

**NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ QUẢN LÝ ĐIỀU TRỊ
ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ Ở THAI PHỤ ĐẾN KHÁM
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC LONG KHÁNH TỈNH ĐỒNG NAI
NĂM 2022-2023**

Nguyễn Thị Lan Phương^{1*}, Nguyễn Thị Thúy Hằng¹, Hồ Thế Nhân²

1. Bệnh viện Đa khoa khu vực Long Khánh

2. Viện Y tế công cộng thành phố Hồ Chí Minh

*Email: drlanphuong77@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/01/2025

Ngày phản biện: 10/6/2025

Ngày duyệt đăng: 25/7/2025

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đái tháo đường thai kỳ là bệnh rối loạn chuyển hóa thường gặp nhất trong thai kỳ và có xu hướng ngày càng tăng trên phạm vi toàn thế giới. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả quản lý, tuân thủ điều trị đái tháo đường thai kỳ ở thai phụ đến khám tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Long Khánh tỉnh Đồng Nai năm 2022-2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 86 thai phụ đái tháo đường thai kỳ được can thiệp tư vấn trực tiếp về chế độ ăn, chế độ tập luyện và tái khám, theo dõi đường huyết và kết quả sản khoa. **Kết quả:** Có 86 thai phụ đái tháo đường thai kỳ tham gia, tuổi trung bình $30,3 \pm 5,6$ tuổi. Tỷ lệ tuân thủ về chế độ ăn trước và sau can thiệp tăng từ 34,9% lên 91,9% ($p < 0,001$, chỉ số hiệu quả 163,3%). Tỷ lệ tuân thủ chế độ tập luyện tăng từ 47,6% lên 87,25 ($p < 0,001$, chỉ số hiệu quả 82,9%). Tỷ lệ tuân thủ tái khám là 83,7%. Đánh giá chung tỷ lệ thai phụ tuân thủ điều trị đạt 74,4%. Kết quả theo dõi đường huyết cho thấy có 86,1% thai phụ ổn định đường huyết đến khi sinh; 82,6% thai phụ có kết quả sản khoa bình thường. Tỷ lệ thai phụ đái tháo đường thai kỳ được quản lý điều trị đạt mục tiêu là 66,3%. **Kết luận:** Cần thực hiện sàng lọc đái tháo đường thai kỳ ở thai phụ tuổi thai từ 24 đến 28 tuần và có lịch trình theo dõi, tư vấn và kiểm soát đường huyết cho từng trường hợp đái tháo đường thai kỳ.

Từ khóa: Quản lý điều trị, đái tháo đường thai kỳ, thai phụ.

ABSTRACT

**RESEARCH OF THE TREATMENT AND MANAGEMENT OUTCOMES
OF GESTATIONAL DIABETES MELLITUS IN PREGNANT WOMEN AT
LONG KHANH REGIONAL GENERAL HOSPITAL,
DONG NAI PROVINCE IN 2022-2023**

Nguyen Thi Lan Phuong^{1*}, Nguyen Thi Thuy Hang¹, Ho The Nhan²

1. Long Khanh Regional General Hospital

2. Institute of Public Health in Ho Chi Minh City

Background: Gestational diabetes mellitus is the most common metabolic disorder in pregnancy and has an increasing trend worldwide. **Objectives:** To evaluate the results of gestational diabetes mellitus treatment management in pregnant women visiting Long Khanh Regional General Hospital, Dong Nai province, in 2022-2023. **Materials and methods:** A cross-sectional study was conducted on 86 pregnant women with gestational diabetes mellitus were directly counseled on diet, exercise regimen, and re-examination, blood sugar monitoring, and obstetric results. **Results:** 86 pregnant women with gestational diabetes mellitus participated, with an average age of 30.3 ± 5.6 years. The compliance rate with diet before and after the intervention increased from 34.9% to 91.9% ($p < 0.001$, effectiveness index 163.3%). The compliance rate with exercise regimen increased

from 47.6% to 87.25 ($p < 0.001$, effectiveness index 82.9%). The rate of compliance with re-examination was 83.7%. Overall, the rate of pregnant women complying with treatment was 74.4%. Blood sugar monitoring showed that 86.1% of pregnant women had stable blood sugar until birth; 82.6% had normal obstetric results. The rate of pregnant women with gestational diabetes mellitus who are managed and treated to meet the target was 66.3%. **Conclusions:** It is necessary to screen for gestational diabetes mellitus in pregnant women from 24 to 28 weeks of gestation and have a schedule for monitoring, counseling and controlling blood sugar for each specific case of gestational diabetes mellitus.

