TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ahmad S,** The rising tide of rhegmatogenous retinal detachment in Germany: a nationwide analysis of the incidence, from 2005 to 2021, PubMed, 2024.
2. **Barca F, Bacherini D, Dragotto F, et al.,** OCT Angiography Findings in Macula-ON and Macula-OFF Rhegmatogenous Retinal Detachment: A Prospective Study, JCM, 2020, 3982.
3. **Burton TC,** Recovery of visual acuity after retinal detachment involving the macula, Trans Am Ophthalmol Soc, 1982, 475-497.
4. **Chatziralli I, Chatzirallis A, Kazantzis D, et al.,** Predictive Factors for Long-Term Postoperative Visual Outcome in Patients with Macula-Off Rhegmatogenous Retinal Detachment Treated with Vitrectomy, Ophthalmologica, 2021, 213-217.
5. **Chang Sup Lee.** Comparison of the visual outcome between macula-on and macula-off rhegmatogenous retinal detachment based on the duration of macular detachment, BMJ open ophthalmology, 2021.
6. **Hostovsky A, Trussart R, AlAli A, Kertes PJ, Eng KT**, Pre-operative optical coherence tomography findings in macula-off retinal detachments and visual outcome, Eye (Lond), 2021, 3285-3291.
7. **Nakanishi H, Hangai M, Unoki N, et al.,** Spectral-domain optical coherence tomography imaging of the detached macula in rhegmatogenous retinal detachment, Retina, 2009, 232-242.
8. **Wakabayashi T, Oshima Y, Fujimoto H, et al.,** Foveal microstructure and visual acuity after retinal detachment repair: imaging analysis by Fourier-domain optical coherence tomography, Ophthalmology, 2009, 519-528

KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ TRÊN THAI PHỤ ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN LÊ VĂN THỊNH

Trần Quốc Huy[1], Võ Đình Khôi[1], Trần Quí Phương Thùy[2], Trần Quí Phương Linh[2], Lê Văn Chương[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là một rối loạn chuyển hóa phổ biến trong thai kỳ. Nếu không được kiểm soát tốt, tình trạng này có thể gây ra các biến chứng nghiêm trọng cho cả mẹ và thai nhi. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc ĐTĐTK có xu hướng gia tăng, do nhiều yếu tố như độ tuổi mang thai ngày càng cao, tỷ lệ thừa cân – béo phì tăng, và sự thay đổi trong lối sống. Nghiên cứu được thực hiện nhằm cung cấp thông tin về tình trạng ĐTĐTK ở phụ nữ mang thai, trong bối cảnh đô thị với sự đa dạng về yếu tố nguy cơ. **Mục tiêu:** Khảo sát tỷ lệ mắc ĐTĐTK và xác định mối liên quan giữa ĐTĐTK với một số yếu tố như BMI trước khi mang thai, số lần mang thai, tuổi mẹ và tiền sử gia đình mắc đái tháo đường. **Đối tượng nghiên cứu:** 153 thai phụ tuổi thai từ tuần 24 – 28 đến khám và thực hiện nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 75g tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh. Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐTK theo Quyết định số 1470 của Bộ Y Tế. **Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế mô tả cắt ngang. Các biến số được thu thập gồm: tuổi mẹ, BMI trước mang thai, số lần mang thai và tiền sử gia đình mắc đái tháo đường. Dữ liệu được xử lý bằng SPSS 20.0, sử dụng kiểm định Chi-square và hồi quy logistic. **Kết quả:** Tỷ lệ ĐTĐTK là 17,0% (26/153), kết quả glucose máu vượt ngưỡng bệnh lý cao nhất ghi nhận ở thời điểm 1 giờ sau uống glucose (10,5%), tiếp đến là 2 giờ (9,8%) và thấp nhất là glucose lúc đói (5,9%). BMI trước mang thai ≥ 25 (OR = 4,37; p = 0,008) và tiền sử gia đình mắc đái tháo đường (OR = 8,83; p = 0,002) được ghi nhận có liên quan đến ĐTĐTK. Số lần mang thai ≥ 2 (OR = 0,971; p = 0,98) và nhóm tuổi mẹ ≥ 35 (OR = 1,341; p = 0,631) chưa tìm thấy mối liên quan đến ĐTĐTK. **Kết luận:** ĐTĐTK là vấn đề cần được tầm soát và quản lý sớm để giảm nguy cơ biến chứng cho mẹ và thai nhi.

