

BỘ Y TẾ
VỤ SỨC KHỎE BÀ MẸ - TRẺ EM

HƯỚNG DẪN QUỐC GIA
DỰ PHÒNG VÀ KIỂM SOÁT
ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

(Ban hành kèm theo Quyết định số 6173 /QĐ-BYT ngày 12 /10/2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

HÀ NỘI, THÁNG 10/2018

BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 6173/QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 12 tháng 10 năm 2018

QUYẾT ĐỊNH

**Về việc phê duyệt tài liệu hướng dẫn quốc gia
về Dự phòng và kiểm soát đái tháo đường thai kỳ**

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Nghị định số 75/2017/NĐ-CP ngày 20 tháng 6 năm 2017 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Căn cứ Quyết định số 376/QĐ-TTg ngày 20 tháng 5 năm 2015 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Chiến lược quốc gia phòng, chống bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các bệnh không lây nhiễm khác, giai đoạn 2015 - 2025;

Xét đề nghị của Vụ trưởng Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em, Bộ Y tế;

QUYẾT ĐỊNH

Điều 1. Phê duyệt tài liệu “Hướng dẫn quốc gia về Dự phòng và kiểm soát đái tháo đường thai kỳ” kèm theo Quyết định này.

Điều 2. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành.

Điều 3. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Vụ trưởng Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em, Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Chánh thanh tra Bộ, Thủ trưởng các Vụ, Cục, Tổng cục thuộc Bộ Y tế; Giám đốc các Sở Y tế tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương; Giám đốc các Bệnh viện, Viện có giường bệnh; Giám đốc các Học viện, Hiệu trưởng các trường đại học, cao đẳng và trung cấp có đào tạo nhân lực y tế; Thủ trưởng các đơn vị liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 3;
- Bộ trưởng Bộ Y tế (để báo cáo);
- Các Thứ trưởng (để phối hợp chỉ đạo);
- Công Thông tin điện tử Bộ Y tế;
- Lưu: VT, BMTE.

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**



Nguyễn Việt Tiến

CÁC TÁC GIẢ

| | |
|-----------------------------------|---|
| Gs. Ts. Thái Hồng Quang | Hội Nội tiết - Đái tháo đường Việt Nam |
| PGs. Ts. Nguyễn Khoa Diệu Vân | Bệnh viện Bạch Mai |
| PGs. Ts. Huỳnh Nguyễn Khánh Trang | Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch Bệnh viện Hùng Vương |
| Bs. CK2. Nguyễn Bá Mỹ Nhi | Bệnh viện Từ Dũ |
| PGs. Ts. Bùi Thị Nhung | Viện Dinh dưỡng |
| Ts. Hoàng Thị Diễm Tuyết | Bệnh viện Hùng Vương |
| Ts. Hoàng Kim Ước | Bệnh viện Nội tiết Trung ương |
| Ths. Nguyễn Thị Thủy | Bệnh viện Phụ sản Trung ương |
| Ths. Trịnh Nhật Thư Hương | Bệnh viện Từ Dũ |
| Bs. CK2. Nguyễn Thị Anh Phương | Bệnh viện Hùng Vương |
| Bs. CK1. Trần Thị Ngọc Tâm | Bệnh viện Hùng Vương |
| Ths. Nguyễn Đức Vinh | Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em, Bộ Y tế |
| Ts. Trần Đăng Khoa | Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em, Bộ Y tế |
| Bs. Hoàng Anh Tuấn | Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em, Bộ Y tế |

LỜI GIỚI THIỆU

Đái tháo đường là bệnh rối loạn chuyển hóa không đồng nhất, có đặc điểm tăng glucose huyết tương do thiếu hụt về tiết insulin, về tác động của insulin hoặc cả hai. Theo Hội Nội tiết Hoa Kỳ (Endocrine Society) đái tháo đường thai kỳ là tình trạng liên quan đến tăng glucose huyết tương của mẹ và làm tăng nguy cơ các kết cục sản khoa bất lợi; cũng theo Liên đoàn đái tháo đường thế giới, năm 2017 có khoảng 425 triệu người bị đái tháo đường trên thế giới ở độ tuổi từ 20 đến 79 tuổi, dự kiến đến năm 2045 có khoảng 630 triệu người bị đái tháo đường.

Nghiên cứu ở một số cơ sở của Việt Nam cho thấy tỉ lệ phụ nữ mang thai mắc đái tháo đường thai kỳ ở thành phố Hồ Chí Minh có xu hướng tăng dần trong những năm qua, từ 2,1% năm 1997 lên 4% năm 2007, 11% năm 2008 và khoảng 20% trong năm 2017; trong khi tại Hà Nội là 5,7% vào năm 2004. Theo khảo sát của các bệnh viện chuyên khoa sản trên toàn quốc thì trong giai đoạn từ năm 2001-2004, tỉ lệ phát hiện bệnh đái tháo đường thai kỳ vào khoảng 3%-4%, tuy nhiên đến 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.

Đái tháo đường thai kỳ ảnh hưởng rất lớn tới sức khỏe của bà mẹ cũng như của thai nhi: Người mẹ có thể mắc các bệnh lý như tăng huyết áp, bệnh lý võng mạc, bệnh lý mạch vành và nhiễm trùng tiết niệu, tăng nguy cơ tiền sản giật - sản giật và nguy cơ bị đái tháo đường thực sự trong tương lai... Tăng huyết áp ở người mẹ sẽ đe dọa đến tính mạng của cả mẹ và thai nhi. Phần lớn các nghiên cứu chỉ ra rằng bất thường bẩm sinh tăng gấp 3 lần ở những thai nhi có mẹ mắc bệnh đái tháo đường thai kỳ trước đó mà không được kiểm soát tốt.

Mặc dù hiện nay có rất nhiều hướng dẫn về đái tháo đường thai kỳ, tuy nhiên còn tản mạn, thiếu đồng bộ và nhất quán, chưa tập trung vào các thực hành cụ thể dẫn tới khó khăn cho nhân viên y tế. Nhằm nâng cao kiến thức cho cán bộ y tế về dự phòng và kiểm soát đái tháo đường thai kỳ cũng như thống nhất sử dụng trong toàn quốc Vụ Sức khỏe Bà mẹ Trẻ em - Bộ Y tế biên soạn **“Hướng dẫn quốc gia về dự phòng và kiểm soát đái tháo đường thai kỳ”**, với sự tham gia của các giáo sư, bác sĩ đầu ngành đang công tác trong lĩnh vực thai phụ khoa, nội tiết và dinh dưỡng cùng với sự hỗ trợ về tài chính và kỹ thuật của Abbott Laboratories. Trong quá trình xây dựng Tài liệu, Bộ Y tế cũng đã nhận được nhiều ý kiến đóng góp quý báu của cán bộ y tế ở các tuyến qua thử nghiệm ở một số địa phương.

Đây là lần đầu tiên Bộ Y tế xây dựng, ban hành và xuất bản **“Hướng dẫn quốc gia về dự phòng và kiểm soát đái tháo đường thai kỳ”**, vì thế mặc dù đã rất cố gắng nhưng cũng không thể tránh khỏi có thiếu sót về mặt nội dung và in ấn. Bộ Y tế rất mong tiếp tục nhận được những ý kiến đóng góp để tài liệu được hoàn thiện hơn trong những lần xuất bản sau.

MỤC LỤC

| | |
|--|----|
| LỜI GIỚI THIỆU | ii |
| DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT..... | iv |
| CHƯƠNG 1 | 1 |
| ĐẠI CƯƠNG VỀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG VÀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ | 1 |
| CHƯƠNG 2 | 6 |
| TÀM SOÁT VÀ CHẨN ĐOÁN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ..... | 6 |
| CHƯƠNG 3 | 10 |
| QUẢN LÝ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ TRONG GIAI ĐOẠN MANG THAI ... | 10 |
| CHƯƠNG 4 | 24 |
| QUẢN LÝ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ SAU SINH..... | 24 |

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

| | |
|-------|--------------------------------|
| BMI | : Chỉ số khối cơ thể |
| BV | : Bệnh viện |
| CDTK | : Chấm dứt thai kỳ |
| ĐTĐ | : Đái tháo đường |
| ĐTĐTK | : Đái tháo đường thai kỳ |
| GH | : growth hormone |
| GI | : Chỉ số glucose huyết tương |
| hPL | : human placental lactogen |
| NPDNG | : Nghiệm pháp dung nạp glucose |
| NST | : Non stress test |
| SPK | : Thai phụ khoa |
| WHO | : Tổ chức Y tế thế giới |

CHƯƠNG 1.

