

HƯỚNG DẪN SÀNG LỌC VÀ QUẢN LÝ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

I. ĐẠI CƯƠNG VỀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG VÀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

1.1. Định nghĩa đái tháo đường

ĐTĐ là nhóm những rối loạn chuyển hóa không đồng nhất gồm tăng glucose huyết tương và rối loạn dung nạp glucose do thiếu insulin, giảm tác dụng của insulin hoặc cả hai.

ĐTĐ týp 1 có sự phá hủy tế bào beta và thiếu insulin tuyệt đối, được chia làm hai thể do cơ chế tự miễn và không do tự miễn. Theo hướng dẫn của Bộ Y tế 2021 ĐTĐ týp 1 là một bệnh tự miễn

ĐTĐ týp 2 đặc trưng bởi tình trạng thiếu insulin tương đối kèm đề kháng insulin ngoại biên.

1.2. Định nghĩa đái tháo đường trong thai kỳ

Theo Tổ chức Y tế thế giới (2013), tăng glucose huyết tương được phát hiện lần đầu trong khi có thai được phân loại thành 2 nhóm: là đái tháo đường mang thai (Diabetes in pregnancy) và đái tháo đường thai kỳ (Gestational Diabetes Mellitus).

- Đái tháo đường mang thai: hay còn gọi là đái tháo đường rõ (overt diabetes) có mức glucose huyết tương đạt mức chẩn đoán đái tháo đường tiêu chuẩn (WIIO, 2006),

- Đái tháo đường thai kỳ: có mức glucose huyết tương thấp hơn.

Năm 2021 Bộ Y tế ban hành hướng dẫn chẩn đoán ĐTĐ thì ĐTĐTK là ĐTĐ được chẩn đoán *trong 3 tháng giữa hoặc 3 tháng cuối thai kỳ* và không có bằng chứng về ĐTĐ từ trước.

1.3. Dịch tễ học

Năm 2004, tỉ lệ phát hiện bệnh đái tháo đường thai kỳ vào khoảng 3%-4% và năm 2017, tỉ lệ này đã tăng lên mức 20% trên tổng số thai phụ được khám tại các bệnh viện/ cơ sở y tế chuyên khoa.

Tại TP. Hồ Chí Minh, trong những năm gần đây, bệnh viện Từ Dũ và Hùng Vương ghi nhận tỷ lệ ĐTĐ thai kỳ ghi nhận khoảng 20% trên hàng chục ngàn trường hợp sàng lọc hàng năm.

1.4. Yếu tố nguy cơ

Các nghiên cứu dịch tễ học đã phát hiện, có sự liên quan giữa các yếu tố nguy cơ ở thai phụ với ĐTĐTK. Các yếu tố nguy cơ này có nhiều điểm chung, tương đối giống với các yếu tố nguy cơ ĐTĐ týp 2.

Các thai phụ có yếu tố nguy cơ sau đây dễ mắc ĐTĐTK:

- *Thừa cân hay béo phì*
- *Tiền sử gia đình*: Tiền sử gia đình có người ĐTĐ
- *Tiền sử sinh con to*: cân nặng trẻ sơ sinh to > 4000 gam
- *Tiền sử bất thường về dung nạp glucose*: Đây là yếu tố nguy cơ cao đối với ĐTĐTK, đa số người có tiền sử rối loạn dung nạp glucose thì khi có thai đều bị ĐTĐTK.
- *Glucose niệu dương tính*:

- *Tuổi mang thai: thai phụ* lớn hơn 35 tuổi
- *Tiền sử sản khoa bất thường:* Thai chết lưu không rõ nguyên nhân, con bị dị tật bẩm sinh, tiền sản giật, sinh non.
- *Hội chứng buồng trứng đa nang.*
- *Tăng huyết áp*
- *Rối loạn lipid máu*

1.5. Hậu quả

1.5.1. Đối với thai phụ

Thai phụ mắc ĐTĐTK có nguy cơ xảy ra các tai biến trong suốt quá trình mang thai cao hơn các thai phụ bình thường.

