

sống của người bệnh vảy nến là diện tích vùng da bị bệnh và mức độ nặng của bệnh:

- Điểm chất lượng cuộc sống trung bình theo diện tích vùng da có sự khác biệt giữa các nhóm, đặc biệt là nhóm nhẹ và vừa. Sự khác biệt có $p = 0,002 < 0,01$.

- Điểm chất lượng cuộc sống trung bình theo mức độ bệnh của chỉ số PASI có sự khác biệt giữa các nhóm ($p = 0,02 < 0,05$) đặc biệt là hai nhóm nhẹ và vừa. Sự khác biệt có $p = 0,001 < 0,01$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Huy Thục và Phạm Văn Thúc (2011), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng bệnh vảy nến điều trị tại khoa Da Liễu, Bệnh viện Việt - Tiếp Hải Phòng", Tạp chí Y học thực hành, 6(771), tr. 56-58.
2. Trần Văn Tiên và Phạm Văn Hiến (2004), "Một số yếu tố dịch tễ trong bệnh vảy nến", Tạp chí Y học thực hành, 1, tr. 47-51.
3. World Health Organization. (2016). Global report on psoriasis. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/204417>.
4. Svanström C, Lonne-Rahm SB, Nordlind K. Psoriasis and alcohol. Psoriasis (Auckl). 2019;9:75-79. Published 2019 Aug 21. doi:10.2147/PTT.S164104.
5. Cakmur H. and Dervis E. (2015), "The relationship between quality of life and the severity of psoriasis in Turkey", Eur J Dermatol, 25(2), pp. 169-76.
6. Bhosle MJ, Kulkarni A, Feldman SR, Balkrishnan R. Quality of life in patients with psoriasis. Health Qual Life Outcomes. 2006;4:35. Published 2006 Jun 6. doi:10.1186/1477-7525-4-35.
7. Choi J, Koo JY (2003). Quality of life issues in psoriasis. J Am Acad Dermatol. ;49:S57-S61. doi: 10.1016/S0190-9622(03)01136-8.
8. Pearce DJ, Singh S, Balkrishnan R, Kulkarni A, Fleischer AB, Feldman SR. The negative impact of psoriasis on the workplace. J Dermatolog Treat. 2006;17:24-28. doi: 10.1080/09546630500482886.
9. Mattei PL, Corey KC, Kimball AB. Psoriasis Area Severity Index (PASI) and the Dermatology Life Quality Index (DLQI): the correlation between disease severity and psychological burden in patients treated with biological therapies. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2014;28(3):333-337.

SO SÁNH ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG GIỮA NHÓM SẢN PHỤ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ ĐIỀU TRỊ TIẾT CHẾ VÀ ĐIỀU TRỊ INSULIN TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN NĂM 2023

Trần Quang Hanh¹, Bùi Sơn Thăng¹, Lê Trọng Tài¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng giữa nhóm sản phụ đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) điều trị tiết chế và điều trị Insulin tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 248 sản phụ mắc ĐTĐTK và kết thúc thai kỳ tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 02/2021 đến tháng 9/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là $32,30 \pm 5,69$; sản phụ trên 35 tuổi là YTNC làm thay đổi phương pháp điều trị ĐTĐTK. Tiền sử đẻ non, tiền sử lưu thai 3 tháng cuối không rõ nguyên nhân, tiền sử đẻ con to lần lượt là 5,24%; 2,02% và 8,87%. Tỷ lệ sản phụ thừa cân - béo phì là 31,04%; BMI trước mang thai không phải là yếu tố ảnh hưởng đến phương pháp điều trị ĐTĐTK. Có 4,84% sản phụ có tình trạng tăng huyết áp và/hoặc tiền sản giật; tình trạng này làm tăng nguy cơ phải điều trị ĐTĐTK bằng Insulin lên 4,91 lần. **Kết**

luận: Tuổi mẹ và tình trạng tăng huyết áp/tiền sản giật là các yếu tố ảnh hưởng đến phương pháp điều trị ĐTĐTK. **Từ khóa:** Đái tháo đường thai kỳ, điều trị tiết chế, điều trị Insulin.

