

- conference: Definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics. *Pediatric Critical Care Medicine*. 2005;6(1):2-8. doi:10.1097/ PCC.0000149131.72248.E6.
6. **Watson RS, Crow SS, Hartman ME, Lacroix J, Odetola FO.** Epidemiology and Outcomes of Pediatric Multiple Organ Dysfunction Syndrome. *Pediatr Crit Care Med*. 2017;18(3\_suppl Suppl 1): S4-S16. doi: 10.1097/ PCC.0000000000001047
7. **Gaies MG, Gurney JG, Yen AH, et al.** Vasoactive-inotropic score as a predictor of morbidity and mortality in infants after cardiopulmonary bypass. *Pediatr Crit Care Med*. 2010;11(2):234-238. doi:10.1097/ PCC.0b013e3181b806fc
8. **Taylor FB Jr, Toh CH, Hoots WK, Wada H, Levi M;** Scientific Subcommittee on Disseminated Intravascular Coagulation (DIC) of the International Society on Thrombosis and Haemostasis (ISTH). Towards definition, clinical and laboratory criteria, and a scoring system for disseminated intravascular coagulation. *Thromb Haemost*. 2001; 86(5):1327-1330.
9. **Trần Minh Điện, Lê Nam Trà, Phạm Văn Thăng.** Sốc nhiễm khuẩn trẻ em. *Tạp chí Nhi khoa*. 2012; 5(4):1-16.
10. **Lê Nam Trà, Cao Việt Tùng, Phạm Văn Thăng.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng sốc nhiễm khuẩn trẻ em tại khoa Hồi sức cấp cứu, bệnh viện Nhi Trung ương. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2015; 2:45-52.

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ THÀNH CÔNG CỦA ĐIỀU TRỊ TIẾT CHẾ Ở THAI PHỤ ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN HUYỆN BÌNH CHÁNH

Hứa Khắc Vũ<sup>1</sup>, Tô Mai Xuân Hồng<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) gây ra nhiều ảnh hưởng xấu đến sức khỏe bà mẹ và bé sơ sinh. Việc áp dụng đúng đắn một chế độ tiết chế đúng nhằm duy trì mức độ đường huyết ổn định trong thai kỳ. Nghiên cứu nhằm mục đích đánh giá tỷ lệ thành công của việc áp dụng chế độ điều chỉnh tiết chế dành cho thai phụ ĐTĐ tại BV huyện Bình Chánh. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu dọc tiến cứu được tiến hành từ 01/11/2020 – 30/6/2021 tại Bệnh viện huyện Bình Chánh. Nghiên cứu thực hiện theo dõi điều trị tiết chế 143 thai phụ được chẩn đoán ĐTĐTK trong tử ≥24 tuần. Các thai phụ được tư vấn chi tiết một chế độ dinh dưỡng và kế hoạch theo dõi cụ thể về mức đường huyết cũng như kiểm soát về năng lượng trong khẩu phần ăn dựa vào phác đồ của Bộ Y tế. Kết quả đáp ứng điều trị dựa vào mức đường huyết đạt mục tiêu và kết cục thai kỳ. **Kết quả:** Tỷ lệ điều trị tiết chế thành công chiếm 83,9% (KTC95%: 78,3 – 89,5). Trong đó, chúng tôi điều chỉnh năng lượng sử dụng hằng ngày tăng từ tuần 24 đến tuần 37: giai đoạn tuần 24-28: 1685,5 ± 310,1 calories; giai đoạn tuần 29 – 32: 1609,2 ± 316,6 calories; và giai đoạn từ tuần 33 – 37: 1704,3 ± 327,6 calories. Thai phụ tuân thủ điều trị kém tăng nguy cơ điều trị thất bại gấp 14,3 lần (KTC95%: 1,9 – 102,4; p=0,008). Thai phụ điều trị thất bại tăng nguy cơ sinh mổ gấp 17,8 lần đối tượng điều trị thành công (KTC95%: 1,3 – 247,4; p=0,032). Thai phụ điều trị thất bại tăng nguy cơ gặp

tai biến ở trẻ gấp 4,3 lần đối tượng điều trị thành công (KTC95%: 1,1 – 16,8; p=0,039). **Kết luận:** Tư vấn và theo dõi tốt chế độ dinh dưỡng cho thai phụ đang mắc đái tháo đường giúp giảm kết cục xấu trong thai kỳ.

