

10 thì được đánh giá là đang có tình trạng viêm. Tốc độ máu lắng rất có ý nghĩa để đánh giá mức độ hoạt động bệnh và theo dõi hiệu quả điều trị. Theo kết quả, ESR giờ đầu của các BN đều trên 10 ( $37,38 \pm 18,09$  mm ở nhóm I và  $37,78 \pm 25,03$  mm ở nhóm II). Bên cạnh tốc độ máu lắng, CRP cũng là chỉ số quan trọng để đánh giá mức độ viêm trên cận lâm sàng và tiên lượng điều trị. Nếu các triệu chứng lâm sàng giảm đi nhưng CRP vẫn tăng thì người bệnh vẫn cần phải tiếp tục được điều trị. Như vậy, trong nghiên cứu, các BN đều có phản ứng viêm rõ ràng.

Ngoài ra, trong nghiên cứu, chúng tôi còn khảo sát một số chỉ số miễn dịch đánh giá và tiên lượng mức độ hoạt động của bệnh. Xét nghiệm định lượng RF để đo lường mức độ hoạt động miễn dịch. Theo bảng 3.3 cho thấy yếu tố RF dương tính (nồng độ trung bình ở nhóm I là  $168,03 \pm 212,24$  (u/l), nhóm II là  $166,07 \pm 174,86$  (u/l)). Kết quả này phù hợp với bệnh cảnh VKDT mức độ nhẹ và vừa trong nghiên cứu.

## V. KẾT LUẬN

**Đặc điểm lâm sàng:** Đa phần bệnh nhân nữ, tuổi trung niên. Thời gian cứng khớp buổi sáng trên 45 phút (nhóm I là  $44,31 \pm 22,04$  phút, nhóm II là  $45,83 \pm 35,65$ ). Chỉ số Ritchie trên 9 điểm ( $11,47 \pm 2,21$  điểm ở nhóm I và  $12,81 \pm 4,31$  điểm ở nhóm II). DAS 28 trung bình ở nhóm I là  $4,06 \pm 0,61$ , nhóm II là  $4,07 \pm 0,71$ .

**Đặc điểm cận lâm sàng:** Tốc độ máu lắng trung bình tăng cao ở cả hai nhóm (nhóm I là  $37,38 \pm 18,09$  mm, nhóm II là  $37,78 \pm 25,03$ ), CRP dương tính ( $1,22 \pm 1,54$  mg/dl ở nhóm I và  $1,79 \pm 2,69$  ở nhóm II) và RF dương tính ( $168,03 \pm 212,24$  u/l ở nhóm I và  $166,07 \pm 174,86$  ở nhóm II).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Ngọc Ân, Nguyễn Thị Ngọc Lan** (2013). Viêm khớp dạng thấp. Phác đồ chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp thường gặp, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, 9 - 20.
2. **Nguyễn Thị Thanh Hoa** (2014). Nghiên cứu tác dụng hỗ trợ điều trị của viên nang cứng Regimune trên 30 bệnh nhân VKDT giai đoạn I- II (Thể phong thấp nhiệt tý), Luận văn tốt nghiệp cao học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Nhược Kim** (2011). Lý luận Y học cổ truyền, Nhà xuất bản Giáo dục, 88 - 99.
4. **Nguyễn Thị Ngọc Lan** (2012). Viêm khớp dạng thấp. Bệnh học cơ xương khớp nội khoa, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, 9 - 35.
5. **Nguyễn Vĩnh Ngọc, Trần Ngọc Ân, Nguyễn Thu Hiền** (2002). Đánh giá tình hình bệnh khớp tại khoa cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai trong 10 năm (1991 - 2000). Công trình nghiên cứu khoa học 2001- 2002, Tập 1, Nhà xuất bản Y học, 348 - 360.
6. **Arnett, F.C. et al.** (1988). The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum, 31(3), 315 - 24.
7. **Anthony S. Fauci, MD** (2010). Rheumatoid Arthritis. Harrison's Rheumatology, Mc Graw Hill Medical, 82-99.

