

DOI: 10.58490/ctjump.2026i102.5031

TỶ LỆ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TIỀN SẢN GIẬT Ở SẢN PHỤ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2024-2026

Huỳnh Cẩm Đào, Lâm Đức Tâm*

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: ldtam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 14/4/2026

Ngày phản biện: 29/7/2026

Ngày duyệt đăng: 25/8/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tiền sản giật là biến chứng sản khoa nghiêm trọng và là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh suất và tử suất mẹ - thai. Bên cạnh đó, đái tháo đường thai kỳ được xem là một yếu tố nguy cơ của tiền sản giật. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ và một số yếu tố liên quan đến tiền sản giật ở sản phụ có đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ năm 2024-2026. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu đoàn hệ tiền cứu được thực hiện trên 400 sản phụ được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ đến khám thai tại Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ từ tháng 06/2024 đến tháng 02/2026. Phân tích hồi quy logistic đa biến xác định một số yếu tố liên quan đến tiền sản giật. **Kết quả:** Tỷ lệ tiền sản giật là 18,3%. Trong số này, 82,2% là tiền sản giật không có dấu hiệu nặng và 41,1% là tiền sản giật non tháng. Kết quả tiền sản giật có mối liên quan độc lập với tuổi mẹ ($OR = 3,03$; KTC 95%: 1,76 - 5,22) và BMI trước mang thai ($OR = 1,99$; KTC 95%: 1,44 - 2,73). **Kết luận:** Tiền sản giật thường gặp ở sản phụ đái tháo đường thai kỳ và việc nhận diện sớm các yếu tố nguy cơ giúp cải thiện quản lý thai kỳ và kết cục mẹ - thai.

Từ khóa: Đái tháo đường thai kỳ, tiền sản giật, yếu tố liên quan.

ABSTRACT

PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS OF PREECLAMPSIA IN WOMEN WITH GESTATIONAL DIABETES MELLITUS AT CAN THO OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2024-2026

Huynh Cam Dao, Lam Duc Tam*

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Preeclampsia is a serious obstetric complication and a leading cause of maternal and perinatal morbidity and mortality. Gestational diabetes mellitus is considered an important risk factor for preeclampsia. **Objectives:** To determine the prevalence and identify factors associated with preeclampsia among women with gestational diabetes mellitus at Can Tho Obstetrics and Gynecology Hospital from 2024 to 2026. **Materials and methods:** A prospective cohort study with analytical components was conducted on 400 pregnant women diagnosed with gestational diabetes mellitus who attended antenatal care at Can Tho Obstetrics and Gynecology Hospital from June 2024 to February 2026. Multivariable logistic regression analysis was performed to identify factors independently associated with preeclampsia. **Results:** The prevalence of preeclampsia was 18.3%. Among affected cases, 82.2% had preeclampsia without severe features and 41.1% were preterm preeclampsia. Preeclampsia was independently associated with maternal age ($OR = 3.03$; 95% CI: 1.76–5.22) and pre-pregnancy BMI ($OR = 1.99$; 95% CI: 1.44 – 2.73). **Conclusion:** Preeclampsia was common among women with gestational diabetes mellitus, and early identification of risk factors may help improve pregnancy management and maternal - perinatal outcomes.

