

cứu cho thấy sự giảm nồng độ serotonin trong dịch não tủy là không có tương quan với trầm cảm trên bệnh nhân Parkinson [6]. Vì vậy, cần có những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để xác định vấn đề này.

Hoạt động của hệ thống serotonin có liên quan chặt chẽ đến chức năng nhận thức và trí nhớ. Vì vậy, sự suy giảm các chức năng này có thể tương quan với sự giảm hoạt động của hệ thống serotonin trên bệnh nhân Parkinson, mà biểu hiện bằng sự giảm nồng độ của serotonin trong dịch não tủy. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ serotonin trong dịch não tủy ở nhóm bệnh nhân có suy giảm suy giảm nhận thức là thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với ở nhóm bệnh nhân Parkinson không có suy giảm nhận thức. Kết quả này cùng với các kết quả trên đây đã cho thấy sự mối liên quan rõ rệt giữa sự thay đổi nồng độ serotonin trong dịch não tủy với các triệu chứng vận động cũng như các triệu chứng ngoài vận động trên bệnh nhân Parkinson.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình nhóm bệnh nhân Parkinson là $63,18 \pm 9,46$ tuổi, 90,2% bệnh nhân Parkinson từ 50 tuổi trở lên, trong đó BN từ 60-69 tuổi chiếm 39,3%. Nồng độ trung bình serotonin dịch não tủy ở nhóm bệnh giảm có ý nghĩa so với nồng độ serotonin dịch não tủy nhóm chứng. Giữa nồng độ serotonin dịch não tủy với thời gian mắc bệnh có mối tương quan nghịch với $r = -0,649$, $p < 0,001$. Nồng độ serotonin dịch não tủy

trung bình nhóm bệnh giảm dần theo mức độ nặng của bệnh và giai đoạn bệnh, trầm cảm. Nồng độ serotonin dịch não tủy trung bình bệnh nhân Parkinson có suy giảm nhận thức giảm có ý nghĩa so với bệnh nhân Parkinson không có suy giảm nhận thức.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chuquilin-Arista, F., T. Alvarez-Avellon, and M. Menendez-Gonzalez** (2019), Prevalence of Depression and Anxiety in Parkinson Disease and Impact on Quality of Life: A Community-Based Study in Spain. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, p. 891988719874130.
2. **Politis, M. and C. Loane** (2011), Serotonergic dysfunction in Parkinson's disease and its relevance to disability. *ScientificWorldJournal*, 11: p. 1726-34.
3. **Pagano, G., et al.** (2016), Age at onset and Parkinson disease phenotype. *Neurology*, 86(15): p. 1400-1407.
4. **Nguyễn Bá Nam** (2016), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và nồng độ homocysteine huyết tương ở bệnh nhân mắc bệnh Parkinson, Học viện Quân y.
5. **Johansson, B. and B.E. Roos** (1971), 5-Hydroxyindoleacetic acid in cerebrospinal fluid of patients with Parkinson's syndrome treated with L-DOPA. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 3(4): p. 232-235.
6. **Olivola, E., et al.** (2014), Serotonin impairment in CSF of PD patients, without an apparent clinical counterpart. *PLoS One*, 9(7): p. e101763.
7. **Zarei, M., et al.** (2013), Cortical thinning is associated with disease stages and dementia in Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 84(8): p. 875-81.
8. **Wilson, H., et al.** (2019), Cortical thinning across Parkinson's disease stages and clinical correlates. *J Neurol Sci*, 398: p. 31-38.

KẾT QUẢ SẢN KHOA Ở THAI PHỤ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ ĐỂ ĐỦ THÁNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Mạnh Thắng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: nhận xét kết quả sản khoa ở thai phụ đái tháo đường thai kỳ để đủ tháng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2019-2020. **Kết quả:** tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐTK mổ đẻ (78,29%) cao hơn so với tỷ lệ đẻ thường. Các nguyên nhân ĐTĐTK đẻ mổ thường gặp là do nguyên nhân có tiền sử mổ cũ (32,03%), nguyên nhân do thai to chiếm 14,84%. Cân nặng sơ

sinh trung bình của nhóm thai phụ ĐTĐTK đẻ đủ tháng là $3433 \pm 442g$. Có 12 trẻ có cân nặng từ 4000g trở lên, chiếm 7,05%. Phần lớn trẻ sinh ra có mẹ bị ĐTĐTK không có biến chứng sau đẻ, chiếm tỷ lệ 81,64%. Có 4 trẻ bị hạ glucose máu (2,35%), 22 trẻ có bị vàng da sau sinh (12,94%). Tỷ lệ trẻ sơ sinh có chỉ số Apgar sau 1 phút và sau 5 phút < 7 điểm chiếm tỷ lệ thấp (lần lượt là 2,94% và 1,18%). **Kết luận:** thai phụ ĐTĐTK có tỷ lệ mổ đẻ cao. Biến chứng ở trẻ sinh ra có mẹ bị ĐTĐTK thường gặp là vàng da sau sinh, biến chứng ít gặp hơn là hạ glucose máu và suy hô hấp sau sinh.

