

KHẢO SÁT MỨC ĐỘ NÔN NGHÉN VÀ CHẤT LƯỢNG SỐNG CỦA THAI PHỤ NÔN DO THAI TRONG NỬA ĐẦU THAI KỲ

Nguyễn Thị Bích Ngọc¹, Nguyễn Vũ Quốc Huy²

(1) Bệnh viện Trung ương Huế

(2) Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Mục tiêu nghiên cứu: 1. Khảo sát mức độ nôn nghén của thai phụ trong nửa đầu thai kỳ bằng bộ công cụ “Rhodes Index of Nausea, Vomiting and Retching” (INVR). 2. Xác định các yếu tố liên quan và đánh giá chất lượng sống của thai phụ nôn nghén nhiều trong quý I thai kỳ bằng bộ câu hỏi “Health-Related Quality of Life for Nausea and Vomiting during Pregnancy” (NVPQOL). **Đối tượng và phương pháp:** 97 phụ nữ mang thai có tuổi thai ≤ 20 tuần tuổi được xác định bằng ngày đầu của kì kinh cuối hoặc siêu âm thai trong quý I thai kì, có triệu chứng nôn do thai trong vòng 1 tuần cuối trước khi đến khám tại Phòng Khám Khoa Phụ sản Bệnh viện Trung ương Huế trong thời gian 01.4.2011 - 30.3.2012. Sử dụng bộ công cụ “Rhodes Index of Nausea, Vomiting and Retching” (INVR) để đánh giá mức độ nôn do thai và khảo sát chất lượng sống của thai phụ bằng bộ công cụ “Health-Related Quality of Life for Nausea and Vomiting during Pregnancy” (NVPQOL). **Kết quả:** Mức độ nôn nghén đánh giá bằng bộ công cụ Rhodes Index of Nausea and Vomiting: tỷ lệ đối tượng không nôn chiếm 4,1%, nôn nhẹ cao nhất chiếm 59,8%, nôn vừa chiếm 24,6%, nôn nặng chiếm 8,4%, và nôn nghiêm trọng chiếm 3,1%. Điểm chất lượng sống về triệu chứng lâm sàng và yếu tố làm nặng là $41,8 \pm 12,63$, về mặt môi là $17,6 \pm 6,34$, trong lúc đó về mặt tinh cảm là $37,8 \pm 8,53$, về mặt giới hạn chức năng là $50,8 \pm 13,95$; chất lượng sống chung là $147,2 \pm 39,12$; đạt mức chấp nhận được. **Kết luận:** Cần chú trọng chăm sóc y tế cho nhóm đối tượng nôn nặng và nghiêm trọng (chiếm 11,5%). Chất lượng sống đánh giá theo Health-Related Quality of Life for Nausea and Vomiting during Pregnancy biến đổi tỷ lệ với mức độ nôn nghén.

Từ khóa: Nôn nghén, thai phụ, INVR, NVPQOL

Abstract

SEVERITY AND QUALITY OF LIFE AMONG PREGNANT WOMEN SUFFERING NAUSEA AND VOMITING DURING THE FIRST HALF OF PREGNANCY

Nguyen Thi Bich Ngoc¹, Nguyen Vu Quoc Huy²

(1) Hue Central Hospital

(2) Hue University of Medicine and Pharmacy

Objectives: 1. To measure the severity of nausea, vomiting and retching among pregnant women during the first half of pregnancy by using the “Rhodes Index of Nausea, Vomiting and Retching” (INVR). 2. To identify associated factors and assess the quality of life of these women using the “Health-Related

- Địa chỉ liên hệ: Nguyễn Vũ Quốc Huy, nvghuy@huemed-univ.edu.vn

DOI: 10.34071/jmp.2013.2.14

- Ngày nhận bài: 22/2/2013 * Ngày đồng ý đăng: 25/3/2013 * Ngày xuất bản: 30/4/2013

Quality of Life for Nausea and Vomiting during Pregnancy” (NVPQOL) questionnaire. **Materials and methods:** 97 pregnant women with gestational age ≤ 20 weeks, identified by LMP or ultrasound results from 1st trimester, having nausea and/or vomiting during the last week before the clinic visit at Department of Obstetrics & Gynecology, Hue Central Hospital during the period from 1st April 2011 to 30th March 2012. The “Rhodes Index of Nausea, Vomiting and Retching” (INVR) has been used to measure the severity of nausea, vomiting and retching; “Health-Related Quality of Life for Nausea and Vomiting during Pregnancy” (NVPQOL) questionnaire was used to assess the quality of life of these women. **Results:** Rate of asymptomatic subjects was 4.1%, mild level was 59.8%, moderate level was 24.6%, great level was 8.4%, and severe level was 3.1%. Results from quality of life scale showed average mark of physical symptoms and aggravating factors (PSAF) of 41.8 ± 12.63 ; emotions (E) of 37.8 ± 8.53 ; fatigue (F) of 17.6 ± 6.34 , and limitations (L) of 50.8 ± 13.95 ; overall result of 147.2 ± 39.12 - at acceptable level. **Conclusions:** Special attention and care should be paid to the group of women experiencing great and severe nausea and vomiting (11.5). Quality of life assessed by Health-Related Quality of Life for Nausea and Vomiting during Pregnancy questionnaire is proportionally influenced by the severity of nausea and vomiting.

