

## ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG SỨC KHỎE - DINH DƯỠNG CỦA CÁN BỘ THUỘC ĐIỆN TỈNH ỦY TỈNH THÁI BÌNH QUẢN LÝ NĂM 2019

Trần Khánh Thu\*, Lê Thị Thanh Phương\*\*, Trần Mạnh Hà\*\*\*

### TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm đánh giá tình trạng dinh dưỡng của các cán bộ thuộc diện Ban thường vụ Tỉnh ủy tỉnh Thái Bình quản lý. Đối tượng được điều tra bao gồm các cán bộ đương chức và các cán bộ đã nghỉ hưu. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang điều tra 800 cán bộ. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng chỉ số khối cơ thể (BMI), chỉ số WHR và xét nghiệm định lượng Hemoglobin máu, Albumin huyết thanh, Cholesterol máu, Triglycerid, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol. Kết quả cho thấy tỉ lệ CED chung là 0,6 %. Tỉ lệ thừa cân - béo phì chung là 14,4%, tỷ lệ thừa cân nữ là 7,3% thấp hơn nam là 15,8 %. Tỷ lệ cán bộ có nguy cơ thừa cân, béo phì tính theo chỉ số vòng eo/vòng hông là 43,1%, trong đó cán bộ nữ là 44,5% cao hơn cán bộ nam là 42,8%. Nhóm cán bộ có sức khỏe phân loại B1 cao nhất chiếm tỷ lệ 88,9%, loại A chiếm 7,1%, loại B2 chiếm 3,2%, loại C chiếm 0,8%. Chỉ số Albumin huyết thanh trung bình là  $43,6 \pm 4,6$  g/l; Protein huyết thanh trung bình là  $70,0 \pm 8,1$  g/l, Glucose máu trung bình là  $6,7 \pm 1,5$  mmol/l. Chỉ số Cholesterol máu trung bình là  $5,29 \pm 0,66$  mmol/l; chỉ số Triglycerid máu trung bình là  $2,26 \pm 0,9$  mmol/l; chỉ số H-DLC trung bình là  $1,96 \pm 0,68$  (mmol/l). L-DLC là  $2,91 \pm 0,56$  mmol/l.

**Từ khóa:** Tình trạng dinh dưỡng, chỉ số khối cơ thể, phân loại sức khỏe, xét nghiệm máu.

### SUMMARY

#### NUTRITIONAL STATUS OF THE OFFICERS UNDER THE MANAGEMENT OF THE THAI BINH PROVINCIAL STANDING COMMITTEE

**Objective:** The study aimed to assess the nutritional status of the officers under the management of the Thai Binh Provincial Standing Committee. **Subjects:** Surveyed included 800 incumbent officials and retired officials. **Method:** The epidemiological method described by a cross-sectional investigation. Evaluate nutritional status by body mass index BMI, WHR, Blood test indicators: Serum Albumin, Cholesterol, Triglycerides, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol. **Results:** The results showed that the prevalence of overall CED was 0.6%. The prevalence of overall overweight was 14.4%, The prevalence of overweight in women (7.3%) was lower than that of men (15.8%). The percentage of officials at risk of being overweight based on the WHR index was 43.1%, of which female was 44.5% higher than

male was 42.8%. Health classified as B1 had the highest rate of 88.9%, type A was 7.1%, type B2 was 3.2%, type C was 0.8%. Albumin was  $43.6 \pm 4.6$ g/l; Protein was  $70.0 \pm 8.1$ g/l, Glucose was  $6.7 \pm 1.5$  mmol/l, Cholesterol is  $5.29 \pm 0.66$  mmol/l; Triglyceride was  $2.26 \pm 0.9$  mmol/l; H-DLC was  $1.96 \pm 0.68$  (mmol /l); L-DLC was  $2.91 \pm 0.56$  mmol/l.

**Keywords:** BMI, WHR, CED, Overweight, Health classified, Albumin, Triglycerid, Cholesterol, H-DLC, L-DLC.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong nhiều năm qua tại Việt Nam, sự thay đổi về kinh tế, văn hóa, xã hội đang chuyển biến tích cực, đời sống nhân dân ngày càng được nâng cao do đó sự thay đổi về mô hình bệnh tật. Hiện nay, tỷ lệ thiếu dinh dưỡng đã giảm xuống đáng kể. Tuy nhiên tỷ lệ các bệnh mạn tính như thừa cân béo phì, đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh tim mạch... xu hướng ngày càng gia tăng. Các nhà khoa học đã cảnh báo rằng "Thế kỷ 21 là thế kỷ của các bệnh nội tiết, rối loạn chuyển hóa" [9] và gánh nặng của các bệnh mạn tính không lây nhiễm gặp chủ yếu ở các nước có thu nhập trung bình và thấp [4].

