

nhất kết quả của điều trị. Điều mong đợi chính của bệnh nhân chủ yếu là giảm triệu chứng đau và khả năng đi lại cải thiện nên đánh giá này thường cho kết quả cao. Ahmad Hafiz, cũng có những đánh giá kết quả qua sự hài lòng của bệnh nhân, và các kết quả của chúng tôi với nhóm nghiên cứu là 46 bệnh nhân có tới 42 BN chiếm đến 89,3% là rất hài lòng với vận động và hoạt động của bệnh nhân sau mổ thay khớp gối kết quả của chúng tôi cũng xấp xỉ với các tác giả được nêu trên

IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 46 BN (Có 1 BN thay khớp gối cả 2 bên) với 47 khớp gối được phẫu thuật TKGTP không thay mặt khớp bánh chè tại khoa chấn thương chỉnh hình Bệnh Viện E trong thời gian từ tháng 8 năm 2018 đến tháng 12 năm 2022 chúng tôi rút ra một số: Độ tuổi trung bình là $66,8 \pm 7,0$ tuổi. Số BN tuổi > 60 chiếm 56,5% và BN > 70 chiếm 32,6% phù hợp với bệnh lý THKG chủ yếu xuất hiện ở người cao tuổi. Tổng số bệnh nhân trong nghiên cứu là 46, trong đó 38 bệnh nhân là nữ, chiếm 82,6% và có 8 bệnh nhân nam, chiếm 17,4%.

Giảm đau sau mổ: 62,5% không đau và đau ít. Trong 47 khớp gối sau khi được thay, chủ yếu các khớp không đau chiếm 78,7%. Có 10 khớp với mức độ đau nhẹ, chiếm 21,3% Tâm vận động khớp gối sau mổ là $110,9^0 \pm 8,9^0$. Điểm chức năng khớp gối. KS sau mổ: $92,0 \pm 6,5$, KFS sau mổ: $91,6 \pm 8,2$. Phẫu thuật thay KGTTP mang lại kết quả giảm đau tốt cho người bệnh thoái hóa khớp gối giai đoạn muộn (tỷ lệ rất tốt BN không còn đau gối hay đau ít không ảnh hưởng

đến sinh hoạt và lao động), đồng thời mang lại chức năng vận động khớp gối tốt cho BN (biên độ vận động gối sau mổ là : $110,9^0 \pm 8,9^0$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Ngọc Ân - Nguyễn Thị Ngọc Lan** (2005), Phác đồ chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp thường gặp, NXB Giáo dục Việt Nam, tr. 178-184.
2. **Trần Ngọc Ân, Nguyễn Thị Ngọc Lan** (2004), Thoái hóa khớp và cột sống, Bệnh học nội khoa T1, NXB Y học, tr.422-435.
3. **Nguyễn Mai Hồng** (2002), Thoái hóa khớp và cột sống, Tài liệu đào tạo chuyên ngành cơ xương khớp, tr.167-172.
4. **Đặng Hồng Hoa** (1997), Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh hư khớp gối, Luận văn thạc sỹ y học trường Đại Học Y Hà Nội.
5. **Nguyễn Văn Châu** (2012), Nghiên cứu mật độ khoáng xương, IL-1 β , TNF- α ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối, luận văn tiến sỹ y học.
6. **FelsonDt, GaleDR, Gale M.** (2005), Osteophytes & Progression of knee Osteoarthritis, Rheumatology, 44:pp100-104.
7. **Kavonen RL, Negendank WG et al,** (1994), factors affecting articular cartilage thickness in osteoarthritis and aging, J Rhummatol, 21 pp:1310-1317.
8. **Nguyễn Văn Bình và Cộng sự** (2002). "Cắt lọc tổ chức thoái hóa điều trị hư khớp gối bằng kỹ thuật nội soi", Báo cáo khoa học Đại hội thấp khớp học lần III. Hội thấp khớp học Việt Nam: tr.253-257.
9. **Phạm Chí Lăng** (2004), Phẫu thuật nội soi trong điều trị bệnh lý thoái hóa khớp gối, Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh chuyên đề cơ xương khớp, Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh 9(2) tr.142-147,
10. **Phạm Chí Lăng** (2005), Điều trị thoái hóa khớp gối bằng cắt xương sửa trục xương chày, Kỷ yếu hội nghị thường liên lần thứ XII Hội chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh, tr.104-109.

