

XÁC ĐỊNH TỶ LỆ VÀ THỜI ĐIỂM CHẨN ĐOÁN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ Ở NHÓM THAI PHỤ CÓ YẾU TỐ NGUY CƠ CAO

ĐẶNG THỊ MINH NGUYỆT, NGUYỄN THỊ KIM LIÊN
Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ, thời điểm chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ trong nhóm thai phụ có yếu tố nguy cơ cao

Đối tượng phương pháp nghiên cứu: Mô tả tiến cứu, 160 thai phụ được hỏi, khám bệnh có yếu tố nguy cơ cao và được làm nghiệp pháp tăng glucose máu với 75g glucose.

Kết quả: 160 thai phụ tham gia nghiên cứu có tuổi trung bình là: $30,52 \pm 5,33$. Thấp nhất là 19 tuổi, cao nhất là 44 tuổi, tuổi của các thai phụ tập trung chủ yếu từ 25- 34 tuổi chiếm tỷ lệ 63,1%. Tỷ lệ ĐTĐTK trong nhóm nguy cơ cao là 30,6%. Tỷ lệ chẩn đoán ĐTĐTK trước 24 tuần tuổi thai là 32,6%, thời điểm chẩn đoán ĐTĐTK sớm nhất là 10 tuần tuổi thai.

Kết luận: Tỷ lệ ĐTĐTK ở nhóm thai phụ có yếu tố nguy cơ cao là 30,6%. Trong đó tỷ lệ chẩn đoán trước 24 tuần tuổi thai là 32,6%

Từ khóa: Đái tháo đường, đái tháo đường thai kỳ, yếu tố nguy cơ.

SUMMARY

Objectives: To determine the incidence, time of diagnosis of pregnant diabetes mellitus (GDM) among women with high risk factors. **Subjects and methods:** prospective study, 160 gestational women with high-risk factors are managed in The Department of examinations in NHOG from 01/01/2010 to 30/06/2010 haven't diagnosed diabetes, not suffer from diseases related glucose metabolism, without drugs used affect glucose metabolism. The women were done a glucose

tolerance test at the first prenatal visit, if negative repeat it in 24 – 28 weeks of pregnancy. **Results:** 160 pregnant women was included: The average age: 30.52 ± 5.33 . The lowest age was 19, highest was 44 years old; the age of the pregnant women was mainly from 25-34 years old account for 63.1%. The incidence of GDM in high-risk groups was 30.6%. 32.6% of GDM were diagnosed before 24 weeks of gestation; Earliest time diagnosed was 10 weeks of gestation. **Conclusion:** The incidence of diabetes during pregnancy among women with high-risk factors is 30.6%. In which the rate of case diagnosed before 24 weeks gestation is 32.6%.

Keywords: gestational diabetes mellitus(GDM), incidence.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ là một thể đặc biệt của đái tháo đường. Bệnh có xu hướng tăng ngày càng tăng nhất là khu vực châu Á – Thái Bình Dương trong đó có Việt Nam[1].

Theo khuyến cáo của Hội nghị Quốc tế lần thứ 4 về ĐTĐTK tại Hoa Kỳ, những phụ nữ có yếu tố nguy cơ cao bị ĐTĐTK là những người thừa cân, béo phì trước khi mang thai, người có tiền sử đẻ con to, tiền sử gia đình ĐTĐ thể hệ 1[7]. Những phụ nữ có yếu tố nguy cơ cao cần được sàng lọc chẩn đoán ngay từ lần khám thai đầu tiên. Bởi vì nếu không được chẩn đoán và điều trị, bệnh ĐTĐTK sẽ gây nhiều biến chứng cho mẹ và thai nhi[4], [5], [8]. Trên thế giới có nhiều công trình nghiên cứu về ĐTĐTK và nhờ đó thai phụ có yếu tố nguy cơ cao được chẩn đoán và điều trị kịp thời tránh được những tai biến. Tại Việt Nam, những năm gần đây ĐTĐTK bắt đầu được các tác giả quan tâm, nhưng việc chú ý các yếu tố nguy cơ cao và sàng lọc ĐTĐTK sớm chưa được quan tâm đúng mực. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu sau: Xác định tỷ lệ và thời điểm chẩn đoán ĐTĐTK ở nhóm thai phụ có yếu tố nguy cơ cao tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

