

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ Ở THAI PHỤ ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÁI BÌNH TỪ THÁNG 10/2024 – 3/2025

Nguyễn Công Thành¹, Phạm Thuý Giang¹, Vũ Ngọc Linh¹,
Phạm Thị Việt Hà¹, Lê Gia Lợi¹, Chhorn Chhuy¹,
Nguyễn Duy Cường², Vũ Thanh Bình^{2*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định yếu tố liên quan đến đái tháo đường thai kỳ ở thai phụ đến khám tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình từ tháng 10/2024 – 3/2025. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả thông qua cuộc điều tra cắt ngang được tiến hành trên 103 thai phụ có tuổi thai từ 24 đến 28 tuần đến khám tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình từ tháng 10/2024 đến tháng 03/2025. Tất cả thai phụ được chẩn đoán theo “Hướng dẫn quốc gia về sàng lọc và quản lý ĐTĐTK” của Bộ Y tế năm 2024.

Kết quả nghiên cứu: thai phụ có độ tuổi lớn hơn 35 có nguy cơ ĐTĐTK cao gấp 4,02 lần so với nhóm thai phụ ở độ tuổi từ 18 đến 35 tuổi. Thai phụ có thứ tự lần mang thai hiện tại từ lần 3 trở lên có nguy cơ mắc ĐTĐTK lớn hơn gấp 2,56 lần so với thai phụ có thứ tự lần mang thai hiện tại từ 2 lần trở xuống. Thai phụ có cân nặng khi sinh của con ở những lần trước $\geq 4000\text{g}$ có nguy cơ mắc ĐTĐTK cao gấp 5,04 lần so với cân nặng khi sinh $< 4000\text{g}$. Nguy cơ mắc ĐTĐTK tăng ở nhóm thai phụ có mức nguy cơ cao có nguy cơ mắc ĐTĐTK cao gấp 4,07 lần (KTC 95%: 1,64 – 10,12) so với nhóm thai phụ có mức nguy cơ thấp. Không tìm thấy mối liên quan giữa nghề nghiệp, thể trạng trước sinh, tình trạng huyết áp với ĐTĐTK.

Kết luận: Các yếu tố nguy cơ gây ĐTĐTK là: tuổi mẹ, thứ tự lần mang thai hiện tại, cân nặng con ở những lần sinh trước.

Từ khóa: Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK), yếu tố liên quan, thai phụ.

FACTORS ASSOCIATED WITH GESTATIONAL DIABETES MELLITUS AMONG PREGNANT WOMEN ATTENDING THAI BINH OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL FROM OCTOBER 2024 TO MARCH 2025

ABSTRACT

Objective: To identify factors associated with gestational diabetes mellitus (GDM) among

1. SV Y50C, Trường Đại học Y Dược Thái Bình

2. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Tác giả liên hệ: Vũ Thanh Bình

Email: Binhvt@tbump.edu.vn

Ngày nhận bài: 15/5/2025

Ngày phản biện: 20/9/2025

Ngày duyệt bài: 25/9/2025

pregnant women attending Thai Binh Obstetrics and Gynecology Hospital during 10/2024–3/2025.

Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted among 103 pregnant women at 24–28 weeks of gestation who attended Thai Binh Obstetrics and Gynecology Hospital between October 2024 and March 2025. GDM was diagnosed according to the National Guidelines for Screening and Management of Gestational Diabetes Mellitus issued by the Ministry of Health (2024). Associations between potential risk factors and GDM were analyzed using odds ratios (ORs) with 95% confidence intervals (CIs).

Results: Maternal age >35 years was significantly associated with GDM, with an OR of 4.02 compared with women aged 18–35 years. Women with a current pregnancy order ≥ 3 had a higher risk of GDM than those with ≤ 2 pregnancies (OR = 2.56). A history of delivering a macrosomic infant (birth weight $\geq 4,000\text{ g}$) was strongly associated with GDM (OR = 5.04). Pregnant women classified as high-risk had a significantly increased likelihood of GDM compared with those in the low-risk group (OR = 4.07; 95% CI: 1.64–10.12). No significant associations were observed between GDM and occupation, pre-pregnancy nutritional status, or blood pressure.

