

BÉO PHÌ TRONG THAI KỲ: THỰC TRẠNG VÀ GIẢI PHÁP

Lâm Đức Tâm*, Đoàn Thanh Điền, Nguyễn Tấn Hưng, Quan Kim Phụng

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: ldtam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 25/9/2023

Ngày phản biện: 20/10/2023

Ngày duyệt đăng: 6/11/2023

TÓM TẮT

Béo phì là vấn đề sức khỏe thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Tình trạng này thường bị bỏ sót hoặc phớt lờ do thiếu hụt các phương pháp điều trị cụ thể. Không chỉ gây nguy cơ đáng kể cho phụ nữ trong thai kỳ và sau khi sinh, béo phì còn có tác động kéo dài đến sức khỏe và cần được nhận thức và điều trị kịp thời. Béo phì của mẹ có thể ảnh hưởng tiêu cực đến kết quả của thai nhi, trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ, với những hậu quả cả đời cho con cái. Có các phương pháp dựa trên bằng chứng khoa học để quản lý béo phì của mẹ bằng dinh dưỡng, hành vi và phẫu thuật. Lý tưởng nhất là các phương pháp quản lý này nên được áp dụng trước khi mang thai và tiếp tục sau khi sinh, là một phần của chăm sóc dài hạn, nhằm đảm bảo kết quả tốt nhất cho mẹ và thai nhi và phòng ngừa các biến chứng nghiêm trọng. Đánh giá này cung cấp tổng quan về các điều kiện và yếu tố liên quan đến béo phì trong thai kỳ, cũng như các yếu tố quản lý chính cho những người béo phì đang mang thai hoặc đã sinh con. Quản lý béo phì đòi hỏi các chiến lược kéo dài từ các chương trình y tế công cộng đến các can thiệp cá nhân về dinh dưỡng, hành vi hoặc phẫu thuật. Do đó, hiểu biết về quản lý béo phì trong thai kỳ là vô cùng quan trọng, và quá trình quản lý nên bắt đầu từ trước khi mang thai và tiếp tục trong giai đoạn sau sinh. Trong quá trình chăm sóc phụ nữ béo phì trong thai kỳ, bác sĩ sản phụ khoa và các chuyên gia chăm sóc sản phụ sẽ đảm nhận vai trò chính, nhưng cũng cần đến sự hỗ trợ từ các chuyên gia dinh dưỡng và các chuyên gia y tế khác tùy thuộc vào tình hình cụ thể.

Từ khóa: Béo phì, thai kỳ, phụ nữ.

ABSTRACT

OBESITY DURING PREGNANCY: CURRENT SITUATION AND SOLUTIONS

Lam Duc Tam*, Doan Thanh Dien, Nguyen Tan Hung, Quan Kim Phung

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Obesity is a common health issue among women of reproductive age. This condition is often overlooked or ignored due to the lack of specific treatment options. Not only does obesity pose significant risks to pregnant women and postpartum mothers, but it also has long-term implications for their health, necessitating timely recognition and management. Maternal obesity can have adverse effects on fetal, neonatal, and infant outcomes, with lifelong consequences for the offspring. There are evidence-based approaches to managing maternal obesity through nutrition, behavior, and surgery. Ideally, these management strategies should be implemented before pregnancy and continued postpartum as part of long-term care to ensure the best outcomes for both mother and fetus, while preventing severe complications. This review provides an overview of conditions and factors associated with obesity during pregnancy, as well as key management considerations for pregnant or postpartum individuals who are obese. This information is relevant not only to obstetricians but also to all clinicians caring for women of reproductive age, as preventing long-term complications associated with obesity in pregnancy requires a life-course approach. Managing obesity involves implementing strategies that range from population-based public health programs

to individual interventions focused on nutrition, behavior, or surgery. Therefore, understanding the management of obesity during pregnancy is crucial, and this process should commence before pregnancy and extend through the postpartum period. While obstetricians and other maternal care professionals play a central role in the care of obese pregnant women, additional support from nutritionists and other healthcare experts may be needed, depending on the specific circumstances.

Keywords: Obesity, pregnancy, women.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Béo phì là một tình trạng mà cơ thể tích tụ quá nhiều mỡ, gây ảnh hưởng không chỉ đến sức khỏe mà còn tới chất lượng cuộc sống của con người. Đối với phụ nữ mang thai, béo phì có thể tạo ra nhiều vấn đề và nguy cơ cho cả mẹ và thai nhi. Tỷ lệ béo phì trên thế giới tăng đáng kể và tình trạng này được Tổ chức Y tế Thế giới xem là “dịch bệnh toàn cầu” ảnh hưởng đến sức khỏe của cộng đồng. Năm 2014 ước tính trên thế giới có 38.9 triệu sản phụ thừa cân béo phì, trong đó có 14.6 triệu sản phụ béo phì [14]. Tỷ lệ béo phì tăng đáng kể trong nhóm phụ nữ trong độ tuổi sinh sản ở Hoa Kỳ trong hai thập kỷ qua [1]. Khảo sát Sức khỏe và Dinh dưỡng Quốc gia đã ghi nhận sự tăng tỷ lệ béo phì trong nhóm phụ nữ từ 20 đến 39 tuổi, từ 29,8% vào năm 2001-2002 lên 39,7% vào năm 2017-2018. Trong số phụ nữ có thai vào năm 2020, chỉ có 2 trong 5 phụ nữ có chỉ số BMI trong khoảng bình thường khi bước vào thai kỳ, trong khi 26,7% bị thừa cân và 29,5% bị béo phì [2].

