

TỶ LỆ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ VÀ KẾT CỤC THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN CHUYÊN KHOA SẢN NHI SÓC TRĂNG

*Lâm Đức Tâm¹, Trần Khánh Nga¹, Đoàn Thanh Điền¹,
Lê Thị Gái¹, Lê Thị Nhân Duyên¹, Trương Quỳnh Trang¹
Nguyễn Thị Mỹ Hà², Dương Thị Hoàng Yến², Trần Thu Hận²*

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện chuyên khoa Sản Nhi tỉnh Sóc Trăng

**Email: ldtam@ctump.edu.vn*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là một rối loạn chuyển hóa có xu hướng ngày càng nhiều tại Việt Nam. Đái tháo đường thai kỳ làm gia tăng tỷ lệ tử vong ở cả mẹ và thai nhi trong và sau sinh. Chẩn đoán sớm đái tháo đường thai kỳ làm giảm biến chứng lên mẹ và thai nhi. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và đánh giá kết cục thai kỳ tại Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi Sóc Trăng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 1360 thai phụ đơn thai từ 24-28 tuần đến khám thai tại Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi Sóc Trăng từ tháng 11/2019 đến tháng 11/2020. Tất cả thai phụ có làm xét nghiệm dung nạp Glucose 75 gam theo tiêu chí chẩn đoán

của Hiệp hội đái tháo đường Hoa Kỳ 2019. **Kết quả:** Tỷ lệ hiện mắc đái tháo đường thai kỳ của thai phụ là 26,4% (359/1360). Có 93,8% (289/308) kiểm soát đường huyết đạt mục tiêu bằng phương pháp tiết chế và 6,2% (19/308) đường huyết đạt mục tiêu điều trị với insulin phối hợp với tiết chế. Tuổi thai khi kết thúc thai kỳ từ 32 - <37 tuần là 22,1% (68/308) và ≥ 37 tuần là 77,9% (240/308). Biến chứng mẹ: Đa ối 1,0% (3/308), tiền sản giật 3,6% (11/308), suy thai trong chuyển dạ 28,6% (88/308). Biến chứng con: Sinh non 22,1% (68/308), cân nặng ≥ 4000 g là 9,7% (30/308), ngạt nặng theo Apgar 1 phút là 1,0% (3/308) và theo Apgar 5 phút là 0,7% (2/308), hạ đường huyết sau sinh là 3,2% (10/308), vàng da 11,4% (35/308) và không có tử vong chu sinh. **Kết luận:** Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ có tỷ lệ khá cao. Đái tháo đường thai kỳ cần được quan tâm hơn để có thể phát hiện sớm, từ đó có kế hoạch chăm sóc để giảm nguy cơ cho mẹ và con.

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

ABSTRACT

GENERAL DIABETES AND GENERAL OUTCOMES AT SOC TRANG HOSPITAL FOR WOMEN AND CHILDREN

Lam Duc Tam¹, Tran Khanh Nga¹, Doan Thanh Dien¹,
Le Thi Gai¹, Le Thi Nhan Duyen¹, Truong Quynh Trang¹,
Nguyen Thi My Ha², Duong Thi Hoang Yen², Tran Thu Han²

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Soc Trang Obstetrics and Pediatrics Hospital

Background: Gestational diabetes mellitus (GDM) is a metabolic disorder with increasing trends in Vietnam. Gestational diabetes increases maternal and fetal mortality during and after birth. Early diagnosis of gestational diabetes reduces complications for the mother and fetus. **Objectives:** To survey the prevalence of gestational diabetes and evaluate the outcome of pregnancy at Soc Trang Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study of 1360 women with singleton pregnancies from 24-28 weeks to antenatal care at Soc Trang Obstetrics and Pediatrics Hospital from November 2019 to November 2020. All pregnant women had an oral glucose tolerance test of 75 grams according to the diagnostic criteria of the American Diabetes Association 2019. **Results:** The prevalence of gestational diabetes mellitus in pregnant women was 26.4%. There were 93.8% of blood sugar control goals achieved by the method of abstinence and 6.2% of blood sugar reached the goal of treatment with insulin combined with abstinence. Gestational age at the end of pregnancy from 32 - < 37 weeks was 22.1% and ≥ 37 weeks was 77.9%. Maternal complications: Polyhydramnios 1.0%, preeclampsia 3.6%, fetal distress in labor 28.6%. Child complications: Premature birth 22.1%, weight ≥ 4000 g was 9.7%, severe asphyxia according to Apgar 1 minute was 1.0% and Apgar 5 minutes was 0.7%, postpartum hypoglycemia was 3.2%, jaundice 11.4% and no perinatal mortality. **Conclusions:** The rate of gestational diabetes mellitus is quite high. Gestational diabetes mellitus needs more attention so that it can be detected early, so that a care plan can be taken to reduce the risk for mother and child.

