ĐÁNH GIÁ BƯỚC ĐẦU NGUY CƠ MỘT SỐ BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM TẠI THÁI NGUYÊN

LẠI ĐỨC TRƯỜNG, LÊ BẠCH MAI, NGUYỄN CÔNG KHẨN, HÀ VĂN THỨC
TTYTDP Phú Thọ, Viện Dinh dưỡng Quốc gia,
Cục quản lý VSATTP, Sở Y tế Thái Nguyên

TÓM TẮT:

Sử dụng phương pháp STEPS của WHO trong điều tra cắt ngang với cỡ mẫu 2000 đối tượng từ 25-64 tuổi để đánh giá các YTNC của NCD tại Thái Nguyên. Phương pháp lấy mẫu theo hướng dẫn của STEPS. Cả ba bước của STEPS được sử dụng. Kết quả cho thấy tỷ lệ hút thuốc lá ở nam tương đối cao: Hiện hút: 51,1%, hút thuốc hàng ngày: 47,1%. Uống rượu quá mức an toàn của các đối tượng hiện đang uống rượu lên tới 25,3% ở nam, 11,1% ở nữ. Chỉ có 25,5% các đối tượng ăn đủ 5 đơn vị rau, quả (400g)/ngày. Tỷ lệ TC-BP chung tính theo chỉ số BMI là 16,5%, trong đó béo phì là 6,3%. TC-BP ở cả nam và nữ tăng dần theo tuổi cao nhất ở nhóm 45-54 tuổi. Tỷ lệ THA chung là 17,8%. THA ở nam lớn gấp hơn hai lần so với ở nữ (24,4% và 11,9%, p < 0,05). Tỷ lệ THA có xu hướng tăng dần theo tuổi, đặc biệt là sau 44 tuổi. THA độ 1 chiếm tới 11,2%, chiếm 63% tổng số đối tượng bị THA có thể can thiệp bằng thay đổi lối sống. Tỷ lệ các đối tượng có rối loạn đường huyết lúc đói và ĐTĐ cũ là 1,9%, bằng tỷ lệ rối loạn dung nạp đường huyết. Tỷ lệ này tăng cao ở người trên 44 tuổi. Tỷ lệ các đối tượng có tăng cholesterol máu toàn phần là 17,7%. Sau 44 tuổi, nhất là ở nữ, tỷ lệ tăng cholesterol máu toàn phần lớn hơn đáng kể so với hai nhóm tuổi trước đó (p < 0,05). Khuyến nghị: Cần sớm có các giải pháp hữu hiệu phòng chống các YTNC của NCD, trước mắt ưu tiên hàng đầu là phòng chống THA do mức độ phổ biến cao, ảnh hưởng nhiều tới sức khỏe, tính khả thi cao. Về đối tượng can thiệp cần quan tâm tới nhóm tuổi nguy cơ cao (sau 44 tuổi).

SUMMARY:

*A cross-sectional survey applying WHO STEPS was carried out to collect data on NCD risk factors in Thai Nguyen province. Sample size is 2,000 and sampling followed STEPS protocol. **Main findings**: Smoking rate in male is quite high, current smokers: 51.1%; daily smokers: 47.1%. Unsafe consumption of alcohol among current drinkers was 25.3% in male, 11.1 in female. Only 25,5% of subjects ate enough 5 serving of fruit and vegetable. Prevalence of overweigh by BMI was 16.5%, obesity was 6.3%. Overweigh and obesity is increasing by age and get maximum prevalence at ages of 45-54. Prevalence of hypertension was 17.8%. This rate was doubled in male than in female (24.4% verse 11.9%, p < 0,05). Hypertension is increasing with ages, especially after age of 44. Prevalence of hypertension level was 11.2% comprising 63.3% of total hypertensive cases. Prevalence of raised fasting blood glucose and diagnosed diabetes were 1.9% equal to that of impaired fasting glycaemia. Rate of raised fasting blood glucose is also increasing substantially after age of 44. Rate of raised total blood cholesterol was 17.7%. After age of 44 this rate was substantially increasing, especially in female, compared to younger ages (p < 0.05).*

***Recommendations**. Effective measures to control NCD risk factors should be carried out soon. In short term, intervention for hypertension should be the first priority because of its magnitude, severity and possibility to control by changing lifestyles, especially for 63.3% of hypertension level 1.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay ở Việt Nam cũng như các nước đang phát triển khác, gánh nặng do bệnh không lây nhiễm (NCD) như tim-mạch, đái tháo đường, ung thư, bệnh phổi mạn tính...đã lớn hơn gánh nặng do bệnh truyền nhiễm và bệnh lý bà mẹ-trẻ em cộng lại. Các NCD mặc dù tiến triển thầm lặng nhưng rất nguy hiểm vì gây ra nhiều biến chứng, di chứng nặng nề, chi phí điều trị tốn kém do thuốc và hóa chất, trang thiết bị đắt tiền, thời gian điều trị kéo dài. Chính vì vậy phòng chống NCD cần phải là một trong những ưu tiên hàng đầu của các chương trình y tế quốc gia.

