

18. **Nguyễn Thanh Hiền and Nguyễn Vũ Quốc Huy**, Nghiên cứu tỷ lệ và một số yếu tố liên quan và kết quả kết thúc thai kỳ ở các sản phụ song thai. Tạp chí Sản khoa, 2016. 14(4): p. 28 - 34.

19. **Lê Thị Bích Ngọc**, Nghiên cứu tình hình đa thai tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Trung ương Huế, ed. ngọc. 2003: Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược Huế.

20. **Martin JA, et al.**, Births: the final data for 2005. Natl Vital Stat Rep, 2007. 56: p. 1.

21. **Sehire NJ, et al.**, The hidden mortality of monochorionic twin pregnancies. Br J Obstet Gynaecol, 1997: p. 104 - 1203.

22. **Lutfi S, et al.**, Twin - twin transfusion syndrome: a population - based study. Obstet Gynecol, 2004: p. 104 - 1289.

23. **Hà Thị Tiểu Di, Võ Tá Sơn, and Lê Đức Vinh**, Nghiên cứu các đặc điểm siêu âm

và kết quả xử trí thai kỳ song thai một bánh nhau tại Bệnh viện Phụ sản Nhi Đà Nẵng. Tạp chí Sản khoa, 2019. 16(4): p. 56-65.

24. **Sueters M, et al.**, Timely diagnosis of twin to twin transfusion syndrome in monochorionic twin pregnancies by biweekly sonography combined with patient instruction to report onset of symptoms. Ultrasound Obstet Gynecol, 2006. 28: p. 659.

25. **Gemert MJ and W.J.a.a**, Twin reversed arterial perfusion sequence is more common than generally accepted. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol, 2015. 107(7): p. 3 - 641.

26. **Nguyễn Thị Sim**, Đánh giá hiệu quả điều trị trước sinh hội chứng song thai không tim tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, ed. Sim. 2020: Đề tài cấp cơ sở Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

SÀNG LỌC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ: THỜI ĐIỂM VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN

NGUYỄN CẢNH CHƯƠNG, NGUYỄN THỊ THU PHƯƠNG,
TẠ THỊ KIM HUỆ, ĐÀO VĂN TOÁN, NGUYỄN NGỌC OANH
Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

TÓM TẮT

Trong những năm gần đây tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ có xu hướng tăng cao. Điều này đặt ra những thách thức không nhỏ đối với việc chăm sóc sức khỏe thai kỳ cho đối tượng phụ nữ mang thai.

Mục tiêu nghiên cứu là mô tả tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và một số các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Số liệu nghiên cứu cắt ngang thu thập từ 907 thai phụ cho thấy tỷ lệ đáng báo động về đái tháo đường thai kỳ (chiếm 33,8%). Đồng thời nghiên cứu cũng chỉ ra một số sự thay đổi về các yếu tố liên quan cụ thể là tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ ở thời điểm 22 - 24 tuần có nguy cơ cao; BMI 23 là giới hạn nguy cơ cao tại Việt Nam. Từ

những phân tích trên chúng ta cần có những biện pháp can thiệp phù hợp nhằm cải thiện và nâng cao sức khỏe cho phụ nữ mang thai.

Từ khóa: Đái tháo đường, đái tháo đường thai kỳ, tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ, sàng lọc đái tháo đường thai kỳ.

SUMMARY

In recent years, The percentage of Gestational diabetes mellitus (GDM) increases rapidly. It poses a significant challenge taking care of health for pregnant women.

The objective of the study which describes the proportion of Gestational diabetes mellitus and some related factors at Hanoi Obstetrics and Gynecology hospital. The data collected from 907 pregnant women, which showed the alarming rate of GDM (accounting for 33.8%). On the other hand, this study figure outs some changes of related factors: The rate of GDM at 22 - 24 weeks has a high risk; BMI 23 is the upper limit of risk in Vietnam. From above analysis, we need to have appropriate

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Cảnh Chương

Email: chuongnc2912@gmail.com

Ngày nhận: 15/8/2021

Ngày phản biện: 16/9/2021

Ngày duyệt bài: 25/10/2021

interventions in order to improve and enhance health for pregnant women.

Keywords: *Gestational diabetes; Gestational diabetes mellitus; The percentage of Gestational diabetes mellitus; The screening of Gestational diabetes mellitus.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là một thể của bệnh đái tháo đường typ 2 (ĐTĐ), là bệnh rối loạn chuyển hoá thường gặp nhất trong thai kỳ và có xu hướng ngày càng tăng, nhất là khu vực châu Á - Thái Bình Dương, trong đó có Việt Nam. ĐTĐTK nếu không được chẩn đoán và điều trị sẽ gây nhiều tai biến cho cả mẹ và con, như tiền sản giật, sẩy thai, thai lưu, ngạt sơ sinh, tử vong chu sinh, thai to làm tăng nguy cơ đẻ khó và mổ đẻ,... Trẻ sơ sinh của những bà mẹ có ĐTĐTK có nguy cơ hạ glucose máu, hạ canxi máu, vàng da; khi trẻ lớn hơn sẽ có nguy cơ béo phì và ĐTĐ typ. Đã có rất nhiều đề tài nghiên cứu về vấn đề này, đã có nhiều hội thảo về quản lý thai nghén và điều trị về tiểu đường thai kỳ, tuy nhiên các nghiên cứu qua dòng thời gian cũng có sự nhận định khác nhau về tiêu chí chẩn đoán, về tỷ lệ hiện mắc, cũng như đánh giá các yếu tố nguy cơ có thể ảnh hưởng đến bệnh. Để tìm hiểu thực trạng và làm rõ hơn những vấn đề này chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu “Sàng lọc đái tháo đường thai kỳ: Thời điểm và các yếu tố liên quan”, nhằm mục tiêu mô tả tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và một số các yếu tố liên quan.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn của nghiên cứu là thai phụ có tuổi thai 22-28 tuần theo kinh cuối hoặc siêu âm ở 3 tháng đầu, đồng ý tham gia vào nghiên cứu, có tình trạng sức khỏe bình thường và có khả năng trả lời bộ câu hỏi của nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ gồm có: Dưới 18 tuổi; có kế hoạch sinh ở bệnh viện khác; không có khả năng thực hiện nghiệm pháp dung nạp glucose; được chẩn đoán ĐTĐ trước và trong khi có thai.

