

NGHIÊN CỨU TỈ LỆ VÀ ĐẶC ĐIỂM HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA (THEO NCEP ATP III) TRÊN BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP

BSCKI. BÙI ĐỨC LONG

Viện Y học Phòng không - Không quân

ThS. NGUYỄN THỊ HIỀN - Trường Đại học Dược Hà Nội

PGS.TS. ĐOÀN VĂN ĐỆ - Bệnh viện Quân y 103

Phản biện khoa học: PGS.TS. NGUYỄN MINH NÚI

Phó Chủ nhiệm Bộ môn Khớp - Nội tiết,

Học viện Quân y

TÓM TẮT: *Mục tiêu:* Nghiên cứu tỉ lệ và đặc điểm MetS theo tiêu chuẩn NCEP ATP III trên 396 bệnh nhân tăng huyết áp khám và quản lý điều trị ngoại trú tại Viện Y học Phòng không - Không quân, từ 11/2018-4/2019. *Kết luận:* Bệnh nhân nam (41,7%) ít hơn bệnh nhân nữ (58,3%). Tuổi trung bình bệnh nhân là $68,2 \pm 7,9$ tuổi, trong đó độ tuổi từ 60-70 chiếm 47,2%. Thời gian mắc bệnh tăng huyết áp trung bình $9,02 \pm 8,11$ năm. Tỉ lệ uống rượu bia, hút thuốc lá ở bệnh nhân nam lần lượt là 17,6% và 23,6%; ở nữ là 0%; khác biệt với $p < 0,05$. Tỉ lệ thừa cân, béo phì chung là 56,1%, cao nhất ở bệnh nhân dưới 60 tuổi (62,5%), thấp nhất ở bệnh nhân trên 70 tuổi (51,6%); nam giới (58,2%) cao hơn nữ giới (54,5%). Tỉ lệ WHR tăng (béo bụng) ở bệnh nhân nữ (88,3%) cao hơn bệnh nhân nam (80,6%); WHR trung bình cao nhất ở bệnh nhân trên 70 tuổi. 85,9% bệnh nhân tăng huyết áp mắc MetS, trong đó bệnh nhân nữ (92,2%) cao hơn bệnh nhân nam (77,0%). Trong số bệnh nhân tăng huyết áp có MetS: 88,2% rối loạn glucose máu, 77,4% rối loạn triglycerid, (76,2%) rối loạn HDL-c, 68,8% tăng vòng bụng; 38,2% bệnh nhân có 4 thành tố của MetS, 36,2% bệnh nhân có 5 thành tố của MetS, 25,6% bệnh nhân có 3 thành tố của MetS; cách phối hợp cả 5 thành tố hay gặp nhất (36,2%), thấp nhất là cách phối hợp 3 thành tố tăng huyết áp + tăng vòng bụng + giảm HDL-c (0,6%).

Từ khóa: Hội chứng chuyển hóa, tăng huyết áp, NCEP ATP III.

ABSTRACT: Objectives: Study on the rate and characteristics of Metabolic Syndrome (MetS) according to NCEP ATP III standards in 396 outpatients with hypertension, who had been examined and managed at the hospital of Air Force-Air Defense medicine, from November 2018 to April 2019. **Concluded:** Male patients (41.7%) were less than female patients (58.3%). The average age of patients was 68.2 ± 7.9 years, in which 47.2% of patients aged 60-70 years. The average duration of hypertension was 9.02 ± 8.11 years. The rate of drinking alcohol and smoking in male patients was 17.6% and 23.6% respectively; in female patients was 0%; the difference with $p < 0.05$. The prevalence of overweight and obesity was 56.1%, the highest among patients under 60 years (62.5%), the lowest among patients over 70 years (51.6%); male patients (58.2%) were higher than female patients (54.5%). The prevalence of WHR (abdominal obesity) increased in female patients (88.3%) was higher than in male patients (80.6%); The highest average WHR (Waist-Hip Ratio) was in patients over 70 years. 85.9% of hypertensive patients suffered from MetS, in which female patients (92.2%) were higher than male patients (77.0%). Among hypertensive patients with MetS: 88.2% of patients with blood glucose disorders, 77.4% of patients with triglyceride disorders, 76.2% of patients with HDL-c disorders, 68.8% of patients increased waist circumference; 38.2% of patients had 4 components of MetS, 36.2% of patients had 5 components of MetS, 25.6% of patients had 3 components of MetS; the combination of the 5 most common components of MetS (36.2%), the lowest was the combination of 3 components: hypertension + increased waist circumference + decreased HDL-c (0.6%).

Keywords: Metabolic syndrome, hypertension, NCEP ATP III.

