

ĐÁNH GIÁ KẾT CỤC SẢN KHOA VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở THAI PHỤ MẮC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

Nguyễn Minh Anh¹, Huỳnh Thanh Phong¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu nhằm đánh giá kết cục sản khoa với một số yếu tố liên quan ở thai phụ được chẩn đoán mắc đái tháo đường thai kỳ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 33 sản phụ được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ đến sinh tại Bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Kiên Giang từ tháng 3/2023 đến tháng 6/2024. **Kết quả:** Về đặc điểm chung, thai phụ ở nhóm tuổi ≥ 35 chiếm đa số (52%), hơn một nửa thai phụ được kiểm soát đường huyết bằng chế độ ăn. Về kết quả sản khoa, có đến 75,8% thai phụ có tuổi thai lúc sinh ≥ 37 tuần và hầu hết có phương pháp sinh là mổ lấy thai (90,9%), bên cạnh đó tỷ lệ tiền sản giật và thai to lần lượt là 33,3% và 24,2%. Về biến chứng của thai phụ, hầu hết không có biến chứng (87,9%) và 12,1% có bằng huyết sau sinh. Về trẻ sơ sinh, toàn bộ trẻ có chỉ số APGAR 8 – 10 điểm và hầu hết không có biến chứng (81,8%), trong đó hạ đường huyết sơ sinh chiếm 18,2%. Đánh giá kết cục sản khoa ghi nhận đa số không có biến chứng và tuổi thai lúc sinh < 37 tuần có liên quan có ý nghĩa thống kê với kết cục sản khoa có biến chứng OR = 12,22 (KTC 95%: 1,88-79,44), $p=0,01$. **Kết luận:** ĐTĐTK có ảnh hưởng đáng kể đến kết quả sản khoa, hầu hết thai phụ mắc ĐTĐTK được mổ lấy thai và đa số có kết cục sản khoa không có biến chứng. Tuổi thai lúc sinh < 37 tuần có liên quan có ý nghĩa với kết cục sản khoa có biến chứng. **Từ khóa:** đái tháo đường thai kỳ, kết quả sản khoa, biến chứng, yếu tố nguy cơ.

Từ viết tắt: ĐTĐTK: đái tháo đường thai kỳ, ĐTĐ: đái tháo đường, THA: tăng huyết áp, PPKSDH: phương pháp kiểm soát đường huyết, BC: biến chứng

SUMMARY

ASSESSMENT OF OBSTETRIC OUTCOMES AND THE RELATIONSHIP WITH SOME FACTORS IN PREGNANT WOMEN WITH GESTATIONAL DIABETES

Objective: The study aims to evaluate obstetric outcomes and the association with some factors in pregnant women diagnosed with gestational diabetes. **Subjects and methods:** The cross-sectional study was conducted on 33 pregnant women diagnosed with gestational diabetes who gave birth at the Obstetrics and Pediatrics Hospital of Kien Giang Province from March 2023 to June 2024. **Results:** Regarding general characteristics, pregnant women aged ≥ 35 constituted

the majority (52%), with over half of the participants managing their blood glucose through dietary measures. In terms of obstetric outcomes, 75.8% of the pregnant women had a gestational age at delivery of ≥ 37 weeks, and the majority underwent cesarean section (90.9%), with the rates of pre-eclampsia and macrosomia being 33.3% and 24.2%, respectively. Concerning maternal complications, most had no complications (87.9%), and 12.1% experienced postpartum hemorrhage. Regarding neonatal characteristics, all newborns had APGAR scores of 8-10, with most free of complications (81.8%); however, neonatal hypoglycemia occurred in 18.2%. The evaluation of obstetric outcomes indicated that the majority were uncomplicated, and a gestational age at birth of < 37 weeks was significantly associated with adverse obstetric outcomes, with an odds ratio of 12.22 (95% CI: 1.88-79.44, $p=0.01$). **Conclusion:** Gestational diabetes significantly affects obstetric outcomes; most pregnant women with this condition undergo cesarean delivery, and the majority experience uncomplicated obstetric outcomes. A gestational age at birth of < 37 weeks is significantly associated with adverse obstetric outcomes.