Thời gian và địa điểm: Nghiên cứu được tiến hành tại 3 khoa có chức năng khám sản ngoại trú thuộc Bệnh viện Phụ sản Hà Nội (Phòng khám; Khoa khám chuyên sâu; Khoa khám Sản tự nguyện), trong thời gian từ tháng 9/2020 đến tháng 12/2021.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn

mẫu thuận tiện. Cỡ mẫu đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu là 907 được tiến hành lấy từ tháng 9 đến tháng 12 năm 2020 tại 3 khoa nêu trên.

Công cụ và phương pháp thu thập số liệu:

Phòng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi để thu thập thông tin từ thai phụ. Bộ câu hỏi bao gồm 3 phần lớn: Phần 1: Các thông tin về hành chính bao gồm tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, Khu vực sinh sống, Chỉ số BMI trước khi mang thai và tuổi thai. Phần 2 bao gồm ngày kinh cuối cùng, tiền sử sản khoa bản thân (cân nặng của con khi sinh), tiền sử sản khoa bất thường, tiền sử ĐTĐ của bản thân, tiền sử ĐTĐ- ĐTĐTK của gia đình. Phần 3: Kết quả test glucose tĩnh mạch lúc đói; kết quả test glucose tĩnh mạch sau uống glucose 1 giờ; Kết quả test glucose tĩnh mạch sau uống glucose 2 giờ. Bảng khảo sát phù hợp với mục tiêu nghiên cứu đã đề ra. Cán bộ tham gia nghiên cứu tại 3 khoa khám bệnh trực tiếp khai thác thông tin đối tượng nghiên cứu trong quá trình khám bệnh.

Kỹ thuật thực hiện:

Test Glucose tĩnh mạch được đo bằng máy sinh hóa tự động Olympus AU 400 tại phòng xét nghiệm của Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

Quy trình sàng lọc thai phụ tại địa điểm nghiên cứu:

Căn cứ vào vào hướng dẫn quốc gia về dự phòng và kiểm soát đái tháo đường thai kỳ - Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em Bộ Y tế 08/2018.

3. Phân tích và xử lý số liệu

Các số liệu thu nhận được nhập liệu bằng phần mềm Excel và được phân tích dữ liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến số định lượng được trình bày dưới dạng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Biến số định tính được trình bày theo tần suất và tỷ lệ phần trăm. Phân tích liên quan bằng kiểm định Khi bình phương và T test. Phân tích các yếu tố ảnh hưởng cho biến phụ thuộc bằng Hồi quy Logistic.

4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện với sự đồng ý của Bệnh viện Phụ sản Hà Nội và 3 Khoa tuyến bệnh nêu trên. Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện năm 2020 với tên đề tài là “Phân tích thực trạng và một số yếu tố liên quan đến bệnh đái tháo đường thai kỳ ở sản phụ có tuổi thai 22 - 28 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2020” trước khi tiến hành thu thập số liệu.

Tất cả các phụ nữ mang thai đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn đều được hỏi ý kiến và tình nguyện tham gia vào nghiên cứu. Người

tham gia nghiên cứu sẽ được miễn phí thực hiện nghiệm pháp tăng đường huyết và các thông tin của đối tượng được giữ bí mật nhằm đảm bảo các thông tin này không bị tiết lộ.

KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Một số đặc điểm chung về đối tượng

Đặc điểm		N	%
Tuổi của thai phụ	Dưới 25 tuổi	184	20,3
	26 - 29	283	31,2
	30 - 34	266	29,3
	Trên 35 tuổi	169	18,6
Trình độ học vấn	Dưới hoặc tốt nghiệp tiểu học	21	2,3
	Tốt nghiệp THCS	47	5,2
	Tốt nghiệp THPT	120	13,2
	Cao đẳng - Đại học	601	66,3
	Sau đại học	95	10,5
Nghề nghiệp	Cán bộ	366	40,4
	Công nhân và làm ruộng	166	18,3
	Buôn bán, nội trợ và H/S, SV	300	33,1
Khu vực sinh sống	Thành thị	539	59,4
	Nông thôn	241	26,6
Chỉ số BMI trước khi mang thai	≤ 18,5	128	14,1
	Trên 18,5 - 23	572	63,1
	Từ 23 - 25	109	12
	Từ 25 - 30	72	7,9
Tuổi thai	22 - 24 tuần	77	8,5
	24 - 26 tuần	455	50,2
	Trên 26 tuần	375	41,3

Nhận xét:

Tuổi của thai phụ trung bình 29,8 (\pm 4,8), trong đó chủ yếu là độ tuổi từ 26 đến 34 tuổi (nhóm 2 và 3 chiếm 65%), thai phụ tuổi cao nhất 50 (n = 1), thấp nhất là 17 (n = 2). Chủ yếu các thai phụ có trình độ cao đẳng và đại học (66,3%), thấp nhất là nhóm học tiểu học trở xuống (2,3%). Đối tượng là cán bộ, công chức, viên chức cao nhất (40,4%), thấp nhất là đối tượng là công nhân và nông dân (18,3%). Đối tượng nghiên cứu chủ yếu sống ở vùng thành thị (nhiều gần gấp đôi vùng nông thôn).

Đối với chỉ số BMI của nhóm thai phụ thì cao nhất là các nhóm trong khoảng 18,5 - 23 chiếm 63% (n = 572). Nhóm có BMI từ 23 - 25 chiếm tỷ lệ 12% (n = 109). Nhóm có BMI từ 30 trở lên chiếm 1,1% (n = 10). Về tuổi thai của các đối tượng tham gia nghiên cứu thì nhóm tuổi thai thấp nhất (từ 22 - 24 tuần) chiếm tỷ lệ thấp nhất là 8,5% số thai phụ, cao nhất là nhóm thai phụ có tuổi thai từ 24 - 26 tuần.

