

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU QUẢN LÝ VÀ ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

TS. BS. Châu Mỹ Chi*, BS. Nguyễn Thị Mỹ Hạnh**

*Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang

**Bệnh viện Phụ sản Tiền Giang

DOI: 10.47122/vjde.2022.57.11

ABSTRACT

Preliminary results of management and treatment of gestational diabetes mellitus

Background: The prevalence of gestational diabetes mellitus (GDM) has been increasing in the world. Diabetes confers significantly greater maternal and fetal risk largely related to the degree of hyperglycemia but also related to chronic complications and comorbidities of diabetes. The risks of diabetes in pregnancy include spontaneous abortion, fetal anomalies, preeclampsia, fetal demise, macrosomia...

Objectives: This study was undertaken to describe clinical characteristics, risk factors related to GDM, preliminary results of management and treatment of GDM. **Subjects and Methods:** 55 patients with GDM were diagnosed at 24-28 weeks by 75-g oral glucose test. Women with GDM intervened with lifestyle modifications, blood glucose monitoring, and insulin therapy, if needed.

Result: The mean age of pregnant women with gestational diabetes was 30.76 ± 4.72 years, the youngest is 22 years old, and the oldest is 41 years old. Family history of diabetes mellitus (first-degree relative) was 27.27%. History of stillbirth or miscarriage was 16.36%. Lifestyle intervention, including diet and exercise was 49.09%; Insulin therapy was 50.91%. Fasting glucose levels ≤ 5.3 mmol per L was 84.85%, one-hour postprandial ≤ 7.8 mmol per L was 85.45% and two-hour postprandial ≤ 6.7 mmol per L was 84.45%. Fetal weight $\geq 4,000$ g was 5.45%. **Conclusions:** GDM doubles the risk of perinatal morbidity and mortality. All pregnant women should be screened for GDM. The prevention of GDM and the treatment of improving pregnancy outcomes are urgently needed. Most patients with diabetes in pregnancy can be controlled with basic

treatment such as insulin and lifestyle interventions.

Keywords: Diabetes mellitus, gestational diabetes mellitus

TÓM TẮT

Cơ sở lý luận: Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) ngày càng gia tăng trên thế giới. Bệnh đái tháo đường gây nguy cơ cao hơn đáng kể cho mẹ và thai nhi, phần lớn liên quan đến mức độ tăng đường huyết nhưng cũng liên quan đến các biến chứng mãn tính và bệnh đi kèm. Nguy cơ của ĐTĐTK bao gồm sảy thai tự nhiên, dị tật thai nhi, tiền sản giật, thai chết lưu, thai to. **Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng ở những thai phụ ĐTĐTK, một số yếu tố nguy cơ liên quan tới ĐTĐTK, kết quả ban đầu quản lý và điều trị ĐTĐTK. **Đối tượng và phương pháp:** 55 bệnh nhân ĐTĐTK được chẩn đoán từ tuần thứ 24 đến 28 bằng test dung nạp đường uống 75g glucose, được can thiệp bằng thay đổi lối sống, theo dõi đường huyết, hoặc can thiệp bằng insulin. **Kết quả:** Tuổi trung bình $30,76 \pm 4,72$ tuổi, nhỏ nhất 22 tuổi, lớn nhất 41 tuổi. Tiền sử gia đình (trực hệ) mắc bệnh ĐTĐ 27,27%. Tiền sử thai lưu hoặc sảy thai là 16,36%. Can thiệp thay đổi lối sống (chế độ ăn, luyện tập) là 49,09%, điều trị với insulin là 50,91%. Đạt mục tiêu điều trị lúc đói là 84,45%, sau 1 giờ là 85,45%, sau 2 giờ là 84,45%. Tỷ lệ sinh con to ≥ 4000 g là 5,45%. **Kết luận:** ĐTĐTK làm tăng gấp đôi nguy cơ mắc bệnh và tử vong chu sinh. Tất cả phụ nữ mang thai nên được sàng lọc ĐTĐTK. Việc phòng ngừa ĐTĐTK và điều trị cải thiện kết quả thai nghén là cần thiết và hầu hết bệnh nhân có thể được kiểm soát bằng điều trị cơ bản như can thiệp insulin và lối sống.