Từ khóa: Đái tháo đường thai kỳ; yếu tố nguy cơ; bệnh viện Lê Văn Thịnh

SUMMARY

SURVEY ON GESTATIONAL DIABETES MELLITUS AMONG PREGNANT WOMEN ATTENDING LE VAN THINH HOSPITAL

Introduction: Gestational Diabetes Mellitus (GDM) is a common metabolic disorder during pregnancy. If not well controlled, it may lead to serious complications for both mother and fetus. In recent years, the prevalence of GDM in Vietnam has increased significantly due to multiple factors such as advanced maternal age, rising obesity rates, and changing lifestyles. This study was conducted to provide data on the status of GDM among pregnant women in an urban setting with diverse risk factors. **Objectives:** To determine the prevalence of gestational diabetes mellitus and to identify its associations with factors such as BMI, gravidity, gestational age and family history of diabetes. **Study population:** A total of 153 pregnant women at 24–28 weeks' gestation who attended antenatal care and underwent a 75-g oral glucose tolerance test at Le Van Thinh Hospital. GDM was diagnosed according to

[1]*Trường Đại học Văn Lang*
[2]*Bệnh viện Lê Văn Thịnh*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Huy
Email: huy.tq@vlu.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.10.2025
Ngày phản biện khoa học: 3.12.2025
Ngày duyệt bài: 7.01.2026

Decision No. 1470 of the Vietnamese Ministry of Health. **Methods:** A descriptive cross-sectional design was applied. Data on maternal age, pre-pregnancy BMI, gravidity, and family history of diabetes were collected. Statistical analyses were performed using SPSS 20.0 with chi-square test and logistic regression. **Results:** The prevalence of gestational diabetes mellitus (GDM) was 17,0% (26/153). The highest rate of abnormal blood glucose levels was observed 1 hour after glucose intake (10,5%), followed by 2 hours (9,8%), and the lowest was fasting glucose (5,9%). A pre-pregnancy BMI ≥ 25 (OR = 4,37; p = 0,008) and a family history of diabetes (OR = 8,83; p = 0,002) were found to be significantly associated with GDM. In contrast, having two or more pregnancies (OR = 0,971; p = 0,98) and maternal age ≥ 35 years (OR = 1,341; p = 0,631) showed no significant association with GDM. **Conclusion:** Early screening and effective management of GDM are crucial to improve maternal and neonatal health outcomes.

Keywords: gestational diabetes mellitus; risk factors; Le Van Thinh Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn dung nạp glucose là một trong những rối loạn chuyển hóa phổ biến nhất trên toàn cầu. Sự phát triển kinh tế, đô thị hóa và thay đổi lối sống đã làm gia tăng tỷ lệ mắc bệnh, tạo áp lực lớn lên hệ thống y tế. Theo thống kê của Hiệp hội Đái tháo đường Quốc tế (IDF) năm 2024, có hàng trăm triệu người trong độ tuổi 20 - 79 đang sống chung với bệnh, và con số này dự đoán sẽ đạt khoảng 853 triệu vào năm 2050, chủ yếu tại các quốc gia thu nhập thấp và trung bình, trong đó có Việt Nam [1].

Trong bối cảnh đó, đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là một rối loạn chuyển hóa phổ biến trong thai kỳ. Theo WHO, ĐTĐTK là "tình trạng tăng đường huyết cao hơn bình thường nhưng chưa đủ để chẩn đoán đái tháo đường thực sự, được phát hiện trong thai kỳ". ĐTĐTK thường xuất hiện vào tuần 24 - 28 do đề kháng insulin từ nhau thai, kết hợp với suy giảm chức năng sản xuất insulin của mẹ. Nếu không kiểm soát, bệnh có thể gây biến chứng nặng nề: tăng nguy cơ tiền sản giật, tăng huyết áp, bệnh lý tim mạch, thai nhi có nguy cơ thai to, hạ glucose máu sau sinh, vàng da và các ảnh hưởng lâu dài khác [2].

