

ngiên cứu đa chiều hơn về đặc khí theo cảm nhận của người bệnh và đặc khí do bác sỹ châm cứu cảm nhận và ở cỡ mẫu lớn hơn. Đó là thiếu sót mà nghiên cứu này của chúng tôi chưa thực hiện được.

**4.2. Ảnh hưởng của đặc khí đến tác dụng giảm đau ngay sau châm.** Kiểm soát đau và hiệu quả của châm cứu là vấn đề đáng lưu tâm và còn nhiều tranh luận. Chúng tôi ghi nhận Vas trung bình trước châm là  $73,6 \pm 8,861\text{mm}$ , sau rút kim 10 phút, 20 phút, 30 phút lần lượt là  $70,31 \pm 8,347\text{mm}$ ,  $65,2 \pm 9,044\text{mm}$ ,  $60,71 \pm 9,107\text{mm}$ . Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,001$  chứng tỏ châm cứu có tác dụng giảm đau ngay sau châm ở những bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống. Vas trước nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Comachio J và cộng sự; tuy nhiên, nghiên cứu của Comachio J có Vas sau châm thấp hơn ( $3,7 \pm 2,7\text{cm}$ ) [2]. Sự khác biệt có thể do thời gian khảo sát này kéo dài 03 tháng và bệnh nhân được tiến hành nhiều đợt điều trị trong khi nghiên cứu của chúng tôi chỉ khảo sát tác dụng tức thì của châm cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận mối quan hệ giữa sự xuất hiện của từng thành phần cảm giác và tác dụng giảm đau, có thể do cỡ mẫu khảo sát nhỏ và chưa có sự khác biệt nhiều về số lượng giữa bệnh nhân có cảm giác và không có cảm giác. Có thể phát triển nghiên cứu cỡ mẫu lớn hơn và phân hai nhóm châm tạo đặc khí và châm không tạo cảm giác đặc khí.

## V. KẾT LUẬN

Đặc khí được coi là một thành phần quan trọng của châm cứu bao gồm sự kết hợp của nhiều cảm giác khác nhau. Châm cứu tạo được cảm giác đặc khí có tác dụng giảm đau ngay sau châm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dật Danh - bình giải, Tiến Thành - dịch** (2017), Hoàng đế nội kinh Linh khu, NXB Hồng Đức, Hà Nội, tr. 37-565.
2. **Comachio J., Oliveira C. C., Silva I. F. R., et al** (2020), "Effectiveness of Manual and Electrical Acupuncture for Chronic Non-specific Low Back Pain: A Randomized Controlled Trial", J Acupunct Meridian Stud, 13(3), pp. 87-93.
3. **Hawker G. A., Mian S., Kendzerska T., et al** (2011), "Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP)", Arthritis Care Res (Hoboken), 63 Suppl 11, pp. S240-52.
4. **Hui K. K., Sporko T. N., Vangel M. G., et al** (2011), "Perception of Deqi by Chinese and American acupuncturists: a pilot survey", Chin Med, 6(1), p. 2.
5. **Mao J. J., Farrar J. T., Armstrong K., et al** (2007), "De qi: Chinese acupuncture patients' experiences and beliefs regarding acupuncture needling sensation--an exploratory survey", Acupunct Med, 25(4), pp. 158-65. (N=200).
6. **White P., Bishop F., Hardy H., et al** (2008), "Southampton needle sensation questionnaire: development and validation of a measure to gauge acupuncture needle sensation", J Altern Complement Med, 14(4), pp. 373-9.
7. **WHO** (2019), WHO global report on traditional and complementary medicine.

## MỘT SỐ CHỈ SỐ NHÂN TRẮC DINH DƯỠNG VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN TỚI BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM CỦA NGƯỜI TỪ 25-64 TUỔI Ở TỈNH THÁI BÌNH

