

chiếm 61,8%, có 34,4% có nhu cầu chăm sóc ít đến trung bình và chỉ có 3,8% không có nhu cầu chăm sóc điều dưỡng.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Bệnh viện cần có các biện pháp chăm sóc điều dưỡng và can thiệp phục hồi chức năng sớm, phù hợp và cần tăng cường phối hợp với các nhân viên y tế tại cộng đồng để triển khai các chương trình phục hồi chức năng dành cho các người bệnh đột quỵ não.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **S.M. Islam et al (2014)**, Non-communicable diseases (NCDs) in developing countries: a symposium report, Global Health.
2. **Bộ Y tế (2011)**, Thông tư 07/2011/TT-BYT hướng dẫn công tác Điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện.
3. **Goldstein LB, Bushnell CD, Adams RJ et al (2011)**, American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular Nursing, Council on Epidemiology and Prevention, Council for High Blood Pressure Research, Council on Peripheral Vascular Disease, and Interdisciplinary Council on Quality of

- Care and Outcomes Research, Guidelines for the primary prevention of stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association, Stroke, ed.
4. **Võ Hoàng Nghĩa, Cao Minh Châu và Lê Ngọc Quang (2021)**, "Nhu cầu chăm sóc phục hồi chức năng và một số yếu tố liên quan đến mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày người bệnh đột quỵ não khi xuất viện tại Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2020", Tạp chí Y dược lâm sàng 108. tập 16 - số 1.
 5. **F.I. Mahoney & D.W. Barthel (1965)**, "FUNCTIONAL EVALUATION: THE BARTHEL INDEX", Md/State Med J. 14, tr. p. 61-5.
 6. **Samuelson M (1996)**, "Functional outcome in patients with stroke", Stroke 31 tr. 42-46
 7. **Nguyễn Thị Thu Hiền, Cao Thị Dung, Trần Thị Hồng Xiêm và Tô Minh Tuấn (2020)**, "Nhân xét đặc điểm lâm sàng và mức độ hoạt động độc lập trong sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm Barthel của người bệnh tai biến mạch máu não tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2019", Tạp chí Khoa học Điều dưỡng Tập 3 - Số 4, tr. 77-84.
 8. **Trần Văn Tuấn và cộng sự (2019)**, Thực trạng độc lập chức năng sinh hoạt hàng ngày sau đột quỵ não và hiệu quả can thiệp phục hồi chức năng tại nhà ở thành phố Thái Nguyên, Báo cáo tóm tắt đề tài khoa học và công nghệ cấp đại học, Thái Nguyên.

NGHIÊN CỨU TỈ LỆ VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN TIỀN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TRÊN BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP TẠI BỆNH VIỆN QUẬN BÌNH THẠNH NĂM 2022

Phạm Hữu Tiến¹

TÓM TẮT

Tiền đái tháo đường là giai đoạn trung gian giữa người bình thường và đái tháo đường type 2. Đây là giai đoạn mà bệnh nhân chưa xuất hiện các triệu chứng của đái tháo đường nhưng đã có nguy cơ tổn thương mạch máu lớn, đặc biệt trên bệnh nhân có tăng huyết áp thì yếu tố đái tháo đường góp phần tăng thêm gánh nặng cho bệnh nhân. **Phương pháp:** nghiên cứu tiến hành khảo sát 100 bệnh nhân tăng huyết áp đến khám và điều trị tại Bệnh viện Quận Bình Thạnh bằng xét nghiệm đường huyết đói (FPG) và HbA1c. **Mục tiêu** xác định tỉ lệ tiền đái tháo đường và đánh giá một số yếu tố liên quan đến tiền đái tháo đường trên bệnh nhân tăng huyết áp. **Kết quả:** tỉ lệ mắc tiền đái tháo đường trên bệnh nhân tăng huyết áp là 66,0%. Tỉ lệ mắc tiền ĐTĐ nếu chỉ dựa vào tiêu chí rối loạn đường huyết đói (IFG) hoặc HbA1c lần lượt là 28,0% và 64,0%. Tiền sử gia đình mắc đái tháo đường và tình trạng thừa cân, béo phì là hai yếu tố nguy cơ độc lập liên quan đến tiền đái tháo đường

