

10,5 tháng ở hai trẻ với 3 bản sao so với 5,2 tháng ở 5 trẻ có 2 bản sao [10].

Nghiên cứu của chúng tôi có cỡ mẫu được phân tích số bản sao SMN2 nhỏ do dịch vụ chưa phổ biến và giá thành xét nghiệm còn cao. Hơn nữa hầu hết các bệnh nhi được chỉ định lại có kiểu hình tập trung vào nhóm SMA II nên không đủ dữ liệu để phân tích một cách toàn diện vai trò của số bản sao SMN2 đến tuổi xuất hiện triệu chứng, tiến triển và biến chứng của bệnh.

## V. KẾT LUẬN

Phát hiện một đột biến phức tạp là mất đoạn nhỏ và thêm 2 nucleotide ở 1 bản sao của gen SMN1 gây mất chức năng protein SMN.

Hầu hết các bệnh nhi đều có 3 bản sao SMN2, một bệnh nhi có 1 bản sao SMN2, một bệnh nhi có 4 bản sao SMN2.

Kiểu hình của tất cả các bệnh nhi có 3 hoặc 4 bản sao SMN2 đều là SMA II, kiểu hình của bệnh nhi có 2 bản sao gen SMN2 là SMA I.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ogino S, Wilson R.B, Gold B** (2004). New insights on the evolution of the SMN1 and SMN2 region: Simulation and meta-analysis for allele and haplotype frequency calculations. *Eur J Hum Genet*, 12(12), 1015-1023.
2. **Butchbach M.E.R** (2021). Genomic variability in the survival motor neuron genes (SMN1 and SMN2): implications for spinal muscular atrophy phenotype and therapeutics development. *Int J Mol Sci*, 22(15), 7896.
3. **Eggermann E, Gläser D, Abicht A et al** (2020). Spinal muscular atrophy (5qSMA): best

- practice of diagnostics, newborn screening and therapy. *Medizinische Genetik*, 32(3), 263-272.
4. **Calucho M, Bernal S, Alias L et al** (2018). Correlation between SMA type and SMN2 copy number revisited: An analysis of 625 unrelated Spanish patients and a compilation of 2834 reported cases. *Neuromuscul Disord*, 28(3), 208-215.
  5. **Wirth B** (2000). An update of the mutation spectrum of the survival motor neuron gene (SMN1) in autosomal recessive spinal muscular atrophy (SMA). *Hum Mutat*, 15(3), 228-37.
  6. **Miller C.R, Fang J, Snyder P et al** (2023). Clinical SMN1 and SMN2 Gene-Specific Sequencing to Enhance the Clinical Sensitivity of Spinal Muscular Atrophy Diagnostic Testing. *Human Mutation*, vol. 2023, Article ID 6436853, 7 pages.
  7. **Van Khanh Tran, Sasongko T.H, Dang Diem Hong et al** (2008). SMN2 and NAIP gene dosages in Vietnamese patients with spinal muscular atrophy. *Pediatr Int*, 50(3), 346-51.
  8. **Dosi C and Masson R** (2024). The impact of three SMN2 gene copies on clinical characteristics and effect of disease-modifying treatment in patients with spinal muscular atrophy: a systematic literature review. *Front Neurol*, 15, 1308296.
  9. **Zarkov M, Stojadinović A, Sekulić S et al** (2015). Association between the SMN2 gene copy number and clinical characteristics of patients with spinal muscular atrophy with homozygous deletion of exon 7 of the SMN1 gene. *Vojnosanit Precl*, 72, 859-63.
  10. **Zhang Y, He J, Zhang et al** (2020). The analysis of the association between the copy numbers of survival motor neuron gene 2 and neuronal apoptosis inhibitory protein genes and the clinical phenotypes in 40 patients with spinal muscular atrophy: Observational study. *Medicine (Baltimore)*, 99(3), e18809.