**Từ khóa:** Đái tháo đường thai kỳ, điều trị thành công, điều trị thất bại

### SUMMARY

#### EVALUATION OF THE SUCCESSFUL EFFECTIVENESS OF ABSTINENCE THERAPY IN PREGNANT WOMEN DIAGNOSED WITH GESTATIONAL DIABETES AT BINH CHANH DISTRICT HOSPITAL

**Background:** Gestational diabetes (GDM) causes adverse effects on maternal and newborn health. An appropriate regime plays the most important role to control blood sugar during pregnancy. This study is aimed to evaluate the successful rate of implementing a detailed diet to women suffered from GDM in Binh Chanh hospital. **Methods:** A prospective longitudinal study was carried out from 01/11/2020 – 30/6/2021 at Binh Chanh District Hospital. There were 143 pregnant women diagnosed with GDM in the period from 24 weeks recruited in this study. They were applied a detailed regime in which the calorie intake is strictly calculated following to the Ministry of Health in Vietnam. All GDM women were followed up until their delivery and evaluate the maternal and fetal outcomes. A successful treatment is defined when the blood sugar at the target level. **Results:** The successful rate of implementing a detailed regime is 83,9% (CI 95%: 78,3 – 89,5). We established a daily regime with an appropriate increased calories that matches to two final trimesters of gestation : From 24 weeks to 28 weeks is 1685.5 ± 310.1 calories; from 29weeks to 32 weeks is 1609,2 ± 316,6 calories; and from 33 weeks to 37 weeks is 1704,3 ± 327,6 calories.

<sup>1</sup>Bệnh viện huyện Bình Chánh

<sup>2</sup>Trường đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Tô Mai Xuân Hồng

Email: tomaixuanhong@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 30.6.2021

Ngày duyệt bài: 14.7.2021

A treatment failure with blood sugar unmet the target is related to pregnant women who were not strictly followed the regime with a relative risk at 14,3 times (95% CI: 1,9 – 102,4; p=0,008). GDM women with treatment failure are significantly increased risks of caesarean section and neonatal complications from 17,8 times higher (95% CI: 1,3 – 247,4; p=0,032) to 4,3 times higher (95% CI: 1,1 – 16,8; p=0,039), respectively. **Conclusion:** A detailed regime helps GDM women meet the target of blood sugar and reduce the maternal and fetal outcomes.

**Keywords:** Gestational diabetes, successful treatment, treatment failure

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ là một tình trạng rối loạn dung nạp đường xảy ra trong quá trình mang thai có thể gây ra nhiều ảnh hưởng xấu đến sức khỏe bà mẹ và bé sơ sinh. Ngày nay, tình trạng bệnh lý này càng trở nên phổ biến trong thực hành lâm sàng<sup>(1)</sup>. Theo Liên đoàn Sản phụ khoa quốc tế (FIGO), ĐTĐTK là tình trạng đái tháo đường gây ra bởi hệ quả của việc đề kháng insulin xuất hiện trong thai kỳ mà không được phát hiện sớm để thực hiện các biện pháp kiểm soát phù hợp. Tại Mỹ, tỷ lệ ĐTĐTK được ước tính vào khoảng 6% phụ nữ mang thai<sup>(2)</sup>, trong đó, tỷ lệ phụ nữ Mỹ gốc Phi, gốc Tây Ban Nha, Nam hoặc Đông Á mắc bệnh cao hơn so với phụ nữ da trắng.

Đái tháo đường thai kỳ nếu không được tầm soát và điều trị sẽ để lại các kết cục sản khoa bất lợi cho cả mẹ và con như tiền sản giật, đa ối, nhiễm trùng, thai to, thai chậm tăng trưởng trong tử cung, hạ đường huyết sơ sinh, dị tật thai nhi...<sup>(4)</sup>. Chính vì thế, mục tiêu của chương trình quốc gia về chăm sóc sức khỏe và làm mẹ an toàn ngày nay đã đưa vấn đề tầm soát ĐTĐTK và điều trị sớm như là mục tiêu hàng đầu nhằm làm giảm các biến chứng bất lợi có thể xảy ra cho người mẹ trong thời gian mang thai cũng như các biến chứng mắc phải thai nhi và bé sơ sinh<sup>(3)</sup>.

