

# TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA THAI PHỤ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ NĂM 2019

*Nguyễn Trọng Hưng<sup>1</sup>, Lê Kim Chi<sup>2</sup>, Phan Thế Đông<sup>3</sup>, Nguyễn Long<sup>2</sup>, Võ Thị Đem<sup>2</sup>*

Sử dụng phương pháp nghiên cứu dọc tiến cứu nhằm xác định các đặc điểm về dịch tễ, tiền căn sản khoa, chỉ số đường huyết được chẩn đoán bằng nghiệm pháp dung nạp glucose và tình trạng dinh dưỡng trước mang thai của 170 thai phụ khám và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Từ Dũ TPHCM năm 2019. **Kết quả:** Thai phụ trong nhóm từ 21-34 tuổi mắc đái tháo đường thai kỳ chiếm tỷ lệ 77,5%. Đa số thai phụ có trình độ học vấn từ cấp III và đại học trở lên chiếm 80,6%; nghề nghiệp chủ yếu là công nhân viên (viên chức, kỹ sư, nhân viên văn phòng...) chiếm 40,6%. Tiền căn mổ lấy thai chiếm tỷ lệ 43,3% và gia đình trực hệ có người đái tháo đường chiếm tỷ lệ 33,3%. Tình trạng dinh dưỡng trước khi mang thai của thai phụ theo chỉ số nhân trắc học: Tỷ lệ nhẹ cân (BMI < 18,5), bình thường (BMI 18,5 - 24,9) và thừa cân béo phì (BMI ≥ 25) lần lượt là: 10%, 78,8%, 11,2%. Mức độ tăng cân trung bình trong thai kỳ tại thời điểm khám và tư vấn dinh dưỡng là  $9,6 \pm 3,7$  kg, tốc độ tăng cân mỗi tuần là  $0,57 \pm 0,2$  kg. Giá trị trung bình của đường huyết lúc đói là  $4,8 \pm 0,6$  mmol/L, sau 1 giờ là  $10,1 \pm 1,5$  mmol/L, sau 2 giờ là  $9,2 \pm 1,2$  mmol/L.

**Từ khóa:** *Thai phụ đái tháo đường thai kỳ, tăng cân trong thai kỳ, tình trạng dinh dưỡng, chỉ số đường huyết.*

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là một thể của bệnh đái tháo đường (ĐTĐ), là bệnh rối loạn chuyển hóa thường gặp nhất trong thai kỳ và có xu hướng ngày càng tăng [1]. Một số nghiên cứu tại các vùng miền khác nhau, tỉ lệ đái tháo đường thai kỳ ở thai phụ gia tăng từ 3,9% năm 2004 [2] đến 20,3% năm 2012 [3] và 20,9% năm 2017 [4].

Đái tháo đường thai kỳ không có triệu chứng, chỉ chẩn đoán bằng nghiệm pháp dung nạp glucose. Thai phụ mắc đái tháo đường thai kỳ thường có nguy

cơ phát triển thành không dung nạp glucose sau này, 50% những thai phụ này sau 15 năm trở thành bệnh nhân đái tháo đường thực sự, con của họ sẽ bị béo phì, đường huyết cao và tăng nguy cơ mắc đái tháo đường hơn con của những thai phụ bình thường [5]. Do đó, cần phải tầm soát đái tháo đường trong thai kỳ để chăm sóc, theo dõi và điều trị thích hợp. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá các đặc điểm về tiền căn sản khoa chỉ số đường huyết, tình trạng dinh dưỡng trước mang thai, mức độ và tốc độ tăng cân trong thai kỳ của

<sup>1</sup>TS. Viện Dinh dưỡng  
Email: nguyentronghung9602@yahoo.com

<sup>2</sup>Bệnh viện Từ Dũ

<sup>3</sup>Trường ĐH Công nghệ Sài Gòn

Ngày gửi bài: 1/9/2020

Ngày phản biện đánh giá: 1/10/2020

Ngày đăng bài: 20/11/2020

thai phụ là yếu tố quan trọng trong việc tư vấn dinh dưỡng và xây dựng chế độ ăn bệnh lý phù hợp với thai phụ đái tháo đường thai kỳ.

$$n = \frac{Z^2_{(1-\alpha/2)} P (1-P)}{d^2}$$

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

**1.1 Đối tượng nghiên cứu:** Thai phụ mắc đái tháo đường thai kỳ được chỉ định tư vấn chế độ ăn ổn định đường huyết và theo dõi ngoại trú tại Bệnh viện Từ Dũ trong thời gian nghiên cứu từ tháng 7 đến tháng 12 năm 2019.

