

Làm gì để giảm tỉ lệ tử vong mẹ do tiền sản giật?

BV QT Phương Châu

BS Nguyễn Duy Linh



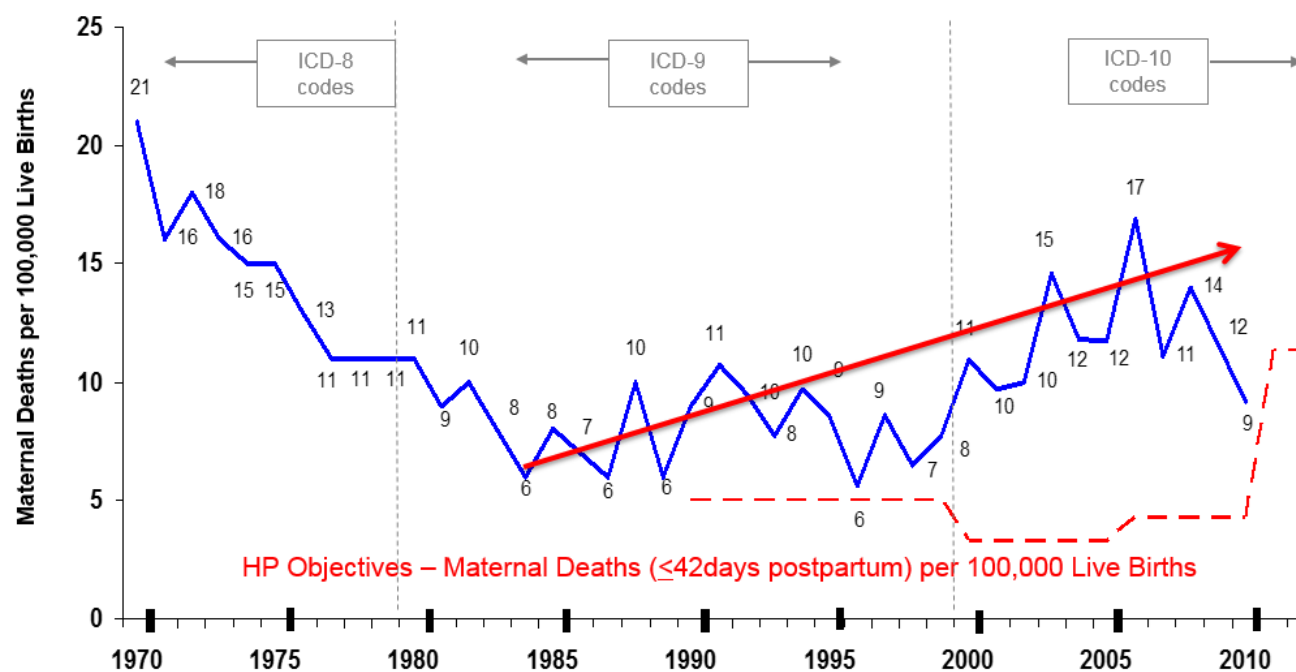
HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA LẦN THỨ
VIỆT - PHÁP - CHÂU Á 19
THÁI BÌNH DƯƠNG



- Rối loạn CHA thai kỳ: **12-22%**
- Rối loạn CHA thai kỳ → **17%** NN tử vong mẹ (Mỹ)



Maternal Mortality Rate, California Residents; 1970-2010



SOURCE: State of California, Department of Public Health, California Birth and Death Statistical Master Files, 1970-2010. Maternal mortality

Grouped Cause of Death, <i>per CA-PAMR Committee</i>	Pregnancy-Related Deaths N (%)
Cardiovascular disease	29 (20)
Cardiomyopathy	19 (13)
Other cardiovascular	10 (7)
TSG/SG	25 (17)
Obstetric hemorrhage	16 (11)
Amniotic fluid embolism	15 (10)
DVT/ PE	15 (10)
Other	45 (31)
TOTAL	145

