



## TẦM SOÁT ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

**BS. Bùi Thị Phương Loan**

*Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Mỹ Đức*

### TỔNG QUAN

Đái tháo đường (ĐTĐ) thai kỳ (ĐTĐTK) là một trong những nguyên nhân làm tăng bệnh suất và tử suất chu sinh. ĐTĐTK là bất kỳ tình trạng rối loạn dung nạp đường huyết nào lần đầu phát hiện trong thai kỳ, không loại trừ rối loạn dung nạp đường huyết sau thai kỳ hoặc ĐTĐ trước đó nhưng không phát hiện (theo Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ – American Diabetes Assosiation, 2013).

Tỉ lệ mắc trong dân số chung khá dao động 4,9-12,8% (Getahun D, 2008), tỉ lệ này thay đổi tùy theo chủng tộc, tuổi và tiêu chuẩn áp dụng chẩn đoán. Ngày nay, dân số ĐTĐ ngày càng trẻ hóa đã làm cho tỉ lệ ĐTĐTK ngày càng tăng. ĐTĐTK gây ra nhiều dự hậu xấu lên mẹ và thai nhi. Ngay từ những năm 1960, OSullivan đã cho thấy việc điều trị tăng đường huyết ở những phụ nữ không có tiền căn ĐTĐ cải thiện kết cục thai nhi. Do

đó, tầm soát ĐTĐTK là một vấn đề sức khỏe rất quan trọng nhằm phát hiện và điều trị sớm. Từ đó, nhiều tổ chức, nhiều nghiên cứu được thực hiện để có tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐTK, tuy nhiên, hiện nay hầu như vẫn rất ít đồng thuận từ các tổ chức.

Yếu tố nguy cơ ĐTĐTK: mẹ lớn tuổi, chủng tộc (trong đó có người Châu Á), glucose niệu, tiền căn ĐTĐTK, gia đình có người mắc bệnh ĐTĐ, quá cân, béo phì, tiền căn sinh con to, thai chết lưu trong lần có thai trước, sảy thai liên tiếp, hội chứng buồng trứng đa nang.

Ảnh hưởng của tăng đường huyết lên thai kỳ:

- Mẹ: tăng nguy cơ sảy thai tự nhiên, đa ối, tiền sản giật, sinh non, mổ lấy thai.
- Thai nhi: dị dạng bẩm sinh, con to, kẹt vai khi sinh, hạ đường huyết, hội chứng nguy kịch hô hấp, tăng tỉ lệ tử vong chu sinh.

Bảng 1. Tầm soát ĐTĐTK theo các tổ chức hiện hành

Tổ chức	Phương pháp chẩn đoán	Đường huyết đói (mmol/l)	Đường huyết sau 1 giờ (mmol/l)	Đường huyết sau 2 giờ (mmol/l)	Đường huyết sau 3 giờ (mmol/l)	Số giá trị bất thường cần để chẩn đoán
ADA, 2003	100g-3 giờ	5,3	10,0	8,6	7,8	2
	75g-2 giờ	5,3	10,0	8,6	-	2
WHO, 1999	75g-2 giờ	7,0	-	7,8	-	1
CDA, 2003	75g-2 giờ	5,3	10,6	8,9	-	2
JDS, 2002	75g-2 giờ	5,5	10,0	8,3	-	2

Chú thích: ADA: American Diabetes Assosiation (Hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ)  
 WHO: World Health Organization (Tổ chức Y tế Thế giới)  
 CDA: Canadian Diabetes Assosiation (Hiệp hội ĐTĐ Canada)  
 JDS: Japan Diabetes Society (Hội ĐTĐ Nhật Bản)

## TẦM SOÁT ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

Sau phát hiện của O’Sullivan, nhiều nghiên cứu về phân bố nồng độ glucose ở phụ nữ mang thai, từ đó, các tác giả thành lập nghiệm pháp dung nạp đường uống 100g-3 giờ. Năm 1979-1980, Nhóm Quản lý ĐTĐ Quốc gia Hoa Kỳ (US National Diabetes Data Group) thành lập nghiệm pháp dung nạp đường uống 75g-2 giờ và đã được Tổ chức Y tế Thế giới thông qua. Từ đó, có hai cách tiếp cận chẩn đoán ĐTĐTK:

- Tiếp cận một bước: thực hiện nghiệm pháp dung nạp đường uống 75g-2 giờ. Cách tiếp cận này được áp dụng rộng rãi hầu hết các nước trên thế giới.
- Tiếp cận hai bước: thực hiện nghiệm pháp sàng lọc 50g-1 giờ, sau đó sẽ thực hiện tiếp nghiệm pháp dung nạp đường uống 100g-3 giờ nếu bước 1 dương tính (Bảng 1).

