HIỆU QUẢ CỦA NICARDIPINE TRUYỀN TĨNH MẠCH ĐIỀU TRỊ HẠ ÁP TRONG TIỀN SẢN GIẬT NẶNG TẠI KHOA SẢN BỆNH VIỆN ĐA KHOA KIÊN GIANG

Ngô Thị Kim Huê*, Huỳnh Nguyễn Khánh Trang**

TÓM TẮT

Tiền sản giật - sản giật hiện nay vẫn là một trong những nguyên nhân gây tử vong cho thai phụ và thai nhi trên thế giới. Tại Việt Nam bệnh lý này nguy hiểm đứng hàng thứ 2 sau băng huyết sau sanh. Can thiệp kịp thời giúp giảm bệnh suất và tử suất cho thai phụ.

Phương pháp: *báo cáo loạt ca lâm sàng trên 50 thai phụ được chẩn đoán tiền sản giật nặng, tuổi thai từ 30 đến 34 tuần tại khoa Sản bệnh viện Đa khoa Kiên Giang từ 01/09/2014 đến 31/05/2015. Bên cạnh việc dùng Magnesie Sulfate ngừa co giật. Dùng corticosteroides kích thích trưởng thành phổi thai nhi. Chỉ định chấm dứt thai kỳ thích hợp. Tất cả các trường hợp được dùng Nicardipine khống chế huyết áp (HA) bắt đầu 2 mg/giờ truyền nhỏ giọt tĩnh mạch, tăng 1 mg/giờ mỗi 15 phút.*

Kết quả: *Tỉ lệ hạ HA thành công lần lượt là: 56% đáp ứng điều trị tốt KTC 95% [42-65], 18% đáp ứng điều trị khá KTC 95% [8 -28], 18% đáp ứng điều trị trung bình KTC 95% [8-28]. HA giảm không quá đột ngột.*

Kết luận: *Dùng Nicardipine truyền nhỏ giọt tĩnh mạch trong khống chế huyết áp cao ở tiền sản giật nặng an toàn và hiệu quả. Tuy nhiên cần có những nghiên cứu có thiết kế mạnh hơn trong tương lai.*

Từ khóa*: Nicardipine, tiền sản giật nặng, báo cáo loạt ca.*

ABSTRACT

EFFECTIVENESS OF INTRAVENOUS NICARDIPINE TO TREAT SEVERE PRE-ESCLAMPSIA IN KIEN GIANG GENERAL HOSPITAL

Ngo Thi Kim Hue, Huynh Nguyen Khanh Trang

* Y Hoc TP. Ho Chi Minh * Vol. 20 - No 1 - 2016: 304 - 309

Nowadays, pre-eclampsia (PE) has still been one of the most causes of death among pregnant women and their unborn children all over the world. In Vietnam, pre-eclampsia has been the most cause of maternal deaths just after postpartum hemorrhage. Timely treatment of pre-eclampsia contributes to reduce maternal morbidity and mortality.

Methods: *Clinical case series reported on 50 women diagnosed with severe preeclampsia, gestational age of 30 to 34 weeks at Obstetrics department in Kien Giang General Hospital from 09/01/2014 to 05/31/2015. Besides taking anticonvulsants Magnesia Sulfate, using corticosteroids stimulate fetal lung maturation, and termination of pregnancy with appropriate method, all cases were used Nicardipine to control the blood pressure. The started dose is 2mg / hour intravenous drop, an increase of 1 mg/hour for 15 minutes.*

Results: *The rate of successful BP: 56% very good response to treatment, 95% CI [42-65], 18% good respond 95% CI [8 -28], 18% averages response 95% [8-28]. Blood pressure did not fell too abrupt.*

C***onclusion:*** *Using drip intravenous Nicardipine in controlling high blood pressure in severe preeclampsia are safe and effective. However, these studies require stronger design in the future.*

* Khoa Sản, bệnh viện Đa khoa Kiên Giang.

** Bộ môn Phụ Sản, khoa Y, ĐHYD Tp HCM, Khoa Sản bệnh, bệnh viện Hùng Vương.

Tác giả liên lạc: PGS.TS. Huỳnh Nguyễn Khánh Trang *ĐT*: 0903882015 *Email*: tranghnk08@gmail.com.

