

BLOOD LIPID DISORDERS AND SOME RELATED FACTORS IN PEOPLE WITH PREDIABETES COME FOR HEALTH EXAMINATION AT DA NANG C HOSPITAL

Huynh Thi Ngoc Anh^{1*}, Ngo Thi Tuyet¹, Nguyen Thi Hong Linh¹, Nguyen Trong Tung²

¹Danang University of Medical Technology and Pharmacy - 99 Hung Vuong, Hai Chau Dist, Danang City, Danang Province, Vietnam

²Da Nang C Hospital - 122 Hai Phong, Thach Thang Ward, Hai Chau Dist, Danang City, Danang Province, Vietnam

Received: 26/10/2024

Revised: 08/11/2024; Accepted: 25/11/2024

ABSTRACT

Background: People with pre-diabetes, if not detected and managed in time, will turn to diabetes. Dyslipidemia in people with diabetes increases the risk of death from cardiovascular disease. Therefore, early detection of dyslipidemia in pre-diabetic patients for timely intervention and treatment helps to slow down the progression of the disease and prevention of serious complications caused by co-morbidities, reducing treatment costs, and increasing quality of life for patients are necessary. Objectives: Determine the prevalence of dyslipidemia and learn some related factors in pre-diabetic patients who come for health examination at C hospital in Da Nang.

Materials and Methods: This is a descriptive cross-sectional study on 242 patients, who came for health examination at Da Nang C Hospital from November 2022 to May 2023. They were identified as pre-diabetes, recorded information related to the patient's age, gender, occupation, and blood pressure, BMI, smoking and family history of diabetes through the information collection form, fasting blood glucose, HbA1c, Total Cholesterol, Triglyceride, HDL-c tests. Collected data were handled by the medical statistical method with the support of Stata 14.0 software.

Results: The rate of dyslipidemia is 83.06%; nondyslipidemia was 16.94%. Disorders of TC, TG and LDL-c account for a high percentage (60.74%, 52.89% and 52.89%). Disorders of 2 lipid components accounted for 36.36%, disorders of 4 blood lipid components accounted for 2.48%. There is a relationship between dyslipidemia and hypertension and family history of diabetes ($p \leq 0.05$). There was no association between dyslipidemia with age, gender and occupation, BMI, smoking ($p > 0.05$).

Conclusion: The prevalence of dyslipidemia in pre-diabetes patients is 83.06%; in which the rate of disorders of TC, TG and LDL-c is 60.74%, respectively; 52.89% and 52.89%. Disorders of 2 lipid components accounted for the highest rate of 36.36%, proving that prediabetes is a high risk factor leading to dyslipidemia.

Keywords: Pre-diabetes, dyslipidemia, total cholesterol, triglycerid.

*Corresponding author

Email: huynhngocanhxn@dhktyduocdn.edu.vn Phone: (+84) 782098352 [Https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD12.1828](https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD12.1828)

RỐI LOẠN LIPID MÁU VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH TIỀN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG ĐẾN KHÁM SỨC KHỎE TẠI BỆNH VIỆN C ĐÀ NẴNG

Huỳnh Thị Ngọc Ánh^{1*}, Ngô Thị Tuyết¹, Nguyễn Thị Hồng Lĩnh¹, Nguyễn Trọng Tùng²

¹Dại học Kỹ Thuật Y Dược Đà Nẵng - 99 Hùng Vương, Q. Hải Châu, Tp. Đà Nẵng, Tỉnh Đà Nẵng, Việt Nam

²Bệnh viện C Đà Nẵng - 122 Hải Phòng, P. Thạch Thang, Q. Hải Châu, Tp. Đà Nẵng, Tỉnh Đà Nẵng, Việt Nam