TÌNH TRẠNG RỐI LOẠN GLUCOSE MÁU Ở PHỤ NỮ MANG THAI CÓ SUY GIÁP TIỀN PHÁT ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG

Phạm Quang Đạt^{1,2}, Vũ Thị Hiền Trinh², Đỗ Trung Quân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá tình trạng rối loạn glucose máu ở phụ nữ mang thai có suy giáp tiên phát điều trị tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2020 - 2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang (kết hợp hồi cứu và tiến

cứu) thực hiện trên 215 phụ nữ đã được chẩn đoán xác định suy giáp tiên phát đang điều trị và có thai đến khám tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 215 phụ nữ có thai được chẩn đoán suy giáp tiên phát cho thấy, nguyên nhân suy giáp do viêm giáp tự miễn chiếm cao nhất 54,9%; do cắt bán phần tuyến giáp chiếm 20,9%, do cắt toàn bộ tuyến giáp 20,0%, do điều trị I¹³¹ 3,5%, suy giáp khác 0,9%. Tỷ lệ gặp rối loạn glucose máu của đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) là 41,9%. Trong đó đái tháo đường (ĐTĐ) mang thai chiếm 6,5% và ĐTĐ thai kỳ chiếm 35,4%. Tỷ lệ gặp rối loạn dung nạp glucose máu trong thai kỳ ở nhóm suy giáp do phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp là cao nhất chiếm 55,8%. Giá trị tuổi mang thai, BMI trước thai và chỉ số TSH trong lần

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nội tiết Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Trung Quân

Email: quangdat.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2023

Ngày duyệt bài: 19.9.2023

khám đầu tiên là các yếu tố nguy cơ dẫn đến rối loạn glucose trong thai kỳ của ĐTNC. **Kết luận:** Tỷ lệ rối loạn glucose máu của phụ nữ mang thai có suy giáp chiếm tỷ lệ khá cao (41,9%). Nguyên nhân suy giáp do viêm giáp tự miễn chiếm cao nhất 54,9%. Giá trị tuổi mang thai, BMI trước thai và chỉ số TSH trong lần khám đầu tiên là các yếu tố nguy cơ dẫn đến rối loạn glucose trong thai kỳ trong ĐTNC.

Từ khóa: Rối loạn glucose máu, phụ nữ mang thai, suy giáp tiên phát, Bệnh viện Nội tiết Trung ương

SUMMARY

BLOOD GLUCOSE DISORDERS IN PREGNANT WOMEN WITH PRIMARY HYPOTHYROIDISM TREATED AT THE NATIONAL HOSPITAL OF ENDOCRINOLOGY

Objective: The study aimed to evaluate blood glucose disorders in pregnant women with primary hypothyroidism treated at the National Hospital of Endocrinology in 2020-2023. **Methods:** A cross-sectional study (combining retrospective and prospective study) was carried out on 215 women with confirmed primary hypothyroidism undergoing treatment and pregnant who examined at the National Hospital of Endocrinology. **Results:** A study on 215 pregnant women diagnosed with primary hypothyroidism showed that the cause of hypothyroidism due to autoimmune thyroiditis accounted for the highest 54.9%; due to partial thyroidectomy 20.9%, due to total thyroidectomy 20.0%, due to I131 treatment 3.5%, other hypothyroidism 0.9%. The rate of blood glucose disorders in the study subjects was 41.9%. Of these, diabetes mellitus in pregnancy accounts for 6.5% and gestational diabetes accounts for 35.4%. The rate of blood glucose intolerance during pregnancy in the group of hypothyroidism due to total thyroidectomy was the highest, accounting for 55.8%. The value of gestational age, prenatal BMI and TSH index at the first visit are the risk factors leading to glucose disturbances in pregnancy of the study population.

