

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các sản phụ mắc đái tháo đường thai kỳ sinh con sau tuần thứ 34 tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

Nguyễn Thị Phương Lâm¹, Đỗ Tuấn Đạt^{2,3*}, Tăng Xuân Hải¹

¹Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

doi: 10.46755/vjog.2025.3.1911

Tác giả liên hệ (Corresponding author): Đỗ Tuấn Đạt, email: drdotatpshn@gmail.com

Nhận bài (received): 24/10/2025 - Chấp nhận đăng (accepted): 3/11/2025

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của các sản phụ mắc đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) đã sinh con sau 34 tuần tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang dựa trên 150 sản phụ được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ và đã sinh con sau 34 tuần tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 1 năm 2022 đến hết tháng 12 năm 2023.

Kết quả: Tuổi trung bình của đối tượng là $35,9 \pm 5,6$ tuổi. Sản phụ con rạ chiếm đa số (73,3%), trong đó 15,4% có tiền sử bản thân và 17,4% có tiền sử gia đình liên quan đến ĐTĐTK. Nhóm thừa cân, béo phì trước mang thai có tỉ lệ tăng cân vượt khuyến nghị cao hơn ($p < 0,05$). Phần lớn sản phụ được điều trị bằng chế độ ăn (80,7%). Có 20,7% nhập viện vì vỡ ối non, 16,7% vì dọa đẻ non và 63,3% sinh trước 37 tuần. Trên siêu âm, 68% thai > 90% BPV và 8,7% có đa ối.

Kết luận: Sản phụ ĐTĐTK nhập viện sinh con do ối vỡ non hoặc dọa đẻ non chiếm tỉ lệ khá cao (> 16%), chủ yếu sinh non < 37 tuần. Phần lớn sản phụ được điều trị ĐTĐTK bằng chỉnh chế độ ăn. Hình ảnh siêu âm phổ biến ở sản phụ ĐTĐTK là thai to > 90% BPV và đa ối.

Từ khóa: đái tháo đường thai kỳ, đặc điểm lâm sàng đái tháo đường thai kỳ khi sinh.

Clinical and paraclinical characteristics of women with gestational diabetes delivering after 34 weeks at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital

Nguyen Thi Phuong Lam¹, Do Tuan Dat^{2,3*}, Tang Xuan Hai¹

¹Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital

²Hanoi Medical University

³Hanoi Obstetric and Gynecology Hospital

Abstract

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of women with gestational diabetes mellitus (GDM) delivering after 34 weeks at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital.

Subjects and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 150 women diagnosed with GDM who delivered after 34 weeks at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital from January 2022 to December 2023.

Results: The mean maternal age was 35.9 ± 5.6 years. Primiparous women accounted for 73.3%, with 15.4% having a personal history and 17.4% a family history of GDM. Overweight and obese women before pregnancy had a higher rate of excessive gestational weight gain ($p < 0.05$). Most women (80.7%) were managed with dietary intervention. Hospitalization due to premature rupture of membranes and threatened preterm labor occurred in 20.7% and 16.7%, respectively, and 63.3% delivered before 37 weeks. On ultrasound, 68% of fetuses had estimated fetal weight > 90th percentile, and 8.7% presented with polyhydramnios.

Conclusions: Among women with GDM, hospitalization for PROM or threatened preterm labor was relatively common (> 16%), and most deliveries occurred before 37 weeks. Dietary management was the predominant approach for GDM treatment. Common ultrasound findings included macrosomia (>90th percentile) and polyhydramnios.

