

# MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH KHÁM BỆNH TẠI VIỆN DINH DƯỠNG, NĂM 2020

TS. NGUYỄN TRỌNG HƯNG, ThS. NGÔ THỊ THU HUYỀN,  
ThS. BÙI THỊ THÚY - Viện Dinh dưỡng  
Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. NGUYỄN MINH NÚI  
(2) ThS. LÊ THỊ BÁCH DIỆP

**TÓM TẮT:** Mô tả có phân tích một số yếu tố liên quan đến hội chứng chuyển hóa ở 117 người trưởng thành (từ 20 đến 60 tuổi), đến khám bệnh tại Viện Dinh dưỡng, năm 2020. **Kết quả:** Tỷ lệ các đối tượng mắc hội chứng chuyển hóa có ăn nội tạng động vật 1-2 lần/tháng là 47,1%; có tiêu thụ thực phẩm chế biến sẵn là 58,8% và có tiêu thụ đồ ăn nhanh 1-2 lần/tháng là 47,1%. Chỉ 11,8% đối tượng mắc hội chứng chuyển hóa có tiêu thụ rau và quả chín hằng ngày. Tiền sử tăng huyết áp (17,6%) và rối loạn lipid máu (41,2%) ở nhóm mắc hội chứng chuyển hóa cao hơn so với nhóm không mắc hội chứng chuyển hóa (lần lượt là 2,0% và 18,0%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Từ khóa:** Hội chứng chuyển hóa, người trưởng thành.

**ABSTRACT:** A cross-sectional study with analysis of some factors related to metabolic syndrome in 117 adults (from 20 to 60 years old), examined at the National Institute of Nutrition, in 2020. **Results:** the proportion of subjects with metabolic syndrome consumed animal viscera 1-2 times/month were 47.1%; consumption of processed food 1-2 times/month were 58.8% and consumption of fast food 1-2 times/month were 47.1%. Only 11.8% of the subjects with metabolic syndrome consumed ripe fruits and vegetables daily. The history of hypertension (17.6%) and dyslipidemia (41.2%) in the group metabolic syndrome were higher than in the group without metabolic syndrome (2.0% and 18.0%, respectively), statistically significant difference with  $p < 0.05$ .

**Keywords:** Metabolic syndrome, adults.

Chịu trách nhiệm nội dung: TS. Nguyễn Trọng Hưng, Email: nguyentronghung@dinhduong.org.vn

Ngày nhận bài: 01/6/2021; mời phản biện khoa học: 6/2021; chấp nhận đăng: 24/7/2021.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Hội chứng chuyển hóa (HCCH) là một trong những vấn đề sức khỏe cộng đồng được quan tâm nhất trong thế kỷ XXI. Theo Liên đoàn Đái tháo đường quốc tế (IDF), HCCH là tập hợp những yếu tố nguy cơ, nguy hiểm nhất đối với các bệnh tim mạch và đái tháo đường type 2, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống con người và tổn kém đáng kể ngân sách về y tế toàn dân của nhiều nước trên thế giới.

Ở các nước phát triển, khi thiếu ăn không còn phổ biến nữa thì tỷ lệ béo phì lại cao hơn ở tầng lớp nghèo, ít học hơn so với các tầng lớp trên và béo phì tồn tại song song với thiếu dinh dưỡng gặp nhiều ở đô thị hơn ở nông thôn [1]. Tại châu Âu, bệnh béo phì và các bệnh liên quan được phổ biến trong nhóm người có tình trạng kinh tế và xã hội thấp. Nhóm người có thu nhập trên, có xu hướng tiêu thụ nhiều thịt, chất béo và chất bột đường, còn những người có thu nhập cao thì tiêu thụ nhiều trái cây và rau quả. Chế độ ăn ít hoa quả và rau xanh là nguyên nhân gây ra 19% ung thư đường tiêu hóa, 31% thiếu máu cơ tim và cơn đau ngực. Chế độ ăn

có mối liên quan mật thiết với HCCH. Khi chế độ ăn không cân đối, dư thừa năng lượng sẽ làm mất cân bằng của cơ thể. Tình trạng này kéo dài sẽ dẫn đến thừa cân, béo phì và gia tăng HCCH [2].

