

hiểm này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trung tâm Nghiên cứu Chính sách và Phòng chống Chấn thương. Khảo sát về tai nạn thương tích tại Việt Nam năm 2010. Trường Đại học Y tế Công cộng 2010.

2. Pathania A, Haldar P, Kant S, Gupta SK, Pandav CS, Bachani D. Prevalence of fall, and determinants of repeat incidents of fall in older persons living in old age homes in the National Capital Territory of Delhi, India. The National medical journal of India. 2018; 31(6): 329-33.

3. Moreland B KR, Henry A,. Trends in Nonfatal Falls and Fall-Related Injuries Among Adults Aged \geq 65 Years - United States, 2012 - 2018. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020. 2020; 69: 875-81.

4. WHO. Falls. 2018.

5. Sotoudeh GR, Mohammadi R,

Mosallanezhad Z, Viitasara E, Soares JJF. The prevalence, circumstances and consequences of unintentional falls among elderly Iranians: A population study. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2018; 79: 123 - 30.

6. Pengpid S, Peltzer K. Prevalence and Risk Factors Associated with Injurious Falls among Community-Dwelling Older Adults in Indonesia. Current Gerontology and Geriatrics Research. 2018; 2018: 5964305.

7. Sirohi A, Kaur R, Goswami AK, Mani K, Nongkynrih B, Gupta SK. A study of falls among elderly persons in a rural area of Haryana. Indian journal of public health. 2017; 61(2): 99 - 104.

8. Lin W, Huang T, Qin F, Yang Y, Jichuan S. Characteristics of injury caused by fall in the elderly aged \geq 60 years in Guangzhou, 2016 - 2017. 2018; 33(12): 1037 - 41.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ XỬ TRÍ SẢN KHOA Ở CÁC THAI PHỤ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ ĐỀ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG TỪ 6/2020 ĐẾN 6/2021

NGUYỄN VIỆT SUYẾT¹, VŨ VĂN DU²,
TRƯƠNG THỊ PHƯƠNG MAI³, NGUYỄN THỊ THÙY³

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ sản Trung ương

³Trường Đại học Y Dược Thái Bình

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và kết quả xử trí sản khoa các thai phụ ĐTĐTK tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương (BVPSTW) 6/2020 - 6/2021.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu tất cả những thai phụ có hồ sơ bệnh án được chẩn đoán ĐTĐTK, đề tại BVPSTW từ ngày 1/6/2020 - 01/06/2021.

Kết quả: Đặc điểm lâm sàng: Trung bình tuổi của thai phụ ĐTĐTK trong nghiên cứu là $32,0 \pm 5,5$. BMI trung bình trước khi mang thai là $22,4 \pm 3,4$ và phần lớn nằm trong giới hạn bình thường (18,5 - 22,9), chiếm 51,5%. Tiền sử sản khoa: 6,5% sảy thai; thai chết lưu và đẻ con to trên 4.000g cùng chiếm 5,3%. Tiền sử gia đình:

15,9% gia đình có người ĐTĐ. Bệnh lý đi kèm: cao huyết áp (7,7%); tiền sản giật (2,9%); các bệnh lý về tim mạch (1,8%); basedow (1,8%); buồng trứng đa nang (0,6%). Kết quả xử trí sản khoa: Phương pháp đẻ: đẻ mổ (70,0%); đẻ thường (27,7%); đẻ Forceps (2,3%). Trung bình cân nặng trẻ sơ sinh của các thai phụ ĐTĐTK là $3400 \pm 592,0$. Biến chứng của mẹ sau đẻ: chảy máu 2,3%; nhiễm trùng 3,0%. Biến chứng sơ sinh: hạ đường huyết và hạ canxi máu cùng chiếm 1,2%; chấn thương sơ sinh do forceps chiếm 0,6%. Có 01 trường hợp tử vong chu sinh.

Kết luận: Thai phụ mắc đái tháo đường thai kỳ sẽ cao hơn nếu thai phụ có những đặc điểm tuổi đã ngoài 30, tiền sử gia đình có người mắc bệnh ĐTĐ; tiền sử bản thân đã bị tiểu đường thai kỳ trong lần mang thai trước; tỷ lệ các biến chứng của mẹ và sơ sinh thấp nhờ giá trị của việc sàng lọc sớm và tư vấn điều trị đạt mục tiêu đường huyết.

Từ khóa: Đái tháo đường, đái tháo đường thai kỳ, xử trí sản khoa.

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Việt Suyết

Email: drsuyet@gmail.com

Ngày nhận: 23/7/2021

Ngày phản biện: 20/8/2021

Ngày duyệt bài: 06/9/2021

SUMMARY
CLINICAL CHARACTERISTICS AND OBSTETRICAL MANAGEMENT OF DIABETES MELLITUS IN PREGNANT WOMEN AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY 6/2020 – 6/2021

Objectives: To describe the clinical characteristics and results of obstetric management of pregnant women with GDM at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology (NHOG) 6/2020 - 6/2021.

Subjects and methods: a cross-sectional, retrospective descriptive study of all pregnant women with medical records diagnosed with gestational diabetes who gave birth at NHOG from June 1, 2020 to June 1, 2021.

Results: Clinical characteristics: The mean age of pregnant women with GDM in the study was 32.0 ± 5.5 . The average BMI before pregnancy was 22.4 ± 3.4 and most of them were within the normal range (18.5 - 22.9), accounting for 51.5%. **Obstetric history:** 6.5% miscarriage; stillbirth and giving birth to a baby over 4,000g together accounted for 5.3%. **Family history:** 15.9% of families have diabetes. **Comorbidities:** high blood pressure (7.7%); preeclampsia (2.9%); cardiovascular diseases (1.8%); basedow (1.8%); polycystic ovary (0.6%). **Results of obstetric management:** Method of delivery: caesarean section (70.0%); normal delivery (27.7%); Forceps (2.3%). The average birth weight of pregnant women with GDM is 3400 ± 592.0 . **Postpartum maternal complications:** bleeding 2.3%; infections 3.0%. **Neonatal complications:** hypoglycemia and hypocalcemia together accounted for 1.2%; Neonatal trauma due to forceps accounted for 0.6%. There was one case of perinatal death.

