

Chapter 6

Chăm sóc trước khi mang thai và trong quá trình mang thai (Preconception and Antepartum Care)

Chương này chủ yếu đề cập đến các vấn đề của APGO Educational Topic Areas:

TOPIC 9 PRECONCEPTION CARE

TOPIC 10 ANTEPARTUM CARE

Sinh viên sẽ được mô tả các điều kiện ảnh hưởng đến khả năng mang thai và tư vấn cho bệnh nhân các can thiệp phù hợp để nâng cao sức khỏe trước khi mang thai. Chương này sẽ mô tả chăm sóc điển hình cho phụ nữ mang thai, bao gồm cả chẩn đoán xác định mang thai, thuốc an toàn, yếu tố nguy cơ của thai kỳ, đánh giá sức khỏe của thai nhi, và nhu cầu dinh dưỡng.

CA LÂM SÀNG

Một người phụ nữ chưa sinh con lần nào (nulliparous woman), 36 tuổi lần đầu tiên đến phòng khám của bạn để thăm khám tiền sản. Cô ấy không chắc chắn về kỳ kinh nguyệt cuối cùng của mình nhưng gần đây đã ngừng sử dụng thuốc tránh thai, và nghĩ rằng đó là 2 tháng trước. Ngoài ra, việc lo lắng về em bé của cô có những bất thường liên quan đến tuổi cô, cô là một giáo viên tiểu học nên rất quan tâm về các bệnh ở trẻ nhỏ. Vì cô ấy là người lớn tuổi, nên cô ấy rất lo lắng rằng cô ấy không thể có thêm con và thực sự muốn những điều tốt nhất cho thai kỳ này. Bạn sẽ làm gì trong lần mang thai đầu tiên của cô ấy? Những sàng lọc nào bạn sẽ cung cấp cho cô ấy? Bạn sẽ tư vấn cho cô ấy như thế nào liên quan đến mục tiêu của cô cho một thai kỳ khỏe mạnh?

TƯ VẤN VÀ CHĂM SÓC TRƯỚC MANG THAI (PRECONCEPTION COUNSELING AND CARE)

Tư vấn và chăm sóc tiền sản nhằm tối ưu hóa sức khỏe và kiến thức ở phụ nữ trước khi lập kế hoạch và mang thai, lý tưởng nhất là bắt đầu trước khi thụ thai với một tư vấn tiền sản. Trong tư vấn này, kiểm tra kỹ tiền căn gia đình và bản thân của cả hai cha mẹ, cũng như thăm khám lâm sàng về sức khỏe của mẹ sau khi mang thai (đảm bảo mang thai xong mẹ không bị gì cả). Mục tiêu của việc này là để giảm thiểu ảnh hưởng xấu đến sức khỏe của phụ nữ và thai nhi và thúc đẩy thai kỳ khỏe mạnh. Các bệnh lý hiện tại (Preexisting conditions) có thể ảnh hưởng đến thụ thai, mang thai, hoặc cả hai cần được chẩn đoán và điều trị. Khiếm khuyết ống thần kinh (neural tube defects) (NTD) có liên quan đến thiếu axit folic có thể ảnh hưởng xấu thai kỳ và do đó, cần tư vấn về việc bổ sung axit folic là một thành phần thiết yếu của tư vấn tiền sản. Ngoài ra, phụ nữ có các bệnh lý như phenylketon niệu hoặc bệnh tiểu đường có thể làm giảm nguy cơ

ảnh hưởng xấu đến thai nhi bằng cách thiết lập kiểm soát nghiêm ngặt việc trao đổi chất trước khi thụ thai và tiếp tục trong suốt thời kỳ mang thai. Trong trường hợp không có sự kiểm soát trao đổi chất tiền sản, cần thiết lập việc kiểm soát trao đổi chất này sớm trong thai kỳ, tuy nhiên điều đó mang lại lợi ích thấp hơn, nhưng vẫn có thể giảm thiểu tỷ lệ mắc bệnh (morbidity) và tử vong (mortality) trong và sau khi sinh.

Tất cả các cuộc thăm khám ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, đặc biệt là khi thăm khám tiền sản, nên bao gồm thảo luận về phương pháp tránh thai, tư vấn về chăm sóc y tế thích hợp và hành vi nào góp phần tăng khả năng thụ thai. Phụ nữ luôn được khuyến khích đi thăm khám tiền sản nếu họ lên kế hoạch mang thai. Các đánh giá sau đây có thể phục vụ cho việc tư vấn này:

- Kế hoạch hóa gia đình và khoảng cách giữa các lần sinh con (family planning and pregnancy spacing)
- Tiền căn nội, ngoại khoa và tiền căn về bệnh tâm thần (medical, surgical, psychiatric, and neurologic histories)
- Tiền căn sản phụ khoa (obstetric and gynecologic history)
- Tiền căn gia đình (family history)
- Tiền căn di truyền, tư vấn di truyền và sàng lọc trước sinh (genetic history, appropriate carrier screening, and genetic counseling)
- Các loại thuốc đang dùng hiện tại (được kê đơn, không kê đơn [OTC] và thuốc khác – current medications (prescribed, over-the-counter [OTC], and alternative medicines))
- Sử dụng chất gây nghiện (thuốc lá, rượu, ma túy, thuốc OTC như thuốc cảm, lạm dụng thuốc – substance use (tobacco, alcohol, illicit drugs, OTC drugs such as cold medications, misuse of prescription drugs, and recreational drug use))
- Bạo lực gia đình; đe dọa; chấn thương (domestic abuse and violence; bullying; trauma)
- Lạm dụng tình dục (sexual abuse)
- Dinh dưỡng (nutrition)
- Phơi nhiễm môi trường và nghề nghiệp (environmental and occupational exposures)
- Tình trạng miễn dịch và tiêm chủng (immunity and immunization status)
- Các yếu tố nguy cơ của bệnh lây truyền qua đường tình dục (STIs) (risk factors for sexually transmitted infections (STIs))
- Khám thực thể (đặc biệt là huyết áp chú ý từ tiền tăng huyết áp đến tăng huyết áp và cân nặng phù hợp dựa trên chỉ số khối cơ thể [BMI]) (physical examination (especially blood

pressure with attention to prehypertension and hypertension categories and appropriate weight based on body mass index [BMI])

- Đánh giá kinh tế xã hội, giáo dục và văn hóa (assessment of socioeconomic, education, and cultural context)

Tốt nhất, nên tiêm vắc-xin trước khi mang thai. Tiêm vắc-xin sống theo lý thuyết có thể gây rủi ro cho thai nhi, do đó người phụ nữ được tiêm vắc-xin sống nên tránh mang thai ít nhất 1 tháng sau tiêm phòng. Nên tiêm vắc-xin cho phụ nữ có nguy cơ hoặc dễ bị rubella, varicella zoster, ho gà (pertussis), viêm gan A và B, viêm màng não (meningococcus), phế cầu khuẩn (pneumococcus). Human papillomavirus (HPV) là cũng được khuyến nghị cho phụ nữ dưới 26 tuổi. Tất cả phụ nữ mang thai cần được xét nghiệm HIV trừ khi họ từ chối kiểm tra. Xét nghiệm này nên được thực hiện khi phụ nữ có kế hoạch sinh con

Một số xét nghiệm khác có thể được thực hiện khi có các chỉ định cụ thể:

- Sàng lọc STDs (screening for STDs)
- Xét nghiệm các bệnh của mẹ dựa trên tiền căn cá nhân và tiền căn sản khoa (testing for maternal diseases based on medical or reproductive history)
- Thực hiện Mantoux test cho bệnh nhân bị lao (mantoux test with purified protein derivative for tuberculosis by epidermal injection technique and not by the use of “tine” instruments)
- Sàng lọc các rối loạn di truyền có thể dựa trên chủng tộc hoặc chiến lược sàng lọc mở rộng. Đó là các chiến lược sàng lọc trong quốc gia như là (screening for genetic disorders may be based on ethnic, panethnic, or expanded screening strategies. Traditional ethnic screening strategies have included):
 - Hồng cầu hình liềm (người Mỹ gốc Phi) (sickle hemoglobinopathies – African Americans)
 - beta-Thalassemia (Địa Trung Hải và Đông Nam Á; Người Mỹ gốc Phi)
 - α -Thalassemia (Đông Nam Á và Địa Trung Hải; Người Mỹ gốc Phi)
 - Bệnh Tay-Sachs (người Do, người Canada và người Cajun)
 - Bệnh Canavan và chứng mất tự chủ mang tính gia đình (familial dysautonomia) (người Do Thái)

- Xơ nang (tương tự SMA, tần số mang cao hơn trong số người da trắng gốc châu Âu và Ashkenazi; tuy nhiên, sàng lọc nên được cung cấp cho tất cả các cặp vợ chồng)
- Sàng lọc các rối loạn di truyền khác trên tiền căn gia đình
- Bệnh nhân nên được tư vấn về lợi ích của việc vận động:
- Duy trì kiểm soát tốt các bệnh lý có từ trước (ví dụ: tiểu đường, tăng huyết áp, hen suyễn, lupus ban đỏ hệ thống, co giật, rối loạn tuyến giáp và bệnh viêm ruột)
- Uống 0,4 mg axit folic mỗi ngày trước khi mang thai và trong ba tháng đầu của thai kỳ để phòng ngừa NTDs
- Phụ nữ có thai có tiền căn sinh con bị NTD trước đó, hoặc sử dụng thuốc can thiệp vào chuyển hóa folate, nên dùng 4 mg axit folic mỗi ngày trong xung quang giai đoạn chuẩn bị mang thai (số lượng này có thể đạt được bằng cách bổ sung thêm các chất đặc biệt cho một viên vitamin tổng hợp duy nhất để cung cấp tổng cộng 4 mg axit folic những vẫn có thể tránh việc tăng quá mức vitamin tan trong chất béo, thứ mà có thể có tác dụng phụ cho thai nhi nếu uống với liều cao)
- Xác định thời gian thụ thai bằng một tiền căn kinh nguyệt chính xác\
- Giảm cân trước khi mang thai nếu béo phì và tăng cân nếu thiếu cân
- Tập thể dục
- Tránh ăn quá nhiều
- Tránh mang thai trong vòng 1 tháng sau khi tiêm vắc-xin sống được làm giảm độc lực (ví dụ, rubella)
- Ngăn ngừa lây truyền HIV nếu có liên quan đến bệnh nhân hoặc bạn tình của họ
- Kiêng thuốc lá, rượu, ma túy, lạm dụng thuốc, và sử dụng thuốc theo toa không phù hợp trước và trong mang thai

CHĂM SÓC TRONG KHI TRƯỚC SINH (ANTEPARTUM CARE)

Phụ nữ được chăm sóc trước sinh sớm và thường xuyên sẽ có sức khỏe tốt và sinh con khỏe mạnh hơn. Mục tiêu của chăm sóc sản khoa là 1) cung cấp khả năng tiếp cận chăm sóc dễ dàng, 2) thúc đẩy sự tham gia của bệnh nhân và 3) cung cấp một cách tiếp cận nhóm để giám sát và giáo dục liên tục cho thai phụ và về thai nhi của cô. Khi đó, các thai kỳ rủi ro cao có thể được chẩn đoán và điều trị, kiểm soát để quản lý được bất kỳ biến chứng có thể phát sinh. Chăm sóc trước sinh thường quy tạo cơ hội sàng lọc, đánh giá định kỳ, và giáo dục bệnh nhân.

Giám sát trước sinh (antepartum surveillance) bắt đầu ngay ở lần khám thai đầu tiên. Ngay tại lúc đó, các bác sĩ bắt đầu soạn thảo một bệnh án sản khoa của bệnh nhân đó là the full American College of Obstetricians and Gynecologists Antepartum Record and Postpartum

Chăm sóc trước sinh hoàn chỉnh bao gồm những điều sau đây:

- Xác định mang thai và xác định tuổi thai
- Theo dõi tiến trình của thai kỳ bằng các xét nghiệm định kỳ và xét nghiệm sàng lọc thích hợp
- Đánh giá tình trạng khỏe mạnh của người phụ nữ và thai nhi
- Cung cấp sự giáo dục cho bệnh nhân để giải quyết tất cả các vấn đề của thai kỳ và giai đoạn sau sinh có thể mắc phải
- Chuẩn bị cho bệnh nhân và gia đình cô ấy về các dấu hiệu khi chuyển dạ, sinh nở, và giai đoạn sau sinh
- Phát hiện các biến chứng y khoa và các rối loạn tâm lý xã hội và chỉ định can thiệp kịp thời

Một khía cạnh quan trọng của chăm sóc trước khi sinh / trước sinh là giáo dục mẹ và gia đình về giá trị của sàng lọc và quản lý biến chứng bất ngờ có thể phát hiện. Các bệnh lý cụ thể ảnh hưởng đến bà mẹ và đứa bé bao gồm chuyển dạ trước sinh (preterm labor) và sinh non (preterm delivery), nhiễm trùng trước sinh (preterm infection), tử cung hạn chế phát triển (intrauterine growth restriction) (IUGR), tăng huyết áp và tiền sản giật (hypertension and preeclampsia), đái tháo đường, dị tật bẩm sinh (birth defects), đa thai (multiple gestation), và nhau bám bất thường (abnormal placentation).

CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH

Đối với một phụ nữ có chu kỳ kinh nguyệt đều đặn, có tiền sử trễ kinh một thời gian sau khi quan hệ tình dục mà không có hiệu quả biện pháp tránh thai là gợi ý mạnh mẽ đến mang thai sớm. Một mồi, buồn nôn/nôn và đau vú thường là các triệu chứng liên quan

Khi khám thực thể, tử cung mềm và mở rộng trong thai kì trở nên rõ ràng từ 6 tuần sau kỳ kinh nguyệt bình thường cuối cùng. Khi thai được khoảng 12 tuần (12 tuần kể từ khi bắt đầu của kỳ kinh nguyệt cuối cùng (last menstrual period) [LMP]), tử cung thường mở rộng đủ để sờ thấy ở bụng dưới. Các dấu hiệu của đường sinh dục khác có thể phát hiện sớm trong thai kỳ bao gồm

sung huyết (congestion) và đổi màu hơi xanh (bluish discoloration) của cổ tử cung và âm đạo (**dấu hiệu Chadwick**) và cổ tử cung mềm (**Dấu hiệu Hegar**). Tăng sắc tố của da và sự xuất hiện của vết rạn da trên thành bụng xảy ra vào giai đoạn sau của thai kỳ và có sự liên quan đến việc tăng progesterol và tình trạng căng của lớp hạ bì. Sờ nắn được các bộ phận của thai nhi và đánh giá được sự chuyển động của thai nhi và tim thai là chẩn đoán xác định mang thai nhưng chỉ làm được khi tuổi thai đã lớn. Bệnh nhân nhận thức ban đầu về chuyển động của thai nhi (được gọi là nhanh chóng – quickening) thường không được báo cáo trước từ 16 đến 18 tuần tuổi thai và thường muộn nhất là 20 tuần ở những bà mẹ mang thai lần đầu.

Mang thai không thể được chẩn đoán chỉ dựa trên các triệu chứng cơ năng và thăm khám thực thể chủ quan. **Thử thai** là cần thiết để xác nhận chẩn đoán. Sau khi thử thai dương tính được xác định và trước khi thai nhi có hoạt động của tim (tức là tim thai đang đập) được nhìn thấy trên siêu âm, bác sĩ và bệnh nhân phải nhận biết các dấu hiệu và triệu chứng của một thai kỳ bất thường, bao gồm cả những người liên quan đến tự phá thai, mang thai ngoài tử cung và bệnh lí lá nuôi (trophoblastic disease). Một số loại thử thai bằng nước tiểu có sẵn để đo **human chorionic gonadotropin (hCG)** được sản xuất trong hợp bào lá nuôi (syncytiotrophoblast). Bởi vì hCG có một tiểu đơn vị α giống với hormone luteinizing (LH), điều đó giải thích rằng không có bất kì xét nghiệm nào giúp phân biệt LH với hCG do có sự chồng chéo trong cấu trúc của chúng. Nồng độ của hCG phải đủ cao thì mới có một kết quả xét nghiệm dương tính để tránh chẩn đoán thai dương tính giả. Tiêu chuẩn để thử thai bằng nước tiểu là khoảng 4 tuần sau ngày đầu tiên của LMP (tức là xung quanh khoảng thời gian của chu kỳ không có kinh (around the time of the missed period)). Thử thai bằng nước tiểu tại nhà có tỷ lệ dương tính giả thấp nhưng tỷ lệ âm tính giả cao (tức là, kết quả xét nghiệm là âm tính mặc dù bệnh nhân đang mang thai). **Tất cả các xét nghiệm thai bằng nước tiểu được thực hiện tốt nhất là mẫu nước tiểu sáng sớm do chứa nồng độ hCG cao nhất.**

Các **thử thai bằng huyết thanh** là có độ nhạy và độ chuyên cao hơn bởi vì chúng đo nồng độ beta hCG, cho phép phát hiện thai ở thời kì rất sớm, thường là trước khi bệnh nhân bị mất kinh. Trong vài tuần đầu tiên, tình trạng của một thai kỳ có thể được đánh giá bằng cách định lượng nồng độ hCG liên tiếp và so sánh chúng với mức tăng dự kiến (mức dự kiến đó đã được nghiên cứu ở các thai kỳ bình thường) để xác định việc thai trong tử cung bình thường. **Mức tăng dự kiến là thời gian nồng độ hCG tăng gấp đôi là khoảng từ 1,5 đến 2 ngày**

Các xét nghiệm liên tiếp như vậy thường cho phép phân biệt thai kì bình thường và bất thường hoặc giúp đề nghị thêm xét nghiệm khác, ví dụ siêu âm

Khi phát hiện hoạt động của tim thai (fetal heart tones) hầu như luôn luôn bằng chứng của một thai trong tử cung. Bình thường, không dùng siêu âm, tim thai có thể được nghe từ 18 đến 20 tuần tuổi thai. Tuy nhiên, hiện nay, các thiết bị siêu âm Doppler đã sử dụng thường có thể phát hiện các nhịp tim của thai nhi khoảng 12 tuần tuổi thai (hoặc có lẽ muộn hơn một chút nếu người mẹ béo phì).

LẦN ĐẦU THĂM KHÁM THAI TRƯỚC SINH (THE INITIAL PRENATAL VISIT)

Trong lần đầu thai phụ đến khám trước sinh, thời gian lý tưởng nhất là trong tam cá nguyệt đầu tiên, phải khai thác được tất cả các tiền căn ở thai phụ, tập trung vào các tiền căn về thai kì trước đó, tiền căn phụ khoa, tiền căn bản thân cần chú ý đến các bệnh lí mạn tính và nhiễm trùng, đó là thông tin cần thiết để sàng lọc di truyền và cung cấp thông tin về quá trình mang thai hiện tại. Một thăm khám thực thể hoàn chỉnh được thực hiện, bao gồm kiểm tra vú và xương chậu, như cũng như các xét nghiệm trong tam cá nguyệt đầu tiên (xem Phụ lục B). Các xét nghiệm khác có thể được thực hiện theo chỉ định. Bệnh nhân được hướng dẫn cách chăm sóc trước khi sinh thường xuyên, các dấu hiệu cảnh báo biến chứng, thời gian mang thai dự kiến, tư vấn nguy cơ, và thông tin về dinh dưỡng cũng như phúc lợi xã hội

Thăm khám vùng chậu ban đầu bao gồm một mô tả về các đường kính khác nhau của khung xương chậu (xem Chương 4), đánh giá về cổ tử cung (bao gồm chiều dài cổ tử cung, tính nhất quán (consistency), sự giãn nở và khả năng để tổng đưa bé ra (effacement)), và kích thước tử cung (thường được đo hằng tuần), hình dạng, tính nhất quán (vững chắc đến mềm mại), và tính di động. Khi tử cung phát triển về kích thước làm nó thoát khỏi xương chậu, chiều cao của đáy tử cung sẽ đại diện cho tuổi thai tính từ thời điểm đó đến khoảng 36 tuần tuổi

Đánh giá rủi ro

Đánh giá rủi ro là một phần quan trọng trong đánh giá tiền sản ban đầu. Các câu hỏi về tiền căn và bệnh lý mạn tính rất quan trọng để xác định người phụ nữ mang thai có nguy cơ bị các biến chứng cho mẹ và thai nhi và để bắt đầu một kế hoạch quản lý tại thời điểm thích hợp. Ngoài ra, việc hiểu các rủi ro y tế, điều quan trọng là phải hiểu hoàn cảnh của từng người phụ nữ, một số trong đó có thể khiến cô ta gặp các biến chứng nguy hiểm về thể chất và tinh thần. Bệnh nhân

nên đặt câu hỏi về các khía cạnh sau đây trong lối sống của họ có thể đặt ra một rủi ro và nhận được tư vấn thích hợp, nếu được chỉ định:

- Mong muốn có thai
- Rào cản ngôn ngữ (communication barriers)
- Đánh giá trầm cảm/lo lắng (nên được thực hiện ít nhất một lần trong giai đoạn trước sinh)
- Tư vấn về dinh và tăng cân
- Hoạt động tình dục
- Tập thể dục
- Hút thuốc lá
- Môi nguy từ môi trường sống và làm việc
- Rượu
- Sử dụng bất kỳ loại thuốc nào (bao gồm thực phẩm chức năng, vitamin, thảo dược hoặc thuốc OTC)
- Sử dụng chất gây nghiện (cha mẹ, đối tác, quá khứ, hiện tại)
- Bạo lực gia đình
- Bạo lực tình dục (intimate partner violence)
- Sử dụng đai an toàn (seat belt use)

Đánh giá ban đầu về tuổi thai: Ngày dự kiến sinh

Tuổi thai là số tuần đã trôi qua kể từ ngày đầu tiên của LMP (không phải là thời gian thụ thai) và **ngày sinh**. Thiết lập tuổi thai ước tính chính xác và ước tính được ngày sinh (**estimated date of delivery – EDD**) là một phần quan trọng của thăm khám trước sinh. Các vấn đề như sinh non và sinh trễ (post-term pregnancy) và các quản lý sau đó cũng như thời gian của các xét nghiệm sàng lọc (tức là, độ mờ da gáy (nuchal translucency) và sàng lọc huyết thanh (maternal serum screening) cho trisomy 21 và NTD, và đánh giá sự trưởng thành của thai nhi) bị ảnh hưởng bởi độ chính xác của tuổi thai

Quy tắc Naegele là một cách dễ dàng để tính toán EDD: lấy thêm 1 năm sau đó cộng thêm 7 ngày vào ngày đầu tiên chu kỳ kinh nguyệt cuối cùng và trừ đi 3 tháng. Công thức này được dùng ở bệnh nhân có chu kỳ kinh nguyệt lý tưởng 28 ngày, rụng trứng xảy ra vào ngày 14; do đó, tuổi thai của thai kỳ thực sự là 38 tuần. Tuy nhiên, việc sử dụng ngày đầu tiên của LMP làm điểm

bắt đầu cho tuổi thai là tiêu chuẩn được quy ước. Do đó, thai kỳ sẽ kéo dài 40 ± 2 tuần, tính từ ngày đầu tiên của chu kỳ kinh cuối cùng (tuổi kinh nguyệt hoặc tuổi thai).

Để thiết lập tuổi thai chính xác, việc **xác định ngày đầu tiên của chu kỳ kinh cuối** là rất quan trọng. Một xuất huyết âm đạo nhẹ không nên bị nhầm lẫn với một kỳ kinh nguyệt bình thường. Nếu chu kỳ kinh không đều hoặc dùng thuốc làm thay đổi chiều dài chu kỳ (ví dụ: thuốc tránh thai, các chế phẩm nội tiết tố, và thuốc thần kinh) có thể gây nhầm lẫn tiền căn kinh nguyệt. Nếu quan hệ tình dục không thường xuyên hoặc thụ thai có chủ đích dựa trên các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, một bệnh nhân có thể biết rõ thụ thai đã xảy ra, do đó tạo điều kiện cho việc tính toán chính xác tuổi thai. Tuy nhiên, siêu âm xác định tuổi thai (ultrasound-established dates) ngày càng trở nên ưu tiên hơn việc xác định dựa vào ngày kinh cuối nếu chúng khác nhau nhiều hơn bảy ngày trong tam cá nguyệt đầu tiên (ít hơn 14 0/7 tuần) [nếu mà siêu âm vs tính LMP thì nếu khác biệt 7 ngày thì người ta sẽ dùng siêu âm].

Thực hiện siêu âm có thể phát hiện thai kỳ sớm. Với siêu âm qua ngã bụng (transabdominal ultrasound), đầu dò siêu âm được đặt trên bụng mẹ, cho phép phát hiện một thai kỳ bình thường khi thai được 5 đến 6 tuần tính từ chu kỳ kinh cuối (tương ứng với nồng độ beta-hCG từ 5.000 đến 6.000 mIU/mL). **Siêu âm qua ngã âm đạo** thường phát hiện được thai từ 4 đến 5 tuần tuổi thai (tương ứng với nồng độ beta-hCG từ 1.000 đến 2.000 mIU/mL) vì đầu dò được đặt ở phần sau của âm đạo chỉ cách khoảng từ cung vài centimet, so với khoảng cách dài hơn tính từ thành bụng đến cùng một vị trí. Nồng độ beta-hCG 1.500 mIU/mL trong đơn thai thường được sử dụng làm ngưỡng phân định (cutoff) mà ngoài đó túi thai trong tử cung nên được phát hiện qua siêu âm ngã âm đạo để loại trừ mang thai ngoài tử cung. Nếu nồng độ beta-hCG là > 4.000 mIU/mL, phôi phải được phát hiện và đã có hoạt động của tim trên tất cả các kỹ thuật siêu âm.

THĂM KHÁM Ở GIAI ĐOẠN SAU CỦA THAI KÌ (SUBSEQUENT ANTENATAL VISITS)

Theo dõi mẹ và thai nhi thường xuyên là điều cần thiết để xác định các biến chứng có thể phát sinh trong thai kỳ để đảm bảo và hỗ trợ cho mẹ và gia đình, đặc biệt là trong lần mang thai đầu tiên hoặc khi mang thai trước đó đã có biến chứng hoặc thai kỳ trước đó phát triển kém. Cho một bệnh nhân có thai không biến chứng, thăm khám trước sinh định kỳ cứ 4 tuần khám 1 lần cho đến tuần thứ 28 và sau đó cứ 2 tuần khám 1 lần cho đến 36 tuần, và sau đó thì mỗi tuần 1 lần.

Bệnh nhân mang thai có nguy cơ cao hoặc những người bị biến chứng liên tục thường được thăm khám thường xuyên hơn tùy thuộc vào hoàn cảnh lâm sàng.

