

sự phát triển của mảng xơ vữa, đồng thời, tình trạng xơ cứng mạch ở bệnh nhân lớn tuổi kết hợp với áp lực lớn lên thành mạch của THA tích lũy theo thời gian góp phần gia tăng đáng kể nguy cơ hẹp động mạch vành [8].

V. KẾT LUẬN

Chụp cắt lớp vi tính 640 dãy ở bệnh nhân nghi ngờ có bệnh mạch vành giúp phát hiện được hầu hết các trường hợp có hẹp động mạch vành, ngay cả ở mức độ nhẹ. Đa số bệnh nhân hẹp động mạch vành có ý nghĩa ở 3 nhánh. Trong nhóm hẹp vừa-nặng phân bố cao nhất ở nhánh LAD, kế đến là nhánh LCx và RCA, nhánh LM chỉ chiếm tỷ lệ thấp. Tuổi cao và kiểm soát huyết áp chưa tốt liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng hẹp động mạch vành vừa và nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Minh, Nguyễn Thanh Vân. Điểm vôi hóa và hẹp mạch vành trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính 256 dãy ở bệnh nhân đau thắt ngực. Tạp Chí Y Dược học Quân Sự. 2022; 47(8):71-80.
2. Đỗ Võ Công Nguyên, Nghiêm Phương Thảo, Nguyễn Chí Thành, Trần Thanh Phong, Bùi Anh Thắng. Đặc điểm tổn thương động mạch vành trên cắt lớp vi tính đa dãy đầu dò ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024; 536(1B): 66-69.
3. Trần Như Tú, Lê Thị Hồng Vũ, Nguyễn Hữu

- Xuân. Nghiên cứu tương quan giữa chụp cắt lớp vi tính 640 lát cắt và chụp mạch số hóa xóa nền trong chẩn đoán bệnh lý động mạch vành tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Đà Nẵng. Tạp chí Điện quang và Y Học Hạt nhân Việt Nam. 2023; 51:33-45.
4. Gregory A.R., Johnson C., Abajobir A., et al. Global, regional, and national burden of cardiovascular diseases for 10 causes, 1990 to 2015. J Am Coll Cardiol. 2017; 70(1):1-25.
5. Lei Z., Fu Q., Shi H., et al. The diagnostic evaluation of 640 slice computed tomography angiography in the diagnosis of coronary artery stenosis. Digital Medicine. 2015; 1(2):67-71.
6. Libby P., Theroux P.. Pathophysiology of coronary artery disease. Circulation. 2005; 111(25):3481-3488.
7. Ma R., van Assen M., Ties D., et al. Focal pericoronary adipose tissue attenuation is related to plaque presence, plaque type, and stenosis severity in coronary CTA. Eur Radiol. 2021; 31(10):7251-7261.
8. Maddox T.M., Ross C., Tavel H.M., et al. Blood pressure trajectories and associations with treatment intensification, medication adherence, and outcomes among newly diagnosed coronary artery disease patients. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2010; 3(4):347-357.
9. Youssef M.A., Dawoud M.A., Elbarbary A.A., et al. Role of 320-slice multislice computed tomography coronary angiography in the assessment of coronary artery stenosis. Egypt J Radiol Nucl Med. 2014; 45(2):317-324.

NỒNG ĐỘ ACID FOLIC VÀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ CỦA SẢN PHỤ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Huỳnh Thị Ngọc Châu¹, Nguyễn Thụy Thúy Ái², Nguyễn Hồng Hà¹, Phạm Thị Ngọc Nga¹, Nguyễn Thanh Phong²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đái tháo đường thai kỳ 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. **Mục tiêu:** Khảo sát nồng độ acid folic trên 2 nhóm sản phụ có mắc và không mắc bệnh đái tháo đường thai kỳ tại bệnh viện phụ sản hành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thực hiện mô tả cắt ngang có phân tích trên 2 nhóm sản phụ có mắc và không mắc đái tháo đường thai kỳ theo dõi tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ từ tháng

4/2023 đến tháng 2/2024. **Kết quả:** Nồng độ acid folic nằm ở mức bình thường và độc lập với nhóm tuổi, nơi cư trú, BMI trước khi mang thai, tuổi thai, tiền sử gia đình ($p > 0,05$). **Kết luận:** Đa số nồng độ acid folic của các sản phụ đều nằm ở mức bình thường, tỷ lệ giữa sản phụ mắc đái tháo đường thai kỳ và không mắc đái tháo đường thai kỳ không có ý nghĩa thống kê.

