

# Quản lý tăng đường huyết trong thai kỳ (Hyperglycemia In Pregnancy)

Trương Ngọc Diễm Trinh<sup>1</sup>, Đỗ Thị Ngọc Mỹ<sup>2</sup>  
© Bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

<sup>1</sup> Giảng viên Bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: [bsdientrinh.noitrusan@gmail.com](mailto:bsdientrinh.noitrusan@gmail.com)  
<sup>2</sup> Giảng viên Bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: [ngoccmty@ump.edu.vn](mailto:ngoccmty@ump.edu.vn)

## Mục tiêu bài giảng

Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được cách theo dõi thai kỳ có tình trạng tăng đường huyết
2. Trình bày được cách theo dõi chuyển dạ của thai kỳ có tình trạng tăng đường huyết
3. Trình bày được cách theo dõi hậu sản của thai kỳ có tình trạng tăng đường huyết

## MỤC TIÊU CỦA QUẢN LÝ HIP

Tăng đường huyết trong thai kỳ (Hyperglycemia In Pregnancy) (HIP) là một tình trạng ảnh hưởng xấu đến cục của cả mẹ và thai-sơ sinh. HIP bao gồm đái tháo đường trong thai kỳ (Diabetes In Pregnancy - DIP) và đái tháo đường thai kỳ (Gestational Diabetes Pregnancy - GDM).

Các nghiên cứu so sánh kết cục thai sản giữa thai phụ bình thường và thai phụ có HIP được kiểm soát tốt chưa đủ mạnh để chứng minh sự khác biệt nếu có, nhưng trái lại, có sự khác biệt rất lớn giữa kết cục sản khoa giữa người có HIP được kiểm soát tốt và không được kiểm soát tốt.

Vì thế, quản lý hiệu quả HIP là một trong những mục tiêu chính sau khi thực hiện tầm soát thành công HIP. Quản lý HIP gồm chăm sóc trước sanh, trong chuyển dạ và trong thời kỳ hậu sản. Chiến lược quản lý cần được thiết kế phù hợp với nguồn lực và cơ sở hạ tầng của quốc gia, địa phương.

Mục tiêu của chăm sóc trước sanh là ổn định glycemias, nhờ đó hạn chế khả năng xảy ra kết cục xấu cho thai kỳ.

Bảng 1: Mục tiêu glycemias trong quản lý HIP<sup>1</sup>

Đái tháo đường thai kỳ (GDM)	Đái tháo đường type 1 và type 2 trong thai kỳ (DIP)
Trước ăn: ≤ 95 mg/dL (5.3 mmol/L) và một trong hai	Buổi sáng, lúc đói với nhin suốt đêm: 60-99 mg/dL (3.3-5.4 mmol/L)
1 giờ sau ăn: ≤ 140 mg/dL (7.8 mmol/L)	Định glucose sau ăn: 100-129 mg/dL (5.4-7.1 mmol/L)
2 giờ sau ăn: ≤ 120 mg/dL (6.7 mmol/L)	HbA1C: < 6.0%

Theo khuyến cáo của FIGO, để đạt được mục tiêu ổn định glycemias trong DIP/GDM, quy trình chăm sóc trước sinh cần phải đảm bảo các điều kiện sau:

1. Theo dõi thường xuyên
2. Chăm sóc trước sinh với nhân viên y tế được huấn luyện về đái tháo đường thai kỳ
3. Thai phụ bị đái tháo đường tự theo dõi đường huyết

<sup>1</sup> Working group in Hyperglycemia In Pregnancy. FIGO declaration. Vancouver 2015 and Rio de Janeiro 2018.

