

PREVALENCE OF GESTATIONAL DIABETES AND SOME RELATED FACTORS AT QUANG NINH PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL IN 2025

Nguyen Thi Nhung¹, Ke Thi Lan Anh¹, Nguyen Thi Dung²

¹Hai Phong University of Medicine and Pharmacy-72A Nguyen Binh Khiem, Gia Vien Ward, Hai Phong City, Vietnam

²Mong Cai Health Center-Tue Tinh Street, Ninh Duong Ward, Mong Cai City, Quang Ninh Province, Vietnam

Received: 12/03/2026

Revised: 23/04/2026; Accepted: 18/06/2026

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of gestational diabetes mellitus and its associated factors based on univariate analysis among pregnant women at Quang Ninh Provincial General Hospital in 2025.

Subjects and Methods: A cross-sectional study was conducted on 334 pregnant women attending reproductive healthcare services at the Endocrinology Clinic, Department of General Internal Medicine, Quang Ninh Provincial General Hospital. Participants were selected using a convenience sampling method.

Results: The prevalence of gestational diabetes mellitus was 39.8%. The mean age of affected women was 28.2 ± 4.56 years, with the majority aged 25–34 years (64.7%). On univariate analysis, a history of macrosomia was associated with gestational diabetes mellitus; however, the number of cases was small ($n = 7$), and the result should be interpreted with caution. In addition, factors such as maternal age ≥ 35 years, history of miscarriage/stillbirth, family history of diabetes, and the presence of hypertension or dyslipidemia were also associated with gestational diabetes mellitus on univariate analysis.

Keywords: gestational diabetes mellitus; prevalence; associated factors; pregnancy.

*Corresponding author

Email: kelananh1980@gmail.com Phone: (+84) 906084336 DOI: 10.52163/yhc.v67i6.5529



TỶ LỆ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN (PHÂN TÍCH ĐƠN BIẾN) TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH QUẢNG NINH NĂM 2025

Nguyễn Thị Nhung¹, Kê Thị Lan Anh¹, Nguyễn Thị Dung²

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng-72A Nguyễn Bình Khiêm, phường Gia Viên, thành phố Hải Phòng, Việt Nam

²Trung tâm y tế Móng Cái-Đường Tuệ Tĩnh, phường Ninh Dương, thành phố Móng Cái, tỉnh Quảng Ninh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 12/03/2026

Ngày chỉnh sửa: 23/04/2026; Ngày duyệt đăng: 18/06/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nhận xét tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố có liên quan trên phân tích đơn biến ở các sản phụ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh năm 2025.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 334 thai phụ đến sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản tại Phòng khám Nội tiết – Khoa Nội tổng hợp, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh, theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

Kết quả: Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ là 39,8%. Tuổi trung bình của nhóm mắc bệnh là $28,2 \pm 4,56$; chủ yếu ở nhóm 25–34 tuổi (64,7%). Trên phân tích đơn biến, tiền sử sinh con to ghi nhận có mối liên quan với đái tháo đường thai kỳ; tuy nhiên số trường hợp còn hạn chế ($n = 7$). Ngoài ra, các yếu tố như ≥ 35 tuổi, tiền sử sảy thai/thai lưu, tiền sử gia đình mắc đái tháo đường, tăng huyết áp hoặc rối loạn lipid máu có mối liên quan với đái tháo đường thai kỳ trên phân tích đơn biến.

Từ khóa: Đái tháo đường thai kỳ, đái tháo đường, nghiệm pháp dung nạp glucose.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là một thể của bệnh đái tháo đường khi mang thai, bệnh rối loạn chuyển hoá thường gặp nhất trong thai kỳ và có xu hướng ngày càng tăng. Theo Hiệp hội Đái tháo đường Mỹ tỉ lệ ĐTĐTK thay đổi từ 1% -14% ở phụ nữ có thai. Ở Mỹ tỷ lệ này là 3% - 5%, Singapore 3,2%, Thái Lan 2,5%, Ấn độ 2% [1]. Tại Việt Nam cũng có nhiều nghiên cứu về ĐTĐTK nhằm xác định tỷ lệ đái tháo đường ở thai phụ cũng như tầm soát và các nghiên cứu này dùng các phương pháp chuẩn đoán khác nhau. Tỷ lệ mắc ĐTĐTK dao động khoảng từ 3,6% đến 39% tùy theo tiêu chuẩn chẩn đoán và vùng nghiên cứu. Từ đó có thể thấy tỷ lệ ĐTĐTK ở nước ta không thấp và đang có xu hướng gia tăng [2].

