

GESTATIONAL DIABETES MELLITUS AND SOME RELATED FACTORS IN PREGNANT WOMEN VISITING AT MILITARY HOSPITAL 103 IN 2025

Hoang Van Son*, Pham Khanh Linh, Dao Nguyen Hung

Military Hospital 103 - 261 Phung Hung, Ha Dong Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 11/05/2026

Revised: 12/06/2026; Accepted: 24/07/2026

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence and analyze factors associated with gestational diabetes mellitus (GDM) among pregnant women at 24-28 weeks of gestation attending antenatal care at Military Hospital 103 in 2025.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 195 pregnant women at 24-28 weeks of gestation attending antenatal care at Military Hospital 103 in 2025.

Results: Fifty-two pregnant women were diagnosed with gestational diabetes mellitus, accounting for 26.7%. Among GDM cases, 40.4% were detected based on fasting plasma glucose levels; an additional 51.9% were diagnosed at 1 hour and 7.7% at 2 hours during the oral glucose tolerance test. The prevalence of GDM was significantly higher among women aged ≥ 35 years, those who were overweight, those with a first-degree family history of diabetes mellitus, a history of impaired glucose tolerance, and a previous history of gestational diabetes mellitus.

Conclusion: Gestational diabetes mellitus accounted for a relatively high proportion among pregnant women at 24-28 weeks of gestation. Comprehensive screening using the oral glucose tolerance test and close monitoring of high-risk pregnant women are necessary for early detection and effective management of gestational diabetes mellitus.

Keywords: Gestational diabetes mellitus; pregnant women; Military Hospital 103...

*Corresponding author

Email: hoangvanson48b@gmail.com Phone: (+84) 868194311 DOI: 10.52163/yhc.v67i7.6011

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở THAI PHỤ ĐẾN KHÁM THAI TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103 NĂM 2025

Hoàng Văn Sơn*, Phạm Khánh Linh, Đào Nguyên Hùng

Bệnh viện Quân y 103 - 261 Phùng Hưng, P. Hà Đông, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 11/05/2026

Ngày chỉnh sửa: 12/06/2026; Ngày duyệt đăng: 24/07/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ và phân tích một số yếu tố liên quan đến đái tháo đường thai kỳ ở thai phụ 24-28 tuần đến khám thai tại Bệnh viện Quân y 103 năm 2025.

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 195 thai phụ 24-28 tuần đến khám thai tại Bệnh viện Quân y 103 năm 2025.

Kết quả: Có 52 thai phụ được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ, chiếm tỷ lệ 26,7%. Trong số các trường hợp mắc đái tháo đường thai kỳ, 40,4% được phát hiện tại thời điểm đo glucose máu lúc đói; 51,9% được chẩn đoán thêm sau 1 giờ và 7,7% sau 2 giờ làm nghiệm pháp dung nạp glucose. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ cao hơn có ý nghĩa ở nhóm thai phụ có tuổi mẹ ≥ 35 , thừa cân, có tiền sử gia đình thể hệ thứ nhất mắc đái tháo đường, tiền sử rối loạn dung nạp glucose và tiền sử đái tháo đường thai kỳ.

Kết luận: Đái tháo đường thai kỳ chiếm tỷ lệ khá cao ở thai phụ 24-28 tuần. Việc sàng lọc đầy đủ bằng nghiệm pháp dung nạp glucose và chú trọng theo dõi các thai phụ nguy cơ cao là cần thiết nhằm phát hiện sớm và quản lý hiệu quả đái tháo đường thai kỳ.

Từ khóa: Đái tháo đường thai kỳ, phụ nữ mang thai, Bệnh viện Quân y 103,...

