

Tầm soát đái tháo đường thai kỳ: công cụ và chiến lược

Trương Ngọc Diễm Trinh¹, Ngô Thị Kim Phụng², Đỗ Thị Ngọc Mỹ³

© Bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

¹ Giảng viên Bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: bsdiemtrinh.noitrusan@gmail.com

² Phó Giáo sư, Giảng viên Bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: dmtkphung@hotmail.com

³ Giảng viên Bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: ngocmy@ump.edu.vn

Mục tiêu bài giảng

Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được các yếu tố nguy cơ mắc GDM ở thai phụ
2. Trình bày được thời điểm thực hiện tầm soát GDM ở thai phụ
3. Trình bày cách thực hiện nghiệm pháp OGTT và chiến lược tiếp cận chẩn đoán một giai đoạn

Tần suất đái tháo đường thai kỳ (GDM) vào khoảng 7% tổng số thai kỳ. Tần suất sẽ tăng nếu tỉ lệ béo phì gia tăng. Song song với tăng tần suất của GDM là các vấn đề liên quan đến kết cục xấu của thai kỳ. Hiểu được giá trị của các công cụ tầm soát, thực hiện đúng chương trình tầm soát sẽ giúp cải thiện chất lượng chăm sóc thai phụ với GDM.

Tại Việt Nam, tần suất của GDM cũng ngày càng tăng. Việc tầm soát GDM đang trở thành một vấn đề thiết yếu của chăm sóc tiền sản tại Việt Nam.

ĐỐI TƯỢNG CỦA TẦM SOÁT GDM

Mọi thai phụ đều có nguy cơ mắc GDM.

GDM là thuật ngữ dùng để chỉ mọi tình trạng rối loạn về biến dưỡng đường xảy ra khi mang thai. Trong phần lớn các trường hợp, những thai phụ với GDM sẽ trở về bình thường sau khi sinh khoảng 6 tuần. Như vậy, ngoài các thai phụ với bất thường đường huyết đã biết từ trước, tức đái tháo đường type 1 và 2, thì mọi thai phụ đều có thể có nguy cơ phát triển GDM.

Do quản lý GDM là khác nhau giữa đái tháo đường có sẵn từ trước và tình trạng rối loạn chỉ xuất hiện trong khi mang thai, nên việc nhận biết (1) một thai phụ có hay không có rối loạn đường huyết từ trước, hay (2) một thai phụ có hay không có yếu tố nguy cơ là một công đoạn quan trọng của chiến lược tầm soát GDM.

Phân nhóm nguy cơ

Các đối tượng sau được xem là có nguy cơ cao mắc GDM:

- Một số chủng tộc **: châu Á, tiểu lục địa Ấn Độ, các chủng tộc đa đảo (Polynesian)
- Béo phì **
- Tuổi mẹ khi mang thai trên 40 tuổi
- Tiền sử gia đình đái tháo đường
- Tiền sử sanh con to
- Tiền sử sanh con có tật bẩm sinh không tìm được nguyên nhân
- Dùng thuốc: corticosteroids, kháng virus, nhiễm HIV
- Tiền sử thai kỳ trước có rối loạn dung nạp đường
- Rối loạn phóng noãn kiểu buồng trứng đa nang

** Yếu tố xếp hàng thứ yếu

Dù rằng mọi phụ nữ có thai đều phải là đối tượng của chương trình tầm soát GDM, nhưng cần chú ý hơn đến các đối tượng được liệt kê trên trong chiến lược tầm soát. Các thai phụ này có nguy cơ cao mắc GDM.

Ngoại trừ BMI thể hiện thừa cân (chưa đủ chuẩn của béo phì) và chủng tộc được xếp hàng thứ yếu, các yếu tố nguy cơ khác đều là mạnh.

Một số yếu tố nguy cơ khác được xem là rất mạnh, như trong trường hợp của tiền căn thai kỳ trước có GDM, rối loạn phóng noãn kiểu buồng trứng đa nang.

Riêng cho trường hợp của rối loạn phóng noãn kiểu buồng trứng đa nang, thai phụ đã mang các rối loạn biến dưỡng carbohydrate từ trước. Hơn nữa, rối loạn biến dưỡng carbohydrate là một thành phần quan trọng trong bệnh sinh của hội chứng buồng trứng đa nang.

