

Nghiên cứu	Tỉ lệ HKTM (%)	Tỉ lệ HKTM đoạn xa (%)
Azarbal (2011) [1]	15,2	9,1
Hu Wang (2018) [4]	30	26,2
Zhao (2022) [5]	13,5	9,22
Chúng tôi (2024)	18,8	13,33

Huyết khối tĩnh mạch sâu đoạn gần liên quan đến các tĩnh mạch trên gối, thường dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng hơn, và là nguồn gốc của thuyên tắc phổi. Trong nghiên cứu, có 1 ca thuyên tắc phổi liên quan đến huyết khối đoạn gần. Y vẫn cho thấy huyết khối đoạn gần có nguy cơ cao hơn do khoảng cách ngắn, kích thước cục máu đông lớn hơn và tốc độ dòng chảy nhanh hơn. Tuy nhiên, cỡ mẫu hạn chế nên chưa thể khẳng định chắc chắn mối liên hệ này.

IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 90 bệnh nhân gãy xương lớn chi dưới được chẩn đoán và điều trị tại khoa Chấn thương Chỉnh hình – Bệnh viện Nhân dân Gia Định, chúng tôi ghi nhận các kết quả sau: tỉ lệ mắc huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới trên bệnh nhân gãy xương lớn chi dưới 18,8%, trong đó tỉ lệ huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới đoạn xa chiếm ưu thế với 13,3%. Tiền căn cao huyết áp, thời gian nằm viện và vị trí gãy xương đùi là ba yếu tố nguy cơ liên quan đến huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới có ý nghĩa thống kê. Vì vậy việc điều trị dự phòng huyết khối tĩnh mạch cho bệnh nhân trước và sau phẫu thuật là cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Azarbal A**, Duplex ultrasound screening detects high rates of deep vein thromboses in critically ill trauma patients. *J Vasc Surg.* 2011 Sep;54(3):743-7; discussion 747-8
- Linqin Wu**, Analysis of perioperative risk factors for deep vein thrombosis in patients with femoral and pelvic fractures. *J Orthop Surg Res.* 2020 Dec 10;15(1):597
- Piovella F** - AIDA study, Deep-vein thrombosis rates after major orthopedic surgery in Asia. An epidemiological study based on postoperative screening with centrally adjudicated bilateral venography, *J Thromb Haemost;* 3: 2664–70.
- Hu Wang, et al**, Perioperative incidence and locations of deep vein thrombosis following specific isolated lower extremity fractures. *Injury.* 2018 Jul;49(7):1353-1357
- Zhao WG**, Characteristics of Deep Venous Thrombosis in Isolated Lower Extremity Fractures and Unsolved Problems in Guidelines: A Review of Recent Literature. *Orthop Surg.* 2022 Aug;14(8):1558-1568
- Seung-Ick Cha, et al**, Venous Thromboembolism in Korean Patients Undergoing Major Orthopedic Surgery: A Prospective Observational Study using Computed Tomographic (CT) Pulmonary Angiography and Indirect CT Venography. *J Korean Med Sci.* 2010 Jan;25(1):28-34.
- Wang T**, Risk factors for preoperative deep venous thrombosis in hip fracture patients: a meta-analysis. *J Orthop Traumatol.* 2022 Apr 7;23(1):19
- Qiang Li**, Analysis of the occurrence of deep venous thrombosis in lower extremity fractures: A clinical study. *Pak J Med Sci.* 2018 Jul-Aug;34(4):828-832

THỰC TRẠNG ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA SẢN PHỤ ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HẢI PHÒNG NĂM 2024

Phạm Thanh Nhân¹, Đào Thị Hải Yến¹

TÓM TẮT

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là một trong những rối loạn nội tiết phổ biến nhất trong thai kỳ, được định nghĩa là tình trạng rối loạn dung nạp glucose khởi phát hoặc được phát hiện lần đầu trong thời gian mang thai. **Mục tiêu:** 1. Mô tả thực trạng đái tháo đường thai kỳ của sản phụ đến khám tại Bệnh viện phụ sản Hải Phòng năm 2024. 2. Mô tả một số yếu tố liên quan ở những sản phụ trên. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên

1012 sản phụ phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu từ 01/01/2024 đến 31/12/2024 tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng. Tính OR (95% CI) để xác định mối liên quan, phân tích hồi quy đa biến một số yếu tố liên quan đái tháo đường thai kỳ, $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê. **Kết quả và kết luận:** Tỷ lệ mắc đái tháo đường thai kỳ ở đối tượng nghiên cứu là 28,8%. Các yếu tố độc lập liên quan đến ĐTĐTK bao gồm thai phụ ≥ 35 tuổi, thừa cân béo phì BMI ≥ 23 và tiền sử sinh con $\geq 4000g$ với OR (95% CI) lần lượt là: 1,65(1,01 – 3,59), 1,95(0,88 – 3,91) và 2,46(0,68-6,37). **Từ khóa:** Đái tháo đường thai kỳ, nghiệm pháp dung nạp đường huyết.

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thanh Nhân

Email: ptnhan@hpmu.edu.vn.

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025

SUMMARY

CURRENT STATUS OF PREGNANCY TERMINATION AND SOME RELATED

FACTORS OF MOTHERS CONSULTING AT HAI PHONG OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2024

Gestational diabetes mellitus (GDM) is one of the most common endocrine disorders in pregnancy, defined as impaired glucose tolerance that begins or is first detected during pregnancy. **Objectives:** 1. Describe the status of gestational diabetes in pregnant women visiting Hai Phong Obstetrics and Gynecology Hospital in 2024. 2. Describe some related factors in the above pregnant women. **Subjects and methods:** Prospective descriptive study on 1012 pregnant women who meet the inclusion and exclusion criteria during the study period from January 1, 2024 to December 31, 2024 at Hai Phong Obstetrics and Gynecology Hospital. Calculate OR (95% CI) to determine the association, multivariate regression analysis of some factors related to gestational diabetes, $p < 0.05$ is considered statistically significant. **Results and conclusions:** The incidence of gestational diabetes in the study population was 28.8%. Independent factors related to gestational diabetes included pregnant women ≥ 35 years old, overweight and obese BMI ≥ 23 and history of giving birth to a baby $\geq 4000g$ with OR (95% CI) of 1.65(1.01 - 3.59), 1.95(0.88 - 3.91) and 2.46(0.68-6.37), respectively. **Keywords:** Gestational diabetes, glucose tolerance test.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là một bệnh rối loạn chuyển hóa nội tiết phổ biến ảnh hưởng đến 2-25% thai phụ trên toàn thế giới mỗi năm [1]. Các rối loạn đặc trưng bởi quá trình không dung nạp carbohydrate bắt đầu từ lần đầu tiên trong khi mang thai. Sự phổ biến của ĐTĐTK thay đổi tỷ lệ thuận với sự phổ biến của bệnh đái tháo đường tuýp 2 trong cộng đồng [2]. Bệnh có xu hướng ngày càng gia tăng, đặc biệt Châu Á - Thái Bình Dương, trong đó có Việt Nam với dao động từ 8,1-18,3%[1]. ĐTĐTK là một trong các nguyên nhân gây tai biến chu sinh của mẹ và thai nhi như tiền sản giật, thai chết lưu, sảy thai, thai to gây kẹt vai, hạ đường huyết sơ sinh,... [3]. Do đó, việc tầm soát và chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ đóng vai trò quan trọng để bác sĩ theo dõi và điều trị kịp thời, từ đó phòng ngừa các tai biến sản khoa. Những thai phụ có yếu tố nguy cơ cao bị ĐTĐTK như nhóm tuổi, BMI, số lần mang thai, tiền sử gia đình đái tháo đường,... rất cần được sàng lọc và chẩn đoán ngay từ lần khám đầu tiên ở các bệnh viện chuyên khoa và bệnh viện cấp thành phố. Nghiệm pháp dung nạp glucose 75 gram để tầm soát đái tháo đường thai kỳ được thực hiện thường quy tại bệnh viện Phụ sản Hải Phòng để có kế hoạch quản lý thai kỳ tốt nhất, hạn chế tai biến do bệnh lý gây ra. Từ thực tế trên, nhóm nghiên cứu đã thực hiện đề tài: "Thực trạng đái

tháo đường thai kỳ và một số yếu tố liên quan của sản phụ đến khám tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng năm 2024" với 2 mục tiêu sau:

1. Mô tả thực trạng đái tháo đường thai kỳ của sản phụ đến khám tại bệnh viện phụ sản Hải Phòng năm 2024
2. Mô tả một số yếu tố liên quan ở những sản phụ trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu. Tất cả sản phụ đến khám thai từ 24-28 tuần tại bệnh viện Phụ sản Hải Phòng trong thời gian từ tháng 01- 12/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Đơn thai.
- Đồng ý làm nghiệm pháp dung nạp glucose 75g tại bệnh viện Phụ sản Hải Phòng. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường từ trước khi có thai hoặc được chẩn đoán tử cơ sở y tế khác.
- Đã được chẩn đoán là đang mắc các bệnh có khả năng ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose: cường giáp, suy giáp, Cushing, hội chứng buồng trứng đa nang, bệnh lý gan, suy thận...
- Đang mắc các bệnh lý ác tính, bệnh lý nội khoa nặng, bệnh tim mạch, bệnh tâm thần
- Đang sử dụng các thuốc có ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose: corticoid, salbutamol, thuốc chẹn giao cảm, lợi tiểu nhóm thiazid, thuốc chống loạn thần, acetaminophen, phenytoin, acid nicotinic...

- Thai phụ không thể lấy đủ 3 mẫu máu xét nghiệm

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu: mô tả tiến cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

* Cỡ mẫu nghiên cứu: Theo công thức ước lượng một tỷ lệ:

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

Trong đó: n: Cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu

- p: $p = 0,2773$ (Theo nghiên cứu của Vương Thị Hồng tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, tỷ lệ sản phụ ĐTĐTK đến khám tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội là 27,73%[4])

- với $\alpha=0.05$, $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ tương ứng với độ tin cậy 95%.

- d: khoảng sai lệch mong muốn (chọn $d = 0,03$).

=> Cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu là $n =$

856 trường hợp.

* Phương pháp chọn mẫu:

- Chọn mẫu thuận tiện: chọn sản phụ thoải mái tiêu chuẩn nghiên cứu.

- Cỡ mẫu thực tế thu được trong nghiên cứu là 1012 thai phụ.

* Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được nhập, làm sạch dữ liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0, tính OR (95% CI), kiểm định đơn biến, đa biến.

2.2.3. Biến số nghiên cứu

- Nhóm biến số về mẹ, bao gồm: tuổi mẹ, địa cư, BMI trước sinh của mẹ, số lần mang thai.

- Nhóm biến số liên quan đến thai: tuổi thai lúc xét nghiệm dung nạp đường huyết, tiền sử cân nặng thai sinh trước.

- Nồng độ Glucose máu lúc đói, sau 1 giờ, sau 2 giờ, HbA1c%.

- Các yếu tố liên quan: tuổi mẹ, BMI trước sinh của mẹ, số lần mang thai, tiền sử cân nặng con trước đó.

2.4. Các tiêu chuẩn đáng giá trong nghiên cứu:

- Tuổi thai: Từ 24-28 tuần tính từ ngày đầu kỳ kinh cuối với chu kỳ kinh đều (28-30 ngày), hoặc theo dự kiến sinh của siêu âm quý 1 trong những trường hợp kinh nguyệt không đều hay không nhớ ngày kinh cuối.

- Chẩn đoán ĐTĐTK khi bất kỳ giá trị glucose huyết hoà mãn tiêu chuẩn sau đây:

Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐTK theo ADA (Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ)

Thời điểm lấy mẫu	Đường huyết
Glucose lúc đói	≥5,1 mmol/l
Glucose sau 1 giờ	≥10.0 mmol/l
Glucose sau 2 giờ	≥8.5 mmol/l

2.5. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu được Hội đồng khoa học Trường đại học Y Dược Hải Phòng (314/QĐ-YDHP ngày 23/1/2023) thông qua, và Hội đồng khoa học Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng chấp thuận triển khai (IEC, 1189/ QĐ-BVPSHP).

