

phương nên có thể làm giảm tính khái quát của kết quả vùng biển đảo khác trên toàn quốc. Hơn nữa, một số dữ liệu dựa vào lời tự khai của trẻ nên có thể chịu sai số nhớ lại hoặc thiên lệch xã hội. Ngoài ra, nghiên cứu chưa phân tích sâu ảnh hưởng của yếu tố gia đình hay trường học, những yếu tố đóng vai trò trung gian trong việc hình thành hành vi chăm sóc răng miệng của trẻ.

## V. KẾT LUẬN

Trẻ em tại đảo Ngọc Vũng có tỉ lệ sâu răng cao (98,57%), tỉ lệ răng sâu được trám rất thấp và tình trạng vệ sinh răng miệng còn hạn chế (15,7% vệ sinh kém và 57,1% vệ sinh trung bình), Tỉ lệ trẻ từng được hướng dẫn chăm sóc răng miệng và khám răng định kỳ còn thấp, phản ánh rõ hạn chế trong truyền thông và tiếp cận dịch vụ nha khoa tại khu vực vùng biển đảo.

## VI. KHUYẾN NGHỊ

Cần thực hiện thêm các nghiên cứu theo chiều dọc cùng với mở rộng quy mô nghiên cứu ra nhiều vùng biển đảo khác để đánh giá thực trạng sức khỏe răng miệng chính xác của đối tượng trẻ em nói riêng và dân cư vùng biển đảo nói chung. Từ đó, triển khai chương trình truyền thông - giáo dục sức khỏe răng miệng thường xuyên, đào tạo cán bộ y tế học đường và cải thiện khả năng tiếp cận dịch vụ nha khoa.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Murtomaa H, Varenne B, Phantumvanit P, et al. Neglected epidemics: The role of oral public

health to advance global health. J Glob Health. 12:02001. doi:10.7189/jogh.12.02001

2. Trịnh Đình Hải, Nguyễn Thị Hồng Minh, Trần Cao Bính. Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc 2019. Hà Nội, PA: Nhà xuất bản y học; 2019.
3. Nguyen Van Chuyen, Vu Van Du, Nguyen Van Ba, et al. The prevalence of dental caries and associated factors among secondary school children in rural highland Vietnam. BMC Oral Health. 2021;21: 349. doi:10.1186/s12903-021-01704-y
4. Thuy Trang Nguyen, Bui Bao Tien Nguyen, Nguyen Minh Son, et al. Effect of School Oral Health Promotion Programme on dental health and health behaviour in Vietnamese schoolchildren. Pediatr Dent J. 2016;26(3):115-121. doi:10.1016/j.pdj.2016.09.001
5. Vy Thi Nhat Nguyen, Zaitzu T, Oshiro A, et al. Impact of School-Based Oral Health Education on Vietnamese Adolescents: A 6-Month Study. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(5):2715. doi:10.3390/ijerph18052715
6. Peerbhaya F, Mash R, Khan S. Effectiveness of oral health promotion in children and adolescents through behaviour change interventions: A scoping review. PLOS ONE. 2025;20(1): e0316702. doi:10.1371/journal.pone.0316702
7. Dang Quang Vinh, Dang Vinh Quang, Ngo Thi Thanh Hoa, et al. Dental caries and oral hygiene status among students at Vo Truong Toan elementary school, Ninh Kieu district, Can Tho city in 2021. Tạp Chí Y Dược Học Cần Thơ. 2023;(5):98-104. doi:10.58490/ctump.2023i5.647
8. Dung Anh Vu, Hai Minh Vu, Hoang Minh Vu, et al. Parental knowledge and practice on childhood caries prevention in northern Vietnam. Front Public Health. 2023;11:1254479. doi:10.3389/fpubh.2023.1254479

# ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG KHÁNG INSULIN Ở PHỤ NỮ VÔ SINH CÓ HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG

Trịnh Thế Sơn<sup>1</sup>, Lâm Thị Mai Ngọc<sup>2</sup>, Đoàn Thị Hằng<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu đánh giá tình trạng kháng insulin ở phụ nữ vô sinh có hội chứng buồng trứng đa nang. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu bệnh chứng, mô tả cắt ngang có phân tích. Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân được chẩn đoán vô sinh, được chia làm 2 nhóm: nhóm 1 có hội chứng buồng trứng đa nang và nhóm 2 không có hội chứng buồng trứng đa nang tại viện Mô phôi lâm sàng Quân đội - Học viện Quân Y, thời gian nghiên cứu tháng 9/2018

<sup>1</sup>Học viện Quân Y

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Phú Thọ

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Thế Sơn

Email: trinhtheson@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2025

Ngày duyệt bài: 17.9.2025

đến tháng 5/2019. Sự đề kháng insulin ở bệnh nhân có hội chứng buồng trứng đa nang thể hiện ở chỉ số HOMA-IR lớn hơn tứ phân vị trên của nhóm chứng chỉ số QUICKI nhỏ hơn tứ phân vị dưới của nhóm chứng.

**Kết quả:** Nồng độ insulin máu lúc đói trung bình của nhóm 1 ( $10,85 \pm 5,85 \mu\text{UI/ml}$ ) cao hơn so với nhóm 2 ( $7,44 \pm 2,84 \mu\text{UI/ml}$ ) ( $p < 0,05$ ). Nồng độ glucose máu lúc đói trung bình của nhóm 1 ( $4,97 \pm 0,45 \text{ mmol/l}$ ) cao hơn so với nhóm 2 ( $4,71 \pm 0,47 \text{ mmol/l}$ ) ( $p < 0,05$ ). Tỉ lệ kháng insulin ở bệnh nhân HCBTĐN là 57,5%, cao hơn so với những bệnh nhân không có hội chứng buồng trứng đa nang (25%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Cả 3 bệnh nhân phải hủy chu kỳ đều có tình trạng đề kháng insulin. **Kết luận:** Sự đề kháng insulin ở bệnh nhân có hội chứng buồng trứng đa nang thể hiện ở chỉ số HOMA-IR cao hơn và chỉ số QUICKI thấp hơn so với nhóm chứng. Tỉ lệ bệnh nhân hội chứng buồng trứng đa nang có kháng insulin trong nghiên cứu là 57,5%.

**Từ khóa:** Buồng trứng đa nang; kháng insulin; vô sinh; HOMA-IR, QUICKI.

## SUMMARY

### ASSESSMENT OF INSULIN RESISTANCE IN INFERTILE WOMEN WITH POLYCYSTIC OVARY SYNDROME

**Objectives:** To assess the status of insulin resistance in infertile women with polycystic ovary syndrome. **Subjects and methods:** This was a cross-sectional, case-control descriptive study with analytical elements. The study population consisted of infertile patients, divided into two groups: Group 1 included patients diagnosed with polycystic ovary syndrome, and Group 2 included those without polycystic ovary syndrome. The study was conducted at the Military Institute of Clinical Embryology, Military Medical Academy, from September 2018 to May 2019. Insulin resistance in patients with polycystic ovary syndrome was defined by a HOMA-IR index greater than the upper quartile of the control group or a QUICKI index lower than the lower quartile of the control group. **Results:** The mean fasting insulin level in Group 1 ( $10.85 \pm 5.85 \mu\text{UI/ml}$ ) was significantly higher than that in Group 2 ( $7.44 \pm 2.84 \mu\text{UI/ml}$ ) ( $p < 0.05$ ). The mean fasting glucose level in Group 1 ( $4.97 \pm 0.45 \text{ mmol/l}$ ) was also significantly higher compared to Group 2 ( $4.71 \pm 0.47 \text{ mmol/l}$ ) ( $p < 0.05$ ). The prevalence of insulin resistance among patients with polycystic ovary syndrome was 57.5%, significantly higher than that in the non-polycystic ovary syndrome group (25%) ( $p < 0.05$ ). Notably, all three patients who required cycle cancellation exhibited insulin resistance. **Conclusion:** Insulin resistance in patients with polycystic ovary syndrome was reflected by elevated HOMA-IR and reduced QUICKI indices compared to the control group. The prevalence of insulin resistance among polycystic ovary syndrome patients in this study was 57.5%.

