

Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ mắc đái tháo đường týp 2 ở các nhóm đối tượng dân cư của tỉnh Ninh Bình

Research of high risk factors of type 2 diabetes among people in Ninh Binh province

Đỗ Đình Tùng*,
Tạ Văn Bình**

*Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn,
**Trường Đại học Y Hà Nội

Tóm tắt

Mục tiêu: Đưa ra số liệu về đặc điểm lâm sàng và hành vi lối sống của các đối tượng có yếu tố nguy cơ, so sánh giữa 2 khu vực khác nhau của tỉnh Ninh Bình. *Đối tượng và phương pháp:* Sử dụng phương pháp sàng lọc, mô tả cắt ngang 6.878 đối tượng có yếu tố nguy cơ đái tháo đường của Thành phố Ninh Bình và Thành phố Tam Điệp và phân tích sự khác nhau của 2 địa điểm này. *Kết quả:* Tuổi trung bình của các đối tượng có yếu tố nguy cơ là $53,74 \pm 9,29$ tuổi; tỷ lệ nữ gấp 1,8 lần nam giới. Chỉ số trung bình BMI, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, đường huyết lúc đói và đường huyết sau 2 giờ của các đối tượng ở Thành phố Ninh Bình cao hơn ở Thành phố Tam Điệp, $p < 0,05$. Tỷ lệ thừa cân/béo phì, tăng vòng eo, chỉ số eo/hông cao của các đối tượng ở Thành phố Ninh Bình cao hơn ở Thành phố Tam Điệp, $p < 0,05$. Tỷ lệ đối tượng có các yếu tố nguy cơ về tiền sử gia đình, về hành vi lối sống như gia đình có người mắc đái tháo đường, ăn nhiều dầu mỡ, hút thuốc lá, uống rượu bia và ít hoạt động thể lực ở Thành phố Ninh Bình cao hơn ở Thành phố Tam Điệp, có ý nghĩa thống kê. *Kết luận:* Có khác biệt chỉ số BMI, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, đường huyết lúc đói và đường huyết sau 2 giờ, tỷ lệ thừa cân/béo phì, tăng vòng eo, chỉ số eo/hông, tiền sử gia đình và hành vi lối sống của nhóm người có yếu tố nguy cơ sống trong cùng 1 tỉnh.

Từ khóa: Yếu tố nguy cơ, cộng đồng, đái tháo đường, thói quen ăn uống.

Summary

Objective: To provide data on the prevalence, clinical, and lifestyle characteristics of individuals with high risk for type 2 diabetes, and compare the differences between two distinct areas in Ninh Binh province, for community intervention planning. *Subject and method:* A cross-sectional study was conducted on 6,878 high-risk individuals in Ninh Binh and Tam Diep cities, using screening methods and descriptive analysis to compare the epidemiological and lifestyle characteristics between the two locations. *Result:* The mean age of high-risk individuals was 53.74 ± 9.29 years, with a female to male ratio of 1.8:1. The average BMI, systolic blood pressure, diastolic blood pressure, fasting blood glucose levels, and 2-hour plasma glucose levels were

Ngày nhận bài: 9/3/2023, ngày chấp nhận đăng: 22/3/2023

Người phản hồi: Đỗ Đình Tùng, Email: bsdinh tung@gmail.com - Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

significantly higher in Ninh Binh compared to Tam Diep ($p < 0.05$). The prevalence of overweight/obesity, increased waist circumference, and waist-to-hip ratio were also significantly higher in Ninh Binh compared to Tam Diep ($p < 0.05$). The prevalence of risk factors such as family history of T2D, high-fat diet, smoking, alcohol consumption, and low physical activity were also significantly higher in Ninh Binh compared to Tam Diep ($p < 0.05$). *Conclusion:* There are significant differences in BMI, systolic blood pressure, diastolic blood pressure, fasting blood glucose levels, 2-hour plasma glucose levels, prevalence of overweight/obesity, waist circumference, waist-to-hip ratio, family history, and lifestyle behaviors of high-risk individuals living in different geographical and economic regions.

