

Việc chỉ định xét nghiệm và tư vấn di truyền xác định đột biến gen BRCA2 giúp các bác sĩ có thêm thông tin tiên lượng, theo dõi cũng như cân nhắc các lựa chọn điều trị các thể hoá phù hợp. Cũng như có kế hoạch đánh giá nguy cơ ung thư di truyền và kế hoạch khám sàng lọc ung thư tuyến tiền liệt và các hội chứng di truyền liên quan đến các biến thể gen BRCA2 như ung thư vú, ung thư buồng trứng cho họ hàng, con cái của bệnh nhân có các biến thể dòng mầm trên gen BRCA2.

#### IV. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã mô tả hai ca bệnh ung thư tuyến tiền liệt có biến thể dòng mầm gen BRCA2 biểu hiện lâm sàng nặng nề với điểm gleason cao, di căn sớm, tiến triển nhanh. Tư vấn di truyền đóng vai trò quan trọng, giúp các bác sĩ tiên lượng và lựa chọn phương án điều trị phù hợp cho bệnh nhân. Cũng như có kế hoạch đánh giá nguy cơ ung thư di truyền và khám sàng lọc cho anh em, con cái của bệnh nhân.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F, Laversanne M, Sung H, et al.** Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of

incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2024;74(3): 229-263. doi:10.3322/caac.21834

2. **Junejo NN, Alkhatieb SS.** BRCA2 gene mutation and prostate cancer risk. *Saudi Med J*. 2020;41(1):9-17. doi:10.15537/smj.2020.1.24759
3. **Schaeffer EM, Srinivas S, Adra N, et al.** NCCN Guidelines® Insights: Prostate Cancer, Version 1.2023: Featured Updates to the NCCN Guidelines. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2022;20(12):1288-1298. doi: 10.6004/jnccn.2022.0063
4. **Parker C, Castro E, Fizazi K, et al.** Prostate cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up†. *Annals of Oncology*. 2020;31(9): 1119-1134. doi:10.1016/j.annonc.2020.06.011
5. **Castro E, Goh C, Olmos D, et al.** Germline BRCA Mutations Are Associated With Higher Risk of Nodal Involvement, Distant Metastasis, and Poor Survival Outcomes in Prostate Cancer. *J Clin Oncol*. 2013;31(14): 1748-1757. doi:10.1200/JCO.2012.43.1882
6. **Castro E, Romero-Laorden N, del Pozo A, et al.** PROREPAIR-B: A Prospective Cohort Study of the Impact of Germline DNA Repair Mutations on the Outcomes of Patients With Metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer. *JCO*. 2019;37(6):490-503. doi:10.1200/JCO.18.00358

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở THAI PHỤ BỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ VINMEC TIMES CITY

Nguyễn Thị Kim Dung<sup>1</sup>, Nguyễn Quốc Tuấn<sup>2</sup>,  
Nguyễn Thị Hương Linh<sup>1</sup>, Lương Thị Tâm<sup>1</sup>, Lê Thị Hoa<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên thai phụ bị đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Times City. **Kết quả:** Tuổi trung bình của thai phụ là 33,6 ± 4,88 tuổi trong đó có 40,58% thai phụ từ 35 tuổi trở lên. Tình trạng đái tháo đường thai kỳ được phát hiện nhiều nhất ở tuần từ 24 – 28 với 84,98%; phát hiện trước 24 tuần có 7,73%. Mức tăng cân trung bình trước thời điểm phát hiện đái tháo đường thai kỳ là 7,38 ± 3,33 kg với mức tăng từ 6 – 9kg chiếm 37,77% và tăng từ 9kg trở lên chiếm 27,47%. Cả quá trình tăng trên 12kg có 47,21% (trong đó tăng trên 18kg có 11,6%) và tăng dưới 8kg có 16,31%. Tình trạng tăng huyết áp/tiền sản giật tìm thấy ở 3,86% thai phụ. Chỉ số nghiệm pháp đường huyết tốt lúc đói ≥ 5,1mm/l là

15,88%; sau 1h có 63,95% ≥ 10mm/l và sau 2h có 88,41% ≥ 8,5 mm/l. Glucose niệu có ở 11,69% thai phụ; 14,72% có protein niệu; 28,45% bạch cầu niệu và 12,88% bị đa ối. **Kết luận:** Tuổi trung bình của thai phụ là 33,6 ± 4,88 tuổi, với 40,58% thai phụ ≥ 35 tuổi. Có 84,98% thai phụ được phát hiện ĐTĐTK ở tuần từ 24 – 28. Có tình trạng đa ối trên siêu âm tại thời điểm phát hiện ĐTĐTK. Biến chứng THA gặp ở 3,86% thai phụ ĐTĐTK. **Từ khóa:** đái tháo đường thai kỳ, đặc điểm lâm sàng, đặc điểm cận lâm sàng.

