

Kết cục sản khoa về mẹ và con trong đái tháo đường thai kỳ

Trương Ngọc Diễm Trinh¹, Ngô Thị Kim Phụng²

© 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: bsdiemtrinh.noitrusan@gmail.com

² Phó Giáo sư, Giảng viên Bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: dmtkphung@hotmail.com

Mục tiêu bài giảng

Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày kết cục sản khoa ở mẹ có đái tháo đường thai kỳ
2. Trình bày kết cục sản khoa ở con có mẹ đái tháo đường thai kỳ
3. Trình bày cách theo dõi đái tháo đường thai kỳ và dự phòng kết cục xấu

Đái tháo đường thai kỳ (Gestational Diabetes Mellitus) (GDM) được định nghĩa là tình trạng bất dung nạp đường xuất hiện trong thai kỳ hay được phát hiện lần đầu tiên trong thai kỳ.

Hiện nay, đang có sự gia tăng tần suất của GDM trên toàn cầu. Việt Nam không nằm ngoài xu hướng chung đó. Tần suất GDM ở thai phụ Việt Nam tăng đáng kể trong những thập niên gần đây. Nhìn chung khoảng 10% thai kỳ có xảy ra tình trạng GDM.

Vấn đề quan trọng nhất của GDM là khả năng nó có thể gây ra các kết cục sản khoa bất lợi cho cả mẹ và con. Cơ sở dữ liệu cho thấy có mối liên quan giữa GDM không điều trị và bệnh suất cũng như tử suất chu sinh. Cơ sở dữ liệu chưa đủ mạnh để chứng minh mối liên quan giữa một GDM đã được kiểm soát với tử suất chu sinh. Hiện nay, chưa có một điểm cắt chẩn đoán rõ ràng mà trên mức đó, có thể có mối liên quan mạnh với kết cục sản khoa bất lợi ở mẹ và con.

CÁC VẤN ĐỀ CỦA GDM GÂY RA CHO CON LIÊN QUAN ĐẾN BIẾN ĐỘNG BẤT LỢI CỦA GLYCEMIA

Tần suất xảy ra thai to tăng cao trong GDM.

Đặc điểm của biến động đường huyết ở thai phụ với GDM là sự xuất hiện các đỉnh cao đường theo sau các bữa ăn. Các đỉnh glycemia này là hệ quả của tình trạng rối loạn dung nạp đường. Insuline không được phóng thích đủ để điều chỉnh glycemia ngay sau khi nó tăng cao. Nồng độ cao glycemia ở mẹ làm nồng độ glycemia ở con tăng cao do glycemia khuếch tán dễ dàng qua hàng rào nhau thai. Thai đáp ứng lại bằng cách tăng tiết insulin, để sử dụng hết lượng đường vượt nhu cầu được chuyển sang, chuyển số glucose thừa sang dạng lipid tồn trữ tại mô mỡ và gây ra thai to so với tuổi thai.

Thai to, được định nghĩa là trẻ có trọng lượng khi sinh $\geq 4,000$ gram, có thể thấy ở 12% sơ sinh từ người mẹ bình thường, và tỉ lệ này tăng lên đến 15-45% sơ sinh ở mẹ có GDM. Việc kiểm soát đường huyết tốt bằng chế độ tiết chế và có thể bằng insulin nếu cần, giúp ngăn ngừa sự phát triển thai quá mức.

Thai to trong GDM có thể bị **đột tử** trong tử cung.

Thai chết trong tử cung trước sanh: Sau khi glycemia đạt đỉnh trong máu mẹ, nó trở về mức bình thường. Glycemia trong máu con cũng giảm theo. Insulin ở con tiết ra có thể

bị lệch pha với tăng đường huyết, do thai vừa phải ứng phó với một tình trạng glycemia cao bằng cách tiết ra một lượng lớn insulin, nên lượng thừa insulin khi glycemia đã giảm có nguy cơ gây hạ glycemia ở thai.

Như vậy, ở thai nhi cũng xảy ra một biến động lớn về glycemia sau bữa ăn của mẹ. Biến động này càng lớn khi mức biến động glycemia ở mẹ càng lớn. Hạ đường huyết quan trọng có thể dẫn đến cái chết của thai nhi trong tử cung. Trong trường hợp GDM, thai chết là một thai rất to, và trước đó không có bất cứ một bất thường nào về phía thai. Do **nguy cơ thai đột tử trong tử cung** nên **cần phải tiến hành các thăm dò tiền sản tăng cường** cho thai phụ với GDM kể từ **sau tuần lễ thứ 30-32** của thai kỳ.



