

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

Trần Khánh Nga^{1,2}, Ngũ Quốc Vĩ², Lâm Đức Tâm², Cao Ngọc Thanh³, Phạm Văn Linh²

(1) Nghiên cứu sinh Trường Đại học Y Dược Huế, Đại học Huế

(2) Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

(3) Bộ môn Phụ sản, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) thay đổi từ 2 đến 25% ở các thai phụ trên toàn thế giới. Bệnh có chiều hướng ngày càng gia tăng nhất là ở khu vực Châu Á – Thái Bình Dương, trong đó có Việt Nam với tỷ lệ dao động từ 8,1 – 18,3% [16]. Bệnh ít có triệu chứng nên cần tầm soát để phát hiện bệnh. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố liên quan ở thai phụ 24-28 tuần khám đến tại Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 1291 thai phụ có tuổi thai từ 24 đến 28 tuần đến khám bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ từ tháng 04/2018 đến 07/2019. **Kết quả:** Tỷ lệ ĐTĐTK kỳ là 8,8% (113 trường hợp). Các yếu tố liên quan bao gồm: thai phụ ở thành thị ($p < 0,001$, OR=3,62), lao động trí óc ($p < 0,006$, OR=2,76), BMI thai phụ ≥ 25 ($p < 0,001$, OR=4,92), tiền sử tăng huyết áp thai kỳ ($p = 0,004$, OR=4,32), tiền sử mang thai chết lưu ($p = 0,001$, OR=5,61) và tiền sử sinh con dị tật ($p = 0,03$, OR=26,33). **Kết luận:** Cần tầm soát ĐTĐTK thường quy ở tất cả thai phụ khám thai, nhất là thai phụ ở thành thị, lao động trí óc, BMI ≥ 25 , có tiền sử sinh con dị tật hoặc thai chết lưu

Từ khóa: Đái tháo đường thai kỳ

Abstract

Prevalence of gestational diabetes mellitus and related factors at Can Tho obstetrics and Gynecology Hospital

Tran Khanh Nga^{1,2}, Ngu Quoc Vi², Lam Duc Tam², Cao Ngoc Thanh³, Pham Van Linh²

(1) PhD Student of Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(2) Can Tho University of Medicine and Pharmacy

(3) Department of Obstetrics and Gynecology, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Background: The overall prevalence of gestational diabetes mellitus (GDM) is from 2 to 25% in current worldwide estimates, tends to increase especially in the Asia - Pacific region with proportion ranged from 8,1 to 18.3% and has become a concern for obstetricians. Objectives: to identify the prevalence of gestational diabetes mellitus among 24-28w pregnancy and its related factors at Can Tho Obstetrics&Gynecology hospital. **Materials and methods:** A cross-sectional study was conducted in 1291 pregnant women from 24 to 28 weeks hospitalized at Can Tho obstetrics and gynecology hospital from April 2018 to July 2019. **Results:** The incidence of GDM was 8.8% (113/1291 gestations). Factors were related to GDM include: urban pregnant women (OR=3.62, 95%CI: 1.86-7.09), intellectual labor (OR=2.76, 95%CI: 1.35-5.65), BMI ≥ 25 (OR=4.92, 95%CI: 2.47-9.82), history of gestational hypertension (OR=4.32, 95%CI: 1.60-11.72), history of stillbirth (OR=5.61, 95%CI: 1.99-15.83) and history of birth defects (OR=26.33, 95%CI: 1.46-475.57). **Conclusion:** Pregnant women at 24-28w pregnancy should be advised to screening popularly for detection of gestational diabetes mellitus.

Keyword: gestational diabetes mellitus

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là bệnh rối loạn chuyển hóa đang có tốc độ phát triển nhanh hiện nay, trong đó đái tháo đường thai kỳ là một thể đặc biệt của bệnh lý đái tháo đường. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ thay đổi từ 2 đến 25% ở các thai phụ trên toàn thế giới. Bệnh có chiều hướng ngày càng gia tăng nhất là ở khu vực Châu Á – Thái Bình Dương, trong đó có Việt

Nam với tỷ lệ dao động từ 8,1 – 18,3% [16]. nhiều trường hợp chỉ khi đường huyết của thai phụ đái tháo đường thai kỳ đã quá cao và có tai biến, họ mới được chuyển đến các bác sĩ chuyên khoa điều trị thì quá muộn và đã có những tai biến đáng tiếc xảy ra. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố liên quan ở thai phụ đến khám tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần

Thơ" với mục tiêu:

1. *Xác định tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ ở thai phụ đến khám tại Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ năm 2018-2019.*

2. *Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến đái tháo đường thai kỳ ở thai phụ đến khám tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ năm 2018-2019.*

2. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả thai phụ đến khám thai tại phòng khám sản Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ từ tháng 04/2018 đến tháng 07/2019..

