

COMPARISON OF RISK BEHAVIORS AND METABOLIC RISK FACTORS OF NON-COMMUNICABLE DISEASES AMONG MANUAL WORKERS IN SOME REGIONS OF THUA THIEN HUE PROVINCE

Nguyen Thi Huong^{1*}, Doan Phuoc Thuoc¹, Nguyen Thi Huyen²

¹University of Medicine and Pharmacy, Hue University -
6 Ngo Quyen, Vinh Ninh Ward, Hue City, Thua Thien Hue Province, Vietnam

²Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital -
41 & 51 Nguyen Hue, Vinh Ninh Ward, Hue City, Thua Thien Hue Province, Vietnam

Received: 28/11/2024

Revised: 16/12/2024; Accepted: 25/12/2024

ABSTRACT

Objective: This study aimed to describe the current risk factors of Non-communicable diseases (NCDs) and its comparison among some ecological regions in Thua Thien Hue Province.

Subjects and research Methods: A cross-sectional study was applied for this study design. Data were collected from 10/2023 to 12/2023. Tool based on the WHO's STEPS questionnaire for assessing non-communicable diseases and their risk factors was used, including: consuming tobacco and alcohol, physically inactive, unhealthy diet, hypertension, overweight/obesity, diabetes and dyslipidemia.

Results: Smoking, moderate alcohol consumption, insufficient consumption of green vegetables/fruits, and high salt intake accounted for 29.8%; 96.8%; 70.2%; 77.8% and 16.5%, respectively. The rates of overweight/obesity, diabetes, hypertension and dyslipidemia accounted for 23.2%; 5.1%; 43.7% and 58.9%, respectively. Dietary intake of vegetables/fruits, physical activity, overweight/obesity and diabetes differed between ecological regions.

Conclusion: The risk factors of NCDs are different among three ecological regions of the province. Therefore, it needs various appropriate intervention approaches to reduce NCDs risk factors in each region.

Keywords: Non-communicable disease, risk factors, hypertension, diabetes, dyslipidemia.

*Corresponding author

Email: nthuong@huemed-univ.edu.vn **Phone:** (+84) xxxxxx **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66i1.1934**

SO SÁNH HÀNH VI NGUY CƠ VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ SINH CHUYỂN HÓA CỦA BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM Ở NGƯỜI DÂN LAO ĐỘNG PHỔ THÔNG TẠI MỘT SỐ VÙNG CỦA TỈNH THỪA THIÊN HUẾ

Nguyễn Thị Hương^{1*}, Đoàn Phước Thuộc¹, Nguyễn Thị Huyền²

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế - 6 Ngô Quyền, P. Vĩnh Ninh, Tp. Huế, Tỉnh Thừa Thiên Huế, Việt Nam
²Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế - 41 & 51 Nguyễn Huệ, P. Vĩnh Ninh, Tp. Huế, Tỉnh Thừa Thiên Huế, Việt Nam

Ngày nhận bài: 28/11/2024

Chỉnh sửa ngày: 16/12/2024; Ngày duyệt đăng: 25/12/2024

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng và so sánh các yếu tố nguy cơ của bệnh không lây nhiễm ở người dân lao động phổ thông thuộc một số vùng sinh thái tỉnh Thừa Thiên Huế.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang tiến hành trên 739 người dân lao động phổ thông từ 10/2023 đến 12/2023. Nghiên cứu sử dụng công cụ điều tra các yếu tố nguy cơ của bệnh không lây nhiễm của WHO bao gồm: hút thuốc lá, ít hoạt động thể lực, chế độ ăn không hợp lý, sử dụng đồ uống có cồn, tăng huyết áp, thừa cân béo phì, đái tháo đường và rối loạn lipid máu

Kết quả: Hút thuốc lá, sử dụng rượu bia ở mức độ cho phép, sử dụng không đủ rau xanh/ hoa quả, ăn mặn chiếm lần lượt 29,8%; 96,8%; 70,2%; 77,8% và 16,5%. Tỷ lệ thừa cân/ béo phì, đái tháo đường, tăng huyết áp và rối loạn lipid máu chiếm lần lượt 23,2%; 5,1%; 43,7% và 58,9%. Chế độ ăn rau xanh/ hoa quả, hoạt động thể lực, thừa cân/ béo phì và đái tháo đường có sự khác nhau giữa các vùng sinh thái.

