

EFFECT OF ANTENATAL CORTICOSTEROIDS FOR FETAL LUNG MATURATION ON MATERNAL GLYCEMIC CONTROL IN GESTATIONAL DIABETES MELLITUS

Dinh Thi Thanh Van^{1*}, Tran Van Cuong², Nguyen Duc Lam^{1,2}, Mai Trong Hung²

¹Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

²Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital - 929, De La Thanh, Lang Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 25/09/2025

Revised: 18/10/2025; Accepted: 04/12/2025

ABSTRACT

Objective: To describe changes in blood glucose levels in pregnant women with gestational diabetes mellitus after administration of antenatal corticosteroids for fetal lung maturation at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital, and to assess some related factors.

Subjects and methods: A prospective cross-sectional descriptive study was conducted on 65 pregnant women with gestational diabetes mellitus who had indications for antenatal corticosteroid therapy for fetal lung maturation at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from September 2024 to July 2025. Clinical data, laboratory findings, and capillary blood glucose variations were collected during the 7 days following corticosteroid administration.

Results: After corticosteroid injection, the proportion of pregnant women not achieving target glucose levels increased markedly during the first 3 days. Specifically, fasting blood glucose > 5.3 mmol/l was observed in > 80% of women on days 2-3 and remained at 43% by day 7; 2-hour postprandial glucose > 6.7 mmol/l was recorded in 77.4-82.2% during the first 3 days and persisted in > 45% until day 7. No cases of hypoglycemia. In addition, a linear correlation was found between HbA1c levels and mean blood glucose, both fasting and postprandial.

Conclusion: Antenatal corticosteroid administration significantly increased blood glucose levels in pregnant women with gestational diabetes mellitus during 7 days of follow-up, particularly within the first 72 hours. Higher admission HbA1c values were associated with a greater risk of hyperglycemia. Therefore, close monitoring of blood glucose, assessment of HbA1c, and timely therapeutic adjustment are essential to ensure maternal and fetal safety.

Keywords: Gestational diabetes mellitus, antenatal corticosteroids, blood glucose, HbA1c.

*Corresponding author

Email: drthanhvan91@gmail.com Phone: (+84) 969812146 DOI: 10.52163/yhc.v66i6.3984

ẢNH HƯỞNG ĐẾN ĐƯỜNG MÁU Ở THAI PHỤ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ CỦA LIỆU PHÁP CORTICOID LÀM TĂNG TRƯỞNG THÀNH PHỔI THAI NHI

Đinh Thị Thanh Vân^{1*}, Trần Văn Cường², Nguyễn Đức Lam^{1,2}, Mai Trọng Hưng²

¹Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội - 929, Đê La Thành, P. Láng, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 25/09/2025

Ngày sửa: 18/10/2025; Ngày đăng: 04/12/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả sự thay đổi đường máu ở thai phụ đái tháo đường thai kỳ sau tiêm Corticoid làm tăng trưởng thành phổi thai nhi tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội và nhận xét một số yếu tố liên quan.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu mô tả trên 65 thai phụ đái tháo đường thai kỳ có chỉ định tiêm Corticoid trưởng thành phổi tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ tháng 9/2024 đến tháng 7/2025. Các thông tin lâm sàng, cận lâm sàng và diễn biến glucose máu mao mạch được thu thập trong 7 ngày sau tiêm Corticoid.

Kết quả: Sau tiêm Corticoid, tỷ lệ thai phụ có glucose máu không đạt mục tiêu tăng cao trong 3 ngày đầu. Cụ thể, glucose máu đói > 5,3 mmol/l gặp ở > 80% thai phụ ngày 2-3 và còn 43% đến ngày 7; glucose máu sau ăn 2 giờ > 6,7 mmol/l chiếm 77,4-82,2% trong 3 ngày đầu và vẫn trên 45% đến ngày 7. Không ghi nhận hạ glucose máu. Ngoài ra, có mối liên quan tuyến tính giữa giá trị HbA1c và glucose máu trung bình cả trước ăn và sau ăn.

