

- Impact of Congestion in Heart Failure: A Narrative Review of Multisystem Pathophysiology and Clinical Implications. *Journal of Cardiovascular Development and Disease* 2025, 12(4):124.
6. **Dammen K, Ter Maaten JM, Coster JE, Krikken JA, van Deursen VM, Krijnen HK, Hofman M, Nieuwland W, van Veldhuisen DJ, Voors AA et al:** Clinical importance of urinary sodium excretion in acute heart failure. *Eur J Heart Fail* 2020, 22(8):1438-1447.
 7. **Baumberger J, Dinges S, Lupi E, Wolters T, Stüssi-Helbling M, Cippà PE, Bellasi A, Huber LC, Arrigo M:** Prevalence and characteristics of upfront diuretic resistance in acute heart failure: The P-Value-AHF study. *ESC Heart Fail* 2025, 12(1):688-694.
 8. **Fujimoto Y, Kitai T, Nasu T, Matsumoto S, Naruse Y, Hioki H, Shimizu M, Yonetsu T, Horiuchi Y, Matsue Y:** The dynamics of urine sodium concentration after intra-venous furosemide in patients with acute heart failure. *European Heart Journal* 2024, 45(Supplement_1).

TÌNH TRẠNG RỐI LOẠN GLUCOSE MÁU SAU SINH 4 ĐẾN 12 TUẦN Ở PHỤ NỮ MẮC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KÌ TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG

Trương Đức Châu^{1,2}, Vũ Bích Nga¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ rối loạn glucose máu sau sinh 4 đến 12 tuần ở phụ nữ mắc đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) và xác định các yếu tố liên quan. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang với 100 phụ nữ sau sinh 4-12 tuần, được chẩn đoán ĐTĐTK theo tiêu chuẩn ADA 2023, khám tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương cơ sở Thái Thịnh từ tháng 8/2024 đến 6/2025. **Kết quả:** Tỷ lệ rối loạn glucose máu sau sinh là 59%. Các yếu tố có liên quan đáng kể bao gồm: sử dụng biện pháp hỗ trợ sinh sản (OR=4,3; p<0,05), BMI trước mang thai cao hơn (23,15 so với 21,76; p<0,05), điều trị ĐTĐTK bằng insulin (p<0,05), bệnh đồng mắc tăng huyết áp (OR=3,4; p<0,05), và rối loạn mỡ máu (OR=7,9; p<0,05). **Kết luận:** Tỷ lệ rối loạn glucose máu sau sinh ở phụ nữ có tiền sử ĐTĐTK ở mức cao (59%). Các yếu tố như BMI trước mang thai, điều trị insulin, biện pháp hỗ trợ sinh sản và bệnh lý đồng mắc làm tăng nguy cơ rối loạn đường huyết sau sinh. Việc sàng lọc và quản lý sớm rối loạn đường huyết sau sinh là cần thiết để phòng ngừa tiến triển đái tháo đường típ 2, góp phần nâng cao hiệu quả chăm sóc sức khỏe phụ nữ sau sinh. **Từ khóa:** rối loạn glucose máu sau sinh, đái tháo đường thai kỳ

SUMMARY

GLUCOSE INTOLERANCE STATUS AMONG WOMEN WITH HISTORY OF GESTATIONAL DIABETES MELLITUS WITHIN 4-12 WEEKS POSTPARTUM AT THE NATIONAL ENDOCRINOLOGY HOSPITAL

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nội tiết Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trương Đức Châu

