

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG VÀ THAI KỲ

Ths. Bs. Trần Thị Hoa Vi

1. Mục tiêu

- Nắm được các định nghĩa đái tháo đường trong thai kỳ.
- Hiểu được các phương pháp chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ.
- Vận dụng kiến thức trong bài để tư vấn cho sản phụ 3 tháng đầu, 3 tháng giữa, 3 tháng cuối và thời kỳ hậu sản về các vấn đề có liên quan đến đái tháo đường.

2. Tình huống lâm sàng ví dụ

Thông tin

Bệnh nhân nữ, 32 tuổi, BMI = 22,5 kg/m², đến khám vì trễ kinh 2 tuần, thử Quickstick tại nhà cho kết quả dương tính. Bệnh nhân cho biết đã sinh 1 bé gái cách đây 3 năm và được chẩn đoán đái tháo đường khi mang thai. Sau khi sinh bé bệnh nhân có tái khám về tình trạng bệnh đái tháo đường và được bác sĩ cho biết là Chị không còn bị đái tháo đường nữa. Hiện tại bệnh nhân không thấy triệu chứng gì bất thường. Bệnh nhân đến khám vì lo lắng vấn đề đái tháo đường giống lần mang thai đầu tiên. Khám lâm sàng hiện tại chưa ghi nhận bất thường.

Câu hỏi gợi ý tình huống:

- Chẩn đoán có thể nhất trong trường hợp này là gì?
- Việc xử trí trong tình huống này bao gồm những gì?

Tóm tắt - phân tích tình huống

Bệnh nhân nữ, 32 tuổi, PARA 1001 (sinh mổ), BMI = 22,5 kg/m², trễ kinh 2 tuần, Quickstick (+). Tiền sử đái tháo đường thai kỳ.

- Chẩn đoán có thể nhất trong trường hợp: theo dõi thai 6 tuần (theo kinh cuối)/ tâm lý lo lắng về bệnh đái tháo đường ảnh hưởng lên thai nhi.
- Việc xử trí trong tình huống:
 - Tư vấn cho bệnh nhân về khả năng mang thai lần 2, cần làm thêm siêu âm bụng để chắc chắn thai nằm trong tử cung, loại trừ khả năng thai ngoài tử cung.
 - Tư vấn về nguy cơ đái tháo đường ở lần mang thai này, giải tỏa tâm lý quá lo lắng về bệnh đái tháo đường thai kỳ, hiện nay có thể kiểm soát tốt đường huyết nếu bệnh nhân hợp tác cùng bác sĩ trong quá trình theo dõi. Đề nghị bệnh nhân thử đường huyết đói vào sáng ngày hôm sau, khi có kết quả sẽ tư vấn tiếp.
 - Tư vấn về các xét nghiệm cần làm thêm tại thời điểm hiện tại: giang mai, viêm gan B, C, HIV, công thức máu.

- Tư vấn về dinh dưỡng và các thuốc cần bổ sung (acid folic 400 µg/ngày).

3. Danh mục chuyên đề

1.	Mục tiêu.....	1
2.	Tình huống lâm sàng ví dụ	1
3.	Danh mục chuyên đề	2
4.	Các câu hỏi liên quan.....	2
4.1.	Tổng quan về đái tháo đường trong thai kỳ	2
4.2.	Định nghĩa đái tháo đường trong thai kỳ:	3
4.3.	Tầm soát đái tháo đường thai kỳ (Gestational Diabetes Mellitus).....	4
4.4.	Tư vấn trước khi mang thai	5
4.5.	Mục tiêu đường huyết trong thai kỳ	5
4.6.	Quản lý đái tháo đường thai kỳ (Gestational Diabetes Mellitus).....	6
4.7.	Quản lý phụ nữ mang thai bị đái tháo đường típ 1 và típ 2 từ trước	7
4.8.	Chăm sóc hậu sản	7
4.9.	Tóm tắt các khuyến cáo của hội đái tháo đường Mỹ	8
5.	Tham khảo	9
6.	Lượng giá cuối bài.....	Error! Bookmark not defined.

