

thấy có nhiều bệnh nhân AFRS có kết quả dương tính với từ 2 dị nguyên trở lên, cả trên SPT và NPT. Một số bệnh nhân thậm chí dương tính với cả 4 dị nguyên khảo sát trên SPT, và một số bệnh nhân đồng mắc 3 dị nguyên trên cả 2 xét nghiệm. Điều này gợi ý rằng, có thể bệnh AFRS thường đi kèm với sự tăng cường miễn dịch đối với nhiều loại dị nguyên khác như nấm mốc, mạt nhà, gián... Những bệnh nhân mắc AFRS cần được đánh giá toàn diện về sự nhạy cảm với nhiều loại dị nguyên để có phương pháp điều trị toàn diện và hiệu quả hơn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy xét nghiệm thử thách mũi (NPT) có độ nhạy cao hơn xét nghiệm lấy da (SPT) trong chẩn đoán AFRS. Nhiều bệnh nhân AFRS có đồng mắc nhiều loại dị ứng với các dị nguyên như nấm mốc, mạt bụi nhà, gián, v.v. Vì vậy, việc phối hợp sử dụng cả 2 xét nghiệm và đánh giá toàn diện tình trạng miễn dịch, dị ứng của bệnh nhân là rất quan trọng để chẩn đoán và quản lý bệnh AFRS hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Callejas Claudio** (2013), "Fungal rhinosinuitis: what every allergist should know", *Clinical & Experimental Allergy*. 43(8), tr. 835-849. <https://doi.org/10.1111/cea.12118>
2. **Collins Melanie và các cộng sự.** (2004), "Role of local immunoglobulin E production in the pathophysiology of noninvasive fungal sinusitis", *The Laryngoscope*. 114(7), tr. 1242-1246.
3. **Corradini Carlo và các cộng sự.** (2003), "Allergic fungal sinusitis. A naso-sinusal specific hyperreactivity for an infectious disease?", *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 23(3), tr. 168-74. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14677309>
4. **Krishna Vemuru Chaitanya** (2017), "Evaluation of Diagnostic Criteria for AFRS: A Hospital Based Study", *Bengal Journal of Otolaryngology and Head Neck Surgery*. 25, tr. 130-135. <https://doi.org/10.47210/bjohns.2017.v25i3.133>
5. **Millar J.W.** (1981), "Allergic aspergillosis of the maxillary sinuses", *Thorax*. 36, tr. 710.
6. **O'Driscoll Ronan và các cộng sự.** (2009), "Comparison of skin prick tests with specific serum immunoglobulin E in the diagnosis of fungal sensitization in patients with severe asthma", *Clin Exp Allergy*. 39(11), tr. 1677-83. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2222.2009.03339.x>

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ Ở NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ S.I.S CẦN THƠ NĂM 2024

Lê Lâm Tuyết Duy¹, Tô Văn Tân¹, Nguyễn Thị Diệu Hằng¹,
Trần Thị Thúy Vân¹, Bùi Trần Minh Nguyệt¹, Nguyễn Trần Trân²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hội chứng chuyển hóa (HCCH) là một nhóm các rối loạn làm tăng nguy cơ mắc các bệnh lý tim mạch, đái tháo đường và tử vong sớm. Tuy nhiên, nghiên cứu về HCCH ở nhân viên y tế (NVYT) còn hạn chế. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm HCCH và một số yếu tố nguy cơ của NVYT. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 459 NVYT khám sức khỏe định kỳ tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ từ tháng 04 đến tháng 11 năm 2024. **Kết quả:** Tỷ lệ mắc HCCH theo IDF 2009 là 12,9%, với nam và nữ lần lượt là 16,7% và 10,9%. Tỷ lệ mắc 3 thành tố là 66,1% trong đó, thành tố HDL giảm chiếm tỷ lệ cao nhất với 32%. Các yếu tố như hoạt động thể lực thấp, uống rượu bia mức có hại/nguy cơ, tiền sử tăng huyết áp và thừa

cân/béo phì liên có quan chặt chẽ đến khả năng mắc hội chứng chuyển hóa. Khả năng mắc HCCH tăng gấp 26 lần (KTC 95%: 1,58 - 426,84) ở người có 4 yếu tố nguy cơ so với người không có yếu tố nguy cơ nào. **Kết luận:** Tỷ lệ mắc HCCH ở NVYT là khá cao. Việc tầm soát và can thiệp sớm các yếu tố nguy cơ là cần thiết để giảm thiểu tỷ lệ mắc HCCH nhằm nâng cao sức khỏe và kéo dài tuổi thọ cho NVYT. **Từ khóa:** hội chứng chuyển hóa, IDF 2009, yếu tố nguy cơ.

