

NGHIÊN CỨU CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN VÀ KẾT CỤC THAI KỲ Ở PHỤ NỮ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TRONG THAI KỲ

Nguyễn Thị Kim Anh

Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: Nghiên cứu các yếu tố liên quan và kết cục thai kỳ ở phụ nữ đái tháo đường trong thai kỳ. Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu dọc trên hai nhóm thai phụ đái tháo đường trước mang thai hoặc đái tháo đường thai kỳ đến khám, theo dõi và kết thúc thai kỳ tại khoa sản Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2017. **Kết quả:** Sản phụ ĐTĐ trước mang thai có tiền sử sinh con to ≥ 3500 gram 59,58% và tiền sản giật - sản giật 46,88%. Điều trị bằng Insulin chiếm 78,13% thai phụ ĐTĐ trước mang thai và 12,5% thai phụ ĐTĐ thai kỳ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết thúc thai kỳ bằng mổ lấy thai chiếm tỷ lệ cao ở cả 2 nhóm. Nhóm ĐTĐ trước mang thai có nguy cơ cao hơn ở kết cục thai kỳ bất lợi như: quá dưỡng ≥ 3500 gram, ngạt sơ sinh, vàng da bệnh lý, tiền sản giật- sản giật, băng huyết sau sinh; và đường huyết lúc sinh trung bình 7,06 mmol/L. **Kết luận:** Thai phụ ĐTĐ trước mang thai có tỷ lệ điều trị bằng Insulin cao và có kết cục thai kỳ bất lợi cho mẹ và thai.

Từ khóa: đái tháo đường (ĐTĐ)

Abstract

THE ASSOCIATED FACTORS AND PREGNANCY OUTCOMES OF WOMEN WITH DIABETES IN PREGNANCY

Nguyen Thi Kim Anh

Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Objective: Investigating for the associated factors and pregnancy outcomes of women with diabetes in pregnancy. **Materials and methods:** A cohort study in two groups of pregnant women with pre-gestational diabetes and women with GDM who were managed and finished of pregnancy in the Department of Obstetrics and Gynecology, Hospital of Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital from January to December 2017. **Results:** The pregnant women with pre-gestational diabetes have 78.13% previous birth of infant weighing 3500 gram or more and 46.88% preeclampsia - eclampsia. The rate of treatment with Insulin ranged from 78.13% in pregnant women with pre-gestational diabetes to 12.5% in women with GDM ($p < 0.05$). Caesarean section has high rate in both groups. The pregnant women with pre-gestational diabetes have high risk of adverse pregnancy outcomes: macrosomia ≥ 3500 gram, hyperbilirubinemia, fetal demise, preeclampsia - eclampsia, postpartum haemorrhage; and average blood glucose at delivery is 7.06 mmol/L. **Conclusions:** The management of women with diabetes in pregnancy remains challenging. The high rate of pregnant women with pre-gestational diabetes has treatment with Insulin and adverse pregnancy outcomes.

Keyword: Diabetes, Gestational Diabetes Mellitus (GDM).

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là bệnh lý rối loạn chuyển hóa đa nguyên nhân đặc trưng bởi tình trạng tăng glucose máu mạn tính và chiếm khoảng 60 – 70% các bệnh lý nội tiết [2], [3]. Tần suất bệnh đái tháo đường trên thế giới và Việt Nam có xu hướng tăng nhanh trong những năm gần đây. Tăng glucose máu mạn tính gây tổn thương, rối loạn chức năng hay suy nhiều cơ quan. Đặc biệt trong thời gian mang thai, đái tháo

đường làm một biến cố y khoa lớn, nếu không được chẩn đoán và điều trị thích hợp có thể tăng tử suất và bệnh suất của mẹ và thai nhi [6], [7].

