

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 52 bệnh nhân nhồi máu não diện rộng kèm phù não ác tính được phẫu thuật mở sọ giải áp bán cầu tại Bệnh viện Quân y 103, tỷ lệ tử vong trong 30 ngày là 25,0% và 50,0% bệnh nhân đạt kết cục chức năng thuận lợi tương đối (mRS 0-4) sau 3 tháng. Các yếu tố liên quan đến kết cục không thuận lợi gồm: tuổi  $\geq 60$ , GCS trước mổ thấp, NIHSS nhập viện cao, lệch đường giữa nhiều, chuyển dạng xuất huyết trước mổ và thời gian phẫu thuật muộn sau 48 giờ. Có tái thông trước mổ liên quan đến kết cục tốt hơn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, et al. (2022). World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. *Int J Stroke*, 17(1):18-29.
2. Vahedi K, Hofmeijer J, Juettler E, et al. (2007). Early decompressive surgery in malignant infarction of the middle cerebral artery: a pooled analysis of three randomised controlled trials. *Lancet Neurol*, 6(3):215-222.
3. Hofmeijer J, Kappelle LJ, Algra A, et al. (2009). Surgical decompression for space-occupying cerebral infarction (the Hemicraniectomy After Middle Cerebral Artery infarction with Life-threatening Edema Trial [HAMLET]): a multicentre, open, randomised trial. *Lancet Neurol*, 8(4):326-333.
4. Jüttler E, Unterberg A, Woitzik J, et al. (2010). Hemicraniectomy in older patients with extensive middle-cerebral-artery stroke. *N Engl J Med*, 370(12):1091-1100.
5. Torbey MT, Bösel J, Rhoney DH, et al. (2015). Evidence-based guidelines for the management of large hemispheric infarction: a statement for healthcare professionals from the Neurocritical Care Society and the German Society for Neuro-intensive Care and Emergency Medicine. *Neurocrit Care*, 22(1):146-164.
6. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. (2019). Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines. *Stroke*, 50(12):e344-e418.
7. Wijndicks EFM, Sheth KN, Carter BS, et al. (2014). Recommendations for the management of cerebral and cerebellar infarction with swelling: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 45(4):1222-1238.

## GIÁ TRỊ DỰ ĐOÁN CỦA CÁC CHỈ SỐ NHÂN TRẮC ĐỐI VỚI KIỂM SOÁT ĐƯỜNG HUYẾT KÉM Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 CÓ THỪA CÂN, BÉO PHÌ

Tổng Đức Minh<sup>1</sup>, Nguyễn Hoàng Trung<sup>1\*</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá giá trị dự đoán của các chỉ số nhân trắc BMI, vòng eo, WHR, WHtR và BRI đối với kiểm soát đường huyết kém ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 có thừa cân, béo phì. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 78 bệnh nhân đái tháo đường type 2 có BMI  $\geq 23,0$  kg/m<sup>2</sup>, điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 01/2024 đến tháng 12/2025. So sánh các chỉ số nhân trắc giữa nhóm HbA1c đạt và không đạt mục tiêu; đánh giá giá trị dự đoán bằng hồi quy logistic và đường cong ROC. **Kết quả:** Tỷ lệ kiểm soát đường huyết kém (HbA1c  $\geq 7,0\%$ ) là 59,0%. Nhóm HbA1c  $\geq 7,0\%$  có tất cả 5 chỉ số nhân trắc cao hơn có ý nghĩa thống kê. Sau hiệu chỉnh đa biến, WHtR (OR = 2,19; 95%CI: 1,33-3,61) và BRI (OR = 2,27; 95%CI: 1,35-3,80) có liên quan mạnh nhất với kiểm soát đường

huyết kém. Đường cong ROC cho thấy BRI và WHtR có AUC cao nhất lần lượt là 0,789 (95%CI: 0,686-0,893) và 0,782 (95%CI: 0,677-0,887), vượt trội so với BMI (AUC = 0,671). **Kết luận:** BRI và WHtR là hai chỉ số nhân trắc có giá trị dự đoán tốt nhất đối với kiểm soát đường huyết kém ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 thừa cân, béo phì.