Keywords: gestational diabetes mellitus, clinical characteristics of GDM at delivery, paraclinical characteristics of GDM at delivery.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là tình trạng rối loạn dung nạp glucose ở bất kỳ mức độ nào, khởi phát hoặc được phát hiện lần đầu tiên trong lúc mang thai [1]. Hiện nay, tỉ lệ sản phụ mắc ĐTĐTK đang có xu hướng ngày càng gia tăng với yếu tố nguy cơ chính là tình trạng thừa cân, béo phì trước mang thai, chế độ ăn uống thiếu khoa học và lối sống ít vận động [2]. Bên cạnh đó, đã có nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng ĐTĐTK là 1 trong những nguyên nhân làm gia tăng các biến cố trước sinh, trong chuyển dạ và sau sinh của cả sản phụ và thai nhi như tăng nguy cơ mắc tiền sản giật (6 - 8%), đa ối, thai to gây đẻ khó (13 - 17%) hay chảy máu sau đẻ (6 - 7%), ối vỡ non (32,3%), trẻ suy hô hấp sau sinh hoặc hạ glucose huyết [3].

Theo nhiều khuyến cáo, ĐTĐTK có thể được theo dõi và quản lý như 1 thai kỳ bình thường nếu glucose máu được kiểm soát tốt. Tuy nhiên, với những trường hợp có không kiểm soát tốt glucose máu hoặc có biến chứng thai kỳ thì việc chấm dứt thai kỳ sớm có thể được cân nhắc, nhất là sau tuần thai thứ 34 do thai nhi đã tương đối trưởng thành về chức năng hô hấp, giảm biến chứng sau sinh [4].

Xuất phát từ thực tế lâm sàng đó và đưa ra những nhận xét về thái độ xử trí đối với sản phụ mắc ĐTĐTK khi sinh con, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu **“Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các sản phụ mắc đái tháo đường thai kỳ sinh con sau tuần thứ 34 tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An”**.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: các sản phụ được chẩn đoán ĐTĐTK và kết thúc thai kỳ từ sau tuần thứ 34 tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2023 phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Chỉ mang đơn thai.
- Tuổi thai từ 34 tuần 0 ngày.
- Được làm nghiệm pháp dung nạp glucose trong thai kỳ.
- Có hồ sơ mẹ và sơ sinh được ghi chép đầy đủ rõ ràng về hành chính, chuyên môn, xét nghiệm trước và sau khi đẻ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Sản phụ đã được chẩn đoán ĐTĐ trước khi có thai.
- Sản phụ đang mắc các bệnh có ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose như Basedow, suy giáp, Cushing, suy gan, suy thận...
- Hồ sơ ghi chép thiếu thông tin, không rõ ràng
- Các sản phụ không đảm bảo đủ các tiêu chuẩn chọn mẫu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu là mô tả cắt ngang với cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỉ lệ với độ

chính xác tuyệt đối:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: làm mẫu tối thiểu nghiên cứu cần đạt được.

Z $1-\alpha/2$: độ tin cậy 95% khi $\alpha = 0,05$ thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

p = 0,78 là tỉ lệ mắc lấy thai trên bệnh nhân ĐTĐTK ở nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Thắng và Hoàng Tuấn Linh năm 2020 tại bệnh viện Phụ sản Trung ương [5].

d = 0,05 (sai số tương đối)

Tính theo công thức trên, nghiên cứu của chúng tôi cần tối thiểu 134 sản phụ. Thực tế, chúng tôi đã chọn được 150 trường hợp thỏa mãn điều kiện tham gia vào nghiên cứu.

2.3. Các biến số trong nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi trình bày theo các biến số sau: đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (tuổi mẹ, số con sống, tiền sử bản thân và gia đình liên quan đến ĐTĐTK), trạng thái cân nặng trước mang thai và tình trạng tăng cân trong thai kỳ, đặc điểm lâm sàng (triệu chứng vào viện, tuổi thai khi sinh, chẩn đoán TSG kèm theo, phương pháp điều trị ĐTĐTK), đặc điểm cận lâm sàng (kết quả NPĐH, đặc điểm siêu âm, kết quả glucose máu đói trước sinh).