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

1. Đặt vấn đề

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh mãn tính thường gặp. ĐTĐ ngày càng tăng, từ năm 1958 đến năm 1993 số người được chẩn đoán có bệnh ĐTĐ tăng gấp 5 lần. Tương tự ĐTĐ trong dân số chung, tỷ lệ lưu hành của đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) cũng tăng theo thời gian, theo hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ năm 2004 ĐTĐTK chiếm 4% tương đương 135.000 thai phụ/mỗi năm.

Bệnh đái tháo đường ghi nhận có tốc độ tăng nhanh trên toàn cầu. Ước tính đến năm 2020 sẽ có 438 triệu người mắc bệnh đái tháo đường, trong đó khoảng 50% là người châu Á. Việt Nam là quốc gia Đông Nam Á đang phát triển với dân số khoảng 94 triệu người có tỷ lệ đái tháo đường tít 2 ngày càng tăng. Năm 2010, tỉ lệ đái tháo đường tít 2 ở Tp.HCM là 10,8% ở nam và 11,7% ở nữ. Cùng với bệnh đái tháo đường, ĐTĐTK cũng ngày càng tăng do tuổi sinh đẻ tăng, phụ nữ ngày càng thừa cân, béo phì và ít vận động. Tỉ lệ ĐTĐTK thay đổi tùy thuộc vào dân số nghiên cứu, tiêu chí chọn mẫu, tiêu chuẩn chẩn đoán. Tại Việt Nam, trong một số nghiên cứu tại các vùng miền khác nhau, tỉ lệ này tăng từ 3,9% vào năm 2004 đến 20,3% năm 2012 và 20,9% năm 2017.

Năm 2002 - 2004 Tạ Văn Bình và cộng sự nghiên cứu 1.611 thai phụ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương và Bệnh viện Phụ sản Hà Nội thấy tỉ lệ ĐTĐTK là 5,7%. Năm 2009, Vũ Thị Bích Nga nghiên cứu 1.327 thai phụ tại khoa sản Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Phụ sản Trung ương cho thấy tỉ lệ ĐTĐTK là 7,8%. Năm 2010, Nguyễn Thị Lệ Thu nghiên cứu 2.446 thai phụ tại Khoa Phụ sản Bệnh viện Bạch Mai cho thấy tỉ lệ ĐTĐTK là 5,97%. Tại TP. Hồ Chí Minh, hai bệnh viện Sản phụ khoa: Từ Dũ và Hùng Vương tỷ lệ ghi nhận quanh 20% trên hàng chục ngàn trường hợp tầm soát hàng năm.

2. Định nghĩa

2.1. 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 tít 1 còn gọi là ĐTĐ phụ thuộc insulin. Có sự phá hủy tế bào beta và thiếu insulin tuyệt đối, được chia làm hai thể nguyên nhân do cơ chế tự miễn và

không do tự miễn, không phụ thuộc kháng antigen là kháng nguyên, kháng bạch cầu ở người (Human Leucocyst Antigen – HLA).

ĐTĐ týp 2 còn gọi là ĐTĐ không phụ thuộc insulin, đặc trưng bởi kháng insulin và thiếu tương đối từ gan và bất thường chuyển hóa mỡ.

Tiền ĐTĐ là tình trạng suy giảm chuyển hóa glucose bao gồm hai tình huống là rối loạn glucose lúc đói (Impaired Fasting Glucose -IFG) và giảm dung nạp glucose (Impaired Glucose Tolerance – IGT).

2.2. 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 (WHO, 2006), trong khi đái tháo đường thai kỳ có mức glucose huyết tương thấp hơn.

Hội Nội tiết Mỹ (Endocrine Society) định nghĩa ĐTĐTK là tình trạng liên quan đến tăng glucose huyết tương của mẹ với mức độ thấp hơn ĐTĐ mang thai (đái tháo đường rõ) và làm tăng nguy cơ các kết cục sản khoa bất lợi cho cả thai phụ và thai nhi

2.3. Dịch tễ học

Một số kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ mắc ĐTĐTK trong các nghiên cứu có sự khác biệt. Tuy nhiên, có sự khác nhau là do đặc điểm dân số, độ lớn của quần thể nghiên cứu, phương pháp tầm soát, tiêu chuẩn chẩn đoán khác nhau nhưng cũng cho thấy thực trạng về nguy cơ gia tăng tỷ lệ này trong thời gian gần đây và yêu cầu cần thiết của việc nghiên cứu tầm soát ĐTĐTK như một công tác thường quy trong chăm sóc sức khỏe sinh sản ở các cơ sở y tế.

2.4. 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.

ĐTĐTK có xu hướng hay gặp ở những thai phụ sinh con khi lớn tuổi, sinh nhiều con, thừa cân, tiền căn gia đình có đái tháo đường, tiền căn sản khoa: thai lưu, sinh con to.

Theo khuyến cáo của Hội nghị quốc tế về ĐTĐTK lần V tại Mỹ năm 1998, các thai phụ có yếu tố nguy cơ sau đây dễ mắc ĐTĐTK:

- *Béo phì*: Ở người béo phì có tình trạng kháng insulin và tăng tiết insulin gây rối loạn chuyển hóa glucose.

- *Tiền sử gia đình*: Tiền sử gia đình có người ĐTĐ thể hệ thứ nhất là một trong những yếu tố nguy cơ cao của ĐTĐTK, chiếm 50 - 60% so với nhóm tiền sử gia đình không có người đái tháo đường.

- *Tiền sử sinh con to ≥ 4000 gam*: Cân nặng trẻ sơ sinh to ≥ 4000 gam vừa là hậu quả của ĐTĐTK, vừa là yếu tố nguy cơ cho mẹ ở những lần mang thai sau.

- *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*: Cũng là yếu tố nguy cơ cao đối với ĐTĐTK. Tuy nhiên, có khoảng 10 - 15% thai phụ có glucose niệu dương tính mà không phải do mắc ĐTĐTK.

- *Tuổi mang thai*: Theo Hiệp hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG), thai phụ có tuổi nhỏ hơn 25 được coi là ít nguy cơ ĐTĐTK, khi phụ nữ lớn hơn 35 tuổi mang thai thì nguy cơ ĐTĐTK tăng cao hơn.

- *Tiền sử sản khoa bất thường*: Thai chết lưu không rõ nguyên nhân, con bị dị tật bẩm sinh, tiền sản giật, sinh non.

- *Chủng tộc*: Là một yếu tố nguy cơ độc lập dẫn đến ĐTĐTK, có ảnh hưởng trực tiếp đến tần suất mắc ĐTĐ tít 2 trong dân số. Châu Á là chủng tộc có nguy cơ mắc ĐTĐTK cao.

- *Hội chứng buồng trứng đa nang*.

2.5. Hậu quả

2.5.1. 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 tai biến 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 hay 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.
- *Ảnh hưởng về lâu dài*: Nhiều nghiên cứu nhận thấy rằng, các phụ nữ có tiền sử ĐTĐTK có nguy cơ cao diễn tiến thành ĐTĐ tít 2 trong tương lai. Có khoảng 17% đến 63% các phụ nữ ĐTĐTK sẽ bị ĐTĐ tít 2 trong thời gian 5 năm đến 16 năm sau sinh.

Tóm lại: Thai phụ mắc ĐTĐTK có thể làm gia tăng tỷ lệ sảy thai, thai lưu, sinh non, tăng huyết áp trong thai kỳ, đa ối, nhiễm trùng tiết niệu, viêm đài bể thận, mổ lấy thai. Về lâu dài, các thai phụ mắc ĐTĐTK tăng nguy cơ tiến triển thành ĐTĐ tít 2 và các biến chứng liên quan đặc biệt là biến chứng tim mạch nhỏ ảnh hưởng đến tim, thận, mắt.

