

Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH • TẬP 58

THAI KỲ & CÁC BỆNH LÝ NỘI TIẾT, CHUYỂN HÓA



Nhà xuất bản Tổng hợp
Thành phố Hồ Chí Minh

Mục lục Y HỌC SINH SẢN TẬP 58 – QUÝ II/2021

THAI KỲ VÀ CÁC BỆNH LÝ NỘI TIẾT, CHUYỂN HÓA

- 4 Thay đổi chức năng tuyến giáp trong thai kỳ
BS. Ngô Việt Thảo, ThS. BS. Hê Thanh Nhã Yến
- 7 Điều trị cường giáp trong thai kỳ
TS. Lê Thị Thu Hà
- 13 Tổng quan chẩn đoán và xử trí suy giáp dưới lâm sàng trong thai kỳ
BS. Phạm Thị Mỹ Tú
- 18 Viêm giáp tự miễn và thai kỳ
BS. Trần Thị Thu Vân
- 22 Tăng huyết áp áo choàng trắng trong thai kỳ cùng những hệ lụy ở thai phụ và thai nhi
TS. BS. Lâm Đổ Phương Uyên
- 25 Tiền sản giật – Một dạng hội chứng tim mạch loại 5 chưa được công nhận trong sức khỏe tim mạch của phụ nữ
TS. BS. Lâm Đổ Phương Uyên
- 29 Góc nhìn toàn diện về đái tháo đường thai kỳ
BS. Trần Thế Hùng
- 32 Nguy cơ thai nhỏ so với tuổi thai và thai chậm tăng trưởng trong tử cung trên phụ nữ đái tháo đường mạn tính
BS. CKI Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, ThS. BS. Thân Trọng Thạch
- 35 Bệnh gan nhiễm mỡ cấp tính của thai kỳ
BS. Tô Mỹ Anh, BS. Huỳnh Mạnh Tiến
- 40 Tiếp cận Hội chứng Cushing trên thai kỳ
BS. Phạm Trần Hồng Vân, BS. CKI Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh
- 44 Cập nhật các nghiên cứu mới nhất trong xử trí dọa sảy thai
TS. BS. Lê Quang Thanh
- 47 Mối liên quan giữa hội chứng buồng trứng đa nang và hoạt động não bộ
BS. Trần Thái Hữu Lộc và cộng sự
- 50 Chuẩn bị trước mang thai cho bệnh nhân có Lupus ban đỏ hệ thống
BS. Nguyễn Thành Nam, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 56 Thai già tháng
ThS. BS. Nguyễn Quốc Tuấn, BSNT. Nguyễn Xuân Mỹ
- 60 Bất sản thể chai – chẩn đoán và tiên lượng
ThS. BS. Cao Thị Mai Phương, BS. CKI Trần Thị Minh Châu
- 67 Điều trị hỗ trợ sinh sản và quản lý thai kỳ ở bệnh nhân có hội chứng Turner
BS. Lê Thị Hà Xuyên, BS. Hoàng Lê Trung Hiếu
- 73 Xét nghiệm bộ ba endometrio: Một góc nhìn tổng quát về nội mạc tử cung ở những bệnh nhân thất bại làm tổ liên tiếp
BS. Hoàng Lê Trung Hiếu
- 79 Trẻ sinh ra từ chỉnh sửa gen bằng CRISPR/CAS9: cơ hội và thách thức của hướng ứng dụng mới này trong hỗ trợ sinh sản
KS. Trương Văn Hải, ThS. Huỳnh Trọng Kha
- 84 Tinh hoàn không xuống và vô sinh
BS. Võ Văn Cường và cộng sự
- 89 *Hỏi - Đáp lâm sàng*
- 92 *Journal Club*
- Hoạt động thể chất – tập thể dục khi mang thai và sau sinh
 - Tiếp cận bạch cầu trong tinh dịch
 - Chỉ định chấm dứt thai kỳ giai đoạn non tháng muộn và vừa đủ tháng

