

## ĐẶC ĐIỂM HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA Ở BỆNH NHÂN ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KON TUM (4/2018 - 4/2019)

Lê Hữu Lợi<sup>1\*</sup>, Nguyễn Quang Thiệu<sup>2</sup>, Phan Hương Dương<sup>3</sup>

DOI: 10.38103/jcmhch.76.12

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Hội chứng chuyển hóa (HCCH) là rối loạn thường gặp ở người cao tuổi, tuy nhiên số liệu về đặc điểm HCCH ở người sống ở miền núi Việt Nam còn ít. Mục tiêu: Tìm hiểu đặc điểm HCCH ở người đến khám tại bệnh viện đa khoa Kon Tum (2018 - 2019).

**Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả ngang 226 Bệnh nhân (BN) mắc HCCH dựa trên đồng thuận của IDF, NHLBI, WHF, IAS và Hiệp hội nghiên cứu về béo phì quốc tế.

**Kết quả:** BN HCCH có thói quen liên quan HCCH (ăn mặn, ăn nhiều mỡ, ăn ít xơ, hút thuốc lá, uống rượu bia, ít hoạt động thể lực đều trên 50%). Nam giới có tỉ lệ hút thuốc lá cao hơn nữ (91,67% so với 22,34% ở nữ). Tỉ lệ gặp các thành phần HCCH là tăng vòng bụng 94,69%, tăng triglyceride 92,48%, tăng glucose máu 87,17%, tăng huyết áp 78,32%, giảm HDL-C 51,33%. Tuổi trung bình BN nam ( $53,29 \pm 16,20$ ) thấp hơn BN nữ ( $58,56 \pm 13,91$ ).

**Kết luận:** HCCH thường gặp ở thành phố Kon Tum (28,3%), ít gặp ở huyện Ia Hdray (1,3%). Nam giới có tỉ lệ tăng triglyceride, tăng huyết áp máu cao hơn và giảm HDL-C thấp hơn so với nữ. Giá trị trung bình huyết áp tối đa, huyết áp trung bình, nồng độ triglyceride ở nam cao hơn ở nữ. Sự khác biệt giá trị trung bình của huyết áp tối thiểu, HDL-C và glucose máu giữa hai giới chưa có ý nghĩa thống kê.

**Từ khóa:** Hội chứng chuyển hóa, tăng huyết áp, Kon Tum.

### ABSTRACT

#### CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME AT KONTUM GENERAL HOSPITAL (APRIL 2018 - APRIL 2019)

Le Huu Loi<sup>1\*</sup>, Nguyen Quang Thieu<sup>2</sup>, Phan Huong Duong<sup>3</sup>

**Background:** Metabolic syndrome (Mets) is a common disorder in the elderly, however, data on the characteristics of Mets in people living in mountainous areas of Vietnam are still limited. Objective: To find out the characteristics of Mets in people consulting at Kon Tum General Hospital (2018 - 2019).

**Methods:** Cross - sectional description of 226 patients with Mets were diagnosed according to Joint Interim Statement of the IDF, NHLBI, WHF, IAS; and International Association for the Study of Obesity.

**Results:** The frequency of habits relating to Mets was high with more than 50% of the participants eating salty food, a lot of fat, less fibre, being a smoker, drinker or physical inactivity. Men had a higher smoking rate than women (91.67% compared to 22.34% in women). Raised waist circumference was the most prominent Mets component (94.69%), followed by increased triglyceride (92.48%), hyperglycemia

<sup>1</sup>Bệnh viện đa khoa tỉnh Kon Tum, Kon Tum.

<sup>2</sup>Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Trung ương, Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Nội tiết Trung ương, Hà Nội

- Ngày nhận bài: 06/12/2021; Ngày phản biện: 01/01/2022;

- Ngày đăng bài: 01/02/2022

- Tác giả liên hệ: Lê Hữu Lợi

- Email: bslehuuloi@gmail.com; SĐT: 0914.102.396

(87,17%), hypertension (78,32%) and reduced high - density lipoprotein cholesterol (HDL-C) (51,33%). The mean age of male patients ( $53.29 \pm 16.20$ ) was lower than that of female patients ( $58.56 \pm 13.91$ ).