2.5.2. Đối với thai nhi và trẻ sơ sinh

ĐTĐTK ảnh hưởng lên sự phát triển của thai nhi chủ yếu vào giai đoạn ba tháng đầu và ba tháng cuối thai kỳ. Giai đoạn 3 tháng đầu, thai có thể không phát triển, sảy thai tự nhiên, dị tật bẩm sinh, những thay đổi này thường xảy ra vào tuần thứ 6, thứ 7 của thai kỳ. Giai đoạn 3 tháng giữa, đặc biệt 3 tháng cuối thai kỳ có hiện tượng tăng tiết insulin của thai nhi, làm thai nhi tăng trưởng quá mức.

- *Tăng trưởng quá mức và thai to*: Các nghiên cứu về thai to cho thấy tỷ lệ này khác nhau theo chủng tộc. Tỷ lệ sinh con to của những người mẹ bị mắc bệnh ĐTĐTK có nguồn gốc da trắng, nguồn gốc da đen hoặc nguồn gốc Tây Ban Nha cũng khác nhau.
- *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:* Một nghiên cứu từ 1946 - 1988 cho thấy, ở thời điểm thụ thai của người mẹ bị mắc bệnh ĐTĐ, 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 ĐTĐ.

- *Tử vong ngay sau sinh:* Chiếm tỷ lệ khoảng 20% - 30%. Có nhiều 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:* Là một tình trạng thường gặp ở trẻ sơ sinh của các thai phụ có ĐTĐTK, nồng độ hemoglobin trong máu tĩnh mạch trung tâm > 20g/dl hay dung tích hồng cầu > 65%.

- *Vàng 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:* Gia tăng tần suất trẻ béo phì, khi lớn trẻ sớm bị mắc bệnh ĐTĐ tít 2, rối loạn tâm thần - vận động. 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.

CHƯƠNG 2.

TẦM SOÁT VÀ CHẨN ĐOÁN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

1. Tiêu chuẩn tầm soát và chẩn đoán trên thế giới

1.1. Đối tượng tầm soát đái tháo đường trong thai kỳ

Hai mô hình tầm soát chính là tầm soát đại trà và tầm soát chọn lọc (hoặc tầm soát đối tượng nguy cơ). Tầm soát đại trà có độ nhạy cao hơn, nhưng tốn kém, tầm soát chọn lọc ít tốn kém hơn nhưng dễ bỏ sót bệnh.

Các yếu tố nguy cơ được sử dụng trong tầm soát chọn lọc bao gồm 4 nhóm chủ yếu dưới đây:

- Yếu tố thai phụ: lớn tuổi, nhiều con, béo phì trước khi có thai, tăng cân quá mức trong thai kỳ, hội chứng buồng trứng đa nang.
- Tiền sử ĐTĐ trong gia đình thế hệ thứ nhất.
- Tiền sử sản khoa: thai lưu, sinh con to, ĐTĐTK trong lần sinh trước.
- Các yếu tố trong thai kỳ: tăng huyết áp, đa thai.

Mặc dù còn một vài vấn đề chưa được thống nhất, nhưng hầu như các tổ chức chuyên môn trên thế giới khuyến cáo nên tầm soát đại trà ĐTĐTK.

1.2. Thời điểm tầm soát thường quy

Nên tầm soát ĐTĐTK cho mọi thai phụ từ tuần thứ 24 - 28 của tuổi thai và thời điểm này được xem là thời điểm chuẩn, tốt nhất cho phát hiện bất thường chuyển hóa carbohydrate trong thai kỳ.

Khuyến cáo nhấn mạnh việc đánh giá nguy cơ của ĐTĐTK ngay lần khám thai đầu tiên cho những thai phụ có nguy cơ. Nếu là nhóm nguy cơ cao nên thực hiện nghiệm pháp tầm soát sớm và nếu nghiệm pháp âm tính sẽ lặp lại khi tuổi thai 24 - 28 tuần.

Thực hiện Nghiệm pháp dung nạp 75 gram Glucose - 2 giờ.

2. Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán đái tháo đường trong thai kỳ

Nghiệm pháp dung nạp glucose 75gam - 2 giờ. Hiệp hội quốc tế của các nhóm nghiên cứu ĐTĐ và thai kỳ (IADPSG) và WHO khuyến cáo sử dụng phương pháp một bước này

2.1. Các bước tiến hành thực hiện xét nghiệm 1 bước 75 gam Glucose (với máu tĩnh mạch)

- *Lần khám 1:* Khi thai phụ đến khám lần đầu tiên vào 3 tháng đầu thai kỳ, xét nghiệm glucose huyết tương lúc đói hoặc glucose huyết tương bất kỳ. Nếu glucose huyết tương lúc đói bất thường ≥ 126 mg% hoặc glucose huyết tương bất kỳ ≥ 200 mg%, chẩn đoán ĐTĐ và giới thiệu chuyên khoa Nội tiết.

- *Lần khám sau đó:* Khi thai kỳ bước vào tuần thứ 24 - 28 tư vấn cho thai phụ về tầm soát ĐTĐTK, phát tờ rơi về những thông tin liên quan ĐTĐTK và hướng dẫn ăn uống hợp lý để thực hiện nghiệm pháp dung nạp glucose 75 gam - 2 giờ vào lần khám thai định kỳ tiếp theo, ghi chú vào sổ khám thai ngày tái khám kèm kiểm tra glucose huyết tương bằng mực đỏ để dễ nhớ.

2.2. Hướng dẫn cụ thể cho thai phụ

- Ba ngày trước khi tiến hành nghiệm pháp chẩn đoán, không ăn chế độ ăn có quá nhiều glucid cũng như không ăn kiêng nhằm tránh ảnh hưởng nghiệm pháp.

- Nhịn đói 8 - 12 giờ trước khi làm nghiệm pháp.

- Lấy 2ml máu tĩnh mạch, định lượng glucose trong huyết tương lúc đói trước khi làm nghiệm pháp.

- Uống ly nước đường đã được nhóm nghiên cứu chuẩn bị sẵn, uống trong vòng 5 phút.

- Lấy 2ml máu tĩnh mạch, định lượng glucose trong huyết tương ở 2 thời điểm 1 giờ và 2 giờ sau uống nước glucose.

- Trong thời gian làm nghiệm pháp thai phụ không ăn uống gì thêm, được ngồi nghỉ ngơi trong phòng làm nghiệm pháp hoặc đi lại nhẹ nhàng trong khuôn viên bệnh viện trong thời gian làm nghiệm pháp.

2.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán:

| Giờ | Glucose huyết tương (mg/dl hay mg%) | Glucose huyết tương (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

3. Thực hiện tại các tuyến y tế

3.1. Trạm Y tế xã:

- Dựa vào các yếu tố nguy cơ để tư vấn cho thai phụ chế độ ăn và luyện tập.
- Quản lý, theo dõi việc sử dụng phác đồ điều trị ĐTĐTK do tuyến trên chỉ định.

3.2. Trung tâm y tế/ Bệnh viện huyện:

- Nếu không làm được xét nghiệm glucose huyết, tư vấn để chuyển tuyến thai phụ lên tuyến trên.

- Nếu làm được xét nghiệm glucose huyết:

- + Với thai phụ: theo dõi glucose huyết tương mao mạch (Lưu ý: để chẩn đoán dùng glucose huyết tương tĩnh mạch) trong 2 tuần có **hướng dẫn chế độ ăn cho thai phụ đái tháo đường thai kỳ**. Thời điểm thử cách 3 ngày 1 lần, thời điểm lúc đói và 2 giờ sau ăn (tổng cộng, trong 2 tuần có 4 lần thử).

Glucose huyết tương mục tiêu:

- Trước ăn ≤ 95 mg/dl ($\leq 5,3$ mmol/l)
- Sau ăn 1 giờ ≤ 140 mg/dl ($\leq 7,8$ mmol/l)
- Sau ăn 2 giờ ≤ 120 mg/dl ($\leq 6,7$ mmol/l)

- + Với thai nhi: hướng dẫn thai phụ đếm cử động thai hàng ngày, ghi vào sổ khám thai. Khám theo dõi cân nặng, chiều cao tử cung và tim thai.

- Nếu cả 4 lần thử glucose huyết tương đều 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 trên 50% số lần thử glucose huyết tương lớn hơn glucose huyết tương mục tiêu, tư vấn và giới thiệu thai phụ lên tuyến trên.