Từ khóa: Đái tháo đường, thai kỳ

Tác giả liên hệ: Châu Mỹ Chi

Ngày nhận bài: 15/9/2022

Ngày phân biện khoa học: 15/10/2022

Ngày duyệt bài: 5/11/2022

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh rối loạn chuyển hóa, có đặc điểm tăng glucose huyết tương do thiếu hụt về tiết insulin, về tác động của insulin hoặc cả hai. Tăng glucose mạn tính trong thời gian dài gây nên những rối loạn chuyển hóa carbohydrate, protide, lipide, gây tổn thương ở nhiều cơ quan khác nhau, đặc biệt ở tim và mạch máu, thận, mắt, thần kinh. Đây là một bệnh nội tiết chuyển hóa thường gặp nhất và là một bệnh không lây nhiễm phổ biến nhất trên toàn cầu. Bệnh đái tháo đường là một trong những vấn đề sức khỏe của thế kỷ 21 và có xu hướng gia tăng rõ rệt trong những năm gần đây, trong đó có đái tháo đường thai kỳ. Đây là một thể bệnh đặc biệt của đái tháo đường và đang là vấn đề đáng quan tâm của y tế cộng đồng vì số lượng bệnh nhân ngày càng gia tăng và hậu quả, biến chứng của nó cho người mẹ và thai nhi ngày càng phức tạp.

Theo Hội Nội tiết Mỹ (Endocrine Society) đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là tình trạng liên quan đến tăng glucose huyết tương của mẹ với mức độ thấp hơn đái tháo đường mang thai (đái tháo đường rõ) và làm tăng nguy cơ các kết cục sản khoa bất lợi.

Theo Tổ chức Y tế thế giới (2013), tăng glucose huyết tương được phát hiện lần đầu trong khi có thai được phân loại thành 2 nhóm là đái tháo đường mang thai (Diabetes in pregnancy) và đái tháo đường thai kỳ (Gestational Diabetes Mellitus). Đái tháo đường mang thai, hay còn gọi là đái tháo đường rõ (Overt Diabetes) có mức đường máu đạt mức chẩn đoán đái tháo đường tiêu chuẩn (ADA 2010), trong khi đái tháo đường thai kỳ có mức glucose huyết tương thấp hơn.

Tình trạng đái tháo đường thai kỳ đang có chiều hướng gia tăng trên toàn cầu và tại Việt Nam. Thống kê tại một số nước khu vực, tỷ lệ ĐTĐ thai kỳ tại Singapore hiện nay là 18,9%, Malaysia 11,4%, Australia 13%, Thái Lan 9,3% và ở Việt Nam tỷ lệ này là 20%.

ĐTĐ thai kỳ là ĐTĐ được chẩn đoán trong

3 tháng giữa hoặc 3 tháng cuối của thai kỳ và không có bằng chứng về ĐTĐ típ 1, ĐTĐ típ 2 trước đó. Nếu phụ nữ có thai 3 tháng đầu được phát hiện tăng glucose huyết thì xếp loại là ĐTĐ chưa được chẩn đoán/chưa được phát hiện hoặc ĐTĐ trước mang thai và dùng tiêu chí chẩn đoán như ở người không có thai.

Đái tháo đường thai kỳ ảnh hưởng rất lớn tới sức khỏe của bà mẹ cũng như của thai nhi: Người mẹ có thể mắc các bệnh lý như tăng huyết áp, bệnh lý võng mạc, bệnh lý mạch vành và nhiễm trùng tiết niệu, tăng nguy cơ nhiễm độc thai nghén và nguy cơ bị đái tháo đường thực sự trong tương lai... Tăng glucose huyết tương ở phụ nữ mang thai sẽ gây nên tiền sản giật nếu không được kiểm soát tốt glucose huyết tương. Tăng huyết áp ở người mẹ sẽ đe dọa đến tính mạng của cả mẹ và thai nhi. Phần lớn các nghiên cứu chỉ ra rằng bất thường bẩm sinh tăng gấp 3 lần ở những thai nhi có mẹ mắc bệnh đái tháo đường thai kỳ

Mục tiêu nghiên cứu:

1. *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng ở những thai phụ được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ.*

2. *Tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ liên quan tới đái tháo đường thai kỳ ở phụ nữ mang thai đến khám và quản lý thai kỳ.*

3. *Đánh giá kết quả ban đầu quản lý và điều trị đái tháo đường thai kỳ tại phòng khám.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Thai phụ từ tuần thứ 24-28 của tuổi thai được làm nghiệm pháp 75g glucose để tầm soát ĐTĐTK và được chẩn đoán ĐTĐTK

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Đái tháo đường thai kỳ được chẩn đoán

Thực hiện Nghiệm pháp dung nạp 75 gam Glucose - 2 giờ.

