

CHĂM SÓC TIỀN THAI

*BS CKII Nguyễn Hữu Thuận
Khoa Sản*

I. ĐẠI CƯƠNG

- Chăm sóc tiền sản là chăm sóc sức khỏe cho cả bà mẹ và thai nhi trước khi sanh. Chăm sóc tiền sản nên bắt đầu ngay từ khi nhận biết khi có thai.
- Chăm sóc tiền sản giúp chẩn đoán và tiên lượng những biến chứng có thể xuất hiện bất kỳ lúc nào trong thai kỳ thông qua việc khám tổng quát, khám phụ khoa và khám sản khoa.
- Qua những lần khám tiền sản, mọi thông tin về bệnh lý, các loại thuốc đã và đang sử dụng, thói quen hàng ngày, nghề nghiệp, môi trường sống và làm việc, chế độ dinh dưỡng, sẽ được ghi nhận. Kết quả đưa ra quy trình chăm sóc tích cực trước sanh: những thai phụ có diễn tiến thai kỳ bình thường (chiếm đa số) và những thai phụ có thai kỳ nguy cơ cao. Thai phụ khám thai lần đầu càng sớm thì càng có cơ hội đánh giá thai kỳ được chính xác hơn và có thể tiến hành điều trị hoặc can thiệp sớm hơn nếu có vấn đề ở mẹ hoặc thai.
- Mục đích chính của chăm sóc này là giảm thiểu tối đa kết cục xấu cho mẹ và con.

II. CHẨN ĐOÁN CÓ THAI

2.1. TRIỆU CHỨNG CƠ NĂNG.

2.1.1. Mất kinh:

- Người bệnh khai, trễ kinh trên 10 ngày, trước đó vòng kinh đều.
- Những trường hợp có thai mà không nhận biết được trễ kinh những bé gái, bà mẹ đang cho con bú hay phụ nữ có vòng kinh trên 35 ngày.

2.1.2. Buồn nôn và nôn.

Dấu hiệu nôn và buồn nôn thường được gọi là triệu chứng nghén, xuất hiện từ khoảng tuần lễ thứ sáu của thai kỳ và chấm dứt vào tuần lễ thứ 12 của thai kỳ, đôi khi triệu chứng nghén có thể kéo dài lâu hơn. Với dấu hiệu xảy ra vào buổi sáng hay ngủi thấy mùi lạ, thức ăn...

2.1.3. Cảm giác thai máy

Khoảng tuần lễ thứ 16 – 20 của thai kỳ, thai phụ có thể cảm giác được những cử động nhẹ trong bụng, đó là thai máy, dấu hiệu này sẽ tăng dần theo tuổi thai ngày càng tăng và có thể có cảm giác thai đạp do thai cử động trong buồng tử cung của người mẹ.

2.2. TRIỆU CHỨNG THỰC THỂ

2.2.1. Thay đổi ở da và vú.

- Khi có thai làm tăng sắc tố da và xuất hiện vết nứt trên bụng, màu da sậm hơn, các vết nứt xuất hiện ngày càng rõ khi tuổi thai càng lớn, ở thai phụ có thai lần đầu các vết nứt da có màu nâu pha hồng, ở thai phụ có thai lần thứ 2 trở đi các vết nứt da có màu trắng ánh bạc.
- Những thay đổi ở vú thể hiện rõ ở thai phụ có thai lần đầu, cảm giác hơi đau ở vú, quần vú sậm màu, các hạt Montgomery nổi rõ.

