

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO** **BỘ Y TẾ**  
**VIỆN SỞT RÉT - KỸ SINH TRÙNG - CÔN TRÙNG TRUNG ƯƠNG**

---

**LÊ HỮU LỢI**

**NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG  
HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA, MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN  
QUAN VÀ HIỆU QUẢ BIỆN PHÁP CAN THIỆP Ở  
NGƯỜI BỆNH ĐẾN KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ  
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH KON TUM  
(2018 - 2020)**

Chuyên ngành: Dịch tễ học  
Mã số: 972 01 17

**TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC**

**HÀ NỘI - Năm 2022**

**Công trình được hoàn thành tại Cơ sở đào tạo Sau đại học  
Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Trung ương**

Cán bộ hướng dẫn khoa học:

1. Họ tên cán bộ hướng dẫn 1: Nguyễn Quang Thiều
2. Họ tên cán bộ hướng dẫn 2: Phan Hương Dương

Phản biện 1: .....

Tên đơn vị công tác.....

Phản biện 2: .....

Tên đơn vị công tác.....

Phản biện 3: .....

Tên đơn vị công tác.....

Luận án được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp Viện,  
Hội đồng họp tại Viện Sốt rét - KST - CTTƯ vào hồi:.....giờ,  
ngày.....năm 2022

Có thể tìm hiểu luận án tại:

- Thư viện Quốc gia
- Thư viện Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Trung ương.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh không lây nhiễm là một trong những nguyên nhân dẫn đầu về tử vong trên phạm vi toàn cầu. Trong giai đoạn 1990 - 2010, gánh nặng bệnh tật do các bệnh truyền nhiễm giảm từ 45,6% xuống 20,8%, gánh nặng bệnh tật do các bệnh không lây nhiễm tăng tương ứng từ 42% lên 66%. Theo của Tổ chức Y tế thế giới đến năm 2020 tỷ lệ tử vong do bệnh không lây nhiễm tăng lên khoảng 44 triệu người trên thế giới, khu vực Đông Nam Á có khoảng 10,4 triệu trường hợp [1].

Hội chứng chuyển hóa là một chuỗi các bất thường về chuyển hóa, bao gồm nhiều yếu tố nguy cơ đã được Bộ Y tế chỉ ra nhằm kiểm soát giảm nhẹ các gánh nặng bệnh tật, tỷ lệ dao động từ 10% đến 84% tùy thuộc vào khu vực, giới, tuổi, chủng tộc [3], [4]. Các nghiên cứu ở miền bắc Việt Nam thấy tỷ lệ hội chứng chuyển hóa trong độ tuổi 55-64 lên đến 27% [6].

Tại Kon Tum năm 2017, nghiên cứu về hội chứng chuyển hóa ở nhóm cán bộ trung cao cấp cho thấy tỷ lệ mắc hội chứng này là 27% [7]. Đến nay tại tỉnh Kon Tum chưa có một nghiên cứu mang tính toàn diện nhằm đánh giá các chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng, yếu tố liên quan đến hội chứng cũng như các can thiệp trong đó can thiệp thay đổi lối sống phù hợp nhằm tăng cường hiệu quả điều trị.

Từ nhu cầu thực tế của việc chẩn đoán và điều trị Hội chứng chuyển hóa tại Kon Tum, chúng tôi tiến hành đề tài **“Nghiên cứu thực trạng Hội chứng chuyển hóa, một số yếu tố liên quan và hiệu quả biện pháp can thiệp ở người bệnh đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kon Tum (2018 - 2020)”**, nhằm mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng hội chứng chuyển hóa và một số yếu tố liên quan ở người bệnh đến khám và điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Kon Tum (2018 - 2019);
2. Đánh giá hiệu quả biện pháp can thiệp điều trị kết hợp với truyền thông, giáo dục thay đổi hành vi, lối sống cho bệnh nhân có hội chứng chuyển hóa.

## **CẤU TRÚC CỦA LUẬN ÁN**

Luận án dày 130 trang, gồm: Đặt vấn đề 2 trang; Tổng quan 35 trang; Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu 24 trang; Kết quả nghiên cứu 34 trang; Bàn luận 32 trang; Kết luận 2 trang; Kiến nghị 1 trang. Luận án có 7 hình, 49 bảng số liệu, có 170 tài liệu tham khảo, trong đó 69/170 tài liệu tham khảo trong thời gian 5 năm gần đây.

### **TÍNH KHOA HỌC, TÍNH MỚI, TÍNH THỰC TIỄN CỦA LUẬN ÁN**

1. Đề tài nghiên cứu lần đầu tiên được thực hiện công phu và chuyên sâu tại tỉnh Kon Tum về hội chứng chuyển hóa, có cơ sở lý luận khoa học và kiểm chứng bằng thực tiễn trên bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Kon Tum, đề tài đã làm rõ bệnh lý hội chứng chuyển hóa tại Bệnh viện tỉnh và nêu hiệu quả can thiệp các thành phần của hội chứng chuyển hóa, những thành phần của hội chứng chuyển hóa can thiệp điều trị khó cải thiện.

2. Nghiên cứu thực trạng hội chứng chuyển hóa tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Kon Tum, kết quả điều trị can thiệp trong điều trị bệnh nhân mắc hội chứng chuyển hóa, đánh giá các chỉ số hiệu quả các thành phần. Điểm mới của đề tài là lần đầu tiên áp dụng nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học lâm sàng ở người có bệnh lý hội chứng chuyển hóa tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Kon Tum, có theo dõi đánh giá hiệu quả can thiệp thay đổi hành vi lối sống kết hợp can thiệp điều trị, là cơ sở để Bệnh viện có sự chuẩn bị về nhân lực, cơ sở vật chất để có thể điều trị tốt và sớm cho bệnh nhân mắc hội chứng chuyển hóa trong giai đoạn gia tăng bệnh không lây nhiễm.

3. Đề tài góp phần công bố số liệu về dịch tễ hội chứng chuyển hóa tại Bệnh viện tỉnh Kon Tum, làm cơ sở để mở rộng nghiên cứu thêm về đặc điểm dịch tễ hội chứng chuyển hóa trong khu vực Tây Nguyên, trong nước cũng như thế giới.

## Chương 1

### TỔNG QUAN TÀI LIỆU

Năm 1765, bác sĩ người Ý, JB Morgagni, đã phát hiện mối liên quan giữa béo phì phủ tạng, THA, xơ vữa động mạch, acid uric tăng cao trong máu và hội chứng ngưng thở khi ngủ [9].

HCCH là một trạng thái tiền viêm và tiền xơ vữa với sự gia tăng mô mỡ (hiện được coi là cơ quan nội tiết), đề kháng insulin là nguyên nhân chính gây bệnh [16].

Liên đoàn Đái tháo đường quốc tế (IDF), Viện tim phổi máu quốc gia Hoa Kỳ (NHLBI), Hội tim mạch Hoa Kỳ (AHA), Liên đoàn tim mạch thế giới (WHF), Hiệp hội xơ vữa mạch quốc tế (IAS) và Hiệp hội nghiên cứu về béo phì quốc tế (IASO) đã đưa ra đồng thuận thống nhất tiêu chuẩn cụ thể BN đủ 3 trong 5 tiêu chuẩn được xem là đủ tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH: Tăng VB; Tăng triglyceride; Giảm HDL-C; Tăng huyết áp; Tăng glucose máu lúc đói [15].