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung	n = 150	%
Tuổi, năm		
Tuổi trung bình (TB \pm SD)(Min-Max)	35,93 \pm 5,58 (23 - 53)	
\leq 25 tuổi	2	1,3
26 - 35 tuổi	77	51,3
> 35 tuổi	71	47,3
Số con sống		
Con sơ	40	26,7
Con rạ	110	73,3
Tiền sử bản thân liên quan đến ĐTĐ		
Rối loạn dung nạp glucose	13	8,7
ĐTĐ	0	0
ĐTĐTK	0	0
Sinh con > 4000 g	10	6,7
Tiền sử gia đình (bậc 1)		
ĐTĐ	19	12,7
ĐTĐTK	7	4,7

Độ tuổi trung bình của các sản phụ mắc ĐTĐTK là 35,93 \pm 5,58 tuổi, đa số là > 25 tuổi (98,7%). Tỉ lệ sản phụ sinh con rạ chiếm đến 73,3%. Có 15,4% trường hợp có tiền sử bản thân và 17,4% có tiền sử gia đình liên quan đến ĐTĐTK.

Bảng 2. Trạng thái cân nặng và tình trạng tăng cân của bệnh nhân ĐTĐTK

Trạng thái trước mang thai	Mức tăng cân theo khuyến nghị						Tổng	p
	Thấp		Đạt		Cao			
	n	%	n	%	n	%		
Gầy	9	75	2	16,7	1	8,3	12 (8%)	0,000**
Bình thường	57	58,8	19	19,6	21	21,6	97 (64,7%)	
Thừa cân	0	0	9	31	20	69	29 (19,3%)	
Béo phì	4	33,3	0	0	8	66,7	12 (8%)	

Tỉ lệ sản phụ có thừa cân/béo phì chiếm đến 27,3%. Tình trạng tăng cân vượt mức khuyến cáo ở sản phụ ĐTĐTK chủ yếu thuộc nhóm này với tỉ lệ lần lượt là 69% và 66,7% ($p < 0,05$).

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân ĐTĐTK sinh con sau 34 tuần

Đặc điểm	n = 150	%
Triệu chứng khi vào viện		
Ối vỡ non	31	20,7%
Dọa đẻ non	25	16,7%
Chuyển dạ	49	32,7%
Chủ động	45	30%
Tuổi thai khi sinh		
≤ 37 tuần	95	63,3
> 37 tuần	55	36,7
Chẩn đoán TSG kèm theo ĐTĐTK		
Không	134	89,3
Có	16	10,7
Tuổi thai TB khi chẩn đoán TSG (tuần)	26,23 ± 1,71 (24 - 28)	
Phương pháp điều trị ĐTĐTK đến khi sinh		
Chỉnh chế độ ăn	121	80,7
Tiêm Insulin	29	19,3

Sản phụ ĐTĐTK vào viện vì ối vỡ non và dọa đẻ non chiếm tỉ lệ khá cao 20,7% và 16,7%. Tỉ lệ sản phụ ĐTĐTK chỉnh chế độ ăn là 80,7% và được chẩn đoán kèm theo TSG là 10,7%. Tuổi thai khi sinh chủ yếu thuộc nhóm ≤ 63,3%.

Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân phẫu thuật thai ngoài tử cung

Đặc điểm	n = 150	%
Kết quả NPDH khi chẩn đoán		
Tăng 1 chỉ số	75	50,0
Tăng 2 chỉ số	41	27,3
Tăng 3 chỉ số	34	22,7
Đặc điểm siêu âm		
Khối lượng thai > 90% BPV	102	68
Đa ối	13	8,7
Kết quả glucose máu đói trước sinh		
Giảm	10	6,7
Bình thường	67	44,6
Tăng	73	48,7
Giá trị glucose trước sinh trung bình (mmol/l)	5,59 ± 1,96 (2,49 - 21,78)	

