

thì chỉ định được đưa ra khi góc Cobb trên 20° kèm theo triệu chứng đau không cải thiện khi điều trị nội khoa. Sau mổ các chỉ số lâm sàng như mức độ đau tính theo thang điểm VAS và chỉ số ODI cải thiện rất tốt, góc Cobb giảm đáng kể với mức hiệu chỉnh gù cao.

Các yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật như thời gian chấn thương càng lâu thì mức chỉnh gù được càng thấp và ngược lại, mức độ cải thiện chức năng cột sống và góc Cobb sau mổ là tương đương nhau giữa nhóm có loãng xương kèm theo và nhóm không loãng xương.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng còn một số hạn chế như mẫu bệnh nhân ít nên chưa so sánh hiệu quả của từng phương pháp phẫu thuật chỉnh gù, thời gian theo dõi sau mổ ngắn nên chưa đánh giá được hiệu quả chỉnh hình trong thời gian dài cũng như các biến chứng xa.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mothe AJ, Tator CH.** Advances in stem cell therapy for spinal cord injury. J Clin Invest. 2012;122(11):3824 - 3834.

2. **Jo D-J, Kim Y-S, Kim S-M, Kim K-T, Seo E-M.** Clinical and radiological outcomes of modified posterior closing wedge osteotomy for the treatment of posttraumatic thoracolumbar kyphosis. J Neurosurg Spine. 2015;23(4):510 - 517.

3. **Liu F-Y, Gu Z-F, Zhao Z-Q, et al.** Modified grade 4 osteotomy for the correction of post-traumatic thoracolumbar kyphosis: A retrospective study of 42 patients. Medicine (Baltimore). 2020;99(37):e22204.

4. **Munting E.** Surgical treatment of post-traumatic kyphosis in the thoracolumbar spine: indications and technical aspects. Eur Spine J. 2010;19 Suppl 1:S69 - 73.

5. **Li S, Li Z, Hua W, et al.** Clinical outcome and surgical strategies for late post-traumatic kyphosis after failed thoracolumbar fracture operation: Case report and literature review. Medicine (Baltimore). 2017;96(49):e8770.

6. **Themes UFO.** History of Spine Osteotomy. Neupsy Key. Published September 22, 2016. Accessed October 5, 2021.

7. **Hu W, Wang B, Run H, Zhang X, Wang Y.** Pedicle subtraction osteotomy and disc resection with cage placement in post-traumatic thoracolumbar kyphosis, a retrospective study. J Orthop Surg Res. 2016;11:112.

8. **Takenaka S, Mukai Y, Hosono N, Fuji T.** Major Surgical Treatment of Osteoporotic Vertebral Fractures in the Elderly: A Comparison of Anterior Spinal Fusion, Anterior-Posterior Combined Surgery and Posterior Closing Wedge Osteotomy. Asian Spine J. 2014;8(3):322 - 330.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ THAI NGHÉN Ở SẢN PHỤ BỊ THÁO ĐƯỜNG TRONG THAI KỲ ĐIỀU TRỊ INSULIN TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

LÊ THỊ THÚY HẰNG<sup>1</sup>, PHẠM BÁ NHA<sup>1</sup>,  
NGUYỄN THỊ HỒNG PHƯỢNG<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai, <sup>2</sup>Bệnh viện Phụ sản Trung ương

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét kết quả thai nghén của sản phụ đái tháo đường trong thai kỳ điều trị insulin tại Bệnh viện Bạch Mai.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 81 sản phụ bị đái tháo đường (ĐTĐ) điều trị insulin đề tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7/2020 đến tháng 7/2021.

**Kết quả:** Tỷ lệ sản phụ bị ĐTĐ typ I, typ II và ĐTĐTK là 16,0%, 13,5% và 60,5%. 32,1% sản phụ kiểm soát đường huyết không đạt mục tiêu. **Biến chứng mẹ:** đê non 34,6%, THA/TSG 11,1%, đa ối 21%, toan ceton 8,6%, thai lưu 11,1%. **Biến chứng con:** thai to  $\geq 4000g$  7,4%, suy hô hấp sau sinh 2,5%, tử vong sau sinh 2,5%. **Kết quả thai nghén:** Thời điểm kết thúc thai kỳ trung bình là  $36,3 \pm 3,2$  tuần, đẻ thường 16,0%, mổ lấy thai 84,2%.

