

KHẢO SÁT TỶ LỆ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ Ở THAI PHỤ ĐẾN KHÁM THAI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN – NHI ĐÀ NẴNG

Bùi Chung Thủy¹, Hồ Thị Tuyết Thu², Huỳnh Thị Ngọc Ánh², Lê Thị Thúy^{2*}

1. Bệnh viện Phụ sản - Nhi Đà Nẵng

2. Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng.

*Email: ltthuy@dhktyduocdn.edu.vn

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đái tháo đường thai kỳ là một tình trạng rối loạn dung nạp glucose ở bất kỳ mức độ nào, khởi phát hoặc được phát hiện lần đầu tiên trong lúc mang thai. Đái tháo đường thai kỳ nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời sẽ gây ra nhiều nguy cơ cho mẹ và thai nhi như sẩy thai, thai chết lưu, mẹ tăng huyết áp, con sinh ra hạ canxi máu. **Mục tiêu nghiên cứu:** Nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố liên quan với đái tháo đường thai kỳ ở phụ nữ mang thai đến khám tại Bệnh viện Phụ sản – Nhi Đà Nẵng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, được thực hiện trên 600 phụ nữ mang thai có tuổi thai từ tuần 24 đến tuần 28 đến khám thai. Thông tin bệnh nhân và kết quả xét nghiệm được thu thập thông qua phiếu nghiên cứu. Dữ liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0. **Kết quả:** Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ ở phụ nữ có thai là 15,8%. Có mối liên quan giữa ĐTĐ thai kỳ với tuổi thai, BMI của thai phụ trước khi mang thai, phụ nữ có tiền sử sẩy thai, thai chết lưu và cân nặng của trẻ trong các lần sinh trước ($p < 0,05$). **Kết luận:** Nên tiến hành khám tầm soát đái tháo đường thai kỳ cho tất cả thai phụ 24-28 tuần tại các cơ sở y tế để phát hiện sớm đái tháo đường thai kỳ.

Từ khóa: Đái tháo đường thai kỳ, phụ nữ mang thai, thai phụ.

ABSTRACT

THE RATE OF GESTATIONAL DIABETES IN PREGNANT WOMEN VISITING ANTENATAL CARE AT DA NANG HOSPITAL FOR WOMEN AND CHILDREN IN VIET NAM

Bui Chung Thuy¹, Ho Thi Tuyet Thu², Huynh Thi Ngoc Anh², Le Thi Thuy^{2*}

1. Da Nang Hospital for women and children

2. Da Nang University of Medical Technology and Pharmacy.

Background: Gestational diabetes is a disorder of glucose tolerance of any degree, onset or first detected during pregnancy. Gestational diabetes, if not detected and treated promptly, will cause many risks to the mother and fetus such as miscarriage, stillbirth, maternal hypertension, and low blood calcium in the baby. **Objectives:** To determine the rate of gestational diabetes and factors associated with gestational diabetes in pregnant women visiting antenatal care at Da Nang Hospital for women and children. **Materials and method:** This descriptive cross-sectional was conducted study in 600 pregnant women who have gestational age from 24 to 28 weeks of pregnancy. Patient information and test results were collected through the research forms. Collected data were handled by the statistical software SPSS 20.0. **Results:** The rate of gestational diabetes in the studied pregnant women was 15.8%. There was significant association between the gestational diabetes and the age of pregnant women, BMI of pregnant woman before pregnancy, history of miscarriage, stillbirth, and weight of the baby in the previous births ($p < 0.05$). **Conclusion:** Screening for gestational diabetes for all pregnant women at 24-28 weeks of pregnancy at health facilities is necessary for early detection of gestational diabetes.

Keywords: Gestational diabetes, pregnant women, pregnancy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là một thể của đái tháo đường và ngày càng gia tăng do tuổi sinh đẻ tăng, phụ nữ ngày càng thừa cân, béo phì và ít vận động, nhất là khu vực Châu Á – Thái Bình Dương, trong đó có Việt Nam. Theo Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ thay đổi từ 1-14% ở các phụ nữ có thai [6]. Ở Việt Nam, đái tháo đường thai kỳ chiếm tỷ lệ từ 3,6-39,0% [3]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Lệ Hằng và cộng sự (2016) cho kết quả thai phụ mắc đái tháo đường thai kỳ chiếm tỷ lệ 13,5% [2]. Năm 2019, Bùi Thị Phương Nga và cộng sự nghiên cứu về tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố liên quan của đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện Đa khoa Long An cho kết quả tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ chiếm 15,35% [4].

