

MANAGEMENT OF GESTATIONAL DIABETES MELLITUS AT THU DUC CITY HOSPITAL, HO CHI MINH CITY IN 2024

Nguyen Thi Ngoc Trinh¹, Dinh Van Quynh², Tran Thi Bich An^{3*}, Nguyen Xuan Chi³

¹Hanoi University of Public Health - 1A Duc Thang, Duc Thang Ward, Hanoi City, Vietnam

²Tra Vinh University - 126 Nguyen Thien Thanh, Hoa Thuan Ward, Vinh Long Province, Vietnam

³Thu Duc General Hospital - 29 Phu Chau, Tam Binh Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 08/09/2025

Revised: 27/09/2025; Accepted: 20/10/2025

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to evaluate the management outcomes of gestational diabetes mellitus (GDM) during the prenatal period at Thu Duc City Hospital.

Methods: A cross-sectional study was conducted, involving a random review of 217 medical records of pregnant women diagnosed with GDM during the antenatal period from May 2023 to May 2024.

Results: The study found that the rate of timely screening for GDM was 94.5%. All patients had management records established, and 91.7% had blood glucose monitoring sheets. Furthermore, 88.9% of these records were fully documented. Within the first two weeks, 91.2% of patients received dietary adjustments and 85.7% had their exercise regimens modified. Among the 16.1% who did not achieve adequate glycemic control after two weeks, 97.1% were provided with GDM-specific meal plans, although only 17.1% received tools or equipment to support their exercise routines, and 100% were prescribed appropriate medications. Regarding treatment monitoring, 96.3% completed their monitoring during the first two weeks, while 75.1% had blood glucose tests conducted at the recommended intervals throughout their pregnancies. All pregnant women (100%) received counseling sheets.

Conclusion: Despite positive outcomes, there are limitations in counseling and the adjustment of diet and physical activity for women with GDM. It is essential to place greater emphasis on health education and enhance dietary management practices in hospitals.

Keywords: Management, counseling, health education, gestational diabetes mellitus.

*Corresponding author

Email: bichan.bvtd@gmail.com **Phone:** (+84) 986171849 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD19.3543**

QUẢN LÝ BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN THÀNH PHỐ THỦ ĐỨC, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2024

Nguyễn Thị Ngọc Trinh¹, Đinh Văn Quỳnh², Trần Thị Bích Ân^{3*}, Nguyễn Xuân Chi³

¹Trường Đại học Y tế Công cộng - 1A Đức Thắng, P. Đức Thắng, Tp. Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Trà Vinh - 126 Nguyễn Thiện Thành, P. Hòa Thuận, Tỉnh Vĩnh Long, Việt Nam

³Bệnh viện Đa khoa Thủ Đức - 29 Phú Châu, P. Tam Bình, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận: 08/09/2025

Ngày sửa: 27/09/2025; Ngày đăng: 20/10/2025

ABSTRACT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả kết quả quản lý điều trị đái tháo đường thai kỳ ở phụ nữ mang thai tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang thông qua đánh giá ngẫu nhiên 217 hồ sơ bệnh án của thai phụ mắc đái tháo đường thai kỳ từ tháng 05/2023 đến tháng 05/2024.

Kết quả: Tỷ lệ phụ nữ được tầm soát đái tháo đường thai kỳ đúng thời điểm là 94,5%, 100% được lập hồ sơ quản lý, 91,7% có lập phiếu theo dõi đường huyết, 88,9% có hồ sơ quản lý ghi đầy đủ thông tin. Trong 2 tuần đầu, 91,2% phụ nữ có đái tháo đường thai kỳ được điều chỉnh chế độ ăn và 85,7% được điều chỉnh chế độ tập luyện. Có 16,1% phụ nữ có đái tháo đường thai kỳ không kiểm soát tốt đường huyết sau 2 tuần, trong số này có 97,1% được cung cấp suất ăn dành cho đái tháo đường thai kỳ và chỉ 17,1% được cung cấp dụng cụ, thiết bị hỗ trợ vận động thể lực, 100% được chỉ định thuốc phù hợp. Về theo dõi điều trị, 96,3% đã được theo dõi đủ 2 tuần đầu và 75,1% được xét nghiệm glucose máu đúng thời gian trong suốt thai kỳ. 100% thai phụ đều có nhận phiếu tư vấn.

