

8. **Werner HMJ, Trovik J, Marcickiewicz J, et al.** Revision of FIGO surgical staging in 2009 for endometrial cancer validates to improve risk stratification. *Gynecol Oncol.* 2012;125(1):103-108. doi:10.1016/j.ygyno.2011.11.008
9. **Gadducci A, Cosio S, Fabrini MG, Guerrieri ME, Greco C, Genazzani AR.** Analysis of failures in patients with FIGO stage IIIc1-IIIc2 endometrial cancer. *Anticancer Res.* 2012;32(1): 201-205.
10. **Hutt S, Mihaies D, Karteris E, Michael A, Payne AM, Chatterjee J.** Statistical Meta-Analysis of Risk Factors for Endometrial Cancer and Development of a Risk Prediction Model Using an Artificial Neural Network Algorithm. *Cancers.* 2021;13(15):3689. doi:10.3390/cancers13153689

## TỈ LỆ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN VIỆT NAM - THỤY ĐIỂN UÔNG BÍ

Phạm Thị Thu Hiền<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thu Hà<sup>2</sup>, Trương Thị Thùy Dương<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

Sàng lọc đái tháo đường thai kỳ là yêu cầu cần thiết trong công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản ở các cơ sở y tế. **Mục tiêu:** xác định tỉ lệ đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố liên quan đến đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang 231 thai phụ mang thai từ tuần thứ 24 đến 28 đến khám thai tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí, Quảng Ninh trong thời gian từ tháng 07/2023 – 07/2024. **Kết quả:** Tỉ lệ đái tháo đường thai kỳ là 35,9%. Tuổi thai phụ, tiền sử viêm âm đạo, hình thức thụ thai, tiền sử gia đình, trọng lượng tăng đến hết quý 2, tình trạng đa ối, Glucose niệu (+) là các yếu tố liên quan đến tỉ lệ đái tháo đường thai kỳ. **Kết luận:** Tỉ lệ đái tháo đường thai kỳ khá cao. Khi thăm khám, quản lý thai nghén cần tuyên truyền về nguy cơ mắc bệnh, thời điểm và cách thức sàng lọc đái tháo đường thai kỳ, chế độ ăn uống hợp lý và cách dự phòng bệnh cho các thai phụ. **Từ khóa:** đái tháo đường thai kỳ, yếu tố liên quan đái tháo đường thai kỳ.

### SUMMARY

#### PREVALENCE OF GESTATIONAL DIABETES AND SOME FACTORS RELATED TO GESTATIONAL DIABETES AT VIETNAM - SWEDEN UONG BI HOSPITAL

Screening for gestational diabetes is an essential requirement in reproductive health care in medical facilities. **Objective:** To determine the rate of gestational diabetes and some factors related to gestational diabetes at Vietnam-Sweden Uong Bi Hospital. **Method:** a cross-sectional descriptive study of 231 pregnant women from the 24th to 28th week of pregnancy who came for prenatal check-ups at

Vietnam - Sweden Uong Bi Hospital, Quang Ninh from July 2023 to July 2024. **Results:** The prevalence of gestational diabetes is 35.9%. Maternal age, history of vaginitis, method of conception, family history, weight gain until the end of the second trimester, polyhydramnios, and positive glucose in urine are factors related to the rate of gestational diabetes. **Conclusion:** The rate of gestational diabetes is quite high. When examining and managing pregnancy, it is necessary to propagate the risk of disease, the time and method of screening for gestational diabetes, reasonable diet, and disease prevention for pregnant women. **Keywords:** gestational diabetes, factors related to gestational diabetes.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam là quốc gia Đông Nam Á đang phát triển và có tỷ lệ đái tháo đường typ 2 ngày càng tăng. Năm 2021, tỉ lệ đái tháo đường ở người trưởng thành là 7,1% [1]. Cùng với bệnh đái tháo đường, đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) cũng ngày càng tăng do tuổi sinh đẻ tăng, phụ nữ ngày càng thừa cân, béo phì và ít vận động. Khoảng 50% phụ nữ mắc ĐTĐTK sẽ tiến triển thành ĐTĐ typ 2 trong vòng 5-10 năm sau sinh và chỉ có 31,1% được chẩn đoán. Trong số bệnh nhân được chẩn đoán, chỉ có 28,9% được điều trị [1]. Do vậy sàng lọc ĐTĐTK là một công tác thường quy trong chăm sóc sức khỏe sinh sản ở các cơ sở y tế.

Tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí, Quảng Ninh hàng năm có hàng trăm phụ nữ có thai mới được quản lý thai nghén, trong đó tỉ lệ đái tháo đường thai kỳ ngày càng phổ biến hơn trong các thai phụ đến thăm khám. Tuy nhiên đến nay, chưa có nghiên cứu nào về tình trạng đái tháo đường thai kỳ ở các sản phụ đến khám và điều trị tại bệnh viện. Nghiên cứu thực hiện với mục tiêu sau: *Xác định tỉ lệ đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố liên quan đến đái tháo đường thai kỳ Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí.*

<sup>1</sup>Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí

<sup>2</sup>Bệnh viện Phụ sản Trung Ương

<sup>3</sup>Trường đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thu Hiền

Email: bshienub@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

**2.1.1. Đối tượng nghiên cứu.** Các thai phụ mang thai từ tuần thứ 24 đến 28 đến khám thai tại Bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển Uông Bí, Quảng Ninh trong thời gian từ tháng 07/2023 – 07/2024.

#### \* Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Có thai tuổi thai từ 24 – 28 tuần (theo siêu âm 3 tháng đầu theo kinh cuối cùng) ngày kinh cuối cùng đối với thai phụ có chu kỳ kinh đều, ngày chuyển phôi, ngày bơm tinh trùng nếu có hỗ trợ sinh sản ...).

- Không mắc các bệnh có ảnh hưởng đến chuyển hóa Glucose: cường giáp, suy giáp, hội chứng Cushing, u tủy thượng thận, hội chứng Conn, bệnh lý gan, suy thận ...;

- Không sử dụng các thuốc có ảnh hưởng đến chuyển hóa Glucose: Corticoide, Salbutamol, thuốc chẹn giao cảm, lợi tiểu nhóm Thiazide ...

- Không mắc các bệnh cấp tính: nhiễm khuẩn, lao phổi ...

### 2.1.2. Địa điểm nghiên cứu

- Tại phòng khám sản Bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển Uông Bí.

### 2.1.3. Thời gian nghiên cứu

- Từ tháng 07/2023 – 07/2024

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

### 2.2.1. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang

### 2.2.2. Thiết kế nghiên cứu

\* Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỉ lệ theo công thức:

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

Trong đó:

• n = cỡ mẫu nghiên cứu cần thiết tối thiểu  
•  $\alpha$  = mức ý nghĩa thống kê; với  $\alpha = 0,05$  thì hệ số  $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

• p = 0,178 (tỷ lệ ĐTĐTK theo nghiên cứu Nguyễn Thị Mai Phương tại bệnh viện Phụ sản Hải Phòng là 37,4% [4] )

• q = 1 - p

• d = sai số mong đợi, chọn d = 0,1

Áp dụng công thức tính được n = 90. Do vậy cỡ mẫu tối thiểu cần thu thập là 90 thai phụ. Lấy thêm 15% dự trữ sai số, vậy cỡ mẫu cần thu thập là 104 thai phụ. Trên thực tế chúng tôi thu thập được 231 thai phụ đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ đưa vào nghiên cứu.

\* Cách chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

## 2.3. Chỉ số nghiên cứu

- Tuổi thai phụ: tính theo năm dương lịch.

+ Biện định danh phân theo các nhóm tuổi <

25 tuổi; 25-29 tuổi; 30-34 tuổi;  $\geq 35$  tuổi. Tính tỉ lệ các nhóm tuổi,

+ Biện rời rạc: tính tuổi trung bình và độ lệch chuẩn của thai phụ.