Theo Hiệp hội Đái tháo đường quốc tế (IDF) và Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA 2017), đái tháo đường ở phụ nữ mang thai được chia làm 2 loại: đái tháo đường trước mang thai và đái tháo đường thai kỳ. Trong đó, đái tháo đường trước mang thai là các thai phụ đã được chẩn đoán đái tháo đường (type

- Địa chỉ liên hệ: Nguyễn Thị Kim Anh, email: ntkimanh72@gmail.com

- Ngày nhận bài: 6/10/2018; Ngày đồng ý đăng: 20/10/2018; Ngày xuất bản: 8/11/2018

DOI: 10.34071/jmp.2018.5.16

1 hoặc type 2) hoặc tiền đái tháo đường từ trước khi mang thai; đái tháo đường thai kỳ là tình trạng rối loạn dung nạp glucose khởi phát hoặc được phát hiện lần đầu tiên trong lúc mang thai, không loại trừ các trường hợp đã mắc đái tháo đường từ trước khi có thai hoặc vẫn tồn tại sau khi mang thai [7].

Hiện nay việc quản lý thai nghén ở các thai phụ đái tháo đường vẫn còn nhiều thách thức: tại Úc đã tuyên bố kế hoạch 5 năm, mục tiêu làm giảm kết cục thai kỳ bất lợi cho thai phụ đái tháo đường (type 1, type 2 và đái tháo đường thai kỳ) đến mức tương đương với thai phụ không đái tháo đường. Tuy nhiên, nhiều bằng chứng cho thấy mục tiêu này có thể không đạt được do thiếu nhận thức về các nguy hiểm đặt ra cho thai phụ đái tháo đường, đặc biệt đái tháo đường type 2 ngày càng phổ biến và không được chẩn đoán trước khi mang thai [14].

Riêng tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu so sánh giữa hai nhóm thai phụ đái tháo đường trước mang thai và đái tháo đường thai kỳ. Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài “Nghiên cứu các yếu tố liên quan và kết cục thai kỳ ở phụ nữ đái tháo đường trong

thai kỳ” nhằm mong muốn góp phần làm rõ thêm các yếu tố liên quan và kết cục thai kỳ ở hai nhóm thai phụ trên.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Các thai phụ được chẩn đoán đái đường bệnh lý và đái đường thai kỳ đến khám, theo dõi và kết thúc thai kỳ tại khoa sản Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế trong thời gian từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 12 năm 2017, có đầy đủ các tiêu chuẩn chọn bệnh và loại trừ sau:

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Nhóm 1 (đái đường trước mang thai):
 - + Đã được chẩn đoán đái tháo đường (type 1 hoặc type 2) từ trước khi mang thai.
- Nhóm 2 (đái đường thai kỳ)
 - + Chưa được chẩn đoán đái tháo đường trước mang thai.
 - + Làm nghiệm pháp dung nạp 75g đường từ 24-28 tuần thai, có kết quả dương tính theo tiêu chuẩn khuyến cáo của ADA 2017 về đái tháo đường thai kỳ [6].

Bảng 1. Bảng tiêu chuẩn chẩn đoán đái đường thai kỳ

Thời điểm xét nghiệm	Ngưỡng glucose huyết tương	
	mg/dl	mmol/l
Lúc đói	92	5,1
Thời điểm 1 giờ	180	10,0
Thời điểm 2 giờ	153	8,5

Được tư vấn, theo dõi và điều trị đái tháo đường đầy đủ ở bác sĩ Nội tiết trong thai kỳ

- Thai phụ được làm xét nghiệm đường máu đói và HbA1c lúc vào viện.
- Trẻ sơ sinh được làm đường máu sau sinh.
- Các thai phụ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Đang mắc các bệnh có ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose: cường giáp, suy giáp, Cushing, u tủy thượng thận, hội chứng Conn, hội chứng buồng trứng đa nang, bệnh gan, suy thận...
- Đang sử dụng các thuốc có ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose: Corticoid, Salbutamol, thuốc chẹn giao cảm, lợi tiểu nhóm thiazide...
- Đang mắc các bệnh cấp tính: nhiễm khuẩn, lao phổi...
- Mất dấu trong thời gian nghiên cứu hoặc kết thúc thai kỳ tại cơ sở y tế khác

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu dọc.

Cỡ mẫu: lấy mẫu thuận tiện.

Phương pháp tiến hành

- Đặc điểm các yếu tố liên quan

- + Đặc điểm thai phụ: tuổi, BMI trước mang thai, số cân nặng tăng trong thai kỳ.