Conclusions: The rate of blood glucose disorders in pregnant women with hypothyroidism is quite high (41.9%). The cause of hypothyroidism is autoimmune thyroiditis, accounting for the highest 54.9%. The value of gestational age, prenatal BMI and TSH index at the first visit were the risk factors leading to glucose disturbances in pregnancy in the trial. **Keywords:** Blood glucose disorders, pregnant women, primary hypothyroidism, National Endocrine Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy giáp là một trong những bệnh lý nội tiết mãn tính thường gặp liên quan đến sự thiếu hụt hormone tuyến giáp. Tỷ lệ mắc suy giáp khoảng 5% dân số chung và ước tính khoảng 5% dân số khác chưa được chẩn đoán. Hơn 99% bệnh nhân mắc bệnh là do suy giáp tiên phát, bệnh xuất hiện phổ biến ở phụ nữ gấp 8-9 lần so với nam giới¹. Mặc dù tỷ lệ mắc suy giáp tăng theo tuổi nhưng cũng có thể gặp ở những bệnh nhân trẻ

tuổi. Trong thai kỳ, suy giáp là bệnh lý thường gặp thứ hai chỉ sau đái tháo đường thai kỳ². Trong thai kỳ do thay đổi về sinh lý nên nhu cầu bổ sung hormon tuyến giáp ở những phụ nữ mang thai có suy giáp tiên phát tăng lên từ 20-40% so với trước mang thai³. Hormone tuyến giáp có nhiều ảnh hưởng lên chuyển hóa glucose thông qua nhiều cơ chế khác nhau.

Nhiều nghiên cứu đã cho thấy bệnh lý suy giáp và đái tháo đường có mối liên quan với nhau và suy giáp làm tăng nguy cơ mắc hội chứng chuyển hóa và đái tháo đường⁴. Mối liên quan giữa suy giáp và rối loạn glucose máu trong thai kỳ cũng đã được công bố ở nhiều nghiên cứu, tuy nhiên kết quả còn chưa nhất quán. Nhiều báo cáo cho thấy có mối liên quan giữa suy giáp với ĐTĐTK, nhưng cũng có báo cáo cho biết không thấy có mối liên quan rõ ràng.

Ngày nay cùng với sự thay đổi của các yếu tố xã hội, xu hướng mắc đái tháo đường trong thai kỳ có xu hướng tăng. Đặc biệt trên đối tượng phụ nữ có suy giáp tiên phát mang thai thì nguy cơ rối loạn glucose máu trong thai kỳ có thể còn cao hơn. Ở Việt Nam, đã có những thống kê về các tỷ lệ mắc suy giáp trong khi mang thai và những nghiên cứu về tỷ lệ mắc ĐTĐTK ở những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ cao, nhưng chưa có nhiều nghiên cứu tìm hiểu về rối loạn glucose máu trong thai kỳ ở phụ nữ có suy giáp tiên phát. Do đó để có thêm những hiểu biết, bằng chứng về mối liên hệ giữa suy giáp và rối loạn glucose máu ở phụ nữ Việt Nam mang thai, nhóm nghiên cứu chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm xác định tỷ lệ rối loạn glucose máu ở phụ nữ mang thai có suy giáp tiên phát và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện Nội tiết Trung ương 2020 -2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định suy giáp tiên phát đang điều trị và có thai đến khám tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương.

* Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định suy giáp tiên phát từ trước thai kỳ, đang điều trị bổ sung L-Thyroxin theo hướng dẫn của Bộ Y tế. Bệnh nhân có thai. Trong quá trình mang thai, bệnh nhân được khám, theo dõi và điều trị chuyên khoa nội tiết tại Bv Nội tiết Trung ương.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Loại trừ khỏi nghiên cứu các thai phụ có một trong số các tiêu chuẩn sau:

- Trường hợp suy giáp thứ phát

- Bệnh nhân Basedow suy giáp do thuốc kháng giáp trạng tổng hợp

- Bệnh nhân trong khi mang thai mới phát hiện có suy giáp, chưa được chẩn đoán xác định và điều trị suy giáp từ trước khi có thai.

- Bệnh nhân đã được chẩn đoán Đái tháo đường típ 1 hoặc típ 2 từ trước khi có thai.

- Các bệnh nhân mắc các bệnh nội khoa nặng, cấp tính khác như: suy thận nặng, suy chức năng gan nặng, đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính...

- Những bệnh nhân đang dùng các loại thuốc có thể ảnh hưởng đến glucose máu như: Corticoide, Salbutamol, thuốc chẹn giao cảm, lợi tiểu thiazide...

