ASSOCIATED FACTORS WITH PREGNANT WOMEN UNDERGOING ORAL GLUCOSE TOLERANCE TESTING AT A THAI NGUYEN HOSPITAL AND DETERMINANTS OF GESTATIONAL DIABETES MELLITUS

Nguyen Thi Huyen Phuong[1], Doan Thi Phuong Lam[2], Nguyen Thi To Uyen[1], Hoang Thi Ngoc Tram[1], Nguyen Thi Mo[1], Nguyen Van Cuong[3]

[1]Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy - 284 Luong Ngoc Quyen Street, Phan Dinh Phung Ward, Thai Nguyen Province, Vietnam
[2]Central Obstetrics and Gynecology Hospital - No. 1 Trieu Quoc Dat Street, Cua Nam Ward, Hanoi City, Vietnam
[3]Thai Nguyen Central Hospital - No. 479 Luong Ngoc Quyen Street, Phan Dinh Phung Ward, Thai Nguyen Province, Vietnam

Received: 13/11/2025
Reviced: 13/12/2025; Accepted: 29/03/2026

ABSTRACT

Objectives: Identify factors associated with gestational diabetes mellitus (GDM) among pregnant women undergoing oral glucose tolerance testing (OGTT) at A Thai Nguyen Hospital from October 2024 to April 2025.

Subjects and research methods: A prospective cross-sectional study was conducted on 332 pregnant women who underwent oral glucose tolerance testing at A Thai Nguyen Hospital, from October 2024 to April 2025.

Results: The prevalence of GDM in the study population was 34,9%. Factors associated with GDM included maternal age ≥35 years (p = 0,030; OR = 1,980; CI95%: 1,060-3,690), history of miscarriage and early intrauterine fetal demise (p = 0,031; OR = 1,881; 95%CI = 1,055-3,353), history of GDM (p = 0,000; OR = 3,000; 95%CI = 2,572-3,499), history of macrosomia (p = 0,000; OR = 3,964; 95%CI = 1,969-7,978), first-degree family history of diabetes (p = 0,000; OR = 12,802; 95%CI = 4,777-34,312), first-degree family history of hypertension (p = 0,000; OR = 2,711; 95%CI = 1,593-4,613), assisted reproductive technology (p = 0,035; OR = 2,331; 95%CI = 1,042-5,236), and parity ≥2 (p = 0,032; OR = 1,681; 95%CI = 1,043-2,710).

Conclusion: The prevalence of GDM was 34,9%. There was an association between GDM and maternal age, history of miscarriage and early intrauterine fetal demise, history of GDM, history of macrosomia, family history of diabetes, family history of hypertension, mode of conception, and gravidity.

Key words: Gestational diabetes mellitus.

*Corresponding author
Email: huyenphuong99.hn@gmail.com **Phone**: (+84) 981544414 **Https**://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD3.4737

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ Ở THAI PHỤ LÀM NGHIỆM PHÁP DUNG NẠP ĐƯỜNG HUYẾT TẠI BỆNH VIỆN A THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thị Huyền Phương[1], Đoàn Thị Phương Lam[2], Nguyễn Thị Tố Uyên[1], Hoàng Thị Ngọc Trâm[1], Nguyễn Thị Mơ[1], Nguyễn Văn Cường[3]

[1]Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên - 284 đường Lương Ngọc Quyến, phường Phan Đình Phùng, tỉnh Thái Nguyên, Việt Nam

[2]Bệnh viện Phụ Sản Trung ương - Số 1 Triệu Quốc Đạt, phường Cửa Nam, thành phố Hà Nội, Việt Nam

[3]Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên - Số 479 đường Lương Ngọc Quyến, phường Phan Đình Phùng, tỉnh Thái Nguyên, Việt Nam

Ngày nhận bài: 13/11/2025
Ngày chỉnh sửa: 13/12/2025; Ngày duyệt đăng: 29/03/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số yếu tố liên quan đến đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) của thai phụ đến khám thai làm nghiệm pháp dung nạp đường huyết (NPDNĐH) tại Bệnh viện A Thái Nguyên từ tháng 10/2024 đến tháng 4/2025. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu trên 332 thai phụ đến khám thai được thực hiện NPDNĐH tại Bệnh viện A Thái Nguyên từ tháng 10/2024 đến tháng 4/2025.

