

TỶ LỆ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Trần Khánh Nga¹, Nguyễn Thị Phương Yên¹,
Trần Khánh Dung², Võ Thị Ánh Trinh¹

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Trường Đại học Trà Vinh

Email: tknga@ctump.edu.vn

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là một biến chứng thường gặp trong thời kỳ mang thai với tình trạng gia tăng đường huyết trong khi mang thai. Các yếu tố nguy cơ gồm béo phì, chế độ ăn kiểu phương tây và thiếu vi chất, mẹ mang thai khi lớn tuổi, tiền sử gia đình có đề kháng insulin và/hoặc có đái tháo đường. Thai phụ bị đái tháo đường thai kỳ sau khi kết thúc thai kỳ vẫn có nhiều nguy cơ tiềm ẩn lâu dài cho sức khỏe của mẹ và con như tăng nguy cơ mắc đái tháo đường type 2 hoặc các bệnh tim mạch ... Chẩn đoán sớm đái tháo đường thai kỳ làm giảm biến chứng lên mẹ và thai nhi. **Mục tiêu nghiên cứu:** xác định tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ theo tiêu chí chẩn đoán của Hiệp hội đái tháo đường Hoa Kỳ 2018 và một số yếu tố liên quan ở thai phụ đến khám tại Bệnh viện Trường Đại học Y dược Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 351 thai phụ đến khám tại Bệnh viện Trường từ tháng 10/2017 đến tháng 05/2018, thực hiện nghiệm pháp dung nạp đường uống 75g-2giờ ở tuổi thai từ 24 đến 28 tuần. **Kết quả:** tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ là 7,4% (26 trường hợp), các yếu tố liên quan bao gồm: thai phụ ≥ 25 tuổi (OR =2.52, CI 95%: 1.21-6.70, p=0.001), tăng cân quá mức trong thai kỳ (OR =1.91, CI 95%: 1.36-2.26, p= 0.007), chỉ số BMI trước mang thai ≥ 25 (OR =4.12, CI 95%: 1.51-11.36, p=0.001). **Kết luận:** cần tầm soát đái tháo đường thai kỳ thường quy tại các cơ sở y tế cho tất cả các thai phụ, nhất là thai phụ ≥ 25 tuổi, có BMI ≥ 25 hoặc tăng cân quá mức trong thai kỳ.

Từ khóa: Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK), tầm soát ĐTĐTK.

ABSTRACT

PREVALENCE OF GESTATIONAL DIABETES MELLITUS AND ASSOCIATED FACTORS AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Tran Khanh Nga¹, Nguyen Thi Phuong Yen¹,
Tran Khanh Dung², Vo Thi Anh Trinh¹

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Tra Vinh University Hospital

Background: Gestational diabetes mellitus (GDM) is a common pregnancy complication, in which spontaneous hyperglycemia develops during pregnancy. Risk factors include overweight/obesity, westernized diet and micronutrient deficiencies, advanced maternal age, and a family history of insulin resistance and/or diabetes. While GDM usually resolves following delivery, it can have long-lasting health consequences, including increased risk for type 2 diabetes and cardiovascular disease in the mother, and future obesity, cardiovascular disease, type 2 diabetes T2DM, and/or GDM in the child. Early diagnosis of gestational diabetes mellitus reduces complications for the mother and fetus. **Objectives:** To determine the prevalence of gestational diabetes mellitus among 24-28w pregnancy with American Diabetes Association (ADA) criteria for GDM in 2018 and to evaluate associated factors of GDM at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital. **Materials and methods:** a cross-sectional study was conducted in 351 pregnant women from 24 to 28 weeks hospitalized at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital

from October 2017 to May 2018, using 2h-75g Oral Glucose Tolerance Test (OGTT). **Results:** the incidence of GDM was 7.4% (26/351 cases). Factors were related to GDM include: maternal age ≥ 25 (OR =2.52, CI 95%: 1.21-6.70, $p=0.001$), BMI ≥ 25 (OR =4.12, CI 95%: 1.51-11.36, $p=0.001$), maternal weight increased a lot during gestation (OR =1.91, CI 95%: 1.36-2.26, $p= 0.007$). **Conclusion:** Routine screening for gestational diabetes mellitus for all pregnant women, especially those who are older than 25 years of age, BMI greater than 25 kg/m² or excessive weight gain during pregnancy is needed.

