

"hành vi được tìm hiểu thường xuyên nhất", là những gì thường có nghĩa khi mọi người đề cập đến "quan hệ tình dục" hoặc "giao hợp" và "thường là trọng tâm của chương trình giáo dục giới tính cho thanh thiếu niên". Các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng các đường quan hệ tình dục khác đường âm đạo bằng miệng, hậu môn thường ít hơn, thường được thực hiện bởi các cặp đôi đồng giới, có thể hoạt động tình dục ở nhiều lứa tuổi khác nhau, bao gồm cả thanh thiếu niên.<sup>8</sup>

## V. KẾT LUẬN

Người bệnh hưng cảm có tuổi trung bình là  $33,3 \pm 11,2$  tuổi, nữ giới có tỷ lệ cao hơn nam giới và tỉ lệ nữ/nam  $\approx 1,3/1$ . Người bệnh hưng cảm dễ dàng kích thích tình dục (86,7%). Ở nữ giới, tỷ lệ không dễ dàng kích thích tình dục cao hơn ở nam giới (23,5%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,002$ . Họ hiếm khi mất hứng thú tình dục (61,7%). Đa số mong muốn được kích thích bộ phận sinh dục (58,3%). Nữ giới chủ yếu mong muốn được kích thích ở vị trí ngực hơn nam giới ( $p < 0,01$ ). Nam giới phần lớn muốn được kích thích ở bộ phận sinh dục hơn là ở nữ giới ( $p < 0,01$ ).

**Lời cảm ơn.** Chúng tôi xin chân thành cảm ơn những người bệnh và gia đình tham gia vào nghiên cứu, cảm ơn Viện Sức khỏe Tâm thần –

Bệnh viện Bạch Mai đã tạo điều kiện cho việc thực hiện nghiên cứu.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Vodusek D, Boller F.** Chapter 2. Human sexual response. In: Neurology of Sexual and Bladder Disorders. 1st edition. Elsevier; 2015:11-18.
- Boland R, Verduin M, Pedro R.** Chapter 16. Human Sexuality and Sexual Dysfunctions. In: Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. Twelfth edition. Wolters Kluwer Health; 2021.
- Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, et al.** Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. Arch Gen Psychiatry. 2007; 64(5):543-552. doi:10.1001/archpsyc.64.5.543
- Organization WH.** The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. 1st edition. World Health Organization; 1992.
- Rowland TA, Marwaha S.** Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. Ther Adv Psychopharmacol. 2018;8(9):251-269. doi:10.1177/2045125318769235
- Ozcan NK, Boyacıoğlu NE, Enginkaya S, Dinc H, Bilgin H.** Reproductive health in women with serious mental illnesses. J Clin Nurs. 2014;23(9-10):1283-1291. doi:10.1111/jocn.12332
- Kopeykina I, Kim HJ, Khatun T, et al.** Hypersexuality and couple relationships in bipolar disorder: A review. J Affect Disord. 2016;195:1-14. doi:10.1016/j.jad.2016.01.035
- Bruess CE.** Sexuality Education: Theory and Practice, Seventh Edition. 7th edition. ETR; 2018.

## ĐẶC ĐIỂM THIẾU MÁU THIẾU SẮT Ở BỆNH NHÂN NHIỄM HELICOBACTER PYLORI TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Phạm Văn Hùng\*, Trần Hồng Trâm\*, Nguyễn Thị Kiều\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm thiếu máu thiếu sắt của bệnh nhân bị nhiễm Helicobacter pylori tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2021. **Đối tượng:** 240 bệnh nhân được chia làm 2 nhóm, dương tính và âm tính với Helicobacter pylori. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả và kết luận:** Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa bệnh nhân nhiễm Helicobacter pylori tình trạng thiếu máu thiếu sắt. Nguyên nhân chủ yếu do tình trạng viêm dạ dày và cơ chế cạnh tranh sắt của vi khuẩn Helicobacter pylori.