## LỊCH KHÁM THAI ĐỊNH KỲ KHUYẾN CÁO CHO THAI PHỤ VỚI HIP

Khuyến cáo	Nguồn lực	Mức khuyến cáo
Khuyến cáo về lịch khám thai định kỳ		
Khám thai định kỳ cần bao gồm: 1. Khám với nhân viên y tế có kỹ năng chăm sóc cho thai phụ bị đái tháo đường trong thai kỳ (bác sĩ sản khoa, chuyên gia tiền sản, chuyên gia về đái tháo đường, chuyên gia giáo dục về đái tháo đường, chuyên gia dinh dưỡng v.v...) mỗi 1-3 tuần nếu cần 2. Khám với nữ hộ sinh: cân nặng, huyết áp, đạm niệu bằng que nhúng: mỗi 1-2 tuần nếu cần	Ở cơ sở y tế có nguồn lực cao	1A
Tối thiểu mỗi tháng 1 lần với nhân viên y tế có kiến thức về đái tháo đường thai kỳ	Ở cơ sở y tế có nguồn lực thấp đến trung bình	2A
Khuyến cáo về theo dõi phát triển thai ở thai phụ đái tháo đường thai kỳ		
Khám lâm sàng và siêu âm đánh giá tăng trưởng mỗi 2-4 tuần đến khi đủ tháng	Ở cơ sở y tế có nguồn lực cao	1A
Khám lâm sàng và siêu âm đánh giá tăng trưởng từ khi được chẩn đoán đến đủ tháng	Ở cơ sở y tế có nguồn lực thấp đến trung bình	2A
Đánh giá sức khỏe thai ở thai phụ đái tháo đường thai kỳ		
Đánh giá sức khỏe thai bằng biểu đồ tim thai-con gò và/hoặc trắc đồ sinh vật lý hoặc cử động thai tùy tình hình từng địa phương	Ở mọi cơ sở y tế	1A

## Mục tiêu glycemias là quan trọng.

Mục tiêu glycemias thay đổi tùy theo có hay không có rối loạn đường trước mang thai (tức là DIP hay GDM).

Mục tiêu ổn định glycemias có thể đạt được bằng các phương thức sau:

1. Liệu pháp dinh dưỡng nội khoa
2. Thuốc kiểm soát đường huyết

Ở thai phụ với HIP, glycemias là chỉ báo quan trọng. Các chứng cứ xác nhận kiểm soát glycemias là mục tiêu quan trọng nhất để cải thiện kết cục thai kỳ.

Ổn định glycemias là mục tiêu của các chăm sóc một thai phụ với HIP.

Mục tiêu này thay đổi tùy theo thai phụ đã biết có rối loạn glycemia trước khi mang thai hay không (DIP hay GDM).

#### **Thai phụ với DIP**

Các thai phụ có DIP cần được tiếp tục điều trị bằng các biện pháp hiệu quả đang được dùng hay chuyển đổi sang các chiến lược can thiệp hiệu quả khác trong trường hợp chiến lược kiểm soát với các điều trị trước nay bị thất bại.

Thai phụ với DIP có thể đang được điều trị với tiết chế nội khoa, hay với tác nhân tăng nhạy insulin đường uống (đái tháo đường type 2) hay với insulin (đái tháo đường type 1). Họ cần được tiếp tục điều trị hiện hữu.

Dù rằng đồng thuận của FIGO kết luận rằng metformin đã được chứng minh là an toàn cho thai kỳ, với hiệu quả kiểm soát tốt kết cục thai kỳ, nhưng một số tổ chức, vì lý do thận trọng, vẫn chưa cho phép (approve) cho việc tiếp tục dùng nó trong thai kỳ (trong đó có Bộ Y tế Việt Nam).

Vì thế, nếu một thai phụ với DIP, bà ta cần được tiếp tục điều trị hiện hữu hay chuyển sang insulin.

#### **Thai phụ với GDM**

Liệu pháp dinh dưỡng nội khoa là can thiệp sơ cấp cho các thai phụ GDM.

Nếu thực hiện tốt MNT, rất nhiều thai phụ mắc GDM không cần thiết phải dùng thuốc kiểm soát đường huyết và có kết cục chu sinh tốt.

### **LIỆU PHÁP DINH DƯỠNG NỘI KHOA**

#### **Nguyên lý chung của MNT**

Nền tảng của điều trị đái tháo đường thai kỳ là phải ổn định được đường huyết (chế độ euglycemia). Vì vậy, *điều trị cốt yếu* của GDM là thay đổi lối sống, điều chỉnh chế độ ăn và theo dõi diễn biến đường huyết.