3.3. Bệnh viện tuyến tỉnh trở lên

- Thực hiện như hướng dẫn ở Trung tâm y tế/ Bệnh viện huyện. Nếu sau 2 tuần, glucose huyết tương không đạt mục tiêu thì hướng dẫn thai phụ nhập viện:

- + Thực hiện chế độ ăn đối với thai phụ bị ĐTĐ, cần có cán bộ được đào tạo về dinh dưỡng và có khoa Dinh dưỡng tiết chế.
- + Theo dõi glucose huyết tương mao mạch 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, đánh giá chỉ số ối qua siêu âm.
- + Nếu có điều kiện đánh giá tuần hoàn rau thai qua Doppler velocimetry.
- Thai phụ đáp ứng với điều trị: thường có đến 80% thai phụ đạt glucose huyết tương mục tiêu sau 5 ngày 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 cử động thai và ghi vào sổ khám thai.
 - + Hẹn khám lại.
- Thai phụ không đáp ứng với điều trị :
 - + Glucose huyết tương không đạt mục tiêu sau 5 ngày, phối hợp cùng bác sĩ chuyên khoa nội tiết, dùng Insulin.
 - + Điều chỉnh liều Insulin cho đến khi đạt đường huyết mục tiêu, tình trạng thai nhi không bị ảnh hưởng, thai phụ có khả năng tự theo dõi được đường huyết mao mạch và tự tiêm được Insulin.
 - + 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.

CHƯƠNG 3.

QUẢN LÝ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ TRONG GIAI ĐOẠN MANG THAI

1. Theo dõi tiền sản

- Khuyến cáo phụ nữ bị ĐTĐTK kiểm soát glucose huyết tương đạt mục tiêu hoặc càng gần bình thường càng tốt, nhưng không có nguy cơ hoặc không gây hạ glucose huyết tương.

- Khuyến cáo xử trí ban đầu ĐTĐTK nên bao gồm: điều chỉnh chế độ ăn và tập luyện ở mức vừa phải trong 30 phút/ngày hoặc hơn.

- Khuyến cáo dùng các biện pháp làm hạ glucose huyết tương, nếu việc thay đổi lối sống không đủ để duy trì glucose huyết tương đạt mục tiêu ở các phụ nữ bị ĐTĐTK.

Phụ nữ bị ĐTĐTK *cần được theo dõi và kiểm soát glucose huyết tương bởi các bác sĩ Sản khoa (đã được tập huấn về ĐTĐTK) và/hoặc bác sĩ chuyên khoa Nội tiết - Đái tháo đường.*

(1) Điều trị tiết chế đối với ĐTĐTK:

- Dinh dưỡng và vận động theo chế độ dành cho thai phụ có ĐTĐTK.

- Xét nghiệm glucose huyết tương (nếu khó khăn, có thể theo dõi với xét nghiệm giọt máu đầu ngón tay) khi đói và sau ăn 2 giờ, lặp lại mỗi 3 ngày (nếu chưa vào chuyển dạ).

- Hướng dẫn thai phụ cách đếm và theo dõi cử động thai.

- Đánh giá tình trạng thai nhi bằng Non stress test (NST) mỗi tuần 2 lần nếu có đáp ứng.

- Chấm dứt thai kỳ ở tuổi thai **40 tuần**, hoặc do chỉ định sản khoa.

(2) Điều trị Insulin đối với ĐTĐTK (hoặc ĐTĐ và thai kỳ) - không biến chứng cấp

- Khám và sử dụng liều Insulin theo ý kiến của chuyên khoa Nội tiết.

- Xét nghiệm glucose huyết tương khi đói và sau ăn 2 giờ, lặp lại mỗi ngày (nếu chưa vào chuyển dạ).

- Điều chỉnh liều Insulin sao cho đạt và duy trì ổn định glucose huyết tương mục tiêu.

- Hội chẩn lại chuyên khoa Nội tiết khi glucose huyết tương không ổn định.
- Hướng dẫn thai phụ cách đếm và theo dõi cử động thai.
- Đánh giá tình trạng thai nhi bằng Non stress test (NST) mỗi 2 ngày nếu thai cử động đều, hoặc khi thai cử động yếu.
- Dinh dưỡng và vận động theo chế độ dành cho thai phụ có ĐTĐTK (do bệnh viện hướng dẫn và cung cấp).
- 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: **CHẤM DỨT THAI KỲ** ở tuổi thai 38 tuần (sau khi chích corticoides trưởng thành phổi) hoặc khi có chỉ định sản khoa.

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

(3) Điều trị Insulin đối với ĐTĐTK (hoặc ĐTD và thai kỳ) - có biến chứng cấp

- Biến chứng có thể được chẩn đoán trước nhập viện hoặc trong quá trình theo dõi điều trị nội trú.
- Sử dụng liều Insulin theo đề nghị của chuyên khoa Nội tiết và hội chẩn lại với chuyên khoa Nội tiết.
- Xét nghiệm glucose huyết tương 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.
- Hướng dẫn thai phụ cách đếm và theo dõi cử động thai.
- Đánh giá tình trạng thai nhi bằng Non stress test (NST) mỗi ngày nếu thai cử động đều, hoặc khi thai phụ ghi nhận thai cử động yếu.
- Dinh dưỡng và vận động theo chế độ ĐTĐTK do BV cung cấp.
- Chấm dứt thai kỳ ở tuổi thai 36 tuần (sau khi tiêm corticoides trưởng thành phổi) hoặc khi có chỉ định sản khoa.

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

2. Theo dõi thai phụ trong và sau đẻ

2.1. Trong cuộc chuyển dạ

- Cần kiểm soát glucose huyết tương mẹ trong suốt cuộc chuyển dạ và sinh (tốt nhất dao động từ 60 - 100 mg/dl hay 3,3 - 5,6 mmol/l).
- Theo dõi tim thai để phát hiện và xử trí kịp thời suy thai.
- Sau sỏ rau: Nếu đang dùng insulin phải cân nhắc giảm liều thích hợp vì sau khi lấy hết bánh rau, mất hiện tượng kháng insulin có thể gây hạ glucose máu. Theo dõi chặt chẽ nồng độ glucose huyết thanh để điều chỉnh thuốc cho phù 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.
- Thực hiện da kề da ít nhất ngày đầu sau sinh.

2.2. Theo dõi sau đẻ

- 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 **tầm soát sớm ĐTĐ típ 2 cho các phụ nữ có ĐTĐTK**, sau sinh 4 - 12 tuần: làm lại **xét nghiệm 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.

3. Đo glucose huyết tương

- Đo glucose huyết tương khi đói, trước ăn và sau ăn (1 giờ hoặc 2 giờ). Số lần và lặp lại sau mấy ngày phụ thuộc vào phương thức điều trị đã được đề cập tại phần 1.
- Có thể sử dụng glucose huyết tương mao mạch (nhưng phương tiện đo phải cho ra kết quả gần tương đương với máu tĩnh mạch).

4. Phòng chống đái tháo đường thai kỳ: Điều chỉnh lối sống

Để phòng chống đái tháo đường thai kỳ, phụ nữ có thai đặc biệt các thai phụ có nguy cơ cao như đã sinh con trên 3.500 gram, trên 30 tuổi, thừa cân, béo phì... cần điều chỉnh lối sống để phòng chống bệnh ĐTĐTK.

4.1. Lựa chọn thực phẩm lành mạnh

- Chế độ ăn uống hợp lý, lành mạnh và hoạt động thể chất là biện pháp chính để phòng chống ĐTĐTK
- Thai phụ cần được tư vấn về dinh dưỡng để giúp cho họ chọn đúng về số lượng và chất lượng thực phẩm.
- Thai phụ cần biết cách lựa chọn thực phẩm lành mạnh, để hạn chế sự tăng cân quá mức và phòng ĐTĐTK.