Keyword: Gestational diabetes (GDM), screening for GDM.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là một tình trạng biến dưỡng glucose bình thường trước khi mang thai trở nên rối loạn trong khi mang thai và trở về bình thường sau sanh 6 tuần, nhưng cũng có thể trở thành đái tháo đường (ĐTĐ) type 2 về sau và thường gặp ở phụ nữ mang thai từ tháng thứ 6 trở đi đến cuối thai kỳ. Năm 2017, tài liệu “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường type 2” của Bộ Y tế định nghĩa ĐTĐTK là ĐTĐ được chẩn đoán trong 3 tháng giữa hoặc 3 tháng cuối của thai kỳ và không có bằng chứng ĐTĐ type 1, type 2 trước đó [1]. Hiện nay, trên thế giới có nhiều hướng dẫn tầm soát và chẩn đoán ĐTĐTK khác nhau của các hiệp hội như Hiệp hội đái tháo đường Hoa Kỳ, Hiệp hội sản phụ khoa Hoa Kỳ, Hiệp hội đái tháo đường thai kỳ Úc, Tổ chức Y tế Thế giới... Tỷ lệ ĐTĐTK trên toàn thế giới dao động từ 1-16% [7]. Tại Việt Nam, nếu như trước đây tỷ lệ phát hiện bệnh thấp, chỉ khoảng 3% - 4% thì đến năm 2012, số bệnh nhân ĐTĐTK đã gia tăng đến 20% tổng số lượt khám thai hàng năm. Điều này cho thấy thai phụ Việt Nam là một trong những đối tượng có nguy cơ cao mắc ĐTĐTK [1].

ĐTĐTK liên quan đến nhiều rối loạn chuyển hóa, các bệnh lý, kèm theo làm gia tăng tử suất ở sản phụ và thai nhi. Thực hiện theo khuyến cáo của Bộ Y tế, trong thời gian qua, Bệnh viện Đại học Y dược Cần Thơ triển khai tư vấn sản phụ làm xét nghiệm dung nạp 75 gram glucose uống. Nhiều nghiên cứu cho thấy nếu được chẩn đoán sớm và quản lý tốt tình trạng đường huyết có thể giúp sản phụ cải thiện được kết cục thai kỳ [1], [5]. Nhằm giúp các thai phụ đến khám phát hiện sớm, quản lý và điều trị tốt ĐTĐTK, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện trường Đại học Y dược Cần Thơ” với mục tiêu là xác định tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ theo tiêu chí chẩn đoán của Hiệp hội đái tháo đường Hoa Kỳ năm 2018 và khảo sát một số yếu tố liên quan đến đái tháo đường thai kỳ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Có 351 thai phụ đơn thai từ 24-28 tuần đến khám thai tại Bệnh viện trường Đại học Y dược Cần Thơ từ tháng 10/2017 đến tháng 05/2018. Tất cả thai phụ có làm xét nghiệm dung nạp Glucose 75 gam theo tiêu chí chẩn đoán của Hiệp hội đái tháo đường Hoa Kỳ 2018 [5].

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Thai phụ có tuổi thai 24-28 tuần tính theo kinh cuối hoặc siêu âm ở 3 tháng đầu đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Đang mắc các bệnh có khả năng ảnh hưởng đến chuyển hoá glucose; Đang mắc các bệnh lý ác tính, bệnh lý nội khoa nặng, bệnh tim mạch, bệnh tâm thần; Đang sử dụng các thuốc có ảnh hưởng đến chuyển hoá glucose; Thường xuyên tiếp xúc khói thuốc lá, sử dụng thức uống có cồn; Đã được chẩn đoán đái tháo đường trước đó. Đa thai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức là 331 và thực tế lấy được 351 trường hợp.

