

**Bài Team-Based Learning 4-8: Các vấn đề thường gặp của nửa sau thai kỳ**

**Đái tháo đường thai kỳ.**

Ngô Thị Kim Phụng<sup>1</sup>, Trần Lâm Khoa<sup>2</sup>

**Mục tiêu bài giảng**

Sau khi học xong bài, học viên có khả năng

1. Trình bày được cách theo dõi thai kỳ có đái tháo đường

**Đái tháo đường thai kỳ được định nghĩa là tình trạng bất dung nạp glucose khởi phát hoặc được phát hiện lần đầu trong thai kỳ.**

Trong thai kỳ, bánh nhau tiết một số chất có tác dụng đề kháng insulin như hPL (*human Placenta Lactogen*), progesterone, prolactin, cortisol và TNF (*Tumor Necrosis Factor*), do đó thường kết hợp với tình trạng tăng đề kháng insulin. Vì thế, nếu các tế bào  $\beta$  đảo tụy của mẹ không tiết thêm đủ insulin thì mẹ sẽ bị tăng đường huyết. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng những phụ nữ bị đái tháo đường thai kỳ (*Gestational Diabetes Mellitus - GDM*) có đề kháng insulin mãn tính và GDM là một “stress test” cho phát triển của đái tháo đường về sau. Hầu hết các nhà sản khoa thường dùng bảng phân loại White để đánh giá độ nặng cũng như các biến chứng của bệnh.

**Bảng phân loại đái tháo đường theo White**

Phân độ	Mô tả	Điều trị
A <sub>1</sub>	Đái tháo đường thai kỳ; bất dung nạp đường trong thai kỳ; đường huyết đói và sau ăn bình thường	Ăn kiêng
A <sub>2</sub>	Đái tháo đường thai kỳ với glycemia đói > 105 mg/dl hoặc glycemia 2 giờ sau ăn > 120 mg/dl hoặc glycemia 1 giờ sau ăn > 140 mg/dl	Ăn kiêng và insulin
B	Đái tháo đường sau tuổi 20 và kéo dài < 10 năm	Ăn kiêng và insulin
C	Đái tháo đường từ 10 - 19 tuổi và kéo dài 10-19 năm	Ăn kiêng và insulin
D	Đái tháo đường trước 10 tuổi và kéo dài > 20 năm hoặc có bệnh lý võng mạc	Ăn kiêng và insulin
F	Đái tháo đường có bệnh lý thận	Ăn kiêng và insulin
R	Đái tháo đường có bệnh lý võng mạc tiến triển	Ăn kiêng và insulin
H	Đái tháo đường có bệnh lý tim xơ cứng động mạch	Ăn kiêng và insulin

**Glucose mẹ có thể qua nhau dễ dàng trong khi insulin mẹ không thể qua nhau, là nguồn gốc của các biến chứng.**

Glucose mẹ có thể qua nhau dễ dàng trong khi insulin không thể qua nhau. Do đó, nếu mẹ bị tăng đường huyết thì tụy thai sẽ tăng tiết insulin. Tình trạng tăng tiết insulin thai này sẽ có thể gây ra một số biến chứng trên thai như thai to, đa hồng cầu, kém trưởng thành phổi, hạ đường huyết sơ sinh, vàng da, hạ calcium và magnesium máu. Ngoài ra, tăng đường huyết mẹ trong giai đoạn thụ tinh hoặc tạo phôi có thể gây ra bất thường nghiêm trọng trên thai như dị tật ống thần kinh, dị tật tim, dị tật hệ xương, tăng nguy cơ sảy thai.

**Chẩn đoán GDM được thực hiện bằng test dung nạp đường 75 gram.**

Có rất nhiều tiêu chuẩn để chẩn đoán GDM. Thông thường, việc tầm soát GDM sẽ được thực hiện từ tuần 24 đến 28 của thai kỳ. Đối với những đối tượng nguy cơ cao như trên 30 tuổi, tiền căn con to, tiền căn thai lưu lớn, tiền căn GDM, tiền căn gia đình đái tháo đường, hội chứng buồng trứng đa nang, béo phì, việc tầm soát này sẽ được thực hiện vào lần đầu tiên khám thai và nếu âm tính sẽ được lặp lại vào tuần 24-28.

**Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ**

	Đường huyết			
	Đói	Sau 1 giờ	Sau 2 giờ	Sau 3 giờ
Test 50 g (không đói)		7.8 mmol/L		
Test 75 g (không đói)		8 mmol/L		
Test 75 g (đói) Tiêu chuẩn WHO	< 7 mmol/L		≥ 7.8 - 11.1 mmol/L	
Test 100g (đói) Tiêu chuẩn O’Sullivan và Mahan	5 mmol/L	9.2 mmol/L	7.9 mmol/L	7.1 mmol/L
Test 100g (đói) Tiêu chuẩn Carpenter và Coustan	95 mg/dL	180 mg/dL	155 mg/dL	140 mg/dL

<sup>1</sup> Phó Giáo sư, Giảng viên Bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: [dmtkphung@hotmail.com](mailto:dmtkphung@hotmail.com)

<sup>2</sup> Giảng viên Bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: [lamkhoa1982@yahoo.fr](mailto:lamkhoa1982@yahoo.fr)

### **Mục tiêu của xử trí trước khi mang thai đảm bảo duy trì đường huyết bình thường trước khi thụ thai.**

Những phụ nữ bị đái tháo đường hoặc có GDM nên được thăm khám trước khi có thai nhằm đảm bảo duy trì đường huyết bình thường trước khi thụ thai và dùng acid folic để giảm nguy cơ dị tật ống thần kinh. Ngoài ra còn phải đánh giá toàn diện các biến chứng của đái tháo đường như bệnh lý võng mạc, bệnh lý thận. Bệnh nhân đang dùng thuốc hạ đường huyết uống nên chuyển sang dung insulin.

### **Mục tiêu của xử trí trong thai kỳ là duy trì đường huyết bình thường bằng tiết chế, có hay không dùng insulin.**

Nguyên tắc quản lý GDM là quản lý đa trung tâm, nhằm duy trì glycemias bình thường cho đến thời điểm quyết định chấm dứt thai kỳ.

- Xử trí đa trung tâm bao gồm bác sĩ nội tiết, chuyên viên dinh dưỡng, bác sĩ sơ sinh và bác sĩ sản khoa
- Duy trì glycemias bình thường (glycemia đói < 5 mmol/L, glycemia 1 giờ sau ăn < 8 mmol/L và 2 giờ sau ăn < 7 mmol/L)
- Thời điểm chấm dứt thai kỳ phụ thuộc vào sự xuất hiện của các biến chứng
- Bệnh nhân phải được sanh ở nơi có chuyên khoa sơ sinh và có thể mổ lấy thai

Duy trì glycemias ổn định là điểm mấu chốt trong việc kiểm soát chuyển hóa trước và trong khi mang thai nhằm làm giảm dị tật bẩm sinh, bệnh suất và tử suất sơ sinh. Mục tiêu điều trị lý tưởng là duy trì glycemias đói < 95 mg/dL, glycemia 1 giờ sau ăn < 140 mg/dL và 2 giờ sau ăn < 120 mg/dL.

Chế độ ăn kiêng (MNT) là can thiệp căn bản. Lượng calorie được tính toán dựa vào cân nặng lý tưởng: 30 kcal/kg cho những bệnh nhân có cân nặng bằng 80 đến 120% cân nặng lý tưởng; 35-40 kcal/kg cho những bệnh nhân có cân nặng < 80% cân nặng lý tưởng và 24 kcal/kg cho những bệnh nhân 120-150% cân nặng lý tưởng. Chế độ ăn bao gồm 50% carbohydrate, 20% protein, 20% chất béo. Ngoài ra, chế độ ăn còn phải chứa nhiều chất xơ. Lượng calorie này được chia làm 25% trong bữa điểm tâm, 30% trong bữa trưa, 30% trong bữa tối và 15% cho buổi ăn vặt tối.

Tập thể dục. Bệnh nhân đái tháo đường nên tập những bài tập thể dục từ nhẹ đến trung bình trong vòng 30 phút sau các bữa ăn.

Thuốc hạ đường huyết uống không được khuyến cáo sử dụng cho phụ nữ mang thai vì nghi ngại về khả năng gây quái thai và làm hạ đường huyết sơ sinh (tuy nhiên các chứng cứ không ủng hộ nghi ngại này). Tuy nhiên một số thuốc hạ đường huyết uống như glyburide, không vào trong tuần hoàn máu thai có thể được sử dụng để điều trị đái tháo đường thai kỳ sau tam cá nguyệt đầu tiên.

Insulin là tiêu chuẩn vàng để duy trì đường huyết trong thai kỳ. Đỉnh tác dụng của lispro insulin là trong 30- 90 phút, của regular insulin là 2-3 giờ và của NPH insulin là 6-10 giờ. Sự kết hợp giữa insulin có tác dụng nhanh hoặc ngắn (lispro hoặc regular) với insulin tác dụng trung bình (NPH) thường được chia ra cho vào buổi sáng và tối có tác dụng kiểm soát đường huyết tốt.

