PHÂN TÍCH CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ Ở THAI PHỤ MANG THAI LẦN ĐẦU TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA VĨNH LONG (2024 - 2025)

Hồ Thị Thu Hằng[1,2,], Nguyễn Lư Hoàng Phong[3]*

Tóm tắt

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ đái tháo đường (ĐTĐ) thai kỳ và các yếu tố liên quan ở thai phụ (TP) mang thai lần đầu. ***Phương pháp nghiên cứu:*** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 153 TP đến khám tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long trong thời gian từ tháng 3/2024 - 3/2025. ***Kết quả:*** Tuổi trung bình của TP là 25,40 ± 6,01. Ghi nhận có 21 trường hợp (13,7%) ĐTĐ thai kỳ. Các yếu tố gồm TP ≥ 35 tuổi (OR = 3,08; 95%CI: 1,14 - 8,30), béo phì trước khi mang thai (OR = 3,89; 95%CI: 1,49 - 10,17), hút thuốc lá (OR = 2,92; 95%CI: 1,08 - 7,84) và đa ối (OR = 4,21; 95%CI: 1,46 - 12,20) làm tăng nguy cơ mắc ĐTĐ thai kỳ (p < 0,05). Tuy nhiên, khi phân tích hồi quy đa biến, chỉ có đa ối là yếu tố độc lập có ý nghĩa thống kê với OR = 3,27 (95%CI: 1,01 - 10,58) (p < 0,05). ***Kết luận:*** TP mang thai lần đầu có tỷ lệ ĐTĐ thai kỳ là 13,7%. Tuổi TP cao, có béo phì trước mang thai, hút thuốc lá và đa ối là yếu tố được xác định làm tăng nguy cơ xuất hiện ĐTĐ thai kỳ, tuy nhiên chỉ có đa ối là yếu tố độc lập có liên quan.

Từ khóa: Mang thai lần đầu; Đái tháo đường thai kỳ; Yếu tố liên quan.

ANALYSIS OF FACTORS ASSOCIATED WITH GESTATIONAL DIABETES MELLITUS AMONG PRIMIGRAVIDAE AT VINH LONG GENERAL HOSPITAL (2024 - 2025)

Abstract

Objectives: To determine the prevalence of gestational diabetes mellitus and its related factors among primigravidae. ***Methods:*** A cross-sectional descriptive study was conducted on 153 pregnant women at the Department of Obstetrics and

[1]Sở Y tế Vĩnh Long

[2]Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

[3]Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long

[*]Tác giả liên hệ: Hồ Thị Thu Hằng (htthang@ctump.edu.vn)

Ngày nhận bài: 31/3/2026

Ngày chấp nhận được đăng: 27/5/2026

http://doi.org/10.56535/jmpm.v51i7.2036

Gynecology at Vinh Long General Hospital from March 2024 to March 2025. ***Results:*** The mean age of the pregnant women was 25.40 ± 6.01 years. There were 21 cases of gestational diabetes mellitus (GDM), accounting for 13.7%. Factors associated with an increased risk of GDM included maternal age ≥ 35 years (OR = 3.08; 95%CI: 1.14 - 8.30), pre-pregnancy obesity (OR = 3.89; 95%CI: 1.49 -10.17), smoking (OR = 2.92; 95%CI: 1.08 - 7.84), and polyhydramnios (OR = 4.21; 95%CI: 1.46 - 12.20) (p < 0.05). However, in multivariable regression analysis, only polyhydramnios remained an independent factor associated with GDM (OR = 3.27; 95%CI: 1.01 - 10.58) (p < 0.05). ***Conclusion:*** Among primigravidae, the prevalence of GDM was 13.7%. Advanced maternal age, pre-pregnancy obesity, smoking, and polyhydramnios were identified as risk factors for GDM; however, only polyhydramnios was independently associated with the condition.

