Bệnh lý dạ dày-ruột trong thai kỳ

Trần Lâm Khoa [1], Ngô Thị Kim Phụng [2]

© Bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

[1] Giảng viên, bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: lamkhoa1982@yahoo.fr

[2] Phó Giáo sư, giảng viên bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: drntkphung@hotmail.com

Mục tiêu bài giảng

Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được đặc điểm của các rối loạn dạ dày-ruột phổ biến trong thai kỳ
2. Trình bày được biện pháp phòng tránh hội chứng hít sặc acid trong chuyển dạ

TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN

Điều trị trào ngược dạ dày-thực quản chủ yếu là điều trị triệu chứng.

Trào ngược dạ dày thực quản hoặc ợ nóng xuất hiện trong khoảng 70% phụ nữ mang thai. Triệu chứng chính bao gồm cảm giác khó chịu phía sau xương ức nặng thêm sau bữa ăn và khi nằm nghiêng, đôi khi có ói máu.

Điều trị triệu chứng thường là đủ để cải thiện các triệu chứng khó chịu do trào ngược gây ra.

Bệnh nhân được khuyên không nên ăn quá nhiều và quá trễ. Tránh tư thế nằm nghiêng, đặc biệt là sau ăn. Nên kê đầu cao khi ngủ.

Thuốc kháng axít có thể dùng sau ăn 1-3 giờ hoặc khi đi ngủ.

Ức chế H2 hoặc ức chế bơm proton được chỉ định nếu các phương pháp trên không đáp ứng.

LOÉT ỐNG TIÊU HÓA

Chẩn đoán loét ống tiêu hóa trong thai kỳ chủ yếu dựa vào việc cải thiện triệu chứng khi điều trị thử.

Nội soi tiêu hóa chỉ được chỉ định khi không đáp ứng điều trị, có triệu chứng đường tiêu hóa trầm trọng hoặc có xuất huyết tiêu hóa nặng.

Điều trị chủ yếu bao gồm tránh dùng cà phê, rượu, thuốc lá và các thức ăn nhiều gia vị, thuốc kháng axít, ức chế bơm proton và ức chế H2.

Kháng sinh được dùng cho những bệnh nhân nhiễm *Helicobater pylori*.

HỘI CHỨNG MENDELSON

Hội chứng hít sặc axít là một trong những nguyên nhân gây suy hô hấp cấp ở thai phụ.

Hít sặc acid rất nguy hiểm cho phổi, nhất là khi pH của dịch hít vào < 2.5 hoặc thể tích dịch hít vào > 25 mL.

Sản phụ khi vào chuyển dạ dễ có tăng nguy cơ bị hội chứng hít sặc axít. Nguy cơ tăng cao nếu kết hợp với tình trạng lo lắng, có dùng thuốc an thần, thuốc ngủ, thuốc anticholinergic, tình trạng tăng áp lực ổ bụng và áp lực trong dạ dày, làm cho bệnh nhân dễ bị nôn hơn.

Điều trị gồm thở oxy, các biện pháp duy trì sự thông thoáng đường thở và các biện pháp thường dùng để điều trị suy hô hấp cấp.

Cần chú trọng việc dự phòng. Phương pháp phòng ngừa là làm giảm tiết axít ở dạ dày.

Cần chú trọng việc dự phòng. Các biện pháp dự phòng chủ yếu là làm giảm tiết acid dạ dày. Các dung dịch sữa magnesium (liquid magnesium) và kháng acid nền nhôm (aluminium-based antacid) có thể được dùng trong chuyển dạ để làm giảm độ axít dạ dày.

Nếu bệnh nhân phải phẫu thuật và đòi hỏi phải vô cảm toàn thân thì phải xử trí như một trường hợp dạ dày đầy và đặt nội khí quản.

BỆNH VIÊM ĐẠI TRÀNG MÃN TÍNH

2 loại bệnh chính là bệnh Crohn và viêm đại tràng dạng loét. Không có thay đổi gì về diễn tiến tự nhiên của bệnh trong thai kỳ.