Từ khóa: kết quả sản khoa, đái tháo đường thai kỳ, hạ đường máu, suy hô hấp sau sinh, vành da sau sinh.

SUMMARY

MATERNAL AND FETAL OUTCOME IN

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Thắng

Email: bsnguyenmanhthang@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 29.4.2021

Ngày duyệt bài: 11.5.2021

GESTATIONAL DIABETES MELLITUS (GDM) WITH FULL-TERM PREGNANCY IN NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS & GYNECOLOGY

Objective: To describe maternal and fetal outcome in Gestational Diabetes Mellitus (GDM) with full-term pregnancy in National Hospital of Obstetrics & Gynecology during the period from 2019 to 2020.

Results: The rate of Caesarean section among women with GDM (78,29%) was higher compared to vaginal delivery. The common reasons for Caesarean section in GDM were previous caesarean section (32,03%) and fetal macrosomia (14,84%). The average birthweight of women with GDM was 3433 + 442g. There were 12 newborns with a birthweight 4000 g or more, accounting for 7,05%. The majority of newborns in GDM group (81,64%) had no postpartum complications. There were 4 cases of neonatal hypoglycemia (2.35%) and 22 cases of newborn jaundice (12.94%). The prevalence of newborns with Apgar score at 1 minute and 5 minutes < 7 were low (2,94% and 1,18%, respectively).

Conclusions: Women with GDM had a high rate of Caesarean section. The most common postpartum complication in GDM group was newborn jaundice, meanwhile the less common complications were neonatal hypoglycemia and newborn respiratory distress syndrome.

Key words: maternal and fetal outcome, Gestational Diabetes Mellitus, hypoglycemia, newborn respiratory distress syndrome, newborn jaundice.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là bệnh rối loạn chuyển hoá xảy ra trong quá trình mang thai. Tỷ lệ ĐTĐTK ngày càng tăng, đặc biệt ở các nước phát triển. Hiện nay, tỷ lệ này cũng có xu hướng tăng nhanh ở Việt Nam [1]. Việt Nam là nước nằm trong vùng có nguy cơ mắc ĐTĐTK cao. Tỷ lệ ĐTĐTK ở nước ta dao động từ 3,6 - 39%, thay đổi tùy theo vùng miền.

ĐTĐTK làm tăng nguy cơ các biến cố sản khoa ở thai phụ, đặc biệt như làm tăng tỷ lệ sảy thai, thai chết lưu, ngạt sơ sinh, tăng nguy cơ tiền sản giật, sản giật. Trẻ sơ sinh của những bà mẹ bị ĐTĐTK có nguy cơ cao bị hạ đường máu, vàng da và nguy cơ bị béo phì, đái tháo đường [2].

Nhiều công trình nghiên cứu về ĐTĐTK đã được thực hiện, nhờ đó những hiểu biết về bệnh và việc kiểm soát bệnh càng ngày càng đạt được hiệu quả tốt. Các kết quả nghiên cứu ở Việt Nam cho thấy tỷ lệ mắc bệnh ngày càng tăng, tỉ lệ thai phụ điều trị quản lý và điều trị ĐTĐTK ngày càng phức tạp.

Triển khai tầm soát và xác định tỷ lệ ĐTĐTK, tìm kiếm các giải pháp theo dõi, quản lý thai nghén với thai phụ mắc ĐTĐTK, sự chia sẻ thông tin giữa bác sĩ nội tiết, bác sĩ sản khoa, các cơ sở quản lý thai nghén và thai phụ là rất

cần thiết trong tình hình hiện tại. Câu hỏi nghiên cứu mà chúng tôi đặt ra là: Tỷ lệ mổ đẻ, đẻ thường của thai phụ đái tháo đường đề đủ tháng ở Bệnh viện Phụ sản Trung Ương phân bố như thế nào? Có yếu tố nguy cơ nào đặc trưng? Kết quả sản khoa liên quan tới sơ sinh ra làm sao? Cách tư vấn điều trị, quản lý, theo dõi thai nghén như thế nào là phù hợp nhất nhằm đưa lại kết quả thai nghén tốt nhất cho sản phụ và gia đình? Chính vì vậy, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu nhận xét kết quả sản khoa ở thai phụ đái tháo đường thai kỳ đề đủ tháng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2019-2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Thai phụ được chẩn đoán ĐTĐTK đến điều trị và đẻ đủ tháng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 7/2019 đến tháng 7/2020. Đơn thai, tuổi thai từ 37 tuần 01 ngày đến 41 tuần 6 ngày. Có hồ sơ mẹ và sơ sinh được ghi chép đầy đủ rõ ràng về hành chính, chuyên môn, xét nghiệm trước và sau khi đẻ