Conclusion: Pregnant women with gestational diabetes will be higher if the pregnant women have the characteristics of age over 30, family history of diabetes; personal history of gestational diabetes in a previous pregnancy; low rates of maternal and neonatal complications due to the value of early screening and counseling to achieve glycemic goals.

Keywords: Diabetes, gestational diabetes, obstetrical management.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường là bệnh rối loạn chuyển hóa không đồng nhất, có đặc điểm tăng glucose huyết do thiếu hụt về tiết insulin, về tác động của insulin, hoặc cả hai. Tăng glucose mạn tính trong thời gian dài gây nên những rối loạn chuyển hóa carbohydrate, protide, lipide, gây tổn thương ở nhiều cơ quan khác nhau, đặc biệt ở tim và mạch máu, thận, mắt, thần kinh.

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là một thể của bệnh đái tháo đường (ĐTĐ), là bệnh lý gia

tăng với mức rất nhanh trên toàn thế giới. Tỷ lệ dao động từ 5 -10% trên tổng số các thai phụ. Tỷ lệ này tùy thuộc vào phương pháp sàng lọc, tuần thai, tiêu chí chẩn đoán, chủng tộc, dân tộc, tuổi mang thai của người mẹ cao hơn... Đặc biệt tỷ lệ thừa cân, béo phì chiếm 50% phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, làm tăng tỷ lệ mắc đái tháo đường trong thai kỳ trên toàn cầu [1].

ĐTĐTK nếu không được phát hiện sớm và điều trị sẽ ảnh hưởng đến sự trao đổi chất ở mẹ và thai. Hậu quả của nó liên quan đến các biến cố trong quá trình mang thai, khi sinh, sau sinh và tương lai 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... [2]. 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, ĐTĐ typ 2, bệnh lý về tim mạch ở tuổi trưởng thành [3]. Khoảng 30 - 50% phụ nữ mắc ĐTĐTK có nhiều khả năng sẽ tái ở lần mang thai tiếp theo, và có nguy cơ mắc ĐTĐ typ 2 trong 5 - 10 năm sau khi sinh [3].

Tại Việt Nam nghiên cứu 2004 của tác giả Ngô Thị Kim Phụng tại Thành phố Hồ Chí Minh với tỷ lệ mắc ĐTĐTK ở sản phụ là 3,9% [4]. Năm 2012 của Nguyễn Khoa Diệu Vân và Thái Thị Thanh Thủy, tại Bệnh viện Bạch Mai là 39% [5]. Các kết quả nghiên cứu có sự khác nhau, nhưng đều cho thấy thực trạng về nguy cơ gia tăng tỷ lệ này trong thời gian gần đây và yêu cầu cần thiết của việc nghiên cứu tầm soát ĐTĐTK như một công tác thường quy, trong chăm sóc sức khỏe sinh sản ở các cơ sở y tế. Để góp phần mô tả bức tranh tổng thể về chẩn đoán và điều trị đái tháo đường nói chung, trong đó có chẩn đoán và điều trị đái tháo đường thai nghén, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và kết quả xử trí sản khoa các thai phụ ĐTĐTK tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương 6/2020 - 6/2021.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 09/2020 đến tháng 09/2021.

2. Đối tượng nghiên cứu

Những thai phụ có hồ sơ bệnh án được chẩn đoán ĐTĐTK, đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ ngày 1/6/2020 - 01/06/2021.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- Tất cả các thai phụ đến kết thúc thai kỳ tại bệnh viện Phụ sản Trung ương có kết quả NPDN glucose bằng đường uống trong kỳ thai

này và được chẩn đoán ĐTĐTK.

- Tuổi thai từ 28 tuần trở lên.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

* **Tiêu chuẩn loại trừ:**

Không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐTK.

Có tiền sử mắc các bệnh gây tăng ĐH thứ phát hoặc dùng một trong các thuốc gây tăng ĐH: Truyền đường, lợi tiểu, thuốc chẹn β giao cảm...

Đang mắc các bệnh cấp tính: nhiễm khuẩn, viêm cầu thận cấp,...

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, hồi cứu số liệu bệnh án.

Cỡ mẫu: Trên thực tế chúng tôi đã thu thập được 170 hồ sơ bệnh án của thai phụ ĐTĐTK tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ ngày 1/6/2020 - 01/06/2021 đủ điều kiện tham gia vào nghiên cứu

Kỹ thuật thu thập thông tin hồi cứu bệnh án, ghi chép vào mẫu bệnh án nghiên cứu.

3. Phân tích số liệu

Số liệu được thu thập và làm sạch, nhập và phân tích trên phần mềm STATA 13.0.

4. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài được tiến hành khi có sự cho phép nghiên cứu của ban lãnh đạo Bệnh viện Phụ sản Trung ương trước khi tiến hành nghiên cứu, thu thập và phân tích số liệu. Nghiên cứu chỉ thu thập thông tin số liệu của bệnh nhân, không ảnh hưởng đến quá trình thăm khám cũng như điều trị của sản phụ. Các thông tin về đối tượng nghiên cứu được đảm bảo bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm lâm sàng của thai phụ đái tháo đường thai kỳ

1.1. Đặc điểm tuổi

Bảng 1. Phân bố theo nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi	n	%
20 - 24 tuổi	14	8,3
25 - 29 tuổi	48	28,2
30 - 34 tuổi	48	28,2
35 - 39 tuổi	45	26,5
≥ 40 tuổi	15	8,8
Tổng số	170	100
$\bar{X} \pm SD$ (GTNN – GTLN)	32,0 ± 5,5 (21 – 47)	

Thai phụ ĐTĐTK trong nghiên cứu có nhóm tuổi chủ yếu từ 25 - 29 tuổi và 30 - 34 tuổi, cùng chiếm tỷ lệ 28,2%. Tiếp đến là nhóm 35 - 39 tuổi chiếm 26,5%. Nhóm ≥ 40 tuổi và nhóm 20 - 24 tuổi chiếm tỷ lệ thấp tương ứng là 8,8% và 8,3%.