Theo IDF năm 2021, có khoảng 21,1 triệu phụ nữ mang thai trên toàn cầu mắc ĐTĐTK. Tại Việt Nam, tỷ lệ này khoảng 21,8%, và có xu hướng gia tăng nhanh chóng từ 4% năm 2007 lên 20% năm 2017 [1]. Thực trạng này đặc biệt đáng chú ý ở các đô thị lớn như Thành phố Hồ Chí Minh, nơi tập trung nhiều thai phụ và đa dạng yếu tố nguy cơ. Xuất phát từ đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Khảo sát tình trạng đái tháo đường thai kỳ trên thai phụ đến khám tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh" với hai mục tiêu: (1) Tỷ lệ mắc đái tháo đường thai kỳ trên thai phụ tuần 24 – 28 và (2) Khảo sát mối liên quan giữa các yếu tố với tỷ lệ mắc đái tháo đường thai kỳ trên thai phụ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 153 thai phụ có tuổi thai từ tuần 24 – 28 đến khám và làm nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Thai phụ có tuổi thai từ tuần 24 – 28.

Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Thai phụ đã được chẩn đoán ĐTĐ trước thời điểm kiểm tra.

Thai phụ đang mắc các bệnh có ảnh hưởng đến chuyển hoá glucose như Basedow, suy giáp, suy gan, suy thận…

Đang dùng thuốc có ảnh hưởng đến chuyển hoá glucose như corticoid, thuốc hạ huyết áp…

Bệnh nhân không uống hết dung dịch đường glucose pha sẵn.

Bệnh nhân không quay lại xét nghiệm lần 2 và 3.

Bệnh nhân ói khi thực hiện dung nạp đường.

Cỡ mẫu: Công thức tính cỡ mẫu:

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

Trong đó: Z: trị số từ phân phối chuẩn = 1,96; α: xác suất sai lầm loại 1 = 0,05

P: trị số mong muốn tỷ lệ

d: sai số cho phép; Dựa vào nghiên cứu của Trương Thị Ái Hòa (2018) [3] với p = 0,203

d = 0,07, số mẫu cần lấy được làm tròn lên 127 mẫu

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Phòng khám nội tiết và Khoa Hóa sinh - Huyết học Truyền máu – Bệnh viện Lê Văn Thịnh từ tháng 08/2024 đến 05/2025.

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

2.4. Phương pháp chọn mẫu. Chọn mẫu thuận tiện trong thời gian nghiên cứu.

2.5. Biến số nghiên cứu

Các biến số nền bao gồm: tuổi, tiền sử gia đình mắc đái tháo đường, BMI, số lần mang thai.

Các biến số kết cục: glucose máu lúc đói, glucose 1 giờ, glucose 2 giờ

2.6. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu. Chọn toàn bộ mẫu liên tiếp trong thời gian nghiên cứu.

Thông tin chung sẽ bao gồm: ID bệnh nhân, năm sinh, glucose lúc đói, glucose sau 1 giờ và

glucose sau 2 giờ.

Đặc điểm thai phụ sẽ bao gồm: tuổi, tuần thai, số lần mang thai, tiền sử gia đình mắc đái tháo đường, BMI trước khi mang thai.

Kết quả của nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 75g sẽ được thu thập tại khoa Hóa sinh bệnh viện Lê Văn Thịnh. Nhập liệu bằng Epidata 3.1 và xử lý số liệu trên phần mềm SPSS 25.

2.7. Đạo đức nghiên cứu. Số liệu nghiên cứu được sự chấp thuận của bệnh viện Lê Văn Thịnh và được Hội đồng Y đức của Trường Đại học Văn Lang chấp thuận về các khía cạnh đạo đức trong nghiên cứu thông qua quyết định số 10/2025/HĐĐĐ-IRB-VN01.078.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung (n=153)

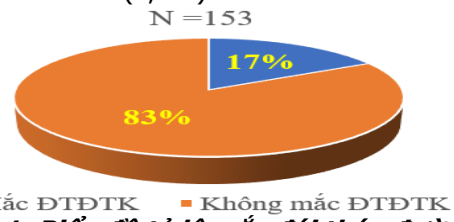
Đặc điểm		n	%	X ± SD
Nhóm tuổi	<35	129	84,3	28,6 ± 5,567
	≥35	24	15,7	
BMI	<23	89	58,2	23,1 ± 3,34
	23-24,9	30	19,6	
	≥25	34	22,2	
Số lần mang thai	1	77	50,3	1,63 ± 0,767
	≥2	76	49,7	
Tiền sử gia đình mắc đái tháo đường	Có	13	8,5	
	Không	140	91,5	
Tuần thai	24	88	57,5	24,96 ± 1,003
	25	39	25,5	
	26	18	11,8	
	27	2	1,3	
	28	6	3,9	

