

chỉ số xương: góc SNA nhỏ, SNB lớn, ANB âm, SND lớn. Góc mặt phẳng hàm dưới do với nền sọ (SN-MP) lớn. Các chỉ số trên cho thấy đặc điểm đặc trưng cho lệch lạc khớp cắn loại III nặng do xương: kém phát triển xương hàm trên và quá phát xương hàm dưới, cằm nhô ra trước, mặt phẳng hàm dưới mở, kiểu mặt dài, tầng mặt dưới dài, bất cân xứng tầng mặt giữa và dưới. Chỉ số ANB âm lớn cho thấy sự chênh lệch lớn theo chiều trước sau của xương hàm trên và xương hàm dưới. Kết quả này phù hợp các nghiên cứu của tác giả Ghassemi⁴, Lê Tấn Hùng³.

Chỉ số răng hàm trên: Góc trục răng cửa hàm trên với mặt phẳng NA, khoảng cách Is-NA lớn. Chỉ số răng cửa dưới: góc trục răng cửa dưới với mặt phẳng NB nhỏ, khoảng cách Li-NB bình nhỏ. Những đặc điểm trên cho thấy trước phẫu thuật có sự bù trừ về răng (răng cửa hàm trên nghiêng ra ngoài, răng cửa hàm dưới nghiêng trong để bù trừ khớp cắn ngược), răng cửa hàm trên lùi sau so với răng cửa hàm dưới (khớp cắn ngược loại III). Những đặc điểm trên làm cho thẩm mỹ răng và chức năng ăn nhai của bệnh nhân kém. Các nghiên cứu của tác giả Ghassemi⁴, Lê Tấn Hùng³ cũng có đặc điểm bệnh nhân trước mổ tương tự nghiên cứu này.

Chỉ số mô mềm: Khoảng cách Ls-S nhỏ, khoảng cách Li-S lớn cho thấy đặc điểm mô mềm đặc trưng cho khớp cắn loại III: môi trên lùi sau, môi dưới nhô ra trước. môi trên lùi sau so với môi dưới, cằm nhô ra trước. Điều này làm cho bệnh nhân rất tự ti về bản thân khi giao tiếp. Các đặc điểm trên tương tự đặc điểm mô mềm ở bệnh nhân trong nghiên cứu của tác giả Ghassemi⁴, Lê Tấn Hùng³.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận được: 39 bệnh nhân có 22 bệnh nhân nữ (56,4%), 17 bệnh nhân nam (43,6%). 100% bệnh nhân có kiểu hình mặt lõm nhìn nghiêng. Kiểu hình mặt dài và trung bình chiếm lần lượt 69% và 31%. Đặc điểm cận lâm sàng có góc SNA nhỏ, SNB lớn, ANB âm, SND lớn. Răng cửa hàm trên và hàm dưới có sự bù trừ trước phẫu thuật. Các chỉ số về xương, răng, mô mềm cho thấy đặc điểm đặc trưng cho lệch lạc khớp cắn loại III nặng do xương: kém phát triển xương hàm trên và quá phát xương hàm dưới, cằm nhô ra trước, mặt phẳng hàm dưới mở, kiểu mặt dài sự chênh lệch lớn theo chiều trước sau của xương hàm trên và xương hàm dưới. Môi trên lùi sau, môi dưới nhô ra trước. Đây là đặc điểm của những bệnh nhân cần được phẫu thuật chỉnh hình xương 2 hàm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đông Khắc Thẩm, Hoàng Tử Hùng.** Khảo sát tình trạng khớp cắn ở người Việt Nam độ tuổi 17-27. Tuyển tập công trình nghiên cứu khoa học Răng Hàm Mặt. 2000;
2. **Grabner LW, Vanarsdall RL, Vig KW, Huang GJ.** Orthodontics-e-book: current principles and techniques. Elsevier Health Sciences; 2016.
3. **Lê Tấn Hùng NTS.** Đánh giá hiệu quả xoay phức hợp hàm trên-hàm dưới cùng chiều kim đồng hồ trong điều trị lệch lạc xương hàm loại III. Tạp chí Y dược lâm sàng. 2014;108(9):2.
4. **Ghassemi M, Ghassemi A, Showkatbakhsh R, et al.** Evaluation of soft and hard tissue changes after bimaxillary surgery in class III orthognathic surgery and aesthetic consideration. Natl J Maxillofac Surg. Jul-Dec 2014;5(2):157-60. doi:10.4103/0975-5950.154819

