

Kết quả sử dụng nicardipin tĩnh mạch trên bệnh nhân tăng huyết áp sau mổ lấy thai tại Khoa Hồi sức cấp cứu Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Management of hypertension by nicardipine intravenous infusion after cesarean section at the National Obstetrics and Gynecology Hospital

Nguyễn Thị Thanh Bình¹, Thân Thị Hải Hà¹,
Trần Linh Chi², Nguyễn Thị Thảo²,
Trịnh Ngọc Huyền Trang², Hoàng Thị Phương¹,
Cao Thị Bích Thảo^{2*}

¹Bệnh viện Phụ sản Trung ương,
²Trường Đại học Dược Hà Nội

Tóm tắt

Mục tiêu: Phân tích đặc điểm sử dụng phác đồ nicardipin tĩnh mạch và kết quả kiểm soát huyết áp trên sản phụ tăng huyết áp sau mổ lấy thai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên sản phụ tăng huyết áp sau mổ lấy thai, được truyền nicardipin tại Khoa Hồi sức cấp cứu (HSCC), Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong thời gian từ 01/01/2024 đến 31/12/2024. Dữ liệu được thu thập qua hồ sơ bệnh án. **Kết quả:** Nghiên cứu gồm 165 sản phụ. Liều nicardipin ban đầu có trung vị 2,0mg/h, tối đa 8mg/h. Có 78,2% sản phụ được phối hợp thêm thuốc hạ huyết áp khác (chủ yếu là methyldopa). Tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu trước khi dừng nicardipin là 56,4%, và trước khi ra viện là 100% đạt. Tỷ lệ tái tăng huyết áp sau khi ngừng nicardipin là 22,4%. Biến cố hạ huyết áp tâm thu <110mmHg gặp ở 18,2% trường hợp, nhịp tim nhanh > 100 lần/phút ở 67,9% trường hợp. **Kết luận:** Nicardipin tĩnh mạch và phác đồ chuyển đổi cho hiệu quả cao trong điều trị tăng huyết áp sau sinh. Cần tăng cường theo dõi huyết áp và nhịp tim, điều chỉnh liều nicardipin, điều chỉnh thuốc phối hợp và chuyển đổi để tối ưu hiệu quả điều trị và giảm thiểu biến cố.

Từ khóa: Nicardipin, tăng huyết áp, mổ lấy thai, Bệnh viện Phụ sản Trung ương, hồi sức cấp cứu.

Summary

Objective: To describe the intravenous nicardipine regimen and the outcomes on blood pressure control in postpartum women with hypertension after cesarean section. **Subject and method:** A retrospective descriptive study was conducted in postpartum women with hypertension after cesarean section who received intravenous nicardipine at the Intensive Care Unit, National Hospital of Obstetrics and Gynecology, from January 1 to December 31, 2024. Data were collected from medical records. **Result:** A total of 165 women were included. The median initial dose of IV nicardipine was 2.0mg/h, with a maximum of 8mg/h. During nicardipine infusion, 78.2% of patients received additional antihypertensive medications, primarily methyldopa. A total of 56.4% of patients achieved target blood pressure before discontinuation of nicardipine, whereas all patients (100%) achieved target blood pressure before discharge. Rebound hypertension occurred in 22.4% of cases after nicardipine discontinuation. Adverse events included systolic blood pressure < 110mmHg in 18.2% and heart rate >

Ngày nhận bài: 31/07/2025, ngày chấp nhận đăng: 17/10/2025

* Tác giả liên hệ: thaocbt@hup.edu.vn - Trường Đại học Dược Hà Nội

100 beats/min in 67.9% of patients. *Conclusion:* Intravenous nicardipine regimens and subsequent transition therapy are highly effective in managing postpartum blood pressure. Close monitoring of blood pressure and heart rate, along with dose titration of nicardipine and optimization of combination and transition regimens, remain essential to maximize treatment efficacy and minimize adverse events.

Keywords: Nicardipine, hypertension, cesarean section, the National Obstetrics and Gynecology Hospital, intensive care unit.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là một biến chứng nội khoa thường gặp ở giai đoạn sau sinh. THA nặng sau sinh có thể dẫn tới hậu quả nghiêm trọng như đột quỵ và sản giật nếu không được kiểm soát kịp thời, là nguyên nhân đáng kể gây bệnh tật và tử vong ở sản phụ¹. Mặc dù tầm quan trọng của việc kiểm soát THA sau sinh đã được công nhận, hiện có rất ít nghiên cứu chuyên sâu về điều trị THA nặng trong thời kỳ này. Các hướng dẫn điều trị hiện hành đưa ra khuyến cáo về ngưỡng huyết áp cần can thiệp và lựa chọn thuốc điều trị chủ yếu dựa trên sự đồng thuận của các chuyên gia. Theo các hướng dẫn này, các thuốc hạ huyết áp đường tĩnh mạch như labetalol, hydralazin hoặc nicardipin thường được ưu tiên sử dụng để kiểm soát huyết áp ban đầu, sau đó chuyển sang các phác đồ đường uống để duy trì ổn định¹.