## KIỂM SOÁT ĐƯỜNG HUYẾT TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 MỚI CHẨN ĐOÁN

Nguyễn Văn Sĩ<sup>1,2</sup>, Trần Hoà<sup>1,2</sup>, Đinh Quốc Bảo<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mở đầu:** Đái tháo đường type 2 là yếu tố nguy cơ tim mạch phổ biến tại Việt Nam. Người bệnh đái tháo đường mới chẩn đoán cần được kiểm soát tích cực đường huyết để giảm thiểu sự hình thành các biến chứng. **Mục tiêu:** Nghiên cứu được thực hiện để xác định tỉ lệ kiểm soát đường huyết trên người bệnh đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực

hiện trên người bệnh đái tháo đường type 2 được chẩn đoán trong vòng 6 tháng tại phòng khám Nội tiết và phòng khám Y học gia đình, bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. **Kết quả:** 275 người bệnh đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán tham gia nghiên cứu. Tỉ lệ kiểm soát đường huyết (HbA1C < 7%) là 44,7%. Các yếu tố liên quan đến không kiểm soát đường huyết bao gồm: thừa cân/béo phì (OR 0,4, KTC 95% 0,2-0,7), hút thuốc lá (OR 3,0, KTC 95% 1,3-6,6), có bệnh đồng mắc (OR 17,7, KTC 95% 1,3-85,2), sulfonylurea (OR 2,2, KTC 95% 1,1-4,7) và phối hợp thuốc hạ đường huyết (OR 3,0, KTC 95% 1,4-6,6). **Kết luận:** Người bệnh đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán có tỉ lệ kiểm soát đường huyết chưa tối ưu. Những người có hút thuốc lá hoặc có bệnh đồng mắc cần được quan tâm để đạt đường huyết mục tiêu. **Từ khóa:** Đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán, kiểm soát đường huyết

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sĩ

Email: si.nguyen.ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2024

Ngày duyệt bài: 14.10.2024

**SUMMARY****GLYCEMIC CONTROL IN PATIENT WITH NEWLY DIAGNOSED TYPE 2 DIABETES MELLITUS**

**Introduction:** Type 2 diabetes is a common cardiovascular risk factor in Vietnam. Newly diagnosed diabetic patients need to aggressively manage blood glucose to minimize the development of cardio-renal complications. **Objective:** This study was conducted to determine the rate of blood glucose control in newly diagnosed type 2 diabetic patients. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on type 2 diabetic patients diagnosed within the last 6 months at the Endocrinology clinic and Family Medicine clinic, Ho Chi Minh City University Medical Center. **Results:** 275 newly diagnosed type 2 diabetic patients participated in the study. The rate of blood glucose control (HbA1C < 7%) was 44.7%. Factors associated with the risk of poor blood glucose control included: overweight/obesity (OR 0.4, 95% CI 0.2-0.7), smoking (OR 3.0, 95% CI 1.3-6.6), comorbidities (OR 17.7, 95% CI 1.3-85.2), sulfonylurea use (OR 2.2, 95% CI 1.1-4.7) and hypoglycemic combination therapy (OR 3.0, 95% CI 1.4-6.6). **Conclusion:** Newly diagnosed type 2 diabetic patients have a suboptimal rate of blood glucose control. Those who smoke or have comorbidities require special attention to achieve target blood glucose levels.

**Keywords:** Newly diagnosed type 2 diabetes, blood glucose control

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Đái tháo đường type 2 là một bệnh lý chuyển hoá thường gặp và cũng là một yếu tố nguy cơ tim mạch quan trọng. Số người mắc đái tháo đường type 2 dự đoán sẽ tiếp tục gia tăng trong tương lai.<sup>[1,2]</sup> Đái tháo đường type 2 đi kèm với các biến chứng về mạch máu nhỏ đặc biệt là biến chứng thận và mạch máu lớn bao gồm các biến chứng tim mạch. Đối với người bệnh đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán, việc kiểm soát tích cực đường huyết được chứng minh giúp giảm thiểu các biến chứng nói trên.<sup>[3]</sup> Nghiên cứu này được thực hiện để khảo sát tỉ lệ kiểm soát đường huyết trên dân số đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU****2.1. Dân số nghiên cứu**