Keywords: *Nicardipine, severe preeclampsia, series-case reported.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Cao huyết áp do thai hay tiền sản giật (TSG) hiện là bệnh lý thường gặp chiếm tỉ lệ thay đổi từ 5 - 10% trong tổng số các thai kỳ, nếu không phát hiện kịp và xử trí kịp thời có thể dẫn tới các biến chứng có thể gây tử vong cho thai phụ và thai nhi như: phù phổi cấp, hội chứng HELLP, hay sản giật. Vì vậy cao huyết áp do thai hiện vẫn là vấn đề có tính toàn cầu[8,11].

Tăng huyết áp trong thai kỳ ảnh hưởng đa cơ quan, cơ chế sinh bệnh học ghi nhận *hiện tượng co thắt mạch* với: (1) trong thai kỳ bình thường có sự xâm nhập nhiều của các nguyên bào nuôi ở lớp màng rụng, dẫn đến các tiểu động mạch xoắn vùng tiếp nối với cơ tử cung hệ thống cơ giảm, hiệu ứng là trở kháng máu thấp tưới máu tử cung nhau nhiều hơn. Điều này không có trong tiền sản giật. (2) tiểu cầu bị tăng kích hoạt với mức tiêu thụ tăng lên trong tiểu mạch máu trong tiền sản giật. Nguyên bào sợi ở nội mô tăng trong khi antithrombin III và α2-antiplasmin giảm, phản ánh tổn hại của nội mô. Antithrombin III thấp dẫn đến vi thuyên tắc huyết khối các vi mạch, từ đó thúc đẩy co thắt mạch nhiều hơn. (3) prostacyclin (PGI2) và thromboxane (TXA2) tăng trong thời kỳ mang thai một cách cân bằng. Chức năng của PGI2 thúc đẩy giãn mạch và giảm kết tập tiểu cầu. TXA2 ưu thế gây co mạch và ngưng kết tiểu cầu. Ở tiền sản giật, thay đổi sự cân bằng để ưu tiên cho TXA2 dẫn đến hậu quả co thắt mạch. (4) Nitric oxit, một yếu tố giãn mạch mạnh, giảm ở trong tiền sản giật góp phần co thắt mạch. (5) Lipid peroxide: gốc oxy tự do kích thích sự thành lập các chất béo giàu oxy đưa đến tổn thương tế bào nội mạch. Những tổn thương đó tác động lại trên sự sản xuất Nitric Oxide tại nội mạch và làm rối loạn sự cân bằng giữa các Prostaglandins. Các gốc oxy tự do còn làm xuất hiện các đại thực bào chứa chất béo đọng lai thành mạch, hoạt hoá hiện tượng đông máu nội mạch rải rác (gây giảm tiểu cầu), tăng tính thẩm thấu của mao mạch (gây phù và protein-niệu). Điều này có thể tạm thời lý giải cho thời điểm xuất hiện của bệnh là sau tuần lễ 20 của thai kỳ với biểu hiện thường gặp là tăng huyết áp, có protein niệu và phù[1].

Y văn ghi nhận dù chưa có giải pháp dự phòng nhưng phát hiện sớm, có một sự chuẩn bị cho mẹ, thai và chấm dứt thai kỳ ở thời điểm phù hợp đã cho thấy bệnh suất và tử suất giảm[1,3,8].

Điều trị TSG nặng dựa trên nguyên tắc cơ bản: phòng ngừa co giật với Magnesium sulfate và dùng thuốc hạ áp phù hợp, sau ổn định HA can đánh giá khả năng chấm dứt thai kỳ dưa trên cơ sở xem xét khả năng sinh tồn của thai nhi (có kế hoạch hỗ trợ suy hô hấp khi thai nhi ít hơn 34 tuần tuổi thai) [1,3].

