

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM SẢN PHỤ MẮC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

*Hoàng Thị Thảo Nghiên¹, Nghiêm Nguyệt Thu², Hoàng Thị Đức Ngân²,
Diêm Thị Thanh Thủy³, Nguyễn Thị Thanh Tâm³*

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) đang gia tăng và gây ra nhiều hậu quả cho cả bà mẹ và trẻ. **Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm của thai phụ bị ĐTĐTK tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội. **Phương pháp:** Điều tra mô tả cắt ngang, phỏng vấn 115 thai phụ tới khám tại khoa khám tự nguyện, bệnh viện Phụ sản Hà Nội. **Kết quả:** Tuổi trung bình của các sản phụ ĐTĐTK là $30,6 \pm 4,1$, trong đó độ tuổi từ 25-35 chiếm 83,5% (n=96). Trước khi mang thai, tỷ lệ thừa cân (BMI ≥ 23) là 20,1% (n=23), tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn (BMI < 18,5) là 14,7% (n=17). Đái tháo đường thai kỳ được phát hiện trên sản phụ mang thai lần đầu chiếm 39,1% (n=45), mang thai từ lần thứ 2 chiếm 61,9% (n=70). Tỷ lệ các thai phụ bị ĐTĐTK có hoạt động thể lực ít nhất 1 lần/1 tuần là 19,1%. **Kết luận:** ĐTĐTK có ở các thai phụ từ 25 tuổi đến 35 tuổi, ở cả các sản phụ không có thừa cân, béo phì, ít hoạt động thể lực. Cần đẩy mạnh các hoạt động truyền thông giáo dục dự phòng và kiểm soát ĐTĐTK cho phụ nữ tuổi sinh đẻ.

Từ khóa: Đái tháo đường thai kỳ, thừa cân, hoạt động thể lực, phụ nữ mang thai, Hà Nội.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là tình trạng rối loạn đường máu trong thời kỳ mang thai. Phụ nữ bị ĐTĐTK thường hay bị chuột rút, đẻ non, tăng nguy cơ đẻ mổ và bị đái tháo đường tuýp 2, tăng nguy cơ bị các rối loạn tâm lý như lo âu, trầm cảm sau sinh. ĐTĐTK cũng làm tăng nguy cơ bất thường thai nhi như bất thường thai nhi, rối loạn trương lực cơ, hạ đường huyết ở trẻ sơ sinh và tăng nguy cơ tử vong chu sinh [1].

Thừa cân, béo phì và tiền sử gia đình có người bị đái tháo đường (ĐTĐ) được xác định là các yếu tố nguy cơ chính

của ĐTĐTK. Một tổng quan hệ thống 33 nghiên cứu trên 2.697 phụ nữ có tiền sử gia đình có người bị ĐTĐ tuýp 2 cùng với 29.134 phụ nữ không có tiền sử gia đình có người bị ĐTĐ tuýp 2 cho thấy nguy cơ bị ĐTĐTK ở những người có tiền sử gia đình có người bị ĐTĐ là 3,46 (95% CI: 2.80-4.27) so với nhóm không có tiền sử gia đình này [2]. Các nguy cơ khác của ĐTĐTK bao gồm tuổi của mẹ, tuổi bà mẹ lúc mang thai càng cao thì càng có nguy cơ bị ĐTĐTK, chủng tộc (người da trắng ít bị ĐTĐTK hơn các chủng tộc khác), tiền sử thai lưu và béo phì [3].