Tỉ lệ tử vong liên quan thai kỳ: **1.6/100.000** ca sinh sống

Nguyên nhân tử vong mẹ do TSG,

CA-PAMR 2002-2004 (n=25)

Nguyên nhân tử vong	Số lượng	%	Tỉ lệ/100,000
			1.0
Stroke	16	64.0%	
<i>XH não</i>	<i>14</i>	<i>(87.5%)</i>	
<i>Nhũn não</i>	2	(12.5%)	
Suy gan	4	16.0%	.25
Suy tim	2	8.0%	
XH/DIC	1	4.0%	
Suy đa cơ quan	1	4.0%	
ARDS	1	4.0%	

• The “3 Delays” (3D):

1. Chậm trễ trong việc quyết định tìm được nơi chăm sóc
2. Chậm trễ trong việc đến nơi chăm sóc đúng lúc
3. **Chậm trễ trong việc nhận được phương pháp điều trị thích hợp**

- 
- Δ trễ **(92%)**
 - θ không hiệu quả **(79%)**

Làm gì để ↘ tử vong mẹ / TSG ?



Key Clinical Pearl

Kiểm soát HA

là sự can thiệp tối ưu để ngăn ngừa
tử vong do đột quy ở thai phụ bị
tiền sản giật

Trong thập kỷ qua, Vương quốc Anh đã tập trung nỗ lực cải thiện chất lượng vào việc điều trị tích cực cả huyết áp tâm thu và tâm trương và đã chứng minh giảm tử vong

