Kết quả xử trí sản khoa ở thai phụ có đái tháo đường thai kỳ

Trương Ngọc Bảo[1], Võ Thanh Tín[1], Đặng Thị Tường Vy[1], Lê Cảnh Trung Hiếu[1],
Nguyễn Đức Vinh[1], Nguyễn Thị Hiền Vy[1], Trương Quang Vinh[1,2*]
[1] Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế
[2] Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

doi: 10.46755/vjog.2024.3.1698
Tác giả liên hệ (Corresponding author): Trương Quang Vinh, email: tqvinh@huemed-univ.edu.vn
Nhận bài (received): 27/8/2024 - Chấp nhận đăng (accepted): 15/11/2024

Tóm tắt

Mục tiêu: *Nghiên cứu kết quả xử trí sản khoa ở thai phụ có đái tháo đường thai kỳ.*

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: *Mô tả cắt ngang các thai phụ được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ trong lần mang thai này và kết thúc thai kỳ tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế và Trung tâm Sản phụ khoa, Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 5/2023 đến tháng 12/2023.*

Kết quả: *Qua nghiên cứu gồm 65 thai phụ đái tháo đường thai kỳ, ghi nhận tỉ lệ sinh mổ là 78,5%. Chỉ định mổ lấy thai do vết mổ cũ là 32,3% và do thai to là 15,4%. Tuổi thai kết thúc thai kỳ trung bình là 38,2 ± 1,4 tuần, với tuổi thai dưới 37 tuần chiếm 9,2%. Trọng lượng trẻ sơ sinh trung bình là 3286 ± 590 gam, với trẻ có cân nặng từ 3500 gam trở lên chiếm 29,2%. Biến chứng sơ sinh hạ glucose máu chiếm tỉ lệ cao nhất với 4,5%. Biến chứng của mẹ sau sinh như nhiễm trùng hậu sản, rách tầng sinh môn phức tạp, chảy máu sau sinh đều chiếm tỉ lệ 1,5%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa BMI trước mang thai, mức độ tăng cân trong thai kỳ theo BMI trước mang thai, nồng độ glucose máu tĩnh mạch bất kỳ khi vào viện với trọng lượng trẻ sơ sinh với p < 0,05.*

Kết luận: *Tỉ lệ sinh mổ là 78,5%. Tuổi thai dưới 37 tuần chiếm 9,2%. Trẻ sơ sinh có cân nặng từ 3500 gam trở lên chiếm 29,2%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa BMI trước mang thai, mức độ tăng cân trong thai kỳ theo BMI trước mang thai, nồng độ glucose máu tĩnh mạch bất kỳ khi vào viện với trọng lượng trẻ sơ sinh.*

Từ khóa: *đái tháo đường thai kỳ, xử trí sản khoa.*

Result of obstetric treatment for pregnant women with gestational diabetes mellitus

Truong Ngoc Bao[1], Vo Thanh Tin[1], Dang Thi Tuong Vy[1], Le Canh Trung Hieu[1],
Nguyen Duc Vinh[1], Nguyen Thi Hien Vy[1], Truong Quang Vinh[1,2*]
[1] University of Medicine and Pharmacy, Hue University
[2] Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Abstract

Objectives: *Investigating obstetrical treatment results in pregnant women with gestational diabetes mellitus (GDM).*

Materials and methods: A descriptive cross-sectional study among pregnant women who were diagnosed with GDM in their present pregnancy and delivered at the Department of Obstetrics and Gynecology, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital and the Obstetrics and Gynecology Center, Hue Central Hospital from May 2023 to December 2023.

