

nhân tạo” do Bộ Y tế ban hành, chú trọng bảo đảm quy định về cơ sở vật chất và nhân sự tại đơn vị lọc máu theo Quyết định số 2482/QĐ-BYT, ngày 13/4/2018 của Bộ Y tế. Bộ “Quy trình kỹ thuật thận nhân tạo” của các đơn vị phải nêu rõ trách nhiệm của những cá nhân liên quan, các tai biến có thể gặp và cách xử trí, phòng ngừa...

3. Rà soát, xây dựng và tuân thủ nghiêm ngặt các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn trước, trong và sau khi thực hiện kỹ thuật thận nhân tạo. Thực hiện nghiêm việc kiểm tra chất lượng nước R.O định kỳ, sau bảo dưỡng, sửa chữa, theo đúng quy định của Bộ Y tế. Ưu tiên bố trí nguồn lực để đầu tư bổ sung hệ thống lọc nước R.O, bảo đảm có ít nhất 2 hệ thống R.O chạy song song hoặc để dự phòng khi hệ thống đang hoạt động cần bảo dưỡng, sửa chữa.

4. Ban hành quy trình xử trí cụ thể đối với các tai biến thường gặp trong lọc máu - thận nhân tạo, luôn sẵn sàng thuốc và trang thiết bị cấp cứu cần thiết tại đơn vị thận nhân tạo; bảo đảm trong suốt quá trình lọc máu cho người bệnh, phải có sự theo dõi, giám sát của những người có trách nhiệm.

5. Các bộ phận của máy lọc thận, vật tư tiêu hao (quả lọc, dây lọc máu, catheter...), hóa chất sử dụng kèm máy phải bảo đảm tương thích với máy và phù hợp với người bệnh; cách thức bảo quản và sử dụng phải theo đúng hướng dẫn của nhà sản xuất; phải kiểm tra bảo đảm không còn hóa chất tiết khuẩn tồn dư trong quả lọc và dây lọc máu trước khi tái sử dụng (nếu có).

6. Thực hiện đầy đủ các nội dung quy định về liên danh, liên kết hoặc góp vốn liên danh để đầu tư trang thiết bị y tế theo Thông tư số 15/2007/TT-BYT, ngày 12/12/2007 của Bộ Y tế; Chỉ thị số 160/CT-BQP ngày 18/9/2006 của Bộ trưởng Bộ Quốc phòng; báo cáo việc liên danh liên kết theo đúng Công văn số 433/QY-TB, ngày 03/3/2017 của Cục Quân y.

7. Rà soát các hợp đồng thuê khoán với các công ty cung cấp dịch vụ bảo dưỡng, sửa chữa máy lọc thận và hệ thống lọc nước R.O (nếu có); điều chỉnh, bổ sung, làm rõ các điều khoản quy định trách nhiệm của các bên liên quan trong trường hợp xảy ra sự cố, tai biến theo đúng quy định của pháp luật.

8. Khi có sự cố về trang bị, vật tư, hóa chất hoặc sự cố chuyên môn trong quá trình lọc máu - thận nhân tạo, đơn vị phải đánh giá và có biện pháp khắc phục theo quy trình xử lý sự cố của đơn vị, đồng thời báo cáo ngay về Cục Quân y để được hỗ trợ kịp thời và rút kinh nghiệm trong toàn ngành.

Để bảo đảm an toàn tính mạng bệnh nhân, tránh các sự cố y khoa có thể xảy ra, Cục Quân y yêu cầu các cơ sở điều trị có triển khai lọc máu - thận nhân tạo quán triệt, triển khai thực hiện nghiêm túc các quy định trên. □

NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN...

