

3. **Sở Y tế Thái Bình** (2011). Kế hoạch hành động về phát triển Y, dược cổ truyền của tỉnh Thái Bình đến năm 2020.

4. Ủy ban nhân dân tỉnh Thái Bình, Quyết định số 552/QĐ- UBND, ngày 15/3/2012 ban hành Kế hoạch hành động về phát triển Y, dược cổ truyền của tỉnh Thái Bình đến năm 2020.

5. Thủ tướng chính phủ (2010), Quyết định số 2166/QĐ-TTg về việc ban hành kế hoạch hành

động của chính phủ về phát triển Y dược cổ truyền Việt Nam đến năm 2020.

6. Tỉnh ủy tỉnh Thái Bình số 135/KH- UBND, ngày 03/02/2015, triển khai, thực hiện Thông báo Kết luận số 145-TB/TW ngày 20/2/2014 của Ban bí thư tiếp tục thực hiện Chỉ thị số 24-CT/TW ngày 04/7/2008 của Ban bí thư (khóa X) về phát triển nền Đông y Việt Nam và Hội Đông y trong tình hình mới.

7. **WHO** (2002), Tradition medicine in the Westem Pacific, Manila, pp 2-3

TỶ LỆ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH TÂY NINH NĂM 2019-2020

NGUYỄN THỊ QUYÊN¹,
LÊ THÀNH TÀI², NGUYỄN MINH PHƯƠNG²
¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tây Ninh
²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việc xác định phụ nữ đái tháo đường thai kỳ là rất quan trọng để giảm thiểu tỷ lệ mắc bệnh cho bà mẹ và trẻ sơ sinh. Bệnh thường được chẩn đoán ở tuần tuổi thai 24-28 tuần dựa trên nồng độ glucose trong huyết tương tăng cao ở nghiệm pháp dung nạp glucose.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và yếu tố liên quan tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Tây Ninh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang trên 460 thai phụ từ 24-28 tuần tuổi thai từ tháng 02/2019-06/2020 tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Tây Ninh.

Kết quả: Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ chiếm 22,6%. Tuổi thai phụ từ 35 trở lên có nguy cơ đái tháo đường cao hơn nhóm <35 tuổi 2,117 lần, với $p=0,014$. Thừa cân béo phì gây nguy cơ đái tháo đường thai kỳ cao hơn không thừa cân béo phì 1,809 lần với $p=0,01$. Đái tháo đường thai kỳ cao hơn ở nhóm thai phụ có tiền sử gia đình đái tháo đường, sinh con to, thai chết lưu và số lần mang thai với $p<0,05$.

Kết luận: Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ khá cao ở thai phụ 24-28 tuần tuổi thai, do đó, cần tăng cường khám sàng lọc và theo dõi điều trị ở các thai phụ nhằm giảm các biến chứng tai biến sản khoa.

Từ khóa: đái tháo đường thai kỳ, yếu tố liên quan

SUMMARY

THE PREVALENCE OF GESTATIONAL DIABETES MELLITUS AND ASSOCIATED FACTOR IN TAY NINH GENERAL HOSPITAL, 2019-2020

Background: Identifying women with gestational diabetes mellitus is important to minimize maternal and neonatal morbidity. Develops during pregnancy and is usually diagnosed at 24 to 28 weeks of gestation on the basis of elevated plasma glucose levels on glucose tolerance testing.

Objective: to identify the prevalence of gestational diabetes mellitus and some related factors at Tay Ninh General Hospital.

Methods: A cross-sectional study was conducted in 460 pregnant women from 24 to 28 weeks hospitalized from February 2019 to June 2020 at Tay Ninh General Hospital.

Result: The incidence of GDM was 22,6%. Pregnant women aged 35 and over had a diabetes risk higher than the <35 years old group 2.117 times, with $p = 0.014$. Being overweight

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Quyên

Email: lttai@ctump.edu.vn

Ngày nhận: 03/7/2020

Ngày phản biện: 06/8/2020

Ngày duyệt bài: 04/9/2020

and obese causes the risk of gestational diabetes higher than not being overweight and obese 1,809 times with $p = 0.01$. Gestational diabetes was higher in the group of pregnant women with a family history of diabetes, having a big baby, stillbirth and number of pregnancies with $p < 0.05$.

Conclusion: The rate of gestational diabetes is quite high in pregnant women 24-28 weeks of gestation. Therefore, it is necessary to strengthen screening and monitoring and treatment in pregnant women to reduce complications of obstetric complications.