Conclusion: Advanced maternal age, higher pregnancy order, and a history of macrosomia are significant risk factors for gestational diabetes mellitus. Early identification of these factors may improve screening and preventive strategies for GDM.

Keywords: Gestational diabetes mellitus (GDM), related factors, pregnant women.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là thể đặc biệt của bệnh lý rối loạn chuyển hóa tăng đường huyết, trong quá trình điều trị phải cần sự phối hợp chặt chẽ của nhiều chuyên khoa như sản khoa, nội tiết, dinh dưỡng, nhi khoa. Theo định nghĩa của Tổ chức Y tế Thế giới (World Health Organization: WHO), ĐTĐTK được đặc trưng bởi tình trạng rối loạn dung nạp Glucose ở bất kỳ mức độ nào, khởi phát được phát hiện lần đầu tiên trong lúc mang thai [1]. ĐTĐTK thường diễn ra âm thầm và tiềm

ảnh nhiều nguy cơ cho cả mẹ và con, nếu không được chẩn đoán và điều trị sớm sẽ gây ra các biến chứng nguy hiểm. Có thể thấy rằng ĐTĐTK đặt ra một thách thức lớn về sức khỏe cộng đồng trên toàn cầu, tuy nhiên với sự tiến bộ của y học hiện đại thì các biến cố của bệnh đều có thể phòng tránh được. Bệnh viện Phụ sản Thái Bình là cơ sở chuyên khoa tuyến tỉnh, tập trung đông thai phụ, phản ánh tương đối đầy đủ đặc điểm dịch tễ của khu vực. Giai đoạn 2024–2025 đánh dấu việc triển khai Hướng dẫn quốc gia mới của Bộ Y tế về sàng lọc và quản lý đái tháo đường thai kỳ, tạo cơ sở khoa học và thực tiễn để tiến hành nghiên cứu. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm cung cấp bằng chứng thực tiễn phục vụ công tác sàng lọc và quản lý đái tháo đường thai kỳ tại địa phương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 103 thai phụ tuổi thai từ 24 - 28 tuần đến khám thai tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình trong thời gian nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Thai phụ từ có tuổi thai từ 24 – 28 tuần từ tháng 10 năm 2024 đến tháng 03 năm 2025.

Được làm nghiệm pháp dung nạp Glucose 3 mẫu tại bệnh viện Phụ Sản Thái Bình.

Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Hợp tác trong quá trình hỏi bệnh, thăm khám.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Những thai phụ có đặc điểm sau:

- Đã được chẩn đoán và điều trị ĐTĐ trước khi có thai (do đây thuộc loại ĐTĐ mang thai theo phân loại của Hiệp hội Đái tháo đường và Thai kỳ quốc tế - International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups [2], thai phụ cũng đã và đang kiểm soát Glucose máu theo phác đồ).

- Đang mắc các bệnh có ảnh hưởng đến chuyển hóa Glucose (do có thể làm tăng Glucose máu gây ĐTĐ thứ phát không do thai kỳ).

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 10 năm 2024 đến tháng 03 năm 2025

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả thông qua cuộc điều tra cắt ngang.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu tích lũy thuận tiện có chủ đích. Cỡ mẫu là toàn bộ thai phụ đủ điều kiện lựa chọn vào nghiên cứu, không có tiêu chuẩn loại trừ. Chúng tôi trực tiếp tiếp cận thai

phụ bắt đầu từ tháng 10 năm 2024 đến hết tháng 3 năm 2025 và thực tế đã thu thập được số liệu ở 103 thai phụ trong thời gian trên.

Phương pháp thu thập số liệu: Theo mẫu bệnh án soạn sẵn.

Các chỉ số và tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu:

- Quy trình làm nghiệm pháp (theo “Hướng dẫn quốc gia về sàng lọc và quản lý ĐTĐTK” của Bộ Y tế năm 2024) [3]:

- Lấy 1 - 2ml máu tĩnh mạch, định lượng Glucose trong huyết tương lúc đói, trước khi làm nghiệm pháp.

- Uống ly nước đường hoặc dung dịch pha sẵn 75g Glucose trong vòng 5 phút.

