

## TỶ LỆ BẤT THƯỜNG DUNG NẠP ĐƯỜNG SAU SINH 4 – 12 TUẦN TRÊN THAI PHỤ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Nguyễn Thị Minh Huyền<sup>1</sup>, Hoàng Thị Diễm Tuyết<sup>2</sup>, Huỳnh Nguyễn Khánh Trang<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) đang gia tăng trên toàn thế giới, và ngày càng trở nên quan trọng đối với ngành y tế toàn cầu. Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là một mối đe dọa nghiêm trọng đối với sức khỏe của bà mẹ và trẻ em.

**Mục tiêu:** Nghiên cứu này nhằm xác định tỷ lệ rối loạn dung nạp đường với xét nghiệm 75 gram Glucose – 2 giờ (ADA 2016) trên các thai phụ mắc đái tháo đường trong thai kỳ sau sinh 4 – 12 tuần và tìm các yếu tố liên quan.

**Đối tượng - Phương pháp:** Nghiên cứu dọc tiền cứu 186 thai phụ được chẩn đoán đái tháo đường trong thai kỳ, sinh tại bệnh viện Nhân dân Gia đình định, tái khám và được làm nghiệm pháp dung nạp đường (NPDND) với xét nghiệm 75 gram Glucose – 2 giờ trong thời kỳ hậu sản 4 – 12 tuần từ 01/08/2019 – 30/03/2020.

**Kết quả:** Tỷ lệ bất thường NPDND sau sinh: ĐTĐ: 5,90% KTC 95% [2,50 - 9,30]; NPDND bất thường: 32,80% KTC 95% [26-39,50]; RLĐH đói: 17,20% KTC 95% [11,70 - 22,60]; RLĐH 2 giờ: 16,68% KTC 95% [11,40- 22,10]. Sau khi phân tích hồi qui đa biến có 05 yếu tố nguy cơ độc lập làm tăng nguy cơ bất thường NPDND sau sinh đó là: Điều trị insulin trong thai kỳ, OR=4,52; KTC 95% [1,70-11,98]; Sinh non OR=3,28; KTC 95% [1,10 - 9,9]; ĐH đói OR=3,49; KTC 95% [1,53 – 7,98]; ĐH 1 giờ OR=2,98; KTC 95% [1,35 – 6,59]; ĐH 2 giờ OR=3,00; KTC 95% [1,31 – 7,06].

**Kết luận:** Nên thực hiện nghiệm pháp dung nạp đường cho tất cả các thai phụ ĐTĐTK.

**Từ khóa:** nghiệm pháp dung nạp đường, đái tháo đường thai kỳ

### ABSTRACT

#### THE PREVALENCE OF 4 – 12 WEEKS POSTPARTUM ABNORMAL GLUCOSE TOLERANCE IN WOMEN WITH GESTATIONAL DIABETES AT NHAN DAN GIA DINH HOSPITAL

Nguyen Thi Minh Huyen, Hoang Thi Diem Tuyet, Huynh Nguyen Khanh Trang

\* Ho Chi Minh City Journal of Medicine \* Vol. 25 - No. 1 - 2021: 244 - 250

**Background:** Diabetes is on the rise all over the world, and is becoming increasingly important in the global health sector. Gestational diabetes mellitus is a serious threat to the health of mothers and children.

**Objectives:** This study aimed to determine the incidence of impaired glucose tolerance with a 75-gram glucose-2-hour assay (ADA 2016) in diabetic pregnant women in 4-12 weeks postpartum and to find relevant factors.

**Methods:** A prospective longitudinal study of 186 pregnant women diagnosed with diabetes in pregnancy, delivered at People's Gia Dinh Hospital, re-examined and tested for sugar tolerance with a test of 75 grams of Glucose - 2 hours during the postpartum period 4 - 12 weeks from August 1, 2019 to March 30, 2020.