KẾT QUẢ SẢN KHOA CỦA CÁC THAI PHỤ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN TỈNH THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thị Mai Ngọc¹, Phạm Mỹ Hoài¹, Lương Hoàng Thành^{2,3}

TÓM TẮT

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là một vấn đề đáng quan tâm vì tỉ lệ mắc có xu hướng ngày càng tăng. ĐTĐTK gây nhiều hậu quả cho mẹ, thai nhi và

trẻ sơ sinh. **Mục tiêu:** Nhận xét kết quả sản khoa của các thai phụ ĐTĐTK tại một số Bệnh viện tỉnh Thái Nguyên năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, gồm 105 hồ sơ bệnh án của các thai phụ có tuổi thai từ 28 tuần trở lên đã được chẩn đoán ĐTĐTK theo tiêu chuẩn của ADA 2011 trong quá trình mang thai và kết thúc thai kỳ tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên và Bệnh viện A Thái Nguyên từ tháng 01/2022 đến hết tháng 12/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình của thai phụ ĐTĐTK là 30,59 ± 6,24 tuổi. Tuổi thai trung bình kết thúc thai nghén là 38,44 ± 1,63 tuần; tỷ lệ đẻ đủ tháng là 90,48%, đẻ non tháng là 9,52%. Tỷ lệ mổ lấy thai là 74,3%, đẻ đường âm đạo chiếm 25,7%.

¹Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên

²Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc Gia

³Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mai Ngọc

Email: nguyennngock47b@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 28.8.2023

Ngày duyệt bài: 21.9.2023

Nguyên nhân mổ lấy thai do sọ mổ lấy thai cũ chiếm 43,59%, do thai to 26,92%. Cân nặng sơ sinh trung bình của các thai phụ ĐTĐTK là 3262 ± 512g; tỷ lệ trẻ có cân nặng từ 4000g trở lên chiếm 9,5%. Đa số trẻ sinh ra có mẹ bị ĐTĐTK (87,6%) không có biến chứng gì sau đẻ. **Kết luận:** Phần lớn thai phụ ĐTĐTK kết thúc thai kỳ ở tuổi thai đủ tháng và bằng phương pháp mổ lấy thai. Tỷ lệ tai biến của trẻ sơ sinh thấp và không có trẻ nào tử vong trong giai đoạn chu sinh.

Từ khóa: đái tháo đường thai kỳ, kết quả sản khoa

SUMMARY

OBSTETRIC OUTCOMES OF PREGNANT WOMEN WITH GESTATIONAL DIABETES MELLITUS (GDM) IN SOME THAI NGUYEN PROVINCIAL HOSPITALS

Gestational diabetes mellitus (GDM) is actually problem of public health cause of its increased prevalence. GDM cause many consequences for the mother, fetus and newborn. **Objectives:** This study was undertaken to describe the maternal and fetal outcome in Gestational Diabetes Mellitus (GDM) at some Thai Nguyen provincial hospitals in 2022. **Subjects and research methods:** Descriptive cross-sectional study method, on 105 medical records of pregnant women with a gestational age of 28 weeks or more who were diagnosed with GDM according to ADA 2011 criteria during pregnancy and pregnancy termination at Thai Nguyen Central Hospital and Hospital A Thai Nguyen from 01/2022 to the end of 12/2022. **Results:** The mean age of pregnant women with GDM is 30.59 ± 6.24 years old. The mean gestational age at the end of pregnancy was 38.44 ± 1.63 weeks; 90,48% of cases ended pregnancy at term, while preterm delivery rate is 9,52%. The rate of cesarean section among women with GDM was 74.3%, vaginal delivery accounted for 25.7%. The common reasons for cesarean section is 43.59% previous cesarean scar, 26.92% fetal macrosomia. The average birthweight of women with GDM was 3262 ± 512g; rate of newborn with a birthweight 4000g or more, accounting for 9.5%. The majority of newborns in GDM group (87,6%) had no postpartum complications. **Conclusion:** The majority of pregnant women with GDM ended pregnancy at full term and delivery by cesarean section. Complication rate for newborn is low and no infants died in the perinatal period. **Keywords:** Gestational diabetes mellitus (GDM), maternal and fetal outcome

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là tình trạng rối loạn dung nạp glucose ở bất kỳ mức độ nào, khởi phát hoặc được phát hiện lần đầu tiên trong lúc mang thai [6]. ĐTĐTK là một thể đặc biệt của bệnh đái tháo đường, là bệnh chuyển hóa phổ biến nhất và nó có thể ảnh hưởng đến 25% phụ nữ trong thời kỳ mang thai [1].