- Lấy 1 - 2ml máu tĩnh mạch, định lượng Glucose trong huyết tương ở 2 thời điểm: 1 giờ và 2 giờ sau uống Glucose.

- Chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ, đái tháo đường mang thai bằng nghiệm pháp dung nạp 75g Glucose khan theo IADPSG.

Bảng 1. Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường mang thai, đái tháo đường thai kỳ bằng nghiệm pháp dung nạp 75g Glucose khan theo IADPSG [2]

Chẩn đoán	Glucose máu đói (mmol/L)	Glucose máu sau 1 giờ (mmol/L)	Glucose máu sau 2 giờ (mmol/L)
ĐTĐ mang thai	$\geq 7,0$	Không áp dụng	$\geq 11,1$
ĐTĐ thai kỳ	5,1 – 6,9	$\geq 10,0$	8,5 – 11,0

- Độ tuổi, nghề nghiệp, tiền sử (sảy thai, sinh non, phẫu thuật sản phụ khoa, sử dụng biện pháp hỗ trợ sinh sản, dị ứng, sử dụng corticoid,...), thứ tự lần mang thai hiện tại, cân nặng con những lần sinh trước, thể trạng trước mang thai.

- Tình trạng tăng huyết áp:

Huyết áp: đơn vị mmHg. Tăng huyết áp khi huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg hay huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg hoặc thai phụ đã được chẩn đoán tăng huyết áp trước đó và đang điều trị với thuốc hạ huyết áp. Phân loại tăng huyết áp theo JNC VII 2003 [4].

Bảng 2. Phân độ huyết áp theo JNC VII (2003)

Phân loại	HATT (mmHg)		HATTr (mmHg)
Bình thường	< 120	và	< 80
Tiền tăng huyết áp	120 – 139	và/hoặc	80 – 89

Phân loại	HATT (mmHg)		HATTr (mmHg)
Tăng HA độ I	140 – 159	và/hoặc	90 - 99
Tăng HA độ II	≥ 160	và/hoặc	≥ 100

- Mức nguy cơ (theo “Hướng dẫn quốc gia về sàng lọc và quản lý ĐTĐTK” của Bộ Y tế) [3]:

Nguy cơ cao:

+ BMI thừa cân và có thêm 1 yếu tố: tiền sử gia đình có đái tháo đường type 1; chứng tụt; tim mạch; huyết áp; HDL-C < 0,9 mmol/L; Triglyceride > 2,82 mmol/L; ít vận động; dấu gai đen.

+ HbA1C > 5,7% hoặc tiền đái tháo đường.

+ Tiền sử đái tháo đường thai kỳ.

+ Tuổi > 35.

+ Suy giảm miễn dịch mắc phải (HIV).

Nguy cơ thấp:

+ Tuổi < 25.

+ BMI < 23.

+ Không có tiền sử gia đình đái tháo đường tít 1.

+ Không có tiền sử rối loạn dung nạp Glucose hoặc đái tháo đường thai kỳ.

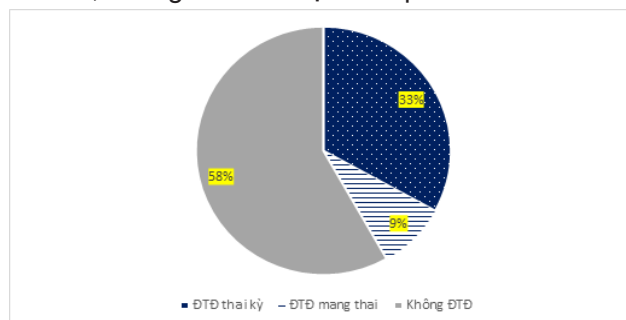
Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0

Thống kê phân tích:

Phép kiểm χ^2 được sử dụng để đánh giá mối liên quan giữa biến số nhân trắc, tiền sử, lâm sàng, cận

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua phân tích số liệu 103 thai phụ có tuổi thai từ 24 – 28 tuần đến khám tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình từ tháng 10/2024 – 3/2025, chúng tôi thu được kết quả sau:



Biểu đồ 1. Tỷ lệ mắc đái tháo đường thai kỳ trong tổng số đối tượng nghiên cứu (n=103)

Tỷ lệ thai phụ mắc đái tháo đường thai kỳ là 33,0%, thai phụ mắc đái tháo đường mang thai chiếm 8,7% và thai phụ không mắc đái tháo đường là 58,3%.