Chương trình sàng lọc đái tháo đường thai kỳ được chính thức triển khai thành quy trình khám thai thường quy tại Khoa Sản bệnh viện Bình Chánh từ năm 2018. Tuy nhiên, kết quả điều trị ĐTĐTK chưa cho thấy đạt được mục tiêu điều trị được đặt ra, nguyên nhân chính là do sự các thai phụ chưa áp dụng đúng đắn một chế độ tiết chế đúng nhằm duy trì mức độ đường huyết ổn định trong thai kỳ. Cụ thể hơn, các thai phụ được chẩn đoán ĐTĐTK thường không nhận thức được cách phân bổ cụ thể khẩu phần ăn khi mang thai để đạt được mục tiêu điều trị tiết chế. Tình hình thực tiễn này đặt ra một yêu cầu về việc đánh giá lại chương trình hướng dẫn tiết

chế, thay đổi chế độ dinh dưỡng, vận động hiện tại kết hợp với so sánh sự đáp ứng điều trị bằng liệu pháp tư vấn trong việc cải thiện đáng kể nhận thức của thai phụ ĐTĐTK tại bệnh viện. Để đáp ứng nhu cầu mang tính thực tế lâm sàng này, chúng tôi quyết định tiến hành nghiên cứu nhằm "Đánh giá hiệu quả thành công của điều trị tiết chế ở thai phụ được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ tại bệnh viện huyện Bình Chánh". Câu hỏi nghiên cứu mà chúng tôi đặt ra là: Tỷ lệ thai phụ mắc ĐTĐTK điều trị tiết chế dinh dưỡng và vận động thành công là bao nhiêu? Các yếu tố nào liên quan đến việc điều trị thành công của các thai phụ mắc ĐTĐTK. Mục tiêu nghiên cứu: *Xác định tỷ lệ thành công và các yếu tố liên quan khi điều trị bằng tiết chế dinh dưỡng ở các thai phụ mắc ĐTĐTK tại bệnh viện huyện Bình Chánh.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu dọc tiến cứu

**Đối tượng nghiên cứu:** Các thai phụ khám và theo dõi thai kỳ tại phòng khám thai bệnh viện huyện Bình Chánh đủ tiêu chuẩn chọn mẫu trong khoảng thời gian từ 01/11/2020 – 30/06/2021.

### Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Các thai phụ được chẩn đoán mắc ĐTĐTK mang đơn thai đến khám, điều trị, theo dõi sinh tại phòng khám thai bệnh viện huyện Bình Chánh **thời điểm từ 24 – 28 tuần.**

- Thai phụ từ đủ 18 tuổi trở lên.

- Thai phụ hiểu và giao tiếp được bằng tiếng Việt

- Thai phụ đồng ý tham gia nghiên cứu.

### Tiêu chuẩn loại trừ

- Các thai phụ được chẩn đoán ĐTĐ trước khi có thai (DIP).

- Các thai phụ khám thai không đầy đủ, các thai phụ thiếu thông tin cần thiết trong sổ khám thai

- Các thai phụ mắc các bệnh ảnh hưởng đến chuyển hóa đường như Basedow, suy giáp, rối loạn chức năng gan, thận,...

- Các thai phụ mắc các bệnh cấp tính nội khoa hoặc sản khoa cần ưu tiên điều trị ngay.

- Thai phụ mang đa thai ở thai kỳ này

- Thai phụ không hiểu và giao tiếp được bằng tiếng Việt

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

### Cỡ mẫu thu thập

Chúng tôi tính cỡ mẫu theo công thức ước lượng một tỷ lệ trong dân số (3)

$$n = \frac{Z_{(1-\alpha/2)}^2 \times P \times (1 - P)}{d^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu

Z: hệ số tin cậy. Với độ tin cậy 95%, ta có Z = 1,96  
 α: Xác suất sai lầm loại I (α = 0,05)  
 d: độ chính xác (sai số cho phép) (d = 0,05)  
 p: tỷ lệ kiểm soát đường huyết sau điều trị bằng chế độ ăn chế tiết.

Chọn p = 90,36% được tham khảo từ nghiên cứu dọc tiến cứu của Trương Thị Nguyễn Hào tiến hành năm 2016 trên 166 thai phụ điều trị chế tiết dinh dưỡng và vận động tại Bệnh viện quận Thủ Đức<sup>(4)</sup>.

Áp dụng công thức trên ước lượng cỡ mẫu tối thiểu trong nghiên cứu n ≥ 134.