ĐTĐTK là một trong những biến chứng y khoa phổ biến nhất của thai kỳ, gây nhiều tai biến cho mẹ và thai nhi bao gồm sảy thai, thai

chết lưu, tiền sản giật, tử vong chu sinh,... Thời kỳ sơ sinh có nguy cơ bị hạ glucose máu, hạ canxi máu, vàng da,... [8].

Tại Việt Nam, trong những năm gần đây đã có nhiều tác giả quan tâm đến ĐTĐTK và thực hiện các nghiên cứu về vấn đề này. Các kết quả đều cho thấy thực trạng về nguy cơ gia tăng tỷ lệ ĐTĐTK trong thời gian gần đây. Tại Thái Nguyên cũng có một số nghiên cứu về ĐTĐTK, hầu hết đều tìm hiểu về các yếu tố nguy cơ của ĐTĐTK, các nghiên cứu về kết quả sản khoa còn hạn chế. Với những yêu cầu đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Kết quả sản khoa của các thai phụ đái tháo đường thai kỳ tại một số Bệnh viện tỉnh Thái Nguyên" với mục tiêu: *Nhận xét kết quả sản khoa của các thai phụ đái tháo đường thai kỳ tại một số Bệnh viện tỉnh Thái Nguyên năm 2022.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tất cả hồ sơ bệnh án của các thai phụ kết thúc thai kỳ tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên và Bệnh viện A Thái Nguyên, đã được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ trong quá trình mang thai theo tiêu chuẩn của ADA 2011:

Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐTK [6]

Thời điểm lấy mẫu	Ngưỡng giá trị chẩn đoán
Lúc đói	≥ 5,1 (92 mg/dl)
1 giờ	≥ 10,0 mmol/l (180 mg/dl)
2 giờ	≥ 8,5 mmol/l (153 mg/dl)

- Tuổi thai từ 28 tuần trở lên (theo ngày dự kiến sinh xác định bởi siêu âm 3 tháng đầu thai kỳ hoặc tính theo ngày đầu kỳ kinh cuối nếu nhớ chính xác và tiền sử kinh nguyệt đều)

- Hồ sơ đầy đủ thông tin nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Các trường hợp đã được chẩn đoán đái tháo đường (ĐTĐ) trước khi mang thai.

- Đang có bệnh hoặc có tiền sử bệnh gây tăng đường huyết thứ phát: Basedow, viêm gan...

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

- Đa thai

- Những hồ sơ bệnh án không đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

- Những trường hợp thai phụ mắc ĐTĐTK đã đẻ hoặc mổ lấy thai ở nơi khác chuyển đến.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu mô tả, thiết kế nghiên cứu cắt ngang

2.3. Cỡ mẫu được tính theo công thức

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

Trong đó:

n = cỡ mẫu nghiên cứu cần thiết tối thiểu

α = mức ý nghĩa thống kê; với α = 0,05 thì hệ số $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$

p = 7,05 % tỷ lệ thai to ≥ 4000 gram của thai phụ bị ĐĐTĐTK theo tác giả Nguyễn Mạnh Thăng [4].

q = 1 - p

d = 0,05 là sai số mong đợi

Tính ra cỡ mẫu n=101, trong nghiên cứu tôi lấy 105 thai phụ.

- Kỹ thuật chọn mẫu: chọn mẫu có chủ đích, cách lấy mẫu thuận tiện.

Tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu được lấy vào nghiên cứu.

2.4. Xử lý số liệu

- Số liệu được xử lý và phân tích bằng chương trình thống kê y học SPSS Statistics 25.