**Kết luận:** Kết quả thai kỳ của các sản phụ ĐTĐ điều trị insulin liên quan với mức độ kiểm soát đường huyết.

**Từ khóa:** Đái tháo đường, thai kỳ, insulin.

Chịu trách nhiệm: Lê Thị Thúy Hằng

Email: lehanguu@gmail.com

Ngày nhận: 10/8/2021

Ngày phản biện: 10/9/2021

Ngày duyệt bài: 21/9/2021

## SUMMARY

### CLINICAL AND SUBCLINICAL FEATURES AND PREGNANCY OUTCOME OF PREGNANT WOMEN DIAGNOSED DIABETES MELLITUS TREATED WITH INSULIN THERAPY IN BACH MAI HOSPITAL

*Objectives: Describing clinical and subclinical features and pregnancy outcome of pregnant women diagnosed diabetes mellitus treated with insulin therapy in Bach Mai hospital.*

*Subjects and methods: prospective descriptive study of 81 pregnant women who have diabetes mellitus in pregnancy treated with insulin therapy in Bach Mai hospital from 7/2020 to 7/2021.*

*Results: The percentage of type 1 diabetes, type 2 diabetes, gestational diabetes mellitus (GDM) are 16.0%, 13.5% and 60.5%. 32.1% suboptimal glycemetic control. Complications: premature birth 34.6%, hypertension/pre-eclampsia 11.1%, polyhydramnios 21.0%, ketoacidosis 8.6%, stillbirth 11.1, macrosomia  $\geq 4000g$  7.4%, neonatal respiratory distress 2.5%, neonatal mortality 2.5%. Pregnancy outcome: mean gestational age at delivery (weeks) is  $36.3 \pm 3.2$ , 16.0% vaginal delivery, caesarean delivery 84.2%. Conclusion: Suboptimal glycemetic control in women diagnosed diabetes mellitus treated insulin therapy is associated with adverse pregnancy outcome.*

**Keywords:** Diabetes mellitus, pregnancy, insulin.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh rối loạn chuyển hóa không đồng nhất, có đặc điểm tăng glucose huyết tương do thiếu hụt về tiết insulin, về tác động của insulin hoặc cả hai. Đái tháo đường bao gồm ĐTĐ typ I, ĐTĐ typ II, đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) và các tình trạng tăng đường huyết khác<sup>[1]</sup>. Theo Liên đoàn đái tháo đường quốc tế, năm 2019 có 16% trẻ sinh ra từ các bà mẹ bị ĐTĐ trong thai kỳ, trong đó 84% là do ĐTĐTK<sup>[2]</sup>. Không chỉ tỷ lệ mắc ĐTĐ typ I và typ II ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản đang tăng mà tỷ lệ ĐTĐTK cũng được báo cáo là tăng mạnh, đặc biệt là tại khu vực châu Á - Thái Bình Dương. Đái tháo đường trong thai kỳ nếu không được theo dõi, phát hiện và kiểm soát sẽ dẫn đến nhiều biến chứng cho mẹ như tiền sản giật, thai lưu, sảy thai, thai to làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai và biến chứng cho thai như mắc vai khi đẻ, suy hô hấp, hạ đường huyết sau sinh, dị tật bẩm sinh... Tại Việt Nam, ĐTĐ trong thai kỳ, đặc biệt là ĐTĐTK ngày càng được quan tâm và nghiên cứu do tỷ lệ này có xu hướng ngày càng tăng. Tuy nhiên, các nghiên cứu về ĐTĐ

hiện nay ở phụ nữ có thai tại Việt Nam chỉ mới tập trung trên nhóm thai phụ ĐTĐTK, chưa có nghiên cứu về các thai phụ ĐTĐ typ I và ĐTĐ typ II. Xuất phát từ thực tiễn, chúng tôi tiến hành đề tài “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả thai nghén ở sản phụ bị tháo đường trong thai kỳ điều trị insulin tại Bệnh viện Bạch Mai” với hai mục tiêu:

Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của sản phụ đái tháo đường trong thai kỳ điều trị insulin.

Nhận xét kết quả thai nghén của những sản phụ trên.

## ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các sản phụ bị đái tháo đường trong thai kỳ điều trị insulin kết thúc thai nghén tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7/2020 đến 7/2021.

