

KHẢO SÁT HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA Ở 295 NAM QUÂN NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP, KHÁM BỆNH VÀ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 17

Dương Minh Phương^{1*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỉ lệ hội chứng chuyển hóa và tìm hiểu một số yếu tố liên quan trên các nam quân nhân có tăng huyết áp.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 295 nam quân nhân tăng huyết áp, khám bệnh và điều trị tại Bệnh viện Quân y 17, từ tháng 01/2023-7/2023. Chẩn đoán tăng huyết áp theo Hội Tim mạch Việt Nam năm 2008. Chẩn đoán hội chứng chuyển hóa theo NCEP-ATP III.

Kết quả: Có 48,1% nam quân nhân tăng huyết áp mắc hội chứng chuyển hóa; trong số đó, tỉ lệ có biểu hiện đủ 3, 4 và 5 yếu tố cấu thành hội chứng này lần lượt là 74,7%, 21,8% và 3,5%. Các nhóm quân nhân tăng huyết áp có hút thuốc lá; hoạt động thể dục thể thao không thường xuyên; vòng bụng ≥ 90 cm; glucose máu lúc đói $\geq 6,1$ mmol/l; Triglyceride lúc đói $\geq 1,7$ mmol/l thì có tỉ lệ mắc hội chứng chuyển hóa cao hơn so với các nhóm tương ứng lần lượt là không hút thuốc lá; hoạt động thể dục thể thao thường xuyên; vòng bụng < 90 cm; glucose máu lúc đói $< 6,1$ mmol/l; Triglyceride lúc đói $< 1,7$ mmol/l.

Kết luận: Cần quan tâm truyền thông, giáo dục sức khỏe và thực hiện tốt công tác quản lý sức khỏe quân nhân ngay tại đơn vị, nhất là với các nam quân nhân có tăng huyết áp, hạn chế tỉ lệ mắc hội chứng chuyển hóa và các biến cố do bệnh lý tim mạch, chuyển hóa.

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

ABSTRACT

Objectives: To investigate the prevalence of metabolic syndrome and explore some related factors among male military personnel with hypertension.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 295 male military personnel with hypertension who were examined and treated at Military Hospital 17 from January 2023 to July 2023. Hypertension was diagnosed according to the 2008 guidelines of the Vietnam National Heart Association. Metabolic syndrome was diagnosed based on the NCEP-ATP III criteria.

Results: Among male military personnel with hypertension, 48.1% had metabolic syndrome. Of these, the proportions presenting with 3, 4, and 5 components of metabolic syndrome were 74.7%, 21.8%, and 3.5%, respectively. Hypertensive military personnel who smoked; engaged in irregular physical activity; had a waist circumference ≥ 90 cm; fasting blood glucose ≥ 6.1 mmol/L; or fasting triglyceride levels ≥ 1.7 mmol/L had a higher prevalence of metabolic syndrome compared with the corresponding groups who did not smoke; exercised regularly; had a waist circumference < 90 cm; fasting blood glucose < 6.1 mmol/L; or fasting triglyceride levels < 1.7 mmol/L.

Conclusions: Greater attention should be paid to health communication, health education, and effective implementation of health management for military personnel at the unit level, especially among male military personnel with hypertension, to reduce the prevalence of metabolic syndrome and cardiovascular and metabolic complications.

Keywords: Metabolic syndrome, NCEP-ATP III, hypertension.

Chịu trách nhiệm nội dung: Dương Minh Phương; Email: duongminhphuong1968@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/9/2025; mời phản biện khoa học: 10/2025; chấp nhận đăng: 10/12/2025.

¹Bệnh viện Quân y 17.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng chuyển hóa (HCCH) là một vấn đề sức khỏe đáng ngại trên toàn cầu, đặc biệt trong bối cảnh gia tăng lối sống ít vận động, thực hiện các chế độ ăn dư năng lượng, tình trạng đô thị hóa và những áp lực phải đối mặt trong cuộc sống [1].

HCCH được hiểu là sự hiện diện đồng thời của tăng huyết áp (THA), tăng glucose máu, béo phì trung tâm và rối loạn lipid máu, qua đó làm tăng nguy cơ mắc các bệnh lý tim mạch, đái tháo đường típ 2, đột quỵ não và nhiều bệnh lý khác [1]. Có khá nhiều tiêu chuẩn có thể sử dụng để chẩn đoán HCCH.