(Tiếp theo trang 16)

- Tỷ lệ mắc HCCH ở nhóm uống rượu, bia (61,1%) cao hơn so với nhóm không uống rượu bia, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, $OR = 1,87$. Nhưng tính riêng từng tiêu chí của HCCH với uống rượu, bia, thì đối tượng nam giới có uống rượu, bia các chỉ số có cao hơn so với nhóm không uống rượu, bia, nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ (trừ chỉ số triglycerid tăng rõ rệt và có ý nghĩa thống kê). Trong nhóm đối tượng nghiên cứu số người mắc HCCH có thói quen hút thuốc lá, uống rượu, bia chiếm tỉ lệ cao hơn. Đây cũng là những thói quen không tốt ở người Việt Nam. Những thói quen trên đã làm gia tăng tình trạng thừa cân, béo phì, dẫn đến đái tháo đường típ 2, rối loạn lipid máu, tăng huyết áp và một số bệnh khác.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu mối liên quan giữa HCCH với một số yếu tố nguy cơ tim mạch trên 571 quân nhân công tác tại Học viện Q., từ tháng 3-4/2017, chúng tôi rút ra kết luận sau:

- Tỷ lệ mắc HCCH ở nhóm BMI ≥ 23 (94,4%) cao hơn nhóm BMI < 23 (5,6%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$; nguy cơ mắc HCCH ở nhóm BMI ≥ 23 cao gấp 15,1 lần ($OR = 15,1$) so với nhóm BMI < 23 .

- ĐTNC tăng cholesterol và LDL-C có nguy cơ mắc HCCH cao hơn nhóm không tăng cholesterol và LDL-C là 1,9 lần, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Đối tượng tăng nồng độ acid uric có nguy cơ mắc HCCH cao hơn nhóm không tăng acid uric là 2,7 lần ($OR = 2,7$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

- Giá trị trung bình của chu vi vòng bụng, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, triglycerid của nhóm bệnh nhân hút thuốc lá cao hơn so với nhóm không hút thuốc. HDL-C trung bình của nhóm hút thuốc lá thấp hơn so với nhóm không hút thuốc. Đối tượng hay uống rượu bia có nguy cơ mắc HCCH cao hơn đối tượng khác là 1,8 lần. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Thừa cân, béo phì, tăng cholesterol và LDL-C, tăng acid uric, hút thuốc lá làm tăng nguy cơ mắc HCCH theo IDF-2005.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Mai Thế Trạch, Nguyễn Thy Khuê (2007), *Hội chứng chuyển hóa*, Nội tiết học đại cương, Nhà xuất bản Y học thành phố Hồ Chí Minh, xuất bản lần thứ 3.

2. Nguyễn Thị Hà (2011), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng - cận lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân Gout*, Luận văn thạc sĩ y học, Học viện Quân y.

3. Trương Thiện Niềm (2011), *Nghiên cứu tỉ lệ và đặc điểm HCCH theo tiêu chuẩn IDF-2005 của cán bộ tỉnh ủy quản lý tại Bạc Liêu*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Học viện Quân y.

4. Poulsen P et al (1999), “Heritability of type II (non-insulin-dependent) diabetes mellitus and abnormal glucose tolerance-a population-based twin study”, *Diabetologia*, 42(2), 139-45. □

NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN GIỮA HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA VỚI MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ TIM MẠCH

BSCKII. ĐẶNG THỊ HƯỜNG, ThS. PHẠM THANH BÌNH
PGS.TS. NGUYỄN MINH NÚI - Bệnh viện Quân y 103
BSCKI. PHẠM QUỲNH - Bệnh viện Quân y 211
Phản biện khoa học: TS. LÊ VĂN QUÂN
Bộ môn Sinh lý học, Học viện Quân y

TÓM TẮT: *Mục tiêu:* Nghiên cứu mối liên quan giữa hội chứng chuyển hóa với một số yếu tố nguy cơ tim mạch. *Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 571 quân nhân đang công tác tại Học viện Q.. *Kết quả:* Tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa ở nhóm BMI ≥ 23 (94,4%) cao hơn nhóm BMI < 23 (5,6%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$; nguy cơ mắc hội chứng chuyển hóa ở nhóm BMI ≥ 23 cao gấp 15,1 lần so với nhóm BMI < 23 . Đối tượng có tăng cholesterol và LDL-C, tăng acid uric có nguy cơ mắc hội chứng chuyển hóa cao hơn nhóm không tăng cholesterol và LDL-C, tăng acid uric là 1,9 lần và 2,7 lần, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,005$ và $p < 0,001$. Giá trị trung bình của chu vi vòng bụng, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, triglycerid của nhóm bệnh nhân hút thuốc lá cao hơn so với nhóm không hút thuốc, HDL-C trung bình của nhóm hút thuốc lá thấp hơn so với nhóm không hút thuốc. Đối tượng hay uống rượu bia có nguy cơ mắc hội chứng chuyển hóa cao hơn đối tượng khác là 1,9 lần. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. *Kết luận:* Thừa cân, béo phì, tăng cholesterol và LDL-C, tăng acid uric, hút thuốc lá làm tăng nguy cơ mắc hội chứng chuyển hóa theo IDF-2005.