#### 1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Các sản phụ ĐTĐTK, ĐTĐ typ I và ĐTĐ typ II đã được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của ADA 2010 và phải kiểm soát đường huyết bằng insulin

- Các sản phụ đồng ý tham gia nghiên cứu.

#### 1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- ĐTĐTK điều trị bằng điều chỉnh chế độ ăn.  
- Đang mắc các bệnh có ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose như cường giáp, suy giáp, Cushing, u tủy thượng thận...

- Đang dùng các thuốc có ảnh hưởng tới chuyển hóa glucose: corticoid, thuốc chẹn giao cảm...

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

**2. Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả tiến cứu.

Mẫu và cách chọn mẫu: Tất cả các sản phụ bị ĐTĐ trong thai kỳ điều trị insulin thỏa mãn tiêu chuẩn sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

Số liệu được xử lý và phân tích bằng chương trình thống kê y học SPSS 20.0. Sự khác nhau về kết quả giữa các biến số được coi là có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$  (test Chi-square cho các biến định tính và test ANOVA/t-test cho các biến định lượng).

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

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

Trong thời gian từ tháng 7/2020 đến 7/2021 có 81 sản phụ bị ĐTĐ trong thai kỳ điều trị insulin, trong đó ĐTĐ typ I chiếm 16,0%, ĐTĐ typ II chiếm 23,5% và ĐTĐTN là 60,5%. Có

32,1% được chẩn đoán ĐTĐ từ trước khi mang thai, 67,9% chẩn đoán trong khi có thai, chủ yếu vào 3 tháng cuối chiếm 42,0%.

Bảng 1. Yếu tố nguy cơ của đối tượng nghiên cứu

		Đặc điểm	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi		≤ 25	14,8
		25 - < 30	24,7
		30 - < 35	23,5
		≥ 35	37,0
Số lần sinh		1 lần	18,5
		2 lần	39,5
		≥ 3 lần	42,0
Chỉ số BMI trước mang thai		< 18,5	4,9
		18,5 - 22,9	59,3
		23 - 24,9	23,5
		≥ 25	12,3
Tiền sử sản khoa		Sảy thai, thai lưu liên tiếp	4,9
		Sinh non	7,4
		Sinh con to ≥ 4000g	14,8
		ĐTĐTK lần mang thai trước	13,6
		Con dị tật	1,2
		Tử vong chu sinh	11,1
		Buồng trứng đa nang	8,6
		THA/ TSG ở thai kỳ trước	2,4
		Bình thường	38,3
Tiền sử gia đình mắc ĐTĐ		Có	22,2
		Không	78,8

Độ tuổi hay gặp nhất của đối tượng nghiên cứu là ≥ 35 tuổi, chiếm 37,0%; chủ yếu sinh từ con thứ 3 trở lên chiếm 42,0%. Nhóm thừa cân, béo phì (BMI ≥ 23) chiếm 35,8%. Có 61,7% sản phụ có ít nhất một tiền sử sản khoa là yếu tố nguy cơ của ĐTĐ và 22,2% sản phụ có bố hoặc mẹ bị ĐTĐ.

## 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Có 9/81 sản phụ có THA/TSG khi có thai, chiếm 11,1% và tất cả đều thuộc các sản phụ được chẩn đoán ĐTĐ khi có thai. 21,0% sản phụ có tình trạng đa ối, 3/81 sản phụ có tình trạng thiếu ối, chiếm 3,7%.

Bảng 2. Mối liên quan giữa tình trạng THA/TSG với thời điểm chẩn đoán ĐTĐ

			Thời điểm chẩn đoán			Tổng số
			3 tháng đầu	3 tháng giữa	3 tháng cuối	
THA/TSG	Có	n	3	3	2	8
		%	60,0	18,8	5,9	14,5
	Không	n	2	13	32	47
		%	40	81,2	94,1	85,5
Tổng số		n	5	16	34	55
		%	100	100	100	100

P = 0,006 < 0,05

Tỷ lệ THA/TSG ở nhóm thai phụ chẩn đoán ĐTĐ trong 3 tháng đầu cao hơn nhóm chẩn đoán trong 3 tháng giữa và 3 tháng cuối (p = 0,006).

