

ngắn thời gian phá vỡ màng nước mắt và xuất hiện viêm giác mạc chấm trong giai đoạn sớm sau mổ. Tuy nhiên, phần lớn các thay đổi này có xu hướng hồi phục dần và trở về gần mức bình thường sau 6 tháng, đặc biệt ở nhóm chỉ phẫu thuật mi dưới. Kết quả nghiên cứu cho thấy phẫu thuật mi trên là yếu tố làm kéo dài thời gian hồi phục của màng phim nước mắt, có thể liên quan đến giảm chức năng cơ vòng mi và rối loạn tạm thời tuyến Meibomian. Việc đánh giá tình trạng khô mắt trước mổ, hướng dẫn chăm sóc sau mổ và sử dụng các biện pháp bảo vệ bề mặt nhãn cầu là cần thiết để hạn chế biến chứng, nâng cao an toàn và hiệu quả thẩm mỹ.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Prischmann J, Sufyan A, Ting JY, Ruffin C, Perkins SW. Dry eye symptoms and chemosis following blepharoplasty: a 10-year retrospective review of 892 cases in a single-surgeon series. JAMA Facial Plast Surg. 2013;15(1):39-46. doi:10.1001/2013.jamafacial.1
2. Moreno I, Verma S, Gesteira TF, Coulson-Thomas VJ. Recent advances in age-related meibomian gland dysfunction (ARMGD). Ocul Surf. 2023;30: 298-306. doi:10.1016/j.jtos. 2023.11.003
3. Zhang SY, Yan Y, Fu Y. Cosmetic blepharoplasty and dry eye disease: a review of the incidence, clinical manifestations, mechanisms and prevention. Int J Ophthalmol. 2020;13(3): 488-492. doi:10.18240/ijo.2020.03.18
4. Türker İÇ. Evaluating the Effects of Upper Eyelid Blepharoplasty on Tear Film Quality and Intraocular Pressure. Beyoglu Eye J. Published online 2020. doi:10.14744/bej.2020.81300
5. Prischmann J, Sufyan A, Ting JY, Ruffin C, Perkins SW. Dry eye symptoms and chemosis following blepharoplasty: a 10-year retrospective review of 892 cases in a single-surgeon series. JAMA Facial Plast Surg. 2013;15(1):39-46. doi:10.1001/2013.jamafacial.1
6. Innocenti A, Dreassi E, Carla V, Melita D, Innocenti M. Evaluation of Residual Neuro-Muscular Integrity in the Orbicularis Oculi Muscle After Lower Eyelid Transcutaneous Blepharoplasty According to Reidy Adamson-s Flap. Aesthetic Plast Surg. 2020;44(5):1577-1583. doi:10.1007/s00266-020-01783-2

## KẾT CỤC SỚM Ở TRẺ SƠ SINH CỦA NHỮNG SẢN PHỤ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH - CƠ SỞ 2

Phạm Thị Diệu Trâm<sup>1</sup>, Lê Bảo Châu<sup>1</sup>, Trịnh Trần Thị Túy Vân<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thị Phương Thúy<sup>1</sup>, Phạm Thị Mộng Nghi<sup>1</sup>,  
Phạm Ngọc Trâm Anh<sup>2</sup>, Trịnh Châu Lập Minh<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Đái tháo đường thai kỳ có thể gây ra nhiều biến chứng cho cả mẹ và thai nhi, đặc biệt ở giai đoạn sơ sinh sớm. Nghiên cứu này nhằm mô tả kết cục ở trẻ sơ sinh của những sản phụ đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) giúp theo dõi và chăm sóc trẻ sơ sinh cũng như phát hiện sớm và dự phòng các biến chứng tốt hơn. **Phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu, thực hiện thu thập hồ sơ bệnh án sản phụ tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - Cơ sở 2 từ tháng 7/2024-5/2025. **Kết quả:** Có 148 cặp mẹ - con thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu được đưa vào nghiên cứu. Sản phụ có tiền sử gia đình bị ĐTĐ 16,9%, con ra 54%, tiền căn sinh non 5,4%, tỷ lệ sanh mổ 75,7%, sản phụ có bệnh lý kèm theo 16,9% và điều trị ĐTĐTK bằng phương pháp tiết chế 94,6%.

