

DOI: 10.58490/ctump.2024i79.2675

YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN SẢN – NHI CÀ MAU NĂM 2023 - 2024

Lý Kim Trang^{1*}, Bùi Quang Nghĩa², Dương Mỹ Linh²

1. Bệnh viện Sản Nhi Cà Mau

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: bskimtrangcm@gmail.com

Ngày nhận bài: 12/5/2024

Ngày phản biện: 18/8/2024

Ngày duyệt đăng: 25/8/2024

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hiện nay đái tháo đường thai kỳ có xu hướng tăng dần ở các nước Châu Á, trong đó có Việt Nam. Nếu không chẩn đoán và xử trí kịp thời, tình trạng nặng của đái tháo đường thai kỳ sẽ ảnh hưởng nguy hiểm đến người mẹ và cả em bé. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định các yếu tố liên quan đến bệnh đái tháo đường thai kỳ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 350 thai phụ đến khám tại Bệnh viện Sản – Nhi Cà Mau. Đối tượng nghiên cứu được phỏng vấn, khám lâm sàng, kiểm tra đường huyết. Sau đó chúng tôi xác định tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ, đồng thời ghi nhận các yếu tố liên quan. **Kết quả:** Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ là 18%, Tìm thấy mối liên quan giữa tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ với tuổi mẹ, thai phụ có tiền sử gia đình mắc đái tháo đường, trình độ học vấn, chế độ ăn nhiều đường, và số bữa ăn của thai phụ. **Kết luận:** Việc tầm soát đái tháo đường thai kỳ nên được thực hiện cho tất cả phụ nữ mang thai trong giai đoạn 24-28 tuần đặc biệt là thai phụ ≥ 25 tuổi, thai phụ có tiền sử gia đình có tiền sử đái tháo đường, sản phụ nên uống sữa không đường, chia nhỏ bữa chính trong ngày.

Từ khóa: Đái tháo đường thai kỳ, yếu tố liên quan, tầm soát đái tháo đường thai kỳ.

ABSTRACT

STUDY ON RELATED FACTORS TO GESTATIONAL DIABETES MELITUS AT CA MAU OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL IN 2023 – 2024

Ly Kim Trang^{1*}, Bui Quang Nghia², Duong My Linh²

1. Ca Mau Obstetrics and Pediatrics hospital

2. Can Tho University of Medical and Pharmacy

Background: Currently, gestational diabetes tends to increase in Asian countries, including Vietnam. Without timely diagnosis and management, the severe condition of gestational diabetes mellitus will affect the mother and the baby dangerously. **Objectives:** To identify factors associated with gestational diabetes mellitus. **Materials and methods:** A cross-sectional study with an analysis of 350 pregnant women visiting Ca Mau maternity–pediatric hospital. Study subjects were interviewed, examined, checked blood glucose. Additionally, we identified the prevalence of gestational diabetes mellitus, identifying associated factors. **Results:** The prevalence of gestational diabetes was 18%, The association between the prevalence of gestational diabetes and maternal age was found, pregnant women had a family history of diabetes, education level, high-sugar diet, and the number of meals of pregnant women. **Conclusion:** It is recommended to screen all pregnant women for gestational diabetes 24-28 weeks at health facilities for early detection of gestational diabetes, especially pregnant women ≥ 25 years old, pregnant women with a family history of diabetes, pregnant women should drink unsweetened milk, pregnant women should divide the main meal of the day.

Keywords: Gestational diabetes melitus, related factors, screening for gestational diabetes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, bệnh đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là "tình trạng rối loạn dung nạp glucose ở bất kỳ mức độ nào, khởi phát hoặc được phát hiện lần đầu trong lúc mang thai" Đây là bệnh lý chuyển hóa hay gặp nhất trong thai kỳ, là một thể bệnh đặc biệt của đái tháo đường.

Hiện nay đái tháo đường thai kỳ có xu hướng tăng dần đặc biệt là ở các nước Châu Á, trong đó có Việt Nam [1]. Một nghiên cứu tổng hợp cho thấy tỷ mắc đái tháo đường thai kỳ ở Bắc Mỹ và Caribe là 7,1%, Châu Âu là 7,8%, chiếm 10,4% ở khu vực Nam Mỹ và Trung Mỹ, ở các nước Châu Phi là 14,2%, (14,7–14,8%) khu vực Tây Thái Bình Dương là 14,7% (WP), đặc biệt ở các quốc gia khu vực Đông Nam Á tỷ lệ này khá cao lên đến 20,8%, cao nhất là khu vực Trung Đông và Bắc Phi chiếm 27,6% [2].

