

TRƯỜNG ĐẠI HỌC DUY TÂN

BỆNH LÝ HỌC

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TRONG THAI KỲ



GVHD: Nguyễn Phúc Học
Lớp : PTH 350 D

Tên thành viên

Dương Lệ
Huyền

Võ Minh Anh

Trần Thị Mai
Thi

Cao Thị Minh
Phương

Hồ Ngọc Khánh
Ly

NỘI DUNG TRÌNH BÀY

Nội dung 01



Định nghĩa và thống kê ĐTDĐ thai kỳ.

Nội dung 02



Đối tượng có nguy cơ mắc ĐTDĐ thai kỳ

Nội dung 03



Phân tầng nguy cơ ĐTDĐ thai kỳ.

Nội dung 04



Hậu quả

Nội dung 05



Phòng tránh ĐTDĐ thai kỳ.

Nội dung 06



Điều trị ĐTDĐ thai kỳ.

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

1. Định nghĩa

- Là ĐTD được chẩn đoán trong 3 tháng giữa hoặc 3 tháng cuối của thai kỳ và không có bằng chứng ĐTD típ 1, típ 2 trước đó.
- Nếu phụ nữ có thai 3 tháng đầu được phát hiện tăng glucose huyết: chẩn đoán là ĐTD chưa được chẩn đoán hoặc chưa được phát hiện và dùng tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTD như ở người không có thai.



Theo các bác sĩ chuyên khoa, những năm gần đây, tỷ lệ ĐTĐTK trên Thế Giới nói chung và tại Việt Nam nói riêng đều tăng nhanh. Trung bình có 16% mẹ bầu trên thế giới mắc ĐTĐTK. Theo một số báo cáo, tại Việt Nam, con số này lên đến 20%.



THỐNG KÊ VỀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

Ngày nay, bệnh đái tháo đường thai kỳ đang được cộng đồng quan tâm vì tốc độ gia tăng nhanh chóng và những biến cố nguy hiểm cho cả mẹ và thai nhi.



Các chuyên gia cảnh báo, đái tháo đường thai kỳ nếu không chữa trị kịp thời có thể dẫn đến các tai biến:

- 1** Nguy cơ tử vong chu sinh tăng gấp 4 lần so với bình thường
- 2** Nguy cơ sinh non tăng hơn gấp đôi so với tỷ lệ thông thường (14,02% so với 6,55%)
- 3** Hơn 50% phụ nữ có tiền sử mắc bệnh đái tháo đường thai kỳ có nguy cơ bị đái tháo đường tip 2 trong vòng 5 – 10 năm sau khi sinh.
- 4** Tỷ lệ hạ đường huyết sơ sinh trên lâm sàng tăng hơn 20 lần so với mức bình thường
- 5** Nguy cơ khởi phát chuyển dạ sớm tăng hơn gần 3 lần so với mức bình thường

Phần lớn các trường hợp tăng đường huyết khi mang thai nằm ở các nước còn nhiều hạn chế trong việc chăm sóc sức khỏe mẹ và con. Điều quan trọng nhất đối với phụ nữ bị đái tháo đường thai kỳ là phải giữ mức đường huyết kiểm soát tốt trong suốt thời gian mang thai để làm giảm nguy cơ xảy ra các biến chứng cho mẹ và con.

Glucerna

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG - QUẢN LÝ CHỈ ĐỊNH

15% thai phụ trên toàn thế giới có nguy cơ mắc đái tháo đường thai kỳ.

20,3% là tỷ lệ thai phụ mắc bệnh đái tháo đường thai kỳ ở Việt Nam năm 2012, theo Hiệp hội Đái tháo đường và thai nghén Quốc tế (IADPSG).



Các thống kê trên thế giới vào năm 2017 cho thấy cứ 3 phụ nữ đái tháo đường, có 1 người đang nằm trong độ tuổi sinh đẻ.



Cứ 7 trẻ sinh ra có 1 trẻ bị ảnh hưởng bởi đái tháo đường thai kỳ.

