

THỰC TRẠNG TĂNG GLUCOSE MÁU, CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG Ở PHỤ NỮ MANG THAI BẰNG PHƯƠNG PHÁP THỤ TINH TRONG ống NGHIỆM TẠI BỆNH VIỆN BƯU ĐIỆN

Trần Lệ Hiền Dung⁽¹⁾, Nguyễn Quang Bảy⁽²⁾
(1) Bệnh viện Bưu điện, (2) Đại học y Hà Nội

DOI: 10.47122/VJDE.2024.75.13

ABSTRACT
EVALUATING RISK FACTORS
FOR DIABETES IN PREGNANT
WOMEN USING IN VITRO
FERTILIZATION AT THE POST
OFFICE HOSPITAL

Objectives: Determine the rate of hyperglycemia and comment on some risk factors for diabetes in pregnant women using in vitro fertilization (IVF). **Methodology:** Conduct cross-sectional descriptive research and select convenience samples. Face-to-face interview with a set of prepared questions including all the information needed to collect to meet the research objectives starting from infertility screening in preparation for planned IVF until the entire pregnancy. Excluded from the study if pregnant women have one of the following factors: are suffering from diseases related to glucose metabolism, are being treated with drugs that affect blood sugar levels, are suffering from acute diseases, are pregnant asked for oocyte or embryo donation, did not monitor blood sugar, did not follow-up as scheduled, did not agree to participate in the study, or lost follow-up during the study period. Assess blood sugar right from the screening examination to prepare for IVF and the first prenatal visit for at-risk pregnant women. If you are in a high-risk group, you should do early screening. If the result is negative, it will be repeated at 24-28 weeks of gestation, and if it is still negative,

continue screening at the prenatal visit in the third trimester of pregnancy... GDM is diagnosed according to the American Diabetes Association (ADA) using the 75g oral glucose tolerance test (OGTT)... **Main results:** There were 154 pregnant women participating in the study. The rate of hyperglycemia accounted for 60.4%, of which the number of pregnant women with overt GDM was highest with 57 pregnant women, accounting for 37%. Pregnant women ≥ 35 years old and being overweight or obese before pregnancy, personal and family history related to diabetes, and impaired glucose tolerance are recognized as risk factors for diabetes... **Conclusions:** The results of the paper show that the rate of hyperglycemia accounted for 60.4%, of which the rate of overt GDM was the highest (37%). Pregnant women ≥ 35 years old and overweight and obesity and a history related to diabetes and impaired glucose tolerance are risk factors for diabetes.

Key word: GDM, IVF

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ tăng glucose máu và nhận xét một số yếu tố nguy cơ đái tháo đường ở phụ nữ mang thai bằng phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bao gồm tất cả các phụ nữ mang thai bằng phương pháp TTTON tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản Bệnh viện Bưu điện từ tháng 11