- Phương pháp thống kê tính tỷ lệ phần trăm (%)

- Kiểm định χ^2 để xác định mức độ khác nhau có ý nghĩa thống kê hay không khi so sánh hai tỷ lệ. Sự khác nhau về kết quả giữa các biến số được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

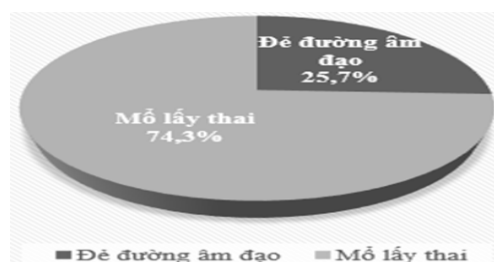
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi (năm)	≤ 24	15	14,3
	25-29	36	34,3
	30-34	28	26,7
	35-39	16	15,2
	≥ 40	10	9,5
	Tuổi trung bình	30,59 ± 6,24	
Địa dư	Thành phố	47	44,8
	Nông thôn	58	55,2
Nghề nghiệp	Cán bộ, viên chức	30	28,6
	Công nhân	44	41,9
	Nông dân	14	13,3
	Học sinh, sinh viên	4	3,8
	Khác	13	12,4

Nhận xét: Tuổi trung bình 30,59 ± 6,24 tuổi. Nhóm ĐTNC sống tại nông thôn chiếm 55,2%. Nghề nghiệp chủ yếu là công nhân chiếm 41,9%.

3.2. Kết quả sản khoa của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1. Phương pháp kết thúc thai kỳ của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân ĐĐTĐTK sinh bằng hình thức mổ lấy thai, chiếm 74,3%. Chỉ 25,7% bệnh nhân đẻ đường âm đạo

Bảng 2. Chỉ định mổ lấy thai của đối tượng nghiên cứu

Các chỉ định mổ	Số lượng (n=78)	Tỷ lệ (%)
Tiền sản giật/Sản giật – Tăng huyết áp	4	5,13
Do bệnh lý của mẹ	3	3,85
Mổ lấy thai cũ	34	43,59
Thai to	21	26,92
Suy thai	7	8,97
Ngôi bất thường	4	5,13
Do ối	15	19,23
Đọa rau thai	4	5,13
Chuyển dạ kéo dài	2	2,56
Lý do xã hội: IVF, tiền sử sản khoa nặng nề, ...	9	11,54
Khác	12	15,38

Nhận xét: Nguyên nhân mổ lấy thai do sọ mổ lấy thai cũ chiếm tỷ lệ 43,59%, do kèm theo bệnh lý tiền sản giật/sản giật chiếm tỷ lệ 5,13%. Các nguyên nhân khác như: Covid-19, con so mẹ lớn tuổi, đa u xơ tử cung, ngôi không lọt,...

Bảng 3. Tuổi thai kết thúc thai kỳ của đối tượng nghiên cứu

Tuổi thai	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
32 - < 34 tuần	3	2,85
34 - < 37 tuần	7	6,67
37 - 41 tuần	95	90,48
Tổng số	105	100
X ± SD	38,44 ± 1,63	

Nhận xét: Tuổi thai trung bình tại thời điểm kết thúc thai kỳ là 38,44 ± 1,63 tuần. Tuổi thai khi kết thúc thai kỳ của nhóm từ 37 - 41 tuần chiếm 90,48%.

Bảng 4. Cân nặng của trẻ sơ sinh

Tuổi thai	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 2500	5	4,8
2500 - < 3500	70	66,7
3500 - < 4000	20	19,0
≥ 4000	10	9,5

X ± SD	3262 ± 512 gram	
Trẻ nhẹ cân nhất	1400 gram	
Trẻ nặng cân nhất	5000 gram	
Tổng số	105	100

Nhận xét: Cân nặng sơ sinh trung bình của các thai phụ ĐTĐTK là 3262 ± 512g, trẻ có cân nặng nhẹ nhất là 1400g và lớn nhất là 5000g. Có 10 trẻ có cân nặng ≥4000g trở lên, chiếm 9,5%.

Bảng 5. Liên quan giữa phương pháp điều trị và kết cục thai kỳ

Phương pháp điều trị	Kết cục thai kỳ		Đẻ đường âm đạo		Mổ lấy thai		Tổng số		OR 95%CI	P
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)				
Thay đổi chế độ ăn uống, luyện tập	25	25,8	72	74,2	97	100	1,042 (0,197 – 5,499)	1,00		
Điều trị Insulin phối hợp	2	25,0	6	75,0	8	100				
Tổng số	27	25,7	78	74,3	105	100				

Nhận xét: Tỷ lệ mổ lấy thai trong nhóm bệnh nhân được thay đổi chế độ ăn uống, luyện tập chiếm tỷ lệ 74,2%. 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 = 1,00 > 0,05 và OR = 1,042 với khoảng tin cậy 95%CI (0,197 – 5,499).