Kết luận: Các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm có sự khác biệt giữa ba vùng sinh thái, do đó cần có những giải pháp can thiệp phù hợp làm giảm yếu tố nguy cơ với đặc điểm của mỗi vùng.

Từ khóa: Bệnh không lây nhiễm, hành vi nguy cơ, tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên toàn cầu, các bệnh không lây nhiễm (BKLN) là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và bệnh tật. Tổ chức Y tế thế giới (WHO) ước tính các BKLN hiện chiếm hơn 74% số tử vong toàn cầu và 63,8% gánh nặng bệnh tật toàn cầu. Hơn nữa, trên một phần ba số ca tử vong liên quan đến các BKLN là những ca tử vong sớm, với 86% số ca tử vong này xảy ra ở các nước đang phát triển [1], [2]. Tại Việt Nam, các BKLN chiếm 73,7% gánh nặng bệnh tật toàn quốc và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu. Ước tính có khoảng 556.000 ca tử vong trong năm 2019, trong đó 81,4% là do các bệnh không lây nhiễm [3].

Để thực hiện chiến lược phòng chống BKLN, Tổ chức Y tế Thế giới đã xác định các yếu tố nguy cơ chính của BKLN cần được kiểm soát bao gồm: Hút thuốc lá, sử dụng đồ uống có cồn, chế độ ăn không lành mạnh, ít

hoạt động thể lực, thừa cân béo phì, nồng độ cholesterol và glucose máu cao [4]. Tại Việt Nam, thực hiện chiến lược quốc gia phòng chống các BKLN giai đoạn 2015-2025, mô hình thí điểm quản lý BKLN được xây dựng dựa trên kết quả điều tra các yếu tố nguy cơ của bệnh không lây nhiễm năm 2015 [5]. Từ đó cho thấy việc nghiên cứu các yếu tố nguy cơ của các BKLN là rất cần thiết để góp phần làm giảm tỷ lệ mắc các bệnh không lây nhiễm cũng như gánh nặng đối với cộng đồng.

Tại tỉnh Thừa Thiên Huế, một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ hành vi nguy cơ của BKLN còn cao, nhận biết và dự phòng BKLN còn hạn chế [6], [7]. Các yếu tố nguy cơ về hành vi sẽ dẫn tới các biến đổi về sinh lý/chuyển hóa bao gồm: tăng huyết áp, thừa cân béo phì, tăng đường máu và rối loạn lipid máu [6]. Ở các vùng sinh thái khác nhau sẽ có các đặc điểm khác nhau về các yếu

*Tác giả liên hệ

Email: nthuong@huemed-univ.edu.vn Điện thoại: (+84) xxxxxx <https://doi.org/10.52163/yhc.v66i1.1934>

tổ nguy cơ. Hơn nữa, người dân lao động phổ thông tại vùng núi và nông thôn gặp khó khăn trong tiếp cận với dịch vụ khám chữa bệnh hơn so với các đối tượng khác. Hơn nữa, tại tỉnh Thừa Thiên Huế nghiên cứu các yếu tố nguy cơ của bệnh không lây nhiễm ở đối tượng này còn nhiều hạn chế. Xuất phát từ những vấn đề trên, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu “So sánh hành vi nguy cơ và các yếu tố nguy cơ sinh chuyển hóa của bệnh không lây nhiễm ở người dân lao động phổ thông tại một số vùng của tỉnh Thừa Thiên Huế” với mục tiêu:

1. Mô tả các hành vi nguy cơ và các yếu tố nguy cơ sinh chuyển hóa của bệnh không lây nhiễm ở người dân lao động phổ thông tại tỉnh Thừa Thiên Huế

2. So sánh các hành vi nguy cơ và các yếu tố sinh chuyển hóa của bệnh không lây nhiễm của đối tượng nghiên cứu ở một số vùng của tỉnh Thừa Thiên Huế.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người dân lao động phổ thông tại tỉnh Thừa Thiên Huế. Ngoại trừ những người trong tình trạng không tỉnh táo, khó tiếp xúc, cảm điếc, rối loạn tâm thần ảnh hưởng trí lực hay chậm phát triển về trí tuệ.

2.2. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành thu thập số liệu từ tháng 10/2023 đến tháng 12/2023.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu cắt ngang.

- Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

739 người dân lao động phổ thông được lựa chọn ngẫu nhiên theo các vùng sinh thái của tỉnh Thừa Thiên Huế.

- Phương pháp thu thập thông tin:

Bộ câu hỏi STEPS của Tổ chức Y tế Thế giới được sử dụng để đánh giá hành vi nguy cơ của bệnh không lây nhiễm [4].

Người dân được đo các chỉ số nhân trắc, huyết áp và thực hiện xét nghiệm máu để xác định các yếu tố nguy cơ sinh chuyển hóa.

- Nội dung nghiên cứu: Các yếu tố nguy cơ BKLN bao gồm: Hút thuốc lá, sử dụng đồ uống có cồn, chế độ ăn không lành mạnh, ít hoạt động thể lực, thừa cân béo phì, nồng độ cholesterol và glucose máu cao.

- Đánh giá một số biến nghiên cứu:

+ Đánh giá một số biến nghiên cứu như sau:

+ Tình trạng hút thuốc lá: Có hút khi hiện tại có sử dụng thuốc lá [5].

+ Tình trạng sử dụng đồ uống có cồn: Phương pháp ước lượng số gam cồn tiêu thụ. Theo phân loại của WHO về các yếu tố nguy cơ của BKLN, đối tượng nghiên cứu được phân thành 3 nhóm dựa trên lượng cồn trung bình uống trong 30 ngày trước đó, đó là: Mức độ có hại, mức độ có nguy cơ cao và mức độ cho phép [4], [5].

+ Chế độ ăn rau xanh và trái cây: Một đơn vị chuẩn (một suất) trái cây hoặc rau xanh tương đương với 80 gam phần ăn được. Theo khuyến cáo của WHO nên ăn ít nhất 400 gam rau xanh và trái cây mỗi ngày, tương đương với 5 suất rau/trái cây [4], [5].

+ Hoạt động thể lực: Hoạt động thể lực của một người trưởng thành được đánh giá là đủ khi tổng thời gian hoạt động thể lực trong công việc, di chuyển, vui chơi giải trí đạt ít nhất: 150 phút hoạt động thể lực ở cường độ trung bình, hoặc 75 phút hoạt động thể lực ở cường độ mạnh (4), (5).

+ Phân loại của thừa cân và béo phì: Dựa trên chỉ số khối cơ thể (BMI) theo khuyến nghị bởi WHO dành cho người châu Á [5].

+ Tăng huyết áp: Sử dụng tiêu chí của Hội Tim Mạch Việt Nam 2022 [8].

+ Đái tháo đường: Chẩn đoán đái tháo đường theo Quyết định 5481/QĐ-BYT [9]

+ Rối loạn lipid máu: Chẩn đoán rối loạn lipid máu theo NCEP ATP III (2002).