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhân dân Gia Định

<sup>2</sup>Bệnh viện Hùng Vương

<sup>3</sup>BM Sản Phụ khoa, ĐH Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Tác giả liên lạc: PGS.TS. Huỳnh Nguyễn Khánh Trang

ĐT: 0903882015

Email: tranghmk08@gmail.com

**Results:** 1. Abnormal rate of postpartum glucose tolerance test: Diabetes 5.90% 95% CI [2.50 - 9.30]; abnormal glucose tolerance test: 32.80% 95% CI [26-39,50]; disorders of fasting blood sugar: 17.20% 95% CI [11.70 - 22.60]; 2-hour blood sugar disorder: 16.68% 95% CI [11.40-22,10]. 2. After multivariate regression analysis, there are 05 independent risk factors that increase the risk of an abnormal postpartum glucose tolerance test: Insulin treatment in pregnancy, OR = 4.52; 95% CI [1.70-11.98]; Preterm birth OR = 3.28; 95% confidence interval [1.10 - 9.9]; Fasting blood sugar OR = 3.49; 95% confidence interval [1.53 - 7.98]; 1 hour blood sugar OR = 2.98; 95% confidence interval [1.35 - 6.59]; 2-hour blood sugar OR = 3.00; 95% confidence interval [1.31 - 7.06].

**Conclusion:** It is recommended to perform glucose tolerance test for all diabetic women.

**Keywords:** Glucose tolerance test, gestational diabetes mellitus

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), tỷ lệ bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) đang gia tăng trên toàn thế giới, và ngày càng trở nên quan trọng đối với ngành y tế toàn cầu. Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là một mối đe dọa nghiêm trọng và bị bỏ quên đối với sức khỏe của bà mẹ và trẻ em. Năm 2019 có 16% trẻ sinh ra sống có một số dạng tăng đường huyết (ĐH) trong thai kỳ. Ước tính 84% là do bệnh tiểu đường thai kỳ<sup>(1)</sup>.

Đái tháo đường thai kỳ ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe của bà mẹ cũng như của thai nhi: Người mẹ có thể mắc các bệnh lý như tăng huyết áp, bệnh lý võng mạc, bệnh lý mạch vành và nhiễm trùng đường niệu, tăng nguy cơ nhiễm độc thai nghén và nguy cơ ĐTĐ thực sự trong tương lai. Phần lớn nghiên cứu chỉ ra rằng bất thường bẩm sinh tăng gấp 3 lần ở những thai nhi có mẹ bị ĐTĐTK, thai to, sang chấn lúc sinh, sinh mổ, hạ ĐH sau sinh, vàng da sau sinh...<sup>(2)</sup>. Nếu không được chẩn đoán và điều trị thích hợp, có thể ảnh hưởng đến tử suất và bệnh suất của mẹ và thai nhi.

Trong thai kỳ, ĐTĐ được xem là một trong những bệnh lý nội khoa thường gặp nhất. Trên thế giới tỷ lệ ĐTĐTK rất thay đổi từ 2% đến 20% tùy thuộc vào dân số nghiên cứu và tiêu chuẩn chẩn đoán. Theo khảo sát của các BV chuyên khoa sản trên toàn quốc thì trong giai đoạn từ năm 2001 - 2004, tỷ lệ phát hiện bệnh ĐTĐTK vào khoảng 3% - 4%, tuy nhiên đến năm 2017, tỷ lệ này đã tăng lên mức 20% trên tổng số sản phụ được khám tại các BV/cơ sở y tế chuyên khoa<sup>(3)</sup>.

Đa số các trường hợp ĐTĐTK, ĐH sẽ trở về bình thường sớm sau sinh, tuy nhiên một số trường hợp diễn tiến thành ĐTĐ hoặc tiền ĐTĐ, hội chứng chuyển hóa ở các bà mẹ, những trẻ sinh ra từ những bà mẹ này có nguy cơ bị ĐTĐ và tiền ĐTĐ khi đến tuổi trưởng thành.