Keywords: Risk factors, community, type 2 diabetes, lifestyle.

1. Đặt vấn đề

Số lượng người mắc bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) đang tăng nhanh trên thế giới, đặc biệt ở các nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam. Bệnh ĐTĐ gây những hậu quả nặng nề về sức khỏe do các biến chứng của bệnh, chi phí điều trị và quản lý bệnh rất tốn kém, vì vậy ĐTĐ thực sự trở thành gánh nặng kinh tế cho cả xã hội, bản thân và gia đình người bệnh [1], [2].

Trên thế giới khoảng 50% bệnh nhân ĐTĐ tít 2 không được chẩn đoán, còn tại Việt Nam theo kết quả điều tra Quốc gia năm 2002 và 2008 có tới 65-70% bệnh nhân ĐTĐ tít 2 không được chẩn đoán và quản lý điều trị. ĐTĐ có thể gặp ở bất kỳ đối tượng nào, nhưng chủ yếu gặp ở đối tượng mang yếu tố nguy cơ (YTNC). Điều tra đối tượng mắc YTNC cho thấy tỷ lệ mắc dao động từ 15-20%. Vì lý do kinh tế không thể sàng lọc mọi đối tượng trong cộng đồng, người ta thường tiến hành khám sàng lọc, xét nghiệm đường huyết nhằm phát hiện sớm bệnh nhân mắc ĐTĐ, tiền ĐTĐ ở những đối tượng mang YTNC [3].

Các YTNC thường được đề cập là: Tiền sử gia đình (TSGĐ) có người thân mắc ĐTĐ, người bị tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, béo phì, mắc bệnh tim mạch, có kháng insulin, người có tiền sử đẻ con to, cân

nặng từ 3.800g trở lên, hoặc mắc ĐTĐ thai kỳ,... [4]. Việc loại trừ các YTNC có thể ngăn ngừa, làm chậm phát triển bệnh như thay đổi lối sống, kiểm soát tốt đường huyết, HbA1c, huyết áp, rối loạn lipid máu đã được chứng minh rõ ràng qua nhiều nghiên cứu khác nhau trên thế giới [6], [7].

Nghiên cứu này được thực hiện với mục đích thu thập số liệu thống kê và trả lời câu hỏi về liệu có sự khác biệt về các YTNC ở dân cư của hai khu vực nhau trong cùng tỉnh Ninh Bình. Nghiên cứu nhằm mục tiêu: *Cá thể hóa trong triển khai kế hoạch can thiệp cộng đồng.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu gồm cả nam và nữ ở những người độ tuổi từ 30-69 có YTNC cao với bệnh ĐTĐ. Loại trừ các đối tượng không đồng ý tham gia hoặc tự nguyện tham gia nghiên cứu nhưng không thuộc danh sách đã chọn. Đối tượng đã ăn trước khi đến khám hoặc ăn sau 21 giờ. Các đối tượng đang mắc các bệnh cấp tính hoặc đang dùng các thuốc làm tăng đường máu. Phụ nữ đang mang thai.

Địa điểm và thời gian

Nghiên cứu được thực hiện tại 2 địa điểm của tỉnh Ninh Bình. Thành phố Ninh Bình (TPNB) là thành phố có sự đô thị hóa

cao trong khi Thành phố Tam Điệp (TPTĐ) là khu vực đô thị miền núi.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, phân tích các mối liên quan ở các nhóm đối tượng nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn mẫu và cỡ mẫu

Các yếu tố nguy cơ theo Hiệp hội ĐTD Hoa Kỳ bao gồm [8]:

Tiền sử giảm dung nạp glucose hoặc rối loạn glucose lúc đói.

Tiền sử gia đình ĐTD.

Béo phì (nhất là béo phì dạng nam).

