

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN VÀ KẾT CỤC THAI KỲ Ở THAI PHỤ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

Đỗ Văn Hiệp⁽¹⁾, Nguyễn Thị Kim Anh⁽²⁾

(1) Bác sĩ nội trú Sản Phụ Khoa, (2) Đại học Y Dược Huế

DOI: 10.46755/vjog.2018.2.507

Từ khóa: đái tháo đường thai kỳ.

Keywords: Gestational Diabetes Mellitus (GDM).

Tóm tắt

Mục tiêu: Nghiên cứu các yếu tố liên quan và kết cục thai kỳ ở thai phụ đái tháo đường thai kỳ.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu dọc trên hai nhóm thai phụ đái tháo đường thai kỳ hoặc không đến khám, theo dõi và kết thúc thai kỳ tại khoa sản Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2017.

Kết quả: Đái tháo đường thai kỳ chiếm 8,9% thai phụ. Các yếu tố nguy cơ của đái tháo đường thai kỳ: tuổi mẹ, tình trạng thừa cân béo phì trước mang thai, tiền sử gia đình và tiền sử sinh con to ≥ 3500 gram, nhóm đái tháo đường thai kỳ chiếm tỷ lệ cao và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Quản lý thai nghén tốt biểu hiện bằng: chỉ số glucose máu đói, HbA1c và tăng cân trong thai kỳ đạt mục tiêu khuyến cáo. Tỷ lệ mổ lấy thai: nhóm đái tháo đường thai kỳ là 57,5% và nhóm chứng là 32,5% ($p < 0,05$). Các tai biến chu sinh ở con như: quá dưỡng ≥ 3500 gram, nhẹ cân < 2500 gram, vàng da bệnh lý, dị tật bẩm sinh, ngạt sơ sinh, thai chết lưu không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Riêng tai biến hạ glucose máu sơ sinh, nhóm đái tháo đường thai kỳ có tỷ lệ cao 27,5%.

Kết luận: Thực hiện sàng lọc đái tháo đường thai kỳ cho các thai phụ nguy cơ cao và quản lý thai nghén dưới sự phối hợp giữa Bác sĩ sản phụ khoa và Bác sĩ nội tiết. Khi đạt được sự kiểm soát tốt, các tai biến chu sinh ở con không có sự khác biệt so với nhóm chứng.

Từ khóa: đái tháo đường thai kỳ.

Abstract

GESTATIONAL DIABETES MELLITUS: ASSOCIATED FACTORS AND PREGNANCY OUTCOMES

Objective: Investigating for the associated factors and pregnancy outcomes to pregnant women with GDM.

Materials and methods: A cohort study in two groups of pregnant women with GDM or not who were managed and finished of pregnancy

Tác giả liên hệ (Corresponding author):

Đỗ Văn Hiệp,

email: dovanhiiep91@gmail.com

Ngày nhận bài (received): 08/06/2018

Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised): 25/06/2018

Ngày bài báo được chấp nhận đăng (accepted): 29/06/2018

in the Department of Obstetrics and Gynecology, Hospital of Hue University of Medicine and Pharmacy from January to December 2017.

Results: GDM has been estimated 8.9% of pregnancies. The risk factors of GDM: maternal age, overweight or obesity, first-degree relative with diabetes, previous birth of infant weighing 3500 gram or more, pregnant women with GDM has high rate and has significance ($p < 0.05$). The good management of GDM is presented by the fasting plasma glucose, HbA1c, weight management achieved the targets recommended. The rate of cesarean delivery is 57.5% in pregnant women with GDM and is 32.5% in control group ($p < 0.05$). The neonatal complications: macrosomia ≥ 3500 gram, underweight newborn < 2500 gram, hyperbilirubinemia, congenital abnormalities, fetal demise, there is no difference between the two groups. Neonatal hypoglycemia has high rate in GDM, 27.5%.

Conclusions: GDM should be screened generally high risk pregnancies and be managed by Obstetricians and Endocrinologists. With good management, the neonatal complications aren't different from a control group.

Keyword: Gestational Diabetes Mellitus (GDM).

1. Đặt vấn đề

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐ thai kỳ) là tình trạng rối loạn dung nạp glucose máu khởi phát hoặc được phát hiện lần đầu tiên trong lúc mang thai; không loại trừ những trường hợp đã có rối loạn dung nạp glucose máu từ trước nhưng chưa được phát hiện [3], [6], [7].