Trong các hướng dẫn điều trị quốc tế, nicardipin tĩnh mạch được xếp vào hàng thứ hai, sau labetalol và hydralazin tĩnh mạch, trong điều trị THA nặng sau sinh¹⁻³. Tuy nhiên, tại Việt Nam, nicardipin tĩnh mạch được xem là thuốc cơ bản để kiểm soát THA nặng trong cả thai kỳ và sau khi sinh^{4,5}. Tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, các sản phụ có tình trạng THA nặng sau sinh được chuyển từ phòng mổ về Khoa Hồi sức cấp cứu (HSCC) để tiếp tục theo dõi và điều trị. Trong thực hành lâm sàng tại khoa, nicardipin tĩnh mạch là thuốc nền tảng để kiểm soát huyết áp ban đầu. Tuy nhiên, hiện chưa có nghiên cứu nào được tiến hành để tổng kết việc sử dụng các thuốc này tại khoa.

Do đó, nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm sử dụng phác đồ chứa nicardipin tĩnh mạch và kết quả kiểm soát huyết áp sau mổ lấy thai tại Khoa HSCC của bệnh viện. Kết quả của nghiên cứu dự kiến sẽ cung cấp cơ sở dữ liệu quan trọng để bệnh viện cải tiến quy trình sử dụng nicardipin và các phác đồ hạ huyết áp trên bệnh nhân THA nặng sau sinh, đồng thời bổ sung thêm nguồn y văn có giá trị trong lĩnh vực này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Sản phụ có THA sau mổ lấy thai, được điều trị bằng nicardipin tĩnh mạch trong thời gian từ 1/1/2024 đến 31/12/2024 tại Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Loại trừ các trường hợp dưới 18 tuổi (do đặc điểm sinh lý và đáp ứng điều trị khác biệt) và các trường hợp chuyển viện (do không đủ dữ liệu theo dõi kết quả điều trị).

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu, dựa trên thu thập thông tin trong bệnh án.

Cỡ mẫu: Do số lượng bệnh án trên đối tượng bệnh nhân này không lớn, nhóm nghiên cứu không tính toán cỡ mẫu lý thuyết mà chọn toàn bộ mẫu sẵn có nhằm đảm bảo tính đại diện của dữ liệu thực tế. Thực tế thu được 165 bệnh nhân đưa vào nghiên cứu.

Chỉ tiêu nghiên cứu: Đặc điểm dùng nicardipin tĩnh mạch (bao gồm liều khởi đầu, thời gian truyền, thuốc hạ huyết áp phối hợp); kết quả điều trị (bao gồm bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu, bệnh nhân có biến cố về huyết áp và nhịp tim).

Quy ước sử dụng trong nghiên cứu: Dựa vào mức huyết áp tâm thu (HATT) của sản phụ khi vào khoa HSCC để chia 2 nhóm bệnh nhân: Nhóm 1 có HATT ≥ 160 mmHg, nhóm 2 có HATT < 160 mmHg. Việc phân nhóm theo HATT nhằm phản ánh mức độ tăng huyết áp ban đầu theo tiêu chí chẩn đoán lâm sàng THA nặng sau sinh được khuyến cáo trong y văn^{1,2}. Trong khi đó, huyết áp mục tiêu được xác định cho từng nhóm dựa trên cả HATT và huyết áp tâm trương (HATTr), theo các khuyến cáo thực hành lâm sàng nhằm đảm bảo kiểm soát huyết áp toàn diện, cụ thể cho bệnh nhân nhóm 1 là $< 150/100$ mmHg^{1,5,6} và nhóm 2 là $< 140/85$ mmHg⁷.

Các thuốc hạ huyết áp khác có thể được phối hợp cùng nicardipin. Chúng tôi quy ước thời điểm

phối hợp sớm là khi các thuốc này được phối hợp ngay trong ngày bắt đầu dùng nicardipin, phối hợp muộn là trường hợp các thuốc này được phối hợp sau ngày bắt đầu dùng nicardipin.