2. Tiền sử sản khoa (cân nặng) của con khi sinh, Đặc điểm sản khoa bất thường và Tiền sử gia đình của thai phụ

Bảng 2. Đặc điểm tiền sử sản khoa, Sản khoa bất thường và tiền sử gia đình của thai phụ

Đặc điểm	N	%
Tiền sử sản khoa (cân nặng) của con khi sinh		
< 2500g	57	6,3
2500 - 3000g	198	21,8
3100 - 3500g	315	34,7
3600 - 4000g	94	10,4
> 4000g	9	1,0
Đặc điểm sản khoa bất thường của thai phụ		
- Tiền sản giật	13/835	1,6
- Thai lưu	122/858	14
- Đẻ non	69/841	8,2
- Sảy thai	100/843	11,8
Tiền sử gia đình của thai phụ		
- Bố, mẹ, anh chị em ruột có tiền sử ĐTĐ	102	10,9
- Bố, mẹ, anh chị em ruột không có tiền sử ĐTĐ	805	89
- Mẹ, chị em gái ruột có tiền sử ĐTĐTK	14	2
- Mẹ, chị em gái ruột không có tiền sử ĐTĐTK	893	98

Nhận xét:

Tiền sử cân nặng của con khi sinh đa phần nằm trong khoảng 3000 - 3500g chiếm 34,7%. Số trẻ sinh ra có P lớn trên 4000 chiếm 1%. P < 2500g có 6,3% trẻ. Đối với đặc điểm sản khoa bất thường của các đối tượng thì số sản phụ có tiền sử thai lưu chiếm 14%. Sau đó, số sản phụ có tiền sử sảy thai chiếm 11,8% số người tham gia nghiên cứu. Gia đình thai phụ có bố/ mẹ hoặc anh chị em ruột có tiền sử đái tháo đường là 10,9%, chủ yếu ở bố hoặc mẹ bị đái tháo đường (lần lượt là 6,3%, 4,6%).

3. Tỷ lệ ĐĐTĐTK

Bảng 3. Tỷ lệ ĐĐTĐTK của các thai phụ trong nghiên cứu (theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế)

	N	%
Tổng số lượng thai phụ	907	100,0
Không ĐĐTĐTK	600/907	66,2
ĐĐTĐTK	307/907	33,8

Nhận xét:

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 307/907 thai phụ đủ tiêu chuẩn chẩn đoán ĐĐTĐTK. Như vậy, tỷ lệ ĐĐTĐTK theo tiêu chuẩn của Bộ y tế năm 2020 là 33,8%.

4. Một số các yếu tố liên quan đến ĐĐTĐTK

Bảng 4. Một số các yếu tố liên quan đến ĐĐTĐTK

Các yếu tố	ĐĐTĐTK (N,%)	Không ĐĐTĐTK (N,%)	Tổng	OR (95% CI)	P
Tuổi thai					
22w-24w	26 (33,8)	51 (66,2)	77	OR = 1,01 CI95% (0,8-1,2)	>0,05
24w-26w	153 (33,6)	302 (66,4)	455		
Trên 26w	28 (7,5)	247 (65,9)	375		
Tuổi thai phụ					
≤ 25 tuổi	40 (21,2)	149 (79,0)	189	2,2(1,5-3,2)	<0,001
Trên 25 tuổi	267 (37,2)	451 (62,8)	718		
Tiền sử sinh con to					
Sinh con to (≥ 4000g)	3 (42,9)	4 (57,1)	7	1,47 (0,33-6,6)	>0,05
Không có TS sinh con to	304 (33,8)	596 (66,2)	900		
BMI trước khi mang thai					
Dưới 23	219 (30,6)	497 (69,4)	716	1,9 (1,4-2,7)	<0,05
Từ 23 trở lên	88 (46,0)	103 (54)	191		
Tiền sử sản khoa bất thường					
Có tiền sử (tiền sản giật, thai lưu, đẻ non, sảy thai)	107 (42,5)	145 (57,5)	252	1,3 (0,58-2,9)	>0,05
Không có tiền sử	200 (30,5)	455 (69,5)	655		
Tiền sử ĐĐTĐ - ĐĐTĐTK gia đình thai phụ					
Gia đình có TSĐTĐ - ĐĐTĐTK	52 (48,0)	56 (52,0)	108	1,98 (1,32-2,97)	P<0,001
Gia đình không có TSĐTĐ - ĐĐTĐTK	255 (32,0)	544 (68,0)	799		
Số lượng các yếu tố nguy cơ					
Không có	21 (17,0)	102 (83,0)	123		
1 nguy cơ	119 (29,8)	280 (70,2)	399	2 (1,4-3,2)	P<0,05
2 nguy cơ	104 (38,4)	167 (61,6)	271	3 (1,2-5,4)	P<0,05
>3 nguy cơ	63 (55)	51 (45,0)	114	6 (1,7-11,9)	P<0,05

Tỷ lệ ĐĐTĐTK tập trung chủ yếu ở tuần thai 22-26 tuần, trong đó 22-24 tuần là 33,8% (26/77), 24 - 26 tuần là 33,6% (153/455), chỉ có tỷ lệ rất nhỏ chiếm 7,5% (28/375) từ 26 tuần trở lên. Độ tuổi mang thai của các đối tượng được phân tích như sau tỷ lệ ĐĐTĐTK nhóm thai phụ từ 25 tuổi trở lên là 37,2% (267/718). Tỷ lệ ĐĐTĐTK ở nhóm thai phụ dưới 25 tuổi là 21,2% (40/189). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Thai phụ có tuổi trên 25 có khả năng mắc ĐĐTĐTK nhiều gấp 2,2 lần nhóm tuổi thai phụ dưới 25.

