

TỶ LỆ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ Ở PHỤ NỮ CÓ YẾU TỐ NGUY CAO VÀ MỨC ĐỘ ẢNH HƯỞNG TỚI THAI PHỤ, THAI NHI Ở BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

Vũ Văn Tâm, Lưu Vũ Dũng
Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng

Từ khóa: Đái tháo đường thai kỳ, yếu tố nguy cơ, Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng.

Keywords: Gestational diabetes mellitus, risk factors, Haiphong Hospital of Gynecology and Obstetrics.

Tóm tắt

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang trên 400 thai phụ có yếu tố nguy cơ cao được sàng lọc đái tháo đường thai kỳ bằng nghiệm pháp dung nạp Glucose máu theo hướng dẫn của Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ năm 2010.

Mục tiêu: xác định tỷ lệ ĐTĐTK ở nhóm phụ nữ có yếu tố nguy cơ cao và mức độ ảnh hưởng của ĐTĐTK đến thai phụ và thai nhi tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng.

Kết quả: Tỷ lệ ĐTĐTK tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng là 36,8%. Càng nhiều yếu tố nguy cơ thì tỷ lệ mắc ĐTĐTK càng cao. Tỷ lệ đẻ non ở nhóm ĐTĐTK kiểm soát không tốt là 28,0% còn ở nhóm kiểm soát tốt là 3,1% ($p < 0,01$). Tỷ lệ bị TSG/SG trong nhóm ĐTĐTK kiểm soát không tốt là 26,0%, cao hơn ở nhóm ĐTĐTK kiểm soát tốt ($p < 0,01$). Tỷ lệ đa ối ở nhóm ĐTĐTK kiểm soát không tốt là 16%, nhóm ĐTĐTK kiểm soát tốt là 2,1 ($p < 0,01$). Trong nhóm ĐTĐTK kiểm soát không tốt có 6,7% trường hợp sinh thai to, tỷ lệ này trong nhóm ĐTĐTK kiểm soát tốt là 2,1%. Có 3 trường hợp tử vong chu sinh thuộc nhóm ĐTĐTK kiểm soát không tốt. Tỷ lệ sơ sinh bị hạ đường huyết ở nhóm ĐTĐTK kiểm soát không tốt là 28,0%, nhóm ĐTĐTK kiểm soát tốt tỷ lệ này là 7,2% ($p < 0,05$). **Kết luận:** Tỷ lệ ĐTĐTK ở phụ nữ có yếu tố nguy cơ cao tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng là 37,4%. ĐTĐTK kiểm soát không tốt ảnh hưởng đến đẻ non, TSG/SG, đa ối, thai to, hạ đường huyết.

Từ khóa: Đái tháo đường thai kỳ, yếu tố nguy cơ, Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng.

Abstract

PREVALENCE OF GESTATIONAL DIABETES MELLITUS IN HIGH-RISK PREGNANCIES AND ADVERSE OUTCOMES AT HAIPHONG HOSPITAL OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS

Methods: It's a cross-sectional and descriptive study in 400 high-risk

Tác giả liên hệ (Corresponding author):
Vũ Văn Tâm,
email: dr.vvantam@gmail.com
Ngày nhận bài (received): 20/12/2016
Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised):
23/12/2016
Ngày bài báo được chấp nhận đăng
(accepted): 30/12/2016

pregnancies who were screened for gestational diabetes mellitus (GDM) by the 75 gram glucose tolerance test with American Diabetes Association 2010 criteria.

Objectives: Determine the prevalence of GDM in high-risk pregnant women and adverse outcomes at Haiphong Hospital of Gynecology and Obstetrics.