Keywords: Primigravidae; First-time pregnancy; Gestational diabetes mellitus; Related factors.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ là một bất thường ở sản khoa do tình trạng rối loạn dung nạp glucose được phát hiện lần đầu trong thời kỳ mang thai và là một trong những bệnh chuyển hóa thường gặp nhất ở TP. Tỷ lệ mắc ĐTĐ thai kỳ đang có xu hướng gia tăng trên toàn cầu, theo một phân tích tổng hợp trên nhóm dân số người châu Âu của Claire E Eades và CS, phát hiện tỷ lệ mắc ĐTĐ thai kỳ nói chung ở người châu Âu là 5,4% trường hợp (95%CI: 3,8 - 7,8) [1]. Tương tự, ở nhóm dân số TP là người châu Á, Kai Wei Lee và CS đã ghi nhận tỷ lệ này là 11,5% (95%CI: 10,9 - 12,1), tương tự nhóm tác giả này cũng phát hiện tỷ lệ bệnh có xu hướng gia tăng trong những năm gần đây và các yếu tố như tiền sử ĐTĐ trước đó, thai nhi nặng cân, béo phì, tăng huyết áp thai kỳ, tiền sử có thai chết lưu, hội chứng buồng trứng đa nang là các yếu tố làm tăng nguy cơ xuất hiện ĐTĐ thai kỳ [2]. So với đối tượng mang thai nhiều lần, TP mang thai lần đầu thường có tỷ lệ ĐTĐ thai kỳ thấp hơn. Mặc dù cơ chế bệnh sinh vẫn dựa trên tình trạng tăng kháng insulin trong thai kỳ, nhóm đối tượng này lại có những đặc điểm riêng liên quan đến sự thích nghi lần đầu của cơ thể, đặc biệt là ở trục tử cung - nhau thai. Quá trình xâm nhập của nguyên bào nuôi và động mạch xoắn tử cung có thể chưa hoàn toàn hiệu quả, làm thay đổi mức độ tưới máu nhau thai và ảnh hưởng đến hoạt động nội tiết của bánh nhau. Hệ quả là tình trạng tiết các

hormone gây kháng insulin như lactogen nhau thai người, progesterone và cortisol có thể dao động [3, 4]. Mặc dù TP mang thai lần đầu có tỷ lệ ĐTĐ thấp hơn, nhưng nguy cơ xuất hiện biến cố sản khoa không khác biệt so với các đối tượng khác. Đặc biệt, việc tầm soát ở nhóm đối tượng này thường bị bỏ sót, dẫn đến hệ quả quản lý và điều trị kém hiệu quả [5]. Tỉnh Vĩnh Long thuộc khu vực Đồng bằng sông Cửu Long, điều kiện tiếp cận những dịch vụ tầm soát còn hạn chế, nhiều trường hợp mang thai lần đầu mắc ĐTĐ thai kỳ không được phát hiện kịp thời. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: *Khảo sát tỷ lệ ĐTĐ thai kỳ và một số yếu tố liên quan ở TP mang thai lần đầu tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long trong thời gian từ tháng 3/2024 - 3/2025.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 153 TP mang thai lần đầu đến khám và theo dõi tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long trong khoảng thời gian từ 3/2024 - 3/2025.

** Tiêu chuẩn lựa chọn:* TP ≥ 18 tuổi mang thai lần đầu; tuổi thai đủ từ 24 - 28 tuần [6].

** Tiêu chuẩn loại trừ:* TP có tiền sử ĐTĐ trước khi mang thai; TP có bệnh lý ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose như Basedow, suy giáp, u tại tuyến tụy, suy gan, suy thận; TP sử dụng thuốc có thể ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose trong thai kỳ như corticoid, salbutamol, terbutaline, thuốc lợi tiểu nhóm thiazide; TP không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

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

** Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu*: Chọn mẫu thuận tiện, thu nhận TP mang thai lần đầu đến khám và nhập viện trong thời gian nghiên cứu.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó, n: Cỡ mẫu ước lượng; Z: Trị số phân phối chuẩn với mức ý nghĩa α là 5% nên $Z_{(1-\alpha/2)}$ có giá trị là 1,96; d: Sai số cho phép với chọn d là 0,06; p: Tỷ lệ ĐTĐ thai kỳ, theo Kai Wei Lee và CS là 11,5% [2].

Cỡ mẫu tối thiểu tính được là 109 TP, thực tế đã nghiên cứu trên 153 TP mang thai lần đầu. Tiến hành lập danh sách và thu thập số liệu.