Đa số sản phụ ĐTĐTK tăng 1 chỉ số trong NPDH tại thời điểm chẩn đoán (50%). Trên siêu âm, số sản phụ có khối lượng thai > 90% BPV chiếm đến 68%. Số sản phụ có glucose máu đói trước sinh là bình thường hoặc tăng là 93,3%.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành dựa trên hồ sơ bệnh án của 150 sản phụ mắc ĐTĐTK sinh con sau 34 tuần tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2022 đến năm 2023. Tuổi trung bình sản phụ mắc ĐTĐTK là $35,93 \pm 5,58$, phần lớn thuộc nhóm trên 25 tuổi (98,6%) và không có trường hợp nào dưới 18 tuổi. Kết quả này là tương đồng với tác giả Nguyễn Mạnh Thắng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương $32,05 \pm 4,89$ tuổi và Bùi Sơn Thắng tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An (2023) là $31,75 \pm 5,21$ tuổi và [6], [7]. Độ tuổi mẹ trung bình trong nghiên cứu là phù hợp với nhận định về tuổi cao (nhất là nhóm ≥ 35 tuổi) làm tăng nguy cơ mắc ĐTĐTK.

Trong nghiên cứu của chúng tôi đến 110/150 sản phụ là mang thai từ lần thứ 2 trở lên (73,3%). Tỷ lệ sản phụ đã từng sinh con đủ tháng là 64,6% và từng sinh con non tháng là 8,7%. Kết quả này phù hợp với kết quả trong nghiên cứu của Lê Thị Thanh Tâm chỉ ra so với nhóm mang thai lần đầu, nguy cơ mắc ĐTĐTK tăng gấp 1,5 lần ở lần mang thai thứ 2 và tăng 2,2 lần khi mang thai từ lần thứ 3 trở lên [8]. Phụ nữ mang thai từ lần thứ 2 trở lên có nghĩa là tuổi mẹ ngày càng cao khiến dễ xuất hiện tình trạng kháng Insulin và làm tăng nguy cơ xuất hiện ĐTĐTK.

Các tiền sử bản thân và gia đình của sản phụ có liên quan đến ĐTĐTK được chúng tôi thể hiện qua bảng 3.1. Kết quả cho thấy, tỉ lệ người bệnh có tiền sử bản thân liên quan đến ĐTĐTK như rối loạn dung nạp glucose chiếm 8,7%, ĐTĐ hay ĐTĐTK trước đây là 0%, tỉ lệ sinh con ≥ 4000 g là 6,7%, tương đồng với tác giả Nguyễn Mạnh Thắng về số sản phụ có tiền sử rối loạn dung nạp glucose (10,59%) hay sinh con > 4000 g (8,23%) [6]. Đặc biệt về tiền sử sinh con to, theo tác giả Lê Thị Thanh Tâm, tiền sử sinh con ≥ 4000 g cũng làm tăng nguy cơ mắc ĐTĐTK gấp 3,1 lần so với phụ nữ có thai kỳ trước đây khỏe mạnh hoặc chưa từng mang thai [8]. Bên cạnh đó, tỉ lệ bệnh nhân có tiền sử gia đình liên quan đến ĐTĐ như bố mẹ, anh chị em ruột mắc ĐTĐ là 12,7% và mẹ/chị em gái mắc ĐTĐTK là 4,7%. Điều này cho thấy tiền sử bản thân và gia đình có ảnh hưởng đến nguy cơ mắc ĐTĐTK trong những lần mang thai tiếp theo.

Bảng 2 chúng tôi đã thể hiện trạng thái cân nặng trước khi mang bầu và mức độ tăng cân trong thai kỳ của các sản phụ mắc ĐTĐTK. Từ kết quả nghiên cứu tổng quan tại các bệnh viện thuộc khu vực Đồng bằng sông Cửu Long của nhóm tác giả Trần Khánh Nga cũng chỉ ra mối liên quan giữa BMI ≥ 25 kg/m² làm tăng nguy cơ mắc ĐTĐTK (OR = 2,79; $p < 0,001$), đặc biệt với những trường hợp tăng ≥ 12 kg trong suốt thai kỳ [9]. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng nhóm sản phụ có BMI trước mang thai ở mức gầy, tỉ lệ tăng cân không đạt khuyến cáo là 75% và chỉ có 1 trường hợp tăng cân quá mức (8,3%). Trong khi đó, tỉ lệ tăng cân quá mức so với khuyến cáo nhóm sản phụ có BMI trước sinh ở mức thừa cân là 69% và nhóm béo phì là 66,7%. Sự khác biệt