- Dân số mục tiêu: Người bệnh đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán tại các bệnh viện tuyến cuối.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU****3.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu****Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu**

	Chung (N=275)	Không kiểm soát đường huyết (N=152)	Kiểm soát đường huyết (N=123)	P
Tuổi (năm)	50,0 ± 12,5	50,3 ± 12,9	49,5 ± 11,9	0,6
Tuổi < 60	218 (79,3)	120 (78,9)	98 (79,7)	0,8

- Dân số khảo sát: Người bệnh đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

**2.2. Tiêu chuẩn chọn người bệnh**

- **Tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu:** Người từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán đái tháo đường type 2 trong vòng 6 tháng đang theo dõi và điều trị tại phòng khám Nội tiết và phòng khám Y học gia đình, bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.3. Thiết kế nghiên cứu:** Cắt ngang mô tả.

**2.4. Cỡ mẫu.** Cỡ mẫu được tính theo công thức  $N = 1,96.p.(1-p)/m^2$  với  $p = 0,69$  là tỉ lệ kiểm soát đường huyết theo nghiên cứu của tác giả Cai và cộng sự<sup>[4]</sup> và  $m$  được chọn là 0,05. Theo công thức tính được cỡ mẫu tối thiểu là  $N \geq 168$  và thực tế thực hiện nghiên cứu, số lượng người bệnh tham gia là 275 người.

**2.5. Phương pháp chọn mẫu.** Chọn mẫu liên tục thuận tiện. Nếu người bệnh thỏa tiêu chí đưa vào và không có tiêu chí loại ra sẽ được đưa vào nghiên cứu.

**2.6. Định nghĩa biến số**

- Đái tháo đường type 2 được chẩn đoán dựa trên tiêu chuẩn của phác đồ Bộ y tế 2020 hoặc chẩn đoán hiện có của người bệnh trên hồ sơ bệnh án.<sup>[5]</sup>

- Kiểm soát đường huyết được định nghĩa là HbA1C < 7%.<sup>[5,6]</sup>

**2.7. Xử lý số liệu.** Số liệu được xử lý bằng phần mềm STATA 20.0. Các biến số định tính được mô tả bằng tần số (n) và tỉ lệ %. Các biến số định lượng có phân phối chuẩn được mô tả bằng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc trung vị - tứ phân vị đối với biến định lượng không có phân phối chuẩn.

Phân tích hồi quy logistic được sử dụng trong phân tích đơn biến và đa biến để xác định các biến số liên quan đến việc không kiểm soát đường huyết (HbA1C ≥ 7%).

**2.8. Đạo đức trong nghiên cứu.** Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, số 833/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 28/9/2023.

Giới nam	138 (50,2)	73 (48,0)	65 (52,8)	0,4
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	24,4 ± 3,6	24,1 ± 3,8	24,8 ± 3,5	0,1
Thừa cân/béo phì	181 (65,8)	89 (58,6)	92 (74,8)	0,005
Sống ở nông thôn	177 (64,4)	96 (63,2)	81 (65,9)	0,6
Sống với gia đình	260 (94,5)	142 (93,4)	118 (95,9)	0,4
Hút thuốc lá	47 (17,1)	33 (21,7)	14 (11,4)	0,02
Có bệnh đồng mắc	266 (96,7)	151 (99,3)	115 (93,5)	0,01
- Tăng huyết áp	90 (32,7)	52 (34,2)	38 (30,9)	0,5
- Rối loạn lipid máu	225 (81,8)	122 (80,3)	103 (83,7)	0,4
- Khác	182 (66,2)	104 (68,4)	78 (63,4)	0,3
Metformin	231 (84,0)	133 (87,5)	98 (79,7)	0,07
Sulfonylurea	63 (22,9)	48 (67,8)	15 (12,2)	0,001
DPP4i	161 (58,5)	97 (63,8)	64 (52,0)	0,04
SGLT2i	44 (16,0)	27 (17,8)	17 (13,8)	0,4
Đồng vận GLP-1	1 (0,4)	0	1 (0,8)	0,4
Ức chế α-glucosidase	1 (0,4)	1 (0,6)	0	1,0
Meglitinide	4 (1,5)	2 (1,3)	2 (1,6)	1,0
Insulin	28 (10,2)	20 (13,2)	8(6,5)	0,07
Phối hợp thuốc hạ đường huyết	197 (71,6)	124 (81,6)	73 (59,3)	0,001

BMI: chỉ số khối cơ thể, DPP4i: ức chế dipeptidyl peptidase 4, ức chế kênh Sodium-Glucose co-Transporter-2, GLP-1: glucagon-like peptide-1.