## TÌNH TRẠNG RỐI LOẠN LIPID MÁU Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TUÝP 2 ĐANG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH TRÀ VINH

Nguyễn Mỹ Huyền<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Mỹ Hòa<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ rối loạn lipid máu và một số yếu tố liên quan đến tình trạng rối loạn lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 đang điều trị tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên 229 bệnh nhân đái tháo đường type 2 đang điều trị tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh từ 06/2023 đến 09/2023. Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. **Kết quả:** Tỷ lệ rối loạn lipid máu trong nghiên cứu là 91,27%. Rối loạn phổ

biến nhất là TG (68,56%), kế đến là LDL-c (44,54%), tiếp đến là CT (27,51%) và thấp nhất là HDL-c (24,02%). Chế độ ăn dùng nhiều chất béo xấu (PR=1,15, KTC:1,05-1,26) và bệnh nhân thừa cân, béo phì có nguy cơ mắc RLLM cao hơn (PR=1,15, KTC:1,03-1,28). **Kết luận:** Cần tăng cường kiểm soát chế độ ăn và tình trạng thừa cân béo phì của bệnh nhân đái tháo đường để kiểm soát tình trạng rối loạn lipid máu tốt hơn cho bệnh nhân.

**Từ khóa:** Đái tháo đường, rối loạn lipid máu, Cholesterol, Triglycerid

### SUMMARY

#### BLOOD LIPID DISORDERS IN PATIENTS UNDER TYPE 2 DIABETES AT TRA VINH PROVINCE GENERAL HOSPITAL

**Objective:** Determine the rate of lipid disorders and factors related to blood lipid disorders in type 2 diabetes patients being treated at Tra Vinh Provincial

<sup>1</sup>Trường Đại học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mỹ Huyền

Email: nmhuyen@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2024

Ngày duyệt bài: 22.4.2024

General Hospital. **Subjects and methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 229 patients under type 2 diabetes at Tra Vinh Provincial General Hospital from June 2023 to September 2023. The study used a convenient sampling method. **Results:** The rate of dyslipidemia in the study was 91.27%. The most common disorder was Triglycerid (68,56%), followed by LDL-c (44,54%), Cholesterol (27,51%) and the lowest HDL-c (24,02%). High use of bad fats (PR=1,15, CI:1,05-1,26) and overweight and obese patients were at higher risk related to dyslipidemia (PR=1,15, CI:1,03-1,28). **Conclusion:** It is necessary to strengthen the control of diet and weight in diabetic patients to control dyslipidemia for patients better.

**Keywords:** Diabetes, dyslipidemia, Cholesterol, Triglycerides

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một trong những bệnh không lây nhiễm phổ biến hiện nay và nằm trong 10 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên toàn thế giới. Năm 2015 có khoảng 415 triệu người mắc ĐTĐ trên thế giới nhưng đến năm 2040 con số này sẽ là 642 triệu. ĐTĐ là một bệnh đe dọa đến tính mạng và gây ra nhiều biến chứng mạn tính do rối loạn chuyển hóa carbohydrate lipid, protide [1]. Rối loạn lipid máu (RLLM) là một nguy cơ được biết có liên quan đến ĐTĐ và các bệnh tim mạch, cũng là một hội chứng chuyển hoá thường gặp ở bệnh nhân béo phì trong ĐTĐ. Biến chứng mạch máu lớn là một trong những tổn thương phổ biến ở bệnh nhân ĐTĐ type 2, trong đó rối RLLM đóng vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh, cũng là nguyên nhân gây tử vong ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 [3].

Trong vấn đề điều trị ĐTĐ ngoài việc khống chế đường máu, hạ huyết áp, thì việc điều trị RLLM cũng đóng một vai trò hết sức quan trọng vì sẽ giúp cải thiện được sức khỏe cho người bệnh. Bên cạnh đó, những thay đổi trong lipid huyết tương liên quan đến ĐTĐ là yếu tố có thể can thiệp được do đó việc phát hiện và điều trị kịp thời RLLM mang ý nghĩa rất lớn trong việc dự phòng các biến chứng, kéo dài tuổi thọ ở bệnh nhân ĐTĐ, cải thiện cuộc sống, góp phần giảm gánh nặng, hao tổn kinh tế của gia đình và xã hội.

Hiện nay ở Trà Vinh chưa có nghiên cứu sâu để đánh giá về tình trạng RLLM ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 đang điều trị. Từ những vấn đề cấp thiết trên nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu là xác định tỷ lệ RLLM và một số yếu tố liên quan đến tình trạng RLLM ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 đang điều trị tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ type 2 đang được điều trị tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh.

**2.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ type 2 được làm xét nghiệm đánh giá RLLM đang được điều trị tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh và bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.3. Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân đang mắc một số bệnh nội tiết ảnh hưởng đến trọng lượng cơ thể, bệnh rối loạn tâm thần.