Nội dung nghiên cứu: chọn thai phụ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu mỗi ngày cho đến khi đủ cỡ mẫu theo ước lượng. Ghi nhận các trường hợp ĐTĐTK bằng nghiệm pháp dung nạp glucose 75g/2 giờ (ADA 2018). Phỏng vấn những yếu tố đặc trưng của thai phụ như: tuổi, dân tộc, tôn giáo, địa chỉ, nghề nghiệp, trình độ học vấn, tình trạng kinh tế, số lần mang thai, các tiền sử sảy thai, thai chết lưu, sinh con dị tật, sinh con to, có ĐTĐTK và/hoặc tăng huyết áp ở lần mang thai trước, tiền sử gia đình có người mắc đái tháo đường. Phân tích một số yếu tố liên quan đến ĐTĐTK như: tuổi mẹ, địa chỉ, dân tộc, tôn giáo, nghề nghiệp, học vấn, kinh tế gia đình, BMI trước mang thai, tiền sử gia đình và các tiền sử sản khoa

Phương pháp thu thập số liệu: Thông qua bảng thu thập số liệu.

Phương pháp xử lý số liệu: Các số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ

Từ tháng 10/2017 đến tháng 05/2018, trong tổng số 351 thai phụ đơn thai từ 24-28 tuần đến khám thai tại Bệnh viện trường Đại học Y dược Cần Thơ có 26 thai phụ được chẩn đoán ĐTĐTK chiếm tỷ lệ 7,4%.

Bảng 1. Tỷ lệ số mẫu máu thỏa tiêu chuẩn ĐTĐTK theo ADA 2018

Đặc điểm	Số thai phụ ĐTĐTK	Tỷ lệ (%)
Có 1 mẫu máu cao	19	73,1
Có 2 mẫu máu cao	6	23,1
Có 3 mẫu máu cao	1	3,8
Tổng cộng	26	100

Nhận xét: Trong 26 thai phụ ĐTĐTK, số thai phụ có đường huyết 1 mẫu máu cao chiếm tỷ lệ cao nhất (73,1%), tiếp đến là 2 mẫu máu cao (23,1%) và có 3 mẫu máu cao là thấp nhất (3,8%).

3.2 Một số yếu tố liên quan ĐTĐTK

3.2.1. Tuổi mẹ

Bảng 2. Liên quan giữa tuổi mẹ và ĐTĐTK

		ĐTĐTK		Tổng cộng	OR (KTC95%)	p (*) (χ^2 test)
		Có	Không			
Tuổi trung bình		30,2±4,5	27,2±5,0	p =0,003 (T-student test)		
Nhóm tuổi mẹ	≥25	24 (11,2%)	191 (88,8%)	215 (100%)	2,42 (1,96-6,23)	p =0,001 (χ^2 =1,41)
	<25	2 (1,5%)	134 (98,5%)	136 (100%)		

Nhận xét: Trong nhóm thai phụ nghiên cứu, nhóm tuổi ≥25 tuổi có tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ cao nhất 11,2%, nhóm <25 tuổi có tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ thấp hơn với tỷ lệ 1,5%. Sự khác biệt giữa hai nhóm tuổi này có ý nghĩa thống kê với p =0,001 (χ^2 =11,410).

3.2.2. Tiền sử gia đình

Bảng 3. Liên quan giữa tiền sử gia đình và ĐTĐTK

		ĐTĐTK		Tổng cộng	OR (KTC 95%)	p (*) (χ^2 test)
		Có	Không			
THA	Có	3 (11,5%)	23 (88,5%)	26 (100%)	1,71 (0,48-6,13)	p =0,40 (χ^2 =0,7)
	Không	23 (7,1%)	302 (92,9%)	325 (100%)		
ĐTĐ	Có	6 (18,8%)	26 (81,2%)	32 (100%)	3,45 (1,27-9,35)	p =0,01 (χ^2 =6,61)
	Không	20 (6,3%)	299 (93,7%)	319 (100%)		
Tổng cộng		26 (7,4%)	325 (92,6%)	351 (100%)		

Nhận xét: Nguy cơ bị ĐTĐTK ở nhóm thai phụ có tiền sử gia đình bị ĐTĐ cao hơn nhóm không có tiền sử gia đình bị ĐTĐ là 3,45 lần (OR =3,45, CI 95%: 1,27-9,35), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p =0,01 (χ^2 =6,61).