Các nghiên cứu trên thế giới cũng ghi nhận có sự khác biệt về tỷ lệ HCCH giữa các nhóm dân tộc, khác biệt về thành phần của HCCH và các YTNC của HCCH cũng khác nhau giữa các dân tộc, sự khác nhau đó được giải thích ngoài yếu tố về các thói quen sinh hoạt của nhóm dân tộc khác nhau thì yếu tố gen cũng đóng vai trò quan trọng [24], [25].



**Hình 1.1.** Tỷ lệ hội chứng chuyển hóa trên thế giới [31]

Các nghiên cứu về HCCH ở Việt Nam cũng đã được thực hiện trên nhiều nhóm BN, tại nhiều khu vực trong nước. Nghiên cứu của Dung Thi Phạm năm 2019 cho thấy tỷ lệ HCCH người Việt Nam ở vùng nông thôn trung bình là 19,6% (95% CI: 17,8-21,4), trong đó nữ chiếm tỷ lệ 24,2 % (95% CI: 21,5-26,9), nam 14,8% (95% CI: 2,5-17,1). Tỷ lệ mắc HCCH rất dao động, từ 3,9%-25% ở điều tra cộng đồng trên nhiều lứa tuổi khác nhau [39], [40], [41], [42].

Yếu tố nguy cơ trong HCCH gồm: Các yếu tố không thay đổi được (Tuổi, giới, dân tộc) và các yếu tố có thể thay đổi được (Lạm dụng rượu, bia, đồ uống có chứa cồn -  $C_2H_5OH$ ; hút thuốc lá; ăn nhiều mỡ, ăn ít rau, quả, chất xơ; béo phì; ít hoạt động thể lực; nơi ở).

Việc triển khai dự phòng HCCH trong cộng đồng được Bộ Y tế hết sức quan tâm, cụ thể Bộ Y tế đã đề ra Quyết định số 346/QĐ-BYT ngày 30/01/2015 về việc Ban hành Kế hoạch Phòng chống bệnh không lây nhiễm giai đoạn 2015-2020 và Chiến lược quốc gia phòng chống bệnh không lây nhiễm giai đoạn 2015 - 2025. Các biện pháp can thiệp dự phòng đối với người chưa mắc HCCH gồm can thiệp đối với người khỏe mạnh và can thiệp dự phòng đối với người có 1 thành phần của HCCH hoặc 2 thành phần của HCCH (tiền HCCH) [6].

Các phương pháp phòng ngừa hiệu quả bao gồm thay đổi lối sống, chủ yếu là giảm cân, ăn kiêng và tập thể dục, và việc điều trị bao gồm việc sử dụng thuốc điều trị thích hợp để giảm các YTNC cụ thể. Điều trị bằng thuốc nên được xem xét thực hiện đối với những người có các YTNC không thay đổi với các biện pháp dự phòng và thay đổi lối sống [18].

Các biện pháp can thiệp ở BN có HCCH bao gồm hai biện pháp là điều trị can thiệp không dùng thuốc và biện pháp can thiệp bằng điều trị thuốc hoặc kết hợp cả hai biện pháp. Nghiên cứu cho thấy can thiệp kết hợp làm giảm tỷ lệ mắc HCCH 39% ở những người tham gia nhóm can thiệp so với nhóm chứng (OR= 0,61; 95% CI: 0,38 - 0,96) [96].

## Chương 2

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Mục tiêu 1:** Mô tả thực trạng HCCH và một số yếu tố liên quan ở người bệnh đến khám và điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Kon Tum (2018 - 2019)

**2.1.1. Đối tượng nghiên cứu:** Đối tượng nghiên cứu là những người từ 18 tuổi trở lên đến khám bệnh tại khoa Khám Bệnh.

Tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH: Bệnh nhân đủ 3 trong 5 tiêu chuẩn sau được chẩn đoán HCCH: Tăng vòng bụng (VB) ( $\geq 90$  cm (nam) hay  $\geq 80$  cm (nữ)); THA (HATT  $\geq 130$  mmHg và/hoặc HATTr  $\geq 85$  mmHg; hoặc đang điều trị thuốc); Tăng triglyceride (Triglyceride  $\geq 150$  mg/dL (1,7 mmol/L) hoặc đang điều trị thuốc); Giảm HDL-C (HDL-C nam  $< 40$  mg/dL (1,0 mmol/L) hay nữ  $< 50$  mg/dL (1,3 mmol/L), hoặc đang dùng thuốc điều trị); Tăng glucose máu (Glucose máu lúc đói  $\geq 100$  mg/dL (5,6 mmol/L) hoặc đang điều trị thuốc) [3].

**2.1.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu**

- *Địa điểm:* Khoa Khám Bệnh, Bệnh viện đa khoa tỉnh Kon Tum.
- *Thời gian nghiên cứu:* Từ tháng 4/2018 đến tháng 9/2018.

**2.1.3. Phương pháp nghiên cứu**

- *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang, phân tích tất cả các ca bệnh đến khám đủ tiêu chuẩn chọn mẫu.
- *Cỡ mẫu:* Dựa theo công thức tính cỡ mẫu [105], [106]:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 (1 - p)}{p \cdot \epsilon^2}$$

Trong đó: n = số mẫu cần thiết cho nghiên cứu;  $\alpha = 0,05$ , do đó  $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ ;  $p = 0,27$  [7]; chọn giá trị tương đối  $\epsilon = 0,1$ . Khi đó,  $n = 1038,66$ , cỡ mẫu làm tròn là 1.039. Như vậy, cỡ mẫu điều tra trong nghiên cứu mô tả là 1.039 người.

**2.1.3.3. Phương pháp chọn mẫu:** Bệnh nhân đến khám tại khoa Khám Bệnh - Bệnh viện đa khoa tỉnh Kon Tum đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn chọn mẫu sẽ được lập danh sách, hồ sơ bệnh án nghiên cứu, lưu mẫu huyết thanh. Lấy đến đủ số mẫu nghiên cứu.

**2.1.4. Nội dung nghiên cứu:** Tất cả đối tượng nghiên cứu khi đến khám tại khoa Khám Bệnh - Bệnh viện đa khoa tỉnh Kon Tum được thăm khám, xét nghiệm để xác định: Đặc điểm dân số học của đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ mắc HCCH, mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân mắc HCCH.

**2.2. Mục tiêu 2: Đánh giá hiệu quả biện pháp can thiệp điều trị kết hợp với truyền thông, giáo dục thay đổi hành vi, lối sống cho bệnh nhân có HCCH**

**2.2.1. Đối tượng nghiên cứu**

- *Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:* Bệnh nhân được xác định mắc HCCH ở mục tiêu 1, đồng ý tiếp tục tham gia nghiên cứu, được chọn nghiên cứu can thiệp ở mục tiêu 2.

**2.2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu**

- *Địa điểm:* Khoa Khám bệnh, Bệnh viện đa khoa Kon Tum.

- *Thời gian nghiên cứu:* Từ tháng 4/2018 - 4/2019.