Từ khóa: Đái tháo đường thai kỳ, acid folic

SUMMARY

FOLIC ACID CONCENTRATION AND GESTATIONAL DIABETES IN MOTHERS AT CAN THO OBSTETRIC HOSPITAL

Background: Gestational diabetes is the most common metabolic disorder in pregnancy and has an increasing trend, especially in the Asia-Pacific region, including Vietnam. **Objectives:** To survey folic acid levels in 2 groups of pregnant women with and without gestational diabetes at Can Tho City Obstetrics Hospital. **Materials and methods:** Conduct cross-

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính:

Email: ptnnga@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2024

Ngày duyệt bài: 17.5.2024

sectional analysis with 2 groups of pregnant women with and without gestational diabetes followed up at Can Tho Obstetrics Hospital from April 2023 to February 2024. **Results:** Folic acid concentration was within the normal range and independent of age group, place of residence, BMI before pregnancy, gestational age, family history ($p > 0.05$). **Conclusions:** Most of the pregnant women's folic acid concentrations were within normal levels, the ratio between pregnant women with Folic Acid and non-Morbidal Pregnancy was not statistically significant.

Keywords: Gestational diabetes, folic acid

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là tình trạng phổ biến trong thời kỳ mang thai. Đái tháo đường thai kỳ ảnh hưởng đến khoảng 15% phụ nữ mang thai trên toàn cầu, tỷ lệ hiện mắc ở các nước châu Á có thể lên tới 17–20%. Đái tháo đường thai kỳ được định nghĩa là tình trạng rối loạn dung nạp glucose và kháng insulin khởi phát hoặc được nhận biết trong thời kỳ mang thai, và nó có nhiều tác động tiêu cực đối với bà mẹ và con cái của họ. Đối với các bà mẹ, đái tháo đường thai kỳ có liên quan đến tỷ lệ tiền sản giật, sinh mổ, đẻ khó và có nguy cơ đái tháo đường tít 2 cao hơn trong thời kỳ hậu sản. Ngoài ra, những đứa trẻ được sinh ra từ những bà mẹ mắc đái tháo đường thai kỳ có nhiều khả năng mắc bệnh béo phì, rối loạn dung nạp glucose (IGT) và bệnh tiểu đường loại 2 ở thời thơ ấu hoặc giai đoạn đầu tuổi trưởng thành [1], [2].

Axit folic (FA) có thể ngăn ngừa khuyết tật ống thần kinh và bổ sung FA trước và trong khi mang thai được khuyến nghị trên toàn cầu. Một số nghiên cứu từ các nước châu Á đã chứng minh rằng bổ sung FA trong thời kỳ đầu mang thai và nồng độ folate trong huyết tương cao hơn và thời gian kéo dài có liên quan đến nguy cơ mắc đái tháo đường thai kỳ cao hơn. Chính vì vậy, việc đánh giá mức độ folate của phụ nữ mang thai là cần thiết [3].

Nhận thức được tầm quan trọng đó chúng tôi nghiên cứu "*Nồng độ acid folic và đái tháo đường thai kỳ của sản phụ tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ*" với mục tiêu: *Xác định mối tương quan giữa nồng độ acid folate và một số đặc điểm của sản phụ trên hai nhóm sản phụ có và không có đái tháo đường tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ năm 2023 – 2024.*

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tổng n (%)	Đái tháo đường		p
		Không n (%)	Có n (%)	

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Thai phụ mang thai đến thăm khám tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ từ tháng 4 năm 2023 đến tháng 2 năm 2024. Chúng tôi, chia làm hai nhóm đối tượng; nhóm thai phụ mắc GDM và nhóm thai phụ không mắc GDM.

Tiêu chuẩn chọn:

– Tiêu chuẩn chọn nhóm bệnh: Thai phụ mang thai dưới ba tháng. Thuộc dân tộc Việt Nam. Mắc đái tháo đường thai kỳ với tiêu chuẩn chẩn đoán theo Carpenter/Coustan.

