

THỰC TRẠNG ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở THAI PHỤ ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC KỸ THUẬT Y TẾ HẢI DƯƠNG

Đỗ Văn Hoãn¹, Dương Văn Tú¹, Phạm Thị Luyến¹,
Trần Thị Bích Thảo¹, Đặng Thị Hà¹, Đỗ Thị Minh Hiền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) và phân tích một số yếu tố liên quan ở thai phụ đến khám tại Bệnh viện Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 99 thai phụ có thai 24 - 28 tuần đến khám tại Bệnh viện Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương từ tháng 5/2025 đến tháng 04/2026. Tất cả các đối tượng được thực hiện nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 75g và chẩn đoán ĐTĐTK theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA 2024)⁶.

Kết quả: Tỷ lệ ĐTĐTK là 28,3%. Giá trị glucose huyết tương trung bình lúc đói, sau 1 giờ và sau 2 giờ lần lượt là $4,73 \pm 0,85$ mmol/L; $8,51 \pm 1,54$ mmol/L và $7,05 \pm 1,36$ mmol/L. Trong các trường hợp mắc ĐTĐTK, 92,9% được điều trị bằng chế độ dinh dưỡng kết hợp thay đổi lối sống và 7,1% cần điều trị insulin. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với ĐTĐTK gồm tuổi mẹ ≥ 35 tuổi (OR = 2,9; p = 0,028), tiền sử sinh con ≥ 4000 g (OR = 8,5; p < 0,001), tiền sử rối loạn dung nạp glucose (OR = 14,7; p < 0,001) và tiền sử gia đình có người mắc đái tháo đường (OR = 22,0,001). Không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trình độ học vấn, số lần sinh, tiền sử sảy thai/nạo hút thai/thai lưu hoặc mức tăng cân trong thai kỳ với ĐTĐTK (p > 0,05).

Kết luận: Tỷ lệ ĐTĐTK ở thai phụ đến khám tại Bệnh viện Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương tương đối cao (28,3%). Tuổi mẹ từ 35 tuổi trở lên, tiền sử sinh con to, tiền sử rối loạn dung nạp glucose và tiền sử gia đình có người mắc đái tháo đường là những yếu tố nguy cơ có liên quan chặt chẽ với ĐTĐTK. Việc sàng lọc bằng nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống theo khuyến cáo và quản lý chặt chẽ các thai phụ có yếu tố nguy cơ có ý nghĩa quan trọng trong phát hiện sớm, điều trị kịp thời và giảm các biến chứng cho mẹ và thai nhi.

Từ khóa: Đái tháo đường thai kỳ, nghiệm pháp dung nạp glucose, yếu tố nguy cơ, thai phụ, ADA 2024.

SUMMARY

THE CURRENT STATUS OF GESTATIONAL DIABETES AND SOME RELATED FACTORS IN PREGNANT WOMEN VISITING HAI DUONG MEDICAL TECHNICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To describe the current status of gestational diabetes mellitus (GDM) and analyze some related factors in pregnant women visiting Hai Duong Medical Technical University Hospital.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 99 pregnant women with 24-28 weeks of gestation who visited Hai Duong Medical Technical University Hospital from May 2025 to April 2026. All subjects underwent a 75g oral glucose tolerance test and were diagnosed with gestational diabetes mellitus (GDM) according to the American Diabetes Association (ADA 2024) criteria⁶.

Results: The prevalence of GDM was 28.3%. Mean fasting, 1-hour, and 2-hour plasma glucose values were 4.73 ± 0.85 mmol/L, 8.51 ± 1.54 mmol/L, and 7.05 ± 1.36 mmol/L, respectively. Of those with GDM, 92.9% were treated with dietary changes combined with lifestyle modifications, and 7.1% required insulin therapy. Statistically significant factors associated with gestational diabetes mellitus (GDM) included maternal age ≥ 35 years (OR = 2.9; p = 0.028), history of giving birth to a child ≥ 4000 g (OR = 8.5; p < 0.001), history of impaired glucose tolerance (OR = 14.7; p < 0.001), and family history of diabetes mellitus (OR = 22.3; p < 0.001). No statistically significant association was found between educational level, number of births, history of miscarriage/abortion/stillbirth, or weight gain during pregnancy with GDM (p > 0.05).