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Thai phụ đã được chẩn đoán ĐTĐ trước khi có thai. Thai phụ đang mắc các bệnh có ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose như Basedow, suy giáp, Cushing, suy gan, suy thận...

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả và tiến cứu

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Dựa theo công thức tính cỡ mẫu:

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} \cdot p \cdot (1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: số thai phụ

$Z_{1-\alpha/2}$: độ tin cậy 95% khi $\alpha = 0,05$ thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

$p = 0,11$ là tỷ lệ ĐTĐTK ở nghiên cứu của Nguyễn Lê Hương năm 2014[3].

$d = 0,05$ = sai số tương đối.

Tính theo công thức: $n = 150$ thai phụ, chúng tôi lấy cỡ mẫu là 170.

2.2.3. Các biến số nghiên cứu chính

- Kết quả theo dõi điều trị ĐTĐTK:
- + Cách thức điều trị
- Kết quả sản khoa:
- + Tiền sản giật, sản giật, đa ối
- + Suy thai mạn tính, suy thai trong chuyển dạ
- + Đẻ khó: mổ đẻ, rách đường sinh dục, chảy máu sau đẻ.
- + Thai to, ngạt sơ sinh (chỉ số Apgar), hạ

đường huyết sơ sinh, vàng da

- + Di tật bẩm sinh, tử vong sơ sinh
- + Nhiễm khuẩn sau đẻ

2.2.4. Một số tiêu chuẩn liên quan trong nghiên cứu

- **Tiền sản giật:** khi thai phụ có dấu hiệu tăng huyết áp (huyết áp tối đa \geq 140mmHg và/ hoặc huyết áp tối thiểu \geq 90mmHg, hoặc so với huyết áp trước khi có thai, nếu huyết áp tối đa tăng \geq 30mmHg và/ hoặc huyết áp tối thiểu tăng \geq 15mmHg), phù, protein niệu (\geq 0,5g/lít ở mẫu nước tiểu ngẫu nhiên, \geq 0,3g/l ở mẫu nước tiểu 24 giờ).

- **Thai già tháng:** là thai ở trong tử cung quá 287 ngày (hết 41 tuần) tính từ ngày đầu của kỳ kinh cuối cùng.

- **Đa ối:** khi chỉ số ối > 24cm gọi là đa ối. Chỉ số ối là tổng của bốn số đo chiều sâu của bốn túi ối lớn nhất đo ở bốn góc trên thành bụng của người mẹ, đo theo phương thẳng đứng.

- **Ngạt sơ sinh:** Dựa vào chỉ số Apgar: tổng điểm 5 nội dung (bảng 1)

Bảng 1. Chỉ số Apgar

Nội dung	2 điểm	1 điểm	0 điểm
Nhịp tim	>100 lần /phút	< 100 lần /phút	Không có
Hô hấp	khóc to	Thở yếu, khóc yếu	Không thở
Trương lực cơ	++	+	Không
Phản xạ	++	+	Không
Màu da	Hồng toàn thân	Tím đầu chi quanh môi	Tím tái toàn thân hoặc trắng

Bình thường, Apgar phút thứ nhất sau đẻ \geq 7 điểm, trẻ không cần hồi sức. Nếu Apgar < 7 điểm: trẻ ngạt.

- **Hạ đường huyết sơ sinh:** là khi glucose máu trẻ \leq 2.6 mmol/l (Xét nghiệm glucose máu ngay sau đẻ và bất cứ thời điểm nào trẻ có dấu hiệu hạ glucose máu trong 3 ngày sau đẻ).

- **Thai suy dinh dưỡng:** Cân nặng lúc sinh đủ tháng < 2500gr

- **Thai to:** Ở Việt Nam, đối với con so: thai \geq 3500g được coi là thai to, đối với con rạ: thai \geq 3800g được coi là thai to.