Kết quả: Tỷ lệ mắc ĐTĐTK ở đối tượng nghiên cứu là 34,9%. Các yếu tố tuổi ≥35 (p = 0,030; OR = 1,980; CI95%: 1,060-3,690), tiền sử sảy thai/thai lưu 6 tháng đầu (p = 0,031; OR = 1,881; 95%CI = 1,055-3,353), tiền sử ĐTĐTK (p = 0,000; OR = 3,000; 95%CI = 2,572-3,499), tiền sử sinh con ≥ 3500 gam (p = 0,000; OR = 3,964; 95%CI = 1,969-7,978), tiền sử gia đình mắc ĐTĐ thế hệ thứ nhất (p = 0,000; OR = 12,802; 95%CI = 4,777-34,312), tiền sử gia đình mắc THA thế hệ thứ nhất (p = 0,000; OR = 2,711; 95%CI = 1,593-4,613), hỗ trợ sinh sản (p = 0,035; OR = 2,331; 95%CI = 1,042-5,236), mang thai ≥ 2 lần (p = 0,032; OR = 1,681; 95%CI = 1,043-2,710) là các yếu tố liên quan với ĐTĐTK.

Kết luận: Tỷ lệ ĐTĐTK là 34,9%. Có mối liên quan giữa ĐTĐTK với độ tuổi mang thai, tiền sử sảy thai/thai lưu 6 tháng đầu, tiền sử ĐTĐTK, tiền sử sinh con to, tiền sử gia đình mắc ĐTĐ, tiền sử gia đình mắc THA, hình thức thụ thai và số lần mang thai.

Từ khóa: Đái tháo đường thai kỳ.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là một rối loạn chuyển hoá thường gặp khi mang thai và có xu hướng ngày càng tăng, đặc biệt là tại khu vực Châu Á – Thái Bình Dương, trong đó có Việt Nam với tỷ lệ dao động từ 8,1 – 18,3%[1]. Theo kết quả của phân tích tổng hợp gần đây (2021), tỷ lệ mắc ĐTĐTK toàn cầu là 14,7% dựa trên tiêu chí của Hiệp hội quốc tế các nhóm nghiên cứu bệnh đái tháo đường và thai kỳ. Phần lớn xảy ra ở những nước có thu nhập thấp và trung bình, nơi có việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc trước sinh bị hạn chế. Tại Việt Nam, trong một số nghiên cứu tại các vùng miền khác nhau, tỷ lệ này tăng từ 20,5% năm 2017[2], 26,4% năm 2022[3] và 27,73% năm 2023[4], tuỳ thuộc tiêu chuẩn chẩn đoán và đặc điểm dân cư.

Hậu quả của ĐTĐTK rất nặng nề do những tác động đến chuyển hóa ở cả mẹ và con. Có nhiều bằng chứng chỉ ra mối liên hệ giữa ĐTĐTK với tăng tỷ lệ các biến cố ở mẹ và thai nhi như tiền sản giật, sảy thai, thai chết lưu, thai to, hạ đường huyết sơ sinh, tăng bilirubin máu và hội chứng suy hô hấp sơ sinh...

Trong bối cảnh trên, việc nghiên cứu để đánh giá các yếu tố liên quan đến bệnh để từ đó đề ra các chiến lược quản lý thai nghén đảm bảo an toàn cho mẹ và con là nhiệm vụ cấp thiết. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Nhận xét một số yếu tố liên quan đến đái tháo đường thai kỳ của thai phụ đến khám thai làm nghiệm pháp dung nạp đường huyết tại Bệnh viện A Thái Nguyên từ tháng 10/2024 đến tháng 4/2025.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả, thiết kế nghiên cứu cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ 01/10/2024 đến 30/4/2025
- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện A Thái Nguyên

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Thai phụ đến khám thai tại Bệnh viện A Thái Nguyên có làm NPDNĐH và hội đủ các tiêu chuẩn nghiên cứu.