Béo phì thường được phân loại dựa trên chỉ số khối cơ thể (BMI), được định nghĩa là cân nặng (Kg) chia cho bình phương chiều cao (mét) (Kg/m^2). Theo Tổ chức Y tế Thế giới, béo phì được định nghĩa là $\text{BMI} \geq 30 \text{ Kg}/\text{m}^2$. Đối với người Châu Á, khi $\text{BMI} \geq 25 \text{ Kg}/\text{m}^2$ được xem là có béo phì.

Bảng 1. Phân loại béo phì cho người trưởng thành ở châu Á

Phân loại	IDI & WPRO BMI (Kg/m^2)	WHO BMI (Kg/m^2)
Gầy	< 18,5	< 18,5
Bình thường	18,5 – 22,9	18,5 – 24,9
Thừa cân	23 – 24,9	25 – 29,9
Béo phì độ I	25 – 29,9	30 – 34,9
Béo phì độ II	30 – 39,9	35 – 39,9
Béo phì độ III	≥ 40	≥ 40

II. NỘI DUNG

3.1. Sinh bệnh học

Quá trình mang thai của sản phụ béo phì có sự gia tăng khối lượng mô mỡ, là mô có khả năng sản xuất lượng đáng kể các cytokines tiền viêm như là TNF- α , IL6 và adipokine hoocmon như leptin và adiponectin nên khi tăng về kích thước và số lượng mô mỡ ở sản phụ béo phì sẽ gây rối loạn tiết các adipokine, acid béo tự do và các cytokine tiền viêm. Trong đó, Adiponectin sản xuất bởi tế bào mỡ, làm tăng nhạy cảm insulin, ức chế giải phóng glucose ở gan, bảo vệ hệ tim mạch chống lại các lipid lưu hành trong huyết tương. Sự thiếu hụt adiponectin làm gia tăng béo phì, tăng huyết áp, hoạt hóa tế bào nội mô và bệnh lý tim mạch. Adiponectin sẽ giảm khi có sự gia tăng khối lượng chất béo. Ngược lại, các cytokine đề kháng insulin là leptin, TNF- α và IL-6 gia tăng trong thai kỳ cùng với sự gia tăng số lượng và phì đại mô mỡ ở sản phụ béo phì. Đối với leptin, nhau thai là nơi tiết leptin, TNF- α và IL-6, nên có sự xâm nhập đại thực bào và tăng chất gây viêm trong nhau thai có thể

kích thích hệ thống vận chuyển acid amin A hoạt động mạnh, do đó làm tăng acid amin vận chuyển đến thai nhi, góp phần vào sự phát triển quá mức của thai nhi trong thai kỳ béo phì. Tình trạng này gia tăng sự tiếp xúc của thai nhi với các chất gây viêm trong tử cung có thể gây các nguy cơ xấu. Do đó, sự giảm adiponectin và tăng leptin, TNF- α , IL-6 ở sản phụ béo phì gây tình trạng đề kháng insulin.

Quá trình trao đổi chất dinh dưỡng qua nhau thai là hoạt động thường xuyên nhằm giúp cho thai nhi phát triển; trong đó, glucose, amino acid và lipid là chất dinh dưỡng chính cần thiết cho sự phát triển của thai nhi. Tuy nhiên, có sự gia tăng nồng độ glucose trong thai kỳ do đề kháng insulin và tăng cortisol trong máu mẹ, cũng như sự đề kháng insulin dẫn tới tăng phân giải mô mỡ, tăng nồng độ acid béo tự do và lipid máu nên tăng vận chuyển glucose, lipid và acid béo tới thai nhi. Một yếu tố có ảnh hưởng đến thay đổi ở bánh nhau phụ nữ béo phì như gia tăng số lượng tế bào, thay đổi chức năng mạch máu nhau thai và tổn thương viêm. Bánh nhau có sự giảm hiện tượng chết theo chương trình của tế bào do giảm marker cytokeratin M30 do đó làm kích thích bánh nhau tăng quá mức. Về mô học, bánh nhau ở nhóm này có nhiều tổn thương viêm do tăng tiết cytokine viêm; sự dày lên của lớp cơ mạch máu làm giảm khả năng giãn mạch. Chức năng mạch máu nhau thai bị thay đổi có thể ảnh hưởng xấu đến việc vận chuyển oxy và dinh dưỡng của nhau thai và gây các nguy cơ cho thai nhi.

3.2. Ảnh hưởng của béo phì lên thai nghén

Biến chứng trước sinh

Hiếm muộn và sảy thai: Rối loạn trục hạ đồi – tuyến yên – buồng trứng ở phụ nữ béo phì có thể dẫn đến rối loạn kinh nguyệt, với chu kỳ không phóng noãn cao gấp 3 lần tỷ lệ ở phụ nữ có cân nặng bình thường; khả năng thụ thai trong mỗi chu kỳ thấp hơn; và hiếm muộn hoặc thậm chí vô sinh [5]. Cụ thể, béo phì có liên quan đến nhu cầu sử dụng liều gonadotropin cao hơn, tỷ lệ hủy chu kỳ tăng lên và chất lượng noãn lấy được ít hơn và thấp hơn. Tỷ lệ chuyển phôi, mang thai và sinh sống thấp hơn và tỷ lệ sảy thai cao hơn [8], [9], [10]. Nguy cơ sảy thai tự nhiên (OR: 1,2 - 95%CI: 1,01–1,46) và sảy thai tái phát (OR: 3,5; 95%CI: 1,03–12,01) ở phụ nữ béo phì so với phụ nữ có cân nặng bình thường.

