

**TỶ LỆ VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN
ĐẾN MẮC HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA Ở BỆNH NHÂN NGOẠI TRÚ
THUỘC DIỆN QUẢN LÝ SỨC KHỎE CỦA TỈNH AN GIANG
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2020**

Nguyễn Thái Bảo^{1*}, Võ Huỳnh Trang², Đoàn Thanh Hùng³

1. Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

3. Sở Y Tế An Giang

*Email: drthaibaoag@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hội chứng chuyển hoá (HCCH) là tập hợp một số yếu tố nguy cơ (YTNC) tim mạch và chuyển hóa. Các yếu tố thường xuyên xuất hiện trong HCCH bao gồm: rối loạn dung nạp glucose, béo phì đặc biệt là béo bụng, rối loạn lipid (RLLP) gây xơ vữa động mạch, tăng huyết áp (THA). **Mục tiêu nghiên cứu:** 1) Xác định tỉ lệ cán bộ thuộc diện quản lý sức khỏe tỉnh mắc HCCH; 2) Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến mắc HCCH ở cán bộ thuộc diện quản lý sức khỏe tỉnh An Giang. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 259 lệ cán bộ thuộc diện quản lý sức khỏe tỉnh đến khám và điều trị ngoại trú tại khoa nội A Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 05/2020 đến tháng 12/2020. **Kết quả:** Trong số 259 bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ HCCH là 70,3% (nam chiếm 72,2%, nữ chiếm 60,5%). Tỷ lệ mắc HCCH tăng dần theo tuổi, cao nhất ở nhóm tuổi 60 – 69 tuổi (81,1%). Có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ HCCH ở những bệnh nhân ≥ 60 tuổi (OR=3,093); thừa cân, béo phì (OR=2,996); có RLLP máu (OR=6,163); có THA (OR=10,258). Không nhận thấy mối liên quan giữa nguy cơ mắc HCCH với giới tính. **Kết luận:** Tỷ lệ mắc HCCH ở đối tượng cán bộ khám và điều trị ngoại trú tại khoa Nội A là 70,3%. Các yếu tố làm tăng nguy cơ mắc HCCH là tuổi ≥ 60 ; thừa cân, béo phì; RLLP máu và THA.

Từ khóa: hội chứng chuyển hóa, yếu tố liên quan.

ABSTRACT

**THE PREVALENCE AND RELATED FACTORS
OF METABOLIC SYNDROME IN OUTPATIENTS UNDER
HEALTH MANAGEMENT OF AN GIANG PROVINCE
AT AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2020**

Nguyen Thai Bao^{1*}, Vo Huynh Trang², Doan Thanh Hung³

1. An Giang Central General Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

3. An Giang Department of Health

Background: Metabolic syndrome (MetS) is a collection of several cardiovascular and metabolic risk factors. Factors frequently appearing in MetS include: impaired glucose tolerance, obesity, especially abdominal obesity, dyslipidemia causing atherosclerosis, hypertension. **Objectives:** 1. To determine the prevalence of MetS in outpatients under health management of An Giang province at An Giang central general hospital ;2. Investigation of risk factors of MetS in outpatients under health management of An Giang province at An Giang central general hospital. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study of 259 outpatients under health management of An Giang province at Department of Internal Medicine A, An Giang central General Hospital from May to December 2020. **Results:** Among 259 patients studied, the rate of MetS was 70,3% (male accounted for 72.2%, female accounted for 60.5%). The prevalence of MetS increased gradually with age, the highest in the age group 60 - 69 years old (81.1%). There was a significant difference in the incidence of MetS in patients ≥ 60 years old (OR=3.093);

overweight, obesity (OR=2.996); have blood dyscrasias (OR=6.163); with hypertension (OR=10.258). There was no association between the risk of MetS and sex. **Conclusion:** The prevalence of MetS in outpatients under health management of An Giang province at Department of Internal Medicine A, An Giang central General Hospital was 70.3%. Factors that increase the risk of MetS are age ≥ 60 years; overweight or obesity; dyslipidemia and hypertension.