**2.4. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến hành tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh từ 06/2023 đến 09/2023.

**2.5. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả

**2.5. Phương pháp chọn mẫu:** Dùng phương pháp chọn mẫu thuận tiện

**2.6. Thu thập số liệu:** Các bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu sẽ được tham gia nghiên cứu. Trong thời gian từ tháng 6/2023 đến tháng 9/2023 thu thập được 229 hồ sơ thông tin bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn tham gia nghiên cứu.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 229 bệnh nhân ĐTĐ type 2 đang điều trị tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh từ 06/2023 đến 09/2023, ghi nhận được kết quả như sau:

**Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu**

Đặc điểm	n (%)	
	<b>Giới tính</b>	Nữ
	Nam	67 (29,26)
<b>Nơi cư trú</b>	Nông thôn	213 (93,01)
	Thành thị	16 (6,99)
<b>Nhóm tuổi</b>	< 60	60 (26,20)
	≥ 60	169 (73,80)

Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu là nữ giới (70,74%) cao hơn gấp 2 lần so với đối tượng là nam giới (29,26%) và đa số sinh sống ở nông thôn (93,01%). Tuổi trung bình là 66,3±12,5. Nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao là người trên 60 tuổi (73,8%).

### 3.1. Tỷ lệ RLLM ở bệnh nhân ĐTĐ type 2

**Bảng 2. Chỉ số RLLM**

Chỉ số đánh giá (mmol/l)	TB ± ĐLC	Nhỏ nhất	Lớn nhất
CT	4,58 ± 1,56	1,39	12,91
LDL-c	2,53 ± 1,08	0,29	6,52
HDL-c	1,41 ± 0,54	0,30	4,03
Triglycerid	2,24 ± 1,93	0,33	27,29

Nồng độ trung bình của Cholesterol toàn

phần là 4,58±1,56 mmol/l, LDL-Cholesterol là 2,53±1,08 mmol/l, HDL-Cholesterol là 1,41±0,54 mmol/l, Triglycerid là 2,24±1,93 mmol/l.

**Bảng 3. Tỷ lệ RLLM ở bệnh nhân ĐTĐ**

	n	%
Rối loạn 1 thông số	101	44,11
Rối loạn 2 thông số	53	23,14
Rối loạn 3 thông số	54	23,58
Rối loạn 4 thông số	1	0,44
Không rối loạn	20	8,73

Tỷ lệ RLLM ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 chiếm 91,27%. Trong đó, dạng rối loạn đơn thuần 1 thông số chiếm 44,10%, dạng rối loạn hỗn hợp 3 thông số chiếm 25,83%, dạng rối loạn 2 thông số chiếm 25,35%, cuối cùng là dạng rối loạn 4 thông số với 0,44%.

**Bảng 4. Mối liên quan giữa tỷ lệ RLLM với đặc điểm mẫu nghiên cứu**

Đặc điểm		Rối loạn lipid máu		PR (KTC 95%)	P
		Có n (%)	Không n (%)		
Giới tính	Nữ	149 (71,29)	13 (65,00)	1,03 (0,94-1,13)	0,55
	Nam	60 (28,71)	7 (35,00)		
Nơi cư trú	Nông thôn	196 (93,78)	17 (85,00)	1,13 (0,89-1,44)	0,15
	Thành thị	13 (6,22)	3 (15,00)		
Nhóm tuổi	≥ 60	157 (75,12)	12 (60,00)	1,07 (0,96-1,19)	0,14
	< 60	52 (24,88)	8 (40,00)		
Tăng	Có	190 (90,91)	17 (85,00)	1,06 (0,9-1,26)	0,41
	Không	19 (9,09)	3 (15,00)		

Kết quả nghiên cứu cho thấy được nguy cơ RLLM không có sự liên quan đến các yếu tố như giới tính, nơi cư trú, tuổi và tiền sử cao huyết áp.