Đái tháo đường thai kỳ: Các phân tích tổng hợp đã chỉ ra rằng phụ nữ béo phì có nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường thai kỳ cao gấp 3 đến 4 lần so với phụ nữ có cân nặng bình thường [12]. Các cơ chế được đề xuất làm tăng nguy cơ mắc bệnh ở phụ nữ béo phì là do nhiều yếu tố và bao gồm tăng kháng insulin, giảm đáp ứng insulin, thay đổi tín hiệu insulin và viêm toàn thân, với mức độ cao của các dấu hiệu viêm cả trước và trong khi mang thai.

Tăng huyết áp thai kỳ và tiền sản giật: phổ biến hơn ở phụ nữ béo phì so với phụ nữ có cân nặng bình thường. Các phân tích tổng hợp [3] đã ghi nhận mối quan hệ giữa nhóm béo phì và tiền sản giật. Nguy cơ tiền sản giật ở phụ nữ béo phì nhóm II hoặc III cao gấp 3 đến 4 lần so với nhóm I (BMI, 30,0 đến 34,9) [11]. Cơ chế bệnh sinh của tiền sản giật phần lớn chưa được biết rõ, nhưng tình trạng viêm và tăng kháng insulin được cho là có vai trò.

Trầm cảm và lo âu: Hai phân tích tổng hợp đã ghi nhận các mối liên hệ tích cực, mặc dù nhỏ, nhưng có ý nghĩa giữa béo phì và các triệu chứng trầm cảm và lo lắng của người mẹ cả trước và sau khi sinh con (OR: 1,3 đến 1,4) [4]. Các cơ chế cơ bản cho các mối liên hệ như vậy vẫn chưa chắc chắn nhưng có khả năng bao gồm trục hạ đồi – tuyến yên – tuyến thượng thận và rối loạn điều hòa miễn dịch, không hài lòng với hình ảnh cơ thể, trải nghiệm bị kỳ thị và ăn uống vô độ.

Chuyển dạ sinh, trong khi sinh và sau sinh

Sinh non: Mỗi liên quan giữa béo phì ở mẹ và sinh non đang gây tranh cãi. Tỷ số chênh tổng thể gộp từ phân tích tổng hợp gần đây nhất là có ý nghĩa ở mức 1,17 (95%CI, 1,13 đến 1,21) [3]. McDonald và cộng sự đã ghi nhận mỗi liên quan đáng kể giữa BMI và sinh non (<37 tuần) đối với béo phì độ I (RR: 1,56; 95%CI: 1,42 đến 1,71) và béo phì độ II hoặc III (RR: 1,71; 95%CI: 1,50 đến 1,94). Nguy cơ sinh non cao hơn khi chỉ số BMI ngày càng tăng với tỷ lệ chênh lệch là 1,75 (95%CI: 1,50 đến 2,04) đối với phụ nữ có chỉ số BMI từ 50 trở lên [15]. Tỷ lệ thay đổi của estrogen thành progesterone trong huyết tương của mẹ và sự giải phóng hormone giải phóng cortisol và corticotropin được cho là có vai trò trong mỗi liên hệ này.

Biến chứng chuyển dạ và sinh: Heslehurst và cộng sự nhận thấy tỷ lệ chuyển dạ không tiến triển và sinh giúp ở phụ nữ béo phì cao hơn so với phụ nữ có cân nặng bình thường. Một cơ chế được đề xuất cho những biến chứng này là sự gia tăng các mô mềm bên trong khung chậu làm thu hẹp đường sinh và khiến việc sinh nở trở nên khó khăn hơn.

Sinh mổ: Béo phì đơn thuần không phải là chỉ định mổ lấy thai. Tuy nhiên, mỗi liên quan giữa béo phì và sinh mổ đã được ghi nhận trong nhiều bệnh viện thực hành khác nhau. Nguy cơ sinh mổ đối với phụ nữ béo phì cao gấp đôi nguy cơ đối với phụ nữ có cân nặng bình thường. Các yếu tố y tế và phi y tế có thể góp phần vào tỷ lệ sinh mổ cao hơn ở phụ nữ béo phì, bao gồm giảm mức độ giãn cổ tử cung, các bệnh lý kèm theo, lo ngại về chuyển dạ ngưng tiến triển. Phụ nữ béo phì là cũng có nguy cơ gặp các biến chứng liên quan đến sinh mổ, chẳng hạn như biến chứng liên quan đến gây mê, nhiễm trùng vết thương, mất máu quá nhiều, huyết khối tĩnh mạch, viêm nội mạc tử cung sau sinh.

Băng huyết sau sinh: Phụ nữ béo phì có tỷ lệ băng huyết sau sinh cao hơn phụ nữ có cân nặng bình thường; nguy cơ cao nhất được ghi nhận ở những phụ nữ có chỉ số BMI vượt quá 35. Nguy cơ gia tăng có thể là do thể tích phân bố thuốc co hồi tử cung lớn hơn và khó khăn hơn trong việc xác định đáy và thực hiện xoa bóp bằng hai tay ở phụ nữ béo phì so với phụ nữ có cân nặng bình thường.

Sự nhiễm trùng: Một phân tích tổng hợp bao gồm các nghiên cứu kiểm tra bất kỳ loại nhiễm trùng nào (tức là nhiễm trùng vết thương, đường tiết niệu, đáy chậu, ngực hoặc vú) ở phụ nữ sinh con cho thấy nguy cơ nhiễm trùng ở phụ nữ béo phì cao hơn đáng kể so với phụ nữ có cân nặng bình thường.

Huyết khối tĩnh mạch: Một nghiên cứu cho thấy nguy cơ thuyên tắc huyết khối ở phụ nữ sắp sinh có chỉ số BMI từ 40 trở lên cao gấp 4 lần so với những phụ nữ có cân nặng bình thường.

