

bảo hòa ô xy mao mạch của người bệnh duy trì ở mức ổn định.

4.5. Tỷ lệ tai biến. Tất cả các phương pháp giảm đau dù là dùng thuốc uống, thuốc tiêm tĩnh mạch, thuốc tiêm bắp hay gây tê vùng đều hiện hữu các tác dụng không mong muốn, các tai biến chứng khi thực hiện kỹ thuật. Thường nhắc đến triệu chứng như khó thở, ngứa, buồn nôn, nôn, rết run, ngộ độc thuốc gây tê, thậm chí liệt vĩnh viễn ... trong các tài liệu y văn.

Với việc sử dụng thuốc tê ít ảnh hưởng đến tim mạch và ít có tác dụng phụ kết hợp sử dụng liều thấp thuốc tê và sự hỗ trợ của hình ảnh siêu âm dẫn đường. Khi thực hiện gây tê thần kinh đùi và thần kinh hông to theo đường trước cho 105 người bệnh chúng tôi không gặp bệnh nhân có triệu chứng khó thở, buồn nôn, nôn và các tác dụng không mong muốn khác.

V. KẾT LUẬN

Quan sát 105 bệnh nhân gãy xương dài chi dưới được giảm đau bằng gây tê thần kinh đùi và thần kinh hông to dưới hướng dẫn của siêu âm chúng tôi rút ra kết luận: Phương pháp gây tê thần kinh đùi và thần kinh hông to dưới hướng dẫn của siêu âm là phương pháp giảm đau nhanh chóng, hiệu quả và an toàn; điểm VAS giảm nhanh sau 5 phút thực hiện gây tê. Không gặp trường hợp tai biến, biến chứng.

Chúng tôi khuyến cáo nên sử dụng phương pháp gây tê dưới hướng dẫn của siêu âm để làm giảm đau cho bệnh nhân cấp cứu gãy xương chi dưới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wiederhold B.D et al. Nerve Block Anesthesia, in StatPearls.** 2023, StatPearls

Publishing Copyright © 2023, StatPearls Publishing LLC.: Treasure Island (FL).

2. **Bansal L, J.P. Attri and P. Verma.** Lower limb surgeries under combined femoral and sciatic nerve block. *Anesthesia, essays and researches*, 2016. 10(3): p. 432.
3. **Bahreini M et al.** How much change in pain score does really matter to patients? *Am J Emerg Med*, 2020. 38(8): p. 1641-1646.
4. **Gallagher E.J et al.** Reliability and validity of a visual analog scale for acute abdominal pain in the ED, *Am J Emerg Med*, 2002. 20(4): p. 287-90.
5. **Nguyễn Văn Vĩnh và cộng sự.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị gẫy gãy hở thân 2 xương cẳng chân tại khoa Chấn thương Bệnh viện Đa khoa Thái Bình năm 2008. Hội nghị khoa học công nghệ trường Đại học Y Dược Thái Bình, 2015.
6. **Nguyen Huu Chien, Pham Dang Ninh, and Nguyen Tien Binh.** Some epidemiological characteristics of bone fracture of motor organs in 5 years at the 103 military hospital. *Journal of military Pharmacology*, 2018. 43(1): p. 172-178.
7. **Griffioen M.A et al.** Change in Pain Score after Administration of Analgesics for Lower Extremity Fracture Pain during Hospitalization. *Pain Manag Nurs*, 2019. 20(2): p. 158-163.
8. **Griffioen M.A and G. O'Brien.** Analgesics Administered for Pain During Hospitalization Following Lower Extremity Fracture: A Review of the Literature. *J Trauma Nurs*, 2018. 25(6): p. 360-365.
9. **Sinha A et al.** Evaluating Analgesic Efficacy of Single Femoral Nerve Block versus Combined Femoral-Sciatic Nerve Block Post Total Knee Arthroplasty. *Anesth Essays Res*, 2020. 14(2): p. 326-330.
10. **Xiao R et al.** Dexmedetomidine Combined with Femoral Nerve Block Provides Effective Analgesia Similar to Femoral Nerve Combined with Sciatic Nerve Block in Patients Undergoing Total Knee Arthroplasty: A Randomized Controlled Study. *Drug Des Devel Ther*, 2022. 16: p. 155-164.