Kết luận: Phụ nữ có đái tháo đường thai kỳ chưa được tư vấn phù hợp về điều chỉnh chế độ dinh dưỡng và vận động thể lực. Nghiên cứu khuyến cáo cần chú trọng tư vấn, giáo dục sức khỏe và tăng cường công tác dinh dưỡng tiết chế trong bệnh viện.

Từ khóa: Quản lý, tư vấn, giáo dục sức khỏe, đái tháo đường thai kỳ.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ là tình trạng liên quan đến tăng glucose máu của mẹ và làm tăng nguy cơ các kết cục sản khoa bất lợi [1]. Đái tháo đường thai kỳ đang gia tăng do chế độ dinh dưỡng, sinh hoạt, sự gia tăng tỷ lệ béo phì, đái tháo đường típ 2 ở người trẻ và đề kháng insulin trong hội chứng buồng trứng đa nang. Ước tính có khoảng 5% phụ nữ mang thai bị bệnh đái tháo đường thai kỳ và thường gặp sau 3 tháng giữa của thai kỳ. Tại Việt Nam, thống kê năm 2020 cho thấy tỷ lệ mắc đái tháo đường thai kỳ là 22,8%, cao hơn 5 lần so với giai đoạn 2001-2004 [2]. Đái tháo đường thai kỳ có thể dẫn các bệnh lý như tăng huyết áp; bệnh lý võng mạc, mạch vành và nhiễm trùng tiết niệu; tăng nguy cơ tiền sản giật - sản giật và nguy cơ bị đái tháo đường típ 2 trong tương lai, tăng khả năng bất thường bẩm sinh [3].

Quản lý tốt đối với đái tháo đường thai kỳ bao gồm

các tầm soát, lập hồ sơ quản lý, tư vấn, giáo dục sức khỏe, điều trị tiết chế dinh dưỡng và bằng thuốc (nếu cần), theo dõi điều trị [4]. Từ đó giúp điều trị hiệu quả, giảm các biến cố bất lợi trong sản khoa, nâng cao chất lượng khám chữa bệnh [5, 6]. Tuy nhiên, hoạt động quản lý bệnh đái tháo đường thai kỳ chưa được thực hiện tốt ở nhiều cơ sở y tế. Bệnh viện thành phố Thủ Đức là bệnh viện đa khoa hạng I của thành phố Hồ Chí Minh, thực hiện chuyên môn kỹ thuật tương đương tuyến tỉnh trong quản lý người bệnh đái tháo đường thai kỳ theo Quyết định số 1470/QĐ-BYT ngày 29/5/2024 của Bộ Y tế [4]. Mỗi năm có khoảng 3000 ca sinh tại bệnh viện. Để có cơ sở trong cải tiến nâng cao hiệu quả quản lý đái tháo đường thai kỳ, nghiên cứu được thực hiện để mô tả kết quả quản lý điều trị đái tháo đường thai kỳ ở giai đoạn trước sinh tại bệnh viện năm 2024.

*Tác giả liên hệ

Email: bichan.bvtd@gmail.com Điện thoại: (+84) 986171849 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD19.3543>

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Hồ sơ của thai phụ ≥ 18 tuổi mắc đái tháo đường thai kỳ (mã ICD-10 là O24) được quản lý trước sinh tại bệnh viện, từ tháng 05/2023 đến tháng 05/2024.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Thai phụ nhớ ngày kinh cuối (kinh nguyệt đều) hoặc có siêu âm 3 tháng đầu để xác định tuổi thai; Đơn thai.

- Tiêu chí loại trừ: thai phụ có chẩn đoán mắc đái tháo đường thai kỳ trước khi khám thai lần đầu tại BV; có chỉ định đình chỉ thai nghén; sảy thai; thai phụ có mắc bệnh cấp tính như nhiễm khuẩn toàn thân, lao phổi; hồ sơ của thai phụ mất dấu trong quá trình theo dõi, chuyển cơ sở khám chữa bệnh, bỏ tái khám hoàn toàn...).

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang.