Cho tới nay đái tháo đường thai kỳ đang là một vấn đề đáng quan tâm của y tế cộng đồng vì tỷ lệ mắc bệnh cũng như các biến chứng của bệnh cho cả người mẹ và thai nhi. Các thai phụ mắc ĐTĐTK có nguy cơ tiến triển các biến chứng như sảy thai, thai lưu, thai to dẫn đến khó đẻ. Người mẹ có thể mắc các bệnh lý như tăng huyết áp, bệnh lý võng mạc, bệnh lý mạch vành và nhiễm trùng tiết niệu, tăng nguy cơ tiền sản giật - sản giật và nguy cơ bị đái tháo đường thực sự trong tương lai. Phần lớn các nghiên cứu chỉ ra rằng bất thường bẩm sinh tăng gấp 3 lần ở những thai nhi có mẹ mắc bệnh ĐTĐTK trước đó mà không được kiểm soát tốt [3]. Tại bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh hiện chưa có nghiên cứu nào về ĐTĐTK vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài với mục tiêu: “Nhận xét tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh năm 2025”.

2. ĐỐI TƯỢNG- PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên 334 thai phụ đến sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản tại Phòng khám Nội tiết – Khoa Nội tổng hợp, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh trong thời gian từ tháng 01/2025 đến tháng 08/2025, đồng ý tham gia nghiên cứu và đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn. Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh, Phòng khám Nội tiết là đơn vị duy nhất thực hiện sàng lọc và quản lý rối loạn chuyển hóa glucose trong thai kỳ, do đó hầu hết thai phụ có chỉ định sàng lọc đái tháo đường thai kỳ đều được chuyển đến khám tại đây.

***Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu:** Thai phụ ≥ 18 tuổi đến khám thai. Đồng ý tham gia nghiên cứu

*** Tiêu chuẩn loại trừ:** Thai phụ đã được chẩn đoán đái tháo đường trước khi mang thai. Mắc các bệnh lý ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose: Basedow, suy giáp, hội chứng Cushing, u tủy thượng thận, hội chứng Conn, to đầu chi, bệnh gan, suy thận...Đang sử dụng các thuốc ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose: corticoid, salbutamol, thuốc chẹn beta giao cảm, lợi tiểu nhóm thiazide...

2.2 Phương pháp nghiên cứu

*** Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

*** Cỡ mẫu và phương pháp lựa chọn:** Lấy mẫu theo phương pháp thuận tiện không xác suất.

*** Cách thu thập số liệu:** Mỗi đối tượng nghiên cứu được hỏi bệnh, khám lâm sàng và làm các xét nghiệm cận lâm

*Tác giả liên hệ

Email: kelananh1980@gmail.com Điện thoại: (+84) 906084336 DOI: 10.52163/yhc.v67i6.5529

sàng theo một mẫu bệnh án thống nhất; các dữ liệu được ghi nhận đầy đủ vào phiếu nghiên cứu. Thai phụ được thực hiện nghiệm pháp dung nạp glucose (OGTT) 75g – 3 mẫu chủ yếu ở tuần thai 24–28 theo khuyến cáo hiện hành. Đối với các thai phụ có yếu tố nguy cơ cao (như thừa cân/béo phì, tiền sử đái tháo đường thai kỳ, tiền sử sinh con to, tiền sử gia đình mắc đái tháo đường...), nghiệm pháp có thể được thực hiện sớm hơn trước 24 tuần thai theo chỉ định lâm sàng. Các trường hợp được làm nghiệm pháp sớm nếu kết quả bình thường sẽ được theo dõi và làm lại nghiệm pháp ở tuần 24–28; kết quả chẩn đoán cuối cùng được sử dụng trong phân tích.