Kết cục tho thấy tỉ lệ sinh non 5,4%, sinh quá ngày 3,4%, con nhẹ cân 2,7%, con to ( $\geq 4.000g$ ) chiếm 4,1%. Có 21 trẻ (14,2%) được xét nghiệm đường huyết mao mạch ngay sau sinh, tỉ lệ hạ đường huyết là 28,6% sau test đường huyết lần 1 và 0% sau test đường huyết lần 2 và 3. Tỷ lệ trẻ sơ sinh bị vàng da là 46,6% và vàng da cận chiếu đèn là 12,8%. Tỷ lệ suy hô hấp là 1,4%; nhiễm trùng sơ sinh là 2,7% và dị tật bẩm sinh 1,4%. **Kết luận:** Công tác chăm sóc sơ sinh sớm là rất cần thiết trong việc dự phòng, phát hiện sớm và xử trí kịp thời các biến chứng có thể xảy ra ở trẻ sơ sinh của những sản phụ bị đái tháo đường thai kỳ. **Từ khóa:** Trẻ sơ sinh, Đái tháo đường thai kỳ

### SUMMARY

#### EARLY NEONATAL OUTCOMES OF INFANTS BORN TO MOTHERS WITH GESTATIONAL DIABETES AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER HO CHI MINH CITY - BRANCH 2

**Background:** Gestational diabetes mellitus (GDM) may cause numerous complications for both the mother and the neonate, particularly during the early neonatal period. This study aimed to describe neonatal outcomes among infants born to mothers with GDM to facilitate monitoring and care of newborns as well as early detection and prevention of

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

<sup>2</sup>Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

<sup>3</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Diệu Trâm

Email: tram.ptd@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

complications. **Methods:** A retrospective cohort study was conducted by reviewing the medical records of mothers at the University Medical Center Ho Chi Minh City - Branch 2, from July 2024 to May 2025. **Results:** A total of 148 mother-infant pairs meeting the inclusion criteria were included in the study. Among the mothers, 16.9% had a family history of diabetes, 54% had a multiparous history, 5.4% had a history of preterm birth, 75.7% underwent cesarean section, 16.9% had comorbidities, and 94.6% received dietary management for GDM. Neonatal outcomes included preterm birth (5.4%), post-term birth (3.4%), low birth weight (2.7%), and macrosomia ( $\geq 4,000$  g) in 4.1% of infants. Twenty-one neonates (14.2%) underwent capillary blood glucose testing immediately after birth; the incidence of hypoglycaemia was 28.6% after the first test and 0% after the second and third tests. The prevalence of neonatal jaundice was 46.6%, with 12.8% requiring phototherapy. Respiratory distress occurred in 1.4%, neonatal infection in 2.7%, and congenital anomalies in 1.4% of infants. **Conclusion:** Early neonatal care is crucial for preventing, detecting, and promptly managing potential complications in infants born to mothers with gestational diabetes. **Keywords:** Neonate, Gestational diabetes mellitus

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là tình trạng rối loạn dung nạp glucose xảy ra trong thời kỳ mang thai, thường được phát hiện ở tam cá nguyệt thứ hai hoặc thứ ba. Tỷ lệ mắc ĐTĐTK ngày càng gia tăng, đặc biệt tại các nước đang phát triển, trong đó có Việt nam. Theo nghiên cứu của Thibasni<sup>1</sup> tỷ lệ ĐTĐTK chiếm 21,3%, còn theo nghiên cứu của Lê Thị Tường Vi<sup>5</sup> tỷ lệ ĐTĐTK là 32,8%.

Thai phụ mắc ĐTĐTK sẽ tăng nguy cơ cùng mắc các bệnh khác như tăng huyết áp, tiền sản giật,... làm tăng tỉ lệ mổ lấy thai, sinh non, hay băng huyết sau sanh. ĐTĐTK có thể gây ra nhiều biến chứng cho cả mẹ và thai nhi và đặc biệt trong giai đoạn sơ sinh sớm.

Trẻ sinh ra từ mẹ bị ĐTĐTK là nhóm có nguy cơ cao với nhiều rối loạn trong giai đoạn sơ sinh sớm, bao gồm<sup>2</sup>: cân nặng lúc sinh cao làm gia tăng nguy cơ sang chấn sản khoa như kẹt vai, gãy xương đòn hoặc tăng tỉ lệ sinh mổ chủ động.