2.3. Xử lý, phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để xử lý và phân tích số liệu.

2.4. Đạo đức nghiên cứu:

Đối tượng tham gia nghiên cứu được giải thích rõ về mục đích, nội dung của nghiên cứu. Các đối tượng tự nguyện đồng ý tham gia và có quyền rút lui khỏi nghiên cứu ở bất cứ giai đoạn nào.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Mô tả các hành vi nguy cơ và các yếu tố sinh chuyển hóa của bệnh không lây nhiễm ở người dân lao động phổ thông tại tỉnh Thừa Thiên Huế

Bảng 1. Hành vi nguy cơ của đối tượng nghiên cứu (n=739)

Hành vi nguy cơ	Số lượng	Tỷ lệ %
Hút thuốc lá		
Hút thuốc lá	220	29,8
Không hút	519	70,2
Mức độ sử dụng rượu bia		
Mức độ có hại	10	1,4
Mức độ nguy cơ	14	1,9
Mức độ cho phép	715	96,8
Mức hoạt động thể lực		
Cao	519	70,2
Trung bình	116	15,7
Thấp	104	14,1
Sử dụng rau xanh/hoa quả		
Đủ rau xanh/ hoa quả	164	22,2
Không đủ rau xanh/ hoa quả	575	77,8
Thói quen ăn mặn		
Có	122	16,5
Không	617	83,5

Có 29,8% người lao động phổ thông có sử dụng thuốc lá. Hầu hết đối tượng nghiên cứu sử dụng rượu bia ở mức độ cho phép (96,8%). Đa số, người dân lao động

phổ thông hoạt động thể lực ở mức cao và sử dụng không đủ rau xanh/ hoa quả (70,2% và 77,8%). 16,5% đối tượng có thói quen ăn mặn.

Bảng 2. Các yếu tố nguy cơ sinh chuyển hóa của đối tượng nghiên cứu (n=739)

Yếu tố nguy cơ sinh chuyển hóa	Số lượng	Tỷ lệ %
Béo phì		
Thừa cân/ béo phì	171	23,2
Bình thường	426	57,6
Nhẹ cân	142	19,2
Đường máu		
Đái tháo đường	38	5,1
Tiền đái tháo đường	82	11,1
Bình thường	619	83,8
Tăng huyết áp		
Tăng huyết áp	323	43,7
Không tăng huyết áp	416	56,3
Rối loạn lipid máu		
Có	435	58,9
Không	304	41,1

Tỷ lệ thừa cân/ béo phì, đái tháo đường, tăng huyết áp và rối loạn lipid máu chiếm lần lượt 23,2%; 5,1%; 43,7% và 58,9%.

3.2. So sánh các hành vi nguy cơ và các yếu tố sinh chuyển hóa của bệnh không lây nhiễm của đối tượng nghiên cứu ở một số vùng của tỉnh Thừa Thiên Huế.

Bảng 3. Hành vi nguy cơ của người dân lao động phổ thông ở một số vùng của tỉnh Thừa Thiên Huế (n=739)

Vùng HVNC		Thành thị		Đồng bằng		Đầm phá/ ven biển		Vùng núi		p
		SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
Mức độ hút thuốc lá	Hút thuốc lá	29	35,4	71	27,3	53	30,8	67	29,9	0,196
	Không hút	53	64,6	190	72,7	119	69,2	157	70,1	
Mức độ sử dụng rượu bia	Mức độ có hại	1	1,2	4	1,5	2	1,2	3	1,3	0,563
	Mức độ nguy cơ	4	4,9	3	1,1	3	1,7	4	1,8	
	Mức độ cho phép	77	93,9	254	97,3	167	97,1	217	96,9	
Mức hoạt động thể lực	Cao	57	69,5	176	67,4	99	57,6	187	83,5	<0,001
	Trung bình	6	7,3	50	19,2	37	21,5	23	10,3	
	Thấp	19	23,2	35	13,4	36	20,9	14	6,2	
Sử dụng rau xanh/ hoa quả	Đủ theo khuyến cáo	14	17,1	45	17,2	39	22,7	66	19,5	0,008
	Không đủ theo khuyến cáo	68	82,9	216	82,8	133	77,3	158	70,5	
Thói quen ăn mặn	Có	18	22,0	49	18,8	24	14,0	31	13,8	0,195
	Không	64	78,0	212	81,2	148	86,0	193	86,2	
Tổng		82	100,0	261	100,0	172	100,0	224	100,0	