Key word: Nausea and vomiting, pregnant, INVR, NVPQOL.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nôn do thai là một biểu hiện khá thường gặp của thời kỳ đầu thai nghén, đa số là nôn chức năng, có tiến triển lành tính và khỏi tự nhiên. Tình trạng buồn nôn và nôn mửa thường xuất hiện giữa tuần thứ 4 đến tuần thứ 6, đạt đỉnh giữa tuần thứ 8 đến tuần thứ 12 và biến mất vào tuần thứ 20 của thai kỳ [2], [16]. Hình thái nôn nặng, xảy ra ở khoảng 0,5 đến 3% trong số thai phụ có nôn nghén [2], [13], là lý do phổ biến nhất gây nhập viện trong ba tháng đầu của thai kỳ [4]. Khi nôn nặng sẽ dẫn đến mất nước, rối loạn điện giải, chứng ceton niệu, các biến chứng thần kinh, suy dinh dưỡng, ảnh hưởng đến thai nhi và sức khoẻ người mẹ. Một số yếu tố liên quan đến nôn do thai bao gồm mẹ con so, tuổi trẻ, cân nặng trước sinh của người mẹ cao [2].

Ở nhiều nước trên thế giới, việc đánh giá và cải thiện chất lượng sống của phụ nữ mang thai bị buồn nôn, nôn mửa nói riêng và các bệnh lý khác nói chung đã được đặt ra và quan tâm từ lâu. Tuy nhiên cho đến nay ở Việt Nam số liệu nghiên cứu về tình trạng, mức độ nôn nghén cũng như chất lượng sống của thai phụ bị nôn do thai trong nửa đầu thai kỳ chưa nhiều. Đề tài “*Khảo sát mức độ nôn nghén và chất lượng sống của thai phụ nôn do thai trong nửa đầu thai kỳ*” được thực hiện với hai mục tiêu:

1. Khảo sát mức độ nôn nghén của thai phụ

trong nửa đầu thai kỳ bằng bộ công cụ “Rhodes Index of Nausea, Vomiting and Retching” (INVR).

2. Xác định các yếu tố liên quan và đánh giá chất lượng sống của thai phụ nôn nghén nhiều trong quý I thai kỳ bằng bộ câu hỏi “Health-Related Quality of Life for Nausea and Vomiting during Pregnancy” (NVPQOL).

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

97 phụ nữ mang thai có tuổi thai ≤ 20 tuần tuổi được xác định bằng ngày đầu của kì kinh cuối hoặc siêu âm thai trong quý I thai kì, có triệu chứng nôn do thai trong vòng 1 tuần cuối trước khi đến khám tại Phòng Khám Khoa Phụ sản Bệnh viện Trung ương Huế trong thời gian 01.4.2011 - 30.3.2012.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Các bệnh nôn do thai khác: thai trứng, u nguyên bào nuôi.

- Một số nguyên nhân thuộc về tiêu hoá: viêm ruột thừa, viêm dạ dày, viêm túi mật, viêm tụy, tắc ruột hay còn là một sự kết hợp một ung thư tiêu hoá và một thai nghén.

- Những bệnh nhân có các bệnh lý nội, ngoại

khoa khác trong quá trình mang thai buộc phải can thiệp.

- Những bệnh nhân có kèm bệnh lý suy giảm miễn dịch HIV-AIDS, suy gan thận nặng, lao đang tiến triển, loét xuất huyết đường tiêu hóa.

- Những bệnh nhân không biết đọc, biết viết.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương tiện nghiên cứu

- Phiếu điều tra được lập sẵn có chứa những nội dung cần thiết bảo đảm cho nghiên cứu.

- Hồ sơ bệnh án lưu trữ tại phòng lưu trữ.

- Mức độ nôn nghén: sử dụng bộ câu hỏi “*Rhodes Index of Nausea, Vomiting and Retching*” (INVR).