4. Các câu hỏi liên quan

4.1. Tổng quan về đái tháo đường trong thai kỳ

Đái tháo đường trong thai kỳ (diabetes in pregnancy) bao gồm đái tháo đường thai kỳ (Gestational Diabetes Mellitus), đái tháo đường típ 1 và típ 2 đã có từ trước khi mang thai. Tỷ lệ đái tháo đường trong thai kỳ đang gia tăng nhanh chóng, chủ yếu là đái tháo đường thai kỳ. Sự gia tăng của đái tháo đường thai kỳ và “đái tháo đường típ 2 đã có từ trước khi mang thai” cùng với sự gia tăng bệnh béo phì là vấn đề đáng được quan tâm tại Mỹ cũng như trên toàn thế giới. Bệnh “đái tháo đường típ 1 và típ 2 có sẵn từ trước khi mang thai” gây ra nguy cơ cho mẹ và thai nhi lớn hơn đái tháo đường thai kỳ.

Đái tháo đường trong thai kỳ nếu không được kiểm soát tốt có thể dẫn đến một số nguy cơ như sẩy thai tự nhiên, bất thường thai nhi, tiền sản giật, hạ đường huyết ở trẻ sơ sinh, tăng bilirubin máu ở trẻ sơ sinh... Ngoài ra, bệnh đái tháo đường trong thai kỳ có thể làm tăng nguy cơ béo phì và bệnh đái tháo đường típ 2 cho con cái sau này. Do đó, việc tầm soát đái tháo đường cũng như kiểm soát tốt đường huyết trong thai kỳ đóng một vai trò rất quan trọng.

4.2. Định nghĩa đái tháo đường trong thai kỳ

Trước đây, đái tháo đường thai kỳ được xác định khi có bất thường nồng độ đường huyết tương tại bất kỳ thời điểm nào trong thai kỳ, bất kể tình trạng này có thể đã có từ trước khi mang thai hoặc tồn tại sau khi mang thai. Định nghĩa này giúp phát hiện và phân loại đái tháo đường thai kỳ một cách dễ dàng, nhưng lại bị giới hạn bởi sự thiếu chính xác.

Sự tăng nhanh của bệnh béo phì đã dẫn đến gia tăng bệnh đái tháo đường típ 2 nhiều hơn ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, đồng thời cũng gia tăng số lượng phụ nữ mang thai bị bệnh đái tháo đường típ 2 không được chẩn đoán. Chính vì vậy, việc tiến hành tầm soát đái tháo đường típ 2 cho những phụ nữ có nguy cơ (bảng 1) và sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán của những người không mang thai (bảng 2) ở lần khám thai đầu tiên rất cần thiết.

Phụ nữ phát hiện đái tháo đường trong 3 tháng đầu thai kỳ được xếp vào nhóm bị đái tháo đường típ 2. Đái tháo đường thai kỳ là đái tháo đường phát hiện vào 3 tháng giữa và 3 tháng cuối của thai kỳ, đái tháo đường này có thể là típ 1 hoặc típ 2.

Bảng 1:

Tiêu chuẩn tầm soát đái tháo đường hoặc tiền đái tháo đường ở người lớn không có triệu chứng (Hiệp Hội Đái Tháo Đường Mỹ - American Diabetes Association 2016)
Tầm soát nên được thực hiện ở tất cả người lớn thừa cân ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$ hay $\geq 23 \text{ kg/m}^2$ ở người Châu Á) có kèm các yếu tố nguy cơ sau: ▪ Không vận động thể chất ▪ Tiền sử gia đình bị đái tháo đường ▪ Thuộc sắc dân có nguy cơ cao (Châu Phi, Mỹ La Tinh, Châu Á, Thái Bình Dương) ▪ Phụ nữ sinh con $\geq 4 \text{ kg}$ hoặc đã từng được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ. ▪ Tăng huyết áp ($\geq 140/90 \text{ mmHg}$ hoặc đang điều trị tăng huyết áp) ▪ HDL cholesterol $< 35 \text{ mg/dL}$ (0.90 mmol/L) và/ hoặc nồng độ triglyceride $> 250 \text{ mg/dL}$ (2.82 mmol/L) ▪ Phụ nữ bị hội chứng buồng trứng đa nang. ▪ $A1C \geq 5.7\%$ (39 mmol/mol) ▪ Tình trạng lâm sàng khác liên quan đến đề kháng insulin. ▪ Tiền sử bệnh mạch vành
Đối với tất cả mọi người, nên bắt đầu tầm soát ở tuổi 45.
Nếu kết quả bình thường, nên tiến hành tầm soát ít nhất mỗi 3 năm. Xem xét tầm soát với thời gian gần hơn tùy thuộc vào kết quả ban đầu (ví dụ, với những người tiền đái tháo đường nên được tầm soát mỗi năm) và tình trạng các yếu tố nguy cơ.