Các yếu tố cho con bú: Phụ nữ béo phì có khả năng cho con bú sớm thấp hơn so với phụ nữ có cân nặng bình thường, với (OR gộp: 1,49; 95%CI: 1,33 - 1,67). Đối với những người cho con bú, thời gian cho con bú có thể ngắn hơn đối với phụ nữ béo phì (RR: 1,34; 95%CI: 1,16-1,56), cũng ít có khả năng cho con bú hoàn toàn bằng sữa mẹ trong bất kỳ giai đoạn nào. (RR: 1,26; 95%CI: 1,17 - 1,36) [16]. Các yếu tố chính bao gồm nồng độ progesterone tăng cao (ngăn chặn sự suy giảm progesterone dẫn đến quá trình tạo sữa), khó khăn trong việc ngậm bắt vú liên quan đến bộ ngực lớn, sinh mổ và trầm cảm.

Thai nhi và trẻ sơ sinh

Dị tật bẩm sinh: Béo phì ở người mẹ đã được phát hiện là có liên quan đến việc tăng nguy cơ mắc một loạt các bất thường về cấu trúc, đặc biệt là dị tật tim bẩm sinh và dị tật ống thần kinh. Việc xác định các dị tật bẩm sinh trước khi sinh có thể bị hạn chế ở những phụ nữ

béo phì, vì tín hiệu siêu âm có thể bị suy giảm bởi chất béo dự trữ chủ yếu ở vùng bụng.

Thai nhi của những bà mẹ béo phì có nguy cơ mắc thai to và chậm phát triển. Tương tự như vậy, trẻ sơ sinh của phụ nữ béo phì có xu hướng có nhiều chất béo trong cơ thể hơn trẻ sơ sinh của phụ nữ có cân nặng bình thường. Rủi ro lâu dài đối với con cái của phụ nữ béo phì bao gồm tăng nguy cơ mắc hội chứng chuyển hóa và béo phì ở trẻ em. Nguy cơ béo phì ở trẻ em ở con cái của những phụ nữ béo phì vẫn tồn tại ngay cả sau khi điều chỉnh các biến chứng, chẳng hạn như đái tháo đường thai kỳ. Trong một nghiên cứu lớn ở Scandinavia, chỉ số BMI của mẹ cao hơn có liên quan đến việc tăng nguy cơ mắc bệnh hen suyễn ở trẻ em [6]. Mẹ béo phì cũng có liên quan đến việc thay đổi hành vi ở con cái, bao gồm tăng nguy cơ mắc chứng rối loạn phổ tự kỷ, chậm phát triển ở trẻ em và rối loạn tăng động giảm chú ý.

3.3. Chăm sóc phụ nữ béo phì

Chăm sóc trước khi thụ thai

Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nên giải thích cho phụ nữ về các nguy cơ béo phì, bao gồm hiểm muộn và lợi ích của việc giảm cân trước khi mang thai (ví dụ: giảm nguy cơ sẩy thai, tiền sản giật và đái tháo đường thai kỳ) và về lâu dài (ví dụ: giảm nguy cơ tăng huyết áp, ngưng thở khi ngủ, bệnh tim và đái tháo đường) [1]. Cần đưa ra các khuyến nghị đối với các can thiệp về lối sống và giảm cân. Phụ nữ mắc các bệnh mạn tính có thể cần được giới thiệu để được chăm sóc và điều trị chuyên khoa. Phụ nữ dự định mang thai nên bổ sung axit folic hàng ngày, bắt đầu từ trước khi thụ thai.

Trước khi thụ thai	Trong khi mang thai	1–2 tháng trước khi sinh	Trong quá trình chuyển dạ và sinh	Sau khi sinh
<ul style="list-style-type: none"> • Thảo luận về hiểm muộn và các rủi ro liên quan đến béo phì khác • Đề xuất các can thiệp về lối sống và giảm cân • Đánh giá nhu cầu điều trị hoặc điều trị các tình trạng có sẵn • Tham khảo chuyên gia nếu cần • Cung cấp bổ sung axit folic 	<ul style="list-style-type: none"> • Đo chiều cao một lần • và cân nặng mỗi lần khám • Thảo luận về mức tăng cân thực tế và phù hợp • Tư vấn về nhu cầu dinh dưỡng và vận động • Sàng lọc tăng huyết áp, protein niệu, đái tháo đường loại 2, đái tháo đường thai kỳ, trầm cảm, ngưng thở khi ngủ do tác nghẽn • Khuyến cáo siêu âm để xác định tuổi, khảo sát giải phẫu và sự phát triển của thai nhi 	<ul style="list-style-type: none"> • Thăm dò nhu cầu sinh nở và cho con bú • Thảo luận về các phương tiện can thiệp để quản lý quá trình chuyển dạ và sinh nở phù hợp, với tình trạng béo phì • Tư vấn gây mê • Cần nhắc dùng kháng sinh trước sinh và điều trị dự phòng huyết khối • Phối hợp tư vấn chuyên gia khác nếu cần thiết 	<ul style="list-style-type: none"> • Gây chuyển dạ bằng chỉ định sản khoa hoặc y tế • Gây tê ngoài ngoài màng cứng sớm • Theo dõi sát thai nhi và xử trí chuyển dạ tích cực • Sử dụng kháng sinh và điều trị dự phòng huyết khối khi cần thiết • Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ 	<ul style="list-style-type: none"> • Duy trì sự theo dõi ở mức độ cao đối với các biến chứng • Cung cấp hỗ trợ cho con bú sớm • Tư vấn về nguy cơ béo phì ở phụ nữ và trẻ sơ sinh • Tư vấn về các lựa chọn kế hoạch hóa gia đình • Đề xuất các can thiệp về lối sống và giảm cân • Tham khảo chuyên gia nếu cần

