

## NGHIÊN CỨU TẦN SUẤT XUẤT HIỆN CÁC TIÊU CHÍ CỦA HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA THEO CÁC TIÊU CHUẨN CỦA IDF VÀ ATPIII Ở NGƯỜI TIỀN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2

Đỗ Đình Tùng<sup>1,2</sup>, Tạ Văn Bình<sup>2</sup>, Trịnh Thanh Hà<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm đánh giá vai trò, ý nghĩa các tiêu chí, để sử dụng hiệu quả các tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng chuyển hóa. **Phương pháp:** 948 đối tượng tiền đái tháo đường (30–69) được lựa chọn, khám lâm sàng, xét nghiệm nghiệm pháp tăng đường máu, lipid máu để phân tích tần suất xuất hiện các tiêu chí của hội chứng chuyển hóa. **Kết quả:** Tần suất xuất hiện các tiêu chí của HCCH theo IDF lần lượt là: tăng VE (100%), THA (84,7%), tăng ĐH (81,7%), giảm HDL-C (66,4%), tăng TG (60,5%). Tần suất các kiểu phối hợp các tiêu chí của HCCH theo IDF (3 tiêu chí, 4 tiêu chí, 5 tiêu chí) là 32,9%, 40,9%, 26,2%. Tần suất xuất hiện các tiêu chí của HCCH theo ATPIII lần lượt là THA (89,8%), tăng ĐH (87,8%), tăng TG (79%), giảm HDL-C (70,2%), tăng VE (15,3%). Tần suất các kiểu phối hợp các tiêu chí của HCCH theo ATPIII (3 tiêu chí, 4 tiêu chí, 5 tiêu chí) là 62%, 33,9%, 4,1%. **Kết luận:** Theo IDF tần suất cao nhất của các tiêu chí HCCH là tăng VE, thấp nhất là tăng TG; 4 tiêu chí chiếm tỉ lệ nhiều nhất. Theo ATPIII, tiêu chí THA có tần suất cao nhất, tăng VE thấp nhất; các kiểu phối hợp tiêu chí giảm dần từ 3 đến 5 tiêu chí.

**Từ khóa:** Tiền đái tháo đường; hội chứng chuyển hóa, tiêu chí

### SUMMARY

#### IDENTIFYING THE FREQUENCY OF METABOLIC SYNDROME CRITERIA ACCORDING TO IDF AND ATPIII STANDARDS IN TYPE 2 DIABETES PATIENTS

**Objective:** This study aimed to evaluate the role and significance of criteria for metabolic syndrome to effectively diagnose the syndrome. **Methods:** 948 type 2 diabetes patients aged 30-69 years were selected for clinical examination and laboratory tests to analyze the frequency of criteria for metabolic syndrome according to IDF and ATPIII standards. **Results:** The frequency of criteria according to IDF: increased waist circumference (100%), hypertension (84.7%), increased fasting glucose (81.7%), decreased HDL-C (66.4%), and increased triglycerides (60.5%); the frequency of combinations of criteria (3 criteria, 4 criteria, 5 criteria) were 32.9%, 40.9%, and 26.2%, respectively. The frequency of criteria according to ATPIII were: hypertension (89.8%),

increased fasting glucose (87.8%), increased triglycerides (79%), decreased HDL-C (70.2%), and increased waist circumference (15.3%); the frequency of combinations of criteria (3 criteria, 4 criteria, 5 criteria) were 62%, 33.9%, and 4.1%, respectively.

