

TỶ LỆ VÀ KẾT CỤC SẢN KHOA Ở THAI PHỤ CÓ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Ngũ Quốc Vĩ*, Trần Khánh Nga, Lâm Đức Tâm,
Đàm Văn Cường, Lưu Thị Thanh Đào

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: nqvi@ctump.edu.vn

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) thay đổi từ 2 đến 25% ở các thai phụ trên toàn thế giới. Bệnh có chiều hướng ngày càng gia tăng nhất là ở khu vực Châu Á – Thái Bình Dương, trong đó có Việt Nam với tỷ lệ dao động từ 8,1 – 18,3%. Bệnh ít có triệu chứng nên cần tầm soát để phát hiện bệnh. **Mục tiêu nghiên cứu:** xác định tỷ lệ và kết cục thai kỳ ở thai phụ có đái tháo đường thai kỳ tại bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** cắt ngang mô tả trên 1291 thai phụ có tuổi thai từ 24 đến 28 tuần đến khám bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ từ tháng 04/2018 đến 07/2019. **Kết quả:** tỷ lệ ĐTĐTK kỳ là 8,8% (113 trường hợp). Kết cục sản khoa ở thai phụ có đái tháo đường: Sinh ngã âm đạo 20,2%, mổ lấy thai 79,8%. Nguyên nhân mổ lấy thai: đau vết mổ cũ 44,6%, suy thai 32,5%, chuyển dạ ngưng tiến triển 19,3%, tiền sản giật 3,6%. Tuổi thai chấm dứt thai kỳ < 37 tuần là 23,1 %, ≥ 37 tuần là 76,9%. Biến chứng mẹ: đa ối 1,9%, tiền sản giật 2,9%, sinh non 23,1%, sinh con ≥ 4000g là 9,6%, suy thai trong chuyển dạ 26%. Cân nặng của trẻ <2500g là 6,7%; ≥ 4000g là 9,6%, 2500g - <4000g là 83,7%. **Kết luận:** cần tầm soát ĐTĐTK thường quy ở tất cả thai phụ khám thai, tỷ lệ mổ lấy thai cao ở nhóm có ĐTĐTK.

Từ khóa: Đái tháo đường thai kỳ.

ABSTRACT

PREVALENCE AND OUTCCOME OF GESTATIONAL DIABETES MELLITUS AT CAN THO OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Ngũ Quốc Vĩ, Trần Khánh Nga, Lâm Đức Tâm,
Đàm Văn Cường, Lưu Thị Thanh Đào

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: The overall prevalence of gestational diabetes mellitus (GDM) is from 2 to 25% in current worldwide estimates, tends to increase especially in the Asia- Pacific region with

proportion ranged from 8,1- 18,3% and has become a concern for obstetricians. **Objectives:** to identify the prevalence of gestational diabetes mellitus among 24-28 weeks pregnancy and results of pregnancy in pregnancy women with diabetes. **Materials and methods:** a cross-sectional study was conducted in 1291 pregnant women from 24 to 28 weeks hospitalized at Can Tho Obstetrics and Gynecology hospital from April 2018 to July 2019. **Results:** the incidence of GDM was 8.8% (113/1291 gestations). Outcome of pregnancy in pregnant women with diabetes: 20.2% vaginal delivery, cesarean section 79.8%. Causes of cesarean section: pain of cesarean scar was 44.6%, fetal distress 32.5%, progressive labor discontinuation 19.3%, pre-eclampsia 3.6%. Age of termination of pregnancy <37 weeks was 23.1%, ≥ 37 weeks was 76.9%. Maternal complications: poly amniotic fluid 1.9%, pre-eclampsia 2.9%, premature birth 23.1%, childbirth ≥ 4000g was 9.6%, fetal failure in labor 26%. The weight of children <2500g was 6.7%; ≥ 4000g was 9.6%, 2500g- <4000g was 83.7%. **Conclusion:** pregnant women at 24-28 weeks pregnancy should be advised to screening popularly for detection of gestational diabetes mellitus.