- Tiêu chuẩn chọn mẫu:

+ Tuổi thai từ 24 - 28 tuần. Được tính từ ngày đầu của kỳ kinh cuối hoặc siêu âm 3 tháng đầu thai kỳ (tính theo siêu âm nếu kinh sót không phù hợp với siêu âm).

+ Đơn thai

+ Đồng ý làm nghiệm pháp dung nạp glucose 75g tại phòng khám bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ.

+ Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Đã được chẩn đoán là 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... Đã được chẩn đoán ĐTĐ trước khi mang thai. Đã được chẩn đoán ĐTĐTK từ nơi khác chuyển đến.

+ Đang mắc các bệnh lý ác tính, bệnh lý nội khoa nặng, bệnh tim mạch, bệnh tâm thần. Đã được chẩn đoán thiếu máu mức độ vừa hoặc nặng.

+ Đang sử dụng các thuốc có ảnh hưởng đến chuyển hoá glucose: corticoide, salbutamol, thuốc chẹn giao cảm, lợi tiểu nhóm thiazide, thuốc chống loạn thần, acetaminophen, phenytoin, acid nicotin-ic...

+ Thường xuyên tiếp xúc khói thuốc lá (chủ động hoặc thụ động), thường xuyên sử dụng thức uống có cồn như bia, rượu...

+ Thai phụ không thể lấy đủ 3 mẫu máu xét nghiệm hoặc từ chối trả lời bảng câu hỏi.

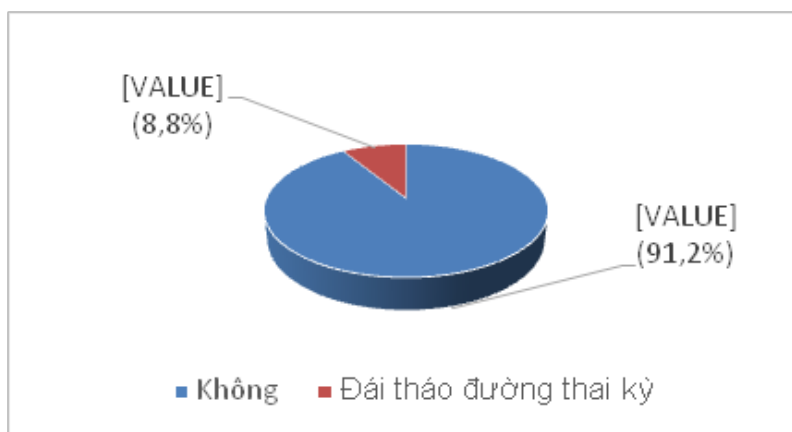
2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Cỡ mẫu:** 1291 trường hợp có tuổi thai từ 24 đến 28 tuần khám tại Bệnh viện

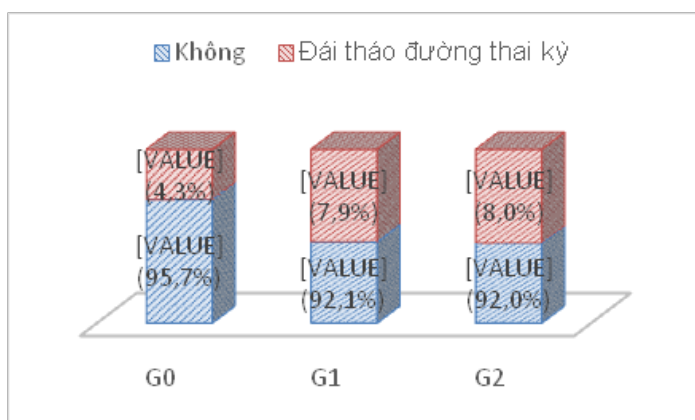
- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu ngẫu nhiên đơn ở tất cả thai phụ nhập viện và sinh tại Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu từ tháng 04/2018 đến 06/2019 thông qua bộ câu hỏi được soạn trước phù hợp với mục tiêu nghiên cứu.

- **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. Phòng vấn theo phiếu thu thập số liệu 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 THATK 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

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1. Tỷ lệ ĐTĐTK



Biểu đồ 2. Tỷ lệ ĐTĐTK theo mẫu máu xét nghiệm của các thai phụ

Bảng 1. Tỷ lệ ĐTĐTK theo địa chỉ của thai phụ

Địa chỉ	ĐTĐTK (n=1291) (%)		OR KTC (95%)	p (χ^2)
	Có (n = 113)	Không (n = 1178)		
Nông thôn	46 (5,2)	840 (94,8)	1	< 0,001 (44,84)
Thành thị	67 (16,5)	338 (83,5)	3,62 (2,45 – 5,38)	

Nhận xét: Nhóm thai phụ sinh sống thành thị có tỷ lệ ĐTĐTK cao hơn nhóm sinh sống nông thôn 3,62 lần với $p < 0,001$.