Một số yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ mắc đái tháo đường thai kỳ như thừa cân béo phì: các tác giả Lê Lam Hương và cs ghi nhận BMI ≥ 23 là yếu tố nguy cơ mắc ĐTĐTK gấp 3,4 lần (95% CI: 1,1-10,3) [3]. Các nguy cơ khác của ĐTĐTK như tuổi mẹ, cụ thể khi tuổi mẹ lúc mang thai càng cao thì càng có nguy cơ bị ĐTĐTK. Tuổi mẹ >35 có nguy cơ ĐTĐTK cao gấp 5,6 lần (95% CI: 1,4-21,5 lần) [4].

Tại Việt Nam tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ ghi nhận có sự gia tăng hằng năm nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Kiều Diễm năm 2022 tỷ lệ là 26,9% [5], năm 2023 nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Mỹ Hạnh tỷ lệ này là 29,3% [6]. Nhìn chung tỷ lệ ngày một gia tăng, việc xác định tỷ lệ mắc bệnh cũng như các yếu tố nguy cơ nhằm phát hiện và điều trị kịp thời hạn chế những yếu tố bất lợi cho mẹ và bé. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: 1) Xác định tỉ lệ đái tháo đường thai kỳ ở các thai phụ được đến khám tại Bệnh viện Sản – Nhi Cà Mau năm 2023 – 2024. 2) Xác định một số yếu tố liên quan đến đái tháo đường thai kỳ ở các thai phụ tại Bệnh viện Sản – Nhi Cà Mau năm 2023-2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chọn vào:

+ Những thai phụ đến khám và theo dõi định kỳ tại Bệnh viện Sản Nhi Cà Mau năm 2023-2024. Tuổi thai từ 24-28 tuần (từ ngày đầu chu kỳ kinh cuối hoặc siêu âm 3 tháng đầu thai kỳ đến thời điểm thai phụ đến khám).

+Thai phụ đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Được chẩn đoán đái tháo đường trước khi có thai.

+ Thai phụ mắc các bệnh có khả năng ảnh hưởng đến chuyển hoá glucose như: Suy giáp, Basedow, hội chứng Cushing, hội chứng buồng trứng đa nang, suy gan, suy thận; Thai phụ đang sử dụng các loại thuốc có ảnh hưởng đến chuyển hoá glucose như corticoid, thuốc hạ áp,...; Thai phụ mắc các bệnh cấp: Viêm gan, lao phổi, nhiễm trùng toàn thân,...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:**

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ.

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: Cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu; Z: Hệ số tin cậy, α : Sai lầm loại 1, chọn $\alpha=0,05$. Vậy $Z=1,96$; p: Tỷ lệ ĐTĐTK của thai phụ tham gia nghiên cứu, theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Mỹ Hạnh (2023) thì tỷ lệ này là 29,3% nên $p=0,293$, d: Sai số cho phép, chọn $d=0,05$ [6]. Từ công thức trên, tính được cỡ mẫu tối thiểu $n=319$, cộng với 10% mất mẫu chúng tôi chọn cỡ mẫu là 350

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện không xác suất, lấy tất cả các trường hợp phụ nữ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian tiến hành nghiên cứu. Nội dung nghiên cứu: Chúng tôi tiến hành phỏng vấn theo bộ câu hỏi sau đó xét nghiệm đường huyết thai phụ.

- **Nội dung nghiên cứu:** Thai phụ mắc đái tháo đường thai kỳ: Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ từ năm 2010 theo hiệp hội các nhà sản khoa và đái tháo đường quốc tế (ADPSG). Chia làm 2 nhóm có và không. +Có: khi có ít nhất một trong 3 kết quả bằng hoặc lớn hơn giá trị ngưỡng được trình bày trong Bảng 2.1 sau khi thực hiện nghiệm pháp dung nạp glucose. +Không: khi không có bất kỳ kết quả nào đạt tới ngưỡng được trình bày trong bảng.

