

với miếng trám sứ và 90% đối với miếng trám composite, ngay cả khi được thực hiện bởi những người vận hành là sinh viên dưới sự giám sát tương đối thiếu kinh nghiệm [10].

Van Dijken và cộng sự phát hiện ra rằng tỷ lệ thành công của lớp phủ sứ liên kết men ngà răng làm giảm nhu cầu về liệu pháp phủ toàn bộ truyền thống và/hoặc đặt chốt hoặc chốt (các chốt) và lõi. Kỹ thuật này cho thấy nhiều lợi thế lâm sàng như ít phá hủy mô khỏe mạnh hơn và tránh điều trị nội nha và/hoặc đặt sâu vào cổ răng của các mép phục hình. Các miếng trám truyền thống có thể làm giảm độ bền của răng tự nhiên tới 50%. Một giải pháp thay thế khác là miếng trám Inlay và miếng trám Onlay, được gắn trực tiếp vào răng bằng composit có độ bền cao đặc biệt, thực sự có thể tăng độ bền của răng lên đến 75%. Những phục hình này đã là lựa chọn tốt cho thực hành lâm sàng kết hợp với các hệ thống phát triển về mặt công nghệ với vật liệu gia cố nhiều hơn và tin tưởng hơn nữa về việc ứng dụng trong tương lai của những phục hình này vào hoạt động của các bác sĩ lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Phục hình thân răng hàm bằng Inlay/Onlay sứ Emax press có kết quả rất tốt ngay sau khi phục hình, 1 tháng và 3 tháng sau phục hình trên các chỉ số lưu giữ của khối phục hình; độ sát khít; tiếp xúc bên, thẩm mỹ, sự hài lòng của người bệnh. Loại phục hình này có thể được áp dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Zhu Z** (2015), Effect of Post Placement on the Restoration of Endodontically Treated Teeth: A Systematic Review, 475-483, 2015.
2. **Hà TTT**, Chữa răng và nội nha tập 2: Nội nha lâm sàng, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, 2014, 118.
3. **Hargreaves KM, Berman LH** (2015), Restoration of the Endodontically treated tooth," in Cohen's Pathways of the Pulp, 818-848.
4. **Elrashid AH, Alkahtani AH, Alqahtani SJ** (2019), Stereomicroscopic Evaluation of Marginal Fit of E.Max Press and E.Max Computer-Aided Design and Computer-Assisted Manufacturing Lithium Disilicate Ceramic Crowns: An In vitro Study. J Int Soc Prev Community Dent, 9(2):178-184.
5. **Barghi N; Berry T** (2002), Clinical evaluation of etched porcelain onlays: a 4-year report. Compend Contin Educ Dent, 23(7):657-60, 662, 664.
6. **Frankenberger R, Lohbauer U, Schaible RB, et al** (2008), Luting of ceramic inlays in vitro: marginal quality of self-etch and etch-and-rinse adhesives versus self-etch cements. Dent Mater, 24(2):185-191.
7. **Frankenberger R, Taschner M, Garcia-Godoy F, et al** (2008), Leucite-reinforced glass ceramic inlays and Onlays after 12 years. J Adhes Dent, 10(5):393-398.
8. **Kramer N, Ebert J, Petschelt A, et al** (2006), Ceramic Inlays bonded with two adhesives after 4 years. Dent Mater, 22(1):13-21.
9. **Barone A, Derchi G, Rossi A, et al** (2008). Longitudinal clinical evaluation of bonded composite inlays: a 3-year study. Quintessence Int, 39(1):65-71.
10. **Manhart J, Fuchsbrunner SA, Chen HY, et al.** A 2-year clinical study of composite and ceramic inlays. Clin Oral Investig. 2000;4(4):192-198.

PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ VÀ KẾT CỤC SẢN KHOA Ở THAI PHỤ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

Hoàng Thị Ngọc Trâm¹, Nguyễn Tiến Dũng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đái tháo đường thai kỳ là một trong những biến chứng v khoa phổ biến nhất của thai kỳ gây hậu quả nặng nề do những tác động đến chuyển hóa ở cả mẹ và con nếu không được kiểm soát tốt. **Mục tiêu:** Mô tả phương pháp điều trị và kết cục sản khoa ở thai phụ đái tháo đường thai kỳ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả, cắt ngang trên 105 hồ sơ thai phụ được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ đề năm 2022 tại Bệnh viện A và Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên được tư vấn điều trị bằng

chế độ ăn uống, luyện tập hoặc thuốc điều trị insulin. **Kết quả:** Tuổi trung bình 30,59±6,24 tuổi. Tuổi thai trung bình phát hiện đái tháo đường thai kỳ là 27,09 ± 2,4 tuần, trong đó nhóm tuổi thai từ 24-28 tuần chiếm nhiều nhất là 61,9%. Tỷ lệ điều trị bằng thay đổi chế độ ăn uống, luyện tập chiếm tỷ lệ 92,4%. Giá trị glucose máu trung bình chung trước khi đẻ là 6,06 ± 2,22 mmol/l. Mổ lấy thai ở nhóm tuổi thai 34 - < 37 tuần và 37 - 41 tuần chiếm 85,71% và 74,29%. **Kết luận:** Tỷ lệ thai phụ ĐTĐ thai kỳ khá cao, kết quả điều trị bằng thay đổi chế độ ăn, chế độ luyện tập rất có ý nghĩa và có kết cục thai kỳ có lợi cho sản phụ và thai. **Từ khóa:** Đái tháo đường thai kỳ, mổ lấy thai, insulin

SUMMARY

METHODS OF TREATMENT AND TERMINATION OF OBSTETRICS IN PREGNANT WOMEN WITH

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Dũng

Email: dung.nt@tnmc.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.5.2025

Ngày duyệt bài: 12.6.2025

GESTATIONAL DIABETES

Background: Gestational diabetes is one of the most common medical complications of pregnancy, causing serious consequences due to the metabolic effects on both mother and child if not well controlled.

Objective: Describe the methods of treatment and termination of obstetrics in pregnant women with gestational diabetes. **Materials and Methods:** This was cross-sectional on 105 women with gestational diabetes mellitus giving birth in 2022 at Hospital A and Thai Nguyen Central Hospital. Treatment With Diet, Exercise, or insulin for Women With Gestational Diabetes Mellitus. **Results:** Mean age 30.59 ± 6.24 years. The average gestational age at which gestational diabetes was detected was 27.09 ± 2.4 weeks, with the highest incidence at 61.9% in the gestational age group of 24-28 weeks. The rate of treatment by changing diet and exercise accounted for 92.4%. The average blood glucose value before delivery was 6.06 ± 2.22 mmol/l. Cesarean section in the gestational age group of 34 - < 37 weeks and 37 - 41 weeks accounted for 85.71% and 74.29%, respectively. **Conclusions:** The rate of pregnant women with gestational diabetes is quite high, the results of treatment by changing diet and exercise regimen are very meaningful and have beneficial pregnancy outcomes for both mother and fetus.

Keywords: Gestational diabetes, cesarean section, insulin

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là một căn bệnh có tốc độ phát triển rất nhanh và là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu tại các nước đang phát triển. Đái tháo đường thai kỳ là một thể của bệnh đái tháo đường, là bệnh rối loạn chuyển hoá thường gặp nhất trong thai kỳ và cũng không nằm ngoài quỹ đạo đó¹. Theo định nghĩa của Tổ chức Y tế thế giới, "Đái tháo đường thai kỳ là tình trạng rối loạn dung nạp glucose ở bất kỳ mức độ nào, khởi phát hoặc được phát hiện lần đầu tiên trong lúc mang thai"². Bệnh lý này phát triển ở những người phụ nữ mang thai có chức năng tuyến tụy không đủ để đáp ứng với tình trạng kháng insulin hay giảm sản xuất insulin trong thời kỳ mang thai³. Đái tháo đường thai kỳ là một trong những biến chứng y khoa phổ biến nhất của thai kỳ⁴, có thể ảnh hưởng đến 25% phụ nữ trong thời kỳ mang thai³. Hậu quả của đái tháo đường thai kỳ rất nhiều và nặng nề do những tác động đến chuyển hóa ở cả mẹ và con⁵. **Mục tiêu:** Mô tả phương pháp điều trị và kết thúc sản khoa ở thai phụ đái tháo đường thai kỳ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Hồ sơ bệnh án của các thai phụ mang đơn thai, thai sống đã được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ theo tiêu