Keywords: Gestational diabetes mellitus, preeclampsia, associated factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật là một trong những biến chứng sản khoa nghiêm trọng, ảnh hưởng đến khoảng 2-8% các thai kỳ và là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh suất và tử suất mẹ - con [1]. Bệnh đặc trưng bởi tăng huyết áp khởi phát sau tuần thứ 20 của thai kỳ, kèm theo tổn thương cơ quan đích và rối loạn chức năng nhau thai. Cơ chế bệnh sinh của tiền sản giật được cho là liên quan đến rối loạn chức năng nội mô, phản ứng viêm toàn thân, stress oxy hóa và giảm tưới máu bánh nhau, dẫn đến nhiều biến chứng nặng nề cho mẹ và thai nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời [2]. Trong những năm gần đây, đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) đang gia tăng nhanh chóng, theo Liên đoàn Đái tháo đường thế giới, tỷ lệ ĐTĐTK dao động từ 7-15% các thai kỳ [3]. ĐTĐTK không chỉ làm tăng nguy cơ rối loạn chuyển hóa trong thai kỳ mà còn được xem là nền tảng nguy cơ quan trọng của nhiều biến chứng sản khoa, trong đó có tiền sản giật. Tỷ lệ tiền sản giật ở sản phụ có ĐTĐTK cao hơn rõ rệt so với quần thể sản khoa chung, dao động từ 15-25% [4], [5]. Mỗi liên quan này được giải thích bởi những rối loạn do ĐTĐTK gây ra thúc đẩy sự hình thành và tiến triển của tiền sản giật [6]. Do đó, việc xác định tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến tiền sản giật ở sản phụ có ĐTĐTK là cần thiết và có ý nghĩa thực tiễn. Kết quả nghiên cứu góp phần hỗ trợ lâm sàng trong việc nhận diện sớm nhóm nguy cơ, kiểm soát chuyển hóa và theo dõi thai kỳ chặt chẽ giúp cải thiện kết cục mẹ - thai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả sản phụ đến khám thai tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ từ tháng 06/2024 đến tháng 02/2026 được chẩn đoán có đái tháo đường thai kỳ theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Hiệp hội đái tháo đường Hoa Kỳ 2019 ở tuổi thai từ 24-28 tuần, được theo dõi đến khi kết thúc thai kỳ ghi nhận có tiền sản giật.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tất cả sản phụ nhập viện sau khi xác định chẩn đoán ĐTĐTK tuân thủ đúng quy trình quản lý và theo dõi đái tháo đường thai kỳ cho đến khi vào sinh tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ. Sản phụ đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Sản phụ đã được chẩn đoán và đang theo dõi điều trị đái tháo đường trước khi mang thai lần này hoặc chẩn đoán đái tháo đường trước tuần 24 của thai kỳ.

+ Sản phụ nguy cơ cao mắc tiền sản giật được dự phòng Aspirin.

+ Sản phụ đang mắc các bệnh lý ác tính, bệnh thận, bệnh gan, bệnh tâm thần cần điều trị. Sản phụ đang sử dụng các loại thuốc như corticoid, lợi tiểu thiazide, phenytoin, acid nicotinic, các thuốc ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose. Thai bị dị tật bẩm sinh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu đoàn hệ tiền cứu.

- **Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ từ tháng 06/2024 đến tháng 02/2026.

- **Cỡ mẫu:**

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

Trong đó: n là cỡ mẫu cho nghiên cứu, α : chấp nhận bằng 5%, p: tỷ lệ tiền sản giật ở phụ nữ có đái tháo đường thai kỳ. Theo nghiên cứu của Neelima, tỷ lệ là 30% nên chọn p

= 0,30 [7]. Từ đó tính ra được cỡ mẫu tối thiểu là 323 (dự trừ mất mẫu 10%), d: sai số trong nghiên cứu (d = 0,05). Cỡ mẫu thực tế là 400 sản phụ.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện tất cả sản phụ mắc đái tháo đường thai kỳ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu đưa vào nghiên cứu.

- **Phương pháp thu thập số liệu:**

Bước 1: Sàng lọc tất cả sản phụ theo dõi đến khi kết thúc thai kỳ tại Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ, có làm xét nghiệm dung nạp Glucose 75 gram theo tiêu chí chẩn đoán của Hiệp hội đái tháo đường Hoa Kỳ 2019, sau khi xác định chẩn đoán ĐTĐTK ở tuổi thai từ 24-28 tuần, ghi nhận có hoặc không có tiền sản giật trong quá trình theo dõi thai kỳ và/hoặc khi nhập viện sinh theo tiêu chuẩn ACOG 2020: tăng huyết áp khởi phát sau 20 tuần thai (HA $\geq$ 140/90 mmHg) kèm protein niệu hoặc, nếu không có protein niệu, có biểu hiện tổn thương cơ quan đích theo hướng dẫn ACOG [8].

Bước 2: Thu thập số liệu. Hỏi bệnh sử và các yếu tố nguy cơ ghi vào phiếu thu thập.

Bước 3: Tổng hợp và hoàn chỉnh các phiếu thu thập số liệu, kiểm tra lại số liệu bằng cách đối chiếu với hồ sơ bệnh án hay gọi điện thoại phỏng vấn bệnh nhân, phân tích kết quả và viết bài nghiên cứu.