Phạm Thị Thương<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Đoá<sup>2</sup>, Phạm Thị Mai<sup>2</sup>,  
Nguyễn Thị Út Tâm<sup>2</sup>, Trần Thị Kim Cúc<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Cẩm Vân<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Mô hình bệnh không lây nhiễm đang có xu hướng gia tăng trên toàn thế giới. Có rất nhiều yếu tố nguy cơ liên quan đến bệnh không lây nhiễm mà chế độ dinh dưỡng không hợp lý và không hoạt động thể chất là những yếu tố hàng đầu. Nghiên cứu

này được thực hiện nhằm xác định một số chỉ số nhân trắc dinh dưỡng và yếu tố liên quan tới bệnh không lây nhiễm ở người từ 25-64 tuổi tại 2 xã/phường, tỉnh Thái Bình. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện với cỡ mẫu 400 người trưởng thành trong độ tuổi 25-64 sinh sống tại địa bàn nghiên cứu. **Kết quả:** Chiều cao trung bình của nam giới dao động quanh mức 164 cm và nữ là 159 cm. Tỷ lệ thừa cân béo phì của người trưởng thành trong độ tuổi 25-64 là 39,7%. Yếu tố liên quan tới bệnh không lây nhiễm là tình trạng thừa cân (OR=2,31; 95%CI=1,47-3,63). **Kết luận:** Tỷ lệ thừa cân của người trưởng thành trong độ tuổi 25-64 cao. Tình trạng thừa cân cũng là yếu tố liên đến bệnh không lây nhiễm trong nghiên cứu.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Bình

<sup>2</sup>Bệnh viện Vinmec Times City

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thương

Email: phamthithuong.2405@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 9.7.2024

Ngày duyệt bài: 9.8.2024

**Từ khóa:** Nhân trắc dinh dưỡng, bệnh không lây nhiễm, người từ 25-64 tuổi, Thái Bình.

## SUMMARY

### NUTRITIONAL DEMOGRAPHIC INDICATORS AND RISK FACTOR OF NON-COMMUNICABLE DISEASES OF PEOPLE AGED 25-64 YEARS OLD IN THAI BINH PROVINCE

**Background:** Non-communicable diseases are on the rise worldwide. There are many risk factors associated with non-communicable diseases, with improper nutrition and physical inactivity being the leading factors. This study was conducted to determine some nutritional anthropometric indicators and factors related to non-communicable diseases in people aged 25-64 years in 2 communes/wards, Thai Binh province. **Methods:** Cross-sectional research was conducted with a sample size of 400 adults aged 25-64 living in the study area. **Results:** The average height of men fluctuates around 164 cm and that of women is 159 cm. The rate of overweight and obesity among adults aged 25-64 is 39.7%. Factors related to non-communicable diseases are overweight (OR=2.31; 95%CI=1.47-3.63). **Conclusion:** The overweight rate among adults aged 25-64 is high. Overweight status is also a factor related to non-communicable diseases in the study. **Keywords:** Nutritional anthropometry, non-communicable diseases, people aged 25-64 years old, Thai Binh.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ mắc và tử vong do những bệnh không lây nhiễm (BKLN) đang có xu hướng gia tăng trên toàn thế giới. Theo Tổ chức Y tế thế giới, các bệnh không lây nhiễm chủ yếu hiện nay gồm có 4 nhóm bệnh chính: tim mạch, đái tháo đường, ung thư, và bệnh hô hấp mạn tính (hen phế quản và phổi tắc nghẽn mạn tính); trong đó đứng đầu là tỷ lệ mắc và tử vong do tim mạch, tiếp đến là các bệnh ung thư, đái tháo đường và bệnh đường hô hấp mạn tính [1]. Năm 2020, BKLN là nguyên nhân gây tử vong của 41 triệu người mỗi năm, chiếm tới 71% tổng số ca tử vong trên toàn thế giới. Có tới 15 triệu người chết vì các bệnh không lây nhiễm trong độ tuổi từ 30 đến 69; hơn 85% số ca tử vong này xảy ra ở các nước thu nhập thấp và trung bình. Các bệnh tim mạch chiếm phần lớn nguyên nhân tử vong (17,9 triệu người mỗi năm), tiếp theo là ung thư (9,0 triệu), bệnh hô hấp (3,9 triệu) và Đái tháo đường (1,6 triệu) [2]. Không hoạt động thể chất thường xuyên, chế độ dinh dưỡng không hợp lý là một trong số những nguy cơ chính của BKLN. Bằng chứng là những người không hoạt động thể chất có nguy cơ mắc BKLN cao hơn từ 20% - 30% so với những người thường xuyên hoạt động. Bên cạnh đó, các yếu tố như tuổi tác, tình trạng uống rượu, bia, thói quen hút thuốc lá... cũng là các yếu tố nguy cơ

của BKLN [3].

