

NHẬN XÉT THÁI ĐỘ XỬ TRÍ SẢN KHOA Ở THAI PHỤ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Vũ Mai Phương⁽¹⁾, Lê Thị Thanh Tâm⁽²⁾, Đặng Thị Minh Nguyệt⁽³⁾
(1) Bệnh viện PS Hải Phòng, (2) Đại học Y khoa Vinh, (3) Đại học Y Hà Nội

Tóm tắt

Mục tiêu: Nhận xét thái độ xử trí sản khoa ở thai phụ ĐĐTĐK 3 tháng cuối tại bệnh viện phụ sản Trung Ương.

Đối tượng nghiên cứu: 415 thai phụ được chẩn đoán ĐĐTĐK tuổi thai từ 28 tuần trở lên, trong 2 năm 2012-2013.

Phương pháp nghiên cứu: hồi cứu mô tả.

Kết quả: kết thúc thai kỳ từ 38 tuần trở lên 90,12%; 1,21% từ 28 đến 33 tuần. Mổ đẻ là 76,38%, đẻ thường 22,16% và forceps 1,45%. Có 82,96% mổ đã có chuyển dạ, 17,04% đình chỉ thai nghén. Mổ lấy thai vì ĐĐTĐK đơn thuần 46,30%, thai to 18,29%, và vết mổ cũ là 13,56%. Biến chứng rách CTC, tụ máu sau đẻ chủ yếu là do thai to và forceps. Có 2 trường hợp chảy máu phải truyền máu. Sơ sinh 4,09% hạ ĐH sau sinh, 0,72% trường hợp hạ canxi máu và chấn thương do forceps 0,48%.

Kết luận: Hơn 90% kết thúc thai kỳ khi tuổi thai \geq 38 tuần. Mổ đẻ là 76,38%, đẻ thường là 22,65% và forceps là 1,45%. Mổ vì ĐĐTĐK đơn thuần là 46,30%. Tại biến rách CTC, tụ máu TSM là 2,89%, truyền máu là 0,48%. Có 1 trường hợp thai chết lưu và 2 trường hợp con bị sang chấn.

Từ khóa: đái tháo đường thai nghén, xử trí sản khoa.

Abstract

STUDY OBSTETRICAL MANAGEMENT OF DIABETES MELLITUS IN PREGNANT WOMEN IN NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Object: Study obstetrical management of diabetes mellitus in the third trimester pregnant women in National Hospital of Obstetrics and Gynecology.

Subjects: 415 pregnant women who was diagnosed with gestational diabetes mellitus and had over 28 week gestational age delivered in National Hospital of Obstetrics and Gynecology.

Methods: Retrospective descriptive study.

Results: the labour happen over 38 weeks of gestational age (90.12%), from 28 to 33 weeks (1.21%). The proportion of C-section was quite high (76.38%), the remaining part was vaginal delivery (22.16%) and forceps (1.45%). 82.96% pregnancies had C-section when labour, 17.04% pregnancies had to induct labour. The indication of C-section was merely diabetes mellitus pregnancy (46.30%), fetal macrosomia (18.29%), prior C-section (13.56%). The most common complication of delivery was cervical tear and hematoma because of macrosomia and forceps. There was 2 case with blood transfusion. Neonatal complications: hypoglycemia (4.09%), hypocalcemia (0.72%) and 2 cases of neonatal injury due to forceps (0.48%).

Conclusion: pregnant women with diabetes mellitus was stopped more than 38 week (90%). The way of delivery was C-section (76.38%), vaginal delivery (22.65%) and forceps (1.45%). The indication of C-section was merely diabetes mellitus pregnancy (46.30%). Complication was cervical tear, perineal hematoma (2,89%), blood transfusion (0.48%). There were 1 case of fetal demise and 2 case of neonatal injury due to forceps.

Keywords: gestational diabetes, obstetrical management.

