

hiều hơn một vài trường hợp rối loạn thông khí nhẹ ở nam giới mà  $FEV_1/FVC < 0.7$  có thể bỏ qua. Điều này tương đồng với nghiên cứu của Quanjer năm 2012 trong đó nhấn mạnh rằng LLN, với việc điều chỉnh các yếu tố cá nhân như tuổi, giới tính và chiều cao, giúp nhận diện các vấn đề thông khí tắc nghẽn ở các đối tượng có đặc điểm cơ thể khác nhau, đặc biệt là ở nam giới có thể không được chẩn đoán chính xác nếu chỉ dựa vào ngưỡng  $FEV_1/FVC$  cố định<sup>5</sup>.

Ở nhóm nữ (bảng 3.7), tỷ lệ chẩn đoán rối loạn thông khí tắc nghẽn theo cả hai tiêu chuẩn thấp, chiếm 6.45%. Không có trường hợp  $FEV_1/FVC < LLN$  nhưng lại  $\geq 0.7$  (tức là không có trường hợp bị bỏ sót nếu chỉ dùng tiêu chí 0.7). Cũng không có trường hợp nào có giá trị  $FEV_1/FVC < 0.7$  và  $\geq LLN$  (tức là không có trường hợp bị chẩn đoán quá mức nếu chỉ dùng tiêu chí 0.7). Nguyên nhân có thể lý giải là nhóm nữ có cỡ mẫu ( $n=31$ ) nhỏ hơn nhóm nam ( $n=45$ ) nên có thể ảnh hưởng đến khả năng xuất hiện các trường hợp không đồng nhất. Bên cạnh đó, nhóm nữ có ít các yếu tố nguy cơ bệnh lý rối loạn hô hấp hơn như ít hút thuốc, ít liên quan đến các bệnh lý tiếp xúc do nghề nghiệp, hoặc về sinh lý bình thường thì nhóm nữ thường có thể tích phổi hoặc tỷ lệ tổn thương thực thể thấp hơn. Như vậy, ở nhóm nữ, các tiêu chí  $FEV_1/FVC < 0.7$  và nhỏ hơn LLN đều phát hiện đúng cùng 1 chẩn đoán, điều này khẳng định rằng hai tiêu chí đều đủ đáng tin cậy nếu đối tượng đồng nhất, trẻ tuổi hoặc ít yếu tố nguy cơ.

Tổng tỷ lệ chẩn đoán rối loạn thông khí tắc nghẽn theo tiêu chuẩn LLN (bảng 3.8) là 27.63%, trong khi theo tiêu chuẩn  $FEV_1/FVC < 0.7$  là 26.32%. Sự khác biệt này là không đáng kể, cho thấy hai tiêu chuẩn có mức độ tương đồng cao trong việc xác định bệnh nhân mắc rối loạn thông khí tắc nghẽn. Điều này cũng tương đồng với nghiên cứu của Vestbo năm 2012<sup>3</sup>, trong đó các tác giả chỉ ra rằng cả hai tiêu chuẩn này có thể sử dụng thay thế cho nhau trong hầu hết các trường hợp chẩn đoán COPD. Có duy nhất 1 trường hợp  $FEV_1/FVC \geq 0.7$  nhưng nhỏ hơn LLN, có nghĩa là nếu chỉ dùng tiêu chí 0.7 thì sẽ bỏ sót trường hợp này, thường rơi vào những trường hợp có rối loạn nhẹ, hay gặp ở người trẻ tuổi. Như vậy, tiêu chí cố định 0.7 có thể bỏ sót rối loạn thông khí ở người trẻ, ít yếu tố nguy cơ. Nguyên nhân là do tiêu chí cố định 0.7 không điều chỉnh theo tuổi, giới, vóc dáng nên dễ gây chẩn đoán quá mức ở người già nhưng lại bỏ sót ở một số đối tượng trẻ. Trong khi chỉ số LLN căn cứ vào phân phối chuẩn theo dân số (GLI) nên