- Chất lượng sống: sử dụng bộ câu hỏi “*Health-Related Quality of Life for Nausea and Vomiting during Pregnancy*” (NVPQOL): đã được chuẩn hóa bằng tiếng Việt, dùng thang điểm Likert quy đổi để đánh giá các tiêu chuẩn trong thời gian 1 tuần cuối trước khi khám.

- Ống nghe, máy đo huyết áp, nhiệt kế dùng để kiểm tra tổng trạng của bệnh nhân.

2.2.2. Phương thức tiến hành

Tất cả các trường hợp thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn bệnh và loại trừ được chọn vào mẫu nghiên cứu. Tác giả thứ nhất trực tiếp khám và chọn bệnh, đánh giá mức độ nôn do thai. Tác giả thứ hai tiếp tục khảo sát chất lượng sống của bệnh nhân.

Bước 1: Khảo sát dịch tễ học

- Hỏi bệnh: nhằm mục đích
- + Tuổi, nơi cư trú, nghề nghiệp.
- + Tiền sử tổng quát về nội, ngoại khoa, tiền sử sản khoa, tiền sử phụ khoa. Tiền sử mang thai có nôn do thai nghén.

Bước 2: Khảo sát đặc điểm lâm sàng

- Kiểm tra tổng trạng chung, lý do đến khám
- Khám lâm sàng

Bước 3: Sử dụng bộ công cụ INVR để đánh giá mức độ nôn do thai

Sử dụng bộ câu hỏi “*Rhodes Index of Nausea, Vomiting and Retching*” (INVR) [15]. Bộ câu hỏi INVR gồm 08 câu hỏi đánh giá mức độ nôn nghén của bệnh nhân trong 12 giờ trước khi đánh

giá có mã số câu hỏi từ 3.1 đến 3.8 với 3.1 (Nôn bao nhiêu lần), 3.2 (Buồn nôn và nôn khan cảm thấy ____mệt), 3.3 (Nôn vọt cảm thấy ____mệt), 3.4 (Buồn nôn và đau ở dạ dày bao lâu?), 3.5 (Khi bị buồn nôn và đau dạ dày ____mệt), 3.6 (Mỗi lần nôn ra lượng bao nhiêu?), 3.7 (Buồn nôn và đau ở dạ dày bao nhiêu lần?), 3.8 (Nôn khan bao nhiêu lần?).

Thực hiện phỏng vấn và yêu cầu bệnh nhân trực tiếp điền vào phiếu trả lời. Mỗi câu hỏi được bệnh nhân tự đánh giá theo nhiều thang điểm của từng câu hỏi. Đánh giá của bệnh nhân dựa trên những gì mà chính họ tự nhận thấy. Tổng điểm các câu hỏi từ 3.1 đến 3.8 sẽ là điểm số thể hiện mức độ nôn nghén, số điểm tối đa là 32 [15].

Nếu bệnh nhân không trả lời một hoặc vài câu hỏi nào đó trong số 08 câu hỏi, số điểm INVR của bệnh nhân được tính như sau:

$$\text{INVR} = (\text{Tổng điểm các câu đã trả lời} / \text{Tổng số câu trả lời}) \times 8.$$

Tổng số điểm INVR mà mỗi bệnh nhân có được nằm trong khoảng từ 0 đến 32 thể hiện các mức độ nôn nghén: không (0 điểm), nhẹ (1-8 điểm), trung bình (9-16 điểm), nặng (17-24 điểm), nghiêm trọng (25-32 điểm) [15].

Chuẩn hoá bộ công cụ bằng tiếng Việt: Tiến hành điều tra thử 5 đối tượng về khả năng đọc, hiểu và tự đánh giá bộ công cụ bằng tiếng Việt. Điều kiện chuyển ngữ từ văn bản tiếng Anh sang tiếng Việt đạt yêu cầu khi 100% đối tượng được phỏng vấn có thể đọc, hiểu và tự đánh giá được bộ công cụ INVR theo mục tiêu nghiên cứu.

- Chẩn đoán các thời kì nôn do thai [1]:

- + Thời kỳ nôn: nôn liên tục, ăn gì cũng nôn, nôn ra cả mật xanh, mật vàng

- + Thời kỳ suy dinh dưỡng: do hậu quả của nôn dẫn đến suy dinh dưỡng và mất nước. Bệnh nhân gầy mòn, mắt lõm, da nhăn nhéo, bụng lõm hình thuyền, mạch nhanh 100-120 lần/phút.

- + Thời kỳ biến cố thần kinh: hậu quả của quá trình suy dinh dưỡng và mất nước kéo dài. Thai phụ lơ mơ, mê sảng, thở nhanh nông 40-50 lần/phút, mạch nhanh, tiểu ít hoặc vô niệu có thể tử vong vì hôn mê, co giật.