Tỷ lệ thai phụ đẻ con to mắc ĐĐTĐTK lớn hơn ở nhóm so sánh (42,9% và 33,8%) tuy

nhiên khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ ĐĐTĐTK ở nhóm thai phụ có BMI trước khi mang thai ≥ 23 là 46,0% (88/191). Tỷ lệ này ở nhóm có BMI thấp hơn là 30,6% (219/716). Khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nhóm thai phụ có BMI từ 23 trở lên có khả năng mắc ĐĐTĐTK gấp 1,9 lần nhóm có chỉ số BMI thấp hơn.

Tỷ lệ mắc ĐĐTĐTK ở nhóm có tiền sử sản khoa bất thường là 42,5% (107/252), ở nhóm so sánh là 30,5% (200/655). Khác biệt có ý nghĩa thống kê. Thai phụ có tiền sử sản khoa bất thường có khả năng mắc ĐĐTĐTK cao gấp 1,67 lần nhóm so sánh.

Tỷ lệ ĐĐTĐTK ở phụ nữ có tiền sử ĐĐTĐ gia đình là 48%. Tỷ lệ ở phụ nữ không có tiền sử ĐĐTĐ gia đình là 32%. Khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Khả năng thai phụ có tiền sử gia đình ĐĐTĐ mắc ĐĐTĐTK cao gấp gần 2 lần ở nhóm so sánh.

Tỷ lệ số lượng thai phụ có 1 đến trên 3 nguy cơ lần lượt là (29,8%, 38,4%, 55%). Không có thai phụ có tất cả các nguy cơ. Số thai phụ không có nguy cơ nào chiếm 17% (n=123/907). Thai phụ có ít nhất một nguy cơ chiếm 86.4% (n = 784/907).

5. Kết quả phân tích hồi quy đa biến logistic

Phương trình hồi quy logistic: $\ln\text{Odds} = -1,54 + 0,66 \times \text{tuome01} + 0,55 \times \text{tstdgd2} + 0,07 \times \text{tstdme2} + 0,56 \times \text{BMI01} + 0,44 \times \text{TSBTSK01}$

Phân tích hồi quy logistic về mối tương quan giữa các yếu tố nguy cơ (theo tiêu chuẩn do Bộ Y tế hướng dẫn 2018) và ĐĐTĐTK cho thấy: Tất cả các yếu tố nguy cơ đều có mối liên quan (+). Các nguy cơ tuổi mang thai từ trên 25 tuổi, tiền sử đái tháo đường gia đình thai phụ, thừa cân béo phì và tiền sử bất thường sản khoa của thai phụ là các yếu tố độc lập có tác động mạnh. Trong khi đó tiền sử ĐĐTĐ thai phụ và tiền sử sinh con to trên 4000g có tác động ít.

BÀN LUẬN

1. Tỷ lệ ĐĐTĐTK

1.1. Tỷ lệ ĐĐTĐTK

Nghiên cứu của chúng tôi có 307/907, thai phụ được chẩn đoán ĐĐTĐTK theo tiêu chuẩn ADA 2011 chiếm tỷ lệ 33,8%. Tỷ lệ ĐĐTĐTK trong nghiên cứu của chúng tôi theo tiêu chuẩn của ADA 2011 cao hơn so với các tác giả nghiên cứu trong những năm trước đó. Điều này cho thấy cùng với sự phát triển của nền kinh tế, tỷ lệ ĐĐTĐ type 2 nói chung và tỷ lệ ĐĐTĐTK nói riêng có chiều hướng gia tăng nhanh chóng ở Việt Nam, tiêu chuẩn chẩn đoán của ADA 2011 chặt chẽ hơn chỉ cần 1 trong 3 chỉ số đã được chẩn đoán ĐĐTĐTK.

Gần đây nhiều nghiên cứu nước ngoài cho thấy rằng tỷ lệ ĐĐTĐTK đã tăng từ 10 -100% trong một vài nhóm chủng tộc/dân tộc trong suốt 20 năm qua. Xu hướng mẹ lớn tuổi, béo phì và ĐĐTĐ, ít vận động và nuôi con theo lối sống hiện đại ở các nước đang phát triển đều làm tăng nguy cơ ĐĐTĐTK.

Các dân tộc khác nhau có tỷ lệ ĐĐTĐTK khác nhau. Tại Mỹ, Phụ nữ bản địa, người châu Á, người gốc Tây Ban Nha và người Mỹ gốc Phi có tỷ lệ có tỷ lệ ĐĐTĐTK cao hơn so với người da trắng không phải gốc Tây Ban Nha. Tại Úc,

phụ nữ sinh tại Trung Quốc hay Ấn Độ có tỷ lệ ĐĐTĐTK cao hơn phụ nữ sinh ở châu Âu hoặc Bắc Phi. Tại châu Âu, tỷ lệ ĐĐTĐTK phổ biến hơn ở những người phụ nữ châu Á hơn phụ nữ châu Âu. Tỷ lệ ĐĐTĐTK ở các nước châu Á đã được báo cáo là thấp hơn so với tỷ lệ của phụ nữ châu Á sống ở các châu lục khác. Có thể do người châu Á sống tại các nước phát triển, nơi có chế độ dinh dưỡng dồi dào thì tỷ lệ ĐĐTĐTK cao hơn dân bản xứ. Người Việt là chủng tộc châu Á, có nguy cơ cao mắc ĐĐTĐTK. Chắc chắn trong tương lai không xa, ĐĐTĐ sẽ chiếm tỷ lệ cao trong cơ cấu bệnh tật ở nước ta.

Tỷ lệ ĐĐTĐTK thay đổi tùy thuộc vào phương pháp sàng lọc, tuần thai sàng lọc, tiêu chuẩn chẩn đoán. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ ĐĐTĐTK theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ADA 2011 tăng gấp 3 lần so với tiêu chuẩn trước đây. Đây thực sự là con số đáng báo động đối với thai phụ.