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

ABSTRACT: Objectives: To study relation between metabolic syndrome with several cardiovascular risk factors. **Subjects and methods:** Cross sectional study on 571 staffs of Vietnam military medical University. **Result:** Proportion of metabolic syndrome in subjects with BMI ≥ 23 (94.4%) was statistically significant higher than those with BMI < 23 (5.6%) and risk of metabolic syndrome of subjects with BMI ≥ 23 are fifteen time higher than those with BMI < 23 . Risk of metabolic syndrome of subjects with hypercholesterolemia, elevated LDL-C and hyperuricaemia were 1.9 and 2.7 time respectively ($p < 0.005$). Mean value of waist circumference, systolic blood pressure, diastolic blood pressure, triglycerid of smoker statistically significant higher than those in non-smoker ($p < 0.05$). Risk metabolic syndrome of the alcohol, beer drinker were 1.9 time higher than those in non-drinking ($p < 0.05$). **Conclusion:** Obesity, hypercholesterolemia, hyperuricaemia, smoking and alcohol intake make the risk of metabolic syndrome increase significantly.

Keywords: Metabolic syndrome, IDF-2005.

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

Ngày nhận bài: 04/6/2018; mời phản biện khoa học: 10/6/2018; chấp nhận đăng: 25/6/2018.

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 [1].

Cơ chế gây HCCH khá phức tạp, vẫn còn đang được nghiên cứu nhằm làm sáng tỏ. Hầu hết người mắc HCCH đều lớn tuổi, béo phì, ít vận động và

có kháng insulin. Các thành phần của HCCH bao gồm: béo phì trung tâm, rối loạn dung nạp glucose máu, rối loạn chuyển hóa lipid máu gây vữa xơ động mạch, tăng huyết áp, tình trạng tiền viêm, tình trạng tiền đông máu [4]. HCCH liên quan đến tuổi, giới tính, chủng tộc, stress, thừa cân béo phì, hoạt động thể lực... Các yếu tố nguy cơ sẽ làm gia tăng khả năng mắc bệnh tim mạch.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm đánh giá mối liên quan giữa HCCH với một số yếu tố nguy cơ tim mạch.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

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

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

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp dịch tễ học quan sát.

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

- 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 ĐTNC tối thiểu là 196 người. Thực tế, do quần thể nghiên cứu tập trung, điều kiện nghiên cứu thuận lợi, nên chúng tôi thu thập 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 kì.

- Các bước tiến hành nghiên cứu:

+ Lập phiếu điều tra nghiên cứu.

+ Phỏng vấn trực tiếp ĐTNC.

+ Khám lâm sàng và 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 dựa theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới năm 1998.

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

+ Tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn chuyển hóa theo IDF-2005.

- Xử lý số liệu: số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm chung ĐTNC:

- Tuổi: ĐTNC từ 31-62 tuổi, trung bình $42,1 \pm 6,9$ tuổi, nhóm tuổi từ 40-49 chiếm tỉ lệ 41,3%.

- Giới tính: 369 ĐTNC (64,6%) là nam; 202 ĐTNC (35,4%) là nữ.

- Mắc HCCH: 54 ĐTNC (9,5%).

- Không mắc HCCH: 517 ĐTNC (90,5%).

3.2. Mối liên quan HCCH với các yếu tố:

Bảng 1. Mối liên quan giữa HCCH với yếu tố thừa cân, béo phì (n = 571).

BMI	Mắc HCCH	Không mắc HCCH	Tổng
≥ 23	51 (94,4%)	230 (44,5%)	281 (49,2%)
< 23	3 (5,6%)	287 (55,5%)	290 (40,8%)
Tổng	54 (100%)	517 (100%)	571 (100%)
OR = 15,1; CI95%: 6,34-35,97; p = 0,000			

Tỉ lệ mắc HCCH ở nhóm có chỉ số khối cơ thể (BMI) ≥ 23 chiếm 94,4%; cao hơn nhóm có BMI < 23 (5,6%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001. Nguy cơ mắc HCCH ở nhóm có BMI ≥ 23 cao gấp 15,1 lần (OR = 15,1) so với nhóm có BMI < 23.