**2.2.3. Phương pháp nghiên cứu**

- *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu can thiệp không đối chứng, so sánh trước sau.

- *Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:* Toàn bộ bệnh nhân được xác định mắc HCCH từ mục tiêu 1 tham gia tiếp tục vào nghiên cứu can thiệp, so sánh trước sau.

**2.2.4. Nội dung nghiên cứu:**

- *Tư vấn thay đổi lối sống của người bệnh:* Hạn chế các loại thực phẩm có chỉ số tăng đường huyết cao. Sử dụng các loại mỡ không no, có nhiều trong dầu thực vật, mỡ cá..., hạn chế chất béo bão hòa và cholesterol. Tăng cường sử dụng chất xơ. Hạn chế ăn mặn, bia rượu, không hút thuốc lá. Tránh lối sống tĩnh tại, tăng cường vận động trong công việc hàng ngày tại nơi làm việc cũng như tại nhà. Khuyến khích tập luyện hàng ngày, ít nhất 30 phút/ngày với cường độ tập luyện trung bình.

- *Điều trị bằng thuốc:* Các thuốc sử dụng bao gồm các thuốc hạ đường huyết (các thuốc uống), thuốc hạ huyết áp và thuốc điều trị mỡ máu theo phác đồ điều trị của Bộ Y tế. Bệnh nhân được áp dụng can thiệp điều trị kết hợp với truyền thông, giáo dục thay



đổi hành vi, lối sống khi được xác định mắc HCCH, được tư vấn chế độ dinh dưỡng, tập luyện kết hợp điều trị thuốc theo phác đồ Bộ Y tế về Quy trình điều trị THA, quy trình điều trị rối loạn lipid máu, quy trình điều trị ĐTĐ [2], [95], [115].

- *Giám sát, hỗ trợ người bệnh tuân thủ can thiệp*: Định kỳ hàng tháng được thăm khám đánh giá mức tuân thủ điều trị, tác dụng không mong muốn của thuốc để điều chỉnh phù hợp. Lần tái khám tháng thứ 6 thì được khám và xét nghiệm để đánh giá hiệu quả can thiệp.

### **2.3. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu**

- Theo phương pháp thống kê y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Kiểm định sự phân phối chuẩn các biến định lượng bằng chỉ số Skewness và Kurtosis. So sánh các tỉ lệ bằng phép kiểm  $\chi^2$  (chi-square test). So sánh các giá trị trung bình giữa hai nhóm độc lập bằng phép kiểm t (student T test).

- Tính yếu tố nguy cơ của HCCH bằng chỉ số OR, khoảng tin cậy 95% (95% CI). Có liên quan khi:  $OR > 1$ ,  $p < 0,05$ . Không liên quan khi:  $OR < 1$ ,  $p > 0,05$ .

- So sánh các tỷ lệ giữa hai nhóm trước và sau điều trị bằng phép kiểm McNemar, có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

### **2.5. Phương pháp kiểm soát nhiễu và hạn chế sai số**

- Trước khi tiến hành nghiên cứu, nghiên cứu viên phải nắm vững lại trình tự các quy trình tiến hành nghiên cứu; Đảm bảo cỡ mẫu tối thiểu đủ lớn theo đúng với tính toán cỡ mẫu; Tuân thủ các nguyên tắc sàng tuyển lựa chọn người đủ tiêu chuẩn vào mẫu nghiên cứu. Các số liệu được xử lý và phân tích bằng các test thống kê phù hợp. Làm sạch số liệu trước khi phân tích.

### **2.6. Đạo đức trong nghiên cứu**

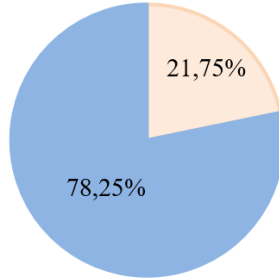
Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng y đức theo Quyết định số 2156/QĐ-VSR ngày 20 tháng 10 năm 2017 của Viện trưởng Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Trung ương và Quyết định số 488/QĐ-BVT ngày 01 tháng 11 năm 2017 của Giám đốc Bệnh viện đa khoa tỉnh Kon Tum.

### Chương 3

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Mô tả thực trạng HCCH và một số yếu tố liên quan

#### 3.1.2. Tỷ lệ mắc và đặc điểm dịch tễ lâm sàng HCCH



■ Hội chứng chuyển hóa (226 BN)

■ Không Hội chứng chuyển hóa (813 BN)

#### Hình 3.3. Tỷ lệ bệnh nhân mắc HCCH (n=1.039)

*Nhận xét:* Tỷ lệ mắc HCCH ở 1.039 BN đến khám tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Kon Tum là 21,75% (226 BN), tuổi nhỏ nhất mắc HCCH là 19 tuổi, tuổi cao nhất mắc HCCH là 90 tuổi, tỷ lệ không mắc HCCH là 78,25% (813 BN).

#### Bảng 3.5. Tỷ lệ mắc HCCH theo nhóm tuổi (n=1.039)

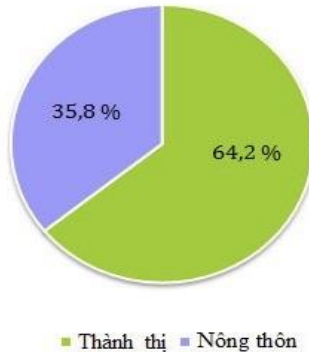
Nhóm tuổi	Hội chứng chuyển hóa		Số BN khám (n=1.039)	Tỷ lệ mắc (%)	P
	Có	Không			
18 - 29	17	98	115	14,78	>0,05
30 - 39	20	99	119	16,81	
40 - 49	42	124	166	25,30	
50 - 59	51	184	235	21,70	
60 - 69	50	172	222	22,52	
≥ 70	46	136	182	25,27	
<b>Tổng</b>	<b>226</b>	<b>813</b>	<b>1.039</b>	<b>21,75</b>	

*Nhận xét:* Tỷ lệ mắc HCCH cao nhất ở nhóm người 40 - 49 tuổi (25,3%), các nhóm tuổi còn lại có xu hướng giảm dần, nhóm tuổi  $\geq 70$  (25,27%), nhóm tuổi từ 60 - 69 (22,52%), nhóm tuổi từ 50 - 59 (21,7%), nhóm tuổi 30 - 39 (16,81%), tỷ lệ HCCH thấp nhất ở nhóm tuổi 18 - 29 tuổi (14,78%). Không có sự khác nhau về tỷ lệ mắc HCCH giữa các nhóm tuổi ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 3.6. Tỷ lệ mắc HCCH theo nhóm dân tộc (n=1.039)**

Dân tộc	Số mắc HCCH	Số BN khám	Tỷ lệ (%)	p
Kinh	110	561	19,61	0,119
Xơ đăng	72	261	27,59	
Ba na	26	127	20,47	
Giẻ triêng	16	76	21,05	
Khác	2	14	14,29	
<b>Tổng</b>	<b>226</b>	<b>1.039</b>	<b>21,75</b>	

*Nhận xét:* Tỷ lệ mắc HCCH ở người dân tộc Kinh là 19,61%, thấp hơn ở nhóm người dân tộc Xơ đăng là 27,61%, người dân tộc Ba na là 20,47%, người dân tộc Giẻ triêng là 21,05%; các DTTS khác mắc HCCH với tỷ lệ thấp nhất 14,29%. Không khác biệt về tỷ lệ mắc HCCH giữa các dân tộc ( $p > 0,05$ ).