Về tiền sử gia đình bị tăng huyết áp: Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p =0,40 (χ^2 =0,7).

3.2.3. Tiền sử sản khoa

Bảng 4. Liên quan giữa tiền sử sản khoa và ĐTĐTK

Tiền sử thai sản		ĐTĐTK		Tổng cộng	OR (KTC 95%)	p (*) (χ^2 test)
		Có	Không			
Số lần mang thai	Con rạ	19 (10,7%)	159 (89,3%)	178 (100%)	2,83 (1,16-6,93)	p =0,018 (χ^2 =5,62)
	Con so	7 (4,0%)	166 (96%)	173 (100%)		
Tiền sử sanh mổ	Có	5 (6,4%)	73 (93,6%)	78 (100%)	0,82 (0,30-2,26)	p =0,70 (χ^2 =0,15)
	Không	21 (7,7%)	252 (92,3%)	273 (100%)		
Sinh con $\geq 4\text{kg}$	Có	2 (33,3%)	4 (66,7%)	6 (100%)	6,69 (1,17-38,38)	p =0,14 (χ^2 =5,98)
	Không	24 (7%)	321 (93%)	345 (100%)		
Thai lưu 3 tháng cuối	Có	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)		p =1
	Không	26 (7,4%)	325 (92,6%)	351 (100%)		
Sinh thai dị dạng	Có	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)		p =1
	Không	26 (7,4%)	325 (92,6%)	351 (100%)		
Tổng cộng		26 (7,4%)	325 (92,6%)	351 (100%)		

Nhận xét: Tỷ lệ ĐTĐTK ở nhóm thai phụ mang thai lần đầu (con so) là 4,0%, nhóm thai phụ mang thai từ lần thứ 2 trở đi (con rạ) có tỷ lệ ĐTĐTK là 10,7%. Nguy cơ bị ĐTĐTK ở nhóm thai phụ mang thai từ lần thứ 2 trở đi gấp 2,83 lần so với nhóm mang thai lần đầu (OR =2,83, CI 95%: 1,16-6,93). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p =0,018 (χ^2 =5,62).

Nhóm thai phụ có tiền sử sanh con ≥ 4000 gram có tỷ lệ ĐTĐTK là 33,3%, nhóm thai phụ không có tiền sử sanh con ≥ 4000 gram thì tỷ lệ ĐTĐTK là 7%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p= 0,14, χ^2 =5,98).

Những tiền sử sản khoa khác như sanh mổ, thai lưu 3 tháng cuối, sinh thai dị dạng không xuất hiện trong mẫu nghiên cứu.

3.2.4. BMI trước mang thai

Bảng 5. Liên quan giữa BMI và ĐTĐTK

BMI	ĐTĐTK	Không ĐTĐTK	Tổng cộng	OR (KTC 95%)	p (*) (χ^2 test)
≥ 25	6 (21,4%)	22 (78,6%)	28 (100%)	4,13	p =0,003

BMI	ĐTĐTK	Không ĐTĐTK	Tổng cộng	OR (KTC 95%)	p (*) (χ^2 test)
<25	20 (6,2%)	303 (93,8%)	323 (100%)	(1,51-11,34)	($\chi^2=8,72$) Fisher
Tổng cộng	26 (7,4%)	325 (92,6%)	351 (100%)		

Nhận xét: Nguy cơ ĐTĐTK khi BMI trước mang thai ≥ 25 cao gấp 4,132 lần so với nhóm thai phụ có BMI trước mang thai < 25 (OR =4,13, CI 95%: 1,51-11,34). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,003$ ($\chi^2 = 8,72$).

