

## NGHIÊN CỨU TỶ LỆ VÀ KẾT CỤC THAI KỲ Ở SẢN PHỤ CÓ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN SẢN-NHI CÀ MAU

Nguyễn Việt Trí<sup>1\*</sup>, Võ Huỳnh Trang<sup>2</sup>, Ngũ Quốc Vĩ<sup>2</sup>, Trần Khánh Nga<sup>2</sup>

1. Bệnh viện Sản-Nhi Cà Mau

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

\* Email: tricamandr@gmail.com

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) cho đến nay vẫn là một trong những bệnh lý chuyển hóa đang được quan tâm hàng đầu. Bệnh đang có xu hướng tăng nhanh trên toàn thế giới. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá tỷ lệ và kết cục thai kỳ ở sản phụ đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện Sản-Nhi Cà Mau. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 55 sản phụ được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ vào sinh tại Bệnh viện Sản-Nhi Cà Mau. **Kết quả:** Tỷ lệ Đái tháo đường thai kỳ 19%. Điều trị tiết chế với tỷ lệ 89,1%. Có sự liên quan giữa phương pháp điều trị với tăng cân trong thai kỳ và giữa tăng cân trong thai kỳ với cân nặng sơ sinh lúc sinh. Mô lấy thai chiếm 72,7%. Mô do chỉ định sản khoa có tỷ lệ 97,5%, Chấm dứt thai kỳ ở nhóm thai  $\geq 37$  tuần là 83,6%. Suy thai trong chuyển dạ với tỷ lệ 23,6%. Thai to  $\geq 4000$ g chiếm 14,5%. Thai kỳ có kết cục trung bình với tỷ lệ 56,4%, không có trường hợp xấu và chuyển viện. **Kết luận:** Đái tháo đường thai kỳ có tỷ lệ khá cao. Việc tầm soát, chẩn đoán sớm và kiểm soát tốt đường huyết giúp giảm biến chứng cho mẹ và cho con. Kiến nghị tầm soát Đái tháo đường thai kỳ thường quy cho các sản phụ đến khám thai.

**Từ khóa:** Đái tháo đường thai kỳ, tầm soát Đái tháo đường thai kỳ.

## ABSTRACT

## PREGNANCY OUTCOME AND PREVALENCE OF GESTATIONAL DIABETES AT CA MAU OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

Nguyen Viet Tri<sup>1</sup>, Vo Huynh Trang<sup>2</sup>, Ngu Quoc Vi<sup>2</sup>, Tran Khanh Nga<sup>2</sup>

1. Ca Mau Obstetrics and Pediatrics Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

**Background:** Gestational diabetes mellitus (GDM) is a primary concern among metabolic diseases now. The disease tends to increase rapidly worldwide. **Objectives:** To determine the prevalence of pregnant women diagnosed with GDM at Ca Mau Obstetrics and Pediatrics Hospital and evaluate their pregnancy outcomes. **Materials and methods:** a cross-sectional study is described prospectively 55 pregnant women, who have taken oral glucose tolerance test at our hospital. **Results:** 19% of pregnant women diagnosed with GDM. Among GDM patients, only 55 were continuously followed up, and had taken birth at our hospital. Treatment by dietary change was applied for 89.1%. There was a statistically significant association between the treatment method and pregnancy weight gain and between pregnancy weight gain and birth weight. Forty patients (72.7%) went through Cesarean, and 97.5% of them by obstetrics indication. Gestational term at birth is mostly  $\geq 37$  weeks with 83.6%. Fetal failure in labor accounted 23.6%. Newborn weight over 4000g was 14.5%. Pregnancies with moderate outcome were 56.4%. Severe case and hospital transferring were not observed. **Conclusion:** The rate of GDM is quite high, the GDM screening help early diagnosis of GDM, and good glycemia controlling will decrease maternal complications, newborn diseases and perinatal death. Recommend to perform routinely GDM screening program for all pregnant women.

