



BỘ Y TẾ
BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG VÀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG MANG THAI

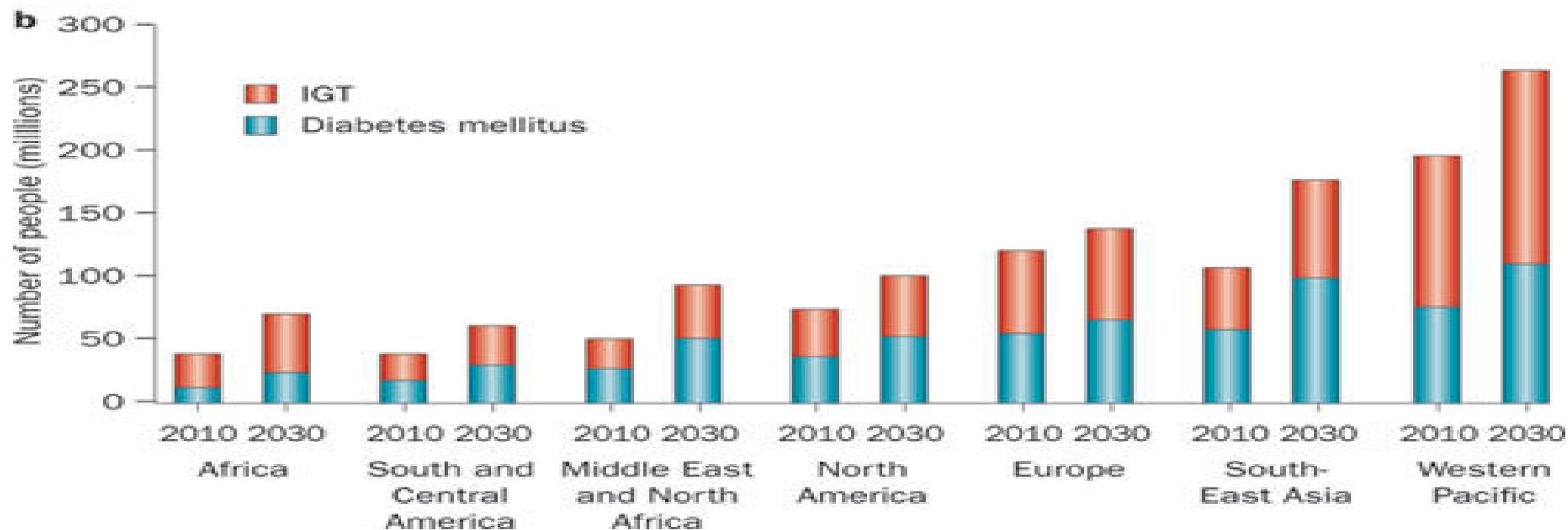
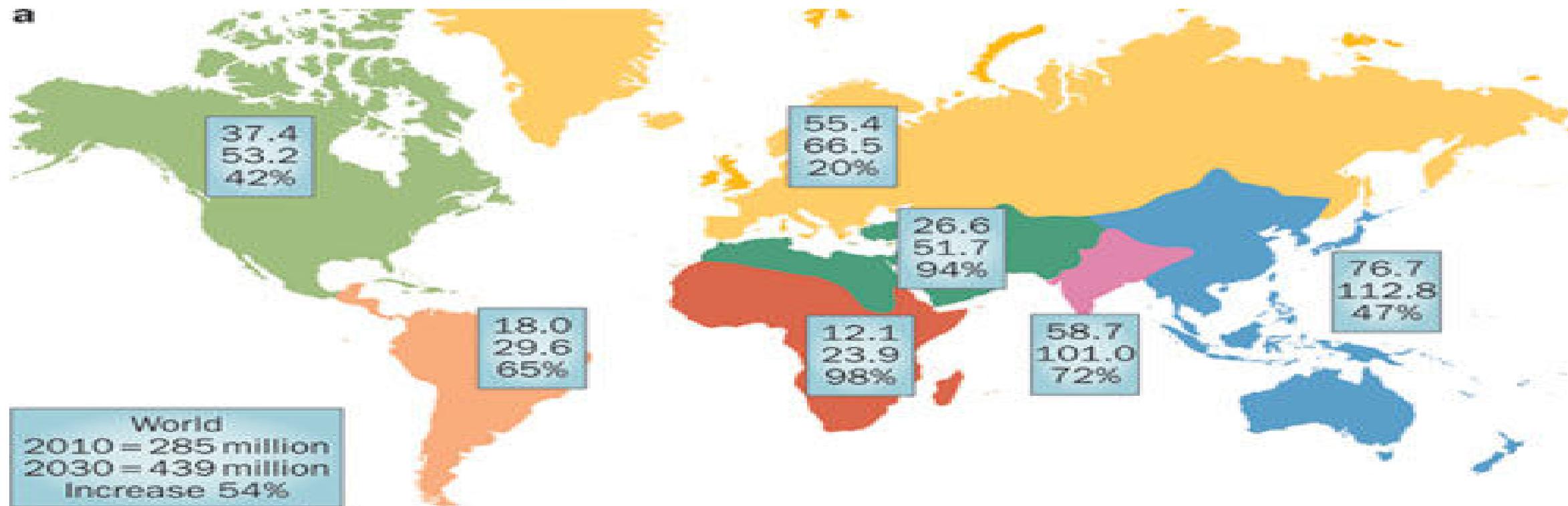


Ths. Bs Phạm Quang Đạt
Khoa Nội tiết sinh sản
Bệnh viện Nội tiết trung ương



Giới thiệu

- Trước đây, ĐTĐ thai kỳ được định nghĩa là tình trạng tăng glucose máu phát hiện lần đầu khi mang thai
- Nhiều PN có khả năng mắc ĐTĐ typ 2 trước mang thai nhưng chưa được phát hiện → PN mang thai có nguy cơ ĐTĐ tít 2 cần sàng lọc ở lần khám thai đầu tiên
- Trong quý I, thỏa mãn tiêu chuẩn CĐ như cho người không mang thai → là ĐTĐ có trước khi mang thai
- Tỷ lệ ĐTĐ thai kỳ phụ thuộc tiêu chuẩn áp dụng, địa lý, ĐTNK ... Theo IADPSG, tỷ lệ ĐTĐTK tại Mỹ khoảng 18%
- Việt Nam chưa có số liệu ĐTĐ TK trên toàn quốc. Trong NC đơn lẻ, tỷ lệ tăng từ 3,9% (2004), 20,3% (2012) và 20,9% (2017), theo IDF (2021) 21,8%.
- 50% PN mắc ĐTĐTK sẽ mắc ĐTĐ tít 2 trong 5-10 năm sau sinh (nhưng chỉ có 31,1% được chẩn đoán)