**Conclusions:** Mets patients was common in Kon Tum city (28.3%), rare in Ia Hdray district (1.3%). Men had higher rates of elevated triglycerides, hypertension but a lower rate of decreased HDL-C than women. Mean values of systolic blood pressure, mean blood pressure, and triglyceride levels in men higher than women. The difference in mean values of diastolic blood pressure, HDL-C and blood glucose between men and women were not statistically significant.

**Keywords:** Metabolic syndrome, hypertension, Kon Tum.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng chuyển hóa (HCCH) là một tập hợp các bất thường về chuyển hóa có liên quan đến nhiều bệnh mãn tính và tử vong sớm, là một trong những mối quan tâm hàng đầu trong thế kỷ XXI. Tỷ lệ mắc HCCH gia tăng ngày càng mạnh mẽ khắp thế giới đặc biệt ở các nước đang phát triển, do sự phát triển về kinh tế và những thay đổi về lối sống. Các nghiên cứu tại các cộng đồng người dân tộc miền Trung, Tây Nguyên, người sống ở cao nguyên, miền núi còn ít. Những người sống ở vùng núi cao được coi là ít nguy cơ rối loạn cholesterol, tăng đường máu hay HCCH hơn so với những người sống ở những vùng thấp hơn [1]. Tại Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về HCCH, tuy nhiên chủ yếu trên các cộng đồng dân cư ở các thành phố lớn thấy tỷ lệ HCCH khác nhau tùy từng địa phương vào khoảng 27,3% đến 38,1% [2, 3], trong khi tỷ lệ chung HCCH ở Việt Nam vào khoảng khoảng 16,3% [4].

Nguy cơ mắc HCCH và các rối loạn thành phần của HCCH khác nhau và phụ thuộc nhiều yếu tố như độ tuổi, giới tính, dân tộc, thói quen sinh hoạt, ăn uống [4, 5]. Nghiên cứu đặc điểm HCCH ở các cộng đồng dân cư khác nhau giúp nhiều thông tin bổ ích trong xây dựng các chiến lược can thiệp. Tuy nhiên với xu hướng gia tăng HCCH ở Việt Nam rất cần các nghiên cứu về các rối loạn này trên các cộng đồng cư trú tại đây. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đặc điểm hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Kon Tum, một tỉnh miền núi khu vực Bắc Tây Nguyên, nhằm mục tiêu: xác định một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng trên bệnh nhân mắc HCCH.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán có HCCH, tình nguyện tham gia vào nghiên cứu (ký bản chấp thuận).

Tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH: Bệnh nhân (BN) có ít nhất 3 trong 5 tiêu chuẩn sau được chẩn đoán HCCH [6]: (1) Vòng bụng: vòng bụng  $\geq 90$  cm ở nam,  $\geq 80$  cm ở nữ. (2) Triglyceride: triglyceride  $\geq 1,7$  mmol/L hoặc đang điều trị thuốc tăng triglyceride; (3) High - density lipoprotein cholesterol (HDL-C): HDL-C máu  $< 1,0$  mmol/L (nam) hay  $< 1,3$  mmol/L (nữ) hoặc đang dùng thuốc điều trị hạ HDL-C; (4) Huyết áp (HA): HA tâm thu  $\geq 130$  mmHg và/hoặc HA tâm trương  $\geq 85$  mmHg; hoặc đang điều trị thuốc điều trị tăng huyết áp. (5) Glucose huyết lúc đói: glucose huyết  $\geq 100$  mg/dL (5,6 mmol/L) hoặc đang điều trị thuốc tăng đường máu.

#### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Tiến hành nghiên cứu từ tháng 4/2018 đến tháng 8/2019 tại khoa Khám bệnh - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kon Tum. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Phỏng vấn: các thông tin về nhân khẩu học, thói quen theo bảng câu hỏi.