## 3. Kết quả thai nghén

### Mức độ kiểm soát đường huyết theo loại ĐTĐ

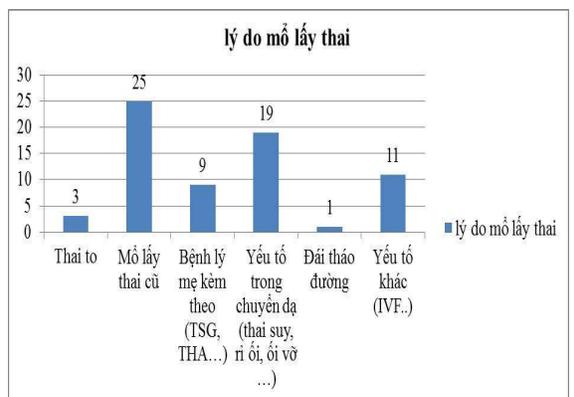
Bảng 3. Mức độ kiểm soát đường huyết theo loại ĐTĐ

Kiểm soát đường huyết	Loại ĐTĐ	ĐTĐ typ I	ĐTĐ typ II	ĐTĐTK	Tổng số
		n	8	13	
Đạt mục tiêu	%	61,5	68,4	69,4	67,9
Không đạt mục tiêu	n	5	6	15	26
	%	38,5	31,6	30,6	32,1
Tổng số	n	13	19	49	81
	%	100	100	100	100

P = 0,864

Có 32,1% kiểm soát đường huyết không đạt mục tiêu

### Kết quả thai nghén



Biểu đồ 1. Lý do mô lấy thai ở sản phụ ĐTĐ điều trị insulin

Tỷ lệ đẻ thường là 16,0%, mô lấy thai là 84%. Trong đó, nguyên nhân mô lấy thai chủ yếu là do vết mô lấy thai cũ chiếm 36,8%. Có 4,4% mô vì thai ≥ 4000g, 1,5% mô vì ĐTĐ điều trị insulin.

Bảng 4. Biến chứng của ĐTĐ điều trị insulin

Biến chứng	n	%	
Biến chứng mẹ	Đẻ non	28	34,6
	THA/TSG	9	11,1
	Đa ối	17	21,0
	Toan ceton	7	8,6
Biến chứng con	Thai lưu	9	11,1
	Thai to ≥ 4000g	6	7,4
	Suy hô hấp sau sinh	2	2,5
	Tử vong sau sinh	2	2,5

Bảng 5. Mối liên quan giữa thời điểm kết thúc thai kỳ và cân nặng trẻ khi sinh với mức độ kiểm soát đường huyết

			Tuổi thai (tuần)		Cân nặng (g)		
			22 - < 37	37 - 42	< 2500	2500 - < 4000	≥ 4000
Mức độ kiểm soát đường huyết	Đạt mục tiêu	n	8	47	2	49	4
		%	28,6	88,75	14,3	80,3	66,7
	Không đạt mục tiêu	n	20	6	12	12	2
		%	71,4	11,3	85,7	19,7	33,3
Tổng số		n	28	53	14	61	6
		%	100	100	100	100	100
			P = 0,000		P = 0,000		

Tỷ lệ đẻ non < 37 tuần và tỷ lệ trẻ có cân nặng < 2500g và ≥ 4000g ở nhóm kiểm soát đường huyết không đạt mục tiêu cao hơn nhóm kiểm soát đường huyết đạt mục tiêu.

## BÀN LUẬN

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

Tỷ lệ sản phụ bị ĐTD typ I là 16,0%, ĐTD typ II là 23,5% và ĐĐTK là 60,5%. Thời điểm chẩn đoán chủ yếu của nhóm phát hiện ĐTD khi có thai là vào 3 tháng cuối (34/55 sản phụ) chiếm 61,8%, muộn hơn của Vũ Bích Nga<sup>[3]</sup>, 81,6% được chẩn đoán từ 24 - 28 tuần. Lý do, đa số các sản phụ khi đến làm hồ sơ đăng ký đẻ mới làm xét nghiệm sàng lọc ĐĐTK. Mặt khác, Bệnh viện Bạch Mai là bệnh viện nội khoa tuyến cuối nên có nhiều trường hợp thai nghén có biến chứng chuyển từ tuyến dưới lên mới phát hiện ĐTD. Nhóm tuổi hay gặp nhất là ≥ 35 tuổi, chiếm 37,0% và chủ yếu sinh từ con thứ ba trở lên chiếm 42,0%

