

P. KHUAT tr. Khai - 05/6/24
Luu

Cơ quan: SỞ Y TẾ
Email: syt@tpHCM.gov.vn
Thời gian ký: 04.06.2024
15:57:13 +07:00

ỦY BAN NHÂN DÂN
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
SỞ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 5016 /SYT - NVY
V/v triển khai Quyết định số
1470/QĐ-BYT ngày 29 tháng 5
năm 2024 của Bộ Y tế về việc ban
hành tài liệu chuyên môn “Hướng
dẫn quốc gia về sàng lọc và quản
lý dải tháo đường thai kỳ”

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 04 tháng 6 năm 2024

BỆNH VIỆN Q. PHÚ NHUẬN	
ĐẾN SỐ:	512
Ngày:	5/6/24
Chuyển:	
Số và ký hiệu HS:	

Kính gửi:

- Bệnh viện công lập và ngoài công lập;
- Trung tâm Y tế quận, huyện, thành phố Thủ Đức;
- Phòng Y tế quận, huyện, thành phố Thủ Đức.

Thực hiện Quyết định số 1470/QĐ-BYT ngày 29 tháng 5 năm 2024 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn quốc gia về sàng lọc và quản lý dải tháo đường thai kỳ”. Theo đó tài liệu được áp dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi toàn quốc.

Sở Y tế đề nghị Thủ trưởng các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tổ chức nghiên cứu nội dung tài liệu, triển khai thực hiện phù hợp với điều kiện thực tế tại đơn vị.

Giao Phòng Y tế, Trung tâm Y tế quận, huyện và thành phố Thủ Đức chịu trách nhiệm triển khai nội dung Công văn này đến các Phòng khám đa khoa, chuyên khoa, Trạm Y tế trên địa bàn để biết và thực hiện.

Trong quá trình thực hiện, nếu có khó khăn, vướng mắc đề nghị báo cáo về Sở Y tế (Phòng Nghiệp vụ Y, số điện thoại: 39.330.775) để được hỗ trợ.

(Đính kèm: Quyết định số 1470/QĐ-BYT ngày 29 tháng 5 năm 2024 của Bộ Y tế)./42

Nơi nhận:

- Như trên;
- Ban Giám đốc Sở;
- Lưu: VT, P. NVY (NTHN).

KT. GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC



Nguyễn Văn Vĩnh Châu

BỘ Y TẾ**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

Số: 1470 /QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 29 tháng 5 năm 2024

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành tài liệu chuyên môn
“Hướng dẫn quốc gia về sàng lọc và quản lý đái tháo đường thai kỳ”

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh ngày 09 tháng 01 năm 2023;

Căn cứ Nghị định số 95/2022/NĐ-CP ngày 15 tháng 11 năm 2022 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

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

QUYẾT ĐỊNH

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn quốc gia về sàng lọc và quản lý đái tháo đường thai kỳ”.

Điều 2. Tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn quốc gia về sàng lọc và quản lý đái tháo đường thai kỳ” được áp dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi toàn quốc.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành và thay thế Quyết định số 6173/QĐ-BYT ngày 12 tháng 10 năm 2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc phê duyệt Hướng dẫn quốc gia dự phòng và kiểm soát đái tháo đường thai kỳ.

Điều 4. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Chánh thanh tra Bộ, Cục trưởng và Vụ trưởng các Cục/Vụ thuộc Bộ Y tế; Giám đốc các Bệnh viện, Viện có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế; Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương; Thủ trưởng Y tế các ngành và các cơ quan, đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này. /.

Nơi nhận:

- Như Điều 4;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các Thứ trưởng;
- Cổng Thông tin điện tử Bộ Y tế;
- Lưu: VT, BMTE.

KT. BỘ TRƯỞNG**THỨ TRƯỞNG****Trần Văn Thuấn**



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

(Ban hành kèm theo Quyết định số 1470/QĐ-BYT ngày 29 / 5 /2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

HÀ NỘI, THÁNG 5/2024

DANH SÁCH BAN SOẠN THẢO, TỔ BIÊN TẬP

(Ban hành kèm theo Quyết định số 3099/QĐ-BYT ngày 03 tháng 8 năm 2023
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Ban soạn thảo

1. Ông Trần Đăng Khoa Phó Vụ trưởng Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em, Trưởng ban;
2. Ông Trần Danh Cường Giám đốc Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, Thành viên; Phó Trưởng ban
3. Ông Phạm Thanh Hải Phó Giám đốc Bệnh viện Từ Dũ, Thành viên; Phó Trưởng ban
4. Ông Nguyễn Trọng Khoa Phó Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh; Thành viên
5. Ông Huỳnh Nguyễn Khánh Trưởng khối Sản Bệnh viện Hùng Vương, Thành viên;
6. Bà Nguyễn Thị Thu Hà Phó Giám đốc Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, Thành viên;
7. Ông Nguyễn Vũ Quốc Huy Hiệu trưởng Trường Đại học Y – Dược, Đại học Huế, Thành viên;
8. Ông Lê Văn Chi Chủ tịch Hội đồng Trường Trường Đại học Y – Dược, Đại học Huế, Thành viên;
9. Ông Phan Hương Dương Phó Giám đốc Bệnh viện Nội tiết TW, Thành viên;
10. Ông Nguyễn Ngọc Quang Phó Viện trưởng Viện Tim mạch - Bệnh viện Bạch Mai, Thành viên;