**Keywords:** Gestational diabetes mellitus (GDM), GDM screening.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ cho đến nay là một trong những bệnh lý chuyển hóa đang được quan tâm hàng đầu, bệnh làm ảnh hưởng đến thai phụ và thai nhi trong quá trình khám thai, quản lý thai, chuyển dạ sinh như: chảy máu sau sinh, thai to, suy hô hấp cho trẻ. Bệnh đang có khuynh hướng tăng nhanh trên toàn thế giới, nhất là ở khu vực Châu Á- Thái Bình Dương. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ thay đổi từ đến 25% tùy theo từng vùng, miền và quốc gia trên thế giới [2], [14]. Tại Việt Nam với tỷ lệ dao động từ 8,1-18,3% [1]. Hầu hết đái tháo đường thai kỳ không có triệu chứng, có thể được chẩn đoán bằng nghiệm pháp dung nạp glucose. Tuy nhiên, việc sàng lọc hiện nay chưa được tiến hành thường quy ở các vùng miền khác nhau trong nước vì điều kiện kinh tế không trang bị được máy đo đường huyết, sản phụ phải nhịn đói, việc lấy máu tĩnh mạch nhiều lần và tốn thời gian chờ đợi, việc tư vấn còn khó khăn cho nhân viên y tế. Năm 2018, Bộ Y tế ban hành tài liệu Hướng dẫn quốc gia về Dự phòng và kiểm soát đái tháo đường thai kỳ [2], do đó, thực hiện theo khuyến cáo của Bộ Y tế, Bệnh viện Sản-Nhi Cà Mau triển khai tư vấn sản phụ làm xét nghiệm dung nạp 75 gram glucose uống với mong muốn phát hiện sớm bệnh đái tháo đường thai kỳ nhằm giảm nguy cơ biến chứng trên sản phụ và thai nhi. Tuy nhiên, chưa có số liệu thống kê về vấn đề này nên chúng tôi tiến hành thực hiện “Nghiên cứu tỷ lệ và kết cục thai kỳ ở sản phụ có đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh Viện Sản-Nhi Cà Mau”, với mục tiêu là khảo sát tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và kết cục thai kỳ ở sản phụ được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện Sản-Nhi Cà Mau.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

55 sản phụ được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ tuân thủ đúng quy trình theo dõi và điều trị đái tháo đường thai kỳ cho đến khi vào sinh tại Bệnh viện Sản-Nhi Cà Mau từ tháng 05/2020-04/2021.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Sản phụ được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ trong thời gian theo dõi thai kỳ và tầm soát đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện Sản-Nhi Cà Mau, đồng thời tuân thủ đúng quy trình theo dõi và điều trị đái tháo đường thai kỳ cho đến khi vào sinh tại Bệnh viện Sản-Nhi Cà Mau.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Đã được chẩn đoán là đang mắc các bệnh có khả năng ảnh hưởng đến chuyển hoá glucose; Đang mắc các bệnh lý ác tính, bệnh lý nội khoa nặng, bệnh tim mạch, bệnh tâm thần; Đang sử dụng các thuốc có ảnh hưởng đến chuyển hoá glucose; Thường xuyên tiếp xúc khói thuốc lá, thường xuyên sử dụng thức uống có cồn; Đã được chẩn đoán đái tháo đường trước đó.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- **Cỡ mẫu:** Chọn toàn bộ sản phụ chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ, được quản lý thai và theo dõi sinh tại Bệnh viện thỏa tiêu chí chọn mẫu. Qua thời gian nghiên cứu, chúng tôi đã khảo sát được 55 sản phụ mắc đái tháo đường thai kỳ được theo dõi và vào sinh tại Bệnh viện Sản-Nhi Cà Mau.

- **Nội dung nghiên cứu:**

- Xác định tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ trong tổng số sản phụ đồng ý sàng lọc.