Để phòng chống NCD hiệu quả cần phải có thông tin đầy đủ về độ lớn, sự phân bố... của những bệnh này,

nhất là thông tin về các yếu tố nguyên nhân/nguy cơ (YTNC). Để giúp các nước trong theo dõi sự phát triển của NCD, đánh giá hiệu quả của các chương trình can thiệp, Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đã xây dựng phương pháp đánh giá các YTNC của NCD, gọi là phương pháp STEPS. Phương pháp này đo lường 8 YTNC chủ yếu của các NCD phổ biến. Các YTNC này bao gồm: (a) nhóm YTNC hành vi: hút thuốc lá, lạm dụng rượu-bia, ăn uống không hợp lý và ít hoạt động thể lực. (b) nhóm YTNC trung gian hay còn gọi là tình trạng tiền bệnh gồm có: Thừa cân-béo phì (TC-BP), tăng huyết áp (THA), rối loạn đường máu, rối loạn cholesterol máu. Chương trình phòng chống NCD-Bộ Y tế đã sử dụng phương pháp STEPS để điều tra YTNC NCD trên phạm vi cả nước. Thái Nguyên là một trong 8 tỉnh được chọn để điều tra các YTNC này.

Mục tiêu nghiên cứu.

1. Mô tả thực trạng hành vi nguy cơ của các bệnh không lây nhiễm chủ yếu trên quần thể 25-64 tuổi tại Thái Nguyên năm 2009.

2. Mô tả thực trạng yếu tố nguy cơ trung gian (tình trạng tiền bệnh) của các bệnh không lây nhiễm phổ biến trên quần thể 25-64 tuổi tại Thái Nguyên năm 2009.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Thời gian và đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 06/2008 đến tháng 4/2010. Đối tượng nghiên cứu là người dân tại Thái Nguyên tuổi từ 25 đến 64.

2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Theo hướng dẫn của STEPS, cỡ mẫu bao gồm 2000 đối tượng phân thành 4 nhóm tuổi (25-34, 35-44, 45-54, 54-65) và hai giới, cỡ mẫu cần thiết được khuyến cáo là 250 đối tượng/nhóm tuổi/giới. Các đối tượng được chọn ngẫu nhiên phân tầng.

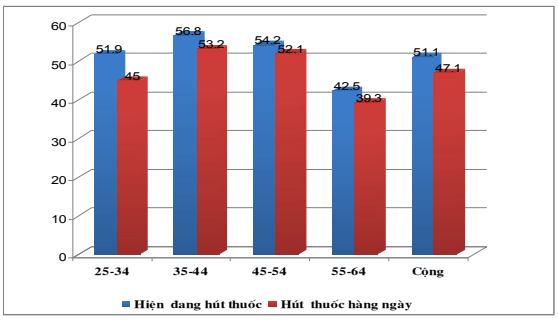
3. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: Sử dụng bộ câu hỏi của STEPS để phỏng vấn thông tin về các YTNC hành vi, sử dụng cân, thước dây, máy đo huyết áp để đo các chỉ số cơ thể. Xét nghiệm máu để thu thập thông tin sinh hóa. Đánh giá mức độ lạm dụng rượu bia theo WHO (trung bình lượng rượu uống/ngày trong tuần qua ≥ 4 ĐV đối với nữ và ≥ 5 ĐV đối với nam). Xử lý số liệu bằng chương trình phần mềm EPI-INFO 6.04 và SPSS.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN.

1. Các yếu tố nguy cơ về hành vi.

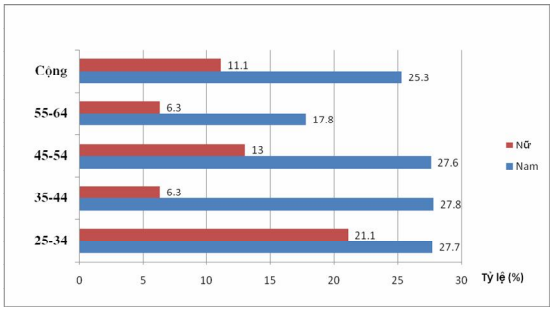
1.1. Hút thuốc lá

Hình 1. Tỷ lệ hiện hút thuốc và hút thuốc hàng ngày ở nam theo nhóm tuổi



Tỷ lệ hút thuốc lá ở nữ thấp, có 0,7% đối tượng hiện hút và 0,6% hút thuốc hàng ngày. Tuy nhiên tỷ lệ hút thuốc lá ở nam vẫn là một vấn đề lớn. Tỷ lệ hiện hút là 51,1%, hút thuốc hàng ngày là 47,1%. Nhóm tuổi có tỷ lệ hút thuốc thường xuyên thấp nhất là nhóm 55-64 tuổi, cao nhất là nhóm 35-44 tuổi.