II. Tổ Biên tập

1. Bà Nghiêm Thị Xuân Hạnh Chuyên viên chính Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em, Tổ trưởng;
2. Bà Phạm Hải Hà Phó Trưởng khoa Sản bệnh lý Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, Phó tổ trưởng;
3. Ông Hoàng Anh Tuấn Chuyên viên Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em, Thành viên;
4. Bà Trương Lê Vân Ngọc Trưởng phòng phòng Nghiệp vụ - Bảo vệ sức khỏe cán bộ Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Thành viên;
5. Ông Hà Huy Toàn Phó Trưởng phòng Kiểm soát bệnh không lây nhiễm Cục Y tế dự phòng, Thành viên;
6. Bà Trần Thị Thêu Chuyên viên phòng Kiểm soát bệnh không lây nhiễm Cục Y tế dự phòng, Thành viên;

7. Bà Trịnh Nhật Thu Hương Trưởng khoa Chăm sóc trước sinh, Bệnh viện Từ Dũ, Thành viên;
8. Bà Nguyễn Thị Anh Phương Phó khoa Sản bệnh Bệnh viện Hùng Vương, Thành viên;
9. Ông Đỗ Tuấn Đạt Trưởng khoa A4 Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, Thành viên;
10. Ông Hoàng Anh Tiến Giảng viên Trường Đại học Y – Dược, Đại học Huế, Thành viên;
11. Bà Trương Thị Linh Giang Giảng viên Trường Đại học Y – Dược, Đại học Huế, Thành viên;
12. Bà Vũ Thị Hiền Trinh Trưởng khoa Nội tiết sinh sản Bệnh viện Nội tiết TW, Thành viên.

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. 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 700 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. Theo khảo sát của các bệnh viện chuyên khoa sản trên toàn quốc, 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- sẽ đe dọa đến tính mạng của cả mẹ và thai nhi, 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.... 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.

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, năm 2018, Bộ Y tế tổ chức 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. Với tiến bộ khoa học kỹ thuật, khuyến cáo cập nhật từ các hiệp hội chuyên ngành trong và ngoài nước, Bộ Y tế đã triển khai cập nhật Hướng dẫn quốc gia về dự phòng và kiểm soát đái tháo đường thai kỳ. Hướng dẫn được xây dựng công phu, cập nhật, dựa trên các tài liệu trong nước, quốc tế và tình hình triển khai thực tế tại Việt Nam. Đây là bản được cập nhật lần thứ hai của Bộ Y tế về dự phòng và kiểm soát đái tháo đường thai kỳ.

MỤC LỤC

LỜI GIỚI THIỆU	liv
DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT	2
CHƯƠNG 1	3
ĐẠI CƯƠNG VỀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG VÀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ	3
CHƯƠNG 2	7
SÀNG LỌC VÀ CHẨN ĐOÁN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ	7
CHƯƠNG 3	12
QUẢN LÝ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ TRONG GIAI ĐOẠN MANG THAI..	12
CHƯƠNG 4	24
QUẢN LÝ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ SAU SINH	24

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

ADA	American Diabetes Association	Hiệp hội Đái tháo đường Hoa kỳ
BMI	Body mass index	Chỉ số khối cơ thể
BV	Bệnh viện	
CDTK	Chấm dứt thai kỳ	
CGM	Continuous Glucose Monitor	Máy theo dõi đường huyết liên tục
ĐTĐ	Đái tháo đường	
ĐTĐTK	Đái tháo đường thai kỳ	
GH	Growth hormone	Hóc môn tăng trưởng
GI	Glycemic index	Chỉ số glucose
hPL	Human placental lactogen	
IGT	Impaired Glucose Tolerance	Rối loạn dung nạp Glucose
IFG	Impaired Fasting Glucose	Rối loạn đường huyết đói
NPDNG	Nghiệm pháp dung nạp glucose	
NST	Non stress test	Đo nhịp tim thai trong 3 tháng cuối thai kỳ
SPK	Sản phụ khoa	
WHO	World Health Organization	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 mạn tính thường gặp. Theo Liên đoàn Đái tháo đường quốc tế, năm 2021 có khoảng 538 triệu người mắc đái tháo đường trên thế giới ở độ tuổi 20 đến 79 tuổi, và dự kiến đến năm 2045 sẽ có khoảng 700 triệu người mắc đái tháo đường. Tương tự ĐTĐ trong dân số chung, tỷ lệ lưu hành của đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) cũng tăng theo thời gian.

Việt Nam là quốc gia Đông Nam Á đang phát triển với dân số khoảng 100,3 triệu người (theo kết quả sơ bộ Điều tra Biến động dân số và kế hoạch hóa gia đình thời điểm 1/4/2023 - Tổng cục Thống kê) và có tỷ lệ đái tháo đường týp 2 ngày càng tăng. Năm 2021, tỉ lệ đái tháo đường ở người trưởng thành là 7,1%.

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. Tỷ 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 nhanh từ 3,9% vào năm 2004 đến 20,3% năm 2012 và 20,9% năm 2017.

Khoảng 50% phụ nữ mắc đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) sẽ tiến triển thành ĐTĐ týp 2 trong vòng 5-10 năm sau sinh và chỉ có 31,1% được chẩn đoán. Trong số bệnh nhân được chẩn đoán, chỉ có 28,9% được điều trị.

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 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.

Tiền ĐTĐ là tình trạng rối loạn chuyển hóa glucose bao gồm rối loạn glucose lúc đói (Impaired Fasting Glucose - IFG), rối loạn dung nạp glucose (Impaired Glucose Tolerance - IGT) và giá trị HbA1c từ 5,7 – 6,4%.

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 Hoa kỳ 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

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* và không có bằng chứng về ĐTĐ từ trước. Theo ADA 2023: ĐTĐTK là ĐTĐ được chẩn đoán *trong quý 2 và 3 của thai kỳ* mà không có bằng chứng về rối loạn này từ trước mang thai.

Tóm lại: ĐTĐTK thường là tình trạng xuất hiện từ 3 tháng giữa thai kỳ trở đi và không có bằng chứng về ĐTĐ trước đó.