**Từ khóa:** thiếu sắt, Helicobacter pylori, liên quan

\*Viện Kiểm định quốc gia Vaccine và Sinh phẩm y tế, Bộ Y tế

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Hùng

Email: hungnicvb@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 01.3.2022

Ngày duyệt bài: 9.3.2022

### SUMMARY

#### CHARACTERISTICS OF IRON DEFICIENCY ANEMIA OF PATIENTS INFECTED WITH HELICOBACTER PYLORI AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

**Objectives:** To describe the characteristics of iron deficiency anemia of patients infected with Helicobacter pylori at Hanoi Medical University Hospital in 2021. **Subjects:** 240 patients were divided into 2 groups, positive and negative for Helicobacter pylori. **Methods:** Cross sectional description. **Results and conclusions:** There were a statistically significant association between patients infected with Helicobacter pylori iron deficiency anemia. The main cause is gastritis and the iron competition mechanism of Helicobacter pylori bacteria.

**Keywords:** iron deficiency, Helicobacter pylori, related

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Helicobacter pylori (Hp) là một loại vi khuẩn

gây nhiễm khuẩn mạn tính hay gặp ở các bệnh nhân viêm dạ dày. Nhiễm khuẩn Hp khá phổ biến và thay đổi phụ thuộc tuổi, giới, chủng tộc, địa dư. Ước tính khoảng một nửa dân số thế giới đã từng bị nhiễm Hp, chủ yếu ở các nước đang phát triển với tỷ lệ cao từ 50 đến 90% ở nhóm >20 tuổi [1], [2].

Việt Nam cũng thuộc khu vực có tỉ lệ nhiễm Hp cao, khoảng >70% người trưởng thành. Tần suất này tăng thêm 10% mỗi năm. [1] [2] Một trong những tình trạng phổ biến nhất ở bệnh nhân nhiễm Hp là sự thiếu hụt nồng độ sắt huyết thanh. [5] Sự thiếu hụt này xuất phát từ cơ chế gây viêm dạ dày, đặc biệt là vùng hang môn vị và thân vị, làm giảm tiết acid dạ dày và tăng pH dạ dày, viêm dạ dày mạn tính có thể gây xuất huyết tiêu hóa, tình trạng vô toan do viêm teo dạ dày làm giảm hấp thu sắt, ngoài ra HP sử dụng sắt như một yếu tố tăng trưởng và ảnh hưởng đến dự trữ sắt từ lactoferrin ở dạ dày. [1]

Bệnh nhân nhiễm Hp thường không được quan tâm ngay từ giai đoạn đầu nhiễm Hp, triệu chứng lâm sàng sẽ nhầm lẫn giữa tình trạng thiếu sắt từ chế độ ăn hoặc thiếu sắt do ảnh hưởng bệnh lý ngoài đường tiêu hóa. Có nhiều công trình nghiên cứu về rối loạn chuyển hóa sắt trên bệnh nhân nhiễm HP ở nước ngoài như Victor M. Cardenas (Hoa Kỳ, 2011), Mohamed A. Saleh và Essam A Hassan (Ai Cập, 2015), Dargaze Kibru (Ethiopia, 2014), Dietmar Enko (Austria, 2018), Suresh Kumar và cộng sự (Bangladesh 2019), hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy có mối tương quan giữa bệnh nhân nhiễm HP với sự rối loạn chuyển hóa sắt. Tại Việt Nam chưa có nhiều công trình nghiên cứu chính thức về sự rối loạn chuyển hóa sắt ở đối tượng bệnh nhân nhiễm Hp nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Mô tả đặc điểm thiếu máu thiếu sắt của bệnh nhân bị nhiễm Helicobacter pylori tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2021.

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

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân đến khám sức khỏe tại Khoa Khám bệnh của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, được chia làm 2 nhóm:

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Hp (+)		Hp (-)		
	Số lượng (n=120)	Tỉ lệ %	Số lượng (n=120)	Tỉ lệ %	
Giới	Nam	55	45,8	52	43,3
	Nữ	65	54,2	68	56,7
Tuổi	<20	8	6,7	6	5,0
	20-29	13	10,8	16	13,3

- Nhóm bệnh: Bệnh nhân có chỉ định xét nghiệm CLO test và chỉ định xét nghiệm HP CIM có kết quả đồng thời dương tính.

- Nhóm chứng: Bệnh nhân có chỉ định xét nghiệm CLO test và chỉ định xét nghiệm HP CIM có kết quả đồng thời âm tính.