Keywords: Metabolic syndrome, related factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng chuyển hoá (HCCH) là một tập hợp một số yếu tố nguy cơ (YTNC) tim mạch và chuyển hóa. Các yếu tố thường xuyên xuất hiện trong HCCH bao gồm: Rối loạn dung nạp glucose, béo phì đặc biệt là béo bụng, rối loạn lipid (RLLP) gây xơ vữa động mạch, tăng huyết áp (THA). Các yếu tố nguy cơ này nếu kết hợp với nhau sẽ làm tăng nguy cơ bệnh tim mạch, đái tháo đường (ĐTĐ) type 2 và một số bệnh liên quan đến chuyển hóa khác. Các biện pháp can thiệp vào HCCH chủ yếu là tiết chế dinh dưỡng và rèn luyện thể lực, ngoài ra còn có các biện pháp khác như dùng thuốc hoặc phẫu thuật. Đối tượng quản lý sức khỏe tỉnh là những cán bộ lãnh đạo với những đặc thù như áp lực công việc, sinh hoạt và chế độ ăn uống khó chủ động kiểm soát, lối sống tĩnh tại, được xem là thuận lợi mắc HCCH. Chính vì vậy, việc khảo sát HCCH giúp phát hiện sớm và áp dụng các biện pháp can thiệp nhằm giảm sự tiến triển của HCCH, cải thiện chất lượng cuộc sống, đồng thời góp phần nâng cao ý thức phòng và điều trị bệnh cho cán bộ. Từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu:

1) Xác định tỷ lệ cán bộ thuộc diện quản lý sức khỏe tỉnh có HCCH theo tiêu chuẩn NCEP ATP III 2005 đến khám tại phòng khám khoa Nội A, Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2020

2) Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến mắc HCCH ở cán bộ thuộc diện quản lý sức khỏe tỉnh An Giang năm 2020

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân ≥ 40 tuổi đến khám tại khoa Nội A bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ 5/2020 đến 12/2020 đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: mắc các bệnh nhiễm trùng cấp tính kèm theo.

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

- *Thiết kế nghiên cứu:* Mô tả cắt ngang.

- *Cỡ mẫu và chọn mẫu:* áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ với p là tỷ lệ mắc HCCH theo tiêu chuẩn NCEP ATP III. Trong nghiên cứu này chúng tôi chọn p = 0,172 (là tỷ lệ mắc HCCH theo tiêu chuẩn NCEP ATP III theo nghiên cứu của Võ Thị Dề [4]). Tính được N = 219. Chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống.

- *Nội dung nghiên cứu:* HCCH được xác định theo tiêu chuẩn NCEP ATP III 2005 khi có bất kỳ 3 trong 5 tiêu chí sau: Tăng vòng bụng: nam ≥ 90 cm; nữ ≥ 80 cm (người châu Á); tăng TG khi TG $\geq 1,7$ mmol/L (150mg/dL) hoặc điều trị tăng TG; giảm HDL-C khi HDL-C $< 1,03$ mmol/L (40mg/dL) ở nam; hoặc $< 1,29$ mmol/L (50mg/dL) ở nữ; hoặc điều trị giảm HDL-C; huyết áp cao khi HATTh ≥ 130 mmHg hoặc HATTr ≥ 85 mmHg hoặc điều trị tăng huyết áp; Tăng glucose máu lúc đói khi glucose máu lúc đói $\geq 5,6$ mmol/L (100mg/dL) hoặc điều trị tăng glucose máu. Các yếu tố liên quan HCCH: tuổi, giới tính, BMI, RLLP, THA, thói quen lối sống (hút thuốc lá, uống rượu bia, ít ăn rau quả, ít hoạt động thể lực).

- *Phương pháp thu thập số liệu:* Phỏng vấn, khám lâm sàng và ghi nhận kết quả cận lâm sàng.
- *Phương pháp xử lý số liệu:* sử dụng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm về giới tính và độ tuổi của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	216	83,4
	Nữ	43	16,6
	Tổng	259	100
Tuổi	40 – 49	27	10,4
	50 – 59	78	30,1
	60 – 69	95	36,7
	≥ 70	59	22,8
	Trung bình (min – max)	62,6 ± 10,6 (41 – 94)	

Nhận xét: Trong số 259 đối tượng nghiên cứu, nam giới chiếm đa số (83,4%), tập trung ở độ tuổi 60 – 69 tuổi (36,7%), tuổi trung bình là 62,6 ± 10,6.