SUMMARY

COMPARISON OF CLINICAL, AND SUB-CLINICAL CHARACTERISTICS BETWEEN PREGNANT WOMEN WITH GDM TREATED WITH INSULIN AND LIFESTYLE CHANGE AT NGHE AN HOSPITAL OF OBSTETRICS AND PEDIATRICS IN 2023

Objective: The study aims to compare clinical and sub-clinical characteristics between pregnant women with gestational diabetes mellitus treated with Insulin and lifestyle change at Nghe An Hospital of Obstetrics and Pediatrics in 2023. **Subjects and methods:** An observational study among 248 pregnant women with GDM and delivery at Nghe An Hospital of Obstetrics and Pediatrics from 02/2021 to 9/2023. **Result:** The average age is $32,30 \pm 5,69$; women over 35 years old are at high risk of GDM treatment method. The rate of pregnant women with a history of spontaneous preterm delivery, stillbirth in 3rd trimester, and macrosomia is 5,24%; 2,02%, and 8,87% respectively. The rate of gestational hypertension and/or pre-eclampsia is 4,84%, and that

¹Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Sơn Thăng

Email: bsthang.sun.11292@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2024

Ngày duyệt bài: 15.3.2024

status increases the risk of Insulin treatment 4,91 times. **Conclusion:** Maternal age and gestational hypertension/pre-eclampsia are risks of changing GDM treatment. **Keywords:** Gestational diabetes, lifestyle change, Insulin treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là bệnh rối loạn chuyển hóa thường gặp nhất trong thai kỳ. Các nghiên cứu tại Việt Nam cho thấy tỷ lệ mắc ĐTĐTK đã tăng từ 3,9% vào năm 2004 đến 20,3% năm 2012 và 20,9% năm 2017 - một con số rất đáng báo động [1]. Người mẹ mắc ĐTĐTK, thậm chí ở mức độ tăng đường huyết nhẹ cũng có thể mang lại những tai biến cho mẹ và con. Các thai phụ phát hiện ĐTĐTK trước tiên sẽ được điều trị tiết chế; trong đó dinh dưỡng hợp lý là nền tảng, bên cạnh đó là chế độ sinh hoạt và tập luyện thể dục từ mức độ nhẹ đến trung bình. Nếu đường huyết không đạt mục tiêu điều trị, bệnh nhân sẽ phải phối hợp thêm Insulin để điều trị bệnh. Do đó, việc phải phối hợp thuốc hoặc tăng liều Insulin trong điều trị ĐTĐTK có thể xem như sự tiến triển nặng lên của bệnh. Câu hỏi đặt ra là liệu có sự khác nhau về các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng giữa các nhóm bệnh nhân điều trị tiết chế và điều trị Insulin hay không? Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An là bệnh viện chuyên khoa tuyến cuối của tỉnh Nghệ An và khu vực lân cận, thường xuyên tiếp nhận các trường hợp sản phụ mắc ĐTĐTK tới khám, quản lý thai nghén và kết thúc thai kỳ. Với những yêu cầu đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu so sánh đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng giữa nhóm sản phụ đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) điều trị tiết chế và điều trị Insulin tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn.

Các sản phụ được chẩn đoán mắc ĐTĐTK và kết thúc thai kỳ tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An theo các tiêu chuẩn sau:

- Sản phụ được chẩn đoán mắc ĐTĐTK theo Hướng dẫn Quốc gia dự phòng và kiểm soát ĐTĐTK.

- Sản phụ sinh con tại bệnh viện trong thời gian nghiên cứu.

- Sản phụ đồng ý tham gia nghiên cứu và có số liệu thu thập được đầy đủ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Sản phụ đã được chẩn đoán mắc các dạng ĐTĐ trước khi mang thai; phát hiện ĐTĐ trong 3 tháng đầu thai kỳ hoặc được chẩn đoán mắc

ĐTĐTK không theo các hướng dẫn hiện hành.