- Nghiên cứu không can thiệp vào bệnh nhân. Tất cả các thai phụ tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện, ký xác nhận bằng văn bản sau khi được giải thích đầy đủ về mục tiêu và cách tiến hành nghiên cứu. Thông tin hoàn toàn bảo mật phục vụ nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng đái tháo đường thai kỳ của sản phụ đến khám tại bệnh viện Phụ sản Hải Phòng

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Các đặc điểm chung		Số lượng (n=1012)	Tỉ lệ % (100%)
Tuổi	≤24	98	9,7%
	25-29	319	31,5%
	30-34	317	31,4%
	≥35	278	27,4%
	Tuổi trung bình ± SD (Tuổi thấp nhất - Tuổi cao nhất)	31,09 ± 5,22 (Min: 18 – Max: 45)	
Địa dư	Thành thị	631	62,4%
	Nông thôn	381	37,6%
BMI (kg/m ²)	<18,5	290	28,7%
	18,5 - 22,9	523	51,7%
	≥ 23	199	19,6%
	BMI trung bình ± SD	19,57 ± 2,119	

Độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 31,09 ± 5,22, trong đó, nhóm tuổi 25-29 và 30-39 chiếm tỉ lệ cao nhất (31,5% và 31,4%). Chỉ số khối cơ thể bình thường theo WHO khuyến cáo cho người Châu Á- Thái Bình Dương là 51,7% (BMI 18,5-22,9). Có 199 sản phụ có BMI ≥ 23(19,6%).

Bảng 3.2. Số lần mang thai của đối tượng nghiên cứu

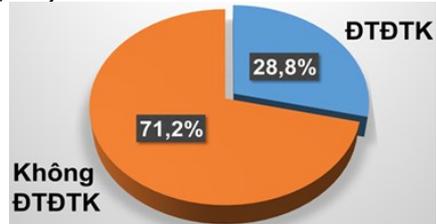
Số lần mang thai	Số lượng (n=1012)	Tỉ lệ (100%)
Lần đầu	396	39,2%
Lần thứ 2	305	30,2%
Lần thứ 3	162	16%
Lần thứ 4 trở lên	149	14,6%

Có 39,2% đối tượng mang thai lần đầu; 30,2% mang thai lần thứ hai; 16,0% mang thai lần thứ ba và 14,6% mang thai từ lần thứ tư trở lên.

Bảng 3.3. Tiền sử cân nặng con

	Cân nặng (gram)	Số lượng (n=616)	Tỉ lệ
Tiền sử cân nặng con	≤2500	31	5,1%
	2500-4000	569	92,3%
	≥4000	16	2,6%

Trong 616 sản phụ đã từng sinh con, tiền sử sinh con cao nhất là 4800g và nhẹ nhất là 1500g. Có 16 người sinh con từ 4000gram trở lên (2,6%).



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ của đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ chiếm 28,8%.

Bảng 3.4. Giá trị trung bình xét nghiệm Glucose máu lúc đói, sau 1h, sau 2h và HbA1c

	ĐTĐTK (X±SD)	Tỷ lệ (%)
Glucose máu lúc đói (mmol/l)	4,86 ± 0,58	5,7
Glucose máu sau	9,89 ± 1,52	15

1h (mmol/l)		
Glucose máu sau 2h (mmol/l)	8,83 ± 1,41	8,1

Tỷ lệ ĐTĐTK theo đường huyết lúc đói là thấp nhất 5,7%, cao nhất là sau 1 giờ chiếm 15%.

3.2. Các yếu tố liên quan ĐTĐ thai kỳ

Bảng 3.5. Phân tích đơn biến một số yếu tố liên quan đái tháo đường thai kỳ.

