

IV. KẾT LUẬN

U hắc tố là một loại ung thư da có độ ác tính cao và thường di căn sớm. U hắc tố có thể di căn đến bất kỳ vị trí nào tuy nhiên di căn niệu quản rất hiếm gặp. Vì vậy những hiểu biết về vấn đề này rất hạn chế ở cả vấn đề chẩn đoán và điều trị. U hắc tố di căn niệu quản thường có tiên lượng rất xấu vì bệnh nhân thường có kèm theo di căn cơ quan khác được phát hiện cùng lúc hoặc trong quá trình theo dõi sau đó.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Arnold M., Singh D., Laversanne M., et al.** Global Burden of Cutaneous Melanoma in 2020 and Projections to 2040. *JAMA Dermatol.* 2022; 158:495503.
2. **Tanase Timis, Jon Thor Bergthorsson, Victor Greiff, et al.** Pathology and Molecular Biology of Melanoma. *Curr Issues Mol Biol.* 2023; 45(7): 5575–5597.
3. **D. J. McKenzie and R. Bell.** Melanoma with solitary metastasis to ureter. *The Journal of Urology.* 1968; 99(4):399–400.
4. **P. Torok and T. Kiss.** Multiple metastases of malignant cutaneous melanoma into the upper urinary tract. *Orvosi Hetilap.* 1997; 138(5):285–287.
5. **G. Gakis, A. S. Merseburger, K. Sotlar, et al.** Metastasis of malignant melanoma in the ureter: possible algorithms for a therapeutic approach. *International Journal of Urology.* 2009; 16(4):407–409.
6. **B. C. J. Nair, N. C. Williams, C. Cui, et al.** Conjunctival melanoma: bladder and upper urinary tract metastases. *Journal of Clinical Oncology.* 2011; 29(9):216–219.
7. **Z. Ali, N. Yousaf, J. Larkin.** Melanoma epidemiology, biology and prognosis. *European Journal of Cancer Supplements.* 2013; 11(2):81-91.
8. **Patnana M, Bronstein Y, Szklaruk J, et al.** Multimethod imaging, staging, and spectrum of manifestations of metastatic melanoma. *Clin Radiol.* 2011; 66(3): 224–236.
9. **Damsky W, Rosenbaum L, Bosenberg M.** Decoding melanoma metastasis. *Cancers.* 2010; 3(1):126–163.
10. **Huang C, Provost N, Marghoob A, et al.** Laboratory tests and imaging studies in patients with cutaneous malignant melanoma. *J Am Acad Dermatol.* 1998; 39(3):451–463.

TỶ LỆ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Lương Hoàng Thành¹, Lê Văn Đạt¹, Triệu Thị Phượng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) và một số yếu tố liên quan với ĐTĐTK ở phụ nữ mang thai tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 375 thai phụ theo dõi thai kỳ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ 04/2022 đến hết tháng 10/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ ĐTĐTK là 27,73%. Độ tuổi trung bình của nhóm thai phụ bị ĐTĐTK là 31,04± 5,12 cao hơn độ tuổi trung bình của nhóm thai phụ không bị ĐTĐTK. Đa số thai phụ bị ĐTĐTK có chỉ số BMI trước mang thai từ 18,5 trở lên, chiếm 92,31% tổng số thai phụ bị ĐTĐTK. Tiền sử đẻ con nặng ≥ 3600g làm tăng tỷ lệ thai phụ mắc ĐTĐTK. **Kết luận:** Tỷ lệ ĐTĐTK là 27,73%. Có mối liên quan giữa ĐTĐTK với độ tuổi mang thai và BMI của thai phụ trước khi mang thai.

Từ khóa: ĐTĐTK, tỷ lệ ĐTĐTK, yếu tố nguy cơ

Từ viết tắt: Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK)

SUMMARY

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

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc

Chịu trách nhiệm chính: Lương Hoàng Thành

Email: hoangthanh9794@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2023

Ngày duyệt bài: 10.11.2023

PREVALENCE OF GESTATIONAL DIABETES AND RELATED FACTORS AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objectives: To determine the prevalence of gestational diabetes mellitus (GDM) and factors associated with GDM in pregnant women visiting antenatal care at Ha Noi Obstetrics and Gynecology Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study on 375 pregnant women to monitor their pregnancy at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from April 2022 to the end of October 2022.