Ngày nhận bài: 26/10/2024

Chỉnh sửa ngày: 08/11/2024; Ngày duyệt đăng: 25/11/2024

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Người bị tiền đái tháo đường nếu không được phát hiện và quản lý kịp thời sẽ chuyển sang đái tháo đường. Rối loạn lipid máu ở người bệnh đái tháo đường làm tăng nguy cơ tử vong do bệnh tim mạch. Do đó việc phát hiện sớm rối loạn lipid máu ở những người bệnh tiền đái tháo đường để can thiệp và điều trị kịp thời giúp làm chậm quá trình phát triển của bệnh và phòng ngừa các biến chứng nặng do đồng mắc gây ra, giảm chi phí điều trị, tăng chất lượng sống cho người bệnh là cần thiết. Mục tiêu: Xác định tỷ lệ rối loạn lipid máu và tìm hiểu một số yếu tố liên quan ở người bệnh tiền đái tháo đường đến khám sức khỏe tại bệnh viện C Đà Nẵng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang. Chọn 242 người bệnh đến khám sức khỏe tại BV C Đà Nẵng từ tháng 11/2022 đến tháng 5/2023 được xác định là tiền ĐTĐ, ghi nhận các thông tin liên quan đến người bệnh về tuổi, giới, nghề nghiệp, huyết áp, BMI, hút thuốc lá và tiền sử gia đình mắc bệnh ĐTĐ qua phiếu thu thập thông tin, được làm các xét nghiệm Glucose máu lúc đói, HbA1c, Cholesterol toàn phần, Triglycerid, HDL-c. Số liệu sau khi thu thập được xử lý bằng phần mềm thống kê y học Stata 14.0.

Kết quả: Tỷ lệ RLLPM là 83,06%; không RLLPM là 16,94%. Rối loạn của TC, TG và LDL-c chiếm tỷ lệ cao (60,74%; 52,89% và 52,89%). Rối loạn 2 thành phần lipid chiếm 36,36%, rối loạn 4 thành phần lipid máu chiếm 2,48%. Có mối liên quan giữa tình trạng RLLPM với tăng huyết áp và tiền sử gia đình mắc bệnh ĐTĐ ($p \leq 0,05$). Không có mối liên quan giữa tình trạng RLLPM với tuổi, giới và nghề nghiệp, BMI và hút thuốc lá ($p > 0,05$).

Kết luận: Tỷ lệ mắc RLLPM trên người bệnh tiền ĐTĐ là 83,06%; trong đó tỷ lệ rối loạn TC, TG và LDL-c lần lượt là 60,74%; 52,89% và 52,89%. Rối loạn 2 thành phần lipid chiếm tỷ lệ cao nhất 36,36% chứng tỏ tiền ĐTĐ là một yếu tố nguy cơ cao dẫn đến RLLPM.

Từ khóa: Tiền đái tháo đường, rối loạn lipid máu, cholesterol toàn phần, triglycerid.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường đang ngày một gia tăng và trở thành vấn nạn toàn cầu với nhiều biến chứng, đặc biệt là các biến chứng trên tim mạch. Khoảng 5-10% người tiền đái tháo đường sẽ trở thành đái tháo đường hàng năm và tổng cộng 70% người tiền đái tháo đường sẽ trở thành đái tháo đường thực sự [1]. Theo liên đoàn đái tháo đường quốc tế năm 2019 toàn thế giới có 373,9 triệu người trong độ tuổi từ 20 -79 có rối loạn dung nạp glucose tương ứng với 7,5%. Dự báo đến năm 2045, con số này sẽ tăng lên 548,4 triệu (8,6%), trong đó gần một nửa (48,1%) dưới 50 tuổi [2]. Ở Việt nam, theo báo cáo của IDF 2019, tỉ lệ người bị rối loạn dung nạp glucose chiếm 8,6%, tương đương 5,3 triệu người; gấp 1,4 lần so với người bệnh đái tháo đường [1]. Sự phát

triển của bệnh lý đái tháo đường típ 2 đã diễn ra một thời gian dài trước khi bệnh lý đái tháo đường típ 2 thực sự được chẩn đoán, khi mà tình trạng đề kháng insulin đã diễn tiến lâu và chức năng của các tế bào giảm cùng với việc tế bào beta tuyến tụy đã bị phá hủy. Nhiều bằng chứng cho thấy ngay từ giai đoạn tiền đái tháo đường, các biến chứng tim mạch đã bắt đầu xuất hiện, và các nguy cơ tim mạch bắt đầu gia tăng ngay từ giai đoạn này [3]. Theo nghiên cứu của Siddharth N Shah (2018), những người có trọng lượng cơ thể thừa (đặc biệt là mỡ bụng), rối loạn lipid máu và lười vận động có nguy cơ bị tiền đái tháo đường cao [4]. Theo nghiên cứu của Trương Xuân Hùng về tiền đái tháo đường trên đối tượng cán bộ chiến sĩ tại khu vực Miền trung – Tây

*Tác giả liên hệ

Email: huynhngocanhxn@dhktyduocdn.edu.vn Điện thoại: (+84) 782098352 <https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD12.1828>

nguyên (2021) cho thấy chỉ số BMI trên 23 kg/m², rối loạn lipid máu, tăng chỉ số vòng bụng/vòng hông là các yếu tố độc lập liên quan đến nguy cơ mắc tiền đái tháo đường [5].

