

truyền thống thì kỹ thuật này giúp tạo nếp mi tự nhiên mà không cần rạch nếp mi, không mất thời gian khâu dính dây Silicon vào sụn, hạn chế tổn thương mô cơ và thần kinh bằng can thiệp tối thiểu, giúp mi mắt mềm mại, không có sẹo.

V. KẾT LUẬN

Treo cơ trán bằng chỉ Nylon kết hợp với dây Silicon là phương pháp an toàn, dễ thực hiện và đem lại hiệu quả cao cả về mặt chức năng lẫn thẩm mỹ trong phẫu thuật điều trị sụp mi có chức năng cơ nâng mi kém.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Meltzer MA, Elahi E, Taupeka P, Flores E.** A simplified technique of ptosis repair using a single

adjustable suture. *Ophthalmology.* 2001;108(10):1889-1892.

2. **Jones LT, Quickert MH, Wobig JL.** The cure of ptosis by aponeurotic repair. *Arch Ophthalmol.* 1975;93(8):629-634.
3. **Steinkogler FJ, Kuchar A, Huber E, Arockert-Mettinger E.** Gore-Tex soft-tissue patch frontalis suspension technique in congenital ptosis and in blepharophimosis-ptosis syndrome. *Plast Reconstr Surg.* 1993;92(6):1057-1060.
4. **Rizvi SAR, Gupta Y, Yousuf S.** Evaluation of safety and efficacy of silicone rod in tarsofrontalis sling surgery for severe congenital ptosis. *Ophthalmol Plast Reconstr Surg.* 2014;30(1):11-14.
5. **Etezzad Razavi M, Khalifeh M, Yazdani A.** Comparing open and closed techniques of frontalis suspension with silicone rod for the treatment congenital blepharoptosis. *Orbit.* 2014; 33(2):91-95.

KẾT QUẢ XỬ TRÍ SẢN KHOA CỦA SẢN PHỤ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN NĂM 2021 - 2022

Bùi Sơn Thắng¹, Đặng Thị Minh Nguyệt²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả xử trí sản khoa của sản phụ đại tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 213 hồ sơ bệnh án của các sản phụ mắc ĐTĐTK và kết thúc thai kỳ tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 01/2021 đến tháng 02/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 31,75 tuổi. 79,57% trường hợp kết thúc thai kỳ từ sau 37 tuần, 20,43% trường hợp đẻ non. Tỷ lệ đẻ thường là 22,49%, đẻ forceps là 1,92%, mổ đẻ là 75,59%. Không gặp các tai biến nặng cho mẹ sau đẻ đường dưới và sau mổ. 72,61% trẻ sơ sinh không mắc các biến chứng sơ sinh, hạ đường huyết là biến chứng hay gặp nhất với tỷ lệ 19,57%. **Kết luận:** Tỷ lệ đẻ đủ tháng là 79,57%, đẻ non là 20,43%. Tỷ lệ đẻ đường âm đạo là 24,41%; tỷ lệ mổ lấy thai là 75,59%. Tỷ lệ tai biến cho mẹ và trẻ sơ sinh thấp.

Từ khóa: Đái tháo đường thai kỳ, điều trị sản khoa.

SUMMARY

RESULT OF OBSTETRIC TREATMENT FOR PREGNANT WOMEN WITH GDM AT NGHE AN HOSPITAL OF OBSTETRICS AND PEDIATRICS IN 2021 - 2022

¹Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

²Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Sơn Thắng

Email: bsthang.sun.11292@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 7.12.2022

Ngày duyệt bài: 19.12.2022

Objective: The study aims to evaluate obstetrical treatment result for pregnant women with gestational diabetes mellitus at Nghe An Hospital of Obstetrics and Pediatrics. **Subjects and methods:** An observational, retrospective study among 213 medical reports of pregnant women with GDM and delivery at Nghe An Hospital of Obstetrics and Pediatrics from 01/2021 to 02/2022. **Result:** The mean age of samples is 31.75. 79.57% of cases ended pregnancy at after 37 weeks, preterm pregnancy account for 20.43%. C – section rate is 75.59%, delivery rate is 22.49%, forceps rate is 1.92%. There were no case of serious complication. 72.61% of newborn babies had no complication relevant to GDM, hypoglycemia is the most common complication with 19.57%. **Conclusion:** 79.57% of cases ended pregnancy at term, while preterm delivery rate is 20.43%. C – section rate is 75.59%; delivery rate is 22.49%, forceps rate is 1.92%. Complication rate for mother and newborn is low.