Trên thế giới có nhiều nghiên cứu về rối loạn chuyển hóa đường thời kỳ hậu sản ở sản phụ ĐTĐTK. Nghiên cứu của Weinert LS thực hiện tại Brasil ở các sản phụ ĐTĐTK. Có 108 sản phụ ĐTĐTK được thực hiện nghiệm pháp dung nạp đường (NPDND) ở thời điểm 6 tuần tới 6 tháng sau sinh, kết quả có 24% sản phụ có kết quả bất thường, trong đó có 4% được chẩn đoán ĐTĐ và 20% có bất thường ĐH<sup>(4)</sup>. Hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ (ADA), Hiệp hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG)<sup>(5)</sup> khuyến cáo nên thực hiện NPDND 6 đến 12 tuần sau sinh và mới đây nhất là theo khuyến cáo của ADA, ACOG năm 2017 là thực hiện NPDND 4 đến 12 tuần sau sinh cho tất cả sản phụ ĐTĐTK nhằm phát hiện sớm những bất thường đường huyết (ĐH) sau sinh giúp điều trị sớm, dự phòng làm chậm diễn tiến ĐTĐ típ 2 và các biến chứng về sau cũng như giảm nguy cơ sẩy thai và sinh con dị tật ở những bệnh nhân ĐTĐTK khi mang thai lại.

Phạm Thị Hải Châu (2012), ĐTĐTK chẩn đoán theo ADA 2010. Trong 247 trường hợp ĐTĐTK tại BV Hùng Vương xét nghiệm 75g đường 6 đến 12 tuần sau sinh (WHO 2006) kết quả 33,20% bất thường dung nạp đường trong đó 7,70% ĐTĐ, 23,90% RLDND, 1,60% RLĐH đôi<sup>(6)</sup>. Ngày 26/10/2018 Bộ Y Tế đã ban hành "Hướng dẫn Quốc gia dự phòng và kiểm soát

ĐTĐTK" khuyến cáo sau sinh 4 - 12 tuần sản phụ bị ĐTĐTK làm lại NPDND (xét nghiệm 75 gram đường - 2 giờ)<sup>(9)</sup>. Tại BV Nhân dân Gia Định hằng năm có khoảng 10.000 trường hợp sinh. Việc tầm soát và chẩn đoán ĐTĐTK theo tiêu chuẩn của ADA 2012 đã được áp dụng trong phác đồ khám thai. BV đã có chương trình điều trị, theo dõi, tư vấn tầm soát ĐTĐ rất hiệu quả qua việc phát tờ rơi, thông tin truyền thông, câu lạc bộ ĐTĐ... Tuy nhiên vấn đề tư vấn và tầm soát cho các trường hợp có ĐTĐTK sau sinh còn chưa được quan tâm đúng mức. Với câu hỏi nghiên cứu: Có bao nhiêu trường hợp bất thường NPDND trên sản phụ ĐTĐTK sau sinh 4 đến 12 tuần tại BV Nhân dân Gia Định và các yếu tố nguy cơ nào liên quan? Chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu với các mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ rối loạn đường huyết (RLĐH) đối, RLDND, ĐTĐ sau sinh 4 đến 12 tuần trên sản phụ ĐTĐTK.

2. Khảo sát mối liên quan giữa bất thường nghiệm pháp 75 gram (g) đường theo tiêu chuẩn ADA năm 2016, ĐH đối, ĐH 2 giờ của NPDND sau sinh 4 đến 12 tuần trên sản phụ ĐTĐTK với một số yếu tố dịch tễ, tiền căn sản khoa, thai kỳ, kết cục thai kỳ.

## **ĐỐI TƯỢNG-PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **Đối tượng nghiên cứu**

Sản phụ khám thai và sinh tại bệnh viện (BV) Nhân Dân Gia Định từ 01/08/2019 – 30/03/2020 hội đủ các tiêu chuẩn chọn mẫu.