Chịu trách nhiệm nội dung: BSCKI. Bùi Đức Long, Email: buiducdong33@gmail.com

Ngày nhận bài: 26/4/2019; mời phản biện khoa học: 04/5/2019; chấp nhận đăng: 30/5/2019.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Hội chứng chuyển hóa (Metabolic syndrome - MetS) là tập hợp các yếu tố nguy cơ của bệnh lý tim mạch và đái tháo đường tip 2, bao gồm tình trạng béo bụng, rối loạn glucose máu, rối loạn chuyển hóa lipid và tăng huyết áp (THA). Tỉ lệ người có MetS đang gia tăng trên toàn thế giới,

song song với sự gia tăng thừa cân và béo phì. Theo nghiên cứu của Ford E.S (2005) tại Hoa Kỳ, tỉ lệ lưu hành MetS ở người trưởng thành theo tiêu chuẩn của NCEP ATP III không được điều chỉnh là $34,5 \pm 0,9\%$ và theo tiêu chuẩn của IDF không được điều chỉnh là $39,0 \pm 1,1\%$ [8]. Hậu quả của MetS rất khó đánh giá nếu không có các tiêu chí được chấp nhận để chẩn đoán. Cho đến

nay, tùy theo mục tiêu nghiên cứu mà các nhóm, tổ chức đưa ra tiêu chuẩn chẩn đoán MetS phù hợp với điều kiện thực tế từng vùng lãnh thổ, châu lục, chủng tộc, như Tổ chức Y tế thế giới (WHO), Nhóm nghiên cứu về kháng insulin châu Âu (EGIR), Hội đồng điều trị dành cho người lớn III thuộc chương trình giáo dục cholesterol quốc gia Hoa Kỳ (NCEP ATP III)... Tuy mỗi tiêu chuẩn chẩn đoán MetS có tiêu chí khác nhau, nhưng đều phục vụ mục đích sàng lọc hoặc điều trị, dự phòng. Tiêu chuẩn của NCEP ATP III là một trong những tiêu chí được sử dụng rộng rãi nhất, dựa trên các phép đo và kết quả phòng thí nghiệm có sẵn; tạo điều kiện cho ứng dụng lâm sàng và dịch tễ học; đơn giản, dễ nhớ và dễ thực hành.

Tại Viện Y học Phòng không-không quân, đã có hơn 2.500 bệnh nhân (BN) THA được khám, quản lý điều trị trong thời gian qua, song chưa có nghiên cứu nào về MetS trên đối tượng BN này. Xuất phát từ các yếu tố trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm xác định thực trạng tỉ lệ và đặc điểm MetS theo tiêu chuẩn NCEP ATP III trên BN THA điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Viện Y học Phòng không-không quân.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

396 BN THA được khám và quản lý điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Viện Y học Phòng không - Không quân, từ tháng 11/2018-4/2019.

Loại trừ các BN đang mang thai, đang mắc bệnh cấp tính hoặc mạn tính nặng, BN dùng corticoid trên 1 tháng, BN có dị tật ảnh hưởng đến xác định BMI, tỉ lệ vòng bụng/vòng hông, BN giảm sút trí tuệ hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: theo phương pháp dịch tễ học quan sát, mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu nghiên cứu tính theo công thức ước lượng tỉ lệ:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu; $Z_{1-\alpha}$ là trị số phân phối chuẩn (với độ tin cậy 95%, $Z_{1-\alpha} = 1,96$; $p = 0,5877$); c là sai số của nghiên cứu (chọn $c = 0,05$). Thay vào công thức ta được $n \approx 373$. Thực tế cỡ mẫu trong nghiên cứu là 396 BN.

- Các bước tiến hành:

+ Lập phiếu điều tra cho đối tượng nghiên cứu.

+ Phòng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu theo nội dung phiếu điều tra, xác định các thói quen ăn uống (uống rượu bia, hút thuốc lá) và hoạt động thể lực.

+ Khám lâm sàng xác định các chỉ số nhân trắc: chỉ số khối cơ thể (BMI - Body Mass Index,

theo công thức: $BMI (kg/m^2) = \text{trọng lượng cơ thể (kg)} / [\text{chiều cao cơ thể (m)}]^2$; chỉ số vòng bụng/vòng hông (WHR - Waist Hip Ratio, theo công thức Vague P - 1991: $WHR (cm) = \text{vòng bụng/vòng hông}$), khám xác định các triệu chứng thực thể (như tần số tim, huyết áp...).

+ Xét nghiệm sinh hóa máu (glucose, HDL-c, triglycerid - TG).

- Tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu:

+ Chẩn đoán THA theo WHO [5].

+ Phân loại THA theo Hội Tim mạch học quốc gia Việt Nam (2018) [1].

