

8. P. Kumar, et al. Male hypogonadism: Symptoms and treatment. *J Adv Pharm Technol Res.* 2010. 1(3), pp. 297-301, doi: 10.4103/0110-5558.72420.
9. Mohit Khera et al. Adult-onset hypogonadism. *Mayo Clinic Proceedings.* 2016. Elsevier, pp. 908-926, doi: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.04.022>.
10. Nguyễn Khoa Diệu Vân, Nguyễn Thị Thục Hiền. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nồng độ Testosterone ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 có rối loạn cương Bệnh viện Bạch Mai. 2016. Luận văn thạc sĩ.

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở THAI PHỤ TỪ 25 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN QUỐC TẾ PHƯƠNG CHÂU CẦN THƠ

Hứa Thành Nhân^{1*}, Ngô Văn Truyền²

1. Bệnh viện Quốc Tế Phương Châu

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: huathanhnhan0701@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/7/2023

Ngày phản biện: 22/10/2023

Ngày duyệt đăng: 31/10/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là một bệnh rối loạn chuyển hóa thường gặp nhất trong thai kỳ. Những thai phụ từ 25 tuổi trở lên nguy cơ mắc đái tháo đường thai kỳ cao hơn thai phụ trẻ nên cần chú ý hơn nữa. Các yếu tố nguy cơ ĐTĐTK bao gồm tuổi, BMI, số lần mang thai, tiền sử sinh con to, tiền sử gia đình có người mắc đái tháo đường. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố liên quan ở thai phụ từ 25 tuổi trở lên tại bệnh viện Quốc Tế Phương Châu Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 271 thai phụ từ 25 tuổi trở lên khám tại bệnh viện Quốc Tế Phương Châu Cần Thơ từ tháng 7/2022-5/2023 thực hiện nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 75g ở tuổi thai từ 24 đến 28 tuần. **Kết quả:** Tỷ lệ ĐTĐTK là 25,8% (70/271), các yếu tố liên quan bao gồm: BMI trước khi mang thai ≥ 23 (OR = 3,49, KTC 95%: 1,91-6,37, $p < 0,001$), tuổi thai phụ ≥ 35 (OR = 1,91, KTC 95%: 1,01-3,59, $p = 0,045$) và sống ở thành thị mắc ĐTĐTK cao hơn ở nông thôn (OR = 2,25, KTC: 1,21-4,19, $p = 0,011$). **Kết luận:** Cần tầm soát đái tháo đường thai kỳ thường qui tại các cơ sở y tế cho tất cả thai phụ nhất là thai phụ >25 tuổi, thừa cân béo phì BMI >23 và sống thành thị.

Từ khóa: Đái tháo đường thai kỳ, tầm soát đái tháo đường thai kỳ.

ABSTRACT

RESEARCH ON GESTATIONAL DIABETES AND SOME RELATED FACTORS IN PREGNANT WOMEN FROM 25 YEARS OLD AT PHUONG CHAU INTERNATIONAL HOSPITAL

Hua Thanh Nhan^{1*}, Ngo Van Truyen²

1. Phuong Chau International Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Gestational diabetes mellitus (GDM) is the most common metabolic disorder in pregnancy. Pregnant women aged 25 and over are at higher risk of gestational diabetes than younger women, so they have to be very careful. There are many risk factors for GDM including age, BMI, number of pregnancies, history of large babies, family history of diabetes, etc. **Objectives:** To

determine the prevalence of gestational diabetes and some related factors in pregnant women aged 25 years and older at Phuong Chau International Hospital. **Materials and methods:** A cross-sectional study was conducted in 271 pregnant women aged 25 years and older who were examined at Phuong Chau International Hospital from July 2022 to May 2023 to use 75g oral glucose tolerance test at gestational age from 24 to 28 weeks. **Results:** The prevalence of GDM was 25.8% (70/271), relevant factors included: BMI before pregnancy ≥ 23 (OR = 3.49, 95% CI: 1.91-6.37, $p < 0.001$), pregnant women ≥ 35 years old (OR = 1.91, 95% CI: 1.01-3.59, $p = 0.045$) and living in urban areas had higher GDM than in rural areas (OR = 2, 25, CI: 1.21-4.19, $p = 0.011$). **Conclusion:** It is necessary to have routine screening for gestational diabetes at health facilities for all pregnant women, especially pregnant women > 25 years old, overweight and obese, BMI > 23 and living in urban areas.