3.2.5. Tăng cân quá mức trong thai kỳ

Tăng cân trong thai kỳ được tính bằng cân nặng lúc làm nghiệm pháp trừ đi cân nặng trước khi có thai. Gọi là tăng cân quá mức trong thai kỳ khi tăng cân trong thai kỳ > 20 kg hoặc tăng 3 kg/tháng

Bảng 6. Liên quan giữa BMI và ĐTĐTK

	ĐTĐTK	Không ĐTĐTK	Tổng cộng	OR (KTC 95%)	p (*) (χ^2 test)
Có	13 (12,5%)	91 (87,5%)	104 (100%)	2,57	p = 0,018
Không	13 (5,3%)	234 (94,7%)	247 (100%)	(1,15-5,76)	($\chi^2 = 5,59$)
Tổng cộng	26 (7,4%)	325 (92,6%)	351 (100%)		

Nhận xét: Nguy cơ ĐTĐTK ở thai phụ tăng cân quá mức cao gấp 2,571 lần so với thai phụ tăng cân bình thường (OR =2,57, CI 95%: 1,15-5,76), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,018$ ($\chi^2 = 5,59$).

3.2.6. Phân tích hồi quy đa biến của các yếu tố liên quan đến ĐTĐTK

Tổng hợp các yếu tố đơn biến cho thấy có 5 yếu tố nguy cơ liên quan đến ĐTĐTK: thai phụ ≥ 25 tuổi, BMI trước mang thai ≥ 25 , thai phụ tăng cân quá mức trong thai kỳ, tiền sử gia đình ĐTĐ, sanh con rạ.

Kết quả phân tích đa biến cho thấy có sự thay đổi về giá trị OR so với phân tích đơn biến và có 3 yếu tố có liên quan đến ĐTĐTK là tuổi của thai phụ ≥ 25 với $p = 0,001$ (OR =2,52, CI 95%: 1,21-6,70), BMI trước mang thai ≥ 25 với $p = 0,001$ (OR =4,12, CI 95%: 1,51-11,36) và tăng cân quá mức trong thai kỳ với $p = 0,007$ (OR =1,91, CI 95%: 1,36-2,26).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ dải tháo đường thai kỳ

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 10/2017 đến 5/2018 tại phòng khám Sản Bệnh viện ĐHYD Cần Thơ, chúng tôi ghi nhận được 351 trường hợp tham gia nghiên cứu uống 75 gram glucose, trong đó 26 trường hợp có kết quả xét nghiệm đường huyết cao thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐTK theo ADA 2018, chiếm tỷ lệ 7.4% (CI 95%: 0.05-0.1). Trong nghiên cứu, chúng tôi chọn tiêu chí chẩn đoán theo ADA 2018 bởi đây là tiêu chí mới nhất tại thời điểm tiến hành nghiên cứu.

Khi so với các nghiên cứu khác cho thấy có sự khác nhau khá nhiều giữa các tác giả. Có thể nhận thấy, trước năm 2011, tỷ lệ ĐTĐTK được báo cáo xấp xỉ chỉ trên dưới 10%, chủ yếu do còn áp dụng tầm soát 2 bước, đồng thời tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐTK cần phải có 2 chỉ số dương tính [3][11]. Từ năm 2011 trở đi, hầu hết các nghiên cứu đã chuyển sang tầm soát 1 bước theo tiêu chuẩn của ADA 2012, chỉ cần một giá trị đạt tiêu chuẩn là đã chẩn

đoán đái tháo đường thai kỳ, đồng thời ngưỡng chẩn đoán cũng được giảm xuống nên tỷ lệ ĐTĐTK có sự thay đổi theo chiều hướng tăng cao hơn, thay đổi trong khoảng từ trên dưới 10% cho đến gần 40% [2].