*Liệu pháp dinh dưỡng nội khoa* (Medical Nutrition Treatment - MNT) là một chế độ dinh dưỡng riêng dành cho từng cá nhân, được thiết kế bởi thai phụ và chuyên gia dinh dưỡng có kinh nghiệm trong quản lý đái tháo đường thai kỳ. Chế độ dinh dưỡng này phải phù hợp với BMI trước khi mang thai của thai phụ, hoạt động thể lực, thói quen, văn hóa của từng quốc gia cũng như cá nhân.

Đề nghị với thai phụ một chế độ tập luyện, giáo dục, hỗ trợ và theo dõi bởi những nhân viên y tế có kinh nghiệm và được chứng nhận về chăm sóc thai phụ bị đái tháo đường thai kỳ. Các vấn đề cần thảo luận khi thăm khám bao gồm: không chế cân nặng, ghi nhận các bữa ăn, tính toán về lượng carbohydrate nhập, phòng tránh hạ đường huyết, các thực phẩm tốt cho sức khỏe và tập luyện thể lực.

Chế độ dinh dưỡng cần đáp ứng được các mục tiêu sau:

1. Ổn định được đường huyết ở mức mục tiêu
2. Cung cấp đủ năng lượng đảm bảo sức khỏe cho mẹ và giúp thai phụ tăng cân hợp lý trong thai kỳ
3. Đảm bảo được sức khỏe của thai
4. Ngăn ngừa tình trạng nhiễm ceton

#### **Tổng năng lượng**

Tổng năng lượng cung cấp được khuyến cáo là 1800-2500 kcal/ngày, tùy thuộc vào cân nặng trước có thai.

Không có nghiên cứu chuyên biệt nào xác định được mức năng lượng lý tưởng cho những thai phụ bị đái tháo đường thai kỳ hay gợi ý rằng nhu cầu năng lượng của họ khác với những thai phụ không bị đái tháo đường thai kỳ.

Tuy nhiên, bất luận chế độ dinh dưỡng thế nào thì vẫn cần cung cấp tối thiểu 175 gr carbohydrate, 71 gr protein và 28 gr chất xơ mỗi ngày theo mức được ấn định bởi hướng dẫn của Dietary Reference Intakes cho mọi thai phụ.

Theo ACOG và FIGO, năng lượng tiêu chuẩn cần cung cấp mỗi ngày tùy thuộc vào cân nặng trước có thai.

1. Đối với những thai phụ GDM có cân nặng trước khi có thai gấp trên 1.5 lần cân nặng lý tưởng thì cần cung cấp 12-15 kcal/kg/ngày.
2. Đối với những thai phụ GDM có cân nặng trước khi có thai bằng 1.2-1.5 lần cân nặng lý tưởng thì cần cung cấp 24 kcal/kg/ngày.
3. Đối với những thai phụ GDM có cân nặng trước khi có thai bằng 0.8-1.2 lần cân nặng lý tưởng thì cần cung cấp 30 kcal/kg/ngày.

Hoặc có thể ước lượng một cách tổng quát một nhu cầu năng lượng bằng 30 kcal/kg/ngày x cân nặng lý tưởng.

Đối với thai phụ béo phì mắc GDM, không có đủ bằng chứng để khuyến khích hay chống lại việc hạn chế năng lượng nhập vào.

#### **Không nên hạn chế quá đáng cung cấp năng lượng nhập.**

Tuy nhiên, không nên hạn chế quá 33% tổng số calories cần thiết trong ngày, và cũng không nên cung cấp dưới mức 1200 kcal/ngày, vì sẽ gây xuất hiện ceton máu dẫn đến những hệ quả xấu trong sự phát triển tâm thần và vận động của trẻ.

#### **Phân bố các bữa ăn**

Người đang thực hiện MNT nên ăn 5-7 bữa trong ngày.

Các bữa ăn không hoàn toàn giống nhau.