năm 2024 đến tháng 4 năm 2024 có đủ tiêu chuẩn lựa chọn và đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang và chọn mẫu thuận tiện. Phòng vấn trực tiếp với bộ câu hỏi đã soạn sẵn bao gồm tất cả thông tin cần thu thập đáp ứng mục tiêu nghiên cứu bắt đầu từ lúc sàng lọc vô sinh chuẩn bị làm TTTON theo kế hoạch cho đến suốt quá trình thai kỳ. Loại khỏi nghiên cứu nếu thai phụ có một trong các yếu tố: đang mắc các bệnh lý liên quan đến chuyển hoá glucose, đang được điều trị bằng các thuốc ảnh hưởng đến nồng độ đường huyết, đang mắc các bệnh lý cấp tính, có thai nhờ xin noãn, xin phôi, không theo dõi đường huyết, không tái khám theo hẹn, không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc mất dấu trong thời gian nghiên cứu. Đánh giá đường huyết ngay từ lúc khám sàng lọc chuẩn bị thực hiện TTTON và lần khám thai đầu tiên đối với những thai phụ có nguy cơ. Nếu là nhóm nguy cơ cao nên thực hiện nghiệm pháp tầm soát sớm, nếu kết quả âm tính sẽ lặp lại khi tuổi thai 24-28 tuần và nếu vẫn âm tính thì tiếp tục tầm soát ở lần khám thai trong quý 3 của thai kỳ. ĐTĐTK được chẩn đoán theo Hiệp Hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA - American Diabetes Association) bằng nghiệm pháp dung nạp 75g glucose uống (OGTT – Oral glucose tolerance test). **Kết quả:** Có 154 thai phụ tham gia nghiên cứu. Tỷ lệ tăng glucose máu chiếm 60,4% trong đó số thai phụ mắc ĐTĐTK rõ cao nhất với 57 thai phụ chiếm tỷ lệ 37%. Thai phụ ≥ 35 tuổi, thừa cân béo phì trước khi mang thai, các tiền sử bản thân và gia đình liên quan đến đái tháo đường, rối loạn dung nạp glucose được ghi nhận là yếu tố nguy cơ đái tháo đường. **Kết luận:** Tỷ lệ tăng glucose máu chiếm 60,4% trong đó tỷ lệ mắc ĐTĐTK rõ là cao nhất (37%). Thai phụ ≥ 35 tuổi, thừa cân béo phì và tiền sử liên quan đến đái tháo

đường, rối loạn dung nạp glucose là yếu tố nguy cơ đái tháo đường.

Từ khoá: Đái tháo đường thai kỳ, thụ tinh trong ống nghiệm.

Tác giả: Trần Lệ Hiền Dung

Email : drtrandung@gmail.com

Điện thoại (Phone) 0984.932.918

Ngày nhận bài: 27 /9/2024

Ngày phản biện khoa học: 07/10//2024

Ngày duyệt bài: 10/10/2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở phụ nữ mang thai, tình trạng tăng glucose máu có thể gây nguy cơ các tai biến sản khoa như thai dị dạng, thai chết lưu, thai to so với tuổi thai và các biến cố sản khoa quanh cuộc đẻ, và có thể dẫn đến đái tháo đường típ 2 ở mẹ và nguy cơ béo phì hoặc rối loạn dung nạp glucose của trẻ sau sinh [1].

Tăng glucose máu ở phụ nữ mang thai bao gồm cả ĐTĐ trước khi mang thai, ĐTĐ rõ trong thai kỳ, ĐTĐTK sớm (phát hiện ở lần khám thai đầu tiên) và ĐTĐTK rõ (khi thai từ 24 – 28 tuần). ĐTĐTK đang có chiều hướng gia tăng do sự gia tăng tỷ lệ béo phì, ĐTĐ típ 2 ở người trẻ và đề kháng insulin trong hội chứng buồng trứng đa nang. Cho đến nay, ước tính có khoảng 5% thai phụ bị bệnh ĐTĐTK và thường gặp ở 3 tháng giữa của thai kỳ. Tỷ lệ ĐTĐTK thay đổi từ 1% - 14% trong các nghiên cứu tầm soát dịch tễ học khác nhau ở các quốc gia trên thế giới [7], [8].

Hiện nay, Trung tâm Hỗ trợ sinh sản (HTSS) Bệnh viện Bưu điện đang trên đà phát triển mạnh, áp dụng nhiều kỹ thuật HTSS hiện đại, trong đó phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON) là phổ biến nhất và đạt tỷ lệ thành công cao, đóng góp vai trò quan trọng trong việc giảm tỷ lệ vô sinh. Trong ngành HTSS nói chung, các thai phụ ở nhóm TTTON thực tế chịu tác động của nhiều loại thuốc như thuốc kích