**Bảng 5. Mối liên quan giữa tỷ lệ RLLM với lạm dụng rượu bia và hút thuốc lá**

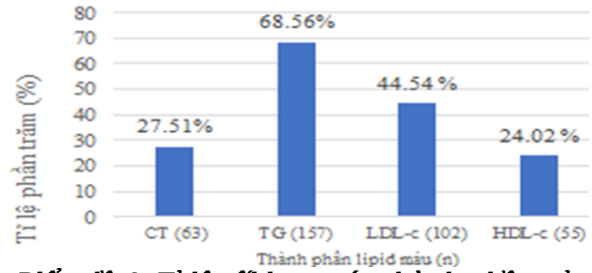
Đặc điểm		Rối loạn lipid máu		PR (KTC 95%)	P
		Có n (%)	Không n (%)		
Lạm dụng rượu bia	Không	192 (91,87)	19 (15,00)	1,04 (0,92-1,17)	1,00
	Có	17 (8,13)	1 (5,00)		
Ăn dùng nhiều chất béo xấu	Có	123 (58,85)	4 (20,00)	1,15 (1,05-1,26)	0,001*
	Không	86 (41,15)	16 (80,00)		
Dùng nhiều chất béo tốt, rau xanh	Có	91 (43,54)	9 (45)	0,99 (0,92-1,08)	0,90
	Không	118 (56,46)	11 (55)		
Béo phì	Có	146 (69,86)	7 (35,00)	1,15 (1,03-1,28)	0,002*
	Không	63 (30,14)	13 (65,00)		
Hoạt động thể lực	Nhẹ	192 (91,87)	17 (85)	1 (0,92-1,08)	-
	Trung bình	11 (5,26)	2 (10,00)		
	Nặng	6 (2,87)	1 (5,00)		

Nghiên cứu ghi nhận có sự liên quan giữa tỷ lệ RLLM và tình trạng dùng nhiều chất béo xấu (p = 0,001) và tình trạng béo phì của bệnh nhân (p = 0,002).

**IV. BÀN LUẬN**

Nghiên cứu cắt ngang mô tả về thực trạng RLLM trên 229 bệnh nhân ĐTĐ type 2 đang điều trị tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh.

**4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu.**



**Biểu đồ 1. Tỷ lệ rối loạn các thành phần của lipid máu**

Rối loạn Triglycerid chiếm tỷ lệ cao nhất với 68,56%, kể đến là tăng LDL-c với 44,54%, Cholesterol toàn phần (27,51%) và HDL-c (24,02%).

**3.2. Một số yếu tố liên quan đến RLLM ở bệnh nhân mắc ĐTĐ type 2**

**cứu.** Về giới tính, nghiên cứu ghi nhận nữ giới chiếm phần lớn (70,74%) ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 so với nam giới (29,26%). Điều này tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Đình Hà (2014) tại bệnh viện Quân Y 120 với kết quả nữ giới (66%) cao hơn so với nam (34%). Nghiên cứu của Nguyễn Thị Phi Nga (2015) tại Bệnh viện Quân Y 17, nữ chiếm (64%) nhiều hơn nam giới (36%) [3]. Nghiên cứu của Giảng Thị Mộng Huyền tại bệnh viện đa khoa Tiền

Giang cũng cho kết quả tương tự khi nữ chiếm tỷ lệ nhiều hơn nam (65,7% so với 34,3%) [1]. Một nghiên cứu tại Thái Lan năm 2014 cũng cho kết quả nữ giới (69,47%) cao hơn hẳn so với nam giới (30,53 %) [7]. Có thể thấy rằng do đặc điểm dân số từng vùng miền, từng quốc gia, khu vực khác nhau dẫn đến có sự khác biệt nhưng nhìn chung phần lớn nghiên cứu đều cho thấy đối tượng ĐTD type 2 thường là nữ giới.

#### 4.2. Tỷ lệ RLLM ở bệnh nhân ĐTD type 2.

ĐTD type 2 là bệnh rối loạn chuyển hóa glucose nhưng kéo theo đó người bệnh có thể mắc các hội chứng khác trong đó hay gặp nhất là rối loạn chuyển hóa lipid máu do đề kháng insulin. Theo kết quả nghiên cứu nồng độ trung bình của CT là 4,58 mmol/L và LDL-Cholesterol là 2,53 mmol/L nằm trong mức giá trị từ bình thường đến cao. Trong khi đó nồng độ trung bình của HDL-Cholesterol là 1,41 mmol/l nằm trong mức giá trị từ bình thường đến thấp, giá trị của Triglyceride là 2,24 mmol/l nằm ở mức cao. Kết quả của nghiên cứu phù hợp với kết quả của Nguyễn Thị Phi Nga (2015) tại Bệnh viện Quân Y 17 với nồng độ trung bình của CT và LDL-c nằm trong mức bình thường đến cao, HDL-c nằm trong mức bình thường đến thấp tuy nhiên TG lại nằm trong mức cao hơn [3]. Bên cạnh đó nghiên cứu ở Nigeria cũng cho kết quả tương đương ở nồng độ CT (5,1 mmol/l) nằm ở mức từ bình thường đến cao giới hạn và HDL-c (1,4 mmol/l) nằm ở mức từ bình thường đến thấp, còn LDL-c (2,7 mmol/l) lại nằm trong mức cao giới và TG (1,6 mmol/l) lại nằm trong mức từ bình thường đến cao.