Dấu hiệu gai đen và kháng insulin

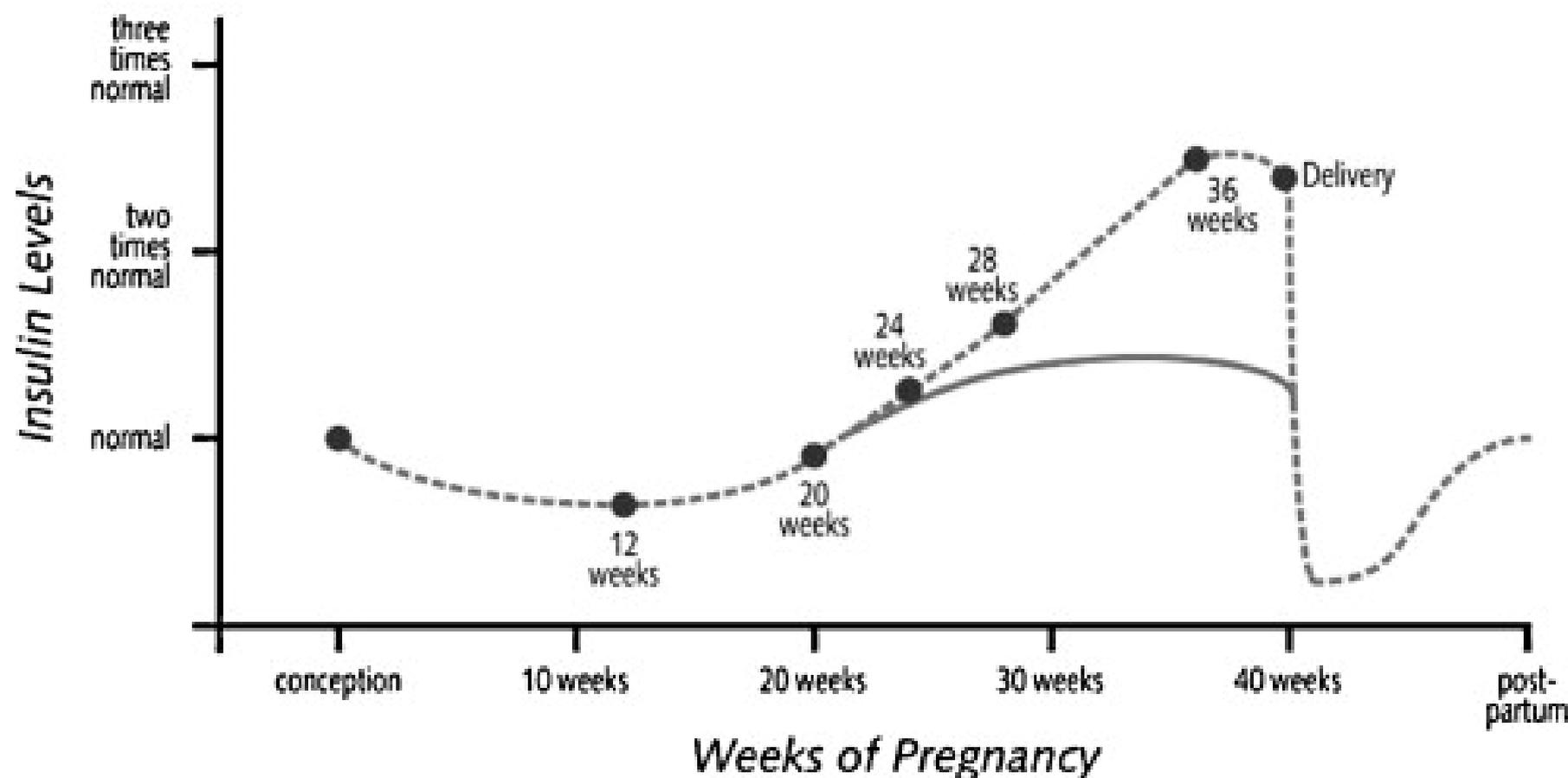
Tăng dần trong thai kỳ



Sinh lý và bệnh học



Insulin Requirements during Pregnancy



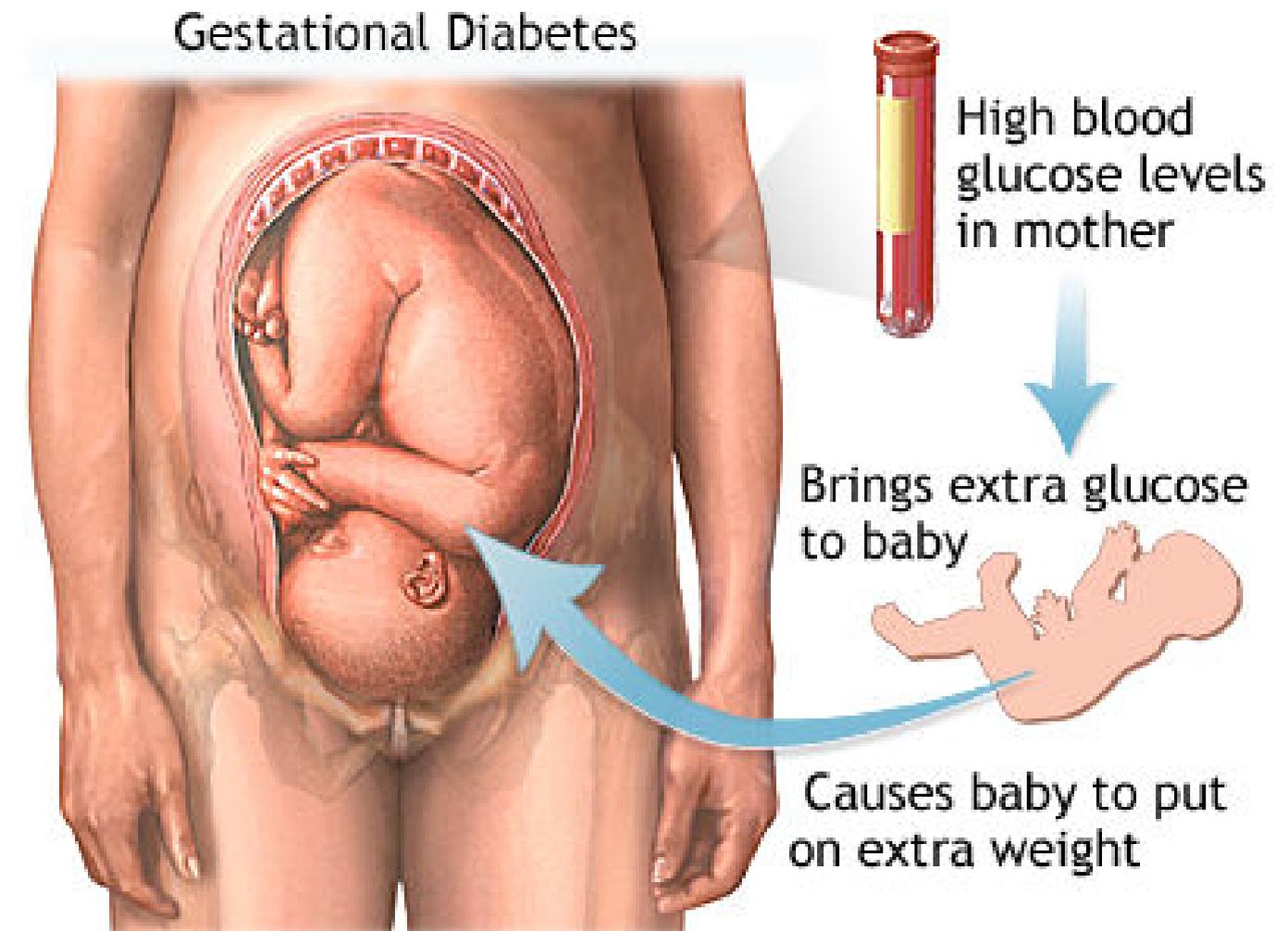
----- = Usual insulin production during pregnancy

