

KHẢO SÁT TỶ LỆ, MỨC ĐỘ NÔN NGHÉN VÀ ẢNH HƯỞNG CỦA NÔN NGHÉN ĐẾN CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA THAI PHỤ TRONG 3 THÁNG ĐẦU TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Đàm Như Bình^a

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu

Xác định tỷ lệ thai phụ có nôn nghén và mức độ nôn nghén của thai phụ bằng bộ công cụ PUQE. Tìm hiểu các yếu tố liên quan đến mức độ nôn nghén. Đánh giá ảnh hưởng của nôn nghén lên chất lượng sống của thai phụ bằng sử dụng bộ công cụ NVPQOL.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 89 thai phụ mang thai trong ba tháng đầu thai kỳ tại Khoa Khám Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ. Đánh giá mức độ nôn nghén bằng thang PUQE. Mức độ nôn nghén chia thành ba mức độ nhẹ: ≤ 6 điểm; Trung bình: 7-12 điểm; Nặng: ≥ 13 điểm.

Kết quả: Tỷ lệ thai phụ nôn nghén trong ba tháng đầu thai kỳ là 85,2%. Mức độ nôn nghén ở thai phụ 3 tháng đầu thai kỳ theo phân độ PUQE nhẹ, vừa, nặng lần lượt là 28,4%, 59,1, 12,5%. Mức độ nôn nghén càng nặng chất lượng cuộc sống thai phụ càng giảm theo thang công cụ NVPQOL.

Kết luận: Nôn nghén trong ba tháng đầu thai kỳ chiếm tỉ lệ cao. Cần quan tâm nhiều hơn trong đánh giá mức độ nôn nghén trong quá trình khám thai định kỳ nhằm phát hiện và điều trị kịp thời. Việc sử dụng thang đánh giá mức độ nôn nghén PUQE có thể được thực hiện trong quá trình khám thai định kỳ.

Từ khóa: nôn nghén, PUQE.

ABSTRACT

PREVALENCE, ASSOCIATED FACTORS AND EFFECTS OF NAUSEA, VOMITING IN PREGNANCY ON HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE DURING EARLY PREGNANCY.

Đàm Như Bình^a

SUMMARY

Objectives: To determine the prevalence and associated factors and the effects of nausea, vomiting in pregnancy on health related quality of life in the first trimester of pregnancy by using PUQE.

Subjects and methods: A cross-sectional study designed on 89 women in the first trimester of pregnancy at Can tho OB/GYN Hospital. The Pregnancy- Unique Quantification of Emesis (PUQE) was used to screen nausea, vomiting in pregnancy.

Result: Prevalence of nausea, vomiting in pregnancy in the first trimester of pregnancy is 85,2%. The severe of nausea, vomiting in pregnancy is strongly associated with decreased quality of life.

Conclusion: The prevalence of nausea, vomiting in the first trimester was high. This confirm the importance of paying attention by healthcare professional to the presence of these symptoms and the consequences for the woman in early pregnancy. Our study suggests that PUQE can be a standardised screening tool for nausea, vomiting in pregnancy in the routine antenatal care.

Keywords: nausea, vomiting in pregnancy, Pregnancy- Unique Quantification of Emesis (PUQE).

^aThạc sĩ. Bs Đàm Như Bình

Tác giả liên lạc: Đàm Như Bình

ĐT: 0787997129

Email: drdamnhubinh@yahoo.com

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Buồn nôn và nôn trong thai kỳ (*Nausea and vomiting of pregnancy-NVP*) hay còn gọi là nôn nghén xảy ra khoảng 50-80% các trường hợp mang thai, thường vào 3 tháng đầu thai kỳ [12]. Tình trạng buồn nôn và nôn ói 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[17]. Tình trạng nghén nặng, xảy ra ở khoảng 0,3-3,6% trong số thai phụ có nôn nghén[4]. Đây là lý do phổ biến nhất gây nhập viện trong 3 tháng đầu thai kỳ. Khi nôn nặng sẽ dẫn đến mất nước, rối loạn điện giải, biến chứng thần kinh, suy dinh dưỡng, ảnh hưởng đến thai nhi và sức khỏe người mẹ[5]. Một số yếu tố liên quan đến nôn do thai bao gồm mẹ con so, tuổi trẻ, cân nặng trước sinh của mẹ cao[15].