Kết luận: Tiêm Corticoid trước sinh làm tăng rõ rệt glucose máu ở thai phụ đái tháo đường thai kỳ trong 7 ngày theo dõi, đặc biệt trong 72 giờ đầu. Thai phụ có HbA1c nhập viện càng cao thì nguy cơ tăng glucose máu càng lớn. Do đó, cần theo dõi sát glucose máu, đánh giá HbA1c và điều chỉnh điều trị kịp thời để đảm bảo an toàn cho mẹ và thai.

Từ khóa: Đái tháo đường thai kỳ, Corticoid trưởng thành phổi, glucose máu, HbA1c.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ ngày càng gia tăng và trở thành một vấn đề sức khỏe cộng đồng cần được quan tâm. Bệnh không chỉ gây biến chứng cho thai phụ mà còn ảnh hưởng nặng nề đến thai nhi. Một trong những hậu quả đáng chú ý là hội chứng suy hô hấp sơ sinh, xuất phát từ sự chậm trưởng thành phổi ở thai nhi của mẹ mắc đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK), đồng thời kết hợp với nguy cơ sinh non cao hơn, được xem là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và bệnh tật ở trẻ sinh non.

Liệu pháp Corticoid trước sinh đã được chứng minh giúp giảm đáng kể tỷ lệ tử vong và biến chứng ở trẻ sinh non, do đó được khuyến cáo sử dụng cho thai phụ có nguy cơ sinh non từ 24-34 tuần tuổi thai. Tuy nhiên, ở phụ nữ mắc ĐTĐTK, Corticoid có thể làm rối loạn kiểm soát đường máu. Tình trạng này không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe người mẹ (nguy cơ nhiễm toan ceton, rối loạn điện giải) mà còn gây tác động

bất lợi cho thai, như làm tăng nguy cơ thai to, hạ đường máu sơ sinh hoặc rối loạn chuyển hóa sau sinh. Hiện nay, tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá tác động của Corticoid trên nhóm đối tượng này.

Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu ảnh hưởng đến đường máu ở thai phụ ĐTĐTK của liệu pháp Corticoid làm tăng trưởng thành phổi thai nhi với 2 mục tiêu: mô tả sự thay đổi đường máu ở thai phụ ĐTĐTK sau tiêm Corticoid trưởng thành phổi và nhận xét một vài yếu tố liên quan.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Thai phụ ĐTĐTK có chỉ định tiêm Corticoid trưởng

*Tác giả liên hệ

Email: drthanhvan91@gmail.com Điện thoại: (+84) 969812146 DOI: 10.52163/yhc.v66i6.3984

thành phổi thai nhi tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ tháng 9/2024 đến tháng 7/2025.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: các thai phụ được chẩn đoán ĐTĐTK theo Hướng dẫn quốc gia về sàng lọc và quản lý ĐTĐTK [1], Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA) 2023 [2] và thai phụ có chỉ định Corticoid để tăng trưởng thành phổi thai nhi.

- Tiêu chuẩn loại trừ: các thai phụ được chẩn đoán đái tháo đường trước có thai, chống chỉ định tiêm Corticoid/Insulin hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Từ tháng 9/2024 đến tháng 7/2025 tại Khoa Hồi sức Cấp cứu và Chống độc, Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu mô tả với cỡ mẫu 65 thai phụ ĐTĐTK có chỉ định tiêm Corticoid trưởng thành phổi (áp dụng công thức ước lượng 1 tỷ lệ với độ chính xác tuyệt đối). Số liệu được thu thập theo mẫu bệnh án thống nhất qua 4 bước:

- Ghi nhận đặc điểm lâm sàng, tiền sử, bệnh sử, tuổi thai, chỉ số khối cơ thể (BMI) trước mang thai, các chỉ số sinh tồn, siêu âm và xét nghiệm cơ bản.