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 do đặc điểm dân số, độ lớn của quần thể nghiên cứu, phương pháp sàng lọc, tiêu chuẩn chẩn đoán khác nhau. Tuy nhiên, các nghiên cứu đều 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 sàng lọc ĐTĐTK như một công tác thường quy trong chăm sóc sức khỏe sinh sản ở các cơ sở y tế.

Theo khảo sát của các bệnh viện chuyên khoa sản trên toàn quốc, 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 ghi nhận khoảng 20% trên hàng chục ngàn trường hợp sàng lọc hàng năm.

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 type 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.

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

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

Bảng 1. Phân loại BMI theo tiêu chuẩn của WHO và theo Châu Á

Phân loại	Tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới (WHO)	Tiêu chuẩn dành riêng cho người châu Á (IDI&WPRO)
UNDERWEIGHT (Thiếu cân)	< 18,5	< 18,5
NORMAL (Bình thường)	18,5 – 24,9	18,5 – 22,9
OVERWEIGHT (Thừa cân)	25 – 29,9	23 – 24,9
OBESE (Béo phì)	> 30	> 25

- *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*: Cân nặng trẻ sơ sinh ≥ 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 nhiều nghiên cứu, 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 týp 2 trong dân số. Châu Á là chủng tộc có nguy cơ mắc ĐTĐTK cao.

- *Hội chứng buồng trứng đa nang*.

- *Tăng huyết áp* ($\geq 140/90$ mmHg hay đang điều trị thuốc hạ huyết áp)

- *Rối loạn lipid máu*

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.

- *Sẩy thai và thai lưu*: Thai phụ mắc ĐTĐTK tăng nguy cơ sẩy thai tự nhiên, các thai phụ bị sẩy 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 do nhiễm Ketone ở thai phụ.

- *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 týp 2 trong tương lai. Có khoảng 17% đến 63% các phụ nữ ĐTĐTK sẽ bị ĐTĐ týp 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 trên các mạch máu nhỏ ảnh hưởng đến tim, thận, mắt.

2.5.2. Đối với thai nhi và trẻ sơ sinh

ĐTĐ 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. Chung cho ĐTĐ và ĐTĐTK 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:* 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. Tương quan thuận giữa mức HbA1C và tỷ lệ dị tật thai. Trong 3 tháng đầu thai kỳ, khi HbA1C > 6,5% nguy cơ dị tật thai tăng.

- *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:* 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.

2.5.3. Đối với sản phụ sau sinh:

Hiệp hội sản phụ khoa Hoa Kỳ khuyến cáo nên tầm soát sau sinh 4 đến 12 tuần cho các bệnh nhân ĐTĐTK để xác định ĐTĐ, rối loạn dung nạp glucose, rối loạn glucose huyết đói. Trong đó rối loạn dung nạp glucose hay rối loạn glucose huyết đói có thể đáp ứng với việc thay đổi lối sống hay sử dụng thuốc, do đó giảm nguy cơ bị ĐTĐ về sau.

Các xét nghiệm có thể dùng để chẩn đoán:

- *Nghiệm pháp dung nạp glucose (2 chỉ số đường huyết đói và 2 giờ sau uống 75gram glucose, áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán cho người không mang thai)*

- *Glucose huyết đói:* glucose huyết đói dễ thực hiện, ít tốn thời gian, bệnh nhân dễ tuân thủ, tuy nhiên thiếu độ nhạy để phát hiện các dạng bất thường glucose huyết khác.

CHƯƠNG 2.

SÀNG LỌC VÀ CHẨN ĐOÁN ĐẠI THẢO ĐƯỜNG THAI KỲ

1. Tiêu chuẩn sàng lọc và chẩn đoán

1.1. Đối tượng tầm soát đại thảo đường trong thai kỳ

Trên thế giới có hai mô hình tầm soát chính là tầm soát dài trả và tầm soát chọn lọc (hoặc tầm soát đối tượng nguy cơ).

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 dài trả DTBTK.

1.2. Thời điểm tầm soát

1.2.1. Trong 3 tháng đầu thai kỳ

Bảng 2. Yếu tố nguy cơ của Đại thảo đường chung

Nguy cơ cao	
1	BMI thừa cân và có thêm 1 yếu tố: tiền sử gia đình có DTB thể hệ 1, chứng tột, tim mạch, tăng huyết áp, HDL <0,9, TG >2,82, PCOs, ít vận động, dầu gai đen
2	HbA1C > 5,7% hoặc tiền DTB (IGT / IGF)
3	Tiền sử DTBTK
4	Tuổi > 35
5	Suy giảm miễn dịch mắc phải (HIV)
Nguy cơ thấp	
1	Tuổi < 25
2	BMI < 23
3	Không có tiền sử gia đình DTB thể hệ 1
4	Không có tiền sử rối loạn dung nạp Glucose hoặc DTBTK

Ngày lần khám thai đầu tiên, tiến hành đánh giá các yếu tố nguy cơ của đại thảo đường chung (Bảng 2)

Nhóm thai phụ nguy cơ thấp: Hén xét nghiệm sàng lọc ở tuần 24 - 28 tuần.

Nhóm thai phụ có nguy cơ cao cần được xét nghiệm glucose huyết tương tĩnh mạch lúc đói (nhịn ăn ít nhất 8 giờ trước xét nghiệm) hoặc bất kỳ ngày trong lần khám thai đầu tiên.

