

và không đặc hiệu của bệnh do HHV-6. Tăng bạch cầu trung tính dễ gây nhầm lẫn với nhiễm vi khuẩn, trong khi giảm bạch cầu, thiếu máu và giảm tiểu cầu lại gần giống với bệnh cảnh của các virus khác hoặc bệnh lý huyết học. Do đó, xét nghiệm PCR đóng vai trò chìa khóa chẩn đoán xác định, còn các chỉ số huyết học có giá trị gợi ý mức độ nặng và định hướng theo dõi biến chứng.

***Hạn chế của nghiên cứu:** Nghiên cứu còn một số hạn chế: Cỡ mẫu chưa lớn; PCR chủ yếu làm trên máu, tỷ lệ mẫu DNT còn hạn chế, chưa định lượng tải lượng virus; đối tượng nghiên cứu tại bệnh viện tuyến cuối nên tỷ lệ bệnh nhân nặng cao, có thể chưa phản ánh chính xác bức tranh dịch tễ trong cộng đồng.

V. KẾT LUẬN

Bệnh do HHV-6 ở trẻ em tại chủ yếu gặp ở lứa tuổi <2 tuổi, biểu hiện lâm sàng khác nhau ở các nhóm tuổi, với các triệu chứng hay gặp là sốt, phát ban, tổn thương gan-mật và thần kinh; cùng với các bất thường huyết học thường gặp. Những đặc điểm này cần được chú ý trong chẩn

đoán và theo dõi biến chứng sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Henri Agut, Pascale Bonnafous and Dejean Gautheret (2015)**, "Laboratory and clinical aspects of human herpesvirus 6 infections". 28(2), pp. 313-335.
2. **Leen DeBolle, Lieve Naesens and Erik De Clercq (2005)**, "Update on human herpesvirus 6 biology, clinical features, and therapy". 18(1), pp. 217-245.
3. **Tran Xuan Duong et al. (2023)**, "Aetiology of acute undifferentiated fever among children under the age of five in Vietnam: A prospective study". 13(2), pp. 163-172.
4. **Oana Alexandra Ganea et al. (2024)**, "Human Herpesvirus 6-A Rare Aetiologic Agent for CNS Infections in Immunocompetent Individuals or an Underestimation?". 13(16), pp. 4660.
5. **Fumihiko Hattori et al. (2019)**, "Clinical characteristics of primary HHV-6B infection in children visiting the emergency room". 38(10), pp. e248-e253.
6. **Mohammad Mehdi Houshmandi et al. (2015)**, "Human herpes virus type 6 and febrile convulsion". 9(4), pp. 10.
7. **Danielle M. Zerr et al. (2005)**, "A population-based study of primary human herpesvirus 6 infection". 352(8), pp. 768-776.

KHẢO SÁT TỶ LỆ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN BẰNG NGHIỆM PHÁP DUNG NẠP GLUCOSE ĐƯỜNG UỐNG Ở THAI PHỤ CÓ TUỔI THAI TỪ 24 – 28 TUẦN

Lê Xuân Minh Phúc¹, Huỳnh Thị Minh Thu²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) và đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là những rối loạn nội tiết – chuyển hóa có tỷ lệ mắc ngày càng gia tăng trong cộng đồng. ĐTĐTK được định nghĩa là tình trạng tăng đường huyết được phát hiện lần đầu trong thời kỳ mang thai. Việc phát hiện và can thiệp sớm ĐTĐTK đóng vai trò quan trọng trong việc giảm nguy cơ biến chứng sản khoa cho cả mẹ và thai nhi. Thời điểm từ tuần 24 đến 28 của thai kỳ được khuyến cáo là giai đoạn tối ưu để tầm soát. Hiện nay, nghiệm pháp dung nạp glucose 75 g đường uống được xem là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán ĐTĐTK. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp cắt ngang, thực hiện trên 251 thai phụ mang thai đơn, chưa được chẩn đoán đái tháo đường trước khi mang thai. Tất cả đối tượng