2. Các yếu tố nguy cơ liên quan đến ĐĐTĐTK

2.1. Thời điểm chẩn đoán ĐĐTĐTK

Trong ba tháng đầu của thai kỳ sự điều hòa chuyển hóa glucose có ý nghĩa to lớn đối với sự hình thành và đóng của ống thần kinh. Tăng glucose máu nặng có thể gây các dị tật như: ống thần kinh hở, sọ nhỏ, phù màng ngoài tim. Ngoài ra tăng glucose máu cùng với tăng ceton máu còn gây nhiều dị tật bẩm sinh khác trong ba tháng đầu thai kỳ. Vì vậy, cần kiểm tra glucose máu cho những thai phụ có nguy cơ cao bị ĐĐTĐTK ngay từ lần khám thai đầu tiên theo khuyến cáo của HNQT lần thứ 4 về ĐĐTĐTK từ năm 1998.

Trong nghiên cứu của chúng tôi 77 thai phụ có nguy cơ cao được chẩn đoán ĐĐTĐTK từ 22-24 tuần thai chiếm tỷ lệ 33,8% (n = 26/77). So với nghiên cứu của Vũ Bích Nga thai phụ có nguy cơ cao được chẩn đoán ĐĐTĐTK trước 24 tuần thai (19,4%) thời gian chẩn đoán ĐĐTĐTK sớm nhất là 7 tuần. Nghiên cứu tiến hành trên 1327 thai phụ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Khoa Sản, Bệnh viện Bạch Mai, các thai phụ được sàng lọc chẩn đoán sớm hơn. Nghiên cứu của Đặng Thị Minh Nguyệt trên 160 thai phụ có YTNC cao tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương chẩn đoán ĐĐTĐTK theo tiêu chuẩn HNQT lần thứ 4 có 32,6% thai phụ chẩn đoán trước 24 tuần và 3 thai phụ chẩn đoán trong 3 tháng đầu của thai kỳ. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy được tỷ lệ tương đồng về ĐĐTĐTK ở tuần thai 22 - 24

so với một số nghiên cứu khác. Từ đó định hướng cho các bác sĩ sản khoa chú trọng tìm các YTNC cao cho thai phụ để sàng lọc, chẩn đoán kịp thời đã tránh được nhiều tai biến.

Ở Việt Nam, trong những năm gần đây ở các thành phố lớn các bác sĩ sản khoa đã bắt đầu quan tâm tới phát hiện ĐĐTĐTK trong thời gian mang thai và đã được đưa vào xét nghiệm thường quy cho các thai phụ, nhưng thường chỉ làm xét nghiệm từ tuần 24 trở đi. Chính vì vậy, các thai phụ ĐĐTĐTK thường được chẩn đoán muộn và thực tế lâm sàng vẫn có những tai biến vô cùng đáng tiếc xảy ra. Do đó, nghiên cứu của chúng tôi đưa ra khuyến cáo nên sàng lọc ĐĐTĐTK ở tuần thai sớm hơn từ 22 - 24 tuần.

2.2. Đối với chỉ số khối cơ thể (BMI) trước khi mang thai

Chỉ số BMI trước khi mang thai của các thai phụ tham gia nghiên cứu từ 13,82 - 30,7, trung bình là $19,65 \pm 1,95$. Đa số các thai phụ đến khám có chỉ số BMI nằm trong giới hạn bình thường theo tiêu chuẩn của WHO khuyến cáo cho khu vực châu Á - Thái Bình Dương. Tỷ lệ thừa cân, béo phì trước khi mang thai với BMI > 23 là 9,7%. Trong đó tỷ lệ ĐĐTĐTK ở nhóm thai phụ có BMI trước khi mang thai ≥ 23 là 46,0% (88/191). Tỷ lệ này ở nhóm có BMI thấp hơn là 30,6% (219/716). Như vậy nhóm thai phụ có BMI từ 23 trở lên có khả năng mắc ĐĐTĐTK gấp 1,9 lần nhóm có chỉ số BMI thấp hơn. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy BMI 23 là giới hạn nguy cơ cao.

So với nghiên cứu của Vũ Bích Nga trên 1327 thai phụ chỉ số BMI trung bình ($20,3 \pm 2,2$) và tỷ lệ thừa cân béo phì (9,9%). Nghiên cứu của Tạ Văn Bình trên 1611 thai phụ chỉ số BMI trung bình ($19,5 \pm 2,1$) và tỷ lệ thừa, cân béo phì (6,7%) thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của Tạ Văn Bình được tiến hành năm 2004, theo xu hướng sự phát triển kinh tế xã hội tỷ lệ thừa cân, béo phì ngày càng gia tăng.

Một nghiên cứu của Thụy Điển nhấn mạnh rằng sự gia tăng chỉ số BMI $3\text{kg}/\text{m}^2$ giữa 2 lần mang thai liên tiếp dẫn đến tăng nguy cơ TSG, ĐĐTĐTK, THA thai kỳ, sinh mổ, thai lưu, thai to ngay cả một phụ nữ có chỉ số BMI bình thường trước khi mang thai. Vì vậy, cần đẩy mạnh công tác giáo dục kiểm soát lối sống, nếu để BMI trung bình tăng lên, chắc chắn khó kiểm soát được ĐĐTĐ và ĐĐTĐTK tại Việt Nam.

