ĐỘ A – NHÓM 1)

Trong trường hợp tiền sản giật, nặng hoặc không, từ 24 đến 34 tuần, tiếp tục thai kỳ là hợp lý dưới sự theo dõi y khoa chặt chẽ

Khuyến cáo khởi phát chuyển dạ vì các lý do:

- 1/ về mẹ (sản giật, phù phổi cấp, máu tụ sau nhau, suy thận, tăng huyết áp nặng không kiểm soát với 2 hoặc 3 thuốc hạ áp),
- 2/ về thai (bất thường nhịp tim thai lập đi lập lại hoặc bất thường nặng các chỉ số Doppler thai nhi).



CONSENSUS D'EXPERTS

KHUYẾN CÁO 14

Trong trường hợp tiền sản giật nặng, sau 34 tuần, khuyến cáo khởi phát chuyển dạ (mức độ A – nhóm 1).

Trong trường hợp tiền sản giật trung bình, gợi ý nên chờ đến 37 tuần, nếu tình trạng thai nhi cho phép (mức độ A, nhóm 2)

Sau 37 tuần, khuyến cáo xem xét sinh (Mức độ A, nhóm 1)



CONSENSUS D'EXPERTS

KHUYẾN CÁO 15

Để dự phòng xảy ra tiền sản giật, khuyến cáo kê toa aspirin liều thấp (75 – 160 mg) chỉ trên những bệnh nhân có tiền căn tiền sản giật. Điều trị này phải bắt đầu trước 20 tuần, lý tưởng là cuối tam cá nguyệt đầu tiên (**Mức độ A – nhóm 1**)

Đề nghị tiếp tục điều trị bằng aspirin ít nhất cho đến 35 tuần (**mức độ C – nhóm 2**)



CONSENSUS D'EXPERTS

KHUYẾN CÁO 16 (Mức độ B – Nhóm 3)

Aspirin liều thấp hiện nay không khuyến cáo để dự phòng tiền sản giật trên những nhóm nguy cơ khác (tăng huyết áp mạn tính, béo phì, đái tháo đường trước khi mang thai, bệnh thận mạn, bất thường doppler tử cung, hỗ trợ sinh sản nội khoa, sàng lọc bởi các dấu ấn sinh học khác vào tam cá nguyệt đầu tiên).



CONSENSUS D'EXPERTS

KHUYẾN CÁO 17 (Mức độ A – nhóm 3)

Sử dụng heparin trọng lượng phân tử thấp, cung cấp NO, chất chống oxy hóa (Vitamin C và E) hoặc vận động không được khuyến cáo để dự phòng tiền sản giật