Kết quả:

- Bình thường:

- + Glucose huyết tương tĩnh mạch khi đói 70 – 90 mg/dL (3,9 – 5,0 mmol/L)
- + Glucose huyết tương tĩnh mạch bất kỳ ≤199 mg/dL (11 mmol/L)
- + Nhóm này cũng vẫn thực hiện xét nghiệm sàng lọc khi 24 – 28 tuần

- Nghi ngờ:

+ Glucose huyết tương tĩnh mạch khi đói 91 -125 mg/dL (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 huyết tương tĩnh mạch khi đói ≥ 126 mg/dL (7,0 mmol/L). Cần làm 2 thời điểm khác nhau hoặc kèm thêm HbA1C bất thường

+ 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

Y văn ghi nhận tăng HbA1C trong 3 tháng đầu thai kỳ làm tăng nguy cơ dị tật thai (thai vô sọ, tật đầu nhỏ, dị tật tim...). Những thai phụ có HbA1C $> 6,5\%$ là có tăng nguy cơ dị tật thai. Chuyên khoa Sản lưu ý nguy cơ dị tật và tư vấn sàng lọc dị tật (đặc biệt dị tật tim thai).

1.2.2. Trong 3 tháng giữa thai kỳ

- Thực hiện tầm soát ĐTĐTK cho mọi thai phụ từ tuần thứ 24 - 28 của tuổi thai và thời điểm này được xem là thời điểm chuẩn, tốt nhất cho phát hiện bất thường chuyển hóa carbohydrate trong thai kỳ với nghiệm pháp dung nạp 75gram glucose

- Khi thai kỳ bước vào tuần thứ 24 - 28, cần 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 gram - 2 giờ*** vào lần khám thai định kỳ tiếp theo, ghi chú vào sổ khám thai ngày tái khám.

Hướng dẫn chuẩn bị trước khi thực hiện sàng lọc

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 ít nhất 8 giờ trước khi làm nghiệm pháp (Có thể uống nước lọc).

- Lấy 1- 2ml máu tĩnh mạch, định lượng glucose trong huyết tương lúc đói, trước khi làm nghiệm pháp.

- Uống ly nước đường hoặc dung dịch pha sẵn 75g glucose, uống trong vòng 5 phút.

- Lấy 1- 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.

Bảng 3. Tham số Glucose huyết tương trong nghiệm pháp 75gram Glucose 2 giờ

Giờ	Glucose huyết tương tĩnh mạch (mg/dl hay mg%)	Glucose huyết tương tĩnh mạch (mmol/l)
Đôi	≥ 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).

1.2.3. Trong 3 tháng cuối thai kỳ

Không có chống chỉ định khi thực hiện sàng lọc trong 3 tháng cuối thai kỳ. Để quản lý hiệu quả, nên thực hiện thường quy trong 3 tháng giữa thai kỳ:

2. Thực hiện tại các cấp khám bệnh, chữa bệnh:

2.1. Cấp ban đầu:

- Thực hiện sàng lọc dựa vào phân loại theo yếu tố nguy cơ và xét nghiệm đường huyết đói hay đường huyết bất kỳ. Tư vấn, hướng dẫn cho thai phụ chế độ ăn, vận động.

- Để chẩn đoán ĐTĐTK cần thực hiện với xét nghiệm máu tĩnh mạch

- Hỗ trợ trong quản lý, theo dõi việc sử dụng phác đồ điều trị ĐTĐTK do tuyến trên chỉ định.

2.2. Cấp cơ bản

- Để chẩn đoán cần thực hiện 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 dài tháo đường thai kỳ.

+ Thời điểm thử: cách 3 ngày 1 lần, thời điểm lúc đói và 2 giờ sau ăn. Mỗi tuần chọn 1 bữa ăn, bữa ăn này có dựa vào kết quả của thử nghiệm 75 gr – 2 giờ. Qua thực tiễn, chỉ cần trong 2 tuần có 4 lần thử, nghĩa là sau 2 bữa ăn.

Bảng 4. Glucose huyết tương mao mạch mục tiêu

Thời điểm	Glucose (mg/dL)	Glucose (mmol/l)
Lúc đói	< 95	$< 5,3$
Sau ăn 1 giờ	< 140	$< 7,8$
Sau ăn 2 giờ	< 120	$< 6,7$

+ Theo dõi thai nhi: hướng dẫn thai phụ đếm cử động thai hàng ngày, ghi vào sổ khám thai. Theo dõi cân nặng, chiều cao tử cung và đo và ghi nhận nhịp tim thai trong mỗi lần khám cho thai phụ.

- 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 (**Bảng 4**): tư vấn và giới thiệu thai phụ lên Cấp chuyên sâu

2.3. Cấp chuyên sâu:

Thực hiện như hướng dẫn Cấp cơ bản. Nếu sau 2 tuần, glucose huyết tương mao mạch không đạt mục tiêu thì hướng dẫn thai phụ nhập viện:

+ Thực hiện chế độ ăn khi nhập viện đối với thai phụ, 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. Trong một số ít trường hợp cần kiểm soát chặt chẽ, có thể sử dụng thiết bị theo dõi glucose liên tục (Continouse Glucose Monitor – CGM)

+ 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.

+ Nếu có điều kiện đánh giá tuần hoàn rau thai qua siêu âm Doppler velocimetry (trong khoảng 28 -34 tuần).

- Thai phụ đáp ứng với điều trị: các khảo sát tại nhiều đơn vị có đến hơn 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 đường huyết (mao mạch), đếm cử động thai và ghi vào sổ khám thai.

+ Hẹn khám lại.