- + Tiền sử sản khoa: sinh con to $\geq 3500g$, tiền sử thai chết lưu 3 tháng cuối, sảy thai, sinh non, thai dị dạng, tiền sản giật- sản giật.

- + Tiền sử rối loạn dung nạp glucose bao gồm cả tiền sử đái tháo đường thai kỳ lần trước, rối loạn dung nạp glucose ngoài thời kỳ thai nghén.

- + Tiền sử gia đình: thể hệ thứ nhất có người bị đái tháo đường.

- + Khám lâm sàng, cận lâm sàng: đo huyết áp, xét nghiệm máu, nước tiểu.

- Thực hiện nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống (theo quy trình khuyến cáo của ADA 2017 về đái tháo đường thai kỳ [6]):

- + Chuẩn bị thai phụ: ghi phiếu hẹn khi thai phụ sàng lọc quý hai, nghiệm pháp được thực hiện từ tuần thai 24-28, vào buổi sáng từ 7-9 giờ và thai phụ phải nhịn đói ít nhất 8 giờ.

- + Tiến hành nghiệm pháp:

1. Xét nghiệm glucose huyết tương lúc đói

2. Thai phụ uống dung dịch glucose 30% lượng 250 ml trong thời gian 5 phút

3. Xét nghiệm glucose huyết tương sau 1 giờ
4. Xét nghiệm glucose huyết tương sau 2 giờ
5. Trong thời gian làm nghiệm pháp, thai phụ không được ăn hoặc uống bất kỳ thức ăn và thức uống nào, trừ nước lọc. Thai phụ được ngồi nghỉ ngơi, hạn chế vận động nhiều.

+ Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTD thai kỳ: khi có ít nhất 1 trong 3 xét nghiệm có giá trị thỏa mãn tiêu chuẩn (bảng 1).

- Theo dõi và điều trị trong thai kỳ

+ Theo dõi và thăm khám trực tiếp 4 tuần/lần trong 30 tuần đầu tiên thai kỳ và 1-2 tuần/lần từ sau 30 tuần cho đến lúc sinh

+ Giáo dục: chế độ dinh dưỡng, hoạt động thể chất, kiểm soát cân nặng phụ thuộc trọng lượng trước mang thai.

+ Đánh giá: HbA1c, glucose máu mao mạch, siêu âm theo dõi thai.

+ Mục tiêu điều trị:

- Glucose huyết tương lúc đói ≤ 95 mg/dL (5,3 mmol/L)

- Glucose huyết tương sau ăn 1 giờ ≤ 140 mg/dL (7,8 mmol/L)

- Glucose huyết tương sau ăn 2 giờ ≤ 120 mg/dL (6,7 mmol/L)

- HbA1c $< 6-6,5\%$ (42-48 mmol/mol)

- Tăng cân nặng: 7 – 11 kilogram ở thai phụ thừa cân và 4 – 9 kilogram ở thai phụ béo phì.

+ Điều trị: phối hợp giữa Bác sĩ nội tiết và Bác sĩ sản phụ khoa trong công tác tư vấn, điều trị, theo dõi và kiểm soát đường huyết, theo dõi và khám thai định kỳ, theo dõi chuyển dạ.

+ Điều trị Insuline nếu đường máu không kiểm soát được qua chế độ ăn uống và vận động.

- Kết thúc thai kỳ

+ Các nguy cơ tai biến ở con: tuổi thai khi kết thúc thai kỳ, thai chết lưu, cân nặng, chỉ số Apgar (điểm), dị tật bẩm sinh, glucose máu sơ sinh, ngạt bẩm sinh, vàng da.

+ Các nguy cơ tai biến ở mẹ: tăng huyết áp, tăng đường huyết lúc sinh, băng huyết sau sinh, tử vong.

- Tiêu chí đánh giá

+ Đánh giá chỉ số BMI theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới đề nghị cho khu vực Châu Á - Thái Bình Dương tháng 2/2000.

+ Glucose máu đói: là glucose máu lấy sau bữa ăn cuối cùng 8 - 12 giờ, làm vào buổi sáng, theo Hội nghị quốc tế lần thứ 4 về đái tháo đường thai kỳ.