**\* Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.  
- Bệnh nhân không uống rượu bia cách thời gian lấy mẫu 48 tiếng.

**\* Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, bệnh nhân là trẻ em hoặc phụ nữ mang thai.  
- Bệnh nhân có sử dụng thuốc chống viêm không steroid (NSAID, các thuốc kháng sinh hoặc Bismuth, Sucrafate.

**2.2. Thời gian và địa điểm.** Từ tháng 01/2021 đến tháng 12/2021 tại Khoa Khám bệnh của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

**2.3. Phương pháp nghiên cứu.** Mô tả cắt ngang

**2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu.** Cỡ mẫu được tính theo công thức so sánh hai trung bình với hệ số đã biết. Với độ tin cậy 95% với hệ số  $\alpha = 0,05$ , và sai số cho phép chọn  $\beta$  là 0,1; với nồng độ sắt huyết thanh ở nhóm nhiễm HP:  $38,3 \pm 22 \mu\text{g/dL}$ [5], cỡ mẫu tối thiểu là 115 cho mỗi nhóm. Thực tế chúng tôi nghiên cứu 240 bệnh nhân, mỗi nhóm 120 người.

**2.5. Phương pháp thu thập thông tin.** Bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu sẽ được mời tham gia nghiên cứu và tiến hành phỏng vấn thông tin thu thập dữ liệu nghiên cứu. Ông máu đựng huyết thanh/huyết tương của bệnh nhân được lấy 3ml máu tĩnh mạch vào ống có chứa chất chống đông Heparin hoặc ống serum, ly tâm 3000 vòng/phút trong 5 phút, tách lấy huyết thanh, huyết tương để định lượng: Sắt huyết thanh. Xét nghiệm trên được phân tích bằng máy sinh hóa tự động. Thu thập thêm kết quả công thức máu của bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

**2.6. Xử lý số liệu.** Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

**2.7. Đạo đức nghiên cứu.** Kết quả nghiên cứu được bảo mật, chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

	30-39	18	15,0	21	17,5
	40-49	27	22,5	29	24,2
	50-59	33	27,5	28	23,3
	≥60	21	17,5	20	16,7

**Nhận xét:** Tỷ lệ phân bố giới tính của cả hai nhóm nghiên cứu khá tương đồng khi tỷ lệ nam ở nhóm Hp (+) và Hp (-) lần lượt là (45,8% và 43,3%), tỷ lệ nữ lần lượt là (54,2% và 56,7%). Tuổi của bệnh nhân tham gia nghiên cứu ở cả 2 nhóm chủ yếu nằm trong độ tuổi từ 30-49 tuổi với gần 50%, các nhóm tuổi khác chiếm tỷ lệ thấp hơn.

**Bảng 2. Kết quả xét nghiệm máu của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Hp (+) $\bar{X} \pm SD$	Hp (-) $\bar{X} \pm SD$	p
Sắt huyết thanh ( $\mu\text{g/dL}$ )	57,8 $\pm$ 4,3	83,7 $\pm$ 4,1	<0,001
Hb (g/dL)	12,3 $\pm$ 2,4	13,8 $\pm$ 1,7	<0,001
MCV (fL)	79,7 $\pm$ 11,2	88,3 $\pm$ 7,9	<0,001
MCH (pg)	26,8 $\pm$ 4,5	29,1 $\pm$ 2,7	<0,001
MCHC (g/dL)	32,4 $\pm$ 1,7	32,8 $\pm$ 1,1	0,032

**Nhận xét:** Ở nhóm bệnh nhân có Hp (+), nồng độ sắt huyết thanh trung bình là 57,8  $\pm$  4,3  $\mu\text{g/dL}$ , thấp hơn đáng kể so với nhóm Hp (-) là 83,7  $\pm$  4,1  $\mu\text{g/dL}$ . Nồng độ Hemoglobin (Hb), thể tích trung bình hồng cầu (MCV), lượng Hemoglobin trung bình (MCH) và nồng độ Hemoglobin trung bình (MCHC) ở bệnh nhân có Hp (+) đều thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm Hp (-).