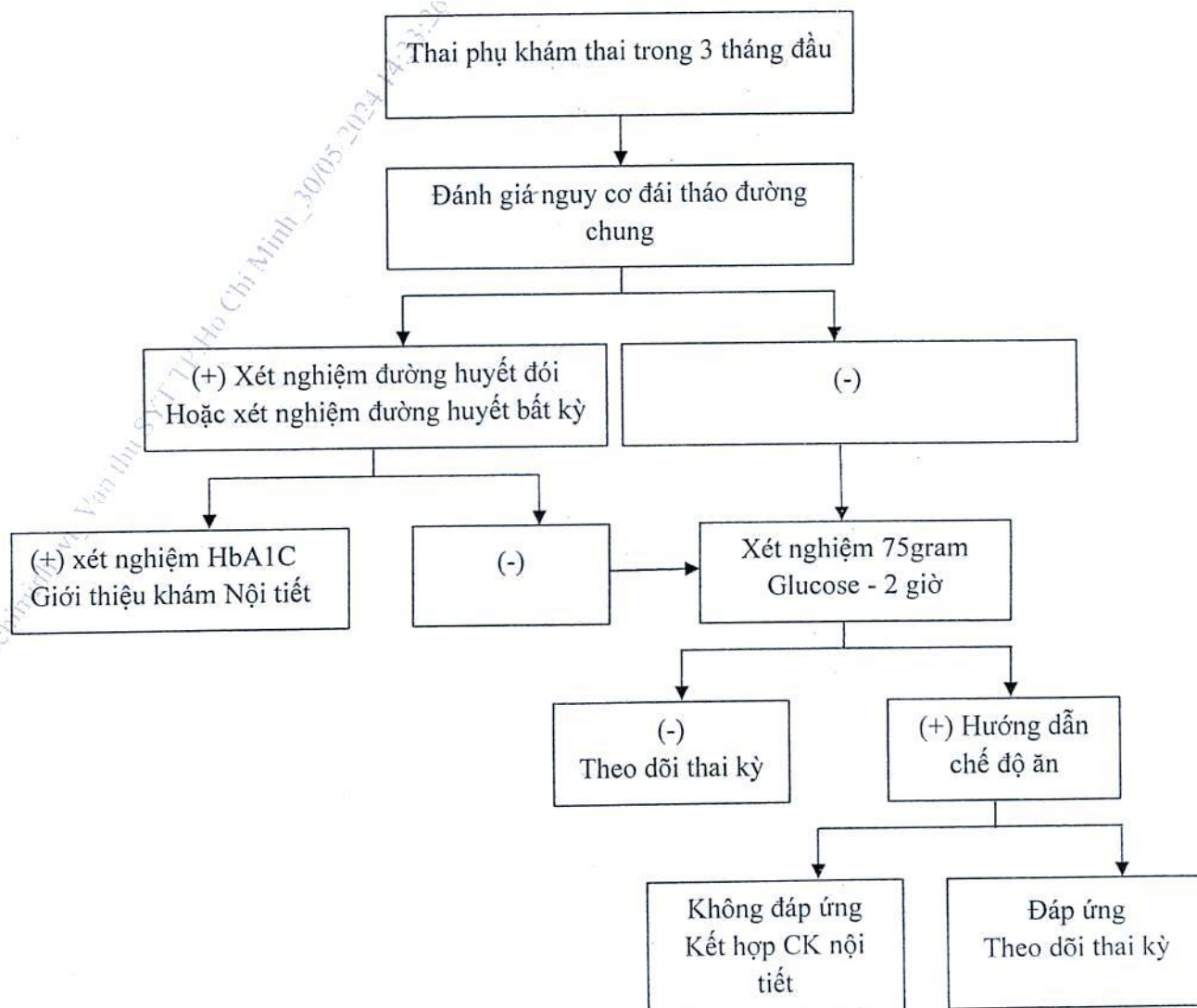
- Thai phụ không đáp ứng với điều trị:

+ Glucose huyết tương không đạt mục tiêu sau 5 ngày, thăm khám phối hợp giữa bác sĩ chuyên khoa sản và bác sĩ chuyên khoa nội tiết

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



Sơ đồ 1. Sàng lọc Đái tháo đường thai kỳ

CHƯƠNG 3.

QUẢN LÝ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TRONG GIAI ĐOẠN MANG THAI

1. Theo dõi tiền sản

- Glucose huyết tương tĩnh mạch dùng để chẩn đoán, glucose huyết tương mao mạch dùng để theo dõi.

- Khuyến cáo phụ nữ bị ĐTĐTK kiểm soát glucose huyết tương mao mạch 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 mao mạch, nếu việc thay đổi lối sống không đủ để duy trì glucose huyết tương mao mạch 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.

Bên cạnh quản lý chỉ số đường huyết, cần lưu ý tăng cân hợp lý trong thai kỳ - liên quan tỷ lệ thuận với tăng trưởng thai nhi.

Xử trí sản khoa như thai kỳ bình thường nếu đường huyết ổn định

Bảng 5. Khuyến cáo về mức tăng cân trong thai kỳ (tiêu chuẩn Châu Á)

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: 18,5-22,9 kg/m ²)	11,5 - 16	0,42 (0,35 - 0,50)
Thừa cân (BMI: 23,0 – 24,9 kg/m ²)	7 - 11,5	0,28 (0,23 - 0,33)
Béo phì (BMI > 24,9 kg/m ²)	5 - 9	0,22 (0,17 - 0,27)

(1) Điều trị tiết chế đối với ĐTĐTK:

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

- Theo dõi với glucose huyết tương 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), hướng dẫn cách ghi kết quả - có phiếu theo dõi đường huyết.

- 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 (Bio-Physical cải biên)
- Kết hợp vận động trong thai kỳ

Bảng 6. Các hoạt động thể chất trong thai kỳ

Khuyến cáo hoạt động thể chất cho thai phụ bị ĐTĐTK
- 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

(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 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 hoặc hội chẩn chuyên khoa Sản nếu nghi có bất thường tăng trưởng thai nhi.
- Hướng dẫn thai phụ cách đếm và theo dõi cử động thai mỗi ngày.
- Đánh giá tình trạng thai nhi bằng Non stress test (NST) mỗi tuần 1 lần nếu thai cử động đều, hoặc 2 lần mỗi tuần khi thai cử động yếu từ 31 tuần tuổi thai. Có thể kết hợp: Non stress test với xem lượng ối qua siêu âm (BPP cải biên)
- 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: Cần nhắc chấm dứt thai kỳ sớm hơn 39 tuần hoặc khi có chỉ định sản khoa.