Bảng 2. Tỷ lệ ĐTĐTK theo nghề nghiệp của thai phụ

Nghề nghiệp	ĐTĐTK (n=1291) (%)		OR KTC (95%)	p (χ^2)
	Có (n = 113)	Không (n = 1178)		
Nông dân, công nhân	15 (4,0)	362 (96,0)	1	< 0,001 (30,98)
Công nhân viên chức, văn phòng	48 (15,7)	257 (84,3)	4,51 (2,47 – 8,20)	
Buôn bán	13 (9,6)	123 (90,4)	2,55 (1,18 – 5,53)	
Nội trợ	28 (8,7)	294 (91,3)	2,30 (1,21 – 4,38)	
Nghề khác	9 (6,0)	142 (94,0)	1,53 (0,65 – 3,58)	

Nhận xét: Thai phụ trong các nhóm nghề nghiệp khác có tỷ lệ mắc ĐTĐTK cao hơn nhóm thai phụ làm nông dân, công nhân với $p < 0,001$.

Bảng 3. Tỷ lệ ĐTĐTK theo tiền sử gia đình thế hệ thứ nhất của thai phụ bị đái tháo đường

Tiền sử gia đình ĐTĐ	ĐTĐTK (n=1291) (%)		OR KTC (95%)	p (*)
	Có (n = 113)	Không (n = 1178)		
Không	102 (8,2)	1144 (91,8)	1	0,001
Có	11 (24,4)	34 (75,6)	3,63 (1,79 – 7,38)	

*Kiểm định chính xác Fisher

Nhận xét: Kiểm định chính xác Fisher chúng tôi nhận thấy nhóm có tiền sử ĐTĐ có nguy cơ mắc ĐTĐTK cao hơn 3,63 lần với $p = 0,001$ (KTC 95% là 1,79 – 7,38).

Bảng 4. Tỷ lệ ĐTĐTK theo BMI của thai phụ

BMI (kg/m ²)	ĐTĐTK (n=1291) (%)		OR KTC (95%)	p (χ^2)
	Có (n= 113)	Không (n= 1178)		
< 25	57 (5,9)	906 (94,1)	1	<0,001
≥ 25	56 (17,1)	272 (82,9)	3,27 (2,21 – 4,85)	

Nhận xét: Nhóm thai phụ có BMI ≥ 25 ghi nhận tỷ lệ mắc ĐTĐTK cao gấp 3,27 lần so với nhóm có BMI < 25 (KTC 95% 2,21 – 4,85)

Bảng 5. Tỷ lệ ĐTĐTK theo tiền sử sản khoa của thai phụ

Tiền sử sản khoa	ĐTĐTK (n=1291) (%)		OR KTC (95%)	p (χ^2)
	Có (n= 113)	Không (n= 1178)		
Mang thai				
Con so	65 (8,2)	724 (91,8)	1	0,41 (0,67)
Con rạ	48 (9,6)	454 (90,4)	1,18 (0,80 – 1,74)	
Sinh non				
Không	109 (8,6)	1154 (91,4)	1	0,30*
Có	4 (14,3)	24 (85,7)	1,77 (0,60 – 5,18)	
Sẩy thai				
Không	90 (8,6)	954 (91,4)	1	0,73 (0,12)
Có	23 (9,3)	224 (90,7)	1,09 (0,67 – 1,76)	
Thai lưu				
Không	(n=56) 49 (8,1)	(n=588) 557 (91,9)	1	0,04 (4,81)
Có	7 (18,4)	31 (81,6)	2,57 (1,08 – 6,13)	
Sinh con ≥ 4000g				
Không	(n=48) 37 (8,4)	(n=454) 402 (91,6)	1	0,02 (5,20)
Có	11 (17,5)	52 (82,5)	2,30 (1,11 – 4,78)	
Sinh con dị tật				
Không	(n=56) 54 (8,4)	(n=588) 587 (91,6)	1	0,02*
Có	2 (66,7)	1 (33,3)	21,74 (1,94 – 243,66)	
ĐTĐTK				
Không	(n=42) 40 (10,6)	(n=441) 337 (89,4)	1	0,13*
Có	2 (33,3)	4 (66,7)	4,21 (0,75 – 23,73)	
THATK				
Không	(n=48) 41 (8,7)	(n=454) 429 (91,3)	1	0,03*
Có	7 (21,9)	25 (78,1)	2,93 (1,19 – 7,19)	