Magnesium sulfate hiện nay có phác đồ thống nhất ở đa số các quốc gia. Thuốc HA thì còn nhiều bàn luận, nhưng cơ bản dựa trên các nguyên tắc sau: thuốc phải giúp cải thiện tình trạng của sản phụ và thai nhi, có khả năng giúp HA ở mức thấp hơn hay bằng 140/90 mmHg, không có hay có ít tác dụng phụ với gan, thận sản phụ, không gây ra tác dụng phụ cho thai. Các nhóm thuốc thường dùng trong TSG-SG: ức chế giao cảm trung ương, giãn mạch trực tiếp, ức chế kênh Canxi, ức chế adrenergic. Tại Việt Nam trước đây phác đồ ưu tiên trong chọn lựa hạ áp trong TSG nặng là hydralazin, dùng đường tiêm mạch. Đây cũng là chọn lựa của nhiều phác đồ trên thế giới[1,3,8].

Gần đây, ghi nhận một số nghiên cứu cho thấy một chọn lựa khác, nicardipine dùng đường tĩnh mạch cũng hữu hiệu và an toàn cho thai phụ và thai nhi trong TSG nặng[7,8]. Các khoa Sản tại các trung tâm sản khoa lớn tại Việt Nam đều có phác đồ dùng Nicardipine. Tại BVĐK Kiên Giang áp dụng phác đồ điều trị TSG và sản giật từ lâu nhưng đến nay vẫn chưa có sự đánh giá có hệ thống hiệu quả điều trị tại đây. Theo thống kê mới nhất tại khoa sản BVĐK Kiên

Giang, tỉ lệ TSG là khoảng 5% (565/11.429 thai phụ nhập viện), trong số bệnh nhân TSG thì TSG nặng chiếm 29,7%. Do vậy chúng tôi tiến hành một nghiên cứu về hiệu quả cũng như tính an toàn của nicardipine truyền tĩnh mạch để khống chế huyết áp trong TSG nặng với các mục tiêu như sau.

Nghiên cứu thực hiện với mục tiêu

Xác định tỉ lệ hạ áp của Nicardipine truyền tĩnh mạch trong điều trị TSG nặng tại Khoa Sản BVĐK Kiên Giang.

Xác đinh tỷ lệ tác dụng ngoại ý của Nicardipine truyền tĩnh mạch trên thai phụ (HA tụt, HA kẹp, mạch nhanh (mạch mẹ), tức ngực, đau đầu, vã mồ hôi, viêm tĩnh mạch chỗ tiêm truyền, nhịp tim thai nhanh).

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Thiết kế nghiên cứu

Báo cáo loạt ca tiến cứu.

Chọn mẫu

Mẫu chọn theo phương pháp tuần tự, tất cả các thai phụ có tuổi thai 30 – 34 tuần nhập viện vào khoa Sản BVĐK Kiên Giang, từ 01/09/2014 đến 31/05/2015.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Đơn thai sống từ 30 đến 34 tuần. Có tăng HA (HA ≥ 160/110 mmHg trở lên). Có protein niệu ở các mức độ khác nhau, que thử nước tiểu có kết quả protein niệu ≥ +1. Nếu protein niệu âm tính nhưng có HA ≥ 160/110 mmHg trở lên, kèm theo các dấu hiệu như giảm tiểu cầu ≤ 100.000/mm^3, nồng độ creatinine/ máu > 1,1 mg/dl hoặc tăng nồng độ gấp đôi, men gan tăng gấp đôi, phù phổi, mờ mắt, đau đầu thì vẫn chẩn đoán là TSG nặng. Thai phụ chưa có chỉ định chấm dứt thai kì ngay.

Tiêu chuẩn loại trừ

Đã có SG trước đó. Bệnh: tim. thận, cao HA, đái tháo đường, Basedow. Có tiền sử mẫn cảm với Nicardipine trước đó. Mạch mẹ > 120 lần/phút. ECG có dấu hiệu bệnh mạch vành, rối loạn nhịp.

Nicardipine, ống dạng tiêm 10 ml với hàm lượng 10 mg. Số ĐK: VN-5465-15.

