

DOI: 10.58490/ctjump.2026i103.5074

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở THAI PHỤ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA NINH THUẬN NĂM 2025 - 2026

Hồ Thị Thu Hằng¹, Ngũ Quốc Vĩ^{1*}, Nguyễn Mạnh Khương^{1,2}

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận

**Email: ngvi@ctump.edu.vn*

Ngày nhận bài: 08/5/2026

Ngày phản biện: 05/8/2026

Ngày duyệt đăng: 25/9/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Khoảng 14% thai phụ trên toàn cầu mắc đái tháo đường thai kỳ. Đái tháo đường thai kỳ có liên quan đến các kết cục thai kỳ bất lợi bao gồm sinh non, sinh mổ lần đầu và tiền sản giật. Tiếp xúc với tình trạng tăng đường huyết của mẹ trước khi sinh dẫn đến tăng insulin máu ở thai nhi, làm tăng nguy cơ mắc chứng to đầu thai, hạ đường huyết ở trẻ sơ sinh, tăng bilirubin máu. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan của thai phụ đái tháo đường thai kỳ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên 485 thai phụ đến khám và quản lý thai tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Thuận. Tất cả các đối tượng nghiên cứu đều được sàng lọc đái tháo đường thai kỳ bằng nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 75 g ở tuổi thai 24–28 tuần. **Kết quả:** Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ ở phụ nữ có thai là 18,6%. Độ tuổi trung bình là $32,7 \pm 5,65$ tuổi, tỷ lệ thai phụ thừa cân và có mức tăng cân trên >12kg chiếm lần lượt là 26,7% và 36,8%. Có mối liên quan giữa đái tháo đường thai kỳ với phụ nữ có tiền sử đái tháo đường thai kỳ trước đó, sẩy thai, tăng cân trong thai kỳ, thừa cân trước khi mang thai ($p < 0,05$). **Kết luận:** Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ ở mức cao, lên tới 18,6%. Do đó cần quan tâm tầm soát.

Từ khóa: Thai sản, đái tháo đường thai kỳ, BMI.

ABSTRACT

STUDY ON CLINICAL, SUB-CLINICAL CHARACTERISTICS, ASSOCIATED FACTORS IN PREGNANT WOMEN WITH GESTATIONAL DIABETES MELLITUS AT NINH THUAN GENERAL HOSPITAL IN 2025 - 2026

Ho Thi Thu Hang¹, Ngu Quoc Vi^{1*}, Nguyen Manh Khuong^{1,2}

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Ninh Thuan General Hospital

Background: Approximately 14% of pregnant women worldwide are affected by gestational diabetes mellitus (GDM). GDM is associated with adverse pregnancy outcomes, including preterm birth, primary cesarean section, and preeclampsia. Maternal hyperglycemia before delivery can lead to fetal hyperinsulinemia, increasing the risk of macrosomia, neonatal hypoglycemia, hyperbilirubinemia, and other complications. **Objectives:** To describe the clinical and paraclinical characteristics and associated factors among pregnant women with gestational diabetes mellitus. **Materials and methods:** A cross-sectional study was conducted on 485 pregnant women attending antenatal care at Ninh Thuan Provincial General Hospital. All participants were screened for GDM using a 75-g oral glucose tolerance test (OGTT) at 24–28 weeks of gestation. **Results:** The prevalence of gestational diabetes mellitus was 18.6%. The mean maternal age was 32.7 ± 5.65 years. The proportions of women who were overweight before pregnancy and who gained more than 12 kg during pregnancy were 26.7% and 36.8%,

respectively. GDM was significantly associated with a history of previous GDM, miscarriage, excessive gestational weight gain, and pre-pregnancy overweight ($p < 0.05$). **Conclusion:** The prevalence of gestational diabetes mellitus was high, reaching 18.6%. Therefore, greater attention should be paid to routine screening for early detection and appropriate management.