Trong số đó có 3 bữa ăn chính và 2-4 bữa ăn nhẹ, cách nhau mỗi 2-3 giờ. Việc điều chỉnh chế độ ăn cần dựa vào kết quả theo dõi đường huyết, sự ngon miệng và diễn biến cân nặng của thai phụ.

#### **Phân bố các đại chất**

Sự phân bố tỉ lệ các đại chất lần lượt là 33-40% carbohydrate, 40% chất béo và 20% chất đạm.

*Carbohydrate*: cần chú ý đến lượng dùng, sự phân phối trong các bữa ăn cũng như loại carbohydrate sử dụng.

Khuyến khích sử dụng những loại thực phẩm chưa đường phức hơn đường đơn vì ít làm tăng đường huyết sau ăn.

Cần lưu ý là vào buổi sáng, cortisol sẽ tăng vọt gây phóng thích glucose từ các nguồn dự trữ và glucose giải phóng từ gan, dẫn đến làm tăng đường huyết. Vì vậy, cần giảm lượng carbohydrate trong bữa sáng.

Việc hạn chế carbohydrate là cần thiết để hạ nồng độ đường huyết sau ăn, tuy nhiên nếu hạn chế đường quá mức sẽ làm tăng tiêu thụ chất béo. Điều này có thể làm tăng ảnh hưởng bất lợi đến tình trạng đề kháng insulin và cấu trúc cơ thể thai.

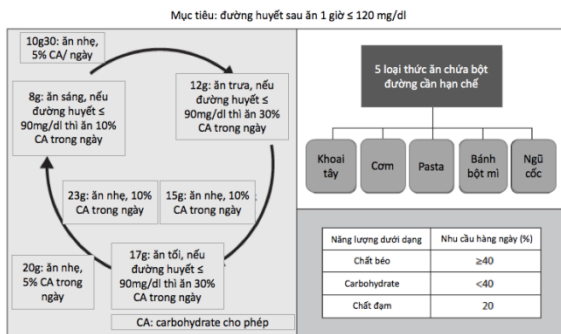
Trong giai đoạn đầu khi thực hiện MNT, khuyến khích thai phụ tự theo dõi thường xuyên đường huyết đói cũng như đường huyết 3-4 lần/ngày:

- Đường huyết đói: 1 lần/ ngày, sau khi nhịn đói ít nhất 8 giờ
- Đường huyết sau ăn: sau ăn 1-2 giờ, 2-3 lần/ ngày, xoay vòng cho các bữa ăn khác nhau trong tuần
- Với những địa phương có nguồn lực thấp, ít nhất cũng cần theo dõi đường huyết 1 lần/ngày và phải ghi nhận tương quan với thời điểm bữa ăn

Cần có kế hoạch theo dõi định kỳ và điều chỉnh chế độ ăn thông qua kết quả đạt được ban đầu và duy trì mục tiêu điều trị. Khi đã đảm bảo đạt được mục tiêu về đường huyết bằng MNT, việc theo dõi đường huyết có thể được nới lỏng hơn.

Nếu thực hiện tốt MNT, rất nhiều thai phụ mắc GDM không cần thiết phải dùng thuốc hạ đường huyết và có kết cục chu sinh tốt.

Hình dưới trình bày một ví dụ về một cách phân phối bữa ăn và phân phối lượng carbohydrate được khuyến cáo:



**Hình 1:** Ví dụ về phân phối bữa ăn và carbohydrate được khuyến cáo.  
Nguồn: Textbook of Diabetes and Pregnancy. Moshe Hod. 3<sup>rd</sup> Ed. 2016

### Hoạt động thể lực ở thai phụ mắc GDM

Ngoài thay đổi chế độ ăn, thai phụ mắc GDM nên có chế độ vận động phù hợp với từng cá nhân:

- Vận động khoảng 30 phút/ngày
- Đi bộ nhanh hoặc tập thể dục vùng cánh tay khi ngồi ghế trong 10 phút sau mỗi bữa ăn
- Những thai phụ vận động tích cực trước khi mang thai được khuyến khích duy trì chế độ vận động của họ trong thai kỳ

### THUỐC KIỂM SOÁT ĐƯỜNG HUYẾT

Thuốc hạ đường huyết được chỉ định khi MNT thất bại.