### 1.2 Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Dưới 18 tuổi, song thai
- + Được chẩn đoán ĐTĐ trước mang thai và sử dụng Insulin để kiểm soát đường huyết (ĐH).
- + Bất thường nhau, thai (bất thường bẩm sinh lớn, nhau bong non, nhau tiền đạo, thai chậm tăng trưởng trong tử cung, suy thai, thai lưu).
- + Kèm bệnh lý ác tính, nội - ngoại khoa, rối loạn chuyển hóa, bệnh tâm thần.
- + Thai phụ cung cấp thông tin không đầy đủ, không chính xác và không khám thai theo lịch, không đồng ý chế độ ăn, không đồng ý tiếp tục tham gia nghiên cứu.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

**2.1 Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu dọc tiến cứu.

### 2.2 Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Với mục tiêu xác định tỷ lệ thai phụ có kiểm soát đường huyết bằng chế độ dinh dưỡng, tính cỡ mẫu theo công thức ước lượng một tỷ lệ trong dân số:

Trong đó

$\alpha$ : sai lầm loại 1 = 5%

$Z (1-\alpha/2) = 1,96$  ở khoảng tin cậy 95%

d: sai số cho phép = 5%

p: tỷ lệ ĐH ổn định sau điều trị bằng chế độ ăn tiết chế. Giá trị  $p = 90\%$  được tham khảo từ nghiên cứu của Trương Thị Nguyễn Hảo tiến hành năm 2016 trên 166 thai phụ mắc đái tháo đường thai kỳ được điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Quận Thủ Đức bằng chế độ dinh dưỡng [6]. Áp dụng vào công thức, cỡ mẫu tính được là 140 trường hợp. Dự đoán mất đầu khoảng 10%, chúng tôi tính được cỡ mẫu  $n=154$ .

Phương pháp chọn mẫu: Mẫu nghiên cứu được lựa chọn theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân điều trị có chỉ định can thiệp chế độ ăn và theo dõi ngoại trú trong thời gian tiến hành nghiên cứu và thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn đều được chọn vào nghiên cứu cho đến khi đủ cỡ mẫu.

Thực tế, chúng tôi đã nghiên cứu được tổng số là 160 đối tượng trong thời gian nêu trên.

Phương pháp thu thập số liệu: Tất cả thai phụ có tuổi thai 24-28 tuần đến khám thai đều được bác sĩ điều trị tư vấn tầm soát và chẩn đoán ĐTĐTK bằng NPDNG 75 gram glucose đường uống tại khoa Xét Nghiệm Bệnh viện Từ Dũ, chẩn đoán theo tiêu chuẩn WHO, 2013. Nếu thai phụ đủ tiêu chuẩn chẩn đoán

mắc ĐTĐTK, bác sĩ điều trị sẽ chuyển đến khoa Dinh Dưỡng, Tiết Chế để tư vấn dinh dưỡng để điều chỉnh ĐH đạt giới hạn ĐH mục tiêu trong điều trị.

Cân nặng của đối tượng trước khi mang thai thu được bằng cách hỏi trực tiếp đối tượng. Vào ngày phỏng vấn được thu thập cân nặng và chiều cao hiện tại để tính tình trạng dinh dưỡng và tốc độ tăng cân.

Chẩn đoán, các chỉ số xét nghiệm được ghi chép từ hồ sơ bệnh án của bác sĩ chuyên đến.

### 2.3 Tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu

Công thức tính chỉ số khối cơ thể (BMI):  
 $BMI = \text{Cân nặng (kg)} / \text{Chiều cao (m}^2\text{)}$ .

Đánh giá BMI thể dựa theo phân loại Tổ chức Y tế Thế giới chung cho toàn cầu

BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Phân loại
< 18,5	Thiếu năng lượng trường diễn (TNLTD)
18,5 – 24,9	Bình thường
≥ 25	Thừa cân
25 – 29,9	Tiền béo phì
≥ 30	Béo phì

Tăng cân của phụ nữ mang thai theo tình trạng dinh dưỡng trước mang thai được sử dụng theo khuyến nghị của Institute of Medicine (IOM).