+ Đánh giá tình trạng béo phì căn cứ vào BMI dành cho người châu Á theo WHO (2003) [9].

+ Đánh giá WHR theo WHO (2008): $WHR \geq 0,9$ đối với nam và $\geq 0,85$ đối với nữ được coi là điểm cắt vàng nguy cơ biến chứng chuyển hóa (tăng WHR) [10].

+ Đánh giá vận động thể lực: có hoạt động thể lực (khi tập thể dục: đi bộ hay chơi thể thao khác đều đặn từ 5-7 ngày/tuần, 30-45 phút/ngày hoặc những người phải vận động tay chân > 45 phút/ngày do yếu tố công việc được xem như có tập thể dục); ít vận động (không tập luyện hoặc tập luyện dưới 5 ngày/tuần hoặc khi làm công việc bàn giấy, ít vận động chân tay).

+ Đánh giá hút thuốc lá: là người đã hút ít nhất 100 điếu thuốc, hiện tại còn đang hút thuốc lá [7].

+ Chẩn đoán MetS theo tiêu chuẩn của NCEP ATP III, 2005: tăng vòng bụng (nam ≥ 102 cm, nữ ≥ 88 cm); tăng TG (TG $\geq 1,7$ mmol/l, tương đương 150 mg/dl, hoặc điều trị tăng TG); giảm HDL-c (nam < 1,03 mmol/l, tương đương 40 mg/dl; nữ 1,29 mmol/l, tương đương 50mg/dl hoặc điều trị giảm HDL-c); THA (huyết áp tâm thu - HATT ≥ 130 mmHg, hoặc huyết áp tâm trương - HATT ≥ 85 mmHg, hoặc điều trị THA); tăng glucose máu lúc đói (FBG $\geq 5,6$ mmol/l, tương đương 100mg/dl hoặc điều trị tăng glucose máu). Đối với người châu Á, tiêu chuẩn tăng vòng bụng là ≥ 90 cm ở nam và ≥ 80 cm ở nữ.

- Xử lý số liệu: theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm trên Excel 2016 và SPSS 16.0 với các thuật toán: tính phần trăm (%), giá trị trung bình (X) và độ lệch chuẩn (SD), trình bày dưới dạng $X \pm SD$, dùng test T-student để so sánh sự khác biệt của các giá trị trung bình; $p > 0,05$ khác biệt không có ý nghĩa thống kê ở mức 95% và $p < 0,05$ khác biệt có ý nghĩa thống kê ở mức 95%.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm chung của BN nghiên cứu:

Trong 396 BN nghiên cứu, có 165 BN (41,7%) nam (41,7%) và 231 BN (58,3%) nữ, phân bố theo các bảng sau:

Bảng 1. Phân bố BN theo độ tuổi.

Tuổi	Nam (n = 165)	Nữ (n = 231)	Tổng (n = 396)
Dưới 60	26 (15,8%)	22 (9,5%)	48 (12,1%)
Từ 60-70	73 (44,2%)	114 (49,4%)	187 (47,2%)
Trên 70	66 (40,0%)	95 (41,1%)	161 (40,7%)
X ± SD (min-max)	67,6 ± 8,1 (42,0-84,0)	68,6 ± 7,7 (47,0-89,0)	68,2 ± 7,9 (42,0-89,0)

Bảng 2. Phân bố BN theo thời gian mắc THA.

Thời gian	Nam (n = 165)	Nữ (n = 231)	Tổng (n = 396)
≤ 1 năm	25 (15,2%)	25 (10,8%)	50 (12,6%)
2-5 năm	51 (30,9%)	63 (27,3%)	114 (28,8%)
> 5 năm	89 (53,9%)	143 (61,9%)	232 (58,6%)
X ± SD	8,1 ± 7,7	9,7 ± 8,3	9,02 ± 8,11
Max	47	50	50
Min	< 1 năm	< 1 năm	< 1 năm

Bảng 3. Phân bố BN theo thói quen sinh hoạt.

Thói quen sinh hoạt	Nam (n = 165)	Nữ (n = 231)	Tổng (n = 396)	p
Có h.động thể lực	110 (66,7%)	163 (70,6%)	273 (68,9%)	0,409
Có uống rượu, bia	29 (17,6%)	0	29 (7,3%)	0,000
Có hút thuốc lá	39 (23,6%)	0	39 (9,8%)	0,000

Bảng 4. Phân bố chỉ số nhân trắc học.