Tiền đái tháo đường và rối loạn lipid là những rối loạn có diễn biến âm thầm, không có triệu chứng cụ thể nên rất khó phát hiện, chỉ khi làm các xét nghiệm chẩn đoán tiền đái tháo đường và lipid máu mới phát hiện ra [6]. Người bị tiền đái tháo đường nếu không được phát hiện và quản lý kịp thời sẽ chuyển sang đái tháo đường. Tổn thương mạch máu ở những người bị đái tháo đường nhiều gấp 10 lần so với người không có đái tháo đường. Phần lớn các tổn thương mạch máu trong bệnh đái tháo đường là hậu quả của rối loạn lipid máu, nếu không được điều trị các tổn thương mạch máu sẽ diễn tiến xấu dần, xơ cứng và tắc hẹp dẫn đến các biến cố về tim mạch [7], [8]. Rối loạn lipid máu ở người bệnh đái tháo đường làm tăng nguy cơ tử vong do bệnh tim mạch. Do đó việc phát hiện sớm rối loạn lipid máu ở những người bệnh tiền đái tháo đường để can thiệp và điều trị kịp thời giúp làm chậm quá trình phát triển của bệnh và phòng ngừa các biến chứng nặng do đồng mắc gây ra, giảm chi phí điều trị, tăng chất lượng sống cho người bệnh là cần thiết. Xuất phát từ thực tế trên chúng tôi tiến hành đề tài “Rối loạn lipid máu và một số yếu tố liên quan ở người bệnh tiền đái tháo đường đến khám sức khỏe tại Bệnh viện C Đà Nẵng” với các mục tiêu sau:

1. Xác định tỷ lệ rối loạn lipid máu ở người bệnh tiền đái tháo đường đến khám sức khỏe tại bệnh viện C Đà Nẵng.

2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến rối loạn lipid máu ở người bệnh tiền đái tháo đường.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Tiêu chuẩn chọn đối tượng

- Tiêu chuẩn lựa chọn

+ Người bệnh đến khám sức khỏe tại BV C Đà Nẵng được xác định là tiền ĐTĐ.

+ Tuổi từ 18 trở lên

+ Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ

+ Người bệnh đang bị nhiễm trùng nặng, stress.

+ Người bệnh đã được chẩn đoán và điều trị ĐTĐ trước thời điểm nghiên cứu.

+ Phụ nữ mang thai

+ Đối tượng đang mắc bệnh tâm thần, bệnh ác tính và các bệnh có ảnh hưởng đến chuyển hóa lipid máu khác như bệnh nhiễm trùng, bệnh lý cấp tính...

+ Đang dùng các thuốc có ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose máu.

+ Người bệnh đã được chẩn đoán và đang điều trị thuốc RLLPM nhóm Statin.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh

+ Chẩn đoán tiền đái tháo đường [1]

Bảng 1. Tiêu chuẩn chẩn đoán tiền ĐTĐ

Chẩn đoán tiền ĐTĐ khi có một trong các rối loạn sau đây:

Tiêu chuẩn	Tiền ĐTĐ
Glucose huyết tương khi đói	5,6 – 6,9 mmol/L (100 – 125 mg/dL)
Glucose huyết tương sau 2 giờ khi làm NPDNG 75g	7,8 – 11,0 mmol/L (140 – 199 mg/dL)
HbA1c (định lượng theo phương pháp chuẩn)	5,7 – 6,4%

Tuy nhiên trong nghiên cứu này, do điều kiện thực tế, 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%.

+ Chẩn đoán người bệnh bị rối loạn lipid máu [9]

Theo Hội tim mạch Quốc gia Việt Nam 2015 về chẩn đoán và điều trị rối loạn lipid máu, bệnh rối loạn lipid máu xảy ra khi có một hoặc nhiều các rối loạn sau:

++ Tăng TC: ≥ 200 mg/dL (5,2 mmol/L)

++ Tăng LDL-c: ≥ 130 mg/dL (3,4 mmol/L)

++ Giảm HDL-c: < 40 mg/dL (1,0 mmol/L)

++ Tăng Triglycerid: ≥ 150 mg/dL (1,7 mmol/L)

++ Rối loạn kiểu hỗn hợp: khi tăng cholesterol kết hợp với tăng triglycerid.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.3. Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

2.4. Phương pháp chọn mẫu: Chọn tất cả các người bệnh đến khám tại Khoa khám bệnh theo yêu cầu - BV C Thành phố Đà Nẵng từ tháng 11/2022 đến tháng 05/2023.