**Hình 3.4. Phân bố nơi cư trú của BN mắc HCCH (n=226)**

*Nhận xét:* Tỷ lệ BN mắc HCCH có nơi cư trú ở thành thị (64,2%) cao hơn nơi cư trú ở nông thôn (35,8%).

**Bảng 3.9. Số lượng các thành phần và điểm trung bình các thành phần của HCCH**

Thành phần	Nam (n=132)		Nữ (n=94)		Tổng (n=226)	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
3 thành phần	33	25,00	24	25,53	57	25,22
4 thành phần	67	50,76	36	38,30	103	45,58
5 thành phần	32	24,24	34	36,17	66	29,20
Điểm trung bình $\bar{X} \pm SD$	3,99 $\pm$ 0,70		4,11 $\pm$ 0,78		4,04 $\pm$ 0,74	

*Nhận xét:* Tỷ lệ HCCH với 4 thành phần cao nhất (45,58%), tỷ lệ HCCH với 5 thành phần có tỷ lệ 29,2%, tỷ lệ HCCH với 3 thành phần thấp nhất, chiếm 25,22%. Điểm trung bình số thành phần của HCCH là 4,04.

**Bảng 3.10. Giá trị trung bình của các thành phần hội chứng chuyển hóa theo giới**

Các thành phần HCCH	Nam (n <sub>1</sub> =132)	Nữ (n <sub>2</sub> =94)	p	Tổng (n=226)
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		$\bar{X} \pm SD$
VB (cm)	93,35 $\pm$ 2,88	82,70 $\pm$ 3,07	<0,05	88,92 $\pm$ 6,03
HATT (mmHg)	136,55 $\pm$ 14,18	130,31 $\pm$ 14,09	<0,05	133,96 $\pm$ 14,45
HATTr (mmHg)	84,58 $\pm$ 8,49	82,55 $\pm$ 7,75	>0,05	83,74 $\pm$ 8,24
Triglyceride	3,54 $\pm$	2,79 $\pm$	<0,05	3,23 $\pm$

(mmol/L)	2,21	1,57		2,00
HDL-C (mmol/L)	1,18 ± 0,41	1,20 ± 0,34	>0,05	1,19 ± 0,38
Glucose (mmol/L)	6,79 ± 1,04	6,59 ± 0,98	>0,05	6,71 ± 1,02

*Nhận xét:* Giá trị trung bình VB, HATT, nồng độ triglyceride ở nam cao hơn ở nữ. Không có sự khác biệt giữa HATTr, nồng độ HDL-C, và nồng độ glucose giữa nam và nữ.

### 3.1.3. Yếu tố liên quan với hội chứng chuyển hóa

**Bảng 3.13. Liên quan giữa nhóm tuổi với HCCH**

		HCCH		Cộng	OR (95% CI)
		Có	Không		
Nhóm tuổi	> 45 tuổi	172	533	<b>705</b>	1,67 (1,193 - 2,347)
	≤ 45 tuổi	54	280	<b>334</b>	
<b>Cộng</b>		<b>226</b>	<b>813</b>	<b>1.039</b>	

*Nhận xét:* Người trên 45 tuổi có nguy cơ mắc HCCH cao hơn 1,67 lần so với người ≤ 45 tuổi.

**Bảng 3.14. Liên quan giữa giới với HCCH**

		HCCH		Cộng	OR (95% CI)
		Có	Không		
Giới	Nữ	94	229	<b>323</b>	1,82 (1,338-2,465)
	Nam	132	584	<b>716</b>	
<b>Cộng</b>		<b>226</b>	<b>813</b>	<b>1.039</b>	

*Nhận xét:* Nguy cơ mắc HCCH ở nữ cao hơn 1,82 lần so với nam.

**Bảng 3.26. Phân tích đa biến các yếu tố liên quan với HCCH**

Yếu tố	Phân tích đơn biến OR ( 95% CI)	Phân tích đa biến OR ( 95% CI)
Nhóm tuổi > 45	1,67 (1,193 - 2,347)	1,32 (0,916 - 1,897)
Giới (Nữ)	1,82	11,99

	(1,338 - 2,465)	(6,806 - 21,145)
Ăn nhiều mỡ	2,02 (1,485 - 2,742)	1,22 (0,848 - 1,754)
Ăn ít xơ	1,48 (1,084 - 2,012)	0,80 (0,555 - 1,175)
Hút thuốc lá	2,19 (1,618 - 2,969)	6,49 (3,826 - 11,019)
Uống rượu	2,87 (2,077 - 3,963)	4,20 (2,732 - 6,472)

*Nhận xét:* Kết quả phân tích đa biến cho thấy các YTNC đối với HCCH bao gồm: Nữ giới, hút thuốc và uống rượu.

### **3.2. Đánh giá hiệu quả biện pháp can thiệp điều trị kết hợp với truyền thông, giáo dục thay đổi hành vi, lối sống cho bệnh nhân có hội chứng chuyển hóa**

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 4/2018 - 4/2019, chúng tôi tiến hành khám 1.039 người tại khoa Khám Bệnh, Bệnh viện đa khoa tỉnh Kon Tum, phát hiện được 226 bệnh mắc HCCH, tiến hành can thiệp điều trị kết hợp với truyền thông, giáo dục thay đổi hành vi, lối sống cho bệnh nhân trong 6 tháng, không có bệnh nhân nào gặp tác dụng không mong muốn trong quá trình nghiên cứu. Hiệu quả các biện pháp can thiệp như sau:

**Bảng 3.33. Hiệu quả can thiệp giảm VB (n=214)**

	Người tăng VB		VB	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Trung bình (cm)	SD (cm)
Trước can thiệp	214	94,69	89,45	5,48
Sau can thiệp	208	92,04	88,79	7,44
Chỉ số giảm	6	2,65	0,66	
CSHQ (%)	2,80		0,74	
p	0,35		<0,05	

*Nhận xét:* Hiệu quả can thiệp giảm tỷ lệ người tăng VB ở nhóm BN HCCH là 2,65%, tương ứng với 6 BN. CSHQ của can thiệp giảm VB là 2,8%, mức độ giảm không có ý nghĩa thống

kê với  $p > 0,05$ . Sau can thiệp, kích thước VB trung bình của nhóm nghiên cứu giảm 0,66 cm, CSHQ đạt 0,74%, mức độ giảm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.34. Hiệu quả can thiệp giảm tỷ lệ người mắc THA (n=117)**

	Tăng huyết áp	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Trước can thiệp	177	78,32
Sau can thiệp	88	38,94
Chỉ số giảm	79	39,38
CSHQ (%)	50,28	
p	<0,05	

*Nhận xét:* Hiệu quả can thiệp giảm tỷ lệ THA ở nhóm bệnh nhân HCCH là 39,38%, tương ứng với 79 bệnh nhân. CSHQ của can thiệp giảm THA là 50,28%, mức độ giảm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.35. Hiệu quả can thiệp giảm số đo huyết áp (n=117)**