Bảng 3. Đặc điểm chung của thai phụ đái tháo đường thai kỳ (n=34)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình ($X \pm SD$)		31,8 ± 6,4	
Nhóm tuổi (tuổi)	18 - 35	21	61,8
	> 35	13	38,2

lâm sàng với ĐTĐTK. Phép kiểm thay thế Fisher được sử dụng nếu có hơn 20% ô giá trị có vọng trị nhỏ hơn 5, và có bất kì ô giá trị có vọng trị nhỏ hơn 1. Mỗi liên quan được xác định với ngưỡng giá trị $p < 0,05$. ANOVA được sử dụng để so sánh sự khác biệt giữa 2 biến số định lượng. Phép kiểm thay thế Mann-Whitney và Kruskal-Wallis được sử dụng nếu phân phối của dữ liệu không chuẩn.

Phân tích đa biến:

Hồi quy logistic được sử dụng để đánh giá tác động của từng biến số liên quan đến biến số chính của nghiên cứu là ĐTĐTK. Các biến số được chọn đưa vào mô hình khi giá trị $p < 0,2$; các biến số sinh học như tuổi được đưa thẳng vào nghiên cứu. Bắt đầu bằng mô hình với đầy đủ các biến số, loại dần từng biến.

Sự khác biệt được xác định với ngưỡng giá trị $p < 0,05$. Tỷ số số chênh (OR: odds ratio) được sử dụng để đánh giá độ lớn mối liên quan, với $p < 0,05$ và khoảng tin cậy 95% không chứa giá trị 1.

Đạo đức trong nghiên cứu: Đề cương nghiên cứu đã thông qua Hội đồng Khoa học Trường Đại học Y Dược Thái Bình và được sự đồng ý của Bệnh viện Phụ sản Thái Bình. Các đối tượng tự nguyện tham gia nghiên cứu. Các thông tin hoàn toàn được bảo mật.

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nghề nghiệp	Công chức, viên chức	8	23,5
	Công nhân, nông dân	11	32,4
	Khác (nội trợ, buôn bán,...)	15	44,1
Thứ tự lần mang thai hiện tại	≤ 2 lần	17	50,0
	> 2 lần	17	50,0
Thể trạng trước sinh	Nhẹ cân, bình thường	31	91,2
	Thừa cân, béo phì	3	8,8
Tình trạng huyết áp	Bình thường	26	76,5
	Tiền THA, THA	8	23,5
Đường máu lúc đói	Bình thường	22	64,7
	Tăng	12	35,3
Đường máu sau 1 giờ	Bình thường	11	32,4
	Tăng	23	67,6
Đường máu sau 2 giờ	Bình thường	20	58,8
	Tăng	14	41,2

Trong 103 đối tượng nghiên cứu có 34 đối tượng được chẩn đoán ĐTĐTK, trong đó ở nhóm tuổi từ 18 đến 35 tuổi chiếm 61,8%, nhóm nghề khác (nội trợ, buôn bán,...) chiếm tỷ lệ lớn nhất (44,1%). Nhóm thai phụ có thứ tự lần mang thai hiện tại là lần 1, lần 2 và lớn hơn 2 lần chiếm tỷ lệ bằng nhau (50%), các thai phụ tham gia nghiên cứu có thể trạng trước sinh phần lớn là nhóm nhẹ cân, bình thường (91,2%), 76,5% thai phụ có tình trạng huyết áp bình thường. Các chỉ số đường máu lúc đói và sau làm nghiệm pháp 1 giờ, 2 giờ tăng chiếm tỷ lệ lần lượt là 35,3%, 67,6% và 41,2%.

Bảng 4. Liên quan giữa tuổi với đái tháo đường thai kỳ (n=94)

Nhóm tuổi	ĐTĐTK (n ₁ =34)		Không ĐTĐ (n ₂ =60)		p	OR (KTC 95%)
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
18 - 35	21	28,8	52	71,2	0,007	4,02 (1,46-11,12)
> 35	13	61,9	8	38,1		

Nhóm thai phụ ở độ tuổi lớn hơn 35 có nguy cơ ĐTĐTK cao gấp 4,02 lần so với nhóm thai phụ ở độ tuổi từ 18 đến 35 tuổi (KTC 95%: 1,46 – 11,12).