Hạ đường huyết sơ sinh: do sau khi cắt rốn, lượng glucose từ mẹ truyền qua nhau thai đột ngột ngưng lại, trong khi insulin của trẻ vẫn còn cao, hậu quả là hạ đường huyết có thể xảy ra; Ngoài ra trẻ có thể bị suy hô hấp sơ sinh do cân nặng thai nhi thường lớn hơn tuổi thai trong khi phổi chưa trưởng thành tương xứng, hoặc tăng nguy cơ dị tật bẩm sinh, vàng da sơ sinh.

Việc mô tả các đặc điểm của trẻ sơ sinh trong nhóm đối tượng này và mối liên quan giữa các tỷ lệ của sản phụ và trẻ sơ sinh có ý nghĩa

quan trọng giúp theo dõi và chăm sóc trẻ sơ sinh cũng như phát hiện sớm và dự phòng các biến chứng tốt hơn.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu, thực hiện thu thập hồ sơ bệnh án sản phụ tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - Cơ sở 2 từ tháng 7/2024-5/2025

### 2.2. Đối tượng nghiên cứu

**Tiêu chuẩn chọn vào:** Hồ sơ bệnh án tất cả các trẻ sơ sinh được sinh ra từ các sản phụ được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - Cơ sở 2 trong giai đoạn nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại ra:** Hồ sơ bệnh án các sản phụ bị bệnh đái tháo đường trước khi mang thai và trẻ sơ sinh của những sản phụ đó.

**2.3. Cỡ mẫu.** Có 148 hồ sơ bệnh án (trẻ sơ sinh và sản phụ bị đái tháo đường thai kỳ) sinh tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - Cơ sở 2 thỏa điều kiện chọn mẫu được đưa vào nghiên cứu.

**2.4. Cách lấy mẫu nghiên cứu.** Chọn tất cả những hồ sơ bệnh án thỏa theo tiêu chuẩn lựa chọn trong nghiên cứu, dữ liệu được trích xuất từ hồ sơ bệnh án theo các biến số phục vụ cho phân tích kết quả nghiên cứu.

**2.5. Đạo đức trong nghiên cứu.** Nghiên cứu được chấp thuận bởi hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh của Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh số 2590/HĐĐĐ- ĐHYD và được sự cho phép của Ban Lãnh đạo Bệnh viện.

**2.6. Phân tích thống kê.** Các biến liên tục được trình bày bằng trung bình nếu phân phối chuẩn, bằng trung vị nếu phân phối lệch. Các biến rời sẽ được trình bày bằng tỉ lệ (%). Sử dụng phép kiểm  $\chi^2$  nhằm so sánh hiệu quả điều trị. Giá trị của  $p < 0,05$  được xem là có ý nghĩa thống kê. Xử lý và phân tích dữ liệu bằng phần mềm Stata 15.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Đặc điểm chung của sản phụ đái tháo đường thai kỳ**

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Tuổi:</b> 21 – 44, tuổi trung bình: 31,8 $\pm$ 4,5		
<25 tuổi	5	3,4%
25-34 tuổi	104	70,3%
$\geq$ 35 tuổi	39	26,4%
<b>Địa chỉ</b>		
TP HCM	78	52,7%
Tỉnh khác	70	47,3%
<b>Tiền thai</b>		
Con so	76	51,3%
Con rạ	72	48,7%

BMI lúc sinh		
<23	13	8,8%
23 – 25	23	15,5%
>25	112	75,7%
Tăng cân trong thai kỳ		
Bình thường <12 kg	76	51,4%
Tăng cân nhiều $\geq$ 12 kg	72	48,6%
Tiền sử gia đình có ĐTĐ		
Có ĐTĐ	25	16,9%
Không ĐTĐ	123	83,1%
Tiền căn sinh con > 4000g		
Có	6	4%
Không	142	96%

Tuổi trung bình của sản phụ là  $31,8 \pm 4,5$  tuổi, trong độ tuổi từ 21 đến 44 tuổi, độ tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 25-34 tuổi là lứa tuổi sinh sản.