Bảng 2:

Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường ở người lớn (Hiệp Hội Đái Tháo Đường Mỹ - American Diabetes Association 2016)
Đường huyết đói $\geq 126 \text{ mg/dL}$ (7.0 mmol/L), nhịn đói ít nhất 8 giờ
Hoặc

Đường huyết 2 giờ sau uống 75g glucose ≥ 200 mg/dL (11.1 mmol/L)
Hoặc
HbA1C $\geq 6.5\%$ (48 mmol/mol). Xét nghiệm được thực hiện tại phòng xét nghiệm được chuẩn hóa theo chương trình chuẩn hóa Glyco-hemoglobin quốc gia (National Glyco-hemoglobin Standardization Program – NGSP)
Hoặc
Đường huyết bất kỳ ≥ 200 mg/dL (11.1 mmol/L) kèm theo triệu chứng điển hình của tăng đường huyết.
*Các xét nghiệm nên được thực hiện 2 lần.

4.3. Tầm soát đái tháo đường thai kỳ (Gestational Diabetes Mellitus)

Đái tháo đường thai kỳ có thể gây ra nhiều biến chứng cho mẹ và trẻ sơ sinh, nhiều nghiên cứu lớn đã chứng minh nguy cơ bất lợi cho mẹ, thai nhi và kết cục sơ sinh tăng cao vào tuần 24-28 của thai kỳ ở các bà mẹ có mức đường huyết trong ngưỡng được xem là bình thường trước đây. Do vậy, hiện nay việc tầm soát đái tháo đường thai kỳ được thực hiện rất thận trọng theo một trong hai cách sau.

Các test dùng để tầm soát đái tháo đường thai kỳ: có 2 phương pháp (được thực hiện vào tuần thứ 24-28 của thai kỳ ở phụ nữ không bị đái tháo đường trước đó)

Phương pháp chẩn đoán 1 bước	Phương pháp chẩn đoán 2 bước
Đo đường huyết tương sau uống 75g đường glucose Thực hiện vào buổi sáng sau 1 đêm nhịn đói ít nhất 8 giờ Đo lại đường huyết tương 1 và 2 giờ sau uống 75g glucose	Bước 1: Đo đường huyết tương 1 giờ sau khi uống 50g đường glucose (không cần nhịn đói khi thử), nếu kết quả ≥ 140 mg/dl thì thực hiện tiếp bước 2.
Chẩn đoán được xác định khi: - Đường huyết đói ≥ 92 mg/dL (5.1 mmol/L) 1 giờ ≥ 180 mg/dL (10.0 mmol/L) 2 giờ ≥ 153 mg/dL (8.5 mmol/L)	Bước 2: Đo đường huyết tương khi đói sau khi uống 100g glucose, chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ khi có ≥ 2 tiêu chuẩn sau: - Đường huyết đói ≥ 95 mg/dL hoặc ≥ 105 mg/dL (5.3/5.8 mmol/l) 1 giờ ≥ 180 mg/dL hoặc ≥ 190 mg/dL (10.0/10.6 mmol/l) 2 giờ ≥ 155 mg/dL hoặc ≥ 165 mg/dL (8.6/9.2 mmol/l) 3 giờ ≥ 140 mg/dL hoặc ≥ 145 mg/dL (7.8/8.0 mmol/l)

Việc ưu tiên lựa chọn phương pháp chẩn đoán 1 bước hay 2 bước vẫn còn đang bàn cãi và đang tiếp tục được nghiên cứu. Tiêu chuẩn chẩn đoán khác nhau sẽ xác định mức độ tăng đường huyết ở mẹ và nguy cơ cho mẹ/ thai nhi khác nhau.

Phương pháp chẩn đoán 1 bước thì làm tăng tỉ lệ hiện mắc đái tháo đường thai kỳ, gia tăng chi phí y tế. Tuy nhiên trong tình hình tỉ lệ béo phì và đái tháo đường ngày càng gia tăng thì việc sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán này giúp can thiệp sớm hơn và giảm nguy cơ cho mẹ và thai nhi.

Phương pháp chẩn đoán 2 bước thử đường huyết tương 1 giờ sau khi uống 50g đường glucose, không cần nhịn đói khi thử nên dễ thực hiện hơn ở nhiều phụ nữ. Việc điều trị chỉ được thực hiện khi thỏa tiêu chuẩn ở bước 2.

