

**ĐÁNH GIÁ KẾT CỤC THAI KỲ Ở SẢN PHỤ CÓ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ
TẠI BỆNH VIỆN CHUYÊN KHOA SẢN NHI SÓC TRĂNG**

Lâm Đức Tâm^{1}, Nguyễn Thị Mỹ Hà², Ngũ Quốc Vĩ¹,
Nguyễn Thị Thu¹, Lê Thị Nhân Duyên¹, Phạm Thị Minh¹,
Phan Thị Ánh Nguyệt¹, Dương Thị Hoàng Yến², Trần Thu Hân²*

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi Sóc Trăng

*Email: ldtam@ctump.edu.vn

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 khuynh hướng tăng nhanh trên toàn thế giới. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết cục thai kỳ ở sản phụ có đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi Sóc Trăng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 359 sản phụ được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ vào sanh tại Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi Sóc Trăng từ tháng 11/2019-11/2020. **Kết quả:** Điều trị tiết chế với tỷ lệ 93,8%. Mổ lấy thai chiếm 81,2%. Mổ do chỉ định sản khoa có tỷ lệ 100,0%, Chấm dứt thai kỳ ở nhóm thai ≥ 37 tuần là 77,9%. Suy thai trong chuyển dạ có 28,6%. Đau vết mổ cũ chiếm 39,0%. Thai kỳ có kết cục trung bình với tỷ lệ 51,9%, có 2 trường hợp xấu chiếm 0,7%. **Kết luận:** Việc tầm soát, chẩn đoán sớm và kiểm soát tốt đường huyết giúp giảm biến chứng cho mẹ, giảm bệnh lý và giảm tỷ lệ tử vong chu sinh 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 (ĐTĐTK), tầm soát ĐTĐTK.

ABSTRACT

**EVALUATION PREGNANCY OUTCOMES OF PREGNANT WOMEN
WITH GESTATIONAL DIABETES MELLITUS AT SOC TRANG
HOSPITAL FOR WOMEN AND CHILDREN**

*Lam Duc Tam¹, Nguyen Thi My Ha², Ngu Quoc Vi¹,
Nguyen Thi Thu¹, Le Thi Nhan Duyen¹, Pham Thi Minh¹,
Phan Thi Anh Nguyet¹, 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 currently a major concern among metabolic diseases in pregnant women. This disease tends to increase rapidly worldwide. **Objectives:** To evaluate the pregnancy outcomes in pregnant women diagnosed with gestational diabetes mellitus at Soc Trang Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 359 pregnant women diagnosed with gestational diabetes mellitus and delivered at Soc Trang Obstetrics and Pediatrics Hospital from November 2019 to November 2020. **Results:** The rates of abstinence therapy, caesarean section, and caesarean section performed based on obstetric indications were 93.8%, 81.2%, and 100.0%, respectively. Termination of ≥ 37 weeks pregnancy, fetal distress in labor, and C-section scar pain accounted for 77.9%, 28.6%, and 39.0%, respectively. The average outcome pregnancy rate was 51.9%, with two bad cases accounting for 0.7%. **Conclusions:** Early screening, diagnosis, and good blood glucose control help lessen complications for the mother, lower morbidity, and reduce the perinatal mortality rate for the baby. Routine screening for gestational diabetes mellitus is recommended for pregnant women attending antenatal care.

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 đang có khuynh hướng tăng nhanh trên toàn thế giới. Đặc biệt, tại Việt Nam, nếu như trước đây tỷ lệ phát hiện bệnh thấp, chỉ khoảng 3% - 4% [8] thì đến năm 2012, số bệnh nhân Đái tháo đường thai kỳ đã gia tăng đến 20% tổng số lượt khám thai hàng năm [1]. 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 [14].