Keywords: Treatment management, gestational diabetes mellitus, pregnant women.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là bệnh rối loạn chuyển hóa thường gặp nhất trong thai kỳ và có xu hướng ngày càng tăng trên phạm vi toàn thế giới, nhất là khu vực châu Á – Thái Bình Dương [1], [2], [3]. Tỷ lệ ĐTĐTK thay đổi từ 2 đến 28% ở các thai phụ trên toàn thế giới [4]. Tại Việt Nam, tỉ lệ ĐTĐTK dao động từ 5,7-20% tùy nghiên cứu [1].

ĐTĐTK nếu không được chẩn đoán và điều trị sẽ gây nhiều tai biến cho cả mẹ và con như sẩy thai, thai lưu, tiền sản giật, thai to làm tăng nguy cơ sinh khó và mổ sinh, ngạt sơ sinh, tử vong chu sinh, đái tháo đường sau sinh [5]. Chính vì thế, mục tiêu của chương trình quốc gia về chăm sóc sức khỏe và làm mẹ an toàn ngày nay đã đưa vấn đề tầm soát ĐTĐTK và điều trị sớm như là mục tiêu hàng đầu nhằm làm giảm các biến chứng bất lợi có thể xảy ra cho người mẹ trong thời gian mang thai cũng như các biến chứng mắc phải thai nhi và bé sơ sinh.

Bệnh viện Đa khoa khu vực Long Khánh tỉnh Đồng Nai thực hiện chức năng nhiệm vụ của Bệnh viện Đa khoa khu vực tuyến tỉnh, được giao chỉ tiêu 1.000 giường bệnh. Khoa sản với chỉ tiêu 180 giường, với tổng số sinh từ 6.000-8.000 ca sinh một năm. Tình hình hiện tại ở Bệnh viện các thai phụ được chẩn đoán ĐTĐTK chưa được quản lý tốt về việc tuân thủ chế độ ăn, tập luyện giúp hạ đường huyết, cũng như việc tuân thủ tái khám theo dõi điều trị thuốc. Xuất phát từ thực tế trên, nghiên cứu: “Nghiên cứu kết quả quản lý và tuân thủ điều trị ĐTĐTK ở thai phụ tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Long Khánh tỉnh Đồng Nai năm 2022-2023” được thực hiện với mục tiêu: Đánh giá kết quả quản lý và tuân thủ điều trị ĐTĐTK ở thai phụ tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Long Khánh tỉnh Đồng Nai năm 2022-2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Thai phụ mắc ĐTĐTK đến khám, điều trị, theo dõi sinh tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Long Khánh tỉnh Đồng Nai từ tháng 9/2022 đến tháng 7/2023.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Thai phụ ĐTĐTK có tuổi thai từ 24 đến 28 tuần đến khám và theo dõi tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Long Khánh tỉnh Đồng Nai từ tháng 9/2022 đến tháng 7/2023. 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. Thai phụ đang dùng thuốc có ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose như corticoid, salbutamol, thuốc hạ huyết áp. Thai phụ đang mắc bệnh cấp tính như nhiễm khuẩn toàn thân, lao phổi, viêm gan.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Sử dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng 1 tỉ lệ: $n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p.(1-P)}{d^2}$

n: Cỡ mẫu nghiên cứu; $Z_{1-\alpha/2}$: Hệ số tin cậy với mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$ thì $Z_{1-\alpha/2}=1,96$; $p=0,9$ là tỉ lệ thai phụ ĐTĐTK đạt đường huyết mục tiêu theo nghiên cứu của Lê Thị Thanh Tâm [6]; $d=0,07$ là sai số cho phép. Thay giá trị vào, cỡ mẫu ít nhất là 71. Thực tế chúng tôi thu nhận vào mẫu nghiên cứu 86 thai phụ được chẩn đoán ĐTĐTK từ tháng 9/2022 đến tháng 7/2023.

