

BƯỚC ĐẦU XÁC ĐỊNH TỶ LỆ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

NGUYỄN ĐÌNH HỢI, NGÔ ĐỨC KỶ
Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là một thể đặc biệt của đái tháo đường. ĐTĐTK nếu không được chẩn đoán và điều trị sẽ gây nhiều tai biến cho cả mẹ và thai nhi. Về lâu dài, nhiều nghiên cứu về tỷ lệ mắc đái tháo đường type 2 nhận thấy rằng những phụ nữ có tiền sử ĐTĐTK dễ mắc đái tháo đường type 2.

Năm 2011 ADA đã đưa ra khuyến nghị mới về thực hiện nghiệm pháp dung nạp glucose. Những tiêu chuẩn mới này sẽ tăng đáng kể tỷ lệ ĐTĐTK bởi vì chỉ cần có 1 giá trị bất thường đủ để chẩn đoán chứ không phải 2 như trước đây. Các thay đổi tiêu chuẩn chẩn đoán đang được thực hiện trong bối cảnh bệnh đái tháo đường và béo phì đang gia tăng một cách đáng lo ngại trên toàn thế giới.

Mục tiêu nghiên cứu: Nhận xét tỷ lệ ĐTĐTK tại bệnh viện HNĐK Nghệ An và Tìm hiểu mối liên quan của một số yếu tố nguy cơ với đái tháo đường thai kỳ.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là tất cả các thai phụ được theo dõi và làm nghiệm pháp tăng glucose máu với 75g glucose tại Khoa Khám Bệnh – Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nghệ An, trong thời gian từ tháng 3 năm 2012 đến tháng 10 năm 2012.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả phụ nữ mang thai có tuổi thai từ tuần 22 – 32.

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 hóa glucose: Cường giáp, suy giáp, Cushing, U tủy thượng thận, hội chứng Conn, to đầu chi, hội chứng buồng trứng đa nang, bệnh lý gan, suy thận,... Đang sử dụng các thuốc có ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose: corticoid, salbutamol, thuốc chẹn giao cảm, lợi tiểu nhóm thiazide...

- Các thai phụ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu.

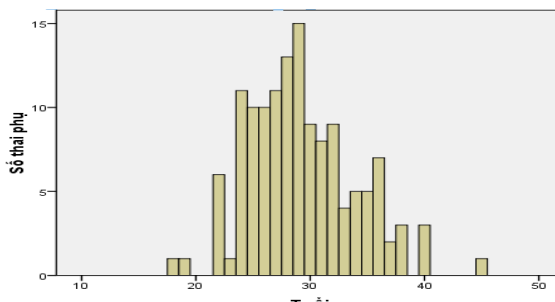
Đánh giá kết quả: Đánh giá chỉ số BMI theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới đề nghị cho khu vực Châu Á – Thái Bình Dương tháng 2/2000[16]: Thừa cân, béo phì khi BMI $\geq 23,0$ kg/m².

Chẩn đoán ĐTĐTK khi NPDNG 75 g (+) theo tiêu chuẩn của ADA 2011 khi có một trong các giá trị sau [8]: (1) Đường máu mao mạch lúc đói ≥ 92 mg/dl (5,1 mmol/l), (2) đường máu mao mạch sau 1 giờ ≥ 180 mg/dl (10,0 mmol/l), (3) đường máu mao mạch sau 2 giờ ≥ 153 mg/dl (8,5 mmol/l).

KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

1.1. Tuổi của các thai phụ



Biểu đồ 1. Phân bố tuổi các thai phụ

Nhận xét: Tuổi trung bình của các thai phụ là 29,26 \pm 4,7 tuổi, trong đó thấp nhất 18 tuổi, cao nhất 45 tuổi và tập trung chủ yếu từ 24 – 32 tuổi.