- **Nội dung nghiên cứu:** Nghiên cứu xác định tỷ lệ tiền sản giật ở sản phụ đái tháo đường thai kỳ; phân tích mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ liên quan độc lập đến tiền sản giật bằng hồi quy logistic đa biến. Các biến số nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung: Tuổi, địa chỉ, nghề nghiệp, mức độ tăng cân trong thai kỳ, BMI trước mang thai, số lần mang thai, số lượng thai, điều trị đái tháo đường thai kỳ

+ Yếu tố tiền sử: Gia đình có người mắc đái tháo đường, gia đình có người mắc bệnh mạch vành (BMV), ĐTĐTK lần mang thai trước, tăng huyết áp thai kỳ (THATK) hoặc tiền sản giật (TSG) sản giật – (SG), sinh con to $\geq$ 3500gram, mang thai lưu không rõ nguyên nhân (KRNN), sinh con non tháng.

+ Tỷ lệ tiền sản giật và phân loại: TSG có dấu hiệu nặng và không dấu hiệu nặng, non tháng, đủ tháng

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. Các biến có $p < 0,05$ trong phân tích đơn biến được đưa vào mô hình hồi quy logistic nhị phân đa biến theo phương pháp Enter dưới dạng OR hiệu chỉnh, KTC 95% và giá trị p; $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của trường Đại học Y Dược Cần Thơ theo phiếu chấp thuận số 24.267.HV/PCT-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm		Số lượng (n = 400)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	32 $\pm$ 5,42	
	< 25 tuổi	35	8,8
	25 - 34 tuổi	240	60
	$\geq$ 35 tuổi	125	31,2
Địa chỉ	Thành phố	258	64,5
	Nông thôn	142	35,5
Nghề nghiệp	Nông dân, công nhân	119	29,8

Đặc điểm		Số lượng (n = 400)	Tỷ lệ (%)
	Công nhân viên chức	79	19,8
	Nội trợ	142	35,5
	Nghề khác	60	15
Điều trị	Điều trị tiết chế	378	94,5
	Điều trị tiết chế + Insulin	22	5,5
BMI trước mang thai (kg/m ²)	Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	22,8 $\pm$ 3,32	
	Gầy (< 18,5)	23	5,8
	Bình thường (18,5 – 22,9)	209	52,2
	Thừa cân (23 – 24,9)	70	17,5
	Béo phì ($\geq$ 25)	98	24,5
Số lần mang thai	Con so	205	51,2
	Con rạ	195	48,8
Số lượng thai	Đơn thai	391	97,7
	Song thai	9	2,3

Nhận xét: Nhóm tuổi từ 25-34 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (60,0%), phần lớn sản phụ sống tại thành phố (64,5%). Có 42% sản phụ thừa cân hoặc béo phì.

3.2. Tỷ lệ và phân loại tiền sản giật

Bảng 2. Tỷ lệ tiền sản giật

Đái tháo đường thai kỳ	Số lượng (n = 400)	Tỷ lệ (%)
Có tiền sản giật	73	18,3
Không có tiền sản giật	327	81,7

Nhận xét: Tiền sản giật ở sản phụ đái tháo đường thai kỳ là 18,3%.

Bảng 3. Phân loại tiền sản giật

	Tiền sản giật	Số lượng (n = 73)	Tỷ lệ (%)
Theo mức độ	TSG không có dấu hiệu nặng	60	82,2
	TSG có dấu hiệu nặng	13	17,8
Theo tuổi thai	TSG non tháng (< 37 tuần)	30	41,1
	TSG đủ tháng ($\geq$ 37 tuần)	43	58,9

Nhận xét: Có 17,8% là tiền sản giật có dấu hiệu nặng. Tiền sản giật non tháng (<37 tuần) chiếm 41,1%.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến tiền sản giật

Bảng 4. Các yếu tố liên quan đến tiền sản giật

Yếu tố		ĐTĐTK có TSG (n = 73)	ĐTĐTK không có TSG (n = 327)	p
Tuổi	< 25 tuổi	6 (8,2%)	29 (8,9%)	0,001
	25 - 34 tuổi	29 (39,7%)	211 (64,5%)	
	$\geq$ 35 tuổi	38 (52,1%)	87 (26,6%)	
BMI trước mang thai	Gầy	1 (1,4%)	22 (6,7%)	< 0,001
	Bình thường	25 (34,2%)	184 (56,3%)	
	Thừa cân	14 (19,2%)	56 (17,1%)	
	Béo phì	33 (45,2%)	65 (19,9%)	
Số lần	Con so	39 (53,4%)	166 (50,8%)	0,681