Keywords: Gestational diabetes, obstetric outcomes, complications, risk factors.

Abbreviations: ADA: American Diabetes Association, ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là biến chứng phổ biến nhất khi mang thai và có tác động đáng kể đến sức khỏe của cả thai phụ và trẻ sơ sinh [9]. Ngày nay, tỷ lệ lưu hành của ĐTĐTK trên toàn cầu là 4,4% và vẫn đang tiếp tục tăng, đặc biệt là ở các quốc gia đang phát triển, trong đó có Việt Nam, nơi mà các nguồn lực y tế và khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe còn hạn chế [7].

Bên cạnh đó, mặc dù ĐTĐTK có thể được quản lý hiệu quả thông qua can thiệp y tế, nhưng vẫn được xem là nguyên nhân chính gây ra các biến chứng nghiêm trọng trong và sau khi sinh, liên quan đến nhiều biến chứng khác nhau ở bà mẹ và trẻ sơ sinh bao gồm sinh non, tiền sản giật và tăng nguy cơ đái tháo đường típ 2 sau này đối với thai phụ [5]. Do đó, ĐTĐTK không chỉ là mối quan tâm y tế cá nhân mà còn là một vấn đề sức khỏe cộng đồng cần được giải quyết.

Nhằm mục đích đánh giá kết cục sản khoa và mối liên quan với một số yếu tố ở phụ nữ mang thai mắc ĐTĐTK, đồng thời xác định các yếu tố có thể can thiệp và góp phần vào các

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Anh

Email: anhmnnguyen0704@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2024

Ngày duyệt bài: 20.5.2024

chính sách y tế để giảm thiểu các kết cục xấu của ĐĐTĐK đối với các sản phụ và trẻ sơ sinh, chúng tôi thực hiện đề tài: “Đánh giá kết cục sản khoa và mối liên quan với một số yếu tố ở thai phụ mắc đái tháo đường thai kỳ” với hai mục tiêu sau:

1. *Mô tả kết quả sản khoa của thai phụ mắc đái tháo đường thai kỳ.*

2. *Đánh giá mối liên quan giữa kết cục sản khoa và một số yếu tố ở thai phụ mắc đái tháo đường thai kỳ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả các thai phụ được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ đến sinh tại Bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Kiên Giang từ tháng 3/2023 đến tháng 6/2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả các thai phụ trên 18 tuổi, đến kết thúc thai kỳ tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Kiên Giang.

Được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ trong lần mang thai này theo tiêu chuẩn ADA 2022.

Tiêu chuẩn loại trừ: Thai phụ đã được chẩn đoán ĐĐT trước khi mang thai.

Thai phụ đang dùng các thuốc ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose như corticoid.

Thai phụ đang mắc các bệnh lý có liên quan đến chuyển hóa glucose: Basedow, suy giáp, suy gan.

Đang mắc các bệnh cấp tính: nhiễm khuẩn toàn thân, lao phổi, viêm cầu thận cấp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả thai phụ mắc đái tháo đường thai kỳ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu. Tổng cộng chúng tôi tuyển chọn được 33 thai phụ tham gia nghiên cứu..

Nội dung nghiên cứu: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: nhóm tuổi (<25, 25 – 34, ≥35), dân tộc (Kinh, Khmer), yếu tố nguy cơ [YTNC] tiền sử gia đình ĐĐT (có/không), YTNC tăng huyết áp (có/không), YTNC tiền sử sinh non: khi tiền sử sản khoa có ít nhất 1 lần sinh con còn sống ở tuổi thai từ 28 tuần đến trước 37 tuần (có/không), YTNC tiền sử ĐĐTĐK: được xác định là có khi lần mang thai trước được chẩn đoán là đái tháo đường thai kỳ theo tiêu chuẩn ADA 2022 (có/không), YTNC tiền sử thai lưu: được xác định là có khi khai thác tiền sử sản khoa ghi nhận tiền căn thai chết khi còn nằm trong tử cung, không rõ nguyên nhân và tuổi thai > 28 tuần (có/không), YTNC tiền sử sinh

con to: được xác định là có xác định qua tiền sử sản khoa khi sản phụ có ít nhất 1 lần sinh con mà cân nặng sơ sinh trẻ ≥4000g (có/không), phương pháp kiểm soát đường huyết [PPKSDH] bằng chế độ ăn (có/không), PPKSDH bằng insulin (có/không).

