

ĐÁNH GIÁ TỈ LỆ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN- NHI ĐÀ NẴNG

Lê Mỹ Hằng¹, Nguyễn Ngọc Tuấn², Trần Hữu Dàng³, Trần Hữu Thanh Tùng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tỉ lệ đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện Phụ sản-Nhi Đà Nẵng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang, mô tả trên 706 thai phụ đến khám và quản lý thai nghén tại Bệnh viện Phụ sản-Nhi Đà Nẵng có tuổi thai 24-28 tuần.

Tất cả các thai phụ được tiến hành nghiệm pháp dung nạp glucose bằng đường uống (NPDNGĐU) và lấy máu định lượng nồng độ glucose tại các thời điểm: lúc đói (G_0), sau 1 giờ (G_1) và sau 2 giờ (G_2). Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ (theo ADA 2014).

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

Kết quả: Tỉ lệ ĐĐTĐK ở nhóm thai phụ > 30 tuổi lớn hơn có ý nghĩa so với nhóm thai phụ ≤ 30 tuổi (13,7% so với 8,1%), $p < 0,05$. Tỉ số nguy cơ ĐĐTĐK ở thai phụ > 30 tuổi là 1,8. Tỉ lệ đái tháo đường thai kỳ là 10,2%, trong đó, tỉ lệ thai phụ ĐĐTĐK chỉ có 1, 2 và 3 tiêu chuẩn chẩn đoán ADA 2014 lần lượt là: 7,1%; 2,1% và 1,0%.

Kết luận: Cần quan tâm đến tình trạng đái tháo đường thai kỳ.

Từ khóa: Đái tháo đường thai kỳ

ABSTRACT

EVALUATE THE PERCENTAGE OF GESTATIONAL DIABETES MELLITUS AT DANANG HOSPITAL FOR WOMEN AND CHILDREN

Le My Hang¹, Nguyen Ngoc Tuan², Tran Huu Dang³, Tran Huu Thanh Tung³

Objective: Evaluate the percentage of gestational diabetes mellitus at Da Nang hospital for women and children.

Subject and method: A descriptive, cross- sectional study on 706 pregnancy at Da Nang hospital for women and children during their third trimester (the 24th – 28th weeks of pregnancy). 75-g Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) was applied and we obtained blood glucose concentration at the time: fasting (G_0), after 1 hour (G_1) and after 2 hours (G_2). Gestational diabetes mellitus (GDM) was diagnosed by ADA 2014 criteria. Data were analysed by SPSS 16.0 software.

Results: the percentage of GDM in group over 30 years-old is higher than in group under 30 years-old (13.7% versus 8.1%, $p < 0.05$). The ratio of GDM risk in group over 30 years-old was 1.8. The overall percentage of women with GDM was 10.2%. Following ADA 2014, the percentage of GDM by 1, 2 and 3 criteria were 7.1%; 2.1% and 1.0%, respectively.

Conclusion: It should be pay an attention about gestational diabetes mellitus.

Key word: gestational diabetes mellitus.

1. Bảo hiểm xã hội Tp Đà Nẵng
2. BVĐK Thăng Hoa Quảng Nam
3. Trường ĐH Y Dược Huế

- Ngày nhận bài (received): 15/4/2016; Ngày phản biện (revised): 17/4/2016;
- Ngày đăng bài (accepted): 25/4/2016
- Người phản biện: Trần Thừa Nguyên
- Người phản hồi (Corresponding author): Nguyễn Ngọc Tuấn
- Email: bacsingoctuan@gmail.com ĐT: 0914 288 345

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là một tình trạng mà người phụ nữ không bị đái tháo đường trước đó có biểu hiện nồng độ glucose máu cao bất thường trong thời kỳ có thai. Đái tháo đường thai kỳ thường xuất hiện vào khoảng tuần thứ 24 - 28 của thai kỳ, khi nhau thai bắt đầu sản xuất một lượng lớn các hormon gây nên tình trạng đề kháng insulin và gây rối loạn glucose máu [1].

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là tình trạng rối loạn dung nạp glucose, khởi phát hoặc được phát hiện lần đầu tiên trong quá trình mang thai, tình trạng này có thể tồn tại sau thai kỳ và cũng không cần loại trừ khả năng tình trạng rối loạn dung nạp glucose không được nhận biết này có thể đã xảy ra trước hay bắt đầu đồng thời với quá trình mang thai [2].