**Bảng 3. Ảnh hưởng của giảm sắt huyết thanh và các chỉ số hồng cầu với bệnh nhân nhiễm và không nhiễm Hp**

Xét nghiệm		Hp (+)		Hp (-)		OR (95%CI)	p
		SL	%	SL	%		
Sắt huyết thanh	Giảm	71	59,2	18	15,0	8,21 (4,42-15,25)	<0,001
	Bình thường	49	40,8	102	85,0		
Hb	Giảm	52	43,3	13	10,8	6,29 (3,19-12,42)	<0,001
	Bình thường	68	56,7	107	89,2		
MCV	Giảm	64	53,3	11	9,2	11,32 (5,53-23,18)	<0,001
	Bình thường	56	46,7	109	90,8		
MCH	Giảm	47	39,2	10	8,3	7,08 (3,37-14,90)	<0,001
	Bình thường	73	60,8	110	91,7		
MCHC	Giảm	28	23,3	6	5,0	5,78 (2,29-14,56)	<0,001
	Bình thường	92	76,7	114	95,0		

**Nhận xét:** Tỷ lệ dương tính do Hp cao gấp 8,21 (4,42-15,25) ở nhóm có giảm sắt huyết thanh, cao gấp 6,29 (3,19-12,42) ở nhóm giảm Hb, cao gấp 11,32 (5,53-23,18) ở nhóm giảm MCV, cao gấp 7,08 (3,37-14,90) ở nhóm giảm MCH và cao gấp 5,78 (2,29-14,56) ở nhóm giảm MCHC. Tất cả đều có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 240 bệnh nhân, đối tượng nghiên cứu được chia thành 2 nhóm, 50% dương tính với HP và 50% âm tính với Hp. Tỷ lệ phân bố giới tính của cả hai nhóm nghiên cứu khá tương đồng khi tỷ lệ nam ở nhóm Hp (+) và Hp (-) lần lượt là (45,8% và 43,3%), tỷ lệ nữ lần lượt là (54,2% và 56,7%). Tuổi của bệnh nhân tham gia nghiên cứu ở cả 2 nhóm chủ yếu nằm trong độ tuổi từ 30-49 tuổi với gần 50%, các nhóm tuổi khác chiếm tỷ lệ thấp hơn. Có thể thấy hai nhóm Hp (+) và Hp (-) đều có số liệu về tuổi và giới tương đương nhau.

Trong nghiên cứu, ta thấy giá trị nồng độ sắt huyết thanh trung bình ở nhóm bệnh là 57,8  $\pm$  4,3  $\mu\text{g/dL}$ , thấp hơn giá trị nồng độ sắt huyết

thanh trung bình của bệnh nhân ở nhóm chứng 83,7  $\pm$  4,1  $\mu\text{g/dL}$  với  $p < 0,001$ ; mặt khác OR = 8,21 (4,42-15,25). Điều này cho thấy sự tương quan giữa nồng độ sắt huyết thanh và tình trạng nhiễm HP, với mức ý nghĩa thống kê  $p < 0,001$ . Theo nghiên cứu của Victor M. Cardenas (Hoa Kỳ, 2011) [6] cho thấy có 60% bệnh nhân bị thiếu hụt sắt huyết thanh trong nhóm bệnh nhân dương tính với Hp. Một nghiên cứu khác của Mohamed A. Saleh và Essam A Hassan (Ai Cập, 2015) [5] cho thấy một cái nhìn toàn diện hơn khi so sánh được chỉ số sắt huyết thanh giữa hai nhóm có và không có nhiễm Hp với nồng độ sắt huyết thanh trung bình là 38,3  $\pm$  22 và 103,8  $\pm$  31 với  $p < 0,001$ . Tại Bangladesh năm 2019, Suresh Kumar và cộng sự đã cho thấy nồng độ