Bảng 6. Liên quan giữa giá trị đường huyết trước đẻ và kết cục thai kỳ

Kết cục thai kỳ	Đường huyết trước đẻ (mmol/l)	P
Đẻ đường âm đạo	5,642 ± 1,66	0,158
Mổ lấy thai	6,231 ± 2,39	

Nhận xét: Giá trị trung bình đường huyết trước đẻ của nhóm đẻ đường âm đạo thấp hơn của nhóm mổ lấy thai. Sự chênh lệch không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05

Bảng 7. Biến chứng trẻ sơ sinh sau đẻ

Biến chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường	92	87,6
Suy hô hấp	4	3,8
Vàng da	8	7,6
Khác	1	1,0
Tổng số	105	100

Nhận xét: Phần lớn trẻ sơ sinh không có biến chứng sau đẻ (87,60%). Có 4 trẻ suy hô hấp sau sinh (3,8%), 8 trẻ vàng da sau sinh (7,6%). Không có trẻ nào tử vong trong giai đoạn chu sinh.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Tuổi là đặc trưng quan trọng nhất. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm thai phụ mắc ĐTĐTK ở lứa tuổi từ 25 – 29 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 34,3%, nhóm thai phụ từ 40 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ thấp nhất là 9,5%, có thể lý giải do lứa tuổi từ 25 – 29 tuổi đang là độ tuổi phù hợp cả về mặt sinh lý và mặt xã hội cho việc sinh đẻ. Tuổi trung bình của thai phụ là 30,59 ± 6,24 tuổi, trong đó trẻ nhất là 19 tuổi, lớn nhất là 50 tuổi. Kết quả

này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu tại Bệnh viện Bạch Mai, tuổi trung bình của thai phụ là 30,31 ± 4,76 tuổi [5]. Tuổi mang thai trung bình cao do những năm gần đây tình hình Thái Nguyên phát triển hơn, phụ nữ có cơ hội phát triển bản thân, có điều kiện học tập, làm việc dẫn đến kết hôn muộn và sinh con muộn hơn.

Kết quả bảng 1 cho thấy, phần lớn các thai phụ đến từ vùng nông thôn với tỷ lệ 55,2%. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Thị Na tại Bệnh viện A Thái Nguyên với tỷ lệ thai phụ đến từ nông thôn là 56,7% và đến từ thành thị là 43,3% [1]. Nguyên nhân là do nơi tiến hành nghiên cứu của chúng tôi thuộc thành phố nên thuận lợi cho việc tiếp nhận và xử trí bệnh nhân từ nhiều nơi trong tỉnh Thái Nguyên, đặc biệt là Bệnh viện A Thái Nguyên tiếp nhận phần lớn các thai phụ đến từ các huyện của tỉnh Thái Nguyên nên tỷ lệ thai phụ đến từ nông thôn cao hơn.

Trong nghiên cứu này, số thai phụ bị ĐTĐTK thường gặp ở những người làm nghề công nhân (41,9%). Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Thị Na tại Bệnh viện A Thái Nguyên năm 2022 với tỷ lệ thai phụ làm công nhân là 42,3% [1]. Nguyên nhân là do sự phát triển mạnh mẽ của các khu công nghiệp với quy mô lớn trên địa bàn tỉnh trong những năm gần đây.

4.2. Kết cục thai kỳ. Phần lớn thai phụ ĐTĐTK sinh bằng hình thức mổ lấy thai (74,3%), đẻ đường âm đạo chiếm 25,7%. Kết quả tương tự kết quả của tác giả Nguyễn Thị Thu, tỷ lệ mổ lấy thai ở thai phụ ĐTĐTK là 72,39% [5]. Nghiên cứu của tác giả Bùi Sơn Thắng cho tỷ lệ thai phụ ĐTĐTK mổ lấy thai là 75,59% [3]. Kết quả của Hui Feng (2019) thu được từ 15 bệnh viện ở Bắc Kinh cho thấy tỷ lệ mổ lấy thai là 49,03% [7].