sẽ phát hiện chính xác hơn trong từng độ tuổi. Theo ATS/ERS khuyến cáo, từ năm 2021 ưu tiên dùng LLN, nhất là trong nghiên cứu và dân số trẻ trong khi GOLD 2023 vẫn sử dụng  $<0.7$ , nhưng khuyến cáo lâm sàng cần cân nhắc độ tuổi và hoàn cảnh cụ thể. Tương tự với nghiên cứu của Yewande E. Odeyemi M.D (2019)<sup>6</sup>, tiêu chí cố định 0.7 bỏ sót từ 10-25% các ca có triệu chứng và tổn thương thực thể. Do vậy, khuyến cáo lâm sàng nên sử dụng tiêu chí LLN, giá trị này được hiệu chỉnh theo đặc điểm nhân trắc học, theo chủng tộc, dân tộc để tăng độ chính xác, mang tính khoa học và sinh lý hơn, đặc biệt ở nhóm đối tượng trẻ, ít yếu tố nguy cơ. Việc sử dụng tiêu chí cố định 0.7 nên được áp dụng trong sàng lọc cộng đồng do tính chất đo dễ áp dụng, nhưng cần lưu ý kiểm tra lại bằng chỉ số LLN trong các trường hợp có nghi ngờ.

## V. KẾT LUẬN

LLN và  $FEV_1/FVC < 0.7$  đều là các tiêu chuẩn có giá trị tương đồng cao trong chẩn đoán rối loạn thông khí tắc nghẽn. Tuy nhiên, LLN được khuyến cáo sử dụng để tăng độ chính xác đặc biệt ở nhóm đối tượng nam giới, trẻ tuổi, ít yếu tố nguy cơ. Việc sử dụng tiêu chí cố định 0.7 nên được áp dụng trong sàng lọc cộng đồng do tính chất đo dễ áp dụng, nhưng cần lưu ý kiểm tra lại bằng chỉ số LLN trong các trường hợp có nghi ngờ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **3,1% người trưởng thành ở Việt Nam mắc căn bệnh là nguyên nhân gây tử vong thứ 3 trên thế giới - Bộ Y tế.** Accessed November 24, 2024.
2. **Townsend MC. Conflicting Definitions of Airways Obstruction.** Chest. 2007;131(2):335-336. doi:10.1378/chest.06-2736
3. **Vestbo J.** GOLD and the fixed ratio. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2012; 7:663-665. doi:10.2147/COPD.S35769
4. **Interpretative strategies for lung function tests - PubMed.** Accessed March 30, 2024. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16264058/>
5. **Quanjer PH, Stanojevic S, Cole TJ, et al.** Multi-ethnic reference values for spirometry for the 3-95-yr age range: the global lung function 2012 equations. Eur Respir J. 2012;40(6):1324-1343. doi:10.1183/09031936.00080312
6. **Yewande E. Odeyemi, O'Dene Lewis, Julius Ngwa, Kristen Dodd, Richard F. Gillum, Alem Mehari.** Does Low  $FEV_1$  in Addition to Fixed Ratio and/or Lower Limit of Normal of  $FEV_1/FVC$  Improve Prediction of Mortality in COPD? The NHANES-III-linked-mortality Cohort, Journal of the National Medical Association, Volume 111, Issue 1,2019, Pages 94-100, ISSN 0027-9684, <https://doi.org/10.1016/j.jnma.2018.06.006>.