Tầm soát GDM cần được thực hiện cho mọi thai phụ.

Cần lưu ý rằng, có khoảng 50% thai phụ mắc GDM mà không có bất cứ yếu tố nguy cơ nào kể trên.

Vì vậy, tầm soát GDM cần được thực hiện cho tất cả mọi thai phụ, ngoại trừ những người đã được chẩn đoán mắc đái tháo đường type 1 hoặc type 2 trước đó.

Cần lưu ý rằng cho đến năm 2010, tại Việt Nam, tầm soát GDM vẫn chưa được chính thức đưa vào các Chương trình Quốc gia, cũng như chưa được đưa vào sách “Hướng dẫn Quốc Gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản” của Bộ Y tế nước ta. Tầm soát GDM chỉ được thực hiện tại các tuyến có điều kiện. Chưa có một hướng dẫn chính thức về tầm soát GDM.

Với thai phụ không thuộc nhóm có nguy cơ cao, tầm soát được thực hiện ở thời điểm 24-28 tuần vô kinh.

Khuyến cáo thực hiện xét nghiệm tầm soát GDM ở tuần 24-28 cho thai phụ không thuộc nhóm nguy cơ cao và không biết đái tháo đường trước đó.

Nếu thuộc nhóm nguy cơ cao, thai phụ cần được tầm soát đái tháo đường tiềm ẩn trong lần khám thai đầu tiên.

Nếu thuộc nhóm nguy cơ cao, thai phụ cần được tầm soát đái tháo đường tiềm ẩn trong lần khám thai đầu tiên.

Nếu kết quả tầm soát trong lần đầu tiên âm tính, thì thai phụ phải được thực hiện lại test tầm soát lần thứ nhì, vào thời điểm tuổi thai đạt 24-28 tuần.

Kết quả xét nghiệm đường huyết được diễn giải bằng tiêu chuẩn chẩn đoán như ở người không mang thai:

Đường huyết đói¹ ≥ 126 mg/dL (7.0 mmol/L) *
hoặc
Đường huyết sau 2 giờ uống đường ≥ 200 mg/dL (11.1 mmol/L) trong test OGTT *
hoặc
A1C $\geq 6.5\%$ *
hoặc
Bệnh nhân có triệu chứng điển hình của tăng đường huyết hay các cơn tăng đường huyết, đường huyết bất kỳ ≥ 200 mg/dL (11.1 mmol/L)

* Cần thực hiện lại xét nghiệm nếu không có triệu chứng tăng đường huyết rõ ràng trên lâm sàng.

CÔNG CỤ VÀ CHIẾN LƯỢC TẦM SOÁT GDM

Có rất nhiều công cụ tầm soát GDM và do đó cũng có nhiều chiến lược tầm soát GDM khác nhau.

Tại Việt Nam, thực hành tầm soát GDM chủ yếu dựa trên các khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới, của Nhóm nghiên cứu của Hiệp hội đái tháo đường và thai kỳ thế giới (International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups - IADPSG) và của Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (American Diabetes Association - ADA).

Tầm soát GDM có thể được thực hiện bằng 1 trong 3 cách:

1. Chiến lược tiếp cận chẩn đoán 1 thì
2. Đường huyết đói và đường huyết sau ăn
3. Chiến lược tiếp cận 2 thì

Chiến lược tầm soát 1 bước bằng OGTT 75 gram

Chiến lược tầm soát 1 bước dựa trên việc thực hiện test 75 gram glucose qua đường uống.

Thai phụ cần nhịn ăn ít nhất 8 giờ trước khi thực hiện test. Glycemia được đo vào lúc đói. Cho thai phụ uống 75 gram glucose khan pha trong nước. Định lượng lại glycemia một giờ, và hai giờ sau uống glucose.

Đến nay, phần lớn vẫn áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán được khuyến cáo bởi IADPSG.