❧ Mời viết bài Y học sinh sản ❧



Y học sinh sản tập 60 – Quý IV/2021
Chủ đề “Tiền sản giật – Sản giật”
Vui lòng nộp bài trước 30/08/2021



Y học sinh sản tập 61 – Quý I/2022
Chủ đề “Cập nhật về Vô sinh và Hỗ trợ sinh sản”
Vui lòng nộp bài trước 30/11/2021

GÓC NHÌN TOÀN DIỆN VỀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

BS. Trần Thế Hùng

Bệnh viện Quốc Tế Phương Châu

Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ ngày càng gia tăng tại Mỹ, nó có liên quan đến tình trạng béo phì. Năm 2009 ở Mỹ ước tính có khoảng 7% các biến chứng liên quan đến bất cứ bệnh đái tháo đường nào, và 86% các trường hợp này là đái tháo đường thai kỳ. Con số này ở Australia là 14%. Mặc khác tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ có liên quan thuận với đái tháo đường type 2 ở một số chủng tộc nhất định. Người da trắng ít bị đái tháo đường hơn các chủng tộc khác như người gốc Tây Ban Nha, người Mỹ gốc Phi, người Mỹ gốc bản địa, người châu Á và Thái Bình Dương. Tỷ lệ này còn tăng do độ tuổi và bệnh béo phì trong xã hội, một phần từ lối sống của họ (Biểu đồ 1).

Đái tháo đường thai kỳ ảnh hưởng đến kết cục thai kỳ cho mẹ và bé. Gia tăng tỷ lệ sinh khó do kẹt vai, tổn thương bé sau sinh, hạ đường huyết, tăng bilirubin, thai to, thai chết lưu. Đái tháo đường thai kỳ diễn tiến thành đái tháo đường type 2 sau khi sinh. Vì vậy việc tầm soát

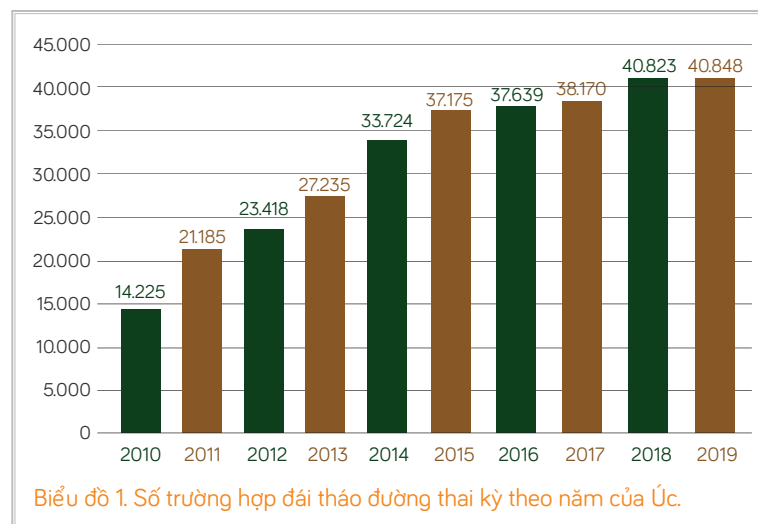
đái tháo đường sau sinh là rất quan trọng. Cũng như việc sàng lọc đái tháo đường trước sinh và đái tháo đường khi mang thai cũng quan trọng không kém.

ACOG 2018 đưa ra chiến lược tầm soát đái tháo đường cho tất cả các sản phụ có thừa cân và béo phì (BMI > 25 hoặc BMI > 23 đối với người Mỹ gốc Á) kèm theo 1 trong các yếu tố trong bảng 1.

Tất cả các sản phụ đều được tầm soát đái tháo đường thai kỳ từ 24 đến 28 tuần. Có 2 phương pháp để thực hiện tầm soát đái tháo đường thai kỳ.

Phương pháp 1

Thực hiện 1 bước test 75g glucose theo tiêu chuẩn IADPSG. Cho sản phụ nhịn ăn qua đêm ít nhất 8 giờ, rút máu xét nghiệm đường huyết lúc đói, sau đó cho uống 75g glucose rút máu xét nghiệm lúc 1 giờ và 2 giờ sau khi uống đường. Một trong 3 xét nghiệm bất thường là nghiệm pháp dung nạp đường huyết 75g dương tính.