Thanh công cụ được sử dụng để sàng lọc và phân loại mức độ nôn nghén phổ biến nhất trên thế giới và trong các nghiên cứu là thanh công cụ INVR (Rhodes Index of Nausea, Vomiting and Retching) và thanh công cụ PUQE (Pregnancy- Unique Quantification of Emesis and Nausea) [16], [7]. Thanh công cụ đo lường chất lượng cuộc sống gồm có thanh NVPQOL được xây dựng bởi Magee và cộng sự nhằm đánh giá ảnh hưởng của buồn nôn và nôn ói trong thai kỳ lên chất lượng cuộc sống của thai phụ, ngoài ra còn có các thanh công cụ khác như Medical Outcomes Study Short Form (SF36), SF12 [11].

Dù buồn nôn và nôn thường xảy ra trong thai kỳ, có nhiều nghiên cứu nhằm đánh giá về ảnh hưởng của tình trạng này lên cuộc sống trên người phụ nữ, một số nghiên cứu cho thấy buồn nôn và nôn ói có liên quan đến giảm chất lượng cuộc sống hằng ngày của người phụ nữ, khiến phụ nữ không muốn có thai lại, triệu chứng nôn nghén càng nặng thì ảnh hưởng tiêu cực càng lớn, cứ một trong bốn thai phụ được phỏng vấn cân nhắc chấm dứt thai kỳ liên quan đến NVP[8], [13], [3]. Những phụ nữ có triệu chứng nôn nghén nặng cho thấy giảm chất lượng sống về thể chất gần như những phụ nữ ung thư vú, và chất lượng sống về tinh thần giảm tương tự những phụ nữ bị trầm cảm sau sinh[2]. Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ là một Bệnh viện trung tâm tại Đồng Bằng Sông Cửu Long, chưa có nghiên cứu nào về mức độ nôn nghén và ảnh hưởng của nôn nghén lên chất lượng sống của thai phụ. Chính vì vậy, chúng tôi quyết định tiến hành nghiên cứu “Khảo sát tỷ lệ, mức độ nôn nghén và chất lượng sống của thai phụ nôn do thai trong 3 tháng đầu thai kỳ” với ba mục tiêu

1. Xác định tỷ lệ thai phụ có nôn nghén trong 3 tháng đầu thai kỳ và mức độ nôn nghén của thai phụ bằng bộ công cụ PUQE (Pregnancy- Unique Quantification of Emesis and Nausea scale).
2. Tìm hiểu các yếu tố liên quan đến mức độ nôn nghén của thai phụ trong 3 tháng đầu thai kỳ.
3. Đánh giá ảnh hưởng của nôn nghén lên chất lượng sống của thai phụ bằng sử dụng bộ công cụ NVPQOL.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi chọn 89 thai phụ có tuổi thai từ 6 đến 14 tuần đến khám thai định kỳ tại khoa Khám Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu gồm thai phụ có tuổi từ 18 trở lên, mang đơn thai, tuổi thai từ 6 đến 14 tuần dựa vào siêu âm quý I, có khả năng đọc hiểu Tiếng Việt, đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ gồm các thai phụ thuộc nhóm thai kỳ các bệnh lý nôn do thai khác: thai trứng, u nguyên bào nuôi; tiền sử có bệnh lý đường tiêu hóa: viêm ruột thừa, viêm dạ dày, viêm túi mật, viêm tụy, xuất huyết tiêu hóa, tắc ruột, ung thư đường tiêu hóa; có bệnh lý nội, ngoại khoa khác trong quá trình mang thai buộc phải can thiệp không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Dân số nghiên cứu

Phụ nữ mang thai 3 tháng đầu

Thời gian nghiên cứu từ tháng 5/2021 đến tháng 10/2021 tại Khoa khám Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ.

Cỡ mẫu được tính bằng công thức ước lượng tỷ lệ trong một quần thể:

$$n = \frac{z^2(1-\alpha/2)p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu

d: độ chính xác tuyệt đối, $d = 0,06$.