- Đánh giá kết quả điều trị như tiết chế (chế độ ăn và luyện tập) và tiết chế phối hợp với sử dụng Insulin; Liên quan phương pháp điều trị với mức độ tăng cân trong thai kỳ và số lần sinh con; giữa tăng cân trong thai kỳ với cân nặng sơ sinh lúc sinh.

- Đánh giá kết quả kết cục thai kỳ về phía Mẹ: Kết quả chấm dứt thai kỳ; nguyên nhân mổ lấy thai; tuổi thai khi chấm dứt thai kỳ; biến chứng.

- Đánh giá kết quả kết cục thai kỳ về phía con: Apgar 1 phút và 5 phút; cân nặng trẻ; biến chứng ở con.

- Đánh giá kết quả kết cục thai kỳ chung: Tốt: khi mẹ và bé ra viện an toàn, không có biến chứng; Trung bình: khi xảy ra một trong các biến chứng; Xấu: khi có tử vong mẹ hoặc con. Chuyển viện: khi mẹ hoặc con chuyển tuyến trên.

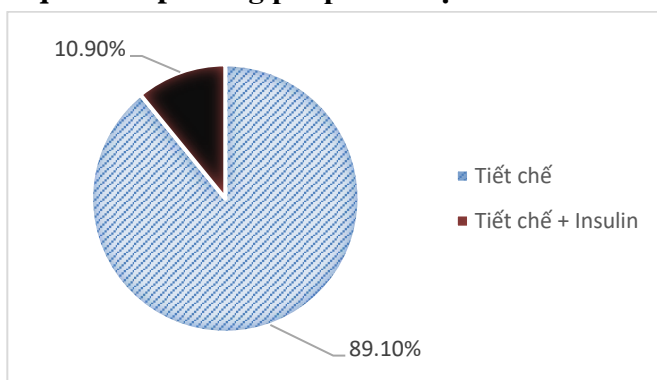
- **Phương pháp thu thập số liệu:** Thông qua bộ bảng thu thập số liệu.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Các số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ 05/2020-04/2021, có 290 sản phụ đồng ý thực hiện xét nghiệm tầm soát đường huyết tại Bệnh viện Sản-Nhi Cà Mau. Chúng tôi ghi nhận 55 sản phụ có đái tháo đường thai kỳ, chiếm 19%. Các trường hợp này được theo dõi và sinh tại Bệnh viện Sản-Nhi Cà Mau. Kết quả như sau:

### 3.1. Đánh giá kết quả theo phương pháp điều trị



Biểu đồ 1: Phương pháp điều trị đái tháo đường thai kỳ

Nhận xét: Đa số là điều trị tiết chế với 49/55 trường hợp chiếm 89,1%.

Bảng 1. Liên quan giữa phương pháp điều trị với mức độ tăng cân trong thai kỳ và số lần sinh con

Đặc điểm		Tiết chế Tần số (n=49) (%)	Tiết chế + Insulin Tần số (n=6) (%)	p (*)
Tăng cân (kg)	<12 kg	24 (96,0)	1 (4,0)	<b>0,017</b>
	Từ 12 kg đến <18 kg	18 (94,7)	1 (5,3)	
	≥18 kg	7 (63,6)	4 (36,4)	
Số lần sinh con	Con so	17 (85,0)	3 (15,0)	<b>0,657</b>
	Con đẻ	32 (91,4)	3 (8,6)	

(\*) Kiểm định chính xác Fisher

Nhận xét: Có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa phương pháp điều trị với mức độ tăng cân trong thai kỳ ( $p < 0,05$ ) nhưng chưa liên quan với số lần sinh con,  $p > 0,05$ .

Bảng 2. Liên quan giữa tăng cân trong thai kỳ và cân nặng sơ sinh lúc sinh

Tăng cân (Kg)	Cân nặng sơ sinh lúc sinh (g)		p (*)
	< 4000 Tần số (n=47) (%)	≥ 4000 Tần số (n=8) (%)	
<12 kg	25 (100)	0 (0,0)	<b>0,000</b>
Từ 12 kg đến <18 kg	18 (94,7)	1 (5,3)	
≥18 kg	4 (36,4)	7 (63,6)	

(\*) Kiểm định chính xác Fisher

Nhận xét: Có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tăng cân trong thai kỳ và cân nặng sơ sinh lúc sinh với  $p < 0,05$ .