sắt huyết thanh trung bình ở người bị nhiễm HP đạt  $118,79 \pm 43,30$  so với nồng độ  $152,72 \pm 6,08$  ở người không nhiễm HP với  $p < 0,001$  [8]. Huỳnh Duy Phương và cộng sự cũng đưa ra kết quả về sự khác biệt giữa nồng độ sắt huyết thanh của nhóm Hp dương tính và âm tính tương tự nghiên cứu của chúng tôi [9]. Thực tế cho thấy sắt có vô cùng vai trò quan trọng với cơ thể, sắt là một chất tham gia quá trình sinh tổng hợp của hồng cầu. Dinh dưỡng sắt ảnh hưởng lớn đến chức năng sống của cơ thể. Mọi sự thiếu hụt hay dư thừa sắt trong cơ thể đều có thể dẫn đến bệnh lý tổn thương các cơ quan, đặc biệt là trong các bệnh mang tính chất mãn tính, kéo dài như tình trạng nhiễm Hp thì việc phát hiện và điều trị. Các cơ chế sinh học nội tại có thể do việc nhiễm trùng Hp gây ra cá rối loạn ảnh hưởng đến chuyển hóa sắt như như mất máu ẩn, thay đổi sinh lý dạ dày do viêm dạ dày mãn tính, cơ chế cạnh tranh sắt, làm giảm acid dạ dày, cũng như các enzym chuyển hóa của vi khuẩn sử dụng để phát triển và gián tiếp làm ảnh hưởng đến quá trình trao đổi sắt. [2] [3] [5].

Nồng độ hemoglobin (Hb) của nghiên cứu chúng tôi ở nhóm bệnh nhân nhiễm HP là  $12,3 \pm 2,4$  g/dL và đạt  $13,8 \pm 1,7$  g/dL. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đồng với nghiên cứu của Dargaze Kibru (Ethiopia, 2014), Dietmar Enko (Austria, 2018) [7] và Huỳnh Duy Phương (Vietnam, 2021) [9]. Một điều đặc biệt là trị số Hb trung bình đều thấp hơn nhóm chứng ở các nghiên cứu và mức ý nghĩa thống kê đều đạt  $p < 0,05$ . Với giá trị thể tích trung bình hồng cầu, giá trị MCV ở bệnh nhân nhiễm Hp của nghiên cứu chúng tôi có giá trị trung bình thấp hơn các nghiên cứu nêu trên. Tuy nhiên ở nhóm chứng thì tỉ lệ chênh lệch này không quá cao. Ở nhóm đối tượng dương tính với Hp, bệnh nhân có xu hướng giảm nồng độ Hemoglobin trong máu có thể do ảnh hưởng từ quá trình thiếu máu không triệu chứng, mà việc thiếu máu trên lâm sàng lại có liên quan đến sắt huyết thanh. Do quá trình rối loạn chuyển hóa sắt (thường có xu hướng giảm) làm ảnh hưởng đến độ bền cũng như chất lượng hồng cầu, làm hồng cầu dễ bị vỡ, dẫn đến tình trạng Hemoglobin trong hồng cầu bị giảm theo [7]. Ở thông số Hb, nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra rằng có mối tương quan giữa tình trạng nhiễm HP và nồng độ Hemoglobin trong máu với  $OR = 6,29$  (3,19-12,42) và  $p < 0,001$  chứng tỏ bệnh nhân dương tính với Hp sẽ có tỉ lệ giảm Hb khoảng 6,29 lần so với bệnh nhân âm tính với Hp.

Thể tích trung bình hồng cầu (MCV) là một

thông số cho thấy sự thay đổi của hình thái kích thước hồng cầu khi có bất thường, mà cụ thể ở đây là thành phần sắt của hồng cầu. Khi sắt huyết thanh giảm, Thể tích hồng cầu sẽ có xu hướng giảm theo vì mỗi liên kết giữa sắt và các thành phần Hem trong hồng cầu trở nên kém bền vững, làm cho thể tích hồng cầu bị nhỏ đi so với mức bình thường. Dựa vào kết quả nghiên cứu, ta nhận thấy ở bệnh nhân nhiễm Hp có tỉ lệ giảm MCV cao, có sự tương quan giữa tình trạng nhiễm HP và MCV với  $OR = 11,32$  (5,53-23,18),  $p < 0,001$ .