Conclusion: The prevalence of GDM among pregnant women examined at Hai Duong Medical Technical University Hospital is relatively high (28.3%). Maternal age of 35 years or older, a history of large babies, a history of impaired glucose tolerance, and a family history of diabetes are risk factors strongly

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Hoãn

Email: hoansama1412@gmail.com

Mã bài: N846

Ngày nhận bài: 10/5/2026

Ngày phản biện khoa học: 8/5/2026

Ngày duyệt bài: 25/6/2026

associated with gestational diabetes. Screening with oral glucose tolerance tests as recommended and close management of pregnant women with these risk factors are crucial for early detection, timely treatment, and reduction of complications for both mother and fetus.

Keywords: Gestational diabetes, glucose tolerance test, risk factors, pregnant women, ADA 2024.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là tình trạng rối loạn dung nạp glucose được phát hiện lần đầu trong thời kỳ mang thai, không bao gồm các trường hợp đái tháo đường đã được chẩn đoán trước khi có thai. Đây là một trong những bệnh lý nội khoa thường gặp trong thai kỳ và đang có xu hướng gia tăng trên toàn thế giới do sự gia tăng tỷ lệ thừa cân, béo phì, tuổi mang thai cao và thay đổi lối sống. ĐTĐTK làm tăng nguy cơ nhiều biến chứng cho mẹ như tiền sản giật, đạ ối, mổ lấy thai, đái tháo đường típ 2 sau sinh; đồng thời làm tăng nguy cơ thai to, chấn thương sản khoa, hạ đường huyết sơ sinh, suy hô hấp và các rối loạn chuyển hóa ở trẻ.

Theo Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế, tăng đường huyết trong thai kỳ ảnh hưởng đến khoảng 16,6% số ca sinh trên toàn thế giới, trong đó phần lớn là đái tháo đường thai kỳ⁷. Tại Việt Nam, tỷ lệ ĐTĐTK dao động từ 6% đến trên 25% tùy theo đặc điểm dân số, tiêu chuẩn chẩn đoán và phương pháp sàng lọc. Việc áp dụng nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 75 g theo khuyến cáo của Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ đã góp phần nâng cao khả năng phát hiện sớm bệnh⁶.

Nhiều nghiên cứu đã chứng minh tuổi mẹ cao, tiền sử sinh con to, tiền sử rối loạn dung nạp glucose, tiền sử gia đình mắc đái tháo đường và các yếu tố chuyển hóa khác có liên quan chặt chẽ đến nguy cơ mắc ĐTĐTK. Tuy nhiên, tỷ lệ mắc bệnh và các yếu tố liên quan có thể khác nhau giữa các địa phương và cơ sở y tế. Vì vậy, nhằm góp phần cung cấp cơ sở khoa học cho công tác sàng lọc, quản lý và dự phòng các biến chứng đái tháo đường thai kỳ, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả thực trạng đái tháo đường thai kỳ và phân tích một số yếu tố liên quan trên thai phụ đến khám tại Bệnh viện Trường Đại

học Kỹ thuật Y tế Hải Dương từ tháng 5/2025 đến tháng 4/2026.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 99 thai phụ có thai 24 - 28 tuần đến khám tại Bệnh viện Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương từ tháng 5/2025 đến tháng 04/2026.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu, đang có thai từ 24 - 28 tuần, đồng ý làm nghiệm pháp dung nạp glucose.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Được chẩn đoán mắc đái tháo đường trước khi mang thai, đang mắc bệnh lý mạn tính hoặc sử dụng thuốc ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- **Cỡ mẫu:** Chọn mẫu toàn bộ.