Xử lý số liệu: Số liệu được nhập vào phần mềm Redcap, làm sạch và xử lý bằng Microsoft Excel 2016 và phần mềm SPSS 20.0. Các biến định tính được mô tả dưới dạng số lượng (%), biến định lượng được trình bày bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn nếu phân phối chuẩn hoặc trung vị (IQR) nếu không phân phối chuẩn. Kiểm định so sánh hai biến liên tục bằng Independent t-test (nếu phân phối chuẩn) và kiểm định Mann-Whitney U (nếu phân phối chuẩn). Kiểm

định so sánh các tỷ lệ bằng kiểm định Chi-square hoặc Fisher's exact khi tần suất kỳ vọng < 5 . Độ giảm huyết áp được mô tả bằng trung vị (hoặc trung bình) và khoảng tin cậy 95%.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Khoa học và Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học của Bệnh viện Phụ sản Trung ương thông qua theo Quyết định số 1482/QĐ-PSTW ngày 15/7/2024. Các thông tin trong hồ sơ bệnh án đều được bảo mật và chỉ sử dụng với mục đích nghiên cứu khoa học, không dùng cho bất kỳ mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm (n = 165)		Số BN	Tỷ lệ %
Tuổi (năm)	Trung vị (tứ phân vị)	33 (28 – 36)	
	> 35	47	28,5
BMI trước khi sinh (kg/m ²)	Trung bình $\pm$ SD	27,7 $\pm$ 5,1	
	>30	43	26,1
Lần sinh	Sinh con đầu lòng	65	39,4
	Sinh con thứ	100	60,6
Số lượng thai	Đơn thai	151	91,5
	Đa thai	14	8,5
Đặc điểm mang thai	Mang thai tự nhiên	136	82,4
	Hỗ trợ sinh sản (IVF, IUI)	29	17,6
Tuổi thai lúc sinh (tuần)	Trung vị (tứ phân vị)	35 (31,4 - 36,3)	
	<37	125	75,8
Chẩn đoán khi vào khoa HSCC	Tăng huyết áp	13	7,9
	Tiền sản giật	138	83,6
	Tiền sản giật và hội chứng HELLP	13	7,9
	Sản giật	1	0,6
Bệnh mắc kèm	Đái tháo đường	21	12,7
	Bệnh lý thận	8	4,8
	Bệnh tuyến giáp	4	2,4
	Bệnh tim mạch	1	0,6
HATT thời điểm vào khoa HSCC	Trung bình $\pm$ SD	145,2 $\pm$ 13,7	
	≥ 160 mmHg	26	15,7
	< 160mmHg	139	84,2
HATTr thời điểm vào khoa HSCC	Trung bình $\pm$ SD	91,1 $\pm$ 12,1	
	≥ 110 mmHg	7	4,2
	< 110mmHg	158	95,8

Trung vị tuổi là 33, BMI trung bình là 27,7kg/m². Phần lớn (60,6%) sinh con thứ, tỷ lệ mang đa thai 8,5% và hỗ trợ sinh sản 17,6%. Hầu hết được chẩn đoán tiền sản giật hoặc sản giật (92,1%). Bệnh mắc kèm phổ biến nhất là đái tháo đường (12,7%). Phần lớn có huyết áp tâm thu (HATT) < 160mmHg (84,2%) và huyết áp tâm trương (HATTtr) < 110mmHg (95,8%) khi chuyển về khoa HSCC.

3.2. Đặc điểm sử dụng nicardipin tĩnh mạch tại khoa HSCC

Bảng 2. Đặc điểm sử dụng nicardipin tĩnh mạch ở khoa HSCC

Đặc điểm	Tổng (n = 165)	Nhóm 1 (n = 26)	Nhóm 2 (n = 139)
Liều khởi đầu (mg/h)			
Trung vị (tứ phân vị)	2,0 (1,6-2,4)	2,0 (2,0-2,4)	2,0 (1,6-2,4)*
Min-Max	0,4-8,0	1,2-8,0	0,4-8,0
Thời gian truyền nicardipin (giờ), trung vị (tứ phân vị)	13,3 (9,0-17,5)	16,7 (9,0-21,4)	13,0 (9,0-17,0)*
Phối hợp thuốc, n (%)	129 (78,2)	23 (88,5)	106 (76,3)*
Phối hợp sớm	104 (63,0)	17 (65,4)	87 (62,6)
Phối hợp muộn	25 (15,2)	6 (23,1)	19 (13,7)
Thời gian phối hợp thuốc (giờ), trung vị (tứ phân vị)	10,0 (5,0-16,0) n = 129	16,0 (2,5-18,3) n = 23	9,8 (5,1-15,0)* n = 106

*P>0,05 khi so sánh nhóm 1 và nhóm 2 (kiểm định Mann-Whitney U).