Đo vòng bụng: bằng thước dây không co giãn, đo ở điểm giữa của bờ dưới xương sườn cuối với bờ trên mào chậu theo đường rãnh giữa. Đối tượng đứng ở tư thế thoải mái, hai tay buông thõng, vòng đo ở mặt phẳng nằm ngang.

Đo huyết áp: BN được ngồi nghỉ ngơi trước khi đo 15 phút, đo huyết áp bằng huyết áp kế đồng hồ của Nhật, đo 2 lần cách nhau 2 phút, lấy giá trị trung bình.

## Đặc điểm hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân đến khám tại bệnh viện...

Xét nghiệm các chỉ tiêu sinh hóa: lấy 3 ml máu tĩnh mạch buổi sáng, khi đói, thực hiện các xét nghiệm định lượng triglycerid, HDL-C, glucose máu bằng máy tự động tại khoa Xét nghiệm, Bệnh viện đa khoa tỉnh Kon Tum.

Một số chỉ tiêu đánh giá thói quen [7, 9]: Ăn mặn: đánh giá dựa vào chủ quan của người được phỏng vấn, nếu ăn quá 6 gam (1 thìa cà phê) muối 1 ngày. Chế độ ăn nhiều mỡ: dựa vào hỏi tần suất ăn các món chiên, xào, nướng trong tuần. Chế độ ăn giàu chất xơ: dựa vào hỏi tần suất và khối lượng ăn rau, hoa quả. Sử dụng rượu bia, thức uống có cồn: Không uống rượu bia khi: Nam uống  $\leq 2$  ly rượu chát (300 ml rượu)/ngày hoặc  $2 \leq$  lon bia ( $\leq 14$  lon/tuần); Nữ uống  $\leq 1$  ly rượu chát (150 ml rượu)/ngày hoặc  $\leq 1$  lon. Người ít hoạt động thể lực: những người hoạt động thể lực, tập luyện thể dục cường độ trung bình  $< 30$  phút/ngày hoặc cường độ cao  $< 20$  phút/ngày x 3 ngày/tuần.

### 2.3. Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để phân tích thống kê y sinh học thông thường.

### 2.4. Vấn đề y đức

Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức y sinh học của Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Trung ương xem xét các khía cạnh đạo đức về lợi ích và nguy cơ, bảo vệ đối tượng tham gia nghiên cứu. Được Ban Giám đốc Bệnh viện đa khoa tỉnh Kon Tum đồng ý cho phép tiến hành nghiên cứu tại Bệnh viện.

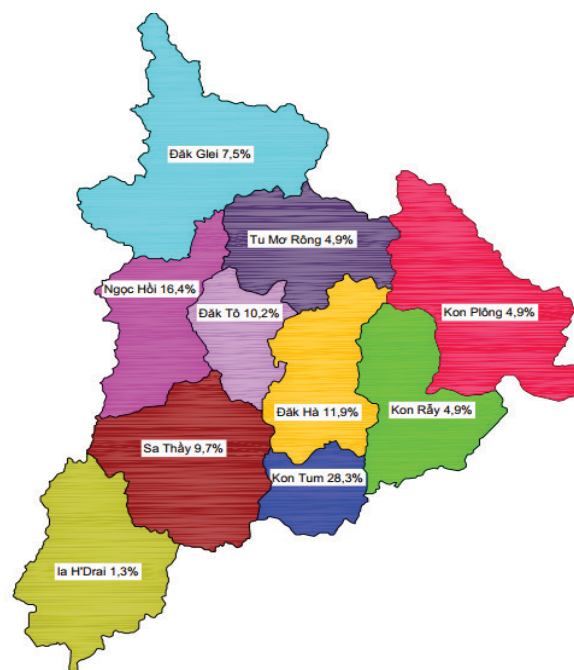
## III. KẾT QUẢ

**Bảng 1:** Đặc điểm nhân khẩu học bệnh nhân mắc hội chứng chuyển hóa (n = 226)

| Chỉ tiêu   |         | n   | Tỉ lệ (%) |
|------------|---------|-----|-----------|
| Tuổi (năm) | 19 - 44 | 50  | 22,12     |
|            | 45 - 59 | 80  | 35,4      |
|            | > 59    | 96  | 42,48     |
| Giới       | Nam     | 132 | 58,41     |
|            | Nữ      | 94  | 41,59     |