Các hậu quả thường gặp là:

- *Tăng huyết áp:* Thai phụ ĐTĐTK dễ bị tăng huyết áp hơn các thai phụ bình thường. Tăng huyết áp trong thai kỳ có thể gây ra nhiều biến chứng cho mẹ và thai nhi như: tiền sản giật, sản giật, tai biến mạch máu não, suy gan, suy thận, thai chậm phát triển trong tử cung, sinh non và tăng tỷ lệ chết chu sinh.
- *Sinh non:* Thai phụ bị ĐTĐTK làm tăng nguy cơ sinh non so với các thai phụ không bị ĐTĐTK. Tỷ lệ sinh non ở phụ nữ ĐTĐTK là 26%, trong khi ở nhóm thai phụ bình thường là 9,7%.
- *Đa ối:* Tình trạng đa ối hay gặp ở thai phụ có ĐTĐTK, tỷ lệ cao gấp 4 lần so với các thai phụ bình thường.
- *Sảy thai và thai lưu:* Thai phụ mắc ĐTĐTK tăng nguy cơ sảy thai tự nhiên, các thai phụ bị sảy thai liên tiếp cần phải được kiểm tra glucose huyết một cách thường quy.
- *Nhiễm khuẩn niệu:* Thai phụ mắc ĐTĐTK nếu kiểm soát glucose huyết tương không tốt càng tăng nguy cơ nhiễm khuẩn niệu.
- *Biến chứng cấp:* Hôn mê do tăng áp lực thẩm thấu hoặc hôn mê CIO nhiễm Cetone ở thai phụ.
- *Ảnh hưởng về lâu dài:* Nhiều nghiên cứu nhận thấy rằng, các phụ nữ có tiền sử ĐTĐTK có nguy cơ CO' cao diễn tiến thành ĐTD tít 2 trong tương lai. Có khoảng 17% đến 63% các phụ nữ ĐTĐTK sẽ bị ĐTD tít 2 trong thời gian 5 năm đến 16 năm sau sinh.

1.5.2. Đối với thai nhi và trẻ sơ sinh

- *Tăng trưởng quá mức và thai to*
- *Hạ glucose huyết tương và các bệnh lý chuyển hóa ở trẻ sơ sinh:* Chiếm tỷ lệ khoảng từ 15% - 25% ở trẻ sơ sinh của các thai kỳ có đái tháo đường.
- *Bệnh lý đường hô hấp:* Hội chứng nguy kịch hô hấp.
- *Dị tật bẩm sinh:* ở thời điểm thụ thai của người mẹ bị mắc bệnh ĐTD, nếu lượng glucose huyết tương không được kiểm soát tốt thì tỷ lệ dị tật bẩm sinh của trẻ sơ sinh sẽ rất cao từ 8 - 13%, gấp 2-4 lần nhóm không bị ĐTD.

- *Tử vong ngay sau sinh*: Có bằng chứng cho thấy tăng glucose huyết tương mạn tính ở cơ thể mẹ giai đoạn từ 3-6 tuần cuối của thai kỳ dẫn đến tăng sử dụng glucose ở thai nhi, xuất hiện tình trạng thiếu oxy ở thai nhi, tăng tình trạng toan máu của thai là những yếu tố ảnh hưởng trực tiếp gây chết thai.
- *Tăng hồng cầu*: nồng độ hemoglobin trong máu tĩnh mạch trung tâm > 20g/dl hay dung tích hồng cầu >65%.
- *Vòng da sơ sinh*: Tăng hủy hemoglobin dẫn đến tăng bilirubin huyết tương gây vàng da sơ sinh, xảy ra khoảng 25% ở các thai phụ có ĐTĐTK.
- *Các ảnh hưởng lâu dài*: Trẻ sinh ra từ các bà mẹ bị ĐTĐTK có nguy cơ ĐTĐ và tiền ĐTĐ tăng gấp 8 lần khi đến 19 đến 27 tuổi.