- **Hướng dẫn thực hiện sàng lọc và tiêu chuẩn chẩn đoán:**

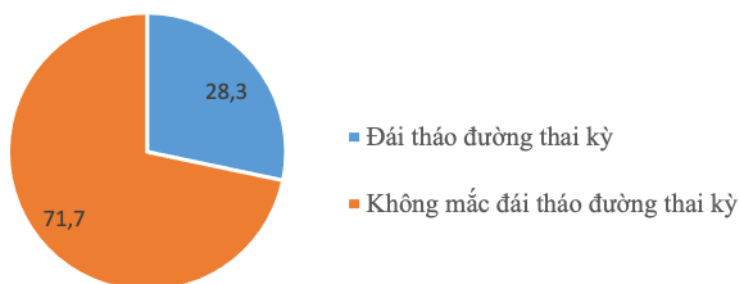
Thai phụ nhịn đói ít nhất 8 giờ trước khi làm nghiệm pháp. Lấy 2ml máu tĩnh mạch, định lượng glucose trong huyết tương lúc đói. Sau đó uống 200ml nước có pha 75g glucose trong 5 phút, định lượng glucose trong huyết tương sau 1 giờ và 2 giờ. Trong thời gian làm nghiệm pháp thai phụ không ăn uống gì thêm, được ngồi nghỉ ngơi trong phòng làm nghiệm pháp.

Tóm tắt tiêu chuẩn ADA 2024: Đường huyết lúc đói $\geq 5,1$ mmol/L; đường huyết sau uống glucose 1 giờ $\geq 10,0$ mmol/L; đường huyết sau uống glucose 2 giờ $\geq 8,5$ mmol/L. Chẩn đoán ĐTĐTK khi có ≥ 1 trong 3 giá trị trên đạt hoặc vượt ngưỡng⁶.

- **Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:** Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS. Sự khác biệt giữa 2 nhóm nghiên cứu có ý nghĩa thống kê nếu $p < 0,05$.

- **Đạo đức nghiên cứu:** Đề tài nghiên cứu được hội đồng khoa học Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương và Bệnh viện phê duyệt và thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



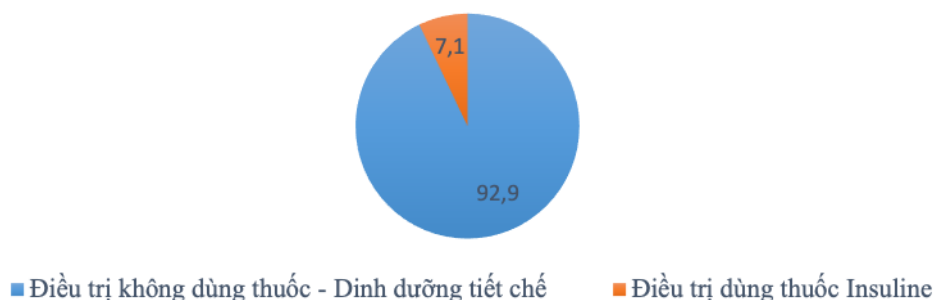
Biểu đồ 1. Tỷ lệ mắc ĐTĐTK theo tiêu chuẩn ADA 2024.

Nhận xét: Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 28/99 chiếm 28.3 % trường hợp có kết quả dung nạp glucose dương tính.

Bảng 1. Kết quả nghiệm pháp dung nạp glucose.

Thời điểm lấy máu	$\bar{X} \pm SD$	Kết quả	
		Trên ngưỡng n (%)	Dưới ngưỡng n (%)
Đường huyết lúc đói	$4.73 \pm 0,85$	14 (14.1)	85 (85.9)
Đường huyết sau 1h	$8,51 \pm 1,54$	14 (14.1)	85 (85.9)
Đường huyết sau 2h	$7,05 \pm 1,36$	19 (19.2)	80 (80.8)

Nhận xét: Kết quả đường huyết sau 2 giờ bằng và trên ngưỡng chẩn đoán ĐTĐTK chiếm tỷ lệ khoảng 2/3 số ca bệnh ĐTĐTK, cao hơn tỷ lệ kết quả trên ngưỡng của đường huyết lúc đói và đường huyết sau 1 giờ.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ các phương pháp điều trị thai phụ ĐTĐTK.

Nhận xét: Đa số các trường hợp ĐTĐTK được điều trị không dùng thuốc - dinh dưỡng tiết chế kết hợp thay đổi lối sống chiếm 92.9 %. Chỉ có 2 thai phụ chiếm 7.1 % được điều trị bằng insuline.

Bảng 2. Một số yếu tố liên quan đến ĐTĐTK.