Các sản phụ có càng nhiều yếu tố nguy cơ thì khả năng bị ĐĐTK càng cao. Theo nghiên cứu của Vũ Bích Nga<sup>[3]</sup>, tỷ lệ ĐĐTK ở các nhóm không có yếu tố nguy cơ là 4,5%, có 1, 2 và ≥ 3 yếu tố nguy cơ thì tỷ lệ ĐĐTK lần lượt là 17,7%; 35,5% và 100%. Tỷ lệ thừa cân, béo phì trước mang thai trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 23,5% và 12,3% cao hơn nghiên cứu của các tác giả Vũ Bích Nga<sup>[3]</sup> 9,9%, Lê Lam Hương<sup>[4]</sup> 26,0%. Sở dĩ có sự khác biệt này do nghiên cứu của chúng tôi là các sản phụ ĐTD điều trị insulin bao gồm cả ĐTD typ II và bên cạnh đó do đời sống càng được nâng cao kèm theo đó là chế độ ăn nhiều tinh bột, lối sống ít vận động cũng làm tăng tỷ lệ béo phì. 61,7% sản phụ có ít nhất một tiền sử sản khoa liên quan đến ĐTD. Tiền sử sản khoa vừa được xem là yếu tố nguy cơ vừa là hậu quả của ĐTD bao gồm tiền sử sinh con ≥ 4000g, thai lưu liên tiếp, thai dị tật, đẻ non, tử vong chu sinh, buồng trứng đa nang. Tỷ lệ sản phụ có bố hoặc mẹ bị ĐTD là 22,2%. Theo nghiên cứu HAPO<sup>[5]</sup>, nhóm

sản phụ có tiền sử gia đình thế hệ thứ nhất mắc ĐTD thì nguy cơ mắc ĐĐTK cao hơn 40%.

### 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Có 9 sản phụ có tăng huyết áp hoặc tiền sản giật, chiếm tỷ lệ 11,1%, cao hơn so với các tác giả nghiên cứu trên đối tượng ĐĐTK như Vũ Bích Nga<sup>[3]</sup> 6,8%, Lê Thị Thanh Tâm<sup>[6]</sup> là 4,5%. Nhóm được chẩn đoán sớm trong 3 tháng đầu có tỷ lệ THA/TSG cao hơn nhóm chẩn đoán vào ba tháng cuối. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Sweeting và cs<sup>[7]</sup>, nhóm được chẩn đoán ĐTD sớm và trước khi có thai có tỷ lệ tăng huyết áp cao hơn nhóm chẩn đoán ĐTD muộn.

Kiểm soát đường huyết kém sẽ làm tăng tỷ lệ đa ối trong thai kỳ. Tỷ lệ đa ối trong nghiên cứu của chúng tôi là 21,0% cao hơn nghiên cứu của một số tác giả trước đây ở các sản phụ ĐĐTK như Vũ Bích Nga<sup>[3]</sup> 7,8%, Lê Thị Thanh Tâm<sup>[6]</sup> 2,6% do tỷ lệ sản phụ có mức độ kiểm soát đường huyết kém của chúng tôi cao hơn.

### 3. Kết quả thai nghén

Nghiên cứu của chúng tôi có 67,9% sản phụ kiểm soát đường huyết đạt mục tiêu điều trị và tỷ lệ không đạt mục tiêu là 32,1% cao hơn nghiên cứu của Vũ Bích Nga<sup>[3]</sup> trên nhóm ĐĐTK chung là 10,7%. Có thể thấy ĐTD phải điều trị insulin sẽ khó kiểm soát đường huyết hơn. Do đó cần có sự phối hợp của các bác sỹ chuyên khoa nội tiết theo dõi đường máu để chỉnh liều insulin, đồng thời cần hướng dẫn bệnh nhân thực hiện chế độ ăn và luyện tập hợp lý.