¹Trường ĐH Y HN
Email: nghienhoang1093@gmail.com

²TS. – Viện Dinh dưỡng

³Bệnh viện Phụ sản HN

Ngày gửi bài: 6/1/2020

Ngày phản biện đánh giá: 15/1/2020

Ngày đăng bài: 25/2/2020

Ở Việt Nam, tỷ lệ ĐTĐTK dao động từ 3,6 đến 39% tùy theo tiêu chuẩn chẩn đoán và đặc điểm dân cư [4]. Các nghiên cứu về đặc điểm của nhóm bệnh nhân bị ĐTĐTK còn hạn chế, do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả các đặc điểm về độ tuổi, nhân trắc, tiền sử thai sản, tiền sử ĐTĐ của gia đình và thói quen hoạt động thể lực của thai phụ bị ĐTĐTK tới khám tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Điều tra mô tả cắt ngang, đây là điều tra ban đầu của một nghiên cứu can thiệp không đối chứng trên các thai phụ bị ĐTĐTK tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 9 năm 2019 đến tháng 3 năm 2020

Đối tượng nghiên cứu: thai phụ từ 24 tuần đến 28 tuần được chẩn đoán xác định bị đái tháo đường thai kỳ [5] đang thực hiện tư vấn tại khoa khám sản tự nguyện bệnh viện Phụ sản Hà Nội tại thời điểm nghiên cứu, đồng ý tham gia nghiên cứu, không có rối loạn về tâm thần, đa thai, có bất thường về nhau thai, bệnh lý ác tính, bệnh nội – ngoại khoa, hoặc đang sử dụng các loại thuốc ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose.

Tiêu chuẩn loại trừ: Thai phụ được chẩn đoán ĐTĐ từ trước, hoặc vi phạm một trong các tiêu chuẩn lựa chọn trên.

2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Cỡ mẫu: Nghiên cứu được tiến hành

trên các thai phụ đến khám tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 9 năm 2019 đến tháng 3 năm 2020 được chẩn đoán xác định ĐTĐTK. Tổng cộng có 115 đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu: Trong nghiên cứu này phương pháp chọn mẫu thuận tiện được áp dụng, đối tượng đến khám tại khoa khám Tự nguyện, bệnh viện Phụ sản Hà Nội, được chẩn đoán xác định là ĐTĐTK được mời tham gia nghiên cứu.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu:

Các đối tượng được phỏng vấn bởi nhóm nghiên cứu theo bộ câu hỏi thiết kế sẵn và kiểm tra bệnh án tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Các thông tin phỏng vấn bao gồm: nhân khẩu học, tiền sử nhân trắc trước khi mang thai của thai phụ, tiền sử mắc bệnh của thai phụ, tiền sử gia đình có người bị ĐTĐ, và thói quen hoạt động thể lực của thai phụ.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu:

Số liệu được làm sạch, nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý bằng phần mềm STATA 14.0 (Stata for windows – Texas, USA). Số liệu được trình bày dưới dạng số và tỷ lệ phần trăm (đối với biến nhị phân) và $\text{mean} \pm \text{SD}$ (đối với biến liên tục).

2.5. Đạo đức nghiên cứu:

Nghiên cứu được thông qua đề cương khoa học tại Viện Đào tạo Y học Dự phòng và Y tế công cộng, của trường Đại học Y Hà Nội và được thông qua Hội đồng của bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Chỉ tiêu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Khu vực		
Nội thành Hà Nội	50	43,3
Ngoại thành Hà Nội	31	26,9
Tỉnh khác	34	29,7
Dân tộc		
Kinh	112	97,4
Khác	3	2,6
Tuổi		
<25 tuổi	5	4,3
25-35 tuổi	96	83,5
>35 tuổi	14	12,2
Trình độ		
Dưới cấp III	21	18,3
Trung cấp/Cao đẳng /Đại học	91	79,1
Sau đại học	3	2,6
Nghề nghiệp		
Nhân viên văn phòng	56	48,8
Tự do	25	21,7
Kinh doanh	18	15,7
Nội trợ/Nông dân	16	13,8

Tổng số có 115 đối tượng tham gia nghiên cứu, với độ tuổi trung bình $30,6 \pm 4,1$ tuổi, và đa số độ tuổi của đối tượng là từ 25 đến 35 tuổi (83,5%), gần

80% số thai phụ có trình độ trung cấp/cao đẳng/đại học và gần một nửa số thai phụ là nhân viên văn phòng.

