

ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN SỚM

Simmons D, Immanuel J, Hague WM, Teede H, Nolan CJ, Peek MJ, Flack JR, McLean M, Wong V, Hibbert E, Kautzky-Willer A.
Treatment of gestational diabetes mellitus diagnosed early in pregnancy.
New England Journal of Medicine. 2023 Jun 8;388(23):2132-44.

CN. NHS. Vũ Thị Minh Tuyết

Đái tháo đường thai kỳ là biến chứng thường gặp, có khả năng làm tăng nguy cơ tiền sản giật, can thiệp sản khoa, sinh con to so với tuổi thai, sinh khó do kẹt vai, chấn thương khi sinh và hạ đường huyết sơ sinh. Sàng lọc và điều trị đái tháo đường thai kỳ ở tuổi thai 24 đến 28 tuần hiện vẫn đang được khuyến khích. Trong các nghiên cứu đoàn hệ, phụ nữ tăng đường huyết sớm, trước 20 tuần tuổi thai, được ghi nhận có sự phát triển thai tăng nhanh từ tuần 24 đến tuần 28 và tỷ lệ tử vong chu sinh cao hơn những phụ nữ được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ ở giai đoạn sau. Bên cạnh đó, có mối tương quan giữa chỉ số đường huyết đói ở giai đoạn thai sớm và các kết cục bất lợi của thai kỳ.

Việc tầm soát đái tháo đường thai kỳ cần được thực hiện sớm để tránh bỏ sót chẩn đoán ở phụ nữ có nguy cơ cao mắc đái tháo đường. Nếu chỉ số đường huyết tăng và dưới ngưỡng chẩn đoán đái tháo đường ở phụ nữ

không mang thai, cần chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ sớm và bắt đầu điều trị. Thực tế, dữ liệu từ các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, có nhóm chứng về lợi ích của việc điều trị hiện chưa đầy đủ. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng để đánh giá kết cục thai kỳ sau khi bắt đầu điều trị đái tháo đường thai kỳ trước 20 tuần, so với trì hoãn hoặc không điều trị đến khi có kết quả nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống lặp lại (Oral glucose tolerance test – OGTT) lúc thai 24 đến 28 tuần.

PHƯƠNG PHÁP

Phụ nữ từ 18 tuổi trở lên, mang đơn thai từ 4^{0/7} – 19^{6/7} tuần và có ít nhất một yếu tố nguy cơ đường huyết cao (như tiền sử đái tháo đường thai kỳ, BMI > 30, tuổi ≥ 40, họ hàng trực hệ mắc đái tháo đường, tiền sử sinh con to, hội chứng buồng trứng đa nang hoặc chủng tộc không phải châu Âu) được

tư vấn tham gia nghiên cứu dựa trên đồng thuận bằng văn bản. Tất cả phụ nữ đều được siêu âm để ước tính tuổi thai.

Nghiệm pháp OGTT 75g hai giờ được thực hiện trước khi thai < 20 tuần. Phụ nữ thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) dành cho đái tháo đường thai kỳ gồm: đường huyết đói ≥ 92 mg/dl (5,1 mmol/l) hoặc đường huyết sau một giờ ≥ 180 mg/dl (10,0 mmol/l), hoặc đường huyết sau hai giờ ≥ 153 mg/dl (8,5 mmol/l) được phân ngẫu nhiên. Phụ nữ có một trong các yếu tố: đã mắc đái tháo đường, đường huyết đói > 110 mg/dl (> 6,1 mmol/lít), đường huyết sau hai giờ > 200 mg/dl (> 11,1 mmol/lít), hoặc đang có bệnh lý nền là chống chỉ định tham gia nghiên cứu bị loại khỏi nghiên cứu. Ngưỡng đường huyết đói là tiêu chuẩn loại trừ được quyết định dựa trên sự đồng thuận của các nghiên cứu viên vì lý do an toàn.