Nguồn

1. 20% phụ nữ Việt Nam mắc bệnh đái tháo đường thai kỳ, <http://moh.gov.vn/news/pages/tinkhac.aspx?itemID=1112>
2. Gestational diabetes, <https://www.idf.org/our-activities/care-prevention/gdm>

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

2. Đối tượng có nguy cơ mắc ĐTD thai kỳ

- Tiền sử gia đình có người bị đái tháo đường
- Chỉ số cơ thể (BMI) >30
- Tuổi >25
- Tiền sử bản thân có đái tháo đường thai kỳ trong lần mang thai trước.
- Trước đây đã sinh một bé nặng trên 4,1 kg hoặc một thai chết lưu không rõ nguyên nhân.

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

3. Phân tầng nguy cơ ĐTD thai kỳ

- Nhóm nguy cơ cao
 - + BMI > 30 , Bệnh buồng trứng đa nang ,tuổi > 35
 - + Gia đình có bố mẹ , anh chị em ruột bị bệnh đái tháo đường
 - + Chủng tộc dễ bị đái tháo đường thai kỳ ; Acanthois
 - + Tiền căn sanh con > 4kg hoặc được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ lần trước
 - + Đường niệu +
 - + Đã được chẩn đoán rối loạn dung nạp hoặc rối loạn đường huyết đói.

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

- Nhóm nguy cơ thấp

+ Tuổi < 25

+ BMI < 23

+ Không tiền sử ĐTĐ hoặc rối loạn dung nạp

glucose

+ Không tai biến sản khoa

4. Hậu quả

Biến chứng ở thai phụ

Biến chứng sản khoa

- Bệnh võng mạc tiểu đường xấu đi
- Bệnh thận tiểu đường xấu đi
- Nhiễm toan ceton do đái tháo đường
- Hạ đường huyết (khi dùng insulin)



Biến chứng tiểu đường

- Sảy thai
- Sinh non
- Hội chứng tăng huyết áp thai kỳ
- Đa ối
- Khó sinh do thai nhi phát triển quá mức

Biến chứng ở thai nhi

Biến chứng ở thai nhi, trẻ mới sinh

- Bất thường về hình dạng
 - Thai nhi phát triển quá mức
 - Bị thương khi sinh ra vì hiện tượng đẻ khó do kẹt vai
 - Hạ đường huyết ở trẻ mới sinh
 - Suy giảm chức năng, chết lưu



- Bệnh đa hồng cầu ở trẻ sơ sinh
- Bệnh cơ tim phì đại
- Thai nhi phát triển không đầy đủ
- Bệnh màng trong ở trẻ sơ sinh
- Tăng bilirubin máu ở trẻ sơ sinh
- Tăng canxi máu ở trẻ sơ sinh

Biến chứng ở trẻ trong thời gian tăng trưởng

- Béo phì, bệnh tiểu đường

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

5. Phòng tránh ĐTDĐ thai kỳ

❖ **Giữ đường huyết ổn định:**

	HbA1c	Đường huyết mg/dL
Nguy hiểm	14.0	380
	13.0	350
	12.0	315
	11.0	280
	10.0	250
Nguy cơ	9.0	215
	8.0	180
	7.0	150
An toàn	6.0	115
	5.0	80
	4.0	50

❖ **Giữ thói quen vận động:** tập thể dục trước và trong khi mang thai có thể giúp bảo vệ chống lại việc phát triển bệnh đái tháo đường thai kỳ.



❖ **Ăn các thực phẩm lành mạnh:** chọn thực phẩm đa dạng với nhiều chất xơ, ít chất béo và calo, ăn nhiều trái cây, rau và ngũ cốc.