** Nội dung nghiên cứu:* Biến số được khảo sát bao gồm:

Đặc điểm chung: Tuổi TP được chia thành nhóm (< 35 tuổi và ≥ 35 tuổi). BMI

trước thai kỳ được xác định dựa theo chiều cao và cân nặng trước khi mang thai theo hồ sơ bệnh án, phân loại theo tiêu chuẩn châu Á là thiếu cân (< 18,5 kg/m^2), bình thường (18,5 - 22,9 kg/m^2), thừa cân (23,0 - 24,9 kg/m^2) hoặc béo phì (≥ 25 kg/m^2). Nơi sinh sống ghi nhận theo địa chỉ hiện tại, được phân loại thành: Thành thị hoặc nông thôn. Nghề nghiệp được chia thành: Lao động trí óc hoặc lao động chân tay. Đồng thời, chế độ ăn uống cũng như điều kiện kinh tế được ghi nhận lại.

- Yếu tố nguy cơ: TP ≥ 35 tuổi ở thời điểm mang thai; béo phì được xác định khi BMI trước thai kỳ ≥ 25 kg/m^2; hút thuốc lá được xác định khi TP hút thuốc chủ động trong thời gian mang thai hoặc trong vòng 6 tháng trước khi mang thai; uống rượu bia được xác định khi có tiền sử sử dụng trong vòng 6 tháng trước khi mang thai. Đa ối xác định trên siêu âm khi có chỉ số ối (amniotic fluid index - AFI) ≥ 25,0cm hoặc xoang ối lớn nhất ≥ 8,0cm [7] và tăng huyết áp thai kỳ được xác định khi có tăng huyết áp xảy ra sau tuần thứ 20 của thai kỳ [8].

- ĐTĐ thai kỳ: Thực hiện nghiệm pháp dung nạp glucose 75g với quy trình: Nhịn đói ít nhất 8 giờ trước khi làm nghiệm pháp. Lấy từ 1 - 2mL máu tĩnh mạch, định lượng glucose huyết tương lúc đói và uống dung dịch có pha sẵn 75g glucose. Sau đó, lấy 1 - 2mL máu tĩnh mạch, định lượng glucose trong huyết tương ở hai thời điểm là 1 giờ và 2 giờ sau khi uống nước glucose. Theo Bộ Y tế, nếu thỏa mãn một trong những tiêu chuẩn sau: Glucose lúc đói ≥ 5,1mmol/L hoặc sau 1 giờ ≥ 10,0 mmol/L hoặc sau 2 giờ ≥ 8,5 mmol/L được chẩn đoán là ĐTĐ thai kỳ [6].

** Xử lý số liệu:* Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0 của hãng IBM, biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ, biến định lượng có phân phối chuẩn được trình bày dạng trung bình và độ lệch chuẩn ($\overline{X}$ ± SD). So sánh khác biệt giữa hai tỷ lệ bằng kiểm định Chi-square hoặc Fisher's exact; so sánh sự khác biệt giữa hai trung bình bằng kiểm định T (T-test). Mô hình hồi quy đa biến được áp dụng nhằm xác định các yếu tố nguy cơ liên quan độc lập đến ĐTĐ thai kỳ.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo đúng quy định của Hội đồng Đạo đức, Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long theo Chứng nhận số 09/HĐĐĐ-BVĐKVL ngày 19 tháng 12 năm 2023. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 153).

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi TP (năm)	25,40 ± 6,01	
BMI của TP trước mang thai (kg/m^2)	20,68 ± 2,16	
Nơi sinh sống		
Thành thị	72	47,1
Nông thôn	81	52,9
Nghề nghiệp		
Lao động chân tay	96	62,7
Lao động trí óc	57	37,3
Hút thuốc lá	31	20,3
Uống rượu bia	24	15,7
ĐTĐ thai kỳ		
Có	21	13,7
Không	132	86,3
Tiền sử gia đình bị ĐTĐ	30	19,6
Đa ối	21	13,7
Tăng huyết áp thai kỳ	24	15,7
Huyết áp tâm thu (mmHg)	120,06 ± 12,38	
Huyết áp tâm trương (mmHg)	70,39 ± 9,20	
Hồng cầu (x 10^{12}/L)	4,29 ± 0,47	
Hemoglobin (g/dL)	12,51 ± 1,15	
Bạch cầu (x 10^9/L)	9,22 ± 1,37	
Tiểu cầu (x 10^9/L)	240,00 ± 44,61	
Cholesterol TP (mmol/L)	3,25 ± 1,18	
Triglyceride (mmol/L)	2,47 ± 1,09	