Bảng 1. Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ theo IADPSG năm 2010

Thời điểm lấy mẫu	Đường huyết
Lúc đói	≥ 92 mg/dL (5,1mmol/L)
1 giờ	≥ 180 mg/dL (10,0 mmol/L)
2 giờ	≥ 153 mg/dL (8,5 mmol/L)

Một số yếu tố liên quan được mô tả như đặc điểm chung của thai phụ gồm có tuổi, nơi ở, kinh tế, trình độ học vấn, thừa cân béo phì, tiền sử sinh con to, tiền sử đái tháo đường thai kỳ.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 18.0. Phân tích mối liên quan bằng phép kiểm chi bình phương (χ^2) hoặc Fisher nếu mẫu nhỏ và kiểm định OR

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng Y đức trong nghiên cứu y sinh, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ số 23.217.HV/PCT-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

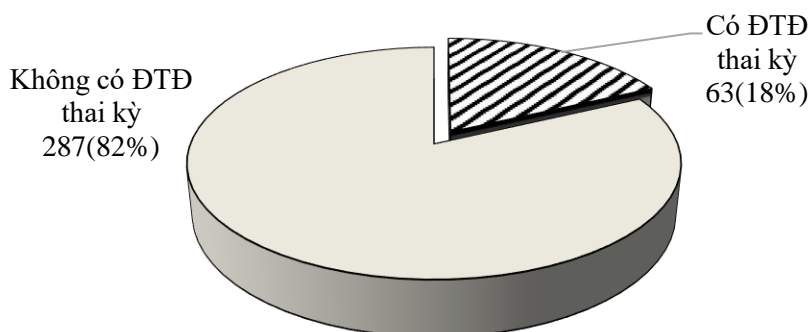
Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 25	158	45,1
	25-35	128	36,6
	>35	64	18,3
Nơi ở	Nông thôn	59	16,9
	Thành thị	291	83,1
Kinh tế	Nghèo	8	2,3
	Không nghèo	342	97,7
Trình độ học vấn	Dưới trung học	114	32,6
	Trung học	131	37,4
	Trên trung học	105	30

Nhận xét: Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là <25 tuổi chiếm 45,1%, kế đó là nhóm 25-35 tuổi 36,6%. Tỷ lệ sản phụ ở thành thị chiếm tỷ lệ (83,1%) cao hơn ở nông thôn là

16,9%. Tỷ lệ sản phụ có kinh tế từ trung bình đến khá là 97,7%. Trình độ học vấn trung học chiếm tỷ lệ cao nhất 37,4%.

3.2. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ



Biểu đồ 1. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ

Nhận xét: Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ của sản phụ trong nghiên cứu là 18%.

3.3. Mối liên quan các yếu tố liên quan đến bệnh đái tháo đường thai kỳ

Bảng 2. Bảng phân tích hồi quy logistic

Yếu tố liên quan	Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
	P	OR (KTC 95%)	P	OR (KTC 95%)
Nhóm ≥ 25 tuổi	0,001	2,816 (1,489-5,333)	0,005	3,1 (1,397-6,880)
Thừa cân béo phì	0,01	2,041 (1,176-3,542)	0,629	1,203 (0,567-2,552)
Tiền sử đái tháo đường thai kỳ	<0,001	20,727 (4,286-100,24)	0,903	1,225 (0,047-31,62)
Tiền sử đái tháo đường của gia đình	<0,001	9,907 (3,505-27,96)	0,013	7,072 (1,517-32,96)
Tiền sử sinh con to	<0,001	7,207 (3,326-15,615)	0,748	1,347 (0,219-8,282)
Kinh tế nghèo	<0,001	15,000 (2,953-76,205)	0,658	2,062 (0,084-50,91)
Học vấn trung học trở lên	0,026	2,089 (1,083-4,027)	0,003	3,861 (1,566-9,52)
Thành phần sữa có đường	<0,001	51,308 (12,296-214,10)	<0,001	58,15 (12,12-278,9)

Nhận xét: Thai phụ ≥ 25 tuổi tăng nguy cơ đái tháo đường thai kỳ 3,1 lần (KTC 95%: 1,397-6,880), $p=0,005$. Thai phụ có tiền sử gia đình có đái tháo đường tăng nguy cơ đái tháo đường thai kỳ lên 7,07 lần (KTC 95%: 1,517-32,96), $p=0,013$. Thai phụ có học vấn trung học trở lên có nguy cơ đái tháo đường thai kỳ tăng lên 3,86 lần (KTC 95%: 1,566-9,52), $p=0,003$. Thai phụ có uống sữa có đường, có nguy cơ đái tháo đường thai kỳ tăng lên 59,15 lần (KTC 95%: 12,12-278,9), $p<0,001$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thông tin chung

Trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn các thai phụ ở lứa tuổi dưới 25 tuổi chiếm tỷ lệ 45,1%; 36,6% có tuổi từ 25 – 35; 18,3% ở độ tuổi lớn hơn 35 tuổi. Qua kết quả nghiên cứu chúng tôi thấy đa số phụ nữ mang thai trong lứa tuổi. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Tác giả Lê Lam Hương nhóm tuổi 21-35 chiếm 68,5% [5]. Tác giả Nguyễn Thị Mai Ngọc nhóm tuổi <24 là 14,3%, nhóm tuổi 25-29 là 34,3%, nhóm tuổi 30-34 là 26,7%, nhóm tuổi 35-39 là 15,2%, nhóm tuổi >40 tuổi là 9,5% [7]. Như vậy tuổi mang thai trung bình của các thai phụ trong nghiên cứu của chúng tôi cao được giải thích là do những năm gần đây, có sự phát triển nhanh theo hướng hiện đại hóa, phụ nữ có nhiều cơ hội học tập, đi làm và kết hôn muộn hơn, sinh con muộn hơn.

Trong số các đối tượng tham gia nghiên cứu, có đến 83,1% thai phụ có địa chỉ tại thành thị và 16,9% sống tại khu vực nông thôn, theo định nghĩa về nông thôn mới trong Thông tư số 41 của Bộ Nông nghiệp và Phát triển Nông thôn năm 2013, tức là khu vực địa giới hành chính không thuộc nội thành, nội thị của các thành phố, thị xã, thị trấn được quản lý bởi các cấp hành chính cơ sở là Ủy ban nhân dân xã. Kết quả này không tương đồng với các tác giả Tác giả Lê Lam Hương tỷ lệ thai phụ sống ở vùng nông thôn chiếm 45,2% [5] Nguyễn Thị Mai Ngọc tỷ lệ thai phụ sống tại nông thôn chiếm 55,2% [7].

Thai phụ tham gia trong nghiên cứu của chúng tôi có trình độ học cần trung học chiếm tỷ lệ cao nhất 37,4%, dưới trung học là 32,6%, tỷ lệ trên trung học là 30%. Kết quả này có phần tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Huỳnh Nguyễn Khánh Trang Cấp trình độ văn hoá cấp 1 chiếm 4,8%, cấp 2 là 38%, cấp 3 là 42,7%, đại học trở lên là 14,5% [8].

Tiêu chuẩn phân loại hộ nghèo Phân loại theo quyết định số 592015/QĐTTg ngày 19/11/2015 của Thủ tướng Chính phủ ban hành về chuẩn nghèo tiếp cận đa chiều giai đoạn: 2016-2020. Tỷ lệ sản phụ có kinh tế từ trung bình đến khá là 97,7%, có 2,3% sản phụ có kinh tế nghèo, cận nghèo. Tương tự tác giả Trần Khánh Nga thai phụ có có kinh tế gia đình thuộc diện đủ ăn, khá giả là 97,7%. Những năm gần đây kinh tế ở vùng Đồng bằng sông Cửu Long có sự phát triển kinh tế nhanh chóng làm nâng cao chất lượng cuộc sống người dân, chế độ ăn uống sinh hoạt của thai phụ cũng có sự thay đổi, thai phụ có xu hướng được chăm sóc sức khoẻ nhiều hơn đặc biệt là chế độ ăn đây là yếu tố thuận lợi trong quá trình can thiệp dinh dưỡng [9].

4.2. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan

Trong số 350 phụ nữ mang thai được làm nghiệm pháp dung nạp glucose, phát hiện tỷ lệ mắc đái tháo đường thai kỳ là 18% theo hiệp hội các nhà sản khoa và đái tháo đường quốc tế (ADPSG) kết quả tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Việt Trí tại Cà Mau năm 2021 cho tỷ lệ 19% [10]. Và thấp hơn so với nguyên cứu của tác giả Vương Thị Hồng tại Hà Nội năm 2022 cho tỷ lệ 37,9% [11]. Kết quả của tác giả Lương Hoàng Thành năm 2022 tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ là 27,7% [12]. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ của tác giả Bùi Thị Kiều Diễm là 26,9% [5]. Sự khác biệt có thể do đặc điểm dân cư (tuổi, nghề nghiệp, béo phì,...), Quy mô nghiên cứu, Mô hình sàng lọc (đại trà hay chọn lọc), Phương pháp tầm soát (một bước hay hai bước), Thời điểm tuổi thai chọn vào nghiên cứu (24-28 tuần, 24-32 tuần hay 24-39 tuần).