tham gia được thực hiện nghiệm pháp dung nạp 75 g glucose đường uống theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ năm 2022, tại thời điểm thai 24–28 tuần. Nghiên cứu được tiến hành trong khoảng thời gian từ tháng 11/2023 đến tháng 7/2025 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Đồng Nai. Tiêu chuẩn chọn mẫu: Thai phụ trong độ tuổi sinh sản (≥ 18 tuổi), có tuổi thai từ 24–28 tuần và đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ thông tin không đầy đủ; thai phụ được chẩn đoán đái tháo đường trước khi mang thai và đang điều trị; có các bệnh lý ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose (như cường giáp, suy giáp, Hội chứng Cushing); hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu. **Kết quả:** Tuổi thai phụ trung bình trong nghiên cứu là 30,38 ± 4,9 tuổi; trình độ học vấn cấp 2-3 chiếm 52,6%; công nhân chiếm 45,0%. Tỷ lệ thai phụ ĐTĐ là 29,5 % (KTC 95%: 23,9-35,5). Thai phụ có tiền căn ĐTĐTK trước đó có nguy cơ mắc ĐTĐTK lần này gấp 6,8 lần so với nhóm thai phụ không có tiền căn này (OR = 6,80; KTC 95%: 1,49 – 30,88; p = 0,013). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mắc ĐTĐTK giữa các đối tượng có hay không có tiền căn tăng huyết áp, tiền căn sinh con ≥ 4kg, tiền căn gia đình ĐTĐ với nhóm thai phụ không có yếu tố tiền căn trên. Thai phụ có tuổi cao trên 35 tuổi gia tăng nguy cơ

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai, Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Lê Xuân Minh Phúc

Email: mphuc.le1234@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025

mắc ĐTĐTK gấp 3,95 lần so với thai phụ <25 tuổi (OR = 4,20; KTC 95%:1,64 – 10,81; p = 0,003). **Kết luận:** ĐTĐTK cần được chú ý tầm soát ở thai phụ có độ tuổi mang thai từ 35 hoặc có tiền căn gia đình mắc đái tháo đường để từ đó có kế hoạch quản lý để giảm nguy cơ cho thai phụ và thai nhi.

Từ khóa: Đái tháo đường thai kỳ, nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống.

SUMMARY

SURVEY ON THE PREVALENCE OF GESTATIONAL DIABETES MELLITUS AND ASSOCIATED FACTORS USING THE ORAL GLUCOSE TOLERANCE TEST IN PREGNANT WOMEN WITH GESTATIONAL AGE FROM 24 TO 28 WEEKS

Background: Diabetes mellitus (DM) and gestational diabetes mellitus (GDM) are endocrine–metabolic disorders with an increasing prevalence in the community. GDM is defined as hyperglycemia first detected during pregnancy. Early detection and intervention of GDM can reduce obstetric complications for both the mother and the fetus. The optimal time for GDM screening is between weeks 24 and 28 of pregnancy. Currently, the 75g oral glucose tolerance test (OGTT) remains the gold standard for diagnosing GDM. **Subjects and methods:** The cross-sectional study of 251 pregnant women between 24 - 28 weeks of gestation without a prior diagnosis of diabetes, who underwent a 75g OGTT according to diagnostic criteria of the American Diabetes Association 2022, from November 2023 to July 2025 at Dong Nai General Hospital. Inclusion criteria: all pregnant women of reproductive age ≥ 18 years, with gestational age from 24 to 28 weeks, who consented to participate. Exclusion criteria: incomplete data, women with pre-pregnancy diabetes under treatment, those with disorders affecting glucose metabolism such as hyperthyroidism, hypothyroidism, Cushing's syndrome, or who refused participation,... **Results:** The average of pregnant women in the study was 30.38 ± 4.9 years; the youngest was 20 and the oldest was 48; 52.6% had secondary or high school education, 45% were workers. The prevalence of GDM among the participants was 29.5% (95% CI: 23.9 – 35.5). Pregnant women with a history of previous GDM had a 6.8-fold higher risk of developing GDM in the current pregnancy compared to those without such a history (OR = 6.80; 95% CI: 1.49–30.88; p = 0.013). No statistically significant difference was found in GDM prevalence between women with or without such a history of hypertension, macrosomia (baby ≥ 4 kg), or a family history of diabetes. Women aged ≥ 35 years had a 3.95-fold increased risk of GDM compared to those <25 years (OR = 4.20; 95% CI: 1.64–10.81; p = 0.003). **Conclusion:** Gestational diabetes mellitus should be particularly screened for pregnant women aged ≥ 35 years or those with a family history of diabetes. Early detection in high-risk groups enables appropriate management planning, thereby reducing complications for both the mother and the fetus. **Keywords:** Gestational Diabetes Mellitus (GDM), Oral Glucose Tolerance Test (OGTT).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) chiếm tỷ lệ khá cao trong cộng đồng (khoảng 10%). Cùng với sự gia tăng của ĐTĐ, đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) cũng gặp khá phổ biến trong các thai phụ. Nghiên cứu cho thấy Việt Nam là nước nằm trong vùng có tần suất cao mắc ĐTĐTK [1].