Trong đa số trường hợp ĐTĐTK, thai phụ sẽ trở lại bình thường sau sinh. Tuy nhiên một số bệnh nhân có thể có rối loạn dung nạp glucose ở lần sinh sau. Ước tính sau 5-10 năm những phụ nữ đã từng bị ĐTĐTK có nguy cơ bị ĐTĐ tít 2 nhiều gấp 7 lần so với thai phụ không bị ĐTĐTK [1].

Đái tháo đường thai kỳ thường ít có triệu chứng và hầu hết được phát hiện tình cờ qua xét nghiệm sàng lọc suốt trong thời kỳ có thai và chiếm tỉ lệ khoảng 9,6-13% ở phụ nữ mang thai. Đái tháo đường thai kỳ là tình trạng có thể điều trị được và người phụ nữ có kiểm soát glucose máu tốt có thể giảm rõ những nguy cơ nói trên [7].

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: Đánh giá tỉ lệ đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện Phụ sản-Nhi Đà Nẵng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Tiến hành nghiên cứu trên 706 thai phụ đến khám và quản lý thai nghén tại Bệnh viện Phụ sản-Nhi Đà Nẵng có tuổi thai 24-28 tuần.

Tiêu chuẩn loại trừ: Thai phụ có tiền sử ĐTĐ đã xác định từ trước

2.2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang, có theo dõi dọc ngắn hạn

- Ghi nhận tuổi của thai phụ
- Tất cả các thai phụ được tiến hành nghiệm pháp dung nạp glucose bằng đường uống (NPDNGĐU) và lấy máu định lượng nồng độ glucose tại các thời điểm: lúc đói (G_0), sau 1 giờ (G_1) và sau 2 giờ (G_2).
- Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐTK

Bảng 2.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ (theo ADA 2014) bằng đường uống 75 gram đường

Thời điểm	Glucose máu	
	mg/dl	mmol/l
Đói	≥ 92	$\geq 5,1$
Sau 1h	≥ 180	$\geq 10,0$
Sau 2h	≥ 153	$\geq 8,5$

Chẩn đoán: ĐTĐTK khi thỏa mãn 1 trong 3 tiêu chuẩn trên [24].

- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 01/2014 đến tháng 03/2015 có 706 thai phụ thực hiện NPDNGĐU tại Bệnh viện Phụ sản - Nhi Đà Nẵng, chúng tôi thu nhận kết quả:

3.1. Đặc điểm về tuổi thai phụ liên quan đái tháo đường thai kỳ

Bảng 3.1. Liên quan giữa tuổi thai phụ với ĐTĐTK

Tuổi thai phụ	Số thai phụ	ĐTĐTK (+)		ĐTĐTK (-)	
		n	%	n	%
>30	262	36	13,7	226	86,3
≤ 30	444	36	8,1	408	91,9
p; OR		p<0,05; OR=1,8			

Nhận xét: Tỉ lệ ĐTĐTK ở nhóm thai phụ > 30 tuổi lớn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm thai phụ ≤ 30 tuổi (13,7% so với 8,1%, p<0,05).

Đánh giá tỉ lệ đái tháo đường thai kỳ...

3.2. Tỉ lệ đái tháo đường thai kỳ

Bảng 3.2. Tỉ lệ chung ĐTĐTK

Thời điểm	Tiêu chuẩn tăng glucose máu (mmol/l)	n	%
Lúc đói	$G_0 \geq 5,1$	40	5,7
Sau 1 giờ	$G_1 \geq 10,0$	23	3,2
Sau 2 giờ	$G_2 \geq 8,5$	09	1,3
Tổng		72	10,2

Nhận xét: Tỉ lệ ĐTĐTK theo ADA 2014 bằng đường uống 75g đường là 10,2%.

Bảng 3.3. Tỉ lệ thai phụ được chẩn đoán ĐTĐTK theo số tiêu chuẩn.

Số tiêu chuẩn chẩn đoán theo ADA 2014	n	%
Chỉ 1 tiêu chuẩn	50	7,1
Chỉ 2 tiêu chuẩn	15	2,1
Cả 3 tiêu chuẩn	7	1,0
Tổng	72	10,2

Nhận xét: Trong số thai phụ được chẩn đoán ĐTĐTK theo ADA 2014:

- 50 thai phụ chỉ đạt 1 tiêu chuẩn chẩn đoán (chiếm 7,1% số thai phụ khảo sát);

- 15 thai phụ chỉ đạt 2 tiêu chuẩn (2,1% số thai phụ khảo sát).

