

- Health Organization.** Accessed July 24, 2023. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- Nicola M, Alsafi Z, Sohrabi C, et al.** The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review. *Int J Surg.* 2020;78:185-193. doi:10.1016/j.ijsu.2020.04.018
 - Zeng B, Gao L, Zhou Q, Yu K, Sun F.** Effectiveness of COVID-19 vaccines against SARS-CoV-2 variants of concern: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med.* 2022;20(1):200. doi:10.1186/s12916-022-02397-y
 - Hildt E.** [Overview of COVID-19 vaccines licensed in the EU-from technology via clinical trial to registration]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2022; 65(12): 1237-1243. doi: 10.1007/s00103-022-03600-4
 - Quyết định 3416/QĐ-BYT 2021.** Hướng dẫn chẩn đoán COVID 19 do chủng vi rút Corona mới. Accessed July 26, 2023. <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Quyết-dinh-3416-QĐ-BYT-2021-Huong-dan-chẩn-doan-COVID-19-do-chủng-vi-rút-Corona-moi-481044.aspx>
 - Tỷ lệ nhiễm SARS-CoV-2 sau tiêm vắc xin phòng COVID-19 tại tỉnh Bắc Ninh, Việt Nam,** năm 2021. Accessed July 27, 2023. <https://tapchinhienhieuayhoc.vn/index.php/tcncyh/article/view/1665/1169>
 - Bergwerk M, Gonen T, Lustig Y, et al.** Covid-19 Breakthrough Infections in Vaccinated Health Care Workers. *New England Journal of Medicine.* 2021; 385(16): 1474-1484. doi: 10.1056/NEJMoa2109072
 - Regev-Yochay G, Amit S, Bergwerk M, et al.** Decreased infectivity following BNT162b2 vaccination: A prospective cohort study in Israel. *The Lancet Regional Health – Europe.* 2021;7. doi:10.1016/j.lanepe.2021.100150

KẾT QUẢ SẢN KHOA ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI NĂM 2022

Lê Văn Đạt¹, Lương Hoàng Thành¹, Trương Quang Vinh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sản khoa ở những thai phụ đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 4 đến tháng 10 năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 104 thai phụ mắc ĐTĐTK tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 4 đến tháng 10 năm 2022. **Kết quả:** Trong số 104 đối tượng có 6,7% không theo dõi định kỳ, 24,1% dùng insulin và 69,2% thay đổi chế độ ăn. Tỷ lệ sinh con đủ tháng chiếm 77%, non tháng từ 31 – 37 tuần chiếm 23%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ mổ lấy thai và tỷ lệ đẻ thường ở thai phụ mắc ĐTĐTK (51%, 49%). Không có sự khác biệt về tỷ lệ tiền sản giật, đa ối, thai to, thai suy ở các nhóm. Có 3 trường hợp nhiễm khuẩn vết mổ, tăng sinh môn và viêm niêm mạc tử cung (2,9%). Chỉ số APGAR 5 phút 100% trên 7 điểm, vàng da 5,6%, hạ đường huyết sau sinh 7,7%, nhiễm khuẩn sơ sinh 0,9%, không có trường hợp tử vong sơ sinh. **Kết luận:** thai phụ được kiểm soát đường máu bằng điều chỉnh chế độ ăn hoặc insulin gặp rất ít các biến chứng thai kỳ cho cả mẹ và thai.

Từ khóa: đái tháo đường thai kỳ, kết quả sản khoa. **Từ viết tắt:** đái tháo đường thai kỳ - ĐTĐTK