- **Chết chu sinh:** Hiện tượng tử vong thai nhi và sơ sinh từ trước, trong và sau đẻ bảy ngày có tuổi thai từ tuần 22, chiều dài từ 25cm và cân nặng từ 500g khi đẻ trở lên

2.3. Phân tích số liệu: Sử dụng các test thống kê y học

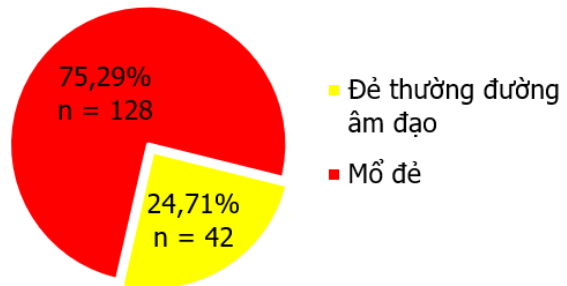
Các biến số rời rạc được mô tả theo tỷ lệ phần trăm, khi so sánh các biến số rời rạc sử

dụng thuật toán χ^2 . Các biến liên tục được mô tả dưới dạng trị số trung bình, cộng trừ phương sai và khi so sánh sử dụng thuật toán test T – student. Tỷ xuất chênh Odds ratio: OR và khoảng tin cậy 95%CI: với khoảng tin cậy chứa giá trị 1 - tương quan không có ý nghĩa thống kê. Kết quả so sánh khác nhau có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức của nghiên cứu. Đề tài nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Phụ sản Trung Ương. Thông tin của bệnh nhân sẽ được bảo mật và chỉ được sử dụng cho nghiên cứu. Tất cả các bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều được giải thích rõ ràng về mục tiêu nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ tháng 7/2019 đến tháng 7/2020, tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương, chúng tôi tiến hành nghiên cứu được 170 bệnh nhân để đủ tháng bị đái tháo đường thai kỳ phù hợp với tiêu chuẩn nghiên cứu. Thai phụ ĐTĐTK ở nhóm tuổi 25 - 29 chiếm tỷ lệ lớn nhất với 60 bệnh nhân, chiếm 35,3%, nhóm \leq 24 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất với chỉ 2,4%. Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân ĐTĐTK là 32,05 \pm 4,89, tuổi nhỏ nhất là 20 tuổi và độ tuổi lớn nhất là 43 tuổi. Phần lớn bệnh nhân ĐTĐTK sống ở thành thị chiếm 75,29%. Thai phụ là công chức, viên chức chiếm tỷ lệ cao nhất với 30,59%.



Biểu đồ 1. Phương pháp đẻ của bệnh nhân ĐTĐTK

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân ĐTĐTK sinh bằng hình thức mổ đẻ lấy thai, chiếm tỷ lệ 78,29%. Chỉ 24,71% bệnh nhân đẻ thường đường âm đạo.

Bảng 1. Lý do mổ lấy thai của bệnh nhân ĐTĐTK

Lý do mổ đẻ	n	%
Mổ cũ	41	32,03%
Thai to	19	14,84%
Ngôi bất thường	9	7,03%
Suy thai	6	4,69%
Chuyển dạ kéo dài	12	9,38%
Tiền sản giật/Sản giật	5	3,91%

Do bệnh lý của mẹ, mẹ thấp, mẹ lớn tuổi	8	6,25%
Lý do xã hội: IVF, tiền sử sản khoa nặng nề	28	21,87%
Tổng	128	100%

Nhận xét: Trong số 128 bệnh nhân ĐTĐTK sinh bằng hình thức mổ đẻ: Mổ đẻ do nguyên nhân có mổ cũ chiếm tỷ lệ cao nhất với 41 trường hợp, chiếm 32,03%. Có 19 trường hợp mổ đẻ do tiền lượng thai to, chiếm 14,84%. Nguyên nhân mổ đẻ do kèm theo tiền sản giật/sản giật chiếm tỷ lệ thấp nhất với chỉ 5 trường hợp, chiếm 3,91%.

Bảng 2. Liên quan giữa phương pháp điều trị và kết cục thai kỳ.

Phương pháp điều trị	n	Kết quả thai kỳ		p
		Mổ đẻ	Đẻ thường	
Điều chỉnh chế độ ăn	n	86	29	p = 0,492 OR = 0,918 95 %CI (0,279-2,460)
	%	74,78%	25,22%	
Điều trị bằng insulin	n	42	13	95 %CI (0,279-2,460)
	%	76,36%	23,64%	

Nhận xét: Trong số 128 bệnh nhân ĐTĐTK sinh bằng hình thức mổ đẻ: tỷ lệ mổ đẻ trong nhóm bệnh nhân điều trị bằng insulin cao hơn với 76,36%. Tuy nhiên sự khác biệt về kết cục thai kỳ giữa 2 nhóm phương pháp điều trị không có ý nghĩa thống kê với giá trị $p > 0,05$ và $OR = 0,918$ với khoảng tin cậy 95%CI (0,279-2,460).