Tại địa bàn tỉnh Thái Bình, đội ngũ cán bộ trong nhiều năm qua tình hình chăm sóc sức khỏe cán bộ được Lãnh đạo tỉnh đặc biệt quan tâm. Tỉnh đã chỉ đạo và tạo điều kiện, đầu tư mọi mặt cho công tác bảo vệ, chăm sóc sức khỏe cán bộ diện Tỉnh ủy quản lý. Hệ thống y tế của Ban BVCSKCB tỉnh được nâng cấp, năng lực chuyên môn nghiệp vụ được nâng cao. Việc thu thập được nhiều số liệu sức khỏe sẽ giúp cán bộ y tế trong Ban có cái nhìn tổng thể về sức khỏe các cán bộ trong tỉnh.

Việc tiến hành nghiên cứu về đánh giá tình hình sức khỏe của các đối tượng cán bộ thuộc diện Tỉnh ủy quản lý và đánh giá hiệu quả thực hiện một số biện pháp can thiệp nhằm nâng cao sức khỏe cán bộ sẽ mang lại các số liệu, bằng chứng khoa học thực tiễn góp phần cải thiện giảm biến chứng, giảm tử vong, tăng tuổi thọ, nâng cao chất lượng cuộc sống cho các đối tượng cán bộ của tỉnh. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu đánh giá thực trạng sức khỏe - dinh dưỡng của cán bộ thuộc diện Tỉnh ủy quản lý năm 2019.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1 Đối tượng nghiên cứu.** Là cán bộ thuộc diện Ban Thường vụ Tỉnh ủy Thái Bình

\**Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình,*

\*\**Ban bảo vệ chăm sóc SK cán bộ tỉnh Thái Bình*

\*\*\**Đại học Y Dược Thái Bình*

Chịu trách nhiệm chính: Trần Khánh Thu

Email: khanhthuh@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 11.10.2021

Ngày duyệt bài: 21.10.2021

quản lý gồm hai nhóm đối tượng: Cán bộ đương chức và cán bộ nguyên chức.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Loại trừ các cán bộ không đồng ý tham gia, những cán bộ > 80 tuổi, trong tình trạng cấp cứu, có biến chứng nặng, không có khả năng tham gia.

## 2.2 Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp nghiên cứu mô tả qua cuộc điều tra cắt ngang.

## 2.3 Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

\***Cỡ mẫu:**  $n = \frac{Z^2 (1-\alpha/2)}{e^2}$

Trong đó: n: cỡ mẫu cần thiết.

Z: là giá trị tương ứng của hệ số giới hạn tin cậy đôi, với độ tin cậy là 95% thì  $Z(1-\alpha/2) = 1,96$ .

p: Tỷ lệ đối tượng thiếu năng lượng trường điển ước tính dựa vào nghiên cứu trước là 32,3%  
 $q = 1 - p$

e: là sai số mong muốn, lấy  $e = 5\%$ .

Vậy theo công thức tính cỡ mẫu thì số đối tượng cho một nhóm sẽ là 350. Như vậy số mẫu nghiên cứu của đề tài là 700 người. Trên thực tế nghiên cứu được 800 cán bộ.

\***Cách chọn mẫu:** Toàn bộ số cán bộ thuộc diện tình ủy quản lý hiện tại là 1368 người (bao gồm nhóm đương chức có 359 người và nhóm nguyên chức là 1009 người). Như vậy với số cán

bộ đương chức chúng tôi chọn tất cả 359 người, nhóm nguyên chức cũng sẽ được chọn tất cả (trừ những trường hợp quá cao tuổi hoặc vắng mặt vào thời điểm nghiên cứu hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu).