Kết quả nghiên cứu cho thấy được tỷ lệ RLLM ở bệnh nhân ĐTD type 2 tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh cao hơn khi so sánh với một số các nghiên cứu trong nước (91,27%). Các nghiên cứu trước đây ghi nhận của tỷ lệ RLLM trên bệnh nhân ĐTD type 2 từ 62,5% đến 89,3% [2],[3],[4]. Tuy nhiên kết quả này tương đồng với một số các nghiên cứu khác ở Bắc Jordan (2019) với tỷ lệ RLLM là 91,4% và Jordan (2021) với tỷ lệ 95,4%. Tại Châu Á có nghiên cứu ở Trung Quốc (2012) với tỷ lệ RLLM là 59,3%, Thái Lan (2014) với 88,9% và Hàn Quốc (2014) lại là 83,3% [5],[7]. Các kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ RLLM ở bệnh nhân ĐTD type 2 lại có sự chênh lệch theo năm và từng khu vực. Sự khác biệt này có thể do sự khác biệt về các yếu tố kinh tế, xã hội, lối sống và nhu cầu chăm sóc sức khỏe. Tuy nhiên có thể thấy được tỷ lệ RLLM ở bệnh nhân ĐTD type 2 có dấu hiệu tăng dần. Điều này phản ánh được mối liên quan giữa ĐTD

và RLLM.

Kết quả nghiên cứu còn cho thấy được tỷ lệ RLLM đơn thuần (44,11%) chủ yếu là tăng TG (25,33%), kể đến là tăng LDL-c (9,61%) và giảm HDL-c (8,73%), cuối cùng là tăng CT chiếm tỷ lệ thấp nhất (0,44%). Kết quả này gần như tương đồng với nghiên cứu trong cùng khu vực Châu Á, Nepal (2017) với tỷ lệ RLLM đơn thuần chủ yếu cũng là tăng TG và LDL-c [5]. Về RLLM kết hợp (47,17%), nghiên cứu cũng chỉ ra rằng rối loạn 3 thông số là Cholesterol, LDL-c và Triglycerid chiếm tỷ lệ cao nhất (20,52%), kể đến là rối loạn Triglycerid và HDL-c (10,40%) chiếm tỷ lệ cao nhất nhóm rối loạn 2 thông số. Ở Châu Phi, nghiên cứu tại Ethiopia cho kết quả khá khác biệt, nghiên cứu không ghi nhận trường hợp có rối loạn 3 thông số, chỉ có các trường hợp rối loạn 2 thông số [8]. Tại Nepal (2017) ghi nhận có trường hợp rối loạn 3 thông số chiếm 27,2% và các trường hợp rối loạn 2 thông số cũng chiếm tỷ lệ khá cao với LDL-c + HDL-c (25%), TG + LDL-c (12,1%), TG + HDL-c (4,8%) [5].

Về rối loạn từng thành phần lipid máu, nghiên cứu ghi nhận Triglycerid có tỷ lệ rối loạn cao nhất (68,56 %), kể đến là LDL-c (44,54%), Cholesterol toàn phần (27,51%) và HDL-c (24,02%). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây tại Tiền Giang (2015) và Thái Bình (2021) khi ghi nhận thành phần rối loạn cao nhất là Triglycerid với 70,3% và 84,4%. Một số nghiên cứu ngoài nước như Thái Lan (2014), Jordan (2021) cho kết quả HDL-c là thành phần rối loạn có tỷ lệ cao nhất với là 59,6% và 66,2% [7]. Nguyên nhân của sự khác biệt này có thể là do sự khác nhau về điểm về dân số, khu vực sinh sống, thói quen và phong tục ăn uống giữa các quốc gia và vị trí địa lý.