Cách tiến hành: Ba ngày trước khi tiến hành nghiệm pháp chẩn đoán, không ăn chế độ ăn có quá nhiều glucid cũng như không ăn kiêng nhằm tránh ảnh hưởng nghiệm pháp. Nhịn đói 8 - 12 giờ trước khi làm nghiệm pháp

Cách thực hiện:

- Lấy 2ml máu tĩnh mạch, định lượng

glucose trong huyết tương lúc đói trước khi làm nghiệm pháp (Nếu glucose huyết tương lúc đói $\geq 126\text{mg/dl}$ hoặc $\geq 7,0\text{mmol/l}$ → đủ tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ, không cần cho thai phụ uống 75g glucose).

- Cho thai phụ uống ly nước pha với 75g glucose khan, uống trong vòng 5 phút.

- Lấy 2ml máu tĩnh mạch, định lượng

glucose trong huyết tương ở 2 thời điểm 1 giờ và 2 giờ sau uống nước glucose.

Trong thời gian làm nghiệm pháp thai phụ không ăn uống gì thêm, được ngồi nghỉ ngơi trong phòng làm nghiệm pháp hoặc đi lại nhẹ nhàng trong thời gian làm nghiệm pháp.

Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ:

Bảng 2.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường qua test 75g glucose

Giờ	Glucose huyết tương (mg/dl hay mg%)	Glucose huyết tương (mmol/l)
Đói	≥ 92	$\geq 5,1$
1 giờ	≥ 180	$\geq 10,0$
2 giờ	≥ 153	$\geq 8,5$

Nếu có từ 1 giá trị lớn hơn hay bằng là chẩn đoán Đái tháo đường thai kỳ

Bảng 2.2. Tiêu chuẩn kiểm soát đường huyết tốt

Đường máu lúc đói:	$\leq 5,3\text{mmol/l}$ hoặc
Đường máu sau 1 giờ:	$\leq 7,8\text{ mmol/l}$ hoặc
Đường máu sau 2 giờ:	$\leq 6,7\text{ mmol/l}$.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đái tháo đường mang thai hay đái tháo đường rõ

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2020 đến tháng 6/2021

Phương pháp thu thập số liệu:

Hỏi và khám lâm sàng theo mẫu nghiên cứu đã thiết kế.

Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm Stata 8.0 để xử lý số liệu.

Các biến liên tục được mô tả ở dạng trung bình ± độ lệch chuẩn, các biến định tính được trình bày tỉ lệ phần trăm (%).

Kiểm định kiểm chi bình phương χ^2 để xác định mức độ khác nhau có ý nghĩa thống kê hay không khi so sánh hai tỷ lệ. So sánh các trị số trung bình bằng phép χ^2 ở cỡ mẫu >5 ở mỗi ô, phép kiểm chính xác Fisher cho cỡ mẫu <5 .

Ngưỡng có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Cỡ mẫu: Lấy mẫu thuận tiện

Quá trình thực hiện nghiên cứu gồm 2 giai đoạn:

- Giai đoạn 1: Bác sĩ sản khoa sẽ tiến hành

sàng lọc, sản phụ bị ĐTĐTK gửi bác sĩ nội tiết

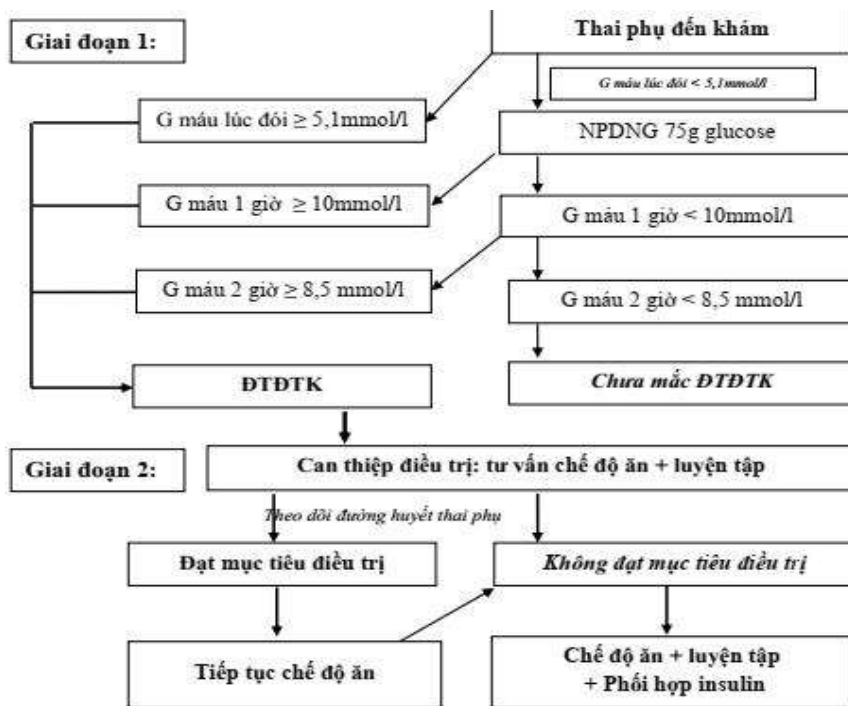
- Giai đoạn 2: Bác sĩ nội tiết và sản khoa theo dõi và điều trị bệnh ĐTĐTK. Tất cả thai phụ được chẩn đoán ĐTĐTK, được tư vấn chế độ ăn và luyện tập và/ hoặc điều trị thuốc hạ đường huyết insulin từ lúc được chẩn đoán và cho đến lúc sinh bé.

Đạo đức trong nghiên cứu:

Tất cả đối tượng nghiên cứu sẽ được giải thích rõ về mục đích, nội dung nghiên cứu, các bước tiến hành nghiên cứu và chỉ được chọn vào nghiên cứu khi họ hoàn toàn đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Các nghiên cứu viên luôn giữ thái độ tôn trọng, chia sẻ và thông cảm với đối tượng nghiên cứu. Mọi thông tin của đối tượng nghiên cứu sẽ được giữ bí mật và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Thai phụ được chẩn đoán ĐTĐTK sẽ được điều trị, được tư vấn, hướng dẫn về chế độ ăn, chế độ tập luyện, cách tự theo dõi và kiểm soát bệnh, chỉ định dùng thuốc khi cần thiết. Việc điều trị ĐTĐTK sẽ làm giảm các tai biến cho mẹ và cho thai.

Tóm tắt quá trình theo dõi nghiên cứu

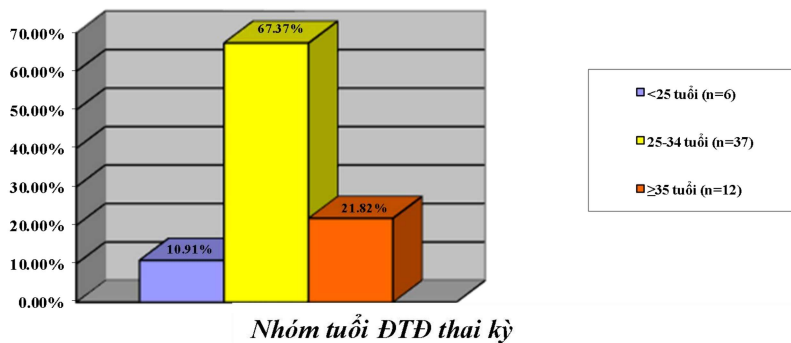


3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng ở những thai phụ được chẩn đoán ĐTĐTK

Bảng 3.1. Tuổi trung bình của thai phụ

Đối tượng (n)	Tuổi trung bình	Tuổi lớn nhất	Tuổi nhỏ nhất
55	30,76±4,73	22	41



Biểu đồ 3.1. Phân nhóm tuổi đái tháo đường thai kỳ

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 30,76±4,73 phù hợp với nghiên cứu của tác giả Jane E. Hirst và CS (TP Hồ Chí Minh năm 2010 – 2011), tuổi trung bình ở nhóm thai phụ mắc ĐTĐTK là 31,21 ± 4,16. Tuổi được xem là yếu tố nguy cơ, tuổi càng cao thì nguy cơ càng nhiều. Theo Hiệp hội sản khoa Hoa Kỳ, mẹ ≥ 25 tuổi được coi là yếu tố nguy cơ trung bình

ĐTĐTK. Tuổi ≥ 35 tuổi là yếu tố nguy cơ cao của ĐTĐTK. Theo nghiên cứu Lê Thanh Tùng, tỷ lệ ĐTĐTK trong nhóm thai phụ ≥ 35 tuổi cao hơn trong nhóm < 35 tuổi. Nghiên cứu của Ostlund cũng cho thấy tuổi mẹ ≥ 25 nguy cơ mắc ĐTĐTK tăng 3,37 lần so với nhóm < 25 tuổi.