Keywords: Pregnancy, gestational diabetes mellitus, BMI.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là rối loạn chuyển hóa thường gặp trong thai kỳ, được Tổ chức Y tế Thế giới (2013) định nghĩa là tình trạng tăng glucose huyết tương được phát hiện lần đầu trong khi mang thai. Khoảng 14% thai phụ trên toàn cầu mắc đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK), đặc biệt tại các quốc gia đang phát triển, và chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố như tình trạng thừa cân/béo phì, tiền sử sản khoa và tiền sử gia đình đái tháo đường. ĐTĐTK có liên quan đến nhiều biến chứng bất lợi cho mẹ và thai nhi như tiền sản giật, mổ lấy thai, thai to, hạ đường huyết sơ sinh và làm tăng nguy cơ rối loạn dung nạp glucose sau sinh [1], [2]. Tại Việt Nam, tỷ lệ ĐTĐTK khá cao, đặt ra yêu cầu cần tầm soát, chẩn đoán và quản lý bệnh một cách hiệu quả. Theo hướng dẫn của Bộ Y tế, nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 75 g được khuyến cáo thực hiện thường quy cho thai phụ ở tuổi thai từ 24–28 tuần nhằm phát hiện sớm ĐTĐTK [3], [4]. Tuy nhiên, các nghiên cứu đánh giá tỷ lệ mắc ĐTĐTK, các yếu tố liên quan cũng như kết cục thai kỳ tại địa phương còn hạn chế. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm xác định tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ thông qua nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 75g, phân tích một số yếu tố liên quan ở thai phụ mắc ĐTĐTK tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận giai đoạn 2025–2026, góp phần cung cấp cơ sở khoa học cho công tác tầm soát và quản lý thai nghén.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên các sản phụ đến khám và theo dõi thai kỳ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Thuận giai đoạn 2025–2026. Đối tượng nghiên cứu là các sản phụ mang đơn thai, tuổi thai 24–28 tuần, đồng ý tham gia nghiên cứu và thực hiện nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống (OGTT) 75 g.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Sản phụ có tuổi thai 24–28 tuần (xác định bằng ngày kinh cuối hoặc siêu âm sớm), mang đơn thai, đồng ý thực hiện nghiệm pháp OGTT 75 g và chấp thuận tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Sản phụ đã được chẩn đoán đái tháo đường trước mang thai; mắc bệnh lý hoặc đang sử dụng thuốc ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose; mắc bệnh nội khoa nặng; hoặc không thể hoàn thành nghiệm pháp OGTT do nôn ói nhiều hoặc không dung nạp dung dịch glucose.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Phương pháp mô tả cắt ngang, có nghiên cứu dọc.

- **Cỡ mẫu:** Áp dụng công thức ước lượng một Tỷ lệ. Công thức tính:

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

+ p: tỷ lệ ĐTĐTK, dựa theo kết quả của Nguyễn Việt Trí năm 2021 nghiên cứu tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ tại bệnh viện Sản-Nhi Cà Mau là 19% nên lấy $p = 0,19$ [5].

+ d: Sai số cho phép, chọn $d = 0,04$. + Với $\alpha = 0,05$ thì $Z = 1,96$.

Do đó tính được: $N1 = 370$, sau khi dự trừ 10% mất mẫu, cỡ mẫu tối thiểu cần thiết là 407 sản phụ. Thực tế chúng tôi thu được 485 sản phụ tham gia nghiên cứu.

- **Nội dung nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) bằng nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống (OGTT) 75 g; mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phân tích các yếu tố liên quan. Đặc điểm lâm sàng gồm tuổi, dân tộc, nơi cư trú, nghề nghiệp, trình độ học vấn, BMI trước mang thai, tiền sử gia đình mắc đái tháo đường, tiền sử ĐTĐTK và tiền sử sản khoa bất thường. BMI trước mang thai được tính từ cân nặng và chiều cao, phân loại theo tiêu chuẩn WHO dành cho người châu Á; khi phân tích các yếu tố liên quan, BMI được chia thành hai nhóm: $<25 \text{ kg/m}^2$ và $\geq 25 \text{ kg/m}^2$. Đặc điểm cận lâm sàng gồm kết quả OGTT 75 g (glucose huyết tương lúc đói, sau 1 giờ và sau 2 giờ) để chẩn đoán ĐTĐTK theo tiêu chuẩn ADA 2024, cùng các chỉ số siêu âm thai được thực hiện trong vòng 24–48 giờ trước khi kết thúc thai kỳ.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Số liệu được thu thập bằng phỏng vấn trực tiếp các sản phụ theo bộ câu hỏi được thiết kế sẵn, kết hợp khai thác thông tin từ hồ sơ bệnh án.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Dữ liệu sau khi thu thập được nhập và xử lý bằng phần mềm xử lý số liệu SPSS.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu đã thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ theo phiếu chấp thuận số 25.373.HV/PCT-HĐĐĐ ngày 30/06/2025.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

