

# Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ hội chứng chuyển hóa của người dân tỉnh Thừa Thiên Huế

Nguyễn Thị Hương\*, Đoàn Phước Thuộc\*, Lê Văn Chi\*\*

Khoa YTCC, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế\*  
Bộ môn Nội, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế\*\*

## TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ mắc và đặc điểm dịch tễ học hội chứng chuyển hóa của người dân tỉnh Thừa Thiên Huế.

**Phương pháp:** Thực hiện nghiên cứu mô tả cắt ngang trên mẫu đại diện là 1600 người dân từ 25 tuổi trở lên tại tỉnh Thừa Thiên Huế. Thu thập thông tin về nhân khẩu học, kinh tế, các chỉ số nhân trắc, đo huyết áp, làm các xét nghiệm đường máu và lipid máu. Hội chứng chuyển hóa được chẩn đoán theo đồng thuận của các tổ chức IDF, NHLBI, AHA, WHF, IAS, IASO năm 2009.

**Kết quả:** Tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa của người dân là 24,4% trong đó thường gặp nhất là chỉ số huyết áp tăng (41,9%), tiếp đến là tăng triglyceride (35,3%), giảm HDL-C (31,3%), béo bụng (26,7%), và tăng đường máu (18,5%). Có mối liên quan giữa tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa theo nơi cư trú, nhóm tuổi, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn và nghề nghiệp.

**Kết luận:** Hội chứng chuyển hóa chiếm tỷ lệ cao trong cộng đồng. Do đó, cần đề ra chiến lược có hiệu quả và phù hợp với bối cảnh hiện tại.

**Từ khóa:** Dịch tễ học, hội chứng chuyển hóa.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng chuyển hóa (HCCH) là một nhóm các biểu hiện rối loạn chuyển hóa như: béo bụng, rối loạn lipid máu, tăng glucose máu lúc đói và tăng huyết áp, là một trong những thách thức quan trọng hiện nay về sức khỏe cộng đồng ở các

nước đã và đang phát triển trong đó có Việt Nam. Các biểu hiện rối loạn chuyển hóa nói trên còn được gọi là yếu tố nguy cơ chuyển hóa, có liên quan với nhau, trực tiếp đẩy nhanh quá trình hình thành đái tháo đường típ 2 gấp 5 lần và phát triển bệnh tim mạch gấp 2-3 lần, dẫn đến tần suất tử vong do bệnh tim mạch như nhồi máu cơ tim, suy tim mạn tính, đột quỵ, ... ngày càng gia tăng trong những năm trở lại đây [7].

Trên thế giới và ở Việt Nam, hội chứng chuyển hóa ngày càng gia tăng, có tính thời sự, có liên quan đến sự phát triển kinh tế xã hội và lối sống của con người. Theo ước tính của Liên đoàn Đái tháo đường quốc tế, 40% người dân trưởng thành Mỹ mắc hội chứng chuyển hóa. Ở một số khu vực trên thế giới, tỷ lệ người dân mắc hội chứng chuyển hóa dao động từ 11,9% đến 43,3% [8]. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa trong những năm gần đây không ngừng gia tăng. Theo nghiên cứu của một số tác giả, tỷ lệ người dân mắc hội chứng chuyển hóa tăng từ 12% năm 2001 lên 28,0% trong những năm gần đây [3].

Trong những năm gần đây, sự phát triển kinh tế - xã hội tỉnh Thừa Thiên Huế gia tăng, đời sống của người dân từng bước được nâng cao. Vì vậy các bệnh không lây nhiễm cũng ngày càng phổ biến, trong đó có các bệnh do hội chứng chuyển hóa chi phối như tim mạch và đái tháo đường típ 2. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu xác định tỷ lệ mắc và đặc điểm dịch tễ học hội chứng chuyển hóa của người dân tỉnh Thừa Thiên Huế.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### Đối tượng nghiên cứu

Người dân từ 25 tuổi trở lên tại tỉnh Thừa Thiên Huế đồng ý tham gia nghiên cứu. Ngoại trừ những người bị câm, điếc, rối loạn tâm thần ảnh hưởng trí lực hay chậm phát triển trí tuệ hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ 5/2018 đến 12/2018.

### Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang

**Cỡ mẫu:** Cỡ mẫu cho nghiên cứu ngang được tính theo công thức:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \cdot p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu nhỏ nhất hợp lý = 1,96 với độ tin cậy 95%. p là tỷ lệ người dân mắc HCCH. Theo nghiên cứu của Võ Thị Dế cho thấy tỷ lệ mắc HCCH (Đồng thuận 2009) của người dân từ 20 tuổi trở lên tại Long An là 17,2% [2], nên ta chọn p = 0,172. D là mức sai số tuyệt đối chấp nhận, chọn d = 0,02. Thay vào công thức cỡ mẫu tính toán được là 1368. Để dự phòng mất mẫu chúng tôi lấy thêm 10%. Như vậy, cỡ mẫu cần thiết cho nghiên cứu là 1574. Thực tế chúng tôi điều tra trên 1600 người dân.

**Phương pháp chọn mẫu:** Áp dụng phương pháp ngẫu nhiên theo nhiều giai đoạn.

- Giai đoạn 1: Chọn 4 vùng sinh thái. Toàn tỉnh được chia thành 4 vùng sinh thái: Thành thị (thành phố, thị xã), đồng bằng, đầm phá/ven biển và vùng đồi núi. Để có đánh giá tổng quát trong toàn tỉnh chúng tôi chọn đại diện nghiên cứu theo vùng sinh thái. Ở vùng sinh thái thành thị chúng tôi chọn thành phố Huế, ở vùng sinh thái đồng bằng chúng tôi chọn huyện Quảng Điền, ở vùng sinh thái ven biển/đầm phá chúng tôi chọn huyện Phú Vang, ở vùng sinh thái đồi núi chúng tôi chọn huyện Nam Đông.

- Giai đoạn 2: Chọn các xã/phường trong mỗi vùng sinh thái. Tại mỗi vùng sinh thái bốc thăm ngẫu nhiên 2 xã/phường đại diện để tiến hành thu thập số liệu.

- Giai đoạn 3: Chọn đối tượng nghiên cứu. Mỗi xã/ phường sẽ chọn bốc thăm ngẫu nhiên 200 người dân để tiến hành nghiên cứu. Nếu người dân được chọn từ chối tham gia nghiên cứu hoặc vắng mặt trong thời gian tiến hành thì sẽ chọn người tiếp theo sau trong danh sách.

### Thu thập thông tin:

Chúng tôi lấy máu để xét nghiệm đường máu và bilan lipid, đo huyết áp, đo vòng bụng và phỏng vấn một số thông tin cá nhân của người dân tham gia nghiên cứu.

- Lấy máu tĩnh mạch vào buổi sáng, nhịn ăn 8 giờ trước đó, không dùng các thuốc ảnh hưởng tới đường máu và bilan lipid máu để xét nghiệm các chỉ số: đường máu tĩnh mạch, cholesterol toàn phần, HDL - cholesterol, LDL - cholesterol, triglyceride. Xét nghiệm được tiến hành trên hệ thống máy sinh hoá COBAS và sử dụng hóa chất của ROCHE tại Đơn vị xét nghiệm trung tâm, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế.

- Đo huyết áp bằng máy đo huyết áp đồng hồ dùng cho người lớn, máy đo huyết áp được sản xuất bởi Nhật Bản, có kích thước túi hơi bao vừa chu vi cánh tay, 2/3 chiều dài cánh tay, huyết áp kế được chuẩn hóa theo huyết áp thủy ngân. Đơn vị đo là mmHg. Cách đo theo hướng dẫn của Bộ Y tế. Đo 2 lần, khoảng trống tối thiểu giữa 2 lần là 2 phút và tính trung bình cộng. Nếu 2 lần quá khác biệt thì đo thêm 2 lần nữa rồi xác định số đo [1].