chuẩn của ADA 2019 trong quá trình mang thai, kết thúc thai kỳ tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên và Bệnh viện A Thái Nguyên.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: đang dùng thuốc có ảnh hưởng tới chuyển hóa glucose: corticoid, thuốc chẹn giao cảm, lợi tiểu, bệnh chuyển hóa kèm theo.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên và Bệnh viện A Thái Nguyên.

2.3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2022 đến hết tháng 12/2022.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

2.4.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu. Cỡ mẫu của nghiên cứu được tính theo công thức:

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

Nghiên cứu tính ra cỡ mẫu $n=10$, tiến hành thu nhận 105 hồ sơ bệnh án phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn từ tháng 1 năm 2022 đến hết tháng 12 năm 2022.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được xử lý và phân tích bằng chương trình thống kê y học SPSS Statistics 25, tỉ lệ phần trăm (%).

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ được thực hiện sau khi Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên thông qua đề cương và được sự đồng ý của hội đồng y đức Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên và Bệnh viện A Thái Nguyên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n=105)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi (năm)	<35	79	75,2
	≥35	26	24,8
	Tuổi trung bình	$30,59 \pm 6,24$	
Địa dư	Thành phố	47	44,8
	Nông thôn	58	55,2
Trình độ học vấn	THPT	16	15,2
	Cao đẳng, đại học	79	75,2
	Sau đại học	10	9,6

Nhận xét: Tuổi trung bình $30,59 \pm 6,24$ tuổi. Trình độ học vấn cao đẳng, đại học chiếm nhiều nhất 75,2%.

Bảng 3.2. Tuổi thai phát hiện đái tháo đường thai kỳ

Tuổi thai (tuần)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<24 tuần	16	15,2
24 - 28 tuần	65	61,9
> 28 tuần	24	22,9
Tổng	105	100
$\bar{X} \pm SD$	$27,09 \pm 2,40$	

Nhận xét: Tuổi thai trung bình phát hiện ĐTĐTK là $27,09 \pm 2,4$ tuần, trong đó nhóm tuổi thai từ 24-28 tuần chiếm nhiều nhất là 61,9%.

Bảng 3.3. Phương pháp điều trị đái tháo đường thai kỳ

Phương pháp điều trị	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thay đổi chế độ ăn uống, luyện tập	97	92,4
Điều trị insulin phối hợp	08	7,6
Tổng	105	100

Nhận xét: Tỷ lệ điều trị bằng thay đổi chế độ ăn uống, luyện tập chiếm tỷ lệ 92,4%.

Bảng 3.4. Kết quả xét nghiệm glucose máu mẹ trước sinh

Glucose máu mẹ trước sinh	Số lượng	Tỷ lệ (%)
$\leq 8,3$ mmol/l	91	86,7
$8,4$ mmol/l - 11 mmol/l	10	9,5
≥ 11 mmol/l	4	3,8
$\bar{X} \pm SD$ (mmol/l)	$6,06 \pm 2,22$	
Tổng	105	100

Nhận xét: Giá trị glucose máu trung bình chung trước khi đẻ là $6,06 \pm 2,22$ mmol/l. Đa số thai phụ có mức đường huyết trước sinh là $\leq 8,3$ mmol/l, chiếm tỷ lệ là 86,7%.