* Các chỉ tiêu và tiêu chuẩn chẩn đoán trong nghiên cứu:

- Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ: Theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế năm 2018 [2], thai phụ được làm nghiệm pháp dung nạp glucose với 75g glucose – 3 mẫu, có 1 trong 3 tiêu chuẩn sau thì chẩn đoán ĐTĐTK:

Đường máu đói: $\geq 5,1$ mmol/l hoặc

Đường máu sau 1 giờ: $\geq 10,0$ mmol/l hoặc

Đường máu sau 2 giờ: $\geq 8,5$ mmol/l.

- Tăng huyết áp: Theo Hội tim mạch Việt Nam 2022.

- Tiêu chuẩn tăng cân phù hợp theo khuyến cáo của ADA về kiểm soát tăng cân trong thai kỳ, dựa trên BMI trước khi có thai [4].

- Một số tiêu chuẩn sản khoa: sảy thai, đẻ non, chết lưu, đa ối, chết lưu, nhẹ cân [2].

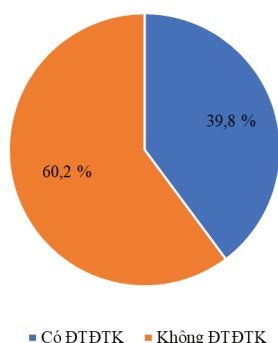
2.3 Xử lý số liệu: phần mềm SPSS ver 20.0

2.4 Đạo đức nghiên cứu

Đề tài đã được thông qua Hội đồng Khoa Học của Trường Đại học Y Dược Hải Phòng khi tiến hành nghiên cứu, đối tượng tự nguyện tham gia sau khi đã được giải thích rõ về mục đích và ý nghĩa của nghiên cứu. Thông tin thu thập trung thực, khách quan, được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện đa khoa Quang Ninh cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố liên quan của đối tượng nghiên cứu



Hình 1. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ (n=133)

Nhận xét: Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ trong nghiên cứu là 39,8%.

Bảng 1. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ theo thời điểm làm xét nghiệm

Thời điểm làm xét nghiệm	n	%/ tổng số thai phụ	%/ nhóm ĐTĐTK
Lúc đói	73	21,9	54,9
1 giờ, chẩn đoán thêm	53	15,9	39,8
2 giờ, chẩn đoán thêm	7	2,0	5,3
Tổng	133	39,8	100,0

Nhận xét: Làm xét nghiệm lúc đói chẩn đoán 54,9% BN ĐTĐTK, sau 1 giờ chẩn đoán thêm 39,8%, sau 2 giờ chẩn đoán thêm 5,3%.

Bảng 2. Giá trị glucose máu trung bình của bệnh nhân đái tháo đường thai kỳ khi sàng lọc bằng nghiệm pháp dung nạp 75g glucose (n=133)

Đặc điểm	$\bar{X} \pm SD$	Min - Max
Glucose đói	$5,2 \pm 0,8$	3,8 - 7,8
Glucose sau 1 giờ	$10,4 \pm 1,4$	4,8 - 14,4
Glucose sau 2 giờ	$8,8 \pm 1,6$	4,4 - 12,7

Nhận xét: Kết quả nghiệm pháp dung nạp 75g glucose ở 133 BN ĐTĐTK có kết quả đường máu cao: glucose máu trung bình lúc đói là $5,2 \pm 0,8$ mmol/l; sau 1 giờ là $10,4 \pm 1,4$ mmol/l, sau 2 giờ là $8,8 \pm 1,6$ mmol/l.

