PREVALENCE OF GESTATIONAL DIABETES MELLITUS, PREDICTIVE VALUE OF HBA1C, AND ASSOCIATED FACTORS AMONG PREGNANT WOMEN AT PHENIKAA UNIVERSITY HOSPITAL IN 2025

Nguyen Tong Thong[1*], Nguyen Thi Linh Hoa[1,2], Pham Chau Anh[1], Hoang Van Tuan[1], Vu Thi Huong[1], Pham Thien Ngoc[1]

[1]*Phenikaa School of Medicine and Pharmacy, Phenikaa University - Nguyen Trac Street, Duong Noi Ward, Hanoi City, Vietnam*

[2]*Phenikaa University Hospital, Xuan Phuong Ward, Hanoi City, Vietnam*

Received: 13/07/2026
Reviced: 20/08/2026; Accepted: 08/09/2026

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of gestational diabetes mellitus (GDM) and the patterns of glucose abnormalities during the 75-g oral glucose tolerance test (OGTT) in pregnant women; to assess the predictive value of glycated hemoglobin (HbA1c) for GDM; and to identify factors associated with GDM.

Materials and Methods: This was a cross-sectional descriptive study conducted among 267 pregnant women at 24–28 weeks of gestation.

Results: The prevalence of GDM in the study population was 28.8%. Abnormal 2-hour post-load glucose accounted for the highest proportion. The most common abnormal OGTT phenotype was combined elevation of 1-hour and 2-hour post-load glucose (35.0%). HbA1c showed fair predictive value for GDM, with an AUC of 0.728. The optimal HbA1c cut-off was 5.35%, with a sensitivity of 49.4% and specificity of 88.4%. Factors strongly associated with GDM included maternal age >35 years (OR = 3.088; 95% CI: 1.064–8.966) and a history of delivering a macrosomic infant weighing >4000 g (OR = 15.972; 95% CI: 1.890–135.008), with p <0.05.

Conclusion: OGTT was useful for detecting GDM, particularly through abnormal 2-hour post-load glucose levels. Maternal age >35 years and a history of delivering a macrosomic infant weighing >4000 g were associated with GDM. HbA1c showed fair predictive value for GDM.

Keywords: gestational diabetes mellitus, oral glucose tolerance test, HbA1c.

*Corresponding author
Email: thong.nguyentong@phenikaa-uni.edu.vn **Phone**: (+84) 965866648 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD14.6455

TỶ LỆ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ, GIÁ TRỊ DỰ ĐOÁN CỦA HBA1C VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở THAI PHỤ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC PHENIKAA NĂM 2025

Nguyễn Tổng Thống[1*], Nguyễn Thị Linh Hoa[1,2], Phạm Châu Anh[1], Hoàng Văn Tuân[1], Vũ Thị Hương[1], Phạm Thiện Ngọc[1]

[1]Trường Y - Dược Phenikaa, Đại học Phenikaa - Số 1 Nguyễn Trác, Phường Dương Nội, Thành phố Hà Nội
[2]Bệnh viện Đại học Phenikaa, Phường Xuân Phương, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 13/07/2026
Ngày chỉnh sửa: 20/08/2026; Ngày duyệt đăng: 08/09/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tỷ lệ ĐTĐTK và kiểu hình bất thường glucose trong OGTT 75 g của thai phụ. Đánh giá giá trị dự đoán của HbA1c đối với ĐTĐTK và phân tích một số yếu tố liên quan đến ĐTĐTK.

Phương pháp: Mô tả cắt ngang, thực hiện trên 267 phụ nữ mang thai từ 24–28 tuần.

Kết quả: Tỷ lệ ĐTĐTK trong nghiên cứu là 28,8%. Bất thường glucose sau uống 2 giờ chiếm tỷ lệ cao nhất. Kiểu hình bất thường thường gặp nhất là tăng glucose sau 1 giờ kết hợp sau 2 giờ (35,0%). HbA1c có giá trị dự đoán ĐTĐTK ở mức khá, với AUC = 0,728. Điểm cắt tối ưu của HbA1c là 5,35%, với độ nhạy 49,4% và độ đặc hiệu 88,4%. Các yếu tố liên quan chặt chẽ với ĐTĐTK gồm độ tuổi >35 (OR = 3,088; 95% CI: 1,064-8,966) và tiền sử sinh con to >4000 gram (OR = 15,972;95% CI: 1,890-135,008) (p < 0,05).