4.2. Kiểm soát sự tăng cân trong thai kỳ

- Tăng cân là biểu hiện tích cực cho thấy sự phát triển của thai nhi, tăng cân của người mẹ lúc mang thai phụ thuộc vào giai đoạn thai kỳ và tình trạng dinh dưỡng trước khi mang thai. Tùy theo tình trạng dinh dưỡng (chỉ số khối cơ thể: BMI) trước khi có thai của người mẹ, Viện Y học đã khuyến nghị mức tăng cân như sau:

Bảng 4.1. Khuyến cáo về mức tăng cân trong thai kỳ

| BMI trước khi mang thai | Tăng cân (kg) | Mức tăng cân trung bình trong quý 2 và quý 3 thời kỳ mang thai (kg/tuần) |
|--|---------------|--|
| Thiếu năng lượng trường diễn (BMI < 18,5 kg/m ²) | 12,5 - 18 | 0,51 (0,44 - 0,58) |
| Bình thường (BMI: 18,5-24,9 kg/m ²) | 11,5 - 16 | 0,42 (0,35 - 0,50) |
| Thừa cân (BMI: 25,0-29,9 kg/m ²) | 7 - 11,5 | 0,28 (0,23 - 0,33) |
| Béo phì (BMI ≥ 30,0 kg/m ²) | 5 - 9 | 0,22 (0,17 - 0,27) |

- Ngoài ra để giảm nguy cơ ĐTĐTK, khuyến cáo cần giảm cân cho đối tượng bị thừa cân, béo phì trước khi mang thai.

4.3. Hạn chế sử dụng muối

- Giảm ăn mặn nhất là đối với những thai phụ có phù, tăng huyết áp hoặc bị nhiễm độc thai nghén để tránh tai biến khi sinh.
- Nên sử dụng dưới 5g muối/ngày và nên sử dụng muối iốt.

4.4. Hạn chế sử dụng rượu bia, thuốc lá và chất kích thích

- Không nên dùng các loại đồ uống chứa chất kích thích như rượu, cà phê, thuốc lá, nước chè đặc...
- Giảm ăn các loại gia vị như ớt, hạt tiêu, tỏi.

4.5. Giáo dục dinh dưỡng

- Cần giáo dục cho bà mẹ có thai về chế độ dinh dưỡng hợp lý, thói quen ăn uống lành mạnh, phòng chống ĐTĐTK.
- Tư vấn cho thai phụ về cách lựa chọn thực phẩm lành mạnh.
- Có thể sử dụng tháp dinh dưỡng cho phụ nữ có thai và bà mẹ cho con bú để tư vấn cho thai phụ.
- Giáo dục dinh dưỡng nên nhấn mạnh các phương pháp nấu ăn lành mạnh và giảm tiêu thụ thực phẩm có nhiều đường, nhiều chất béo, muối và thực phẩm ít chất xơ.
- Điều quan trọng là thai phụ bị ĐTĐ nên tiếp tục duy trì thói quen ăn uống lành mạnh ngay cả sau khi sinh để giảm nguy cơ ĐTĐ tít 2 và hội chứng chuyển hóa sau khi sinh.

4.6. Hoạt động thể chất

- Hoạt động thể chất giúp phòng ngừa ĐTĐTK, giảm sự đề kháng insulin, kiểm soát glucose huyết tương và rối loạn chuyển hóa lipid máu....
- Nên theo dõi hoạt động của thai nhi và lượng đường trong máu trước và sau khi tập thể dục.

Khuyến cáo hoạt động thể chất cho thai phụ bị ĐTĐ

- Ít nhất 30 phút / ngày
- Đi bộ hoặc tập tay lúc ngồi trong 10 phút sau ăn
- Trước khi mang thai tích cực tập luyện cần duy trì tập luyện trong thai kỳ

5. Liệu pháp dinh dưỡng

5.1. Liệu pháp dinh dưỡng cho thai phụ có nguy cơ bị đái tháo đường

- Chế độ ăn Glucid chiếm khoảng 55% - 60% năng lượng khẩu phần, nên sử dụng thực phẩm có chỉ số glucose huyết tương thấp và trung bình.

- Nên sử dụng ngũ cốc nguyên hạt, gạo lứt, gạo lứt nảy mầm thay thế cho gạo trắng có chỉ số glucose huyết tương cao.
- Sử dụng trên 400g rau/ ngày, nên ăn rau có nhiều chất xơ làm hạn chế mức độ tăng glucose huyết tương sau ăn.
- Nên ăn nhiều bữa trong ngày để không làm tăng glucose huyết tương quá nhiều sau ăn, và hạ glucose huyết tương quá nhanh lúc xa bữa ăn.
- Nên ăn nhiều loại thực phẩm (15 - 20 loại/ngày, mỗi bữa có trên 10 loại thực phẩm) để cung cấp đầy đủ chất dinh dưỡng cho cơ thể.
- Nên ăn thịt nạc, cá nạc, đậu phụ, sữa chua, sữa, phô mai (ít béo, không đường).
- Hạn chế tối đa các thực phẩm có chỉ số đường huyết cao làm tăng cao glucose huyết tương sau ăn: bánh, kẹo, kem, chè, trái cây sấy... trái cây khô là các loại thức ăn có trên 20% glucid.
- Giảm ăn các thực phẩm nhiều chất béo gây tăng mỡ máu.
- Giảm ăn mặn và các thực phẩm chế biến sẵn nhiều muối để phòng ngừa tăng huyết áp.
- Giảm uống rượu, bia, nước ngọt.
- Không nên dùng đường trắng.
- Đối với thai phụ bị thừa cân, béo phì hoặc tăng cân quá nhiều trong thời kỳ mang thai nên ăn các thực phẩm luộc, bỏ lò hơn là các món rán, không nên ăn thịt mỡ, ăn cá và thịt gia cầm thay cho thịt đỏ, ăn bơ tách chất béo và các thực phẩm khác nhau có hàm lượng chất béo thấp.
- Duy trì chế độ luyện tập tối thiểu 30 phút/ ngày để phòng chống ĐTĐTK.

5.2. Liệu pháp dinh dưỡng cho thai phụ mắc bệnh đái tháo đường hoặc đái tháo đường thai kỳ

5.2.1. Mục tiêu kiểm soát glucose huyết tương của liệu pháp dinh dưỡng

- Đối với thai phụ đã bị bệnh ĐTĐ trước khi mang thai: cần tiếp tục duy trì chế độ điều trị thuốc ĐTĐ, ngoài ra cần điều chỉnh chế độ ăn và luyện tập.
- Đối với thai phụ bị mắc ĐTĐTK: Chế độ ăn và luyện tập là giải pháp trị liệu chính, trong trường hợp cần thiết bác sỹ sẽ kê thêm thuốc điều trị.

- Liệu pháp dinh dưỡng bao gồm việc cá nhân hóa chế độ ăn tối ưu để kiểm soát glucose huyết tương. Liệu pháp dinh dưỡng được xây dựng dựa trên thói quen ăn uống, hoạt động thể lực, glucose huyết tương và tình trạng dinh dưỡng của bà mẹ...:

+ Cung cấp đủ năng lượng, các chất dinh dưỡng, vitamin và chất khoáng cho bà mẹ và sự phát triển của thai nhi.

+ Hỗ trợ kiểm soát glucose huyết tương: không làm tăng glucose huyết tương sau ăn nhiều, không làm hạ glucose huyết tương lúc xa bữa ăn, giảm nồng độ HbA1c trong máu.

- Duy trì được hoạt động thể lực bình thường của bà mẹ hàng ngày.

- Duy trì được mức tăng cân phù hợp với từng giai đoạn của thai kỳ.

- Hỗ trợ điều chỉnh rối loạn chuyển hóa lipid máu, các rối loạn chức năng thận, tăng huyết áp....

- Phòng các biến chứng của đái tháo đường thai nghén cho bà mẹ và thai nhi như sinh non, đa ối, sảy thai, thai chết lưu, nhiễm khuẩn đường tiết niệu...

5.2.2. Nguyên tắc chế độ dinh dưỡng cho thai phụ bị đái tháo đường

5.2.2.1. Năng lượng

Hạn chế năng lượng ăn vào là một giải pháp để kiểm soát sự tăng cân, glucose huyết tương và thai to. Đối với thai phụ bị thừa cân, béo phì, tổng năng lượng nên giảm khoảng 33%, không thấp hơn 1600-1800 kcal giúp kiểm soát sự tăng cân và không làm tăng ceton máu.