+ Tăng huyết áp: huyết áp $\geq 140/90$ theo tiêu chuẩn của JNC VII.

+ Tiền sản giật - sản giật: gồm tăng huyết áp, phù, protein niệu $\geq 0,5g/24h$.

+ Đẻ non: thai được sinh trong khoảng thời gian từ 28 tuần đến 36 tuần 6 ngày.

+ Thai chết lưu: khi thai chết và lưu lại trong buồng tử cung trên 48h.

+ Thai to: thai được định nghĩa là to khi trọng lượng sinh ra nằm trên đường bách phân vị thứ 90th so với tuổi thai hoặc trên 3500g.

+ Sơ sinh nhẹ cân: khi trọng lượng sơ sinh lúc sinh $< 2500g$.

+ Hạ glucose máu sơ sinh: khi nồng độ glucose máu $\leq 2,6$ mmol/l trong 3 ngày đầu tiên sau khi đẻ.

+ Ngạt sơ sinh: apgar < 7 điểm sau 5 phút.

+ Dị tật bẩm sinh: dị tật đường tiêu hóa, đường hô hấp, ống thần kinh ...

+ Vàng da bệnh lý: Có một trong các triệu chứng sau

- Xuất hiện trước 24 giờ tuổi hoặc kéo dài ≥ 1 tuần ở trẻ đủ tháng và 2 tuần ở trẻ non tháng.

- Bilirubin/máu $\geq 12mg\%$ ở trẻ đủ tháng và $\geq 14mg\%$ ở trẻ non tháng.

- Bilirubin/máu tăng $\geq 5mg\%$ / 24 giờ.

- Vàng da kết hợp các triệu chứng bất thường khác: thiếu máu, gan lách to, bỏ bú, lừ đừ...

+ Tử vong chu sinh: trẻ sơ sinh tử vong trong vòng 7 ngày sau sinh.

+ Băng huyết sau sinh: tình trạng máu mất $\geq 500ml$ sau sinh ngã âm đạo hoặc $\geq 1000ml$ sau mổ lấy thai hoặc ảnh hưởng tổng trạng hoặc Hct giảm $>10\%$ so với trước sinh.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu nghiên cứu được xử lý và phân tích bằng chương trình phần mềm SPSS 20.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Các xét nghiệm sử dụng trong nghiên cứu cũng là những xét nghiệm thường qui trong thực hành lâm sàng để chẩn đoán, điều trị và tiên lượng cho thai phụ đái tháo đường trong thai kỳ.

3. KẾT QUẢ

Qua nghiên cứu từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2017, có 32 thai phụ đái tháo đường trước mang thai và 40 thai phụ đái tháo đường thai kỳ đến khám, theo dõi và kết thúc thai kỳ tại khoa sản Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế.

Bảng 2. Đặc điểm dịch tễ

Đặc điểm	ĐTĐ trước mang thai (n = 32) Tần suất (%)	ĐTĐ thai kỳ (n = 40) Tần suất (%)	P
Tuổi trung bình	29,84 ± 6,50	31,38 ± 5,17	0,269
BMI trước mang thai ≥ 23 kg/m ²	10 (33,3%)	16 (40%)	0,302
Tiền sử gia đình	9 (28,1%)	11 (27,5%)	0,580
Tăng cân trong thai kỳ (kilogram)	13,53 ± 3,63	11,71 ± 3,76	0,042

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tuổi trung bình, tiền sử gia đình, tình trạng thừa cân trước mang thai giữa nhóm đái tháo đường trước mang thai và đái tháo đường thai kỳ.

Bảng 3. Tiền sử sản khoa

Đặc điểm	ĐTĐ trước mang thai (n = 32) Tần suất (%)	ĐTĐ thai kỳ (n = 40) Tần suất (%)	P
Sinh con ≥ 3500g	19 (59,38%)	11 (27,5%)	0,009
Thai chết lưu 3 tháng cuối	5 (15,63%)	5 (12,5%)	0,743
Sinh thai dị dạng	4 (12,5%)	1 (2,5%)	0,164
Sinh non	7 (21,88%)	6 (15%)	0,543
Tiền sản giật - Sản giật	15 (46,88%)	8 (20%)	0,022