### 3.2. Đánh giá kết cục thai kỳ về phía mẹ

Bảng 3. Kết quả chấm dứt thai kỳ của sản phụ đái tháo đường thai kỳ

Kết quả chấm dứt thai kỳ		Tần số (n=55)	Tỷ lệ (%)
Phương pháp chấm dứt thai kỳ	Sinh ngừa âm đạo	15	27,3
	Mổ lấy thai	40	72,7
Nguyên nhân mổ lấy thai	Do chỉ định sản khoa	39	97,5
	Do đái tháo đường thai kỳ	1	2,5

Kết quả chấm dứt thai kỳ		Tần số (n=55)	Tỷ lệ (%)
Tuổi thai khi CDTK (tuần)	≤ 28 tuần và < 34 tuần	3	5,5
	≤ 34 tuần và < 37 tuần	6	10,9
	≥ 37 tuần	46	83,6

Nhận xét: Kết quả chấm dứt thai kỳ bằng phương pháp mổ lấy thai chiếm đa số 40/55 trường hợp với tỷ lệ 72,7%. Nguyên nhân mổ chủ yếu là do chỉ định sản khoa với 39/40 trường hợp chiếm tỷ lệ 97,5%, có 01/40 trường hợp do đái tháo đường thai kỳ chiếm 2,5%. Tuổi thai chấm dứt thai hầu hết ở thai đủ tháng ≥37 tuần (83,6%).

Bảng 4. Biến chứng ở mẹ có đái tháo đường thai kỳ

Biến chứng	Có		Không	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Suy thai trong chuyển dạ	13	23,6	42	76,4
Sinh non	9	16,4	46	83,6
Tiền sản giật – sản giật	4	7,3	51	92,7
Nhau bong non	1	1,8	54	98,2
Đa ối	0	0	55	100
Băng huyết sau sinh	0	0	55	100

Nhận xét: Suy thai trong chuyển dạ là biến chứng gặp nhiều nhất, tỷ lệ 23,6%, biến chứng nhau bong non chiếm tỷ lệ thấp nhất 1,8%.

### 3.3. Đánh giá kết cục thai kỳ về phía con

Bảng 5. Đặc điểm của con sinh ra từ mẹ có đái tháo đường thai kỳ

Đặc điểm		Tần số (n=55)	Tỷ lệ (%)
Apgar 1 phút sau sinh	<4	0	0
	4-7	6	10,9
	>7	49	89,1
Apgar 5 phút sau sinh	<4	0	0
	4-7	3	5,5
	>7	52	94,5
Cân nặng bé sau sinh	<2500g	4	7,3
	≥2500g đến <4000g	43	78,2
	≥4000g	8	14,5

Nhận xét: Với Apgar 1 phút sau sinh có 06/55 bé (10,9%) có chỉ số từ 4-7 điểm, không có trường hợp <4 điểm. Với Apgar 5 phút sau sinh thì >7 điểm chiếm đa số 94,7%, từ 4-7 điểm chiếm 5,5% và không có trường hợp nào <4 điểm. Thai to ≥4000g có 08/55 trường hợp chiếm tỷ lệ 14,5%.

Bảng 6. Biến chứng ở con sinh ra từ mẹ có đái tháo đường thai kỳ

Biến chứng	Có		Không	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Ngạt sơ sinh				
Theo Apgar 1 phút	6	10,9	49	89,1
Theo Apgar 5 phút	3	5,5	52	94,5
Cân nặng bé				
< 2500g	4	7,3	51	92,7
≥ 4000g	8	14,5	47	85,5

Biến chứng	Có		Không	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Vàng da	7	12,7	48	87,3
Nhiễm trùng sơ sinh	4	7,3	51	92,7
Hạ đường huyết	3	5,5	52	94,5
Đa hồng cầu	2	3,6	53	96,4
Dị tật bẩm sinh	1	1,8	54	98,2
Tử vong chu sinh	0	0	55	100

Nhận xét: Biến chứng ở con: Vàng da 12,7%, Nhiễm trùng sơ sinh 7,3% (04/55), Hạ đường huyết 5,5%, Đa hồng cầu 3,6% và dị tật bẩm sinh 1,8%; không có tử vong.

