

KHẢO SÁT TỈ LỆ VÀ ĐẶC ĐIỂM HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA Ở QUÂN NHÂN TRÊN 30 TUỔI, TẠI HỌC VIỆN Q.

BSCKII. ĐẶNG THỊ HƯỜNG
ThS. PHẠM THANH BÌNH
PGS.TS. NGUYỄN MINH NÚI
Học viện Quân y

Phản biện khoa học: PGS.TS. CẦN VĂN MÃO
Phó Chủ nhiệm Bộ môn Sinh lý, Học viện Quân y

TÓM TẮT: Khảo sát tỉ lệ và đặc điểm hội chứng chuyển hóa ở 571 quân nhân trên 30 tuổi, công tác tại Học viện Q., từ tháng 03-04/2017. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $42,1 \pm 6,9$ tuổi, nam giới (64,62%) nhiều hơn nữ giới (35,58%). Tỉ lệ mắc hội chứng chuyển hóa theo tiêu chuẩn IDF-2005 là 9,46%, theo NCEP-ATPIII là 16,46%, theo Hội nội tiết học Nhật Bản là 15,41%. Chẩn đoán hội chứng chuyển hóa theo tiêu chuẩn của IDF-2005: đủ 5 tiêu chuẩn chiếm 0,88%, có 4 tiêu chuẩn chiếm 4,55%, có 3 tiêu chuẩn chiếm 11,03%. Tăng triglycerid chiếm tỉ lệ cao nhất (49,56%), tiếp theo là rối loạn glucose và giảm HDL-C (lần lượt chiếm 31,2% và 32,75%).

Từ khóa: Hội chứng chuyển hóa, IDF - 2005.

ABSTRACT: Investigate the rate and characteristics of metabolic syndrome in 571 military staffs over 30 years old, working at Q. Academy, from March to April, 2017. **Results:** The mean age was 42.1 ± 6.9 years, men (64.62%) and women (35.58%). The incidence of metabolic syndrome according to the IDF-2005 standard is 9.46%, according to the NCEP-ATPIII is 16.46%, according to the Association of Japanese Endocrinology is 15.41%. Diagnosis of metabolic syndrome according to IDF-2005 standard: the number of people with 5 criteria are 0.88%, 4 standards are 4.55%, 3 standards are 11.03%. The ratio of hypertriglyceridemia was highest (49.56%), followed by glucose intolerance and low HDL cholesterol level (31.2% and 32.75%, respectively).

Keywords: Metabolic syndrome, IDF-2005.

Chịu trách nhiệm nội dung: PGS.TS. Nguyễn Minh Núi, Email: minhnuinguyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/4/2018; mời phản biện khoa học: 20/4/2018; chấp nhận đăng bài: 02/5/2018.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Hội chứng chuyển hóa (HCCH) bao gồm một tập hợp các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến tim mạch và rối loạn chuyển hóa. Các yếu tố thường xuất hiện trong HCCH bao gồm rối loạn dung nạp glucose, béo phì (đặc biệt là béo bụng), rối loạn chuyển hóa lipid máu gây vữa xơ động mạch, tăng huyết áp. Nếu kết hợp các yếu tố nguy cơ này với nhau sẽ làm tăng nguy cơ bệnh tim mạch, đái tháo đường típ 2 và một số bệnh liên quan đến chuyển hóa khác. Tỉ lệ đối tượng có HCCH, các bệnh tim mạch có liên quan đang ngày càng gia tăng ở nhiều lứa tuổi, thuộc cả nam và nữ, ở khắp mọi nơi trên thế giới.

Hiện nay, có nhiều hiệp hội và tổ chức (như WHO, IDF, EGIR, ACCE, NCEP ATPIII...) đưa ra tiêu chuẩn khác nhau để chẩn đoán HCCH phù hợp với điều kiện thực tế của từng vùng lãnh thổ, châu lục, chủng tộc... Tỉ lệ chẩn đoán HCCH trên cùng nhóm đối tượng thay đổi khi sử dụng các tiêu chuẩn khác nhau, song đều hướng tới mục đích phục vụ sàng lọc hoặc điều trị, dự phòng.

Kết quả khám sức khỏe định kỳ những năm gần

đây tại Học viện Q. (Bộ Quốc phòng) cho thấy, tình hình bệnh tăng huyết áp, bệnh đái tháo đường, tăng acid uric, rối loạn chuyển hóa lipid máu, tình trạng thừa cân... của cán bộ, nhân viên ở đây ngày một tăng. Vì vậy, việc nghiên cứu, xác định tỉ lệ, đặc điểm HCCH trong các quân nhân công tác tại Học viện Q. sẽ cung cấp cơ sở khoa học quan trọng, cần thiết cho việc dự phòng, điều trị HCCH và đề xuất các biện pháp chăm sóc, quản lý sức khỏe quân nhân được tốt hơn.

Chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm khảo sát tỉ lệ, đặc điểm HCCH ở quân nhân trên 30 tuổi đang công tác tại Học viện Q..

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

571 người trên 30 tuổi (gồm sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp, công nhân - viên chức quốc phòng) đang công tác tại Học viện Q., từ tháng 3 đến tháng 4/2017.

Loại trừ những người không đồng ý tham gia nghiên cứu; người mắc bệnh hiểm nghèo, mắc bệnh cấp tính đang điều trị tại bệnh viện; người không đủ các tiêu chí, xét nghiệm nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: điều tra cắt ngang và đánh giá ở thời điểm hiện tại.

- Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp dịch tễ học quan sát, mô tả, cắt ngang; mô tả sự phân bố của bệnh; mô tả tiền sử bệnh lý và tình hình điều trị các bệnh mạn tính của đối tượng nghiên cứu thông qua phỏng vấn và hồ sơ sức khỏe cá nhân. Trên cơ sở đó, phân tích xác định mối liên quan giữa HCCH với tuổi, giới tính, tăng huyết áp, tăng glucose máu, rối loạn lipid máu và một số yếu tố nguy cơ khác.

- Dự kiến cỡ mẫu theo công thức ước lượng tỉ lệ:

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2}{d^2} \cdot p \cdot q$$

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu; $Z_{(1-\alpha/2)}$ là hệ số tin cậy (ứng với độ tin cậy 95%, thì $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$); d là sai số cho phép (chọn d = 0,04); p là tỉ lệ ước đoán mắc HCCH, dự kiến 20%; q = 1 - p; thay các giá trị vào công thức trên thì số đối tượng nghiên cứu tối thiểu là 196 người.

Thực tế, do quần thể nghiên cứu tập trung, điều kiện nghiên cứu thuận lợi, nên chúng tôi đã thu thập được 571 mẫu đưa vào phân tích, bao gồm các cán bộ công tác tại các phòng, khoa, bộ môn, trung tâm, hệ quản lý học viên trong Học viện Q., trên cơ sở kết hợp với khám sức khỏe định kỳ.

- Các bước tiến hành nghiên cứu:

+ Lập phiếu điều tra nghiên cứu.

+ Phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu.

+ Khám lâm sàng và làm xét nghiệm sinh hóa máu.

+ Hồi cứu hồ sơ quản lý sức khỏe của đơn vị, ghi đầy đủ thông tin trong phiếu điều tra.

+ Tổng hợp số liệu, phân tích, đánh giá kết quả.

- Tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu:

+ Chẩn đoán đái tháo đường theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới, 1998.

+ Chẩn đoán và phân loại tăng huyết áp theo Hội Tim mạch Việt Nam, 2008.

+ Chẩn đoán HCCH theo tiêu chuẩn IDF-2005.

- Xử lý số liệu: số liệu được lưu trữ trên excell và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu:

- Tuổi: đối tượng nghiên cứu từ 31-62 tuổi, trung bình $42,1 \pm 6,9$ tuổi, nhóm tuổi từ 40-49 chiếm tỉ lệ 41,33%.

- Giới tính: 369 đối tượng nghiên cứu (64,62%) là nam và 202 đối tượng (35,38%) là nữ.

3.2. Chẩn đoán HCCH:

Bảng 1. Tỉ lệ mắc HCCH ở ĐTNK.

Chẩn đoán HCCH	Nam (n=369)	Nữ (n=202)	Tổng (n=571)
Có mắc	43 (11,65%)	11 (5,45%)	54 (9,46%)
Không mắc	326 (88,35%)	191 (94,55%)	517 (90,54%)

Trong 571 đối tượng nghiên cứu, có 9,46% người mắc HCCH và 90,54% người không mắc HCCH. Trong đó, nam giới (11,65%) mắc HCCH cao hơn nữ giới (5,45%).

Bảng 2. Tỉ lệ mắc HCCH theo một số tiêu chuẩn chẩn đoán.