Kết luận: OGTT giúp phát hiện ĐTĐTK đặc biệt ở thời điểm sau uống 2 giờ. Tuổi mẹ trên 35 và tiền sử sinh con cân nặng >4000 g có liên quan đến ĐTĐTK. HbA1c có giá trị dự đoán ĐTĐTK ở mức khá.

Từ khóa: đái tháo đường thai kỳ, nghiệm pháp dung nạp glucose, HbA1c.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là tình trạng rối loạn dung nạp glucose được phát hiện lần đầu khi mang thai và là một trong những bệnh lý nội tiết thường gặp nhất ở phụ nữ mang thai. Tỷ lệ mắc ĐTĐTK đang có xu hướng gia tăng trên toàn thế giới do sự gia tăng của tình trạng thừa cân, béo phì và tuổi mang thai ngày càng cao. Theo Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ thay đổi từ 1-14% ở các phụ nữ có thai [1]. Ở Việt Nam, ĐTĐTK chiếm tỷ lệ từ 3,6-39,0% [2]. ĐTĐTK không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe của người mẹ mà còn làm tăng nguy cơ xuất hiện các biến chứng trong thai kỳ như tiền sản giật, đa ối, sinh non, thai to và tăng tỷ lệ mổ lấy thai. Bên cạnh đó, phụ nữ mắc ĐTĐTK có nguy cơ cao phát triển đái tháo đường típ 2 sau sinh.

Hiện nay, nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống (OGTT) là phương pháp được sử dụng rộng rãi để chẩn đoán ĐTĐTK. Việc xác định tỷ lệ mắc bệnh cũng như nhận diện các yếu tố lâm sàng liên quan có ý nghĩa quan trọng trong công tác sàng lọc, quản lý và dự phòng các biến chứng cho mẹ và thai nhi. Tuy nhiên, OGTT là xét nghiệm cần nhịn đói, mất thời gian theo dõi nhiều giờ và có thể gây bất tiện cho thai phụ trong thực hành lâm sàng. Trong khi đó, HbA1c là xét nghiệm đơn giản, ít chịu ảnh hưởng bởi thời điểm lấy máu và phản ánh tình trạng glucose máu trung bình trong thời gian trước đó. Mặc dù HbA1c chưa thể thay thế OGTT trong chẩn đoán ĐTĐTK, việc đánh giá giá trị dự đoán của HbA1c có thể cung cấp thêm bằng chứng về vai trò hỗ trợ của xét nghiệm này trong sàng lọc và nhận diện nhóm thai phụ có nguy cơ cao. Xuất phát từ thực tế đó, nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả tỷ lệ ĐTĐTK và các kiểu hình bất thường glucose trong nghiệm pháp OGTT 75 g ở thai phụ 24–28 tuần. Đánh giá giá trị dự đoán của HbA1c đối với ĐTĐTK và phân tích một số yếu tố liên quan đến ĐTĐTK.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

- Nghiên cứu tiến hành trên 267 thai phụ được chỉ định làm nghiệm pháp dung nạp Glucose bằng đường uống tại Bệnh viện Đại học Phenikaa từ 01/01/2025 đến 31/12/2025.

2.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu:

+ Thai phụ mang thai từ tuần thứ 24 đến tuần thứ 28 của thai kỳ chưa được chẩn đoán đái tháo đường trước đó.

+ Thai phụ đồng ý tham gia nghiên cứu: đồng ý tham gia phỏng vấn và làm xét nghiệm.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Thai phụ đã được chẩn đoán ĐTĐ trước khi có thai;

+ Thai phụ đang mắc các bệnh có ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose như Basedow, suy giáp, Cushing, suy gan, suy thận...