- Đo vòng bụng (cm): Sử dụng thước vải pha nylon của thợ may, có đối chiếu với thước kim loại. Đối tượng đứng hai chân rộng bằng vai. Cánh tay để 2 bên và dang rộng một góc 30 độ để giúp người đo dễ dàng hơn hoặc hai tay ôm vai. Người được đo nên nới rộng quần để không tạo một áp lực nào lên bụng. Đánh dấu bờ dưới của cung sườn hai bên và bờ trên của mào chậu hai bên rồi xác định điểm giữa của khoảng cách từ bờ dưới cung sườn đến bờ

trên mào chậu cùng bên. Tiến hành đo vòng bụng vào cuối thì thở ra bình thường. Đối tượng được đo không được co cứng cơ bụng và phải đặt thước dây nằm ngang. Đo vòng bụng chính xác đến 0,5 cm [1].

**Phương pháp đánh giá:**

Chẩn đoán HCCH dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán dựa trên tuyên bố đồng thuận của IDF, AHA/NHLBI, WHF, IAS, IASO năm 2009 [7]:

- Vòng bụng  $\geq 90$  cm đối với nam và  $\geq 80$  cm đối với nữ.

- Tăng triglyceride máu:  $\geq 1,7$  mmol/L (150 mg/dL), hoặc đang điều trị thuốc giảm triglyceride.

- Giảm HDL cholesterol máu:  $< 1,03$ mmol/l (40mg/dl) ở nam giới và  $< 1,29$ mmol/l (50mg/dl) ở nữ giới hoặc đang điều trị thuốc làm tăng HDL-C.

- Huyết áp tăng: Huyết áp tâm thu  $\geq 130$ mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương  $\geq 85$ mm Hg, hoặc đã được chẩn đoán và điều trị THA trước đây.

- Glucose máu lúc đói tăng  $\geq 5,6$ mmol/l (100mg/dl), hoặc trước đây đã được chẩn đoán bệnh ĐTĐ típ 2.

Chẩn đoán HCCH khi có từ 3 tiêu chuẩn trở lên.

**Tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa của người dân tỉnh Thừa Thiên Huế**

*Bảng 1. Tỷ lệ người dân mắc hội chứng chuyển hóa*

<b>HCCH</b>	<b>Số lượng</b>	<b>%</b>
Có	390	24,4
Không	1210	75,6
<b>Tổng</b>	<b>1600</b>	<b>100,0</b>

Tỷ lệ mắc HCCH của người dân là 24,4%.

**Xử lý và phân tích số liệu**

Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để xử lý và phân tích số liệu. Tính toán số lượng, tỷ lệ %, sử dụng test  $\chi^2$  của Chi-square ở mức ý nghĩa  $\alpha = 0,05$  để so sánh khác biệt giữa 2 hay nhiều tỷ lệ.

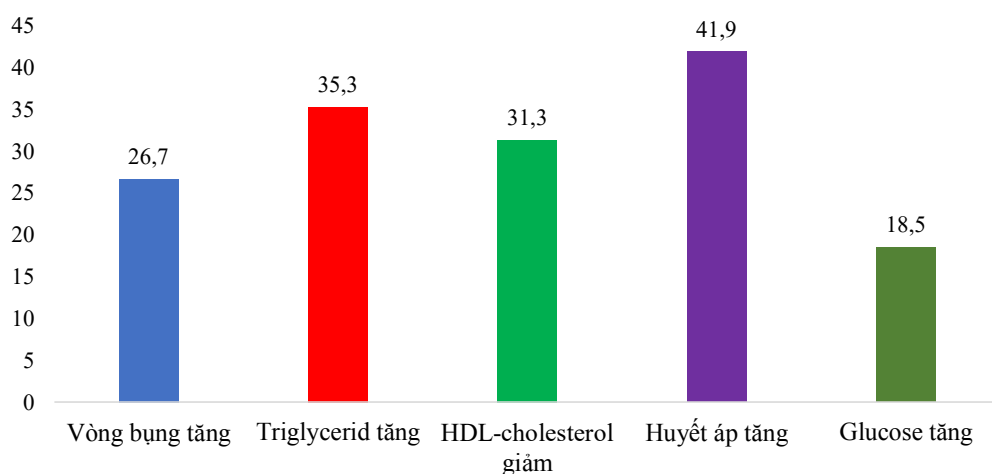
**Đạo đức trong nghiên cứu**

Nghiên cứu được sự chấp thuận của người dân và địa phương, được Hội đồng Y đức, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế thông qua trước khi tiến hành.

**KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

Nghiên cứu được tiến hành ở 1600 người dân từ 25 tuổi trở lên trên địa bàn tỉnh Thừa Thiên Huế, trong đó nam chiếm 36,1% và nữ chiếm 63,9%. Tuổi trung bình của người dân là 54,09. Trình độ học vấn của người dân chủ yếu là dưới trung học phổ thông (chiếm 90,04%). Có 48,6% người dân là nông dân và lao động phổ thông. Hầu hết đối tượng nghiên cứu đang sống cùng vợ/chồng (85,2%). Trong số đối tượng nghiên cứu có 10,8% đối tượng có kinh tế hộ gia đình nghèo và cận nghèo.



Biểu đồ 1. Phân bố tỷ lệ các thành tố của hội chứng chuyển hóa ở người dân

Trong các thành tố của HCCH, huyết áp tăng chiếm tỷ lệ cao nhất (41,9%), thấp nhất là glucose máu tăng (18,5%).

**Đặc điểm dịch tễ học hội chứng chuyển hóa của người dân tỉnh Thừa Thiên Huế**

Bảng 2. Đặc điểm dịch tễ học hội chứng chuyển hóa của người dân tỉnh Thừa Thiên Huế

Số lượng		HCCH		Có		Không		P
		Đặc điểm	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %			
Giới tính	Nam	127	22,0	451	78,0	> 0,05		
	Nữ	263	25,7	759	74,3			
Nhóm tuổi (Năm)	25-34	13	6,7	180	93,3	< 0,05		
	35-44	35	14,6	204	85,4			
	45-54	79	21,6	287	78,4			
	55-64	128	33,0	260	67,0			
	≥ 65	135	32,6	279	67,4			
Trình độ học vấn	Mù chữ và tiểu học	190	27,5	500	72,5	< 0,05		
	Trung học cơ sở và Trung học phổ thông	163	21,6	593	78,4			
	Trung cấp, Cao đẳng, Đại học và Sau đại học	37	24,0	117	76,0			

Nghề nghiệp	Nông dân và Lao động phổ thông	140	18,0	638	82,0	< 0,05
	Buôn bán	50	27,3	133	72,7	
	Cán bộ viên chức	36	19,8	146	80,2	
	Ở nhà/Nội trợ	94	33,5	187	66,5	
	Hưu trí/Mất sức lao động	70	39,8	106	60,2	
Hôn nhân	Chưa kết hôn	11	18,6	48	81,4	< 0,05
	Đang kết hôn	321	23,6	1042	76,4	
	Ly dị, ly thân, góa bụa	58	32,6	120	67,4	
Kinh tế	Nghèo và cận nghèo	43	24,9	130	75,1	> 0,05
	Bình thường	347	24,3	1080	75,6	
Sinh thái	Thành thị	119	29,8	281	70,2	< 0,05
	Nông thôn	79	19,8	321	80,2	
	Đầm phá, ven biển	116	29,0	284	71,0	
	Đồi núi	76	19,0	324	81,0	
<b>Tổng</b>		<b>390</b>	<b>24,4</b>	<b>1210</b>	<b>75,6</b>	

Tỷ lệ mắc HCCH chiếm 22,0% ở nam giới và 25,7% ở nữ giới. Tỷ lệ mắc HCCH gia tăng theo nhóm tuổi, thấp nhất ở nhóm từ 25 đến 34 tuổi (6,7%), cao ở các nhóm tuổi từ 55-64 (33,0%) và ≥ 65 (32,6%). Người dân có nghề nghiệp lao động phổ thông mắc HCCH thấp hơn các nhóm nghề khác (18,0%), trình độ học vấn là tiểu học và mù chữ mắc HCCH (27,5%) cao hơn các nhóm khác, hôn nhân ly dị/ly thân/góa bụa mắc HCCH cao (32,6%). Tỷ lệ mắc HCCH ở thành thị và đầm phá/ven biển cao so với nông thôn và đồi núi (29,8% và 29,0% so với 19,8% và 19,0%).