**Conclusion:** According to IDF, the highest frequency of criteria was increased waist circumference, and the lowest was increased triglycerides. The most common combination of criteria was 4 criteria. According to ATPIII, hypertension had the highest frequency, while increased waist circumference had the lowest. The frequency of combinations of criteria decreased from 3 to 5 criteria. **Keywords:** Type 2 diabetes, metabolic syndrome, criteria.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới đã có các nghiên cứu về HCCH ở người tiền ĐTĐ. Theo Mohammed Ali Al-Shafae, tỷ lệ HCCH theo IDF ở đối tượng tiền ĐTĐ (IFG) là 45,9% (30,8% ở nam, 58,9% ở nữ). Theo Pirjo Ilanne, Johna G, Eriksson và cộng sự, tỷ lệ HCCH theo tiêu chuẩn của WHO ở đối tượng suy giảm glucose máu lúc đói ở nam là 74% và ở nữ là 52,2%, tỷ lệ HCCH ở đối tượng rối loạn dung nạp glucose (IGT) thừa cân ở nam là 84,8% và ở nữ là 65,4%. Và nhiều nghiên cứu cũng đã chỉ ra nhóm các yếu tố nguy cơ của HCCH có thể dự đoán sự phát triển thành bệnh ĐTĐ và bệnh tim mạch.

Ở Việt Nam, theo nghiên cứu của Viện dinh dưỡng Việt Nam ở 620 đối tượng tuổi từ 25-64 cho thấy tỷ lệ mắc HCCH là 13,1%, riêng tại Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh là 18%. Một điều đáng quan tâm hơn nữa là như nhiều nghiên cứu cho thấy các biến chứng của ĐTĐ đã xảy ra trong giai đoạn tiền ĐTĐ nhưng người bệnh không biết để điều trị nên các biến chứng này ngày càng trở nên trầm trọng hơn. Do đó việc phát hiện sớm những đối tượng có nguy cơ cao bị ĐTĐ này cũng như các tiêu chí của HCCH ở các đối tượng đó để can thiệp sớm thì việc dự phòng mới thực sự có ý nghĩa và hết sức cần thiết nhằm giảm tử vong, tàn tật, giảm gánh nặng cho gia đình và xã hội.

Mặt khác, dù có nhiều tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH nhưng chỉ có tiêu chuẩn của IDF và ATPIII là dễ thực hiện ở cộng đồng do không đòi hỏi những xét nghiệm phức tạp và tốn kém. Ninh Bình lại là thành phố đang phát triển, có tốc độ đô thị hóa nhanh, có đặc điểm địa dư bán sơn

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đình Tùng

Email: bsdinhtung@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2023

Ngày duyệt bài: 7.3.2023

địa pha trộn đặc điểm các vùng- miền, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu xác định tần suất xuất hiện của các tiêu chí của hội chứng chuyển hóa theo tiêu chuẩn đoán theo IDF, ATP III.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

**Tiêu chuẩn chọn:** những người tuổi từ 30 – 69 được chẩn đoán tiền đái tháo, đồng ý tham gia nghiên cứu. Loại trừ các đối tượng: Các đối tượng đã được chẩn đoán đái tháo đường từ trước thời điểm nghiên cứu hoặc đang sử dụng thuốc hạ đường huyết, Các đối tượng không đồng ý tham gia nghiên cứu, phụ nữ đang mang thai, đang bị các bệnh cấp tính, các đối tượng không thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn. Nghiên cứu này là một phần của Nghiên cứu D-START do Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế Tài trợ; được thực hiện tại Thành phố Ninh Bình và Thành phố Tam Điệp, tỉnh Ninh Bình.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

+ Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp với phân tích các yếu tố liên quan để tìm hiểu các mối liên quan có ý nghĩa thống kê.

+ Các chỉ tiêu nghiên cứu:

Tên biến số	Định nghĩa	Phương pháp thu thập
Tuổi	Tuổi tính theo năm	Hỏi
Giới	Nam/Nữ	Hỏi
Chiều cao (cm)	Chiều cao bệnh nhân tính theo cm	Đo
Cân nặng (kg)	Cân nặng bệnh nhân tính theo kg	Cân
BMI	Cân nặng/(Chiều cao) <sup>2</sup> (kg/m <sup>2</sup> )	Tính
Vòng eo	Vòng eo tính theo cm	Đo
HA tối đa	HA đo thì tâm thu, mmHg	Đo
HA tối thiểu	HA đo thì tâm trương, mmHg	Đo
Tiền sử tăng huyết áp và điều trị THA		Hỏi
Glucose lúc đói	Glucose máu (nhịn ăn > 8 giờ, mmol/l)	Xét nghiệm
Glucose sau 2 h	Glucose máu 2h sau NPTĐH (mmol/l)	Xét nghiệm
TG	Nồng độ TG trong máu (mmol/l)	Xét nghiệm
HDL-C	Nồng độ HDL-C trong máu (mmol/l)	Xét nghiệm

+ Các tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu Tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng chuyển hóa của ATP III Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế (IDF-International Diabetes Federation); Tiêu chuẩn

chẩn đoán tiền đái tháo đường, đái tháo đường type 2 theo ADA 2011; Đánh giá chỉ số BMI, vòng eo dựa theo tiêu chuẩn của WHO 2000 áp dụng cho người trưởng thành Châu Á; Đánh giá chỉ số huyết áp theo JNC VII.

**2.3. Xử lý số liệu.** Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê Y học với phần mềm SPSS 16,0 với các thuật toán. Dùng test khi bình phương để so sánh sự khác biệt của các tỷ lệ. Dùng test T-student để so sánh sự khác biệt của các giá trị trung bình; p < 0,05 : khác biệt có ý nghĩa thống kê.

**2.4. Khía cạnh đạo đức trong nghiên cứu.** Đối tượng tham gia nghiên cứu được giải thích đầy đủ và tự nguyện tham gia nghiên cứu (có đơn và chữ ký tình nguyện tham gia nghiên cứu), họ có thể từ chối không tham gia nghiên cứu vào bất cứ thời điểm nào mà không cần phải nêu lý do.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi**

Tuổi	Chung (n=948)		Nam (n=350)		Nữ (n=598)		P
	n	%	n	%	n	%	
30 – 39	46	4,9	14	4	32	5,4	0,342
40 – 49	136	14,3	45	12,8	91	15,2	
50 – 59	412	43,5	149	42,6	263	44	
60 – 69	354	37,3	142	40,6	212	35,4	
Tổng	948	100%	350	100%	598	100%	

**Nhận xét:** Phần lớn đối tượng nghiên cứu là nữ (63,1%). Tỷ lệ Nữ/Nam: 1,7/1. Có 83,2% đối tượng nghiên cứu là người trên 50 tuổi. Trong số đối tượng nam có 83% đối tượng trên 50 tuổi và trong số đối tượng nữ có 79,4% đối tượng trên 50 tuổi.

**Bảng 2. Tiêu chí tăng vòng eo, tăng TG, giảm HDL-C, tăng HA, tăng đường huyết ở nhóm tiền đái tháo đường**

Các tiêu chí	Chung (n=948)		Nam (n=350)		Nữ (n=598)		p
	n	%	n	%	n	%	
↑VE-ATPIII	79	8,3	3	0,9	76	12,7	< 0,001
↑VE-IDF	334	35,2	68	19,4	266	44,5	< 0,001
↑TG	469	49,5	197	56,3	272	45,5	0,001
↓HDL	417	44	81	23,1	336	56,2	< 0,001
↑HA	711	75	279	79,7	432	72,2	0,01
↑ĐH	727	76,7	285	81,4	442	73,9	0,008

**Nhận xét:** Trong nhóm tiền ĐTD, tiêu chí

tăng ĐH chiếm tỷ lệ cao nhất (76,7%), tiêu chí tăng vòng eo thấp nhất (8,3% nếu áp dụng tiêu chuẩn của ATPIII và 35,2% nếu áp dụng tiêu chuẩn của IDF). Tỷ lệ các tiêu chí trên ở nam và nữ khác nhau và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 3. Trung bình các tiêu chí ở nhóm có hội chứng chuyển hóa**