Tuổi: Từ 45 tuổi trở lên.

Tăng huyết áp và hoặc rối loạn lipid máu.

Tiền sử sinh con nặng từ 3.800g trở lên.

Ít vận động.

Thói quen ăn nhiều và giàu đường đơn...

Để tính cỡ mẫu nghiên cứu chúng tôi sử dụng công thức tính cỡ mẫu áp dụng cho việc ước tính tỷ lệ trong quần thể.

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

Trong đó n: Cỡ mẫu nghiên cứu; α : Là mức ý nghĩa thống kê, chọn $\alpha = 0,05$ (tương ứng với độ tin cậy 95%); $Z(1-\alpha/2)$: Tra giá trị từ bảng, tương ứng với giá trị của α như trên được kết quả $Z(1-\alpha/2) = 1,96$; p: Là tỷ lệ xuất hiện đái tháo đường ở cộng đồng dựa theo nghiên cứu tổng điều tra toàn quốc của Bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2008 là 5,7%; ϵ : Độ chính xác mong muốn, yêu cầu là $\pm 9,7\%$ (0,097). Tính theo công thức sau:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{(\epsilon p)^2} = 1,96^2 \frac{0,057 \times 0,943}{(0,097 \times 0,057)^2} = 6755$$

Tổng số đối tượng nghiên cứu là 6.876 người thuộc 15 phường/xã. Trong đó, khu vực TPNB có 3.338 đối tượng (10 phường); khu vực TPTĐ có 3.538 đối tượng (5 xã/phường). Tỷ lệ các đối tượng tham gia nghiên cứu ở TPNB gần như tương đương với tỷ lệ người sống ở TPTĐ.

Phương pháp chọn mẫu:

Bước 1:

Chọn các nhân viên y tế, y tế tổ dân phố/thôn; tiến hành đào tạo, thực hành, kiểm tra thành thạo các nội dung nghiên cứu..

Chọn phường/xã: Lập danh sách tổng cộng 23 đơn vị cấp phường/xã; bốc thăm ngẫu nhiên lần lượt được 15 phường/xã (Bắc Sơn, Trung Sơn, Nam Sơn, Quang Sơn, Yên Bình, Thanh Bình, Bích Đào, Ninh Phong, Ninh Sơn, Nam Bình, Nam Thành, Đông Thành, Bích Đào, Vân Giang, Tân Thành) để tiến hành nghiên cứu.

Lập danh sách toàn bộ các đối tượng 30-69 tuổi trên địa bàn 15 phường/xã, phân loại các đối tượng theo nhóm tuổi.

Phát phiếu đánh giá yếu tố nguy cơ cho tất cả các đối tượng có trong danh sách; các đối tượng tự điền vào phiếu tự đánh giá; cộng tác viên thu phiếu đã được điền đầy đủ các thông tin để đánh giá.

Bước 2:

Đánh giá, lựa chọn nhóm đối tượng có yếu tố nguy cơ ĐTD.

Được xác định bằng phiếu đánh giá yếu tố nguy cơ.

Các đối tượng có yếu tố nguy cơ được lựa chọn vào nghiên cứu.

Bước 3:

Viết thư mời những đối tượng nghiên cứu đến Trạm Y tế để tiến hành phỏng vấn,

khám bệnh, xét nghiệm đường huyết lúc đói (ĐHLD), đường huyết 2 giờ sau khi làm nghiệm pháp dung nạp đường huyết (ĐH2h).

Đo glucose máu mao mạch bằng máy ONE TOUCH SURESTEPS của hãng Jonhson & Jonhson. Máy được thiết kế riêng cho các nhân viên y tế, kết quả glucose máu mao mạch đã được chuẩn hoá theo glucose máu huyết tương; máy đã được Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo sử dụng trong nghiên cứu và sàng lọc cộng đồng [2].

Lấy tất cả các đối tượng đến tham gia nghiên cứu nếu đáp ứng các tiêu chuẩn chọn mẫu.

