

DOI: 10.58490/ctump.2025i92.3802

## ĐÁNH GIÁ KẾT CỤC THAI KỲ Ở THAI PHỤ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ INSULIN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2021-2023

*Phạm Thị Lan Anh, Lý Kim Ngân, Vi Thục, Bùi Kim Thoa,  
Nguyễn Hồ Bảo Trâm, Lâm Nguyễn Nhã Trúc, Trần Tín Nghĩa\**  
Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

\*Email: ttngghia@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 13/5/2025

Ngày phản biện: 14/10/2025

Ngày duyệt đăng: 25/10/2025

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Đái tháo đường trong thai kỳ được xem là yếu tố làm gia tăng tỉ lệ các biến chứng sản khoa. Kiểm soát đường huyết bằng insulin được sử dụng khi điều trị tiết chế không đạt mục tiêu, nhằm hạn chế nguy cơ cho cả mẹ và thai nhi. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết cục thai kỳ ở thai phụ mắc đái tháo đường (bao gồm đái tháo đường trước mang thai và đái tháo đường thai kỳ) được điều trị insulin tại bệnh viện Phụ sản TP. Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu 137 thai phụ đơn thai được chẩn đoán đái tháo đường điều trị insulin vào sinh tại bệnh viện Phụ sản TP. Cần Thơ từ 01/2021 đến 01/2023. **Kết quả:** Thai phụ >35 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (54,0%). Tiền sử sản khoa bất lợi: sinh con to chiếm 27,7%. Thai kỳ được kiểm soát đường huyết tốt (65,7%). Thai phụ sử dụng insulin sau sinh (49,6%). Đa số thai kỳ kết thúc ở tuổi thai  $\geq 37$  tuần (67,2%). Lý do chấm dứt thai kỳ chủ yếu do chuyển dạ tự nhiên (89,1%). Tỉ lệ mổ lấy thai cao (93,4%). Trong số các biến chứng của đái tháo đường, biến chứng thường gặp nhất là thai to so với tuổi thai (53,3%). Biến chứng ở mẹ: Sinh non (32,8%), thai lưu (4,4%), đa ối (16,8%). Có 4,6% trẻ apgar 1 phút <7 và 3,8% trẻ apgar 5 phút <7. Có 04 trẻ bị hạ đường huyết sau sinh. **Kết luận:** Đái tháo đường điều trị insulin thường đi kèm nguy cơ sản khoa cao, đa số được mổ lấy thai và kiểm soát đường huyết tốt lúc kết thúc thai kỳ (65,7%), nhưng biến chứng sinh non, thai to và thai lưu vẫn ghi nhận với tỉ lệ cao.

**Từ khóa:** Đái tháo đường, Đái tháo đường trước mang thai, Đái tháo đường thai kỳ, Insulin, Kết cục thai kỳ trên mẹ và con.

### ABSTRACT

## EVALUATION OF PREGNANCY OUTCOMES IN DIABETIC PREGNANT WOMEN TREATED WITH INSULIN AT CAN THO OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2021-2023

*Phạm Thị Lan Anh, Ly Kim Ngan, Vi Thục, Bui Kim Thoa,  
Nguyen Ho Bao Tram, Lam Nguyen Nha Truc, Tran Tin Nghia\**  
Can Tho University of Medicine and Pharmacy

**Background:** Diabetes during pregnancy is recognized as a major risk factor for increased obstetric complications. Insulin therapy is indicated when medical nutrition therapy fails to achieve glycemic targets, aiming to mitigate risks for both mother and fetus. **Objectives:** To evaluate pregnancy outcomes in women with diabetes (including pre-gestational and gestational diabetes) treated with insulin at Can Tho Obstetrics and Gynecology Hospital. **Materials and methods:** A retrospective cross-sectional study was conducted on 137 women with singleton pregnancies diagnosed with diabetes requiring insulin who delivered at Can Tho Obstetrics and Gynecology Hospital from January 2021 to January 2023. **Results:** The highest proportion of patients was aged