**2.3 Phương pháp thu thập số liệu.** Cân nặng của đối tượng được thu thập bằng cân điện tử Tanita của Nhật Bản có độ chính xác 0,01kg. Kết quả được đọc theo đơn vị kilogram và ghi tới một chữ số thập phân. Đo chiều cao đứng của bệnh nhân bằng thước Microtoise của Pháp có độ chính xác tới milimet. Sử dụng bản tiêu chuẩn phân loại sức khỏe cán bộ theo quyết định số 2136/QĐ-BYT ngày 15/6/2005. Lấy máu xét nghiệm: Lấy 5 ml máu tĩnh mạch vào buổi sáng (từ 8-10 giờ), bệnh nhân nhịn ăn và không uống bất kỳ một loại nước giải khát nào để làm xét nghiệm. Xét nghiệm sinh hóa máu trên máy Randox Imola của Nhật. Xét nghiệm huyết học trên máy Celltak-alpha 6410 của Nhật. Hóa chất xét nghiệm đều do hãng Boehringer cung cấp. Các kỹ thuật cân đo, xét nghiệm đã được chuẩn hóa.

**2.5 Xử lý số liệu.** Làm sạch số liệu trước khi nhập vào máy vi tính. Sử dụng chương trình Epidata để nhập số liệu và phân tích số liệu bằng chương trình SPSS 16.0 bằng các test các test thống kê y học.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 3.1. Đặc điểm về giới tính và nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu**

Nhóm tuổi	Nam (n = 663)		Nữ (n = 137)		Chung (n = 800)	
	SL	%	SL	%	SL	%
≤ 65 tuổi	346	52,2	80	58,4	426	53,2
>65 tuổi	317	47,8	57	41,6	374	46,8

Kết quả bảng 3.1 cho thấy tỷ lệ cán bộ từ 65 tuổi trở xuống chiếm 53,2% trong đó, nữ giới là 58,4%, nam giới là 52,2%; tỷ lệ cán bộ trên 65 tuổi chiếm 46,8%, trong đó cán bộ nam là 47,8%, nữ là 41,6%.

**Bảng 3.2. Tình trạng dinh dưỡng theo giới tính dựa vào BMI**

Tình trạng dinh dưỡng	Nam (1) (n = 663)		Nữ (2) (n = 137)		Chung (n = 800)		p(1,2)
	SL	%	SL	%	SL	%	
Suy dinh dưỡng	5	0,8	0	0,0	5	0,6	<0,05
Bình thường	553	83,4	127	92,7	680	85,0	
Thừa cân/ Béo phì	105	15,8	10	7,3	115	14,4	

Kết quả bảng 3.2 cho thấy: Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở cán bộ theo giới tính dựa vào BMI là 0,6% %, trong đó tỷ lệ suy dinh dưỡng bệnh nhân nam là 0,8%, không có cán bộ nữ giới suy dinh dưỡng. Tỷ lệ thừa cân, béo phì là 14,4%, tỷ lệ thừa cân nữ là 7,3% thấp hơn nam là 15,8 %, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.3. Tình trạng dinh dưỡng theo nhóm tuổi dựa vào BMI**

Tình trạng dinh dưỡng	≤ 65 tuổi (1) (n = 426)		> 65 tuổi (2) (n = 374)		Chung (n = 800)		p(1,2)
	SL	%	SL	%	SL	%	
Suy dinh dưỡng	1	0,2	4	1,1	5	0,6	<0,05
Bình thường	351	82,4	329	88,0	680	85,0	
Thừa cân/ Béo phì	74	17,4	41	11,0	115	14,4	

Phân loại tình trạng dinh dưỡng tại bảng 3.3 theo nhóm tuổi cho thấy có 0,6% bệnh nhân suy dinh dưỡng, trong đó tỷ lệ bệnh nhân nhóm tuổi trên 65 tuổi suy dinh dưỡng là 1,1% cao hơn nhóm bệnh nhân từ 65 tuổi trở xuống là 0,2%. Tỷ lệ thừa cân/béo phì ở hai nhóm tuổi là 14,4%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.4. Tình trạng dinh dưỡng theo chỉ số vòng eo/vòng mông**

Tình trạng dinh dưỡng	Nam (1) (n = 663)		Nữ (2) (n = 137)		Chung (n = 800)		p(1,2)
	SL	%	SL	%	SL	%	
Bình thường	379	57,2	76	55,5	455	56,9	>0,05
Có nguy cơ sức khỏe	284	42,8	61	44,5	345	43,1	