Trung bình tuổi của thai phụ ĐTĐTK trong nghiên cứu là 32,0 ± 5,5, thấp nhất là 21 tuổi và cao nhất là 47 tuổi.

1.2. Phân bố BMI

Bảng 2. Phân bố BMI của đối tượng nghiên cứu trước thai kỳ

Phân loại BMI (kg/m ²)	n	%
< 18,5	7	4,1
18,5 – 22,9	87	51,5
≥ 23	75	44,4
Tổng số	170	100
$\bar{X} \pm SD$ (GTNN – GTLN)	22,4 ± 3,4 (16,0 – 32,5)	

Chủ yếu BMI của thai phụ ĐTĐTK trong nghiên cứu trước khi mang thai nằm trong giới hạn bình thường (18,5 ≤ BMI ≤ 22,9), chiếm 51,5%.

Có 75 thai phụ thừa cân và béo phì (BMI ≥ 23), chiếm tỷ lệ 44,4%.

Thai phụ nhẹ cân (BMI < 18,5) chiếm tỷ lệ nhỏ nhất với 4,1%.

1.3. Tiền sử sản phụ khoa và tiền sử gia đình

Bảng 3. Tỷ lệ tiền sử sản khoa, tiền sử gia đình có liên quan đến ĐTĐTK (n=170)

Đặc điểm	n	%
Tiền sử sảy thai	11	6,5
Tiền sử thai chết lưu	9	5,3
Tiền sử sinh con dị tật	4	2,4
Tiền sử tử vong chu sinh	2	1,2
Tiền sử đẻ con to trên 4000g	9	5,3
Tiền sử GEĐ có người ĐTĐ	27	15,9
Bình thường	135	79,3

Phần lớn các thai phụ có tiền sử sản phụ khoa bình thường, chiếm tỷ lệ 79,3%.

Thai phụ có tiền sử sảy thai là 6,5%; tiền sử thai chết lưu và đẻ con to trên 4000g chiếm cùng chiếm 5,3%. Có 4 trường hợp có tiền sử con dị tật và 2 trường hợp có tiền sử tử vong chu sinh, chiếm tỷ lệ thấp tương ứng lần lượt là 2,4% và 1,2%.

Tỷ lệ thai phụ có tiền sử gia đình có người mắc ĐTĐ là 15,9%.

1.4. Tiền sử sản phụ khoa và tiền sử gia đình

Bảng 4. Tỷ lệ bệnh lý đi kèm của thai phụ lần mang thai này (n=170)

Bệnh lý kèm theo	n	%
Cao huyết áp	13	7,7
Tiền sản giật/sản giật	5	2,9
Tim mạch	3	1,8
Basedow	3	1,8
Buồng trứng đa nang	1	0,6
U xơ tử cung	1	0,6
Thận	0	0
Các bệnh lý khác	14	8,1
Bình thường	130	76,5

Chủ yếu các thai phụ trong tượng nghiên cứu đều khỏe mạnh, không có bệnh đi kèm chiếm 76,5%.

Bệnh lý kèm theo phổ biến nhất là cao huyết áp chiếm 7,7%, sau đó là đến tiền sản giật chiếm 2,9%. Tiền sử bệnh lý tim mạch và basedow cũng chiếm tỷ lệ 1,8%. Thai phụ có tiền sử buồng trứng đa nang và u xơ tử cung cũng chiếm tỷ lệ 0,6%.

2. Kết quả xử trí sản khoa các thai phụ trên và một số biến chứng của mẹ và con

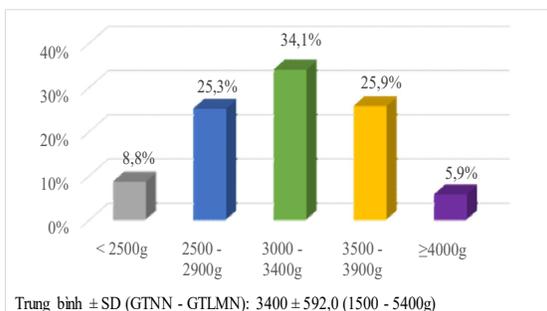
2.1. Kết quả xử trí sản khoa

Triệu chứng cơ năng: Phần lớn thai phụ trong nghiên cứu được chỉ định đẻ mổ, chiếm tỷ lệ 70,0% (119 trường hợp). Tỷ lệ chỉ định đẻ thường là 27,7% (47 trường hợp) và còn lại là đẻ bằng forceps chiếm tỷ lệ nhỏ với 2,3% (4 trường hợp).

Bảng 5. Tỷ lệ chỉ định mổ lấy thai ở thai phụ (n = 119)

Chỉ định mổ lấy thai	n	%
Mổ đẻ cũ	37	31,1
Hỗ trợ sinh sản	23	19,3
Thai to	18	15,1
Tiền sản giật, sản giật	14	11,8
Thai suy	12	10,1
Huyết áp cao	9	7,6
Đầu không lọt	4	3,4
Rau tiền đạo	3	2,5
Tiền sử sản khoa nặng nề	3	2,5
Khác	6	5,0

Nhận xét: Trong những thai phụ ĐĐTĐK có chỉ định đẻ mổ, chỉ định thường gặp nhất là do có tiền sử mổ đẻ cũ, chiếm tỷ lệ 31,1%. Đứng thứ hai nguyên nhân thai phụ có con nhờ hỗ trợ sinh sản (19,3%); đứng thứ ba là do thai to (15,1%). Chỉ định do rau tiền đạo và tiền sử sản khoa nặng nề cũng chiếm tỷ lệ nhỏ với 2,5%.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ phân loại cân nặng của trẻ sơ sinh
Nhận xét:

Tỷ lệ trẻ sơ sinh của các thai phụ ĐĐTĐK có cân nặng từ 3000g - 3400g chiếm cao nhất với 34,1%. Tiếp đến là nhóm có cân nặng từ 3500 - 3900g với 25,9% và nhóm từ 2500 - 2900g chiếm 25,3%. Tỷ lệ trẻ sơ sinh có cân nặng từ 4000g trở lên chiếm tỷ lệ thấp nhất với 5,9%.