Results: The prevalence of GDM in this study was 27,73%. The mean age of the group of pregnant women with GDM was 31.04 ± 5.12 higher than the average age of the group of women without GDM. The majority of pregnant women with GDM had a pre-pregnancy BMI of 18.5 or higher, accounting for 92.31% of the total number of pregnant women with GDM. History of giving birth to a baby weighing more than 3600g increases the rate of pregnant women with GDM. **Conclusions:** The rate of GDM in this study was 27,73%. There was significant association between the GDM and the age of pregnant women, BMI of pregnant woman before pregnancy.

Keywords: gestational diabetes mellitus, prevalence of GDM, risk factors

Abbreviations: gestational diabetes mellitus (GDM)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

ĐTĐTK (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. Ngày nay, ĐTĐTK đang có chiều hướng gia tăng do chế độ dinh dưỡng, sinh hoạt, sự gia tăng tỷ lệ béo phì, ĐTĐ type 2 ở người trẻ và đề kháng insulin trong hội chứng buồng trứng đa nang. Ước tính có khoảng 5% phụ nữ mang thai bị bệnh ĐTĐTK và thường gặp sau 3 tháng giữa của thai kỳ.

ĐTĐTK (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 tai biến cho cả mẹ và con. Về phía mẹ, ĐTĐ gây nhiều biến chứng trên tim mạch, gây 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 sinh. Về phía thai, ĐTĐ có thể dẫn đến những dị tật lớn ảnh hưởng đến tương lai của trẻ, như tổn thương ống thần kinh, dị tật ở tim, dễ khó do thai to, đa ối, sinh non, thai kém phát triển... Một số nguy cơ khác cho thai nhi có thể gặp 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 ĐTĐ type 2.

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 ĐTĐTK, 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 xác định tỷ lệ ĐTĐTK và một số yếu tố liên quan đến đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

* Tiêu chuẩn lựa chọn

- Mục tiêu 1: Thai phụ theo dõi thai kỳ tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội được thực hiện nghiệm pháp dung nạp đường huyết.

- Mục tiêu 2: Thai phụ được chẩn đoán ĐTĐTK theo tiêu chuẩn của IADPSG năm 2010 trong số thai phụ tham gia nghiên cứu chấm dứt thai kỳ tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

* Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐTK từ năm 2010 theo IADPSG

Chẩn đoán là ĐTĐTK khi có ít nhất một trong 3 tiêu chuẩn sau

- Đường huyết lúc đói $\geq 5,1$ mmol/l
- Đường huyết sau khi làm nghiệm pháp dung nạp glucose 1 giờ $\geq 10,0$ mmol/l
- Đường huyết sau khi làm nghiệm pháp dung nạp glucose 1 giờ $\geq 8,5$ mmol/l

* 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...

- Thai phụ đang dùng thuốc có ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose như corticoid, salbutamol, thuốc hạ huyết áp...

- Thai phụ đang mắc bệnh cấp tính: nhiễm khuẩn toàn thân, lao phổi, viêm gan...

- Những thai phụ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 04/2022 đến hết tháng 10/2022.

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

2.3. Phương pháp tiến hành nghiên cứu

* **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, can thiệp lâm sàng không đối chứng

* **Cỡ mẫu nghiên cứu:**

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi đã tiến hành sàng lọc ĐTĐTK và thu thập số liệu của 375 thai phụ tham gia nghiên cứu, đáp ứng yêu cầu về số lượng đối tượng cho mục tiêu 1. Trong số đó chúng tôi sàng lọc được 104 thai phụ mắc ĐTĐTK, làm mẫu nghiên cứu tiếp tục hoàn thành mục tiêu 2.

* **Xử lý số liệu:**

- Số liệu được phân tích bằng phần mềm Epi-info 6.04, SPSS16.

- 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.

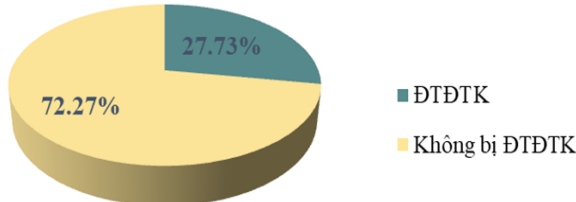
- Phân tích tỷ suất chênh (OR) phân tích các yếu tố liên quan.