II. SÀNG LỌC VÀ CHẨN ĐOÁN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

2.1. Trong 3 tháng đầu thai kỳ

Ngay lần *khám thai đầu tiên*, tiến hành đánh giá các yếu tố nguy cơ của đái tháo đường chung và nguy cơ ĐTĐ thai kỳ

- Nhóm thai phụ không có yếu tố nguy cơ: hẹn xét nghiệm sàng lọc ở tuần 24 - 28 tuần.
- *Nhóm thai phụ có yếu tố nguy cao*: cần được xét nghiệm glucose tĩnh mạch lúc đói (nhịn ăn ít nhất 8 giờ trước xét nghiệm) hoặc glucose bất kỳ ngay trong lần khám thai đầu tiên.

Kết quả:

- Bình thường:

- + Glucose tĩnh mạch khi đói: 70 - 90 mg/dL (3,9 - 5,0 mmol/L)
- + Glucose tĩnh mạch bất kỳ: <199 mg/dL (11 mmol/L)

- Nghi ngờ:

- + Glucose tĩnh mạch khi đói : 91 -125 mg/cL (5,1-6,9 mmol/L) và/ hoặc HbA1c 5,7%-6,4%. → Thực hiện xét nghiệm sàng lọc ngay

- Đái tháo đường mang thai:

- + Glucose tĩnh mạch khi đói : >126 mg/cL (7,0 mmol/L).
- + Glucose huyết tương tĩnh mạch bất kỳ > 200 mg/dL (11,1 mmol/L) kèm các triệu chứng của tăng glucoses huyết điển hình hoặc cơn tăng glucose huyết cấp.

→ Giới thiệu khám chuyên khoa Nội tiết

2.2. Trong 3 tháng giữa thai kỳ

Thực hiện tầm soát ĐTĐTK cho mọi thai phụ từ tuần thứ 24 - 28 của tuổi thai với nghiệm pháp dung nạp 75gram glucose