Tiến hành

Đối tượng thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, được bơm tiêm tĩnh mạch với dung dịch gồm một ống Nicardipine 10mg/10ml pha glucose 5%. Bắt đầu 2mg/giờ). Tăng 1mg/giờ mỗi 15 phút cho đến khi đạt được mức hạ áp mục tiêu, thường trong khoảng 120/70 mmHg – 140/90 mmHg. Không được vượt quá 30ml/giờ (tương đương 15 mg/giờ).

Duy trì

Khi đạt được mức huyết áp mong muốn cho đến khi có các đánh giá cần thiết về tình trạng thai phụ và thai nhi.

Theo dõi HA liên tục với máy monitor đo HA mỗi 15 phút 1 lần trong 120 phút. Đánh giá khả năng duy trì đến 48 giờ.

Tim thai nhi và cơn co tử cung được theo dõi với monitor sản khoa.

Kết quả được xử lý với phần mềm thống kê Stata 12.

KẾT QUẢ

***Bảng 1**. Đặc điểm dân số nghiên cứu (n=50)*

Yếu tố	Tần số (%)
Tuổi thai phụ < 20	2 (4)
20 – 30	16 (32)
30 - 40	27 (54)
>40	4 (8)
Nghề: Nội trợ	19 (38)
Làm ruộng	17 (34)
Làm mướn	8 (16)
Công nhân viên	1 (2)
Buôn bán	5 (10)
Nơi ở: Thành thị	12 (24)
Nông thôn	38 (76)
Học vấn: Mù chữ	4 (8)
Cấp 1	14 (28)
Cấp 2	22 (44)
Cấp 3	9 (18)
>cấp 3	1 (2)

Yếu tố	Tần số (%)
Tiến căn: Chưa sanh	20 (40)
Sanh 1 – 2 con	16 (32)
Sanh ≥ 3 con	14 (28)
BMI lúc nhập viện: Bình thường	5 (10)
Quá cân	31 (62)
Béo phì	14 (28)
Tuổi thai : 30 – 32 tuần	11 (22)
>32 – 34 tuần	39 (78)
Số cân tăng cho đến khi vào viện	
<10 kg	1 (2)
10 – 15 kg	25 (50)
>15 kg	24 (48)
Tổng	50 (100)

Bảng 2. *Mạch – Huyết áp thai phụ lúc nhập viện*

Yếu tố	Trung bình	Min - Max
HA tâm thu	189,9±20,6	170 - 240
HA tâm trương	116,6±13,2	90 - 150
HA trung bình	141,0±13,9	120 - 170
Mạch	101,2±12,07	

HA= Huyết áp (mmHg); Mạch (lần/ phút)

Bảng 3. *Mức độ đáp ứng điều trị hạ áp*

Đáp ứng	N (%)	KTC 95%
Tốt	28 (56)	42 - 65
Khá	9 (18)	8 - 28
Trung bình	9 (18)	8 - 28
Thất bại	4 (8)	4 - 12
Tổng	50 (100)	

Bảng 4. *Tác dụng ngoại ý*

Yếu tố	Số lượt	Tỷ lệ %
Mạch mẹ > 120 lần/ phút	16	32
Nhức đầu	16	32
Vã mồ hôi	9	18
Viêm da tại chỗ tiêm truyền	1	2

BÀN LUẬN

Trong TSG nặng, nguyên tắc điều trị chung vẫn là chấm dứt thai kì sau khi ổn đinh tình trạng rối loạn nội khoa, ngừa co giật với Magnesium sulfate. Vấn đề khó khăn ở đây là việc chấm dứt thai kì nên thực hiện thời điểm nào nhằm cân bằng lợi ích giữa khả năng sống còn của thai và những biến chứng do TSG nặng gây ra trên thai phụ. Để tăng tỉ lệ sống của thai nhi cần có thời gian để sử dụng Corticoide giúp trưởng thành phổi thai nhi.