#### SUMMARY

#### CLINICAL AND SUBCLINICAL FEATURES IN PREGNANCY WOMEN WITH GESTONIAL DIABETES AT VINMEC TIMES CITY INTERNATIONAL HOSPITAL

**Aim:** Describe clinical and paraclinical characteristics of pregnant women with gestational diabetes at Vinmec Times City International Hospital. **Results:** The average age of pregnant women was 33.6 ± 4.88 years old, of which 40.58% of pregnant women were 35 years old or older. Gestational diabetes was detected at weeks 24 - 28 with 84.98%; before 24 weeks was 7.73%. The average weight gain

<sup>1</sup>Bệnh viện Vinmec Times City

<sup>2</sup>Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Kim Dung

Email: dungdung8785@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.10.2024

Ngày duyệt bài: 18.11.2024

before detecting gestational diabetes was  $7.38 \pm 3.33$  kg, weights gain from 6kg to 9kg was 37.77% and 9kg or more was 27.47%. The whole process of gaining over 12kg was 47.21% (of which gaining above 18kg was 11.6%) and gaining under 8kg was 16.31%. Hypertension/preeclampsia was 3.86%. Oral glucose tolerance test – OGTT was  $\geq 5.1$ mmol/l is 15,88%; After OGTT- 1 hour, there were 63,95% were  $\geq 10$ mmol/l and after OGTT-2 hours, 88,41% were  $\geq 8.5$  mmol/l. There were 11.69% glycosuria was found in pregnant women; 14.72% had proteinuria; 28.45% leukocyturia and 12.88% had polyhydramnios. **Conclusion:** The average age of pregnant women was  $33.6 \pm 4.88$  years old, of which 40.58% of pregnant women  $\geq 35$  years old. Gestational diabetes was detected at weeks 24 - 28 with 84.98%. Hypertension/preeclampsia was 3.86%. There were polyhydramnios at the time of diagnosis.

**Keywords:** gestational diabetes, clinical characteristics, subclinical characteristics.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ mắc đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) ngày càng tăng, có thể gây biến chứng cho khoảng 5 – 25% số ca mang thai tùy thuộc tiêu chuẩn chẩn đoán được sử dụng và cỡ mẫu nghiên cứu<sup>1</sup>. Năm 2021, ước tính có khoảng 16,7% phụ nữ bị ĐTĐTK. Phần lớn xảy ra ở những nước có thu nhập thấp và trung bình, nơi có việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc trước sinh bị hạn chế<sup>2</sup>. Theo thống kê của Liên đoàn Đái tháo đường thế giới năm 2021, tỷ lệ đái tháo đường (ĐTĐ) ở Việt Nam là 21,8% với số trẻ sinh sống bị ảnh hưởng bởi bệnh ĐTĐTK là 7.795,2 trẻ<sup>2</sup> và đang có xu hướng ngày càng tăng.

ĐTĐTK không được kiểm soát có thể gây ra những biến chứng cho cả mẹ và thai. Các biến chứng cho mẹ bao gồm tăng huyết áp, tiền sản giật, nhiễm trùng đường tiết niệu, đa ối, tăng nguy cơ phẫu thuật và ĐTĐ trong tương lai. Ở thai và trẻ sơ sinh, ĐTĐTK liên quan đến chứng thai to, dị tật bẩm sinh, rối loạn về chuyển hóa, béo phì ở trẻ em và thanh thiếu niên sau đó<sup>3</sup>. Vì vậy, những phụ nữ bị ĐTĐTK cần được phát hiện sớm và điều trị kịp thời để ngăn ngừa biến chứng. Do đó, việc phát hiện và kiểm soát ĐTĐTK trong thời gian mang thai và sau đó là rất cần thiết.