Mô tả kết quả sản khoa của đối tượng nghiên cứu: tuổi thai lúc sinh (<28 tuần, 28 – 36 tuần, ≥37 tuần), phương pháp sinh mổ lấy thai (có/không), phương pháp sinh ngả âm đạo (có/không), tiền sản giật/sản giật: xác định là có khi có tình trạng THA sau 20 tuần tuổi thai và/hoặc có protein niệu hoặc có tổn thương cơ quan đích hoặc có tình trạng có cơ cơ giật không giải thích được bởi các nguyên nhân gây rối loạn thần kinh trên một sản phụ có tiền sản giật, theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Hiệp hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG) 2020 (có/không), thai to: xác định là có khi cân nặng sơ sinh thai >4000g (có/không); biến chứng thai phụ phân thành 4 nhóm: không biến chứng (có/không), băng huyết sau sinh (có/không), rách tầng sinh môn phức tạp (có/không), cắt tử cung (có/không); biến chứng sơ sinh phân thành 5 nhóm: chỉ số APGAR (1 – 3 điểm, 4 – 7 điểm, 8 – 10 điểm), chấn thương sơ sinh (có/không), hạ đường huyết [ĐH] sơ sinh: khi ĐH ≤ 2,6 mmol/l, trong 2 ngày đầu sau sinh (có/không), tử vong chu sinh (có/không).

Kết cục sản khoa được chia thành 2 nhóm:

- Có biến chứng [BC]: xuất hiện bất kỳ BC nào của thai phụ hoặc BC của trẻ sơ sinh.

- Không BC: không xuất hiện bất kỳ BC nào của thai phụ hoặc BC của trẻ sơ sinh.

Đánh giá mối liên quan giữa kết cục sản khoa và tuổi thai phụ (<35/≥35), PPKSDH (chế độ ăn/insulin), tuổi thai lúc sinh (<37/≥37), tiền sản giật/sản giật (có/không), thai to (có/không).

Công cụ thu thập số liệu. Phiếu thu thập số liệu, dụng cụ thăm khám lâm sàng, hồ sơ bệnh án, hệ thống xét nghiệm huyết học, sinh hoá tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Kiên Giang.

Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu thu thập được mã hoá và xử lý trên máy vi tính, sử dụng phần mềm SPSS 26.0.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện sau khi được Hội Đồng Nghiên Cứu Khoa Học Trường Đại học Võ Trường Toàn thông qua. Các bước thực hiện tuân thủ theo các tiêu chí về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung đôi tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	<25	3	9,0
	25 – 34	13	39,0
	≥ 35	17	52,0
Dân tộc	Kinh	29	87,9
	Khmer	4	12,1
Yếu tố nguy cơ	Tiền sử gia đình ĐTĐ	1	3,0
	Tăng huyết áp	1	3,0
	Tiền sử sinh non	3	9,1
	Tiền sử ĐTĐ thai kỳ	1	3,0
	Tiền sử thai lưu >28 tuần	1	3,0
	Tiền sử sinh con to	3	9,1
Phương pháp kiểm soát đường huyết	Chế độ ăn	19	57,6
	Insulin	14	42,4

Nhận xét: Về đặc điểm chung của đôi tượng nghiên cứu, hầu hết thai phụ là dân tộc Kinh (87,9%), trong đó hơn một nửa thai phụ ở nhóm tuổi ≥ 35 (52%), còn lại thai phụ ở nhóm tuổi 25 – 34 và dưới 25 chiếm tỷ lệ lần lượt là 39% và 9%. Tiền sử thai phụ có tiền căn gia đình mắc ĐTĐ, tiền căn THA, tiền căn ĐTĐTK trước đó và tiền sử thai lưu > 28 tuần đều chiếm tỷ lệ 3%, bên cạnh đó số thai phụ có tiền sử sinh non và tiền sử sinh con to cùng chiếm tỷ lệ là 9,1%. Về phương pháp kiểm soát đường huyết, thai phụ kiểm soát bằng chế độ ăn chiếm 57,6% và kiểm soát bằng insulin chiếm 42,4%.