2.2.2. Thay đổi hình dạng kích thước và mật độ tử cung.

- Trong những tháng đầu thai kỳ, kích thước tử cung tăng theo đường kính trước sau, vào tuần lễ thứ 6 – 8 của thai kỳ tử cung có dấu hiệu Hegar khi ta khám âm đạo một tay trong âm đạo và một tay trên thành bụng của thai phụ, dấu hiệu Hegar rõ khi cảm giác hai tay chạm vào nhau dễ dàng do mật độ tử cung mềm hơn.
- Đo bề cao tử cung bằng cách ta sử dụng thước dây, đo từ bờ trên khớp vệ đến đáy tử cung. Trong 4 tuần đầu của thai kỳ tử cung còn nằm trong tiểu khung nên ta không sờ được đáy tử cung, từ tuần lễ thứ 8 trở đi ta có thể sờ được đáy tử cung. Trong thai kỳ các lần đo bề cao tử cung liên tiếp giúp đánh giá rất tốt sự phát triển của thai nhi trung bình mỗi tháng bề cao tử cung tăng 4 cm.

2.2.3. Tim thai và cử động thai

- Có thể nghe tim thai từ tuần lễ thứ 10 trở đi bằng ống nghe Doppler với tần số trung bình 120 – 160 lần/phút, với ống thường bằng tai nghe ta nghe được khi tuổi thai 17 tuần trở đi.
- Cử động thai có thể sờ được qua thành bụng mẹ từ tuần lễ thứ 20 của thai kỳ.

2.3. CẬN LÂM SÀNG

2.3.1. Siêu âm:

- Siêu âm là phương pháp cận lâm sàng được sử dụng nhiều nhất để chẩn đoán và xác định tuổi thai.

Từ 5 – 8 tuần vô kinh : đo kích thước túi phôi



Đường kính túi phôi

Từ 7- 12 tuần vô kinh : đo chiều dài đầu mông của phôi (CRL)



Đo chiều dài đầu mông của phôi thai (CRL)

Trong khoảng tuổi thai 8 – 16 tuần, sai số so với dự đoán ngày sanh dựa vào kỳ kinh cuối chỉ là 2 ngày (Taipale và Hilesmaa, 2001).

Đường kính lưỡng đỉnh của đầu thai nhi đo được từ 12 tuần vô kinh. Để xác định tuổi thai không chỉ đo kích thước đơn thuần mà cần phải kết hợp với nhiều số đo khác, và ít nhất phải thực hiện 2 lần để so sánh.

Từ tuần 12 – 23, dựa vào đường kính lưỡng đỉnh để tính tuổi thai tương đối chính xác, độ sai lệch khoảng $\pm 3-7$ ngày. Khi thai càng lớn việc định tuổi thai có sai số càng cao. Do đó nên siêu âm trước 24 tuần để làm mốc tính tuổi thai.

Chiều dài xương đùi được sử dụng để tính tuổi thai trong 3 tháng giữa thai kỳ với sai số khoảng $\pm 6,7$ ngày. Chỉ tính tuổi thai theo chiều dài xương đùi trong trường hợp không đo được đường kính lưỡng đỉnh như trong trường hợp ngôi thai bất thường hoặc có dị dạng của đầu

2.3.2. Định lượng β hCG (Beta human Chorionic Gonadotropin)

- Là cơ sở để đánh giá chẩn đoán có thai dựa vào sự xuất hiện của β hCG trong huyết thanh và trong nước tiểu của thai phụ. β hCG là do hợp bào nuôi tiết ra sau khi trứng đã được thụ tinh và phát triển hình thành, dùng để chẩn đoán thai rất sớm.
- Cách thức sử dụng là dùng test thử thai trong lần đến khám thai đầu tiên bằng que thử thai trong nước tiểu đây là phương pháp định tính, hay với kỹ thuật xét nghiệm sinh hóa có độ nhạy cao để định lượng nồng độ β hCG có trong huyết thanh hay trong nước tiểu. β hCG xuất hiện 10 ngày sau thụ tinh.
- β hCG đạt đỉnh 80.000 – 100.000 ui/l khi thai 8 – 10 tuần, sau đó giảm dần và ổn định vào khoảng thai 18 – 20 tuần vô kinh

III. TẦM SOÁT VÀ PHÂN LOẠI THAI KỲ NGUY CƠ CAO.

Tất cả thai phụ đến khám thai đầu tiên, việc kiểm tra sức khỏe tổng quát là rất quan trọng: hỏi thăm tiền căn gia đình và bản thân, tuổi thai phụ, nghề nghiệp, địa chỉ nơi cư ngụ, khám nội khoa, đo huyết áp, cân nặng, khám vú và bụng.