Chỉ số nhân trắc	Nam	Nữ	Tổng	p
Cân nặng (kg)	63,53 ± 8,51	55,35 ± 8,03	58,76 ± 9,16	0,00
Chiều cao (cm)	164,20 ± 5,94	153,30 ± 5,45	157,84 ± 7,80	0,00
BMI (kg/m ²)	23,52 ± 2,49	23,50 ± 2,82	23,51 ± 2,68	0,95
Vòng bụng (cm)	86,65 ± 7,86	85,11 ± 8,56	85,75 ± 8,30	0,06
Vòng hông (cm)	91,97 ± 5,36	91,06 ± 6,35	91,44 ± 5,97	0,13
WHR	0,94 ± 0,06	0,94 ± 0,07	0,94 ± 0,06	0,28

Bảng 5. Phân bố BMI theo nhóm tuổi.

BMI (kg/m ²)	< 60 tuổi (n = 48)	60-70 tuổi (n = 187)	> 70 tuổi (n = 161)	Tổng (n = 396)	p
< 18,5	1 (2,1%)	5 (2,7%)	7 (4,3%)	13 (3,3%)	0,55
18,5-22,9	17 (35,4%)	73 (39,0%)	71 (44,1%)	161 (40,7%)	
≥ 23	30 (62,5%)	109 (58,3%)	83 (51,6%)	222 (56,1%)	
X ± SD	23,60 ± 2,37	23,68 ± 2,73	23,29 ± 2,72	23,51 ± 2,68	0,38

Bảng 6. Phân bố BMI theo giới tính.

BMI (kg/m ²)	Nam (n = 165)	Nữ (n = 231)	Tổng (n = 396)	p
< 18,5	4 (2,4%)	9 (3,9%)	13 (3,3%)	0,61
Từ 18,5-22,9	65 (39,4%)	96 (41,6%)	161 (40,7%)	
≥ 23	96 (58,2%)	126 (54,5%)	222 (56,1%)	

Bảng 7. Phân bố WHR theo giới tính.

WHR	Nam (n = 165)	Nữ (n = 231)	Tổng (n = 396)	p
Bình thường	32 (19,4%)	27 (11,7%)	59 (14,9%)	0,034
Tăng	133 (80,6%)	204 (88,3%)	337 (85,1%)	

Bảng 8. So sánh chỉ số vòng bụng, vòng hông giữa các nhóm tuổi.

Chỉ số	< 60 tuổi (n = 48)	60-70 tuổi (n = 187)	> 70 tuổi (n = 161)	p
Vòng bụng	85,38 ± 7,47	85,08 ± 8,95	86,65 ± 7,69	0,20
Vòng hông	91,52 ± 5,39	91,64 ± 6,36	91,17 ± 0,47	0,76
WHR	0,93 ± 0,05	0,93 ± 0,07	0,95 ± 0,06	0,004

Bảng 9. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.

Chỉ số	Min	Max	X ± SD
HATT (mmHg)	100,0	170,0	130,10 ± 12,52
HATT _r (mmHg)	60,0	100,0	77,69 ± 7,05
Glucose (mmol/l)	3,50	19,96	7,11 ± 2,07
TG (mmol/l)	0,39	14,32	2,62 ± 1,80
HDL-c (mmol/l)	0,55	2,46	1,11 ± 0,30

3.2. Tỷ lệ và đặc điểm MetS:

Bảng 10. Tỷ lệ mắc MetS chung ở BN THA.

MetS	Nam (n = 165)	Nữ (n = 231)	Tổng (n = 396)	p
Có	127 (77,0%)	213 (92,2%)	340 (85,9%)	0,000
Không	38 (23,0%)	18 (7,8%)	56 (14,1%)	

Bảng 11. Một số chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng ở BN THA.

Chỉ số	MetS (X ± SD)		p
	Có (n = 340)	Không (n = 56)	
Tuổi	68,27 ± 7,99	67,54 ± 7,06	0,516
Vòng bụng	86,94 ± 7,76	78,52 ± 7,84	0,000
BMI	23,73 ± 2,63	22,16 ± 2,62	0,000
WHR	0,95 ± 0,06	0,89 ± 0,07	0,000
Glucose	7,29 ± 2,12	6,02 ± 1,33	0,000
TG	2,83 ± 1,84	1,34 ± 0,56	0,000
HDL-c	1,06 ± 0,26	1,45 ± 0,34	0,000

Bảng 12. Liên quan giữa vòng bụng, TG, HDL-c, glucose với MetS trên BN THA (ghi chú: dấu * là các BN có tiêu chí đã nêu hoặc đang điều trị).