Email: drchau.bvnt@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

Objectives: To investigate the prevalence of glucose intolerance 4 to 12 weeks postpartum in women with a history of gestational diabetes mellitus (GDM) and to identify associated risk factors. **Methods:** A cross-sectional study was conducted involving 100 women 4-12 weeks postpartum who were diagnosed with GDM according to the 2023 ADA criteria. Participants were examined at the Thai Thịnh campus of the National Endocrinology Hospital from August 2024 to June 2025. **Results:** The prevalence of glucose intolerance postpartum was 59%. Significant associated factors included the use of assisted reproductive technology (OR=4.3; p<0.05), higher pre-pregnancy BMI (23.15 vs. 21.76; p<0.05), insulin treatment during pregnancy (p<0.05), comorbid hypertension (OR=3.4; p<0.05), and dyslipidemia (OR=7.9; p<0.05). **Conclusions:** The prevalence of postpartum glucose intolerance in women with a history of GDM is high (59%). Factors such as pre-pregnancy BMI, insulin therapy, use of assisted reproductive techniques, and comorbidities increase the risk of postpartum glucose dysregulation. Early screening and management of postpartum glucose intolerance are essential to prevent progression to type 2 diabetes and to improve postpartum women's health care outcomes. **Keywords:** Glucose intolerance, gestational diabetes

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là tình trạng tăng glucose máu phát hiện lần đầu tiên trong ba tháng giữa hoặc ba tháng cuối của thai kỳ, ở người phụ nữ không có chẩn đoán đái tháo đường (ĐTĐ) trước đó.¹ Đái tháo đường thai kỳ không chỉ ảnh hưởng đến người mẹ và thai nhi trong quá trình mang thai mà còn là yếu tố nguy cơ quan trọng đối với sự phát triển của bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2 và tiền ĐTĐ ở người phụ nữ sau khi sinh.² Ước tính nguy cơ mắc ĐTĐ típ 2 trong suốt cuộc đời ở những phụ nữ mắc ĐTĐTK là 40 – 70%, cao gấp 10 lần so với

những người mang thai bình thường.^{3,4} Một số yếu tố liên quan đến nguy cơ mắc ĐTĐ típ 2 sau sinh đã được xác định như BMI trước khi mang thai, nồng độ glucose máu lúc đói trong thai kỳ, HbA1c tại thời điểm chẩn đoán ĐTĐTK, tuổi sinh con, tiền sử gia đình mắc ĐTĐ típ 2 và có chỉ định điều trị insulin trong quá trình mang thai.^{5,6}

Việt Nam là quốc gia có tỷ lệ mắc ĐTĐTK với tỷ lệ khá cao. Tuy vậy, các nghiên cứu hiện tại vẫn chủ yếu tập trung vào đánh giá các kết quả sản khoa ở bà mẹ và trẻ sơ sinh, trong khi nguy cơ mắc ĐTĐ thật sự ở bà mẹ sau khi sinh còn chưa được quan tâm đúng mức, tỉ lệ bà mẹ quay lại kiểm tra còn hạn chế. Theo thống kê, có khoảng 50% phụ nữ mắc đái tháo đường thai kỳ sẽ tiến triển thành ĐTĐ típ 2 trong vòng 5-10 năm sau sinh nhưng chỉ có 31,1% được chẩn đoán.² Năm 2024, Bộ Y tế đã ban hành quyết định 1470/QĐ-BYT có nội dung Về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn Quốc gia về sàng lọc và quản lý đái tháo đường thai kỳ", trong đó khuyến cáo cần thực hiện xét nghiệm để chẩn đoán đái tháo đường thật sự (bền vững) ở phụ nữ có đái tháo đường thai kỳ, sau khi sinh từ 4 đến 12 tuần và phụ nữ có tiền sử đái tháo đường thai kỳ nên thực hiện xét nghiệm phát hiện sớm ĐTĐ hay tiền ĐTĐ ít nhất mỗi 1- 3 năm một lần.² Việc phát hiện sớm ĐTĐ ở những bà mẹ có tiền sử ĐTĐTK giúp bà mẹ được tiếp cận với các phương pháp kiểm soát đường huyết tốt hơn, tránh được những tai biến của ĐTĐ, đồng thời là cơ sở để các nhà lâm sàng tiên lượng, tư vấn cho bệnh nhân về nguy cơ mắc ĐTĐ khi có tiền sử ĐTĐTK. Tuy vậy, hiện chưa có số liệu thống kê về tỷ lệ rối loạn đường huyết sau giai đoạn 4-12 tuần sau sinh. Vì vậy, nghiên cứu được tiến hành với 2 mục tiêu:

1. Khảo sát tỷ lệ rối loạn glucose máu sau sinh 4 đến 12 tuần ở phụ nữ mắc đái tháo đường thai kỳ.

2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến rối loạn glucose máu ở những phụ nữ trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là những phụ nữ sau sinh đến khám tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương cơ sở Thái Thịnh trong thời gian từ tháng 8 năm 2024 đến tháng 6 năm 2025 thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn mẫu.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Được chẩn đoán ĐTĐTK theo tiêu chuẩn của ADA 2023.¹

- Thời gian sau khi sinh từ 4 đến 12 tuần.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Có tiền sử rối loạn glucose máu trước khi mang thai.

- Có rối loạn glucose máu được phát hiện trong quý đầu của thai kỳ.

- Đang mắc các bệnh có ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose: Basedow, suy giáp, Cushing, u tủy thượng thận, hội chứng Cohn, to đầu chi, bệnh lý gan, suy thận.

- Đang mắc các bệnh cấp tính như nhiễm khuẩn... hoặc trong tình trạng stress như chấn thương, đột quỵ, nhồi máu cơ tim, phẫu thuật.

- Đang sử dụng các thuốc ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose: chẹn beta giao cảm (như propranolol), một số loại thuốc chống loạn thần, corticosteroid (như prednisone), epinephrine, estrogen, glucagon, isoniazid, lithium, thuốc tránh thai, phenothiazin, phenytoin, salicylate (gồm cả aspirin), thuốc lợi tiểu thiazide (như hydrochlorothiazide), thuốc chống trầm cảm ba vòng.

- Đang mắc trầm cảm sau sinh.

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Nội tiết Sinh sản - Bệnh viện Nội tiết Trung ương cơ sở Thái Thịnh

- Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 08 năm 2024 đến tháng 06 năm 2025.

2.2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu: Cỡ mẫu của nghiên cứu được lấy dựa theo công tính cỡ mẫu ước tính một tỷ lệ:

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: số người bệnh đái tháo đường thai kỳ được nghiên cứu.

✓ p: tỷ lệ người bệnh mắc rối loạn của một nghiên cứu tương tự.

Theo nghiên cứu của Phan Thị Tố Như và Hoàng Trung Vinh, tỷ lệ phụ nữ được chẩn đoán ĐTĐTK có rối loạn dung nạp glucose sau sinh 12 tuần là 43,7%.⁷

✓ $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ với $\alpha = 0,05$.

✓ d: Khoảng sai lệch mong muốn giữa tham số mẫu và tham số quần thể ($d = 0,1$).

Tổng cỡ mẫu tối thiểu cần thiết cho nghiên cứu là 95 người.

Để dự phòng người tham gia nghiên cứu muốn dừng tham gia hoặc không hoàn thành bộ câu hỏi, chúng tôi lấy dư thêm 5% số người tham gia và làm tròn nên cỡ mẫu cần có là 100 người.

- Phương pháp chọn mẫu: Trong đề tài này,

phương pháp chọn mẫu thuận tiện được sử dụng.

Chúng tôi thông qua hệ thống phần mềm quản lý bệnh viện, lựa chọn tất cả người bệnh được chẩn đoán với mã ICD: O24. Lập danh sách gồm họ và tên, tuổi, địa chỉ và số điện thoại. Chúng tôi liên hệ với đối tượng nghiên cứu qua số điện thoại. Tất cả đối tượng ĐTĐTK đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn của đối tượng nghiên cứu được hẹn đến khám tại bệnh viện Nội tiết Trung ương sau sinh từ 4 – 12 tuần. Chúng tôi gặp đối tượng nghiên cứu: giải thích mục đích, lợi ích và nguy cơ với đối tượng tham gia nghiên cứu. Những đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu tự nguyện ký vào phiếu chấp thuận nghiên cứu.