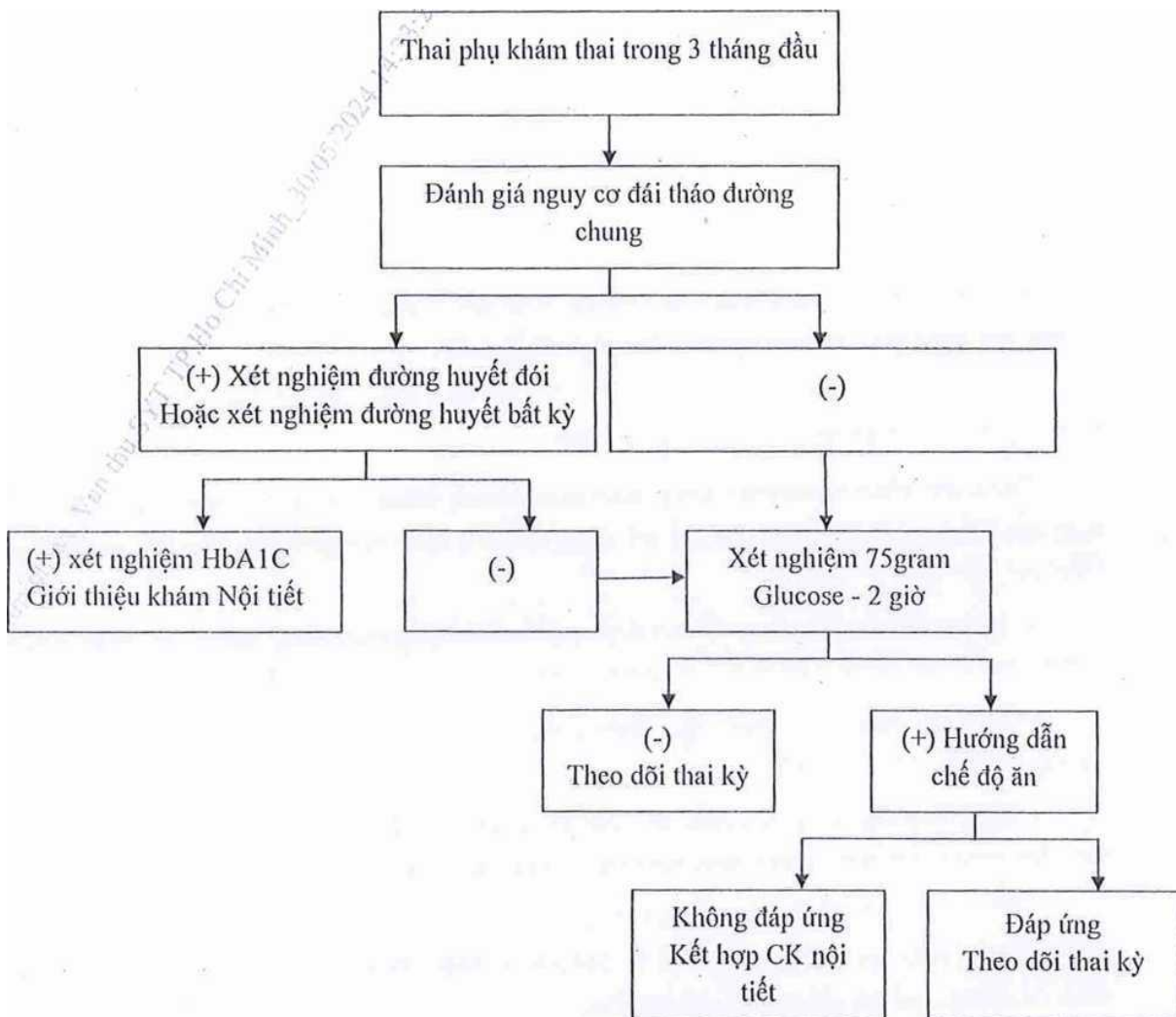
Trị số bình thường nghiệm pháp dung nạp glucose

	Glucose tĩnh mạch (mg/dl/ mg%)	Glucose tĩnh mạch (mmol/L)
Đói	< 92	< 5.1
1 giờ	< 180	< 10.0
2 giờ	< 153	< 8.5

Nếu có từ 1 giá trị lớn hơn hay bằng là chẩn đoán Đái tháo đường thai kỳ (Theo ADA và Bộ Y tế Việt Nam 2021).

2.3. Trong 3 tháng cuối thai kỳ

Không có chống chỉ định khi thực hiện sàng lọc trong 3 tháng cuối thai kỳ



III. QUẢN LÝ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

3.1 Giai đoạn mang thai

3.1.1. Điều trị ngoại trú đối với ĐTĐTK :

- Dinh dưỡng và vận động theo chế độ dành cho thai phụ có ĐTĐTK, hướng dẫn mức tăng cân hợp lý

BMI trước khi mang thai	Mức tăng cân cả thai kỳ (kg)	Mức tăng cân trung bình trong quý 2 và quý 3 (kg/ tuần)
< 18.5	12.5-18	0.51 (0.44-0.58)
18.5-22.9	11.5-16	0.42 (0.35-0.5)
23.0-24.9	7-11.5	0.28 (0.23-0.33)
> 24.9	5-9	0.22 (0.17-0.27)

- Hướng dẫn thai phụ cách đếm và theo dõi cử động thai mỗi ngày.
- Đánh giá tình trạng sức khỏe thai nhi bằng Non stress test (NST) mỗi tuần 1- 2 lần, có thể kết hợp đánh giá lượng ối qua siêu âm
- Kết hợp vận động trong thai kỳ :
 - + 30 phút / ngày
 - + Đi bộ hoặc tập tay lúc ngồi trong 10 phút sau ăn
- Theo dõi glucose huyết tương mao mạch trong 2 tuần
 - + Thời điểm thử: cách 3 ngày 1 lần, thời điểm lúc đói và 2 giờ sau ăn.
 - + Mỗi tuần chọn 1 bữa ăn. Trong 2 tuần có 4 lần thử, nghĩa là sau 2 bữa ăn.