———— = Shortage of insulin production during pregnancy with gestational diabetes

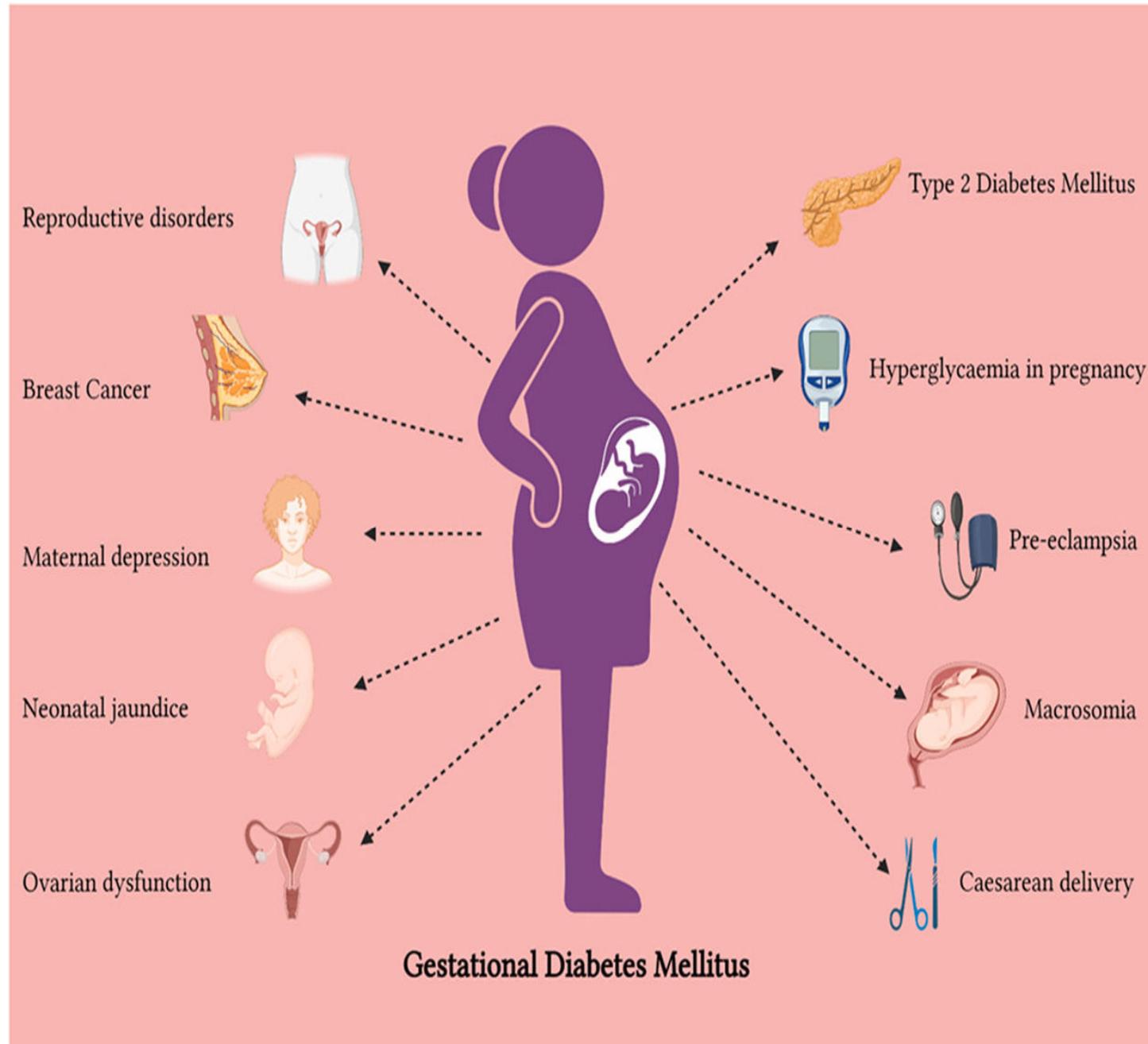
Ở phụ nữ mang thai mà tế bào beta bài tiết insulin không đủ để bù lại tình trạng tăng kháng insulin => đường máu tăng lên và ĐTD thai kỳ xuất hiện

Sinh lý và bệnh học

- Insulin không qua nhau thai
- Glucose thai nhi phụ thuộc vào nồng độ glucose máu của mẹ
- Glucose đi qua nhau thai với một lượng lớn làm → tăng nhu cầu insulin để chuyển hóa → kích thích phát triển làm thai phát triển quá mức (macrosomia) → hậu quả nguy hiểm và hạ đường huyết sau khi sinh



Bất lợi của ĐTĐ và thai kỳ



Đối với thai phụ

- **Tăng huyết áp:** có thể gây tiền sản giật, sản giật, tai biến mạch máu não, suy gan, suy thận
- **Sinh non** có thể đến 26%
- **Đa ối:** Tình trạng đa ối tỷ lệ cao gấp 4 lần
- **Sảy thai và thai lưu:** tăng nguy cơ sảy thai tự nhiên, sảy thai liên tiếp cần kiểm tra glucose huyết thường quy
- **Nhiễm khuẩn niệu:** ĐTĐTK kiểm soát không tốt có tăng nguy cơ nhiễm khuẩn niệu.
- Biến chứng **tăng đường huyết cấp tính**, nhiễm toan Ceton và tăng áp lực thẩm thấu ở thai phụ
- **Ảnh hưởng về lâu dài** khoảng 17% đến 63% các phụ nữ ĐTĐTK sẽ bị ĐTĐ tít 2 trong thời gian 5 năm đến 16 năm sau sinh

Bất lợi của ĐTĐ và thai kỳ

Đối với thai nhi và trẻ sơ sinh

- **03 tháng đầu:** thai chậm phát triển, sẩy thai tự nhiên, dị tật bẩm sinh (thường xảy ra vào tuần thứ 6, thứ 7). Mẹ mắc ĐTĐ không được kiểm soát tỷ lệ dị tật 8 - 13%, gấp 2 - 4 lần. Tỷ lệ tương quan thuận với mức HbA1c
- **Giai đoạn sau thai kỳ:**
 - **Thai to**, tăng trưởng quá mức
 - **Hạ glucose máu:** khoảng 15% - 25%.
 - H/c **nguy kịch hô hấp** do sinh non và phổi thai nhi chậm trưởng thành.
 - **Tử vong** ngay sau sinh: Tăng glucose huyết mạn tính 3 - 6 tuần cuối → tăng sử dụng glucose ở thai nhi → thiếu oxy ở thai nhi, tăng toan máu → trực tiếp gây chết thai
 - **Tăng hồng cầu**
 - **Vàng da** sơ sinh do tăng hủy hemoglobin (~ 25%)
- **Các ảnh hưởng lâu dài:** Gia tăng tần suất trẻ béo phì, khi lớn trẻ sớm bị mắc bệnh ĐTĐ tít 2, rối loạn tâm thần - vận động. Trẻ sinh ra từ các bà mẹ bị ĐTĐTK có nguy cơ ĐTĐ và tiền ĐTĐ tăng gấp 8 lần khi đến 19 đến 27 tuổi



Thuật ngữ

Hướng dẫn

Định nghĩa



- Tăng glucose huyết tương được phát hiện lần đầu trong khi có thai được phân loại thành 2 nhóm:
 - Đái tháo đường thai kỳ (Gestational Diabetes Mellitus).
 - Đái tháo đường mang thai (Diabetes in pregnancy), hay còn gọi là đái tháo đường rõ (overt diabetes) có mức glucose huyết tương ở mức chẩn đoán đái tháo đường



- ĐTĐTK là tình trạng liên quan đến tăng glucose huyết tương của mẹ với mức độ thấp hơn ĐTĐ mang thai (đái tháo đường rõ) và làm tăng nguy cơ các kết cục sản khoa bất lợi cho cả thai phụ và thai nhi



- ĐTĐTK là ĐTĐ được chẩn đoán trong quý 2 và 3 của thai kỳ mà không có bằng chứng về rối loạn này từ trước mang thai



- ĐTĐTK là ĐTĐ được chẩn đoán trong 3 tháng giữa hoặc 3 tháng cuối và không có bằng chứng về ĐTĐ típ 1, ĐTĐ típ 2 trước đó
- Nếu phụ nữ có thai 3 tháng đầu được phát hiện tăng glucose huyết thì xếp loại là ĐTĐ chưa được chẩn đoán/chưa được phát hiện hoặc ĐTĐ trước mang thai và dùng tiêu chí chẩn đoán như ở người không có thai