Đái tháo đường thai kỳ liên quan đến nhiều rối loạn chuyển hóa, các bệnh lý, kèm theo làm gia tăng tử suất ở sản phụ và thai nhi [12], [13]. Nhiều nghiên cứu cho thấy nếu được chẩn đoán sớm và quản lý tốt tình trạng đường huyết có thể giúp sản phụ cải thiện được kết cục thai kỳ [3], [4]. Do đó, làm cách nào để chẩn đoán sớm bệnh rất được ngành sản khoa chú trọng. 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 [2]. 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 **“Đánh giá kết cục thai kỳ ở sản phụ có đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi Sóc Trăng”**, với mục tiêu đánh giá kết cục thai kỳ ở sản phụ được chẩn đoán ĐTĐTK tại Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi Sóc Trăng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

359 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 sanh tại Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi Sóc Trăng từ tháng 11/2019-11/2020.

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.

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 những sản phụ được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ trong số các sản phụ được tầm soát khi khám thai thỏa tiêu chí chọn mẫu ($n \geq 30$).

Nội dung nghiên cứu:

- Phương pháp điều trị: Phương pháp điều trị tiết chế: bao gồm phối hợp giữa tập luyện và điều chỉnh chế độ ăn phù hợp;

+ Tập luyện: ít nhất 30 phút mỗi ngày chia làm nhiều lần, có thể đi bộ hoặc tập tay lúc ngồi trong 10 phút sau ăn và phải duy trì trong suốt thai kỳ

+ Điều chỉnh chế độ ăn: giảm ăn mặn với tối đa 5g muối mỗi ngày, không sử dụng thực phẩm có chứa chất kích thích và giảm các loại gia vị, bổ sung rau hoặc chất xơ 400g mỗi ngày, sử dụng ngũ cốc nguyên hạt thay vì gạo trắng, hạn chế tối đa đồ ngọt, ăn từ 15 đến 20 loại thực phẩm mỗi ngày, chia làm 5 hoặc 6 bữa ăn trong ngày.

Sau 2 tuần tiết chế, thai phụ sẽ được kiểm tra lại đường huyết. Trong quá trình điều trị tiết chế cần đạt các mục tiêu: đường huyết đói < 5,3mmol/L; đường huyết sau ăn 1 giờ < 7,8mmol/L; đường huyết sau ăn 2 giờ < 6,7mmol/L, HbA1c < 6% và không có dấu hiệu hạ đường huyết. Bắt đầu điều trị insulin khi có ≥ 2 giá trị glucose máu lúc đói > 5.8 mmol/l và/ hoặc ≥ 2 giá trị glucose máu sau ăn 2 giờ > 7.2 mmol/l trong 1 – 2 tuần theo dõi liên tục theo khuyến cáo của Bộ Y tế Việt Nam, Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA) và Hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG) [12], [13]. Thai phụ được điều trị bằng Insulin vẫn phải duy trì phương pháp điều trị tiết chế (tập luyện + điều chỉnh chế độ ăn). Phụ nữ bị đái tháo đường thai kỳ cần được theo dõi và kiểm soát đường huyết bởi các bác sĩ Sản khoa (có chứng chỉ nội tiết) và/hoặc bác sỹ chuyên khoa Nội tiết - Đái tháo đường [1], [2]. Trước sinh mức đường huyết cần đạt mục tiêu trong khoảng từ 4 – 7 mmol/L [2]. Thai phụ sẽ được hẹn tái khám mỗi 4 tuần một lần đến tuần thứ 32 thai kỳ và hẹn tái khám mỗi 2 tuần một lần từ tuần thứ 32 trở đi. Vào mỗi lần tái khám, thai phụ được ghi nhận cân nặng, phù, dấu hiệu sinh tồn như mạch, huyết áp, nhiệt độ, xét nghiệm đường huyết, HbA1c (sau 3 tháng), xét nghiệm nước tiểu, đo bề cao tử cung, nghe tim thai, xác định ngôi thai, ước lượng cân nặng thai nhằm theo dõi sự phát triển, sức khỏe thai nhi cũng như sức khỏe mẹ. Nếu thai kỳ với glucose huyết tương thai phụ ổn định và sức khỏe thai nhi bình thường, theo dõi thai kỳ như các trường hợp thông thường. Nếu có vấn đề, sẽ chấm dứt thai kỳ.

