

biến kháng thuốc T790M cho thấy hiệu quả tốt, đặc biệt trên nhóm bệnh nhân có đột biến Del19 kéo dài thời gian sống thêm không bệnh tiến triển, khả năng dung nạp thuốc tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GLOBOCAN** 2020. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/704-viet-nam-fact-sheets.pdf>
2. **Keunchil Parka, Jaafar Bennounab, Michael Boyer et al.** Sequencing of therapy following first-line afatinib in patients with EGFR mutation-positive non-small cell lung cancer. *Lung Cancer* 132 (2019) 126–131
3. **Mok TS, Wu YL, Ahn MJ, et al.** Osimertinib or Platinum-Pemetrexed in EGFR T790M-Positive Lung Cancer. *N Engl J Med.* 2017;376(7):629-640. doi:10.1056/NEJMoa1612674
4. **ESMO.** NICE Recommends Osimertinib for Advanced EGFR T790M Mutation-Positive NSCLC. Accessed June 18, 2021. [https://www.esmo.org/oncology-](https://www.esmo.org/oncology-news/archive/nice-recommends-osimertinib-for-advanced-egfr-t790m-mutation-positive-ncslc)
5. **Igawa S, Ono T, Kasajima M, et al.** Impact of EGFR genotype on the efficacy of osimertinib in EGFR tyrosine kinase inhibitor-resistant patients with non-small cell lung cancer: a prospective observational study. *Cancer Manag Res.* 2019;11:4883-4892. doi:10.2147/CMAR.S207170
6. **Auliac JB, Pérol M, Planchard D, et al.** Real-life efficacy of osimertinib in pretreated patients with advanced non-small cell lung cancer harboring EGFR T790M mutation. *Lung Cancer.* 2019;127:96-102.
7. **Yi L, Fan J, Qian R, Luo P, Zhang J.** Efficacy and safety of osimertinib in treating EGFR-mutated advanced NSCLC: A meta-analysis. *Int J Cancer.* 2019;145(1):284-294.
8. **Michael Offin, Hira Rizvi, Megan Tenet, et al.** Tumor Mutation Burden and Efficacy of EGFR-Tyrosine Kinase Inhibitors in Patients with EGFR-Mutant Lung Cancers. *Clin Cancer Res.* 2019 Feb 1; 25(3):1063-1069.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ TIỀN LƯỢNG TỬ VONG TRÊN BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN HUYẾT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ VINH NĂM 2021-2022

Đoàn Thị Quý¹, Trần Thị Thu Hà¹, Hồ Thị Thảo¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố tiên lượng tử vong trên bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện đa khoa Thành phố Vinh năm 2021-2022. **Đối tượng & phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 55 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết điều trị tại Bệnh viện đa khoa Thành phố Vinh năm 2021-2022. **Kết quả và kết luận:** Độ tuổi trung bình 67,7 ± 16,5 tuổi; tỷ lệ nam/nữ = 1,1/1; bệnh lý nền tim mạch chiếm tỷ lệ cao nhất 38,2%; đường vào của nhiễm trùng không rõ chiếm tỷ lệ cao nhất 43,6%, sốt gập ở 90,9%; vi khuẩn E.coli và K.pneumonia là căn nguyên gặp nhiều nhất chiếm lần lượt 58,2% và 16,2%; huyết áp trung bình dưới 70 mmHg, albumin máu dưới 35 g/l và tiểu cầu dưới 100000/mm³ là các yếu tố liên quan đến tiên lượng tử vong

Từ khóa: Nhiễm khuẩn huyết, yếu tố tiên lượng tử vong

SUMMARY

THE FEATURES OF CLINICAL AND

¹Bệnh viện Đa khoa Thành phố Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thị Quý