BMI trước mang thai	Tăng cân thai kỳ (kg)	Khuyến nghị tăng cân trong 6 tháng cuối thai kỳ theo tuần (kg)	Khuyến nghị tăng cân trong 6 tháng cuối thai kỳ theo tháng (kg)
TNLTD <18,5	12,7 – 18,2	0,4 – 0,6	1,8 – 2,7
Bình thường 18,5 – 24,9	11,4 – 15,9	0,4 – 0,5	1,8
Thừa cân 25,0 – 29,9	6,8 – 11,4	0,2 – 0,3	0,9
Béo phì ≥30,0	5 – 9,1	0,2 – 0,3	0,7 – 0,9

Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ sử dụng nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống với 75g glucose sau 2 giờ ở tuần 24 - 28 theo Hiệp hội

quốc tế của các nhóm nghiên cứu ĐTĐ và thai kỳ (IADPSG) và WHO khuyến cáo sử dụng NPDNG 75gam - 2 giờ để chẩn đoán ĐTĐTK [7].

<b>Thời điểm xét nghiệm</b>	<b>Chỉ số ĐH (mmol/L)</b>
ĐH đói	$\geq 5,3$ mmol/l ( $\geq 92$ mg/dL)
ĐH sau ăn 1 giờ	$\geq 10$ ( $\geq 180$ mg/dL)
ĐH sau ăn 2 giờ	$\geq 8,6$ mmol/l ( $\geq 153$ mg/dL)

#### 2.4 Phân tích số liệu:

Phần mềm SPSS16 để nhập và phân tích số liệu.

Phần mềm Eiyokun kết hợp với bảng

thành phần dinh dưỡng các loại thực phẩm Việt Nam 2007 để phân tích kết quả.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

*Bảng 1: Kết quả điều tra đặc điểm dịch tễ (n=160)*

<b>Đặc điểm</b>	<b>n</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
<b>Tuổi</b>		
≤ 20 tuổi	1	0,6
21 - 34 tuổi	124	77,5
≥ 35 tuổi	35	21,9
<b>Nơi cư trú</b>		
TP HCM	46	28,7
Ngoài TP HCM	114	71,3
<b>Trình độ học vấn</b>		
≤ Cấp 1	9	5,6
Cấp 2	22	13,8
Cấp 3	33	20,6
ĐH và trên ĐH	96	60,0
<b>Nghề nghiệp</b>		
Nội trợ	29	18,1
Buôn bán	21	13,1
Công nhân	34	21,3
Công nhân viên	65	40,6
Khác	11	6,9

**Bảng 2: Đặc điểm tiền căn sản khoa**

<b>Đặc điểm</b>	<b>n</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Số lần mang thai (n=160)		
Lần đầu tiên	61	38,1
Lần thứ 2	62	38,8
≥ 2 lần	37	23,1
Sảy thai (Có) (n=99)	28	28,3
Thai lưu (Có) (n=99)	16	16,2
Tiền căn sinh non (< 37 tuần) (n=99)	11	11,1
Gia đình trực hệ có người ĐTĐ (Có) (n=99)	33	33,3
Tiền căn ĐTĐTK (Có) (n=99)	16	16,2
Tiền căn mổ lấy thai (Có) (n=99)	43	43,3

**Bảng 3: Đặc điểm nhân trắc học (n=160)**

<b>Đặc điểm</b>	<b>TB ± SD</b>	<b>n</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
<b>Cân nặng trước mang thai</b>	52,5 ± 7,9 kg		
<b>Chiều cao</b>	1,56 ± 0,08 m		
<b>Chỉ số khối cơ thể (BMI)</b>	21,6±3,2 kg/m <sup>2</sup>		
TNLTD (< 18,5)		16	10
Bình thường (18,5 - 24,9)		126	78,8
Thừa cân (25 - 29,9)		15	9,4
Béo phì (≥ 30)		3	1,9