Đái tháo đường thai kỳ là tình trạng rối loạn dung nạp glucose ở bất kỳ mức độ nào, khởi phát hoặc được phát hiện lần đầu tiên trong lúc mang thai [8]. Đây là một trong các bệnh rối loạn chuyển hóa thường gặp trong thai kỳ, không có triệu chứng điển hình và hầu hết được phát hiện tình cờ qua xét nghiệm sàng lọc trong suốt quá trình mang thai. Đái tháo đường thai kỳ xuất hiện vào khoảng tuần thứ 24-28 của thai kỳ, khi nhau thai bắt đầu sản xuất một lượng lớn các hormon gây kháng insulin và sẽ biến mất sau khi sinh 6 tuần. Cho tới nay đái tháo đường thai kỳ đang là một vấn đề đáng quan tâm của y tế vì tỷ lệ mắc bệnh cao, gia tăng nhanh và nếu không được phát hiện, chẩn đoán, điều trị kịp thời sẽ gây ra nhiều tai biến nặng nề cho cả mẹ và thai nhi trong quá trình mang thai, trong và sau khi sinh như sẩy thai, tiền sản giật, thai chết lưu, hội chứng suy hô hấp cấp, tử vong chu sinh, thai to gây đẻ khó. Phụ nữ bị đái tháo đường thai kỳ có nguy cơ tăng huyết áp, đặc biệt có nguy cơ mắc đái tháo đường typ 2 thực sự, sau này có khả năng tái phát mắc đái tháo đường thai kỳ ở lần mang thai tiếp theo. Trẻ sơ sinh của những bà mẹ có đái tháo đường thai kỳ có nguy cơ hạ glucose máu, hạ canxi máu, vàng da, khi trẻ lớn hơn sẽ có nguy cơ béo phì và đái tháo đường typ 2. Đái tháo đường thai kỳ là tình trạng có thể điều trị được và người mẹ có kiểm soát glucose máu tốt có thể giảm rõ những nguy cơ nói trên [4].

Từ các nghiên cứu trên, có thể thấy tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ ở nước ta không thấp và đang có xu hướng gia tăng. Bệnh viện Phụ Sản – Nhi Đà Nẵng là cơ sở y tế có quy mô hoạt động lớn trên địa bàn Đà Nẵng, mỗi ngày đón tiếp hàng trăm người bệnh đến khám và điều trị. Tuy nhiên, đến nay chúng tôi chưa tìm thấy tài liệu, báo cáo nào mới nhất về tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Khảo sát tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ ở thai phụ đến khám thai tại Bệnh viện Phụ sản - Nhi Đà Nẵng” với mục tiêu: (1) Xác định tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ ở thai phụ đến khám thai tại Bệnh viện Phụ sản - Nhi Đà Nẵng. (2) Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến đái tháo đường thai kỳ ở đối tượng nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 600 thai phụ có tuổi thai từ 24 đến 28 tuần.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Thai phụ mang thai từ tuần thứ 24 đến tuần thứ 28 của thai kỳ chưa được chẩn đoán đái tháo đường trước đó.

+ Thai phụ đồng ý tham gia nghiên cứu: đồng ý phỏng vấn, uống 75 gram glucose trong 250ml nước lọc và lấy máu làm xét nghiệm.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Thai phụ được chẩn đoán đái tháo đường trước khi có thai.
- + Thai phụ bị nôn sau khi uống nghiệm pháp dung nạp glucose 75gram.
- + Thai phụ đến muộn hoặc không quay lại theo giờ hẹn lấy máu G1, G2.
- + Thai phụ không đồng ý tham nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- Cỡ mẫu nghiên cứu và kỹ thuật chọn mẫu:

+ Cỡ mẫu: 600 thai phụ có tuổi thai từ 24-28 tuần đến khám thai tại Bệnh viện Phụ sản – Nhi từ tháng 11/2019 đến tháng 05/2020.

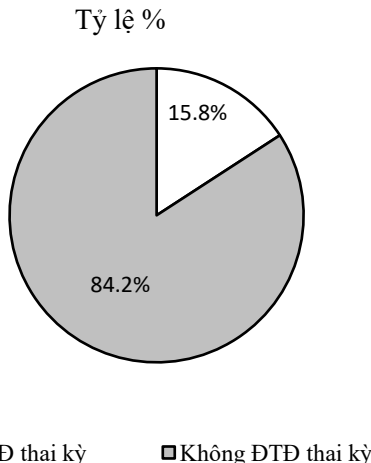
+ Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ.