Keywords: Gestational diabetes (GDM), screening for GDM.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ cho đến nay vẫn là một trong những bệnh lý chuyển hóa đang được quan tâm hàng đầu [11]. Bệnh đang có khuynh hướng tăng nhanh trên toàn thế giới [3]. Đặc biệt, tại Việt Nam, nếu như trước đây tỷ lệ phát hiện bệnh thấp, chỉ khoảng 3% - 4% thì đến năm 2012, số bệnh nhân Đái tháo đường thai kỳ đã gia tăng đến 20% tổng số lượt khám thai hàng năm [2]. Điều này đã khẳng định người Việt Nam là một trong những đối tượng có nguy cơ cao mắc Đái tháo đường thai kỳ như các Hiệp Hội về sản phụ khoa trên toàn thế giới đã báo cáo [8].

Đái tháo đường thai kỳ liên quan đến nhiều rối loạn chuyển hóa, các bệnh lý, kèm theo làm gia tăng tử suất ở thai phụ và thai nhi [1], [9], [10]. Nhiều nghiên cứu cho thấy nếu được chẩn đoán sớm và quản lý tốt tình trạng đường huyết có thể giúp thai phụ cải thiện được kết cục thai kỳ [2], [11], [12]. Do đó, làm cách nào để chẩn đoán sớm bệnh rất được ngành sản khoa chú trọng [8]. Tuy rằng nhờ vào những thay đổi tích cực trong quy trình sàng lọc đã làm tăng khả năng phát hiện Đái tháo đường thai kỳ tiềm ẩn trong dân số nhưng việc phát hiện ra các đối tượng có nguy cơ cao bị rối loạn dung nạp đường mới chính là mục tiêu được các nhà khoa học quan tâm nhất hiện nay. Thực hiện theo khuyến cáo của Bộ Y tế trong thời gian qua Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi Sóc Trăng triển khai tư vấn thai phụ làm xét nghiệm dung nạp 75 gam glucose uống với mong muốn phát hiện sớm bệnh đái tháo đường thai kỳ nhằm giảm nguy cơ biến chứng trên thai phụ và thai nhi. Để góp phần đánh giá tỷ lệ và kết cục thai kỳ của bệnh lý này tại Sóc Trăng, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài “Nghiên cứu tỷ lệ và kết cục thai kỳ ở thai phụ điều trị đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi Sóc Trăng”, với các mục tiêu là: Khảo sát tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và đánh giá kết cục thai kỳ ở thai phụ điều trị đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi Sóc Trăng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Có 1360 thai phụ đơn thai từ 24-28 tuần đến khám thai tại Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi Sóc Trăng từ tháng 11/2019 đến tháng 11/2020. Tất cả sản phụ có làm xét nghiệm dung nạp Glucose 75 gam theo tiêu chí chẩn đoán của Hiệp hội đái tháo đường Hoa Kỳ 2019 [11].

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Sản phụ được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ trong số các sản phụ được tầm soát đái tháo đường thai kỳ khi khám thai tại Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi Sóc Trăng, đồng thời tuân thủ đúng quy trình theo dõi và điều trị đái tháo đường thai kỳ cho đến khi vào sanh tại Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi Sóc Trăng. 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 hóa 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 hóa 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:** Xác định cỡ mẫu theo các mục tiêu: Mục tiêu 1 cỡ mẫu được tính theo

công thức
$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$
 với p là 0,074 (Theo Nguyễn Thị Phương Yên – 2018) và d=0,015 [8]. Cỡ mẫu được tính theo công thức là 1340 trường hợp và thực tế lấy được 1360 trường hợp. Mục tiêu 2: Chọn tất cả những trường hợp được chẩn đoán ĐTĐTK.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Xác định tỷ lệ ĐTĐTK bằng xét nghiệm dung nạp 75 gam glucose uống.

+ Đánh giá kết quả theo phương pháp điều trị: Phương pháp điều trị: Tiết chế (Chế độ ăn và luyện tập) và Tiết chế phối hợp với sử dụng Insulin.