Nghiệm pháp chẩn đoán khác nhau là yếu tố quan trọng đưa đến tỷ lệ hiện mắc ĐTĐTK khác nhau giữa các nghiên cứu. Bên cạnh đó, tỷ lệ ĐTĐTK cũng khác nhau tùy thuộc mô hình sàng lọc đại trà hay chọn lọc, phương pháp được chọn lựa khi tiến hành sàng lọc: sàng lọc hai bước với nghiệm pháp dung nạp glucose 50g-1 giờ và 100g-3 giờ, hay 50g-1 giờ và 75g-2 giờ, sàng lọc một bước với nghiệm pháp dung nạp glucose 75g-2 giờ hoặc xét nghiệm glucose máu lúc đói. Tỷ lệ ĐTĐTK cũng không giống nhau nếu ngưỡng chẩn đoán được áp dụng khác nhau, số lượng tiêu chí khác nhau tùy thuộc tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐTK của ADA, WHO hay IADPSG.

4.2. Một số yếu tố liên quan ĐTĐTK

- **Nhóm tuổi mẹ:** Khuyến cáo của ACOG (2011), ADA (2018) cũng như tại Hội nghị quốc tế về ĐTĐTK lần thứ V đều thống nhất khuyến cáo tuổi thai phụ <25 là nhóm nguy cơ thấp với ĐTĐTK [4][5]. Dựa vào các khuyến cáo nêu trên và theo phân nhóm thai phụ của các tác giả nghiên cứu trước đây tại Việt Nam, chúng tôi chọn cách phân tuổi thai phụ thành 2 nhóm: <25 tuổi và ≥ 25 tuổi. Sự tương đồng về cách phân nhóm này giúp chúng tôi có cơ sở để so sánh kết quả của mình với các nghiên cứu trước đây. Kết quả thống kê số thai phụ theo nhóm tuổi cho thấy nhóm thai phụ có độ tuổi ≥ 25 chiếm tỷ lệ cao nhất với 47,3%. Nếu theo tiêu chuẩn này, phần lớn thai phụ trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi có yếu tố nguy cơ về tuổi mang thai ≥ 25 tuổi với ĐTĐTK.

- **Tiền sử gia đình ĐTĐ:** Tiền sử gia đình có người trực hệ bị ĐTĐ là một trong những yếu tố nguy cơ cao của ĐTĐTK, chiếm 50-60% so với nhóm thai phụ không có tiền sử gia đình bị ĐTĐ [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trong 32 thai phụ có tiền sử gia đình bị ĐTĐ có 6 thai phụ được chẩn đoán ĐTĐTK chiếm tỷ lệ 18.8%. Kết quả phân tích đơn biến của chúng tôi cho thấy nhóm thai phụ có tiền sử gia đình ĐTĐ có tỷ lệ mắc ĐTĐTK gấp 3.4 lần so với nhóm thai phụ không có tiền sử gia đình bị ĐTĐ với OR =3,45 (CI 95%: 1,27-9,35), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$ ($\chi^2 = 6,61$). Khi đưa vào phân tích trong mô hình hồi quy đa biến thì tỷ lệ mắc ĐTĐTK ở nhóm thai phụ có tiền sử gia đình mắc ĐTĐ cao gấp 2,2 lần so với nhóm thai phụ không có tiền sử gia đình mắc ĐTĐ với OR sau hiệu chỉnh là 2,19, CI 95%: 0,79-5,35, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,98$.

- **Số lần mang thai:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả phân tích đơn biến cho thấy nhóm thai phụ sinh con từ lần 2 trở lên có tỷ lệ ĐTĐTK gấp 2,8 lần so với nhóm thai phụ mang thai lần đầu với OR =2,83 (CI 95%: 1,16-6,93), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,018$ ($\chi^2 = 5,62$). Khi đưa vào phân tích trong mô hình hồi quy đa biến thì tỷ lệ mắc ĐTĐTK ở nhóm thai phụ mang thai lần 2 trở lên cao gấp 2,8 lần so với nhóm thai phụ mang thai lần đầu với OR sau hiệu chỉnh là 2,80, CI 95%: 0,04-5,79, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê và không có liên quan đến ĐTĐTK với $p = 0,105$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với một số nghiên cứu trong và ngoài nước mà chúng tôi ghi nhận như nghiên cứu của tác giả Lại Thị Ngọc Diệp ở những thai phụ mang thai lần 2 trở lên có tỷ lệ ĐTĐTK cao hơn (22%) so với những thai phụ mang thai lần đầu (18,5%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê [2]. Như vậy tỷ lệ ĐTĐTK ở những thai phụ mang thai lần 2 trở lên cao hơn những thai phụ mang thai lần đầu nhưng chỉ có ý nghĩa về mặt lâm sàng mà không có ý nghĩa về mặt thống kê.