α : xác suất sai lầm loại I, $\alpha = 0,05$, với độ tin cậy 95% do đó $Z_{0,975} = 1,96$.

p: Tỷ lệ ước lượng của bệnh trong quần thể. Theo nghiên cứu của tác giả Oi Ka Chan và cộng sự (2010), Tỷ lệ buồn nôn và nôn trong thai kỳ ước tính khoảng 90,9%. Chúng tôi lấy $p=0,909$.

$\Rightarrow N = 88,2 \approx 89$ trường hợp.

2.3. Công cụ nghiên cứu

Chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi PUQE (Pregnancy- Unique Quantification of Emesis and Nausea scale) để đánh giá mức độ nôn nghén do thai. Bộ câu hỏi PUQE gồm 3 câu hỏi đánh giá mức độ nôn nghén của thai phụ trong vòng 24 giờ trước khi đánh giá. 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 dựa trên tình trạng của bản thân. Tổng điểm các câu hỏi sẽ là điểm số thể hiện mức độ nôn nghén, số điểm tối đa là 15 điểm. Điểm số ≤ 6 điểm xếp mức độ nhẹ, điểm số từ 7-12 điểm xếp mức độ trung bình, điểm số ≥ 13 điểm xếp mức độ nặng.

Thanh công cụ đánh giá 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). Mỗi mục của thanh công cụ được đo bằng cách sử dụng thang điểm Likert 7 điểm, từ 1 điểm (Hoàn toàn không xảy ra), 2 điểm (rất ít xảy ra), 3 điểm (ít xảy ra), 4 điểm (Trung bình), 5 điểm (thỉnh thoảng xảy ra), 6 điểm (thường xuyên xảy ra) đến 7 điểm (luôn luôn xảy ra). Đánh giá 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 cả 4 mặt PSAF, E, F, L. Với công cụ NVPQOL, mỗi bệnh nhân như vậy có 07 giá trị điểm tương ứng với 4 mặt đánh giá và tổng điểm chung. Điểm số càng thấp cho thấy chất lượng cuộc sống càng cao. Kết quả chất lượng sống của nhóm nghiên cứu sẽ là giá trị trung bình của tổng điểm trên toàn bộ bệnh nhân.

2.4. Các bước tiến hành nghiên cứu

Tất cả các thai phụ đến khám thai tại phòng khám khoa Khám Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ từ 7g00 đến 16g00 hằng ngày (từ thứ hai đến thứ sáu) trong khoảng thời gian từ tháng 5/2021 đến tháng 10/2021. Các đối tượng thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được chúng tôi cho ký bảng đồng thuận tham gia nghiên cứu.

cứu và tiến hành phỏng vấn dựa trên bộ câu hỏi soạn sẵn. Người phỏng vấn sẽ hỏi trực tiếp, câu trả lời của thai phụ được người phỏng vấn điền vào bảng thu thập số liệu theo ý của người tham gia.

Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu thu thập được sẽ được mã hóa và xử lý bằng phần mềm IBM SPSS phiên bản 25.

3. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ tháng 5/2021 đến tháng 10/2021, chúng tôi phỏng vấn được 89 thai phụ tuổi thai từ 6 đến 14 tuần đến khám thai định kỳ tại BVPSTPCT thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, sau khi được giải thích rõ về mục tiêu nghiên cứu, tất cả các thai phụ đều đồng ý tham gia nghiên cứu.

3.1.1 Đặc điểm dịch tễ học của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3. 1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tổng số (N=89)	Tỷ lệ (%)
Tuổi thai phụ	TB=29,84± 6,03 (16-43)	
- <25	16	18
- 25-35	57	64,8
- >35	16	18,2
Nghề nghiệp		
- Nông dân	4	4,5
- Công nhân	10	11,4
- Viên chức	39	43,2
- Buôn bán	12	13,6
- Nội trợ	24	27,3
Trình độ học vấn		
- Cấp I	8	9,1
- Cấp II	21	23,9
- Cấp III	34	38,6
- Đại học	26	28,4

Nhận xét:

Tuổi trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu là 29,84± 6,03, tuổi nhỏ nhất là 16 tuổi, tuổi lớn nhất là 43 tuổi. Trong đó phần lớn các đối tượng tập trung trong độ tuổi 25-35 tuổi chiếm tỉ lệ 64,8%, kế đó là nhóm tuổi >35 tuổi chiếm tỉ lệ 18,2% và nhóm tuổi <25 tuổi chiếm tỉ lệ 17%.