*Tác giả liên hệ
Email: huyenphuong99.hn@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 981544414 **Https**://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD3.4737

Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐTK theo ADA 2024: Chẩn đoán là ĐTĐTK khi có ít nhất 1 trong 3 tiêu chuẩn sau:

- Đường huyết lúc đói ≥ 5,1 mmol/l.
- Đường huyết sau khi làm NPDNĐH 1 giờ ≥ 10,0 mmol/l.
- Đường huyết sau khi làm NPDNĐH 2 giờ ≥ 8,5 mmol/l.

2.3.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Thai sống.
- Không có bất thường hình thái thai.
- Tình trạng sức khỏe bình thường.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Thai bất thường.
- Đã được chẩn đoán ĐTĐ trước mang thai/trước khi làm NPDNĐH.
- Có bệnh tâm thần, nội khoa, ngoại khoa, rối loạn chuyển hóa.
- Đang mắc các bệnh có ảnh hưởng đến chuyển hóa Glucose: cường giáp, suy giáp, hội chứng Cushing, u tủy thượng thận, hội chứng Cohn, bệnh lý gan, suy thận...
- Đang sử dụng các thuốc có ảnh hưởng đến chuyển hóa Glucose: Corticoide, Salbutamol, thuốc chẹn giao cảm, lợi tiểu nhóm Thiazide...

2.4. Cỡ mẫu được tính theo công thức

- *Cỡ mẫu*: Chọn mẫu toàn bộ những thai phụ làm NPDNĐH phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian 07 tháng từ 10/2024 đến 4/2025.
- *Kỹ thuật chọn mẫu*: Chọn mẫu liên tiếp.

2.5. Các chỉ số nghiên cứu

- Tỷ lệ thai phụ mắc ĐTĐTK/tổng số thai phụ làm NPDNĐH.
- Mối liên quan giữa tuổi của thai phụ và ĐTĐTK
- Mối liên quan giữa BMI trước khi mang thai và ĐTĐTK
- Mối liên quan giữa hình thức thụ thai và ĐTĐTK
- Mối liên quan giữa tiền sử sản khoa và ĐTĐTK
- Mối liên quan giữa tiền sử gia đình ĐTĐ thế hệ thứ nhất và ĐTĐTK
- Mối liên quan giữa tiền sử gia đình THA thế hệ thứ nhất và ĐTĐTK
- Mối liên quan giữa Glucose niệu và ĐTĐTK

2.6. Thu thập số liệu

- Phiếu thu thập số liệu đã xây dựng dựa trên mục tiêu nghiên cứu.
- Đường glucose dạng tinh bột đóng gói 75g/gói
- Nước đun sôi để nguội, cốc chia vạch 250ml
- Cân có gắn thước đo TZ120D.
- Thiết bị máy sinh hóa tự động Olympus AU 480 được chuẩn hóa theo tiêu chuẩn.
- Số liệu được thu thập theo phương pháp tiến cứu.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

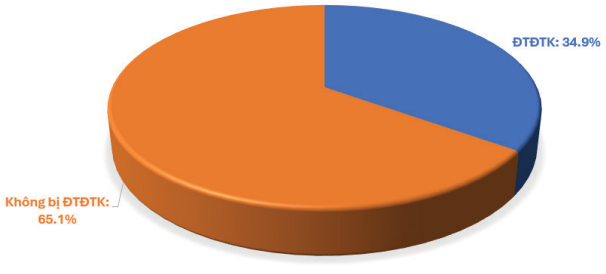
- Số liệu được nhập liệu và phân tích bằng phần mềm SPSS Statistics 25.
- Các biến số định lượng được trình bày dưới dạng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn.
- Biến số định tính được trình bày theo tỷ lệ phần trăm. So sánh sự khác biệt của phân bố biến số định tính được thực hiện bằng phép kiểm Chi – square và kiểm Fisher's.
- Giá trị p < 0,05 được xem là có ý nghĩa thống kê.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua sự đồng ý của Hội đồng Y đức Trường Đại học Y - Dược – Đại học Thái Nguyên (số 1349/ĐHYD-HĐĐĐ). Mọi thông tin cá nhân liên quan đến bệnh nhân được giữ bí mật. Kết quả nghiên cứu chỉ phục vụ mục tiêu nghiên cứu khoa học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và thời điểm phát hiện bằng NPDNĐH



Biểu đồ 1. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ

Nhận xét: Có 116 thai phụ ĐTĐTK trong nhóm thai phụ làm NPDNĐH tại bệnh viện A Thái Nguyên (chiếm 34,9%).