1. Đặt vấn đề

Đái tháo đường thai nghén (ĐĐTĐK) là một bệnh cảnh đặc biệt của ĐĐTĐ, nếu không được chẩn đoán và điều trị sẽ gây nhiều tai biến cho mẹ và thai nhi. Đặc biệt ĐĐTĐK được xem là một trong những nguyên nhân chính làm gia tăng tỷ lệ ĐĐTĐ. Trong thực hành lâm sàng mục tiêu chính của chẩn đoán và điều trị

ĐĐTĐK là đưa tỷ lệ biến chứng thai sản về tương đương với nhóm thai nghén không có ĐĐTĐ [1]. Để đạt được điều này, chúng ta cần phải đồng thời kiểm soát tốt chuyển hóa, quản lý thai kỳ chặt chẽ, cân nhắc chọn thời điểm kết thúc thai kỳ và chọn phương pháp đẻ có lợi nhất cho cả mẹ và con. Xử trí sản khoa đối với thai phụ ĐĐTĐK là một trong các vấn đề quan

trọng mà các bác sĩ sản khoa đang tập trung nghiên cứu với mong muốn tìm được ra giải pháp tối ưu làm giảm biến chứng cho mẹ và con [2]. Tuy nhiên, cho đến nay vẫn còn nhiều điểm chưa thống nhất. Vì vậy để tìm hiểu thêm về vấn đề này chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Nhận xét thái độ xử trí sản khoa ở thai phụ ĐĐTĐK 3 tháng cuối tại bệnh viện phụ sản Trung Ương.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Các thai phụ có hồ sơ bệnh án được chẩn đoán ĐĐTĐK có tuổi thai từ 28 tuần trở lên, đẻ tại Bệnh viện phụ sản Trung ương từ 01/01/2012 -31/12/2013

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu

- Đã được chẩn đoán ĐĐTĐK tại chuyên khoa nội tiết.
- Hoặc xét nghiệm ĐH khi vào viện đủ tiêu chuẩn chẩn đoán ĐĐTĐK theo ADA 2007 mà trước đó chưa được chẩn đoán ĐĐTĐK.

- Hoặc xét nghiệm ĐH bất kì khi vào viện $\geq 11,1$ mmol/l mà trước đó chưa được chẩn đoán ĐĐTĐ.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán ĐĐTĐK.
- ĐĐTĐK không đẻ tại bệnh viện phụ sản Trung ương.
- Có tiền sử mắc các bệnh gây tăng ĐH thứ phát hoặc dùng một trong các thuốc gây tăng ĐH: Truyền đường, lợi tiểu, thuốc chẹn β giao cảm...

Phương pháp nghiên cứu: hồi cứu mô tả

3. Kết quả

3.1. Tuổi thai khi kết thúc thai kì.

Bảng 1. Tuổi thai kết thúc thai kì

Tuổi thai	Số lượng	Tỷ lệ %
28-33	5	1,21
34-37	36	8,67
≥ 38	374	90,12
Tổng số	415	100,00

Trong số 415 sản phụ thuộc đối tượng nghiên cứu, hầu hết thai nhi khi kết thúc thai kì từ 38 tuần tuổi trở lên với 90,12%, điều này là phù hợp vì đa số thai phụ vào viện khi tuổi thai ≥ 38 tuần; từ 34 đến 37 tuần chiếm 8,67% và chỉ có 1,21% từ 28 đến 33 tuần.

3.2. Phương pháp đẻ

Trong số 415 sản phụ thuộc đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ mổ đẻ là khá cao đến 76,38%, còn lại là đẻ thường 22,16% và forcep 1,45%.

Trong số 317 sản phụ mổ đẻ, chúng tôi thấy đa số (82,96%) sản phụ được mổ khi đã có chuyển dạ, chỉ có 17,04 % là phải chủ động đình chỉ thai nghén.

Bảng 2. Phương pháp đẻ

Phương pháp đẻ	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Mổ đẻ	317	76,38	Chuyển dạ	263	82,96
			Chủ động	54	17,04
Đẻ thường	92	22,16	Chuyển dạ	91	98,92
			Gây chuyển dạ	1	1,08
Forceps	6	1,45	Chuyển dạ	6	100,00
			Gây chuyển dạ	0	0,00
Tổng	415	100,00	415		

3.3. Các chỉ định mổ lấy thai

Bảng 3. Chỉ định mổ

Các chỉ định mổ	Số lượng	Tỷ lệ %
TSG, HA cao	26	8,20
Mổ cũ	43	13,56
Thai to	58	18,29
Thai suy	7	2,20
Đầu không lọt	8	2,52
ĐĐTĐK - Rau tiền đạo	5	1,57
ĐĐTĐK đơn thuần	147	46,30
ĐĐTĐK - các yếu tố đẻ khó khác	23	7,25
Tổng	317	100,00

* Các yếu tố đẻ khó khác (Ngôi bất thường, bất cân xứng thai – khung chậu, CTC không tiến triển...)