Khi HA tâm trương là 95 mmHg hoặc hơn mà không có điều trị gì thì sẽ gia tăng nguy cơ về bệnh tim mạch như: xuất huyết não, suy tim, suy thận do tăng HA. Nghiên cứu của Haddad (1999) ghi nhận HA tâm trương ≥ 95 mmHg liên quan đến gia tăng tỉ lệ tử vong cho thai[5]. Theo Sibai khi HA tâm trương ≥ 90 mmHg sẽ làm tăng biến chứng cho thai phụ và thai nhi . Nhiều thử nghiệm lâm sàng khuyến cáo rằng, HA tâm trương nên được kiểm soát ở mức 85 mmHg thì tốt hơn so với 90 mmHg, đặc biệt là ở những bệnh nhân tiểu đường. Khi việc điều trị hạ áp bắt đầu, mức HA tâm trương dao động từ 85 – 90 mmHg được xem là một tiêu chuẩn hạ áp tốt.

Việc lựa chọn tiêu chuẩn chọn hạ áp có ảnh hưởng rất lớn đến kết quả nghiên cứu. Trong nghiên cứu của Elatrous và cộng sự (2002)[4] nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng so sánh hiệu quả hạ áp của Nicardipine truyền tĩnh mạch và Labetalol truyền tĩnh mạch đã lấy tiêu chuẩn hạ áp trung bình sau 1 giờ giảm 20% so với ban đầu làm tiêu chuẩn hạ áp thành công. Với tiêu chuẩn này, họ đạt tỉ lệ hạ áp thành công là 70%. Còn trong nghiên cứu của tác giả Carbonne và cộng sự (1993)[2] được xem như là tác giả đầu tiên mô tả nghiên cứu về tác dụng của Nicardipine trên thai phụ TSG nặng[2], là một thử nghệm lâm sàng không nhóm chứng nhằm đánh giá hiệu quả của Nicardipine đường uống và truyền tĩnh mạch sau khi đường uống thất bại. Hiệu quả hạ áp được đánh giá bằng thời gian để đạt được HA tâm trương < 90 mmHg.

Lê Hoài Chương báo cáo năm 2012[6], nghiên cứu về hiệu quả hạ áp của Nicardipine truyền tĩnh mạch trên thai phụ TSG nặng, đánh giá qua thời gian để đạt HA mục tiêu là ≤ 140/90 mmHg. Trong nghiên cứu này, để đạt HA mục tiêu cần thời gian trung bình là 3 giờ, với tỉ lệ thành công là 96%.

Để đánh giá đạt được hiệu quả tốt khi đạt HA mục tiêu trong khoảng thời gian từ 30 – 45 phút, mức độ khá khi đạt được HA mục tiêu từ 60 – 90 phút, trung bình là trong vòng 120 phút, thất bại khi không đạt HA mục tiêu sau 120 phút. Kết quả là, trong nghiên cứu của chúng tôi theo *bảng 3*, tỉ lệ hạ áp tốt là 56%, khá và trung bình là 18%, thất bại là 8%, sau 120 phút 92% đạt

được HA mục tiêu. So với tác giả Huỳnh Nguyễn Khánh Trang[10], tỉ lệ hạ áp tốt là 69,7 %, khá 18,6%, trung bình là 7,4% và thất bại là 4,3%. Có sự khác biệt này, theo chúng tôi nhận thấy là do liều khởi đầu và liều tăng của chúng tôi theo thời gian là khác nhau. Trong nghiên cứu của chúng tôi, liều khởi đầu là 2 mg/giờ, và tăng 1 mg/giờ mỗi 15 phút. Trong khi đó, trong nghiên cứu của tác giả Huỳnh Nguyễn Khánh Trang, liều khởi đầu là 2,5 mg/giờ và tăng 1,25 mg/giờ sau mỗi 10 phút đến khi đạt HA mục tiêu. Chúng tôi đã lựa chọn liều khởi đầu và cách tăng liều như vậy là do trong quá trình thiết kế nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận trong nghiên cứu của Carbonne (1993)[2], liều truyền tĩnh mạch là 2 mg/giờ đối với sản phụ < 80kg và cũng xuất phát thực tế những trường hợp đã sử dụng Nicardipine tại Khoa Sản BVĐK Kiên Giang, nên từ đó chúng tôi đã lựa chọn liều 2 mg/giờ trong nghiên cứu của chúng tôi.