Bảng 3.2. Địa chỉ đối tượng nghiên cứu

Địa chỉ	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Tp Mỹ Tho	30	54,55
Huyện Châu Thành	10	18,18
Tân Phước	2	3,64
Chợ Gạo	4	7,27
Tân Phú Đông	2	3,64
Cai Lậy	3	5,45
Tỉnh khác	4	7,27

Thai phụ tại Tp Mỹ Tho chiếm 54,55%. 4 trường hợp ở tỉnh khác (3 Bến Tre và 1 Long An) là khu vực giáp ranh và gần địa điểm nghiên cứu.

Bảng 3.3. Nghề nghiệp đối tượng nghiên cứu

Nghề nghiệp	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Buôn bán	20	36,36
Nội trợ	22	40,00
Làm nông	5	9,09
Công nhân viên	8	14,55

Trong nghiên cứu của chúng tôi thai phụ làm nội trợ chiếm tỉ lệ cao 40%, kế đến là buôn bán 36,36%, tỉ lệ thấp nhất là làm nông. Các tỉ lệ này có thể sẽ khác so với các nghiên cứu khác do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ cao thai phụ ở thành thị.

Bảng 3.4. Đặc điểm một số yếu tố

Thông số	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Huyết áp tâm thu (mmHg)	109,14 \pm 11,58	90	150
Huyết áp tâm trương (mmHg)	72,50 \pm 9,59	55	92
Nhịp tim (lần/phút)	98 \pm 8,79	73	116
Tuần thai ban đầu	27,14 \pm 1,55	24	28

HA tâm thu trung bình là 109,14 \pm 11,58mmHg. Tuy nhiên cũng có thai phụ cao nhất là 150mmHg. Nhịp tim 98 \pm 8,79 lần/ phút. Tuổi thai lần đầu test sàng lọc là 27,14 \pm 1,55 tuần.

Bảng 3.5. Đặc điểm số lần mang thai

Lần có thai	Số lượng (N)	Tỉ lệ %
1	13	31,71
2	13	31,71
3	11	26,83
≥ 4	4	9,76
Tổng	55	100

Tỉ lệ thai phụ sinh con so chiếm 31,71%, mang thai từ lần thứ 2 trở lên chiếm 68,29%

Bảng 3.6. Đặc điểm đường huyết ban đầu qua test 75g glucose

Giờ	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$) (mmol/l)	Nhỏ nhất (mmol/l)	Lớn nhất (mmol/l)
Đói	4,93±0,78	3,9	8
1 giờ	10,15±1,59	6,3	13,3
2 giờ	8,92±1,75	4,8	15

3.2. Một số yếu tố nguy cơ liên quan tới đái tháo đường thai kỳ

Bảng 3.7. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ được chẩn đoán khi làm test dung nạp

Giờ	n	Tỷ lệ ĐTĐTK (%)
Chẩn đoán ĐTĐTK lúc đói	18	32,73
Chẩn đoán thêm ĐTĐTK lúc 1 giờ	30	54,55
Chẩn đoán thêm ĐTĐTK lúc 2 giờ	07	12,72
Tổng	55	100

Khi xét nghiệm đường huyết đói có 18 thai phụ (32,78%) được phát hiện ĐTĐTK, sau 1 giờ làm test dung nạp glucose phát hiện thêm 30 thai phụ (54,55%) ĐTĐTK, Sau 2 giờ thêm 7 trường hợp ĐTĐTK được chẩn đoán. Điều này cho thấy nếu chỉ xét nghiệm đường huyết đói để chẩn đoán ĐTĐTK sẽ bỏ sót đến 37 trường hợp (67,27%) thai phụ có ĐTĐTK. Điều này cũng cho thấy ĐTĐTK chủ yếu là tăng đường huyết sau ăn.