**Bảng 4: Giá trị đường huyết lúc chẩn đoán ĐTĐTK (n=160)**

<b>Giá trị</b>	<b>TB ± SD</b>	<b>n</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
<b>ĐH đói</b>	4,8 ± 0,6 mmol/l		
< 5,3 mmol/l (< 92 mg/dL)		117	73,1
≥ 5,3 mmol/l (≥ 92 mg/dL)		43	26,9
<b>ĐH 1 giờ sau ăn</b>	10,1 ± 1,5 mmol/l		
< 10 mmol/l (< 180 mg/dL)		70	43,8
≥ 10 mmol/l (≥ 180 mg/dL)		90	56,3
<b>ĐH 2 giờ sau ăn</b>	9,2 ± 1,2 mmol/l		
< 8,6 mmol/l (< 153 mg/dL)		28	17,5
≥ 10 mmol/l (≥ 153 mg/dL)		132	82,5

**Bảng 5: Đặc điểm thai kỳ tại thời điểm tư vấn dinh dưỡng (n=160)**

Đặc điểm	TB±SD	n	Tỷ lệ (%)
<b>Cân nặng hiện tại</b>	61,9 ± 7,8 kg		
<b>Tăng cân trong thai kỳ</b>	9,6± 3,7 kg		
<b>Tốc độ tăng cân mỗi tuần</b>	0,57± 0,2kg		
Thiếu cân		33	20,6
Đủ cân		29	18,1
Dư cân		98	61,3
<b>Tuổi thai ở thời điểm TVDD</b>			
Từ 24 đến 28 tuần		32	20,0
Trên 28 tuần		128	80,0

## BÀN LUẬN

**Đặc điểm độ tuổi:** Kết quả cho thấy tình trạng đái tháo đường thai kỳ có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng tập trung nhiều ở lứa tuổi từ 20 đến 35, đây là độ tuổi chủ yếu trong sinh sản; còn nhóm tuổi  $\geq 35$  chiếm tỉ lệ thấp chiếm tỷ lệ 21,9%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ thai phụ có độ tuổi dưới 35 trong nghiên cứu này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hằng Giang năm 2014 [9] (64.9%); nhưng lại thấp hơn so với nghiên cứu của Trương Thị Nguyễn Hào vào năm 2016 [6] (85%). Điều này có thể do xu thế hiện nay, rất ít phụ nữ chịu sinh con khi đã lớn tuổi.

**Đặc điểm nơi cư trú:** Sau khi được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ tại thời điểm tuần thứ 24-28, thai phụ không đến phòng Khám và Tư vấn dinh

dưỡng ngay, có 20% thai phụ đến tư vấn dinh dưỡng đúng thời điểm và 80% đi trễ hơn. Do hơn 40% thai phụ đến khám tại Bệnh viện Từ Dũ chủ yếu là ở các tỉnh, nên việc sắp xếp thời gian thuận tiện giữa việc khám thai và tư vấn dinh dưỡng sẽ gặp khó khăn. Ngoài ra, thai phụ chưa có ý thức về tầm quan trọng của việc tư vấn dinh dưỡng để có thể xây dựng chế độ ăn hợp lý với tình trạng bệnh lý của bản thân.

**Đặc điểm nghề nghiệp:** Kết quả cho thấy đa số thai phụ là công nhân viên (40,6%), tiếp đến là nhóm công nhân (21,3%), nội trợ và buôn bán lần lượt là 18,1% và 13,1%. Tỷ lệ công nhân viên cao gấp 2 lần so với nghiên cứu của Nguyễn Hằng Giang (20.98%) [9], khá tương đồng so với nghiên cứu của Trương Thị Nguyễn Hào (33.6%) [6]. Kết quả trên cho thấy, ngoài chế độ

đinh dưỡng, hoạt động thể chất cũng là một trong những yếu tố liên quan đến ĐTĐTK. Do tính chất công việc nên đa số thai phụ có lối sống tương đối tĩnh tại, phần lớn thời gian làm việc, sinh hoạt, ăn uống ở văn phòng. Ngoài ra, tính chất công việc cũng ảnh hưởng đến chế độ ăn uống, phần lớn bữa trưa là những bữa ăn nhẹ ngay tại nơi làm việc hoặc ăn ở bên ngoài, ít có điều kiện tự chuẩn bị bữa ăn theo hướng dẫn. Điều này dễ dẫn đến mất cân đối trong chế độ dinh dưỡng và hạn chế việc tuân thủ theo chế độ dinh dưỡng mà thai phụ được tư vấn, đây là yếu tố nguy cơ dẫn đến đái tháo đường thai kỳ.