Bước 4: Khảo sát chất lượng sống

Bộ công cụ “Health-Related Quality of Life for Nausea and Vomiting during Pregnancy” (NVPQOL) gồm 30 câu hỏi, được chia làm bốn vấn đề: Triệu chứng lâm sàng và các yếu tố làm nặng (physical symptoms and aggravating factors - PSAF); Cảm xúc (emotions - E); Sự mệt mỏi (fatigue - F); Những giới hạn (limitations - L). Thực hiện phỏng vấn và yêu cầu bệnh nhân trực tiếp điền vào phiếu trả lời. Mỗi mục của NVPQOL được đo bằng cách sử dụng một thang điểm Likert 7 điểm, từ 1 điểm (*Hoàn toàn không chấp nhận*), 2 điểm (*Không chấp nhận*), 3 điểm (*Hơi không chấp nhận*), 4 điểm (*Trung bình*), 5 điểm (*Hơi chấp nhận*), 6 điểm (*Chấp nhận*) đến 7 điểm (*Hoàn toàn chấp nhận*). Đánh giá của bệnh nhân dựa trên những gì mà chính họ tự nhận thấy trong 7 ngày vừa qua.

Tổng điểm chất lượng sống theo công cụ NVPQOL được tính là tổng điểm của các mặt đánh giá PSAF, F, E, L. Với công cụ NVPQOL, mỗi bệnh nhân như vậy có 07 giá trị điểm tương ứng với 04 mặt đánh giá và tổng điểm chung. Điểm số càng cao thể hiện chất lượng sống càng cao. Kết quả chất lượng sống của nhóm nghiên cứu sẽ là 07 giá trị trung bình

của 07 mặt đánh giá trên toàn bộ bệnh nhân [9].

Chuẩn hoá bộ công cụ bằng tiếng Việt: Tiến hành điều tra thử 5 đối tượng về khả năng đọc, hiểu và tự đánh giá bộ công cụ bằng tiếng Việt. Điều kiện chuyển ngữ từ văn bản tiếng Anh sang tiếng Việt đạt yêu cầu khi 100% đối tượng được phỏng vấn có thể đọc, hiểu và tự đánh giá được bộ công cụ NVPQOL theo mục tiêu nghiên cứu.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý theo các phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 16.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Độ tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là $28,7 \pm 4,7$, tuổi nhỏ nhất là 19 tuổi và lớn nhất là 41 tuổi. Tuổi thai trung bình là $10,5 \pm 3,8$ tuần, trong đó dưới 14 tuần có 76 trường hợp chiếm 78,4%, trên 14 tuần chiếm 21,6%. Thai lần đầu chiếm 60,8%, lần thứ 2 trở đi 39,2%.

Trong 38 trường hợp mang thai lần thứ 2 trở đi có 35 trường hợp có tiền sử nôn nghén ở lần mang thai trước, chiếm tỷ lệ 92,1%.

3.2. Mức độ nôn nghén theo bộ công cụ INVR

Bảng 3.1. Mức độ nôn nghén

Mức độ nôn nghén	Điểm trung bình	n	%
Không nôn (0)	0 ± 0	4	4,1
Nôn nhẹ (1-8)	$5,1 \pm 2,5$	58	59,8
Nôn vừa (9-16)	$11,5 \pm 2,9$	24	24,7
Nôn nặng (17-24)	$19,5 \pm 2,0$	8	8,3
Nôn nghiêm trọng (25-32)	$25,3 \pm 0,3$	3	3,1
Tổng (0-32)	$8,4 \pm 5,9$	97	100

Tỷ lệ nôn nhẹ cao nhất chiếm 59,8%, tiếp theo là nôn vừa chiếm tỷ lệ 24,7%, thấp nhất là nôn nghiêm trọng chiếm 3,1%.

3.3. Chất lượng sống của thai phụ

Bảng 3.2. Chất lượng sống đánh giá bằng bộ công cụ NVPQOL

Mục	Mã	Điểm trung bình
CLS về lâm sàng và các yếu tố làm nặng (PSAF - 9 câu hỏi)	PSAF (Tối đa=63)	$41,8 \pm 12,63$
CLS về mệt mỏi (F - 4 câu hỏi)	F (Tối đa=28)	$17,6 \pm 6,34$

CLS về mặt tình cảm (E- 7 câu hỏi)	E (Tối đa =49)	37,8 ± 8,53
CLS về mặt hạn chế (L - 10 câu hỏi)	L (Tối đa=70)	50,8 ± 13,95
Chất lượng sống chung	NVPQOL (Tối đa=210)	147,2 ± 39,12

Chất lượng sống cả 4 mặt đều cao hơn 50% so với tổng điểm tối đa, trong đó CLS về mặt tình cảm có giá trị cao nhất (37,8±8,53), tiếp đến là CLS về mặt hạn chế chức năng (50,8±13,95), CLS về lâm sàng và các yếu tố làm nặng (41,8±10,63), thấp nhất là CLS về mặt môi (17,6±6,34). Kết quả CLS chung đạt 147,2±39,12.

