

21. ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TRONG THAI KỲ

I. Định nghĩa

Đái tháo đường thai kỳ là có rối loạn dung nạp đường mới xuất hiện hoặc được ghi nhận lần đầu trong khi mang thai.

II. Sàng lọc

• Yếu tố nguy cơ

1. Gia đình có người đái tháo đường.
2. Đái tháo đường ở thai kỳ trước.
3. Tiền căn sinh con to (> 4000 g).
4. Tiền căn thai lưu (đặc biệt ở 3 tháng cuối); Sinh con dị tật.
5. Có ≥ 3 lần sảy thai liên tiếp.

• Đối tượng- thời điểm thực hiện

1. Ngay lần khám thai đầu tiên cần xếp loại nguy cơ.
2. Thai phụ không có yếu tố nguy cơ; nếu có bất thường đường huyết lúc đói (≥ 92 mg/dl) phải tầm soát bằng nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống (OGTT) lúc thai 24-28 tuần.
3. Thai phụ có yếu tố nguy cơ nên được tầm soát bằng nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống (OGTT) trong 3 tháng đầu thai kỳ; ngay lần khám đầu. Có thể lặp lại ở 24-28 tuần nếu trước đó bình thường.

• Xét nghiệm sàng lọc: Test dung nạp glucose đường uống (OGTT)

- Thực hiện 8 giờ sau ăn và chế độ ăn carbohydrate bình thường trong ba ngày trước đó.
 - + Đo glucose máu lúc đói.
 - + Pha 75g glucose trong 200ml nước, uống trong 3-5 phút (không hút thuốc, ăn, hay uống nước ngọt trong khi làm xét nghiệm).
 - + Đo glucose máu sau 1 và 2 giờ.
- Kết quả bình thường: Glucose máu:
 - + Lúc đói: ≤ 92 mg /dl (5.1 mmol /L).
 - + Sau 1 giờ: ≤ 180 mg /dl (10 mmol /L).
 - + Sau 2 giờ: ≤ 153 mg /dl (8.5 mmol /L).

*ĐTĐ thai kỳ được chẩn đoán nếu có **hai** kết quả bằng hay hơn giới hạn trên.

*Kết luận là rối loạn dung nạp đường trong thai kỳ nếu có **một** kết quả bằng hay hơn giới hạn trên.

III. Chẩn đoán: (chủ yếu dựa vào cận lâm sàng)• **Lâm sàng**

1. Béo phì (BMI > 27 kg/m²).
2. Ăn nhiều, uống nhiều, lên cân nhiều (> 20 kg).
3. Thai to, đa ối, dư ối, thai lưu.

• **Cận lâm sàng**

1. Đường huyết lúc đói ≥ 126 mg/dl (7 mmol/L); hoặc
2. Đường huyết bất kỳ ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/L); hoặc
3. Test dung nạp glucose đường uống (OGTT): (+).

IV. Điều trị

• *Nguyên tắc:* tùy thuộc vào độ trưởng thành của thai.

• **Mục tiêu điều trị**

Giữ mức đường huyết:

- + Lúc đói: 90 - 95 mg/dl (5 - 5,5 mmol/l).
- + 1 giờ sau ăn: < 140 mg/dl (< 7,8 mmol/l).

1. Thai chưa đủ trưởng thành**a. Điều trị đái tháo đường**• **Chế độ ăn tiết chế- tăng cân**

BMI (Kg/m ²)	Kcal/kg ngày	Tăng cân thai kỳ (kgs)
Nhẹ cân < 19,8	36 – 40	14 - 20
Bình thường 19,8 – 26	30	12,5 – 17,5
Dư cân 26,1 - 29	24	7,5 – 12,5
Béo phì > 29	12 – 18	7,5 – 12,5

– Trong đó:

- + Carbohydrate: cung cấp # 35-45 % calories.
- + Protein: cung cấp # 20-25 % calories.
- + Mỡ: cung cấp # 40 % calories.

• **Dùng Insulin**

– Chỉ định:

- + ĐTĐ trước khi có thai.
- + Đường huyết bất kỳ: ≥ 200 mg/dl.
- + Lúc đói khi làm OGTT: ≥ 126 mg/dl.
- + Bất kỳ trị số nào của OGTT: ≥ 200 mg/dl.
- + Chẩn đoán ĐTĐ thai kỳ trước 24 tuần.