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến HCCH của người trưởng thành đến khám tại Viện Dinh dưỡng, năm 2020.

## 2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu:

117 Đối tượng, từ 20-60 tuổi đến khám, tư vấn sức khỏe tại Khoa Khám tư vấn dinh dưỡng người lớn, Viện Dinh dưỡng, năm 2020. Đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang có phân tích.

- Cỡ mẫu: toàn bộ đối tượng đến khám bệnh tại Khoa Khám tư vấn dinh dưỡng người lớn, Viện Dinh dưỡng đáp ứng tiêu chí lựa chọn.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán (theo tiêu chuẩn của Tổ chức NCEP ATP III có điều chỉnh): HCCH được xác

định khi có ít nhất 3 trong 5 yếu tố sau [3]: (1) Rối loạn glucose máu lúc đói (nồng độ glucose máu lúc đói  $\geq 100$  mg/dl hoặc 5,6 mmol/l) hoặc đang sử dụng thuốc điều trị đái tháo đường; (2) Béo bụng (vòng eo  $> 90$  cm đối với nam và  $> 80$  cm đối với nữ); (3) Nồng độ triglycerid máu cao ( $\geq 1,7$  mmol/l) hoặc đang điều trị thuốc hạ mỡ máu; (4) Nồng độ HDL-C trong máu thấp ( $< 1$  mmol/l ở nam và  $< 1,3$  mmol/l ở nữ); (5) Huyết áp  $\geq 130/85$  mmHg (huyết áp tâm thu - HATTh  $\geq 130$  mmHg hoặc huyết áp tâm trương - HATTr  $\geq 85$  mmHg) hoặc đang điều trị thuốc hạ huyết áp.

- Phương pháp chọn mẫu: chọn đối tượng điều tra đáp ứng tiêu chí, phỏng vấn trực tiếp đối tượng dựa trên bộ câu hỏi được thiết kế sẵn để tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến HCCH của người trưởng thành.

- Đánh giá mức độ hoạt động thể lực (dựa vào các chỉ tiêu theo bộ câu hỏi của Tổ chức Y tế thế giới [4]):

+ Công việc có mức độ lao động nặng: làm nhíp tim và nhíp thở tăng nhanh (cày, cuốc, bừa, xúc đất - đá, gánh - mang vác nặng trên 20 kg, chèo thuyền, thồ xe, làm đường, xây dựng hoặc tương tự, làm liên tục ít nhất trong 10 phút).

+ Công việc có mức độ lao động trung bình: làm nhíp tim và nhíp thở tăng nhanh hơn bình thường (gánh - mang vác nhẹ dưới 20 kg, cấy hái, chăn thả gia súc, lao động thủ công, trông trẻ hoặc tương tự trong thời gian ít nhất 10 phút).

+ Công việc có mức độ lao động trung bình: công việc văn phòng, bán hàng, đi lại không phải mang vác, điều khiển xe/máy cơ giới, hoặc những việc tương đương.

+ Hoạt động giải trí, thể thao cường độ nặng: gắng sức làm tăng nhíp tim và nhíp thở (chạy, đá bóng, bóng rổ, tennis, bóng chày... ít nhất 10 phút liên tục).

+ Hoạt động giải trí, thể thao cường độ trung bình: nhíp tim và nhíp thở tăng hơn bình thường (đi bộ nhanh, đạp xe, khiêu vũ... ít nhất 10 phút liên tục).

- Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: đề cương nghiên cứu được thông qua hội đồng khoa học của Viện Dinh dưỡng. Đối tượng được giải thích đầy đủ về mục đích nghiên cứu và tự nguyện tham gia. Các thông tin thu thập chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

- Xử lý số liệu: làm sạch và xử lý bằng phần mềm Stata 13. Kiểm định Chi-Square, Fisher's exact test được áp dụng để so sánh sự khác biệt về tỉ lệ giữa các nhóm. Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

### 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.

Biến số	HCCH ( $\bar{x} \pm SD$ )		p*
	Có mắc (n = 17)	Không mắc (n = 100)	
Tuổi (năm)	41,6 $\pm$ 12,9	34,4 $\pm$ 8,9	< 0,05
Cân nặng (kg)	60,2 $\pm$ 10,5	55,4 $\pm$ 9,9	> 0,05
Chiều cao (cm)	158,6 $\pm$ 9,6	159,1 $\pm$ 6,6	> 0,05
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	23,8 $\pm$ 2,4	21,8 $\pm$ 3,2	< 0,05
Vòng eo (cm)	79,6 $\pm$ 19,1	76,7 $\pm$ 8,9	< 0,05
HATTh (mmHg)	120,6 $\pm$ 10,3	115,9 $\pm$ 10,8	> 0,05
HATTr (mmHg)	75,6 $\pm$ 5,6	73,0 $\pm$ 5,8	> 0,05
Glucose máu lúc đói (mmol/l)	6,2 $\pm$ 1,6	5,3 $\pm$ 0,4	< 0,05
HDL-C lúc đói (mmol/l)	1,1 $\pm$ 0,1	1,4 $\pm$ 0,3	< 0,05
Triglycerid máu (mmol/l)	2,6 $\pm$ 1,2	1,5 $\pm$ 2,8	> 0,05**

\* t test độc lập so sánh sự khác biệt giữa 2 nhóm mắc và không mắc HCCH, \*\* Kiểm định phi tham số Wilcoxon so sánh sự khác biệt giữa 2 nhóm mắc và không mắc HCCH.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tuổi trung bình của đối tượng mắc HCCH (41,6  $\pm$  12,9 tuổi) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với tuổi trung bình của đối tượng không mắc HCCH (34,4  $\pm$  8,9 tuổi). Không có sự khác biệt về cân nặng và chiều cao của 2 nhóm. BMI nhóm mắc HCCH trung bình (23,8  $\pm$  2,4 kg/m<sup>2</sup>) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với BMI trung bình nhóm không mắc HCCH (21,8  $\pm$  3,2 kg/m<sup>2</sup>). Chu vi vòng eo đối tượng mắc HCCH (79,6  $\pm$  19,1 cm) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không mắc HCCH (76,7  $\pm$  8,9 cm). Không có sự khác biệt về huyết áp tâm thu huyết áp tâm trương giữa 2 nhóm mắc và không mắc HCCH.

Glucose máu lúc đói của nhóm mắc HCCH là 6,2  $\pm$  1,6 mmol/l, cao hơn so với nhóm không mắc HCCH (là 5,3  $\pm$  0,4 mmol/l), khác biệt có ý nghĩa thống kê. HDL-C trung bình của nhóm mắc HCCH thấp hơn có ý nghĩa thống kê so nhóm không mắc HCCH, tương ứng 1,0  $\pm$  0,1 mmol/l, và 1,4  $\pm$  0,3 mmol/l. Nồng độ triglycerid trung bình nhóm mắc HCCH và nhóm không mắc HCCH (tương ứng 2,6  $\pm$  1,2 mmol/l, và 1,5  $\pm$  2,8 mmol/l) không có sự khác biệt.

Bảng 2. Tần suất tiêu thụ thực phẩm của người mắc HCCH.