1.2. Các yếu tố nguy cơ

Bảng 1. Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ của ĐTĐTK

TT	Có	%
Tiền sử gia đình đái tháo đường	9/135	6,7%
Tiền sử đái tháo đường thai kỳ	4/135	3,0%
Tiền sử thai lưu	13/135	9,6%
Tiền sử sảy thai	12/135	8,9%
Tiền sử sinh con > 4000 g	5/135	3,7%
Hội chứng buồng trứng đa nang	0/135	0,0
Protein niệu	11/135	8,1%
Glucose niệu	29/135	21,5%
Thừa cân, béo phì	16/135	11,9%

Nhận xét: tỷ lệ yếu tố nguy cơ cao nhất là thai phụ có glucose niệu dương tính chiếm 21,5%.

2. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ.

Có 40 phụ nữ được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ theo tiêu chuẩn ADA 2011, chiếm tỷ lệ 29,6%.

3. Mối liên quan giữa yếu tố nguy cơ với ĐTĐTK theo tiêu chuẩn ADA 2011.

3.1. Tỷ lệ ĐTĐTK giữa nhóm có yếu tố nguy cơ và không có yếu tố nguy cơ.

Bảng 2. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ giữa nhóm có yếu tố nguy cơ và không có yếu tố nguy cơ

	Nhóm có yếu tố nguy cơ	Nhóm không có yếu tố nguy cơ	p	OR CI 95%
ĐTĐTK	52,5%	47,5%	0,001	OR = 3,67 CI95% (1,67 – 8,02)
Không ĐTĐTK	23,7%	76,8%		

Nhận xét: tỷ lệ mắc đái tháo đường thai kỳ ở nhóm có yếu tố nguy cơ là 52,5% gấp 3,67 lần so với nhóm không có yếu tố nguy cơ là 47,5%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

3.2. Mối liên quan giữa đái tháo đường thai kỳ với BMI.

Bảng 3. Mối liên quan giữa đái tháo đường thai kỳ với BMI

	BMI		
	< 18,5	18,5 – 22,9	≥ 30,0
ĐTĐTK	13%	29,2%	56,2%
Không ĐTĐTK	87%	70,8%	43,8%
p	p < 0,05		

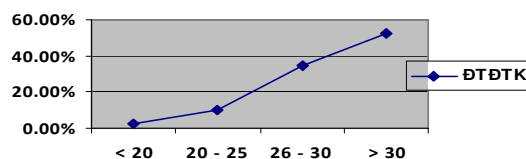
Nhận xét:

- BMI trước khi mang thai trung bình là 20, $37 \pm 2,8$ kg/m², cao nhất 30,36.

- Tỷ lệ thai phụ có chỉ số BMI < 18,5 là 17%; tỷ lệ thai phụ BMI từ 18,5 – 22,9 là 71,1%. Tỷ lệ thai phụ thừa cân và béo phì BMI ≥ 23 là 11,1%.

-Thai phụ thừa cân/béo phì thì tỷ lệ bị đái tháo đường cao nhất chiếm 56,2%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

3.3. Mối liên quan giữa tuổi mẹ và đái tháo đường thai kỳ.



Biểu đồ 3. Mối liên quan giữa tuổi mẹ với đái tháo đường thai kỳ

Nhận xét: nhóm phụ nữ mang thai có tuổi > 30 tuổi thì tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ cao nhất chiếm 52,5%. Như vậy, tuổi mẹ càng cao thì tần suất bị đái tháo đường thai kỳ càng lớn.

BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của các thai phụ ngày càng cao và phụ nữ mang thai càng muộn thì tần suất bị đái tháo đường càng tăng lên. Tỷ lệ ĐTĐTK thay đổi tùy thuộc vào phương pháp sàng lọc, tuần thai sàng lọc, tiêu chuẩn chẩn đoán. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ ĐTĐTK theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ADA 2011 tăng gấp 3 lần so với tiêu chuẩn trước đây. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng như một số nghiên cứu khác trong nước [1],[4],[6] và nước ngoài [10]. Điều này có lẽ do khi xã hội càng phát triển, trình độ học vấn càng cao thì tuổi mang thai của các phụ nữ càng muộn.