Bảng 3. Phân nhóm cân nặng sơ sinh ngay sau đẻ

Cân nặng sơ sinh(g)	n	%
< 2500	6	3,53%
2500 đến < 3000	48	28,24%
3000 đến < 3500	76	44,71%
3500 đến < 4000	28	16,47%
≥ 4000	12	7,05%
Trung bình	3433 ± 442	
Trẻ nhẹ cân nhất	2200	
Trẻ nặng cân nhất	4600	
Tổng	170	100%

Nhận xét: Cân nặng sơ sinh trung bình của nhóm thai phụ ĐTĐTK đẻ đủ tháng là 3433 ± 442g, trẻ có cân nặng nhẹ nhất là 2200g và trẻ có cân nặng lớn nhất là 4600g. Nhóm trẻ sơ sinh có cân nặng từ 3000g đến 3500g có tỷ lệ cao nhất với 76 trẻ, chiếm 44,71%. Có 12 trẻ có cân nặng từ 4000g trở lên, chiếm 7,05%. Có 6 trẻ có cân nặng lúc sinh ở mức suy dinh dưỡng nhỏ hơn 2500g lúc sinh, chiếm 3,53%.

Bảng 4. Chỉ số Apgar của trẻ sơ sinh sau đẻ

Chỉ số Apgar (điểm)	Phút thứ 1		Phút thứ 5	
	n	%	n	%
< 7	5	2,94%	2	1,18%
≥ 7	165	97,06%	168	98,82%
Tổng	170	100%	170	100%

Nhận xét: Trong 170 trẻ sinh ra từ các bà mẹ bị ĐTĐTK, chỉ có 2 trẻ có chỉ số Apgar sau 5 phút < 7 điểm, chiếm tỷ lệ 1,18%. Có 168 trẻ sinh ra có chỉ số Apgar trong giới hạn bình thường.

Bảng 5. Biến chứng của trẻ sơ sinh sau đẻ của bệnh nhân ĐTĐTK

Biến chứng	n	%
Bình thường	139	81,64%
Hạ Glucose máu	4	2,35%
Suy hô hấp	5	2,94%
Vàng da	22	12,94%
Tử vong chu sinh	0	0%
Tổng	170	100%

Nhận xét: Phần lớn trẻ sinh ra có mẹ bị ĐTĐTK không có biến chứng gì sau đẻ, với 139 trẻ, chiếm tỷ lệ 81,64%. Có 4 trẻ bị hạ glucose máu (2,35%), 5 trẻ bị suy hô hấp sau sinh (2,94%) và 22 trẻ có bị vàng da sau sinh (12,94%). Không có trẻ nào tử vong trong giai đoạn chu sinh.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, phần lớn bệnh nhân ĐTĐTK sinh bằng hình thức mổ lấy thai, chiếm tỷ lệ 78,29%. Lý do sinh bằng hình thức mổ đẻ bao gồm mổ do nguyên nhân có mổ cũ chiếm tỷ lệ cao nhất với 41 trường hợp, chiếm 32,03%. Nguyên nhân do thai to có 19 trường hợp, chiếm 14,84%. Theo Lê Thị Thanh Tâm (2016) trong 127 trường hợp ĐTĐTK mổ đẻ thì nguyên nhân nhiều nhất là thai to với 30 trường hợp chiếm 23,6%; 12 ca vì tiền sản giật chiếm 9,4%, trong đó có 1 trường hợp bị sản giật; mổ đẻ vì mổ đẻ cũ chiếm 17,3%; 16 ca được chỉ định mổ đẻ vì ngôi thai không tiến triển, đầu không lọt chiếm tỷ lệ 12,6%; 2 ca vì thai suy chiếm 1,6%[4]. Theo nghiên cứu HAPO trên 23316 thai phụ đại tháo đường thai kỳ được điều trị của 15 trung tâm tại 9 quốc gia cho thấy tỷ lệ mổ đẻ là 23,7%, trong đó tỷ lệ mổ lần đầu là 16% còn lại 7,7% là do mổ cũ[5]. Chỉ định mổ đẻ cho các thai phụ đại tháo đường thai kỳ chỉ đặt ra khi dự kiến cân nặng của con to >4000g. Nếu glucose máu của các thai phụ đại tháo đường thai kỳ được kiểm soát tốt thì chỉ định mổ đẻ bắt buộc là hoàn toàn không có cơ sở.