SUMMARY

OBSTETRICS OUTCOMES OF GESTATIONAL DIABETES MELLITUS AT HA NOI OBSTETRICS

¹Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Đạt

Email: lvdat.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2023

Ngày duyệt bài: 10.11.2023

AND GYNAECOLOGY HOSPITAL IN 2022

Objectives: This study seeks to evaluate outcomes of gestational diabetes mellitus (GDM) at Ha Noi Obstetrics and Gynaecology Hospital (HOGH) from April to October in 2022. **Materials and methods:** A cross – sectional study on 104 women with GDM who got prenatal care at HOGH from April to October in 2022. Most of pregnant women are treated by Medical Nutrition Therapy or Insulin Therapy, the rest of them didn't follow their checkup schedule. **Results:** Among 104 women with GDM, there are 6,7% women didn't follow the management, 24,1% controlled by insulin, 69,2% got Medical Nutrition Therapy. The number of women delivered at term take a proportion of 77%, the others delivered at 31 – 37 weeks of gestation. This study reveal the same ratio between vaginal delivery and cesarean section. There is no difference in incidence of preeclampsia, polyhydramnios, fetal macrosomia, fetal distress between treatment groups. We witnessed 3 women suffered surgical site infection and endometritis (2,9%). APGAR scores at 5 minutes of all newborn is equal or higher than 7. The percentage of infant jaundice, hypoglycemia, infections is 5,6% 7,7% and 0,9% respectively. There is no neonatal death in this study. **Conclusions:** Women with GDM controlled by insulin or got Medical Nutrition Therapy had reduced obstetrics complications.

Keywords: Gestational diabetes mellitus, obstetric outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) được định nghĩa là những trường hợp được phát hiện đường huyết cao lần đầu tiên trong thời gian mang thai, không loại trừ khả năng bị ĐTĐ từ trước mà chưa được chẩn đoán. Theo định nghĩa

của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), 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"¹. ĐTĐTK đang có chiều hướng gia tăng do chế độ dinh dưỡng, sinh hoạt, sự gia tăng tỷ lệ béo phì, đái tháo đường type 2 ở người trẻ và đề kháng insulin trong hội chứng buồng trứng đa nang². Ước tính có khoảng 5% phụ nữ mang thai bị bệnh ĐTĐTK³.

ĐTĐTK thường xuất hiện vào khoảng sau tuần thứ 24 của thai kỳ. ĐTĐTK nếu không được chẩn đoán và điều trị sẽ gây nhiều biến chứng cho cả mẹ và con. Về phía mẹ, ĐTĐTK gây nhiều biến chứng tim mạch, là nguy cơ lớn về bệnh tật và tử vong trong suốt quá trình mang thai. Nhiễm toan ceton thường xảy ra vào 6 tháng cuối của thai kỳ có thể dẫn đến tử vong mẹ, chết thai cũng như tử vong chu sinh⁴. Về phía thai, ĐTĐTK có thể dẫn đến những dị tật lớn như tổn thương ống thần kinh, bệnh tim bẩm sinh, thai to, đa ối, sinh non. Nguy cơ do tăng insulin như: hội chứng suy hô hấp, hạ glucose huyết, tăng bilirubin máu, hạ calci máu, kém ăn; khi trẻ lớn hơn sẽ có nguy cơ béo phì và đái tháo đường type II.

Các khuyến cáo trong nước và quốc tế đều cho rằng việc tầm soát ĐTĐTK ở tuần 24 đến tuần 28 của thai kỳ có ý nghĩa rất lớn trong chẩn đoán cũng như điều trị ĐTĐTK⁵, mang lại kết quả thai kỳ tốt hơn cho cả sản phụ và trẻ sơ sinh. Các kết quả nghiên cứu ở Việt Nam cho thấy tỷ lệ mắc bệnh ngày càng tăng, tuy nhiên các nghiên cứu chủ yếu tập trung vào yếu tố vùng miền, phân bố dân cư, thói quen ăn uống, sinh hoạt; chưa có một cái nhìn khái quát về bệnh tại một cơ sở sản khoa, nơi có lượng sản phụ quản lý thai kỳ lớn như Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. Vì thế chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá kết quả sản khoa của thai phụ mắc ĐTĐTK tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là 104 thai phụ mắc ĐTĐTK được quản lý thai nghén và kết thúc thai kỳ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 4 đến tháng 10

năm 2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Thai phụ được quản lý thai nghén và được chẩn đoán ĐTĐTK bằng nghiệm pháp dung nạp glucose. Tiêu chuẩn chẩn đoán dựa theo Hội Quốc tế các nhóm nghiên cứu về đái tháo đường và thai kỳ (International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups – IADPSG)

Đái tháo đường thai kỳ được chẩn đoán bằng nghiệm pháp dung nạp Glucose khi có 1 trong các tiêu chuẩn sau:

Đường máu lúc đói: $\geq 5,1$ mmol/l (92 mg/dl)
hoặc đường máu sau 1 giờ: $\geq 10,0$ mmol/l (180mg/dl)
hoặc đường máu sau 2 giờ: $\geq 8,5$ mmol/l (153mg/l).