Results: The prevalence of GDM in high-risk pregnancies is 36,8%, the more high risk they have, the more possibility they have GDM. The rate of preterm birth in the not-well treated patient is 26,0%, higher than in the control (3,1%) ($p < 0,01$). The rate of pre-eclampsia in not-well treated group is 26,0%, higher than in well-treated group ($p < 0,01$). The rate of polyhydramnios in the not-well treated group is 16,0%, in the control group is 2,1% ($p < 0,01$). 6,7% of GDM not-well treated patient had a macrosomia, in the control group is 2,1%. There were 3 perinatal mortalities and both of them were in not-well treated group. The rate of neonatal hypoglycemia is 28,0% in not-well treated patient. Conclusion: The prevalence of GDM in high-risk pregnancies is 36,8%. Some adverse outcomes in not-well treated patient is preterm birth, pre-eclampsia, polyhydramnios, macrosomia and neonatal hypoglycemia.

Keywords: gestational diabetes mellitus, risk factors, Haiphong Hospital of Gynecology and Obstetrics.

1. Đặt vấn đề

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là một bệnh rối loạn chuyển hóa nội tiết phổ biến ảnh hưởng đến 7% thai phụ mỗi năm [1]. Các rối loạn đặc trưng bởi quá trình không dung nạp carbohydrate bắt đầu từ lần đầu tiên trong khi mang thai. Sự phổ biến của ĐTĐTK thay đổi tỷ lệ thuận với sự phổ biến của bệnh đái tháo đường tuýp 2 trong cộng đồng [2].

Có nhiều bằng chứng chỉ ra mối liên hệ giữa ĐTĐTK với tăng tỷ lệ các biến cố chu sinh ở mẹ và thai nhi [1] như tiền sản giật, thai chết lưu, sảy thai, hội chứng suy hô hấp cấp, tử vong chu sinh, thai to gây đẻ khó... Người mẹ bị đái tháo đường trong thời kỳ có thai có nguy cơ tăng huyết áp, đặc biệt nguy cơ mắc đái tháo đường type 2 thực sự sau này [3]. Do đó, việc tầm soát và chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ đóng vai trò quan trọng giúp các nhà lâm sàng theo dõi, điều trị kịp thời, từ đó phòng ngừa các tai biến thai sản cũng như hạn chế các hậu quả lâu dài.

Những phụ nữ có yếu tố nguy cơ cao bị ĐTĐTK rất cần được sàng lọc và chẩn đoán ngay từ lần khám thai đầu tiên; bởi vì những thai phụ có yếu tố nguy cơ thì tỷ lệ ĐTĐTK cao và xuất hiện sớm hơn so với thai phụ bình thường. Trên thế giới đã có rất nhiều công trình nghiên cứu về ĐTĐTK và nhờ đó

các thai phụ có nguy cơ cao được chẩn đoán và điều trị kịp thời tránh được những tai biến [4].

Cho đến nay chưa có một nghiên cứu nào về thực trạng ĐTĐTK ở thai phụ có yếu tố nguy cơ cao tại thành phố Hải Phòng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu sàng lọc ĐTĐTK bằng nghiệm pháp dung nạp Glucose nhằm hai mục tiêu: xác định tỷ lệ ĐTĐTK ở nhóm phụ nữ có yếu tố nguy cơ cao và mức độ ảnh hưởng của ĐTĐTK đến thai phụ và thai nhi tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Đối tượng nghiên cứu: Thai phụ đến khám thai tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng hội đủ các tiêu chuẩn chọn mẫu và không có các tiêu chuẩn loại trừ.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu: là những thai phụ tuổi thai ≤ 28 tuần, có một hoặc nhiều hơn các yếu tố nguy cơ cao ĐTĐTK sau: (i) Thừa cân, béo phì trước khi mang thai ($BMI \geq 23$); (ii) Tiền sử gia đình thể hệ thứ nhất có người ĐTĐ: Bố, mẹ, anh, chị, em; (iii) Tiền sử đẻ con to $\geq 4000g$; (iv) Đường niệu dương tính; (v) Tiền sử rối loạn dung nạp glucose, tiền sử ĐTĐTK lần trước; (vi) Tiền sử sản khoa nặng nề: thai lưu, sảy thai liên tiếp; (vii) Thai phụ bị hội chứng buồng trứng đa nang.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: (i) đã được chẩn đoán đái tháo đường từ trước khi có thai; (ii) đang mắc các bệnh có ảnh hưởng đến chuyển hóa Glucose: cường giáp, suy giáp, hội chứng Cushing ...; (iii) đang sử dụng các thuốc có ảnh hưởng đến chuyển hóa Glucose; (iv) đang mắc các bệnh cấp tính: nhiễm khuẩn, lao phổi...; (v) các thai phụ không đồng ý tham gia vào nghiên cứu; (vi) các thai phụ đã được chẩn đoán ĐTĐTK từ nơi khác chuyển đến.