Các yếu tố liên quan		ĐTĐTK n (%)	Không ĐTĐTK n (%)	OR	p
Nhóm tuổi thai phụ	< 35	8 (17,4)	38 (82,6)	2,9	0,028
	≥ 35	20 (37,7)	33 (62,3)		

Các yếu tố liên quan		ĐTĐTK n (%)	Không ĐTĐTK n (%)	OR	p
Trình độ học vấn	≤ THPT	22 (33,8)	43 (66,2)	2,4	0,069
	> THPT	6 (17,6)	28 (82,4)		
Số lần sinh	> 1	11 (42,3)	15 (57,7)	2,4	0,064
	≤ 1	17 (23,3)	56 (76,7)		
Tiền sử sinh con to	≥ 4000g	11 (68,8)	5 (31,2)	8,5	<0,001
	< 4000g	17 (20,5)	66 (79,5)		
Tiền sử sảy, nạo hút, thai lưu	Có	6 (40,0)	9 (60,0)	1,9	0,351
	Không	22 (26,2)	62 (73,8)		
Tiền sử bản thân ĐTĐTK	Có	11 (78,6)	3 (21,4)	14,7	<0,001
	Không	17 (20,0)	68 (80,0)		
Tiền sử gia đình mắc ĐTĐ	Có	11 (84,6)	2 (15,4)	22,3	<0,001
	Không	17 (19,8)	69 (80,2)		
Mức tăng cân trong thai	< 4	14 (34,1)	27 (65,9)	1,6	0,517
	≥ 4	14 (24,1)	44 (75,9)		

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ĐTĐTK có liên quan đến nhóm tuổi của thai phụ, tiền sử sinh con to, tiền sử bản thân ĐTĐTK, tiền sử gia đình ĐTĐ (p<0,05) và ĐTĐTK không có mối liên quan đến trình độ học vấn, số lần sinh con, tiền sử sảy thai/nạo hút thai/thai lưu, mức tăng cân của thai phụ (p>0,05).

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là 28,3% ở 99 thai phụ được sàng lọc bằng nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 75 g theo tiêu chuẩn ADA 2024. Kết quả này cho thấy ĐTĐTK là một vấn đề sức khỏe đáng quan tâm trong thực hành sản khoa hiện nay.

Tỷ lệ ĐTĐTK trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Trần Khánh Nga và cộng sự tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ (8,8%)², cao hơn nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ Sản-Nhi Đà Nẵng (15,8%)⁵, nhưng tương đồng với các nghiên cứu gần đây tại Hà Nội (27,73%)⁴, Kiên Giang (26,9%)¹ và Đồng Nai (25,8%)³. Sự khác biệt này phản ánh xu hướng gia tăng tỷ lệ ĐTĐTK tại Việt Nam trong những năm gần đây, đồng thời cho thấy kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với bối cảnh hiện nay khi nhiều cơ sở y tế đã triển khai sàng lọc thường quy bằng

ng nghiệm pháp dung nạp glucose 75 g theo tiêu chuẩn quốc tế.

Đặc điểm nghiệm pháp dung nạp glucose và phương pháp điều trị

Giá trị glucose huyết tương trung bình lúc đói, sau 1 giờ và sau 2 giờ trong nghiên cứu lần lượt là $4,73 \pm 0,85$ mmol/L; $8,51 \pm 1,54$ mmol/L và $7,05 \pm 1,36$ mmol/L. Đáng chú ý, tỷ lệ thai phụ có glucose sau 2 giờ đạt ngưỡng chẩn đoán chiếm 19,2% (chiếm khoảng 2/3 trong các trường hợp được chẩn đoán ĐTĐTK), cao hơn so với glucose lúc đói và sau 1 giờ (đều 14,1%). Điều này cho thấy rối loạn dung nạp glucose sau tải vẫn là hình thái phổ biến ở thai phụ mắc ĐTĐTK.