Cách tính liều khởi đầu của Insulin:

$$\text{Insulin} = \text{cân nặng} \times 0.6 \text{ (tam cá nguyệt 1)} \\ \times 0.7 \text{ (tam cá nguyệt 2)} \\ \times 0.8 \text{ (tam cá nguyệt 3)}$$

- Cho  $\frac{2}{3}$  liều buổi sáng và  $\frac{1}{3}$  liều buổi tối
- Trước ăn sáng:  $\frac{2}{3}$  NPH và  $\frac{1}{3}$  regular hoặc lispro
- Trước ăn tối:  $\frac{1}{2}$  NPH,  $\frac{1}{2}$  regular hoặc lispro (nếu dùng lispro phải thêm liều trước bữa ăn vặt tối)

### **Bên cạnh việc ổn định đường huyết, cần phải theo dõi sát để phát hiện các biến chứng trên thai và sản phụ.**

Đối với các sản phụ bị đái tháo đường trước khi mang thai hoặc được chẩn đoán đái tháo đường trước tuần lễ 20, phải kiểm tra bằng siêu âm, siêu âm tim thai và định lượng alphafoetoprotein từ tuần 16-20 để tầm soát các dị tật bẩm sinh. Chức năng thận, tim và mắt của sản phụ cũng phải được theo dõi sát. HbA<sub>1c</sub> phải được làm ngay lần đầu thăm khám, nếu > 8.5% phải được theo dõi cẩn thận nhằm phát hiện tật bẩm sinh. Thể đái tháo đường A, B, C thường là thai to. Trong khi đó, thể D, F, R thai thường bị chậm tăng trưởng. Nếu tình trạng sản phụ ổn định, đường huyết ổn định và sức khỏe thai tốt thì có thể chờ chuyển dạ tự nhiên đến lúc thai đủ tháng. Trong trường hợp thai to, tỉ lệ chấn thương lúc sanh cho cả mẹ và bé đều tăng. Nguy cơ kẹt vai là 14% nếu thai 4000-4500<sup>g</sup> (gấp đôi so với sản phụ không GDM) và 52% nếu thai > 4500<sup>g</sup> (gấp ba). Do đó, mổ lấy thai được chỉ định nếu ước lượng cân thai > 4000<sup>g</sup>.

### **Sau khi đã sổ thai và nhau, nhu cầu insulin nhanh chóng trở về giống như trước khi mang thai.**

Trong giai đoạn hậu sản, nhu cầu insulin nhanh chóng trở về giống như trước khi mang thai vì các chất kháng insulin có nguồn gốc từ nhau đã được lấy đi. Nhiều bệnh nhân đái tháo đường phụ thuộc insulin có thể không cần insulin ngoại sinh trong vòng 48-72 giờ đầu sau sinh. Đường huyết phải được theo dõi chặt chẽ và nếu có tăng đường huyết, có thể sử dụng insulin lispro hoặc regular. Bệnh nhân có thể khởi đầu insulin lại bằng  $\frac{2}{3}$  liều trước khi mang thai. Các bệnh nhân đái tháo đường thai kỳ loại A<sub>1</sub> và A<sub>2</sub> thường không cần insulin trong giai đoạn hậu sản. Đường huyết lúc đói hoặc test 75 gram đường nên được thực hiện vào khoảng 6-12 tuần sau sanh. Về chế độ ăn kiêng, tỉ lệ thành phần carbohydrate, protein và béo vẫn duy trì, đối với các bà mẹ cho con bú thì thêm 500 calorie/ngày.

Khoảng hơn 50% phụ nữ đái tháo đường thai kỳ sẽ phát triển thành đái tháo đường về sau, do đó phải theo dõi thường xuyên nhằm phát hiện sớm và hạn chế đến tối thiểu các biến chứng của đái tháo đường. Kiểm tra đường huyết định kỳ ít nhất một lần mỗi 2 năm đối với những bệnh nhân trong độ tuổi sinh đẻ có test dung nạp đường bình thường, và sau đó một lần mỗi 3 năm với test dung nạp đường bình thường, hay mỗi năm đối với những test dung nạp đường bất thường.

### **TÀI LIỆU ĐỌC THÊM**

1. Charles R.B. Endocrine Disorders. Obstetrics and Gynecology. 7<sup>th</sup> edition. Lippincott Williams and Wilkins. 189-95.
2. Charles R.B. Common medical problems in pregnancy. Obstetrics and Gynecology. 6<sup>th</sup> edition. Lippincott Williams and Wilkins. 151-164.