Trong số thai phụ ĐTĐTK mổ lấy thai, nguyên nhân do sẹo mổ lấy thai cũ chiếm tỷ lệ cao nhất là 43,59%, do thai to chiếm 26,92%,

do bệnh lý tiền sản giật/sản giật chiếm tỷ lệ thấp nhất là 5,13%. Ngoài ra còn có các nguyên nhân khác như Covid-19, đa u xơ tử cung, ngôi không lọt,... Theo Nguyễn Thị Thu (2019) trong 97 trường hợp ĐĐTĐTK mổ lấy thai thì nguyên nhân nhiều nhất là sẹo mổ lấy thai cũ với tỷ lệ 33,0% [5]. Tương tự như kết quả của tác giả Nguyễn Mạnh Thắng (2021) với tỷ lệ thai phụ ĐĐTĐTK mổ lấy thai do nguyên nhân sẹo mổ lấy thai cũ là 32,03% [4].

Trong 2 phương pháp điều trị ĐĐTĐTK, nhóm bệnh nhân được điều chỉnh chế độ ăn uống, luyện tập có tỷ lệ kết thúc thai kỳ bằng hình thức mổ lấy thai cao hơn (74,20%). Kết quả này tương đồng tác giả Nguyễn Mạnh Thắng với tỷ lệ mổ lấy thai trong nhóm điều chỉnh chế độ ăn uống, luyện tập là 74,78% [4]. Tuy nhiên, sự khác biệt về kết cục thai kỳ giữa 2 nhóm phương pháp điều trị không có ý nghĩa thống kê với $p = 1,00$ và $OR = 1,042$; khoảng tin cậy 95%CI là 0,197 – 5,499. So với nhóm điều trị phối hợp insulin thì điều trị bằng chế độ ăn và luyện tập dễ dàng hơn. Vì vậy, việc sàng lọc sớm, phát hiện sớm ĐĐTĐTK để điều chỉnh chế độ ăn và luyện tập kịp thời giúp giảm tỷ lệ tai biến trong sản khoa

Trong 105 thai phụ ĐĐTĐTK, có 95 trường hợp chiếm tỷ lệ 90,48% kết thúc thai kỳ từ 37 – 41 tuần. Tỷ lệ đẻ non chiếm 9,52%, đa số thai kỳ non tháng rơi vào tuổi thai từ 33 đến trước 37 tuần. Kết quả này tương đương với kết quả của tác giả Hui Feng và cộng sự (2017) với tỷ lệ đẻ non trong nhóm mẹ mắc ĐĐTĐTK là 6,29% [7]. Nghiên cứu của tác giả Bùi Sơn Thắng cho tỷ lệ thai kỳ non tháng cao hơn là 20,43% [3]. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ thai phụ đẻ non tháng thấp hơn những nghiên cứu khác bởi tại địa điểm tiến hành nghiên cứu, điều kiện chăm sóc Nhi khoa cho những trẻ sơ sinh non tháng còn một số hạn chế nên những trường hợp kết thúc thai kỳ non tháng thường sẽ được chuyển lên tuyến trên.

Kết quả nghiên cứu cho thấy cân nặng sơ sinh trung bình của trẻ là $3262 \pm 512g$, trẻ có cân nặng nhẹ nhất là 1400g và trẻ có cân nặng lớn nhất là 5000g. Tương tự kết quả của tác giả Nguyễn Mạnh Thắng (2021) với cân nặng trung bình của trẻ sơ sinh là $3433 \pm 442g$ [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, cân nặng sơ sinh tập trung chủ yếu ở nhóm 2500 - < 3500g với tỷ lệ 66,7%. Tỷ lệ trẻ sơ sinh cân nặng $\geq 4000g$ chiếm tỷ lệ 9,5%, trẻ < 2500g chiếm tỷ lệ 4,8%. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu năm 2019, tỷ lệ trẻ sơ sinh < 2500g của sản phụ ĐĐTĐTK chiếm tỷ lệ 6,0%, và tỷ lệ trẻ sơ sinh cân

nặng $\geq 4000g$ trong nghiên cứu này là 9,7% [5].