Keyword: Gestational Diabetes Mellitus And Associated Factor

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ là một thể của bệnh đái tháo đường, là bệnh rối loạn chuyển hoá thường gặp nhất trong thai kỳ và có xu hướng ngày càng tăng, nhất là khu vực châu Á – Thái Bình Dương, trong đó có Việt Nam. Đái tháo đường thai kỳ nếu không được chẩn đoán và điều trị sẽ gây nhiều tai biến cho cả mẹ và con, như tiền sản giật, sẩy thai, thai lưu, ngạt sơ sinh, tử vong chu sinh, thai to làm tăng nguy cơ đẻ khó và mổ đẻ,... Trẻ sơ sinh của những bà mẹ có đái tháo đường thai kỳ có nguy cơ hạ glucose máu, hạ canxi máu, vàng da; khi trẻ lớn hơn sẽ có nguy cơ béo phì và đái tháo đường tít 2.

Theo nhiều công trình nghiên cứu trên thế giới thì tỉ lệ đái tháo đường thai kỳ rất khác nhau tùy theo quốc gia, vùng, chủng tộc hay áp dụng tiêu chuẩn đánh giá khác nhau. Theo một nghiên cứu tại Mỹ (2013) tỉ lệ này là 3,47 – 7,15%, tại Ấn Độ (2017) là 9,59%, tại Trung Quốc (2015) là 8,1%. So với người da trắng, nguy cơ mắc đái tháo đường thai kỳ tăng 7,6 lần ở người Đông Nam Á (95%CI 4,1 – 14,1). Theo khuyến cáo của Hội nghị Quốc tế lần thứ 4 về đái tháo đường thai kỳ, những phụ nữ có nguy cơ cao bị đái tháo đường thai kỳ cần được xét nghiệm sàng lọc đái tháo đường thai kỳ trong lần khám thai đầu tiên [15], [16].

Tại tỉnh Tây Ninh, người dân ở đây hầu như chưa hiểu về Đái tháo đường thai kỳ, một bệnh lý tiềm ẩn những nguy cơ xấu cho mẹ và con, đặc biệt trẻ sơ sinh. Xuất phát từ các lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với 2 mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ ở thai phụ đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tây Ninh năm 2019-2020.

2. Tìm hiểu một số yếu tố liên đến đái tháo đường thai kỳ ở thai phụ đến khám và điều trị

tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tây Ninh năm 2019-2020.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

460 thai phụ thường trú tại tỉnh Tây Ninh có tuổi thai từ 24-28 tuần đến khám và điều trị tại khoa Khám Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tây Ninh từ tháng 02/2019-06/2020.

+ Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Thai phụ có tuổi thai từ 24-28 tuần đến khám và điều trị tại khoa Khám Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tây Ninh từ tháng 02/2019-06/2020.

Có hộ khẩu thường trú tại tỉnh Tây Ninh
Đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ Tiêu chuẩn loại trừ

Thai phụ đã được chẩn đoán ĐTĐ trước khi có thai.

Thai phụ đang mắc các bệnh có ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose như Basedow, suy giáp, Cushing, suy gan, suy thận,...

Đang dùng thuốc có ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose như corticoid, salbutamol, thuốc hạ huyết áp,...

Đang mắc bệnh cấp tính: nhiễm khuẩn toàn thân, lao phổi, viêm gan,...

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện

- Nội dung nghiên cứu:

+ Đặc điểm thai phụ: tuổi thai phụ, dân tộc, tiền sử ĐTĐ

+ Tỷ lệ ĐTĐTK: Xác định đái tháo đường thai kỳ qua nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 75g lúc đói, 1 giờ và 2 giờ theo tiêu chuẩn hướng dẫn chẩn đoán của Bộ Y tế (Quyết định số 3319/QĐ-BYT ngày 19 tháng 07 năm 2017) [1]. Đo nồng độ glucose huyết tương lúc đói và tại thời điểm 1 giờ, 2 giờ, ở tuần thứ 24 đến 28 của thai kỳ đối với những thai phụ không được chẩn đoán ĐTĐ trước đó. Nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống phải được thực hiện vào buổi sáng sau khi nhịn đói qua đêm ít nhất 8 giờ. Chẩn đoán ĐTĐ thai kỳ khi bất kỳ giá trị glucose huyết thỏa mãn tiêu chuẩn sau đây: (1) Lúc đói ≥ 92 mg/dL (5,1 mmol/L); (2) Ở thời điểm 1 giờ ≥ 180 mg/dL (10,0 mmol/L); (3) Ở thời điểm 2 giờ ≥ 153 mg/dL (8,5 mmol/L).