Sử dụng rau xanh/ hoa quả và hoạt động thể lực giữa các vùng sinh thái khác nhau có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Người lao động phổ thông ở vùng núi và đầm phá/ ven biển sử dụng rau xanh/ hoa quả đủ theo khuyến cáo cao

hơn so với vùng nông thôn và thành thị (19,5%; 22,7% so với 17,1% và 17,2%). Hoạt động thể lực ở mức độ cao vùng núi cao hơn so với các khu vực khác (83,5% so với 69,5%; 67,4% và 57,6%).

Thói quen ăn mặn, sử dụng đồ uống có cồn và hút thuốc lá khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa các vùng sinh thái.

Bảng 4. Các yếu tố nguy cơ sinh chuyển hóa của người dân lao động phổ thông ở một số vùng của tỉnh Thừa Thiên Huế (n=739)

Vùng sinh thái YTNC sinh chuyển hóa		Thành thị		Đồng bằng		Đầm phá/ ven biển		Vùng núi		p
		SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
Phân loại BMI	Thừa cân/ béo phì	23	28,0	54	20,7	48	27,9	46	20,6	0,027
	Bình thường	46	56,1	147	56,3	103	59,9	130	58,0	
	Nhẹ cân	13	15,9	60	23,0	21	12,2	48	21,4	
Tăng đường huyết	Đái tháo đường (ĐTĐ)	7	8,5	13	5,0	12	7,0	6	2,7	<0,001
	Tiền đái tháo đường	9	11,0	19	7,3	34	19,8	20	11,1	
	Bình thường	66	80,5	229	87,7	126	73,3	198	88,4	
Tăng huyết áp	Tăng huyết áp (THA)	28	34,1	123	47,1	75	43,6	97	43,3	0,123
	Không tăng huyết áp	54	65,9	138	52,9	97	56,4	127	56,7	
Rối loạn lipid máu	Có	52	63,4	153	58,6	102	59,3	128	57,1	0,802
	Không	30	36,6	108	41,4	70	40,7	96	42,9	
Tổng		82	100,0	261	100,0	172	100,0	224	100,0	

Thừa cân/ béo phì và tỷ lệ đái tháo đường giữa các vùng sinh thái khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Người lao động phổ thông ở vùng núi và đồng bằng có tỷ lệ thừa cân/ béo phì thấp hơn so với khu vực thành thị và đầm phá/ ven biển. Tỷ lệ đái tháo đường ở vùng núi thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với các khu vực khác. Tăng huyết áp và rối loạn lipid máu khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa các vùng sinh thái ($p > 0,05$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Mô tả các hành vi nguy cơ và các yếu tố sinh chuyển hóa của bệnh không lây nhiễm ở người dân lao động phổ thông tại tỉnh Thừa Thiên Huế

Thuốc lá là một trong những nguyên nhân làm gia tăng các BKLN. Việt Nam là một trong 15 nước có số người sử dụng thuốc lá cao nhất thế giới (khoảng 16 triệu người) [5]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 29,8% người lao động phổ thông có sử dụng thuốc lá. Tỷ lệ này tương tự trong nghiên cứu của Tôn Thất Cảnh Trí (29,3%) [6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với điều tra Quốc gia các yếu tố nguy cơ của BKLN cho thấy một phần năm (20,8%) dân số từ 15 tuổi trở lên hiện hút thuốc [3].