Đái tháo đường thai kỳ là một trong những rối loạn chuyển hóa thường gặp nhất trong thời gian mang thai và có xu hướng ngày càng tăng, nhất là khu vực Châu Á – Thái Bình Dương, trong đó có Việt Nam [7]. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ khác nhau phụ thuộc vào dân số, chủng tộc, chiến lược tầm soát, tiêu chí chẩn đoán; theo Hiệp hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ (The American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG) (2017) là 6 – 9%; riêng tại Việt Nam: theo tác giả Diệu Vân và cộng sự (2011) là 11,7%, theo tác giả Minh Phú (2013) là 8,4% [1], [5], [7].

Nhiều nghiên cứu cho thấy, đái tháo đường thai kỳ là một biến cố y khoa lớn, nếu không được chẩn đoán và điều trị thích hợp sẽ làm gia tăng bệnh suất và tử suất của mẹ và thai nhi [6], [7]. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đái tháo đường thai kỳ các

yếu tố liên quan và kết cục thai kỳ” với mong muốn làm rõ các yếu tố liên quan, nhằm tăng cường sàng lọc cho các thai phụ nguy cơ cao, đồng thời đánh giá kết cục thai kỳ để thấy rõ hiệu quả của quản lý thai nghén ở các trường hợp ĐTĐ thai kỳ được phát hiện và chẩn đoán so với nhóm chứng.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu: có 2 nhóm

- Nhóm 1 (nhóm chứng): không đái tháo đường thai kỳ.
- Nhóm 2: đái tháo đường thai kỳ.

Trong thời gian từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 12 năm 2017, ghi nhận tất cả thai phụ đến khám và làm nghiệm pháp dung nạp glucose từ tuần thai 24-28 tại phòng khám sản Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế:

- Kết quả nghiệm pháp dung nạp glucose dương tính được chẩn đoán ĐTĐ thai kỳ, được theo dõi và điều trị phối hợp giữa Bác sĩ nội tiết và Bác sĩ sản phụ khoa. Kết quả kết thúc thai kỳ ghi nhận vào nhóm bệnh.

- Kết quả nghiệm pháp dung nạp glucose âm tính được chẩn đoán không ĐTD thai kỳ, được theo dõi và khám thai định kỳ bởi Bác sĩ sản phụ khoa. Khi 01 trường hợp nhóm bệnh kết thúc thai kỳ, nhóm chứng ghi nhận 01 trường hợp ngẫu nhiên không ĐTD thai kỳ có thời gian kết thúc thai kỳ ngay sau và gần nhất.

- Số lượng 2 nhóm theo tỷ lệ 1:1.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Đang mắc các bệnh có ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose: cường giáp, suy giáp, Cushing, u tủy thượng thận, hội chứng Conn, to đầu chi, hội chứng buồng trứng đa nang, bệnh gan, suy thận...

- Đang sử dụng các thuốc có ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose: Corticoid, Salbutamol, thuốc chẹn giao cảm, lợi tiểu nhóm thiazide...

- Đang mắc các bệnh cấp tính: nhiễm khuẩn, lao phổi...

- Thai phụ không đồng ý tham gia nghiên cứu, mất dấu trong thời gian nghiên cứu hoặc kết thúc thai kỳ tại cơ sở y tế khác khoa sản Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu dọc, lấy mẫu thuận tiện.

Phương pháp tiến hành

- Đặc điểm các yếu tố liên quan:

+ Đặc điểm thai phụ: tuổi, BMI trước mang thai, số cân nặng tăng trong thai kỳ.

+ Tiền sử sản khoa: sinh con to $\geq 3500g$, tiền sử thai chết lưu 3 tháng cuối, sảy thai, sinh non, thai dị dạng, tiền sản giật - sản giật.

+ Tiền sử rối loạn dung nạp glucose bao gồm cả tiền sử đái tháo đường thai kỳ lần trước, rối loạn dung nạp glucose ngoài thời kỳ thai nghén.

+ Tiền sử gia đình: thể hệ thứ nhất có người bị đái tháo đường.