Bảng 5. Liên quan giữa nghề nghiệp với đái tháo đường thai kỳ (n=94)

Nghề nghiệp	ĐTĐTK (n ₁ =34)		Không ĐTĐ (n ₂ =60)		p	OR (KTC 95%)
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
Công chức, viên chức	8	42,1	11	57,9	0,528	0,69 (0,22-2,20)
Công nhân, nông dân	11	33,3	22	66,7		
Khác (nội trợ, buôn bán)	15	35,7	27	64,3	0,634	0,76 (0,25-2,31)

Không thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nghề nghiệp với nguy cơ mắc ĐTĐTK.

Bảng 6. Liên quan giữa thứ tự lần mang thai hiện tại với đái tháo đường thai kỳ (n=94)

Thứ tự lần mang thai hiện tại	ĐTĐTK (n ₁ =34)		Không ĐTĐ (n ₂ =60)		p	OR (KTC 95%)
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
Lần 1, lần 2	11	25,0	33	75,0	0,037	2,56 (1,06-6,16)
> 2 lần	23	46,0	27	54,0		

Thai phụ có thứ tự lần mang thai hiện tại lớn hơn 2 lần có nguy cơ mắc ĐTĐTK gấp 2,56 lần so với thai phụ mang thai lần 1, lần 2 (KTC 95%: 1,06 – 6,16).

Bảng 7. Liên quan giữa cân nặng con những lần sinh trước với đái tháo đường thai kỳ (n=94)

Cân nặng con những lần sinh trước (g)	ĐTĐTK (n ₁ =34)		Không ĐTĐ (n ₂ =60)		p	OR (KTC 95%)
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
< 4000	25	30,9	56	69,1	0,012	5,04 (1,42-17,92)
≥ 4000	9	69,2	4	30,8		

Nhóm thai phụ có con cân nặng ≥ 4000g ở những lần sinh trước nguy cơ mắc đái tháo đường thai kỳ cao gấp 5,04 lần so với nhóm có con cân nặng < 4000g (KTC 95%: 1,42 – 17,92).

Bảng 8. Liên quan giữa thể trạng trước mang thai với đái tháo đường thai kỳ (n=94)

Thể trạng trước mang thai	ĐTĐTK (n ₁ =34)		Không ĐTĐ (n ₂ =60)		p	OR (KTC 95%)
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
Nhẹ cân, Bình thường	31	36,0	55	64,0	0,935	1,07 (0,24-4,76)
Thừa cân, Béo phì	3	37,5	5	62,5		

Nhóm thai phụ có thể trạng trước mang thai thừa cân, béo phì nguy cơ mắc ĐTĐTK cao gấp 1,07 lần so với nhóm có thể trạng trước mang thai nhẹ cân, bình thường. Tuy nhiên khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

Bảng 9. Liên quan giữa tình trạng huyết áp với đái tháo đường thai kỳ (n=94)

Tình trạng huyết áp	ĐTĐTK (n ₁ =34)		Không ĐTĐ (n ₂ =60)		p	OR (KTC 95%)
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
Bình thường	26	35,6	47	64,4	0,835	1,11 (0,41-3,03)
Tiền THA, THA	8	38,1	13	61,9		

Những thai phụ có tiền THA, THA có nguy cơ mắc ĐTĐ thai kỳ cao gấp 1,11 lần so với những thai phụ có huyết áp bình thường. Tuy nhiên khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

Bảng 10. Liên quan giữa mức nguy cơ với đái tháo đường thai kỳ (n=94)

Mức nguy cơ	ĐTĐTK (n ₁ =34)		Không ĐTĐ (n ₂ =60)		p	OR (KTC 95%)
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
Nguy cơ thấp	16	25,4	47	74,6	0,003	4,07 (1,64-10,12)
Nguy cơ cao	18	58,1	13	41,9		