Việt Nam trong 2 thập kỷ gần đây là một trong các quốc gia có mức tiêu thụ đồ uống có cồn tăng nhanh qua các năm. Theo điều tra quốc gia về BKLN 2021, gần 2/3

nam giới (64,2%), 1/10 nữ giới (9,8%) và 36,9% chung cả 2 giới hiện có uống rượu bia trong 30 ngày trước đó. Khoảng 14,7% số người uống rượu, bia ở mức nguy hại [3]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hầu hết đối tượng nghiên cứu sử dụng rượu bia ở mức độ cho phép (96,8%). Đây là tín hiệu đáng mừng trong chiến lược dự phòng giảm rượu bia của Việt Nam.

Tại Việt Nam, hơn một nửa dân số trưởng thành (57,2%) ăn thiếu rau/ trái cây so với khuyến cáo của WHO [5]. Kết quả điều tra năm 2021 cho thấy khoảng 60% dân số trưởng thành ăn thiếu rau và trái cây so với khuyến nghị là mỗi người cần ăn ít nhất 5 suất (tương đương với 400g) rau và/hoặc trái cây mỗi ngày [3]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số người dân lao động phổ thông sử dụng không đủ rau xanh/ hoa quả theo khuyến cáo của WHO (77,8%). Vì vậy, chúng ta cần có chiến lược phù hợp để tăng cường tuyên truyền phòng chống các BKLN.

Thiếu hoạt động thể lực là một yếu tố nguy cơ đáng kể đối với các BKLN. Năm 2015, trên toàn cầu có 23% người lớn và 81% thanh thiếu niên đang đi học không hoạt động thể lực đầy đủ [5]. Kết quả điều tra quốc gia các yếu tố nguy cơ của BKLN cho thấy gần một phần tư dân số (22,2%) thiếu hoạt động thể lực (không đạt mức hoạt động thể lực vì sức khỏe theo khuyến nghị của WHO [3]). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy người dân lao động phổ thông hoạt động thể lực ở mức cao chiếm 70,2%.

Lượng muối tiêu thụ hàng ngày là một nhân tố quan trọng ảnh hưởng đến mức huyết áp cũng như nguy cơ các bệnh tim mạch. WHO khuyến cáo không nên ăn quá 5 gam muối/ngày để phòng chống các bệnh tim mạch [4]. Kết quả điều tra năm 2021 cho thấy tỷ lệ dân số luôn luôn hoặc thường xuyên cho muối, mắm hoặc gia vị mặn vào thức ăn trước hoặc trong khi ăn là 78,2% [3]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 16,5% đối tượng có thói quen ăn mặn.

Thừa cân béo phì là một trong những yếu tố nguy cơ của BKN. Tỷ lệ thừa cân/béo phì trong nghiên cứu chúng tôi chiếm 23,2%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu Tôn Thất Cảnh Trí cho thấy có 23,7% đối tượng tham gia nghiên cứu đang trong tình trạng thừa cân, béo phì [6]. Theo điều tra quốc gia các yếu tố nguy cơ của BKN năm 2021 cho thấy gần 1/5 dân số (19,5%) bị thừa cân, trong đó có 2,1% bị béo phì [3].

Ước tính, hiện nước ta có khoảng 3 triệu người mắc đái tháo đường [5]. Tỷ lệ đái tháo đường ở các đối tượng trong nghiên cứu là 5,1%. Kết quả này cao hơn điều tra quốc gia Việt Nam năm 2015 (4,1%) [5] và thấp hơn so với kết quả điều tra quốc gia Việt Nam năm 2021 là 7,1% [3].

Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ chính dẫn đến các biến cố tim mạch nặng nề như đột quỵ, nhồi máu cơ tim, suy tim, suy thận và mù lòa... và là nguyên nhân khiến 7 triệu người trên thế giới tử vong mỗi năm. Theo kết quả điều tra năm 2021, một phần tư dân số (26,2%) bị tăng huyết áp [3]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp ở người dân lao động phổ thông chiếm 43,7%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Đoàn Phước Thuộc (44,1%) [7].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rối loạn lipid máu chiếm 58,9%. Theo thống kê năm 2021, trong quần thể nghiên cứu, 44,1% người có mức cholesterol toàn phần máu $\geq 5,0$ mmol/L hoặc hiện đang dùng thuốc điều trị tăng cholesterol [3].