Thai phụ đủ điều kiện tham gia nghiên cứu được phân ngẫu nhiên theo tỷ lệ 1:1 vào hai nhóm: bắt đầu điều trị ngay và trì hoãn không điều trị đến khi có kết quả OGTT lặp lại ở tuần 24 – 28 của thai kỳ. Đối với nhóm bắt đầu điều trị sớm, nghiệm pháp OGTT không làm lại khi thai 24 – 28 tuần. Việc điều trị bao gồm cung cấp thông tin, tư vấn dinh dưỡng, hướng dẫn theo dõi đường huyết mao mạch và điều trị nội khoa khi có chỉ định. Can thiệp sản khoa trong thai kỳ tùy theo phác đồ của cơ sở y tế. Trẻ sơ sinh sẽ được xét nghiệm đường huyết gót chân trong vòng một đến hai giờ sau sinh và ghi nhận các chỉ số sinh trắc trong vòng 72 giờ sau sinh.

Nghiên cứu đánh giá ba kết cục chính đã được xác định trước. Thứ nhất, tổng hợp kết cục xấu ở trẻ sơ sinh: sinh < 37 tuần, cân nặng bé lúc sinh > 4.500 g, chấn thương khi sinh, suy hô hấp ở trẻ sơ sinh (là suy hô hấp cần hỗ trợ hô hấp ≥ 4 giờ với thở oxy, thở áp lực dương liên tục, hoặc thông khí áp lực

dương ngắt quãng (hoặc kết hợp) trong 24 giờ sau khi sinh), liệu pháp chiếu đèn, thai chết lưu hoặc tử vong sơ sinh, sinh khó do kẹt vai (sinh ngã âm đạo cần can thiệp sinh giúp). Kết cục chính thứ hai là rối loạn huyết áp do thai kỳ (gồm tiền sản giật, sản giật hoặc tăng huyết áp thai kỳ). Kết cục chính thứ ba là khối lượng cơ ở trẻ sơ sinh.

KẾT QUẢ

Tổng cộng có 802 phụ nữ được phân nhóm ngẫu nhiên; trong đó, 406 phụ nữ được điều trị ngay và 396 phụ nữ vào nhóm chứng. Dữ liệu theo dõi được thu thập ở 793 phụ nữ (98,9%). Xét nghiệm OGTT ban đầu được thực hiện ở tuổi thai trung bình ($\pm$ SD) là $15,6 \pm 2,5$ tuần. Kết cục xấu ở trẻ sơ sinh xảy ra ở 94 trong số 378 phụ nữ (24,9%) ở nhóm điều trị ngay và 113 trong số 370 phụ nữ (30,5%) ở nhóm chứng (nguy cơ chênh lệch hiệu chỉnh – 5,6 điểm%; KTC 95%, – 0,1 – – 1,2). Tăng huyết áp thai kỳ xảy ra ở 40 trong số 378 phụ nữ (10,6%) nhóm điều trị và ở 37 trong số 372 phụ nữ (9,9%) ở nhóm chứng (nguy cơ chênh lệch hiệu chỉnh, 0,7 điểm%; KTC 95%, – 1,6 – 2,9). Chỉ số khối lượng cơ của trẻ sơ sinh trung bình là 2,86 kg ở nhóm can thiệp và 2,91 kg ở nhóm chứng (chênh lệch trung bình hiệu chỉnh, – 0,04kg; KTC 95%, – 0,09 – 0,02). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa ở hai nhóm về các tác dụng phụ nghiêm trọng liên quan đến việc sàng lọc và điều trị.

KẾT LUẬN

Đái tháo đường thai kỳ chẩn đoán trước tuần 20 khi được điều trị ngay có liên quan giảm tỷ lệ kết cục xấu ở trẻ sơ sinh so với không điều trị. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê đối với kết cục rối loạn huyết áp do thai kỳ và chỉ số khối lượng cơ của trẻ sơ sinh giữa hai nhóm./.