- Sản phụ điều trị giữ thai tại bệnh viện, nhưng sinh con ở nơi khác hoặc sinh con sau thời điểm kết thúc lấy số liệu.

2.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, từ 01/02/2023 đến 31/9/2023.

2.3. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu.

Chọn mẫu thuận tiện, không xác suất bao gồm tất cả các sản phụ thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn, tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu. Trên thực tế, chúng tôi thu thập được thông tin của 248 sản phụ phù hợp và đưa vào nghiên cứu (Trong đó có 213 trường hợp điều trị tiết chế và 35 trường hợp điều trị Insulin)

2.5. Quản lý và phân tích số liệu. Nhập số liệu, phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 25.0. Thống kê mô tả tính tỷ lệ %, giá trị trung bình, phương sai, độ lệch chuẩn. Kiểm định giả thuyết bằng các test, Fisher - Exact test. Sự khác nhau về kết quả giữa các biến số có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.6. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức, Ban Giám đốc Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An cho phép thực hiện. Người bệnh tham gia được cung cấp thông tin và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích bảo vệ, nâng cao sức khỏe cho bà mẹ và trẻ sơ sinh; mọi thông tin của đối tượng nghiên cứu đều được giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Đây là nghiên cứu mô tả nên không có bất kỳ một can thiệp nào vào đối tượng nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuổi của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Tuổi của đối tượng nghiên cứu (n=248)

Tuổi	ĐT tiết chế	ĐT Insulin	p	OR (95% CI)	X ± SD
< 20	1	0	-	-	Tuổi TB: 32,30 ± 5,69 Tuổi lớn nhất: 56 Tuổi nhỏ nhất: 19
21 - 25	17	2	1,000	-	
26 - 30	77	9	0,748	-	
31 - 35	73	8	0,196	1,76 (0,82-3,77)	
36 - 40	34	8	0,002	3,14 (1,50-6,60)	
>40	11	8	0,002	5,44 (2,01-14,72)	
Tổng	213	35	-	-	

Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu

cứ là 32,30 ± 5,69, thấp nhất là 19 tuổi, lớn nhất là 56 tuổi. Nhóm sản phụ lớn tuổi (> 35 tuổi) chiếm tỷ lệ 24,60%. Sản phụ trên 35 tuổi là yếu tố nguy cơ làm thay đổi phương pháp điều trị ĐTĐTK với p = 0,002, và nguy cơ phải điều trị bằng Insulin tăng lên 3,14 lần. Sản phụ mắc ĐTĐTK trên 40 tuổi làm tăng nguy cơ phải điều trị bằng Insulin lên 5,44 lần.

3.2. Đặc điểm thai kỳ lần này

Bảng 2: Đặc điểm thai kỳ lần này của các đối tượng nghiên cứu (n = 248)

Thai kỳ	ĐT tiết chế	ĐT Insulin	p	OR (95% CI)
Tự nhiên	188	29	0,407	1,56 (0,59-4,11)
Hỗ trợ sinh sản	25	6		
Đơn thai	199	35	0,229	-
Đa thai	14	0		

Phần lớn các sản phụ ĐTĐTK là mang thai tự nhiên (217/248) và mang đơn thai (234/248). Không thấy sự khác biệt về đặc điểm thai kỳ giữa các nhóm điều trị, và thai kỳ hỗ trợ sinh sản cũng không cho thấy là một yếu tố nguy cơ làm thay đổi phương pháp điều trị ĐTĐTK.

3.3. Tiền sử sản khoa của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3: Tiền sử sản khoa của đối tượng nghiên cứu (n = 248)

Yếu tố nguy cơ	ĐT tiết chế	ĐT Insulin	OR (95% CI)
Ts đẻ non	Không	204	2,93 (0,85 - 10,08)
	Có	9	
Ts lưu thai 3 tháng cuối KRNN	Không	208	-
	Có	5	
Ts đẻ con to	Không	195	1,40 (0,44 - 4,41)
	Có	18	

Tỷ lệ sản phụ ĐTĐTK lần này có tiền sử đẻ non, tiền sử lưu thai 3 tháng cuối không rõ nguyên nhân, tiền sử đẻ con to lần lượt là 5,24%; 2,02% và 8,87%. Tiền sử đẻ non và tiền sử đẻ con to không có liên quan tới việc thay đổi phương pháp điều trị ĐTĐTK.