Chỉ số nhân trắc dinh dưỡng đóng vai trò quan trọng trong việc xác định các yếu tố liên quan đến BKLN bởi đây được xem là thang đánh giá tình trạng dinh dưỡng của mỗi cá thể trong cộng đồng. Một số nghiên cứu nhằm xác định mối liên quan giữa chỉ số nhân trắc dinh dưỡng và tình trạng BKLN cho thấy các chỉ số BMI, cân nặng trung bình hay tỷ số vòng eo/vòng mông ở nhóm đối tượng mắc bệnh cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối tượng không mắc bệnh, ở cả nam giới và nữ giới [4-6]. Tuy nhiên hiện nay, việc thường xuyên theo dõi chỉ số nhân trắc nhằm đánh giá tình trạng dinh dưỡng cũng như chăm sóc dinh dưỡng đúng cách vẫn chưa được quan tâm đúng mức.

Thái Bình tuy là một tỉnh thuần nông nhưng tỷ lệ bệnh người dân mắc các bệnh trong nhóm BKLN vẫn ở mức cao tương đương so với địa phương khác. Vì vậy, phòng chống BKLN trở thành một trong những ưu tiên hàng đầu của tỉnh. Đặt ra yêu cầu phải có hệ thống theo dõi thông tin, đánh giá xu hướng của BKLN, các yếu tố liên quan nhằm đưa ra các biện pháp can thiệp hiệu quả, kịp thời. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu: "*Một số chỉ số nhân trắc dinh dưỡng và yếu tố liên quan tới bệnh không lây nhiễm của người từ 25-64 tuổi ở hai xã/phường, tỉnh Thái Bình năm 2020*" với mục tiêu: *Xác định một số chỉ số nhân trắc dinh dưỡng và yếu tố liên quan tới bệnh không lây nhiễm ở người từ 25-64 tuổi trên địa bàn nghiên cứu.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu là người trưởng thành trong độ tuổi 25-64 sinh sống tại địa bàn nghiên cứu trong vòng ít nhất 12 tháng tính đến thời điểm nghiên cứu.

### **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Người trưởng thành 25-64 tuổi
- Sinh sống tại địa bàn nghiên cứu ít nhất 12 tháng tính đến thời điểm nghiên cứu
- Đồng ý tham gia nghiên cứu

### **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Người có dị tật
- Người mắc bệnh cấp tính tại thời điểm điều tra
- Người quá yếu, lẩn, điếc, không đủ khả năng trả lời câu hỏi
- Phụ nữ có thai và cho con bú trong vòng 12 tháng sau sinh.

### **2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 08/2020 đến tháng 06/2021.

Địa điểm nghiên cứu: Xã An Ninh huyện Tiền Hải

và phường Trần Hưng Đạo thành phố Thái Bình.

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

**2.3.1. Thiết kế nghiên cứu.** Thiết kế nghiên cứu mô tả qua cuộc điều tra cắt ngang có phân tích nhằm xác định một số chỉ số nhân trắc và một số yếu tố liên quan đến BKLN của đối tượng nghiên cứu.

**2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu.** Áp dụng công thức tính cỡ mẫu:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p \cdot (1-p)}{d^2}$$

*Trong đó:* n: Cỡ mẫu nghiên cứu

$\alpha$ : Mức ý nghĩa thống kê ( $\alpha = 0,05$ )

$Z_{(1-\alpha/2)}$ : Giá trị Z thu được tứng với giá trị  $\alpha$  ( $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ )

d: Khoảng sai lệch mong muốn giữa p thu được từ mẫu và từ quần thể (chọn  $d = 0,05$ ).

p: Tỷ lệ người trưởng thành 25-64 tuổi thừa cân. Theo kết quả điều tra thử,  $p = 0,4$ . Thay vào công thức tính được  $n = 369$  đối tượng. Trên thực tế, chúng tôi tiến hành thu thập số liệu và nghiên cứu trên 400 đối tượng.

**2.3.3. Phương pháp chọn mẫu nghiên cứu.** Chọn chủ đích thành phố Thái Bình và huyện Tiền Hải: Chọn ngẫu nhiên lấy 1 phường là phường Trần Hưng Đạo và 1 xã là xã An Ninh.