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là một thể của bệnh đái tháo đường (ĐTĐ), là bệnh rối loạn chuyển hoá thường gặp nhất trong thai kỳ và có xu hướng ngày càng tăng, nhất là khu vực châu Á - Thái Bình Dương, trong đó có Việt Nam [1]. Theo định nghĩa của Tổ chức Y tế Thế Giới (WHO), 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” [2]. So với người da trắng, nguy cơ mắc ĐTĐTK tăng 7,6 lần ở người Đông Nam Á (95%CI 4,1 - 14,1) [3]. Ở Mỹ, ước tính hàng năm ĐTĐTK ảnh hưởng đến 170.000 thai phụ, chiếm tỷ lệ 1-14% [4]. Ở Việt Nam, tỷ lệ mắc bệnh từ 3,6% - 39,0% tùy theo tiêu chuẩn chẩn đoán và đặc điểm dân cư và có xu hướng ngày càng tăng [5]. ĐTĐTK nếu không được chẩn đoán và điều trị sẽ gây ra nhiều tai biến, biến chứng cho cả mẹ và con, như: tiền sản giật, sẩy thai, thai lưu, ngạt sơ sinh, tử vong chu sinh, thai to làm tăng nguy cơ đẻ khó và mổ đẻ,... Trẻ sơ sinh của những bà mẹ có ĐTĐTK có nguy cơ hạ glucose máu, hạ canxi máu, vàng da; khi trẻ lớn hơn sẽ có nguy cơ béo phì và ĐTĐ typ 2 [6]. Vì vậy, việc tầm soát ĐTĐTK có vai trò rất quan trọng song vẫn chưa được thực hiện thường quy. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: Xác định tỉ lệ và phân tích một số yếu tố liên quan đến đái tháo đường thai kỳ ở thai phụ 24-28 tuần đến khám thai tại Bệnh viện Quân y 103 năm 2025.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Khám Bệnh, Bệnh viện Quân y 103 trong thời gian từ 01/1/2025 đến 31/12/2025.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 195 thai phụ 24-28 tuần đến khám thai tại Bệnh viện Quân y 103 trong thời gian từ 01/1/2025 đến 31/12/2025.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu:

+ Thai phụ mang đơn thai, tuổi thai từ 24 đến 28 tuần.

+ Đồng ý tham gia nghiên cứu: đồng ý phỏng vấn, uống 75 gram Glucose và lấy máu làm xét nghiệm.

+ Thai phụ không mắc các bệnh tâm thần, nội ngoại khoa, rối loạn chuyển hóa.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Đã được chẩn đoán đái tháo đường từ trước khi có thai.

+ Đang mắc các bệnh có ảnh hưởng đến chuyển hóa Glucose: cường giáp, suy giáp, hội chứng Cushing, u tủy thượng thận, hội chứng Cohn, bệnh lý gan, suy thận...

+ Đang sử dụng các thuốc có ảnh hưởng đến chuyển hóa Glucose: Corticoid, Salbutamol, thuốc chẹn giao cảm, lợi tiểu nhóm Thiazide...

+ Đang mắc các bệnh cấp tính: nhiễm khuẩn, lao phổi

- Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐTK: áp dụng theo tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐTK bằng nghiệm pháp dung nạp với 75gram glucose đường uống theo ADA và Bộ Y tế năm 2024.

Giờ	Glucose huyết tương tĩnh mạch (mg/dL)	Glucose huyết tương tĩnh mạch (mmol/L)
Lúc đói	≥ 92	$\geq 5,1$
Sau 1 giờ	≥ 180	$\geq 10,0$
Sau 2 giờ	≥ 153	$\geq 8,5$

Nếu có ≥ 1 tiêu chuẩn là chẩn đoán ĐTĐTK.

*Tác giả liên hệ

Email: hoangvanson48b@gmail.com Điện thoại: (+84) 868194311 DOI: 10.52163/yhc.v67i7.6011

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu nghiên cứu: chọn mẫu thuận tiện không xác suất, lấy tất cả thai phụ đủ tiêu chuẩn trong năm 2025.

Tổng số thai phụ 24-28 tuần đến khám tại khoa Khám Bệnh, Bệnh viện Quân y 103 năm 2015 là 212, trong đó có 198 thai phụ đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu chiếm tỷ lệ 93,4%.

2.5. Các bước tiến hành nghiên cứu

- Bước 1: Các thai phụ tham gia nghiên cứu được hỏi và khám theo quy trình của Bộ Y tế.

- Bước 2: Các thai phụ thực hiện các xét nghiệm và nghiệm pháp dung nạp glucose.

- Bước 3: Thông báo kết quả khám và xét nghiệm, chẩn đoán bệnh cho thai phụ tham gia nghiên cứu. Nếu được chẩn đoán là đái tháo đường thai kỳ thì thai phụ sẽ được hướng dẫn đến bác sỹ chuyên khoa nội tiết để theo dõi và điều trị.