Hai loại chính trong bệnh này là bệnh Crohn và viêm đại tràng dạng loét, nhưng khoảng 25% bệnh nhân rất khó phân biệt giữa hai loại bệnh lý này. Sản phụ có bệnh lý này thường không có thay đổi gì về diễn tiến tự nhiên của bệnh trong thai kỳ. Nếu bệnh lý này ở dạng hoạt động trong thời điểm thụ thai thì nguy cơ sẩy thai tăng gấp đôi.

Việc điều trị những đợt trở nặng cấp của bệnh không có gì khác biệt giữa phụ nữ có thai và không có thai, ngoại trừ một số thuốc không nên sử dụng trong thai kỳ.

Nếu triệu chứng chính của bệnh nhân là tiêu chảy thì chế độ ăn nên hạn chế lactose, trái cây và rau củ. Nếu dùng chế độ ăn không có lactose thì phải bổ sung thêm canxi.

Ngoài ra có thể dùng thêm một số thuốc gây táo bón như Pepto-Bismol và psyllium hydrophilic mucilloid.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Obstetrics and gynecology 8th edition. Tác giả Beckmann. Hợp tác xuất bản với ACOG. Nhà xuất bản Wolters Kluwer Health 2018.

Tắc mật trong gan trong thai kỳ

Trần Lâm Khoa [1], Ngô Thị Kim Phụng [2]

© Bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

[1] Giảng viên, bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: lamkhoa1982@yahoo.fr

[2] Phó Giáo sư, giảng viên bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: drntkphung@hotmail.com

Mục tiêu bài giảng

Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của tắc mật trong gan trong thai kỳ
2. Trình bày được các chẩn đoán phân biệt quan trọng của tắc mật trong gan trong thai kỳ

Tắc mật trong gan là một tình trạng thường gặp trong thai kỳ ở nhiều mức độ khác nhau.

Cơ chế bệnh sinh của hội chứng tắc mật trong gan trong thai kỳ vẫn chưa được hiểu rõ. Bệnh có thể có liên quan đến di truyền, địa lý và môi trường. Đột biến trên gen MDR3 có thể có kết hợp trên 15% các trường hợp.

Triệu chứng chính là ngứa, không kèm với đau bụng hay nổi ban, có thể xuất hiện sớm ở tuần lễ 20 của thai kỳ. Hiếm khi có vàng da.

Đây là bệnh lý lành tính và không để lại di chứng trên gan của sản phụ. Nhìn chung bệnh biểu hiện bởi một số triệu chứng như: tắc mật và ngứa trong nửa sau của thai kỳ và không kèm theo các rối loạn chức năng gan khác, khuynh hướng tái phát cho những thai kỳ sau. Bệnh thường thấy kết hợp với thuốc ngừa thai uống và đa thai.

Trong chuyển dạ ghi nhận có tăng tỉ lệ nước ối phân su và tăng tỉ lệ thai lưu.

Tăng acid mật là triệu chứng cận lâm sàng duy nhất. Nếu có tăng men gan nhiều, phải đi tìm bệnh lý khác.

Cận lâm sàng có tăng axít mật huyết thanh.

Nồng độ bilirubin và men gan thường là bình thường, đôi khi có tăng nhẹ.

Nếu men gan và bilirubin tăng nhiều, phải siêu âm bụng để loại trừ tắc túi mật, cũng như phải làm huyết thanh chẩn đoán viêm gan để loại trừ viêm gan siêu vi và tầm soát kháng thể tự thân để phát hiện xơ gan do mật nguyên phát.

Điều trị là điều trị triệu chứng, bằng chăm sóc tại chỗ.

Điều trị bằng chăm sóc tại chỗ như tắm nước lạnh, tắm bicarbonate hay phenol, nhưng hiệu quả nhất là dùng axít ursodeoxycholic làm giảm ngứa, giảm nồng độ axít mật, amino transferase và bilirubin.

Rất hiếm khi phải chấm dứt thai kỳ trong hội chứng này.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Obstetrics and gynecology 8th edition. Tác giả Beckmann. Hợp tác xuất bản với ACOG. Nhà xuất bản Wolters Kluwer Health 2018.