+ Đang sử dụng thuốc có ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose như corticoid, salbutamol, thuốc hạ huyết áp...

+ Đang mắc các bệnh cấp tính: nhiễm khuẩn, lao phổi, suy gan, suy thận.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu nghiên cứu: tính theo công thức:

$$n = \frac{Z^2 \times p(1-p)}{e^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu cần thiết. Z: Là giá trị Z-score tương ứng với mức độ tin cậy mong muốn. Mức tin cậy 95% → Z = 1.96. **p**: Là tỷ lệ ước tính của đặc tính trong tổng thể. Dựa trên p=0,204 của tác giả Hoàng Thị Lan Hương [3]. **e**: Là sai số cho phép đặt ở mức 5% (e = 0.05). Vậy cỡ mẫu tối thiểu là 250. Nghiên cứu chúng tôi thực hiện trên 267 thai phụ.

2.5. Biến số nghiên cứu:

- Các thông tin hành chính, bệnh sử, tiền căn từ hồ sơ bệnh án điện tử: Tuổi, dân tộc, nghề nghiệp, tỉnh, số lần

*Tác giả liên hệ
Email: thong.nguyentong@phenikaa-uni.edu.vn **Điện thoại**: (+84) 965866648 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD14.6455

mang thai, tiền sử tăng huyết áp, tiền sử đái tháo đường thai kỳ, tiền sử sinh con nặng >4000 gram, phương thức sinh sản.

- Tình trạng rối loạn lipid máu dựa trên các chỉ số với giá trị tham chiếu phụ nữ giai đoạn quý II thai kỳ cholesterol toàn phần < 7,50 mmol/L, triglyceride < 3,56 mmol/L, HDL-C > 1,41 mmol/L và LDL-C < 4,83 mmol/L [4].

- Các thai phụ được thực hiện nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 75 g. Theo đó, chẩn đoán ĐTĐTK khi có bất kỳ giá trị glucose huyết thoả mãn một trong những tiêu chuẩn [5]:

- Lúc đói ≥ 92 mg/dL (5,1 mmol/L)
- Ở thời điểm 1 giờ ≥ 180 mg/dL (10,0 mmol/L)
- Ở thời điểm 2 giờ ≥ 153 mg/dL (8,5 mmol/L)

2.6. Xử lý số liệu:

Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Các biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm, so sánh bằng kiểm định Chi-square hoặc Fisher's Exact Test khi tần số kỳ vọng nhỏ. Các yếu tố liên quan đến ĐTĐTK được phân tích bằng hồi quy logistic đơn biến để tính OR và khoảng tin cậy 95%. Mức ý nghĩa thống kê được chọn là p < 0,05.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu là nghiên cứu mô tả, không can thiệp nên không gây hại cho đối tượng nghiên cứu. Thông tin của bệnh nhân được bảo mật.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến hành trên 267 thai phụ tại Bệnh viện Đại học Phenikaa từ 01/01/2025 đến 31/12/2025, chúng tôi thu được kết quả sau.

3.1. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ theo nghiệm pháp OGTT

Tình trạng đái tháo đường thai kỳ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không ĐTĐTK	190	71,2
ĐTĐTK	77	28,8
Tổng	267	100,0

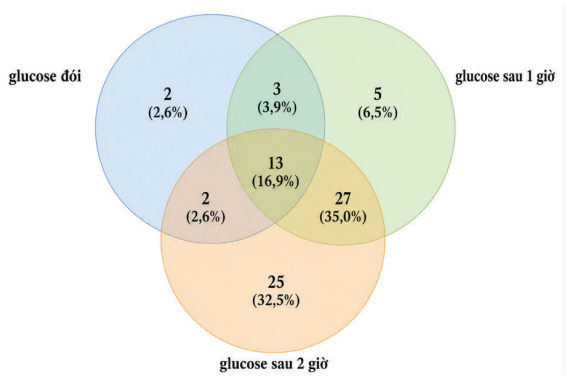
Nghiên cứu của chúng tôi trên 267 thai phụ được chỉ định làm OGTT có tỷ lệ thai phụ mắc đái tháo đường thai kỳ chiếm 28,8% (77 người bệnh).