>35 years (54.0%). Regarding adverse obstetric history, a history of macrosomia accounted for 27.7%. Optimal glycemic control was achieved in 65.7% of cases. Postpartum insulin use was recorded in 49.6% of participants. Most pregnancies reached a gestational age of  $\geq 37$  weeks (67.2%). Spontaneous labor was the primary reason for the end of pregnancy (89.1%). The cesarean section rate was remarkably high (93.4%). The most frequent complication was large-for-gestational-age (LGA) fetuses (53.3%). Other maternal and fetal complications included preterm birth (32.8%), stillbirth (4.4%), and polyhydramnios (16.8%). Low Apgar scores <7 at 1 and 5 minutes were recorded in 4.6% and 3.8% of neonates, respectively. Four cases of neonatal hypoglycemia occurred. **Conclusions:** Insulin-treated diabetes in pregnancy is associated with high obstetric risks. While the majority of patients underwent cesarean delivery and achieved optimal glycemic control by the end of pregnancy (65.7%), the incidences of complications such as preterm birth, LGA (macrosomia), and stillbirth remain high.

**Keywords:** Diabetes mellitus, Pre-gestational diabetes, Gestational diabetes mellitus, Insulin, Maternal and neonatal outcomes.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) trong thai kỳ bao gồm đái tháo đường trước mang thai (ĐTĐTMT) và đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK). Trong đó, ĐTĐTMT bao gồm ĐTĐ tuýp 1 và tuýp 2 đã được chẩn đoán trước khi mang thai, ĐTĐTK là tình trạng rối loạn dung nạp glucose mới xuất hiện hoặc được phát hiện lần đầu trong thai kỳ [1]. Theo Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA), thai phụ mắc ĐTĐTMT có nguy cơ cao hơn về dị tật bẩm sinh (6,0 - 12,0% so với <1,0% ở ĐTĐTK), sảy thai tự nhiên (15,0 - 30,0%), tăng huyết áp (THA) thai kỳ (10,0 - 20,0%), tiền sản giật (20,0 - 40,0%) và sinh non (15,0 - 25,0%) [2]. Kiểm soát đường huyết bằng insulin được sử dụng khi điều trị tiết chế không đạt mục tiêu, giúp duy trì mức đường huyết trong giới hạn mục tiêu nhằm hạn chế các biến chứng sản khoa. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng insulin có thể giảm tỉ lệ thai to so với tuổi thai, giảm tỉ lệ sinh mổ và giảm biến chứng sơ sinh [3]. Ngoài ra, insulin làm giảm nguy cơ THA thai kỳ, tiền sản giật và sinh non ở nhóm thai phụ ĐTĐTK [4].

Hiện nay tại Việt Nam, insulin là thuốc duy nhất được Bộ Y tế cho phép sử dụng trong điều trị tăng đường huyết ở phụ nữ mang thai, bao gồm cả ĐTĐTMT và ĐTĐTK. Song song đó, việc đánh giá và theo dõi sự kiểm soát đường huyết bằng insulin trong thai kỳ và trong chuyển dạ là đặc biệt quan trọng. Dù đã có nhiều nghiên cứu về ĐTĐ trong nước, nhưng vẫn cần thêm các nghiên cứu nhằm cung cấp thêm dữ liệu thực tế, góp phần nâng cao chất lượng quản lý và điều trị ĐTĐ. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: đánh giá kết cục thai kỳ các trường hợp thai phụ ĐTĐ được điều trị insulin tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ năm 2021-2023.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Thai phụ đơn thai được chẩn đoán ĐTĐ vào sinh tại bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ từ 01/2021-01/2023.

#### - Tiêu chuẩn chọn mẫu:

+ Thai phụ mắc ĐTĐTMT: đã được chẩn đoán ĐTĐ (tuýp 1 hoặc tuýp 2) từ trước khi mang thai được điều trị bằng insulin.

+ Thai phụ mắc ĐTĐTK: Chưa được chẩn đoán ĐTĐTMT; được làm xét nghiệm dung nạp Glucose 75g đường từ 24-28 tuần thai, có kết quả dương tính theo tiêu chuẩn khuyến cáo của Hiệp hội đái tháo đường Hoa Kỳ 2019 (thỏa mãn một trong các tiêu chuẩn

sau: Glucose máu lúc đói  $\geq 5,1$  mmol/L hoặc Glucose máu sau 1h  $\geq 10$ mmol/L; hoặc Glucose máu sau 2h làm nghiệm pháp  $\geq 8,5$  mmol/L) được điều trị bằng insulin.