3.2. Kết quả sản khoa của thai phụ mắc đái tháo đường thai kỳ

Bảng 2. Kết quả sản khoa của thai phụ mắc đái tháo đường thai kỳ

Kết quả sản khoa		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi thai lúc sinh	<28 tuần	1	3,0
	28 - 36 tuần	7	21,2
	≥37 tuần	25	75,8
Phương pháp sinh	Mổ lấy thai	30	90,9
	Sinh ngã âm đạo	3	9,1
Tiền sản giật		11	33,3
Thai to		8	24,2

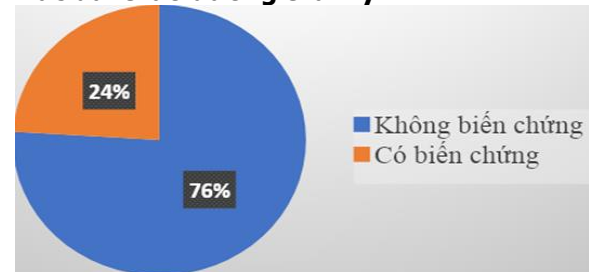
Bảng 3. Môi liên quan giữa kết cục sản khoa và một số yếu tố

Yếu tố		Có BC n (%)	Không BC n (%)	OR (KTC 95%)	p	
Tuổi thai phụ	≥ 35	3 (37,5)	14 (56,0)	0,47 (0,09- 2,42)	0,438*	
	< 35	5 (62,5)	11 (44,0)			
Phương pháp kiểm soát đường huyết	Chế độ ăn	6 (75,0)	13 (52,0)	2,77 (0,47-16,46)	0,416*	
	Dùng Insulin	2 (25,0)	12 (48,0)			
Tuổi thai lúc sinh		< 37	5 (62,5)	3 (12,0)	12,22	0,01*

Biến chứng của thai phụ	Không biến chứng		29	87,9
	Băng huyết sau sinh		4	12,1
	Rách tầng sinh môn phức tạp		0	0
	Cắt tử cung		0	0
Biến chứng sơ sinh	Chỉ số APGAR	1 – 3 điểm	0	0
		4 – 7 điểm	0	0
		8 – 10 điểm	33	100
	Không biến chứng		27	81,8
	Chấn thương sơ sinh		0	0
	Hạ đường huyết sơ sinh		6	18,2
Tử vong chu sinh		0	0	

Nhận xét: Kết quả cho thấy đa số tuổi thai lúc sinh ≥37 tuần (75,8%), trong đó thấp nhất là <28 tuần (3%). Về phương pháp sinh, hầu hết là mổ lấy thai (90,9%). Tiền sản giật và thai to chiếm tỷ lệ lần lượt là 33,3% và 24,2%. Về biến chứng của thai phụ, phần lớn không có biến chứng (87,9%) và một số ít thai phụ có biến chứng băng huyết sau sinh (12,1%), đồng thời chưa ghi nhận biến chứng rách tầng sinh môn và cắt tử cung. Về biến chứng sơ sinh, toàn bộ trẻ sơ sinh có chỉ số APGAR 8 – 10 điểm, trong đó ghi nhận hầu hết trẻ sơ sinh không có biến chứng (81,8%) và gần 1/5 trường hợp có hạ đường huyết sơ sinh (18,2%), đồng thời chưa ghi nhận biến chứng chấn thương sơ sinh và tử vong chu sinh.

3.3. Tỷ lệ kết cục sản khoa ở thai phụ mắc đái tháo đường thai kỳ



Biểu đồ 1. Kết cục sản khoa ở thai phụ mắc đái tháo đường thai kỳ

Nhận xét: Kết quả cho thấy ở 33 thai phụ mắc ĐTĐTK, có 8 trường hợp có biến chứng chiếm 24%.