Cần xác định thai kỳ diễn tiến bình thường hay có các yếu tố nguy cơ, bệnh lý đi kèm để có kế hoạch và chế độ chăm sóc thai kỳ một cách phù hợp nhất. Đôi khi cần kết hợp với các bác sỹ di truyền học, nhi khoa, nội khoa, gây mê hồi sức và những chuyên gia khác để đánh giá, tham vấn và chăm sóc thai phụ.

Việc phân loại thai kỳ nguy cơ cao dựa vào các yếu tố sau.

3.1. Tiền căn gia đình.

Các bệnh lý di truyền: các thành viên trong gia đình cùng huyết thống bị bệnh: liệt não, rối loạn tâm thần, khiếm khuyết ống thần kinh, các dị tật bẩm sinh, loạn dưỡng cơ, hemophilia

3.2. Tiền căn nội khoa.

Thai phụ có tiền căn bệnh lý nội khoa trước đó: tăng huyết áp, cường giáp, đái tháo đường, bệnh lý thận, bệnh tự miễn, hen phế quản nặng. Gây ảnh hưởng lên thai kỳ và ngược lại thai kỳ ảnh hưởng rõ rệt lên tình trạng bệnh lý nội khoa sẵn có.

3.3. Tiền căn ngoại khoa.

Các phẫu thuật trước đây bao gồm phẫu thuật vùng chậu, ổ bụng, có các tai biến gây mê hay gây tê.

Các sang chấn vùng chậu gây biến dạng khung chậu.

3.4. Tiền căn sản khoa / phụ khoa.

Trong tiền căn sản khoa có những vấn đề tái phát ở lần mang thai kế tiếp: thai lưu, sanh non, thai sanh nhẹ cân, thai dị tật, tiền sản giật, nhau bong non, băng huyết sau sanh.

Tiền căn phụ khoa: điều trị vô sinh, thai ngoài tử cung, sảy thai, viêm vùng chậu, phẫu thuật trên tử cung mổ sanh lần thai trước, phẫu thuật bóc nhân xơ, phẫu thuật tạo hình tử cung trong tử cung dị dạng.

3.5. Điều kiện làm việc.

Thai phụ làm việc trong môi trường độc hại, tiếp xúc các hóa chất: phẩm nhuộm, chì, thủy ngân, phóng xạ ảnh hưởng lên sự phát triển của thai kỳ

3.6. Thói quen bản thân.

Thói quen hút thuốc lá, uống rượu, sử dụng thuốc gây nghiện,

3.7. Bệnh lý của mẹ mang thai hiện tại.

Các bệnh lý nội khoa, ngoại khoa: tim bẩm sinh, suy tim độ II – III, tăng huyết áp, đái tháo đường, suy thận, viêm cầu thận, hội chứng thận hư, bệnh tự miễn: hen phế quản, viêm đa khớp, bệnh gut, bệnh lý tuyến giáp: cường giáp, nhược giáp. Thai phụ thiếu máu mạn, suy dinh dưỡng, sốt rét, HIV, Giang mai

3.8. Bệnh lý của thai kỳ này.

Thai chậm phát triển trong tử cung, suy dinh dưỡng bào thai, bất thường nhiễm sắc thể: Trisomy 13, 18, 21. Nhau tiền đạo, nhau bong non, thai quá ngày, ối vỡ non.

IV. QUI TRÌNH LỊCH KHÁM THAI

Theo chuẩn quốc gia tại Việt Nam, trong một thai kỳ bình thường cần được khám thai ít nhất 3 lần, mỗi quý khám một lần^[1]

Tuy nhiên, theo các tác giả nước ngoài, thai phụ cần được khám mỗi tháng một lần trong suốt hai quý đầu của thai kỳ (bắt đầu từ khi trễ kinh một tuần đến khi tuổi thai được 28 tuần), từ 28 tuần đến 36 tuần thai phụ cần được thăm khám mỗi 2 tuần, và tăng lên mỗi tuần một lần cho đến khi sanh (từ giữa tuần 38 đến tuần 42).