Chăm sóc tiền sản

Được đo ở lần khám đầu tiên và theo dõi ở tất cả các lần khám trước khi sinh, chỉ số BMI của bệnh nhân là cơ sở để tư vấn phù hợp về chế độ ăn uống và tập thể dục cũng như thảo luận về phạm vi tăng cân thực tế và thích hợp trong thai kỳ theo phân loại BMI, phù hợp với các hướng dẫn hiện hành [1]. Hầu hết phụ nữ cần thêm calo trong tam cá nguyệt thứ hai và thứ ba để hỗ trợ nhu cầu trao đổi chất của thai kỳ, với sự khác biệt lớn giữa các nhóm phụ nữ. Ở phụ nữ có cân nặng bình thường, mỡ tích tụ chủ yếu ở khoang dưới da của thân và đùi; ở phụ nữ béo phì, khi khả năng dự trữ của mỡ dưới da đạt đến mức tối đa, mỡ sẽ tích tụ trong khoang nội tạng. Mỡ nội tạng có mối tương quan mạnh mẽ hơn với các kết quả chuyển hóa bất lợi.

Dữ liệu từ Hệ thống theo dõi đánh giá rủi ro khi mang thai cho thấy chỉ 32% phụ nữ mang thai ở Hoa Kỳ có mức tăng cân trong thai kỳ trong phạm vi được khuyến nghị hiện nay; đối với phụ nữ thừa cân hoặc béo phì, tỷ lệ tăng cân quá mức trong thai kỳ tăng lên gấp 2 - 3 lần [18]. Tăng cân quá mức sớm trong thai kỳ dự đoán mạnh mẽ tổng mức tăng cân quá mức trong toàn bộ thai kỳ, cho thấy rằng phụ nữ tăng cân quá mức sớm có thể cần được ưu tiên can thiệp.

Nên tập thể dục thường xuyên, với các hướng dẫn lâm sàng đề xuất 150 phút mỗi tuần hoặc 20 đến 30 phút mỗi ngày tập thể dục cường độ vừa phải [19]. Nên sàng lọc huyết áp, protein niệu, trầm cảm và chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn sớm trong thai kỳ. Các tổ chức chuyên môn khuyến nghị sàng lọc bệnh đái tháo đường type 2 trước khi mang thai ở lần khám thai đầu tiên, với xét nghiệm thử glucose lúc 24 đến 28 tuần cho bệnh đái tháo đường thai kỳ nếu xét nghiệm ban đầu là bình thường [13]. Điều trị ban đầu cho bệnh đái tháo đường thai kỳ nhẹ là một chế độ ăn đơn giản với lượng đường, carbohydrate và chất béo bão hòa được kiểm soát và tập thể dục. Dựa trên bệnh sử, một số phụ nữ, đặc biệt là những người có chỉ số BMI từ 35 trở lên, có thể được khuyên dùng ít nhất 75 mg aspirin mỗi ngày từ khi thai được 12 tuần cho đến khi sinh em bé để giảm nguy cơ tiền sản giật. Đánh giá siêu âm được đề xuất khi thai từ 14 đến 16 tuần để biết giải phẫu sớm, từ 20 đến 22 tuần để đánh giá hình thái thường quy, từ 28 đến 32 tuần để hỗ trợ phát hiện thai nhi chậm phát triển muộn, và bất cứ lúc nào trong tam cá nguyệt thứ ba để phát hiện thai nhi phát triển quá mức. Cuối cùng, Hiệp hội sản phụ khoa Hoa Kỳ khuyến nghị giám sát tiền sản hàng tuần để kiểm tra sức khỏe của thai nhi, bắt đầu từ 34 tuần 0 ngày đối với phụ nữ có chỉ số BMI trước khi mang thai từ 40 trở lên và đến 37 tuần 0 ngày đối với phụ nữ có chỉ số BMI trước khi mang thai từ 35-39.

Chăm sóc trước khi sinh

Nên thảo luận về hình thức sinh, mong muốn cho con bú và các điều kiện đặc biệt để quản lý quá trình chuyển dạ và sinh từ 1 đến 2 tháng trước khi sinh. Việc giới thiệu đến bác sĩ gây mê được khuyến nghị trong hầu hết các hướng dẫn lâm sàng, cũng như giới thiệu cho các cuộc tư vấn chuyên khoa khác mà bệnh nhân có thể cần trước hoặc sau khi sinh (ví dụ: tim mạch, sức khỏe tâm thần hoặc tư vấn sử dụng chất kích thích) [17].

Chăm sóc chuyển dạ và sinh nở

Tùy thuộc vào cân nặng của bệnh nhân, có thể cần thêm nhân viên và thiết bị để chăm sóc chuyển dạ và sinh. Béo phì đơn thuần không phải là dấu hiệu cho khởi phát chuyển dạ và nên khuyến khích sinh thường. Tương tự, tiền sử phẫu thuật giảm béo không nên được coi là một chỉ định để sinh mổ.