- 7 thai phụ đạt cả 3 tiêu chuẩn (1,0% số thai phụ khảo sát).

Bảng 3.4. Tỉ lệ tăng glucose máu chỉ đạt 1 tiêu chuẩn sau khi làm NPDNG.

Glucose máu (mmol/l)	n	%
Chỉ có $G_0 \geq 5,1$	29	4,1
Chỉ có $G_1 \geq 10,0$	12	1,7
Chỉ có $G_2 \geq 8,5$	9	1,3
Tổng số	50	7,1

Nhận xét: Trong số thai phụ khảo sát, chỉ đạt 1 tiêu chuẩn sau khi làm NPDNG:

- $G_0 \geq 5,1$ mmol/l là 29 thai phụ chiếm 4,1%;

- $G_1 \geq 10,0$ mmol/l là 12 thai phụ chiếm 1,7%;

- $G_2 \geq 8,5$ mmol/l là 09 thai phụ chiếm 1,3%.

Bảng 3.5. Tỉ lệ tăng glucose máu chỉ đạt 2 tiêu chuẩn sau khi làm NPDNG.

Glucose máu (mmol/l)	n	%
$G_0 \geq 5,1$ và $G_1 \geq 10,0$	2	0,3
$G_0 \geq 5,1$ và $G_2 \geq 8,5$	2	0,3
$G_1 \geq 10,0$ và $G_2 \geq 8,5$	11	1,5
Tổng	15	2,1

Nhận xét: Trong số thai phụ khảo sát, chỉ đạt 2 tiêu chuẩn sau khi làm NPDNG:

- $G_0 \geq 5,1$ mmol/l và $G_1 \geq 10,0$ mmol/l là 02 thai phụ chiếm tỉ lệ 0,3%;

- $G_0 \geq 5,1$ mmol/l và $G_2 \geq 8,5$ mmol/l là 02 thai phụ chiếm tỉ lệ 0,3%;

- $G_1 \geq 10,0$ mmol/l và $G_2 \geq 8,5$ mmol/l là 11 thai phụ chiếm tỉ lệ 1,5%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi thai phụ

Nghiên cứu Rajput.R (2011) tiến hành trên 607 thai phụ tại Ấn Độ, tỉ lệ ĐTĐTK ở nhóm thai phụ có tuổi ≥ 25 là cao gấp 3,8 lần so với nhóm <25 tuổi là [10]. Tác giả Yang H (2009), tỉ suất chênh ĐTĐTK giữa nhóm ≥ 35 và nhóm <35 tuổi OR 1,97, $p < 0,001$ [12]. Tác giả Nguyễn Thị Kim Liên (2010) tiến hành đánh giá trên 160 thai phụ: tỉ lệ ĐTĐTK nhóm ≥ 35 tuổi là 18,1% [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ ĐTĐTK ở nhóm thai phụ >30 tuổi lớn hơn có ý nghĩa so với nhóm thai phụ ≤ 30 tuổi (13,7% so với 8,1%, $p < 0,05$). Tỉ số nguy cơ ĐTĐTK ở nhóm thai phụ >30 tuổi và nhóm thai phụ ≤ 30 tuổi là 1,8 (Bảng 3.1).

4.2. Tỉ lệ đái tháo đường thai kỳ

Nghiên cứu của Wah Cheung N và cộng sự (2001) trên 1141 thai phụ người Việt Nam sống tại Australia thấy tỉ lệ mắc ĐTĐTK là 10,6% [11]. Nghiên cứu Idris N (2009) trên 366 thai phụ tại Malaysia tỉ lệ ĐTĐTK là 18,3% [9].

Nguyễn Thị Phương Thảo (2007) nghiên cứu 415 thai phụ theo tiêu chuẩn chẩn đoán ADA 2003

Bệnh viện Trung ương Huế

tại Bệnh viện Bạch Mai, tỉ lệ ĐTĐTK là 7,9% [7].

Vũ Bích Nga (2009) nghiên cứu trên 1327 thai phụ theo tiêu chuẩn chẩn đoán HNQT lần 4 tại khoa sản Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Phụ sản Trung ương thấy tỉ lệ ĐTĐTK là 7,8% [5].