Theo hướng dẫn về lâm sàng của Trung tâm sức khỏe phụ nữ và trẻ em (2003)

Phụ nữ có thai lần đầu và không có biến chứng, lịch khám thai khoảng 10 lần là đủ.

Với phụ nữ sanh con rạ và không có biến chứng, 7 lần khám trong một thai kỳ là đủ.

Ngay trong lần khám đầu, tất cả phụ nữ cần phải được thông tin đầy đủ về lịch khám thai, thời điểm khám, với những quyền lựa chọn được chăm sóc cũng như có cơ hội bàn luận về lịch khám thai với bác sỹ hoặc nữ hộ sinh của họ.

Mỗi lần khám cần tập trung vào những nội dung trọng điểm. Lần khám đầu nên kéo dài để tìm hiểu rõ tiền sử sản khoa, gia đình; đánh giá yếu tố nguy cơ cũng như thảo luận với thai phụ về lịch khám và thông tin về những kiến thức cơ bản về dinh dưỡng, nghỉ ngơi...

Cận lâm sàng thường qui bao gồm các xét nghiệm để đánh giá mức độ tổng quan của bản thân người mẹ khi có thai.

- Xét nghiệm huyết đồ định lượng hàm lượng hemoglobin nhằm phát hiện tình trạng thiếu máu, nếu phát hiện thiếu máu do thiếu sắt có thể chỉ định điều trị sắt cho sản phụ.
- Định nhóm máu ABO và yếu tố Rhesus: giúp xác định người mẹ mang nhóm máu, giúp chỉ định truyền máu (nếu cần) được thực hiện nhanh chóng trong quá trình chuyển dạ hoặc lúc sanh. Yếu tố Rhesus (Rh) giúp cảnh báo sớm khi thai nhi có Rh (+) trên mẹ có Rh (-), trong trường hợp này kháng thể trong máu mẹ sẽ tấn công vào máu của thai nhi gây nên tình trạng thiếu máu ở thai nhi và nhiều biến chứng nguy hiểm khác. Tình huống này cần được chăm sóc và theo dõi đặc biệt.
- Xét nghiệm Rubella với kháng thể IgG và IgM trong huyết thanh của người mẹ kiểm tra xem người mẹ đã từng bị nhiễm chưa. Nếu chưa nhiễm thì trong quá trình mang thai không nên tiếp xúc với những người bị bệnh, sau khi sanh xong nên tiêm ngừa để tạo miễn dịch.
- Tâm soát giang mai đây là bệnh truyền nhiễm qua đường tình dục và lây truyền cho thai nhi từ tuần thứ 20 trở đi gây những biến chứng nguy hiểm, bệnh lý này có thể điều trị được, xét nghiệm tâm soát giang mai giúp loại bỏ được bệnh lý giang mai cho mẹ và tránh được lây nhiễm cho thai nhi.
- Xét nghiệm HBsAg viêm gan siêu vi B có thể qua thai nhi khi mẹ bị bệnh. Sau khi sanh trẻ sơ sinh cần được điều trị.
- Xét nghiệm HIV khi mẹ bị nhiễm HIV, con cũng có nguy cơ bị nhiễm 30 – 40%. Nếu mẹ bị nhiễm và được điều trị thì tỷ lệ lây nhiễm giảm nguy cơ lây nhiễm còn 2 – 3% .
- Xét nghiệm nước tiểu 10 thông số kiểm tra nồng độ Protein và glucose và các yếu tố khác: khi nồng độ glucose xuất hiện và tăng cao là dấu hiệu của đái tháo đường, Protein trong nước tiểu gợi ý tình trạng tiền sản giật hay bạch cầu xuất hiện nhiều trong nước tiểu nghĩ nhiều đến nhiễm trùng tiểu.