# ĐẶC ĐIỂM ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA SẢN PHỤ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Linh Chi<sup>1</sup>, Đặng Ngọc Thế<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Bích Vân<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) và một số yếu tố liên quan của 199 sản phụ đến khám tại Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 10/2024 - 05/2025. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 199 thai phụ thỏa mãn điều kiện chọn mẫu, được phỏng vấn bằng bộ câu hỏi in sẵn tại Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của thai phụ là  $29,70 \pm 4,14$  tuổi. Tỷ lệ thai phụ có tiền sử đái tháo đường thai kỳ là 1,0%, trong khi không có trường hợp nào mắc ĐTĐ trước khi mang thai. Ngoài ra, 12,6% thai phụ có tiền sử gia đình mắc ĐTĐ. Chỉ có 22,6% thai phụ có kiến thức về ĐTĐTK ở mức đạt (trả lời đúng  $\geq 80\%$  tổng số 54 câu hỏi). Kết quả phân tích đa biến cho thấy: thai phụ từ 35 tuổi trở lên có khả năng đạt kiến thức về đái tháo đường thai kỳ cao gấp gần ba lần so với nhóm dưới 35 tuổi ( $OR = 2,94$ ). Phụ nữ có trình độ học vấn trên THPT có khả năng đạt kiến thức gấp đôi so với nhóm trình độ THPT trở xuống ( $OR = 2,05$ ). Kết quả phân tích đa biến cho thấy nhóm thai phụ có chỉ số BMI  $\geq 23$  (thừa cân, béo phì) có tỷ lệ đạt kiến thức cao hơn hẳn ( $OR = 3,27$ ); những thai phụ đã được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ cũng có khả năng đạt kiến thức tốt gấp gần đôi so với nhóm chưa mắc ( $OR = 1,99$ ). **Kết luận:** Tỷ lệ thai phụ đến khám tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội có kiến thức đạt về ĐTĐ thai kỳ vẫn còn thấp.

**Từ khóa:** Sản phụ, Đái tháo đường thai kỳ, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

## SUMMARY

### CHARACTERISTICS OF GESTATIONAL DIABETES MELLITUS AND SOME RELATED FACTORS OF PREGNANT WOMEN AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

**Objective:** To describe the characteristics of gestational diabetes mellitus and some related factors of 199 pregnant women who visited the Department of Obstetrics and Gynecology, Hanoi Medical University Hospital from October 2024 to May 2025. **Method:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 199 pregnant women who met the sampling conditions and were interviewed using a pre-printed questionnaire at the Department of Obstetrics and Gynecology, Hanoi Medical University Hospital. **Results:** The average age of pregnant women was  $29.70 \pm 4.14$  years old. The proportion of pregnant

women with a history of gestational diabetes was 1.0%, while no case of diabetes before pregnancy. In addition, 12.6% of pregnant women had a family history of diabetes. Only 22.6% of pregnant women had satisfactory knowledge of gestational diabetes (answering  $\geq 80\%$  of the total 54 questions correctly). Multivariate analysis results showed that pregnant women aged 35 years and older were nearly three times more likely to have knowledge of gestational diabetes than those under 35 years old ( $OR = 2.94$ ). Women with an education level above high school were twice as likely to have knowledge as those with a high school education or below ( $OR = 2.05$ ). Multivariate analysis results showed that pregnant women with a BMI  $\geq 23$  (overweight, obese) had a much higher rate of knowledge ( $OR = 3.27$ ); Pregnant women who have been diagnosed with gestational diabetes are also nearly twice as likely to have good knowledge compared to the group that has not been diagnosed ( $OR = 1.99$ ). **Conclusion:** The rate of pregnant women visiting Hanoi Medical University Hospital with good knowledge about gestational diabetes mellitus is still low.

**Keywords:** pregnant women, gestational diabetes mellitus, Hanoi Medical University Hospital

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ là tình trạng tăng đường huyết với giá trị đường huyết cao hơn bình thường nhưng thấp hơn giá trị chẩn đoán bệnh tiểu đường,<sup>1</sup> xuất hiện từ 3 tháng giữa thai kỳ trở đi và không có bằng chứng về đái tháo đường trước đó.<sup>2</sup>

ĐTĐTK thai kỳ là một trong những rối loạn chuyển hóa thường gặp nhất khi mang thai và có xu hướng ngày càng tăng.<sup>3</sup> Một nghiên cứu tại Hoa Kỳ cho thấy tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường thai kỳ chuẩn hóa theo độ tuổi nói chung tăng đáng kể từ 47,6 lên 63,5 trên 1000 ca sinh con sống từ năm 2011 đến năm 2019, với mức tăng trung bình hàng năm là 3,7% mỗi năm.<sup>4</sup> Tại Việt Nam, theo khảo sát của các bệnh viện chuyên khoa sản trên toàn quốc trong giai đoạn từ năm 2001 - 2004, tỷ lệ phát hiện bệnh đái tháo đường thai kỳ vào khoảng 3% - 4%, đến năm 2017 tỷ lệ này đã tăng lên mức 20% trên tổng số thai phụ được khám tại các bệnh viện/cơ sở y tế chuyên khoa.<sup>2</sup>

