

dẫn của Bộ Y tế là vaccine Viêm gan B và vaccine phòng bệnh Lao. Nguyên nhân một phần có thể là do nhân viên y tế chưa giải thích rõ ràng và đầy đủ.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bà mẹ trả lời đúng về kiến thức chăm sóc hậu sản cho bản thân là 72,41%

Tỷ lệ bà mẹ trả lời đúng về kiến thức chăm sóc hậu sản cho trẻ sơ sinh là 50,57%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tổ chức Y tế thế giới (WHO).** Brief-postnatal-care-for-mothers-and-newborns-highlights-from-the-who-2013-guidelines.pdf. Accessed November 26, 2024. <https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/nbh/brief-postnatal-care-for-mothers-and-newborns-highlights-from-the-who-2013-guidelines.pdf>
2. **Viện chiến lược và chính sách.** Điều Tra Tử Vong ở Mẹ, Tử Vong ở Trẻ Sơ Sinh ở Việt Nam Giai Đoạn 2006-2007; 2011.
3. **Đoàn Huỳnh Tuấn Tú, Lại Văn Nông.** Khảo sát kiến thức, thái độ, thực hành nuôi con bằng sữa mẹ của các bà mẹ có con dưới 6 tháng tuổi và một số yếu tố liên quan tại thành phố Long Khánh, tỉnh Đồng Nai năm 2022-2023. *Tạp Chí Y Dược Học Cần Thơ*. 2023;(66):149-156. doi:10.58490/ctump.2023i66.1390
4. **Nguyễn Thị Liên.** Kiến thức về nhiễm khuẩn sau

sinh của sản phụ tại khoa sản bệnh viện phụ sản tỉnh Nam Định năm 2022. *Tạp Chí Y Học Việt Nam*. 2024; 539(3): 252-255. doi:10.51298/vmj.v539i3.10110

5. **Vũ Thị Thu Hà.** Kiến thức về chăm sóc sức khỏe bà mẹ sau sinh và trẻ sơ sinh của các sản phụ tại khoa điều trị tự nguyện, bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2015.
6. **Đinh Thị Ngọc Lệ.** Kiến thức, hành vi về chăm sóc hậu sản của các bà mẹ dân tộc thiểu số tại Huyện KRÔNG NĂNG, Tỉnh ĐẮK LẮK.
7. **Hồ Hoàng Thu Phương, Lưu Tuyết Minh, Nguyễn Bích Hạnh, Nguyễn Thị Hồng, Vũ Thị Thu Thảo.** Đánh giá kiến thức về thời kỳ hậu sản và chăm sóc hậu sản của bà mẹ sinh tại khoa Sản bệnh viện Vinmec 2021. *Tạp Chí Y Học Việt Nam*. 2021; 504(2): 72-75. doi:10.51298/vmj.v504i2. 908
8. **Bùi Minh Tiên.** Một số yếu tố liên quan đến kiến thức chăm sóc sau sinh của bà mẹ sinh con lần đầu sinh tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình. *Tạp Chí Y Học Việt Nam*. 2021;500(2): 222-224. doi:10.51298/vmj.v500i2.397
9. **Lê Minh Thi.** Tập quán chăm sóc sáu sinh của phụ nữ và các yếu tố văn hóa-xã hội liên quan tại huyện Ân Thi, Hưng Yên. Published online 2006.
10. **Beraki GG, Tesfamariam EH, Gebremichael A, et al.** Knowledge on postnatal care among postpartum mothers during discharge in maternity hospitals in Asmara: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):17. doi:10.1186/s12884-019-2694-8

MỐI LIÊN QUAN GIỮA CHỈ SỐ VÒNG EO/VÒNG HÔNG VÀ NGUY CƠ BỆNH TIM MẠCH DO XƠ VỮA

Nguyễn Thành Dũng¹, Nguyễn Thúy Quyên¹, Phạm Minh Hào¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chỉ số vòng eo/vòng hông (WHR) đã được chứng minh có mối liên quan với nguy cơ tim mạch, vượt trội hơn so với chỉ số khối cơ thể (BMI). Tuy nhiên, tại Việt Nam, số lượng nghiên cứu về mối liên quan giữa WHR và nguy cơ ASCVD còn hạn chế. **Mục tiêu:** Xác định mối liên quan giữa chỉ số vòng eo/vòng hông và nguy cơ bệnh tim mạch do xơ vữa ở bệnh nhân đến khám sức khỏe định kỳ tại Bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 70 bệnh nhân đến khám sức khỏe định kỳ tại Khoa Khám - Bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 06/2024 đến tháng 12/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình $56,24 \pm 11,5$. WHR có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm nguy cơ ASCVD ($p < 0,001$), với giá trị WHR trung bình tăng dần từ nhóm

