

Bs CKII Nguyễn Thị Kiều Trinh - Khoa Sản

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh lý chuyển hóa thường gặp với tỉ lệ từ 6,8- 8,2% . Có phân biệt:

- ĐTĐ type I là bệnh lý rối loạn tự miễn nguyên phát do giảm tiết Insulin.
- ĐTĐ type II là biểu hiện của đề kháng insulin, thường hay gặp ở người béo phì, cholesterol khá cao.
- ĐTĐ thai kỳ là có rối loạn dung nạp đường máu xuất hiện hoặc được ghi nhận lần đầu tiên trong khi mang thai, xuất hiện khoảng 7% thai kỳ và có xu hướng gia tăng. Tỷ lệ tái phát 35-70%.

For You

- Worsening of any existing eye, kidney, heart, or nerve problems caused by diabetes
- Labor may start too early (preterm labor)
- Bladder and other infections
- Gum disease
- Injury from delivering big baby
- Cesarean section
- High blood pressure
- Preeclampsia (high blood pressure + protein in urine)

Remember

Working to control your blood sugar can help prevent these problems.

For more information, visit:

- Gestational diabetes factsheet: www.cdc.gov/diabetes/pubs/pdf/gestationalDiabetes.pdf
- Diabetes and Pregnancy web pages: www.cdc.gov/Features/DiabetesAndPregnancy/

For Your Baby

- Birth defects
 - Some heart defects
 - Some major birth defects of the brain and spinal cord
- Stillbirth or miscarriage
- Born very big (more than 9 pounds); if a big baby is delivered vaginally, it may have:
 - Injury to nerves in shoulder
 - Broken collarbone

Đái tháo đường và thai kỳ

Vị trí bài Biên tập viên

Thứ năm, 29 Tháng 12 2016 18:11 - Lần cập nhật cuối Thứ năm, 29 Tháng 12 2016 18:30

I. Yếu tố nguy cơ:

- Gia đình có người ĐTĐ type II, ĐTĐ thai kỳ trước.
- Mẹ lớn tuổi, béo phì, tiền căn buồng trứng đa nang
- Tiền căn sinh con to (> 4000 g), thai lớn (đặc biệt 3 tháng cuối); con đẻ to.
- Có > 3 lần sảy thai liên tiếp, tiền căn tiểu đường.
- Đa thai, thai to, tăng cân nhiều trong thai kỳ hiện tại, chuyển.

II. Tầm soát đái tháo đường thai kỳ

Ngay khi khám thai đầu tiên cần xét nghiệm đường huyết lúc đói để xác định yếu tố nguy cơ và chẩn đoán đái tháo đường.

- Nếu đường huyết lúc đói 126mg/dl hoặc cao hơn ($\geq 7\text{mmol/L}$), đường huyết ngẫu nhiên 200mg/dl hoặc cao hơn ($\geq 11,1\text{mmol/L}$) hay $\text{HbA1C} \geq 6,5\%$ hoặc cao hơn cho thấy bệnh ĐTĐ có sẵn (type 1, type 2 hoặc vô căn). Nếu đường huyết lúc đói $92-125\text{mg/dl}$ là dấu hiệu ĐTĐ thai kỳ.
- Thai phụ không có yếu tố nguy cơ; nếu có bất thường đường huyết lúc đói ($>92\text{mg/dl}$) phải tầm soát bằng nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống (OGTT: oral glucose tolerance test) lúc thai 24-28 tuần.
- 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 khi khám đầu. Có thể lặp lại 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.

Đái tháo đường và thai kỳ

Vị trí bài Biên tập viên

Thứ năm, 29 Tháng 12 2016 18:11 - Lần cập nhật cuối Thứ năm, 29 Tháng 12 2016 18:30

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).

Kết luận :

- ĐTĐ thai kỳ : nếu có hai kết quả > giới hạn trên.
- Rối loạn dung nạp đường trong thai kỳ nếu có một kết quả > giới hạn trên.

III. Ảnh hưởng của thai kỳ đến đái tháo đường:

- **ĐTĐ nhiễm ceton acid (Diabetes ketoacidosis- DKA)** thường xuất hiện ở những bệnh nhân có ĐTĐ type I. Nguy cơ cao DKA trong thai kỳ phản ánh đáp ứng chuyển hóa trong thai kỳ, liên quan đến tính đề kháng Insulin ngoại vi. DKA thường xuất hiện trong tam cá nguyệt thứ 2 và thứ 3. Nhiễm báo cáo cho thấy nguy cơ suy thai trong DKA liên quan đến thay đổi lưu lượng máu trong tử cung. Blechner và cs đã chứng minh lưu lượng máu trong TC giảm do toan chuyển hóa nặng. Do đó cần theo dõi Doppler ĐM rốn và ĐM não giữa ở thai phụ có ĐTĐ.

- **Nhiễm trùng đường tiểu:** Phụ nữ có triệu chứng bệnh tiểu đường thai kỳ, hai lần số lượng nhiễm trùng đường tiểu trong khi mang thai hơn so với phụ nữ khác mang thai. Điều này có thể do đường độ thẩm thấu cao trong nước tiểu.