V. TÂM SOÁT CÁC BỆNH LÝ DI TRUYỀN.

Tâm soát có chọn lọc dựa vào tuổi lập gia đình, tiền sử gia đình hoặc chủng tộc . Gần đây người ta nhấn mạnh đến việc kết hợp những xét nghiệm sinh hoá với hình ảnh siêu âm cũng như kết quả sinh thiết gai nhau, chọc ối để chẩn đoán sớm những dị tật của hệ thần kinh cũng như bất thường nhiễm sắc thể.

Chẩn đoán tiền sản còn giúp cho các Bác sĩ sơ sinh và nhi khoa chuẩn bị đầy đủ để kịp thời xử trí những bệnh lý của trẻ lúc sanh. Chương trình này được áp dụng cho các đối tượng nguy cơ cao:

- Mẹ ≥ 35 tuổi.
- Bố ≥ 35 tuổi.
- Mẹ bị nhiễm siêu vi trong 3 tháng đầu.
- Bố hoặc mẹ có tiếp xúc các yếu tố gây dị tật bẩm sinh: tia xạ, dioxin, chất độc hóa học.
- Tiền căn sẩy thai liên tiếp, thai lưu, gia đình có người bị bệnh tâm thần hoặc bệnh di truyền.
- Bản thân bố hoặc mẹ có dị tật bẩm sinh

5.1 Chẩn đoán tiền sản trong tam cá nguyệt 1:

5.1.1 Xét nghiệm sinh hóa

- PAPP – A (Pregnancy Associated Plasma Protein A)

+ Tâm soát vào tuần lễ thứ 10 -14 của thai kỳ.

+ Nồng độ PAPP – A/ Huyết thanh mẹ giảm → Hội chứng Down

- Free beta hCG

Là một glycoprotein hormon được sản xuất từ nguyên bào nuôi của phôi.

Nồng độ Free beta hCG/ huyết thanh mẹ tăng → hội chứng Down

- Khi kết hợp 2 yếu tố (PAPP-A, Free β hCG) này với tuổi người mẹ có thể phát hiện 60% hội chứng Down với tỷ lệ dương tính giả 5%. Khi tuổi thai 11 – 13 tuần.

5.1.2 Siêu âm trong tam cá nguyệt đầu

- Xác định tuổi thai.
- Số lượng thai.
- Tình trạng thai. Những dị tật bẩm sinh: vô sọ, cystic hygroma

- Đo độ mờ da gáy (NT: Nuchal Translucency) được thực hiện ở tuổi thai 11 tuần đến 13 tuần 6 ngày.
- Đo chiều dài xương mũi: được thực hiện từ tuần lễ thứ 10 đến tuần thứ 14 tuần. Nếu không thấy được xương mũi nguy cơ lệch bội nhiễm sắc thể cao

5.1.3 Sinh thiết gai nhau:

Khi kết quả xét nghiệm sinh hóa bất thường hoặc nghi ngờ trên siêu âm, chọc sinh thiết gai nhau để khảo sát nhiễm sắc thể.

5.2 Chẩn đoán tiền sản trong tam cá nguyệt 2

Tầm soát trong tam cá nguyệt 2 vẫn có tầm quan trọng vì nhiều lý do bệnh nhân đến với thầy thuốc trễ trong tam cá nguyệt 2.

5.2.1. Xét nghiệm sinh hóa

Kết hợp 3 test (Tripple test) AFP, hCG, uE3. Ở tuổi thai 15 – 20 tuần:

- Hội chứng Down khi: AFP, uE3 thấp hơn trẻ bình thường 30 – 50%. hCG tăng gấp 2 lần trẻ bình thường.
- Khuyến tật ống thần kinh: AFP tăng cao, hCG và uE3 bình thường.
- Trisomy 18 (Hội chứng EDWARD) cả 3 giá trị đều thấp hơn bình thường.