Hình 1: Thai to ở thai phụ có GDM

Thai to do tăng tích trữ mỡ. Thai to chủ yếu là phần thân và vai, vì thế, dễ xảy ra biến chứng kẹt vai khi sanh qua đường âm đạo.

Nguồn: img.medscapestatic.com

Ở người có GDM, có thể có thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung do suy chức năng nhau.

Dù thai to là một hiện tượng phổ biến trong GDM, nhưng thai tăng trưởng giới hạn trong tử cung (Intra Uterine Growth Restriction - IUGR) cũng có thể xuất hiện do suy thoái trao đổi qua nhau. Siêu âm khảo sát tình trạng thai có vai trò quan trọng khi có GDM.

Chậm trưởng thành của các cơ quan như phổi dẫn đến hội chứng suy hô hấp cấp ở sơ sinh và các tình trạng khác.

Ở mẹ có GDM, các cơ quan của thai như phổi, gan, hệ thần kinh, trục tuyến yên-tuyến giáp... thường chậm đạt đến mức trưởng thành. Hệ quả là thai dễ rơi vào các tình trạng nguy hiểm sau sanh như suy hô hấp cấp, hạ canxi huyết, tăng bilirubin ... Do đó, cần tránh chấm dứt thai kỳ trước 39 tuần nếu như không có bằng chứng trưởng thành

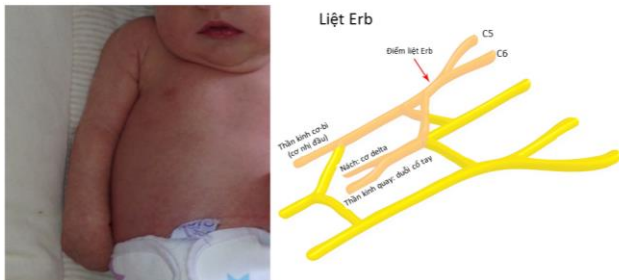
phôi. Đường huyết phải được duy trì ổn định trong lúc chuyển dạ.

Hạ đường huyết ở sơ sinh rất thường gặp nếu mẹ bị GDM.

Tình trạng này là hậu quả của gián đoạn đột ngột trao đổi mẹ con sau sanh. Insulin được sản xuất trước khi sanh nhằm tiêu thụ glucose từ mẹ vẫn còn hiệu lực, trong khi nguồn glucose qua nhau đã bị cắt đứt. Nồng độ cao tồn dư insulin sẽ gây hạ đường huyết ở sơ sinh.

Cuộc chuyển dạ với thai to tiềm ẩn nhiều nguy cơ, mà trong đó kẹt vai là biến chứng đáng sợ nhất.

Thai to trong GDM chủ yếu là to ở phần thân mình. Do vậy mà đường kính lưỡng móm vai của thai rất lớn. Trong chuyển dạ, do đầu thai không phải là phần rất lớn, nên ngôi chòm vẫn có thể lọt và tiến triển bình thường trong đường sanh. Sau khi đầu sổ, đến lượt vai lọt vào tiểu khung. Trong trường hợp bình thường, đường kính lưỡng móm vai sẽ thu nhỏ lại dễ dàng để đi vào đường kính chéo của eo trên. Trong thai to của GDM, đường kính lưỡng móm vai không thể thu nhỏ có hiệu quả. Vai lọt rất khó khăn hay không lọt được vào tiểu khung và kẹt lại ở đó. Đầu đã ra, vai không lọt và xuống đưa đến một sanh khó đòi hỏi can thiệp tối khẩn với dự hậu nặng nề cho thai, trong đó có thể có tổn thương nặng nề của đám rối thần kinh cánh tay (liệt Erb và liệt Klumpke).



Hình 2a: Liệt Erb

Là kiểu liệt phổ biến nhất sau kẹt vai do sinh thai to ở thai phụ có GDM, liên quan đến tổn thương thần trên của đám rối cánh tay (rễ C₅-C₇), với các biểu hiện liệt ở phần trên của tay (cánh tay), kèm theo giới hạn cảm giác do tổn thương thần kinh cơ bì. Hình thể hiện liệt cánh-cẳng tay phải. Nguồn: erbspalsyamothersstory.com wikidoc.org



Hình 2b: Liệt Klumpke

Do tổn thương các phần thấp của đám rối cánh tay (rễ C₇-C₈ và T₁), với các tổn thương rất đặc trưng trên tư thế của cẳng và bàn tay. Cảm giác bàn tay mất hay giảm nghiêm trọng. Hình thể hiện liệt Klumpke tay phải. wikidoc.org và pediatricneuro.com

Nguy cơ xảy ra dị tật thai tăng cao ở trẻ có mẹ với GDM

Hai bất thường thường gặp nhất ở thai nhi với mẹ có GDM là bất thường tim và chi. Bất sản xương cụt là một tật chi liên quan với GDM, nhưng là một dị tật rất hiếm. Tỷ lệ dị tật gia tăng khi HbA_{1c} tăng. Do đó cần theo dõi HbA_{1c}, alpha-fetoprotein, siêu âm thai, siêu âm tim thai, chọc ối và tư vấn di truyền khi cần thiết.