Cân nặng trung bình trước sinh là  $54,4 \pm 8,6$  kg. Tỷ lệ tăng cân nhiều trong thai kỳ  $\geq 12$  kg là 48,6%. BMI trung bình lúc sinh là  $66,9 \pm 9,2$  kg. Phần lớn sản phụ có BMI  $\geq 25$  (75,7%), cho thấy tỷ lệ thừa cân/béo phì khá cao – là yếu tố nguy cơ rõ ràng của ĐTĐTK. Ngoài ra, 16,9% sản phụ có tiền sử gia đình mắc ĐTĐ, 51,4% là con so và chỉ 5,4% có tiền sử sinh non, 4 % từng sinh con > 4kg.



### Biểu đồ 1. Tỷ lệ các kết cục thai kỳ trên mẹ

Có 16,9% sản phụ mắc bệnh kèm theo (tuyến giáp, thận, viêm gan B, tăng huyết áp...). Các bệnh kèm theo như tiền sản giật sẽ làm tăng nguy cơ mổ lấy thai.

Tỷ lệ sinh mổ chiếm ưu thế (75,7%), điều này phù hợp với các nghiên cứu khác do ĐTĐTK thường có thai lớn, ngôi thai bất thường hoặc lo ngại về biến chứng trong chuyển dạ.

Về điều trị, đa số được kiểm soát đường huyết bằng điều trị tiết chế (94,6%), chỉ 5,4% cần điều trị bằng insulin cho thấy đa số ĐTĐTK ở mức độ nhẹ và trung bình.

Đa số sản phụ có diễn tiến hậu sản bình thường (99,3%). Chỉ có 1 trường hợp bị bằng huyết sau sinh (0,7%). Tỷ lệ tử vong mẹ và bé là 0%.

### Bảng 2. Đặc điểm nghiên cứu trên trẻ sơ sinh

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi thai lúc sinh		
Non tháng (<37 tuần)	8	5,4%

Đủ tháng (37-40 tuần)	135	91,2%
Già tháng (>40 tuần)	5	3,4%
Cân nặng lúc sinh		
Nhẹ cân (<2500g)	4	2,7%
Bình thường (2500 – 4000g)	138	93,2%
Con to ( $\geq 4.000$ g)	6	4,1%
Bú lần đầu (trong vòng 60 phút sau sinh)		
Sữa mẹ	20	13,5%
Sữa công thức lượng ít ( $\leq 10$ ml)	13	8,8%
Sữa công thức (>10 – 40 ml)	115	77,7%
Đường huyết		
Số bé làm xét nghiệm đường huyết	21	14,2%
Hạ đường huyết (<2,6mmol/L) <sup>7</sup>	6	28,6%
Chỉ số APGAR 1 phút < 7 điểm		
Có	1	0,7%
Không	147	99,3%
Chỉ số APGAR 5 phút < 7 điểm		
Có	0	0%
Không	148	100%
Vàng da		
Có vàng da	69	46,6%
Vàng da cần chiếu đèn	19	12,8%

Phần lớn trẻ sinh đủ tháng 91,2%, chỉ có 5,4% là non tháng và già tháng là 3,4%. Cân nặng lúc sinh: 93,3% là cân nặng bình thường, nhẹ cân (<2500g) là 2,7%, con to  $\geq 4.000$ g là 4,1%. Điều này cho thấy kiểm soát đường huyết của thai kỳ tốt.

Chỉ 0,7% trẻ có chỉ số APGAR < 7 ở phút đầu tiên và không có trẻ nào APGAR < 7 điểm ở phút thứ 5, cho thấy tình trạng hô hấp ban đầu tốt. Nhịp tim trung bình  $142,49 \pm 7,39$  lần / phút, nhịp thở  $53,82 \pm 3,55$  lần / phút : phù hợp với giới hạn sinh lý bình thường ở trẻ sơ sinh.

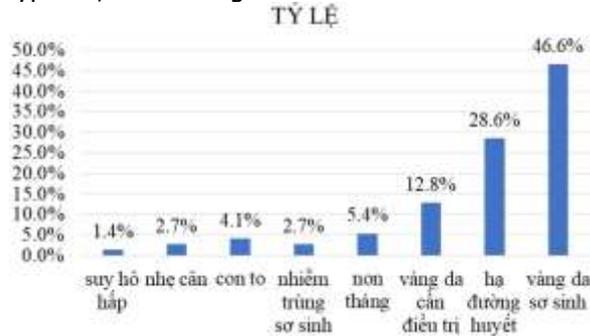
Có 21 trẻ (14,2%) được test đường huyết mao mạch bao gồm trẻ của sản phụ ĐTĐTK được điều trị bằng insulin hoặc trẻ non tháng và/hoặc nhẹ cân. Giá trị đường huyết mao mạch lần 1 và lần 2 trung bình lần lượt là  $3,52 \pm 0,71$  mmol/L và  $4,27 \pm 0,78$  mmol/L. Tỷ lệ hạ đường huyết sau sanh không triệu chứng lâm sàng khi test đường huyết lần 1 là 28,6%.