- **Huyết áp tăng** liên quan đến ĐTĐ type 1 và thai kỳ khoảng 33-71% và tăng gấp 3 lần khi kiểm soát Insulin chặt chẽ.

- **Tăng huyết áp** tăng gấp 3 lần so với nhóm không có ĐTĐ đặc biệt là type I. Ảnh hưởng của tăng HA trong thai kỳ trên số tiền triền của bệnh lý xơ vữa ĐM ở bệnh nhân ĐTĐ chưa được chứng minh rõ ràng. Thai kỳ có thể thúc đẩy bệnh lý vữa xơ, đây là biến chứng vì mạch của

ĐTĐ.

IV. Ảnh hưởng của đái tháo đường đến mẹ và thai

- **Thai to:** ĐTĐ trước có thai và ĐTĐ thai kỳ làm tăng tỷ lệ thai to gấp 4-6 lần so với nhóm không bị ĐTĐ. Một vài cơ chế gây thích sự phát triển của thai to trong thai kỳ có ĐTĐ. Sự gia tăng đường huyết mẹ dẫn đến tăng đường huyết thai, tăng phân giải insulin và tăng đáp ứng đường hóa thai gây tăng trọng thai quá mức.

- **Thai bất thường:** có nguy cơ gia tăng gấp 5 lần so với nhóm không bị ĐTĐ. Bất thường mạch máu hay gặp sau đó đến bất thường thần kinh trung ương. Tỷ lệ bất thường bẩm sinh ở con thai phụ ĐTĐ thai kỳ khoảng 3- 8% thấp hơn so với phụ nữ ĐTĐ trước khi có thai (6-10%).

Những yếu tố chuyển hóa có thể liên quan đến sự phát triển bất thường về cấu trúc thai ở thai phụ ĐTĐ gồm tăng đường huyết, hạ đường huyết, tăng ceton máu, ít chất somatomedin, thiếu hụt kẽm. Những bất thường gia tăng đường huyết trong tuần thai 7 của thai kỳ liên quan đến thiếu oxy phôi thai và là nguyên nhân gây bất thường thai.

- **Tỷ vong chu sinh** chiếm tỷ lệ là 8%, cao hơn gấp 3 lần so với nhóm không bị ĐTĐ. Downturn bẩm sinh được xem là nguyên nhân hàng đầu gây tỷ vong chu sinh ở thai kỳ ĐTĐ. Thai to là yếu tố nguy cơ suy thai trong tử cung, liên quan đến thai thiếu oxy trong tử cung, phân giải giảm lưu lượng máu tử cung nhau và thay đổi chuyển hóa carbohydrate của thai.

- **Hội chứng suy hô hấp ở trẻ sơ sinh** trong nhóm ĐTĐ cao hơn từ 6- 23 lần so với nhóm không bị ĐTĐ. Và thường gặp ở trẻ sinh non hoặc sinh muộn mà chưa có dấu hiệu chuyển dạ. Mặc dù kiểm soát đường huyết ở những người mắc bệnh ĐTĐ không chắc chắn nhưng thai kỳ ĐTĐ có thể làm tăng tỷ lệ chưa trưởng thành phổi ở thai non tháng.

- **Hạ đường huyết ở trẻ sơ sinh** xuất hiện khoảng 5-12% trong ĐTĐ thai kỳ và tăng nguy cơ từ 6- 16 lần so với nhóm không bị ĐTĐ. Sự tăng sinh tiểu đường ở trẻ sơ sinh ở các thai phụ

Đái tháo đường và thai kỳ

Vị trí bài Biên tập viên

Thứ năm, 29 Tháng 12 2016 18:11 - Lần cập nhật cuối Thứ năm, 29 Tháng 12 2016 18:30

tiểu đường làm gia tăng phóng thích insulin quá mức sau sinh gây nên hạ đường huyết sơ sinh trong 12h đầu.

- **Tăng Bilirubin máu ở trẻ sơ sinh** tăng từ 2- 5 lần so với nhóm không có ĐTD. Nguyên nhân tăng Bilirubin máu chưa được biết rõ, có liên quan đến đường nội gan của ĐTD thai kỳ và sự tăng cân quá mức của mẹ trong thai kỳ.

- **Tiểu đường loại 2 sau này.** Em bé của bà mẹ bị bệnh tiểu đường thai kỳ có nguy cơ cao của bệnh béo phì phát triển và loại 2 bệnh tiểu đường sau này.

- **Vấn đề phát triển.** Nếu bạn tiểu đường thai kỳ, con có thể có nguy cơ gia tăng của các vấn đề về phát triển khi năng lượng trong đường, như đi bộ, như ý hoặc các hoạt động khác đòi hỏi phải có sự cân bằng và phối hợp. Một nguy cơ gia tăng của các vấn đề quan tâm hoặc các rủi ro liên tăng đường cũng là một mối quan tâm.