Yếu tố		ĐTĐTK có TSG (n = 73)	ĐTĐTK không có TSG (n = 327)	p
mang thai	Con rạ	34 (46,6%)	161 (49,2%)	
Số lượng thai	Đơn thai	71 (97,3%)	320 (97,9%)	0,756
	Song thai	2 (2,7%)	7 (2,1%)	
Yếu tố tiền sử	Gia đình có người mắc ĐTĐ	7 (9,6%)	7 (2,1%)	0,004
	Gia đình có người mắc BMV	3 (4,1%)	2 (0,6%)	0,035
	ĐTĐTK lần mang thai trước	6 (8,2%)	11 (3,4%)	0,072
	THATK hoặc TSG – SG	9 (12,3%)	4 (1,2%)	< 0,001
	Sinh con to $\geq 3500\text{gr}$	5 (6,8%)	22 (6,7%)	0,970
	Mang thai lưu (KRNN)	0 (0%)	4 (1,2%)	0,999
	Sinh con non tháng	3 (4,1%)	10 (3,1%)	0,648

Nhận xét: Nhóm TSG, tỷ lệ tiền sử THATK là 12,3%. Tiền sử gia đình có người mắc đái tháo đường ghi nhận 9,6%. Tiền sử bệnh mạch vành cũng cao hơn (4,1% so với 0,6%). Các yếu tố tiền sử khác không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Bảng 5. Hồi quy logistic một số yếu tố liên quan đến tiền sản giật

YTNC	OR thô (KTC 95%)	p	OR hiệu chỉnh (KTC 95%)	p
Tuổi mẹ	2,18 (1,39 – 3,44)	0,001	3,03 (1,76 – 5,22)	< 0,001
BMI trước mang thai cao	1,97 (1,49 – 2,61)	< 0,001	3,05 (1,72 – 5,41)	< 0,001
Gia đình có người mắc ĐTĐ	4,85 (1,65 – 14,29)	0,004	0,44 (0,02 – 11,52)	0,619
Gia đình có người mắc BMV	6,96 (1,14 – 42,46)	0,035	0,59 (0,05 – 6,61)	0,666
Tiền sử THATK hoặc TSG – SG	11,36 (3,39 – 38,00)	< 0,001	19,74 (0,99 – 392,97)	0,051

Nhận xét: Tiền sản giật tăng theo tuổi mẹ ($\text{OR}=3,03$; $p<0,001$) và BMI trước mang thai ($\text{OR}=3,05$; $p<0,001$). Trong khi các yếu tố còn lại không còn ý nghĩa thống kê sau khi hiệu chỉnh các yếu tố nhiễu. ($p>0,05$)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của sản phụ là $32 \pm 5,42$ tuổi, trong đó nhóm tuổi 25 – 34 chiếm 60%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lương Hoàng Thành (2023) với tỷ lệ nhóm tuổi từ 26 – 34 tuổi là 64,42% chiếm cao nhất [9]. Tỷ lệ sản phụ thừa cân, béo phì trước mang thai trong nghiên cứu là 42%, phản ánh tình trạng thừa cân khá phổ biến ở thai phụ mắc đái tháo đường thai kỳ. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu Hứa Thành Nhân và Ngô Văn Truyền (2023) ghi nhận tuổi mẹ ≥ 35 và BMI trước mang thai $\geq 23 \text{ kg/m}^2$ là các yếu tố liên quan đến đái tháo đường thai kỳ [10]. Đa số sản phụ được điều trị bằng chế độ tiết chế (94,5%), chỉ 5,5% cần phối hợp insulin. Điều này phù hợp với thực hành điều trị

hiện nay, khi phần lớn trường hợp đái tháo đường thai kỳ có thể kiểm soát đường huyết bằng thay đổi chế độ ăn và lối sống, chỉ định insulin khi không đạt mục tiêu điều trị.