5.2.1 Siêu âm: số lượng thai, tuổi thai, thể tích dịch ối, bánh nhau, dây rốn. Phát hiện hầu hết các bất thường về hình thái học thai nhi trên siêu âm 4 chiều.

5.2.2 Chọc hút dịch ối khảo sát nhiễm sắc thể đồ.

5.3 Chẩn đoán tiền sản trong tam cá nguyệt 3

Trong tam cá nguyệt 3, các xét nghiệm sinh hóa ít có giá trị, nhiễm sắc thể đồ cũng không thực hiện vì thai lớn, siêu âm hạn chế trong khảo sát hình thái thai nhi.

Siêu âm: khảo sát ngôi thai, chỉ số ối. Đánh giá vị trí, độ trưởng thành cũng như bất thường bánh nhau, ước lượng cân thai thông qua các số đo. Khảo sát lưu lượng máu động mạch rốn, động mạch não giữa, động mạch tử cung.

VI ĐIỀU TRỊ CÁC TRIỆU CHỨNG THƯỜNG GẶP TRONG THAI KỲ

6.1. Nôn và ói

Đây là những than phiền thường gặp nhất trong nửa đầu của thai kỳ, Bệnh buổi sáng với những triệu chứng bắt đầu vào tháng đầu hoặc tháng thứ hai sau mất kinh và sẽ kéo dài đến khoảng 14-16 tuần. Mặc dù nôn, ói có khuynh hướng nặng hơn vào buổi sáng, chúng có thể tiếp tục suốt ngày. Nghiên cứu của Lacroix và cộng sự (2000) tìm thấy nôn ói xuất hiện ở ¾ phụ nữ mang thai và kéo dài trung bình khoảng 35 ngày. Nửa số đó sẽ thuyên giảm sau tuần thứ 14, và 90% sẽ thuyên giảm vào tuần thứ 22; 80% phụ nữ nôn kéo dài suốt ngày^[32].

Hiếm khi việc điều trị nôn, ói đem lại sự thuyên giảm hoàn toàn như người mẹ mong đợi. Tuy nhiên những khó chịu này có thể giảm, nên chia thành nhiều bữa ăn nhỏ và tránh ăn quá no. Cần tránh những mùi gây khó chịu vì có thể làm nặng thêm triệu chứng nghén. Vài trường hợp nôn, ói nặng gây mất nước, điện giải và rối loạn thăng bằng kiềm toan và nhiễm ceton do đói. Tình trạng này gọi là nghén nặng (hyperemesis gravidarum).

6.2. Đau lưng

Đau lưng được báo cáo ở 70% phụ nữ mang thai. Từ 47-60% trong số này khai đau lưng xuất hiện vào giữa tháng thứ 5 và tháng thứ 7, nặng hơn vào buổi chiều.

Đau lưng là do thay đổi tư thế do tử cung to lên và do sự tăng mức độ lỏng lẻo của các cơ nâng đỡ dưới ảnh hưởng của Relaxin.

Các nghiên cứu gần đây cho thấy đau lưng này sẽ giảm khi tập thể dục dưới nước hoặc chầm cứu hoặc kê gối đỡ sau lưng khi nằm xuống trong những tháng cuối của thai kỳ, xoa bóp và tránh đi giày cao gót. Những trường hợp đau lưng nặng có thể do loãng xương kết hợp với thai hoặc các bệnh lý về xương khớp, cần gửi khám chỉnh hình.

6.3. Rối loạn chức năng khớp mu

Rối loạn chức năng khớp xương mu bao gồm những triệu chứng và dấu hiệu khó chịu, đau ở vùng chậu lan đến vùng trên đùi và vùng tăng sinh mô. Đau có thể ít hoặc nhiều gây ảnh hưởng đến vận động của thai phụ.

Tần suất thay đổi từ 0,03 – 3%.