Bảng 1. Tỷ lệ ĐTĐTK được phát hiện tại các thời điểm của NPDNĐH

Thời điểm của NPDNĐH	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Lúc đói	53	45,7
Sau 1h, chẩn đoán thêm	40	34,5
Sau 2h, chẩn đoán thêm	23	19,8
Tổng	116	100,0

Nhận xét: Trong 116 thai phụ được chẩn đoán ĐTĐTK, xét nghiệm đường huyết lúc đói đã phát hiện được 53 ca (45,7%), sau 1 giờ phát hiện thêm 40 ca (34,5%), sau 2 giờ phát hiện thêm 23 ca (19,8%). Nếu chỉ xét nghiệm đường huyết lúc đói bỏ sót 54,3% số ca mắc ĐTĐTK.

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

Bảng 2. Mối liên quan giữa tuổi của thai phụ và ĐTĐTK

Tuổi mẹ	ĐTĐTK		Không ĐTĐTK		OR 95%CI	p
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)		
≥ 35 tuổi	23	19,8	24	11,1	1,980 (1,060-3,690)	< 0,05
< 35 tuổi	93	80,2	192	88,9		
Tổng	116	100,0	216	100,0		

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi mẹ ≥ 35 tuổi và ĐTĐTK (p < 0,05).

Bảng 3. Mối liên quan giữa tiền sử sản khoa của thai phụ và ĐTĐTK

Tiền sử sản khoa		ĐTĐTK		Không ĐTĐTK		OR 95%CI	p
		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)		
Sảy thai, thai lưu 6 tháng đầu	Có	27	47,4	30	52,6	1,881 (1,055-3,353)	< 0,05
	Không	89	32,4	186	67,6		
Đẻ non	Có	7	63,6	4	36,4	3,404 (0,975-11,880)	> 0,05
	Không	109	34,0	212	66,0		
Thai chết lưu 3 tháng cuối	Có	2	100,0	0	0,0	2,895 (2,495-3,358)	> 0,05
	Không	114	34,5	216	65,5		
Sinh con dị tật, chết chu sinh	Có	1	50,0	1	50,0	1,870 (0,116-30,167)	> 0,05
	Không	115	34,8	215	65,2		
Tiền sản giật, sản giật	Có	3	42,9	4	57,1	1,407 (0,310-6,397)	> 0,05
	Không	113	34,8	212	65,2		
ĐTĐTK	Có	8	100,0	0	0,0	3,000 (2,572-3,499)	< 0,05
	Không	108	33,3	216	66,7		
Cân nặng con lần mang thai trước (gam)	≥ 3500	25	64,1	14	35,9	3,964 (1,969-7,978)	< 0,05
	< 3500	91	31,1	202	68,9		

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các tiền sử sản khoa: tiền sử sảy thai/thai lưu 6 tháng đầu, tiền sử ĐTĐTK trước đó và tiền sử sinh con to với tình trạng ĐTĐTK trong lần mang thai hiện tại (p < 0,05). Chưa ghi nhận mối liên quan giữa các tiền sử sản khoa khác (đẻ non, thai chết lưu 3 tháng cuối, sinh con dị tật/chết chu sinh, tiền sản giật/sản giật) với ĐTĐTK (p > 0,05).