- Trường hợp bắt buộc phải đình chỉ thai nghén hoặc sảy thai, thai lưu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang (kết hợp hồi cứu và tiền cứu)

2.2.2. Cỡ mẫu: Tính cỡ mẫu xác định tỷ lệ rối loạn glucose máu ở phụ nữ mang thai có suy giáp tiên phát áp dụng công thức cho nghiên cứu mô tả và căn cứ vào điều kiện thực tế nghiên cứu chọn cỡ mẫu của nghiên cứu là 215 ĐTNC.

2.2.3. Phương pháp chọn mẫu. Đối tượng nghiên cứu gồm cả 2 nhóm bệnh nhân hồi cứu và nhóm bệnh nhân tiền cứu.

❖ **Nhóm hồi cứu:** Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn nghiên cứu, không thuộc các tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân được chẩn đoán suy giáp tiên phát từ trước, khi mang thai bệnh nhân được tầm soát rối loạn glucose máu trong thai kỳ bằng nghiệm pháp dung nạp glucose uống 75gr theo hướng dẫn của Bộ Y tế Việt Nam.

❖ **Nhóm tiền cứu:** Phụ nữ có suy giáp tiên phát đang điều trị, bệnh nhân có thai và đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn, bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu được tầm soát rối loạn glucose máu trong thai kỳ bằng nghiệm pháp dung nạp glucose uống 75gr.

2.2.4. Các Tiêu chuẩn chẩn đoán và phân loại

➢ Tiêu chuẩn chẩn đoán suy giáp tiên phát trước thai kỳ

Áp dụng chẩn đoán theo Hướng dẫn của Bộ Y tế - 2014:

- Nồng độ TSH > 4,12 μ UI/mL và FT4 < 12 pmol/L.

➢ Hướng dẫn điều trị suy giáp trong thai kỳ theo ATA 2017.

➢ Tiêu chuẩn phân loại, xác định tăng glucose máu khi mang thai

Bảng 2.1: Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ

thai kỳ và ĐTĐ mang thai theo WHO 2013

| Chẩn đoán | Nghiệm pháp dung nạp Glucose - uống 75 g | | | Glucose bất kì (mmol/l) |
|---------------|------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------|
| | Glucose M0 Trước uống (mmol/l) | Glucose M1 Sau 1 giờ (mmol/l) | Glucose M2 Sau 2 giờ (mmol/l) | |
| ĐTĐ mang thai | ≥ 7 | - | $\geq 11,1$ | $\geq 11,1$ |
| ĐTĐ thai kỳ | 5,1 - 6,9 | $\geq 10,0$ | 8,5 - 11,0 | - |

Chẩn đoán khi có ít nhất một kết quả của mẫu Glucose M0; Glucose M1 hoặc Glucose M2 khi làm nghiệm pháp dung nạp Glucose- uống 75g thỏa mãn tiêu chuẩn.

➢ Phân độ BMI trước mang thai:

Theo tiêu chuẩn WHO với người châu Á với chỉ số BMI bình thường có giá trị từ 18,5 - 22,9

2.2.5. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- **Địa điểm:** Khoa Khám bệnh - Bệnh viện Nội tiết Trung ương

- **Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 06/2022 đến tháng 06/2023

2.3. Phân tích và xử lý số liệu

- Nhập số liệu và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0.

- Xác định giá trị trung bình, tỷ lệ%.

- T-test để so sánh các giá trị trung bình giữa 2 nhóm, phân tích phương sai kiểm định ANOVA để so sánh các giá trị trung bình khi có nhiều hơn 2 nhóm, T-test cặp để so sánh các giá trị trung bình trong mỗi nhóm thay đổi trước và sau.

- Test Khi bình phương để so sánh các tỷ lệ, Test Fisher chính xác để so sánh các tỷ lệ khi có giá trị kỳ vọng < 5.

- Xác định giá trị của p khi so sánh 2 giá trị trung bình hoặc 2 tỷ lệ %. $p < 0,05$ - độ tin cậy > 95% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Bệnh nhân được giải thích về mục tiêu và phương pháp nghiên cứu, tự nguyện tham gia vào nghiên cứu và có quyền rút khỏi nghiên cứu mà không cần giải thích. Mọi thông tin nghiên cứu được mã hoá và bảo mật, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Không gây các tác hại nào cho người tham gia nghiên cứu. Trong thai kỳ bệnh nhân được theo dõi thai kỳ tại chuyên khoa phụ sản, được theo dõi điều trị suy giáp theo hướng dẫn của ATA. Thực hiện sàng lọc rối loạn glucose máu theo Hướng dẫn của Bộ Y tế.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