Đối với phụ nữ béo phì, liều cephalosporin dự phòng thông thường được sử dụng trước khi sinh mổ có thể dẫn đến nồng độ không đủ. Một nghiên cứu, trong đó một phần lớn người tham gia bị béo phì, cho thấy rằng việc bổ sung azithromycin vào thuốc kháng sinh dự phòng tiêu chuẩn cho phụ nữ sinh mổ trong quá trình chuyển dạ hoặc sau khi vỡ màng ối làm giảm khoảng một nửa nguy cơ nhiễm trùng sau phẫu thuật. Một thử nghiệm liên quan đến những phụ nữ có chỉ số BMI trước khi mang thai từ 30 trở lên được mổ lấy thai, cho thấy giảm đáng kể tương tự nhiễm trùng vết mổ liên quan đến liệu trình dự phòng 48 giờ bằng cephalosporin và metronidazole đường uống sau phẫu thuật.

Béo phì gây ra những thách thức đối với việc gây mê và làm tăng nguy cơ biến chứng liên quan đến gây mê. Đặc biệt đáng lo ngại là những rủi ro liên quan đến gây mê toàn thân. Béo phì đã được xác định là một yếu tố nguy cơ độc lập đối với việc đặt ống nội

khí quản thất bại. Một nghiên cứu về tử vong liên quan đến gây mê sản khoa cho thấy thêm rằng béo phì làm tăng nguy cơ tắc nghẽn đường thở và giảm thông khí gây tử vong trong quá trình cấp cứu và phục hồi sau gây mê toàn thân.

Do đó, các kỹ thuật gây tê trực thần kinh nên được sử dụng bất cứ khi nào có thể ở bệnh nhân béo phì. Nếu cần gây mê toàn thân, thì nên chuẩn bị cho một ca đặt nội khí quản khó khăn tiềm ẩn, bao gồm đảm bảo rằng thiết bị đường thở bổ sung (ví dụ: đèn soi thanh quản video, bougie đàn hồi bằng cao su và đường thở mặt nạ thanh quản) luôn sẵn sàng. Trong trường hợp không có chống chỉ định, nên dùng thuốc chống viêm không steroid và acetaminophen theo lịch trình để giảm nhu cầu opioid. Khi dùng opioid cho bệnh nhân béo phì, nên cân nhắc theo dõi bằng capnography liên tục hoặc đo oxy trong mạch để phát hiện tình trạng suy hô hấp [1].

Chăm sóc sau sinh

Ngoài nhu cầu duy trì mức độ dự phòng cao đối với các biến chứng khi sinh, có thể cần hỗ trợ cho con bú sớm đối với những phụ nữ bị béo phì, đặc biệt là sau khi sinh mổ. Tư vấn về những rủi ro liên quan đến béo phì đối với phụ nữ và trẻ sơ sinh có thể được cung cấp song song với các khuyến nghị về can thiệp hành vi nhằm giảm cân sau sinh.

3.4. Quản lý béo phì và tăng cân trong thai kỳ

Các yếu tố môi trường (ví dụ: tiêu thụ nhiều thực phẩm, đặc biệt là thực phẩm có hàm lượng calo cao, ngon miệng; thuốc có tác dụng phụ gây tăng cân; và tuổi thọ cao hơn nhờ những tiến bộ y học) giúp cân bằng cân nặng tích cực và tăng cân theo thời gian. Yếu tố di truyền cũng đóng một vai trò nào đó, vì không phải tất cả những người tiếp xúc với các yếu tố môi trường này đều trở nên béo phì, nhưng tỷ lệ di truyền BMI dao động từ 40 đến 70% trong các nghiên cứu khác nhau và có những dạng béo phì đơn gen hiếm gặp. Gen và môi trường tương tác để điều chỉnh năng lượng cân đối và tình trạng cân nặng, làm cho béo phì trở thành một căn bệnh mạn tính cần được quản lý lâu dài. Nguy cơ đối với các tình trạng liên quan đến béo phì dường như giảm đi ở những phụ nữ không mắc các bệnh mãn tính khác, sau khi điều chỉnh theo độ tuổi, số lần sinh, chủng tộc hoặc dân tộc và tình trạng sử dụng chất gây nghiện trong thai kỳ, nhấn mạnh tầm quan trọng của việc kiểm soát béo phì sớm. Điều chỉnh lối sống trước khi sinh (nghĩa là ăn uống lành mạnh và tập thể dục) rất quan trọng đối với phụ nữ mang thai mắc bệnh béo phì, có thể giảm thiểu tăng cân trong thai kỳ và giảm tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường thai kỳ, và dường như thành công nhất nếu được các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trước khi sinh khuyến nghị.

Trong một nghiên cứu, những phụ nữ trải qua cuộc phỏng vấn tạo động lực hàng tháng trong 7 đến 8 tháng đã giảm cân nhiều hơn (2 Kg) so với nhóm đối chứng gồm những người tham gia nhận được sự hỗ trợ về mặt cảm xúc. Giảm 5 đến 10% trọng lượng cơ thể đã được chứng minh là cải thiện điều kiện trao đổi chất trước mang thai, khôi phục chu kỳ kinh nguyệt và rụng trứng, tăng khả năng thụ thai, và giảm nguy cơ tiền sản giật [7]. Thật không may, các can thiệp lối sống thường thất bại khi mọi người trở lại thói quen ăn uống và tập thể dục trước đó sau khi quản lý tích cực - đề xuất rằng việc kiểm soát bệnh béo phì đòi hỏi một cách tiếp cận suốt đời. Phẫu thuật giảm béo đang ngày càng được sử dụng nhiều hơn. Trên cơ sở các hướng dẫn quốc tế, bệnh nhân béo phì độ III và những người mắc bệnh độ II và các bệnh kèm theo có thể đủ điều kiện để phẫu thuật giảm béo. Phẫu thuật giảm béo đã được chứng minh là cải thiện khả năng sinh sản thông qua phục hồi rụng trứng. Trong một phân tích tổng hợp lớn, phẫu thuật giảm béo trước khi mang thai có liên quan đến việc