- Nội dung nghiên cứu:

+ Tuân thủ điều trị được đánh giá trên tuân thủ chế độ ăn, chế độ tập luyện và tuân thủ tái khám/điều trị bằng thuốc (nếu có).

Phương pháp can thiệp: Can thiệp truyền thông, tư vấn trực tiếp hướng dẫn về chế độ ăn, chế độ tập luyện tại phòng truyền thông bệnh viện và hẹn tái khám, điện thoại nhắc gọi thai phụ tái khám.

Thời gian can thiệp: Từ thời điểm tham gia nghiên cứu đến kết thúc thai kỳ.

Nội dung can thiệp: Đảm bảo tuân thủ các nội dung sau:

Tuân thủ chế độ ăn khi đạt 6/8 nội dung sau: Sử dụng sữa không đường và không béo; Không ăn trái cây ngọt; Ăn rau xanh mỗi bữa ăn và ăn ít nhất 1 chén rau; Cắt lớn thực phẩm khi chế biến; Chế biến là luộc, hấp, kho, lạt; Ăn nhiều loại thực phẩm trong 1 ngày (6 loại/ngày); Ăn 3 bữa chính ngày; Ăn 2-3 bữa phụ ngày (với tỉ lệ khuyến cáo là 40-50% carbohydrat, 20-30% protid, 30% lipid đánh giá thông qua nhật ký bữa ăn thai phụ ghi nhận lại hằng ngày).

Tuân thủ chế độ tập luyện khi đạt 3/4 tiêu chuẩn sau: Tập luyện mỗi ngày; Thời gian mỗi lần tập 20-30 phút/lần; Loại hình thể dục (bơi lội, đi bộ, yoga), không có các động tác va chạm, xoắn vặn, thay đổi tư thế đột ngột; Cường độ luyện tập nhẹ nhàng.

Tuân thủ tái khám, điều trị thuốc (nếu có): Thai phụ đến tái khám thai và khám nội tiết theo lịch hẹn của bác sĩ, tuân thủ điều trị thuốc theo hướng dẫn của bác sĩ (Các thai phụ đạt đường huyết mục tiêu theo dõi tăng trưởng thai qua siêu âm mỗi 2-4 tuần, đo nonstress test mỗi tuần từ 34 tuần; Các thai phụ không đạt đường huyết mục tiêu theo dõi tăng trưởng thai qua siêu âm mỗi 2-4 tuần, đo nonstress test mỗi tuần từ 32 tuần) [7].

Đánh giá chung về tuân thủ điều trị: Đạt cả 3 tiêu chuẩn trên (tuân thủ chế độ ăn, chế độ tập luyện và tái khám); Chưa đạt (không đạt 1 trong 3 tiêu chuẩn trên).

Chỉ số hiệu quả can thiệp:

$$CSHQ_{CT} = \frac{|A_{ct}-B_{ct}|}{A_{ct}} \times 100$$

Trong đó: A_{ct} : Tỉ lệ trước can thiệp; B_{ct} : Tỉ lệ sau can thiệp.

Đánh giá kết quả quản lý ĐTĐTK: Đạt khi thỏa 3 tiêu chuẩn gồm có tuân thủ điều trị, đường huyết đạt đến khi thai phụ sinh và kết quả sản khoa bình thường.

Tuân thủ điều trị: Có và không.

Duy trì mức đường huyết bình thường hoặc gần bình thường, tránh hạ đường huyết quá mức lúc vào sinh: Đạt (khi bình ổn đường huyết trong thai kỳ với đường huyết đói là 60-80 mg/dL và đường huyết sau ăn 2 giờ là 60-100 mg/dL) và không đạt.