### 3.4. Đánh giá kết cục thai kỳ chung

Bảng 7. Đánh giá kết cục thai kỳ ở sản phụ có đái tháo đường thai kỳ

Kết cục thai kỳ	Tần số (n=55)	Tỷ lệ (%)
Tốt	24	43,6
Trung bình	31	56,4
Xấu	0	0
Chuyển viện	0	0

Nhận xét: Đánh giá về kết cục thai kỳ chung cho thấy chiếm đa số là trung bình với 31/55 trường hợp chiếm 56,4%, 24/55 trường hợp tốt với 43,6%. Không có kết cục xấu hoặc phải chuyển viện.

## IV. BÀN LUẬN

Kết quả ghi nhận tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ là 19%; kết quả này tương tự với nghiên cứu của Huỳnh Ngọc Duyên với 21,2% [3], Trương Thị Quỳnh Hoa chiếm 21% [4], cao hơn kết quả của Phạm Thị Triều Tiên [9], Nguyễn Thị Phương Yên [11], Ngũ Quốc Vĩ [10] với tỷ lệ dao động từ 8% đến dưới 10%. Và thấp hơn của tác giả Châu Hoàng Sinh (30,3%) [7]. Qua đó, tỷ lệ phát hiện bệnh đái tháo đường thai kỳ thay đổi tùy thuộc vào dân số nghiên cứu, thời điểm thực hiện xét nghiệm, phương pháp sàng lọc một bước hay hai bước, xét nghiệm sàng lọc bằng nghiệm pháp dung nạp đường uống 75gram hay 100gram đường, tiêu chuẩn chẩn đoán theo ADA hay WHO [12], [13], [14]... Việc hạ thấp các tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ theo khuyến cáo hiện nay trên thế giới tuy rằng sẽ làm gia tăng số lượng bệnh nhân được chẩn đoán bệnh, gia tăng chi phí-nhân lực theo dõi và điều trị, nhưng lợi ích lớn nhất là việc phát hiện sớm bệnh ĐTĐTK có thể điều chỉnh bằng chế độ ăn, thay đổi lối sống, nếu có hiệu quả sẽ ít đưa đến việc phải dùng thuốc, giảm thiểu nguy cơ biến chứng thai kỳ cho mẹ - thai.

### 4.1. Đánh giá kết quả theo phương pháp điều trị

Tỷ lệ điều trị chỉ có tiết chế 89,1% tương đồng với nghiên cứu của Ngũ Quốc Vĩ 92,3% [10] cho thấy đa số có thể kiểm soát đường huyết thông qua chế độ ăn hợp lý. Kết quả của Ngũ Quốc Vĩ [10] ghi nhận có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa phương pháp điều trị với mức độ tăng cân trong thai kỳ và không có sự liên quan giữa phương pháp điều trị với số lần sinh con của sản phụ, kết quả này tương tự với nghiên cứu của chúng tôi. Đối với nghiên cứu về liên quan giữa tăng cân trong thai kỳ với cân nặng sơ sinh lúc sinh trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự tương quan rõ rệt, tuy nhiên theo Ngũ Quốc Vĩ [10] sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê, có lẽ do điểm cắt về cân nặng và tăng cân trong 2 nghiên cứu có khác nhau.