❖ **Khi có thai cần đi khám thai đúng lịch:** tuân thủ chỉ định của bác sĩ và thường xuyên kiểm tra đường máu để có thể có các biện pháp can thiệp kịp thời



ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

6. Điều trị ĐTĐ thai kỳ

❖ Mục tiêu kiểm soát đường huyết

- Các bệnh nhân này phải được kiểm soát đường huyết tích cực và an toàn trong một khoảng hẹp, để đảm bảo an toàn cho cả sản phụ và thai nhi.
- Đường huyết lúc đói $< 5,8$ mmol/l, đường huyết 1 giờ sau ăn $< 7,8$ mmol/l và 2 giờ sau ăn $< 7,2$ mmol/l. Không nên để mức đường huyết lúc đói thấp $< 3,4$ mmol/l.

❖ Dinh dưỡng điều trị

- Tổng số năng lượng mỗi ngày dành cho bệnh nhân ĐTĐ thai kỳ được tính dựa trên cân nặng lý tưởng. Tổng số năng lượng mỗi ngày là 30 Kcal/kg. Chế độ dinh dưỡng cần đảm bảo sự tăng trọng cần thiết trong thai kỳ: 0,45kg/mỗi tháng trong quý đầu, 0,2 - 0,35 kg/mỗi tuần trong quý 2 và quý 3 của thai kỳ.
- Tổng số năng lượng trong cả ngày nên chia đều cho 3 bữa ăn chính và 3 bữa ăn phụ nhưng không nên ăn quá nhiều carbon hydrat vào bữa sáng.



Canh



Chất sắt



Chất béo



Tinh bột



Chất đạm



Những thực phẩm tốt cho mẹ bầu đại tháo đường thai kỳ

❖ Điều trị bằng thuốc

- Insulin tác dụng nhanh (Actrapid): tác dụng nhanh sau tiêm nhưng không kéo dài lâu, khởi đầu tác dụng sau tiêm 30 phút, đạt đỉnh sau 1-3 giờ, thời gian tác dụng kéo dài 8 giờ. Thường tiêm trước ăn 30 phút. Đóng dạng lọ 10ml, 100 IU/ml.



297,000 VNĐ/lọ

- Insulin tác dụng bán chậm (Insulatard, Humulin N): khởi đầu tác dụng sau tiêm 1.5 giờ, đạt đỉnh sau 4-12 giờ, thời gian tác dụng kéo dài 24 giờ. Đóng dạng lọ 10ml, 100 IU/ml

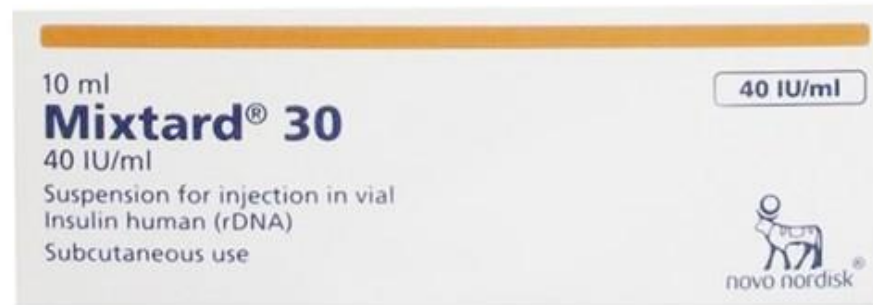


159,000 VNĐ/lọ



280,000 VNĐ/lọ

- Insulin hỗn hợp pha sẵn (Mixtard): gồm 30% insulin tác dụng nhanh và 70% insulin tác dụng bán chậm; khởi đầu tác dụng sau 30 phút, đạt đỉnh sau 2-8 giờ, thời gian tác dụng 24 giờ. Đóng dạng lọ 10ml, 100 IU/ml.



200,000 VNĐ/Lọ

➤ Tác dụng phụ của thuốc

- Hạ glucose máu: do tiêm quá liều, ăn muộn, ăn thiếu hoặc bỏ bữa ăn, vận động quá mức, rối loạn tiêu hóa.
- Loạn dưỡng mỡ tại chỗ tiêm (teo, phì đại) do không thay đổi vị trí tiêm.
- Kháng insulin: dùng > 200 UI / ngày mà glucose máu không cân bằng được.
- Dị ứng: biểu hiện bằng dấu hiệu mẩn ngứa trên da