3.4. Mối liên quan giữa mức độ nôn nghén và một số yếu tố

Bảng 3.3. Độ tuổi và mức độ nôn nghén

Độ tuổi	Mức độ nôn nghén									
	Không nôn		Nôn nhẹ		Nôn vừa		Nôn nặng		Nôn nghiêm trọng	
≤20	0	0%	1	33,3%	0	0%	0	0%	2	66,7%
21-25	0	0%	6	25%	13	54,2%	5	20,8%	0	0%
26-30	1	2,3%	27	62,9%	11	25,6%	3	6,9%	1	2,3%
31-35	3	15%	17	85%	0	0%	0	0%	0	0%
36-40	0	0%	6	100%	0	0%	0	0%	0	0%
≥41	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Tổng	4	4,1%	58	59,8%	24	24,8%	8	8,3%	3	3,1%

Tỷ lệ nôn nghiêm trọng nhiều nhất ở độ tuổi ≤20 (66,7%), nôn nặng nhiều nhất ở độ tuổi 21-25 (20,8%), nôn vừa nhiều nhất ở độ tuổi 21-25 (54,2%), nôn nhẹ có tỷ lệ cao nhất ở độ tuổi 36-40 và trên 40 tuổi 100%, còn không nôn chủ yếu ở độ tuổi 31-35.

Bảng 3.4. Tuổi thai và mức độ nôn nghén

Tuổi thai	Mức độ nôn nghén					p
	Không nôn	Nôn nhẹ	Nôn vừa	Nôn nặng	Nôn nghiêm trọng	
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
≤14 tuần	1 (1,3%)	42 (55,3%)	23 (30,3%)	7 (9,2%)	3 (4,0%)	p<0,05
>14 tuần	3 (14,3%)	16 (76,2%)	1 (4,8%)	1 (4,8%)	0 (0%)	
Tổng	4 (4,1%)	58 (59,8%)	24 (24,7%)	8 (8,3%)	3 (3,1%)	

Mức độ nôn nghiêm trọng chỉ có ở nhóm tuổi thai ≤ 14 tuần, nôn nặng và nôn vừa chủ yếu ở nhóm tuổi thai ≤ 14 tuần, nôn nhẹ nhiều nhất ở nhóm tuổi thai > 14 tuần (76,2%).

Bảng 3.5. Tiền sử sản khoa và mức độ nôn nghén

PARA	Mức độ nôn nghén					p
	Không nôn	Nôn nhẹ	Nôn vừa	Nôn nặng	Nôn nghiêm trọng	
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
Con so	1 (1,7%)	29 (49,2%)	18 (30,5%)	8 (13,5%)	3 (5,1%)	p<0,05
Con rạ	3 (7,9%)	29 (76,3%)	6 (15,8%)	0 (0%)	0 (0%)	

Tỷ lệ nôn nặng và nôn nghiêm trọng chỉ có ở các đối tượng con so (13,5% và 5,1%), tỷ lệ nôn nhẹ chiếm cao nhất nhưng tập trung cao hơn ở đối tượng con rạ (76,3% ở con rạ và 49,2% ở con so).

Bảng 3.6. Chất lượng sống và mức độ nôn nghén

Chất lượng sống	Mức độ nôn nghén					p
	Không nôn	Nôn nhẹ	Nôn vừa	Nôn nặng	Nôn nghiêm trọng	
CLS về lâm sàng và các yếu tố làm nặng	56±4,2	47,8±3,8	26,5±2,7	21,3±2,5	21,7±1,4	p<0,05
CLS về thể chất	22,3±2,1	20,8±1,9	31,2±2,4	6,9±1,1	7,3±0,9	
CLS về mặt tinh cảm	43,0±3,1	41,7±3	33,3±2,6	23,0±1,7	18,7±1,5	
CLS về mặt chức năng	61±4,5	56,8±4,3	42,3±3,9	24,5±2,7	19±2,5	
CLS chung	182,3±9,8	167,1±10,3	51,0±5,7	75,6±6,8	66,7±4,9	

Mức độ nôn nghén càng nặng thì điểm số chất lượng sống càng thấp cả 4 mặt chất lượng riêng và chất lượng cuộc sống chung. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Trong tổng số 97 đối tượng nghiên cứu của chúng tôi thì độ tuổi trung bình là $28,7 \pm 4,7$, tuổi nhỏ nhất là 19 tuổi và lớn nhất là 41 tuổi. Kết quả này của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của Munch 2011 khi nghiên cứu 96 trường hợp nôn do thai nghén $27,6 \pm 6,1$ [14], kết quả nghiên cứu của Lacasse 2008 khi nghiên cứu 367 đối tượng $32 \pm 4,6$ [9] và Lacasse 2009 nghiên cứu 238 trường hợp $31,61 \pm 4,64$ [10].