**Đặc điểm trình độ học vấn:** Trong nghiên cứu này, đa số thai phụ có trình độ học vấn từ cấp III và đại học trở lên (80,6%). cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Hằng Giang (53,1%) [9] và nghiên cứu của Trương Thị Nguyễn Hảo (57,2%) [6]. Điều này cho thấy, trình độ học vấn chỉ là nền tảng cho việc tiếp cận với các vấn đề về dinh dưỡng trong thai kỳ. Trình độ học vấn là điểm thuận lợi trong nghiên cứu, góp phần hỗ trợ cho việc tư vấn và thực hiện chế độ ăn uống vì thai phụ biết được cách lựa chọn thực phẩm, cách chế biến và bảo quản thực phẩm, cách phân chia bữa ăn, hiểu được cách tính số phần đạm, đường, béo theo đơn vị chuyển đổi thực phẩm để từ đó có thể tự xây dựng thực đơn cho bản thân trong thời gian tham gia nghiên cứu. Đối với thai phụ có trình độ cấp thấp hơn, hình thức và nội dung tư vấn sẽ gặp nhiều khó khăn hơn và cần nhiều thời gian hướng dẫn kỹ hơn cho những đối tượng này.

**Đặc điểm tiền căn sản khoa:** Đa số thai phụ đều mang thai lần đầu (38%) và lần 2 (39%). Tiền căn mổ lấy thai tỉ lệ (43,3%), gia đình trực hệ có người đái tháo đường (33,3%). Kết quả tương tự nghiên cứu của Trương Thị Nguyễn Hảo (2016), tiền căn mổ lấy thai (34%) và gia đình trực hệ có người ĐTĐ (16,9%) [6]. Theo nghiên cứu của Achenef Asmamaw Muche và cs (2019) có mối liên quan giữa đái tháo đường thai kỳ và gia đình trực hệ có người mắc bệnh đái tháo đường [8], nên làm nghiệm pháp dung nạp glucose cho những đối tượng này để phát hiện sớm đái tháo đường thai kỳ.

**Đặc điểm nhân trắc học:** Chiều cao trung bình của thai phụ là  $1,56 \pm 0,08$  m, (thấp nhất 1,46m và cao nhất 1,64m). Cân nặng trước mang thai trung bình là  $52,5 \pm 7,9$  kg, (nhẹ cân nhất 42kg và nặng cân nhất 87 kg). Dựa vào BMI, chúng ta có thể đánh giá TTDD của thai phụ trước mang thai, đa số thuộc nhóm bình thường (78,8%), nhóm thừa cân béo phì (11%), cao hơn nghiên cứu Trương Thị Nguyễn Hảo là 9% [6] và Chu Thị Trang, Nguyễn Trọng Hưng và cs (2019) là 9% [10]. Như vậy, trong nghiên cứu này tỷ lệ, phụ nữ thừa cân béo phì có xu hướng tăng lên so với các nghiên cứu trước đây. Điều này cho thấy sự thay đổi về kinh tế xã hội cũng như quá trình đô thị hóa, toàn cầu hóa đã dẫn đến những thay đổi trong thói quen và chế độ ăn uống. Từ đó, làm gia tăng các yếu tố nguy cơ của các bệnh mãn tính, trong đó thừa cân béo phì là yếu tố nguy cơ dẫn đến các bệnh như tim mạch và ĐTĐ.