Chỉ số MCH được sử dụng để đánh giá lượng hemoglobin trung bình hồng cầu, chỉ số này dùng để phân biệt xem hồng cầu bình sắc hay nhược sắc, thường được đi kèm với chỉ số MCHC là nồng độ huyết sắc tố trung bình. Theo nghiên cứu của chúng tôi, có mối tương quan giữa lượng hemoglobin trung bình hồng cầu và nồng độ huyết sắc tố trung bình với tình trạng nhiễm Hp. Với  $OR = 7,08$  (3,37-14,90) cho thấy ở người bị dương tính với Hp sẽ có lượng hemoglobin trung bình hồng cầu cao gấp 7,08 lần người không bị nhiễm Hp,  $p < 0,001$ , cho thấy mối tương quan có ý nghĩa về mặt thống kê.

Bên cạnh đó cũng tương tự với chỉ số MCHC, với  $OR = 5,78$  (2,29-14,56) ta thấy bệnh nhân nhiễm HP bị giảm MCHC cao gấp 5,78 lần so với những người không bị nhiễm Hp. Điều này có thể lý giải từ sự thay đổi nồng độ hemoglobin trong máu, ta có công thức tính lượng hemoglobin trung bình hồng cầu và nồng độ huyết sắc tố trung bình lần lượt như sau:  $MCH = Hb/RBC$  (pg) và  $MCHC = Hb/Hct$  (g/L) Theo công thức này, ta thấy sự thay đổi MCH và MCHC đều bắt nguồn từ sự thay đổi Hb. Do đó, mỗi sự thay đổi HGB trong tình trạng thiếu sắt do bị thiếu hụt lượng sắt huyết thanh chắc chắn sẽ làm ảnh hưởng đến giá trị của MCH và MCHC, sự giảm hai thông số này còn được minh chứng rõ ràng trên bệnh nhân bị nhiễm Hp.

## V. KẾT LUẬN

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa bệnh nhân nhiễm *Helicobacter pylori* tình trạng thiếu máu thiếu sắt. Nguyên nhân chủ yếu do tình trạng viêm dạ dày và cơ chế cạnh tranh sắt của vi khuẩn Hp. Do đó đối với các bệnh nhân viêm dạ dày cần đặc biệt chú ý xử trí cải thiện rối loạn chuyển hóa sắt để nâng cao chất lượng điều trị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thiện Trung (2008)** "Bệnh dạ dày tá tràng do *Helicobacter pylori*". Nhà xuất bản y học. Tr.24 - 27.
2. **Bùi Hữu Hoàng (2009)** Cập nhật thông tin về

- Helicobacter Pylori, Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh. Tập 13 Phụ bản của Số 1.
- Thái Quý, Nguyễn Hà Thanh (2014)**, "Chuyển hóa sắt - thiếu máu thiếu sắt, Bài giảng huyết học và truyền máu sau đại học". Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 208-213.
  - Nguyễn Trường Sơn (2017)** "Loét dạ dày tá tràng", Khoa TH – BV Bạch Mai, 10 trang.
  - Arahman, A.S.M.A. Raihan (2020)** Association between Helicobacter Pylori Infection and Iron Deficiency Anemia: A Cross Sectional Study, Journal of Bangladesh College of Physicians and Surgeons. p.68 – 78
  - Mohamed A. Saleh, Essam A Hassan (2015)** The relationship between helicobacter pylori and iron deficiency anemia, AL-AZHAR ASSIUT MEDICAL JOURNAL, P. 229 – 232.
  - Durdi Qujeq and partner (2011)**, Association between helicobacter pylori infection and serum iron profile, Caspian J Intern Med, 2011, P.266-269.
  - Kishore G, Ejaz M, Kumar J, et al. (2021)** Association Between Helicobacter pylori Infection and Serum Iron Profile. Cureus 13(9): e17925. DOI 10.7759/cureus.17925.
  - Huỳnh Phương Duy, Lâm Vĩnh Niên, Đoàn Thanh Hải và cộng sự (2021)** Rối loạn chuyển hóa sắt ở bệnh nhân nhiễm Helicobacter pylori. Tạp chí Y học Việt Nam. Tập 509, tháng 12 số 1. tr.74-78

## NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN GIỮA TỈ LỆ BỆNH LÝ VỒNG MẠC MẮT VỚI MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TẠI TỈNH THÁI BÌNH