Nguy cơ mắc ĐTĐTK tăng ở nhóm thai phụ có mức nguy cơ cao, cụ thể là gấp 4,07 lần so với nhóm thai phụ có mức nguy cơ thấp (KTC 95%: 1,64 – 10,12). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Bảng 11. Phân tích đa biến đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan (n=94)

Các yếu tố	ĐTĐTK (n ₁ =34)			
	OR thô (KTC 95%)	p	OR hiệu chỉnh (KTC 95%)	p
Nhóm tuổi (năm)				
18 - 35	4,02	0,007	1,34	0,674
> 35	(1,46 – 11,12)		(0,34 – 5,27)	
Thứ tự lần mang thai hiện tại				
Lần 1, lần 2	2,56	0,037	4,73	0,007
> 2 lần	(1,06 – 6,16)		(1,53 – 14,65)	
Cân nặng con những lần sinh trước (gam)				
< 4000	5,04	0,012	9,34	0,005
≥ 4000	(1,42 – 17,92)		(1,93 – 45,22)	
Mức nguy cơ				
Nguy cơ thấp	4,07	0,003	4,14	0,029
Nguy cơ cao	(1,64 – 10,12)		(1,16 – 14,75)	

Kết quả phân tích đa biến cho thấy: thứ tự lần mang thai hiện tại, cân nặng con những lần sinh trước, mức nguy cơ cao là các yếu tố nguy cơ độc lập gây ĐTĐTK ở thai phụ.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên 94 thai phụ (gồm 2 nhóm ĐTĐTK và không ĐTĐTK) cho thấy tuổi của mẹ càng cao thì nguy cơ mẹ bị mắc ĐTĐTK càng tăng, trong đó với tuổi mẹ > 35 tuổi thì nguy cơ tăng gấp 4,02 lần so với tuổi mẹ từ 18 đến 35 tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Theo nghiên cứu của Huỳnh Hoàng Tuấn và cộng sự năm 2023 cho thấy tỷ lệ mắc ĐTĐTK tăng dần theo tuổi mẹ: so với nhóm thai phụ ≤ 29 tuổi, nhóm thai phụ 30 - 34 tuổi và nhóm ≥ 35 tuổi có nguy cơ mắc ĐTĐTK cao hơn theo thứ tự tăng dần lần lượt là 2,1 lần và 2,5 lần [5]. Khi tuổi của người mẹ lúc mang thai tăng lên, nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường thai kỳ cũng tăng theo. Nguyên nhân là do tuổi cao, sự điều hoà nội tiết trong cơ thể phụ nữ bị rối loạn làm tăng nguy cơ mắc các bệnh lý do rối loạn nội tiết gây nên, trong đó có rối loạn chuyển hoá Glucose gây nên các bệnh về đái tháo đường nói chung và bệnh đái tháo đường thai kỳ nói riêng. Một lý do nữa có thể giải thích là quá trình cân bằng động giữa các yếu tố gây tăng đường huyết nguồn gốc nhau thai và các yếu tố kiểm soát đường huyết người mẹ, khi người mẹ lớn tuổi khả năng đáp ứng cơ thể cũng giảm dần theo làm mất cân bằng giữa 2 yếu tố trên, xuất hiện ĐTĐTK. Ngoài ra, xu hướng kết hôn và mang thai muộn ngày càng phổ biến, dẫn đến tuổi mang thai trung bình của phụ nữ cũng tăng lên. Điều này làm gia tăng nguy cơ mắc các bệnh lý liên quan đến thai kỳ, trong đó có ĐTĐTK.

Khác với tuổi thì nghề nghiệp lại là yếu tố liên quan chưa có ý nghĩa thống kê: có 8 thai phụ thuộc nhóm nghề công chức, viên chức mắc ĐTĐTK (chiếm tỷ lệ 42,1%), 11 thai phụ thuộc nhóm nghề công nhân,