Keywords: Gestational diabetes mellitus, screening for gestational diabetes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là một bệnh rối loạn chuyển hóa thường gặp nhất trong thai kỳ. Đây là một thể đặc biệt của bệnh lý đái tháo đường. Bệnh này có xu hướng ngày càng gia tăng, đặc biệt khu vực Châu Á - Thái Bình Dương, trong đó có Việt Nam [1]. Ở Việt Nam, tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường thai kỳ dao động từ 3,6 -9,0% tùy theo tiêu chuẩn chẩn đoán và đặc điểm dân cư [2].

Hiện nay, đái tháo đường thai kỳ chưa được quan tâm đúng mức. Nghiệm pháp dung nạp glucose 75gram không phải tất cả các cơ sở khám thai đều thực hiện để tầm soát đái tháo đường cho thai phụ. Hiện nay, một số bệnh viện tuyến tỉnh hoặc chuyên khoa mới triển khai thực hiện nghiệm pháp này. Bên cạnh đó, yếu tố tăng nguy cơ ĐTĐTK ngày càng nhiều như tuổi, BMI, số lần mang thai, tiền sử sinh con to, tiền sử gia đình có người bị đái tháo đường [3]... Những thai phụ từ 25 tuổi trở lên nguy cơ mắc đái tháo đường thai kỳ cao hơn thai phụ trẻ nên cần chú ý hơn nữa. Đây là nhóm đối tượng cần tích cực thuyết phục làm nghiệm pháp để tầm soát đái tháo đường thai kỳ bởi tỷ lệ khá cao, để có kế hoạch điều trị ngay từ đầu tránh các biến chứng do tăng đường huyết gây ra cho mẹ và thai. Xuất phát từ thực tế trên, nghiên cứu này “Nghiên cứu tình hình đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố liên quan ở thai phụ từ 25 tuổi tại bệnh viện Quốc Tế Phương Châu Cần Thơ” được thực hiện với mục tiêu: Xác định tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố liên quan ở thai phụ từ 25 tuổi trở lên tại bệnh viện Quốc Tế Phương Châu Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả thai phụ 25 tuổi trở lên, mang thai từ 24-28 tuần, đến khám thai tại bệnh viện Quốc Tế Phương Châu Cần Thơ từ tháng 07/2022 đến tháng 05/2023.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Thai phụ từ 25 tuổi trở lên có tuổi thai từ 24-28 tuần, được xác định theo ngày đầu tiên của kỳ kinh sót hoặc kết quả siêu âm chẩn đoán tuổi thai 3 tháng đầu, đồng ý làm nghiệm pháp dung nạp glucose 75gram và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Thai phụ được chẩn đoán đái tháo đường theo tiêu chuẩn ADA 2022 của người không mang thai (đường huyết đói ≥ 126 mg/dL hoặc đường huyết sau 2h làm nghiệm pháp dung nạp glucose 75gram ≥ 200 mg/dL); Thai phụ tuổi thai từ 24-28 tuần đang điều trị đái tháo đường hoặc tiền sử có đái tháo đường; Thai phụ nôn ói không uống hết được 75gram glucose; Thai phụ đang mắc các bệnh có khả năng ảnh hưởng đến chuyển hoá glucose: cường giáp, suy giáp, Cushing, hội chứng buồng trứng đa nang, bệnh lý gan, suy thận; Đang mắc các bệnh lý ác tính, bệnh lý nội khoa nặng, bệnh

tâm thần; Đang sử dụng các thuốc có ảnh hưởng đến chuyển hoá glucose: corticoide, salbutamol, thuốc chẹn giao cảm, lợi tiểu nhóm thiazide.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.
- **Cỡ mẫu:** Áp dụng công thức ước lượng một tỷ lệ,

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 P(1 - P)}{d^2}$$

Trong đó:

- + α : Mức ý nghĩa thống kê là 0,05.
- + d: Sai số tương đối cho phép 0,05
- + $Z_{1-\alpha/2}$: Là hệ số tin cậy, cho hệ số tin cậy là 95% $\rightarrow Z_{1-\alpha/2} = 1,96$
- + p = 22,6 % là tỷ lệ ĐTĐTK theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Quyên [4].