|                  |                           |     |       |
|------------------|---------------------------|-----|-------|
| Trình độ học vấn | Tiểu học, Trung học cơ sở | 20  | 8,85  |
|                  | Trung học phổ thông       | 76  | 33,63 |
|                  | Trung cấp, Cao đẳng       | 85  | 37,61 |
|                  | Đại học, sau đại học      | 45  | 19,91 |
| Dân tộc          | Kinh                      | 110 | 48,67 |
|                  | Xê Đăng                   | 72  | 31,86 |
|                  | Ba Na                     | 26  | 11,50 |
|                  | Khác                      | 18  | 7,96  |
| Nơi cư trú       | Thành thị                 | 145 | 64,16 |
|                  | Nông thôn                 | 81  | 35,84 |

Bệnh nhân mắc HCCH tuổi từ 60 tuổi trở lên hay gặp nhất 42,28%, tuổi càng tăng tỉ lệ mắc HCCH càng cao. Nam chiếm tỉ lệ cao hơn nữ (nam/nữ = 1,40). HCCH gặp ở người có trình độ học vấn, nơi cư trú, dân tộc khác nhau.



**Biểu đồ 1:** Đặc điểm phân bố HCCH ở các địa phương.

Tỉ lệ mắc HCCH cao nhất ở thành phố Kon Tum (28,3%), huyện Ia H'Drai chiếm tỉ lệ thấp nhất (1,3%).

**Bảng 2:** Đặc điểm thói quen bệnh nhân mắc hội chứng chuyển hóa

| Thói quen            | Nam (n = 132) |       | Nữ (n = 94) |       | p       | Tổng (n = 226) |       |
|----------------------|---------------|-------|-------------|-------|---------|----------------|-------|
|                      | n             | %     | n           | %     |         | n              | %     |
| Ăn mặn               | 70            | 53,03 | 59          | 62,77 | 0,173   | 129            | 57,08 |
| Ăn nhiều mỡ          | 88            | 66,67 | 60          | 68,83 | 0,673   | 148            | 65,49 |
| Ăn ít xơ             | 89            | 67,42 | 61          | 64,89 | 0,775   | 150            | 66,37 |
| Hút thuốc lá         | 121           | 91,67 | 21          | 22,34 | < 0,001 | 142            | 62,83 |
| Uống rượu, bia       | 101           | 76,52 | 63          | 67,02 | 0,131   | 164            | 72,57 |
| Hoạt động thể lực ít | 75            | 56,82 | 51          | 54,26 | 0,786   | 126            | 55,75 |

Tỉ lệ gặp các thói quen không tốt (ăn mặn, ăn nhiều mỡ, ăn ít xơ, hút thuốc lá, uống rượu bia, ít hoạt động thể lực) đều trên 50%. Tỉ lệ các thói quen này không khác biệt giữa nam và nữ, ngoại trừ nam có tỉ lệ hút thuốc lá cao hơn nữ (91,67% so với 22,34% ở nữ).

**Bảng 3:** Số lượng tiêu chuẩn chẩn đoán ca bệnh có Hội chứng chuyển hóa

| Thành phần   | Nam (n = 126) |       | Nữ (n = 88) |       | p     | Tổng (n = 214) |       |
|--------------|---------------|-------|-------------|-------|-------|----------------|-------|
|              | n             | %     | n           | %     |       | n              | %     |
| 3 tiêu chuẩn | 33            | 25,00 | 24          | 25,53 | 0,103 | 57             | 25,22 |
| 4 tiêu chuẩn | 67            | 50,76 | 36          | 38,30 |       | 103            | 45,58 |
| 5 tiêu chuẩn | 32            | 24,24 | 34          | 36,17 |       |                | 29,20 |