Trong 2 phương pháp điều trị ĐTĐTK là điều chỉnh chế độ ăn và điều trị bằng thuốc insulin, nhóm bệnh nhân điều trị bằng insulin chiếm tỷ lệ

kết thúc thai kỳ bằng hình thức mổ đẻ cao hơn, với 76,36%. Tuy nhiên sự khác biệt về kết cục thai kỳ giữa 2 nhóm phương pháp điều trị không có ý nghĩa thống kê với $OR = 0,918$ và khoảng tin cậy 95%CI (0,279-2,460). So với nhóm điều trị phối hợp insulin thì điều trị bằng chế độ ăn và luyện tập dễ dàng hơn. Điều này cho thấy việc sàng lọc sớm, phát hiện sớm những trường hợp ĐTĐTK nhẹ, đường huyết tăng vừa phải, để có sự điều chỉnh chế độ ăn và luyện tập kịp thời, kiểm soát đường huyết tốt, không những tránh cho bệnh nhân phải điều trị bằng tiêm insulin rất phức tạp mà còn giảm tỷ lệ tai biến trong sản khoa.

Cân nặng sơ sinh trung bình của nhóm thai phụ ĐTĐTK đẻ đủ tháng là $3433 \pm 442g$, trẻ có cân nặng nhẹ nhất là 2200g và trẻ có cân nặng lớn nhất là 4600g. Nhóm trẻ sơ sinh có cân nặng từ 3000g đến 3500g có tỷ lệ cao nhất với 76 trẻ, chiếm 44,71%. Có 12 trẻ có cân nặng từ 4000g trở lên, chiếm 7,05%. Cân nặng trung bình của trẻ sơ sinh lúc đẻ trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của tác giả Lê Thị Thanh Tâm là $3400 \pm 600g$ [6]. Theo nghiên cứu của Vũ Bích Nga thì cân nặng trung bình trẻ sơ sinh lúc đẻ của nhóm sản phụ ĐTĐTK là $3,2 \pm 0,6$ kg, thấp nhất là 1,2kg, cao nhất là 4,8kg[7]. Nghiên cứu của Langer và cộng sự, cân nặng trung bình trẻ sơ sinh của sản phụ ĐTĐTK được điều trị là $3,3 \pm 0,5$ kg, tương tự trẻ sơ sinh của các bà mẹ không mắc ĐTĐTK. Theo Crowther và cộng sự, khi so sánh kết quả của 490 thai phụ ĐTĐTK được kiểm soát và điều trị và 510 thai phụ không được chăm sóc thường quy thì ở những thai phụ ĐTĐTK nếu kiểm soát tốt glucose máu mẹ làm giảm cân nặng trung bình lúc sinh một cách có ý nghĩa [8]. Tỷ lệ sản phụ có cân nặng trẻ lúc sinh từ 4000g trở lên trong nghiên cứu của chúng tôi cũng thấp hơn tác giả Lê Thị Thanh Tâm: 45 trên 308 trẻ có cân nặng từ 4000g trở lên, chiếm 14,6% [4]. Theo Jane và cộng sự, tỷ lệ thai to ở nhóm thai phụ không ĐTĐTK là 11,76%, trong nhóm ĐTĐTK 16,9% (93/505) [9]. Nghiên cứu của tác giả Lê Thanh Tùng cho thấy tỷ lệ thai to > 4000g trong nhóm ĐTĐTK là 12,0% trong khi ở nhóm không ĐTĐTK chỉ chiếm 2,9%. Thai to tập trung tại một số bộ phận như vai, ngực, cánh tay, bụng, đùi và má. Siêu âm trước sinh dựa vào đo kích thước vòng bụng, độ dày mô mềm ở vai (>12mm) có giá trị hơn là đo đường kính lưỡng đỉnh và chiều dài xương đùi. Thai to ở bà mẹ ĐTĐTK là một biến chứng thường gặp, gây nhiều nguy cơ trong cuộc đẻ, như tăng tỷ lệ mổ đẻ, cắt rốn hoặc rách tầng sinh môn, ngạt sơ

sinh,... Điều trị kiểm soát đường huyết tốt làm giảm đáng kể tỉ lệ thai to. Do vậy, cần tư vấn cho thai phụ ĐTĐTK tuân thủ chặt chẽ chế độ ăn và luyện tập, theo dõi đường huyết hàng ngày và định kỳ hàng tháng siêu âm đánh giá sự phát triển cân nặng của thai, để đảm bảo kết quả thai nghén tốt nhất cho cả mẹ và con.