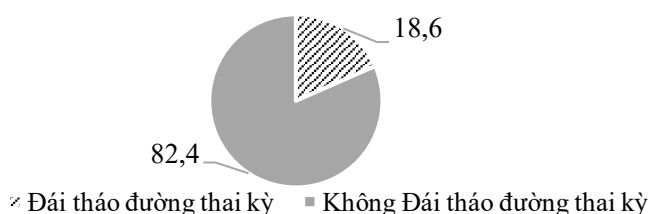
3.1. Đặc điểm chung của sản phụ mắc đái tháo đường thai kỳ

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm		ĐTĐ TK		Không ĐTĐTK	
		Tần số (n=90)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n=395)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 35	56	62,2%	262	66,3%
	≥ 35	34	37,8%	133	33,7%
	Trung bình (Min-Max)	32,5 (20 - 45)		32 (16- 48)	
Dân tộc	Kinh	73	81,1%	316	80%
	Khác	17	18,9%	79	20%
Nghề nghiệp	Buôn bán	25	27,8%	91	23%
	Viên chức, văn phòng	15	16,7%	87	22%
	Nông dân, công nhân	20	22,2%	83	21%
	Nội trợ	22	24,4%	99	25,1%
	Nghề khác	8	8,9%	35	8,9%
Trình độ học vấn	Tiểu học	6	6,7%	38	9,6%
	Trung học	32	35,6	111	28,1%
	Trung học phổ thông	30	33,3	138	34,9%
	Cao đẳng, đại học	22	24,4	108	27,3%

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm ĐTĐ TK là 32,5 tuổi (20–45), nhóm không ĐTĐ TK là 32 tuổi (16-48). Nhóm tuổi < 35 chiếm tỷ lệ chủ yếu ở cả hai nhóm (62,2% so với 66,3%), trong khi nhóm ≥ 35 tuổi chiếm 37,8% và 33,7%. Dân tộc Kinh chiếm đa số ở cả hai nhóm (81,1% và 80%). Nghề nghiệp chủ yếu là buôn bán (27,8% và 23%), nội trợ (24,4% và 25,1%) và nông dân/công nhân (22,2% và 21%). Trình độ học vấn tập trung chủ yếu ở bậc trung học (35,6% và 28,1%) và trung học phổ thông (33,3% và 34,9%). Nhìn chung, các đặc điểm nhân khẩu học giữa hai nhóm tương đối tương đồng, không ghi nhận sự khác biệt đáng kể.

3.2. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và đặc điểm lâm sàng, tiền sử sản khoa và cận lâm sàng của thai phụ mắc đái tháo đường thai kỳ



Hình 1. Tỷ lệ ĐTĐTK

Nhận xét: Trong tổng số 485 thai phụ, có 90 trường hợp được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ, chiếm tỷ lệ 18,6%, còn lại 82,4% không mắc đái tháo đường thai kỳ.

Bảng 2. Tiền sử sản khoa của thai phụ mắc ĐTĐTK

Tiền sử sản khoa		Tần số, Tỷ lệ nhóm ĐTĐ TK (n=90)	Tần số, Tỷ lệ, nhóm không ĐTĐ TK (n=395)
Số lần mang thai	Con so	25 (27,8%)	133 (33,7%)
	Con rạ	65 (72,2%)	262 (66,3%)
Tiền sử sảy thai	Có	7 (7,8%)	11 (2,8%)
	Không	83 (92,2%)	384 (97,2%)
Tiền sử thai lưu ≥ 20 tuần	Có	7 (7,8%)	11 (2,8%)
	Không	83 (92,2%)	384 (97,2%)
Tiền sử sinh con ≥ 4000 g	Có	5 (5,6%)	12 (3%)
	Không	85 (94,4%)	383 (97%)
Tiền sử sinh con dị tật	Có	2 (2,2%)	3 (0,8%)
	Không	88 (97,8%)	392 (99,2%)
Tiền sử ĐTĐTK	Có	6 (6,7%)	8 (2%)
	Không	84 (93,3%)	387 (98%)
Tiền sử gia đình ĐTĐ	Có	1 (1,1%)	7 (1,8%)
	Không	89 (98,9 %)	388 (98,2%)