+ Đánh giá kết quả kết cục thai kỳ về phía Mẹ: Kết quả chấm dứt thai kỳ của sản phụ ĐTĐTK; 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 sơ sinh; 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 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, chúng tôi chọn được 359 trường hợp có ĐTĐTK. Chúng tôi bị mất dấu 51 ca trong quá trình theo dõi điều trị, chỉ có 308 trường hợp được theo dõi và sanh tại Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi Sóc Trăng. Kết quả như sau:

3.1. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và phương pháp điều trị

Bảng 1. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và phương pháp điều trị

Đái tháo đường thai kỳ		Tần số	Tỷ lệ (%)
Có đái tháo đường thai kỳ	Điều trị tiết chế	289 (93,8%)	26,4
	Điều trị tiết chế + Insulin	19 (6,2%)	
Không		1001	73,6
Tổng		1360	100,0

Nhận xét: Có 359/1360 thai phụ được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ chiếm tỷ lệ 26,4% (KTC95%: 24,1% - 28,7%). Đa số là điều trị tiết chế với 289/308 trường hợp chiếm 93,8%.

3.2. Đánh giá kết cục thai kỳ

3.2.1. Đánh giá kết cục thai kỳ về phía mẹ

Bảng 2. Kết cục thai kỳ theo tuổi thai khi kết thúc thai kỳ ở đái tháo đường thai kỳ

Tuổi thai (tuần)	Kết cục thai kỳ của thai phụ ĐTĐTK (%)					Tổng (%)
	Sinh ngã ÂĐ	Mổ lấy thai (nguyên nhân)				
		TSG	Suy thai	Đau VMC	CDNTT	
< 37	8	10	30	18	2	68 (22,1)
≥ 37	50	0	58	102	30	240 (77,9)
Tổng	58 (18,8)	10 (3,2)	88 (28,6)	120 (39,0)	32 (10,4)	308(100)

- Nhận xét: Trong 308 trường hợp ĐTĐTK chấm dứt thai kỳ, 100% là do các chỉ định sản khoa, không có trường hợp nào chỉ định vì không kiểm soát được đường huyết, có 18,8% (58/308) trường hợp sinh ngã âm đạo và 81,2% (250/308) trường hợp có kết cục mổ lấy thai, trong đó mổ lấy thai vì đau vết mổ cũ chiếm tỷ lệ cao nhất với 39,0% (120/308). Tuổi thai khi kết thúc thai kỳ đa số ≥ 37 tuần chiếm tỷ lệ 77,9% (240/308).

Bảng 3. Biến chứng ở mẹ có đái tháo đường thai kỳ

Biến chứng (n=308)	Có		Không	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Đa ối	3	1,0	305	99,0
Tiền sản giật – sản giật	11	3,6	297	96,4
Nhau bong non	0	0,0	308	100,0
Suy thai trong chuyển dạ	88	28,6	220	71,4
Băng huyết sau sinh	2	0,7	306	99,3

Nhận xét: Có 88 trường hợp suy thai trong chuyển dạ chiếm tỷ lệ 28,6%. Có 3 trường hợp đa ối và 11 trường hợp tiền sản giật chiếm tỷ lệ 1,0% và 3,6%. Có 3 trường hợp băng huyết sau sinh chiếm tỷ lệ 0,7%. Không có trường hợp nào có nhau bong non.

3.2.2. Đánh giá kết cục thai kỳ về phía con

Bảng 4. Chỉ số Apgar 1 phút và 5 phút sau sinh của trẻ sơ sinh

Apgar 1 phút sau sinh	Tần số	Tỷ lệ (%)
< 4	3	1,0
4 – 7	53	17,2
> 7	252	81,8
Tổng	308	100,0
Trung bình: 7,49 ± 1,2	Thấp nhất: 1	Cao nhất: 8
Apgar 5 phút sau sinh	Tần số	Tỷ lệ (%)
< 4	2	0,7
4 – 7	28	9,0
> 7	278	90,3
Tổng	308	100,0
Trung bình: 8,54 ± 0,97	Thấp nhất: 3	Cao nhất: 9

Nhận xét: Có 252 trường hợp Apgar 1 phút sau sinh > 7 chiếm tỷ lệ 81,8%, nhóm Apgar < 4 có 3 trường hợp chiếm tỷ lệ 1,0%. Có 278 trường hợp Apgar 5 phút sau sinh > 7 chiếm tỷ lệ 90,3%, nhóm Apgar < 4 có 2 trường hợp chiếm tỷ lệ 0,6%.