### **Tiêu chuẩn chọn mẫu**

Sản phụ được chẩn đoán ĐTĐTK dựa theo NPDND của ADA 2016. Sản phụ ĐTĐTK sinh tại BV Nhân dân Gia Định và đồng ý làm nghiệm pháp 75 g đường sau sinh 4 đến 12 tuần tại BV Nhân dân Gia Định.

### **Tiêu chuẩn loại trừ**

Sản phụ được chẩn đoán ĐTĐ trước khi mang thai. Đang mắc các bệnh ảnh hưởng đến chuyển hóa đường như cường giáp, suy giáp, Cushing, u tủy thượng thận, to đầu chi, suy gan, suy thận. Đang sử dụng các thuốc có ảnh hưởng

đến chuyển hóa đường như corticoid, salbutamol, thuốc chẹn giao cảm, lợi tiểu nhóm thiazide, thuốc hạ áp. Đa thai. Đang mắc bệnh cấp tính: nhiễm khuẩn toàn thân, lao phổi, viêm gan. Không đồng ý tham gia nghiên cứu. Các tiêu chuẩn này được xác định qua hỏi tiền căn, khám lâm sàng.

## **Phương pháp nghiên cứu**

### **Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu dọc tiến cứu.

### **Cỡ mẫu**

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

Trong đó:

$Z_{(1-\alpha/2)}$ : Trị số tới hạn ở KTC 95% ( $Z_{(1-\alpha/2)}=1,96$  với  $\alpha = 0,05$ ).

Cỡ mẫu được ước tính dựa trên tỷ lệ bất thường NPDND sau sinh từ nghiên cứu của Ogonowski J<sup>(7)</sup> thực hiện năm 2005 đến 2007, ở vùng Tây Bắc của Ba Lan trên 318 sản phụ ĐTĐTK thực hiện nghiệm pháp dung nạp 75g- 2 giờ sau sinh 5 đến 9 tuần, kết quả 13,50% bất thường NPDND. Nghiên cứu (NC) thu nhận 186 đối tượng.

### **Phương pháp chọn mẫu**

Lấy mẫu toàn bộ.

### **Phương pháp thực hiện**

Sau sinh để sản phụ tái khám đúng hẹn, nghiên cứu viên điện thoại nhắc sản phụ một tuần trước ngày tái khám để họ có thể sắp xếp công việc, tư vấn thêm về mức độ cần thiết của NPDND sau sinh, nhấn mạnh các ưu tiên như được tái khám sớm, có thể về ngay khi làm xong xét nghiệm và kết quả sẽ được tư vấn qua điện thoại. Đồng thời, nhắc lại cách chuẩn bị trước khi làm NPDND để kết quả chính xác. Tại thời điểm tái khám sau sinh 4 đến 12 tuần, sản phụ được làm NPDND 75g-2 giờ.

Kết quả đường huyết sau sinh theo tiêu chuẩn của ADA 2016. Chẩn đoán ĐTĐ: ĐH đối  $\geq 126$  mg/dL (7,0 mmol/L) hoặc, ĐH 2 giờ  $\geq 200$

mg/dL (11,1 mmol/L) trong NPDNĐ, hoặc A1C  $\geq 6,5\%$ , hoặc ĐH ngẫu nhiên  $\geq 200$  mg/dL (11,1 mmol/L). RLDH đói: ĐH đói 100 – 125 mg/dL (5,6 – 6,9 mmol/L), hoặc RLDNĐ: ĐH 2 giờ sau NPDNĐ 140-199 mg/dL (7,8 – 11,0 mmol/L), hoặc A1C 5,70-6,40%.

**Xử lý dữ liệu**

Dữ liệu được kiểm tra, mã hóa, nhập liệu và quản lý bằng Excel và phân tích bằng SPSS 20. Trình bày dưới dạng tần số, tỷ lệ phần trăm cho biến số không liên tục và trung bình, độ lệch chuẩn cho biến số liên tục. Khảo sát tương quan giữa các biến danh định dùng phép kiểm Chi bình phương, giữa biến danh định với biến liên tục dùng T- test.