Đái tháo đường thai kỳ nếu không được chẩn đoán và điều trị sẽ gây nhiều tai biến cho cả mẹ và con, như tiền sản giật, sảy thai, thai lưu, ngạt sơ sinh, tử vong chu sinh, thai to làm tăng nguy cơ đẻ khó và mổ đẻ,... Trẻ sơ sinh của những bà mẹ có đái tháo đường thai kỳ có nguy

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Thanh Vũ Medic Bạc Liêu

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Bích Vân  
Email: bichvan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2025

Ngày duyệt bài: 28.8.2025

cơ hạ glucose máu, hạ canxi máu, vàng da; khi trẻ lớn hơn sẽ có nguy cơ béo phì và đái tháo đường týp 2.<sup>2,3</sup> Mặc dù đái tháo đường thai kỳ có thể gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm, song một số nghiên cứu cho thấy hiểu biết của phụ nữ mang thai về bệnh lý này vẫn còn hạn chế.<sup>5</sup>

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Kiều Oanh và cộng sự trên 106 thai phụ đến khám tại khoa Phụ sản Bệnh viện Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh ghi nhận tỷ lệ thai phụ có kiến thức đạt về đái tháo đường thai kỳ là 65,1%.<sup>6</sup> Nghiên cứu của Vũ Thị Lệ Hiền tại Bệnh viện Phụ sản tỉnh Nam Định cũng cho biết tỷ lệ này ở mức 51,7%.<sup>7</sup> Trong bối cảnh tỷ lệ mắc đái tháo đường thai kỳ ngày càng gia tăng, kiến thức phòng ngừa đóng vai trò hết sức quan trọng. Ở Việt Nam các nghiên cứu về đái tháo đường thai kỳ chủ yếu tập trung vào tỷ lệ mắc bệnh. Câu hỏi đặt ra là hiểu biết đúng về đái tháo đường thai kỳ ở phụ nữ Việt Nam hiện nay như thế nào và liệu có yếu tố nào ảnh hưởng đến tình trạng này hay không. Chính vì vậy, tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố liên quan của sản phụ đến khám tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2024-2025.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 199 thai phụ đến khám thai tại Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Thai phụ đến khám và quản lý thai nghén tại Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Thai phụ mang thai đơn tại thời điểm tiến hành nghiên cứu. Thai phụ đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Thai phụ mắc bệnh cấp tính: nhiễm khuẩn toàn thân, lao phổi, viêm gan,... Thai phụ đang mắc các bệnh có ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose như Basedow, suy giáp, Cushing, suy gan, suy thận... Thai phụ đang sử dụng thuốc có ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose như corticoid, salbutamol, thuốc hạ huyết áp...

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

#### 2.2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Phụ Sản Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

- Thời gian thu thập số liệu nghiên cứu từ tháng 10/2024 đến tháng 5/2025.

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

#### 2.2.3. Cỡ mẫu và chọn mẫu

- Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức cỡ mẫu cho việc ước tính một tỉ lệ trong quần thể:

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

Trong đó: n: cỡ mẫu nghiên cứu.

$\alpha$ : mức ý nghĩa thống kê, lấy  $\alpha = 0,05$ .

$Z_{1-\alpha/2}$ : là giá trị từ phân bố chuẩn, được tính dựa trên mức có ý nghĩa thống kê, ( $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ ) nếu mức có ý nghĩa thống kê mong muốn = 5%.

p: tỷ lệ phụ nữ có thai có kiến thức về ĐĐTĐTK ở mức tốt và khá theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Tâm<sup>8</sup> là 48,5. ( $p=0,485$ )

$\varepsilon$ : là sai số tương đối của nghiên cứu, lấy  $\varepsilon = 0,15$ . Thay vào công thức tính được cỡ mẫu của nghiên cứu là  $n = 185$ . Cỡ mẫu thu được thực tế là 199 người.