- Phân tích hồi quy đa biến để đánh giá nguy cơ thực sự của ĐTĐTK.

* **Đạo đức nghiên cứu:**

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang, không can thiệp điều trị trên bệnh nhân
- Toàn bộ thông tin được bảo mật, chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu
- Nghiên cứu được hội đồng đạo đức của bệnh viện Phụ sản Hà Nội chấp thuận

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1. Tỷ lệ thai phụ bị ĐĐTĐK

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 104/375 thai phụ đủ tiêu chuẩn chẩn đoán ĐĐTĐK, chiếm 27,73%.

Bảng 1. Kết quả glucose máu của nhóm ĐĐTĐK

Glucose máu	Giá trị bệnh lý (mmol/l)	n	%
Go	<5,3	271	72,27
	≥ 5,3	48	12,8
G1	≥ 10,0	31	8,26
G2	≥ 8,6	25	6,67
Tổng		375	100

Nhận xét: Trong 104 thai phụ được chẩn đoán ĐĐTĐK, xét nghiệm đường huyết lúc đói đã phát hiện được 48 ca, sau 1 giờ phát hiện thêm 31 ca, sau 2 giờ phát hiện thêm 25 ca.

Bảng 2. Mối liên quan giữa ĐĐTĐK và độ tuổi mang thai

Nhóm tuổi	Thai phụ bị ĐĐTĐK		Thai phụ không bị ĐĐTĐK		P
	n	%	n	%	
≤ 25	11	10,58	86	31,74	p<0,05
26 – 34	67	64,42	137	50,55	
≥ 35	26	25	48	17,71	
Tổng	104	100	271	100	
(X ± SD)	31,04 ± 5,12		26,12 ± 3,65		

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của nhóm thai phụ bị ĐĐTĐK là 31,04± 5,12 cao hơn độ tuổi trung bình của nhóm thai phụ không bị ĐĐTĐK là 26,12 ± 3,65. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 3. Mối liên quan giữa ĐĐTĐK và BMI trước mang thai

BMI	Thai phụ bị ĐĐTĐK		Thai phụ không bị ĐĐTĐK		P
	n	%	n	%	
<18,5	8	7,69	89	32,84	p<0,05
18,5-22,9	76	73,08	165	60,89	

≥ 23	20	19,23	17	6,27
Tổng	104	100	271	100
(X ± SD)	21,4 ± 2,1		18,63 ± 2,04	

Nhận xét: Đa số thai phụ bị ĐĐTĐK có chỉ số BMI trước mang thai từ 18,5 trở lên, chiếm 92,31% tổng số thai phụ bị ĐĐTĐK. BMI trung bình của nhóm thai phụ bị ĐĐTĐK là 21,4 ± 2,1, cao hơn BMI trung bình của nhóm thai phụ không bị ĐĐTĐK (18,63 ± 2,04). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 4. Mối liên quan giữa ĐĐTĐK và tiền sử gia đình

Tiền sử gia đình bị ĐĐTĐ	Thai phụ bị ĐĐTĐK		Thai phụ không bị ĐĐTĐK		P
	n	%	n	%	
Có	34	34,18	38	14,02	p>0,05
Không	70	65,82	233	85,98	
Tổng	104	100	271	100	

Nhận xét: Tỷ lệ thai phụ bị ĐĐTĐK trong nghiên cứu có tiền sử gia đình bị ĐĐTĐ cao hơn nhóm thai phụ không bị ĐĐTĐK. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Bảng 5. Mối liên quan giữa ĐĐTĐK và tiền sử đẻ con to

Cân nặng con	Thai phụ bị ĐĐTĐK		Thai phụ không bị ĐĐTĐK		p
	n	%	n	%	
<3600g	38	36,54	17	6,27	p>0,05
≥3600g	66	63,46	254	93,73	
Tổng	104	100	271	100	

Nhận xét: Trong nhóm thai phụ bị ĐĐTĐK có 66 trường hợp có tiền sử sinh con nặng ≥ 3600g, chiếm 63,46%. Số trường hợp có tiền sử sinh con nặng ≥ 3600g ở nhóm thai phụ không bị ĐĐTĐK là 254 thai phụ, chiếm 93,73%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ ĐĐTĐK của đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ ĐĐTĐK. Tỷ lệ ĐĐTĐK thay đổi tùy theo vùng, quốc gia và chủng tộc, điều kiện sống, tỷ lệ bệnh có thể đạt tới 14% [2].