- 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; Liên quan phương pháp điều trị với mức độ tăng cân trong thai kỳ và số lần sinh con; Liên quan 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 của sản phụ ĐĐTĐK; 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 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, chúng tôi chọn được **359 trường hợp** có đái tháo đường thai kỳ. Chúng tôi bị mất dấu 51 ca, 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. Đánh giá kết quả theo phương pháp điều trị

Bảng 1. Phương pháp điều trị đái tháo đường thai kỳ

| Phương pháp điều trị | Tần số (n=55) | Tỷ lệ (%) |
|----------------------|---------------|-----------|
| Tiết chế | 289 | 93,8 |
| Tiết chế + Insulin | 19 | 6,2 |

TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC CẦN THƠ – SỐ 46/2022

| Phương pháp điều trị | Tần số (n=55) | Tỷ lệ (%) |
|----------------------|---------------|-----------|
| Tổng | 308 | 100 |

Nhận xét: Đa số là điều trị tiết chế với 289/308 trường hợp chiếm 93,8%.

Bảng 2. Liên quan phương pháp điều trị với mức độ tăng cân trong thai kỳ và số lần sinh con

| Đặc điểm | | Tiết chế Tần số (%) | Tiết chế + Insulin Tần số (%) | P |
|-----------------|---------|------------------------|----------------------------------|------|
| Tăng cân | < 18 kg | 225 (77,9) | 13 (68,4) | 0,40 |
| | ≥ 18 kg | 64 (22,1) | 6 (31,6) | |
| Số lần sinh con | Con so | 110 (91,7) | 10 (8,3) | 0,21 |
| | Con ẵ | 179 (95,2) | 9 (4,8) | |

Nhận xét: Sự liên quan không có ý nghĩa thống kê giữa phương pháp điều trị với mức độ tăng cân trong thai kỳ và số lần sinh con của sản phụ với $p > 0,05$.

3.2. Đánh giá kết cục thai kỳ về phía mẹ

Bảng 3. Kết cục thai kỳ theo tuổi thai khi kết thúc thai kỳ ở sản phụ ĐTĐTK

| Tuổi thai (tuần) | Kết cục thai kỳ của sản phụ ĐTĐTK (%) | | Tổng (%) |
|------------------|---------------------------------------|-------------|------------|
| | Sinh ngã Âm Đạo | Mổ lấy thai | |
| < 37 | 8 | 60 | 68 (22,1) |
| ≥ 37 | 50 | 190 | 240 (77,9) |
| Tổng | 58 (18,8) | 250 (81,2) | 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 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 | 88 | 28,6% | 220 | 71,4% |
| Tiền sản giật – sản giật | 11 | 3,6% | 297 | 96,4% |
| Nhau bong non | 0 | 0,0% | 308 | 100,0% |
| Đa ối | 3 | 1,0% | 305 | 99,0% |
| Băng huyết sau sinh | 2 | 0,7% | 306 | 99,3% |

Nhận xét: Suy thai trong chuyển dạ là biến chứng gặp nhiều nhất trong các sản phụ có ĐTĐTK với 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 ghi nhận biến chứng nhau bong non.

3.3. Đánh giá kết cục thai kỳ về phía con

Bảng 5: Chỉ số Apgar 1 phút, 5 phút của con sinh ra từ mẹ có đái tháo đường thai kỳ

| Apgar 1 phút sau sinh | Tần số (n=55) | Tỷ lệ (%) |
|-----------------------|---------------|-----------|
| < 4 | 3 | 1,0 |
| 4 – 7 | 53 | 17,2 |
| > 7 | 252 | 81,8 |

TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC CẦN THƠ – SỐ 46/2022

| Apgar 1 phút sau sinh | Tần số (n=55) | Tỷ lệ (%) |
|-----------------------|---------------|-----------|
| < 4 | 2 | 0,7 |
| 4 – 7 | 28 | 9,0 |
| > 7 | 278 | 90,3 |