SUMMARY

THE PREVALENCE AND ASSOCIATED RISK FACTORS OF METABOLIC SYNDROME AMONG HEALTHCARE WORKERS AT S.I.S CAN THO INTERNATIONAL GENERAL HOSPITAL IN 2024

Background: Metabolic syndrome (MetS) comprises a collection of conditions that elevate the risk of cardiovascular diseases, diabetes, and early mortality. However, research on MetS among healthcare workers are limited. **Objective:** determining the prevalence and related risk factors of MetS among healthcare workers. **Methods:** a cross-sectional study was conducted in 459 healthcare workers who received routine health assessments at

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trần Trân

Email: nttran@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2025

Ngày duyệt bài: 12.11.2025

S.I.S. Can Tho International General Hospital from April to November 2024. **Results:** The prevalence of MetS based on the IDF 2009 criteria was 12.9%, with rates of 16.7% in males and 10.9% in females. Three of the components of MetS were present in 66.1% of participants, with low HDL cholesterol being the most common, affecting 32% of them. The risk of MetS significantly correlated with low physical activity, excessive alcohol use, a history of hypertension, and overweight/obesity. The likelihood of developing MetS was 26 times greater (95% CI: 1,58 - 426,84) in people with four risk factors compared to those without any of them. **Conclusion:** the prevalence of MetS among healthcare professionals was significantly elevated. Comprehensive screening and intervention of risk factors are crucial for diminishing the development of MetS, thereby enhancing health outcomes and prolonging the longevity of healthcare workers. **Keywords:** metabolic syndrome, IDF 2009, risk factor

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng chuyển hóa (HCCH) là một nhóm các thành tố bao gồm béo phì trung tâm, rối loạn lipid máu, tăng huyết áp và tăng glucose máu lúc đói. HCCH làm tăng khả năng mắc các bệnh đái tháo đường típ 2, bệnh lý tim mạch và tai biến mạch máu não. Ngoài ra, người mắc HCCH có tỉ lệ tử vong do mọi nguyên nhân cao hơn so với những người không mắc hội chứng này [6].

Tại Việt Nam, theo các nghiên cứu gần đây nhất, tỉ lệ người mắc HCCH đã tăng nhanh từ 12% vào năm 2001 lên đến 29,8% vào năm 2023 [2]. HCCH gây ra các gánh nặng lên hệ thống y tế, kinh tế và xã hội, đồng thời tăng nguy cơ tử vong, nhưng nếu HCCH được phòng ngừa và tầm soát sớm, thì HCCH có thể được quản lý tốt, từ đó nâng cao được sức khỏe và kéo dài tuổi thọ. Tuyên truyền, giáo dục sức khỏe cho cộng đồng về tầm quan trọng của dự phòng và điều trị sớm các thành tố của HCCH rất quan trọng. Trong đó, các nhân viên y tế (NVYT) đóng vai trò cốt lõi do tầm ảnh hưởng của họ trong việc nâng cao sức khỏe cộng đồng.

NVYT nói chung và NVYT tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ luôn làm việc với cường độ cao. Theo báo cáo thống kê qua năm năm hoạt động, số lượt khám bệnh tăng từ 11.868 năm 2019 lên đến 106.428 năm 2023. Với 100 giường bệnh và gần 700 nhân viên, tình trạng quá tải tại Bệnh viện luôn ở mức cao, công suất hoạt động vượt 300% vào năm 2023. NVYT là những đối tượng rất dễ có nguy cơ mắc các bệnh không lây. Vì vậy, nghiên cứu mô tả đặc điểm dịch tễ học HCCH của NVYT là cần thiết. Hiện nay, khu vực Đồng bằng sông Cửu Long chưa có nghiên cứu về HCCH của NVYT. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu:

"Nghiên cứu tình hình hội chứng chuyển hóa và các yếu tố nguy cơ ở nhân viên y tế tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ năm 2024".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả NVYT đang công tác tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ đến khám sức khỏe định kỳ đồng ý tham gia nghiên cứu từ tháng 04/2024 – 11/2024.