Glucose mao mạch mục tiêu :

	Glucose mao mạch (mg/dl/ mg%)	Glucose mao mạch (mmol/L)
Đói	< 95	< 5.3
1 giờ	< 140	< 7.8
2 giờ	< 120	< 6.7

Nếu cả 4 lần thử glucose huyết tương trong 2 tuần đạt mục tiêu, cử động thai và các thăm khám không ghi nhận bất thường: Hướng dẫn thai phụ tiếp tục duy trì chế độ ăn giống như phác đồ hướng dẫn và theo dõi thai kỳ thông thường.

Nếu có nhiều hơn 4/ 8 trị số thử glucose huyết tương mao mạch trong 2 tuần lớn hơn glucose huyết tương mao mạch mục tiêu → nhập viện.

3.1.2. Điều trị nội trú ĐTDĐ thai kỳ

- Hội chẩn khoa Dinh dưỡng tiết chế, thực hiện chế độ ăn khi nhập viện đối với thai phụ
- Theo dõi glucose mao mạch lúc đói và 2 giờ sau ăn trong vòng 5 ngày.
- Theo dõi thai: hướng dẫn thai phụ đếm cử động thai hàng ngày, đo nhịp tim thai với monitor sản khoa (khi thai >30 tuần)
- Đánh giá chỉ số ối qua siêu âm, đánh giá tuần hoàn nhau thai qua siêu âm (trong khoảng 28 - 34 tuần).

Nếu thai phụ đáp ứng với điều trị:

+ Tình trạng thai nhi trong giới hạn bình thường, cho thai phụ xuất viện và hướng dẫn thai phụ tiếp tục áp dụng chế độ ăn đang thực hiện, theo dõi đường huyết (mao mạch), đếm cử động thai và ghi vào sổ khám thai.

+ Hẹn khám lại.

Nếu thai phụ không đáp ứng với điều trị:

+ Glucose huyết tương không đạt mục tiêu sau 5 ngày: Hội chẩn bác sĩ chuyên khoa nội tiết điều trị Insulin

+ Điều chỉnh liều Insulin cho đến khi đạt đường huyết mục tiêu.

+ Khi glucose huyết tương đã ổn định với Insulin. Cho thai phụ xuất viện, hướng dẫn thai phụ tiếp tục áp dụng chế độ ăn đang thực hiện, theo dõi cử động thai và ghi vào sổ khám thai

+ Hẹn khám lại.

3.1.3. Điều trị Insulin trong ĐTD thai kỳ

3.1.3.1. Chỉ định điều trị Insulin

Hiện nay tại Việt Nam, Insulin là thuốc duy nhất được chấp nhận sử dụng trên phụ nữ mang thai.

Chỉ định điều trị Insulin

+ Glucose huyết tương không đạt mục tiêu điều trị sau 1 đến 2 tuần áp dụng chế độ dinh dưỡng và tập luyện hợp lý (trên 50% số mẫu xét nghiệm không đạt mục tiêu điều trị); hoặc

+ Glucose huyết tương cao. Mức glucose huyết tương lúc đói > 126 mg/dL hoặc glucose huyết tương bất kỳ > 200 mg/dL; hoặc

+ Thai to hơn so với tuổi thai: trong 3 tháng giữa thai kỳ hoặc kích thước thai trên siêu âm với chu vi bụng > 370 mm hoặc cân nặng > BPV 95th trong những ngày trước sanh

3.1.3.2. Nguyên tắc điều trị

- Kiểm soát glucose huyết tương đạt mục tiêu hoặc càng gần mục tiêu càng tốt nhưng không gây hạ glucose huyết tương quá mức.