1. Sẵn sàng
Mỗi đơn vị

2. Nhận diện sớm & phòng ngừa
Mỗi bệnh nhân

3. Phản ứng
Mỗi trường hợp CHA nặng/TSG

4. Báo cáo & học hỏi hệ thống
Mỗi đơn vị

3. Phản ứng đúng, kịp thời (*RESPONSE*)

Mỗi trường hợp CHA, TSG nặng

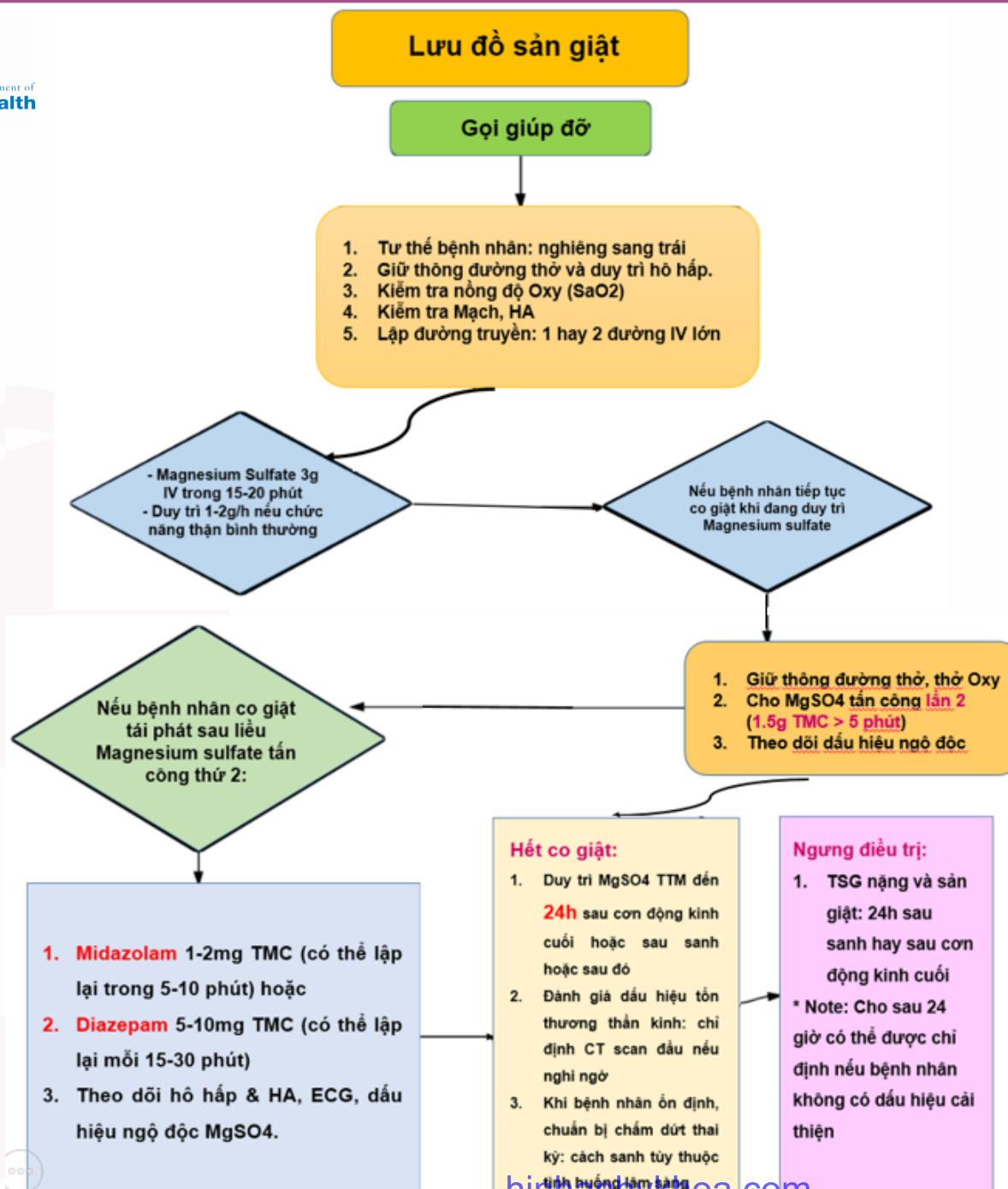
- **Quy trình chuẩn xử trí:**

- + CHA trầm trọng
- + SG, dự phòng co giật, ngộ độc Magnesium sulfate
- + CHA trầm trọng/TSG nặng sau sanh