3.4. BMI trước lúc mang thai

Bảng 4: BMI trước lúc mang thai của đối tượng nghiên cứu (n = 248)

Phân loại BMI	ĐT tiết chế	ĐT Insulin	Tổng số (n, %)	p
Thiếu cân	14	1	15 (6,05)	0,702
Bình thường	134	22	156 (62,90)	
Thừa cân	45	9	54 (21,77)	
Béo phì	20	3	23 (9,27)	

Tỷ lệ sản phụ mắc ĐTĐTK có BMI trước lúc mang thai ở mức bình thường là 62,9%; thiếu cân là 6,05% và thừa cân - béo phì là 31,04%

(theo phân loại BMI dành cho người châu Á). Tình trạng thiếu cân hay thừa cân - béo phì trước mang thai không phải là YTNC của việc điều trị ĐTĐTK bằng Insulin với p > 0,05.

3.5. Tình trạng tăng huyết áp và tiền sản giật

Bảng 5: Tình trạng tăng huyết áp và tiền sản giật (n = 248)

Tình trạng THA/TSG	ĐT tiết chế	ĐT Insulin	Tổng số (n, %)	p	OR (95% CI)
Không	206	30	236 (95,16)	0,016	4,91 (1,46 - 16,45)
Có	7	5	12(4,84)		

Tỷ lệ sản phụ mắc ĐTĐTK có tình trạng tăng huyết áp, tiền sản giật là 4,84%. Tình trạng này có liên quan đến phương pháp điều trị ĐTĐTK với p = 0,016, và làm tăng nguy cơ phải điều trị Insulin lên 4,91 lần.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi của đối tượng nghiên cứu. Các kết luận từ các nghiên cứu trên thế giới đều cho rằng một trong các yếu tố nguy cơ của ĐTĐTK là tuổi mẹ tăng: mẹ trên 25 tuổi sẽ tăng nguy cơ mắc ĐTĐTK tăng lên 2,17 lần khi mẹ trên 25 tuổi [2], và tăng lên đến 4,0 lần khi mẹ trên 35 tuổi [3]; nguy cơ mắc ĐTĐTK theo tuổi của các bà mẹ tăng lên khoảng 1,7 lần sau 5 năm [4]. Không những thế, kết quả của chúng tôi còn cho thấy sản phụ trên 35 tuổi là yếu tố nguy cơ làm thay đổi phương pháp điều trị ĐTĐTK với p = 0,002, và nguy cơ phải điều trị bằng Insulin tăng lên 3,14 lần. Sản phụ mắc ĐTĐTK trên 40 tuổi tăng nguy cơ phải điều trị bằng Insulin lên 5,44 lần. Có thể giải thích điều này là do ở các phụ nữ lớn tuổi, các nguy cơ rối loạn chuyển hóa tăng lên và tích lũy theo thời gian, do đó khi gặp sự đề kháng Insulin là cơ chế chính của bệnh ĐTĐTK, cơ thể mẹ không còn có khả năng tiết ra đủ lượng Insulin để điều chỉnh đường huyết. Do đó phương pháp điều trị bằng thay đổi chế độ ăn và lối sống có nguy cơ thất bại cao và phải sử dụng Insulin ngoại sinh mới đủ bù đắp sự thiếu hụt hormon nội sinh của cơ thể.