- Kết hợp điều chỉnh chế độ ăn và tập luyện vừa phải trong 30 phút (nếu không có chống chỉ định tập luyện).

- Thai phụ mắc ĐTDTK cần được sự theo dõi chặt chẽ của các bác sĩ Nội tiết - Đái tháo đường, bác sĩ sản khoa và bác sĩ dinh dưỡng.

3.1.3.3. ĐTDTK không biến chứng cấp

- Sử dụng liều Insulin theo ý kiến của bác sĩ chuyên khoa Nội tiết.

- Xét nghiệm theo dõi glucose mao mạch khi đói và sau ăn 1 hoặc 2 giờ (tùy theo đánh giá của bác sĩ Sản hoặc đề nghị của bác sĩ Nội Tiết), lặp lại mỗi ngày (nếu chưa vào chuyển dạ).

- Điều chỉnh liều insulin nhằm ổn định glucose huyết tương mao mạch mục tiêu.

- Hội chẩn lại chuyên khoa Nội tiết khi glucose huyết tương mao mạch không ổn định

Nếu glucose huyết tương ổn định: Chấm dứt thai kỳ ở tuổi thai 39 tuần hoặc khi có chỉ định sản khoa.

Nếu glucose huyết tương không ổn định: Cân nhắc chấm dứt thai kỳ sớm hơn 39 tuần hoặc khi có chỉ định sản khoa.

3.1.3.4. ĐTDTK có biến chứng cấp (nhiễm toan ceton, tăng áp lực thẩm thấu máu, hạ đường huyết...)

- Cần được hội chẩn hoặc điều trị bởi chuyên khoa Nội tiết

- Xét nghiệm glucose đói, sau ăn 1 giờ, sau ăn 2 giờ hay số lần xét nghiệm glucose huyết tương sẽ do bác sĩ chuyên khoa Nội tiết quyết định, lặp lại mỗi ngày.

- Điều chỉnh liều Insulin sao cho đạt và duy trì ổn định glucose huyết tương mục tiêu.
- Đánh giá tình trạng thai nhi bằng Non stress test (NST) mỗi ngày.
- Dinh dưỡng theo tư vấn của khoa dinh dưỡng.
- Chấm dứt thai kỳ nên xem xét theo từng trường hợp cụ thể, cần cân nhắc đánh giá khả năng trưởng thành phổi thai (nếu được)

Lưu ý: corticoides giúp trưởng thành phổi cổ thể làm tăng glucose huyết tương và do vậy cần chỉnh liều Insulin phù hợp.

3.1.3.5. Sử dụng Insulin khi có chỉ định mổ lấy thai

- Ngày trước mổ : dùng Insulin tối hôm trước mổ (Insulin nền) bình thường (nếu có).
- Ngày mổ: nhịn ăn từ 0 giờ, thử glucose huyết tương đói, ngưng mũi Insulin cũ sáng
- Nén mổ trong buổi sáng ngày mổ. Nếu 12 giờ chưa được mổ: thử glucose huyết tương mao mạch và xử trí tùy kết quả. Nếu có dấu hiệu của hạ glucose huyết tương thì xử trí phù hợp.

3.2. Giai đoạn trong và sau sinh

3.2.1. Trong chuyển dạ

- Cần kiểm soát glucose mao mạch mẹ trong suốt cuộc chuyển dạ (tốt nhất dao động từ 70 - 100 mg/dl hay 3,9 - 5,6 mmol/l).

+ Nếu thai phụ không dùng insulin: theo dõi glucose huyết tương mao mạch 4-6 giờ/lần

+ Nếu thai phụ dùng insulin: theo dõi glucose mao mạch 1-2 giờ/lần hoặc theo chỉ định của chuyên khoa nội tiết.