Có hai nhóm thuốc kiểm soát đường huyết được dùng khi không đạt được mục tiêu glycemia với MNT:

1. Insulin
2. Tác nhân tăng nhạy Insulin đường uống

Insulin, glyburide và metformin là những liệu pháp an toàn và hiệu quả đối với GDM trong tam cá nguyệt 2 và 3, và có thể khởi đầu sau khi thất bại trong việc khống chế đường huyết bằng thay đổi lối sống.

Điều trị qui ước, cổ điển là điều trị với Insulin.

Insulin là thuốc an toàn.

### Insulin

Insulin là thuốc được chọn trong GDM trong trường hợp thất bại MNT, tức không đạt mục tiêu điều trị. Liều insulin thay đổi tùy theo giai đoạn của thai kỳ.

Insulin được dùng 2 lần trong ngày. Mỗi lần cần phối hợp NPH insulin và regular insulin.

- Tam cá nguyệt 1: 0.7-0.8 U/kg/ngày
- Tam cá nguyệt 2: 0.8-1.0 U/kg/ngày
- Tam cá nguyệt 3: 0.9-1.2 U/kg/ngày

Tổng liều insulin sẽ được chia ra như sau: 2/3 buổi sáng và 1/3 buổi tối. Trong đó, liều buổi sáng chia 2/3 là NPH insulin và 1/3 là regular hay lispro insulin. Liều buổi tối là 1/2 NPH insulin và 1/2 regular hay lispro insulin.

Các loại insulin sau đây có thể xem là an toàn và hiệu quả trong thai kỳ: regular insulin, NPH, lispro, aspart và detemir.

### Tác nhân kiểm soát đường huyết uống

Metformin là một biện pháp có thể xem như một lựa chọn thay thế (alternative).

Thuốc kiểm soát đường huyết uống dễ dung nạp, rẻ tiền, ổn định đường huyết và khống chế sự tăng cân của mẹ tốt hơn khi sử dụng insulin.

Khoảng 15 năm trở lại đây, các thuốc hạ đường huyết uống đã được xem xét và đã trở thành một lựa chọn phù hợp để thay thế cho insulin ở những thai phụ GDM cần phối hợp thuốc hạ đường huyết (alternative treatment).

So sánh giữa insulin và các thuốc tăng nhạy insulin đường uống (metformin và gluburide) cho thấy thuốc tăng nhạy insulin đường uống dễ dung nạp, rẻ tiền, ổn định đường huyết và khống chế sự tăng cân của mẹ tốt hơn khi sử dụng insulin.

Bên cạnh đó, các kết cục sơ sinh như thai to cũng như hạ đường huyết sơ sinh tương đương nhau giữa hai nhóm. Theo dõi sau 2 năm cho thấy, sự phân bố mỡ toàn thân và phân bố mỡ trung tâm ở trẻ không khác biệt nhau giữa hai nhóm.

Trong các thuốc tăng nhạy insulin đường uống, metformin có thể là lựa chọn tốt hơn so với glyburide.

Hầu hết những tổng quan hệ thống về những thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng so sánh giữa metformin và glyburide không tìm thấy sự khác biệt rõ ràng nào trên kết cục của mẹ và thai như thai to, hạ đường huyết sơ sinh hoặc tăng bilirubin máu.

Tuy nhiên, tỉ lệ hạ đường huyết mẹ và hạ đường huyết sơ sinh có khuynh hướng cao hơn ở nhóm sử dụng glyburide. Vì vậy, đối với các thuốc tăng nhạy insulin đường uống, FIGO khuyến cáo rằng metformin có thể là lựa chọn tốt hơn so với glyburide.

Tỉ lệ thai phụ cần bổ sung hoặc chuyển sang insulin để khống chế đường huyết khi điều trị với metformin và glyburide lần lượt là 46% và 15-20%.