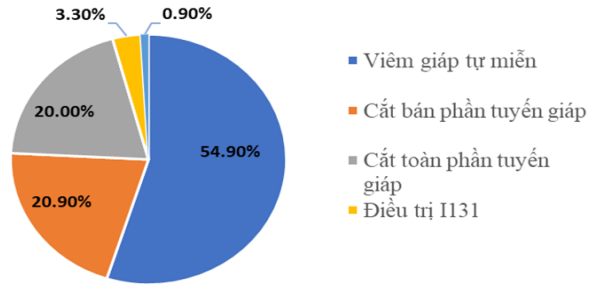
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=215)

| Đặc điểm | Min | Max | Trung bình ± SD |
|------------------------------------------|-------|-------|-----------------|
| Tuổi (năm) | 21 | 44 | 30,98±4,64 |
| BMI trước mang thai (kg/m ²) | 16,41 | 27,34 | 20,83±1,92 |
| Huyết áp tâm thu (mmHg) | 96 | 134 | 115,32±10,75 |
| Huyết áp tâm trương (mmHg) | 60 | 84 | 72,15±7,00 |
| Nhịp tim (lần/ph) | 82 | 106 | 94,38±7,17 |
| Thời gian điều trị SG (tháng) | 6 | 276 | 56,82±52,62 |

Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 30,98 tuổi. BMI trước mang thai của thai phụ trung bình là 20,83 kg/m². Thời gian phát hiện và đã điều trị suy giáp trung bình 56,82 tháng. Các đối tượng nghiên cứu không có tình trạng tăng huyết áp

➤ **Đặc điểm bệnh lý suy giáp tiên phát**



Biểu đồ 3.1. Minh họa phân bố ĐTNC theo nguyên nhân suy giáp (n=215)

Trong các nguyên nhân suy giáp của ĐTNC: Suy giáp do viêm giáp tự miễn chiếm cao nhất 54,9%; do cắt bán phần tuyến giáp chiếm 20,9%, do cắt toàn bộ tuyến giáp 20,0 %, do điều trị I¹³¹ 3,5%, suy giáp khác 0,9% gồm 1 trường hợp viêm giáp bẩm sinh và 1 trường hợp tuyến giáp lạc chỗ

3.2. Tình trạng rối loạn glucose trong thai kỳ của đối tượng nghiên cứu

➤ **Tỷ lệ rối loạn glucose máu trong thai kỳ**

Bảng 3.2. Tỷ lệ rối loạn glucose trong thai kỳ của đối tượng nghiên cứu (n=215)

| Đặc điểm | n | Tỷ lệ (%) | | n | Tỷ lệ (%) |
|------------------------------|------------|-------------|----------------|------------|-------------|
| Có rối loạn dung nạp glucose | 90 | 41,9 | ĐTĐ mang thai | 14 | 6,5 |
| | | | ĐTĐ thai kỳ | 76 | 35,4 |
| Không rối loạn | 125 | 51,8 | Không rối loạn | 125 | 51,8 |
| Tổng | 215 | 100% | N | 215 | 100% |

Tỷ lệ gặp rối loạn glucose máu của ĐTNC là 41,9% với 90 đối tượng. Trong đó ĐTĐ mang thai chiếm 14 đối tượng với tỷ lệ chung là 6,5% và ĐTĐ thai kỳ là 76 đối tượng chiếm 35,4%.

➤ **Tỷ lệ rối loạn glucose máu theo nguyên nhân suy giáp**

Bảng 3.3: Tỷ lệ rối loạn glucose trong thai kỳ của đối tượng nghiên cứu theo nguyên nhân suy giáp (n=215)

| Đặc điểm | Rối loạn dung nạp glucose trong thai kỳ | | Tổng | p (Chi-Square) | P (Fisher's Exact Test) | |
|---------------------|-----------------------------------------|-------------|-------------|----------------|-------------------------|-------|
| | Có | Không | | | | |
| Nhóm nguyên nhân | Viêm giáp tự miễn | n | 45 | 73 | 0,132 | 0,031 |
| | | % | 38,1 | 61,9 | | |
| | Phẫu thuật cắt bán phần | n | 20 | 25 | | |
| | | % | 44,4 | 55,6 | | |
| | Phẫu thuật cắt toàn bộ | n | 24 | 19 | | |
| | | % | 55,8 | 44,2 | | |
| Suy giáp khác | n | 1 | 1 | | | |
| | % | 50 | 50,0 | | | |
| Suy giáp sau xạ trị | n | 0 | 7 | | | |
| | % | 0.0 | 100 | | | |
| Tổng | n | 90 | 125 | 215 | | |
| | % | 41.9 | 58,1 | 100 | | |