- Tuy nhiên tùy vào tình trạng dinh dưỡng, tình trạng lâm sàng, xét nghiệm sinh hóa, năng lượng ăn vào có thể được điều chỉnh theo từng giai đoạn.

- Khuyến cáo năng lượng ăn vào cho thai phụ bị đái tháo đường như sau:

+ 35 - 40 kcal/kg cân nặng/ngày: Với những thai phụ trước khi mang thai bị thiếu năng lượng trường diễn.

+ 30 - 35 kcal/kg cân nặng/ngày: Với những thai phụ trước khi mang thai có tình trạng dinh dưỡng bình thường.

+ 20 - 30 kcal/kg cân nặng/ngày: Với những thai phụ trước khi mang thai bị thừa cân, béo phì.

5.2.2.2 Tỷ lệ các chất sinh năng lượng

a. Protein

- Nên phối hợp giữa protein động vật và thực vật, yêu cầu tỷ lệ protein động vật từ 35% trở lên.
- Bệnh thận do ĐTĐ, protein giảm 0,6 - 0,8 g/kg cân nặng lý tưởng.

b. Lipid

- Lượng lipid chiếm khoảng 20 - 30% tổng năng lượng, yêu cầu tỷ lệ lipid động vật/lipid tổng số không nên vượt quá 60%. Nên tăng cường sử dụng các loại dầu thực vật và hạn chế tiêu thụ các loại mỡ động vật.

- Nếu thai phụ có rối loạn chuyển hóa cholesterol máu tổng lượng cholesterol máu < 200mg/ngày.

- Đối với thai phụ có rối loạn chuyển hóa lipid máu, tăng cân nhanh cần chú ý đến khẩu phần chất béo để kiểm soát chuyển hóa rối loạn lipid máu:

- + Tăng cường các món ăn luộc hấp hơn là món rán.
- + Ăn tăng thêm cá và thịt gia cầm thay cho thịt đỏ.
- + Sử dụng sữa và chế phẩm sữa có hàm lượng chất béo thấp hoặc đã được tách béo.

c. Glucid

Tất cả các thai phụ bị ĐTĐ không kể ĐTĐ tít 1 hay tít 2 đều phải tuân thủ chế độ ăn giảm glucid (55 - 60% năng lượng khẩu phần). Glucid nên được chia suốt cả ngày trong 3 bữa ăn chính và 2 - 3 bữa ăn phụ. Nên sử dụng tối thiểu 175g glucid/ ngày.

- Nếu thai phụ bị ĐTĐ muốn sử dụng các thực phẩm ngũ cốc khác thì nên ăn các loại ngũ cốc nguyên hạt hoặc chế phẩm của ngũ cốc nguyên hạt như ngô, bánh mì đen...

- Thai phụ ĐTĐ có thể ăn:

- + Không hạn chế đối với các thức ăn có $\leq 5\%$ glucid.
- + Ăn có mức độ đối với các loại thức ăn có 10 - 20% glucid.
- + Hạn chế tối đa đối với các loại đường hấp thu nhanh như đường trắng, mứt, kẹo, bánh ngọt và nước ngọt có ga, trái cây sấy khô... Đây là các loại thức ăn có trên 20% glucid.

5.2.2.3. *Chất xơ*

Nhu cầu khuyến nghị chất xơ của phụ nữ có thai là 28g/ ngày. Đặc biệt với thai phụ bị ĐTĐ thì chất xơ có vai trò quan trọng đặc biệt trong kiểm soát glucose huyết tương và phòng biến chứng của ĐTĐ. Thai phụ bị đái tháo đường cần ăn ít nhất 400g rau củ quả một ngày. Nên chọn rau củ quả có nhiều chất xơ như rau muống, rau ngót, rau bắp cải...

5.2.3.4. *Vitamin và chất khoáng*

Đáp ứng đủ nhu cầu vitamin và chất khoáng theo nhu cầu khuyến nghị cho bà mẹ có thai.

5.2.2.5. *Khuyến cáo về sử dụng sữa và chế phẩm sữa cho bà mẹ thai phụ bị đái tháo đường*

Sữa và chế phẩm sữa không chỉ là nguồn cung cấp canxi quan trọng cho bà mẹ trong những giai đoạn đặc biệt này mà còn là những thực phẩm có đầy đủ các chất dinh dưỡng thiết yếu và ở tỷ lệ cân đối rất tốt cho sức khỏe bà mẹ và trẻ em.

- *Phụ nữ có thai 3 tháng đầu:* Nên sử dụng 3 đơn vị sữa/1 ngày (mỗi đơn vị sữa tương đương 100 mg canxi, tương đương 1 miếng phô mai, 1 hộp sữa chua, 100 ml sữa dạng lỏng).

- *Phụ nữ có thai 3 tháng giữa:* Tăng thêm 2 đơn vị so với 3 tháng đầu, sử dụng 5 đơn vị sữa và chế phẩm sữa/ ngày.

- *Phụ nữ có thai 3 tháng cuối:* Tăng thêm 1 đơn vị so với 3 tháng giữa, sử dụng 6 đơn vị sữa và chế phẩm sữa/ ngày.

- Nên sử dụng sữa và chế phẩm sữa không đường hoặc sử dụng thực phẩm dinh dưỡng y học cho người đái tháo đường theo sự chỉ dẫn của bác sỹ, nhân viên y tế hoặc chuyên gia dinh dưỡng.

5.2.2.6. *Lựa chọn thực phẩm*

- Lựa chọn các thực phẩm: thực phẩm nhiều chất xơ như ngũ cốc nguyên hạt, rau củ..., thực phẩm có nhiều chất béo không no từ các nguồn thực vật, cá..., các thực phẩm có nhiều vitamin như quả chín, hạn chế các thực phẩm nhiều chất béo bão hòa (mỡ động vật, thịt nhiều mỡ...), hạn chế các thực phẩm nhiều cholesterol, các thực phẩm có nhiều đường đơn, đường đôi. Hạn chế chế biến dưới dạng nướng, chiên xào ở nhiệt độ cao.

- Nên ăn cá, tối thiểu 2 - 3 bữa/tuần, ưu tiên những thực phẩm giàu acid béo omega 3 (mỡ cá, cá hồi).

- Các thực phẩm dinh dưỡng y học cho người đái tháo đường cung cấp đầy đủ các dưỡng chất thiết yếu ở tỷ lệ cân đối, có chỉ số glucose huyết thanh thấp, và đã được chứng minh lâm sàng giúp kiểm soát tốt đường huyết ở phụ nữ ĐTĐTK, cũng là một chọn lựa tốt để bổ sung dinh dưỡng cho phụ nữ ĐTĐTK.

5.2.2.7. Phân bố bữa ăn trong ngày của thai phụ bị đái tháo đường

Chia nhỏ bữa ăn đóng một vai trò rất quan trọng trong điều hòa glucose huyết tương để tránh tăng glucose huyết tương nhiều sau ăn, nên ăn 3 bữa chính và 2 - 3 bữa phụ. Một bữa ăn nhẹ buổi tối giúp ngăn chặn tình trạng ceton máu.

Nếu ăn 6 bữa, số lượng mỗi bữa ăn như sau:

| | |
|-----------------------|------|
| Bữa sáng: | 20% |
| Bữa phụ buổi sáng: | 10% |
| Bữa trưa: | 30% |
| Bữa phụ buổi chiều: | 10% |
| Bữa tối: | 20% |
| Bữa phụ vào buổi tối: | 10%. |

Nếu ăn 5 bữa, số lượng mỗi bữa ăn như sau:

| | |
|-----------------------|------|
| Bữa sáng: | 25% |
| Bữa phụ buổi sáng: | 10% |
| Bữa trưa: | 30% |
| Bữa tối: | 25% |
| Bữa phụ vào buổi tối: | 10%. |

6. Điều trị đái tháo đường thai kỳ bằng thuốc

6.1. Nguyên tắc điều trị

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

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

- Nếu việc thay đổi lối sống không đủ để duy trì glucose huyết tương đạt mục tiêu thì phối hợp với insulin.