Tuy nhiên, tiêu chuẩn của Chương trình Giáo dục về cholesterol quốc gia Hoa Kỳ (NCEP-ATP III) được nhiều nghiên cứu lâm sàng đồng thuận và áp dụng bởi các yếu tố cấu thành đơn giản, thuận tiện [2, 3].

THA là một trong các tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH, đồng thời được nhiều nghiên cứu chỉ ra có mối liên quan mật thiết với HCCH. HCCH ở bệnh nhân (BN) THA làm gia tăng tỉ lệ biến chứng tổn thương các cơ quan đích, gia tăng yếu tố nguy cơ tim mạch và khó kiểm soát huyết áp hơn. Vì vậy, đánh giá HCCH trên các BN THA vừa có ý nghĩa điều trị THA, vừa có ý nghĩa theo dõi, dự phòng biến chứng của THA nói riêng và các hậu quả của HCCH nói chung trên người bệnh.

Góp phần nâng chất lượng quản lí sức khỏe quân nhân (QN), chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm khảo sát tỉ lệ HCCH và một số yếu tố liên quan đến HCCH ở các nam QN THA, khám bệnh và điều trị tại Bệnh viện Quân y 17.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

295 nam QN có chẩn đoán THA, khám bệnh và điều trị tại Bệnh viện Quân y 17, từ tháng 01 đến tháng 7/2023.

- Tiêu chí lựa chọn: các QN mắc THA nguyên phát, tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chí loại trừ: QN đang dùng corticoid, đang mắc kèm theo bệnh cấp tính hoặc bệnh mạn tính nặng (xơ gan, suy thận mạn...); QN từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: cỡ mẫu thuận tiện (lấy toàn bộ đối tượng phù hợp trong khoảng thời gian nghiên cứu).

- Phương pháp thu thập số liệu: khai thác bệnh sử, tiền sử THA; thăm khám, ghi nhận các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng...

- Chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung: tuổi, thói quen sinh hoạt.

+ Đặc điểm lâm sàng: vòng bụng, chiều cao, cân nặng, chỉ số khối cơ thể (BMI), huyết áp...

+ Đặc điểm cận lâm sàng: nồng độ glucose máu, cholesterol, triglycerit, LDL-C, HDL-C...

- Các tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu:

+ Đánh giá rối loạn lipid theo khuyến cáo của Hội Tim mạch Việt Nam 2008 [6].

+ Đánh giá các hoạt động thể dục thể thao theo Tổ chức Y tế thế giới [4].

+ Đánh giá tuân thủ điều trị theo thang điểm Morisky [5].

+ Chẩn đoán THA theo khuyến cáo của Hội Tim mạch Việt Nam 2008 [6].

+ Chẩn đoán HCCH theo tiêu chuẩn NCEP-ATP III cho người châu Á, khi có 3 trong 5 tiêu chí sau [2, 3]: (1) Vòng bụng ≥ 90 cm với nam hoặc ≥ 80 cm với nữ; (2) HDL-C $< 1,0$ mmol/l với nam hoặc $< 1,3$ mmol/l với nữ; (3) Huyết áp động mạch $\geq 130/85$ mmHg hoặc đang điều trị thuốc THA; (4) Glucose máu $\geq 6,1$ mmol/l và (5) Triglyceride $\geq 1,7$ mmol/l.

- Đạo đức: nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng khoa học Bệnh viện Quân y 17. Các thông tin cá nhân trong nghiên cứu được bảo mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu. Cam kết đảm bảo tính khách quan, trung thực trong đánh giá, thu thập và xử lí số liệu.