Mỗi lần khám, bệnh nhân được hỏi về cảm giác của họ và nếu họ đang có bất kỳ vấn đề gì, chẳng hạn như chảy máu âm đạo, buồn nôn và nôn, khó tiểu, và tiết dịch âm đạo. Sau đó, bệnh nhân được hỏi về các chuyển động của thai nhi và nếu nó giống hoặc ít hơn kể từ lần khám thai gần nhất. Giảm chuyển động của thai nhi sau 1 thời gian thai nhi tồn tại là một dấu hiệu cảnh báo cần đánh giá thêm về sức khỏe của thai nhi

Tất cả các lần thăm khám tiền sản luôn cần đánh giá:

- Huyết áp
- Cân nặng
- Các triệu chứng về sản khoa mới phát hiện

Huyết áp và phân tích nước tiểu

Điều quan trọng là xác định huyết áp nền và nồng độ protein nước tiểu tại lần thăm khám đầu tiên. Huyết áp thường giảm khi kết thúc tam cá nguyệt thứ nhất và tăng trở lại trong tam cá nguyệt thứ ba. Sau 20 tuần thai, huyết áp tâm thu tăng cao kéo dài hơn hoặc bằng 140 mm Hg hoặc huyết áp tâm trương tăng lớn hơn hoặc bằng 90 mm Hg mà không có protein niệu gợi ý **tăng huyết áp thai kỳ** (xem Chương 22). So sánh với các mức nền là cần thiết để chẩn đoán phân biệt tăng huyết áp có từ trước với tăng huyết áp liên quan đến thai kỳ

Cân nặng

Cân nặng của mẹ là một thông số quan trọng khác cần phải theo dõi khi mang thai, trong giới hạn khuyến cáo tăng cân khác nhau đối với phụ nữ **BMI** ban đầu khác nhau. Tổng trọng lượng tăng từ 25 đến 35 lb chỉ là thích hợp cho phụ nữ có BMI bình thường (**Bảng 6.1**). Bà bầu béo phì là người phụ nữ có chỉ số BMI lớn hơn hoặc bằng 30 có nguy cơ cao nhiều biến chứng khác nhau khi mang thai, bao gồm tiền sản giật (preeclampsia), tiểu đường thai kỳ, và phải mổ để lấy thai. Tổng mức tăng từ 11 đến 20 lb trong suốt thai kỳ được khuyến nghị cho những phụ nữ có BMI lớn hơn hoặc bằng 30. Nếu có những sai lệch đáng kể từ việc tăng cân này có thể yêu cầu đánh giá dinh dưỡng và các đánh giá nâng cao

TABLE 6.1 INSTITUTE OF MEDICINE WEIGHT GAIN
RECOMMENDATIONS FOR PREGNANCY

Prepregnancy Weight Category	BMI ^a (kg)/[height (m)] ²	Recommended Total Weight Gain Range (lb)	Recommended Rates of Weight Gain ^b Second and Third Trimesters (Mean Range, lb/wk)
Underweight	Less than 18.5	28–40	1 (1–1.3)
Normal weight	18.5–24.9	25–35	1 (0.8–1)
Overweight	25.0–29.9	15–25	0.6 (0.5–0.7)
Obese (includes all classes)	30.0 or greater	11–20	0.5 (0.4–0.6)

^a BMI, body mass index. To calculate BMI, go to <http://www.nhlbisupport.com/bmi>.

^b Calculations assume a 1.1–4.4 lb (0.5–2 kg) weight gain in the first trimester.

Thăm khám lâm sàng

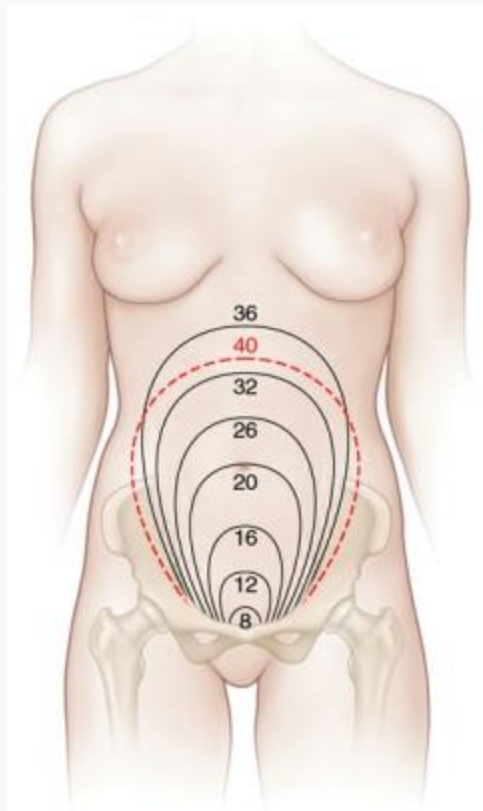
Triệu chứng thực thể của sản khoa được thực hiện tại mỗi lần khám bao gồm đo chiều cao của đáy tử cung (fundal height measurement), phát hiện về sự hiện diện và nhịp của tim thai, và xác định ngôi thai (presentation of the fetus). Khi từ 16 đến 20 tuần, kích thước tử cung thường được quy định là “number-weeks” size, chẳng hạn như 12-week uterus [số tuần- tử cung ví dụ 16 tuần- tử cung].

Đo chiều cao của đáy tử cung

Sau 20 tuần tuổi thai (khi sờ thấy đáy tử cung tại vị trí gần rốn ở một phụ nữ có cơ thể bình thường và mang thai đơn thai có ngôi đầu hay cụ thể hơn là ngôi chẩm (vertex presentation)), kích thước tử cung có thể được đánh giá bằng sử dụng thước dây (tape measure) để đo, đó là **phương pháp đo đáy tử cung**. Trong này phương pháp này, đỉnh của đáy tử cung được xác định, và vị trí số 0 của cây thước dây được đặt ở phần trên cùng của tử cung. Sau đó kéo băng dọc theo bụng đến vị trí của khớp mu (symphysis pubis). Từ 16 đến 18 tuần tuổi thai cho đến 36 tuần thai, chiều cao đáy tử cung tính bằng centimet (tính từ khớp mu (symphysis) đến đỉnh đáy tử cung) gần bằng với số tuần tuổi thai trong các trường hợp mang đơn thai và có ngôi chẩm (cephalic presentation) và giải phẫu của tử cung bình thường (Hình 6.1).

Cho đến 36 tuần thai trong thai kỳ đơn thai bình thường, số tuần thai kỳ xấp xỉ với chiều cao đáy tử cung tính bằng centimet. Sau đó, thai nhi di chuyển xuống xương chậu bên dưới khớp mu

(“lightning” hoặc gắn đầu vào xương chậu thực sự), do đó việc đo chiều cao đáy tử cung ngày càng không đáng tin cậy.



HÌNH 6.1. Độ cao đáy tử cung. Trong một thai kỳ đơn thai bình thường với thai ở ngôi chằm, chiều cao của đáy tử cung được dùng với tuổi thai từ 16 đến 36 tuần tuổi thai. Chẳng hạn như là 20 tuần bằng 20 cm của độ cao đáy tử cung ở một phụ nữ không có bất thường gì. Sau 36 tuần, chiều cao đáy tử cung tăng trưởng chậm hơn hoặc thực sự giảm khi tử cung thay đổi hình dạng và /hoặc đầu thai nhi đi vào khung chậu.

Nhịp tim của thai nhi

Nhịp tim của thai nhi cần được xác định mỗi lần khám, bằng cách nghe tim thai trực tiếp hoặc bằng cách sử dụng một thiết bị siêu âm Doppler của thai nhi. Nhịp tim thai bình thường là 110 đến 160 bpm, và nhịp có thể cao hơn ở trong thai kỳ sớm. Nhịp tim của mẹ cũng có thể được phát hiện với thiết bị Doppler, vì vậy bắt mạch của mẹ cùng lúc với việc nghe tim thai là cần thiết để phân biệt đâu là nhịp của mẹ, đâu là nhịp của thai. Nếu nhịp bất thường (nhanh hơn hay chậm hơn) hoặc rối loạn nhịp tim thường xuyên thì phải được đánh giá cẩn thận

Sờ tử cung

Một số xác định chẩn đoán và điều trị liên quan đến thai nhi có thể được thực hiện bằng cách sờ **nắn tử cung khi mang thai**, chẳng hạn như ngôi (presentation), hoặc “presenting part” (là 1 phần của ngôi) của thai nhi (tức là phần nào của thai nhi được đưa vào khung chậu trước). Trước 34 tuần tuổi thai, ngôi mông (breech), ngôi xiên (oblique) và ngôi ngang (transverse) không phải là hiếm. Ngôi của thai nhi có thể thay đổi theo ngày. Trong thai kỳ, hơn 95% thai nhi sẽ có ngôi đầu (ngôi chẩm), khi mà cái đầu xuống dưới khung chậu trước. Khoảng 3,5% là mông (mông xuống trước) và 1% là vai xuống trước. Trừ khi thai nhi nằm trong tư thế nằm ngang (trục dài của thai nhi không song song với trục mẹ dài), thì ngôi sẽ là đầu (vertex and cephalic (đỉnh hoặc chẩm)) hoặc mông (breech).

Ngôi của thai

Ngôi của thai nhi có thể được xác định khi khám lâm sàng với việc sử dụng các thao tác Leopold (**Leopold maneuvers**) (xem hình 9.7). Trong thao tác đầu tiên, ngôi mông có thể được xác định bằng cách mô tả hình dáng bên ngoài (outline) của đáy tử cung và xác định phần nào có mặt ở chỗ đó. Cái đầu cứng và được xác định rõ bởi hiện tượng bập bênh của nó (ballottement), đặc biệt là khi đầu di động tự do trong dịch ối (fluid-filled uterus); mông thì mềm hơn, ít tròn hơn và do đó, khó khăn hơn để mô tả (outline). Trong các thao tác thứ 2 và thứ 3, lòng bàn tay của người khám đặt ở hai bên bụng của mẹ để xác định vị trí của lưng và các bộ phận nhỏ của thai nhi. Trong thao tác thứ tư, ngôi được xác định bằng cách tạo áp lực lên khớp mu. Nếu ngôi mông vẫn tồn tại ở tuần 36 và 38, thì việc **điều chỉnh thành ngôi đầu** nên được thảo luận với bệnh nhân. Thủ thuật này liên quan đến biến bào thai từ ngôi mông thành ngôi đỉnh (ngôi đầu) cho phép sinh thường hơn là sinh mổ. Tuy nhiên, nó được chống chỉ định trong sự hiện diện của thai kỳ đa thai, dị tật bẩm sinh của thai, bất thường của tử cung và vấn đề của nhau.

SIÊU ÂM

Tại Hoa Kỳ, khoảng 65% phụ nữ mang thai có ít nhất 1 lần siêu âm. Trong trường hợp không có chỉ định cụ thể khác, thời gian tốt nhất để siêu âm lần đầu là từ 18 đến 22 tuần của thai kỳ. Siêu âm trong ba tháng đầu có thể được thực hiện là siêu âm ngã bụng (transabdominally) hoặc siêu âm ngã âm đạo (transvaginally). Nếu siêu âm bụng không kết luận được (trường hợp có nghi ngờ hoặc để chẩn đoán có thai), thì siêu âm ngã âm đạo đề nghị. Siêu âm ba tháng đầu được sử dụng để xác nhận sự hiện diện của thai trong tử cung, ước tính tuổi thai, chẩn đoán hoặc đánh giá trường hợp đa thai, xác nhận hoạt động của tim và đánh giá khung chậu hoặc bất thường tử cung (còn như là để giúp là sinh thiết gai nhau(chorionic villus sampling), chuyển phôi, hoặc để lấy những dụng cụ tránh thai trong tử cung ra (localization and removal of intrauterine

contraceptives)) . Nó cũng hữu ích để đánh giá chảy máu âm đạo bất thường, nghi ngờ **thai ngoài tử cung**, và đau vùng chậu.

Siêu âm có thể được nhắm mục tiêu để giúp chẩn đoán bất thường nhiễm sắc thể trong ba tháng đầu. Một trong số đó là đo độ mờ da gáy (**nuchal translucency, NT**), là 1 vùng trong suốt ở phía sau đầu ở **vùng gáy**. Sử dụng các kỹ thuật tiêu chuẩn để đo lường NT đã dẫn đến tỷ lệ phát hiện cao hơn cho hội chứng Down, trisomy 18, trisomy 13, hội chứng Turner và các bất thường về giải phẫu khác như dị tật tim. Chỉ đo độ mờ da gáy là ít hiệu quả để sàng lọc trong ba tháng đầu của thai kỳ, do đó, người ta thường dùng combined testing (là kết hợp của đo độ mờ da gáy và chỉ số sinh hóa). Các nghiên cứu gần đây chứng minh việc phát hiện hội chứng Down với tỉ lệ dương tính giả thấp hơn khi đo NT được kết hợp với các chỉ số sinh hóa (xem phần Thử nghiệm sàng lọc). Câu này truyền đạt thông tin tương tự và không đạo văn nguyên văn ACOG.

Nhiều loại siêu âm được thực hiện trong tam cá nguyệt thứ 2 và 3 có thể được phân loại thành siêu âm tiêu chuẩn (standard), giới hạn (limited), chuyên biệt (specialized). Siêu âm tiêu chuẩn được thực hiện trong tam cá nguyệt thứ hai hoặc thứ ba của thai kỳ. Nó bao gồm một đánh giá về ngôi của thai và số lượng của thai, thể tích nước ối, hoạt động của tim, vị trí nhau thai, sinh trắc học thai nhi (fetal biometry), và khảo sát cấu trúc giải phẫu của thai nhi. Nếu có thể, tử cung và các cấu trúc phụ (adnexa) nên được thăm khám và kiểm tra để đối chiếu với lâm sàng. Siêu âm hạn chế (a limited examination) được thực hiện khi có những câu hỏi đặc biệt cần được xác định rõ. Trong trường hợp khẩn cấp, ví dụ, siêu âm giới hạn (a limited examination) có thể được thực hiện để đánh giá hoạt động của tim ở bệnh nhân chảy máu. Một chi tiết giải phẫu đặc biệt cần được đánh giá khi có bất thường ở tiền căn của bệnh nhân, bất thường chỉ số sinh hóa hoặc bất thường trên lâm sàng, hoặc kết quả đáng ngờ từ siêu âm tiêu chuẩn và siêu âm giới hạn, thì siêu âm chuyên biệt (specialized examinations) được dùng, chúng có thể bao gồm siêu âm Doppler thai nhi, biophysical profile (BPP), siêu âm tim thai, hoặc nghiên cứu sinh trắc học bổ sung (additional biometric studies)

Siêu âm có thể giúp phát hiện các bất thường của nhau thai và cổ tử cung. Nhau thai bị bóc tách (placental abruption) có thể được phát hiện bằng siêu âm ở 1/2 số bệnh nhân có chảy máu tử cung bất thường và không có nhau tiền đạo (placenta previa). Siêu âm grayscale or color-flow Doppler được sử dụng để xác định nhau cài răng lược (placenta accreta). Siêu âm qua ngã âm đạo là phương pháp tốt nhất để đánh giá cổ tử cung và được sử dụng để chẩn đoán hoặc loại trừ nhau tiền đạo (placenta previa), cũng như cổ tử cung rút ngắn bất thường (được xác định là dưới 25 mm), mà những bệnh lý lại tương quan đến việc sinh non (sinh khi thai chưa được 28 tuần tuổi)

CÁC XÉT NGHIỆM SÀNG LỌC

Ngoài các xét nghiệm thường qui luôn được đề nghị trong lần đầu khám thai, xét nghiệm bổ sung được thực hiện trong khoảng thời gian cụ thể của thai kỳ để sàng lọc các khuyết tật bẩm sinh và các bệnh lý khác. Các xét nghiệm và khoảng thời gian cụ thể cho từng được chỉ định được ghi trên Antepartum Record (xem Phụ lục B). Các xét nghiệm bổ sung, chẳng hạn như xét nghiệm các bệnh STDs hoặc bệnh lao, được khuyến cáo hoặc chỉ định dựa trên tiền căn của bệnh nhân, dấu hiệu lâm sàng, mong muốn của bệnh nhân hoặc đó là trong guidelines của quốc gia đó.