+ Đơn thai.

+ Trẻ sơ sinh được làm Glucose máu sau sinh.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Bệnh lý ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose, bao gồm cường giáp, suy giáp, hội chứng Cushing, u tủy thượng thận, hội chứng Conn, hội chứng buồng trứng đa nang, bệnh gan, suy thận.

+ Bệnh lý ác tính hoặc bệnh lý nội khoa nặng, bệnh tim mạch, bệnh tâm thần, hoặc thiếu máu mức độ vừa và nặng.

+ Sử dụng thuốc ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose, như corticoid, salbutamol, thuốc chẹn giao cảm, lợi tiểu nhóm thiazide.

+ Bệnh cấp tính tại thời điểm theo dõi, ví dụ: nhiễm khuẩn nặng, lao phổi.

+ Hồ sơ không đầy đủ hoặc thiếu thông tin.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- **Phương pháp chọn mẫu:** chọn tất cả hồ sơ bệnh án thai phụ đáp ứng tiêu chuẩn chọn bệnh trong khoảng thời gian từ 01/2021 đến 01/2023.

- **Cỡ mẫu:** sử dụng công thức ước lượng một tỉ lệ trong quần thể

$$n = z_{1-\alpha/2}^2 \times \frac{p(1-p)}{d^2} = 98,7$$

n: cỡ mẫu tối thiểu cần có

$z_{1-\alpha/2}$  với mức ý nghĩa  $\alpha = 5\% \Rightarrow z_{0,975} = 1,96$

p: tỉ lệ ước lượng;  $p = 0,069$  [5]

d: sai số cho phép xảy ra (chọn  $d = 5\% = 0,05$ )

Cỡ mẫu ước lượng tối thiểu là:  $n = 99$  sản phụ. Thực tế chúng tôi thu thập được 137 hồ sơ bệnh án thai phụ đáp ứng tiêu chuẩn.

- **Nội dung nghiên cứu:**

(1) Mô tả đặc điểm của thai phụ có ĐTD: Nhóm tuổi, tiền sử sinh con to  $\geq 4000$ g, tiền sử thai chết lưu, tiền sử thai lưu liên tiếp.

(2) Đánh giá kết cục thai kỳ các trường hợp thai phụ ĐTD được điều trị insulin: Kiểm soát đường huyết lúc kết thúc thai kỳ (kiểm soát đường huyết tốt khi đường huyết lúc đói  $\leq 96$ mg/dl, hoặc đường huyết 2 giờ sau ăn  $\leq 120$ mg/dl, hoặc đường huyết bất kỳ  $\leq 140$  mg/dl); Sử dụng insulin sau sinh; Tuổi thai kết thúc thai kỳ (Theo tiêu âm quý I (CRL), hoặc dựa vào ngày kinh cuối (nếu nhớ rõ và chu kỳ đều). Trường hợp không xác định được 2 yếu tố trên, sẽ ước lượng tuổi thai theo tiêu âm quý II, đơn vị tuần); Phương pháp kết thúc thai kỳ (mổ lấy thai, sinh ngã âm đạo); Lý do kết thúc thai kỳ (Chuyên dạ tự nhiên, ối vỡ non, thai lưu, rối loạn tăng huyết áp thai kỳ, khác); Biến chứng ở mẹ: sinh non, đa ối (AFI  $\geq 25$  hoặc khoang ối lớn nhất  $\geq 8$ ), thai chết lưu trong tử cung; Biến chứng ở con: thai to so với tuổi thai (chuẩn International Fetal Growth Standards), Apgar 1 phút  $< 7$ , Apgar 5 phút  $< 7$ , Hạ đường huyết sau sinh.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Hồi cứu hồ sơ bệnh án, chọn các trường hợp thỏa tiêu chí chọn mẫu và ghi đầy đủ các số liệu vào phiếu thu thập số liệu, thu thập các thông tin trước trong và sau khi thai phụ chuyển dạ. Số liệu nhập vào excel và công cụ SPSS.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Biến định tính được mô tả dưới dạng tần suất và tỉ lệ. Biến định lượng mô tả dưới dạng trung bình và

độ lệch chuẩn (ĐLC) nếu có phân phối chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị (IQR) nếu không có phân phối chuẩn.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu đã thông qua Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ số 23.124.SV/PCT-HĐĐĐ ngày 25/12/2023.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của những thai phụ ĐTĐ điều trị insulin