2.5. Biến số nghiên cứu

Mỗi bệnh được ghi chép các số liệu bằng một phiếu thu thập các số liệu theo họ tên, ngày khám, mã số riêng cho từng người, gồm các biến số sau:

+ Giới (nam, nữ): biến nhị giá

0 : Nữ

1: Nam

+ Nhóm tuổi: chia 3 nhóm 18- 39, 40-59, ≥ 60 .

Bảng 2. Các biến số về lâm sàng

Tên biến số	Đặc tính	Giá trị biến số
Chiều cao	liên tục	mét (m)
Cân nặng	liên tục	kilogram (kg)
BMI	liên tục	kg/m ² , thừa cân béo phì ≥ 23 kg/m ²
HATT	liên tục	mmHg
Tăng HATT	nhị phân	Có, không
HATTr	liên tục	mmHg
Tăng HATTr	nhị phân	Có, không
Hút thuốc lá	nhị phân	Có, không

Bảng 3. Các biến số về cận lâm sàng

Tên biến số	Đặc tính	Giá trị biến số
TC	liên tục	mmol/L
TG	liên tục	mmol/L
HDL-c	liên tục	mmol/L
LDL-c	liên tục	mmol/L
Glucose máu đói	liên tục	mmol/L
HbA1c	liên tục	%
Tăng TG	nhị phân	Có, không
Tăng TC	nhị phân	Có, không
Tăng LDL-c	nhị phân	Có, không
Giảm HDL-c	nhị phân	Có, không

2.6. Nội dung nghiên cứu

Các bước tiến hành theo trình tự sau:

- Xác định nhóm đối tượng nghiên cứu dựa theo các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ như trên.
- Ghi nhận các thông tin người bệnh qua phiếu thu thập thông tin người bệnh: tuổi, giới, nghề nghiệp, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, BMI, hút thuốc lá, tiền sử gia đình mắc bệnh ĐTĐ
- Đối tượng xác định thuộc mẫu nghiên cứu được làm các xét nghiệm cần thiết cho nghiên cứu: Glucose huyết lúc đói, HbA1C, TC, TG, HDL-c
- Xử lý số liệu và viết báo cáo nghiên cứu.

2.7. Thu thập, xử lý và phân tích số liệu

- Sử dụng Excel 2010 để nhập và thống kê các số liệu nghiên cứu từ phiếu nghiên cứu và thông tin từ phiếu khám sức khỏe của người bệnh.
- Số liệu sau khi thu thập được xử lý bằng phần mềm thống kê y học Stata 14.0.
- Biến số định tính: trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm.
- Để mô tả biến số theo luật phân phối chuẩn (Normal distribution) sử dụng giá trị trung bình (Mean) và độ lệch chuẩn (Standard Deviation): $\bar{X} \pm SD$.
- Để mô tả biến số không theo luật phân phối chuẩn: sử dụng trung vị (median), tứ phân vị 25% và 75% (Q1 – Q3).
- Test kiểm định: chúng tôi dùng Chi-square test (χ^2) được hiệu chỉnh Fisher’s exact test khi thích hợp. T-test, test so sánh hai tỷ lệ. So sánh phân tích các tỷ lệ, tính tỷ suất chênh OR.
- + Đánh giá kết quả χ^2 được quy ra trị số khác biệt p ($p \leq 0,05$ có ý nghĩa thống kê).

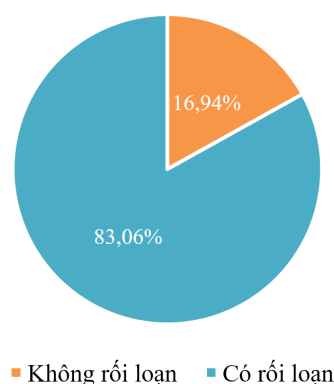
2.8. Đạo đức nghiên cứu

- Đề tài đã được Hội đồng Y đức Trường Đại học Kỹ thuật Y – Dược Đà Nẵng đồng ý và thông qua.
- Các bước thực hiện đúng theo yêu cầu chuyên môn và được sự đồng ý, cho phép của Ban lãnh đạo bệnh viện C TP Đà Nẵng.
- Tất cả người bệnh trong nhóm nghiên cứu được đảm bảo giữ bí mật. Số liệu thu thập được không được sử dụng ngoài mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

3.1. Tỷ lệ rối loạn lipid máu của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Tỷ lệ rối loạn lipid máu chung của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1. Tỷ lệ rối loạn lipid máu của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Tỷ lệ RLLPM trong nghiên cứu là 83,06%; không RLLPM là 16,94%.