- Tiêm bắp Betamethasone (Diprosan 12 mg) theo chỉ định; theo dõi toàn trạng và glucose máu mao mạch (6 lần/ngày, hoặc 12 lần/ngày khi truyền Insulin).

- Đánh giá sự thay đổi glucose máu: glucose máu trung bình, mức dao động, tỷ lệ không đạt mục tiêu (trước ăn $\geq 5,3$ mmol/l, sau ăn 2 giờ $\geq 6,7$ mmol/l), tỷ lệ hạ đường máu.

- Phân tích yếu tố liên quan đến thay đổi glucose máu.

2.4. Tiêu chí và biến số

- Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐTK: các thai phụ được chẩn đoán ĐTĐTK theo Hướng dẫn quốc gia về sàng lọc và quản lý ĐTĐTK [1], ADA (2023) [2] bằng nghiệm pháp dung nạp 75g glucose ở thời điểm 24-28 tuần; chẩn đoán khi có bất kỳ giá trị glucose nào trên ngưỡng: đường máu lúc đói $> 5,1$ mmol/l; sau ăn 1 giờ > 10 mmol/l; sau ăn 2 giờ $> 8,5$ mmol/l).

- Mục tiêu kiểm soát glucose máu: trước ăn $< 5,3$ mmol/l; sau ăn 1 giờ $< 7,8$ mmol/l; sau ăn 2 giờ $< 6,7$ mmol/l; HbA1c $< 6\%$ nếu có thể mà không gây hạ đường máu.

- Biến số: tuổi mẹ (năm), BMI (nhẹ cân: $< 18,5$ kg/m²; bình thường: 18,5-22,9 kg/m²; thừa cân: 23-24,9 kg/m²; béo phì độ I: 25-29,9 kg/m²; béo phì độ II: ≥ 30 kg/m²); HbA1c $\leq 6\%$ hoặc $> 6\%$; glucose máu (mmol) lúc đói và sau ăn 2 giờ khi chẩn đoán và 7 ngày sau tiêm Corticoid; đường máu trung bình (mmol/l), tỷ lệ

glucose máu không đạt mục tiêu (%), tỷ lệ hạ đường máu (%); mối liên quan giữa BMI, HbA1c, tuổi mẹ, tuần thai với glucose máu trung bình (hệ số tương quan r, p).

2.5. Xử lý số liệu

Các số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

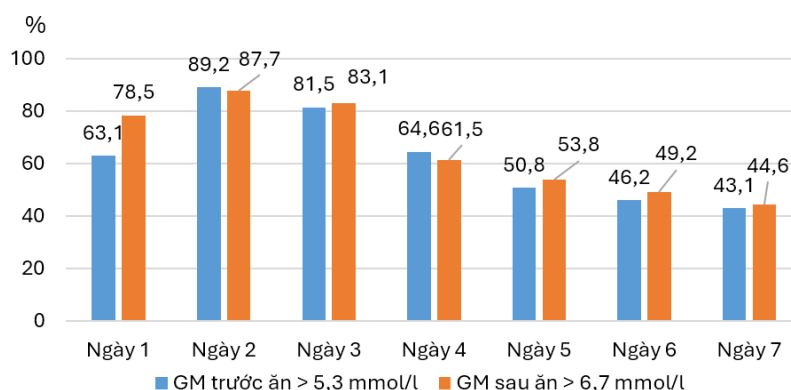
3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 65)

Đặc điểm			
$\bar{X} \pm SD$	Thấp nhất-cao nhất	Phân nhóm	Tỷ lệ (%)
Tuổi			
33,1 ± 6,7	21-53	≤ 25 tuổi	12,3
		26-34 tuổi	47,7
		≥ 35 tuổi	40,0
BMI trước mang thai (kg/m ²)			
22,5 ± 2,6	19,1-29,8	Bình thường (18,5-22,9 kg/m ²)	72,3
		Thừa cân/béo phì (≥ 23 kg/m ²)	27,7
		Nhẹ cân (< 18,5 kg/m ²)	0
HbA1c quý 3 thai kỳ (%)			
5,84 ± 0,98	4,7-9,8	HbA1c < 6%	64,6
		HbA1c ≥ 6%	35,4

Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, phân bố theo độ tuổi cho thấy tỷ lệ thai phụ ≤ 25 tuổi chiếm 12,3%, nhóm tuổi 26-34 chiếm 47,7% và nhóm ≥ 35 tuổi chiếm 40%. Về BMI, phần lớn ở mức bình thường (72,3%), trong khi tỷ lệ thừa cân/béo phì chiếm 27,7% và không ghi nhận trường hợp nào nhẹ cân. Xét về nồng độ HbA1c, đa số thai phụ có giá trị $< 6\%$ (64,6%), trong khi tỷ lệ $\geq 6\%$ chiếm 35,4%.

3.2. Sự thay đổi giá trị đường máu của thai phụ ĐTĐTK sau tiêm Corticoid

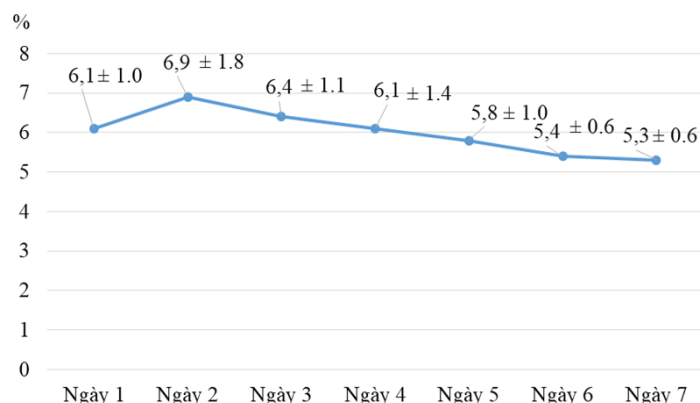


Biểu đồ 1. Tỷ lệ thai phụ có giá trị glucose máu trước ăn trên 5,3 mmol/l và giá trị glucose máu sau ăn 2 giờ trên 6,7 mmol/l theo dõi trong vòng 7 ngày sau khi tiêm Corticoid

Ghi chú: GM = glucose máu.

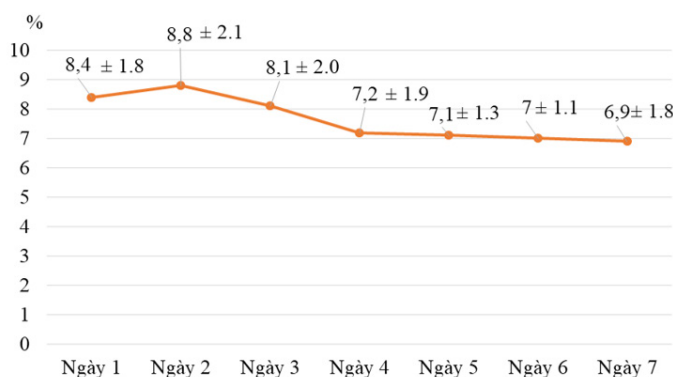
Trong vòng 7 ngày theo dõi sau tiêm Corticoid, tỷ lệ thai phụ có glucose máu lúc đói > 5,3 mmol/l tăng lên 63,1% ở ngày thứ nhất, đạt mức trên 80% trong các ngày thứ 2 và 3, sau đó giảm dần và còn 43,1% ở ngày thứ 7.

Tỷ lệ thai phụ có glucose máu sau ăn 2 giờ > 6,7 mmol/l là 78,5% ở ngày thứ nhất, duy trì trên 80% trong ngày thứ 2 và 3, sau đó giảm xuống và ổn định từ ngày thứ 4 đến ngày thứ 7 còn 44,6%.