Tiêu chuẩn loại trừ: Loại trừ các trường hợp đái tháo đường type II và có yếu tố làm ảnh hưởng đến chuyển hoá glucose như mắc bệnh basedow, suy giáp, Cushing hoặc dùng thuốc corticosteroids, salbutamol...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả các thai phụ đái tháo đường thai kỳ đạt tiêu chuẩn lựa chọn. Cỡ mẫu thực tế là 104 đối tượng. Thu thập các số liệu về kết quả sản khoa.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, không can thiệp điều trị. Thông tin hồ sơ bệnh án được bảo mật và chỉ phụ vụ mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả của sản phụ

3.1.1. Tiếp cận điều trị ĐTĐTK. Các thai phụ được chẩn đoán ĐTĐTK tiếp tục được quản lý thai nghén nguy cơ cao, trong đó có 6,7% không tuân thủ lịch khám thai, 69,2% chỉ cần thay đổi chế độ ăn và 24,1% cần điều trị bằng insulin.

3.1.2. Hình thức kết thúc thai kỳ. Trong 104 đối tượng nghiên cứu, có 49% đối tượng đẻ đường âm đạo và 51% đối tượng mổ lấy thai ($p < 0,05$).

3.1.3. Kết quả sản khoa theo từng nhóm tiếp cận điều trị

Bảng 1. Kết quả sản khoa theo từng nhóm tiếp cận điều trị

Kết quả sản khoa	Không điều trị (%nhóm)	Chỉ thay đổi chế độ ăn (%nhóm)	Tiêm Insulin (%nhóm)	Tổng	p
Mổ đẻ	5 (62,27)	31 (43,05)	17 (68)	53	$p > 0,05$
Tiền sản giật	4 (57,14)	4 (5,56)	3 (17,65)	11	$P > 0,05$
Đa ối	6 (85,71)	17 (23,6)	3 (12)	26	$p > 0,05$
Thai suy	5 (62,27)	24 (33,33)	4 (16)	33	$P > 0,05$
Tổng	7	72	25		

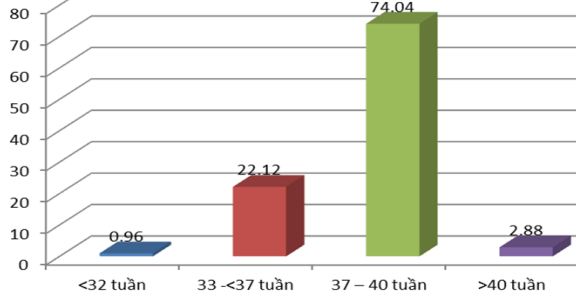
3.1.4. Nhiễm khuẩn hậu sản

Bảng 2. Tình trạng nhiễm khuẩn hậu sản

Hình thái nhiễm khuẩn hậu sản	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không nhiễm khuẩn	101	97,12
Nhiễm khuẩn vết mổ, khâu tầng sinh môn	2	1,92
Viêm niêm mạc tử cung	1	0,96
Viêm phúc mạc	0	0,00
Nhiễm khuẩn huyết	0	0,00
Tổng	104	100

3.2. Kết quả của sơ sinh

3.2.1. Thời điểm kết thúc thai kỳ



Bảng 5. Tỷ lệ hạ đường huyết sơ sinh ở các nhóm điều trị

Đường huyết	Không điều trị	Chỉ thay đổi chế độ ăn	Insulin	Tổng	p
Hạ đường huyết	4 (45,46%)	2 (27,27%)	2 (27,27%)	8 (7,69%)	p>0,05
Bình thường	5 (5%)	71 (71%)	24 (24%)	100 (92,31)	
Tổng	7	72	25	104	

3.2.5. Nhiễm khuẩn sơ sinh. Chỉ có 1 trường hợp nhiễm khuẩn sơ sinh ở thai phụ không tuân thủ điều trị, chiếm 0,96%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả của sản phụ. Theo dõi kết quả sản khoa của 104 thai phụ bị ĐTĐTK trong nghiên cứu sinh tại viện cho thấy tỷ lệ thai phụ mổ đẻ chiếm 50,96%, nhóm sinh đường âm đạo chiếm 59,04%. Sự khác biệt này dù không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên cho thấy được xu hướng chỉ định mổ đẻ tăng lên ở nhóm các sản phụ có ĐTĐTK.