Có nhiều lựa chọn để sàng lọc dị tật bẩm sinh ở thai nhi (số lượng nhiễm sắc thể bất thường) như trisomies 18 và 21 (xem thêm Chương 7 để hiểu rõ về các chỉ dấu sinh học). Các lựa chọn để sàng lọc lệch bội (aneuploidy screening) bao gồm:

- **Sàng lọc tam cá nguyệt thứ nhất** (10 đến 13 tuần thai kỳ), bao gồm sàng lọc huyết thanh cho pregnancy-associated plasma protein A (PAPP-A) và beta-hCG và siêu âm về độ mờ da gáy, và trong một số trường hợp có thể phát hiện hoặc vắng mặt của xương mũi thai nhi.
- **Cell free fetal DNA** (DNA tự do của thai nhi) bao gồm đánh giá các đoạn DNA ngắn của thai nhi được tìm thấy trong máu mẹ được sử dụng để sàng lọc nhiều loại bệnh lý thai nhi.
- **Sàng lọc tam cá nguyệt thứ hai** (15 0/7-22 6/7 tuần thai kỳ) bao gồm triple (maternal serum α -fetal protein [MSAFP], estriol, and hCG) hoặc **quadruple** (“quad”) (MSAFP, hCG, unconjugated estriol, and dimeric (nhị trùng) inhibin A). Quadruple test có độ nhạy cao hơn để phát hiện hội chứng Down
- **Kết hợp các sàng lọc trong tam cá nguyệt thứ 1 và tam cá nguyệt thứ 2** (combined first- and second-trimester screening) bao gồm tất cả các xét nghiệm sàng lọc trong tam cá nguyệt thứ 1 đã được liệt kê cùng với xét nghiệm PAPP-A và quad screen, có thể có hoặc không có siêu âm để đánh giá NTD. Trong tam cá nguyệt thứ hai, siêu âm sàng lọc và tế bào học của thai nhi có thể được đề nghị
- **Siêu âm trong tam cá nguyệt thứ 2** trong đó bao gồm phát hiện bất thường cấu trúc lớn và chỉ báo mềm của lệch bội (minor sonographic soft markers of aneuploidy), cùng với sinh trắc học cơ sở (baseline biometry).

Sàng lọc trong tam cá nguyệt thứ 3 của thai kỳ

- Sàng lọc bệnh đái tháo đường thai kỳ, điều này có thể bao gồm **glucose challenge test**, một xét nghiệm sàng lọc được thực hiện để chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ được chỉ

định khi thai được từ 24 đến 28 tuần tuổi, trừ khi bệnh nhân mang thai bị béo phì, sự chuyển hóa glucose bị yếu, bệnh nhân bị tiểu đường, hoặc trước đó tiền căn bệnh đái tháo đường thai kỳ. Trong những trường hợp này, glucose challenge test nên được thực hiện ở lần khám đầu tiên; nếu đái tháo đường thai kỳ là không được chẩn đoán, xét nghiệm đường huyết nên được lặp lại ở 24 đến 28 tuần thai. Nếu kết quả xét nghiệm là bất thường, **xét nghiệm dung nạp glucose** bằng đường uống được thực hiện để xác nhận bệnh tiểu đường.

- Ngoài ra, còn cần đo nồng độ hemoglobin và hematocrit là lặp đi lặp lại trong tam cá nguyệt thứ ba.
- Lặp lại sàng lọc trong tam cá nguyệt thứ ba để tìm kháng thể Rh âm trong bệnh nhân.
- Lặp lại sàng lọc HIV và các STI khác ở tất cả các bệnh nhân thường được khuyến nghị dựa trên các yếu tố nguy cơ và thậm chí luôn được yêu cầu ở một số vùng
- Sàng lọc **streptococcus nhóm B** được thực hiện phổ biến ở 35 đến 37 tuần tuổi thai, và điều trị dựa trên kết quả nuôi cấy.

CÁC KỸ THUẬT ĐỂ ĐÁNH GIÁ THAI KÌ

Các kỹ thuật để đánh giá thai nhi nhằm để xác định các yếu tố sau: 1) tăng trưởng, 2) sự khỏe mạnh (well-being) và 3) trưởng thành (maturity). Những xét nghiệm này phải được diễn giải trong bối cảnh lâm sàng và cung cấp dữ kiện để đưa ra quyết định lâm sàng.

Đánh giá sự tăng trưởng của thai nhi

Sự tăng trưởng của thai nhi có thể được đánh giá bằng cách đo chiều cao của đáy tử cung, bằng cách đo như ban đầu (initial measure, chắc ý là đo như ở trên đã nói), và siêu âm. Sự gia tăng chiều cao đáy tử cung trong lúc mang thai là có thể dự đoán. Nếu chiều cao đáy tử cung lớn hơn dự kiến đáng kể (nghĩa là **lớn đối với tuổi thai**), điều đó có thể bao gồm xác định không chính xác tuổi thai, nhiều mang thai, macrosomia (thai nhi lớn), thai trứng (hydatidiform mole) và đa ối (polyhydramnios). Nếu chiều cao của đáy tử cung nhỏ hơn dự đoán (**hoặc nhỏ cho tuổi thai**), cho thấy khả năng đánh giá không chính xác tuổi thai, thai trứng (hydatidiform mole), hạn chế tăng trưởng của thai nhi, tích tụ nước ối không đầy đủ (thiếu ối) (oligohydramnios), hoặc thậm chí là thai chết lưu (intrauterine fetal demise). Sự sai lệch về sự tăng trưởng chiều cao của đáy tử cung nên được kiểm tra chặt chẽ

Siêu âm là công cụ có giá trị nhất để đánh giá sự phát triển của thai nhi và có nhiều ứng dụng cho cả việc dự đoán ngày sinh của thai nhi và xác định dị tật thai nhi. Trong thời kỳ đầu mang thai,

việc xác định chiều dài từ đầu mông (crown-to-rump length) có tương quan chặt chẽ với tuổi thai. Sau này trong thai kỳ, đo lường của đường kính khớp giữa đỉnh (biparietal diameter) của hộp sọ, chu vi đầu, chu vi bụng, chiều dài xương đùi và đường kính tiểu não có thể được sử dụng để đánh giá tuổi thai và sử dụng các công thức khác nhau để ước tính cân nặng thai nhi. Tuy nhiên, khi thai kì ngày càng phát triển thì các dự đoán về tuổi thai sẽ có thể bị lệch (nhiều biến động)

Đánh giá tình trạng sức khỏe của thai nhi

Đánh giá **sức khỏe của thai** nhi bao gồm cảm giác chủ quan của mẹ về hoạt động của thai nhi và một số xét nghiệm khách quan để theo dõi thai nhi như electronic fetal monitoring (EFM) và siêu âm. Các xét nghiệm về sức khỏe của thai nhi có phạm vi sử dụng rộng rãi, bao gồm cả việc đánh giá tình trạng thai nhi tại một thời điểm và dự đoán tình trạng sức khỏe trong tương lai cho các khoảng thời gian khác nhau, tùy thuộc vào xét nghiệm và tình hình lâm sàng.

Đánh giá **hoạt động của thai nhi** là một biện pháp đánh giá gián tiếp về sức khỏe của thai nhi được sử dụng phổ biến. Các phương pháp khác nhau có thể được sử dụng để định lượng hoạt động của thai nhi, bao gồm thời gian cần thiết để đạt được một số lượng cử động nhất định trong mỗi ngày, hoặc đếm số lần di chuyển ("**kick counts**") trong một giờ nhất định. Loại test này được thực hiện dễ dàng và liên quan đến chính người mẹ. Nếu thai phụ thông báo thai nhi có ít cử động, đánh giá thêm có thể cần thiết.

Các xét nghiệm theo dõi thai nhi có thể cung cấp thông tin khách quan hơn về sức khỏe của thai nhi. Những xét nghiệm này bao gồm **nonstress test (NST)**, **contraction stress test (CST)** (còn được gọi là *oxytocin challenge test [OCT]* nếu oxytocin được sử dụng), **biophysical profile (BPP)** và **siêu âm vận tốc dòng máu động mạch rốn** (còn gọi là umbilical artery Doppler velocimetry). Mặc dù không có thời gian nào tốt nhất để bắt đầu các xét nghiệm trên, nhưng có một số chỉ định liên quan đến bà mẹ và thai nhi ([Khung 6.1](#)).

KHUNG 6.1 Chỉ định để xét nghiệm đánh giá sức khỏe thai nhi

Bệnh lí của mẹ

- Antiphospholipid syndrome (hội chứng kháng phospholipit)
- Cyanotic heart disease (bệnh tim bẩm sinh)
- Systemic lupus erythematosus (lupus ban đỏ hệ thống)
- Bệnh thận mạn

- Điều trị insulin ở bệnh nhân đái tháo đường (insulin-treated diabetes mellitus)
- Bị tăng huyết áp (hypertensive disorders)
- Cường giáp kiểm soát kém (hyperthyroidism (poorly controlled))
- Các bệnh lý về hemoglobin (hemoglobinopathies: sickle cell, sickle cell-hemoglobin C, or sickle cell-thalassemia disease)

Liên quan đến thai kì hay bệnh lý ở thai nhi

- Tăng huyết áp thai kì (pregnancy-induced hypertensive disorders)
- Chuyển động của thai nhi giảm
- Đa ối hay thiếu ối (oligohydramnios and polyhydramnios)
- Kích thước tử cung tăng trưởng kém (hạn chế tăng trưởng – intrauterine growth restriction)
- Thai kì kéo dài hay sinh muộn (late term or post-term pregnancy)
- Alloimmunization (moderate to severe – là phản ứng miễn dịch đối với kháng nguyên không phải của cơ thể nhưng từ đồng loại (con), thường gặp là RH)
- Sảy thai trước đó (vô căn hoặc có nguy cơ cao tái phát)
- Đa thai (có sự khác biệt về tăng trưởng giữa các thai)
- Monochorionic diamniotic multiple gestation (1 nhau nhiều ối – nếu sinh đôi thì 1 nhau 2 ối)

Nonstress Test

NST đo nhịp tim, hình dạng và tốc độ phát triển của thai nhi, được thực hiện bằng việc theo dõi với đầu dò bên ngoài trong ít nhất 20 phút. Thai phụ cũng được yêu cầu lưu ý về các chuyển động của thai nhi, thường được thực hiện bằng cách nhấn một nút trên màn hình theo dõi thai nhi (fetal monitor), điều này tạo ra một ký hiệu trên màn hình (monitor strip). Theo dõi sự gia tăng nhịp tim của thai nhi (Hình 6.2). Các kết quả được coi là bình thường (hoặc đáp ứng) khi có ít nhất 2 lần tăng nhịp tim trong 20 phút (đạt 15 nhịp trên đường cơ sở và kéo dài trong 15 giây), có hoặc không có chuyển động của thai nhi được cảm nhận rõ ràng bởi mẹ. Nếu kết quả là không đáp ứng nghĩa là không có sự tăng nhịp tim trong 40 phút. Khi đó, bác sĩ nên tiếp tục theo dõi tim thai qua monitor



FIGURE 6.2. Nonstress testing. **(A)** Reactive nonstress test (NST); note fetal heart rate acceleration in response to fetal movement. **(B)** Nonreactive NST; note the lack of fetal heart rate acceleration in response to fetal movement.

Contraction Stress Test

Trong khi NST đánh giá đáp ứng nhịp tim của thai nhi đối với hoạt động của thai nhi, CST đo phản ứng của nhịp tim thai với sự căng thẳng của sự co bóp tử cung. Trong một cơn co tử cung, lưu lượng máu tử cung tạm thời bị giảm bởi sự co thắt của cơ trơn tử cung. Thai nhi khỏe mạnh thì có khả năng bù cho dòng máu bị gián đoạn này, trong khi đó thai nhi bị tổn thương thì có thể không có điều đó xảy ra. Để thực hiện một CST, một máy đo lực co tử cung (tocodynamometer) được đặt trên bụng của mẹ cùng với đầu dò để đo nhịp tim của thai nhi trong 10 đến 20 phút. Nếu không có cơn co thắt, thì chúng ta sẽ gây ra bằng cách kích thích núm vú hoặc oxytocin (xét nghiệm này được gọi là oxytocin contraction test, hoặc OCT). Kết quả là âm tính nếu không có thay đổi từ nhịp tim của thai nhi so với ban đầu và không có hiện tượng thai nhi bị giảm nhịp tim. *Nếu sự giảm nhịp tim xảy ra, kết quả có thể là được coi là dương tính, nghi ngờ, tùy thuộc vào hình dạng, tần số và cường độ của sự giảm tốc* [giá trị dự báo dương của CST về suy thai là rất thất tất là dù nó dương nhưng chỉ 15% là suy thai sau này].