**Nhận xét:** Đa số người bệnh dưới 60 tuổi. Tỷ lệ nam:nữ cân bằng. 2/3 số người tham gia có thừa cân/béo phì và sống ở nông thôn. Hầu hết đều có ít nhất một bệnh đồng mắc. Trong số bệnh đồng mắc thì tăng huyết áp và rối loạn lipid máu chiếm tỷ lệ cao nhất. Ở nhóm không kiểm soát đường huyết, tỷ lệ thừa cân/béo phì thấp hơn trong khi hút thuốc lá, có bệnh đồng mắc, sử dụng sulfonylurea, sử dụng DPP4i và phối hợp thuốc hạ đường huyết có tỷ lệ cao hơn nhóm kiểm soát đường huyết.

**3.2 Tỷ lệ kiểm soát đường huyết**

**Bảng 2. Tỷ lệ kiểm soát đường huyết**

Glucose đói (mg/dL)	124,0 (108,5 – 168,1)
HbA1c (%)	7,4 (6,6 – 9,9)
HbA1c < 7%	123 (44,7%)

**Nhận xét:** Chưa đến một nửa số người tham gia đạt kiểm soát đường huyết dựa trên mục tiêu HbA1c.

**3.3. Yếu tố liên quan đến không kiểm soát đường huyết**

**Bảng 3. Yếu tố liên quan đến không kiểm soát đường huyết**

Biến số	Không đạt đường huyết mục tiêu			
	OR (KTC 95%)	P	OR (KTC 95%)	P
Giới nam	0,8 (0,5-1,3)	0,4	-	-
Tuổi < 60	0,9 (0,5-1,7)	0,8	-	-
Thừa cân/béo phì	0,5 (0,3-0,8)	0,005	0,4 (0,2-0,7)	0,001

Sống ở nông thôn	0,9 (0,5-1,5)	0,6	-	-
Hút thuốc lá	2,1 (1,1-4,2)	0,03	3,0 (1,3-6,6)	0,007
Có bệnh đồng mắc	10,5 (1,3-85,2)	0,03	17,7 (1,7-180,2)	0,01
Sulfonylurea	3,3 (1,7-6,3)	0,001	2,2 (1,1-4,7)	0,03
DPP4i	1,6 (1,0-2,6)	0,05	0,8 (0,4-1,5)	0,5
Insulin	2,2 (0,9-5,1)	0,08	2,0 (0,7-5,4)	0,2
Phối hợp thuốc hạ đường huyết	3,0 (1,7-5,2)	0,001	3,0 (1,4-6,6)	0,004

DPP4i: ức chế dipeptidyl peptidase 4

**Nhận xét:** Các yếu tố liên quan đến không kiểm soát đường huyết bao gồm: thừa cân/béo phì (OR 0,4, 95%KTC 0,2-0,7), hút thuốc lá (OR 3,0, 95%KTC 1,3-6,6), có bệnh đồng mắc (OR 17,7, 95%KTC 1,3-85,2), sulfonylurea (OR 2,2, 95%KTC 1,1-4,7) và phối hợp thuốc hạ đường huyết (OR 3,0, 95%KTC 1,4-6,6).

**IV. BÀN LUẬN**

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, một bệnh viện tuyến cuối tại khu vực miền Nam Việt Nam. Kết quả cho thấy những người bệnh tham gia nghiên cứu đều có tuổi trung bình tương đối trẻ. Các nghiên cứu tương tự được thực hiện trên thế giới đều cho cùng nhận định.<sup>[4]</sup> Điều này cho thấy đái tháo đường type 2 có khuynh hướng trẻ hoá và sẽ là gánh nặng về biến chứng tim mạch-thận trong tương lai nếu

không có biện pháp quản lý hiệu quả.