**Thời gian và địa điểm nghiên cứu:**

- Thời gian nghiên cứu: từ 01/11/2020 – 30/6/2021

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Sản - Bệnh viện huyện Bình Chánh

Phương pháp thu thập: Nghiên cứu sử dụng phương pháp thu thập toàn bộ

**Phương pháp tiến hành**

- Bước 1: Sau khi được thông qua hội đồng xét duyệt đề cương và hội đồng đạo đức, tiến hành thực hiện nghiên cứu

- Bước 2: Thu thập thử nghiệm 10 thai phụ đầu tiên làm nghiên cứu dẫn đường để hiệu chỉnh bộ câu hỏi thu thập phù hợp với thực tế và yêu cầu của nghiên cứu.

- Bước 3: Tại phòng khám thai bệnh viện huyện Bình Chánh, hướng dẫn chăm sóc và chẩn đoán ĐTĐTK được thực hiện theo Hướng dẫn quốc gia dự phòng và kiểm soát ĐTĐTK năm 2018 của Bộ Y tế:

+ Thai phụ được lên lịch và hẹn chuẩn bị, thực hiện nghiệm pháp dung nạp 75g đường vào tuần tuổi thai thứ 24 đến 28 của thai kỳ, có thể thực hiện đến trước khi bước sang tuần tuổi thai thứ 32.

+ Thai phụ khi được chẩn đoán ĐTĐTK sẽ được theo dõi theo phác đồ tại khoa Sản Bệnh viện Bình Chánh

+ Tư vấn về khái niệm đái tháo đường thai kỳ, các yếu tố nguy cơ và hậu quả

+ Tư vấn về lợi ích điều trị cho mẹ và con cũng như việc tuân thủ điều trị và tái khám đúng hẹn.

+ Tư vấn giúp thai phụ nắm được một số nội dung cơ bản về ăn uống chế tiết

+ Tư vấn về lựa chọn loại thực phẩm lành mạnh, đủ chất nhưng hạn chế việc làm biến động đường huyết.

- Bước 4: Thu thập kết quả kết thúc thai kỳ. Sau thời gian theo dõi điều trị, các thai phụ đến sinh tại bệnh viện được ghi nhận các thông tin kết cục thai kỳ.

**Biến số trong nghiên cứu**

➢ Điều trị thành công:

- Kiểm soát đường huyết, được sự đồng thuận của nhiều tổ chức (ACOG, ADA, Endocrine Society, NICE); có thể sử dụng glucose mao mạch để đánh giá và theo dõi điều trị. Mục tiêu kiểm soát glucose huyết tương:

+ Glucose đói: < 5,3 mmol/l

+ Glucose sau ăn 1 giờ: < 7,8 mmol/l

+ Glucose sau ăn 2 giờ: < 6,7 mmol/l

+ HbA1c: < 6% (kiểm tra 1 tháng 1 lần)

+ Và không có biểu hiện hạ đường máu.

- Không can thiệp dùng thuốc điều trị

- Chấm dứt thai kỳ khi thai nhi đã đủ tháng (>37 tuần)

- Không can thiệp khi sinh vì lý do thai to bất thường.

➢ Điều trị thất bại: không đạt bất kỳ 1 yêu cầu trên.

➢ Phác đồ can thiệp dinh dưỡng dựa trên "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).

**Phân tích số liệu:** Nghiên cứu sử dụng phần mềm SPSS 20.0 trong nhập và xử lý số liệu. Kiểm định p để xác định mức ý nghĩa thống kê hay không khi so sánh hai tỷ lệ.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.**

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu 29,5 ± 6,7. Độ tuổi lớn nhất là 45 và nhỏ nhất là 16 tuổi. Chủ yếu là dân nhập cư từ các tỉnh chiếm 63,6%. Nghề nghiệp phổ biến công nhân lao động phổ thông 48,3%. Trình độ học vấn tương đối thấp chủ yếu có trình độ THCS (45,5%) và tiểu học, mù chữ chiếm đến 20,3% (bảng 1).

**Bảng 1:** Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 35 tuổi	106	74,1
	≥ 35 tuổi	37	25,9
Nơi cư trú	TP Hồ Chí Minh	52	36,4
	Tỉnh khác	91	63,6
Nghề nghiệp	Công nhân viên chức	14	9,8
	Công nhân phổ thông	69	48,3
	Nông dân	17	11,9
	Buôn bán	29	20,3
	Khác	14	9,8
Trình độ học vấn	Mù chữ, tiểu học	29	20,3
	THCS	65	45,5
	THPT	34	23,8
	Cao đẳng, đại học	15	10,5