- Chọn mẫu: Mẫu nghiên cứu được lựa chọn theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Chọn các bệnh nhân đến khám tại bệnh viện trong thời gian tiến hành nghiên cứu và thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn nêu trên cho đến khi đủ cỡ mẫu.

### 2.2.4. Phương pháp và công cụ thu thập số liệu

- Cân nặng và chiều cao được thu thập theo lời khai của đối tượng nghiên cứu và kiểm tra trong hồ sơ khám thai. Cân nặng được lấy sau dấu phẩy một chữ số thập phân. Đơn vị đo cân nặng là kilogram và chiều cao là centimeter.

- Công cụ thu thập thông tin là bộ câu hỏi nghiên cứu đã được thiết kế sẵn. Bộ công cụ gồm 4 phần: thông tin chung, kiến thức chung về ĐĐTĐTK, kiến thức về dinh dưỡng, kiến thức về chế độ tập luyện.

### 2.2.5. Tiêu chuẩn đánh giá

- Đánh giá TTDD theo BMI ở người trưởng thành

$$BMI = \frac{\text{Cân nặng (kg)}}{(\text{Chiều cao})^2 (\text{m})}$$

Phân loại BMI theo tiêu chuẩn dành riêng cho người Châu Á: BMI < 18,5: nhẹ cân; 18,5-22,9: Bình thường; 23-24,9: Thừa cân;  $\geq 25$ : Béo phì

### 2.3. Biến số và chỉ số nghiên cứu

- Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, nơi sinh sống, dân tộc, trình độ học vấn, nghề nghiệp, kinh tế gia đình, BMI trước khi mang thai, tuổi thai, số lần mang thai, tiền sử sinh con, Tiền sử đẻ non/thai lưu, tiền sử đái tháo đường, tiền sử đái tháo đường thai kỳ, tiền sử gia đình mắc đái tháo đường, đái tháo đường thai kỳ theo chẩn đoán của bác sĩ.

- Kiến thức chung liên quan đến đái tháo đường thai kỳ: Khái niệm ĐĐTĐ thai kỳ; yếu tố nguy cơ; hậu quả của ĐĐTĐTK đối với con, với mẹ (gồm 23 câu hỏi)

- Kiến thức về dinh dưỡng liên quan đến ĐĐTĐTK (gồm 25 câu hỏi)

- Kiến thức về chế độ luyện tập cho người ĐTĐTK (gồm 6 câu hỏi)

- Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành về ĐTĐTK

#### 2.4. Tiêu chuẩn đo lường

- Nghiên cứu sử dụng bộ công cụ được thiết kế dựa trên tài liệu "Hướng dẫn quốc gia về đái tháo đường thai kỳ" của Bộ Y Tế năm 2018, "Hướng dẫn điều trị dinh dưỡng lâm sàng" của Viện Dinh dưỡng Quốc gia, "Dinh dưỡng lâm sàng" của viện Dinh Dưỡng Quốc Gia năm 2019, đồng thời được hoàn thiện dưới sự góp ý của các chuyên gia trong lĩnh vực sản khoa và dinh dưỡng.

- Phân loại kiến thức dựa trên trả lời tổng số 54 câu hỏi:

+ Thai phụ trả lời đúng  $\geq 80\%$  tổng số câu hỏi được đánh giá là đạt về kiến thức.

+ Thai phụ trả lời đúng  $< 80\%$  tổng số câu hỏi được đánh giá là không đạt về kiến thức.

**2.5. Phân tích và xử lý số liệu.** Các số liệu phỏng vấn và cân đo nhân trắc được làm sạch, xử lý thô và mã hóa. Thực hiện nhập liệu trên phần mềm Epidata 3.1. Số liệu được xử lý trên phần mềm STATA 14.0.