về mức độ tăng cân ở từng nhóm so với khuyến cáo là có ý nghĩa về mặt thống kê ($p < 0,05$). Điều này cho thấy, nhóm phụ nữ có tình trạng cân nặng trước mang thai ở mức thừa cân, béo phì thường khó khống chế cân nặng khi mang thai hơn so với các nhóm còn lại, từ đó có thể làm tăng tình trạng ĐTĐTK không kiểm soát. Tăng cân quá mức trong suốt thai kỳ là nguyên nhân làm tăng lắng đọng chất béo trong cơ thể của mẹ và làm giảm nhạy cảm với Insulin, tăng nguy cơ ĐTĐTK (OR = 1,42; 95% CI 1,20 - 1,68) theo kết quả từ nghiên cứu của Stefanie Brunner và cộng sự [10].

Ngoài ra, tình trạng tăng cân quá mức trong thai kỳ cũng là một dấu hiệu lâm sàng giúp bác sĩ tiên lượng kết quả sản khoa và sơ sinh. Nghiên cứu của BH. Gou và cộng sự (2019) cho thấy, sản phụ mắc ĐTĐTK nếu tăng cân vượt quá khuyến cáo có thể làm tăng nguy cơ thai to hơn tuổi thai gấp 2,2 lần (95% CI 1,50 - 3,52), nguy cơ hạ glucose sơ sinh gấp 3,8 lần (95% CI 1,20 - 12,00) và nguy cơ sinh mổ gấp 1,45 lần (95% CI 1,13 - 1,87) [11]. Ngược lại, nếu tăng cân không đạt khuyến cáo có thể làm tăng nguy cơ thai nhỏ hơn tuổi thai (SGA) gấp 1,32 lần (95% CI 1,11 - 1,50) và nguy cơ sinh non gấp 3,53 lần (95% CI 1,96 - 6,37) [11]. Như vậy, để đảm bảo kết cục thai kỳ khỏe mạnh, sản phụ mắc ĐTĐTK cần có một chế độ ăn uống và tập luyện hợp lý để phù hợp với mức độ tăng cân theo khuyến cáo.

Bảng 3 chúng tôi trình bày về đặc điểm lâm sàng của các sản phụ ĐTĐTK sinh con sau 34 tuần tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. Theo đó, dù không phải dấu hiệu phổ biến khiến sản phụ ĐTĐTK nhập viện sinh con như chuyển dạ tự nhiên (32,7%) và chủ động (30%) song ối vỡ non hoặc dọa đẻ non cũng là những triệu chứng chiếm tỉ lệ tương đối cao lần lượt là 20,7% và 16,7%.

Theo Ying Li và các cộng sự khi phân tích mối liên quan giữa ĐTĐTK và tình trạng ối vỡ non (PROM) cho thấy, tỉ lệ PROM ở nhóm mắc ĐTĐTK cao hơn đáng kể so với nhóm chứng (32,3% so với 15,7%, $p = 0,05$). Sau khi hiệu chỉnh các yếu tố liên quan đến tuổi mẹ, BMI, cân nặng trẻ sơ sinh... Ying Li và cộng sự đã khẳng định rằng ĐTĐTK làm tăng nguy cơ PROM và tăng biến chứng bất lợi cho thai kỳ (OR: 2,538, 95%CI: 1,223, 5,224; $p = 0,012$) [12]. Nguyên nhân của tình trạng ối vỡ non trên sản phụ ĐTĐTK có thể được lý giải thông qua cơ chế chuyển hóa: khi tăng glucose máu và stress oxy hóa làm suy giảm độ bền của collagen trong màng ối, đồng thời tình trạng viêm mạn tính với các cytokine như IL-6, TNF- α làm giảm sức bền cơ học của màng ối. Thêm vào đó, thai to hoặc đa ối tạo áp lực cơ học lên màng ối, kết hợp nguy cơ nhiễm khuẩn tiềm ẩn, đều góp phần vào vỡ màng sớm [3], [12].