Những thai phụ béo phì hoặc đái tháo đường sẵn có hoặc có đường huyết đói cao ( $\geq 115$  mg/dL) là những người dễ thất bại với các thuốc tăng nhạy insulin đường uống.

Insulin có thể được xem xét là chỉ định điều trị hàng đầu với những thai phụ có nguy cơ cao thất bại với các thuốc tăng nhạy insulin đường uống, đó là nhóm thai phụ có các yếu tố sau:

1. Được chẩn đoán đái tháo đường trước thời điểm 20 tuần tuổi thai
2. Cần điều trị thuốc sau 30 tuần tuổi thai
3. Đường huyết đói > 110 mg/dL
4. Đường huyết 1 giờ sau ăn > 140 mg/dL
5. Tăng cân > 12kg

Ở thời điểm hiện tại, không có số liệu thống kê đầy đủ để khuyến cáo các thuốc kiểm soát đường huyết uống nào khác ngoại trừ glyburide và metformin.

#### **Insulin là điều trị qui ước, và vẫn là ưu tiên**

Lưu ý rằng, theo ADA (2018) và ACOG (2018), insulin vẫn được khuyến cáo ưu tiên lựa chọn trong điều trị đái tháo đường thai kỳ vì nó không qua nhau thai.

Bộ Y tế Việt Nam chưa cho phép việc dùng Metformin trong thai kỳ cho DIP/GDM.

Lý do là thiếu các số liệu về tính an toàn dài hạn.

Metformin và glyburide có thể sử dụng nhưng cả hai đều qua nhau thai, trong đó metformin qua nhau thai nhiều hơn glyburide. Cụ thể là khi dùng glyburide, nồng độ thuốc trong máu cuống rốn khoảng 70% nồng độ thuốc trong máu mẹ, còn khi dùng metformin nồng độ thuốc trong máu cuống rốn cao gấp 2 lần nồng độ trong máu mẹ.

Mặc dù không gây ra dị tật thai cũng như theo dõi những đứa trẻ có mẹ dùng metformin trong thai kỳ đến năm 2 tuổi không thấy có sự khác biệt về sự phát triển tâm thần, sự phân bố mỡ toàn thân và mỡ trung tâm. Nhưng tất cả những tác nhân hạ đường huyết uống đều thiếu số liệu về tính an toàn dài hạn (chứng cứ mức độ A). Những thai phụ được kê toa thuốc hạ đường huyết uống cần phải được thông tin về việc thuốc đi qua nhau và mặc dù không có tác dụng phụ nào quan sát thấy trên thai nhưng vẫn chưa đầy đủ chứng cứ để có thể kết luận về kết cuộc lâu dài.

Nếu dùng metformin để điều trị hội chứng buồng trứng đa nang và gây phóng noãn, cần ngưng khi xác nhận có thai nếu thai phụ chưa có rối loạn dung nạp đường được chẩn đoán trước đó (chứng cứ mức độ A).

#### **CHĂM SÓC TRONG THAI KỲ**

Các mốc quan trọng trong chăm sóc trước sinh.

Cần lưu ý những điểm mốc trong chăm sóc thai kỳ với đái tháo đường:

**10 tuần:** Thảo luận với thai phụ về những ảnh hưởng của đái tháo đường trong thai kỳ, trong chuyển dạ và giai đoạn hậu sản (cho con bú và chăm sóc trẻ sơ sinh). Nếu thai phụ đã được tư vấn trước mang thai sẽ tiếp tục chế độ ăn để giúp kiểm soát tốt đường huyết. Nếu thai phụ chưa được tư vấn trước mang thai thì sẽ được tư vấn cũng như đánh giá các biến chứng của đái tháo đường: khám mắt và thận nếu chưa được đánh giá cách 03 tháng. Khám nội tiết cách 1-2 tuần trong thai kỳ. Đo HbA1C để đánh giá nguy cơ. Hướng dẫn cách tự theo dõi đường huyết cũng như thực

hiện OGTT đối với thai phụ có tiền căn đái tháo đường thai kỳ càng sớm càng tốt trong tam cá nguyệt 1. Siêu âm thai xác định tuổi thai và độ sinh tồn thai.