3.2. Kiểu hình bất thường glucose trong OGTT 75 g của thai phụ

Bảng 2. Tỷ lệ phát hiện bất thường glucose từng thời điểm

Thời điểm	Tần suất (n= 267)	Tỷ lệ (%)
Đường đói	20	7,5
Đường sau uống 1 giờ	48	18,0
Đường sau uống 2 giờ	67	25,1

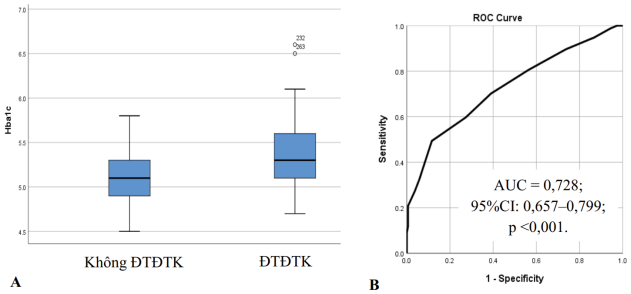
Ở bảng 2 cho thấy tỷ lệ phát hiện bất thường glucose huyết tăng dần theo các thời điểm của nghiệm pháp, thấp nhất ở thời điểm đường đói với tỷ lệ 7,5% và đạt mức cao nhất tại thời điểm sau uống 2 giờ với tỷ lệ 25,1%.



Biểu đồ 1. Kiểu bất thường glucose trong nghiệm pháp OGTT

Ở biểu đồ 1 cho thấy trong số các kiểu bất thường glucose, dạng phối hợp tăng sau 1 giờ và sau 2 giờ chiếm tỷ lệ cao nhất với 35,0%, tiếp theo kiểu chỉ tăng đơn thuần sau 2 giờ với 32,5%. Ngược lại, các thể bất thường liên quan đến chỉ số đường đói đơn độc hoặc phối hợp chiếm tỷ lệ rất thấp.

3.3. Giá trị dự đoán của HbA1c đối với ĐTĐTK



Biểu đồ 2. Phân bố HbA1c theo tình trạng ĐTĐTK và khả năng dự đoán ĐTĐTK của HbA1c.

A. Biểu đồ hộp so sánh phân bố nồng độ HbA1c giữa nhóm không mắc và nhóm mắc ĐTĐTK

B. Đường cong ROC đánh giá khả năng dự đoán ĐTĐTK của HbA1c

Biểu đồ 2 cho thấy trung vị HbA1c ở nhóm ĐTĐTK là 5,3% (4,7-6,6), cao hơn so với nhóm không ĐTĐTK là 5,1% (4,5-5,8) với p <0,001 (Biểu đồ 2.A). Phân tích đường cong ROC cho thấy HbA1c có giá trị dự đoán ĐTĐTK ở mức khá, với AUC = 0,728; 95%CI: 0,657–0,799; p <0,001 (Biểu đồ 2.B).

Bảng 3. Giá trị chẩn đoán của các ngưỡng HbA1c

HbA1c	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Chỉ số Youden
5,15	0,701	0,611	0,312
5,25	0,597	0,726	0,324
5,35	0,494	0,884	0,378
5,45	0,325	0,942	0,267
5,55	0,273	0,963	0,236

Ở bảng 3 cho thấy điểm cắt tối ưu của HbA1c là 5,35%, với độ nhạy 49,4%, độ đặc hiệu 88,4% và chỉ số Youden là 0,378.