Nhận xét: Con rạ chiếm phần lớn ở cả 2 nhóm, nhóm ĐTĐ TK Tỷ lệ con rạ chiếm 72,2% và 66,3% ở nhóm không ĐTĐ TK. Tiền sử sảy thai và thai lưu đều chiếm 7,8%, ở nhóm ĐTĐ TK và nhóm không ĐTĐ TK là 2,8% trong khi đa số không có tiền sử bất lợi ở cả 2 nhóm. Tiền sử sinh con ≥ 4000 g chiếm 5,6% và không ĐTĐ TK là 3%, và tiền sử sinh con dị tật thấp (2,2% và 0,8%). Tỷ lệ tiền sử đái tháo đường thai kỳ mắc ĐTĐ TK chiếm 6,7% và không mắc ĐTĐ TK là 2%, tiền sử gia đình đái tháo đường rất thấp (1,1% và 1,8%). Nhìn chung, đa số thai phụ không có tiền sử bệnh lý nội khoa hoặc chuyển hóa đáng kể trước đó.

Bảng 3. Đặc điểm siêu âm của thai phụ mắc ĐTĐTK

Đặc điểm siêu âm		Tần số (n=90)	Tỷ lệ (%)
Đường kính lưỡng đỉnh (BPD)	< 90 mm	19	21,1
	≥ 90 mm	71	78,9
Chiều dài xương đùi (FL)	< 70 mm	0	0
	≥ 70 mm	90	100
Chỉ số ối (AFI)	< 5cm	0	0
	5 - < 25cm	90	100
	≥ 25 cm	0	0
Ước lượng cân nặng thai	< 3500g	60	66,7
	≥ 3500 g	30	33,3

Nhận xét: 78,9% thai có BPD ≥ 90 mm, phù hợp thai đủ tháng; 21,1% BPD < 90 mm, không ghi nhận bất thường đáng kể. 100% trường hợp FL ≥ 70 mm. AFI: 100% trong giới hạn bình thường (5– <25 cm)

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

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến thai phụ mắc ĐTĐTK

Các yếu tố liên quan		ĐTĐTK		OR KTC 95%	P
		Có	Không		
Nhóm tuổi	<35	56 (17,6%)	262 (82,4%)	1,196 (0,744-1,922)	0,459
	≥ 35	34 (20,4%)	133 (79,6%)		
Tiền sử gia đình có ĐTĐ	Có	1 (12,5%)	7 (87,5%)	0,623 (0,076-5,12)	0,657
	Không	89 (18,7%)	388 (81,3%)		
TS sanh con >4000 g	Có	5 (29,4%)	12 (70,6%)	1,877 (0,644-5,470)	0,241
	Không	85 (18,2%)	383 (81,3%)		
Tiền sử ĐTĐ thai kì	Có	6 (42,9%)	8 (57,1%)	3,455 (1,168-10,22)	0,018
	Không	84 (17,8%)	387 (81,7%)		
Tiền sử thai dị tật	Có	2 (40%)	3 (60%)	2,97 (0,489 -18,039)	0,215
	Không	88 (18,3%)	392 (81,7%)		
Tiền sử thai lưu	Có	7 (38,9%)	11 (61,1%)	2,944 (1,108-7,82)	0,024
	Không	83 (17,8%)	384 (82,2%)		
BMI trước mang thai	<25	55 (11,3%)	299 (61,6%)	1,982 (1,224-3,21)	0,05
	≥ 25	35(7,2%)	96 (19,8%)		
Tăng cân trong thai kì	≥ 12 kg	86 (36,8%)	148 (63,2%)	0,28 (0,01-0,78)	<0,001
	<12kg	4 (1,6%)	247 (98,4%)		

