

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TỔN THƯƠNG GIẢI PHẪU BỆNH U TINH HOÀN LÀNH TÍNH ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Mai Thủy^{1,2}, Nguyễn Việt Hoa³, Nguyễn Tiến Mạnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tổn thương giải phẫu bệnh u tinh hoàn lành tính ở trẻ em được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả 30 trường hợp trẻ dưới 15 tuổi chưa dậy thì, được chẩn đoán u tinh hoàn lành tính và được phẫu thuật tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 1/2016 đến tháng 12/2020. **Kết quả:** Tuổi mắc bệnh trung bình là 1,46 tuổi, từ 0 – 2 tuổi chiếm 70%. 96,7% được phát hiện tình cờ, đa phần không có triệu chứng lâm sàng (86,7%). Các bệnh nhân đều được siêu âm và xét nghiệm α FP trước mổ, 100% trường hợp đều có α FP bình thường hoặc tăng nhẹ nhưng không vượt quá 100 ng/ml ở trẻ trên 6 tháng. Phương pháp phẫu thuật chủ yếu là cắt u bảo tồn tinh hoàn (73,4%), cắt toàn bộ tinh hoàn (23,3%), một trường hợp nội soi cắt toàn bộ tinh hoàn trong ổ bụng, phẫu thuật thực hiện đa số qua đường bẹn (76,7%). Sinh thiết lạnh trong mổ thực hiện trong 53,3% trường hợp. Kết quả giải phẫu bệnh thường quy thấy u quái trưởng thành là 76,7%, u quái chưa trưởng thành là 10%, u nang bì chiếm 10%, u tế bào Sertoli chiếm 3,3%. **Kết luận:** Siêu âm là phương tiện chẩn đoán hình ảnh tin cậy trong việc xác định khối u tinh hoàn, α FP kết hợp siêu âm giúp gợi ý u ác tính hay lành tính trước phẫu thuật. U quái là loại mô bệnh học chiếm đa số trong u tinh hoàn lành tính ở trẻ em. Phương pháp phẫu thuật chủ yếu là cắt u bảo tồn tinh hoàn.

Từ khóa: U tinh hoàn lành tính, phẫu thuật.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND PATHOLOGY FINDING OF BENIGN TESTICULAR TUMORS IN CHILDREN OPERATED AT NATIONAL CHILDREN HOSPITAL

Purpose: Present clinical, paraclinical characteristics and pathology finding of testicular tumors in our hospital. **Materials and methods:** We retrospectively reviewed 30 patient's records of benign testicular tumors operated in our hospital from 01/2016 to 12/2020. **Result:** The average age was 1,46 years, cases aged 0 – 2 years in 70%. Initial symptoms of all cases is painless of scrotal mass. Scrotal ultrasound and α FP dosage were done before operation. All cases had normal or slight increase of

α FP dosage but did not exceed 100 ng/ml in children older than 6 months. Main surgery method was testis – sparing surgery in 73,4% and 76,7% patients had inguinal incision, 1 case performed laparoscopic orchiectomy. The intraoperative frozen biopsy was carried out in 53,3%. Postoperative pathological results consisted of 76,7% mature teratomas, 10% immature teratomas, 10% demoid cysts and 3,3% Sertoli cell tumors. **Conclusion:** Scrotal ultrasound and testicular tumor markers are two important tools in the evaluation of pediatric testicular tumors. The most popular histopathology of benign testicular tumors is teratoma. Main surgery method is testis – sparing surgery. **Keywords:** Testicular tumor, benign, children, testis – sparing surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tinh hoàn ở trẻ em là bệnh lý hiếm gặp, có tỉ lệ mắc từ 0,5 – 2/100.000, chiếm khoảng 1-2% trong tất cả các loại u ở trẻ em, đặc biệt ở nhóm tuổi từ 0-4 tuổi.^{1,2} U tinh hoàn ở trẻ em thường chỉ chứa một loại tế bào, u lành tính chiếm khoảng 74% và loại mô học chiếm tỉ lệ nhiều nhất là u quái (48%).³ Đa số u tinh hoàn sau tuổi dậy thì là ác tính. Để hiểu thêm về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tổn thương giải phẫu bệnh của u tinh hoàn ở trẻ em, chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 30 trẻ được chẩn đoán u tinh hoàn lành tính và điều trị phẫu thuật trong 5 năm tại Bệnh viện Nhi Trung ương (từ 1/1/2016 đến 31/12/2020).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu 30 bệnh nhân dưới 15 tuổi, chưa dậy thì được chẩn đoán là u tinh hoàn, được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ 1/1/2016 – 31/12/2020. Tất cả các bệnh nhân đều có kết quả giải phẫu bệnh là u lành tính của tinh hoàn.