+ Yếu tố liên quan: tuổi mẹ, địa chỉ, dân tộc, tôn giáo, nghề nghiệp, học vấn, kinh tế gia đình, BMI trước mang thai, tiền sử gia đình và các tiền sử sản khoa

Phương pháp xử lý số liệu: SPSS 20.0

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm thai phụ

Bảng 1. Đặc điểm thai phụ

Đặc điểm		Tần số (n=115)	Tỷ lệ(%)
Tuổi	< 25	125	27,2
	25-34	282	61,3
	≥ 35	53	11,5
Trung bình		27,8 ± 5,3 (nhỏ nhất: 15, lớn nhất: 45)	
Dân tộc	Kinh	451	98,0
	Khác	9	2,0
Tuổi thai (tuần)	24	43	9,3
	25	61	13,3
	26	122	26,5
	27	119	25,9
	28	115	25,0

Tuổi trung bình $27,8 \pm 5,3$; chủ yếu 25-34 tuổi chiếm 61,3%. Dân tộc Kinh chiếm 98%; tuổi thai 26-28 tuần gần tương đương nhau (25-26%), 24-25 chiếm tỷ lệ thấp <13,3%.

2. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và yếu tố liên quan

Bảng 2. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ

Đái tháo đường thai kỳ	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Có	104	22,6
Không	356	77,4
Tổng	460	100,0

Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ chiếm 22,6%.

Bảng 3. Liên quan giữa ĐTĐTK với đặc điểm dân số của thai phụ

Yếu tố		ĐTĐTK				OR (KTC 95%)	p
		Có		Không			
Tuổi	≥ 35	19	35,8	34	64,2	2,117 (1,150-3,897)	0,014
	< 35	85	20,9	322	79,1		
Dân tộc	Kinh	101	22,4	350	77,6	0,577 (0,142-2,349)	0,429
	Khác	3	33,3	6	66,7		
Nơi cư trú	Thành thị	21	23,3	69	76,7	1,052 (0,610-1,817)	0,855
	Nông thôn	83	22,4	287	77,6		
Kinh tế	Không nghèo	101	22,4	349	77,6	0,675 (0,172-2,659)	0,701
	Nghèo/cận nghèo	3	30,0	7	70,0		
Nông dân	Không	101	23,3	332	76,7	2,434 (0,718-8,249)	0,141
	Có	3	11,1	24	88,9		
Học vấn	≥ THPT	79	23,4	258	76,6	1,200 (0,723-1,992)	0,479
	<THPT	25	20,3	98	79,7		

Tuổi thai phụ từ 35 trở lên có nguy cơ đái tháo đường cao hơn nhóm <35 tuổi 2,117 lần, với $p=0,014$. Chưa ghi nhận mối liên quan giữa ĐTĐTK với dân tộc, nơi cư trú, kinh tế, nông thôn, học vấn với $p>0,05$.

Bảng 4. Liên quan giữa ĐTĐTK với đặc điểm tính chất công việc và thể trạng

Yếu tố		ĐTĐTK				OR (KTC 95%)	p
		Có		Không			
Tính chất công việc	Tĩnh tại	77	20,8	294	79,2	0,601 (0,359-1,008)	0,052
	Vận động	27	30,3	62	69,7		
TCBP	Có	42	30,2	97	69,8	1,809 (1,147-2,854)	0,01
	Không	62	19,3	259	80,7		

TCBP gây nguy cơ ĐTĐTK cao hơn không TCBP 1,809 lần với $p=0,01$. Tính chất công việc chưa ghi nhận liên quan đến ĐTĐTK với $p>0,05$.