3.2. Tỷ lệ, đặc điểm HCCH theo tiêu chuẩn NCEP ATP III ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Tỷ lệ mắc HCCH theo NCEP ATP III phân bố theo tuổi

Nhóm tuổi	HCCH		p
	Có	Không	
40 – 49	12 (44,4%)	15 (55,6%)	< 0,001
50 – 59	47 (60,3%)	31 (39,7%)	
60 – 69	77 (81,1%)	18 (18,9%)	
≥ 70 tuổi	46 (78%)	13 (22%)	
Tổng	182 (70,3%)	77 (29,7%)	

Nhận xét: Tỷ lệ mắc HCCH chung là 70,3%, tăng dần theo tuổi, cao nhất ở nhóm 60 – 69 tuổi (81,1%).

Bảng 3. Tỷ lệ từng tiêu chí HCCH theo NCEP ATP III

Tiêu chí	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Béo bụng	142	54,8
Tăng triglycerid	201	77,6
Giảm HDL-C	148	57,1
Tăng huyết áp	190	73,4
Tăng glucose máu lúc đói	146	56,4

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu có các tiêu chí chẩn đoán HCCH theo NCEP ATP III với các tỷ lệ khác nhau. Tiêu chí tăng TG chiếm tỷ lệ cao nhất (77,6%), béo bụng chiếm tỷ lệ thấp nhất (54,8%).

Bảng 4. Liên quan giữa các tiêu chí HCCH theo NCEP ATP III với giới tính

Tiêu chí	Nam		Nữ		p
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ	
Béo bụng	119	55,1	23	53,5	0,868
Tăng triglycerid	173	80,1	28	65,1	0,044
Giảm HDL-C	119	55,1	29	67,4	0,177

Tiêu chí	Nam		Nữ		p
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ	
Tăng huyết áp	166	76,9	24	55,8	0,007
Tăng glucose máu lúc đói	128	59,3	18	41,9	0,043

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ THA, tăng TG, tăng glucose máu lúc đói giữa nam và nữ (với p lần lượt là 0,007; 0,044 và 0,043). Tỷ lệ béo bụng và giảm HDL-C giữa hai giới khác biệt không ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. Liên quan giữa các tiêu chí HCCH theo NCEP ATP III với tuổi

Tiêu chí	Nhóm tuổi				p
	40 – 49	50 – 59	60 – 69	≥ 70	
Béo bụng	13 (48,1%)	41 (52,6%)	49 (51,6%)	39 (66,1%)	0,249
Tăng triglycerid	21 (77,8%)	57 (73,1%)	79 (83,2%)	44 (74,6%)	0,382
Giảm HDL-C	13 (48,1%)	35 (44,9%)	62 (65,3%)	38 (64,4%)	0,023
Tăng huyết áp	7 (25,9%)	50 (64,1%)	81 (85,3%)	52 (88,1%)	< 0,001
Tăng glucose máu lúc đói	8 (29,6%)	38 (50%)	61 (64,2%)	38 (64,4%)	0,005

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ THA, giảm HDL-C, tăng glucose máu lúc đói giữa các nhóm tuổi (với p lần lượt < 0,001; 0,023 và 0,005). Tỷ lệ béo bụng và tăng TG giữa các nhóm tuổi không khác biệt.

3.3. Các yếu tố liên quan HCCH theo tiêu chuẩn NCEP ATP III

Bảng 6. Liên quan giữa HCCH theo NCEP ATP III với giới tính

Giới tính	HCCH		OR 95%CI	p
	Có	Không		
Nam	156 (72,2%)	60 (27,8%)	0,588 (0,298 – 1,161)	0,144
Nữ	26 (60,5%)	17 (39,5%)		
Tổng	182 (70,3%)	77 (29,7%)		

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tỷ lệ mắc HCCH giữa hai giới (p = 0,144).