Bảng 1. Tiêu chí chuẩn đoán của Carpenter/Coustan

Đường huyết	Tiêu chí chuẩn đoán của Carpenter/Coustan
Lúc đói	95 mg/dL (5,3 mmol/L)
Ở thời điểm 1 giờ	180 mg/dL (10,0 mmol/L)
Ở thời điểm 2 giờ	155 mg/dL (8,6 mmol/L)
Ở thời điểm 3 giờ	140 mg/dL (7,8 mmol/L)

– Tiêu chuẩn chọn nhóm chứng: Thai phụ không mắc đái tháo đường thai kỳ, thể trạng khỏe mạnh, có yếu tố tương đương với nhóm bệnh, ví dụ: Tuổi, nghề nghiệp, nơi ở, BMI trước khi mang thai

Tiêu chuẩn loại trừ: Sản phụ không có khả năng nhận thức, tinh thần không ổn định. Được chẩn đoán mắc bệnh tiểu đường trước khi mang thai. Có tiền sử mắc các bệnh tự miễn dịch (chẳng hạn như lupus ban đỏ hệ thống) hoặc đang sử dụng corticosteroid, bị cường giáp hoặc suy giáp rõ ràng

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu ngẫu nhiên thuận tiện

Nội dung nghiên cứu: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Nhóm tuổi, nơi cư trú, BMI trước khi mang thai, tuổi thai, tiền sử gia đình mắc bệnh đái tháo đường, nồng độ acid folic ở sản phụ. Mối tương quan giữa nồng độ acid folate và một số đặc điểm của sản phụ trên hai nhóm sản phụ có và không có đái tháo đường.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: Số liệu được nhóm nghiên cứu tiến hành thu thập bằng phiếu thu thập thông tin. Kết quả được xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0.

Nhóm tuổi	≤ 35 tuổi	92 (76,7)	49 (53,3)	43 (46,7)	0,195*
	> 35 tuổi	28 (23,3)	11 (39,3)	17 (60,7)	
Nơi cư trú	Cần Thơ	68 (56,7)	35 (51,5)	33 (48,5)	0,713*
	Khác	52 (43,3)	25 (48,1)	27 (51,9)	
BMI trước khi mang thai	Gầy	9 (7,5)	6 (66,7)	3 (33,3)	0,437**
	Bình thường	82 (68,3)	40 (48,8)	42 (51,2)	
	Thừa cân	12 (10,0)	4 (33,3)	8 (66,7)	
	Béo phì	17 (14,2)	10 (58,8)	7 (41,2)	
Tuổi thai	Tam cá nguyệt thứ 2	101 (84,2)	47 (46,5)	54 (53,5)	0,080*
	Tam cá nguyệt thứ 3	19 (15,8)	13 (68,4)	6 (31,6)	
Tiền sử gia đình	Có	25 (20,8)	11 (44,0)	14 (56,0)	0,500*
	Không	95 (79,2)	49 (51,6)	46 (48,8)	

*Chi Square Test, **Fisher's Exact Test

Nhận xét: Nhóm ≤ 35 tuổi chiếm đa số, gấp 3 lần nhóm tuổi > 35 tuổi. 56,7% sản phụ sinh sống tại Cần Thơ. BMI bình thường chiếm đa số (68,3%), 10% sản phụ thừa cân, 14,2% sản phụ béo phì. Tiền sử gia đình mắc đái tháo đường ghi nhận được ở 20,8% sản phụ.

3.2. Nồng độ acid folic

Bảng 2. Nồng độ acid folic ở sản phụ

*Chi Square Test

Nồng độ acid folic (ng/ml)	Tổng n (%)	Đái tháo đường		p
		Không n (%)	Có n (%)	
Bình thường	99 (82,5)	50 (50,5)	49 (49,5)	0,810*
Trên ngưỡng	21 (17,5)	10 (47,6)	11 (52,4)	

Nhận xét: Phần lớn sản phụ có nồng độ acid folic ở giới hạn bình thường (82,5%). Nhóm sản phụ đái tháo đường ghi nhận có nồng độ acid folic cao hơn, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

- **Nồng độ acid folic theo một số đặc điểm trên nhóm sản phụ không mắc đái tháo đường**

Bảng 3. Nồng độ acid folic trên nhóm sản phụ không mắc đái tháo đường

Đặc điểm	Acid folic		p	
	Bình thường n (%)	Trên ngưỡng n (%)		
Nhóm tuổi	≤35 tuổi	43 (87,8)	6 (12,2)	0,074**
	> 35 tuổi	7 (63,6)	4 (36,4)	
Nơi cư trú	Cần Thơ	28 (80,0)	7 (20,0)	0,499**
	Khác	22 (88,0)	3 (12,0)	
BMI trước khi mang thai	Gầy	6 (100)	0 (0)	0,712**
	Bình thường	33 (82,5)	7 (17,5)	
	Thừa cân	3 (75,0)	1 (25,0)	
	Béo phì	8 (80,0)	2 (20,0)	
Tuổi thai	Tam cá nguyệt thứ 2	41 (87,2)	6 (12,8)	0,201**
	Tam cá nguyệt thứ 3	9 (69,2)	4 (30,8)	
Tiền sử gia đình	Có	8 (72,7)	3 (27,3)	0,371**
	Không	42 (85,7)	7 (16,7)	