Trung bình cân nặng trẻ sơ sinh của các thai phụ ĐĐTĐK là 3400 ± 592,0 (nhẹ nhất là 1500g và nặng cân nhất là 5400g).

2.2. Biến chứng cho mẹ và con

Bảng 6. Biến chứng của mẹ sau đẻ (n = 170)

Biến chứng mẹ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chảy máu	4	2,3
Truyền máu	4	2,3
Nhiễm trùng	5	3,0

Nhận xét: Biến chứng sau đẻ thường gặp nhất là nhiễm trùng vết mổ chiếm 3,0%. Sau đó là biến chứng chảy máu chiếm 2,3%. Không có thai phụ nào phải thực hiện cắt tử cung.

Bảng 7. Biến chứng của sơ sinh

Biến chứng sơ sinh	n	%
Có		
Chấn thương sơ sinh	1	0,6
Hạ đường huyết	2	1,2
Hạ canxi máu	2	1,2
Tử vong sơ sinh	1	0,6
Không	164	96,4
Tổng số	170	100

Nhận xét: Tỷ lệ có biến chứng ở trẻ sơ sinh là 3,2% trong đó bao gồm: 0,6% chấn thương sơ sinh; 1,2% hạ đường huyết; 1,2% hạ canxi máu và 1 trường hợp (0,6%) sơ sinh tử vong.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng

1.1. Đặc điểm tuổi

Tuổi trung bình thai phụ ĐĐTĐ trong nghiên cứu là 32,0 ± 5,5 (thấp nhất là 21 tuổi và lớn tuổi nhất 47 tuổi). Có thể thấy tuổi của các thai phụ bị ĐĐTĐ thai kỳ có thay đổi nhưng không chênh lệch lớn và phụ thuộc vào các nghiên cứu khác nhau.

Năm 2019, tác giả Nguyễn Thị Thu^[7] thực hiện "Nghiên cứu xử trí sản khoa thai phụ đái tháo đường thai kỳ để tại khoa Sản Bệnh viện Bạch Mai" đã cho thấy thai phụ đái tháo đường thai kỳ có tuổi nhỏ nhất là 22 tuổi và lớn nhất là 48 tuổi. Tuổi trung bình của các thai phụ là 30,31 ± 4,76 tuổi. Năm 2018, tác giả Tạ Thị Hoài Anh^[8] cho thấy tuổi trung bình của nhóm ĐĐTĐK là 32,0 ± 5,5 (thấp nhất là 17 tuổi và lớn tuổi nhất là 48 tuổi).

Trong nghiên cứu của tác giả Tạ Văn Bình và cộng sự^[9] trên 1611 thai phụ đến khám và quản lý thai nghén tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương và Phụ sản Hà Nội từ 2002 đến 2004 có tuổi trung bình là 28,3 ± 4,3 (tuổi). Nghiên cứu của tác giả Lê Thị Thanh Tâm và cộng sự^[10] từ 2013- 2015 tại thành phố Vinh (Nghệ An) có tuổi trung bình thai phụ là 29,9 ± 5,4. Tác giả Thái Thị Thanh Thủy^[11] cho kết quả tuổi trung bình thai phụ ĐĐTĐ thai kỳ là 28,09 ± 4,1 (tuổi); năm 2006 - 2008 (Vũ Bích Nga^[12]) là 29,2 ± 4,4.

Từ các kết quả nghiên cứu này, chúng tôi có

nhận định rằng, trước đây ĐTD thai kỳ hay gặp ở các thai phụ lớn tuổi và tuổi càng cao thì càng nhiều nguy cơ mắc bệnh. Tuy nhiên, những nghiên cứu gần đây cho thấy, ĐTD thai kỳ đã trở thành một bệnh lý phổ biến hơn ở các nhóm thai phụ có tuổi trẻ. Giải thích cho sự thay đổi này có thể là bởi những thay đổi về điều kiện kinh tế xã hội cũng như lối sống khiến cho một bộ phận dân số trẻ trong đó có các thai phụ dễ mắc hơn những rối loạn về chuyển hóa Glucose. Những thói quen ăn uống với các đồ ăn nhanh nhiều chất ngọt, dầu mỡ cùng lối sống tĩnh tại là những yếu tố nguy cơ quan trọng dẫn đến những thay đổi trong phân bố về tuổi của bệnh lý ĐTD thai kỳ.

1.2. Tiền sử sản khoa

Khai thác tiền sử sản khoa của 170 thai phụ ĐTDTK trong nghiên cứu, chúng tôi thấy tỷ lệ thai phụ có tiền sử sảy thai chiếm 6,5%; tiền sử thai chết lưu và đẻ con to trên 4000g chiếm cùng chiếm 5,3%; tiền sử con dị tật và tiền sử tử vong chu sinh, chiếm tỷ lệ thấp tương ứng lần lượt là 2,4% và 1,2% (bảng 3). Tuy nhiên, phần lớn các thai phụ trong nghiên cứu của chúng tôi có tiền sử sản khoa bình thường chiếm 79,3%.

Theo tác giả Nguyễn Thị Thu^[7], trong 134 thai phụ ĐTDTK: tiền sử sảy thai chiếm 6,7%, tiền sử đẻ con to trên 4000g chiếm 4,5% và tiền sử thai chết lưu chiếm 3%. Thai phụ có tiền sử sản khoa bình thường chiếm 84,3%.