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 25,40 ± 6,01; BMI trước mang thai ở mức bình thường (20,68 ± 2,16 kg/m^2). Phần lớn TP sinh sống tại nông thôn (52,9%), cao hơn so với thành thị (47,1%). Các yếu tố nguy cơ ghi nhận gồm hút thuốc lá (20,3%), uống rượu bia (15,7%) và tiền sử gia đình mắc ĐTĐ (19,6%).

Bảng 2. Mối liên quan giữa một số yếu tố kinh tế - xã hội và ĐTĐ thai kỳ.

Yếu tố	ĐTĐ thai kỳ		OR (95%CI)	p
	Có (n, %)	Không (n, %)		
Thành thị	12 (57,1)	60 (45,5)	1,60 (0,63 - 4,05)	0,319
Lao động chân tay	8 (38,1)	88 (66,7)	0,31 (0,12 - 0,80)	0,065
Chế độ ăn nhiều tinh bột	15 (71,4)	96 (72,7)	0,94 (0,34 - 2,60)	0,901
Hộ nghèo hoặc cận nghèo	7 (33,3)	36 (27,3)	1,33 (0,50 - 3,57)	0,566

Xét đặc điểm kinh tế - xã hội, TP thuộc hộ nghèo hoặc cận nghèo có nguy cơ mắc ĐTĐ thai kỳ cao hơn với OR = 1,33; tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa về mặt thống kê với p = 0,566.

Bảng 3. Mối liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ và ĐTĐ thai kỳ.

Yếu tố	ĐTĐ thai kỳ		OR (95%CI)	p
	Có (n, %)	Không (n, %)		
TP ≥ 35 tuổi	8 (38,1)	22 (16,7)	3,08 (1,14 - 8,30)	0,035
Béo phì trước mang thai	10 (47,6)	25 (18,9)	3,89 (1,49 - 10,17)	0,009
Hút thuốc lá	8 (38,1)	23 (17,4)	2,92 (1,08 - 7,84)	0,040
Uống rượu bia	5 (23,8)	19 (14,4)	1,86 (0,61 - 5,67)	0,329
Tiền sử gia đình bị ĐTĐ	5 (23,8)	25 (18,9)	1,34 (0,45 - 4,00)	0,565
Đa ối	7 (33,3)	14 (10,6)	4,21 (1,46 - 12,20)	0,011
Tăng huyết áp thai kỳ	6 (28,6)	18 (13,6)	2,53 (0,87 - 7,38)	0,104

Các yếu tố được ghi nhận có liên quan đến tăng nguy cơ mắc ĐTĐ thai kỳ gồm TP ≥ 35 tuổi (OR = 3,08), béo phì trước mang thai (OR = 3,89), hút thuốc lá (OR = 2,92) và đa ối (OR = 4,21), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Trong đó, đa ối và béo phì trước mang thai là hai yếu tố có nguy cơ cao hơn, cho thấy vai trò quan trọng của tình trạng chuyển hóa và biến đổi sinh lý trong thai kỳ đối với nguy cơ xuất hiện ĐTĐ thai kỳ.

Bảng 4. Mối liên quan giữa đặc điểm cận lâm sàng và ĐTĐ thai kỳ.

Yếu tố	ĐTĐ thai kỳ		p
	Có ($\overline{X}$ ± SD)	Không ($\overline{X}$ ± SD)	
Hồng cầu (x 10^{12}/L)	4,32 ± 0,43	4,28 ± 0,48	0,733
Hemoglobin (g/dL)	12,69 ± 0,85	12,48 ± 0,99	0,430
Bạch cầu (x 10^9/L)	9,14 ± 0,66	9,23 ± 0,45	0,653
Tiểu cầu (x 10^9/L)	232,14 ± 41,75	241,24 ± 45,07	0,387
Cholesterol TP (mmol/L)	4,75 ± 1,26	3,01 ± 0,98	< 0,001
Triglyceride (mmol/L)	3,13 ± 1,22	2,21 ± 0,81	< 0,001

Thai phụ mắc ĐTĐ thai kỳ có nồng độ cholesterol TP cao hơn nhóm không mắc ĐTĐ, với tỷ lệ lần lượt là 4,75 ± 1,26 mmol/L và 3,01 ± 0,98 mmol/L (p < 0,05).