Đặc điểm đường huyết lúc chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ: Giá trị trung bình của đường huyết lúc đói là  $4,8 \pm 0,6$  mmol/L, thời điểm sau uống 1 giờ là  $10,1 \pm 1,5$  mmol/L, sau 2 giờ là  $9,2 \pm 1,2$  mmol/L. Kết quả nghiên cứu này khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Chu Thị Trang, Nguyễn Trọng Hưng và cs (2019) [10], nhưng các giá trị nghiệm pháp sau 1h và 2h cao hơn so với nghiên cứu của Trương Thị Nguyễn Hào [6], với ĐH lúc đói trung bình  $4.3 \pm 0,5$  mmol/L, sau thời điểm uống 1 giờ là  $8,6 \pm 1,4$  mmol/L, sau 2 giờ là  $7,9 \pm 1,2$  mmol/L. Sự khác biệt ở nghiên cứu này có thể do đáp ứng insulin và mức độ kháng insulin ở những thai phụ trong nghiên cứu này có những khác biệt so với trước đây. Cùng với những thay đổi trong lối sống và sự chuyển đổi chế độ ăn uống theo các giai đoạn phát triển của xã hội cũng sẽ làm cho mức độ đáp ứng insulin của tuyến tụy giảm đi đồng thời mức độ kháng insulin có xu hướng gia tăng khi chế độ ăn uống bị mất cân đối.

Mức độ tăng cân và tốc độ tăng cân trong thai kỳ: Mức độ tăng cân trong thai kỳ trung bình của thai phụ là  $9,6 \pm 3,7$  kg. Theo kết quả nghiên cứu, độ lệch chuẩn của mẫu khá lớn, điều này cho thấy có sự biến động khá lớn về mức độ tăng cân trong thai kỳ của các đối tượng nghiên cứu. Thực tế khảo sát mức tăng cân thấp nhất là 0kg (thai phụ không tăng cân tại thời điểm tư vấn dinh dưỡng), mức tăng cân cao nhất là 24kg. Tốc độ tăng cân trung bình mỗi tuần là  $0,57 \pm 0,2$  kg. Nhóm thai phụ có tốc độ tăng cân vượt khuyến nghị có tỷ lệ cao

nhất là 61,3%, thiếu cân so với khuyến nghị là 20,6% và đủ cân so với khuyến nghị là 18,1%. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ thai phụ tăng cân vượt khuyến nghị tại thời điểm mang thai (61,3%) cao hơn so với nghiên cứu của Trương Thị Nguyễn Hào (15%) [6]. Điều này cho thấy, có thể những quan niệm về chế độ dinh dưỡng của thai phụ trong nghiên cứu chưa đúng. Thông thường, thai phụ và cả người thân đều cho rằng khi mang thai cần một chế độ ăn giàu năng lượng và giàu dinh dưỡng để nuôi thai nhi được khỏe mạnh và to lớn.

#### IV. KẾT LUẬN

Tình trạng dinh dưỡng trước khi mang thai của thai phụ theo chỉ số nhân trắc học: Tỷ lệ nhẹ cân (BMI < 18,5), bình thường (BMI 18,5 - 24,9) và thừa cân béo phì (BMI  $\geq$  25) lần lượt là: 10%, 78,8%, 11,2%. Tăng cân trung bình trong thai kỳ đến thời điểm tư vấn dinh dưỡng:  $9,6 \pm 3,7$  kg (tăng cân tương đối cao so với khuyến nghị của IOM và Bộ Y tế). Tốc độ tăng cân mỗi tuần:  $0,57 \pm 0,2$  kg (tương đương với khuyến nghị của IOM). Thai phụ trong nhóm từ 21-34 tuổi mắc đái tháo đường thai kỳ chiếm tỷ lệ 77,5%. Đa số thai phụ có trình độ học vấn từ cấp III và đại học trở lên chiếm 80,6%; nghề nghiệp chủ yếu là công nhân viên (viên chức, kỹ sư, nhân viên văn phòng...) chiếm 40,6%. Tiền căn mỡ lầy thai chiếm tỷ lệ 43,3% và gia đình trực hệ có người đái tháo đường chiếm tỷ lệ 33,3%. Giá trị trung bình của đường huyết lúc đói là  $4,8 \pm 0,6$  mmol/L, sau 1 giờ là  $10,1 \pm 1,5$  mmol/L, sau 2 giờ là  $9,2 \pm 1,2$  mmol/L.