Email: doanquy1994@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2022

Ngày duyệt bài: 2.12.2022

SUBCLINICAL AND MORTALITY FACTORS OF PATIENTS SEPSIS AT VINH CITY GENERAL HOSPITAL

Objectives: To evaluate clinical, subclinical characteristics and predictive factors of mortality in patients with sepsis at Vinh City General Hospital in 2021-2022. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study with analysis of 55 patients with diagnosed sepsis treat at Vinh City General Hospital from 2021 to 2022. **Results and conclusions:** The study subjects have an average age 67,7 ± 16,5 years old; with a male/female ratio 1,1/1; The entrance of unknown infections accounted for the highest rate of 43.6%, fever in 90,9%; E.coli and K.pneumonia were most common with 58,2% and 16,2%, respectively; Mean blood pressure less than 70 mmHg, albumin less than 35g/l and plateles less than 100000/mm³ were significantly associated with an increased risk of mortality. Key work: sepsis, predictive factors of mortality.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết là tình trạng rối loạn chức năng cơ quan đe dọa tính mạng do đáp ứng không được điều chỉnh của cơ thể với nhiễm trùng.¹ Nhiễm khuẩn huyết là vấn đề sức khỏe toàn cầu, là nguyên nhân tử vong hàng đầu ở bệnh nhân nặng nhập viện. Ước tính tỷ lệ nhiễm khuẩn huyết trên toàn cầu

437/100.000 người/năm.² Các triệu chứng lâm sàng trên bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết thường không đặc hiệu, vì vậy tử vong do nhiễm khuẩn huyết trên thế giới nhìn chung còn cao, trong năm 2017, có khoảng 48,9 triệu trường hợp nhiễm trùng huyết đã được báo cáo, 11 triệu ca tử vong, chiếm 19,7% tổng số ca tử vong trên toàn cầu.³ Nhiễm khuẩn huyết có thể diễn tiến thành nhiễm khuẩn huyết nặng, sốc nhiễm khuẩn, rồi nhanh chóng suy đa cơ quan và tử vong. Do đó, việc chẩn đoán, tiên lượng và xử trí sớm là rất quan trọng. Trên thế giới và Việt Nam đã có các nghiên cứu và đánh giá về các yếu tố tiên lượng tử vong trên bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết tuy nhiên kết quả chưa thống nhất vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu "*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố tiên lượng tử vong trên bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện đa khoa Thành phố Vinh năm 2021-2022*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm 55 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết điều trị tại Bệnh viện đa khoa Thành phố Vinh năm 2021-2022

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân thỏa mãn cả hai tiêu chuẩn sau đây:^{4,5}

a. Lâm sàng và xét nghiệm

*Có $\geq 2/4$ tiêu chuẩn của hội chứng đáp ứng viêm hệ thống:

- Nhiệt độ > 38 độ C hoặc < 36 độ C
- Tần số tim > 90 lần /phút
- Tần số thở > 20 lần/phút
- Bạch cầu $> 12000/mm^3$ hoặc $< 4000/mm^3$, hoặc $> 10\%$ bạch cầu non

*Hoặc lâm sàng có các triệu chứng gợi ý nhiễm khuẩn huyết: Có ổ nhiễm khuẩn khởi điểm; sốt, mạch nhanh, mệt mỏi, li bì; gan lách to, hạch to

b. Kết quả cấy máu. Kết quả cấy máu dương tính phân lập, định danh vi khuẩn.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Bệnh nhân < 18 tuổi
- + Phụ nữ có thai

2.2 Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích kết hợp hồi cứu và tiến cứu

- Cách thức thu thập thông tin và xử lý số liệu: các số liệu nghiên cứu được thu thập vào bệnh án mẫu, được kiểm tra và nhập vào file excel.

- Phân tích và xử lý số liệu: xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 25.0 và các thuật toán thống kê

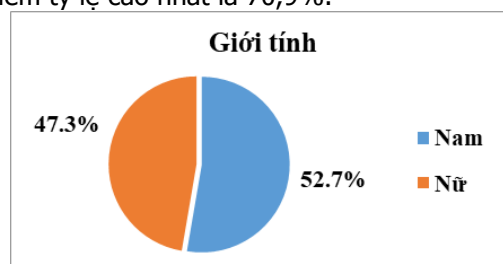
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	n	Tỷ lệ %
18 - <30	0	0
30 - <45	7	12,7
45 - <60	9	16,4
≥ 60	39	70,9
X \pm SD (Min - Max)	67,7 \pm 16,5 (33 - 94)	

Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $67,7 \pm 16,5$ tuổi, bệnh nhân từ 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 70,9%.