**Từ khóa:** đái tháo đường type 2, chỉ số nhân trắc, kiểm soát đường huyết, BRI, WHtR, béo phì.

### ABSTRACT

#### PREDICTIVE VALUE OF ANTHROPOMETRIC INDICES FOR POOR GLYCEMIC CONTROL IN OVERWEIGHT AND OBESE PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

**Objective:** To evaluate the predictive value of BMI, waist circumference (WC), WHR, WHtR, and BRI for poor glycemic control in overweight/obese patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM). **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 78 T2DM patients with BMI  $\geq 23.0$  kg/m<sup>2</sup> at Military Hospital 103 from January 2024 to December 2025. Anthropometric indices were compared between HbA1c-controlled and uncontrolled groups; predictive

<sup>1</sup> Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Trung

Email: nguyenhoangtrung1906@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 28.1.2026

Ngày duyệt bài: 11.3.2026

values were assessed by logistic regression and ROC curve analysis. **Results:** The prevalence of poor glycemic control (HbA1c  $\geq$  7.0%) was 59.0%. All five anthropometric indices were significantly higher in the uncontrolled group. After multivariate adjustment, WHtR (OR = 2.19; 95%CI: 1.33-3.61) and BRI (OR = 2.27; 95%CI: 1.35-3.80) showed the strongest associations. ROC analysis demonstrated that BRI (AUC = 0.789) and WHtR (AUC = 0.782) outperformed BMI (AUC = 0.671) in predicting HbA1c  $\geq$  7.0%. **Conclusion:** BRI and WHtR are superior anthropometric predictors of poor glycemic control in overweight/obese T2DM patients.

**Keywords:** type 2 diabetes mellitus, anthropometric indices, glycemic control, BRI, WHtR, obesity.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường type 2 là bệnh mạn tính phổ biến với tốc độ gia tăng nhanh chóng trên toàn cầu, trong đó thừa cân và béo phì được xem là yếu tố nguy cơ chính thúc đẩy kháng insulin và làm khó kiểm soát đường huyết [1]. Tại Việt Nam, tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường type 2 có kèm thừa cân, béo phì ngày càng tăng, đặc biệt trong bối cảnh chuyển đổi dinh dưỡng và lối sống ít vận động. Kiểm soát đường huyết kém ở nhóm bệnh nhân này làm tăng nguy cơ biến chứng mạch máu, suy thận và tử vong sớm [2].

Chỉ số BMI được sử dụng phổ biến để đánh giá mức độ béo phì, nhưng không phân biệt được phân bố mỡ cơ thể - đặc biệt là mỡ nội tạng, vốn là yếu tố gây kháng insulin mạnh hơn mỡ dưới da. Các chỉ số phản ánh phân bố mỡ vùng bụng như vòng eo, tỷ số eo/mông (WHR), tỷ số eo/chiều cao (WHtR) và chỉ số độ tròn cơ thể (BRI) được đề xuất là có giá trị dự đoán chuyển hóa tốt hơn BMI, song chưa có nhiều nghiên cứu tại Việt Nam khảo sát đồng thời và so sánh trực tiếp các chỉ số này trong cùng một quần thể bệnh nhân đái tháo đường type 2 có thừa cân/béo phì [3, 4].