Keywords: gestational diabetes mellitus.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là bệnh rối loạn chuyển hóa đang có tốc độ phát triển nhanh hiện nay, trong đó đái tháo đường thai kỳ là một thể đặc biệt của bệnh lý đái tháo đường. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ thay đổi từ 2 đến 25% ở các thai phụ trên toàn thế giới. Bệnh có chiều hướng ngày càng gia tăng nhất là ở khu vực Châu Á- Thái Bình Dương, trong đó có Việt Nam với tỷ lệ dao động từ 8,1- 18,3% [16]. Nhiều trường hợp chỉ khi đường huyết của thai phụ đái tháo đường thai kỳ đã quá cao và có tai biến, họ mới được chuyển đến các bác sĩ chuyên khoa điều trị thì quá muộn và đã có những tai biến đáng tiếc xảy ra. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Tỷ lệ và kết cục thai kỳ ở thai phụ đái tháo đường thai kỳ khám tại Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ” với các mục tiêu:

- Xác định tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ ở thai phụ đến khám tại Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ năm 2018-2019.

- Đánh giá kết cục thai kỳ ở thai phụ có đái tháo đường thai kỳ đến khám tại Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ năm 2018-2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả thai phụ đến khám thai tại phòng khám sản Bệnh viện Phụ sản, Thành phố Cần Thơ từ tháng 04/2018 đến tháng 07/2019.

-Tiêu chuẩn chọn mẫu:

+ Tuổi thai từ 24 - 28 tuần. Được tính từ ngày đầu của kỳ kinh cuối hoặc siêu âm 3 tháng đầu thai kỳ (tính theo siêu âm nếu kinh chót không phù hợp với siêu âm).

+ Đơn thai

+ Đồng ý làm nghiệm pháp dung nạp glucose 75g tại phòng khám bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ.

+ Đồng ý tham gia nghiên cứu.

-Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Đã được chẩn đoán là đang mắc các bệnh có khả năng ảnh hưởng đến chuyển hoá glucose: cường giáp, suy giáp, Cushing, hội chứng buồng trứng đa nang, bệnh lý gan, suy thận... Đã được chẩn đoán ĐTĐ trước khi mang thai. Đã được chẩn đoán ĐTĐTK từ nơi khác chuyển đến.

+ Đang mắc các bệnh lý ác tính, bệnh lý nội khoa nặng, bệnh tim mạch, bệnh tâm thần. Đã được chẩn đoán thiếu máu mức độ vừa hoặc nặng.

+ Đang sử dụng các thuốc có ảnh hưởng đến chuyển hoá glucose: corticoide, salbutamol, thuốc chẹn giao cảm, lợi tiểu nhóm thiazide, thuốc chống loạn thần, acetaminophen, phenytoin, acid nicotinic...

+ Thường xuyên tiếp xúc khói thuốc lá (chủ động hoặc thụ động), thường xuyên sử dụng thức uống có cồn như bia, rượu...

+ Thai phụ không thể lấy đủ 3 mẫu máu xét nghiệm hoặc từ chối trả lời bảng câu hỏi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- *Thiết kế nghiên cứu:* mô tả cắt ngang có phân tích, tiến cứu.

- *Cỡ mẫu:* 1291 trường hợp có tuổi thai từ 24 đến 28 tuần khám tại Bệnh viện.

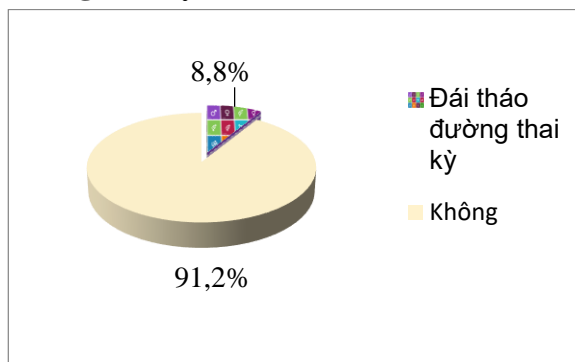
- *Phương pháp chọn mẫu:* Chọn mẫu ngẫu nhiên đơn ở tất cả thai phụ nhập viện và sinh tại Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ thỏa các tiêu chuẩn chọn mẫu từ tháng 04/2018 đến 06/2019 thông qua bộ câu hỏi được soạn trước phù hợp với mục tiêu nghiên cứu.