3.4. Đánh giá môi liên quan giữa kết cục sản khoa và một số yếu tố

	≥ 37	3 (37,5)	22 (88,0)	(1,88-79,44)	
Tiền sản giật	Có	1 (12,5)	10 (40,0)	0,21	0,218*
	Không	7 (87,5)	15 (60,0)	(0,02-2,02)	
Thai to	Có	3 (37,5)	5 (20,0)	2,40	0,366*
	Không	5 (62,5)	20 (80,0)	(0,42-13,6)	

*Fisher exact test

Nhận xét: Đánh giá một số yếu tố liên quan đến kết cục sản khoa, chúng tôi ghi nhận tuổi thai lúc sinh <37 tuần liên quan đến tăng tỷ lệ kết cục sản khoa có biến chứng nhiều hơn, với OR = 12,22; KTC 95%: 1,88 – 79,44; p = 0,01.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên 33 thai phụ mắc đái tháo đường thai kỳ với hơn một nửa thai phụ ở nhóm tuổi ≥35, đa phần các thai phụ có phương pháp kiểm soát đường huyết dựa vào chế độ ăn, kết quả ghi nhận có 24% thai phụ có kết cục sản khoa có biến chứng ở mẹ hoặc con. Trong đó, nhóm tuổi lúc sinh <37 tuần liên quan đến kết cục sản khoa có biến chứng cao hơn.

Về kết quả sản khoa của đối tượng nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận đa số thai phụ mắc ĐTĐTK có tuổi thai lúc sinh ≥ 37 tuần, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Bùi Sơn Thắng, Đặng Thị Minh Nguyệt (2023), kết quả ghi nhận 79,57% trẻ sơ sinh có tuổi thai từ 37 tuần trở lên [2]. Có thể giải thích là do tuổi thai đủ tháng (≥ 37 tuần) ở thai phụ mắc ĐTĐTK là tuổi thai có chỉ định chấm dứt thai kỳ khi có bất kỳ biến chứng về thai phụ hoặc thai nhi nhằm mục đích đảm bảo an toàn cho thai phụ và thai nhi, thật vậy, tình trạng kéo dài thai kỳ quá 38 tuần không được khuyến cáo ở thai phụ mắc ĐTĐTK [3]. Bên cạnh đó, chúng tôi còn ghi nhận hầu hết đối tượng nghiên cứu có phương pháp sinh là mổ lấy thai và một số ít sinh ngả âm đạo, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Bùi Sơn Thắng, Đặng Thị Minh Nguyệt (2023), nghiên cứu trên 213 thai phụ mắc ĐTĐTK, kết quả ghi nhận có 75,59% thai phụ được mổ lấy thai [2]. Có thể giải thích là do ở những thai phụ mắc ĐTĐTK có nhiều yếu tố nguy cơ và biến chứng có thể xảy ra trong thai kỳ và quá trình sinh cao hơn đáng kể so với thai phụ bình thường, thật vậy, nghiên cứu của Boriboonhirunsarn và Waiyanikorn (2016), kết quả cho thấy tỷ lệ mổ lấy thai ở thai phụ mắc ĐTĐTK cao hơn so với phụ nữ có thai kỳ bình thường, chủ yếu do các biến chứng liên quan đến tình trạng sức khỏe của thai phụ và thai nhi [5].

Về biến chứng của thai phụ, chúng tôi ghi nhận phần lớn thai phụ mắc ĐTĐTK không có biến chứng và băng huyết sau sinh là biến chứng

đơn nhất xuất hiện. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Dittakarn và cộng sự (2006), kết quả ghi nhận biến chứng thai phụ phổ biến nhất được quan sát là băng huyết sau sinh, chiếm tỷ lệ 10,5% các trường hợp được nghiên cứu [6]. Có thể giải thích là do ĐTĐTK được biết đến là bệnh lý ảnh hưởng đến hệ thống mạch máu và cơ chế đông máu, làm gia tăng các biến chứng trong và sau khi sinh, do đó thai phụ mắc ĐTĐTK có nguy cơ băng huyết sau sinh cao hơn đáng kể so với những thai phụ không mắc bệnh [10].