**Y đúc**

Nghiên cứu này được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Nhân Dân Gia Định, số 54-2019/NDGD-HĐĐĐ, ngày 14/6/2019.

**KẾT QUẢ**

**Bảng 1: Đặc điểm dịch tễ học của đối tượng NC**

Đặc điểm	Số sản phụ (n=186)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	31,64 ± 5,17	
< 25	28	15,05
≤ 25-35	99	53,22
≥35	59	31,73
Trình độ		
Cấp 1	3	1,61
Cấp 2	45	24,21
Cấp 3	82	44,08
Sau cấp 3	56	30,10
Nghề nghiệp		
Công nhân viên	53	28,49
Công nhân	60	32,25
Nội trợ	53	28,50
Nghề khác	20	10,76
Địa chỉ		
Bình Thạnh	27	14,50
Gò Vấp	48	25,80
Quận 12	26	13,97
Nơi khác	85	45,73
BMI		
Thiếu cân	19	10,21
Bình thường	103	55,37
Thừa cân	41	22

Đặc điểm	Số sản phụ (n=186)	Tỷ lệ (%)
Béo phì	23	12,42
Cao huyết áp		
Có	8	4,30
không	178	95,70
Điều trị insulin		
Có	37	19,90
Không	149	80,10

Tuổi trung bình đối tượng 31,64 ± 5,17 tuổi, đa số có trình độ cấp 3 cao nhất 44,08%. Nghề nghiệp: công nhân viên, công nhân và nội trợ có số trường hợp tương đương nhau 59-54-53 chiếm tỷ lệ (28,49% - 32,25% - 28,50%) (Bảng 1).

**Bảng 2: Đặc điểm thai kỳ liên quan tình trạng ĐTĐTK**

Đặc điểm	Giá trị trung bình	GTNN-GTLN
Tuổi thai chẩn đoán (tuần)	26,34±1,33	24-30
Tuổi thai lúc sinh (tuần)	38,50 ±1,54	31- 40 4/7
Cân nặng chẩn đoán (kg)	61,27±8,04	42-84
Cân nặng lúc sinh (kg)	66,12±8,35	47-92
Tăng cân chẩn đoán (kg)	4,93±2,74	-1-14
Tăng cân thai kỳ (kg)	12,43±4,22	4-25
BMI	22,28±3,21	14,5-37
ĐH đói (mg%)	97,62±20,04	63-206
ĐH 1 giờ (mg%)	189,79±38,12	110-369
ĐH 2 giờ (mg%)	159,39±38,61	61-365
Cân nặng con (g)	3239,2±507,37	1600-4900
Tái khám sau sinh (ngày)	45,85±14,81	30-84
Cân nặng sau sinh (kg)	58,21±8,06	40-82
ĐH sau sinh đói (mg%)	90,54±14,67	68-135
ĐH sau sinh 2 giờ (mg%)	119,16±32,81	58-237

Tuổi thai lúc sinh 26,34±1,33 tuần. Tăng cân chẩn đoán trung bình 4,93 ±2,74, có trường hợp giảm 1 kg so với lúc mới mang thai, mức tăng cân nhiều nhất 14 kg. BMI trung bình 22,28 ±3,21, cao nhất là 37 (Bảng 2).

**Bảng 3: Kết quả thử nghiệm 75 gram Glucoes – 2giờ ở 4 -12 tuần sau sinh trên thai phụ ĐTĐTK**

Đặc điểm	Tỷ lệ (%)	KTC 95%
Bất thường NPDNĐ	32,80%	26 - 39,5
ĐTĐ	5,91%	2,50 - 9,30
RLĐH đói	17,20%	11,70- 22,60
RLĐH 2giờ	16,68%	11,40- 22,10

Bất thường NPDNĐ chiếm tỷ lệ 32,80% KTC 95% (26-39,50). Với các phân nhóm: ĐTĐ chiếm tỷ lệ 5,91% KTC 95% (2,50 -9,30); RLDNĐ chiếm tỷ lệ 26,89% KTC95% (20,50-33,20); RLDH đói

chiếm tỷ lệ 17,20% KTC 95% (11,70-22,60); RLDH 2giờ chiếm tỷ lệ 16,68% KTC 95% (11,40-22,10) (Bảng 3).