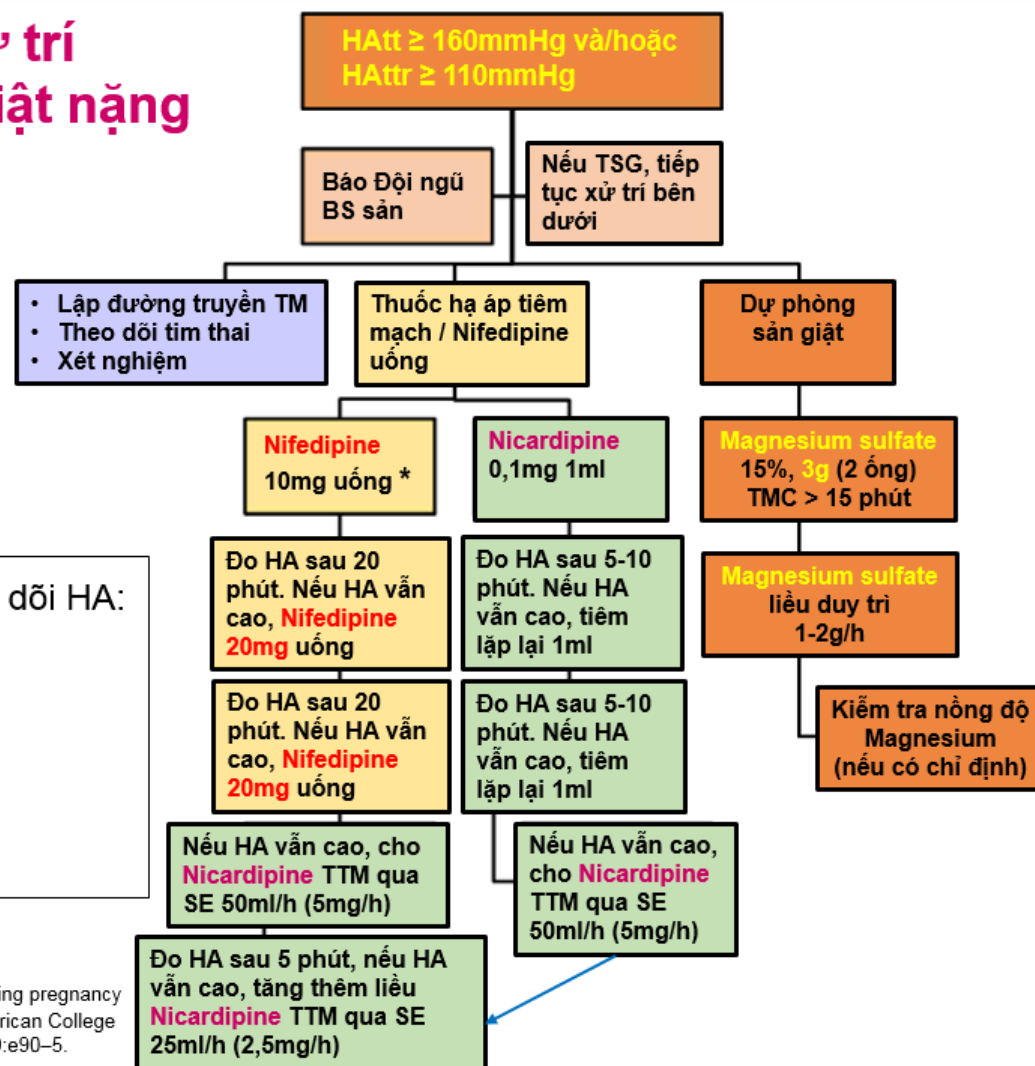
- **Những yêu cầu tối thiểu:**

- + **Cấp cứu CHA:** $H_{Att} \geq 160$, $H_{Attr} \geq 110\text{mmHg}$ (θ trong vòng 60 phút)
- + θ Magnesium sulfate
- + Hướng xử trí khi điều trị chuẩn không hiệu quả
- + Theo dõi 7-14 ngày sau sanh
- + Giáo dục sau sanh / BN TSG

- **Kế hoạch hỗ trợ bệnh nhân, gia đình và nhân viên y tế**
khi BN nhập ICU và bị BC nặng do tăng huyết áp trầm trọng



Lưu đồ xử trí tiền sản giật nặng



* Emergent therapy for acute-onset, severe hypertension during pregnancy and the postpartum period. Committee Opinion No. 692. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2017;129:e90–5.

I. Sẵn sàng (*READINESS*)



Mỗi đơn vị

1. Dấu hiệu nhận diện sớm TSG, TC Δ , theo dõi & θ TSG nặng
2. Huấn luyện đội ngũ, đóng giả tình huống
3. Quy trình phản ứng kịp thời PN mang thai và sau sanh bị CHA tại phòng cấp cứu và KV ngoại trú.
4. Tiếp cận nhanh thuốc xử trí CHA nặng hoặc SG
5. KH xử trí khi diễn tiến nặng, hội chẩn, vận chuyển BN khi cần

Túi thuốc cấp cứu TSG nặng và sản giật



Đóng giả tình huống cấp cứu sản giật



II. Nhận diện sớm & phòng ngừa

(RECOGNITION & PREVENTION)

Mỗi bệnh nhân

1. Quy trình chuẩn đo & đánh giá HA, nước tiểu / PN mang thai & sau sanh
2. Đáp ứng chuẩn → dấu hiệu nhận diện sớm TSG (triệu chứng lâm sàng và CLS)
3. Chuẩn hóa việc giáo dục → các dấu hiệu & triệu chứng CHA, TSG trên phụ nữ mang thai & sau sanh tại tất cả các nơi chăm sóc thai phụ