4.2. Đặc điểm thai kỳ lần này. Kết quả cho thấy phần lớn các sản phụ ĐTĐTK là mang thai tự nhiên (217/248) và mang đơn thai (234/248). Không thấy sự khác biệt về đặc điểm thai kỳ giữa các nhóm điều trị, và thai kỳ hỗ trợ sinh sản cũng không cho thấy là một yếu tố nguy cơ làm thay đổi phương pháp điều trị cho các sản phụ ĐTĐTK (p = 0,407, OR 1,56 (0,59 - 4,11)). Một số nghiên cứu cho thấy nhóm sản

phụ mang thai nhờ HTSS thường có nguy cơ mắc ĐĐTĐTK cao hơn so với nhóm sản phụ mang thai tự nhiên do nhóm đối tượng này có một số yếu tố nguy cơ như mắc hội chứng buồng trứng đa nang, tuổi lớn hơn, quá trình mang thai thường sử dụng hoặc sử dụng quá mức progesterone ở các dạng khác nhau. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thai kỳ HTSS không phải là yếu tố làm thay đổi phương pháp điều trị ĐĐTĐTK. Có thể do cỡ mẫu của nghiên cứu chưa đủ lớn để khẳng định điều này, tuy nhiên cơ chế bệnh sinh ĐĐTĐTK cũng không thấy sự liên quan đến yếu tố như đa thai hay thai kỳ HTSS.

4.3. Tiền sử sản khoa của đối tượng nghiên cứu. Tiền sử đẻ thai to, thai lưu trong 3 tháng cuối không rõ nguyên nhân từ lâu đã được xem là yếu tố nguy cơ của ĐĐTĐTK, tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi không thấy sự liên quan giữa các yếu tố tiền sử sản khoa này với phương pháp điều trị ĐĐTĐTK. Thai to, hoặc thai lưu trong 3 tháng cuối là các biến chứng của tình trạng tăng đường huyết không được kiểm soát ở mẹ. Do đó nếu kiểm soát được đường huyết thì có thể giảm được các nguy cơ đó cho thai kỳ lần này; và để đạt được mục tiêu điều trị thì trước hết phải có sự tiết chế về chế độ ăn uống đồng thời với thay đổi lối sống và sinh hoạt, sau đó nếu cần thì mới phải dùng đến Insulin. Sự theo dõi sát đường huyết mục tiêu và nghiêm túc thực hiện các khuyến cáo mới là yếu tố then chốt để giảm các biến chứng của bệnh. Hơn nữa ở các lần mang thai khác nhau, sự thay đổi sinh lý của người mẹ cũng có những điểm khác nhau nhất định. Điều này có thể lý giải cho kết quả nghiên cứu của chúng tôi như trình bày ở trên.

4.4. BMI trước lúc mang thai. Tỷ lệ sản phụ mắc ĐĐTĐTK có BMI trước lúc mang thai ở mức bình thường là 62,9%; thiếu cân là 6,05% và thừa cân - béo phì là 31,04% (theo phân loại BMI dành cho người châu Á). Rất nhiều nghiên cứu đánh giá tình trạng thừa cân, béo phì trước mang thai là yếu tố nguy cơ xuất hiện nhiều bệnh trong thai kỳ, trong đó có ĐĐTĐTK và tiền sản giật. Nghiên cứu của Lee K. W. và cộng sự (2018) cho thấy bà mẹ có chỉ số BMI trước mang thai $\geq 25\text{kg/m}^2$ tăng nguy cơ mắc ĐĐTĐTK lên gấp 3,27 lần (95% CI 2,81 - 3,80, $p < 0,001$) [2]. Nghiên cứu của Phaloprakarn và Tangjitgamol (2020) cho thấy tình trạng béo phì trong thời gian mang thai là một trong các yếu tố nguy cơ chính dẫn đến biến chứng tiền sản giật ở thai phụ ĐĐTĐTK (OR 10,4; 95% CI 5,25 - 20,79) [5]. Rõ ràng việc giảm chỉ số khối của cơ thể trước khi dự định mang thai là việc hết sức ý nghĩa, bởi

điều này giúp làm giảm rất nhiều nguy cơ xuất hiện bệnh trong thai kỳ. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tình trạng thiếu cân hay thừa cân - béo phì trước mang thai lại không phải là YTNC của việc điều trị ĐĐTĐTK bằng Insulin với $p > 0,05$. Có thể cỡ mẫu chưa đủ lớn, đặc biệt là số lượng bệnh nhân điều trị ĐĐTĐTK bằng Insulin trong nghiên cứu còn hạn chế ($n = 35$) dẫn đến kết quả như trên.