**16 tuần:** khám mắt. Tự theo dõi đường huyết và OGTT nếu đến khám lần đầu lúc tam cá nguyệt 2.

**20 tuần:** siêu âm hình thái thai đặc biệt siêu âm tim.

**28 tuần:** siêu âm đánh giá sự phát triển thai và AFI. Khám mắt đối với các trường hợp đái tháo đường trước thai kỳ.

**32 tuần:** tương tự như lúc khám thai 28 tuần.

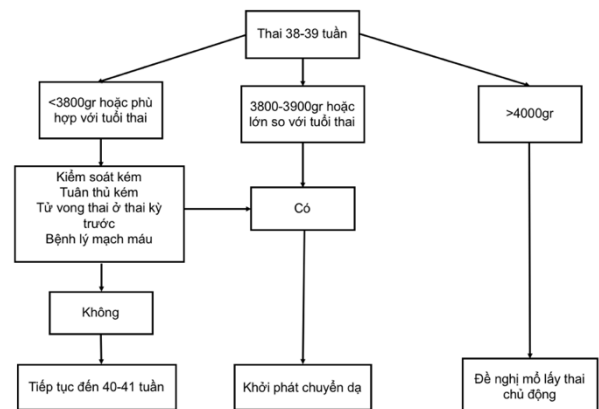
**36 tuần:** siêu âm đánh giá sự phát triển thai và AFI. Ngoài ra, sẽ cung cấp và thảo luận về thời điểm, cách thức, xử trí lúc sanh, phương pháp vô cảm, thay đổi điều trị tăng đường huyết trong và sau sinh, chăm sóc bé sau sinh, ngừa thai và theo dõi.

**37-38 tuần:** khởi phát chuyển dạ hay mổ lấy thai nếu có chỉ định. Phụ nữ có thai có đái tháo đường type 1 hoặc type 2 và không có biến chứng, nên khởi phát chuyển dạ hay mổ lấy thai nếu có chỉ định ở tuần 37-38 tuần.

**38 tuần:** thực hiện test đánh giá sức khỏe thai.

**39 tuần:** thực hiện test đánh giá sức khỏe thai, lên kế hoạch chấm dứt thai kỳ. Phụ nữ có đái tháo đường thai kỳ không nên kéo dài quá 40 tuần 6 ngày.

#### **Khuyến cáo về thời điểm chấm dứt thai kỳ đối với thai phụ mắc GDM**



**Lưu đồ 1:** Khuyến cáo của FIGO về thời điểm chấm dứt thai kỳ trong đái tháo đường thai kỳ (GDM)

Lưu đồ này không sử dụng cho DIP.

Nguồn: FIGO, Working Group in HIP. 2018.

#### **MỤC TIÊU CỦA CHĂM SÓC TRONG CHUYỂN DẠ LÀ ỔN ĐỊNH GLYCEMIA BẰNG INSULIN TÁC DỤNG NGẮN**

Thai phụ chuyển dạ có nhiều nguy cơ biến động đường huyết. Do các biến động có thể xảy ra rất nhanh chóng, gây ảnh hưởng trên thai nhi, nên phải kiểm soát nghiêm ngặt đường huyết trong chuyển dạ.

Insulin tác dụng ngắn được dùng do có thể điều chỉnh một cách dễ dàng khi chuyển dạ.

Mức đường huyết lý tưởng trong chuyển dạ để giảm nguy cơ biến chứng trên trẻ sơ sinh chưa được biết rõ.

Đường huyết trong lúc sanh cần duy trì ở 70-126 mg/dL với insulin tác dụng thời gian ngắn.