Tiêu chuẩn loại trừ: NVYT có vòng bụng tăng trong các bệnh lý xơ gan, bệnh thận mạn, hội chứng cushing, hoặc đang mắc các bệnh lý cấp tính khác; Phụ nữ mang thai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- Cỡ mẫu: ước tính một tỉ lệ, $n =$

$$\frac{Z^2 \left(1 - \frac{\alpha}{2}\right) P(1-P)}{d^2}$$

dựa vào tỉ lệ NVYT mắc HCCH của Nguyễn Lê Ngọc Vân và cộng sự (2015) $p = 12,9$ [4], với ước tính 8% số phiếu điều tra không hợp lệ, cỡ mẫu trong nghiên cứu này là 459 NVYT.

- Nội dung nghiên cứu: Nhân viên y tế được xét nghiệm tổng quát, đo huyết áp, đo chỉ số khối cơ thể. Sau đó, họ trả lời bộ câu hỏi STEPwise liên quan các bệnh không lây.

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, nghề nghiệp, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, tiền sử bệnh lý.

Tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng chuyển hóa: theo IDF, AHA/NHLBI, WHF, IAS, IASO năm 2009 khi đối tượng nghiên cứu có ít nhất 3 trên 5 thành tố: Vòng bụng; Tăng triglycerid máu hoặc đang điều trị thuốc giảm triglycerid; Giảm HDL cholesterol máu hoặc đang điều trị thuốc làm tăng HDL-C; Huyết áp tăng hoặc đã được chẩn đoán và điều trị THA trước đây; Glucose máu lúc đói tăng hoặc trước đây đã được chẩn đoán bệnh ĐTĐ típ 2.

Một số yếu tố liên quan của hội chứng chuyển hóa theo bộ câu hỏi STEPwise về các bệnh không lây gồm: Thói quen hút thuốc lá; Hoạt động thể lực; Thói quen sử dụng đồ uống có cồn (bia, rượu); Thói quen sử dụng rau xanh/ trái cây; Đánh giá mức độ ăn đủ rau xanh/ trái cây.

- **Xử lý số liệu:** Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Sử dụng hồi quy Logistic, kiểm định CHI bình phương (λ^2) sử dụng Pearson hoặc test Fisher để kiểm định sự khác biệt với mức ý nghĩa $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được Hội đồng y đức và Hội đồng khoa học Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ nghiệm thu số 42924/QĐ-S.I.S, và tất cả đối tượng tham gia

nghiên cứu đều đồng ý ký giấy tự nguyện tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Mô tả các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=459)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Giới	Nam	156	34
	Nữ	303	66
Tuổi	<35	361	78,6
	>35	98	21,4
Trình độ học vấn	Sau đại học	65	14,2
	Đại học/Cử nhân	217	47,2
	Cao đẳng	156	34
	Khác	21	4,6
Dân tộc	Kinh	438	95,4
	Hoa	8	1,7
	Khmer	11	2,4
	Khác	2	0,4
Tình trạng hôn nhân	Chưa kết hôn	268	58,4
	Đã kết hôn	177	38,6
	Ly hôn	7	1,5
	Không trả lời	7	1,5
Nghề nghiệp	Bác sĩ	93	20,3
	Điều dưỡng/KTV	202	44,0
	NV khối hành chính	105	22,9
	NV khối kỹ thuật	48	10,5
	Dược lâm sàng	11	2,4
BMI	Gầy	67	14,7
	Bình thường	243	52,9
	Thừa cân	75	16,3
	Béo phì	74	16,1
HCCH	Có	59	12,9

Nhận xét: Phân bố tỉ lệ các thành tố của hội chứng chuyển hóa ở đối tượng nghiên cứu thì HDL giảm chiếm tỉ lệ cao nhất (32,0%), thấp nhất là glucose máu tăng (15,0%).