Xuất phát từ thực tế đó, nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu "Đánh giá giá trị dự đoán của các chỉ số nhân trắc BMI, vòng eo, WHR, WHtR và BRI đối với kiểm soát đường huyết kém ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 có thừa cân, béo phì tại Bệnh viện Quân y 103".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### \* Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu gồm các bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường type 2 có thừa cân, béo phì, điều trị và theo dõi tại Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y từ tháng 01/2024 đến tháng 12/2025.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** (1) bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên; (2) được chẩn đoán xác định đái tháo đường type 2 theo tiêu chuẩn ADA 2023; (3) có BMI  $\geq$  23,0 kg/m<sup>2</sup> - ngưỡng xác định thừa cân/béo phì áp dụng cho người châu Á theo khuyến cáo của WHO [4]; (4) đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** (1) đái tháo đường tip 1, đái tháo đường thai kỳ hoặc các thể đặc hiệu khác; (2) đang có tình trạng cấp tính nặng ảnh hưởng rõ đến chuyển hóa; (3) có các tình trạng làm sai lệch kết quả đo nhân trắc như phù toàn thân, cổ trướng, biến dạng cột sống nặng hoặc không thể đứng thẳng để đo chính xác chiều cao và cân nặng; (4) thiếu dữ liệu nghiên cứu.

### \* Thời gian và địa điểm nghiên cứu

**Thời gian thu thập số liệu:** từ 01/01/2024 đến 31/12/2025. Địa điểm: Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y.

### \* Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế và cỡ mẫu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích. Chọn mẫu thuận tiện liên tiếp, tuyển toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu, tuyển chọn được 78 đối tượng.

- **Các biến số nghiên cứu:** Biến kết cục chính là kiểm soát đường huyết kém, xác định khi HbA1c  $\geq$  7,0% theo khuyến cáo của ADA [9]. Năm chỉ số nhân trắc chính được khảo sát gồm: (1) BMI (kg/m<sup>2</sup>); (2) vòng eo (cm); (3) WHR - tỷ số eo/mông; (4) WHtR - tỷ số eo/chiều cao; (5) BRI (Body Roundness Index). Các biến đồng biến được thu thập gồm: tuổi, giới, thời gian mắc đái tháo đường, phương pháp điều trị (insulin  $\pm$  thuốc uống hoặc thuốc uống đơn thuần), tiền sử tăng huyết áp, rối loạn lipid máu và glucose máu lúc đói.

- **Quy trình đo nhân trắc:** Toàn bộ đo đạc được thực hiện bởi cùng một nhóm điều tra viên đã được tập huấn thống nhất, sử dụng dụng cụ đã được chuẩn hóa. Chiều cao đo khi bệnh nhân đứng thẳng, đầu ở tư thế Frankfort, không mang giày, bằng thước đứng có độ chính xác 0,1 cm. Cân nặng đo khi bệnh nhân mặc quần áo nhẹ, không mang giày dép, bằng cân điện tử có độ chính xác 0,1 kg. BMI được tính theo công thức: cân nặng (kg)/[chiều cao (m)]<sup>2</sup>. Vòng eo đo bằng thước dây không co giãn tại vị trí trung điểm giữa bờ dưới xương sườn cuối cùng và mào chậu, trong khi bệnh nhân đứng thẳng, thở bình thường và đo vào cuối thì thở ra nhẹ nhàng. WHR = vòng eo/vòng mông; WHtR = vòng eo (cm)/chiều cao (cm). BRI tính theo công thức: BRI = 364,2 - 365,5  $\times$   $\sqrt{[1 - (\text{vòng eo}/2\pi)^2]/(0,5$

× chiều cao)<sup>2</sup>], phản ánh hình dạng cơ thể dựa trên mô hình elip [5].

- **Thu thập xét nghiệm sinh hóa:** Tất cả xét nghiệm thu thập được thực hiện trong cùng lần khám hoặc không quá 2 tuần kể từ thời điểm đo nhân trắc.

- **Phân tích thống kê:** Số liệu nhập và xử lý bằng SPSS 26.0. Biến định lượng trình bày dạng trung bình ± SD; biến định tính dạng tần số và tỷ lệ %. So sánh hai nhóm bằng Student's t-test (biến phân bố chuẩn), Mann-Whitney U test (biến không phân bố chuẩn) hoặc Chi-square/Fisher's exact test (biến định tính). Hồi quy logistic đơn biến tính OR thô, hồi quy logistic đa biến tính OR hiệu chỉnh; Giá trị dự đoán đánh giá bằng đường cong ROC: tính AUC. Ngưỡng ý nghĩa thống kê: p < 0,05.