*Kiểm định chính xác Fisher

Nhận xét: Thai phụ mang thai con rạ có tỷ lệ mắc ĐTĐTK cao hơn con so với p = 0,41 và OR = 1,18 (KTC 95%: 0,80 – 1,74). Thai phụ có tiền sử mang thai chết lưu có tỷ lệ mắc ĐTĐTK cao hơn nhóm không có tiền sử mang thai chết lưu với p = 0,04 và OR = 2,57 (KTC 95%: 1,08 – 6,13). Thai phụ có tiền sử sinh con nặng hơn 4000g có tỷ lệ mắc ĐTĐTK cao hơn nhóm không có tiền sử sinh con nặng hơn 4000g với p = 0,02 và OR = 2,30 (KTC 95%: 1,11 – 4,78). Thai phụ có tiền sử sinh con dị tật có tỷ lệ mắc ĐTĐTK cao hơn nhóm không có tiền sử sinh con dị tật với p = 0,02 và OR = 21,74 (KTC 95%: 1,94 – 243,66). Thai phụ có

tiền sử tăng huyết áp thai kỳ có tỷ lệ mắc ĐTĐTK cao hơn nhóm không có tiền sử này với p = 0,03 và OR = 2,93 (KTC 95%: 1,19 – 7,19). Thai phụ có tiền sử đái tháo đường thai kỳ có tỷ lệ mắc ĐTĐTK cao hơn nhóm không có tiền sử này với p = 0,13 và OR = 4,21 (KTC 95%: 0,75 – 23,73).

4. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ

Tỷ lệ ĐTĐTK trong nghiên cứu của chúng tôi là 8,8% (KTC95%: 7,2%-10,3%). Theo các kết quả nghiên cứu trước có thể thấy được số thai phụ có

ĐTĐTK trong nghiên cứu của các tác giả Phạm Kim Phương, Nguyễn Khoa Diệu Vân và Châu Hoàng Sinh[7] là khá cao trong dân số nghiên cứu với tỷ lệ hơn 30% cho đến gần 40% dù được thực hiện ở ba vị trí hoàn toàn khác nhau với hai nghiên cứu được thực hiện ở hai bệnh viện có quy mô khám chữa bệnh khá lớn thuộc Hà Nội và Tp.HCM cùng với một nghiên cứu thực hiện tại cộng đồng tại một tỉnh biên giới thuộc miền Đông Nam bộ. Điểm chung của các nghiên cứu này là tương đồng về tiêu chuẩn chọn bệnh và phương pháp sàng lọc, chẩn đoán, thực hiện ở nơi có mật độ dân cư đông đúc, phân bố ngành nghề đa dạng, tình trạng kinh tế ở mức trung bình cho đến khá cao, số mẫu quan sát đủ lớn cho đến khá lớn, chỉ riêng của tác giả Châu Hoàng Sinh [7] thực hiện ở vùng có tỷ lệ tín đồ theo đạo khá cao. Qua đó cho thấy phân bố ngành nghề và tình trạng kinh tế có tác động nhất định đến tỷ lệ ĐTĐTK. Các nghiên cứu của Lại Thị Ngọc Diệp[2], Trương Thị Quỳnh Hoa, Lê Thị Thanh Tâm, Trương Thị Ái Hòa[5] và Huỳnh Ngọc Duyên [1] đều có tỷ lệ ĐTĐTK trong kết quả trên dưới 20%. Khi so sánh địa điểm tiến hành nghiên cứu của các tác giả trên cho thấy được thực hiện ở nhiều vị trí rất khác nhau, từ các nghiên cứu trong bệnh viện cho đến các nghiên cứu tại cộng đồng trong một huyện hoặc cả một thành phố trải dài từ Bắc Trung bộ đến mũi Cà Mau với số lượng mẫu khảo sát không nhỏ cùng với đặc điểm phân bố của mẫu khá đa dạng nên có thể phản ánh một phần khá quan trọng về thực trạng bệnh lý ĐTĐTK của Việt Nam. Trong nghiên cứu của chúng tôi khảo sát được tỷ lệ ĐTĐTK thấp hơn so với các tác giả nêu trên và tương đồng với kết quả của các tác giả Phạm Thị Triều Tiên, Nguyễn Thị Lệ Hằng[3], Võ Thị Ánh Nhân[6] và Nguyễn Thị Phương YẾN[8] với tỷ lệ dao động từ 8% đến dưới 10%. Trong các tác giả này có hai tác giả tiến hành nghiên cứu tại bệnh viện An Bình, thành phố Hồ Chí Minh và hai tác giả cũng thực hiện tại Cần Thơ như chúng tôi nhưng ở các bệnh viện khác nhau. Mặc dù cả ba nghiên cứu ở Cần Thơ đều tiến hành lấy mẫu tại bệnh viện, không thể khái quát hóa cho cả cộng đồng dân cư nhưng được thực hiện ở ba bệnh viện có số lượt khám, chữa bệnh khá lớn của thành phố nên cũng thể hiện khá hợp lý về tỷ lệ lưu hành của ĐTĐTK tại Cần Thơ và vùng phụ cận. Với kết quả tỷ lệ ĐTĐTK dưới 10%, thấp hơn so với kết quả nghiên cứu ở các vùng khác nên có thể xem đây như là dấu hiệu tương đối lạc quan về bệnh lý này ở Cần Thơ so với các nơi khác. Ngoài ra, khi tham khảo một số nghiên cứu cũng trong khu vực Châu Á như Ấn Độ, Hàn Quốc và Kuwait cho thấy tỷ lệ ĐTĐTK dao động từ 9,5% đến 12,6%[11], khá tương đồng so với nghiên