**Keywords:** Polycystic ovary syndrome; insulin resistance; infertility; HOMA-IR; QUICKI.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vô sinh là một vấn đề ngày càng trở nên phổ biến ở các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ. Tỷ lệ vô sinh đang ngày một gia tăng ở các quốc gia trên thế giới. Tại Việt Nam, theo Nguyễn Việt Tiến (2009), nghiên cứu tại 8 tỉnh đại diện cho 8 vùng sinh thái trên cả nước cho thấy tỷ lệ hiếm muộn chung là 7,7% các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ [1]. Hội chứng buồng trứng đa nang (HCBTĐN) là một vấn đề rất được quan tâm vì nó là bệnh lý gây vô sinh khá phổ biến, ảnh hưởng đến 5 - 10% phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ [2], nguyên nhân chủ yếu gây vô sinh do không phóng noãn. Phụ nữ có hội chứng buồng trứng đa nang được đặc trưng bởi các rối loạn về nội tiết và chuyển hóa, mà trung tâm của các rối loạn chuyển hóa này chính là tình trạng đề kháng insulin; từ đó dẫn đến các rối loạn dung nạp glucose, rối loạn lipid máu, gây hậu quả làm

tăng nguy cơ lâu dài mắc tiểu đường typ 2 và bệnh lý tim mạch [3]. Với tầm quan trọng do nguy cơ ảnh hưởng lâu dài đến sức khỏe người phụ nữ, những trường hợp có hội chứng buồng trứng đa nang cần được đánh giá và chẩn đoán sớm tình trạng đề kháng insulin để có giải pháp can thiệp kịp thời.

Từ các lý do trên, nghiên cứu này được tiến hành nhằm mục tiêu: *"Đánh giá tình trạng kháng insulin ở phụ nữ vô sinh có hội chứng buồng trứng đa nang"*.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

#### - Tiêu chuẩn lựa chọn nhóm bệnh:

+ Các bệnh nhân vô sinh nữ được chẩn đoán HCBTĐN theo tiêu chuẩn Rotterdam Hà Lan 2003

+ Tuổi  $\leq 35$

+ Chụp Xquang tử cung - vòi trứng: vòi trứng hai bên thông và buồng tử cung bình thường.

+ Tình dịch đồ của người chồng trong giới hạn bình thường theo tiêu chuẩn của WHO 2010.

+ Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

#### - Tiêu chuẩn lựa chọn nhóm chứng:

+ Các bệnh nhân vô sinh nữ  $\leq 35$  tuổi, không có HCBTĐN.

+ Chụp Xquang tử cung - vòi trứng: vòi trứng hai bên thông và buồng tử cung bình thường.

+ Tình dịch đồ của người chồng trong giới hạn bình thường theo WHO 2010.

+ Đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

#### - Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Các bệnh lý khác có triệu chứng giống HCBTĐN như: tăng sản thượng thận bẩm sinh, hội chứng Cushing...

+ Có bệnh lý toàn thân: tuyến giáp, gan, thận, tiểu đường...

+ Viêm đường sinh dục, các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

+ Tắc 2 vòi trứng, bất thường buồng tử cung: u xơ, dính buồng tử cung.

+ Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Thời gian nghiên cứu:** từ tháng 9/2018 đến tháng 5/2019.

- **Địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành tại viện Mô phôi lâm sàng Quân đội - Học viện Quân Y.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu có so sánh giữa 2 nhóm.