2.1.3. Cơ mẫu được tính theo công thức

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{(p.\varepsilon)^2}$$

Trong đó: n = cỡ mẫu nghiên cứu cần thiết tối thiểu; α = mức ý nghĩa thống kê; với $\alpha = 0,05$ thì hệ số $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; $p = 30,6\%$ (tỷ lệ ĐTĐTK ở nhóm có yếu tố nguy cơ cao theo Nguyễn Thị Kim Liên 2010 [5]; $q = 1 - p$; d = sai số mong đợi, chọn $\varepsilon = 15\%$. Do đó: $n = 388$.

Vậy nghiên cứu có $n = 388$, làm tròn thành 400 (thai phụ).

2.2. Các bước tiến hành sàng lọc và chẩn đoán

Các thai phụ tham gia nghiên cứu được hỏi bệnh, khám bệnh, làm xét nghiệm. Với những thai phụ có YTNC được tư vấn làm nghiệm pháp dung nạp Glucose (NPDN Glucose) từ lần khám thai đầu tiên (<24 tuần). Nếu NPDN Glucose dương tính sẽ chẩn đoán ĐTĐTK và được tư vấn điều trị. Nếu NPDN Glucose âm tính sẽ được hẹn làm lại NPDN Glucose vào tuần thai 24 – 28 tuần. Tại thời điểm này, nếu NPDN Glucose dương tính sẽ chẩn đoán ĐTĐTK. Nếu NPDN Glucose âm tính là bình thường.

Chẩn đoán ĐTĐTK: thực hiện theo khuyến cáo hội nghị quốc tế về ĐTĐTK tại Hoa Kỳ 2010 [6].

Các xét nghiệm được thực hiện trên máy sinh hóa tự động AU 400 tại khoa Hóa sinh Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng.

Bảng 2.1: Tiêu chí chẩn đoán ĐTĐTK bằng NPDNG với 75 gram Glucose uống theo HNQT lần thứ IV tại Hoa Kỳ năm 2010 [6]

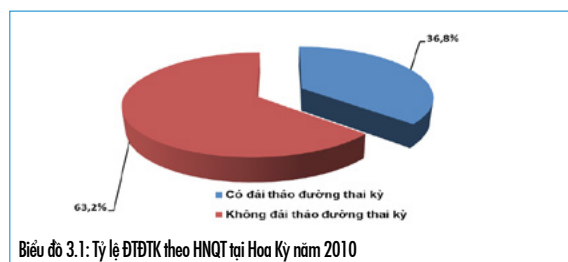
Thời điểm lấy mẫu	Ngưỡng giá trị chẩn đoán
Lúc đói	5,3 mmol/L
1 giờ	10,0 mmol/L
2 giờ	8,6 mmol/L

2.3. Xử lý số liệu

Các số liệu thu nhận được nhập liệu và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0. Các biến số định lượng được trình bày dưới dạng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Biến số định tính được trình bày theo tần suất và tỷ lệ phần trăm. So sánh sự khác biệt của phân bố biến số định tính được thực hiện bằng phép kiểm Chi-square. Nếu giả định của phép kiểm chi bình phương không đạt (khi có trên 20% các ô có giá trị mong đợi < 5) thì phép kiểm định Fisher's sẽ được sử dụng. Giá trị $p \leq 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