+ Khám lâm sàng, cận lâm sàng: đo huyết áp, xét nghiệm máu, nước tiểu.

- Thực hiện nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống (theo quy trình khuyến cáo của ADA 2017 về đái tháo đường thai kỳ [6]):

+ Chuẩn bị thai phụ: ghi phiếu hẹn khi thai phụ sàng lọc quý hai, nghiệm pháp được thực hiện từ tuần thai 24-28, vào buổi sáng từ 7-9 giờ và thai phụ phải nhịn đói ít nhất 8 giờ.

+ Tiến hành nghiệm pháp:

1. Xét nghiệm glucose huyết tương lúc đói
2. Thai phụ uống dung dịch glucose 30% lượng 250ml trong thời gian 5 phút

3. Xét nghiệm glucose huyết tương sau 1 giờ

4. Xét nghiệm glucose huyết tương sau 2 giờ

5. Trong thời gian làm nghiệm pháp, thai phụ không được ăn hoặc uống bất kỳ thức ăn và thức uống nào, trừ nước lọc. Thai phụ được ngồi nghỉ ngơi, hạn chế vận động nhiều.

+ Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTD thai kỳ: khi có ít nhất 1 trong 3 xét nghiệm có giá trị thoả mãn tiêu chuẩn sau

Bảng 1: Bảng tiêu chuẩn chẩn đoán

Thời điểm xét nghiệm	Ngưỡng glucose huyết tương	
	mg/dl	mmol/l
Lúc đói	92	5,1
Thời điểm 1 giờ	180	10,0
Thời điểm 2 giờ	153	8,5

- Theo dõi và điều trị trong thai kỳ

+ Theo dõi: HbA1c, glucose máu mao mạch, siêu âm theo dõi thai.

+ Điều trị: phối hợp giữa Bác sĩ nội tiết và Bác sĩ sản phụ khoa trong công tác tư vấn, điều trị, theo dõi và kiểm soát đường huyết, theo dõi và khám thai định kỳ, theo dõi chuyển dạ.

- Kết thúc thai kỳ

+ Các nguy cơ tai biến ở con: tuổi thai khi kết thúc thai kỳ, thai chết lưu, cân nặng, chỉ số Apgar (điểm), dị tật bẩm sinh, glucose máu sơ sinh, ngạt bẩm sinh, vàng da.

+ Các nguy cơ tai biến ở mẹ: tăng huyết áp lúc sinh, băng huyết sau sinh.

Tiêu chí đánh giá

- Đánh giá chỉ số BMI theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới đề nghị cho khu vực Châu Á - Thái Bình Dương tháng 2/2000.

- Glucose máu đói: là glucose máu lấy sau bữa ăn cuối cùng 8 - 12 giờ, làm vào buổi sáng, theo Hội nghị quốc tế lần thứ 4 về đái tháo đường thai kỳ.

- Tăng huyết áp: huyết áp $\geq 140/90$ mmHg theo tiêu chuẩn của JNC VII.

- Tiền sản giật - sản giật: gồm tăng huyết áp, phù, protein niệu $\geq 0,5g/24$ giờ.

- Đẻ non: thai được sinh trong khoảng thời gian từ 28 tuần đến 36 tuần 6 ngày.

- Thai chết lưu: khi thai chết và lưu lại trong buồng tử cung trên 48 giờ.

- Thai to: thai được định nghĩa là to khi trọng lượng sinh ra nằm trên đường bách phân vị thứ 90th so với tuổi thai hoặc trên 3500g.

- Sơ sinh nhẹ cân: khi trọng lượng sơ sinh lúc sinh < 2500g.

- Hạ glucose máu sơ sinh: khi nồng độ glucose máu $\leq 2,6$ mmol/l trong 3 ngày đầu tiên sau khi đẻ.

- Ngạt sơ sinh: apgar <7 điểm sau 5 phút.

- Dị tật bẩm sinh: dị tật đường tiêu hóa, đường hô hấp, ống thần kinh...

Xử lý số liệu

Số liệu nghiên cứu xử lý và phân tích bằng chương trình phần mềm SPSS 20.

Đạo đức nghiên cứu

Các xét nghiệm sử dụng trong nghiên cứu cũng là những xét nghiệm thường qui trong thực hành lâm sàng để chẩn đoán, điều trị và tiên lượng cho bệnh nhân đái tháo đường thai kỳ.