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo giới

Trong 55 bệnh nhân nam giới có 29 bệnh nhân (chiếm 52,7%), nữ giới 26 bệnh nhân (chiếm 47,3%), tỷ lệ nam/ nữ là 1,1/1

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo bệnh lý nền

Bệnh lý nền	n	Tỷ lệ %
Tim mạch	21	38,2
Đái tháo đường	9	16,3
Xơ gan	6	10,9
Khỏe mạnh	20	36,6
Khác	2	3,6

Bệnh lý tim mạch chiếm tỷ lệ cao nhất với 38,2%, tiếp theo là đái tháo đường chiếm 16,3%, có 36,6% bệnh nhân khỏe mạnh.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 3. Phân bố vị trí nhiễm trùng ban đầu

Vị trí nhiễm khuẩn	n	Tỷ lệ %
Không rõ	24	43,6%
Hô hấp	14	25,5%
Thận - tiết niệu	14	25,5%
Cơ - xương - khớp	2	3,6%
Tiêu hóa	1	1,8%
Tổng	55	100%

Vị trí nhiễm trùng ban đầu không rõ chiếm tỷ lệ cao nhất với 43,6%; tiếp theo là vị trí nhiễm trùng đường vào từ hô hấp và tiết niệu đều chiếm 25,5%

Bảng 4. Bảng phân bố triệu chứng sốt

Nhiệt độ	n	Tỷ lệ %
Không sốt	5	9,1
Sốt nhẹ	17	30,9
Sốt trung bình	25	45,5
Sốt cao	7	12,7
Sốt rất cao	1	1,8
X±SD (Min-Max)	38,4 ± 0,8 (36,8 – 40,2)	

Nhiệt độ trung bình là 38,4 ± 0,8 độ, nhiệt độ cao nhất là 40,2 độ và thấp nhất là 36,8 độ, bệnh nhân sốt trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất với 25 bệnh nhân (chiếm 45,5%); tiếp theo sốt nhẹ, sốt cao và sốt rất cao chiếm lần lượt 30,9%; có 9,1% bệnh nhân không sốt

Bảng 5. Phân bố căn nguyên gây bệnh

Căn nguyên	n	Tỷ lệ %	
Gram âm	E.coli	32	58,2
	K.pneumonia	9	16,3
	A.baumannii	2	3,6
	Salmonella	2	3,6
	Shigella	1	1,8
	B.pseudomallei	1	1,8
	E.cloacae	1	1,8
	Tổng	48	87,3%
Gram dương	S.aureus	7	12,7
Tổng	55	100	

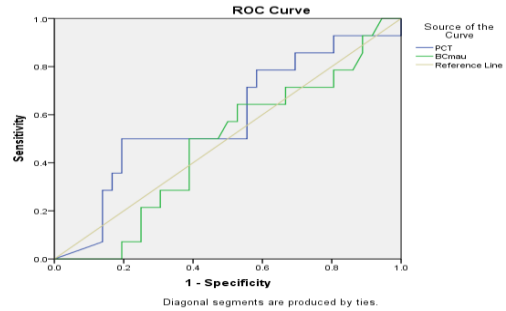
Có 87,3% vi khuẩn gram âm và 12,7% vi khuẩn gram dương được phân lập. E. coli là vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết với tỷ lệ cao nhất (58,2%), tiếp đến là K.pneumoniae (16,3%), S.aureus (12,7%), Salmonella spp (3,6%), A.baumannii (3,6%)