Thế vào công thức ta được n=269 thai phụ, thực tế thu thập được 271 thai phụ.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện: tất cả thai phụ đến khám tại bệnh viện Quốc Tế Phương Châu Cần Thơ từ tháng 07/2022 đến tháng 05/2023 thỏa tiêu chí chọn mẫu sẽ được mời tham gia nghiên cứu cho đến khi đạt đủ cỡ mẫu

- **Nội dung nghiên cứu:** Xác định đái tháo đường thai kỳ qua nghiệm pháp dung nạp glucose 75gram theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ADA 2022 [5]. Xét nghiệm đường huyết lúc đói, và tại thời điểm 1 giờ, 2 giờ sau khi uống 75gram glucose. Chẩn đoán ĐTĐTK khi bất kỳ giá trị đường huyết nào thỏa tiêu chuẩn sau: đường huyết đói ≥ 92 mg/dL hoặc đường huyết thời điểm 1 giờ ≥ 180 mg/dL hoặc đường huyết thời điểm 2 giờ ≥ 153 mg/dL. Khảo sát và phân tích một số yếu tố liên quan đến ĐTĐTK như: tuổi, dân tộc, nơi cư trú, nghề nghiệp, học vấn, BMI, tiền sử gia đình mắc đái tháo đường, tiền sử từng bị ĐTĐTK, tiền sử sản khoa bất thường (sinh non, sảy thai, thai lưu, sinh con ≥ 4000 gram.)

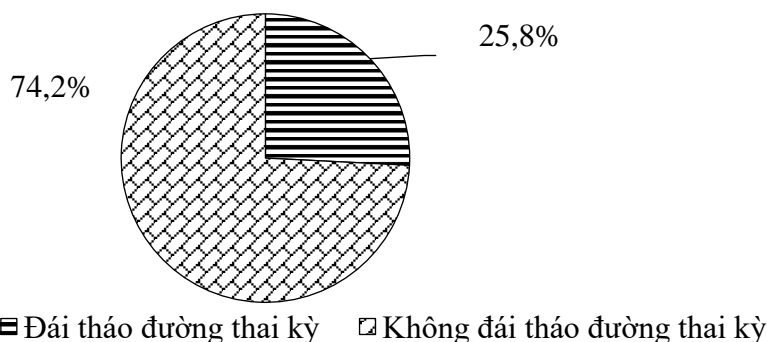
- **Phương pháp thu thập số liệu:** Phỏng vấn thai phụ theo bộ câu hỏi nghiên cứu. Tiến hành nghiệm pháp uống 75gram glucose để chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu được nhập, làm sạch dữ liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi chọn được 271 thai phụ từ 25 tuổi trở lên, cao nhất là 49 tuổi. Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là $31,8 \pm 4,5$ tuổi. Nhóm thai phụ ở thành thị chiếm nhiều hơn ở nông thôn với tỷ lệ 54,6%.

3.1. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ



Biểu đồ 1. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ

Nhận xét: Có 70 thai phụ được chẩn đoán DTĐTK chiếm tỷ lệ 25,8%

Bảng 1. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ theo đường huyết đói và sau ăn

Thời điểm đường huyết	DTĐTK	Tỷ lệ (%)
Đường huyết đói	25	9,2
Đường huyết 1 giờ	50	18,5
Đường huyết 2 giờ	43	15,9

Nhận xét: Tỷ lệ DTĐTK theo đường huyết đói là thấp nhất 9,2%, cao nhất là đường huyết sau 1giờ chiếm 18,5%.