1.2. Lạm dụng rượu bia.

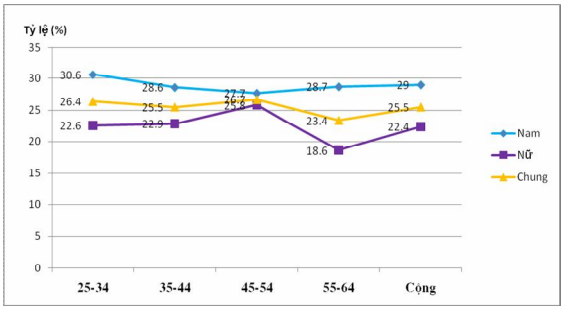


Hình 2: Tỷ lệ uống rượu bia quá mức an toàn trong số các đối tượng hiện uống rượu bia

Tỷ lệ uống rượu-bia quá mức cho phép của các đối tượng nam hiện đang uống rượu lên tới 25,3%. Trong khi đó tỷ lệ này ở nữ là 11,1% (Hiện đang uống rượu được định nghĩa là có uống rượu trong 30 ngày qua, tỷ lệ này ở nữ là 8,6% và ở nam là 67,3%). Uống rượu-bia quá mức cho phép ở nam tương đối đều nhau ở các nhóm tuổi (27,6-27,8%) và chỉ giảm xuống 17,8% sau tuổi 54.

1.3. Ăn ít rau, quả.

Tỷ lệ các đối tượng ăn đủ lượng rau, quả hàng ngày theo như khuyến cáo của WHO rất thấp ở tất cả các nhóm tuổi và ở cả hai giới. Tỷ lệ này là 29% ở nam, 22,4% ở nữ và 25,5% chung cả hai giới. Nữ ăn ít rau quả hơn so với nam cả về số lượng trung bình (3,68 đơn vị so với 3,98 đơn vị), và về tỷ lệ ăn đủ rau so với khuyến cáo. So sánh giữa các nhóm tuổi cũng cho thấy nhóm cao tuổi nhất (55-64 tuổi) có mức tiêu thụ rau quả trung bình thấp nhất và tỷ lệ ăn đủ rau, quả so với khuyến cáo cũng thấp nhất.



Hình 3: Tỷ lệ các đối tượng ăn đủ lượng rau, quả theo như khuyến cáo

2. Các yếu tố nguy cơ trung gian (tiền bệnh).

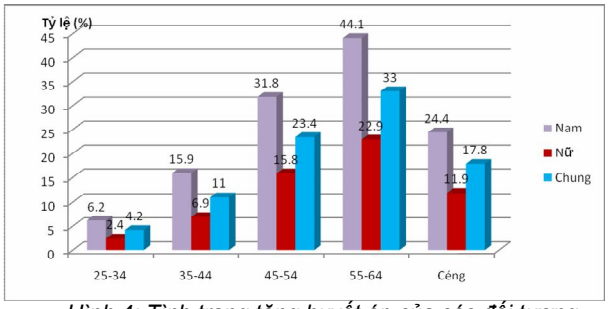
2.1. Thừa cân- béo phì.

Bảng 1. Tỷ lệ thừa cân-béo phì tính theo chỉ số BMI.

Nhóm tuổi	Nam (N=963)			Nữ (N=1086)			Chung (N= 2049)		
	n	%	95%CI	n	%	95%CI	n	%	95%CI
25-34	36	13,8	9,9-18,7	23	7,9	5,1-11,6	59	10,7	8,3-13,6
35-44	37	16,8	12,1-22,4	41	15,8	11,6-20,8	78	16,3	13,1-19,9
45-54	49	20,8	15,8-26,5	60	23,1	18,1-28,7	109	22,0	18,5-25,9
55-64	44	17,8	13,3-23,2	48	17,5	13,5-22,5	92	17,7	14,5-21,3
Cộng	166	17,2	14,9-19,8	172	15,8	13,7-18,2	338	16,5	14,9-18,2

Tỷ lệ TC-BP chung của các đối tượng tính theo chỉ số BMI là 16,5%, trong đó béo phì là 6,3%. TC-BP ở cả nam và nữ tăng dần theo tuổi, đạt tỷ lệ cao nhất ở nhóm 45-54 tuổi (20,8% ở nam và 23,1% ở nữ) sau tuổi 54 tỷ lệ này có giảm bớt nhưng vẫn cao hơn nhóm 34-45 tuổi.