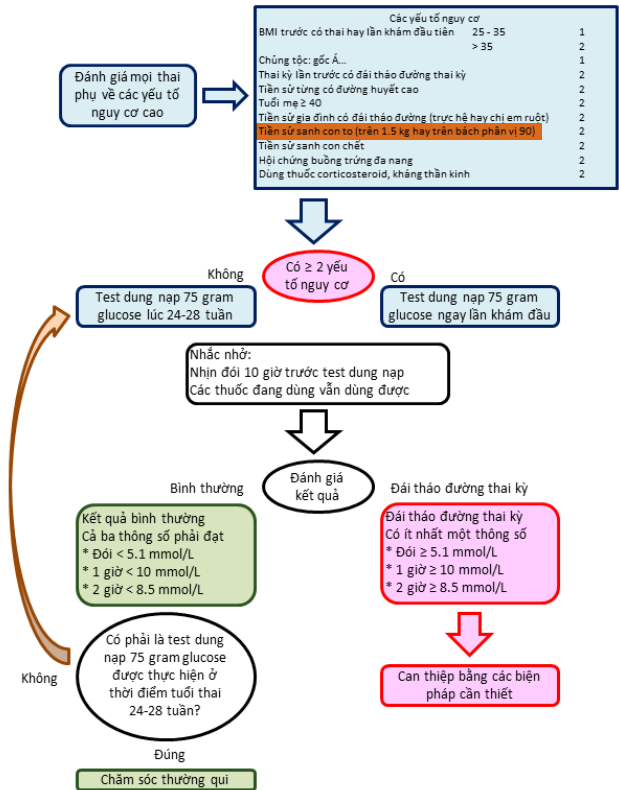
Lúc đói ≥ 5.1 mmol/L (92 mg/dL)
và / hoặc
1 giờ sau ≥ 10.0 mmol/L (180 mg/dL)
và / hoặc
2 giờ sau ≥ 8.5 mmol/L (153 mg/dL)

Chiến lược tầm soát 1 bước làm tăng tỉ lệ đái tháo đường thai kỳ được chẩn đoán từ 5-6% lên 15-20%.

Chiến lược này có ưu điểm là giúp cải thiện kết cục thai kỳ, nhưng theo sau đó là sự tăng gánh nặng về chi phí y tế và nhân lực để chăm sóc người bệnh, đồng thời “bệnh lý hoá” những thai kỳ vốn bình thường.

¹ Đường huyết đói được định nghĩa là đường huyết ghi nhận khi không nạp năng lượng trong ít nhất 8 tiếng.

Chọn ngưỡng cắt đường như là chìa khóa để giải quyết vấn đề này. Đã có rất nhiều ngưỡng cắt khác nhau được đề nghị bởi các hiệp hội và các nghiên cứu khác nhau. Tuy nhiên, vẫn chưa rõ việc hạ thấp ngưỡng chẩn đoán liệu có ảnh hưởng đến nguy cơ đái tháo đường trong tương lai của người mẹ và nguy cơ đái tháo đường, béo phì, rối loạn chuyển hoá ở con hay không.



Lưu đồ 1: Chiến lược tầm soát GDM theo tiếp cận 1 thì

Lưu đồ cho thấy chiến lược tầm soát GDM được bắt đầu bằng việc nhận diện các yếu tố nguy cơ, sau đó là một OGTT ở thời điểm thích hợp tùy theo việc có hay không có yếu tố nguy cơ. Thai phụ với tầm soát GDM dương tính phải được tiếp tục bằng một chương trình quản lý thích hợp.

Nguồn: Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP HCM, căn cứ trên khuyến cáo của ADA

Chiến lược tầm soát 2 bước bằng thực hiện lần lượt test 50 gram và test 100 gram glucose

Chiến lược tầm soát 2 bước gồm: bước 1 là test 50 gram glucose qua đường uống để nhận diện đối tượng cần thực hiện bước 2 là chẩn đoán bằng test 100 gram glucose.

Chiến lược tầm soát 2 bước được khuyến cáo bởi NIH (National Institute of Health) và đồng thuận bởi ACOG.

Sở dĩ họ chọn chiến lược tầm soát này bởi vì cho rằng không đủ số liệu lâm sàng để đánh giá về lợi ích của chiến lược tầm soát 1 bước, đồng thời với việc gia tăng chi phí và nhân lực y tế để chăm sóc cho những thai kỳ vốn bình thường nhưng bị *bệnh lý hoá*.

Chiến lược này được mô tả như sau:

Thì 1: test 50 gram glucose.

Không cần nhịn đói, cho thai phụ uống 50 gram glucose, định lượng glycemia 1 giờ sau uống.