2.3. Quản lý và phân tích số liệu. Số liệu sau khi làm sạch và mã hóa được nhập vào máy tính và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0.

Quá trình phân tích dữ liệu sử dụng các phương pháp thống kê mô tả, tính toán tỷ suất chênh OR, thống kê mối tương quan và mô hình hồi quy logistic đa biến, cụ thể:

✓ Thống kê mô tả tần số, tần suất, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, trung vị, giá trị nhỏ nhất, giá trị lớn nhất với các biến về đặc điểm nhân khẩu học, các thông tin liên quan đến tiền sử sản khoa, các thông tin liên quan đến tình trạng glucose máu sau sinh.

✓ Tìm hiểu mối liên quan giữa các biến đặc điểm nhân khẩu học, đặc điểm bệnh lý liên quan đến sản khoa và đại tháo đường với tỷ lệ đại tháo đường thực sự bằng các test Chi bình phương và tỷ suất chênh OR.

2.4. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu. Đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng xét duyệt đề cương thạc sĩ Nội khoa Trường Đại học Y Hà Nội thông qua và được Bệnh viện Nội tiết Trung ương đồng ý cho tiến hành nghiên cứu.

Nghiên cứu viên đã trình bày rõ mục đích nghiên cứu với người bệnh. Nghiên cứu chỉ được tiến hành khi được sự đồng ý tự nguyện tham gia của người bệnh và người bệnh có quyền rút khỏi nghiên cứu với bất kỳ lý do gì, vào bất kỳ thời điểm nào mà không gặp phải khó khăn gì trong việc tiếp tục điều trị. Mọi thông tin cá nhân của người bệnh sẽ được mã hóa và giữ kín, chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu.

Nghiên cứu nhằm mục đích phát hiện sớm tình trạng đại tháo đường thực sự sau khi mắc đại tháo đường thai kỳ ở phụ nữ sau sinh, giúp người có bệnh sớm được điều trị sớm. Những người bệnh sau sàng lọc có kết quả mắc đại tháo đường thực sự sẽ được tư vấn để theo dõi các chỉ số glucose máu, điều chỉnh chế độ ăn và sinh hoạt kết hợp với dùng thuốc. Kết quả nghiên cứu sẽ được báo cáo với phía bệnh viện nhằm phục

vụ cho công tác điều trị và chăm sóc, giúp nâng cao chất lượng khám chữa bệnh cho người bệnh. Kết quả nghiên cứu cũng được xuất bản trên các tạp chí khoa học để chia sẻ kết quả với các đồng nghiệp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thu thập số liệu của 100 phụ nữ sau sinh đến khám tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương cơ sở Thái Thịnh thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn mẫu. Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $34,4 \pm 5,2$ tuổi với người trẻ tuổi nhất là 20 tuổi và người lớn tuổi nhất là 48 tuổi. Nhóm phụ nữ có độ tuổi dưới 35 và từ 35 tuổi trở lên có tỷ lệ lần lượt là 55% và 45%.

Bảng 1. Đặc điểm tiền sử sản khoa của đối tượng nghiên cứu

Tiền sử sản khoa	Tần số (n)	Tần suất (%)
Sử dụng biện pháp hỗ trợ sinh sản	Không	82
	Có	18
Đa thai ở lần mang thai này	Không	98
	Có	2
Phương pháp sinh con ở lần mang thai này	Sinh thường	40
	Sinh mổ	60
Tuổi thai khi sinh	Sinh non	5
	Đủ tháng	95
	Già tháng	0
Cân nặng trẻ khi sinh (gram)	≥ 3500 gram	23
	< 3500 gram	77
BMI trước mang thai	GTTB $\pm$ ĐLC (GTNN-GTLN)	22,58 $\pm$ 2,76 (18,1-31,2)

18% đối tượng nghiên cứu có sử dụng các biện pháp hỗ trợ sinh sản. Phương pháp sinh con ở lần mang thai này chủ yếu là sinh mổ (60%) với tuổi thai đủ tháng (95%) và cân nặng trẻ dưới 3,5 kg (77%).