4.5. Tình trạng tăng huyết áp và tiền sản giật. Tỷ lệ sản phụ mắc ĐĐTĐTK có tình trạng tăng huyết áp, tiền sản giật là 4,84%. Theo nhiều nghiên cứu, tăng huyết áp thai kỳ/tiền sản giật và ĐĐTĐTK có mối liên quan tương đối mật thiết với nhau về mặt cơ chế bệnh sinh. Tỷ lệ tiền sản giật tăng gấp đôi ở những thai phụ ĐĐTĐTK so với những thai phụ không có tình trạng này. Theo nghiên cứu HAPO, 5,4% thai phụ ĐĐTĐTK xuất hiện tình trạng tăng huyết áp và 4,8% có tiền sản giật [6]. Có nhiều giả thuyết đã được đề xuất về cơ chế bệnh sinh của sự xuất hiện tăng huyết áp/tiền sản giật trong các thai kỳ mắc đái tháo đường. Nghiên cứu của chúng tôi còn cho thấy tình trạng tăng huyết áp/tiền sản giật có liên quan đến phương pháp điều trị ĐĐTĐTK với $p = 0,016$, và làm tăng nguy cơ phải điều trị Insulin lên 4,91 lần. Cơ chế có lẽ là do tình trạng tiền sản giật làm tăng đề kháng Insulin, dẫn đến phương pháp điều trị tiết chế kém hiệu quả hơn trong việc kiểm soát đường huyết và hệ quả là bệnh nhân phải dùng Insulin để điều trị.

V. KẾT LUẬN

Tuổi mẹ và tình trạng tăng huyết áp/tiền sản giật là các yếu tố ảnh hưởng đến phương pháp điều trị ĐĐTĐTK.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em.** Hướng dẫn quốc gia dự phòng và kiểm soát đái tháo đường thai kỳ (Ban hành kèm theo Quyết định số 6173/QĐ-BYT ngày 12/10/2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế).
- Lee KW, Ching SM, Ramachandran V, et al.** Prevalence and risk factors of gestational diabetes mellitus in Asia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18:494. doi:10.1186/s12884-018-2131-4
- Lê Thị Thanh Tâm.** Nghiên cứu phân bố tỷ lệ, một số yếu tố nguy cơ và kết quả sản khoa ở thai phụ đái tháo đường thai kỳ tại thành phố Vinh. Luận án Tiến sỹ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2017. DL.013987.
- Dabelea D, Snell-Bergeon JK, Hartsfield CL, Bischoff KJ, Hamman RF, McDuffie RS.** Increasing Prevalence of Gestational Diabetes Mellitus (GDM) Over Time and by Birth Cohort. *Diabetes Care*. 2005; 28(3): 579. doi:10.2337/

- diacare.28.3.579
5. **Phaloprakarn C, Tangjitgamol S.** Risk assessment for preeclampsia in women with gestational diabetes mellitus. *J Perinat Med.* 2009;37(6). doi:10.1515/JPM.2009.108
6. **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. doi: 10.1056/NEJMoa0707943

TÌNH HÌNH KHÁNG KHÁNG SINH CỦA PSEUDOMONAS AERUGINOSA PHÂN LẬP ĐƯỢC TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ HẢI PHÒNG NĂM 2022

Lưu Thị Nga¹, Lê Văn Hưng^{2,3}, Vũ Huy Lượng^{2,3},
Nguyễn Thị Hà Vinh^{2,3}, Lê Huyền My³, Phạm Quỳnh Hoa³,
Nguyễn Hoàng Việt², Lê Huy Hoàng⁴, Nguyễn Văn An^{5,6},
Lê Nguyễn Minh Hoa⁷ và Lê Hạ Long Hải^{2,3}