Tỷ lệ gặp rối loạn dung nạp glucose máu trong thai kỳ ở nhóm suy giáp do phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp là cao nhất chiếm 55,8%. Nhóm suy giáp do cắt bán phần tuyến giáp, nhóm do viêm giáp tự miễn, do suy giáp khác tỷ

lệ có rối loạn glucose máu tương ứng là 44,9%; 38,1% và 50%.

3.3. Phân tích đa biến các yếu tố liên quan với nguy cơ rối loạn glucose trong thai kỳ của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.4: Phân tích hồi quy đa biến các yếu tố liên quan với nguy cơ rối loạn glucose trong thai kỳ của đối tượng nghiên cứu (n=215)

| Yếu tố | Odds ratio(OR) | Khoảng tin cậy 95% | p |
|---------------------|-----------------|--------------------|-------|
| Tuổi | 1,135 | 1,057 – 1,219 | 0,001 |
| BMI trước mang thai | 1,264 | 1,070 – 1,493 | 0,006 |
| TSH lần khám đầu | 1,470 | 1,250 – 1,727 | 0,001 |

Giá trị tuổi mang thai, BMI trước thai và chỉ số TSH trong lần khám đầu tiên là các yếu tố nguy cơ dẫn đến rối loạn glucose trong thai kỳ trong ĐTNC với $p < 0,005$.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của 215 ĐTNC trong nghiên cứu này là 30,98 ($\pm 4,64$) tuổi so sánh với các nghiên cứu khác trên đối tượng phụ nữ suy giáp tiên phát mang thai, kết quả chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Zareen Kiran trên 718 phụ nữ suy giáp mang thai tại đại học Aga Khan – Pakistan có tuổi trung bình của ĐTNC 31 ($\pm 4,73$) tuổi⁵ và tương đồng với nghiên cứu của Vũ Thị Hiền trình và cộng sự đã thực hiện năm 2021 trên 83 Phụ nữ suy giáp mang thai tại BV Nội tiết trung ương cũng cho kết quả tuổi trung bình của ĐTNC là 31,12 ($\pm 5,04$) tuổi, độ tuổi từ 20-29, chiếm 48,2%⁶. Trong nghiên cứu này không có trường hợp nào tăng huyết áp; chỉ số huyết áp tâm thu trung bình 115,3 mmHg, huyết áp tâm trương trung bình 72,1 mmHg. ĐTNC trong nghiên cứu này là những phụ nữ vẫn trong độ tuổi sinh đẻ, tỷ lệ thừa cân, béo phì thấp, do đó nguy cơ mắc các bệnh lý tim mạch thấp. Nghiên cứu của tác giả Zareen, tỉ lệ ĐTNC tăng huyết áp mạn tính trước mang thai là 4,8%. Tuy nhiên khác biệt này có thể do trong nghiên cứu của Zareen có 7,8% mắc ĐTĐ típ 2, tỉ lệ thừa cân, béo phì cao⁵ còn chúng tôi đã loại trừ những đối tượng có mắc ĐTĐ từ trước ra khỏi nghiên cứu. Zareen Kiran phân tích trên 718 phụ nữ suy giáp mang thai, tỉ lệ viêm giáp Hashimoto 25,8%, các nguyên nhân suy giáp còn lại sau xạ trị K giáp, phẫu thuật tuyến giáp, sau viêm giáp cấp và bán cấp, bẩm sinh.⁵

Tỷ lệ gặp rối loạn glucose máu của ĐTNC trong nghiên cứu này là 41,9% chiếm tỷ lệ khá cao so với các nghiên cứu trên thế giới. Năm 2013, Hindi E Stohl cho biết trong 56 thai phụ có bệnh lý suy giáp sinh tại bệnh viện Johns Hopkins thì có 8 trường hợp mắc đái tháo đường thai kỳ chiếm tỷ lệ 14.3 %⁷. Nhóm thai phụ có suy giáp gặp tỷ lệ mắc ĐTĐTK cao hơn nhóm có cường giáp. Cũng trong năm 2013, Tuija Männistö và cộng sự phân tích trên một cỡ mẫu lớn bao gồm 3183 phụ nữ mang thai có suy giáp tiên phát nhận thấy có 298 thai phụ có đái tháo