Thời điểm kết thúc thai kỳ trung bình của các sản phụ ĐTD điều trị insulin trong nghiên cứu của chúng tôi là 36,3 ± 3,2 tuần, sớm hơn trong nghiên cứu của các tác giả khác trên nhóm sản phụ ĐĐTK chung như Vũ Bích Nga<sup>[3]</sup> là 38,9 ± 1,7 tuần; Lê Thị Thanh Tâm<sup>[6]</sup> là 39,5 ± 1,5 tuần, HAPO<sup>[5]</sup> là 39,4 ± 1,7. Lý do cho sự khác biệt này có thể do các sản phụ ĐTD điều trị bằng insulin thì khả năng kiểm soát đường huyết đạt mục tiêu sẽ khó hơn do đó dễ xuất hiện các biến chứng trong thời gian mang thai như tăng huyết

áp, tiền sản giật, chuyển dạ sinh non, thai quá to, toan ceton... dẫn đến phải kết thúc thai kỳ sớm. Bên cạnh đó, các bác sĩ sản khoa vẫn còn rất e ngại các trường hợp ĐTĐ điều trị insulin nên nhiều trường hợp quyết định chấm dứt thai kỳ sớm vì sợ biến chứng khi tiếp tục theo dõi thai nghén. Hiện nay về thời điểm kết thúc thai kỳ đối với các sản phụ bị ĐTĐ chưa có sự thống nhất giữa các nhà lâm sàng. Do đó để lựa chọn thời điểm kết thúc thai kỳ cần phải cân nhắc đến những rủi ro và lợi ích đối với mẹ và thai. Các nghiên cứu đa phần ủng hộ khởi phát chuyển dạ khi thai được 38 tuần ở các sản phụ ĐTĐ điều trị insulin tuy nhiên đối với các thai phụ kiểm soát đường huyết kém có thể cần sinh sớm hơn<sup>[8]</sup>.

Tỷ lệ mổ lấy thai là 84,0%, cao hơn tỷ lệ mổ lấy thai ở các thai phụ ĐTĐTK nói chung trong nghiên cứu của các tác giả Vũ Bích Nga<sup>[3]</sup> là 48,5%, Lê Thị Thanh Tâm<sup>[6]</sup> là 41,5%, HAPO<sup>[5]</sup> là 23,7%. Nguyên nhân của sự khác biệt do trong những năm gần đây, tỷ lệ mổ lấy thai nói chung đang có xu hướng gia tăng không chỉ ở Việt Nam và thế giới. Mặt khác, đối với nhóm sản phụ ĐTĐ điều trị insulin, vẫn còn tâm lý e ngại của các bác sĩ sản khoa khi theo dõi chuyển dạ để thường do đó chỉ định mổ lấy thai thường rộng rãi hơn. Lý do mổ lấy thai chủ yếu là do thai phụ có vết mổ đẻ cũ, chiếm 36,8%. Theo khuyến cáo của ADA<sup>[1]</sup> ĐTĐTK không phải là chỉ định để sinh trước tuần 38 và không mổ lấy thai thường quy cho các thai phụ ĐTĐTK. Mổ lấy thai không mang lại lợi ích cho các thai phụ ĐTĐ trong khi đó ĐTĐ có liên quan đến tăng nguy cơ các biến chứng khi mổ lấy thai như nhiễm trùng vết mổ, toác vết mổ<sup>[9]</sup>.

Các biến chứng của ĐTĐ đối với mẹ gặp trong nghiên cứu của chúng tôi gồm có: đẻ non chiếm tỷ lệ nhiều nhất 34,6%, THA/TSG là 11,1%, đa ối 21,0%, toan ceton 8,6%, thai lưu 11,1%. Biến chứng đối với con là thai to  $\geq 4000g$  là 7,4%, suy hô hấp sau sinh là 2,5% và tử vong sau sinh là 2,5%. Tỷ lệ các tai biến này trong nghiên cứu của Vũ Bích Nga<sup>[3]</sup> là đẻ non 8,7%, THA/TSG 6,8%, đa ối 7,8%, thai lưu 0%, thai to 7,8%, suy hô hấp sau sinh 1%, tử vong sau sinh 1%. Các tỷ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn rất nhiều do các sản phụ ĐTĐ điều trị insulin trong nghiên cứu của chúng tôi được chẩn đoán khá muộn và tỷ lệ kiểm soát đường huyết không đạt mục tiêu cao hơn các nghiên cứu trên. Do đó, có thể thấy ĐTĐ điều trị insulin có nguy cơ gặp các tai biến đối với mẹ và thai cao hơn ĐTĐTK chung. Từ đó có thể thấy ĐTĐ điều trị insulin là một trường hợp thai nghén nguy cơ cao đòi hỏi phải có sự theo dõi

chặt chẽ thai kỳ nhằm dự phòng cũng như phát hiện sớm các bất thường để có biện pháp can thiệp phù hợp nhằm làm giảm thấp nhất các biến chứng cho mẹ và thai.