Các ngưỡng cắt 130 mg/dL (7.2 mmol/L), 135 mg/dL (7.5 mmol/L), và 140 mg/dL (7.8 mmol/L).

Với bước thứ 1 là test 50 gram glucose, thai phụ không cần phải nhịn đói, điều này sẽ tạo thuận lợi hơn trong quá trình tầm soát.

Ngưỡng cắt được sử dụng cho bước đầu tiên này có thể là 130mg/dL, 135mg/dL hoặc 140 mg/dL. Việc gia tăng giá trị ngưỡng cắt sẽ làm giảm độ nhạy nhưng tăng độ chuyên biệt và ngược lại.

Thì 2: test 100 gram glucose.

Thực hiện khi thai phụ nhịn đói, định lượng glycemia 1 giờ, 2 giờ và 3 giờ sau uống.

Các ngưỡng cắt:

	Carpenter - Coustan	NDDG
Đói	95 mg/dL (5.3 mmol/L)	105 mg/dl (5.8 mmol/L)
1 giờ	180 mg/dL (10.0 mmol/L)	190 mg/dl (10.6 mmol/L)
2 giờ	155 mg/dL (8.6 mmol/L)	165 mg/dl (9.2 mmol/L)
3 giờ	140 mg/dL (7.8 mmol/L)	145 mg/dl (8.0 mmol/L)

*NDDG: National Diabetes Data Group

Mục tiêu của bước hai là để xác định những thai phụ cần đưa vào quản lý.

Chiến lược tiếp cận hai bước cũng cho thấy làm giảm được nguy cơ thai to, kẹt vai mà không làm tăng tỉ lệ thai nhỏ so với tuổi thai.

ACOG vẫn ủng hộ sử dụng chiến lược tầm soát 2 bước, tuy nhiên, gần đây họ lưu ý rằng *có thể* chỉ cần 1 giá trị vượt ngưỡng là đủ để chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ thay vì 2 giá trị vượt ngưỡng như trước đây.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Obstetrics and gynecology 8th edition. Tác giả Beckmann. Hợp tác xuất bản với ACOG. Nhà xuất bản Wolters Kluwer Health 2018.

Tuy nhiên, hiện thời tiêu chuẩn chẩn đoán GDM vẫn là ít nhất 2 giá trị vượt ngưỡng khi làm test 100 gram glucose.

So sánh hai chiến lược tầm soát GDM

Không có thử nghiệm lâm sàng nào so sánh kết cục chu sinh giữa nhóm thai phụ được chẩn đoán mắc GDM bằng chiến lược tiếp cận 1 thì và 2 thì.

Giữa hai chiến lược tiếp cận trên, tiếp cận 1 thì thuận tiện, dung nạp tốt và có độ nhạy cao hơn để xác định những thai kỳ có nguy cơ biến chứng cao (tăng huyết áp thai kỳ, tiền sản giật, thai to so với tuổi thai).

Tại TP. HCM, chiến lược tiếp cận một bước là phổ biến.

Tuy nhiên, chính vì độ nhạy cao khiến tỉ lệ GDM được chẩn đoán tăng cao (gấp 1.03-3.78 lần) đưa đến tăng chi phí và nhân lực về y tế, nên chiến lược này vẫn chưa được áp dụng trên toàn cầu và tính hợp lý của việc sử dụng các tiêu chuẩn chẩn đoán của IADPSG vẫn còn là thách thức.

THEO DÕI HẬU SẢN CÁC THAI PHỤ CÓ GDM

Thai phụ mắc GDM cần được test lại 4-12 tuần sau sanh.

Test được lặp lại tối thiểu một lần cho mỗi 3 năm sau đó.

Xét nghiệm chẩn đoán đái tháo đường tồn tại cho những thai phụ bị đái tháo đường thai kỳ ở thời điểm 4-12 tuần hậu sản bằng test dung nạp đường uống và sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán dành cho người không mang thai.

Sau đó, cần lặp lại xét nghiệm chẩn đoán đái tháo đường cho các thai phụ này tối thiểu mỗi 3 năm một lần. Nếu phát hiện có đái tháo đường tiềm ẩn, cần thay đổi lối sống hoặc điều trị với metformin.