Bảng 4. Mối liên quan giữa tiền sử gia đình thế hệ thứ nhất và ĐTĐTK

Tiền sử gia đình thế hệ thứ nhất		ĐTĐTK		Không ĐTĐTK		OR 95%CI	p
		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)		
Tiền sử gia đình ĐTĐ thế hệ thứ nhất	Có	27	84,4	5	15,6	12,802 (4,777-34,312)	< 0,05
	Không	89	29,7	211	70,3		
Tiền sử gia đình THA thế hệ thứ nhất	Có	39	53,4	34	46,6	2,711 (1,593-4,613)	< 0,05
	Không	77	29,7	182	70,3		

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tiền sử gia đình ĐTĐ thế hệ thứ nhất và tiền sử gia đình THA với ĐTĐTK (p < 0,05).

Bảng 5. Mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ khác và ĐTĐTK

Yếu tố		ĐTĐTK		Không ĐTĐTK		OR 95%CI	p
		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)		
BMI trước mang thai	Thừa cân, béo phì	25	39,7	38	60,3	1,287 (0,732-2,262)	> 0,05
	Bình thường, nhẹ cân	91	33,8	178	66,2		
Hình thức thụ thai	Hỗ trợ sinh sản	14	53,8	12	46,2	2,331 (1,042-5,236)	< 0,05
	Tự nhiên	102	33,3	204	66,7		
Số thai trong buồng tử cung	2 thai	6	42,9	8	57,1	1,418 (0,480-4,184)	> 0,05
	1 thai	110	34,6	208	65,4		
Số lần mang thai	Lần 2 trở lên	80	39,4	123	60,6	1,681 (1,043-2,710)	< 0,05
	Lần 1	36	27,9	93	72,1		
Glucose niệu	Dương tính	2	33,3	4	66,7	0,930 (0,168-5,154)	> 0,05
	Âm tính	114	35,0	212	65,0		

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa hình thức thụ thai và số lần mang thai với ĐTĐTK (p < 0,05). Chưa ghi nhận mối liên quan giữa BMI trước mang thai, số thai trong buồng tử cung và glucose niệu với ĐTĐTK (p > 0,05).

4. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và thời điểm phát hiện bằng NPDNĐH

Tỷ lệ ĐTĐTK. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ mắc ĐTĐTK trong nhóm thai phụ làm NPDNĐH tại bệnh viện A Thái Nguyên là 34,9% (theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ADA 2024). Tại Việt Nam, tỷ lệ ĐTĐTK có kết quả nghiên cứu tại các vùng miền khác nhau, tỷ lệ này tăng từ 20,5% vào năm 2017 của Lê Thị Thanh Tâm[2] đến 27,73% năm 2023 của Lương Hoàng Thành[4]. Trên thế giới, kết quả từ phân tích tổng hợp để ước tính tỷ lệ ĐTĐTK được tiêu chuẩn hóa theo khu vực IDF và nhóm thu nhập quốc gia của Ngân hàng Thế giới (2022) ghi nhận tỷ lệ mắc ĐTĐTK toàn cầu là 14,0%[5]. So với các số liệu trong nước và quốc tế, tỷ lệ ĐTĐTK trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn rõ rệt. Sự khác biệt này có thể được lý giải bởi một số yếu tố. Thứ nhất, đối tượng nghiên cứu là nhóm thai phụ được thực hiện NPDNĐH, do đó có thể thuộc nhóm nguy cơ cao hơn so với quần thể thai phụ chung trong cộng đồng, dẫn đến khả năng phát hiện ĐTĐTK cao hơn. Thứ hai, nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện tuyến tỉnh, nơi công tác quản lý thai kỳ, đặc biệt là tư vấn dinh dưỡng và lối sống, có thể chưa được triển khai đồng bộ và hiệu quả. Tình trạng chế độ ăn chưa hợp lý, gia tăng tiêu thụ thực phẩm giàu carbohydrate hấp thu nhanh, cùng với lối sống ít vận động, là những yếu tố nguy cơ đã được chứng minh có liên quan đến sự gia tăng tỷ lệ ĐTĐ nói chung và ĐTĐTK nói riêng. Những kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc triển khai tầm soát ĐTĐTK một cách hệ thống và thường quy trong chăm sóc sức khỏe sinh sản. Đồng thời, cần tăng cường các biện pháp can thiệp sớm, bao

gồm tư vấn dinh dưỡng, thay đổi lối sống và quản lý thai kỳ phù hợp, nhằm giảm thiểu nguy cơ và các biến chứng liên quan đến ĐTĐTK cho cả mẹ và thai nhi.