3.3. Các yếu tố nguy cơ của hội chứng chuyển hóa

Bảng 3. Đặc điểm chung giữa nhóm mắc hội chứng chuyển hóa và nhóm không mắc hội chứng chuyển hóa

Đặc điểm		Không mắc HCCH (n=400)		Mắc HCCH (n=59)		OR KTC 95%	p
		SL	%	SL	%		
Tuổi	<35	320	88,6	41	11,4	1,75 (0,95 – 3,21)	0,06
	>35	80	81,6	18	18,4		
Giới tính	Nam	130	83,3	26	16,7	0,61 (0,35 – 1,06)	0,08
	Nữ	270	89,1	33	10,9		
Nghề nghiệp	Bác sĩ	80	86,0	13	14,0	1	0,88
	Điều dưỡng/KTV	179	88,6	23	11,4	1,62 (0,19 – 13,77)	0,65
	NV khối hành chính	89	84,8	16	15,2	1,28 (0,15 – 10,50)	0,81
	NV khối kỹ thuật	42	87,5	6	12,5	1,79 (0,21 – 15,02)	0,58
	Dược lâm sàng	10	90,9	1	9,1	1,42 (0,15 – 13,23)	0,75
Trình độ	Cao đẳng	141	90,4	15	9,6	1	0,20

	Không	400	87,1
--	-------	-----	------

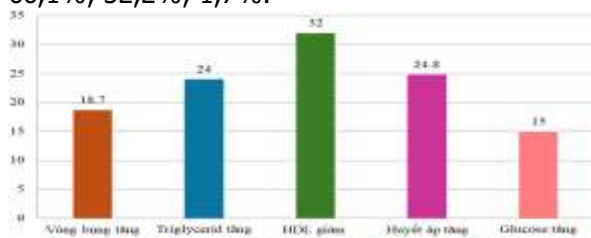
Nhận xét: Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 30,22 ± 6,65, nữ giới chiếm gần 2/3 tỉ lệ và đa số có độ tuổi dưới 35 tuổi. Phần lớn NVYT là dân tộc Kinh, có trình độ học vấn từ cao đẳng trở lên và chưa kết hôn. NVYT là điều dưỡng/KTV chiếm gần phân nửa số đối tượng nghiên cứu. Trong đó, chỉ số BMI bình thường cao nhất và thấp nhất là gầy. Tỉ lệ mắc HCCH là 12,9% trong đó nam giới và nữ giới chiếm lần lượt 16,7% và 10,9%.

3.2. Đặc điểm hội chứng chuyển hóa của nhân viên y tế Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ

Bảng 2. Tỉ lệ số thành tố rối loạn trong hội chứng chuyển hóa của đối tượng nghiên cứu (n=59)

Số thành tố rối loạn	Số lượng	Tỉ lệ (%)
3	39	66,1
4	19	32,2
5	1	1,7
Tổng	59	100,0

Nhận xét: Tỉ lệ NVYT rối loạn 3 thành tố là cao nhất so với 4 và 5 thành tố, lần lượt là 66,1%; 32,2%; 1,7%.



Biểu đồ 1. Phân bố tỉ lệ các thành tố của hội chứng chuyển hóa ở đối tượng nghiên cứu

học vấn	Đại học/cử nhân	188	86,6	29	13,4	1,01 (0,21 – 4,76)	0,98
	Sau đại học	52	80,0	13	20,0	1,46 (0,32 – 6,62)	0,62
	Khác	19	90,5	2	9,5	2,37 (0,49 – 11,51)	0,28

Nhận xét: Đặc điểm chung của tuổi, giới tính, nghề nghiệp và trình độ học vấn của nhóm mắc HCCH và nhóm không mắc HCCH có sự khác biệt nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 4. Các yếu tố nguy cơ của hội chứng chuyển hóa ($n=459$)