Kết quả bảng 3.4 cho thấy tỷ lệ cán bộ có nguy cơ vòng eo/vòng mông chiếm 43,1%, trong đó cán bộ nữ là 44,5% cao hơn cán bộ nam là 42,8%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.5. Phân loại tình trạng sức khỏe theo giới tính**

Tình trạng dinh dưỡng	Nam (1) (n = 663)		Nữ (2) (n = 137)		Chung (n = 800)		p(1,2)
	SL	%	SL	%	SL	%	
Loại A	43	6,5	14	10,2	57	7,1	<0,05
Loại B1	593	89,4	118	86,1	711	88,9	
Loại B2	22	3,3	4	2,9	26	3,2	
Loại C	5	0,8	1	0,7	6	0,8	

Kết quả bảng 3.5 cho thấy tỷ lệ cán bộ sức khỏe loại B1 cao nhất chiếm tỷ lệ 88,9%, loại A chiếm 7,1%, loại B2 chiếm 3,2%, loại C chiếm 0,8%, không có sự khác biệt về tình trạng sức khỏe của cán bộ nam và nữ với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.6. Giá trị trung bình một số chỉ số xét nghiệm hóa sinh**

Các chỉ số	Nam (1) (n = 663)		Nữ (2) (n = 137)		Chung (n = 800)		p(1,2)
	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	
Albumin máu (g/l)	43,7 ± 4,6	43,1 ± 4,6	43,6 ± 4,6				>0,05
Protein (g/l)	70,6 ± 7,4	67,0 ± 10,3	70,0 ± 8,1				<0,001
Glucose (mmol/l)	6,7 ± 1,5	6,6 ± 1,6	6,7 ± 1,5				>0,05
Cholesterol (mmol/l)	5,30 ± 0,67	5,20 ± 0,60	5,29 ± 0,66				>0,05
Triglycerid (mmol/l)	2,28 ± 0,94	2,18 ± 0,69	2,26 ± 0,90				>0,05
H-DLC (mmol/l)	1,95 ± 0,69	2,00 ± 0,63	1,96 ± 0,68				>0,05
L-DLC (mmol/l)	2,93 ± 0,56	2,81 ± 0,55	2,91 ± 0,56				<0,05

Kết quả bảng 3.6 cho thấy chỉ số Albumin máu trung bình là  $43,6 \pm 4,6$  g/l, Protein trung bình là  $70,0 \pm 8,1$  g/l, cán bộ nam cao hơn cán bộ nữ có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ , Glucose máu trung bình là  $6,7 \pm 1,5$  mmol/l. Chỉ số Cholesterol là  $5,29 \pm 0,66$  mmol; chỉ số Triglycerid là  $2,26 \pm 0,9$  mmol/l; chỉ số H-DLC là  $1,96 \pm 0,68$  (mmol/l), không có sự khác biệt giữa nam và nữ. Chỉ số L-DLC là  $2,91 \pm 0,56$  mmol/l, ở cán bộ nam cao hơn cán bộ nữ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.7. Tình trạng thiếu Albumin huyết thanh của đối tượng nghiên cứu**

	Thông tin	Số lượng	Tỷ lệ %	p
Nhóm tuổi	≤ 65 tuổi (n=426)	4	0,9	>0,05
	65 - 80 tuổi (n=374)	5	1,3	
Giới tính	Nam (n = 663)	6	0,9	>0,05
	Nữ (n = 137)	3	2,2	
	Chung (n = 800)	9	1,1	

Kết quả bảng 3.7 cho thấy tỷ lệ thiếu Albumin huyết thanh ở cán bộ từ 65 tuổi trở xuống là 0,9% thấp hơn nhóm cán bộ trên 65 tuổi là 1,3%, tỷ lệ thiếu Albumin ở nhóm cán bộ nam là 0,9% cao hơn nhóm cán bộ nữ là 2,2%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.8. Tình trạng rối loạn lipid máu theo giới và nhóm tuổi**

	Thông tin	Số lượng	Tỷ lệ %	p
Nhóm tuổi	≤ 65 tuổi (n=426)	236	55,4	<0,05
	65 - 80 tuổi (n=374)	233	62,3	
Giới tính	Nam (n = 663)	393	59,3	>0,05
	Nữ (n = 137)	76	55,5	
	Chung (n = 800)	469	58,6	