Tỷ lệ mổ lấy thai vì ĐĐTĐK đơn thuần chiếm tỷ lệ khá cao (46,30%), tiếp theo đến là thai to (18,29%), và vết mổ cũ là (13,56%).

3.4. Liên quan cách đẻ và trọng lượng sơ sinh

Bảng 4. Liên quan cách đẻ và trọng lượng sơ sinh

Trọng lượng (g)	Mổ đẻ		Đẻ đường dưới		P
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
≥ 3500	71	22,40	20	20,40	0,327
< 3500	246	77,60	78	79,60	
Tổng	317	100,00	98	100,00	

Số trẻ được sinh ra bằng phương pháp mổ lấy thai và đẻ đường dưới có cân nặng < 3500 g gấp gần 4 lần số trẻ có cân nặng ≥ 3500 g. Sự khác biệt giữa phương pháp đẻ và trọng lượng thai nhi là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.5. Chỉ số Apgar

Trong số 414 trẻ (1 thai lưu) chỉ số Apgar ở phút thứ nhất đa số là tốt, chỉ có 3 trường hợp Apgar ≤ 7 điểm gặp ở thai non tháng. Tuy nhiên chỉ số này ở phút thứ 5 thì 100% đều > 7 điểm.

3.6. Biến chứng của mẹ sau đẻ

Bảng 5. Biến chứng mẹ sau đẻ

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Nhiễm trùng	7	1,69
Rách CTC, tụ máu	12	2,89
Chảy máu	3	0,72
Truyền máu	2	0,48

Trong số 415 sản phụ thuộc đối tượng nghiên cứu, biến chứng rách CTC, tụ máu sau đẻ là gặp nhiều nhất, những trường hợp này chủ yếu là do thai to và forceps, tiếp theo là nhiễm trùng vết mổ. Có 2 trường hợp chảy máu phải truyền máu là do forceps bị tụ máu, rách sâu tầng sinh môn.

3.7. Biến chứng sơ sinh

Biến chứng sơ sinh chúng tôi gặp 4,09% trường hợp hạ ĐH sau sinh, 0,72% trường hợp hạ canxi máu sau sinh và 2 trường hợp chấn thương trong đẻ do forceps chiếm tỷ lệ 0,48%.

4. Bàn luận

4.1. Tuổi thai kết thúc thai kỳ

90% sản phụ ĐĐTĐTK chờ đến đủ tháng để kết thúc thai kỳ. Sản phụ đẻ non chỉ chiếm 10%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng gần tương đương với tác giả nước ngoài và tác giả Nguyễn Thị Lệ Thu [3], nhưng lại thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Thế Bách (35,8%) [4]. Có lẽ do hiện nay thai phụ ĐĐTĐTK được khám sàng lọc sớm và theo dõi quản lý thai nghén tốt hơn, cũng như điều kiện dịch vụ y tế tốt đã góp phần làm giảm tỷ lệ sinh non.

Việc quyết định thời điểm nào kết thúc thai kỳ nhằm tránh được các biến chứng cho mẹ và thai. Trước đây việc sàng lọc ĐĐTĐTK cũng như kiểm soát đường huyết còn có nhiều khó khăn, nên biến chứng thai lưu khá cao. Vì vậy đã có những khuyến cáo nên lấy thai ra ở tuổi thai 36 tuần tránh biến chứng thai lưu, nhất là những thai phụ kiểm soát đường huyết không tốt. Nhưng sau đó lại gặp rất nhiều những biến chứng ở sơ sinh của các bà mẹ ĐĐTĐTK đình chỉ thai nghén ở tuổi thai trước 38 tuần, như suy hô hấp, bệnh lý phổi... Vì vậy, lựa chọn thời điểm tối ưu để kết thúc thai kỳ ở thai phụ ĐĐTĐTK là sự cân nhắc giữa việc cho đẻ sớm để tránh nguy cơ thai chết trong bụng tử cung và để phòng thai phát triển quá mức với việc cho đẻ sớm nhiều khả năng phải mổ lấy thai (do mổ chủ động hay gây chuyển dạ thất bại) và hậu quả của sơ sinh non tháng.