#### 4.3. Một số yếu tố liên quan đến RLLM ở bệnh nhân mắc ĐTD type 2.

Về giới tính kết quả nghiên cứu không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ( $p=0,55$ ). Điều này hoàn toàn phù hợp với kết quả trên nghiên cứu tại Hàn Quốc (2014) và Nigeria (2017) chưa nhận thấy có mối liên quan giữa giới tính và tỷ lệ RLLM với giới tính. Một Nghiên cứu khác của Jiahang Li (2022) cũng cho thấy không có sự liên quan giữa giới tính và RLLM trên bệnh nhân ĐTD type 2 ( $p=0,06$ ). Về nơi cư trú, kết quả cho thấy đối tượng sinh sống ở nông thôn có nguy cơ mắc RLLM cao gấp 1,13 lần so với đối tượng sinh sống ở thành thị, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p=0,141$ ). Các nghiên cứu khác tại Trung Quốc (2012), Nepal (2017) và Ethiopia

(2020) cũng cho kết quả tương đồng [5],[6],[7].

Trong nghiên cứu, bệnh nhân phần lớn là người trên 60 tuổi. Kết quả ghi nhận chưa có mối liên quan giữa nhóm tuổi và tỉ lệ RLLM ( $p=0,142$ ). Một nghiên cứu ở Trung Quốc (2012) đã ghi nhận được sự liên quan của RLLM ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 với bệnh nhân từ 55 đến 64 ( $p<0,001$ ) có chỉ số LDL-c tăng cao hơn so ( $p<0,001$ ) và bệnh nhân 75 trở lên có sự gia tăng các chỉ số lipid máu so với các nhóm còn lại ( $p<0,01$ ) [6]. Tuy nhiên, một nghiên cứu ở Thái Lan (2014) cho thấy bệnh nhân dưới 50 tuổi có nguy cơ mắc RLLM cao hơn so với những người trên 50 tuổi ( $p<0,001$ ) [7]. Mối liên quan giữa nhóm tuổi và tỉ lệ RLLM này báo động xu hướng trẻ hóa ở bệnh ĐTĐ type 2 và cả tình trạng RLLM. Mặc dù có nhiều nghiên cứu cho thấy sự liên quan giữa nhóm tuổi và tỉ lệ RLLM máu, tuy nhiên kết quả ở mỗi nghiên cứu đều có sự khác biệt nguyên nhân có thể do cơ cấu dân số tuổi rất khác nhau ở giữa các nước. Bên cạnh đó, sự khác nhau về địa điểm, dân số nghiên cứu, vùng miền, điều kiện sống, phong tục văn hóa và thói quen ăn uống dẫn đến tỉ lệ phân bố về nhóm tuổi khác nhau.

Tăng huyết áp, ĐTĐ và RLLM là những yếu tố liên quan mật thiết cần lưu ý trong các quá trình điều trị bệnh. Nghiên cứu ở Jordan (2021), Trung Quốc (2022) đã ghi nhận được có mối liên quan giữa tăng huyết áp và rối loạn các chỉ số lipid máu. Nghiên cứu ở Nepal (2017) đã ghi nhận được mối liên quan giữa THA và tăng chỉ số TG máu ( $p<0,0001$ ) [5]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận có mối liên quan giữa tiền sử tăng huyết áp và tỉ lệ RLLM ( $p=0,419$ ) mặc dù đa số bệnh nhân ĐTĐ có tiền sử THA (90,39%).

Rượu bia làm tăng chất béo nội tạng, nó bao quanh các cơ quan nội tạng, là yếu tố nguy cơ của nhiều bệnh lý như gan nhiễm mỡ, huyết áp cao, xơ vữa động mạch, tiểu đường, rối loạn mỡ máu, đau tim và đột quy. Nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận có mối liên quan giữa lạm dụng rượu bia và RLLM ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 ( $p=0,619$ ). Các nghiên cứu khác ở Hàn Quốc (2014) và Ethiopia (2020) cho kết quả tương tự nghiên cứu này khi chưa tìm thấy mối liên quan giữa lạm dụng rượu bia và tỉ lệ RLLM [8].