trên bệnh nhân tăng huyết áp. Huyết áp tâm thu ≥ 130 mmHg và áp lực mạch ≥ 50 mmHg có liên quan đến nguy cơ mắc tiền đái tháo đường trên bệnh nhân tăng huyết áp. Tỉ lệ albumin niệu và phi đại thất trái ở nhóm bệnh nhân đồng mắc THA và tiền đái tháo đường lần lượt là 30,3% và 33,3%. **Kết luận:** Tỉ lệ mắc tiền đái tháo đường trên bệnh nhân tăng huyết áp là khá cao. Cần tầm soát sớm tiền đái tháo đường ở bệnh nhân tăng huyết áp có tiền căn gia đình mắc đái tháo đường hoặc thừa cân, béo phì. Không có mối liên quan giữa tiền đái tháo đường với albumin niệu và phi đại thất trái ở bệnh nhân tăng huyết áp.

Từ khóa: Tiền đái tháo đường, tăng huyết áp, Bệnh viện Quận Bình Thạnh

SUMMARY

PREVALENCE AND RELATED FACTORS OF PRE-DIABETES IN HYPERTENSIVE PATIENTS, AT BINH THANH HOSPITAL, HCMC, YEAR 2022

Objectives: Survey of 100 hypertensive patients examined in Binh Thanh District Hospital by testing fasting plasma glucose (FPG) and HbA1c to determine the prevalence of pre-diabetes and evaluate related factors in hypertensive patients. **Results:** The prevalence of pre-diabetes in hypertensive patients was 66.0%. The prevalence of pre-diabetes based on

¹Bệnh viện Quận Bình Thạnh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hữu Tiến

Email: phtdhyd@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.5.2022

Ngày duyệt bài: 6.6.2022

only impaired fasting glucose (IFG) or HbA1c was 28.0% and 64.0%, respectively. Family history of diabetes mellitus, overweight or obesity are two independent risk factors of pre-diabetes in hypertensive patients. Systolic blood pressure (SBP) \geq 130 mmHg and pulse pressure (PP) \geq 50 mmHg are associated with the prevalence of pre-diabetes in hypertensive patients. The prevalence of albuminuria and left ventricular hypertrophy in patients with both hypertension and pre-diabetes are 30.3% and 33.3%, respectively. **Conclusion:** The prevalence of pre-diabetes in hypertensive patients is quite high. Early screening for pre-diabetes is needed in patients with family history of diabetes mellitus, overweight or obesity. There is no association between pre-diabetes and albuminuria or left ventricular hypertrophy in hypertensive patients.

Keywords: Pre-diabetes, hypertension.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền đái tháo đường (tiền ĐTĐ) là giai đoạn trung gian giữa người bình thường và đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2. Đây là giai đoạn mà bệnh nhân chưa xuất hiện các triệu chứng của đái tháo đường nhưng đã có nguy cơ tổn thương mạch máu lớn. Khoảng 5-10% người tiền ĐTĐ sẽ trở thành ĐTĐ hàng năm và tổng cộng 70% người tiền ĐTĐ sẽ tiến triển thành ĐTĐ thực sự [1].

Tăng huyết áp (THA) là một yếu tố nguy cơ của tiền ĐTĐ [1]. Tỷ lệ mắc tiền ĐTĐ bệnh nhân tăng huyết áp THA là 55,5% [5], cao hơn so với tỷ lệ mắc tiền ĐTĐ trong cộng đồng là 40,1% [7]. Tiền ĐTĐ và THA cùng gây biến chứng tổn thương cơ quan đích (tim, thận, não...). Vì thế, việc nghiên cứu tỷ lệ và yếu tố liên quan tiền ĐTĐ trên bệnh nhân THA là cần thiết nhằm phát hiện và can thiệp sớm, góp phần làm chậm hoặc ngăn chặn tiến triển từ tiền ĐTĐ sang ĐTĐ típ 2 giúp kéo dài tuổi thọ, giảm biến chứng và tăng chất lượng sống cho bệnh nhân, đồng thời giảm gánh nặng chi phí y tế cho toàn xã hội. Vì thế, chúng tôi thực hiện đề tài với 2 mục tiêu sau:

1. *Xác định tỷ lệ tiền đái tháo đường trên bệnh nhân tăng huyết áp.*

2. *Đánh giá một số yếu tố liên quan đến tiền đái tháo đường trên bệnh nhân tăng huyết áp.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Khảo sát trên 100 bệnh nhân được chẩn đoán THA, đến khám chữa bệnh tại Bệnh viện quận Bình Thạnh.

2.1.1. Các tiêu chuẩn chẩn đoán được áp dụng trên đối tượng nghiên cứu:

- **Tiêu chuẩn chẩn đoán THA:**

- Đã được bác sĩ chẩn đoán THA trước đó.
- Hoặc mới phát hiện mắc THA theo tiêu chuẩn chẩn đoán THA của JNC VII, Bộ Y tế, Hội

Tim mạch học Việt Nam năm 2018.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán tiền ĐTĐ: Theo ADA 2020 và Bộ Y tế Việt Nam, có 3 tiêu chí để chẩn đoán tiền đái tháo đường [1], [6]. Tuy nhiên trong nghiên cứu này, do điều kiện phòng khám ngoại trú, nên chúng tôi chọn 2 tiêu chí:

- Glucose huyết tương lúc đói (FPG) từ 5,6 mmol/L đến 6,9 mmol/L, hoặc
- HbA1c từ 5,7% đến 6,4%.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán thừa cân, béo phì và béo bụng của Tổ chức Y tế thế giới năm 2000 dành cho người châu Á trưởng thành.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn lipid máu: Dựa vào Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết - chuyển hóa của Bộ Y tế năm 2014.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đã được chẩn đoán mắc đái tháo đường trước đây hoặc kết quả xét nghiệm đường huyết nghi ngờ đái tháo đường.

- Bệnh nhân đang bị nhiễm trùng nặng, stress.

- Bệnh nhân đang mắc các bệnh hoặc đang trong tình trạng có thể làm ảnh hưởng đến giá trị xét nghiệm HbA1c: Bệnh tế bào hình liềm, thai kỳ, thiếu glucose-6-phosphate dehydrogenase, nhiễm HIV, lọc máu, mới bị mất máu hoặc truyền máu, đang điều trị với erythropoietin.

- Những người không nhớ hoặc không cung cấp được câu trả lời trong bảng câu hỏi nghiên cứu hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 11 năm 2020 đến hết tháng 10 năm 2021.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu: 100 bệnh nhân.

2.5 Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu đến khám tại Khoa Khám bệnh, Phòng khám sàng lọc bệnh - Khoa Cấp cứu cho đến khi đủ số lượng mẫu.

2.6. Phương pháp tiến hành:

- Đối tượng thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu: Chúng tôi tiến hành giải thích và mời tham gia nghiên cứu, khám đánh giá tiền sử, bệnh sử, khám các dấu hiệu lâm sàng, đo huyết áp và các chỉ số, chỉ định xét nghiệm (FPG, HbA1c, Cholesterol, Triglyceride, HDL-c, LDL-c, albumin niệu, creatinin niệu, siêu âm tim Doppler).

• Đánh giá các chỉ số nhân trắc: cân nặng, chiều cao, BMI, đo vòng eo, đo huyết áp.

• Khám lâm sàng, khai thác tiền sử sàng lọc các bệnh lý liên quan: THA, bệnh lý tim mạch, bệnh lý thận, nội tiết, các rối loạn chuyển hóa, ...

• Sau khi có kết quả cận lâm sàng, chúng tôi

đọc kết quả FPG và HbA1c nếu:

- + FPG >6,9mmol/L hoặc HbA1c >6,4%: loại mẫu
- + FPG từ 5,6 mmol/L đến 6,9 mmol/L hoặc HbA1c từ 5,7% đến 6,4%: chọn mẫu, vào nhóm Tiền ĐTĐ
- + FPG < 5,6 mmol/L và HbA1c < 5,7%: chọn mẫu, vào nhóm Bình thường.