Biểu đồ 2. Giá trị glucose máu lúc đói và trước ăn trung bình trong vòng 7 ngày sau tiêm Corticoid

Giá trị glucose máu trung bình thời điểm đói và trước ăn tăng cao nhất ở ngày thứ 2 sau tiêm Corticoid là 6,9 ± 1,8 mmol/l và giá trị glucose giảm dần ở những ngày sau, đến ngày thứ 7 là 5,3 ± 0,6 mmol/l



Biểu đồ 3. Giá trị glucose máu sau ăn 2 giờ trung bình trong vòng 7 ngày sau tiêm Corticoid

Giá trị glucose máu trung bình thời điểm sau ăn 2 giờ cao nhất ở ngày thứ 2 sau tiêm Corticoid là 8,8 ± 2,1 mmol/l, sau đó giảm dần ở những ngày sau đến ngày thứ 7 giá trị glucose máu trung bình là 6,9 ± 1,8 mmol/l.

Không có thai phụ nào bị hạ glucose máu trước ăn và sau ăn.

3.3. Các yếu tố liên quan đến sự thay đổi đường máu

Bảng 2. Mối liên quan của BMI, HbA1c, tuổi thai phụ và tuần thai lúc nhập viện với giá trị glucose máu trước ăn trung bình trong vòng 7 ngày sau tiêm Corticoid

Yếu tố liên quan	Hệ số tương quan r	p
BMI (kg/m ²)	0,084	0,506
HbA1c (%)	0,698	0,001
Tuổi thai phụ (năm)	0,067	0,597
Tuần thai nhập viện (tuần)	0,030	0,810

Không tìm thấy mối tương quan giữa các yếu tố BMI, tuổi thai phụ, tuần thai lúc nhập viện so với giá trị glucose máu trước ăn trung bình trong vòng 7 ngày theo dõi sau khi tiêm Corticoid.

Chúng tôi tìm thấy có mối tương quan tuyến tính mức độ trung bình giữa HbA1c và giá trị glucose máu trước ăn trung bình với hệ số tương quan $r = 0,698$ với mức ý nghĩa $p < 0,001$.

Bảng 3. Mối liên quan của BMI, HbA1c, tuổi thai phụ và tuần thai lúc nhập viện so với giá trị glucose máu sau ăn 2 giờ trung bình trong vòng 7 ngày sau tiêm Corticoid

Yếu tố liên quan	Glucose máu sau ăn trung bình (mmol/L)	
	Hệ số tương quan r	p
BMI (kg/m ²)	0,228	0,067
HbA1c (%)	0,412	0,001
Tuổi thai phụ (năm)	0,102	0,418
Tuần thai nhập viện (tuần)	0,123	0,327

Không tìm thấy mối tương quan giữa các yếu tố BMI, tuổi thai phụ, tuần thai lúc nhập viện so với giá trị glucose máu sau ăn 2 giờ trung bình trong vòng 7 ngày theo dõi sau khi tiêm Corticoid.

Chúng tôi tìm thấy có mối tương quan tuyến tính mức độ trung bình giữa HbA1c và giá trị glucose máu sau ăn 2 giờ trung bình với hệ số tương quan $r = 0,412$ với mức ý nghĩa $p < 0,001$.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận độ tuổi trung bình của thai phụ ĐTĐTK ($n = 65$) đạt $33,1 \pm 6,7$ tuổi (từ 21-53 tuổi), với nhóm 26-34 tuổi chiếm 47,7% và nhóm

≥ 35 tuổi chiếm 40%. Kết quả này tương đồng với báo cáo của Nguyễn Khoa Diệu Vân và cộng sự (2017) trên thai phụ ĐTĐTK tiêm Corticoid ($34,2 \pm 5,3$ tuổi) [3]. Các dữ liệu này cho thấy xu hướng mang thai muộn đang phổ biến, góp phần làm tăng tỷ lệ ĐTĐTK và nguy cơ tăng đường máu cấp sau tiêm Corticoid. Về lâm sàng cần tầm soát sớm, đánh giá HbA1c và theo dõi đường máu sát ở thai phụ ≥ 35 tuổi có chỉ định Corticoid để hạn chế biến chứng.