KẾT QUẢ XỬ TRÍ SẢN KHOA CỦA THAI PHỤ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ CÓ TUỔI THAI ĐỦ THÁNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Hoàng Thị Ngọc Trâm¹, Phạm Mỹ Hoài¹,
Nguyễn Thị Mơ¹, Nguyễn Thị Mai Ngọc¹

TÓM TẮT

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. **Mục**

tiêu: Đánh giá kết quả sản khoa của các thai phụ đái tháo đường thai kỳ có tuổi thai đủ tháng tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2022. Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả hồ sơ bệnh án của các thai phụ có tuổi thai đủ tháng, đã được chẩn đoán ĐTĐTK theo tiêu chuẩn của ADA 2011 trong quá trình mang thai và kết thúc thai kỳ tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả, cắt ngang. **Kết quả:** Tuổi trung bình $30,0 \pm 5,75$ tuổi. Tuổi thai phát hiện ĐTĐTK nhóm từ 24 -28 tuần và chủ yếu là điều trị bằng thay đổi chế độ ăn, luyện tập chiếm 81,8%. Mức đường huyết trung bình chung trước khi đẻ là $6,77 \pm 2,63$ mmol/l. Tỷ lệ mổ lấy thai chiếm 96,97%. Cần

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Ngọc Trâm

Email: hoangtramyk@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 8.5.2023

Ngày duyệt bài: 23.5.2023

nặng trung bình là 3593 ± 542,53gam. Không có trẻ nào tử vong trong giai đoạn chu sinh.

Từ khóa: Đái tháo đường thai kỳ, kết quả xử trí sản khoa

SUMMARY

RESULT OF OBSTETRIC TREATMENT FOR PREGNANT WOMEN WITH GESTATIONAL DIABETES MELLITUS WITH PREGNANCY FULL-TERM AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Gestational diabetes is glucose intolerance of any degree, onset or first detected during pregnancy. **Objective:** To evaluate obstetric outcomes of pregnant women with gestational diabetes with pregnancy full-term at Thai Nguyen National Hospital in 2022. Selection criteria: All medical records of pregnant women with pregnancy full-term, diagnosed with GDM according to ADA 2011 criteria during pregnancy and delivery at Thai Nguyen National Hospital. **Study methods:** Description, cross section. **Result:** Mean age of samples 30.0 ± 5.75 years old. Gestational age at which GDM was detected was between 24 and 28 weeks and it was mainly treated by changing diet and exercise, accounting for 81.8%. The average blood glucose level before calving was 6.77 ± 2.63 mmol/l. The rate of cesarean section accounted for 96.97%. The average weight was 3593 ± 542.53 grams. No infants died in the perinatal period. **Keywords:** Gestational diabetes, Result of obstetric

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo định nghĩa của Tổ chức Y tế thế giới, “Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) 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”. Cùng với sự gia tăng của đái tháo đường, ĐTĐTK cũng không ngừng gia tăng nhất là khu vực châu Á – Thái Bình Dương, trong đó có Việt Nam. Có nhiều bằng chứng chỉ ra mối liên hệ giữa ĐTĐTK với tăng tỷ lệ các biến cố chu sinh ở mẹ và thai nhi như tiền sản giật, sảy thai, thai chết lưu, thai to gây đẻ khó, ngạt sơ sinh.... Trẻ sơ sinh của những bà mẹ bị ĐTĐTK có nguy cơ cao bị hạ đường máu, vàng da và nguy cơ bị béo phì, đái tháo đường type 2. Phụ nữ bị ĐTĐTK có nguy cơ phát triển thành ĐTĐ tít 2 cao gấp 21 lần bình thường [8]. Tìm hiểu rõ hơn về kết quả xử trí sản khoa của thai phụ ĐTĐTK ở tuổi thai đủ tháng tại Thái Nguyên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: Đánh giá kết quả sản khoa của các thai phụ đái tháo đường thai kỳ có tuổi thai đủ tháng tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả hồ sơ bệnh án của các thai phụ có tuổi thai đủ tháng,

đã được chẩn đoán ĐTĐTK theo tiêu chuẩn của ADA 2011 trong quá trình mang thai và kết thúc thai kỳ tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Đang có bệnh hoặc có tiền sử bệnh gây tăng đường huyết thứ phát, đang dùng các thuốc có ảnh hưởng tới chuyển hóa glucose, đa thai, trường hợp thai phụ mắc ĐTĐTK đã đẻ ở nơi khác chuyển đến.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả, cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu, cách chọn mẫu: thuận tiện có chủ đích.