đường thai kỳ chiếm tỷ lệ 9,3%⁸. Trong thai kỳ, các yếu tố gây kháng insulin là nguyên nhân chính dẫn đến rối loạn chuyển hóa, tăng glucose máu trong thai kỳ. Hormon tuyến giáp thì lại có ảnh hưởng cả trực tiếp và gián tiếp qua nhiều con đường khác nhau gây nên kháng insulin. Ở những bệnh nhân suy giáp tiên phát mang thai việc điều chỉnh bổ sung thêm liều hormone giáp trong thai kỳ là vô cùng quan trọng để đạt mục tiêu điều trị riêng biệt cho từng quý của thai kỳ, tuy nhiên có những bệnh nhân được điều chỉnh kịp thời, có những bệnh nhân do các nguyên nhân chủ quan và khách quan đã không được theo dõi đầy đủ khi mang thai.

Trong nghiên cứu này khi phân tích đa biến các yếu tố liên quan với nguy cơ rối loạn glucose trong thai kỳ của đối tượng nghiên cứu cho thấy, giá trị tuổi mang thai, BMI trước thai và chỉ số TSH trong lần khám đầu tiên là các yếu tố nguy cơ dẫn đến rối loạn glucose trong thai kỳ trong ĐTNC với $p < 0,005$. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Yingyi Luo và cộng sự thực hiện phân tích gộp 44 nghiên cứu cũng cho kết luận rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến rối loạn glucose của phụ nữ mang thai trong đó có tuổi của mẹ cao, BMI trước khi mang thai cao, TSH, suy giáp...⁴

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ rối loạn glucose máu của phụ nữ mang thai có suy giáp chiếm tỷ lệ khá cao (41,9%). Nguyên nhân suy giáp do viêm giáp tự miễn chiếm cao nhất 54,9%. Giá trị tuổi mang thai, BMI trước thai và chỉ số TSH trong lần khám đầu tiên là các yếu tố nguy cơ dẫn đến rối loạn glucose trong thai kỳ trong ĐTNC. Phụ nữ mang thai có suy giáp tiên phát cần đi khám sớm định kỳ để kiểm soát hormone giáp và sàng lọc phát hiện và điều trị rối loạn glucose máu trong thai kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chiovato L, Magri F, Carlé A. Hypothyroidism in Context: Where We've Been and Where We're Going. Adv Ther. Sep 2019;36(Suppl 2):47-58. doi:10.1007/s12325-019-01080-8
2. Tirosh D, Benshalom-Tirosh N, Novack L, et al. Hypothyroidism and diabetes mellitus - a risky dual gestational endocrinopathy. PeerJ. 2013;1:e52. doi:10.7717/peerj.52
3. Salvatore D. Thyroid Physiology and diagnostic

- evaluation of patients with thyroid disorders. Williams textbook of endocrinology. Elsevier; 2016.
4. Luo J, Wang X, Yuan L, Guo L. Association of thyroid disorders with gestational diabetes mellitus: a meta-analysis. *Endocrine*. Sep 2021; 73(3):550-560. doi:10.1007/s12020-021-02712-2
 5. Kiran Z, Sheikh A, Malik S, et al. Maternal characteristics and outcomes affected by hypothyroidism during pregnancy (maternal hypothyroidism on pregnancy outcomes, MHPO-1). *BMC Pregnancy Childbirth*. Dec 5 2019;19(1):476. doi:10.1186/s12884-019-2596-9
 6. Vũ Thị Hiền Trinh và cộng sự, Nhận xét kết quả điều trị người bệnh suy giáp nguyên phát mang thai trong quý đầu tại Bệnh viện Nội tiết trung ương. Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở. 2021;
 7. Stohl HE, Ouzounian J, Rick A-M, Hueppchen NA, Bienstock JL. Thyroid disease and gestational diabetes mellitus (GDM): is there a connection? *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2013/07/01 2013; 26(11): 1139-1142. doi:10.3109/14767058.2013.773309
 8. Männistö T, Mendola P, Grewal J, Xie Y, Chen Z, Laughon SK. Thyroid Diseases and Adverse Pregnancy Outcomes in a Contemporary US Cohort. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2013;98(7):2725-2733. doi: 10.1210/jc.2012-4233