3.3. Các yếu tố tiên lượng tử vong

Bảng 6. Các yếu tố tiên lượng tử vong

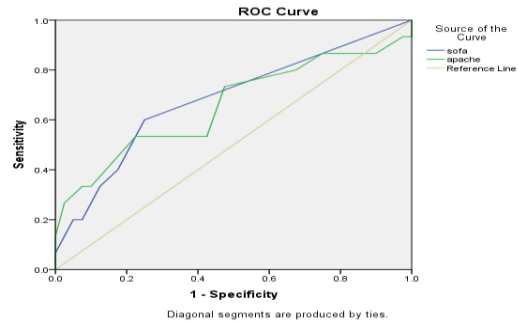
Biến số	OR	p	CI 95%
Tuổi ≥ 60	3,14	0,39	0,1-2,73
Giới	3,36	0,068	0,91-12,36
Mạch ≥ 120 ck/ph	0,485	0,324	0,11-2,04
Nhịp thở ≥ 22 ck/ph	0,813	0,916	0,1-11,8
HATB <70mmHg	10,79	0,003	2,28-51,02
Nhiệt độ >38	1,5	0,47	0,24-2,56
BC >10	0,837	0,892	0,31-2,64
PCT >10	0,636	0,476	0,18-2,2
Hb <120	0,76	0,58	0,21-2,35
TC <100	4,5	0,048	1,01-19,96
Albumin < 35	4,9	0,048	0,99-24,20
ALT ≥ 40	0,667	0,509	0,2-2,22
PT < 70	2,43	0,25	0,53-11,1
Na <135	0,375	0,115	0,11-1,27
K <3,5	2,28	0,41	0,67-7,69
Ure ≥ 7	0,623	0,623	0,36-5,35
Creatinin ≥ 120	0,183	0,735	0,127-18,9
Lactat ≥ 2mmol/l	0,44	0,382	0,072-2,74

Huyết áp trung bình dưới 70 mmHg, tiểu cầu dưới 100000/mm³ và Albumin <35 g/l là các yếu tố liên quan đến tiên lượng tử vong với p<0,05. Bệnh nhân có HATB < 70 mmHg có nguy cơ tử vong cao gấp 10,79 lần so với bệnh nhân có HATB ≥ 70mmHg. Bệnh nhân có tiểu cầu < 100000 có nguy cơ tử vong cao gấp 4,5 lần so với bệnh nhân có tiểu cầu ≥ 100000



Biểu đồ 1. Đường cong ROC của BC, PCT máu trong 24h đầu nhập viện

BC máu trong 24h đầu nhập viện có AUC = 0,436 với p = 0,467, vị vậy giá trị của BC máu trong 24h đầu không có giá trị tiên lượng tử vong. PCT trong 24h đầu nhập viện có AUC = 0,586 và p = 0,347 nên PCT 24h đầu nhập viện không có giá trị tiên lượng tử vong



Biểu đồ 2. Đường cong ROC của thang điểm SOFA, APACHEII trong 24h đầu nhập viện

Diện tích dưới đường cong ROC của thang điểm SOFA 0,681 với p=0,04, SOFA có giá trị tiên lượng tử vong trong 24h đầu nhập viện ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết với điểm điểm SOFA ≥ 7, có độ nhạy 67% và độ đặc hiệu 100%. APACHE II 24h đầu nhập viện có AUC = 0,657 và p = 0,074 nên APACHE II 24h đầu nhập viện có giá trị tiên lượng tử vong kém.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Độ tuổi trung bình của nghiên cứu là 67,7 ± 16,5 tuổi, thấp nhất 33 tuổi, cao nhất là 94 tuổi, bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất

với 70,9%; kết quả này tương tự nghiên cứu của Takatoshi Kitazawa tại Nhật Bản (67,2 ± 15,6 tuổi),⁶ cao hơn nghiên cứu của Bùi Văn Vương tại Bệnh viện Nhiệt đới Trung Ương (57,79 ± 16,23 tuổi).⁷