- *Nội dung nghiên cứu:* chọn thai phụ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu mỗi ngày cho đến khi đủ cỡ mẫu theo ước lượng. Ghi nhận các trường hợp ĐTĐTK bằng nghiệm pháp dung nạp glucose 75g/2 giờ. Phỏng vấn theo phiếu thu thập số liệu những yếu tố đặc trưng của thai phụ như: tuổi, dân tộc, tôn giáo, địa chỉ, nghề nghiệp, trình độ học vấn, tình trạng kinh tế, số lần mang thai, các tiền sử sảy thai, thai chết lưu, sinh con dị tật, sinh con to, có ĐTĐTK và/hoặc THATK ở lần mang thai trước, tiền sử gia đình có người mắc đái tháo đường. Đánh giá tình trạng sau sinh của mẹ và bé ở sản phụ có ĐTĐTK.

- *Phương pháp pháp thu thập số liệu và đánh giá số liệu:* số liệu được nhập và xử lý theo phần mềm thống kê SPSS20.0 được mô tả bằng tần số, tỷ lệ và chi bình phương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ



Biểu đồ 1: Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ

Nhận xét: tỷ lệ ĐTĐTK là 8,8% với KTC95%: 7,2% - 10,3%.

3.2. Kết quả sản khoa

Nghiên cứu 113 trường hợp ĐTĐTK chúng tôi mất dấu 9 ca, thu thập được 104 sản phụ sinh tại Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ. Kết quả ghi nhận như sau:

Kết quả chấm dứt thai kỳ của sản phụ ĐTĐTK

Bảng 1. Kết quả chấm dứt thai kỳ của sản phụ ĐTĐTK

Kết quả chấm dứt thai kỳ	Tần số	Tỷ lệ (%)
Sinh ngã âm đạo	21	20,2
Mổ lấy thai	83	79,8

Nhận xét: Sinh mổ lấy thai là 79,8% và sinh thường (20,2%). Nguyên nhân nhiều nhất là do đau vết mổ lấy thai cũ (44,6%), suy thai là 32,5%; chuyển dạ ngưng tiến triển là 19,3%; và thấp nhất là tiền sản giật (3,6%).

Tuổi thai khi chấm dứt thai kỳ

Bảng 2. Tuổi thai khi chấm dứt thai kỳ ở nhóm sản phụ ĐTĐTK

Tuổi thai khi CDTK (tuần)	Tần số	Tỷ lệ (%)
< 37 tuần	24	23,1
≥ 37 tuần	80	76,9
Tổng	104	100,0
Trung bình: 37,6 ± 1,8	Thấp nhất: 30	Cao nhất: 40

Nhận xét: Tuổi thai chấm dứt thai kỳ đa số ≥ 37 tuần chiếm 76,9% và tuổi thai < 37 tuần chiếm thấp hơn là 23,1%. Tuổi thai trung bình là 37,6 ± 1,8 tuần.

Biến chứng ở mẹ có ĐTĐTK

Bảng 3. Biến chứng ở mẹ có ĐTĐTK

Biến chứng	Có		Không	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Đa ối	2	1,9	102	98,1
Tiền sản giật – sản giật	3	2,9	101	97,1
Thai chết lưu	0	0,0	104	100,0
Sinh non	24	23,1	80	76,9
Mổ lấy thai	83	79,8	21	20,2
Sinh con ≥ 4000g	10	9,6	94	90,4
Sinh con < 2500g	7	6,7	97	93,3
Suy thai trong chuyển dạ	27	26,0	77	74,0
Băng huyết sau sinh	0	0,0	104	100,0

Nhận xét: sinh non là 23,1 %. Suy thai trong lúc chuyển dạ có 26%. Thai to > 4000 g chiếm 9,6%, trẻ nhẹ cân < 2500g chiếm 6,7%.