Bảng 2. Mối liên quan giữa HCCH với cholesterol và LDL-C (n = 571).

Cholesterol và LDL-C	Mắc HCCH	Không mắc HCCH	Tổng
Tăng	31 (57,4%)	214 (41,4%)	245 (42,9%)
Không tăng	23 (42,6%)	303 (58,6%)	326 (57,1%)
Tổng	54 (100%)	517 (100%)	571 (100%)
OR = 1,9; CI95%: 1,08-3,36; p = 0,024			

ĐTNC tăng cholesterol và LDL-C có nguy cơ mắc HCCH cao hơn nhóm không tăng cholesterol và LDL-C là 1,9 lần (OR = 1,9), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 3. Mối liên quan giữa HCCH với yếu tố tăng acid uric máu (n = 571).

Tăng acid uric	Mắc HCCH	Không mắc HCCH	Tổng
Có	29 (53,7%)	155 (30,0%)	184 (32,2%)
Không	25 (46,3%)	362 (70,0%)	387 (67,8%)
Tổng	54 (100%)	517 (100%)	571 (100%)
OR = 2,7; CI95%: 1,4-4,78; p = 0,000			

ĐTNC tăng nồng độ acid uric có nguy cơ mắc HCCH cao hơn nhóm không tăng acid uric là 2,7 lần (OR = 2,7), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

Bảng 4. Mối liên quan giữa chỉ số của HCCH theo IDF-2005 với hút thuốc lá.

Chỉ số	Hút thuốc lá	Không hút thuốc lá	p
Chu vi vòng bụng	82,7 ± 6,9	79,9 ± 7,3	0,000
Huyết áp tâm thu	119,4 ± 10,3	113,9 ± 11,8	0,000
Huyết áp tâm trương	77,5 ± 7,9	73,3 ± 8,9	0,000
Triglycerid	2,9 ± 2,5	2,1 ± 1,9	0,000
HDL-C	1,2 ± 0,3	1,3 ± 0,3	0,008
Glucose lúc đói	5,5 ± 0,9	5,4 ± 0,8	0,333

Giá trị trung bình của chu vi vòng bụng, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, triglycerid của nhóm đối tượng hút thuốc lá cao hơn so với nhóm không hút thuốc lá, HDL-C trung bình của nhóm hút thuốc thấp hơn so với nhóm không hút thuốc lá. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 5. Mối liên quan giữa HCCH với yếu tố uống rượu, bia ($n = 571$).

Uống rượu, bia	Mắc HCCH	Không mắc HCCH	Tổng
Có	33 (61,1%)	236 (45,6%)	269 (47,11%)
Không	21 (38,9%)	281 (54,3%)	302 (52,89%)
Tổng	54 (100%)	517 (100%)	571 (100%)
OR = 1,8; CI95%: 1,05-3,32; $p = 0,03$			

Các ĐTNC hay uống rượu bia có nguy cơ mắc HCCH cao hơn đối tượng khác là 1,8 lần, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4. BÀN LUẬN.

Tuy không sử dụng BMI làm tiêu chuẩn chẩn đoán, song chỉ số này có liên quan chặt chẽ với HCCH. Theo tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH của nhiều hiệp hội, trong đó có IDF-2005 đã đưa tăng chu vi vòng bụng là một tiêu chí bắt buộc. Người có tăng chu vi vòng bụng thường kèm theo tăng BMI và tăng tỉ lệ WHR (tỉ số vòng eo/vòng mông).

- Kết quả nghiên cứu (bảng 1) cho thấy, tỉ lệ mắc HCCH ở nhóm ĐTNC có BMI ≥ 23 (94,4%) cao hơn nhóm BMI < 23 (5,6%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Nguy cơ mắc HCCH ở nhóm BMI ≥ 23 cao gấp 15,1 lần (OR = 15,1) so với nhóm BMI < 23 . Kết quả này tương tự nghiên cứu của Trương Thiện Niềm (những người BMI ≥ 23 có tỉ lệ mắc HCCH cao hơn các đối tượng không mắc HCCH) [3]. Do vậy, chúng ta cần phải tuyên truyền cho cộng đồng cần rèn luyện thể dục, thể thao để tránh tình trạng dư cân, béo phì và góp phần giảm nguy cơ mắc HCCH. Ngược lại, khi điều trị HCCH cũng cần phải chú ý đến vấn đề dư cân, béo phì.