thích buồng trứng, trưởng thành noãn, hỗ trợ hoàng thể. Trong số các nguyên nhân vô sinh thì có nhiều nguyên nhân cũng là yếu tố nguy cơ gây tăng glucose máu. Ngoài ra, chế độ ăn uống sinh hoạt của nhóm thai phụ này cũng khá đặc biệt. Trên thế giới, đã có nghiên cứu dịch tễ học chỉ ra rằng có sự liên quan giữa các yếu tố nguy cơ ở nhóm phụ nữ mang thai bằng phương pháp TTTON với ĐTĐTK. Các yếu tố nguy cơ này có nhiều điểm chung, tương đối giống với các yếu tố nguy cơ ĐTĐ typ 2 như ĐTĐTK có xu hướng hay gặp ở những thai phụ sinh con khi lớn tuổi, sinh nhiều con, thừa cân, tiền căn gia đình có đái tháo đường, tiền căn sản khoa: thai lưu, sinh con to, buồng trứng đa nang [6], [9]. Đã có nghiên cứu cho thấy những phụ nữ mang thai bằng phương pháp TTTON có nguy cơ mắc ĐTĐTK cao hơn (10,48%) so với phụ nữ mang thai tự nhiên (6,26%) [5]. Để tìm hiểu kỹ hơn về tình trạng tăng glucose máu ở nhóm thai phụ TTTON, chúng tôi thực hiện đề tài “Thực trạng tăng glucose máu, các yếu tố nguy cơ ĐTĐ ở phụ nữ mang thai bằng phương pháp TTTON tại Bệnh viện Bưu điện” với mục tiêu:

1. *Xác định tỷ lệ tăng glucose máu ở phụ nữ mang thai bằng phương pháp TTTON.*
2. *Nhận xét một số yếu tố nguy cơ đái tháo đường ở những đối tượng trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC): Bao gồm tất cả các phụ nữ mang thai bằng phương pháp TTTON tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản Bệnh viện Bưu điện có đủ tiêu chuẩn lựa chọn và đồng ý tham gia nghiên cứu.

* **Tiêu chuẩn lựa chọn:** chọn tất cả các thai phụ đảm bảo đủ các tiêu chuẩn sau:

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Phụ nữ từ 18 tuổi trở lên mang thai.
- Mang thai bằng phương pháp TTTON.
- Phương pháp TTTON được thực hiện

tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản Bệnh viện Bưu điện.

* **Tiêu chuẩn loại trừ:** Loại trừ khỏi nghiên cứu nếu thai phụ có một trong các yếu tố:

- Thai phụ đang mắc các bệnh lý liên quan đến chuyển hoá glucose: bệnh lý tuyến yên, tuyến giáp, u tuỷ thượng thận, bệnh lý gan thận,...

- Thai phụ đang được điều trị bằng các thuốc ảnh hưởng đến nồng độ đường huyết: corticoid, thuốc chẹn beta giao cảm, lợi tiểu nhóm thiazid, salbutamol...

- Thai phụ đang mắc các bệnh lý cấp tính: nhiễm khuẩn, lao...

- Thai phụ có thai nhờ xin noãn, xin phôi.

- Thai phụ không theo dõi đường huyết, không tái khám theo hẹn, không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc mất dấu trong thời gian nghiên cứu.

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

3. Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức xác định cỡ mẫu tối thiểu, áp dụng công thức tính cỡ mẫu trong quần thể hữu hạn, ước lượng một tỷ lệ. Cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} p(1-p)}{d^2}$$

độ tin cậy 95% $Z(1-\alpha/2) = 1,96$;

$d = 0,1$ (sai số mong muốn).

Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hoài Trang tại Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An năm 2023 thì tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ ở các thai phụ mang thai sau thụ tinh trong ống nghiệm là 41,3% được chẩn đoán theo tiêu chuẩn ADA 2020 [2]. Vậy chúng tôi chọn $p = 0,413$. Thay vào công thức: $n = 94$. Lấy thêm 10% chống sai số, làm tròn, $n = 104$. Vậy cỡ mẫu tối thiểu cần thu thập là 104 bệnh nhân. Trên thực tế chúng tôi thu thập được 154 bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện bao gồm tất cả thai phụ đến khám tại Bệnh viện Bưu điện từ tháng 11/2023 đến tháng 04/2024 thỏa mãn tiêu chí chọn mẫu sẽ được mời tham gia nghiên cứu cho đến khi đạt đủ cỡ mẫu.