Các yếu tố	ĐTĐTK	Không ĐTĐTK	Tổng	OR (95% CI)	p	
Tuổi	<35	183	551	734	2,78 (1,07 – 4,26)	0,003
	≥35	108	170	278		
	Tổng	291	721	1012		
Địa chỉ	Ngoại thành	118	513	631	3,22 (2,45 – 5,38)	<0,001
	Nội thành	173	208	381		
	Tổng	291	721	1012		
Chỉ số BMI	<23	159	325	484	2,14 (1,21 – 4,56)	<0,001
	≥23	132	396	528		
	Tổng	291	721	1012		
Tiền sử gia đình ĐTĐ	Có	2	25	27	1,24 (0,42 – 3,66)	0,622
	Không	289	696	985		
	Tổng	291	721	1012		
Số lần sinh con	≥3 lần	110	514	624	1,64 (1,06– 2,53)	0,018
	<3 lần	181	207	388		
	Tổng	291	721	1012		
Tiền sử cân nặng con (gram)	≥4000	6	10	16	2,49 (1,02– 6,09)	0,038
	<4000	90	510	600		
	Tổng	96	520	616		

Nhóm đối tượng ≥ 35 tuổi có tỷ lệ ĐTĐTK cao gấp 1,78 lần nhóm < 35 tuổi(p<0,01).

Nhóm đối tượng sống ở nội thành có tỷ lệ ĐTĐTK cao gấp 3,22 lần nhóm ngoại thành (p<0,01).

Nhóm đối tượng có chỉ số BMI ≥ 23 có tỷ lệ ĐTĐTK cao gấp 2,14 lần nhóm có BMI <23 (p<0,001).

Tiền sử gia đình có người bị ĐTĐ làm tăng tỷ lệ ĐTĐ thai kỳ của sản phụ, tỷ lệ ĐTĐTK ở nhóm

có tiền sử gia đình ĐTĐTK là 33,3% tăng so với 28.7% tỷ lệ ĐTĐTK nhóm không có tiền sử. Nhưng sự tăng này chưa có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Số lần sinh con từ 3 lần trở lên có tỷ lệ ĐTĐTK cao gấp 1,64 lần so với sinh con <3 lần (p<0,05).

Nhóm mẹ có tiền sử sinh con ≥ 4000 gram có tỷ lệ ĐTĐTK cao gấp 2,492 lần so với mẹ có tiền sử sinh con <4000g (p<0,05).

Bảng 3.6. Phân tích hồi quy đa biến một số yếu tố liên quan đái tháo đường thai kỳ

Yếu tố liên quan	ĐTĐTK		OR (95% CI)	P
	n	%		
Tuổi mẹ ≥35	107	38,63	1,65 (1,01 – 3,59)	0,041
Nơi ở nội thành	173	45,4	2,98 (1,21 – 4,19)	0,124
BMI ≥23	132	25	1,95 (0,88 – 3,91)	<0,001
Số lần mang thai ≥3	110	17,63	1,61 (0,89 – 2,89)	0,172
Tiền sử sinh con ≥4000g	6	37,5	2,46 (0,68- 6,37)	0,039

Nhóm nghiên cứu đưa vào phép kiểm hồi quy đa biến và ghi nhận được các yếu tố: tuổi mẹ ≥ 35, chỉ số BMI, tiền sử sinh con ≥ 4000g là các yếu tố độc lập có liên quan đến ĐTĐTK.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng đái tháo đường thai kỳ của sản phụ đến khám tại bệnh viện Phụ sản Hải Phòng năm 2024. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: theo bảng 3.1, độ

tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 31,09 ± 5,22 tuổi, trong đó nhóm tuổi 25 – 29 và 30-34 chiếm tỉ lệ cao nhất (31,5,1% và 31,4%), tiếp đến là nhóm tuổi ≥ 35 (27,4%) và nhóm tuổi ≤ 24 chiếm 9,7%. Nghiên cứu này khá tương đồng với nghiên cứu của Vương Thị Hồng nghiên cứu trên 375 sản phụ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội cho thấy tuổi trung bình của các thai phụ trong nghiên cứu là 29,1 ± 4,9, chủ yếu là nhóm từ 30 – 39 tuổi chiếm 38,19% [4].

Tỉ lệ phụ nữ ở thành thị cao hơn (62,4%) so với nông thôn (37,6%), khá tương đồng với nghiên cứu Vương Thị Hồng tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội với tỉ lệ lần lượt là 51,26% và 48,74% [4]. Điều này có thể lý giải là do đối tượng khám bệnh chủ yếu là người trong thành phố, ý thức và điều kiện tiếp cận của người thành thị với các dịch vụ y tế cũng cao hơn người nông thôn. Ngoài ra, đời sống người nội thành ít vận động, chất lượng cuộc sống cao, nên tăng các bệnh chuyển hóa Glucose, nhất là thời kỳ mang thai.