cứu của chúng tôi. Các kết quả này cũng phù hợp với phân tích gộp trên 84 nghiên cứu ở các nước Châu Á của Siew M.C. [14] cho thấy tỷ lệ ĐTĐTK trung bình chung là 11,5% (KTC95%: 10,9- 12,1%) và báo cáo của Zhu Y. [16] phân tích gộp trên 77 nghiên cứu ở 36 quốc gia cho thấy tỷ lệ ĐTĐTK của khu vực Đông Á và Nam Á nằm trong khoảng 8,1- 18,3% và vùng Trung Đông nằm trong khoảng 8,4- 24,5%. Trong khi đó, Melchior [13] tổng hợp trên 12 nghiên cứu lớn ở Đức, Croatia, Úc, Canada và Mỹ cho thấy tỷ lệ ĐTĐTK đa số dưới 10%.

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

Về nhóm tuổi: Hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ (ADA) đồng thuận tại hội nghị ĐTĐTK lần thứ V trên thế giới, thống nhất tuổi < 25 là nhóm nguy cơ thấp và nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ ĐTĐTK gia tăng theo tuổi mẹ. Hiện nay, ACOG [9] và ADA[10] cũng chỉ ra rằng độ tuổi ≥ 35 là nhóm có nguy cơ của ĐTĐTK. Qua thống kê, độ tuổi trung bình của thai phụ trong nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm ĐTĐTK là $31,7 \pm 4,7$ và ở nhóm không ĐTĐTK là $28,7 \pm 5,3$. Trong đó, tỷ lệ ĐTĐTK cao nhất ở nhóm thai phụ ≥ 35 tuổi (13,7%) và thấp nhất ở nhóm dưới 25 tuổi (1,9%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Khi so với nhóm dưới 25 tuổi, nhóm từ 25 đến dưới 35 tuổi tăng nguy cơ mắc ĐTĐTK 5,52 lần (KTC95%: 2,21- 13,78) và nhóm ≥ 35 tuổi tăng nguy cơ 8,18 lần (KTC95%: 3,10- 21,59). Tương tự, tác giả Huỳnh Ngọc Duyên [1] qua khảo sát thấy ở nhóm từ 25 – 34 tuổi và nhóm ≥ 35 tuổi có nguy cơ ĐTĐTK cao gấp là 2,11 lần (KTC95%: 1,03- 4,28) và 5,01 lần (KTC95%: 1,97- 12,75) khi so với nhóm dưới 25 tuổi. Các tác giả khác cũng có kết quả tương đồng với chúng tôi khi cho thấy nhóm tuổi ≥ 25 tăng nguy cơ ĐTĐTK lên 1,68 lần (KTC 95% 1,16- 2,45) của tác giả Lại Thị Ngọc Diệp [2], tăng 2,54 lần (0,92- 7,06), tăng 5,0 lần (KTC95%: 2,3-11,1) và 2,42 lần (KTC 95% 1,96 – 6,23) như trong nghiên cứu của các Võ Thị Ánh Nhân [6], Châu Hoàng Sinh [7] và Nguyễn Thị Phương YẾN [8]. **Về nghề nghiệp:** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ ĐTĐTK ở các nhóm nghề nội trợ, nhóm nghề buôn bán và nhóm nghề viên chức, văn phòng đều cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) so với nhóm nghề nông dân, công nhân với tỷ số nguy cơ lần lượt là: 2,30 (KTC95%: 1,21 – 4,38), 2,55 (KTC95%: 1,18 – 5,53) và 4,51 (KTC95%: 2,47 – 8,20). Tuy nhiên, trong các nghiên cứu của các tác giả Huỳnh Ngọc Duyên [1], Trương Thị Ái Hòa [5], Võ Thị Ánh Nhân [6] và Nguyễn Thị Phương YẾN [8] chưa tìm thấy khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các ngành nghề. Điều này có thể lý giải một phần do sự phân bố nghề nghiệp cũng như đặc thù