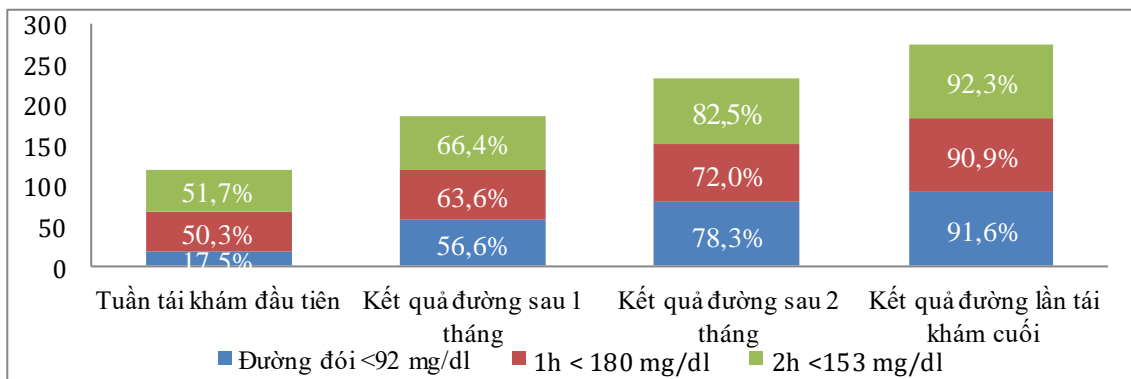
**2. Năng lượng cung cấp trung bình.** Số bữa ăn trung bình trong 1 ngày phổ biến từ 4-5 bữa ăn/1 ngày chiếm 42,7%. Năng lượng trung bình từ tuần 24 tăng từ 1685,5 ± 310,1 đến 1704,3 ± 327,6 (calories) ở 37 tuần (Bảng 2).

**Bảng 2: Năng lượng cung cấp trung bình trong 1 ngày**

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Số bữa ăn trung bình trong 1 ngày	2 – 3	33,6
	4 – 5	42,7
	> 5	23,8
Tổng lượng calories trung bình trong 1 ngày	Tuần 24 - 28: 1685,5 ± 310,1	Thấp nhất: 1122 Cao nhất: 1800
	Tuần 29 – 32: 1609,2 ± 316,6	Thấp nhất: 1123 Cao nhất: 2211
	Tuần 33 – 37: 1704,3 ± 327,6	Thấp nhất: 1113 Cao nhất: 2205

**3. Tỷ lệ thành công và Kiểm soát đường huyết trong thai kỳ.** Tỷ lệ điều trị tiết chế thành công chiếm 83,9% (KTC95%: 78,3 – 89,5). Tỷ lệ thất bại chiếm 16,1% (KTC95%: 10,5 – 21,7).

Tại thời điểm thai phụ nhập viện sinh tỷ lệ đường huyết đói duy trì <92 mg/dl là 91,6%; đường huyết 1h <180 mg/dl là 90,9% và đường huyết 2h <153 mg/dl là 92,3% (Biểu đồ 1).



**Biểu đồ 1: Kết quả kiểm soát đường huyết trong thai kỳ**

**4. Kết cục thai kỳ.** Đa số thai phụ sinh con ở tuổi thai từ ≥ 37 tuần chiếm 90,9%. Tỷ lệ sinh mổ chiếm 56,6%. Cân nặng trung bình của trẻ 2998,6 ± 432,4 với cân nặng thấp nhất 2000 gram và cao nhất là 4000 gram.

Biến chứng của mẹ: tiền sản giật/sản giật (2,1%), băng huyết sau sinh (6,3%), dọa vỡ tử cung (1,4%), nhiễm trùng hậu sản (5,6%). Tai biến của trẻ sau sinh: chuyển dưỡng nhi (15,4%), sử dụng can thiệp nhi (1,4%), vàng da sơ sinh (13,9%), suy hô hấp (9,1%) và thở CPAP (5,6%), **chết lưu (1,4%) (Bảng 3).**

**Bảng 3: Đặc điểm kết thúc thai kỳ**

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi thai	<34 tuần	0
	34 - <37 tuần	13
	≥ 37 tuần	130
Phương pháp sinh	Sanh thường	62
	Sanh mổ	81
Cân nặng của trẻ khi sinh	<2500 gram	14
	2500-3699gram	105
	≥ 3700 gram	24
Biến chứng	Không	118

của mẹ	TSG/Sản giật	3	2,1
	Băng huyết sau sinh	9	6,3
	Dọa vỡ tử cung	2	1,4
	Nhiễm trùng hậu sản	8	5,6
Tai biến của trẻ sau sinh	Chuyển dưỡng nh	22	15,4
	Can thiệp nhi	2	1,4
	Vàng da sơ sinh	20	13,9
	Suy hô hấp	13	9,1
	Thở CPAP	8	5,6
	Chết lưu	2	<b>1,4</b>