Tại mỗi xã/phường điều tra: việc chọn mẫu dựa trên danh sách nên mẫu là các đối tượng theo 4 nhóm tuổi (25-34 tuổi, 35 - 44 tuổi, 45-54 tuổi, 55-64 tuổi) và riêng biệt cho 2 giới nam và nữ. Cách chọn mẫu tại mỗi xã được tiến hành như sau:

Bước 1: Yêu cầu Nhân viên y tế xã An Ninh và phường Trần Hưng Đạo lập danh sách toàn bộ đối tượng từ 25 đến 64 tuổi.

Bước 2: Tại mỗi xã/phường lập danh sách các đối tượng trong độ tuổi 25-64, chia theo 4 nhóm tuổi và 2 giới tính (tổng cộng thành 8 nhóm). Chọn ngẫu nhiên mỗi nhóm 25 đối tượng x 8 nhóm (trung bình 200 đối tượng/ xã, phường x2 xã/phường = 400 đối tượng). Việc thay thế đối tượng không thuộc tiêu chí điều tra được thực hiện theo nguyên tắc chọn bổ sung ngẫu nhiên.

Trước khi tiến hành thu thập số liệu tại thực địa sẽ tiến hành điều tra thử tại 2 xã, phường trên 50 người dân (cả nam và nữ). Sau đó tiến hành chỉnh sửa một số từ ngữ cho dễ hiểu hơn thông qua tình hình điều tra thử.

Tập huấn cho điều tra viên nhằm cung cấp những kiến thức và các kỹ năng cơ bản cho cuộc điều tra. Trong quá trình tập huấn, học viên được các chuyên gia hướng dẫn trực tiếp và được thực hành sử dụng các dụng cụ, trang thiết bị theo yêu cầu của nghiên cứu.

### 2.4. Biến số nghiên cứu

- Nhóm biến số về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp, thu nhập bình quân hàng tháng

- Nhóm biến số về chỉ số nhân trắc học: Chiều cao, cân nặng, vòng eo, vòng mông.

- Nhóm biến số về một số thói quen ăn uống và hoạt động thể lực của đối tượng nghiên cứu.

**2.5. Phương pháp xử lý số liệu.** Số liệu sau khi điều tra được làm sạch, nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0 với các test thống kê y học

Các số liệu của biến liên tục được kiểm tra phân bố chuẩn trước khi phân tích. Nếu số liệu phân bố chuẩn sẽ sử dụng các test thống kê tham số: Test t, cho kiểm định sự khác nhau giữa 2 giá trị trung bình, test ANOVA (F test) cho kiểm định sự khác nhau giữa nhiều giá trị trung bình. Nếu số liệu không phân bố theo qui luật chuẩn sử dụng các test thống kê phi tham số: Sự khác nhau giữa 2 giá trị trung bình được kiểm định bằng test Mann- Whitney. So sánh giữa các tỷ lệ sử dụng test  $\chi^2$ , xác định yếu tố liên quan bằng tỷ suất chênh OR (với  $OR > 1$  và  $p < 0,05$ ).

**2.6. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đề cương của Trường Đại học Y Dược Thái Bình theo QĐ số 1583 ngày 10/09/2020. Tất cả các đối tượng tham gia đều được giải thích rõ ràng, cụ thể về mục đích, nội dung nghiên cứu. Đối tượng tự nguyện tham gia vào nghiên cứu và được quyền dừng ở bất kỳ thời điểm nào trong quá trình phỏng vấn.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.1. Một số đặc điểm chung của người từ 25 - 64 tuổi (n=400)**

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	198	49,5
	Nữ	202	50,5
Nhóm tuổi	Từ 25-34	96	24,0
	Từ 35-44	104	26,0
	Từ 45-54	101	25,2
	Từ 55-64	99	24,8
Trình độ học vấn	Từ tiểu học trở xuống	15	3,9
	THCS	114	28,5
	THPT	110	27,5
	Cao đẳng/đại học	143	35,7
	Sau đại học	18	4,4
Nơi cư trú	Thành thị	200	50,0
	Nông thôn	200	50,0
Mắc bệnh mạn tính	Có	106	26,5
	Không	294	73,5

Loại bệnh mạn tính hiện mắc	Tăng huyết áp	43	10,7
	Đái tháo đường	10	2,5
	Tăng cholesterol	50	12,5
	Tim mạch	37	9,3

**Nhận xét:** Tỷ lệ người từ 25 - 64 tuổi là nam giới tham gia nghiên cứu là 49,5% và nữ là 50,5%. Người từ 25 - 64 tuổi tham gia nghiên cứu có nhóm tuổi gần tương đồng nhau, dao động từ 24,0% tới 26,0%. Trình độ học vấn cao nhất ở