ĐTĐTK là trường hợp được phát hiện đường huyết cao trong thời kỳ mang thai. Bệnh để lại hậu quả nghiêm trọng, lâu dài cho cả mẹ và bé. ĐTĐTK không chỉ làm tăng các biến cố bất lợi cho thai nhi như thai to và thai lớn so với tuổi thai mà còn liên quan đến các biến cố bất lợi cho mẹ, bao gồm tăng nguy cơ tiền sản giật và mổ lấy thai. Hơn nữa, ĐTĐTK còn liên quan đến việc tăng nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường tít 2 ở cả mẹ và con. Tầm soát ĐTĐTK ở tuần 24 đến tuần 28 của thai kỳ có ý nghĩa rất lớn trong chẩn đoán cũng như điều trị ĐTĐTK. Hiện nay, nghiệm pháp dung nạp glucose uống vẫn đang là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán ĐTĐTK trong hầu hết các hướng dẫn điều trị [2].

Tại Việt Nam, hướng dẫn quốc gia khuyến nghị sàng lọc ĐTĐTK thường quy cho tất cả phụ nữ mang thai từ tuần thai thứ 24 đến tuần thai thứ 28, theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2013. Tuy nhiên, dữ liệu về tỷ lệ lưu hành và các yếu tố nguy cơ của ĐTĐTK tại Việt Nam còn hạn chế; các nghiên cứu chỉ giới hạn ở các thành phố lớn. Cho đến nay, kiến thức về ĐTĐTK ở các tỉnh còn hạn chế [3]. Do đó, chúng tôi đặt mục tiêu khảo sát tỷ lệ ĐTĐTK và các yếu tố liên quan bằng nghiệm pháp dung nạp Glucose 75 gram bằng đường uống ở thai phụ có tuổi thai từ 24–28 tuần tại Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Đồng Nai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Các thai phụ chưa được chẩn đoán ĐTĐ trước khi mang thai đến khám và làm nghiệm pháp dung nạp 75g glucose thời điểm 24 –28 tuần trong khoảng thời gian từ tháng 11/2023 đến tháng 7/2025 tại Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Đồng Nai.

Phương pháp nghiên cứu:

- **Tiêu chuẩn chọn vào:** tất cả thai phụ trong độ tuổi sinh sản ≥ 18 tuổi. Có tuổi thai từ 24 –28 tuần. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** những thông tin thu thập từ thai phụ không đầy đủ. Thai phụ được chẩn đoán là ĐTĐ trước khi mang thai và đang điều trị, đang mắc các bệnh có ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose như cường giáp, suy giáp, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu,...

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

- Cỡ mẫu nghiên cứu: tính theo công thức:

$$n = \frac{Z_{(1-\alpha/2)}^2 \times P(1-P)}{d^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu cần thiết cho

nghiên cứu; chọn $\alpha = 0,05$ thì $Z_{(1-\frac{\alpha}{2})}$: trị số từ phân phối chuẩn = 1,96 ; P: trị số mong muốn của tỷ lệ, dựa trên P = 0,205 của Bùi Thị Kiều Diễm [4], d: sai số cho phép, chọn d = 0,05. Vậy cỡ mẫu cần tối thiểu trong nghiên cứu là 251 mẫu.

Cách tiến hành: Lấy toàn bộ các mẫu đạt tiêu chí khi thai phụ đến khám cho đến khi đủ mẫu; lấy máu xét nghiệm đường huyết trước và sau khi uống dung dịch glucose.

Tiêu chuẩn chẩn đoán: tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐTK theo ADA 2022 [5].