Tỷ lệ ĐĐTĐTK theo số lượng các yếu tố nguy cơ (YTNC)

Tỷ lệ ĐĐTĐTK của nhóm thai phụ không có YTNC là 17%, nhóm 1 YTNC là 29,8%, nhóm từ 3 YTNC trở lên là 55%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,001$. Nghiên cứu của Thái Thị Thanh Thúy cho thấy rằng tỷ lệ ĐĐTĐTK của các thai phụ có 1 YTNC là 65,4%, nhưng nếu có 2 YTNC thì 84,6%, có từ 3 YTNC trở lên thì tỷ lệ ĐĐTĐTK là 100%. Sự khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0001$. Nghiên cứu của Vũ Bích Nga các thai phụ được chẩn đoán ĐĐTĐTK theo tiêu chuẩn HNQT lần thứ 4 tỷ lệ ĐĐTĐTK của các thai phụ có 1 YTNC là 17,7%, có 2 YTNC là 35%, có từ 3 YTNC trở lên thì tỷ lệ ĐĐTĐTK là 100%. Kết quả nghiên cứu của các tác giả trong nước tương tự kết quả nghiên cứu của chúng tôi là tỷ lệ ĐĐTĐTK tăng theo số lượng YTNC. Nghiên cứu của Jang tại Hàn Quốc trên 311 thai phụ chẩn đoán ĐĐTĐTK theo tiêu chuẩn WHO 1998 tỷ lệ ĐĐTĐTK ở phụ nữ có 1 YTNC là 1,3% cao hơn so với phụ nữ không có YTNC (0,6%, $p < 0,05$), tỷ lệ tăng lên 33,3% ở những bệnh nhân có 4 YTNC. Có sự khác biệt này có lẽ do các thai phụ trong nghiên cứu của chúng tôi chẩn đoán ĐĐTĐTK theo tiêu chuẩn ADA 2011 nên tỷ lệ ĐĐTĐTK ở nhóm có YTNC cao hơn.

Như vậy tỷ lệ ĐĐTĐTK tăng theo số lượng YTNC và việc sử dụng YTNC để sàng lọc ĐĐTĐTK có giá trị đối với phụ nữ châu Á song nếu chỉ sử dụng YTNC để sàng lọc bệnh nhân là không đủ. Nhiều nước châu Á phụ nữ ĐĐTĐTK không có YTNC. Do đó, có lẽ xem xét sàng lọc ĐĐTĐTK cho tất cả phụ nữ mang thai.

Mối liên quan giữa tuổi mẹ, tiền sử đẻ con to; tiền sử sản khoa, tiền sử ĐĐTĐ- ĐĐTĐTK gia đình của thai phụ và tỷ lệ ĐĐTĐTK.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thai phụ có tuổi trên 25 có khả năng mắc ĐĐTĐTK nhiều gấp 2,2 lần nhóm tuổi thai phụ dưới 25. Nguy cơ ĐĐTĐTK tăng lên ở các nhóm thai phụ có tiền sử sản khoa bất thường, bao gồm tỷ lệ thai phụ đẻ con to mắc ĐĐTĐTK lớn hơn ở nhóm so sánh, tuy nhiên khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Thai phụ có tiền sử sản khoa bất thường có khả năng mắc ĐĐTĐTK cao gấp 1,67 lần nhóm so sánh. Khả năng thai phụ có tiền sử gia đình ĐĐTĐ mắc ĐĐTĐTK cao gấp gần 2 lần ở nhóm so sánh.

Trong nghiên cứu của Thái Thị Thanh Thúy, các YTNC được phân tích độc lập với tỷ lệ ĐĐTĐTK theo tiêu chuẩn ADA 2011 thì tỷ lệ ĐĐTĐTK ở nhóm mẹ thừa cân, béo phì trước khi

mang thai (66,7%) gấp 3,41 lần nhóm có cân nặng bình thường (37%), ở nhóm có TS gia đình ĐTĐ (66,7%) gấp 3,527 lần nhóm không có TS gia đình ĐTĐ (36,2%). Tỷ lệ ĐTĐTK ở nhóm có TS sinh con $\geq 4000g$ là 63,6% so với nhóm không có TS sinh con $\geq 4000g$ là 38,5%.

Phân tích hồi quy logistic về mối tương quan giữa YTNC và tỷ lệ ĐTĐTK theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ADA 2010 thì glucose niệu dương tính (OR = 8,311, CI (3,096 - 22,31), $p = 0,000$), thừa cân béo phì (OR = 2,969, CI(1,272 - 6,933), $p = 0,012$) là YTNC độc lập, trong khi TS gia đình, TS ĐTĐTK ảnh hưởng rất ít. Mối tương quan giữa YTNC và tỷ lệ ĐTĐTK theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ADA 2011 thì TS gia đình ĐTĐ (OR = 3,202, CI (1,688 - 6,074), $p = 0,000$), thừa cân béo phì OR = 2,868, CI (1,372 - 5,994), $p = 0,005$) là YTNC độc lập, TS sinh con $\geq 4000g$ ảnh hưởng rất ít. Có sự khác biệt này phải chăng do tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐTK của ADA năm 2011 đã chú trọng đề cao vai trò của đề kháng insulin. Trong các YTNC nêu trên thì TS gia đình và thừa cân, béo phì là YTNC cao của đề kháng insulin. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi số lượng thai phụ tham gia nghiên cứu chưa nhiều nên đề có thể kết luận cần có nghiên cứu rộng hơn.

Nghiên cứu của Anne K Jenum (2012) khi sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán của WHO thì chủng tộc là một YTNC độc lập (Nam Á với OR = 2,24, CI (1,26 - 3,97), Trung Đông với OR = 2,13 CI(1,12 - 4,08)). Khi sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán của IADPSG thì BMI (OR = 1,09, CI(1,05 - 1,13)) và chủng tộc (Nam Á OR = 2,54 CI(1,56 - 4,13)) là YTNC độc lập trong khi giáo dục, tiền sử gia đình có ảnh hưởng rất ít^[21]. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Anne, thừa cân béo phì là một YTNC mạnh mẽ với tỷ lệ ĐTĐTK theo tiêu chuẩn ADA 2011. Do đó, có lẽ nên đẩy mạnh giáo dục lối sống để hạn chế sự gia tăng tỷ lệ thừa cân và béo phì.