+ Chọn thai phụ đủ tiêu chuẩn chọn bệnh, ghi nhận tiền sử (tuổi, BMI, tiền sử sản khoa) có thực hiện nghiệm pháp dung nạp glucose 75g, ghi các thời điểm xét nghiệm glucose máu: G0, G1, G2.

- Xử lý số liệu: Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm MS.Excel 2010 và phần mềm SPSS 20. Để mô tả biến số định lượng theo luật phân phối chuẩn: $\bar{X} \pm SD$. Mô tả biến số định tính: tần số và tỷ lệ %. Đánh giá mối liên quan: test Chi square và test Fischer.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ ở phụ nữ đến khám thai tại bệnh viện Phụ sản - Nhi Đà Nẵng



Biểu đồ 1. Tỷ lệ mắc ĐTD thai kỳ ở đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Trong 600 thai phụ được chọn vào nghiên cứu có 95 trường hợp được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ chiếm 15,8%.

3.2. Khảo sát một số yếu tố liên quan đến đái tháo đường thai kỳ

- Mối liên quan giữa tuổi với đái tháo đường thai kỳ:

Bảng 1. Mối liên quan giữa tuổi với đái tháo đường thai

Tuổi	ĐTĐTK		Không ĐTĐTK		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
< 25 tuổi	7	7,6	85	92,4	92	100	< 0,05
25-34 tuổi	68	15,8	363	84,2	431	100	
≥ 35 tuổi	20	26,0	57	74,0	77	100	
Tổng	95		505		600		

Nhận xét: Trong nghiên cứu, nhóm thai phụ < 25 có 7 trường hợp mắc ĐTĐTK, chiếm tỷ lệ 7,6% và không ĐTĐTK chiếm tỷ lệ 92,4%. Nhóm thai phụ ở độ tuổi 25-34 có 68 trường hợp mắc ĐTĐTK chiếm tỷ lệ 15,8% và không ĐTĐTK chiếm tỷ lệ 84,2%. Nhóm ở độ tuổi ≥ 35 có 20 trường hợp mắc ĐTĐTK chiếm tỷ lệ 26,0% và không ĐTĐTK chiếm tỷ lệ 74,0%. Sự khác biệt giữa đái tháo đường thai kỳ với tuổi thai phụ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Mọi liên quan giữa nghề nghiệp với đái tháo đường thai kỳ:

Bảng 2. Mọi liên quan giữa nghề nghiệp với đái tháo đường thai kỳ

Nghề nghiệp	ĐTĐTK		Không ĐTĐTK		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Công chức, viên chức	45	17,4	213	82,6	92	100	< 0,05
Công nhân, nông dân	13	17,3	62	82,7	431	100	
Khác (nội trợ, buôn bán...)	37	13,9	230	86,1	77	100	
Tổng	95		505		600		

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu nhóm thai phụ là cán bộ công chức có 45 trường hợp mắc đái tháo đường thai kỳ, chiếm tỷ lệ 17,4% và không ĐTĐTK chiếm tỷ lệ 82,6%. Nhóm thai phụ là công nhân, nông dân có 13 trường hợp mắc đái tháo đường thai kỳ chiếm tỷ lệ đái tháo đường 17,3% và không ĐTĐTK chiếm tỷ lệ 82,7%. Nhóm thai phụ làm các nghề nghiệp khác (nội trợ, buôn bán...) có 37 trường hợp mắc đái tháo đường thai kỳ chiếm tỷ lệ 13,9% và không ĐTĐTK chiếm tỷ lệ 86,1%. Sự khác biệt giữa đái tháo đường thai kỳ với nghề nghiệp của thai phụ không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

- Mọi liên quan BMI trước khi mang thai với đái tháo đường thai kỳ:

Bảng 3. Mọi liên quan BMI trước khi mang thai với đái tháo đường thai kỳ

BMI	ĐTĐTK		Không ĐTĐTK		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
< 18,5	7	6,7	98	93,3	105	100	< 0,05
18,5-22,9	67	16,6	337	83,4	404	100	
≥ 23	21	23,1	70	76,9	91	100	
Tổng	95		505		600		

Nhận xét: Trong số các thai phụ tham gia nghiên cứu, nhóm có BMI < 18,5 mắc đái tháo đường thai kỳ chiếm tỷ lệ 6,7 % với 7 trường hợp. Nhóm có BMI 18,5-22,9 mắc đái tháo đường thai kỳ có 67 trường hợp chiếm tỷ lệ 16,6%. Nhóm có BMI ≥ 23 mắc đái tháo đường thai kỳ có 21 trường hợp chiếm tỷ lệ 23,1%.