Đặc điểm chung		Tần số (n=137)	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi	<25	11	8,0
	25-35	52	38,0
	>35	74	54,0
Tiền sử sinh con to	Có	38	27,7
	Không	99	72,3
Tiền sử thai chết lưu	Có	14	10,2
	Không	123	89,8
Tiền sử thai lưu liên tiếp	Có	4	2,9
	Không	133	97,1

Nhận xét: Nhóm thai phụ >35 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (54,0%), nhóm thai phụ <25 tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất (8,0%). Trong số các tiền sử sản khoa thai phụ được chẩn đoán ĐTĐ, tiền sử sinh con to chiếm tỉ lệ cao nhất (27,7%).

#### 3.2. Kết cục thai kỳ

Bảng 2. Kết cục thai kỳ của thai phụ ĐTĐ điều trị insulin

		Tần số (n=137)	Tỉ lệ (%)
Kiểm soát đường huyết lúc kết thúc thai kỳ	Không kiểm soát tốt	47	34,3
	Kiểm soát tốt	90	65,7
Sử dụng insulin sau sinh	Có sử dụng	68	49,6
	Không sử dụng	69	50,4
Tuổi thai kết thúc thai kỳ	28 - <34 tuần	11	8,0
	34 - <37 tuần	34	24,8
	≥ 37 tuần	92	67,2
Tuổi thai nhỏ nhất: 29 tuần; Tuổi thai lớn nhất: 39 tuần 6 ngày			
Lý do kết thúc thai kỳ	Chuyển dạ tự nhiên	122	89,1
	Ôi vỡ non	12	8,8
	Thai lưu	5	3,6
	Rối loạn THA thai kỳ	14	10,2
	Khác	54	39,4
Phương pháp kết thúc thai kỳ	Mổ lấy thai	128	93,4
	Sinh ngã âm đạo	9	6,6

Nhận xét: Tỉ lệ thai kỳ được kiểm soát đường huyết tốt cao gấp 2 lần nhóm không được kiểm soát tốt. Có 49,6% thai phụ sử dụng insulin sau sinh. Thai phụ kết thúc thai kỳ ≥ 37 tuần chiếm tỉ lệ cao nhất (67,2%). Lý do kết thúc thai kỳ là chuyển dạ tự nhiên chiếm tỉ lệ cao nhất (89,1%). Mổ lấy thai là phương pháp kết thúc thai kỳ phổ biến (93,4%).

Bảng 3. Biến chứng ở mẹ và con sinh ra từ mẹ mắc ĐTD được điều trị insulin

Biến chứng		Tần số (n=137)	Tỉ lệ (%)
Biến chứng ở mẹ	Sinh non	45	32,8
	Thai lưu	6	4,4
	Đa ối	23	16,8
Biến chứng ở con sinh ra từ mẹ mắc ĐTD	Thai to so với tuổi thai	73	53,3
	Apgar 1 phút <7**	6	4,6
	Apgar 5 phút <7**	5	3,8
	Hạ đường huyết**	4	3,1

\*\* 131 trẻ được phân tích do có 6 trường hợp thai chết lưu.

Nhận xét: Tỉ lệ sinh non ở mẹ mắc ĐTD chiếm 32,8%; thai lưu chiếm tỉ lệ 4,4% và đa ối chiếm tỉ lệ 16,8%. Biến chứng thai to so với tuổi thai chiếm tỉ lệ 53,3%. Trong 131 trẻ, có 6 trẻ apgar 1 phút <7 và 5 trẻ apgar 5 phút <7. Có 4 trẻ bị hạ đường huyết sau sinh.

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm chung của những thai phụ

Nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ thai phụ >35 tuổi chiếm 54,0%, phản ánh xu hướng gia tăng tuổi sinh sản và mối liên hệ giữa tuổi mẹ cao và nguy cơ mắc ĐTD trong thai kỳ. So sánh với các nghiên cứu trong nước, kết quả này tương đồng với Võ Thị Thành (47,3%) [6], cao hơn Phan Virakthida (35,7%) [7] và Trần Quang Hanh (24,6%) [8]. Tuổi mẹ cao làm giảm độ nhạy insulin và chức năng tế bào beta tụy, dẫn đến tình trạng kháng insulin và tăng đường huyết [9].