4. Phương pháp và công cụ thu thập số liệu:

Thiết lập mẫu bệnh án nghiên cứu, phỏng vấn trực tiếp với bộ câu hỏi đã soạn sẵn bao gồm tất cả thông tin cần thu thập: chỉ số nhân trắc, chiều cao, cân nặng, sự tăng cân, tiền sử, số lần làm TTTON, loại phôi, kết hợp với các chỉ số xét nghiệm đường huyết, mỡ máu, HbA1c, kết quả nghiệm pháp tăng đường huyết...theo hồ sơ khám bắt đầu từ lúc sàng lọc vô sinh chuẩn bị làm TTTON theo kế hoạch cho đến suốt quá trình thai kỳ.

Tiến hành đánh giá đường huyết ngay từ lúc khám sàng lọc chuẩn bị thực hiện TTTON và trong ngay lần khám thai đầu tiên đối với những thai phụ có nguy cơ. Nếu là nhóm nguy cơ cao nên thực hiện nghiệm pháp tầm soát sớm và nếu kết quả âm tính sẽ lặp lại khi tuổi thai 24-28 tuần (thời điểm này được xem là thời điểm chuẩn, tốt nhất cho phát hiện bất thường chuyển hóa carbonhydrate trong thai kỳ).

Phân loại BMI dựa trên tiêu chuẩn của TCYTTG năm 2000 dành riêng cho người trưởng thành ở khu vực châu Á - Thái Bình Dương. Cụ thể như sau:

Đơn vị BMI: Kg/m²

Đánh giá BMI:

Bình thường: 18,5-22,9

Nhẹ cân: < 18,5

Thừa cân, béo phì: ≥ 23

ĐTĐTK được chẩn đoán theo ADA 2011 bằng nghiệm pháp dung nạp 75g glucose uống [3]. Bệnh nhân nhịn ăn từ 11 giờ tối hôm trước ngày làm xét nghiệm dung nạp glucose (OGTT – Oral glucose tolerance test). Ngày thực hiện OGTT, bệnh nhân được lấy máu 3 lần: lúc đói, 1 giờ sau uống 75g glucose

và 2 giờ sau uống 75g glucose. Thai phụ được chẩn đoán ĐTĐTK khi có bất kỳ kết quả nào sau đây:

- Đường huyết đói > 92 mg/dl (5,1 mmol/l)

- Đường huyết 1 giờ sau uống 75g glucose ≥ 180 mg/dl (10,0 mmol/l)

- Đường huyết 2 giờ sau uống 75 g glucose ≥ 153 mg/dl (8,5 mmol/l)

Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO) thì “ĐTĐTK 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”, kể cả những trường hợp bệnh nhân đã có rối loạn dung nạp glucose từ trước (nhưng chưa được phát hiện) hay là xảy ra đồng thời với quá trình mang thai [10]. Tuy nhiên, hiện nay các dạng tăng glucose máu và tiêu chuẩn chẩn đoán từng loại đái tháo đường ở phụ nữ mang thai được phân biệt rõ ràng hơn giữa phụ nữ mắc bệnh ĐTĐ trước khi mang thai và những phụ nữ lần đầu tiên được phát hiện tăng glucose máu trong quá trình mang thai. Cụ thể như sau:

a. ĐTĐ trước thai kỳ: thể ĐTĐ này đã được chẩn đoán rõ ràng trước khi mang thai.

b. Với những trường hợp tăng glucose máu phát hiện lần đầu trong quá trình mang thai thì được phân loại như sau:

- ĐTĐ mang thai (Diabetes in pregnancy – DIP): hay còn gọi là “đái tháo đường rõ trong thai kỳ”, được chẩn đoán khi thỏa mãn một trong hai tiêu chuẩn sau ADA 2011 (Glucose máu lúc đói ≥ 7.0 mmol/l và/hoặc glucose máu sau 2h làm nghiệm pháp ≥ 11,1 mmol/l) [3].