Kết quả trên phù hợp với cơ chế bệnh sinh của ĐTĐTK, trong đó tình trạng đề kháng insulin ngoại vi làm giảm khả năng sử dụng glucose sau ăn, dẫn đến tăng glucose huyết tương kéo dài sau nghiệm pháp. Nếu chỉ dựa vào glucose lúc đói, một số lượng đáng kể trường hợp ĐTĐTK có thể bị bỏ sót. Vì vậy, việc thực hiện đầy đủ nghiệm

pháp dung nạp glucose với ba thời điểm lấy máu là cần thiết để nâng cao hiệu quả phát hiện bệnh.

Về điều trị, 92,9% thai phụ mắc ĐTĐTK trong nghiên cứu được kiểm soát tốt bằng chế độ dinh dưỡng kết hợp thay đổi lối sống và chỉ 7,1% phải chuyển sang sử dụng insulin. Kết quả này phù hợp với các khuyến cáo hiện nay của ADA và FIGO, trong đó điều chỉnh chế độ ăn, tăng cường vận động phù hợp và theo dõi glucose máu là biện pháp điều trị đầu tay. Chỉ những trường hợp không đạt mục tiêu kiểm soát đường huyết sau điều trị không dùng thuốc mới cần chỉ định insulin. Tỷ lệ sử dụng insulin thấp trong nghiên cứu cho thấy phần lớn các trường hợp được phát hiện ở giai đoạn chưa quá nặng và đáp ứng tốt với các biện pháp điều trị không dùng thuốc.

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

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tuổi mẹ từ 35 tuổi trở lên làm tăng nguy cơ mắc ĐTĐTK gần 3 lần so với nhóm dưới 35 tuổi ($OR = 2,9$; $p = 0,028$). Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trong nước và quốc tế, khẳng định tuổi mẹ cao là một trong những yếu tố nguy cơ quan trọng nhất của ĐTĐTK. Theo sinh lý bệnh, khi tuổi tăng, độ nhạy insulin giảm, chức năng tế bào β tụy suy giảm và tỷ lệ thừa cân, béo phì cũng tăng lên, làm giảm khả năng thích nghi với tình trạng đề kháng insulin trong thai kỳ.

Tiền sử sinh con có cân nặng từ 4000g trở lên là yếu tố liên quan chặt chẽ với ĐTĐTK ($OR = 8,5$; $p < 0,001$). Đây là yếu tố phản ánh khả năng người mẹ đã từng có rối loạn chuyển hóa glucose ở lần mang thai trước nhưng chưa được phát hiện hoặc chưa được chẩn đoán. Thai to là hậu quả của tình trạng tăng glucose máu kéo dài, làm tăng vận chuyển glucose qua nhau thai, kích thích tụy thai tăng tiết insulin và thúc đẩy phát triển mô mỡ. Do đó, tiền sử sinh con to được xem là chỉ điểm quan trọng để nhận diện nhóm thai phụ có nguy cơ cao cần được sàng lọc sớm.

Thai phụ có tiền sử rối loạn dung nạp glucose có nguy cơ mắc ĐTĐTK cao gấp 14,7 lần so với nhóm không có tiền sử ($OR = 14,7$; $p < 0,001$). Đây là kết quả hoàn toàn phù hợp với cơ chế bệnh sinh, bởi rối loạn dung nạp glucose phản ánh sự suy giảm chức năng tế bào β tụy và tình trạng đề kháng insulin đã tồn tại trước khi mang thai. Khi

bước vào thai kỳ, dưới tác động của hormon nhau thai, các rối loạn này trở nên rõ rệt hơn và biểu hiện thành ĐTĐTK.

Đặc biệt, tiền sử gia đình có người mắc đái tháo đường là yếu tố liên quan mạnh nhất trong nghiên cứu ($OR = 22,3$; $p < 0,001$). Kết quả này nhấn mạnh vai trò của yếu tố di truyền trong bệnh sinh của ĐTĐTK. Những phụ nữ có người thân mắc đái tháo đường thường mang các biến thể gen ảnh hưởng đến chức năng tế bào β tụy hoặc độ nhạy insulin, làm tăng nguy cơ xuất hiện rối loạn chuyển hóa glucose trong thai kỳ. Vì vậy, khai thác đầy đủ tiền sử gia đình ngay từ lần khám thai đầu tiên có ý nghĩa quan trọng trong phân tầng nguy cơ và lập kế hoạch sàng lọc phù hợp.