## **BÀN LUẬN**

### **Tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa của người dân tỉnh Thừa Thiên Huế**

Cùng với sự phát triển kinh tế xã hội, trong những năm gần đây tỷ lệ mắc HCCH ngày càng gia tăng. Mặc dù tỷ lệ mắc HCCH còn tùy thuộc vào nhiều yếu tố như: Tuổi, giới, địa dư và tiêu chí

chẩn đoán... Tuy nhiên, ở tất cả các khu vực trên thế giới và ở Việt Nam tỷ lệ mắc HCCH đều gia tăng. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ người dân mắc HCCH (Đồng Thuận 2009) chiếm 24,4%. Một vài nghiên cứu trên thế giới cùng tiêu chí chẩn đoán cho thấy tỷ lệ mắc cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi như Sigit F. S ở Hà Lan (29,2%) [14], Harikrishnan S. ở Ấn Độ (33,0%) [10]. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn Harikrishnan S. ở In-đô-nê-si-a (21,66%) [11]. Tại Việt Nam, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Trần Quang Bình [9], Võ Thị Dề [2]. Như vậy, không chỉ ở Việt Nam mà tại các quốc gia trên thế giới đang đối mặt với sự gia tăng của HCCH. Điều đó đặt ra một chiến lược dự phòng phù hợp.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở biểu đồ 1 cho thấy trong các thành tố của HCCH, huyết áp tăng chiếm tỷ lệ cao nhất (41,9%), thấp nhất là glucose máu tăng (18,5%). Trong các



ngghiên cứu khác nhau, tỷ lệ mắc các thành tố khác nhau. Nghiên cứu của Đỗ Văn Lương (2015) ở Thái Bình cho thấy: Béo bụng thấp nhất chiếm 5,5%; tăng glucose chiếm 9,1%; tăng triglyceride chiếm 28,5%; THA chiếm 36,9% và cao nhất là giảm HDL-C chiếm 49,8% [4]. Trần Quang Bình (2015) tại Hà Nam cho thấy trong các thành phần của HCCH, thường gặp nhất là các chỉ số rối loạn lipid máu (47,2% giảm HDL-C và 39,9% tăng triglyceride), tiếp đến là THA (26,7%), tăng glucose máu chiếm 13,2% và có 4,2% béo bụng mặc dù BMI bình thường [9]... Nghiên cứu của Huỳnh Văn Minh (2008) cho thấy trong các thành phần của HCCH: HDL-C chiếm tỷ lệ cao nhất (52,1%), tiếp đến huyết áp tăng (34,0%), tăng triglyceride chiếm 15%, béo bụng chiếm 13,7% [5].