Bảng 5. Liên quan giữa ĐTĐTK với đặc điểm tiền sử gia đình và thai sản

Yếu tố		ĐTĐTK				OR (KTC 95%)	p
		Có		Không			
Tiền sử gia đình ĐTĐ	Có	12	75,0	4	25,0	11,478 (3,618-36,419)	<0,001
	Không	92	20,7	352	79,3		
Tiền sử sinh con to	Có	7	63,6	4	36,4	6,351 (1,822-22,140)	0,004
	Không	97	21,6	352	78,4		
Tiền sử thai chết lưu	Có	34	38,2	55	61,8	2,658 (1,612-4,385)	<0,001
	Không	70	18,9	301	81,1		
Tiền sử sảy thai	Có	13	35,1	24	64,9	1,976 (0,968-4,034)	0,057
	Không	91	21,5	332	78,5		
Lần mang thai	≥ 2 lần	66	30,4	151	69,6	2,358 (1,502-3,702)	<0,001
	< 2 lần	38	15,6	205	84,4		

ĐTĐTK cao hơn ở nhóm thai phụ có tiền sử gia đình ĐTĐ, sinh con to, thai chết lưu và số lần mang thai với $p < 0,05$. Chưa ghi nhận mối liên quan giữa tiền sử sảy thai với ĐTĐTK với $p > 0,05$.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung

Tuổi trung bình $27,8 \pm 5,3$; chủ yếu 25-34 tuổi chiếm 61,3%. Dân tộc Kinh chiếm 98%; tuổi thai 26-28 tuần gần tương đương nhau (25-26%), 24-25 chiếm tỷ lệ thấp <13,3%. Độ tuổi này là phù hợp vì đây là độ tuổi sinh đẻ và dễ có thai của người phụ nữ. Theo ADA [14] thì độ tuổi dưới 25 có nguy cơ thấp bị ĐTĐTK và từ 35 tuổi trở lên là độ tuổi nguy cơ cao của ĐTĐTK. Kết quả này khá phù hợp với phân bố với đặc điểm dân số xã hội và thực trạng kinh tế ở tại địa phương nơi thực hiện nghiên cứu.

2. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và yếu tố liên quan

2.1. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ

Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ chiếm 22,6%. Khi so với các nghiên cứu khác, kết quả của chúng tôi gần bằng với nhiều nghiên cứu khác thực hiện tại nhiều địa phương trong nước. Lại Thị Ngọc Điệp (2014)[3], nghiên cứu tại Châu Thành, Hậu Giang ghi nhận tỷ lệ này là 20,5%. Nguyễn Thị Lệ Hằng (2016)[4] tại Bệnh viện An Bình cho thấy tỷ lệ ĐTĐTK chiếm 21,1%. Nghiên cứu của Trương Thị Quỳnh Hoa (2017) [5] ghi nhận tỷ lệ này là 20,9%; Lê Thị Thanh Tâm (2017) [11] tại tỉnh Nghệ An, tỷ lệ này là 20,5%. Nghiên cứu của Huỳnh Ngọc Duyên (2019) [2] tại Bệnh viện Sản Nhi Cà Mau, tỷ lệ ĐTĐTK ở nghiên cứu này chiếm 21,2%. Cao hơn một số nghiên cứu như sau Vũ Bích Nga (2004)[7], tỷ lệ DDTĐTK tại Bệnh viện Bạch Mai chiếm 7,9%; Tô Minh Nguyệt (2009) [9] nghiên cứu tỷ lệ này chiếm 10,7%; Nguyễn Hoa Ngân (2010) [8] tỷ lệ này là 9,4%.

Như vậy so với các nghiên cứu được thực hiện gần đây thì kết quả chúng tôi phù hợp. So với các nghiên cứu thực hiện trước năm 2011, tỷ lệ ĐTĐTK được báo cáo trong các nghiên cứu xấp xỉ chỉ trên dưới 10%, chủ yếu do còn áp dụng tầm soát 2 bước, đồng thời tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐTK cần phải có 2 chỉ số dương tính, ngưỡng chẩn đoán thường áp dụng theo tiêu chuẩn của ADA 2010 (đường huyết đói 5,3 mmol/L, sau uống đường 1 giờ là 10,0 mmol/L, sau 2 giờ là 8,6 mmol/L). Từ năm 2011 trở đi, hầu hết các nghiên cứu đã chuyển sang tầm soát 1 bước theo tiêu chuẩn của ADA 2012, chỉ cần một giá trị đạt tiêu chuẩn là đã chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ, đồng thời ngưỡng chẩn đoán cũng được giảm xuống (đường huyết đói là 5,1 mmol/L, sau 1 giờ là 10,0 mmol/L, sau 2 giờ là 8,6 mmol/L) nên tỷ lệ ĐTĐTK có sự thay đổi theo chiều hướng tăng cao hơn.

