

# BỆNH TIM VÀ THAI NGHÉN

## 1. Đại cương:

Bệnh tim ở phụ nữ mang thai thường đưa đến những nguy cơ cho cả mẹ và con. Tần suất mắc bệnh khoảng 1-2%, trong đó 90% do hậu quả của thấp khớp.

## 2. Các trường hợp tim bệnh lý trong thai kỳ

### 2.1. Các bệnh van tim

- Hẹp van hai lá: bệnh lý thường gặp nhất (66%), có nhiều biến chứng tim-sán. Gần như tất cả các bệnh nhân hẹp van hai lá đều mắc thấp tim.
- Hở van hai lá: cũng thường do bệnh thấp, chiếm 34% trong bệnh lý van 2 lá. Thai phụ bị hở van hai lá chịu đựng thai kỳ tốt hơn hẹp van 2 lá.
- Các bệnh hở van tim khác: như hở van 3 lá, hở van động mạch phổi, hở van động mạch chủ thường kết hợp với bệnh lý van 2 lá.
- Hẹp van động mạch chủ: Những bệnh nhân bị bệnh này không có khả năng duy trì cung lượng tim bình thường.

### 2.2. Các bệnh tim bẩm sinh

- Thông liên nhĩ: Đây là dạng thường gặp.
- Thông liên thất: ít gặp hơn. Thông liên thất nhẹ và trung bình vẫn có khả năng mang thai bình thường. Tuy nhiên, những trường hợp có tổn thương thông liên thất nặng có thể tạo ra shunt phải-trái khi tăng áp động mạch phổi. Sự đảo shunt này được gọi là hội chứng Eisenmenger, tỷ lệ tử vong mẹ cao (30-50%).
- Còn ống động mạch: Ít gặp, trường hợp ống thông nhỏ vẫn có thể đáp ứng tốt thai kỳ.
- Tứ chứng Fallot: là bệnh tim có tím hay gặp ở tuổi trưởng thành. Bệnh nhân này kém chịu đựng các thay đổi huyết động đột ngột do chuyển dạ và thay đổi tư thế. Thai nhi thường bị nhẹ cân, sinh non nhưng lại có trường thành phổi sớm so với tuổi thai do đáp ứng tình trạng thiếu oxy mãn.

### 2.3. Các bệnh tim khác

- Viêm cơ tim, suy tim do thiếu vitamin B1.
- Bệnh lý cơ tim (cardiomyopathy): có thể do nghiện rượu, cường catécholamin, nghiện cocain, xơ cứng bì...
- Bệnh cơ tim chu sinh (peripartum cardiomyopathy): Là các suy tim xảy ra ở những tháng cuối thai kỳ hay trong vòng 6 tháng sau đẻ mà không phát hiện được nguyên nhân hay bệnh tim trước đó. Người ta nhận thấy thai nghén dễ làm bệnh lý cơ tim xuất hiện nhưng cơ chế chưa rõ. Bệnh này hay gặp sau đẻ, tỷ lệ 1/1300-1/4000 cuộc đẻ.

## 3. Biểu chứng

### 3.1. Ảnh hưởng của bệnh tim đối với thai nghén

Những người mẹ mắc bệnh tim có thể có hiện tượng thiếu oxy và dinh dưỡng ở tổ chức. Tùy theo thời điểm và mức độ mà có các ảnh hưởng khác nhau như:

- Thai chậm phát triển trong tử cung, thai suy mạn tính.
- Nhẹ cân so với tuổi thai.
- Dọa sảy thai, sảy thai.
- Dọa đẻ non, đẻ non.
- Thai chết trong tử cung, thai chết trong chuyển dạ.
- Thai có thể bị dị dạng ở những thai phụ bị bệnh tim bẩm sinh có tím.

Tuy vậy, thai nghén vẫn có thể phát triển ở những thai phụ bị bệnh tim khi chưa mất bù.