- Đối tượng được chọn vào nghiên cứu là các thai phụ có yếu tố nguy cơ cao đến khám thai tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương trong thời gian nửa đầu năm 2010

- **Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân** là những thai phụ tuổi thai ≤ 28 tuần, có yếu tố nguy cơ cao: có một hoặc nhiều hơn các yếu tố sau

- + Thừa cân, béo phì trước khi mang thai ($BMI \geq 23$)
- + Tiền sử gia đình thể hệ thứ nhất có người ĐTĐ: Bố, mẹ, anh, chị, em
- + Tiền sử đẻ con to $\geq 4000g$
- + Đường niệu dương tính
- + Tiền sử rối loạn dung nạp glucose bao gồm cả tiền sử ĐTĐTK lần trước, RLDNG ngoài thời kỳ thai nghén.
- + Tiền sử sản khoa nặng nề: thai lưu, sẩy thai liên tiếp.

Tiêu chuẩn loại trừ

Loại trừ khỏi nghiên cứu các thai phụ nếu có một trong các yếu tố sau đây:

- Đã được chẩn đoán ĐTĐ từ trước khi có thai.
- Đang mắc các bệnh có ảnh hưởng đến chuyển hoá đường
- Đang sử dụng các thuốc ảnh hưởng đến chuyển hoá đường
- Đang mắc các bệnh cấp tính: nhiễm khuẩn, lao phổi...
- Các thai phụ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu.

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Số thai phụ tham gia vào nghiên cứu được tính

theo công thức: $N = Z^2 \frac{p(1-p)}{(\epsilon p)^2}$

Trong đó:

n = số thai phụ tham gia vào nghiên cứu

$Z_{(1-\alpha/2)}$ = 1,96 là hệ số tin cậy với độ tin cậy 95%

p = 28% tỷ lệ ĐTĐTK ở thai phụ có nguy cơ cao bị ĐTĐTK theo

Nguyễn Thị Kim Chi và cộng sự

ϵ = 0,25 là sai số mong đợi tương đối

Tính ra cỡ mẫu n=158 trong nghiên cứu chúng tôi lấy 160 thai phụ.

Các thai phụ có yếu tố nguy cơ cao được làm nghiệm pháp tăng glucose máu với 75g glucose ngay từ lần khám thai đầu tiên, nếu kết quả âm tính thì các thai phụ sẽ được làm nghiệm pháp tăng glucose máu vào tuần thứ 24 -28 thai kỳ. Theo tiêu chuẩn của Hội nghị Quốc tế lần thứ 4 về ĐTĐTK tại Hoa Kỳ [7], chẩn đoán ĐTĐTK khi thai phụ có ít nhất 2 giá trị giá trị sau

Thời điểm xét nghiệm mức đường máu (mmol/l):

+ Lúc đói: 5,3

+ 1 giờ sau uống 75 glucose: 10,0

+ 2 giờ sau uống 75 glucose: 8,6

Xử lý số liệu theo chương trình SPSS 16.0

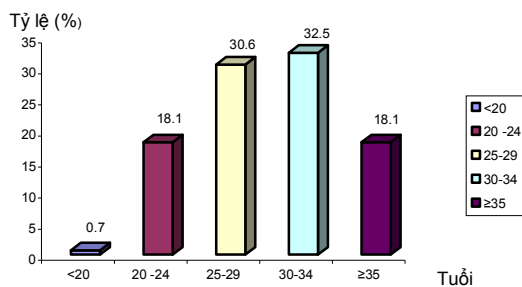
KẾT QUẢ

Trong khoảng thời gian nghiên cứu từ 01/01/2010 đến 30/06/2010 chúng tôi tiến hành nghiên cứu 160 thai phụ có yếu tố nguy cơ cao tại khoa khám bệnh Bệnh viện Phụ sản Trung ương

1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu.