3.2. Một số yếu tố liên quan đái tháo đường thai kỳ

- Phân tích đơn biến một số yếu tố liên quan đái tháo đường thai kỳ

Bảng 2. Một số yếu tố liên quan đái tháo đường thai kỳ

		DTĐTK		OR KTC 95%	P
		Có	Không		
Nhóm tuổi	<35 tuổi	42 (21,1%)	157 (78,9%)	2,37 (1,32-4,26)	0,003
	≥35 tuổi	28 (38,9%)	44 (61,1%)		
Nơi cư trú	Nông thôn	22 (17,9%)	101 (82,1%)	2,2 (1,23-4,91)	0,006
	Thành thị	48 (32,4%)	100 (67,6%)		
Tiền sử gia đình có ĐTĐ	Không	53 (23,0%)	177 (77,0%)	2,36 (1,18-4,73)	0,013
	Có	17 (41,5%)	24 (58,5%)		
BMI (kg/m ²)	<23 (không thừa cân béo phì)	33 (18%)	150 (82%)	3,29 (1,87-5,81)	<0,001
	≥23 (thừa cân béo phì)	37 (42%)	51 (58%)		
Tiền căn sinh con to ≥4000gram	Không	64 (24,6%)	196 (75,4%)	3,68 (1,09-12,44)	0,026
	Có	6 (54,5%)	5 (45,5%)		
Tiền căn bị DTĐTK	Không	63 (24,5%)	194 (75,5%)	3,08 (1,04-9,12)	0,034
	Có	7 (50%)	7 (50%)		

Nhận xét:

- Nhóm tuổi ≥35 có tỷ lệ DTĐTK cao nhất 38,9%, gấp 2,3 lần nhóm <35 tuổi, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p=0,003.

- Nhóm thai phụ ở thành thị có nguy cơ ĐTĐTK cao gấp 2,2 lần so với thai phụ ở nông thôn với $p=0,006$.

- Tiền sử sử gia đình có đái tháo đường thai phụ sẽ tăng nguy cơ ĐTĐTK lên 2,3 lần. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,013$

- Nhóm thừa cân béo phì tỷ lệ ĐTĐTK gấp 3,29 lần số nhóm không thừa cân béo phì với $p<0,001$

- Nhóm thai phụ có tiền căn sinh con to có nguy cơ ĐTĐTK gấp 3,6 lần so với nhóm không tiền căn sinh con to (có ý nghĩa thống kê với $p=0,026$)

- Thai phụ từng bị ĐTĐTK trước đó sẽ tăng nguy cơ ĐTĐTK cụ thể là gấp 3 lần so với thai phụ không có tiền căn ĐTĐTK (có ý nghĩa thống kê với $p=0,034$)

- Phân tích hồi quy đa biến một số yếu tố liên quan đến ĐTĐTK

Bảng 3. Phân tích hồi quy đa biến một số yếu tố liên quan đến ĐTĐTK

Yếu tố liên quan	ĐTĐTK		P	OR	KTC 95%
	N	%			
Tuổi ≥ 35 tuổi	28	38,9	0,045	1,91	1,01-3,59
Nơi ở thành thị	48	32,4	0,011	2,25	1,21-4,19
Tiền căn gia đình có ĐTĐ	17	41,5	0,10	1,85	0,88-3,91
BMI ≥ 23	37	42	$<0,001$	3,49	1,91-6,37
Tiền căn sinh con to $\geq 4000g$	6	54,5	0,17	2,46	0,66-9,13
Tiền căn ĐTĐTK	7	50	0,06	3,12	0,95-10,27

Nhận xét: Qua phân tích đơn biến, các yếu tố ảnh hưởng tới ĐTĐTK bao gồm: nhóm tuổi, nơi cư trú, tiền căn gia đình có ĐTĐ, BMI, tiền căn sinh con $\geq 4000g$, và tiền căn ĐTĐTK. Chúng tôi đưa vào phép kiểm hồi quy đa biến và ghi nhận được các yếu tố tuổi, nơi ở thành thị và BMI ≥ 23 là các yếu tố độc lập có liên quan đến ĐTĐTK.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ

Tỷ lệ ĐTĐTK trong nghiên cứu của chúng tôi là 25,8%. Tỷ lệ này khá cao. Tương tự, nghiên cứu của Nguyễn Thị Quyên [4] tỷ lệ gần tương đồng với chúng tôi là 22,6%. Tuy nhiên có nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thấp hơn chúng tôi khá nhiều như Ngũ Quốc Vĩ [6] là 8,8%. Có sự khác nhau về tỷ lệ ĐTĐTK chủ yếu là do đặc điểm dân số (phân bố độ tuổi, nghề nghiệp, béo phì, các nguy cơ về tiền sử sản khoa và bệnh tật khác...), độ lớn của quần thể nghiên cứu, mô hình sàng lọc: đại trà hay chọn lọc, phương pháp tâm soát

Nghiên cứu chúng tôi, xác định đái tháo đường thai kỳ qua nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 75g lúc đói, 1 giờ và 2 giờ theo hướng dẫn chẩn đoán của Bộ Y tế cũng như theo ADA 2022 [5]. Chẩn đoán ĐTĐTK khi bất kỳ giá trị đường huyết thỏa tiêu chuẩn sau đây: đường huyết lúc đói ≥ 92 mg/dL hoặc ở thời điểm 1 giờ ≥ 180 mg/dL, hoặc ở thời điểm 2 giờ ≥ 153 mg/dL. Kết quả ghi nhận, tỷ lệ thai phụ ĐTĐTK theo đường huyết đói chiếm 9,2%. Tỷ lệ thai phụ ĐTĐTK theo đường huyết 1 giờ, 2 giờ sau làm nghiệm pháp chiếm tỷ lệ lần lượt 18,5%, 15,9%. Như vậy nếu chỉ dùng một chỉ số đường huyết đói hoặc đường huyết 1 giờ hay 2 giờ để chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ, có thể sẽ bỏ sót không ít các trường hợp đái tháo đường thai kỳ.

4.2. Một số yếu tố liên quan đái tháo đường thai kỳ

Thai phụ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp nhất là 25 tuổi, cao nhất là 49 tuổi. Tỷ lệ mắc ĐTĐTK tăng dần theo tuổi của thai phụ, cao nhất ở nhóm từ 35 tuổi trở lên, chiếm

38,7%. Nhóm thai phụ ≥ 35 tuổi có khả năng mắc ĐĐTĐTK cao hơn nhóm thai phụ <35 tuổi là 2,37 lần. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,003$. Tương tự, tác giả Ngũ Quốc Vĩ [6] cũng ghi nhận tỷ lệ ĐĐTĐTK cao nhất ở nhóm thai phụ ≥ 35 tuổi, khi so với nhóm dưới 25 tuổi, nhóm từ 25 đến 34 tuổi tăng nguy cơ mắc ĐĐTĐTK 5,52 lần (KTC 95%: 2,21 – 13,78) và nhóm ≥ 35 tuổi tăng nguy cơ 8,18 lần (KTC 95%: 3,10 – 21,59).

Về nơi cư trú, trong nghiên cứu của chúng tôi, thai phụ sống thành thị chiếm 54,6%, sống nông thôn chiếm 45,4%. Qua phân tích kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan về tỷ lệ ĐĐTĐTK với nơi cư trú. Theo đó nguy cơ ĐĐTĐTK của nhóm ở thành thị cao gấp 2,2 lần (KTC 95%: 1,23 – 3,91) so với nhóm ở nông thôn. Kết quả này cũng tương đồng với tác giả Ngũ Quốc Vĩ [6] thực hiện tại Bệnh viện Phụ Sản Cần Thơ với thành thị có nguy cơ tăng gấp 3,62 lần (KTC 95%: 2,45 – 5,38) so với nông thôn. Tác giả Nguyễn Thị Phương Yên [7] thực hiện tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ cũng tương tự, nguy cơ ĐĐTĐTK của nhóm ở thành thị cao gấp 2,65 lần (KTC95%: 1,04 – 6,78) so với nông thôn.