V. Điều trị:

1. Chế độ ăn uống tốt nhất: là phương pháp điều trị ban đầu trong kiểm soát đường huyết ở phụ nữ ĐTD thai kỳ. Việc ăn kiêng phù hợp với nhu cầu của thai phụ. Nhu cầu calo trong 3 tháng giữa và 3 tháng cuối vào khoảng 30kcal/kg thể trọng. Trong trường hợp hợp chế độ ăn uống không mang thai vượt quá 27kg/m², cần giảm lượng calo xuống còn 25kcal/ kg thể trọng.

2. Điều trị nội khoa: kiểm soát đường huyết là con đường tốt nhất để phòng bệnh chuyển biến của cấu trúc thai phụ nữ bị ĐTD trước khi có thai. Xác định nồng độ Hb A1C trong máu giúp xác định thời điểm thích hợp có thai cho các bà mẹ bị ĐTD. Trong thai kỳ, nên xác định đường huyết mao mạch thông qua xuyên, xác định nồng độ Glucose hàng ngày để điều chỉnh chế độ ăn và điều trị bằng Insulin. Mục tiêu điều trị insulin là cung cấp nồng độ insulin trong máu để duy trì kiểm soát chặt chẽ mà không làm hạ đường huyết. Các dạng insulin thường hợp tác đường ngắn và tác dụng dài để duy trì mức đường trên lâm sàng.

3. Điều trị sản khoa:

Đái tháo đường và thai kỳ

Viết bởi: Biên tập viên

Thứ năm, 29 Tháng 12 2016 18:11 - Lần cập nhật cuối: Thứ năm, 29 Tháng 12 2016 18:30

Vấn đề quan trọng trong ĐTĐ thai kỳ là để phòng sinh non và nhũn bà mẹ ĐTĐ thai kỳ và chấm dứt thai kỳ ngay thời điểm trẻ có thể sống được và tránh nguy cơ tổn thương thai trong tử cung xuất hiện.

Nhiệm vụ khuyến cáo cần thực hiện cho thai kỳ trong nhũn tháng cuối như sau:

- Siêu âm Doppler màu 2 tuần / 1 tuần từ tuần 32- 36 và sau đó mỗi tuần một lần.
- Nonstress test mỗi 1 tuần / 1 tuần từ tuần 32- 38 và sau đó 2-3 lần / 1 tuần. Nếu nonstress test không đáp ứng nên thực hiện stress test hay làm bilan sinh lý thai. Nếu test thai bình thường, có thể trì hoãn chấm dứt thai kỳ cho đến sau tuần 38. Nếu test thai bất thường cần cân nhắc việc chấm dứt thai kỳ. Nên sống trong thành phố tránh khi chấm dứt thai kỳ ở tuần thai < 36 tuần.

Quyết định cách sinh phụ thuộc vào các thông số cân nặng, tình trạng thai, để xóa bỏ các tử cung, và tiến hành sản khoa trước đó. Nên mổ lấy thai để tránh nguy cơ biến chứng trên 4000g để tránh nguy cơ sinh khó do kẹt vai.

Trong thời kỳ chuyển dạ và hậu sản, vấn đề chính là kiểm soát đường huyết của mẹ và cần điều trị Insulin với liều thích hợp. Trong chuyển dạ, duy trì tình trạng cân bằng trao đổi chất giúp tối ưu hóa quá trình chuyển dạ sau sinh của trẻ bằng cách giảm tăng insulin máu và hạ đường huyết. Việc sống trong bệnh viện insulin và theo dõi glucose trong chuyển dạ để duy trì đường huyết trong máu mẹ ở 80-110mg/dl thì có hiệu quả trên lâm sàng. Các đường truyền dịch là dextrose 5% trong dung dịch Ringerlactat 100ml/giờ và insulin regular 0,5-1U/giờ. Lượng đường mao mạch được theo dõi mỗi giờ ở bệnh nhân này.

Tổ chức nuôi con bằng sữa mẹ, theo dõi trẻ sơ sinh trong thời kỳ hậu sản. Chú ý hạ đường huyết sơ sinh có thể xảy ra ở bà mẹ có mức đường huyết trung bình do đó cần theo dõi chặt chẽ đường huyết sơ sinh trong 24h đầu và cho bú mẹ càng sớm càng tốt.

Tổ chức điều trị đái tháo đường tại chuyên khoa nội tiết trong thời kỳ hậu sản và sống trong bệnh viện pháp tránh thai thích hợp để thực hiện KHHGĐ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Diabetes Association. Gestational diabetes mellitus. Diabetes Care. 2004.
2. American Diabetes Association (2013). Standards of Medical Care in Diabetes 2013. Diabetes Care; [Guideline].
3. Beckles GLA, Thompson-Reid PE editors. Diabetes and Women's Health Across the Life Stages: A Public Health Perspective. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Division of Diabetes Translation, 2001.
4. Hunt KJ, Schuller KL. The increasing prevalence of diabetes in pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am 2007; 34(2):173–99.
5. Hosrem, Y hức sinh sản; Thai kỳ và các bệnh lý về nội tiết- chuyển hóa.
6. Sở Y tế TP HCM, Bệnh viện T. Dũ, Phác đồ điều trị sản-phụ khoa.