Chỉ số Apgar 1 phút của trẻ sơ sinh sau sinh

Bảng 4. Chỉ số Apgar 1 phút của trẻ sơ sinh sau sinh trong nhóm mẹ ĐTĐTK

Apgar 1 phút sau sinh	Tần số	Tỷ lệ (%)
< 4	2	1,9
4 – 7	19	18,3
> 7	83	79,8
Tổng	104	100,0
Trung bình: 7,45 ± 1,2	Thấp nhất: 1	Cao nhất: 9

Nhận xét: Apgar trong 1 phút sau sinh >7 chiếm 79,8%; nhóm Apgar <4 là 1,9% Apgar trong 1 phút 5 phút sau sinh >7 chiếm 89,4%

Cân nặng của trẻ sơ sinh

Bảng 5. Cân nặng sơ sinh của trẻ có mẹ mắc ĐTĐTK

Cân nặng bé sau sinh	Tần số	Tỷ lệ (%)
< 2500g	7	6,7
2500g - <4000g	87	83,7
≥ 4000g	10	9,6
Tổng	104	100,0
Trung bình: 3233,2 ± 669,5g	Thấp nhất: 960g	Cao nhất: 4550g

Nhận xét: cân nặng 2500g - <4000g chiếm 83,7 %, cân nặng ≥4000g là 9,6%.

Biến chứng ở con sinh ra từ mẹ có ĐTĐTK

Bảng 6. Biến chứng ở con sinh ra từ mẹ có ĐTĐTK

Biến chứng	Có		Không	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Ngạt sơ sinh				
Theo Apgar 1 phút	21	20,2	83	79,8
Theo Apgar 5 phút	11	10,6	93	89,4
Hạ đường huyết	3	2,9	101	97,1
Vàng da	14	13,5	90	86,5
Đị tật bẩm sinh	0	0,0	104	100,0
Tử vong chu sinh	1	1,0	103	99,0

Nhận xét: hạ đường huyết sơ sinh là 2,9%. Tử vong chu sinh là phẫu thuật lúc thai 30 tuần với chẩn đoán TSG nặng – ĐTĐTK, bé mất sau sinh 1 tuần.

Nguyên nhân nhập khoa Nhi theo dõi

Trong 104 trẻ có 27 trường hợp nhập khoa Nhi theo dõi, chăm sóc ngay sau sinh

Bảng 7. Nguyên nhân nhập khoa nhi theo dõi ở trẻ có mẹ mắc ĐTĐTK

Chẩn đoán nhập khoa Nhi	Tần số	Tỷ lệ (%)
Non tháng	14	13,5
Suy hô hấp	10	9,6
Thai to	3	2,9
Tổng	27	

Nhận xét: nguyên nhân là trẻ sơ sinh non tháng (13,5%), suy hô hấp (9,6%)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ Đái tháo đường thai kỳ

Tỷ lệ ĐTĐTK của chúng tôi là 8,8% (KTC95%: 7,2%-10,3%). Tham khảo các nghiên cứu của Phạm Kim Phượng, Nguyễn Khoa Diệu Vân và Châu Hoàng Sinh [7] là khá cao với tỷ lệ hơn 30% cho đến gần 40% được thực hiện ở hai bệnh viện có quy mô khám chữa bệnh khá lớn thuộc Hà Nội và Tp.HCM cùng với một nghiên cứu thực hiện tại cộng đồng tại một tỉnh biên giới thuộc miền Đông Nam bộ. Điểm chung của các nghiên cứu này là tương đồng về tiêu chuẩn chọn bệnh và phương pháp sàng lọc, chẩn đoán, thực hiện ở nơi có mật độ dân cư đông đúc, phân bố ngành nghề đa dạng, tình trạng kinh tế ở mức trung bình cho đến khá cao, số mẫu quan sát đủ lớn cho đến khá lớn, riêng Châu Hoàng Sinh [7] thực hiện ở vùng có tỷ lệ tin đồ theo đạo khá cao. Qua đó cho thấy phân bố ngành nghề và tình trạng kinh tế có tác động nhất định đến tỷ lệ ĐTĐTK.