Trong nhóm đối tượng nghiên cứu theo bảng 3.2, 51,7% có BMI bình thường theo khuyến cáo của WHO cho người châu Á (18,5-22,9 kg/m²), 28,7% có BMI < 18,5 kg/m², chỉ có 19,6% có BMI ≥ 23 kg/m². BMI trung bình của đối tượng nghiên cứu là 19,57 ± 2,119 (kg/m²). Phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắm (2024) tại Sản nhi Hưng Yên, có 61,3% có chỉ số BMI 18,5-22,9 kg/m² [5].

Theo bảng 3.3, số lần mang thai của lần 3, lần 4 trở lên lần lượt là 16%, 14,6%. Trong 1012 sản phụ có 616 sản phụ đã từng sinh con (60,8%). Theo bảng 3.5, có 16 đối tượng (2,6%) sinh con ≥ 4000 g, tiền sử sinh con cao nhất là 4800g và nhẹ nhất là 1500g.

Theo biểu đồ 3.1, tỉ lệ ĐĐTĐTK trong nghiên cứu chiếm 28,8%. Tương tự, nghiên cứu của Vương Thị Hồng (2022) là 27,7% ≥ [4]. Tỉ lệ nghiên cứu của Huỳnh Hoàng Tuấn và cộng sự (2023) cao hơn với nghiên cứu của chúng tôi là 33% [7]. Có sự khác nhau về tỉ lệ ĐĐTĐTK do sự phân bố vùng miền, đặc điểm dân số, độ lớn của quần thể nghiên cứu.

Theo bảng 3.4, tỉ lệ ĐĐTĐTK theo đường huyết đói thấp nhất là 5,7%, tiếp theo là đường huyết sau 2h, cao nhất là đường huyết sau 1h là 15%. Tương tự nghiên cứu của Hữu Thanh Nhân có tỉ lệ ĐĐTĐTK theo đường huyết lúc đói thấp nhất là 9,2%, cao nhất là đường huyết sau 2 giờ là 18,5% [10]. Do đó, nếu chỉ sàng lọc ĐĐTĐTK dựa trên giá trị Glucose máu lúc đói sẽ bỏ sót rất nhiều bệnh nhân ĐĐTĐTK không được chẩn đoán. Vì vậy cần thực hiện nghiệm pháp dung nạp đường huyết để chẩn đoán và sàng lọc ĐĐTĐTK, tránh các hậu quả và biến chứng nguy hiểm đối với thai nhi và người mẹ.

4.2. Một số yếu tố liên quan đái tháo đường thai kỳ. Theo bảng 3.5, tỉ lệ mắc ĐĐTĐTK tăng dần theo tuổi của sản phụ, cao nhất từ 35 tuổi trở lên chiếm 38,8%. Nhóm thai phụ ≥ 35 tuổi có khả năng mắc ĐĐTĐTK cao hơn nhóm thai phụ < 35 tuổi là 2,78 lần (p=0,003). Tương tự nghiên cứu của Ngũ Quốc Vĩ (2020) ghi

nhận tỉ lệ ĐĐTĐTK cao nhất ở nhóm thai phụ ≥ 35 tuổi, khi so với nhóm dưới 25 tuổi, nhóm từ 25 đến 34 tuổi tăng nguy cơ mắc ĐĐTĐTK 5,52 lần (KTC 95%: 2,21 – 13,78) và nhóm ≥ 35 tuổi tăng nguy cơ 8,18 lần (KTC 95%: 3,10 – 21,59) [8].