Tác giả Tạ Thị Hoài Anh^[8] nhóm thai phụ ĐTDTK có tiền sử đẻ con to ($\geq 4000g$) là 9,6%. Kết quả nghiên cứu của tác giả Thái Thị Thanh Thúy^[11] cho thấy tiền sử sinh con to trên 4000g gặp ở 14,1% số sản phụ mắc ĐTDTK. Nghiên cứu của tác giả Tạ Văn Bình^[9] và cộng sự sử dụng phép phân tích đơn biến để xác định sự khác biệt về tiền sử sản khoa giữa nhóm ĐTDTK và nhóm đối chứng. Kết quả cho thấy, người sản phụ có tiền sử đẻ khó ở các lần mang thai trước có nguy cơ mắc ĐTDTK cao gấp 1,67 lần so với nhóm chứng.

Theo tác giả Tạ Thị Hoài Anh^[8], nguy cơ mắc ĐTDTK tăng ở nhóm thai phụ có tiền sử sản khoa bất thường, gồm tăng 3,1 lần ở nhóm có tiền sử đẻ con to $\geq 4000g$, 2,4 lần ở nhóm có tiền sử sảy thai hoặc đẻ con dị tật; 2,3 lần ở nhóm có tiền sử thai lưu.

Cân nặng của trẻ lúc đẻ vừa là hậu quả, vừa là yếu tố nguy cơ ĐTDTK cho lần mang thai sau. Khái niệm thai to $\geq 4000g$ là tiêu chuẩn của châu Âu trước kia, ở Việt Nam có thể coi trẻ sơ sinh $\geq 3500g$ là thai to.

Như vậy, tiền sử sản khoa nặng nề cũng là một yếu tố quan trọng cần phải được quan tâm

đánh giá và khai thác khi tiến hành hỏi bệnh trên một sản phụ nghi ngờ mắc ĐTDTK. Trong đó đặc biệt là các tiền sử sảy thai liên tiếp, thai chết lưu và tiền sử đẻ con to trên 4000g.

Tiền sử gia đình liên quan đến đái tháo đường thai kỳ

Tỷ lệ thai phụ ĐTDTK trong nghiên cứu có tiền sử gia đình có người mắc ĐTD là 15,9% (bảng 3).

Kết quả nghiên cứu của tác giả Tạ Thị Hoài Anh^[8]: tỷ lệ thai phụ có tiền sử gia đình mắc bệnh ĐTD 8,9%; cao huyết áp mạn tính 12,9%. Tỷ lệ mắc ĐTDTK trong nhóm thai phụ có tiền sử gia đình có người thể hệ 1 (ông, bà, cha, mẹ, anh, chị em ruột) mắc bệnh ĐTD là 36,3%, có tiền sử gia đình mắc bệnh huyết áp cao là 36,9%. Nguy cơ mắc ĐTDTK tăng 2,5 lần ở người có tiền sử gia đình ĐTD và tăng 2,7 lần ở người có tiền sử huyết áp cao.

Kết quả này cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu đã có trước đây. Tỷ lệ thai phụ có tiền sử gia đình ĐTD trong nghiên cứu của Vũ Bích Nga^[12] là 13,2%.

Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu^[7], yếu tố nguy cơ thường gặp nhất đó là tiền sử gia đình thể hệ thứ nhất có người mắc đái tháo đường chiếm tỷ lệ 23,9%. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Kim Liên^[6]: các sản phụ có tiền sử gia đình thể hệ thứ nhất bị đái tháo đường có nguy cơ mắc ĐTDTK cao gấp 3 lần so với nhóm không có tiền sử này (OR = 2,948, CI 95%). Nghiên cứu của tác giả Lê Thị Thanh Tâm^[10], cho thấy nguy cơ thai phụ mắc ĐTDTK tăng 2,5 lần ở nhóm người có tiền sử gia đình ĐTD.

Trong tất cả các nghiên cứu đã nêu trên đều đưa đến kết quả về sự khác nhau một cách có ý nghĩa thống kê về tiền sử gia đình có người mắc ĐTD ở những sản phụ ĐTDTK và không ĐTDTK. Điều này chứng tỏ rằng, tiền sử gia đình thể hệ 1 bị ĐTD là một yếu tố nguy cơ đối với ĐTDTK và cần đưa ra khuyến cáo cho các nhà sản khoa cần lưu ý khi khám thai và quản lý thai nghén ở các sản phụ này nhằm phát hiện kịp thời những rối loạn về chuyển hóa glucose trong thai kỳ.

1.3. Tiền sử bệnh lý đi kèm

Phần lớn các thai phụ trong tượng nghiên cứu của chúng tôi đều khỏe mạnh, không có bệnh đi kèm chiếm 76,5%. Tuy nhiên tiền sử các bệnh lý đi kèm cũng cần phải được quan tâm khi khai thác thông tin từ các sản phụ ĐTDTK. Tỷ lệ các bệnh lý kèm theo phổ biến nhất là cao huyết áp chiếm 7,7%, sau đó là đến tiền sản giật chiếm 2,9%. Tiền sử bệnh lý tim mạch và basedow cùng chiếm tỷ lệ 1,8%. Thai phụ có tiền sử buồng trứng đa nang và

u xơ tử cung cùng chiếm tỷ lệ 0,6% (Bảng 4).

Kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu ^[7] cũng cho thấy thai phụ có thêm tình trạng cao huyết áp chiếm tỷ lệ 4,5%, bệnh lý tim mạch đi kèm gặp ở 2,2% thai phụ và 0,7% thai phụ có bệnh lý về thận. Số thai phụ có tiền sử TSG/SG chiếm 1,5% số thai.

Mặc dù ít được đề cập đến nhưng một vài nghiên cứu và trong nước có đề cập đến hội chứng buồng trứng đa nang là một yếu tố nguy cơ độc lập của bệnh lý ĐTĐ thai kỳ, tỷ lệ xuất hiện hiện tiền sử hội chứng buồng trứng đa nang trong số 134 sản phụ ĐTĐ thai kỳ là 2,2%.