2.5. Thời gian, địa điểm nghiên cứu: từ ngày 01/01/2022 đến hết ngày 31/12/2022 tại bệnh viện trung ương Thái Nguyên.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Việc nghiên cứu được thông qua hội đồng y đức, ban giám đốc trước khi tiến hành tại bệnh viện trung ương Thái Nguyên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi (năm)	Trung bình	30,0 ± 5,75	
	Thành phố	18	54,5
Địa dư	Nông thôn	15	45,5
	Nông dân	5	15,1
Nghề nghiệp	Công nhân, cán bộ	15	45,5
	Khác	13	39,4

Nhận xét: Tuổi trung bình 30,0 ± 5,75 tuổi. Nhóm ĐTNC sống tại thành phố chiếm 54,5%. Nghề nghiệp chủ yếu là công nhân, cán bộ chiếm 45,45%.

Bảng 2. Phân bố tiền sử sản phụ khoa của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Yếu tố nguy cơ	Tiền sử ĐTĐTK lần mang thai trước	2	6,1
	Tiền sử thai lưu	4	12,1
	Tiền sử sảy thai liên tiếp	3	9,1
	Tiền sử đẻ con to ≥ 4000gr	6	18,2
	Tiền sử đẻ con dị tật	2	6,1
Tuổi thai phát hiện ĐTĐTK	<24 tuần	5	15,2
	24 - 28 tuần	27	81,8
	> 28 tuần	1	3,0

Nhận xét: Tỷ lệ thai phụ ĐTĐTK có tiền sử đẻ con to ≥ 4000g chiếm tỷ lệ 18,2%.

Tuổi thai khi phát hiện ĐTĐTK nhóm từ 24 - 28 tuần chiếm đa số 81,8%.

Bảng 3. Phân bố theo phương pháp điều trị ĐTĐTK

Phương pháp điều trị	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thay đổi chế độ ăn uống, luyện tập	27	81,8
Điều trị bằng Insulin phối hợp	6	18,2
Tổng	33	100,0

Nhận xét: Nhóm thai phụ điều trị bằng thay đổi chế độ ăn, luyện tập chiếm 81,8%.

Bảng 4. Phân bố theo Glucose máu mẹ trước khi đẻ

Glucose máu mẹ trước đẻ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 8,3 mmol/l	24	72,7
8,4 mmol/l – 11 mmol/l	6	18,2
≥ 11 mmol/l	3	9,1
Tổng số	33	100,0
X ± SD	6,77 ± 2,63	

Nhận xét:

Mức đường huyết trung bình chung trước khi đẻ là 6,77 ± 2,63 mmol/l.

Tỷ lệ thai phụ có mức đường huyết > 11mmol/l chiếm tỷ lệ 9,1%.

**Biểu đồ 1. Phân bố theo phương pháp đẻ của đối tượng nghiên cứu**

Nhận xét: Tỷ lệ mổ lấy thai chiếm 96,97% và đẻ đường âm đạo chiếm 3,03%.

Bảng 5. Đặc điểm trẻ sơ sinh sau đẻ

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Cân nặng trẻ sơ sinh (gram)	2500 - < 3500	14, 42,4
	3500 - 4000	13, 39,4
	> 4000	6, 18,2
	X ± SD	3593,94 ± 542,53
Chỉ số Apgar phút thứ 1	≤ 7	2, 6,1
	> 7	31, 93,9
Sau đẻ	Bình thường	27, 81,8
	Vàng da	3, 9,1
	Khác	3, 9,1

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ sơ sinh có cân nặng > 4000gam là 18,2%. Cân nặng trung bình là 3593 ± 542,53gam. Chỉ số Apgar phút thứ nhất sau đẻ ≤ 7 chiếm 6,1%. Tỷ lệ trẻ vàng da ở ngày thứ 3 chiếm 9,1%.