- **Tiền sử sanh con to:** Từ những năm 1973 tác giả O'Sullivan đã chứng minh những yếu tố nguy cơ gây ĐTĐTK chính bao gồm tiền sử ĐTĐTK hoặc rối loạn dung nạp glucose, tiền sử gia đình ĐTĐ, tiền sử sinh con trên 4000 gram [9]. Việc xác định cân nặng thai nhi bao nhiêu là thai to có nhiều khuyến cáo khác nhau, trong nghiên cứu của chúng tôi, thai có cân nặng trên 4000 gram gọi là thai to (dựa theo nghiên cứu của O'Sullivan). Kết quả ghi nhận tỷ lệ ĐTĐTK ở nhóm thai phụ có tiền sử sinh con trên 4000 gram là 33,3% cao gấp 6,6 lần so với tỷ lệ ĐTĐTK ở nhóm thai phụ không có tiền sử sinh con trên 4000 gram với OR =6,69, CI 95%: 1,17-38,38, tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,14$, $\chi^2 = 5,982$). Điều này có thể do số lượng cỡ mẫu của chúng tôi chưa đủ để kết luận hoặc tiêu chuẩn con to đối với thai phụ Việt Nam chưa phù hợp.

- **BMI trước mang thai ≥ 25 :** Tỷ lệ ĐTĐTK ở thai phụ có BMI ≥ 25 cao hơn (21,4%) so với nhóm thai phụ có BMI < 25 (6,2%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,003$. Khi phân tích hồi quy đa biến mặc dù có thay đổi giá trị nhưng vẫn có liên quan đến ĐTĐTK với $p = 0,001$, OR sau hiệu chỉnh là 4,124, CI 95%: 1,505-11,356. Từ đó cho thấy BMI ≥ 25 là một trong những yếu tố nguy cơ liên quan đến ĐTĐTK và chỉ số này càng lớn thì nguy cơ ĐTĐTK càng cao nên các thai phụ bị béo phì khi mang thai phải tầm soát ĐTĐ càng sớm càng tốt. Cũng lưu ý rằng khi tầm soát ĐTĐTK nếu chỉ dựa vào yếu tố nguy cơ cao là béo phì thì sẽ dễ dàng bỏ sót không ít trường hợp, như nghiên cứu của tác giả Trần Sơn Thạch nhận thấy rằng dự đoán nguy cơ ĐTĐTK là 5% ở thai phụ bắt đầu từ 28 tuổi và BMI là 22 kg/m²[11]. Điều này cho thấy có tồn tại nguy cơ ĐTĐTK ở những thai phụ có BMI trong giới hạn bình thường và chứng minh là tầm soát ĐTĐTK cho tất cả các thai phụ là rất đúng đắn.