### Khuyến nghị

Cần tuyên truyền về tầm quan trọng của dinh dưỡng cho tất cả thai phụ mắc đái tháo đường thai kỳ, để thai phụ biết và chủ động đăng ký tư vấn dinh dưỡng sớm, nên cải thiện tình trạng dinh dưỡng cho thai phụ trước khi có thai, đặc biệt nhóm có thừa cân, béo phì trước khi mang thai.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tạ Văn Bình (2007). "*Chẩn đoán và điều trị rối loạn lipid máu*", "*Thai kỳ và đái tháo đường*", Đại cương về đái tháo đường - tăng glucose máu", Những nguyên lý nền tảng bệnh đái tháo đường, tăng glucose máu. Nhà xuất bản Y học, tr. 156 - 157, 352 - 369.
2. William (2005). *Chapter 52: Diabetes*. Text book of Obstetrics, Appleton – Lange, International edition, 18th edition, pp.1169 - 1184.
3. Nguyễn Thị Vân Trang và Phạm Thị Mai (2012). *Tỷ lệ đái tháo đường trong thai kỳ ở thai phụ 24-39 tuần thai tại khoa Sản của Bệnh viện Đại học Y dược TP.Hồ Chí Minh 2011 – 2012*. Y học thực hành, tập 834, tr. 62-63.
4. Trương Thị Quỳnh Hoa, Huỳnh Nguyễn Khánh Trang (2017). *Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và yếu tố liên quan tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định*. Y học thành phố Hồ Chí Minh, Hội nghị KHKT ĐHYD Tp HCM lần thứ 34, Phụ bản của tập 21, Số 1 năm 2017, tr. 74-79.
5. The American College of Obstetrics and Gynaecologists (2011). *Committee Opinion No. 504: Screening and Diagnosis of Gestational Diabetes Mellitus*, Obstetrics & Gynecology, 118(3), pp. 751-753.
6. Trương Thị Nguyễn Hào (2016). *Đánh giá hiệu quả tiết chế ăn uống trên thai phụ đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện Quận Thủ Đức*. Luận án chuyên khoa cấp 2, Đại học Y Dược TP.HCM.
7. Diabetes International Association of and Panel Pregnancy Study Groups Consensus (2010). *International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Recommendations on the Diagnosis and Classification of Hyperglycemia in Pregnancy*. Diabetes Care, 33(3), pp. 676-682.
8. Achenef Asmamaw Muche et al (2019). *Prevalence of gestational diabetes mellitus and associated factors among women attending antenatal care at Gondar town public health facilities, Northwest Ethiopia*. BMC Pregnancy and Childbirth volume 19, Article number: 334 (2019) Cite this article 13/9/2019.
9. Nguyễn Hằng Giang và Ngô Kim Phụng (2014). *Kết quả điều trị đái tháo đường thai kỳ bằng chế độ ăn tiết chế tại Bệnh viện Hùng Vương năm 2013 – 2014*. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú.
10. Chu Thị Trang, Nguyễn Trọng Hưng, Nguyễn Thị Hương Lan, Phan Hướng Dương (2019). *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2018*. Tạp chí Y học Việt Nam, tập 475, số 1&2 tháng 2 năm 2019, tr. 53-56.

## Summary

### THE NUTRITION STATUS OF GESTATIONAL MELITUS DIABETES OUTPATIENTS IN TU DU HOSPITAL IN 2019

A prospective study method was used to determine characteristics of gestational diabetes, including epidemiological ones, prenatal history, glycemic index of oral glucose tolerance test and pre -pregnancy nutritional status of 170 patients who examined and received outpatient treatment at Tu Du hospital in 2019. The results showed that the prevalence of GDM patients in the age group of 21-34 was accounted for 77.5%. The education from high school and above was 80.6%. The occupation of patients was mainly employees, accounting for 40.6%. The prevalence of GDM patients having history of cesarean section and genetic factors of diabetes mellitus were 43.3% and 33.3%, respectively. The prevalence of underweight (BMI<18.5), normal weight (BMI 18.5 – 24.9) and overweight (BMI  $\geq$  25) among pregnant women was 10%, 78.8% and 11.2%, respectively. According to recommendation of IOM at the time of nutritional counseling, the average of weight gain of GDM patients was  $9.6 \pm 3.7$ kg and the average of weight gain per week of GDM patients was  $0.57 \pm 0.2$ kg. The average fasting blood glucose was  $4.8 \pm 0.6$  mmol/L, blood glucose after 1 hour of glucose tolerant was  $10.1 \pm 1.5$  mmol/L, blood glucose after 2 hours was  $9.2 \pm 1.2$  mmol/L.

**Keywords:** *Gestational melitus diabetes, gestation weight gain, nutrition status, glycemic index.*