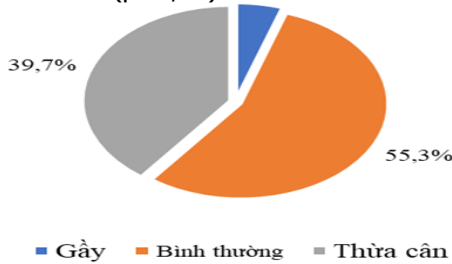
nhóm đối cao đẳng/đại học (chiếm 35,7%) và thấp nhất thuộc nhóm không đi học và chưa học hết tiểu học (chiếm 0,3%). Có 26,5% người từ 25 - 64 tuổi đang mắc ít nhất một bệnh mạn tính. Trong đó loại bệnh mạn tính hiện mắc nhiều nhất là tăng cholesterol với 12,5%.

**3.2. Một số chỉ số nhân trắc dinh dưỡng và yếu tố liên quan đến bệnh không lây nhiễm của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 3.2. Giá trị trung bình cân nặng, chiều cao của người từ 25-64 tuổi theo nhóm tuổi và địa bàn nghiên cứu**

		Cân nặng (kg)		Chiều cao (cm)	
		Nam (n=198) X̄ ± SD	Nữ (n=202) X̄ ± SD	Nam (n=198) X̄ ± SD	Nữ (n=202) X̄ ± SD
Nhóm tuổi	25-34	62,2 ± 11,3	51,7 ± 7,5	164,2 ± 9,1	159,7 ± 5,5
	35-44	61,3 ± 10,2	55,7 ± 8,7	164,3 ± 6,8	156,7 ± 5,7
	45-54	61,8 ± 8,9	54,5 ± 7,0	164,3 ± 5,7	155,4 ± 6,1
	55-64	59,1 ± 8,7	52,8 ± 7,1	162,7 ± 5,9	152,5 ± 6,1
	p	>0,05	<0,05	>0,05	<0,05
Nơi cư trú	Thành thị	63,0 ± 9,6	54,1 ± 7,7	164,7 ± 6,6	155,8 ± 5,8
	Nông thôn	59,2 ± 9,7	53,2 ± 7,7	163,1 ± 7,2	154,8 ± 6,3
	p	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05

**Nhận xét:** Cân nặng trung bình ở nam giới giảm dần qua các nhóm tuổi. Cân nặng của nam giới thành thị cao hơn nam giới nông thôn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Trong khi đó cân nặng trung bình của nữ giới cao nhất thuộc nhóm tuổi 35-44 với 55,7kg. Về chiều cao, không có sự khác biệt về chiều cao trung bình của nam giới ở các nhóm tuổi, tuy nhiên có sự khác biệt về chiều cao trung bình của nữ giới ở các nhóm tuổi (p<0,05)



**Biểu đồ 3.1. Phân loại tình trạng dinh dưỡng của người từ 25-64 tuổi (n=400)**

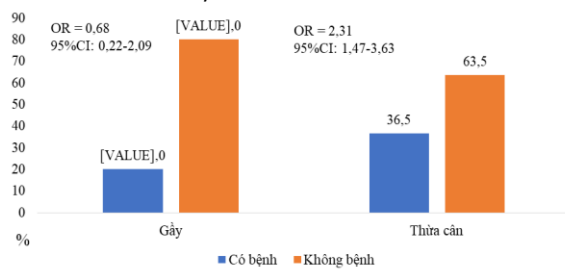
**Nhận xét:** Tỷ lệ người từ 25-64 tuổi thừa cân béo phì là 39,7%; gầy là 5,0% và bình thường là 55,3%.

**Bảng 3.3. Phân loại tình trạng dinh dưỡng của người từ 25-64 tuổi theo giới tính và nhóm tuổi**

Đặc điểm	Phân loại tình trạng dinh dưỡng					
	Gầy		Bình thường		TCBP	
	SL	%	SL	%	SL	%
Giới						
Nam (n=198)	11	5,6	99	50,0	88	44,4

Nhóm tuổi	Nữ (n=202)	Số người					
		9	4,5	122	60,4	71	35,1
20-34 (n=96)	10	10,4	54	56,3	32	33,3	
	35-44 (n=104)	4	3,8	60	57,7	40	38,5
	45-54 (n=101)	1	1,0	59	58,4	41	40,6
	55-64 (n=99)	5	5,1	48	48,5	46	46,5
<b>Tổng</b>	20	5,0	221	55,3	159	39,7	

**Nhận xét:** Tỷ lệ người từ 25-64 tuổi thừa cân béo phì ở 2 giới nam và nữ lần lượt là 44,4% và 35,1%. Tỷ lệ thừa cân béo phì cao nhất ở nhóm tuổi 55-64 với 46,5% và thấp nhất ở nhóm tuổi 20-34 với 33,3%.