- **Cỡ mẫu và chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện có chủ đích (có và không có HCBTĐN) trong thời gian từ tháng 9/2018 đến tháng 5/2019. Các bệnh nhân được phân bổ vào 2 nhóm nghiên cứu:

Nhóm 1 (nhóm bệnh): gồm 40 bệnh nhân có

## HCBTĐN

Nhóm 2 (nhóm chứng): gồm 40 bệnh nhân không có HCBTĐN

**- Xác định các tiêu chuẩn đánh giá:**

+ Hội chứng buồng trứng đa nang: bệnh nhân vô sinh nữ được chẩn đoán HCBTĐN theo tiêu chuẩn Rotterdam Hà Lan 2003 [4]: khi có 2 trong 3 tiêu chuẩn sau

Tiêu chuẩn 1: có rối loạn phóng noãn hoặc không phóng noãn.

Tiêu chuẩn 2: cường androgen trên lâm sàng và/hoặc cận lâm sàng.

Tiêu chuẩn 3: có hình ảnh buồng trứng đa nang trên siêu âm.

+ Chỉ số HOMA-IR:

$$\text{HOMA-IR} = \frac{I_0 (\mu\text{U/ml}) \times G_0 (\text{mmol/l})}{22,5}$$

$I_0$ : nồng độ insulin máu lúc đói, đơn vị đo là  $\mu\text{U/ml}$ ;  $G_0$ : nồng độ glucose máu lúc đói, đơn vị đo là  $\text{mmol/l}$

Theo WHO, kháng insulin khi chỉ số HOMA-IR lớn hơn tứ phân vị trên của nhóm chứng [5].

+Chỉ số QUICKI:

$$\text{QUICKI} = \frac{1}{\text{Log } I_0 (\mu\text{U/ml}) + \text{Log } G_0 (\text{mg/dL})}$$

$I_0$ : nồng độ insulin máu lúc đói, đơn vị đo là  $\mu\text{U/ml}$ ;  $G_0$ : nồng độ glucose máu lúc đói, đơn vị đo là  $\text{mg/dl}$

Theo WHO, kháng insulin khi chỉ số QUICKI nhỏ hơn tứ phân vị dưới của nhóm chứng [5].

**- Quy trình nghiên cứu:** Các đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được phỏng vấn, khám phụ khoa tổng quát, xét nghiệm Insulin máu lúc đói và Glucose máu lúc đói.

**- Phương pháp phân tích số liệu:** Các số liệu được quản lý trên máy tính và xử lý theo các thuật toán thống kê y sinh học với phần mềm SPSS 22.0. Kiểm định khi bình phương đánh giá sự khác biệt về tỷ lệ của một thông số giữa 2 nhóm. kiểm định T với mẫu độc lập (Independent- samples T test) sự khác biệt về giá trị trung bình của cùng một thông số giữa 2 nhóm khi nhóm phân phối theo quy luật chuẩn và đồng nhất phương sai. Nếu không đủ điều kiện này thì sử dụng kiểm định Mann-Whitney. Giá trị  $p < 0,05$  trong các so sánh được coi là có ý nghĩa thống kê.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

| Nhóm tuổi | Nhóm 1<br>(n=40) | Nhóm 2<br>(n=40) | P |
|-----------|------------------|------------------|---|
|-----------|------------------|------------------|---|

|                                     | n     | %          | n     | %          |         |
|-------------------------------------|-------|------------|-------|------------|---------|
| Tuổi TB ( $\bar{X} \pm \text{SD}$ ) | 26,98 | $\pm 3,63$ | 28,52 | $\pm 3,49$ | $>0,05$ |
| BMI ( $\text{kg/m}^2$ )             | 22,01 | $\pm 2,17$ | 21,11 | $\pm 1,24$ | $<0,05$ |
| Thời gian vô sinh                   | 3,08  | $\pm 2,15$ | 3,8   | $\pm 2,13$ | $>0,05$ |
| Vô sinh nguyên phát                 | 29    | 72,5       | 17    | 42,5       | $<0,05$ |
| Vô sinh thứ phát                    | 11    | 27,5       | 23    | 57,5       |         |

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt về độ tuổi trung bình và thời gian vô sinh giữa hai nhóm ( $p > 0,05$ ).