Ghi nhận: Phần lớn thai phụ trong nghiên cứu có độ tuổi dưới 35 (84,3%) và nhóm thai phụ ≥ 35 tuổi chỉ chiếm 15,7%. Độ tuổi trung bình của toàn bộ mẫu là 28,6 ± 5,567. Nhóm thai phụ có mức BMI < 23 chiếm đa số với 89 ca (58,2%), các nhóm trong nhóm 23 – 24,9 chỉ chiếm 19,6% và nhóm có mức BMI ≥ 25 chiếm 22,2%. BMI trung bình của thai phụ là 23,1 ± 3,34. Tỷ lệ thai phụ mang thai lần đầu (50,3%) và từ lần hai trở lên (49,7%) gần như tương đương. Số lần mang thai trung bình là 1,63 ± 0,767. Thai phụ có tiền sử gia đình mắc đái tháo đường chỉ chiếm 8,5% trong khi thai phụ có tiền sử gia đình không mắc ĐTĐ lại chiếm 91,5%. Phần lớn thai phụ được khảo sát ở tuần thai 24 (57,5%) và 25 (25,5%), tập trung chủ yếu trong khoảng tuần 24 – 26, các thai phụ trong tuần 27 và 28 lần lượt chiếm 1,3% và 3,9%.

Bảng 2. Đặc điểm glucose máu của nhóm đái tháo đường thai kỳ (n=153)

Glucose máu	Giá trị bệnh lý	Dưới ngưỡng N	Trên ngưỡng N
Glucose lúc đói	≥92mg/dL	144(94,1%)	9(5,9%)
Glucose 1 giờ	≥180mg/dL	137(89,5%)	16(10,5%)
Glucose 2 giờ	≥153mg/dL	138(90,2%)	15(9,8%)

Ghi nhận: Trong nhóm thai phụ được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ, tỷ lệ có kết quả glucose máu vượt ngưỡng bệnh lý cao nhất ghi nhận ở thời điểm 1 giờ sau uống glucose (10,5%), tiếp đến là 2 giờ (9,8%) và thấp nhất là glucose lúc đói (5,9%).



Hình 1: Biểu đồ tỷ lệ mắc đái tháo đường thai kỳ trong nghiên cứu

Ghi nhận: Trong số 153 đối tượng nghiên cứu có 26 người bị đái tháo đường thai kỳ, chiếm tỷ lệ 17,0%. Số thai phụ không bị đái tháo đường thai kỳ là 127 ca chiếm 83,0%.

3.2. Khảo sát mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ với đến đái tháo đường thai kỳ

Bảng 3: Mối liên quan giữa đái tháo đường thai kỳ với các yếu tố nguy cơ (n=153)

Đặc điểm		ĐTĐTK		OR (KTC 95%)	p
		Có	Không		
Nhóm tuổi	<35	19 (14,7%)	110 (85,3%)	2,348	0.091
	≥35	7 (29,2%)	17 (70,8%)		
BMI	<23	8 (9%)	81 (91%)	1.00	
	23-24,9	7 (23%)	23 (77%)	3,082	0,048
	≥25	11 (32,4%)	23 (67,6%)	4,842	0,002
Số lần mang thai	1	10 (13%)	67 (87%)	0,560	0,188
	≥2	16 (21%)	60 (79%)		
Tiền sử gia đình	Có ĐTĐ	8 (61,5%)	5 (38,5%)	10,844	<0,001
	Không mắc ĐTĐ	18 (12,9%)	122 (87,1%)		

Ghi nhận: Thai phụ ở nhóm tuổi ≥ 35 có tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ cao nhất (29,2%), cao gấp đôi so với nhóm < 35 tuổi, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê p = 0,091. Thai phụ có BMI từ 23 – 24,9 có nguy cơ đái tháo đường thai kỳ cao hơn gần 3 lần so với nhóm BMI < 23 (OR = 3,082; p = 0,048). Đặc biệt, nhóm có BMI ≥ 25 có nguy cơ cao hơn 4,8 lần so với thai phụ có mức BMI < 23 (OR = 4,842; p ≤ 0,002). Số lần mang thai ≥ 2 có liên quan đến nguy cơ đái tháo đường thai kỳ cao hơn 1,78 lần. Thai phụ có tiền sử gia đình ĐTĐ có nguy cơ mắc đái tháo đường thai kỳ cao gấp khoảng 10,8 lần so với người không có tiền sử (OR = 10,844, KTC 95%, p < 0,001).