Trong 105 trẻ sơ sinh sinh ra từ các bà mẹ bị ĐĐTĐTK, có 87,6% trẻ không mắc phải các biến chứng sơ sinh và có 8 trẻ bị vàng da sau sinh (7,6%). Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự với tác giả Trương Minh Phương, tỷ lệ vàng da sơ sinh là 2,14% [2], thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Mạnh Thắng với tỷ lệ vàng da sơ sinh là 12,94% [4]. Có nhiều yếu tố gây tăng Bilirubin ở trẻ sơ sinh như: tăng khối lượng tế bào máu, tan máu, chấn thương, chậm sản xuất các enzyme ở gan. Nghiên cứu không có trẻ nào tử vong trong giai đoạn chu sinh.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ đẻ đủ tháng là 90,48%, tỷ lệ đẻ non tháng là 9,52%. Tỷ lệ bệnh nhân ĐĐTĐTK mổ lấy thai là 74,3% cao hơn so với tỷ lệ đẻ thường. Các nguyên nhân mổ lấy thai thường gặp là do có tiền sử sẹo mổ lấy thai cũ với 43,59%, do thai to chiếm 26,92%. Tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm bệnh nhân điều trị bằng thay đổi chế độ ăn uống, luyện tập chiếm tỷ lệ cao với 74,2%, tuy nhiên không có sự khác biệt giữa 2 nhóm phương pháp điều trị.

Cân nặng sơ sinh trung bình của nhóm thai phụ ĐĐTĐTK đẻ đủ tháng là $3262 \pm 512g$, trẻ có cân nặng nhẹ nhất là 1400g và trẻ có cân nặng lớn nhất là 5000g. Phần lớn trẻ sinh ra có mẹ bị ĐĐTĐTK không có biến chứng sau đẻ, với 92 trẻ chiếm tỷ lệ 87,6%. Tỷ lệ trẻ bị vàng da sau sinh là 7,6%, không có trẻ nào tử vong trong giai đoạn chu sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thị Na** (2022), Nghiên cứu thực trạng và một số yếu tố liên quan đến đái tháo đường thai kỳ ở phụ nữ đến khám thai tại Bệnh viện A Thái Nguyên, Luận văn Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên.
2. **Trương Minh Phương** (2020), Nghiên cứu thực trạng đái tháo đường thai kỳ và kết quả sản khoa ở những thai phụ đái tháo đường thai kỳ, Luận văn chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội.
3. **Bùi Sơn Thắng** (2023), "Kết quả xử trí sản khoa của sản phụ đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện sản nhi Nghệ An năm 2021 - 2022", Tạp chí Y học Việt Nam. 522(1), tr. 105-108.
4. **Nguyễn Mạnh Thắng** (2021), "Kết quả sản khoa ở thai phụ đái tháo đường thai kỳ đẻ đủ tháng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương", Tạp chí Y học Việt Nam. 502(2), tr. 256-261.
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 chuyên khoa cấp II, Chuyên ngành Sản phụ khoa, Đại học Y Hà Nội.
6. **American Diabetes Association** (2019), "Classification and diagnosis of diabetes: standards of medical care in diabetes—2019",

Diabetes Care. 42(Supplement 1), tr. S13-S28.
7. **Hui Feng và các cộng sự.** (2017), "Relationship between Oral Glucose Tolerance Test Characteristics and Adverse Pregnancy Outcomes

among Women with Gestational Diabetes Mellitus". 130(09), tr. 1012-1018.
8. **MD Celeste Durnwald** (2022), "Gestational diabetes mellitus: Screening, diagnosis, and prevention", Uptodate.

PHÂN TÍCH CHI PHÍ HIỆU QUẢ CỦA ROSUVASTATIN SO VỚI ATORVASTATIN TRONG ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN LIPID MÁU TẠI VIỆT NAM