**2.6. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu được tiến hành sau khi được Hội đồng thẩm định đề cương Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng thông qua. Nghiên cứu nhận được sự chấp thuận của lãnh đạo Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Mọi thông tin của đối tượng được giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 3.1. Đặc điểm dân số học của đối tượng nghiên cứu (n=199)**

| Đặc điểm |           | Tần số (n) | Tỷ lệ (%) |
|----------|-----------|------------|-----------|
| Tuổi     | <35       | 173        | 86,9      |
|          | $\geq 35$ | 26         | 13,1      |

**Bảng 3.3. Mối liên quan giữa một số đặc điểm nhân khẩu - xã hội với kiến thức chung của phụ nữ mang thai về đái tháo đường thai kỳ (n=199)**

| Đặc điểm         |                          | Kiến thức n (%) |           | OR (95%CI)        | p     |
|------------------|--------------------------|-----------------|-----------|-------------------|-------|
|                  |                          | Chưa đạt        | Đạt       |                   |       |
| Tuổi             | <35                      | 134 (79,3)      | 35 (20,7) | 1                 | <0,05 |
|                  | $\geq 35$                | 16 (61,5)       | 10 (38,5) | 2,94 (1,03–8,41)  |       |
| Nơi ở            | Thành thị                | 105 (78,4)      | 29 (21,6) | 1                 | 0,16  |
|                  | Nông thôn                | 45 (73,7)       | 16 (26,2) | 1,72 (0,80–3,72)  |       |
| Trình độ học vấn | $\leq$ THPT              | 14 (82,4)       | 3 (17,6)  | 1                 | 0,03  |
|                  | >THPT                    | 136 (76,4)      | 42 (23,6) | 2,05 (1,07–3,94)  |       |
| Nghề nghiệp      | Hành chính/kinh doanh    | 133 (93,7)      | 9 (6,3)   | 1                 | 0,13  |
|                  | Nhân viên y tế/giáo viên | 17 (32,1)       | 36 (67,9) | 2,13 (0,18–1,25)  |       |
| Kinh tế gia đình | Thấp                     | 11 (91,7)       | 1 (8,3)   | 1                 | 0,36  |
|                  | Trung bình trở lên       | 139 (76,0)      | 44 (24,0) | 2,77 (0,32–24,28) |       |

Kết quả phân tích đa biến cho thấy thai phụ từ 35 tuổi trở lên có khả năng đạt kiến thức về đái tháo đường thai kỳ cao gấp gần ba lần so với nhóm dưới 35 tuổi (OR = 2,94; 95% CI: 1,03–8,41;

|                      |                                                            |     |      |
|----------------------|------------------------------------------------------------|-----|------|
|                      | X $\pm$ SD: 29,70 $\pm$ 4,14 tuổi, Min - Max: 21 - 42 tuổi |     |      |
| Mắc ĐTĐ thai kỳ      | Có                                                         | 34  | 17   |
|                      | Không                                                      | 165 | 83   |
| Nơi ở                | Thành thị                                                  | 136 | 68,3 |
|                      | Nông thôn                                                  | 63  | 31,7 |
| Trình độ học vấn     | $\leq$ THPT                                                | 18  | 9,0  |
|                      | >THPT                                                      | 181 | 91,0 |
| Nghề nghiệp          | Nhân viên y tế/giáo viên                                   | 26  | 13,1 |
|                      | Hành chính/kinh doanh                                      | 169 | 84,9 |
|                      | Khác                                                       | 4   | 2,0  |
| Số lần mang thai     | 1                                                          | 116 | 58,3 |
|                      | $\geq 2$                                                   | 83  | 41,7 |
| Tiền sử ĐTĐTK        | Không                                                      | 197 | 99,0 |
|                      | Có                                                         | 2   | 1,0  |
| Tiền sử gia đình ĐTĐ | Không                                                      | 174 | 87,4 |
|                      | Có                                                         | 25  | 12,6 |

Hầu hết thai phụ ở độ tuổi sinh đẻ (dưới 35) (86,9%). Độ tuổi trung bình của thai phụ là 29,70  $\pm$  4,14 tuổi. 17,1% thai phụ được chẩn đoán mắc ĐTĐTK. Phần lớn thai phụ tham gia nghiên cứu sống ở thành thị, 31,67% sống ở nông thôn. Chủ yếu thai phụ trong nghiên cứu có trình độ học vấn trên THPT (91,0%). 84,9% thai phụ đang làm công việc hành chính/kinh doanh, 13,1% thai phụ đang là nhân viên y tế/giáo viên. 58,3% mang thai lần đầu.