nguy cơ thấp ($<5\%$): $0,89 \pm 0,04$ đến nhóm nguy cơ cao ($>20\%$): $0,96 \pm 0,07$. Ngoài WHR, tuổi cũng có mối liên quan với nguy cơ ASCVD, trong khi BMI không có sự khác biệt giữa các nhóm ($p = 0,375$).

Kết luận: Chỉ số vòng eo/vòng hông có thể là một công cụ bổ trợ hữu ích cho BMI trong đánh giá nguy cơ bệnh tim mạch do xơ vữa. **Từ khóa:** Vòng eo/vòng hông, nguy cơ bệnh tim mạch do xơ vữa, ASCVD.

SUMMARY

ASSOCIATION BETWEEN WAIST/HIP INDEX AND RISK OF CARDIOVASCULAR DISEASES DUE TO ATHEROSCLEROSIS

Introduction: Atherosclerotic cardiovascular disease (ASCVD) is the leading cause of mortality worldwide and is rapidly increasing in prevalence in Vietnam. Early identification of predictive risk factors for ASCVD is crucial for optimizing preventive strategies. The waist-to-hip ratio (WHR) has been demonstrated to have a strong correlation with cardiovascular risk, outperforming body mass index (BMI) in predictive value. However, in Vietnam, research on the association between WHR and ASCVD risk remains limited. **Objective:** To evaluate the association between the waist-to-hip ratio and the risk

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Dũng

Email: bs.nguyenthanchdung@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2025

Ngày duyệt bài: 20.5.2025

of atherosclerotic cardiovascular disease in patients undergoing routine health check-ups at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital.

Methods: A cross-sectional analytical study was conducted on 70 patients undergoing routine health examinations at the Outpatient Department of Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital from June 2024 to December 2024. **Results:** The mean age was 56.24 ± 11.5 years. WHR showed a statistically significant difference among ASCVD risk groups ($p < 0.001$), with the mean WHR increasing progressively from the low-risk group ($<5\%$): 0.89 ± 0.04 to the high-risk group ($>20\%$): 0.96 ± 0.07 . In addition to WHR, age was also associated with ASCVD risk, whereas BMI showed no significant difference among the groups ($p = 0.375$). **Conclusion:** The waist-to-hip ratio may serve as a useful complementary tool to BMI in assessing the risk of atherosclerotic cardiovascular disease.

Keywords: Waist-to-hip ratio, atherosclerotic cardiovascular disease risk, ASCVD.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim mạch do xơ vữa bao gồm hội chứng mạch vành cấp, nhồi máu cơ tim, đau thắt ngực (cả ổn định và không ổn định), các biến cố liên quan đến mạch máu não như đột quỵ và cơn thiếu máu cục bộ thoáng qua, cũng như bệnh động mạch ngoại biên. Đây là những hậu quả điển hình của quá trình xơ vữa động mạch, gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), các bệnh lý tim mạch chiếm khoảng 32% tổng số trường hợp tử vong trên toàn cầu, trong đó phần lớn liên quan đến xơ vữa động mạch và các biến chứng tim mạch như nhồi máu cơ tim, đột quỵ và suy tim. Tại Việt Nam, gánh nặng bệnh tim mạch ngày càng gia tăng do sự thay đổi lối sống, gia tăng tỷ lệ béo phì, rối loạn chuyển hóa và ít vận động. Chính vì vậy, việc nhận diện sớm các yếu tố nguy cơ có giá trị tiên đoán bệnh tim mạch do xơ vữa là một vấn đề cấp thiết, giúp tối ưu hóa chiến lược phòng ngừa và điều trị.