Các chỉ số nghiên cứu: đặc điểm dịch tễ, triệu chứng lâm sàng, hình ảnh siêu âm trước mổ, chỉ số α FP, beta-HCG, cách thức phẫu thuật, tổn thương trong mổ, sinh thiết lạnh trong mổ, kết quả giải phẫu bệnh thường quy. Phân tích số liệu thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong tổng số 30 trường hợp được chẩn đoán xác định u tinh hoàn lành tính và được phẫu thuật, 29 trường hợp u quái (96,7%), trong đó 23 trường hợp u quái trưởng thành, 3 trường hợp u quái chưa trưởng thành, 3 trường hợp u

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc Gia Hà Nội

³Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mai Thủy

Email: nguyennaithuy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 18.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2024

Ngày duyệt bài: 28.11.2024

nang bì, còn lại 1 trường hợp u tế bào Sertoli.

Bảng 1: Cách thức phẫu thuật và kích thước khối u

| Cách thức phẫu thuật | Kích thước khối u | Dưới 1cm (n=4) | Từ 1,1 đến 3cm (n=23) | Trên 3cm (n=3) | P |
|--------------------------------------|-------------------|----------------|-----------------------|----------------|-------|
| Cắt u bảo tồn tinh hoàn | | 3 (10%) | 19 (63,4%) | 0 | 0,007 |
| Cắt toàn bộ tinh hoàn | | 1 (3,3%) | 4 (13,3%) | 2 (6,6%) | |
| Nội soi ổ bụng cắt toàn bộ tinh hoàn | | 0 | 0 | 1 (3,3%) | |

Tuổi trung bình khi chẩn đoán là 1,46 tuổi (từ 3 tháng đến 11,5 tuổi), nhóm trẻ 0-2 tuổi thường gặp nhất. Biểu hiện lâm sàng thường gặp là tinh hoàn tăng kích thước so với bên đối diện trong 28 trường hợp (93,3%) và không đau (86,7%), ngoài ra có 1 trường hợp u tinh hoàn lạc chỗ trong ổ bụng, không có trường hợp nào xảy ra ở cả 2 bên tinh hoàn. Phần lớn được phát hiện tình cờ bởi gia đình hoặc nhân viên y tế.

Siêu âm được thực hiện trên tất cả trường hợp, kích thước trung bình khối u là 2cm, phần lớn khối u có kích thước trong khoảng 1-3cm (76,7%), tổn thương dạng hỗn hợp nang - đặc thường gặp nhất (50%), vôi hóa trong u (53,3%). α FP tăng trên 4 trường hợp (13,3%), nhưng tất cả đều dưới 100ng/ml. Beta-HCG trong giá trị bình thường ở tất cả các trường hợp.

Phẫu thuật qua đường bẹn là đường mổ chủ yếu, thực hiện trên 23 trường hợp (76,7%), 6 trường hợp qua đường bìu (20%), 1 trường hợp nội soi ổ bụng (3,3%). Đánh giá trong mổ thấy 23 trường hợp còn nhu mô tinh hoàn lành, có ranh giới rõ rệt với khối u, 7 trường hợp còn lại khối u quá to, chiếm toàn bộ tinh hoàn, không còn nhu mô tinh hoàn lành, phù hợp với hình ảnh siêu âm trước mổ. Sinh thiết lạnh trong mổ thực hiện trên 53,3% trường hợp, được chỉ định trên những bệnh nhân còn nhu mô tinh hoàn lành và tất cả các trường hợp có chỉ số α FP tăng.