Phân tích hồi quy logistic đa biến về mối tương quan giữa các yếu tố nguy cơ và ĐTĐTK cho thấy: Hầu hết các yếu tố nguy cơ đều có mối liên quan (+). Các nguy cơ tuổi mang thai từ trên 25 tuổi, tiền sử đái tháo đường gia đình, thừa cân béo phì và tiền sử bất thường sản khoa của thai phụ là các yếu tố độc lập có tác động mạnh. Tương tự với nghiên cứu của Đặng Thị Minh Nguyệt. Khác biệt là ở trong nghiên cứu của chúng tôi có ở tiền sử sinh con to trên 4000g tác động ít. Điều này có thể do số mẫu trường hợp này của nghiên cứu là quá

nhỏ (0,8%, $n = 7$) ảnh hưởng đến kết quả của phân tích thống kê.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ báo động về ĐTĐTK. Đồng thời, nhóm nghiên cứu đã đưa ra được sự thay đổi về các yếu tố nguy cơ như sau: Thời điểm sàng lọc ĐTĐTK nên từ 22 tuần; BMI 23 là giới hạn nguy cơ cao. Những phát hiện của nghiên cứu này nhằm nhấn mạnh sự cần thiết phải có các biện pháp can thiệp phù hợp để cải thiện sức khỏe cho các thai phụ cũng như tránh được nhiều tai biến có thể xảy ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thế Bách** (2008). Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến chuyển dạ ở sản phụ đái tháo đường tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương Sản phụ khoa, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

2. **Bệnh viện Phụ sản Trung ương** (2011). Báo cáo hoạt động khám chữa bệnh tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2011, Hà Nội.

3. **Tạ Văn Bình** (2007), "Bệnh đái tháo đường - tăng glucose máu". Thai kỳ và đái tháo đường, Nhà xuất bản Y học, tr. 352 - 80.

4. **Tạ Văn Bình và các cộng sự** (2003). "Dịch tễ học bệnh ĐTĐ, các yếu tố nguy cơ và các vấn đề liên quan đến quản lý bệnh đái tháo đường trong phạm vi toàn quốc", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

5. **Tạ Văn Bình và các cộng sự** (2007). "Tìm hiểu kiến thức, thái độ và thực hành về phòng chống đái tháo đường ở người có yếu tố nguy cơ", Tạp chí Thông tin Y Dược. 7, tr. 14 - 20.

6. **Tạ Văn Bình, Nguyễn Đức Vy và Phạm Thị Lan** (2004). Tìm hiểu tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố liên quan ở thai phụ quản lý thai kỳ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương và Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, Bệnh viện sản Trung ương Hà Nội.

7. **Nguyễn Thị Kim Chi, Trần Đức Thọ và Đỗ Trung Quân** (2000). Phát hiện tỷ lệ đái tháo đường thai nghén và tìm hiểu các yếu tố liên quan, Nội khoa, Đại học Y Hà Nội.

8. **Nguyễn Trung Kiên và Lưu Thị Hồng Vân** (2011). "Nghiên cứu kiến thức, thực hành về bệnh đái tháo đường của bệnh nhân đái tháo đường typ II tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hòa Bình - tỉnh Bạc Liêu năm 2010", Tạp chí Y học thực hành. 5(763), tr. 20 - 23.

9. **Nguyễn Thị Kim Liên** (2010). Nghiên cứu về đái tháo đường thai kỳ ở nhóm thai phụ có yếu tố nguy cơ cao tại Bệnh viện Phụ sản

Trung ương, Sản phụ khoa, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

10. **Lê Huy Liệu** (1991). Dinh dưỡng và đái tháo đường, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

11. **Lê Quang Minh** (2009), Nghiên cứu rối loạn dung nạp Glucose máu và các yếu tố liên quan ở một số dân tộc tỉnh Bắc Kạn, Bộ môn Nội, Đại học Y Thái Nguyên.

12. **Vũ Thị Bích Nga và Tạ Văn Bình** (2007). Xác định tỷ lệ và thời điểm chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ trong nhóm thai phụ có yếu tố nguy cơ cao, Báo cáo toàn văn các đề tài khoa học của Hội nghị Khoa học toàn quốc chuyên ngành Nội tiết và chuyển hóa lần thứ ba, chủ biên, Hà Nội, tr. 524-528

13. **WHO** (2003). "Tuyên bố Tây thái bình dương về bệnh đái tháo đường - Kế hoạch hành động giai đoạn 2000-2025", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

14. **Conway D và Langer O** (1999). "Effects of new criteria for typ 2 diabetes on the rate of postpartum glucose intolerance in women with gestational diabetes", American Journal of Obstetrics & Gynecology. 165, tr. 914-919.

15. **Community Residency Programme** (2004). "Knowledge & attitude of type 2 diabetes mellitus In Rural population of Alor Gajah Malacca", Buletin Perpustakaan Universiti Malaya - University of Malaya Library Bulletin.

16. **Setji T** (2005). "Gestational Diabetes Mellitus", Clinical Diabetes. 1, tr. 17-24.

17. **Farquhar J** (2011), "Birth weight and the survival of babies of diabetic women", BMJ.

18. **Wagaarachchi P, Fernando L và Premachadra P** (2001). "Screening based onrisk factor for gestational diabetes in Asian population", J.Obstet. Gynecol.21, tr. 32-34.

19. **Moshe H và các cộng sự** (2008). Textbook of Diabetes and Pregnancy 2nd Ed, Maternal - fetal medecine, Replika Press Pvt. Ltd, Bangalore India.

20. **Carol B và các cộng sự** (2001). "Nutrition in the Prevention and Treatment of Disease", Academic Press.

21. **MacIndoe J, Hoffman R và Kraus V** (1997). "The report of the ExpertCommittee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus", Diabetes Care. 20(7), tr. 1183 - 1201.

22. **American Dibetes Asociation** (2006). "Standars of medical care in diabetes", Diabetes care. 29(1), tr. 40 - 42.

23. **Lê Thị Thanh Vân và Nguyễn Thế Bách** (2011). "Một số yếu tố liên quan sản phụ đái tháo đường tại Bệnh viện Phụ sản Trung

ương 5 năm 2003-2007", Tạp chí Y học thực hành. 5(763).