Tỉ lệ gặp 4 tiêu chuẩn HCCH là cao nhất (45,58%). Tỉ lệ số lượng các tiêu chuẩn ở nam và nữ khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 4:** Tỉ lệ bất thường các thành phần của bệnh nhân nghiên cứu

| Thành phần        | Nam (n = 132) |       | Nữ (n = 94) |       | p       | Tổng (n = 226) |       |
|-------------------|---------------|-------|-------------|-------|---------|----------------|-------|
|                   | n             | %     | n           | %     |         | n              | %     |
| Tăng vòng bụng    | 126           | 95,82 | 88          | 93,62 | 0,561   | 214            | 94,69 |
| Tăng triglyceride | 128           | 96,97 | 81          | 86,17 | 0,004   | 209            | 92,48 |
| Tăng glucose máu  | 118           | 89,39 | 79          | 84,04 | 0,313   | 197            | 87,17 |
| Tăng huyết áp     | 111           | 84,09 | 66          | 70,21 | 0,014   | 177            | 78,32 |
| Giảm HDL-C        | 44            | 33,33 | 72          | 76,59 | < 0,001 | 116            | 51,33 |

Tỉ lệ bất thường gặp theo thứ tự giảm dần là tăng vòng bụng, tăng triglyceride, tăng glucose máu, tăng huyết áp và giảm HDL-C. Nam giới có tỉ lệ tăng triglyceride, tăng huyết áp máu cao hơn và giảm HDL-C thấp hơn so với nữ. Tỉ lệ tăng glucose máu khác biệt chưa ý nghĩa.

**Bảng 5:** Giá trị trung bình của tuổi và các chỉ tiêu ở nam và nữ

| Các chỉ tiêu              | Nam (n = 132)  | Nữ (n = 94)    | p     | Tổng (n = 226) |
|---------------------------|----------------|----------------|-------|----------------|
| Tuổi (năm)                | 53,29 ± 16,20  | 58,56 ± 13,91  | 0,011 | 55,48 ± 15,48  |
| Vòng bụng (cm)            | 93,35 ± 2,88   | 82,70 ± 3,07   | 0,001 | 88,92 ± 6,03   |
| Huyết áp tối đa (mmHg)    | 136,55 ± 14,18 | 130,31 ± 14,09 | 0,001 | 133,96 ± 14,45 |
| Huyết áp tối thiểu (mmHg) | 84,58 ± 8,49   | 82,55 ± 7,75   | 0,068 | 83,74 ± 8,24   |
| Triglyceride (mmol/L)     | 3,54 ± 2,21    | 2,79 ± 1,57    | 0,005 | 3,23 ± 2,00    |
| HDL-C (mmol/L)            | 1,18 ± 0,41    | 1,20 ± 0,34    | 0,756 | 1,19 ± 0,38    |
| Glucose máu (mmol/L)      | 6,79 ± 1,04    | 6,59 ± 0,98    | 0,152 | 6,71 ± 1,02    |

Tuổi trung bình BN HCCH của nam giới thấp hơn nữ giới. Giá trị trung bình huyết áp tối đa, huyết áp trung bình, nồng độ triglyceride ở nam cao hơn ở nữ. Sự khác biệt giá trị trung bình của huyết áp tối thiểu, HDL-C và glucose máu giữa hai giới chưa có ý nghĩa thống kê.

#### IV. BÀN LUẬN

Hội chứng chuyển hóa thường gặp hơn ở người cao tuổi và phần lớn các nghiên cứu về HCCH lựa chọn đối tượng nghiên cứu là người trưởng thành [3 - 5]. Tuy nhiên người trẻ tuổi cũng có thể mắc HCCH, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ mắc HCCH tăng dần ở nhóm tuổi 18 - 44, 45 - 59, và trên 60 tuổi. Trong nghiên cứu tại Bắc Kinh Trung Quốc, nhóm tuổi mắc HCCH cao nhất ở độ tuổi 18 - 44 và giảm dần theo nhóm tuổi 45 - 59 và trên 60 tuổi [7], như vậy các nghiên cứu ở địa dư khác nhau thì tỉ lệ mắc HCCH cũng khác nhau. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ nam/nữ là 1,4, trong nghiên cứu của Hồ Thị Kim Thanh và cộng sự thấy tỉ lệ nữ (45%) cao hơn nam (26,6%) ở người cao tuổi, nghiên cứu của Ma A và cộng sự thấy tỉ lệ nam cao hơn nữ, tương tự nghiên cứu của chúng tôi ở cùng nhóm tuổi [7], điều này có thể đặt vấn đề độ tuổi tăng lên thì tỉ lệ nữ mắc HCCH có thể tăng cao hơn so với nam giới.