Béo phì, đặc biệt là béo phì trung tâm, từ lâu đã được chứng minh là một yếu tố nguy cơ quan trọng của bệnh tim mạch do xơ vữa. Tuy nhiên, thước đo béo phì phổ biến hiện nay là BMI bộc lộ một số hạn chế trong đánh giá nguy cơ tim mạch do không phản ánh chính xác sự phân bố mỡ trong cơ thể [9]. Thật vậy, trong một số trường hợp BMI có thể đánh giá sai về tình trạng béo phì như những vận động viên có nhiều cơ bắp hoặc bệnh nhân bị phù nề khi đánh giá bằng BMI kết quả của họ có thể là thừa cân hoặc béo phì, mặc dù thực tế họ không có lượng mỡ thừa nhiều. Ngược lại, ở những người bị thiếu cơ, dù có lượng mỡ cao nhưng ít khối cơ, có thể bị BMI

đánh giá là có cân nặng bình thường, trong khi thực tế họ vẫn có nguy cơ sức khỏe liên quan đến béo phì [7]. Trong khi đó, chỉ số vòng eo/vòng hông (Waist-to-Hip Ratio - WHR) nổi lên như là một thước đo đáng tin cậy hơn trong đánh giá béo phì nội tạng – yếu tố có mối liên quan với rối loạn chuyển hóa và xơ vữa động mạch. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã ghi nhận WHR có giá trị tiên đoán nguy cơ bệnh tim mạch cao hơn BMI, đặc biệt trong phân tầng nguy cơ ASCVD ở các nhóm đối tượng khác nhau [2], [3].

Mặc dù WHR đã được chứng minh là một công cụ khá tốt, tuy nhiên tại Việt Nam số lượng nghiên cứu về mối liên quan giữa WHR và nguy cơ bệnh tim mạch do xơ vữa còn hạn chế. Bên cạnh đó, việc xác định vai trò của WHR trong phân tầng nguy cơ bệnh tim mạch do xơ vữa có ý nghĩa quan trọng trong thực hành lâm sàng, giúp xác định những trường hợp có nguy cơ cao nhằm có phương án can thiệp kịp thời, giúp cải thiện chất lượng cuộc sống và giảm gánh nặng bệnh tật trên những bệnh nhân này. Xuất phát từ những vấn đề trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá mối liên quan giữa WHR với nguy cơ bệnh tim mạch do xơ vữa, từ đó góp phần cung cấp thêm bằng chứng khoa học về giá trị tiên đoán của WHR trong sàng lọc và dự phòng bệnh tim mạch do xơ vữa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân đến khám sức khỏe định kỳ tại Khoa Khám - Bệnh viện Đại học Y dược Cần Thơ từ tháng 06/2024 đến tháng 12/2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu. Bệnh nhân đến khám sức khỏe định kỳ tại Bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ trong thời gian nghiên cứu.

Có hồ sơ lâm sàng đầy đủ và các xét nghiệm cần thiết để đánh giá nguy cơ bệnh tim mạch do xơ vữa theo tiêu chuẩn định nghĩa ASCVD.

Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, không phân biệt giới tính.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật hoặc dị tật ảnh hưởng đến hình thái vòng eo hoặc vòng hông.

Phụ nữ mang thai hoặc trong giai đoạn hậu sản dưới 6 tháng.

Bệnh nhân mắc các bệnh lý có ảnh hưởng cấp tính đến trọng lượng cơ thể.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện thỏa tiêu

chuẩn chọn và không nằm trong tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu. Thực tế, chúng tôi đã chọn được 70 đối tượng nghiên cứu phù hợp.

Nội dung nghiên cứu. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi (<40 tuổi, 40-59 tuổi, ≥60 tuổi), giới tính (nam/nữ), nghề nghiệp (Già hưu trí, lao động trí óc, lao động chân tay), BMI (<18,5 kg/m², 18,5-22,9 kg/m², 23-24,9 kg/m², ≥25 kg/m²).

BMI được tính bằng cách sử dụng công thức cân nặng (kg)/chiều cao (m²).

Bảng 2.1. Bảng đánh giá chỉ số BMI theo chuẩn WHO dành cho người Châu Á [8]

BMI (kg/m ²)	Phân loại
<18,5	Gầy
18,5-22,9	Bình thường
23-24,9	Thừa cân
≥ 25	Béo phì

Vòng eo và vòng hông được đo bằng thước dây không co giãn trong điều kiện bệnh nhân đứng thẳng, thư giãn. Vị trí đo vòng eo được xác định tại điểm giữa của bờ sườn dưới và mào chậu trên mặt phẳng ngang, đảm bảo sự nhất quán và độ chính xác cao. Vòng hông được đo tại vị trí rộng nhất của vùng mông trên mặt phẳng ngang. Chỉ số vòng eo/vòng hông (WHR) được tính bằng cách chia vòng eo cho vòng hông.