– Loại Insulin:

- + Tác dụng nhanh: Regular.
- + Tác dụng trung bình: NPH.
- Liều Insulin:
- Liều khởi đầu: tùy thuộc tuổi thai:
 - + < 18 tuần: 0,7UI/kg/ngày.
 - + 18 – 26 tuần: 0,8UI/kg/ngày.
 - + 26 – 36 tuần: 0,9UI/ kg/ngày.
 - + > 36 tuần: 1 UI/ kg/ngày.
- Trường hợp nặng có thể tăng 1,5 – 2 UI/ kg/ngày.
- Liều duy trì: phụ thuộc vào đáp ứng của từng người.
- Kiểm tra thường xuyên đường huyết lúc đói và 2 giờ sau ăn.
- **Chia liều**
 - + Sáng 2/3 tổng liều trong ngày, trong đó 2/3 NPH, 1/3 Regular.
 - + Chiều 1/3 tổng liều trong ngày, trong đó ½ NPH, ½ Regular.

b. Đánh giá sức khỏe thai

- Siêu âm
 - Mỗi 2 tuần từ 24 tuần (phát hiện thai dị tật bẩm sinh, thai to, thai chậm tăng trưởng).
- N_ST:
 - + Mỗi tuần từ 32-38 tuần.
 - + 2-3 lần/ tuần từ 38-40 tuần.
- Siêu âm Doppler:
 - + Mỗi 2 tuần từ 32- 36 tuần.
 - + Mỗi tuần từ sau 36 tuần.
- **Chọn thời điểm chấm dứt thai kỳ:**
 - ĐTDĐ thai kỳ không dùng insulin: N_ST mỗi tuần từ tuần 32 thai kỳ. CDTK ở 39-40 tuần.
 - ĐTDĐ trước khi có thai- không biến chứng; hoặc ĐTDĐ thai kỳ có dùng insulin: N_ST mỗi tuần từ 32 tuần, N_ST / 3 ngày từ tuần thứ 34. CDTK lúc 38 tuần (Có hỗ trợ phổi).
 - ĐTDĐ trước khi có thai- có biến chứng: N_ST / 3 ngày từ 28-30 tuần. CDTK lúc 36 tuần (có hỗ trợ phổi).
- **Hỗ trợ phổi:**
 - Hỗ trợ phổi bằng glucocorticoides với kiểm soát đường huyết chặt chẽ và tăng liều Insulin; dùng cho những trường hợp phải CDTK \leq 36 tuần.

2. Thai đủ trưởng thành

- Chọn cách CDTK: MLT khi trọng lượng thai $\geq 4000g$ hoặc có chỉ định sản khoa khác. MLT vào buổi sáng, sau cử insulin sáng.
- ĐTĐ đơn thuần không là chỉ định MLT.

3. Trong chuyển dạ

- Đo đường huyết mỗi 1,5 – 2 giờ.
- Duy trì đường huyết từ 70 – 110 mg/dl.
- Dùng INSULIN tác dụng nhanh để điều chỉnh: đường huyết:

+ < 70mg/dl:	Truyền TM 60-100ml Glucose 5%.
+ > 90mg/dl:	2 UI Insulin TDD.
+ 110-130mg/dl:	4UI Insulin TDD.
+ 130-150mg/dl:	6UI Insulin TDD.
+ > 150 mg/dl:	Insulin truyền TM.

4. Hậu sản

- Ngày thứ 2 hậu sản, đo đường huyết trước ăn và 2 giờ sau ăn.
- Cần điều trị ĐTĐ nếu:
 - + ĐH trước ăn > 110 mg /dl (6,1 mmol /L).
 - + ĐH 2 giờ sau ăn > 200 mg /dl (11,1 mmol /L).
- Thực hiện OGTT ở tuần 6-12 sau sinh (tại chuyên khoa nội tiết).
- Nuôi con bằng sữa mẹ.
- Ngừa thai tích cực: BCS, DCTC, viên thuốc kết hợp hàm lượng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Brody SC, Harris R, Lohr K. Screening for gestational diabetes: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Obstet Gynecol.* 2003;101(2):380-392.
2. Tuffnell DJ, West J, Walkinshaw SA. Treatments for gestational diabetes and impaired glucose tolerance in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(3):CD003395.
3. Crowther CA, Hiller JE, Moss JR, McPhee AJ, Jeffries WS, Robinson JS, for the Australian Carbohydrate Intolerance Study in Pregnant Women (ACHOIS) Trial Group. Effect of treatment of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes. *N Engl J Med.* 2005;352(24):2477-2486.
4. US Preventive Services Task Force. Screening for gestational diabetes. Topic page. Rockville, Md: Agency for Healthcare Research and Quality 2008. <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstf/gdm.htm>. Accessed January 5, 2009.
5. Metzger BE, Lowe LP, Dyer AR, for the HAPO Study Cooperative Research Group. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med.* 2008;358(19):1991-2002.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Number 30, September 2001 (replaces Technical Bulletin Number 200, December 1994). Gestational diabetes. *Obstet Gynecol.* 2001;98(3):525-538.
7. Naylor CD, Sermer M, Chen E, Farine D. Selective screening for gestational diabetes mellitus. Toronto Trihospital Gestational Diabetes Project Investigators. *N Engl J Med.* 1997;337(22):1591-1596.