Ngoài ra, về biến chứng sơ sinh, chúng tôi cũng ghi nhận được tất cả trẻ sơ sinh đều có APGAR 8 – 10 điểm và phần lớn trẻ sơ sinh không có biến chứng, trong đó, hạ đường huyết sơ sinh là biến chứng duy nhất gặp ở những trẻ xuất hiện biến chứng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Văn Đạt (2023) [1] và nghiên cứu của Abdalrahman (2013) [4], kết quả cho thấy chỉ số APGAR 5 phút 8 - 10 điểm của trẻ sơ sinh chiếm lệ 99,04% và trẻ sơ sinh sinh ra từ những thai phụ có ĐTĐTK được kiểm soát tốt vẫn có nguy cơ bị hạ đường huyết cao hơn đáng kể so với nhóm thai phụ không mắc ĐTĐTK (OR=4,7; KTC 95% 1,7-12,6; p=0,002), qua đó cho thấy tầm quan trọng của việc theo dõi chặt chẽ mức đường huyết ở trẻ sơ sinh, đặc biệt ở những trẻ có mẹ mắc ĐTĐTK.

Về đánh giá kết cục sản khoa ở những thai phụ mắc ĐTĐTK, chúng tôi ghi nhận đa số thai phụ có kết cục sản khoa không có biến chứng. Khi xét về tuổi thai lúc sinh, chúng tôi ghi nhận nhóm tuổi thai lúc sinh <37 tuần liên quan đến gia tăng tỷ lệ kết cục sản khoa có biến chứng cao hơn đáng kể so với nhóm tuổi thai lúc sinh ≥ 37 tuần. Thật vậy, kết quả cho thấy mối liên hệ độc lập giữa sinh non tự phát và ĐTĐTK, đồng thời cho thấy được ĐTĐTK không chỉ là yếu tố nguy cơ đối với sinh non mà còn liên quan đến các biến chứng chu sinh nghiêm trọng. Qua đó nhấn mạnh tầm quan trọng trong việc định hướng chiến lược can thiệp sớm và quản lý một cách cá thể hóa các trường hợp ĐTĐTK, nhằm giảm thiểu nguy cơ sinh non và các biến chứng liên quan. Từ đó giúp cải thiện kết cục sản khoa [8].

Một trong những nhược điểm quan trọng nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là cỡ mẫu hạn chế. Đồng thời, vì đây là nghiên cứu mô tả

cắt ngang nên chưa thể suy luận được mối quan hệ nhân quả.

V. KẾT LUẬN

Phần lớn thai phụ mắc ĐTĐTK có kết cục sản khoa tốt, chiếm 76%. Hầu hết thai phụ có phương pháp sinh là mổ lấy thai. Bằng huyết sau sinh ở mẹ và hạ đường huyết ở trẻ sơ sinh là những biến chứng ghi nhận được. Tuổi thai lúc sinh <37 tuần liên quan có ý nghĩa thống kê với tăng kết cục sản khoa có biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Lê VB, Lương HT, Trương QV.** Kết quả sản khoa đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2022. Tạp Chí Y học Việt Nam. 2023;532(1B). doi:10.51298/vmj.v532i1B.7459.
- Bùi ST, Đặng TMN.** Kết quả xử trí sản khoa của thai phụ đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện sản nhi Nghệ An năm 2021 - 2022. Tạp Chí Y học Việt Nam. 2023; 522(1): 105-108. doi:10.51298/vmj.v522i1.4237.
- American Diabetes Association.** Standards of medical care in diabetes—2019. Diabetes Care. 2019;39(1):36-94. doi:10.2337/dc19-Sint01.
- Abdallah Almarzouki A.** Maternal and neonatal outcome of controlled gestational diabetes mellitus versus high risk group without gestational diabetes mellitus: a comparative study. Med Glas (Zenica). 2013;10(1):70-74. PMID: 23348165.
- Boriboonhirunsarn D, Waiyanikorn R.** Emergency cesarean section rate between women with gestational diabetes and normal pregnant women. Taiwan J Obstet Gynecol. 2016;55(1):64-67. doi:10.1016/j.tjog.2015.08.024.
- Boriboonhirunsarn D, Talungjit P, Sunsaneevithayakul P, Sirisomboon R.** Adverse pregnancy outcomes in gestational diabetes mellitus. Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet Thangphaet. 2006 Oct; 89 Suppl 4:S23-8. PMID: 17725139.
- Eades CE, Burrows KA, Andreeva R, Stansfield DR, Evans JM.** Prevalence of gestational diabetes in the United States and Canada: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2024;24(1):204. Published 2024 Mar 15. doi:10.1186/s12884-024-06378-2.
- Hedderson MM, Ferrara A, Sacks DA.** Gestational diabetes mellitus and lesser degrees of pregnancy hyperglycemia: association with increased risk of spontaneous preterm birth. Obstet Gynecol. 2003;102(4):850-856. doi:10.1016/s0029-7844(03)00661-6.
- Moon JH, Jang HC.** Gestational Diabetes Mellitus: Diagnostic Approaches and Maternal-Offspring Complications. Diabetes Metab J. 2022;46(1):3-14. doi:10.4093/dmj.2021.0335.
- Ye W, Luo C, Huang J, Li C, Liu Z, Liu F.** Gestational diabetes mellitus and adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2022;377:e067946. Published 2022 May 25. doi:10.1136/bmj-2021-067946.