Bảng 7. Liên quan giữa HCCH theo NCEP ATP III với nhóm tuổi

Nhóm tuổi	HCCH		OR 95%CI	p
	Có	Không		
< 60 tuổi	59 (56,2%)	46 (43,8%)	3,093 (1,783 – 5,368)	< 0,001
≥ 60 tuổi	123 (79,9%)	31 (20,1%)		
Tổng	182 (70,3%)	77 (29,7%)		

Nhận xét: Tỷ lệ HCCH ở nhóm ≥ 60 tuổi cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm < 60 tuổi (p < 0,001)

Bảng 8. Liên quan giữa HCCH theo NCEP ATP III với thói quen, lối sống

Thói quen, lối sống	HCCH		OR 95%CI	p
	Có	Không		
Hút thuốc lá (n=63)	40 (63,5%)	23 (36,5%)	0,661 (0,363 – 1,206)	0,205

Thói quen, lối sống	HCCH		OR 95%CI	P
	Có	Không		
Uống rượu bia (n=84)	63 (75,0%)	21 (25,0%)	1,412 (0,785 – 2,540)	0,309
Ít ăn rau quả (n=69)	49 (71,0%)	20 (29,0%)	1,050 (0,573 – 1,924)	0,880
Ít hoạt động thể lực (n=62)	42 (67,7%)	20 (32,3%)	0,855 (0,462 – 1,582)	0,635

Nhận xét : Không có sự khác biệt về tỷ lệ mắc HCCH ở những bệnh nhân có và không có thói quen hút thuốc lá, uống rượu bia, ít ăn rau quả, ít hoạt động thể lực.

Bảng 9. Liên quan giữa HCCH theo NCEP ATP III với chỉ số BMI

BMI	HCCH		OR 95%CI	P
	Có	Không		
> 23 kg/m ²	144 (77%)	43 (23%)	2,996 (1,687 – 5,322)	< 0,001
≤ 23 kg/m ²	38 (52,8%)	34 (47,2%)		
Tổng	182 (70,3%)	77 (29,7%)		

Nhận xét: Tỷ lệ HCCH ở nhóm thừa cân, béo phì cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$)

Bảng 10. Liên quan giữa HCCH theo NCEP ATP III với THA

THA	HCCH		OR 95%CI	P
	Có	Không		
Có	159 (83,7%)	31 (16,3%)	10,258 (5,456 – 19,287)	< 0,001
Không	23 (33,3%)	46 (66,7%)		
Tổng	182 (70,3%)	77 (29,7%)		

Nhận xét: Ở những người THA, tỷ lệ mắc HCCH là 83,7%, cao hơn 10,258 lần so với người không có THA và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 11. Liên quan giữa HCCH theo NCEP ATP III với RLLP

RLLP	HCCH		OR 95%CI	P
	Có	Không		
Có	174 (74,4%)	60 (25,6%)	6,163 (2,530 – 15,008)	< 0,001
Không	8 (32,0%)	17 (68,0%)		
Tổng	182 (70,3%)	77 (29,7%)		

Nhận xét: Ở những người có RLLP, tỷ lệ mắc HCCH là 74,4%, cao hơn 6,163 lần so với người không có RLLP và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 259 đối tượng cán bộ thuộc diện quản lý sức khỏe Tỉnh An Giang, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ HCCH chung là 70,3%, trong đó tỷ lệ HCCH ở nam cao hơn so với nữ (72,2% so với 60,5%), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,144$). Tỷ lệ mắc HCCH trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Bùi Phương Anh (76,5%) [2] và cao hơn của Phạm Thúy Hường (60,2%) [5]. Nghiên cứu của Ngô Đình Châu, Trần Hữu Dàng, Hoàng Ngọc Chương tại Bệnh viện Trung ương Huế ghi nhận tỷ lệ HCCH là 77,3% nam cao hơn nữ (81,6% và 73,9%) [3], tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt này có thể là do đối tượng, cỡ mẫu và tiêu chuẩn chọn mẫu khác nhau giữa các nghiên cứu. Tác giả Phạm Thúy Hường nghiên cứu về HCCH trên đối tượng tiền đái tháo đường, còn nghiên cứu tại Bệnh viện Trung ương

Huế đánh giá HCCH ở bệnh nhân điều trị nội trú.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ mắc HCCH tăng dần theo tuổi, cao nhất ở nhóm 60 – 69 tuổi (81,1%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Lan Anh (2009), HCCH ở phụ nữ trên 45 và dưới 60 tuổi là 41,21%, tuổi > 60 là 58,79% [1]. Tuổi càng cao là một yếu tố nguy cơ của HCCH.

