

BSCKII Nguyễn Thị Kiều Trinh- Khoa Phụ Sản

ĐTD thai kỳ là tình trạng rối loạn dung nạp glucose trong cơ thể bắt đầu hay phát hiện lần đầu khi mang thai, ĐTD thai kỳ có thể xảy ra ở bất kỳ nhân có hay không có nguy cơ mắc ĐTD. Theo ADA 2015 (Hiệp hội ĐTD của Mỹ), ĐTD thai kỳ được chẩn đoán trong 3 tháng giữa hoặc 3 tháng cuối của thai kỳ và không có bệnh chuyển ĐTD type 1, type 2 trước đó. Nếu phụ nữ có thai 3 tháng đầu phát hiện ĐTD xem như ĐTD type 2.

GDM is the leading cause of high blood sugar in pregnancy, affecting approximately 18 million live births¹



ONE IN SEVEN
live births is affected by GDM¹

Thống kê cho thấy tỷ lệ ĐTD trong dân số nói chung có xu hướng ngày càng gia tăng trong 10

Năm gần đây, có hơn 5 triệu người Việt Nam mắc bệnh ĐTĐ. Tỷ lệ Việt Nam, khoảng 65 % người mắc ĐTĐ không biết mình mắc bệnh. ĐTĐTK thay đổi tùy theo châu lục (châu Á cao hơn châu Âu, châu Mỹ), quố gia, số c t c (da tr ng ít hơn da màu). Tỷ n suất mắc bệnh dao đ ng từ 4-20% số thai ph . Ch n đoán ĐTĐ thai kỳ khi có 1 ch số tăng theo tiêu chí IADPSG(Nhóm nghiên cứu của Hiệp hội ĐTĐ qu c t và thai nghén qu c t) làm tăng tỷ lệ ĐTĐ thai kỳ từ 5-6% lên 15-20%.

Đái tháo đ ng thai kỳ có th gây nh ng biến chứng cho c m , thai, tr s sinh và c khi tr n lên. Đối v i m , đái tháo đ ng thai kỳ có th gây tăng huyết áp, tỉ n số n gi t, số n gi t, đái tháo đ ng type 2 sau khi sinh, h i ch ng chuy n hóa.Theo m t số th ng kê nghiên cứu, tăng tỷ lệ tỉ n số n gi t đối v i thai ph có glucose máu lúc đói < 115mg/dl và 18% có glucose máu lúc đói > 115mg/dl, tăng 7 lần nguy cơ ĐTĐ type 2.

Đối v i thai, đái tháo đ ng thai kỳ có th gây ch ng kh ng , tăng nguy cơ sang ch n khi sinh nh ng t, k t vai, thai ch t l u, đ non; khi đ ra tr s sinh có th b suy hô h p, h glucose máu, vàng da, b nh lý đa h ng c u; khi n lên tr có th b béo phì, đái tháo đ ng type 2 ho c h i ch ng chuy n hóa. Chính vì v y, v i c ch n đoán sớm đái tháo đ ng thai kỳ ở thai ph đ k p th i đi u tr , tránh các biến chứng cho c m và con là v i c làm r t quan tr ng và c n thi t.

Nghi m pháp dung nạp glucose đ ng u ng (oral glucose tolerance test: OGTT) đ c ADA khuyến cáo tầm soát vào tuần 24- 28 của thai kỳ và đ c số đ ng thu n của nhi u n c trên th gi i. Chi n l c c m soát sớm trong thai kỳ của ADA 2017 bao g m cho t t c các thai ph th a cân/ béo phì có 01 trong các y u t nguy cơ sau:

- Ít hoạt đ ng th l c
- Gia đình tr c h có ng i b ĐTĐ
- Có tỉ n căn sinh con $\geq 4000g$
- Tỉ n căn sinh thai l u.
- Đã tr ng b ĐTĐ ở l n thai tr c
- Cao huyết áp
- HDL < 35mg/dL (0,9mmol/L)
- Triglycerid > 250mg/dL (2,82mmol/L)
- H i ch ng bu ng tr ng đa nang
- HbA1C $\geq 5,7\%$
- M t số b nh lý liên quan đ kháng
- Tỉ n căn có b nh lý tim m ch

N u k t qu bình th ng, nhóm này số đ c tầm soát l p i vào tuần thai 24-28w.

Chẩn đoán ĐTĐ ba tháng đầu theo tiêu chí IADPSG:

- Glucose máu lúc đói $\geq 126\text{mg/dL}$
- HbA1C $\geq 6,5\%$
- OGTT 75g sau 2h $\geq 200\text{mg/dL}$

Chẩn đoán ĐTĐ thai kỳ theo kết quả OGTT vào tuần 24-28 : Test đường tính khi các giá trị có mặt trong các chỉ số cao hơn bình thường:

- Glucose máu lúc đói: $5,1\text{mmol/l}$,
- Glucose máu sau uống 75g đường sau 1 giờ : $10,0\text{mmol/l}$
- Glucose máu sau uống 75g đường sau 2 giờ $8,5\text{mmol/l}$.