Tương tự với tỉ lệ PROM, nguy cơ dọa đẻ non, đẻ non ở sản phụ mắc ĐTĐTK cũng tăng lên rõ rệt so với nhóm chứng. Theo nghiên cứu của Wenrui Ye và các cộng sự năm 2022 đã chỉ ra mối liên quan giữa ĐTĐTK và tình trạng sinh non, dọa sinh non với nguy cơ tăng gấp 1,22

- 1,30 so với những trường hợp không mắc ĐTĐTK [3]. Như vậy, có thể thấy, ngay cả ĐTĐTK chỉnh chế độ ăn, nếu không được quản lý tốt, vẫn liên quan tới kết cục thai kỳ như sinh non, ối vỡ non cũng như các biến chứng của trẻ sơ sinh như suy hô hấp, nhiễm trùng...

Về tuổi thai khi sinh, tuổi thai trung bình khi sinh của các sản phụ ĐTĐTK trong nghiên cứu của chúng tôi là $36,34 \pm 1,48$ tuần, trong đó tuổi thai nhỏ nhất là 34 tuần và lớn nhất là 39 tuần với nhóm tuổi thai phổ biến khi sinh là < 37 tuần, chiếm 63,3%. Không có trường hợp nào để tình trạng thai quá ngày sinh. Tỷ lệ sản phụ ĐTĐTK sinh non trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ cao là phù hợp với nhận định của Wenrui Ye (2022) cho rằng ĐTĐTK làm tăng nguy cơ sinh non cao gấp 1,51 lần (95% CI 1,26 - 1,80) so với thai kỳ bình thường [3]. Đặc biệt khi tình trạng sinh con < 37 tuần có thể làm tăng biến chứng sơ sinh như nhẹ cân, suy hô hấp hoặc tăng tình trạng vàng da sơ sinh.

Tăng huyết áp thai kỳ và tiền sản giật là một trong những biến chứng về phía mẹ của ĐTĐTK. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 16/150 trường hợp được chẩn đoán mắc tiền sản giật kèm theo với ĐTĐTK, chiếm 10,7% với tuổi thai trung bình khi được chẩn đoán là $35,94 \pm 1,84$ tuần. Kết quả này là tương tự với nghiên cứu của tác giả Lê Văn Đạt (2022) tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội với tỷ lệ bệnh nhân mắc tiền sản giật đồng thời với ĐTĐTK là 10,57% hay một số nghiên cứu trước đây trên thế giới với tỷ lệ các phụ nữ ĐTĐTK bị tiền sản giật khoảng 12% cao hơn các phụ nữ không bị ĐTĐTK (8%) [13]. Việc sản phụ mắc đồng thời cả TSG và ĐTĐTK có thể làm ảnh hưởng đến cân nặng của thai nhi, phương thức kết thúc thai kỳ và kết quả sơ sinh của các đối tượng nghiên cứu.

Về phương pháp điều trị ĐTĐTK, phần lớn sản phụ được điều trị thông qua điều chỉnh chế độ ăn uống và vận động hàng ngày theo phác đồ, chiếm 80,7%, cao hơn gấp khoảng 4 lần với nhóm ĐTĐTK tiêm insulin (19,3%). Nguyên nhân của sự chênh lệch này là do tình trạng kháng insulin sinh lý ở xuất hiện và tăng dần từ 3 tháng giữa thai kỳ nên phần lớn thai phụ có dấu hiệu tăng đường huyết ở mức độ nhẹ và có thể cải thiện khi điều chỉnh chế độ ăn. Tỷ lệ sản phụ ĐTĐTK có thể ổn định đường huyết thông qua việc kiểm soát chế độ ăn uống và tập luyện mà không cần đến Insulin là 60 - 85% theo ACOG 2018 [4].