Kết quả điều tra cho thấy BNHCCH tại Kon Tum có khá nhiều thói quen không tốt. Chế độ dinh dưỡng không hợp lý với tỉ lệ cao người ăn ít trái cây, chất xơ, ăn mặn và ăn nhiều dầu mỡ, phù hợp với một số kết quả công bố trên toàn quốc. Tỉ lệ hút thuốc lá (62,83%), nam giới có tỉ lệ hút thuốc cao hơn đánh kể so với nữ giới, phù hợp với tỉ lệ điều tra trên toàn quốc [8]. Tỉ lệ uống rượu bia ở mức rất

cao (72,57%), không khác biệt giữa nam và nữ, cho thấy sự khác biệt so với kết quả điều tra trong toàn quốc (tỉ lệ uống rượu bia thấp hơn (43,8%) và tỉ lệ này ở nam giới (77,3%) cao hơn rất nhiều ở nữ giới (11,1%) [8]. Điều này thể hiện tập quán ở đây khác biệt so với các vùng đồng bằng, thành phố, nơi nữ giới thường ít uống rượu, bia hơn so với nam giới. Tỉ lệ ít hoạt động thể lực là 55,75%, cao hơn so với số liệu công bố trên toàn quốc (28,1%) [8]. Theo Hồ Thị Kim Thanh yếu tố nguy cơ thừa cân, béo phì, hút thuốc lá, ít hoạt động thể lực, ăn mặn là các yếu tố nguy cơ của HCCH ở người cao tuổi [3].

Tỉ lệ mắc HCCH cao nhất ở thành phố Kon Tum (28,3%), Ia Hdray chiếm tỉ lệ thấp nhất (1,3%). Nghiên cứu của tác giả Amaya Lopez-Pascual thấy những người trưởng thành sống ở độ cao (2.758 - 2.787 m) có tỉ lệ HCCH thấp hơn những người sống ở mực nước biển [1].

Nghiên cứu tại đồng bằng châu thổ sông Hồng thấy chủ yếu người có HCCH có ba thành phần, tỉ lệ có 4 hoặc 5 thành phần thấp hơn. Sự khác biệt về số lượng thành phần cũng không khác biệt giữa nam và nữ [9].

Tỉ lệ người có rối loạn lipid máu rất cao, phù hợp với các nghiên cứu đã được công bố thấy tỉ lệ bất thường gặp nhiều nhất là tăng triglyceride,