**5. Các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị.** Chúng tôi đưa các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,1$ ) vào mô hình hồi quy đa biến nhằm khử nhiễu và đánh giá các yếu tố liên quan thực sự kết quả điều trị. Qua phân tích, thai phụ tuân thủ điều trị kém tăng nguy cơ điều trị thất bại gấp 14,3 lần (KTC95%: 1,9 – 102,4). Thai phụ có kết quả điều trị thất bại tăng nguy cơ sinh mổ gấp 17,8 lần đối tượng điều trị thành công (KTC95%: 1,3 – 247,4) và tăng nguy cơ gặp tai biến ở trẻ gấp 4,3 lần đối tượng điều trị thành công (KTC95%: 1,1 – 16,8) (Bảng 4).

**Bảng 4: Mô hình hồi quy đa biến Logistic**

Đặc điểm		OR thô	OR Hiệu chỉnh	KTC95 %	p*
Tuân thủ điều trị kém	Kém	1	1	1,9 – 102,4	0,008
	Trung bình, tốt	12,7	14,3		
Phương pháp sinh	Sinh thường	1	1	1,3 – 247,4	0,032
	Sinh mổ	5,6	17,8		
Tai biến ở trẻ	Không	1	1	1,1 – 16,8	0,039
	Có	5,3	4,3		

#### IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình của trong nghiên cứu 29,5 ± 6,7. Kết quả nghiên cứu gần tương đồng với tác giả Phan Hoàng Mẫn Đạt công bố khảo sát 397 thai phụ từ tháng 10/2018 đến tháng 4/2019 tại bệnh viện An Phước- Bình Thuận nghiên cứu xác định yếu tố có ý nghĩa thống kê là thai phụ có tuổi ≥ 35 tuổi tăng nguy cơ ĐTĐTK<sup>(5)</sup>.

Phần lớn các thai phụ trong nghiên cứu đều sống trên địa bàn Huyện Bình Chánh là dân nhập cư từ các tỉnh chiếm 63,6% còn lại dân có hộ khẩu thường trú tại TPHCM chiếm 36,4%. Đa số thai phụ làm việc tại các khu công nghiệp trên địa bàn huyện Bình Chánh chiếm 48,3% và buôn bán nhỏ chiếm 20,3%. Trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu tương đối thấp, chủ yếu có trình độ từ THCS chiếm 45,5% và tiểu học/mù chữ chiếm 20,3%. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu ghi nhận yếu tố nơi cư trú, nghề nghiệp, trình độ học vấn không có mối liên quan đến kết quả điều trị tiết chế đái tháo đường thai kỳ (p>0,05). Nguyên nhân có thể do cỡ mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn và thiết kế nghiên cứu chưa phù hợp để đánh giá về yếu tố liên quan.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn có tuổi mang thai ngoài độ tuổi khuyến cáo sinh con theo WHO (>35 tuổi) và có điều kiện kinh tế khó khăn, sau khi được chẩn đoán mắc ĐTĐ thai kỳ là những thai phụ cần được quan tâm theo dõi chặt chẽ việc điều trị tiết chế bằng dinh dưỡng. Lý do các thai phụ này chưa tuân thủ tốt điều trị là vì họ chưa hiểu rõ chi tiết về chế độ tiết chế khi sử dụng khẩu phần ăn, và bản thân không đủ điều kiện kinh tế để chi trả một khẩu phần ăn chuyên biệt.

Kết quả điều trị tiết chế thành công trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi chiếm 83,9% (KTC95%: 78,3 – 89,5) và tỷ lệ thất bại chiếm 16,1% (KTC95%: 10,5 – 21,7). So sánh với kết quả nghiên cứu của Trương Thị Nguyệt Hào (2016), tiến hành nghiên cứu dọc tiến cứu đạt