Trong số các tiền sử sản khoa thai phụ được chẩn đoán ĐTD, tiền sử sinh con to chiếm tỉ lệ cao nhất (27,7%). Điều này cho thấy mối liên hệ giữa thai to và ĐTD không chỉ là hậu quả mà còn là yếu tố nguy cơ của nhau. Thai to là biểu hiện của tăng đường huyết mạn tính chưa kiểm soát tốt. Trong một nghiên cứu khác cùng năm 2024 của tác giả Nguyễn Minh Anh, Huỳnh Thanh Phong thì tỉ lệ này là 9,1% [10]. Trong một nghiên cứu của tác giả Trần Quang Hanh cho kết quả ghi nhận thai phụ có tiền sử sinh con to là 8,5% [8]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Kim Anh năm 2017 cho thấy tỉ lệ thai phụ ĐTD/TMT có tiền sử sinh con to là 59,4% và ở nhóm ĐTD/TK là 27,5% [11]. Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của chúng tôi có cỡ mẫu lớn hơn và có tiêu chuẩn chọn mẫu trong vòng 2 năm, nghiên cứu của tác giả Kim Anh có cỡ mẫu 72 trường hợp được ghi nhận trong 1 năm. Ngoài ra, các nghiên cứu về thai to cho thấy tỉ lệ này khác nhau tùy theo chủng tộc. Tỉ lệ sinh con to của những bà mẹ mắc ĐTD có nguồn gốc da trắng, da đen hoặc nguồn gốc Tây Ban Nha cũng khác nhau [9]. Cân nặng thai nhi thấp hay cao có liên quan đến tình trạng kháng insulin. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 10,2% trường hợp thai phụ mắc ĐTD có từng có thai chết lưu và có 2,9% thai phụ có tiền sử thai lưu liên tiếp. Kết quả này có sự tương đồng với tác giả Nguyễn Thị Kim Anh khi tỉ lệ thai phụ có tiền sử thai chết lưu trong nghiên cứu này là 15,6% với nhóm ĐTD/TMT, 12,5% ở nhóm ĐTD/TK [11]. Báo cáo của Nguyễn Minh Anh, Huỳnh Thanh Phong lại ghi nhận thai chết lưu là 3,0% [10]. Một nghiên cứu khác cho thấy tỉ lệ này là 2,3% [8]. Việc thai lưu có thể có liên quan đến rối loạn dung nạp đường huyết. Đường huyết cao có thể ảnh hưởng đến tuần hoàn máu đến thai nhi, dẫn đến tình trạng thiếu oxy và dinh dưỡng. Ngoài ra ĐTD không được kiểm soát làm tăng nguy cơ dị tật bẩm sinh, điều này cũng có thể dẫn đến thai lưu [9].

## 4.2. Kết cục thai kỳ

Về khả năng kiểm soát đường huyết tại thời điểm kết thúc thai kỳ, nghiên cứu ghi nhận 65,7% trường hợp đạt mức kiểm soát tốt theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế Việt Nam (2024). Ngược lại, có 34,3% trường hợp không đạt mục tiêu kiểm soát hoàn toàn. Kết quả này phản ánh những thách thức thực tế trong việc duy trì mức đường huyết ổn định ở phụ nữ mang thai, đặc biệt khi mẫu nghiên cứu bao gồm cả nhóm ĐTĐ trước mang thai vốn có biến thiên đường huyết phức tạp. Đáng chú ý, tỉ lệ bệnh nhân vẫn cần duy trì sử dụng insulin sau sinh lên tới gần 50%. Con số này phản ánh xu hướng được báo cáo bởi Liên đoàn Đái tháo đường Thế giới (IDF), khi tỉ lệ phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ mắc ĐTĐ thực sự (đặc biệt là tuýp 2) đang gia tăng mạnh mẽ trên toàn cầu, đòi hỏi việc điều trị bằng thuốc kéo dài cả sau thai kỳ [12]. Khi so sánh với các dữ liệu quốc tế mới nhất, kết quả kiểm soát tốt của chúng tôi (65,7%) tương đồng nhưng có phần khả quan hơn so với báo cáo của Zhou và cộng sự (2025), nơi tỉ lệ đạt mục tiêu ở nhóm đối tượng hỗn hợp chỉ khoảng 57,7% [13]. Sự khác biệt này cho thấy hiệu quả của việc quản lý chặt chẽ theo các hướng dẫn cập nhật. Tuy nhiên, tỉ lệ không kiểm soát tốt vẫn là một thách thức lớn, phù hợp với quan điểm của Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA) năm 2025 về việc cần phải cá thể hóa mục tiêu điều trị và theo dõi sát sao đối với các thai kỳ có nguy cơ cao để giảm thiểu biến chứng [14].