4.2. Tỷ lệ tiền sản giật

Nghiên cứu có 73 trường hợp được chẩn đoán TSG, chiếm 18,3%, tương đồng với nghiên cứu của Zhang (2021) là 17,6% [5] và dao động 15 – 20% được Melchiorre (2020) [4] cho thấy ĐTĐTK là yếu tố góp phần làm tăng nguy cơ TSG. Tại Việt Nam, các nghiên cứu ở Bệnh viện Sản Trung ương cho thấy TSG là biến chứng thường gặp ở sản phụ có ĐTĐTK [11]. Trong đó, 17,8% là TSG có dấu hiệu nặng. Tỷ lệ TSG non tháng là 41,1%. Kết quả tương tự của Brown (2018), TSG non tháng chiếm khoảng 35 – 45% [1]. Nghiên cứu Nguyễn Thị Huyền Anh (2025) ghi nhận tỷ lệ sinh non và biến cố chu sinh cao ở nhóm TSG, đặc biệt khi kèm các yếu tố nguy cơ chuyển hóa như ĐTĐTK [11]. Điều này nhấn mạnh kết cục lâm sàng của TSG không chỉ trên mẹ mà còn trên thai nhi.

4.3. Một số yếu tố liên quan đến tiền sản giật

Trong phân tích đơn biến, tuổi mẹ và BMI trước mang thai cao đều liên quan với tăng odds mắc tiền sản giật. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Sun M (2023), ghi nhận tuổi mẹ ≥ 35 và BMI trước mang thai tăng là các yếu tố liên quan độc lập với tiền sản giật và đái tháo đường thai kỳ. Cơ chế được cho là liên quan đến tăng đề kháng insulin, rối loạn chức năng nội mô và giảm khả năng thích nghi của tuần hoàn nhau thai [12]. Tiền sử gia đình có người mắc ĐTĐ cũng ghi nhận có odds TSG (OR=4,85, $p=0,004$). Mặc dù chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá trực tiếp yếu tố này trên quần thể thai phụ mắc đái tháo đường thai kỳ có tiền sản giật, nhưng tiền sử gia đình mắc ĐTĐ được xem là yếu tố phản ánh khuynh hướng di truyền đối với rối loạn chuyển hóa và đề kháng insulin, từ đó có thể góp phần làm tăng nguy cơ xuất hiện các biến chứng thai kỳ [13]. Tiền sử THATK hoặc tiền sản giật-sản giật là yếu tố có OR cao nhất trong phân tích đơn biến (OR=11,36, $p<0,001$). Kết quả này phù hợp với khuyến cáo của ISSHP (2021), trong đó tiền sử tiền sản giật là một trong những yếu tố dự báo mạnh nhất của TSG ở lần mang thai tiếp theo [1]. Tiền sử gia đình có người mắc ĐTĐ cũng được ghi nhận cao hơn ở nhóm TSG, phù hợp với nghiên cứu của Retnakaran (2021) rằng yếu tố di truyền và nền tảng đề kháng insulin ở nhóm sản phụ ĐTĐTK [6].

Sau khi hiệu chỉnh các yếu tố nhiễu trong mô hình hồi quy logistic đa biến, tuổi mẹ và BMI trước mang thai vẫn duy trì ý nghĩa thống kê, trong khi các yếu tố còn lại không còn có ý nghĩa. Điều này cho thấy mối liên quan quan sát được ở phân tích đơn biến có thể chịu ảnh hưởng của các yếu tố đồng biến hoặc do số lượng trường hợp có tiền sử bệnh còn hạn chế. Cụ thể, sản phụ ≥ 35 tuổi có odds TSG cao hơn 3,03 lần so với nhóm < 35 tuổi (KTC 95%: 1,76–5,22; $p < 0,001$) tương đồng với Sun M (2023), phụ nữ mang thai lớn tuổi có khả năng mắc TSG cao hơn do suy giảm chức năng mạch máu và gia tăng bệnh lý nền [12]. Sản phụ có BMI trước mang thai ≥ 25 kg/m² có odds TSG cao hơn 3,05 lần so với nhóm BMI < 25 kg/m² (KTC 95%: 1,72–5,41; $p < 0,001$) cũng tương đồng với các nghiên cứu tại Việt Nam ghi nhận tỷ lệ thừa cân – béo phì ngày càng tăng ở sản phụ ĐTĐTK [11], [14] và Ying Y (2022), béo phì là một trong những yếu tố nguy cơ hàng đầu của TSG [15]. Tiền sử gia đình mắc BMV ghi nhận 4,1%. Do số trường hợp ít, tỷ lệ thấp, chưa ghi nhận mối liên quan giữa bệnh lý tim mạch và tiền sản giật sau hiệu chỉnh.