- Đường huyết lúc đói: 92 mg/dl (5,1 mmol/l).
- Sau uống 1 giờ: 180 mg/dl (10 mmol/l).
- Sau uống 2 giờ: 153 mg/dl (8,5 mmol/l).

Phương pháp 2

Thực hiện 2 bước. Cho bệnh nhân uống 50g glucose không cần nhịn đói, sau đó xét nghiệm đường huyết sau uống 1 giờ nếu ≥ 130 mg/dl (7,2 mmol/l) thì sẽ làm test uống 100g glucose. Rút máu xét

Bảng 1. Các yếu tố nguy cơ đái tháo đường thai kỳ.

Người ít vận động.
Người thân có bị đái tháo đường thai kỳ.
Chủng tộc nguy cơ cao: người Mỹ gốc Phi, Mỹ Latinh, Mỹ gốc bản địa, Mỹ gốc Á, đảo Thái Bình Dương.
Tiền sử sinh con > 4.000 g.
Tiền sử đái tháo đường thai kỳ.
Điều trị huyết áp hay HA > 140/90 mmHg.
HDL- cholesterol < 35 mg/dl (0,9 mmol/l), triglyceride > 250 mg/dl (2,82 mmol/l).
HbA1C ≥ 5,7%, rối loạn dung nạp glucose, hay rối loạn đường huyết lúc đói.
Các vấn đề khác liên quan đến insulin.
Bệnh tim mạch.

nghiệm lúc đói, 1 giờ, 2 giờ, 3 giờ sau uống. Nếu kết quả có ≥ 2 giá trị bất thường thì nghiệm pháp 100 g glucose đường uống dương tính theo tiêu chuẩn Carpenter – Coustan

- Đường huyết lúc đói: 95 mg/dl (5,3 mmol/l).
- Sau uống 1 giờ: 180 mg/dl (10 mmol/l).
- Sau uống 2 giờ: 155 mg/dl (8,6 mmol/l).
- Sau uống 3 giờ: 140 mg/dl (7,8 mmol/l).

Phương pháp 1 bước giúp tăng tỷ lệ chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ từ 5 – 6% lên 10 – 20%, một số quốc gia báo cáo làm tăng tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ lên gấp 3 lần. Điều này sẽ làm tăng tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ lên, làm tăng chi phí theo dõi và điều trị. Nhưng theo một số nghiên cứu, việc chẩn đoán bằng phương pháp 1 bước giúp ích cho việc tầm soát tiền đái tháo đường và đái tháo đường type 2 về sau. Người làm test một bước này cần phải nhịn ăn qua đêm ít nhất 8 giờ. Phương pháp 2 bước có thể thực hiện bất cứ lúc nào và cho tất cả mọi người mà không cần nhịn ăn bằng test 50g glucose. Những trường hợp dương tính với test 50g thì tiến hành test 100g glucose. Điều này sẽ làm chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ chính xác hơn. Việc điều trị tăng đường huyết sẽ làm giảm tỷ lệ thai to, sinh khó do kẹt vai, mà không làm giảm tỷ lệ sinh sớm hơn tuổi thai.

Hầu hết các trường hợp đái tháo đường thai kỳ đều bắt đầu điều trị bằng phương pháp không

dùng thuốc bao gồm chế độ ăn tiết chế, tập thể dục, kiểm tra đường huyết.

Chế độ ăn bao gồm 3 thành phần chính: phân bố năng lượng, lượng năng lượng trong thức ăn, phân bố nhiệt lượng. Chế độ ăn bao gồm 50 – 60% carbohydrate sẽ làm tăng cân quá mức và tăng đường huyết. Do đó cần giảm xuống 33 – 40% carbohydrate, còn lại 20% protein và 40% chất béo. Để có một chế độ ăn thật sự tối ưu cho kết cục chu sinh thì vẫn chưa được biết.