Để có cái nhìn khách quan về quản lý thai ở sản phụ bị ĐTĐTK tại một Bệnh viện tư nhân, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên thai phụ bị đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Times City.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Thu thập tất cả các bệnh án có thai phụ được chẩn đoán

ĐTĐTK bằng nghiệm pháp dung nạp glucose (NPDNG) và sinh tại Trung tâm sức khỏe phụ nữ Bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec Time City từ tháng 1 đến tháng 12 năm 2022.

### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Thai phụ được chẩn đoán ĐTĐTK bằng NPDNG tại địa điểm nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu.

- Theo dõi và kết thúc sinh tại Bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec Time City.

### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bị ĐTĐ typ I, typ II trước khi mang thai.  
- Không được chẩn đoán ĐTĐTK và quản lý thai kỳ/quản lý thai kỳ sau 36 tuần.

- Bỏ quản lý thai sau khi được chẩn đoán ĐTĐTK.

- Mặc các bệnh liên quan đến chuyển hóa glucose: Cường giáp, suy giáp, Cushing, U tủy thượng thận...

- Đang dùng các thuốc ảnh hưởng tới chuyển hóa glucose: Corticoid, thuốc chẹn giao cảm...

### 2.1.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1 đến tháng 12 năm 2022

- Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm sức khỏe phụ nữ Bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec Time City

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang.

**2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu:** được thực hiện ở 233 thai phụ, với cách chọn mẫu thuận tiện.

Chẩn đoán ĐTĐTK theo tiêu chuẩn của WHO và ADA 2011:

- Lúc đói:  $\geq 5,1$  mmol/l (92 mg/dl)

- 1h sau khi uống 75g đường:  $\geq 10,0$  mmol/l (180 mg/dl)

- 2h sau khi uống 75g đường:  $\geq 8,5$  mmol/l (153 mg/dl)

**2.2.3. Quản lý và phân tích số liệu:** Số liệu được thu thập và nhập liệu vào phần mềm Excel và xử lý bằng SPSS 20.0 với các phép thống kê mô tả: tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình là  $33,6 \pm 4,88$  tuổi với đa số thai phụ ở nhóm từ 30 - 34 tuổi với 39,06%; nhóm tuổi >35 tuổi chiếm 40,58%. Tuổi nhỏ nhất 21 tuổi, tuổi lớn nhất: 48 tuổi

**Bảng 1. Thời điểm phát hiện đái tháo đường thai kỳ**

Thời điểm phát hiện ĐTĐTK	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Dưới 24 tuần	18	7.73
24 - 28 tuần	198	84.98
Trên 28 tuần	17	7.3

Thời điểm trung bình (min – max)	24.78 ± 3.12 (19 – 31)
----------------------------------	------------------------

**Nhận xét:** Trung bình thai phụ phát hiện tình trạng ĐĐTĐK ở tuần 24,78 ± 3,12 với đa số

được phát hiện ở tuần 24 – 28 với 84,98% và có 7,73% được phát hiện trước 24 tuần.

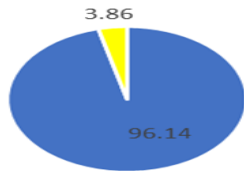
Tuổi thai nhỏ nhất được phát hiện ở 19 tuần, trên mẹ bị tăng cân nhiều, và xét nghiệm nước tiểu có đường niệu.

**Bảng 2. Tình trạng tăng cân của thai phụ**

BMI/cân tăng		BMI < 18,5 n (%)	BMI: 18,5-22,9 n (%)	BMI ≥ 23 n (%)	Tổng n (%)
Từ khi mang thai đến khi phát hiện ĐĐTĐK	<4kg	0 (0)	20 (13.33)	20 (27.78)	40 (17.17)
	4 - <6 kg	1 (9.09)	21 (14)	19 (26.39)	41 (17.6)
	6 - <9 kg	5 (45.45)	66 (44)	17 (23.61)	88 (37.77)
	≥9 kg	5 (45.45)	43 (28.67)	16 (22.22)	64 (27.47)
	Trung bình	9.33 ± 3.94 (4.6 – 18.2)	7.65 ± 3.14 (1.1 – 17)	6.5 ± 3.45 (1.4 – 17)	7.38 ± 3.33 (1.1 – 18.2)
Trong quá trình mang thai	<8kg	1 (9.09)	13 (8.67)	24 (33.33)	38 (16.31)
	8 - 12 kg	2 (18.18)	55 (36.67)	28 (38.89)	85 (36.48)
	>12 - 18 kg	5 (45.45)	66 (44)	13 (18.06)	84 (36.05)
	>18kg	3 (27.27)	16 (10.67)	7 (9.72)	26 (11.16)
	Trung bình	13,87 ± 4,26 (5,4 – 19,6)	13,03 ± 4,03 (4,8 – 27,9)	10,41 ± 4,62 (2,5 – 22)	12,26 ± 4,39 (2,5 – 27,9)
<b>Tổng</b>	<b>11 (4.72)</b>	<b>150 (64.38)</b>	<b>72 (30.90)</b>	<b>233 (100)</b>	