Nicardipine là thuốc tác tác dụng trên kênh Canxi chậm, có tác dụng làm giãn mạch ngoại vi dẫn đến giảm sức cản ngoại biên, tăng cung lượng tim do giảm hậu gánh và tăng tần số tim, tăng phân suất tống máu (nhịp tim tăng lên 5 – 10 nhịp so với placebo). Trong đó, tỉ lệ mạch của mẹ tăng > 110 nhịp/phút trước điều trị là 6 trường hợp, chiếm 12%. Tuy nhiên sau điều trị không có trường hợp nào tăng hơn 130 lần/phút và trở về bình thường khi giảm liều điều trị, không có trường hợp nào phải dùng thuốc để khống chế. Trong nghiên cứu của Huỳnh Nguyễn Khánh Trang[10], tỉ lệ mạch mẹ > 120 lần/phút là 9,3%. Từ đó cho thấy là tỉ lệ tác dụng ngoại ý trong nghiên cứu của chúng tôi là khá cao. Điều này có thể giải thích như sau: nhịp tim của thai phụ trước điều trị trung bình là 101 nhịp/phút, và có 12% các trường hợp mạch mẹ tăng trên 110 nhịp/phút (nhưng < 120 lần/phút) trước điều trị. Điều này cũng đã lý giải được tại sao trong nghiên cứu của chúng tôi tác dụng ngoại ý mạch mẹ tăng với tỉ lệ khá cao hơn so với các nghiên cứu khác.

Một số tác dụng ngoại ý khác ghi nhận được đó là đau đầu 16 trường hợp (32%) và vã mồ hôi xảy ra ở 9 trường hợp (18%).

Tác dụng ngoại ý đau đầu cũng đã được báo cáo ở các nghiên cứu khác, như trong nghiên cứu của Carbonne[2] ghi nhận 9 trường hợp có đau đầu (tỉ lệ 45%) và nghiên cứu của tác giả Niji Bijvank[9] ghi nhận 39% trường hợp có đau đầu. Trong nghiên cứu của tác giả Lê Hoài Chương[6], ghi nhận tác dụng ngoại ý đau đầu là 18,8% và vã mồ hôi là 18,8%. Tỉ lệ tác dụng ngoại ý đau đầu trong nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt so với các tác giả nước ngoài có lẽ là vì đau đầu là một triệu chứng khách quan và cũng là một triệu chứng của TSG nặng. Và cũng theo biểu đồ 3 ghi nhận trước điều trị tỉ lệ sản phụ có ghi nhận đau đầu là 14 trường hợp (28%). Điều này cho thấy rằng tác dụng ngoại ý đau đầu của Nicardipine là không rõ ràng vì nó khó phân biệt giữa đó là tác dụng ngoại ý hay là một triệu chứng của TSG nặng.

Ngoài ra, tác dụng ngoại ý vã mồ hôi có tỉ lệ tương tự như tác giả Lê Hoài Chương ghi nhận. Tác dụng ngoại ý này được lý giải là do hạ HA sau điều trị.

Nghiên cứu của chúng tôi có ghi nhận 1 trường hợp (2%) viêm tĩnh mạch chỗ tiêm truyền sau 30 giờ truyền Nicardipine (da vùng tiêm truyền sung đỏ). Chúng tôi đã xử trí bằng cách thay đổi chỗ tiêm truyền và không phải sử dụng kháng sinh điều trị. Tác dụng ngoại ý này là thấp hơn so với tác giả Huỳnh Nguyễn Khánh Trang[10] ghi nhận 14 trường hợp (4,3%). Điều này có lẽ là do số đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi là nhỏ hơn so với nghiên cứu của tác giả Huỳnh Nguyễn Khánh Trang nên số trường hợp ghi nhận cũng ít hơn.

Các tác dụng ngoại ý khác như đau thắt ngực, HA kẹp, HA tụt, đỏ mặt, phù phổi, khó thở, dị ứng toàn thân... không ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi.