TÓM TẮT

Pseudomonas aeruginosa là một thách thức lớn trong điều trị những bệnh nhiễm trùng, cùng với đó tình trạng kháng kháng sinh trầm trọng của vi khuẩn này cũng khiến việc điều trị gặp nhiều trở ngại. **Đôi tương và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm xác định tỷ lệ nhiễm và mô hình đề kháng kháng sinh của các chủng *P. aeruginosa* phân lập được tại bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng năm 2022. **Kết quả:** Kết quả cho thấy, tỷ lệ nhiễm của *P. aeruginosa* là 2,0% (87/4457), trong đó phần lớn các chủng *P. aeruginosa* được phân lập từ bệnh phẩm hô hấp và nước tiểu. Vi khuẩn có tỷ lệ nhiễm cao ở nhóm người bệnh trên 60 tuổi, dưới 20 tuổi và người bệnh điều trị ở các khoa hệ Ngoại. Các chủng *P. aeruginosa* có tỷ lệ đề kháng thấp nhất với piperacillin-tazobactam 11,5% và cao nhất với ciprofloxacin 35,6%, levofloxacin 35,6%. Với các kháng sinh khác, tỷ lệ đề kháng của vi khuẩn dao động từ 15-28%: meropenem 27,6%, amikacin 26,4%, gentamicin 25,3%, imipenem 21,8%, tobramycin 19,5%, ceftazidime 17,2% và cefepime 15,0%. **Kết luận:** Tỷ lệ nhiễm *P. aeruginosa* có mối liên quan với các yếu tố độ tuổi, bệnh phẩm và khoa/phòng điều trị. Các kháng sinh piperacillin-tazobactam, cefepime, ceftazidime và tobramycin có thể là những lựa chọn phù hợp trong điều trị nhiễm trùng do *P. aeruginosa*.

Từ khóa: *Pseudomonas aeruginosa*, đề kháng kháng sinh, bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng.

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng-Vinh Bảo

²Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Da liễu Trung ương

⁴Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương

⁵Học viện Quân Y

⁶Bệnh viện Quân y 103

⁷Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hạ Long Hải

Email: lehalonghai@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 12.3.2024

SUMMARY

ANTIBIOTIC RESISTANCE PATTERNS OF PSEUDOMONAS AERUGINOSA ISOLATED AT HAI PHONG INTERNATIONAL HOSPITAL IN 2022

Objective: *Pseudomonas aeruginosa* poses a significant challenge in treating various infections, with antimicrobial resistance exacerbating the complexity of successful treatment. **Materials and methods:** This cross-sectional study aimed to investigate the prevalence and antimicrobial resistance patterns of *P. aeruginosa* isolated at Hai Phong International General Hospital in 2022. **Results:** The result revealed that the prevalence of *P. aeruginosa* was 2.0% (87/4457), with the respiratory tract and urine being the most frequent source of isolates. The prevalence was higher in the >60 age group, <20 age group and those undergoing treatment in the General Surgery Department. Notably, *P. aeruginosa* showed the lowest resistance to piperacillin-tazobactam (11.5%), and the highest resistance to ciprofloxacin (35.6%) and levofloxacin (35.6%). As for other antibiotics, the resistance rates ranging from 15-28% were observed for antibiotics such as meropenem (27.6%), amikacin (26.4%), gentamicin (25.3%), imipenem (21.8%), tobramycin (19.5%), ceftazidime (17.2%), and cefepime (15.0%). **Conclusions:** The prevalence of *P. aeruginosa* displayed associations with age, specimen type, and hospital ward. Piperacillin-tazobactam, cefepime, ceftazidime and tobramycin are identified as suitable antibiotic choices for infections caused by *P. aeruginosa*. **Keywords:** *Pseudomonas aeruginosa*, antimicrobial resistance, Hai Phong International General Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Pseudomonas aeruginosa được tìm thấy ở nhiều nơi trong môi trường, khả năng thích nghi cao giúp vi khuẩn này dễ dàng lây nhiễm và gây bệnh trên người. Năm 2017, WHO đã công bố "ưu tiên danh mục mầm bệnh" bao gồm 12 họ vi khuẩn gây ra mối đe dọa đối với sức khỏe con