Bảng 3.8. Đặc điểm bản thân và tiền sử gia đình

Yếu tố		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tiền sử sinh mổ	Có	12	21,82
	Không	43	78,18
Tiền sử gia đình có ĐTĐ	Có	15	27,27
	Không	40	72,73
Tăng huyết áp	Có	3	5,45
	Không	52	94,55
Protein nước tiểu	Có	2	3,64
	Không	53	96,36
Tiền sử thai lưu hoặc sảy thai	Có	9	16,36
	Không	46	83,64

Các nghiên cứu dịch tễ học đã phát hiện, có sự liên quan giữa các yếu tố nguy cơ ở thai phụ với ĐTĐTK. Các yếu tố nguy cơ này có nhiều điểm chung, tương đối giống với các yếu tố nguy cơ ĐTĐ tít 2. ĐTĐTK có xu hướng hay gặp ở những thai phụ sinh con khi lớn tuổi, sinh nhiều con, thừa cân, tiền căn gia đình có đái tháo đường, tiền căn sản khoa: thai lưu, sinh con to. Trong nghiên cứu có 27,27% thai phụ có tiền sử gia đình có người ĐTĐ thể hệ thứ nhất. Thai phụ có tiền sử gia đình có người bị ĐTĐ, đặc biệt là người ĐTĐ thể hệ

thứ nhất là một trong những yếu tố nguy cơ cao của ĐTĐTK.

Nghiên cứu của Ostlund đã cho thấy thai phụ có tiền sử gia đình bị ĐTĐ nguy cơ mắc ĐTĐTK tăng 2,74 lần (95%CI=1,47 - 5,11). Nghiên cứu chúng tôi có 3 trường hợp (5,45%) cao huyết áp giai đoạn 2, đã được điều trị ổn định với 2 loại thuốc phối hợp là nifedipin và methyldopa. Thai phụ ĐTĐTK dễ bị tăng huyết áp hơn các thai phụ bình thường. Tăng huyết áp trong thai kỳ có thể gây ra nhiều biến chứng cho mẹ và thai nhi như: tiền sản giật,

sản giật, tai biến mạch máu não, suy gan, suy thận, thai chậm phát triển trong tử cung, sinh non và tăng tỷ lệ chết chu sinh. Vì vậy bệnh nhân ĐTĐTK có THA cần được theo dõi sát

trong suốt quá trình điều trị. Có 16,36% trường hợp tiền sử thai chết lưu không rõ nguyên nhân, con bị dị tật bẩm sinh, sảy thai, sinh non.

3.3. Kết quả theo dõi và điều trị đái tháo đường thai kỳ

Bảng 3.9. Theo dõi quá trình thăm khám lâm sàng

Số lần thăm khám	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Thăm khám (lần)	6,43±1,88	3	11

Tất cả thai phụ ĐTĐTK đều được thăm khám và tái khám ít nhất 3 lần trong suốt thời gian theo dõi, để can thiệp điều trị và điều chỉnh thuốc phù hợp.

Trung bình 6,43±1,88 lần thăm khám.

Bảng 3.10. Can thiệp điều trị bằng chế độ ăn, luyện tập hoặc phối hợp insulin

Phương pháp điều trị	N	Tỉ lệ %
Chế độ ăn, tập luyện	27	49,09
Phối hợp insulin	28	50,91
Tổng	55	100

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 55 thai phụ được chẩn đoán ĐTĐTK, trong đó có 27 trường hợp có chỉ định điều trị phối hợp chế độ ăn, luyện tập; 28 thai phụ (50,91%) điều trị phối hợp insulin. Theo Vũ Bích Nga, 56.5% thai phụ ĐTĐTK được bắt đầu điều trị insulin ở 3 tháng giữa, 39.2% ở 3 tháng cuối, 4.3% ở 3 tháng đầu.

Điều trị ĐTĐTK bằng thay đổi lối sống và insulin đã chứng minh là cải thiện kết quả chu sinh trong các nghiên cứu lớn được khuyến

cáo của Hiệp hội Đái tháo đường Mỹ năm 2021 (ADA 2021). Insulin là loại thuốc ưu tiên để điều trị nếu chế độ ăn và luyện tập chưa kiểm soát được đường huyết. Các chế phẩm insulin được chấp thuận gồm tất cả các insulin người (insulin tác dụng ngắn, insulin tác dụng trung gian – NPH và insulin trộn), các insulin analog tác dụng nhanh aspart và lispro (và các insulin trộn tương ứng aspart + aspart protamin, lispro + lispro protamin), insulin tác dụng kéo dài levemir.