TOOLKIT NHẬN DIỆN SỚM TIỀN SẢN GIẬT

ĐÁNH GIÁ	BÌNH THƯỜNG (XANH LÁ)	NGHI NGỜ (VÀNG)	NGHIÊM TRỌNG (ĐỎ)
Nhận thức	Lành lợi	- Băn khoăn, bồn chồn - Ngủ gà, lơ mơ - Nói khó	Không đáp ứng
Nhức đầu	Không		Nhức đầu không giảm
Thị giác	Không		Không nhìn thấy
HA tâm thu	100-139	140-159	≥ 160
HA tâm trương	50-89	90-105	105
Nhịp tim	61-110	111-129	≥ 130
Hô hấp	11-24	25-30	< 10 hoặc > 30
Thở nhanh	Không có	Có	Có
SaO2 (%)	≥ 95	91-94	≤ 90
Đau: bụng hay ngực	Không	- Buồn nôn, nôn ói - Đau ngực - Đau bụng	- Buồn nôn, nôn ói - Đau ngực - Đau bụng
Dấu hiệu thai nhi	- CTG: nhóm I - NST đáp ứng	- CTG: nhóm II - FGR - NST không đáp ứng	CTG: nhóm III
Lượng nước tiểu (ml/h)	≥ 50	30-49	≤ 30 (trong 2h)
Protein niệu (mức protein niệu không phản ánh tiền lượng của thai kỳ)	Vết	> +1 > 300mg/24 giờ	
Tiểu cầu	≥ 100.000	50.000-100.000	< 50.000
AST/ALT	< 70	> 70	> 70
Creatinine	< 0.8	0.9-1.1	≥ 1.2
Đau: bụng hay ngực	Nhịp thở 16-20 l/ph	Giảm phản xạ gân xương	Nhịp thở < 12 l/ph



Tiếp tục quy trình
khám thai bình thường

Số dấu hiệu	Hành động
1	Thông báo cho người nhà - Theo dõi nội trú - XN CLS/Test - Hội chẩn với bác sĩ gây mê - Xem xét sử dụng MgSO4 - Thở Oxy
≥ 2	

Hành động
1 trong số các dấu hiệu - Đánh giá ngay lập tức - Chuyển cấp độ chăm sóc cao hơn - Tỉ lệ điều dưỡng: bệnh nhân = 1:1
Nhận thức Nhức đầu Thị giác - Hội chẩn với bác sĩ thần kinh - CT Scan - Loại trừ xuất huyết đau nhện/xuất huyết nội sọ
Huyết áp - Nifedipine trong vòng 30ph - Theo dõi, đánh giá nội trú - MgSO4 tấn công hay duy trì
Đau ngực Xem xét chụp CT mạch vành
Hô hấp Thở nhanh SaO2 - Thở oxy mask 10 l/phút - Phù phổi - Chụp X-Quang phổi

HÃY HỎI BÁC SĨ CHĂM SÓC THAI CỦA BẠN

TIỀN SẢN GIẬT



Tiền sản giật (TSG) là gì?

TSG là một bệnh lý nặng liên quan đến cao huyết áp. Bệnh có thể xảy ra trên bất cứ phụ nữ mang thai nào.



Nguy cơ của bạn

- Co giật
- Đột quỵ
- Tổn thương cơ quan
- Tử vong



Nguy cơ con bạn

- Sinh non
- Tử vong



DẤU HIỆU TIỀN SẢN GIẬT

Đau thượng vị hoặc hạ sườn phải



Thấy ruồi bay, nhiều điểm đen trước mắt



Nhức đầu



Phù tay, mặt



Cảm giác buồn nôn, nôn ói



Tăng cân hơn 2,2kg/tuần



Bạn nên làm gì?