- Mọi liên quan giữa cân nặng con những lần sinh trước với đái tháo đường thai kỳ:

Bảng 4. Mọi liên quan giữa cân nặng con những lần sinh trước với đái tháo đường thai kỳ

Cân nặng con những lần sinh trước	ĐTĐTK		Không ĐTĐTK		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
< 3500g	28	12,9	189	87,1	217	100	< 0,05

Cân nặng con những lần sinh trước	ĐTĐTK		Không ĐTĐTK		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
≥ 3500g	31	38,3	50	61,7	81	100	
Tổng	59		239		298		

Nhận xét: Trong nghiên cứu có 28 trường hợp có tiền sử sinh con nặng < 3500 gram được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ chiếm tỷ lệ 12,9%. Kết quả nghiên cứu có 31 trong tổng số 81 thai phụ có tiền sử sinh con nặng ≥ 3500 gram được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ, chiếm tỷ lệ 38,3%.

- Mọi liên quan đặc điểm tiền sử sản khoa với đái tháo đường thai kỳ:

Bảng 5. Mọi liên quan giữa đặc điểm tiền sử sản khoa với ĐTĐTK

Tiền sử sản khoa		ĐTĐTK		Không ĐTĐTK		Tổng		p
		n	%	n	%	n	%	
Sẩy thai, thai lưu	Có	41	26,5	114	73,5	155	100	< 0,05
	Không	29	15,3	160	84,7	189	100	
Tiền sản giật	Có	1	14,3	6	85,7	7	100	> 0,05
	Không	69	20,5	268	79,5	337	100	
ĐTĐTK	Có	3	37,5	5	62,5	8	100	> 0,05
	Không	67	19,9	269	80,1	336	100	
Tổng		70		274		344		

Nhận xét: Thai phụ có tiền sử sẩy thai, thai lưu được chẩn đoán ĐTĐTK chiếm tỷ lệ 26,5% và không ĐTĐTK chiếm tỷ lệ 73,5%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ ĐTĐTK trong nhóm có tiền sử sẩy tiền sản giật là 14,3 %, và không ĐTĐTK chiếm tỷ lệ 85,7%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Thai phụ có tiền đái tháo đường thai kỳ được chẩn đoán ĐTĐTK chiếm tỷ lệ 37,5% và không ĐTĐTK chiếm tỷ lệ 62,5%. Sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ mắc đái tháo đường thai kỳ

Nghiên cứu của chúng tôi có 95 thai phụ được chẩn đoán ĐTĐTK theo tiêu chuẩn ADA 2014, chiếm tỷ lệ là 15,8 % (Biểu đồ 1).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các tác giả trong nước đã nghiên cứu các năm trước đó. Theo Lê Thị Minh Phú khi nghiên cứu tỷ lệ ĐTĐTK và các yếu tố liên quan tại Khoa Sản Bệnh Viện Nguyễn Tri Phương cho kết quả là 8,4% [5], kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Lệ Hằng về tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố nguy cơ tại Bệnh viện An Bình năm 2016 là 13,5% [2], tác giả Chandana và cộng sự nghiên cứu tỷ lệ mắc đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố nguy cơ liên quan tại bệnh viện chăm sóc đại học ở Karnataka cho kết quả là 6,32% [9].

Sự sản xuất các hormon có khuynh hướng tăng trong thời gian mang thai và phần lớn các hormon này đều góp phần kháng insulin, gây rối loạn chức năng tế bào beta của tụy. Do hiện tượng kháng insulin tăng nên đường huyết sau ăn của thai phụ tăng cao hơn so với phụ nữ không có thai. Đây là nguyên nhân của tình trạng ĐTĐTK. Đồng thời, nhu cầu insulin của thai phụ cũng tăng dẫn đến thiếu hụt insulin tương đối. Sự kết hợp hai yếu tố trên dẫn tới thai phụ có xu hướng bị ĐTĐTK ở nửa sau thai kỳ. ĐTĐ thai kỳ thường xuất hiện vào khoảng tuần thứ 24 của thai kỳ, khi mà nhau thai sản xuất một lượng đủ lớn các

hormon gây kháng insulin. Theo báo cáo của Hiệp hội Sản – Phụ khoa của Mỹ năm 2011 (ACOD) cũng đồng thuận với quan điểm về thời gian tốt nhất để sàng lọc ĐTĐTK là ở thời điểm 24 – 28 tuần tuổi thai [7].