Bảng 2. Tình trạng đại tháo đường thai kỳ của đối tượng nghiên cứu

Tình trạng đại tháo đường thai kỳ	Tần số (n)	Tần suất (%)
Phát hiện đại tháo đường khi mang thai lần	1	34
	2	37
	3	24
	4	5
Rối loạn đường máu lần mang thai trước	Không	96
	Có	4
Điều trị insulin	Không	52
	Có	48
Đạt mục tiêu điều trị đại tháo đường thai kỳ	Không đạt	2
	Đạt	98
Gia đình có người thân	Không	56

mắc đái tháo đường		Có	44	44
Bệnh lý đồng mắc	Tăng huyết áp	Không	80	80
		Có	20	20
	Rối loạn mỡ máu	Không	60	60
		Có	40	40

Tỷ lệ phụ nữ mắc đái tháo đường thai kỳ từ lần mang thai thứ 2 trở lên chiếm đa số (66%). Chỉ 4% đối tượng nghiên cứu có tiền sử rối loạn đường máu ở lần mang thai trước. Khi nhập viện, 98% đối tượng nghiên cứu đạt được mục tiêu điều trị đái tháo đường thai kỳ. Tỷ lệ bệnh nhân có bệnh lý tăng huyết áp và rối loạn mỡ máu kèm theo lần lượt là 20% và 40%. Có 52% đối tượng nghiên cứu phải điều trị bằng insulin

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng rối loạn đường máu sau sinh

Đặc điểm		Giá trị	Rối loạn đường máu sau sinh		OR (CI 95%)	p
			Không (N)	Có (N)		
Sử dụng biện pháp hỗ trợ sinh sản		Không	38	44	4,3 (1,2 – 16)	<0,05
		Có	3	15		
Điều trị insulin		Không	15	37	0,3 (0,1 – 0,8)	<0,05
		Có	26	27		
Bệnh đồng mắc	Tăng huyết áp	Không	37	43	3,4 (1,1 – 11,2)	<0,05
		Có	4	16		
	Rối loạn mỡ máu	Không	35	25	7,9 (2,9 – 21,7)	<0,05
		Có	6	34		

Nhóm phụ nữ mắc ĐTDĐ thai kỳ kèm theo tăng huyết áp và rối loạn mỡ máu có tỷ lệ mắc rối loạn đường máu sau sinh cao hơn nhóm không mắc tăng huyết áp và rối loạn mỡ máu kèm theo. Nhóm phụ nữ phải điều trị ĐTDĐTK bằng insulin có tỷ lệ rối loạn đường máu sau sinh cao hơn nhóm không cần điều trị bằng insulin. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 4. Mối liên quan giữa BMI trước khi mang thai với tình trạng rối loạn đường máu sau sinh

BMI trước khi mang thai		GTTB $\pm$ ĐLC	F	p
Rối loạn đường máu sau sinh	Không	21,76 $\pm$ 2,24	3,82	<0,05
	Có	23,15 $\pm$ 2,96		

Nhóm phụ nữ có tình trạng rối loạn đường máu sau sinh có chỉ số BMI trước khi mang thai cao hơn nhóm phụ nữ không có tình trạng rối loạn đường máu sau sinh. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ rối loạn đường máu ở phụ nữ sau sinh 4 – 12 tuần có chẩn đoán ĐTDĐ thai kỳ trước đó là 59%, cao hơn so với nghiên cứu của Vũ Thị Hiền Trinh và cộng sự (52%)⁸ và thấp hơn nghiên cứu của Tạ Thị Thùy Linh và cộng sự (69,1%)⁹. Sự khác biệt

để kiểm soát tình trạng ĐTDĐ thai kỳ.



