



HC HELLP: CẬP NHẬT & TRANH LUẬN

Lê Quang Thanh

1



ĐỊNH NGHĨA

HELLP: Weinstein, 1982 ¹

Hemolysis: tán huyết

Elevated Liver enzymes: tăng men gan

Low Platelets: tiểu cầu thấp

- Xuất độ: 6/1.000 thai phụ ³ và khoảng 10% TSG ⁴
- Nguy hiểm: đe dọa tính mạng thai phụ
- Xảy ra ở 3 tháng cuối thai kỳ: 27 - 37 tuần ²
- Hiếm xảy ra trước 24 tuần: càng sớm càng nặng ²

1. Weinstein L. Am J Obstet Gynecol 1982; 142: 159-67; 2. Sibai BM. Obstet Gynecol 2004; 103: 981-991
3. Kathula SK, Bolla SR, Magarin EF. Southern Med J 2002;95:934-935; 4. Martin JN Jr, Rose CH, Christian M. Am J Obstet Gynecol 2006;195:914-34

2



HC HELLP TẠI BVTD

- 2010: 51 ca (1,275/1.000 ca sinh).
 - **32 ca (62,7%): 27 – 37 tuần**
 - 12 ca (23,5%): 24 – 26 tuần
 - 5 ca (9,8%): thai đủ tháng
 - 2 ca (3,9%): < 24 tuần (21 & 23 tuần)
 - 7 ca (13%): thai lưu.
- phương pháp sinh:
 - 32 ca (62,7%): mổ lấy thai

5. Bệnh viện Từ Dũ. Báo cáo tổng kết hoạt động bệnh viện 2010

3



CHẨN ĐOÁN

4



Tiêu chuẩn chẩn đoán

Martin JN Jr, Rose CH, Christian M. Am J Obst Gynecol 2006;195:914-34

Phân loại Tennessee

1. Tiểu cầu $\leq 100.000/mm^3$
AST ≥ 70 IU/L
LDH ≥ 600 IU/L

2.

3.

Phân loại Mississippi

Tiểu cầu $\leq 50.000/mm^3$
AST hoặc ALT ≥ 70 IU/L
LDH ≥ 600 IU/L

Tiểu cầu 50 - 100.000/ mm^3
AST hoặc ALT ≥ 70 IU/L
LDH ≥ 600 IU/L

Tiểu cầu 100 - 150.000/ mm^3
AST hoặc ALT ≥ 40 IU/L
LDH ≥ 600 IU/L

Bán phần – Toàn phần

5



Phân loại HELLP

Phân loại HELLP	BV Từ Dũ 2011	Audibert 1996
Bán phần	33 (64,7%)	71 (51,4%)
Toàn phần	18 (35,3%)	67 (48,6%)
Tổng số	51 (100%)	138 (100%)

6



HẬU QUẢ TRÊN MẸ

- Yếu tố tiên lượng biến chứng nặng ⁸: > 75%
 - LDH > 1.400U/L
 - AST > 150 U/L, ALT > 100 U/L
 - acid uric > 7.8 mg /100ml (> 460 μ mol/L)
 - LS: nhức đầu, rối loạn thị giác, đau thượng vị và buồn nôn-nôn ói ¹³
- Tử vong ²:
 - điều trị không tốt: 25%
 - điều trị kịp thời: 1%

2. Sibai BM. Obstet Gynecol 2004; 103: 981-991

8. Haram K, Svendsen E, Abildgaard U. BMC Pregnancy and Childbirth 2009; 9:8 doi: 10.1186/1471-2393-9-8
13. Cavkaytar S, Uçurlu EN, Karaer A, Tapısız OL, Denizmen N. Acta Obstet Gynecol Scand 2007; 86: 648-651