Tên thực phẩm		Hàng ngày (%)	1-2 lần/tuần (%)	3-4 lần/tuần (%)	1-2 lần/tháng (%)	2-3 lần/tháng (%)	1-2 lần/tháng (%)	Theo mùa (%)	Không ăn (%)
Nhóm tinh bột	Gạo tẻ	76,5	5,9	11,8	0	5,9	0	0	0
	Gạo lứt, ngũ cốc nguyên hạt	12,5	0	12,5	12,5	6,2	12,5	6,2	37,5
	Khoai củ	5,9	17,6	0	29,4	23,5	5,9	5,9	11,8
	Bún, phở miến	5,9	23,5	52,9	11,8	5,9	0	0	0
	Bánh mì	0	17,6	17,6	29,4	11,8	0	0	23,5
Nhóm đạm	Thịt gia cầm	11,8	47,1	35,2	5,9	0	0	0	0
	Thịt nạc	29,4	23,5	47,1	0	0	0	0	0
	Thịt nhiều béo	5,9	41,2	5,9	35,2	5,9	0	0	11,8
	Nội tạng động vật	0	11,8	0	47,1	11,8	5,9	0	23,5
	Cá	0	41,2	29,4	23,5	5,9	0	0	0
	Tôm, lươn, mực	0	23,5	0	41,2	17,6	17,6	0	0
	Trứng	5,9	58,8	23,5	11,8	0	0	0	0
	Thực phẩm chế biến sẵn	0	17,6	0	58,8	5,9	5,9	0	11,8
Đồ ăn nhanh	0	0	0	47,1	5,9	11,8	0	35,3	
Nhóm đồ ngọt	Bánh kẹo	5,9	23,5	17,6	11,8	11,8	0	0	29,4
	Nước ngọt	5,9	17,6	0	5,9	11,8	5,9	0	52,9
	Quả chín	11,8	41,2	29,4	11,8	5,9	0	0	0
	Rau	11,8	35,3	17,6	11,8	0	0	17,6	5,9
	Sữa	5,9	11,8	5,9	5,9	11,8	17,6	0	41,2

Nhóm mắc HCCH không ăn ngũ cốc nguyên hạt, gạo lứt là 37,5%; ăn gạo tẻ hàng ngày là 76,5%; ăn khoai củ hàng ngày là 5,9%. Nhóm mắc HCCH có 11,8% ăn thịt gia cầm hàng ngày, 47,1% ăn thịt gia cầm 1-2 lần/tuần, 11,8% ăn nội tạng động vật 1-2 lần/tuần, 47,1% ăn thịt nạc 3-4 lần/tuần, 42,1% ăn cá 1-2 lần/tuần, 29,4% ăn cá 3-4 lần/tuần, 5,9% ăn trứng hàng ngày, 58,8% ăn trứng 1-2 lần/tuần, 23,5% ăn trứng 3-4 lần/tuần, 17,6% ăn thực phẩm chế biến sẵn 1-2 lần/tuần, 41,2% ăn các thịt nhiều béo 1-2 lần/tuần. Chỉ 11,8% người mắc HCCH ăn rau, quả chín hàng ngày và 41,2% không uống sữa.

Bảng 3. Thói quen sử dụng thực phẩm hàng ngày của đối tượng nghiên cứu.

Tên thực phẩm	Có mắc HCCH (n = 17)	Không mắc HCCH (n = 100)	p
Gạo tẻ	76,5%	88,0%	> 0,05
Gạo lứt, ngũ cốc nguyên hạt	12,5%	4,0%	< 0,05
Khoai củ	5,9%	3,0%	> 0,05
Thịt nạc	29,4%	20,0%	> 0,05
Thịt nhiều béo	5,9%	2,0%	> 0,05
Nội tạng động vật	1,0%	0	> 0,05
Trứng	5,9	2,0	> 0,05
Bánh kẹo	5,9	5,0	> 0,05
Nước ngọt	5,9	1,0	> 0,05
Quả chín	11,8	14,0	> 0,05
Rau	11,8	4,0	< 0,05
Sữa	5,9	20,0	< 0,05

Nhóm mắc HCCH ít chọn sữa trong khẩu phần ăn hàng ngày hơn và sử dụng nhiều ngũ cốc nguyên hạt hơn nhóm không mắc HCCH, khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Các loại thực phẩm khác không có sự khác biệt về sử dụng giữa 2 nhóm.

Bảng 4. Mức độ hoạt động thể lực của đối tượng nghiên cứu.