Bảng 2. Đặc điểm nhân trắc, tiền sử mắc bệnh trước khi có thai và tiền sử thai nghén của các đối tượng tham gia nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	TB ± SD
Cân nặng trước khi mang thai (kg)	115		52,3 ± 7,1
Chiều cao trước khi mang thai (cm)	115		156,8 ± 4,8
BMI trước mang thai (kg/m²)	115		21,2±2,5
<18,5	17	14,7	
18,5-22,9	75	65,2	
≥23	23	20,1	
Tiền sử bệnh mạn tính của thai phụ	115		
Có	12		
Không	103		
Bệnh mạn tính của bản thân đã mắc phải	12		
ĐTĐTK ở lần sinh đầu tiên	06	50,0	
Thừa cân, béo phì, tăng huyết áp, u giáp	06	50,0	
Tiền sử bệnh mạn tính gia đình thai phụ	115		
Có mắc bệnh mạn tính	21	18,2	
Không mắc bệnh mạn tính	94	81,8	
Bệnh mạn tính của thành viên trong gia đình	21		
Tăng huyết áp	07	33,3	
Đái tháo đường	10	47,7	
Bệnh khác	04	19,1	
Tiền sử sinh con ≥4000 gram (n=115)	06	5,2	
Tiền sử sinh con thiếu tháng (n=115)	04	3,4	
Nạo/sảy thai/thai chết lưu (n=115)			
Không có	78	67,8	
≥ 1 lần	37	32,2	
Số lần mang thai (lần) (n=115)			
Lần đầu	45	39,1	
≥ 2 lần	70	61,9	

Cân nặng và chiều cao trung bình của thai phụ trước khi mang thai lần lượt là 52,3±7,1 kg và 156,8±4,8 cm. BMI của thai phụ trước khi mang thai trung bình là 21,2±2,5 kg/m², trong đó 20,1% số thai phụ ở tình trạng thừa cân, béo phì và 14,7% số thai phụ bị thiếu năng lượng trường diễn trước khi mang thai. Tỷ lệ mắc bệnh mạn tính trước khi có thai của

thai phụ vào khoảng 10%, trong đó một nửa số thai phụ này đã được phát hiện ĐTĐTK ở các lần sinh con trước đó. Về tiền sử gia đình, gần một nửa số thai phụ có người thân trong gia đình mắc đái tháo đường. Có 32,2% các thai phụ có các tiền sử sản khoa như nạo thai/sảy thai/thai chết lưu.

Bảng 3. Đặc điểm hoạt động thể lực của đối tượng tham gia nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hoạt động thể lực		
Có	22	19,1
Không	93	80,9
Môn thể lực		
	22	
Đi bộ	09	40,9
Yoga	06	27,2
Chạy bộ	03	13,7
Bơi	02	9,1
Khác	02	9,1
Tần suất hoạt động thể lực		
	22	
1-2 lần/tuần	05	22,7
2-5 lần/1 tuần	13	59,1
>5 lần / tuần	4	18,2
Thời gian hoạt động thể lực		
	22	
Dưới 15 phút/lần	03	13,6
15-30 phút/lần	15	68,2
Trên 30 phút/lần	04	18,2

Bảng 3 cho thấy, đa số (80,9%, 93/115) các đối tượng không hoạt động thể lực. Trong số những người có hoạt động thể lực thì gần một nửa hoạt động thể lực ở tần suất 2-5 lần/tuần và chủ yếu là tập từ 15 đến 30 phút/lần.

BÀN LUẬN

Nhóm thai phụ trong nghiên cứu này có tuổi đời còn khá trẻ, trình độ học vấn trên cấp III chiếm tỷ lệ cao, nghề nghiệp ổn định chủ yếu là nhân viên văn phòng. Đặc điểm này khá tương đồng với nghiên cứu của Vũ Quỳnh Trang trên 85 thai phụ tại bệnh viện Bạch Mai [6]. Như vậy, trong khi

ĐTĐTK được cho là có nguy cơ cao ở nhóm phụ nữ trên 35 tuổi thì nghiên cứu này cho thấy ĐTĐTK đang ngày “trẻ hóa”. Điều này đặt ra câu hỏi về sự gia tăng các yếu tố nguy cơ của ĐTĐ nói chung và ĐTĐTK nói riêng ở cộng đồng, cũng như cần thực hiện mạnh mẽ hơn nữa các biện pháp giáo dục truyền

thông, nâng cao nhận thức về phòng tránh ĐTĐTK trong cộng đồng.

