SỞ Y TẾ TP.HỒ CHÍ MINH
BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

HƯỚNG DẪN

Thai hành

(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BVHV ngày 23/5/2014 của giám đốc bệnh viện Hùng Vương)

1. GIỚI THIỆU

1.1 Sinh lý

Buồn nôn và nôn trong thai kỳ xảy ra ở khoảng 70-85% các trường hợp mang thai. Thời điểm khởi phát triệu chứng thường vào tuần lễ 5-6, nặng nhất tuần 9, 85-90% thai phụ hết nghén trước 16 tuần. Tuy nhiên, 10-15% trường hợp đặc biệt thai phụ có triệu chứng kéo dài đến tam cá nguyệt 3 và 5% trường hợp kéo dài đến thai đủ tháng.

1.2 Nguyên nhân

Nguyên nhân của nghén không được biết rõ, người ta nghĩ có liên quan nồng độ β HCG và Progesterone.

Nghén không phải là dấu hiệu của thai yếu, ngược lại, thai kỳ có xuất hiện nghén thường có kết cục tốt hơn với tỷ lệ sẩy thai và thai lưu thấp hơn thai kỳ không có nghén. Đây là chỉ định nhập viện thường gặp nhất trong nửa đầu thai kỳ. Thai hành mức độ nặng chiếm 0,5-2%.

1.3 Yếu tố nguy cơ

- Đa thai
- Tiền căn trào ngược dạ dày - thực quản
- Không sử dụng vitamin tổng hợp trước 6 tuần đầu thai kỳ
- Yếu tố di truyền

2. CHẨN ĐOÁN

2.1 Lâm sàng

Có thai trong tử cung kèm 1 trong các triệu chứng sau:

- Nôn ói
- Ăn uống kém
- Sụt cân > 5% trọng lượng cơ thể

Cần chẩn đoán loại trừ các bệnh lý đường tiêu hóa và nội khoa gây ói.

2.2 Cận lâm sàng

- Siêu âm
- Huyết đồ
- Ion đồ

- Đường huyết
- Ceton niệu
- ECG khi có rối loạn điện giải Na^+, K^+

2.3 Phân độ nghén nặng: khi có 2 trong các dấu hiệu sau:

- Sụt cân > 5% trọng lượng cơ thể
- Ceton niệu (+)
- Rối loạn ion đồ
- Ói > 10 lần / ngày

3. ĐIỀU TRỊ

3.1 Nguyên tắc

- Nâng thể trạng
- Chế độ ăn: chia nhỏ bữa ăn, giảm chất béo, tăng Carbohydrate
- Điều chỉnh nước - điện giải dựa trên cân nặng và Ion đồ
- Chống ói

3.2 Phác đồ điều trị

3.2.1 Mức độ nhẹ

- Tư vấn chế độ ăn uống
- Thuốc bổ: vitamin tổng hợp
- Trà gừng
- Chống ói: (uống)
  + Metoclopramide 10 mg: 01 viên x 3 (u) cách 8 giờ
  + Hoặc Doxylamine 25 mg: ½ viên x 3 (u) cách 8 giờ
  + Hoặc Promethazine 25 mg (u) mỗi 8 giờ
  + Hoặc Diphenhydramine 12,5-25 mg: ¼ viên x 4 (u) cách 6 giờ

3.2.2 Mức độ nặng

Truyền dịch - điều chỉnh nước, điện giải: 2000-3000 ml/ngày

- Các loại dịch:
  + Lactate Ringer
  + Acetate Ringer
  + Natri Clorid
  + Glucose 5% (không truyền G 5% khi chưa truyền Thiamine)
- Nếu có rối loạn điện giải:
  + **$Na^+ < 130$ mmol/l:** TTM NaCl 0,9%
  + **2,5mmol/l ≤ $K^+ < 5$ mmol/l:** Kaleorid 0,6 g 01 viên x 2 – 3lần (u)

Nếu không uống được/ói nhiều:

+ Kaleorid 01 ống 10 mg/10 ml pha trong 100 ml dd NaCl 0,9% (TTM) trong vòng 60 phút

+ **$K^+ < 2,5$ mmol/l hay $K^+ \geq 5$ mmol/l kèm rối loạn trên ECG:** Kaleorid 01 ống 10 mg/10 ml pha trong 100 ml dd NaCl 0,9% (TTM) trong vòng 60 phút

- Chống ói:

+ Metoclopramide 10 mg: 01 ống x 3 (IM hay IV) cách 8 giờ

+ Doxylamine 25 mg: ½ viên x 3 (u) cách 8 giờ

+ Promethazine 25 mg (u) mỗi 8 giờ

+ Diphenhydramine 12,5 – 25 mg: ¼ viên x 4 (u) cách 6 giờ

Nếu thất bại với các thuốc trên:

+ Ondansetron 8 mg: 01 viên x 3 (u) hay IV cách 8 giờ

+ Metylprednisolone 16 mg 01 viên x 3 (u) cách 8 giờ (thai ≥ 9 tuần)