giảm nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường thai kỳ, thai to, rối loạn tăng huyết áp, băng huyết sau sinh và mổ lấy thai, so với nhóm chứng có chỉ số BMI phù hợp không trải qua phẫu thuật giảm béo. Ngược lại, phẫu thuật giảm béo có thể đi kèm với các biến chứng phẫu thuật, thiếu hụt vi chất dinh dưỡng, rối loạn nội tiết và chuyển hóa, tất cả đều cần được đánh giá. Kết quả chu sinh bất lợi như thai chậm tăng trưởng, sinh non, bất thường bẩm sinh và tử vong chu sinh cũng đã được trích dẫn, với nguy cơ gia tăng ở những phụ nữ mang thai ngay sau phẫu thuật. Vì vậy, những phụ nữ muốn thụ thai sau phẫu thuật giảm béo nên trì hoãn mang thai ít nhất 12 đến 18 tháng sau phẫu thuật hoặc cho đến khi đạt được cân nặng ổn định sau phẫu thuật.

Sự kỳ thị và thành kiến, có thể ảnh hưởng đến chất lượng chăm sóc và sức khỏe của phụ nữ béo phì trong và sau khi mang thai, thường gặp ở những phụ nữ có chỉ số BMI từ 40 trở lên [20]. Một nghiên cứu gần đây đã xác định các hành động chính sau đây để giảm thiểu thành kiến về cân nặng trong nhóm dân số nhỏ này: nâng cao nhận thức của nhà cung cấp dịch vụ về sử dụng thuật ngữ tránh né về cân nặng của bệnh nhân (sử dụng là “cân nặng” và “BMI” thay vì “mập” và “béo phì”) và cung cấp dịch vụ chăm sóc trước sinh theo nhóm tập trung vào dinh dưỡng, hoạt động thể chất, và kiểm soát cân nặng.

3.5. Các khuyến cáo

Khuyến cáo mức độ bằng chứng A

1. Chỉ số khối cơ thể được tính ở lần khám thai đầu tiên nên được sử dụng để cung cấp tư vấn về chế độ ăn uống và tập thể dục theo khuyến nghị của IOM về tăng cân trong thai kỳ.

2. Đặt ống dẫn lưu dưới da làm tăng nguy cơ biến chứng vết mổ lấy thai sau sinh và không nên sử dụng thường quy.

3. Các bác sĩ lâm sàng nên khuyến khích các can thiệp hành vi tập trung vào việc cải thiện cả chế độ ăn uống và tập thể dục, điều này đã được chứng minh là cải thiện kết quả so với các chương trình chỉ tập trung vào tập thể dục.

Khuyến cáo mức độ bằng chứng B

1. Bởi vì ngay cả việc giảm cân nhẹ trước khi mang thai ở phụ nữ béo phì cũng có thể giúp cải thiện kết quả thai kỳ, nên khuyến khích giảm cân trước khi mang thai.

2. Cho phép giai đoạn I chuyển dạ kéo dài lâu hơn, trước khi thực hiện mổ lấy thai nên được xem xét ở phụ nữ béo phì.

3. Dự phòng huyết khối cơ học được khuyến cáo trước khi mổ lấy thai, nếu có thể, cũng như sau khi mổ lấy thai.

4. Liều lượng dựa trên cân nặng để điều trị dự phòng huyết khối thuyên tắc tĩnh mạch có thể được xem xét hơn là các chiến lược liều lượng phân tầng theo BMI ở phụ nữ béo phì độ III sau khi sinh mổ.

5. Tất cả phụ nữ bị béo phì nên được cung cấp và giới thiệu đến các can thiệp tư vấn hành vi tập trung vào việc cải thiện chế độ ăn uống lành mạnh và tập thể dục để đạt được cân nặng hợp lý hơn trước khi mang thai lần nữa.

Khuyến cáo mức độ bằng chứng C

1. Phụ nữ béo phì nên được tư vấn về những hạn chế của siêu âm trong việc xác định các bất thường về cấu trúc.

2. Sàng lọc sớm tình trạng không dung nạp glucose khi mang thai (đái tháo đường thai kỳ hoặc đái tháo đường type 2) nên dựa trên các yếu tố nguy cơ, bao gồm chỉ số BMI

của mẹ từ 30 trở lên, rối loạn chuyển hóa glucose đã biết hoặc bệnh đái tháo đường thai kỳ trước đó.

3. Đối với những bệnh nhân có BMI trước khi mang thai là 35,0–39,9, việc theo dõi thai nhi hàng tuần có thể được xem xét bắt đầu từ tuần thứ 37 của thai kỳ. Đối với những bệnh nhân có chỉ số BMI trước khi mang thai từ 40 trở lên, việc theo dõi thai nhi hàng tuần có thể được xem xét bắt đầu từ tuần thứ 34 của thai kỳ.

4. Tư vấn với bác sĩ gây mê nên được xem xét cho phụ nữ mang thai béo phì mắc chứng OSA vì họ có nguy cơ cao bị thiếu oxy máu, tăng CO₂ máu và đột tử.

III. KẾT LUẬN

Béo phì là vấn đề sức khỏe phổ biến nhất ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản và cần được quản lý lâu dài. Mặc dù nguy cơ tuyệt đối dẫn đến kết quả bất lợi nghiêm trọng cho bà mẹ, thai nhi và trẻ sơ sinh là thấp ở những phụ nữ bị béo phì thực hiện các hành vi tập thể dục và ăn uống lành mạnh trước khi mang thai, lý tưởng nhất là càng sớm trong thai kỳ càng tốt có thể giảm thiểu tăng cân quá mức trong thai kỳ và giúp giảm thiểu các biến chứng lâu dài và liên quan đến thai kỳ cho phụ nữ và con cái của họ.