ĐTĐ điều trị insulin có liên quan đến NPDNĐ có ý nghĩa thống kê với OR=4,52 p=0,002. Điều này có nghĩa là nhóm ĐTĐ điều trị insulin tăng 4,52 lần kết cục NPDNĐ bất thường so với nhóm không điều trị insulin. Sinh non có liên quan đến NPDNĐ có ý nghĩa thống kê với

OR=3,28, p=0,003. Điều này có nghĩa là nhóm sinh non tăng 3,28 lần kết cục NPDNĐ bất thường so với nhóm sinh đủ tháng.

OR hiệu chỉnh của ĐH đối là 3,49 với p=0,003 điều này có nghĩa là nguy cơ có kết cục NPDNĐ bất thường tăng 3,49 lần nếu có ĐH đối ở thời điểm chẩn đoán ĐTĐTK cao hơn so với người có ĐH đối bình thường.

**Bảng 4:** Mối liên quan giữa đặc điểm sinh và kết cục NPDNĐ bất thường.

	OR thô	KTC95%	OR hiệu chỉnh	KTC 95%	P
TC gia đình ĐTĐ	2,16	1,07-4,35	1,60	0,66- 3,86	0,300
TC sinh mổ	1,82	0,92- 3,57	2,21	0,96-5,13	0,062
Thừa cân	2,88	1,51- 5,46	2,09	0,95- 4,61	0,067
ĐTĐ điều trị insulin	7,69	3,45-17,13	4,52	1,70- 11,98	0,002
Con to	3,43	1,16-10,14	2,80	0,68 -11,44	0,150
Sinh non	3,11	1,27-7,58	3,28	1,10-9,90	0,033
ĐH đối	2,92	1,48- 5,77	3,49	1,53- 7,98	0,003
ĐH 1 giờ	3,25	1,66- 6,35	2,98	1,35- 6,59	0,007
ĐH 2 giờ	3,00	1,50- 5,99	3,00	1,31- 7,06	0,009

**BÀN LUẬN**

Các tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ sau sinh cũng như ĐTĐ ở người bình thường của các hiệp hội, tổ chức khác nhau về thời gian, ngưỡng và giá trị chẩn đoán. Hiện nay tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ của ADA không khác gì so với tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ của ADA 2016 và cũng có sự tương đồng với tiêu chuẩn của WHO.

NICE khuyến cáo tầm soát 6 tuần sau sinh ở sản phụ ĐTĐTK bằng ĐH đối đơn thuần, không phải NPGNĐ<sup>(8)</sup>. So với NPDNĐ thì xét nghiệm ĐH đối đơn thuần dễ thực hiện, ít tốn thời gian, sản phụ dễ tuân thủ, tuy nhiên thiếu độ nhạy và dễ bỏ sót các trường hợp bất thường ĐH 2 giờ. Theo nghiên cứu của chúng tôi, nếu chỉ dựa vào xét nghiệm ĐH đối đơn thuần sau sinh 4-12 tuần, chỉ phát hiện được 3,24% trường hợp ĐTĐ sau sinh, bỏ sót 2,70% trường hợp ĐTĐ được chẩn đoán bằng ĐH 2 giờ của NPDNĐ.

Nghiên cứu của Phạm Thị Hải Châu nếu chỉ dựa vào xét nghiệm ĐH đối đơn thuần sau sinh 6-12 tuần, chỉ phát hiện được 4,45% trường hợp ĐTĐ sau sinh, bỏ sót 3,25% trường hợp ĐTĐ được chẩn đoán bằng ĐH 2 giờ của NPDNĐ<sup>(6)</sup>.