Đái tháo đường trong thai kỳ ngày càng tăng trong khi hiểu biết của sản phụ về bệnh còn thấp, nhất là ở những khu vực trình độ dân trí chưa cao. Đặc biệt, nguy cơ cho mẹ và thai nhi càng tăng nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị tốt trong thai kỳ. Vì thế, tầm soát và chẩn đoán ĐTĐTK cho tất cả thai phụ có tuổi thai từ 24-28 tuần là cần thiết.

4.2. Mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ với tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ

- Mối liên quan giữa tuổi với đái tháo đường thai kỳ:

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ mắc ĐTĐTK theo các nhóm tuổi < 25 tuổi; 25-34 tuổi; \geq 35 tuổi lần lượt là 7,6%; 15,8%; 26,0%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tuổi trung bình của thai phụ ngày càng cao và thai phụ càng lớn tuổi thì tần suất ĐTĐTK ngày càng tăng lên.

Tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ nói chung và ĐTĐTK nói riêng, đang gia tăng ở tất cả các nước phát triển và đang phát triển và ước tính sự gia tăng của nó sẽ tiếp tục trong những năm tới do tuổi trung bình của dân số tăng, lối sống ít vận động ở đô thị và tăng số lượng phụ nữ béo phì [10].

- Mối liên quan giữa nghề nghiệp với đái tháo đường thai kỳ:

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thai phụ là cán bộ công chức và nghề khác có tỷ lệ lớn nhất (lần lượt là 43,0-44,5%). Trong đó, thai phụ là cán bộ công chức có ĐTĐTK chiếm tỷ lệ 17,4% và không ĐTĐTK chiếm tỷ lệ 82,6%. Nhóm nghề khác có ĐTĐTK chiếm tỷ lệ 13,9% và không ĐTĐTK chiếm tỷ lệ 86,1%. Sự khác biệt giữa đái tháo đường thai kỳ với nghề nghiệp của thai phụ không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

- Mối liên quan giữa BMI trước khi mang thai với đái tháo đường thai kỳ:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ người gầy chiếm 6,7% và thai phụ thừa cân, béo phì trước khi mang thai, chiếm tỷ lệ 23,1% ($p < 0,05$). Thừa cân và béo phì được coi là yếu tố nguy cơ cao của đái tháo đường, bệnh lý mạch vành nói chung và đái tháo đường thai kỳ nói riêng, là yếu tố được các tác giả trong nước quan tâm nhiều mặc dù tỷ lệ béo phì ở Việt Nam không cao như các nước phát triển. Người béo phì có tình trạng kháng insulin, tăng tiết insulin, dễ mắc bệnh ĐTĐTK.

- Mối liên quan giữa cân nặng những lần sinh con trước với ĐTĐTK:

Trong nghiên cứu này nhóm thai phụ có tiền sử sinh con nặng < 3500g được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ chiếm tỷ lệ 12,9%. Có 31 thai phụ đái tháo đường thai kỳ có tiền sử sinh con nặng \geq 3500g, chiếm tỷ lệ 38,3%. Sự khác biệt giữa tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ với tiền sử cân nặng con những lần sinh trước có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Lê Thị Minh Phú và cộng sự về tỷ lệ ĐTĐTK tại khoa sản Bệnh viện Nguyễn Tri Phương cho kết quả mối liên quan giữa tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ với tiền sử cân nặng của con những lần sinh trước có ý nghĩa thống kê ($p = 0,03$) [5].

Năm 2016, Nguyễn Thị Lệ Hằng và cộng sự nghiên cứu tỷ lệ ĐTĐTK và các yếu tố nguy cơ tại Bệnh viện An Bình cho kết quả thai phụ có tiền sử sinh con \geq 4000g được chẩn đoán ĐTĐTK chiếm tỷ lệ 40% tăng gấp 3, 4 lần so với nhóm không có tiền sử sinh con to chiếm 16%, sự khác biệt này cũng có ý nghĩa thống kê với $p = 0,048$ [2].

Cân nặng trẻ lúc đẻ vừa là hậu quả của ĐTĐTK vừa là yếu tố nguy cơ của ĐTĐTK

đối với người mẹ mang thai lần sau.