- Sau mổ nhau: nếu đang dùng insulin phải cân nhắc giảm liều thích hợp
- Theo dõi sát trẻ sơ sinh trong vòng 3 ngày đầu sau sinh để phát hiện và xử trí kịp thời các biến chứng như: hạ glucose huyết, hạ calci, đa hồng cầu, tăng bilirubin máu, hội chứng suy hô hấp cấp chu sinh, nhiễm khuẩn sơ sinh.
- Cho trẻ tiếp xúc da kề da với mẹ ít nhất ngày đầu sau sinh, hướng dẫn sản phụ cho trẻ bú sớm ngay trong vòng 1 giờ đầu sau sinh.

3.2.2. Giai đoạn sau sinh - hậu sản

- Nếu đang dùng insulin, cần giảm liều.
- Tư vấn về các biện pháp tránh thai như sử dụng bao cao su, dụng cụ tử cung, viên thuốc ngừa thai kết hợp hàm lượng thấp.
- Cần thực hiện *Đánh giá chuyển hóa Glucose sau sinh cho các phụ nữ có ĐTĐTK 4 - 12 tuần*: làm lại nghiệm pháp dung nạp 75 gram glucose uống - 2 giờ. Nếu kết quả bình thường: tầm soát định kỳ 1 năm/lần, nếu kết quả xét nghiệm bất thường giới thiệu sản phụ khám chuyên khoa Nội tiết.

IV. QUẢN LÝ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THỜI KỲ SAU SINH

4.1. Trẻ sơ sinh

- Ngay sau sinh, trẻ được chăm sóc và theo dõi sát để phát hiện nguy cơ hạ đường huyết sơ sinh.

- Trẻ sơ sinh cần được thử glucose huyết lượng mao mạch trong vòng 2 giờ sau sanh và có xử trí phù hợp

- Theo dõi tình trạng thân nhiệt, tim mạch, hô hấp (cần phát hiện kịp thời hội chứng suy hô hấp cấp, hạ thân nhiệt).

4.2. Sản phụ

- Đối với thai phụ ĐTĐTK:

+ Kiểm tra glucose huyết tương đói trong vòng 24 giờ sau sanh. Nếu đang dùng Insulin: ngưng tiêm và theo dõi Glucose máu bất kỳ. Khi glucose > 11,1 mmol/L, → sử dụng Insulin nhưng giảm liều đang dùng 50%.

- Đối với ĐTĐ và thai kỳ (ĐTĐ thực sự):

+ Nếu đang dùng insulin: ngưng Insulin. Kiểm tra glucose huyết tương. Nếu glucose huyết tương bất kỳ > 11,1 mmol/L → dùng insulin với liều Insulin giảm 50% so với liều trong thời gian mang thai, ngay sau sinh.