BMI trước mang thai ghi nhận trung bình $22,5 \pm 2,6$ kg/m² (từ 19,1-29,8 kg/m²), phần lớn ở mức bình thường (72,3%), trong khi thừa cân/béo phì chiếm 27,7%, tương đồng với nghiên cứu Nguyễn Khoa Diệu Vân và cộng sự (2017) báo cáo BMI trung bình $22,02 \pm 2,37$ kg/m² [3]; thấp hơn rõ rệt so với nghiên cứu của Moll U và cộng sự (2021) với BMI trung bình $30,1 \pm 4,5$ kg/m² [4]. Qua đó có thể thấy thể trạng phụ nữ Việt Nam nhỏ hơn nhưng tỷ lệ thừa cân, béo phì hơn một phần tư vẫn là yếu tố nguy cơ quan trọng, liên quan đến đề kháng insulin và tăng nhu cầu insulin sau tiêm Corticoid. Điều này cho thấy vai trò quản lý cân nặng trước và trong thai kỳ, đặc biệt ở nhóm có BMI ≥ 23 kg/m², nhằm cải thiện kiểm soát đường máu và hạn chế biến chứng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thai phụ có HbA1c $\geq 6\%$ chiếm 35,4%, phản ánh hơn một phần ba số trường hợp chưa đạt mục tiêu kiểm soát đường máu theo khuyến cáo của ADA (2023) [2], cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Khoa Diệu Vân và cộng sự (2017) ghi nhận 36% thai phụ có HbA1c cao với giá trị trung bình $5,84 \pm 0,98\%$ [3]. Trên thế giới, nghiên cứu của Sweeting A.N và cộng sự cho thấy trong nhóm phụ nữ ĐTĐTK, HbA1c $> 5,9\%$ liên quan đến tăng nguy cơ thai lớn so với tuổi thai, sinh mổ và tăng huyết áp thai kỳ [5]. Do đó, HbA1c $\geq 6\%$ là ngưỡng cho thấy thai phụ có nguy cơ cao gặp biến chứng sản khoa. Sự đồng thuận giữa các kết quả nghiên cứu trong nước và quốc tế chứng tỏ rằng vấn đề kiểm soát đường máu ở thai phụ ĐTĐTK vẫn còn là thách thức. Điều này đặt ra nhu cầu tăng cường theo dõi sát, can thiệp sớm, điều chỉnh phác đồ điều trị thích hợp đặc biệt ở nhóm HbA1c $\geq 6\%$, nhằm giảm thiểu nguy cơ bất lợi cho mẹ và thai nhi.

4.2. Sự thay đổi giá trị đường máu của thai phụ ĐTĐTK sau tiêm Corticoid và một số yếu tố liên quan

Qua khảo sát, chúng tôi nhận thấy sau tiêm Corticoid, tỷ lệ thai phụ có glucose máu không đạt mục tiêu tăng cao rõ rệt, đặc biệt trong 3 ngày đầu (hơn 80% tăng đường máu đói và sau ăn 2 giờ), sau đó giảm dần nhưng vẫn trên 40% đến ngày thứ 7. Giá trị glucose máu trung bình cũng cho thấy xu hướng tương tự, tăng rõ rệt sau tiêm, đạt đỉnh vào ngày 2 ($6,9$ mmol/L lúc đói, $8,8$ mmol/L sau ăn 2 giờ) rồi giảm dần về $5,3$ mmol/L và $6,9$ mmol/L vào ngày 7.

Những kết quả này phù hợp với các nghiên cứu

của Nguyễn Khoa Diệu Vân và cộng sự (2017) [3], Kreiner A và cộng sự (2012) [6] đều ghi nhận đỉnh tăng đường máu vào ngày 2-3 sau tiêm Corticoid và giảm dần về sau. Hiện tượng này cho thấy Corticoid không chỉ gây tăng đường máu cấp tính mà còn duy trì rối loạn chuyển hóa do kích thích tân tạo glucose tại gan, giảm sử dụng glucose ở mô ngoại vi và làm tăng đề kháng insulin. Đáng chú ý, chúng tôi không ghi nhận hạ glucose máu (0%), an toàn hơn Nguyễn Khoa Diệu Vân và cộng sự (2017) báo cáo tỉ lệ hạ đường máu chiếm 0,74% tổng số lần thử [3], phản ánh phác đồ theo dõi và điều chỉnh insulin hiệu quả.