Keywords: Gestational diabetes, Obstetric treatment

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là bệnh rối loạn chuyển hóa thường gặp nhất trong thai kỳ. Các nghiên cứu tại Việt Nam cho thấy tỷ lệ mắc ĐTĐTK đã tăng từ 3,9% vào năm 2004 đến 20,3% năm 2012 và 20,9% năm 2017 - một con số rất đáng báo động[1]. Người mẹ mắc ĐTĐTK, thậm chí ở mức độ tăng đường huyết nhẹ cũng có thể mang lại những tai biến cho mẹ và con như tiền sản giật, sẩy thai, thai lưu, tử vong chu sinh, thai to làm tăng nguy cơ đẻ khó và mổ đẻ,... Trẻ sơ sinh của các bà mẹ bị ĐTĐTK có

nguy cơ gặp các biến chứng sơ sinh như hạ glucose, hạ calci, tăng bilirubin và suy hô hấp. Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An là bệnh viện chuyên khoa tuyến cuối của tỉnh Nghệ An và khu vực lân cận, thường xuyên tiếp nhận các trường hợp sản phụ mắc ĐĐTĐTK tới khám, quản lý thai nghén và kết thúc thai kỳ. Với những yêu cầu đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả xử trí sản khoa của sản phụ đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2021 - 2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Các sản phụ được chẩn đoán mắc ĐĐTĐTK và kết thúc thai kỳ tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An theo các tiêu chuẩn sau:

- Chưa phát hiện mắc ĐĐTĐ type I, type II hoặc các dạng ĐĐTĐ khác trước đó; chưa phát hiện mắc ĐĐTĐ lúc 3 tháng đầu thai kỳ lần này;
- Phát hiện ĐĐTĐTK bằng xét nghiệm đường huyết tiêu chuẩn hoặc bằng xét nghiệm 75g glucose OGTT - 2 giờ ở quý 2 và quý 3 của thai kỳ;
- Sản phụ sinh con trong thời gian nghiên cứu và có số liệu thu thập được đầy đủ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Sản phụ sử dụng các thuốc làm tăng đường huyết như corticoid, truyền dung dịch glucose, thuốc chẹn β giao cảm...
- Sản phụ đang mắc các bệnh cấp tính như nhiễm khuẩn, viêm cầu thận cấp...

2.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu.

Nghiên cứu thực hiện tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, từ 01/01/2021 đến 28/02/2022.

2.3. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang, hồi cứu.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu.

Sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ:

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{(p \cdot \epsilon)^2}$$

Trong đó: n: Cỡ mẫu

- p: Tỷ lệ mắc ĐĐTĐTK trong nghiên cứu của Lê Thị Tường Vi tại Bệnh viện Quận 1 Thành phố Hồ Chí Minh năm 2021 [2]. Lấy p = 0,328.

- Chọn α = 0,05. Với α = 0,05 thì Z_(1 - α/2) = 1,96. Chọn ε = 0,2

Thay các giá trị trên vào công thức, tính ra được n = 197. Tất cả sản phụ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu được đưa vào nghiên cứu. Trên thực tế, chúng tôi đã thu được 213 bệnh nhân đủ điều kiện.

2.4. Quản lý và phân tích số liệu. Số liệu được làm sạch, xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0.

Biến số định tính được biểu diễn dưới dạng tần số, tỷ lệ phần trăm. Biểu diễn giá trị trung bình, độ lệch chuẩn cho biến định lượng.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Đề cương nghiên cứu được Hội đồng luận văn Thạc sỹ trường Đại học Y Hà Nội thông qua cho phép tiến hành nghiên cứu, được Ban giám đốc Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An cho phép thực hiện. Người bệnh tham gia được cung cấp thông tin và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuổi của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Tuổi của đối tượng nghiên cứu (n = 213)

Tuổi	n	%	X ± SD
< 20	1	0,47	Tuổi trung bình: 31,75 ± 5,21 Tuổi lớn nhất: 47 Tuổi nhỏ nhất: 18
21 - 25	16	7,51	
26 - 30	79	37,09	
31 - 35	73	34,27	
36 - 40	27	12,68	
> 40	17	7,98	
Tổng	213	100,00	

Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 31,75 tuổi; tuổi thấp nhất là 18 tuổi; lớn nhất là 47 tuổi, hay gặp nhất là 29 tuổi. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ lớn nhất là từ 26 - 35 tuổi (71,36%).