Về nơi cư trú, trong nghiên cứu của chúng tôi trong nhóm ĐĐTĐTK, thai phụ sống thành thị chiếm 54,4%, sống nông thôn chiếm 18,7%. Qua phân tích kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan về tỉ lệ ĐĐTĐTK với nơi cư trú. Theo đó nguy cơ ĐĐTĐTK của nhóm ở thành thị cao gấp 3,22 lần (KTC 95%: 1,23 – 3,91) so với nhóm ở nông thôn với p < 0,001. Kết quả này cũng tương đồng với tác giả Ngũ Quốc Vĩ thực hiện trên 1291 sản phụ với thành thị có nguy cơ tăng gấp 3,62 lần (KTC 95%: 2,45 – 5,38) so với nông thôn [8]. Tác giả Nguyễn Thị Phương Yến thực hiện tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ cũng tương tự, nguy cơ ĐĐTĐTK của nhóm ở thành thị cao gấp 2,65 lần (KTC 95%: 1,04 – 6,78) so với nông thôn [9].

Thừa cân béo phì là một yếu tố liên quan mạch đến ĐĐTĐTK. Kết quả của nhóm nghiên cứu cho thấy, nhóm BMI ≥ 23 có khả năng mắc ĐĐTĐTK cao gấp 2,14 lần (KTC 95%: 1,21 – 4,56) nhóm BMI < 23 với p < 0,001. Tương tự, các tác giả Nguyễn Thị Phương Yến và Ngũ Quốc Vĩ cũng khảo sát thấy nhóm thừa cân béo phì làm tăng tỉ lệ mắc ĐĐTĐTK với các nguy cơ lần lượt là: OR=4,13 (KTC 95%: 1,51 – 11,34) và OR=3,27 (KTC 95%: 2,21 – 4,85) [9] [8].

Theo bảng 3.5, số lần mang thai từ 3 lần trở lên có khả năng mắc ĐĐTĐTK cao gấp 1,64 lần (KTC 95%: 1,06 – 2,53) so với nhóm mang thai < 3 lần với p=0,018. Tương tự, nghiên cứu của Vương Thị Hồng và cộng sự, sản phụ mang thai lần 3, lần 4 trở lên nguy cơ mắc ĐĐTĐTK cao gấp 4 lần và 1,4 lần so với sản phụ mang thai lần đầu [4].

Các nghiên cứu lớn về ĐĐTĐTK ghi nhận tiền sử sinh con ≥ 4000g là một trong những yếu tố nguy cơ độc lập của bệnh lý này [2]. Kết quả nghiên cứu theo bảng 3.5, cũng cho thấy nhóm tiền căn sinh con to có nguy cơ ĐĐTĐTK gấp 2,49 lần (KTC 95%: 1,02-6,09) so với nhóm không tiền căn sinh con to (có ý nghĩa thống kê với p=0,038). Tương tự, tác giả Ngũ Quốc Vĩ phân tích cho thấy tiền sử sinh con to làm tăng nguy cơ ĐĐTĐTK lên 2,3 lần (KTC 95%: 1,11-4,78) [8].

4.3. Phân tích hồi quy đa biến một số yếu tố liên quan đái tháo đường thai kỳ. Qua phân tích đơn biến, nhóm nghiên cứu ghi nhận 5 yếu tố liên quan đến ĐĐTĐTK bao gồm: nhóm tuổi ≥ 35 tuổi, nơi cư trú (nội thành), BMI ≥ 23, số lần sinh con từ 3 lần trở lên, tiền sử sinh con ≥ 4000g. Qua phép kiểm hồi quy đa

biến ghi nhận được theo bảng 3.6, các yếu tố: tuổi mẹ ≥ 35 , chỉ số BMI ≥ 23 , tiền sử sinh con $\geq 4000g$ là các yếu tố độc lập có liên quan đến ĐTĐTK. Tác giả Nguyễn Thị Phương Yến cũng phân tích để tìm ra yếu tố độc lập có liên quan đến ĐTĐTK bao gồm: tuổi mẹ ≥ 25 , BMI ≥ 25 , tăng cân quá mức [9]. Các yếu tố liên quan độc lập có chút khác nhau nhưng cũng phù hợp với các phân tích từ nghiên cứu khác của Hữu Thanh Nhân tại bệnh viện Quốc tế Phương Châu Cần Thơ năm 2023, cho thấy các yếu tố liên quan độc lập bao gồm: nhóm tuổi, nơi ở thành thị và BMI ≥ 23 là các yếu tố độc lập có liên quan đến ĐTĐTK [10].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ là 28,8%. Các yếu tố độc lập liên quan đến ĐTĐTK bao gồm thai phụ ≥ 35 tuổi, thừa cân béo phì BMI ≥ 23 và tiền sử sinh con $\geq 4000g$ với OR (95% CI) lần lượt là: 1,65 (1,01 – 3,59), 1,95 (0,88 – 3,91) và 2,46 (0,68- 6,37).