2.2. Tăng huyết áp.



Hình 4: Tình trạng tăng huyết áp của các đối tượng

Tỷ lệ THA của các đối tượng khá cao, 17,8%. THA ở nam lớn gấp hơn hai lần so với ở nữ (24,4% và 11,9%, $p < 0,05$). Tuổi càng cao thì tỷ lệ THA càng cao. Đặc biệt là sau 44 tuổi, tỷ lệ THA có sự nhảy vọt. Tỷ lệ THA ở nhóm tuổi 45-54 cao xấp xỉ gấp đôi so với nhóm tuổi trước đó (31,8% và 15,9% đối với nam, 15,8% và 6,9% ở nữ). Tỷ lệ các đối tượng có THA độ 1 là 11,2%, chiếm tới 63% trong tổng số các trường hợp THA. THA mức độ nặng là 6,0% và chiếm 33,7%.

2.3. Rối loạn glucose máu và cholesterol máu.

Bảng 2. Tỷ rối loạn đường máu và cholesterol máu.

Nhóm tuổi	Nam (N=957)			Nữ (N=1084)			Chung (N= 2041)		
	n	%	95%CI	n	%	95%CI	n	%	95%CI
Tỷ lệ rối loạn dung nạp đường huyết (5,6 mmol/l ≤Glucose máu <6,1mmol/l)									
25-34	5	1,9	0,6-4,4	2	0,7	0,1-2,5	7	1,3	0,6-2,7
35-44	2	0,9	0,1-3,3	4	1,5	0,4-3,9	6	1,3	0,5-2,8
45-54	7	3,0	1,2-6,1	3	1,2	0,2-3,3	10	2,0	1,0-3,8
55-64	8	3,3	1,4-6,3	8	2,9	1,3-5,7	16	3,1	1,8-5,1
Cộng	22	2,3	1,5-3,5	17	1,6	0,9-2,6	39	1,9	1,4-2,6
Tỷ lệ rối loạn đường huyết lúc đói (Glucose máu ≥ 6,1mmol/l) và ĐTĐ cũ.									
25-34	4	1,5	0,4-3,9	0	0,0	0,0-1,3	4	0,7	0,2-2,0
35-44	3	1,4	0,3-4,0	1	0,4	0,0-2,1	4	0,8	0,3-2,3
45-54	7	3,0	1,2-6,1	6	2,3	0,9-5,0	13	2,6	1,5-4,6
55-64	8	3,3	1,4-6,3	9	3,3	1,5-6,1	17	3,3	2,0-5,3
Cộng	22	2,3	1,5-3,5	16	1,5	0,9-2,4	38	1,9	1,3-2,6
Tỷ lệ có cholesterol máu cao(≥ 5,0mmol/l)									
25-34	21	8,1	5,1-12,1	21	7,2	4,5-10,8	42	7,6	5,6-10,3
35-44	40	18,2	13,3-23,9	31	12,0	8,3-16,6	71	14,8	11,8-18,4
45-54	52	22,1	17,0-28,0	60	23,1	18,1-28,7	112	22,6	19,1-26,6
55-64	46	18,8	14,1-24,2	90	33,0	27,4-38,9	136	26,3	22,6-30,3
Cộng	159	16,6	14,3-19,1	202	18,7	16,4-21,1	361	17,7	16,1-19,4

Tỷ lệ các đối tượng có rối loạn dung nạp đường huyết (tiền ĐTĐ) và rối loạn đường huyết lúc đói và các đối tượng đang điều trị ĐTĐ tương đối thấp, cả hai đều là 1,9%. Tỷ lệ này ở nhóm sau 54 tuổi cao hơn hẳn so với hai nhóm tuổi trước đó, nhất là đối với nam.

Tỷ lệ các đối tượng có tăng cholesterol máu toàn phần là 17,7%, nam thấp hơn nữ. Có sự gia tăng theo tuổi về tỷ lệ các đối tượng có rối loạn chỉ số này nhất là ở nữ ($p < 0,05$). Ở nam cũng có sự gia tăng theo tuổi nhưng sau tuổi 55 tỷ lệ này lại giảm bớt.

KẾT LUẬN.

1. Hành vi nguy cơ.

- Hút thuốc lá.