Nhóm 1 có chỉ số BMI trung bình cao hơn so với nhóm 2, với giá trị lần lượt là  $22,01 \pm 2,17$  và  $21,11 \pm 1,24$  ( $p < 0,05$ ).

Nhóm 1 có tỉ lệ vô sinh nguyên phát cao hơn so với nhóm 2, với giá trị lần lượt là 72,5% và 42,5% ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 3.2. Nồng độ insulin và glucose máu lúc đói ở 2 nhóm nghiên cứu**

| Nhóm                                                      | Nhóm 1           | Nhóm 2          | p       |
|-----------------------------------------------------------|------------------|-----------------|---------|
| <b>Xét nghiệm</b>                                         |                  |                 |         |
| Insulin ( $\mu\text{UI/ml}$ ) ( $\bar{X} \pm \text{SD}$ ) | 10,85 $\pm$ 5,84 | 7,44 $\pm$ 2,84 | $<0,05$ |
| Glucose ( $\text{mmol/l}$ ) ( $\bar{X} \pm \text{SD}$ )   | 4,97 $\pm$ 0,45  | 4,71 $\pm$ 0,47 | $<0,05$ |

**Nhận xét:** Nồng độ xét nghiệm insulin máu lúc đói trung bình của nhóm 1 cao hơn so với nhóm 2, với giá trị lần lượt là  $10,85 \pm 5,85$   $\mu\text{UI/ml}$  và  $7,44 \pm 2,84$   $\mu\text{UI/ml}$  ( $p < 0,05$ ).

Nồng độ glucose máu lúc đói trung bình của nhóm 1 cao hơn so với nhóm 2 với giá trị lần lượt là  $4,97 \pm 0,45$   $\text{mmol/l}$  và  $4,71 \pm 0,47$   $\text{mmol/l}$  ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 3.3. Giá trị trung bình của chỉ số HOMA-IR và chỉ số QUICKI**

| Nhóm                        | Nhóm 1          | Nhóm 2          | p       |
|-----------------------------|-----------------|-----------------|---------|
| <b>Chỉ số</b>               |                 |                 |         |
| <b>HOMAR-IR</b>             |                 |                 |         |
| ( $\bar{X} \pm \text{SD}$ ) | 2,42 $\pm$ 1,34 | 1,57 $\pm$ 0,68 | $<0,05$ |
| Tứ phân vị trên             |                 | 2,016           |         |
| <b>QUICKI</b>               |                 |                 |         |
| ( $\bar{X} \pm \text{SD}$ ) | 0,31 $\pm$ 0,03 | 0,36 $\pm$ 0,02 | $<0,05$ |
| Tứ phân vị dưới             |                 | 0,3425          |         |

**Nhận xét:** Giá trị trung bình của chỉ số HOMAR-IR của các bệnh nhân ở nhóm 1 là  $2,42 \pm 1,34$  cao hơn có ý nghĩa thống kê so với giá trị trung bình của chỉ số HOMAR-IR của các bệnh nhân ở nhóm 2 là  $1,57 \pm 0,68$ , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Điểm cắt giới hạn của chỉ số HOMA-IR ở giá trị tứ phân vị trên của nhóm chứng (nhóm 2) là 2,016.

Giá trị trung bình của chỉ số QUICKI của nhóm 1 là  $0,31 \pm 0,03$  thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với giá trị trung bình của chỉ số QUICKI của nhóm 2 là  $0,36 \pm 0,02$ , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Điểm cắt giới

hạn của chỉ số QUICKI ở giá trị tứ phân vị dưới của nhóm chứng (nhóm 2) là 0,3425.



**Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ kháng insulin ở 2 nhóm nghiên cứu**

**Nhận xét:** Tỷ lệ kháng insulin ở bệnh nhân HCBTĐN là 57,5%, cao hơn so với những bệnh nhân không có HCBTĐN (25%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.4. Tình trạng kháng insulin ở các bệnh nhân hủy chu kỳ**

| Bệnh nhân                  | Chỉ số HOMA-IR ( $\bar{X} \pm SD$ ) | QUICKI ( $\bar{X} \pm SD$ ) |
|----------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| Bệnh nhân hủy chu kỳ (n=3) | $5,09 \pm 1,38$                     | $0,31 \pm 0,12$             |

**Nhận xét:** Cả 3 bệnh nhân phải hủy chu kỳ đều có tình trạng đề kháng insulin. Giá trị trung bình HOMA-IR và QUICKI của các bệnh nhân hủy chu kỳ là  $5,09 \pm 1,38$  và  $0,31 \pm 0,12$ .

#### IV. BÀN LUẬN

Kháng insulin là sự đáp ứng kém của tế bào đối với insulin nên glucose ít được hấp thu vào mô đích, biểu thị trên lâm sàng bởi sự gia tăng nồng độ insulin và nồng độ glucose máu.

Một trong những biểu hiện của tình trạng kháng insulin là nồng độ insulin máu tăng cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ở nhóm bệnh nhân có HCBTĐN ghi nhận nồng độ insulin máu lúc đói ( $I_0$ ) trung bình là  $10,85 \pm 5,84 \mu\text{U/ml}$  cao hơn so với nhóm chứng là  $7,44 \pm 2,84 \mu\text{U/ml}$ , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (bảng 3.2). Kết quả này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Khoa Diệu Vân (2010) nhóm bệnh nhân có HCBTĐN có nồng độ  $I_0$  trung bình là  $12,03 \pm 9,47 \mu\text{U/ml}$  cao hơn so với nhóm chứng là  $7,77 \pm 2,77 \mu\text{U/ml}$  (với  $p < 0,05$ ) [6]. So với kết quả nghiên cứu của tác giả nước ngoài thì kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn. Tác giả Ta Chin Lin (2006) cho kết quả nồng độ  $I_0$  trung bình là  $24,4 \pm 17,2 \mu\text{U/ml}$  cao hơn nhóm chứng là  $7,9 \pm 6,7 \mu\text{U/ml}$  [7]. Như vậy, nồng độ insulin máu lúc đói ở bệnh nhân có HCBTĐN có xu hướng tăng hơn so với những người bình thường.

Kháng insulin có thể là nguyên phát do di truyền hoặc thứ phát do tình trạng thừa cân, béo phì. Để đánh giá kháng insulin người ta thường

sử dụng chỉ số HOMA-IR và chỉ số QUICKI thông qua việc định lượng nồng độ insulin và glucose lúc đói ở các bệnh nhân. Khi chỉ số HOMA-IR càng cao hoặc chỉ số QUICKI càng thấp thì tình trạng đề kháng insulin càng nặng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số HOMA-IR trung bình của nhóm 1 là  $2,42 \pm 1,34$  cao hơn nhóm 2 là  $1,57 \pm 0,68$ , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (bảng 3.3). Nhận định này của chúng tôi cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Ta Chin Lin (2006) cho thấy chỉ số HOMA-IR trung bình của nhóm bệnh nhân có HCBTĐN là  $5,21 \pm 3,73$  cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng là  $1,59 \pm 0,65$  [7].

Chỉ số QUICKI trung bình của nhóm 1 là  $0,31 \pm 0,03$  thấp hơn nhóm 2 là  $0,36 \pm 0,02$ , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (bảng 3.3). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như kết quả nghiên cứu của tác giả Enrinco Carmina (2004) đưa ra kết quả chỉ số QUICKI trung bình của nhóm bệnh nhân có HCBTĐN là  $0,315 \pm 0,002$  thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng là  $0,353 \pm 0,002$  [8].