#### 4. Mối liên quan giữa ĐTĐ điều trị insulin và kết quả thai nghén

Tỷ lệ đẻ non và tỷ lệ trẻ có cân nặng khi sinh  $< 2500g$  và  $\geq 4000g$  ở nhóm kiểm soát đường huyết không đạt mục tiêu cao hơn nhóm kiểm soát đường huyết đạt mục tiêu. Theo nghiên cứu của một số tác giả cũng cho thấy nhóm kiểm soát đường huyết không đạt mục tiêu sẽ có tỷ lệ tai biến đối với mẹ và thai cao hơn nhóm kiểm soát đường huyết đạt mục tiêu. Nghiên cứu của Vũ Bích Nga<sup>[3]</sup> trên nhóm ĐTĐTK cũng cho thấy tỷ lệ tai biến ở nhóm đạt mục tiêu là 8,7% so với nhóm không đạt mục tiêu là 90,9%. Langer và cs cũng chỉ ra các trường hợp ĐTĐTK không được điều trị sẽ làm tăng kết cục bất lợi đối với sơ sinh, tỷ lệ này ở nhóm được điều trị là 58%, nhóm được điều trị là 18%<sup>[10]</sup>. Do đó để giảm tỷ lệ tai biến đối với mẹ và thai thì điều quan trọng là cần phải có sự theo dõi của bác sĩ chuyên khoa nội tiết, đồng thời hướng dẫn thai phụ tuân thủ chế độ điều trị để duy trì được nồng độ đường huyết theo mục tiêu.

#### KẾT LUẬN

61,7% sản phụ có ít nhất một tiền sử sản khoa liên quan đến ĐTĐTK. Tỷ lệ mổ lấy thai chiếm đa số 84,0%. Kiểm soát đường huyết không đạt mục tiêu ở các sản phụ ĐTĐ điều trị insulin làm tăng nguy cơ đẻ non, nguy cơ thai to  $\geq 4000g$ .

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Diabetes Association. Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Medical Care in Diabetes - 2021. Diabetes Care 2021;44(1):S200 - S210.
2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. Vol. 9th edn. Brussels B IDF; 2019.
3. Vũ Bích Nga. Nghiên cứu ngưỡng glucose máu lúc đói để sàng lọc đái tháo đường thai kỳ và bước đầu đánh giá hiệu quả điều trị. Luận án Tiến sĩ Y học, chuyên ngành nội - nội tiết, Trường Đại học Y Hà Nội. 2009.
4. Lê Lam Hương, Ngô thị Minh Thảo, Võ Hoàng Lâm. Đái tháo đường thai kỳ: Nghiên cứu những yếu tố ảnh hưởng và kết quả thai kỳ. Hội Nội tiết & Đái tháo đường miền Trung Việt Nam. 2021;46+47doi:DOI: 10.47122/vjde.2021.46.28
5. Metzger BE CM, Sacks DA, Watson W, Dooley SL, Foderaro M et al. Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes. New England Journal of Medicine. 2008;358(19):1991-2002. doi:10.1056/NEJMoa0707943.
6. Lê Thị Thanh Tâm. Nghiên cứu phân bố - một số yếu tố liên quan và kết quả sản khoa ở thai

phụ đại tháo đường thai kỳ. Luận văn Tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2017.

7. **Sweeting AN, Ross GP, Hyett J, et al.** Gestational Diabetes Mellitus in Early Pregnancy: Evidence for Poor Pregnancy Outcomes Despite Treatment. *Diabetes Care*. Jan 2016;39(1):75-81. doi:10.2337/dc15-0433.

8. **Kjos SL, Henry OA, Montoro M, Buchanan TA, Mestman JH.** Insulin-requiring diabetes in pregnancy: a randomized trial of active induction of labor and expectant management. *Am*

*J Obstet Gynecol*. Sep 1993;169(3):611-5. doi:10.1016/0002-9378(93)90631-r.

9. **Takoudes TC, Weitzen S, Slocum J, Malee M.** Risk of cesarean wound complications in diabetic gestations. *Am J Obstet Gynecol*. Sep 2004;191(3):958-63. doi:10.1016/j.ajog.2004.05.063.