3.2. Phương pháp đẻ

Bảng 2: Phương pháp kết thúc thai kỳ (n = 213)

Phương pháp đẻ		n (%)
Đẻ đường âm đạo n = 52 (24,41%)	CD tự nhiên	Đẻ thường 37 (71,15) Forceps 1 (1,92)
	KPCD	Đẻ thường 14 (26,92)
Mổ lấy thai n = 161 (75,59%)	Mổ sau CD tự nhiên	7 (4,35)
	Mổ sau KPCD	4 (2,48)
	Mổ đẻ chủ động	150 (93,17)
Tổng		213 (100,00)

CD: chuyển dạ; KPCD: khởi phát chuyển dạ
Tỷ lệ đẻ đường âm đạo là 24,41%, trong đó 73,07% trường hợp CD tự nhiên, 26,92% trường hợp KPCD bằng cách truyền oxytocin. Có 1 sản phụ đẻ forceps do mẹ rặn yếu. Tỷ lệ mổ lấy thai là 75,59%. Trong số này có 11 trường hợp mổ lấy thai sau khi theo dõi đẻ đường âm đạo thất bại (6,83%). Tỷ lệ mổ đẻ chủ động trong tổng số mổ lấy thai là 93,17%.

3.3. Can thiệp khi đẻ

Bảng 3: Can thiệp khi đẻ đường dưới và đẻ mổ (n = 213)

Phương pháp đẻ	Can thiệp	n (%)
Đẻ đường âm đạo n = 52 (24,41%)	Không can thiệp gì	45 (86,54)
	Dùng Duratocin	3 (5,77)
	Dùng Duratocin + KSTC	3 (5,77)
	Can thiệp ngoại khoa	0 (0,00)
Mổ lấy thai n = 161 (75,59%)	Không can thiệp gì	66 (40,99)
	Dùng Duratocin	82 (50,93)
	Thắt ĐMTTC, khâu mũi B - Lynch...	13 (8,07)
	Cắt tử cung	0 (0,00)

KSTC: Kiểm soát tử cung, ĐMTTC: Động mạch tử cung.

Kết quả nghiên cứu cho thấy 86,54% sản phụ sau đẻ đường âm đạo không cần can thiệp gì thêm; 5,77% sản phụ phải sử dụng thuốc tăng co là Duratocin và 5,77% sản phụ phải kiểm soát tử cung tiếp sau đó để xử trí bằng huyết sau sinh. Không có trường hợp nào phải can thiệp ngoại khoa, rách tầng sinh môn phức tạp, truyền máu hoặc các tai biến khác. 50,93% sản phụ trong mổ lấy thai có sử dụng thuốc Duratocin để tăng co bóp tử cung; 8,07% sản phụ phải sử dụng các thủ thuật cầm máu như thắt ĐMTTC, khâu mũi B - Lynch.

3.4. Tình trạng trẻ sơ sinh

Bảng 4: Tình trạng trẻ sơ sinh (n = 230)

	< 2,5kg	2,5-3,0kg	3,0-3,5kg	3,5-4,0kg	> 4,0kg	n (%)
28 ^{w0d} - 32 ^{w6d}	4	0	0	0	0	4 (1,7)
33 ^{w0d} - 36 ^{w6d}	23	13	4	3	0	43 (18,7)
37 ^{w0d} - 39 ^{w6d}	6	37	79	39	11	172 (74,8)
Sau 40 ^{w0d}	0	3	4	4	0	11 (4,8)
	33 (14,3)	53 (23,0)	87 (37,8)	46 (20,0)	11 (4,8)	230 (100)

Có 230 trẻ sơ sinh là con của các đối tượng nghiên cứu. Trong đó 79,57% trẻ sơ sinh có tuổi thai từ 37 tuần trở lên. Tỷ lệ sản phụ đẻ non là 20,43%. Trọng lượng thai trung bình là 3.062 ± 610g. Trọng lượng thai phân bố chủ yếu ở nhóm từ 3.000 - 3.500g (37,8%), 2.500 - 3.000g (23,0%). 4,8% trẻ có trọng lượng trên 4.000g.