Co giật trong thai kỳ

Trần Lâm Khoa [1], Ngô Thị Kim Phụng [2]

© Bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

[1] Giảng viên, bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: lamkhoa1982@yahoo.fr

[2] Phó Giáo sư, giảng viên bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: drntkphung@hotmail.com

Mục tiêu bài giảng

Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được đặc điểm của các thuốc điều trị co giật dùng trong thai kỳ và nguyên tắc các dùng thuốc này

PHẢI LOẠI TRỪ ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN SẢN GIẬT KHI ĐỨNG TRƯỚC BẤT KỲ MỘT TRƯỜNG HỢP CO GIẬT NÀO XẢY RA TRONG THAI KỲ

Trong thai kỳ, khi xảy ra co giật thì hành động trước tiên là phải loại trừ bằng được tình trạng co giật này là sản giật.

Loại trừ sản giật được thực hiện bằng hỏi bệnh sử, tiền sử chi tiết và tìm hiểu các dấu hiệu của tiền sản giật. Trong trường hợp không thể loại trừ được sản giật thì phải xem co giật như sản giật cho đến khi có bằng chứng ngược lại.

CO GIẬT ĐƯỢC BIẾT TRƯỚC KHI CÓ THAI

Khi co giật đã được biết từ trước, thì trong hầu hết các trường hợp, tần suất co giật không thay đổi trong thai kỳ.

Những yếu tố trong thai kỳ có thể làm tăng tần suất co giật là nôn ói làm giảm nồng độ thuốc, giảm nhu động ruột, giảm enzyme làm tăng chuyển hóa thuốc, tăng độ lọc cầu thận làm tăng thanh thải thuốc, tăng thể tích lòng mạch làm giảm nồng độ thuốc huyết tương.

Sản phụ bị co giật có nguy cơ biến chứng trong thai kỳ gấp hai lần bình thường: tiền sản giật, sẩy thai, sanh non.

Các cơn co giật gây thiếu O_2 thai. Nguy cơ thai lưu cao.

Nếu không có cơn co giật nào trong ít nhất 2 năm thì có thể ngưng thuốc chống động kinh trước khi mang thai.

Trước tiên phải nhấn mạnh rằng không có thuốc chống co giật nào là lý tưởng nhất trong thai kỳ.

Tất cả các loại thuốc ngừa động kinh cần được xem như là có khuynh hướng gây quái thai.

Vì thế, nếu không có cơn co giật nào trong ít nhất 2 năm thì có thể ngưng thuốc chống động kinh trước mang thai.

Nếu phải điều trị thì nên dùng một loại thuốc với liều thấp nhất để có thể kiểm soát được co giật.

Nếu bệnh nhân đã mang thai và tình trạng co giật được kiểm soát tốt thì không thay đổi điều trị. Nên dùng 1 loại thuốc với liều thấp nhất để có thể kiểm soát được co giật. Thuốc thường dùng nhất là phenobarbital [1] và phenytoin [2].

Không nên dùng Valproate vì nó gây quái thai nhiều hơn các thuốc khác.

Tùy thuốc dùng, mà việc bổ sung một số chất gồm folate, vitamine K, vitamine D là cần thiết.

Folate: Nên bổ sung folate 1 mg/ngày cho người đang dùng thuốc chống co giật. Nếu dùng carbamazepine hay valproate thì phải bổ sung folate 4mg/ngày.

Vitamine K: Bổ sung thêm 10mg/ngày vitamine K trong những tháng cuối của thai kỳ nếu sử dụng enzyme-inducing AEDs như phenobarbital, carbamazepine, phenytoin, topiramate, oxcarbazepine.

Vitamine D: Những bệnh nhân được điều trị với phenobarbital, primidone, phenytoin nên được bổ sung vitamine D từ tuần lễ 34.

Tương tác thuốc có thể ảnh hưởng đến điều trị với phenyltoin.

Phenytoin gây cản trở hấp thu canxi ở ruột do đó làm hạ canxi ở mẹ và thai.