2.7. Phân tích và xử lý số liệu nghiên cứu. Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Thống kê mô tả bao gồm trung bình, độ lệch chuẩn cho các biến định lượng và tần số, tỷ lệ phần trăm cho các biến định tính. Thống kê suy luận được áp dụng bao gồm χ^2 test cho biến định tính. Giá trị $p < 0,05$ được xem xét có ý nghĩa thống kê.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu này đã được Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y dược Huế thông qua và được chấp thuận của Ban Giám đốc Bệnh viện Quận Bình Thạnh

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $60,75 \pm 12,79$ tuổi. Nam giới chiếm tỷ lệ 37,0%, nữ giới chiếm tỷ lệ 63,0%. Có 93,0% bệnh nhân đã được phát hiện mắc THA trước đó và 7,0% bệnh nhân THA mới phát hiện.

3.2. Tỷ lệ mắc tiền ĐTĐ:

3.3. Các yếu tố liên quan tiền ĐTĐ trên bệnh nhân THA:

Bảng 2. Tiền đái tháo đường và nhóm tuổi, giới tính

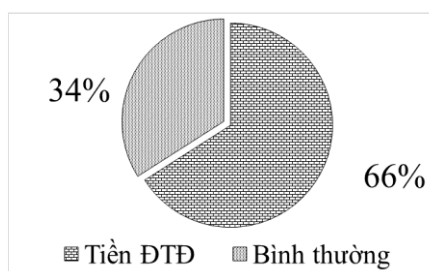
Yếu tố		Tiền đái tháo đường				p
		Có (n = 66)		Không (n = 34)		
		n	%	n	%	
Nhóm tuổi	<45 (n = 6)	4	66,7	2	33,3	0,268
	45 - 59 (n = 48)	33	68,8	15	31,2	
	60 - 74 (n = 32)	23	71,9	9	28,1	
	≥75 (n = 14)	6	42,9	8	57,1	
Giới	Nam (n = 37)	28	75,7	9	24,3	0,118
	Nữ (n = 63)	38	60,3	25	39,7	

Tỷ lệ mắc tiền ĐTĐ cao nhất ở nhóm 60 - 74 tuổi (71,9%), nhưng không khác biệt ở các nhóm tuổi, $p > 0,05$. Tỷ lệ mắc tiền ĐTĐ ở nam cao hơn nữ, không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$.

Bảng 3. Tiền đái tháo đường và tiền sử gia đình

Nội dung		Tiền đái tháo đường				p	OR (95% CI)
		Có (n = 66)		Không (n = 34)			
		n	%	n	%		
Tiền sử gia đình mắc ĐTĐ	Có	38	90,5	4	9,5	0,001	1
	Không	28	48,3	30	51,7		10,18 (3,22 - 32,21)
Tiền sử tăng huyết áp	Có	62	61,4	31	31,6	0,687	1
	Không	4	57,1	3	42,9		1,50 (0,32 - 7,12)

Tỷ lệ mắc tiền ĐTĐ ở nhóm người có tiền sử gia đình mắc ĐTĐ là 90,5%. Nguy cơ mắc tiền ĐTĐ ở nhóm này cao gấp 10,18 lần so với nhóm không có tiền sử gia đình mắc ĐTĐ, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$, 95% CI = 3,22 - 32,21.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ mắc tiền ĐTĐ trên bệnh nhân THA

Tỷ lệ mắc tiền ĐTĐ trên bệnh nhân THA trong nghiên cứu này là 66,0%.

Bảng 1. Tỷ lệ mắc tiền ĐTĐ nếu chỉ dựa vào IFG hoặc HbA1c

Tiền ĐTĐ dựa vào IFG	Tiền ĐTĐ dựa vào HbA1c			
	Có (n = 64)		Không (n = 36)	
	n	%	n	%
Có (n = 28)	26	26,0	2	2,0
Không (n=72)	38	38,0	34	34,0

Tỷ lệ mắc tiền ĐTĐ nếu chỉ dựa vào IFG hoặc HbA1c lần lượt là 28,0% và 64,0%. Có 2,0% bệnh nhân đạt ngưỡng chẩn đoán tiền ĐTĐ theo IFG nhưng không đạt ngưỡng HbA1c và 38,0% bệnh nhân đạt ngưỡng chẩn đoán tiền ĐTĐ theo HbA1c nhưng không đạt ngưỡng IFG.