10. **Langer O, Yogev Y, Most O, Xenakis EM.** Gestational diabetes: the consequences of not treating. *Am J Obstet Gynecol*. Apr 2005;192(4):989-97. doi:10.1016/j.ajog.2004.11.039.

## GIÁ TRỊ SIÊU ÂM PHỔI TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ THEO DÕI ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG NẶNG CÓ THÔNG KHÍ NHÂN TẠO XÂM NHẬP

PHẠM DUY HƯNG<sup>1</sup>, NGÔ ĐỨC NGỌC<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Đức Giang

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét giá trị siêu âm phổi trong chẩn đoán và theo dõi điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng nặng có thông khí nhân tạo xâm nhập.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả tiến cứu trên 32 bệnh nhân trên 18 tuổi - được chẩn đoán viêm phổi mắc phải cộng đồng nặng - phải thông khí nhân tạo xâm nhập từ tháng 08/2020 đến tháng 08/2021 tại Khoa Cấp Cứu Bệnh viện Bạch Mai và Khoa Cấp cứu - HSTC, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Bệnh nhân được siêu âm phổi 6 vùng phổi mỗi bên tại thời điểm nhập viện và tính điểm siêu âm phổi (tổng điểm của 12 vùng phổi). Siêu âm phổi lại sau mỗi 3 ngày điều trị và tính điểm tái thông khí phổi (tổng số điểm thay đổi ở 12 vùng phổi) tại mỗi lần siêu âm phổi. Đánh giá mối tương quan giữa điểm siêu âm phổi khi nhập viện với chỉ số PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> để đánh giá mức độ giảm oxy hóa máu của bệnh nhân và mối tương quan giữa điểm tái thông khí phổi với sự tiến triển điều trị của bệnh nhân theo các ngày điều trị.

**Kết quả:** Tuổi trung bình là 60,69 (22-89), trên 65 tuổi (11; 34,4%), tỉ lệ nam 72%. Có 4 dấu hiệu tổn thương hay gặp trên siêu âm phổi: đường B (25;78,12%), dấu nát vụn (24;75%), đồng đặc (23;71,87%), tràn dịch màng phổi (20;62,51%). Tỉ lệ chẩn đoán đúng viêm phổi của

siêu âm phổi theo phác đồ Blue là 93,75%. Điểm siêu âm phổi khi vào viện khả năng dự đoán tốt đoán mức độ suy hô hấp nặng và vừa (PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> ≤ 200) với diện tích dưới đường cong AUC=0,798, p = 0,03, điểm cắt: 17, độ nhạy 81,8%, độ đặc hiệu 70%. Có mối tương quan chặt giữa điểm tái thông khí phổi và sự thay đổi chỉ số PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> trong quá trình điều trị

**Kết luận:** Nghiên cứu của chúng tôi tuy nhỏ nhưng cho thấy siêu âm phổi là công cụ hữu dụng trong chẩn đoán và theo dõi điều trị bệnh nhân VPMPCĐ nặng phải thông khí nhân tạo xâm nhập. Cần có những nghiên cứu lớn hơn để khẳng định giá trị của phương pháp này.

**Từ khóa:** VPMPCĐ, siêu âm phổi, đồng đặc, dấu nát vụn, tràn dịch màng phổi, điểm siêu âm, điểm tái thông khí phổi.

### SUMMARY

VALUE OF PULMONARY ULTRASONOGRAPHY IN DIAGNOSIS AND MONITORING TREATMENT OF SEVERE COMMUNITY RIGHT PNEUMONIA WITH INVASIVE ARTIFICIAL VENTILATION

**Objectives:** Evaluation of the value of lung ultrasound in the diagnosis and monitoring of treatment of severe community-acquired pneumonia with invasive ventilation.

**Subjects and methods:** Prospective description on 32 patients over 18 years of age - diagnosed with severe community-acquired pneumonia - who required invasive ventilation from August 2020 to August 2021 at the Emergency Department of Bach Mai Hospital

Chịu trách nhiệm: Phạm Duy Hưng  
Email: phamduyhung04011991@gmail.com  
Ngày nhận: 25/8/2021  
Ngày phản biện: 21/9/2021  
Ngày duyệt bài: 05/10/2021