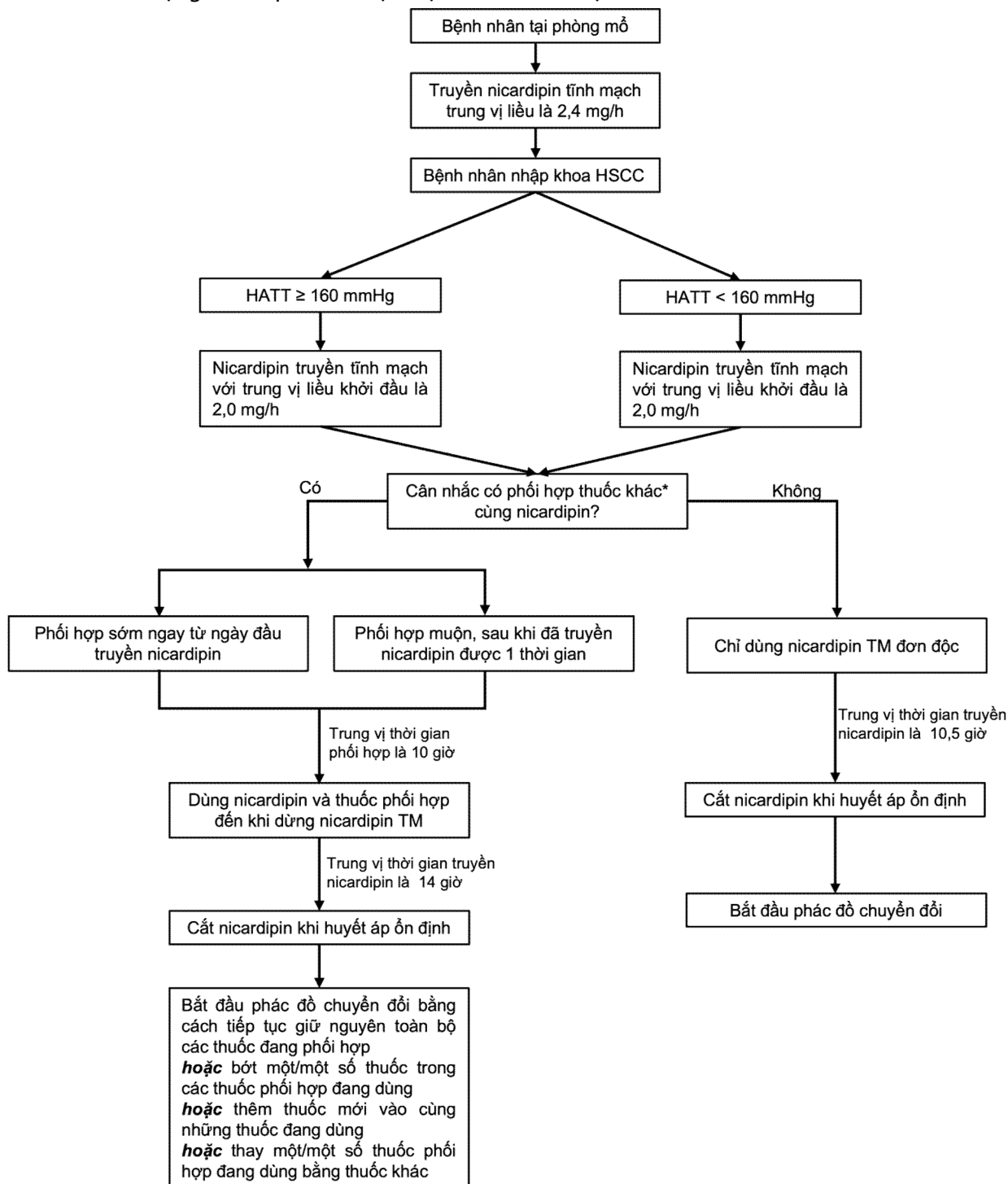
Tất cả các bệnh nhân được sử dụng nicardipin tĩnh mạch tại phòng mổ với trung vị liều là 2,4mg/h (tứ phân vị: 2,0-2,4mg/h) trước khi đưa về khoa HSCC. Tại Khoa HSCC, trung vị liều khởi đầu nicardipin là 2,0mg/h, trung vị thời gian truyền nicardipin là 13,3 giờ. Phần lớn sản phụ (78,2%) được phối hợp nicardipin với các thuốc hạ huyết áp khác, chủ yếu là phối hợp sớm (63,0%), trung vị thời gian phối hợp là 10 giờ. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm về liều nicardipin khởi đầu, thời gian truyền nicardipin và thời gian phối hợp nicardipin với thuốc hạ huyết áp khác.

Bảng 3. Đặc điểm các thuốc phối hợp sớm với nicardipin

Thuốc phối hợp		Số BN (%)		
		Tổng số BN (n = 104)	Nhóm 1 (n = 17)	Nhóm 2 (n = 87)
1 thuốc	Methyldopa	19 (18,3)	4 (23,5)	15 (17,2)
	Metoprolol	1 (1,0)	0	1 (1,1)
	Furosemid	12 (11,5)	2 (11,8)	10 (11,5)
	Tổng	32 (30,8)	6 (35,3)	26 (29,9)
2 thuốc	Methyldopa + amlodipin	12 (11,5)	0	12 (13,8)
	Methyldopa + nifedipin	11 (10,6)	2 (11,8)	9 (10,3)
	Methyldopa + furosemid	18 (17,3)	5 (29,4)	13 (14,9)
	Nifedipin + furosemid	1 (1,0)	0	1 (1,1)
	Tổng	42 (40,4)	7 (41,2)	35 (40,2)
3 thuốc	Methyldopa + amlodipin + furosemid	6 (5,8)	0	6 (6,9)
	Methyldopa + nifedipin + furosemid	23 (22,1)	4 (23,5)	19 (21,8)
	Methyldopa + metoprolol + furosemid	1 (1,0)	0	1 (1,1)
	Tổng	30 (28,8)	4 (23,5)	26 (29,9)

Trong các trường hợp phối hợp sớm, phần lớn là phối hợp với 2 thuốc khác (40,4%), 28,8% trường hợp phối hợp với 3 thuốc. Thuốc phối hợp chủ yếu là methyldopa, ngoài ra có các thuốc chẹn kênh canxi (amlodipin và nifedipin), lợi tiểu (furosemid) và chẹn beta (metoprolol).