3. Kết quả nghiên cứu

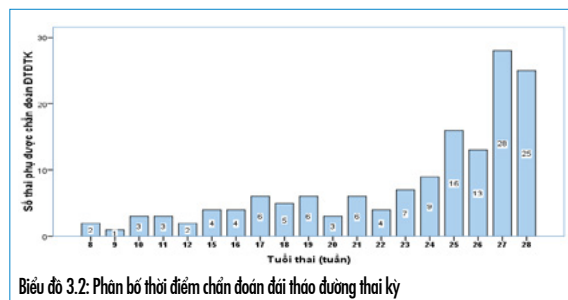
3.1. Tỷ lệ ĐTĐTK ở thai phụ có yếu tố nguy cơ cao tại BVPS Hải Phòng



Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ ĐTĐTK theo HNQT tại Hoa Kỳ năm 2010

Trong số 400 thai phụ yếu tố nguy cơ cao tham gia nghiên cứu thì có 147 thai phụ được chẩn đoán ĐTĐTK, chiếm tỷ lệ 36,8%.

Thời điểm chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ



Biểu đồ 3.2: Phân bố thời điểm chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ

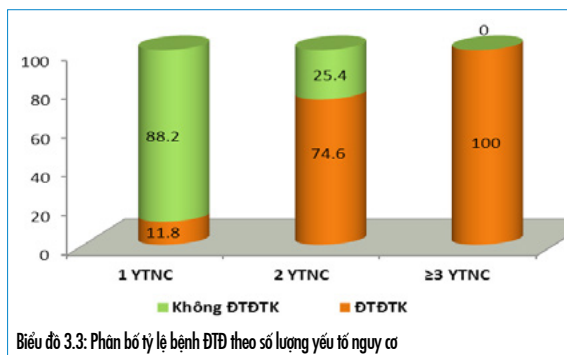
Tuổi thai trung bình được phát hiện ĐTĐTK là $27,5 \pm 3,5$. Trong số 147 thai phụ được chẩn đoán

Bảng 3.1: Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ với các yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ	Đái tháo đường thai kỳ	n	Tỷ lệ (%)
BMI ≥ 23	58	101	57,4
TSGĐ ĐTĐ	34	58	58,6
TS con $\geq 4000g$	35	65	53,8
Đường niệu	23	88	26,1
TS ĐTĐTK	18	23	78,3
TS thai lưu ≥ 2	38	72	52,8
PCOS	24	43	55,8

ĐTĐTK có: 56 người được chẩn đoán trước 24 tuần (38,1%) thai phụ được chẩn đoán ĐTĐTK; 91 người chẩn đoán sau 24 tuần (61,9%).

Có 78,3% thai phụ có tiền sử ĐTĐTK có ĐTĐTK trong lần mang thai này; 53,8% thai phụ có tiền sử con $\geq 4000g$, chỉ có 26,1% thai phụ có tiền sử đường niệu được chẩn đoán ĐTĐTK.



Thai phụ có càng nhiều yếu tố nguy cơ cao thì tỷ lệ ĐTĐTK càng nhiều

3.2. Mức độ ảnh hưởng của ĐTĐTK đến thai phụ và thai nhi

3.2.1. Ảnh hưởng của ĐTĐTK đến thai phụ

Bảng 3.2: Tỷ lệ biến chứng sản khoa trên thai phụ ĐTĐTK

Nhóm	Me có biến chứng		Me có biến chứng		Tổng	P
	n	%	n	%		
ĐTĐTK kiểm soát không tốt	26	56,5	20	43,5	46	<0,001 OR=4,2 95%CI(1,9-8,7)
ĐTĐTK kiểm soát tốt	24	23,8	77	76,2	101	
Tổng	50		97		147	

Trong nhóm thai phụ ĐTĐTK kiểm soát tốt, tỷ lệ thai phụ có biến chứng sản khoa (23,8%) thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm kiểm soát không tốt (56,5%) với $p<0,001$. Nhóm thai phụ ĐTĐTK kiểm soát không tốt có nguy cơ cao gấp 4 lần nhóm thai phụ ĐTĐTK kiểm soát tốt. (OR=4,2; 95%CI: 1,9-8,7)

Bảng 3.3: Tỷ lệ một số biến chứng sản khoa

Biến chứng	ĐTĐTK kiểm soát không tốt (n=50)		ĐTĐTK kiểm soát tốt (n=97)		p
	n	%	n	%	
Đẻ non (n=17)	14	28,0	3	3,1	<0,01
TSG/SG (n=14)	13	26,0	1	1,0	<0,01
Đa ối (n=10)	8	16,0	2	2,1	<0,01
Thai lưu (n=1)	1	2,0	0	0	-

Tỷ lệ đẻ non ở nhóm ĐTĐTK kiểm soát không tốt là 28,0% còn ở nhóm kiểm soát tốt là 3,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,01$.