Bảng 4. Tiền đái tháo đường và huyết áp tâm thu, áp lực mạch

Nội dung		Tiền đái tháo đường				p	OR (95% CI)
		Có (n = 66)		Không (n = 34)			
		n	%	n	%		
Huyết áp tâm thu (mmHg)	≥ 130 mmHg	33	80,5	8	19,5	0,011	1
	< 130 mmHg	33	55,9	26	44,1		3,25 (1,29 - 8,22)
Áp lực mạch (mmHg)	≥ 50 mmHg	35	81,4	8	18,6	0,005	1
	< 50 mmHg	31	54,4	26	35,6		3,67 (1,75 - 9,28)

Nguy cơ mắc tiền ĐTD khi huyết áp tâm thu ≥ 130 mmHg cao gấp 3,25 lần so với khi huyết áp tâm thu < 130 mmHg, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, 95% CI = 1,29 - 8,22. Nguy cơ mắc tiền ĐTD khi áp lực mạch ≥ 50 mmHg cao gấp 3,67 lần so với khi áp lực mạch < 50 mmHg, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, 95% CI = 1,75 - 9,28.

Bảng 5. Tiền đái tháo đường và BMI, vòng eo

Nội dung		Tiền đái tháo đường				p	OR (95% CI)
		Có (n = 66)		Không (n = 34)			
		n	%	n	%		
BMI (kg/m ²)	≥ 23,0	50	72,5	19	27,5	0,042	1
	< 23,0	16	51,6	15	48,4		2,47 (1,02 - 5,95)
Vòng eo (cm)	≥ 90 ở nam hoặc ≥ 80 ở nữ	42	73,7	15	26,3	0,062	1
	< 90 ở nam hoặc < 80 ở nữ	24	55,8	19	44,2		2,22 (0,96 - 5,15)

Nguy cơ mắc tiền ĐTD ở nhóm bệnh nhân thừa cân, béo phì cao hơn 2,47 lần so với nhóm BMI bình thường với $p < 0,05$, 95%CI = 1,02- 5,95. Nghiên cứu không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ tiền ĐTD với vòng eo, $p > 0,05$.

Bảng 6. Tiền đái tháo đường và albumin niệu, phì đại thất, rối loạn lipid máu

Nội dung		Tiền đái tháo đường				p	OR (95% CI)
		Có (n = 66)		Không (n = 34)			
		n	%	n	%		
Albumin niệu	Có	20	66,7	10	33,3	0,927	1
	Không	46	65,7	24	34,3		1,04 (0,39-2,91)
Phì đại thất	Có	22	71,0	9	39,0	0,482	1
	Không	44	63,8	25	36,2		1,39 (0,6-3,48)
Rối loạn lipid máu	Có	56	70,0	24	30,0	0,091	1
	Không	10	50,0	10	50,0		2,33 (0,86 - 6,33)

Nghiên cứu không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ tiền đái tháo đường và albumin niệu, phì đại thất, rối loạn lipid máu, $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Qua kết quả khảo sát trên 100 bệnh nhân THA đến khám tại Bệnh viện Quận Bình Thạnh từ tháng 11 năm 2020 đến hết tháng 10 năm 2021, chúng tôi có những nhận định sau:

4.1. Tỷ lệ tiền ĐTD trên bệnh nhân THA:

Tỷ lệ mắc tiền ĐTD trên bệnh nhân THA trong nghiên cứu này là 66,0% hay nói cách khác cứ 3 bệnh nhân THA thì có 2 người mắc tiền ĐTD. So sánh với tỷ lệ mắc tiền ĐTD bệnh nhân THA ở một số nghiên cứu khác tại Việt Nam, thì tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Đỗ Trung Quân năm 2014 (55,5%) [5] và tương đương với nghiên cứu của Trương Xuân Hùng năm 2021 (67,8%) [3]. Đối với các nghiên cứu trong cộng đồng, tỷ lệ mắc tiền ĐTD ở bệnh nhân THA trong

nghiên cứu này cao vượt trội so với tỷ lệ mắc tiền ĐTD ở người từ 30 - 69 tuổi trong nghiên cứu của Đỗ Trung Quân năm 2014 là 38,0% [5], nghiên cứu của Hồ Phạm Thục Lan năm 2016 là 40,1% [7], nghiên cứu của Nguyễn Hoài Lê năm 2020 tại Vĩnh Phúc là 31,0% [4]. Điều này khẳng định THA là yếu tố liên quan mạnh gây ra tiền ĐTD ở người Việt Nam.

Tỷ lệ mắc tiền ĐTD nếu chỉ dựa vào IFG hoặc HbA1c lần lượt là 28,0% và 64,0%. Chỉ số HbA1c có tỷ lệ phát hiện tiền ĐTD cao hơn so với FPG. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Hồ Phạm Thục Lan và cộng sự năm 2016, FPG có thể bỏ sót chẩn đoán tiền ĐTD so với HbA1c [7] hay nói cách khác xét nghiệm HbA1c giúp phát hiện tiền ĐTD cao hơn so với FPG. Như vậy,

trên thực tế lâm sàng tại bệnh viện và các phòng khám ngoại trú hiện nay, nếu bác sĩ chỉ chỉ định tầm soát tiền ĐTĐ bằng FPG mà không chỉ định HbA1c vì một số lý do chủ quan, khách quan (bệnh nhân phải đóng thêm tiền, bảo hiểm y tế không thanh toán...) thì nguy cơ bỏ sót đến 38,0% bệnh nhân mắc tiền ĐTĐ mà không được chẩn đoán kịp thời, can thiệp sớm, khả năng tiến triển đến ĐTĐ cao, gia tăng chi phí và gánh nặng điều trị.

4. Các yếu tố liên quan đến tiền ĐTĐ trên bệnh nhân THA. Tuổi và giới không có mối liên quan đến tỉ lệ mắc tiền ĐTĐ trên bệnh nhân THA trong nghiên cứu của chúng tôi, điều này khác biệt với một số nghiên cứu khác [5],[3]. Có thể lý giải là do nghiên cứu khảo sát tình trạng tiền ĐTĐ trên một quần thể đối tượng THA là nguy cơ cao, dẫn đến việc yếu tố tuổi và giới không thật sự nổi trội.

Tỉ lệ mắc tiền ĐTĐ ở nhóm người có tiền sử gia đình mắc ĐTĐ trong nghiên cứu là 90,5%. Nguy cơ mắc tiền ĐTĐ ở nhóm này cao gấp 10,18 lần so với nhóm không có tiền sử gia đình mắc ĐTĐ. Tại Việt Nam, chúng tôi cũng tìm thấy sự tương đồng về mối liên quan này trong nghiên cứu của Trương Xuân Hùng cộng bố năm 2021[3]. Mối liên quan mạnh này dẫn đến khuyến cáo nên tầm soát tiền ĐTĐ sớm và định kỳ đối với bệnh nhân có tiền căn gia đình mắc ĐTĐ.

Trong nghiên cứu, nguy cơ mắc tiền ĐTĐ khi huyết áp tâm thu ≥ 130 mmHg cao gấp 3,25 lần so với khi huyết áp tâm thu < 130 mmHg. Đồng thời, nguy cơ mắc tiền ĐTĐ khi áp lực mạch ≥ 50 mmHg cao gấp 3,67 lần so với khi áp lực mạch < 50 mmHg. Kết quả này cho thấy bệnh nhân THA nếu được theo dõi, điều trị thường xuyên, liên tục, kiểm soát được huyết áp tâm thu < 130 mmHg sẽ giúp giảm nguy cơ mắc tiền ĐTĐ.