Tỉ lệ kiểm soát đường huyết của nghiên cứu chúng tôi là 44,7% người bệnh đạt HbA1C < 7%. Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu khác trên thế giới.<sup>[4]</sup> Sự khác biệt về tỉ lệ kiểm soát đường huyết so với những khảo sát tương tự có thể giải thích theo 2 lý do sau: (1) một số người có đường huyết khởi đầu cao nên trong thời gian 6 tháng chưa kịp đạt được mức mục tiêu, (2) người bệnh mới được chẩn đoán nên nhận thức cũng như hành vi lối sống chưa kịp điều chỉnh theo hướng có lợi cho kiểm soát đường huyết và (3) sự khác biệt về thực hành điều trị thuốc hạ đường huyết có sự khác biệt theo địa phương.

Kiểm soát đường huyết sớm được biết đến là có lợi ích lâu dài.<sup>[2]</sup> Các cơ chế bệnh sinh của các hiệu ứng di sản đường huyết (glycemic legacy effect) vẫn chưa rõ ràng. Giả thuyết được chấp thuận hiện nay cho rằng kiểm soát đường huyết ban đầu kém có thể dẫn đến những thay đổi không thể đảo ngược, làm tăng nguy cơ biến chứng liên quan đến đái tháo đường và tử vong. Hiệu ứng di sản đường huyết ghi nhận ở người đái tháo đường type 2 tương tự như hiệu ứng trí nhớ chuyển hóa (metabolic memory) thấy trên đái tháo đường type 1, với các cơ chế chung như tăng hình thành sản phẩm glycat hóa bền vững nội bào, stress oxy hóa và các thay đổi tăng cường biểu hiện gene gây viêm.<sup>[7]</sup> Đạt mục tiêu điều trị và duy trì mức đường huyết gần như bình thường từ thời điểm chẩn đoán đái tháo đường type 2 làm giảm nguy cơ biến chứng và kéo dài thời gian sống còn.<sup>[2,7]</sup>

Nghiên cứu của chúng tôi tìm thấy 5 yếu tố liên quan độc lập đến việc không kiểm soát đường huyết bao gồm thừa cân/béo phì, hút thuốc lá, có bệnh đồng mắc, có sử dụng sulfonylurea và phối hợp thuốc hạ đường huyết. Trong đó, những người thừa cân/béo phì có giảm nguy cơ kém kiểm soát đường huyết. Điều nghịch lý này lại phù hợp với diễn tiến bệnh sinh của đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán. Những người có đường huyết cao càng có biểu hiện điển hình bao gồm có sụt cân nhiều. Do đó, tình trạng cân nặng bình thường không có nghĩa là kiểm soát đường huyết tốt hơn. Kết quả này cũng được ghi nhận trong các nghiên cứu tương tự.<sup>[8]</sup> Trong số các yếu tố còn lại liên quan đến tăng khả năng không đạt đường huyết mục tiêu, việc sử dụng sulfonylurea và phối hợp thuốc hạ đường huyết thể hiện sự tích cực điều trị thuốc trên đối tượng có đường huyết cao hơn là mang ý nghĩa yếu tố nguy cơ. Ngược lại, có bệnh đồng mắc và hút thuốc lá đều là yếu tố nguy cơ được

đề cập ở các nghiên cứu tương đồng. Bệnh đồng mắc làm tăng số lượng thuốc sử dụng qua đó ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị. Chúng tôi cũng nghĩ đến sự tương tác thuốc có thể ảnh hưởng đến hiệu quả của các thuốc hạ đường huyết hoặc tác dụng phụ liên quan đến tăng đường huyết.<sup>[9]</sup> Nicotine trong khói thuốc lá có các cơ chế tác động trung ương và ngoại biên ảnh hưởng đến các hormone điều hoà đường huyết cũng như gây bất lợi đến dung nạp glucose và sự nhạy cảm insulin.<sup>[10]</sup> Tỉ lệ hút thuốc lá trong dân số nghiên cứu của chúng tôi cũng đáng kể và cần có sự lưu ý phù hợp.