Quá trình sử dụng nicardipin tĩnh mạch tại Khoa HSCC được tóm tắt ở Hình 1.



*Thuốc khác: Methyldopa, Nifedipin, Amlodipin, Metoprolol, Furosemid

Hình 1. Tóm tắt quá trình sử dụng nicardipin tĩnh mạch tại khoa HSCC

3.3. Kết quả điều trị

Bảng 4. Hiệu quả kiểm soát huyết áp

Đặc điểm	Tổng (n = 165)	Nhóm 1 (n = 26)	Nhóm 2 (n = 139)
Độ giảm huyết áp sau khi ngừng nicardipin, trung vị [khoảng tin cậy 95%]			
Độ giảm HATT	10,5 [9,0-13,6]	28,0 [23,5-35,3]	8,0 [5,9-10,2]**
Độ giảm HATT _r	4,0 [2,3-6,1]	10,5 [6,0-19,1]	3,0 [0,8-4,6]**
Đạt huyết áp mục tiêu, n (%)			
Trong thời gian dùng nicardipin	93 (56,4)	12 (46,2)	81 (58,3)
Tại thời điểm ra viện	165 (100)	26 (100)	139 (100)
Thời gian đạt huyết áp mục tiêu (giờ), trung vị (tứ phân vị)	9,5 (3,0-22,5)	7,3 (2,5-18,4)	11,0 (3,0-23,5)*

* $p > 0,05$, ** $p < 0,05$ khi so Nhóm 2 và Nhóm 1 (kiểm định Mann-Whitney U)

Tại thời điểm ngừng nicardipin, HATT và HATT_r giảm có ý nghĩa thống kê so với lúc vào khoa, với mức giảm ở nhóm 1 nhiều hơn nhóm 2 (28mmHg so với 8mmHg, $p < 0,05$). Trước khi ngừng nicardipin, 56,4% đạt mục tiêu và không khác biệt giữa 2 nhóm. Trước khi ra viện, tất cả sản phụ đều đạt huyết áp mục tiêu, trung vị thời gian đạt là 9,5 giờ và tương tự giữa 2 nhóm.

Bảng 5. Biến cố trên huyết áp và nhịp tim trong quá trình điều trị

Biến cố trên huyết áp và nhịp tim	Số BN (%)		
	Tổng (n = 165)	Nhóm 1 (n = 26)	Nhóm 2 (n = 139)
Tái tăng huyết áp sau khi ngừng nicardipin	37 (22,4)	10 (38,5)	27 (16,4)**
Hạ HATT < 110mmHg			
Trong thời gian sử dụng nicardipin	0	0	0
Sau khi ngừng nicardipin	30 (18,2)	2 (7,7)	28 (20,1)*
Nhịp tim > 100 lần/phút, n (%)			
Tại thời điểm vào khoa	76 (46,1)	15 (57,7)	61 (43,9)*
Trong thời gian điều trị tại khoa	112 (67,9)	22 (84,6)	90 (64,7)**

* $p > 0,05$, ** $p < 0,05$ khi so Nhóm 2 và Nhóm 1 (kiểm định Chi-square)

Có 22,4% sản phụ tái tăng huyết áp sau khi ngừng nicardipin, nhóm 1 cao hơn nhóm 2 (38,5% so với 16,4%, $p < 0,05$). Không có trường hợp nào hạ HATT < 110mmHg khi dùng nicardipin, nhưng tỷ lệ này trong giai đoạn chuyển đổi là 18,2%. Nhịp tim nhanh gặp ở 46,1% sản phụ lúc vào khoa, tăng lên 67,9% trong điều trị, cao hơn đáng kể ở nhóm 1 (84,6% so với 64,7%, $p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân

Sản phụ trong nghiên cứu của chúng tôi có nhiều đặc điểm liên quan đến nguy cơ THA và THA

nặng sau sinh, như: Tuổi sinh đẻ cao (trung vị 33 tuổi, 28,5% sản phụ tuổi trên 35; BMI cao (trung bình 27,7kg/m²); tuổi thai lúc sinh thấp (trung vị 35 tuần, 75,8% trường hợp sinh non dưới 37 tuần); 17,6% trường hợp có hỗ trợ sinh sản; đặc biệt, hầu hết sản phụ (92,1%) có chẩn đoán tiền sản giật hoặc sản giật và 12,7% có tiền sử mắc đái tháo đường.