### Theo dõi đường huyết trong chuyển dạ

Mức đường huyết lý tưởng trong chuyển dạ để giảm nguy cơ biến chứng trên trẻ sơ sinh chưa được biết rõ. Điều này trên thực tế cũng rất khó để đánh giá vì đường huyết trong lúc chuyển dạ không phải là yếu tố duy nhất ảnh hưởng đến kết cục chuyển hóa của trẻ sơ sinh khi ra đời. Kiểm soát đường huyết trong thai kỳ, tuổi thai, cân nặng lúc sinh, các biến chứng trong thai kỳ và sơ sinh cũng ảnh hưởng đến chuyển hóa của trẻ sơ sinh.

Trên thực tế này, một mức đường huyết được cho là hợp lý trong quá trình chuyển dạ là từ  $> 70$  và  $< 126$  mg/dL ( $> 3.9$  và  $< 7$  mmol/L), vì ngưỡng đường huyết này ghi nhận không đưa đến tình trạng hạ đường huyết sơ sinh ở những thai phụ cần điều trị insulin.

Mức đường huyết trong chuyển dạ  $> 140$  đến  $180$  mg/dL ( $7.8$  đến  $10$  mmol/L) liên quan mật thiết đến tình trạng hạ đường huyết sơ sinh và làm tăng nguy cơ nhiễm ceton acid ở mẹ.

### MỤC TIÊU CỦA CHĂM SÓC SAU SANH LÀ TÌM SOÁT VÀ NGĂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2

Đái tháo đường thai kỳ (nhóm A1, A2) thường không cần điều trị với insulin trong giai đoạn hậu sản.

Mục tiêu của chăm sóc hậu sản đối với bà mẹ mắc GDM:

1. Phát hiện sớm các bệnh lý nhiễm trùng

#### TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Obstetrics and gynecology 8<sup>th</sup> edition. Tác giả Beckmann. Hợp tác xuất bản với ACOG. Nhà xuất bản Wolters Kluwer Health 2018.
2. Working group in Hyperglycemia in pregnancy. FIGO guidelines on diagnosis, management & care of girls and women with gestational diabetes. <https://www.figo.org/sites/default/files/uploads/OurWork/FIGO%20HIP%20WG%20-%20Gestational%20Diabetes.%20Diagnosis%20and%20Management.pdf>
3. Working group in Hyperglycemia in pregnancy. Vancouver declaration 2015 & Rio de Janeiro declaration 2018.
4. Bộ Y tế, Aug 2018. Hướng dẫn Quốc gia dự phòng và kiểm soát đái tháo đường thai kỳ. <http://canhgiacduoc.org.vn/SiteData/3/UserFiles/HDOD%20VE%20DAI%20THAO%20DUONG%20THAI%20KY.pdf>

2. Hỗ trợ nuôi con bằng sữa mẹ
3. Lời khuyên về khoảng cách giữa các lần sinh
4. Xét nghiệm lại rối loạn dung nạp đường sau 6-12 tuần sau sinh
5. Các xét nghiệm đường huyết trong tương lai

Đái tháo đường thai kỳ (nhóm A1, A2) thường không cần điều trị với insulin trong giai đoạn hậu sản. Đường huyết hay nghiệm pháp 75 gr đường nên thực hiện ở tuần 6-12 hậu sản.

Nhiều thai phụ đái tháo đường không cần thiết điều trị insulin trong 48 đến 72 giờ đầu sau sinh. Cần theo dõi đường huyết để có quyết định điều trị thích hợp. Cần dùng insulin trong trường hợp có đường huyết tăng. Liều khởi đầu sẽ bằng 2/3 liều trước khi mang thai.

Thai phụ bị GDM cần được tiếp tục tư vấn về chế độ dinh dưỡng lành mạnh sau khi sinh để giảm nguy cơ mắc đái tháo đường type 2 sau này. Chế độ ăn cần được duy trì giống với giai đoạn trước mang thai. Trong trường hợp cho con bú mẹ, cần cộng thêm 500 kcal/ngày.

Ngừa thai: hầu như không có chống chỉ định của các phương pháp ngừa thai ở đái tháo đường thai kỳ. Cần cân trọng đến các yếu tố giới hạn chỉ định của thuốc viên tránh thai nội tiết phối hợp (nguy cơ thuyên tắc tĩnh mạch hay đột quỵ).