■ Rối loạn đường máu sau sinh ■ Bình thường

Biểu đồ 1. Tỷ lệ rối loạn glucose máu sau sinh 4 - 12 tuần

Tỷ lệ rối loạn đường huyết ở phụ nữ sau sinh 4 – 12 tuần có chẩn đoán ĐTDĐ thai kỳ trước đó là 59%.

này có thể giải thích bởi trong nghiên cứu của Vũ Thị Hiền Trinh và cộng sự, đối tượng nghiên cứu là các phụ nữ sau sinh có tiền sử ĐTDĐTK chỉ cần can thiệp bằng thay đổi lối sống, đối tượng nghiên cứu của Tạ Thị Thùy Linh là người bệnh cần sử dụng insulin để kiểm soát tình trạng ĐTDĐTK trong khi đối tượng nghiên cứu của chúng tôi gồm tất cả thai phụ có chẩn đoán ĐTDĐTK, không kể hình thức kiểm soát tình trạng ĐTDĐ.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, bệnh nhân có sử dụng biện pháp hỗ trợ sinh sản, bệnh nhân điều trị insulin và có các bệnh lý đồng mắc như tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu đều có tỷ lệ mắc ĐTDĐTK cao hơn so với nhóm không có các tình trạng trên. Trên thực tế, các bệnh nhân sử dụng biện pháp hỗ trợ sinh sản đều có nguy cơ mắc ĐTDĐTK cao hơn. Song các nghiên cứu đánh giá ảnh hưởng lâu dài của hỗ trợ sinh sản trên BN chưa được tìm hiểu, cần có nhiều nghiên cứu sâu hơn. Nghiên cứu của Weinert cho thấy những bệnh nhân ĐTDĐTK phải điều trị insulin có nguy cơ rối loạn glucose máu sau sinh cao gấp 3,55 lần so với nhóm có glucose máu bình thường ($p < 0,001$).¹⁰ Các tác giả cho rằng nhóm cần insulin có đề kháng insulin mạnh hơn và chức năng bài tiết insulin của tế bào β kém hơn, tình trạng này kéo dài sau sinh, làm tăng nguy cơ rối loạn dung nạp glucose.

Tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu bản chất đã

là các bệnh lý của rối loạn chuyển hóa, làm tăng nguy cơ ĐTĐ. Khi phụ nữ mắc ĐTĐTK kèm theo tình trạng THA và rối loạn mỡ máu, thì tình trạng rối loạn chuyển hóa càng phức tạp, càng làm tăng nguy cơ rối loạn đường máu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm phụ nữ có tình trạng rối loạn đường máu sau sinh có chỉ số BMI trước sinh cao hơn nhóm không rối loạn đường máu sau sinh. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Vũ Thị Hiền Trinh.¹⁰ Tình trạng này cũng phản ánh mức độ rối loạn chuyển hóa của người phụ nữ từ trước lúc mang thai, càng làm tăng nguy cơ rối loạn đường máu sau sinh.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ rối loạn đường máu ở phụ nữ sau sinh 4 – 12 tuần có chẩn đoán ĐTĐTK là 59%. Các yếu tố có liên quan đến tình trạng rối loạn đường máu sau sinh gồm: sử dụng biện pháp hỗ trợ sinh sản để mang thai, BMI trước sinh cao, cần điều trị insulin để kiểm soát ĐTĐTK, có các bệnh lý đồng mắc như tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **The American Diabetes Association** (2023). Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes—2024. Diabetes Care. 2023;47(Supplement_1):S20-S42.
2. **Bộ Y tế** (2024). Quyết định 1470/QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn Quốc gia về sàng lọc và quản lý đái tháo đường thai kỳ".
3. **Li Z, Cheng Y, Wang D et al** (2020). Incidence Rate of Type 2 Diabetes Mellitus after Gestational Diabetes Mellitus: A Systematic Review and Meta-