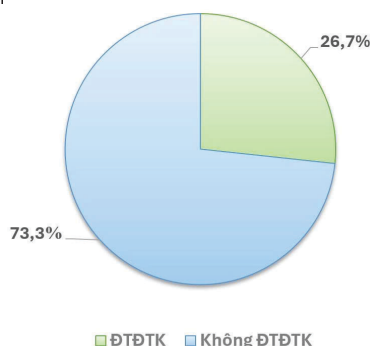
- Bước 4: Thu thập số liệu vào bệnh án nghiên cứu và xử lý số liệu.

2.6. Xử lý số liệu: Thu thập và xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê y học SPSS 27.0, với các thuật toán tính tỷ lệ (%), kiểm định χ^2 , fisher's, kiểm định T-test, tỷ suất chênh (OR), độ tin cậy (α): 0,05.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng y đức của Bệnh viện Quân y 103.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ



Biểu đồ 1. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ

Nhận xét: Có 52 thai phụ ĐĐTĐK chiếm 26,7%.

Bảng 1. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ được phát hiện tại các thời điểm làm nghiệm pháp dung nạp glucose máu

Thời điểm xét nghiệm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Lúc đói	21	40,4
1 giờ, chẩn đoán thêm	27	51,9
2 giờ, chẩn đoán thêm	4	7,7
Tổng	52	100,0

Nhận xét: Thời điểm xét nghiệm glucose lúc đói chẩn đoán được 40,4% ĐĐTĐK, sau 1 giờ chẩn đoán thêm 51,9% và sau 2 giờ chẩn đoán thêm 7,7%.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến đái tháo đường thai kỳ

Bảng 2. Mỗi liên quan giữa tuổi thai phụ và đái tháo đường thai kỳ

Nhóm tuổi	ĐĐTĐK		Không ĐĐTĐK		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
< 25	0	0,0	22	100,0	22	100,0	<0,01
25 - 35	33	23,6	107	76,4	140	100,0	
≥ 35	19	57,6	14	42,4	33	100,0	

Nhóm tuổi	ĐĐTĐK		Không ĐĐTĐK		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Tổng	52	26,7	143	73,3	195	100,0	
Trung bình	33,8±4,4		29,1±4,7				<0,001

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của nhóm thai phụ ĐĐTĐK là 33,8±4,4 tuổi, cao hơn nhóm thai phụ không bị ĐĐTĐK. Thai phụ có tuổi càng cao thì nguy cơ mắc ĐĐTĐK càng tăng ($p<0,01$)

Bảng 3. Mỗi liên quan giữa chỉ số BMI trước mang thai và đái tháo đường thai kỳ

Chỉ số BMI	ĐĐTĐK		Không ĐĐTĐK		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
< 18,5	2	9,5	19	90,5	21	100,0	0,03
18,5 – 22,9	45	27,3	120	72,7	165	100,0	
≥ 23,0	5	55,6	4	44,4	9	100,0	
Tổng	52	26,7	143	73,3	195	100,0	

Nhận xét: Thai phụ có BMI trước mang thai càng cao thì tỉ lệ mắc ĐĐTĐK càng tăng có ý nghĩa thống kê với $p=0,03$.

Bảng 4. Mỗi liên quan giữa số lần mang thai và đái tháo đường thai kỳ

Số lần mang thai	ĐĐTĐK		Không ĐĐTĐK		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
1	18	23,4	59	76,7	77	100,0	0,057
2	19	22,9	64	77,1	83	100,0	
≥ 3	15	42,9	20	57,1	35	100,0	
Tổng	52	26,7	143	73,3	195	100,0	

Nhận xét: Không có mối liên quan giữa số lần mang thai và ĐĐTĐK.