Xác định một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ mắc đái tháo đường thai kỳ qua phân tích đa biến chúng tôi thấy rằng thai phụ ≥ 25 tuổi tăng nguy cơ đái tháo đường thai kỳ 3,1 lần

(KTC 95%: 1,397-6,880), $p=0,005$ kết quả này tương đồng với Nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Kiều Diễm thai phụ có độ tuổi từ 25 – 34 tuổi có nguy cơ mắc đái tháo đường thai kỳ cao gấp 3,68 lần so với các thai phụ <25 tuổi (KTC 95%: 1,36 – 10,0; $p = 0,01$) thai phụ có độ tuổi ≥ 35 thì nguy cơ này tăng lên 5,52 lần (KTC 95%: 1,74 – 17,54; $p = 0,004$) [5]. Nguy cơ mắc ĐTĐTK tăng theo tuổi có thể liên quan đến những yếu tố sau: Chức năng phosphoryl hóa, oxy hóa của ty thể tế bào tiểu đảo Theo độ tuổi thì chức năng phosphoryl hóa, oxy hóa trong ty thể tế bào tiểu đảo giảm dần. Điều này dẫn đến suy yếu chức năng insulin, hormone do tế bào beta tiểu đảo tiết ra đáp ứng với nhu cầu chuyển hóa glucose. Khả năng nhạy cảm với glucose của tế bào beta tiểu đảo Theo độ tuổi thì tế bào beta tiểu đảo giảm khả năng nhạy cảm với nồng độ đường huyết, suy giảm chức năng đáp ứng nhu cầu tăng cao của cơ thể. Phụ nữ mang thai càng lớn tuổi tinh thần càng không ổn định, căng thẳng lo lắng kéo dài dễ kích hoạt hệ thần kinh giao cảm trực hạ đồi tuyến yên lên dẫn đến tăng đường huyết. Qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi có thể kết luận: tuổi mẹ càng cao nguy cơ ĐTĐ thai kỳ càng tăng. Hiện nay xu thế sinh con ở phụ nữ Việt Nam đang ngày một lớn tuổi nên với kết quả nghiên cứu này: Chúng tôi khuyên cáo tránh bỏ sót sàng lọc ĐTĐTK cho các thai phụ ≥ 25 tuổi.

Khi phân tích đa biến chúng tôi thấy rằng thai phụ có học vấn trung học trở lên có nguy cơ đái tháo đường thai kỳ tăng lên 3,86 lần (KTC 95%: 1,566-9,52), $p=0,003$. Kết quả nghiên cứu của Trần Khánh Nga ghi nhận rằng so với nhóm thai phụ có trình độ trung học phổ thông trở lên, nhóm thai phụ có trình độ trung học phổ thông trở xuống tăng nguy cơ 1,36 lần (OR=1,36, (KTC95% 1,05–1,76)) với $p=0,018$ [9].

Các nghiên cứu và khuyến cáo nhận thấy tiền sử gia đình thế hệ thứ nhất có người đái tháo đường là một trong những yếu tố nguy cơ cao của đái tháo đường thai kỳ. Đây là một yếu tố nguy cơ độc lập khá mạnh giống như chủng tộc, có thể làm gia tăng tỷ lệ mắc bệnh bất chấp ảnh hưởng của các yếu tố nguy cơ khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi khi phân tích đơn biến cho thấy nhóm thai phụ có tiền sử gia đình có đái tháo đường thai kỳ sẽ có nguy cơ mắc đái tháo đường thai kỳ cao hơn nhóm còn lại gấp 9,9 (khoảng tin cậy 95% 3,505-27,96) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,001$). Tác giả Lee KW (2018) kết luận trong bài tổng quan hệ thống rằng thai phụ có tiền sử gia đình thế hệ thứ nhất mắc đái tháo đường thì tăng nguy cơ đái tháo đường thai kỳ lên 2,77 lần (OR=2,77, KTC95% 2,22–3,47).

Thai phụ có uống sữa có đường, có nguy cơ đái tháo đường thai kỳ tăng lên 59,15 lần (KTC 95%:12,12-278,9), $p<0,001$. Thai phụ thường xuyên sử dụng đồ uống có đường tăng nguy cơ đái tháo đường thai kỳ, trong nghiên cứu của tác giả Trần Thị Ngọc Mai nghiên cứu chế độ ăn của các thai phụ có đái tháo đường thai kỳ thì hơn một nửa dân số thai phụ mắc đái tháo đường thai kỳ trong nghiên cứu có thói quen thường xuyên dùng các thức uống có đường. Các loại thức uống có đường thường uống: trà sữa, trà trái cây (35%), nước ngọt có gas (17%), café sữa (12%), chè kem (2,5%), nước mía, dừa, ép cam (4,3%) [13].