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình của thai phụ tham gia nghiên cứu là 30,0 ± 5,75 tuổi. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Mạnh Thắng tiến hành tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân ĐTĐTK là 32,05 ± 4,89 [6]. ĐTNC ở thành phố chiếm 54,4%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoa Ngân tại Bệnh viện A Thái Nguyên tỷ lệ thai phụ ở thành phố là 33,0% [4]. Nguyên nhân là do địa điểm tiến hành nghiên cứu của chúng tôi là thuộc thành phố, nên thuận lợi cho việc tiếp nhận và tập trung nhiều ĐTNC thuộc nhóm cán bộ, công nhân bởi đây là nhóm có trình độ dân trí cao hơn so với nhóm nông dân, nên khả năng nhận thức về tầm quan trọng của việc khám và sàng lọc ĐTĐTK. Mặt khác do sự phát triển mạnh mẽ của các khu công nghiệp với quy mô lớn trên địa bàn tỉnh trong những năm gần đây, các khu công nghiệp lớn thu hút một lượng lớn nhân lực trong độ tuổi lao động và chiếm phần lớn là nữ giới, khiến tỷ lệ thai phụ có nghề nghiệp là công nhân chiếm tỷ lệ cao. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ thai phụ làm nghiệm pháp dung nạp đường huyết cao nhất ở tuổi thai từ 24 – 28 tuần (81,8%). Theo nghiên cứu của Lê Thị Thanh Tâm nhận thấy tỷ lệ ĐTĐTK ở nhóm tuổi thai 24 – 28 tuần là cao nhất (23,9%), thấp nhất ở nhóm 13 – 18 tuần (10,7%) [5]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Mai Phương và cộng sự cho thấy 61,8% thai phụ được chẩn đoán ĐTĐTK tại thời điểm tuổi thai 24 – 28 tuần, chỉ có 10,5% thai phụ được chẩn đoán trong 3 tháng đầu thai kỳ [3].

Việc sàng lọc thường quy ĐTĐTK được khuyến cáo thực hiện từ tuần thai 24 – 28 đối với tất cả phụ nữ mang thai, nên kết quả thu được tỷ lệ phát hiện ĐTĐTK ở nhóm này cao nhất. Trong khi đó, tại quý 2 của thai kỳ, chỉ những thai phụ có yếu tố nguy cơ cao mới được tư vấn làm sàng lọc ĐTĐTK, phù hợp với kết quả nghiên cứu. Theo cơ chế bệnh sinh của ĐTĐTK, bánh rau sẽ tiết một lượng đủ lớn các hormone kháng insulin vào tuần thứ 24 của thai kỳ, do đó đây là thời điểm để tiến hành sàng lọc ĐTĐTK.

Nghiên cứu thấy rằng có 81,8% thai phụ được kiểm soát đường huyết bằng điều chỉnh chế độ ăn và thay đổi lối sống. Số sản phụ còn lại (18,2%) được sử dụng phối hợp với thuốc Insulin. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu tại Bệnh viện Bạch Mai cho thấy, số sản phụ được điều trị tình trạng tăng glucose máu bằng việc điều chỉnh chế độ ăn chiếm 75,4% và điều chỉnh bằng Insulin tiêm chiếm 24,6% [7].

ĐTĐTK 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. Do đó phương pháp điều chỉnh chế độ ăn và lối sống thường chỉ áp dụng cho các sản phụ được chẩn đoán tử sớm, có mức độ tăng đường huyết không quá cao, không có nhiều yếu tố nguy cơ của tình trạng rối loạn đường huyết và sản phụ có điều kiện để theo dõi cũng như tái khám lại đều đặn trong thai kỳ.

Tỷ lệ thai phụ có mức đường huyết từ 8,4 - 11 mmol/l là 18,2% và có đến 9,1% thai phụ có mức đường huyết > 11 mmol/l. Glucose máu mẹ trong chuyển dạ đẻ tốt nhất nên duy trì mức 3,3 - 5,6 mmol/l, không nên quá 8,3 mmol/l vì dễ gây thiếu oxy cho thai. Điều này có thể thấy việc kiểm soát đường huyết của một số đối tượng chưa đạt được ngưỡng an toàn cho mẹ và thai.

Theo dõi kết quả sản khoa trong nghiên cứu tại viện có 96,97% thai phụ mổ lấy thai, còn lại 3,03% là nhóm đẻ đường âm đạo. Điều này là con số đáng báo động vì tỉ lệ mổ lấy thai quá cao trong nhóm thai phụ ĐTĐTK. Mục tiêu điều trị ĐTĐTK để đạt hiệu quả an toàn cho mẹ và thai đồng thời giảm tỉ lệ mổ lấy thai ở nhóm này.

Chỉ định mổ lấy thai liên quan đến ĐTĐTK thường có thể do thai to, tiền sản giật, suy thai, ngôi thai không tiến triển vì bất tương xứng thai và khung chậu. Như vậy, thai phụ ĐTĐTK nếu điều trị kiểm soát đường huyết đạt mục tiêu thì sẽ làm giảm tỷ lệ thai to và giảm tỷ lệ mổ đẻ vì thai to.