- Số lần mang thai:

+ Biện nhị phân chia 2 nhóm: con so, con rạ

+ Biện rời rạc: tính số lần mang thai trung bình của thai phụ

- Tuổi thai: ngày đầu kỳ kinh cuối cùng (nếu kinh nguyệt đều), dự kiến sinh theo siêu âm trong 3 tháng đầu hoặc ngày chuyển phôi nếu có hỗ trợ sinh sản. Tính tỉ lệ các tuần tuổi thai từ 24-28 tuần.

- Tỉ lệ đái tháo đường thai kỳ: số thai phụ được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ/ tổng số thai phụ nghiên cứu \* 100%.

- Các yếu tố liên quan đến đái tháo đường thai kỳ:

+ Tuổi thai phụ

+ Viêm âm đạo

+ Tiền sử gia đình ĐTĐ thể hệ thứ nhất

+ Hình thức thụ thai

+ Trọng lượng tăng đến hết quý 2

+ Trọng lượng thai nhi  $\geq 90\%$  bách phân vị

+ Đa ối

+ Glucose niệu (+)

## 2.4. Các phương pháp đánh giá và vật liệu nghiên cứu và phương pháp thu thập thông tin sử dụng trong nghiên cứu

**2.4.1. Phương pháp đánh giá.** Trong nghiên cứu này chúng tôi áp dụng chiến lược sàng lọc một bước với các tiêu chuẩn chẩn đoán của ADA theo khuyến cáo năm 2024 và đây cũng là tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ của Bộ Y tế năm 2024[1], [8]. Các thai phụ sẽ được làm NPDN glucose 75gram khi thai từ 24 – 28 tuần:

Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐTK: Chẩn đoán ĐTĐTK nếu có từ 1 giá trị lớn hơn hay bằng là chẩn đoán Đái tháo đường thai kỳ[1]

Thời điểm lấy máu	Ngưỡng chẩn đoán	
	Đường máu mg/dl	Đường máu mmol/l
Lúc đói	92	5,1
Sau uống đường 1h	180	10,0
Sau uống đường 2h	153	8,5

### 2.4.2. Vật liệu nghiên cứu

- Siêu âm bằng máy siêu âm PHILIP với đầu dò convex 3,5 MH, được dùng để xác định tính tuổi thai.

- Phiếu thu thập số liệu

- 75g Glucose (đã được đóng gói)

- Cốc chia vạch 250ml

- Thiết bị đo: máy sinh hóa tự động

Olympus AU 480 được chuẩn hóa mỗi ngày.

#### 2.4.3. Phương pháp thu thập

- Các thông tin được thu thập theo mẫu phiếu nghiên cứu thống nhất
- Nghiên cứu viên trực tiếp siêu âm, khám lâm sàng, tư vấn và thu thập các thông tin theo chỉ tiêu nghiên cứu

**2.5. Xử lý số liệu:** - Số liệu sau khi thu thập được nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1, phân tích xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.

- Các thuật toán thống kê y sinh học được sử dụng: tính tần suất, tính tỉ lệ phần trăm (%), giá trị trung bình.

- Kiểm định  $\chi^2$  để xác định mức độ khác nhau có ý nghĩa thống kê hay không khi so sánh hai tỷ lệ.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 3.1. Phân bố tuổi của thai phụ (n=231)**

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 25 tuổi	28	12,1
	25-29 tuổi	58	25,1
	30-34 tuổi	89	38,5
	≥ 35 tuổi	56	24,2
	Tuổi TB ± ĐLC	30,9 ± 5,5	
Số lần mang thai	Con so	75	32,5
	Con rạ	156	67,5
	Số lần mang thai trung bình	2,07 ± 1,0	