Do đó, test này có tỉ lệ dương tính giả rất cao (nghĩa là, kết quả cho thấy thai nhi đang gặp nguy hiểm, mặc dù thai nhi thực sự khỏe mạnh). Bởi vì tỷ lệ dương tính giả cao, kết quả của các xét nghiệm này phải được đặt trong tình huống lâm sàng cụ thể, và các xét nghiệm được lặp đi lặp lại để xác minh kết quả. Khi nhiều xét nghiệm có kết quả là âm tính, họ có xu hướng loại trừ một vấn đề. Khi tất cả kết quả là dương tính, họ có xu hướng cho thấy có sự hiện diện của một vấn đề.

Biophysical Profile

Nếu một NST là không đáp ứng, đó là bằng chứng cho thấy cần có sự hỗ trợ cho sức khỏe của thai nhi, điều đó được cung cấp bởi một BPP. BPP là một chuỗi năm đánh giá về sức khỏe của thai nhi, mỗi cái sẽ được cho: 0 điểm (không có) hoặc 2 điểm (nếu có), như thể hiện trong [Bảng 6.2](#). Các tham số bao gồm một NST đáp ứng, sự hiện diện của hoạt động thở của thai nhi, sự hiện diện của chuyển động của cơ thể thai nhi hoặc tay chân của thai nhi, việc tìm kiếm trương lực của thai nhi (fetal tone) (sự chủ động uốn duỗi thân mình hoặc tư chi mềm mại) và một lượng nước ối vừa đủ. Nếu tổng số điểm lớn hơn 8/10 được coi là bình thường Tổng số điểm là 6 không rõ ràng (cần nhắc hoặc gợi ý bất thường) và nên cân nhắc đánh giá thêm hoặc sinh ngay nếu sắp đến ngày sinh dự kiến. Nếu bệnh nhân ở giai đoạn chưa đến thời điểm sinh, xét nghiệm lại trong 24 giờ là cần thiết (nếu gần ngày sinh thì cho sinh luôn, nếu chưa đến gần đó thì xét nghiệm lại trong 24h, mốc ở đây là 36 tuần, > 36 tuần thì sinh còn < 36 tuần thì thử lại). Điểm từ 4 trở xuống là bất thường và thường sẽ được chỉ định sanh ngay, mặc dù đánh giá thêm khi mang thai ít hơn hơn 32 0/7 tuần tuổi thai có thể phù hợp. Khi không kết luận được điểm số, xét nghiệm BPP thường xuyên hơn hoặc xem xét sinh ngay khi có thiếu ối (oligohydramnios). Như vậy, quản lý thai kỳ dựa trên BPP không chỉ phụ thuộc vào điểm số mà còn phụ thuộc vào tuổi thai của thai nhi.

BẢNG 6.2

Các đặc tính	Tiêu chuẩn đánh giá trong 30 phút
NST	Bởi vì tình trạng sức khỏe của thai nhi là giống hệt giữa điểm 10 trên 10 và 8 trên 10, NST có thể được bỏ qua nếu bốn xét nghiệm khác là bình thường
Cử động hô hấp	Ít nhất một hoặc nhiều đợt có cử động thở của thai nhi chuyển động từ 30 giây trở lên
Cử động của thai nhi	Ít nhất 3 chuyển động của cơ thể hoặc chi rời

	rạc
Trương lực	Có ít nhất 1 hoạt động co duỗi của chi hoặc thân người hoặc nắm mở bàn tay
Dịch ối	Một túi nước ối có kích thước ít nhất 2 cm tạo thành các mặt phẳng vuông góc với nhau

TRẮC ĐO SINH VẬT LÝ BIẾN ĐỔI

Trắc đo sinh vật lý biến đổi (BPP biến đổi) bao gồm hai thành phần là (1) non-stress test – như một yếu tố tiên lượng trước mắt về tình trạng cân bằng kiểm toan của thai nhi và (2) thể tích nước ối – cho ta tiên lượng xa hơn một chút về chức năng của bánh nhau bằng cách đo độ sâu khoang ối sâu nhất trên siêu âm thẳng đứng (Single-deepest pocket measurement – SDP) hoặc chỉ số nước ối (AFI). Chỉ số ối (Amniotic Fluid Index) (AFI) được xác định bằng cách chia buồng tử cung thành 4 phần, bằng 2 đường ngang và đường dọc, đi qua rốn của thai phụ. Lần lượt ở mỗi góc $\frac{1}{4}$ này, chọn một xoang ối lớn nhất không chứa dây rốn và phần thai để thực hiện đo độ sâu của xoang đó. Tổng các trị số đo độ sâu ở 4 góc phần tư được gọi là AFI. Nước ối giảm dần được cho là đại diện cho lượng nước tiểu của thai nhi giảm do căng thẳng mãn tính và shunt của dòng máu đi từ thận. Nước ối giảm dẫn đến ít sự hỗ trợ cho dây rốn, làm chúng bị nén nhiều hơn dẫn đến giảm lưu lượng máu. BPP biến đổi là ít công kênh hơn BPP và dường như là dự đoán về sức khỏe của thai nhi.

Siêu âm Doppler động mạch rốn (Doppler Ultrasound of Umbilical Artery)

Siêu âm Doppler động mạch rốn là một kỹ thuật không xâm lấn để đánh giá kháng lực của lưu lượng máu trong nhau thai. Nó có thể được sử dụng kết hợp với các xét nghiệm sinh lý khác trong thai kỳ có nguy cơ cao liên quan đến nghi ngờ IUGR (hội chứng thai chậm tăng trưởng trong tử cung). Đo tốc độ dòng chảy trong dây rốn dựa trên các đặc điểm của lưu lượng máu tâm thu và lưu lượng máu tâm trương. Chỉ số được sử dụng phổ biến nhất dựa vào tỷ lệ tâm thu / tâm trương thông qua việc xác định các sóng của dòng chảy. Như kháng lực ngoại vi tăng, lưu lượng tâm trương giảm và có thể mất, và tỷ lệ tâm thu/tâm trương tăng. Đảo ngược dòng chảy cuối tâm thu (reversed end-systolic flow) có thể được nhìn thấy với các trường hợp nghiêm trọng của IUGR thứ phát sau suy nhau thai tử cung (uteroplacental insufficiency) và có thể dẫn đến chết thai nhi.

Đánh giá sự trưởng thành phổi của thai nhi

Trẻ sơ sinh được sinh ra trước khi phổi của chúng trưởng thành có nguy cơ mắc hội **chứng suy hô hấp (RDS)**, một tình trạng nghiêm trọng và đe dọa đến tính mạng do thiếu chất surfactant.

RDS ở trẻ sơ sinh được biểu hiện bằng các dấu hiệu suy hô hấp, lồng ngực bị co lại (chest retractions), chảy nước mũi và thiếu oxy có thể dẫn đến nhiễm toan và tử vong. Điều trị bao gồm điều chỉnh thông khí và điều chỉnh các rối loạn chuyển hóa liên quan cho đến khi trẻ sơ sinh có thể thở mà không cần hỗ trợ. Điều trị bằng surfactant tổng hợp hoặc bán tổng hợp cho trẻ sơ sinh đã dẫn đến kết quả tốt ở trẻ mắc RDS.

Kết quả xét nghiệm chức năng phổi không có giá trị tiên đoán cao cho RDS. **Do không có xét nghiệm nào có thể loại trừ hoàn toàn nguy cơ mắc RDS hoặc các biến chứng sơ sinh khác, nên nguy cơ dẫn đến kết cục thai nhi bất lợi sau khi sinh phải được cân nhắc.**

GIÁO DỤC BỆNH NHÂN TRƯỚC SINH

Để lên kế hoạch cho giai đoạn trước sinh, trong khi sinh và sau sinh cần tạo điều kiện để giáo dục và tương tác với bệnh nhân. The Antepartum Record in Appendix B cung cấp một danh sách các vấn đề sẽ được thảo luận trong chăm sóc trước sinh.

Việc làm (Employment)

Một người phụ nữ mang thai bình thường mà không biến chứng thường có thể tiếp tục làm việc cho đến khi bắt đầu chuyển dạ. Sẽ rất tốt nếu hoạt động và làm việc vừa phải, có thời gian nghỉ ngơi đủ. Tuy nhiên, làm việc vất vả (đứng lâu, làm những công việc lặp đi lặp lại, căng thẳng, nâng đồ nặng) là tốt nhất nên tránh.

Nhìn chung, cần có khoảng thời gian từ 4 đến 6 tuần là cần thiết đối với phụ nữ để trở lại bình thường (sau sinh). Tuy nhiên, tùy vào hoàn cảnh cụ thể là yếu tố quyết định để thai phụ trở lại làm việc. Thời gian thai phụ rời khỏi công việc kéo dài bao lâu có thể phụ thuộc vào quá trình mang thai hoặc biến chứng lúc sinh, công việc người đó làm như thế nào, thái độ của người quản lý (sếp), các luật về chăm sóc sức khỏe ở nơi người đó làm việc, và mong muốn của bệnh nhân. The Federal Family and Medical Leave Act và luật phát tại tiểu bang đó nên sử dụng để tư vấn về thời gian nghỉ phép có thể có.

Tập thể dục

Trong trường hợp không có bất kì biến chứng nào, thì nên tập thể dục mỗi ngày 30 phút trong hầu hết các ngày trong tuần là chấp nhận được (**Khung 6.2**). Khi chơi thể thao thì nên được xem

xét về rủi ro tiềm tàng của nó, và các hoạt động có nguy cơ cao bị ngã hoặc chấn thương bụng phải tránh

KHUNG 6.2 Các chống định về việc tập thể dục khi mang thai

Chống chỉ định tuyệt đối

- Bệnh tim có làm thay đổi huyết động
- Bệnh phổi hạn chế (restrictive lung disease)
- Suy cổ tử cung (cervical insufficiency)
- Đa thai có nguy cơ sinh non (multiple gestation at risk for premature labor)
- Chảy máu kéo dài trong tam ca nguyệt thứ 2 và 3 (persistent second-trimester or third-trimester bleeding)
- Nhau tiền đạo sau tuần 26 (placenta previa after 26 weeks of gestation)
- Chuyển dạ sớm trong thai kỳ hiện tại (premature labor during the current pregnancy)
- Vỡ màng ối (ruptured membranes)
- Tiền sản giật/tăng huyết áp thai kỳ (preeclampsia/gestational hypertension)
- Thiếu máu nặng (severe anemia)

Tương đối

- Thiếu máu
- Rối loạn nhịp tim của mẹ (unevaluated maternal cardiac arrhythmia)
- Viêm phế quản mạn tính (chronic bronchitis)
- Bệnh đái tháo đường típ 1 kiểm soát kém (poorly controlled type 1 diabetes)
- Béo phì nặng (extreme morbid obesity)
- Thiếu cân nặng (BMI < 12)
- Tiền căn có lối sống vô cùng ít vận động (history of extremely sedentary lifestyle)
- Tử cung bị hạn chế tăng trưởng (intrauterine growth restriction in current pregnancy)
- Tăng huyết áp kiểm soát kém (poorly controlled hypertension)
- Bị giới hạn vận động do chấn thương chỉnh hình (orthopedic limitations)
- Bị co giật kiểm soát kém (poorly controlled seizure disorder)
- Cường giáp kiểm soát kém (poorly controlled hyperthyroidism)
- Hút thuốc lá qua nhiều (heavy smoker)

Tập thể dục quá sức, đặc biệt là trong thời gian dài, nên tránh. Bệnh nhân không quen tập thể dục thường xuyên không nên tập thể dục quá sức trong thai kỳ. **Bài tập mà nằm ngửa (supine exercises)** nên ngưng sau ba tháng đầu để giảm thiểu thay đổi tuần hoàn được gây ra bởi áp lực

của tử cung trên tĩnh mạch chủ. Bất kỳ hoạt động nên ngừng nếu khó chịu, khó thở đáng kể hoặc đau ở ngực hoặc bụng xuất hiện (**Khung 6.3**). Khi thai lớn lên, sự cân bằng thay đổi dẫn đến các vận động được khuyến khích thay đổi nhằm tránh chấn thương bụng

KHUNG 6.3 Dấu hiệu cảnh báo chấm dứt tập thể dục khi mang thai

- Chảy máu âm đạo (vaginal bleeding)
- Khó thở khi gắng sức (dyspnea prior to exertion)
- Chóng mặt (dizziness)
- Nhức đầu (headache)
- Đau ngực (chest pain)
- Yếu cơ (muscle weakness)
- Đau bắp chân hoặc sưng (cần loại trừ huyết khối) (calf pain or swelling – need to rule out thrombophlebitis)
- Các cơn đau kiểu co thắt xuất hiện thường xuyên (regular painful contractions)
- Rò nước ối (amniotic fluid leakage)

Ngồi trong bồn nước nóng hoặc phòng tắm hơi sau khi tập thể dục không được khuyến khích. Ở phụ nữ mang thai. Tăng thân nhiệt (hyperthermia) có thể gây quái thai, đặc biệt là trong tam cá nguyệt đầu tiên. Phụ nữ có thai có thể được khuyến khích xông hơi không quá 15 phút và tắm trong bồn nước nóng không quá 10 phút. Khi trong bồn nước nóng, nếu đầu, cánh tay, vai và ngực trên của người phụ nữ không ngập nước, thì có ít diện tích bề mặt để hấp thụ nhiệt.