3. Kết quả

Qua nghiên cứu có 575 thai phụ đến khám và làm nghiệm pháp dung nạp glucose tại phòng khám khoa sản Bệnh viện Đại học Y Dược Huế. Trong đó, có 51 thai phụ (chiếm 8,9%) đái tháo đường thai kỳ được theo dõi và 40 thai phụ kết thúc thai kỳ tại khoa sản Bệnh viện Đại học Y Dược Huế.

Bảng 2: Đặc điểm dịch tễ

Đặc điểm	Không ĐTĐ thai kỳ (n = 40) Tần suất (%)	ĐTĐ thai kỳ (n = 40) Tần suất (%)	P
Tuổi trung bình	27,70 \pm 5,56	31,38 \pm 5,17	0,003
BMI trước mang thai ≥ 23 kg/m ²	5 (12,5%)	16 (40%)	0,005
Tiền sử gia đình	3 (7,5%)	11 (27,5%)	0,019
Tăng cân trong thai kỳ	11,48 \pm 2,50	11,71 \pm 3,76	0,740

Có sự khác biệt về tuổi trung bình, tình trạng thừa cân trước mang thai, tiền sử gia đình giữa hai nhóm có và không đái tháo đường thai kỳ.

Bảng 3: Tiền sử sản khoa

Đặc điểm	Không ĐTĐ thai kỳ (n = 40) Tần suất (%)	ĐTĐ thai kỳ (n = 40) Tần suất (%)	P
Sinh con ≥ 3500 g	4 (10%)	11 (27,5%)	0,045
Thai chết lưu 3 tháng cuối	1 (2,5%)	5 (12,5%)	0,090
Sinh thai dị dạng	0 (0%)	1 (2,5%)	0,314
Sinh non	2 (5%)	6 (15%)	0,136
Tiền sản giật - Sản giật	5 (12,5%)	8 (20%)	0,363

Sản phụ đái tháo đường thai kỳ có tiền sử sinh con to 27,5%. Các yếu tố: thai chết lưu 3

tháng cuối, sinh non, sinh thai dị dạng, tiền sản giật – sản giật sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4: Kiểm soát đường máu

Trung bình	Không ĐTĐ thai kỳ	ĐTĐ thai kỳ	P
Glucose máu đói (mmol/l)	4,81 \pm 0,65	5,15 \pm 0,94	0,066
HbA1c (%)	4,86 \pm 0,43	5,01 \pm 0,37	0,098

Nhóm ĐTĐ thai kỳ có glucose máu đói trung bình: 5,15 mmol/l, HbA1c trung bình: 5,01%. Sự khác biệt về glucose máu đói và HbA1c trung bình giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5: Phương thức kết thúc thai kỳ

Phương thức kết thúc thai kỳ	Không ĐTĐ thai kỳ (n = 40) Tần suất (%)	ĐTĐ thai kỳ (n = 40) Tần suất (%)	P
Sinh ngã âm đạo	27 (67,5%)	17 (42,5%)	0,025
Mổ lấy thai	13 (32,5%)	23 (57,5%)	

Kết thúc thai kỳ bằng mổ lấy thai chiếm tỷ lệ cao ở ĐTĐ thai kỳ 57,5% và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 6: Trọng lượng thai

Trọng lượng thai	Không ĐTĐ thai kỳ	ĐTĐ thai kỳ	P
Trung bình (gram)	3045 \pm 444	3210 \pm 401	0,085
Lớn nhất (gram)	4000	4400	
Nhỏ nhất (gram)	2200	2400	

Trọng lượng thai trung bình của nhóm ĐTĐ thai kỳ là 3210 gram cao hơn so với nhóm chứng là 3045 gram, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Trọng lượng thai lớn nhất của nhóm ĐTĐ thai kỳ là 4400 gram.