Tiêu chí		IDF (n = 301)	ATPIII (n = 490)
VE (cm)	Nam	93,6 ± 3,7	84,4 ± 7,3
	Nữ	85,5 ± 5,2	81 ± 7,9
TG (mmol/l)		2,43 ± 1,6	2,9 ± 1,9
HDL (mmol/l)	Nam	1,1 ± 0,2	1,1 ± 0,25
	Nữ	1,2 ± 0,2	1,16 ± 0,21
HA (mmHg)	Tâm thu	148,4±21,1	149,3±20
	Tâm trương	84,8±13,1	84,7±12,6
ĐH (mmol/l)	Đói	5,9 ± 0,5	6,0 ± 0,5
	2 h	8,7 ± 1,5	8,6 ± 1,5

**Nhận xét:** Vòng eo trung bình của nhóm HCCH theo IDF cao hơn theo ATPIII. Triglycerid

trung bình của nhóm HCCH theo IDF thấp hơn theo ATPIII. Giá trị trung bình của HDL, HA và ĐH ở nhóm có HCCH theo IDF và ATPIII là tương đương nhau.

**Bảng 4. So sánh đặc điểm các đối tượng mắc hội chứng chuyển hóa theo các hình thái rối loạn glucose máu**

Hình thái rối loạn glucose	(1) ATPIII+ IDF (n=223)	(2) ATPIII đơn thuần (n=267)	(3) IDF đơn thuần (n=78)	P
IFG kết hợp IGT	141 (63,2)	179 (67)	49 (62,8)	p(2,3)=0,487 p(1,2)=0,377 p(1,3)=0,949
IFG đơn thuần	47 (21,1)	63 (23,6)	9 (11,5)	
IGT đơn thuần	35 (15,7)	25 (9,4)	20 (25,6)	

**Nhận xét:** Tỷ lệ IFG kết hợp IGT ở các nhóm ATPIII+IDF, ATPIII đơn thuần, IDF đơn thuần lần lượt là 63,2%, 67%, 62,8%. Tỷ lệ này ở nhóm ATPIII đơn thuần cao nhất nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 5. Tần suất xuất hiện của các tiêu chí của hội chứng chuyển hóa**

Hình thái rối loạn glucose	↑VE-ATP	↑VE-IDF	↑TG	↓HDL-C	↑HA	↑ĐH
ATPIII+IDF (n=223)	75 (33,6%)	223(100%)	163(73,1%)	173(77,6%)	203(91%)	188(84,3%)
ATPIII đơn (n=267)	0 -	0 -	224(83,9%)	171(64%)	237(88,8%)	242(90,6%)
IDF đơn (n=78)	0 -	78(100%)	19(24,4%)	27(34,6%)	52(66,7%)	58(74,4%)
Chung (n=568)	75 (13,2%)	301(53,0%)	406(71,5%)	371(65,3%)	492(86,6%)	488(85,9%)

**Nhận xét:** Trong nhóm có HCCH-IDF kết hợp ATPIII, nếu theo tiêu chuẩn của IDF thì tần suất tiêu chí tăng vòng eo là lớn nhất (100%) và tần suất tiêu chí ↑TG thấp nhất (73,1%); còn nếu theo tiêu chuẩn của ATPIII thì tần suất tiêu chí ↑HA là lớn nhất (91%) và tần suất tiêu chí tăng vòng eo là thấp nhất (33,6%). Trong nhóm có HCCH-ATPIII đơn thuần, không gặp đối tượng nào có tăng vòng eo (dù ngưỡng vòng eo đã được hạ thấp xuống cho từng khu vực trên thế giới như tiêu chuẩn của IDF). Trong nhóm có HCCH-IDF đơn thuần, tần suất tiêu chí tăng vòng eo cao nhất (100%) và tần suất tiêu chí tăng TG thấp nhất (24,4%). Trong nhóm đối tượng có HCCH (IDF và/hoặc ATPIII), chỉ gặp 13,2% đối tượng thỏa mãn tiêu chí tăng vòng eo theo tiêu chuẩn của ATPIII, tăng lên 53% đối tượng thỏa mãn tiêu chí tăng vòng eo theo tiêu chuẩn của IDF.

#### IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 56,13 ± 8,29, trong đó tuổi trung bình của nam (56,9 ± 8,1) cao hơn nữ (55,7 ± 8,3), tuổi thấp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là

30, tuổi cao nhất là 69, tập trung chủ yếu (> 80%) ở đối tượng trên 50 tuổi trong đó nhóm 50 – 59 chiếm 42,6% và nhóm 60 – 69 chiếm 40,6%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nữ/nam = 1,7/1. Theo tác giả Khâm Phong Phú Vông, khi nghiên cứu sinh lý chức năng tế bào β ở người tiền ĐTĐ cũng cho thấy ở nhóm tiền ĐTĐ tỷ lệ nữ/nam = 1,2/1. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng giống như các tác giả trên cho thấy nữ giới bị tiền ĐTĐ nhiều hơn nam giới.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ các rối loạn trên lần lượt là tăng vòng eo (8,3% với tiêu chuẩn của ATPIII và 35,2% theo tiêu chuẩn của IDF), tăng TG là 49,5%, giảm HDL-C là 44%, tăng HA là 75% và tăng ĐH là 76,7%. Như vậy, trong nghiên cứu của Mohamed Ali và cộng sự ở đối tượng tiền ĐTĐ, tỷ lệ tăng vòng eo ở nam là 35,4% và ở nữ là 76,8%, tỷ lệ này cao hơn của chúng tôi. Còn tỷ lệ các tiêu chí khác (trừ tiêu chí ĐH vì đối tượng của Mohamed Ali vì đối tượng của tác giả này là IFG nên 100% đối tượng đều thỏa mãn tăng ĐH) trong nghiên cứu của chúng tôi lại cao hơn của tác giả Mohamed Ali.

Nhìn chung, trong số đối tượng có HCCH, tần

suất các tiêu chí của HCCH được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của ATPIII đều lớn hơn tần suất các tiêu chí của HCCH được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của IDF, ngoại trừ tiêu chí tăng vòng eo thì ngược lại. Như vậy, theo tiêu chuẩn của IDF, tăng vòng eo là điều kiện tiên quyết và khi kèm theo bất thường ít nhất 2 trong số 4 tiêu chí còn lại sẽ xác định một người có HCCH theo tiêu chuẩn của tổ chức này. Kết quả của chúng tôi đã chỉ ra rõ ràng rằng dù đáp ứng được tiêu chí tăng vòng eo theo IDF nhưng những đối tượng có HCCH theo tổ chức này lại có tần suất các tiêu chí còn lại thấp hơn khi so sánh với tần suất các tiêu chí này ở nhóm có HCCH theo tiêu chuẩn của ATPIII. Mà như nhiều nghiên cứu đã chỉ ra vai trò quan trọng của các rối loạn về TG, HDL-C, Đường huyết, HA đối với các biến cố tim mạch, vậy phải chăng nên áp dụng tiêu chuẩn của ATPIII hơn là tiêu chuẩn của IDF cho đối tượng tiền ĐTĐ. Đó là giả thuyết dựa trên nghiên cứu mô tả cắt ngang của chúng tôi, để kiểm định giả thuyết này, chúng tôi cho rằng cần phải có thời gian theo dõi dọc để xác định nguy cơ tương đối của các biến cố (biến cố tim mạch hoặc biến cố xuất hiện ĐTĐ típ2) xảy ra ở hai nhóm có HCCH này (HCCH-IDF, HCCH-ATPIII) khác nhau như thế nào để quyết định chắc chắn nên áp dụng tiêu chuẩn nào cho phù hợp.