**Nhận xét:** Độ tuổi trung bình của thai phụ là: 30,9 ± 5,5 tuổi Nhóm thai phụ từ 30 – 34 tuổi

**Bảng 3.3. Mối liên quan giữa tuổi của thai phụ và ĐTĐTK**

Đặc điểm		ĐTĐTK		Không ĐTĐTK		p
		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	
Tuổi thai phụ	< 35	55	31,4	120	68,6	0,022
	≥ 35	28	50,0	28	50,0	
Tiền sử viêm âm đạo	Có	13	100,0	0	0	<0,001
	Không	70	32,1	148	67,9	
Tiền sử gia đình ĐTĐ thể hệ thứ nhất	Có	8	100,0	0	0	<0,001
	Không	75	33,6	148	66,4	
Hình thức thụ thai	Tự nhiên	78	34,5	148	65,5	0,003
	Hỗ trợ sinh sản	5	100,0	0	0	
Trọng lượng tăng đến hết quý 2	≥ 7kg	34	50,0	34	50,0	0,004
	< 7 kg	49	30,1	116	69,9	
Trọng lượng thai nhi ≥90% bách phân vị	Có	42	46,2	49	53,8	0,009
	Không	41	29,3	99	70,7	
Đa ối	Có	11	78,6	3	21,4	0,001
	Không	72	33,2	145	66,8	
Glucose niệu (+)	Có	4	100,0	0	0	0,007
	Không	79	34,8	148	65,2	

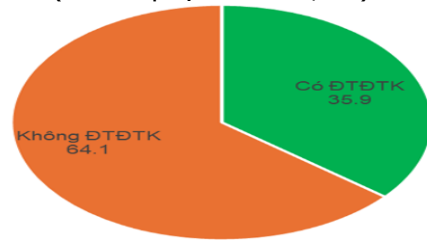
**Nhận xét:** Tuổi thai phụ, tiền sử viêm âm đạo, Hình thức thụ thai; Tiền sử gia đình, Trọng lượng tăng đến hết quý 2, tình trạng nước ối,

chiếm tỉ lệ cao nhất (38,5%). Có 24,2% thai phụ có độ tuổi ≥ 35 tuổi. Tỉ lệ bệnh nhân mang thai lần đầu là 32,5%, mang thai từ lần thứ 2 trở lên là 67,5%. Số lần mang thai trung bình là 2,04 ± 0,9 lần.

**Bảng 3.2. Phân bố tuổi thai của thai phụ (n=231)**

Tuổi thai	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
24 tuần	51	22,1
25 tuần	50	21,6
26 tuần	54	23,4
27 tuần	45	19,5
28 tuần	31	13,4
<b>Tổng</b>	<b>231</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Trong tổng số 231 thai phụ được hỏi, số thai phụ có tuổi thai ở tuần 26 là nhiều nhất (54 thai phụ chiếm 23,4%) và thấp nhất là ở tuần 28 (31 thai phụ chiếm 13,4%).



**Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ (n=231)**

**Nhận xét:** Trong số 231 thai phụ trong nghiên cứu, tỉ lệ thai phụ có mắc ĐTĐTK là 82 người chiếm 35,9%.

Glucose niệu (+) là các yếu tố liên quan đến tỉ lệ đái tháo đường thai kỳ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  Cụ thể:

- + Tỷ lệ mắc đái tháo đường thai kỳ ở nhóm  $\geq 35$  tuổi là 50,0% cao hơn nhóm  $< 35$  tuổi
- + 100% thai phụ có tiền sử viêm âm đạo đều mắc ĐTDĐ thai kỳ
- + 100% nhưng thai phụ có tiền sử gia đình có người mắc ĐTDĐ đều mắc ĐTDĐ thai kỳ
- + 100% thai phụ có thụ thai bằng phương pháp hỗ trợ sinh sản đều có ĐTDĐTK
- + Những thai phụ có trọng lượng tăng  $\geq 7\text{kg}$  có tỷ lệ mắc đái tháo đường là 50% cao hơn nhóm tăng cân  $< 7\text{kg}$  là 30,1%.
- + Những thai phụ có trọng lượng thai nhi  $\geq 90\%$  bách phân vị có tỷ lệ ĐTDĐ thai kỳ (46,2%) cao hơn nhóm trọng lượng thai  $< 90\%$  bách phân vị (29,3%).
- + Những thai phụ có đa ối tỷ lệ ĐTDĐ là 78,6% cao hơn nhóm không có đa ối (33,2%)
- + 100% thai phụ có Glucose niệu (+) đều mắc ĐTDĐ thai kỳ.

#### IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình của thai phụ là:  $30,9 \pm 5,5$  tuổi. Nhóm thai phụ từ 30 – 34 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (38,5%). Có 24,2% thai phụ có độ tuổi  $\geq 35$  tuổi. Kết quả này cao hơn với một số nghiên cứu trước đây: Ở Hà Nội tuổi mang thai trung bình năm 2009 (Vũ Bích Nga) là  $29,2 \pm 4,4$ [3]; năm 2012 (Thái Thị Thanh Thúy) là  $28,1 \pm 4,1$ [5]. Ở thành phố Hồ Chí Minh (Jane và cộng sự 2011), tuổi mang thai trung bình của nhóm thai phụ bình thường là  $27.85 \pm 4.73$ , nhóm ĐTDĐTK là  $31.21 \pm 4.16$  (trung bình chung là 28.3 tuổi)[10]. Tuy nhiên thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoài Trang (2023) tuổi trung bình của các thai phụ là  $33,75 \pm 4,75$  tuổi[6], nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương của tác giả Vương Thị Vui (2019) với độ tuổi trung bình là  $33,3 \pm 4,6$  tuổi[7]. Sự khác biệt là nghiên cứu của Nguyễn Thị Hà Trang và Vương Thị Vui thực hiện trên nhóm đối tượng thụ tinh trong ống nghiệm. Có thể thấy những năm gần đây phụ nữ có nhiều cơ hội học tập, đi làm và kết hôn muộn hơn, sinh con muộn hơn.

Tỷ lệ bệnh nhân mang thai lần đầu là 32,5%, mang thai từ lần thứ 2 trở lên là 67,5%. Phần lớn bệnh nhân mang thai lần thứ 2, biến số này cũng giải thích lý do tuổi thai phụ cao, là yếu tố nguy cơ gây ra bệnh đái tháo đường thai kỳ.

Trong nghiên cứu này, nhóm tuổi thai chúng tôi lựa chọn là từ 24-28 tuần thai. Kết quả cho thấy số thai phụ có tuổi thai ở tuần 26 là nhiều nhất (54 thai phụ chiếm 23,4%) và thấp nhất là ở tuần 28 (31 thai phụ chiếm 13,4%). Phân bố thai phụ theo nhóm tuổi thai trong nghiên cứu này khá đồng đều, sở dĩ chúng tôi lựa chọn

nhóm tuổi thai này thời điểm này được xem là thời điểm chuẩn, tốt nhất cho phát hiện bất thường chuyển hóa carbohydrate trong thai kỳ. Đây là thời điểm trong thai kỳ tình trạng kháng insulin ngày càng gia tăng và tình trạng tăng đường huyết phát triển ở những người không có đủ khả năng tiết insulin để duy trì lượng đường huyết bình thường [9].

Bàn luận về tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ, tỷ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi là 35,9%. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Trương Thị Ái Hòa (2018) trên 264 thai phụ mang thai tự nhiên đơn thai sống cho thấy tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ là 18,9% [2]. Tuy nhiên thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoài Trang (2023) trên những thai phụ thụ tinh trong ống nghiệm tại Nghệ An là 41,3% [6]. Như vậy, có thể dễ dàng nhận thấy tỷ lệ ĐTDĐTK trên đối tượng thai phụ sau TTTON cao hơn so với tỷ lệ ĐTDĐTK trên nhóm thai phụ mang thai tự nhiên.

Về các yếu tố liên quan đến đái tháo đường thai kỳ, nghiên cứu của tôi cũng phát hiện ra các yếu tố tương tự như ý văn và các nghiên cứu trước đó.