Đỗ Đình Tùng<sup>1,2</sup>, Nguyễn Việt Thịnh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Tìm hiểu mối liên quan giữa tỉ lệ biến chứng võng mạc mắt đái tháo đường (VMĐTĐ) với một số yếu tố nguy cơ về tuổi, giới, nhân chủng và thời gian mắc bệnh để giúp quản lý, can thiệp sớm biến chứng. **Phương pháp và kết quả:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu 145 người đái tháo đường, tuổi trung bình 60,88±8,11. Kết quả cho thấy tỉ lệ mắc bệnh VMĐTĐ ở nữ là (48,1%) cao hơn so nam giới (39,6%) p>0,05. Không cho thấy mối liên quan giữa tỉ lệ mắc bệnh VMĐTĐ với khu vực cư trú (nông thôn và thành thị) cũng như tình trạng học vấn của bệnh nhân. Có sự liên quan giữa tỉ lệ mắc bệnh VMĐTĐ với tuổi, bệnh nhân ≥ 60 tuổi nguy cơ mắc gấp 4,48 lần (95% CI: 2,09-9,61, p<0,01). Tỉ lệ bệnh VMĐTĐ tăng lên theo thời gian mắc bệnh; trong 5 năm đầu tỉ lệ mắc bệnh là 14,3%, 5-10 năm tiếp theo là 54,1%, trên 10 năm là 64,9%, sự khác biệt với p<0,05. Trong đó nguy cơ tổn thương võng mạc ở nhóm bệnh nhân mắc bệnh từ 5-10 năm gấp 4,14 lần và nhóm trên 10 năm gấp 9,97 lần so với bệnh nhân trong nhóm có thời gian mắc bệnh dưới 5 năm. **Kết luận:** Thời gian mắc bệnh càng dài nguy cơ mắc bệnh VMĐTĐ càng cao. Chưa thấy có mối liên quan giữa giới tính, khu vực cư trú, trình độ học vấn với tình trạng mắc bệnh VMĐTĐ.

**Từ khóa:** Đái tháo đường; biến chứng; Bệnh lý võng mạc mắt, yếu tố nguy cơ

### SUMMARY

#### RESEARCH ON THE RELATIONSHIP BETWEEN

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn

<sup>2</sup>Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đình Tùng

Email: bsdinhtung@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 2.3.2022

Ngày duyệt bài: 10.3.2022

### PREVALENCE OF DIABETIC RETINOPATHY AND RISK FACTORS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES IN THAI BINH PROVINCE

**Objectives:** To find out the relationship between the prevalence of diabetic retinopathy (DR) and some risk factors of age, gender, ethnicity and duration of the disease, we conducted a study of 145 people with diabetes, mean age 60.88±8.11. **Results:** The prevalence of DR in women was (48.1%) higher than that of men (39.6%) p>0.05. No relationship was found between the prevalence of DR with the area of residence (rural and urban) as well as the patient's educational status. There is a relationship between the incidence of DR with age, patients ≥ 60 years of age have a higher risk of 4.48 times (95% CI: 2.09-9.61, p<0.01). The rate of DR increases with duration of diabetes; in the first 5 years the incidence was 14.3%, the next 5-10 years was 54.1%, over 10 years was 64.9%, the difference with p<0.05. In which, the risk of retinopathy in the group of patients with diabetes duration of from 5-10 years was 4.14 times higher and the group over 10 years was 9.97 times higher than that in the group with the diabetes duration less than 5 years. **Conclusion:** The longer the diabetes duration, the higher the risk of DR. There was no relationship between gender, area of residence, education level and the status of DR.

**Keywords:** Diabetes; retinopathy; risk factors

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh võng mạc đái tháo đường (VMĐTĐ) là biến chứng hay gặp nhất trong bệnh lý mắt do đái tháo đường. Ước tính rằng vào năm 2040, 642 triệu người sẽ mắc đái tháo đường, 35% (224 triệu) trong số đó sẽ có bệnh VMĐTĐ, và 11% (70 triệu) sẽ bị bệnh võng mạc đe dọa thị giác.

Thời gian mắc bệnh đái tháo đường và kiểm soát đường máu là yếu tố nguy cơ chủ yếu của