**Bảng 3.2. Phân loại mức độ kiến thức chung của phụ nữ mang thai về đái tháo đường thai kỳ (n=199)**

| Phân loại | n   | %    |
|-----------|-----|------|
| Đạt       | 45  | 22,6 |
| Chưa đạt  | 154 | 77,4 |

Trong số 199 sản phụ tham gia nghiên cứu trả lời đầy đủ 54 câu hỏi trong bộ câu hỏi nghiên cứu, chỉ 22,6% thai phụ có kiến thức về ĐTĐTK ở mức đạt (trả lời đúng  $\geq 80\%$  tổng số câu hỏi)

$p < 0,05$ ). Phụ nữ có trình độ học vấn trên THPT có khả năng đạt kiến thức gấp đôi so với nhóm trình độ THPT trở xuống ( $OR = 2,05$ ; 95 % CI: 1,07–3,94;  $p = 0,03$ ).

**Bảng 3.4. Mối liên quan giữa một số đặc điểm lâm sàng - sản khoa với kiến thức chung của phụ nữ mang thai về đái tháo đường thai kỳ ( $n=199$ )**

| Đặc điểm                       |          | Kiến thức n (%) |           | OR<br>(95%CI)    | P    |
|--------------------------------|----------|-----------------|-----------|------------------|------|
|                                |          | Chưa đạt        | Đạt       |                  |      |
| <b>BMI trước khi mang thai</b> | <23      | 137 (80,1)      | 34 (19,8) | 1                | 0,02 |
|                                | ≥23      | 13 (54,2)       | 11 (45,8) | 3,27 (1,23–8,69) |      |
| <b>Tuổi thai</b>               | <28 tuần | 25 (83,3)       | 5 (16,7)  | 1                | 0,70 |
|                                | ≥28 tuần | 125 (75,8)      | 40 (24,2) | 1,25 (0,41–3,77) |      |
| <b>Số lần mang thai</b>        | ≥2       | 60 (72,3)       | 23 (27,7) | 1                | 0,59 |
|                                | 1        | 90 (80,4)       | 22 (19,6) | 1,27 (0,53–3,01) |      |
| <b>Tiền sử thai lưu/dẻ non</b> | Không    | 143 (78,6)      | 39 (21,4) | 1                | 0,24 |
|                                | Có       | 7 (53,8)        | 6 (46,2)  | 2,35 (0,57–9,77) |      |
| <b>Tiền sử gia đình ĐTĐ</b>    | Không    | 132 (77,6)      | 38 (22,4) | 1                | 0,68 |
|                                | Có       | 18 (72,0)       | 7 (28,0)  | 1,25 (0,43–3,64) |      |
| <b>ĐTĐTK</b>                   | Không    | 129 (79,6)      | 33 (20,4) | 1                | 0,04 |
|                                | Có       | 21 (63,6)       | 12 (36,4) | 1,99 (1,02–3,66) |      |