Nghiên cứu của Lại Thị Ngọc Diệp [2], Trương Thị Quỳnh Hoa [4], Lê Thị Thanh Tâm [8], Trương Thị Ái Hòa và Huỳnh Ngọc Duyên [1] đều có tỷ lệ ĐTĐTK khoảng 20%.

Khi so sánh địa điểm tiến hành nghiên cứu của các tác giả trên cho thấy được thực hiện ở nhiều vị trí rất khác nhau, từ các nghiên cứu trong bệnh viện cho đến các nghiên cứu tại cộng đồng trong một huyện hoặc cả một thành phố trải dài từ Bắc Trung bộ đến mũi Cà Mau với số lượng mẫu khảo sát không nhỏ cùng với đặc điểm phân bố của mẫu khá đa dạng nên có thể phản ánh một phần khá quan trọng về thực trạng bệnh lý ĐTĐTK của Việt Nam. Kết quả ĐTĐTK của chúng tôi thấp hơn so với các tác giả nêu trên và tương đồng với kết quả của Phạm Thị Triều Tiên, Nguyễn Thị Lệ Hằng [3] và Nguyễn Thị Phương Yên [9] với tỷ lệ dao động từ 8% đến dưới 10% được tiến hành tại Bệnh viện An Bình, thành phố Hồ Chí Minh và hai tác giả cũng thực hiện tại Cần Thơ như chúng tôi nhưng ở các bệnh viện khác nhau. Với kết quả tỷ lệ ĐTĐTK dưới 10%, thấp hơn so với kết quả nghiên cứu ở các vùng khác nên có thể xem đây như là dấu hiệu tương đối lạc quan về bệnh lý này ở Cần Thơ so với các nơi khác.

Ngoài ra, tham khảo nghiên cứu trong khu vực Châu Á như Ấn Độ, Hàn Quốc và Kuwait cho thấy tỷ lệ ĐTĐTK dao động từ 9,5% đến 12,6%, khá tương đồng so với nghiên cứu này. Kết quả này phù hợp với phân tích gộp trên 84 nghiên cứu ở các nước Châu Á của Siew M.C. [13] tỷ lệ ĐTĐTK là 11,5% (KTC95%: 10,9 – 12,1%) và báo cáo của Zhu Y [15] phân tích gộp trên 77 nghiên cứu ở 36 quốc gia cho thấy tỷ lệ ĐTĐTK của khu vực Đông Á và Nam Á nằm trong khoảng 8,1- 18,3% và vùng Trung Đông trong khoảng 8,4-24,5%. Trong khi đó, Melchior [14] tổng hợp trên 12 nghiên cứu lớn ở Đức, Croatia, Úc, Canada và Mỹ cho thấy tỷ lệ ĐTĐTK đa số dưới 10%.

4.2. Kết cục thai kỳ ở thai phụ có đái tháo đường thai kỳ.

Trong 104 sản phụ ĐTĐTK, tuổi thai chấm dứt thai kỳ đa số ≥ 37 tuần chiếm 76,9% và tuổi thai < 37 tuần là 23,1%. Tuổi thai trung bình là $37,6 \pm 1,8$, thấp nhất là 30 tuần và cao nhất là 40 tuần. Theo Lê Thị Thanh Tâm [8], tuổi thai khi sinh trung bình là $39,5 \pm 1,5$ tuần. Có 2 trường hợp đẻ non dưới 34 tuần. Có nhiều ý kiến về thời điểm kết thúc thai kỳ đối với sản phụ ĐTĐTK. Theo ADA, "kéo dài thai kỳ quá 38 tuần làm tăng nguy cơ thai to mà không giảm được tỷ lệ mổ sinh, vì thế nên cho sinh vào lúc 38 tuần, trừ khi có chỉ định khác về sản khoa" [11]. Theo ACOG, "khi kiểm soát glucose máu tốt và không có các biến chứng khác thì không có bằng chứng ủng hộ cho việc sinh trước 40 tuần" [10]. Chúng tôi có 79,8% phải mổ lấy thai và sinh thường (20,2%). Các nguyên nhân mổ lấy thai gồm: đau vết mổ lấy thai cũ, suy thai, chuyển dạ ngưng tiến triển và tiền sản giật. Theo Trần Thùy Linh tỷ lệ mổ sinh rất cao: 85,33% vì: thai to, thai suy, nhau tiền đạo, vết mổ cũ, đầu không lọt và vì ĐTĐTK đơn thuần. Theo Lê Thị Thanh Tâm [8] có tỷ lệ mổ sinh chung là 41,5% với 37,9% ở nhóm điều trị đạt mục tiêu và 75,9% ở nhóm điều trị không đạt mục tiêu.