Chỉ số			Có MetS	Không có MetS	p
Vòng bụng (cm)	Nam	≥ 90	56 (44,1%)	1 (2,6%)	0,000
		< 90	71 (55,9%)	37 (97,4%)	
		X ± SD	88,38 ± 7,52	80,87 ± 6,02	0,000
	Nữ	≥ 80	178 (83,6%)	4 (22,2%)	
		< 80	35 (16,4%)	14 (77,8%)	
		X ± SD	86,09 ± 7,79	73,56 ± 9,04	0,000
	Tăng		234 (68,8%)	5 (8,9%)	0,000
TG	≥ 1,7*		263 (77,4%)	8 (14,3%)	0,000
	< 1,7 mmol/l		77 (22,6%)	48 (85,7%)	
HDL-c (mmol/l)	Nam	< 1,03*	83 (65,4%)	0	
		≥ 1,03	44 (34,6%)	38 (100%)	
		X ± SD	0,98 ± 0,23	1,37 ± 0,31	0,000
	Nữ	< 1,29*	176 (82,6%)	2 (11,1%)	
		≥ 1,29	37 (17,4%)	16 (88,9%)	
		X ± SD	1,1 ± 0,26	1,61 ± 0,36	0,000
	Giảm HDL-c*		259 (76,2%)	2 (3,6%)	0,000
Glucose (mmol/l)	≥ 5,6*		300 (88,2%)	31 (55,4%)	0,000
	< 5,6		40 (11,8%)	25 (44,6%)	

- Phân bố các thành tố trong MetS ở BN THA có MetS (n = 340, dấu * là các BN có tiêu chí đã nêu hoặc đang điều trị):

+ Glucose máu lúc đói ≥ 5,6 mmol/l*: 300 BN (88,2%).

+ TG ≥ 1,7 mmol/l*: 263 BN (77,4%).

+ HDL-c dưới 1,03 mmol/l* ở nam và dưới 1,29 mmol/l* ở nữ: 259 BN (76,2%).

+ Vòng bụng ≥ 90 cm ở nam và ≥ 80 cm ở nữ: 234 BN (68,8%).

- Phân bố số lượng các thành tố cấu thành MetS trên BN có MetS (n = 340):

+ 3 thành tố: 87 BN (25,6%).

+ 4 thành tố: 130 BN (38,2%).

+ 5 thành tố: 123 BN (36,2%).

- Số thành tố rối loạn trên BN có MetS (n = 340):

+ THA - tăng vòng bụng - tăng TG: 11 BN (3,2%).

+ THA - tăng vòng bụng - giảm HDL-c: 2 BN (0,6%).

+ THA - tăng vòng bụng - tăng glucose máu: 21 BN (6,2%).

+ THA - tăng TG - giảm HDL-c: 11 BN (3,2%).

+ THA - tăng TG - tăng glucose máu: 22 BN (6,5%).

+ THA - giảm HDL-c - tăng glucose: 20 BN (5,9%).

+ THA - tăng vòng bụng - tăng TG - giảm HDL-c: 16 BN (4,7%).

+ THA - tăng vòng bụng - tăng TG - tăng glucose: 27 BN (7,9%).

+ THA - tăng vòng bụng - giảm HDL-c - tăng glucose: 34 BN (10,2%).

+ THA - tăng TG - giảm HDL-c - tăng glucose máu: 53 BN (15,6%).

+ THA - tăng vòng bụng - tăng TG - giảm HDL-c - tăng glucose máu: 123 BN (36,2%).

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm chung BN nghiên cứu:

- Về giới tính: BN nữ (58,3%) nhiều hơn BN nam (41,7%); tương đương nghiên cứu của Giao Thị Thoa [4], Lê Quốc Tuấn [3].

- Về tuổi: BN từ 42-89 tuổi, trung bình 68,2 ± 7,9 tuổi. Trong đó, độ tuổi trung bình của nam giới (67,6 ± 8,1) tương đương với nữ giới (68,6 ± 7,7). Chiếm tỉ lệ cao nhất là BN từ 60-70 tuổi (44,2% đối với nam và 49,4% đối với nữ), thấp nhất là BN dưới 60 tuổi (15,8% đối với nam và 9,5% đối với nữ). Có thể do BN dưới 60 tuổi còn trong độ tuổi lao động, nên tỉ lệ thường xuyên đến khám và lấy thuốc ngoại trú thấp hoặc do công việc chưa thể quan tâm nhiều đến khám bệnh định kì; BN từ 60-70 tuổi quan tâm đến bệnh tật của bản thân nhiều hơn, hằng tháng tuân thủ khám chữa bệnh đều đặn; BN trên 70 tuổi đến khám và lấy thuốc ngoại trú giảm hơn, có thể do tuổi cao và sức khỏe giảm nên việc di chuyển đến các cơ sở khám chữa bệnh khó khăn hơn.