Kết quả sản khoa: Bình thường và không bình thường khi có 1 trong các dấu hiệu sau: Đối với mẹ (tiền sản giật, tăng huyết áp thai kỳ; thai chết lưu; Thai to ≥ 4000 gram; Đẻ non; đa ôi [8]); Đối với thai (hạ đường huyết sơ sinh, suy hô hấp, vàng da sơ sinh, dị tật bẩm sinh, chết chu sinh [1]).

- **Xử lý thống kê số liệu:** Các số liệu thu thập sẽ được nhập bằng phần mềm EpiData 3.1 và phân tích bằng chương trình phần mềm thống kê Stata 15.1. Kiểm định McNemar test để đánh giá sự khác biệt tỉ lệ trước can thiệp và sau can thiệp.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu đã được chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học trường Đại học Y Dược Cần Thơ theo phiếu chấp thuận số 22.225.HV/PCT-HĐĐĐĐ ngày 09 tháng 08 năm 2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện từ 9/2022 đến tháng 7/2023 với sự tham gia của 86 thai phụ ĐTĐTK. Độ tuổi trung bình của các thai phụ là $30,3 \pm 5,6$. Nghề nghiệp chủ yếu của các thai phụ là công nhân (34,9%) và nội trợ (30,2%). Tỉ lệ dân tộc Kinh chiếm đa số trong các thai phụ (89,5%), 68,6% thai phụ có học vấn từ lớp 12 trở xuống và 97,8% thai phụ không thuộc diện hộ nghèo.

3.1. Đánh giá kết quả tuân thủ điều trị đái tháo đường thai kỳ

Bảng 1. Tỉ lệ chung thai phụ tuân thủ chế độ ăn, chế độ tập luyện trước và sau tư vấn điều trị (n=86)

Tuân thủ chung		Trước điều trị		Sau điều trị		CSHQ (%)	p*
		Tần số	Tỉ lệ (%)	Tần số	Tỉ lệ (%)		
Chế độ ăn	Tuân thủ	30	34,9	79	91,9	163,3	<0,001
	Chưa	56	65,1	7	8,1	87,5	
Chế độ tập luyện	Tuân thủ	41	47,6	75	87,2	82,9	<0,001
	Chưa	45	52,3	11	12,8	75,6	

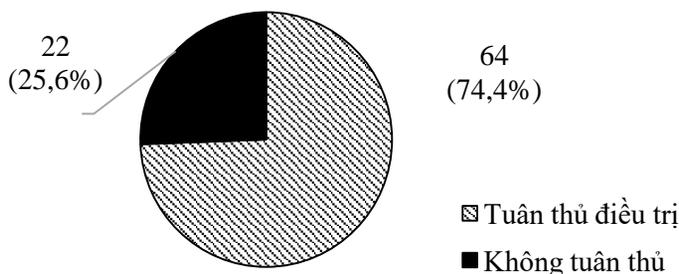
* Kiểm định MC Nemar test

Nhận xét: Tỉ lệ tuân thủ chung về chế độ ăn có sự tăng lên từ 34,9% lên 91,9%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) với chỉ số hiệu quả can thiệp là 163,3%. Tỉ lệ tuân thủ chế độ tập luyện chung tăng từ 47,6% lên 87,2%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), với chỉ số hiệu quả can thiệp đạt 82,9%.

Bảng 2. Tỉ lệ thai phụ tuân thủ thời gian tái khám và điều trị thuốc (nếu có) (n=86)

Tuân thủ thời gian tái khám và điều trị thuốc	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Có	72	83,7
Không	14	16,3
Tổng	86	100

Nhận xét: Trong 86 thai phụ ĐTĐTK được hẹn và nhắc nhở lịch khám và điều trị thuốc, có 72 thai phụ tuân thủ đúng, đạt tỉ lệ là 83,7%.



Biểu đồ 1. Đánh giá chung tuân thủ điều trị ĐTĐTK (n=86)

Nhận xét: Thai phụ được đánh giá là tuân thủ điều trị khi đạt cả 3 tiêu chuẩn: Tuân thủ chế độ ăn, chế độ tập luyện và tái khám, điều trị thuốc nếu có chỉ định. Tỷ lệ thai phụ tuân thủ điều trị là 74,4%.