Tập thể dục đối với người đái tháo đường thai kỳ có béo phì hoặc thừa cân, nó giúp cho việc kiểm soát tốt đường huyết. Vì vậy, tập thể dục cũng là một phần trong kế hoạch điều trị. Chế độ tập nhịp điệu vừa phải 30 phút mỗi ngày trong 5 ngày trên tuần hoặc 150 phút trong tuần. Có thể đi bộ 10 – 15 phút sau bữa ăn giúp kiểm soát đường huyết.

Đường huyết không đạt mục tiêu điều trị thì sẽ sử dụng insulin. Mục tiêu đường huyết cần đạt được như sau:

- Đường huyết đói: < 95 mg/dl.
- Sau ăn 1 giờ: < 140 mg/dl.
- Sau ăn 2 giờ: < 120 mg/dl.
- ADA còn đề nghị đưa HbA1C vào tiêu chuẩn cần đạt được khi điều trị. Để tránh biến chứng hạ đường huyết sơ sinh nên duy trì HbA1C < 7%.

Liều insulin được đề nghị là 0,7 – 1 UI/kg/ngày, có thể sử dụng insulin tác dụng dài, trung bình hoặc ngắn. Chia nhiều lần sử dụng trong ngày (Bảng 2).

Metformin chưa được FDA chấp nhận cho trong việc kiểm soát đường huyết ở người đái

Bảng 2. Insulin sử dụng trong thai kỳ.

Loại	Bắt đầu tác dụng	Đỉnh (giờ)	Thời gian tác dụng (giờ)
Insulin lispro	1 – 15 phút	1 – 2	4 – 5
Insulin aspart	1 – 5 phút	1 – 2	4 – 5
Regular insulin	30 – 60 phút	2 – 4	6 – 8
Isophane insulin	1 – 3 giờ	5 – 7	13 – 8
Insulin glargine	1 – 2 giờ	No peak	24
Insulin detemir	1 – 3 giờ	8 – 10	18 – 26

tháo đường thai kỳ. Metformin thuộc nhóm biguanid có thể vượt qua hàng rào nhau thai. Metformin được sử dụng trên những đối tượng có hội chứng buồng trứng đa nang, có thể sử dụng đến hết tam cá nguyệt thứ 1. Những nghiên cứu cho thấy sử dụng metformin và insulin không có sự khác biệt về kết cục thai kỳ: hạ đường huyết, chiều dài, suy hô hấp, sinh non, chấn thương khi sanh, chỉ số Apgar. Mặt khác, metformin còn giúp cho đường huyết trung bình của sản phụ thấp hơn, kiểm soát cân nặng sản phụ tốt hơn, trẻ sau sinh ít hạ đường huyết hơn. Những nghiên cứu ngẫu nhiên thì sử dụng metformin thì trẻ sinh non cao hơn nhưng tỷ lệ cao huyết áp thấp hơn nhóm sử dụng metformin. Liều metformin khởi đầu là 500 mg trên ngày, sau đó tăng dần lên 2 lần ngày. Cần kiểm tra chức năng gan và thận trước khi sử dụng. Tác dụng phụ là đau bụng và tiêu chảy. Liều tối đa 2.500 đến 3.000 mg trên ngày, chia 2 đến 3 lần trong ngày. Những đối tượng từ chối liệu pháp insulin thì metformin là lựa chọn phù hợp.

Glyburide là nhóm sulfonylurea do tế bào beta của tuyến tụy tiết ra. Sử dụng glyburide làm tăng nguy cơ thai to và hạ đường huyết sau sinh so với insulin. Nghiên cứu cho thấy tăng tỷ lệ tiền sản giật, tăng bilirubin máu, thai chết lưu ở nhóm sử dụng glyburide. Liều glyburide từ 2,5 đến 20 mg trên ngày có thể lên đến 30 mg. Glyburide không phải là lựa chọn đầu tay. FDA chưa chấp nhận việc sử dụng thuốc hạ đường huyết dạng uống

trong việc kiểm soát đường huyết ở phụ nữ đái tháo đường thai kỳ. Vì thuốc qua được hàng rào nhau thai, thiếu dữ liệu an toàn sơ sinh lâu dài.