- ĐTĐTK sớm: tại thời điểm trước 24 tuần thai, thai phụ có các mức độ tăng đường huyết nhẹ hơn dưới ngưỡng DIP. Chẩn đoán ĐTĐTK sớm theo ADA 2011 bằng sử dụng nghiệm pháp dung nạp glucose đối với phụ nữ mang thai có yếu tố nguy cơ ĐTĐ mà chưa được chẩn đoán trước đó.

- ĐTĐTK rõ: đái tháo đường được chẩn đoán trong ba tháng giữa hoặc cuối của thai kỳ

khi chưa được chẩn đoán rõ ràng mắc đái tháo đường trước khi mang thai, thực hiện tại thời điểm từ 24 tuần của thai kỳ, được chẩn đoán bằng nghiệm pháp dung nạp glucose và không có bằng chứng về đái tháo đường typ 1 hoặc đái tháo đường typ 2 trước đó [1], [4].

Cách thức tiến hành các lần khám sàng lọc:

- Lần khám 1: Khi bệnh nhân đến khám sàng lọc chuẩn bị TTTON. Xét nghiệm glucose máu lúc đói hoặc glucose máu bất kì. Nếu glucose máu lúc đói bất thường $\geq 126\text{ mg\%}$ hoặc glucose máu bất kỳ $\geq 200\text{mg\%}$ thì chẩn đoán đái tháo đường và sẽ được giới thiệu chuyên khoa Nội tiết. Nếu kết quả bình thường thì hẹn đến lần khám thai đầu tiên.
- Lần khám 2: là lần khám thai đầu tiên vào 3 tháng đầu thai kì. Chúng tôi tiếp tục xét nghiệm glucose máu và đánh giá như lần khám 1. Nếu là thai phụ có nguy cơ cao thì thực hiện nghiệm pháp dung nạp glucose tầm soát sớm và nếu kết quả âm tính sẽ lặp lại nghiệm pháp khi tuổi thai 24-28 tuần.
- Lần khám 3: Khi thai 24 – 28 tuần mà các lần khám trước đó cho kết quả bình thường. Làm nghiệm pháp dung nạp glucose với 75 gam – 2 giờ.

- Lần khám 4: tiến hành khi thai phụ đã sang quý 3 thai kỳ mà các lần khám trước chưa phát hiện tình trạng tăng glucose máu. Làm xét nghiệm đánh giá như lần khám 1.

Xử lý số liệu:

- Số liệu được nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1. Phân tích xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 25.0
- Biến số định tính được mô tả bằng tần số và tỉ lệ %, biến số định lượng liên tục được mô tả bằng số trung bình và độ lệch chuẩn. Dùng phép kiểm định Chi-sque để kiểm định mối liên quan đơn biến giữa các yếu tố và tỷ lệ tăng glucose máu. Các biến số sau khi phân tích đơn biến có $p < 0,05$ đưa vào mô hình hồi quy logictics đa biến để phân tích các yếu tố tiên lượng độc lập liên quan đến nguy cơ tăng glucose máu.

5. Đạo đức nghiên cứu:

- Tuân theo qui trình xét duyệt của hội đồng đạo đức trường Đại học y Hà Nội.
- Thực hiện khi được sự đồng ý của Ban giám đốc, Trung tâm Hỗ trợ sinh sản, khoa sản, khoa nội, phòng khám nội Bệnh viện Bưu điện.
- Quyền lợi và mọi thông tin của người tham gia nghiên cứu được đảm bảo theo đúng các quy định của Hội đồng đạo đức.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm tuổi và BMI của ĐTNC

Đặc điểm		Số lượng (n = 154)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 25 tuổi	1	0,6
	25 – 34 tuổi	73	47,4
	≥ 35 tuổi	80	51,9
	Trung bình $\pm$ ĐLC (tuổi)	35 $\pm$ 6,05	
BMI trước khi mang thai (Kg/m ²)	Nhẹ cân	5	3,2
	Bình thường	118	76,6
	Thừa cân, béo phì	31	20,1

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của ĐTNC là 35 $\pm$ 6,05, trong đó nhóm có độ tuổi ≥ 35 chiếm tỷ lệ 51,9%. Trước khi có thai, đa số các thai phụ có chỉ số khối cơ thể ở giới hạn cho phép (76,6%), tỉ lệ thừa cân béo phì chiếm 20,1%.