Lưu ý:

Trong đái tháo đường thai kỳ nguy cơ trẻ sơ sinh suy hô hấp cao hơn thai kỳ bình thường do trưởng thành phổi thai muộn hơn.

Dùng Corticoides có thể làm tăng glucose huyết tương.

(3) Điều trị Insulin đối với ĐTĐTK (hoặc ĐTĐ và thai kỳ) - có biến chứng cấp (nhiễm toan ceton, tăng áp lực thẩm thấu máu, hạ đường huyết...)

- Biến chứng có thể được chẩn đoán trước nhập viện hoặc trong quá trình theo dõi điều trị nội trú.
- Cần được hội chẩn hoặc điều trị bởi 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.

- 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 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 mao mạch mẹ trong suốt cuộc chuyển dạ và sinh (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.

- Theo dõi các yếu tố chuyển dạ.

- Sau mổ nhau: 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 chỉ số đường huyết 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 sinh

- 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 **thử 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.

3. Dự phòng đái tháo đường thai kỳ: Điều chỉnh lối sống

Để phòng ngừa đái tháo đường thai kỳ, phụ nữ có thai đặc biệt các thai phụ có nguy cơ cao như đã sinh con từ 4000 gram, trên 35 tuổi, thừa cân, béo phì... cần điều chỉnh lối sống (ăn tiết chế, tăng cường vận động) để phòng chống bệnh ĐTĐTK.

3.1. 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.

3.2. 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, tăng cân nên được quan tâm chú ý theo khuyến cáo về mức tăng cân trong thai kỳ tại **Bảng 5**.

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

3.3. 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.

3.4. 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.

3.5. 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 mắc ĐTĐ tít 2 và hội chứng chuyển hóa sau khi sinh.

3.6. 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.

4. Liệu pháp dinh dưỡng

4.1. 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 nếu thai phụ không có các nguy cơ như nhau tiền đạo, dọa sinh non, tiền sản giật...

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

4.2.1. 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...

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

4.2.2.1. 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.

4.2.2.2. 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 týp 1 hay týp 2 đều phải tuân thủ chế độ ăn giảm glucid (35-40 % 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 mỳ 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.

4.2.2.3. 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...

4.2.3.4. Vitamin và chất khoáng

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

4.2.2.5. 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 sĩ, nhân viên y tế hoặc chuyên gia dinh dưỡng.

4.2.2.6. *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 lựa chọn tốt để bổ sung dinh dưỡng cho phụ nữ ĐTĐTK.

4.2.2.7. *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%.

5. Điều trị đái tháo đường thai kỳ bằng thuốc

5.1. 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, bác sĩ sản khoa và bác sĩ dinh dưỡng.

5.2. Mục tiêu điều trị

Được sự đồng thuận của nhiều tổ chức (ACOG, ADA, Endocrine Society, NICE); có thể sử dụng glucose huyết tương mao mạch để đánh giá và theo dõi điều trị. Mục tiêu kiểm soát glucose huyết tương (**Bảng 4**)

Lưu ý: HbA1C: < 6% (kiểm tra 1 tháng 1 lần) và không có biểu hiện hạ đường máu.

5.3. Điều trị bằng thuốc

- 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: cần xem xét điều trị ngay; hoặc

+ Thai to hơn so với tuổi thai: trong 3 tháng giữa thai kỳ có thể lưu ý khi chu vi bụng thai nhi ở 28 -32 tuần có BPV > 75th. Những ngày trước sanh kích thước thai trên siêu âm với chu vi bụng > 370 mm hoặc > BPV 95 th (cân nặng ước lượng > bách phân vị 95 của tuổi thai hay Chu vi vòng bụng > bách phân vị 95 của 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 nên 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). Chính 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. Chính 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 chính 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 chính liều Insulin phụ thuộc vào mức độ tăng glucose huyết tương, có thể chính 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:

Bảng 7. Các loại insulin dùng trong thai kỳ

Loại insulin	Bắt đầu tác dụng	Đỉnh tác dụng	Thời gian tác dụng
Nhanh			
Regular	$\frac{1}{2}$ - 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
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).

5.4. 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

- 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.

6. Theo các cấp khám bệnh, chữa bệnh:

- Cấp ban đầu:

+ Thực hiện sàng lọc dựa vào đánh giá các yếu tố nguy cơ

+ Với sản phụ có nguy cơ thấp... (tư vấn chế độ ăn, tập luyện, khám thai định kỳ, sàng lọc theo tần suất...)

+ Chuyển lên cấp cơ bản thực hiện chẩn đoán khi chưa có khả năng thực hiện xét nghiệm máu tĩnh mạch.

+ Chuyển lên cấp chuyên sâu trong các trường hợp: không đạt được đường huyết mục tiêu trong lúc theo dõi, phát triển thai có bất thường (thai chậm tăng trưởng trong tử cung hay ngược lại thai to), bất thường trong theo dõi cử động thai.

- Cấp cơ bản

+ Thực hiện sàng lọc bằng kết hợp đánh giá các yếu tố nguy cơ và thực hiện nghiệm pháp dung nạp glucose

+ Thực hiện tư vấn, điều chỉnh chế độ ăn, tập luyện, theo dõi đường huyết, theo dõi tình trạng thai thường quy.