Về nghề nghiệp, đa số là viên chức, chiếm tỉ lệ 43,2%. Kế đến là nội trợ, chiếm tỉ lệ 27,3%. Nhóm tiếp theo là nhóm buôn bán chiếm tỉ lệ 13,6%. Nhóm công nhân và nông dân chiếm tỉ lệ thấp nhất, lần lượt là 11,4% và 4,5%.

Nhóm có trình độ học vấn Cấp III chiếm tỉ lệ cao nhất là 38,6%. Đứng thứ hai là trình độ Đại học chiếm tỉ lệ 28,4%. Nhóm đối tượng trình độ học vấn là cấp II chiếm 23,9%. Nhóm chiếm tỉ lệ thấp nhất là nhóm trình độ cấp, chiếm 1,4%.

3.1. Tỷ lệ buồn nôn và nôn trong 3 tháng đầu thai kỳ

Bảng 3. 2 Tỷ lệ buồn nôn và nôn trong 3 tháng đầu thai kỳ

	n	Tỷ lệ (%)
Không	14	14,8
Có	75	85,2

Nhận xét:

Trong số 89 đối tượng được phỏng vấn, có 75 thai phụ trả lời có triệu chứng nghén chiếm tỉ lệ 85,2%, còn lại 14,8% thai phụ không có nghén trong khi mang thai.

3.2. Mức độ nôn nghén bằng PUQE

Bảng 3. 3 Mức độ nôn nghén dựa trên PUQE

	n	Tỷ lệ (%)
Nôn nhẹ (≤ 6 điểm)	25	28,4
Nôn vừa (7-12 điểm)	53	59,1
Nôn nặng (≥ 13 điểm)	11	12,5
Tổng	89	100

Nhận xét

Dựa vào bảng phân độ nghén PUQE, chiếm tỉ lệ thấp nhất là nhóm nôn nặng, chiếm tỉ lệ 12,5%, nhóm chiếm tỉ lệ cao nhất là nôn mức độ vừa chiếm tỉ lệ 59,1%, nhóm nôn nhẹ có 25 thai phụ chiếm tỉ lệ 28,4%.

3.3. Chất lượng sống đánh giá bằng bộ công cụ NVPQOL

Bảng 3. 4 Chất lượng sống của đối tượng nghiên cứu dựa trên NVPQOL

	Mã	Điểm trung bình $\pm$ SD
CLS về lâm sàng và các yếu tố làm nặng (PSAF- 9 câu hỏi)	PSAF (Tối đa =63)	37,64 $\pm$ 17,90
CLS về mệt mỏi (F- 4 câu)	F (Tối đa= 28)	16,61 $\pm$ 8,10
CLS về mặt tình cảm (E-7 câu)	E (Tối đa= 49)	27,16 $\pm$ 10,70
CLS về mặt hạn chế (L- 10 câu)	L (Tối đa= 70)	35,90 $\pm$ 14,88
Chất lượng sống chung	NVPQOL (Tối đa=210)	117,55 $\pm$ 44,97

Nhận xét

Dựa vào bộ câu hỏi khảo sát chất lượng sống NVPQOL, tổng điểm chất lượng cuộc sống chung của các thai phụ tham gia nghiên cứu trung bình là 117,55 $\pm$ 44,97, trong đó, nhóm chất lượng sống về lâm sàng và các yếu tố làm nặng (PSAF) có điểm số trung bình là 37,64 $\pm$ 17,90, nhóm chất lượng sống về mệt mỏi (F) có điểm trung bình là 16,61 $\pm$ 8,10, nhóm chất lượng sống về mặt tình cảm có điểm trung bình là 27,16 $\pm$ 10,70, nhóm chất lượng sống về mặt hạn chế có điểm trung bình là 35,90 $\pm$ 14,88.