Bảng 5. Hồi quy đa biến các yếu tố nguy cơ liên quan đến ĐTĐ thai kỳ.

ĐTĐ thai kỳ	OR	95%CI	p
TP ≥ 35 tuổi	2,18	0,71 - 6,74	0,175
Béo phì trước mang thai	2,46	0,79 - 7,60	0,119
Hút thuốc lá	1,80	0,55 - 5,83	0,328
Đa ối	3,27	1,01 - 10,58	0,048

Kết quả phân tích hồi quy đa biến tại bảng 5 cho thấy: Sau khi hiệu chỉnh các yếu tố tuổi và các đặc điểm lâm sàng cũng như yếu tố nguy cơ, đa ối là yếu tố liên quan độc lập làm tăng nguy cơ ĐTĐ thai kỳ, với OR = 3,27 (95%CI: 1,01 - 10,58). Khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với p = 0,048.

BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã ghi nhận tỷ lệ ĐTĐ thai kỳ là 13,7% trên tổng số 153 TP mang thai lần đầu tham gia nghiên cứu. Bên cạnh đó, dữ liệu cũng cho thấy phần lớn đối tượng sinh sống ở nông thôn và lao động chân tay là chủ yếu, điều này cũng phù hợp với điều kiện kinh tế - xã hội ở địa bàn tỉnh Vĩnh Long với nông nghiệp là phương thức sản xuất chiếm ưu thế. Ngoài ra, nghiên cứu ghi nhận 35 TP béo phì trước khi mang thai. Theo dữ liệu cho thấy, phụ nữ béo phì, mô mỡ đặc biệt là mỡ nội tạng, tiết nhiều

adipokine và các cytokine tiền viêm như TNF-α, IL-6, đồng thời làm giảm adiponectin. Các thay đổi này dẫn đến giảm nhạy cảm insulin tại gan, cơ và mô mỡ, làm tăng tân tạo glucose và giảm thu nhận glucose ngoại vi. Những yếu tố này cũng đã được chứng minh liên quan đến sự phát triển của ĐTĐ thai kỳ [3]. Nghiên cứu của Trần Khánh Nga và CS (2019) trên tổng số 1.291 TP có tuổi thai từ 24 - 28 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ cho thấy tỷ lệ ĐTĐ thai kỳ chiếm 8,8% trường hợp, kết quả này thấp hơn đôi chút so với số liệu của chúng tôi [9]. Ngược lại, Phạm Thị Thu Hiền và CS tiến hành khảo sát tỷ lệ ĐTĐ thai kỳ tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí ghi nhận trong số 231 TP tham gia nghiên cứu, tỷ lệ mắc ĐTĐ thai kỳ là 35,9% trường hợp [10], cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả dao động đáng kể giữa các nghiên cứu có lẽ do sự khác biệt trong lựa chọn đối tượng khảo sát. Đa phần các tác giả trên thiết kế nghiên cứu đánh giá TP nói chung, với phân tích nhóm phụ là TP mang thai con so hoặc con rạ, trong khi nghiên cứu hiện tại tập trung vào đối tượng là TP mang thai lần đầu. Hơn nữa, địa điểm khảo sát đã được lựa chọn của chúng tôi là tỉnh Vĩnh Long, trong đó đa phần người dân sinh sống tại vùng nông thôn và là lao động chân tay. Tổng hợp các yếu tố trên có thể giải thích phần nào sự khác biệt về kết quả giữa nghiên cứu của chúng tôi và các báo cáo trước đây.