- Xử lí số liệu: bằng các phần mềm Epi info 7, EpiCalc 2000 và Microsoft Office 2013.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung của nam QN nghiên cứu

Đặc điểm (n = 295)		Số QN (%)
Nhóm tuổi	≤ 30	5 (1,7)
	31-40	30 (10,1)
	41-50	112 (38,0)
	≥ 50	148 (50,2)
Thói quen sinh hoạt và tuân thủ điều trị	Hút thuốc lá	148 (50,2)
	Thường xuyên hoạt động thể dục thể thao	168 (56,9)
	Tuân thủ điều trị THA	209 (70,8)
Thể trạng (theo BMI)	Bình thường	50 (16,9)
	Thừa cân, béo phì độ 1	245 (83,0)
Chỉ số huyết áp	Bình thường	45 (15,3)
	THA độ 1	156 (52,9)
	THA độ 2	84 (28,5)
	THA độ 3	10 (3,3)
HCCH	Có	142 (48,1)
	Không	153 (51,9)

Đa số QN ≥ 41 tuổi (88,2%); có hoạt động thể dục thể thao (56,9%); tuân thủ điều trị THA (70,8%); thể trạng thừa cân, béo phì độ 1 (83,0%); có chỉ số huyết áp tăng độ 1, 2 (81,4%). Có 142 QN (48,1%) mắc HCCH.

3.2. Các yếu tố cấu thành HCCH

- Có 3/5 yếu tố: 106/142 QN (74,7%).

- Có 4/5 yếu tố: 31/142 QN (21,8%).

- Có 5/5 yếu tố: 5/142 QN (3,5%).

Trong số 142 QN có HCCH, tỉ lệ chỉ có 3 yếu tố cấu thành HCCH chiếm đa số (74,7%).

3.3. Khảo sát một số yếu tố liên quan đến HCCH ở nam QN THA

Bảng 2. Liên quan giữa mức độ THA với HCCH

Mức độ THA	QN có HCCH (n = 142)	QN không có HCCH (n = 153)	p
Bình thường, bình thường cao	20 (44,4)	25 (55,6)	> 0,05
THA độ 1	67 (42,9)	89 (57,1)	< 0,05
THA độ 2	50 (59,5)	34 (40,5)	< 0,05
THA độ 3	5 (50,0)	5 (50,0)	> 0,05

Có mối liên quan giữa THA độ 1 và THA độ 2 với HCCH, với $p < 0,05$.

Bảng 3. Liên quan giữa thói quen sinh hoạt, tuân thủ điều trị THA với HCCH

Yếu tố khảo sát	QN có HCCH (n = 142)	QN không có HCCH (n = 153)	OR 95%	χ^2 , p
Hút thuốc lá	Có	86 (60,6)	2,25 (1,41-3,59)	11,04 $p < 0,05$
	Không	56 (39,4)		
Hoạt động thể dục, thể thao	Có	71 (50,0)	0,58 (0,36-0,92)	4,86 $p < 0,05$
	Không	71 (50,0)		
Tuân thủ điều trị THA	Có	105 (73,9)	1,34 (0,81-2,22)	1,0 $p > 0,05$
	Không	37 (26,1)		

Khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ mắc HCCH ở nhóm hút thuốc lá so với nhóm không hút; ở nhóm thể dục, thể thao thường xuyên so với nhóm không thể dục thể thao thường xuyên ($p < 0,05$).

Bảng 4. Liên quan giữa một số chỉ số cơ thể và chỉ số xét nghiệm sinh hóa máu với HCCH

Yếu tố khảo sát	QN có HCCH (n = 142)	QN không có HCCH (n = 153)	OR 95%	χ^2 , p
Vòng bụng	≥ 90 cm	116 (81,7)	19,08 (10,61-34,3)	113,48 $p < 0,01$
	< 90 cm	26 (18,3)		
Glucose	$\geq 6,1$ mmol/l	56 (39,4)	15,95 (6,60- 38,58)	53,84 $p < 0,01$
	< 6,1 mmol/l	86 (60,6)		
Triglyceride	$\geq 1,7$ mmol/l	135 (95,1)	30,73 (13,44-70,22)	101,95 $p < 0,01$
	< 1,7 mmol/l	7 (4,9)		
HDL-C	< 1 mmol/l	19 (13,4)	****	19,72 $p < 0,01$
	≥ 1 mmol/l	123 (86,6)		

Tỉ lệ QN có HCCH ở nhóm vòng bụng ≥ 90 cm cao hơn nhóm vòng bụng < 90 cm; nhóm glucose máu $\geq 6,1$ mmol/l cao hơn nhóm glucose máu < 6,1 mmol/l; nhóm Triglyceride $\geq 1,7$ mmol/l cao hơn nhóm Triglyceride < 1,7 mmol/l; nhóm HDL-C < 1 mmol/l cao hơn nhóm HDL-C ≥ 1 mmol/l.