Điểm rủi ro ASCVD được tính toán bằng công cụ ACC ASCVD Risk Estimator, có sẵn trên trang web của ACC (https://tools.acc.org/ldl/ascvd_risk_estimator/index.html#!/calculate/estimator/). Công cụ này bao gồm một số biến số cụ thể của bệnh nhân như: Tuổi, giới tính, huyết áp tâm thu, tình trạng hút thuốc, tổng lượng cholesterol, cholesterol HDL và sự hiện diện của bệnh tiểu đường, để ước tính khả năng xảy ra một biến cố tim mạch lớn trong 10 năm tới [1]. Sau khi xác định điểm nguy cơ ASCVD cho từng bệnh nhân, họ được phân thành ba nhóm dựa trên nguy cơ mắc ASCVD trong vòng 10 năm [14]:

Nhóm nguy cơ thấp: Điểm ASCVD từ 0–4,9%.

Nhóm nguy cơ trung bình: Điểm ASCVD từ 5%–20%.

Nhóm nguy cơ cao: Điểm ASCVD > 20%.

Phân tích dữ liệu: Số liệu được phân tích

Bảng 3.2. So sánh các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng giữa các nhóm nguy cơ ASCVD

Biến số		Tổng số bệnh nhân	Điểm nguy cơ ASCVD			P-value
			<5%	5-20%	>20%	
Tuổi	Trung bình (Độ lệch chuẩn)	56,24(11,5)	47,84(9,26)	60,9(8,08)	65,28(7,41)	<0,001
WHR	Trung bình (Độ lệch chuẩn)	0,92(0,06)	0,89(0,04)	0,92(0,05)	0,96(0,07)	<0,001
BMI	Trung bình (Độ lệch chuẩn)	23,94(2,1)	23,7(2,24)	24,5(2,1)	23,7(1,85)	0,375

Chú ý: So sánh sự khác biệt theo kiểm định One-Way Anova. Mức ý nghĩa thống kê: $p < 0,05$

Nhận xét: Kết quả phân tích của chúng tôi

bằng phần mềm SPSS 26.0. Biểu định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. Kiểm tra phân phối chuẩn hay không chuẩn sử dụng kiểm định Kolmogorov-Smirnov. Biểu định lượng được thể hiện bằng trung bình và độ lệch chuẩn (nếu phân phối chuẩn) hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị (nếu phân phối không chuẩn). So sánh hai hay nhiều tỷ lệ, dùng kiểm định Chi bình phương (tần số kỳ vọng ≥ 5) hoặc kiểm định chính xác Fisher (tần số kỳ vọng < 5). Kiểm định sự khác biệt giữa chỉ số WHR và nhóm nguy cơ ASCVD sử dụng kiểm định One-Way ANOVA. Mức ý nghĩa thống kê: $p < 0,05$.

2.3. Vấn đề y đức. Nghiên cứu được chấp thuận thực hiện bởi Hội đồng đạo đức nghiên cứu y sinh Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 70 bệnh nhân đến khám sức khỏe định kỳ tại Bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ thu thập được một số kết quả sau:

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 40 tuổi	7	10,0
	40-59 tuổi	38	54,3
	≥ 60 tuổi	25	35,7
	TB ± ĐLC	56,2 ± 11,5	
Giới tính	Nam	32	45,7
	Nữ	38	54,3
Nghề nghiệp	Già, hưu trí	22	31,4
	Lao động trí óc	21	30,0
	Lao động chân tay	27	38,6
BMI	< 18,5	2	2,9
	18,5-22,9	17	24,3
	23-24,9	25	35,7
	≥ 25	26	37,1

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 56,24±11,5 tuổi và đa phần bệnh nhân thuộc nhóm từ 40 trở lên. Tỷ lệ nam/nữ ≈ 1/1. Lao động chân tay chiếm phần lớn trong số đối tượng nghiên cứu với 38,6%. BMI thuộc nhóm thừa cân và béo phì chiếm hơn 2/3 đối tượng nghiên cứu.

cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm nguy cơ ASCVD về WHR và tuổi. WHR có xu hướng tăng dần từ nhóm nguy cơ thấp