- Rối loạn lipid máu là nguyên nhân gây ra xơ động mạch, được biểu hiện bằng tăng cholesterol, tăng triglycerid, tăng LDL-C và giảm HDL-C. Các tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH (như WHO, IDF, EGIR,

ACCE và NCEP ATPIII...) đều có hai tiêu chí của lipid máu (được đưa vào để đánh giá có hay không có HCCH) gồm tăng triglycerid $> 1,7$ mmol/l và giảm HDL-C $< 0,9$ mmol/l. Sự biến đổi hai chỉ số này gắn liền với acid béo tự do và tình trạng kháng insulin. Nghiên cứu cho thấy (bảng 2), đối tượng tăng cholesterol và LDL-C có nguy cơ mắc HCCH cao hơn nhóm không tăng cholesterol và LDL-C là 1,9 lần, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này tương tự như kết quả nghiên cứu của Trương Thiện Niềm [3].

- Giá trị trung bình các chỉ số: cholesterol, LDL-C đều có mối quan hệ nhân-quả trong HCCH nói riêng và các bệnh rối loạn chuyển hóa nói chung. Tuy nhiên, tăng cholesterol và tăng LDL-C không có trong tiêu chí chẩn đoán của IDF-2005, nhưng đối tượng tăng các chỉ số này vẫn có nguy cơ mắc HCCH. Như vậy, khi đánh giá về HCCH, bên cạnh những tiêu chí đã được sử dụng để chẩn đoán, còn nhiều yếu tố liên quan không kém phần quan trọng đối với nguy cơ xuất hiện các hội chứng hoặc các bệnh nội tiết, chuyển hóa, tim mạch. Điều đó giải thích tại sao cho đến nay vẫn chưa hoàn toàn thống nhất về định nghĩa, tiêu chuẩn xác định của HCCH, dẫn tới sự tồn tại song song rất nhiều tiêu chuẩn chẩn đoán của các trường phái khác nhau, tùy thuộc vào quan niệm của từng tác giả đối với các yếu tố.

- Tăng acid uric máu và hoặc gút thường liên quan đến tăng lipid máu, tăng huyết áp, xơ động mạch. Các yếu tố này góp vào trở thành yếu tố nguy cơ của bệnh mạch vành [2]. Hội chứng tăng acid uric máu liên quan tới nhiều yếu tố, trong đó có béo phì, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu (đều nằm trong HCCH). Kết quả nghiên cứu này cho thấy, đối tượng có tăng nồng độ acid uric thì nguy cơ mắc HCCH cao hơn 2,7 lần (OR = 2,7) so với đối tượng không có tăng acid uric, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

- Hút thuốc lá kết hợp với các yếu tố nguy cơ khác sẽ làm tăng nguy cơ mắc bệnh mạch vành. Khi nói đến những tác hại của thuốc lá đối với sức khỏe con người, hầu hết các tác giả nhận thấy, hút thuốc lá đều góp phần xuất hiện HCCH (đặc biệt là nam giới). Nghiên cứu cho thấy, đối tượng hút thuốc lá có nguy cơ mắc HCCH cao gấp 1,7 lần so với đối tượng không hút thuốc lá, tuy nhiên, độ tin cậy thấp hơn 95% ($p > 0,05$).

Nhưng tính riêng từng tiêu chí của HCCH với hút thuốc lá (kết quả ở bảng 3) thì hút thuốc lá làm tăng tất cả các chỉ số của HCCH một cách có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), trừ chỉ số đường huyết (hút thuốc lá không làm tăng đường máu với $p > 0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của Nguyễn Xuân Thủy (bệnh nhân hút thuốc lá có nguy cơ mắc HCCH cao gấp 1,8 lần so với nhóm không hút thuốc lá, với $p < 0,05$).

(Xem tiếp trang 5)