Nguyễn Thị Lệ Thu (2010) tiến hành trên 2446 thai phụ theo tiêu chuẩn chẩn đoán ADA 2010 tại khoa Phụ sản Bệnh viện Bạch Mai thấy tỉ lệ ĐTĐTK là 5,97% [8].

Tỉ lệ ĐTĐTK trong nghiên cứu của chúng tôi (10,2%) cao hơn một số nghiên cứu khác như Ngô Thị Kim Phụng [6], Nguyễn Thị Kim Chi [3], Tạ

Văn Bình [2], Nguyễn Thị Lệ Thu [8]. Điều này có thể được giải thích là do ngưỡng chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ 2014 theo ADA hạ thấp hơn so với các năm trước đó.

V. KẾT LUẬN

Tuổi thai phụ: Tỉ lệ ĐTĐTK ở nhóm thai phụ > 30 tuổi lớn hơn có ý nghĩa so với nhóm thai phụ ≤ 30 tuổi. Tỉ số nguy cơ ĐTĐTK ở thai phụ > 30 tuổi là 1,8.

Tỉ lệ đái tháo đường thai kỳ là 10,2%, trong đó, tỉ lệ thai phụ ĐTĐTK chỉ có 1, 2 và 3 tiêu chuẩn chẩn đoán lần lượt là: 7,1%; 2,1% và 1,0%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tạ Văn Bình (2007), “Chẩn đoán và điều trị rối loạn lipid máu”, “Thai kỳ và đái tháo đường, Đại cương về đái tháo đường - tăng glucose máu”, *Những nguyên lý nền tảng bệnh đái tháo đường, tăng glucose máu*, Nxb Y học, Hà Nội, Tr. 156 - 157, 352 - 369.
2. Tạ Văn Bình, Nguyễn Đức Vy, Phạm Thị Lan (2004). “*Tìm hiểu tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố liên quan ở thai phụ quản lý thai kỳ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương và Bệnh phụ sản Hà Nội*”. Thuộc đề tài nghiên cứu khoa học cấp nhà nước KC.10.15.
3. Nguyễn Thị Kim Chi, Trần Đức Thọ, Đỗ Trung Quân (2001), *Phát hiện tỷ lệ đái tháo đường thai nghén ở Bệnh viện Phụ sản Hà Nội và tìm hiểu các yếu tố liên quan*, Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Nguyễn Thị Kim Liên (2010), *Nghiên cứu về đái tháo đường thai kỳ ở nhóm thai phụ có yếu tố nguy cơ cao tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương*, Luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Vũ Bích Nga (2009), *Nghiên cứu ngưỡng glucose máu lúc đói để sàng lọc đái tháo đường thai kỳ và bước đầu đánh giá hiệu quả điều trị*, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. Ngô Thị Kim Phụng (1999), “Tầm soát đái tháo đường do thai và khảo sát một số yếu tố nguy cơ tại Quận 4, TP Hồ Chí Minh”, *Y học TP Hồ Chí Minh*, Tập 5, phụ bản số 4, Tr. 27 - 31.
7. Nguyễn Thị Phương Thảo, Vũ Bích Nga (2007). *Xác định tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và tìm hiểu các yếu tố nguy cơ của các thai phụ được quản lý thai tại khoa sản Bệnh Bạch Mai*. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. Nguyễn Thị Lệ Thu (2010). *Nghiên cứu tỷ lệ và cách xử trí trong chuyển dạ đối với thai phụ đái tháo đường thai nghén tại khoa sản bệnh viện Bạch Mai*. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp 2. Trường ĐH Y Hà Nội.
9. Idris N, MuiaMZ, Rushdan MN(2009) “Universal versus selective screening for detection of gestational diabetes mellitus in a Malaysian population” *Malaysian Family Physician*; 35:83-87
10. Rajput R, Yadav Y, Nanda S, Rajput M (2013). Prevalence of gestational diabetes mellitus & associated risk factors at a tertiary care hospital in Haryana, *Indian J Med Res*. 2013 Apr;137(4):728-33
11. Wah Cheung N, Wasmer G, Jalila A(2001). “Risk factors for gestational diabetes among Asian women”. *Diabetes Care*, May, volume 24, N 5: 955-956.
12. Yang H, Wei Y (2009). “Risk factors for gestational diabetes mellitus in Chinese women: a prospective study of 16286 pregnant women in China”. *Diabet Med*. Nov 26(11), 1099 – 104.