Trong nghiên cứu thấy các kết quả sản khoa mổ đẻ, tiền sản giật, thai to, thai suy, đa ối đều gặp ở nhóm không tiếp cận điều trị với tỷ lệ cao hơn so với nhóm được điều trị insulin và thay đổi chế độ ăn. Tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nhiễm khuẩn hậu sản của nhóm ĐTĐTK với 1,92% nhiễm khuẩn vết mổ, vết khâu tầng sinh môn, chỉ có 0,96% viêm niêm mạc tử cung và không ghi nhận trường hợp nào viêm phúc mạc hay nhiễm khuẩn huyết. Điều này cho thấy tình

Biểu đồ 1. Thời điểm kết thúc thai kỳ

3.2.2. Chỉ số APGAR 5 phút

Bảng 3. Chỉ số APGAR 5 phút

Chỉ số Apgar	Số lượng	Tỷ lệ
<7	0	0,00
7	1	0,96
8	4	3,85
9	5	4,81
10	94	90,38
Tổng	104	100

3.2.3. Vàng da sơ sinh

Bảng 4. Tỷ lệ vàng da sơ sinh ở các nhóm điều trị

	Không điều trị (%nhóm)	Chỉ thay đổi chế độ ăn (%nhóm)	Insulin (%nhóm)	Tổng
Vàng da	4 (66,67)	1 (16,67)	1 (16,67)	6 (5,77)
Bình thường	3 (3,06)	71 (72,45)	24 (24,49)	98 (94,23)
Tổng	7	72	25	104

3.2.4. Hạ đường huyết sơ sinh

hình chăm sóc hậu sản tại bệnh viện đối với sản phụ hiện tại được đảm bảo tốt, tỷ lệ nhiễm khuẩn thấp. Đồng thời cũng cho thấy chưa ghi nhận liên quan giữa ĐTĐTK với nhiễm khuẩn hậu sản, hiện tại cũng chưa có nghiên cứu nào sâu đánh giá về mối liên quan nhiễm khuẩn hậu sản với ĐTĐTK.

4.2. Kết quả của sơ sinh. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ trường hợp sinh non chiếm 23,08% với 24 trường hợp. trong đó có 0,96% trường hợp sinh trước 32 tuần và có 22,12% trường hợp sinh trong tuần thai từ 32 tới dưới 37 tuần. Các nguyên nhân thường dẫn tới đẻ non là kiểm soát đường huyết kém, đa ối, tăng huyết áp và tiền sản giật.

Nhóm trẻ sơ sinh không ghi nhận trường hợp nào ngạt nặng, 4,81% trường hợp bị ngạt và 95,19% các trẻ sơ sinh bình thường. Kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác như sau: nghiên cứu của Thomas Moore có tỷ lệ suy hô hấp cấp sau sinh ở nhóm thai phụ ĐTĐTK là 3%. Theo nghiên cứu của Langer thì tỷ lệ này là 2% và nghiên cứu của Vũ Bích Nga tỷ lệ này là 1%. Không có sự khác nhau nhiều về tỷ lệ suy hô hấp

cấp sơ sinh trong nghiên cứu của các tác giả.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ vàng da trẻ sơ sinh ở nhóm thai phụ ĐTĐTK là 5,77%. Trong đó tỷ lệ này cao nhất ở nhóm thai phụ không tiếp cận điều trị với 66,67%. Tỷ lệ vàng da sơ sinh ở ĐTĐTK trong nghiên cứu của Vũ Bích Nga là 1% và Langer là 3,6%.

Tỷ lệ hạ đường huyết ở trẻ sơ sinh trong nhóm thai phụ ĐTĐTK là 7,69%. Giữa các nhóm bà mẹ tiếp cận và không tiếp cận điều trị hay thay đổi chế độ ăn thì chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa về việc trẻ sơ sinh bị hạ đường huyết. Nghiên cứu của tác giả Vũ Bích Nga có tỷ lệ hạ đường huyết của trẻ sau sinh của nhóm ĐTĐTK được điều trị là 4,9%, trong khi nhóm ĐTĐTK không được điều trị có tỷ lệ trẻ sơ sinh hạ đường huyết sau sinh là 17,4. Nghiên cứu của Langer cho thấy: trẻ sơ sinh sau đẻ hạ đường huyết ở nhóm ĐTĐTK có điều trị là 6%, trong khi tỷ lệ này ở nhóm ĐTĐTK không điều trị là 18% và ở nhóm không ĐTĐTK là 2%.