- Giới: Tỷ lệ nam/nữ 1,1/1, kết quả này tương tự, tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Bùi Văn Vương (tỷ lệ nam/nữ 1,9/1)⁷ và Brien C Pien tại Mỹ nam/nữ 1,5/1.⁸

- Bệnh lý nền: Bệnh lý tim mạch chiếm tỷ lệ cao nhất 38,2%, tiếp theo là đái tháo đường 16,3%, kết quả này tương tự so với nghiên cứu của Harbath tại Thụy Sĩ với bệnh lý tim mạch chiếm 40%.⁹

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

- Vị trí ổ nhiễm khuẩn ban đầu: Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhiễm trùng ban đầu không rõ chiếm tỷ lệ cao nhất với 43,6%, tiếp theo là nhiễm trùng hô hấp và tiết niệu đều chiếm 25,5%; kết quả này khác so với nghiên cứu của Brian C Pien tại Mỹ, đường và chủ yếu là catheter tĩnh mạch.⁸

- Căn nguyên vi khuẩn: Có 87,3% vi khuẩn gram âm và 12,7% vi khuẩn gram dương được phân lập, tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Bùi Văn Vương (với 61,5% gram âm và 38,5% gram dương).⁷

4.3. Các yếu tố tiên lượng tử vong

- Huyết áp trung bình trong 24h đầu nhập viện dưới 70 giữa hai nhóm tử vong và sống sót có sự khác biệt, là yếu tố liên quan đến tiên lượng tử vong với $p < 0,05$. Bệnh nhân có huyết áp trung bình dưới 70 mmHg làm tăng nguy cơ tử vong cao 10,79 lần

- Tiểu cầu giảm dưới 100000/mm³ có liên quan đến tiên lượng tử vong và nguy cơ tử vong tăng gấp 3,61 lần. Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Bùi Văn Vương.⁷ Trong nhiễm khuẩn huyết tiểu cầu giảm do ngưng tập tiểu cầu và bị phá hủy ở vi mạch, tăng tiêu thụ và độc tủy xương. Tỷ lệ tử vong tăng có ý nghĩa khi tiểu cầu giảm.

- Albumin máu: Trong bệnh lý nhiễm khuẩn, các protein được huy động tham gia vào phản ứng viêm và chuyển các protein tổng hợp albumin sang sản xuất các protein phản ứng viêm cấp. Trong nhiễm khuẩn huyết quá trình này nghiêng hẳn về phía các APRs đi kèm với ức chế tổng hợp albumin máu, đồng thời phản ứng của hệ liên võng nội mô quá mức tại gan gây giảm albumin. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy albumin máu giảm dưới 35 làm tăng nguy cơ tử vong lên 4,9 lần.

- Thang điểm SOFA (Sequential Organ

Failure Assessment score – thang điểm đánh giá suy đa cơ quan) là một thang điểm phổ biến trong thực hành lâm sàng tại nhiều nước. SOFA bao gồm các thành tố đánh giá về các hệ cơ quan: hô hấp, đông máu, tuần hoàn, thần kinh, chức năng gan và chức năng thận. Thang điểm APACHE là công cụ hữu ích để đánh giá và tiên lượng bệnh nhân nặng nhưng có nhược điểm là quá phức tạp để áp dụng khi có tới 34 chỉ số đánh giá. Thang điểm APACHE II và SOFA là hai thang điểm được dùng nhiều trên lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi phân tích đường cong ROC để đánh giá giá trị tiên lượng của thang điểm SOFA và APACHE II; SOFA có giá trị tiên lượng tử vong trong 24h đầu nhập viện ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết với điểm điểm SOFA ≥ 7 , có độ nhạy 67% và độ đặc hiệu 100%. APACHE II 24h đầu nhập viện có giá trị tiên lượng tử vong kém. Kết quả này tương tự với kết quả của Bùi Văn Vương (của SOFA là > 8 với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 55,17% và 80,65%),⁷ tuy nhiên điểm cắt SOFA trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn, độ nhạy và độ đặc hiệu cao hơn.