Tiêu chuẩn chẩn đoán	Số lượng	Tỉ lệ %
IDF-2005	54	9,46
NCEP-ATPIII	94	16,46
Nhật Bản	88	15,41

Chẩn đoán HCCH theo tiêu chuẩn của NCEP-ATPIII chiếm tỉ lệ cao nhất (16,46%), thấp nhất là theo tiêu chuẩn IDF-2005 (9,46%).

Bảng 3. Tỉ lệ HCCH theo số tiêu chuẩn của IDF-2005.

Số tiêu chuẩn có mắc	Số lượng	Tỉ lệ %
0	127	22,24
1	191	33,45
2	159	27,85
3	63	11,03
4	26	4,55
5	5	0,88
Cộng	571	100

Chẩn đoán HCCH theo tiêu chuẩn của IDF-2005: đủ 5 tiêu chuẩn chiếm 0,88%, có 4 tiêu chuẩn chiếm 4,55% và có 3 tiêu chuẩn là 11,03%.

Bảng 4. Phân bố tỉ lệ các chỉ số theo tiêu chuẩn IDF-2005.

Các chỉ số		Số lượng	Tỉ lệ %
Vòng bụng	Bình thường	473	82,84
	Tăng (nam ≥ 90 cm; nữ ≥ 80 cm)	98	17,16
Huyết áp tâm thu	Bình thường	533	93,35
	Tăng (≥ 130 mmHg)	38	6,65

Các chỉ số		Số lượng	Tỉ lệ%
Huyết áp tâm trương	Bình thường	514	90,02
	Tăng (≥ 85 mmHg)	57	9,98
Glucose máu	Bình thường	393	68,8
	Rối loạn glucose máu ($\geq 5,6$ mmol/l)	178	31,2
Triglycerid máu	Bình thường	287	51,7
	Tăng ($\geq 1,7$ mmol/l)	283	49,56
HDL-C	Bình thường	384	67,25
	Giảm (nam $< 1,03$; nữ $< 1,29$ mmol/l)	187	32,75

Tăng triglycerid máu chiếm tỉ lệ cao nhất (49,56%), tiếp theo là rối loạn glucose máu và giảm HDL-C (lần lượt là 31,2% và 32,75%), tăng huyết áp tâm thu chiếm tỉ lệ thấp nhất (6,65%).

4. BÀN LUẬN.

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình đối tượng nghiên cứu là $42,1 \pm 6,9$ tuổi. Các đối tượng nghiên cứu phân bố không đồng đều ở các nhóm tuổi. Nhóm tuổi phổ biến nhất là từ 31-40 tuổi (40,9%) và từ 40-49 tuổi (41,33%). Đây là nhóm tuổi thường gặp ở các cơ quan, nhà trường quân đội và cũng là độ tuổi có nguy cơ về thay đổi chỉ số nhân trắc (thừa cân, béo phì, tăng chu vi vòng bụng), chịu nhiều áp lực từ chế độ làm việc căng thẳng, thói quen sinh hoạt chưa khoa học, chưa quan tâm rèn luyện thể lực, dễ mắc HCCH. Trong nghiên cứu này, có 35,38% là nữ và 64,62% là nam. Đây cũng là đặc điểm chung của các đơn vị quân đội, tỉ lệ nữ thường thấp hơn nam khá nhiều.

- Có nhiều tiêu chuẩn để chẩn đoán HCCH, có tiêu chuẩn áp dụng chẩn đoán hội chứng ở một số bệnh hoặc trong điều kiện bệnh viện; có những tiêu chuẩn áp dụng cho việc sàng lọc HCCH trong cộng đồng. Trong các tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH áp dụng cho nghiên cứu dịch tễ học trong cộng đồng, phải kể đến tiêu chuẩn của Liên đoàn đái tháo đường quốc tế IDF-2005 và tiêu chuẩn NCEP-ATPIII. Hai tiêu chuẩn chẩn đoán này nói riêng và các tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH nói chung đều có một số tiêu chí trùng hợp nhau, một số tiêu chí khác nhau ở mức độ. Đặc điểm này ảnh hưởng đến việc xác định tỉ lệ HCCH và sẽ cho những kết quả khác nhau.