7



HẬU QUẢ TRÊN MẸ

	BVTD 2011	Sibai 2004
Số ca HELLP	51	426
Sản giật	13,7%	-
Suy thận cấp	13,7%	3%
DIC	7,8%	21%
Suy chức năng gan	5,8%	1%
Nhau bong non	2%	9%
Phù phổi	2%	8%
Xuất huyết não	2%	1%
Tử vong	5,8%	-

2. Sibai BM. Obstet Gynecol 2004; 103: 981-991; 5. Bệnh viện Từ Dũ. Báo cáo tổng kết hoạt động bệnh viện 2011

8



HẬU QUẢ TRÊN MẸ

- Nguyên nhân chính gây tử vong mẹ^{2,13}:
 - xuất huyết não và/hoặc đột quỵ (26%)
 - phù phổi: 8%
 - suy thận cấp: 3%
 - DIC: 15%
 - nhau bong non: 9%
 - suy chức năng gan và chảy máu: 1%
 - ARDS, nhiễm trùng, máu tụ dưới bao gan & vỡ gan
- BVTĐ 2010, 3 ca tử vong mẹ (5,8%) :
 - XH não, truy tìm mạch, OAP và suy đa cơ quan

2. Sibai BM. Obstet Gynecol 2004; 103: 983-991; 5. Bệnh viện Từ Dũ. Báo cáo tổng kết hoạt động bệnh viện 2010
13. Cavkaytar S, Ugurk U, Karaer A, Tapirci OL, Darisman N. Acta Obstet Gynecol Scand 2007; 86: 648-651

9



Biến chứng mẹ

- truyền máu và sản phẩm của máu
- BVTĐ: 39/51ca (76,5%) phải truyền tiểu cầu
- Tiến triển của HC HELLP trong thời kỳ hậu sản làm tăng nguy cơ suy thận và phù phổi
- Nhau bong non làm tăng nguy cơ DIC, truyền máu, phù phổi và suy thận
- Báng bụng nhiều: biến chứng tim phổi
- HC HELLP điển hình: biến chứng mẹ cao hơn

2. Sibai BM. Obstet Gynecol 2004; 103: 983-991; 5. Bệnh viện Từ Dũ. Báo cáo tổng kết hoạt động bệnh viện 2010
8. Haram K, Svendsen E, Aklvåg U. BMC Pregnancy and Childbirth 2009; 9:8 doi: 10.1186/1471-2392-9-8

10



VỠ GAN

- hiếm gặp: 1/40.000 – 1/250.000 ca sinh^{2, 8}
- tử vong mẹ: 18% – 86%¹⁴
- xuất độ/hội chứng HELLP: 1%²
- thùy gan phải⁸
- triệu chứng: đột ngột đau dữ dội vùng thượng vị/hạ sườn phải, choáng¹⁵
- chẩn đoán: siêu âm, CT hoặc MRI¹⁵
- có thể xảy ra trong thời kỳ hậu sản¹⁶
- BVTĐ: 2 ca vỡ gan, 1 ca tử vong

2. Sibai BM. Obstet Gynecol 2004; 103: 983-991; 8. Haram K et al. BMC Pregnancy and Childbirth 2009; 9:8 doi: 10.1186/1471-2392-9-8
14. Miho D, Costin N, Miho CM, Seccari A, Cornea R. J Gastroenterol Liver Dis 2007; 16: 419 – 424
15. Anzugo AC et al. Am J Obstet Gynecol 2006; 193:129-133; 16. Gilboa Y, Bardin R, Feilberg D, Bachar GN. Isr Med Assoc J 2006; 8:219-220

11



Bệnh suất và tử suất chu sinh

- Bệnh suất (60%) và tử suất (20,4%) cao:
 - thai cực non (< 28 tuần)
 - kết hợp SDD nặng hoặc nhau bong non.
- Sinh non: 70% (15% trước 28 tuần).
 - RDS
 - loạn sản phế quản phổi
 - xuất huyết não
 - viêm ruột hoại tử