Results: *The study recorded 65 pregnant women with GDM, of which the caesarean section (C-section) rate was 78.5%. The numbers for the indication of C-section due to prior C-section and fetal macrosomia were 32.3% and 15.4%, respectively. The average gestational age at delivery was 38.2 ± 1.4 weeks, with the rate below 37 weeks pregnant accounted for 9.2%. The average infant weight was 3286 ± 590 grams with the proportion of weighing over 3500 grams was 29.2%. Neonatal hypoglycemia registered the highest figures at 4.5% among the neonatal complications. Postpartum maternal complications included postpartum infection, complicated perineal lacerations and postpartum hemorrhage that occupied 1.5% each. There were statistically significant differences (with p < 0.05) between BMI before pregnancy, the degree of weight gain during pregnancy according to pre-pregnancy BMI, random plasma glucose levels at admission, respectively, and infant weight.*

Conclusions: *The caesarean section rate was 78.5%. Meanwhile, the respective rates of below 37 weeks pregnant and weighing over 3500 grams were 9.2% and 29.2%. There were statistically significant differences (with p <0.05)*

between BMI before pregnancy, the degree of weight gain during pregnancy according to pre-pregnancy BMI, random plasma glucose levels at admission, respectively, and infant weight.

Keywords: *gestational diabetes mellitus (GDM), obstetric treatment.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ là bệnh rối loạn chuyển hoá thường gặp nhất trong thai kỳ, đây là một thể của bệnh đái tháo đường khi mang thai. Theo Bộ Y tế (2020), đái tháo đường thai kỳ được định nghĩa là "đái tháo đường được chẩn đoán trong 3 tháng giữa hoặc 3 tháng cuối của thai kỳ và không có bằng chứng về đái tháo đường tuýp 1, tuýp 2 trước đó" [1]. Đái tháo đường thai kỳ chiếm 90% các trường hợp đái tháo đường trong thời kỳ mang thai [2]. Tỉ lệ mắc đái tháo đường thai kỳ được ghi nhận thay đổi đáng kể trên thế giới, dao động từ 1% đến hơn 30% [3], tuỳ thuộc vào đặc điểm dân số, độ lớn của quần thể nghiên cứu, phương pháp tầm soát, tiêu chuẩn chẩn đoán. Tại Việt Nam, tỉ lệ đái tháo đường thai kỳ được ghi nhận là 17,5% [4].

Đái tháo đường thai kỳ ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe của bà mẹ, thai nhi và trẻ sơ sinh. Thai phụ mắc đái tháo đường thai kỳ có thể gia tăng tỷ lệ sẩy thai, thai lưu, sinh non, tăng huyết áp trong thai kỳ, đa ối, mổ lấy thai. Về lâu dài, các thai phụ mắc đái tháo đường thai kỳ tăng nguy cơ tiến triển thành đái tháo đường típ 2 trong tương lai và các biến chứng liên quan, đặc biệt là biến chứng trên các mạch máu nhỏ ảnh hưởng đến tim, thận, mắt [5]. Đái tháo đường thai kỳ ảnh hưởng lên thai nhi và trẻ sơ sinh như thai to gây sinh khó và tăng nguy cơ sang chấn, tổn thương sau sinh, hạ glucose máu sơ sinh, vàng da bệnh lý, dị tật bẩm sinh và tăng tỉ lệ tử vong chu sinh [6].

Quản lý và kiểm soát tốt đái tháo đường thai kỳ có thể đưa đến những kết quả tốt cho cả thai phụ và thai nhi. Để đạt được điều này, ngoài việc kiểm soát glucose máu trong quá trình mang thai đạt mục tiêu, còn phải lựa chọn phương pháp cũng như thời điểm kết thúc thai kỳ có lợi nhất cho cả bà mẹ và thai nhi. Ở thai phụ đái tháo đường thai kỳ, xử trí sản khoa là một trong những chủ đề luôn được các bác sĩ sản khoa quan tâm. Với mong muốn tìm hiểu thêm về vấn đề này, chúng tôi thực hiện đề tài "Kết quả xử trí sản khoa ở thai phụ có đái tháo đường thai kỳ" với mục tiêu: ***Nghiên cứu kết quả xử trí sản khoa ở thai phụ có đái tháo đường thai kỳ.***