3.5. Biến chứng sơ sinh

Bảng 5: Các biến chứng sơ sinh (n = 230)

Biến chứng		n (%)	Tổng (%)
Không có biến chứng		167 (72,61)	167 (72,61)
1 biến chứng	Hạ glucose	36 (15,65)	53 (23,04)
	Hạ calci	1 (0,44)	
	Tăng bilirubin	10 (4,35)	
	Suy hô hấp	6 (2,61)	
2 biến chứng	Hạ glucose + Tăng bilirubin	2 (0,87)	8 (3,48)
	Hạ glucose + Suy hô hấp	5 (2,17)	
	Tăng bilirubin + Suy hô hấp	1 (0,44)	
3 biến chứng	Hạ glucose + Hạ calci + Suy hô hấp	2 (0,87)	2 (0,87)
Tổng số		230 (100,00)	

Kết quả nghiên cứu cho thấy 72,61% trẻ sơ sinh không mắc phải các biến chứng sơ sinh. Trong số các biến chứng sơ sinh liên quan đến ĐTĐTK, hạ đường huyết là biến chứng hay gặp nhất với tỷ lệ 19,57%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi thai lúc kết thúc thai kỳ. Có 79,57% trường hợp kết thúc thai kỳ từ 37 tuần đủ trở đi. Tỷ lệ sản phụ đẻ non chiếm 20,43%, đại đa số thai kỳ non tháng rơi vào tuổi thai từ 33 đến trước 37 tuần. Nghiên cứu của Tạ Thị Hoài Anh (2019) cho thấy tỷ lệ đẻ non trong nhóm mẹ mắc ĐTĐTK là 13,6% [3]. Nghiên cứu của Hui Feng và cộng sự (2017) lại cho thấy tỷ lệ đẻ non trong nhóm mẹ mắc ĐTĐTK chỉ là 6,29%

[6]. Tuy kết quả khác nhau giữa các nghiên cứu, song nhiều tác giả cho rằng tỷ lệ đẻ non ở thai phụ mắc ĐTĐTK có thể lên đến 15 – 20% [4]. Để hạ thấp tỷ lệ đẻ non cần tăng cường hơn nữa tuyên truyền về bệnh, để các thai phụ có nhận thức về bệnh, sàng lọc phát hiện sớm và quản lý thai kỳ chặt chẽ.

4.2. Phương pháp đẻ. Tỷ lệ đẻ đường dưới và mổ lấy thai trong nghiên cứu tương ứng là 24,41% và 75,59%. Trong số mổ lấy thai, chỉ định mổ lấy thai chủ động chiếm 93,17%. Các chỉ định mổ lấy thai thường gặp nhất là mổ đẻ cũ, IVF, tiền lượng thai to. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu (2018) trên 134 sản phụ tại khoa Sản, Bệnh viện Bạch Mai cho thấy tỷ lệ mổ

đẻ là 72,39% trong đó các chỉ định mổ thường gặp nhất là mổ đẻ cũ (33%), thai to (15,5%) [5]. Kết quả nghiên cứu của Tạ Thị Hoài Anh (2019) ở Bệnh viện Phụ sản Trung ương cho thấy trong số 331 sản phụ mắc ĐTĐTK, tỷ lệ đẻ mổ chiếm 44,9% [3]. Kết quả của Hui Feng (2019) thu được từ 15 bệnh viện ở Bắc Kinh cho thấy tỷ lệ đẻ mổ là 49,03% [6]. Các kết quả khác nhau có thể là do sự khác nhau giữa các quần thể đối tượng nghiên cứu (tỷ lệ con so/con ạp, tỷ lệ thai to, IVF...), quan điểm điều trị và tính chấp nhận của sản phụ. Tuy nhiên có thể thấy được tỷ lệ sản phụ có sẹo mổ lấy thai cũ là rất cao. Muốn giảm tỷ lệ mổ lấy thai chung cần có chiến lược tổng thể để giảm tỷ lệ mổ lấy thai con so, bên cạnh đó là giảm tỷ lệ đa thai do hỗ trợ sinh sản.

4.3. Can thiệp khi đẻ. Có 86,54% sản phụ sau đẻ đường dưới không cần can thiệp gì thêm; 11,54% trường hợp có can thiệp sau đẻ chủ yếu sử dụng thuốc tăng co như carbetocin và kiểm soát tử cung để phòng băng huyết sau sinh. Không có trường hợp nào phải can thiệp ngoại khoa, rách tầng sinh môn phức tạp hoặc các tai biến khác. Kết quả của Nguyễn Thị Thu (2018) lại cho thấy tỷ lệ sản phụ đáp ứng kém với oxytocin, phải sử dụng thêm các thuốc tăng co phối hợp hoặc kiểm soát tử cung là 37,14% [5].