Cách sanh: đa số trường hợp là sanh mổ với chỉ định sản khoa, không có trường hợp nào phải chấm dứt thai kì vì các tác dụng phụ

của thuốc. Chỉ số Apgar 1 phút giữa 2 nhóm tuổi thai 30 – 32 tuần và >32 tuần khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Hạn chế

Do chỉ là báo cáo loạt ca nên giới hạn nhiều trong kết quả nghiên cứu, sức mạnh thống kê thấp. Nghiên cứu làm trong thời gian ngắn, mẫu nhỏ nên kết luận là chưa đủ mạnh, đặc biệt là việc ghi nhận tác dụng phụ cũng còn hạn chế.

Do trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số là các thai phụ TSG nặng với HA ≥ 160/110 mmHg, không thể lựa chọn nhóm placebo để làm nhóm chứng giảm độ mạnh của kết luận trong nghiên cứu.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 50 trường hợp thai phụ TSG nặng với HA ≥ 160/110 mmHg nhập viện Khoa Sản BVĐK Kiên Giang từ tháng 1/11/2014 đến 30/5/2015 chúng tôi ghi nhận một số kết quả:

Hiệu quả hạ áp của Nicardipine: Tỉ lệ hạ HA thành công lần lượt là: 56% đáp ứng điều trị tốt, 18% đáp ứng điều trị khá, 18% đáp ứng điều trị trung bình. HA giảm không quá đột ngột.

Tác dụng ngoại ý: Mạch mẹ tăng > 120 lần/phút trong 16 trường hợp (32%), không có trường hợp nào tăng quá 130 lần/phút và trở về bình thường khi giảm liều điều trị.

Đau đầu ghi nhận 16 (32%) trường hợp và 9 (18%) trường hợp ghi nhận có vã mồ hôi sau điều trị. Trong nghiên cứu có 1 trường hợp viêm tĩnh mạch chỗ tiêm truyền (2%). Không ghi nhận các tác dụng phụ nặng như đau thắt ngực, khó thở, phù phổi hay nhịp tim thai nhanh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Beckmann F (2012), chapter 16, Hypertension in Pregnancy, page 175 -179. (Nếu là sách: Họ tên tác giả (năm).
2. Carbonne B, Jannet D, Touboul C, Khelifati Y, Milliez J (1993), "Nicardipine treatment of hypertension during pregnancy". Obstet Gynecol, 81(6), pp. 908-14.
3. Cunningham FG, Leveno KJ, et al (2014), "Hypertensive Disorders", in Williams Obstetrics 24th, pp.728-779.
4. Elatrous S, Nouira S, Ouanes Besbes L, Marghli S, Boussarssar M, et al (2002), "Short-term treatment of severe hypertension of pregnancy: prospective comparison of nicardipine and labetalol". Intensive Care Med, 28(9), pp. 1281-6.
5. Haddad B, Sibai BM (1999), "Chronic hypertension in pregnancy". Ann Med, 31 (4), pp. 246-52.
6. Lê Hoài Chương (2012), "Nghiên cứu tác dụng của Nicardipne trong điều trị tiền sản giật nặng tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Uơng". Tạp Chí Y Học Thực Hành 8/2012, 822 (số 5/2012), tr. 40 - 43
7. Liu CM, Cheng PJ, Chang SD (2008). Maternal complications and perinatal outcomes associated with gestational hypertension and severe preeclampsia in Taiwanese women. J Formo Med Association, 107 (2), 129-138
8. National High Blood Pressure Education Program Working Group Report on High Blood Pressure in Pregnancy (1990). Am J Obstet Gynecol; Nov; 163(1): 1691-712.
9. Nij Bijvank SW, Duvekot JJ (2010), "Nicardipine for the treatment of severe hypertension in pregnancy: a review of the literature". Obstet Gynecol Surv, 65 (5), pp. 341-7.
10. Huỳnh Nguyễn Khánh Trang (2013), "Dùng Nicardipine bơm truyền tĩnh mạch điều trị huyết áp cao trong tiền sản giật nặng ". Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 17 (1), tr. 115.
11. World Health Organization International Collaborative Study of Hypertensive Disorders in Pregnancy (1988). Geographic variation in the incidence of hypertension in pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology;158:80-3.

Ngày nhận bài báo: *20/11/2015*

Ngày phản biện nhận xét bài báo: *24/11/2015*

Ngày bài báo được đăng: *20/01/2016*