Mức độ hoạt động thể lực	Mắc HCCH (n = 17)	Không mắc HCCH (n = 100)	Chung (n = 117)	p
Hoạt động thể lực nhẹ	17 (100%)	91 (91,0%)	108 (92,3%)	> 0,05
Hoạt động thể lực trung bình	4 (23,5%)	17 (17,0%)	21 (17,9%)	> 0,05
Hoạt động thể lực nặng	0	3 (3,0%)	3 (2,5%)	> 0,05
Chơi thể thao gắng sức	5 (29,4%)	32 (32,0%)	37 (31,6%)	> 0,05
Chơi thể thao trung bình	6 (35,3%)	33 (33,0%)	39 (33,3%)	> 0,05

Đa số đối tượng có hoạt động thể lực nhẹ (92,3%); chơi thể thao gắng sức là 31,6%, chơi thể thao trung bình 33,3%. Không có sự khác biệt về hoạt động thể lực và chơi thể thao giữa 2 nhóm có mắc HCCH và không mắc HCCH.

Bảng 5. Mối liên quan của tiền sử mắc bệnh của đối tượng nghiên cứu.

Tiền sử bệnh	Mắc HCCH (n = 17)	Không mắc HCCH (n = 100)	Chung (n = 117)	p
Tăng huyết áp	3 (17,6%)	2 (2,0%)	5 (4,3%)	< 0,05
Đái tháo đường	4 (23,5%)	16 (16,0%)	20 (17,2%)	> 0,05
Rối loạn Lipid máu	7 (41,2%)	18 (18,0%)	25 (21,5%)	< 0,05
Người thân mắc bệnh lí	4 (23,5%)	25 (25,0%)	29 (24,8%)	> 0,05

Tiền sử mắc tăng huyết áp chung là 4,3%, trong đó, nhóm mắc HCCH là 17,6% và không mắc HCCH là 2,0%. Tiền sử mắc rối loạn lipid máu chung là 21,5%, trong đó, nhóm mắc HCCH là 41,2% và không mắc HCCH là 18,0%. Sự khác biệt về tiền sử tăng huyết áp và rối loạn Lipid máu giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Tiền sử mắc đái tháo đường và có người thân mắc bệnh lí không có sự khác biệt giữa 2 nhóm.

#### 4. BÀN LUẬN.

- Tần suất tiêu thụ thực phẩm: trong nghiên cứu này, các thực phẩm được cho là yếu tố bảo vệ có tần suất tiêu thụ thấp. Cụ thể: ở nhóm mắc HCCH, tần suất hằng ngày tiêu thụ gạo lứt, ngũ cốc nguyên hạt là 12,5%, khoai củ là 5,9%. Nhóm rau, quả chín và sữa được cho là yếu tố bảo vệ thì tần suất tiêu thụ hằng ngày rất thấp (lần lượt 11,8%, 11,8%, 5,9%). Các nghiên cứu đã chứng minh, tiêu thụ ngũ cốc nguyên hạt, các sản phẩm từ sữa ít béo và chất béo không bão hòa đơn và không bão hòa đa có liên quan đến tỉ lệ thấp hơn về mắc HCCH. Theo Slavin, ngũ cốc nguyên hạt chứa lượng chất xơ, vitamin E, magie, chất chống oxy hóa và phytoestrogen cao. Tuy nhiên, các thành phần chất xơ trong các sản phẩm ngũ cốc nguyên hạt cũng khác nhau, như từ yến mạch, lúa mạch, lúa mạch đen có nhiều chất xơ hòa tan, trong khi lúa mì và ngô thường chứa chất xơ không hòa tan. Tác dụng hạ lipid máu thường được quan sát thấy đối với các sản phẩm ngũ cốc giàu chất xơ hòa tan, nhưng không thấy ở chất xơ không hòa tan [4]. Trong các nghiên cứu dịch

tế học, chất xơ không hòa tan và chất xơ hòa tan được tìm thấy có liên quan giảm nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường [5]; chất xơ từ nguồn gốc ngũ cốc có tác dụng mạnh hơn đối với bệnh đái tháo đường và nguy cơ mắc bệnh tim so với chất xơ hòa tan từ nguồn khác. Bên cạnh hàm lượng chất xơ cao, các đặc tính khác của ngũ cốc cũng có vai trò quan trọng trong chuyển hóa glucose và lipid (như dạng vật lí, mức độ chế biến của ngũ cốc nguyên hạt; sự hiện diện của axit hữu cơ, chất ức chế enzyme và các hợp chất hoạt tính sinh học khác).