\* **Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện theo các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học, tuân thủ Tuyên bố Helsinki. Nghiên cứu đã được Bệnh viện Quân y 103 xem xét và thông qua trước khi triển khai.

### III. KẾT QUẢ

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 78)**

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi, trung bình ± SD (năm)	57,7 ± 9,6
Nam, n (%)	41 (52,6)
Nữ, n (%)	37 (47,4)
Thời gian mắc ĐTĐ, trung bình ± SD (năm)	7,2 ± 4,2
Đang dùng insulin ± thuốc uống, n (%)	26 (33,3)
Tăng huyết áp, n (%)	43 (55,1)
Rối loạn lipid máu, n (%)	39 (50,0)
BMI, trung bình ± SD (kg/m <sup>2</sup> )	25,5 ± 2,8
Vòng eo, trung bình ± SD (cm)	98,2 ± 8,9
WHR, trung bình ± SD	0,97 ± 0,06
WHtR, trung bình ± SD	0,59 ± 0,05
BRI, trung bình ± SD	6,3 ± 1,6
Glucose máu lúc đói, trung bình ± SD (mmol/L)	9,4 ± 2,8
HbA1c, trung bình ± SD (%)	7,7 ± 1,5
HbA1c < 7,0%, n (%)	32 (41,0)
HbA1c ≥ 7,0%, n (%)	46 (59,0)

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 57,7 ± 9,6 năm, nam chiếm 52,6%. Thời gian mắc bệnh trung bình 7,2 ± 4,2 năm; 33,3% đang dùng insulin. BMI trung bình 25,5 ± 2,8 kg/m<sup>2</sup>; vòng eo trung bình 98,2 ± 8,9 cm. Tỷ lệ kiểm soát đường huyết kém (HbA1c ≥ 7,0%) là 59,0%.

**Bảng 2. So sánh các chỉ số nhân trắc giữa nhóm HbA1c đạt và không đạt mục tiêu**

Biến số	HbA1c < 7,0% (n = 32)	HbA1c ≥ 7,0% (n = 46)	p
Tuổi, trung bình ± SD (năm)	56,4 ± 9,8	58,6 ± 9,4	0,321
Nam, n (%)	18 (56,3)	23 (50,0)	0,583
Thời gian mắc bệnh, TB ± SD (năm)	5,6 ± 3,5	8,3 ± 4,4	0,007
Insulin ± thuốc uống, n (%)	7 (21,9)	19 (41,3)	0,074
BMI, trung bình ± SD (kg/m <sup>2</sup> )	24,5 ± 2,3	26,2 ± 2,9	0,006
Vòng eo, trung bình ± SD (cm)	94,1 ± 8,2	101,0 ± 8,6	<0,001
WHR, trung bình ± SD	0,95 ± 0,05	0,99 ± 0,06	0,004
WHtR, trung bình ± SD	0,57 ± 0,05	0,61 ± 0,05	<0,001
BRI, trung bình ± SD	5,5 ± 1,3	6,8 ± 1,5	<0,001

Nhóm HbA1c ≥ 7,0% có thời gian mắc bệnh dài hơn và tất cả 5 chỉ số nhân trắc đều cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đạt mục tiêu. Độ chênh lệch rõ nhất ghi nhận ở vòng eo (101,0 so với 94,1 cm; p < 0,001), WHtR (0,61 so với 0,57; p < 0,001) và BRI (6,8 so với 5,5; p < 0,001). Không có sự khác biệt có ý nghĩa về tuổi và giới tính giữa hai nhóm.