Dinh dưỡng và sự tăng cân

Mối quan tâm về dinh dưỡng đầy đủ và tăng cân trong thai kỳ là ngang nhau. Dinh dưỡng kém, béo phì và chứng cuồng ăn (food faddism) có liên quan đến kết quả của quá trình mang thai kém. **Pica**, là hội chứng thích ăn chất không mang dinh dưỡng như các chất như nước đá, tinh bột, đất sét và bụi bẩn, thường liên quan đến thiếu máu

Một đánh giá dinh dưỡng đầy đủ là một phần quan trọng của đánh giá ban đầu trước sinh, bao gồm tiền căn thói quen ăn kiêng, các vấn đề hoặc mối quan tâm đặc biệt về ăn uống, và xu hướng tăng cân (weight trends). Chán ăn và chứng cuồng ăn làm tăng nguy cơ mắc các vấn đề liên quan như rối loạn nhịp tim, bệnh lý đường tiêu hóa (GI), và rối loạn điện giải. Tính toán BMI rất hữu ích bởi nó liên quan đến cân nặng với chiều cao, cho phép gián tiếp đo lường sự phân phối chất

béo trong cơ thể, do vậy, chúng tốt hơn việc chỉ xác định mỗi cân nặng. Hơn nữa, vì nếu dùng BMI sẽ mang tính cá thể hóa hơn, do vậy, thường hữu ích hơn để thảo luận về việc tăng cân, chế độ ăn uống và tập thể dục phù hợp với một thai phụ hơn là chỉ cân nặng riêng lẻ.

Khuyến nghị cho tổng số cân nặng cần tăng trong thai kỳ và tỷ lệ cân nặng cần tăng trong mỗi tháng dựa trên BMI được tính trước khi phụ nữ mang thai. Phụ nữ mang thai ở tuổi thiếu niên (tuổi teen) (early teens) vẫn có thể phát triển nên xem xét tăng cân tối đa có thể (xét cái cao nhất trong mỗi BMI của phụ nữ đó lúc trước mang thai chẳng hạn như BMI là 18 thì cân tăng 9 đến 11 cân thì nếu phụ nữ ở tuổi vị thành niên này thì cân tăng 11 cân luôn) để tối ưu hóa sự phát triển của thai nhi. Các thành phần tạo nên sự tăng cân trung bình trong đơn thai sống khỏe mạnh được liệt kê trong [Bảng 6.3](#). Các thành phần của sự tăng cân trong thai kỳ được bắt đầu trong ba tháng đầu tiên và tăng tuyến tính sau tam cá nguyệt thứ 2. Sự phát triển của thai nhi là nhanh nhất trong nửa sau của thai kỳ, với thai nhi bình thường tăng gấp ba lần trọng lượng của nó trong 12 tuần cuối.

TABLE 6.3 COMPONENTS OF AVERAGE WEIGHT GAIN IN A NORMAL SINGLETON PREGNANCY WEIGHT

Organ, Tissue, Fluid	Kilograms (kg)	Pounds (lb)
Maternal		
Uterus	1.0	2.2
Breasts	0.4	0.9
Blood	1.2	2.6
Water	1.7	3.7
Fat	3.3	7.3
Subtotal	7.6	16.7
Fetal		
Fetus	3.4	7.5
Placenta	0.6	1.3
Amniotic fluid	0.8	1.8
Subtotal	4.8	10.6
Total	12.4	27.3

Published **recommended daily allowances (RDAs)** (lượng nhập khuyến khích mỗi ngày) cho protein, khoáng chất, và vitamin có giá trị gần đúng đối với nhu cầu của cơ thể mỗi người. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng RDA là sự kết hợp giữa giá trị ước tính và giá trị được điều chỉnh dựa vào giá trị cao nhất mà hầu hết người phụ nữ bình thường sử dụng các chất đó nhưng không bị bất cứ

bệnh lí gì do các chất đó gây ra. Do đó, nhiều phụ nữ có chế độ ăn uống đầy đủ cho nhu cầu cá nhân của họ, mặc dù nó không cung cấp tất cả các giá trị của RDA. Bổ sung vitamin thích hợp trong các chỉ định điều trị cụ thể, chẳng hạn như bệnh nhân không có khả năng hoặc không muốn ăn một chế độ ăn uống cân bằng, đầy đủ hoặc có bằng chứng lâm sàng về nguy cơ dinh dưỡng cụ thể. **Ngoại trừ bổ sung sắt ở phụ nữ mang thai bị thiếu sắt, bổ sung khoáng chất khác ngoài vitamin trước khi sinh cũng không cần thiết ở phụ nữ khỏe mạnh.** The National Academy of Science khuyến nghị bổ sung 27 mg sắt (có mặt trong hầu hết các viên vitamin được dùng trước khi sinh). Axit folic cũng được Dịch vụ Y tế Công cộng Hoa Kỳ khuyên dùng (một tháng trước khi thụ thai cho đến ba tháng sau khi thụ thai) để ngăn ngừa khuyết tật ống thần kinh. Bổ sung axit folic được khuyến nghị là 400 ug/ngày đối với phụ nữ có nguy cơ thấp và 4 mg / ngày đối với phụ nữ có nguy cơ cao.

Do các vấn đề tài chính, chỉ sử dụng 1 vài loại thực phẩm công nghiệp ở số nhóm bệnh nhân dẫn đến sự khác biệt về tỉ lệ ở một số chất dinh dưỡng quan trọng, ngăn cản thai phụ có được đầy đủ chất dinh dưỡng ngay cả khi có vẻ như thai phụ ăn rất đầy đủ thực phẩm (ăn nhiều nhưng chỉ ăn 1 loại dẫn đến thiếu chất). The Women, Infants and Children Federal Supplemental Food Program, Food Stamp Programs, and Aid for Families with Dependent Children là nguồn lực có thể giúp đỡ trong những tình huống này.

Cho con bú

Những lợi ích của việc **cho con bú** bao gồm:

- Đối với trẻ sơ sinh, sữa mẹ là nguồn cung cấp dinh dưỡng và miễn dịch tuyệt vời, và làm giảm tỉ lệ mắc bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường típ 2, bệnh tim
- Đối với người mẹ, việc bú của con làm cho sự co bóp tử cung nhanh hơn, tạo sự liên kết giữa mẹ và con, giảm lượng chảy máu sau sinh, giảm tỷ lệ ung thư vú và ung thư buồng và giảm cân nhanh hơn liên quan đến chỉ tiêu calo (đối với 1 số phụ nữ)
- Đối với trẻ sinh non, sữa mẹ làm giảm nguy cơ mắc hội chứng đột tử ở trẻ sơ sinh và phòng ngừa các vấn đề sức khỏe ngắn và dài hạn.

Chống chỉ định cho con bú bao gồm một số bệnh nhiễm trùng của mẹ và những phụ nữ có con bị galactosemia (bất dung nạp galacto). Hầu hết các loại thuốc đều an toàn khi cho con bú, với các trường hợp ngoại lệ hiếm gặp như thuốc hóa trị gây độc tế bào. Điều quan trọng là phải hỗ trợ mỗi người phụ nữ khi họ bắt đầu cho con bú chẳng hạn như việc sử dụng máy hút sữa và dự trữ sữa có thể cho phép người mẹ tiếp tục cho con bú trong khi tiếp tục làm việc

Hoạt động tình dục

Quan hệ tình dục không bị hạn chế trong một thai kỳ bình thường, mặc dù lời khuyên về các tư thế thoải mái hơn trong giai đoạn sau của thai kỳ có thể được đánh giá cao, ví dụ, nằm bên hoặc phụ nữ nằm trên được ưu tiên hơn (tư thế quan hệ). Hoạt động tình dục có thể bị hạn chế hoặc bị cấm trong một số trường hợp có nguy cơ cao, chẳng hạn như nhau tiền đạo, vỡ ối sớm hoặc tiền căn chuyển dạ sớm hay sinh non. Giáo dục bệnh nhân (và đối tác) về tình dục an toàn cũng quan trọng trong chăm sóc trước sinh cũng như trong chăm sóc phụ khoa thông thường.

Du lịch

Hầu hết các hãng máy bay sẽ cho phụ nữ mang thai trước tuần 36 đi máy bay, mặc dù một số hãng hàng không có thể có qui định khác về tuổi thai mà phụ nữ mang thai được đi (thường là sẽ sớm hơn 36 tuần) cho các chuyến bay quốc tế hoặc có nguy cơ bị biến chứng khác. Du lịch bằng hàng không không được khuyến cáo cho những phụ nữ bị biến chứng y khoa hoặc sản khoa, chẳng hạn như rối loạn tăng huyết áp được kiểm soát kém, đái tháo đường kiểm soát kém hoặc bệnh hồng cầu hình liềm. Khuyến cáo này không phải do rủi ro đáng kể đối với mẹ hoặc thai nhi mà vì khả năng chuyển dạ có thể xảy ra khi đang đi máy bay hay đang đi du lịch (khi đó bệnh nhân sẽ không có được sự cung cấp dịch vụ y tế tốt nhất nơi mà theo dõi họ trong suốt thai kỳ). Nếu một chuyến đi dài đến gần thời gian sinh con dự kiến, bệnh nhân sẽ mang theo một bản sao hồ sơ sản khoa của mình trong trường hợp cô ấy cần chăm sóc sản khoa. **Khi đi du lịch, bệnh nhân nên tránh việc không hoạt động cơ thể trong 1 thời gian dài ví dụ như ngồi quá lâu.** Cứ 1 đến 2 giờ thì phải đi bộ, ngay cả đi trong thời gian ngắn, nhưng giúp thúc đẩy lưu thông máu, đặc biệt là ở chân dưới và giảm nguy cơ ứ đọng tĩnh mạch và huyết khối tắc mạch. Ngoài ra, thuốc chống nôn phòng ngừa nên được xem xét cho phụ nữ mang thai bị buồn nôn tăng. Giáo dục về việc sử dụng dây an toàn là đặc biệt quan trọng, với dây an toàn đeo thấp ở xương hông, giữa bụng nhô ra và xương chậu.

Các chất gây quái thai (Teratogens)

Nhiều thách thức của bệnh nhân liên quan đến tiềm năng gây quái thai của ô nhiễm môi trường. **Các khuyết tật bẩm sinh lớn là rõ ràng khi sinh ở 2% đến 3% dân số nói chung.** Sự xuất hiện có thể của dị tật thai nhi hoặc khuyết tật trí tuệ là nguyên nhân thường xuyên gây lo lắng cho phụ nữ mang thai. Trong số này, khoảng 5% có thể là kết quả của việc mẹ tiếp xúc với chất gây nghiện (drugs) hoặc hóa chất của môi trường và chỉ có khoảng 1% có thể được quy cho các dược phẩm (pharmaceutical agents). **Các yếu tố quyết định quan trọng nhất của độc tính của một tác nhân là**

thời gian, liều lượng và tính nhạy cảm của thai nhi. Nhiều tác nhân có tác dụng gây quái thai chỉ khi được sử dụng trong thời gian mà hệ thống cơ quan thai nhi nhạy cảm đang hình thành.

Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe (the health care provider) (các BS theo dõi thai kì của bệnh nhân) có thể muốn tham khảo ý kiến hoặc giới thiệu bệnh nhân có nguy cơ đến các chuyên gia chăm sóc sức khỏe có kiến thức hoặc kinh nghiệm đặc biệt về quái thai và dị tật bẩm sinh. The Organization of Teratology Information Services cung cấp thông tin về các vấn đề về quái thai và phơi nhiễm trong thai kỳ (www.otispregnancy.org).

Thuốc

Rất ít loại thuốc đã được chứng minh là gây quái thai thực sự ở người (Khung 6.4). Hầu hết các loại thuốc thường được kê đơn là tương đối an toàn trong thai kỳ. Cho đến gần đây, Food and Drug Administration đã chỉ định mỗi loại thuốc đều phải đưa ra thông tin về nguy cơ trong thai kỳ dựa trên thông tin về thuốc và tỷ lệ rủi ro/lợi ích của nó. Những yếu tố nguy cơ trong thai kỳ đã giúp hướng dẫn việc sử dụng thuốc thích hợp trong thai kỳ. FDA đã thay thế các yếu tố nguy cơ thai kỳ bằng chữ bằng bốn phần trong hướng dẫn cho mỗi loại thuốc trong thai kỳ: Đăng ký phơi nhiễm khi mang thai (Pregnancy Exposure Registry), Tóm tắt rủi ro (Risk Summary), Cân nhắc lâm sàng (Clinical Considerations) và Dữ liệu (Data). Đối với việc cho con bú có ba phần: Tóm tắt rủi ro (Risk Summary), Cân nhắc lâm sàng (Clinical Considerations) và Dữ liệu (Data)

- Section 8.1, mang thai (bao gồm chuyển dạ và sinh nở), với các phần về Đăng ký phơi nhiễm khi mang thai, Tóm tắt rủi ro, Cân nhắc lâm sàng và Dữ liệu. Phần này cũng bao gồm thông tin cho đăng ký sử dụng trong thai kỳ. [không quan trọng]
- Section 8.2, Cho con bú (bao gồm các bà mẹ cho con bú), với các phần về Tóm tắt rủi ro, cân nhắc lâm sàng và dữ liệu. [không quan trọng]
- Section 8.3, Nữ giới và Nam giới có trong độ tuổi sinh sản, bao gồm thông tin về thử thai, phương pháp tránh thai và nghi ngờ vô sinh.

[Ý đoạn trên là thuốc dùng trong thai kỳ thì phải có 4 phần: Đăng kí để được sử dụng trong thai kỳ, nguy cơ có thể có, các trường hợp lâm sàng cụ thể nào được dùng, và dữ liệu của các nghiên cứu trên

Đối với thuốc dùng cho con bú thì chỉ có 3 phần: nguy cơ có thể có, các trường hợp lâm sàng cụ thể nào được dùng, và dữ liệu của các nghiên cứu trên]

Các nghiên cứu mới có thể được truy cập trên trang web của FDA ([Bảng 6.4](#) cung cấp tóm tắt về khả năng gây quái thai của nhiều loại thuốc thông thường. Có ít dữ liệu về sự an toàn của thuốc truyền thống hoặc thuốc dân gian trong thai kỳ; mỗi bác sĩ và bệnh nhân phải cân nhắc sử dụng chúng trường hợp cơ sở.