3.4. Phân tích một số yếu tố liên quan đến ĐTĐTK

Bảng 4. Liên quan giữa các yếu tố và đái tháo đường thai kỳ

Các yếu tố liên quan	Có ĐTĐTK n (%)	Không ĐTĐTK n (%)	OR	95% CI	p
Nhóm tuổi					
<25 tuổi	8 (18,6)	35 (81,4)	1	—	—
25–35 tuổi	57 (29,2)	138 (70,8)	1,807	0,790–4,135	0,161
>35 tuổi	12 (41,4)	17 (58,6)	3,088	1,064–8,966	0,038
Tiền sử tăng huyết áp					
Không	76 (28,6)	190 (71,4)		—	—
Có	1 (100,0)	0 (0,0)	—	—	0,288
Tiền sử ĐTĐTK					
Không	74 (28,1)	189 (71,9)	1	—	—
Có	3 (75,0)	1 (25,0)	7,662	0,784–74,841	0,074
Số lần mang thai					
Mang thai lần đầu	34 (25,0)	102 (75,0)	1	—	—
Mang thai từ lần 2 trở lên	43 (32,8)	88 (67,2)	1,466	0,861–2,497	0,158
Tiền sử sinh con cân nặng >4000g					
Không	71 (27,3)	189 (72,7)	1	—	—
Có	6 (85,7)	1 (14,3)	15,972	1,890–135,008	0,003

Các yếu tố liên quan	Có ĐTĐTK n (%)	Không ĐTĐTK n (%)	OR	95% CI	p
Rối loạn lipid máu					
Không	48 (25,7)	139 (74,3)	1		
Có	26 (32,5)	54 (67,5)	1,439	0,760-2,726	0,262

Bảng 4 cho thấy có hai yếu tố nguy cơ có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với ĐTĐTK là độ tuổi >35 và tiền sử sinh con to >4000gram với giá trị p < 0,05. Ngược lại, các yếu tố về tiền sử tăng huyết áp, tiền sử đái tháo đường thai kỳ, số lần mang thai, rối loạn lipid chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê trong nghiên cứu này (p > 0,05).

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại Bệnh viện Đại học Phenikaa năm 2025 có tỷ lệ mắc ĐTĐTK theo OGTT 75gram là 28,8%. Tỷ lệ mắc ĐTĐTK thay đổi tùy thuộc vào dân số nghiên cứu, tiêu chí chọn mẫu, tiêu chuẩn chẩn đoán. Kết quả này cao hơn so với nhóm nghiên cứu tác giả Bùi Chung Thủy tại Bệnh viện Phụ sản- Nhi Đà Nẵng là 15,8% [2] và thấp hơn so nghiên cứu tác giả Nguyễn Thị Huyền Phương (34,9%) [6]. Nghiên cứu của tác giả Hoàng Thị Lan Hương tại Bệnh viện Trung ương Huế năm 2021-2022 tỷ lệ ĐTĐTK là 20,4% [3]. Theo nghiên cứu của Yeyi Zhu thống kê tỷ lệ mắc ĐTĐTK đã tăng 30% trong vòng một hoặc hai thập kỷ ở một số quốc gia, bao gồm cả các nước đang phát triển [7]. Tỷ lệ mắc đái tháo đường thai kỳ không chỉ bị ảnh hưởng bởi các phương pháp sàng lọc và tiêu chuẩn chẩn đoán mà còn bởi các đặc điểm vốn có của quần thể nghiên cứu, điều này làm tăng thêm khó khăn trong việc so sánh các ước tính tỷ lệ mắc bệnh giữa các quần thể khác nhau. Tại các quốc gia có dân số đa sắc tộc như Hoa Kỳ, Canada và Úc, sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ mắc ĐTĐTK theo chủng tộc/dân tộc đã được ghi nhận. Ví dụ, một nghiên cứu của Hoa Kỳ ở miền bắc California báo cáo rằng tỷ lệ mắc bệnh cao nhất ở phụ nữ Philippines (10,9%) và người châu Á (10,2%), trung bình ở người gốc Tây Ban Nha (6,8%), và thấp nhất ở người da trắng không phải gốc Tây Ban Nha (4,5%) và người Mỹ gốc Phi (4,4%) [7].