**Bảng 3. Hồi quy logistic đánh giá mối liên quan giữa các chỉ số nhân trắc và HbA1c ≥ 7,0%**

Chỉ số nhân trắc	OR thô (95%CI)	p	OR hiệu chỉnh* (95%CI)	p
BMI	1,61 (1,05-2,46)	0,029	1,52 (0,97-2,37)	0,068
Vòng eo	2,05 (1,31-3,21)	0,002	1,91 (1,19-3,06)	0,007
WHR	1,78 (1,13-2,81)	0,013	1,66 (1,03-2,67)	0,037
WHtR	2,38 (1,48-3,81)	<0,001	2,19 (1,33-3,61)	0,002
BRI	2,46 (1,52-3,99)	<0,001	2,27 (1,35-3,80)	0,002

\* Mỗi mô hình hiệu chỉnh riêng theo tuổi, giới, thời gian mắc bệnh và điều trị insulin.

Trong phân tích đa biến, BMI không còn liên quan có ý nghĩa thống kê (OR = 1,52; p = 0,068). Ngược lại, vòng eo (OR = 1,91; p = 0,007), WHR (OR = 1,66; p = 0,037), WHtR (OR = 2,19; p = 0,002) và BRI (OR = 2,27; p = 0,002) đều là yếu tố liên quan độc lập với kiểm soát đường huyết kém, trong đó BRI và WHtR có OR cao nhất.

**Bảng 4. Giá trị ROC của các chỉ số nhân trắc trong dự đoán HbA1c  $\geq$  7,0%**

Chỉ số	AUC (95%CI)	p	Điểm cắt tối ưu	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	0,671 (0,551-0,791)	0,016	25,1	67,4	62,5
Vòng eo (cm)	0,752 (0,642-0,863)	<0,001	98,5	71,7	68,8
WHR	0,710 (0,594-0,827)	0,002	0,96	69,6	65,6
WHtR	0,782 (0,677-0,887)	<0,001	0,60	76,1	71,9
BRI	0,789 (0,686-0,893)	<0,001	6,1	78,3	71,9

BRI có AUC cao nhất (0,789; 95%CI: 0,686-0,893), sát với WHtR (AUC = 0,782), cả hai đều cao hơn rõ rệt so với BMI (AUC = 0,671). Tại điểm cắt tối ưu, BRI  $\geq$  6,1 dự đoán HbA1c  $\geq$  7,0% với độ nhạy 78,3% và độ đặc hiệu 71,9%; WHtR  $\geq$  0,60 đạt độ nhạy 76,1% và độ đặc hiệu 71,9%.

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ kiểm soát đường huyết kém (HbA1c  $\geq$  7,0%) là 59,0% ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 thừa cân, béo phì - cao hơn mức báo cáo trong một số nghiên cứu đa trung tâm ở Việt Nam (khoảng 50-55%) [2]. Sự khác biệt này phản ánh đặc điểm của quần thể nghiên cứu tại một bệnh viện quân y tuyến trung ương, nơi tiếp nhận nhiều bệnh nhân mắc bệnh lâu năm (thời gian mắc bệnh trung bình 7,2  $\pm$  4,2 năm) với nhiều bệnh đồng mắc như tăng huyết áp (55,1%) và rối loạn lipid máu (50,0%). Theo tiến trình tự nhiên của đái tháo đường type 2, chức năng tế bào beta tụy suy giảm khoảng 4-5% mỗi năm sau khi chẩn đoán, khiến kiểm soát đường huyết ngày càng khó đạt mục tiêu dù

tuân thủ phác đồ điều trị [9]. Điều này phù hợp với kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi: thời gian mắc bệnh là yếu tố khác biệt rõ nhất giữa nhóm đạt và không đạt mục tiêu HbA1c (5,6 so với 8,3 năm; p = 0,007).