		Trung bình (mm Hg)	SD (mm Hg)
Huyết áp tối đa	Trước can thiệp	133,96	14,45
	Sau can thiệp	124,38	10,10
	Chỉ số giảm	9,58	
	CSHQ (%)	7,15	
	p	<0,001	
Huyết áp tối thiểu	Trước can thiệp	83,74	8,24
	Sau can thiệp	78,93	9,07
	Chỉ số giảm	4,81	
	CSHQ (%)	5,74	
	p	0,148	

*Nhận xét:* Huyết áp tối đa trung bình sau can thiệp giảm 9,58 mmHg, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê. CSHQ can thiệp là 7,15%. Huyết áp tối thiểu giảm 4,81 mmHg, tuy nhiên mức giảm

không có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 3.36. Hiệu quả can thiệp giảm glucose máu (n=197)**

	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Trung bình (mmol/L)	SD (mmol/L)
Trước can thiệp	197	87,17	6,71	1,02
Sau can thiệp	180	79,65	6,16	0,63
Chỉ số giảm	17	7,52	0,55	
CSHQ (%)	8,63		8,20	
p	0,043		<0,001	

*Nhận xét:* Hiệu quả can thiệp giảm tỷ lệ bệnh nhân tăng glucose máu là 7,52%, tương ứng với 17 bệnh nhân. CSHQ của can thiệp là 8,63%, mức độ giảm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Sau can thiệp, lượng glucose máu trung bình giảm 0,55mmol/L. CSHQ của can thiệp là 8,20% ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 3.37. Hiệu quả can thiệp giảm triglyceride máu (n=209)**

	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Trung bình (mmol/L)	SD (mmol/L)
Trước can thiệp	209	92,48	3,21	1,95
Sau can thiệp	168	74,34	3,00	1,98
Chỉ số giảm	41	18,14	0,21	
CSHQ (%)	19,62		6,54	
p	<0,001		0,823	

*Nhận xét:* Hiệu quả can thiệp giảm tỷ lệ BN tăng triglyceride máu là 18,14%, tương ứng với 41 BN. CSHQ của can thiệp là 19,62%, mức độ giảm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Sau can thiệp, lượng triglyceride máu trung bình giảm 0,21mmol/L, tuy nhiên mức độ giảm không có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 3.38. Hiệu quả can thiệp lên nồng độ HDL-C (n=116)**

	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Trung bình (mmol/L)	SD (mmol/L)
Trước can thiệp	116	51,33	1,19	0,38



Sau can thiệp	75	33,19	1,31	0,31
Chỉ số giảm	41	18,14	-0,12	
CSHQ (%)	35,34		-10,08	
p	<0,001		<0,001	

*Nhận xét:* Hiệu quả can thiệp giảm tỷ lệ BN giảm HDL-C máu là 18,14%, tương ứng với 41 BN. CSHQ của can thiệp là 35,34% ( $p < 0,05$ ). Sau can thiệp, lượng HDL-C máu trung bình tăng 0,12 mmol/L. CSHQ của can thiệp là 10,08%, mức độ giảm có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 3.45. Hiệu quả can thiệp giảm 3 thành phần HCCH (n=57)**

		HCCH	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Trước can thiệp		57	25,22
Sau can thiệp	Không thay đổi	22	9,73
	Tăng 1 thành phần	5	2,21
	Tăng 2 thành phần	0	0,00
	Giảm 1 thành phần	25	11,06
	Giảm 2 thành phần	4	1,77
	Giảm 3 thành phần	1	0,44
Hiệu quả can thiệp		30	13,27
Chỉ số giảm		27	11,95
p		< 0,05	
CSHQ (%)		47,37	

*Nhận xét:* Sau can thiệp không hiệu quả có 22 BN (9,73%) không thay đổi thành phần HCCH, có 5 BN (2,21) tăng thêm 1 thành phần, không có bệnh nhân tăng 2 thành phần. Số BN mắc HCCH còn lại do can thiệp là 30 BN (13,27%), trong đó giảm 1 thành phần HCCH có 25 BN (11,06%), giảm 2 thành phần có 4 BN (1,77%), giảm 3 thành phần có 1 BN (0,44%). Chỉ số giảm sau can thiệp là 27 BN (11,95%), CSHQ giảm tỷ lệ 3 thành phần của HCCH là 47,37%.

**Bảng 3.46. Hiệu quả can thiệp giảm 4 thành phần HCCH (n=103)**

		HCCH	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Trước can thiệp		103	45,58
Sau can thiệp	Không thay đổi	26	11,50
	Tăng 1 thành phần	10	4,42
	Giảm 1 thành phần	42	18,58
	Giảm 2 thành phần	21	9,29
	Giảm 3 thành phần	4	1,77
	Giảm 4 thành phần	0	0,00
Hiệu quả can thiệp		67	29,65
Chỉ số giảm		36	15,93
p		< 0,05	
CSHQ (%)		34,95	

*Nhận xét:* Sau can thiệp không hiệu quả có 26 BN (11,5%) không thay đổi thành phần HCCH, có 10 BN (4,42) tăng thêm 1 thành phần. Số BN mắc HCCH còn lại do can thiệp là 67 (29,65%), trong đó giảm 1 thành phần HCCH có 42 BN (18,58%), giảm 2 thành phần có 21 BN (9,29%), giảm 3 thành phần có 4 BN (1,77%), không có BN nào giảm 4 thành phần HCCH. Chỉ số giảm sau can thiệp là 36 BN (15,93%), CSHQ giảm tỷ lệ 4 thành phần của HCCH là 34,95%.

**Bảng 3.47. Hiệu quả can thiệp giảm 5 thành phần HCCH (n=66)**

		HCCH	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Trước can thiệp		66	29,2
Sau can thiệp	Không thay đổi	19	8,41
	Giảm 1 thành phần	21	9,29
	Giảm 2 thành phần	23	10,18
	Giảm 3 thành phần	2	0,88
	Giảm 4 thành phần	1	0,44

	Giảm 5 thành phần	0	0,00
	Hiệu quả can thiệp	47	20,8
	Chỉ số giảm	19	8,41
	p	>0,05	
	CSHQ (%)	28,79	

*Nhận xét:* Sau can thiệp có 19 BN (8,41%) không thay đổi thành phần. Số BN mắc HCCH còn lại do can thiệp là 47 BN (20,8%), trong đó: giảm 1 thành phần có 21 BN (9,29%), giảm 2 thành phần có 23 BN (10,18%), giảm 3 thành phần có 2 BN (0,88%), giảm 4 thành phần có 1 BN (0,44%), không có BN nào giảm 5 thành phần. Chỉ số giảm sau can thiệp là 19 BN (8,41%), ( $p > 0,05$ ). CSHQ giảm tỷ lệ 5 thành phần là 28,79%.