- **Thai phụ tăng cân quá mức trong thai kỳ:** Trong khuyến cáo về chẩn đoán ĐTĐTK của IADPSG 2010 đã nhấn mạnh về mối liên hệ có ý nghĩa giữa nguy cơ có những biến cố cho mẹ và con với người mẹ bị quá cân hoặc béo phì, và tăng cân quá nhiều trong thai kỳ [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ ĐTĐTK ở nhóm thai phụ tăng cân quá mức trong thai kỳ là 12,5%, cao gấp 2,5 lần so với nhóm thai phụ tăng cân trong giới hạn bình thường với OR =2,571, CI 95%: 1,149-5,757, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,018$. Trong nghiên cứu của tác giả Ouzounian trên 1502 thai phụ, nhận thấy những thai phụ có tăng cân trong thai kỳ nhiều có khuynh hướng sinh con to nhiều gấp ba lần [10]. Khi nghiên cứu về tăng cân trong thai kỳ ở giai đoạn nào là quan trọng, tác giả Hedderson nhận thấy mối liên hệ giữa tốc độ tăng cân trong thai kỳ và ĐTĐTK phân bố chủ yếu ở tăng cân trong 3 tháng đầu [6]. Mối liên hệ này mạnh hơn ở thai phụ thừa cân và không phải da trắng. Như vậy, tăng cân trong thai kỳ, đặc biệt giai đoạn sớm, có thể tăng nguy cơ ĐTĐTK. Ngoài ra, những thai phụ mắc ĐTĐTK có tăng cân nhiều hơn trong suốt 24 tuần.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ hiện mắc ĐTĐTK của thai phụ đến khám tại Bệnh viện Đại học Y dược Cần Thơ là 7.4% (CI 95%: 0.05-0.1). Các yếu tố độc lập liên quan đến ĐTĐTK có ý nghĩa thống kê là: Tuổi thai phụ ≥ 25 tuổi (OR =2.52, CI 95%: 1.21-6.70), Tăng cân quá mức trong thai kỳ (OR =1.91, CI 95%: 1.36-2.26), Chỉ số BMI trước mang thai ≥ 25 (OR =4.12, CI 95%: 1.51-11.36).

ĐTĐTK là bệnh có thể chẩn đoán sớm ngay từ tuyến cơ sở, nên tầm soát đại tháo đường thai kỳ thường quy tại các cơ sở y tế đối với tất cả các thai phụ dù là thai phụ

không có nguy cơ hoặc có nguy cơ cao. Đối với bác sĩ sản khoa, cần thiết xác định các yếu tố nguy cơ đái tháo đường thai kỳ ngay lần khám thai đầu tiên, giúp định hướng làm xét nghiệm đái tháo đường thai kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế (2018), “Tầm soát và chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ”, *Hướng dẫn quốc gia dự phòng và kiểm soát đái tháo đường thai kỳ*, tr. 16 - 19.
2. Lại Thị Ngọc Diệp (2014), *Tỷ lệ đái tháo đường trong thai kỳ và các yếu tố liên quan trên thai phụ 24-28 tuần tại huyện Châu Thành-Tỉnh Kiên Giang*, Luận án chuyên khoa cấp II, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.
3. 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, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists (2018), ACOG practice bulletin number 190: Gestational diabetes mellitus, *Obstet Gynecol*, 131(2), pp. e49-e64.
5. American Diabetes Association (2018), Diagnosis and classification of diabetes mellitus (position statement), *Diabetes Care*, 33(1), pp. S62-S69.
6. Hedderston M.M., Gunderson E.P., Ferrara A. (2010), Gestational weight gain and risk of gestational diabetes mellitus, *Obstet Gynecol*, 115(3), pp. 597-604.
7. Langer O., Yogev Y., Most O., Xenakis E.M. (2005), Gestational diabetes: the consequences of not treating, *Am J Obstet Gynecol*, 192(4), pp. 989-997.
8. Metzger B.E., Gabbe S.G., Persson B., Buchanan T.A., Catalano P.A., Damm P. (2010), International association of diabetes and pregnancy study groups recommendations on the diagnostic and classification of hyperglycemia in pregnancy, *Diabetes Care*, 33(3), pp. 676-682.
9. O'Sullivan J.B., Mahan C.M. (1964), Criteria for the Oral Glucose Tolerance Test in Pregnancy, *Diabetes*, 13, pp. 278-285.
10. Ouzounian J.G., Hernandez G.D., Korst L.M., Montoro M.M., Battista L.R., Walden C.L. (2011), Pre-pregnancy weight and excess weight gain are risk factors for macrosomia in women with gestational diabetes, *J Perinatol*, 31(11), pp. 717-721.
11. Tran TS., Hirst JE., Do MAT., Morris JM., Jeffery HE. (2011), Early prediction of gestational diabetes mellitus in Vietnam: Clinical impact of currently recommended diagnostic criteria, *Diabetes Care*, 36, pp. 618-624.

(Ngày nhận bài: 05/10/2021 – Ngày duyệt đăng: 17/11/2021)