24. **Vambergue A và các cộng sự** (2002). "Pregnancy induced hypertension in women with gestational carbohydrate intolerance: the diagest study", Eur. J. obstet. gynecol. repord. 102, tr. 31 – 3530.

25. **Cypryk K và các cộng sự** (2007). "Pregnancy complications and perinatal outcome in diabetic women with diabetes", Diabetes Care. 8

26. **Ferrara A, Kahn HS và Quesenberry CP** (2004). "An increase in the incidence of gestatinonal diabetes mellitus: Northern California 1991-2000",Int Obstet Gynecol. 103(3), tr. 526-533.

27. **Ghasemzadeh S và các cộng sự** (2007). "The study on the knowledge, attitude and function of gestated mother's about gestational diabetes that refer to army Khanvadeh hospital from 2005 to 2006", Journal of army university of medical sciences of the Iran 19.

28. **Trần Thị Ái Hòa, Huỳnh Nguyễn Khánh Trang** (2018). Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan tại bệnh viện Quận 2. Y học thành phố Hồ Chí Minh, Hội nghị KHKT ĐHYD Tp HCM lần thứ 35, Phụ bản của tập 22, số 1 năm 2018, trang 22-26.

29. **Agarwal, M. M., Dhatt, G. S., Shah, S. M.** "Gestational diabetes mellitus: simplifying the international association of diabetes and pregnancy diagnostic algorithm using fasting plasma glucose", Diabetes Care, 33(9), 2018-2020.

30. **American Diabetes Association** (2012),"Diagnosis and classification of diabetes mellitus", Diabetes Care, 35 Suppl 1, S11 - 63.

31. **Catalano, P. M., Hauguel-De Mouzon, S.** (2011). "Is it time to revisit the Pedersen hypothesis in the face of the obesity epidemic?", Am J Obstet Gynecol, 204(6), 479-487.

32. **Crowther, C. A., Hiller, J. E., Moss, J. R., McPhee, A. J., Jeffries, W. S., Robinson, J. S.** (2005), "Effect of treatment of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes". N Engl J Med, 352(24), 2477 - 2486.

33. **Garner, P.** (1995). "Type I diabetes mellitus and pregnancy", Lancet, 346(8968), 157 - 161.

34. **Joffe, G. M., Esterlitz, J. R., Levine, R. J., Clemens, J. D., Ewell, M. G., Sibai, B. M., et al.** (1998). "The relationship between

abnormal glucose tolerance and hypertensive disorders of pregnancy in healthy nulliparous women. Calcium for Preeclampsia Prevention (CPEP) Study Group”, Am J Obstet Gynecol, 179(4), 1032 - 1037.

35. **Kjos, S. L., Buchanan, T. A.** (1999). “Gestational diabetes mellitus”, N Engl J Med, 341(23), 1749 - 1756.

36. **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.

37. **Langer, O., Yogev, Y., Xenakis, E. M., Rosenn, B.** (2005). “Insulin and glyburide therapy: dosage, severity level of gestational diabetes, and pregnancy outcome”, Am J Obstet Gynecol, 192(1), 134 - 139.

38. **Metzger, B. E., Gabbe, S. G., Persson, B., Buchanan, T. A., Catalano, P. A., Damm, P., et al.** (2010). “International association of diabetes and pregnancy study groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy”, Diabetes Care, 33(3), 676 - 682.

39. **O’Sullivan, J. B., Mahan, C. M., Charles, D., Dandrow, R. V.** (1973). “Screening criteria for high-risk gestational diabetic patients”, Am J Obstet Gynecol, 116(7), 895 - 900.

40. **Sacks, D. A., Hadden, D. R., Maresh, M., Deerochanawong, C., Dyer, A. R., Metzger, B. E., et al.** (2012). “Frequency of gestational diabetes mellitus at collaborating centers based on IADPSG consensus panel-recommended criteria: the Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) Study”, Diabetes Care, 35(3), 526 - 528.

41. **Tran, T. S., Hirst, J. E., Do, M. A., Morris, J. M., Jeffery, H. E.** (2013). “Early prediction of gestational diabetes mellitus in Vietnam: clinical impact of currently recommended diagnostic criteria”, Diabetes Care, 36(3), 618 - 624.

42. Bài viết về ĐTD lâm sàng: <http://daihaoduong.kcb.vn/chan-doan-dai-thao-duong>.

43. Bài viết về ĐTD thai kỳ: <http://benhvien108.vn/nghiem-phap-dung-nap-glucose-huyet-duong-va-chan-doan-dai-thao-duong-thai-ky.htm>.

BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP BỆNH: CHẢY MÁU TỪ THAI NHI SANG MẸ LÀ NGUYÊN NHÂN GÂY THIẾU MÁU THAI NHI NẶNG VÀ TỬ VONG SAU SINH

**NGUYỄN THỊ LIÊN HƯƠNG,
PHẠM THỊ THU PHƯƠNG
Bệnh viện Phụ sản Hà Nội**

TÓM TẮT

Chảy máu từ thai sang mẹ (Fetomaternal haemorrhage - FMH) là sự xâm nhập của máu thai nhi vào hệ tuần hoàn của người mẹ trước hoặc trong khi sinh. Chảy máu này có thể bắt

đầu bất kì thời điểm nào từ khoảng giữa 3 tháng đầu của thai kì, có thể cấp tính hoặc mãn tính, thường tự phát và không rõ nguyên nhân. FMH trước sinh là tình trạng bệnh lý có biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu, dấu hiệu phổ biến nhất là giảm hoạt động của thai nhi và đặc biệt những trường hợp mẹ liên tục nhận thấy cử động của thai nhi giảm. Phương pháp phổ biến đo lượng hồng cầu thai nhi trong tuần hoàn mẹ để chẩn đoán xác định là thử nghiệm

Chịu trách nhiệm: Phạm Thị Thu Phương

Email: bsphuong1971@gmail.com

Ngày nhận: 15/8/2021

Ngày phản biện: 23/9/2021

Ngày duyệt bài: 18/10/2021