4.2. So sánh các hành vi nguy cơ và các yếu tố sinh chuyển hóa của bệnh không lây nhiễm của đối tượng nghiên cứu ở một số vùng của tỉnh Thừa Thiên Huế.

Sử dụng rau xanh/ hoa quả giữa các vùng sinh thái khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Người lao động phổ thông ở vùng núi và đầm phá/ ven biển sử dụng rau xanh/ hoa quả đủ theo khuyến cáo cao hơn so với vùng nông thôn và thành thị (19,5%; 22,7% so với 17,1% và 17,2%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả của Tôn Thất Cảnh Trí [6].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, hoạt động thể lực ở mức độ cao vùng núi cao hơn so với các khu vực khác (83,5% so với 69,5%; 67,4% và 57,6%). Giải thích cho sự khác biệt này có thể là do nghề nghiệp của người dân, khu vực miền núi có số lượng nông dân làm nương rẫy cao nhất và cao gần gấp đôi nông thôn, khu vực thành thị chủ yếu là người kinh doanh, buôn

bán, cán bộ công chức và người già. Các công việc ít hoạt động thể lực dẫn đến thời gian hoạt động thể lực của người dân ở nông thôn và thành thị không đủ theo khuyến nghị.

Thừa cân, béo phì và tăng đường máu cũng là những yếu tố nguy cơ sinh chuyển hóa dẫn đến bệnh không lây nhiễm, tỷ lệ người dân thừa cân, béo phì ở miền núi thấp hơn 2 vùng còn lại. Tỷ lệ này khá phù hợp do điều kiện kinh tế khó khăn, chế độ ăn không đầy đủ.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm còn cao. Một số yếu tố có sự khác biệt giữa các vùng sinh thái khác nhau. Từ đó, cần có những giải pháp can thiệp phù hợp làm giảm nguy cơ với đặc điểm của mỗi vùng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Peng W, Zhang L, Wen F, Tang X, Zeng L, Chen J, et al. Trends and disparities in non-communicable diseases in the Western Pacific region. *The Lancet*. 2024;43.
- [2] Ferrari AJ, Santomauro DF, Aali A, Abate YH, Abbafati C, Abbastabar H, et al. Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations : a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*. 2024; 403(10440): 2133-61.
- [3] Bộ Y tế. Điều tra quốc gia các yếu tố nguy cơ của bệnh không lây nhiễm tại Việt Nam năm 2021. 2022.
- [4] WHO. STEPS Manual. 2014.
- [5] Bộ Y tế, Cục Y tế dự phòng. Điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm Việt Nam 2015. 2016.
- [6] Tôn Thất Cảnh Trí, Nguyễn Thanh Sơn, Đoàn Vũ Lực, Nguyễn Thanh Tú, Trần Vũ Long, Đặng Thị Anh Thư. So sánh yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm ở ba vùng sinh thái tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2019. *Tạp chí Y Dược học*. 2021; 3(11):13-20.
- [7] Đoàn Phước Thuộc, Nguyễn Thị Hương, Trần Thị Thanh Nhân, Nguyễn Thị Phương Thảo, Nguyễn Thị Thúy Hằng, Đoàn Phạm Phước Long, et al. Nguyên cứu thực trạng nhận biết một số bệnh không lây nhiễm và hành vi điều trị, dự phòng ở người dân tỉnh Thừa Thiên Huế. *Tạp chí Y Dược học*. 2019; 9(1):80-6.
- [8] Hội tim mạch học Việt Nam. Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp. 2022.
- [9] Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2. 2020.