Kết quả từ nghiên cứu của chúng tôi có tính đại diện cho khu vực phòng khám phụ trách chăm sóc người bệnh đái tháo đường type 2 ở các bệnh viện tuyến cuối. Tuy nhiên, vẫn còn tồn tại những hạn chế trong nghiên cứu bao gồm: (1) thực hiện tại một trung tâm nên ảnh hưởng đến khả năng khái quát hoá cho toàn bộ dân số đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán, (2) nghiên cứu cắt ngang nên khó xác lập liên quan nhân quả đối với các yếu tố liên quan đến tình trạng kém kiểm soát đường huyết và (3) chưa đánh giá điều trị thay đổi lối sống vốn dĩ ảnh hưởng đáng kể đến việc đạt mục tiêu đường huyết. Những hạn chế này cần được khắc phục ở những khảo sát tương tự được thực hiện đa trung tâm với quy mô lớn hơn.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỉ lệ kiểm soát đường huyết trên người bệnh đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán còn chưa tối ưu. Cần chú ý đến việc đạt mục tiêu đường huyết trên những người đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán có hút thuốc lá và có bệnh đồng mắc.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Diabetes Federation.** IDF Diabetes Atlas. <https://diabetesatlas.org/>. Accessed June 2, 2024.
2. **Biswas T, Tran N, Thi My Hanh H, et al.** Type 2 diabetes and hypertension in Vietnam: a systematic review and meta-analysis of studies between 2000 and 2020. *BMJ Open.* 2022 Aug 8;12(8):e052725.
3. **Adler AI, Coleman RL, Leal J, et al.** Post-trial monitoring of a randomised controlled trial of intensive glycaemic control in type 2 diabetes extended from 10 years to 24 years (UKPDS 91). *Lancet.* 2024 May 17:S0140-6736(24)00537-3. doi: 10.1016/S0140-6736(24)00537-3.
4. **Cai X, Hu D, Pan C, et al.** Evaluation of effectiveness of treatment paradigm for newly diagnosed type 2 diabetes patients in Chin: A nationwide prospective cohort study. *J Diabetes Investig.* 2020 Jan;11(1):151-161. doi: 10.1111/jdi.13092.

5. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2 (Ban hành kèm theo Quyết định số 5481/QĐ-BYT ngày 30 tháng 12 năm 2020). <https://daithaoduong.kcb.vn/huong-dan-chan-doan-va-dieu-tri-dai-thao-duong-tip-2>
6. **ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, et al,** on behalf of the American Diabetes Association. 6. Glycemic Targets: Standards of Care in Diabetes-2023. *Diabetes Care.* 2023 Jan 1;46(Suppl 1):S97-S110. doi: 10.2337/dc23-S006.
7. **Lachin JM, Nathan DM;** DCCT/EDIC Research Group. Understanding Metabolic Memory: The Prolonged Influence of Glycemia During the Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) on Future Risks of Complications During the Study of the Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications (EDIC). *Diabetes Care.* 2021 Sep 21;44(10):2216–24. doi: 10.2337/dc20-3097.
8. **Wang J, Yan R, Wen J, et al.** Association of lower body mass index with increased glycemic variability in patients with newly diagnosed type 2 diabetes: a cross-sectional study in China. *Oncotarget.* 2017 Apr 14;8(42):73133-73143. doi: 10.18632/oncotarget.17111.
9. **Hussain S, Chowdhury TA.** The Impact of Comorbidities on the Pharmacological Management of Type 2 Diabetes Mellitus. *Drugs.* 2019 Feb;79(3):231-242. doi: 10.1007/s40265-019-1061-4.
10. **Chen Z, Liu XA, Kenny PJ.** Central and peripheral actions of nicotine that influence blood glucose homeostasis and the development of diabetes. *Pharmacol Res.* 2023 Aug;194:106860. doi: 10.1016/j.phrs.2023.106860.