Tỷ lệ phát hiện bất thường glucose ở thời điểm sau 2 giờ chiếm tỷ lệ cao nhất trong 3 thời điểm là 25,1% (bảng 3.2). Đặc điểm này tương đồng so với các nghiên cứu trước đây của các tác giả Hoàng Thị Lan Hương (14,7%). Ở nghiên cứu chúng tôi kiểu hình bất thường dạng phối hợp tăng sau 1 giờ và sau 2 giờ chiếm tỷ lệ cao nhất với 35,0%, tiếp theo kiểu chỉ tăng đơn thuần sau 2 giờ với 32,5% (biểu đồ 3.1). Nghiên cứu của quần thể người Ấn Độ cho thấy chủ yếu gặp kiểu hình tăng glucose sau uống 1h (24,1%), tiếp đến dạng phối hợp tăng glucose cả 3 lần (21,5%), ở quần thể người Malays kiểu hình chủ yếu chỉ tăng sau uống 1 giờ và kiểu hình kết hợp tăng sau uống 1 giờ và 2 giờ lần lượt là 34,2% và 17,1% [8]. Các kiểu hình OGTT độc đáo giữa các nhóm dân tộc có thể cho thấy sự khác biệt đặc trưng theo dân tộc về tình trạng kháng insulin. Cụ thể, hai dạng kháng insulin đã được xác định (1) kháng insulin gan, được đánh dấu bằng khả năng ức chế tân tạo glucose của gan giảm khi đáp ứng với insulin, được đo bằng chỉ số Đánh giá Mô hình Cân bằng Nội môi về Kháng Insulin (HOMA-IR), và (2) kháng insulin ngoại biên, chủ yếu ảnh hưởng đến các tế bào cơ, được đánh giá thông qua kỹ thuật kẹp insulin, đánh giá hiệu quả của insulin trong việc thúc đẩy hấp thu glucose [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kiểu hình bất thường glucose chủ yếu liên quan đến các thời điểm sau uống glucose, đặc biệt là sau 1 giờ kết hợp sau 2 giờ và sau 2 giờ đơn thuần. Đặc điểm này gợi ý tình trạng rối loạn dung nạp glucose sau ăn, có thể liên quan nhiều hơn đến kháng insulin ngoại biên.

Trung vị HbA1c ở nhóm ĐTĐTK là 5,3% (4.7-6.6), cao hơn so với nhóm không ĐTĐTK là 5,1% (4.5-5.8). Phân tích đường cong ROC cho thấy HbA1c có giá trị dự đoán ĐTĐTK ở mức khá, giá trị điểm cắt tối ưu là 5,35%, với độ nhạy 49,4%, độ đặc hiệu 88,4%. Trong một nghiên cứu hồi cứu từ Hàn Quốc, đánh giá HbA1c ở tuần thai thứ 26-30 phân tích đường cong ROC, giá trị cắt tối ưu cho HbA1c là 5,5% có thể dự đoán bệnh tiểu đường với độ nhạy 79% và độ đặc hiệu 73% [9]. Ở nghiên cứu Rickard Claesson từ 196 phụ nữ mang thai, ngưỡng cắt tối ưu của HbA1c là 5,4% có thể dự đoán bệnh tiểu đường với độ nhạy 45% và độ đặc hiệu 92%. Đối với HbA1c ≥5,7% độ nhạy, độ đặc hiệu lần lượt là 30%, 97% [10]. Ở các nghiên cứu cho thấy ngưỡng cắt của HbA1c có độ nhạy thấp và độ đặc hiệu cao, HbA1c có thể được sử dụng như một chiến lược để lựa chọn những phụ nữ có nguy cơ cao cần can thiệp lối sống để phòng ngừa bệnh tiểu đường, bắt đầu ngay từ khi mang thai.