**Nhận xét:** Ở thời điểm phát hiện ĐĐTĐK: trung bình thai phụ tăng 7,38 ± 3,33 kg và nhóm tăng cân nhiều nhất là 6 – <9kg (37,77%). Trong cả quá trình thai kì, trung bình thai phụ tăng 12,26 ± 4,39 kg. Tăng cân nhiều nhất trong khoảng 8 – 18kg với 64,38% và chỉ 4,72% thai phụ tăng dưới 8kg.

Tình trạng tăng huyết áp/ tiền sản giật



■ Không THA/TSG ■ Có THA/TSG

**Biểu đồ 1. Tình trạng tăng huyết áp và tiền sản giật**

**Nhận xét:** Có 9 thai phụ chiếm tỷ lệ 3,86% có tình trạng tăng huyết áp hoặc tiền sản giật được tìm thấy. Trong đó 3 thai phụ tăng > 18kg, 3 thai phụ > 40 tuổi.

**Bảng 3. Nghiệm pháp dung nạp glucose**

Nghiệm pháp dung nạp glucose	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nghiệm pháp dung nạp glucose đối	≥5.1 mm/l	37 15.88
	<5.1 mm/l	196 84.12
	Trung bình	4.58 ± 0.76
Nghiệm pháp dung nạp glucose sau 1 giờ	≥10 mm/l	149 63.95
	<10 mm/l	84 36.05
	Trung bình	10.27 ± 1.66
Nghiệm pháp dung nạp glucose sau 2 giờ	≥8.5 mm/l	206 88.41
	<8.5 mm/l	27 11.59
	Trung bình	8.98 ± 1.66

Các chỉ số dương tính của nghiệm pháp dung nạp glucose	1 chỉ số	134	57.51
	2 chỉ số	77	33.05
	3 chỉ số	22	9.44

**Nhận xét:** Số thai phụ có NPDNG dương tính sau ăn 2 giờ chiếm tỷ lệ cao nhất 88.41%. Đa số thai phụ có 1 chỉ số dương tính với 57,51% và có 9,44% có cả 3 chỉ số dương tính.

**Bảng 4. Tình trạng ôi trên siêu âm tại thời điểm phát hiện ĐĐTĐK**

Tình trạng ôi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đa ôi	30	12.88
Bình thường	203	87.12

**Nhận xét:** Hầu hết các chỉ số xét nghiệm nước tiểu dương tính chiếm tỷ lệ thấp. Trong đó: 11,69% glucose niệu, 14,72% có protein niệu; 28,45% bạch cầu niệu và 12,88% bị đa ôi.

**IV. BÀN LUẬN**

**\*Về đặc điểm lâm sàng.** Đái tháo đường thai kì ngày càng tăng do tuổi sinh đẻ tăng, tình trạng thừa cân, béo phì và ít vận động. Theo Hiệp hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ, khi phụ nữ lớn hơn 35 tuổi mang thai thì nguy cơ ĐĐTĐK tăng cao hơn<sup>1</sup>. Tình trạng rối loạn dung nạp glucose được phát hiện ở nhóm tuổi mẹ cao (cuối 30 hoặc 40 tuổi) gấp 2 – 3 lần so với những người trong độ tuổi 20 – 30<sup>4</sup>. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ thai phụ từ 35 tuổi trở lên chiếm gần một nửa với 40,58% và có độ tuổi trung bình là 33,6 ± 4,88 tuổi. Kết quả này có xu hướng cao hơn so với một số nghiên cứu tuổi trung bình dao động từ 29,2 – 32 tuổi<sup>5,6</sup>.