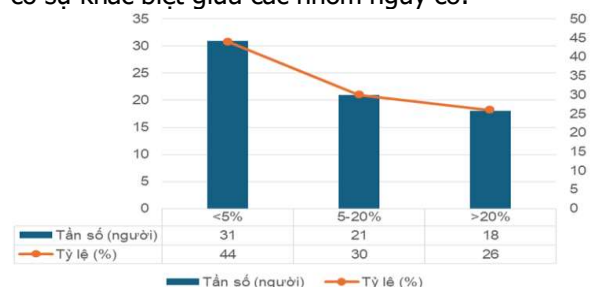
đến nhóm nguy cơ cao. Tương tự, Tuổi trung bình cũng tăng dần từ nhóm nguy cơ thấp ($47,84 \pm 9,26$) đến nhóm nguy cơ cao ($65,28 \pm 7,41$). Ngược lại, BMI không có sự khác biệt giữa các nhóm ($p = 0,375$).

Bảng 3.3. So sánh các đặc điểm lối sống và bệnh lý nền giữa các nhóm nguy cơ ASCVD

Nhóm nguy cơ ASCVD				
Biến số	<5% N=31	5-20% N=21	>20% N=18	P- value
	n %	n %	n %	
Giới tính				
Nam	10 (32,3)	9 (42,9)	13 (72,2)	0,024a
Nữ	21 (67,7)	12 (57,1)	5 (27,8)	
Hút thuốc lá				
Có	3 (9,7)	4 (19)	8 (44,4)	0,023b
Không	28 (90,3)	17 (81)	10 (55,6)	
Lạm dụng rượu bia				
Có	3 (9,7)	4 (19)	2 (11,1)	0,66b
Không	28 (90,3)	17 (81)	16 (88,9)	
Đái tháo đường				
Có	1 (3,2)	2 (9,5)	14 (77,8)	<0,01a
Không	30 (96,8)	19 (90,5)	4 (22,2)	
Tăng huyết áp				
Có	7 (22,6)	6 (28,6)	10 (55,6)	0,057 ^a
Không	24 (77,4)	15 (71,4)	8 (44,4)	
Ít vận động thể lực				
Có	8 (25,8)	10 (47,6)	8 (44,4)	0,213b
Không	23 (74,2)	11 (52,4)	10 (55,6)	

Chú ý: So sánh sự khác biệt được thực hiện theo ^a kiểm định Pearson Chi-Square test hoặc ^b kiểm định Fisher's Exact Test. Mức ý nghĩa thống kê: $p < 0,05$

Nhận xét: Kết quả phân tích cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm nguy cơ ASCVD về giới tính ($p = 0,024$), hút thuốc lá ($p = 0,023$) và đái tháo đường ($p < 0,01$). Tỷ lệ nam giới ở nhóm nguy cơ cao ưu thế hơn so với nữ. Hút thuốc lá phổ biến hơn ở nhóm nguy cơ cao chiếm 44,4%. Tỷ lệ đái tháo đường cũng cao hơn ở nhóm nguy cơ >20% (77,8%) so với nhóm <5% (3,2%). Ngược lại, lạm dụng rượu bia, tăng huyết áp và ít vận động thể lực không có sự khác biệt giữa các nhóm nguy cơ.



Biểu đồ 1. Tần suất và tỷ lệ bệnh nhân theo

nhóm nguy cơ ASCVD

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có đến 26% bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ ASCVD cao.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 70 bệnh nhân đến khám sức khỏe định kỳ tại Bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ ghi nhận BMI thuộc nhóm thừa cân và béo phì chiếm hơn 2/3 đối tượng nghiên cứu với độ tuổi trung bình là $56,24 \pm 11,5$. Kết quả phân tích cho thấy WHR có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm nguy cơ ASCVD, WHR có xu hướng tăng dần và tỉ lệ thuận với mức độ nguy cơ tim mạch: nhóm <5% có WHR trung bình $0,89 \pm 0,04$, nhóm 5-20% là $0,92 \pm 0,05$, và nhóm >20% đạt $0,96 \pm 0,07$.