#### **Đặc điểm dịch tễ học hội chứng chuyển hóa của người dân tỉnh Thừa Thiên Huế**

**Tuổi:** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy xu thế gia tăng của HCCH theo nhóm tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nhiều nghiên cứu tại Việt Nam và trên thế giới. Ở Quata, nghiên cứu của M. H. Al-Thani tiến hành ở 2.496 người dân từ 18 đến 64 tuổi nguy cơ mắc HCCH gia tăng theo nhóm tuổi, tỷ lệ mắc HCCH gấp lần lượt là 3,4; 5,66; 10,25 và 18,24 lần ở người các nhóm tuổi 30 đến 39, 40-49, 50-59 và 40-64 so với từ 18-29 tuổi. Tại Sri Lanka, nghiên cứu của Sivarathy Amarasinghe (2015) cũng cho thấy tỷ lệ mắc HCCH tăng dần theo các nhóm tuổi: 18-34 là 9%, 35-49 là 14,8%, 50 đến 64 là 36,6% [8]. Tại Ấn Độ, nghiên cứu của S. Harikrishnan cho thấy độ tuổi càng cao tỷ lệ mắc HCCH càng tăng: 11,4% ở nhóm tuổi 20-29; 16,5% ở nhóm tuổi 30-39; 28,1% ở nhóm tuổi 37% ở nhóm tuổi từ 50-59; 37,6% ở nhóm tuổi từ 60-69 và 37,6% ở nhóm tuổi 70-79 [10]. Tại Ê-thi-ô-pi-a, nghiên cứu của S. Kerie cho thấy tuổi từ 18-28 có nguy cơ mắc HCCH bằng 0,36 lần so với các nhóm tuổi cao hơn [12]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Đỗ Thị Ngọc Diệp (2012) cho thấy tỷ lệ mắc HCCH gia tăng theo nhóm tuổi [3]. Tỷ lệ mắc HCCH gia

tăng theo nhóm tuổi cũng được thể hiện rõ trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Lương [4]. Như vậy, đặt ra cho chúng ta chiến lược dự phòng phù hợp nhất là những người trẻ tuổi.

**Giới:** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ mắc ở nữ cao hơn so với nam giới. Điều này phù hợp với rất nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy tỷ lệ mắc ở nữ cao hơn so với nam như Aguilar M. ở Mỹ [6], Wong-McClure R. A. ở các quốc gia Trung Mỹ [15], Harikrishnan S. ở Ấn Độ [10]... Tại Việt Nam cho kết quả tương tự với nghiên cứu của chúng tôi như nghiên cứu của Đỗ Văn Lương (2015) cho thấy ở Thái Bình tỷ lệ mắc HCCH ở nam giới mắc là 9,3% trong khi ở nữ giới là 15,7% [4]. Nghiên cứu của Huỳnh Văn Minh (2008) cũng cho kết quả tương tự: Tỷ lệ mắc ở nữ là 14,1% và ở nam là 8,4% [5]. Tỷ lệ mắc HCCH ở nữ nhiều hơn nam còn được thấy trong nghiên cứu của Võ Thị Dê và Đỗ Thị Ngọc Diệp [2], [3].

**Trình độ học vấn:** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ mắc HCCH ở nhóm trình độ học vấn mù chữ và tiểu học là 27,5%, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với các nhóm khác như Trung học cơ sở và Trung học phổ thông (21,6%) và Đại học, Sau đại học (24,0%) với  $p < 0,05$ . Kết quả này tương tự với nghiên cứu của S. Harikrishnan tại Ấn Độ cho thấy những người hoàn thành lớp 10 trở lên có khả năng phát triển HCCH thấp hơn những người mù chữ [10]. Tại Ca-mơ-run, nghiên cứu của Wiliane J. T. Marbou ở 604 người dân từ 20 tuổi trở lên cho thấy trình độ học vấn tiểu học và trung học cơ sở có tỷ lệ mắc cao hơn trình độ từ đại học trở lên [13].

**Nghề nghiệp:** Nghề nghiệp có liên quan đến mức năng lượng tiêu hao trong quá trình lao động. Morgagni đã mô tả HCCH hay gặp ở những người có đặc điểm công việc là làm việc nghiên cứu sách vở, có cuộc sống tĩnh tại, thời gian ngồi làm việc nhiều hơn là vận động, người thường có những bữa thừa năng lượng – tức là không phải ở những người lao động chân tay, không phải người có hoạt

động thể lực nặng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm người dân có nghề nghiệp nông dân và lao động phổ thông có tỷ lệ mắc thấp hơn so với các nhóm nghề khác. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với một số nghiên cứu tại Việt Nam và trên thế giới [15].