Bảng 1. Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐTK

Giờ	Glucose huyết tương (mg/dl hay mg%)	Glucose huyết tương (mmol/L)
Lúc đói	≥92	≥5,1
1 giờ	≥180	≥10,0
2 giờ	≥153	≥8,5

Nếu có từ 1 giá trị lớn hơn hay bằng là chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ.

+ Kỹ thuật định lượng glucose: xét nghiệm glucose thực hiện trên máy AU5800 theo nguyên lý enzyme so màu (glucose hexokinase).

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng theo quyết định số 27/PCT-HĐĐĐ-SDH năm 2023.

Xử lý và phân tích số liệu. Phân tích và xử lý bằng phần mềm STATA phiên bản 17.0. Các biến số được mô tả dưới dạng tần số và tỷ lệ, trình bày dưới dạng bảng phân phối và biểu đồ. Kiểm định Chi bình phương, sử dụng phương pháp phân tích hồi qui đa biến để kiểm soát yếu tố gây nhiễu. Giá trị p có ý nghĩa khi p<0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian thu thập số liệu từ tháng 11/2023 đến tháng 7/2024, có 251 thai phụ có tuổi thai từ 24 –28 tuần, đến khám và làm nghiệm pháp dung nạp 75g glucose tại Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Đồng Nai đã tham gia nghiên cứu.

3.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=251)

Đặc điểm	Số thai phụ (n=251)	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi		

<25 tuổi	43	17,1
25-34 tuổi	157	62,5
≥35 tuổi	51	20,3
Nghề nghiệp		
Công nhân viên văn phòng	66	26,3
Công nhân	113	45,0
Nông dân	3	1,2
Nội trợ	39	15,5
Nghề tự do khác	30	12,0
Trình độ học vấn		
Cấp 1	4	1,6
Cấp 2-3	132	52,6
Cao đẳng-ĐH-SDH	115	45,8

Nhận xét: Tuổi thai phụ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 30,38 ± 4,9 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 20 và tuổi lớn nhất là 48. Trong đó hơn một nửa có trình độ học vấn cấp 2-3 (chiếm 52,6%) và gần một nửa trường hợp có nghề nghiệp là công nhân chiếm 45,0%.

3.2. Đặc điểm tiền căn sản khoa, tiền căn gia đình của thai phụ

Bảng 3. Đặc điểm tiền căn gia đình, tiền căn sản khoa của thai phụ

Tiền căn	Số lượng (N=251)	Tỷ lệ (%)
Tiền căn sinh con to ≥4000g		
Có	4	1,6
Không	247	98,4
Tiền căn bị ĐTĐTK		
Có	12	4,8
Không	239	95,2
Tiền căn bị tăng huyết áp thai kỳ		
Có	5	2,0
Không	245	98,0
Tiền căn gia đình có đái tháo đường		
Có	8	3,2
Không	243	96,8

Nhận xét: Hầu hết các đối tượng nghiên cứu không có tiền căn sinh con to ≥4kg (4/251 = 1,6%), mắc ĐTĐTK trước đó (12/251 = 4,8%), tiền căn tăng huyết áp (5/251 = 2%), tiền căn gia đình có ĐTĐ (8/251 = 3,2%).

3.3. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ trong mẫu nghiên cứu

Bảng 4. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ trong nghiên cứu (N=251)

Kết quả	Tần suất	Tỷ lệ	KTC 95%
Am tính	177	70,5%	64,5-76,1
Dương tính	74	29,5%	23,9-35,5

Nhận xét và bàn luận: Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 74 thai phụ có kết quả nghiệm pháp dung nạp đường dương tính. Dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán của ADA 2022, tỷ lệ thai phụ ĐTĐ trong nghiên cứu của chúng tôi là 29,5%.