Tỷ lệ ĐTĐTK theo thời điểm làm xét nghiệm. Nếu chỉ xét nghiệm đường huyết lúc đói bỏ sót 54,3% số ca mắc ĐTĐTK. Các nghiên cứu trong nước và quốc tế cũng hỗ trợ quan điểm này. Phân tích tổng hợp tại Châu Á của Kai Wei và cộng sự (2018) đã ghi nhận rằng việc áp dụng tiêu chí chẩn đoán sử dụng các mốc khác nhau (lúc đói, 1h, 2h) có ảnh hưởng đáng kể tới tỷ lệ mắc ĐTĐTK được phát hiện, nhấn mạnh rằng chỉ dùng đường huyết lúc đói sẽ đánh giá thấp gánh nặng thực tế của bệnh[6].

4.2. Mối liên quan giữa các yếu tố liên quan với ĐTĐTK

Mối liên quan giữa tuổi mẹ với ĐTĐTK. Kết quả của nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi mẹ ≥ 35 và ĐTĐTK (p < 0,05; OR = 1,98), phù hợp với các khuyến cáo và kết quả nghiên cứu trong và ngoài nước. Theo hướng dẫn quốc gia về dự phòng và quản lý ĐTĐTK (Bộ Y tế 2024) khuyến cáo thai phụ ≥ 35 tuổi thuộc nhóm nguy cơ rất cao[7]. Tương tự với nghiên cứu của Lê Thị Thanh Tâm (2017) ghi nhận tỷ lệ mắc ĐTĐTK tăng dần theo tuổi và đạt cao nhất ở nhóm ≥ 35 tuổi (41,5%)[2]. Hoàng Thị Lan Hương (2023) cũng cho thấy mối liên quan có ý nghĩa giữa tuổi mẹ và ĐTĐTK (p < 0,01; OR = 2,75)[8].

Mối liên quan giữa tiền sử sản khoa với ĐTĐTK. Tỷ lệ ĐTĐTK ở nhóm có các tiền sử sản khoa bất thường gồm sảy thai/thai lưu 6 tháng đầu, ĐTĐTK trong các lần mang thai trước, sinh con to cao hơn so với nhóm thai phụ không có tiền sử này. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác. Nghiên cứu của Kim và cộng sự (2007), ghi nhận tỷ lệ tái phát ĐTĐTK ở những phụ nữ từng mắc dao động từ 30–84%, đặc biệt khi các yếu tố như béo phì, tuổi mẹ cao hoặc tiền sử gia đình mắc ĐTĐ chưa được kiểm soát[9]. Nghiên cứu quy mô lớn của Yan Hao và cộng sự (2022) tại Trung Quốc cho thấy tiền sử sảy thai có liên quan đến khả năng xuất hiện ĐTĐTK theo cách phụ thuộc số lần sảy thai: so với phụ nữ không có tiền sử sảy thai, RR của ĐTĐTK tăng 18% khi có 1 lần (RR = 1,18; KTC 95%, 1,11-1,26)[10]. Nghiên cứu của Lê Thị Thanh Tâm (2017) ghi nhận phụ nữ có tiền sử sinh con to có tỷ lệ mắc ĐTĐTK cao hơn rõ rệt[2]. Cân nặng con ở lần mang thai trước vừa có thể là hậu quả của tăng đường huyết trong thai kỳ. Yếu tố này phản ánh mối liên hệ giữa tăng đường huyết trong thai kỳ với nguy cơ sinh con to và rối loạn dung nạp glucose ở lần mang thai tiếp theo.