Việc điều trị chỉ giới hạn trong việc dùng thuốc giảm đau. Điều quan trọng cần nhớ là nhiều loại thuốc giảm đau cho xương và khớp thì chống chỉ định dùng trong thai kỳ.

6.4. Giãn tĩnh mạch

Các tĩnh mạch phồng to thường là hậu quả của suy yếu các van nên không cần hiệu quả sự trở về của máu xuống chân, triệu chứng sẽ nặng thêm do tư thế đứng lâu, thai nghén. Nó có thể chỉ xuất hiện dưới dạng các tĩnh mạch phồng lên và có màu xanh trên mặt trong cẳng chân gây ngứa và khó chịu.

Việc điều trị giãn tĩnh mạch chỉ hạn chế trong việc nằm nghỉ ngơi với tư thế nâng chân cao, mang vớ thun hoặc cả hai. Phẫu thuật để điều trị không nên thực hiện trong lúc mang thai, trừ trường hợp bệnh nặng cần phải tiêm thuốc tại chỗ, cột, hoặc ngay cả tách bỏ các nhánh tĩnh mạch nếu cần thiết. Hiếm khi, những bó tĩnh mạch giãn to vỡ gây chảy máu nhiều.

6.5. Trí

Giãn tĩnh mạch trực tràng có thể xuất hiện lần đầu trong lúc mang thai. Thường, thai kỳ làm nặng thêm hoặc tái phát trí có trước đó. Sự phát triển và nặng thêm của trí do tăng áp lực trong tĩnh mạch trực tràng.

6.6.Ợ nóng

Triệu chứng này là một trong những than phiền thường gặp nhất của phụ nữ mang thai gây ra do sự trào ngược chất chứa trong dạ dày vào đoạn dưới thực quản. Tăng tần suất ợ nóng trong thai kỳ là hậu quả của việc dạ dày bị thay đổi tư thế trở thành thẳng đứng và bị chèn ép bởi tử cung, kết hợp với sự giãn của cơ vòng ở đoạn dưới thực quản. Trong phần lớn thai phụ, triệu chứng này thường nhẹ và sẽ giảm với chế độ ăn chia thành nhiều bữa nhỏ, tránh bẻ gập người và nằm thẳng. Kháng acid có thể dùng để làm giảm triệu chứng Aluminum hydroxide, magnesium trisilicate, hoặc magnesium hydroxide dùng riêng lẻ hoặc kết hợp.

6.7. Chứng thèm ăn chất lạ

Chứng thèm ăn những chất lạ trong thai kỳ, không phải là thức ăn như nước đá (pagophagia), chất bột (amylophagia) hoặc đất sét (geophagia). Sự ưa thích này có thể thúc đẩy tình trạng thiếu sắt nặng nếu những thức ăn "lạ" này chiếm thành phần chủ yếu trong chế độ ăn.

6.8. Chứng tiết nhiều nước bọt

Trong suốt thai kỳ, một số phụ nữ đau khổ vì chứng tiết quá nhiều nước bọt. Nguyên nhân thường là do tuyến nước bọt bị kích thích bởi sự tiêu hóa của chất tinh bột. Một số trường hợp không thể giải thích được.

6.9. Chóng mặt

Trong giai đoạn đầu thai kỳ, hầu hết các thai phụ đều có biểu hiện chóng mặt và thèm ngủ nhiều hơn. Nó có thể là do tác dụng gây ngủ của progesterone. Triệu chứng này sẽ tự giảm vào khoảng tháng thứ 4 của thai kỳ.

6.10. Nhức đầu

Than phiền này hay gặp trong giai đoạn đầu của thai kỳ đa số là không có nguyên nhân. Điều trị thường là điều trị triệu chứng. Khoảng giữa thai kỳ triệu chứng này thường giảm hoặc biến mất. Cần chú ý những trường hợp nhức đầu kèm rối loạn cao huyết áp ở nửa sau thai kỳ.