Trong các tiêu chí chẩn đoán HCCH theo NCEP ATP III, tỷ lệ béo bụng và giảm HDL-C giữa hai giới trong nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt. Nam giới có tỷ lệ THA, tăng TG và tăng glucose máu lúc đói cao hơn so với nữ giới (p lần lượt là 0,007; 0,044 và 0,043). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phạm Thúy Hương, tác giả nhận thấy tỷ lệ đối tượng có THA, tăng triglycerid và tăng glucose máu lúc đói ở nam cao hơn nữ và sự khác biệt là có ý nghĩa ($p < 0,05$) [5].

Nghiên cứu về các tiêu chí chẩn đoán HCCH theo NCEP ATP III với nhóm tuổi, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ THA, tăng glucose máu lúc đói, giảm HDL-C tăng dần theo tuổi (p lần lượt là $< 0,001$; 0,005 và 0,023). Chưa ghi nhận mối liên quan giữa tiêu chí béo bụng và tăng TG với nhóm tuổi. Nghiên cứu của Abdulbari Bener và cộng sự cũng cho kết quả tỷ lệ THA tăng theo nhóm tuổi, còn các tiêu chí khác như tăng glucose máu lúc đói, tăng triglyceride, Giảm HDL-C chiếm tỷ lệ cao ở nhóm trên 50 tuổi [7].

Khi nghiên cứu một số yếu tố liên quan HCCH, chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ mắc HCCH giữa hai giới. Y văn và nhiều nghiên cứu đã cho thấy hút thuốc lá, lạm dụng rượu bia, ít ăn rau quả, ít hoạt động thể lực là những yếu tố liên quan mật thiết, làm tăng nguy cơ mắc bệnh lý tim mạch và chuyển hóa. Khi phân tích về thói quen, lối sống của các đối tượng nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ HCCH ở người ít ăn rau quả là 71%; ở người ít hoạt động thể lực là 67,7%; ở người uống rượu bia là 75%, ở người hút thuốc lá là 63,5%. Tuy nhiên, chưa ghi nhận mối liên quan giữa HCCH và thói quen, lối sống ($p > 0,05$). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Phạm Thúy Hương, tác giả thấy rằng tỷ lệ HCCH theo tiêu chuẩn NCEP ATPIII liên quan không có ý nghĩa với một số thói quen sinh hoạt [5].

Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy có mối liên quan chặt chẽ giữa HCCH với các yếu tố tuổi, tình trạng thừa cân béo phì, THA và RLLP. Nhóm tuổi ≥ 60 tuổi có nguy cơ mắc HCCH cao hơn 3,093 lần so với nhóm tuổi < 60 tuổi (OR=3,093; 95CI: 1,783 – 5,368, $p < 0,001$). Liên quan đến BMI, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ mắc HCCH cao hơn ở những người thừa cân béo phì so với người có BMI ≤ 23 kg/m² (OR: 2,996; 95CI: 1,687 – 5,322; $p < 0,001$). Kết quả nghiên cứu của Mohammed và cộng sự trên những người trưởng thành bị tiền đái tháo đường cũng nhận thấy mối liên quan của tình trạng dinh dưỡng và nguy cơ mắc HCCH (BMI=25 – 29,9: OR=5,05, $P < 0,001$; BMI ≥ 30 : OR=20,2, $P < 0,001$) [8]. Điều này cho thấy ảnh hưởng của tình trạng béo phì và béo phì trung tâm đến nguy cơ mắc HCCH. Mô mỡ được xem như cơ quan nội tiết sản xuất các chất làm tăng yếu tố nguy cơ. Các chất này gồm các acid béo chưa ester hóa, các cytokin, PAI-1, adiponectin và các yếu tố tiền viêm làm tăng tình trạng kháng insulin dẫn đến HCCH [9].