- Mọi liên quan giữa tiền sử sản khoa bất thường với ĐTĐTK:

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tỷ lệ ĐTĐTK ở nhóm thai phụ có tiền sử sảy thai, thai lưu là 26,5%, tỷ lệ ĐTĐTK ở nhóm có tiền sử tiền sản giật là 14,3% và ở nhóm tiền sử ĐTĐTK là 37,5%. So sánh tỷ lệ giữa nhóm có tiền sử sảy thai và thai lưu có ĐTĐTK và không ĐTĐTK thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Năm 2019, Huỳnh Ngọc Duyên và cộng sự nghiên cứu tỷ lệ ĐTĐTK và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Sản Nhi Cà Mau cho kết quả thai phụ có tiền sử sảy thai, thai lưu không phải là những yếu tố nguy cơ độc lập của ĐTĐTK, phân tích hồi quy đa biến không cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$ [1].

Kết quả của chúng tôi phù hợp với kết quả của Nguyễn Thị Lê Hằng và cộng sự (2016) khi nghiên cứu tỷ lệ ĐTĐTK và các yếu tố nguy cơ tại bệnh viện An Bình, tác giả cũng ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở nhóm thai phụ bị ĐTĐTK có tiền sử thai lưu với $p < 0,05$ [2].

Việc sàng lọc ĐTĐTK cho những thai phụ có yếu tố nguy cơ hay cho tất cả thai phụ hiện nay cũng có nhiều ý kiến. Nếu chỉ sàng lọc cho thai phụ có yếu tố nguy cơ thì có thể bỏ sót một tỷ lệ thai phụ mắc ĐTĐTK, do đó việc tầm soát đại trà ĐTĐTK cho tất cả các thai phụ là rất cần thiết nhằm hạn chế và điều trị kịp thời được các biến chứng cho thai phụ và trẻ sinh ra.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ ở phụ nữ có thai là 15,8%. Có mối liên quan giữa ĐTĐ thai kỳ với tuổi thai, BMI của thai phụ trước khi mang thai, phụ nữ có tiền sử sảy thai, thai chết lưu và cân nặng của trẻ trong các lần sinh trước ($p < 0,05$). Do đó nên tiến hành khám tầm soát đái tháo đường thai kỳ cho tất cả thai phụ 24-28 tuần tại các cơ sở y tế để phát hiện sớm đái tháo đường thai kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huỳnh Ngọc Duyên (2019), “Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Phụ Sản nhi Cà Mau”, *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*, Phụ bản Tập 23, số 2.
2. Nguyễn Thị Lê Hằng và cộng sự (2016), “Nghiên cứu tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố nguy cơ tại Bệnh viện An Bình”, *Tạp chí Y Học Thành phố Hồ Chí Minh*, Phụ Bản Tập 20, Số 5.
3. Vũ Bích Nga (2009), *Nghiên cứu ngưỡng glucose máu lúc đói để sàng lọc đái tháo đường thai kỳ và bước đầu đánh giá hiệu quả điều trị*, Luận án tiến sĩ Y học, Chuyên ngành Nội - Nội tiết, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Bùi Thị Phương Nga, Lê Phạm Hoa Sơn Trà (2019), “Tỷ lệ và một số yếu tố liên quan của đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện Đa khoa Long An”, *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 23(2).
5. Lê Thị Minh Phú (2014), *Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan tại khoa Sản bệnh viện Nguyễn Tri Phương*, Luận án chuyên khoa II, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, tr. 51-70.
6. American Diabetes Association: “Management of diabetes in pregnancy”: Standards of Medical Care in Diabetes – 2020, 43(Suppl. 1):S183-S192.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists (2011), “ACOG committee on obstetric practice No. 504: Screening and diagnostic of gestational diabetes mellitus”, *Obstet Gynecol*, 118, pp. 751-753

8. ADA (2017), “Diagnosis and classification of Diabetes Mellitus”, *Diabetes Care*, 40(1), pp. 24-26.
9. Chandana M. Puttaraju, Madhu M. Shankaregowda (2016), “Prevalence of Gestational Diabetes Mellitus and Associated Risk Factors at a Tertiary Care Hospital in Karnataka”, *Indian Journal of Obstetrics and Gynecology*.
10. Nezami N, *et al.* (2010), “Lovastatin raises serum osteoprotegerin level in people with typ 2 diabetic nephropathy”, *ClinBiochem*, 43(16), 1294-9.

(Ngày nhận bài: 20/2/2023 – Ngày duyệt đăng: 31/3/2023)