Bảng 3. Phân bố tuổi của thai phụ

Nhóm tuổi	ĐTĐTK (n = 133)		Không ĐTĐTK (n = 201)	
	Số BN	Tỷ lệ	Số BN	Tỷ lệ
< 25 tuổi	24	18,0	49	24,4
25 - 34 tuổi	86	64,7	136	67,6
≥ 35 tuổi	23	17,3	16	8,0
($\bar{X} \pm SD$)	$28,2 \pm 4,56$		$29,66 \pm 5,01$	
Tổng	133	100,0	201	100,0

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm ĐTĐTK là $28,2 \pm 4,56$ tuổi, thấp hơn so với nhóm không ĐTĐTK ($29,66 \pm 5,01$). Tuy nhiên, khi phân tích theo nhóm tuổi, tỷ lệ phụ nữ ≥ 35 tuổi ở nhóm ĐTĐTK (17,3%) cao hơn so với nhóm không ĐTĐTK (8,0%), cho thấy sự khác biệt về phân bố tuổi giữa hai nhóm.

Bảng 4. Phân loại BMI trước khi mang thai của thai phụ

Phân loại BMI (kg/m ²)	ĐTĐTK (n = 133)		Không ĐTĐTK (n = 201)	
	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)
Gầy (< 18,5)	15	11,3	11	5,5
Bình thường (18,5-22,9)	114	85,7	152	75,6
Thừa cân, béo phì (≥ 25)	4	3,0	38	18,9
Tổng	133	100,0	201	100,0

Nhận xét: Thai phụ thừa cân, béo phì ở nhóm ĐTĐTK là 3% nhóm không ĐTĐTK là 18,9%.

Bảng 5. Đặc điểm tiền sử sinh con to của thai phụ

Tiền sử sinh con to ≥ 4000 gram	ĐTĐTK (n = 133)		Không ĐTĐTK (n = 201)	
	Số BN	Tỷ lệ	Số BN	Tỷ lệ
Có	7	5,3	0	0
Không	126	94,7	201	100,0
Tổng	133	100,0	201	100,0

Nhận xét: Chỉ có nhóm ĐTĐTK ghi nhận trường hợp sinh con to (≥4000g), chiếm 5,3%, trong khi nhóm không ĐTĐTK hoàn toàn không có.

Bảng 6. Đặc điểm tiền sử sản khoa của thai phụ

Đặc điểm	ĐTĐTK (n = 133)		Không ĐTĐTK (n = 201)	
	Số BN	Tỷ lệ	Số BN	Tỷ lệ
Sảy thai, thai lưu 6 tháng đầu	35	26,4	18	9,0
Thai lưu 3 tháng cuối	0	0	0	0
Đẻ con dị dạng, chết chu sinh	1	0,8	0	0
Tiền sản giật, sản giật	1	0,8	0	0
Tổng	133	100,0	201	100,0

Nhận xét: Sảy thai/thai lưu 6 tháng đầu nhóm ĐTĐTK có 26,4%, nhóm không ĐTĐTK 9,0%.

3.2. Mối liên quan đến tình trạng đái tháo đường thai kỳ của các sản phụ

Bảng 7. Mối liên quan giữa đặc điểm tuổi, BMI của thai phụ và tình trạng đái tháo đường thai kỳ

ĐTĐTK		Có (n, %)	Không (n, %)	OR (95%CI)	p
Đặc điểm	Đặc điểm				
Tuổi của thai phụ	≥ 35	23 (59,0)	16 (41,0)	2,43 (1,21-4,76)	0,009
	< 35	110 (37,3)	185 (62,7)		

Nhận xét: Tuổi thai phụ ≥ 35, tình trạng thừa cân béo phì, tăng cân trong lúc mang thai có mối liên quan với tình trạng đái tháo đường thai kỳ

Bảng 8. Mối liên quan giữa tiền sử của thai phụ và tình trạng đái tháo đường thai kỳ