**Fisher's Exact Test

Nhận xét: Kết quả cho thấy nồng độ acid folic ở sản phụ không mắc đái tháo đường độc lập với nhóm tuổi, nơi cư trú, BMI trước khi mang thai, tuổi thai, tiền sử gia đình (p > 0,05).

- **Nồng độ acid folic theo một số đặc điểm trên nhóm sản phụ mắc đái tháo đường**

Bảng 4. Nồng độ acid folic trên nhóm sản phụ mắc đái tháo đường

Đặc điểm	Acid folic n (%)		p	
	Bình thường	Trên ngưỡng		
Nhóm tuổi	≤35 tuổi	35 (81,4)	8 (18,6)	1**
	>35 tuổi	14 (82,4)	3 (17,6)	
Nơi cư trú	Cần Thơ	25 (75,8)	8 (24,2)	0,315**
	Khác	24 (88,9)	3 (11,1)	
BMI trước khi mang	Gầy	1 (33,3)	2 (66,7)	0,137**

thai	Bình thường	36 (85,7)	6 (14,3)	
	Thừa cân	6 (75,0)	2 (25,0)	
	Béo phì	6 (85,7)	1 (14,3)	
Tuổi thai	Tam cá nguyệt thứ 2	44 (81,5)	10 (18,5)	1**
	Tam cá nguyệt thứ 3	5 (83,3)	1 (16,7)	
Tiền sử gia đình	Có	13 (92,9)	1 (7,1)	0,430**
	Không	36 (78,3)	10 (21,7)	

**Fisher's Exact Test

Nhận xét: Kết quả cho thấy nồng độ acid folic ở sản phụ mắc đái tháo đường độc lập với nhóm tuổi, nơi cư trú, BMI trước khi mang thai, tuổi thai, tiền sử gia đình ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu ghi nhận nhóm ≤ 35 tuổi chiếm đa số, gấp 3 lần nhóm tuổi > 35 tuổi, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Điều này cho thấy sự khác quan khi so sánh sự khác biệt các chỉ số sinh hóa trong hai nhóm nghiên cứu này. Mang thai ở tuổi ≥ 35 được cho là tăng nguy cơ bất thường thai sản do tuổi mẹ cao có ảnh hưởng đến chuyển hóa của tế bào và cơ thể. Nghiên cứu của Peng Ju Liu năm 2020 trên sản phụ người Trung Quốc ghi nhận 44,8% sản phụ < 30 tuổi, 55,2% sản phụ ≥ 30 tuổi [4]. Theo nghiên cứu của Vương Thị Hồng (2022), tuổi trung bình của các thai phụ trong nghiên cứu là $29,1 \pm 4,9$, trong đó tuổi trung bình của nhóm ĐĐTĐK là $30,3 \pm 4,6$ cao hơn nhóm không ĐĐTĐK là $28,4 \pm 5,0$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [5].

Nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ ĐĐTĐK có xu hướng gia tăng theo tuổi. Điều này được lý giải vì tuổi càng cao kèm theo tăng tích trữ lipid trong cơ thể gây tăng hiện tượng kháng insulin, tăng nguy cơ rối loạn chuyển hóa glucose, dễ mắc bệnh ĐĐTĐ nói chung và ĐĐTĐK nói riêng. Tuổi mang thai cao còn kèm theo nhiều yếu tố dễ khó khác, do vậy tuổi mẹ ≥ 35 được xếp vào nhóm thai nghén có nguy cơ cao. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận, sản phụ ≥ 35 tuổi có tỷ lệ mắc đái tháo đường thai kỳ cao hơn nhóm sản phụ < 35 tuổi (60,7% so với 46,7%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số các thai phụ đều sống ở Cần Thơ (56,7%), địa phương khác (43,3%). Điều này là do Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ, bệnh viện chuyên ngành Sản Phụ khoa hạng I của khu vực Đồng bằng sông Cửu Long, nơi tiếp nhận khám, điều trị, chăm sóc, theo dõi hàng ngàn lượt trường hợp bệnh lý, các chẩn đoán trong thai kỳ trong mỗi năm mang thai, thai bất thường.