3.1.2. Tỷ lệ rối loạn từng thành phần lipid của đối tượng nghiên cứu

Bảng 4. Tỷ lệ rối loạn từng thành phần lipid của đối tượng nghiên cứu

Yếu tố	Phân nhóm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	$\bar{X} \pm SD$ (mmol/L) Trung vị (Q1 - Q3)
TC	Bình thường	95	39,26	5,43 ± 1,06
	Rối loạn	147	60,74	
TG*	Bình thường	114	47,11	1,7 (1,2 - 2,4)
	Rối loạn	128	52,89	
LDL-c	Bình thường	114	47,11	3,41 ± 0,89
	Rối loạn	128	52,89	
HDL-c*	Bình thường	212	87,60	1,2 (1,1 - 1,4)
	Rối loạn	30	12,40	

* Không theo luật phân phối chuẩn

Nhận xét:

- Giá trị trung bình của TC là 5,43 ± 1,06 mmol/L, tỷ lệ rối loạn TC chiếm 60,74%.

- Giá trị trung vị của TG là 1,7 (1,2 - 2,4) mmol/L, tỷ lệ rối loạn TG chiếm 52,89%.

- Giá trị trung bình của LDL-c là 3,41 ± 0,89 mmol/L, tỷ lệ rối loạn LDL-c chiếm 52,89%.

- Giá trị trung vị của HDL-c là 1,2 (1,1 - 1,4) mmol/L, tỷ lệ rối loạn HDL-c chiếm 12,40%.

3.1.3. Tỷ lệ phân bố số lượng thành phần lipid bị rối loạn của đối tượng nghiên cứu

Bảng 5. Phân bố số thành phần lipid bị rối loạn của đối tượng nghiên cứu

RLLM	n	Tỷ lệ (%)
Không có rối loạn	41	16,94
Rối loạn 1 thành phần	44	18,18
Rối loạn 2 thành phần	88	36,36
Rối loạn 3 thành phần	63	26,03
Rối loạn 4 thành phần	6	2,48
Tổng	242	100

Nhận xét: Người bệnh tiền ĐTD có rối loạn 2 thành phần lipid có tỷ lệ cao nhất chiếm 36,36%, rối loạn 4 thành phần lipid máu có tỷ lệ thấp nhất chiếm 2,48%.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến rối loạn lipid máu ở người bệnh tiền đái tháo đường

3.2.1. Rối loạn lipid máu với tuổi, giới, nghề nghiệp

Bảng 6. Mối liên quan tình trạng rối loạn lipid máu với tuổi, giới, nghề nghiệp

Các yếu tố	Rối loạn lipid máu				p
	Có (n = 201)		Không (n = 41)		
	n	%	n	%	
Tuổi					
18 - 39 (n = 40)	31	15,42	9	21,95	> 0,05
40 - 59 (n = 107)	91	45,27	16	39,02	
≥ 60 (n = 95)	79	39,30	16	39,02	
Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	55,66 ± 13,60		54,44 ± 16,48		
Giới					
Nam (n = 125)	99	49,25	26	63,41	> 0,05
Nữ (n = 117)	102	50,75	15	36,59	
OR (95% CI)	0,56 (0,26-1,18)				
Nghề nghiệp					
Học sinh, sinh viên (n = 4)	3	1,49	1	2,44	> 0,05
Trí thức, nhân viên văn phòng (n = 98)	81	40,30	17	41,46	
Buôn bán, lao động tự do (n = 38)	33	16,42	5	12,20	
Già, nghỉ hưu (n = 102)	84	41,79	18	43,90	
OR (95% CI)	1,06 (0,68 - 1,66) **				

Kiểm định Chi-Square. * Kiểm định Fisher's Exact test.

** Sử dụng hàm logistic

Nhận xét: Không có mối liên quan giữa tình trạng RLLM với tuổi, giới và nghề nghiệp (p > 0,05).