Bảng 2. Đặc điểm tiền sử của ĐTNC

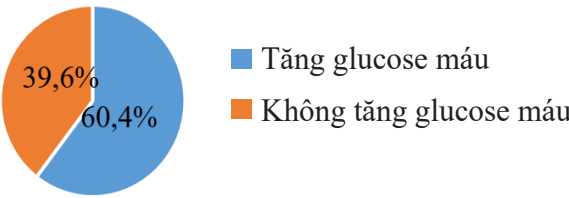
Tiền sử	Số lượng (n = 154)	Tỷ lệ (%)
Sảy thai, thai lưu	67	43,5
Đẻ con P ≥ 4000g	3	1,9
RLDNG trước thai kỳ	13	8,4
ĐTĐTK	9	5,8
Người cùng huyết thống mắc ĐTĐ	41	26,6
Buồng trứng đa nang	32	20,8

Nhận xét: Thai phụ có tiền sử sản khoa (sảy thai, thai lưu...) chiếm tỷ lệ cao nhất 43,5%, số thai phụ có tiền sử rối loạn dung nạp glucose trước thai kỳ và tiền sử đái tháo đường thai kỳ lần lượt là 8,4% và 5,8%. Tỷ lệ thai phụ mắc buồng trứng đa nang là 20,8%.

Bảng 3. Phân bố tuổi thai của thai phụ tại thời điểm làm OGTT

Tuổi thai	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 13 tuần	32	20,8
13-24 tuần	30	19,5
> 24 tuần	92	59,7
Tổng	154	100,0

Nhận xét: Đa số tuần tuổi thai của đối tượng nghiên cứu > 24 tuần (59,7%), có 20,8% có tuổi thai < 13 tuần.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ tăng glucose máu ở đối tượng nghiên cứu (n=154)

Nhận xét: Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có tăng glucose máu là 60,4%.

Bảng 4. Phân loại tăng glucose máu ở đối tượng nghiên cứu

Đánh giá glucose máu của ĐTNC	Số lượng (n = 154)	Tỷ lệ (%)
Không tăng Glucose máu	61	39,6
ĐTĐ trước thai kỳ	22	14,3
ĐTĐ trong thai kỳ	5	3,2
ĐTĐTK sớm	9	5,9
ĐTĐTK rõ	57	37,0

Nhận xét: Số thai phụ mắc ĐTĐTK rõ chiếm tỷ lệ 37%. Những thai phụ được phát hiện và chẩn đoán ĐTĐ thực sự trong khi có thai là ít nhất, chỉ chiếm 3,2%. Nhóm thai phụ đã có tình trạng tăng glucose máu trước khi mang thai cũng chiếm tỷ lệ khá cao lên tới 14,3%.

Bảng 5. Mô hình hồi quy đa biến các yếu tố nguy cơ tăng glucose máu

Yếu tố nguy cơ	OR thô 95% CI	OR hiệu chỉnh 95% CI	p
Tuổi thai phụ ≥ 35	2,1 (1,1-4,0)	2,7 (1,1-6,1)	0,02
BMI ≥ 23	4,7 (2,2-10,1)	5,2 (2,2-12,3)	<0,001
TS gia đình mắc ĐTĐ	4,4 (1,8-10,8)	4,0 (1,5-10,8)	0,006
TS bản thân có tăng glucose máu (ĐTĐ, RLDNG, ĐTĐTK)	16,4 (2,1-126,0)	24,7 (2,9-210,5)	0,003

Nhận xét: Sau khi phân tích hồi quy logictics đa biến, kết quả cho thấy tuổi của thai phụ, BMI, tiền sử gia đình mắc ĐTĐ, TS bản thân có tăng glucose máu trước khi mang thai (RLDNG, ĐTĐTK) là các yếu tố tiên lượng đến nguy cơ tăng glucose máu ở ĐTNC.