Tỷ lệ bị TSG/SG trong nhóm ĐTĐTK kiểm soát không tốt là 26,0%, cao hơn ở nhóm ĐTĐTK kiểm soát tốt. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,01$.

Tỷ lệ đa ối ở nhóm ĐTĐTK kiểm soát không tốt là 16%, nhóm ĐTĐTK kiểm soát tốt là 2,1%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,01$.

Có 1 trường hợp thai chết lưu thuộc nhóm ĐTĐTK kiểm soát không tốt.

3.2.2. Ảnh hưởng của ĐTĐTK đến trẻ sơ sinh

Bảng 3.4: Tỷ lệ biến chứng sơ sinh

Biến chứng	ĐTĐTK kiểm soát không tốt (n=50)		ĐTĐTK kiểm soát tốt (n=97)		p
	n	%	n	%	
Thai to	4	8,0	2	2,1	>0,05
Chết chu sinh	3	6,0	1	1,0	-
Chấn thương trong cuộc đẻ	2	4,0	1	1,0	-
Hạ đường huyết	14	28,0	7	7,2	<0,05
Hạ canxi huyết	7	14,0	13	13,4	>0,05

Trong nhóm ĐTĐTK kiểm soát không tốt có 8,0% trường hợp sinh thai to, tỷ lệ này trong nhóm ĐTĐTK kiểm soát tốt là 2,1%.

3 trường hợp tử vong chu sinh thuộc nhóm ĐTĐTK kiểm soát không tốt.

Tỷ lệ sơ sinh bị hạ đường huyết ở nhóm ĐTĐTK kiểm soát không tốt là 28,0%, nhóm ĐTĐTK kiểm soát tốt tỷ lệ này là 7,2%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

4. Bàn luận

4.1. Tỷ lệ ĐTĐTK ở thai phụ có yếu tố nguy cơ cao tại BVPS Hải Phòng

Về thời điểm chẩn đoán ĐTĐTK: Trong số 147 thai phụ được chẩn đoán ĐTĐTK có 56 người được chẩn đoán trước 24 tuần chiếm 38,1% thai phụ được chẩn đoán ĐTĐTK. ĐTĐTK được phát hiện với tỷ lệ cao nhất ở tuổi thai trên 24 tuần (55,8%), có 7,5 % bệnh nhân được phát hiện ra ĐTĐTK ngay trong quý 1 (11/147). Có hai trường hợp được chẩn đoán lúc thai 8 tuần với yếu tố nguy cơ tiền sử ĐTĐTK. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Liên (2010) có 32,6% thai phụ có nguy cơ cao được chẩn đoán ĐTĐTK trước 24 tuần tuổi thai [5]. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với Angadi và cộng sự tiến hành năm 2012 trên 1150 thai phụ. Tác

giả nhận thấy tỷ lệ ĐTĐTK được phát hiện trước 24 tuần thai là 18% [7]. Một số các bác sỹ sản khoa đã bắt đầu quan tâm tới sàng lọc ĐTĐTK, nhưng thường chỉ làm xét nghiệm từ 24 – 28 tuần. Với những thai phụ có yếu tố nguy cơ cao chưa được quan tâm đúng mức để sàng lọc sớm, chẩn đoán kịp thời. Chính vì vậy, các thai phụ ĐTĐTK thường được chẩn đoán muộn và thực tế lâm sàng đã có những tai biến vô cùng đáng tiếc xảy ra [8]. Cần phải sàng lọc chẩn đoán sớm ĐTĐTK cho các thai phụ có nguy cơ cao ngay từ lần khám thai đầu tiên vì trong 3 tháng đầu của thai kỳ, nếu thai phụ bị bệnh mà không được chẩn đoán và điều trị kịp thời thì sẽ gây sẩy thai, thai lưu hoặc các dị tật bẩm sinh cho thai nhi.