Xét về biến chứng trong và sau sinh của ĐTĐTK, theo y văn và nhiều nghiên cứu ghi nhận gồm: tiền sản giật, đa ối, thai to, thai chết lưu, suy thai và tử vong chu sinh. Biến chứng tiền sản giật ở bệnh nhân ĐTĐTK do nhiều yếu tố, như sự giảm dung nạp glucose và kháng insulin. Kháng insulin có tác động lên hệ thần kinh giao cảm, kích thích giải phóng nor-epinephrine làm tăng tần số tim và huyết áp tâm thu, tác dụng này vượt trội hơn tác dụng giãn mạch trực tiếp của insulin trên mạch máu. Cường insulin gây phì đại tế bào cơ trơn mạch máu làm hẹp và cứng lòng mạch, tăng triglycerid, giảm HDL dẫn đến xơ vữa, tăng trương lực mạch máu. THA trong thời gian mang thai có thể gây tiền sản giật, sản giật, đột quỵ, thai chậm phát triển trong tử cung, sinh non, chết chu sinh.... Vì vậy, đo huyết áp, theo dõi cân nặng, protein niệu cho sản phụ ĐTĐTK, nhất là nửa sau thai kỳ [4],[10],[11]. Đa ối cũng hay gặp nhưng cơ chế chưa rõ, có thể do tăng đường huyết thai, thai đái nhiều,

đường trong nước tiểu thai tăng làm tăng áp lực thẩm thấu trong buồng ối, kéo nước vào buồng ối gây đa ối; thường là đa ối mạn tính. Cần siêu âm đo chỉ số ối nhằm phát hiện sớm đa ối, đánh giá về mặt hình thái thai để loại trừ dị dạng.

Biến chứng thai chết lưu chưa rõ cơ chế, một số tác giả cho rằng thai chết lưu do thiếu oxy, tăng glucose máu và tăng insulin máu làm thai bị thiếu oxy, nhiễm toan. Mức glucose máu lúc đói $> 5,8\text{mmol/l}$ làm tăng nguy cơ thai bị chết lưu trong tử cung vào 8 tuần cuối của thai kỳ nên ACOG và ADA cân nhắc nồng độ glucose máu lúc đói $\leq 5,8\text{mmol/l}$ [10],[11]. Kết quả sinh non là 23,1%, 26% có suy thai trong lúc chuyển dạ, thai to $\geq 4000\text{g}$ (9,6%) và trẻ nhẹ cân $< 2500\text{g}$ (6,7%). Theo Nguyễn Khoa Diệu Vân khảo sát thấy trong cả 2 nhóm ĐĐTĐTK và không có ĐĐTĐTK không có trường hợp nào thai chết lưu. Khảo sát của Vũ Bích Nga [6] quan sát thấy tỷ lệ tiền sản giật, đa ối và sinh non ở nhóm ĐĐTĐTK lần lượt là: 3,9%; 7,8% và 8,7%. Còn Lê Thị Thanh Tâm [8] ghi nhận biến chứng tiền sản giật, thai chết lưu, đa ối và sinh non lần lượt là: 4,5%; 0,6%; 2,6% và 9,4%.