**Biểu đồ 3.2. Mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng với tiền sử mắc bệnh mạn tính của người từ 25-64 tuổi**

**Nhận xét:** Có mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng với tiền sử mắc bệnh mạn tính của người từ 25-64 tuổi (OR=2,31; 95%CI=1,47-3,63). Nhóm người từ 25-64 tuổi thừa cân có

nguy cơ mắc bệnh mạn tính cao hơn nhóm không bị thừa cân.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Một số chỉ số nhân trắc dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu.** Chiều cao trung bình của nam giới trong nghiên cứu của chúng tôi ở 4 nhóm tuổi dao động quanh mức 164 cm và chiều cao của nữ dao động quanh mức 155 cm. Đây cũng là mức chiều cao tương đương với chiều cao trung bình của nam giới và nữ giới của Việt Nam (lần lượt là 164,5 cm và 154,4 cm). Người Việt Nam có chiều cao cơ thể ở mức trung bình của nhân loại. Theo nhóm tuổi, chiều cao có xu hướng giảm khi độ tuổi tăng lên. Đây là sự thay đổi sinh lý bình thường của cơ thể khi độ tuổi ngừng phát triển chiều cao ở cả nam và nữ đều là 20. Đối với nam giới dậy thì muộn có thể phát triển chiều cao đến năm 22 tuổi nhưng mức tăng rất chậm. Sau độ tuổi đó, chiều cao không tăng thêm cho đến khi già đi, mật độ xương suy giảm cùng nhiều yếu tố tác động khiến chiều cao có dấu hiệu giảm xuống.

Kết quả nghiên cứu cho thấy cân nặng trung bình của nam theo các nhóm tuổi dao động quanh mức 61 kg. Sự khác biệt có thể đến do cách lựa chọn đối tượng nghiên cứu khi nghiên cứu của Phạm Thị Bích Ngân thực hiện trên các đối tượng từ khắp ba miền Bắc, Trung, Nam với phổ tuổi từ 16-59. Ngoài sự khác biệt về cân nặng giữa 2 giới có thể giải thích bằng đặc điểm sinh lý về giới tính còn có sự khác biệt giữa cân nặng của 2 nhóm đối tượng thành thị và nông thôn. Mặc dù khoảng cách về kinh tế giữa nông thôn và thành thị đã được thu hẹp đáng kể trong những năm gần đây nhưng nhìn chung thực đơn các bữa ăn hàng ngày của người thành thị vẫn nhiều chất dinh dưỡng hơn, điều này một phần khiến thể trạng của người dân sống tại khu vực thành thị trội hơn nhưng cũng ẩn chứa nhiều nguy cơ dẫn đến thừa cân, béo phì.

Phân loại tình trạng dinh dưỡng theo BMI cho thấy, tỷ lệ đối tượng thừa cân béo phì chiếm tới 39,7%. Con số này tuy cao nhưng xét kỹ nó hoàn toàn phù hợp với điều kiện thực tiễn của Thái Bình nói chung và xã An Ninh cũng như phường Trần Hưng Đạo nói riêng khi các khu công nghiệp lớn ngày càng xuất hiện nhiều, tạo công ăn việc làm cho người dân địa phương qua đó cải thiện tình hình kinh tế, gián tiếp cải thiện chất lượng dinh dưỡng trong mỗi bữa ăn của các hộ gia đình, hơn thế, người dân chưa được tiếp xúc nhiều với kiến thức về dinh dưỡng an toàn và lành mạnh khiến tỷ lệ thừa cân, béo phì tăng cao.