Với 375 thai phụ tham gia nghiên cứu, chúng tôi đã phát hiện được 104 thai phụ mắc ĐĐTĐK, chiếm 27,73% (theo tiêu chuẩn chẩn đoán của IADPSG 2010).

Qua nghiên cứu chúng ta có thể thấy được tỷ lệ ĐĐTĐK tăng lên theo thời gian. Tỷ lệ thai phụ bị ĐĐTĐK trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu trong nước trước đó. Điều này có thể giải thích được là do sự phát triển ngày càng nhanh của nền kinh tế xã hội, kèm theo sự thay đổi về thói quen trong sinh hoạt hàng ngày. Chế độ ăn uống mất cân đối,

hàm lượng đường nhanh trong khẩu phần ăn ngày càng tăng đi kèm là cuộc sống ít vận động dẫn tới các nguy cơ ĐTĐ nói chung và ĐTĐTK tăng lên. Vì vậy nghiên cứu xác định ngưỡng glucose máu lúc đói để sàng lọc ĐTĐTK áp dụng rộng rãi tại các phòng khám sản là việc làm hết sức cần thiết.

Tỷ lệ ĐTĐTK theo thời điểm làm xét nghiệm. Trong 104 thai phụ được chẩn đoán ĐTĐTK, xét nghiệm đường huyết lúc đói đã phát hiện được 48 ca mắc ĐTĐTK (46,15% tổng số ca mắc ĐTĐTK), sau 1 giờ làm nghiệm pháp dung nạp glucose phát hiện được thêm 31 ca, sau 2 giờ thêm 25 ca. Nếu chỉ làm đường huyết lúc đói thì sẽ bỏ sót 53,85% số ca mắc bệnh ĐTĐTK. Mặt khác những ca có đường huyết sau 2 giờ cao thường có tình trạng kháng insulin, điều trị và tiên lượng thường khó khăn hơn.

Năm 2005, Sayeed MA và cộng sự đã tiến hành một nghiên cứu trên 2.205 phụ nữ tuổi từ 18 – 44 ở Bangladesh, tỷ lệ ĐTĐTK là 6,8% theo xét nghiệm glucose máu khi đói và 8,2% theo NPDNG [3]. Như vậy nếu không làm NPDNG sẽ bỏ sót 1,4% tương đương khoảng 17,1% số ca mắc ĐTĐTK.

Các nghiên cứu đã cho thấy nếu chỉ xét nghiệm đường huyết lúc đói sẽ bỏ sót nhiều trường hợp mắc ĐTĐTK. Hiện nay, không chỉ có các bệnh viện lớn có thực hiện NPDNG đối với thai phụ trong thai kỳ mà cả các cơ sở khám thai, các phòng khám tư nhân cũng đã có thực hiện nghiệm pháp này.

4.2. Môi liên quan giữa các yếu tố nguy cơ với ĐTĐTK

Mối liên quan giữa ĐTĐTK và độ tuổi mang thai. Khảo sát các yếu tố nguy cơ của ĐTĐTK, về tuổi chúng tôi thấy phụ nữ càng lớn tuổi mang thai càng dễ bị ĐTĐTK. Tỷ lệ mắc ĐTĐTK theo các nhóm tuổi ≤ 25 ; 26 – 34 và trên 34 lần lượt là 10,58%; 64,42% và 25%.

Độ tuổi trung bình của nhóm thai phụ bị ĐTĐTK trong nghiên cứu của chúng tôi là $31,04 \pm 5,12$ tuổi, cao hơn độ tuổi trung bình của nhóm thai phụ không bị ĐTĐTK là $26,12 \pm 3,65$ tuổi. Như vậy, tuổi mang thai càng cao thì khả năng xuất hiện trong nhóm ĐTĐTK càng lớn, tuổi từ 25 đã bắt đầu có tăng nguy cơ mắc ĐTĐTK và tăng cao rõ ở nhóm thai phụ từ 35 tuổi trở lên.