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 65 thai phụ đái tháo đường thai kỳ và đến kết thúc thai kỳ tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế và Trung tâm Sản phụ khoa, Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 5/2023 đến tháng 12/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: thai phụ đã được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ trong lần mang thai này, có hồ sơ mẹ và trẻ sơ sinh được ghi chép đầy đủ rõ ràng và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: thai phụ đã được chẩn đoán đái tháo đường trước khi có thai, sử dụng các thuốc làm tăng đường máu như corticoid, thuốc chẹn beta giao cảm, ... và đang mắc các bệnh cấp tính như nhiễm khuẩn toàn thân, lao phổi, …

2.2. Các bước nghiên cứu

Lựa chọn các thai phụ đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ để thực hiện nghiên cứu. Phỏng vấn đối tượng nghiên cứu theo bộ câu hỏi được thiết kế. Theo dõi quá trình kết thúc thai kỳ và ghi nhận kết quả xử trí sản khoa gồm phương pháp kết thúc thai kỳ, các chỉ định mổ lấy thai, biến chứng của mẹ sau sinh, tuổi thai kết thúc thai kỳ, cân nặng sơ sinh, chỉ số APGAR, biến chứng trẻ sơ sinh.

Một số tiêu chí trong nghiên cứu

- BMI = Cân nặng (kg)/bình phương chiều cao (m).

- Mức độ tăng cân trong thai kỳ dựa trên BMI trước khi mang thai: theo khuyến cáo về mức tăng cân trong thai kỳ (tiêu chuẩn Châu Á): BMI < 18,5 kg/: tăng từ 12,5 – 18 kg; BMI = 18,5 – 22,9 kg/: tăng từ 11,5 – 16 kg; BMI = 23 – 24,9 kg/: tăng từ 7 – 11,5 kg; BMI ≥ 25 kg/: tăng từ 5 – 9 kg [5].

- Thai to: khi trọng lượng trẻ sơ sinh lúc sinh ≥ 3500 gam [6].

- Hạ đường máu sơ sinh: khi glucose máu trẻ < 45mg/dL (< 2,6 mmol/L) [6].

- Vàng da bệnh lý: khi trẻ có các triệu chứng sau: vàng da xuất hiện trước 24 giờ sau sinh, bilirubin trong máu tăng > 0,5 mg/dl/giờ, vàng da kèm theo các dấu hiệu khác (li bì, nôn, ăn kém, nhiệt độ không ổn định,…) [6].

- Chảy máu sau sinh: chảy máu với số lượng từ 500 ml trở lên khi sinh đường âm đạo hoặc từ 1000 ml trở lên trong mổ lấy thai [6].

- Phương pháp điều trị ĐTĐTK: tiết thực (dinh dưỡng và vận động); tiết thực kết hợp insulin (khi thay đổi lối sống không đủ để duy trì glucose huyết tương mao mạch đạt mục tiêu) [5].

2.3. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0. So sánh sự khác nhau của hai hay nhiều tỉ lệ bằng kiểm định χ^2, khi có một tần suất lý thuyết nhỏ hơn 5 và chiếm tỉ lệ ≥ 20% tổng số ô trong bảng thì dùng kiểm định Fisher' Exact Test. Giá trị p có ý nghĩa khi p < 0,05.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 5/2023 đến tháng 12/2023, có 65 thai phụ đái tháo đường thai kỳ kết thúc thai kỳ tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế và Trung tâm Sản phụ khoa, Bệnh viện Trung ương Huế được chọn tham gia vào nghiên cứu. Qua nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận kết quả sau đây:

Bảng 1. Phương pháp kết thúc thai kỳ

Phương pháp kết thúc thai kỳ		Số lượng	Tỷ lệ %
Sinh mổ		51	78,5
Sinh đường âm đạo	Sinh thường	13	20,0
	Sinh thủ thuật	1	1,5

Trong số 65 thai phụ tham gia nghiên cứu, sinh mổ chiếm tỉ lệ cao nhất với 78,5%. Trong khi sinh đường âm đạo chiếm tỉ lệ 21,5%.