Đối với bệnh nhân ĐTĐ type 2 chế độ ăn hằng ngày vô cùng quan trọng và đôi khi còn trở nên nghiêm ngặt hơn vì phải tuân thủ theo chế độ ăn của bác sĩ để kiểm soát tốt đường huyết. Có rất nhiều nghiên cứu về chế độ ăn và dinh

dưỡng chỉ ra rằng một chế độ ăn tốt ảnh hưởng rất nhiều đến một sức khỏe. Nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa nhóm đối tượng có chế độ ăn nhiều chất béo tốt và rau xanh với tỉ lệ RLLM ( $p=0,90$ ). Tuy nhiên kết quả nghiên cứu tìm thấy được sự liên quan giữa RLLM và chế độ ăn dùng nhiều chất béo xấu với bệnh nhân dùng nhiều chất béo xấu có nguy cơ mắc RLLM cao hơn gấp 1,15 ( $PR=1,15$ ,  $KTC:1,05-1,26$ ,  $p=0,001$ ). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Huỳnh Hải Bằng (2017) tại Trà Vinh về chế độ ăn đối với RLLM có mối liên quan giữa RLLM và chế độ ăn nhiều dầu mỡ. Nghiên cứu trong cùng khu vực Châu Á cũng nhận định rằng chế độ ăn nhiều carbohydrate, nhiều chất béo, ít rau và ít trái cây cũng tác động đến RLLM.

Thừa cân, béo phì trong nghiên cứu được xác định dựa trên chỉ số BMI  $\geq 23$  theo tiêu chuẩn dành cho người Châu Á. Thừa cân, béo phì, ĐTĐ type 2 và RLLM là những bệnh lý mãn tính trong hội chứng rối loạn chuyển hóa. Chúng thúc đẩy và hỗ trợ cho nhau làm ảnh hưởng đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Thừa cân, béo phì là yếu tố nguy cơ chủ yếu dẫn đến các tình trạng nặng hơn ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 đặc biệt là RLLM và biến chứng tim mạch. Ở nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận sự khác biệt có mối tương quan giữa thừa cân béo phì và RLLM với bệnh nhân thừa cân, béo phì nguy cơ mắc RLLM cao hơn gấp 1,15 lần ( $PR=1,15$ ,  $KTC:1,03-1,28$ ). Kết quả này hoàn toàn tương đồng với các nghiên cứu ở Ethiopia (2017), Jordan (2021) [8]. Tuy nhiên các nghiên cứu ở Nepal (2017) và Trung Quốc (2022) lại không ghi nhận mối liên hệ giữa thừa cân béo phì với tỉ lệ RLLM [5], [6]. Nguyên nhân sự khác biệt này có thể là do chế độ ăn khác nhau trong nghiên cứu bên cạnh sự khác biệt về địa bàn vùng miền, phong tục tập quán, lượng tiêu thụ các yếu tố nguy cơ như dầu mỡ, rượu bia,... cũng khác nhau.

Hoạt động thể lực là một trong những vấn đề sức khỏe được quan tâm. Việc hoạt động thể lực thường xuyên giúp ngăn chặn và trì hoãn nhiều bệnh tật, giảm được nguy cơ tử vong do nhiều nguyên nhân. Trong nghiên cứu, hoạt động thể lực được chia thành 3 mức nhẹ, trung bình và nặng và có giải thích thêm về các mức độ để đối tượng nghiên cứu có thể trả lời một cách chính xác nhất. Kết quả chưa ghi nhận có sự liên quan giữa mức độ hoạt động thể lực và tỉ lệ RLLM ( $p>0,05$ ). Điều này hoàn toàn tương

đồng với nghiên cứu ở Hàn Quốc (2014) không nhận thấy mối liên quan nào giữa hoạt động thể lực và tỉ lệ RLLM. Có nhiều nguyên nhân để giải thích cho kết quả trên như bộ câu hỏi mang tính chất định tính và tường thuật nên không thể tránh khỏi sai số. Bên cạnh đó cảm nhận chủ quan của đối tượng có thể thấp hơn so với mức lao động trong thực tế. Bệnh nhân điều trị nội trú và tỉ lệ người cao tuổi chiếm phần lớn, thể trạng sức khỏe cần được theo dõi và không ổn định, điều này cũng ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu.