2.2. Yếu tố liên quan đái tháo đường thai kỳ

Tuổi thai phụ từ 35 trở lên có nguy cơ đái tháo đường cao hơn nhóm <35 tuổi 2,117 lần, với $p = 0,014$. Hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ (ADA) đồng thuận tại hội nghị ĐTĐTK lần thứ V trên thế giới, thống nhất tuổi < 25 là nhóm nguy cơ thấp và nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ ĐTĐTK gia tăng theo tuổi mẹ. Hiện nay, ACOG và ADA cũng chỉ ra rằng độ tuổi ≥ 35 là nhóm có nguy cơ của ĐTĐTK. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nhiều tác giả khác. Lại Thị Ngọc Điệp [3] cho thấy nhóm tuổi ≥ 25 tăng nguy cơ ĐTĐTK lên 1,68 lần (KTC 95% 1,16 – 2,45). Tương tự, tác giả Huỳnh Ngọc Duyên [2] qua khảo sát cũng thấy ở nhóm từ 25 – 34 tuổi và nhóm ≥ 35 tuổi có nguy cơ ĐTĐTK cao gấp là 2,11 lần (KTC95%: 1,03 – 4,28) và 5,01 lần (KTC95%: 1,97 – 12,75) khi so với nhóm dưới 25 tuổi. Tăng 2,54 lần (0,92 – 7,06), tăng 5,0 lần (KTC95%: 2,3-11,1) và 2,42

lần (KTC 95% 1,96 – 6,23) như trong nghiên cứu của các tác giả Võ Thị Ánh Nhân [10].

TCBP gây nguy cơ ĐĐTĐTK cao hơn không TCBP 1,809 lần với $p=0,01$. Tương tự, các tác giả Huỳnh Ngọc Duyên [2], Lại Thị Ngọc Diệp [3] và Nguyễn Thị Phương Yến [12] cũng khảo sát thấy ngưỡng BMI này làm tăng tỷ lệ mắc ĐĐTĐTK với các nguy cơ lần lượt là: $OR=2,76$ (KTC95%: 1,49 - 5,09), $OR= 2,18$ (KTC95%: 1,08 – 4,25), $OR=2,7$ (KTC95%: 1,1 – 7,3) và $OR=4,13$ (KTC95%: 1,51 – 11,34). Điều này cũng phù hợp với y văn khi cả ACOG [13], ADA [14] và WHO [15] đều xác định đây là một trong những yếu tố có liên quan mạnh đến ĐĐTĐTK.

ĐĐTĐTK cao hơn ở nhóm thai phụ có tiền sử gia đình ĐĐTĐ, sinh con to, thai chết lưu và số lần mang thai với $p<0,05$. Cụ thể, nhóm có tiền sử gia đình ĐĐTĐ thì có nguy cơ ĐĐTĐTK 11,478 lần so với nhóm không có tiền sử ĐĐTĐTK, với $p<0,001$. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với các khảo sát trước đây như của tác giả Huỳnh Ngọc Duyên [2] nghiên cứu tại Bệnh viện Sản Nhi Cà Mau với $OR=3,16$ (KTC95%: 1,47 - 6,77), Nguyễn Thị Lệ Hằng [4] tại Bệnh viện An Bình với $OR=2,86$ ($p=0,001$), Trương Thị Quỳnh Hoa [5] tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Bình Định với $OR=2,0$ (KTC95%: 1,0 – 4,0), Trương Thị Ái Hòa [6] tại Bệnh viện Quận 2 với $OR=3,22$ (KTC95%: 1,93 – 5,38), Võ Thị Ánh Nhân [10] tại Bệnh viện An Bình với $OR=2,9$ (KTC95%: 1,5 - 5,7).

Ở nhóm thai phụ có tiền sử sinh con to, tỷ lệ ĐĐTĐTK cao hơn nhóm còn lại 6,351 lần với $p=0,004$. Kết quả của chúng tôi và tác giả Huỳnh Ngọc Duyên [2] phân tích cho thấy tiền sử sinh con to làm tăng nguy cơ ĐĐTĐTK lên 2,30 lần (KTC95%: 1,11 – 4,78) và 4,84 lần (KTC95%: 1,55 - 15,05) tương ứng. Trong khi đó, các tác giả Nguyễn Thị Lệ Hằng [4], Trương Thị Quỳnh Hoa [5] và Nguyễn Thị Phương Yến chưa khảo sát thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tiền sử này và ĐĐTĐTK.