Bảng 5. Kết quả nghiệm pháp dung nạp đường theo mẫu xét nghiệm

Thời điểm lấy máu	Kết quả	
	Dưới ngưỡng N (%)	Trên ngưỡng N (%)
Đường huyết lúc đói	224 (89,2%)	27 (10,8%)
Đường huyết sau 1 giờ	201 (80,1%)	50 (19,9%)
Đường huyết sau 2 giờ	193 (76,9%)	58 (23,1%)

Nhận xét và bàn luận: Kết quả đường huyết sau 2 giờ trên ngưỡng chẩn đoán ĐTĐTK chiếm gần 2 lần các trường hợp trên ngưỡng của đường huyết đói và cao hơn tỷ lệ kết quả trên ngưỡng của đường huyết sau 1 giờ làm nghiệm pháp. Thai phụ đái ĐTĐTK chẩn đoán dựa vào đường huyết sau 2 giờ chiếm tỷ lệ cao nhất (23,1%), chẩn đoán dựa vào đường huyết sau 1 giờ chiếm tỷ lệ thấp hơn (19,9%).

3.5. Liên quan giữa ĐTĐTK và các yếu tố liên quan trong mô hình hồi quy đa biến

Bảng 6. Liên quan giữa ĐTĐTK với các yếu tố bằng hồi quy đa biến

Đặc điểm	ĐTĐTK		OR (KTC 95%)	p	
	Có (N=74)	Không (N=177)			
Nhóm tuổi	<25	8 (18,6%)	35 (81,4%)	1	
	25-34	41 (26,1%)	116 (73,9%)	1,48 (0,62-3,51)	0,370
	≥35	25 (49,0%)	26 (51,0%)	3,95 (1,48-10,51)	0,006
Tiền căn THA	Có	1 (20,0%)	4 (80,0%)	5,04 (0,46-54,37)	0,183
	Không	73 (29,7%)	173 (70,3%)	1	
Tiền căn bản thân ĐTĐTK	Có	3 (25,0%)	6 (75,0%)	6,80 (1,49-30,88)	0,013
	Không	68 (27,2%)	174 (72,8%)	1	
Tiền căn sinh con to ≥4000g	Có	3 (75,0%)	1 (25,0%)	5,48 (0,52-57,24)	0,155
	Không	71 (28,7%)	176 (71,3%)	1	
Béo phì	Có	54 (33,1%)	109 (66,9%)	1,58 (0,837-3,00)	0,157
	Không	20 (22,72%)	68 (77,3%)	1	

Nhận xét: Chúng tôi nhận thấy thai phụ có tuổi thai cao trên 35 tuổi gia tăng nguy cơ mắc ĐTĐTK gấp 3,95 lần so với thai phụ <25 tuổi ($p < 0,05$). Thai phụ có tiền căn ĐTĐTK trước đó có nguy cơ mắc ĐTĐTK lần này gấp 6,8 lần so với nhóm thai phụ không có tiền căn này ($p < 0,05$). Đồng thời chúng tôi ghi nhận chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mắc ĐTĐTK giữa thai phụ có tăng huyết áp với thai phụ có tiền căn tăng huyết áp, giữa thai phụ có hay không có tiền căn gia đình ĐTĐ, tình trạng béo phì, thai phụ có hay không có tiền căn sinh con to ≥ 4000 gr.

IV. BÀN LUẬN

Trong 251 thai phụ tham gia nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình là $30,38 \pm 4,9$ tuổi, tuổi nhỏ nhất là 20 và tuổi lớn nhất là 48, điều này khá tương đồng với các nghiên cứu khác của các đồng nghiệp như nghiên cứu của Lê Thị Tường Vy (2021) tuổi trung bình là $30,9 \pm 5,2$ [6]; Bùi Thị Kiều Diễm (2023): $29,14 \pm 5,51$ [4].

Về trình độ học vấn, chúng tôi xếp trình độ học vấn thành 3 nhóm: cấp 1, cấp 2-3 và cao đẳng – đại học – sau đại học. Trong đó hơn một nửa có trình độ học vấn cấp 2-3 (chiếm 52,6%). Trong nghiên cứu của Bùi Thị Kiều Diễm (2023) tỷ lệ thai phụ có trình độ cao đẳng – đại học – sau đại học chiếm 47,8% [4], tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của chúng tôi.

Về nghề nghiệp, chúng tôi phân thành 5 nhóm nghề nghiệp: nhân viên văn phòng, công nhân, nông dân, nội trợ, nhóm nghề nghiệp khác. Trong đó công nhân chiếm gần một nửa với tỉ lệ 45,0%. Kết quả của chúng tôi có khác biệt so với với nghiên cứu của Bùi Thị Kiều Diễm là 5,9% [4]. Điều này có thể giải thích là do Đồng Nai là tỉnh có nhiều Khu Công Nghiệp nên số lượng công nhân có vẻ chiếm ưu thế so với các nhóm nghề nghiệp khác.

Dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán của ADA năm 2022, tỷ lệ thai phụ đái tháo đường thai kỳ trong nghiên cứu của chúng tôi là 29,5 % (KTC 95%:23,9-35,5). Nếu so sánh với một số nghiên cứu của các tác giả khác trong nước thì tỉ lệ này khá thay đổi. Ví dụ như nghiên cứu của Lê Thị Tường Vi (năm 2021, n=390) có tỉ lệ 32,8% [6]; hay Bùi Thị Kiều Diễm và CS (năm 2023, n=271) thì tỉ lệ là 26,9% [4]. Điều này có thể giải thích do sự chênh lệch cỡ mẫu, thời điểm thực hiện nghiên cứu hoặc sự khác biệt về trình độ học vấn và cơ cấu lao động.

Các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tăng đường huyết khi mang thai ở phụ nữ độ tuổi từ 20-49 tuổi trên toàn cầu là 16,9%. Theo Jane E.Hirst tỷ lệ ĐTĐTK cao nhất là 25,0% ở khu vực Đông Nam Á, khu vực Bắc Mỹ tỷ lệ này chiếm khoảng 10% [7]. Nghiên cứu của tác giả Cheuk và CS (2016) tại Hồng Kông là 32,5% [8]. So với

nghiên cứu của các tác giả nước ngoài đến từ các quốc gia có nền kinh tế phát triển trong châu Á thì tỷ lệ nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn. Sự khác biệt này có thể do độ tuổi mang thai, trình độ dân trí, và tỷ lệ béo phì ở Việt Nam thấp cao hơn ở các quốc gia phát triển trong khu vực.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về tuổi thai phụ cũng phù hợp với khuyến cáo của Hiệp hội đái tháo đường Canada tầm soát tuổi thai phụ trên 35 tuổi là yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ ĐĐTĐK [9].

Về tỷ lệ thai phụ có tiền căn ĐĐTĐK, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nguy cơ thai phụ có tiền căn ĐĐTĐK trong lần mang thai trước đây làm tăng nguy cơ mắc ĐĐTĐK trong lần mang thai này gấp 6,8 lần ($p = 0,013$). Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu Phan Huỳnh Mẫn Đạt (2019) với OR là 5,0 ($p = 0,007$) [10].

Mối liên quan giữa tỷ lệ ĐĐTĐK với tiền căn THA: trong mô hình hồi quy đơn biến, tìm thấy OR là 1,688 ($p = 0,642$). Sau khi phân tích đa biến, mối liên quan này tăng lên với OR là 5,04 lần ($p = 0,183$). Tuy nhiên điều này cần chúng minh với nghiên cứu có cỡ mẫu lớn hơn nhằm xác định rõ mối liên quan này. Kết quả tương đồng với một số nghiên cứu như Bùi Thị Kiều Diễm với OR là 3,74 ($p = 0,27$) [4].

Mối liên quan giữa ĐĐTĐK và tiền căn sinh con to: sau khi phân tích đơn biến, chúng tôi nhận thấy nguy cơ ĐĐTĐK ở thai phụ có tiền căn sinh con to $>4000g$ gấp 7,43 lần so với nhóm thai phụ không có tiền căn này, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Khi phân tích trong mô hình hồi quy đa biến, thì yếu tố tiền căn sinh con to $>4000g$ ít liên quan hơn đến tỷ lệ ĐĐTĐK với OR=5,48 lần ($p=0,155$). Theo nghiên cứu của Lê Thị Tường Vi với OR là 1,12 ($p=0,736$) [6], Bùi Thị Kiều Diễm với OR=1,19 ($p= 0,817$) [4] cũng không tìm thấy mối liên quan giữa tiền căn sinh con to và ĐĐTĐK. Tuy nhiên, một số nghiên cứu cũng ghi nhận tiền căn sinh con to $>4000g$ cũng là một trong những yếu tố nguy cơ của đái tháo đường thai kỳ. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu cũng có thể do tỷ lệ ĐĐTĐK ở nhóm các thai phụ có tiền căn sinh con to chiếm tỷ lệ nhỏ, sự khác biệt chưa có.