#### 4.2. Đánh giá kết cục thai kỳ về phía mẹ

Kết quả chấm dứt thai kỳ bằng phương pháp mổ lấy thai chiếm đa số (72,7% trường hợp). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Thùy Linh [5] và Ngũ Quốc Vĩ [10] với tỷ lệ tương ứng 85,3% và 79,8%. Như vậy, các trường hợp ĐTĐTK có nhiều nguy cơ sản phụ và thai nhi nên phương pháp chấm dứt thai kỳ chủ yếu là mổ lấy thai nhằm giảm nguy cơ chảy máu, nhiễm trùng, suy hô hấp, sang chấn sản khoa [2]. Do đó, tuổi thai được chấm dứt thai kỳ là vấn đề cần được quan tâm; hiện nay tuổi thai chấm dứt thai kỳ các nghiên cứu là ở tuổi thai đủ tháng ( $\geq 37$  tuần)- đây là tuổi thai mà nghiên cứu này quan tâm và theo dõi; khi có các vấn đề về thai phụ và thai nhi sẽ có chỉ định chấm dứt thai kỳ; đảm bảo an toàn cho sản phụ và thai nhi. Tuy nhiên, về thời điểm chấm dứt thai kỳ chủ động, có nhiều ý kiến về thời điểm kết thúc thai kỳ đối với sản phụ ĐTĐTK. Theo ADA [13] “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”, do đó, các bác sĩ lâm sàng thường đánh giá nguy cơ cho mẹ và thai sẽ có chỉ định chấm dứt thai kỳ. Đánh giá tình trạng Mẹ và trẻ sơ sinh: Kết quả khảo sát về biến chứng mẹ của chúng tôi cho thấy có 13 trường hợp suy thai trong chuyển dạ chiếm tỷ lệ 23,6%, có 09 trường hợp sanh non chiếm tỷ lệ 16,4%, 04 trường hợp tiền sản giật chiếm 7,3%, 01 trường hợp có nhau bong non chiếm 1,8% và không có trường hợp nào bị đa ối. Theo kết quả nghiên cứu của Ngũ Quốc Vĩ có 24 trường hợp sanh non chiếm tỷ lệ 23,1%, có 27 trường hợp suy thai trong lúc chuyển dạ chiếm tỷ lệ 26%, 03 trường hợp tiền sản giật chiếm 2,9% và 02 trường hợp có đa ối chiếm 1,9% [10]. Trong khảo sát của tác giả Vũ Bích Nga quan sát thấy tỷ lệ tiền sản giật, đa ối và sanh non ở nhóm ĐTĐTK lần lượt là: 3,9%; 7,8% và 8,7% [6]. Theo nghiên cứu của Lê Thị Thanh Tâm ghi nhận tỷ lệ các biến chứng tiền sản giật, thai chết lưu, đa ối và sanh non lần lượt là: 4,5%; 0,6%; 2,6% và 9,4% [8]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tương đồng các tác giả trên.

#### 4.3. Đánh giá kết cục thai kỳ về phía con

Qua nghiên cứu 55 trẻ sinh ra từ mẹ đái tháo đường thai kỳ, kết quả ngay sơ sinh theo Apgar 1 phút có 06 bé (10,9%), Apgar 5 phút có 03 bé (5,5%); Cân nặng lúc sinh  $< 2500g$  có 04 bé chiếm 7,3%, cân nặng lúc sinh  $\geq 4000g$  có 08 bé chiếm 14,5%; Vàng da sơ sinh có 07 bé (12,7%); Nhiễm trùng sơ sinh có 04 trường hợp (7,3%); đa hồng cầu có 02 bé (3,6%) và dị tật bẩm sinh có 01 bé (1,8%). Không có trường hợp tử vong chu sinh. Tương tự, theo Ngũ Quốc Vĩ nghiên cứu trên 104 trẻ sinh ra từ mẹ ĐTĐTK thì ngay sơ sinh theo Apgar 1 phút có 21 bé (20,2%), Apgar 5 phút có 11 bé (10,6%); Cân nặng lúc sinh  $< 2500g$  có 10 bé chiếm 9,6%, cân nặng lúc sinh  $\geq 4000g$  có 10 bé chiếm 9,6%; Vàng da sơ sinh có 14 bé (13,5%); tử vong chu sinh có 01 trường hợp chiếm 1%. Không có trường hợp nào nhiễm trùng sơ sinh và dị tật bẩm sinh [10]. Còn theo kết quả nghiên cứu của Lê Thị Thanh Tâm, tỷ lệ sơ sinh có chỉ số Apgar phút thứ nhất sau sinh  $< 7$  chiếm 1,3%; tỷ lệ sơ sinh có chỉ số Apgar phút thứ năm sau sinh  $\geq 7$  chiếm 100% [8] và Vũ Bích Nga cho thấy tỷ lệ ngay sơ sinh sau sinh vào khoảng 1,0% [6].