3.2. Đánh giá kết quả quản lý điều trị đái tháo đường thai kỳ

Bảng 3. Tỷ lệ thai phụ có đường huyết ổn định đến khi đi sinh (n=86)

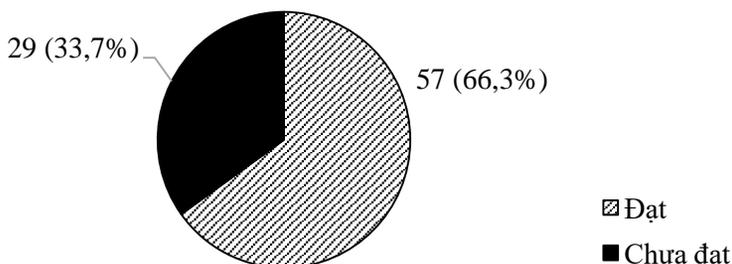
Đường huyết ổn định đến khi đi sinh	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Có	74	86,1
Không	12	13,9
Tổng	86	100

Nhận xét: Thai phụ đạt đường huyết mục tiêu trong 3 tháng cuối chiếm 86,1%.

Bảng 4. Kết quả sản khoa

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Kết cục thai kỳ của thai phụ ĐTĐTK		
Tiền sản giật, tăng huyết áp	7	8,1
Sinh non	5	5,8
Đa ối	2	2,3
Kết cục thai kỳ của con		
Thai to	6	7,0
Nhẹ cân	2	2,3
Hạ đường huyết sơ sinh	1	1,2
Suy hô hấp sơ sinh	1	1,2
Chết chu sinh	1	1,2
Vàng da	1	1,2
Đánh giá chung kết quả sản khoa		
Bình thường	71	82,6
Không bình thường	15	17,4

Nhận xét: Tỷ lệ thai phụ có kết quả sản khoa bình thường 71/86 thai phụ chiếm 82,6%. Kết cục thai kỳ bất thường ghi nhận 8,1% thai phụ tiền sản giật, 7,0% thai to.



Biểu đồ 2. Đánh giá kết quả quản lý điều trị ĐTĐTK (n=86)

Nhận xét: Có 57/86 thai phụ ĐTĐTK được quản lý điều trị đạt mục tiêu, chiếm tỷ lệ 66,3%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đánh giá kết quả tuân thủ điều trị đái tháo đường thai kỳ

Theo khuyến cáo của Hiệp hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG), cách phổ biến nhất quản lý ĐTĐTK với những tiếp cận không dùng thuốc là thay đổi chế độ ăn, tập thể dục và theo dõi đường huyết. Mục tiêu liệu pháp dinh dưỡng nội khoa ở thai phụ ĐTĐTK là tối ưu

hóa kết quả về sức khỏe thai phụ như kiểm soát đường huyết, ngăn ngừa nhiễm ceton, kiểm soát tăng cân quá mức khi mang thai, giảm tỉ lệ tiền sản giật và các kết cục xấu trên thai nhi [9], [10]. Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy sự thay đổi trong chế độ ăn của thai phụ theo hướng tích cực. Tỉ lệ tuân thủ chung về chế độ ăn trong nghiên cứu từ 34,9% lên 91,9% ($p < 0,001$). Chỉ số hiệu quả chung về can thiệp tuân thủ chế độ ăn của nhóm thai phụ ĐTĐTK là 163,3%. Tác giả Nguyễn Thị Quyên có tỉ lệ cải thiện tuân thủ chế độ ăn từ 23,1% lên 83,7% ($p < 0,001$). Hiệu quả can thiệp chung tuân thủ chế độ ăn đạt 262,3% [11]. Chỉ số này cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi, điều này do tỉ lệ tuân thủ trước can thiệp của Nguyễn Thị Quyên thấp. Trong mẫu của chúng tôi, tuân thủ một số chế độ ăn trước và sau can thiệp cao hơn.