Nghiên cứu là rất cần thiết để hiểu rõ hơn về các khuyến cáo được mô tả trong bài viết này và những đóng góp để hiểu rõ hơn về mặc sinh lý bệnh học. Việc thiết kế và thử nghiệm tính hiệu quả của các can thiệp về lối sống, hành vi và lâm sàng nhằm đảo ngược tình trạng thừa cân và béo phì đang gia tăng đáng báo động ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản sẽ lần lượt cung cấp thông tin cho việc phát triển các chính sách và chương trình mới dành cho phụ nữ mang thai và sau khi sinh bị béo phì. Cuối cùng, mục tiêu chung của phụ nữ mang thai và sau khi sinh và những người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho họ là thai kỳ, bà mẹ và trẻ sơ sinh khỏe mạnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Obesity in pregnancy: ACOG practice bulletin, number 230. *Obstet Gynecol*, 2021;137(6):e128- e144, doi: 10.1097/AOG.0000000000004395.
2. Centers for Disease Control and Prevention. CDC WONDER. About natality, 2016–2020 expanded (<http://wonder.cdc.gov/natality-expanded-current.html>).
3. Vats H, Saxena R, Sachdeva MP, Walia GK, Gupta V. Impact of maternal pre-pregnancy body mass index on maternal, fetal and neonatal adverse outcomes in the worldwide populations: a systematic review and meta-analysis. *Obes Res Clin Pract*, 2021;15:536-45, doi: 10.1016/j.orcp.2021.10.005.
4. Dachew BA, Ayano G, Betts K, Alati R. The impact of pre-pregnancy BMI on maternal depressive and anxiety symptoms during pregnancy and the postpartum period: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*, 2021;281: 321-30, doi: 10.1016/j.jad.2020.12.010.
5. Brewer CJ, Balen AH. The adverse effects of obesity on conception and implantation. *Reproduction*, 2010;140:347-64, doi: 10.1530/REP-09-0568.
6. Wise LA, Rothman KJ, Mikkelsen EM, Sørensen HT, Riis A, Hatch EE. An internet-based prospective study of body size and time-to-pregnancy. *Hum Reprod*, 2010; 25:253-64, doi: 10.1093/humrep/dep360.
7. Silvestris E, de Pergola G, Rosania R, Loverro G. Obesity as disruptor of the female fertility. *Reprod Biol Endocrinol*, 2018;16:22, doi: 10.1186/s12958-018-0336-z.
8. Rittenberg V, Seshadri S, Sunkara SK, Sobaleva S, Oteng-Ntim E, El-Toukhy T. Effect of body mass index on IVF treatment outcome: an updated systematic review and meta-analysis.

- Reprod Biomed Online*, 2011;23(4):421-39, doi: 10.1016/j.rbmo.2011.06.018.
9. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Obesity and reproduction: a committee opinion. *Fertil Steril*, 2015;104:1116-26.
 10. Metwally M, Ong KJ, Ledger WL, Li TC. Does high body mass index increase the risk of miscarriage after spontaneous and assisted conception? A meta-analysis of the evidence. *Fertil Steril*, 2008;90:714-26, doi: 10.1016/j.fertnstert.2015.08.018.
 11. D'Souza R, Horyn I, Pavalaganthara- jah S, Zaffar N, Jacob C-E. Maternal body mass index and pregnancy outcomes: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol MFM*, 2019;1(4):100041, doi: 10.1016/j.ajogmf.2019.100041.
 12. Alwash SM, McIntyre HD, Mamun A. The association of general obesity, central obesity and visceral body fat with the risk of gestational diabetes mellitus: evidence from a systematic review and meta-analysis. *Obes Res Clin Pract*, 2021;15:425-30.
 13. ACOG practice bulletin no. 190: gestational diabetes mellitus. *Obstet Gynecol*, 2018;131(2):e49-e64, doi: 10.1016/j.orcp.2021.07.005.
 14. Liu X, Ding G, Yang W, et al. Maternal body mass index and risk of congenital heart defects in infants: a dose-response meta-analysis. *Biomed Res Int* 2019;2019: 1315796, doi: 10.1155/2019/1315796.
 15. Heslehurst N, Vieira R, Hayes L, et al. Maternal body mass index and post-term birth: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*, 2017;18:293-308, doi: 10.1111/obr.12489.
 16. Huang Y, Ouyang Y-Q, Redding SR. Maternal prepregnancy body mass index, gestational weight gain, and cessation of breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *Breastfeed Med*, 2019;14: 366-74, doi: 10.1089/bfm.2018.0138.
 17. Simon A, Pratt M, Hutton B, et al. Guidelines for the management of pregnant women with obesity: a systematic review. *Obes Rev*, 2020;21(3):e12972, doi: 10.1111/obr.12972.
 18. Deputy NP, Sharma AJ, Kim SY, Hinkle SN. Prevalence and characteristics associated with gestational weight gain adequacy. *Obstet Gynecol*, 2015;125:773-81, doi: 10.1097/AOG.0000000000000739.
 19. Committee opinion no. 650: physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period. *Obstet Gynecol*, 2015;126(6):e135-e142, doi: 10.1097/AOG.0000000000001214.
 20. Hurst DJ, Schmuhl NB, Voils CI, Antony KM. Prenatal care experiences among pregnant women with obesity in Wisconsin, United States: a qualitative quality improvement assessment. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2021;21:139, <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03629-4>.
-