4. BÀN LUẬN

4.2.1 Tỉ lệ buồn nôn, nôn ói do thai (NVP)

Bảng 4. 1 Tỷ lệ nôn nghén chung trên thế giới

Tác giả	Quốc gia	N	Tỷ lệ NVP
Jahangiri (2011)[6]	Mỹ	45	57,8%
L Fiaschi (2019)[9]	Anh	417028	90,0%
A Lacasse (2008)[10]	Canada	367	78,5
Chúng tôi (2021)	Việt Nam	89	85,2%

Nhận xét

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ nôn nghén là 85,2%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nhìn chung có sự tương đồng về tỉ lệ nôn nghén chung của các thai phụ trong 3 tháng đầu, với tỉ lệ dao động từ 70-90% [18], [20]

Tỉ lệ nôn nghén trong nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả Mori, trong nghiên cứu này tỉ lệ nôn nghén trên 132 thai phụ là 84,1%. Nghiên cứu của tác giả Whitehead trên 984 thai phụ cũng có kết quả tỉ lệ nôn nghén 3 tháng đầu là 84% [14], [19].

Kết quả từ nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt với nghiên cứu của tác giả Jahangiri, L Fiaschi và A Lacasse. Kết quả của chúng tôi có tỉ lệ nôn nghén cao hơn so với tỉ lệ nôn nghén từ kết quả của Jahangiri và A Lacasse, với tỉ lệ nôn nghén lần lượt là 57,8% và 78,5%. Tỉ lệ nôn nghén của chúng tôi cũng thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả L Fiaschi. Điều này có thể lý là do sự khác biệt về cỡ mẫu, dân tộc.

4.2.2 Mức độ nôn nghén đánh giá bằng bộ công cụ PUQE

Chúng tôi sử dụng thanh công cụ PUQE để khảo sát mức độ nôn nghén trong 3 tháng đầu, bộ công cụ này chia mức độ nôn nghén thành 3 mức độ nhẹ, vừa và nặng dựa trên số điểm do thai phụ tự đánh giá. Sự phân bố về tỉ lệ nôn nghén trong nghiên cứu của chúng tôi tập trung chủ yếu ở đối tượng nôn vừa (59,1%), kế đến là nôn nhẹ (28,4%), nhóm nôn nặng chiếm 12,5%. Chỉ số từ thanh công cụ PUQE là một công cụ ngắn gọn, dễ dàng ứng dụng trên lâm sàng và tin cậy để đánh giá mức độ nôn nghén, đã được các nhóm chuyên gia và bác sĩ lâm sàng đồng thuận sử dụng trong nhiều nghiên cứu [7]. Trong nghiên cứu của tác giả A Lacasse (2008), nhóm nôn nhẹ chiếm tỉ lệ cao nhất (52,2%), kế đến là nhóm nôn vừa (45,3%), nhóm nôn nặng chỉ chiếm 2,5% [10]. Sự khác biệt có thể do cỡ mẫu chúng tôi là 89, trong khi nghiên cứu của tác giả A Lacasse là 507 thai phụ, và thiết kế nghiên cứu của chúng tôi là thiết kế cắt ngang, và nghiên cứu của tác giả A Lacasse là thiết kế tiến cứu, nhóm đối tượng cũng có sự khác biệt, nghiên cứu của chúng tôi chọn nhóm thai phụ dưới 14 tuần tuổi thai, nghiên cứu của tác giả A Lacasse chọn nhóm đối tượng dưới 16 tuần tuổi thai. Mức độ nôn nghén trên y văn đạt đỉnh vào tuần 8 đến 12 tuần, sau đó giảm dần mức độ theo tuổi thai, vì vậy nên nhóm nôn nhẹ của tác giả A Lacasse cao hơn nghiên cứu của chúng tôi.

Mức độ nôn nghén của chúng tôi cũng có sự khác biệt với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Bích Ngọc và Nguyễn Vũ Quốc Huy. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Bích Ngọc sử dụng thanh công cụ INVR là thanh đo mức độ nôn nghén được sử dụng ban đầu để đo mức độ nôn nghén ở các bệnh nhân ung thư được hóa trị. Kết quả của tác giả Nguyễn Thị Bích Ngọc, nhóm nôn nhẹ chiếm tỉ lệ cao nhất (59,8%), rồi đến nôn vừa (24,5%), nhóm nôn nặng chiếm tỉ lệ 8,3%, không nôn chiếm 4,1%, nôn nghiêm trọng chiếm tỉ lệ rất thấp 3,1%. Sự khác biệt có thể do chúng tôi và tác giả Nguyễn Thị Bích Ngọc sử dụng thanh công cụ đo lường khác nhau, trong khi chúng tôi sử dụng thanh PUQE chia mức độ nôn nghén thành 3 mức độ (nhẹ, vừa, nặng), chỉ số Rhodes chia mức độ nôn nghén thành 5 mức độ (không nôn, nhẹ, vừa, nặng, nghiêm trọng) [1].

