

CẬP NHẬT KIẾN THỨC VỀ NÔN ÓI TRONG THAI KÌ



Bác sĩ Trần Thế Hùng

Bệnh viện Quốc tế Phương Châu

Buồn nôn và nôn khi mang thai ảnh hưởng tới 90% phụ nữ. Các triệu chứng thường nặng hơn vào buổi sáng, nhưng có thể xảy ra tại thời điểm bất kỳ trong ngày, đôi khi tiếp tục trong suốt cả ngày. Buồn nôn và nôn thường bắt đầu vào khoảng tuần thai thứ 8 hoặc thứ 9 và giảm dần sau 12-14 tuần. Tuy nhiên, trong 10% thai phụ, triệu chứng có thể tiếp tục sau 20 tuần và thậm chí cho đến khi sinh.

PHÂN LOẠI

Nôn ói khi mang thai: xảy ra ở 3 tháng đầu của thai kì, nếu xảy ra sau 10^{6/7} tuần thì cần xem xét nguyên nhân khác. Thời gian bắt đầu là tuần thứ 4 đến tuần thứ 7 và đỉnh là tuần thứ 9, có một số kéo dài đến tuần thứ 20 của thai kì.

Chứng nôn nghén: là sự kéo dài của nôn ói khi mang thai dẫn đến giảm 5% cân nặng so với trước khi mang thai, mất nước và điện giải.

Để phân loại độ nặng của nôn ói khi mang thai, người ta sử dụng nhiều thang điểm khác nhau, dựa vào bảng 1.

ĐÁNH GIÁ

Đánh giá sản phụ nôn ói cần quan tâm: tiền sử, khám lâm sàng và các xét nghiệm.

Tiền sử

- Lần mang thai trước có nôn ói hay chứng nôn nghén không.
- Đánh giá nôn ói dựa vào các thang điểm.
- Loại trừ nguyên nhân: đau bụng, tiết niệu, nhiễm trùng, sử dụng thuốc, *Helicobacter pylori*.

Khám lâm sàng

- Sinh hiệu: nhiệt độ, mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO₂.
- Khám bụng, cân nặng, dấu mất nước, dấu hiệu giảm sức cơ.

Bảng 1. Các thang điểm độ nặng của nôn ói khi mang thai

Thang điểm	Hướng dẫn đánh giá	Mức độ	Giá trị lớn nhất	Giá trị nặng
PUGE 24 giờ	3 câu hỏi về nôn ói trong 24 giờ	Từ 0 đến 5	15	≥ 13
Rhodes	8 câu hỏi về khoảng thời gian nôn ói và các khó chịu về nôn ói gây ra	Từ 0 đến 5	40	≥ 33
Nôn ói khi có thai	3 câu hỏi về nôn ói trong 7 ngày qua	Từ 0 đến 5	15	≥ 8

- Khám theo tiền sử của bệnh nhân.

Xét nghiệm

- Que thử nước tiểu tìm ketone, nước tiểu giữa dòng.
- Ure, creatinine, điện giải, công thức máu.
- Đường huyết: loại trừ toan chuyển hóa do đói tháo đường.
- Siêu âm thai: thai chậm tăng trưởng, đa thai, bệnh nguyên bào nuôi.
- Trong những trường hợp kéo dài hay có nhập viện trước đó xét nghiệm: chức năng tuyến giáp, chức năng gan, canxi và phosphate, amylase máu, khí máu động mạch nếu trường hợp nặng.

Cần loại trừ những nguyên nhân khác khi dựa vào tiền sử, lâm sàng và xét nghiệm. Những nguyên nhân đó bao gồm: viêm loét dạ dày - tá tràng, viêm túi mật, viêm dạ dày - ruột, viêm gan, viêm tụy, nhiễm trùng đường tiết niệu hoặc viêm bể thận, tình trạng trao đổi chất, do thần kinh và do thuốc. Đau bụng nhiều và vùng thượng vị không gặp thường trong nôn ói khi mang thai và chứng nôn nghén, vì vậy, cần xét nghiệm amylase, siêu âm bụng và nội soi dạ dày thực quản được coi là an toàn trong thai kỳ.

QUẢN LÝ BỆNH NHÂN NÔN ÓI KHI MANG THAI VÀ CHỨNG NÔN NGHÉN NHƯ THẾ NÀO?

Nhập viện khi các biện pháp đã được áp dụng điều trị nhưng vẫn thất bại.

Bệnh nhân được nhập viện khi:

- Tiếp tục buồn nôn và nôn mửa mặc dù đã sử dụng

thuốc chống ói đường uống.