Bảng 2. Chỉ định mổ lấy thai

Chỉ định mổ		Số lượng	Tỷ lệ %
Do mẹ	Vết mổ cũ	21	32,3
	Tiền sản giật	1	1,5
	Chuyển dạ đình trệ	4	6,2
Do thai	Thai to	10	15,4
	Thai suy	7	10,8
	Đầu không lọt	2	3,1
	Ngôi bất thường	3	4,6
Do phần phụ	Do nhau	1	1,5
Lý do khác (IVF, tiền sử sản khoa nặng nề,...)		8	12,3

Trong số thai phụ sinh mổ, nguyên nhân do vết mổ cũ chiếm tỉ lệ cao nhất (32,3%), tiếp theo là do tiên lượng thai to (15,4%), các lý do khác (12,3%) và do thai suy (10,8%).

Bảng 3. Tuổi thai kết thúc thai kỳ và trọng lượng trẻ sơ sinh

Tuổi thai / Trọng lượng	32 - 33 tuần	34 - 36 tuần	37 - 39 tuần	≥ 40 tuần	Tổng (%)	± SD tuần
< 2500 gam	1	0	2	0	3 (4,6%)	38,2 ± 1,4 tuần
2500 - < 3000 gam	0	1	7	0	8 (12,3%)	
3000 - < 3500 gam	0	2	26	7	35 (53,8%)	
3500 - < 4000 gam	0	1	10	3	14 (21,5%)	
≥ 4000 gam	0	1	4	0	5 (7,7%)	
Tổng (%)	1 (1,5%)	5 (7,7%)	49 (75,4%)	10 (15,4%)	65 (100,0%)	
± SD gam	3286 ± 590 gam					

Tuổi thai trung bình khi kết thúc thai kỳ là 38,2 ± 1,4 tuần. Tuổi thai dưới 37 tuần chiếm 9,2%, có 1 trường hợp thai chết trong tử cung kết thúc thai kỳ lúc 32 tuần. Trọng lượng trẻ sơ sinh trung bình là 3286 ± 590 gam. Trẻ sơ sinh có cân nặng từ 3500 gam trở lên chiếm 29,2%.

Bảng 4. Liên quan giữa một số đặc điểm của thai phụ và trọng lượng trẻ sơ sinh

Đặc điểm		Trọng lượng trẻ sơ sinh		p
		≥ 3500 gam (n,%)	< 3500 gam (n,%)	
Phương pháp điều trị ĐTĐTK	Tiết thực	13 (68,4%)	38 (82,6%)	> 0,05
	Kết hợp insulin	6 (31,6%)	8 (17,4%)	
BMI trước mang thai (kg/m²)	< 18,5	1 (5,3%)	2 (4,4%)	**< 0,05**
	18,5 - 22,9	7 (36,8%)	34 (73,9%)	
	≥ 23	11 (57,9%)	10 (21,7%)	
Mức độ tăng cân trong thai kỳ theo BMI trước mang thai	Dưới ngưỡng	3 (15,8%)	28 (60,9%)	**< 0,05**
	Đúng ngưỡng	10 (52,6%)	11 (23,9%)	
	Trên ngưỡng	6 (31,6%)	7 (15,2%)	

Nồng độ glucose máu tĩnh mạch bất kỳ khi vào viện (mmol/l)	< 3,9	0 (0,0%)	3 (6,5%)	**< 0,05**
	3,9 - <5,3	3 (15,8%)	27 (58,7%)	
	5,3 - <7,0	10 (52,6%)	11 (23,9%)	
	7,0 - <11,1	4 (21,1%)	3 (6,5%)	
	≥ 11,1	2 (10,5%)	2 (4,4%)	

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa BMI trước mang thai, mức độ tăng cân trong thai kỳ theo BMI trước mang thai, glucose máu tĩnh mạch bất kỳ khi vào viện với trọng lượng trẻ sơ sinh với p < 0,05.