**Hôn nhân:** Sang chấn tinh thần, sự kết hợp các phản ứng sinh học về nhận thức và thái độ giữa cá nhân và môi trường sống, các ảnh hưởng của nội tiết thần kinh thúc đẩy sự phát triển của mỡ nhất là mỡ nội tạng và gây ra kháng insulin. Trong hoàn cảnh cá nhân như chất lượng cuộc sống tốt và hôn nhân hạnh phúc thì ít có nguy cơ phát triển HCCH và các thành tố của nó. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ mắc HCCH cao ở nhóm người dân có tình trạng hôn nhân ly dị, ly thân và góa bụa (32,6%).

**Kinh tế:** Sự phát triển của kinh tế, xã hội làm cho mô hình bệnh tật có nhiều thay đổi. Trong nhiều nghiên cứu, kinh tế có liên quan đến tỷ lệ mắc HCCH. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, chưa tìm thấy mối liên quan giữa tình trạng kinh tế và tỷ lệ mắc HCCH.

**Địa dư:** Cùng với sự phát triển của toàn cầu hóa, đô thị hóa tỷ lệ mắc các bệnh không lây nhiễm ngày càng gia tăng. Bên cạnh đó là sự gia tăng tỷ lệ mắc HCCH ở thành thị nhiều hơn so với khu vực nông thôn. Trong hầu hết các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc HCCH ở thành thị cao hơn so với nông thôn [6], [10], [11], [15]. Nghiên cứu của Sivarathy Amarasinghe (2015) tiến hành trên 544 người dân từ 18 tuổi trở lên tại Sri Lanka cho thấy tỷ lệ mắc HCCH là 21,6% ở nông thôn và 32,5% ở thành thị

[8]. Tại Việt Nam cũng cho thấy xu thế này. Điều này phản ánh được ảnh hưởng của việc đô thị hóa trên HCCH, một hội chứng bao gồm các rối loạn có liên quan đến lối sống ít vận động và thói quen ăn uống không cân đối. Nghiên cứu của Trần Quang Bình (2015) cho thấy tỷ lệ mắc HCCH có mối liên quan đến nơi cư trú [9]. Trong nghiên cứu của Huỳnh Văn Minh (2008), người dân sống tại thành phố có tỷ lệ mắc HCCH cao hơn so với các khu vực khác [5]. Nghiên cứu của Đỗ Thị Ngọc Diệp tại thành phố Hồ Chí Minh cho thấy người dân sống ở nội thành có tỷ lệ mắc cao hơn ngoại thành [3]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tỷ lệ mắc HCCH cao ở thành thị và ven biển. Do đó, cần có những chính sách phù hợp với bối cảnh thực tế tại địa phương.

### KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 1600 người dân tỉnh Thừa Thiên Huế cho thấy tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa của người dân là 24,4%. Trong các thành tố rối loạn, huyết áp tăng chiếm tỷ lệ cao nhất (41,9%), thấp nhất là glucose máu tăng (18,5%).

Tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa chiếm 22,0% ở nam giới và 25,7% ở nữ giới. Tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa gia tăng theo nhóm tuổi. Người dân có nghề nghiệp lao động phổ thông mắc hội chứng chuyển hóa thấp hơn các nhóm nghề khác, trình độ học vấn là tiểu học và mù chữ mắc hội chứng chuyển hóa cao hơn các nhóm khác, hôn nhân ly dị/ly thân/góa bụa mắc hội chứng chuyển hóa cao. Tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa ở thành phố và đầm phá/ven biển cao so với đồng bằng và miền núi.

---

### ABSTRACT

**Studying on the epidemiological characteristics of metabolic syndrome among people in thua thien hue province**

**Objective:** To identify the prevalence and examine the epidemiological characteristics of the metabolic syndrome among people in Thua Thien Hue province.

**Methods:** A cross-sectional study was carried out 1600 people over 25-year-olds chosen from Thua Thien Hue province by stratified sampling procedure, was conducted to collect data on.

demographic, economic, anthropometric, blood pressure, plasma glucose, and lipid profile. Metabolic syndrome was defined according to the IDF, NHLBI, AHA, WHF, IAS, IASO (2009).