- Tiếp tục nôn mửa khi có cetone niệu hay giảm $> 5\%$ trọng lượng cơ thể, mặc dù đã sử dụng thuốc chống nôn bằng đường uống.
- Nghi ngờ hay xác định có nhiễm trùng tiết niệu hay không đáp ứng với kháng sinh đường uống.

CÁC LIỆU PHÁP DÀNH CHO NÔN ÓI KHI MANG THAI VÀ CHỨNG NÔN NGHÉN

Không sử dụng thuốc

- Duy trì đầy đủ nước và điện giải, uống ít nhất 2 lít trong 24 giờ.
- Không để dạ dày trống, chia nhỏ bữa ăn trong ngày mỗi 1 đến 2 giờ/lần.
- Không ăn quá no hay các bữa ăn lớn.
- Không ăn thức ăn có mùi, thực phẩm kích thích dạ dày.
- Ăn thức ăn loại hạt hay thức ăn giàu năng lượng giữa các bữa ăn.
- Ngưng uống sắt và các vitamin cho đến khi sau 12 tuần hoặc chia nhỏ liều lượng đối với bệnh nhân thiếu máu.
- Khoai tây chiên hay thức uống lạnh có thể làm giảm vị kim loại.
- Ăn những loại bánh cung cấp năng lượng như bánh qui hay cracker trước khi đi ngủ.

Thuốc chống nôn

Các dữ liệu cho thấy độ an toàn và hiệu quả của anti histamin (H_1), phenothiazine và xem nó như là lựa chọn đầu tay. Một nghiên cứu tổng hợp và

mô tả phân tích trên Cochrance cho thấy rằng độ an toàn và hiệu quả của anti H₁. Không gây quái thai hay bất lợi nào khác trên thai kì. Các loại anti H₁: promethazine, cyclizine, cinnarizine, doxylamine và dimenhydrinate. Các phenothiazine bao gồm: prochlorperazine, chlorpromazine và perphenazine. Đối kháng dopamin là metoclopramide và domperidone. Phối hợp thuốc khi sử dụng một loại không hiệu quả, vì mỗi loại thuốc có cơ chế tác dụng khác nhau. Hơn nữa, khi sử dụng đường uống sẽ kém hấp thu hơn đường bơm trực tràng, truyền tĩnh mạch, tiêm bắp, tiêm dưới da.

Cần xem tác dụng phụ của thuốc; nhất là hội chứng ngoại tháp, nếu có, cần ngưng ngay. Metoclopramide hiệu quả nhưng có tác dụng ngoại tháp nên chỉ là lựa chọn thứ 2. Một nghiên cứu ở Châu Âu xác nhận có hội chứng ngoại tháp và rối

loạn vận động ngắn hạn, nhất là ở người trẻ tuổi. Liều tối đa 30mg / 24 giờ hoặc 0,5 mg/kg / 24 giờ, tối đa là 5 ngày, tiêm mạch chậm ít nhất là 3 phút để hạn chế rủi ro này.

Odansetron an toàn và hiệu quả nhưng chứng cứ còn giới hạn nên chỉ là lựa chọn thứ 2. Nghiên cứu về odansetron còn hạn chế. Một nghiên cứu hồi cứu ở Đan Mạch trên 608.385 sản phụ không làm gia tăng nguy cơ thai chết lưu, sinh non và thai chậm tăng trưởng. Tuy nhiên, một nghiên cứu bệnh chứng trên 4.524 sản phụ nhóm bệnh và 5.859 sản phụ nhóm chứng làm gia tăng nguy cơ hở hàm ếch (OR hiệu chỉnh = 2,37, 95% CI 1,18-4,76), tác giả cho rằng sự gia tăng này là do sự khác biệt từ mẫu điều tra. Một nghiên cứu ở Thụy Điển kết luận có sự gia tăng nhỏ dị tật tim và khiếm khuyết vách tim (OR = 1,62, 95% CI 1,04-2,14 và RR = 2,05, 95%