Đánh giá về sự khác biệt giới tính trong mối liên quan giữa WHR và nguy cơ tim mạch, chúng tôi ghi nhận WHR cao có liên quan nhiều hơn đến nguy cơ ASCVD ở nam giới, ngược lại ở nữ giới thì mối liên quan này chưa thực sự rõ ràng. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Umara và cộng sự, trong đó WHR cao ở nam giới có liên quan đến nguy cơ bệnh tim mạch, trong khi ở nữ giới thì yếu tố này có thể chưa phải là chỉ số đánh giá nguy cơ chính xác nhất. Giải thích cho sự khác biệt này, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng mỡ nội tạng ở nam giới có hoạt tính chuyển hóa cao hơn, góp phần vào quá trình viêm mạn tính, rối loạn lipid máu và xơ vữa động mạch [6]. Ở nữ giới, WHR có thể không phản ánh đầy đủ nguy cơ tim mạch do sự phân bố mỡ dưới da nhiều hơn, thay vì mỡ nội tạng [6]. Ngoài ra, tình trạng hút thuốc lá ở nam giới cao hơn cũng góp phần gia tăng đáng kể nguy cơ bệnh tim mạch do xơ vữa. Bên cạnh giới tính, nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận tuổi có sự khác biệt giữa các nhóm nguy cơ ASCVD. Thật vậy, tuổi cao đã được chứng minh có liên quan mật thiết đến nguy cơ tim mạch trong nhiều nghiên cứu trước đây.

Mặc dù BMI từ lâu đã được xem là một thước đo phổ biến. Tuy nhiên, chỉ số này chỉ dựa trên trọng lượng và chiều cao, BMI không phản ánh chính xác sự phân bố mỡ trong cơ thể, đặc biệt là sự tích tụ mỡ nội tạng – một yếu tố có liên quan mật thiết đến nguy cơ xơ vữa động mạch và bệnh lý tim mạch [7]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận BMI không có sự khác biệt giữa các nhóm nguy cơ ASCVD ($p = 0,375$), trong khi WHR cho thấy mối liên quan với ASCVD ($p < 0,001$), gợi ý rằng WHR có thể cung cấp thêm thông tin hữu ích khi đánh giá nguy cơ

bệnh tim mạch do xơ vữa. Theo nghiên cứu của Coutinho và cộng sự, WHR và vòng eo có giá trị tiên đoán cao hơn BMI trong đánh giá nguy cơ bệnh tim mạch, đặc biệt đối với tử vong do bệnh mạch vành [2]. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của S. Hassan, trong đó WHR được xác định là yếu tố quan trọng nhất ảnh hưởng đến điểm nguy cơ ASCVD trên toàn quần thể nghiên cứu [4]. Tương tự, nghiên cứu của Czernichow và cộng sự trên bệnh nhân tiểu đường type 2 cho thấy WHR có OR cao nhất trong số các yếu tố nguy cơ liên quan đến ASCVD (OR = 4,55; KTC 95%: 2,94 - 7,025) [3]. Bên cạnh đó, nghiên cứu của Umara tiến hành vào năm 2023 cũng ghi nhận WHR có mối tương quan với nguy cơ bệnh tim mạch ($p = 0,000$; $r = 0,535$) và mối tương quan này cao hơn so với chỉ số vòng eo/chiều cao (WHtR) ($r = 0,332$), khẳng định WHR có thể là chỉ số đáng tin cậy hơn WHtR trong đánh giá nguy cơ tim mạch. WHR cao phản ánh tình trạng béo phì nội tạng, vốn được xem là một yếu tố nguy cơ tim mạch độc lập. Mỡ nội tạng có hoạt tính chuyển hóa mạnh, tham gia vào nhiều quá trình sinh lý bệnh phức tạp, bao gồm gia tăng giải phóng axit béo tự do, kháng insulin, rối loạn lipid máu và viêm mạn tính, những yếu tố này đóng vai trò trung tâm trong cơ chế hình thành và tiến triển của xơ vữa động mạch [5], [6]. Bên cạnh đó, mỡ nội tạng cũng làm tăng sản xuất các cytokine tiền viêm như TNF- α , IL-6 và adipokines, thúc đẩy quá trình viêm mạn tính, góp phần quan trọng vào tiến trình xơ vữa động mạch [10]. Ngoài ra, sự tích tụ mỡ nội tạng còn dẫn đến rối loạn chuyển hóa lipid, đặc trưng bởi tăng triglycerid và giảm HDL-C, từ đó làm gia tăng nguy cơ bệnh lý tim mạch. Những bằng chứng này cho thấy WHR không chỉ là một chỉ số nhân trắc học đơn thuần, mà còn phản ánh trực tiếp các cơ chế bệnh lý có liên quan mật thiết đến sự phát triển của bệnh tim mạch do xơ vữa. Tuy nhiên, cần nhấn mạnh rằng BMI vẫn là một chỉ số đơn giản, dễ tính toán và có giá trị trong phân loại tình trạng dinh dưỡng, do đó không nên thay thế hoàn toàn BMI bằng WHR mà nên sử dụng WHR như một công cụ bổ trợ để cải thiện độ chính xác trong đánh giá nguy cơ ASCVD. Việc kết hợp cả hai chỉ số có thể giúp phân tầng nguy cơ tốt hơn, đặc biệt trong nhóm đối tượng có nguy cơ tim mạch nhưng không bị thừa cân theo định nghĩa BMI. Các nghiên cứu trong tương lai với cỡ mẫu lớn hơn và theo dõi dài hạn có thể giúp làm rõ hơn vai trò bổ trợ của WHR trong sàng lọc và dự phòng nguy cơ bệnh tim mạch do xơ vữa.