Kết quả phân tích không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa BMI, tuổi mẹ, tuổi thai nhập viện với mức glucose máu trung bình trước ăn và sau ăn 2 giờ trong 7 ngày sau tiêm, cho thấy yếu tố hình thái và tuổi sinh sản không quyết định mức độ tăng đường máu. Ngược lại, HbA1c liên quan chặt chẽ với diễn biến glucose máu ($r = 0,698$ trước ăn; $r = 0,412$ sau ăn 2 giờ; $p < 0,001$); thai phụ có HbA1c cao trước khi tiêm Corticoid sẽ tăng đường máu nhiều hơn. HbA1c phản ánh kiểm soát glucose 2-3 tháng trước đó, khi HbA1c cao thì khả năng thích ứng với Corticoid kém, tăng nguy cơ biến chứng.

Như vậy, kết quả củng cố vai trò của HbA1c như chỉ số quan trọng tiên lượng đáp ứng glucose máu sau tiêm Corticoid ở thai phụ ĐĐTĐTK, trong khi BMI, tuổi mẹ, tuổi thai không phải yếu tố trực tiếp quyết định mức tăng glucose máu cấp tính.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 65 thai phụ ĐĐTĐTK có chỉ định tiêm Corticoid trưởng thành phổi cho thấy: tiêm Corticoid làm tăng rõ rệt glucose máu trong 7 ngày theo dõi, đặc biệt trong 72 giờ đầu sau tiêm. Tỷ lệ glucose máu không đạt mục tiêu cao nhất ở ngày 2-3 và giảm dần đến ngày 7. Không ghi nhận trường hợp nào hạ glucose máu. HbA1c có mối tương quan tuyến tính

chặt chẽ với glucose máu trung bình trước ăn ($r = 0,698$; $p < 0,001$) và sau ăn ($r = 0,412$; $p = 0,001$), cho thấy thai phụ có HbA1c cao khi nhập viện dễ bị tăng glucose máu nhiều hơn sau tiêm Corticoid. Như vậy, cần theo dõi sát glucose máu, đánh giá HbA1c trước khi tiêm Corticoid và điều chỉnh phác đồ điều trị kịp thời nhằm đảm bảo an toàn cho mẹ và thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế. Quyết định số 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”, ngày 29 tháng 5 năm 2024.
- [2] American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes (2023). Diabetes Care, 2023, 46 (Suppl. 1): S1-S264.
- [3] Nguyễn Khoa Diệu Vân và cộng sự. Nhận xét sự thay đổi đường máu và phương thức điều trị kiểm soát đường máu ở bệnh nhân đái tháo đường thai kỳ có chỉ định điều trị Corticoid trước sinh. Tạp chí Phụ Sản, 2017, 15 (2): 72-76.
- [4] Moll U, Nilsson C, Ursing D, Strevens H, Landin-Olsson M. Pregnancy outcome in women with gestational diabetes: a longitudinal study of changes in demography and treatment modalities. Acta Obstet Gynecol Scand, 2021, 100 (11): 2026-33.
- [5] Sweeting A.N, Ross G.P, Hyett J, Molyneaux L, Tan K, Constantino M et al. Baseline HbA1c to identify high-risk gestational diabetes: utility in early vs standard gestational diabetes. J Clin Endocrinol Metab, 2017, 102 (1): 150-6.
- [6] Kreiner A, Gil K, Lavin J. The effect of antenatal corticosteroids on maternal serum glucose in women with diabetes. Open J Obstet Gynecol, 2012, 2 (2): 112-5.