Theo khuyến cáo của Bộ y tế, xét nghiệm chẩn đoán ĐĐTĐK nên thực hiện ở tuần thứ 24

đến 28 của thai kỳ đối với những thai phụ không có tiền sử ĐTĐ trước đó<sup>1</sup>. Hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy thời điểm phát hiện ĐTĐTK của thai phụ khá tương đồng nhau. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời điểm phát hiện ĐTĐTK khi thai trung bình  $24.78 \pm 3.12$  tuần tuổi với 7,73% phát hiện trước 24 tuần và 7.3% trên 28 tuần và đa số được phát hiện ở giai đoạn 3 tháng giữa của thai kì. Thời điểm phát hiện ĐTĐTK trong nghiên cứu của chúng tôi sớm hơn so với nhiều nghiên cứu khác<sup>5,6</sup>. Thời điểm phát hiện ĐTĐTK chủ yếu trong 3 tháng giữa của thai kì và kết quả này phù hợp với cơ chế bệnh sinh của tình trạng đề kháng và giảm nhạy cảm với insulin khi mang thai. Trong thai kỳ, rau thai và cơ thể người mẹ sản xuất nhiều loại hormone như progesteron, cortisol, placental lactogen, prolactin,... là những hormone có tác dụng đối kháng hoạt tính của insulin, từ đó dẫn đến tăng glucose máu và là cơ chế bệnh sinh quan trọng trong ĐTĐTK. Tính đề kháng Insulin thường bắt đầu trong 3 tháng giữa thai kỳ và có xu hướng tăng dần trong 3 tháng cuối<sup>1</sup>.

Tăng cân khi mang thai bao gồm 30% lượng mỡ tích tụ ở người mẹ, trong nửa sau của thai kỳ bình thường được đặc trưng bởi tình trạng kháng insulin tiến triển. Cơ cấu tăng cân cũng thay đổi theo tuổi thai. Bà mẹ tăng cân sớm trong thời kỳ mang thai là do chất béo không cân đối và có thể ảnh hưởng đến tình trạng kháng insulin sau này của bà mẹ<sup>7</sup>. Thông thường, trong một kỳ mang thai bà mẹ tăng 10-12kg bao gồm bào thai, rau thai, nước ối, máu, dịch mô, tử cung, vú. Nếu người mẹ tăng cân ít trong thai kỳ dễ có nguy cơ đẻ con nhẹ cân, thiếu vi chất (thiếu sắt, thiếu máu, canxi...). Nếu mẹ tăng cân quá nhiều trong thai kỳ sẽ sinh khó, nguy cơ bị ĐTĐTK<sup>1</sup>. Tăng cân là biểu hiện tích cực cho thấy sự phát triển của thai nhi, tăng cân của người mẹ lúc mang thai phụ thuộc vào giai đoạn thai kỳ và tình trạng dinh dưỡng trước khi mang thai. Tính đến thời điểm phát hiện ĐTĐTK chúng tôi tìm thấy đa số thai phụ tăng trung bình  $7,38 \pm 3,33$  kg trong đó tăng từ 9kg trở lên có 27,47%. Khuyến cáo của ACOG năm 2013<sup>7</sup>, mức tăng cân đến hết quý 2 của các thai phụ với BMI trước khi mang thai thai bình thường là dưới 6kg. Tăng cân quá nhiều trong thời gian mang thai sẽ dẫn đến tăng lắng đọng chất béo trong cơ thể người mẹ, điều này có thể làm giảm độ nhạy insulin, dẫn đến gia tăng ĐTĐTK. Sự tăng cân của thai phụ từ khi mang thai đến thời điểm phát hiện ĐTĐTK trong nghiên cứu của chúng tôi là khá cao. Trong khi cả quá trình mang thai, chúng tôi thấy các thai phụ tăng trung bình  $12,26 \pm 4,39$