Yếu tố nguy cơ



Yếu tố nguy cơ ĐTĐ TK	Yếu tố nguy cơ ĐTĐ
<ul style="list-style-type: none">- Thừa cân, béo phì- Tiền sử gia đình: Người thân bậc 1 mắc ĐTĐ- Tiền sử sinh con to ≥ 4000 gam- Tiền sử bất thường về dung nạp glucose- Glucose niệu dương tính- Tuổi ≥ 35- Tiền sử sản khoa: Thai lưu không rõ NN, con bị dị tật bẩm sinh, tiền sản giật, sinh non- Chủng tộc cũng là một yếu tố nguy cơ độc lập- Hội chứng buồng trứng đa nang.- Tăng huyết áp ($\geq 140/90$ mmHg hay đang điều trị thuốc hạ huyết áp)- Rối loạn lipid máu	<ul style="list-style-type: none">❖ Thừa cân, béo phì + một trong số YT sau:<ul style="list-style-type: none">- Người thân bậc 1 bị ĐTĐ- Bệnh tim mạch do xơ vữa- Tăng huyết áp- HDL-C $< 0,9$mmol/L hoặc TC $> 2,8$mmol/L- PCOS- Ít hoạt động thể lực- DH kháng insulin (gai đen)❖ Tiền sử ĐTĐ thai kỳ❖ Tuổi ≥ 45

Sàng lọc và chẩn đoán

Không có yếu tố nguy cơ ĐTĐ

Tầm soát ĐTĐTK cho mọi thai phụ từ tuần thứ 24 - 28 của tuổi thai bằng NP dung nạp 75gr Glucose

Yếu tố nguy cơ ĐTĐ

Sàng lọc glucose huyết tương tĩnh mạch lúc đói hoặc bất kỳ ngay trong lần khám thai đầu tiên



Sàng lọc đối tượng yếu tố nguy cơ cao

Nếu kết quả bình thường:

+ Glucose huyết tương TM khi đói 70 - 90 mg/dL (3,9 - 5,0 mmol/L)

+ Glucose huyết tương TM bất kỳ \leq 199 mg/dL (11 mmol/L)

→ Sàng lọc lại khi thai 24 – 28 tuần

Nếu kết quả nghi ngờ:

+ Glucose huyết tương TM lúc đói 91 -125 mg/dL (5,1-6,9 mmol/L) và/ hoặc HbA1c 5,7%-6,4%

→ Thực hiện xét nghiệm NP dung nạp glucose sàng lọc ngay

Nếu kết quả:

+ Glucose huyết tương TM khi đói \geq 126 mg/dL (7,0 mmol/L). Cần làm 2 thời điểm khác nhau hoặc kèm thêm HbA1C bất thường

+ Glucose huyết tương TM bất kỳ \geq 200 mg/dL (11,1 mmol/L) kèm các triệu chứng của tăng glucose huyết điển hình hoặc cơn tăng glucose huyết cấp

+ Nghiệm pháp dung nạp glucose (+) với tiêu chí chẩn đoán như ở người không có thai

→ Chẩn đoán ĐTD thực sự mang thai



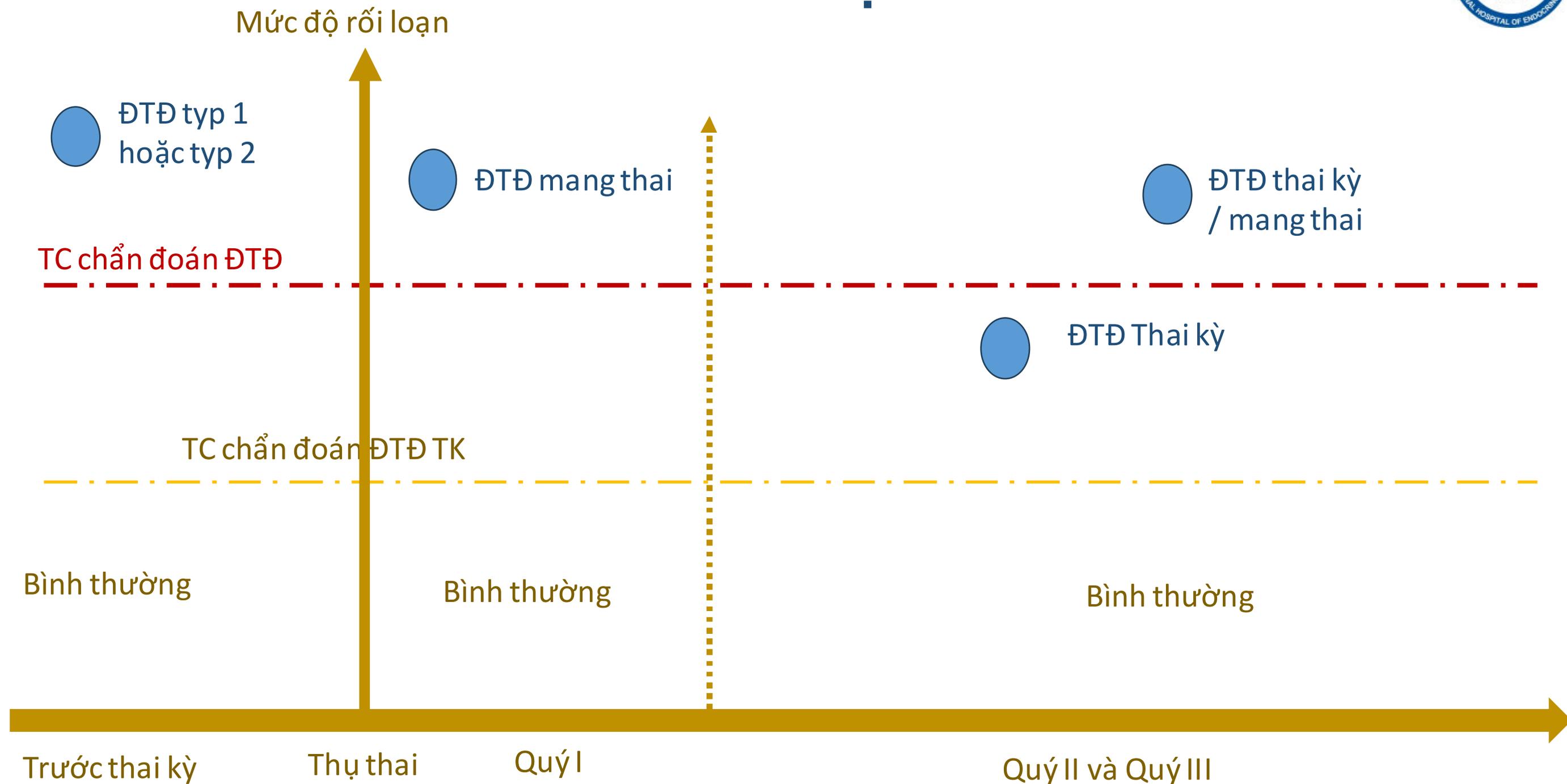
Nghiệm pháp dung nạp 75gram glucose

- Ba ngày trước khi tiến hành nghiệm pháp chẩn đoán, không ăn chế độ ăn có quá nhiều glucid cũng như không ăn kiêng nhằm tránh ảnh hưởng nghiệm pháp
- Nhịn đói ít nhất 8 giờ trước khi làm nghiệm pháp (Có thể uống nước lọc)
- Lấy 1- 2ml máu tĩnh mạch, định lượng glucose trong huyết tương lúc đói, trước NP
- Uống ly nước đường hoặc dung dịch pha sẵn 75g glucose, uống trong vòng 5 phút
- Lấy 1- 2ml máu tĩnh mạch, định lượng glucose ở 2 thời điểm: 1 giờ và 2 giờ sau uống glucose
- Trong thời gian làm NP thai phụ không ăn uống gì thêm, được ngồi nghỉ ngơi trong phòng làm NP hoặc đi lại nhẹ nhàng trong khuôn viên bệnh viện trong thời gian làm NP