công việc tùy thuộc vào điều kiện rất khác nhau của từng địa phương, một phần cũng do cách phân chia hiện nay không phản ánh chính xác hoàn toàn điều kiện làm việc và sinh hoạt đặc thù của các ngành nghề. **Về nơi cư ngụ:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, có đến 68,6% thai phụ có địa chỉ ở nông thôn theo định nghĩa về nông thôn mới trong Thông tư số 41/2013/TT-BNNPTNT 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. Toàn thành phố Cần Thơ chỉ có 4 huyện nông thôn là Vĩnh Thạnh, Cờ Đỏ, Phong Điền và Thới Lai với tổng dân số chỉ chiếm 21,1% (466804/2208105) dân số của Cần Thơ (theo Niên giám thống kê thành phố Cần Thơ 2014). Tuy nhiên, mặc dù tiến hành ở bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ nhưng có đến 33,6% (434/1291) thai phụ đến khám khám có địa chỉ là ở các huyện thuộc các tỉnh lân cận. Điều này cho thấy tỷ lệ thai phụ ở tại quận Ninh Kiều (nơi bệnh viện tọa lạc) đi khám thấp hơn so với ở nơi khác đến. Dù chỉ chiếm tỷ lệ thấp trong dân số nghiên cứu nhưng nguy cơ ĐĐTĐK của nhóm ở thành thị cao gấp 3,62 lần (KTC95%: 2,45 – 5,38) so với nhóm ở nông thôn. Kết quả này cũng tương đồng với tác giả Nguyễn Thị Phương Yến [8] thực hiện tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ với thành thị có nguy cơ tăng gấp 2,65 lần (KTC95%: 1,04 – 6,78) so với nông thôn. **Về tiền sử gia đình ĐĐTĐ:** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ ĐĐTĐK ở nhóm thai phụ có tiền sử người thân trực hệ trong gia đình mắc bệnh ĐĐTĐ cao gấp 3,63 lần (KTC95%: 1,79 – 7,38) so với nhóm còn lại. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với các khảo sát trước đây như của tác giả Huỳnh Ngọc Duyên [1] nghiên cứu tại Bệnh Viện Sản Nhi Cà Mau với OR=3,16 (KTC95%: 1,47 – 6,77), Nguyễn Thị Lệ Hằng [3] tại Bệnh viện An Bình với OR=2,86 (p=0,001), Trương Thị Quỳnh Hoa [4] tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định với OR=2,0 (KTC95%: 1,0 – 4,0), Trương Thị Ái Hòa [5] tại Bệnh viện quận 2 với OR=3,22 (KTC95%: 1,93 – 5,38), Võ Thị Ánh Nhàn [6] tại bệnh viện An Bình với OR=2,9 (KTC95%: 1,5 – 5,7) và Châu Hoàng Sinh [7] tại Bệnh viện quận Thủ Đức với OR=2,5 (KTC95%: 1,1-5,7). Theo các y văn trước đây, tiền sử gia đình trực hệ (cha mẹ, anh chị em ruột) bị ĐĐTĐ vốn được xem là yếu tố nguy cơ kinh điển của ĐĐTĐK, nhiều nghiên cứu thăm dò cha mẹ của người ĐĐTĐK cho thấy tỷ lệ bị rối loạn dung nạp glucose hoặc có ĐĐTĐ tít 2 là khá lớn. Điều này gợi ý rằng khả năng yếu tố di truyền trên nhiều gen hoặc ảnh hưởng của môi trường tới ĐĐTĐK nhiều hơn là di truyền trên nhiễm sắc thể trội. Do đó, tiền sử gia đình trực hệ có ĐĐTĐ được ACOG[9], ADA [10]