Chọn đúng thời điểm kết thúc thai kỳ, ngoài các yếu tố tiên lượng thường quy, cần phải dựa vào tình trạng kiểm soát đường huyết, trọng lượng thai và độ trưởng thành phổi của thai. Hội ĐTD Hoa Kỳ (ADA) khuyến rằng: "kéo dài thai kỳ quá 38 tuần làm tăng nguy cơ thai to mà không làm giảm được tỷ lệ mổ đẻ, vì thế nên cho đẻ vào lúc 38 tuần trừ khi có chỉ định khác về sản khoa" [2]. Trong khi đó

hội sản phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG) lại nhấn mạnh rằng: "thời điểm kết thúc thai kỳ là tương đối mở, khi kiểm soát ĐH tốt và không có các biến chứng khác thì không có bằng chứng cổ vũ cho việc cho đẻ trước 40 tuần" [2]. Hội thảo lần thứ 5 về ĐĐTĐTK khuyến: "không có số liệu ủng hộ cho việc đẻ trước 38 tuần nếu không có bằng chứng khách quan về tổn thương của mẹ hay của thai. Hiện cũng không có số liệu để kết luận rằng có tăng tỷ lệ chết hoặc các biến chứng chu sinh ở con của các bà mẹ ĐĐTĐTK được kiểm soát tốt nếu để thai kỳ tiếp tục phát triển tới 40 tuần tuổi thai" [5].

Các lý do trên đã khiến cho thời điểm kết thúc thai kỳ khác nhau và gây tranh cãi trong thái độ xử trí sản khoa đối với thai phụ ĐĐTĐTK.

4.2. Phương pháp đẻ

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ mổ đẻ gấp 3 lần tỷ lệ đẻ đường dưới. Tỷ lệ MLT của chúng tôi (76,38%) gần tương đương với tác giả Nguyễn Thế Bách nhưng cao hơn so với các tác giả khác. Sở dĩ tỷ lệ MLT cao như vậy là vì chỉ định mổ trong ĐĐTĐTK quá rộng rãi. Ngoài các chỉ định mổ tuyệt đối thì các chỉ định mổ tương đối khá nhiều. Một lý do nữa, cũng là hiện tượng khá phổ biến, đó là MLT vì chẩn đoán ĐĐTĐTK.

4.3. Các chỉ định mổ lấy thai

Tỷ lệ MLT do các nguyên nhân ĐĐTĐTK, thai to, mổ cũ chiếm tỷ lệ cao nhất. Thai to là một trong những biến chứng của ĐĐTĐTK. Tỷ lệ mổ vì thai to trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 18,29%. Tỷ lệ này gần tương đương so với Nguyễn Thị Lệ Thu (2010) là 23,6% và Nguyễn Thế Bách (2008) là 35,5%. Để ước tính trọng lượng thai, siêu âm 2 chiều được kiểm chứng là có độ chính xác tương đương khám lâm sàng và có độ sai số từ 15-20% [2],[6]. Chính vì có sự sai số như vậy nên đã đẩy tỷ lệ chỉ định mổ trước sinh vì thai to nên cao hơn so với thực tế sau khi mổ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy, có một tỷ lệ nhất định MLT vì ĐĐTĐTK (46,30%). Nghiên cứu của Naylor D. C và cộng sự thực hiện năm 1996, tiến hành trên 3778 thai phụ tại Canada [7]. Trong nghiên cứu này, nhóm ĐĐTĐTK kiểm soát không tốt gồm 115 thai phụ, chẩn đoán ĐĐTĐTK không được tiết lộ và không được điều trị kiểm soát ĐH. Tỷ lệ MLT (29,6%) cao hơn so với không ĐĐTĐTK (20,2%) và tỷ lệ thai to so sánh giữa 2 nhóm này là 28,7% so với 13,7%. Nhóm ĐĐTĐTK kiểm soát tốt gồm 143 thai phụ, là nhóm công khai chẩn đoán và được điều chỉnh đường huyết. Mặc dù tỷ lệ thai to thấp