V. KẾT LUẬN

Bằng nghiệm pháp dung nạp glucose 75 gam bằng đường uống, chẩn đoán ĐĐTĐK theo tiêu chuẩn của

ADA (2022) khảo sát trên 251 thai phụ đến khám tại khoa sản bệnh viện đa khoa Đồng Nai từ 11/2023 đến 07/2024, rút ra một số kết luận sau: (1) Tỷ lệ ĐĐTĐK của thai phụ đến khám

thai tại bệnh viện là 29,5%. (2) Các yếu tố liên quan tới ĐĐTĐK trong nghiên cứu là: (i) Thai phụ có độ tuổi ≥ 35 tuổi có nguy cơ mắc ĐĐTĐK cao hơn so với các thai phụ < 25 tuổi (OR = 3,95; KTC 95% [1,48 - 10,51]; $p = 0,006$). (ii) Thai phụ có tiền căn bản thân bị ĐĐTĐK có nguy cơ mắc ĐĐTĐK cao hơn (OR = 6,80; KTC 95% [1,49 - 30,88]; $p = 0,013$). Vì thế, việc áp dụng quy trình chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ bằng nghiệm pháp dung nạp Glucose 75g theo khuyến cáo của các tổ chức và hiệp hội trên thế giới cũng như Bộ Y tế là cần thiết đặc biệt thai phụ độ tuổi từ 35 có tiền sử gia đình mắc đái tháo đường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Guariguata L, Linnenkamp U, Beagley J, Whiting DR.** Global estimates of the prevalence of hyperglycaemia in pregnancy. *Diabetes Res Clin Pract.* 2014;103(2), 176-85.
2. **American Diabetes Association Professional Practice Committee.** 15. Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Care in Diabetes—2024. *Diabetes Care.* 2024;47 (Supplement 1). S282-S294.
3. **Le HM, Nauven TA, Nauven DK, Søndergaard Linde D, Bvabiera IC, Søndergaard J, et al.** Prevalence and risk factors of gestational diabetes mellitus among pregnant women in northern Vietnam: a cross-sectional study. *Glob Health Action.* 2025 Dec;18(1):2460339.
4. **Bùi Thị Kiều Diễm và CS.** Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan tại bệnh viện sản nhi tỉnh Kiên Giang. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2023, 523(2), tr. 154-158.
5. **American Diabetes Association Professional Practice C.** 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2022. *Diabetes Care.* 2022, 45 (Supplement_1): S17-S38.
6. **Lê Thị Tường Vi, Võ Minh Tuấn.** Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan ở thai phụ đến khám thai tại bệnh viện quận 1. *Tạp chí Y học TP.HCM.* 2021, tập 25 (1), tr. 108-113.
7. **Hirst JE, Tran TS, Do MA, Morris JM, Jeffery HE.** Consequences of Gestational Diabetes in an Urban Hospital in Viet Nam: A Prospective Cohort Study. *Plos Med.* 2012;9(7):e1001272.
8. **Cheuk OK, Lo TK, Wong SF, Lee CP.** Association between pregnancy-associated plasma protein-A levels in the first trimester and gestational diabetes mellitus in Chinese women. *Hong Kong Med J.* 2016 Feb;22(1):30-8.
9. **Feig DS, Berger H, Donovan L, Godbout A, Kader T, Keely E.** Diabetes and Pregnancy. *Canadian Journal of Diabetes.* 2018, 42(S1): S255-S282.
10. **Phan Huỳnh Mẫn Đạt.** Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện An Phước - Bình Thuận. 2019, Luận án thạc sỹ y học, Đại học Y Dược TP.HCM.

MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG, MỨC ĐỘ HOẠT ĐỘNG THỂ LỰC VÀ PHÂN SUẤT TỔNG MÁU THẤT TRÁI Ở NGƯỜI BỆNH SUY TIM MẠN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HẢI DƯƠNG

Trần Thị Hiền¹, Nguyễn Thị Huyền Trang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mối tương quan giữa chất lượng cuộc sống, mức độ hoạt động thể lực và phân suất tổng máu thất trái ở người bệnh suy tim mạn tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 140 người bệnh suy tim mạn điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương. Người bệnh tham gia trả lời bộ câu hỏi về chất lượng cuộc sống SF-36 và bộ câu hỏi về hoạt động thể lực IPAQ. **Kết quả và kết luận:** Xác nhận mối quan hệ chặt chẽ giữa hoạt động thể lực hàng ngày và chất lượng cuộc sống ở người bệnh suy tim. Người bệnh có mức độ hoạt động thể lực cao thì có điểm số chất lượng cuộc sống càng tốt cả về sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần.