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

6.2. Mục tiêu điều trị

Được sự đồng thuận của nhiều tổ chức (ACOG, ADA, Endocrine Society, NICE); có thể sử dụng glucose mao mạch để đánh giá và theo dõi điều trị. Mục tiêu kiểm soát glucose huyết tương:

- Glucose đói: < 5,3 mmol/l
- Glucose sau ăn 1 giờ: < 7,8 mmol/l
- Glucose sau ăn 2 giờ: < 6,7 mmol/l
- HbA1c: < 6% (kiểm tra 1 tháng 1 lần)
- Và không có biểu hiện hạ đường máu.

6.3. Điều trị bằng thuốc

- Tại Việt Nam, các thuốc viên chưa được Bộ Y tế chấp thuận để điều trị cho phụ nữ mang thai bị ĐTĐ; do đó Insulin là thuốc duy nhất được chấp nhận sử dụng.

- 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 20% số mẫu xét nghiệm không đạt mục tiêu điều trị); hoặc

- + Glucose huyết tương cao. Mức glucose huyết tương lúc đói 5,6 mmol/L đến trên 5,8 mmol/l và/hoặc glucose huyết tương đỉnh sau ăn trên 7,8 mmol/l cần xem xét điều trị ngay; hoặc

- + Thai to hơn so với tuổi thai.

- Liều lượng insulin và số mũi tiêm: Liều lượng Insulin và số mũi tiêm Insulin phụ thuộc vào mức tăng glucose huyết tương, hình thái tăng glucose huyết tương, tuổi thai, tình trạng kháng Insulin, stress, nhiễm trùng,... Nếu người bệnh chỉ bị tăng glucose huyết tương lúc đói thì chỉ cần tiêm Insulin nền (basal) tác dụng kéo dài hoặc bán chậm là đủ. Nếu người bệnh chỉ bị tăng glucose huyết tương sau ăn thì cần tiêm mũi Insulin tác dụng nhanh (phóng hay bolus) trước các bữa ăn có glucose tăng cao. Nếu người bệnh bị tăng cả glucose huyết tương lúc đói và sau ăn thì phải phối hợp tiêm cả mũi Insulin nền và phóng trước các bữa ăn. Như vậy, tùy tình trạng tăng glucose huyết tương mà có thể tiêm cho bệnh nhân từ 1 mũi cho đến 4 mũi, thậm chí 5 mũi tiêm Insulin trong ngày.

+ Nếu người bệnh chỉ tăng glucose huyết tương buổi sáng lúc đói thì phác đồ sử dụng Insulin nền được khuyến cáo. Có thể sử dụng Insulin NPH hoặc Insulin tác dụng kéo dài (Detemir). Liều khởi đầu 0,1 IU/kg/ngày (trọng lượng thực) nếu glucose huyết tương buổi sáng lúc đói thường xuyên bằng hoặc trên 5,3 mmol/L (95mg/L) và dưới 7 mmol/L (180mg/dL). Chỉnh liều Insulin cứ 2 - 3 ngày/lần, mỗi lần thêm 1 - 2 IU cho đến khi đạt mục tiêu điều trị.

+ Nếu glucose huyết tương sau ăn tăng (bằng hoặc trên 7,8 mmol/L (140 mg/dL) sau ăn 1 giờ, hoặc bằng hoặc trên 6,7 mmol/L (120 mg/dL) sau ăn 2 giờ và dưới 11,1 mmol/L (200 mg/dL)) thì sử dụng Insulin nhanh (regular, lispro, aspart) tiêm trước các bữa ăn. Số mũi tiêm phụ thuộc vào số các bữa ăn có tăng glucose huyết tương, có thể tiêm từ 1 đến 3 mũi tiêm. Liều khởi đầu từ \leq 0,1 IU/kg/bữa ăn. Chỉnh liều Insulin 2 - 3 ngày/lần, mỗi lần tăng 1 - 2 đơn vị cho đến khi glucose huyết tương đạt mục tiêu.

+ Nếu glucose huyết tương tăng cả lúc đói và sau ăn, thì phác đồ tiêm Insulin nền - phóng (basal - bolus) được sử dụng. Liều lượng và chỉnh liều tương tự trên.

+ Nếu glucose huyết tương lúc đói của bệnh bằng hoặc lớn hơn 7 mmol/L (126 mg/dL) và/hoặc glucose huyết tương sau ăn bằng hoặc lớn hơn 11,1 mmol/L (200 mg/dL) - ĐTĐ thực sự, thì chuyển bệnh nhân sang bác sỹ chuyên khoa Nội tiết để theo dõi điều trị.

+ Thời gian chỉnh liều Insulin phụ thuộc vào mức độ tăng glucose huyết tương, có thể chỉnh liều sau 1 - 3 ngày điều trị.

+ Trong quá trình điều trị cần tránh để tình trạng tăng glucose huyết tương ($>7,8$ mmol/L) hoặc hạ glucose huyết tương ($<3,3$ mmol/L) kéo dài.

- Các loại Insulin được sử dụng và thời gian tác dụng:

| Loại Insulin | Bắt đầu tác dụng | Đỉnh tác dụng | Thời gian tác dụng |
|-----------------|----------------------|---------------|--------------------|
| Nhanh | | | |
| Regular | ½ - 1 giờ | 2 - 4 giờ | 6 - 8 giờ |
| Lispro/Aspart | < 15 phút | 1 - 2 giờ | 3 - 5 giờ |
| Glulisine | Chưa được chấp thuận | | |
| Bán chậm | | | |
| NPH | 1 - 2 giờ | 6 - 10 giờ | + 12 giờ |

| Loại Insulin | Bắt đầu tác dụng | Đỉnh tác dụng | Thời gian tác dụng |
|---------------------|-------------------------|----------------------|---------------------------|
| Kéo dài | | | |
| Detemir | 1 giờ | Không có đỉnh | 12 - 24 giờ |
| Glargine | Chưa được chấp thuận | | |
| Degludec | Chưa được chấp thuận | | |

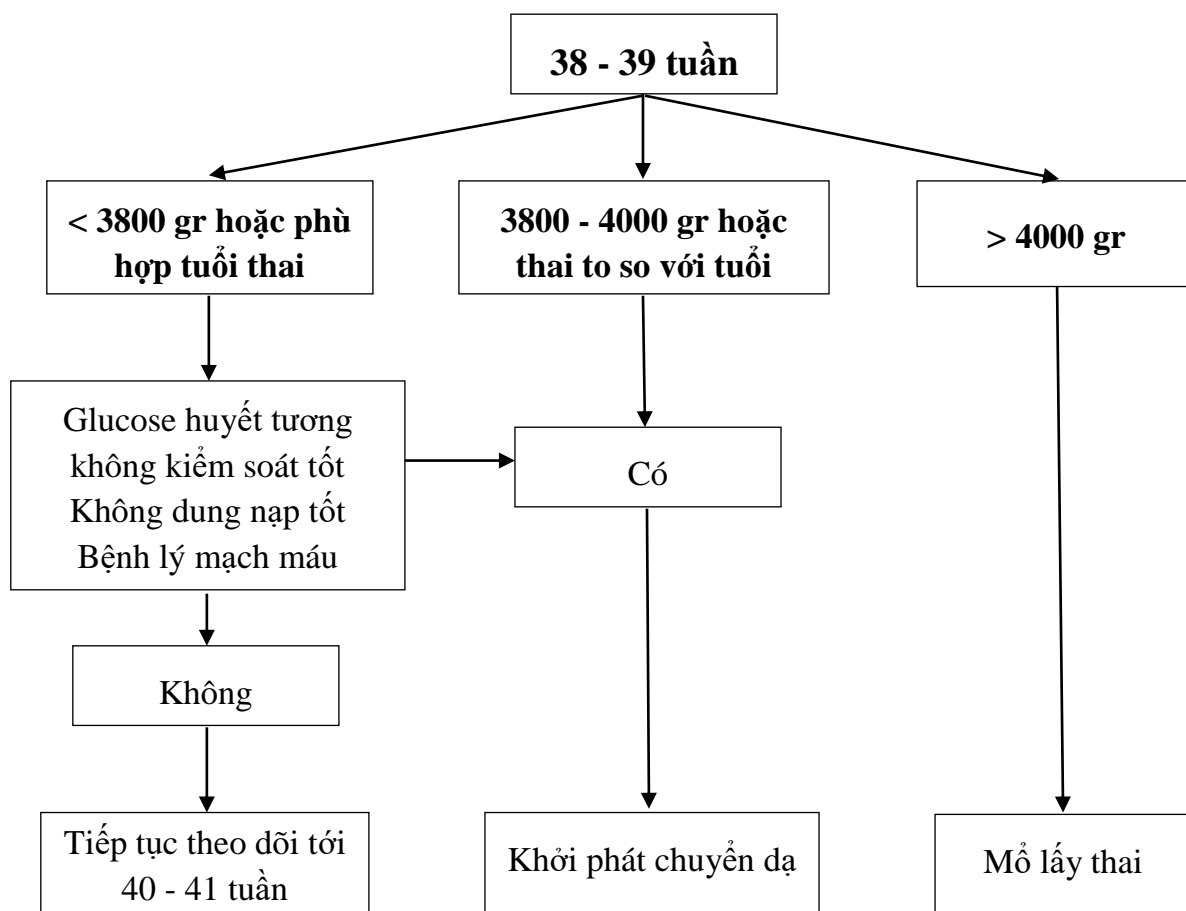
Có thể sử dụng các loại Insulin trộn sẵn như mixtard 30/70, novomixed 30/70, humalog 25/75, 50/50, humulin 30/70 để điều trị (tham khảo bác sỹ Nội tiết).