Bảng 2. Các nghiên cứu về hiệu quả và tác dụng của vitamin B6 và anti H₁

STT	Tác giả	Loại nghiên cứu	Kết quả
Độ an toàn			
1	Einarson	Phân tích gộp	Không có sự khác biệt về dị tật trong quý I, (OR = 1,01, 95% CI 0,66-1,55)
2	McKeigue	Phân tích gộp	Không có sự khác biệt về dị tật trong quý I, (RR = 0,95, 95% CI 0,88-1,04)
3	Atanackovic	Đoàn hệ	Không làm gia tăng tác dụng phụ của mẹ và thai
4	Nulman	Đoàn hệ	Không ảnh hưởng đến sự phát triển thần kinh của trẻ
Tính hiệu quả			
1	Sahakian	Thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng, mù đôi	Vitamin B6 25mg x 3 lần/ngày giảm triệu chứng nôn ói so với giả dược (4,3 ± 2,1 so với 1,8 ± 2,2, P = 0,01)
2	Vutyavanich	Thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng, mù đôi	Vitamin B6 10mg x 3 lần/ngày làm giảm triệu chứng nôn ói so với giả dược (2,9 ± 2,2 so với 2,0 ± 2,7, P = 0,0008)
3	Koren	Thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng, mù đôi	Vitamin B6 và anti H ₁ làm giảm triệu chứng nôn ói, giảm PQUE và cải thiện chất lượng cuộc sống so với giả dược (4,8 ± 2,7 so với -3,9 ± 2,6, P = 0,006)
4	Ashkenazi-Hoffnung	Đoàn hệ	Doxylamin 25mg và pyridoxine 50mg 2 lần/ngày, hiệu quả tương tự metoclopramide
5	Ashkenazi-Hoffnung	Thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng	Sự phối hợp giữa vitamin B6 và anti H ₁ làm giảm mức độ nặng của nôn ói đến 2,5 lần so với nhóm chứng

CI 1,19-3,28). Vì những rủi ro này, odansetrone chỉ nên sử dụng sau 3 tháng đầu. Một nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng trên ACOG vào năm 2014 so sánh giữa odansetrone và pyridoxime và doxylamine thì có hiệu quả giảm nôn ói sau 5 ngày điều trị ($P < 0,05$). Tác giả còn cho rằng không có sự khác biệt về tác dụng phụ.

Các thuốc khác

Vitamin B6

Vitamin B6 không được chỉ định trong nôn ói do thai. Một nghiên cứu trên Cochrance kết luận vitamin B6 không có hiệu quả trong nôn ói do thai. Một nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng chứng minh rằng vitamin B6 không có hiệu quả trong việc điều trị nôn ói và số lần nhập viện lại trên 46 sản phụ với liều 20mg x 3 lần trong ngày. Một nghiên cứu không ngẫu nhiên cho rằng việc kết hợp doxylamine và pyridoxine có hiệu quả hơn so với pyridoxine.

Có rất nhiều nghiên cứu lớn nhỏ khác nhau để tìm ra sự hiệu quả và tính an toàn của sự phối hợp giữa vitamin B6 và anti H₁, trong việc điều trị nôn ói trong thai kỳ. Hầu hết các nghiên cứu đều ủng hộ tính hiệu quả và an toàn của thuốc.

Corticoides

Được sử dụng khi các biện pháp khác thất bại. Nó cải thiện đáng kể và nhanh chóng những trường hợp nghén nặng. Một nghiên cứu mù đôi tiến cứu trên 40 sản phụ nghén nặng được nhập viện được chăm sóc đặc biệt, mỗi ngày tiêm mạch 300mg hydrocortisone giảm nôn ói và tái phát hơn so với metoclopramide. Liều lượng hydrocortisone 100mg x 2 lần/ngày, khi các dấu hiệu lâm sàng ổn định thì chuyển sang prednisolone đường uống 40-50 mg/ngày, giảm liều từ từ cho đến khi liều thấp nhất vẫn có thể kiểm soát được triệu chứng hay đến tuổi thai không còn chứng nôn nghén nặng.

Dịch truyền

Khi bệnh nhân nôn ói, sẽ mất điện giải và nhiễm toan chuyển hóa. Không có dịch truyền nào hữu hiệu, theo hướng dẫn của NICE thì sử dụng natri clorua và kali clorua thì có vẻ tốt hơn. Dextrose không thích hợp, trừ khi natri và thiamine bình thường; nếu không sẽ dẫn đến bệnh não Wernick do thiếu thiamine. Liều cao thiamine (100mg) để ngăn ngừa bệnh này.

Gừng và châm cứu

Cũng có hiệu quả trong giảm nôn ói trong thai kỳ.

QUẢN LÝ SẢN PHỤ CÓ NÔN ÓI

- Bệnh nhân cần phải được kiểm tra nồng độ natri và kali mỗi ngày.
- Ước chế H₂ hay ức chế bơm proton có thể sử dụng ở bệnh nhân trào ngược dạ dày thực quản, viêm thực quản và dạ dày.
- Thiamine cần bổ sung bằng đường uống hay tiêm đối với bệnh nhân có nôn ói kéo dài hay khi sử dụng dextrose.
- Phụ nữ có chứng nôn nghén nên ngăn ngừa huyết khối bằng heparin trọng lượng thấp, trừ khi có chống chỉ định và nó được ngưng khi xuất viện.
- Phụ nữ có nôn ói cần tránh sử dụng sắt vì làm tăng tình trạng nôn ói thêm.