V. KẾT LUẬN

Trong 55 bệnh nhân nghiên cứu Độ tuổi trung bình của nghiên cứu là 67,7 ± 16,5 tuổi, dao động từ 33 đến 94 tuổi, tỷ lệ nam/ nữ là 1,1/1. Bệnh lý nền: Bệnh lý tim mạch chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 38,2%, đái tháo đường chiếm 16,3%. Đường vào của nhiễm trùng ban đầu không rõ chiếm tỷ lệ cao nhất với 43,6%, tiếp theo nhiễm trùng có đường vào rõ ràng từ hô hấp và tiết niệu chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 25,5%. Nhiệt độ trung bình là 38,4 ± 0,8 độ, nhiệt độ cao nhất là 40,2 độ và thấp nhất là 36,8 độ.

Vi khuẩn gram âm là căn nguyên chủ yếu chiếm 87,3%. Ba vi khuẩn thường gặp nhất là E. coli, K. pneumonia và S. aureus.

Huyết áp trung bình dưới 70 mmHg, tiểu cầu giảm dưới 100000/mm³ và albumin máu giảm dưới 35g/l là các yếu tố liên quan đến tiên lượng tử vong. SOFA trong 24h đầu nhập viện có giá trị tiên lượng tử vong, điểm SOFA ≥ 7 , có độ nhạy 67% và độ đặc hiệu 100%. APACHE II 24h đầu nhập viện có giá trị tiên lượng tử vong kém

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive Care Med.* 2017; 43(3):304-377. doi:10.1007/s00134-017-4683-6
2. Fleischmann C, Scherag A, Adhikari NKJ, et al. Assessment of Global Incidence and Mortality

- of Hospital-treated Sepsis. Current Estimates and Limitations. Am J Respir Crit Care Med. 2016; 193(3):259-272. doi:10.1164/rccm.201504-0781OC
3. **Rudd KE, Johnson SC, Agesa KM, et al.** Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990-2017: analysis for the Global Burden of Disease Study. Lancet Lond Engl. 2020;395(10219):200-211. doi:10.1016/S0140-6736(19)32989-7
 4. **Bộ môn truyền nhiễm Đại học Y Hà Nội.** Bệnh Truyền Nhiễm. 2016; Nhiễm khuẩn huyết: 75-88
 5. **Levy MM, Fink MP, Marshall JC, et al.** 2001 SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS International Sepsis Definitions Conference. Crit Care Med. 2003; 31(4):1250-1256. doi:10.1097/01.CCM.0000050454.01978.3B
 6. **Kitazawa T, Yoshino Y, Tatsuno K, Ota Y, Yotsuyanagi H.** Changes in the mean platelet volume levels after bloodstream infection have prognostic value. Intern Med Tokyo Jpn. 2013;52(13):1487-1493. doi:10.2169/internalmedicine.52.9555
 7. **Bùi Văn Vương.** Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội. Đánh giá một số yếu tố tiên lượng tử vong trên bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện nhiệt đới Trung Ương từ 07/2017-06/2020. 2020
 8. **Pien BC, Sundaram P, Raof N, et al.** The clinical and prognostic importance of positive blood cultures in adults. Am J Med. 2010; 123(9): 819-828. doi:10.1016/j.amjmed.2010.03.021