Một số nghiên cứu khác trên thế giới cũng cho thấy quần thể điều trị THA nặng sau sinh bằng nicardipin có nhiều yếu tố nguy cơ. Trong nghiên cứu của Qi và cộng sự,⁸ bệnh nhân có tuổi trung bình 32,9; BMI trung bình 29,8kg/m²; 100% có chẩn đoán tiền sản giật và tỷ lệ mắc đái tháo đường thai

kỳ là 19,8%. Trong nghiên cứu của Kim và cộng sự,⁹ sản phụ có tuổi trung bình (34,1 tuổi) và BMI trung bình ($30,4\text{g}/\text{m}^2$) cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi. Ngoài ra, tuổi thai lúc sinh cũng khá thấp (34,5 tuần) và hầu hết (83%) có chẩn đoán tiền sản giật hoặc sản giật.

4.2. Đặc điểm sử dụng nicardipin tĩnh mạch

Nicardipin được sử dụng từ phòng mổ với trung vị liều $2,4\text{mg}/\text{h}$. Khi bệnh nhân chuyển về khoa HSCC, liều ban đầu có xu hướng giảm với trung vị là $2,0\text{mg}/\text{h}$. Liều khởi đầu ở cả 2 nhóm đều có trung vị là $2\text{mg}/\text{h}$, cho thấy xu hướng khởi đầu điều trị với một liều tiêu chuẩn, sau đó có thể được điều chỉnh theo diễn biến và toàn trạng lâm sàng của bệnh nhân. Đối chiếu với hướng dẫn thực hành, theo khuyến cáo của Bệnh viện Từ Dũ⁵, khởi trị nicardipin với liều tấn công $0,5 - 1\text{mg}$ và duy trì $1 - 3\text{mg}/\text{h}$ tùy vào mức HA ban đầu. Như vậy, liều nicardipin ban đầu trong nghiên cứu của chúng tôi (cả liều khởi đầu ở phòng mổ và ở khoa HSCC) cao hơn mức liều khởi đầu khuyến cáo, tương đương mức liều duy trì.

Liều ban đầu của nicardipin trong nghiên cứu cao nhất lên tới $8,0\text{mg}/\text{h}$ (được ghi nhận ở nhóm 1), mức này cao hơn so với mức liều trong protocol của một số nghiên cứu trên thế giới, ngay cả đối với trường hợp HATT $\geq 180\text{mmHg}$, liều nicardipin nằm trong khoảng $4 - 6\text{mg}/\text{h}$ ^{8, 10, 11}. Mức liều $8,0\text{mg}/\text{h}$ mặc dù chưa vượt quá mức liều tối đa trong một số hướng dẫn sử dụng nicardipin^{12, 13} nhưng các hướng dẫn đều thống nhất nên dùng liều thấp ban đầu sau đó hiệu chỉnh liều từ từ. Chẳng hạn, theo protocol sử dụng nicardipin trong nghiên cứu của Qi và cộng sự,⁸ khi dùng nicardipin thì huyết áp cần theo dõi mỗi 10 phút, nếu HATT không giảm 10% thì tăng liều thêm $1 - 2\text{mg}/\text{h}$ đến mức liều tối đa cho phép.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn sản phụ (78,2%) được dùng nicardipin phối hợp với các thuốc hạ huyết áp khác, 63% trường hợp được phối hợp ngay từ đầu. Đây là một điểm khác biệt đáng chú ý so với các hướng dẫn và nghiên cứu trước đó - khuyến cáo việc phối hợp thuốc được thực hiện khi sử dụng nicardipin ban đầu không làm giảm huyết áp theo kỳ vọng⁵ hoặc khi chuẩn bị ngừng

nicardipin và chuyển sang phác đồ chuyển đổi⁹. Việc phối hợp thuốc được thực hiện sớm trong nghiên cứu của chúng tôi có thể phản ánh chiến lược phối hợp sớm của bác sĩ điều trị, nhằm giảm liều nicardipin, ổn định huyết áp sớm và nhanh chóng ngừng nicardipin để chuyển sang thuốc đường uống cho thuận tiện chăm sóc sau hồi sức.

Các thuốc phối hợp cũng là các thuốc sử dụng trong phác đồ chuyển đổi sau khi ngừng nicardipin. Việc lựa chọn các thuốc này cần cân nhắc đến ảnh hưởng của thuốc đến việc cho con bú. Methyldopa là thuốc được ưu tiên lựa chọn để điều trị THA sau sinh và cũng là thuốc phối hợp phổ biến nhất trong nghiên cứu của chúng tôi. Theo khuyến cáo của Hiệp hội tim mạch châu Âu, cần thận trọng khi sử dụng thuốc này ở phụ nữ có nguy cơ mắc bệnh trầm cảm vì có thể làm trầm trọng hơn triệu chứng của bệnh¹.