Trong 170 trẻ sinh ra từ các bà mẹ bị ĐTĐTK, chỉ có 2 trẻ có chỉ số Apgar sau 5 phút < 7 điểm, chiếm tỷ lệ 1,18%. Có 168 trẻ sinh ra có chỉ số Apgar trong giới hạn bình thường. Có 4 trẻ sơ sinh bị hạ glucose máu chiếm tỷ lệ 2,35%, 5 trẻ bị suy hô hấp sau sinh chiếm tỷ lệ 2,94% và 22 trẻ có bị vàng da sau sinh chiếm tỷ lệ 12,94%. Tổng số trẻ có biến chứng chiếm 18,36%. Không có trẻ nào tử vong trong giai đoạn chu sinh. Theo Jane, tỷ lệ hạ đường huyết trên lâm sàng ở trẻ sơ sinh trong nhóm không ĐTĐTK là 0,7%, trong nhóm ĐTĐTK là 5,8%; tỷ lệ vàng da sơ sinh có yêu cầu chiếu đèn trong nhóm không ĐTĐTK là 3,0%; trong nhóm ĐTĐTK là 4,2% [9]. Nghiên cứu hồi cứu của Nguyễn Thế Bách, tử vong chu sinh là 8,6%, hạ đường huyết sơ sinh 20,6%; cao hơn của chúng tôi, có thể do đây là nghiên cứu hồi cứu nên việc theo dõi kiểm soát đường huyết không đạt mục tiêu, nên ảnh hưởng của tăng đường máu đến thai nhi rõ rệt hơn. Nghiên cứu của Vũ Bích Nga cho thấy tỷ lệ dị tật bẩm sinh chiếm 2,9%, hạ đường huyết sơ sinh là 4,9% [7]. Tỷ lệ hạ đường huyết sơ sinh theo Nguyễn Thị Lệ Thu là 4,61%.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐTK mổ đẻ (78,29%) cao hơn so với tỷ lệ đẻ thường. Các nguyên nhân ĐTĐTK đẻ mổ thường gặp là do nguyên nhân có tiền sử mổ cũ (32,03%), nguyên nhân do thai to chiếm 14,84%. Tỷ lệ đẻ mổ ở nhóm bệnh nhân điều trị bằng insulin chiếm tỷ lệ cao với 76,36%, tuy nhiên không có sự khác biệt giữa 2 nhóm phương pháp điều trị.

Cân nặng sơ sinh trung bình của nhóm thai phụ ĐTĐTK đẻ đủ tháng là $3433 \pm 442g$, trẻ có cân nặng nhẹ nhất là 2200g và trẻ có cân nặng lớn nhất là 4600g. Có 12 trẻ có cân nặng từ 4000g trở lên, chiếm 7,05%. Phần lớn trẻ sinh ra có mẹ bị ĐTĐTK không có biến chứng sau đẻ, với 139 trẻ, chiếm tỷ lệ 81,64%. Có 4 trẻ bị hạ glucose máu (2,35%), 22 trẻ có bị vàng da sau sinh (12,94%), không có trẻ nào tử vong trong giai đoạn chu sinh. Tỷ lệ trẻ sơ sinh có chỉ số Apgar sau 1 phút và sau 5 phút <7 điểm chiếm tỷ lệ thấp (lần lượt là 2,94% và 1,18%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alberti KGMM, Zimmet PZ.** Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Provisional report of a WHO Consultation. *Diabetic Medicine*. 1998;15(7):539-553.
2. **Hartling L, Dryden DM, Guthrie A, et al.** Screening and Diagnosing Gestational Diabetes Mellitus. Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2012.
3. **Nguyễn Lê Hương, Đỗ Quan Hà.** Tỷ lệ đái tháo đường thai nghén tại khoa Khám theo yêu cầu, Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương năm 2012 và một số yếu tố nguy cơ. *Tạp chí Phụ Sản*. 2014;12(2):108-111.
4. **Lê Thị Thanh Tâm.** 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 An Tiễn sỹ Y Học*.; 2017.
5. **HAPO Study** Cooperative Research Group, Metzger BE, Lowe LP, et al. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med*. 2008;358(19):1991-2002.
6. **Lê Thị Thanh Tâm, Đặng Thị Minh Nguyệt, Nguyễn Cảnh Phú.** Nhận xét kết quả xét nghiệm sàng lọc bệnh đái tháo đường thai kỳ tại thành phố Vinh, Nghệ An. *Tạp chí Y học thực hành*. 2016;997(2/2016):124-126.
7. **Vũ Bích Nga.** Nghiên Cứu Ngưỡng Glucose Máu Lúc Đói Để Sàng Lọc Đái Tháo Đường Thai Kỳ và Bước Đầu Đánh Giá Hiệu Quả Điều Trị. *Luận án Tiễn sỹ Y Học, Trường Đại Học Y Hà Nội*.; 2009.
8. **Crowther CA, Hiller JE, Moss JR, et al.** Effect of treatment of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes. *N Engl J Med*. 2016;375(24):2477-2486.
9. **Hirst JE, Tran TS, Do MAT, Morris JM, Jeffery HE.** Consequences of gestational diabetes in an urban hospital in Viet Nam: a prospective cohort study. *PLoS Med*. 2012;9(7):e1001272.