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

| Biểu chứng | Có | | Không | |
|---------------------|--------|-----------|--------|-----------|
| | Tần số | Tỷ lệ (%) | Tần số | Tỷ lệ (%) |
| Ngạt sơ sinh | | | | |
| Theo Apgar 1 phút | 3 | 1,0% | 305 | 99,0% |
| Theo Apgar 5 phút | 2 | 0,7% | 306 | 99,3% |
| Cân nặng bé | | | | |
| < 2500g | 21 | 6,8% | 287 | 93,2% |
| ≥ 4000g | 30 | 9,7% | 278 | 90,3% |
| Vàng da | 35 | 11,4% | 273 | 88,6% |
| Nhiễm trùng sơ sinh | 26 | 8,4% | 282 | 91,6% |
| Hạ đường huyết | 10 | 3,2% | 298 | 96,8% |
| 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%).

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 | 146 | 47,4% |
| Trung bình | 160 | 51,9% |
| Xấu | 2 | 0,7% |
| Chuyển viện | 0 | 0,0% |
| Tổng | 308 | 100% |

Nhận xét: Kết cục thai kỳ có 47,4% ở nhóm tốt, 51,9% có kết cục trung bình và 0,7% có kết cục xấu.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đánh giá kết quả theo phương pháp điều trị

Tỷ lệ điều trị chỉ có tiết chế 93,8% 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. Trong nghiên cứu của Ngũ Quốc Vĩ [10] cho thấy 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 không có sự tương quan rõ rệt, theo Ngũ Quốc Vĩ

[10] sự khác biệt này cũng không có ý nghĩa thống kê, vì điểm cắt về cân nặng và tăng cân trong 2 nghiên cứu có phần tương đồng 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 (81,2% 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 (≥ 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 88 trường hợp suy thai trong chuyển dạ chiếm tỷ lệ 28,6%, có 2 trường hợp băng huyết sau sinh chiếm tỷ lệ 0,7%, 11 trường hợp tiền sản giật chiếm 3,6%, 03 trường hợp có đa ối chiếm 1,0% và không có trường hợp nào bị nhau bong non. Theo kết quả nghiên cứu của Ngũ Quốc Vĩ có 24 trường hợp sinh 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 sinh 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 sinh 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 308 trẻ sinh ra từ mẹ ĐTĐTK, chúng tôi ghi nhận: Ngạt sơ sinh theo Apgar 1 phút có 03 bé (1,0%), Apgar 5 phút có 02 bé (0,7%); Cân nặng lúc sinh < 2500 gram có 21 bé chiếm 6,8%, cân nặng lúc sinh ≥ 4000 gram có 30 bé chiếm 9,7%; Vàng da sơ sinh có 35 bé (11,4%); Nhiễm trùng sơ sinh có 26 trường hợp (8,4%); không có trường hợp dị tật bẩm sinh và tử vong chu sinh. Tương tự, theo Ngũ Quốc Vĩ nghiên cứu trên 104 trẻ sinh ra từ mẹ ĐTĐTK thì ngạt sơ sinh theo Apgar 1 phút có 21 bé (20,2%), Apgar 5 phút có 11 bé (10,6%); Cân nặng lúc sinh < 2500 gram có 10 bé chiếm 9,6%, cân nặng lúc sinh ≥ 4000 gram 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 ≥ 7 chiếm 100% [8] và Vũ Bích Nga cho thấy tỷ lệ ngạt sơ 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

Đái tháo đường thai kỳ 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. Kiến nghị các cơ sở có quản lý thai nghén nên đưa chương trình tầm soát ĐTĐTK cho sản phụ tuổi thai từ 24 – 28 tại đơn vị một cách thường quy.

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 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*, 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. 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 sỹ đa khoa, Đại học Y Dược Cần Thơ.
10. Ngũ 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, 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: 12/01/2022 – Ngày duyệt đăng: 07/02/2022)