Võ Xuân Nam¹, Nguyễn Đức Trung²,
Nguyễn Thu Hương³, Nguyễn Thị Diễm Chi⁴

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tăng cholesterol máu là một trong những yếu tố nguy cơ quan trọng nhất có thể thay đổi được trong phòng ngừa các bệnh tim mạch. Điều trị rối loạn lipid máu phải kết hợp thay đổi lối sống và dùng thuốc. Do đó nghiên cứu này tập trung vào việc đánh giá chi phí hiệu quả của việc sử dụng rosuvastatin so với atorvastatin trong điều trị rối loạn lipid máu tại Việt Nam. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu sử dụng mô hình cây quyết định, so sánh chi phí hiệu quả giữa sử dụng rosuvastatin và atorvastatin trong điều trị rối loạn chuyển hóa lipid máu. Thời gian điều trị tính từ sử dụng thuốc cho đến lúc đạt LDL-C mục tiêu. Số liệu được lấy từ tổng quan tài liệu dựa trên các cơ sở dữ liệu. Khung thời gian đánh giá của mô hình là một năm. Chu kỳ được tính trên một chu kỳ đạt LDL-C mục tiêu của bệnh. **Kết quả:** rosuvastatin có hiệu quả lâm sàng tốt hơn so với atorvastatin trong chỉ định điều trị rối loạn chuyển hóa lipid máu. Theo quan điểm bảo hiểm y tế cho thấy trong điều trị LDL-C, rosuvastatin chiếm ưu thế vừa tiết kiệm về mặt chi phí, vừa tăng về hiệu quả điều trị. Cụ thể, khi điều trị bằng rosuvastatin, giúp tiết kiệm được gần 34,5 triệu đồng trên 1 đơn vị hiệu quả tăng thêm. Kết quả phân tích độ nhạy một chiều và độ nhạy xác suất khẳng định trong đa số trường hợp, sử dụng rosuvastatin đều vượt trội so với atorvastatin. **Kết luận:** Rosuvastatin vừa có hiệu quả lâm sàng tốt hơn, với mức chi phí điều trị thấp hơn so với atorvastatin khi giúp khả năng bệnh nhân đạt mức LDL-C mục tiêu tốt hơn. Nghiên cứu còn hạn chế khi các dữ liệu đầu vào dựa trên tổng quan tài liệu.

Từ khóa: Rosuvastatin, rối loạn chuyển hóa Lipid, LDL-C, chi phí hiệu quả

SUMMARY

COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS OF

¹Trường Đại học Tôn Đức Thắng, Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

³Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

⁴Bệnh viện Đa khoa Khu vực Thủ Đức

Chịu trách nhiệm chính: Võ Xuân Nam

Email: voxuannam@tdtu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2023

Ngày duyệt bài: 18.9.2023

ROSUVASTATIN COMPARED TO ATORVASTATIN IN THE TREATMENT OF DYSLIPIDEMIA IN VIETNAM

Background: Hypercholesterolemia is one of the most important modifiable risk factors for cardiovascular disease prevention. Treatment of dyslipidemia requires a combination of lifestyle changes and medication. Therefore, this study focused on evaluating the cost-effectiveness of using rosuvastatin compared with atorvastatin in the treatment of dyslipidemia in Vietnam. **Methodology:** Study using a decision tree model, comparing the cost-effectiveness between the use of rosuvastatin and atorvastatin in the treatment of dyslipidemia. The duration of treatment was calculated from drug administration until the target LDL-C was reached. Data are taken from a literature review of documents based on databases. The model's evaluation timeframe is one year. Cycles are calculated per cycle of reaching the LDL-C goal. **Results:** Rosuvastatin has better clinical efficacy than atorvastatin in the treatment of dyslipidemia. From the health insurance point of view, in the treatment of hyperlipidemia, rosuvastatin dominates both in terms of cost savings and increased treatment effectiveness. Specifically, when treated with rosuvastatin, it saved nearly 34.5 million VND per unit of added efficiency. Results of one-way sensitivity analysis and probabilistic sensitivity analysis defined in most cases, rosuvastatin is dominant compared to atorvastatin. **Conclusion:** Rosuvastatin has both better clinical efficacy and lower cost of treatment than atorvastatin by helping patients better reach their target LDL-C levels. Research is limited as the input data are based on literature reviews. **Keywords:** Rosuvastatin, dyslipidemia, LDL-C, cost-utility analysis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nồng độ cholesterol lipoprotein tỷ trọng thấp (LDL-C) trong máu tăng cao là một yếu tố nguy cơ chính gây ra các biến cố bệnh tim mạch vành (CHD). Có bằng chứng thuyết phục rằng việc giảm mức LDL-C giúp giảm nguy cơ mắc CHD và tỷ lệ tử vong liên quan đến bệnh tật. Theo quan điểm của mỗi liên hệ này, các hướng dẫn đã được ban hành đưa ra mức LDL-C mục tiêu cho những bệnh nhân có nguy cơ phát triển các biến