2. Sibai BM. Obstet Gynecol 2004; 103: 981-991
11. Rose BD et al. UpToDate, Waltham, MA: UpToDate, 2007

12



Tử vong chu sinh - BVTD

		BVTD 2011			
		N	TB	Min	Max
Sanh sống	Tuổi thai trung bình	41	34,183 ± 3,5031	26	40
	Cân nặng trung bình		1885,37 ± 568,688	900	2800
Tử vong chu sinh	Tuổi thai trung bình	9	27,111 ± 3,1700	23	34
	Cân nặng trung bình		944,44 ± 469,338	500	1950



XỬ TRÍ

- Nguyên tắc:
 - ưu tiên sức khỏe thai phụ > thai nhi
 - điều trị triệt để: chấm dứt thai kỳ
- 3 chọn lựa chính:
 - ≥ 34 tuần hoặc < 24 tuần: chấm dứt thai kỳ.
 - 27 – 34 tuần: trì hoãn 48 giờ khi tình trạng mẹ ổn định và hỗ trợ phổi thai nhi bằng CS
 - < 27 tuần: kéo dài thai kỳ

2. Sibai BM. *Obstet Gynecol* 2004; 103: 981-991
 B. Haram K, Swendsen E, Abildgaard U. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2009; 9:8 doi: 10.1186/1471-2393-9-8

14



Xử trí trì hoãn

- Bất đồng về điều trị < 34 tuần khi tình trạng mẹ & thai ổn định.
- Khuyến cáo:
 - corticosteroids: trưởng thành phổi
 - trì hoãn sinh đến khi:
 - có chỉ định CDTK
 - phổi thai nhi trưởng thành
 - > 34 tuần.

2. Sibai BM. *Obstet Gynecol* 2004; 103: 981-991
 B. Haram K, Swendsen E, Abildgaard U. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2009; 9:8 doi: 10.1186/1471-2393-9-8

15



“Tổng bệnh suất chu sinh không cải thiện hơn nhóm tuổi thai tương đương nhưng sinh trong vòng 48 giờ”

2. Sibai BM. *Obstet Gynecol* 2004; 103: 981-991

16



Điều trị corticosteroids (CS)

- Điều trị trước sinh bằng CS:
 - cơ chế hỗn hợp của nội tiết và kích ứng nội bào đưa đến biệt hoá surfactant lipid-protein.
- Phổi thai nhi phải sẵn sàng về mặt sinh học để CS kích thích (trigger) sự trưởng thành.
- Ở người: 26 – 33 tuần.

18. Stiles AD. N Engl J Med 2007; 357: 1248-1250

17



Điều trị corticosteroids (CS)

- Khuyến cáo ^{2, 19}: thai 24 – 34 tuần
 - không θ dexamethasone liều cao/HC HELLP
 - điều trị chuẩn CS
 - **2 liều betamethasone 12 mg TB/24h**
 - 4 liều dexamethasone 6 mg TB/12 giờ
 - sinh 24 giờ sau liều cuối cùng
- Betamethasone > dexamethasone: hiệu quả bảo vệ cao hơn đối với não trẻ non tháng

2. Sibai BM. Obstet Gynecol 2004; 103: 981-991;
19. Blier CM, Borrikau PS, Magarin EF, Bass D, Martin JV Jr. Am J Obstet Gynecol 2001; 184: 1332-1339

18



Bằng chứng mạnh: 1 đợt duy nhất CS ^{2, 8}

- Bằng chứng mạnh: 1 đợt duy nhất CS ^{2, 8}
 - sinh non, TSG nặng
 - không đủ bằng chứng/HC HELLP
- Không ủng hộ điều trị CS/HC HELLP ²¹
 - cả trước và/hoặc sau sinh
 - Cần nhắc từng trường hợp giữa lợi ích của điều trị CS và tiêu chuẩn vàng là chấm dứt thai kỳ ngay