Bảng 4. Mối liên quan giữa đái tháo đường thai kỳ với các yếu tố nguy cơ bằng hồi quy đa biến (n=153)

Đặc điểm		ĐTĐTK		OR (KTC 95%)	p
		Có	Không		
Nhóm tuổi	≥35	7	17	1,341	0,631
BMI	23-24,9	7	23	2,932	0,075
	≥25	11	23	4,369	0,008
Tiền sử gia đình	Có ĐTĐ	8	5	8,832	0,002
Số lần thai	≥2	16	60	0,971	0,98

Ghi nhận: Trong mô hình hồi quy đa biến, kết quả tiếp tục khẳng định vai trò của BMI và tiền sử gia đình ĐTĐ. BMI ≥ 25 có OR = 4,369 p = 0,008, và nhóm có tiền sử gia đình ĐTĐ có nguy cơ cao gấp 3 lần so với nhóm không có OR = 8,832, p = 0,002.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu. Trong tổng số 153 thai phụ tham gia nghiên cứu, nhóm < 35 tuổi chiếm đa số với 129 người (84,3%), nhóm ≥ 35 tuổi chỉ chiếm 24 người (15,7%). Tuổi trung bình của toàn mẫu là 28,6 ± 5,567 tuổi; thai phụ trẻ nhất 18 tuổi và lớn nhất 43 tuổi.

Nhóm có chỉ số BMI trước khi mang thai < 23 chiếm tỷ lệ đa số với 58,2%, trong khi nhóm thừa cân BMI từ 23 đến dưới 24,9 và béo phì (BMI ≥ 25) chiếm lần lượt là 19,6% và 22,2%. Tỷ lệ này cho thấy phần lớn thai phụ trong nghiên cứu có BMI trong ngưỡng bình thường theo tiêu chuẩn dành cho người châu Á. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn thai phụ là người mang thai lần đầu với 77 trường hợp chiếm tỷ lệ 50,3%; trong khi nhóm thai phụ số lần mang thai ≥ 2 chiếm 49,7%. Tỷ lệ này cho thấy sự phân bố khá đồng đều giữa hai nhóm. Ngoài ra tiền sử gia đình mắc đái tháo đường cho thấy có 13 trường hợp (chiếm 8,5%) có tiền sử gia đình mắc đái tháo đường, trong khi 140 trường hợp (chiếm 91,5%) không có tiền sử này. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trương Thị Ái Hòa, trong đó tỷ lệ thai phụ có tiền sử gia đình mắc đái tháo đường chiếm 7,2% (19 trường hợp), còn lại 92,8% (245 trường hợp) không có tiền sử này [3].

Đặc điểm glucose máu của nhóm đái tháo đường thai kỳ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ glucose máu vượt ngưỡng cao nhất ở thai phụ ghi nhận tại thời điểm 1 giờ sau uống (10,5%), tiếp đến là 2 giờ (9,8%) và thấp nhất lúc đói (5,9%). Điều này cho thấy đa số rối loạn dung nạp glucose chỉ biểu hiện sau nạp đường, đặc biệt trong giờ đầu tiên. So sánh với nghiên cứu của Bùi Thị Kiều Diễm tại BV Sản – Nhi Kiên Giang, tỷ lệ vượt ngưỡng cao hơn rõ rệt: lúc đói và sau 1 giờ đều 15,9%, sau 2 giờ 23,3% [4]. Kết quả này củng cố nhận định rằng đánh giá glucose sau dung nạp nhất là sau 1 giờ, có vai trò quan trọng trong phát hiện đái tháo đường thai kỳ.

Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ trong nghiên cứu của chúng tôi là 17,0%, tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Phạm Thị Thu Hiền (2025) 35,9% [5]. Tuy nhiên tỷ lệ này cao hơn so với các nghiên cứu của Lynne Chepulis và cộng sự ở New Zealand (2022) là 5,7% [6]. Sự chênh lệch về tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ giữa các nghiên cứu có thể được lý giải bởi nhiều yếu tố. Những yếu tố chính bao gồm sự khác biệt về phương pháp sàng lọc (sàng lọc chọn lọc hay đại trà), tiêu chuẩn chẩn đoán được áp dụng (ví dụ: WHO 2013, ADA, IDF), cỡ mẫu nghiên cứu, thời điểm thực hiện nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống (OGTT), cũng như đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng của quần thể nghiên cứu (như chỉ số BMI trung bình, độ tuổi trung bình, tiền sử gia đình có ĐTĐ, v.v.).

Mối liên quan giữa đái tháo đường thai kỳ và nhóm tuổi. Thai phụ ở nhóm tuổi ≥ 35 có tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ cao nhất (29,2%), cao gấp 2 lần so với nhóm < 35 tuổi (14,7%) tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê p = 0,091 với OR = 2,348 trong mô hình hồi quy đơn biến logistic. Tương tự vậy với kết quả hồi quy đa biến logistic thì cũng cho ra kết quả tương tự OR = 1,341 và p = 0,631. So với nghiên cứu của Hứa Thành Văn, đối với mô hình hồi quy logistic đơn biến thì OR = 2,37 tuy nhiên kết quả này lại có giá trị thống kê do p = 0,003. Đối với hồi quy đa biến logistic thì lại có p = 0,045 và OR = 1,91 [7]. Sự khác biệt này có

thể do nhiều yếu tố như: đặc điểm dân số (độ tuổi mang thai ở mỗi khu vực khác nhau), cỡ mẫu (nghiên cứu với cỡ mẫu lớn dễ phát hiện khác biệt có ý nghĩa), cách phân nhóm tuổi, và phương pháp kiểm soát yếu tố gây nhiễu. Ngoài ra, sự khác nhau về tiêu chuẩn chẩn đoán và thời điểm tầm soát giữa các quốc gia cũng góp phần tạo ra sự không đồng nhất trong kết quả.

Mối liên quan giữa đái tháo đường thai kỳ và BMI trước khi mang thai. Trong mô hình hồi quy logistic đơn biến, chỉ số BMI trước khi mang thai cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nguy cơ đái tháo đường thai kỳ. Nhóm thai phụ có chỉ số BMI trước khi mang thai từ 23 - 24,9 có OR = 3,082; p = 0,048 mắc đái tháo đường thai kỳ cao gấp khoảng 3,08 lần so với nhóm thai phụ có BMI trước khi mang thai dưới 23. Mối liên quan này là có ý nghĩa thống kê. Tương tự, nhóm thai phụ có chỉ số BMI trước khi mang thai ≥ 25 có OR = 4,842; p = 0,002. Kết quả này cho thấy khả năng đái tháo đường thai kỳ ở nhóm thai phụ béo phì BMI ≥ 25 cao gấp khoảng 4,84 lần so với nhóm BMI bình thường dưới 23. Mối liên quan này có ý nghĩa thống kê rất cao. Tuy nhiên, khi tiến hành phân tích hồi quy logistic đa biến để kiểm soát các yếu tố nhiễu khác, chỉ duy nhất nhóm thai phụ có chỉ số BMI trước khi mang thai ≥ 25 duy trì mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nguy cơ đái tháo đường thai kỳ p = 0,008. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy BMI trước khi mang thai là một yếu tố nguy cơ có ý nghĩa thống kê đối với đái tháo đường thai kỳ, đặc biệt ở nhóm béo phì (BMI ≥ 25) ngay cả sau khi đã hiệu chỉnh các yếu tố nhiễu.