giảm HDL-C, tăng huyết áp và tăng glucose máu [10 - 12]. Trong nghiên cứu này tỉ lệ tăng glucose máu cũng rất cao. Người dân sống ở khu vực Tây Nguyên là nơi có tỉ lệ đái tháo đường thấp, tuy nhiên theo xu hướng chung của Việt Nam là tỉ lệ đái tháo đường có xu hướng tăng nhanh [10, 11]. Tỉ lệ các rối loạn thành phần có thể khác nhau tùy theo khu vực. Kết quả nghiên cứu tại huyện Sa Thầy tỉnh Kon Tum và ở đối tượng trung cao khám tại Bệnh viện tỉnh Kon Tum đều thấy các rối loạn thành phần hay gặp nhất là tăng triglyceride, giảm HDL-C, tăng huyết áp và tăng glucose [2, 9, 12]. Theo Hồ Thị Kim Thanh người cao tuổi mắc hội chứng chuyển hóa, thành phần rối loạn hay gặp nhất là tăng triglyceride máu (91,1%), tăng huyết áp (78,4%) và giảm HDL-C (70,6%) [3]. Nghiên cứu của Ma A và cộng sự tại Bắc Kinh, Trung Quốc thấy các rối loạn gặp theo tỉ lệ giảm dần là tăng huyết áp, tăng triglyceride, tăng glucose máu và giảm HDL-C (43,06%, 32,87; 27,96 và 27,25%) [7]. Tăng huyết áp và rối loạn glucose máu là những rối loạn thường gặp nhất ở người Indonesia và Hà Lan [5]. Khác với nghiên cứu tại các địa phương khác tại Việt Nam, rối loạn cholesterol trong nghiên cứu của chúng tôi ít gặp hơn so với các rối loạn khác. Chưa có nhiều thông tin lý giải cho hiện tượng này nhưng một nghiên cứu tại Ecuador cho thấy những người sống ở vùng núi cao ít bị rối loạn cholesterol hơn so với người sống ở những vùng thấp [1]. Những kết quả này cho thấy thông tin về các rối loạn chuyển hóa ở từng khu vực khác nhau có ý nghĩa rất quan trọng và nghiên cứu của chúng tôi đã cung cấp thêm thông tin về đặc điểm dịch tễ học HCCH ở khu vực miền Trung, Tây Nguyên.

Kết quả so sánh giữa hai giới cho thấy nam giới có tăng triglyceride và tăng huyết áp cao hơn, ngược lại nữ có tỉ lệ giảm HDL-C cao hơn nam giới. Tỉ lệ giảm HDL-C cao hơn ở nữ so với nam giới đã được ghi nhận trong một số nghiên cứu tại Hà Nam, Bắc Kinh [7, 9]. Tỉ lệ tăng huyết áp cao hơn ở nam so với nữ của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu tại miền Bắc Việt Nam [9]. Cũng trong nghiên cứu của Binh TQ và cộng sự (2014) tỉ lệ tăng glucose máu hay tăng triglyceride chưa có sự khác biệt giữa nam

và nữ [9]. Sự khác biệt về các rối loạn chuyển hóa thành phần cũng được ghi nhận ở một số nghiên cứu khác trên thế giới. Phụ nữ Indonesia có tỉ lệ giảm HDL-C và tăng huyết áp cao hơn nam giới, trong khi đó nam giới Hà Lan có tất cả bốn rối loạn cao hơn so với nữ giới [5]. Kết quả của chúng tôi và một số nghiên cứu khác cho thấy thành phần rối loạn chuyển hóa có sự khác biệt giữa nam và nữ, ở các cộng đồng khác nhau.

Nam giới có xu hướng mắc HCCH sớm hơn so với nữ giới trong nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu của tại Nauy, tuổi trung bình BN HCCH của nam là 55,0; nữ là 60,2 [7]. Nam giới cũng có huyết áp tối đa cao hơn so với nữ giới. Theo số liệu của WHO, huyết áp tâm thu trung bình của người Việt Nam đang có xu hướng tăng lên, tuy nhiên huyết áp tâm thu nam giới luôn cao hơn khoảng 16 mm Hg so với nữ giới [8]. Giá trị glucose máu trung bình không khác biệt giữa nam và nữ. Theo WHO, những năm 1980 tại Việt Nam, nam có chỉ số glucose máu thấp hơn so với nữ, từ năm 1980 - 2008 glucose trung bình của nam có xu hướng tăng lên, ở nữ có xu hướng giảm xuống, và đến năm 2008 thì giá trị glucose trung bình của hai giới tương đương nhau [8]. Giá trị HDL-C không khác biệt giữa hai giới giải thích tỉ lệ giảm HDL-C cao hơn ở nữ giới. Giá trị ngưỡng của HDL-C của nữ cao hơn của nam, tuy nhiên trong nghiên cứu này, tỉ lệ nữ có HDL-C thấp rất cao, do đó giá trị HDL-C trung bình ở nữ tương đương ở nam.