2. Sibai BM. Obstet Gynecol 2004; 103: 981-991;
8. Harari K, Swensen E, Ablógaard U. BMC Pregnancy and Childbirth 2009; 9:6 doi: 10.1186/1471-2390-9-6
21. Vidarff AC, Yeaman GL. Minerva Gynecol 2007; 55: 183 – 190

19



Corticosteroid - BVTĐ

- Dọa sinh non - TSG: ≤ 36 tuần
 - betamethasone 2 liều TB cách 12 - 24 giờ
 - sinh trong vòng 24 giờ sau liều thứ hai
- HC HELLP: ≤ 34 tuần
 - tình trạng thai phụ và thai nhi ổn định
 - trì hoãn chấm dứt thai kỳ tối thiểu 24 giờ
 - không sử dụng khi phải CDTK cấp cứu

Bệnh viện Từ Dũ, Phúc đồ đều trị 2010

20



KHUYẾN CÁO ĐIỀU TRỊ

- Magnesium sulfate:
 - tấn công 4- 6g/TMC trong 20'
 - duy trì 2g/giờ truyền TM liên tục
 - dùng liên tục trong chuyển dạ và tiếp tục tối thiểu 24 giờ sau sinh
 - BVTĐ: tấn công 3g – 4,5 g, duy trì là 1g/giờ
 - ngộ độc magnesium:
 - Ca 100 - 300 mg/150 mL D5W TTM 15': nhanh chóng phục hồi hô hấp và ECG

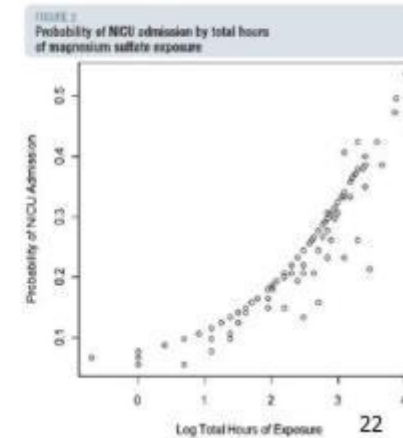
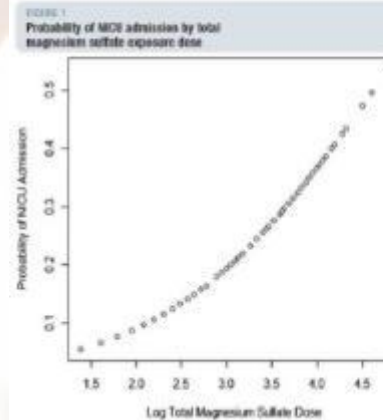
20. O'Brien JM, Barton JR. Clin Obstet Gynecol 2005;48:460-77; 22. Bệnh viện Từ Dũ. Phác đồ điều trị 2010
23. Spratts GR, Woods AL. Clinac Parlun; Thomson Delmar Learning, 2006: 644-6

21

Neonatal medical admission in a term and late-preterm cohort exposed to magnesium sulfate

Mara R. Greenberg, MD; Anna A. Penn, MD, PhD; Lewis J. Thomas, BS; Yasser Y. El-Sayed, MD; Aaron B. Canghly, MD, PhD; Deirdre J. Lyell, MD

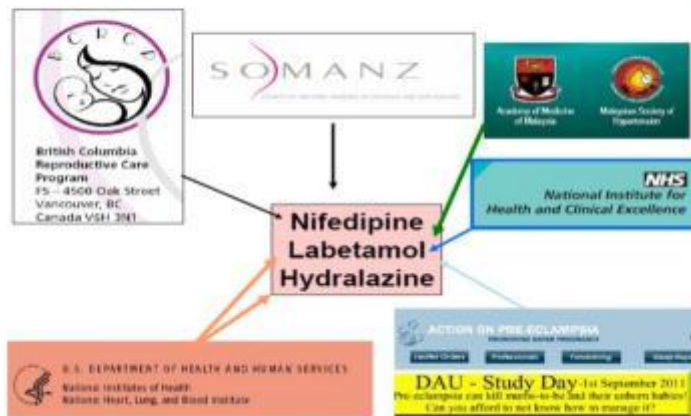
Am J Obstet Gynecol 2011.