Nghiên cứu ghi nhận ở trẻ sơ sinh đủ tháng chỉ có 1 trường hợp chiếm 0,96% nhiễm khuẩn sơ sinh. Tỷ lệ nhiễm khuẩn sơ sinh bình thường theo các nghiên cứu khác khoảng 0,6%.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thai phụ mắc ĐTĐTK không quản lý chặt chẽ còn khá cao, chiếm 6,7%. Nhóm thai phụ được kiểm soát đường máu bằng điều chỉnh chế độ ăn và insulin gặp rất ít các biến chứng

thai kỳ cho cả mẹ và thai. Nhóm thai phụ không kiểm soát đường huyết làm tăng nguy cơ các biến chứng như tiền sản giật, đa ối, thai suy và tăng tỷ lệ mổ lấy thai; đối với sơ sinh cũng làm tăng nguy cơ vàng da, hạ đường huyết, nhiễm khuẩn sơ sinh. Nên thực hiện sàng lọc ĐTĐTK ở tuổi thai từ 24 đến 28 tuần với tất cả các thai phụ và có lịch trình theo dõi và kiểm soát đường huyết cho từng trường hợp ĐTĐTK cụ thể. Cần phối hợp chặt chẽ các chuyên khoa sản, dinh dưỡng, nội tiết - đái tháo đường để giảm thiểu các biến chứng thai kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nga, Vũ Bích.** Nghiên cứu nồng độ glucose máu lúc đói để sàng lọc đái tháo đường thai kỳ và bước đầu đánh giá hiệu quả điều trị. Luận án Tiến sĩ Y Học. Trường Đại Học Y Hà Nội. 2009.
2. **Langer. Oded. Yoav...** Gestational diabetes: the consequences of not treating. Am J Obstet Gynecol. 2005. 192: 989-97.
3. **BELLAMY, Leanne, et al.** Type 2 diabetes mellitus after gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis. The Lancet, 2009, 373.9677: 1773-1779.
4. **American Diabetes Association, et al.** Gestational diabetes mellitus. Diabetes care, 2004. 27: S88.
5. **Metzger. Boyd E., et al.** International association of diabetes and pregnancy study groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy: response to Weinert. Diabetes care, 2010, 33.7: e98-e98.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ RỬA VÀ CHUẨN BỊ THẬN GHÉP LẤY TỪ NGƯỜI CHO SỐNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Lê Nguyên Vũ^{1,2}, Nguyễn Quang Nghĩa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả rửa và chuẩn bị thận ghép lấy từ người cho sống tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả lâm sàng tiền cứu, chọn mẫu thuận tiện trên 149 bệnh nhân Thận ghép lấy từ người cho sống cho thận bằng phẫu thuật nội soi đảm bảo theo các tiêu chuẩn lựa chọn theo qui định của bộ y tế, được truyền rửa nhanh thành dòng bằng dung dịch Custodiol ở nhiệt

độ 4°C theo quy trình rửa thận ghép của Bộ y tế tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức trong thời gian nghiên cứu. Các chỉ tiêu nghiên cứu: đặc điểm giải phẫu thận lấy cho ghép trước rửa, đặc điểm đại thể của thận ghép trước rửa, số lượng ĐM, TM nuôi của thận lấy cho ghép trước rửa, thời gian rửa thận, số lượng dịch rửa thận, đánh giá chung về kết quả rửa thận ghép.

Kết quả: Kết quả không có trường hợp nào bị đung dập nhu mô thận, không có trường hợp nào bị tổn thương mạch máu hay rách bao thận, phần lớn thận ghép không có nang chiếm 98,6%. Thời gian dịch rửa chảy ra ở tĩnh mạch trung bình là $5,68 \pm 0,89$ phút. Sau rửa, 100% có mật độ đạt kết quả tốt; 98% có màu sắc thận tốt, 2% trung bình và không có trường hợp nào kết quả kém. Kết quả chung rửa thận ghép tốt là 146/149 TH (98,0%), trung bình là 3/149 TH (2,0%), không có sự khác biệt với số ĐM ghép.

Kết luận: Rửa thận sau đó chỉnh sửa thận là một khâu quan trọng trước khi đưa thận vào khoang ghép

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

²Trường đại học Y Dược - Đại học quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Nguyên Vũ

Email: nguyenvu.urologie@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.10.2023

Ngày duyệt bài: 7.11.2023