Theo WHO năm 1998, sử dụng điểm cắt giới hạn của chỉ số HOMA-IR là tứ phân vị trên của nhóm chứng và chỉ số QUICKI là tứ phân vị dưới của nhóm chứng làm tiêu chuẩn chẩn đoán kháng insulin [5]. Qua nghiên cứu nhận thấy điểm cắt giới hạn của HOMA-IR là 2,016. Do vậy, khi các bệnh nhân có chỉ số HOMA-IR  $> 2,016$  là có kháng insulin. Điểm cắt giới hạn của chỉ số QUICKI là 0,3425 nên khi các bệnh nhân có chỉ số QUICKI  $< 0,3425$  là có kháng insulin. Nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng số lượng bệnh nhân ở nhóm 1 (nhóm HCBTĐN) có chỉ số HOMA-IR  $> 2,016$  và chỉ số QUICKI  $< 0,3425$  đều là 23 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 57,5% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (với  $p < 0,05$ ).

Tình trạng đề kháng insulin làm cơ thể phải tăng tiết nhiều insulin hơn, điều này gây ra rối loạn chuyển hóa đường, tăng tạo mỡ, tăng tạo androgen. Tăng androgen gây ra rối loạn chức năng buồng trứng ở bệnh nhân HCBTĐN, tăng tạo mỡ dẫn đến tình trạng béo phì, rối loạn chuyển hóa lipid, và nguy cơ mắc các bệnh tim mạch, còn rối loạn chuyển hóa glucose là tiền đề của bệnh lý tiểu đường typ 2.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có ba bệnh nhân hủy chu kỳ do không có nang noãn nào phát triển khi kích thích buồng trứng (KTBT) bằng letrozole. Trong ba bệnh nhân này chúng tôi nhận thấy, tình trạng kháng insulin thể hiện qua chỉ số HOMA-IR và QUICKI như sau: giá trị trung bình HOMA-IR của ba bệnh nhân hủy chu

kỳ là  $5,09 \pm 1,38$  (cao hơn so với điểm cắt giới hạn của chỉ số HOMA-IR là 2,016). Giá trị trung bình của chỉ số QUICKI của các bệnh nhân này là  $0,31 \pm 0,12$  (thấp hơn so với điểm cắt giới hạn của chỉ số QUICKI là 0,3425) (bảng 3.4). Như vậy cả ba bệnh nhân hủy chu kỳ đều có tình trạng đề kháng insulin. Điều này đặt ra giả thiết rằng liệu có phải chính tình trạng đề kháng insulin của các bệnh nhân này là nguyên nhân làm cho các nang noãn kém nhạy cảm khi KTBT. Vì vậy đối với các trường hợp có tiền sử đáp ứng kém khi KTBT cần điều trị bằng thuốc tăng nhạy cảm tế bào đối với insulin đối với những bệnh nhân này trước khi tiến hành KTBT.

## V. KẾT LUẬN

Sự đề kháng insulin ở bệnh nhân có hội chứng buồng trứng đa nang thể hiện ở chỉ số HOMA-IR cao hơn và chỉ số QUICKI thấp hơn so với nhóm chứng. Tỷ lệ kháng insulin ở các bệnh nhân hội chứng buồng trứng đa nang là 57,5%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Việt Tiên.** Phân bố tỷ lệ mắc vô sinh và các yếu tố ảnh hưởng đến vô sinh tại Việt Nam năm 2009. Hội thảo Việt Pháp 2011:54-61.
2. **Asuncion M, Calvo RM, Sanmillan JL, et al.**

Aprospective study of the prevalence of the polycystic ovary syndrome in unselected caucasian women from spain. Jchin endocrinol Metab 2000, 86:2434-2438.