#### 4.4. Đánh giá kết cục thai kỳ chung

Chúng tôi ghi nhận chiếm đa số là kết cục trung bình với 31 trường hợp chiếm 56,4%, 24 trường hợp kết cục tốt với 43,6%. Không có kết cục xấu hoặc phải chuyển viện. Kết quả này của chúng tôi hoàn toàn tương đồng với Ngũ Quốc Vĩ [10], trong đó chiếm đa số là nhóm có kết cục trung bình với tỷ lệ 51%, 48,1% có kết cục tốt và 1% có kết cục xấu.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ 19%. Có sự liên quan giữa phương pháp điều trị với tăng cân trong thai kỳ và giữa tăng cân trong thai kỳ với cân nặng sơ sinh lúc sinh. Biến chứng ở mẹ thường gặp nhất là Suy thai trong chuyển dạ chiếm tỷ lệ 23,6%. Biến chứng ở con nhiều nhất là Thai to  $\geq 4000\text{g}$  chiếm tỷ lệ 14,5%. Thai kỳ có kết cục trung bình với tỷ lệ 56,4%, không có trường hợp xấu và chuyển viện. Kiến nghị tầm soát Đái tháo đường thai kỳ thường quy cho các sản phụ đến khám thai nhằm chẩn đoán và can thiệp sớm để giảm biến chứng cho mẹ và con.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), Đái tháo đường thai kỳ, *Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản*, tr.134-135.
2. Bộ Y tế (2018), Đại cương đái tháo đường thai kỳ - Tầm soát và chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ- Quản lý đái tháo đường thai kỳ, *Hướng dẫn quốc gia dự phòng và kiểm soát đái tháo đường thai kỳ*, tr.1-23.
3. Huỳnh Ngọc Duyên (2018), 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.
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. Trần Thùy Linh (2011), Thái độ xử trí sản khoa đối với sản phụ đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 74(3), tr.66-71.
6. Vũ Bích Nga (2008), Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố nguy cơ của các thai phụ được quản lý thai tại Khoa Sản, Bệnh viện Bạch Mai, Hà Nội, *Tạp Chí Thông tin Y Dược*, 10(1), tr.21-24.
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*, tr.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, tr.54-80.
9. Phạm Thị Triều Tiên (2014), Nghiên cứu giá trị của thử nghiệm đường huyết lúc đói trong sàng lọc đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2013 – 2014, Luận văn Bác sĩ đa khoa, Đại học Y Dược Cần Thơ.
10. Ngô Quốc Vĩ (2019), Nghiên cứu tỷ lệ, các yếu tố liên quan và kết quả sản khoa ở thai phụ điều trị đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện Phụ sản Cần Thơ, Luận văn Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
11. 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.
12. ACOG (2016), Fetal Macrosomia, *ACOG Practice Guidelines*, Bulletin 173(1), pp.1-15.
13. ADA (2019), Standards of medical care in diabetes, *Diabetes Care*, 39(1), pp.36-94.
14. WHO (2018), Diagnosis of gestational diabetes in pregnancy, *The WHO Reproductive Health Library*, 1, pp.1-5.

(Ngày nhận bài: 24/7/2021 – Ngày duyệt đăng: 5/8/2021)