Nhận xét: Sản phụ đái tháo đường trước mang thai có tiền sử sinh con to 59,38% và tiền sản giật - sản giật 46,88%. Các đặc điểm: thai chết lưu 3 tháng cuối, sinh non, sinh thai dị dạng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4. Điều trị Insulin

Điều trị Insulin		ĐTĐ trước mang thai (n = 32) Tần suất (%)	ĐTĐ thai kỳ (n = 40) Tần suất (%)	P
Insulin	Có	25 (78,13%)	5 (12,5%)	< 0,001
	Không	7 (21,87%)	35 (75,5%)	

Nhận xét: 78,13% thai phụ ĐTĐ trước mang thai được điều trị bằng Insulin và ở nhóm ĐTĐ thai kỳ là 12,5%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. Phương thức kết thúc thai kỳ

Phương thức kết thúc thai kỳ	ĐTĐ trước mang thai (n = 32) Tần suất (%)	ĐTĐ thai kỳ (n = 40) Tần suất (%)	P
Thai lưu	2 (6,25%)	0	0,003
Sinh ngã âm đạo	3 (9,37%)	17 (42,5%)	
Mổ lấy thai	27 (84,38%)	23 (57,5%)	

Nhận xét: Kết thúc thai kỳ bằng mổ lấy thai chiếm tỷ lệ cao ở nhóm ĐTĐ trước mang thai 84,38%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 6. Trọng lượng thai

Trọng lượng thai	ĐTĐ trước mang thai	ĐTĐ thai kỳ	P
Trung bình (gram)	3612 ± 625	3210 ± 401	0,001
Lớn nhất (gram)	5300	4400	
Nhỏ nhất (gram)	2200	2400	

Nhận xét: Trọng lượng thai trung bình của nhóm ĐTĐ trước mang thai là 3612 gram cao hơn so với nhóm ĐTĐ thai kỳ là 3210 gram, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 7. Tỷ lệ các tai biến chu sinh ở con

Tai biến	ĐTĐ trước mang thai (n = 30) Tần suất (%)	ĐTĐ thai kỳ (n = 40) Tần suất (%)	P
Con to $\geq 3500g$	21 (70%)	10 (25%)	< 0,001
Sơ sinh nhẹ cân < 2500g	2 (6,67%)	1 (2,5%)	0,659
Hạ glucose máu sơ sinh	10 (33,3%)	11 (27,5%)	0,610
Dị tật bẩm sinh	3 (10%)	2 (5,0%)	0,645
Vàng da bệnh lý	12 (40%)	6 (15%)	0,027
Ngạt sơ sinh	4 (13,3%)	0 (0%)	0,030
Tử vong chu sinh	2 (6,67%)	0 (0%)	0,180

Nhận xét: ĐTĐ trước mang thai có tỷ lệ cao các tai biến chu sinh ở con: quá đường ≥ 3500 gram 70%, vàng da bệnh lý 40%, ngạt sơ sinh 13,3%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Riêng có 2 thai tử vong chu sinh ở nhóm ĐTĐ trước mang thai.

Bảng 8. Tỷ lệ các tai biến chu sinh ở thai phụ

Tai biến	ĐTĐ trước mang thai (n = 32) Tần suất (%)	ĐTĐ thai kỳ (n = 40) Tần suất (%)	P
Tiền sản giật- Sản giật	14 (43,47%)	6 (15%)	0,009
Băng huyết sau sinh	8 (32%)	2 (5%)	0,019
Đường huyết lúc sinh (mmol/L)	7,06 $\pm$ 2,64	5,15 $\pm$ 0,94	<0,001
Tử vong	0 (0%)	0 (0%)	1

Nhận xét: ĐTĐ trước mang thai có tỷ lệ cao các tai biến chu sinh ở thai phụ: tiền sản giật- sản giật, băng huyết sau sinh, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