được tỷ lệ kiểm soát đường huyết trong suốt quá trình là 90,36%<sup>(4)</sup>. Kết quả này cao hơn kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi do sự khác biệt về cỡ mẫu. So sánh, với kết quả trong nghiên cứu của Nguyễn Hằng Giang (2014) tại bệnh viện Hùng Vương năm 2013-2014, tỷ lệ thai phụ đạt đường huyết ổn định sau 7 ngày điều trị là 91,5%<sup>(3)</sup> cao hơn kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi. Nguyên nhân có thể do khác biệt về chế độ tư vấn dinh dưỡng. Chúng tôi nhận thấy rằng việc áp dụng chế độ dinh dưỡng tại bệnh viện thường cho thấy kết quả đạt mục tiêu điều trị về đường huyết tốt hơn. Nghiên cứu của Ruth Martis tại Canada khảo sát 180 phụ nữ có tuổi thai từ 20 - 32 tuần, đã được chẩn đoán mắc bệnh ĐTĐTK. Sử dụng cách tiếp cận GRADE, mục tiêu đường huyết nghiêm ngặt có liên quan đến việc gia tăng sử dụng liệu pháp được lý (33/85; 39%) so với mục tiêu đường huyết tự do (18/86; 21%) (RR= 1,85, KTC 95%: 1,14 -3,03; nghiên cứu thử nghiệm trên 171 phụ nữ). Kết quả này cho thấy tỷ lệ điều trị được có tỷ lệ hạ đường huyết tốt hơn so với điều trị tiết chế. Tuy nhiên làm tăng hạ đường huyết ở trẻ sơ sinh cao hơn, làm tăng nguy cơ dẫn đến dị tật bẩm sinh<sup>(7)</sup>.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tuy có thấp hơn kết quả của một số nghiên cứu thực hiện tại Việt Nam, nhưng nhìn chung tỷ lệ thành công trên 80% sẽ giúp hạn chế việc sử dụng thuốc để hạ đường huyết và các hệ lụy của nó. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể do cách tiếp cận mẫu nghiên cứu khác nhau, chúng tôi đánh giá điều trị trong giai đoạn dài hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Hằng Giang<sup>(3)</sup> và Trương Thị Nguyệt Hào<sup>(4)</sup> thời gian theo dõi ngắn vì vậy có thể có kết quả tốt hơn so với nghiên cứu của chúng tôi.

Để tìm hiểu các yếu tố có mối liên quan thực sự đến kết quả điều trị và kết cục thai kỳ liên quan đến kết quả điều trị. Nghiên cứu của chúng tôi đưa các yếu tố liên quan có ý nghĩa (p< 0,1) vào mô hình hồi quy đa biến nhằm khử nhiễu. Trong đó, bao gồm các yếu tố thai phụ có độ tuổi ≥ 35 tuổi, điều kiện kinh tế, tuổi thai lần sinh trước, tiền sử mắc THA mãn tính, tiền sử mắc THA thai kỳ, tiền sử ĐTĐ thai kỳ, BMI ≥ 23,0, khám không đầy đủ, tuân thủ điều trị kém, tỷ lệ sinh mổ, trẻ nặng cân, tai biến ở mẹ và trẻ, vào phân tích tổng hợp hồi quy đa biến logistic. Qua mô hình hồi quy đa biến logistic tìm thấy 3 yếu tố: tuân thủ điều trị kém, phương pháp sinh và tai biến ở trẻ liên quan đến kết quả điều trị tiết chế (p<0,05).

Đối tượng có mức tuân thủ điều trị kém tăng nguy cơ điều trị thất bại gấp 14,3 lần (KTC95%: 1,9 – 102,4) so với các đối tượng khác. Qua kết quả phân tích đa biến cho thấy tầm quan trọng của việc tuân thủ điều trị trong kiểm soát đường, tầm quan trọng không chỉ ở đối tượng tiết chế dinh dưỡng trong thai kỳ, mà ở hầu hết tất cả các bệnh khác.

Hậu quả của việc không kiểm soát được đường huyết tốt trong thai kỳ làm tăng nguy cơ sinh mổ gấp 17,8 lần đối tượng có đường huyết ổn định trong thai kỳ (KTC95%: 1,3-247,4). Mặt khác, đối tượng kiểm soát đường huyết không tốt tăng nguy cơ gặp tai biến ở trẻ gấp 4,3 lần đối tượng điều trị thành công (KTC95%: 1,1 – 16,8). Kết quả trong nghiên cứu của tác giả Diane Farrar mỗi liên quan tuyến tính tích cực của việc không kiểm soát đường huyết tốt trong thai kỳ tăng nguy cơ sinh mổ, khởi phát chuyển dạ, con lớn so với tuổi thai, bệnh macrosomia và rối loạn vai gáy đối với tất cả các trường hợp phơi nhiễm glucose qua sự phân bố nồng độ glucose<sup>(8)</sup>. Vì vậy, quản lý tốt đường huyết cho phụ nữ mắc đái tháo đường thai kỳ là tiền đề cho giảm các tai biến nguy hiểm xảy ra cho bé.