kg trong đó tăng trên 12kg – 18kg có 36,05% và trên 18kg có 11,16%. Mức tăng cân này cũng khá tương đồng với các nghiên cứu khác<sup>5,6</sup>. Tùy theo tình trạng dinh dưỡng (chỉ số khối cơ thể - BMI) trước khi có thai của người mẹ, Viện Y học đã khuyến nghị mức tăng cân theo từng giai đoạn với từng nhóm BMI của thai phụ<sup>1</sup>. Trong nghiên cứu chúng tôi tìm thấy những thai phụ có BMI <18,5 có tăng cân trên 12- 18kg có tỷ lệ cao nhất với 45.45%, những thai phụ có BMI bình thường tăng cân nhiều nhất trong khoảng 8 – 12 kg với 44% và những người thừa cân/béo phì có tỷ lệ tăng cân cao nhất ở khoảng 8 – 12 kg với 38.89%. So với tiêu chuẩn của Viện Y học, kết quả mức tăng cân của thai phụ trong nghiên cứu của chúng tôi khá tốt, có thể thấy quá trình quản lý thai cũng như tư vấn kiểm soát tăng cân ở thai phụ ĐTĐTK trong nghiên cứu của chúng tôi có hiệu quả. Đáng chú ý, hầu hết các nghiên cứu đánh giá mức tăng cân ở phụ nữ mắc ĐTĐTK đều không đánh giá mức tăng cân trước và sau khi chẩn đoán ĐTĐTK nhưng thường chỉ đánh giá việc tăng cân cả quá trình thai kì. Mặc dù mức tăng cân quá mức ở cả trước và sau khi chẩn đoán ĐTĐTK đều làm tăng nguy cơ mang thai bất lợi và kết quả sơ sinh. Như trong nghiên cứu của tác giả Wei Zheng và cộng sự đã chỉ ra rằng những phụ nữ có mức tăng cân quá mức trước và sau khi chẩn đoán ĐTĐTK sẽ làm tăng những biến chứng khi mang thai<sup>8</sup>. Những phát hiện này cho thấy việc hạn chế mức tăng cân sau khi đã có chẩn đoán ĐTĐTK có thể có lợi và cần thiết, đặc biệt ở những thai phụ có mức tăng cân quá mức trong nửa đầu của thai kỳ.

Tăng huyết áp thai kỳ xảy ra sau 20 tuần mang thai, thường tập trung trong 3 tháng cuối và sẽ thuyên giảm sau 6 đến 12 tuần sau sinh. Tiền sản giật gây biến chứng ở khoảng 5% đến 8% tổng số ca mang thai. Thực tế trong nghiên cứu hiện tại chúng tôi thấy có 3,86% thai phụ có tình trạng tăng huyết áp hoặc tiền sản giật. Tỷ lệ này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Việt Tuyết<sup>6</sup>. Điều này cho thấy tỷ lệ biến chứng lâm sàng của thai phụ trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ thấp và cũng cho thấy hiệu quả của việc quản lý ĐTĐTK.

**\* Về đặc điểm cận lâm sàng.** Một số phụ nữ mang thai chỉ có biểu hiện đường huyết lúc đói tăng cao nhưng đường huyết sau ăn bình thường, và một số lại cho thấy điều ngược lại, trong khi những phụ nữ khác có biểu hiện cả đường huyết lúc đói và đường huyết sau bữa ăn bất thường. Theo khuyến cáo về tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐTK của WHO<sup>1</sup>, ở nghiên cứu của chúng tôi thấy chỉ số glucose lúc đói của thai phụ khá

tốt, chỉ 15,88%  $\geq$  5.1mm/l. Trong khi đó sau 1 giờ có 63,95%  $\geq$  10mm/l và sau 2h có tới 88,41%  $\geq$  8,5mm/l. Điều này cho thấy để chẩn đoán ĐTĐTK nếu chỉ dựa vào đường máu đói sẽ bỏ sót khá nhiều trường hợp ĐTĐTK.

Có khoảng 15% trường hợp mang thai bị đa ối xảy ra ở những phụ nữ mắc ĐTĐTK. Đa ối được mô tả là sự tăng lượng nước ối do mất cân bằng giữa sản xuất và tái hấp thụ nước ối. Trong điều kiện sinh lý, có thể có sự cân bằng động giữa quá trình sản xuất và tái hấp thụ nước ối. Trong ĐTĐTK, điều này có thể bị phá vỡ do sự tăng tiết quá mức do glucose máu thai nhi cao, tăng áp lực thẩm thấu. Trong nghiên cứu chúng tôi thấy có 12,88% thai phụ có tình trạng đa ối. Tỷ lệ này chỉ bằng 1/2 hoặc 1/3 so với một số nghiên cứu khác được thực hiện tại các địa điểm khác<sup>5,6</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của thai phụ là 33,6  $\pm$  4,88 tuổi trong đó có 40,58% thai phụ từ 35 tuổi trở lên. Tình trạng ĐTĐTK được phát hiện nhiều nhất ở tuần từ 24 – 28 với 84,98%; Mức tăng cân trung bình trước thời điểm phát hiện ĐTĐTK là 7,38  $\pm$  3,33 kg với mức tăng từ 6 – 9kg chiếm 37,77% và tăng từ 9kg trở lên chiếm 27,47%. Cả quá trình tăng trên 12kg có 47,21% (trong đó tăng trên 18kg có 11,6%) và tăng dưới 8kg có 16,31%. Tình trạng tăng huyết áp/tiền sản giật tìm thấy ở