Yếu tố		Không mắc HCCH ($n=400$)		Mắc HCCH ($n=59$)		OR KTC 95%	p
		SL	Tỉ lệ	SL	Tỉ lệ		
Hút thuốc lá	Có	8	61,5	5	38,5	4,53	0,005
	Không	392	87,9	54	12,1	(1,43 – 14,37)	
Hoạt động thể lực thấp	Có	114	74,5	39	25,5	4,89	<0,001
	Không	286	93,5	20	6,5	(2,73 – 8,74)	
Thiếu rau xanh/trái cây	Có	22	95,7	1	4,3	0,29	0,23
	Không	378	86,7	58	13,3	(0,39 – 2,24)	
Ăn mặn	Có	194	86,6	30	13,4	1,09	0,73
	Không	206	87,7	29	12,3	(0,63 – 1,89)	
Sử dụng rượu, bia mức độ có hại và nguy cơ	Có	27	58,7	19	41,3	6,56	<0,001
	Không	373	90,3	40	9,7	(3,35 – 12,84)	
Thừa cân/Béo phì	Có	104	69,8	45	30,2	9,14	<0,001
	Không	296	95,5	14	4,5	(4,82 – 17,35)	
Tăng huyết áp	Có	14	63,6	8	36,4	4,32	0,003
	Không	386	88,3	51	11,7	(1,73 – 10,81)	
Đái tháo đường	Có	21	75,0	7	25,0	2,07	0,048
	Không	379	87,9	52	12,1	(1,03 – 4,13)	
Tăng cholesterol	Có	121	80,7	29	19,3	1,99	0,005
	Không	279	90,3	30	9,7	(1,24 – 3,19)	
Bệnh lý tim mạch	Có	3	50,0	3	50,0	4,04	0,03
	Không	397	87,6	56	12,4	(1,75 – 9,34)	

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa hút thuốc lá, hoạt động thể lực thấp và sử dụng rượu, bia mức độ có hại và nguy cơ với tỉ lệ mắc HCCH ($p < 0,05$). Nhóm người thừa cân/béo phì tăng khả năng mắc HCCH gấp 9,14 lần (KTC

95%: 4,82 – 17,35) người có cân nặng bình thường với $p < 0,001$. Tiền sử mắc bệnh lý tăng huyết áp, đái tháo đường, tăng cholesterol và bệnh lý tim mạch đều là yếu tố nguy cơ có ý nghĩa thống kê với HCCH ($p < 0,05$).

Bảng 5. Các yếu tố nguy cơ của hội chứng chuyển hóa theo mô hình hồi quy đa biến

Yếu tố	OR	KTC 95%	p
Hút thuốc lá	4,64	1,00 – 21,46	0,049
Hoạt động thể lực thấp	7,65	3,51 – 16,66	<0,001
Sử dụng rượu, bia mức độ có hại và nguy cơ	9,35	3,48 – 25,09	<0,001
Tiền sử bệnh lý THA	5,26	1,61 – 17,16	0,006
Tiền sử bệnh lý ĐTĐ	0,76	0,19 – 2,98	0,699
Tiền sử bệnh lý tăng cholesterol	0,69	0,31 – 1,54	0,370
Tiền sử bệnh lý tim mạch	0,12	0,01 – 1,11	0,062
Thừa cân/béo phì	3,30	1,13 – 9,62	0,029

Nhận xét: Hút thuốc lá, hoạt động thể lực thấp, sử dụng bia, rượu mức độ có hại và nguy cơ, thừa cân/béo phì đều là các yếu tố nguy cơ theo phân tích hồi quy đa biến của HCCH với ($p < 0,001$).

Bảng 6. Phân tích kết hợp các yếu tố nguy cơ của hội chứng chuyển hóa

Yếu tố	Không mắc HCCH ($n=400$)		Mắc HCCH ($n=59$)		OR KTC 95%	p
	SL	Tỉ lệ	SL	Tỉ lệ		
0 yếu tố	26	92,9	2	7,1	1	-
1 yếu tố	236	95,9	10	4,1	0,55 (0,11 – 2,65)	0,457
2 yếu tố	94	88,7	12	11,3	1,66 (0,34 – 7,88)	0,524
3 yếu tố	43	56,6	33	43,4	9,97 (2,20 – 45,07)	0,003
4 yếu tố	1	33,3	2	66,7	26,0 (1,58 – 426,84)	0,022