Ở nghiên cứu của chúng tôi thì yếu tố nguy cơ hay gặp nhất là glucose niệu dương tính và thừa cân béo phì. Có sự khác biệt này có lẽ là do sự phối hợp của đa yếu tố nguy cơ. Nền kinh tế ngày càng phát triển, đời sống của người dân được nâng cao thì tỷ lệ thừa cân béo phì cũng ngày càng gia tăng, bên cạnh đó tỷ lệ đái tháo đường type 2 đang gia tăng cách nhanh chóng. Vì vậy trong tương lai thai phụ có yếu tố nguy cơ chắc chắn cũng sẽ tăng lên. Qua đây chúng ta có thể nhận định là theo xu hướng sự phát triển kinh tế xã hội thì tỷ lệ thừa cân, béo phì ngày càng gia tăng. Vì vậy, cần đẩy mạnh công tác giáo dục kiểm soát lối sống, nếu để

BMI trung bình tăng lên, chắc chắn khó kiểm soát được đái tháo đường và đái tháo đường thai kỳ tại Việt Nam.

KẾT LUẬN

Tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường thai kỳ ngày một tăng, đặc biệt tăng cao ở nhóm phụ nữ thừa cân, béo phì. Phụ nữ càng cao tuổi thì nguy cơ bị đái tháo đường càng cao.

SUMMARY

Background: Gestational Diabetes Mellitus if not diagnosed and treated will cause complications for both mother and fetus. ADA 2011 issued new recommendations on the implementation glucose tolerance test. These new standards will significantly increase the rate of diabetes in pregnancy because only one abnormal value sufficient for diagnosis, not two as previously

Objective: Comments diabetic pregnancy rate and Exploring the relationship of a number of risk factors for diabetes and pregnancy.

Method: Describe cross-sectional study 135 pregnant women from 22 - 32 weeks of pregnancy. Diagnosis of gestational diabetes glucose tolerance test with 75 g (+) according to the standards of the ADA 2011 when one of the following values[10]: (1) fasting blood glucose ≥92mg/dl (5.1 mmol/l), (2) blood glucose after 1 hour ≥180mg/dl(10.0 mmol/l), (3) blood glucose 2 hours ≥153mg/dl (8.5 mmol/l).

Results: There were 40 women diagnosed with gestational diabetes mellitus according to ADA standards in 2011, accounting for 29.6%. The rate of gestational diabetes on the rise, especially higher in women who are overweight and obese. Elderly women as higher risk for diabetes

Keywords: Diabetes, pregnancy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 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 viện phụ sản Hà Nội", *Đề tài nghiên cứu khoa học cấp nhà nước KC.10.15*.
2. Nguyễn Thị kim Chi, Trần Đức Thọ, Đỗ Trung Quân (2000), "Phát hiện tỷ lệ đái tháo đường thai nghén và tìm hiểu các yếu tố liên quan", *Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú bệnh viện*, chuyên ngành nội khoa, Trường Đại Học Y Hà Nội.
3. 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 sỹ y học*, chuyên ngành nội- nội tiết, Trường Đại Học Y Hà Nội.
4. Đặng Thị Minh Nguyệt, Nguyễn Thị Kim Liên (2011). "Xác định tỷ lệ và thời điểm chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ ở nhóm thai phụ có yếu tố nguy cơ cao". *Y học thực hành 1*, tr 134-136.
5. Thái Thị Thanh Thúy (2012). "Nghiên cứu tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ theo tiêu chuẩn ADA 2011 và các yếu tố nguy cơ", *Luận văn thạc sỹ*, Trường Đại Học Y Hà Nội.
6. American Diabetes Association (2004), "Gestational Diabetes Mellitus". *Diabetes Care*, Vol.27, Suppl 1, January: S 88- 90

7. American Diabetes Association (2011), "Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus". *Diabetes Care*, Vol.34, Suppl 1, January: S 62 – 69

8. Aram V, Chobanian, MD and al (2003), "The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. The JNC 7 report", *Jama*, May 21, Vol 289, No 19: 2560- 2572

9. Ferrara A, Weiss NS, Hedderson MM and al (2007), "Ferrara A (2007), "Increasing prevalence of gestational diabetes mellitus", *Diabetes Care*, Vol 30, suppl 2, July, S: 141-146

10. Freinkel N, Metzger BE, Potter JM (1994), "Metabolic changes in pregnancy", *William textbook of endocrinology*, S: 993-1002.