ĐTĐTK		Có (n, %)	Không (n, %)	OR (95%CI)	p
Đặc điểm	Đặc điểm				
Tiền sử sinh con to	Có	7 (100,0)	0 (0,0)	-	0,001
	Không	126 (38,5)	201 (61,5)		
Tiền sử sảy thai, thai lưu	Có	35 (66,0)	18 (34,0)	3,63 (1,95-6,74)	0,000
	Không	98 (34,9)	183 (65,1)		
Tiền sử gia đình ĐTĐ	Có	19 (61,3)	12 (38,7)	2,62 (1,22-5,60)	0,01
	Không	114 (37,6)	189 (62,4)		
Tiền sử THA hoặc RLCH lipid máu	Có	51 (70,8)	21 (29,2)	5,26 (3,03 -8,33)	0,000
	Không	82 (31,3)	180 (68,7)		

Nhận xét: Thai phụ có tiền sử sinh con to đều mắc ĐTĐTK (100%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,001$). Tiền

sử sảy thai/thai lưu, tăng huyết áp, gia đình có người bị đái tháo đường có liên quan đến tăng nguy cơ ĐTĐTK.

4. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ

Trong số 334 thai phụ được đưa vào NC có 133 thai phụ có kết quả đái tháo đường thai kỳ chiếm 39,8%. Mặc dù NC của chúng tôi có cỡ mẫu không lớn, tiến hành trên cả 2 nhóm thai phụ chưa tầm soát và đã tầm soát ĐTĐTK nhưng tỷ lệ ĐTĐTK vẫn tương đồng với hầu hết các nghiên cứu như của Nguyễn Thị Mai Phương (37,4%) và Phạm Thị Thu Hiền 35,5% [5], [6].

Trong NC của chúng tôi, nếu chỉ xét nghiệm đường huyết lúc đói phát hiện được 54,9% số ca mắc ĐTĐTK, sau 1 giờ làm NPDNG phát hiện được thêm 39,8% số ca, sau 2 giờ thêm 5,3 số ca. Nếu chỉ làm đường huyết lúc đói thì sẽ bỏ sót 70,2% số ca mắc bệnh ĐTĐTK. Năm 2018, Jasmine F Plows và cộng sự đã tiến hành một nghiên cứu trên 2.205 phụ nữ tuổi từ 18 – 44 ở Bangladesh, tỷ lệ ĐTĐTK là 6,8% theo xét nghiệm glucose máu khi đói và 8,2% theo NPDNG [7]. Như vậy nếu không làm NPDNG sẽ bỏ sót 1,4% tương đương khoảng 17,1% số ca mắc ĐTĐTK. Vì vậy, cần đẩy mạnh công tác tuyên truyền về bệnh ĐTĐTK trong cộng đồng, các cơ sở khám, quản lý thai cần tiến hành NPDNG ở tuổi thai từ 24 - 28 tuần.

Kết quả nghiệm pháp dung nạp 75g glucose ở nhóm 133 thai phụ được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ cho thấy các giá trị đường huyết trung bình đều ở mức cao và có khoảng dao động lớn. NC của chúng tôi thấy sự tương đồng với kết quả NC của Nguyễn Thị Hoài Trang: đường máu sau làm NPND lần lượt là $5,41 \pm 1,24$ mmol/L; $11,37 \pm 1,73$ mmol/L; và $10,15 \pm 2,40$ mmol/L [8].

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

Tuổi trung bình của sản phụ mắc ĐTĐTK là $28,2 \pm 4,56$, thấp hơn so với nhóm không ĐTĐTK ($29,66 \pm 5,01$), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Độ tuổi của hai nhóm dao động trong khoảng 19–40 tuổi, phản ánh đối tượng nghiên cứu có độ tuổi sinh sản điển hình. Tỷ lệ sản phụ ≥ 35 tuổi mắc ĐTĐTK là 17,3%, cao hơn so với nhóm không ĐTĐTK 8,0%. Kết quả tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu thấp hơn một số nghiên cứu trước đó như của Phạm Thị Thu Hiền ($30,9 \pm 5,5$ tuổi) tại phòng khám Sản phụ, Bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển, Quảng Ninh năm 2024 [6]. Điều này cho thấy tuổi trung bình của phụ nữ mang thai có rối loạn về nội tiết đang dần trẻ hóa.