Bảng 5. Biến chứng ở con sinh ra từ mẹ có đái tháo đường thai kỳ

Biến chứng (n=308)	Có		Không	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Sinh non	68	22,1	240	77,9
Cân nặng bé < 2500g	21	6,8	287	93,2
≥ 4000g	30	9,7	278	90,3
Ngạt nặng Apgar 1 phút	3	1,0	305	99,0
Apgar 5 phút	2	0,7	306	99,3
Hạ đường huyết	10	3,2	298	96,8
Vàng da	35	11,4	273	88,6
Nhiễm khuẩn sơ sinh	26	8,4	282	91,6
Dị tật bẩm sinh	0	0,0	308	100,0
Tử vong chu sinh	0	0,0	308	100,0

Nhận xét: Có 21 trường hợp CNSS <2500g (6,8%) và 30 trường hợp CNSS ≥4000g (9,7%). Có 10 trường hợp hạ đường huyết sơ sinh (3,2%), 35 trường hợp vàng da sinh lý (11,4%), 3 trường hợp Apgar 1 phút <4 (1,0%) và 2 trường hợp Apgar 5 phút <4 (0,7%).

Bảng 6. Nguyên nhân nhập khoa Nhi theo dõi ở trẻ có mẹ đái tháo đường thai kỳ

Chẩn đoán nhập khoa Nhi	Tần số	Tỷ lệ (%)
Non tháng	35	47,9
Suy hô hấp	28	38,4
Thai to phải theo dõi đường huyết	10	13,7
Tổng	73	100,0

Nhận xét: Có 73 trẻ phải nhập khoa sơ sinh theo dõi, nguyên nhân gồm: Non tháng 35 trẻ (47,9%), suy hô hấp sơ sinh 28 trẻ (38,4%) và thai to theo dõi hạ đường huyết 10 trẻ (13,7%)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và phương pháp điều trị

Tỷ lệ ĐTĐTK trong nghiên cứu của chúng tôi là 26,4% (KTC95%: 24,1% – 28,7%). Có thể thấy một xu hướng chung là tỷ lệ ĐTĐTK đang tăng dần qua các năm. Rõ ràng ĐTĐTK đã trở thành một vấn đề không nhỏ, vì vậy các bác sĩ lâm sàng sản khoa cần lưu ý hơn nữa tới vấn đề này, đặc biệt là việc phát hiện các yếu tố nguy cơ và sàng lọc sớm ĐTĐTK cho các sản phụ có tuổi thai từ 24-28 tuần. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Huỳnh Ngọc Duyên với tỷ lệ ĐTĐTK là 21,2% [3], Châu Hoàng Sinh với tỷ lệ là 30,3% [6].

4.2. Đánh giá kết cục thai kỳ

Trong 308 sản phụ đái tháo đường thai kỳ trong nhóm nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận tuổi thai chấm dứt thai kỳ đa số ≥ 37 tuần chiếm 77,9% (240 sản phụ) và nhóm sản phụ có tuổi thai < 37 tuần chiếm thấp hơn là 22,1% (68 sản phụ). Tuổi thai chấm dứt thai kỳ thấp nhất là 32 tuần và cao nhất là 40 tuần. Trong nghiên cứu của Lê Thị Thanh Tâm [7], tuổi thai khi sinh trung bình của các sản phụ ĐTĐTK là $39,5 \pm 1,5$ tuần, thấp nhất là 30 tuần, cao nhất là 42 tuần. Có 2 trường hợp sinh 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].

Ở 308 sản phụ được chẩn đoán ĐTĐTK và được theo dõi trong nghiên cứu, sau khi được hướng dẫn chế độ ăn tiết chế và luyện tập để kiểm soát đường huyết ghi nhận có 19 trường hợp không đạt mức đường huyết mục tiêu cần điều trị phối hợp với insulin chiếm tỷ lệ 6,2% (19/308). Các trường hợp này sau khi điều chỉnh phối hợp với insulin đều đạt mức đường huyết mục tiêu. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Lê Thị Thanh Tâm với tỷ lệ sản phụ đạt mức đường huyết mục tiêu bằng điều chỉnh chế độ ăn chiếm 90,6%, tỷ lệ tuân thủ điều trị phối hợp insulin chiếm 3,6% và không tuân thủ phối hợp insulin chiếm 5,8% [7]. Theo Vũ Bích Nga, tỷ lệ sản phụ ĐTĐTK chỉ cần thực hiện chế độ ăn và luyện tập đã kiểm soát được đường huyết chiếm tỷ lệ chỉ 77,7%, thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Tỷ lệ sản phụ phải điều trị phối hợp với insulin chiếm 22,3%, chủ yếu ở 3 tháng giữa và cuối thai kỳ [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 250 sản phụ phải mổ lấy thai chiếm tỷ lệ 81,2% và 58 sản phụ sinh thường (18,8%), không có trường hợp nào phải sinh thủ thuật. Các nguyên nhân mổ lấy thai bao gồm: Đau vết mổ lấy thai cũ, suy thai, chuyển dạ ngưng tiến triển và tiền sản giật. Tác giả Trần Thùy Linh cũng cho thấy tỷ lệ mổ sinh rất cao: 85,33% với các nguyên nhân do: Thai to, thai suy, nhau tiền đạo, vết mổ cũ, đầu không lọt và vì ĐTĐTK đơn thuần [4]. Còn trong khảo sát của Lê Thị Thanh Tâm có tỷ lệ mổ sinh chung là 41,5% với 37,9% trong nhóm điều trị đạt mục tiêu và 75,9% trong nhóm điều trị không đạt mục tiêu [7].