Các tiêu chuẩn đánh giá

Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ theo WHO-IDF 2015.

Phân loại BMI theo tiêu chuẩn IDF năm 2005 cho khu vực châu Á Thái Bình Dương: BMI (Chỉ số khối cơ thể) = Cân nặng(kg)/[Chiều cao(m)]².

Phân loại chỉ số eo/hông theo tiêu chuẩn IDF năm 2005 cho khu vực châu Á Thái Bình Dương. Nữ: > 0,85 là cao, nam: > 0,95 là cao.

Chẩn đoán tăng huyết áp theo (WHO 1999 - WHO/NCD/NCS/99.2). Tăng HA: HA tâm thu \geq 140mmHg, HA tâm trương \geq 90mmHg; Tăng HA tâm thu: HA tâm thu \geq 140mmHg, HA tâm trương < 90mmHg; Tăng HA tâm trương: HA tâm thu < 140mmHg, HA tâm trương \geq 90mmHg.

Có ăn rau thường xuyên: Là có ăn \geq 300gr/ ngày và ăn hàng ngày; Không thường xuyên: Là ít ăn hoặc có ăn < 300gr/ ngày.

Uống rượu bia: Có thường xuyên là có uống (với rượu \geq 60ml, với bia \geq 300ml)/ngày và \geq 4 ngày/ tuần); không thường xuyên là không hoặc có (với rượu < 60ml, với bia < 300ml)/ ngày).

Có hút thuốc lá: Là hiện tại hoặc trước kia có hút lá thường xuyên; không hút thuốc: Trước kia và hiện tại không hút.

Ít hoạt động thể lực: Không có các hoạt động thể lực trung bình và nặng: Bốc vác, đào đất, xây dựng, đi bộ, đạp xe, bơi lội kéo dài ít nhất 10 phút liên tục mỗi lần.

2.3. Xử lý số liệu nghiên cứu

Số liệu được nhập vào máy tính bằng phần mềm EpiData 3.0, các câu trả lời được mã hóa bằng số. Đồng thời kiểm tra tính logic. Các số liệu thu thập được của nghiên cứu được xử lý theo các thuật toán thống kê y học trên máy vi tính bằng chương trình phần mềm Stata 10 và Epidata 3.0 để tính toán các thông số thực nghiệm: Trung bình, độ lệch chuẩn, phương sai đối với các biến số định lượng, các biến số định tính được trình bày theo tần suất, tỷ lệ phần trăm (%). 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 hai trung bình. Biến định lượng có phân phối không chuẩn chúng tôi sử dụng test kiểm định phi tham số.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện sau khi được sự chấp thuận về mặt đạo đức của Hội đồng Đạo đức Y khoa Trường Đại học Y Hà Nội; giấy xác nhận IRB số 87/HĐĐ-ĐHYHN.

Tất cả các cá nhân tham gia nghiên cứu đều có sự đồng thuận, ký vào bản đồng thuận tham gia nghiên cứu. Các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật.

Kết quả nghiên cứu phản ánh đúng, trung thực thực trạng của cộng đồng. Nghiên cứu phải tuân thủ nghiêm túc quy định, quy trình. Kết quả của nghiên cứu nhằm bảo vệ sức khỏe cộng đồng mà không nhằm một mục đích nào khác.

3. Kết quả

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học đối tượng nghiên cứu (n = 6.876)