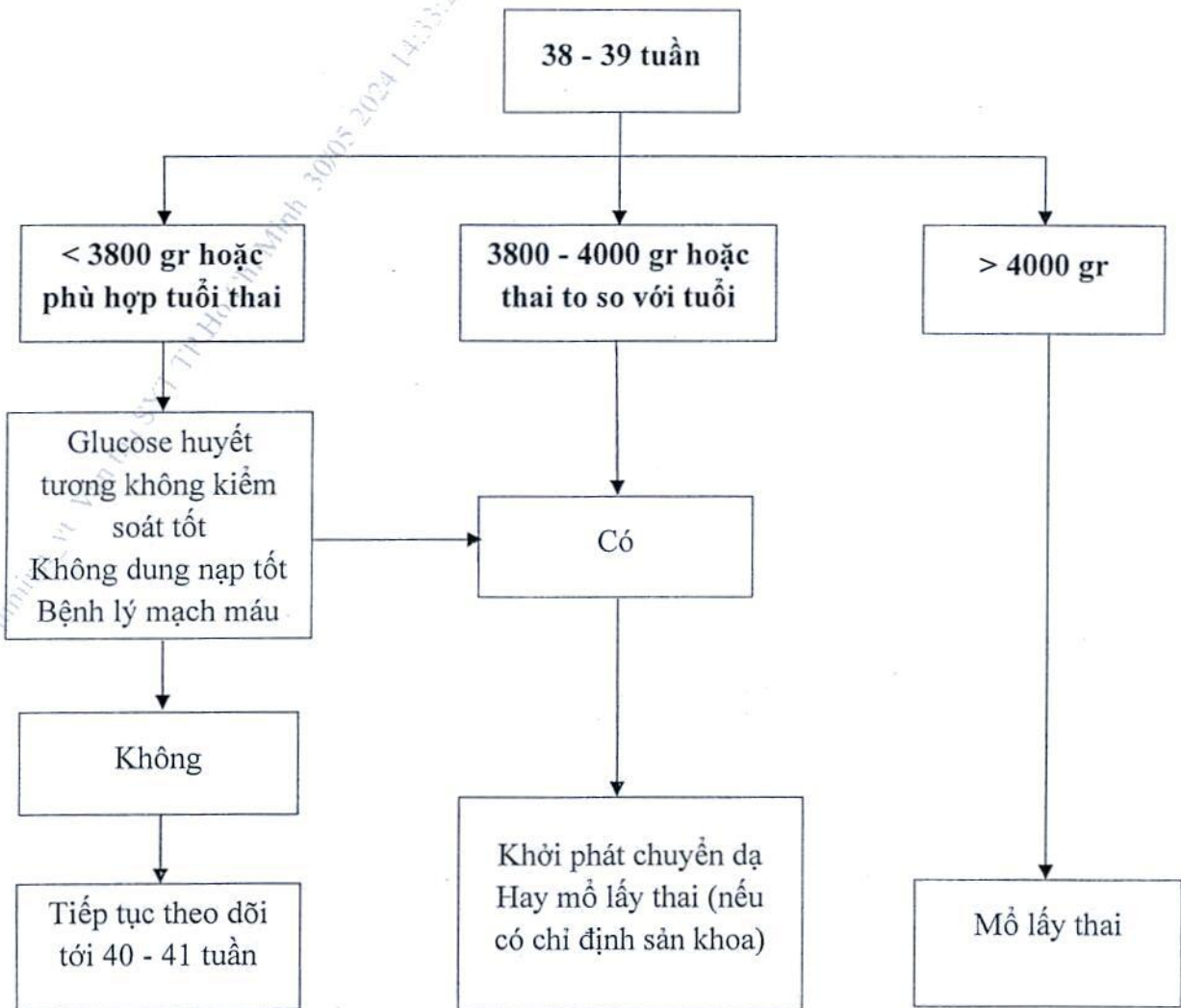
+ Chuyển lên cấp chuyên sâu trong trường hợp: không đạt được đường huyết mục tiêu trong lúc theo dõi, phát triển thai có bất thường (thai chậm tăng trưởng trong tử cung hay ngược lại thai to), bất thường trong theo dõi cử động thai.

- Cấp chuyên sâu

+ Chẩn đoán

+ Thực hiện liệu pháp dinh dưỡng, điều trị bằng thuốc

+ Xử trí sản khoa như thai kỳ bình thường nếu đường huyết sản phụ ổn định và phát triển thai nhi trong giới hạn bình thường.



Sơ đồ 2. Tóm tắt thời điểm và chỉ định cách sinh

CHƯƠNG 4.

QUẢN LÝ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ SAU SINH

1. Tại cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu

- Tư vấn chế độ dinh dưỡng, tập luyện, kiểm soát cân nặng cho mẹ
- Tư vấn cách nuôi dưỡng trẻ
- Tư vấn chuyển cấp cơ bản để sàng lọc ĐTĐ cho mẹ ở thời điểm sau sinh 4 - 12 tuần.

2. Tại cấp khám bệnh, chữa bệnh cơ bản và chuyên sâu

2.1. 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 tương 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).

2.2. 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 đói trong vòng 24 giờ sau sanh. Nếu đang dùng insulin: ngưng tiêm và theo dõi Glucose máu bất kỳ; khi glucose $\geq 11,1$ mmol/L, giảm liều đang dùng 50%.

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

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

+ Nếu đang dùng insulin, ngưng. Kiểm tra: nếu glucose huyết tương bất kỳ $\geq 11,1$ 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.

2.3. 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.

2.4. Đánh giá rối loạn chuyển hóa glucose sau sinh cho các phụ nữ có ĐTĐTK:

Thực hiện sau sinh 4 - 12 tuần: với xét nghiệm 75 gam glucose uống - 2 giờ.

Chuẩn bị: nhịn ăn (có thể uống nước lọc) 12 giờ trước xét nghiệm.