Bảng 7: Tỷ lệ các tai biến chu sinh ở con

Tai biến	Không ĐTĐ thai kỳ (n = 40) Tần suất (%)	ĐTĐ thai kỳ (n = 40) Tần suất (%)	P
Con to ≥ 3500 g	8 (20%)	10 (25%)	0,592
Sơ sinh nhẹ cân < 2500 gram	4 (10%)	1 (2,5%)	0,166
Hạ glucose máu sơ sinh	3 (7,5%)	11 (27,5%)	0,019
Dị tật bẩm sinh	1 (2,5%)	2 (5,0%)	0,556
Vàng da bệnh lý	5 (12,5%)	6 (15%)	0,745
Ngạt sơ sinh	1 (2,5%)	0 (0%)	0,314
Chết lưu	0 (0%)	0 (0%)	1,000

Không có sự khác biệt về các tai biến chu sinh ở con như: quá dưỡng ≥ 3500 gram, nhẹ cân < 2500 gram, vàng da bệnh lý, dị tật bẩm sinh, ngạt sơ sinh, thai chết lưu. Riêng tai biến hạ glucose máu sơ sinh có sự khác biệt rõ, nhóm ĐTĐ thai kỳ có tỷ lệ cao 27,5%.

4. Bàn luận

Qua nghiên cứu, tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ là 8,9%. Các nghiên cứu khác cho thấy tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ có sự thay đổi, theo ACOG (2017) là 6 – 9%; riêng tại Việt Nam: theo tác giả Diệu Văn và cộng sự (2011) là 11,7%, theo tác giả Minh Phú (2013) là 8,4%, nghiên cứu của Jane Hirst tại bệnh viện Hùng Vương (2011) là 5,9% [1], [5], [7], [9]. Sự dao động này là do sự khác nhau trong chiến lược tầm soát và tiêu chí chẩn đoán cũng như đặc thù của dân số nghiên cứu [5]. Tuy nhiên, xu hướng đái tháo đường thai kỳ ngày càng tăng, nhất là khu vực Châu Á – Thái Bình Dương, trong đó có Việt Nam [7].

Đồng thời, có sự thống nhất quan điểm về các yếu tố nguy cơ của ĐTDĐ thai kỳ giữa ADA (2017) và ACOG (2017): tuổi mẹ, tình trạng thừa cân béo phì trước mang thai, tiền sử gia đình và tiền sử sinh con to ≥ 4000 gram [6], [7]. Nghiên cứu cho thấy, có sự khác biệt về các yếu tố trên giữa hai nhóm, trong đó nhóm ĐTDĐ thai kỳ có tuổi mẹ trung bình cao 31,38; 40% thai phụ thừa cân béo phì trước mang thai và 27,5% có tiền sử gia đình ĐTDĐ thế hệ thứ nhất; đồng quan điểm với các tác giả Diệu Văn [1], Hoa Ngàn [4]. Vì vậy, ADA và ACOG đã khuyến cáo thực hiện tầm soát và phát hiện ĐTDĐ trước mang thai hoặc ĐTDĐ thai kỳ sớm ở những thai phụ nguy cơ cao [6], [7].

Tuy nhiên, sự tăng cân trong thai kỳ ở hai nhóm là tương đương nhau: 11,48 và 11,71 kg, đây là kết quả của sự quản lý thai nghén tốt, đặc biệt ở nhóm ĐTDĐ thai kỳ. Vấn đề này đã được ADA (2017) khuyến cáo: một trong các biện pháp quản lý thai nghén ở bệnh nhân đái tháo đường là kiểm soát cân nặng và số kilogram tăng phụ thuộc cân nặng trước mang thai, trong đó tăng 7 – 11 kg với đối tượng thừa cân và tăng 4 – 9 kg với đối tượng béo phì [6].

Chỉ số glucose máu và HbA1c là một trong các yếu tố để theo dõi và đánh giá sự kiểm soát đường máu trong thai kỳ. Có sự đồng thuận về mục tiêu giữa ADA (2017) và ACOG (2017) là: đường máu đói $< 5,3$ mmol/l, đường máu một giờ sau ăn $< 7,8$ mmol/l và đường máu hai giờ sau ăn $< 6,7$ mmol/l; mục tiêu HbA1c là 6 – 7%; $< 6\%$ có thể là lý tưởng nếu không có hạ đường máu có ý nghĩa,

nhưng mục tiêu có thể nói rộng $< 7\%$ nếu cần thiết để ngăn ngừa hạ đường máu [6], [7]. Tăng glucose máu mạn tính gây rối loạn chức năng, tổn thương hay suy nhiều cơ quan, đặc biệt trong thời gian mang thai; đồng thời tăng tử suất và bệnh suất của mẹ và thai nhi [2], [3], [6], [7]. Nghiên cứu cho thấy, nhóm ĐTDĐ thai kỳ đạt mục tiêu kiểm soát đường máu tốt: glucose máu đói trung bình: 5,15 mmol/l, HbA1c trung bình: 5,01%. Đây là kết quả của sự phối hợp trong tầm soát, chẩn đoán và quản lý thai nghén giữa Bác sĩ sản phụ khoa và Bác sĩ nội tiết.