Bảng 5. Tình trạng trẻ sơ sinh và mẹ sau sinh

Tình trạng trẻ sơ sinh và mẹ sau sinh		Số lượng	Tỷ lệ %
Chỉ số APGAR phút thứ 1	≤ 7	4	6,2
	> 7	60	93,8
Chỉ số APGAR phút thứ 5	≤ 7	0	0,0
	> 7	64	100,0
Biến chứng trẻ sơ sinh	Hạ glucose máu	3	4,5
	Vàng da bệnh lý	2	3,1
	Thai chết trong tử cung	1	1,5
	Dị tật bẩm sinh	2	3,1
Biến chứng của mẹ sau sinh	Nhiễm trùng hậu sản	1	1,5
	Rách tầng sinh môn phức tạp	1	1,5
	Chảy máu sau sinh	1	1,5

Trong số 64 trẻ sơ sinh (có 1 thai chết trong tử cung), chỉ số Apgar ở phút thứ nhất > 7 điểm chiếm 93,8% và chỉ số Apgar ở phút thứ năm > 7 điểm là 100%. Biến chứng sơ sinh hạ glucose máu chiếm tỉ lệ cao nhất với 4,5%. Biến chứng của mẹ sau sinh như nhiễm trùng hậu sản, rách tầng sinh môn phức tạp, chảy máu sau sinh đều chiếm tỉ lệ 1,5%.

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ thai phụ kết thúc thai kỳ bằng sinh mổ khá cao lên đến 78,5%, trong khi sinh đường âm đạo là 21,5%. Tỉ lệ mổ lấy thai trong nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu của Vũ Mai Phương và cộng sự với 76,4% [7] và Nguyễn Mạnh Thắng với 75,3% [8]. Tuy nhiên, tỉ lệ này lại thấp hơn so với nghiên cứu của Lâm Đức Tâm và cộng sự là 81,2% [9] và nghiên cứu của Trần Thùy Linh và cộng sự là 85,3% [10]. Trong khi đó, kết quả này cao hơn so với một số nghiên cứu khác như của Đỗ Văn Hiệp là 52,8% [11] và của Nguyễn Việt Trí là 72,7% [12]. Tỉ lệ sinh mổ cao có thể do đây là một thai kỳ nguy cơ cao, tăng tỉ lệ mổ lấy thai góp phần làm tăng nguy cơ bất lợi cho lần mang thai tiếp theo [6].

Trong số các thai phụ mổ lấy thai, nguyên nhân do vết mổ cũ chiếm tỉ lệ cao nhất với 32,3%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Thắng và nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu với tỷ lệ sinh mổ do vết mổ cũ lần lượt là 32,0% [8] và 33,0% [13], nhưng lại cao hơn so với nghiên cứu của Vũ Mai Phương với tỉ lệ này là 13,6% [7]. Thai to là một trong những hậu quả của đái tháo đường thai kỳ [5]. Sinh mổ vì tiên lượng thai to trong nghiên cứu chiếm 15,4%, tỉ lệ này chỉ đứng sau mổ lấy thai do vết mổ cũ. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của một số tác giả như Nguyễn Thị Thu là 15,5% [13], Nguyễn Mạnh Thắng là 14,8% [8] và Vũ Mai Phương là 18,3% [7]. Qua đó cho thấy, kiểm soát tốt nồng độ glucose máu mẹ không phải là yếu tố duy nhất quyết định phương pháp kết thúc thai kỳ mà còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác, đặc biệt là các chỉ định sản khoa [5].

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận trọng lượng trung bình trẻ sơ sinh là 3286 ± 590 gam. Kết quả này tương đồng với tác giả Đỗ Văn Hiệp là 3207 ± 446 gam [11] và tác giả Taha Takmaz và cộng sự là 3287 ± 565 gam [14], nhưng cao hơn so với tác giả Bùi Sơn Thắng là 3062 ± 610 gam [15]. Trẻ có cân nặng từ 3500 gam trở lên chiếm 29,2%, trong khi nghiên cứu của Đỗ Văn Hiệp kết quả này là 20,8% [11] và nghiên cứu của Lê Thị Thanh Tâm là 46,4% [16]. Qua đó cho thấy có sự khác nhau về kết cục thai to ở thai phụ đái tháo đường thai kỳ giữa các nghiên cứu khác nhau.