Mối liên quan giữa ĐTĐTK và BMI trước mang thai. Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn đánh giá chỉ số khối cơ thể (BMI) theo khuyến cáo của tổ chức Y tế thế giới đề nghị cho khu vực Châu Á - Thái Bình Dương

tháng 2/2000. Trong đó BMI ≥ 23 được coi là thừa cân, béo phì [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số thai phụ bị ĐTĐTK có chỉ số BMI trước mang thai từ 18,5 trở lên, chiếm 92,31% tổng số thai phụ bị ĐTĐTK. BMI trung bình của nhóm thai phụ bị ĐTĐTK là $21,4 \pm 2,1$, cao hơn BMI trung bình của nhóm thai phụ không bị ĐTĐTK ($18,63 \pm 2,04$). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Có thể thấy, thừa cân và béo phì được coi là yếu tố nguy cơ cao của đái tháo đường, bệnh lý mạch vành nói chung và ĐTĐTK nói riêng, là yếu tố được các tác giả trong nước quan tâm nhiều mặc dù tỷ lệ béo phì ở Việt Nam không cao như các nước phát triển vì có sự liên quan chặt chẽ giữa béo phì, ĐTĐTK và ĐTĐ typ 2. Điều này khẳng định thừa cân và béo phì trước khi có thai là một yếu tố nguy cơ của ĐTĐTK.

Mối liên quan giữa ĐTĐTK và tiền sử gia đình. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ thai phụ bị ĐTĐTK có tiền sử gia đình bị ĐTĐ cao hơn nhóm thai phụ không bị ĐTĐTK. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Kết quả nghiên cứu cho thấy nếu sàng lọc ĐTĐTK ở những thai phụ có tiền sử gia đình ĐTĐ thì cơ hội phát hiện bệnh cao hơn ở những thai phụ không có tiền sử.

Nghiên cứu của tác giả Lê Thị Thanh Tâm cũng cho thấy nhóm thai phụ có tiền sử gia đình ĐTĐ có nguy cơ mắc ĐTĐ gấp 2,5 lần nhóm không có tiền sử gia đình ĐTĐ [5].

Như vậy, tiền sử gia đình có người ĐTĐ có thể coi là một yếu tố nguy cơ cao đối với các thai phụ khi mang thai.

Mối liên quan giữa ĐTĐTK và tiền sử đẻ con to. Nghiên cứu của chúng tôi, trong nhóm thai phụ bị ĐTĐTK có 66/104 trường hợp có tiền sử đẻ con cân nặng $\geq 3600g$, chiếm 63,46%. Trong khi đó tỉ lệ này ở nhóm thai phụ không bị ĐTĐTK là 93,73%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Theo Nguyễn Đức Vy và cộng sự cho rằng tiền sử sinh con $> 3600g$ là yếu tố nguy cơ mắc ĐTĐTK [6].

Cân nặng của trẻ lúc đẻ vừa là hậu quả, vừa là yếu tố nguy cơ ĐTĐTK cho lần mang thai sau. Khái niệm thai to $\geq 4000g$ là tiêu chuẩn của Châu Âu trước kia, ở Việt Nam có thể coi trẻ sơ sinh $\geq 3500g$ là thai to.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu sàng lọc ĐTĐTK cho 375 thai phụ đang theo dõi thai kỳ tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, từ tháng 04/2022 đến hết tháng 10/2022 chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Tỷ lệ ĐĐTĐTK ở phụ nữ có thai là 27,73%.
- Có mối liên quan giữa ĐĐTĐTK với: độ tuổi mang thai của thai phụ, BMI trước mang thai ($p < 0,05$)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Definition WHO**, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications, in Report of a WHO consultation. 1999.
2. **Metzger B.E. and D.R. Coustan**. Summary and recommendations of the Fourth International Workshop – Conference on Gestational Diabetes Mellitus. The Organizing Committee. Diabetes Care.1998. 21 Suppl 2: B161-7
3. **M.A. Sayeed, et al.**, Diabetes and hypertension