Tiêu chuẩn chẩn đoán

Chẩn đoán ĐTĐ	Glucose huyết tương lúc đói ≥ 7 mmol/L
	Glucose huyết tương ở thời điểm sau 2 giờ làm nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 75g $\geq 11,1$ mmol/L
	HbA1c $\geq 6,5\%$ (Thực hiện Lab chuẩn hóa theo tiêu chuẩn quốc tế)
	Có triệu chứng kinh điển của tăng glucose huyết + glucose huyết tương bất kỳ $\geq 11,1$ mmol/L.
Chẩn đoán ĐTĐ thai kỳ	Glucose huyết tương lúc đói $\geq 5,1$ mmol/L
	Glucose huyết tương ở thời điểm sau 1 giờ làm nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 75g $\geq 10,0$ mmol/L
	Glucose huyết tương ở thời điểm sau 2 giờ làm nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 75g $\geq 8,5$ mmol/L

Phân loại



MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ

Kiểm soát glucose huyết tương đạt mục tiêu hoặc càng gần mục tiêu càng tốt

Không gây nguy cơ hạ glucose huyết tương hoặc hạ glucose huyết tương quá mức

• Glucose máu mao mạch **lúc đói** của mẹ $\leq 5,3$ mmol/L

và

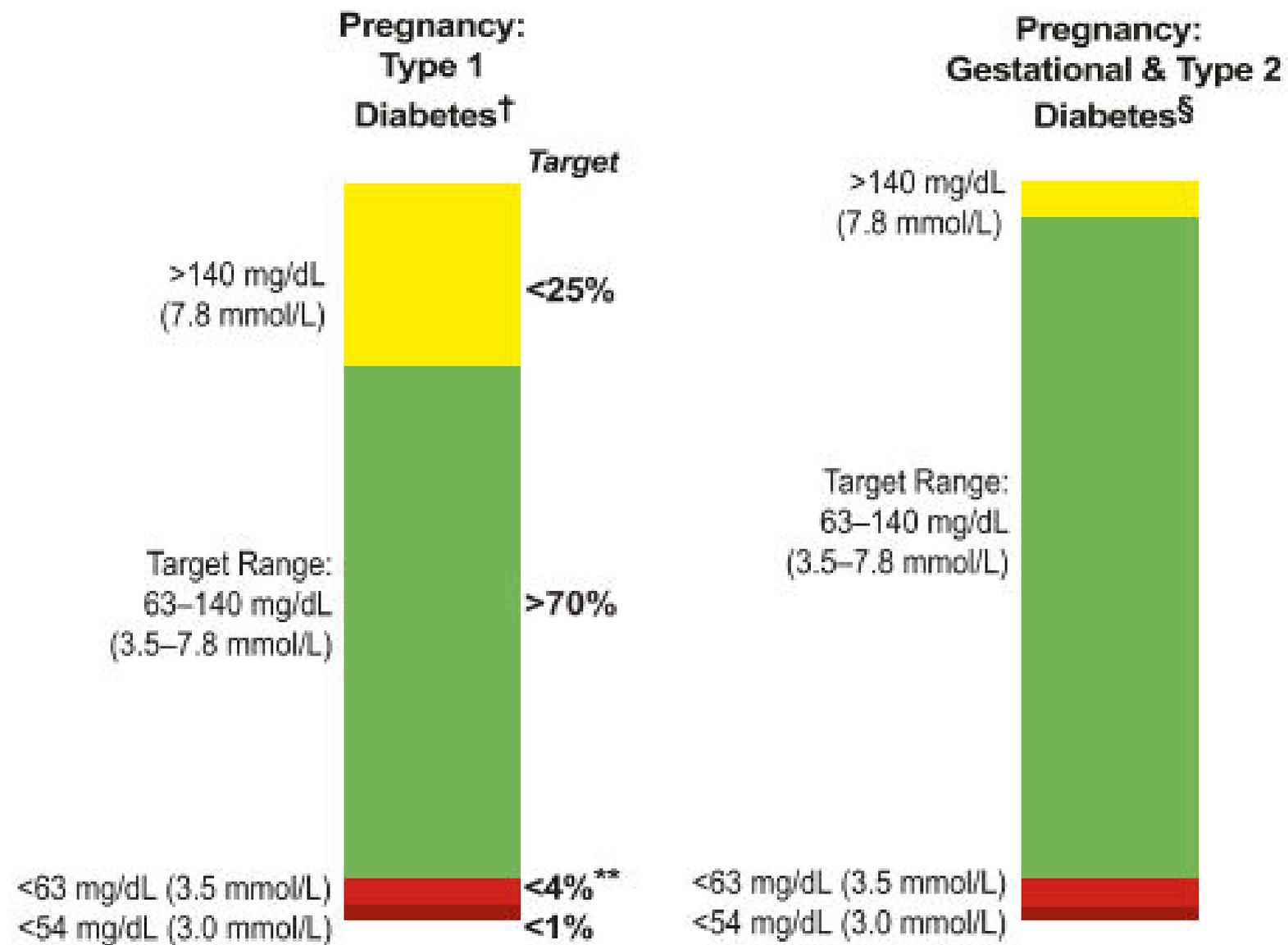
• Glucose máu mao mạch **1 giờ sau ăn** $\leq 7,8$ mmol/L

và

• Glucose máu mao mạch **2 giờ sau ăn** $\leq 6,7$ mmol/L

❖ HbA1C $< 6,0$ % và không có hạ đường máu quá mức

MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ



CHẾ ĐỘ ĂN



Khuyến cáo năng lượng

Quý 1

- BMI < 18.5: 36 – 40 kcal/kg/d
- BMI 18.5-24.9: ~ 30 kcal/kg/d
- BMI 25 – 29: ~ 24 kcal/kg/d
- BMI >29: 12-18 kcal/kg/d

Quý 2

+ thêm 340 kcal/d

Quý 3

+ thêm 452 kcal/d

Nếu thai đôi hoặc đa thai thì + 500 kcal/d

BỮA ĂN



Nên ăn 3 bữa chính và 2 - 3 bữa phụ

Bữa ăn nhẹ buổi tối giúp ngăn chặn tình trạng ceton máu

Nếu ăn 6 bữa Tỷ lệ mỗi bữa ăn như sau:	Nếu ăn 5 bữa Tỷ lệ mỗi bữa ăn như sau:
<ul style="list-style-type: none">▪ Bữa sáng: 20%▪ Bữa phụ buổi sáng: 10%▪ Bữa trưa: 30%▪ Bữa phụ buổi chiều: 10%▪ Bữa tối: 20%▪ Bữa phụ vào buổi tối: 10%	<ul style="list-style-type: none">▪ Bữa sáng: 25%▪ Bữa phụ buổi sáng: 10%▪ Bữa trưa: 30%▪ Bữa tối: 25%▪ Bữa phụ vào buổi tối: 10%

DINH DƯỠNG



- Tinh bột: chiếm 50 - 60% tổng năng lượng
- Hạn chế tối đa đối với các loại đường hấp thu nhanh như đường trắng, mứt, kẹo, bánh ngọt và nước ngọt có ga, trái cây sấy khô... có chỉ số đường cao (high GI)
- Sử dụng những thực phẩm có chỉ số tăng đường huyết thấp như: gạo giã dối, gạo lứt, ngũ cốc nguyên hạt, các loại đậu và sản phẩm chế biến từ đậu (đậu phụ...), rau xanh, hoa quả tươi