4. BÀN LUẬN

Đái tháo đường có nguyên nhân chưa được giải thích rõ ràng, tuy nhiên có sự đồng thuận quan điểm giữa WHO, ADA (2017) và ACOG (2017) về các yếu tố nguy cơ: tuổi, tình trạng thừa cân, béo phì, lối sống thiếu vận động thể lực, chủng tộc, di truyền... [6], [7]. Mức độ ảnh hưởng của từng yếu tố nguy cơ với các thể ĐTĐ (type 1, type 2, ĐTĐ thai kỳ) là khác nhau. Tuy nhiên, ADA khuyến cáo thực hiện tầm soát và phát hiện ĐTĐ trước mang thai hoặc ĐTĐ thai kỳ sớm ở những thai phụ nguy cơ cao [6]. Nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ thai phụ thừa cân hoặc béo phì trước mang thai ở 2 nhóm ĐTĐ trước mang thai và ĐTĐ thai kỳ có tỷ lệ cao lần lượt là 33,3% và 40%, có tiền sử gia đình lần lượt 28,1% và 27,5%, đồng quan điểm với các tác giả Diệu Vân [1], Hoa Ngân [4].

Quản lý thai nghén đối với thai phụ ĐTĐ bắt đầu bằng giáo dục thay đổi lối sống chế độ dinh dưỡng, hoạt động thể chất và kiểm soát cân nặng phụ thuộc trọng lượng trước mang thai [2], [3]. Khuyến cáo tăng cân nặng khoảng 12 – 16 kilogram ở thai phụ có BMI 18,5 – 23 kg/m². Riêng thai phụ thừa cân tăng 7 – 11 kilogram và 4 – 9 kilogram ở thai phụ béo phì [6], [7]. Kết quả nghiên cứu, nhóm ĐTĐ trước mang

thai và ĐTĐ thai kỳ tăng trung bình 13,53 và 11,71 kilogram, đạt được sự kiểm soát cân nặng khá tốt. Nhưng có một số thai phụ ý thức không tốt về kiểm soát cân nặng, biểu hiện bằng 2 thai phụ nhóm ĐTĐ trước mang thai tăng 20 - 22 kilogram.

Trong công tác tư vấn, điều trị, theo dõi và kiểm soát đường huyết, thay đổi lối sống là một thành phần thiết yếu và có thể đủ để điều trị cho nhiều phụ nữ; thuốc men nên được thêm vào nếu cần để đạt được mục tiêu đường huyết (khuyến cáo mức độ A theo ADA 2017) [6]. Tùy thuộc vào kiểm soát đường máu và sự hiện diện của biến chứng tiểu đường và sản khoa, được lý điều trị được chỉ định: Sulfonylureas qua dây rốn khoảng 70% so với máu mẹ, nguy cơ cao hạ đường huyết và quá đường sơ sinh hơn so với Metformin và Insulin. Metformin tăng nhẹ nguy cơ sinh non. Hơn nữa, trong một thử nghiệm ngẫu nhiên gần một nửa số trường hợp ĐTĐ thai kỳ được điều trị ban đầu với Metformin cần thiết Insulin để đạt được sự kiểm soát glucose [15]. Vì vậy, Insulin được khuyến cáo ưu tiên chọn lựa vì không qua nhau thai và được chỉnh liều thường xuyên. Nghiên cứu có 78,13% ĐTĐ trước mang thai điều trị Insulin, ngược lại, nhóm ĐTĐ thai kỳ 75,5%

thai phụ chỉ cần thay đổi chế độ ăn, cân nặng đã đạt được sự kiểm soát đường máu.

Kết thúc thai kỳ bằng mổ lấy thai chiếm tỷ lệ cao ở nhóm ĐTĐ trước mang thai 84,38% so với 57,5% ĐTĐ thai kỳ sự khác biệt có ý nghĩa thống kê; đồng thuận với tác giả Minh Phú (2014), 77,8% thai phụ ĐTĐ không đạt mục tiêu kiểm soát đường máu phải sinh mổ [5]. Nguyên nhân đến từ các biến chứng sản khoa do ĐTĐ: Con to, tiền sản giật – sản giật... Chỉ định mổ lấy thai ở thai phụ ĐTĐ được ACOG 2017 khuyến cáo nhằm tránh các tai biến cho thai, đặc biệt khi trọng lượng thai dự kiến ≥ 4500 g [7] khuyến cáo mức độ B. Một nghiên cứu đa trung tâm HAPO (2008) chứng minh có mối liên hệ giữa nồng độ glucose máu mẹ và trọng lượng thai, tỷ lệ mổ lấy thai, hạ đường huyết lâm sàng và tăng insulin máu trẻ sơ sinh [12]. Nghiên cứu cũng ghi nhận 2 thai phụ ĐTĐ type 1 có thai lưu trước 12 tuần, điều này đã được chứng minh qua các nghiên cứu ảnh hưởng của nồng độ đường huyết cao ở giai đoạn hình thành tổ chức thai [6], [7].