Gọi điện cho BS ngay.

Phát hiện sớm TSG rất quan trọng cho bạn và con của bạn.

Để biết thêm thông tin, vui lòng liên hệ để được bác sĩ Sản khoa tư vấn trực tiếp qua số điện thoại :



0888 313 613

4. Báo cáo & học hỏi hệ thống

(REPORTING/SYSTEMS LEARNING)

Mỗi đơn vị

- Thiết lập **văn hóa hội chẩn** trên BN nguy cơ cao & phỏng vấn sau sự cố → ↗ thành công & cơ hội.
- **Hội chẩn đa chuyên khoa** tất cả ca CHA nặng/sản giật nặng nhập ICU
- Theo dõi dư hậu & ghi nhận số liệu

KẾT LUẬN

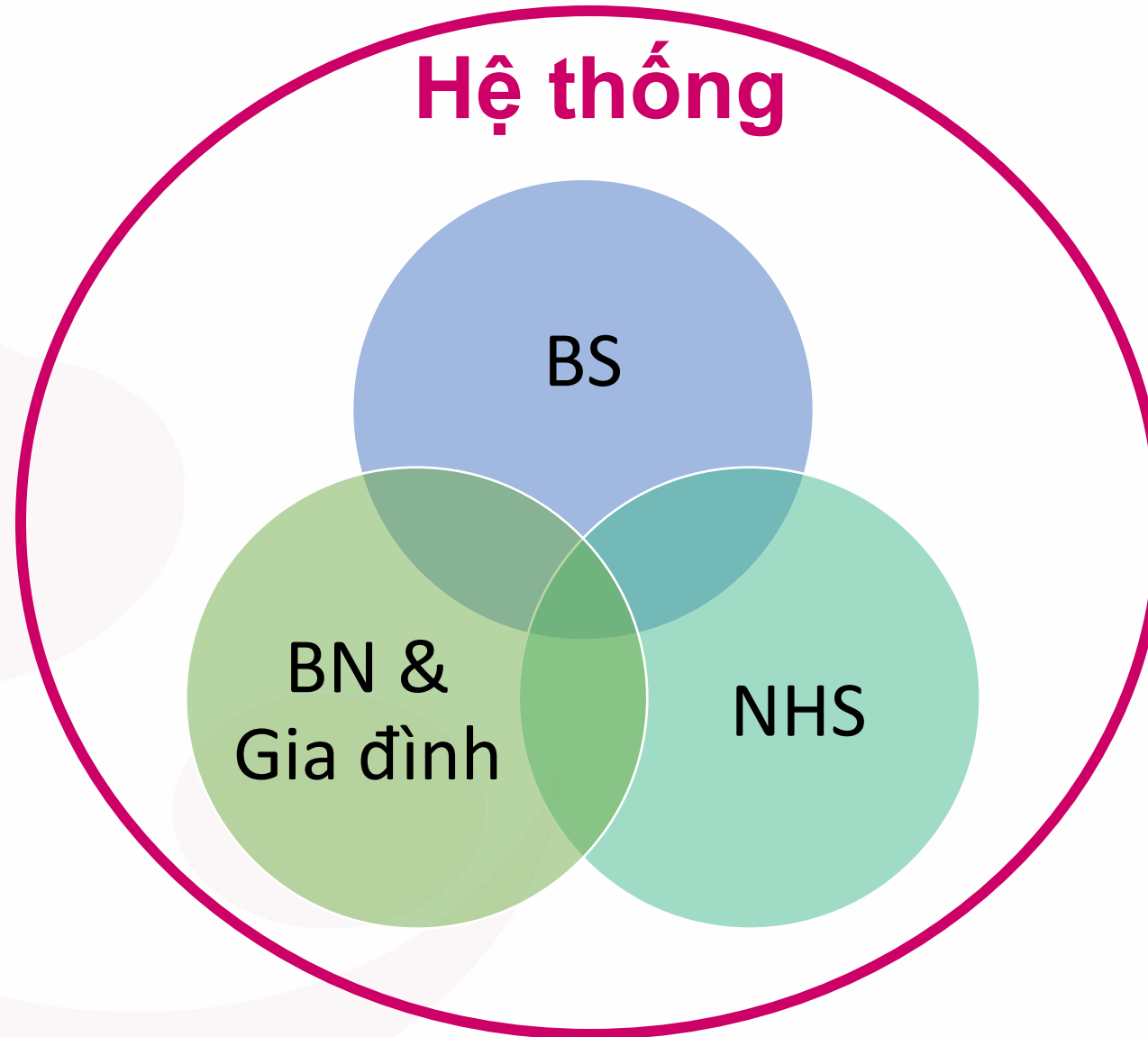
Kiểm soát HA là Chìa khóa

1. Sẵn sàng
Mỗi đơn vị

2. Nhận diện sớm & phòng ngừa
Mỗi bệnh nhân

3. Phản ứng đúng, kịp thời
Mỗi trường hợp CHA, TSG nặng

4. Học hỏi từ báo cáo & hệ thống
Mỗi đơn vị





CMQCC
CALIFORNIA MATERNAL
QUALITY CARE COLLABORATIVE



Improving Health Care Response to Preeclampsia: A California Quality Improvement Toolkit

Funding for the development of this toolkit was provided by:

Federal Title V block grant funding from the California Department of Public Health;
Maternal, Child and Adolescent Health Division and Stanford University.

Consensus Statement

National Partnership for Maternal Safety

*Consensus Bundle on Severe Hypertension During Pregnancy
and the Postpartum Period*