Tóm lại, việc xác định tiền sử các bệnh lý đi kèm có vai trò quan trọng trong việc tiên lượng cũng như dự đoán các nguy cơ có thể xảy ra trên những sản phụ ĐTĐTK. Đây là một trong những nội dung không thể bỏ qua trong công tác hội bệnh những sản phụ có nguy cơ cao.

2. Kết quả xử trí sản khoa các thai phụ trên và một số biến chứng của mẹ và con

2.1. Kết quả xử trí sản khoa

Phương pháp đẻ

Phần lớn thai phụ trong nghiên cứu được chỉ định đẻ mổ, chiếm tỷ lệ 70,0%. Tỷ lệ chỉ định đẻ thường là 27,7% và còn lại là đẻ bằng forceps chiếm tỷ lệ nhỏ với 2,3% (Biểu đồ 3.1).

Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu ^[7], phần lớn các sản phụ trong nghiên cứu của của tác giả cũng được chỉ định với phương pháp đẻ mổ là nhiều nhất chiếm tỷ lệ 72,39%; tỷ lệ sản phụ đẻ thường qua đường âm đạo chiếm 26,12%. Phương pháp đẻ bằng forceps chiếm tỷ lệ nhỏ chỉ 1,49%.

Trên thực tế, việc lựa chọn phương pháp đẻ đường dưới hay chỉ định mổ lấy thai phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố chứ không chỉ đơn thuần là việc kiểm soát đường huyết. Và để làm sáng tỏ hơn về những chỉ định mổ lấy thai ở sản phụ ĐTĐTK chúng tôi sẽ đề cập đến trong phần ngay sau đây.

Chỉ định mổ lấy thai ở thai phụ

Trong những 119 thai phụ ĐTĐTK có chỉ định đẻ mổ, chỉ định hay gặp nhất là do có tiền sử mổ đẻ cũ (31,1%); nguyên nhân thai phụ có con nhờ hỗ trợ sinh sản (19,3%); thai to (15,1%). Chỉ định do rau tiền đạo và tiền sử sản khoa nặng nề cùng chiếm tỷ lệ nhỏ với 2,5% (Bảng 5).

Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu ^[7] có 97 thai phụ ĐTĐTK được mổ lấy thai, chỉ định mổ thường gặp nhất là mổ lấy thai trên sản phụ có tiền sử mổ đẻ trước đây chiếm 33%, sau đó là chỉ định mổ lấy thai do thai to chiếm 15,5%. Chỉ định mổ lấy thai trên sản phụ tiền sản giật/ sản giật chiếm 11,3% và có 8,2% sản phụ được

chỉ định mổ đẻ do đầu thai nhi không lọt lúc chuyển dạ. Nghiên cứu khác của tác giả Lê Thị Thanh Tâm ^[10], chỉ định mổ nhiều nhất là do thai to chiếm tỷ lệ 23,6%. Nguyên nhân do mổ đẻ cũ chiếm 17,3%, do bệnh lý tiền sản giật chiếm 9,4% và có 12,6% là do sự chuyển dạ bị đình trệ, ngôi thai không tiến triển và đầu không lọt.

Theo tác giả Tạ Thị Hoài Anh ^[8], chỉ định mổ đẻ liên quan đến ĐTĐTK thường có thể do thai to, tiền sản giật, suy thai, ngôi thai không tiến triển vì bất tương xứng thai và khung chậu.

Như vậy, chỉ định mổ lấy thai là một quyết định điều trị quan trọng của người bác sĩ sản khoa. Nếu chúng ta không nắm vững các chỉ định mổ sẽ dẫn đến tình trạng làm tăng tỷ lệ mổ đẻ nói chung đặc biệt là tăng tỷ lệ mổ đẻ ở người con sơ. Điều này sẽ dẫn đến tăng nguy cơ cho các lần thai nghén sau như chửa vết mổ, rau tiền đạo, rau cài răng lược... làm tăng gánh nặng cho các bác sĩ sản phụ khoa và để lại hậu quả nặng nề cho người bệnh. Do đó, cần phải luôn xem xét một cách thận trọng và tỉ mỉ các chỉ định mổ lấy thai đặc biệt trên đối tượng sản phụ ĐTĐTK.

Cân nặng của trẻ sơ sinh

Trung bình cân nặng trẻ sơ sinh của các thai phụ ĐTĐTK trong nghiên cứu là 3400 ± 592,0 (nhẹ nhất là 1500g và nặng cân nhất là 5400g).

So sánh với một số nghiên cứu khác chúng tôi thấy: Theo nghiên cứu của Vũ Bích Nga ^[12] thì cân nặng trung bình trẻ sơ sinh lúc đẻ của nhóm sản phụ ĐTĐTK là 3,2 ± 0,6 kg, thấp nhất là 1,2kg, cao nhất là 4,8kg, thấp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi.

Theo nghiên cứu của Tạ Thị Hoài Anh ^[8], cân nặng trung bình trẻ sơ sinh lúc đẻ chung của nhóm sản phụ mắc ĐTĐTK là 3,4 ± 0,6 kg, trong đó nhóm điều trị đạt mục tiêu là 3,3 ± 0,5 kg, nhóm không đạt mục tiêu là 3,7 ± 0,8 kg. Cân nặng trung bình lúc sinh của nhóm điều trị đạt mục tiêu thấp hơn nhóm không đạt mục tiêu (p<0,02).

Như vậy, điều quan trọng trong điều trị ĐTĐTK là phải đạt mục tiêu đường huyết theo khuyến cáo, việc theo dõi đường huyết rất quan trọng, cần hướng dẫn và huấn luyện cho thai phụ cách tự theo dõi đường huyết hàng ngày và tự đánh giá hiệu quả của việc kiểm soát đường huyết, khám lại ngay khi không đạt mục tiêu điều trị để chỉ định phối hợp insulin. Siêu âm hàng tháng để đánh giá cân nặng thai nhi, điều chỉnh chế độ ăn theo mức đường huyết đồng thời theo sự tăng cân của thai nhi, tránh đẻ thai quá to.