Từ khóa: SF36, IPAQ, suy tim

SUMMARY

THE RELATIONSHIP BETWEEN QUALITY OF WORKOUT, LEVEL OF SPORT ACTIVITY AND LEFT VENTRICULAR EVAPORATION FRACTION IN PATIENTS WITH HEART FAILURE AT HAI DUONG PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Objective: To investigate the correlation between quality of life, physical activity level and left ventricular ejection fraction in patients with chronic heart failure at Hai Duong General Hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on 140 patients with chronic heart failure receiving outpatient treatment at Hai Duong General Hospital. Patients participated in answering the SF-36 quality of life questionnaire and IPAQ physical activity. **Results and conclusions:** Confirming the close relationship between daily physical activity and quality of life in patients with heart failure. Patients with high levels of physical activity had better quality of life scores in both physical and mental health.

Keywords: SF36, IPAQ, Heart Failure

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là hội chứng bệnh lý rất thường gặp và là hậu quả của nhiều bệnh về tim mạch như tăng huyết áp, bệnh động mạch vành, bệnh van tim, bệnh cơ tim, bệnh tim bẩm sinh, rối loạn nhịp tim,... Suy tim là vấn đề sức khỏe toàn cầu với tỷ lệ mắc khoảng 1-2% dân số thế giới, tăng

lên đến $\geq 10\%$ ở những người >70 tuổi¹.

Chất lượng sống của người bệnh suy tim không chỉ bị suy giảm bởi các triệu chứng thể lực mà còn bị ảnh hưởng bởi những vấn đề tâm lý, tác dụng phụ của thuốc điều trị và sự cô lập về mặt xã hội².

Hoạt động thể lực (HĐTL) là một yếu tố ảnh hưởng lên kết cục của người bệnh nhân suy tim. Hầu hết người bệnh suy tim gặp khó khăn trong việc thực hiện các hoạt động hàng ngày³. Do đó, thúc đẩy hoạt động thể lực là một mục tiêu quan trọng trong điều trị, chăm sóc và tư vấn cho người bệnh suy tim⁴.

Tại Việt Nam, một số nghiên cứu về chất lượng cuộc sống ở người bệnh suy tim cho thấy chất lượng cuộc sống của họ giảm đáng kể ở tất cả các lĩnh vực. Tuy nhiên, để làm rõ mối liên quan giữa hoạt động thể lực với chất lượng cuộc sống và phân suất tổng máu thất trái ở người bệnh suy tim mạn, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Khảo sát mối tương quan giữa chất lượng cuộc sống, mức độ hoạt động thể lực và phân suất tổng máu thất trái ở người bệnh suy tim mạn tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh được chẩn đoán suy tim (theo quyết định 1857/QĐ-BYT ngày 05/07/2022) đang điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương

+ **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Người bệnh được chẩn đoán suy tim đang điều trị ngoại trú với phân suất tổng máu (PSTM) thất trái giảm ($EF \leq 40\%$) hoặc suy tim với PSTM bảo tồn ($EF \geq 50\%$).

Người đủ 18-65 tuổi, có khả năng hiểu và trả lời đúng các câu hỏi nghiên cứu.

Đồng ý tham gia nghiên cứu

+ **Tiêu chuẩn loại trừ:** Người bệnh suy tim có bệnh lý cơ xương khớp, phổi mạn tính, sau xuất viện 1 tháng do bệnh lý tim mạch

Không có khả năng trả lời, gặp khó khăn trong việc nhớ lại hoặc giao tiếp: khó nghe, bất đồng ngôn ngữ...

Khi phỏng vấn bỏ giữa chừng.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

+ **Thời gian:** Tháng 12/2021 đến tháng 4/2022

+ **Địa điểm:** Phòng khám nội tim mạch - Trung tâm tim mạch tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Hiền

Email: hientran287@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025