Trong tổng số 137 trường hợp, nhóm sinh đủ tháng  $\geq 37$  tuần chiếm tỉ lệ cao nhất với 67,2%, cho thấy phần lớn thai phụ có thể duy trì thai kỳ đến thời điểm đủ trưởng thành để sinh nở. Kết quả này gần tương đồng với nghiên cứu của Võ Thị Thành (63,2%), Phan Virakthida (51,2%) [5-6].

Hầu hết các trường hợp kết thúc thai kỳ là do chuyển dạ tự nhiên, chiếm tỉ lệ cao nhất với 89,1%. Đa số thai phụ bị ĐTĐ trong nghiên cứu của chúng sinh bằng phương pháp mổ lấy thai chiếm tỉ lệ 93,4% tương đồng với nghiên cứu của tác giả Phan Virakthida (90,5%), Nguyễn Thị Việt Chinh (97,1%) [7], [15]. Nguyên nhân chủ yếu dẫn đến mổ là do có tiền sử mổ lấy thai trước đó, đau vết mổ cũ /vết mổ cũ 2 lần chiếm tới 53 trường hợp. Ngoài ra các trường hợp thai phụ béo phì, nghiệm pháp lọt thất bại, đặc biệt là trường hợp vết mổ cũ kèm ngôi bất thường-thai to-rối loạn THA thai kỳ đều là tình trạng nguy cơ cao cần phải chỉ định mổ lấy thai.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi biến chứng sinh non, thai lưu, đa ối lần lượt là 32,8%; 4,4%; 16,8%. Khi so sánh với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Kim Anh thì tỉ lệ sinh non, thai lưu lần lượt là 18,1%; 2,7% [11]. Thai to so với tuổi thai chiếm tỉ lệ 53,3% cao hơn rõ rệt so nghiên cứu của Võ Thị Thành (18,4%) [6], phản ánh hậu quả rõ rệt của tăng glucose máu kéo dài.

Biến chứng quan trọng sau sinh ở bé là ngạt được quan sát bằng chỉ số Apgar, kết quả của chúng tôi nghiên cứu trên 131 trẻ sinh ra từ mẹ ĐTĐTK, kết quả ngạt sơ sinh theo Apgar 1 phút có 6 bé (4,6%), Apgar 5 phút có 5 bé (3,8%). Có 4 trường hợp hạ đường huyết sau sinh (3,1%). Các chỉ số Apgar thấp và hạ đường huyết sơ sinh tuy chỉ chiếm tỉ lệ thấp (3,0-4,0%) nhưng có ý nghĩa lâm sàng, vì có thể dẫn đến tổn thương thần kinh nếu không phát hiện kịp thời.

## 4.3. Hạn chế nghiên cứu

Hạn chế của nghiên cứu là thiết kế hồi cứu nên việc thu thập dữ liệu phụ thuộc vào hồ sơ bệnh án. Một số kết cục sơ sinh chuyên sâu (hạ calci máu, sang chấn sản khoa, dị tật...) chưa được ghi nhận đầy đủ hoặc có tần suất thấp nên không đưa vào phân tích. Các nghiên cứu tiền cứu trong tương lai cần được thực hiện để đánh giá toàn diện hơn các biến chứng này.