Bên cạnh methyldopa, các thuốc phối hợp khác gồm có nifedipin, amlodipin, metoprolol và furosemid. Đây đều là các thuốc có thể lựa chọn để điều trị THA sau sinh. Tuy nhiên cần đặc biệt lưu ý đối với nifedipin do khả năng thuốc đạt nồng độ trong sữa tương tự nồng độ trong huyết tương mẹ¹ khiến mức độ phơi nhiễm với thuốc của trẻ bú mẹ có thể tăng cao.

Về hiệu quả lâm sàng, nifedipin là một thuốc chặn kênh canxi đã được sử dụng rộng rãi trong điều trị THA liên quan đến thai kỳ do hiệu quả hạ áp nhanh chóng. Tuy vậy, nifedipin giải phóng nhanh có thể gây hạ huyết áp đột ngột, đặc biệt ở các sản phụ có huyết áp nền thấp hoặc không ổn định. Ngược lại, nifedipin giải phóng chậm có ưu điểm giảm huyết áp một cách hiệu quả kéo dài trên 12 giờ mà không gây hạ áp quá mức,⁸ sẽ là lựa chọn thích hợp hơn. Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được sử dụng nifedipin giải phóng nhanh, nên việc lựa chọn này cần được xem xét lại, đặc biệt trong bối cảnh sản phụ trong nghiên cứu có nguy cơ hạ áp quá mức trong quá trình điều trị (sẽ được bàn luận ở phần dưới).

Thời gian sử dụng nicardipin trong nghiên cứu của chúng tôi có trung vị 13,3 giờ, ở nhóm 1 có xu hướng kéo dài hơn với trung vị 16,7 giờ. Khi so sánh

với protocol của một bệnh viện ở Hàn Quốc, nicardipin được ngừng sử dụng sau khoảng 1 ngày⁹. thì thời gian sử dụng nicardipin trong nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn. Có khả năng việc phối hợp thuốc sớm đã giúp rút ngắn thời gian dùng nicardipin. Trong trường hợp này, tại thời điểm ngừng nicardipin cần lưu ý đánh giá kỹ lưỡng hiệu quả kiểm soát huyết áp.

Kết quả điều trị: Kết quả kiểm soát huyết áp cho thấy HATT và HATT_r của cả 2 nhóm bệnh nhân đều giảm có ý nghĩa thống kê, tất cả bệnh nhân đều đạt huyết áp mục tiêu tại thời điểm ra viện và thời gian đạt huyết áp mục tiêu có trung vị 9,5 giờ. Điều này cho thấy hiệu quả hạ huyết áp tốt của phác đồ đang được áp dụng tại khoa. Khi đối chiếu với nghiên cứu của Qi và cộng sự,⁸ thời gian đạt huyết áp mục tiêu trong nghiên cứu này dài hơn, trung bình trên sản phụ có HATT 160-179 mmHg là 14 phút và trên sản phụ có HATT $\geq$ 180 mmHg là 30,7 phút.

Mặc dù tất cả bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu cho đến thời điểm ra viện, nhưng chỉ 56,4% bệnh nhân đạt trước khi ngừng truyền nicardipin, tỷ lệ này ở nhóm 1 thấp hơn là 46,2%. Điều này cho thấy việc ngừng nicardipin được chỉ định sớm trước khi huyết áp thực sự ổn định. Việc ngừng thuốc sớm khi huyết áp chưa đạt mục tiêu có thể làm gia tăng nguy cơ tái tăng huyết áp trở lại trong thời gian điều trị. Thật vậy, tỷ lệ tái tăng huyết áp sau khi ngừng nicardipin được ghi nhận khá cao -22,4% trên tổng số bệnh nhân, đặc biệt cao ở nhóm 1, là 38,5%. Đây là những bệnh nhân có huyết áp nền dao động và khó kiểm soát hơn, do đó việc giám sát liều nicardipin và huyết áp cần được thực hiện tích cực và chặt chẽ hơn.

Trong thực tế điều trị, việc ngừng nicardipin cần dựa trên đánh giá đáp ứng tổng thể: Hiệu quả hạ huyết áp, nguy cơ hạ huyết áp quá mức, nguy cơ tăng nhịp tim và khả năng chuyển đổi sang thuốc uống. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có nhịp tim tăng > 100 lần/phút đã cao ngay từ thời điểm vào khoa (46,1%) và sau đó tăng lên 67,9% trong quá trình điều trị. Điều này có thể phần nào lý giải lý do vì sao bác sĩ lựa chọn ngừng nicardipin sớm nhằm hạn chế nguy cơ nhịp nhanh quá mức. Quần thể bệnh nhân này có nguy cơ tăng

nhịp tim cao, do đó việc theo dõi và hiệu chỉnh liều nicardipin cần phải được thực hiện thận trọng và sát sao. Tuy nhiên, do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện hồi cứu nên những thông tin về quy trình giám sát huyết áp và hiệu chỉnh liều nicardipin chưa được ghi nhận đầy đủ, khiến việc đánh giá còn hạn chế.