Điểm nổi bật của nghiên cứu là BMI mất ý nghĩa thống kê trong mô hình đa biến (OR = 1,52; p = 0,068), trong khi các chỉ số phản ánh phân bố mỡ vùng bụng đều duy trì liên quan độc lập. Về cơ chế sinh lý bệnh, mỡ nội tạng giải phóng acid béo tự do vào hệ tuần hoàn cửa gan, kích hoạt sản xuất glucose tại gan và ức chế tín hiệu insulin tại mô đích. Đồng thời, mô mỡ nội tạng tiết ra các adipokine tiền viêm như TNF- $\alpha$  và IL-6 làm giảm nhạy cảm insulin ở cơ và gan, trong khi lại giảm tiết adiponectin - một hormon bảo vệ chuyển hóa [3]. BMI phản ánh tổng khối lượng mỡ cơ thể mà không phân biệt được mỡ nội tạng và mỡ dưới da, nên kém nhạy trong phát hiện nguy cơ chuyển hóa thực sự. Đặc biệt ở người châu Á, hiện tượng "béo phì ẩn" (metabolically obese, normal weight) rất phổ biến: mỡ nội tạng tích tụ cao tại mức BMI tương đối thấp do cấu trúc cơ thể và đặc điểm di truyền khác biệt so với người phương Tây [4]. Mặt khác, trong nghiên cứu này tất cả bệnh nhân đều có BMI  $\geq$  23,0 kg/m<sup>2</sup>, nên khả năng phân biệt của BMI trong phạm vi hẹp này bị hạn chế hơn so với khi áp dụng trên quần thể rộng.

Trong số các chỉ số phân bố mỡ vùng bụng, BRI (AUC = 0,789) và WHtR (AUC = 0,782) nổi lên là hai chỉ số ưu việt nhất, tiếp theo là vòng eo (AUC = 0,752) và WHR (AUC = 0,710). WHtR hiệu chỉnh vòng eo theo chiều cao, qua đó loại bỏ được sai số do sự khác biệt chiều cao giữa các cá nhân - một hạn chế của vòng eo đơn thuần. Điều này giải thích vì sao WHtR có AUC cao hơn vòng eo mặc dù cả hai đều đo phân bố mỡ bụng. Ashwell và cộng sự (2012), qua phân tích tổng quan gộp 78 nghiên cứu trên 300.000 người, đã đề xuất ngưỡng WHtR > 0,5 như ranh giới cảnh báo nguy cơ tim mạch chuyển hóa - cao hơn một bậc so với điểm cắt 0,60 trong nghiên cứu hiện tại, điều có thể lý giải do đặc thù của nhóm bệnh nhân đái tháo đường béo phì với mức độ kháng insulin và vòng eo cao hơn quần thể chung [6].

BRI là chỉ số mới, được xây dựng trên mô hình hình học elip phản ánh hình dạng tổng thể của cơ thể: khi vòng eo tăng tương đối so với chiều cao, BRI tăng phi tuyến tính, do đó nhạy hơn trong phân biệt các mức độ tích tụ mỡ nội tạng ở ngưỡng trung bình-cao [5]. Thomas và cộng sự (2013) đã chứng minh BRI tương quan

chặt với thể tích mỡ nội tạng đo bằng CT bụng - tiêu chuẩn vàng đánh giá mỡ nội tạng. Trong nghiên cứu hiện tại, tại điểm cắt BRI  $\geq 6,1$ , độ nhạy đạt 78,3% và độ đặc hiệu 71,9% - cân bằng tốt hơn so với các điểm cắt của BMI hay WHR, cho thấy BRI có khả năng sàng lọc lâm sàng thực tế. Điểm mạnh của BRI và WHtR là chúng chỉ yêu cầu hai phép đo đơn giản (vòng eo và chiều cao), không cần thiết bị đặc biệt, dễ thực hiện trong điều kiện thực hành cộng đồng lẫn bệnh viện.