Country Harvest

Nutrition Facts	
Per 1/2 bagel (56 g)	
Amount	% Daily Value
Calories 150	
Fat 1 g	2%
Saturated 0.2 g	
+ Trans 0 g	1%
Cholesterol 0 mg	
Sodium 340 mg	14%
Potassium 75 mg	2%
Carbohydrate 30 g	10%
Fibre 1g	5%
Sugars 3 g	
Protein 5 g	



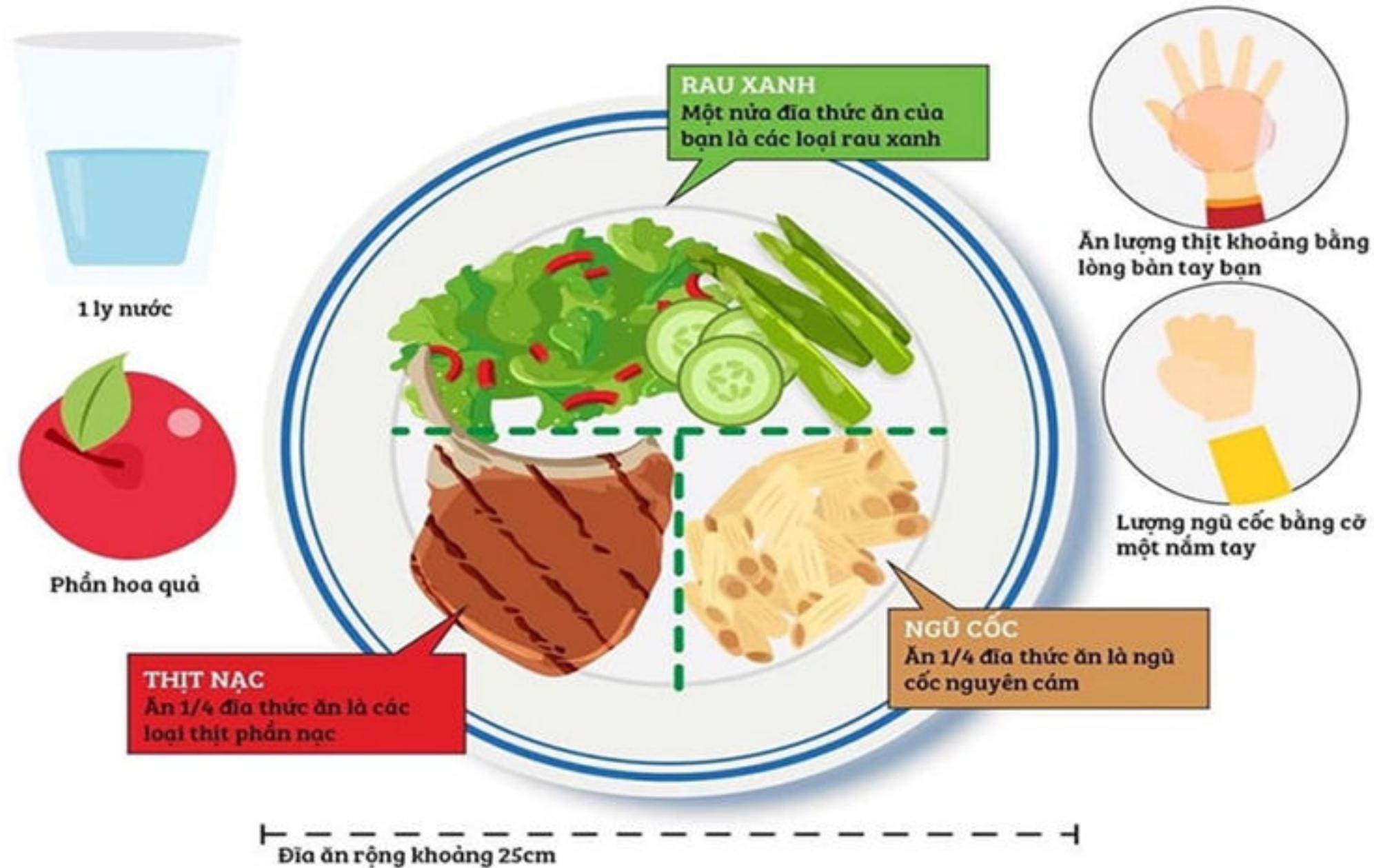
DINH DƯỠNG



- Chất đạm: Protein chiếm khoảng 15- 20% nguồn cung cấp năng lượng
- Chất béo: Lipid chiếm 20- 30% nguồn cung cấp năng lượng
- Cần cung cấp đủ các vitamin, khoáng chất cần thiết cho bà mẹ
- Chất xơ của phụ nữ có thai là 28g/ ngày
- Giảm ăn mặn nhất là đối với những thai phụ có phù, THA
- Nên sử dụng dưới 5g muối/ngày và nên sử dụng muối iốt
- Uống đủ nước
- Bữa phụ không nên dùng thực phẩm có GI cao



Nguyên tắc “cái đĩa”, hoặc quy tắc “bàn tay”



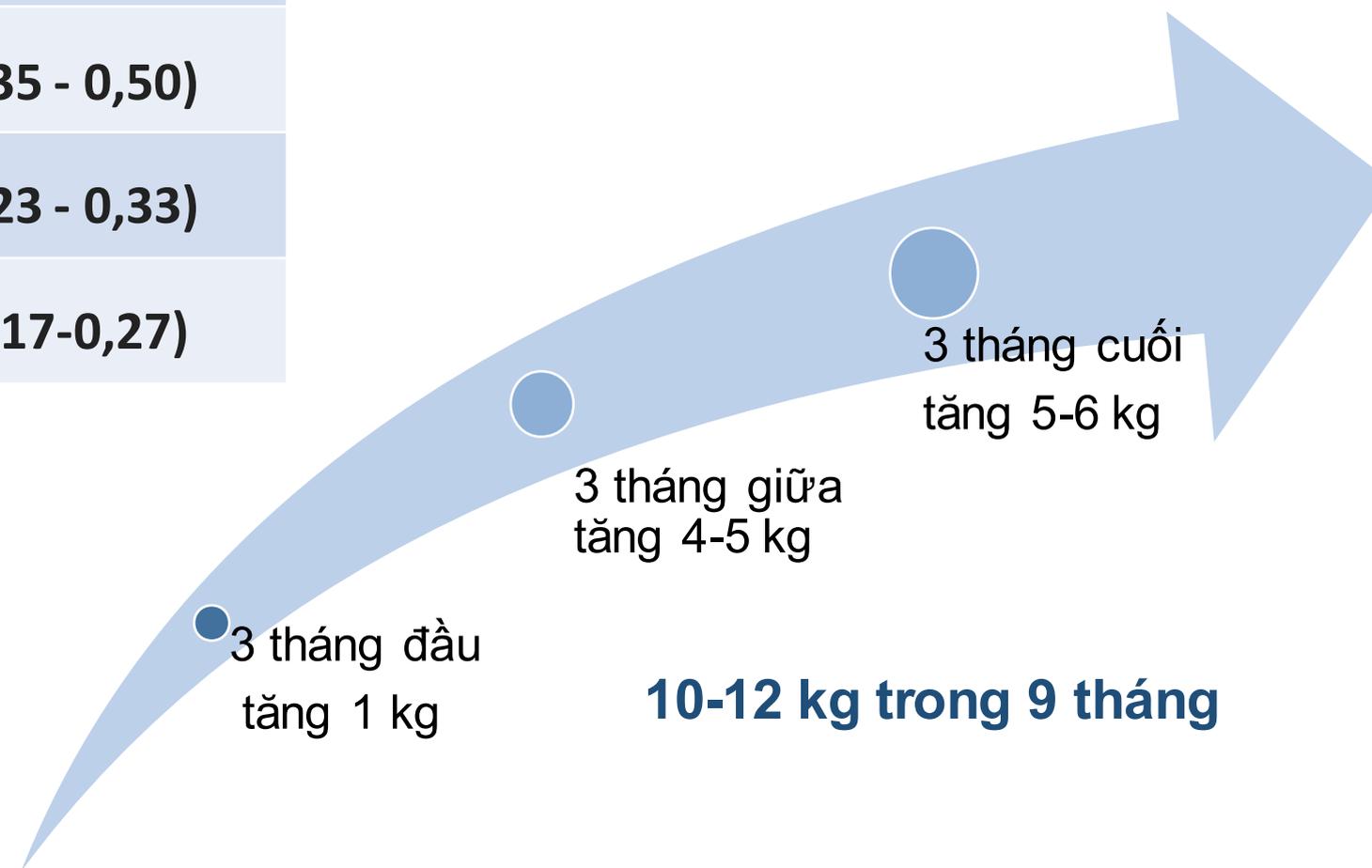
Đĩa ăn lành mạnh theo khuyến nghị của Tổ chức Y tế công cộng Harvard.
Tiến sĩ Mawji đề xuất Zimbabwe Hand Jive