BOX 6.4

Drugs or Substances Suspected or Proven to Be Human Teratogens

ACE inhibitors^a
Kanamycin
Aminopterin
Lithium
Androgens
Methimazole
Ang-II antagonists^b
Methotrexate
Busulfan
Misoprostol
Carbamazepine
Penicillamine
Chlorobiphenyls
Phenytoin
Cocaine
Radioactive iodine
Coumarins
Streptomycin
Cyclophosphamide
Tamoxifen

Danazol
Tetracycline
Diethylstilbestrol
Thalidomide
Ethanol
Tretinoin
Etretnate
Trimethadione
Isotretinoin
Valproic acid

a Angiotensin–converting enzyme inhibitors.

b Angiotensin–converting enzyme inhibitors.

Adapted from Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ. *Drugs in Pregnancy and Lactation: A Reference Guide to Fetal and Neonatal Risk*. 8th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins 2008; Cunningham GF, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstom KD, eds. *Williams Obstetrics*. 22nd ed. New York, NY: McGraw Hill Professional; 2005:T14-1;

BẢNG 6.4: Tóm tắt về khả năng gây quái thai của một số loại thuốc

Thuốc	Ảnh hưởng
Tetracyclines	Sự đổi màu vàng nâu của răng có liên quan đến việc sử dụng các loại thuốc như doxycycline và minocycline (thuộc nhóm tetracyclines)
Sulfonamides	Tránh dùng gần lúc sanh do nguy cơ tăng bilirubin máu thông qua sự di chuyển của bilirubin khỏi protein gắn kết nó (protein-binding)
Nitrofurantoin	Trẻ sơ sinh hoặc trẻ nhỏ hơn 1 tháng tuổi và những trẻ bị thiếu hụt G6-PD, nitrofurantoin bị chống chỉ định vì tan máu tiềm ẩn
Quinolones	Liên quan với các bệnh khớp và xói mòn sụn trong các nghiên cứu trên động vật; không có tác dụng gây quái thai đã được chứng minh trong các nghiên cứu trên động vật
Metronidazole	Không gây quái thai cho thai nhi khi sử dụng trong tam cá nguyệt thứ nhất

Warfarin	<p>Có khả năng gây quái thai cao do dễ dàng vượt qua hàng rào nhau thai; nếu tiếp xúc trong khoảng từ tuần thứ 6 đến tuần thứ 12, của thai kì thai nhi có nguy cơ bị warfarin embryopathy, thiếu sản mũi và phần giữa của mặt (nasal and midface hypoplasia) với chấm trên đốt sống (stippled vertebral) và chỏm xương đùi (femoral epiphyses)*; phôi nhiễm giai đoạn sau của thai kì có liên quan đến các bất thường liên quan đến xuất huyết của thai nhi, chẳng hạn như tràn dịch não</p> <p>* Bất thường về chấm ở chỏm xương đùi và cột sống là nhìn trên X quang thấy</p>
Heparin and low-molecularweight heparins	Thuốc chống đông máu được lựa chọn để sử dụng trong thai kỳ vì các phân tử lớn, không đi qua nhau thai (và do đó, không gây quái thai); các heparin phân tử thấp thể hệ mới cũng không liên quan đến dị tật thai nhi
Phenytoin	Có thể tạo ra những khuôn mặt bất thường, sứt môi hoặc hở hàm ếch, dị tật đầu nhỏ, chậm tăng trưởng trí tuệ và thiếu sản móng tay và đốt ngón xa ở khoảng 10% thai nhi bị phơi nhiễm
Valproic acid and carbamazepine	Phơi nhiễm trong quá trình tạo phôi có liên quan đến 1 %-2% nguy cơ mắc bệnh gai cột sống (spina bifida) và dị tật ống thần kinh (neural tube defects)
SSRIs	<p>Paroxetine: Tăng nguy cơ thông liên thất và thông liên nhĩ</p> <p>All SSRIs: Phơi nhiễm trong giai đoạn sau của thai kỳ liên quan đến hội chứng hành vi sơ sinh (neonatal behavioral syndrome) (tăng trương lực cơ, khó chịu, bồn chồn và suy hô hấp)</p>

ACE inhibitors	Liên quan đến nhiều dị tật thai nhi, bao gồm chậm phát triển, co rút chân tay và bất thường trong phát triển của vòm sọ
Diuretics (lợi tiểu)	Thiazide diuretics: Khi được dùng gần lúc sanh, thai nhi có thể bị giảm tiểu cầu với chảy máu liên quan và rối loạn điện giải Các loại lợi tiểu còn lại: ảnh hưởng đến sự sản xuất sữa mẹ
β -Blockers	Báo cáo liên quan với hạn chế tăng trưởng của thai nhi và hạ đường huyết sơ sinh; trẻ sơ sinh có thể bị hạ huyết áp nhẹ thoáng qua với triệu chứng của beta-blocker (là nhịp chậm,...)
Calcium-channel blockers	Được coi là an toàn
Methyldopa and hydralazine	Được coi là an toàn
Alkylating agents	Cyclophosphamide: Liên quan đến sự thiếu sản hoặc vô sản của ngón tay hay ngón chân khi thai nhi bị phơi nhiễm trong tam cá nguyệt đầu tiên; phơi nhiễm trong tam cá nguyệt thứ 2 không liên quan đến dị tật bẩm sinh
Methotrexate	Làm thay đổi chuyển hóa axit folic; Liều cao có thể dẫn đến hạn chế tăng trưởng, bất thường chi nghiêm trọng, tai bị xoay sau (posteriorly rotated ears), tật hàm nhỏ (micrognathia) và thiếu sản cung mày (hypoplastic supraorbital ridges)
Androgens	Tiếp xúc với androgen ngoại sinh trong khoảng từ 7 đến 12 tuần có thể gây ra nam tính hóa hoàn toàn, với việc tiếp xúc giai đoạn sau của thai kỳ gây ra nam tính một phần
Testosterone and anabolic steroids	Có thể dẫn đến các mức độ khác nhau của sự nam hóa (virilization), bao gồm làm cho hợp nhất của 2 labioscrotal (sau này phát triển

	thành môi lớn) và phát triển phallic (sau này sẽ thành dương vật), tùy thuộc vào thời gian và mức độ phơi nhiễm
Danazol	Phụ thuộc vô liều sẽ gây ra clitorimegaly (phì đại âm vật), dị tật xoang niệu dục, rối loạn sự hợp nhất của môi lớn
Aspirin and acetaminophen	Aspirin: Trên lý thuyết thì có nguy cơ đóng sớm của ống động mạch (ductus arteriosus) Acetaminophen: Không liên quan đến tăng nguy cơ khuyết tật
NSAIDs	Nói chung, không gây quái thai và có thể được sử dụng ngắn hạn trong tam cá nguyệt thứ ba, cùng với reversible fetal effects (?) Indomethacin: Được sử dụng như thuốc giúp ngăn chuyển dạ sớm; có thể gây co thắt ống động mạch của thai nhi và tăng huyết áp phổi ở trẻ sơ sinh có liên quan đến việc sử dụng indomethacin lúc gần sinh
Pseudoephedrine	Nghiên cứu hồi cứu cho thấy tăng nguy cơ mắc bệnh dạ dày (một khuyết tật bẩm sinh của thành bụng trước đặc trưng bởi một lỗ mở bên cạnh dây rốn cho phép ruột nhô ra); nên tránh dùng trong tam cá nguyệt đầu tiên
Benzodiazepines	Độc tính gây quái thai không được xác định rõ ràng; trẻ sơ sinh tiếp xúc nên được theo dõi các triệu chứng cai tạm thời (transient withdrawal symptoms)
Lithium	Liên quan đến sự gia tăng các dị tật tim mạch; hạn chế phơi nhiễm cho đến sau 8 tuần thai kỳ cho phép các cấu trúc tim hoàn thành quá trình phát sinh cơ quan là hợp lý
Vitamin A	Liều vitamin A cực cao có liên quan đến dị tật bẩm sinh, nhưng việc phân loại bị hạn chế bởi hiếm gặp

Isotretinoin	Một thuốc gây quái thai mạnh, có thể gây sảy thai hoặc dị tật đáng kể trong 3 tháng đầu của thai kỳ
Tretinoin	Topical retinoid gel: Thiếu thông tin về quái thai nên tránh sử dụng khi mang thai

Bức xạ ion hóa

Tiếp xúc bức xạ ion hóa là phổ biến vì hầu hết các bức xạ có nguồn gốc từ ngoài bầu khí quyển, từ mặt đất và từ các phản ứng hạt nhân. Tổng phơi nhiễm bức xạ từ các nguồn này là khoảng 125 mrad/y. Mặc dù phơi nhiễm phóng xạ có khả năng gây đột biến gen, suy giảm tăng trưởng, tổn thương nhiễm sắc thể và gây bệnh ác tính và tử vong thai nhi, nhưng cần có liều lượng lớn để tạo ra những ảnh hưởng rõ rệt đến thai nhi. Liều lượng lớn (khoảng 10 rad) trong 2 tuần đầu sau khi thụ tinh là cần thiết để tạo ra một hiệu ứng xấu. Trong ba tháng đầu tiên, cần 25 rad để tạo ra sự thay đổi có thể phát hiện được và trong giai đoạn sau của thai kỳ thì cần 100 rad. Bức xạ dùng trong chẩn đoán ở phụ nữ mang thai thường nhỏ hơn 5 rad, tùy thuộc vào số lần chụp X quang và vị trí chụp của mẹ (Bảng 6.5). Phơi nhiễm dưới 5 rad không liên quan đến sự gia tăng dị tật thai nhi hoặc sảy thai; do đó, chỉ nên giới hạn sự phơi nhiễm bức xạ khi mang thai dưới 5 rad

TABLE 6.5 ESTIMATED FETAL EXPOSURE FROM SOME COMMON RADIOLOGIC PROCEDURES

Procedure	Fetal Exposure
CT scan of abdomen and lumbar spine	3.5 rad
Barium enema or small bowel series	2–4 rad
Intravenous pyelography (5 views)	686–1,398 milarad ^a
CT scan of head or chest	<1 rad
Spiral CT of the thorax (pitch 1 or greater)	<1 rad
CT pelvimetry	250 milarad
Hip film (2 views)	103–213 milarad
Abdominal film (2 views)	122–245 milarad
Lumbosacral spine film (3 views)	168–359 milarad
Ventilation/perfusion scan with technetium 99m and xenon gas	50 milarad
Mammography (4 views)	7–20 milarad
Chest x-ray (2 views)	0.02–0.07 milarad
Skull films (4 views)	<0.5 milarad
Magnetic resonance imaging	0

Thủy ngân

Ô nhiễm trong công nghiệp là nguồn thủy ngân chính trong hệ sinh thái của chúng ta. Các loài cá lớn, như cá ngừ, cá mập và cá thu, tích tụ hàm lượng thủy ngân trong cơ thể của chúng cao hơn từ các loài cá nhỏ hơn và các sinh vật mà chúng tiêu thụ. Do đó, những phụ nữ ăn những con cá này sẽ dẫn đến lưu trữ hàm lượng thủy ngân cao. Phụ nữ mang thai nên được khuyến khích ăn hai đến ba phần cá mỗi tuần (tổng cộng 8 đến 12 oz) gồm nhiều loại cá mà được EPA khuyến nghị ăn như cá tuyết (cod), cá haddock, tôm hùm, cá hồi, tôm và cá ngừ đóng hộp; chỉ ăn một khẩu phần cá mỗi tuần từ danh sách sau đây, chẳng hạn như cá ngừ vây xanh (bluefish), cá chép (carp), cá bơn (halibut), cá hồng (snapper) và cá ngừ tươi hoặc cá ngừ vây vàng (fresh albacore or yellowfin tuna); và tránh những loài cá sau đây có hàm lượng thủy ngân cao: cá thu vua, cá marlin, sần sùi màu cam, cá mập, cá kiếm, cá ngói và cá ngừ mắt to (king mackerel, marlin, orange roughy, shark, swordfish, tilefish, and bigeye tuna). Thông tin chi tiết có thể được tìm thấy tại <https://www.acog.org/About-ACOG/NewsRoom/PracticeAdvisories/ACOG-Practice-Advisory-Seafood-Consumption-DuringPregnancy>.

Thảo dược

Thảo dược sẽ không được quản lý như thuốc kê đơn hay các thuốc OTC, chưa xác định được danh tính và số lượng thành phần của chúng và hầu như không có nghiên cứu nào về tiềm năng gây quái thai của chúng. Vì không thể đánh giá sự an toàn của thảo dược, phụ nữ mang thai nên được tư vấn để cân nhắc tránh các chất này. Các thảo dược có chứa các chất có đặc tính được phẩm về mặt lý thuyết có thể gây ảnh hưởng xấu đến thai nhi bao gồm:

- Echinacea: gây ra sự phân mảnh của tinh trùng của chuột hamster nếu dùng ở nồng độ cao
- Black cohosh: chứa một hóa chất hoạt động như estrogen
- Garlic and willow barks (tỏi và vỏ cây liễu): có tính chất chống đông máu
- Ginkgo: có thể can thiệp vào tác dụng của thuốc ức chế monoamin oxydase; có tác dụng chống đông máu
- Cam thảo: có thể gây tăng huyết áp và hạ kali
- Valerian: thuốc giảm đau có tác dụng gây buồn ngủ
- Nhân sâm: can thiệp vào tác dụng của thuốc ức chế monoamin oxydase
- Blue cohosh and pennyroyal: có tác dụng kích thích cơ tử cung; pennyroyal cũng có thể gây tổn thương gan, suy thận, đông máu nội mạch lan tỏa, và làm chết thai phụ

Rượu

Rượu là chất gây quái thai phổ biến nhất mà thai nhi tiếp xúc và tiêu thụ rượu trong khi mang thai là nguyên nhân hàng đầu gây ra khuyết tật trí tuệ, chậm phát triển và dị tật bẩm sinh ở thai nhi mà có thể ngăn ngừa được. Có bằng chứng đáng kể rằng độc tính của rượu đối với thai nhi liên quan đến liều dùng và thời gian phơi nhiễm có nguy cơ cao nhất là ba tháng đầu. Không có mức độ an toàn của việc sử dụng rượu trong khi mang thai. Phụ nữ đang mang thai hoặc có nguy cơ mang thai không nên uống rượu. Mặc dù tiêu thụ một lượng nhỏ rượu trong thai kỳ không có khả năng gây ra các vấn đề nghiêm trọng cho thai nhi, bệnh nhân tốt nhất nên kiêng chế hoàn toàn rượu.