Tập thể dục là phương pháp điều trị không xâm lấn giúp phòng ngừa và kiểm soát ĐTĐTK. Do đó, can thiệp lối sống một cách hệ thống, bao gồm tăng cường vận động và cải thiện chế độ ăn, đóng vai trò then chốt trong phòng ngừa bệnh [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ tuân thủ chế độ tập luyện chung tăng từ 47,6% lên 87,2% ($p < 0,001$). Chỉ số hiệu quả can thiệp đạt 82,9%. Tác giả Nguyễn Thị Quyên ghi nhận tỉ lệ tuân thủ tập luyện có sự tăng lên so với trước điều trị từ 12% lên 30% [11]. Nghiên cứu của Juan Juan với 30.871 phụ nữ mang thai cho thấy thai phụ tham gia hoạt động thể chất trong thời gian rảnh rỗi >90 phút/tuần trước khi mang thai có liên quan đến giảm 46% nguy cơ ĐTĐTK [3].

Thai phụ bị ĐTĐTK cần được theo dõi và kiểm soát glucose huyết tương bởi các bác sĩ sản khoa (đã được tập huấn về ĐTĐTK) và/hoặc bác sĩ chuyên khoa Nội tiết-Đái tháo đường [1]. Có 72/86 thai phụ (83,7%) tuân thủ lịch khám. Theo Nguyễn Thị Quyên, tỉ lệ tuân thủ tái khám ghi nhận 88,5% [11].

Thai phụ được đánh giá là tuân thủ điều trị khi đạt cả 3 tiêu chuẩn: tuân thủ chế độ ăn, chế độ tập luyện và tái khám. Tỉ lệ thai phụ đạt tuân thủ điều trị là 74,4%. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Quyên, tỉ lệ thai phụ tuân thủ điều trị 59,6% (62/104) [11]. Bệnh viện Đa khoa khu vực Long Khánh tích cực sàng lọc phát hiện, tư vấn thai phụ bị ĐTĐTK, nên họ rất lưu tâm và có khuynh hướng tái khám định kỳ theo hẹn của bác sĩ, khám thai và khám nội tiết. Liệu pháp dinh dưỡng tiết chế, luyện tập là nền tảng của liệu pháp điều trị cho tất cả thai phụ ĐTĐTK và khoảng 80% đến 90% phụ nữ có thể đạt được mục tiêu điều trị chỉ với liệu pháp dinh dưỡng [12].

4.2. Đánh giá kết quả quản lý điều trị đái tháo đường thai kỳ

Về quản lý mức đường huyết, trong mẫu nghiên cứu có 74 thai phụ đạt mục tiêu ở 3 tháng cuối chiếm tỉ lệ 86,1%. Tương tự, tác giả Lê Thị Thanh Tâm đánh giá 279/301 trường hợp có mức đường huyết đạt mục tiêu điều trị, chiếm 90,0% [6]. Theo Sweeting (2022), mục tiêu chính trong quản lý ĐTĐTK là duy trì đường huyết của mẹ gần mức bình thường, nhằm hạn chế tình trạng thai to. Phát hiện sớm ĐTĐTK rất quan trọng vì can thiệp điều trị kịp thời giúp giảm đáng kể biến chứng chu sinh và nguy cơ thai chết lưu [2].

Kết quả sản khoa khác nhau tùy vào các nghiên cứu khác nhau. Chúng tôi ghi nhận kết cục thai kỳ của mẹ với 8,1% tiền sản giật, 2,3% đa ối; Kết cục thai kỳ với con: 7,0% thai to, 5,8% trẻ sinh non, 1,2% chết chu sinh. Lê Thị Thanh Tâm tỉ lệ thai to $\geq 4000g$, sinh non, tiền sản giật, băng huyết sau sinh ở những thai phụ mắc ĐTĐTK lần lượt là 14,6%; 9,4%; 4,5%. Về kết cục cho con, tỉ lệ trẻ hạ đường huyết chiếm 3,9%, vàng da sơ sinh 1,3%; ngạt sơ sinh nhẹ 1,3% [6]. Dựa trên những kết cục thai kỳ ghi nhận từ các nghiên cứu, chúng tôi đã theo dõi sát các thai phụ ĐTĐTK ở những tháng cuối thai kỳ, tư vấn thai phụ về phương pháp sinh. Trong chuyển dạ, theo dõi sát các trường hợp chuyển dạ và chuyển mổ ngay khi

thấy dấu hiệu thai suy và thai trình không tiến triển. Tỷ lệ thai phụ có kết quả sản khoa bình thường chiếm 82,6%.