Tiền sử thai chết lưu ghi nhận tỷ lệ nguy cơ cao ĐĐTĐTK cao hơn nhóm không có tiền sử thai chết lưu 2,658. Huỳnh Ngọc Duyên [2], Trương Thị Quỳnh Hoa [5] cho thấy tiền sử có mang thai chết lưu ở lần mang thai trước làm tăng nguy cơ ĐĐTĐTK với các nguy cơ lần lượt là $OR=2,57$ (KTC95%: 1,08 – 6,13), $OR=3,18$ (KTC95%: 1,13 - 8,96) và $OR=15,1$ (KTC95%: 1,5-151,0).

Tỷ lệ số lần mang thai từ 2 lần trở lên có nguy cơ ĐĐTĐTK cao hơn nhóm mang thai lần đầu 2,358 lần với $p<0,001$. Kết quả này cũng tương tự như trong nghiên cứu của các tác giả Huỳnh Ngọc Duyên [2], Lại Thị Ngọc Diệp [3],

Trương Thị Quỳnh Hoa [5], Trương Thị Ái Hòa [6] và Võ Thị Ánh Nhân [10]. Riêng tác giả Nguyễn Thị Phương Yến khảo sát được nhóm con số tăng nguy cơ gấp 2,83 lần (KTC95%: 1,16 – 6,93) so với con ra [12].

Tính chất công việc chưa ghi nhận liên quan đến ĐĐTĐTK với $p>0,05$. Chưa ghi nhận mối liên quan giữa ĐĐTĐTK với dân tộc, nơi cư trú, kinh tế, nông thôn, học vấn và tiền sử sảy thai với ĐĐTĐTK với $p>0,05$. Tương tự, các tác giả Huỳnh Ngọc Duyên [2], Trương Thị Ái Hòa [6], Võ Thị Ánh Nhân [10] và Nguyễn Thị Phương Yến [12] cũng khảo sát không thấy mối liên quan giữa các nhóm học vấn, địa dư, nghề nghiệp, kinh tế, dân tộc làm gia tăng tỷ lệ ĐĐTĐTK có ý nghĩa thống kê.

KẾT LUẬN

Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ chiếm 22,6%. Tuổi thai phụ từ 35 trở lên có nguy cơ đái tháo đường cao hơn nhóm <35 tuổi 2,117 lần, với $p=0,014$. TCBP gây nguy cơ ĐĐTĐTK cao hơn không TCBP 1,809 lần với $p=0,01$. ĐĐTĐTK cao hơn ở nhóm thai phụ có tiền sử gia đình ĐĐTĐ, sinh con to, thai chết lưu và số lần mang thai với $p<0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **BỘ Y TẾ** (2017), *ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2*, quyết định số 3319/QĐ-BYT
2. **Huỳnh Ngọc Duyên** (2019), “Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Sản Nhi Cà Mau”, Y Học TP. Hồ Chí Minh, 23(2), tr.95 - 100.
3. **Lại Thị Ngọc Diệp** (2014), “Tỷ lệ đái tháo đường trong thai kỳ và các yếu tố liên quan trên thai 24 – 28 tuần tại huyện Châu Thành – tỉnh Kiên Giang”, Luận án chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 50 – 75.
4. **Nguyễn Thị Lệ Hằng** (2015), “Nghiên cứu tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố nguy cơ tại Bệnh viện An Bình”, Y Học TP. Hồ Chí Minh, 20(5), tr. 134- 139.
5. **Trương Thị Quỳnh Hoa** (2017), “Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định”, Y Học TP. Hồ Chí Minh, 21(1), tr. 74 - 79.
6. **Trương Thị Ái Hòa** (2018), “Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện quận 2”, Y Học TP. Hồ Chí Minh, 22(1), tr. 22 - 28.
7. **Vũ Bích Nga** (2008), “Tỉ lệ đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố nguy cơ của các thai phụ được quản lý thai tại Khoa Sản, Bệnh viện Bạch

Mai, Hà Nội”, Tạp Chí Thông Tin Y Dược, 10(1), tr. 21-24.

8. **Nguyễn Hoa Ngàn** (2010), “Nghiên cứu thực trạng đái tháo đường thai kỳ ở phụ nữ được khám thai tại Bệnh viện A Thái Nguyên”, 739(10), tr. 46 - 49.