Tỷ lệ ĐTĐ thai kỳ theo số lượng các yếu tố nguy cơ: Biểu đồ 3.3 cho thấy càng nhiều yếu tố nguy cơ thì tỷ lệ mắc ĐTĐTK càng cao. Tỷ lệ ĐTĐTK ở nhóm thai phụ có một yếu tố nguy cơ là 11,8%, nhóm thai phụ có hai yếu tố nguy cơ là 74,6%; nhóm có ba yếu tố nguy cơ là 78,3%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Liên cho thấy rằng tỷ lệ ĐTĐTK của các thai phụ có 1 yếu tố nguy cơ là 20,3 %, nhưng nếu có 2 yếu tố nguy cơ thì tỷ lệ này là 66,7%, có từ 3 yếu tố nguy cơ trở lên thì tỷ lệ ĐTĐTK là 100%. Nghiên cứu của Gandevani, tiến hành ở Tehran năm 2008 và nghiên cứu của Dyck ở Canada năm 2006 cũng chỉ ra rằng tỷ lệ ĐTĐTK gia tăng theo số lượng các yếu tố nguy cơ [8]. Kết quả này cũng cho thấy các bác sỹ sản khoa cần tuân thủ chặt chẽ quy trình khám thai và quản lý thai nghén, nhằm phát hiện những thai phụ có yếu tố nguy cơ, đặc biệt là những thai phụ có nhiều yếu tố nguy cơ được làm NPDNG sớm và tư vấn chế độ dinh dưỡng hợp lý [6].

4.2. Mức độ ảnh hưởng của ĐTĐTK đến thai phụ và thai nhi

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong nhóm thai phụ ĐTĐTK kiểm soát tốt, tỷ lệ thai phụ có biến chứng sản khoa (23,8%) thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm kiểm soát không tốt (56,5%) với $p < 0,001$. Nhóm thai phụ ĐTĐTK kiểm soát không tốt có nguy cơ cao gấp 4 lần nhóm thai phụ ĐTĐTK kiểm soát tốt. (OR=4,2; 95%CI: 1,9-8,7). Tỷ lệ đẻ non ở nhóm

ĐTĐTK kiểm soát không tốt là 28,0% còn ở nhóm kiểm soát tốt là 3,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Tỷ lệ bị TSG/SG trong nhóm ĐTĐTK kiểm soát không tốt là 26,0%, cao hơn ở nhóm ĐTĐTK kiểm soát tốt (chỉ có 1 thai phụ nào bị TSG/SG chiếm tỷ lệ 1,0%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Tỷ lệ đa ối ở nhóm ĐTĐTK kiểm soát không tốt là 16%, nhóm ĐTĐTK kiểm soát tốt là 2,1%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Trong nghiên cứu này đặc biệt có 1 trường hợp thai chết lưu thuộc nhóm ĐTĐTK kiểm soát không tốt.