**Bảng 3.48. Hiệu quả can thiệp giảm HCCH (n=226)**

	HCCH	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Trước can thiệp	226	100%
Sau can thiệp	144	63,72
Chỉ số giảm	82	36,28
p	< 0,001	
CSHQ (%)	36,28	

*Nhận xét:* Sau can thiệp giảm HCCH là 82 BN, Chỉ số giảm sau can thiệp là 82 (36,28%), CSHQ giảm tỷ lệ HCCH là 36,28%, có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

## **Chương 4**

### **BÀN LUẬN**

**4.1. Mô tả thực trạng hội chứng chuyển hóa và một số yếu tố liên quan ở người bệnh đến khám và điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Kon Tum (2018 - 2019)**

**4.1.2. Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng hội chứng chuyển hóa**

Qua thăm khám 1.039 người, có 226 BN mắc HCCH, chiếm tỷ lệ 21,75%. Tỷ lệ HCCH ở các đối tượng khác nhau có khác nhau, ngay ở nhóm người khỏe mạnh như đối tượng là Phi công cũng mắc HCCH với tỷ lệ là 27,21% [117]. Tỷ lệ mắc

HCCH trong nước tùy từng nhóm tuổi, địa dư có tỷ lệ dao động từ 17%-38,1% [47], [84]. So với các nghiên cứu ngoài nước, tại Ethiopia thấy tỷ lệ HCCH là 33,79% [35], cao hơn các nghiên cứu trong nước và nghiên cứu của chúng tôi, điều này cho thấy tỷ lệ HCCH khác nhau ở từng khu vực trên thế giới, tùy theo các đặc điểm kinh tế, xã hội từng vùng với chế độ sinh hoạt khác nhau dẫn đến gia tăng các thành phần của HCCH.

Nghiên cứu của Dung Thi Phạm, thấy tỷ lệ HCCH tăng dần theo nhóm tuổi, từ  $\geq 80$  tuổi (26,29%) tỷ lệ HCCH giảm thấp nhưng vẫn cao hơn so với các nhóm tuổi  $< 70$  tuổi [39]. Nghiên cứu của Hồ Thị Kim Thanh thấy ở nam giới tỉ lệ mắc tăng dần theo tuổi [84]. Sự khác biệt tỷ lệ HCCH ở các nhóm tuổi có sự chênh lệch, có thể giải thích ở Tây Nguyên độ tuổi này có thể ít được quan tâm trong vấn đề ăn uống giữ gìn sức khỏe, các thói quen sinh hoạt như ăn uống, hút thuốc lá, uống rượu bia nhiều hơn so với các tỉnh đồng bằng. Những kết quả này cho thấy sự cần thiết phải tiến hành truyền thông và sàng lọc sớm HCCH, kể cả ở những người tuổi trẻ, được coi là ít bị HCCH.

Một số nghiên cứu đã cho thấy sự khác biệt về tỷ lệ HCCH giữa các dân tộc. Nghiên cứu của Jason L. Vassy và cs thấy có 8 alen đặc hiệu liên quan đến HCCH [125]. Do đó, tỷ lệ mắc HCCH trong nghiên cứu của chúng tôi khác nhau giữa các nhóm dân tộc có thể liên quan đến vấn đề alen đặc hiệu trong các đoạn gen tùy thuộc vào nhóm dân tộc. Các nghiên cứu trên thế giới cũng ghi nhận có sự khác biệt về tỷ lệ HCCH giữa các nhóm dân tộc [24], các tác giả cũng giải thích ngoài yếu tố về các thói quen sinh hoạt của nhóm dân tộc khác nhau thì yếu tố gen cũng đóng vai trò quan trọng [25].

Tỷ lệ gặp 4 tiêu chuẩn HCCH là cao nhất (45,58%). Các nghiên cứu trong nước chủ yếu mắc HCCH với 3 thành phần [4], [118], [130], kết quả nghiên cứu ngoài nước cũng ghi nhận tỷ lệ mắc HCCH có 3 thành phần là nhiều nhất [35], một số nghiên cứu thấy tỷ lệ mắc HCCH với 4 thành phần chiếm tỷ lệ cao nhất [131], có thể do nghiên cứu của chúng tôi tiến hành tại cơ sở y

tế, nơi người dân ít nhất cảm thấy có vấn đề về sức khỏe mới đến khám, nên tỷ lệ các thành phần cũng cao hơn. Các kết quả nghiên cứu có sự khác nhau về tỷ lệ thành phần của HCCH thường ở 3 thành phần hoặc 4 thành phần, tỷ lệ 5 thành phần luôn ở mức thấp, điều này cũng có thể lý giải đa số người mắc HCCH khi có vấn đề sức khỏe có thể đã có tự điều chỉnh lối sống trước khi cần thiết can thiệp của y tế, những trường hợp phát hiện HCCH có 5 thành phần có thể đã thất bại trước đó với mức tự điều chỉnh lối sống không dùng thuốc ở nhà.

#### **4.1.3. Yếu tố liên quan hội chứng chuyển hóa**

Sự liên quan giữa tuổi và HCCH đã được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu. Nghiên cứu tại Thừa Thiên Huế thấy tỷ lệ mắc HCCH cao hơn ở nhóm tuổi  $\geq 45$  [42], tại Hà Nội thấy nhóm tuổi  $>50$  mắc HCCH chiếm 66%, cao hơn nhóm tuổi  $<50$  có tỷ lệ là 34% [120]. HCCH ảnh hưởng đến gần 50% người Hoa Kỳ  $>50$  tuổi [8]. Nghiên cứu của Heng Guo và cs thấy tỷ lệ mắc HCCH ở độ tuổi  $\geq 45$  chủ yếu ở các nhóm tuổi 45-54 (26,27%), tỷ lệ mắc HCCH ở các nhóm tuổi  $<45$  cao nhất ở nhóm tuổi 35-44 (22,49%) [138].

Tỷ lệ HCCH cao hơn ở nữ so với nam trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với một số nghiên cứu ở miền Bắc [4], [39] và tại Thừa Thiên Huế [42]. Nghiên cứu tại thành phố Hồ Chí Minh, thấy nam giới xuất hiện HCCH sớm hơn nhưng ở phụ nữ tuổi cao, tỷ lệ mắc HCCH ở nữ lại cao hơn so với nam [47].

Nghiên cứu của Dung Thi Phạm, thấy YTNC nam mắc tỷ lệ HCCH cao hơn nữ (OR = 1,8; 95% CI: 1,5-2,3) [39]. Yếu tố giới trong HCCH tùy thuộc vào từng nghiên cứu có những kết quả khác nhau. Phụ nữ tiền mãn kinh thường phát triển béo phì ngoại vi với sự tích tụ mỡ dưới da, trong khi nam giới và phụ nữ sau mãn kinh dễ bị béo phì trung tâm hoặc béo phì. Đặc biệt, béo phì “dạng táo-android” có liên quan đến tăng tỷ lệ tử vong do tim mạch và sự phát triển của ĐTĐ typ 2. Tế bào mỡ nội tạng khác với tế bào mỡ ngoại vi ở hoạt động phân giải mỡ và phản ứng của chúng với kích thích insulin, adrenergic và angiotensin và

hormone sinh dục. Mỡ nội tạng là một nguồn chính của các acid béo tự do trong tuần hoàn và các cytokine, được phân phối trực tiếp qua tĩnh mạch cửa đến gan gây ra sự đề kháng insulin và một dạng lipid gây xơ vữa [123].