hơn so với nhóm ĐTĐTK kiểm soát không tốt (10,5%-13,7%) và thấp hơn rất nhiều so với nhóm không ĐTĐTK (10,5%-28,7% với $p < 0,001$), nhưng tỷ lệ MLT vẫn cao hơn nhóm không ĐTĐTK (33,6%-20,2% với $p < 0,01$), Naylor và cộng sự đã cho rằng chính sự công khai chẩn đoán ĐTĐ đã ảnh hưởng tới chỉ định MLT. Kết luận này cũng được Sela Y [6] nhấn mạnh trong bài báo khi bàn về thái độ xử trí sản khoa đối với thai phụ ĐTĐTK: tỷ lệ mổ lấy thai thường cao hơn ở thai phụ ĐTĐTK và có hiện tượng MLT vì đó là thai phụ ĐTĐTK.

Chỉ định MLT chỉ vì ĐTĐTK là một chỉ định chưa chặt chẽ. Nếu chúng ta chỉ định mổ chưa đúng, chưa chặt chẽ, thì sẽ làm tăng tỷ lệ mổ đẻ nói chung đặc biệt là tăng tỷ lệ mổ đẻ ở người con so. Điều đó đồng nghĩa với tăng nguy cơ thai nghén cho lần sau, như chữa vết mổ, rau tiền đạo, rau cài răng lược... làm tăng gánh nặng cho bác sĩ sản phụ khoa và để lại hậu quả nặng nề cho người bệnh.

Hội thảo quốc tế lần thứ 5, khuyến cáo "không được thái quá trong thái độ xử trí với thai phụ được chẩn đoán ĐTĐTK như việc tăng chỉ định MLT hoặc cho trẻ sơ sinh nhập khoa sản sóc tích cực vô căn cứ [5].

Qua đó chúng tôi cũng thấy kiểm soát đường huyết không phải là yếu tố quan trọng nhất, còn nhiều yếu tố khác ngoài đường huyết làm thay đổi tỷ lệ MLT ở thai phụ ĐTĐTK.

4.4. Trọng lượng thai

Trong ĐTĐTK, kiểm soát ĐH quá mức cần thiết hoặc ăn kiêng thái quá có thể dẫn đến thai nhẹ cân khi sinh.

Hội thảo quốc tế lần thứ 4 về ĐTĐTK (1997) chủ yếu khuyến cáo nghiên cứu sử dụng các yếu tố nguy cơ để phục vụ chẩn đoán ĐTĐTK [8]. Đến hội thảo quốc tế lần thứ 5 (2005) thì định hướng chủ yếu tập trung nghiên cứu về các nguy cơ mới, những yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được để xây dựng các chiến lược phòng ĐTĐTK [5]. Thai to và thai kém phát triển là các yếu tố nguy cơ đó. Tỷ lệ mổ đẻ có trọng lượng thai $< 3500g$ cao gấp 3,5 lần trọng lượng thai $\geq 3500g$, chứng tỏ rằng còn rất nhiều yếu tố khác ngoài thai to trong ĐTĐTK đã làm ảnh hưởng đến tỷ lệ MLT.

Đối với đẻ thường đẻ con $\geq 3500g$ chúng tôi gặp ở các sản phụ sinh con rạ, tiền sử đẻ con to, hay sản phụ ĐTĐTK vào viện khi cổ tử cung đã mở nhiều. Còn đa số là đẻ thường với trọng lượng thai $< 3500g$.

4.5. Biến chứng của mẹ sau đẻ

Nhiễm trùng sau đẻ chúng tôi gặp 7 trường

hợp chiếm tỷ lệ 1,69% gần tương đương với tác giả Nguyễn Thế Bách (2008), tỷ lệ này là 2,9%[4].

Chúng tôi gặp 3 (0,72%) trường hợp chảy máu sau đẻ phải truyền máu đều ở nhóm thai phụ đẻ forcep. Như vậy vấn đề đặt ra là trong khi tỷ lệ MLT của thai phụ ĐTĐTK chiếm tỷ lệ rất cao, chỉ định mổ của ĐTĐTK quá rộng rãi, tỷ lệ biến chứng trong và sau mổ không có gì đặc biệt so với nhóm không ĐTĐTK thì các bác sĩ sản khoa nên cân nhắc giữa mổ đẻ và forcep để hạn chế đến mức thấp nhất biến chứng cho mẹ và con.