Hầu hết đối tượng nghiên cứu ≤ 30 tuổi (70 trường hợp chiếm 72,16%), tập trung chủ yếu vào nhóm 26-30 tuổi chiếm 44,3%. Kết quả này khá

tương đồng kết quả của Louik 2006 khi nghiên cứu 14998 đối tượng nôn do thai nghén: nhóm tuổi 26-30 chiếm tỷ lệ cao nhất 33% với 4948 đối tượng [12].

Độ tuổi của các đối tượng nôn do thai nghén là một yếu tố ảnh hưởng hết sức quan trọng đến tỷ lệ nôn do thai nghén. Các phụ nữ càng trẻ càng có nguy cơ nôn do thai nghén cao hơn độ tuổi lớn [9].

Trong 97 đối tượng nghiên cứu của chúng tôi thì tuổi thai trung bình là $10,5 \pm 3,8$ tuần. So sánh với nghiên cứu của các tác giả khác: Lacasse 2009 $11,03 \pm 1,84$ tuần [10]; Louik 2011 $11,9 \pm 3,5$ tuần [12]. Kết quả nghiên cứu tuổi thai của chúng tôi không có sự khác biệt so với các tác giả trên. Phân bố tuổi thai trong nghiên cứu của chúng tôi tập trung chủ yếu là dưới 14 tuần có 76 trường hợp chiếm 78,3%, trên 14 tuần chiếm 21,7%. Tỷ lệ nôn do thai nghén càng cao khi tuổi thai càng nhỏ [11].

Tỷ lệ mang thai lần đầu chiếm đến 60,8%. Trong số những thai phụ con rạ thì có tới 92,1% có tiền sử nôn do thai nghén ở lần mang thai trước. Tỷ lệ nôn do thai cao dù ở lần mang thai nào và đặc biệt cao hơn ở những thai phụ đã có tiền sử nôn nghén.

4.2. Mức độ nôn nghén theo bộ công cụ INVR

Bảng 3.1 thể hiện rõ sự phân bố của mức độ nôn nghén tập trung chủ yếu ở các đối tượng nôn nhẹ (59,8%) rồi đến nôn vừa (24,5%), nhóm nôn nặng chiếm 8,3%, không nôn chiếm 4,1%, nôn nghiêm trọng chiếm tỷ lệ rất thấp 3,1%. Chỉ số Rhodes là một công cụ hữu ích trong thời điểm hiện tại để đánh giá các mức độ nôn do thai nghén, đã được nhóm chuyên gia y học và các bác sỹ lâm sàng đồng thuận đánh giá cao và xem như là một công cụ chuẩn [15]. So sánh với nghiên cứu của Lacasse 2009 khi đánh giá mức độ nôn nghén dựa trên bộ công cụ Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea (PUQE) nghiên cứu 283 thai phụ nôn do thai trong quý đầu: có 140 đối tượng nôn nhẹ chiếm 51,28%, 126 đối tượng nôn vừa chiếm 46,15%, nhóm nôn nghiêm trọng chiếm 2,56% [5].

Mặc dù có sự khác nhau giữa 2 bộ công cụ INVR (8 câu hỏi và 5 mức độ nôn nghén) và PUQE (3 câu hỏi và 3 mức độ nôn nghén) tuy nhiên điểm chung là cả 2 bộ câu hỏi đều đánh giá thời gian nôn, số lần nôn và buồn nôn. Như vậy nôn do thai nghén là một triệu chứng thường gặp ở phụ nữ mang thai, chiếm đa số là nôn nhẹ và lành tính, nôn nặng chiếm tỷ lệ rất nhỏ trong tổng số phụ nữ mang thai [7].