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG MANG THAI

Nguyễn Thị Việt Chinh¹, Nguyễn Khoa Diệu Vân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ĐTD mang thai và một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị của bệnh nhân đái tháo đường mang thai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang hồi cứu và tiến cứu trên 70 bệnh nhân được chẩn đoán ĐTD mang thai đến khám và điều trị tại bệnh viện Bạch Mai từ 10/2020 đến 10/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ phụ nữ mang thai mắc ĐTD type 1 (17,1%), ĐTD type 2 (82,9%); tuổi trung bình 33,81±5,44 (Min 24, Max 45). Thời gian phát hiện mắc ≤ 5 năm (77,14%). Tiền sử bệnh kèm theo: hội chứng buồng trứng đa nang (8,6%), tăng huyết áp (10%). Tiền sử sản khoa thai to và thai lưu (40%), sảy thai (15,7%). Tiền sử gia đình thể hệ 1 có ĐTD và tăng huyết áp (55,71%), trong đó ĐTD type 2 hơn ĐTD type 1 có ý nghĩa thống kê. BMI trước mang thai 24,04 ± 3,64 (Min 16,65, Max 36,76; tỷ lệ thừa cân béo phì (62,85%). Mức độ tăng cân khi mang thai vượt mức khuyến nghị (25,7%). Thai phụ có biến chứng sản giật và tiền sản giật (12,9%). Đường máu trung bình lúc đói quý I (7,48 ± 1,73), quý II (8,00 ± 2,22), tăng dần quý III (8,54 ± 2,37). HbA1C trung bình quý I (7,34±1,13), quý II (8,68±9,32), quý III (7,85±1,57) (Min 5,6%, Max 15,9%). Mức lọc cầu thận suy giảm từ giai đoạn IIIa trở lên (1,4%), bệnh võng mạc ĐTD (11,4%). Dư ối thường gặp ở quý III (38,6%). Điều trị đạt mục tiêu (44,3%). Chế độ ăn tuân thủ điều trị, luyện tập thể dục đều đặn và mức tăng cân trong thai kỳ có liên quan tới kiểm soát đường máu (p<0,05). Kết cục của thai kỳ trẻ sinh thiếu tháng (64,3%), đẻ mổ (97,4%)

cân nặng thai 3,01 ± 0,65kg, dị tật thai (22,9%). **Kết luận:** Điều trị ĐTD mang thai đạt mục tiêu (44,3%). Chế độ ăn uống, luyện tập, kiểm soát cân nặng khi mang thai có liên quan tới hiệu quả điều trị ĐTD. Kiểm soát đường máu tốt giảm các biến chứng sau đẻ trên người mẹ và thai nhi. **Từ khóa:** Đái tháo đường, đái tháo đường mang thai.

SUMMARY

COMMENT ON CLINICAL, SUBCLINICAL ATTRIBUTES AND RELATED FACTORS OF GESTATIONAL DIABETES MELLITUS PATIENTS

Objectives: Comment on the clinical and subclinical of GDM. Comment on several factors that relate treatment results of GDM. **Subjects and methods:** A retrospective and prospective description of 70 patients diagnosed with GDM, who had done medical examination and treatment at Bach Mai Hospital from 10/2020 to 10/2022. **Results:** Diabetes type 1 clinical symptoms (17,1%), type 2 (82,9%); average age 33.81±5.44 (Min 24, Max 25). Time of recognition type 1 equal or lower than 5 years (77,14%), type 2 (84,5%). Histories of including diseases of GDM is Polycystic Ovary Syndrome – PCOS (8,6%), high blood pressure (10%). Obstetrical histories are big pregnant and stillbirth(40%), miscarriage(15,7%). Family history who has diabetes or high blood pressure(55,71%) with type II major than type I. BMI before childbirth 24,04 ± 3,64 (Min 16,65, Max 36,76; obesity rate (62,85%). Excessive weight gain during childbirth 18 cases (25,7%). Pregnant women with pre-eclampsia and eclampsia (12,9%). Average blood glucose during hunger quarter I (7.48 ± 1.73), quarter II (8.00 ± 2.22), risen up quarter III (8.54 ± 2.37). Average HbA1C quarter I (7.34±1.13), quarter II (8.68±9.32), quarter III (7.85±1.57) (Min 5,6%, Max 15,9%). GFR dropped from phase IIIa (1,4%). Ophthalmological examination for diabetic eye disease (11,4%). Polyhydramnios quarter III (38,6%). Target treatment rate (44,3%). Treatment based diet, frequent exercises and weight

¹Bệnh viện 74 Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Việt Chinh

Email: nguyenVietChinh.dr@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2022

Ngày duyệt bài: 30.11.2022