Sảy thai tăng cao ở những thai phụ có GDM không được kiểm soát.

Trẻ có mẹ với GDM có thể có những kết cục lâu dài bất lợi.

Ở những thai phụ với GDM, trẻ có thể có nguy cơ đái tháo đường do di truyền, dễ bị thiếu năng tâm thần-thần kinh.

KẾT CỤC SẢN KHOA Ở MẸ VỚI GDM

Tiền sản giật.

GDM làm tăng nguy cơ cao huyết áp hai lần so với thai kỳ bình thường. Do đó, đạm niệu 24 giờ và độ thanh thải creatinin cần được đánh giá trong đái tháo đường và thai kỳ.

Đa ối cũng là một hệ quả trực tiếp của tăng glycemia thai. Đa ối có thể gây nhiều biến chứng.

10% thai kỳ với GDM có tăng thể tích ối, do tăng bài niệu, hệ quả trực tiếp của tăng glycemia thai nhi. Lượng ối đo được vượt quá 2000mL, dẫn đến hệ quả trực tiếp hay gián tiếp trên thai kỳ và cuộc sanh như nhau bong non, chuyển dạ sanh non, đỡ tử cung sau sanh.

Nhiễm trùng đường niệu và viêm âm đạo do nấm.

Tình trạng đường huyết cao là môi trường thuận lợi cho vi trùng phát triển, đặc biệt thường gặp là nhiễm trùng đường niệu và viêm âm đạo do nấm (*Candida spp.*). Do đó việc cấy nước tiểu và soi tươi huyết trắng là điều cần thiết.

Mổ lấy thai.

Tỷ lệ mổ lấy thai gia tăng trong GDM liên quan đến thai to và các vấn đề sản khoa của nó như bất xứng đầu chậu, nhưng quan trọng nhất là kẹt vai, nguy cơ tăng cao của chấn thương đường sinh dục.

Chuyển sang tiểu đường type 2 sau này.

Tỷ lệ tái phát đái tháo đường ở thai kỳ lần sau rất cao 30%-50%. Thai phụ với GDM có nguy cơ sẽ mắc đái tháo đường type 2 (50%).

Lý do vì sao ở một số người, các tế bào β không trở lại được trạng thái bình thường trước sanh vẫn chưa được hiểu rõ. Hiện nay, người ta vẫn chưa hiểu thấu đáo được các hiệu quả bất lợi của việc biến đổi các tế bào β trong thai kỳ, và đái tháo đường type 2 sau này có thực sự là sự tiếp nối của rối loạn chức năng tế bào β đảo tụy hay là do các yếu tố nguyên nhân khác.

PHÒNG TRÁNH KẾT CỤC SẢN KHOA BẤT LỢI Ở MẸ VÀ CON TRONG THAI KỲ

Phát hiện sớm GDM là điều kiện tiên quyết. Cần thực hiện một chương trình tầm soát có hiệu quả.

Kiểm soát tốt glycemia có thể đạt được một đơn giản bằng thực hiện tiết chế. Insuline chỉ cần thiết khi tiết chế không thể ổn định được glycemia. Ngay cả trong trường hợp

glycemia ổn định, thai kỳ với GDM vẫn cần được theo dõi tăng cường.

Thực hiện sớm siêu âm trong thai kỳ nhằm xác định một cách chắc chắn tuổi thai, là cơ sở tin cậy cho việc theo dõi các biến động sinh trắc sau này. Siêu âm tầm soát dị tật thai cần được tiến hành sớm, tập trung vào các tật bẩm sinh có liên quan với GDM như tim và các đại động mạch.

Các theo dõi tiền sản gồm đếm cử động thai, NST, BPP và CST là các khảo sát có giá trị, cần được quan tâm thực hiện với tần số thỏa đáng, nhằm giúp theo dõi tốt các biến chứng về phía thai nhi ở thai phụ với GDM. Thông thường, các test này bắt đầu được triển khai kể từ tuần lễ thứ 32, khi mà các nguy cơ bắt đầu hiện diện với tần suất cao, do các biến động đường ngày càng trở nên quan trọng.

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.