- Analysis of 170,139 Women. J Diabetes Res, 3076463.
4. **Vounzoulaki E, Khunti K, Abner SC et al** (2020). Progression to type 2 diabetes in women with a known history of gestational diabetes: systematic review and meta-analysis. Bmj, 369:m1361.
5. **Inoue H, Ishikawa K, Takeda K et al** (2018). Postpartum risk of diabetes and predictive factors for glucose intolerance in East Asian women with gestational diabetes. Diabetes Res Clin Pract, 140:1-8.
6. **Napoli A, Sciacca L, Pintauro B et al** (2021). Screening of postpartum diabetes in women with gestational diabetes: high-risk subgroups and areas for improvements-the STRONG observational study. Acta Diabetol, 58(9):1187-1197.
7. **Phan Thị Tô Như và Hoàng Trung Vinh** (2021). Đánh giá rối loạn dung nạp glucose sau sinh 12 tuần ở phụ nữ có tiền sử đái tháo đường thai kỳ. Vietnam Journal of Diabetes and Endocrinology.
8. **Vũ Thị Hiền Trinh và Nguyễn Thị Phi Nga** (2022). Đánh giá rối loạn glucose máu sau sinh và một số yếu tố liên quan ở người bệnh đái tháo đường thai kỳ. Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy. 17(5):87-94.
9. **Tạ Thùy Linh và cộng sự** (2023). Rối loạn glucose máu sau sinh và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ đái tháo đường thai kỳ điều trị insulin tại bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2022 - 2023. Tạp chí Y học Dự phòng, 3(5):120-126.
10. **Weinert LS, Mastella LS, Oppermann ML et al** (2014). Postpartum glucose tolerance status 6 to 12 weeks after gestational diabetes mellitus: a Brazilian cohort. Arquivos brasileiros de endocrinologia e metabologia, 58(2):197-204.

NHẬN XÉT MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH GAN NHIỄM MỠ LIÊN QUAN RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA Ở BỆNH NHÂN CÓ BỆNH ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI MẠN TÍNH

Phương Văn Sơn^{1,2}, Đào Việt Hằng¹, Phạm Mạnh Hùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Bệnh gan nhiễm mỡ liên quan đến chuyển hóa là một bệnh lý phổ biến trên toàn thế giới, tỷ lệ này được chứng minh gia tăng trên nhóm bệnh nhân mắc bệnh động mạch chi dưới, nghiên cứu nhằm nhận xét một số yếu tố liên quan đến bệnh gan nhiễm mỡ liên quan rối loạn chuyển hóa ở bệnh nhân có bệnh động mạch chi dưới mạn tính. **Phương pháp**

nghiên cứu: Mô tả cắt ngang trên 124 bệnh nhân mắc bệnh động mạch chi dưới được siêu âm đánh giá tình trạng gan nhiễm mỡ tại Viện Tim mạch Việt Nam – Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 8/2024 đến tháng 8/2025. **Kết quả:** Trong 124 bệnh nhân, tỷ lệ nam/nữ: 1,5/1, tuổi trung bình 74,1±11,38 tuổi với 85,4% bệnh nhân trên 65 tuổi. Tỷ lệ gan nhiễm mỡ liên quan chuyển hóa là 41,1%, chủ yếu là độ 1 với 29%. Tỷ lệ gan nhiễm mỡ cao hơn với giai đoạn bệnh động mạch chi dưới muộn hơn (53,7% và 57,7% ở phân độ Rutherford 5 và 6, khác biệt có p < 0,05). Tỷ lệ gan nhiễm mỡ tăng lên ở nhóm bệnh nhân đái tháo đường (OR: 2,92, p: 0,06), có rối loạn mỡ máu (OR: 2,707, p: 0,01), có hội chứng chuyển hóa (OR: 3,17, p: 0,005). Ở nhóm mắc gan nhiễm mỡ có chỉ số Cholesterolon cao hơn (4,49 ± 1,2 với 3,54 ± 1,26), Trigicerid cao hơn (2,3 ± 1,33 với 1,47 ± 0,96), có chỉ

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Phương Văn Sơn
Email: sosophuong19921992@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025