Bảng 2: Đối chiếu chỉ số α FP và tổn thương giải phẫu bệnh

| Chỉ số α FP | GPB | | |
|--------------------------|----------|-------------|-----------|
| | Cao | Bình thường | Tổng |
| U quái trưởng thành | 3(10%) | 20(66,7%) | 23(76,7%) |
| U quái chưa trưởng thành | 0 | 3(10%) | 3 (10%) |
| U nang bì | 0 | 3(10%) | 3 (10%) |
| U tế bào Sertoli | 1(3,3%) | 0 | 1 (3,3%) |
| Tổng | 4(13,3%) | 23(86,7%) | 30(100%) |

IV. BÀN LUẬN

U tinh hoàn tương đối hiếm gặp ở trẻ em, có thể gặp ở mọi lứa tuổi từ sơ sinh đến trước tuổi dậy thì. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình khi nhập viện phẫu thuật là 1,46 tuổi, thấp hơn nghiên cứu của tác giả Phạm

Trung Thông (2,2 tuổi), tác giả Nguyễn Nguyễn Thăng (2,25 tuổi), tác giả Yun-lin Ye (3,17 tuổi), nhưng đều chung đặc điểm là thường gặp nhất ở nhóm dưới 2 tuổi.³⁻⁵

Tallen và cộng sự (2011) chỉ ra rằng siêu âm có thể phân biệt chính xác tổn thương lành tính và ác tính trong tất cả trường hợp, khi kết hợp với triệu chứng lâm sàng có thể dự đoán mô bệnh học đúng tới 75%.⁶ Tallen cũng chỉ ra dấu hiệu lành tính là khối đồng nhất, hình thái dạng nang hoặc hỗn hợp nang - đặc, ranh giới rõ, độ âm vang bình thường hoặc tăng.⁶ Trong nghiên cứu của chúng tôi, hình ảnh siêu âm u tinh hoàn lành tính là khối hỗn hợp nang - đặc chiếm 50%, vôi hóa trong u 53,3%, ranh giới khối u với nhu mô lành rõ ràng chiếm 76,7%, còn lại là những trường hợp khối u lớn chiếm toàn bộ tinh hoàn, không còn nhu mô lành.

α FP là yếu tố chỉ thị khối u rất hữu ích cho việc chẩn đoán và theo dõi điều trị u tinh hoàn trẻ em. Sự gia tăng nồng độ α FP trong u tinh hoàn gợi ý tồn tại các thành phần ác tính như u túi noãn hoàng. α FP xuất hiện từ trong thời kỳ bào thai chủ yếu do túi noãn hoàng phôi và tế bào gan tổng hợp nên, sau đó tiếp tục tăng lên rồi giảm dần sau khi sinh, cho đến lúc 8 tháng tuổi đạt giá trị bình thường như người lớn (0-20 ng/ml).^{7,8} Do đó định lượng α FP thời kỳ này thường khó khăn trong việc phân biệt u túi noãn hoàng với các khối u tinh hoàn khác. Tuy nhiên theo một số tác giả, u quái tinh hoàn có khoảng 20 đến 25% có thể tăng α FP nhưng không quá 100 ng/ml ở trẻ trên 6 tháng tuổi.^{9,10} Chúng tôi ghi nhận 4 trường hợp (13,3%) có chỉ số α FP tăng cao hơn giá trị bình thường theo tuổi nhưng tất cả đều không vượt quá 100 ng/ml, trong đó 3 trường hợp có giải phẫu bệnh là u quái trưởng thành, 1 trường hợp u tế bào Sertoli.

Hiện nay phẫu thuật cắt u bảo tồn tinh hoàn đã và đang trở thành một phương pháp tiếp cận mang lại nhiều hiệu quả đối với u tinh hoàn lành tính ở trẻ em. Phẫu thuật cắt u bảo tồn tinh hoàn có lợi thế như ngăn ngừa điều trị quá mức cần thiết, duy trì nội tiết tố trong tương lai và chức năng sinh sản.¹¹ Đối với u tinh hoàn lành tính, tỉ lệ phẫu thuật cắt u bảo tồn tinh hoàn trong nghiên cứu của chúng tôi là 73,4%, cao hơn