Kết quả phân tích đa biến giới tính là yếu tố ảnh hưởng mạnh nhất tới nguy cơ mắc HCCH. Nữ giới có nguy cơ mắc HCCH cao gần 12 lần so với nam. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với một số nghiên cứu ở miền Bắc Việt Nam [39], [80]. Nghiên cứu tại thành phố Hồ Chí Minh, phía nam Việt Nam thấy ảnh hưởng của giới tính phụ thuộc tuổi, nam giới xuất hiện HCCH sớm hơn nhưng ở phụ nữ tuổi cao, tỷ lệ mắc HCCH ở nữ lại cao hơn so với nam [47]. Trên phạm vi toàn thế giới thì xu hướng chung là nữ mắc HCCH cao hơn so với nam [148].

Hút thuốc lá là một YTNC mắc HCCH [47]. Hút thuốc chủ động liên quan đáng kể đến việc tăng nguy cơ HCCH (RR = 1,26; 95% CI: 1,10 - 1,44) [69], ngay cả ở những người hút thuốc thông qua ống nước [149]. Nguy cơ này có thể kéo dài 20 năm sau khi đã ngừng thuốc [150]. Một số nghiên cứu thấy hút thuốc lá chưa ảnh hưởng tới nguy cơ mắc HCCH [24].

Người uống ít rượu có liên quan đến giảm nguy cơ HCCH trong khi người nghiện rượu nặng tăng nguy cơ HCCH. Alkerwi Ala'a và cộng sự (2009) thấy nam giới tiêu thụ rượu ít hơn 40 g/ngày và nữ giới ít hơn 20 g/ngày đã làm giảm đáng kể tỷ lệ mắc HCCH [156]. Tại Hàn Quốc thấy phụ nữ uống ít rượu (<15 g/ngày) có nguy cơ HCCH thấp hơn [58], tác hại của tiêu thụ rượu nhiều là do sự gia tăng trong huyết tương triglyceride và THA [64]. Khuyến cáo của Bộ Y tế trong chiến lược quốc gia phòng chống bệnh không lây nhiễm, nên thực hiện thay đổi những hành vi như hút thuốc lá, sử dụng rượu bia ở mức có hại, dinh dưỡng không hợp lý (ăn ít trái cây, ăn mỡ, ăn mặn), ít hoạt động thể lực [77]. Theo nghiên cứu của chúng tôi thì tại địa bàn tỉnh Kon Tum, cần chú ý thay đổi hành vi hút thuốc lá, uống rượu ở người dân để phòng chống HCCH.

### **4.3. Đánh giá hiệu quả biện pháp can thiệp điều trị kết hợp với truyền thông, giáo dục thay đổi hành vi, lối sống cho bệnh nhân có hội chứng chuyển hóa**

Tăng VB là YTNC hàng đầu và là tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH, người mắc HCCH đặc trưng bởi tích tụ chất béo chủ yếu ở phần trên cơ thể, trong màng bụng (mỡ nội tạng) hoặc dưới da và giảm VB là mục tiêu đầu tiên của quản lý HCCH [160]. Kết quả VB trung bình giảm 0,83% của chúng tôi phù hợp với tổng kết các kết quả nghiên cứu tại Đông Nam Á, CSHQ (từ 0,71 - 4,71%) [91]. Một số nghiên cứu hiệu quả can thiệp giảm VB tại Việt Nam cũng cho CSHQ tương đối thấp, giảm VB từ 1 cm - 1,84cm [84], [101], [104], CSHQ giảm từ 1,9% - 1,21% [101], [104]. Nghiên cứu tại Malaysia hiệu quả can thiệp giảm VB 0,71 cm, thấp nhất so với các chỉ số khác của HCCH [158]. Nghiên cứu của Min-Kyung Lee và cs thấy hiệu quả can thiệp sau 2 năm giảm bằng can thiệp chế độ ăn và hoạt động thể lực giảm VB được 8% [142]. Tỷ lệ tăng VB giảm thấp nhất so với các thành phần khác của HCCH chứng tỏ VB là một trong những thành phần rất khó giảm, đòi hỏi sự kiên trì và thời gian kéo dài để đạt được hiệu quả.

CSHQ trong nghiên cứu của chúng tôi giảm tỷ lệ người THA đạt khá cao (50,28%) so với nghiên cứu của Nguyễn Đức Công tại thành phố Hồ Chí Minh (32,31%) [104], và tương đương với nghiên cứu của Hồ Thị Kim Thanh tại Hải Dương (49,6%) [84]. Min-Kyung Lee và cs nghiên cứu sau 2 năm can thiệp bằng chế độ ăn và hoạt động thể lực, thấy hiệu quả can thiệp giảm tỷ lệ THA là 25,4% [143], thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi có thể do nghiên cứu của chúng tôi áp dụng cả điều trị thuốc khi điều chỉnh không thuốc chưa đạt được hiệu quả.

Kết quả cho thấy mức giảm huyết áp trong nghiên cứu này chủ yếu là giảm HATT còn HATTr giảm không đáng kể. Kết quả của chúng tôi phù hợp với một số nghiên cứu tại Việt Nam [101] và Malaysia [158]. Cũng có nghiên cứu thấy cả HATT và HATTr đều giảm có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên

HATTr giảm ít hơn so với HATT [84].

CSHQ giảm glucose rất thấp (8,63%), phù hợp với nghiên cứu tại Phú Thọ (13,2%) [103], tuy nhiên nghiên cứu tại thành phố Hồ Chí Minh thấy tỷ lệ tăng glucose máu thay đổi không ý nghĩa thống kê [104]. Mức giảm glucose máu trong nghiên cứu này là 0,55 mmol/L, tương đương với mức giảm khi phân tích kết quả 10 nghiên cứu khác nhau, mức glucose giảm trung bình 0,68 mmol/L [96], tại Hải Dương là 0,86 mmHg [84]. Kết quả những nghiên cứu này cho thấy, trong số các chỉ tiêu sinh hóa của HCCH, giảm glucose máu vẫn là chỉ tiêu đạt thấp nhất. Nghiên cứu tại Hàn Quốc thấy hiệu quả can thiệp bằng chế độ ăn và hoạt động thể lực giảm được 46% tỷ lệ tăng glucose [144], điều này giải thích do nhóm đối tượng nghiên cứu tại Hàn Quốc có chế độ ăn dư thừa năng lượng ở mức độ cao, nên khi can thiệp thì nhanh chóng giảm tỷ lệ glucose.

Kết quả nghiên cứu cho thấy can thiệp đã làm giảm tỷ lệ tăng triglyceride máu, CSHQ 19,62%, thấp hơn so với một số nghiên cứu khác tại Việt Nam. Nghiên cứu tại thành phố Hồ Chí Minh thấy CSHQ giảm tăng triglyceride (40,22%) [104], tại Phú Thọ thấy giảm tăng triglyceride 26,82% [103].