Đánh giá kết quả quản lý ĐTĐTK, chúng tôi dựa trên 3 tiêu chuẩn: Tuân thủ điều trị, duy trì mức đường huyết bình thường hoặc gần bình thường và kết quả sản khoa bình thường. Chúng tôi quản lý ĐTĐTK đạt là 57/86 thai phụ, đạt 66,3%. Trong nghiên cứu Nguyễn Thị Quyên tỷ lệ thai phụ được quản lý điều trị đạt là 39,4% [11]. Kết quả quản lý ĐTĐTK đạt trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với tác giả Nguyễn Thị Quyên, sự khác biệt này có thể do tỷ lệ tuân thủ điều trị trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Quyên (59,6%) thấp hơn của chúng tôi (74,4%).

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thai phụ tuân thủ điều trị đạt 74,4% (tuân thủ chế độ ăn, chế độ tập luyện và tái khám). Tỷ lệ tuân thủ chung về chế độ ăn, chế độ tập luyện cải thiện đáng kể trước và sau can thiệp ($p < 0,001$). Phần lớn thai phụ có chỉ số đường huyết ổn định đến khi sinh (86,1%), kết quả sản khoa bình thường (82,6%). Đánh giá chung kết quả thai phụ ĐTĐTK đạt mục tiêu điều trị là 66,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Hướng dẫn quốc gia về sàng lọc và quản lý đái tháo đường thai kỳ. 2024. 3-6.
2. Sweeting A, Wong J, Murphy H.R. A Clinical Update on Gestational Diabetes Mellitus. *Endocrine Reviews*. 2022. 43(5), 763-793. DOI: 10.1210/endrev/bnac003.
3. Juan Juan. Prevalence, Prevention, and Lifestyle Intervention of Gestational Diabetes Mellitus in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020. 17(24), 9517. DOI: 10.3390/ijerph17249517.
4. Wang H., Li N., Chivese T., Werfalli M., Sun H., Yuen L., *et al.* IDF diabetes atlas: Estimation of global and regional gestational diabetes mellitus prevalence for 2021 by international association of diabetes in pregnancy study group's criteria. *Diabetes research and clinical practice*. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2021.109050>.
5. American Diabetes Association. Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Medical Care in Diabetes—2022. *Diabetes Care*. 2022. 45(Suppl. 1), 232-243. DOI: 10.2337/dc22-S015
6. Lê Thị Thanh Tâm. 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 sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội. 2017.
7. Bệnh viện Từ Dũ. Đái tháo đường thai kỳ. Phác đồ điều trị Sản phụ khoa năm 2022. Nhà xuất bản Thanh niên. 2022. 134-149.
8. Bệnh viện Từ Dũ. Đa ối. Phác đồ điều trị Sản phụ khoa năm 2022. Nhà xuất bản Thanh niên. 2022. 163-168.
9. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 190. Gestational Diabetes Mellitus. *Obstet Gynecol*. 2018. 131(2), 49-64. DOI:10.1097/AOG.0000000000002501.
10. Shepherd E., Gomersall J.C., Tieu J., Han S., Crowther C.A., *et al.* Combined diet and exercise interventions for preventing gestational diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017. 11(11), 40-41. DOI: 10.1002/14651858.CD010443.pub3.
11. Nguyễn Thị Quyên. Nghiên cứu tình hình, đánh giá kết quả quản lý và tuân thủ điều trị đái tháo đường thai kỳ ở thai phụ đến khám tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tây Ninh 2019-2020. Luận án chuyên khoa II. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2020.
12. Szmuiłowicz E.D., Josefson J.L., Metzger B.E. Gestational Diabetes Mellitus. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2019. 48(3), 479-493. DOI: 10.1016/j.ecl.2019.05.001