đánh giá hệ thống của Kooij (2020) với 61,9%, Ye (2017) với 34%. Nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng cắt u bảo tồn thực hiện trên những trường hợp khối u tinh hoàn có kích thước dưới 3cm, tất cả trường hợp khối u có kích thước trên 3cm đều được phẫu thuật cắt toàn bộ tinh hoàn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Các hướng dẫn quốc tế đặc biệt khuyến cáo không nên sử dụng đường mổ qua bìu đối với bất kì khối u tinh hoàn nghi ngờ ác tính.¹² Chẩn đoán trước mổ đôi khi khó phân biệt u lành tính hay ác tính, vì vậy chúng tôi cho rằng đường mổ tại nếp lằn bẹn nên được sử dụng ngay từ đầu cho tất cả các trường hợp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số được thực hiện qua đường rạch da tại nếp lằn bẹn (76,7%), ngoài ra có 20% trường hợp thực hiện đường rạch da tại bìu, đây là những trường hợp chẩn đoán trước mổ là u tinh hoàn lành tính, tinh hoàn chứa u còn nhu mô lành, vì vậy phẫu thuật viên có thể đi ngay một đường rạch da tại bìu để xử lý khối u, trong đó 80% được phẫu thuật cắt u bảo tồn tinh hoàn. Matei và cộng sự (2017) cho rằng sinh thiết lạnh trong mổ giúp ích rất nhiều trong việc quyết định cắt u bảo tồn tinh hoàn lành hay cắt toàn bộ tinh hoàn và thừng tinh, tác giả cũng nhận thấy độ nhạy là 90%, độ đặc hiệu là 99% đối với những khối u tinh hoàn lành tính.¹³ Sau khi bóc tách toàn bộ khối u ra khỏi tinh hoàn mà còn nhu mô tinh hoàn lành, chúng tôi cho rằng việc sinh thiết lạnh là cần thiết để khẳng định u lành tính hay ác tính trước khi tiến hành bảo tồn tinh hoàn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 53,3% trường hợp thực hiện sinh thiết lạnh trong mổ, còn lại là những trường hợp khối u quá to, không còn nhu mô tinh hoàn lành hoặc chẩn đoán trước và trong mổ là u tinh hoàn lành tính.

Ngoài ra nghiên cứu của chúng tôi có một trường hợp trẻ vào viện trong bệnh cảnh ẩn tinh hoàn, siêu âm bìu và ống bẹn không thấy tinh hoàn, siêu âm ổ bụng thấy khối hỗn hợp âm vị trí giữa bàng quang và thận trái cùng bên, vô rờ ràng, được chụp CT-scanner nghĩ đến u tinh hoàn trong ổ bụng, các yếu tố chỉ thị khối u trong giới hạn bình thường, tiến hành phẫu thuật nội soi ổ bụng thấy tinh hoàn nằm ở hố chậu, trong là khối u chiếm toàn bộ tinh hoàn, bề mặt có tăng sinh mạch, phẫu thuật viên quyết định cắt toàn bộ tinh hoàn chứa u và thừng tinh, kết quả giải phẫu bệnh thường quy là u quái trưởng thành. Báo cáo của Agarwal và cộng sự (2016) khuyến cáo nên cắt bỏ u tinh hoàn bằng nội soi ổ bụng ở trẻ em với sự cẩn trọng và lấy toàn vẹn được khối u ra khỏi ổ bụng tránh làm vỡ u. Chúng tôi cũng cho rằng đối với u tinh hoàn trong ổ bụng,

cắt bỏ qua nội soi sẽ là một giải pháp thay thế tuyệt vời cho phẫu thuật mở thông thường. Tuy nhiên chưa có nhiều báo cáo về phẫu thuật nội soi điều trị u tinh hoàn lạc chỗ trong ổ bụng, nghiên cứu của chúng tôi do số lượng bệnh nhân chưa đủ lớn, cần nhiều nghiên cứu có hệ thống với số lượng bệnh nhân lớn hơn để đánh giá phương pháp tiếp cận này đối với những khối u tinh hoàn lạc chỗ trong ổ bụng.