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu ước tính theo công thức:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ là trị số từ phân phối chuẩn với độ tin cậy 95%, xác suất sai lầm loại I là $\alpha = 0,05$,

+ $d = 0,05$ là sai số cho phép.

+ $p = 0,83$ là tỷ lệ thai phụ đái tháo đường thai kỳ kiểm soát tốt đường huyết, theo nghiên cứu của Quách Văn tại bệnh viện Quốc tế Mỹ, tỷ lệ này là 83,1% [7]. Do đó, $n \approx 217$ thai phụ. Vậy nghiên cứu khảo sát 217 thai phụ.

Chọn mẫu: chọn ngẫu nhiên hệ thống.

2.4. Các biến số, chỉ số nghiên cứu

Tầm soát và lập hồ sơ quản lý: đánh giá và phân loại nguy cơ, tầm soát đúng thời điểm, xét nghiệm đúng quy định, giới thiệu chuyên khoa Nội tiết, thai phụ đái tháo đường thai kỳ được lập hồ sơ, hồ sơ cập nhật, hồ sơ ghi rõ thời gian tái khám.

Hoạt động điều trị: điều chỉnh dinh dưỡng và tập luyện, điều trị nội trú, hỗ trợ về dinh dưỡng và vận động, chỉ định điều trị bằng thuốc đúng quy định, kết quả kiểm soát đường huyết, biến chứng.

Theo dõi điều trị: theo dõi 2 tuần đầu, số lần và thời điểm xét nghiệm glucose huyết đúng quy định, theo dõi đường huyết trong thai kỳ.

Hoạt động tư vấn: tư vấn cho thai phụ trong lần khám đầu tiên.

2.5. Tiêu chuẩn đánh giá

Đánh giá quản lý bệnh đái tháo đường thai kỳ theo Quyết định số 1470/QĐ-BYT ngày 29/05/2024 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn hướng dẫn quốc gia về sàng lọc và quản lý đái tháo đường thai kỳ [4]

- Đánh giá hoạt động điều trị: điều chỉnh chế độ dinh dưỡng và tập luyện trong 2 tuần đầu theo hướng dẫn của Bộ Y tế [4].

Chỉ định thuốc phù hợp: glucose máu không kiểm soát tốt khi sau 2 tuần tiết chế dinh dưỡng.

- Đánh giá theo dõi điều trị: đủ 2 tuần đầu, xét nghiệm glucose đủ 4 lần: mỗi 3 ngày 1 lần, lúc đói và 2 giờ sau ăn. Trong thai kỳ, tổng cộng xét nghiệm đủ 9 lần, nếu có chỉ định điều trị nội trú thì số lần xét nghiệm ít nhất là 14 lần [4].

- Đánh giá đạt mục tiêu kiểm soát đường huyết: glucose đói: $< 5,3$ mmol/L, glucose sau ăn 1 giờ: $< 7,8$ mmol/L, glucose sau ăn 2 giờ: $< 6,7$ mmol/L, HbA1C: $< 6\%$ (1 tháng/lần) và không có biểu hiện hạ đường huyết [4].

2.6. Thu thập số liệu

Vào các ngày cuối tuần, nhóm nghiên cứu truy cập vào hệ thống quản lý khám chữa bệnh của bệnh viện (MQHIS) và trích xuất hồ sơ của các thai phụ đã được lựa chọn (có mã số vào viện xác định sẵn), xem trực tiếp hồ sơ bệnh án điện tử và ghi nhận vào phiếu khảo sát đã được thiết kế sẵn nhằm ghi nhận các thông tin đặc điểm nhân khẩu học, các nội dung của bước khám sàng lọc đái tháo đường thai kỳ, chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ, điều trị tiết chế và điều trị nội trú (nếu có), việc theo dõi kiểm soát đường huyết, điều trị thuốc, tư vấn, giáo dục sức khỏe, đánh giá hồ sơ quản lý thai phụ.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được thu thập, nhập liệu vào phần mềm Epidata 3.1, phân tích bằng phần mềm STATA 15.0, các phép tính thống kê thông thường được sử dụng để tính số lượng, tỷ lệ %. Kết quả phân tích được trình bày trong các bảng phù hợp.