Nhận xét: Phân tích đơn biến cho thấy các yếu tố như: tuổi, nơi cư trú, tiền sử gia đình đái tháo đường, tăng huyết áp, số con, tiền sử sinh con > 4000 g và thai dị tật không liên quan có ý nghĩa thống kê với đái tháo đường thai kỳ ($p > 0,05$). Ngược lại các yếu tố như: tiền sử đái tháo đường thai kỳ (OR = 3,455; $p = 0,018$), thai lưu (OR = 2,944; $p = 0,024$) có liên quan có ý nghĩa. BMI trước mang thai cũng liên quan ở ngưỡng ý nghĩa (OR = 1,982; $p = 0,05$). Đặc biệt, tăng cân trong thai kỳ ≥ 12 kg liên quan rất chặt chẽ với đái tháo đường thai kỳ ($p < 0,001$).

Bảng 5. Phân tích đa biến các yếu tố liên quan đến thai phụ mắc ĐTĐTK

Yếu tố liên quan	ĐTĐTK		p	OR	KTC 95%
	n	%			
Tiền sử ĐTĐTK	6	42,9	0,224	2,418	0,583 - 8,326
Tiền sử thai lưu	7	38,9	0,188	2,343	0,659 - 8,326
BMI	35	26,7	< 0,001	3,426	1,875 - 6,260
Tăng cân trong thai kì	86	36,8	< 0,001	0,22	0,008-0,64

Nhận xét: Kết quả phân tích đa biến cho thấy BMI trước mang thai và tăng cân trong thai kỳ là 2 biến rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ cho thấy sự khác biệt rõ rệt giữa hai nhóm. Theo kết quả nghiên cứu thai phụ béo phì tăng nguy cơ mắc ĐTĐTK gấp 3,426 lần so với nhóm 3 còn lại (với OR = 3,426; KTC 95%: 1,875–6,260; $p < 0,001$). Sản phụ tăng cân < 12 kg có nguy cơ mắc đái tháo đường thai kỳ thấp hơn đáng kể so với nhóm tăng cân ≥ 12 kg (OR = 0,028; KTC 95%: 0,010–0,078; $p < 0,001$). Điều này tương đương với việc nhóm tăng cân ≥ 12 kg có nguy cơ mắc đái tháo đường thai kỳ cao hơn khoảng 35,7 lần so với nhóm tăng cân < 12 kg. Trong khi đó, tiền sử đái tháo đường thai kỳ và tiền sử thai lưu không còn có ý nghĩa thống kê sau khi hiệu chỉnh ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của thai phụ trong nghiên cứu là $32,6 \pm 5,86$ tuổi, tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Việt Trí (2021) và nhiều nghiên cứu trong nước [5]. Mặc dù tỷ lệ mắc cao hơn ở nhóm ≥ 35 tuổi và ở thai phụ sống tại thành thị, sự khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê. Điều này cho thấy yếu tố tuổi và nơi cư trú có xu hướng ảnh hưởng nhưng chưa phải yếu tố quyết định độc lập trong quần thể nghiên cứu này. Kết quả tương tự nghiên cứu của Lee và cộng sự (2018), trong đó tuổi cao làm tăng nguy cơ nhưng phụ thuộc vào nhiều yếu tố đồng thời như BMI và tình trạng chuyển hóa [6].