Kết quả bảng 3.8 cho thấy tỷ lệ cán bộ có rối loạn lipid máu là 58,6%, trong đó tỷ lệ rối loạn lipid máu ở cán bộ từ 65 tuổi trở xuống chiếm 55,4% thấp hơn tỷ lệ rối loạn lipid máu ở cán bộ trên 65 tuổi là 62,3%, sự khác biệt với  $p < 0,05$ . Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở cán bộ nam là 59,3% cao hơn cán bộ nữ là 55,5%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

#### IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ thừa cân, béo phì chung là 14,4%. Tỷ lệ thừa cân ở nữ giới là 7,3% thấp hơn nam là 15,8%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ thừa cân, béo phì ở nam giới cao gấp đôi nữ giới, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, do đó cần quan tâm kiểm soát cân nặng đặc biệt là ở những đối tượng nam giới này. Có thể một trong những nguyên nhân gây nên tình trạng thừa cân béo phì này ở thói quen ăn uống, sinh hoạt, sử dụng bia rượu ở những đối tượng nam giới. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với một số nghiên cứu trước đây. Tại Việt Nam, theo điều tra của Viện Dinh dưỡng Quốc gia năm 2006 có gần 7 triệu người bị thừa cân, béo phì, chiếm hơn 8% dân số. Nghiên cứu của Viện Dinh dưỡng thực hiện năm 2008 ở khu vực nông thôn cho biết tỷ lệ BMI  $\geq 25$  là 9,6%. Tại các thành phố lớn, tình trạng thừa cân, béo phì lên tới 30% [6]. Quan sát một số nhóm đối tượng dân cư, nghề nghiệp có tỷ lệ mắc thừa cân béo phì cao hơn nhiều so với trung bình của quốc gia, lên đến 40%. Điều đáng lo ngại hơn là khi phân tích kết quả các giám sát dinh dưỡng cho thấy tuổi của người mắc thừa cân béo phì ngày càng trẻ hóa và béo phì mức độ nặng ngày càng gia tăng [7].

Kết quả bảng 3.4 cho thấy tỷ lệ cán bộ có nguy cơ sức khỏe tính theo chỉ số vòng eo/vòng hông chiếm 43,1%, trong đó cán bộ nữ là 44,5% cao hơn cán bộ nam là 42,8%, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Tỷ lệ WHR cao song hành cùng với tỷ lệ béo phì được đánh giá bằng chỉ số BMI ở Việt Nam cũng tương tự như ở các nước khác. Tỷ lệ này theo một nghiên cứu của Pakistan tại khu vực thành thị là 34% ở nam và 49% ở nữ, thừa cân béo phì đồng thời với tỷ lệ béo bụng (VE/VM) cao là 41% ở nam, 72% ở nữ và tăng tỷ lệ theo độ tuổi [1]. Béo bụng là một chỉ số được nhiều nhà nghiên cứu quan tâm, được coi là dấu hiệu chỉ điểm tăng nguy cơ bệnh tim mạch hơn là toàn bộ khối mỡ cơ thể [2], [3]. Khối mỡ bụng có thể làm thay đổi rõ rệt toàn bộ mỡ cơ thể hoặc BMI. Tỷ số vòng eo/vòng hông cao đã được chấp nhận

như là một phương pháp lâm sàng để xác định có tích lũy mỡ ở bụng.

Kết quả bảng 3.5 dựa trên các tiêu chí đánh giá phân loại sức khỏe các cán bộ được nghiên cứu cho thấy tỷ lệ cán bộ sức khỏe loại B1 cao nhất chiếm tỷ lệ 88,9%, loại A chiếm 7,1%, loại B2 chiếm 3,2%, loại C chiếm 0,8%, không có sự khác biệt về tình trạng sức khỏe của cán bộ nam và nữ với  $p > 0,05$ . Sự đánh giá phân loại sức khỏe này cho biết thực trạng sức khỏe cán bộ, dự báo xu hướng tiến triển về sức khỏe để ban chăm sóc sức khỏe tình có những cơ sở để chăm sóc sức khỏe cho các cán bộ được hiệu quả nhất.