6.4. Sử dụng Insulin nếu có chỉ định mổ lấy thai

- *Ngày trước phẫu thuật*: dùng Insulin tối hôm trước phẫu thuật (Insulin nền) bình thường (nếu có).

- *Ngày mổ*: nhịn ăn từ 0 giờ, thử glucose huyết tương đói, ngưng mũi Insulin cũ sáng (Insulin tác dụng nhanh, ngắn). Trường hợp dùng Insulin trộn, hỗn hợp thì giảm 1/2 liều.

- *Nên 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.



Sơ đồ: Tóm tắt thời điểm và chỉ định cách sinh

CHƯƠNG 4.

QUẢN LÝ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ SAU SINH

1. Trẻ sơ sinh:

Ngay sau sinh, trẻ được chăm sóc và theo dõi tại khoa sơ sinh.

- Theo dõi tình trạng tim mạch, hô hấp (cần phát hiện kịp thời hội chứng suy hô hấp cấp, đánh giá bởi bác sĩ sơ sinh).

- Nếu thai phụ ĐTĐTK không kiểm soát glucose huyết tương tốt, cần áp dụng Phác đồ kiểm soát glucose huyết tương cho đối tượng nguy cơ cao và Phác đồ hạ glucose huyết tương trẻ sơ sinh.

2. Theo dõi và chỉnh liều Insulin cho mẹ

- Đối với thai phụ ĐTĐTK:

+ Ngay sau sinh không cần dùng Insulin vì glucose huyết tương thường trở về bình thường.

+ Kiểm tra glucose huyết tương đối ngày hôm sau.

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

+ Sau sinh nếu glucose huyết tương $\geq 11,1$ mmol/L: phải sử dụng Insulin cho mẹ,

+ Nếu đang dùng Insulin, liều Insulin **giảm một nửa** so với liều trong thời gian mang thai, ngay sau sinh, và

+ Tăng dần liều trở về gần liều bình thường sau khoảng 4 - 5 ngày.

3. Cho con bú và hậu sản

- Cho bé bú sớm nhất có thể, ngay trong vòng 1 giờ đầu sau sinh.

- Thực hiện da kề da ít nhất ngày đầu sau sinh.

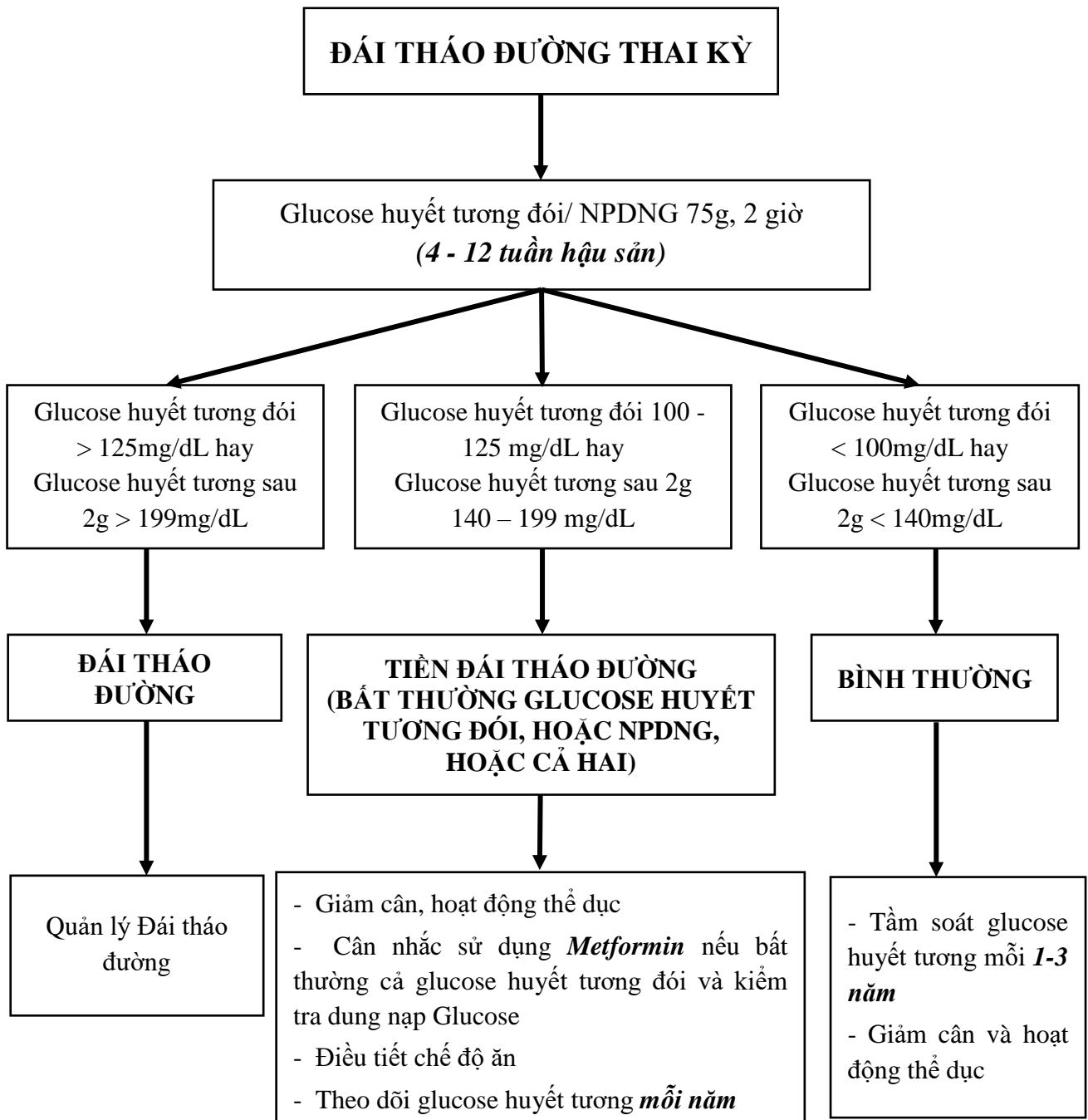
- Cho bú sữa non mỗi 2 - 3 giờ/lần.

- Áp dụng biện pháp tránh thai như bao cao su, dụng cụ tử cung, viên thuốc ngừa thai kết hợp hàm lượng thấp.

- **Tầm soát sớm ĐTĐ tít 2 cho các phụ nữ có ĐTĐTK:**

+ Sau sinh 4 - 12 tuần: làm lại nghiệm pháp dung nạp Glucose (xét nghiệm 75 gram Glucose - 2 giờ).

- + Nếu kết quả bình thường sau sinh: tầm soát định kỳ 1 năm/lần.
- + Nếu kết quả có 1 trị số vượt ngưỡng: tiền đái tháo đường chuyển Nội tiết, theo dõi và quản lý.
- + Nếu kết quả có từ 2 trị số vượt ngưỡng: ĐTD chuyển Nội tiết điều trị và theo dõi.



Sơ đồ: Theo dõi và quản Đái tháo đường sau sinh