## V. KẾT LUẬN

Đái tháo đường điều trị insulin thường đi kèm nguy cơ sản khoa cao, đa số được mổ lấy thai và kiểm soát đường huyết tốt lúc kết thúc thai kỳ (65,7%), nhưng biến chứng sinh non, thai to và thai lưu vẫn ghi nhận với tỉ lệ cao.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ACOG. Gestational Diabetes Mellitus: ACOG Practice Bulletin No. 190. *Obstetrics & Gynecology*. 2018. 131(2), e49–e64. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002501>.
2. ADA. Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Medical Care in Diabetes—2021. *Diabetes Care*. 2021. 44 (Supplement 1), S200–S210. <https://doi.org/10.2337/dc21-S014>.
3. Behboudi-Gandevani S, Bidhendi-Yarandi R, Panahi MH, Vaismoradi M. The Effect of Mild Gestational Diabetes Mellitus Treatment on Adverse Pregnancy Outcomes: A Systemic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Endocrinology*. 2021. 12:640004, <https://doi.org/10.3389/fendo.2021.640004>.
4. Guo L, Ma J, Tang Z, Zhang W. Association between treatment of gestational diabetes mellitus and pregnancy outcomes: A meta-analysis. *Journal of Clinical Medicine*. 2021. 10(9), 1934. <https://doi.org/10.3390/jcm10091934>.
5. Tola A., Assefa N., Dessie Y., Oljira L., Regassa L. D., Gure T., Gobena T. Epidemiology of hyperglycemia during pregnancy in Ethiopia: prevalence, associated factors, and fetomaternal outcomes: systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*. 2024. 13(1),116, <https://doi.org/10.1186/s13643-024-02526-z>.
6. Võ Thị Thành, Nguyễn Minh Tài Lộc, Vương Thị Ngọc Lan. Kết cục thai kỳ các trường hợp đái tháo đường thai kỳ điều trị insulin chấm dứt thai kỳ tại Bệnh viện Từ Dũ. *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*. 2019, 23(2), 63-68. <https://tapchihocphcm.vn/articles/16947>.
7. Phan Virakthida, Hà Hữu Hoàng Khải, Phạm Bá Nha. Xử trí sản khoa các sản phụ đái tháo đường điều trị insulin tại Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2025. 546(1), 314-317, <https://doi.org/10.51298/vmj.v546i1.12556>.
8. Trần Quang Hanh, Bùi Sơn Thắng, và Trọng Tài Lê. So sánh đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng giữa nhóm sản phụ đái tháo đường thai kỳ điều trị tiết chế và điều trị Insulin tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2023. *Tạp Chí Y học Việt Nam*. 2024. 537(1), 133-137, <https://doi.org/10.51298/vmj.v537i1.9009>.
9. Bộ Y tế. Hướng dẫn quốc gia dự phòng và kiểm soát đái tháo đường thai kỳ. 2018. <https://benhvienthatrung.vn/wp-content/uploads/2022/09/6173-2018-HDQG-Dai-thao-duong-thai-ky-20.10.2018.pdf>.
10. Huỳnh Thanh Phong, Nguyễn Minh Anh, Nguyễn Thị Diễm Thuý, Đào Thuý Anh, và Nguyễn Thê Bảo. Một số yếu tố nguy cơ của đái tháo đường thai kỳ: nghiên cứu bệnh chứng. *Tạp Chí Y học Việt Nam*. 2024. 541(1), <https://doi.org/10.51298/vmj.v541i1.10683>.
11. Nguyễn Thị Kim Anh. Nghiên cứu các yếu tố liên quan và kết cục thai kỳ ở phụ nữ đái tháo đường trong thai kỳ. *Tạp chí Y Dược Huế*. 2018. 8(5), 108-114, <https://www.doi.org/10.34071/jmp.2018.5.16>.
12. Sun H, Saeedi P, Karuranga S, et al. IDF Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. *Diabetes research and clinical practice*. 2022. 183, 109119, <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2021.109119>.
13. Zhou X., Zhang R., Jiang S., Cheng D., & Wu H. Analysis glycemic variability in pregnant women with various type of hyperglycemia. *BMC pregnancy and childbirth*. 2025. 25(1), 454, <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07513-3>.
14. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 15. Management of diabetes in pregnancy: Standards of care in diabetes—2025. *Diabetes Care*. 2025. 48(Supplement\_1), S306–S320, <https://doi.org/10.2337/dc25-S015>.
15. Nguyễn Thị Việt Chinh, Nguyễn Khoa Diệu Vân. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố liên quan của bệnh nhân đái tháo đường mang thai. *Tạp Chí Y học Việt Nam*. 2020. 521(2), 60-64, <https://doi.org/10.51298/vmj.v521i2.4042>.