22



Thuốc hạ áp



23



Thuốc hạ áp

- Chỉ hạ áp khi HA >160/105 mmHg
 - ko hạ áp nhanh: gây suy thai
 - mục tiêu: hạ dần HA dưới 160/105 mmHg
 - **hydralazine**: 5 mg TMC mỗi 15-20' (20 mg/h)
 - **labetalol**: 20-40 mg TMC mỗi 15' (220 mg/h)
 - nifedipine: 10 – 20 mg uống mỗi 30' (50 mg/h)
 - nicardipine: 0,5 - 1 mg TMC, 4-7 mg/30' TTM

4. Martin JN Jr, Rose CH, Christian M. Am J Obstet Gynecol 2006;195:914-34; 20. O'Brien JM, Barton JR. Clin Obstet Gynecol 2005;48:460-77
11. Rose BD et al. HELLP Syndrome. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate, 2007

SEAR 2010

24

AJOG 2005

Therapy with both magnesium sulfate and nifedipine does not increase the risk of serious magnesium-related maternal side effects in women with preeclampsia

Laura A. Magee, MD,^{1,2,3,4} Saman Miremad, MD,⁵ Jing Li, MSS,⁶ Carol Cheng, BSc,⁶ Mary H. H. Ensom, PharmD,⁶ Bruce Carleton, PharmD,^{6,7} Anne-Marie Côté, MD,⁸ Peter von Dadelszen, MChB, DPhil⁹

	Cases: Nifedipine (n = 162)	Other antihypertensive medication (n = 32)	No antihypertensive medication (n = 183)
Neuromuscular weakness	86 (53.1%)	17 (53.1%)	82 (44.8%)
Maternal hypotension [†]	67 (41.4%)	10 (31.3%)	97 (53.0%)
Respiratory problems [‡]	24 (14.8%)	2 (6.3%)	14 (7.7%)
Dyspnea	14 (8.6%)	0	9 (4.9%)
Pulmonary edema	4 (2.47%)	0	2 (1.09%)

25



TRUYỀN TIỂU CẦU

- Chỉ định:
 - xuất huyết nặng
 - tiểu cầu < 20.000 – 25.000/mm³ ²⁵
 - truyền 6 đv: TC < 40.000/mm³ ngay trước khi đặt NKQ trong MLT hoặc ngay lúc sinh ²
- Không nhất thiết truyền tiểu cầu lập lại: thời gian bán hủy rất ngắn ²

² Sibai BM. *Obstet Gynecol* 2004; 103: 981-991
²⁵ Baxter JK, Weinstein L. *Obstet Gynecol Surv* 2004;50:838-45

26



XỬ TRÍ SẢN KHOA

- HELLP không phải CD mổ lấy thai CC
- CD mổ lấy thai dựa trên:
 - tuổi thai
 - tình trạng thai
 - tình trạng chuyển dạ
 - chỉ số Bishop và các chỉ định sản khoa

² Sibai BM. *Obstet Gynecol* 2004; 103: 981-991
⁸ Haram K, Svendsen E, Abildgaard U. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2009; 9:8 doi: 10.1186/1471-2393-9-8

27



- Khi có chỉ định CDTK: **oxytocin / PGE**
 - ≥ 30 tuần, bất kể tình trạng xoá mở CTC
 - < 30 tuần, chỉ số Bishop tối thiểu là 5
- Giảm đau trong chuyển dạ và sinh: liều thấp giảm đau có nguồn gốc từ á phiện.
- CCĐ TTS - TK thẹn: chảy máu và tụ máu
- Gây mê toàn thân nếu mổ lấy thai

² Sibai BM. *Obstet Gynecol* 2004; 103: 981-991
⁸ Haram K, Svendsen E, Abildgaard U. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2009; 9:8 doi: 10.1186/1471-2393-9-8