Nhóm thai phụ từ 35 tuổi trở lên có tỷ lệ mắc ĐTĐTK (59,0%) cao hơn một cách có ý nghĩa so với nhóm dưới 35 tuổi (37,3%) hay tuổi của thai phụ có liên quan đến tình trạng ĐTĐTK. Kết quả này của nghiên cứu là nhất quán với các tài liệu khoa học trên thế giới bởi theo ACOG và ADA cũng chỉ ra rằng độ tuổi ≥ 35 là nhóm có nguy cơ của ĐTĐTK. Tại Hội nghị ĐTĐTK lần thứ V trên thế giới, Hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ (ADA) đồng thuận thống nhất rằng độ tuổi < 25 là nhóm nguy cơ thấp và nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ ĐTĐTK gia tăng theo tuổi mẹ như nghiên cứu của Trần Khánh Nga với tỷ lệ ĐTĐTK cao nhất ở nhóm thai phụ ≥ 35 tuổi (13,7%) và thấp nhất ở nhóm dưới 25 tuổi (1,9%) [9].

Phần lớn thai phụ trong cả hai nhóm đều có BMI trước mang thai trong giới hạn bình thường, chiếm 85,7% ở

nhóm ĐTĐTK và 75,6% ở nhóm không ĐTĐTK. Tỷ lệ thai phụ thừa cân, béo phì ($\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$) trong nhóm ĐTĐTK là 3,0%, thấp hơn nhiều so với nhóm không ĐTĐTK (18,9%). Ngược lại, tỷ lệ gầy ($\text{BMI} < 18,5 \text{ kg/m}^2$) lại cao hơn ở nhóm ĐTĐTK (11,3% so với 5,5%).

Tỷ lệ sản phụ có tiền sử sinh con to ($\geq 4000 \text{ gram}$) ở nhóm mắc ĐTĐTK là 5,3%, trong khi nhóm không ĐTĐTK không ghi nhận trường hợp nào. Kết quả này tương đồng với NC của Trần Khánh Nga (2019) tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ, ghi nhận tỷ lệ tiền sử sinh con to ở nhóm ĐTĐTK là 6,1%, cao hơn nhóm chứng (0,9%) [9]. Trên thế giới, nghiên cứu của Wahabi et al (2021) khẳng định mối liên quan chặt chẽ giữa ĐTĐTK và tiền sử sinh con to, với tỷ lệ dao động từ 4–10% [10]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với xu hướng chung trong và ngoài nước, khẳng định rằng tiền sử sinh con to là một yếu tố nguy cơ quan trọng cần được khai thác kỹ khi sàng lọc và dự phòng.

Bảng 3.8 cho thấy tỷ lệ thai phụ có tiền sử sảy thai hoặc thai lưu trong 6 tháng đầu ở nhóm mắc ĐTĐTK là 26,4%, cao hơn đáng kể so với nhóm không ĐTĐTK (9,0%). Trong khi đó, không có trường hợp nào thai lưu 3 tháng cuối ở cả hai nhóm. Tỷ lệ sản phụ có tiền sử đẻ con dị dạng hoặc chết chu sinh và tiền sản giật, sản giật ở nhóm ĐTĐTK đều là 0,8%, thấp nhưng vẫn cao hơn so với nhóm không ĐTĐTK (0%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Minh Anh tại Bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Kiên Giang năm 2024 cũng ghi nhận thai phụ ĐTĐTK có nguy cơ sảy thai cao gấp 2–3 lần so với người không mắc [11]. Như vậy, kết quả nghiên cứu khẳng định tiền sử sảy thai hoặc thai lưu sớm là một yếu tố nguy cơ cần lưu ý, giúp định hướng sàng lọc sớm và quản lý chặt chẽ ĐTĐTK nhằm giảm biến chứng sản khoa bất lợi.

5. KẾT LUẬN

Qua tầm soát 334 thai phụ đến sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản tại phòng khám Nội tiết – Khoa nội tổng hợp bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh từ tháng 1/2025 đến tháng 8/2025 chúng tôi thu được một số kết luận sau:

Tỷ lệ thai phụ mắc đái tháo đường thai kỳ là 39,8%.

- Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân ĐTĐTK $28,2 \pm 4,56$, chủ yếu nhóm 25-34 tuổi (64,7%).

- Thai phụ có tiền sử sinh con to đều mắc ĐTĐTK (100%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,001$).

Thai phụ ≥ 35 tuổi có nguy cơ mắc ĐTĐTK gấp 2,43 lần so với nhóm < 35 tuổi ($\text{OR} = 2,43$; 95%CI: 1,21–4,76; $p = 0,009$). Thai phụ thừa cân/béo phì trước mang thai có nguy cơ mắc ĐTĐTK gấp 7,52 lần so với nhóm không thừa cân/béo phì ($\text{OR} = 7,52$; 95%CI: 2,62–21,61; $p < 0,001$).

Thai phụ có tiền sử sảy thai/thai lưu, tiền sử gia đình mắc ĐTĐ, thai phụ mắc THA hoặc rối loạn chuyển hóa lipid máu tăng nguy cơ mắc ĐTĐTK, với OR lần lượt 3,63; 2,62; 5,25, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] ADA. Medical management of pregnancy complicated by diabetes. Diabetes Mellitus Gestational. 2000.1
- [2] Bộ Y tế. Quyết định số 6173/QĐ-BYT ngày 12/10/2018 về ban hành “Hướng dẫn Quốc gia dự phòng và kiểm soát Đái tháo đường thai kỳ”. 2018.
- [3] Lois Jovanovic, David J Pettitt. Gestational diabetes mellitus. Jama. 2001;286(20):2516-8. <https://doi.org/10.1001/jama.286.20.2516>
- [4] Nguyễn Thị Mai Ngọc, Phạm Mỹ Hoài, Lương Hoàng Thành. 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). <https://doi.org/10.51298/vmj.v531i1B.7022>
- [5] Phạm Thị Thu Hiền. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến đái tháo đường thai kỳ tại bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí, Quảng Ninh năm 2023-2024. Luận văn bác sĩ chuyên khoa 2- Trường Đại học Y dược -Đại học Thái Nguyên. 2024.
- [6] Nguyễn Thị Mai Phương, Phạm Thị Thanh Hiền, Vũ Văn Tâm. BMI trước khi mang thai, mức độ tăng cân của thai phụ và nguy cơ đái tháo đường thai kỳ. Tạp chí Phụ sản. 2016;13(4):29-33. <https://doi.org/10.46755/vjog.2016.4.642>
- [7] Jasmine F Plows, Joanna L Stanley, Philip N Baker, Clare M Reynolds, Mark H Vickers. The pathophysiology of gestational diabetes mellitus. International journal of molecular sciences. 2018;19(11):3342. <https://doi.org/10.3390/ijms19113342>
- [8] Nguyễn Thị Hoài Trang. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và kết cục sản khoa ở thai phụ làm thụ tinh trong ống nghiệm tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An. Luận văn chuyên khoa cấp 2- Trường Đại học Y Hà Nội. 2023.
- [9] Trần Khánh Nga, Ngũ Quốc Vĩ, Lâm Đức Tâm, Cao Ngọc Thành, Phạm Văn Linh. 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):187-94. https://doi.org/10.34071/jmp.2019.6_7.28
- [10] Wahabi H, Esmaeil S, Fayed A. maternal prepregnancy weight and pregnancy outcomes in Saudi women: subgroup analysis from Riyadh Mother and Baby Cohort Study (RAHMA). BioMed Research International. 2021;2021(1):6655942. <https://doi.org/10.1155/2021/6655942>
- [11] Nguyễn Minh Anh, Huỳnh Thanh Phong. Đánh giá kết cục sản khoa và một số yếu tố liên quan ở thai phụ mắc đái tháo đường thai kỳ. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;539(1B):140-4. <https://doi.org/10.51298/vmj.v539i1B.9924>