### 3.2. Ảnh hưởng của thai nghén lên bệnh tim

Thai nghén ảnh hưởng nhiều đến tim ở nửa sau của thai kỳ, các biến chứng thường gặp:

- Suy tim cấp.
- Phù phổi cấp.
- Thuyên tắc mạch phổi.
- Rối loạn nhịp tim.
- Thiếu máu trong thai kỳ: tình trạng thiếu máu sẽ làm tăng lưu lượng tim, tim phải làm việc nhiều dễ đưa đến suy tim kể cả suy tim độ I và II.
- Tắc mạch do huyết khối: Tai biến viêm tắc mạch trong lúc mang thai là một trong các nguyên nhân hàng đầu của tử vong mẹ. Tỷ lệ biến chứng này từ 3-5%, trong đó 25% xảy ra trong thai kỳ, 75% trong thời kỳ hậu sản. Trên lâm sàng thường gặp viêm tắc tĩnh mạch chi dưới, ngoài ra cũng có thể gặp huyết khối ở mạch vành, não, phổi và mạc treo ruột.

### 4. Triệu chứng và chẩn đoán

Rất nhiều thay đổi sinh lý của thời kỳ thai nghén có xu hướng làm cho việc chẩn đoán bệnh tim trở nên khó khăn hơn.

#### 4.1. Các triệu chứng và dấu hiệu

- Khó thở, khó khi nằm, có thể xuất hiện sớm từ tháng thứ 5 của thai kỳ, nặng dần lên theo tuổi thai.
- Ho ra máu.
- Cảm giác tức ngực, mệt ngực, ngất khi gắng sức do tim bị chèn ép, thay đổi trực.
- Tím tái, ngón tay dùi trống, khum mặt kính đồng hồ.
- Nhịp tim thường nhanh, có thể có ngoại tâm thu hoặc các loạn nhịp khác.
- Nghe tim phát hiện được các tiếng bệnh lý: Rung tâm trương, thổi tâm thu trên 3/6, tiếng thứ hai tách đôi...
- Nghe phổi có thể nghe được ran ẩm, hoặc các dấu hiệu tiền triệu của phù phổi cấp và phù phổi cấp.
- Nếu có suy tim có thể phát hiện các dấu hiệu: mệt mỏi, khó thở, mạch nhanh  $\geq 110$  lần/phút; đau tức ngực hoặc cơn đau thắt ngực thoáng qua; gan to, tĩnh mạch cổ nổi, phàn hồi gan-tĩnh mạch cổ dương tính (suy tim phải).
- Trong một số trường hợp có thể phát hiện dấu hiệu viêm tắc tĩnh mạch chi dưới: sốt; có biểu hiện thừng tĩnh mạch nông, đau và viêm; đau ở bắp chân, chân bị viêm tắc sưng to, đau tăng lên khi sờ vào tĩnh mạch đùi ở vùng tam giác đùi; siêu âm Doppler chi dưới thấy hình ảnh giãn tĩnh mạch và giảm lưu lượng máu.
- Cận lâm sàng: Xquang có bóng tim to, bè ngang và cơ hoành bị đẩy cao lên. Điện tim có biểu hiện suy tim (dày thất phải, dày thất trái) hoặc loạn nhịp.

#### 4.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh tim

Năm 1958 Burwell và Mercalfé đã đưa ra tiêu chuẩn chẩn đoán:

- Có tiếng rung tâm trương, tiếng thổi tâm thu liên tục hoặc thổi tiền tâm thu.
- Tiếng thổi tâm thu ( $\geq 3/6$ ), đặc biệt có kèm theo rung miu.
- Các triệu chứng bệnh tim rõ ràng.
- Loạn nhịp tim nặng, block.

Nếu thai phụ có một trong bốn triệu chứng trên là có bệnh tim.