4.4. Tư vấn trước khi mang thai

Tất cả phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ bị đái tháo đường trước đó đều cần được tư vấn tầm quan trọng của việc kiểm soát đường huyết về gần bình thường trước khi mang thai. Nhiều nghiên cứu quan sát đã cho thấy nguy cơ gia tăng của bệnh phôi thai do đái tháo đường như tật vô não, tật đầu nhỏ hay bệnh tim bẩm sinh. Những dị tật này tỉ lệ thuận với nồng độ HbA1C trong suốt 10 tuần đầu của thai kỳ. Nghiên cứu cho thấy kiểm soát đường huyết tốt trước khi thụ thai với HbA1C < 6.5% (48 mmol/mol) thì nguy cơ dị tật bẩm sinh thấp. Cần giáo dục cho tất cả phụ nữ và trẻ vị thành niên trong độ tuổi sinh sản bị đái tháo đường về nguy cơ của việc mang thai ngoài ý muốn và cơ hội cải thiện kết cục mẹ và thai nhi khi có kế hoạch rõ ràng trước khi mang thai. Tư vấn trước sinh về hiệu quả cải thiện sức khỏe và giảm gánh nặng chi phí y tế cho con cái họ sau này. Các cặp vợ chồng nên có kế hoạch trước khi quyết định mang thai và sử dụng các biện pháp tránh thai hiệu quả cho đến khi người phụ nữ được chuẩn bị sẵn sàng cho việc mang thai.

Tư vấn các xét nghiệm cần làm trước khi mang thai: rubella, viêm gan B, HIV, papsmear, nhóm máu. Bổ sung vitamin trước khi mang thai (ít nhất 400 µg acid folic/ngày), tư vấn cai thuốc lá nếu có. Những xét nghiệm chuyên biệt có liên quan đến bệnh đái tháo đường bao gồm HbA1c, hormon tuyến giáp, creatinin, tỉ lệ albumin/creatinin niệu, kiểm tra các thuốc đang dùng có khả năng gây dị tật thai nhi (như thuốc ức chế men chuyển, statin) và giới thiệu khám chuyên khoa mắt.

4.5. Mục tiêu đường huyết trong thai kỳ

Khi mang thai, nồng độ đường huyết tương lúc đói thấp hơn bình thường, nguyên nhân là do sự hấp thu glucose không phụ thuộc insulin qua nhau thai. Ngoài ra, khi mang thai sẽ có tình trạng tăng đường huyết sau ăn và không dung nạp carbohydrate (do hormon nhau thai).

Sinh lý insulin:

Thời kỳ đầu mang thai là thời kỳ nhạy cảm insulin, nồng độ đường huyết tương thấp hơn, trong giai đoạn này nhu cầu insulin cũng sẽ thấp hơn ở bệnh nhân đái tháo đường típ 1. Tình trạng này nhanh chóng đảo ngược thành tình trạng đề kháng insulin gia tăng theo cấp số nhân vào 3 tháng giữa và 3 tháng cuối của thai kỳ. Tình trạng đề kháng insulin giảm vào giai đoạn cuối của tam cá nguyệt thứ 3.

Đối với phụ nữ có chức năng tuyến tụy bình thường, sự sản xuất insulin đủ để đáp ứng với sự thay đổi đề kháng insulin sinh lý này để duy trì nồng độ đường huyết bình thường.

Tuy nhiên, đối với phụ nữ bị đái tháo đường thai kỳ và đái tháo đường típ 2 đã có từ trước khi mang thai, tình trạng tăng đường huyết sẽ xảy ra nếu điều trị không được điều chỉnh thích hợp.

Theo dõi đường huyết:

Theo như sinh lý insulin đã nói ở trên, theo dõi đường huyết trước ăn và sau ăn nên được thực hiện ở phụ nữ mang thai bị đái tháo đường. Theo dõi đường huyết sau ăn có mối liên quan với kiểm soát đường huyết tốt hơn và giảm nguy cơ tiền sản giật nhiều hơn¹. Hiện nay chưa có một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng nào đủ mạnh để so sánh sự khác biệt giữa mục tiêu đường huyết đói và đường huyết sau ăn ở phụ nữ bị đái tháo đường trong thai kỳ.

Tuy nhiên, hội sản phụ khoa Mỹ - The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) đã đưa ra khuyến cáo về đường huyết mục tiêu ở phụ nữ mang thai đã bị đái tháo đường típ 1 hoặc típ 2 từ trước như sau²:

- Đường huyết đói ≤ 90 mg/dL (5.0 mmol/L)
- Đường huyết 1 giờ sau ăn ≤ 130 – 140 mg/dL (7.2–7.8 mmol/L)
- Đường huyết 2 giờ sau ăn ≤ 120 mg/dL (6.7 mmol/L)

Trên thực tế lâm sàng, kiểm soát đường huyết theo mục tiêu trên là một thách thức lớn đối với bệnh nhân đái tháo đường típ 1 vì nguy cơ hạ đường huyết, đặc biệt ở phụ nữ có tiền sử hạ đường huyết nặng hay hạ đường huyết không nhận biết được.