Nhận xét: Tỷ lệ mắc HCCH tỷ lệ thuận so với số yếu tố nguy cơ. Nhóm đối tượng nghiên cứu có từ 3 yếu tố liên quan thì khả năng mắc HCCH càng cao và có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của dân số tham gia nghiên cứu. Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 30,22 + 6,65, tương đương so với độ tuổi trung bình của NVYT toàn Bệnh viện là 31,01 + 8,42 với tỷ lệ giữa nam và nữ lần lượt là 34,0% so với 66,0%. Kết quả nghiên cứu này có điểm tương đồng với các nghiên cứu trước đó [1-3]. Nữ giới chiếm gần hai phần ba tổng số NVYT tại các cơ sở y tế trên cả nước và tuổi trung bình trong độ tuổi lao động trẻ và chưa kết hôn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thừa cân béo phì cao hơn các nghiên cứu ở khu vực lân cận và phương Tây [1],[5]. Lý do cho sự khác biệt này là vì chúng tôi áp dụng phân loại BMI theo Châu Á, mức thừa cân/béo phì BMI ≥ 23 kg/m² so với mức BMI ≥ 25 kg/m². Tuy nhiên, tỷ lệ NVYT thừa cân/béo phì phù hợp với xu hướng mô hình bệnh không lây đang gia tăng trên thế giới hiện nay.

4.2. Đặc điểm hội chứng chuyển hoá của đối tượng nghiên cứu. Tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa (HCCH) theo tiêu chí đồng thuận IDF 2009 trong nghiên cứu là 12,9% (n = 59), với nam giới chiếm 16,7% và nữ giới 10,9%. Mặc dù nam có tỷ lệ mắc cao hơn, sự khác biệt này không đạt ý nghĩa thống kê. Sự chênh lệch về tỷ lệ mắc có thể chịu ảnh hưởng từ đặc điểm phân bố giới đặc thù trong môi trường y tế, khi số lượng nhân viên y tế nữ chiếm ưu thế so với nam, từ đó ảnh hưởng đến tính so sánh giữa các nhóm. Kết quả này tương đồng với kết quả trong nước nhưng thấp hơn ở phương Tây và các nước phát triển [3],[6]. Tỷ lệ mắc HCCH khác nhau giữa các nghiên cứu do đặc điểm của đối tượng nghiên cứu, địa dư, văn hoá và tiêu chuẩn chẩn đoán,...

NVYT có 3 thành tố rối loạn chiếm hai phần ba tỷ lệ, thành tố chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là HDL giảm chiếm 32%, tăng huyết áp 24,8% và tăng triglycerid chiếm 24%, glucose máu tăng là rối loạn ít gặp nhất chiếm tỷ lệ 15%. Các thành tố của HCCH cũng có sự thay đổi theo thời gian và trên nhóm đối tượng NVYT, các thành tố thường gặp nhất là giảm HDL và tăng triglycerid [3].

4.3. Một số yếu tố nguy cơ của hội chứng chuyển hoá ở đối tượng nghiên cứu. Việc xác định các yếu tố nguy cơ đóng vai trò cốt lõi trong chiến lược phòng ngừa HCCH. Phân tích

hồi quy đa biến cho thấy các yếu tố như: hoạt động thể lực thấp, sử dụng rượu bia ở mức độ nguy cơ hoặc có hại, tiền sử tăng huyết áp và thừa cân/béo phì có mối tương quan thuận với nguy cơ mắc HCCH. Đặc biệt, sự kết hợp đồng thời ≥ 3 yếu tố nguy cơ làm tăng đáng kể khả năng mắc bệnh ($p < 0,05$), phản ánh tác động cộng gộp hoặc hiệp đồng giữa các yếu tố này.

Cụ thể, mức độ hoạt động thể lực thấp làm tăng nguy cơ mắc HCCH gấp 7,65 lần (KTC 95%: 3,51 - 16,66; $p < 0,001$) so với nhóm có hoạt động trung bình hoặc cao. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Doo Yong Park và cộng sự (2024) [7] trong đó thay đổi từ lối sống tĩnh tại sang vận động thường xuyên giúp giảm 25% nguy cơ mắc HCCH.