Nhóm mắc tiền ĐTĐ có BMI trung bình cao hơn so với nhóm không mắc, khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$. Nguy cơ mắc tiền ĐTĐ ở nhóm bệnh nhân thừa cân, béo phì cao hơn 2,47 lần so với nhóm BMI bình thường. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước như của Đỗ Trung Quân năm 2013 cho thấy nguy cơ mắc tiền ĐTĐ ở nhóm có BMI ≥ 23 là 1,3 lần[5], hay nghiên cứu của Trương Xuân Hùng năm 2021 là 3,04 lần [3]. Yếu tố thừa cân, béo phì là một yếu tố nguy cơ có liên quan mạnh đến tỉ lệ mắc ĐTĐ, bên cạnh yếu tố nguy cơ THA.

Nguy cơ mắc tiền ĐTĐ ở người có rối loạn lipid máu cao gấp 2,33 lần so với người không rối loạn lipid máu, tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa

thống kê, $p > 0,05$. Kết quả này không tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Trung Quân năm 2013 cho thấy nguy cơ mắc tiền ĐTĐ ở nhóm có rối loạn lipid máu gấp 3,8 lần so với nhóm bình thường [5], nghiên cứu của Trương Xuân Hùng năm 2021 là 3,13 lần [3]. Sự khác biệt này có lẽ do đối tượng chọn mẫu của chúng tôi trên bệnh nhân THA, khác biệt so với các nghiên cứu trên nền kết quả này không đồng nhất.

Tỉ lệ bệnh nhân có albumin niệu trong nghiên cứu là 30,0%. Tuy nhiên, chưa tìm thấy mối liên quan giữa tiền ĐTĐ làm gia tăng tỉ lệ albumin niệu trên bệnh nhân THA, $p > 0,05$. Điều này phù hợp với y văn do tiền ĐTĐ chưa gây nên biến chứng ở cầu thận (bệnh thận đái tháo đường). Tỉ lệ bệnh nhân có phì đại trái trong nghiên cứu là 31,0%. Tỉ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn tỉ lệ phì đại thất trái trên bệnh nhân THA trong nghiên cứu của Trần Châu Bích Hà là 28,29% [2]. Tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$. Điều này cho thấy tiền ĐTĐ không phải là yếu tố làm tăng phì đại thất trái trên bệnh nhân THA.

V. KẾT LUẬN

Qua khảo sát trên 100 bệnh nhân THA đến khám tại Bệnh viện Quận Bình, tỉ lệ mắc tiền đái tháo đường trên bệnh nhân tăng huyết áp là khá cao. Cần tầm soát sớm tiền đái tháo đường ở bệnh nhân tăng huyết áp có tiền căn gia đình mắc đái tháo đường hoặc thừa cân, béo phì.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2020)**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tiền đái tháo đường.
2. **Trần Châu Bích Hà, Trần Thanh Tuấn (2019)**, Mối liên quan giữa hình thái và chức năng tâm trương thất trái ở bệnh nhân tăng huyết áp, Tạp chí Tim mạch học, 2019.
3. **Trương Xuân Hùng (2021)**, Nghiên cứu tiền đái tháo đường trên đối tượng cán bộ chiến sỹ, Vietnam Journal of Diabetes and Endocrinology, 2021, 46: 146-155.
4. **Nguyễn Hoài Lê (2021)**. Thực trạng bệnh đái tháo đường ở người từ 25 tuổi trở lên trên địa bàn tỉnh Vĩnh Phúc năm 2018, Vietnam Journal of Diabetes and Endocrinology, 88-93.
5. **Đỗ Trung Quân (2014)**, Các yếu tố nguy cơ ở đối tượng tiền đái tháo đường, Vietnam Journal of Diabetes and Endocrinology, 2014, 13: 83-87.
6. **American Diabetes Association (2022)**. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. Diabetes care, 43 (Suppl 1), S14-S31.
7. **Ho-Pham, L. T., Do, T. T., Campbell, L. V., & Nguyen, T. V. (2016)**. HbA1c-Based Classification Reveals Epidemic of Diabetes and Prediabetes in Vietnam. Diabetes care, 39(7), e93-e94.