THỰC TRẠNG TIẾNG ÒN VÀ THỰC HÀNH PHÒNG NGỪA ĐIẾC NGHỀ NGHIỆP CỦA NGƯỜI LAO ĐỘNG TẠI NHÀ MÁY TINH BỘT SẴN ĐỒNG XUÂN, PHÚ YÊN, 2018

Nguyễn Ngọc Bích¹, Phan Thị Lan Phương²

TÓM TẮT

Một trong những bệnh nghề nghiệp có xu hướng ngày càng gia tăng tỷ lệ thuận theo tốc độ hiện đại hóa – công nghiệp hóa của xã hội hiện nay là bệnh điếc nghề nghiệp. Hầu hết các quy trình sản xuất đều phát ra tiếng ồn, tuy nhiên, một số ngành nghề đặc thù có mức ồn cao tập trung chủ yếu ở các ngành sản xuất công nghiệp, in ấn, xay xát và chế biến thực phẩm. Nghiên cứu đã được tiến hành với mục đích tìm hiểu mức độ ô nhiễm tiếng ồn tại nhà máy và thực hành của người lao động tại đây trong việc phòng ngừa điếc nghề nghiệp. Nghiên cứu mô tả cắt ngang đã được tiến hành khảo sát trên 125 công nhân tham gia lao động trực tiếp tại nhà máy. Thực hiện quan trắc tổng số mẫu về tiếng ồn là 64, trong đó tiếng ồn chung là 40 mẫu và tiếng ồn theo dải tần là 24 mẫu. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 53,9% mẫu tiếng ồn vượt giới hạn cho phép; cường độ tiếng ồn chung tại nhà máy dao động trong khoảng 74 – 93 dBA; khu vực phát ra tiếng ồn cao nhất là khu vực phân ly với mức ồn trung bình là $91 \pm 1,83$ dBA. Tuy nhiên, chỉ có 52,8% người lao động có thực hành đúng trong việc phòng ngừa điếc nghề nghiệp. Đáng lưu ý là chỉ có 44% người lao động sử dụng thiết bị bảo hộ lao động

một cách thường xuyên khi tiếp xúc với nguồn ồn và chỉ có 31,5% công nhân đeo thiết bị bảo vệ tai đúng cách khi làm việc. Nghiên cứu khuyến nghị nhà máy áp dụng các giải pháp giảm thiểu tiếng ồn nơi làm việc và giám sát việc sử dụng thiết bị bảo hộ cá nhân của người lao động.

Từ khóa: tiếng ồn, nhà máy chế biến thực phẩm, thực hành phòng bệnh, điếc nghề nghiệp

SUMMARY

NOISE INDUCED AT WORK AND PREVENTION PRACTICE AMONG WORKERS AT A FOOD PROCESSING COMPANY IN PHU YEN

Hearing loss is one of the most common occupational health issues in the world and in Vietnam. Sectors that have working environment polluted with were mining, gridding and food processing. This study aimed to investigate the situation at a food processing company and prevention practice among workers. The cross sectional study was conducted in 125 workers of the company 64 environment samples were collected among them 40 were for general noise and 24 for different octave ranges. Results show that 53.9% of environmental samples exceeded the national limit, it range from 74 – 93 dBA; section with highest noise level was separating section with noise level $91 \pm 1,83$ dBA. Only 52.8% practice adequately on hearing loss prevention. Only 44% of woekers used PPE frequently, and only 31,5% used headset to protect their ears. It was recommended that the company should apply measures to reduce noise level at workd and supervise workers on using PPE while working.

¹Trường Đại học Y tế công cộng

²Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Phú Yên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Bích

Email: nnb@huph.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 28.4.2021

Ngày duyệt bài: 12.5.2021