Bảng 5. Mỗi liên quan một số yếu tố nguy cơ của thai phụ và đái tháo đường thai kỳ

Yếu tố nguy cơ	n	ĐĐTĐK	Không ĐĐTĐK	OR	CI 95%	p
Tuổi ≥35	42	24	18	5,95	2,85-12,42	<0,01
Tiền sử gia đình ĐĐTĐK thể hệ I	12	7	5	4,29	1,29-14,19	0,01
Tiền sử RLDN glucose	4	3	1	8,69	0,88-85,5	0,059
Tiền sử ĐĐTĐK	6	4	2	5,87	1,04-33,09	0,024
Tiền sử đẻ con to > 4000 gram	13	6	7	2,53	0,81-7,92	0,1
Tiền sử sản khoa bất thường	26	9	17	1,55	0,64-3,73	0,325
Thừa cân	9	5	4	3,69	0,95-14,34	0,059
Glucose niệu (+)	16	7	9	2,31	0,81-6,58	0,107

Nhận xét: Tuổi thai phụ ≥35, tiền sử gia đình thể hệ thứ nhất mắc ĐĐTĐK, tiền sử rối loạn dung nạp glucose, tiền sử ĐĐTĐK và thừa cân là các yếu tố nguy cơ của ĐĐTĐK, với $p<0,05$. Không có mối liên hệ giữa tiền sử đẻ con to >4000 gram, tiền sử sản khoa bất thường và glucose niệu dương tính với ĐĐTĐK, với $p>0,05$.

4. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ

Trong năm 2025, tại khoa Khám Bệnh, Bệnh viện Quân y 103 có 195 thai phụ đến khám thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu. Dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐTK của ADA và Bộ Y tế năm 2024, tỷ lệ thai phụ ĐTĐTK trong nghiên cứu của chúng tôi là 26,7%. Qua so sánh với các nghiên cứu khác, chúng tôi thấy tỷ lệ ĐTĐTK có nhiều sự khác biệt. Nghiên cứu của Trần Đình Vinh (2016) tại Bệnh viện Phụ Sản - Nhi Đà Nẵng tỷ lệ ĐTĐTK là 15,2% [7], Trương Thị Quỳnh Hoa (2017) tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định là 20,9% [8], Nguyễn Cảnh Chương (2021) tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội là 33,8% [9]. Nhìn chung, tỷ lệ ĐTĐTK có xu hướng ngày càng tăng do việc áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán mới với các tiêu chí thấp hơn và do sự phát triển của kinh tế - xã hội.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, xét nghiệm glucose máu lúc đói chẩn đoán được 40,4% trường hợp đái tháo đường thai kỳ; nghiệm pháp dung nạp glucose giúp phát hiện thêm 51,9% sau 1 giờ và 7,7% sau 2 giờ. Như vậy, nếu chỉ dựa vào glucose máu lúc đói thì có tới 59,6% trường hợp đái tháo đường thai kỳ có thể không được chẩn đoán. Nghiên cứu của M. A. Sayeed và cộng sự (2005) trên 2.205 phụ nữ trong độ tuổi 18 - 44 tại Bangladesh cũng cho thấy tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ là 6,8% khi chỉ dựa vào glucose máu lúc đói và tăng lên 8,2% khi thực hiện nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống, nếu không tiến hành nghiệm pháp dung nạp glucose, nghiên cứu này đã bỏ sót khoảng 1,4%, tương đương 17,1% số trường hợp mắc bệnh [10]. Do đó, ở những thai phụ có glucose máu lúc đói dưới ngưỡng chẩn đoán, việc tiếp tục thực hiện nghiệm pháp dung nạp glucose là cần thiết nhằm hạn chế bỏ sót các trường hợp đái tháo đường thai kỳ.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến đái tháo đường thai kỳ