Đối với đẻ mổ, có 50,93% sản phụ sử dụng carbetocin trong mổ để làm giảm nguy cơ mất máu. 8,07% sản phụ đáp ứng kém với thuốc tăng co, phải thực hiện thêm các thủ thuật cầm máu như thắt động mạch tử cung, khâu mũi B - Lynch và thắt động mạch hạ vị. Không có trường hợp nào phải cắt tử cung. Kết quả của Nguyễn Thị Thu (2018) cho thấy 39,2% phải dùng thêm thuốc tăng co khác như ergotamin hay carbetocin, và chỉ có 1 trường hợp phải thắt động mạch tử cung [5]. Sự khác biệt này có lẽ đến từ sự sẵn có của các loại thuốc tăng co ngoài oxytocin, cũng như thái độ xử trí của các bác sĩ ở các cơ sở y tế khác nhau. Việc chờ đợi các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng đủ để chẩn đoán bằng huyết sau sinh là không hợp lý và không cần thiết, do đó bác sĩ thường có xu hướng cho thêm thuốc hoặc làm thêm các thủ thuật ngay khi bệnh nhân có các dấu hiệu bất thường như ra máu hoặc tử cung co kém sau mổ rau.

4.4. Biến chứng sơ sinh. 72,61% trẻ sơ sinh không mắc phải các biến chứng sơ sinh. Trong số các biến chứng sơ sinh liên quan đến ĐTĐTK, hạ đường huyết là biến chứng hay gặp

nhất với tỷ lệ 19,57%. Nghiên cứu của Lê Thị Thanh Tâm (2017) cho thấy trong số sản phụ ĐTĐTK không đạt mục tiêu điều trị, tỷ lệ trẻ sơ sinh bị hạ đường huyết là 25,8% [1]. Nghiên cứu của Voormolen và cộng sự (2018) cho thấy tỷ lệ trẻ sơ sinh của những bà mẹ mắc ĐTĐTK bị hạ đường huyết ở mức độ vừa và nặng lần lượt là 33,4% và 20,2% [7]. Nghiên cứu của Cho H. Y và cộng sự (2016) còn chỉ ra rằng tỷ lệ hạ đường huyết sơ sinh sẽ tăng 1,65 lần khi bà mẹ có đường huyết lúc đói $\geq 95\text{mg/dL}$ (5,27mmol/L), và càng tăng lên khi bà mẹ rối loạn dung nạp đường càng nặng [8].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ đẻ đủ tháng là 79,57%, đẻ non là 20,43%. Tỷ lệ đẻ đường âm đạo là 24,41%; tỷ lệ mổ lấy thai là 75,59%. Tỷ lệ tai biến cho mẹ và trẻ sơ sinh thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thị Thanh Tâm** (2017). "Nghiên cứu phân bố - một số yếu tố liên quan 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.
2. **Lê Thị Tường Vi, Võ Minh Tuấn** (2021). "Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan ở thai phụ đến khám thai tại bệnh viện quân 1. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, Tập 25 (1). tr. 108-113.
3. **Tạ Thị Hoài Anh** (2018). "Đánh giá kết quả thai nghén ở những sản phụ đái tháo đường thai kỳ đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương". Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Phạm Bá Nha** (2020). "Đái tháo đường và thai nghén". Giáo trình Sản khoa. Nhà Xuất bản Y học. tr.354-362.
5. **Nguyễn Thị Thu** (2019). "Nghiên cứu xử trí sản khoa thai phụ đái tháo đường thai kỳ đẻ tại khoa Sản Bệnh viện Bạch Mai". Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Hui Feng, Wei-Wei Zhu, Hui-Xia Yang** (2017), "Relationship between Oral Glucose Tolerance Test Characteristics and Adverse Pregnancy Outcomes among Women with Gestational Diabetes Mellitus", Chinese Medical Journal.130:1012-1018.
7. **Voormolen DN, de Wit L, van Rijn BB, et al** (2018), "Neonatal Hypoglycemia Following Diet-Controlled and Insulin-Treated Gestational Diabetes Mellitus", Diabetes Care. 2018;41(7):1385-1390.
8. **Cho HY, Jung I, Kim SJ** (2016). "The association between maternal hyperglycemia and perinatal outcomes in gestational diabetes mellitus patients", Medicine (Baltimore), 95(36):e4712.