## V. KẾT LUẬN

Chế độ kiểm soát dinh dưỡng nghiêm ngặt giúp làm gia tăng tỷ lệ tiết chế thành công trong điều trị đái tháo đường thai kỳ. Tư vấn tốt và tuân thủ chế độ dinh dưỡng cho thai phụ đang

mắc đái tháo đường giúp giảm kết cục xấu trong thai kỳ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cunningham F Gary (2014)**, "Williams obstetrics", McGraw-Hill Education/Medical, United States, pp.1125.
2. **Deputy N. P (2018)**, "Prevalence and Changes in Preexisting Diabetes and Gestational Diabetes Among Women Who Had a Live Birth - United States, 2012-2016", MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 67(43), pp. 1201-1207.
3. **Nguyễn Hằng Giang, Ngô Thị Kim Phụng (2014)**, Kết quả điều trị đái tháo đường thai kỳ bằng chế độ ăn chế tiết tại Bệnh viện Hùng Vương năm 2013- 2014, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại Học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, thành phố Hồ Chí Minh.
4. **Trương Thị Nguyễn Hào (2016)**, Đánh giá hiệu quả tiết chế ăn uống trên thai phụ đái tháo đường thai kỳ tại bệnh viện quận Thủ Đức, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh.
5. **Phan Hoàng Mẫn Đạt (2019)**, Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan tại bệnh viện An Phước – Bình Thuận, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh, Tp. Hồ Chí Minh.
6. **M. N. Feghali (2019)**, "Response to Medical Nutritional Therapy and Need for Pharmacological Therapy in Women with Gestational Diabetes", Am J Perinatol. 36(12), pp.1250-1255.
7. **R. Martis (2016)**, "Different intensities of glycaemic control for women with gestational diabetes mellitus", Cochrane Database Syst Rev. 4(4), Cd011624.
8. **D. Farrar (2016)**, "Hyperglycaemia and risk of adverse perinatal outcomes: systematic review and meta-analysis", Bmj. 354, pp. i4694.

## NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ TĂNG SẢN LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT BẰNG PHƯƠNG PHÁP NÚT ĐỘNG MẠCH TIỀN LIỆT TUYẾN

Vũ Đăng Dũng<sup>1</sup>, Ngô Tuấn Minh<sup>1</sup>, Nguyễn Việt Dũng<sup>1</sup>,  
Nguyễn Xuân Khái<sup>2</sup>, Lê Thanh Dũng<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục đích:** Đánh giá kết quả sớm điều trị tăng sản lành tính tuyến tiền liệt (TSLTTTL) bằng phương pháp can thiệp nút động mạch tiền liệt tuyến. **Đối tượng và phương pháp:** 52 bệnh nhân được chẩn đoán TSLTTTL, được nút động mạch tuyến tiền liệt tại Bệnh viện Quân y 354. Đánh giá kết quả sớm của kỹ thuật

thông qua thang điểm IPSS (International Prostate Symptom Score), QoL (Quality of Life), lượng nước tiểu tồn dư và thể tích tuyến tiền liệt trên siêu âm. So sánh trước và sau điều trị bằng kiểm định t-test. **Kết quả:** Sau can thiệp 03 tháng, điểm IPSS giảm từ 31,58 điểm xuống còn 13,75; điểm QoL giảm từ 5,15 điểm xuống 1,87 điểm; thể tích tuyến tiền liệt trên siêu âm giảm từ 75,87 ± 30,07 cm<sup>3</sup> xuống còn 50,46 ± 18,89 cm<sup>3</sup>, thể tích nước tiểu tồn dư sau can thiệp giảm từ 37,71 ± 20,28mL xuống còn 20,83 ± 8,66 mL. Sau can thiệp có 05 bệnh nhân gặp biến chứng ở mức độ nhẹ, chiếm tỷ lệ 9,6%. **Kết luận:** Nút động mạch tuyến tiền liệt là phương pháp hiệu quả trong điều trị TSLTTTL.

**Từ khóa:** tăng sản lành tính tuyến tiền liệt, nút động mạch tuyến tiền liệt.

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 354

<sup>2</sup>Bệnh viện Quân y 103

<sup>3</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Dũng

Email: dung.nguyenviet.cdha@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.5.2021

Ngày phản biên khoa học: 28.6.2021

Ngày duyệt bài: 12.7.2021