Tỷ lệ hiện hút thuốc lá của nam giới là 51,1%, trong đó hút thuốc hàng ngày là 47,1%. Tỷ lệ hút thuốc lá ở nữ thấp, 0,7%.

- Uống rượu, bia.

Tỷ lệ uống rượu-bia quá mức cho phép (không an toàn) trong tuần qua của các đối tượng nam hiện đang uống rượu là 25,3%, ở nữ là 11,1%.

- Ăn rau, quả.

Tỷ lệ các đối tượng ăn đủ lượng rau, quả hàng ngày theo như khuyến cáo của WHO là 25,5%, ăn không đủ rau quả so với khuyến cáo là 74,5%.

2. Tình trạng tiền bệnh.

- Thừa cân- béo phì.

Tỷ lệ TC-BP chung của các đối tượng tính theo chỉ số BMI là 16,5%, trong đó béo phì là 6,3%. TC-BP ở cả nam và nữ cao hơn ở nhóm sau 44 tuổi.

- Tăng huyết áp.

Tỷ lệ THA chung: 17,8%. THA ở nam lớn gấp hơn hai lần so với ở nữ (24,4% và 11,9%, $p < 0,05$). Sau 44 tuổi, tỷ lệ THA có sự nhảy vọt. Tỷ lệ THA ở nhóm tuổi 45-54 cao xấp xỉ gấp đôi so với nhóm tuổi trước đó (31,8% và 15,9% đối với nam, 15,8% và 6,9% ở nữ). Tỷ lệ các đối tượng có THA độ 1 là 11,2%, chiếm tới 63% trong tổng số các trường hợp THA.

- Rối loạn glucose máu:

Tỷ lệ các đối tượng có rối loạn đường huyết lúc đói và các đối tượng đã được chẩn đoán ĐTĐ là 1,9%, bằng với tỷ lệ rối loạn dung nạp đường huyết. Tỷ lệ này ở nhóm sau 54 tuổi cao hơn hẳn so với hai nhóm tuổi trước đó ($p < 0,05$).

- Rối loạn cholesterol máu.

Tỷ lệ các đối tượng có tăng cholesterol máu toàn phần là 17,7%. Hai nhóm tuổi cao hơn, nhất là ở nữ có tỷ lệ tăng cholesterol máu toàn phần lớn hơn đáng kể so với hai nhóm trước đó ($p < 0,05$).

KHUYẾN NGHỊ.

1. Cần sớm có các giải pháp hữu hiệu phòng chống các YTNC của NCD,

2. Xây dựng chương trình can thiệp cần quan tâm tới các YTNC phổ biến, trước mắt, ưu tiên hàng đầu là phòng chống THA do mức độ phổ biến cao, ảnh hưởng nhiều tới sức khỏe và tính khả thi cao do có tới 63% là THA độ 1 có thể can thiệp bằng thay đổi lối sống..

3. Về đối tượng can thiệp cần quan tâm tới nhóm tuổi nguy cơ cao (sau 44 tuổi)

TÀI LIỆU THAM KHẢO.

1.Tạ Văn Bình và CS (2006). *Dịch tễ học bệnh đái tháo đường ở Việt Nam. Các phương pháp điều trị và biện pháp dự phòng*. NXB Y học, 2006.

2.Bộ Y tế (2007). *Niên giám thống kê y tế năm 2008*. Hà Nội.

3.Bộ Y tế - Viện chiến lược và chính sách y tế (2006). *Đánh giá tình hình lạm dụng rượu tại bảy vùng sinh thái của Việt Nam.*

4.Phạm Gia Khải, Nguyễn Lân Việt, Tạ Văn Bình, Đỗ Doãn Lợi, Phạm Thái Sơn và CS (2002). *Điều tra dịch tễ học tăng huyết áp và các yếu nguy cơ, bao gồm cả đái tháo đường tại 4 tỉnh phía Bắc Việt nam 2001-02*. Tạp chí Tim mạch.

5.Viện Dinh dưỡng Quốc gia (2006). *Điều tra thừa cân – béo phì năm 2005 – 2006*.

6.Minh H.V.. et al (2006). *Cardiovascular disease mortality and its association with socioeconomic status: findings from a population-based cohort study in rural Vietnam.* Journal of Human Hypertension, 2006b. 20:109-15.

7.World Health Organization (2005). *Preventing chronic diseases: a vital investment*.

8.World Health Organization (2005). *WHO STEPS surveillance Manual: The WHO STEPWise approach to chronic disease risk factor surveillance*. Geneva, World Health Organization.

9.World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific (2008*). Regional action plan for prevention and control of non-communicable diseases*.