Thừa cân béo phì là một yếu tố liên quan mạnh đến ĐĐTĐTK. Kết quả chúng tôi cho thấy nhóm thừa cân béo phì làm tăng nguy cơ ĐĐTĐTK gấp 3,29 lần (KTC 95%: 1,87 – 5,81) so với nhóm không thừa cân béo phì với giá trị p ý nghĩa rất mạnh $p<0,001$. Tương tự, các tác giả Huỳnh Ngọc Duyên [8], Nguyễn Thị Phương Yên [7] và Ngũ Quốc Vĩ [6] cũng khảo sát thấy nhóm thừa cân béo phì làm tăng tỷ lệ mắc ĐĐTĐTK với các nguy cơ lần lượt là: OR=2,76 (KTC 95%: 1,49 - 5,09), và OR=4,13 (KTC 95%: 1,51 – 11,34), OR=3,27 (KTC 95%: 2,21 – 4,85). Tác giả Zhu [9] cũng xác định đây là yếu tố nguy cơ độc lập khá mạnh của ĐĐTĐTK, đứng sau yếu tố tiền sử ĐĐTĐTK ở lần mang thai trước với OR hiệu chỉnh là 3,2.

Tiền sử gia đình trực hệ có đái tháo đường được ACOG [3], ADA [5] định danh là một trong các yếu tố nguy cơ của ĐĐTĐTK. Qua phân tích, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ ĐĐTĐTK ở nhóm thai phụ có tiền sử người thân trực hệ trong gia đình mắc bệnh ĐĐTĐ cao gấp 2,36 lần (KTC 95%: 1,18 – 4,73) so với nhóm tiền sử gia đình không mắc ĐĐTĐ. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,013$. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với các khảo sát trước đây như của tác giả Huỳnh Ngọc Duyên [8] với OR=3,16 (KTC 95%: 1,47- 6,77), Ngũ Quốc Vĩ [6] với OR=3,63 (KTC 95%: 1,79 -7,38).

Tổng hợp các nghiên cứu lớn về ĐĐTĐTK ghi nhận tiền sử sinh con $\geq 4000g$ là một trong những yếu tố nguy cơ độc lập của bệnh lý này [3]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy nhóm tiền căn sinh con to có nguy cơ ĐĐTĐTK gấp 3,6 lần (KTC 95%: 1,09-12,44) so với nhóm không tiền căn sinh con to (có ý nghĩa thống kê với $p=0,026$). Tương tự, tác giả Ngũ Quốc Vĩ [6], Huỳnh Ngọc Duyên [8] phân tích cho thấy tiền sử sinh con to làm tăng nguy cơ ĐĐTĐTK lên 2,3 lần (KTC 95%: 1,11-4,78) và 4,8 lần (KTC 95%: 1,55-15,05) tương ứng.

Theo y văn, tiền sử ĐĐTĐTK được xem là yếu tố có liên quan mạnh nhất với ĐĐTĐTK và là một trong những yếu tố nằm trong nhóm nguy cơ cao cần được tầm soát sớm [5]. Trong kết quả khảo sát của chúng tôi, thai phụ từng bị ĐĐTĐTK trước đó sẽ tăng nguy cơ ĐĐTĐTK cụ thể là gấp 3 lần (KTC 95%: 1,04-9,12) so với thai phụ không có tiền căn ĐĐTĐTK (có ý nghĩa thống kê với $p=0,026$). Các tác giả Nguyễn Thị Quyên [4], Ngũ Quốc Vĩ [6] phân tích cho thấy có tiền sử ĐĐTĐTK làm tăng nguy cơ mắc ĐĐTĐTK ở lần mang thai này lần lượt là: OR=6,96 (KTC 95%: 0,62 – 77,54); OR=4,21 (KTC 95%: 0,75-23,73), tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê vì $p>0,05$.

4.3. Phân tích hồi quy đa biến một số yếu tố liên quan đái tháo đường thai kỳ.

Qua phân tích đơn biến, chúng tôi ghi nhận có 6 yếu tố liên quan đến ĐĐTĐTK bao gồm: nhóm tuổi, nơi cư trú, tiền căn gia đình có đái tháo đường, BMI, tiền căn sinh con \geq