Tuổi thai trung bình khi kết thúc thai kỳ trong nghiên cứu chúng tôi là 38,2 ± 1,4 tuần, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Taha Takmaz và cộng sự là 38,18 ± 0,97 tuần [14], nghiên cứu của Đỗ Văn Hiệp là 38,3 ± 1,3 tuần [11] và nghiên cứu của Lê Thị Thanh Tâm là 39,5 ± 1,5 tuần [16]. Hầu hết trẻ sơ sinh trong nghiên cứu được sinh đủ tháng với tuổi thai từ 37 tuần trở lên chiếm tỉ lệ 90,8%. Tỉ lệ sinh non trong nghiên cứu là 9,2%, trong đó có 1 trường hợp thai chết trong tử cung được kết thúc thai kỳ lúc 32 tuần. Tỉ lệ sinh non trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với một số nghiên cứu khác như của Đỗ Văn Hiệp là 13,9% [11] và của Bùi Sơn Thắng là 20,4% [15]. Sự khác biệt này có thể do các thai phụ trong

nghiên cứu chúng tôi được khám sàng lọc và theo dõi thai nghén tốt hơn so với các nghiên cứu khác.

Trong nghiên cứu, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa chỉ số BMI trước mang thai, mức độ tăng cân trong thai kỳ theo BMI trước mang thai, nồng độ glucose máu tĩnh mạch bất kỳ khi vào viện với trọng lượng trẻ sơ sinh. Trong nhóm trẻ sơ sinh có cân nặng từ 3500 gam trở lên, thai phụ thừa cân, béo phì trước khi mang thai chiếm đa số với 57,9%. Thừa cân, béo phì là một trong những yếu tố nguy cơ của ĐTĐTK, ĐTĐTK nếu không kiểm soát tốt sẽ dẫn đến hậu quả thai to gây nhiều bất lợi cho cả mẹ và trẻ [5]. Vì vậy phụ nữ thừa cân, béo phì cần giảm cân trước khi mang thai [5]. Ở nhóm trẻ sơ sinh từ 3500 gam trở lên, hầu hết thai phụ có mức tăng cân theo BMI trước mang thai ở mức đúng ngưỡng và trên ngưỡng. Qua đó cho thấy, bên cạnh quản lý tốt glucose máu mẹ, cần quan tâm đến sự tăng cân hợp lý trong thai kỳ [5].

Trong số 64 trẻ sơ sinh, chỉ số Apgar ở phút thứ nhất > 7 điểm chiếm 93,8% và ≤ 7 điểm chiếm 6,2%. Theo nghiên cứu của Lê Thị Thanh Tâm, chỉ số Apgar ≤ 7 điểm ở phút thứ nhất là 1,3% [16], tỉ lệ này của Nguyễn Thị Thu là 2,3% [13]. Tỷ lệ trẻ sơ sinh có chỉ số Apgar sau 5 phút > 7 điểm trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các tác giả Nguyễn Thị Thu [13] và Lê Thị Thanh Tâm [16], đều chiếm tỉ lệ 100%. Thai phụ có biến chứng nhiễm trùng hậu sản, rách tầng sinh môn phức tạp và chảy máu sau sinh đều chiếm tỉ lệ 1,5%. Theo nghiên cứu của tác giả Vũ Mai Phương, thai phụ có biến chứng nhiễm trùng là 1,7% và biến chứng chảy máu sau sinh là 0,7% [7]. Trong khi theo tác giả Nguyễn Thị Thu, tỉ lệ nhiễm trùng hậu sản là 5,2% và chảy máu sau sinh là 2,2% [13]. Trong nghiên cứu chúng tôi, biến chứng sơ sinh hạ glucose máu chiếm tỉ lệ cao nhất với 4,5%, dị tật bẩm sinh và vàng da bệnh lý đều chiếm tỉ lệ 3,1%. Theo Lê Thị Thanh Tâm thì hạ glucose máu có tỉ lệ là 3,8%, vàng da bệnh lý là 1,3% và dị tật bẩm sinh là 0,7% [16]. Do nghiên cứu của chúng tôi cỡ mẫu còn nhỏ nên dẫn đến kết quả có khác nhau so với một số nghiên cứu khác, vì vậy cần thực hiện các nghiên cứu khác lớn hơn để có thể đánh giá cụ thể hơn.