Bảng 3.5. Phân bố phương pháp kết thúc thai kỳ theo tuổi thai

Tuổi thai	Kết cục thai kỳ		Đẻ đường âm đạo		Mổ lấy thai	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
32 - < 34 tuần	3	100	0	0	0	0
34 - < 37 tuần	1	14,29	6	85,71	6	85,71
37 - 41 tuần	23	24,21	72	75,79	72	75,79
Trung bình (tuần)				$38,44 \pm 1,63$		
Tổng	27	25,71	78	74,29	78	74,29

Nhận xét: Mổ lấy thai ở nhóm tuổi thai 34 - <37 tuần và 37-41 tuần chiếm 85,71% và 74,29%. Tuổi thai trung bình $38,44 \pm 1,63$ tuần.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu tiến hành trên 105 thai phụ có đái tháo đường thai kỳ và thu nhận được một số kết quả như tuổi trung bình $30,59 \pm 6,24$ tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương đồng với một số nghiên cứu như của tác giả Bùi Sơn Thắng tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2023 tuổi trung bình là $31,75 \pm 5,21$ tuổi⁶. Nghiên cứu của tác giả Menting Sun và cộng sự trên 34104 thai phụ tại miền Trung Trung Quốc cho kết quả tuổi trung bình là $31,12 \pm 4,51$ tuổi⁷. Nghiên cứu của Janes E Hirst và cộng sự trên 2722 phụ nữ mang thai cho thấy độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng đái tháo đường thai kỳ là $31,21 \pm 4,2$ tuổi⁸.

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm đối tượng nghiên cứu sống tại nông thôn chiếm 55,2% với trình độ học vấn cao đẳng, đại học chiếm nhiều nhất 75,2% (bảng 3.1). Trình độ học vấn có liên quan đến việc tiếp nhận và cập nhật kiến thức chăm sóc sức khỏe thai nghén nói chung và việc tiến hành sàng lọc đái tháo đường thai kỳ nói riêng. Đây cũng là điểm thuận lợi khi chúng tôi tiến hành nghiên cứu.

Tuổi thai trung bình phát hiện đái tháo đường thai kỳ là $27,09 \pm 2,4$ tuần, trong đó nhóm tuổi thai từ 24-28 tuần chiếm nhiều nhất là 61,9% (bảng 3.2). Cơ chế bệnh sinh của đái tháo đường thai kỳ là tình trạng đề kháng và giảm nhạy cảm với insulin. Nồng độ các hormone rau thai sản xuất ra tăng dần theo trọng lượng rau thai, trọng lượng thai nhi và làm tăng bài tiết của đảo tụy, giảm đáp ứng với insulin và tăng tạo ceton. Do đó, đái tháo đường thai kỳ thường xuất hiện vào tuần thứ 24 của thai kỳ, khi mà rau thai sản xuất một lượng đủ lớn các hormone gây kháng insulin. Ngoài ra, phần lớn bệnh nhân được phát hiện đái tháo đường thai kỳ trong khoảng thời gian từ 24 đến 28 tuần bởi đây là khoảng thời gian đã được Bộ Y tế khuyến cáo sàng lọc đái tháo đường thai kỳ cho toàn bộ phụ nữ mang thai, cho nên trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ làm nghiệm pháp dung nạp đường huyết tại thời điểm này chiếm tỷ lệ cao nhất. Việc đẩy mạnh tư vấn cũng như xét nghiệm sớm cho các thai phụ có yếu tố nguy cơ giúp cho việc tầm soát bệnh nhân đái tháo đường thai kỳ được tốt hơn, từ đó có sự quản lý được chặt chẽ và giảm chi phí điều trị cũng như những hậu quả không mong muốn do đái tháo đường thai kỳ gây nên.