#### 4.3. Phân độ suy tim theo chức năng (Hội Tim học NewYork)

Độ 1: Hoạt động thể lực không bị hạn chế (chưa suy tim) Độ 2: Hoạt động thể lực giảm nhẹ Triệu chứng cơ năng xuất hiện khi gắng sức	Tiên lượng còn tốt
Độ 3: Hoạt động thể lực giảm. Triệu chứng cơ năng xuất hiện khi gắng sức nhẹ. Độ 4: Triệu chứng cơ năng xuất hiện ngay cả khi nghỉ ngơi	Tiên lượng dè dặt

#### 4.4. Chẩn đoán phân biệt

- Thiếu máu: Thiếu máu trong khi có thai có nhiều triệu chứng: khó thở, mệt, mạch nhanh, hồi hộp, tim có tiếng thổi tâm thu. Thiếu máu nặng có nhiều dấu hiệu giống suy tim.
- Rối loạn nước, điện giải: aldosteron được tiết ra nhiều hơn trong khi có thai và đạt đỉnh cao khi chuyển dạ. Aldosteron gây ra tình trạng giữ nước và natri nên thai phụ dễ bị suy tim cấp. Cần lưu ý aldosteron tiết ra nhiều khi có tiền sản giật, suy tim.

### 5. Xử trí

#### 5.1. Trong thời kỳ mang thai

- Không để tăng cân quá mức: nên ăn kiêng với chế độ ăn ít muối ( $\leq 2g/ngày$ ).
- Tránh hoạt động thể lực, nghỉ ngơi nằm nghiêng trái ít nhất 1 giờ/ngày.
- Tránh thiếu máu.
- Quản lý thai nghén chặt chẽ với sự phối hợp giữa chuyên khoa sản và tim mạch.

#### 5.2. Xử trí nội khoa

Chủ yếu là dự phòng và điều trị các tai biến.

- Theo dõi sát ngay từ khi có thai, phát hiện các biến chứng để điều trị kịp thời.
- Hướng dẫn chế độ nghỉ ngơi, ăn uống hợp lý.
- Tư vấn cho bệnh nhân các dấu hiệu nguy hiểm.
- Điều trị nội khoa bao gồm: Trợ tim, lợi tiểu, an thần, chống huyết khối và dự phòng nhiễm trùng.

#### 5.3. Xử trí sản khoa

##### 5.3.1. Trong khi có thai

- Chưa suy tim:
  - + Con so: có thể giữ thai đẻ đẻ nếu thai phụ được theo dõi và chăm sóc nội khoa kỹ. Nên cho thai phụ vào viện trước đẻ 1 tháng
  - + Con rạ: nên đình chỉ thai nghén. Nếu thai đã gần đủ tháng, sức khỏe của mẹ cho phép thì giữ thai đến đủ tháng hoặc gần đủ tháng, cho đẻ có hỗ trợ thủ thuật hoặc mổ lấy thai nếu có chỉ định
- Đã có suy tim:
  - + Con so: cần cân nhắc kỹ và thống nhất giữa sản khoa tim mạch.
  - + Suy tim độ I, II: Thai nhỏ dưới 6 tháng nên đình chỉ thai nghén; nếu thai trên 6 tháng, thai phụ có yêu cầu và có khả năng điều trị thì nên chiếu cố nguyện vọng của họ. Trong quá trình điều trị phải đánh giá kết quả điều trị. Khi không đáp ứng điều trị phải đình chỉ thai nghén.
  - + Suy tim độ III, IV: Phải đình chỉ thai nghén dù ở tuổi thai nào. Tuy nhiên phải lựa chọn phương pháp, thời điểm thích hợp nhất. Cần có sự hỗ trợ của bác sĩ tim mạch

- + Con rạ: nên đình chỉ thai nghén bằng các biện pháp an toàn và triệt để. Nếu thai gần đủ tháng cũng có thể điều trị thêm một thời gian ngắn đến gần đủ tháng rồi mổ lấy thai chủ động.
- Trong khi tiến hành các biện pháp trên cần lưu ý:
  - + Giảm đau tốt để đề phòng ngừng tim do đau hoặc do phản xạ.
  - + Ngăn ngừa thuyên tắc mạch do huyết khối xảy ra sau thủ thuật, sau mổ.
  - + Đảm bảo vô khuẩn và sử dụng kháng sinh để ngăn ngừa nhiễm trùng trong và sau đình chỉ thai nghén.
  - + Hạn chế chảy máu đến mức thấp nhất để giảm lượng dịch truyền khi hồi sức, đề phòng quá tải để đưa đến suy tim và phù phổi cấp.