Tại Hải Dương mức giảm triglyceride là 0,72 mmol/L ( $p < 0,05$ ) [84] so với mức giảm nồng độ triglyceride trung bình trong nghiên cứu này là 0,21 mmol/L, tương đương với phân tích kết quả của Maria Van Namen và cộng sự (2019) thấy mức giảm triglyceride là 0,2 mmol/L [96]. Nghiên cứu của Patrícia Pozas Saboya và cs (2017) thấy mức giảm triglyceride không khác biệt giữa nhóm chăm sóc tiêu chuẩn, can thiệp theo nhóm hay can thiệp cá nhân [98]. Nghiên cứu tại Hàn Quốc thấy hiệu quả can thiệp bằng chế độ ăn và hoạt động thể lực giảm được 26,5% tỷ lệ tăng triglyceride, cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, trong nghiên cứu của chúng tôi có kết dùng thuốc điều chỉnh triglyceride, tuy nhiên tỷ lệ hiệu quả vẫn thấp hơn, điều này có thể do chế độ ăn tại Hàn Quốc có thể quá dư thừa năng lượng [144]. Can thiệp cộng đồng tại Hà Nam cho thấy thay đổi



triglyceride sau can thiệp không có ý nghĩa thống kê [101].

Kết quả các nghiên cứu can thiệp trong nước thấy CSHQ làm tăng tỷ lệ giảm HDL-C từ 30,66% - 52,71% [103], [104]. Chỉ số HDL-C trung bình tăng 0,12 mmol/L, hơn cao hơn so với kết quả nghiên cứu tại Hải Dương (0,09 mmol/L) [84], nhưng thấp hơn so với một nghiên cứu tại Hà Nam (0,42 mmol/L) [101]. Một số nghiên cứu trên thế giới thấy hiệu quả thấp trong thay đổi nồng độ HDL-C, nghiên cứu của Suzana Shahar tại Malaysia thấy nhóm can thiệp dinh dưỡng tích cực có chỉ số HDL-C trước can thiệp là  $1,2 \pm 0,3$  mmol/L, sau 6 tháng là  $1,1 \pm 0,2$  mmol/L, khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê [161]. Nghiên cứu tại Hàn Quốc thấy hiệu quả can thiệp bằng chế độ ăn và hoạt động thể lực giảm được 23,7% tỷ lệ giảm HDL-C, thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, trong nghiên cứu của chúng tôi có kết dùng thuốc điều chỉnh nên có thể hiệu quả cao hơn [144]. Tại Đông Nam Á, các nghiên cứu báo cáo về hiệu quả can thiệp HCCH cho thấy tỷ lệ thành công trong cải thiện thông số rối loạn lipid thấp hơn so với tăng vòng bụng hay các rối loạn khác [91].

Hiệu quả chung giảm HCCH trong nghiên cứu này đạt 36,28%, thấp hơn so với nghiên cứu tại Phú Thọ (39,3%) [102]. Có thể do đối tượng nghiên cứu tại Phú Thọ là cán bộ công chức, viên chức nên có tuổi đời thấp hơn, trình độ học vấn đồng đều hơn so với những người dân tại Kon Tum trong nghiên cứu này. CSHQ của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Hồ Thị Kim Thanh (17,5%) [84]. Nghiên cứu tại Hà Nam thấy CSHQ giảm HCCH là 44%; CSHQ đạt 14,79% [101]. Các nghiên cứu trên thế giới thấy CSHQ sau can thiệp thường dao động từ 39% - 43,32% [96], [167]. Hút thuốc và uống quá nhiều rượu là những YTNC quan trọng đối với sự phát triển của HCCH và các thành phần của nó, trong nghiên cứu, bằng sự can thiệp chế độ ăn và hoạt động thể lực, tỷ lệ HCCH đã giảm được 35,5% sau 2 năm can thiệp [144] Mặc dù có sự khác biệt về đối tượng nghiên cứu nhưng các công bố đều cho thấy các can thiệp thay đổi lối sống kết hợp điều trị thuốc đã có hiệu quả giảm HCCH.

## KẾT LUẬN

### **1. Thực trạng hội chứng chuyển hóa và một số yếu tố liên quan ở 1.039 người bệnh đến khám và điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Kon Tum (2018 - 2019)**

- Tỷ lệ hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Kon Tum là 21,75%.

- Tỷ lệ mắc HCCH theo nhóm dân tộc: dân tộc Kinh là 19,61%; dân tộc Xơ đăng là 27,61%; dân tộc Ba na là 20,47%; dân tộc Giẻ triêng là 21,05%; các dân tộc thiểu số khác là 14,29%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa giữa các nhóm dân tộc.

- Các yếu tố nguy cơ mắc hội chứng chuyển hóa trong nghiên cứu này gồm: là giới nữ, hút thuốc lá, uống rượu.

### **2. Đánh giá hiệu quả biện pháp can thiệp điều trị kết hợp với truyền thông, giáo dục thay đổi hành vi, lối sống cho 226 bệnh nhân có hội chứng chuyển hóa**

- Chỉ số hiệu quả của can thiệp giảm tỷ lệ các thói quen: Ăn mặn (39,53%), Ăn nhiều dầu mỡ (35,14%), Ăn ít chất xơ (34,67%), Hút thuốc lá (24,65%), Uống rượu (13,94%), Ít vận động (64,29%).

- Hiệu quả can thiệp giảm tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa là 36,28% ( $p < 0,05$ ), chỉ số hiệu quả can thiệp giảm tỷ lệ các thành phần của hội chứng chuyển hóa: giảm 3 thành phần là 47,37% ( $p < 0,05$ ), giảm 4 thành phần là 34,95% ( $p < 0,05$ ), giảm 5 thành phần là 28,79% ( $p > 0,05$ ).

## KIẾN NGHỊ

1. Cần chú ý tập trung vào các yếu tố nguy cơ về thói quen làm gia tăng tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa trong thực hành lâm sàng: uống rượu, hút thuốc lá. Đặc biệt chú ý đối tượng là giới nữ, người có hút thuốc lá, người có sử dụng rượu bia.

2. Chú ý can thiệp vào các yếu tố: Vòng bụng, huyết áp tối thiểu, hạ triglyceride trong quá trình điều trị.

## **DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN NỘI DUNG LUẬN ÁN**

1. Le Huu Loi, Dinh Thi Van Anh, Nguyen Quang Thieu, Cao Ba Loi, Nguyen Trong Hung, Phan Huong Duong (2021), Prevalence and Factors Related to Metabolic Syndrome in Xo Dang Patients at Kon Tum General Hospital, Vietnam, *Journal of Pharmaceutical Research International*, Vol.33(60B), pp.2258-2266.
2. Le Huu Loi, Nguyen Quang Thieu, Cao Ba Loi, Nguyen Trong Hung, Dinh Thi Van Anh, Phan Huong Duong (2022), Effect of Nutrition Intervention on the Prevalence of Metabolic Syndrome at Kon Tum General Hospital, Vietnam, *Journal of Complementary Medicine Research*, Vol.13(2), pp.2-5.
3. Lê Hữu Lợi, Nguyễn Quang Thiệu, Phan Hương Dương (2022), “Đặc điểm hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Kon Tum (4/2018-4/2019)”, *Tạp Chí Y Học Lâm Sàng*, Số 76, tr.78-84.
4. Lê Hữu Lợi, Nguyễn Quang Thiệu, Cao Bá Lợi, Phan Hương Dương (2022) “Tỷ lệ và các đặc điểm của hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân đồng bào dân tộc thiểu số người Xơ Đăng đến khám tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kon Tum”, *Tạp Chí Y Dược Học Quân Sự*, Số 47(2), tr. 47-54.