4000g và tiền căn ĐTĐTK. Chúng tôi đưa vào phép kiểm hồi quy đa biến và ghi nhận được các yếu tố: nhóm tuổi, sống ở thành thị, và BMI ≥ 23 là các yếu tố độc lập có liên quan đến ĐTĐTK. Tác giả Nguyễn Thị Quyên [4] cũng phân tích để tìm ra các yếu tố độc lập liên quan đến ĐTĐTK đó là tiền căn gia đình có đái tháo đường, tiền căn sinh con to và thai lưu. Nghiên cứu của Huỳnh Ngọc Duyên [8] cho thấy: thai phụ ≥ 35 tuổi, sinh con to ≥ 4 kg, béo phì BMI ≥ 25 là các yếu tố độc lập liên quan ĐTĐTK. Các yếu tố liên quan độc lập của Nguyễn Thị Phương Yến [7] bao gồm: tuổi mẹ ≥ 25 , BMI ≥ 25 , tăng cân quá mức. Mặc dù các yếu tố liên quan độc lập của các tác giả có khác nhau đôi chút nhưng cũng phù hợp với các phân tích từ nhiều nghiên cứu khác nhau của Zhu [9] và Al-Rifai RH [10] cho thấy các yếu tố liên quan độc lập bao gồm: chủng tộc, ĐTĐTK ở lần mang thai trước, béo phì trước mang thai, gia đình trực hệ có người mắc bệnh ĐTĐ, tuổi ≥ 35 , lối sống ít vận động, dân cư ở thành thị.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ là 25,8%. Các yếu tố độc lập liên quan đến ĐTĐTK bao gồm thai phụ ≥ 35 tuổi (OR = 1,91, KTC 95%: 1,01-3,59, $p=0,045$), sống ở thành thị (OR = 2,25, KTC: 1,21-4,19, $p=0,011$) và thừa cân béo phì BMI >23 (OR = 3,49, KTC 95%: 1,91-6,37, $p<0,001$). Tỷ lệ ĐTĐTK khá cao nên cần tầm soát ĐTĐTK cho tất cả thai phụ đặc biệt thai phụ ≥ 35 tuổi hoặc BMI >23 . Chúng ta có thể can thiệp yếu tố thừa cân béo phì trước khi mang thai để giảm nguy cơ mắc ĐTĐTK.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lee, Kai Wei, et al. Prevalence and risk factors of gestational diabetes mellitus in Asia: a systematic review and meta-analysis, *BMC pregnancy and childbirth*. 2018. 18(10), 1-20. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2131-4>.
2. Hội nội tiết – Đái tháo đường Việt Nam (2018), Đái tháo đường thai kỳ, *khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị bệnh đái tháo đường*, 1, tr. 121-137.
3. ACOG. Gestational Diabetes Mellitus”, *ACOG Practice Guidelines*, Bulletin. 2018. 190(1), 1-16.
4. Nguyễn Thị Quyên. Nghiên cứu tình hình, đánh giá kết quả quản lý và tuân thủ điều trị đái tháo đường thai kỳ ở thai phụ đến khám tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tây Ninh năm 2019-2020, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2020.
5. ADA. Standards of medical care in diabetes, *Diabetes Care*, 2022. 45(1), 14-192. <https://doi.org/10.2337/dc22-Sint>.
6. Ngũ Quốc Vĩ. Nghiên cứu tình hình, các yếu tố liên quan và kết quả sản khoa ở thai phụ điều trị đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2019.
7. Nguyễn Thị Phương Yến. Tỷ lệ đái tháo đường trong thai kỳ và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Trường Đại học Y dược Cần Thơ, *Tạp chí Y dược học Cần Thơ*. 2021. 44, 36-43
8. Huỳnh Ngọc Duyên, Bùi Chí Thương. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan tại bệnh viện sản nhi Cà Mau, *Y Học TP. Hồ Chí Minh*. 2019.23(2), tr. 95 – 100.
9. Zhu Y. Prevalence of Gestational Diabetes and Risk of Progression to Type 2 Diabetes: a Global Perspective, *Curr Diab Rep*, 2016. 16(1), 1-11. doi: 10.1007/s11892-015-0699-x.
10. Al-Rifai RH, Abdo NM, et al. Prevalence of Gestational Diabetes Mellitus in the Middle East and North Africa, 2000-2019: A Systematic Review, Meta-Analysis, and Meta-Regression. *Front Endocrinol (Lausanne)*, 2021. 12, 1-27. doi: 10.3389/fendo.2021.668447.