#### 4.2. Một số yếu tố liên quan đến bệnh

#### không lây nhiễm của đối tượng nghiên cứu.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra mối liên quan giữa tình trạng thừa cân với tiền sử mắc bệnh mạn tính của người từ 25-64 tuổi tham gia nghiên cứu. Cụ thể, những đối tượng thừa cân có nguy cơ mắc bệnh mạn tính cao hơn so với những đối tượng không bị thừa cân (OR=2,31; 95%CI: 1,47-3,63). Lượng chất béo dư thừa trong cơ thể những người bị thừa cân sẽ góp phần làm gia tăng hàm lượng cholesterol xấu (LDL cholesterol) và giảm hàm lượng cholesterol tốt (HDL cholesterol) trong máu dẫn đến tăng nguy cơ máu nhiễm mỡ. Lượng cholesterol cao và lắng đọng ở thành mạch chính là một trong những nguyên nhân hàng đầu của các bệnh lý liên quan đến tim mạch và nhiều BKN khác.

#### V. KẾT LUẬN

Chiều cao trung bình của người từ 25-64 tuổi ở cả 2 giới nam và nữ tương đương với chiều cao trung bình của người Việt Nam. Tuy nhiên, cân nặng trung bình ở 2 giới cao hơn so với cân nặng trung bình của người Việt Nam. Tỷ lệ thừa cân béo phì ở người từ 25-64 tuổi là 39,7%. Trong đó, tỷ lệ thừa cân ở nam cao hơn nữ và thành thị cao hơn nông thôn. Tình trạng thừa cân là yếu tố liên quan đến tiền sử bệnh không lây nhiễm của người từ 25-64 tuổi.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GBD** (2016), "Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015", *Lancet*, 388(10053), pp. 1659-1724.
2. **Riaz B. K., M. Z. Islam, Anms Islam, et al.** (2020), "Risk factors for non-communicable diseases in Bangladesh: findings of the population-based cross-sectional national survey 2018", *BMJ Open*, 10(11), pp. e041334.
3. **Haileamlak A.** (2019), "Physical Inactivity: The Major Risk Factor for Non-Communicable Diseases", *Ethiop J Health Sci*, 29(1), pp. 810.
4. **Nguyễn Thiện Tuấn** (2015), Nhận định một số yếu tố nguy cơ đái tháo đường tuýp 2 chưa được chẩn đoán, Đề tài nghiên cứu khoa học cơ sở, Bệnh viện An Giang.
5. **Nguyễn Nhật Cảm** (2016), "Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan đến tình trạng thiếu năng lượng trường diễn, thừa cân-béo phì ở người trưởng thành tại thành phố Hà Nội, năm 2016", *Tạp chí Y học dự phòng*, 27(6), tr. 207-214.
6. **Nguyễn Thị Thanh Mai** (2020), Thừa cân - béo phì và một số yếu tố liên quan ở người trưởng thành tại 2 xã, phường thành phố Pleiku, tỉnh Gia Lai, Luận văn Thạc sỹ Dinh dưỡng, Đại học Y Dược Huế.
7. **Đoàn Phước Thuộc** (2019), "Nghiên cứu thực trạng nhận biết một số bệnh không lây nhiễm và hành vi điều trị, dự phòng ở người dân tỉnh Thừa

- Thiên Huế", Tạp chí Y Dược học - Đại học Y Dược Huế, 9(1), tr. 80-86.
8. **Lưu Minh Châu, Đinh Văn Tài and Nguyễn Thị Quỳnh Nga** (2017), "Nghiên cứu thực trạng một số bệnh không lây nhiễm tại ba huyện thuộc tỉnh Hưng Yên năm 2017", Tạp chí Y học cộng đồng, 2(49), tr. 24-29.
9. **Phạm Thế Xuyên** (2019), Thực trạng tăng huyết

- áp ở người dân từ 25-64 tuổi tại huyện Điện Biên, tỉnh Điện Biên và chi phí - hiệu quả của biện pháp can thiệp, Luận án Tiến sỹ Y tế công cộng, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương.
10. **Hoàng Đức Thuận Anh** (2013), "Nghiên cứu tình hình tăng huyết áp của người cao tuổi tại huyện Hương Thủy, Thừa Thiên Huế", Tạp chí Y học thực hành, 876(7), tr. 135-138.