### 5.3.2. Khi chuyển dạ

Ở người có bệnh tim việc đẻ đường dưới có lợi do hạn chế được các nguy cơ của mẹ liên quan đến phẫu thuật và hậu phẫu. Trong chuyển dạ có nguy cơ xảy ra mất bù đột ngột, nên cuộc đẻ phải diễn ra ở nơi có các bác sĩ (tim mạch, gây mê, sản khoa, nhi khoa phối hợp).

- Khi đang chuyển dạ: Sản phụ nên được dùng thuốc trợ tim, an thần, thở oxy, nằm nghiêng trái. Nếu phải điều chỉnh cơn co bằng oxytocin nên dùng oxytocin 10 đơn vị pha trong 500ml glucoza 5% để tránh quá tải cho tim.
- Khi sổ thai: Lấy thai bằng Forcep nếu đủ điều kiện để tránh gắng sức cho sản phụ. Cần chú ý chống rối loạn huyết động sau khi sổ thai bằng cách chèn túi cát lên bụng bệnh nhân và hạ thấp 2 chân ngay sau đẻ.
- Nếu phải mổ lấy thai nên mổ lấy thai chủ động tốt hơn khi đã chuyển dạ để tránh các thay đổi huyết động tăng lên khi gây mê và chuyển dạ.
- Thời kỳ sổ rau: Tôn trọng sinh lý sổ rau, chỉ can thiệp khi cần thiết, cần kiểm tra kỹ bánh rau để phát hiện sót rau.

### 5.3.3. Thời kỳ hậu sản

Thời kỳ này còn tồn tại các thay đổi huyết động, nguy cơ nhiễm khuẩn và tắc mạch.

- Điều trị kháng sinh có hệ thống, tối thiểu là 1 tuần.
- Chú ý dự phòng huyết khối: lượng dẫn sản phụ ngồi dậy và vận động sớm. Chỉ định heparin trọng lượng phân tử thấp trong 15 ngày cho những người có nguy cơ cao.
- Cho con bú: có thể cho con bú nếu sản phụ chưa có suy tim mất bù, vẫn theo dõi các tai biến tim sản, nếu xuất hiện các dấu hiệu bất thường phải ngưng cho con bú.
- Nếu phải cắt sữa nên dùng Parlodel (Bromocriptine).

## 6. Tư vấn

- Trao đổi với sản phụ và gia đình về tầm quan trọng của việc theo dõi sát quá trình thai nghén và phải sinh trong bệnh viện chuyên khoa
- Nêu các dấu hiệu nguy hiểm, biến chứng trong thai kỳ và khi chuyển dạ
- Sau sinh cần tư vấn các biện pháp tránh thai:
  - + Thất vôi tử cung nên được đặt ra trong các trường hợp:
    - Tiếp tục mang thai sẽ làm bệnh tim nặng thêm,
    - Bệnh tim nặng không thể cải thiện bằng điều trị nội khoa, ngoại khoa
    - Chống chỉ định có thai lại (suy tim độ III, IV).
    - Cần thảo luận kỹ với sản phụ, gia đình và bác sĩ tim mạch. Nếu phải thất vôi tử cung nên làm xa cuộc đẻ để tránh các nguy cơ viêm tắc tĩnh mạch.
  - + Có thể đặt vấn đề thất ồng dẫn tinh cho người chồng để tránh nguy cơ của phẫu thuật cho người vợ.