4.3. Chất lượng sống của thai phụ đánh giá bằng bộ công cụ NVPQOL

Bộ công cụ NVPQOL đánh giá chất lượng sống qua 4 mặt nêu trên cho thấy tổng quan về các cảm giác chủ quan của bệnh nhân khi nhìn nhận về cuộc sống của chính họ. Điểm càng cao ở các mục thì chất lượng sống ở mặt đó càng cao. Qua đánh giá 97 đối tượng có triệu chứng nôn nghén thì kết quả chất lượng sống cả 4 mặt (triệu chứng lâm sàng, mệt mỏi, tình cảm, hạn

chế) đều cao hơn 50% so với tổng điểm tối đa, trong đó CLS về mặt tinh cảm có giá trị cao nhất ($75,5 \pm 17,41\%$), tiếp đến là CLS về mặt hạn chế chức năng ($72,6 \pm 19,93\%$), CLS về lâm sàng và các yếu tố làm nặng ($66,4 \pm 20,05\%$), thấp nhất là CLS về thể chất ($62,9 \pm 22,64\%$), kết quả CLS chung đạt ($70,1 \pm 18,63\%$).

Nghiên cứu thiết lập độ tin cậy công cụ NVPQOL của Lacasse đã cho kết quả trong số 367 đối tượng có 288 (78,5%) báo cáo có NVP trong nửa đầu thai kỳ [9]. Trong số những phụ nữ này, hệ số Cronbach alpha cao khi hoàn thành bộ công cụ NVPQOL ($\alpha=0,98$), và bốn lĩnh vực đánh giá riêng biệt: triệu chứng lâm sàng và các yếu tố làm nặng ($\alpha=0,90$), mệt mỏi ($\alpha=0,94$), tình cảm ($\alpha=0,86$), giới hạn ($\alpha=0,97$). Nghiên cứu thể hiện rõ mối liên quan chặt chẽ giữa NVPQOL và mức độ NVP với ($p<0,001$) [5], [9].

So sánh kết quả đánh giá chất lượng cuộc sống tổng quát của chúng tôi và nghiên cứu trên của Lacasse 2008 nhận thấy: tổng số điểm chất lượng cuộc sống chung của chúng tôi cao hơn kết quả của Lacasse (chúng tôi NVPQOL $147 \pm 39,12$ mức hơi chấp nhận được; Lacasse $94,82 \pm 39,12$ mức trung bình [9]). Điều này cho thấy các thai phụ của chúng tôi chấp nhận ảnh hưởng của NVP tốt hơn và mức độ chịu đựng cũng cao hơn.

4.4. Liên quan giữa mức độ nôn nghén và một số đặc điểm

Qua bảng 3.3 nhận thấy tỷ lệ nôn nghiêm trọng chủ yếu ở độ tuổi ≤ 20 (66,7%), nôn nặng chiếm nhiều nhất ở độ tuổi 21-25 (20,8%), nôn vừa chiếm nhiều nhất ở độ tuổi 21-25 (54,2%), nôn nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất ở độ tuổi 36-40 và trên 40 tuổi chiếm (100%), còn không nôn chủ yếu ở độ tuổi 31-35. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p=0,001$. Qua nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mức độ nôn do thai nghén tỷ lệ nghịch với độ tuổi. Các thai phụ trẻ tuổi biểu hiện tình trạng nôn nghén nặng nề hơn và khả năng xuất hiện các triệu chứng nôn nghén cũng nhiều hơn [1], [6].

Theo nghiên cứu của chúng tôi thì mức độ nôn nghiêm trọng chỉ có ở nhóm tuổi thai ≤ 14 tuần, mức độ nôn nặng và nôn vừa chủ yếu ở nhóm

tuổi thai ≤ 14 tuần, nôn nhẹ nhiều nhất ở nhóm tuổi thai > 14 tuần (76,2%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p=0,009$. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu của Koren 2002: tình trạng buồn nôn và nôn mửa thường xuất hiện giữa tuần thứ 4 đến tuần thứ 6 của thai kỳ và đạt đỉnh giữa tuần 8 và 12 [6]. Hầu hết các triệu chứng biến mất vào tuần thứ 14 - 16 của thai kỳ. Kết quả của Gadsby và Sherman cho thấy các triệu chứng thường chấm dứt vào khoảng 10-16 tuần dù thời điểm khởi phát và mức độ nôn nghén khác nhau, các triệu chứng kéo dài quá 16 tuần chỉ khoảng 10-15% và một tỷ lệ rất nhỏ >20 tuần hoặc trong suốt thai kỳ [3], [16].