*Peter S. Bernstein, MD, MPH, James N. Martin Jr, MD, John R. Barton, MD, MS, Laurence E. Shields, MD,
(Obstet Gynecol 2017;0:1–11)*

DOI: 10.1097/AOG.0000000000002115

www.phuongchau.com

Tăng HA nào liên quan đến xuất huyết não / TSG ?

- a. HA tâm thu $\geq 160\text{mmHg}$
- b. HA tâm trương $\geq 110\text{mmHg}$
- c. HA trung bình $\geq 130\text{mmHg}$
- d. ↗ HA tâm thu & tâm trương

XIN CHÂN THÀNH CẢM ƠN !



Table 2. Baseline and Prestroke Blood Pressure Comparisons

Measure	Pregnancy Baseline	Prestroke	Change
Mean systolic BP	110.9 ± 10.7 (n = 25)	175.4 ± 9.7 (n = 24)	64.4 ± 11.6 (n = 22)
Systolic BP range	90–136	159–198	39–85
Systolic BP % ≥ 160	0	95.8	
Mean diastolic BP	67.4 ± 6.5 (n = 25)	98.0 ± 9.0 (n = 24)	30.6 ± 9.6 (n = 22)
Diastolic BP range	58–80	81–113	8–53
Diastolic BP % ≥ 110	0	12.5 (n = 3)	
Diastolic BP % ≥ 105	0	20.8 (n = 5)	
Mean pulse pressure	43.6 ± 6.7 (n = 25)	77.4 ± 13.8 (n = 24)	33.8 ± 14.1 (n = 22)
Pulse pressure range	30–57	57–102	13–59
Mean MAP	81.7 ± 7.7 (n = 25)	123.9 ± 6.6 (n = 24)	42.1 ± 8.2 (n = 21)
MAP range	69–98	114–138	25–57
MAP % ≥ 125	0	45.8	
MAP % ≥ 130	0	20.8	

BP, blood pressure in millimeters of mercury; MAP, mean arterial pressure in millimeters of mercury.

- **95.8% HAtt ≥ 160mmHg;** > 155mmHg (100%)
- **12.5% HAttr ≥ 110mmHg;** > 105mmHg (20.8%)