- Tỉ lệ mắc HCCH (bảng 1 và 2) theo tiêu chuẩn IDF-2005 ở quân nhân tại Học viện Q. là 9,46%, trong đó, 11,65% đối tượng là nam và 5,45% đối tượng là nữ. Theo tiêu chuẩn NCEP-ATPIII, tỉ lệ này là 16,46%, và theo tiêu chuẩn Hội nội tiết học Nhật Bản là 15,4%. Sự khác biệt về tiêu chuẩn

chẩn đoán đã dẫn đến khác biệt về tỉ lệ HCCH trên cùng một ĐTNC. Kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước cho thấy, tỉ lệ HCCH khác nhau tùy thuộc vào vùng miền, quốc gia, tuổi và giới tính. Nhìn chung, tỉ lệ HCCH tăng dần theo tuổi là kết quả của mọi nghiên cứu. Ở Việt Nam, các nghiên cứu điều tra về dịch tễ học HCCH trong cộng đồng còn ít. Chúng ta chưa có số liệu về tỉ lệ mắc HCCH trên phạm vi toàn quốc, do vậy, chưa có số liệu tương tự để so sánh. Một số nghiên cứu điều tra trên một số đối tượng hẹp như nhồi máu não [3], bệnh thận mạn tính [2], ngưng thở khi ngủ [1]... cho thấy các tỉ lệ khá cao.

- Chẩn đoán HCCH theo tiêu chuẩn của IDF-2005 (bảng 3): có 22,24% trường hợp không mắc tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH nào. Số người mắc 1 và 2 tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH chiếm tỉ lệ cao (33,45% và 27,85%). Số mắc 3 tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH chiếm 11,03% và mắc 5 tiêu chuẩn chiếm tỉ lệ thấp nhất (0,88%).

- Phân bố các chỉ số theo tiêu chuẩn của IDF-2005 (bảng 4): tăng triglycerid chiếm tỉ lệ cao nhất (49,56%), tiếp theo là giảm HDL-C là (32,75%) và rối loạn glucose máu (31,2%), tăng huyết áp tâm thu chiếm tỉ lệ thấp nhất (6,65%). Tăng triglycerid máu tác động như một yếu tố nguy cơ tim mạch độc lập hay không vẫn còn nhiều tranh cãi. Dầu vậy, nồng độ triglyceride máu cao và HDL-C thấp liên quan chặt chẽ có ý nghĩa thống kê đến biến cố bệnh động mạch vành và tỉ lệ tử vong do bệnh động mạch vành.

Trong một nghiên cứu lớn, theo dõi dọc 7 năm trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2 [5], thấy mối liên quan giữa nồng độ glucose máu với các chỉ số khác trong HCCH thể hiện thông qua kháng insulin mà đứng đầu là thừa cân, béo phì. Béo phì là nguyên nhân hàng đầu gây đái tháo đường típ 2. Khi cơ thể béo, lớp mỡ dưới da bụng dày sẽ xuất hiện tình trạng kháng insulin, và khi có kháng insulin thì nồng độ glucose máu sẽ tăng dần. Kháng insulin cũng là một cơ chế chủ yếu, quan trọng gây ra những rối loạn chuyển hóa khác ngoài bệnh đái tháo đường típ 2. Khi kháng insulin, cơ thể bị quá tải lipid do các acid béo chưa este hóa trong huyết tương tăng lên, chúng sẽ thâm nhiễm vào gan gây nhiễm mỡ gan, tăng lipid máu và cuối cùng là vữa xơ động mạch [4].

- Từ những kết quả này và so sánh với nghiên cứu của các tác giả khác, chúng tôi thấy tỉ lệ mắc riêng rẽ từng tiêu chí ở quân nhân Học viện Q. là khá cao. Các tiêu chí này đều là nguy cơ xuất hiện các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa. Sự khác biệt về tỉ lệ các tiêu chí của chúng tôi so với các nghiên

cứu khác có thể do đối tượng nghiên cứu nam giới nhiều hơn nữ giới, tuổi trung bình trẻ, đặc thù nghề nghiệp, chế độ sinh hoạt, rèn luyện khác nhau. Ngoài ra, còn có thể do cỡ mẫu điều tra của chúng tôi ít, nên cũng ảnh hưởng tới tỉ lệ các tiêu chí. Kết quả nghiên cứu này cũng cho thấy, các đối tượng có tăng chu vi vòng bụng mà có thêm một tiêu chí khác như tăng huyết áp, tăng glucose hoặc tăng triglycerid sẽ có nguy cơ cao xuất hiện HCCH trong tương lai. Điều này cũng cảnh báo cho họ cần phải có kế hoạch luyện tập thể dục, thể thao, chế độ ăn uống và điều trị ngay đối với các yếu tố nguy cơ để ngăn ngừa mắc HCCH và các bệnh lý tim mạch về sau.