9. **Tô Thị Minh Nguyệt** (2009), “Tỷ lệ đái tháo đường trong thai kỳ và các yếu tố liên quan ở những thai phụ nguy cơ cao tại Bệnh viện Từ Dũ”, Y Học TP. Hồ Chí Minh, 13(1), tr. 66 - 70.

10. **Võ Thị Ánh Nhân** (2017), “Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện An Bình”, Y học TP. Hồ Chí Minh, 21(1), tr. 69 – 74

11. **Lê Thị Thanh Tâm** (2017), “ Nghiên cứu phân bố - một số yếu tố liên quan và kết quả sản khoa ở thai phụ đái tháo đường thai kỳ”, Luận án

Tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội, trang 54 - 80.

12. **Nguyễn Thị Phương Yên** (2018), “Tỷ lệ đái tháo đường trong thai kỳ và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Trường Đại học Y dược Cần Thơ”, Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Dược TP.HCM, trang 34 - 49.

13. **ACOG** (2018), “Gestational Diabetes Mellitus”, ACOG Practice Guidelines, Bulletin 190(1), pp. 1- 16.

14. **ADA** (2019), “Standards of medical care in diabetes”, Diabetes Care, 39(1), pp. 36 - 94.

15. **WHO** (2018), “Diagnosis of gestational diabetes in pregnancy”, The WHO Reproductive Health Library, 1, pp. 1 - 5.

16. **GK, P.** (2015), “Changing trends in management of gestational diabetes mellitus”, *World J Diabetes*, 2015. 6(2): p. 284 - 295.

ĐẶC ĐIỂM CỦA TỰ KHÁNG THỂ Ở BỆNH NHÂN THIẾU MÁU TAN MÁU TỰ MIỄN

PHẠM QUANG THỊNH¹,
NGUYỄN THỊ HỒNG², PHẠM QUANG VINH¹

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trung tâm Huyết học – Truyền máu, Bệnh viện Bạch Mai

TÓM TẮT

Thiếu máu tan máu tự miễn (Autoimmune hemolytic anemia - AIHA) được đặc trưng bởi sự xuất hiện của các tự kháng thể (KT) và/hoặc các thành phần bổ thể chống lại kháng nguyên có trên hồng cầu. Việc xác định đặc điểm của tự KT rất có ý nghĩa trong chẩn đoán và định hướng điều trị bệnh AIHA.

Mục tiêu: “Xác định đặc điểm của tự kháng thể ở bệnh nhân thiếu máu tan máu tự miễn”.

Đối tượng: 126 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán và điều trị AIHA tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9 năm 2019 đến tháng 6 năm 2020.

Phương pháp: Mô tả cắt ngang.

Kết quả: Tỷ lệ các loại KT phát hiện trên hồng cầu là: 61,1% IgG+C3d, 27% IgG và 11,9% C3d; 46/92 BN có xét nghiệm ngưng kết trực tiếp dương tính, 26/46 bệnh nhân có hiệu giá KT lạnh

≥64 và 0 bệnh nhân có KT Donath – Landsteiner; Tỷ lệ các loại KT theo nhiệt độ hoạt động: 79,4% KT nóng, 9,5% KT lạnh, 11,1% phối hợp KT nóng và lạnh.

Kết luận: Nghiên cứu của chúng tôi phát hiện các loại tự kháng thể ở 126 BN AIHA gồm có 61,1% IgG+C3d, 27% IgG và 11,9% C3d. Theo nhiệt độ hoạt động của tự KT, chúng tôi thấy có 79,4% KT nóng, 9,5% KT lạnh và 11,1% phối hợp KT nóng và lạnh.

Từ khóa: Thiếu máu tan máu tự miễn, tự kháng thể.

SUMMARY

Autoimmune hemolytic anemia (AIHA) is characterized by the appearance of autoantibodies and/or complement components against red blood cells. The determination of the characteristics of autoantibodies is very important for diagnosis and treatment of AIHA.

Objective: “Determine the characterization of autoantibodies in autoimmune hemolytic anemia patients”. Subjects: 126 patients were diagnosed with AIHA and treated at Bach Mai hospital from September 2019 to June 2020. Method: Cross – sectional study.

Chịu trách nhiệm: Phạm Quang Thịnh

Email: phamquangthinh.hmu@gmail.com

Ngày nhận: 08/7/2020

Ngày phản biện: 18/8/2020

Ngày duyệt bài: 10/9/2020