BMI của thai phụ trước khi có thai được xác định là yếu tố liên quan của ĐTĐTK [7]. Do các hạn chế của một nghiên cứu cắt ngang nên nghiên cứu này không phân tích mối liên quan của các yếu tố này. Trong khi nguy cơ ĐTĐTK càng tăng nếu BMI tăng, thì ở nghiên cứu này, tỷ lệ thai phụ có BMI <18,5 bị ĐTĐTK cũng tương đương ở nhóm thừa cân, béo phì. Mặc dù BMI trung bình ở nghiên cứu này tương đương với các nghiên cứu khác [8, 9] nhưng điều này cũng khá tương đồng với nhận định rằng mặc dù BMI có thể được sử dụng như một công cụ để sàng lọc bước đầu nguy cơ ĐTĐTK nhưng nếu chỉ sử dụng duy nhất BMI thì đây lại không phải là một công cụ tốt [7].

Trong khi tỷ lệ thai phụ có tiền sử sinh con >4000 gram tương đồng với các nghiên cứu khác [6, 9] và có 32,2% các thai phụ có các biến cố về thai sản như ọ ọ ọ, thai lưu, sẩy thai. Thai lưu không rõ nguyên nhân, con bị dị tật bẩm sinh, tiền sản giật, sinh non là các yếu tố được xác định vừa là hậu quả của ĐTĐTK, vừa là yếu tố nguy cơ của ĐTĐTK [10]. Vì thế, hạn chế các tiền sử sản khoa tiêu cực, nhất là ọ ọ ọ, có thể là một trong những biện pháp dự phòng ĐTĐTK. Tuy nhiên, điều này cần có các nghiên cứu với thiết kế mạnh hơn để làm rõ mối quan hệ nguyên nhân – hậu quả của các yếu tố này với ĐTĐTK.

Tỷ lệ thai phụ tham gia nghiên cứu có hoạt động thể lực chỉ có 19,1%, chỉ bằng ¼ tỷ lệ trong nghiên cứu của Vũ Quỳnh Trang (89,4%) [6]. Ng-

hiên cứu này tiến hành tại khoa khám sản tự nguyện, Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, các đối tượng được sàng lọc và phát hiện ĐTĐTK lần đầu tiên, trong khi nghiên cứu của Vũ Quỳnh Trang tiến hành tại khoa Nội tiết, Bệnh viện Bạch Mai, các đối tượng sau khi được chẩn đoán ĐTĐTK, sau đó mới sang chuyển khoa Nội tiết. Như vậy, có thể do nhóm thai phụ trong nghiên cứu của Vũ Quỳnh Trang đã tự điều chỉnh, tăng cường hoạt động thể lực còn trong nghiên cứu của chúng tôi, sản phụ vừa được chẩn đoán. Nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu sống tại Hà Nội, là nhân viên văn phòng nên có thể lối sống ít vận động, thời gian tĩnh tại nhiều. Tuy số phút cho hoạt động thể lực của nhóm người có hoạt động thể lực đa số từ 15-30 phút nhưng tần suất tham gia hoạt động thể lực còn thấp, nên tác dụng của hoạt động thể lực đối với nhóm đối tượng này có thể còn chưa cao. Trong khi hoạt động thể lực không những giúp nâng cao sức khỏe nói chung và giảm mức độ kháng insulin ở những người bị ĐTĐ thì việc ít tham gia hoạt động thể lực ở nhóm thai phụ này có thể là yếu tố nguy cơ làm tăng tình trạng nặng của ĐTĐTK cũng như các tác động của ĐTĐTK lên sức khỏe của bà mẹ và thai nhi.