2.8. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ các quy định đạo đức trong nghiên cứu, được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học trường Đại học Y tế Công cộng theo Quyết định số 135/2024/YTCC-HD3 ngày 2/5/2024.

3. KẾT QUẢ

3.1. Kết quả tầm soát và quản lý

Bảng 1. Kết quả hoạt động tầm soát đái tháo đường thai kỳ cho thai phụ (n=217)

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ %
Thai phụ được đánh giá nguy cơ trong lần khám đầu tiên	208	95,9
Thai phụ được tầm soát và chẩn đoán đúng thời điểm	205	94,5
Tầm soát bằng đường huyết tĩnh mạch	217	100
Chẩn đoán đúng với tiêu chuẩn của Bộ Y tế	217	100
Lập hồ sơ quản lý	217	100
Lập phiếu theo dõi đường huyết	199	91,7
Hồ sơ quản lý ghi rõ và đầy đủ thời gian hẹn giấy khám	193	88,9

Tất cả thai phụ được lập hồ sơ quản lý, tầm soát bằng đường huyết tĩnh mạch và chẩn đoán đúng với tiêu chuẩn của Bộ Y tế. Có 95,9% thai phụ được đánh giá nguy cơ đái tháo đường ngay từ lần khám đầu tiên. Thai phụ được tầm soát và chẩn đoán đúng thời điểm chiếm 94,5%, Có 91,7% thai phụ được lập phiếu theo dõi đường huyết, 88,9% hồ sơ quản lý ghi rõ đầy đủ thời gian hẹn tái khám.

3.2. Kết quả hoạt động điều trị đái tháo đường thai kỳ

Bảng 2. Kết quả hoạt động điều trị tiết chế dinh dưỡng, tập luyện trong 2 tuần đầu (n=217)

Nội dung		Số lượng	Tỷ lệ %
Điều chỉnh chế độ ăn	Có	198	91,2
	Không	19	8,8
Điều chỉnh chế độ tập luyện	Có	186	85,7
	Không	31	14,3
Kiểm soát tốt đường huyết sau 2 tuần đầu	Có	182	83,9
	Không	35	16,1
Chỉ định nhập viện điều trị nội trú	Có	35	16,1
	Không	182	83,9

Trong 2 tuần đầu sau khi chẩn đoán, 91,2% thai phụ đã thực hiện điều chỉnh chế độ ăn và 85,7% thực hiện điều chỉnh chế độ tập luyện. Có 16,1% thai phụ không kiểm soát tốt đường huyết được chỉ định nhập viện điều trị nội trú.

Bảng 3. Điều trị tiết chế dinh dưỡng và dùng thuốc ở thai phụ không kiểm soát tốt đường huyết trong 2 tuần đầu (n=35)

Nội dung		Số lượng	Tỷ lệ %
Cung cấp suất ăn trong thời gian nằm viện	Có	34	97,1
	Không	1	2,9
NVYT hướng dẫn chế độ vận động, luyện tập	Có	35	100
	Không	0	0,0
Cung cấp dụng cụ, thiết bị hỗ trợ vận động thể lực	Có	6	17,1
	Không	29	82,9
Chỉ định dùng thuốc phù hợp	Có	35	100
	Không	0	0,0
Loại thuốc phù hợp	Có	34	97,1
	Không	1	2,9
Liều thuốc phù hợp	Có	33	94,3
	Không	2	5,7

Trong số 35 thai phụ không kiểm soát tốt đường huyết trong 2 tuần đầu, có 97,1% được cung cấp suất ăn dành cho đái tháo đường thai kỳ trong thời gian nằm viện và 100% được nhân viên y tế hướng dẫn chế độ vận động, luyện tập, 82,9% không được cung cấp dụng cụ, thiết bị hỗ trợ vận động thể lực. Trong số 35 thai phụ nhập viện, 100% được chỉ định thuốc là phù hợp, 97,1% được chỉ định loại thuốc phù hợp và 94,3% được sử dụng thuốc phù hợp về liều.