Tất cả các bé đều được cho bú sớm trong vòng 60 phút sau sanh. Có 13,5% các bé bú sữa mẹ ngay từ đầu tiên, tỷ lệ này tương đối thấp do tỷ lệ sinh mổ cao. Trong các bé bú sữa công thức, đa số (77,7%) bú sữa đầu khá tốt > 10 – 40 ml. Không có bé nào có triệu chứng lâm sàng của hạ đường huyết. Cho thấy việc cho bú sớm, kiểm soát đường huyết và theo dõi sát các bé có nguy cơ hạ đường huyết là rất quan trọng.

Tuy nhiên, các vấn đề khác như: suy hô hấp 1,4%, nhiễm trùng sơ sinh 2,7%, vàng da sơ sinh 46,6% và vàng da cần chiếu đèn điều trị là 12,8%. Có 2 trường hợp sang chấn em bé lúc

sinh: 1 bé bị gãy xương đòn và 1 bé bị tổn thương phần mềm vùng mặt.

Một số dị tật bẩm sinh hiếm gặp được ghi nhận (mỗi loại 0,7%), bao gồm: nang tuyến phổi type III, bất thường nhiễm sắc thể....



**Biểu đồ 2: Tỷ lệ các kết cục trên trẻ sơ sinh**

Biểu đồ cho thấy các biến chứng nặng như suy hô hấp thấp 1,4%, dù tỷ lệ hạ đường huyết không triệu chứng lâm sàng khá cao 28,6% nhưng tỷ lệ hạ đường huyết có triệu chứng lâm sàng là 0%. Dù non tháng chiếm 5,4% và vàng da là 46,6% nhưng vàng da cần chiếu đèn chỉ có 12,8%.

Kết quả phân tích cho thấy có mối liên quan giữa tiền căn sinh con to > 4 kg và tỷ lệ hạ đường huyết ở trẻ sơ sinh có PR = 4,25 (1,32 – 13,73); mối liên quan này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Còn mối liên quan giữa tiền sử gia đình có ĐTD với kết cục phương pháp sinh ở sản phụ có PR = 0,76 (0,55 – 1,06), mối liên quan này có p = 0,071; mối liên quan này không có ý nghĩa thống kê. Có thể do quá trình theo dõi thai kỳ kiểm soát đường huyết tốt hoặc do cỡ mẫu chưa đủ lớn.

**IV. BÀN LUẬN**

Kết quả nghiên cứu "Kết cục sớm ở trẻ sơ sinh của những thai phụ ĐTDTK tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - Cơ sở 2" cho thấy tỷ lệ hạ đường huyết không triệu chứng lâm sàng ngay sau sanh là 28,6%, cao hơn nghiên cứu của Maha là 13% cho thấy nhóm trẻ này có nguy cơ cao hạ đường huyết sớm ngay sau khi cắt rốn do trước đó bé quen với môi trường trong tử cung có nồng độ glucose cao<sup>2</sup>. Và tỷ lệ hạ đường huyết khi test lần 2 trước cử bú tiếp theo là 0%, điều này cho thấy việc cho bú sớm và đầy đủ là biện pháp dự phòng hạ đường huyết rất quan trọng và hiệu quả. Khi được bú, nguồn glucose ngoại sinh bù đắp cho sự thiếu hụt, giúp ổn định đường huyết của trẻ. Như vậy phần lớn các trường hợp hạ đường huyết ở trẻ sơ sinh, con của sản phụ

ĐTDTK là hạ đường huyết sớm, thoáng qua và có thể phòng ngừa bằng dinh dưỡng kịp thời.

Tỷ lệ vàng da ở trẻ sơ sinh con của mẹ ĐTDTK khá cao với 46,6%) phù hợp với các nghiên cứu trước đó giải thích do tăng hồng cầu và nguy cơ đa hồng cầu ở thai ĐTDTK. Và vàng da cần chiếu đèn là 12,8%, cao hơn tỷ lệ chiếu đèn của nghiên cứu Bùi Thị Kim Thảo có 3,4%<sup>4</sup>.