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

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). Mỗi mục của thanh công cụ được đo bằng cách sử dụng thang điểm Likert 7 điểm, từ 1 điểm (Hoàn toàn không xảy ra), 2 điểm (rất ít xảy ra), 3 điểm (ít xảy ra), 4 điểm (Trung bình), 5 điểm (thỉnh thoảng xảy ra), 6 điểm (thường xuyên xảy ra) đến 7 điểm (luôn luôn xảy ra). Đánh giá 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 cả 4 mặt PSAF, E, F, L. Với công cụ NVPQOL, mỗi bệnh nhân như vậy có 07 giá trị điểm tương ứng với 4 mặt đánh giá và tổng điểm chung. Điểm số càng thấp cho thấy chất lượng cuộc sống càng cao. Kết quả chất lượng sống của nhóm nghiên cứu sẽ là giá trị trung bình của tổng điểm trên toàn bộ bệnh nhân.

Qua đánh giá 89 đối tượng có triệu chứng nôn nghén thì kết quả chất lượng sống cả 4 mặt (triệu chứng lâm sàng và các yếu tố làm nặng- PSAF; mệt mỏi, cảm xúc, giới hạn) đều cao hơn 50% so với tổng điểm tối đa, trong đó chất lượng sống về triệu chứng lâm sàng và các yếu tố làm nặng PSAF có giá trị cao nhất $37,64 \pm 17,90$, kế đến là CLS về mặt hạn chế (L) $35,90 \pm 14,88$, CLS về mặt tình cảm (E) $27,16 \pm 10,70$, và cuối cùng là CLS về mặt mệt mỏi (F) $16,61 \pm 8,10$.

Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Bích Ngọc đánh giá 97 đối tượng có triệu chứng nôn nghén thì chất lượng cuộc sống về mặt tình cảm có giá trị cao nhất ($75,4 \pm 17,41$), chất lượng sống về mặt hạn chế ($72,6 \pm 19,93$), chất lượng sống về lâm sàng và các yếu tố làm nặng ($66,4 \pm 20,05\%$), thấp nhất là chất lượng sống về mặt thể chất ($62,9 \pm 22,64$) [1].

KẾT LUẬN

Từ tháng 5/2021 đến tháng 9/2021, chúng tôi tiến hành khảo sát 89 thai phụ ba tháng đầu thai kỳ đến khám tại Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ và rút ra các kết luận sau:

1. Tỷ lệ nôn nghén ba tháng đầu thai kỳ là 85,2%.
2. Mức độ nôn nghén ở thai phụ 3 tháng đầu thai kỳ theo phân độ PUQE nhẹ, vừa, nặng lần lượt là 28,4%, 59,1, 12,5%.
3. Mức độ nôn nghén càng nặng chất lượng cuộc sống thai phụ càng giảm theo thang công cụ NVPQOL.