6.11. Tăng tiết khí hư

Phụ nữ có thai thường tăng tiết khí hư, là do tuyến của cổ tử cung tăng tiết chất nhầy do đáp ứng với tình trạng tăng estrogen. Nếu khí hư có màu, có mùi khó chịu kết hợp với đau khi tiểu có thể nhiễm khuẩn âm hộ âm đạo như Trichomonas, nấm Candida. Tuy nhiên, khí hư có thể gây ra do tình trạng sinh lý hoặc bệnh lý khác như bệnh về da vùng âm hộ hoặc phản ứng dị ứng.

6.12. Táo bón

Táo bón thường gặp trong thai kỳ do kéo dài thời gian di chuyển của phân và sự chèn ép bụng dưới của tử cung hoặc của ngôi thai. Ngoài ra những khó chịu có thể xảy ra do phân quá cứng làm nứt hậu môn gây đau, chảy máu. Trĩ cũng thường gặp trong thai kỳ, hiếm gặp hơn là sa niêm mạc trực tràng.

Những phụ nữ có thói quen đại tiện bình thường có thể phòng ngừa táo bón bằng cách uống đủ nước và tập thể dục mỗi ngày. Có thể thêm sữa gầy nhuận tràng nếu cần thiết như nước mật, sữa magne hoặc những chất làm mềm phân.

6.13. Vệ sinh răng miệng

Khám răng nên được nằm trong chương trình khám tiền sản, nên vệ sinh răng miệng tốt. Vôi răng có thể liên quan đến các tai biến trong thai kỳ như sẩy thai, viêm mô tế bào...

Thai kỳ không làm nặng thêm tình trạng sâu răng và ngược lại thai kỳ không phải là chống chỉ định của việc điều trị răng.

VII. NHỮNG ĐIỀU QUAN TÂM KHÁC

7.1. Tiêm chủng

Nói chung việc tiêm chủng những vaccin giảm độc lực không nên thực hiện trong thai kỳ như sởi, quai bị, Rubella, sốt vàng, thủy đậu.

Những thuốc tiêm chủng khác với mục đích phòng ngừa khi thai phụ nằm trong vùng dịch tễ hoặc trước và sau khi tiếp xúc với nguồn lây, có thể tiêm chủng như cúm, bệnh dại, viêm gan siêu vi B, A.

Những Globulin miễn dịch nên dùng sau khi tiếp xúc với nguồn lây như viêm gan siêu vi B, A, dại, uốn ván, thủy đậu và sởi.

7.2. Thuốc và thai kỳ

Việc sử dụng thuốc trong thai kỳ phải hết sức thận trọng vì hầu hết các thuốc dùng cho mẹ đều có thể qua nhau và ảnh hưởng trên phôi cũng như thai nhi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế(2003). Hướng dẫn chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản. Hà Nội, Trang 56
2. Nguyễn Duy Tài (2009) Những vấn đề cơ bản trong chăm sóc tích cực trước sanh, nhà xuất bản Y Học
3. Anthony Vinzileos MD, Cande V. Ananth Ph D, MPH, John C. Smulian MD, MPH, William E. Scorza MD and Robert.A.Knuppel MD, MPH- (2002)The impact of prenatal care on postneonatal deaths in the presence and absence of antenatal high-risk conñitions- American journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 187, Issue 5, November, p. 1258-1262
4. Hollier LM, Hill J, Sheffield JS, et al(2003): State laws regarding prenatal syphilis screening in the United States. Am J Obstet Gynecol 189:1178, [PMID: 14586375]
5. Lacroix R, Eason E, Melzack R(2000): Nausea and vomiting during pregnancy: A prospective study of its frequency, intensity, and patterns of change. Am J Obstet Gynecol 182:931, [PMID: 10764476]
6. National Collaborating Centre for Women's and children's health. Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman.Clinical Guideline (2003) October
7. Vintzileos AM, Ananth CV, Smulian JC, et al(2003): Prenatal care and black-white fetal death disparity in the United States: Heterogeneity by high-risk conditions. Obstet Gynecol 99:483.