nông dân chiếm tỷ lệ 33,3% (OR=0,69, $p=0,528$) và 15 thai phụ thuộc nhóm nghề khác (nội trợ, buôn bán) (OR=0,76; $p=0,634$). Theo một số đề tài nghiên cứu trong nước, nghiên cứu của Bùi Chung Thủy năm 2023 cho thấy cán bộ công chức mắc ĐTĐTK chiếm tỷ lệ là 17,4% và không ĐTĐTK chiếm tỷ lệ là 82,6%. Nhóm thai phụ là công nhân, nông dân mắc ĐTĐTK chiếm tỷ lệ 17,3% và không ĐTĐTK chiếm tỷ lệ 82,7%. Nhóm thai phụ làm các nghề nghiệp khác (nội trợ, buôn bán...) mắc ĐTĐTK chiếm tỷ lệ 13,9% và không ĐTĐTK chiếm tỷ lệ 86,1%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) [6]. Qua nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu trên thấy liên quan giữa nghề nghiệp với ĐTĐTK không rõ ràng điều này chứng tỏ không có sự khác biệt về các nhóm nghề nghiệp với nguy cơ mắc ĐTĐTK.

Kết quả liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ ĐTĐTK với thứ tự lần mang thai hiện tại: nhóm thai phụ mang thai lớn hơn 2 lần có nguy cơ mắc ĐTĐTK cao gấp 2,56 lần so với nhóm thai phụ mang thai lần 1, lần 2 (KTC 95%: 1,06 – 6,16), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,037$. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác. Nghiên cứu của Vũ Thanh Bình năm 2022 nguy cơ ĐTĐTK tăng gấp 1,96 lần so với lần đầu ở nhóm thai phụ sinh con lần thứ 3. Sinh con nhiều lần cũng có nghĩa là tuổi mẹ càng cao, nguy cơ mắc ĐTĐTK càng tăng do sự suy giảm chức năng của các cơ quan, bao gồm cả tuyến tụy, dẫn đến khả năng điều chỉnh đường huyết kém hiệu quả hơn [7].

Khi phân tích mối liên quan giữa cân nặng con những lần sinh trước với ĐTĐTK, chúng tôi nhận thấy

nhóm thai phụ có tiền sử sinh con $\geq 4000\text{g}$ có nguy cơ mắc ĐTĐTK cao gấp 5,04 lần so với nhóm thai phụ có tiền sử sinh con $< 4000\text{g}$ (KTC 95%: 1,42 – 17,92; $p = 0,012$). Kết quả này cao hơn so với các kết quả nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Vũ Thanh Bình năm 2022 trên 1035 thai phụ cho thấy nguy cơ mắc ĐTĐTK ở nhóm thai phụ có tiền sử sinh con $\geq 4000\text{g}$ chỉ cao gấp 3,1 lần so với nhóm thai phụ có tiền sử sinh con $< 4000\text{g}$ [7]. Điều này có thể giải thích là do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn làm gia tăng sai số thống kê, hoặc cũng có thể là do hai nghiên cứu được thực hiện trên hai nhóm đối tượng thai phụ khác nhau, tại hai thời điểm khác nhau nên kết quả có thể bị ảnh hưởng bởi yếu tố thời gian, nhân khẩu học và môi trường. Mặc dù vậy, sự khác biệt đều có ý nghĩa thống kê cho thấy cân nặng con trước mang thai là một trong những yếu tố nguy cơ chính của ĐTĐTK.

Thể trạng trước mang thai cũng là một trong những yếu tố nguy cơ của ĐTĐTK. Như trong nghiên cứu nghiên cứu của Mai Trọng Hưng và Nguyễn Mạnh Hùng năm 2023, thai phụ có BMI trước mang thai ≥ 23 có tỷ lệ mắc ĐTĐTK cao hơn thai phụ có BMI < 23 , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) [8]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, không có mối liên quan giữa thể trạng trước mang thai với ĐTĐTK. Giải thích cho điều này là vì các đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có chỉ số BMI trước mang thai tương tự nhau: nhóm nhẹ cân, bình thường chiếm tỷ lệ lớn (86 trên tổng số 94 thai phụ), điều này dẫn đến sự khác biệt quá nhỏ để nhận thấy ảnh hưởng đến ĐTĐTK. Một nguyên nhân nữa có thể giải thích là do dữ liệu về thể trạng trước mang thai dựa trên tự báo cáo của thai phụ thay vì đo đạc trực tiếp nên có thể có sai số. Điều này làm giảm độ tin cậy khi phân tích mối liên quan với ĐTĐTK.