XUẤT VIỆN VÀ THEO DÕI

Bệnh nhân cần phải có kế hoạch quản lý và theo dõi tại bệnh viện khi xuất viện.

Những bệnh nhân có chứng nôn nghén hay nôn ói khi mang thai tiếp tục vào tam cá nguyệt II và III cần phải theo dõi sự phát triển của thai.

TÓM LẠI

Nôn ói trong thai kỳ là một vấn đề sức khỏe của

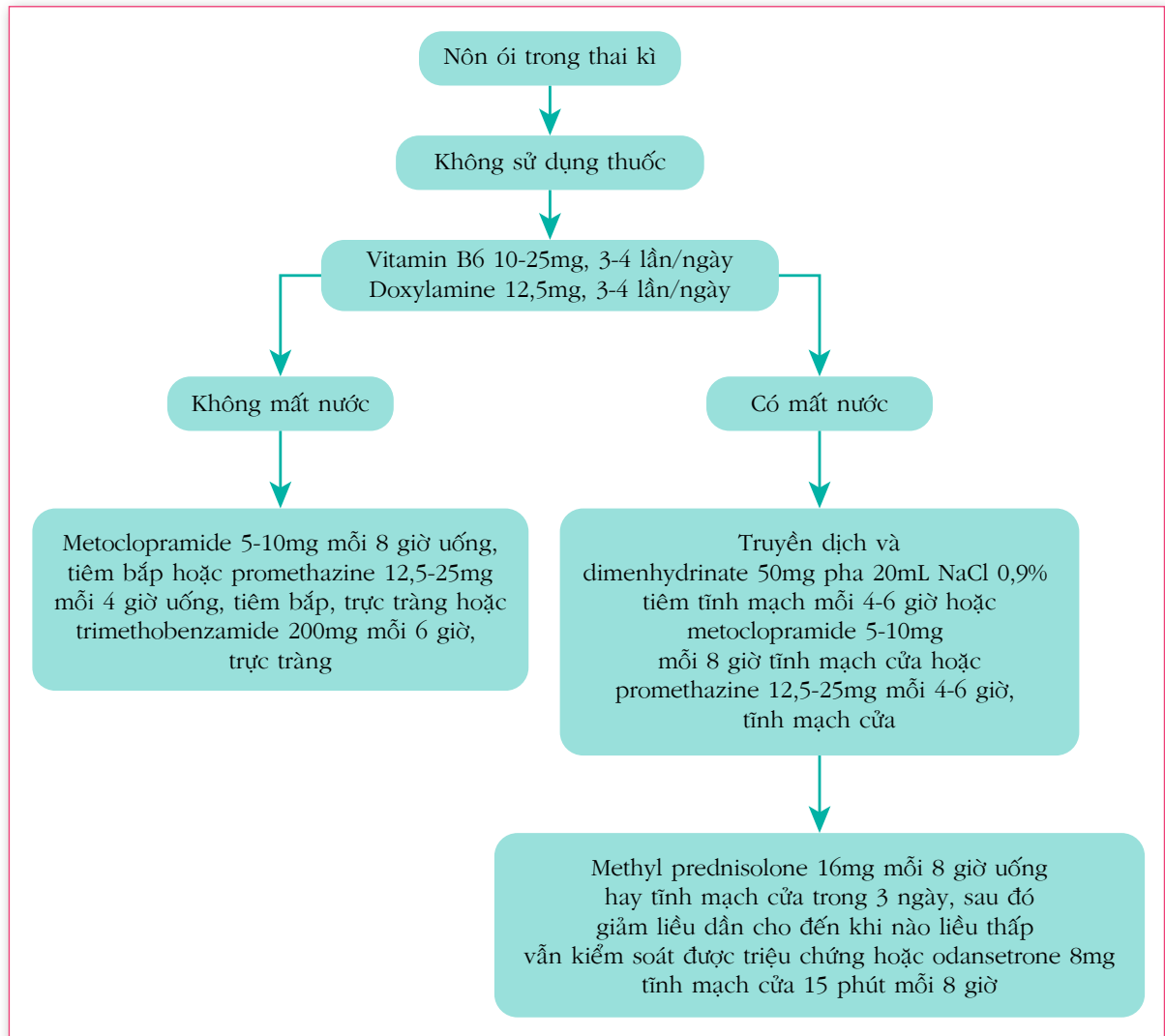
sản phụ, thể hiện một thai nhi mạnh khỏe. Nhưng nó cũng gây khó chịu cho nhiều sản phụ. Vì vậy, chúng ta cần phải quan tâm nhiều hơn. Điều trị nôn ói trong thai kì không khó, nhưng chúng ta cần phải suy nghĩ và phân tích nhiều vấn đề của sản phụ, từ việc không sử dụng thuốc và sử dụng thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ACOG (2015). Nausea and vomiting of pregnancy; Vol.126, No.3 September 2015.
2. Arsenault Marc-Yvon et al. (2002). The management of nausea and vomiting of pregnancy. J Obstet Gynaecol Can; 24(10):817-831.
3. Gideon Koren (2014). Treating morning sickness in the United States – changes in prescribing are needed. AJOG December 2014; Volume 211, Issue 6,602-606. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2014.08.017>.
4. Lauren (2014). Ondansetron compared with doxylamine and pyridoxine