2.2. Biến chứng cho mẹ và con

Biến chứng của mẹ sau đẻ

Việc kiểm soát không tốt đường huyết trong thai kỳ có thể mang đến rất nhiều những biến chứng cả cho sản phụ và thai nhi. Đối với sản phụ những biến chứng có thể xảy ra trong quá trình mang thai, lúc chuyển dạ sinh con và thậm chí sau khi đẻ. Trong phạm vi của nghiên cứu này, chúng tôi tập trung vào những biến chứng trong và sau khi đẻ của sản phụ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, biến chứng sau đẻ thường gặp nhất là nhiễm trùng vết mổ chiếm 3,0%. Sau đó là biến chứng chảy máu chiếm 2,3% (04 trường hợp). Cả 04 trường hợp này chảy máu sau đẻ phải truyền máu và đều ở các sản phụ đẻ Forceps. Nghiên cứu không ghi nhận trường hợp thai phụ nào phải thực hiện cắt tử cung.

Tỷ lệ chảy máu sau đẻ trong nghiên cứu của Lê Thị Thanh Tâm^[10] là 4,5%. Theo tác giả Nguyễn Thị Thu^[7], tỷ lệ biến chứng nhiễm trùng sau sinh chiếm tỷ lệ cao nhất là 5,2%. Bên cạnh đó tỷ lệ chảy máu sau sinh là 2,2% và tỷ lệ đẻ tử cung trong lúc chuyển dạ là 0,7%. Theo tác giả, có 1,5% sản phụ có chỉ định phải truyền máu sau khi sinh.

Như vậy, vấn đề đặt ra là trong khi tỷ lệ MLT của thai phụ ĐĐTĐTK chiếm tỷ lệ rất cao, chỉ định mổ của ĐĐTĐTK quá rộng rãi, tỷ lệ biến chứng trong và sau mổ không có gì đặc biệt so với nhóm không ĐĐTĐTK thì các bác sĩ sản khoa nên cân nhắc giữa mổ đẻ và forcep đẻ hạn chế đến mức thấp nhất biến chứng cho mẹ và con.

Biến chứng của trẻ sơ sinh

Về biến chứng hạ đường huyết ở trẻ sơ sinh, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ này là 1,2% (bảng 7).

Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu^[7], tỷ lệ trẻ sơ sinh hạ đường huyết là 3,8%. Nghiên cứu của tác giả Tạ Thị Hoài Anh^[8], tỷ lệ trẻ sơ sinh có hạ đường huyết sau sinh ở nhóm thai phụ có ĐĐTĐTK là 8,2%, nguy cơ cao gấp 4,76 lần so với nhóm không có ĐĐTĐTK. theo Vũ Bích Nga^[12] hạ đường huyết sơ sinh là 4,9%. Sau khi sinh, nguồn đường máu từ mẹ cung cấp cho thai ngừng đột ngột nhưng nồng độ Insulin còn cao, insulin cao làm cho các mô tăng cường bắt giữ đường trong khi gan trẻ chưa đảm bảo đủ chức năng giải phóng do đó biến chứng hạ đường huyết dễ xảy ra. Thời gian hạ đường huyết kéo dài khoảng 24 - 72h sau khi sinh. Vì vậy, kiểm soát đường huyết tốt cho các sản phụ ĐĐTĐTK trong thời gian mang thai và khi chuyển dạ sẽ tránh được biến chứng này. Đồng thời cần phải theo dõi chặt chẽ đường máu sơ sinh trong 3 ngày đặc biệt ở các bà mẹ có ĐĐTĐTK.

Về biến chứng trẻ sơ sinh hạ canxi máu, tỷ lệ

này trong nghiên cứu của chúng tôi là 1,2%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu khác

Tỷ lệ biến chứng trẻ sơ sinh hạ canxi máu trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu^[7] là 0,7%; của tác giả Vũ Bích Nga [12] với tỷ lệ hạ canxi máu sơ sinh ở sản phụ ĐĐTĐTK là 1,0%; của tác giả Tạ Thị Hoài Anh^[8] là 5,4%. Cơ chế của hiện tượng này có thể là khi đường máu của mẹ không được kiểm soát tốt thì sẽ có nhiều ion Mg bị mất qua nước tiểu, làm giảm nồng độ ion Mg trong máu mẹ và máu con dẫn đến tăng sự bài tiết hormone PTH của thai nhi gây hạ canxi máu. Hạ canxi máu càng nặng nếu đường máu mẹ càng cao.

Tử vong chu sinh là một biến chứng nghiêm trọng và thường xảy ra ở những trẻ có mẹ bị ĐĐTĐTK không được điều trị. Hiện nay, nhờ những tiến bộ của công tác chẩn đoán sớm cũng như việc điều trị kịp thời, tỷ lệ tử vong chu sinh đã giảm đáng kể so với những năm về trước. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 01 trường hợp tử vong chu sinh chiếm tỷ lệ 0,6% (Bảng 7).

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu^[7] cho thấy, tỷ lệ tử vong chu sinh của trẻ là con của bà mẹ ĐĐTĐTK là 0,7%. Kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác: Lê Thị Thanh Tâm^[10] với tỷ lệ tử vong chu sinh là 0,3%. Trong nghiên cứu của tác giả Vũ Bích Nga^[12], đối chiếu tỷ lệ tử vong chu sinh ở nhóm sản phụ ĐĐTĐTK và không ĐĐTĐTK có sự khác biệt. Ở nhóm ĐĐTĐTK có tỷ lệ tử vong trẻ sơ sinh là 3,5% trong khi ở nhóm không ĐĐTĐTK là 1%. Trong nghiên cứu của chúng tôi có một trường hợp tử vong chu sinh trên đối tượng bà mẹ đái tháo đường. Sản phụ này không tuân thủ điều trị và có nhiều yếu tố nguy cơ đi kèm là tiền sử gia đình có người ĐĐTĐ, tiền sử sản khoa sảy thai, thai lưu và không tuân thủ điều trị cũng như theo dõi định kỳ. Nguyên nhân tử vong chu sinh vẫn còn chưa biết rõ. Nhiều giả thuyết cho rằng có thể do sự tăng đường máu và tăng Insulin khiến thai bị nhiễm toan, từ đó giảm khả năng chống đỡ với tình trạng thiếu oxy trong lúc chuyển dạ.

KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng

Trung bình tuổi của thai phụ ĐĐTĐTK trong nghiên cứu là $32,0 \pm 5,5$.

BMI trung bình trước khi mang thai là $22,4 \pm 3,4$ và phần lớn nằm trong giới hạn bình thường (18,5 - 22,9), chiếm 51,5%.

Tiền sử sản khoa: 6,5% sảy thai; thai chết lưu và đẻ con to trên 4.000g cùng chiếm 5,3%. Tiền sử gia đình: 15,9% gia đình có người ĐĐTĐ

Bệnh lý đi kèm: Cao huyết áp (7,7%); tiền sản giật (2,9%); các bệnh lý về tim mạch (1,8%);

basedow (1,8%); buồng trứng đa nang (0,6%).

Kết quả xử trí sản khoa các thai phụ trên và một số biến chứng của mẹ và con.

Phương pháp đẻ: Đẻ mổ (70,0%); đẻ thường (27,7%); đẻ Forceps (2,3%).

Chỉ định mổ đẻ: phần lớn mổ đẻ cũ (31,1%); do hồ hồ trợ sinh ấn (19,3%); thai to (15,1%); TSG/SG (11,8%).

Trung bình cân nặng trẻ sơ sinh của các thai phụ ĐTĐTK là $3400 \pm 592,0$. Cân nặng sơ sinh phần lớn trong nhóm 3000g - 3400g (34,1%).

Biến chứng của mẹ sau đẻ: Chảy máu 2,3%; nhiễm trùng 3,0%.

Biến chứng sơ sinh: Hạ đường huyết và hạ canxi máu cùng chiếm 1,2%; chấn thương sơ sinh do forceps chiếm 0,6%. Có 01 trường hợp tử vong chu sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **S. Y. Chu, W. M. Callaghan, S. Y. Kim** and et al. (2007). "Maternal obesity and risk of gestational diabetes mellitus", *Diabetes Care*, 30(8), tr. 2070 - 6.

2. **C. Tward, J. Barrett, H. Berger** and et al. (2016). "Does gestational diabetes affect fetal growth and pregnancy outcome in twin pregnancies?", *Am J Obstet Gynecol*, 214(5), tr. 653.e1 - 8.

3. **L. Bellamy, J. P. Casas, A. D. Hingorani** and et al. (2009). "Type 2 diabetes mellitus after gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis", *Lancet*, 373(9677), tr. 1773 - 9.

4. **Ngô Thị Kim Phụng** (2004). Tầm soát đái tháo đường trong thai kỳ tại quận 4 Thành phố Hồ Chí Minh, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

5. **Nguyễn Khoa Diệu Vân, Nguyễn Quang Bày** (2012). "Tiêu chuẩn mới chẩn đoán đái tháo

đường thai kỳ", *Tạp chí Nội tiết đái tháo đường*, số 7, tr. tr 54 - 58.

6. **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, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

7. **Nguyễn Thị Thu** (2019). Nghiên cứu xử trí sản khoa thai phụ đái tháo đường thai kỳ đẻ tại khoa Sản Bệnh viện Bạch Mai, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

8. **Tạ Thị Hoài Anh** (2018). Đánh giá kết quả thai nghén ở những sản phụ ĐTĐTK đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 01/9/2017 đến tháng 31/9/2018 và một số yếu tố liên quan, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

9. **Tạ Văn Bình, Nguyễn Đức Vy, 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", Đề tài nghiên cứu khoa học cấp nhà nước.

10. **Lê Thị Thanh Tâm** (2017). "Nghiên cứu phân bố tỷ lệ, một số yếu tố nguy cơ và kết quả sản khoa ở thai phụ đái tháo đường thai kỳ tại thành phố Vinh", Luận văn Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.

11. **Thái Thị Thanh Thủy** (2012). "Nghiên cứu tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ theo tiêu chuẩn ADA năm 2011 và các yếu tố nguy cơ", Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại Học Y Hà Nội.

12. **Vũ Bích Nga** (2009). "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 văn Tiến sĩ Y học, Đại Học Y Hà Nội.

TỔNG QUAN HỆ THỐNG VỀ HIỆU QUẢ CỦA PERAMPANEL (FYCOMPA) TRONG ĐIỀU TRỊ ĐỘNG KINH

NGUYỄN DOÃN DUY LINH^{1,2}, LÊ HỒNG MINH²,
KIỀU THỊ TUYẾT MAI^{2,3}, PHẠM HUY TUẤN KIẾT^{2,4},
PHAN ANH DŨNG³, TRẦN THỊ THU HIỀN⁵, NGUYỄN XUÂN BÁCH⁶
¹*Viện Trang thiết bị và công trình y tế, Bộ Y tế*
²*Trung tâm Nghiên cứu và Đánh giá Kinh tế Y tế*
³*Trường Đại học Dược Hà Nội*
⁴*Trường Đại học Y Hà Nội*
⁵*Trường Đại học Hà Nội*
⁶*Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Bách

Email: bachnx.ump@vnu.edu.vn

Ngày nhận: 23/7/2021

Ngày phản biện: 23/8/2021

Ngày duyệt bài: 09/9/2021

TÓM TẮT

Mục tiêu: Bệnh động kinh gây ra gánh nặng lớn về sức khỏe và kinh tế trên toàn cầu. Perampanel là một loại thuốc có tiềm năng trong điều trị bổ trợ cơn động kinh khởi phát cục bộ và