Trong khi ăn nhiều thịt chế biến, thực phẩm chiên, đồ uống ngọt, carbohydrate tinh chế và chỉ số glucose máu cao có liên quan với tỉ lệ mắc HCCH cao ở cả nam và nữ. Trong nghiên cứu này, tiêu thụ các thực phẩm được cho là yếu tố nguy cơ như thịt nhiều béo, nội tạng động vật, đồ ăn nhanh, trứng, song sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

- Mức độ hoạt động thể lực: đa số đối tượng có hoạt động thể lực nhẹ (92,3%), chỉ 23,5% đối tượng mắc HCCH có hoạt động thể lực trung bình. Tiêu hao năng lượng thông qua hoạt động thể lực là yếu tố hết sức quan trọng trong quá trình thiết lập cân bằng giữa năng lượng tiêu hao và năng lượng ăn vào. Mặt khác, hoạt động thể lực còn giúp cơ thể chuyển hóa tích cực nên có thể làm giảm khối mỡ, cải thiện độ nhạy cảm với insulin và làm giảm insulin máu. Trong nghiên cứu của Phạm Thị Dung năm 2006, người hoạt động thể lực mức độ thấp có nguy

cơ mắc HCCH cao gấp 24,6 lần so với người hoạt động thể lực mức độ cao [6]. Tuy nhiên, do phương thức lao động và điều kiện sống thay đổi, nên hoạt động thể lực càng ngày càng có xu hướng giảm đi. Đây thực sự là một bất lợi đối với sức khỏe, vì nó là một trong những yếu tố quan trọng góp phần làm gia tăng nạn dịch toàn cầu về thừa cân, béo phì.

- Tiền sử bệnh: tiền sử mắc tăng huyết áp chung là 4,3% (ở nhóm mắc HCCH là 17,6% và không mắc HCCH là 2%, khác biệt có ý nghĩa thống kê). Dự án Quốc gia phòng chống bệnh tăng huyết áp của Viện Tim mạch Việt Nam đã khẳng định, HCCH là một vấn đề thời sự được quan tâm, tăng huyết áp, tim mạch làm gia tăng tỉ lệ HCCH [7]. Tăng huyết áp đã và đang trở thành mối quan tâm của y học và ngày càng gia tăng theo sự phát triển của nền kinh tế. Tăng huyết áp là một trong các yếu tố nguy cơ chính gây xơ động mạch, từ đó dẫn đến đột quy não, thiếu máu cơ tim, nhồi máu cơ tim, suy thận. Những người có HCCH thường xuất hiện bệnh tim mạch nhiều hơn 2 lần và đái tháo đường nhiều hơn 4 lần so với người không có HCCH. Như vậy, sự phối hợp giữa HCCH và tăng huyết áp sẽ làm tăng tốc xuất hiện các biến chứng.

Tiền sử có rối loạn lipid máu ở nhóm mắc HCCH là 41,2%, nhóm không mắc HCCH là 18,0%. Lê Bạch Mai nghiên cứu về tình trạng rối loạn lipid ở người 25-74 tuổi tại 4 vùng sinh thái năm 2010, thấy tỉ lệ người có mỡ cơ thể cao là 36%; rối loạn lipid ở vùng thành phố (Hà Nội và TP. Hồ Chí Minh) cao hơn những vùng khác [8]. Lê Xuân Trường (2013) khảo sát 527 đối tượng từ 20-84 tuổi, thấy các yếu tố nguy cơ tim mạch gồm rối loạn lipid có tỉ lệ cao nhất (66,6%), tiếp theo là đái tháo đường (30,7%), tăng huyết áp (26,6%), béo phì (17,3%) [9]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Nga (2015) trên cán bộ viên chức Trường Đại học Y Hà Nội, tiền sử có rối loạn lipid máu ở nhóm mắc HCCH (65,6%) cao hơn ở nhóm không mắc HCCH (33,3%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  [10]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu trên.