## HIỆU QUẢ CỦA CILOSTAZOL TRONG ĐIỀU TRỊ ĐAU CÁCH HỒI Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 CÓ BỆNH ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI

Nguyễn Kiên Cường<sup>1,2</sup>, Ngô Văn truyền<sup>1</sup>, Ngô Đại Dương<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh động mạch chi dưới thường biểu hiện đặc trưng là đau cách hồi. Mặc dù những lợi ích của cilostazol trong điều trị đau cách hồi ở chân đã được chứng minh, nhưng tình hình nghiên cứu vấn đề này vẫn còn khan hiếm tại Việt Nam. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả của cilostazol trong điều trị đau cách hồi ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh động mạch chi dưới. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 35 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 được chẩn đoán bệnh động mạch chi dưới và điều trị bằng cilostazol tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bạc Liêu từ tháng 06/2023 đến 04/2024. **Kết quả:** Các bệnh nhân có độ tuổi trung bình là 65,2 ± 7,4 tuổi, trong đó đa số ≥ 60 tuổi (77,1%), tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ bằng nhau, béo bụng gặp phải ở 82,9% đối tượng, phần lớn bệnh nhân có tăng huyết áp và hút thuốc lá. Đa số bệnh nhân có phân loại Fontaine II, III. Về kết quả của nghiệm pháp đi bộ 6 phút, ghi nhận quãng đường đi bộ không đau và quãng đường tối đa đi được ở nữ giới và nhóm ≥ 60 tuổi thấp hơn đáng kể so với nam giới và nhóm < 60 tuổi với p = 0,001, không ghi nhận sự khác biệt về chỉ số huyết áp cổ chân - cánh tay (ABI) theo giới và nhóm tuổi. Kết quả điều trị cilostazol ghi nhận có sự cải thiện đáng kể về triệu chứng cơ năng chủ quan của bệnh nhân, chỉ số ABI, quãng đường đi được và phân loại Fontaine. Phần lớn bệnh nhân (71,4%) không có tác dụng phụ của thuốc và đa số bệnh nhân sử dụng thuốc đầy đủ trong 3 tháng (80,0%). **Kết luận:** Kết quả điều trị cilostazol sau 3 tháng, ghi nhận có sự cải thiện đáng kể về triệu chứng cơ năng chủ quan của bệnh nhân, ABI, quãng đường đi được trong nghiệm pháp đi bộ 6 phút và phân loại Fontaine.

**Từ khóa:** Đái tháo đường típ 2, bệnh động mạch chi dưới, đau cách hồi, cilostazol.

### SUMMARY

#### THE EFFICACY OF CILOSTAZOL IN

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bạc Liêu

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Kiên Cường

Email: nguencuongblu1981@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 9.7.2024

Ngày duyệt bài: 6.8.2024

### TREATING CLAUDICATION IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AND LOWER EXTREMITY ARTERIAL DISEASE

**Background:** Patients with type 2 diabetes who suffer from lower extremity peripheral artery disease often experience claudication as a characteristic symptom. Although the benefits of cilostazol in treating intermittent claudication have been proven, research on this issue is still scarce in Vietnam. **Objectives:** To evaluate the effectiveness of cilostazol in treating claudication in patients with type 2 diabetes and lower extremity peripheral artery disease. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study conducted on 35 patients with type 2 diabetes who diagnosed lower extremity peripheral artery disease and treated with cilostazol at Bac Lieu General Hospital from June 2023 to April 2024. **Results:** The patients had a mean age of 65.2 ± 7.4 years, with the majority aged ≥ 60 years (77.1%), and the male-to-female ratio was roughly equal. Abdominal obesity was present in 82.9% of the subjects, hypertension and smoking account for the majority of patients. Most patients were classified as Fontaine II or III. In the results of the 6-minute walk test, the pain-free walking distance and the maximum walking distance were significantly lower in females and the ≥ 60 age group compared to males and the < 60 age group, with p = 0.001. No significant differences were noted in the ABI across genders and age groups. Treatment outcomes with cilostazol demonstrated significant improvements in subjective functional symptoms of the patients, ABI, walking distance during 6-minute walk test, and Fontaine classification. The majority of patients (71.4%) experienced no drug side effects, and most adhered to the medication for the full 3 months (80.0%). **Conclusion:** After 3 months of cilostazol treatment, there was significant improvement in the patients' subjective functional symptoms, ABI, walking distance, and Fontaine classification.

**Keywords:** Type 2 diabetes, lower extremity peripheral artery disease, claudication, cilostazol.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của Liên Đoàn Đái tháo đường Thế giới năm 2017 tại Việt Nam có tới 3,53 triệu người đang chung sống với bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) và con số này được dự báo sẽ