Mối liên quan giữa đái tháo đường thai kỳ và tiền sử gia đình mắc đái tháo đường. Tiền sử gia đình mắc đái tháo đường (ĐTĐ) là một trong những yếu tố nguy cơ mạnh mẽ và có ý nghĩa thống kê đối với đái tháo đường thai kỳ. Cụ thể, trong mô hình hồi quy logistic đơn biến, thai phụ có tiền sử gia đình mắc ĐTĐ có nguy cơ đái tháo đường thai kỳ cao gấp khoảng 10,8 lần so với người không có tiền sử (OR = 10,844, KTC 95%: p < 0,001). Mối liên quan này tiếp tục được khẳng định trong mô hình hồi quy đa biến: thai phụ có tiền sử gia đình mắc ĐTĐ vẫn có nguy cơ đái tháo đường thai kỳ cao gấp khoảng 8,8 lần so với người không có tiền sử (OR = 8,832, KTC 95%, p = 0,002), ngay cả sau khi đã hiệu chỉnh cho các yếu tố nhiễu khác. Điều này nhấn mạnh vai trò độc lập và ảnh hưởng đáng kể của yếu tố di truyền và tiền sử gia đình trong bệnh sinh của đái tháo đường thai kỳ. Kết quả của chúng tôi cho thấy sự tương đồng đáng kể với nghiên cứu của Hoàng Thị Lan Phương cũng ghi nhận kết quả hồi quy đơn biến có ý nghĩa thống kê (p < 0,05, OR = 2,44) [8]. Tuy nhiên, một điểm khác biệt là trong nghiên cứu của Hoàng Thị Lan Phương, khi đưa vào mô hình hồi quy đa biến, mối liên quan này lại không còn ý nghĩa thống kê (do p > 0,05), điều này có thể phản ánh sự khác biệt về cỡ mẫu hoặc các yếu tố nhiễu được kiểm soát trong mô hình của họ.

Mối liên quan giữa đái tháo đường thai kỳ và số lần mang thai. Trong mô hình hồi quy logistic đơn biến số lần mang thai ≥ 2 cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nguy cơ đái tháo đường thai kỳ, với OR = 0,560; p = 0,188. Tương tự, trong mô hình hồi quy đa biến, số lần mang thai cũng không thể hiện mối liên quan có ý nghĩa thống kê với đái tháo đường thai kỳ (OR = 0,971; p = 0,98), khẳng định không có tác động độc lập của biến này khi kiểm soát các yếu tố khác. Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Thị Lan Hương, mặc dù có cách chia nhóm số lần mang thai khác biệt (1 - 2 lần và ≥ 3 lần) với nhóm mang thai từ 1-2 lần làm nhóm tham chiếu, cũng cho ra kết quả p > 0,05 [8]. Sự tương đồng này cho thấy số lần mang thai có thể không phải là một yếu tố nguy cơ độc lập mạnh mẽ của đái tháo đường thai kỳ trong quần thể thai phụ Việt Nam, điều này có thể là do số lượng mẫu của nghiên cứu còn hạn chế hoặc tác động của nó bị ảnh hưởng bởi các yếu tố khác trong mô hình đa biến.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ trong nghiên cứu là 17,0% với tổng số ca mắc là 26 ca trong tổng 153 thai phụ.

Tỷ lệ thai phụ có glucose máu lúc đói trên ngưỡng bệnh lý là 5,9%; glucose sau 1 giờ là 10,5% và glucose sau 2 giờ là 9,8%.

Tìm thấy mối liên quan giữa tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các nhóm BMI trước khi mang thai và tiền sử gia đình mắc ĐTĐ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dianna J Magliano, Edward J Boyko,** committee IDFDAtes. IDF DIABETES ATLAS. 10th ed: International Diabetes Federation, Brussels; 2021.
2. **WHO.** Diabetes - Fact sheets. 2024, Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes
3. **Trương Thị Ái Hòa, Huỳnh Nguyễn Khánh Trang.** Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan tại bệnh viện quận 2. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2018;1(22).
4. **Bùi Thị Kiều Diễm, Bùi Chí Thương, et al.** 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).
5. **Phạm Thị Thu Hiền, Nguyễn Thị Thu Hà, et al.** Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố liên quan đến đái tháo đường thai kỳ tại bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí. Tạp chí Y học Việt Nam. 2025;546(3).
6. **Lynne Chepulis, Brittany Morison, et al.** Prevalence of gestational diabetes in the Waikato region of New Zealand. Intern Med J 2022 Vol 52.
7. **Hứa Thành Nhân, Ngô Văn Tuyền.** 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):177-83.
8. **Hoàng Thị Lan Hương.** Nghiên cứu tỷ lệ mắc đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan tại bệnh viện Trung ương Huế. Journal of Clinical Medicine- Hue Central Hospital. 2023.

