

# Đái tháo đường thai kỳ: Định nghĩa và ảnh hưởng đến các kết quả ngắn hạn và dài hạn cho mẹ và con

Rodrigo Zamora Escudero<sup>1</sup>  
Carlos Ortega González<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Viện quốc gia Perinatología Isidro

Espinosa de los Reyes, Thành phố Mexico, Mexico.

<sup>2</sup>Khoa Nội tiết, Viện quốc gia de Perinatología Isidro

Espinosa de los Reyes, Thành phố Mexico, Mexico

E-Mail rod.zamora@gmail.com

## Các thông điệp chính

Khi xem xét sự gia tăng số phụ nữ có nguy cơ đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) (ví dụ người quá cân hay béo phì), cần phải xác định được ai có nguy cơ rồi tiến hành tầm soát và thực hiện xét nghiệm chẩn đoán từ lần khám thai đầu tiên. Chẩn đoán và điều trị ĐTĐTK rất quan trọng để có thể giảm số tai biến nghiêm trọng của thai kỳ, các tai biến của trẻ sơ sinh, số lần sinh mổ và tăng nguy cơ phát sinh Đái tháo đường tít 2 (ĐTĐT2) cho mẹ và con trong giai đoạn sau của cuộc đời.

Trong nhiều năm, đái tháo đường thai kỳ đã được định nghĩa là khi có bất kì mức độ không dung nạp glucose nào được chẩn đoán lần đầu tiên khi mang thai, bất kể tình trạng này đã có trước khi có thai hoặc sẽ còn tồn tại đến sau khi sinh. Định nghĩa này đã dẫn đến một hệ thống chung cho việc tầm soát và phân loại ĐTĐTK và lập chiến lược điều trị, nhưng hệ thống này có tính hạn chế vì sự thiếu chính xác [1].

Tỉ lệ hiện mắc toàn cầu có khuynh hướng tăng lên của tình trạng béo phì và

đái tháo đường tít 2 có nghĩa rằng tăng số phụ nữ mang thai khi quá cân hay béo phì và tăng số phụ nữ mang thai có ĐTĐT2 mà không được chẩn đoán. Do đó, việc thực hiện tầm soát và làm xét nghiệm chẩn đoán cho các phụ nữ có nguy cơ ĐTĐT2 là cần thiết, trong lần khám thai đầu tiên, sử dụng các tiêu chuẩn chẩn đoán đã được chuẩn hóa cho dân số

chung. Các phụ nữ được chẩn đoán có mức đường huyết bất thường trong ba tháng đầu thai kỳ nên được xếp vào nhóm có nguy cơ ĐTĐT2 tiềm ẩn trước khi mang thai, trong khi những người được chẩn đoán ở ba tháng giữa hoặc ba tháng cuối nên được xếp vào nhóm ĐTĐTK theo tiêu chuẩn hiện tại [2, 3].

Chẩn đoán và điều trị ĐTĐTK là quan



trọng vì có liên quan đến các tai biến của thai kỳ. Đa ối, kẹt vai, và hạ đường huyết ở sơ sinh là các tai biến nghiêm trọng thường gặp. Ở các bệnh nhân có ĐTĐTK thường gặp số trường hợp sinh mổ và nguy cơ tiền sản giật nhiều hơn. Vàng da, đa hồng cầu, suy hô hấp và hạ canxi máu cũng đã được báo cáo là các tai biến sơ sinh thường gặp, và tăng tỉ lệ tử vong chu sinh. Khi thai nhi tiếp xúc với lượng đường huyết cao có thể là tiền đề gây ra ĐTĐT2 ở giai đoạn sau của cuộc đời [4–6].

Hiện tại, ĐTĐT2 là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở các phụ nữ Mexico, và béo phì là nguy cơ chính dẫn đến ĐTĐT2. Ở Mexico, kết quả ước tính có 69% phụ nữ tuổi mang thai có tình trạng quá cân hay béo phì, và số phụ nữ mang thai có ĐTĐTK đang tăng lên, ước tính tỉ lệ hiện mắc khoảng 8 đến 12%.

Kết quả này nên là lí do thích đáng để thiết lập chiến lược tầm soát và chẩn đoán cho tất cả phụ nữ mang thai ở các nước có tỉ lệ tương tự, nhưng không may là điều này chưa đạt được cách phổ quát.

Hơn nữa, tiền căn có ĐTĐTK làm cho

mẹ tăng nguy cơ tái phát trong các lần mang thai sau và phát sinh ĐTĐT2, cũng như có khả năng mắc các bệnh tim mạch. Tăng đường huyết trong ĐTĐTK thường ở mức nhẹ và thời gian quá ngắn đến mức ít ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe của một người. Tuy nhiên, người có tình trạng này về lâu dài có nguy cơ cao phát sinh ĐTĐT2 biểu hiện rõ, trong khoảng 2,6 đến 70% trong các nghiên cứu theo dõi khoảng 6 tuần đến 28 năm sau sinh [7].

Ít nhất một phần ba các phụ nữ có ĐTĐTK bị tái lại trong các lần mang thai sau. Những nguy cơ này có thể được giảm đến tối thiểu bằng việc kiểm soát tốt đường huyết và chăm sóc sản khoa phù hợp.

## Tài liệu tham khảo

1. American Diabetes Association: Section 2: Classification and diagnosis of diabetes. In: Standards of Medical Care in Diabetes – 2016. Diabetes Care 2016;39:S13–S22.
2. Metzger BE, Gabbe SG, Persson B, et al; International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel: International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. Diabetes Care 2010;33:676–682.
3. Metzger BE, Lowe LP, Dyer AR, et al; HAPO Study Cooperative Research Group: Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. N Engl J Med 2008;358:1991–2002.
4. Lawrence JM, Contreras R, Chen W, Sacks DA: Trends in the prevalence of preexisting diabetes and gestational diabetes mellitus among a racially/ethnically diverse population of pregnant women, 1999–2005. Diabetes Care 2008;31:899–904.
5. Crowther CA, Hiller JE, Moss JR, McPhee AJ, Jeffries WS, Robinson JS; Australian Carbohydrate Intolerance Study in Pregnant Women (ACHOIS) Trial Group: effect of treatment of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes. N Engl J Med 2005;352:2477–2486.
6. Vandorsten JP, Dodson WC, Espeland MA, et al: NIH consensus development conference: diagnosing gestational diabetes mellitus. NIH Consensus State Sci Statements 2013;29:1–31.
7. Kim C, Newton KM, Knopp RH: Gestational diabetes and the incidence of type 2 diabetes: a systematic review. Diabetes Care 2002;25:1862–1868.