Nghiên cứu của Shauna L<sup>(9)</sup> cho thấy nếu dựa vào xét nghiệm ĐH đối đơn thuần có thể bỏ sót 39% các trường hợp RLDNĐ hoặc ĐTĐ và 54% trường hợp ĐTĐ típ 2. Do đó hiện nay NPDNĐ vẫn được xem là tiêu chí vàng trong đánh giá tình trạng dung nạp đường sau sinh 4 đến 12 tuần ở các sản phụ ĐTĐTK.

Để kiểm soát các yếu tố gây nhiều và đồng tác ảnh hưởng lên NPDNĐ bất thường, chúng tôi đưa vào phân tích hồi qui đa biến các yếu tố độc lập có p <0,25. Như vậy, tổng cộng có 9 yếu tố đã kể trên được đưa vào phân tích hồi qui đa biến. Phân tích đa biến cho thấy có sự thay đổi OR ở 5 yếu tố: ĐTĐ điều trị insulin, sinh non, ĐH đối, ĐH 1 giờ, ĐH 2 giờ có liên quan đến NPDNĐ có ý nghĩa thống kê (p <0,05).

Phân tích đa biến OR hiệu chỉnh của tiền căn gia đình ĐTĐ là 1,63 với p=0,30, cho thấy có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. NC của Weinert LS<sup>(4)</sup> thực hiện tại Brazil ở các sản phụ ĐTĐTK cho thấy các yếu tố tiền căn gia đình ĐTĐ có liên quan với nhóm bất thường NPDNĐ (OR 2,41, KTC95% (1,00-5,8), p=0,050).

ĐTĐTK có sử dụng insulin OR hiệu chỉnh

4,52;  $p=0,002$ . Điều này có nghĩa là nhóm ĐTĐ điều trị insulin tăng 4,52 lần kết cục NPDNĐ bất thường so với nhóm không điều trị insulin. Rivas AM<sup>(10)</sup> trong phân tích đơn biến cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm bất thường NPDNĐ và nhóm bình thường có điều trị insulin ( $p < 0,05$ ).

Phân tích đa biến OR hiệu chỉnh của sinh non là 3,28,  $P = 0,033$  khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Rivas AM<sup>(10)</sup> trong phân tích đơn biến cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm bất thường NPDNĐ và nhóm bình thường có sinh non ( $p < 0,05$ ).

Nhóm bất thường NPDNĐ có mức ĐH đôi (trong lúc mang thai) dự báo tăng khả năng bất thường NPDNĐ sau sinh 3,49 lần. Aleida M. Rivas và cs<sup>(10)</sup> trong phân tích đơn biến cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm bất thường NPDNĐ và nhóm bình thường về yếu tố: giá trị ĐH đôi ( $p < 0,001$ ), giá trị ĐH 2 giờ ( $p < 0,05$ ). Nhóm bất thường NPDNĐ có ĐH 1 giờ (trong lúc mang thai) cao hơn, cho thấy khả năng dung nạp và chuyển hóa đường kém hơn nhóm có ĐH bình thường, dự báo tăng khả năng bất thường NPDNĐ sau sinh 2,98 lần. Nhóm bất thường NPDNĐ có ĐH 2 giờ (trong lúc mang thai) cao hơn, cho thấy khả năng dung nạp và chuyển hóa đường kém hơn nhóm có ĐH bình thường, dự báo tăng khả năng bất thường NPDNĐ sau sinh 3 lần. Weinert LS<sup>(4)</sup> năm 2014, 209 sản phụ Brazil có đái tháo đường thai kỳ được thực hiện NPDNĐ sau sinh, tìm được mối liên quan giữa bất thường NPDNĐ sau sinh với giá trị ĐH 2 giờ của NPDNĐ 75g-2 giờ tại thời điểm chẩn đoán ĐTĐTK cao gấp 1,01 lần so với những sản phụ giá trị đường huyết 2 giờ của NPDNĐ 75g-2 giờ thấp ( $OR\ 1,01; p=0,045$ ).