Vòng eo của nam ( $93,6 \pm 3,7$ ) cũng cao hơn ở nữ ( $85,5 \pm 5,2$ ). Tần suất tiêu chí tăng VE ở người có HCCH-IDF là 100%, trong đó ở nam và nữ là 100%. Còn khi đánh giá ở đối tượng tiền ĐTĐ trong nghiên cứu của chúng tôi, tần suất tiêu chí tăng VE-IDF là 35,2% và tần suất tiêu chí tăng VE-ATPIII là 8,3% (bảng 3.4). Theo nghiên cứu của Earl S. Ford và cộng sự, tần suất tiêu chí tăng VE-ATPIII ở Mỹ là 38,3%. Như vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, mặc dù là đối tượng tiền ĐTĐ nhưng tần suất tiêu chí này trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn rất nhiều so với các tác giả khác. Chính điều này làm cho tỷ lệ HCCH theo tiêu chuẩn của IDF thấp hơn tỷ lệ HCCH theo tiêu chuẩn của ATPIII và có thể vì thế nên cần cân nhắc khi áp dụng tiêu chuẩn của IDF vì theo tiêu chuẩn của IDF bắt buộc phải có tiêu chí tăng vòng eo trong khi tần suất tiêu chí tăng vòng eo (theo IDF) ở đối tượng tiền ĐTĐ của chúng tôi lại thấp hơn rất nhiều ngay cả người dân bình thường trong cộng đồng dân cư ở Mỹ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, giá trị trung bình của Triglycerid (mmol/l) ở nam ( $2,6 \pm 2,14$ ) cao hơn nữ ( $1,97 \pm 1,3$ ) với  $p < 0,001$  (bảng 3.2). Tần suất tiêu chí tăng TG ở đối tượng nghiên cứu là 49,5% trong đó ở nam

(56,3%) cao hơn nữ (45,5%) (bảng 3.4). Như vậy, ngược lại với tiêu chí tăng vòng eo, tỷ lệ tiêu chí tăng TG trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các tác giả khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tần suất tiêu chí giảm HDL ở đối tượng tiền ĐTĐ là 44% trong đó ở nữ (56,2%) cao hơn ở nam 23,1% với  $p < 0,001$  (bảng 3.4). Mặt khác, khi đánh giá ở đối tượng có HCCH, tần suất tiêu chí giảm HDL-C trong nhóm có HCCH-IDF là 66,4% , trong nhóm có HCCH-ATPIII là 70,2% (biểu đồ 3.6).

Theo nghiên cứu của Trần Thị Đoàn [2], THA ( $\geq 140/90$ ) ở nam (36,1%) cao hơn nữ (33,3%) với  $p > 0,05$ . HA tối đa trung bình ở nam ( $128,6 \pm 13,5$ ) cao hơn nữ ( $126,2 \pm 17,2$ ) với  $p > 0,05$ , HA tối thiểu trung bình ở nam ( $82,3 \pm 7,2$ ) với  $p > 0,05$ . Trong nghiên cứu của chúng tôi, tần suất tiêu chí THA ở đối tượng tiền ĐTĐ là 75% trong đó ở nam (79,7%) cao hơn ở nữ (72,2%) với  $p = 0,01$  (bảng 3.4). Như vậy, tần suất tiêu chí THA trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các tác giả khác, điều đó nhắc nhở chúng tôi cần cảnh giác cao với yếu tố nguy cơ "giết người thầm lặng" này cho đối tượng tiền ĐTĐ trong nghiên cứu của chúng tôi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đối tượng tiền ĐTĐ là IFG hoặc IGT, nên không phải tất cả đối tượng nghiên cứu đều có tiêu chí tăng ĐH. Tần suất tiêu chí này là 76,7%, trong đó ở nam (81,4%) cao hơn nữ (73,9%) với  $p = 0,008$ . Vì đối tượng của chúng tôi là những người tiền ĐTĐ nên tần suất tiêu chí tăng ĐH cao cũng là điều dễ hiểu. Trong số 490 đối tượng có HCCH-ATPIII, có 62% đối tượng có 3 tiêu chí, 33,9% đối tượng có 4 tiêu chí, có 4,1% đối tượng có cả 5 tiêu chí. Do các tiêu chí của HCCH-ATPIII là bình đẳng trong việc xác định HCCH nên trong số đối tượng có HCCH, số tiêu chí ít nhất (3 tiêu chí) chiếm tỷ lệ cao nhất và số tiêu chí nhiều nhất (5 tiêu chí) chiếm tỷ lệ thấp nhất.