Cân nặng trung bình trẻ sơ sinh của các bà mẹ ĐTĐTK là 3593 ± 542,53g. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Thắng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương cân nặng sơ sinh trung bình của nhóm thai phụ ĐTĐTK là 3433 ± 442g, có 7,05% số trẻ có cân nặng từ 4000g trở lên [6]. Thai to là do tăng đường máu mẹ đi qua rau thai làm đường máu thai tăng sẽ kích thích tụy thai tăng sản xuất insulin gây cường insulin ở thai. Insulin có tác dụng đồng hóa kích thích tăng trưởng một cách trực tiếp hoặc gián tiếp thông qua yếu tố tăng trưởng như IGF - 1 và IGF - 2. Một số yếu tố khác có thể góp phần làm tăng tỷ lệ thai to như mẹ béo phì, tăng cân quá mức trong thời gian mang thai.

Tăng đường máu vào giai đoạn 3 tháng giữa và cuối thai kỳ ngăn cản quá trình hoàn thiện phổi thai nhi và một số cơ quan đặc biệt gây xẹp phế nang, suy hô hấp, bệnh màng trong của trẻ sơ sinh. Vì thế trẻ sơ sinh, con của mẹ ĐTĐTK nếu không được kiểm soát đường huyết tốt dễ bị ngạt sau đẻ. Vì vậy, việc chẩn đoán và điều trị

sớm, không những giúp đơn giản hóa công tác điều trị mà còn làm giảm tỷ lệ trẻ sơ sinh ngạt sau đẻ, đây là một biến chứng nguy hiểm, ảnh hưởng đến sự phát triển của trẻ trong tương lai, thậm chí gây tử vong cho trẻ. Tỷ lệ sơ sinh có chỉ số Apgar phút thứ nhất sau đẻ < 7 chiếm 6,1% nhưng sau phút thứ 5 các trẻ đều ổn định. Theo dõi trẻ sau đẻ có 9,1% trẻ bị vàng da và 9,1% trẻ gặp các biến chứng khác như suy hô hấp sơ sinh, chậm tiêu dịch phổi. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự với tác giả Nguyễn Thế Bách, tỷ lệ vàng da sơ sinh ở nhóm thai phụ ĐTĐTK là 9,3% [1] và cao hơn nghiên cứu của Trương Minh Phương, tỷ lệ vàng da sơ sinh là 2,14% [2]. Nghiên cứu không có trẻ nào tử vong trong giai đoạn chu sinh.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình 30,0 ± 5,75 tuổi. Tuổi thai phát hiện ĐTĐTK nhóm từ 24 -28 tuần và chủ yếu là điều trị bằng thay đổi chế độ ăn, luyện tập chiếm 81,8%. Tỉ lệ mổ lấy thai chiếm 96,97%. Cân nặng trung bình là 3593 ± 542,53gam. Không có trẻ nào tử vong trong giai đoạn chu sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thế Bách** (2008), Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến chuyển dạ ở sản phụ đái tháo đường tại Bệnh Viện Phụ Sản Trung Ương, Luận văn thạc sĩ y học, Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội.
2. **Trương Minh Phương** (2020), Nghiên cứu thực trạng đái tháo đường thai kỳ và kết quả sản khoa ở những thai phụ đái tháo đường thai kỳ, Luận văn chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Thị Mai Phương và Vũ Văn Tâm** (2016), "Tỉ lệ đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện Phụ sản Hải Phòng năm 2015", Tạp chí Phụ sản. 13(4), tr. 36-38.
4. **Nguyễn Hoa Ngân** (2010), Nghiên cứu thực trạng đái tháo đường thai kỳ ở phụ nữ được khám thai tại Bệnh viện A Thái Nguyên, Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên.
5. **Lê Thị Thanh Tâm** (2017), Nghiên cứu phân bố - một số yếu tố liên quan và kết quả sản khoa ở thai phụ đái tháo đường thai kỳ, Đại học Y Hà Nội.
6. **Nguyễn Mạnh Thắng** (2021), "Kết quả sản khoa ở thai phụ đái tháo đường thai kỳ đẻ đủ tháng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương", Tạp chí Y học Việt Nam. 502(2), tr. 256-261.
7. **Nguyễn Thị Thu** (2019), Nghiên cứu xử trí sản khoa thai phụ đái tháo đường thai kỳ đẻ tại khoa Sản Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn chuyên khoa cấp II, Chuyên ngành Sản phụ khoa, Đại học Y Hà Nội.
8. **Barbara Daly, Konstantinos A Toulis, Neil Thomas, et al** (2018), "Increased risk of ischemic heart disease, hypertension, and type 2 diabetes in women with previous gestational diabetes mellitus, a target group in general practice for preventive interventions: A population-based cohort study", PLOS Med. 15(1).