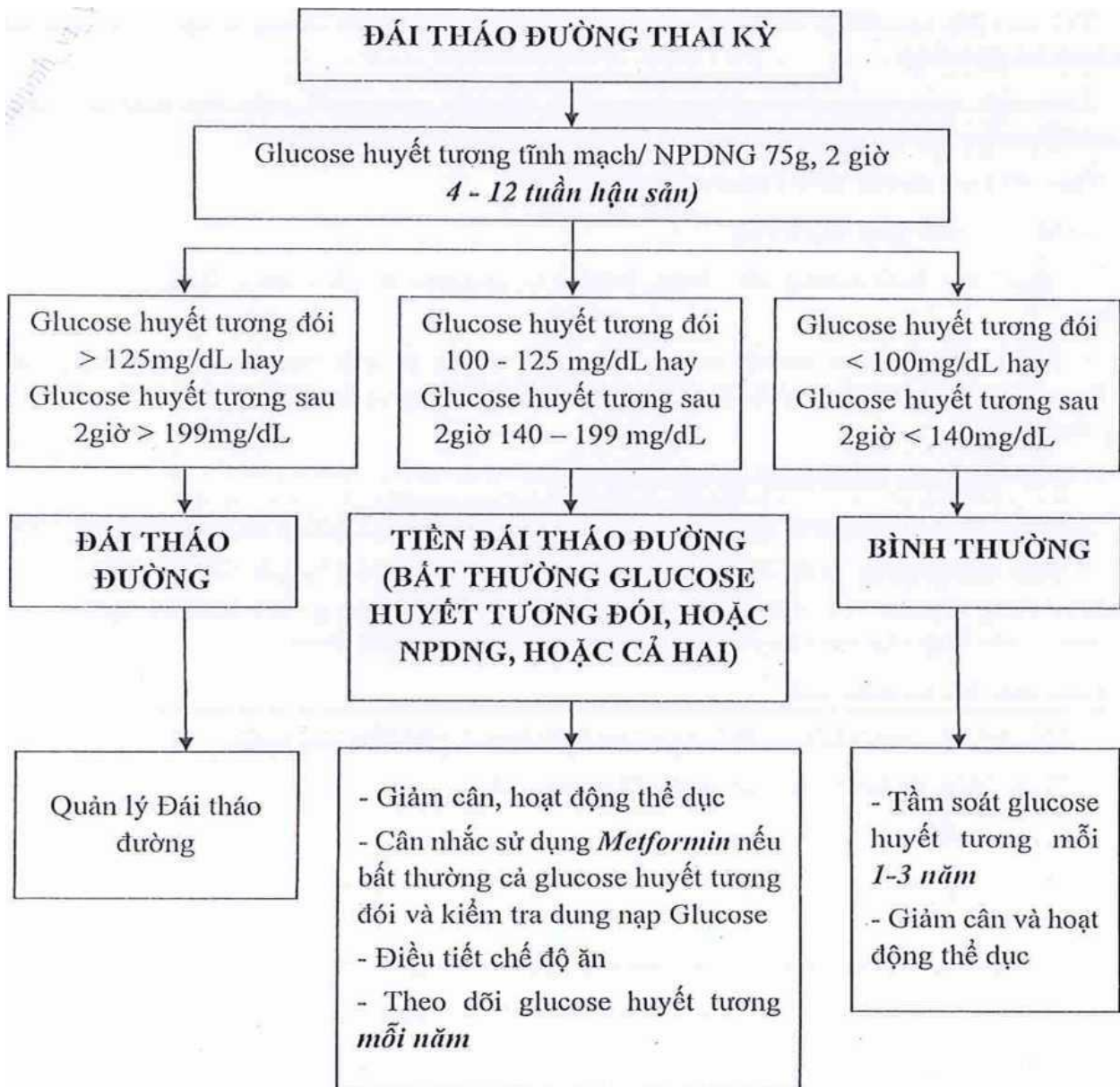
- Giới thiệu khám chuyên khoa Nội Tiết sau khi xuất viện: Đánh giá rối loạn chuyển hóa glucose sau sinh 4-12 tuần cho các phụ nữ có ĐTĐTK với xét nghiệm 75gr glucose uống - 2 giờ

Glucose tĩnh mạch	Tiền ĐTĐ	ĐTĐ
Khi đói	100 -125 mg/dL (5.6-6.9mmol/L)	126 mg/dL (≥7mmol/L)
Sau uống 2 giờ	140-199 mg/dL (7.8-11 mmol/L)	200 mg/dL (≥11.1mmol/L)

Kết quả:

+ Nếu kết quả bình thường sau sinh: tầm soát định kỳ 1-3 năm/lần.

+ Nếu kết quả bất thường: chuyên khoa nội tiết điều trị và theo dõi.



Sơ đồ theo dõi và quản lý đái tháo đường sau sinh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quốc gia về sàng lọc và quản lý đái tháo đường thai kỳ, Ban hành theo quyết định số 1470/QĐ-BYT ngày 29 tháng 05 năm 2024 của Bộ trưởng Bộ Y Tế.