- Về thời gian mắc bệnh THA: thấp nhất là dưới 1 năm và cao nhất là 50 năm. Thời gian mắc bệnh THA trung bình là 9,02 ± 8,11 năm. Trong

đó, thời gian mắc bệnh THA trung bình của nam giới ($8,1 \pm 7,7$) thấp hơn nữ giới ($9,7 \pm 8,3$). Chủ yếu BN mắc bệnh THA trên 5 năm (58,6%). Nghiên cứu cho thấy, với BN THA trên 5 năm thì nam thấp hơn nữ (53,9% so với 61,9%), nhưng ở hai nhóm BN còn lại, nữ lại thấp hơn nam (lần lượt là 10,8% và 27,3% so với 15,2% và 30,9%).

- Về thói quen sinh hoạt: trong 396 BN tham gia nghiên cứu có 68,9% BN có hoạt động thể lực, trong đó 66,7% BN nam có hoạt động thể lực, 68,9% BN nữ có hoạt động thể lực, khác biệt không có ý nghĩa với $p > 0,05$. Không có BN nữ nào uống rượu bia và hút thuốc lá, trong khi đó ở BN nam lần lượt là 17,6% và 23,6%, khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = < 0,05$.

- Chỉ số nhân trắc học: chiều cao trung bình là $157,84 \pm 7,80$ cm, (nam: $164,20 \pm 5,94$ cm, nữ: $153,30 \pm 5,45$ cm); cân nặng trung bình là $58,76 \pm 9,16$ kg (nam: $63,53 \pm 8,51$ kg, nữ: $55,35 \pm 8,03$ kg). Khác biệt này (giữa BN nam và nữ) có ý nghĩa thống kê. Điều này phù hợp với đặc điểm chỉ số nhân trắc người Việt Nam.

Chỉ số vòng bụng và vòng hông nam giới đều cao hơn nữ giới, nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Chỉ số BMI (nam: $23,52 \pm 2,49$, nữ: $23,50 \pm 2,82$) và WHR (nam: $0,94 \pm 0,06$, nữ: $0,94 \pm 0,07$) ở BN nam và nữ khá tương đồng.

- Phân bố BMI theo nhóm tuổi: BN thừa cân, béo phì cao nhất ở nhóm dưới 60 tuổi (62,5%), thấp nhất ở nhóm trên 70 tuổi (51,6%), khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tỷ lệ thừa cân, béo phì chung cao (56,1%). Giá trị trung bình BMI giữa các lứa tuổi tương đương với nhau. Theo đánh giá của Liên đoàn Đái tháo đường quốc tế thì béo phì là một nguyên nhân chủ yếu tăng METS trong cộng đồng. Thừa cân, béo phì ngày càng tăng ở tất cả vùng, miền, các đối tượng. Béo phì là một bệnh thường gặp nhất là ở các nước phát triển; dẫn đến tăng glucose máu, THA, rối loạn lipid máu và kháng Insulin (các yếu tố này làm gia tăng nguy cơ bệnh tim mạch). Năm 2008, Kelly T, Yang W ước tính trên Thế giới hiện có 951 triệu người thừa cân và 396 triệu người béo phì. Dự đoán đến năm 2030 trên thế giới có khoảng 1,35 tỉ người thừa cân và 573 triệu người béo phì, xu thế sẽ tăng cao hơn nữa nếu không được can thiệp. Béo phì là một trong những thách thức lớn nhất hiện nay mà hầu như tất cả các quốc gia đều phải đối mặt trong Thế kỷ 21, trong đó có Việt Nam. Tại các nước đang phát triển đã có nhiều chương trình tuyên truyền và can thiệp vào lối sống nhằm ngăn chặn nạn béo phì nhưng tỷ lệ thừa cân, béo phì vẫn gia tăng. Ở châu Á, theo Christense thì có sự tồn tại song song cả 2 tình trạng béo phì và suy dinh dưỡng. Ở nước ta, tình trạng béo phì tăng nhanh trong mấy năm gần đây và thành vấn đề sức khỏe cộng đồng và dư luận xã hội đang chú ý đến.

- Phân bố WHR theo giới tính (bảng 7) cho thấy, WHR tăng (béo bụng) ở BN nữ (88,3%) cao hơn BN nam (80,6%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ tăng WHR chung là 85,1%. So sánh vòng bụng, vòng hông giữa các nhóm tuổi (bảng 8): giá trị trung bình vòng bụng và vòng hông ở các nhóm tuổi tương đương nhau, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. WHR trung bình cao nhất ở BN trên 70 tuổi. Khác biệt về WHR giữa 3 nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này cũng phù hợp vì tuổi càng cao thì nguy cơ mắc MetS càng lớn.

- Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng (bảng 9) cho thấy, HATT_r và HDL-c có giá trị trung bình nằm dưới mức chỉ tiêu chuẩn đoán, các chỉ số khác đều cao và vượt ngưỡng (cho phép để chẩn đoán). Trong tiêu chuẩn chẩn đoán MetS của NCEP ATP III (2005) có hiệu chỉnh vòng bụng cho người châu Á, các chỉ số sử dụng cho chẩn đoán gồm THA, rối loạn glucose; tăng TG; giảm HDL-c.

4.2. Tỷ lệ và đặc điểm MetS theo tiêu chuẩn NCEP ATP III (2005):

Có nhiều tiêu chuẩn để chẩn đoán MetS, có tiêu chuẩn áp dụng chẩn đoán MetS ở một số bệnh hoặc trong điều kiện bệnh viện, có tiêu chuẩn áp dụng cho việc sàng lọc MetS trong cộng đồng. Trong các tiêu chuẩn chẩn đoán MetS áp dụng cho nghiên cứu dịch tễ học của hội chứng trong cộng đồng, phải kể đến tiêu chuẩn của IDF (2005) và tiêu chuẩn NCEP ATP III. Trong các tiêu chuẩn chẩn đoán có một số tiêu chí trùng hợp nhau, một số tiêu chí khác nhau ở mức độ. Đặc điểm này sẽ ảnh hưởng đến việc xác định tỷ lệ MetS và sẽ cho những kết quả khác nhau.

- Tỷ lệ mắc MetS (bảng 10): 85,9% BN THA mắc MetS. Trong đó, BN nữ mắc MetS (92,2%) cao hơn BN nam (77,0%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; cao hơn so với các tác giả khác trong và ngoài nước như, Trần Thừa Nguyên (58,77%) [2], Giao Thị Thoa (52,76%) [4], Lê Quốc Tuấn (49,9%) [3], Yasein N (65,0%) [6].

- Kết quả (bảng 11) cho thấy, tuổi trung bình của BN có MetS ($68,27 \pm 7,99$) lớn hơn BN không có MetS, khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Trong khi đó, vòng bụng, BMI, WHR, glucose và TG của BN có MetS cao hơn BN không có MetS, giá trị HDL-c thì ngược lại. Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; tương đương nghiên cứu của Trần Thừa Nguyên [2].

- Kết quả (bảng 12) cho thấy, các tiêu chí để chẩn đoán MetS theo NCEP ATP III (2005) có hiệu chỉnh vòng bụng cho người châu Á thì tỷ lệ đối tượng có vòng bụng lớn, rối loạn TG, HDL-c, glucose máu lúc đói ở BN có MetS đều cao hơn BN không có MetS, khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Phân bố các thành tố trong MetS trên BN THA có MetS (n = 340): thành tố rối loạn cao nhất là glucose máu (88,2%), tiếp theo là rối loạn TG (77,4%) và HDL-c (76,2%), thấp nhất là tăng vòng bụng (68,8%); khác so với nghiên cứu của Giao Thị Thoa (theo tiêu chuẩn NCEP ATP III, 2001), thành tố rối loạn lần lượt là TG (83,26%), tăng vòng bụng (77,23%), rối loạn HDL-c (63,69%) và cuối cùng là rối loạn glucose máu (30,56%) [4]. Điều này cho thấy, nếu chúng ta tư vấn và điều trị tốt cho BN giảm ngưỡng glucose máu lúc đói và rối loạn lipid máu, giảm vòng bụng trên BN THA thì tỉ lệ mắc MetS giảm đi đáng kể.

- Phân bố số lượng các thành tố cấu thành MetS trên BN THA có MetS (n = 340): cao nhất là 4 thành tố (38,2%), tiếp đến là 5 thành tố (36,2%), thấp nhất là 3 thành tố (25,6%). Kết quả này khác với nghiên cứu của Giao Thị Thoa (3 thành tố: 70,24%; 4 thành tố: 24,98%; 5 thành tố: 7,89%) và Trần Thừa Nguyên (3 thành tố: 61,19%; 4 thành tố: 31,34%; 5 thành tố: 7,47%) [4]. Đánh giá số thành tố rối loạn trên BN THA có MetS (n = 340): 3 thành tố rối loạn, cao nhất là THA + tăng TG + tăng glucose (6,5%), thấp nhất là THA + tăng vòng bụng + giảm HDL-c (0,6%); 4 thành tố rối loạn, cao nhất là THA + tăng TG + giảm HDL-c + tăng glucose (15,6%); rối loạn 5 thành tố là 36,2% (cao nhất trong sự kết hợp các thành tố). Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Trần Thừa Nguyên (THA + tăng TG + giảm HDL-c + tăng glucose 17,91% [4]), Giao Thị Thoa (THA + tăng TG + tăng glucose chiếm 22,69%). Từ những kết quả nghiên cứu và so sánh với các nghiên cứu khác, chúng tôi nhận thấy tỉ lệ kết hợp riêng rẽ từng tiêu chí không cao và các tiêu chí này đều là yếu tố nguy cơ xuất hiện bệnh lí tim mạch và chuyển hóa. Sự khác biệt về độ rộng của sự kết hợp cả 5 tiêu chí trong nghiên cứu này so với các nghiên cứu khác lại cao hơn rất nhiều. Có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có nữ giới cao hơn nam giới, tuổi trung bình cao hơn so với các nghiên cứu khác, chế độ sinh hoạt, rèn luyện khác nhau.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 396 BN THA, khám và quản lí điều trị ngoại trú tại Viện Y học Phòng không - Không quân, từ tháng 11/2018-4/2019, kết luận:

- BN từ 42-89 tuổi, trung bình $68,2 \pm 7,9$ tuổi; BN nam (41,7%) ít hơn BN nữ (58,3%). Thời gian mắc bệnh THA từ dưới 1 năm đến 50 năm, trung bình $9,02 \pm 8,11$ năm. Hoạt động thể lực BN nam (66,7%) tương đương BN nữ (68,9%). Tỉ lệ có uống rượu bia, hút thuốc lá ở BN nam lần lượt là 17,6% và 23,6%; ở BN nữ là 0%; khác biệt với $p < 0,05$. Tỉ lệ thừa cân, béo phì chung là 56,1%, trong đó cao nhất ở BN dưới 60 tuổi (62,5%), thấp nhất ở BN trên 70 tuổi (51,6%); nam giới (58,2%) cao hơn nữ giới (54,5%). WHR tăng ở

BN nữ (88,3%) cao hơn BN nam (80,6%); WHR trung bình cao nhất ở BN trên 70 tuổi.

- 85,9% BN THA mắc MetS, trong đó BN nữ (92,2%) nhiều hơn BN nam (77,0%). Trong số BN có MetS: 88,2% rối loạn glucose máu, 77,4% rối loạn TG, (76,2%) rối loạn HDL-c, 68,8% tăng vòng bụng; 38,2% BN có 4 thành tố của MetS, 36,2% BN có 5 thành tố của MetS, 25,6% BN có 3 thành tố của MetS; cách phối hợp 5 thành tố hay gặp nhất (36,2%) và thấp nhất là cách phối hợp 3 thành tố: THA + tăng vòng bụng + giảm HDL-c (0,6%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Hội Tim mạch học quốc gia Việt Nam (2018), *Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp*.
2. Trần Thừa Nguyên, Trần Hữu Giàng, Lê Thị Dương (2014), "Đánh giá hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân tăng huyết áp tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam - Cuba - Đồng Hới, Quảng Bình", *Tạp chí Thông tin khoa học và công nghệ Quảng Bình*, 4, tr. 34-37.
3. Lê Quốc Tuấn, Trịnh Xuân Tráng (2012), "Nghiên cứu hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát tại Bệnh viện Đa khoa khu vực tỉnh Phú Thọ", *Tạp chí Y học thực hành*, 10, tr. 55-59.
4. Giao Thị Thoa, Huỳnh Đình Lai, Hoàng Anh Tiến (2012), "Nghiên cứu hội chứng chuyển hóa trên bệnh nhân tăng huyết áp tại Bệnh viện Đà Nẵng", *Tạp chí Y học thực hành*, 12, tr. 62-65.
5. World Health Organ Tech (1996), *Hypertension control. Report of a WHO Expert Committee*, Rep Ser, 862, pp. 1-83.
6. Yasein N, Ahmad M, Matrook F et al (2010), "Metabolic syndrome in patients with hypertension attending a family practice clinic in Jordan", *East Mediterr Health J*, 16 (4), pp. 375-80.
7. Agaku I.T, King B.A, Dube S.R et al (2014), "Current cigarette smoking among adults - United States, 2005-2012", *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 63 (2), pp. 29-34.
8. Ford E.S (2005), *Prevalence of the Metabolic Syndrome Defined by the International Diabetes Federation Among Adults in the U.S*, 28 (11), pp. 2745-2749.
9. Erdembileg A, Shiwaku K, Nogi A et al (2003), *The New BMI Criteria for Asians by the Regional Office for the Western Pacific Region of WHO are Suitable for Screening of Overweight to Prevent Metabolic Syndrome in Elder Japanese Workers*.
10. WHO (2008), *Waist Circumference and Waist-Hip Ratio: Report of a WHO Expert Consultation*, pp. 27. □