3.3. Theo dõi đái tháo đường thai kỳ trước sinh

Bảng 4. Hoạt động theo dõi kiểm soát đường huyết ở thai phụ ĐĐTĐTK (n=217)

Nội dung		Số lượng	Tỷ lệ %
Theo dõi đủ 2 tuần đầu sau chẩn đoán	Có	209	96,3
	Không	8	3,7
Đủ số lần xét nghiệm glucose máu trong 2 tuần đầu	Có	192	88,5
	Không	25	11,5
Xét nghiệm glucose máu đúng thời gian trong 2 tuần đầu	Có	186	85,7
	Không	31	14,3
Xét nghiệm glucose máu trong suốt thai kỳ đủ và đúng thời gian	Có	163	75,1
	Không	54	24,9

Trong 217 thai phụ, 96,3% đã được theo dõi đầy đủ trong 2 tuần đầu sau khi chẩn đoán. Tỷ lệ thực hiện đủ số lần xét nghiệm glucose máu trong giai đoạn này là 88,5%, và 85,7% xét nghiệm đúng thời gian

quy định. Trong suốt thai kỳ, 91,7% thai phụ có phiếu theo dõi đường huyết, 94,9% được theo dõi và kiểm soát bởi bác sĩ sản khoa đã được tập huấn hoặc bác sĩ chuyên khoa nội tiết và 75,1% thực hiện xét nghiệm glucose máu đúng thời gian quy định.

3.4. Tư vấn, giáo dục sức khỏe về đái tháo đường thai kỳ

Bảng 5. Kết quả tư vấn về đái tháo đường thai kỳ cho thai phụ (n=217)

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ %
Có phiếu tư vấn cho thai phụ	217	100
Tư vấn đủ trong các lần khám	217	100
Nội dung đã tư vấn:		
Chế độ dinh dưỡng	217	100
Chế độ luyện tập thể lực	217	100
Tự theo dõi đường huyết và thai nhi tại nhà	187	86,2

Tất cả thai phụ đều có nhận phiếu tư vấn và phiếu này thể hiện đầy đủ các lần tư vấn trong các lần khám. Nội dung tư vấn bao gồm chế độ dinh dưỡng và chế độ luyện tập thể lực, chỉ có 86,2% được tư vấn việc tự theo dõi đường huyết và thai nhi tại nhà.

3.5. Kết quả sau điều trị và quản lý

Bảng 6. Kết quả điều trị và các biến chứng liên quan (n=217)

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ %
Kiểm soát tốt đường huyết	Sau 1 tuần đầu	173
	Sau 2 tuần đầu	182
	Trong suốt thai kỳ	208
Biến chứng ĐĐTĐK	Thai to	6
	Tăng huyết áp – Tiền sản giật	4
	Sinh non	7
	Đa ối	16
	Sẩy thai và thai lưu	0
	Nhiễm khuẩn đường tiết niệu	11

Trong tổng số 217 thai phụ, 81,1% đã kiểm soát tốt đường huyết sau 1 tuần đầu điều trị, và 83,9% kiểm soát đường huyết tốt sau 2 tuần đầu. 95,9% thai phụ duy trì kiểm soát tốt đường huyết trong suốt thai kỳ.

Về các biến chứng liên quan đến đái tháo đường thai kỳ: thai to là 3,3%, tăng huyết áp – tiền sản giật là 2,2%, sinh non là 3,8% và đa ối là 8,8%, nhiễm khuẩn đường tiết niệu 6,0% thai phụ. Không có trường hợp sẩy thai và thai lưu được ghi nhận.

4. BÀN LUẬN

4.1. Tầm soát và lập hồ sơ quản lý ĐĐTĐK

Kết quả tỉ lệ thai phụ được đánh giá nguy cơ từ lần khám đầu tiên là 95,9%, trong số các thai phụ được đánh giá, có 16,6% thuộc nhóm nguy cơ cao cần được theo dõi và quản lý chặt chẽ. Những phụ nữ này có khả năng xảy ra các biến chứng liên quan, như tăng huyết áp thai kỳ, tiền sản giật, hoặc nguy cơ sinh non [8, 9]. Do đó cần thiết phải theo dõi và quản lý chặt chẽ, đảm bảo họ nhận được các can thiệp sớm, như thay đổi chế độ ăn uống, tập luyện và thậm chí sử dụng insulin nếu cần thiết [9]. Tỷ lệ nhỏ (4,1%) chưa được đánh giá nguy cơ trong lần khám đầu tiên do sự chủ quan của nhân viên y tế hoặc yếu tố khách quan như thời gian khám thai đầu tiên quá ngắn.