4.6. Biến chứng sơ sinh

Biến chứng thường gặp nhất là thai to, tiếp đến là hạ ĐH sơ sinh. Tỷ lệ thai to của chúng tôi cao hơn Vũ Bích Nga [9] nhưng thấp hơn nhiều so với các tác giả khác. Có lẽ do vậy nên trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ hạ ĐH và canxi máu cũng thấp hơn.

Chấn thương trong cuộc đẻ chúng tôi gặp 2 trường hợp tụ máu dưới da đầu do hậu quả của forceps. Còn trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Lệ Thu gặp 1 trường hợp sai khớp vai và tổn thương đám rối thần kinh cánh tay do đẻ thai to.

Tuy nhiên tất cả các nghiên cứu của chúng tôi cỡ mẫu còn rất nhỏ, số lượng biến chứng sơ sinh cho thấy thấp.

Hội thảo quốc tế lần thứ 5 về ĐTĐTK khuyến cáo: "chẩn đoán và xử trí tích cực ĐTĐTK làm giảm tỷ lệ biến chứng sản khoa và biến chứng sơ sinh về ngang với tỷ lệ chung của cộng đồng [5].

5. Kết luận

Hơn 90% sản phụ ĐTĐTK kết thúc thai kì khi tuổi thai ≥ 38 tuần.

- Tỷ lệ mổ đẻ là 76,38%, đẻ thường là 22,65% và forceps là 1,45%. Trong các trường hợp mổ lấy thai: mổ vì ĐTĐTK đơn thuần là 46,30%, mổ vì thai to là 18,29%, mổ cũ là 13,56%, TSG là 8,20%, thai suy: 2,20%, đầu không lọt: 2,52% và ĐTĐTK kèm các yếu tố đẻ khó khác là 7,25%. Tai biến do mổ chủ yếu là nhiễm trùng vết mổ chiếm 1,69%.

- Trong những trường hợp đẻ đường dưới: trọng lượng thai $< 3500g$ chiếm 79,60% và $\geq 3500g$ là 20,40%, tai biến rách CTC, tụ máu TSM là 2,89%, chảy máu phải truyền máu là 0,48%.

- Tỷ lệ đẻ non là 9,87%, TSG là 3,61% và thai to $\geq 4000g$ là 4,58%.

- Có 1 trường hợp thai chết trong buồng tử cung và 2 trường hợp con bị sang chấn trong đẻ forceps.

Tài liệu tham khảo

1. Fortner et al. Endocrine Disorders of Pregnancy; Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics, the, 3rd Edition Lippincott Williams and Wilkins. 2007, 13, 1-24.
2. Sela .Y, Elchalal. U, Itamar.R. Managing labor and delivery of thediabetes Mother.Expert rev of obstet gynecol. Medscape diabetes & Endocrinology 2009; 4 (5), 547-554.
3. Nguyễn Thị LệThu. Nghiên cứu tỷ lệ và cách xử trí trong chuyển dạ đối với thai phụ đái tháo đường thai nghén tại khoa sản bệnh viện Bạch Mai; Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp 2, Đại học Y Hà Nội. 2010.
4. Nguyễn Thế Bách. 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 tốt nghiệp thạc sỹ y học, trường đại học y Hà Nội, 2008. 30-53
5. Metzger B et al. Summary and recommendations of the Fifth International Workshop-Conferencen Gestational Diabetes Mellitus;Diabetes care, Supplement 2. 2007, S531-S26.
6. Conway D.L. Obstetric Management in Gestational Diabetes; Diabetes care, supplement 2 july 2007, 175-180.
7. Willer A.K et al. The impact of risk factor and more stringent diagnostic criteria of gestatinal diabetes on outcomes in central european women; J clin endocrinol metab. 2008, 93(5), 1689-1695
8. Metzger B et al. Proceedings of the Fourth International Workshop- Conference on Gestational Diabetes Mellitus:Summary and recommendations of the Fourth International Workshop- Conference on Gestational Diabetes Mellitus; Diabetes care, Supplement 2, B. 1998, 161-B167
9. Vũ Bích Nga. Nghiên cứu ngưỡng glucose máu lúc đói để sàng lọc đái tháo đường thai kỳ và bước đầu đánh giá hiệu quả điều trị, Luận văn tiến sỹ y học, trường đại học Y Hà Nội. 2009, tr 62-90.