Tỷ lệ nôn nặng và nôn nghiêm trọng chỉ có ở các đối tượng con so (13,6% và 5,1%), tỷ lệ nôn nhẹ chiếm cao nhất nhưng tập trung cao hơn ở đối tượng con rạ (76,3% ở con rạ và 49,2% ở con so). Có kết quả nghiên cứu như trên có thể do các đối tượng con so có thai lần đầu nên bị ảnh hưởng bởi tâm lý khi mang thai và do chưa có kinh nghiệm

trong vấn đề kiểm soát các biểu hiện khác thường của thai nghén.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 97 trường hợp có triệu chứng nôn do thai tại Phòng khám Khoa sản Bệnh viện Trung ương Huế, chúng tôi rút ra một số kết luận:

- Mức độ nôn nghén đánh giá bằng bộ công cụ Rhodes Index of Nausea and Vomiting: tỷ lệ đối tượng không nôn chiếm 4,1%, nôn nhẹ cao nhất chiếm 59,8%, nôn vừa chiếm 24,6%, nôn nặng chiếm 8,4% và nôn nghiêm trọng chiếm 3,1%.

- Chất lượng sống về triệu chứng lâm sàng và yếu tố làm nặng là $41,8 \pm 12,63$, về mệt mỏi là $17,6 \pm 6,34$, trong lúc đó về mặt tình cảm là $37,8 \pm 8,53$, về mặt giới hạn chức năng là $50,8 \pm 13,95$; chất lượng sống chung là $147,2 \pm 39,12$; đạt mức chấp nhận được. Chất lượng sống đánh giá theo Health-Related Quality of Life for Nausea and Vomiting during Pregnancy biến đổi tỷ lệ với mức độ nôn nghén.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alistair M., Robin C. (2007), “Nôn mửa khi có thai”, *Sản khoa hình minh họa*, Nhà xuất bản Y học, tr.156-157.
2. Bashiri .A, Neumann L., Maymon E., Katz M. (1995), “Hyperemesis gravidarum: epidemiologic features, complications and outcome”, *Eur J Obstet Gynecol Reprod Bi*, 63, pp.135-138.
3. Eliakim R., Abulafia O., Sherer D.M. (2002), “Hyperemesis gravidarum: a current review”, *American Journal of Perinatology*, 17, pp.207-218.
4. Gazmararian J.A., Petersen R., et al (2001), “Hospitalizations during pregnancy among managed care enrollees”, *Obstet Gynecol*, 100, pp.94-100.
5. Koren G., Boskovic R., et al (2002), “Motherisk PUQE (pregnancy unique-quantification of emesis) scoring system for nausea and vomiting of pregnancy”, *Am J Obstet Gynecol*, 186, pp.228-231.
6. Koren G., Levichek Z. (2002), “The teratogenicity of drugs for nausea and vomiting of pregnancy: perceived versus true risk”, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186, pp.248-252.
7. Kugahara T, Ohashi K. (2006). “Characteristics of nausea and vomiting in pregnant Japanese women”. *Nursing and Health Sciences*, 8, pp.179-184.
8. Kuo S.H., Wang R.H., Tseng H.C., Jian S.Y., Chou F.H. (2007), “A comparison of different severities of nausea and vomiting during pregnancy relative to stress, social support, and maternal adaptation”. *J Midwifery Womens Health*, 52, pp.1-7.
9. Lacasse A., Berard A. (2008), “Validation of the nausea and vomiting of pregnancy specific health related quality of life questionnaire”, *Health Qual Life Outcomes*, 6, pp.6-32.
10. Lacasse A., Berard A., Rey E., Ferreira E., Pharm D., Morin C. (2009), “Determinants of Early Medical Management of Nausea and Vomiting of Pregnancy”, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9, pp.26.
11. Lacasse A., Rey E., Ferreira E., Morin C., Berard

- A. (2008), "Nausea and vomiting of pregnancy: what about quality of life?", *Am J Obstet Gynecol*, 22(115), pp.1484-1493.
12. Louik C., Hernandez-Diaz S., Werler M.M., Mitchell A.A. (2006), "Nausea and vomiting in pregnancy: maternal characteristics and risk factors", *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 20, pp.270-278.
 13. Miller F. (2002), "Nausea and vomiting in pregnancy: the problem of perception--is it really a disease?", *Am J Obstet Gynecol*, 186, pp.182-183.
 14. Munch S., Korst L.M., Hernandez G.D., Romero R., Goodwin T.M. (2011), "Health-related quality of life in women with nausea and vomiting of pregnancy: the importance of psychosocial context", *Journal of Perinatology*, 31, pp.10-20.
 15. Rhodes V.A., Mc Daniel R.W. (1999), "The Index of Nausea, Vomiting, and Retching (INVR): A new format of the Index of Nausea and Vomiting (INV)", *Oncol Nurs Forum*, 26, pp.889-894.
 16. Sherman P.W., Flaxman S.M. (2002), "Nausea and vomiting of pregnancy in an evolutionary perspective", *Am J Obstet Gynecol*, 186, pp. 190-197.