TỈ LỆ KIỂM SOÁT GLUCOSE MÁU VÀ HBA1C TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 ĐANG ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

Nguyễn Ngọc Thể[1], Đào Thị Chúc Thơ[1], Lý Khánh Linh[1], Ngô Anh Duy[1], Trang Thị Hồng Nhung[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ kiểm soát glucose máu và HbA1c trên người bệnh đái tháo đường type 2 đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Trà Vinh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 195 người bệnh, thực hiện từ tháng 6 đến tháng 8 năm 2023 tại Bệnh viện Đa khoa Trà Vinh. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 66,94 ± 9,29 tuổi (tuổi thấp nhất là 29 tuổi, cao nhất là 88 tuổi), trong đó 74,36% số đối tượng trong nghiên cứu này là nam, còn lại 25,64% là nữ. Nồng độ glucose máu trung bình là 7,93 mmol/L, tỉ lệ người bệnh đạt mức kiểm soát glucose máu trong nghiên cứu là 45,65% và đạt mức kiểm soát HbA1c là 60,51%. Cụ thể, 89 người bệnh có mức glucose máu trong khoảng mục tiêu 4,4–7,0 mmol/L, với mức độ kiểm soát được phân loại là tốt (24,62%), chấp nhận được (21,03%) và kém (54,36%). Đối với mức HbA1c ≤ 7,5%, tỉ lệ kiểm soát được phân loại là tốt (40%), chấp nhận được (20,51%) và kém (39,49%). **Kết luận:** Tỉ lệ kiểm soát glucose máu và HbA1c trên người bệnh vẫn chưa đạt mức tối ưu. Nghiên cứu nhấn mạnh sự cần thiết phải tăng cường các chiến lược quản lý để cải thiện kiểm soát glucose máu và HbA1c ở nhóm đối tượng này. ***Từ khóa:*** đái tháo đường type 2, HbA1c, glucose máu

SUMMARY

THE BLOOD GLUCOSE AND HBA1C CONTROL LEVELS AMONG OUTPATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELITUS

Objective: To determine the rates of blood glucose and HbA1c control among patients with type 2 diabetes mellitus receiving outpatient treatment at Tra Vinh General Hospital. **Subjects and Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 195 patients from June to August 2023 at Tra Vinh General Hospital. **Results:** The mean age of the study participants was 66.94 ± 9.29 years (range: 29–88 years). Among them, 74.36% were male and 25.64% were female. The mean blood glucose level was 7.93 mmol/L. The proportion of patients achieving blood glucose control was 45.65%, while 60.51% achieved HbA1c control. Specifically, 89 patients had blood glucose levels within the target range of 4.4–7.0 mmol/L, with levels of control categorized as good (24.62%), acceptable (21.03%), and poor (54.36%). For HbA1c levels ≤ 7.5%, the rates of control were classified as good (40%), acceptable (20.51%), and poor (39.49%). **Conclusion:** The rates of blood glucose and HbA1c control among patients with type 2 diabetes mellitus remain suboptimal. The study highlights the need for enhanced management strategies to improve glycemic control in this population. ***Keywords:*** type 2 diabetes mellitus, HbA1c, blood glucose

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là một trong các bệnh có tốc độ phát triển nhanh nhất trên thế giới cùng với ung thư và tim mạch, đây là một bệnh rối loạn chuyển hóa đặc trưng bởi tình trạng tăng dai dẳng nồng độ glucose trong máu. Tỉ lệ mắc đái tháo đường hiện nay đang tăng báo động trên thế giới nói chung và tại Việt Nam nói riêng. Theo thống kê của Hiệp hội Đái tháo đường Thế giới (International Diabetes Federation - IDF) năm 2021, cả thế giới có tới 537 triệu người mắc đái tháo đường tăng 112 triệu người so với năm 2017, tương ứng với tỉ lệ cứ 10 người lớn độ tuổi 20 - 79 tuổi có 1 người mắc đái tháo đường. Theo Bộ Y tế, năm 2021 Việt Nam có tỉ lệ mắc đái tháo đường ở người trưởng thành ước tính là 7,1%, tương đương với khoảng 5 triệu người đang mắc bệnh đái tháo đường tăng 1,5 triệu người so với năm 2017 [1].

Kiểm soát glucose máu, HbA1c đóng vai trò quan trọng trong quản lý, theo dõi và điều trị bệnh đái tháo đường type 2. Người mắc bệnh

[1]*Trường Y Dược, Trường Đại học Trà Vinh*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Thể
Email: nguyenngocthe@tvu.edu.vn
Ngày nhận bài: 27.10.2025
Ngày phản biện khoa học: 28.11.2025
Ngày duyệt bài: 6.01.2026