và WHO[15] định danh là một trong các yếu tố nguy cơ của ĐĐTĐK [9], [10], [15]. **Về béo phì trước mang thai:** Zhu [16] và cộng sự phân tích cho thấy mặc dù người Châu Á thường có chỉ số BMI thấp hơn các chủng tộc khác nhưng rất dễ bị tích lũy mỡ nội tạng và béo bụng, các yếu tố thuận lợi cho suy giảm chức năng tế bào beta tuyến tụy và tình trạng đề kháng insulin. Theo bảng phân loại BMI của IDI/WPRO dành cho người châu Á [11], béo phì trước mang thai được chia ở mức BMI ≥ 23 . Tuy nhiên, trong nhiều nghiên cứu chúng tôi tham khảo được ở Việt Nam chỉ có tác giả Trương Thị Ái Hòa [5] phân chia theo mức này và không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê. Do các tác giả khác vẫn dùng ngưỡng BMI ≥ 25 để chia nhóm phân tích nên trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn dùng mức này để tiện cho việc so sánh, kết quả chúng tôi cho thấy BMI ≥ 25 làm tăng nguy cơ ĐĐTĐK gấp 3,27 lần (KTC95%: 2,21- 4,85). Tương tự, các Huỳnh Ngọc Duyên [1], Lại Thị Ngọc Diệp [2], Châu Hoàng Sinh [7] và Nguyễn Thị Phương Yến [8] cũng khảo sát thấy ngưỡng BMI này làm tăng tỷ lệ mắc ĐĐTĐK với các nguy cơ lần lượt là: OR=2,76 (KTC95%: 1,49- 5,09), OR= 2,18(KTC95%: 1,08- 4,25), OR=2,7 (KTC95%: 1,1- 7,3) và OR=4,13 (KTC95%: 1,51 – 11,34). Điều này cũng phù hợp với y văn khi cả ACOG [9], ADA [10] và WHO [15] đều xác định đây là một trong những yếu tố có liên quan mạnh đến ĐĐTĐK. Garrison [12] và Zhu [16] cũng xác định đây là yếu tố nguy cơ độc lập khá mạnh của ĐĐTĐK chỉ đứng sau yếu tố tiền sử ĐĐTĐK ở lần mang thai trước với OR hiệu chỉnh là 3,2. **Về số lần sinh con:** Trong nghiên cứu chúng tôi chia thai phụ thành 2 nhóm: chưa sinh con lần nào (con so) và đã từng sinh con (con rạ). Kết quả phân tích cho thấy không khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ ĐĐTĐK giữa 2 nhóm. Kết quả này cũng tương tự như trong nghiên cứu của các Huỳnh Ngọc Duyên [1], Lại Thị Ngọc Diệp [2], Trương Thị Quỳnh Hoa [4], Trương Thị Ái Hòa [5] và Võ Thị Ánh Nhàn [6]. **Về tiền sử sinh non, sảy thai, thai chết lưu, sinh con dị tật, sinh con to:** Theo kết quả phân tích của chúng tôi không tìm thấy khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có và không có tiền sử sinh non. Nghiên cứu của Huỳnh Ngọc Duyên [1], Trương Thị Quỳnh Hoa [4] và Nguyễn Thị Phương Yến [8] cũng cho kết quả tương đồng. Tương tự, tiền sử sảy thai trong nghiên cứu của chúng tôi và tác giả Nguyễn Thị Phương Yến [8] cũng không có liên quan đến tỷ lệ ĐĐTĐK. Riêng Huỳnh Ngọc Duyên [1] phân tích cho thấy nhóm có tiền sử sảy thai tăng nguy cơ ĐĐTĐK 2,29 lần (KTC95%: 1,22 – 4,27) so với nhóm còn lại. Qua khảo sát, nghiên cứu chúng tôi và các tác giả Huỳnh Ngọc Duyên [1], Trương Thị

Quỳnh Hoa [4] cho thấy tiền sử có mang thai chết lưu ở lần mang thai trước làm tăng nguy cơ ĐTDTK với các nguy cơ lần lượt là $OR=2,57$ (KTC95%: 1,08-6,13), $OR=3,18$ (KTC95%: 1,13- 8,96) và $OR=15,1$ (KTC95%: 1,5-151,0), còn tác giả Nguyễn Thị Phương Yến[8] khảo sát thấy biến số này không làm tăng nguy cơ có ý nghĩa thống kê. Khi tìm hiểu về tiền sử sinh con dị tật, chúng tôi thấy nhóm có tiền sử này tăng nguy cơ ĐTDTK lên 21,74 lần (KTC95%: 1,94-243,66) so với nhóm không có. Tuy nhiên, các tác giả Huỳnh Ngọc Duyên [1], Trương Thị Quỳnh Hoa [4] và Nguyễn Thị Phương Yến [8] lại cho thấy yếu tố tiền sử này không có mối liên quan với tỷ lệ ĐTDTK. Theo y văn và tổng hợp các nghiên cứu lớn về ĐTDTK thì tiền sử sinh con ≥ 4000 g là một trong những yếu tố nguy cơ độc lập của bệnh lý này [9], [10], [16]. Tuy vậy, do người Việt Nam nói riêng và đa số sắc tộc của người Châu Á nói chung có vóc dáng nhỏ hơn của người Âu - Mỹ, tỷ lệ sinh con trên 4000 gram không nhiều nên các đồng thuận về con to ở Việt Nam chủ yếu chỉ ở ngưỡng cân nặng bé từ 3500g trở lên. Tham khảo nghiên cứu của các tác giả khác trong nước vẫn dùng ngưỡng 4000g trở lên để đánh giá nguy cơ liên quan đến ĐTDTK nên để tiện cho việc so sánh, chúng tôi vẫn lấy mốc thai to là từ