Tương tự, sử dụng rượu bia ở mức độ có hại hoặc nguy cơ làm tăng nguy cơ mắc HCCH lên 9,35 lần (KTC 95%: 3,48 - 25,09; $p < 0,001$) so với mức cho phép. Điều này nhất quán với nhận định can thiệp giảm tiêu thụ rượu bia giúp giảm nguy cơ mắc HCCH.

Tiền sử tăng huyết áp cũng là một yếu tố nguy cơ quan trọng, với OR = 5,26 (KTC 95%: 1,61 - 17,16; $p < 0,05$), phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Nga và cộng sự (2017) [3] tại Trường Đại học Y Dược Hà Nội. Đồng thời, thừa cân/béo phì làm tăng nguy cơ mắc HCCH gấp 3,30 lần (KTC 95%: 1,13 - 9,62; $p < 0,05$). Phát hiện này tương đồng với nghiên cứu đoàn hệ kéo dài 6 năm của Nurul và cộng sự (2024) [8] trên 1.376 người Indonesia, trong đó người thừa cân và béo phì có nguy cơ mắc HCCH tăng lần lượt 2,4 và 4,4 lần so với người bình thường (KTC 95%: 4,82 - 7,35).

Những kết quả trên cho thấy HCCH có bản chất đa yếu tố, trong đó các nguy cơ không chỉ hoạt động độc lập mà còn tương tác lẫn nhau. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc triển khai các can thiệp toàn diện, bao gồm sàng lọc định kỳ, thay đổi lối sống, ổn định bệnh nền và kiểm soát đồng thời nhiều yếu tố nguy cơ để nâng cao hiệu quả phòng ngừa và cải thiện sức khỏe cho cộng đồng, đặc biệt là nhóm NVYT đây là đối tượng có nguy cơ tích lũy cao theo thời gian.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 459 nhân viên y tế tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ cho thấy tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa ở nhóm đối tượng này ở mức cao. Các yếu tố nguy cơ như lối sống tĩnh tại và tình trạng thừa cân/béo phì có mối liên quan chặt chẽ đến sự phát triển của HCCH. Kết quả nghiên cứu có ý nghĩa quan trọng trong việc định hướng các biện pháp can

thiệt nhằm cải thiện sức khỏe cho đội ngũ nhân viên y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Thị Phương Duyên, Nguyễn Anh Khoa** (2022), "Đặc điểm nhân trắc học, dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan đến tỉ lệ chỉ số khối cơ thể của nhân viên y tế tại Đắk Lắk", Tạp chí Y học Việt Nam, 516(1), tr.242-246.
2. **Trần Thừa Nguyên, Trần Hữu Dàng** (2023), "Tỉ lệ hội chứng chuyển hóa của người dân Việt Nam", Tạp chí Nội tiết và Đái tháo đường, số 60, tr.5-16.
3. **Nguyễn Thị Nga, Trần Thị Phúc Nguyệt** (2017), "Tình trạng mắc hội chứng chuyển hóa và một số yếu tố liên quan của cán bộ viên chức tại trường Đại học Y dược Hà Nội", Tạp chí dinh dưỡng và thực phẩm, 13 (2), tr.12-18.
4. **Nguyễn Lê Ngọc Vân, Nguyễn Văn Tập** (2015), "Tỉ lệ hiện mắc hội chứng chuyển hóa và các yếu tố liên quan của nhân viên Bệnh viện Từ

Dũ", Tạp chí phụ sản, 13(2B), tr.79-84.

5. **Kunyahamu MS, Daud A, Jusoh N.** (2021), "Obesity among Health-Care Workers: Which Occupations Are at Higher Risk of Being Obese?", Int J Environ Res Public Health, 18(8):4381.
6. **Niazi E, Saraei M, Aminian O, Izadi N.** (2019), "Frequency of metabolic syndrome and its associated factors in health care workers", Diabetes Metab Syndr, 13(1), P.338-342.
7. **Park DY, Lee O, Lee YH, Lee CG, Kim YS** (2024), "Relationship between Change in Physical Activity and Risk of Metabolic Syndrome: A Prospective Cohort Study", JOMES, 33, p.121-132.
8. **Rahmawati, N.D., Andriani, H., Wirawan, F. et al** (2024), "Body mass index as a dominant risk factor for metabolic syndrome among indonesian adults: a 6-year prospective cohort study of non-communicable diseases", BMC Nutrition, 10(43), p.1-13.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA HORMONE TUYẾN GIÁP VÀ CÁC ĐẶC TÍNH LÂM SÀNG Ở NGƯỜI CÓ NHÂN GIÁP VỚI PHÂN LOẠI TIRADS 4-5