Xét các yếu tố liên quan đến ĐTĐ thai kỳ, chúng tôi phát hiện nhóm TP ≥ 35 tuổi, béo phì trước lúc mang thai, hút thuốc, và đa ối có liên quan đến việc làm tăng nguy cơ mắc bệnh. Bên cạnh đó, TP mắc ĐTĐ thai kỳ cũng có nồng độ cholesterol và triglyceride máu cao hơn bình thường. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Trần Khánh Nga và CS khi ghi nhận những TP có trọng lượng cơ thể cao với BMI đạt mức béo phì, nguy cơ mắc ĐTĐ thai kỳ với OR = 3,27 (95%CI: 2,21 - 4,85) [9]. TP lớn tuổi là một yếu tố quan trọng của nhiều bất thường sản khoa. Báo cáo của Phạm Thị Thu Hiền và CS phát hiện nhóm TP ≥ 35 tuổi có tỷ lệ mắc ĐTĐ ở thai kỳ là 50,0%, cao hơn nhóm < 35 tuổi (31,4%) (p < 0,05). Tương tự, tác giả này cũng ghi nhận bệnh nhân đa ối có tỷ lệ ĐTĐ cao hơn nhóm có nước ối bình thường (78,6% so với 33,2%; p < 0,05) [10]. Trong thai kỳ, tình trạng thai to và đa ối là một chỉ dấu của ĐTĐ. Các bằng chứng đã cho thấy khi mắc bệnh lý này, tình trạng tăng đường huyết của TP thúc đẩy glucose khuếch tán qua nhau thai, tình trạng tăng glucose máu thai dẫn đến bài niệu thẩm thấu, làm tăng lượng nước tiểu của thai. Từ tam cá nguyệt thứ hai, nước tiểu thai là nguồn chính của nước ối, vì vậy sự gia tăng bài niệu này có thể làm tăng thể tích nước ối, gây đa ối. Lượng đa ối trong ĐTĐ thai kỳ có xu hướng cải thiện nếu đường huyết được kiểm soát ổn định [2]. Các tác động này có thể giải thích phần nào mối liên quan độc lập của đa ối với ĐTĐ được ghi nhận trong phân tích đa biến (OR = 3,27).

KẾT LUẬN

Tỷ lệ ĐTĐ thai kỳ của TP mang thai lần đầu trong nghiên cứu này là 13,7%. Mắc đa ối là yếu tố độc lập có liên quan đến ĐTĐ thai kỳ, với yếu tố này, nguy cơ ĐTĐ thai kỳ cao gấp 3,27 lần. Đồng thời, nhóm ĐTĐ thai kỳ cũng có nồng độ cholesterol toàn phần và triglyceride cao hơn nhóm không có ĐTĐ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Eades CE and Cameron DM. Prevalence of gestational diabetes mellitus in Europe: A meta-analysis. *Diabetes Research Clinical Practice*. 2017; 129:173-181.

2. Lee KW, et al. Prevalence and risk factors of gestational diabetes mellitus in Asia: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018; 18(1):494.

3. Giuliani C, et al. Gestational diabetes mellitus pregnancy by pregnancy: Early, late and nonrecurrent GDM. *Diabetes Research Clinical Practice.* 2022; 188.

4. Zehravi M, Maqbool M. Correlation between obesity, gestational diabetes mellitus, and pregnancy outcomes: An overview. *International Journal of Adolescent Medicine Health.* 2021; 33(6):339-345.

5. Ye W, et al. Gestational diabetes mellitus and adverse pregnancy outcomes: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2022; 377.

6. Bộ Y tế. Hướng dẫn quốc gia về sàng lọc và quản lý đái tháo đường thai kỳ. Quyết định số 1470/QĐ-BYT ngày 29/5/2024. 2024; 2-15.

7. Lim KI, Butt K, et al. Amniotic fluid: Technical update on physiology and measurement. *Journal of Obstetrics Gynaecology Canada*. 2017; 39(1):52-58.

8. Hu J, et al. Impact of the 2017 ACC/AHA guideline for high blood pressure on evaluating gestational hypertension-associated risks for newborns and mothers: A retrospective birth cohort study. *Circulation research.* 2019; 125(2):184-194.

9. Trần Khánh Nga và CS. 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.* 2019; 9(6):187-194.

10. Phạm Thị Thu Hiền, Nguyễn Thị Thu Hà, Trương Thị Thùy Dương. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố liên quan đến đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2025; 546(3):116-120.