Trong 105 thai phụ đái tháo đường thai kỳ thì tỷ lệ điều trị bằng thay đổi chế độ ăn uống, luyện tập chiếm tỷ lệ 92,4%, số thai phụ còn lại (7,6%) được sử dụng phối hợp với insulin (bảng 3.3). Đái tháo đường thai kỳ nếu được chẩn đoán sớm, theo dõi sát và điều trị kịp thời sẽ làm tăng hiệu quả và giảm các biến chứng cho mẹ và con. Ngoài ra việc chẩn đoán sớm thì điều trị cũng ít phức tạp hơn. Có khoảng 70 - 80% bệnh nhân được chẩn đoán mắc đái tháo đường thai kỳ có thể được kiểm soát bằng hoạt động thể chất đầy đủ cũng như điều chỉnh chế độ ăn uống và lối sống. Ở 15 - 30% bệnh nhân sẽ cần điều trị phối hợp thêm bằng insulin để kiểm soát tốt đường huyết của mẹ⁹. Nghiên cứu về tăng đường huyết và hậu quả bất lợi trong thai kỳ (HAPO) đã cho thấy tăng đường huyết của mẹ ở mức độ nhẹ hơn tiêu chuẩn chẩn đoán trước đây có làm tăng tỷ lệ xảy ra biến chứng như thai to,

mổ lấy thai, chấn thương khi đẻ,...Tất cả các trường hợp mà đường huyết quá cao tại thời điểm chẩn đoán hoặc không kiểm soát được đường huyết bằng phương pháp thay đổi lối sống - sinh hoạt hoặc thai phụ có những nguy cơ biến chứng nguy hiểm đối với mẹ và con thì đều được kiểm soát chặt chẽ bằng phối hợp thuốc insulin¹⁰.

Giá trị glucose máu trung bình chung trước khi đẻ là $6,06 \pm 2,22$ mmol/l. Đa số thai phụ có mức đường huyết trước sinh là $\leq 8,3$ mmol/l, chiếm tỷ lệ là 86,7%, có 4 thai phụ có mức đường huyết $\geq 11,1$ mmol/l, chiếm tỷ lệ 3,8%. 04 thai phụ này đều được điều trị đái tháo đường thai kỳ theo phương pháp thay đổi chế độ ăn uống, vận động (bảng 3.4). Nếu đường huyết mẹ cao sẽ gây tăng đường huyết và tăng insulin ở thai dẫn đến hạ đường huyết sơ sinh. Khi đường huyết của thai phụ trong cuộc đẻ $> 8,3$ mmol/l có thể gây suy thai do thiếu oxy. Vì vậy, mục tiêu đường huyết trong cuộc đẻ cần duy trì từ 3,3 - 5,6 mmol/l, để phòng tai biến cho thai nhi và sơ sinh.

Trên lâm sàng, việc lựa chọn phương pháp đẻ là cân nhắc lợi hại cân bằng cho mẹ và thai, giữa mổ lấy thai và cho đẻ đường âm đạo. Thái độ xử trí sản khoa phải dựa trên từng trường hợp cụ thể. Tuy nhiên, lợi ích hay tác hại của các cách xử trí sản khoa đối với từng cặp mẹ - con vẫn còn là vấn đề tranh cãi. Đái tháo đường thai kỳ không phải là chỉ định đình chỉ thai nghén trước 38 tuần nếu không có bằng chứng thai bị tổn thương. Quyết định thời điểm lý tưởng để kết thúc thai kỳ là việc cân nhắc giữa các nguy cơ thai chết trong bụng tử cung giai đoạn cuối thai kỳ, thai to gây ra các sang chấn trong cuộc đẻ và nhiều biến chứng chu sinh khác là hậu quả của thai to, với một bên là suy hô hấp sơ sinh do chưa trưởng thành phổi, khả năng phải mổ lấy thai cao do gây chuyển dạ thất bại. Tỷ lệ đẻ đường âm đạo ở nhóm tuổi thai 32 - < 34 tuần là 100%. Mổ lấy thai ở nhóm tuổi thai 34 - < 37 tuần và 37 - 41 tuần chiếm 85,71% và 74,29%. Tuổi thai trung bình kết thúc thai kỳ là $38,44 \pm 1,63$ tuần (bảng 3.5). Kết quả này tương đương với kết quả của tác giả Hui Feng và cộng sự (2017) với tỷ lệ đẻ non trong nhóm mẹ mắc đái tháo đường thai kỳ là 6,29%. Sở dĩ các nghiên cứu của các tác giả đưa ra các tỷ lệ khác nhau là do cách chọn mẫu và quy mô nghiên cứu. Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ thai phụ đẻ non tháng thấp hơn những nghiên cứu khác bởi tại địa điểm tiến hành nghiên cứu, điều kiện chăm sóc Nhi khoa cho những trẻ sơ sinh non tháng còn một số hạn chế nên những trường hợp kết thúc thai kỳ non tháng thường sẽ được