Việc chấm dứt thai kỳ tùy thuộc vào mức độ kiểm soát đường huyết. Tránh các biến chứng như suy hô hấp sau sinh, kẹt vai, thai to, thai chết lưu, hạ đường huyết sau sinh... ACOG đưa ra khuyến cáo các thời điểm chấm dứt thai kỳ (Bảng 3).

Việc tầm soát đái tháo đường type 2 lúc 4 – 12 tuần hậu sản cực kỳ quan trọng. Hầu hết các trường hợp đái tháo đường thai kỳ sẽ trở về bình thường, 1/3 sẽ trở thành đái tháo đường type 2 hoặc rối loạn chuyển hóa glucose sau này. Test 75g glucose đường uống lúc đói và xét nghiệm đường sau 2 giờ để chẩn đoán. Tùy theo kết quả có thể chuyển chuyên khoa nội tiết để tiếp tục theo dõi và điều trị.

- Đường huyết lúc đói > 125 mg/dl hoặc sau 2 giờ > 199 mg/dl: đái tháo đường type 2
- Đường huyết lúc đói 100 – 125 mg/dl hoặc sau 2 giờ 140 – 199 mg/dl: rối loạn đường huyết lúc đói hoặc rối loạn dung nạp glucose hoặc cả hai.
- Đường huyết đói < 100 mg/dl hoặc sau 2 giờ < 140 mg/dl: bình thường.

Tóm lại, đái tháo đường thai kỳ ngày càng gia tăng theo bệnh chuyển hóa của xã hội. Việc phát hiện sớm các nguy cơ và tầm soát sớm đái tháo đường thai kỳ sẽ giúp chúng ta quản lý thai kỳ tốt hơn. Hạn chế các biến chứng nguy hiểm cho mẹ và thai nhi. Cần phải theo dõi dài lâu trên những đối tượng đái tháo đường được chẩn đoán trong thai kỳ vì 1/3 các trường hợp bệnh sẽ tồn tại thành mạn tính.

Bảng 3. Thời điểm chấm dứt thai kỳ đối với đái tháo đường thai kỳ.

Đái tháo đường thai kỳ kiểm soát tốt	39 ^{0/7} – 39 ^{6/7} tuần
Đái tháo đường thai kỳ có biến chứng mạch máu, kiểm soát đường huyết khó, tiền sử thai lưu	36 ^{0/7} – 38 ^{6/7} tuần
Đái tháo đường kiểm soát tốt bằng chế độ ăn và tập luyện	39 ^{0/7} – 40 ^{6/7} tuần
Đái tháo đường kiểm soát tốt bằng thuốc	39 ^{0/7} – 39 ^{6/7} tuần
Đái tháo đường không kiểm soát tốt	Tùy từng trường hợp

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ACOG Practice Bulletin No. 190. (2018). Obstetrics & Gynecology, 131(2), e49–e64. doi:10.1097/aog.0000000000002501
2. ACOG Practice Bulletin No. 201. (2018). Obstetrics & Gynecology, 132(6), e228–e248. doi:10.1097/aog.0000000000002960
3. ACOG committee opinion (2019), medically indicated late-preterm and early-term deliveries.
4. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes—2020. Diabetes Care, 43(Supplement 1), S14–S31. doi:10.2337/dc20-s002
5. Josephine G Laurie (2020). A review of the current status of gestational diabetes mellitus in Australia—the clinical impact of changing population demographics and diagnostic criteria on prevalence, Int. J. Environ. Res. Public Health 2020, 17, 9387; doi:10.3390/ijerph17249387.
6. Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Medical Care in Diabetes—2020. Diabetes Care, 43(Supplement 1), S183–S192. doi:10.2337/dc20-s014Providers.
7. Clinical Dia.Standards of Medical Care in Diabetes—2020 Abridged for Primary Care betes, cd20as01. doi:10.2337/cd20-as01.