Fetal alcohol syndrome (FAS): là một hội chứng bẩm sinh đặc trưng bởi sử dụng rượu trong khi mang thai và bao gồm ba triệu chứng:

1. Chậm phát triển (có thể xảy ra trong thời kỳ tiền sản, thời kỳ hậu sản, hoặc cả hai)
2. Những bất thường trên khuôn mặt, bao gồm các mí mắt bị ngắn lại, tai nằm thấp, thiếu sụn cấu trúc giữa mắt, nhân trung phẳng (smooth philtrum) và môi trên mỏng
3. Rối loạn chức năng hệ thần kinh trung ương bao gồm tật đầu nhỏ (microcephaly), thiếu năng trí tuệ và rối loạn hành vi như rối loạn thiếu tập trung

Nguy cơ chính xác của việc sử dụng rượu của người mẹ rất khó thiết lập, bởi vì sự phức tạp của các triệu chứng liên quan đến FAS có thể làm cho chẩn đoán khó khăn. Tiêu thụ tám hoặc nhiều hơn tiêu chuẩn được uống mỗi ngày (consumption of eight or more drinks daily chắc đây là cái đo lượng rượu dùng ở nước ngoài) vào hàng ngày trong suốt thai kỳ có nguy cơ sinh con bị FAS từ 30% đến 50%. Tuy nhiên, ngay cả mức tiêu thụ rượu thấp (hai hoặc ít hơn mỗi tuần) có liên quan đến hành vi hung hăng gia tăng ở trẻ em

[nói chung có 1 mức nào đó là tiêu chuẩn, nếu dùng > 8 mức đó vào mỗi ngày → nguy cơ cao bị FAS, nhưng chỉ cần dùng 2 hoặc ít hơn tiêu chuẩn vào mỗi tuần thôi cũng có thể làm trẻ hung hăng hơn]

Sử dụng thuốc lá

Rủi ro khi sử dụng thuốc lá khi mang thai đã được chứng minh rõ ràng và bao gồm các rủi ro cho thai nhi như IUGR, nhẹ cân và tử vong thai nhi. Điều quan trọng là bác sĩ sản khoa phải tận dụng các lần khám thai để giáo dục bệnh nhân về những rủi ro của việc sử dụng thuốc lá cho cả bản thân họ và trẻ sơ sinh của họ và phối hợp các nguồn lực thích hợp để giúp bệnh nhân bỏ thuốc lá. Các chương trình tư vấn có sẵn để giúp bệnh nhân bỏ thuốc lá. Các sản phẩm thay thế nicotine

có thể được xem xét dưới sự giám sát chặt chẽ và sau khi xem xét cẩn thận, mặc dù sự an toàn của chúng trong thai kỳ chưa được ghi nhận.

Lạm dụng chất

Việc phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ sử dụng các chất bất hợp pháp đã dẫn đến sự gia tăng số trẻ sơ sinh đã tiếp xúc với chất cấm từ khi còn trong bụng mẹ và sau đó có nguy cơ bị tác dụng phụ từ nhiều loại thuốc. **Phơi nhiễm thuốc đối với thai nhi thường không được công nhận vì thiếu các triệu chứng quá mức hoặc dị thường cấu trúc sau khi sinh**

Thuốc bất hợp pháp có thể đến thai nhi thông qua nhau thai hoặc có thể đến trẻ sơ sinh thông qua sữa mẹ. Tác dụng cụ thể đối với thai nhi và trẻ sơ sinh thay đổi theo các chất tương ứng. Một thai nhi tiếp xúc với thuốc phiện có thể gặp các triệu chứng cai trong tử cung nếu người phụ nữ ngừng sử dụng thuốc phiện; khi bản thân cô ấy trải qua sự cai nghiện, (tự nguyện hoặc dưới sự giám sát) after birth when opiate delivery by the way of the placenta ceases (?). Đối với phụ nữ mang thai bị rối loạn sử dụng opioid, điều trị hỗ trợ bằng thuốc là liệu pháp được khuyến nghị và việc cho con bú chỉ được khuyến khích ở những người không nhiễm HIV, không sử dụng thêm thuốc gây nghiện và không có chống chỉ định nào khác.

Tất cả phụ nữ mang thai nên được hỏi trong lần khám thai đầu tiên và trong suốt thai kỳ về việc sử dụng rượu trong quá khứ và hiện tại; nicotin; và các loại thuốc khác, bao gồm sử dụng thuốc theo toa và thuốc OTC. Việc kiểm tra định kỳ này cần dựa vào các công cụ sàng lọc được xác nhận, chẳng hạn như bảng câu hỏi cụ thể. Sàng lọc thường quy sử dụng mẫu thử (biologic specimens) của phụ nữ và trẻ sơ sinh để xác định có lạm dụng chất thì không được khuyến cáo. Một phụ nữ thừa nhận việc sử dụng các chất này nên được tư vấn về ý nghĩa của việc sử dụng chúng trong thai kỳ và được giới thiệu đến một chương trình điều trị thuốc thích hợp nếu nghi ngờ phụ thuộc thể chất đối với thuốc gây nghiện đó. Theo dõi cẩn thận trong thời gian sau sinh cũng được khuyến khích.

TRIỆU CHỨNG CHUNG

Sinh lý bình thường của thai kỳ thường dẫn đến các triệu chứng được coi là bệnh lý nếu bệnh nhân không mang thai. Tất cả các bác sĩ nên làm quen với những thay đổi được coi là bình thường trong thai kỳ và có thể giáo dục bệnh nhân về vấn đề đó.

Nhức đầu (Headaches)

Nhức đầu là phổ biến trong giai đoạn sớm của thai kỳ và có thể nhức đầu nghiêm trọng. Nguyên nhân của những cơn đau đầu như vậy thường không được biết đến. Điều trị bằng acetaminophen với liều thông thường được khuyến nghị. Nhức đầu dai dẳng mà dùng acetaminophen không giảm nên được đánh giá thêm.

Phù

Sự hiện diện của **phù** đáng kể ở chi dưới và/hoặc bàn tay là rất phổ biến trong thai kỳ và, bản thân nó, không phải là bất thường. Tuy nhiên, việc giữ nước có thể liên quan đến tăng huyết áp, do đó, huyết áp cũng như tăng cân và phù phải được đánh giá trong bối cảnh lâm sàng trước khi phát hiện được cho là vô hại.

Buồn nôn và ói mửa

Phần lớn phụ nữ mang thai trải qua một số triệu chứng của rối loạn đường tiêu hóa trên trong ba tháng đầu của thai kỳ. Theo kinh điển, những triệu chứng này tồi tệ hơn vào buổi sáng (cái gọi là **ốm nghén**). Tuy nhiên, bệnh nhân có thể gặp các triệu chứng vào thời điểm khác hoặc thậm chí trong suốt cả ngày. Hầu hết các trường hợp buồn nôn và nôn nhẹ có thể được giải quyết bằng lối sống và thay đổi chế độ ăn uống, bao gồm tiêu thụ nhiều gừng, vitamin B6 hoặc vitamin B6 với doxylamine. Thông thường, buồn nôn và nôn cải thiện đáng kể vào cuối tam cá nguyệt đầu tiên, nhưng các phương pháp điều trị được lý khác, như Diclegis, có thể được xem xét cho các trường hợp nghiêm trọng. Hình thức nghiêm trọng nhất của buồn nôn và ói mửa liên quan đến thai kỳ là **gravidarum hyperemesis**, xảy ra ở dưới 2% thai kỳ. Tình trạng này có thể phải nhập viện, với cần phải truyền dịch, điện giải và dùng thuốc

Chứng ợ nóng

Chứng ợ nóng (trào ngược dạ dày) là phổ biến, đặc biệt là sau bữa ăn, và thường liên quan đến việc ăn các bữa ăn lớn hoặc thức ăn cay hoặc béo. Giáo dục bệnh nhân về việc dùng các bữa ăn nhỏ hơn nhưng thường xuyên hơn và thực phẩm nhạt, kết hợp với việc không ăn ngay trước khi nghỉ (combined with not eating immediately before retiring), là hữu ích. Thuốc kháng axit có thể hữu ích khi được sử dụng thận trọng trong thai kỳ.

Táo bón

Táo bón là sinh lý trong thai kỳ, liên quan đến tăng thời gian vận chuyển phân trong ruột; tăng khả năng hấp thụ nước; và, thường, giảm khối lượng phân (bulk). Sửa đổi chế độ ăn uống, bao gồm tăng lượng chất lỏng và tăng số lượng lớn với các loại thực phẩm như trái cây và rau quả,

thường hữu ích. Các biện pháp can thiệp hữu ích khác có thể bao gồm việc sử dụng các chất làm tăng khả năng hoạt động ở bề mặt của ruột như **docsate**, các chất xơ bổ sung như chất nhầy psyllium hydrophilic và chất bôi trơn. (**psyllium hydrophilic mucilloid**, and lubricants.)

Mệt mỏi

Trong thời kỳ đầu mang thai, bệnh nhân thường than phiền về sự **mệt mỏi** cùng cực mà không giảm khi nghỉ ngơi. Không có cách xử lý cụ thể nào, ngoài việc điều chỉnh chế độ sinh hoạt của người phụ nữ trong phạm vi có thể để điều chỉnh sự thiếu năng lượng tạm thời này. Bệnh nhân có thể yên tâm rằng các triệu chứng thường biến mất trong tam cá nguyệt thứ hai.

Chuột rút chân

Chuột rút ở chân, thường ảnh hưởng đến bắp chân, là phổ biến trong khi mang thai. Một loạt các phương pháp điều trị, bao gồm bổ sung canxi bằng đường uống, bổ sung kali và nước bổ sung điện giải, đã được đề xuất trong nhiều năm qua, không có phương pháp nào thành công trên toàn cầu. Massage và nghỉ ngơi thường được khuyến khích.

Đau lưng

Đau lưng dưới là phổ biến, đặc biệt là trong giai đoạn sau của thai kỳ. Trọng tâm thay đổi gây ra bởi thai nhi đang phát triển làm căng bất thường ở cột sống lưng và các cơ và dây chằng liên quan. Điều trị dựa vào nhiệt, xoa bóp và hạn chế sử dụng thuốc giảm đau. Một chiếc nệm lưng đặc biệt của phụ nữ mang thai có thể làm giảm triệu chứng và không nên đi giày cao gót

Đau dây chằng tròn

Đau vùng bẹn kiểu như dao đâm, đặc biệt là khi thai kỳ phát triển, là phổ biến, thường khá khó chịu và làm phiền bệnh nhân. Cơ đau này thường rõ rệt hơn ở phía bên phải do sự xoay (dextrorotation) thông thường của tử cung. Người phụ nữ nên được trấn an rằng cơn đau đại diện cho sự kéo dài và co thắt của dây chằng tròn. Điều trị bằng cách thay đổi các hoạt động, đặc biệt là chuyển động chậm chậm (dần dần), thường hữu ích; thuốc giảm đau hiếm khi được chỉ định.

Giãn tĩnh mạch và bệnh trĩ

Giãn tĩnh mạch không phải do mang thai nhưng lại thường xuất hiện đầu tiên trong quá trình mang thai. Bên cạnh sự xuất hiện đáng lo ngại đối với nhiều bệnh nhân, chứng giãn tĩnh mạch có thể gây ra cảm giác đau nhức, đặc biệt là khi bệnh nhân đứng trong thời gian dài. Có thể điều trị

bằng vớ hỗ trợ giúp làm giảm sự khó chịu, mặc dù nó không có tác dụng đối với sự xuất hiện của chứng giãn tĩnh mạch (tức là dùng nó trước khi xuất hiện giãn tĩnh mạch thì sau đó vẫn bị giãn tĩnh mạch). **Bệnh trĩ** là sự biến đổi của các tĩnh mạch trĩ. Điều trị bao gồm tắm ngồi (sitz baths) và các thuốc thoa ngoài da (local preparations). Giãn tĩnh mạch và bệnh trĩ thoái triển sau sinh, mặc dù không có tình trạng nào có thể giảm hoàn toàn. Phẫu thuật điều chỉnh giãn tĩnh mạch hoặc trĩ không nên được thực hiện trong khoảng 6 tháng đầu sau sinh.

Dịch âm đạo

Nội tiết tố của thai kỳ thường gây ra sự gia tăng dịch tiết âm đạo bình thường. Những chất tiết bình thường này phải được phân biệt với các bệnh nhiễm trùng, chẳng hạn như viêm âm đạo, có triệu chứng ngứa và dị ứng, đặc biệt viêm âm đạo do vi khuẩn, có liên quan đến chuyển dạ sinh non. Sự vỡ màng ối nguyên phát được đặc trưng bởi sự rò rỉ chất lỏng trong suốt, là một nguyên nhân khác cần phải được xem xét.

CA LÂM SÀNG CUỐI BÀI

Bệnh nhân đang mang thai 8 tuần dựa trên siêu âm qua ngã âm đạo. Bạn thực hiện hỏi bệnh sử và thăm khám lâm sàng kỹ lưỡng, có được kết quả thử máu trước sinh cũng như dịch cấy của cổ tử cung. Bạn thảo luận về sàng lọc di truyền, bao gồm các bất thường nhiễm sắc thể của thai nhi, cũng như sàng lọc miễn dịch đối với các bệnh truyền nhiễm phổ biến hơn. Bệnh nhân được giáo dục về tầm quan trọng của việc chăm sóc trước khi sinh thường xuyên, tập thể dục phù hợp, dinh dưỡng và tăng cân và cách quản lý các khiếu nại phổ biến trong thai kỳ.