3.2.2. Rối loạn lipid máu với huyết áp, BMI, hút thuốc lá, tiền sử gia đình có tiền ĐTD

Bảng 7. Mối liên quan tình trạng rối loạn lipid máu với huyết áp, BMI, hút thuốc lá, tiền sử gia đình có tiền ĐTD

Các yếu tố	Rối loạn lipid máu				p
	Có (n = 201)		Không (n = 41)		
	n	%	n	%	
Tăng huyết áp					
Có (n = 55)	51	25,37	4	9,76	0,03*
Không (n = 187)	150	74,63	37	90,24	
OR (95% CI)	3,14 (1,05 – 12,69)				
BMI					
BMI < 23 kg/m ² (n = 116)	96	47,76	20	48,78	> 0,05*
BMI ≥ 23 kg/m ² (n = 126)	105	52,24	21	51,22	
OR (95% CI)	1,04 (0,50 – 2,16)				
Hút thuốc lá					
Có (n = 41)	36	17,91	5	12,20	> 0,05*
Không (n = 201)	165	82,09	36	87,80	
OR (95% CI)	1,57 (0,56 - 5,47)				
Tiền sử gia đình					
Có (n = 58)	53	26,37	5	12,20	0,049*
Không (n = 184)	148	73,63	36	87,80	
OR (95% CI)	2,58 (0,94 – 8,83)				

Kiểm định Chi-Square. * Kiểm định Fisher's Exact test

Nhận xét:

- Tỷ lệ người bệnh RLLPM trong nhóm nghiên cứu là 83,06%. Tỷ lệ này cao hơn 3,14 lần ở nhóm người có tăng huyết áp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,03). Tỷ lệ này cao hơn 1,04 lần ở nhóm người có thừa cân, béo phì (p > 0,05) (p > 0,05 thường không có ý nghĩa thống kê)

- Tỷ lệ người bệnh có tiền sử gia đình mắc bệnh ĐTD có rối loạn lipid máu trong nhóm nghiên cứu là 26,37%; với OR (95% CI) = 2,58 (0,94 – 8,83) (p = 0,049).

4. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ rối loạn lipid máu của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Tỷ lệ rối loạn lipid máu chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu, RLLPM chiếm tỷ lệ cao 83,06% (Biểu đồ 1). Tỷ lệ RLLPM ở tiền ĐTD theo nghiên cứu của Phạm Hữu Tiến (2022) là 80% [10] gần tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi.

4.1.2. Tỷ lệ rối loạn từng thành phần lipid của đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ rối loạn TC và LDL-c trong nghiên cứu cao, chiếm tỷ lệ là 60,74% và 52,89% (bảng 4)

Nghiên cứu của Turki Al Amri cho thấy tỷ lệ rối loạn lipid máu ở 54,2% người tham gia, tác giả cũng đã tìm thấy có mối liên quan giữa LDL-c và tiền ĐTD (OR (95% CI) = (1,50;1,02–2,19; p= 0,037) [11].

Kết quả nghiên cứu của Trương Xuân Hùng (2021) tăng TC, tăng TG và tăng LDL-c lần lượt là 85,7%, 50% và 57,5% (p < 0,001) [5]. Nghiên cứu của Viên Quang Mai (2017) tăng TC, tăng TG, tăng LDL-c và giảm HDL-c lần lượt là 65,4%, 61,4%, 58,7% và 19,3% [12]. Các kết quả này cũng cho thấy tỷ lệ RLLPM cao trên đối tượng nghiên cứu. RLLPM thường gặp ở người bệnh tiền ĐTD và ĐTD cấp 2, tỷ lệ RLLPM ở người bệnh ĐTD cấp 2 khoảng 72 – 85%, với kiểu hình lipid gây xơ vữa là tăng TC, TG, LDL-c và giảm HDL-c. Hiểu biết về RLLPM do tiền ĐTD rất quan trọng vì nó có thể xảy ra và gây ra các biến cố tim mạch trước khi chẩn đoán ĐTD [13].

Tỷ lệ phân bố số thành phần lipid bị rối loạn của đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ người bị RLLPM trên người bệnh tiền ĐTD có rối loạn 2 thành phần lipid chiếm tỷ lệ cao nhất 36,36%, rối loạn 4 thành phần lipid máu chiếm tỷ lệ thấp nhất chiếm 2,48%, tỷ lệ rối loạn 1 thành phần lipid chiếm 18,18%.

Kết quả nghiên cứu của Viên Quang Mai và cộng sự (2017) có tỷ lệ rối loạn kiểu phối hợp từ 2 thành phần lipid máu trở lên là 40,1% (p = 0,001) [12]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tuấn (2022) có 75,8% người bệnh bị rối loạn lipid máu, trong đó 22,5% rối loạn 1 thành phần và 53,3% rối loạn 2 thành phần trở lên [14]. Các kết quả nghiên cứu này cũng gần tương đồng với kết quả của chúng tôi.