Khác với u tinh hoàn ở trẻ dậy thì và người lớn đa phần là u ác tính, u tinh hoàn ở trẻ em trước tuổi dậy thì đa số là u lành tính.^{15,16} Trong nghiên cứu của chúng tôi, u quái trưởng thành (76,7%), đa số được thực hiện phẫu thuật cắt u bảo tồn tinh hoàn (78,3%), còn lại là những trường hợp khối u quá to, chiếm toàn bộ tinh hoàn. Bên cạnh đó, u quái chưa trưởng thành (10%), chúng tôi thấy rằng u quái chưa trưởng thành thường xuất hiện ở độ tuổi nhỏ hơn (tất cả đều dưới 1 tuổi) và kích thước khối u lớn hơn u quái trưởng thành, tương tự đánh giá của Liu (2018) và tác giả này cũng cho rằng có thể hành vi sinh học lâu dài của u quái chưa trưởng thành tiền dậy thì cũng giống như u quái trưởng thành. Giải phẫu bệnh các trường hợp còn lại là u nang bì (10%) và u tế bào Sertoli (3,3%). Mặc dù tương đối ít báo cáo về u tế bào Sertoli ở trẻ em nhưng nhiều tác giả cho rằng u tế bào Sertoli cũng có xu hướng phát triển lành tính, Kooij (2020) báo cáo 37,5% trường hợp được thực hiện cắt u bảo tồn tinh hoàn, kết quả sau mổ là tốt, không có trường hợp nào tái phát hay di căn.

V. KẾT LUẬN

U tinh hoàn ở trẻ em trước tuổi dậy thì có độ tuổi mắc bệnh trung bình là 1,46 tuổi, nhóm dưới 2 tuổi thường gặp nhất. U quái trưởng thành chiếm tỉ lệ cao nhất (76,7%), u quái chưa trưởng thành (10%), u nang bì (10%), u tế bào Sertoli (3,3%). Siêu âm trước mổ và định lượng α FP giúp chẩn đoán trước mổ gợi ý u tinh hoàn lành tính hay ác tính, sinh thiết lạnh và đánh giá khối u trong mổ đóng vai trò quan trọng quyết định phẫu thuật cắt u bảo tồn tinh hoàn lành hay cắt toàn bộ tinh hoàn. Phương pháp điều trị phổ biến và được ưu tiên hiện nay đối với u tinh hoàn lành tính ở trẻ em là phẫu thuật cắt u bảo tồn tinh hoàn qua đường bẹn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Karmazyn B, Weatherly DL, Lehnert SJ, et al.** Characteristics of testicular tumors in prepubertal children (age 5–12 years). *Journal of Pediatric Urology*. 2018;14(3):259.e1-259.e6.
2. **Lee SD,** Korean Society of Pediatric Urology. Epidemiological and clinical behavior of

- prepubertal testicular tumors in Korea. *J Urol*. 2004;172(2):674-678.
3. **Phạm Trung Thông.** Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt u tinh hoàn lạnh tính, bảo tồn tinh hoàn tại Bệnh viện Nhi Trung Ương. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2016.
 4. **Nguyễn Nguyên Thắng.** Đặc điểm biểu tể bào mầm tinh hoàn ở trẻ em. Tạp chí Y học lâm sàng. 2019;55:198-203.
 5. **Ye Y lin, He Q ming, Zheng F fug, Guo S jie, Zhou F jian, Qin Z ke.** Trends of testis-sparing surgery for pediatric testicular tumors in South China. *BMC Surg*. 2017;17.
 6. **Tallen G, Hernáiz Driever P, Degenhardt P, Henze G, Riebel T.** High reliability of scrotal ultrasonography in the management of childhood primary testicular neoplasms. *Klin Padiatr*. 2011;223(3):131-137.
 7. **Wu JT, Book L, Sudar K.** Serum Alpha Fetoprotein (AFP) Levels in Normal Infants. *Pediatric Research*. 1981;15(1):50-52.
 8. **Ferraro S, Panzeri A, Braga F, Panteghini M.** Serum α -fetoprotein in pediatric oncology: not a children's tale. *Clin Chem Lab Med*. 2019; 57(6):783-797.
 9. **Kaplan GW, Cromie WC, Kelalis PP, Silber I, Tank ES.** Prepubertal yolk sac testicular tumors--report of the testicular tumor registry. *J Urol*. 1988;140(5 Pt 2):1109-1112.
 10. **Ross JH, Rybicki L, Kay R.** Clinical behavior and a contemporary management algorithm for prepubertal testis tumors: a summary of the Prepubertal Testis Tumor Registry. *J Urol*. 2002; 168(4 Pt 2):1675-1678; discussion 1678-1679.