**Results:** Research results showed that the overall prevalence of metabolic syndrome in Thua Thien Hue province was 24.4%, with significantly higher prevalence for elevated blood pressure (41.9%), followed by elevated triglycerides (35.3%), reduced HDL-C (31.3%). The figures for abdominal obesity and raised plasma glucose were 26.7% and 18.5%, respectively. Relationship of MetS with place of residence, age, marital status, education and occupation.

**Conclusion:** The prevalence of metabolic syndrome is high in the community. Therefore, it is necessary to provide effective and appropriate strategies in the current context.

**Keywords:** Prevalence, metabolic syndrome.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Bộ Y tế, Cục Y tế dự phòng (2016).** Điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm Việt Nam 2015, tr. 2-10.
- 2. Võ Thị Dẽ, Lê Thanh Liêm (2013).** “Tần suất và đặc điểm hội chứng chuyển hóa trong cộng đồng tỉnh Long An năm 2010”, *Tạp chí Y học thực hành*, 856(1), tr. 13-16.
- 3. Đỗ Thị Ngọc Diệp, Phan Nguyễn Thanh Bình, Trần Quốc Cường (2012).** “Dịch tễ học bệnh rối loạn chuyển hóa tại thành phố Hồ Chí Minh: xu thế gia tăng và trẻ hóa”, *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm*, 8(3), tr. 1-5.
- 4. Đỗ Văn Lương (2015).** “Thực trạng mắc hội chứng chuyển hóa và một số yếu tố liên quan ở người trưởng thành tại huyện Vũ Thư, Thái Bình năm 2013”, *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm*, 11(2), tr. 17-22.
- 5. Huỳnh Văn Minh, Đoàn Phước Thuộc (2008).** “Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học hội chứng chuyển hóa trên nhân dân Thừa Thiên Huế và những người có nguy cơ cao”, *Tạp chí Y học thực hành*, (616+617), tr. 594-610.
- 6. Aguilar M., Bhuket T. and Torres S. (2015).** “Prevalence of the metabolic syndrome in the United States, 2003-2012”, *Jama*, 313(19), pp. 1973-1974.
- 7. Alberti K. G., Eckel R. H. and Grundy S. M. (2009).** “Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity”, *Circulation*, 120(16), pp. 1640-1645.
- 8. Aryal N., Wasti S. (2015).** “The prevalence of metabolic syndrome in South Asia: A systematic review”, *International Journal of Diabetes in Developing Countries*, 36, p.8
- 9. Binh T. Q., Phuong P. T. and Nhung B. T. (2014).** “Metabolic syndrome among a middle-aged population in the Red River Delta region of Vietnam”, *BMC Endocr Disord*, 14, p. 77.
- 10. Harikrishnan S., Sarma S. and Sanjay G. (2018).** “Prevalence of metabolic syndrome and its risk factors in Kerala, South India: Analysis of a community based cross-sectional study”, *PLoS One*, 13(3), p. e0192372.
- 11. Herningtyas E. H., Ng T. S. (2019).** “Prevalence and distribution of metabolic syndrome and its components among provinces and ethnic groups in Indonesia”, *BMC Public Health*, 19(1), p. 377.



- 12. Kerie S., Menberu M. and Geneto M. (2019).** “Metabolic syndrome among residents of Mizan-Aman town, South West Ethiopia, 2017: A cross sectional study”, PLoS One, 14(1), p. e0210969.
- 13. Marbou W. J. T., Kuete V. (2019).** “Prevalence of Metabolic Syndrome and Its Components in Bamboutos Division’s Adults, West Region of Cameroon”, Biomed Res Int, 2019, p. 9676984.
- 14. Sigit F. S., Tahapary D. L. and Trompet S. (2020).** “The prevalence of metabolic syndrome and its association with body fat distribution in middle-aged individuals from Indonesia and the Netherlands: a cross-sectional analysis of two population-based studies”, Diabetol Metab Syndr, 12, p. 2.
- 15. Wong-McClure R. A., Gregg E. W. and Barcelo A. (2015).** “Prevalence of metabolic syndrome in Central America: a cross-sectional population-based study”, Rev Panam Salud Publica, 38(3), pp. 202-208.