TT	Đặc điểm thông tin chung		n	Tỷ lệ %
1	Nhóm tuổi	30-39	576	8,4
		40-49	1307	19,0
		50-59	2787	40,5
		60-69	1920	27,9
		Không trả lời	286	4,2
2	Giới	Nam	2488	35,6
		Nữ	4428	64,4
3	Dân tộc	Kinh	6804	99,0
		Khác	72	1,0
4	Hôn nhân	Chưa lập gia đình	550	8,0
		Đã lập gia đình	5828	84,8
		Ly hôn và khác	257	3,7
		Không trả lời	241	3,5
5	Trình độ học vấn	Không biết đọc, biết chữ và chưa đạt tiểu học	248	3,6
		Đạt tiểu học/trung học cơ sở	3179	46,2
		Đạt trung học phổ thông	2335	34,0
		Đại học và trên đại học	875	12,7
		Không trả lời	239	3,5
6	Công việc chính trong 12 tháng qua	Làm việc trong cơ quan nhà nước	785	11,4
		Làm việc ngoài cơ quan nhà nước	525	7,6
		Làm việc độc lập	1537	22,4
		Làm việc không có lương	245	3,6
		Đang đi học	7	0,1
		Nội trợ	590	8,6
		Nghỉ hưu	2595	37,7
		Không có việc làm	112	1,6
		Không trả lời	480	7,0
7	Địa dư	TPNB	3338	48,5
		TPTĐ	3538	51,5

Nhận xét: Đối tượng là nữ nhiều gấp 1,8 lần nam giới. Chủ yếu là dân tộc kinh chiếm 99%. Số các đối tượng nghiên cứu không đi học một cách chính thức và chưa đạt tiểu học 3,6%; tỷ lệ tốt nghiệp trung học cơ sở 46,2%; tỷ lệ tốt nghiệp phổ thông trung học, trung

học chuyên nghiệp, cao đẳng, đại học hoặc trên đại học là 46,7%. Nghỉ hưu, làm việc độc lập chiếm 60% cao hơn các nghề khác.

Bảng 2. Đặc điểm về sinh học của đối tượng nghiên cứu (n = 6.876)

Đặc điểm	TPNB ($\bar{x} \pm SD$)	TPTĐ ($\bar{x} \pm SD$)	Chung ($\bar{x} \pm SD$)	p
Tuổi	53,95 ± 9,34	53,55 ± 9,24	53,74 ± 9,29	>0,05
BMI	23,01 ± 2,82	22,72 ± 2,68	22,87 ± 2,75	<0,05
HATT	138,39 ± 21,13	138,09 ± 22,01	138,24 ± 21,58	>0,05
HATTr	80,81 ± 12,24	78,98 ± 13,21	79,87 ± 12,78	<0,05
ĐHLĐ	5,56 ± 1,29	5,39 ± 1,28	5,47 ± 1,29	0,000
ĐH sau 2 giờ	8,20 ± 3,19	7,94 ± 3,24	8,07 ± 3,22	<0,05

Nhận xét: Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 53,74 tuổi (SD = 9,29 tuổi). Tuổi trung bình của khu vực TPNB là 53,95 không khác biệt so với tuổi trung bình của người TPTĐ là 53,55 tuổi. Trung bình BMI, HATT, HATTr, ĐHLĐ và ĐH2h ở TPNB cao hơn ở TPTĐ, khác biệt có ý nghĩa thống kê. Còn HATT không có khác biệt giữa hai khu vực.

Bảng 3. Phân bố một số đặc điểm của đối tượng tại các khu vực (n = 6.876)

Đặc điểm đối tượng và thể trạng		Thành phố NB		Thành Phố TĐ		Chung		p
		n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Tuổi	≥ 45	2746	83,5	2772	82,5	5518	83,0	>0,05
	< 45	544	16,5	586	17,5	1130	17,0	
Giới	Nữ	2216	66,4	2212	62,5	4428	64,4	<0,01
	Nam	1122	33,6	1326	37,5	2448	35,6	
Trình độ học vấn	≥ THPT	1580	48,3	1630	46,8	3210	48,4	>0,05
	< THPT	1701	51,8	1630	48,6	3427	51,6	
BMI	≥ 23	1638	49,6	1512	44,7	3150	47,1	<0,001
	< 23	1662	50,4	1874	55,3	3536	52,9	
Vòng eo	Tăng	1258	38,7	846	25,7	2104	32,1	<0,001
	Bình thường	1994	61,4	2451	74,3	4445	67,9	
Tỷ số eo/hông	Tăng	1762	54,4	1143	34,7	2905	44,5	<0,001
	Bình thường	1477	45,6	2147	65,3	3624	55,5	
THA	Có	1149	44,0	1581	45,9	3030	45,0	>0,05
	Không	1845	56,0	1862	54,1	3707	55,0	
ĐTĐ	Có	284	8,5	277	7,8	561	8,2	>0,05
	Không	3054	91,5	3261	92,2	6315	91,8	
TĐTĐ	Có	923	30,2	759	23,3	1682	26,8	<0,001
	Không	2131	69,8	2502	76,7	4633	73,4	