KIẾN NGHỊ

Cần quan tâm nhiều hơn trong phân độ nôn nghén trong quá trình khám thai định kỳ. Việc phát hiện sớm các thai phụ nghén sẽ giúp công tác chăm sóc thai sản trở nên hoàn thiện hơn, cũng như kết hợp với bệnh viện chuyên khoa nhằm điều trị giúp các thai phụ vượt qua được bệnh lý này. Việc đánh giá mức độ nôn nghén và ảnh hưởng của nôn nghén đến thai phụ bằng bộ công cụ PUQE và NVPQOL có thể được thực hiện trong quá trình khám thai định kỳ, không tốn kém nhiều chi phí, thời gian thực hiện nhanh chóng. Bộ câu hỏi có thể được sử dụng phỏng vấn dễ dàng bởi bác sĩ, nữ hộ sinh, điều dưỡng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Bích Ngọc, Nguyễn Vũ Quốc Huy, (2013), "Khảo sát mức độ nôn nghén và chất lượng sống của thai phụ nôn do thai trong nửa tháng đầu thai kỳ", *Tạp chí Y dược học Trường Đại Học Y Dược Huế*, 14 pp.
2. A Lacasse, E Rey, E Ferreira, C Morin, (2008), "Nausea and vomiting of pregnancy: what about quality of life?", *BJOG International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, pp.
3. Chan OK, Sahota DS, Leung TY, Chan LW, et al, (2010), "Nausea and vomiting in health-related quality of life among Chinese pregnant women", *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 50 pp. 512-518.
4. Einarson TR, Piwko C, Koren G., (2013), "Quantifying the global rates of nausea and vomiting of pregnancy: a meta analysis", *J Popul Ther Clin Pharmacol*, 20 pp. 171-183.
5. Eliakim R, Abulafia O, Sherer DM, (2000), "Hyperemesis gravidarum: a current review", *Am J Perinatol*, 17 pp. 297-218.
6. Jahangiri F, Hirshfeld-Cytron J, Goldman K, (2011), "Correlation between depression, anxiety, and nausea and vomiting during pregnancy in an in vitro fertilization population: a pilot study.", *J Psychosom Obstet Gynaecol* 32 pp. 113-118.

7. Koren G, Boskovic R, Hard M, Maltepe C, et al, (2002), "Motherisk—PUQE (pregnancy-unique quantification of emesis and nausea) scoring system for nausea and vomiting of pregnancy", *Am J Obstet Gynecol*, 186 pp. 228-231.
8. Kristine Heitmann, Hedvig Nordeng, Gro C. Havnen, Anja Solheimsnes, et al, (2017), "The burden of nausea and vomiting during pregnancy: severe impacts on quality of life, daily life functioning and willingness to become pregnant again – results from a cross-sectional study", *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17 pp. 75.
9. L Fiaschi, C Nelson-Piercy, S Deb, R King, (2019), "Clinical management of nausea and vomiting in pregnancy and hyperemesis gravidarum across primary and secondary care: a population-based study", *BJOG International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 126 pp. 1201-1211.
10. Lacasse A, Rey E, Ferreira E, (2008), "Nausea and vomiting of pregnancy: what about quality of life?", *BJOG International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 115 pp. 1484-1493.
11. Magee LA, Chandra K, Mazzotta P, Stewart D, et al, (2002), "Development of a health-related quality of life instrument for nausea and vomiting of pregnancy", *Am J Obstet Gynecol*, 186 pp. 232-238.
12. Matthews A, Haas DM, O'Mathúna DP, Dowswell T, et al, (2014), "Interventions for nausea 251 and vomiting in early pregnancy", *Cochrane Database Syst Rev*, 3 pp.
13. Mojgan Naeimi rad, Minoor Lamyian, (2015), "Quality of life in women with nausea and vomiting from pregnancy", *Caspian J Reprod Med*, 1 pp. 18-21.
14. Mori M, Amino N, Tamaki H, (1988), "Morning sickness and thyroid function in normal pregnancy", *Obstet Gynecol* 72 pp. 355-359.
15. Pauliina Elliläa, Linda Laitinenä, Miina Nurmiä, Päivi Rautavab, et al, (2018), "Nausea and vomiting of pregnancy: A study with pregnancy-unique quantification of emesis questionnaire", *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 230 (2018) 60–67, 230 pp. 60-67.
16. 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.
17. Sherman P.W., Flaxman S.M, (2002), "Nausea and vomiting of pregnancy in an evolutionary perspective", *Am J Obstet Gynecol*, 186 pp. 190-197.
18. Tierson FD, Olsen CL, Hook EB, (1986), "Nausea and vomiting of pregnancy and association with pregnancy outcome", *Am J Obstet Gynecol* 155 pp. 1017-1022.
19. Whitehead SA, Andrews PLR, Chamberlain GVP, (1992), "Characterisation of nausea and vomiting in early pregnancy: a survey of 1000 women", *J Obstet Gynaecol* 12 pp. 364-369.
20. Zhou Q O B B, Soeken K. Rhodes Index of Nausea and, factor V F i p w A c, 251–257. a N R, (2001), "Rhodes Index of Nausea and Vomiting – Form 2 in pregnant women. A confirmatory factor analysis", *Nurs Res*, 50 pp. 251-257.