Ngược lại, nghiên cứu không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trình độ học vấn, số lần sinh, tiền sử sảy thai/nạo hút thai/thai lưu và mức tăng cân trong thai kỳ với ĐTĐTK ($p > 0,05$). Kết quả này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu còn hạn chế và phân bố đối tượng giữa các nhóm chưa đồng đều, làm giảm khả năng phát hiện sự khác biệt. Tuy nhiên, điều này không phủ nhận vai trò của các yếu tố trên trong bệnh sinh ĐTĐTK, bởi nhiều nghiên cứu khác đã ghi nhận ảnh hưởng của thừa cân, béo phì trước mang thai và tăng cân quá mức trong thai kỳ đối với nguy cơ mắc bệnh^{2,4,5}.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 99 thai phụ có tuổi thai từ 24 - 28 tuần đến khám tại Bệnh viện Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương cho thấy, tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ theo tiêu chuẩn ADA 2024 là 28,3%. Trong đó phần lớn thai phụ mắc đái tháo đường thai kỳ (92,9%) được kiểm soát bằng điều chỉnh chế độ dinh dưỡng kết hợp thay đổi lối sống; chỉ 7,1% cần điều trị bằng insulin.

Tuổi mẹ ≥ 35 tuổi làm tăng nguy cơ mắc đái tháo đường thai kỳ ($OR = 2,9$; $p = 0,028$). Tiền sử sinh con ≥ 4000 g ($OR = 8,5$; $p < 0,001$), tiền sử rối loạn dung nạp glucose ($OR = 14,7$; $p < 0,001$) và tiền sử gia đình có người mắc đái tháo đường ($OR = 22,3$; $p < 0,001$) là những yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với đái tháo đường thai kỳ. Không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trình độ học vấn, số lần sinh, tiền sử sảy thai/nạo hút thai/thai lưu hoặc mức tăng cân trong thai

kỳ với đái tháo đường thai kỳ ($p>0,05$).

Việc sàng lọc thường quy bằng nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 75 g theo tiêu chuẩn ADA 2024 có vai trò quan trọng trong phát hiện sớm bệnh, lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp và giảm nguy cơ biến chứng cho mẹ và thai nhi.

VI. KIẾN NGHỊ

Thực hiện sàng lọc đái tháo đường thai kỳ thường quy cho tất cả thai phụ ở tuổi thai từ 24 - 28 tuần bằng nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 75 g theo khuyến cáo của ADA 2024 nhằm phát hiện sớm các trường hợp mắc bệnh.

Đối với các thai phụ có tuổi ≥ 35 năm, tiền sử sinh con ≥ 4000 g, tiền sử rối loạn dung nạp glucose hoặc tiền sử gia đình có người mắc đái tháo đường, cần được tư vấn, đánh giá nguy cơ và theo dõi chặt chẽ ngay từ những lần khám thai đầu tiên; cần nhắc sàng lọc sớm hơn khi có chỉ định lâm sàng.

Tăng cường tư vấn về dinh dưỡng hợp lý, kiểm soát cân nặng, duy trì hoạt động thể lực phù hợp trong thai kỳ và theo dõi đường huyết định kỳ đối với các thai phụ có nguy cơ cao nhằm hạn chế các biến chứng cho mẹ và thai nhi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Thị Kiều Diễm (2023).** Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Kiên Giang. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 523(2), 154-158.
2. **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(6+7), 187-194.
3. **Nguyễn Thị Lan Phương (2023).** Nghiên cứu tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố liên quan ở thai phụ đến khám tại Bệnh viện đa khoa khu vực Long Khánh tỉnh Đồng Nai năm 2022-2023. *Tạp chí Y dược học Cần Thơ*, 62, 38-43.
4. **Lương Hoàng Thành (2023).** Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 532(1B), 162-166.
5. **Bùi Chung Thủy (2023).** 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*, 58, 194-201.
6. **American Diabetes Association.** 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Care in Diabetes - 2024. *Diabetes Care*. 2024;47(Suppl 1):S20-S42.
7. **International Diabetes Federation.** IDF Diabetes Atlas. 11th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2025.