Kết thúc thai kỳ bằng phương pháp mổ lấy thai chiếm tỷ lệ 57,5% ở ĐTDĐ thai kỳ và 42,5% ở nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nhóm ĐTDĐ thai kỳ nếu được chẩn đoán tăng nguy cơ bị mổ lấy thai so với nhóm chứng là 1,37 lần theo WHO hay 1,23 lần theo IADPSG [13]. Chỉ định mổ lấy thai ở thai phụ ĐTDĐ được ACOG (2017) khuyến cáo nhằm tránh các tai biến cho thai, đặc biệt khi trọng lượng thai dự kiến ≥ 4500 g [7] khuyến cáo mức độ B. Một nghiên cứu đa trung tâm HAPO (2008) chứng minh có mối liên hệ giữa nồng độ glucose máu mẹ và trọng lượng thai, tỷ lệ mổ lấy thai, hạ đường huyết lâm sàng và tăng insulin máu trẻ sơ sinh [12].

Sự vận chuyển quá mức glucose đến thai do tăng glucose máu mẹ dẫn đến phát triển quá mức của thai, đồng thời kích thích thai nhi tăng sản xuất insulin [10]. Các nghiên cứu đã ghi nhận thai to có nguy cơ cao kẹt vai, sang chấn chuyển dạ, hạ đường huyết sơ sinh lâm sàng, hồi sức sơ sinh và tỷ lệ mổ lấy thai [6], [7]. Những yếu tố khác ở thai phụ có thể làm thai to gồm: béo phì, tăng lipid máu, tăng amino acid, chức năng của nhau thai, đáp ứng của thai nhi với môi trường dinh dưỡng [9]. Kết quả nghiên cứu trọng lượng thai trung bình của nhóm ĐTDĐ thai kỳ là 3210 gram cao hơn so với nhóm chứng là 3045 gram, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Trọng lượng thai lớn nhất của nhóm ĐTDĐ thai kỳ là 4400 gram.

Các nguy cơ của thai nhi có mẹ ĐTDĐ thai kỳ đã được khẳng định: thai to, hạ đường huyết, tăng bilirubin máu, hội chứng nguy ngập hô hấp, hạ calci... và nhiều biến cố khác nữa được công bố với tần suất khác nhau [6], [7]. Nghiên cứu mới của Hiệp hội nghiên cứu đái tháo đường Châu Âu

(2016) được công bố tại Munich, Đức cho thấy: cả đái tháo đường thai kỳ và đái tháo đường trước mang thai liên quan đến nhiều kết cục xấu cho thai nhi [8]. Một nghiên cứu khác ở Mỹ (2009), Landon M.B cho thấy điều trị đái tháo đường tuy không làm giảm có ý nghĩa tỷ lệ thai chết lưu, chết chu sinh và một số biến chứng nặng ở trẻ sơ sinh nhưng lại làm giảm nguy cơ thai to, trật khớp vai, mổ đẻ, tăng huyết áp [11]. Nghiên cứu của chúng tôi, không có sự khác biệt về các biến cố tai biến chu sinh ở con như: quá dưỡng ≥ 3500 gram, nhẹ cân < 2500 gram, dị tật bẩm sinh, ngạt sơ sinh, vàng da bệnh lý, thai chết lưu; đây là kết quả của quá trình kiểm soát thai nghén tốt thể hiện bằng sự tăng cân trong thai kỳ, trọng lượng sơ sinh, chỉ số glucose máu đói đã nói ở trên. Riêng tai biến hạ glucose máu sơ sinh có sự khác biệt rõ, nhóm ĐTĐ thai kỳ có tỷ lệ cao 27,5% so với 7,5% ở nhóm chứng.