## V. KẾT LUẬN

Cần tăng cường kiểm soát chế độ ăn và tình trạng thừa cân béo phì của bệnh nhân ĐTĐ để kiểm soát tình trạng rối loạn mỡ máu tốt hơn cho bệnh nhân.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Giảng Thị Mộng Huyền và Nguyễn Tuấn Khanh** (2016). "Khảo sát tỷ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 đang điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Tiền Giang năm 2015", Tạp chí Nội tiết và Đái tháo đường, số. 21, tr. 493- 495.
2. **Đình Tuấn Lê và các cộng sự**, "Khảo sát rối loạn lipid máu và mối liên quan với glucose, HbA1c ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 tại bệnh

- viện đa khoa tỉnh Thái Bình", Tạp chí Y Dược học Vinh, số. 1, 2021.
3. **Nguyễn Văn Mừng và Tạ Văn Trâm** (2016), "Nghiên cứu rối loạn lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 mới phát hiện tại Bệnh viện đa khoa trung tâm Tiền Giang", Tạp chí Nội tiết và Đái tháo đường, số. 21, tr. 504- 509.
4. **Nguyễn Thị Phi Nga** (2015), Nghiên cứu rối loạn lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 tại Bệnh viện Quân y 17, Tạp chí Y Dược học quân sự số 9, tr.99-105.
5. **Daya RP, Dipendra K, Manoj S, Kishor Y, Sherdhar A, Ramchandra K** (2017). Prevalence and pattern of dyslipidemia in Nepalese individuals with type 2 diabetes. BMC research notes, 10(1), 146.
6. **Li, Y., Zhao, L., Yu, D., & Ding, G.** (2018). The prevalence and risk factors of dyslipidemia in different diabetic progression stages among middle-aged and elderly populations in China. PloS one, 13(10).
7. **Narindrarankura, P., Bosl, W., Ranqsin, R., & Hatthachote, P.** (2019). Prevalence of dyslipidemia associated with complications in diabetic patients: a nationwide study in Thailand. Lipids in health and disease, 18(1), 90.
8. **Worku MK, Kefyalew DG, Getaneh BM** (2021). Prevalence and Risk Factors of Dyslipidemia among Type 2 Diabetes Patients at a Referral Hospital, North Eastern Ethiopia. Ethiopian journal of health sciences, 31(6), 1267–1276.

## MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TỚI SUY DINH DƯỠNG Ở NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP CAO TUỔI

Nguyễn Ngọc Tâm<sup>1,2</sup>, Trần Viết Lực<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Tìm hiểu một số yếu tố liên quan tới suy dinh dưỡng trên người bệnh tăng huyết áp cao tuổi tại bệnh viện Lão Khoa Trung Ương. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên người bệnh tăng huyết áp cao tuổi năm 2023. Người bệnh được đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng bộ công cụ MNA – SF (Mini Nutritional Assessment – short form). Một số yếu tố liên quan gồm đặc điểm bệnh lý tăng huyết áp và một số đặc điểm lão khoa được đánh giá trong nghiên cứu. **Kết quả:** Có 374 người bệnh tăng huyết áp cao tuổi được tuyển vào nghiên cứu. Tuổi trung bình của nhóm đối

tượng nghiên cứu là 76,1±7,4 năm. Những người bệnh có số năm bị THA ≤5 năm thì có tình trạng suy dinh dưỡng cao hơn so với những người bị THA >5 năm (OR 2,57; 95%CI: 1,24-5,32) và những bệnh nhân tuân thủ điều trị THA bị suy dinh dưỡng cao hơn nhóm người bệnh không tuân thủ điều trị (OR 2,72; 95% CI: 1,12-6,67). Những bệnh nhân phải nằm viện điều trị ít nhất lần trong 12 tháng qua có nguy cơ suy dinh dưỡng cao hơn những người không phải nằm viện điều trị (OR 2,67; 95% CI: 1,29-5,53). Bệnh nhân có tình trạng răng miệng thay đổi bị suy dinh dưỡng gấp 7,05 lần những người có tình trạng răng miệng bình thường, p<0,05. Chức năng hoạt động hằng ngày suy giảm (nhóm người bệnh phụ thuộc) có tỷ lệ suy dinh dưỡng cao gấp 14,19 lần nhóm người bệnh độc lập, p<0,05. **Kết luận:** Một số yếu tố liên quan tới gia tăng nguy cơ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân tăng huyết áp cao tuổi bao gồm thời gian tăng huyết áp, tuân thủ điều trị, có tiền sử nằm viện, rối loạn mỡ máu, giảm chức năng hoạt động hằng ngày và tình trạng răng miệng thay đổi.

**Từ khóa:** Suy dinh dưỡng, tăng huyết áp, chức năng hoạt động hằng ngày

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Lão khoa Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Tâm

Email: ngoctam@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2024

Ngày duyệt bài: 23.4.2024