4. BÀN LUẬN

Tuổi là một trong các yếu tố có liên quan đến một số bệnh lí tim mạch - chuyển hóa, trong đó có bệnh THA, đái tháo đường típ 2, HCCH, rối loạn chuyển hóa lipid... Trong nghiên cứu này, 50,2% QN ở nhóm tuổi trên 50. Đây là nhóm tuổi mắc nhiều bệnh lí mạn tính sau nhiều năm công tác trong môi trường lao động quân sự. Kết quả này có sự khác biệt so với nghiên cứu của Trần Thừa Nguyên [8] (chỉ 27% BN < 60 tuổi).

50,2% QN trong nghiên cứu này có hút thuốc lá. Hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ hàng đầu, làm

tăng nguy cơ mắc và tử vong do bệnh lí tim mạch. Các nguy cơ này tăng lên tỉ lệ thuận với khối lượng thuốc hút và thời gian hút thuốc.

Các thói quen trong sinh hoạt có vai trò quan trọng trong phòng ngừa các bệnh lí tim mạch - chuyển hóa. Chế độ ăn dư năng lượng kết hợp với thiếu vận động dễ dẫn đến thừa cân, béo phì. 83,0% QN trong nghiên cứu này có thừa cân - béo phì độ 1; cao hơn nghiên cứu của Lại Trung Tín [7] (34,1% BN). Sự khác biệt này có thể do tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu khác nhau nên chế độ ăn uống, sinh hoạt khác nhau. 56,9% QN trong nghiên cứu này có hoạt động thể dục, thể thao thường xuyên và 70,8% tuân thủ điều trị THA (tuy nhiên, chỉ 15,3% đạt được mục tiêu kiểm soát huyết áp - huyết áp ở mức bình thường hoặc bình thường cao). Đây là vấn đề cần được quan tâm trong tư vấn, chăm sóc và điều trị để đạt mục tiêu huyết áp, giảm biến chứng tim mạch của bệnh lí THA trên các QN.

Chúng tôi gặp 48,1% QN mắc HCCH; thấp hơn nghiên cứu của Trần Thừa Nguyên [7] (58,8%), Lại Trung Tín [8] (59,5%) và Senarathne R [9] (68%); song cao hơn nghiên cứu của Hoàng Trung Vinh [10] (41,2%). Sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là nam QN đang ở độ tuổi công tác (tuổi đời từ 20-60).

Tỉ lệ QN THA mắc HCCH có biểu hiện đủ 3, 4, 5 yếu tố cấu thành HCCH lần lượt là 74,7%; 21,8% và 3,5%. Kết quả này có sự khác biệt so với nghiên cứu của Lại Trung Tín [7] (lần lượt là 59,8%; 32,8% và 7,4%); Trần Thừa Nguyên [8] (lần lượt là 61,2%; 31,3% và 7,5%), Lê Kim Xuyên [11] (lần lượt là 57,6%; 26,7% và 15,7%). Điều này có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có tuổi đời thấp hơn các nghiên cứu trên nên có ít yếu tố cấu thành hơn.

Có sự liên quan giữa THA độ 1 và THA độ 2 với HCCH trên các QN nghiên cứu, sự liên quan có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỉ lệ HCCH ở nhóm hút thuốc lá cao hơn nhóm không hút thuốc, với $OR = 2,25$, $p < 0,05$; ở nhóm hoạt động thể dục thể thao thường xuyên thấp hơn nhóm không hoạt động, với $OR = 0,58$, $p < 0,05$. Việc tuân thủ điều trị THA không có ý nghĩa thống kê với khả năng mắc HCCH ($p > 0,05$).

HCCH được hình thành trên nền ba cơ chế bệnh sinh chủ yếu: béo phì, bất thường mô mỡ và đề kháng insulin. Béo phì góp phần gây tăng huyết áp, rối loạn lipid máu và tăng glucose máu, từ đó làm tăng nguy cơ bệnh tim mạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm có vòng bụng ≥ 90 cm có nguy cơ mắc HCCH cao gấp 19,08 lần nhóm vòng bụng < 90 cm ($p < 0,01$). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của Lại Trung Tín [7], Trần Thừa Nguyên [8] và Tadewos A [12].