IV. KẾT LUẬN

Độ tuổi bị ĐTĐTK ở những thai phụ đến khám tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội chủ yếu từ 25 đến 35 tuổi. ĐTĐTK xảy ra ở cả những phụ nữ có và không có thừa cân, béo phì. Tỷ lệ các thai phụ bị ĐTĐTK có hoạt động thể lực thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. G. T. Larrabure-Torrealva, S. Martinez, M. A. Luque-Fernandez, et al., (2018). *Prevalence and risk factors of gestational diabetes mellitus: findings from a universal screening feasibility program in Lima, Peru*. BMC Pregnancy Childbirth, 18(1): p. 303.
2. M. Moosazadeh, Z. Asemi, K. B. Lankarani, et al., (2017). *Family history of diabetes and the risk of gestational diabetes mellitus in Iran: A systematic review and meta-analysis*. Diabetes Metab Syndr, 11(Supplement 1): p. 99-104.
3. C. G. Solomon, W. C. Willett, V. J. Carey, et al., (1997). *A prospective study of pregravid determinants of gestational diabetes mellitus*. Jama, 278(13): p. 1078-83.
4. Nguyễn Khoa Diệu Vân, Nguyễn Thy Khuê, Đỗ Trung Quân, et al. (2018), *Khuyến cáo: Đái tháo đường thai kỳ*. Available from: <https://vade.org.vn/modules.php?name=News&op=viewst&sid=201>.
5. American Diabetes Association, (2014). *Therapy for Diabetes Mellitus and Related Disorders*. American Diabetes Association. Canada.
6. Vũ Quỳnh Trang, Nguyễn Khoa Diệu Vân, and Nghiêm Nguyệt Thu, (2019). *Kết quả kiểm soát đường huyết bằng chế độ ăn và luyện tập ở bệnh nhân đái tháo đường thai kỳ*. Tạp chí Nội tiết-Đái tháo đường, 33(2): p. 87-92.
7. A. Shah, N. E. Stotland, Y. W. Cheng, et al., (2011). *The association between body mass index and gestational diabetes mellitus varies by race/ethnicity*. Am J Perinatol, 28(7): p. 515-20.
8. Nguyễn Hằng Giang and Ngô Thị Kim Phụng (2014). *Kết quả điều trị đái tháo đường thai kỳ bằng chế độ ăn tiết chế tại bệnh viện Hùng Vương năm 2013-2014*, Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ Nội trú, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.
9. Trương Thị Nguyễn Hào (2016). *Đánh giá hiệu quả tiết chế ăn uống trên thai phụ đái tháo đường thai kỳ tại bệnh viện quận Thủ Đức*. Luận án chuyên khoa II, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.
10. F. Galtier, (2010). *Definition, epidemiology, risk factors*. Diabetes Metab, 36(6 Pt 2): p. 628-51.

Summary

THE CHARACTERISTICS OF GESTATIONAL DIABETES MELLITUS WOMEN IN THE OUTPATIENT CLINIC IN HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Gestational Diabetes Mellitus (GDM) is rising rapidly and has adverse impacts on maternal and child's health status. **Objectives:** To determine characteristics of pregnant women with GDM visited Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. **Methodology:** A cross-sectional study with 115 pregnant women visited Hanoi Obstetrics Hospital interviewed. **Results:** The average age of GDM pregnant women was 30.6 ± 4.1 (yrs), the percentage of women with aged from 25-35 was 83.5% (n=96). Before pregnancy, the prevalence of overweight (BMI \geq 23) was 20.1% (n=23), the prevalence of chronic energy deficiency (BMI<18.5) was 14.7% (n=17). There was 39.1% (n=45) of GDM women in the first pregnancy and 61.9% (n=70) GDM women in the second pregnancy. The prevalence of GDM pregnant women having physical exercise at least once a week was 19.1%. **Conclusion:** GDM was prevalent among the young age (25-35 years old), even in women without overweight, and lack of physical activity. There is a need to conduct nutritional education and communication activities among women of reproductive age for GDM prevention and management.

Keywords: *Gestional diabetes mellitus, physical activity, overweight, pregnant women, Hanoi.*