Tỷ lệ thai phụ được tầm soát và chẩn đoán đúng thời điểm đạt 94,5%, tương đồng so với nghiên cứu tại BV Quốc tế Mỹ với 90,0% thai phụ được tầm soát đái tháo đường thai kỳ đúng thời điểm [7]. Kết quả còn thấy rằng việc xét nghiệm tầm soát hoàn toàn sử dụng mẫu máu tĩnh mạch và chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ đạt 100%, giúp đảm bảo độ chính xác của kết quả mà còn là tiêu chuẩn quan trọng trong việc chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ theo hướng dẫn chuyên môn của Bộ Y tế và các tổ chức khác [4].

4.2. Hoạt động điều trị đái tháo đường thai kỳ

Tất cả thai phụ đái tháo đường thai kỳ cần được tư vấn về dinh dưỡng để có chế độ ăn hợp lý, cung cấp đủ calo và các chất dinh dưỡng cho người mẹ và thai nhi, nhưng phải phù hợp với mục tiêu kiểm soát đường máu [4]. Ở thai phụ đái tháo đường thai kỳ, hậu quả bất lợi liên quan đến tăng đường máu sau ăn, do đó mục đích quan trọng của liệu pháp ăn kiêng là làm giảm mức đường máu sau ăn. Trong nghiên cứu, tỉ lệ thai phụ thực hiện điều chỉnh chế độ ăn là 91,2% và 85,7% thai phụ đã được điều chỉnh hoạt động thể lực. Kết quả thấp hơn so với nghiên cứu tại bệnh viện Quốc tế Mỹ, 100% thai phụ được hướng dẫn và thực hiện chế độ dinh dưỡng vận động [7]. Nghiên cứu của Sumali Hewage (2020) ở một phòng khám sản phụ khoa tư nhân tại Singapore cũng cho kết quả tốt hơn với tỷ lệ thai phụ được kiểm soát chế độ dinh dưỡng là 98,1% [10].

Ngoài ra, kết quả còn cho thấy 35 thai phụ (16,1%) không kiểm soát tốt đường huyết đã được chỉ định phải nhập viện điều trị nội trú sau khi có sự đánh giá của chuyên khoa Nội tiết. Trong đó, hầu hết 97,1% (34 thai phụ) được cung cấp suất ăn dành cho đái

tháo đường thai kỳ trong thời gian nằm viện (chỉ 1 người không được cung cấp do gia đình tự thực hiện chế độ ăn theo hướng dẫn của bác sĩ) và 100% được nhân viên y tế hướng dẫn chế độ vận động, luyện tập. Kết quả nghiên cứu tương đồng với báo cáo của Bettina Utz và cộng sự tại 40 quốc gia có thu nhập thấp và trung bình thấp ở Châu Phi, Nam Á và Châu Mỹ Latinh, cơ sở y tế chưa cung cấp chế độ dinh dưỡng và vận động thể lực cho thai phụ do không sẵn có, điều đó cho thấy nhiều nước đang phát triển, hệ thống y tế công lập vẫn còn nhiều khoảng trống trong việc chăm sóc, điều trị và quản lý đái tháo đường thai kỳ [11].

Về chỉ định điều trị bằng thuốc, 16,1% được chỉ định dùng thuốc, tất cả những thai phụ này đều là những người được chỉ định nhập viện điều trị nội trú. Theo hướng dẫn của Bộ Y tế, khi chế độ ăn và luyện tập không đảm bảo kiểm soát được glucose máu thì thai phụ đái tháo đường thai kỳ cần được điều trị phối hợp với thuốc uống kiểm soát đường huyết (metformin) hoặc insulin [4]. Kết quả tương đồng với nghiên cứu tại bệnh viện Quốc tế Mỹ, chỉ định điều trị dùng thuốc chiếm tỷ lệ là 17,7%, bao gồm thuốc insulin và các dạng corticoide [7].