Nhóm có glucose máu $\geq 6,1$ mmol/L thì có nguy cơ mắc HCCH cao hơn nhóm glucose máu $< 6,1$ mmol/L ($OR = 15,95$; $p < 0,01$). Nhóm có Triglyceride $\geq 1,7$ mmol/L thì có nguy cơ mắc HCCH cao hơn nhóm Triglyceride $< 1,7$ mmol/L ($OR = 30,73$; $p < 0,01$). Mức HDL-C liên quan có ý nghĩa thống kê với mắc HCCH ($p < 0,01$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lại Trung Tín [7], Trần Thừa Nguyên [8], Senarathne R [9].

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu tỉ lệ mắc hội chứng chuyển hóa và yếu tố liên quan ở nam quân nhân tăng huyết áp khám bệnh, điều trị tại Bệnh viện Quân y 17, chúng tôi thấy: có 48,1% mắc hội chứng chuyển hóa theo tiêu chuẩn NCEP-ATP III, trong đó, 74,7% có đủ 3 yếu tố cấu thành hội chứng này. Tỉ lệ mắc hội chứng chuyển hóa ở nhóm hút thuốc lá; ít hoạt động thể dục thể thao; vòng bụng ≥ 90 cm; glucose máu lúc đói $\geq 6,1$ mmol/L; Triglyceride máu $\geq 1,7$ mmol/L cao hơn nhóm còn lại.

Từ kết quả nghiên cứu này, chúng tôi cho rằng cần tiếp tục tăng cường truyền thông và thực hiện tốt công tác quản lí sức khỏe quân nhân, nhất là các quân nhân mắc tăng huyết áp để hạn chế thấp nhất các biến cố tim mạch, bảo vệ sức khỏe.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Saklayen M.G (2018), "The global epidemic of the metabolic syndrome", *Curr Hypertens Rep*, 2018; 20(2): p.12.
2. Alberti K.G, Zimmet P, Shaw J (2005), "The metabolic syndrome-a new worldwide definition", *Lancet*, 2005, 366: pp. 1059-1062.
3. Cameron A.J, Shaw J.E, Zimmet P.Z (2004), "The metabolic syndrome: prevalence in worldwide populations", *Endocrinol Metab Clin North Am*, 2004, 33:351-75.
4. WHO (2020), *Guidelines on physical activity*.
5. Morisky D.E, Ang A, Krousel-Wood M (2008), "Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting", *J Clin Hypertens* (Greenwich), 2008; 10: pp. 348-54.
6. Hội Tim mạch Việt nam (2008), *Khuyến cáo 2008 về các bệnh lí tim mạch và chuyển hóa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
7. Lại Trung Tín, Trần Quốc Luận, Nguyễn Thành Lộc (2020), "Nghiên cứu HCCH ở BN cao tuổi THA nguyên phát, khám bệnh ngoại trú tại Bệnh viện Tim mạch thành phố Cần Thơ năm 2020", *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, số 93, 2021, tr. 74-80.
8. Trần Thừa Nguyên, Trần Hữu Dàng và cộng sự (2014), "Đánh giá HCCH ở BN THA tại Bệnh viện Việt Nam - Cu Ba, Đồng Hới, Quảng Bình", *Tạp chí Thông tin khoa học và công nghệ Quảng Bình*, số 4/2014, tr. 34-37.
9. Senarathne R, Hettiaratchi U, Dissanayake N, Hafiz R, Zaleem S, Athiththan L (2021), *Metabolic syndrome in hypertensive and non-hypertensive subjects*.
10. Hoàng Trung Vinh, Quách Hữu Trung (2005) "Nghiên cứu HCCH ở BN THA", *Tạp chí Y học thực hành*, Kỷ yếu toàn văn các đề tài khoa học, tr. 427-431.
11. Lê Kim Xuyên (2009), *Nghiên cứu HCCH theo tiêu chuẩn NCEP-ATP III trên BN THA điều trị tại Bệnh viện Quân y 121*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa 2, Học viện Quân y.
12. Tadewos A, Egeno T & Amsalu A (2017), "Risk factors of metabolic syndrome among hypertensive patients at Hawassa University Comprehensive Specialized Hospital, Southern Ethiopia", *BMC Cardiovascular Disorders*, volume 17, p. 218. □