Khi khảo sát mối liên quan giữa HCCH và THA, chúng tôi nhận thấy ở những người THA, tỷ lệ mắc HCCH là 83,7%, cao hơn 10,258 lần so với người không có THA và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (OR: 10,258; 95CI: 5,456 – 19,287; $p < 0,001$). Nhiều nghiên cứu đã chứng minh mối liên quan chặt chẽ giữa HCCH và THA. Theo Phạm Thúy Hương, nguy cơ mắc HCCH ở người có THA cao hơn 1,97 lần so với người không

có THA ($p < 0,001$) [5]. HCCH làm tăng nguy cơ mắc bệnh lý tim mạch, trong đó có THA. Ngược lại, THA cũng là một thành tố của HCCH, là yếu tố làm tăng nguy cơ mắc HCCH.

Ở những người có RLLP, tỷ lệ mắc HCCH là 74,4%, cao hơn 6,163 lần so với người không RLLP và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($OR = 6,163$; 95CI: 2,530 – 15,008, $p < 0,001$). Nghiên cứu của Trần Thanh Quang cũng cho thấy tỷ lệ người rối loạn lipid máu mắc HCCH là 84,2%, không rối loạn lipid máu mắc HCCH là 40,9% ($p < 0,001$) [9].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ HCCH ở cán bộ thuộc diện quản lý sức khỏe tỉnh An Giang là 70,3% (nam chiếm 72,2%, nữ chiếm 60,5%). Các yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ mắc HCCH: tuổi ≥ 60 ($OR=3,093$); thừa cân, béo phì ($OR=2,996$); có RLLP máu ($OR=6,163$); có THA ($OR=10,258$). Không nhận thấy mối liên quan giữa nguy cơ mắc HCCH với giới tính, thói quen hút thuốc lá, uống rượu bia, ít ăn rau quả, ít hoạt động thể lực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Lan Anh (2010), *Nghiên cứu tình hình hội chứng chuyển hóa ở phụ nữ trên 45 tuổi tại Thành phố Đà Nẵng 2009*, Luận án chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược Huế.
2. Bùi Phương Anh (2012), “Nghiên cứu tình trạng mắc hội chứng chuyển hóa ở cán bộ trung cao cấp thành phố Qui Nhơn và mối liên quan với bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường type 2”, *Tạp chí Nội tiết - Đái tháo đường*, 6(1), tr. 308 – 316.
3. Ngô Đình Châu, Trần Hữu Dàng, Hoàng Ngọc Chương (2010), *Nghiên cứu Hội chứng chuyển hóa và một số chỉ điểm nguy cơ tim mạch ở người béo phì*, Luận án tiến sĩ Y học, trường Đại học Y Dược Huế, tr. 58 – 91.
4. Võ Thị Dề, Lê Thanh Liêm (2013), “Tần suất và đặc điểm hội chứng chuyển hóa trong cộng đồng tại tỉnh Long An năm 2010”, *Tạp chí Y học thực hành*, 1, tr. 13-17.
5. Phạm Thuý Hường (2018), *Nghiên cứu đặc điểm hội chứng chuyển hóa theo các tiêu chuẩn khác nhau ở người tiền đái tháo đường và kết quả can thiệp cộng đồng*, Luận án tiến sĩ Y học, Học Viện Quân Y, Hà Nội.
6. Trần Thanh Quang (2012), *Nghiên cứu hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp nguyên phát đến khám tại Bệnh viện Đa khoa Đa khoa Trung ương Cần Thơ*, Luận án chuyên khoa cấp II. Đại học Y Dược Cần Thơ.
7. Abdul-Ghani A.M., Jenkinson C.P., et al. (2006), "Insulin Secretion and Action in Subjects With Impaired Fasting Glucose and Impaired Glucose Tolerance Results From the Veterans Administration Genetic Epidemiology Study", *Diabetes*, (55), pp. 1430–1435.
8. M.A. Al-Shafae, S.S. Ganguly, K. Bhargava, and K.K. Duttagupta (2008), Prevalence of Metabolic Syndrome among prediabetic Omani adults: a preliminary study, *Metabolic syndrome and related disorders*, 6, pp. 275.
9. S. O'Neill and L. O'Driscoll (2015), Metabolic syndrome: a closer look at the growing epidemic and its associated pathologies, *Obesity reviews*, 16, pp. 1.

(Ngày nhận bài: 12/01/2021 - Ngày duyệt đăng: 15/06/2021)