Nghiên cứu chúng tôi có hai yếu tố nguy cơ có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với ĐTĐTK là độ tuổi >35 (OR = 3,088; 95% CI: 1,064 - 8,966) và tiền sử sinh con to >4000 gram (OR = 15,972; 95% CI: 1,890 - 135,008) với giá trị p < 0,05. Tương tự kết quả của Nguyễn Thị Huyền Phương có mối liên quan giữa ĐTĐTK với độ tuổi mang thai, tiền sử sảy thai/thai lưu 6 tháng đầu, tiền sử ĐTĐTK, tiền sử sinh con to, tiền sử gia đình mắc ĐTĐ, tiền sử gia đình mắc THA, hình thức thụ thai và số lần mang thai [6]. Tác giả Bùi Chung Thủy cũng cho thấy có mối liên quan giữa ĐTĐTK với tuổi thai, BMI của thai phụ trước khi mang thai, phụ nữ có tiền sử sẩy thai, thai chết lưu và cân nặng của trẻ trong các lần sinh trước (p < 0,05) [2].

5. KẾT LUẬN

ĐTĐTK chiếm tỷ lệ khá cao trong nhóm nghiên cứu. OGTT giúp phát hiện ĐTĐTK đặc biệt ở thời điểm sau uống 2 giờ. HbA1c có giá trị dự đoán ĐTĐTK ở mức khá, với độ đặc hiệu cao nhưng độ nhạy còn hạn chế. HbA1c có thể hỗ trợ phân tầng nguy cơ, chưa thể thay thế OGTT trong chẩn đoán. Tuổi mẹ trên 35 và tiền sử sinh con cân nặng >4000 g có liên quan đến ĐTĐTK.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] American Diabetes Association. 14. Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Medical Care in Diabetes—2020. Diabetes Care 2019; 43: S183–S192.

[2] Bùi Chung Thủy, Hồ Thị Tuyết Thu, Huỳnh Thị Ngọc Ánh, Lê Thị Thúy. Khảo sát tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ ở thai phụ đến khám thai tại Bệnh viện Phụ sản – Nhi Đà Nẵng. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2023; 58: 194-201. https://doi.org/10.58490/ctump.2023i58.711

[3] Hoàng Thị Lan Hương. Nghiên cứu tỷ lệ mắc đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan tại bệnh viện Trung ương Huế. Tạp chí Y học lâm sàng Bệnh viện Trung ương Huế. 2023; 89: 7-16. DOI: 10.38103/jcmhch.89.1.

[4] Wang C, Kong L, Yang Y, et al. Recommended reference values for serum lipids during early and middle pregnancy: a retrospective study from China. Lipids Health Dis 2018; 17: 246.

[5] Phạm Thị Thanh Thủy, Nguyễn Phương Tú, Nguyễn Hải Phương. Tình hình thực hiện nghiệm pháp dung nạp glucose trong chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương giai đoạn 3 tháng đầu năm 2023. Tạp chí phụ sản. 2023;21(2):62-6. https://vjog.vn/journal/article/view/1602

[6] Nguyễn Thị Huyền Phương, Đoàn Thị Phương Lam, Nguyễn Thị Tố Uyên, et al. Một số yếu tố liên quan đến đái tháo đường thai kỳ ở thai phụ làm nghiệm pháp dung nạp đường huyết tại Bệnh Viện A Thái Nguyên. Tạp chí Y Học Cộng Đồng. 2026;67 (CĐ3-NCKH). DOI: 10.52163/yhc.v67iCD3.4737.

[7] Zhu Y, Zhang C. Prevalence of Gestational Diabetes and Risk of Progression to Type 2 Diabetes: a Global Perspective. Curr Diab Rep 2016; 16: 7.

[8] Tan YB, Quah PL, Tan KH. Ethnic-specific oral glucose tolerance (OGTT) phenotypes in women with hyperglycemia in pregnancy. BMJ Open Diab Res Care; 12. Epub ahead of print 4 October 2024. DOI: 10.1136/bmjdrc-2024-004331.

[9] Kwon SS, Kwon J-Y, Park Y-W, et al. HbA1c for diagnosis and prognosis of gestational diabetes mellitus. Diabetes Research and Clinical Practice 2015; 110: 38–43.

[10] Rickard Claesson, Claes Ignell, Nael Shaat, et al. HbA1c as a predictor of diabetes after gestational diabetes mellitus. Primary Care Diabetes 2017; 11: 46–51.