Antacids và antihistamine nên được tránh dùng ở những bệnh nhân đang điều trị với phenytoin vì làm giảm nồng độ thuốc trong huyết thanh và có thể gây cơn co giật.

Điều trị cơn co giật không khác biệt so với khi không có thai gồm giữ thông đường thở, chống co giật và monitoring tình trạng thai. Xử trí trong chuyển dạ tùy chỉ định sản khoa.

Phải nhập viện để điều trị cơn co giật. Việc xử trí không khác biệt gì so với những bệnh nhân không có thai, gồm (1) làm thông thoáng đường thở, cung cấp oxy, (2) chống co giật bằng zepam tiêm mạch chậm, theo sau bằng (3) điều trị với phenytoin, với tốc độ không nhanh quá 25-50 mg/phút.

Nếu bệnh nhân tiếp tục co giật thì có thể thêm pentobarbital và đặt nội khí quản cho bệnh nhân.

Cần thực hiện monitoring tim thai liên tục. Xử trí trong chuyển dạ tùy theo chỉ định của sản khoa.

Mặc dù thuốc chống co giật có thể qua sữa mẹ lượng ít nhưng không có chống chỉ định cho con bú.

[1] Phenobarbital được dùng với liều 100-250 mg/ngày, được chia thành nhiều liều. Nồng độ thuốc trong huyết thanh phải được theo dõi. Nồng độ này tăng từ từ cho đến khi đạt được nồng độ điều trị 10-40 µg/mL.

[2] Phenytoin được dùng với liều 300-500 mg/ngày, đơn liều hay đa liều để đạt đến nồng độ huyết thanh là 10-20 µg/mL (1-2µg/mL thuốc tự do).

Có thể dùng một số thuốc chống động kinh thế hệ 1 như trimethadione, clonazepam, carbamazepine. Cũng có thể dùng một số thuốc chống động kinh thế hệ 2 như lamotriginen topiramate, gabapentin.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Obstetrics and gynecology 8th edition. Tác giả Beckmann. Hợp tác xuất bản với ACOG. Nhà xuất bản Wolters Kluwer Health 2018.

Suy thận cấp trong thai kỳ hoặc trong thời kỳ hậu sản

Trần Lâm Khoa [1], Ngô Thị Kim Phụng [2]

© Bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

[1] Giảng viên, bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: lamkhoa1982@yahoo.fr

[2] Phó Giáo sư, giảng viên bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: drntkphung@hotmail.com

Mục tiêu bài giảng

Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Liệt kê được các nguyên nhân gây suy thận cấp trong thai kỳ
2. Liệt kê được các cận lâm sàng đánh giá chức năng thận trong suy thận cấp trong thai kỳ
3. Trình bày được các nguyên tắc điều trị chính trong suy thận cấp trong thai kỳ

Suy thận cấp trong thai kỳ hoặc hậu sản là suy giảm chức năng thận thứ phát sau bệnh thận sẵn có hoặc rối loạn do thai kỳ.

Nguyên nhân của suy thận cấp trong thai kỳ hoặc trong thời kỳ hậu sản có thể là do trước thận, tại thận hoặc sau thận. Nguyên nhân trước thận có thể là do mất máu hoặc dịch nhiều như trong xuất huyết sản khoa. Nguyên nhân tại thận thường là do những bệnh lý có sẵn hoặc tình trạng tăng đông máu như xuất huyết giảm tiểu cầu hay hội chứng tán huyết. Hạ huyết áp kéo dài có thể gây ra hoại tử vỏ thận hoặc ống thận cấp. Nguyên nhân sau thận thường ít gặp nhưng nên nghi ngờ trong trường hợp có tổn thương tắc nghẽn hệ niệu hoặc có sỏi hệ niệu.

Cận lâm sàng đánh giá chức năng thận gồm

1. Lượng nước tiểu
2. Tỉ lệ BUN/creatinine
3. Độ thanh thải Na^+
4. Áp lực keo nước tiểu

Thiểu niệu được định nghĩa là khi cung lượng nước tiểu dưới 25 mL/giờ.