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình của nhóm thai phụ đái tháo đường thai kỳ là $33,8 \pm 4,4$ tuổi, cao hơn nhóm thai phụ không bị đái tháo đường thai kỳ, độ tuổi càng cao thì tỷ lệ mắc đái tháo đường thai kỳ càng tăng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ ở các nhóm tuổi là <25 , 25-34 và ≥ 35 lần lượt là 0%, 23,6% và 57,6%. Nhóm thai phụ từ 35 tuổi trở lên có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn rõ rệt, với OR = 5,95 (KTC 95%: 2,85–12,42; $p < 0,01$). Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây, trong đó Lê Thị Thanh Tâm ghi nhận OR = 4,0 và Ostlund là 3,37 (KTC 95%: 1,45–7,85) [11], [12]. Như vậy, tuổi mẹ cao, đặc biệt từ 35 tuổi trở lên, có mối liên quan với tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ cao hơn. Điều này được lý giải vì tuổi càng cao kèm theo tăng tích trữ lipid trong cơ thể gây tăng hiện tượng kháng insulin, tăng nguy cơ rối loạn chuyển hóa glucose, dễ mắc bệnh đái tháo đường nói chung và đái tháo đường thai kỳ nói riêng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, BMI trước mang thai cũng là một yếu tố có liên quan với đái tháo đường thai kỳ. Tỷ lệ mắc bệnh tăng dần từ 9,5% ở nhóm BMI $<18,5$ lên 27,3% ở nhóm BMI 18,5–22,9 và 55,6% ở nhóm BMI $\geq 23,0$; sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê ($p = 0,03$). Ở nhóm thai phụ có BMI trước mang thai $\geq 23,0$, OR ghi nhận là 3,69 (KTC 95%: 0,95–14,34; $p = 0,059$), cho thấy xu hướng có mối liên quan với tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ cao hơn, mặc dù chưa đạt ý nghĩa thống kê ở ngưỡng $p < 0,05$. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Thị Thanh Tâm (2017), trong đó tỷ lệ mắc đái tháo đường thai kỳ thấp hơn ở nhóm gầy (OR = 0,6) và cao hơn ở nhóm thừa cân, béo phì (OR = 6,1) [11]. Theo Torloni,

so với nhóm có BMI bình thường, OR ở nhóm thiếu cân là 0,75, trong khi ở nhóm thừa cân, béo phì vừa phải và béo phì tăng lần lượt là 1,97; 3,01 và 5,55 [13]. Nhìn chung, BMI trước mang thai cao có xu hướng liên quan với tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ cao hơn, đây là thông tin có ý nghĩa trong tư vấn tiền thai và quản lý cân nặng ở phụ nữ chuẩn bị mang thai.

Tiền sử gia đình thể hệ thứ nhất mắc đái tháo đường cũng ghi nhận có mối liên quan với đái tháo đường thai kỳ trong nghiên cứu của chúng tôi, với OR = 4,29 (KTC 95%: 1,29–14,19). Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây. Cụ thể, nghiên cứu của Trương Thị Quỳnh Hoa (2016), Lê Thị Thanh Tâm (2017) và Trần Khánh Nga (2019) đều cho thấy nhóm thai phụ có tiền sử gia đình thể hệ thứ nhất mắc đái tháo đường có tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ cao hơn, với OR lần lượt là 2,1; 2,5 và 3,63 [8], [11], [14]. Kết quả này cho thấy việc khai thác tiền sử gia đình, đặc biệt ở người thân thể hệ thứ nhất mắc đái tháo đường, có ý nghĩa quan trọng trong sàng lọc và theo dõi thai phụ nhằm phát hiện sớm các rối loạn chuyển hóa glucose trong thai kỳ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đối với thai phụ có tiền sử đái tháo đường thai kỳ, tỷ lệ mắc bệnh trong lần mang thai hiện tại cao hơn có ý nghĩa thống kê, với OR = 5,87 (KTC 95%: 1,04–33,09; $p = 0,024$). Kết quả này cho thấy tiền sử đái tháo đường thai kỳ là một yếu tố có liên quan đáng lưu ý trong sàng lọc và theo dõi thai phụ ở những lần mang thai tiếp theo.

Thai phụ có tiền sử rối loạn dung nạp glucose có xu hướng liên quan với tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ cao hơn, với OR = 8,69 (KTC 95%: 0,88–85,5; $p = 0,059$). Tuy nhiên, mối liên quan này chưa đạt ý nghĩa thống kê ở ngưỡng $p < 0,05$ và khoảng tin cậy còn rộng, có thể liên quan đến số lượng trường hợp trong nhóm còn hạn chế. Bên cạnh đó, việc khai thác tiền sử rối loạn dung nạp glucose cũng có một số hạn chế, do không phải tất cả thai phụ trước thời điểm nghiên cứu đều được thực hiện nghiệm pháp dung nạp glucose. Vì vậy, thông tin này chủ yếu được ghi nhận ở những trường hợp đã từng được xét nghiệm và phát hiện bất thường, dẫn đến khả năng sai lệch thông tin và đánh giá chưa đầy đủ tiền sử rối loạn dung nạp glucose, từ đó có thể ảnh hưởng đến độ chính xác của mối liên quan quan sát được.

Nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế. Thiết kế cắt ngang chỉ cho phép xác định mối liên quan mà chưa đánh giá được quan hệ nhân quả. Phân tích thống kê chủ yếu dừng ở đơn biến nên chưa kiểm soát được các yếu tố nhiễu. Ngoài ra, nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện tuyến cuối của quân đội với phương pháp chọn mẫu thuận tiện, do đó khả năng ngoại suy kết quả cho cộng đồng còn hạn chế.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ ở 195 thai phụ từ 24–28 tuần đến khám thai tại Bệnh viện Quân y 103 năm 2025 là 26,7%. Nghiệm pháp dung nạp glucose có vai trò quan trọng trong chẩn đoán, đặc biệt tại thời điểm 1 giờ. Tuổi mẹ ≥ 35 , tiền sử gia đình đái tháo đường và tiền sử đái tháo đường thai kỳ có mối liên quan với bệnh; BMI $\geq 23,0$ và tiền sử rối loạn dung nạp glucose ghi nhận xu hướng liên quan với tỷ lệ mắc cao hơn.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Tạ V.B. (2003). Quản lý đái tháo đường thai nghén, in Thực hành quản lý và điều trị bệnh đái tháo đường. NXB Y học. p. 11-22.
- [2] WHO (1999). Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications, in Report of a WHO consultation.

- [3] Dornhorst A, P.C., Nicholls JSD, et al (1992). High prevalence of gestational diabetes in women from ethnic minority groups. *Diabetic Medicine*. 9: p. 820-5. DOI: 10.1111/j.1464-5491.1992.tb01900.x
- [4] Jovanovic L, P.D. (2001). Gestational diabetes mellitus. *JAMA*. 286: p. 2516 - 2518. DOI: 10.1001/jama.286.20.2516
- [5] Thái Thị Thanh Thuý (2012). Nghiên cứu tỉ lệ đái tháo đường thai kỳ theo tiêu chuẩn ADA năm 2011 và các yếu tố nguy cơ, in Nội tiết. Trường Đại học Y Hà Nội: Hà Nội.
- [6] Conde-Agudelo, A. and J.M. Belizan (2000). Risk factors for pre-eclampsia in a large cohort of Latin American and Caribbean women. *Bjog*. 107(1): p. 75-83. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2000.tb11582.x
- [7] Trần Đình Vinh (2017). Khảo sát tình hình đái tháo đường trong thai kỳ tại Bệnh viện Phụ sản- Nhi Đà Nẵng năm 2016. *Tạp chí Phụ sản*. 15(3), 88-93. DOI: 10.46755/vjog.2017.3.420
- [8] Trương Thị Quỳnh Hoa (2017). Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định. *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 21(1), tr. 74 - 79.
- [9] Nguyễn Cảnh Chương (2021). Nguyễn Thị Thu Phương. Sàng lọc đái tháo đường thai kỳ: Thời điểm và các yếu tố liên quan. *Tạp chí Y Dược học*; vol. 37.
- [10] Sayeed, M.A., et al (2005). Diabetes and hypertension in pregnancy in a rural community of Bangladesh: a population-based study. *Diabet Med*. 22(9): p. 1267-71. DOI: 10.1111/j.1464-5491.2005.01600.x
- [11] 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. Luận án tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội.
- [12] Ostlund, I., et al (2003). Maternal and fetal outcomes if gestational impaired glucose tolerance is not treated. *Diabetes Care*. 26(7): p. 2107-11. DOI: 10.2337/diacare.26.7.2107
- [13] Torloni, M.R., et al (2009). Prepregnancy BMI and the risk of gestational diabetes: a systematic review of the literature with meta-analysis. *Obes Rev*. 10(2): p. 194-203. DOI: 10.1111/j.1467-789X.2008.00541.x
- [14] Trần Khánh Nga (2019). Nghiên cứu tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ. *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế*, 9: 187-194. DOI: 10.34071/jmp.2019.6_7.28