5 KẾT LUẬN.

Khảo sát tỉ lệ, đặc điểm HCCH ở 571 quân nhân trên 30 tuổi, đang công tác tại Học viện Q., từ tháng 3-4/2017, kết quả:

- Đối tượng nghiên cứu có tuổi trung bình là $42,1 \pm 6,9$ tuổi, nam giới (64,62%) nhiều hơn nữ giới (35,58%).

- Tỉ lệ mắc HCCH theo tiêu chuẩn IDF-2005 là 9,46%, theo NCEP-ATPIII là 16,46%, theo Hội nội tiết học Nhật Bản là 15,41%.

- Chẩn đoán HCCH theo tiêu chuẩn của IDF-2005: đủ 5 tiêu chuẩn chiếm 0,88%, có 4 tiêu chuẩn chiếm 4,55%, có 3 tiêu chuẩn chiếm 11,03%. Tăng triglycerid chiếm tỉ lệ cao nhất (49,56%), tiếp theo là rối loạn glucose và giảm HDL-C (lần lượt chiếm 31,2% và 32,75%), tăng huyết áp tâm thu chiếm tỉ lệ thấp nhất (6,65%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Đặng Thị Mai Khuê (2012), *Khảo sát tỉ lệ hiện mắc của HCCH trên bệnh nhân ngưng thở khi ngủ*, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.

2. Nguyễn Ngọc Hoàn Mỹ Tiên (2010), *Mối liên quan giữa HCCH và bệnh thận mạn tính ở người lớn tuổi*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.

3. Nguyễn Thị Tiệp (2012), *Tần suất của HCCH và các thành phần của nó ở bệnh nhân nhồi máu não tại Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang*, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.

4. Einhorn D et al (2003), "American College of Endocrinology position statement on the insulin resistance syndrome", *Endocr Pract*, 9 (3), 237-52.

5. Grundy S.M et al (1999), "Diabetes and cardiovascular disease: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association", *Circulation*, 100 (10), 1134-46. □

ĐẶC ĐIỂM BỆNH LÝ RĂNG TRÊN CHIẾN SĨ MỚI...

(Tiếp theo trang 23)

điều trị nhằm nâng cao sức khỏe cho chính bản thân và cho cộng đồng.

- Nâng cao hơn nữa chất lượng và số lượng các dịch vụ chăm sóc răng miệng ở y tế tuyến cơ sở khu vực miền núi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. *Tuyển tập Công trình nghiên cứu khoa học răng-hàm-mặt*, Nhà xuất bản Y học, 2010.

2. Trương Mạnh Dũng, Vũ Mạnh Tuấn (2011), "Khảo sát thực trạng bệnh sâu răng và hành vi chăm sóc răng miệng của người dân xã Xuân Quang, huyện Chiêm Hóa, tỉnh Tuyên Quang năm 2011", *Tạp chí Y học thực hành*, 798 (12), tr. 145-147.

3. Bộ môn Răng miệng, Học viện Quân y (2003), *Bệnh học răng-miệng*, Nhà xuất bản Quân đội Nhân dân, tr. 53-92.

4. Cao Khánh Chương (2012), *Nghiên cứu tình hình mắc bệnh răng miệng và các yếu tố liên quan đến bệnh răng miệng của học sinh Trường Trung học cơ sở Sơn Tây, huyện Hương Sơn, tỉnh Hà Tĩnh năm 2011*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa I, Đại học Y dược Huế, tr. 28-38.

5. Nguyễn Hoài Bắc (2008), *Nghiên cứu tình trạng sâu răng, bệnh quanh răng, mất răng và nhu cầu điều trị của công nhân Nhà máy Giấy Bãi Bằng, tỉnh Phú Thọ*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II răng-hàm-mặt.

6. Trương Mạnh Dũng, Ngô Văn Toàn (2013), *Nha khoa cộng đồng*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, tr. 33-40, 107-113.

7. Lương Thị Kim Liên (2007), *Tình trạng bệnh quanh răng của nông dân huyện Đông Anh, Hà Nội*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II.

8. Trần Thanh Sơn (2007), *Đánh giá tình trạng bệnh răng miệng, K.A.P và nhu cầu điều trị ở người cao tuổi tại quận Hoàng Mai, thành phố Hà Nội*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II răng-hàm-mặt.

9. Đỗ Quang Trung (2001), *Bệnh học quanh răng*, Bộ môn Răng-hàm-mặt, Trường đại học Y Hà Nội, tr. 63.

10. Trần Văn Trường, Lâm Ngọc Ân, Trịnh Đình Hải và cộng sự (2001), *Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc*, Nhà xuất bản Y học, Hà nội, tr. 67-75. □