ĐỘ DÀY MẶT NGOÀI XƯƠNG Ồ RĂNG VÀ VỊ TRÍ CHÂN RĂNG THEO CHIỀU DỌC Ở VÙNG RĂNG TRƯỚC HÀM TRÊN TRÊN PHIM CHỤP CẮT LỚP HÌNH NÓN (CBCT)

Nghiêm Tuấn Anh¹, Nguyễn Minh Tuấn¹, Lê Võ Gia Huy²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá độ dày mặt ngoài xương ổ răng trước hàm trên và phân loại hướng chân răng theo mặt phẳng đứng dọc theo phân loại Kan ở một nhóm người Việt Nam. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hình ảnh CBCT của 70 bệnh nhân được lựa chọn ngẫu nhiên từ dữ liệu hình ảnh tại Nha khoa BẢO VỆ NỤ CƯỜI AN GIANG. **Kết quả nghiên cứu:** Sau khảo sát, 406 chiếc răng đã được sử dụng để đo độ dày mặt ngoài xương ổ răng tại 3 vị trí: cách đường nối men xê măng (CEJ) 4mm về phía chóp (điểm P1), giữa P1 và điểm giữa chân răng(P2), giữa

chân răng (P3). Kết quả thể hiện rằng hầu hết những răng nghiên cứu có độ dày bản mặt ngoài xương ổ răng ngoài nhỏ hơn 1mm tại hầu hết các vị trí khảo sát. Độ dày bản mặt ngoài xương ổ răng ngoài trung bình nằm trong khoảng giữa 0.71 ± 0.51 và 0.95 ± 0.48 mm. Tỷ lệ hướng chân răng lần lượt là 89.66% loại I, 5.91% loại II, 0% loại III, và 4.43% loại IV. **Kết luận:** Tỷ lệ thành ngoài xương ổ răng hàm trên mỏng tương đối cao, có thể gây nguy cơ cho việc tụt nướu sau này. Tuy nhiên, vị trí hướng chân răng loại I theo Kan thì lại chiếm phần lớn trong nghiên cứu, vị trí này được xem là phù hợp cho việc ăn khớp giữa implant và xương. **Từ khóa:** mặt ngoài xương ổ răng, vị trí chân răng, CBCT, vị trí chân răng theo mặt phẳng đứng dọc, đặt implant tức thì.

SUMMARY

LABIAL ALVEOLAR BONE THICKNESS AND SAGITTAL ROOT POSITION OF MAXILLARY ANTERIOR TEETH ON USING CONE BEAM COMPUTED TOMOGRAPHY(CBCT)

¹Nha khoa Bảo vệ nụ cười An Giang

²Trường Đại học Kinh doanh và Công nghệ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Tuấn

Email: nghiemtuananh39@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2024

Ngày duyệt bài: 20.5.2024