Thai phụ không chi nhỏ bữa ăn chính trong ngày có nguy cơ đái tháo đường thai kỳ tăng lên 5,388 lần (KTC 95%: 1,973-14,71) ($p=0,001$). Chia nhỏ bữa ăn rất quan trọng trong việc ổn định đường huyết, tránh tăng đường huyết sau bữa ăn. Bệnh nhân nên ăn 3 bữa chính và 2-3 bữa phụ. Ăn một bữa nhẹ buổi tối để ngăn ngừa tình trạng ceton máu. Trong nghiên cứu của Trần Thị Ngọc Mai, hầu hết thai phụ đều ăn 3 bữa chính trong ngày. Các món ăn sáng phổ biến là: Món ăn nước (phở, bún, mì, hủ tiếu, bánh canh, v.v.): khoảng 50%, Cơm: Khoảng 25%, Có 87,2% thai phụ ăn đủ một suất ăn sáng; 12,8% chỉ ăn khoảng một nửa hoặc ít hơn. Trong bữa trưa và tối, khoảng gần một nửa thai phụ ăn từ 1 chén cơm lưng đến 1 chén cơm đầy [13].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ mắc đái tháo đường thai kỳ là 18%, nhóm tuổi >25 tuổi có tỷ lệ mắc đái tháo đường thai kỳ cao hơn các nhóm tuổi khác, thai phụ có tiền sử gia đình mắc đái tháo đường. Thai phụ uống sữa có đường có nguy cơ mắc đái tháo đường thai kỳ cao hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Eleni Anastasiou. Clinical practice guidelines on diabetes mellitus and pregnancy: II. Gestational diabetes mellitus. *Hormones*. 2020. 19(4), 601-607, doi: 10.1007/s42000-020-00193-y.
 2. Wang Hui, Li Ninghua, Chivese Tawanda. IDF diabetes atlas: estimation of global and regional gestational diabetes mellitus prevalence for 2021 by International Association of Diabetes in Pregnancy Study Group's Criteria Diabetes research and clinical practice. *Diabetes Res Clin Pract*. 2022. 183, 109050, doi: 10.1016/j.diabres.2021.109050.
 3. Lê Lam Hương. Đái tháo đường thai kỳ: Nghiên cứu những yếu tố ảnh hưởng và kết quả thai kỳ. *Trường Đại học Y Dược Đại học Huế*. 2021, 1-9.
 4. Kartik K Venkatesh. Risk of adverse pregnancy outcomes among pregnant individuals with gestational diabetes by race and ethnicity in the United States, 2014-2020. *JAMA*. 2022. 327(14), 1356-1367, doi: 10.1001/jama.2022.3189.
 5. Bùi Thị Kiều Diễm. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan tại bệnh viện sản nhi tỉnh Kiên Giang. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023. 523(2), 7-9.
 6. Nguyễn Thị Mỹ Hạnh, Lâm Đức Tâm và Trần Quang Hiền. Nghiên cứu tỷ lệ và kết cục thai kỳ ở sản phụ có đái tháo đường thai kỳ tại bệnh viện phụ sản Tiền Giang. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2023. 66, 254-260.
 7. Nguyễn Thị Mai Ngọc. Kết quả sản khoa của các thai phụ đái tháo đường thai kỳ tại một số bệnh viện tỉnh Thái Nguyên. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023. 531(1B), 7-9.
 8. Huỳnh Nguyễn Khánh Trang. Hiệu quả ăn tiết chế trên thai phụ đái tháo đường thai kỳ. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm*. 2020. 16(6), 47-54.
 9. Trần Khánh Nga. Nghiên cứu tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2019. 9(6+7), 191.
 10. Nguyễn Việt Trí. Nghiên cứu tỷ lệ và kết cục thai kỳ ở sản phụ có đái tháo đường thai kỳ tại bệnh viện Sản-Nhi Cà Mau. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2021. 40, 178-185.
 11. Vương Thị Hồng. 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. *Đại học quốc gia Hà Nội*. 2022, 67.
 12. Lương Hoàng Thành. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan tại bệnh viện phụ sản Hà Nội. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023. 532(1B), 58-62.
 13. Trần Thị Ngọc Mai. Đánh giá lối sống của thai phụ trước khi được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ. *Tạp chí Phụ sản*. 2021. 19(2), 50.
-