- Trà gừng
- Vitamin

+ B6: Pyridoxine 25 mg 01 viên x 3 (u) cách 8 giờ

+ B1: Thiamine 50 – 100 mg (u) hay TTM/ngày

4. THEO DÕI

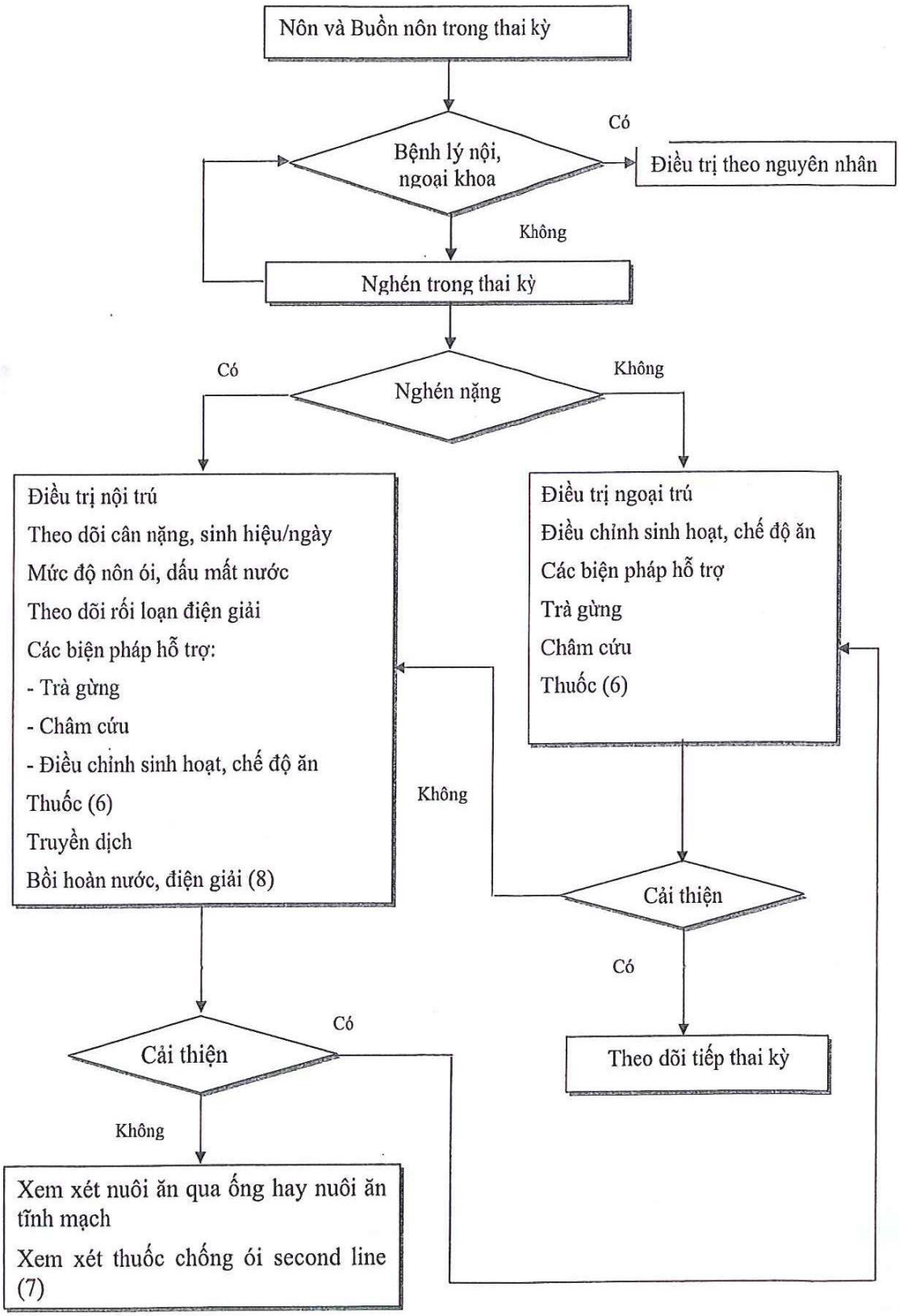
4.1 Sinh hiệu mỗi ngày

4.2 Cân nặng

4.3 Mức độ nôn ói

4.4 Dấu mất nước

4.5 Ion đồ


Nôn và Buồn nôn trong thai kỳ
Bệnh lý nội, ngoại khoa
Có
Điều trị theo nguyên nhân
Không
Nghén trong thai kỳ
Nghén nặng
Có
Không
Điều trị nội trú
Theo dõi cân nặng, sinh hiệu/ngày
Mức độ nôn ói, dấu mất nước
Theo dõi rối loạn điện giải
Các biện pháp hỗ trợ:
- Trà gừng
- Châm cứu
- Điều chỉnh sinh hoạt, chế độ ăn
Thuốc (6)
Truyền dịch
Bồi hoàn nước, điện giải (8)
Điều trị ngoại trú
Điều chỉnh sinh hoạt, chế độ ăn
Các biện pháp hỗ trợ
Trà gừng
Châm cứu
Thuốc (6)
Không
Cải thiện
Có
Theo dõi tiếp thai kỳ
Cải thiện
Có
Không
Xem xét nuôi ăn qua ống hay nuôi ăn tĩnh mạch
Xem xét thuốc chống ói second line (7)

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. David K. James and Philip J. Steer, Hyperemesis Gravidarum, in High risk pregnancy: Management Options 2010. p. 851 - 853.

2. Wegrzyniak, L.J., J.T. Repke, and S.H. Ural, Treatment of hyperemesis gravidarum. Rev Obstet Gynecol, 2012. 5(2): p. 78-84.

3. Errol R. Norwitz and M.A. Belfort, Hyperemesis Gravidarum, in Obstetric Clinical Algorithms: Management and Evidence 2010. p. 82 - 83.

4. Paul D. Chan and Susan M. Johnson, Nausea and Vomitting of Pregnancy and Hyperemesis Gravidarum, in Current Clinical Strategies, Gynecology and Obstetrics2006. p. 98-99.

5. Charles R. B. Beckmann MD and William Herbert MD, Gastrointestinal, Renal, and Surgical Complications, in Obstetrics and Gynecology2013. p. 197 - 200.

GIÁM ĐỐC

Nguyễn Văn Trương