Nhận xét: Tỷ lệ mang yếu tố liên quan về nhân khẩu và nhân trắc ở hai khu vực là tương đối cao, khác biệt có ý nghĩa thống kê ở giới, BMI \geq 23, vòng eo tăng, tỷ số eo/hông.

Bảng 4. Đặc điểm hành vi lối sống và tiền sử bệnh tại các khu vực (n = 6.876)

TS bệnh và hành vi lối sống	Thành phố NB		Thành phố TĐ		Chung		p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Tiền sử gia đình bị ĐTĐ	600	18,0	383	10,8	983	14,3	0,000
Thai to \geq 3800	262	7,8	217	14,8	479	15,8	>0,05
Tiền sử sức khỏe	1035	31,0	1014	45,8	2049	46,3	>0,05
Không ăn rau thường xuyên	1107	33,2	1684	47,6	2791	40,6	0,000
Uống rượu bia	1099	32,9	1065	30,1	2164	30,1	<0,05
Hút thuốc lá	719	21,5	662	18,7	1381	20,1	<0,01
Ít hoạt động thể lực	2672	80,0	2625	74,2	5297	77,0	0,000
Tỷ lệ ĐTĐ	284	8,5	277	7,8	561	8,2	>0,05
Tỷ lệ TĐTĐ	923	30,2	759	23,3	1682	26,8	<0,001

Nhận xét: Tỷ lệ mang yếu tố liên quan về tiền sử bệnh và hành vi lối sống ở TPNB cao hơn ở TPTĐ, sự khác biệt các yếu tố như BMI, vòng eo, tỷ số eo hông, tiền sử gia đình bị ĐTĐ, không ăn rau thường xuyên, hút thuốc lá, uống rượu bia và ít hoạt động thể lực có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ mắc tiền ĐTĐ ở Thành phố Ninh Bình cao hơn Thành phố Tam Điệp.

4. Bàn luận

Nghiên cứu này được thực hiện để xác định về các tỷ lệ các yếu tố nguy cơ mắc ĐTĐ tốp 2 ở nhóm tuổi từ 30-69 trong cộng đồng tại Tỉnh Ninh Bình, cũng như tìm hiểu một số yếu tố lối sống, thói quen. Dựa vào kết quả thu được trên 6.876 đối tượng nghiên cứu, chúng tôi có những bàn luận sau:

Trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ nữ cao hơn nam tương ứng là 64,4% và 35,6%, nữ gấp 1,8 lần nam, sự khác biệt có

ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu của Trần Thị Mai Hà tại tỉnh Yên Bái năm 2004 [5]. Trong nghiên cứu về dịch tễ học bệnh ĐTĐ trong cả nước năm 2003 của Tạ Văn Bình thì tỷ lệ nữ gấp 2 lần nam giới [7]. Đa số các nghiên cứu về sàng lọc ĐTĐ đều cho thấy đối tượng là nữ thường chiếm đa số, trong khi ở các nghiên cứu về dịch tễ học và các nghiên cứu lâm sàng thì tỷ lệ giữa nam và nữ mắc bệnh ĐTĐ hoặc có yếu tố nguy cơ ĐTĐ thường khác nhau không có ý nghĩa thống kê. Trong quá trình tham gia nghiên cứu chúng tôi nhận thấy các đối tượng nam thường có tâm lý chủ quan và bận do công việc nên không thích tham gia phát hiện ĐTĐ cho bản thân, ngược lại các đối tượng nữ đôi khi rất lo lắng vì vậy thường đến khám rất đông. Điều này có thể một phần nào giải thích sự chênh lệch về tỷ lệ tham gia nghiên cứu giữa nam và nữ.