KHẢO SÁT GIÁ TRỊ CỦA CHỈ SỐ TRIGLYCERIDE - GLUCOSE (TYG) TRONG CHẨN ĐOÁN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

Hoàng Hữu Khánh¹, Phạm Thị Mai²,
Lê Thị Kim Thanh³, Huỳnh Bội Linh³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hiện nay, phương pháp chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ vẫn dựa vào nghiệm pháp dung nạp Glucose bằng đường uống (OGTT). Tuy nhiên OGTT có một số hạn chế nhất định, chẳng hạn như khó uống, dễ nôn ói, lấy máu nhiều lần gây khó chịu, tốn thời gian. Do đó, việc tìm kiếm các chỉ số để đo lường, có khả năng chẩn đoán tốt và thuận tiện hơn là rất cần thiết. **Mục tiêu:** Xác định độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm, diện tích dưới đường cong ROC của chỉ số TyG trong chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang, mô tả và phân tích 375 phụ nữ mang thai từ 24 đến 28 tuần đến khám tại bệnh viện Lê Văn Thịnh. **Kết quả:** Tỷ lệ ĐTĐTK là 23,7%. Giá trị trung bình của chỉ số TyG ở nhóm thai phụ ĐTĐTK là 9,2 cao hơn so với nhóm thai phụ không bị ĐTĐTK là 9,02 với $p < 0.001$. Với ngưỡng cắt tối ưu là 8,958 trong chẩn đoán ĐTĐTK có độ nhạy là 71,1%, độ đặc hiệu 45,4%, giá trị tiên đoán âm là 84,9%, giá trị tiên đoán dương là 29,7% và diện tích dưới đường cong ROC là 0,6021 (KTC 95% 0,5353-0,6689). **Kết luận:** Có thể sử dụng chỉ số TyG như một test sàng lọc ĐTĐTK ở thời điểm 24-28 tuần thai cho các thai phụ không đồng ý làm nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống (Oral Glucose Tolerance Test = OGTT) hoặc đã làm OGTT nhưng thất bại do nôn mửa, không thể thực hiện.

Từ khóa: Đái tháo đường thai kỳ; chỉ số Triglyceride- Glucose (TyG), nghiệm pháp dung nạp Glucose đường uống (OGTT)

SUMMARY

SURVEYING THE VALUE OF THE TRIGLYCERIDE- GLUCOSE INDEX IN THE DIAGNOSIS OF GESTINAL DIABETES

Background: Currently, the diagnosis of gestational diabetes primarily relies on the Oral Glucose Tolerance Test (OGTT). However, the OGTT has certain limitations, such as difficulty in ingestion, propensity to induce nausea and vomiting, the discomfort of multiple blood draws, and being time-consuming. Therefore, finding easily measurable indices that can diagnose more effectively and conveniently is essential. **Objective:** The study aims to determine the sensitivity, specificity, positive predictive value, negative predictive value, and the area under the receiver operating characteristic (ROC) curve of the TyG index in diagnosing gestational diabetes mellitus (GDM). **Methods:** The study is a cross-sectional analysis. It involves 375 pregnant women who were between 24 and 28 weeks pregnant and attended the Le Van Thinh Hospital for prenatal care. **Results:** The prevalence of GDM in the study population was 23.7%. The average TyG index value in the GDM group was 9.2, which was higher than the non-GDM group (average TyG index value of 9.02) with statistical significance ($p < 0.001$). Using an optimal cutoff value of 8.958, the diagnostic performance for GDM was as follows: Sensitivity: 71.1%, Specificity: 45.4%, Negative predictive value: 84.9%, Positive predictive value: 29.7%, Area under the ROC curve: 0.6021 (95% CI: 0.5353–0.6689). **Conclusion:** The TyG index can be used as a screening test for GDM during the 24–28 weeks of pregnancy, especially for pregnant women who

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương

²Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

³Bệnh viện Lê Văn Thịnh

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Hữu Khánh

Email: hoanghuukhanh1984@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2024

Ngày duyệt bài: 28.11.2024