TỶ LỆ PHI ĐẠI THẤT TRÁI VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI TĂNG HUYẾT ÁP TỪ 18 TUỔI TRỞ LÊN TẠI HUYỆN BÌNH CHÁNH, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2022-2023

Nguyễn Trọng Hiếu^{1,4}, Bùi Thị Nhi², Dương Thành Tín³, Phạm Thị Ánh, Ngô Quang Thi⁴, Tăng Kim Hồng⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu của nghiên cứu nhằm tỷ lệ dày thất trái trên điện tâm đồ ở người tăng huyết áp (THA) và một số yếu tố nguy cơ liên quan từ 18 tuổi trở lên tại huyện Bình Chánh, TP.HCM. Nghiên cứu cắt ngang thực hiện từ tháng 11/2022-4/2023, chọn mẫu phương pháp chọn mẫu cụm nhiều bậc, thu thập số liệu là các chỉ số nhân trắc và chỉ số liên quan đến dày thất trái trên điện tâm đồ. Tổng cộng có 1521 đối tượng được khảo sát. Có 606 đối tượng được chẩn đoán tăng huyết áp (tăng huyết áp cũ và mới) chiếm tỷ lệ 39,8%, trong đó tăng huyết áp mới là 53 đối tượng chiếm 3,5%. Trong 606 đối tượng tăng huyết áp lâm điện tâm đồ có 63 đối tượng (10,4%) được chẩn đoán phì đại thất trái. Các yếu tố liên quan đến phì đại thất trái của bệnh nhân THA gồm: giới tính, WHR, HATTr ($p < 0,05$). Nghiên cứu đã chứng minh rằng THA có mối liên quan đến phì đại thất trái và những bệnh nhân có THA nên chú ý đến vấn đề về thất trái và các bệnh lý liên quan đến tim mạch

Từ khóa: Tăng huyết áp, phì đại thất trái, Bình Chánh.

SUMMARY

LEFT VENTRICULAR THICKENING RATE AND RELATED FACTORS IN HYPERTENSIVE

¹TTYT huyện Bình Chánh, TP.HCM

²Bệnh viện Quận Tân Phú, TPHCM

³Trung tâm Y tế thị xã Bến Cát, Bình Dương

⁴Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trọng Hiếu

Email: nguyentronghieus2112@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2023

Ngày duyệt bài: 15.9.2023

PEOPLE AGE 18 AND UP IN BINH CHANH DISTRICT, HO CHI MINH CITY

The objective of the study was the rate of left ventricular thickening on the electrocardiogram in hypertensive patients and some related risk factors from 18 years of age and older in Binh Chanh district, Ho Chi Minh City. A cross-sectional study was carried out from November 2022 to April 2023, using a multi-step cluster sampling method, collecting data from anthropometric indicators and indicators related to left ventricular thickening on electrocardiogram. A total of 1521 subjects were surveyed. There were 606 subjects diagnosed with hypertension (old and new hypertension), accounting for 39.8%, of which new hypertension was 53 subjects, accounting for 3.5%. Of 606 hypertensive subjects who underwent electrocardiogram, 63 subjects (10.4%) were diagnosed with left ventricular hypertrophy. Factors related to left ventricular hypertrophy of hypertensive patients include: gender, WHR, HATTr ($p < 0.05$). Research has demonstrated that hypertension is associated with left ventricular hypertrophy and that patients with hypertension should pay attention to left ventricular problems and cardiovascular diseases.

Keywords: Hypertension, left ventricular hypertrophy, Binh Chanh.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

THA là bệnh lý tim mạch phổ biến nhất trên toàn thế giới hiện nay. Theo thống kê năm 2015, toàn cầu có khoảng 1,13 tỷ người mắc THA với tỷ lệ lần lượt là 24% và 20% ở nam và nữ, tương tự giữa các nước trên thế giới và ước tính con số này có thể tăng lên đến 1,5 tỷ người vào năm 2025[5]. THA là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong sớm cho khoảng 10 triệu người năm 2015,