3,86% thai phụ. Tại thời điểm phát hiện ĐTĐTK có 12,88% thai phụ bị đa ối trên siêu âm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế**, Vụ sức khỏe bà mẹ - trẻ em. Quyết định số 6173 /QĐ-BYT ngày 12 /10/2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế - Hướng dẫn quốc gia dự phòng và kiểm soát đái tháo đường thai kỳ.
- International Diabetes Federation**. IDF Diabetes Atlas 10th edition. 2021.
- Bryan S. Quintanilla Rodriguez, Heba Mahdy**. Gestational Diabetes. National Library of Medicine - 2023.
- Shan D, Qiu P-Y, Wu Y-X, et al**. Pregnancy outcomes in women of advanced maternal age: a retrospective cohort study from China. Scientific reports. 2018;8(1):12239.
- Nguyễn Mạnh Thắng**. Lâm sàng, cận lâm sàng của thai phụ đái tháo đường thai kỳ đề đủ tháng tại Bệnh Viện Phụ Sản Trung Ương. Tạp chí Y Học Việt Nam. 2021;502(2):183 - 187.
- Nguyễn Việt Suyết**. Đặc điểm và xử trí sản khoa của đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh Viện Phụ Sản Trung Ương. Luận văn chuyên khoa cấp II - trường Đại học Y Hà Nội. 2021.
- American College of Obstetricians and Gynecologists**. ACOG Committee opinion no. 548: weight gain during pregnancy. Obstet Gynecol. 2013;121(1):210-212.
- Zheng W, Huang W, Liu C, et al**. Weight gain after diagnosis of gestational diabetes mellitus and its association with adverse pregnancy outcomes: a cohort study. BMC Pregnancy Childbirth. 2021;21(1):216.

## KHẢ NĂNG HOẠT ĐỘNG HÀNG NGÀY VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN NHƯỢC CƠ

Phạm Thị Thúy<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Tuấn<sup>2</sup>, Nguyễn Thanh Bình<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả khả năng hoạt động hàng ngày và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân nhược cơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh ở bệnh nhân được chẩn đoán nhược cơ tuổi từ 18 được điều trị tại Trung tâm Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai từ 7/2023 đến 7/2024. **Kết quả:** Nghiên cứu thu được 81 bệnh nhân. Tuổi trung bình 46,67  $\pm$  14,54, tỉ lệ nữ: nam xấp xỉ 2:1. Tuổi khởi phát bệnh trung bình 44,67  $\pm$  14,71. Tỉ lệ bệnh nhân có tăng sản tuyến ức hoặc u tuyến ức là 42%. Tại thời điểm nhập viện, có 8,7% bệnh nhân thuộc phân loại

MGFA độ IV và V (yếu cơ nặng hoặc phải đặt ống nội khí quản). Khả năng hoạt động hàng ngày với điểm MG-ADL lúc nhập viện trung bình là 11,23  $\pm$  4,597, khi ra viện là 5,79  $\pm$  3,133, cải thiện có ý nghĩa thống kê với p=0,000. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân nhược cơ theo thang điểm MG-QOL15 đánh giá thời điểm nhập viện trung bình là 27,19  $\pm$  10,523, khi ra viện là 18,02  $\pm$  7,456, cải thiện với p=0,000. **Kết luận:** Nhược cơ làm giảm khả năng hoạt động hàng ngày và giảm chất lượng cuộc sống, đặc biệt ở các bệnh nhân có yếu cơ nặng.

**Từ khóa:** Thang điểm MG-ADL, thang điểm MG-QOL15, nhược cơ, chất lượng cuộc sống

### SUMMARY

#### ACTIVITIES OF DAILY LIVING AND QUALITY OF LIFE IN MYASTHENIA GRAVIS PATIENTS

**Objective:** We describe the activities of daily function and quality of life in patients with myasthenia gravis. **Subjects and Methods:** This is a descriptive case series study involving patients aged 18 and older, diagnosed with myasthenia gravis, and treated at the

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tuấn

Email: ngtuan21965@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2024

Ngày duyệt bài: 18.11.2024