Tỷ lệ sinh non 5,4%, sinh nhẹ cân 2,7%, sinh con to 4%, thấp hơn một số nghiên cứu khác<sup>3,4</sup>, có thể do kiểm soát đường huyết trong thai kỳ tốt và các sản phụ bị ĐTDTK tại Bệnh viện Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - Cơ sở 2 tương đối nhẹ và trung bình. Có 1 ca chiếm 0,7% chuyển hồi sức sơ sinh và không có ca nào tử vong.

Nghiên cứu này cho thấy phần lớn trẻ sơ sinh từ mẹ ĐTDTK có kết cục sơ sinh tốt, nhưng vẫn tồn tại một tỷ lệ nhỏ trẻ có biến chứng như vàng da, suy hô hấp, nhiễm trùng và tổn thương bé khi sinh. Tỷ lệ sinh mổ cao phản ánh xu hướng can thiệp để phòng biến chứng, dù nhiều trường hợp có thể kiểm soát tốt bằng chế độ ăn.

Việc tầm soát ĐTDTK, theo dõi sát và xử trí hợp lý là rất quan trọng nhằm giảm thiểu các biến chứng cho mẹ và bé

**V. KẾT LUẬN**

Công tác chăm sóc sơ sinh sớm, đặc biệt 72 giờ đầu sau sinh là rất cần thiết để phát hiện sớm và xử trí kịp thời các biến chứng có thể xảy ra ở trẻ sơ sinh của những sản phụ bị ĐTDTK. Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ vàng da, hạ đường huyết và một số biến chứng đường hô hấp hay nhiễm trùng vẫn còn hiện diện cho thấy nhóm trẻ này luôn cần được theo dõi sát trong những giờ và ngày đầu sau sinh gồm: Xét nghiệm đường huyết mao mạch sớm cho trẻ sơ sinh có mẹ bị ĐTDTK để phát hiện và xử trí hạ đường huyết sơ sinh kịp thời khi chưa có triệu chứng lâm sàng của hạ đường huyết; Chuẩn bị hỗ trợ hô hấp và chủ động phát hiện nhiễm trùng sơ sinh ở nhóm nguy cơ cao; Theo dõi sát vàng da trong 72 giờ đầu để chiếu đèn khi có chỉ định; Tăng cường phối hợp sản khoa – nhi khoa nhằm tối ưu hóa kết cục cho cả mẹ và con.

Kết quả nghiên cứu cũng đã nói lên tầm quan trọng của việc tầm soát và chẩn đoán sớm ĐTDTK, theo dõi sát đường huyết mẹ, tư vấn dinh dưỡng – vận động hợp lý và chỉ định điều trị kịp thời nhằm giảm nguy cơ biến chứng cho cả mẹ và bé.

Việc phối hợp chặt chẽ công tác khám sàng lọc và chăm sóc sơ sinh sẽ góp phần nâng cao chất lượng quản lý thai kỳ có ĐTD tại cơ sở y tế.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thubasni Kunasegaran, et al.** Gestational Diabetes Mellitus in Southeast Asia: A scoping Review Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18 (3), 1272
2. **Maha Bamehrez, Front Pediatr.** 2023, Hypoglycemia and associated comorbidities among newborns of mothers with diabetes in an academic tertiary care center
3. **Mai P.T., et al.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ở trẻ sơ sinh có mẹ mắc đái tháo đường từ năm 2022 – 2023 tại Trung tâm nhi khoa – Bệnh viện Bạch Mai. Tạp Chí Y Học Dự phòng, 33 (7), 72-77.
4. **Bùi Thị Kim Thảo, et al.** (2023), kết cục thai kỳ của thai phụ đái tháo đường thai kỳ điều trị tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh – cơ sở 2. Tạp chí Y học Việt Nam, tập 532, tháng 11 – số chuyên đề 2023 (18-26)
5. **Lê Thị Tường Vi, Võ Minh Tuấn** (2021), “Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan của thai phụ đến khám tại Bệnh viện Quận 1”. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, Tập 25 (1), 108-113.
6. **Hà Mạnh Tuấn.** Hạ đường huyết ở trẻ sơ sinh. Bệnh học lâm sàng Nhi sơ sinh 2023. Nhà xuất bản Y học 2023:266 - 273