treatment of nausea in pregnancy. ACOG; Vol.124, No.4.

5. McParlin C, O'Donnell A, Robson SC, Beyer F, Moloney E, Bryant A, Bradley J, Muirhead CR, Nelson-Piercy C, Newbury-Birch D, Norman J, Shaw C, Simpson E, Swallow B, Yates L, Vale L (2016). Treatments for hyperemesis gravidarum and nausea and vomiting in pregnancy. A Systematic Review. JAMA; 316(13):1392-1401. doi: 10.1001/jama.2016.14337.
6. Navindra (2014). Should doxylamine – pyridoxine be used for nausea and vomiting of pregnancy?. J Obstet gynaecol can; 36(4):343-348.
7. Niebyl Jennifer R (2010). Nausea and vomiting in pregnancy. N Engl J Med; 363:1544-1450.
8. Niebyl JR, Briggs GG (2014). The pharmacologic management of nausea and vomiting of pregnancy. The Journal of Family Practice; 63(2 Suppl):S31-S37.
9. Nuangchamnong Nina (2014). Doxylamine succinate pyridoxine hydrochloride (Diclegis) for the management of nausea and vomiting in pregnancy: an overview. International Journal of Womens Health; 6:401-409.
10. RCOG (2016). The management of the nausea and vomiting of pregnancy and hyperemesis gravidarum; No.69.
11. Slaughter SR, Hearn-Stokes R, van der Vlugt T, Joffe HV (2014). FDA approval of doxylamine – pyridoxine therapy for use in pregnancy. N Engl J Med; 370(12):1081-1083. doi: 10.1056/NEJMp1316042.



Lưu đồ 1. Xử trí nôn ói trong thai kì



MỜI THAM GIA VIẾT BÀI

SẢN PHỤ KHOA TỪ BẢNG CHỨNG ĐẾN THỰC HÀNH 8

Series sách “Sản Phụ khoa – Từ Bảng chứng đến Thực hành” được khởi xướng từ năm 2010, nhằm cập nhật thông tin mới nhất trong ngành Sản Phụ khoa dựa trên nền tảng y học thực chứng. trung bình mỗi năm sẽ phát hành một quyển. Sách tập hợp những bài viết được đầu tư kỹ lưỡng về mặt chuyên môn, được thiết kế in ấn đẹp, trang trọng. Mỗi quyển sách là công sức, thời gian và trí tuệ của rất nhiều chuyên gia và chuyên viên.

Sách “Sản Phụ khoa – Từ Bảng chứng đến Thực hành” quyển 8 do HOSREM phối hợp với VAGO phối hợp xuất bản, dự kiến phát hành vào quý III năm 2017. HOSREM trân trọng kính mời quý thầy cô và các chuyên gia trong ngành Sản Phụ khoa tham gia viết bài. Chúng tôi kính mong nhận được sự cộng tác nghiêm túc và tích cực của các tác giả để dự án có thể hoàn thành kế hoạch xuất bản đúng thời hạn như bên dưới.

HƯỚNG DẪN VIẾT BÀI



www.hosrem.org.vn

TIẾN TRÌNH XUẤT BẢN



Tác giả gửi bản thảo về: trước 5/4/2017
Công tác biên tập và hiệu chỉnh: 6/4 – 5/5/2017
Tác giả gửi bản thảo hoàn chỉnh: 6/5 – 5/6/2017
Dàn trang, hiệu đính: 6/6 – 5/7/2017
Xin phép, in ấn và phát hành: 6/7 – 5/9/2017

BAN THƯ KÝ



Ms. Thảo Nguyên hoặc Mr. Bá Đức
E-mail: hosrem@hosrem.vn
Điện thoại: (08) 3836.5079 – 0933.456.650