## V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ bệnh nhân mắc HCCH đến khám tại bệnh viện đa khoa Kon Tum thường gặp ở độ tuổi từ 60 tuổi trở lên (42,28%), thường gặp ở thành phố Kon Tum (28,3%), ít gặp ở huyện Ia Hdray (1,3%). Nam giới có tỉ lệ tăng triglyceride, tăng huyết áp máu cao hơn và giảm HDL-C thấp hơn so với nữ, tỉ lệ tăng vòng bụng, tăng glucose máu khác biệt chưa ý nghĩa giữa nam và nữ. Giá trị trung bình huyết áp tối đa, huyết áp trung bình, nồng độ triglyceride ở nam cao hơn ở nữ. Sự khác biệt giá trị trung bình của huyết áp tối thiểu, HDL-C và glucose máu giữa hai giới chưa có ý nghĩa thống kê.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Amaya Lopez - Pascual, Arévalo J, Martínez J.A., González - Muniesa P. Inverse Association Between Metabolic Syndrome and Altitude: A Cross - Sectional Study in an Adult Population of Ecuador. *Frontiers in Endocrinology*. 2018; 9(658): 1-8.
2. Lê Hữu Lợi, Nguyễn Văn Sang, Võ Thị Ngọc Thúy, Lê Đình Vĩnh Phúc, Huỳnh Hồng Quang. Nghiên cứu đặc điểm hội chứng chuyển hóa và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân trung cao tại tỉnh Kon Tum. *Tạp chí Y học dự phòng*. 2017;27(3): 104-112.
3. Hồ Thị Kim Thanh. Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ, tình trạng kháng insulin và hiệu quả can thiệp ở người cao tuổi mắc hội chứng chuyển hóa. Luận án tiến sĩ y học. Đại học Y Hà Nội. 2013.
4. Ranasinghe P, Mathangasinghe Y, Jayawardena R, Hills AP, Misra A. Prevalence and trends of metabolic syndrome among adults in the asia-pacific region: a systematic review. *BMC Public Health*. 2020;17(101): 1-9.
5. Sigit F.S., Tahapary, D.L., Trompet, S. et al. The prevalence of metabolic syndrome and its association with body fat distribution in middle - aged individuals from Indonesia and the Netherlands: a cross - sectional analysis of two population - based studies. *Diabetology Metabolic Syndrome*. 2020;12(2): 1-11.
6. Alberti KG, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JI, Donato KA, et al. Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation*. 2009;120: 1640-1645.
7. Ma A, Fang K, Dong J, Dong Z. Prevalence and Related Factors of Metabolic Syndrome in Beijing (year 2017) China. *Obes Facts*. 2020;13: 534-547.
8. WHO. Viet Nam National STEPS Survey 2015. <https://www.who.int/ncds/un-task-force/steps-survey-vietnam2015>.
9. Bình TQ, Phương PT, Nhung BT, Tung do D. Metabolic syndrome among a middle - aged population in the Red River Delta region of Vietnam. *BMC Endocr Disord*. 2014;26: 14-77.
10. Võ Thị Xuân Hạnh, Cao Nguyễn Hoài Thương, Phan Thị Kim Hoàng, Nguyễn Thị Thanh Mai, Trần Vĩnh Tài, Tô Hoàng Linh, Trương Hoàng Tuấn Anh, Phan Thanh Hải. Tỷ lệ tăng huyết áp, đái tháo đường qua khảo sát trên mẫu đại diện cộng đồng dân cư tại quận nội thành thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học dự phòng*. 2017;27(8): 79-87.
11. Nguyen Bich Ngoc, Zhou Lu Lin, Waqas Ahmed. Diabetes: What Challenges Lie Ahead for Vietnam?. *Global Health*. 2020: 2-9.
12. Nguyễn Bá Trí, Lê Trí Khải, Đào Duy Khánh, Lê Nam Khánh, Nguyễn Trọng Hào. Tỷ lệ hiện mắc bệnh đái tháo đường ở người 45 - 69 tuổi và một số yếu tố liên quan tại thị trấn Sa Thầy, huyện Sa Thầy, tỉnh Kon Tum năm 2016. *Tạp chí y học dự phòng*. 2017: 146-154.