IV. BÀN LUẬN:

1. Tỷ lệ tăng glucose máu:

Trong khoảng thời gian từ tháng 11/2024 đến tháng 4/2024, tại TT HTSS Bệnh viện Bưu điện, chúng tôi nhận được 154 thai phụ thỏa mãn đúng như tiêu chuẩn chọn mẫu và tiến hành tầm soát, sàng lọc theo dõi. Theo tiêu chuẩn của nhóm nghiên cứu của Hiệp hội Đái tháo đường và thai kỳ Quốc tế IADPSG (International Association of Diabetes and Pegnancy Study Groups) và Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ ADA (American Diabetes Association), cùng với phân loại các dạng tăng glucose máu ở phụ nữ mang thai, thì tỷ lệ tăng glucose máu ở nghiên cứu của chúng tôi là 60,4%.

Chúng tôi cũng nhận thấy tình trạng ĐTĐTK tăng cao rõ rệt. Tỷ lệ mắc ĐTĐTK rõ lên tới 37,0%, tương tự với tác giả Vương Thị Vui có tỷ lệ tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi là 39,4%. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hoài Trang năm 2023 lại có tỷ lệ cao hơn so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi (41,3%) [2]. Sở dĩ có sự khác nhau về tỷ lệ ĐTĐTK này chủ yếu là do đặc điểm dân số (phân bố độ tuổi, nghề nghiệp, béo phì, các nguy cơ về tiền sử sản khoa và bệnh tật khác...), độ lớn của quần thể nghiên cứu, mô hình sàng lọc: đại trà hay chọn lọc, phương pháp tầm soát...

Nghiên cứu chúng tôi, xác định ĐTĐTK rõ qua nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 75g lúc đói, 1 giờ và 2 giờ theo hướng dẫn chẩn đoán của Bộ Y tế cũng như theo ADA 2022.

Chẩn đoán ĐTĐTK khi bất kỳ giá trị đường huyết thỏa mãn tiêu chuẩn sau đây: đường huyết lúc đói ≥ 5,1 mmol/l hoặc ở thời điểm 1 giờ ≥ 10,0 mmol/l, hoặc ở thời điểm 2 giờ ≥ 8,5 mmol/l. Với những ĐTNC có yếu tố nguy cơ đái tháo đường, chúng tôi tiến hành sàng lọc sớm ở thời điểm ĐTNC chuẩn bị chuyển phối và quý đầu của thai kỳ (nếu thai phụ không có tình trạng nghén nặng và hợp tác).

Điểm khác biệt là khi chúng tôi tiến hành tầm soát sàng lọc sớm như vậy thì đã phát hiện có 22 trường hợp ĐTĐ trước khi mang thai (chiếm 14,3%) và 9 trường hợp ĐTĐTK sớm (chiếm 5.8%). Có 5 trường hợp ĐTĐ rõ trong khi mang thai được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của ADA 2011 với glucose huyết tương lúc đói ≥ 7 mmol/l (126 mg/dl) ngay trong lần khám thai đầu tiên ở quý đầu của thai kỳ.

Như vậy, với sự gia tăng tỷ lệ tăng glucose máu ở phụ nữ có thai nói chung và phụ nữ có thai bằng phương pháp TTTON nói riêng thì đây là một dấu hiệu đáng báo động cho các nhà chính sách y tế, nhân viên y tế và toàn thể cộng đồng.