Kết quả khảo sát của chúng tôi có 68 trường hợp sinh non chiếm tỷ lệ 22,1 %, có 88 trường hợp có suy thai trong lúc chuyển dạ chiếm tỷ lệ 28,6%, 30 trường hợp thai to $\geq 4000g$ (9,7%) và 21 trường hợp sinh trẻ nhẹ cân $< 2500g$ (6,8%). Trong khảo sát của tác giả Vũ Bích Nga quan sát thấy tỷ lệ tiền sản giật, đa ối và sinh non ở nhóm ĐTĐTK lần lượt là: 3,9%; 7,8% và 8,7% [5]. Còn tác giả Lê Thị Thanh Tâm ghi nhận tỷ lệ các 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%[7]. Biện chứng quan trọng sau sinh ở bé là ngạt được quan sát bằng chỉ số Apgar. Trong nghiên cứu của chúng tôi, Apgar 1 phút < 4 có 3 trường hợp chiếm tỷ lệ 1,0%, Apgar 5 phút < 4 có 2 trường hợp chiếm tỷ lệ 0,7%. Có 10 trường hợp trẻ sinh ra khi mẹ ĐTĐTK bị hạ đường huyết sơ sinh trong số 308 bé (3,2%). Theo kết quả nghiên cứu của tác giả 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 ≥ 7 chiếm 100% [7] và Vũ Bích Nga cho thấy tỷ lệ ngạt sơ sinh sau sinh vào khoảng 1,0% [5]. Trong 308 trẻ sơ sinh có mẹ ĐTĐTK được theo dõi trong nghiên cứu, có 73 trẻ phải nhập khoa sơ sinh theo dõi, các nguyên nhân được ghi nhận là trẻ sơ sinh non tháng 35 trẻ (47,9%), suy hô hấp sơ sinh 28 trẻ (38,4%) và ít nhất là do thai to theo dõi hạ đường huyết 10 trẻ (13,7%).

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ chiếm tỷ lệ còn khá cao chiếm 26,4% và để lại nhiều hậu quả nghiêm trọng cho cả mẹ và con. Việc tầm soát và chẩn đoán sớm đái tháo đường thai kỳ đồng thời cùng với việc kiểm soát tốt đường huyết có thể giúp giảm biến chứng cho mẹ, giảm bệnh lý và giảm tỷ lệ tử vong chu sinh cho 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. 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.
5. Vũ Bích Nga (2008), Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố nguy cơ của các sản 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.
6. 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.
7. Lê Thị Thanh Tâm (2017), *Nghiên cứu phân bố - một số yếu tố liên quan và kết quả sản khoa ở sản phụ đái tháo đường thai kỳ*, Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội, trang 54 - 80.
8. 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.
9. AADE (2018), Gestational Diabetes Mellitus, *AADE Practice paper*, pp. 1-8.
10. ACOG (2016), Fetal Macrosomia, *ACOG Practice Guidelines*, Bulletin 173(1), pp. 1 - 15.
11. ADA (2019), Standards of medical care in diabetes, *Diabetes Care*, 37(1), pp. 11 - 34.
12. Al-Rifai R.H. (2018), Prevalence of type 2 diabetes, prediabetes, and gestational diabetes mellitus in women of childbearing age in Middle East and North Africa, 2000–2017: Protocol for two systematic reviews and meta-analyses, *Al-Rifai and Aziz Systematic Reviews*, 7(96), pp. 1 - 7.

(Ngày nhận bài: 12/01/2022 - Ngày duyệt đăng: 17/02/2022)