Kết quả bảng 3.8 cho thấy tỷ lệ cán bộ có rối loạn lipid máu là 58,6%, trong đó tỷ lệ rối loạn lipid máu ở cán bộ từ 65 tuổi trở xuống chiếm 55,4% thấp hơn tỷ lệ rối loạn lipid máu ở cán bộ trên 65 tuổi là 62,3%, sự khác biệt với  $p < 0,05$ . Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở cán bộ nam là 59,3% cao hơn cán bộ nữ là 55,5%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Có sự khác biệt giữa tỷ lệ rối loạn lipid máu ở nhóm cán bộ từ 65 tuổi trở xuống thấp hơn nhóm từ 65 trở lên có thể giải thích rằng yếu tố tuổi tác cũng là một trong những nguyên nhân có thể gây ra sự khác biệt này.

Kết quả này so với kết quả nghiên cứu của Đỗ Đình Xuân và Trần Văn Long thực hiện ở 3 tỉnh đồng bằng bắc bộ trên 630 người > 40 tuổi thì tỷ lệ hiện mắc các rối loạn lipid máu của chúng tôi thấp hơn vì trong nghiên cứu này có tới 70,4% có rối loạn lipid máu [8], hay tỷ lệ này khi nghiên cứu trên bệnh nhân có bệnh lý tim mạch của Nguyễn Đào Dũng là 75,7%, cao hơn so với kết quả của chúng tôi [5].

#### V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ suy dinh dưỡng chung ở cán bộ theo BMI là 0,6%. Tỷ lệ thừa cân, béo phì là 14,4%, tỷ lệ cán bộ có nguy cơ thừa cân béo phì là 43,1%

- Nhóm cán bộ có sức khỏe phân loại B1 cao nhất chiếm tỷ lệ 88,9%, loại A chiếm 7,1%, loại B2 chiếm 3,2%, loại C chiếm 0,8%.

- Chỉ số Albumin huyết thanh trung bình là  $43,6 \pm 4,6$  g/l; Protein huyết thanh trung bình là  $70,0 \pm 8,1$  g/l, Glucose máu trung bình là  $6,7 \pm 1,5$  mmol/l. Chỉ số Cholesterol máu trung bình là  $5,29 \pm 0,66$  mmol/l; chỉ số Triglycerid máu trung bình là  $2,26 \pm 0,9$  mmol/l; chỉ số H-DLC trung bình là  $1,96 \pm 0,68$  (mmol/l).

- Tỷ lệ thiếu Albumin huyết thanh chung là 1,1%. Tỷ lệ cán bộ có rối loạn lipid máu là 58,6%.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Barbara Dennis, Kalimuddin Aziz, and Lilin She (2006), "High rates of Obesity and

- Cardiovascular Disease risk factors in lower middle class community in Pakistan: the Metroville Health Study", J Pak Med Assoc. 56(6).
2. **Harald J. Schneider, Heide Glaesmer, and Jens Klotsche (2007)**, "Accuracy of Anthropometric Indicators of Obesity to Predict Cardiovascular Risk", The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism 92(2), pp. 589–594.
  3. **Mabel Deurenberg-Yap, et al. (1999)**, "Manifestation of cardiovascular risk factors at low levels of body mass index and waist-to-hip ratio in Singaporean Chinese", Asia Pacific J Clin Nutr 8(3), pp. 177–183.
  4. **WHO (2011)**, Global status report on noncommunicable diseases 2010, WHO press, Geneva, Switzerland.
  5. **Nguyễn Đào Dũng, Lê Quý Phúc, Võ Văn Lượng (2006)**, "Khảo sát rối loạn lipid máu ở bệnh nhân có bệnh lý tim mạch", Kỷ yếu tóm tắt báo cáo khoa học - hội nghị khoa học tim mạch toàn quốc lần thứ XI, p. 63.
  6. **Viện Dinh dưỡng Quốc gia (2006)**, Kết quả điều tra thừa cân-béo phì và một số yếu tố liên quan ở người Việt Nam 25-64 tuổi,, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp Bộ.
  7. **Viện Dinh dưỡng Quốc gia (2012)**, Báo cáo tóm tắt tổng điều tra dinh dưỡng 2009-2010, Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng tầm nhìn 2011-2020 và tầm nhìn đến năm 2030.
  8. **Đỗ Đình Xuân, Trần Văn Long(2009)**, "Khảo sát tình trạng rối loạn lipid máu ở nhóm người trên 40 tuổi tại một số tỉnh thuộc đồng bằng Bắc Bộ", Tạp chí y học thực hành. 662(5), pp. 52-54.
  9. **WHO (2003)**, Chế độ ăn, dinh dưỡng và dự phòng các bệnh mạn tính. Sách dịch- Viện Dinh dưỡng. Geneva., 170.

## HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT U TINH BÀO VÀ U TẾ BÀO MÀM KHÔNG PHẢI U TINH BÀO

Nghiêm Phương Thảo\*, Võ Hưng Anh Thư\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** khảo sát đặc điểm và giá trị hình ảnh cộng hưởng từ (CHT) trong chẩn đoán phân biệt u tinh bào (UTB) và u tế bào mầm không phải u tinh bào (UTBMKPUTB). **Phương pháp:** thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả. Tất cả 52 bệnh nhân u tế bào mầm tinh hoàn (chia thành 2 nhóm theo giải phẫu bệnh: là 24 bệnh nhân UTB và 28 bệnh nhân UTBMKPUTB) được khảo sát CHT tinh hoàn tại bệnh viện Bình Dân từ 01/01/2019 đến 31/12/2020. **Kết quả:** đặc điểm hình ảnh trên CHT thường qui của nhóm UTB là: bắt thuốc đồng nhất (79,17%); đồng tín hiệu trên T1W (95,83%), tín hiệu thấp trên T2W (79,17%), có vách và bắt thuốc vách (83,33%), đa số không hoại tử tạo nang (79,17%) và không xuất huyết trong u (95,83%). Ngược lại nhóm UTBMKPUTB có tính chất bắt thuốc không đồng nhất (92,86%), tín hiệu không đồng nhất trên cả T1W (60,71%) và T2W (89,29%). Đa phần u nhóm này không có vách (85,71%), có hoại tử tạo nang (78,57%) và xuất huyết bên trong u (60,71%). Có sự khác biệt về đặc điểm hình ảnh trên giữa hai nhóm u tinh bào và UTBMKPUTB ( $p=0,0001$ ). Hình ảnh CHT giúp chẩn đoán phân biệt u tinh bào với UTBMKPUTB với độ nhạy 95,83%, độ đặc hiệu 89,29%, giá trị tiên đoán dương 88,46%, giá trị tiên đoán âm 96,15% và độ chính xác 92,31%. **Kết luận:** CHT có vai trò quan trọng trong việc phân biệt u tinh bào và UTBMKPUTB với độ chính xác khá cao.

**Từ khóa:** cộng hưởng từ, u tinh bào, u tế bào mầm không phải u tinh bào.

### SUMMARY

#### DIFFERENTIATION OF TESTICULAR SEMINOMA AND NONSEMINOMATOUS GERM CELL TUMOR ON MAGNETIC RESONANCE IMAGING

**Objective:** To explore the utility of magnetic resonance imaging (MRI) for the differential diagnostic of testicular seminoma and nonseminomatous germ cell tumors (NSGCTs). **Methods:** descriptive cross-sectional study design. The medical records from 52 patients (including 24 seminomas and 28 NSGCTs) that were examined preoperatively with MRI and treated with urologic surgery at Binh Dan hospital between 01/01/2019 and 31/12/2020 were retrospectively reviewed. **Results:** Seminomas were more likely to have signal homogeneity (79,17%), isointensity on T1-weighted imaging (T1WI) (95,83%), hypointensity on T2-weighted imaging (T2WI) (79,17%), and had wide obviously enhanced fibrovascular septa (83,33%) without hemorrhagic (95,83%) or cystic degeneration (79,17%). Conversely, NSGCT was more likely to have a signal heterogeneity (92,86%), mainly mixed signal on T1WI (60,71%) and T2WI (89,29%), most of them had no fibrovascular septa (85,71%), and hemorrhagic or cystic degeneration was common in malignant NSGCT (60,71% and 78,57%, respectively). MRI showed that there were significant differences in signal homogeneity, T1WI signal intensity, T2WI signal intensity, fibrovascular septa, hemorrhagic or cystic degeneration between seminomas and NSGCTs ( $p=0,0001$ ). The sensitivity, specificity, positive predictive value, negative predictive value of MRI in differential diagnosing seminomas and NSGCTs were

\*Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nghiêm Phương Thảo

Email: nghiempuongthaoy2003@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 12.10.2021

Ngày duyệt bài: 20.10.2021