**Hạn chế của đề tài**

Do thiết kế dọc tiến cứu không phải là thiết kế để tìm mối liên quan, đây cũng là nhược điểm của NC, cần có những NC với thiết kế

đàn hệ hoặc bệnh chứng để kiểm chứng các yếu tố liên quan.

**KẾT LUẬN**

Sau NC 186 sản phụ bị ĐTĐTK tham gia làm NPDNĐ sau sinh. Chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

1. Tỷ lệ bất thường NPDNĐ sau sinh: ĐTĐ: 5,90% KTC 95% (2,50 - 9,30); NPDNĐ bất thường: 32,80% KTC 95% (26-39,50); RLĐH đôi: 17,20% KTC 95% (11,70 - 22,60); RLĐH 2 giờ: 16,68% KTC 95% (11,40- 22,10).

2. Sau khi phân tích hồi qui đa biến có 05 yếu tố nguy cơ độc lập làm tăng nguy cơ bất thường NPDNĐ sau sinh đó là: Điều trị insulin trong thai kỳ,  $OR=4,52$ ; KTC 95% (1,70-11,98); Sinh non  $OR=3,28$ ; KTC 95% (1,10 - 9,9); ĐH đôi  $OR=3,49$ ; KTC 95% (1,53 - 7,98); ĐH 1 giờ  $OR=2,98$ ; KTC 95% (1,35 - 6,59); ĐH 2 giờ  $OR=3,00$ ; KTC 95% (1,31 - 7,06).

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. International Diabetes Federation (2019). IDF Advocacy guide. URL: <https://idf.org/e-library/advocacy.html>.
2. Torloni MR, Wendland EM, Falavigna M, et al (2012). Gestational diabetes and pregnancy outcomes - a systematic review of the World Health Organization (WHO) and the International ion of Diabetes in Pregnancy Study Groups (IADPSG) diagnostic criteria. *BMC Pregnancy Childbirth*, 12:12-23.
3. Bộ Y tế (2018). Hướng dẫn Quốc Gia dự phòng và kiểm soát đái tháo đường thai kỳ. Quyết định số: 6173/QĐ-BYT.
4. Weinert LS (2014). Postpartum glucose tolerance status 6 to 12 weeks after gestational diabetes mellitus: A Brazilian cohort. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 58(2):197-204.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists (2009). Practice Bulletin No.435: Postpartum Screening for Abnormal Glucose Tolerance in Women Who Had Gestational Diabetes Mellitus. *Obstet Gynecol*, 113:1419-1421.
6. Phạm Thị Hải Châu, Ngô Thị Kim Phụng (2012). Tỷ lệ bất thường nghiệm pháp dung nạp Glucose sau sanh 6 đến 12 tuần trên bệnh nhân ĐTĐTK tại BV Hùng Vương. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 17(1):41-59.
7. Ogonowski J (2009). The prevalence of 6 weeks postpartum abnormal glucose tolerance in Caucasian women with gestational diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 84:239-244.
8. National Institute for Health and Clinical Excellence (2008). Guidelines 63: Diabetes in Pregnancy: Management of Diabetes and Its Complications from Preconception to the Postnatal Period. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21370515/>.

9. Reinblatt ST, Morin L, Meltzer SJ (2006). The Importance of a Postpartum 75 g Oral Glucose Tolerance Test in Women With Gestational Diabetes. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 28(8):4.
10. Rivas A, González N, González J (2007). High frequency of diabetes in early post-partum assessment of women with

gestational diabetes mellitus. *Diabetes & Metabolic Syndrome*, 1(3):159-165.

Ngày nhận bài báo: 16/11/2020  
Ngày nhận phản biện nhận xét bài báo: 01/02/2021  
Ngày bài báo được đăng: 10/03/2021

---