Mối liên quan giữa tiền sử gia đình với đái tháo đường thai kỳ. Tiền sử gia đình mắc ĐTĐ thế hệ thứ nhất có mối liên quan với ĐTĐTK với OR = 12,8. Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của Lê Thị Thanh Tâm (2017), nguy cơ mắc ĐTĐTK tăng 2,5 lần ở thai phụ có tiền sử gia đình thế hệ thứ nhất mắc ĐTĐ[2]. Ngoài ra, tiền sử THA thế hệ thứ nhất cũng làm tăng nguy cơ mắc ĐTĐTK (OR = 2,7), tương tự với nghiên cứu của Lê Thị Na (2022) cũng ghi nhận mối liên quan giữa tiền sử gia đình THA và ĐTĐTK với p < 0,05.

Mối liên quan giữa hình thức thụ thai, số lần mang thai với đái tháo đường thai kỳ. Thai phụ có hỗ trợ sinh sản có nguy cơ mắc ĐTĐTK cao gấp 2,3 lần. Bên cạnh đó, yếu tố đa thai kỳ cũng có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với ĐTĐTK (OR = 1,68). Lê Thị Thanh Tâm (2017) cũng ghi nhận mối liên quan tương tự với OR tăng dần theo số lần mang thai, OR= 1,5 ở nhóm thai phụ sinh lần thứ 2 và OR = 2,2 ở nhóm thai phụ mang thai từ lần thứ 3 trở lên[2]. Nguyên nhân có thể là ở người phụ nữ sinh con nhiều lần cũng có nghĩa là tuổi mẹ cao hơn. Từ đó, có thể tăng nguy cơ mắc ĐTĐTK ở người phụ nữ sinh con nhiều lần.

5. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ mắc ĐTĐTK trong nhóm thai phụ làm NPDNĐH tại bệnh viện A Thái Nguyên là 34,9%.

- Có mối liên quan giữa tuổi ≥35, tiền sử sảy thai/thai lưu 6 tháng đầu, tiền sử ĐTĐTK ở các lần mang thai trước, tiền sử sinh con to, tiền sử gia đình mắc ĐTĐ, tiền sử gia đình mắc THA, hỗ trợ sinh sản và đa thai kỳ với ĐTĐTK (p < 0,05).

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Zhu, Y. & Zhang, C. Prevalence of Gestational Diabetes and Risk of Progression to Type 2 Diabetes: a Global Perspective. Current diabetes reports 16, 7, doi:10.1007/s11892-015-0699-x (2016).

[2] Lê Thị Thanh Tâm. Nghiên cứu phân bố tỷ lệ một số yếu tố nguy cơ và kết quả sản khoa ở thai phụ đái tháo đường thai kỳ tại thành phố Vinh Tiến sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội, (2017).

[3] Lâm Đức Tâm và cộng sự. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và kết cục thai kỳ tại Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi Sóc Trăng. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ 46, 8-14 (2022).

[4] Lương Hoàng Thành, Lê Văn Đạt & Triệu Thị Phượng. 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 1B, 162-166, doi:10.51298/vmj.v532i1B.7502 (2023).

[5] Wang, H. et al. 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 183, 109050, doi:10.1016/j.diabres.2021.109050 (2022).

[6] Lee, K. W. et al. Prevalence and risk factors of gestational diabetes mellitus in Asia: a systematic review and meta-analysis. BMC pregnancy and childbirth 18, 494, doi:10.1186/s12884-018-2131-4 (2018).

[7] Bộ Y tế. Hướng dẫn quốc gia về sàng lọc và quản lý đái tháo đường thai kỳ. Report No. 1470/QĐ-BYT, (2024).

[8] Hoàng Thị Lan Hương và cộng sự. Nghiên cứu tỷ lệ mắc đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Trung ương Huế. Y học lâm sàng Bệnh viện Trung ương Huế 89, 7-16, doi:10.38103/jcmhch.89.1 (2023).

[9] Kim, C., Berger, D. K. & Chamany, S. Recurrence of gestational diabetes mellitus: a systematic review. Diabetes care 30, 1314-1319, doi:10.2337/dc06-2517 (2007).

[10] Zhao, Y., Zhao, Y., Fan, K. & Jin, L. Association of History of Spontaneous or Induced Abortion With Subsequent Risk of Gestational Diabetes. JAMA network open 5, e220944, doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.0944 (2022).