Trong nhóm ĐTĐTK kiểm soát không tốt có 6,7% trường hợp sinh thai to, tỷ lệ này trong nhóm ĐTĐTK kiểm soát tốt là 2,1%. Có 3 trường hợp tử vong chu sinh thuộc nhóm ĐTĐTK kiểm soát không tốt. Tỷ lệ sơ sinh bị hạ đường huyết ở nhóm ĐTĐTK kiểm soát không tốt là 28,0%, nhóm ĐTĐTK kiểm soát tốt tỷ lệ này là 7,2%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Khoa Diệu Vân cho thấy: kiểm soát tốt ĐH giảm được tỷ lệ biến chứng sơ sinh, rõ nhất là biến chứng hạ ĐH sơ sinh; có 3 trường hợp thai chết chu sinh và một trường hợp chấn thương (sai khớp vai và tổn thương đám rối thần kinh cánh tay) đều ở nhóm ĐTĐTK kiểm soát không tốt; biến chứng thường gặp nhất là hạ ĐH sơ sinh, thứ đến là thai to, ít gặp nhất là dị tật bẩm sinh. Nghiên cứu của Oslund [9] trên 116 thai phụ ĐTĐTK cho kết quả tỷ lệ hạ ĐH là 20,9%, tăng bilirubin là 6,1%. So với nghiên cứu của Lange và cộng sự [10] trên 2030 thai phụ ĐTĐTK kiểm soát ĐH tốt thì kết quả của chúng tôi thấp hơn: thai to 9,3% (so với 1,56%), chết chu sinh là 0,1% (so với 0%), hạ ĐH sơ sinh là 7,1% (so với 4,61%), và tăng bilirubin là 8,4% (so với 0%). Tuy nhiên, các nghiên cứu trên phần lớn có cỡ mẫu nhỏ, số lượng sơ sinh có biến chứng thu được là rất ít nên để có thể rút ra kết luận đáng tin cậy về các biến chứng sơ sinh thì rất cần có thêm các nghiên cứu lớn hơn nữa

5. Kết luận và kiến nghị

Tỷ lệ ĐTĐTK ở nhóm thai phụ có yếu tố nguy cơ cao theo tiêu chuẩn khuyến cáo hội nghị quốc tế về ĐTĐTK tại Hoa Kỳ 2010 tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng là 36,8%.

Hậu quả của ĐTĐTK kiểm soát không tốt ảnh hưởng đến thai phụ và thai nhi là: đẻ non, TSG/SG, đa ối, thai to, hạ đường huyết.

KIẾN NGHỊ: Cần sàng lọc sớm ĐTĐTK ngay từ lần đầu tiên đến khám đối với thai phụ có yếu tố nguy cơ cao để hướng dẫn điều trị.

Tài liệu tham khảo

1. ACOG technical bulletin (1995), Diabetes and pregnancy, Number 200- December 1994. Committee on technical bulletins of the America.
2. Sacks, D. A., Hadden, D. R., Maresh, M., Deerochanawong, C., Dyer, A. R., Metzger, B. E., et al., (2012), Frequency of gestational diabetes mellitus at collaborating centers based on IADPSG consensus panel-recommended criteria: the Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) Study. *Diabetes Care*, 35(3), 526-528.
3. Nguyễn Khoa Diệu Vân, Thái Thị Thanh Thúy (2014), Nghiên cứu tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ theo tiêu chuẩn ADA 2011 và các yếu tố nguy cơ. Báo cáo khoa học. Hội nghị khoa học và chuyển hóa toàn quốc lần thứ VII.
4. Crowther C.A , Catalano PM, Tyzbir ED (2005): "Effect of Treatment of Gestational Diabetes Mellitus on Pregnancy Outcomes"; *NEJM* ;352(24) pp: 77-86.
5. Nguyễn Thị Kim Liên (2010), Nghiên cứu về đái tháo đường thai

kỳ ở nhóm thai phụ có yếu tố nguy cơ cao tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội

6. American Diabetes Association (2010). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, *Diabetes Care*. Jan; 33(Suppl 1): S62-S69.
7. Angadi RN, Raju VS, Dakshayani BR, Syed AZ (2012), Screening in high-risk group of gestational diabetes mellitus with its maternal and fetal outcomes, *Indian J Endocrinol Metab*. 2012 Mar; 16(Suppl1): S74-S78.
8. Gandevari SB, Garshasbi AH, Niri SS, Mohammad MN (2012), New criteria for gestational diabetes in Tehran, Iran. *Iran J Reprod Med*, May; 10(3): 237-242.
9. Ostlund I, Hanson U, BJ, Orklund A et al (2003) Maternal and fetal outcomes if gestational impaired glucose tolerance is not treated. *Diabetes Care*, 26: 2107-2111
10. Langer O, Conway DL, Berkus MD, Xenakis EM, Gonzales O (2000), A comparison of glyburide and insulin in women with gestational diabetes mellitus, *N Engl J Med*. Oct 19;343(16):1134-1138.