Trong thai kỳ, giá trị BUN và creatinine tăng nhưng tỉ lệ giữa BUN và creatinine không đổi, duy trì khoảng 20:1. Tỉ lệ này tăng chứng tỏ có giảm tưới máu ống thận.

Áp keo của nước tiểu > 500 mOsm/L hay tỉ lệ áp lực của nước tiểu/huyết thanh > 1.5:1 gợi ý giảm tưới máu thận.

Trong đánh giá chung, còn cần phải đánh giá tình trạng tim mạch. Mất máu hoặc dịch cấp sẽ làm giảm huyết áp, tăng nhịp tim, giảm tưới máu da và giảm tiết mồ hôi. Các triệu chứng này thường bị lu mờ nếu bệnh nhân có tình trạng tăng huyết áp trước đó, như ở bệnh nhân tăng huyết áp hay tiền sản giật, gây bỏ sót tình trạng sốc giảm thể tích. Nếu có chỉ định, catheter Swan-Ganz theo dõi áp lực đổ đầy thất trái và phải, hậu tải và áp lực mao mạch phổi.

Về bệnh lý tắc nghẽn đường niệu, thông thường đặt sonde Foley và siêu âm thận là đủ để chẩn đoán những tổn thương tắc nghẽn. Hiếm khi cần phải chụp đài bể thận có cản quang. Cần phải phân biệt thận ứ nước sinh lý trong thai kỳ với tắc nghẽn thật sự.

ĐIỀU TRỊ SUY THẬN CẤP TRONG THAI KỲ TÙY VÀO NGUYÊN NHÂN LÀ TRƯỚC THẬN, TẠI THẬN HAY SAU THẬN

Điều trị suy thận cấp trước thận gồm việc đổ đầy dịch, duy trì hậu tải và huyết áp là đủ để điều trị thiểu niệu.

Cần lưu ý vấn đề cân bằng ion khi dùng một lượng lớn dịch tinh thể.

Trong điều trị suy thận cấp tại thận, lợi tiểu làm tăng lượng nước tiểu làm giảm thời gian và độ nặng của hoại tử ống thận và làm tăng tỉ lệ sống.

Suy thận cấp tại thận có thể có hoại tử vỏ thận hoặc ống thận cấp hoặc cả hai. Hoại tử vỏ thận thường là những tổn thương không phục hồi do đó việc điều trị chủ yếu là phòng ngừa các biến chứng nguy hiểm về sau.

Lợi tiểu làm tăng lượng nước tiểu làm giảm thời gian và độ nặng của hoại tử ống thận và làm tăng tỉ lệ sống. Furosemide được cho đầu tiên và sau mỗi 4-6 giờ trong 48 giờ nếu có đáp ứng. Nếu lượng nước tiểu không tăng sau khi dùng lợi tiểu, chúng ta bắt đầu dùng chế độ dịch truyền dành cho thiểu niệu. Hạn chế dịch truyền vừa đủ cho lượng nước tiểu và lượng nước mất không nhìn thấy. Trong vòng một vài ngày sau giai đoạn thận thiếu máu cục bộ, chức năng thận xấu đi nhiều, tuy nhiên sau 7-10 ngày, hầu hết bệnh nhân bị hoại tử ống thận cấp đều có cải thiện. Lọc máu được chỉ định khi chức năng thận giảm nhanh hoặc không phục hồi.

Suy thận cấp sau thận là do tắc nghẽn cơ học. Điều trị là giải quyết nguyên nhân gây bế tắc.

Trong một số trường hợp, một số phương pháp đơn giản như cho bệnh nhân nằm nghiêng trái để tử cung không chèn ép niệu quản hoặc đặt sonde Foley vào trong bàng quang để vượt qua chỗ tắc nghẽn có thể giải quyết được vấn đề. Trong những trường hợp tắc nghẽn niệu quản hoặc thận trong vùng chậu, chỉ định phẫu thuật để giải quyết chỗ tắc nghẽn.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Obstetrics and gynecology 8th edition. Tác giả Beckmann. Hợp tác xuất bản với ACOG. Nhà xuất bản Wolters Kluwer Health 2018.