4.2. Tỷ lệ ĐTĐTK, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của thai phụ mắc ĐTĐTK

Nghiên cứu trên 485 sản phụ đến khám tại Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận ghi nhận tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ là 18,6%, tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Việt Trí (2021) là 19% và cao hơn nghiên cứu của Bùi Chung Thủy (2023) là 15,8% [5], [7]. Trong nhóm thai phụ đái tháo đường thai kỳ được theo dõi tại bệnh viện, 33,3% trường hợp có thai ước lượng cân nặng ≥ 3500 g. Kết quả này cho thấy xu hướng thai có cân nặng lớn hơn ở nhóm ĐTĐTK, tương tự nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Thắng (2021) tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương với tỷ lệ trẻ sơ sinh ≥ 4000 g là 7,05% và cân nặng sơ sinh trung bình 3433 ± 442 g [8]. Tuy nhiên, các thai phụ trong nghiên cứu đều đã được chẩn đoán và quản lý thai kỳ sau khi phát hiện ĐTĐTK, do đó kết quả này phản ánh đặc điểm của nhóm ĐTĐTK đã được theo dõi điều trị, chưa phản ánh đầy đủ nguy cơ tăng trưởng quá mức của thai trong các trường hợp kiểm soát đường huyết chưa tốt. Về chỉ số nước ối, tất cả các trường hợp trong nghiên cứu đều có AFI trong giới hạn bình thường ($5 < 25$ cm). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Quyên (2020), trong đó đa số thai phụ ĐTĐTK được kiểm soát đường huyết tốt không ghi nhận tỷ lệ đa ối tăng đáng kể [9]. Đa ối thường liên quan đến tình trạng tăng đường huyết kéo dài hoặc kiểm soát đường huyết chưa tối ưu, đặc biệt trong tam cá nguyệt thứ ba. Do nghiên cứu chưa đánh giá trực tiếp mức độ kiểm soát đường huyết trong suốt thai kỳ nên chưa thể kết luận mối liên quan giữa kiểm soát đường huyết và tình trạng nước ối ở các đối tượng nghiên cứu. Đối với các chỉ số phát triển hình thái thai như BPD và FL, kết quả phần lớn phù hợp thai đủ tháng. Điều này tương tự nhận định của Lee et al. (2018), cho rằng kiểm soát glucose tốt giúp giảm nguy cơ bất thường tăng trưởng thai, mặc dù nguy cơ thai lớn vẫn cao hơn so với nhóm không ĐTĐTK [6].

4.3. Một số yếu tố liên quan của thai phụ mắc ĐTĐTK

Phân tích đơn biến cho thấy tiền sử ĐTĐTK là yếu tố nguy cơ có ý nghĩa đối với ĐTĐTK ở lần mang thai hiện tại ($OR = 3,455$; KTC 95%: 1,168–10,22; $p = 0,018$). Thai phụ có tiền sử sảy thai cũng có nguy cơ mắc ĐTĐTK cao hơn gần 3 lần so với nhóm không có tiền sử sảy thai ($OR = 2,944$; KTC 95%: 1,108–7,82; $p = 0,024$). Ngoài ra, BMI trước mang thai ≥ 25 kg/m² làm tăng nguy cơ mắc ĐTĐTK gần 2 lần ($OR = 1,982$; KTC 95%: 1,224–3,21; $p = 0,05$). Các kết quả này phù hợp với cơ chế bệnh sinh của ĐTĐTK, trong đó tình trạng đề kháng insulin và rối loạn chuyển hóa glucose đã tồn tại từ trước hoặc xuất hiện sớm trong thai kỳ. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Quyên (2020) cũng ghi nhận tiền sử ĐTĐTK làm tăng nguy cơ mắc bệnh gấp 6,96 lần và BMI ≥ 23 kg/m² làm tăng nguy cơ 3,49 lần [9]. Tương tự, Lee và cộng sự (2018) cho thấy BMI trước mang thai cao là một trong những yếu tố nguy cơ quan trọng của ĐTĐTK ở phụ nữ châu Á. Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh sự cần thiết của việc tư vấn tiền thai, kiểm soát cân nặng trước mang thai và tầm soát sớm ở các thai phụ có tiền sử sản khoa bất thường hoặc từng mắc ĐTĐTK.