Trong nghiên cứu các đối tượng chủ yếu là dân tộc Kinh (99,0%) và phần lớn

các đối tượng đã lập gia đình (84,8%), sống độc thân và li hôn chiếm số nhỏ lần lượt là 8,0% và 3,7%. Kết quả này phù hợp với đặc điểm dân số chung của tỉnh Ninh Bình và đặc điểm riêng của 15 phường qua các cuộc điều tra, thống kê dân số. Trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu nhìn chung thấp có tới 53,3% đối tượng đạt trung học cơ sở trở xuống, chỉ có 12,7% đối tượng có trình độ đại học và sau đại học. Trình độ văn hóa ảnh hưởng đến nhận thức của đối tượng về các khía cạnh khác nhau của xã hội, ảnh hưởng đến nhận thức phòng bệnh nói chung và ĐTĐ nói riêng. Độ tuổi trong nghiên cứu tra dịch tễ học ĐTĐ các tác giả thường lựa chọn từ 30-64 tuổi. Tuy nhiên, nhằm tránh bỏ sót các đối tượng ĐTĐ thì trong sàng lọc ĐTĐ người ta thường sàng lọc tất cả các đối tượng có yếu tố nguy cơ từ 30-69 tuổi. Vì vậy, để đảm bảo tính thống nhất khi so sánh, chúng tôi đã lựa chọn các đối tượng từ 30-69 tuổi để tiến hành nghiên cứu sàng lọc. Tuổi trung bình của các đối tượng tham gia nghiên cứu là 53,74 tuổi. Nghề nghiệp đối tượng nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao nhất là nghỉ hưu (37,7%), tiếp đến làm việc tự do chiếm 22,4% và nghề nghiệp khác chiếm tỷ lệ thấp hơn. Đối tượng nghiên cứu ở hai khu vực gần như tương đương nhau, tỷ lệ tương ứng là TPNB (48,5%) và TPTĐ (51,5%).

Đặc điểm về các chỉ số sinh học của đối tượng nghiên cứu cho thấy giá trị trung bình về tuổi, BMI, huyết áp, đường huyết lúc đói (ĐHLĐ) và đường huyết sau làm nghiệm pháp (ĐH2h) ở TPNB hơi cao hơn ở TPTĐ, khác biệt có ý nghĩa thống kê với BMI, HATT, ĐHLĐ và ĐH2h. Điều này có thể được giải thích là ở TPNB có điều kiện hoàn cảnh sống và lối sống khác ở TPTĐ. Do đó, dẫn đến tình trạng trên điều này được minh chứng ở Bảng 4.

Bảng 4 cho thấy mối các yếu tố liên quan đến hành vi lối sống ở hai địa phương TPNB và TPTĐ. Các kết quả cho thấy rằng có sự khác biệt đáng kể trong một số yếu tố giữa hai địa phương. Trong đó, tỷ lệ người có tiền sử gia đình có người mắc đái tháo đường ở TPNB cao hơn TPTĐ, có ý nghĩa thống kê ($p=0,000$). Tuy nhiên, chưa thấy sự khác biệt ý nghĩa thống kê đối với tỷ lệ thai to có cân nặng ≥ 3800 , tỷ lệ có tiền sử sản khoa sảy thai, ít hoạt động thể lực và tỷ lệ người có thói quen uống rượu [2], [8].