CÂN NẶNG



Theo dõi cân nặng bệnh nhân thường xuyên

BMI trước mang thai	Tăng cân (kg)	Tăng trung bình quý 2 và quý 3 (kg/tuần)
BMI < 18,5 kg/m ²	12,5 - 18	0,51 (0,44-0,58)
BMI: 18,5-22,9 kg/m ²	11,5 - 16	0,42 (0,35 - 0,50)
BMI: 23,0 - 24,9 kg/m ²	7 - 11,5	0,28 (0,23 - 0,33)
BMI > 24,9 kg/m ²	5-9	0,22 (0,17-0,27)



TẬP LUYỆN

- Nên khuyến cáo phụ nữ có thai luyện tập nếu không có chống chỉ định về sản khoa
- Duy trì mức vận động cường độ nhẹ đến trung bình



ĐIỀU TRỊ



- Tại Việt Nam, insulin là thuốc duy nhất được chấp nhận sử dụng trên phụ nữ mang thai
- Nên chọn insulin có tính kháng nguyên ít, insulin người (human regular insulin, human NPH)
- Insulin analog tác dụng nhanh (lispro, aspart, glulisine) đặc điểm kháng nguyên tương tự insulin người. Chỉ lispro và aspart được sử dụng vì đã NC bảo đảm an toàn, qua rau thai ít, không gây quái thai/dị tật. Glulisine (Apidra) chưa được khuyến cáo sử dụng
- Insulin kéo dài detemir (levemir) được chấp nhận sử dụng vì an toàn và không qua rau thai. Insulin glargine (lantus) bị nghi ngờ có qua rau thai nên không được khuyến cáo sử dụng
- Cá thể hóa, Insulin trộn sẵn như mixtard 30/70, novomixed 30/70, humalog 25/75, 50/50, humulin 30/70 để điều trị.



Chỉ định điều trị insulin

- Glucose huyết tương **không đạt mục tiêu** điều trị sau 1 đến 2 tuần áp dụng chế độ dinh dưỡng và tập luyện hợp lý
- Glucose huyết tương cao. Mức glucose huyết tương lúc **đói > 7 mmol/L** hoặc glucose huyết tương **bất kỳ > 11,0 mmol/L** cần xem xét điều trị ngay
- **Thai to hơn so với tuổi thai**: trong 3 tháng giữa thai kỳ có thể lưu ý khi chu vi bụng thai nhi ở 28 -32 tuần có BPV > 75th

Liều lượng insulin và số mũi tiêm

- Phụ thuộc vào mức tăng glucose, hình thái tăng glucose huyết tương
- Tuổi thai, tình trạng kháng insulin, stress, nhiễm trùng...
- Có thể dùng phác đồ từ 1 mũi cho đến 4 mũi, thậm chí 5 mũi / ngày

ĐIỀU TRỊ



- ❖ **Nếu tăng glucose huyết tương buổi sáng lúc đói thì phác đồ sử dụng Insulin nền được khuyến cáo**
 - *Insulin NPH hoặc Detemir. Liều khởi đầu 0,1 IU/kg/ngày.*
 - *Chỉnh liều Insulin cứ 2 - 3 ngày/lần, mỗi lần thêm 1 - 2 IU cho đến khi đạt mục tiêu điều trị*
- ❖ **Nếu glucose huyết tương sau ăn tăng**
 - *Dùng Insulin nhanh (regular, lispro, aspart) tiêm trước các bữa ăn*
 - *Số mũi tiêm phụ thuộc vào số các bữa ăn có tăng glucose huyết tương, có thể tiêm từ 1 đến 3 mũi tiêm*
 - *Liều khởi đầu từ $\leq 0,1$ IU/kg/bữa ăn. Chỉnh liều insulin 2 - 3 ngày/lần, mỗi lần tăng 1 - 2 đơn vị cho đến khi glucose huyết tương đạt mục tiêu*
- ❖ **Nếu glucose huyết tương tăng cả lúc đói và sau ăn, thì phác đồ tiêm insulin nền - phóng (basal - bolus)**
 - *Liều lượng và chỉnh liều tương tự trên*
 - *Thời gian chỉnh liều Insulin phụ thuộc vào mức tăng glucose huyết tương, có thể chỉnh liều sau 1-3 ngày điều trị*
- ❖ **Cần tránh để tình trạng tăng glucose huyết tương ($>7,8$ mmol/L) hoặc hạ glucose huyết tương ($<3,3$ mmol/L) kéo dài**

THEO DÕI TÌNH TRẠNG THAI

- Theo dõi cân nặng, chiều cao tử cung và đo & ghi lại nhịp tim thai trong mỗi lần khám cho thai phụ
- Theo dõi thai: hướng dẫn thai phụ đếm cử động thai hàng ngày, đo nhịp tim thai với monitor sản khoa (khi thai >30 tuần), đánh giá chỉ số ối qua siêu âm
- Nếu có điều kiện đánh giá tuần hoàn rau thai qua siêu âm Doppler (trong khoảng 28 -34 tuần)