Bảng 3.11. Liều insulin trung bình điều trị hạ đường huyết

Số thai phụ (N=28)	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	Nhỏ nhất	Lớn nhất
<i>Insulin (IU/ml)</i>	7,61±6,37	3	32

Trong 28 bệnh nhân điều trị bằng insulin chúng tôi sử dụng loại insulin người dạng trộn 30/70 (Bút chích mixtrard). Liều trung bình là 7,61±6,37 IU. Đái tháo đường thai kỳ đa số dùng liều thấp, chỉ 1 số trường hợp không kiểm soát được đường huyết mới dùng liều cao. Những thai phụ sử dụng insulin liều cao cần theo dõi chặt chẽ hơn vì nguy cơ sẽ chuyển sang đái tháo đường thực sự sau sinh.

Bảng 3.12. Đường huyết lần khám cuối

Giờ	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$) (mmol/l)	Nhỏ nhất (mmol/l)	Lớn nhất (mmol/l)
Đói	4,88±0,61	3,9	7
1 giờ	6,84±1,18	4,8	10,5
2 giờ	5,88±1,12	4,2	10,3

Bảng 3.13. Kết quả đạt mục tiêu điều trị

Đường huyết (mmol/l)	Đạt mục tiêu	Chưa đạt mục tiêu
Đói	48 (84,45%)	7 (12,73%)
1 giờ	47 (85,45%)	8 (14,55%)
2 giờ	48 (84,45%)	7(12,73%)

Với mục tiêu điều trị glucose huyết tương như sau: Glucose huyết tương lúc đói ≤ 95 mg/dl ($\leq 5,3$ mmol/l), sau ăn 1 giờ ≤ 140 mg/dl ($\leq 7,8$ mmol/l), sau ăn 2 giờ ≤ 120 mg/dl ($\leq 6,7$ mmol/l). Trong nghiên cứu chúng tôi tỉ lệ đạt đường huyết đói và 2 giờ sau ăn đều chiếm 84,45%, thai phụ ĐTĐTK có đường huyết 1 giờ đạt mục tiêu là 47 trường hợp, chiếm tỉ lệ 5,45%.

Mục đích của điều trị ĐTĐTK là phòng tránh các tác động bất lợi của tăng đường

huyết đối với mẹ và con trong thai kỳ cũng như về lâu dài sau khi mẹ sinh con, đồng thời vẫn đảm bảo được sự tăng trưởng và sự phát triển bình thường của thai.

Thai phụ ĐTĐTK, các biến chứng thường liên quan đến tăng đường huyết sau ăn, do đó mục đích quan trọng của điều trị là làm giảm đường huyết sau ăn.

Giảm đường huyết sau ăn làm hạn chế các biến chứng trong thai kỳ ở bệnh nhân ĐTĐTK nhiều hơn đường huyết lúc đói.

Bảng 3.14. Trọng lượng thai nhi, tuổi thai ngay lúc sinh

	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Trọng lượng (gram)	3130 \pm 0,47	1900	4500
Tuổi thai (tuần)	39,02 \pm 1,46	32	40,5

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận trọng lượng thai trung bình là 3130 \pm 0,47g, thấp nhất 1900g, cao nhất 4500g. Tuổi thai khi sinh trung bình là 39,02 \pm 1,46 tuần. Trong nghiên cứu của tác giả Lê Thị Thanh Tâm là 39,5 \pm 1,5 tuần.

Bảng 3.15. Tỉ lệ sinh con to

Trọng lượng thai nhi	n	Tỉ lệ ĐTĐTK (%)
Thai nhi <4000g	52	94,55
Thai nhi \geq 4000g	3	5,45
Tổng	55	100

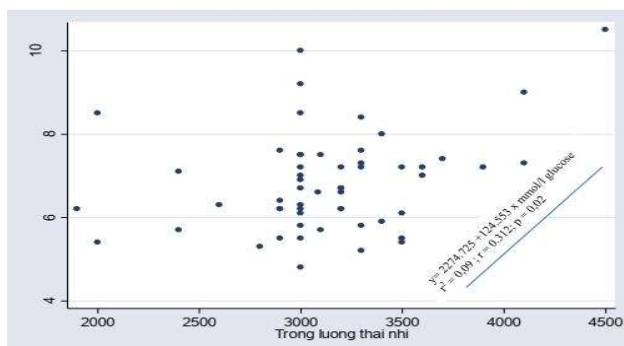
Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thai phụ đái tháo đường thai kỳ có tỉ lệ sinh con to là 5,45%. Số liệu nghiên cứu của chúng tôi còn khá nhỏ nên cần có nghiên cứu mẫu lớn hơn để có tỉ lệ chính xác hơn về vấn đề này. Một phân tích trong nghiên cứu HAPO, các nhà nghiên cứu tìm thấy tần suất thai to trong ĐTĐTK tăng 50% so với người không ĐTĐTK