- in pregnancy in a rural community of Bangladesh: a population-based study. Diabet Med, 2005. 22(9): 1267-71
4. **Redefining Obesity and its treatment WHO** (2000). 3: 24
 5. **Lê Thị Thanh Tâm**. Nghiên cứu phân bố - một số yếu tố liên quan và kết quả sản khoa ở thai phụ ĐĐTĐTK, Luận án tiến sỹ Y học chuyên ngành Sản Phụ khoa, Đại học Y Hà Nội. 2017
 6. **Tạ Văn Bình, Nguyễn Đức Vy, Phạm Thị Lan**. Tìm hiểu tỷ lệ đái tháo đường thai nghén và một số yếu tố liên quan ở thai phụ quản lý thai kỳ tại bệnh viện Phụ sản trung ương và bệnh viện Phụ sản Hà Nội, Thuộc đề tài nghiên cứu khoa học cấp nhà nước. 2004

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN NGHI NGỜ UNG THƯ ĐƯỜNG MẬT ĐƯỢC SINH THIẾT TRONG LÒNG ĐƯỜNG MẬT QUA DA TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Lê Tuấn Linh^{1,2}, Nguyễn Trúc Linh¹, Nguyễn Thái Bình²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và hình ảnh của bệnh nhân nghi ngờ ung thư đường mật, được sinh thiết trong lòng đường mật qua da. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiền cứu gồm 52 bệnh nhân (BN) nghi ngờ ung thư đường mật, được sinh thiết trong lòng đường mật qua da, tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội giai đoạn từ 02/2020 đến 12/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình của BN $61,44 \pm 12,24$ tuổi. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau bụng, sốt, vàng da với tỷ lệ gặp tương ứng là: 92,3%, 57,7% và 55,8%. Nồng độ bilirubin toàn phần, trực tiếp và CA 19-9 tăng ở >50% tổng số BN. Tỷ lệ tăng Bilirubin toàn phần, bilirubin trực tiếp, CEA và CA 19-9 của nhóm hẹp ác tính và nhóm hẹp lành tính là khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Vị trí hẹp đường mật gồm rốn gan, đoạn thấp ống mật chủ, đường mật trong gan với tỷ lệ gặp lần lượt là 36,5%, 32,7% và 30,8%. Đặc điểm bờ không đều và không đối xứng; ngấm thuốc thì muộn và hạn chế khuếch tán thường gặp trong nhóm hẹp đường mật ác tính hơn nhóm lành tính có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Đặc điểm hẹp đột ngột là khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa hẹp đường mật ác tính và lành tính ($p > 0,05$). **Kết luận:** Hẹp đường mật nghi ngờ ung thư thường gặp ở bệnh nhân trung tuổi hoặc cao tuổi.

Triệu chứng lâm sàng phổ biến là đau bụng, sốt, vàng da. Các đặc điểm hình ảnh có giá trị cao trong việc phân biệt hẹp đường mật ác tính và lành tính, giúp chẩn đoán sớm ung thư đường mật.

Từ khóa: Hẹp đường mật, hẹp đường mật ác tính, sinh thiết trong lòng đường mật qua da.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH SUSPECTED MALIGNANT BILIARY STRICTURES UNDERWENT BILIARY PERCUTANEOUS TRANSLUMINAL FORCEPS BIOPSY

Purpose: To describe clinical and paraclinical features of patients with suspected malignant biliary strictures, who underwent biliary percutaneous transluminal forceps biopsy. **Materials and methods:** A retrospective and prospective, descriptive study of 52 patients with suspected malignant biliary strictures, who underwent biliary percutaneous transluminal forceps biopsy, at Ha Noi Medical University Hospital from Feb-2020 to Dec-2022. **Results:** Mean age was 64.8 ± 10 years. Common clinical symptoms included abdominal pain, fever and jaundice with rates 92,3%, 57,7% and 55,8% respectively. The proportion of increased levels of total bilirubin, direct bilirubin and CA19-9 were more than 50%. The high level of biliirubin, CEA, CA 19-9 between malignant and benign biliary stenosis is no statistically significant difference ($p > 0.05$). The common sites of bile duct strictures included the hilum, the lower segment of the common bile duct, and the intrahepatic bile duct with rates 36,5%, 32,7% and 30,8% respectively. The presence of irregular margin, asymmetry, restricted diffusion and

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Tuấn Linh

Email: linhdhyhn2017@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.10.2023

Ngày duyệt bài: 7.11.2023