Việc quản lý và điều trị ĐTĐ thai kỳ phải có sự phối hợp đa chuyên khoa bao gồm sản khoa, dinh dưỡng, nội tiết và sản sinh. Mục tiêu điều trị nhằm mục đích giảm thiểu các chỉ số như :

- Glucose máu lúc đói 95mg/dl ($5,3\text{mmol/L}$)
- Glucose máu sau ăn 1h $\leq 140\text{mg/dl}$ ($7,8\text{mol/L}$)
- Glucose máu sau ăn 2h $\leq 120\text{mg/dl}$ ($6,7\text{mmol/L}$)
- Tránh hạ đường huyết $\leq 70\text{mg/dl}$ ($< 3,9\text{mol/L}$)
- HbA1C 6-6.5%

Khoạch theo dõi ngoại trú: Nếu OGTT (+), cần hướng dẫn chế độ ăn tiết chế và theo dõi đường huyết mao mạch trong 2 tuần, hướng dẫn tiến hành xét nghiệm máu tại nhà, từ 6 đến 02 tuần, mỗi lần theo vào vào một buổi sáng, lúc đói và 02 h sau ăn. Đánh giá kết quả, nếu có hơn 50% kết quả cao hơn trị số mục tiêu hay có xu hướng tăng dần thì xem như không đáp ứng với chế độ ăn tiết chế tại nhà, cần nhập viện theo dõi. Nếu đáp ứng tốt, theo dõi như bình thường. Khi tuần thai 36 tuần trở đi, thực hiện khám thai mỗi 2 tuần một lần, cân nặng, đo huyết áp và xét nghiệm chức năng gan, chức năng thận, phát hiện những bất thường khác để điều trị kịp thời, đánh giá sức khỏe thai bằng siêu âm Doppler, đo monitoring sản khoa,

Khoạch theo dõi nội trú: Áp dụng chế độ ăn cho thai phụ ĐTĐ thai kỳ điều trị nội trú+ theo dõi trong 3- 7 ngày, nếu đáp ứng tốt cho xuất viện và theo dõi ngoại trú. Nếu đáp ứng không tốt,

dùng Insulin, thực hiện chế độ ăn theo thực đơn của BS dinh dưỡng+ theo dõi:

- Nếu đáp ứng tốt+ thai ≥ 38 tuần nên tiến hành đánh giá sức khỏe thai và có kế hoạch chuyển thai kỳ.
- Nếu đáp ứng tốt+ thai < 38 tuần thì hướng dẫn thai phụ theo dõi ngoại trú.
- Nếu đáp ứng không tốt hoặc có biểu hiện nặng như Ceton hay tăng áp lực thẩm thấu cần điều trị tích cực theo phác đồ của chuyên khoa nội tiết.

Các thai phụ ĐTĐ thai kỳ cần tuân thủ các quy tắc ăn uống vì đây là mục tiêu ban đầu trong việc quản lý đường huyết mục tiêu. Nhu cầu năng lượng cung cấp Nguyên tắc chế độ ăn uống là không nhịn ăn, không bỏ bữa và chia nhỏ bữa ăn. Ăn 03 bữa chính và 2-3 bữa phụ trong ngày, chế độ ăn giàu chất xơ, ít chất béo bão hòa, tránh ăn ngọt. Địa điểm ăn của thai phụ nên chia làm 2 phần, sau đó phần bên trái tiếp tục chia đôi để xác định các thành phần tiếp theo: $\frac{1}{2}$ là rau củ, trái cây, $\frac{1}{4}$ là tinh bột gạo mẩy, cháo, hủ tiếu, mì, khoai... $\frac{1}{4}$ là đạm bao gồm cá, thịt (bò, da), phô mai ít béo, các loại hạt, đậu hũ... Bữa phụ có thể là sữa không đường, trái cây, trái cây luộc... Không ăn các loại thức phẩm có nhiều đường hấp thu nhanh như đường mía, sữa đặc có đường, nước ngọt đóng lon, kẹo, mứt. Chất béo nên dùng các loại dầu có nguồn gốc thực vật như dầu nành, dầu phộng, dầu mè, dầu oliu, hạn chế dùng mỡ heo và các loại thịt có nhiều mỡ và các món lòng, óc, tim, gan. Các loại cá ít béo như cá thu, cá mè, cá ngừ, cá trích, cá sapa... Chất xơ giúp chuyển hóa và hấp thu đường chậm hơn, giảm cholesterol và phòng ngừa táo bón. Mỗi ngày nên ăn khoảng 400g rau củ các loại (300g rau xanh và 100g ăn sống).