## KHẢO SÁT TỶ LỆ MỔ LẤY THAI LẠI Ở THAI PHỤ ĐỦ THÁNG CÓ VẾT MỔ LẤY THAI CŨ TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI TỈNH HẬU GIANG

Đào Thuý Anh<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Diễm Thuý<sup>2</sup>, Trần Đỗ Thanh Phong<sup>1</sup>  
Nguyễn Minh Anh<sup>1</sup>, Lý Phạm Vân Linh<sup>1</sup>, Hoàng Phạm Quỳnh Như<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ mổ lấy thai và sanh đường âm đạo ở thai phụ có vết mổ lấy thai cũ tại Bệnh viện Sản Nhi Hậu Giang. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 100 thai phụ có vết mổ lấy thai cũ điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Hậu Giang. **Kết quả:** Mổ lấy thai là phương pháp được thực hiện nhiều nhất với tỷ lệ 96%, bao gồm mổ chủ động 52% và mổ cấp cứu 44%. Tỷ lệ sinh thường chiếm 4%. **Kết luận:** Đa phần phương pháp mổ lấy thai sau khi có vết mổ cũ được lựa chọn hơn thủ thách sanh ngã âm đạo. Tuy nhiên, vẫn có trường hợp sinh đường âm đạo thành công sau lần mổ lấy thai trước.

**Từ khoá:** vết mổ lấy thai cũ, sanh đường âm đạo sau mổ lấy thai, tỷ lệ mổ lấy thai.

### SUMMARY

#### SURVEY ON THE RATE OF REPEAT CESAREAN SECTION IN FULL-TERM PREGNANCY WOMAN WITH PREVIOUS C- SECTION AT HAU GIANG OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

**Objectives:** Determine the rate of repeat cesarean section and vaginal birth in pregnant women with old cesarean section at Hau Giang Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Research subjects and methods:** cross-sectional descriptive study on 100

pregnant women with old cesarean section treated at Hau Giang Provincial Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Results:** Caesarean section is the most commonly performed method with a rate of 96%, including elective surgery 52% and emergency surgery 44%. Vaginal birth rate is 4%. **Conclusion:** In most cases, cesarean section after an old incision is chosen over vaginal birth. However, there are still cases of successful vaginal birth after a previous cesarean section.

**Keywords:** Previous cesarean section, vaginal birth after cesarean section, cesarean section rate.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phụ nữ từng mổ lấy thai được xem là một thai kỳ có nguy cơ cao vì có thể gặp phải các vấn đề như nhiễm trùng vết mổ lần trước, sẹo mổ trên thân tử cung nguy cơ nứt trong thai kỳ sau,...Lần mang thai tiếp theo cần được đánh giá, theo dõi kỹ lưỡng vì nguy cơ xảy ra tai biến sản khoa nứt sẹo mổ cũ hay vỡ tử cung, nguy hiểm cho mẹ và thai nhi. Tuy vậy, không phải tất cả phụ nữ từng mổ lấy thai một lần, những lần sau phải tiếp tục sinh mổ. Theo quan điểm hiện nay, có thể thử thách sanh ngã âm đạo đối với những thai phụ có đủ điều kiện, vì thai phụ sẽ không phải chịu thêm một lần phẫu thuật, vết mổ lấy thai lần hai, cùng các biến chứng sau phẫu thuật [3], giảm nguy cơ băng huyết sau sinh, giảm tỷ lệ suy hô hấp trẻ sơ sinh [7], sau sinh người mẹ có thể chăm sóc bé sớm hơn, số ngày nằm viện ngắn hơn đồng thời giảm chi phí điều trị [1]. Trên lâm sàng, thai phụ có tâm lý lo lắng vết mổ cũ, quan niệm muốn chọn ngày giờ sinh, và khó khăn trong quá trình theo dõi, xử trí

<sup>1</sup>Trường Đại học Võ Trường Toản

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Diễm Thuý

Email: ntdthuy@vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2024

Ngày duyệt bài: 17.10.2024