Trong số 301 đối tượng có HCCH-IDF, có 32,9% đối tượng có 3 tiêu chí, 40,9% đối tượng có 4 tiêu chí, 26,2% đối tượng có cả 5 tiêu chí (biểu đồ 3.15). Như vậy, số đối tượng có 4 tiêu chí chiếm tỷ lệ cao hơn số đối tượng có 3 tiêu chí. Sở dĩ như vậy vì trong tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH của IDF, tiêu chí tăng vòng eo là bắt buộc và ngưỡng tiêu chí tăng vòng eo thấp hơn ATPIII, phù hợp với người Nam Á (trong đó có người Việt Nam) nên tỷ lệ đối tượng có HCCH – IDF có 4 tiêu chí chiếm tỷ lệ cao nhất.

Về tần suất xuất hiện các tiêu chí của HCCH ở nhóm có HCCH đáp ứng đủ 2 tiêu chuẩn (IDF và ATPIII) chúng tôi thấy có sự khác biệt đó là

nếu theo IDF thì sẽ có 9,4% đối tượng có 3 tiêu chí, 55,2% đối tượng có 4 tiêu chí, 35,4% đối tượng có 5 tiêu chí (biểu đồ 3.9). Còn khi áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH theo ATPIII thì sẽ có 49,3% đối tượng có 3 tiêu chí, 41,7% đối tượng có 4 tiêu chí và 9% đối tượng có 5 tiêu chí (biểu đồ 3.9). Như vậy tỷ lệ HCCH theo số tiêu chí rối loạn là khác nhau rõ rệt khi áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH của IDF hay ATPIII ở cùng một nhóm đối tượng đáp ứng đủ cả hai tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH.

## V. KẾT LUẬN

+ Tần suất thường xuất hiện của các tiêu chí của HCCH được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của IDF lần lượt là: tăng VE (100%), THA (84,7%), tăng ĐH (81,7%), giảm HDL-C (66,4%), tăng TG (60,5%).

+ Tần suất các kiểu phối hợp các tiêu chí của HCCH theo IDF (có 3 tiêu chí, có 4 tiêu chí, có 5 tiêu chí) là 32,9%, 40,9%, 26,2%.

+ Tần suất thường xuất hiện các tiêu chí của HCCH được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của ATPIII lần lượt là THA (89,8%), tăng ĐH (87,8%), tăng TG (79%), giảm HDL-C (70,2%), tăng VE (15,3%).

+ Tần suất các kiểu phối hợp các tiêu chí của HCCH theo ATPIII (có 3 tiêu chí, có 4 tiêu chí, có