Nghiên cứu của Ngô Đức Kỳ (2022) về thành phần lipid ở người bệnh ĐTD cấp 2 cho thấy tỷ lệ rối loạn 2 thành phần là 25,7%; rối loạn 3 thành phần là 23,8% và 13,3% có rối loạn 4 thành phần lipid máu [15]. Kết quả này thấp hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến rối loạn lipid máu ở người bệnh tiền đái tháo đường

4.2.1. RLLPM với tuổi, giới, nghề nghiệp

- *RLLPM với tuổi*: Độ tuổi trung bình của nhóm RLLPM là $55,70 \pm 13,60$ tuổi, cao hơn so với nhóm không có RLLPM, khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) (bảng 6). Tỷ lệ có RLLPM cao nhất ở nhóm tuổi 40 – 59 (45,27%) và thấp nhất ở nhóm tuổi 18 – 39 (15,42%). Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn (2022) độ tuổi trung bình của nhóm có RLLPM ở nhóm tuổi ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (39,2%) ($p = 0,226$) [14]. Kết quả này khác với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, có thể lý giải là do quần thể nghiên cứu khác nhau.

- *RLLPM với giới*: Trong nghiên cứu, nhóm có RLLPM ở nam là 49,25% và ở nữ là 50,75% ($p > 0,05$) (bảng 6). Điều này cũng phù hợp với một số nghiên cứu tại Việt Nam cũng như trên thế giới [12], [14], [16].

- *RLLPM với nghề nghiệp*: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ RLLPM ở những người già, nghỉ hưu chiếm tỷ lệ cao nhất 41,79% với OR (95%CI) = 1,06 (0,68 – 1,66) (bảng 6), ($p > 0,05$). Kết quả khảo sát của Bùi Hải Yến (2019) về RLLPM và các yếu tố liên quan cho thấy nhóm hết tuổi lao động chiếm tỷ lệ cao nhất (72,8%) [17].

Rối loạn lipid máu với huyết áp, BMI, hút thuốc lá, tiền sử gia đình có tiền ĐTĐ

- *RLLPM với huyết áp*: Trong nghiên cứu, nhóm có RLLPM ở người có tăng huyết áp chiếm 25,37% với OR(95%CI) = 3,14(1,05 – 12,69), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,03$) (bảng 7). Tỷ lệ người bị tăng huyết áp ngày càng gia tăng ở Việt Nam, những người bệnh có tiền ĐTĐ và phát triển thành ĐTĐ típ 2 do béo phì quá mức hoặc do kiểu gen thì nguy cơ tim mạch lại vô cùng cao. Ở người bệnh ĐTĐ, nguy cơ tim mạch thường do kết hợp đồng thời nhiều yếu tố như béo phì, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu. Các nghiên cứu hiện tại chỉ ra rằng tỉ lệ mới mắc bệnh tim mạch gia tăng là do điều trị chưa kiểm soát tốt huyết áp và lipid máu. Qua đó nhắc nhở chúng ta lợi ích của liệu pháp hạ lipid máu là vô cùng lớn [31]. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn và Hoàng Thị Cúc (2021) tỷ lệ RLLPM ở người bệnh cao tuổi tăng huyết áp chiếm 88,0% [18].

- *RLLPM với BMI*: Nhóm người có RLLPM ở người dư cân, béo phì (52,24%) cao hơn so với có BMI bình thường (47,76%), OR (95%CI) = 1,04 (0,50 – 2,16), ($p > 0,05$) (bảng 7).

- *RLLPM với hút thuốc lá*: Tỷ lệ RLLPM ở nhóm có hút thuốc lá chiếm tỷ lệ 17,91% ($p > 0,05$) (bảng 7). Kết quả nghiên cứu của Bùi Hải Yến (2019) tỷ lệ hút thuốc lá ở đối tượng nghiên cứu cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, đa phần là không hút thuốc lá chiếm tỷ lệ 79,6% [17].

- *RLLPM với tiền sử gia đình có ĐTĐ*: Trong nghiên cứu, tỷ lệ người có tiền sử gia đình bị ĐTĐ ở nhóm RLLP chiếm 26,37% với OR (95% CI) = 2,58 (0,94 – 0,83), ($p = 0,049$) (bảng 7). RLLPM do nhiều nguyên nhân, trong đó chủ yếu thường gặp là RLLPM do lối sống tĩnh tại, dùng nhiều bia-rượu, thức ăn giàu chất

béo bão hòa dẫn đến rối loạn chuyển hóa trong cơ thể, những người trong cùng gia đình có chung một môi trường sống và chế độ ăn uống.