Tương tự như tuổi của thai phụ, chỉ số BMI càng cao thì người phụ nữ càng có nhiều nguy cơ mắc bệnh tật nói chung và nguy cơ trong thai kỳ nói riêng. Kết quả nghiên cứu chúng tôi ghi nhận BMI bình thường chiếm đa số (68,3%), 10% sản phụ thừa cân, 14,2% sản phụ béo phì, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm sản phụ có và không có đái tháo đường thai kỳ. Theo nghiên cứu của Lê Thị Thanh Tâm, chỉ số BMI trước khi có thai trung bình của tất cả thai phụ là $20,3 \pm 2,1$ (kg/m^2), trong đó trung bình của nhóm ĐĐTĐK là $21,0 \pm 2,3$ (kg/m^2), nhóm không ĐĐTĐK là $20,2 \pm 1,9$ (kg/m^2), sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,001$. Theo Jane và cộng sự, chỉ số BMI trung bình trước khi mang thai của thai phụ thành phố Hồ Chí Minh (2010 - 2011), nhóm bình thường là $20,45 \pm 2,63$; nhóm ĐĐTĐK là $21,81 \pm 3,12$, cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi [6], [7].

Thai phụ có tiền sử gia đình có người bị ĐĐTĐ, đặc biệt là người ĐĐTĐ thế hệ thứ nhất là một trong những yếu tố nguy cơ cao của ĐĐTĐK. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 20,8% sản phụ có tiền sử gia đình mắc đái tháo đường. Nghiên cứu của Jane và cộng sự ở thành phố Hồ Chí Minh cho thấy tỷ lệ thai phụ có tiền sử gia đình bị ĐĐTĐ (thế hệ 1) trong nhóm bình thường là 5,81%, trong nhóm ĐĐTĐK là 11,1%, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,001$. Như vậy, trong công tác khám thai, cần hỏi rõ về tiền sử gia đình, nếu có người thân (thế hệ 1) mắc ĐĐTĐ cần tư vấn thai phụ thực hiện sàng lọc ĐĐTĐK ngay từ lần khám thai đầu tiên, tránh bỏ sót bệnh gây hậu quả xấu đối với kết cục thai nghén [6], [7].

4.2. Nồng độ acid folic. Phần lớn sản phụ có nồng độ acid folic ở giới hạn bình thường (82,5%). Nhóm sản phụ đái tháo đường ghi nhận có nồng độ acid folic cao hơn, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Qua cuộc nghiên cứu cho thấy nồng độ acid folic ở sản phụ không mắc đái tháo đường hay có mắc đái tháo đường đều độc lập với nhóm tuổi, nơi cư trú, BMI trước khi mang thai, tuổi thai, tiền sử gia đình ($p > 0,05$).

Theo nghiên cứu của Hoàng Trung Vinh [8], acid folic trong việc giảm tình trạng đái tháo

đường thai kỳ nói riêng và đái tháo đường nói chung, giảm khả năng gặp biến chứng. Ngoài ra acid folic còn giúp thai nhi hạn chế mắc các dị tật bẩm sinh. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi lại chưa cho thấy được tác dụng của acid folic lên đái tháo đường thai kỳ, điều này có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn để thấy được sự khác biệt về nồng độ acid folic giữa 2 nhóm sản phụ là nhóm mắc tiểu đường thai kỳ và nhóm không mắc tiểu đường thai kỳ. Điều đó dẫn đến các mối liên hệ giữa các đặc điểm với nồng độ acid folic cũng không thấy được sự khác biệt.