Đối với những phụ nữ có tình trạng hạ đường huyết khi kiểm soát đường huyết nghiêm ngặt thì Hiệp Hội Đái Tháo Đường Mỹ khuyến cáo mục tiêu đường huyết ít nghiêm ngặt hơn dựa theo kinh nghiệm lâm sàng và dựa vào từng cá nhân bệnh nhân cụ thể.

HbA1C trong thai kỳ:

Nhiều nghiên cứu đã chứng minh có mối liên quan giữa nồng độ HbA1C thấp < 6,5% và giảm tỉ lệ biến chứng trên thai nhi. Do đó Hiệp Hội Đái Tháo Đường Mỹ đưa ra khuyến cáo mục tiêu kiểm soát HbA1C < 6 - 6,5% (42–48 mmol/mol) với điều kiện không xảy ra tình trạng hạ đường huyết. Tuy nhiên, trong thai kỳ có sự thay đổi động học của số lượng tế bào hồng cầu và có sự thay đổi sinh lý của các thông số đường huyết (đường huyết đói và đường huyết sau ăn). Do đó, ở phụ nữ mang thai, việc theo dõi đường huyết đói và đường huyết sau ăn vẫn được ưu tiên hàng đầu, sau đó mới dùng đến HbA1C, và khi dùng HbA1C để theo dõi đường huyết thì nên thực hiện một cách thường xuyên hơn (ví dụ mỗi tháng kiểm tra một lần thay vì kiểm tra mỗi 3 – 6 tháng).

4.6. Quản lý đái tháo đường thai kỳ (Gestational Diabetes Mellitus)

Đái tháo đường thai kỳ đặc biệt làm gia tăng nguy cơ **macrosomia**, biến chứng lúc sinh cũng như gia tăng nguy cơ bị đái tháo đường ở mẹ sau khi sinh. Mặc dù có một số quan điểm không đồng ý nhưng nhiều thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng cho thấy

nguy cơ đái tháo đường thai kỳ có thể giảm bằng cách thay đổi lối sống, tập vận động và có chế độ ăn thích hợp.

Thay đổi lối sống

Sau khi được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ, điều trị đầu tiên là tư vấn dinh dưỡng, vận động thể lực và kiểm soát cân nặng dựa theo cân nặng trước sinh. Có khoảng 70-85% phụ nữ bị đái tháo đường thai kỳ có thể kiểm soát được bệnh bằng cách thay đổi lối sống. Mục tiêu đường huyết cần đạt:

- Đường huyết đói ≤ 95 mg/dL (5.3 mmol/L) và một trong hai tiêu chuẩn sau:
 - Đường huyết 1 giờ sau ăn ≤ 140 mg/dL (7.8 mmol/L) hoặc
 - Đường huyết 2 giờ sau ăn ≤ 120 mg/dL (6.7 mmol/L)

Dùng thuốc

Với những phụ nữ mang thai có nồng độ đường huyết quá cao thì có thể phải dùng thuốc ngay sau khi được chẩn đoán. Thuốc lựa chọn đầu tay vẫn là insulin. Một số nghiên cứu cho thấy dùng Metformin và Glyburide trong thời gian ngắn thì an toàn cho thai nhi. Tuy nhiên vì hai thuốc này đều qua được nhau thai nên việc sử dụng lâu dài hiện chưa được chứng minh. Sulfonylureas có thể gây hạ đường huyết sơ sinh, metformin ít gây hạ đường huyết và ít gây tăng cân hơn nhưng có thể làm tăng nguy cơ sanh non.

4.7. Quản lý phụ nữ mang thai bị đái tháo đường típ 1 và típ 2 từ trước

Sự thay đổi sinh lý trong thai kỳ đòi hỏi việc phải chỉnh liều insulin cho phù hợp với từng giai đoạn của thai kỳ.