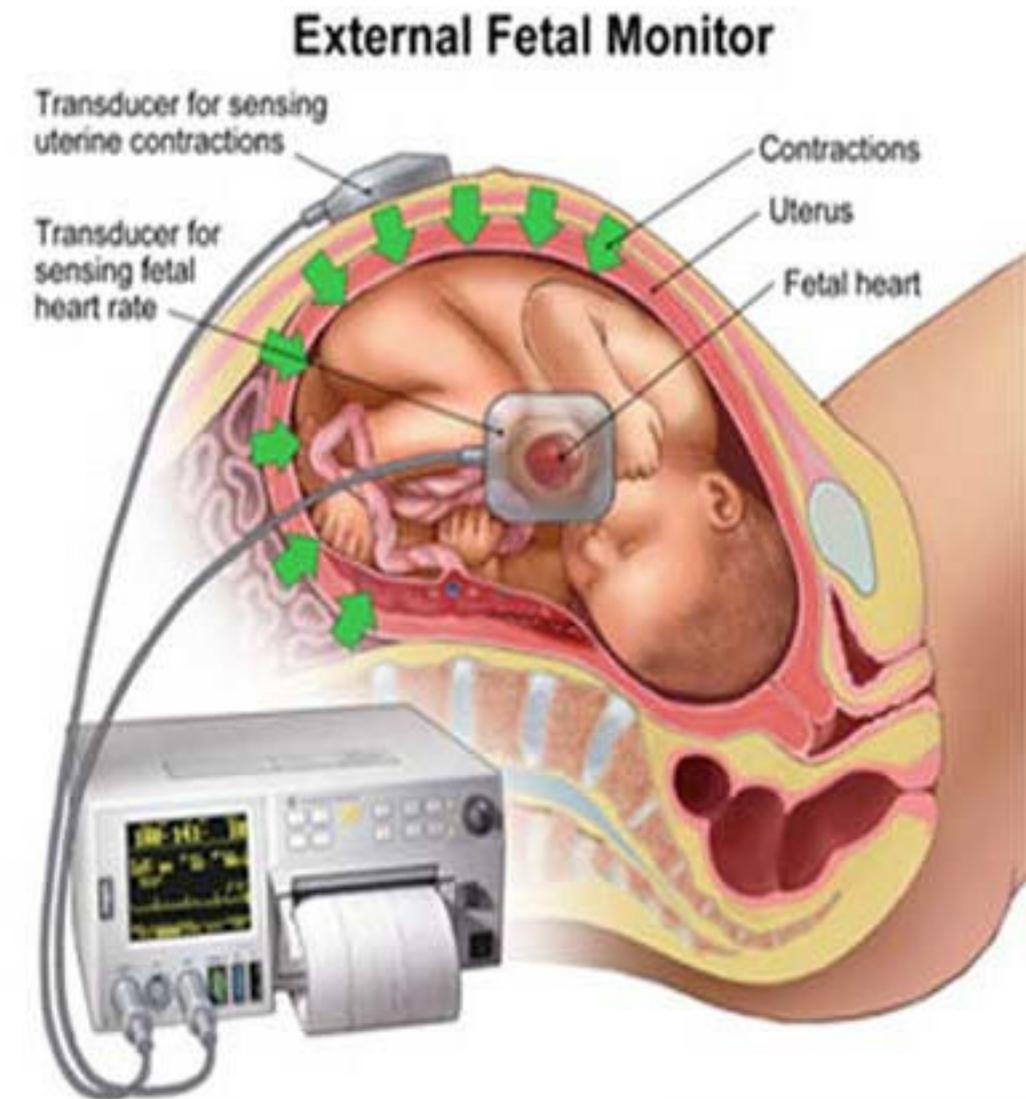


THEO DÕI TÌNH TRẠNG THAI

Non stress test (NST) – Monitor sản khoa

TD và đánh giá tình trạng tim thai và cơn co

- + **ĐTĐ TK chưa tiêm Insulin:** mỗi tuần 1-2 lần, có thể kết hợp đánh giá lượng ối qua siêu âm
- + **ĐTĐ TK có tiêm insulin:** mỗi tuần 1 lần nếu thai cử động đều, hoặc 2 lần mỗi tuần khi thai cử động yếu từ 31 tuần tuổi thai. Có thể kết hợp: Non stress test với xem lượng ối qua siêu âm
- + **ĐTĐ TK có tiêm insulin có kèm (nhiễm toan, tăng áp lực thẩm thấu máu, hạ đường huyết...):** Đánh giá tình trạng thai nhi bằng Non stress test (NST) mỗi ngày



THỜI ĐIỂM SINH



❖ **Đối với ĐTĐTK đtri Insulin (hoặc ĐTĐ mang thai) - không biến chứng cấp:**

- Nếu glucose huyết tương ổn định: Chấm dứt thai kỳ ở tuần 39 hoặc khi có chỉ định sản khoa
- Nếu glucose huyết tương không ổn định: Cân nhắc sớm hơn 39 tuần hoặc có chỉ định sản khoa

❖ **Đối với ĐTĐTK đtri Insulin (hoặc ĐTĐ mang thai) - có biến chứng cấp (nhiễm toan cetone, tăng áp lực thẩm thấu máu, hạ đường huyết...)**

- Chấm dứt thai kỳ nên xem xét theo từng trường hợp cụ thể
- Cần cân nhắc đánh giá khả năng trưởng thành phổi thai (nếu được)



KIỂM SOÁT ĐƯỜNG HUYẾT KHI SINH

Trong cuộc chuyển dạ

- Cần kiểm soát glucose mao mạch mẹ trong suốt cuộc chuyển dạ và sinh (tốt nhất dao động từ 70 - 100 mg/dl hay 3,9 - 5,6 mmol/l).
- Nếu thai phụ không dùng insulin: theo dõi glucose huyết tương mao mạch 4-6 giờ/lần
- Nếu thai phụ dùng insulin: theo dõi glucose mao mạch 1-2 giờ/lần hoặc theo chỉ định cá thể hóa
- Theo dõi các yếu tố chuyển dạ

Bệnh nhân mổ đẻ

- Ngày trước phẫu thuật: dùng insulin tối hôm trước phẫu thuật (Insulin nền) bình thường (nếu có)
- Ngày mổ: nhịn ăn từ 0 giờ, thử glucose huyết tương đói, ngưng mũi insulin cũ sáng
- Nên mổ trong buổi sáng ngày mổ, nếu 12 giờ chưa được mổ: thử glucose huyết tương mao mạch và xử trí tùy kết quả. Nếu có dấu hiệu của hạ glucose huyết tương thì xử trí phù hợp

THEO DÕI TRẺ SAU SINH



- Ngay sau sinh, theo dõi sát để phát hiện nguy cơ hạ đường huyết. Thử glucose huyết tương mao mạch trong vòng 2 giờ sau sinh và có xử trí phù hợp
- Theo dõi sát trong vòng 3 ngày đầu sau sinh để phát hiện và xử trí các biến chứng như: hạ glucose huyết, hạ calci, đa hồng cầu, tăng bilirubin máu, hội chứng suy hô hấp cấp chu sinh, nhiễm khuẩn sơ sinh
- Hướng dẫn sản phụ cho trẻ bú sớm ngay trong vòng 1 giờ đầu sau sinh
- Thực hiện da kề da ít nhất ngày đầu sau sinh



CHỈNH ĐƯỜNG HUYẾT SAU SINH

- Đối với thai phụ ĐTĐTK:

- + Ngay sau sinh không cần dùng insulin vì glucose huyết tương thường trở về bình thường
- + Kiểm tra glucose huyết tương đói trong vòng 24 giờ sau sanh. Nếu đang dùng insulin: ngưng tiêm và theo dõi Glucose máu bất kỳ; khi glucose $\geq 11,1$ mmol/L, giảm liều đang dùng 50%

- Đối với ĐTĐ và thai kỳ (ĐTĐ thực sự):

- + Sau sinh nếu glucose huyết tương bất kỳ $\geq 11,1$ mmol/L: phải sử dụng Insulin cho mẹ
- + Nếu đang dùng insulin, ngưng. Kiểm tra: nếu glucose huyết tương bất kỳ $\geq 11,1$ mmol/L, dùng insulin với liều insulin giảm 50% so với liều trong thời gian mang thai, ngay sau sinh

TẦM SOÁT ĐTĐ SAU SINH



Đánh giá rối loạn chuyển hóa glucose sau sinh cho các phụ nữ có ĐTĐTK

Thực hiện sau sinh 4 - 12 tuần với xét nghiệm NP dung nạp 75 gram glucose uống

Kết quả:

- + Nếu kết quả bình thường sau sinh: tầm soát định kỳ 1-3 năm/lần
- + Nếu kết quả bất thường: điều trị và theo dõi theo mức độ bệnh

XIN CẢM ƠN QUÝ ĐỒNG NGHIỆP