5 tiêu chí) là 62%, 33,9%, 4,1%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tạ Văn Bình (2007)**, "Những nguyên lý nền tảng bệnh đái tháo đường tăng glucose máu", Nhà xuất bản Y học, pp. 19.
2. **Trần Thị Đoàn (2011)**, "Nghiên cứu rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tiền Đái tháo đường", Luận văn thạc sỹ Y học, pp.
3. **Nguyễn Hải Thủy (2009)**, "Ý nghĩa các thành tố trong hội chứng chuyển hóa", Kỷ yếu toàn văn các đề tài nghiên cứu khoa học đại hội và hội nghị nội khoa toàn quốc lần thứ VI, pp. 71 - 90.
4. **Earl S. Ford; Chaoyang Li (2008)**, "Metabolic Syndrome and Incident Diabetes: Current state of the evidence", Diabetes Care 30, pp. 1898 - 1904.
5. **Genuth S; Alberti KG; Bennett P et al (2003)**, "Follow-up report on the diagnosis of diabetes mellitus", Diabetes Care, 26, pp. 3160.
6. **International Diabetes Federation (2006)**, "The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome", pp. 1-7.
7. **Lawlor D.A.; Ebrahim S (2004)**, "The metabolic syndrome and coronary heart disease in older women: findings from the British women's heart and health study", Diabetic Medicine, 21, pp. 906-950.
8. **Reaven Gm (1988)**, "Role of insulin resistance in human disease", Diabetes 37, pp. 1595-1607.
9. **Võng Khâm Phong Phú Võng (2009)**, "Nghiên cứu sinh lý chức năng tế bào beta, độ nhạy insulin qua mô hình homa2 ở người tiền đái tháo đường", Luận văn thạc sỹ Y học, Học viện Quân Y, pp.

## KHẢO SÁT ĐỘT BIẾN GEN FLT3, NPM1, CEBPA Ở NGƯỜI BỆNH BẠCH CẦU CẤP DÒNG TỬY MỚI CHẨN ĐOÁN TẠI BỆNH VIỆN TRUYỀN MÁU HUYẾT HỌC VÀ BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Lại Thị Thanh Thảo<sup>1</sup>, Châu Thúy Hà<sup>2</sup>, Nguyễn Trường Sơn<sup>1</sup>,  
Phù Chí Dũng<sup>2</sup>, Hoàng Anh Vũ<sup>3</sup>, Phan Thị Xinh<sup>1,3</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Bạch cầu cấp dòng tủy (BCCDT) là bệnh lý ác tính của tế bào đầu dòng tủy và là bệnh không đồng nhất cả về hình thái lẫn tiên lượng. Các bất thường gen và nhiễm sắc thể giúp phân nhóm nguy cơ trước điều trị. Khảo sát đột biến các gen FLT3, NPM1 và CEBPA ở người bệnh bạch cầu cấp dòng tủy có ý nghĩa thực tiễn và khoa học. **Đối tượng**

**và phương pháp:** Mẫu tủy xương hoặc máu ngoại biên của 248 người bệnh BCCDT mới chẩn đoán tại bệnh viện Truyền máu Huyết học và bệnh viện Chợ Rẫy được thu nhận để khảo sát đột biến gen FLT3, NPM1 và CEBPA bằng kỹ thuật giải trình tự Sanger.

**Kết quả:** Chúng tôi ghi nhận tỉ lệ người bệnh mang đột biến NPM1, FLT3 và CEBPA lần lượt là 29,4%, 24,2% và 19,8%. Đột biến FLT3 gồm 14,9% là FLT3-ITD, 6,5% là FLT3-TKD và 2,4% là đột biến khác. Đột biến FLT3-ITD có đoạn lặp và vị trí chèn đoạn đa dạng. Đột biến type A của gen NPM1 gặp trong đa số các trường hợp (83%). Trong các ca mang đột biến CEBPA, có 11,6% trường hợp mang 1 loại đột biến và 8,2% người bệnh mang 2 kiểu đột biến. Có 11/23 người bệnh mang 2 kiểu đột biến CEBPA được chuyển gen vào T-vector để xác định đột biến trên 1 hay 2 alen, và ghi nhận có 5/11 người bệnh (45,5%) mang đột biến trên 2 alen. Các đột biến gen FLT3, NPM1, CEBPA có thể xuất hiện riêng lẻ hoặc xuất hiện đồng

<sup>1</sup>Đại Học Y Dược TP Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

<sup>3</sup>Bệnh viện Truyền Máu Huyết Học

Chịu trách nhiệm chính: Lại Thị Thanh Thảo

Email: drlaithao@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 3.3.2023