5. KẾT LUẬN

Tỉ lệ sinh mổ là 78,5%, mổ lấy thai do vết mổ cũ là 32,3% và do thai to là 15,4%. Tuổi thai kết thúc thai kỳ dưới 37 tuần chiếm 9,2%. Trẻ sơ sinh có cân nặng từ 3500 gam trở lên chiếm 29,2%. Biến chứng sơ sinh hạ glucose máu chiếm tỉ lệ cao nhất. Biến chứng của mẹ sau sinh như nhiễm trùng hậu sản, rách tầng sinh môn phức tạp, chảy máu sau sinh đều chiếm tỉ lệ 1,5%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa BMI trước mang thai, mức độ tăng cân trong thai kỳ theo BMI trước mang thai, glucose máu tĩnh mạch bất kỳ khi vào viện với trọng lượng trẻ sơ sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2. 2020.
2. Moore TR. Diabetes Mellitus and Pregnancy. Medscape. 2022.
3. McIntyre HD, Catalano P, Zhang C, et al. Gestational diabetes mellitus. Nature Reviews Disease Primers. 2019; 5(1):47.
4. Thubasni K, Vinod RMTB, Valliammai JTA, et al. Gestational Diabetes Mellitus in Southeast Asia: A Scoping Review. International journal of environmental research and public health. 2021; 18(3):1272.
5. Bộ Y tế. Hướng dẫn quốc gia về sàng lọc và quản lý đái tháo đường thai kỳ. 2024.
6. Bộ Y tế. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản. 2016.
7. Vũ Mai Phương, Lê Thị Thanh Tâm, Đặng Thị Minh Nguyệt. Nhận xét thái độ xử trí sản khoa ở thai phụ đái tháo đường thai kỳ tại bệnh viện phụ sản Trung ương. Tạp chí Phụ sản. 2015; 13(11):34-38.
8. Nguyễn Mạnh Thắng. Kết quả sản khoa ở thai phụ đái tháo đường thai kỳ đẻ đủ tháng tại bệnh viện Phụ sản Trung ương. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021; 502(2):256-261.
9. Lâm Đức Tâm, Nguyễn Thị Mỹ Hà, Ngũ Quốc Vĩ và cộng sự. Đánh giá kết cục thai kỳ ở sản phụ có đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi Sóc Trăng. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2022; 46:15-21.
10. Trần Thùy Linh, Đặng Thị Minh Nguyệt. 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. 2011; 74(3):66-71.
11. Đỗ Văn Hiệp. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố ảnh hưởng đến đái tháo đường thai kỳ [Luận văn Thạc sĩ] Trường Đại học Y Dược Huế. 2018.
12. Nguyễn Việt Trí, Võ Huỳnh Trang, Ngũ Quốc Vĩ, Trần Khánh Nga. 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. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2021; 40:178-185.
13. Ngyễn Thị Thu. Nghiên cứu xử trí sản khoa thai phụ đái tháo đường thai kỳ đẻ tại khoa Sản Bệnh viện Bạch Mai [Luận văn chuyên khoa cấp II] Trường Đại học Y Hà Nội. 2019.
14. Taha T, Ethem SY, Pınar Ö, et al. The predictive value of weight gain and waist circumference for gestational diabetes mellitus. Turkish journal of obstetrics and gynecology. 2019; 16(3):199–204.
15. Bùi Sơn Thắng, Đặng Thị Minh Nguyệt. Kết quả xử trí sản khoa của sản phụ đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2021 – 2022. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023; 522(1):105-108.
16. Lê Thị Thanh Tâm. Nghiên cứu phân bố tỷ lệ, một số yếu tố nguy cơ và kết quả sản khoa ở thai phụ đái tháo đường thai kỳ tại thành phố Vinh [Luận án Tiến sĩ y học] Trường Đại Học Y Hà Nội. 2017.