Nghiên cứu thực hiện tại một bệnh viện chuyên khoa nên khả năng khái quát hóa còn hạn chế. Việc loại trừ sản phụ được dự phòng Aspirin có thể làm tỷ lệ TSG thấp hơn so với quần thể ĐTĐTK chung. Ngoài ra, một số yếu tố khác như THA mạn và mức độ kiểm soát đường huyết chưa được đánh giá đầy đủ; một số biến có tần suất thấp dẫn đến khoảng

tin cậy rộng. Do đó, cần có các nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn để xác nhận thêm các kết quả này.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 400 sản phụ ĐTĐTK tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ ghi nhận tỷ lệ tiền sản giật là 18,3%. Phân tích cho thấy tuổi mẹ và BMI trước mang thai là các yếu tố liên quan độc lập đến tiền sản giật ở sản phụ đái tháo đường thai kỳ. Việc nhận diện sớm các yếu tố liên quan trên có ý nghĩa quan trọng trong quản lý thai kỳ ở sản phụ ĐTĐTK, góp phần giảm nguy cơ tiền sản giật và cải thiện kết cục mẹ – thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Brown MA, Magee LA, Kenny LC, Karumanchi SA, McCarthy FP, Saito S, *et al.* Hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis, and management recommendations for international practice. *Lancet*. 2018. 392(10153), 1289–1300, doi:10.1016/S0140-6736(18)30886-0.
2. World Health Organization. WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. Geneva: WHO. 2011.
3. International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas*. 10th ed. Brussels: International Diabetes Federation. 2021.
4. Melchiorre K, Thilaganathan B, Giorgione V, Ridder A, Memmo A, Khalil A. Hypertensive disorders of pregnancy and future cardiovascular health. *Front Cardiovasc Med*. 2020. 7, 59, doi:10.3389/fcvm.2020.00059
5. Zhang Y, Wang Y, Chen L, *et al.* Risk of preeclampsia in women with gestational diabetes mellitus. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021. 21(1), 1–8, doi:10.1186/s12884-021-03780-6.
6. Retnakaran R, Shah BR, *et al.* Role of metabolic factors in the pathogenesis of preeclampsia. *Diabetologia*. 2021. 64(6), 1150–1158, doi:10.1007/s00125-021-05398-5.
7. Varaganti Neelima. Rate of preeclampsia influenced by severity of gestational diabetes. *International Journal of Contemporary Medical Research*. 2018. 5(12), L1-L6. doi:10.21276/ijcmr.2018.5.12.1.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists. Gestational hypertension and preeclampsia. *Obstet Gynecol*. 2020.135(6), e237–e260, doi:10.1097/AOG.0000000000003891.
9. Lương Hoàng Thành, Lê Văn Đạt, Triệu Thị Phụng. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023. 532(1B), 162-166. doi:10.51298/vmj.v532i1B.7502.
10. Hứa Thành Nhân, Ngô Văn Truyền. Nghiên cứu tình hình đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố liên quan ở thai phụ từ 25 tuổi tại Bệnh viện Quốc tế Phương Châu Cần Thơ. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2023. 65, 177-183, doi:10.58490/ctump.2023i65.1874.
11. Nguyễn Thị Huyền Anh, Nguyễn Đình Ký, Nguyễn Mạnh Thắng, Trần Thanh Hương và cộng sự. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sản khoa của sản phụ tiền sản giật tại Bệnh viện Sản Trung ương. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2025. 552(3), 193–197.
12. Sun M, Luo M, Wang T, Wei J, Zhang S, Shu J, *et al.* Effect of the interaction between advanced maternal age and pre-pregnancy BMI on pre-eclampsia and GDM in Central China. *BMJ Open Diabetes Research & Care*. 2023. 11(2), e003324, doi:10.1136/bmjdr-2023-003324.
13. Zhu Y, Zheng QX, Pan Y, *et al.* Association between prepregnancy body mass index or gestational weight gain and adverse pregnancy outcomes among Chinese women with gestational diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2024. 14, e075226, doi:10.1136/bmjopen-2023-075226.
14. Nga TK, *et al.* Prevalence and associated factors of gestational diabetes mellitus in the Mekong Delta region. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2024.168(1), 45–52.
15. Ying Y, Na Wu. Gestational Diabetes Mellitus and Preeclampsia: Correlation and Influencing Factors. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*. 2022. 9, 831297, doi: 10.3389/fcvm.2022.831297.