#### V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ khá cao. Khi thăm khám, quản lý thai nghén cần tuyên truyền về nguy cơ mắc bệnh, thời điểm và cách thức sàng lọc đái tháo đường thai kỳ, chế độ ăn uống hợp lý và cách dự phòng bệnh cho các thai phụ.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2024), Quyết định số 1470/QĐ-BYT ngày 29/5/2024 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quốc gia về sàng lọc và quản lý đái tháo đường thai kỳ", Bộ Y tế, chủ biên, Hà Nội.
2. **Trương Thị Ái Hòa** (2018), "Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Quận 2", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 22-24.
3. **Vũ Bích Nga** (2009), Nghiên cứu ngưỡng Glucose máu lúc đói để sàng lọc đái tháo đường thai kỳ và bước đầu đánh giá hiệu quả điều trị, Luận án Tiến sĩ Y học: , Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Nguyễn Thị Mai Phương và Vũ Văn Tâm** (2016), "Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng năm 2015", Tạp chí phụ sản, 13(4).
5. **Thái Thị Thanh Thúy** (2012), "Nghiên cứu tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ theo tiêu chuẩn ADA năm 2011 và các yếu tố nguy cơ", Nội tiết, Trường ĐH Y Hà Nội.
6. **Nguyễn Thị Hoài Trang** (2023), Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và kết cục sản khoa ở thai phụ làm thụ tinh trong ống nghiệm tại bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Trường đại học Y Hà Nội.
7. **Vương Thị Vui** (2019), Nghiên cứu đái tháo đường thai kỳ ở thai phụ sau thụ tinh trong ống

- nghiêm., Trường Đại học Y Hà Nội;.
8. **American Diabetes Association** (2024), "Standards of Medical Care in Diabetes 2024", Diabetes care, 36(Supplement 1), tr. S11-S66.
  9. **David Simmons** (2021), "Paradigm Shifts in the Management of Diabetes in Pregnancy: The Importance of Type 2 Diabetes and Early Hyperglycemia in Pregnancy: The 2020 Norbert Freinkel Award Lecture", American Diabetes Association - Diabetes Care, 44(5), tr. 1075-1981.
  10. **Hirst J.E. và et al.** (2012), "Consequences of gestational diabetes in an urban hospital in Viet Nam: a prospective cohort study.", PLOS Medicine, 9(7), tr. 1001272.

## ĐÁNH GIÁ ĐỘ CHÍNH XÁC CỦA ĐIỀU DƯỠNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN KHI ỨNG DỤNG CÔNG CỤ I-DECIDED TRONG CHĂM SÓC ỐNG THÔNG TĨNH MẠCH NGOẠI VI TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH - CƠ SỞ 2