2. Các yếu tố nguy cơ đái tháo đường ở phụ nữ mang thai bằng phương pháp TTTON:

Khi phân tích mối liên quan các yếu tố nguy cơ đái tháo đường trên nhóm phụ nữ mang thai bằng phương pháp TTTON, chúng tôi tiến hành phân tích đơn biến về mối liên quan của từng yếu tố nguy cơ cao ở thai phụ mang thai bằng phương pháp TTTON. Sau đó, nhằm loại trừ các yếu tố gây nhiễu, chúng tôi tiến hành phân

tích hồi quy đa biến các yếu tố nguy cơ đái tháo đường. Kết quả cho thấy trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 yếu tố nguy cơ đái tháo đường có ý nghĩa thống kê là tình trạng thừa cân béo phì trước khi mang thai, tiền sử gia đình mắc ĐTĐ, tiền sử bản thân thai phụ có tăng glucose máu (đái tháo đường, rối loạn dung nạp glucose và/hoặc có ĐTĐTK ở những lần mang thai trước).

V. KẾT LUẬN:

- Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có tăng glucose máu là 60,4%. Số thai phụ mắc ĐTĐTK rõ chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu là 37%. Đặc biệt, có 9 trường hợp ĐTĐTK sớm (chiếm 5,8%) và 5 trường hợp ĐTĐ rõ trong khi mang thai (chiếm 3,2%) được phát hiện ngay trong lần khám thai đầu tiên ở quý đầu của thai kỳ.

- Tuổi của thai phụ, tình trạng thừa cân béo phì, tiền sử gia đình cùng huyết thống mắc ĐTĐ, tiền sử bản thân có tăng glucose máu trước khi mang thai (bao gồm rối loạn dung nạp glucose, ĐTĐTK...) là các yếu tố tiên lượng đến nguy cơ tăng glucose máu ở đối tượng nghiên cứu.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Sàng lọc sớm đái tháo đường ngay từ lần khám thai đầu tiên là việc vô cùng cần thiết, đặc biệt là ở các đối tượng đặc biệt ở phụ nữ có thai bằng phương pháp TTTON, bởi những đối tượng này việc có thai là vô cùng khó khăn với sức khỏe, khả năng của bản thân và sự tổn kém khá nhiều về kinh tế. Khi đã có thai thì việc giữ an toàn trong suốt quá trình mang thai lại càng quan trọng hơn, nhất là khi có tình trạng tăng glucose máu kết hợp. Việc điều trị và theo dõi đái tháo đường trong thai kỳ sẽ dễ dàng và hiệu quả hơn nếu tầm soát phát hiện sớm tình trạng tăng glucose máu, mang lại một thai kỳ an toàn, khỏe mạnh cho mẹ và thai nhi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2020), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường”.
2. Nguyễn Thị Hoài Trang (2023), *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 II, Đại học Y Hà Nội.
3. Association AD (2011), “Gestational Diabetes Mellitus”, *Diabetes Care*, 27(1), tr. S88-S90.
4. Association AD (2021), “Standards of Medical Care in Diabetes”, *The Journal of Clinical and Applied research education*(44), tr. 231-232.
5. Chu Susan Y và et al (2007), “Maternal Obesity and Risk of Gestational Diabetes Mellitus”, *Diabetes Care*, 30(8), tr. 2070-2076.
6. Duc Son LN và các cộng sự. (2004), “Prevalence and risk factors for diabetes in Ho Chi Minh City, Vietnam”, *Diabet Med*, 21(4), tr. 371-376.
7. Li M và các cộng sự. (2020), “Glycaemic status during pregnancy and longitudinal measures of fetal growth in a multi-racial US population: a prospective cohort study”, *Lancet Diabetes Endocrinol*, 8(4), tr. 292-300.
8. World Health Organisation (2014), “Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy: a World Health Organization guideline”, *Diabetes Res Clin Pract*, 103(3), tr. 341-363.
9. The American College of Obstetrics and Gynaecologists (2011), “Committee Opinion No. 504: Screening and Diagnosis of Gestational Diabetes Mellitus”, *Obstetrics & Gynecology*, 118(3), tr. 751-753.
10. World Health Organisation (1999), “Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications, in Report of a WHO consultation”.