1.1. Tuổi:

- 160 thai phụ tham gia nghiên cứu có tuổi trung bình là: $30,52 \pm 5,33$. Thấp nhất là 19 tuổi, cao nhất là 44 tuổi. Nhìn vào biểu đồ nhận thấy tuổi của các thai phụ tập trung chủ yếu từ 25- 34 tuổi chiếm tỷ lệ 63,1%.



1.2. Nghề nghiệp:

Tỷ lệ ĐĐTĐTK mắc cao ở nhóm thai phụ có nghề nghiệp là công chức và kinh doanh

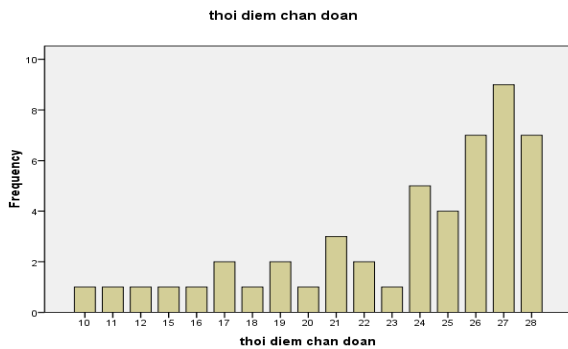
Nghề nghiệp \ Bệnh	n	ĐĐTĐTK		Không ĐĐTĐTK		p
		n	%	n	%	
Công chức	76	27	35,5	49	64,5	> 0,05
Công nhân	10	1	10,0	9	90	
Nông dân	25	6	24,0	19	76	
Kinh doanh	26	11	42,3	15	57,7	
Khác	23	4	17,4	19	82,6	
Tổng	160	49	30,6	111	69,4	

2. Tỷ lệ ĐĐTĐTK ở nhóm thai phụ có yếu tố nguy cơ cao

Số thai phụ bị ĐĐTĐTK trong 160 thai phụ có yếu tố nguy cơ cao là 49, chiếm tỷ lệ 30,6%

3. Thời điểm chẩn đoán ĐĐTĐTK

Nghiên cứu 49 thai phụ bị ĐĐTĐTK thấy có 16 trường hợp chẩn đoán ĐĐTĐTK trước 24 tuần tuổi thai, chiếm 32,6%



Trong số thai phụ bị ĐĐTĐTK chẩn đoán trước 24 tuần tuổi thai có 3 trường hợp trước chẩn đoán trong 3 tháng đầu của thai nghén, và sớm nhất là 10 tuần.

BÀN LUẬN

Trong số 160 thai phụ có yếu tố nguy cơ cao thì có 49 thai phụ bị ĐĐTĐTK, chiếm tỷ lệ 30,6%. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Tạ Văn Bình [2], nghiên cứu của Vũ Bích Nga [3]. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy cứ 10 thai phụ có yếu tố nguy cơ cao thì có 3 thai phụ bị ĐĐTĐTK. Đây là một tỷ lệ không nhỏ, vì vậy các nhà sản khoa cần lưu ý để phát hiện yếu tố nguy cơ cao ĐĐTĐTK cho các thai phụ đến khám thai kịp thời làm xét nghiệm chẩn đoán.

Có 16 thai phụ được chẩn đoán ĐĐTĐTK trước 24 tuần tuổi thai, chiếm tỷ lệ 32,6%. Đáng lưu ý có 1 thai phụ được chẩn đoán ĐĐTĐTK vào 10 tuần tuổi thai. Kết quả của nghiên cứu này một lần nữa khẳng định cần sàng lọc sớm ngay từ lần khám thai đầu tiên cho các thai phụ có yếu tố nguy cơ cao như khuyến cáo của Hội ĐĐTĐ Hoa Kỳ và Hội ĐĐTĐ thế giới đã đề ra[4], [5], [6], [7]. Bởi vì trong 3 tháng đầu của thai kỳ, nếu thai phụ bị bệnh mà không được chẩn đoán và điều trị kịp thời thì sẽ gây sảy thai, thai lưu hoặc các dị tật bẩm sinh cho thai nhi.