Bên cạnh những phát hiện thu được, nghiên cứu của chúng tôi vẫn tồn tại một số hạn chế. Thiết kế nghiên cứu cắt ngang, cỡ mẫu tương đối nhỏ và nghiên cứu đơn trung tâm là những nhược điểm chính. Tuy nhiên, với những kết quả thu được, chúng tôi đề xuất rằng WHR nên được xem xét như một chỉ số quan trọng trong đánh giá nguy cơ ASCVD, bên cạnh các yếu tố nguy cơ truyền thống. Trong tương lai, cần có những nghiên cứu với quy mô lớn hơn, thiết kế đa trung tâm và thời gian theo dõi dài hạn, nhằm đánh giá chính xác hơn giá trị tiên đoán của WHR đối với ASCVD.

V. KẾT LUẬN

Chỉ số vòng eo/vòng hông có thể là một công cụ bổ trợ hữu ích cho BMI trong đánh giá nguy cơ bệnh tim mạch do xơ vữa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Arnett D. K., Blumenthal R. S., Albert M. A., et al (2019), "2019 ACC/AHA guideline on the primary prevention of cardiovascular disease: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines", *Journal of the American College of Cardiology*, 74 (10), 1376-1414.
2. Coutinho T., Goel K., Corrêa de Sá D., et al (2011), "Central obesity and survival in subjects with coronary artery disease: a systematic review of the literature and collaborative analysis with individual subject data", *Journal of the American College of Cardiology*, 57 (19), 1877-1886.
3. Czernichow S., Kengne A.-P., Huxley R. R., et al (2011), "Comparison of waist-to-hip ratio and other obesity indices as predictors of cardiovascular disease risk in people with type-2 diabetes: a prospective cohort study from ADVANCE", *European Journal of Preventive Cardiology*, 18 (2), 312-319.
4. Hassan S., Oladele C., Galusha D., et al (2021), "Anthropometric measures of obesity and associated cardiovascular disease risk in the Eastern Caribbean Health Outcomes Research Network (ECHO) Cohort Study", *BMC public health*, 21 1-12.
5. Kahn B. B., Flier J. S. (2000), "Obesity and insulin resistance", *The Journal of clinical investigation*, 106 (4), 473-481.
6. Kershaw E. E., Flier J. S. (2004), "Adipose tissue as an endocrine organ", *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 89 (6), 2548-2556.
7. Liu C., Cheng K. Y.-K., Tong X., et al (2023), "The role of obesity in sarcopenia and the optimal body composition to prevent against sarcopenia and obesity", *Frontiers in Endocrinology*, 14 1077255.
8. Organization W. H. Regional Office for the Western Pacific. (2000). *The Asia-Pacific perspective: redefining obesity and its treatment*. Sydney: Health Communications Australia, 2020.
9. Pischon T., Boeing H., Hoffmann K., et al (2008), "General and abdominal adiposity and risk

of death in Europe", New England Journal of Medicine, 359 (20), 2105-2120.

10. Poirier P., Giles T. D., Bray G. A., et al (2006), "Obesity and cardiovascular disease: pathophysiology, evaluation, and effect of weight

loss: an update of the 1997 American Heart Association Scientific Statement on Obesity and Heart Disease from the Obesity Committee of the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism", Circulation, 113 (6), 898-918.