Tất cả 100% thai phụ đái tháo đường thai kỳ được chỉ định dùng thuốc phù hợp với tình trạng bệnh, hầu hết (97,1%) được chỉ định phù hợp loại thuốc và 94,3% được sử dụng liều phù hợp, cho thấy sự đồng nhất trong việc chỉ định và quản lý thuốc cho thai phụ đái tháo đường thai kỳ tại bệnh viện. So với nghiên cứu tại Bệnh viện Quốc tế Mỹ, tỷ lệ áp dụng chính xác phác đồ điều trị là 88,5%, có thể do bác sĩ điều trị theo kinh nghiệm cá nhân [7].

4.3. Theo dõi ĐTĐTK trước sinh

Kết quả trong 2 tuần đầu sau chẩn đoán, tỷ lệ thực hiện đủ số lần xét nghiệm glucose máu trong giai đoạn này là 88,5%, và 85,7% xét nghiệm đúng mốc thời gian quy định. Thấp hơn so với nghiên cứu tại bệnh viện Quốc tế Mỹ, tỷ lệ thực hiện xét nghiệm glucose máu đúng số lần quy định và đúng thời điểm theo quy định là 93,1% và 90,8% [7]. Nghiên cứu tại bệnh viện Hùng Vương thấy rằng 100% thai phụ đều được theo dõi đường huyết 4 lần/ngày trong tuần đầu [6]. Nghiên cứu tại phòng khám sản phụ khoa tư nhân ở Singapore cho thấy hầu hết thai phụ được theo dõi đầy đủ mỗi tuần [10]. Đa số các cơ sở y tế khác nhau đều chú trọng đến việc đánh giá kết quả điều trị đái tháo đường thai kỳ trong 2 tuần đầu sau khi được chẩn đoán.

4.4. Tư vấn, giáo dục sức khỏe về ĐTĐTK

Mặc dù tất cả các thai phụ đều được cấp phiếu tư vấn, tuy nhiên việc đánh giá chất lượng của các buổi tư vấn chưa được thực hiện trong nghiên cứu này. Tại bệnh viện có khoa Dinh Dưỡng và có phòng tư vấn dinh dưỡng chủ yếu phục vụ cho tư vấn dinh dưỡng tiền ngừa, đối với thai phụ đái tháo đường

thai kỳ ít khi được tư vấn tại phòng tư vấn riêng, ngoại trừ những trường hợp đường huyết cao >200 mg/dL hoặc có nguy cơ cao.

Về nội dung tư vấn, 86,2% thai phụ nhận được hướng dẫn cụ thể về việc tự theo dõi đường huyết và thai nhi tại nhà. Trong nghiên cứu của Quách Văn, việc tư vấn, giáo dục sức khỏe về đái tháo đường thai kỳ thực hiện rất tốt, 100% được tư vấn về chế độ dinh dưỡng, hoạt động thể lực trong lần khám thai đầu tiên cũng như các lần khám tiếp theo, được tư vấn về việc tự theo dõi đường huyết và thai nhi ở nhà là 98,5% cao hơn nghiên cứu của chúng tôi [7]. Nghiên cứu tại Phòng khám sản khoa tư nhân cũng đã cung cấp đầy đủ các tài liệu cũng như thực hiện tốt khâu tư vấn, truyền thông về đái tháo đường thai kỳ [10]. Tại nhiều quốc gia thu nhập thấp và trung bình, các cơ sở y tế không có các hướng dẫn kết hợp với sự thiếu hiểu biết về đái tháo đường thai kỳ của cả nhân viên y tế và thai phụ tạo ra một rào cản đáng kể trong việc phát hiện và quản lý đái tháo đường thai kỳ, nhiều thiếu sót trong sàng lọc và tư vấn [11].

4.5. Kết quả sau điều trị và quản lý

Kết quả 79,7% thai phụ đã kiểm soát tốt đường huyết sau một tuần điều trị tiết chế dinh dưỡng và tỷ lệ này tăng lên 81,6% sau hai tuần đầu. Có 95,9% thai phụ duy trì kiểm soát tốt đường huyết trong suốt thai kỳ. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trương Nguyệt Hào, kiểm soát đường huyết sau 2 tuần điều trị ngoại trú là 90,3% [5]. Nghiên cứu tại Bệnh viện Quốc tế Mỹ, kiểm soát tốt đường huyết là 83,1% sau một tuần và 92,3% sau hai tuần, kiểm soát tốt đường huyết trong toàn bộ thai kỳ là 96,2% [7].