Bùi Thị Hồng Châu¹, Nguyễn Kim Hải², Nguyễn Thanh Trâm¹,
Đinh Thị Huyền², Lưu Thị Thu Thảo¹, Lê Thị Xuân Thảo¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Hormone tuyến giáp có vai trò quan trọng trong nhiều quá trình sinh lý như tăng trưởng tế bào, phát triển và chuyển hóa bình thường của cơ thể. Tuy nhiên, hormone tuyến giáp cũng liên quan đến những kích thích sự tăng sinh tế bào ung thư, điển hình là ung thư tuyến giáp. Một số cho thấy có mối liên quan giữa những thay đổi về chức năng tuyến giáp với sự khởi phát và phát triển của ung thư tuyến giáp như suy giáp ức chế sự phát triển của khối u, trong khi cường giáp tạo ra tác dụng ngược lại. Nghiên cứu này thực hiện khảo sát mối liên quan giữa nồng độ các hormone tuyến giáp và các đặc điểm lâm sàng ở người bệnh có nhân giáp thuộc nhóm nguy cơ cao (phân loại TIRADS 4-5 dựa trên siêu âm). **Đối tượng- phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang, gồm 180 người bệnh có nhân giáp TIRADS 4-5 dựa trên siêu âm và 180 người trong nhóm đối chứng, khám ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM trong năm 2024. Các dữ liệu về nhân khẩu học, BMI, nồng độ TSH, FT3, và FT4 đã được thu thập. Phân tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm Stata 17.0. **Kết quả:** Dân số nghiên cứu ở hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về phân bố giới tính và tuổi. Nhóm có nhân giáp TIRADS 4-5 có chỉ số

BMI trung bình là $23,7 \pm 3,3$ kg/m²; cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng ($p=0,02$). Không có sự khác biệt về nồng độ TSH trung bình ở hai nhóm. Nồng độ FT3 ở nhóm TIRADS 4-5 có trung vị cao hơn (5,1 so với 4,9 pmol/L, $p=0,01$) và nồng độ FT4 có trung vị thấp hơn (14,9 so với 15,8 pmol/L, $p=0,04$) so với nhóm đối chứng. Phân bố các nhóm TSH (thấp, bình thường, cao) cũng khác biệt giữa hai nhóm ($p<0,001$). **Kết luận:** Nghiên cứu ghi nhận sự khác biệt về BMI, nồng độ FT3, FT4 và TSH giữa nhóm có nhân giáp TIRADS 4-5 và nhóm đối chứng. Kết quả này gợi ý vai trò tiềm năng của một số yếu tố nội tiết trong việc hỗ trợ đánh giá nguy cơ ác tính ở người có nhân giáp. **Từ khóa:** Hormone tuyến giáp, TIRADS, ung thư tuyến giáp

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN THYROID HORMONES AND CLINICAL FEATURES IN PATIENTS WITH TIRADS 4–5 THYROID NODULES

Background: Thyroid hormones play an important role in many physiological processes, such as cell growth, development, and the normal metabolism of the body. However, they are also involved in stimulating the proliferation of cancer cells, particularly in thyroid cancer. Some studies have shown a relationship between changes in thyroid function and the onset and progression of thyroid cancer—for example, hypothyroidism may inhibit tumor growth, while hyperthyroidism appears to have the opposite effect. This study investigated the relationship between thyroid hormone concentrations and clinical characteristics in patients with high-risk thyroid nodules (classified as TIRADS 4–5 based on

¹Đại học Y Dược TP.HCM

²Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Hồng Châu

Email: buithihongchau@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.10.2025

Ngày duyệt bài: 13.11.2025