Thực hiện:

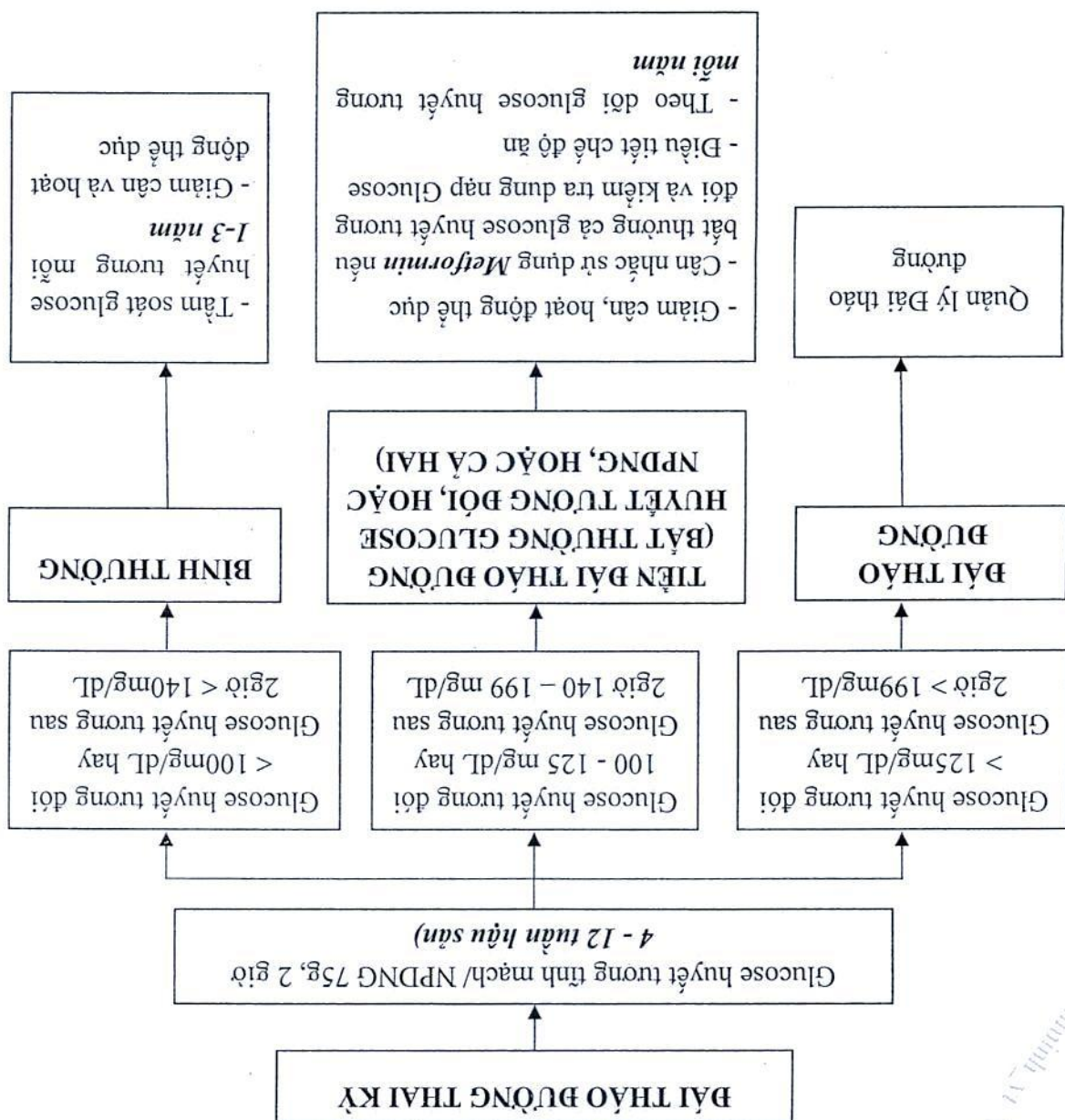
- Lấy máu tĩnh mạch khi đói. Sau đó uống dịch pha 75gram Glucose

Bảng 8. Giá trị Glucose huyết tương tĩnh mạch nghiệm pháp 75gram - 2 giờ sau sinh

Glucose huyết tương tĩnh mạch	Tiền ĐTĐ	ĐTĐ
Khi đói	100 - 125 mg/dL (5,6 - 6,9 mmol/L)	≥ 126 mg/dL (≥ 7 mmol/L)
2 giờ sau uống 75 gram Glucose	140 - 199 mg/dL (7,8 - 11 mmol/L)	≥ 200 mg/dL ($\geq 11,1$ mmol/L)

Kết quả:

- + Nếu kết quả bình thường sau sinh: tầm soát định kỳ 1-3 năm/lần.
- + Nếu kết quả bất thường: chuyên Nội tiết điều trị và theo dõi.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Diabetes Association, "Diagnosis and classification of diabetes mellitus", *Diabetes Care* 2022; 45(Supplement_1): S17–S38. <https://doi.org/10.2337/dc22-S002>. PubMed: 34964875
2. Bộ Y tế (2017), "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh Đái Tháo Đường týp 2"
3. Bộ Y tế (2018), "Hướng dẫn Quốc Gia dự phòng và kiểm soát đái tháo đường thai kỳ"
4. Hillier TA, Pedula KL, Ogasawara KK, et al. A pragmatic, randomized clinical trial of gestational diabetes screening. *N Engl J Med* 2021; 384:895 –904
5. Kattini R, Hummelen R, Kelly L. Early gestational diabetes mellitus screening with glycated hemoglobin: a systematic review. *J Obstet Gynaecol Can* 2020; 42:1379 –1384
6. Lowe WL Jr, Scholtens DM, Kuang A, et al.; HAPO Follow-up Study Cooperative Research Group. Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome Follow-up Study (HAPO FUS): maternal gestational diabetes mellitus and childhood glucose metabolism. *Diabetes Care* 2019; 42:372–380.
7. McIntyre HD, Sacks DA, Barbour LA, et al. Issues with the diagnosis and classification of hyperglycemia in early pregnancy. *Diabetes Care* 2016; 39:53–54.