Về các biến chứng liên quan đến đái tháo đường thai kỳ, tỷ lệ thai to là 3,3%, tăng huyết áp – tiền sản giật là 2,2%, sinh non là 3,8%, và đa ối là 8,8%. Nhiễm khuẩn đường tiết niệu 6,0%. Nghiên cứu của Quách Văn thấy tỷ lệ biến chứng chung là 12,3%, với tỷ lệ nhiễm khuẩn đường tiết niệu là 5,4%, đa ối là 8,5%, thai to là 3,1%, sinh non là 6,9%, và tiền sản giật là 1,5%, ngoài ra, tác giả này cũng ghi nhận 11,5% thai phụ có các biến chứng liên quan khác, như hạ glucose máu, hạ canxi máu, và vàng da [7]. Mặc dù vậy các biến chứng trong nghiên cứu này một cách tổng thể là nhẹ hơn, vì tỷ lệ các biến chứng nặng như tiền sản giật, đẻ non... là ít hơn.

5. KẾT LUẬN

Vẫn còn một số hạn chế trong tư vấn, điều chỉnh chế độ dinh dưỡng, vận động thể lực cho thai phụ ĐTĐTK. Cần chú trọng tư vấn, giáo dục sức khỏe và tăng cường công tác dinh dưỡng tiết chế trong BV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] McIntyre, H.D., et al., Gestational diabetes mellitus. *Nature reviews Disease primers*, 2019. 5(1): p. 47.
- [2] Nguyen, C.L., et al., Prevalence and pregnancy outcomes of gestational diabetes mellitus by different international diagnostic criteria: a prospective cohort study in Vietnam. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 2020. 33(21): p. 3706-3712.
- [3] Barbach, A., et al., Gestational Diabetes: A Review. *Biomedical and Pharmacology Journal*, 2023. 16(2): p. 673-686.
- [4] Bộ Y tế, Quyết định 1470/QĐ-BYT của Bộ Y tế ngày 29/05/2024 về việc ban hành tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quốc gia về sàng lọc và quản lý đái tháo đường thai kỳ. 2024: Hà Nội.
- [5] Trương Thị Nguyễn Hảo, Huỳnh Nguyễn Khánh Trang, Đánh giá hiệu quả tiết chế ăn uống trên thai phụ đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện quận Thủ Đức. *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 2017. Phụ Bản Tập 21(Số 1): p. 80 - 85.
- [6] Phạm Thị Bảo Yến, Trần Thị Ngọc Tâm, Huỳnh Nguyễn Khánh Trang, Kết quả điều trị đái tháo đường thai kì bằng chế độ ăn tiết chế kết hợp vận động tại Bệnh viện Hùng Vương. *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 2019. Phụ Bản Tập 23(Số 2): p. 108 - 114.
- [7] Quách Văn, Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến quản lý điều trị đái tháo đường thai kỳ tại bệnh viện Quốc tế Mỹ, từ tháng 03/2021 đến tháng 03/2022, in *Chuyên ngành: Tổ chức Quản lý Y tế*. 2022, Trường Đại học Y tế Công cộng: Hà Nội. p. 122 tr.
- [8] Danilack, V.A., A.P. Nunes, and M.G. Phipps, Unexpected complications of low-risk pregnancies in the United States. *American journal of obstetrics and gynecology*, 2015. 212(6): p. 809. e1-809. e6.
- [9] Nola Holness, C., High-risk pregnancy. *Women's Health Across the Lifespan, An Issue of Nursing Clinics*, E-Book, 2018. 53(2): p. 241-250.
- [10] Hewage, S., et al., Barriers to gestational diabetes management and preferred interventions for women with gestational diabetes in Singapore: mixed methods study. *JMIR formative research*, 2020. 4(6): p. e14486.
- [11] Utz, B. and V. De Brouwere, "Why screen if we cannot follow-up and manage?" Challenges for gestational diabetes screening and management in low and lower-middle income countries: results of a cross-sectional survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2016. 16(1): p. 1-8.