Sau khi đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến, chỉ còn BMI và tăng cân trong thai kỳ là yếu tố liên quan độc lập. Thai phụ có BMI ≥ 25 có nguy cơ mắc ĐTĐTK cao gấp 3,426 lần (KTC 95%: 1,875–6,260; $p < 0,001$). Đáng chú ý, tăng cân ≥ 12 kg làm tăng nguy cơ lên 35,7 lần (KTC 95%: 15,6–125; $p < 0,001$). Kết quả này phù hợp với nhận định của Zhu & Chen (2024) rằng tình trạng thừa cân trước mang thai làm tăng đáng kể nguy cơ rối loạn dung nạp glucose và tiến triển ĐTĐTK [10]. Việc tiền sử ĐTĐTK và thai lưu mất ý nghĩa sau hiệu chỉnh cho thấy các yếu tố tiền sử có thể chịu ảnh hưởng của tình trạng dinh dưỡng và chuyển hóa hiện tại. Như vậy, kết quả nghiên cứu khẳng định quản lý BMI và mức tăng cân thai kỳ là chiến lược then chốt trong dự phòng ĐTĐTK tại cộng đồng.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ trong nghiên cứu là 18,6%. Thai phụ mắc đái tháo đường thai kỳ gặp ở cả hai nhóm tuổi, trong đó tỷ lệ mắc cao hơn ở nhóm ≥ 35 tuổi (20,4% so với 17,6%), tuy nhiên số lượng trường hợp mắc bệnh chủ yếu thuộc nhóm < 35 tuổi do đây là nhóm chiếm tỷ lệ lớn trong nghiên cứu. Các chỉ số siêu âm nhìn chung phù hợp với tuổi thai đủ tháng, nhưng tỷ lệ thai có cân nặng ước tính ≥ 3500 g ở mức đáng lưu ý. Phân tích đơn biến ghi nhận tiền sử đái tháo đường thai kỳ, tiền sử sảy thai, thừa cân trước mang thai và tăng cân trong thai kỳ ≥ 12 kg có liên quan có ý nghĩa thống kê với đái tháo đường thai kỳ. Phân tích đa biến xác định BMI trước mang thai ≥ 25 kg/m² và tăng cân trong thai kỳ ≥ 12 kg là hai yếu tố nguy cơ độc lập. Kết quả cho thấy cần đánh giá BMI trước mang thai, theo dõi tăng cân trong thai kỳ và sàng lọc sớm các thai phụ có yếu tố nguy cơ nhằm góp phần giảm biến chứng mẹ và thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. Diagnostic Criteria and Classification of Hyperglycaemia First Detected in Pregnancy. WHO Press. 2013.
2. Champion ML, et al. Early gestational diabetes screening based on ACOG guidelines. *American Journal of Perinatology*. 2024. 41(S 01), e641-e647. DOI: 10.1055/a-1925-1134.
3. Sweeting A, Wong J, Murphy H.R, & Ross G.P. A clinical update on gestational diabetes mellitus. *Endocrine reviews*. 2022. 43(5), 763-793, <https://doi.org/10.1210/endrev/bnac003>.
4. Bộ Y tế. Hướng dẫn quốc gia về sàng lọc và quản lý đái tháo đường thai kỳ 2024. 2024. 1-50.
5. Nguyễn Việt Trí, Nghiên cứu tình hình đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Sản – Nhi Cà Mau. Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2021.
6. Lee K.W., Ching S.M., Ramachandran V., et al. Prevalence and risk factors of gestational diabetes mellitus in Asia: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2018. 18(1), 494, doi: 10.1186/s12884-018-2131-4.
7. Bùi Chung Thủy, Hồ Thị Tuyết Thu, Huỳnh Thị Ngọc Ánh, Lê Thị Thúy. Khảo sát tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ ở thai phụ đến khám thai tại Bệnh viện phụ sản–nhi Đà Nẵng. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2023. 194-201, <https://doi.org/10.58490/ctump.2023i58.711>.
8. Nguyễn Mạnh Thắng. Lâm sàng, cận lâm sàng của thai phụ đái tháo đường thai kỳ để đủ tháng tại Bệnh viện phụ sản Trung Ương. *Tạp Chí Y học Việt Nam*. 2021. 502(2), <https://doi.org/10.51298/vmj.v502i2.659>.
9. 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 văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2020.
10. Chen L, Zhu Y. Gestational Diabetes Mellitus and Subsequent Risks of Diabetes and Cardiovascular Diseases: the Life Course Perspective and Implications of Racial Disparities. *Curr Diab Rep*. 2024. 24, 244–255, <https://doi.org/10.1007/s11892-024-01552-4>.