V. KẾT LUẬN

Từ tháng 4 năm 2023 đến tháng 2 năm 2024, thông qua việc lấy mẫu thuận tiện chúng tôi đã thực hiện khảo sát trên 120 thai phụ và chúng tôi đã thu nhận được kết quả như sau: Đa số các thai phụ có độ tuổi ≤ 35 tuổi, đa số ở Cần Thơ, mức BMI ghi nhận ở mức bình thường, tuổi thai chủ yếu là tam cá nguyệt thứ 2 và hầu như tiền sử gia đình các sản phụ không có mắc bệnh ĐTĐ, nồng độ acid folic của các sản phụ hầu như đều ở mức bình thường. Tuy nhiên tỷ lệ giữa sản phụ MTĐTK và sản phụ không MTĐTK trong các đặc điểm trên lại không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Ngoài ra nồng độ acid folic của các sản phụ đều độc lập với nhóm tuổi, nơi cư trú, BMI trước khi mang thai, tuổi thai và tiền sử gia đình ($p > 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Goyette P., A. Pai, et al. (1998), "Gene structure of human and mouse methylenetetrahydrofolate reductase (MTHFR)", *Mamm Genome*, 9(8), 652-656.
2. L. A. Barbour, C. E. McCurdy, T. L. Hernandez, J. P. Kirwan, et al. Cellular mechanisms for insulin resistance in normal pregnancy and gestational diabetes, *Diabetes Care*, 2007; vol. 30 Suppl 2, pp. S112-9
3. Bộ Y tế **Vụ sức khỏe bà mẹ - trẻ em** (2018), Hướng dẫn quốc gia dự phòng và kiểm soát đái tháo đường thai kỳ
4. Liu, Peng Ju, et al. "Associations between gestational diabetes mellitus risk and folate status in early pregnancy and MTHFR C677T polymorphisms in Chinese women." *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity* (2020): 1499-1507.
5. Dương Thị Hồng (2022), Thực trạng đái tháo đường thai kỳ trên phụ nữ mang thai và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2021-2022, Khóa luận tốt nghiệp Đại học Dược học, Trường Đại học Y Dược – ĐHQG Hà Nội, tr. 40 – 45.
6. Lê Thị Thanh Tâm (2017), Nghiên cứu phân bố - một số yếu tố liên quan và kết quả sản khoa ở thai phụ đái tháo đường thai kỳ, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, tr. 90 -95.
7. Hirst, J.E., et al., Consequences of gestational diabetes in an urban hospital in Viet Nam: a prospective cohort study. *PLoS Med*, 2012. 9(7): p. e1001272.
8. Vinh, Hoàng Trung, "Các Vitamin cần thiết như thế nào đối với bệnh nhân đái tháo đường typ 2" *Vietnam Journal of Diabetes and Endocrinology* 39 (2020): 16-22.

HIỆU QUẢ CỦA FIBRIN GIÀU TIỂU CẦU CẢI TIẾN (A-PRF+) TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM NHA CHU CÓ TIÊU XƯƠNG THEO CHIỀU NGANG

Nguyễn Mạo¹, Nguyễn Bích Vân¹, Hồ Thị Hoà¹,
Lê Thanh Nguyên¹, Nguyễn Ngọc Yến Thu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả cải thiện các chỉ số lâm sàng và vi sinh của fibrin giàu tiểu cầu cải tiến (A-PRF+) trong điều trị viêm nha chu có tiêu xương theo chiều ngang. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, thiết kế nửa miệng với 20 răng có túi nha chu chỉ định điều trị phẫu thuật trên 10 bệnh nhân: nhóm phẫu thuật vạt làm sạch kết hợp ghép A-PRF+ (VLS_A-PRF+) và nhóm phẫu thuật vạt làm sạch (VLS). So sánh chỉ số màng bám (PI), chỉ số

nướu (GI), độ sâu túi nha chu (PPD), mất bám dính lâm sàng (CAL) trước phẫu thuật và sau 1 tháng điều trị. So sánh lượng vi khuẩn *Fusobacterium nucleatum* (Fn), *Tannerella forsythia* (Tf), *Porphyromonas gingivalis* (Pg) trong túi nha chu bằng Real-time PCR tại thời điểm trước phẫu thuật, 1 tuần và 1 tháng sau phẫu thuật. **Kết quả:** Sau 1 tháng, PPD và CAL ở nhóm VLS_A-PRF+ và nhóm VLS thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước phẫu thuật ($p < 0,001$). Mức độ giảm độ sâu túi nha chu ở nhóm VLS_A-PRF+ ($3,10 \pm 0,88$ mm) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm VLS ($1,7 \pm 0,48$ mm) ($p < 0,001$), tuy nhiên độ giảm CAL ở nhóm VLS_A-PRF+ ($1,70 \pm 1,42$ mm) cao hơn không có ý nghĩa thống kê so với nhóm VLS ($1,50 \pm 1,43$ mm) ($p > 0,05$). Sau 1 tuần và 1 tháng, số lượng vi khuẩn Fn, Tf, Pg ở cả hai nhóm đều giảm so với thời điểm ban đầu, mức độ giảm số lượng vi khuẩn ở nhóm VLS_A-PRF+ cao hơn nhóm VLS nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). **Kết**

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạo

Email: nguyennmeorhm@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2024

Ngày duyệt bài: 17.5.2024