3. **Hart R, Doherty DA.** The potential implications of a PCOS diagnosis on a woman's long-term health using data linkage. J Clin Endocrinol Metab 2015, 100(3):911-919.
4. **Rotterdam ESHRE/ASRM sponsored PCOS consensus workshop group.** Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome. Fertility and Sterility 2004, 81(1):19-25.
5. **World Health Organization.** Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report, World Health Organization 1998.
6. **Nguyễn Khoa Diệu Vân, Đỗ Xuân Mạnh.** Đánh giá tình trạng kháng insulin ở bệnh nhân có hội chứng buồng trứng đa nang. Y học thực hành 2010, 724(6):11-14.
7. **Ta-Chin L, Jui-Mei Y, Kum-Bing G, et al.** Abnormal glucose tolerance and insulin resistance in polycystic ovary syndrome amongst the Taiwanese population- not correlated with insulin receptor substrate-1 Gly972Arg/Ala513Pro polymorphism. BMC Medical Genetics 2006, 7:36-43.
8. **Enrico C, Rogerio AL.** Use of fasting blood to assess the prevalence of insulin resistance in women with polycystic ovary syndrome. Fertility and sterility 2004, 82(3):661-665.

# MỨC ĐỘ PHỔ BIẾN VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA HỘI CHỨNG DA NHẠY CẢM TỰ NHẬN ĐỊNH

Nguyễn Thị Hồng Nhung<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Hà Vinh<sup>1,2</sup>, Vũ Nguyệt Minh<sup>1,2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá tỷ lệ hội chứng da nhạy cảm (SSS) tự nhận định và xác định các yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 198 người tham gia đến khám tại Bệnh viện Da liễu Trung ương đã được lựa chọn. Sau khi được cung cấp định nghĩa về SSS, những người tham gia tự đánh giá tình trạng của mình và trả lời các câu hỏi về các yếu tố liên quan. **Kết quả:** Trong số 198 người tham gia, tỷ lệ nữ trên nam là 1,82:1, tỷ lệ SSS tự nhận định là 60,6%. Tỷ lệ SSS không có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê với tuổi hoặc giới tính ( $p > 0,05$ ). Đối tượng mắc SSS có nguy cơ cao hơn đáng kể trong việc phản ứng với nhiều yếu tố kích hoạt khác nhau ( $p \leq 0,001$ ). Các yếu tố liên quan chặt chẽ nhất với SSS là tiếp xúc với gió ( $OR=8,531$ ), tập thể dục ( $OR=8,333$ ), căng thẳng tâm lý ( $OR=7,967$ ) và sử dụng xà phòng/chất tẩy rửa

( $OR=7,618$ ). Các yếu tố kích hoạt phổ biến khác bao gồm tiếp xúc không khí nóng/khô, tiếp xúc với ánh nắng mặt trời, không khí lạnh/ẩm, sử dụng xà phòng/chất tẩy rửa, sử dụng mỹ phẩm, và tiếp xúc với khói bụi/ô nhiễm. Điểm số độ nhạy cảm tự nhận định (VAS) có giá trị trung vị là 5 (khoảng tứ phân vị: 3–6). Các triệu chứng cảm giác chính là ngứa (70,0%) và châm chích (33,3%); ban đỏ cũng là triệu chứng thực thể phổ biến (54,2%). Các triệu chứng thường trầm trọng hơn vào mùa đông (38,3%) và mùa hè (37,5%). **Kết luận:** Hội chứng da nhạy cảm là một tình trạng phổ biến, ảnh hưởng đến các cá nhân không phân biệt tuổi tác hay giới tính. Bệnh được đặc trưng bởi các triệu chứng cảm giác chủ quan và ban đỏ, bị kích hoạt đáng kể bởi nhiều yếu tố môi trường, hóa chất và nội sinh. Các triệu chứng thường có xu hướng nặng hơn vào mùa đông và mùa hè. **Từ khóa:** da nhạy cảm, cảm giác, ban đỏ, ngứa, yếu tố kích hoạt.

## SUMMARY

### OBSERVED RATE AND ASSOCIATED FACTORS OF SELF-REPORTED SENSITIVE SKIN SYNDROME

**Objective:** To assess the self-reported prevalence of Sensitive Skin Syndrome (SSS) and identify its associated factors. **Materials and**

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Da liễu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hà Vinh

Email: nguyenhavinh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2025

Ngày duyệt bài: 17.9.2025