4000g trở lên theo như y văn của thế giới [15]. Kết quả của chúng tôi và tác giả Huỳnh Ngọc Duyên [1] phân tích cho thấy tiền sử sinh con to làm tăng nguy cơ ĐTDTK lên 2,30 lần (KTC95%: 1,11 - 4,78) và 4,84 lần (KTC95%: 1,55 - 15,05) tương ứng. Trong khi đó, các tác giả Nguyễn Thị Lệ Hằng [3], Trương Thị Quỳnh Hoa [4] và Nguyễn Thị Phương Yến[8] chưa khảo sát thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tiền sử này và ĐTDTK.

5. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ ĐTDTK kỳ là 8,8% (KTC95%: 7,2%-10,3%).
2. Một số yếu tố liên quan (sau phân tích hồi quy đa biến) bao gồm: thai phụ ở thành thị ($p<0,001$, $OR=3,62$), lao động trí óc ($p<0,006$, $OR=2,76$), BMI thai phụ ≥ 25 ($p<0,001$, $OR=4,92$), tiền sử tăng huyết áp thai kỳ ($p=0,004$, $OR=4,32$), tiền sử mang thai chết lưu ($p=0,001$, $OR=5,61$) và tiền sử sinh con dị tật ($p=0,03$, $OR=26,33$).

6. KIẾN NGHỊ

Cần tầm soát ĐTDTK thường quy ở tất cả thai phụ khám thai, nhất là thai phụ ở thành thị, lao động trí óc, BMI ≥ 25 , có tiền sử sinh con dị tật hoặc thai chết lưu.

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 Sản Nhi Cà Mau", *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 23(2), tr. 95 - 100.
2. Lại Thị Ngọc Diệp (2014), "Tỷ lệ đái tháo đường trong thai kỳ và các yếu tố liên quan trên thai 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, tr. 50 - 75.
3. Nguyễn Thị Lệ Hằng (2015), "Nghiên cứu tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố nguy cơ tại Bệnh viện An Bình", *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 20(5), tr. 134 - 139.
4. Trương Thị Quỳnh Hoa (2017), "Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định", *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 21(1), tr. 74 - 79.
5. Trương Thị Ái Hòa (2018), "Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện quận 2", *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 22(1), tr. 22 - 28.
6. Võ Thị Ánh Nhân (2017), "Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện An Bình", *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 21(1), tr. 69 - 74.
7. Châu Hoàng Sinh (2018), "Tỷ lệ đái tháo đường trong thai kỳ và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện quận Thủ Đức năm 2018", *Hội nghị Khoa Học Công Nghệ - Bệnh viện Quận Thủ Đức lần IV*, trang 342 - 348.
8. Nguyễn Thị Phương Yến (2018), "Tỷ lệ đái tháo đường trong thai kỳ và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Trường Đại học Y dược Cần Thơ", *Luận văn Thạc sĩ Y học*, Đại học Y Dược TP.HCM, trang 34 - 49.
9. ACOG (2018), "Gestational Diabetes Mellitus", *ACOG Practice Guidelines*, Bulletin 190(1), pp. 1- 16.
10. ADA (2019), "Standards of medical care in diabetes", *Diabetes Care*, 39(1), pp. 36 - 94.
11. Anuurad E. (2003), "The new BMI Criteria for Asian by the Regional Office for Western Pacific Region of WHO are suitable for screening of overweight to prevent Metabolic Syndrome in elder Japanese workers", *Journal of Occupational Health*, 45(1), pp. 335 - 343.
12. Garrison A. (2015), "Screening, Diagnosis, and Management of Gestational Diabetes Mellitus", *American Family Physician*, 91(7), pp. 461 - 469.
13. Melchior H. (2017), "The prevalence of gestational diabetes- a population-based analysis of a nationwide screening program", *Dtsch Arztebl Int* 2017; 114: 412-8.

14. Siew M.C. (2018), "Prevalence and risk factors of gestational diabetes mellitus in Asia: a systematic review and meta-analysis", *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018; 18: 494.

15. WHO (2018), "Diagnosis of gestational diabetes in

pregnancy", *The WHO Reproductive Health Library*, 1, pp. 1 - 5.

16. Zhu Y. (2016), "Prevalence of Gestational Diabetes and Risk of Progression to Type 2 Diabetes: a Global Perspective", *Curr Diab Rep* (2016), 16: 7.