Phan Thị Tâm Đan<sup>1</sup>, Trần Hồ Trung Tín<sup>1</sup>, Trương Ngọc Lâm Tuyền<sup>1</sup>,  
Võ Thị Thanh Giúp<sup>1</sup>, Hồ Thị Duyên<sup>1</sup>, Đặng Thảo Nguyên<sup>2</sup>, Trần Anh Tuấn<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá mức độ chính xác của Điều dưỡng và các yếu tố liên quan trong đánh giá, theo dõi và ra quyết định ống thông tĩnh mạch ngoại vi với công cụ I-DECIDED tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - Cơ sở 2. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang quan sát trên toàn bộ 58 điều dưỡng viên trực tiếp làm công tác chăm sóc người bệnh có ống thông tĩnh mạch ngoại vi và có sử dụng công cụ I-DECIDED để đánh giá, ra quyết định tại 5 khoa lâm sàng tại bệnh viện. **Kết quả:** Kết quả nghiên cứu, cho thấy độ chính xác của Điều dưỡng khi sử dụng công cụ I-DECIDED ở tất cả các chỉ số đều đạt tỉ lệ đồng thuận cao từ 85,7% -100% với PABAK=0.576-1. Trong đó, các chỉ số "D - Cần đặt đường truyền"; "E - Hiệu quả hoạt động"; "I - Phòng ngừa nhiễm khuẩn"; "D - Thay băng, cố định"; "E - Đánh giá, giáo dục" và "D - Quyết định" đạt được sự đồng thuận giữa các Điều dưỡng và chuyên gia là 100% (PABAK= 1, p=0.0012 – 0.0127). Bên cạnh đó, chỉ số "C - Ghi nhận biến chứng" các sự khác biệt nhiều nhất khi các Điều dưỡng đánh giá trên người bệnh và các sự khác biệt giữa các khoa, kết quả dao động từ 85.7% (PABAK= 0.576, p= 0.009) đến 100% (PABAK= 1, p=<0.001). Phân tích mối liên quan cho thấy các điều dưỡng trên 40 tuổi có tỷ lệ thực hành chính xác 100%, cao hơn 1.49 lần so với nhóm dưới 30 tuổi (PR=1.49, p=0.007). Điều dưỡng có thâm niên trên 15 năm có khả năng thực hành chính xác cao hơn 1.48 lần so với nhóm dưới 5 năm (PR=1.48, p<0.008). Nhóm tham gia đào tạo có tỷ lệ thực hành chính xác 93.2%, cao gấp 2.6 lần so với nhóm không đào tạo (PR=2.6, KTC 95%: 1.73 - 3.93, p<0.001). Tổng thời gian điều dưỡng thực hiện đánh giá và chăm sóc ống

thông tĩnh mạch thông qua công cụ I-DECIDED là 2.75 phút ± 1.00 phút. **Kết luận:** Độ chính xác khi sử dụng công cụ I-DECIDED để chăm sóc ống thông tĩnh mạch ngoại vi tại bệnh viện tương đối cao và có sự nhất quán giữa các điều dưỡng lâm sàng. Tuy nhiên, cần tập huấn về công cụ I-DECIDED chậm và kỹ hơn đối với các Điều dưỡng trẻ, chưa có nhiều kinh nghiệm lâm sàng. **Từ khóa:** công cụ I-DECIDED, chăm sóc, ống thông tĩnh mạch ngoại vi.

### SUMMARY

#### EVALUATION OF THE ACCURACY OF NURSES AND RELATED FACTORS WHEN APPLYING THE I-DECIDED TOOL IN PERIPHERAL INTRAVENOUS CATHETER CARE AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER, BRANCH 2

**Objective:** To evaluate the accuracy of nurses and related factors in assessing and monitoring peripheral intravenous catheters using the I-DECIDED tool at University Medical Center Branch 2. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on all 58 nurses directly involved in patient care with peripheral intravenous catheters, utilizing the I-DECIDED tool for assessment and decision-making at five clinical departments of the University Medical Center Branch 2. **Results:** The study results showed that the accuracy of nurses using the I-DECIDED tool in all indicators had a high level of agreement, ranging from 85.7% to 100%, with PABAK=0.576-1. Indicators such as "D - Device necessity," "E - Effectiveness of device," "I - Infection prevention," "D - Dressing and securement," "E - Evaluation of education," and "D - Decision" achieved 100% agreement between nurses and experts (PABAK=1, p=0.0012-0.0127). The "C - Complications at IV site" indicator showed the most discrepancies in assessments across departments, with results ranging from 85.7% (PABAK=0.576, p=0.009) to 100% (PABAK=1, p<0.001). Statistical analysis indicated that nurses over 40 years old had 100% accuracy, 1.49 times higher than the group under 30 years old (PR=1.49, p=0.007). Nurses with more than 15 years

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh – Cơ sở 2

<sup>2</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh  
Chịu trách nhiệm chính: Trần Hồ Trung Tín  
Email: tin.tht@umc.edu.vn  
Ngày nhận bài: 24.10.2024  
Ngày phản biện khoa học: 25.11.2024  
Ngày duyệt bài: 30.12.2024