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Tỉ lệ mắc RLLPM trên người bệnh tiền ĐTĐ trong nghiên cứu là 83,06%; trong đó tỷ lệ rối loạn TC và LDL-c lần lượt là 60,74% và 52,89% và rối loạn 2 thành phần lipid chiếm tỷ lệ cao nhất 36,36%. Có mối liên quan giữa tình trạng RLLPM với tăng huyết áp và tiền sử gia đình mắc bệnh ĐTĐ ($p \leq 0,05$). Không có mối liên quan giữa tình trạng rối loạn lipid máu với tuổi, giới và nghề nghiệp, BMI và hút thuốc lá ($p > 0,05$).

Những người bệnh tiền ĐTĐ có RLLPM nếu không phát hiện bệnh sớm và quản lý kịp thời thì khả năng cao sẽ dẫn đến một số bệnh lý khác nghiêm trọng hơn. Vì vậy, cần xét nghiệm tầm soát RLLPM và tiền ĐTĐ sớm cho người bệnh, không chờ đến khi người bệnh chuyển sang ĐTĐ rồi mới bắt đầu cho xét nghiệm tầm soát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế (2020), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tiền đái tháo đường”, 3.
- [2] International Diabetes Federation (2019), “Diabetes atlas”, 35 - 61.
- [3] Adam G. Tabák, Christian Herder, Mika Kivimäki (2012), “Prediabetes: a high-risk state for diabetes development. Lancet (London, England)”, 379(9833): 2279-90.
- [4] Siddharth N Shah (2018), “The road to preventing diabetes: addressing prediabetes and concomitant dyslipidemia”, J assoc physicians india, 66(3):12-3.
- [5] Trương Xuân Hùng (2021), “Nghiên cứu tiền đái tháo đường trên cán bộ chiến sĩ”, Nội tiết và đái tháo đường, 46, 146 - 55.
- [6] American Diabetes Association (2022), “Standards of Medical Care in Diabetes-2022”, Diabetes Journal Article.
- [7] Mahat R. K, Singh N, et al (2019), “Health risks and interventions in prediabetes: A review”, Diabetes Metab Syndr, 13(4): 2803-11.
- [8] Joao ~ Sérgio Neves, Connie Newman, et al (2019), “Management of dyslipidemia and atherosclerotic cardiovascular risk in prediabetes”, Diabetes Research and Clinical Practice, 190 (2022) 109980.
- [9] Hội tim mạch học quốc gia Việt Nam (2015), “Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị rối loạn lipid máu”.
- [10] Phạm Hữu Tiến (2022), “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”, Tạp chí Y học Việt Nam, tập 515 - tháng 6 - Số 2: 315 - 9.

- [11] Turki Al Amri et al (2019), “The Association Between Prediabetes and Dyslipidemia Among Attendants of Primary Care Health Centers in Jeddah, Saudi Arabia”, Dovepress, 12 (Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy): 2735–43.
- [12] Viên Quang Mai và cộng sự (2017), “Tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến rối loạn lipid máu ở người ≥ 45 tuổi bị đái tháo đường týp 2 và tiền đái tháo đường mới được phát hiện tại tỉnh Khánh Hòa”, Tạp chí y học dự phòng, 27(số 8): 288.
- [13] Marildes Luiza de Castro (2020), “Diabetic dyslipidaemia: which drugs to use”, Journal of Cardiology Practice, 19.
- [14] Nguyễn Văn Tuấn, Phan Thị Hà Linh (2022), “Rối loạn lipid máu và nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân đái tháo đường type 2”, Tạp Chí y học Việt Nam, 513(1): 146 – 50.
- [15] Ngô Đức Kỳ (2022), “Đặc điểm rối loạn các thành phần lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2”, Y học Công Đồng, 63(2).
- [16] MK Bhatnagar, Akshay Goel (2016), “Pattern of dyslipidemia in pre-diabetes and diabetes-a pilot study”, Asia Pacific Journal of Research, I(X-LII): 76-81.
- [17] Bùi Hải Yến, Lê Thị Ngoan (2019), “Khảo sát về rối loạn lipid máu và các yếu tố liên quan của bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện y học cổ truyền thành phố cần thơ năm 2017 – 2018”, Tạp chí y dược học Cần Thơ, 22-25: 1-7.
- [18] Nguyễn Văn Tuấn, Hoàng Thị Cúc (2021), “Nghiên cứu rối loạn lipid máu ở người cao tuổi tăng huyết áp”, Tạp chí Y học Việt Nam, 508(1): 169 – 74.