VI. LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐTCS.2024.190

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization.** (2018). Diagnosis of gestational diabetes in pregnancy. The WHO

- Reproductive Health Library.
2. **ACOG.** Gestational Diabetes Mellitus”, ACOG Practice Guidelines, Bulletin. 2018. 190(1), 1-16.
 3. **Hội nội tiết – Đái tháo đường Việt Nam** (2018), Đái tháo đường thai kỳ, khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị bệnh đái tháo đường, 1, tr. 121-137.
 4. **Vương Thị Hồng** (2022). Thực trạng đái tháo đường thai kỳ trên phụ nữ mang thai và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2021–2022. Tạp chí Y học Việt Nam, 3, 46.
 5. **Nguyễn Thị Thảo** (2024): Thực trạng đái tháo đường thai kỳ ở thai phụ được quản lý thai nghén tại Bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Hưng Yên, Tạp chí Khoa học sức khỏe, 2 (2), 43 – 45.
 6. **ADA.** Standards of medical care in diabetes, Diabetes Care, 2022. 45(1), 14-192. <https://doi.org/10.2337/dc22-Sint>.
 7. **Huỳnh Hoàng Tuấn, Trịnh Thị Hồng Của & 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), 179–184.
 8. **Ngũ Quốc Vĩ, Trần Khánh Nga, Lâm Đức Lâm** (2020). Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ, Hội nghị khoa học Công nghệ 2020.
 9. **Nguyễn Thị Phương Yến.** Tỷ lệ đái tháo đường trong thai kỳ và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Trường Đại học Y dược Cần Thơ, Tạp chí Y dược học Cần Thơ. 2021. 44, 36-43
 10. **Hứa Thành Nhân, Ngô Văn Truyền** (2023). Nghiên cứu tình hình đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố liên quan ở thai phụ từ 25 tuổi tại Bệnh viện Quốc tế Phương Châu Cần Thơ, Tạp chí Y dược học Cần Thơ. 2023. 65, 178-183.

NGHIÊN CỨU NỒNG ĐỘ ACID B-HYDROXYBUTYRIC BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐỘNG HỌC ENZYME TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Lê Văn Thanh¹, Dương Hà Khánh Linh¹,
Đỗ Đức Quý², Hoàng Thị Hồng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm xác định nồng độ acid β -hydroxybutyric (BHB) huyết thanh bằng phương pháp động học enzyme và khảo sát mối liên quan của nó với HbA1c và Ceton trên bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ) nhiễm toan ceton. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được

thực hiện trên 103 bệnh nhân ĐTĐ (nhóm bệnh) và 32 người khỏe mạnh (nhóm chứng) tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 07/2023 đến 07/2024. Nồng độ BHB được định lượng bằng phương pháp động học enzyme, HbA1c bằng phương pháp sắc ký lỏng cao áp, và Ceton bằng phương pháp bán định lượng. **Kết quả:** Nồng độ BHB trung bình ở nhóm bệnh là $4,42 \pm 3,51$ mmol/L, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng là $0,04 \pm 0,03$ mmol/L ($p < 0,001$). BHB có mối tương quan thuận mạnh với nồng độ glucose máu ($r = 0,71$; $p < 0,001$) và nồng độ ceton máu bán định lượng ($r = 0,71$; $p < 0,001$). Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ BHB và HbA1c ($r = 0,111$; $p = 0,264$). Khi theo dõi điều trị, nồng độ BHB trung bình giảm rõ rệt từ $4,43$ mmol/L (lần 1) xuống $1,91$ mmol/L (lần 2) và $1,0$ mmol/L (lần 3). **Kết luận:** Nồng độ BHB định lượng bằng phương pháp động học

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Bệnh viện Quận 11

³Nguyễn Tất Thành

Chịu trách nhiệm chính: Dương Hà Khánh Linh

Email: khanhlinh175@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025