Vì vậy trên thế giới các nhà sản khoa rất chú trọng tìm các yếu tố nguy cơ cao cho thai phụ và sàng lọc chẩn đoán, điều trị kịp thời, nhờ thế đã

tránh được nhiều tai biến. Và cũng vì sự cấp thiết của nó mà Liên đoàn ĐĐTĐ thế giới và Hội ĐĐTĐ Hoa Kỳ cũng nêu rõ cần phải sàng lọc sớm ĐĐTĐTK cho các thai phụ có nguy cơ cao trong tất cả các khuyến cáo gần đây [4], [6], [7].

Ở Việt Nam, việc sàng lọc ĐĐTĐTK vẫn chưa được các nhà sản khoa đưa vào xét nghiệm thường qui cho các thai phụ. Những năm gần đây, một số các bác sỹ sản khoa đã bắt đầu quan tâm tới phát hiện ĐĐTĐTK trong thời gian mang thai, nhưng thường chỉ làm xét nghiệm từ sau 24 tuần trở đi. Các yếu tố nguy cơ cao của các thai phụ chưa được quan tâm đúng mức để sàng lọc sớm, chẩn đoán kịp thời. Chính vì vậy, các thai phụ ĐĐTĐTK thường được chẩn đoán muộn và thực tế lâm sàng đã có những tai biến vô cùng đáng tiếc xảy ra.

KẾT LUẬN VÀ ĐỀ XUẤT

Trong 160 thai phụ có yếu tố nguy cơ cao ĐĐTĐTK tham gia nghiên cứu:

Tỷ lệ ĐĐTĐTK ở nhóm thai phụ có yếu tố nguy cơ cao là 30,6%

Tỷ lệ chẩn đoán trước 24 tuần tuổi thai là 32,6%, trong đó có một thai phụ được chẩn đoán 10 tuần tuổi thai.

Từ kết quả nghiên cứu này, chúng tôi xin đề xuất cần chú ý tìm các yếu tố nguy cơ cao bị ĐĐTĐTK cho thai phụ trong quá trình khám thai để sàng lọc sớm ngay từ lần khám thai đầu tiên nhằm phát hiện và điều trị kịp thời phòng tránh các tai biến sản khoa và sơ sinh. Nếu kết quả âm tính thì các thai phụ đó sẽ được làm xét nghiệm lại vào tuần thứ 24 – 28 thai kỳ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tạ Văn Bình(2003). “Quản lý đái tháo đường thai nghén”. Thực hành quản lý và điều trị bệnh đái tháo đường. NXBYH :11-22.
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 Phụ Sản Trung ương và Bệnh phụ sản Hà Nội”. Thuộc đề tài nghiên cứu khoa học cấp nhà nước KC.10.15.
3. Vũ Bích Nga, Tạ Văn Bình (2007). “Xác định tỷ lệ và thời điểm chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ trong nhóm- thai phụ có yếu tố nguy cơ cao” Báo cáo toàn văn các đề tài khoa học của hội nghị khoa học toàn quốc chuyên ngành nội tiết và chuyển hóa. Lần thứ ba: 524-528.
4. American Diabetes Association (2004). “Gestational Diabetes Mellitus”. Diabetes Care, Vol.27 (Suppl 1): S88-S90.
5. American Diabetes Association (2006). “Standars of medical care in diabetes”. Diabetes Care, Vol.29, Suppl 1, January: S4-S42.
6. Asian-Pacific Type 2 Diabetes Policy Group (2005). “Special situations: Pregnancy”. Type 2 diabetes-Practical targets and treatment, fourth edition: 29-33.
7. Metzger BE, Coustan DM, Organizing Committee (1998). “Summary and recommendations of the Fourth international Workshop Conference on Gestational Diabetes Mellitus”. Diabetes Care; 21:Suppl 2: B161-B167
8. Moshe Hod (2005). “Obstetric care for gestational diabetes- prevention of perinatal morbidity”. Journal of the medical association of Thailand. October. vol.88.Suppl.6:20-28.