Bảng 3.16. Can thiệp lúc sinh

Phương pháp sinh	N	Tỉ lệ %
Sinh thường	31	56,36
Sinh mổ	23	41,82
Bỏ thai	1	1,82
Tổng	55	100

Trong 55 trường hợp nghiên cứu, có 56,36% chuyển dạ đẻ thường, 41,82% can thiệp sinh mổ bắt con. Có 01 trường hợp bị kết thúc thai kỳ vào tuần thứ 32 trong quá trình theo dõi do

phát hiện dị tật bẩm sinh mà trước đó chưa được tầm soát, số thai phụ được theo dõi chuyển dạ đẻ là 54 thai phụ. Nghiên cứu Lê Lam Hương và CS tỉ lệ mô đẻ sản phụ ĐTĐTK là 48,1%.



Biểu đồ 3.1. Sự tương quan giữa trọng lượng thai nhi và mức đường huyết sau 1 giờ

Biểu đồ 3.1 cho thấy có mối tương quan giữa trọng lượng thai nhi và mức đường huyết sau 1 giờ sau khi kiểm soát đường huyết bằng chế độ ăn, luyện tập hoặc phối hợp dùng insulin. Hệ số tương quan $r = 0,31$, với $p = 0,02$. Phương trình hồi quy tuyến tính là $y = 2274,725 + 124,553x$ mmol/L glucose.

4. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Qua bước đầu theo dõi và điều trị 55 bệnh nhân, chúng tôi ghi nhận:

Tuổi trung bình là $30,76 \pm 4,73$ tuổi, nhỏ nhất 22 tuổi, lớn nhất 41 tuổi. Tiền sử gia đình (trực hệ) mắc bệnh ĐTĐ 27,27%.

Tiền sử thai lưu hoặc sảy thai là 16,36%. Can thiệp thay đổi lối sống (chế độ ăn, luyện tập) là 49,09%, điều trị với insulin là 50,91%. Đạt mục tiêu điều trị lúc đói là 84,45%, sau 1 giờ là 85,45%, sau 2 giờ là 84,45%. Tỉ lệ sinh con to \geq là 5,45%. Có mối tương quan giữa trọng lượng thai nhi với mức kiểm soát đường huyết 1 giờ sau ăn với $r = 0,13$, $p = 0,02$. Chúng tôi có khuyến nghị như sau:

- Nên tầm soát đái tháo đường thai kỳ thường quy với test dung nạp glucose đường uống từ 24-28 tuần. Cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa bác sĩ sản khoa và nội tiết trong quá trình theo dõi và điều trị.

- Cần tư vấn tốt thai phụ mắc ĐTĐTK vì tư vấn và điều trị chế độ không dùng thuốc như chế độ ăn, luyện tập thể dục có thể kiểm soát đường huyết 1/2 số bệnh nhân ĐTĐTK. Điều trị bằng thuốc (insulin) khi chưa kiểm soát đường huyết sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Vụ Sức khỏe bà mẹ- trẻ em (2018), Hướng dẫn quốc gia dự phòng và kiểm soát đái tháo đường thai kỳ.
2. Bộ Y tế (2019), Tài liệu đào tạo liên tục dự phòng và kiểm soát ĐTĐ thai kỳ.
3. Lê Lam Hương, Hoàng Trọng Nam, Ngô Thị Minh Thảo, Võ Hoàng Lâm (2021), ĐTĐ thai kỳ: Nghiên cứu những yếu tố ảnh hưởng và kết quả thai kỳ, Tạp chí Nội tiết và Đái tháo đường, số 46, tr 247.
4. Kamana KC, Sumisti Shakya, Hua Zhang Gestational (2015), Diabetes Mellitus and Macrosomia, Ann Nutr Metab 2015;66 (suppl 2):14–20.
5. Nguyễn Hoa Ngân (2010), Nghiên cứu thực trạng đái tháo đường thai kỳ ở phụ nữ được khám thai tại bệnh viện A Thái Nguyên, luận văn thạc sĩ y học, Đại học Thái Nguyên, Trường Đại học Y Dược.
6. Lê Thị Thanh Tâm (2017), Nghiên cứu phân bố - một số yếu tố liên quan và kết quả sản khoa ở thai phụ đái tháo đường thai kỳ, luận văn tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.