chuyển lên tuyến trên. Ở nhóm thai đủ tháng, tỉ lệ mổ lấy thai tăng hơn so với nghiên cứu của tác giả Hui Feng và cộng sự, nghiên cứu cho kết quả tỷ lệ mổ lấy thai ở thai phụ đái tháo đường thai kỳ là 49,03% và đẻ đường âm đạo là 51,97%. Nguyên nhân của sự khác biệt này có thể là do sự khác nhau giữa các quần thể đối tượng trong nghiên cứu và quan điểm điều trị. Mặc dù có sự khác biệt giữa các nghiên cứu nhưng cũng cho thấy được xu hướng chỉ định mổ lấy thai tăng lên ở nhóm các thai phụ đái tháo đường thai kỳ.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình $30,59 \pm 6,24$ tuổi. Tuổi thai trung bình phát hiện đái tháo đường thai kỳ là $27,09 \pm 2,4$ tuần, trong đó nhóm tuổi thai từ 24-28 tuần chiếm nhiều nhất là 61,9%. Tỷ lệ điều trị bằng thay đổi chế độ ăn uống, luyện tập chiếm tỷ lệ 92,4%. Mổ lấy thai ở nhóm tuổi thai 34 - < 37 tuần và 37 - 41 tuần chiếm 85,71% và 74,29%. Tuổi thai trung bình kết thúc thai kỳ là $38,44 \pm 1,63$ tuần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Barbour M, al. RMMe.** Maternal and neonatal outcomes in mothers with diabetes mellitus in qatari population. BMC Pregnancy Childbirth. Sep 24 2021;21(1):651.
2. **World HO.** Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy. World Health Organization. 2013.
3. **Choudhury AA, Devi Rajeswari V.** Gestational diabetes mellitus - A metabolic and reproductive disorder. Biomed Pharmacother. Nov 2021;143:112183.
4. **ACOG Practice Bulletin No. 190:** Gestational Diabetes Mellitus. 2018;131(2):e49-e64.
5. **Rodrigo N, Glastras SJ.** The Emerging Role of Biomarkers in the Diagnosis of Gestational Diabetes Mellitus. J Clin Med. May 23 2018;7(6).
6. **Thắng BS.** Kết quả xử trí sản khoa của sản phụ đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện sản nhi Nghệ An năm 2021 - 2022. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;522(1):105-108.
7. **Sun M, Luo M, Wang T, 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 Res Care. Apr 2023;11(2).
8. **Hirst JE, Tran TS, Do MA, Morris JM, Jeffery HE.** Consequences of gestational diabetes in an urban hospital in Viet Nam: a prospective cohort study. PLoS Med. 2012;9(7):e1001272.
9. **Lende M, Rijhsinghani A.** Gestational Diabetes: Overview with Emphasis on Medical Management. Int J Environ Res Public Health. Dec 21 2020;17(24).
10. **Lowe LP, Metzger BE, Dyer AR, et al.** Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) Study: associations of maternal A1C and glucose with pregnancy outcomes. Diabetes Care. Mar 2012;35(3):574-80.