Có 18,2% bệnh nhân gặp biến cố hạ HATT < 110 mmHg, trong đó nguy cơ này cao hơn rõ rệt ở nhóm 2, vốn bao gồm các sản phụ có huyết áp nền thấp hơn khi vào khoa. Đáng lưu ý, các biến cố này chỉ xuất hiện trong thời gian sử dụng phác đồ chuyển đổi, tức là chủ yếu các thuốc hạ huyết áp đường uống. Điều này cho thấy việc giám sát huyết áp chặt chẽ cần tiếp tục được duy trì ngay cả khi đã ngừng nicardipin, trên cả nhóm bệnh nhân có huyết áp nền thấp hơn.

V. KẾT LUẬN

Phác đồ nicardipin tĩnh mạch hiện đang được áp dụng tại khoa Hồi sức cấp cứu Bệnh viện Phụ sản Trung Ương cho thấy hiệu quả hạ huyết áp tốt trên bệnh nhân THA sau mổ lấy thai. Tuy nhiên, vẫn còn một số điểm cần cải thiện như: tỷ lệ chưa đạt huyết áp mục tiêu trước khi ngừng nicardipin, nguy cơ tái tăng huyết áp và nhịp tim nhanh trong quá trình điều trị. Do đó, việc giám sát huyết áp, nhịp tim, hiệu chỉnh liều nicardipin và xây dựng tiêu chí rõ ràng trong chuyển đổi phác đồ cần được thực hiện chặt chẽ hơn nhằm tăng cường hiệu quả và giảm thiểu các biến cố bất lợi. Ngoài ra, cần thận trọng khi sử dụng nifedipin giải phóng nhanh trong phác đồ phối hợp hoặc chuyển đổi do nguy cơ hạ huyết áp quá mức, nên ưu tiên nifedipin giải phóng chậm để duy trì kiểm soát huyết áp ổn định và giảm thiểu biến cố.

Tài liệu tham khảo

1. Cifková R, Johnson MR, Kahan T et al (2020) *Peripartum management of hypertension: A position paper of the ESC Council on Hypertension and the European Society of Hypertension*. European heart journal Cardiovascular pharmacotherapy 6(6): 384-393.
2. ACOG Committee Opinion No (2019) 767: *Emergent Therapy for Acute-Onset, Severe*

- Hypertension During Pregnancy and the Postpartum Period*. *Obstetrics and gynecology* 133(2): 174-180.
3. University of Iowa Hospitals and Clinics (2020) *Emergent Therapy for Acute-Onset, Severe Hypertension during Pregnancy and the Postpartum Period*.
 4. Bộ Y tế (2024) Quyết định số 1154/QĐ-BYT: Về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn sàng lọc, chuẩn đoán và xử trí tăng huyết áp ở phụ nữ mang thai, tiền sản giật và sản giật”.
 5. Bệnh viện Từ Dũ (2021) Phác đồ chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp thai kỳ (Ban hành kèm theo Quyết định số 13/QĐ-BVTD ngày 05/01/2021 của Bệnh viện Từ Dũ).
 6. Bộ Y tế (2024) Hướng dẫn sàng lọc, chẩn đoán và xử trí tăng huyết áp ở phụ nữ mang thai, tiền sản giật và sản giật.
 7. Hội tim mạch học Việt Nam (2022) Khuyến cáo của Phân hội Tăng huyết áp - Hội Tim mạch học Việt Nam (VSH/VNHA) về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp.
 8. Qi H, Qin J, Ren L et al (2020) *Efficacy of low-dose nicardipine for emergent treatment of severe postpartum hypertension in maternal intensive care units: An observational study*. *Pregnancy hypertension* 21: 43-49.
 9. Kim MK, Choe KR, Jeong DE et al (2022) *Use of continuous infusion of nicardipine to control persistent postpartum hypertension: A retrospective study*. *Medicine* 101(51): 32381.
 10. Matsuura A, Yamamoto T, Arakawa T, Suzuki Y (2015) *Management of severe hypertension by nicardipine intravenous infusion in pregnancy induced hypertension after cesarean section*. *Hypertension Research in Pregnancy* 3(1): 28-31.
 11. Lan L, Yan Y, Qi H et al (2024) *Effects of intravenous nicardipine followed by oral labetalol in combination with nifedipine controlled-release tablet on severe peripartum hypertension*. *Ginekol Pol* 95(7): 536-543.
 12. Cục Quản lý Dược Việt Nam (2020) *Tờ Hướng dẫn sử dụng Nicardipin Aguettant 10mg/10ml*.
 13. Bộ Y tế (2015) *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa*.