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỚM BỆNH NHI SUY TỦY XƯƠNG VÔ CĂN BẰNG PHÁC ĐỒ HATG KẾT HỢP CYCLOSPORIN A TẠI VIỆN HUYẾT HỌC-TRUYỀN MÁU TW GIAI ĐOẠN 2020-2025

Lê Thị Nguyệt<sup>1</sup>, Hoàng Thị Hồng<sup>1</sup>,  
Đặng Hoàng Hải<sup>1</sup>, Mai Lan<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

Điều trị suy tủy xương (STX) vô căn ở trẻ nhi bằng phác đồ ATG ngựa phối hợp cyclosporin A (CSA) mang lại hiệu quả cao và là lựa chọn hàng đầu cho bệnh nhi không thể ghép tế bào gốc đồng loài. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị sớm bệnh nhi STX vô căn bằng phác đồ hATG kết hợp cyclosporin A tại Viện Huyết Học-Truyền Máu TW giai đoạn 2020-2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh 27 bệnh nhi STX được điều trị hàng đầu bằng phương pháp ức chế miễn dịch hATG phối hợp CSA, tại khoa bệnh máu trẻ em, Viện Huyết Học- Truyền máu Trung Ương, giai đoạn 1/2020 đến 3/2025. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng chung sau 3 tháng là 37%, 6 tháng là 66,7%, xác suất sống thêm toàn bộ trên 2 năm là 95,8%, tỉ lệ đáp ứng tích lũy ở 9 và 12 tháng là 75%. **Kết luận:** Phác đồ ATG ngựa phối hợp cyclosporin A là lựa chọn hàng đầu mang lại hiệu quả cao cho bệnh nhi STX vô căn không thể ghép tế bào gốc đồng loài. **Từ khóa:** Bệnh nhi, suy tủy xương, điều trị suy tủy xương, ATG ngựa, cyclosporine A.

## SUMMARY

**EARLY TREATMENT OUTCOMES OF PEDIATRIC PATIENTS WITH IDIOPATHIC APLASTIC ANEMIA USING THE hATG COMBINED WITH CYCLOSPORIN A REGIMENT AT THE NATIONAL INSTITUTE OF HEMATOLOGY AND BLOOD TRANSFUSION DURING THE 2020–2025 PERIOD**

<sup>1</sup>Viện Huyết học - Truyền máu Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Nguyệt

Email: bsnguyetnihbt@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

Treatment of Idiopathic Aplastic Anemia in Pediatric Patients Using Horse ATG Combined with Cyclosporin A: A Primary Therapeutic Option for Patients Ineligible for Allogeneic Stem Cell Transplantation. **Background:** Immunosuppressive therapy (IST) using horse anti-thymocyte globulin (hATG) in combination with cyclosporin A (CSA) has proven to be highly effective and is considered the first-line treatment for pediatric patients with idiopathic aplastic anemia (AA) who are not eligible for allogeneic stem cell transplantation. **Objective:** To evaluate early treatment outcomes of pediatric patients with idiopathic aplastic anemia receiving hATG plus CSA at the National Institute of Hematology and Blood Transfusion (NIHBT) during the period from 2020 to 2025. **Subjects and Methods:** This is a descriptive case series study involving 27 pediatric patients diagnosed with idiopathic aplastic anemia who received first-line treatment with immunosuppressive therapy using hATG in combination with CSA. The study was conducted at the Pediatric Hematology Department, NIHBT, from January 2020 to March 2025. **Results:** The overall response rate was 37% at 3 months and 66.7% at 6 months. The probability of overall survival beyond 2 years was 95.8%, and the cumulative response rate at 9 and 12 months was 75%. **Conclusion:** Horse ATG combined with cyclosporin A is an effective and first-line therapeutic option for pediatric patients with idiopathic aplastic anemia who are not candidates for allogeneic stem cell transplantation. **Keywords:** Pediatric patient, aplastic anemia, treatment of aplastic anemia, horse ATG, cyclosporine A.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tủy xương (STX) là bệnh của cơ quan tạo máu, bệnh được đặc trưng bởi sự giảm sản các tế bào tủy xương do cơ quan sinh máu bình thường bị thay thế hoặc bị lấn át bởi tổ chức mỡ