Sự vận chuyển quá mức glucose đến thai do tăng glucose máu mẹ dẫn đến phát triển quá mức của thai, đồng thời kích thích thai nhi tăng sản xuất insulin [10]. Các nghiên cứu đã ghi nhận thai to có nguy cơ cao kẹt vai, sang chấn chuyển dạ, hạ đường huyết sơ sinh lâm sàng, hồi sức sơ sinh và tỷ lệ mổ lấy thai [6], [7]. Những yếu tố khác ở thai phụ có thể làm thai to gồm: béo phì, tăng lipid máu, tăng amino acid, chức năng của nhau thai, đáp ứng của thai nhi với môi trường dinh dưỡng [9]. Kết quả nghiên cứu trọng lượng thai trung bình của nhóm ĐTĐ trước mang thai là 3612 gram cao hơn so với nhóm ĐTĐ thai kỳ là 3210 gram, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Trọng lượng thai lớn nhất của nhóm ĐTĐ trước mang thai là 5300 gram.

Các nguy cơ của thai nhi có mẹ ĐTĐ đã được khẳng định: thai to, hạ đường huyết, tăng bilirubin máu, hội chứng nguy ngập hô hấp, hạ calci... và nhiều biến cố khác nữa được công bố với tần suất khác nhau [6], [7]. Nghiên cứu mới của Hiệp hội nghiên cứu đái tháo đường Châu Âu (2016) được công bố tại Munich, Đức cho thấy: cả đái tháo đường thai kỳ và đái tháo đường trước mang thai liên quan đến

nhều kết cục xấu cho thai nhi [8]. Một nghiên cứu khác ở Mỹ (2009), Landon M.B cho thấy điều trị đái tháo đường tuy không làm giảm có ý nghĩa tỷ lệ thai chết lưu, chết chu sinh và một số biến chứng nặng ở trẻ sơ sinh nhưng lại làm giảm nguy cơ thai to, trật khớp vai, mổ đẻ, tăng huyết áp [11]. Nghiên cứu của chúng tôi, có sự khác biệt về các biến cố tai biến chu sinh ở con như: quá dưỡng ≥ 3500 gram, vàng da bệnh lý, ngạt sơ sinh, nhóm ĐTĐ trước mang thai có tỷ lệ cao hơn. Tử vong chu sinh ghi nhận 02 trường hợp thuộc nhóm ĐTĐ trước thai kỳ: 01 trường hợp thai chết lưu lúc 39 tuần, 01 trường hợp thai chết sau sinh đường âm đạo do kẹt vai.

Thai phụ bị đái tháo đường tăng nguy cơ kết cục thai kỳ bất lợi so với thai phụ không có đái tháo đường [13]. Những biến cố chu sinh thường gặp nhất ở thai phụ ĐTĐ là tăng nguy cơ phát triển những rối loạn về tiền sản giật- sản giật, sang chấn lúc sinh, băng huyết sau sinh [8]. Tuy nhiên, những nguy cơ này có thể cũng liên quan với những yếu tố nguy cơ ĐTĐTK tiềm ẩn bên dưới như là béo phì và thai phụ lớn tuổi. Theo tác giả Minh Phú có mối liên hệ giữa kiểm soát đường huyết đạt mục tiêu hay không với tai biến chu sinh ở thai phụ có ý nghĩa thống kê [5]. Nghiên cứu nhóm ĐTĐ trước mang thai có đường huyết lúc sinh 7,06 mmol/L không đạt mục tiêu có tỷ lệ cao các tai biến tiền sản giật- sản giật 43,47%, băng huyết sau sinh 32% cao hơn nhóm ĐTĐ thai kỳ.