Kết quả nghiên cứu gợi ý rằng trong thực hành quản lý bệnh nhân đái tháo đường type 2 thừa cân, béo phì, bệnh nhân nên được đo thường quy vòng eo và chiều cao để tính WHtR và BRI, thay vì chỉ dựa vào BMI. Tuy nhiên nghiên cứu có một số hạn chế cần lưu ý: thiết kế cắt ngang không cho phép xác lập quan hệ nhân quả; cỡ mẫu 78 bệnh nhân tại một cơ sở đơn lẻ làm giới hạn tính đại diện; một số yếu tố nhiễu như chế độ ăn uống, mức độ vận động thể lực và tuân thủ điều trị chưa được thu thập và kiểm soát đầy đủ.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 78 bệnh nhân đái tháo đường type 2 có thừa cân, béo phì tại Bệnh viện Quân y 103, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ kiểm soát đường huyết kém là 59,0%. Trong số năm chỉ số nhân trắc khảo sát, BRI và WHtR có giá trị dự đoán cao nhất đối với HbA1c  $\geq 7,0\%$  (AUC lần lượt là 0,789 và 0,782) và là những yếu tố liên quan độc lập sau hiệu chỉnh đa biến; trong khi BMI không còn ý nghĩa thống kê trong mô hình đa biến. Các chỉ số BRI (điểm cắt  $\geq 6,1$ ) và

WHtR (điểm cắt  $\geq 0,60$ ) nên được đo thường quy và sử dụng bổ sung cho BMI để nhận diện sớm nguy cơ kiểm soát đường huyết kém ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 thừa cân, béo phì trong thực hành lâm sàng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Diabetes Federation** (2021). IDF Diabetes Atlas, 10th edition. Brussels: IDF.
2. **Tran BT, Jeong BY, Oh JK** (2017). The prevalence trend of metabolic syndrome and its components and risk factors in Vietnamese adults: a systematic review. *BMJ Open*, 7: e016840.
3. **Neeland IJ, Ross R, Despres JP, et al.** (2019). Visceral and ectopic fat, atherosclerosis, and cardiometabolic disease: a position statement. *Lancet Diabetes Endocrinol*, 7(9): 715-725.
4. **WHO Expert Consultation** (2004). Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet*, 363(9403): 157-163.
5. **Thomas DM, Bredlau C, Bosy-Westphal A, et al.** (2013). Relationships between body roundness with body fat and visceral adipose tissue emerging from a new geometrical model. *Obesity*, 21(11): 2264-2271.
6. **Ashwell M, Gunn P, Gibson S** (2012). Waist-to-height ratio is a better screening tool than waist circumference and BMI for adult cardiometabolic risk factors: systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*, 13(3): 275-286.
7. **Janghorbani M, Aminorroaya A, Amini M** (2017). Comparison of different obesity indices for predicting incident hypertension. *High Blood Press Cardiovasc Prev*, 24(2): 157-166.
8. **Hu FB** (2003). Overweight and obesity in women: health risks and consequences. *J Womens Health*, 12(2): 163-172.
9. **Nathan DM, Kuenen J, Borg R, et al.** (2008). Translating the A1C assay into estimated average glucose values. *Diabetes Care*, 31(8): 1473-1478.

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG CỦA UNG THƯ HẠ HỌNG TẠI BỆNH VIỆN FV THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Lê Minh Phong<sup>1</sup>, Phạm Long Đạo<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

<sup>1</sup> Bệnh viện Quân y 175

<sup>2</sup> Bệnh viện FV - 33 Bến Văn Cấm, phường Tân Hưng Tp. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Minh Phong

Email: drphonglm175@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 29.1.2026

Ngày duyệt bài: 12.3.2026

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xác định một số yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân ung thư hạ họng tại Bệnh viện FV Thành phố Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu, theo dõi dọc, tiến hành trên 57 người bệnh ung thư hạ họng được khám, chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học và điều trị tại bệnh viện FV Thành phố Hồ Chí Minh từ 12/2019 đến 12/2021 theo dõi thời gian sống thêm đến 12/2025. **Kết quả nghiên cứu:** Nghiên cứu gồm 57 bệnh nhân, tuổi trung bình  $59,2 \pm 10,8$ ; nam giới chiếm 89,5%. Tỷ lệ hút thuốc và uống rượu lần lượt là 77,2% và 68,4%. Triệu chứng thường gặp nhất là