28



- BVTĐ:
 - truyền TC: TC < 60.000/mm³, ngay trước khi thực hiện thủ thuật
 - có rối loạn đông máu:
 - dẫn lưu dưới cân bằng penrose
 - đóng da thưa mũi rời - băng ép

20. O'Brien JM, Milligan DA, Barton JR. Am J Obstet Gynecol 2000; 183: 921-924
22. Bệnh viện Từ Dũ. Phác đồ điều trị 2010

29



Điều trị sau sinh

- Theo dõi sát: ít nhất là 48 giờ
- Duy trì MgSO₄/48 giờ đầu
- Thuốc hạ áp: nếu HA ≥ 155/105 mmHg
- Đa số hồi phục: 48 giờ - 5 ngày sau sinh

2. Sibai BM. Obstet Gynecol 2004; 103: 981-991;
8. Haram K, Svendsen E, Abildgaard U. BMC Pregnancy and Childbirth 2009; 9:8 doi: 10.1186/1471-2393-9-8

30



- Trường hợp nặng: hồi phục chậm hoặc diễn tiến xấu đi. Có nguy cơ^{26, 27}:
 - phù phổi do truyền máu và sản phẩm của máu, thoát dịch tự do
 - nguy cơ hoại tử ống thận cấp và cần thẩm phân phúc mạc.
- Có thể điều trị bằng huyết tương
- Thường chỉ cần điều trị hỗ trợ²

2. Sibai BM. Obstet Gynecol 2004; 103: 981-991; 26. Drakeley AJ et al. Am J Obstet Gynecol 2002; 186: 253-6
27. Sibai BM et al. Am J Obstet Gynecol 1993; 169: 1000-1006;

31



HELLP/thời kỳ hậu sản

- Khởi phát^{2, 29}:
 - vài giờ - 7 ngày hậu sản
 - hầu hết trong 48 giờ đầu hậu sản
- Chẩn đoán - điều trị = trước sinh²
- Dexamethasone liều cao^{29, 30, 31}:
 - hồi phục nhanh & nằm viện ngắn hơn
 - vẫn còn là thử nghiệm^{2, 8}

2. Sibai BM. Obstet Gynecol 2004; 103: 981-991;
8. Haram K, Svendsen E, Abildgaard U. BMC Pregnancy and Childbirth 2009; 9:8 doi: 10.1186/1471-2393-9-8
29. Martin JN Jr, Thigpen BD, Rose CH, Cushman J, Moore A, May WL. Am J Obstet Gynecol 2003; 189: 830-834
30. Vigil-DeGracia P, Garcia-Caceres E. Int J Gynecol Obstet 1997; 59: 217-21
31. Yalcin OT, Senir T, Haesa H, Ozalp S, Okur A. Int J Gynecol Obstet 1998; 61: 141-8

32



TIỀN LƯỢNG LÂU DÀI VÀ THAI KỲ SAU

- TSG: khoảng 20% ^{2, 32, 33}
- HC HELLP: 2%-19% ^{2, 32, 33}
- Chưa có phương pháp phòng tránh tái phát ⁸
- Thuốc viên tránh thai: an toàn ³⁴
- Chức năng gan: ²
 - không ảnh hưởng lâu dài
- Chức năng thận ^{26, 32}
 - suy thận cấp cũng không ảnh hưởng lâu dài

². Sibai BM. *Obstet Gynecol* 2004; 103: 981-991; ²⁶. Drakeley AJ, LeRoux PA, Anthony J, Penny J. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 253-6
³². Jacquemyn Y et al. *Gynecol Obstet Invest* 2004; 57: 117-20; ³³. Van Pompus MG, Wolf H, Ilsen A, Treffers PE. *Hypertens Pregnancy* 2000; 19: 211-220
³⁴. Chamos MC et al. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188: 1504-8; ³⁵. Sibai BM. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162: 311-316