Năm 2008-2009, Hiệp hội ĐTĐTK Quốc tế (The International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups – IADPSG) phân tích sâu hơn nghiên cứu HAPO (Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes), một nghiên cứu thực hiện trên 25.505 phụ nữ mang thai ở 15 trung tâm thuộc 10 quốc gia, cho

thấy ĐTĐTK gây nhiều biến chứng lên mẹ, thai nhi và trẻ sơ sinh, thậm chí ở những phụ nữ có ngưỡng đường huyết được cho bình thường với các chuẩn trước đó. Từ đó đã đưa ra những thay đổi mới trong chẩn đoán dựa trên nồng độ đường huyết và biến chứng lên mẹ và thai với tỉ số chênh OR=1,75 so với mức đường huyết trung bình của thai phụ trong nghiên cứu HAPO. Theo đó, ĐTĐTK được chẩn đoán nếu có một giá trị bất thường sau, khác với tiêu chuẩn của ADA (2003) phải cần có hai giá trị bất thường:

- Đường huyết đói  $\geq 92$  mg/dl (5,1 mmol/l).
- Đường huyết 1 giờ sau  $\geq 180$  mg/dl (10,0 mmol/l).
- Đường huyết 2 giờ sau  $\geq 153$  mg/dl (8,5 mmol/l).

Tiêu chuẩn mới của IADPSG làm tăng tỉ lệ ĐTĐTK, nhưng thiếu dữ liệu về kết cục thai kỳ khi can thiệp trên những thai kỳ được chẩn đoán (Ryan EA, 2011). Năm 2010-2011, có sự đồng thuận của ADA với IADPSG, hiện nay, tiêu chuẩn này được áp dụng rộng rãi ở nhiều nước trên thế giới như Úc, Pháp, Đức, Ý, Nhật Bản, Ấn Độ...

## KHUYẾN CÁO TẦM SOÁT ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

- Tầm soát ĐTĐ type II trong lần khám thai đầu tiên.
- Tuy nhiên, việc thực hiện HbA1C phải theo tiêu chuẩn

khá nghiêm ngặt nên còn nhiều bàn cãi về giá trị xét nghiệm.

- Tầm soát ĐTĐTK với mọi thai phụ ở tuổi thai 24-28 tuần với nghiệm pháp dung nạp đường uống 75g-2 giờ, sử dụng tiêu chuẩn IADPSG.
- Với thai phụ có ĐTĐTK, tầm soát ĐTĐ vào thời điểm 6-12 tuần sau sinh, sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán của ĐTĐ type II.

## KẾT LUẬN

- Kiểm soát đường huyết kém làm tăng ảnh hưởng xấu lên kết cục thai kỳ, điều trị ĐTĐTK (kể cả mức độ nhẹ, trung bình) làm giảm tỉ lệ này.
- Hiện nay vẫn chưa có sự đồng thuận trong tầm soát và chẩn đoán ĐTĐTK.
- Khuyến cáo mới của IADPSG làm tăng tỉ lệ ĐTĐTK,

cần có thêm nhiều nghiên cứu đánh giá về lợi ích và ảnh hưởng của can thiệp trên những thai phụ được chẩn đoán.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Benhalima K (2012). Gestational diabetes: overview of the new consensus screening strategy and diagnostic criteria.
2. Cypryk K, Szymczak W (2008). Gestational diabetes mellitus - an analysis of risk factors.
3. International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel – Diabetes Care (2010).
4. O'Sullivan JB, Charles D, Mahan CM, Dandrow RV (1973). Gestational diabetes and perinatal mortality rate. Am J Obstet Gynecol.
5. Schmidt MI (2001). Gestational diabetes mellitus diagnosed with a 2h-75g oral glucose tolerance test and adverse pregnancy outcomes. Diabetes Care.
6. Standard of medical care in Diabetes – Diabetes Care (2013). Volume 36.



[www.hosrem.org.vn](http://www.hosrem.org.vn)

website hàng đầu về sản phụ khoa và vô sinh