Biến chứng quan trọng sau sinh ở bé là ngạt được quan sát bằng chỉ số Apgar, kết quả của chúng tôi trẻ có Apgar tốt, có 1 trường hợp tử vong chu sinh do phẫu thuật lúc thai 30 tuần với chẩn đoán TSG nặng – ĐĐTĐTK, bé mất sau sinh 1 tuần. Theo Lê Thị Thanh Tâm [8], tỷ lệ sơ sinh có chỉ số Apgar phút thứ nhất sau sinh < 7 là 1,3%; Apgar phút thứ năm sau sinh ≥ 7 là 100% và Vũ Bích Nga [6] cho thấy tỷ lệ ngạt sơ sinh sau sinh vào khoảng 1,0%. Trong 104 trẻ sơ sinh có mẹ ĐĐTĐTK theo dõi, có 27 trẻ phải nhập khoa sơ sinh theo dõi với lý do là trẻ sơ sinh non tháng (13,5%), suy hô hấp sơ sinh (9,6%) và ít nhất do thai to theo dõi hạ đường huyết (2,9%).

V. KẾT LUẬN

Nên tầm soát đái tháo đường thai kỳ ở tất cả thai phụ đến khám thai trong độ tuổi 24 - 28 tuần. Nếu không có biến chứng, nên duy trì tuổi thai trên 37 tuần và nên chủ động tiêm trường thành phổi trước tuần 34 ở các thai phụ có đái tháo đường thai kỳ để giảm nguy cơ ngạt sau sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huỳnh Ngọc Duyên (2019), “Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Sản Nhi Cà Mau”, *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 23(2), tr. 95 - 100.
2. Lại Thị Ngọc Diệp (2014), “Tỷ lệ đái tháo đường trong thai kỳ và các yếu tố liên quan trên thai 24 – 28 tuần tại huyện Châu Thành – tỉnh Kiên Giang”, Luận án chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 50 – 75.
3. Nguyễn Thị Lệ Hằng (2015), “Nghiên cứu tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố nguy cơ tại Bệnh viện An Bình”, *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 20(5), tr. 134- 139.
4. Trương Thị Quỳnh Hoa (2017), “Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định”, *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 21(1), tr. 74 - 79.
5. Trương Thị Ái Hòa (2018), “Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện quận 2”, *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 22(1), tr. 22 - 28.
6. Vũ Bích Nga (2009), “Nghiên cứu ngưỡng glucose máu lúc đói để sàng lọc đái tháo đường thai kỳ và bước đầu đánh giá hiệu quả điều trị”, Luận văn Tiến sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
7. Châu Hoàng Sinh (2018), “Tỷ lệ đái tháo đường trong thai kỳ và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện quận Thủ Đức năm 2018”, *Hội nghị Khoa Học Công Nghệ - Bệnh viện Quận Thủ Đức lần IV*, trang 342 – 348.

8. Lê Thị Thanh Tâm (2017), “Nghiên cứu phân bố - một số yếu tố liên quan và kết quả sản khoa ở thai phụ đái tháo đường thai kỳ”, Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội, trang 54 - 80
9. Nguyễn Thị Phương Yên (2018), “Tỷ lệ đái tháo đường trong thai kỳ và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Trường Đại học Y dược Cần Thơ”, Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Dược TP.HCM, trang 34 - 49.
10. ACOG (2018), “Gestational Diabetes Mellitus”, *ACOG Practice Guidelines*, Bulletin 190(1), pp. 1- 16.
11. ADA (2019), “Standards of medical care in diabetes”, *Diabetes Care*, 39(1), pp. 36 - 94.
12. Anuurad E. (2003), “The new BMI Criteria for Asian by the Regional Office for Western Pacific Region of WHO are suitable for screening of overweight to prevent Metabolic Syndrome in elder Japanese workers”, *Journal of Occupational Health*, 45(1), pp. 335 - 343.
13. Siew M.C. (2018), “Prevalence and risk factors of gestational diabetes mellitus in Asia: a systematic review and meta-analysis”, *BMC Pregnancy Childbirth*.2018; 18: 494.
14. WHO (2018), “Diagnosis of gestational diabetes in pregnancy”, *The WHO Reproductive Health Library*, 1, pp. 1 - 5.
15. Zhu Y. (2016), “Prevalence of Gestational Diabetes and Risk of Progression to Type 2 Diabetes: a Global Perspective”, *Curr Diab Rep (2016)*, 16: 7.

(Ngày nhận bài: 02/02/2020 - Ngày duyệt đăng: 14/6/2020)