5. Kết luận

ĐTĐ thai kỳ chiếm 8,9% thai phụ. Các yếu tố nguy cơ của ĐTĐ thai kỳ: tuổi mẹ, tình trạng thừa cân béo phì trước mang thai, tiền sử gia đình và

tiền sử sinh con to ≥ 3500 gram, nhóm ĐTĐ thai kỳ chiếm tỷ lệ cao và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Quản lý thai nghén tốt biểu hiện bằng: chỉ số glucose máu đói, HbA1c và tăng cân trong thai kỳ đạt mục tiêu khuyến cáo. Tỷ lệ mổ lấy thai: nhóm ĐTĐ thai kỳ là 57,5% và nhóm chứng là 32,5% ($p < 0,05$). Các tai biến chu sinh ở con như: quá dưỡng ≥ 3500 gram, nhẹ cân < 2500 gram, vàng da bệnh lý, dị tật bẩm sinh, ngạt sơ sinh, thai chết lưu không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Riêng tai biến hạ glucose máu sơ sinh, nhóm ĐTĐ thai kỳ có tỷ lệ cao 27,5%.

Kiến nghị

ĐTĐ thai kỳ là một trong những rối loạn chuyển hóa thường gặp nhất trong thai kỳ và có xu hướng ngày càng tăng. ĐTĐ thai kỳ nếu không được chẩn đoán và điều trị thích hợp sẽ làm gia tăng bệnh suất và tử suất của mẹ và thai nhi. Vì vậy, khuyến cáo thực hiện sàng lọc ĐTĐ thai kỳ cho các thai phụ nguy cơ cao và khi phát hiện thai phụ được quản lý thai nghén dưới sự phối hợp giữa Bác sĩ sản phụ khoa và Bác sĩ nội tiết. Khi đạt được sự kiểm soát tốt, các tai biến chu sinh ở con không có sự khác biệt so với nhóm chứng.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Khoa Diệu Vân, Thái Thị Thanh Thủy (2015), "Nghiên cứu tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ theo tiêu chuẩn ADA năm 2011 và các yếu tố nguy cơ", Tạp chí nghiên cứu y học 97(5), tr. 25-34.
2. Bộ môn Phụ Sản trường Đại Học Y Dược Huế (2016), "Đái tháo đường và thai nghén", Giáo trình Sản khoa, Nhà xuất bản y học, tr. 387-398.
3. Bộ y tế (2017), "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường tipo 2", Quyết định số 3319/QĐ-BYT.
4. Nguyễn Hoa Ngân, Nguyễn Kim Lương (2010), "Nghiên cứu thực trạng đái tháo đường thai kỳ ở phụ nữ được khám thai tại Bệnh viện A Thái Nguyên", Y học thực hành 739(10), tr. 46-49.
5. Lê Thị Minh Phú (2013), "Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan tại khoa sản bệnh viện Nguyễn Tri Phương"
6. American Diabetes association (2017), "Standards of Medical Care in Diabetes-2017", The journal of clinical and applied research and education, 40(1).
7. The American College of Obstetricians and Gynecologists (2017),

"Gestational Diabetes Mellitus", ACOG Practice Bulletin, 180.

8. Basilio Pintuadi and colleagues (2016), "Gestational diabetes, diabetes before pregnancy associated with several poor outcomes for baby, including abnormal size, jaundice, low blood sugar, and malformations", European Association for the Study of Diabetes 2016.

9. Jane E Hirst and colleagues (2011), "Women with gestational diabetes in Vietnam: a qualitative study to determine attitudes and health behaviours", BMC Pregnancy and Childbirth 2012.

10. Kuzuya, T., Nakagawa, S., Satoh, J., Kanazawa, Y., Iwamoto, Y., Kobayashi, M., et al. (2002), "Report of the Committee on the classification and diagnostic criteria of diabetes mellitus", Diabetes Res Clin Pract, 55(1), 65-85.

11. Landon M.B (2009). A Multicenter, Randomized trial of treatment for mild gestational diabetes. The New England Journal of medicine, 361, 1339 - 1348.

12. Metzger BE, Lowe LP, Dyer AR, Trimble ER, Chaovandr U, Coustan DR, et al, Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. HAPO Study Cooperative Research Group, N Engl J Med 2008;358: 1991-2002.