NGHIÊN CỨU PILOT VỀ HIỆU QUẢ CẢI THIÊN MỨC ĐỘ ĐAU, BIÊN ĐỘ VẬN ĐỘNG CỦA TẬP VẬN ĐỘNG KHỚP CỔ VÀ VAI TRÊN NGƯỜI BỆNH THOÁI HOÁ ĐỐT SỐNG CỔ

Võ Trọng Tuấn¹, Nguyễn Hữu Khánh²,
Chế Quang Công³, Nguyễn Hữu Đức Minh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị của phương pháp tập vận động khớp cổ và vai trên người bệnh thoái hóa đốt sống cổ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu pilot đối chứng không mù tại Bệnh viện Phục hồi chức năng – Điều trị bệnh nghề nghiệp, từ tháng 11 năm 2023 đến tháng 6 năm 2024. So sánh hiệu quả trước và sau 14 ngày điều trị ở 60 người bệnh thoái hóa đốt sống cổ cổ tuổi từ 18 đến 60 tuổi. **Kết quả:** Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) trong việc cải thiện VAS và biên độ khớp cổ ở hai nhóm, nhóm nghiên cứu đạt kết quả điều trị chung tốt hơn ($OR > 1$). **Kết luận:** Nhóm nghiên cứu có hiệu quả điều trị chung tốt hơn so với nhóm chỉ dùng thuốc đơn thuần. **Từ khóa:** Biên độ vận động cổ; mức độ đau; kỹ thuật vận động khớp cổ và vai; thoái hóa đốt sống cổ.

SUMMARY

A PILOT STUDY ON THE EFFECTIVENESS OF NECK AND SHOULDER JOINT MOVEMENT EXERCISE IN IMPROVING PAIN LEVELS AND RANGE OF MOTION IN CERVICAL SPONDYLOSIS PATIENTS

Objectives: Evaluate the treatment effectiveness of cervical and shoulder joint movement exercises in cervical spondylosis. **Subjects and methods:** A non-blinded, placebo-controlled pilot trial, at the Ho Chi Minh Rehabilitation Hospital - Occupational Diseases from November 2023 to June 2024. Comparison of effectiveness before and after 14 days of treatment in 60 patients with cervical spondylosis aged 18 to 60 years. **Results:** The results showed a statistically significant difference ($p < 0.05$) in the improvement of VAS and neck joint amplitude between the two

groups, with the study group achieving a better overall treatment outcome ($OR > 1$). **Conclusion:** The study group improved more than the control group.

Keywords: neck range-of-motion; pain level; neck and shoulder joint exercises/movement exercises; cervical spondylosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa đốt sống cổ (THĐSC) là một tình trạng thoái hóa tự nhiên ảnh hưởng đến các đốt sống và đĩa đệm ở cổ. THĐSC hiện ảnh hưởng đến khoảng 25% người trưởng thành dưới 40 tuổi và 60% người trên 40 tuổi. THĐSC có thể xảy ra do tuổi tác, tư thế và hoạt động thể chất không đúng hoặc do nghề nghiệp [1]. Y học cổ truyền coi THĐSC là một chứng thuộc phạm vi chứng Kiên Tý [2]. Điều trị các bệnh lý cơ xương khớp nói chung và THĐSC nói riêng có thể hiệu quả hơn nếu kết hợp cả phương pháp dùng thuốc và không dùng thuốc y học cổ truyền [3].

Phương pháp tập vận động khớp cổ và vai trong xoa bóp YHCT đã và đang được giảng dạy tại Đại học Y được thành phố Hồ Chí Minh và Đại học Y Hà Nội [4,5]. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị của phương pháp này. Do đó, mục tiêu của nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả điều trị của kỹ thuật vận động khớp cổ vai trên người bệnh THĐSC.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu pilot đối chứng không mù tại Bệnh viện Phục hồi chức năng – Điều trị bệnh nghề nghiệp, từ tháng 11/2023 đến tháng 6/2024.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh (NB) từ đủ 18 đến 60 tuổi.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- NB có hội chứng đốt sống cổ và/hoặc hội chứng rễ thần kinh cổ

- NB chụp X-quang cột sống cổ ba tư thế (thẳng, nghiêng, chệch ¾) có ít nhất 1 trong 3 hình ảnh THĐSC giai đoạn 1-2 theo phân loại

¹Đại học Y Dược TP.HCM

²Bệnh viện Phục hồi Chức năng – Điều trị bệnh nghề nghiệp TP.HCM

³Trường Đại học Bách Khoa – Đại học Quốc gia TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Đức Minh

Email: nhdmh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2025

Ngày duyệt bài: 22.5.2025