Kết quả phân tích đa biến cho thấy nhóm thai phụ có chỉ số BMI  $\geq 23$  (thừa cân, béo phì) có tỷ lệ đạt kiến thức cao hơn hẳn ( $OR = 3,27$ ; 95 % CI: 1,23–8,69;  $p = 0,02$ ), và những người đã được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ cũng có khả năng đạt kiến thức tốt gần gấp đôi so với nhóm chưa mắc ( $OR = 1,99$ ; 95 % CI: 1,02–3,66;  $p = 0,04$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội cho thấy tỷ lệ thai phụ có kiến thức đạt yêu cầu về đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) chỉ ở mức 22,6%, thấp hơn đáng kể so với các nghiên cứu trước đây tại Việt Nam. Cụ thể, nghiên cứu của Nguyễn Thị Kiều Oanh và cộng sự (2022) ghi nhận tỷ lệ này là 65,1% tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh,<sup>6</sup> trong khi nghiên cứu của Vũ Thị Lệ Hiền (2024) tại Nam Định ghi nhận mức 51,7%.<sup>7</sup> Sự khác biệt này có thể đến từ sự khác biệt về đặc điểm dân số học, trình độ học vấn hoặc chiến lược truyền thông giáo dục sức khỏe tại từng địa phương.

Nghiên cứu cho thấy phụ nữ từ 35 tuổi trở lên có khả năng đạt kiến thức cao gấp gần ba lần nhóm dưới 35 tuổi ( $OR = 2,94$ ). Điều này có thể lý giải là do phụ nữ lớn tuổi thường có kinh nghiệm sinh sản hoặc tiếp cận dịch vụ y tế nhiều hơn, từ đó có điều kiện tìm hiểu bệnh lý liên quan đến thai kỳ như ĐTĐTK. Bên cạnh đó, trình độ học vấn cũng là yếu tố liên quan đáng kể. Nghiên cứu này ghi nhận phụ nữ có trình độ học vấn trên THPT có khả năng đạt kiến thức gấp đôi so với nhóm học vấn thấp hơn ( $OR = 2,05$ ). Điều này phù hợp với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước, cho thấy học vấn cao giúp phụ nữ tiếp cận tốt hơn với thông tin y tế và hiểu đúng

về phòng bệnh.

Một phát hiện đáng chú ý là thai phụ có BMI  $\geq 23$  (thừa cân, béo phì) có tỷ lệ đạt kiến thức cao hơn rõ rệt ( $OR = 3,27$ ). Kết quả này có thể phản ánh mối liên hệ giữa lo ngại về biến chứng thai kỳ và xu hướng tự tìm hiểu kiến thức y tế ở nhóm phụ nữ có yếu tố nguy cơ. Tuy nhiên, cũng cần lưu ý rằng BMI cao vốn là yếu tố nguy cơ của ĐTĐTK theo WHO và Bộ Y tế Việt Nam, nên đây cũng có thể là nhóm thường được bác sĩ tư vấn kỹ hơn trong quá trình khám thai.<sup>1</sup> Việc từng được chẩn đoán mắc ĐTĐTK cũng có liên quan đến kiến thức tốt hơn, với  $OR = 1,99$ . Điều này phù hợp với logic rằng những phụ nữ đã từng mắc bệnh sẽ được tiếp cận các chương trình tư vấn, theo dõi và điều trị chặt chẽ hơn, từ đó nâng cao nhận thức và kiến thức. Nghiên cứu của Sweeting và cộng sự (2022) cũng nhấn mạnh vai trò của giáo dục bệnh nhân trong kiểm soát ĐTĐTK.<sup>3</sup>

Tuy nhiên, tỷ lệ thai phụ có kiến thức đạt vẫn còn thấp cho thấy sự cần thiết của việc đẩy mạnh truyền thông – giáo dục sức khỏe về ĐTĐTK. Theo khuyến nghị của WHO và Bộ Y tế Việt Nam, giáo dục sức khỏe và sàng lọc sớm là hai chiến lược quan trọng nhằm hạn chế tác hại của ĐTĐTK đối với mẹ và con.<sup>2</sup> Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Tâm (2022) cũng cho thấy giáo dục sức khỏe cải thiện rõ rệt kiến thức và thực hành của bệnh nhân mắc ĐTĐTK sau can thiệp.<sup>8</sup> Như vậy, nghiên cứu đã góp phần cung cấp thêm bằng chứng thực tế về hiện trạng kiến thức của thai phụ tại một bệnh viện tuyến trung ương, đồng thời xác định được một số yếu tố có liên quan. Các kết quả này có thể làm cơ sở để xây dựng các chương trình can thiệp giáo dục