Kết quả liên quan chưa có ý nghĩa giữa tình trạng huyết áp với ĐTĐTK cũng đã được nhận thấy khi phân tích số liệu. Nguyên nhân do số lượng thai phụ trong nghiên cứu chưa đủ lớn, chưa đủ thống kê để phát hiện mối liên quan. Hoặc cũng có thể là do dữ liệu huyết áp không phản ánh đúng thực tế vì sự khác biệt trong cách đo (tư thế, thời điểm đo, thiết bị sử dụng) có thể ảnh hưởng đến kết quả. Mặc dù vậy, tăng huyết áp là một trong những yếu tố cần theo dõi ở thai phụ, làm tăng nguy cơ gây biến chứng cho cả mẹ và con trong quá trình mang thai và cả sau sinh.

Dựa theo “Hướng dẫn quốc gia về sàng lọc và quản lý ĐTĐTK” của Bộ Y tế năm 2024, chúng tôi phân nhóm đối tượng nghiên cứu thành 2 nhóm: nhóm có mức nguy cơ cao và nhóm có mức nguy cơ thấp để so sánh [3]. Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng, nhóm thai phụ có mức nguy cơ cao có nguy cơ mắc ĐTĐTK cao gấp 4,07 lần so với nhóm thai phụ có mức nguy cơ thấp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê vì $p < 0,05$. Như vậy, việc theo dõi, sàng lọc để tầm soát đối tượng

nguy cơ là hoàn toàn cần thiết, có vai trò quan trọng trong việc phòng ngừa biến chứng cho cả mẹ và con khi mang thai.

V. KẾT LUẬN

ĐTĐTK có mối liên quan chặt chẽ với tuổi mẹ, thứ tự lần mang thai hiện tại, cân nặng con ở những lần sinh trước và mức nguy cơ: thai phụ trên 35 tuổi, thứ tự lần mang thai hiện tại lớn hơn 2 lần, từng sinh con có cân nặng $\geq 4000\text{g}$ ở lần sinh trước, nhóm có mức nguy cơ cao. Không có mối tương quan giữa ĐTĐTK với nghề nghiệp, thể trạng trước mang thai và tình trạng huyết áp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **K G Alberti, P Z Zimmet. (1998).** Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation. *Diabet Med.* 1998 Jul;15(7):539-53. DOI: 10.1002/(SICI)1096-9136(199807)15:7<539:AID-DIA668>3.0.CO;2-S.
2. **Boyd E. Metzger. (2010).** International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Recommendations on the Diagnosis and Classification of Hyperglycemia in Pregnancy, *Diabetes Care* 2010;33(3):676–682. <https://doi.org/10.2337/dc09-1848>.
3. **Bộ Y tế. (2024).** Hướng dẫn quốc gia về sàng lọc và quản lý đái tháo đường thai kỳ. <<https://thuvi-enphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Quyet-dinh-1470-QD-BYT-2024-tai-lieu-chuyen-mon-sang-loc-quan-ly-dai-thao-duong-thai-ky-611911.aspx>>, accessed:12/04/2025.
4. **Nitin Kothari, Barna Ganguly. (2015).** Adherence To JNC-VII and WHO-ISH guidelines of antihypertensive medications prescribed to hypertensive patients with co-morbid conditions. *PubMed*.
5. **Huỳnh Hoàng Tuấn, Trịnh Thị Hồng Cù, Lê Trung Tín. (2023).** Nghiên cứu tỷ lệ và một số yếu tố liên quan đến đái tháo đường thai kỳ trên thai phụ tại Bệnh viện Quốc tế Phương Châu Cần Thơ. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ.* (63), 179–185.
6. **Bùi Chung Thủy và cộng sự. (2023).** 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.* 58, 194-201.
7. **Vũ Thanh Bình, Lê Minh Hiếu và cộng sự. (2022).** Nghiên cứu tỷ lệ mắc đặc điểm và yếu tố liên quan đái tháo đường ở phụ nữ mang thai và kết quả can thiệp các phương pháp không dùng thuốc tại Thái Bình năm 2021 - 2022.
8. **Mai Trọng Hưng, Nguyễn Mạnh Hùng và cộng sự. (2024).** Tỷ lệ và phân loại yếu tố nguy cơ của đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. *Tạp chí Y học Việt Nam.*