Trong 3 tháng đầu thai kỳ, nhu cầu insulin giảm. Phụ nữ bị đái tháo đường típ 1 thường dễ bị hạ đường huyết nếu không được theo dõi sát. Trong 3 tháng giữa thai kỳ, có sự gia tăng đề kháng insulin với tốc độ nhanh chóng, do đó cần tăng liều insulin mỗi 1-2 tuần để đạt được đường huyết mục tiêu. Nên chia tổng liều insulin thành 2 phần, phần nhỏ hơn (<50% tổng liều) để điều trị như insulin nền, phần lớn hơn (>50% tổng liều) để kiểm soát đường huyết sau bữa ăn. Trong 3 tháng cuối thai kỳ, sự đề kháng insulin lại giảm dần.

Vì việc kiểm soát insulin trong thai kỳ rất phức tạp, nên với những sản phụ cần điều trị bằng insulin thì bác sĩ gia đình nên phối hợp chuyển bệnh nhân đến một nhóm các chuyên gia bao gồm bác sĩ chuyên khoa nội tiết, bác sĩ sản khoa, chuyên gia dinh dưỡng, y tá và nhân viên xã hội.

4.8. Chăm sóc hậu sản

Chăm sóc hậu sản bao gồm việc đánh giá tình trạng tâm lý xã hội và hướng dẫn cho sản phụ cách tự chăm sóc.

Cho con bú

Thầy thuốc cần tư vấn cho mẹ lợi ích dinh dưỡng và miễn dịch của việc cho con bú bằng sữa mẹ. Thuyết phục để sản phụ nỗ lực cho con bú bằng sữa mẹ. Việc cho con bú đem lại những lợi ích về chuyển hóa lâu dài cho cả mẹ và con.

Đái tháo đường thai kỳ

Phụ nữ bị đái tháo đường thai kỳ có thể mắc đái tháo đường típ 2 từ trước khi mang thai do không được chẩn đoán, thậm chí có thể là đái tháo đường típ 1. Do đó Hội Đái Tháo Đường Mỹ khuyến cáo tầm soát bệnh đái tháo đường vào tuần thứ 6-12 sau sinh, sử dụng test dung nạp đường huyết uống với 75g đường glucose của người lớn bình thường.

Nếu test dung nạp đường huyết uống với 75g đường glucose bình thường, vẫn tiếp tục tầm soát mỗi 1-3 năm, tần suất tầm soát phụ thuộc vào các yếu tố nguy cơ như tiền sử gia đình, BMI trước khi mang thai và nhu cầu sử dụng insulin hay thuốc hạ đường huyết uống trong thai kỳ. Sử dụng các test của người lớn bình thường.

Các biện pháp tránh thai

Phụ nữ bị đái tháo đường trong thai kỳ cần được tư vấn áp dụng các biện pháp tránh thai ngay sau khi sinh. Việc lựa chọn các biện pháp tránh thai tương tự như ở phụ nữ không bị đái tháo đường.

4.9. Tóm tắt các khuyến cáo của hội đái tháo đường Mỹ

Bảng 3: Tóm tắt các khuyến cáo của Hội Đái Tháo Đường Mỹ (ADA) 2016

Khuyến cáo tầm soát đái tháo đường theo ADA 2016	
Đối với phụ nữ mang thai có yếu tố nguy cơ đái tháo đường	Khuyến cáo tầm soát đái tháo đường ở lần khám thai đầu tiên. Dùng những test để chẩn đoán đái tháo đường như người không mang thai.
Đối với phụ nữ mang thai không bị đái tháo đường trước đó	Khuyến cáo tầm soát đái tháo đường vào tuần thứ 24 – 28 của thai kỳ.
Phụ nữ bị đái tháo đường thai kỳ	Khuyến cáo tầm soát bệnh đái tháo đường vào tuần thứ 6-12 sau sinh, sử dụng test dung nạp đường huyết uống hay tiêu chuẩn chẩn đoán chuẩn.
Phụ nữ có tiền sử đái tháo đường thai kỳ	Tầm soát đái tháo đường hay tiền đái tháo đường mỗi ≥ 3 năm.
Phụ nữ có tiền sử đái tháo đường thai kỳ và tiền đái tháo đường	Can thiệp lối sống hay dùng metformin để phòng ngừa đái tháo đường.

5. Tham khảo

1. JG M, CC P, DR H, AI T, C E, DR M. Preprandial versus postprandial blood glucose monitoring in type 1 diabetic pregnancy: a randomized controlled clinical trial. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:507-12.
2. Bulletins-Obstetrics CoP. Practice Bulletin No. 137: gestational diabetes mellitus. *Obstet Gynecol* 2013;122:406-16.
3. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes—2016. *Diabetes Care*. 2016;39(suppl 1):S1-S106.