## 5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 117 đối tượng từ 20-60 tuổi, đến khám bệnh tại Khoa Khám tư vấn dinh dưỡng người lớn, Viện Dinh dưỡng, năm 2020, kết luận:

- Tỉ lệ các đối tượng mắc HCCH không tiêu thụ ngũ cốc, gạo lứt là 37,5%. Đối tượng mắc HCCH ăn nội tạng động vật 1-2 lần/tháng là 47,1%; tiêu thụ thực phẩm chế biến sẵn là 58,8% và tiêu thụ đồ ăn nhanh 1-2 lần/tháng là 47,1%. Chỉ 11,8% đối tượng tiêu thụ rau và quả chín hằng ngày; 41,2% các đối tượng không tiêu thụ sữa.

- Đa số đối tượng có hoạt động thể lực nhẹ (92,3%). 31,6% đối tượng chơi thể thao gắng sức và 33,3% chơi thể thao trung bình.

- Tiền sử tăng huyết áp ở nhóm mắc HCCH là 17,6%, ở nhóm không mắc HCCH là 2,0%. Tiền sử rối loạn lipid máu ở nhóm mắc HCCH là 41,2%, ở nhóm không mắc HCCH là 18,0%; khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Qua nghiên cứu này, chúng tôi khuyến nghị: cần tuyên truyền, khuyến khích ăn rau quả, hạn chế thực phẩm giàu chất béo và thay đổi lối sống để phòng ngừa các yếu tố nguy cơ mắc HCCH.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bahadoran Zahra et al (2014), "The Effect of Consumption of Unhealthy Snacks on Diet and the Risk of Metabolic Syndrome in Adults: Tehran Lipid and Glucose Study, Iran", *Journal of Kerman University of Medical Sciences*, 6 (21), 3-9.

2. St Onge M.P, Jansesn I, Heymsfield S.B (2004), "Metabolic syndrome in normal - weight Americans: new definition of the metabolically obese, normal - weight individual", *Diabetes Care*, 27, 2222-2228.

3. World Health Organization (2008), *Global physical activity Questionnaire (GPAQ)*, Geneva: World Health Organization.

4. Jenkins D.J.A, Kendall C.W.C, Augustin L.S.A et al (2002), "High-complex carbohydrate or lente carbohydrate foods?", *The American Journal of Medicine*, 113 (9, Supplement 2), 30-37.

5. Montonen J, Knekt P, Järvinen R et al (2003), "Whole-grain and fiber intake and the incidence of type 2 diabetes", *Am J Clin Nutr*, 77 (3), 622-629.

6. Phạm Thị Dung (2006), *HCCH và một số yếu tố liên quan ở người ≥ 25 tuổi tại 1 phường nội thành và 1 xã ngoại thành Hà Nội năm 2006*, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.

7. Dự án Quốc gia phòng chống bệnh tăng huyết áp, Viện Tim mạch Việt Nam (2012), *Hội chứng chuyển hóa - Nguy cơ cao mắc bệnh tim mạch, đái tháo đường*.

8. Lê Bạch Mai và cộng sự (2010), "Tình trạng rối loạn dinh dưỡng lipid ở người 25-74 tuổi tại cộng đồng và một số yếu tố nguy cơ", *Đề tài nhánh cấp Nhà nước*, Mã số KC10.05.

9. Lê Xuân Trường, Bùi Thị Hồng Châu, Lâm Thùy Như và cộng sự (2013), "Khảo sát mối liên hệ rối loạn lipid huyết với một số yếu tố nguy cơ tim mạch", *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 17 (1).

10. Nguyễn Thị Nga (2015), *Tình trạng mắc HCCH của cán bộ viên chức và một số yếu tố liên quan tại Trường Đại học Y Hà Nội*, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. □