Về kết quả NPĐH khi chẩn đoán ĐTĐTK, tỷ lệ bệnh nhân được chẩn đoán khi tăng cả 3 chỉ số chiếm tỷ lệ thấp nhất (22,7%), trong khi đó, có đến 50% sản phụ chỉ tăng 1 chỉ số và 27,3% tăng 2/3 chỉ số. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng, số lượng các chỉ số tăng trong NPĐH cũng là một trong những yếu tố giúp tiên lượng kết quả sản khoa, theo tác giả Eteläinen, sản phụ tăng từ 2 chỉ số trở lên trong NPĐH có tỷ lệ xuất hiện kết cục sản khoa và sơ sinh bất lợi cao hơn so với nhóm chỉ tăng 1 chỉ số (35,0% so với 27,5%, aOR = 1,36; 95% CI 1,03

- 1,81) và (31,1% so với 18,9%, aOR = 1,88; 95% CI 1,40 - 2,52) [14]. Như vậy, nhóm sản phụ có tăng ≥ 2 chỉ số trong NPĐH trong nghiên cứu cần được theo dõi kỹ hơn trong quá trình chuyển dạ cũng như tình trạng hậu sản của bà mẹ và kết quả trẻ sơ sinh.

Đặc điểm siêu âm của các bệnh nhân ĐTĐTK trong nghiên cứu chúng tôi mô tả bao gồm trọng lượng thai ước $> 90\%$ BPV và tình trạng đa ối. Từ kết quả bảng 4 cho thấy tỷ lệ siêu âm phát hiện thai có trọng lượng $> 90\%$ BPV chiếm tỷ lệ cao 68%, phù hợp với kết luận của tác giả Serena Yue rằng ĐTĐTK làm tăng nguy cơ trọng lượng thai lớn hơn tuổi gấp 1,14 lần (95% CI 0,89 - 1,46) [15]. Đặc biệt, tình trạng trọng lượng thai lớn hơn tuổi còn tăng gấp 3,3 lần sản phụ mắc ĐTĐTK kèm theo béo phì [15]. Ngoài ra, tỷ lệ sản phụ được phát hiện đa ối trên siêu âm trong nghiên cứu của chúng tôi là 8,7%, tương đồng với kết quả của tác giả Vũ Bích Nga (7,8%) và 1 số tác giả khác (khoảng 12%). Một số nguyên nhân dẫn đến đa ối ở bệnh nhân ĐTĐTK có thể gồm kiểm soát đường huyết không tốt, thai nhi tăng đường huyết, xuất hiện đường trong nước ối làm tăng áp lực thẩm thấu từ đó kéo thêm nước vào buồng ối [8]. Vì thế, bên cạnh đánh giá tốc độ phát triển, trọng lượng thai thì bác sĩ siêu âm cũng cần đo góc ối sâu nhất và chỉ số ối để kịp thời phát hiện tình trạng đa ối. Sau khi đã loại trừ được các bất thường hình thái gây đa ối, bác sĩ cần tư vấn cho sản phụ về chế độ ăn uống và tập luyện hợp lý để tránh dọa đẻ non, đẻ non.

Bảng 4 cũng thể hiện giá trị định lượng glucose máu đói trước sinh của các sản phụ ĐTĐTK. Theo đó, hầu hết các sản phụ có glucose máu đói ở ngưỡng bình thường hoặc tăng nhẹ (chiếm 93,3%), chỉ có 6,7% có glucose máu giảm với giá trị trung bình là $5,59 \pm 1,96$ mmol/l. Điều này cho thấy tình trạng kiểm soát đường huyết của các bệnh nhân trong nghiên cứu là tương đối tốt với chỉ số đường huyết khi đói trung bình nằm trong giới hạn mục tiêu kiểm soát. Ngược lại, những trường hợp hạ đường huyết hay tăng đường huyết quá cao không kiểm soát có thể dẫn đến biến chứng của ĐTĐTK như co giật, hôn mê toan ceton ở mẹ hoặc suy hô hấp, hạ glucose máu ở trẻ sơ sinh.

5. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $35,93 \pm 5,58$ tuổi, chủ yếu trong nhóm > 26 tuổi (98,7%). Phần lớn sản phụ là mang thai con rạ (73,3%), 15,4% có tiền sử bản thân và 17,4% có tiền sử gia đình có liên quan đến ĐTĐTK. Nhóm sản phụ có BMI trước sinh thuộc nhóm thừa cân, béo phì có mức độ tăng cân vượt khuyến nghị chiếm tỷ lệ cao hơn so với các nhóm còn lại (69% và 66,7%) với $p < 0,05$. Có đến 80,7% sản phụ mắc ĐTĐTK được điều trị bằng chỉnh chế độ ăn cho đến khi sinh. Tỷ lệ sản phụ ĐTĐTK vào viện vì ối vỡ non và dọa đẻ non lần lượt là 20,7%; 16,7%. Tuổi thai khi sinh chủ yếu là < 37 tuần (63,3%). Kết quả NPĐH khi chẩn đoán cho

thấy tỉ lệ sản phụ tăng 1 chỉ số và ≥ 2 chỉ số là tương đương nhau (50%). Trên siêu âm, có đến 68% sản phụ có khối lượng thai > 90% BPV và 8,7% đa ối. Đa số sản phụ trước sinh có giá trị glucose máu đói là bình thường hoặc tăng nhẹ (93,3%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kurt George Matthew Mayer Alberti, Paul Z Zimmet. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Provisional report of a WHO consultation. *Diabetic medicine*. 1998; 15(7): tr. 539-553.
2. Le Hieu Minh et al. Prevalence and risk factors of gestational diabetes mellitus among pregnant women in northern Vietnam: a cross-sectional study. *Global Health Action*. 2025; 18(1), tr. 2460339.
3. Wenrui Ye et al. Gestational diabetes mellitus and adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. *Bmj*. 2022; 377.
4. ACOG. ACOG practice bulletin Gestational Diabetes Mellitus. Washington, DC, USA. 2018.
5. Hoàng Tuấn Linh. Nghiên cứu thái độ xử trí sản khoa của thai phụ đái tháo đường thai kỳ đẻ đủ tháng tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương. Luận văn Thạc sỹ Y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội; 2020.
6. Nguyễn Mạnh Thắng. Kết quả sản khoa ở thai phụ đái tháo đường thai kỳ đẻ đủ tháng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021; 502(2).
7. Bùi Sơn Thắng và Đặng Thị Minh Nguyệt. Kết quả xử trí sản khoa của sản 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).
8. Lê Thị Thanh Tâm. Nghiên cứu phân bố - một số yếu tố liên quan và kết quả sản khoa ở thai phụ đái tháo đường. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2016.
9. Trần Khánh Nga. Nghiên cứu tình hình đái tháo đường thai kỳ và mối liên quan của bệnh với adiponectin, leptin huyết thanh. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế. 2023.
10. Brunner Stefanie et al. Excessive gestational weight gain prior to glucose screening and the risk of gestational diabetes: a meta-analysis. *Diabetologia*. 2015; 58(10), tr. 2229-2237.
11. Bao-Hua Gou et al. Gestational diabetes: weight gain during pregnancy and its relationship to pregnancy outcomes. *Chinese medical journal*. 2019; 132(02), tr. 154-160.
12. Ying Li et al. Gestational diabetes increases preterm membrane rupture risk through elevated hydroxydesmethylpiperine sulfate levels. *Frontiers in Endocrinology*. 2025; 16, tr. 1631638.
13. Lê Văn Đạt, Lương Hoàng Thành và Trương Quang Vinh. 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).

14. Sanna Eteläinen et al. Perinatal and neonatal outcomes in gestational diabetes: The importance of the number of abnormal values in an oral glucose tolerance test. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2025; 104(1), tr. 130-138.
15. Serena Yue et al. Clinical consequences of gestational diabetes mellitus and maternal obesity as defined by asian BMI thresholds in Viet Nam: a prospective, hospital-based, cohort study. *BMC pregnancy childbirth*. 2022; 22(1), tr. 195.