Tỷ lệ người có thói quen ăn nhiều dầu mỡ, tỷ lệ người hút thuốc lá, thói quen uống rượu bia và ít hoạt động thể lực ở TPNB cao hơn TPTĐ, có ý nghĩa thống kê lần lượt là $p=0,000$, $p<0,01$ và $p=0,000$, tương ứng. Điều này cho thấy rằng các yếu tố liên quan đến nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường của hành vi lối sống có sự khác biệt đáng kể giữa hai địa phương, đặc biệt là về thói quen ăn uống và hút thuốc lá. Kết quả này cung cấp thông tin quan trọng để phát triển các chiến lược phòng chống bệnh và cải thiện lối sống cho cộng đồng.

Phân tích cho thấy có sự khác biệt về tỷ lệ tiền đái tháo đường, không có sự khác biệt về tỷ lệ đái tháo đường. Điều này có thể lý giải các yếu tố nguy cơ tại TP Ninh Bình nhiều hơn Thành phố Tam Điệp. Tỷ lệ thực tế về ĐTĐ có thể ở Thành phố Ninh Bình cao hơn nhưng do người dân thường đi khám và phát hiện ĐTĐ sớm hơn nên tỷ lệ ĐTĐ tiềm ẩn trong cộng đồng không có sự khác biệt.

5. Kết luận

Tuổi trung bình của các đối tượng có YTNC là $53,74 \pm 9,29$ tuổi; tỷ lệ nữ gấp 1,8 lần nam giới.

Chỉ số trung bình BMI, HATT, HATT, ĐHLĐ và ĐH2h của các đối tượng ở TPNB cao hơn ở TPTĐ, $p<0,05$. Tỷ lệ thừa

cân/béo phì, tăng vòng eo, chỉ số eo/hông cao của các đối tượng ở TPNB cao hơn ở TPTĐ, $p < 0,05$.

Tỷ lệ đối tượng có các yếu tố nguy cơ về tiền sử gia đình, về hành vi lối sống như gia đình có người mắc ĐTĐ, hút thuốc lá, uống rượu bia và ít hoạt động thể lực ở TPNB cao hơn ở TPTĐ, có ý nghĩa thống kê.

Tài liệu tham khảo

1. Tạ Văn Bình (2006) *Bệnh đái tháo đường - Tăng glucose máu*. Nhà xuất bản Y học.
2. World Health Organization (2010) *Use of glycated Haemoglobin (HbA1c) in the diagnosis of diabetes mellitus - abbreviated report of a WHO consultation*.
3. World Health Organization (2016) *Global report on diabetes*. ISBN: 9789241565257.
4. Tabák AG, Herder C, Rathmann W, Brunner EJ, Kivimäki M (2012) *Prediabetes: A high-risk state for developing diabetes*. *Lancet* 379(9833):2279-90. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60283-9. PMID: 2279.
5. Trần Hữu Dàng (2011) *Đái tháo đường. Bệnh nội tiết chuyển hóa*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, tr. 268, 272.
6. Lê Anh Tuấn, Nguyễn Hải Thủy, Võ Văn Thăng (2010) *Tình hình tiền đái tháo đường týp 2 ở đối tượng trên 45 tuổi tại Bệnh viện Quận Hải Châu - Đà Nẵng*. *Tạp chí Nội Khoa*, 4, tr. 491-499.
7. Lê Anh Tuấn, Nguyễn Hải Thủy, Võ Văn Thăng (2010) *Yếu tố nguy cơ ở đối tượng tiền đái tháo đường mới phát hiện tại Bệnh viện Quận Hải Châu - Đà Nẵng*.
8. Blair M (2016) *Diabetes mellitus review*. *Urol Nurs* 36(1): 27-36. PMID: 27093761.
9. American Diabetes Association (2020) *Classification and diagnosis of diabetes: Standards of medical care in diabetes 2020*. *Diabetes Care* 43(Suppl 1): S14-S31. doi: 10.2337/dc20-S002. PMID: 31862745.