5. KẾT LUẬN

Sản phụ ĐTĐ trước mang thai có tiền sử sinh con to 59,58% và tiền sản giật – sản giật 46,88%. Điều trị bằng Insulin chiếm 78,13% thai phụ ĐTĐ trước mang thai và 12,5% thai phụ ĐTĐ thai kỳ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết thúc thai kỳ bằng mổ lấy thai chiếm tỷ lệ cao ở cả 2 nhóm; nhóm ĐTĐ trước mang thai 84,38% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm ĐTĐ thai kỳ là 57,5% ($p < 0,05$). Nhóm ĐTĐ trước mang thai có nguy cơ cao về kết cục thai kỳ bất lợi hơn so với ĐTĐ thai kỳ như: quá dưỡng ≥ 3500 gram, ngạt sơ sinh, vàng da bệnh lý, tiền sản giật- sản giật, băng huyết sau sinh; và đường huyết lúc sinh trung bình ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Khoa Diệu Vân, Thái Thị Thanh Thúy (2015), “Nghiên cứu tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ theo tiêu chuẩn ADA năm 2011 và các yếu tố nguy cơ”, Tạp chí nghiên cứu y học 97(5), tr. 25-34.

2. Bộ môn Phụ sản Trường Đại học Y Dược Huế (2016), “Đái tháo đường và thai nghén”, Giáo trình Sản khoa, Nhà xuất bản Y học, tr. 387-398.

3. Bộ y tế (2017), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị

đái tháo đường típ 2", Quyết định số 3319/QĐ-BYT.

4. Nguyễn Hoa Ngàn, Nguyễn Kim Lương (2010), "Nghiên cứu thực trạng đái tháo đường thai kỳ ở phụ nữ được khám thai tại Bệnh viện A Thái Nguyên", Y học thực hành 739 (10), tr. 46-49.

5. Lê Thị Minh Phú (2013), "Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan tại khoa sản bệnh viện Nguyễn Tri Phương".

6. American Diabetes association (2017), "Standards of Medical Care in Diabetes-2017", The journal of clinical and applied research and education, 40(1).

7. The American College of Obstetricians and Gynecologists (2017), "Gestational Diabetes Mellitus", ACOG Practice Bulletin, 180.

8. Basilio Pintuadi and colleagues(2016), "Gestational diabetes, diabetes before pregnancy associated with several poor outcomes for baby, including abnormal size, jaundice, low blood sugar, and malformations", European Association for the Study of Diabetes 2016.

9. Jane E Hirst and colleagues (2011), "Women with gestational diabetes in Vietnam: a qualitative study to determine attitudes and health behaviours", BMC Pregnancy and Childbirth 2012.

10. Kuzuya, T., Nakagawa, S., Satoh, J., Kanazawa, Y.,

Iwamoto, Y., Kobayashi, M., et al. (2002), "Report of the Committee on the classification and diagnostic criteria of diabetes mellitus", Diabetes Res Clin Pract, 55(1), 65-85.

11. Landon M.B (2009). A Multicenter, Randomized trial of treatment for mild gestational diabetes. The New England Journal of medicine, 361, 1339 - 1348.

12. Metzger BE, Lowe LP, Dyer AR, Trimble ER, Chaovandr U, Coustan DR , et al, Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. HAPO Study Cooperative Research Group, N Engl J Med 2008;358: 1991-2002.

13. Amy Metcalfe, Yasser Sabr, Jennifer A. Hutcheon, Lois Donovan, Janet Lyons, Jason Burrows, and K. S. Joseph (2017), "Trends in Obstetric Intervention and Pregnancy Outcomes of Canadian Women With Diabetes in Pregnancy From 2004 to 2015", Journal of the Endocrine Society 12/2017, | 1540–1549.

14. Aidan McElduff and colleagues (2005), "The Australasian Diabetes in Pregnancy Society consensus guidelines for the management of type 1 and type 2 diabetes in relation to pregnancy", MJA 2005; 183: 373–377.

15. Rowan JA, Hague WM, Gao W, Battin MR, Moore MP; MiG Trial Investigators. Metformin versus insulin for the treatment of gestational diabetes. N Engl J Med 2008;358:2003–2015.