

hướng tăng hơn và mức độ dịch xảy ra có thể nguy hiểm hơn [6]. Nhìn chung, chúng ta có thể dựa trên sự biến động và lưu hành của các type virus như là các chỉ số dự báo cho vụ dịch lớn trong thời gian tới.

Sự phân bố nhóm tuổi mắc bệnh ở Bạc Liêu cho đến nay vẫn không có sự khác biệt với các nghiên cứu trước đây. Tại Bạc Liêu, nhóm tuổi mắc bệnh SD/SXHD nhiều nhất là từ 6 - 15 tuổi chiếm 50,2%, không có sự khác biệt giữa nhóm 6 - 10 tuổi (24,5%) và nhóm 11 - 15 tuổi (25,7%). Tuy nhiên, nhìn chung thì nhóm tuổi mắc bệnh đang có xu hướng thay đổi ở nhóm trên 15 tuổi. Theo báo cáo của Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh thì tỷ lệ mắc SD/SXHD ở người lớn liên tục gia tăng từ sau năm 2008 đến nay. Năm 2012, SD/SXHD trong khu vực phía Nam ở người lớn chiếm 42%, tăng so với năm 2008 là 10,5% nhưng có sự khác biệt lớn về mô hình mắc bệnh SD/SXHD theo tuổi giữa các tỉnh miền Đông Nam Bộ và các tỉnh miền Tây Nam Bộ. Tại các tỉnh miền Tây Nam Bộ thì tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ em chiếm tỷ lệ cao hơn. Kết quả nghiên cứu của Bạc Liêu vẫn phù hợp với tình hình mắc SD/SXHD ở khu vực miền Tây Nam Bộ nhưng trong những năm tới có thể Bạc Liêu sẽ không khác biệt với xu hướng mắc bệnh ở các tỉnh miền Đông Nam Bộ, miền Trung và miền Bắc.

KẾT LUẬN

SD/SXHD lưu hành trong tất cả các năm tại Bạc Liêu với chu kỳ dịch trung bình từ 3 - 4 năm. Năm 2011 là năm lặp lại chu kỳ dịch 4 năm nhưng số trường hợp mắc giảm gần một nửa so với năm 2008 (222,9 ca mắc/100.000 dân so với 474,8 ca mắc/100.000 dân). Bệnh mang tính chất mùa rõ rệt từ tháng 6 đến tháng 11 hàng năm, cao nhất vào tháng 7, 9, 10. Dịch xuất hiện ở tất cả các huyện, thành phố trong toàn tỉnh, khu vực nông thôn (72,6%) nhiều hơn thành thị (27,4%). Tất cả mọi lứa tuổi đều mắc bệnh nhưng nhóm tuổi mắc bệnh cao nhất từ 6 - 15 tuổi (50,2%), có xu hướng mắc bệnh ở nhóm từ 16 - 25 tuổi (27%). Type virus gây bệnh chủ yếu là type DEN - 1, DEN - 2 và xuất hiện type DEN - 4 bắt đầu từ năm 2010 đến nay.

Từ kết quả nghiên cứu, khuyến nghị được đưa ra là: Các cơ quan y tế địa phương cần nâng cao kiến

thức, thái độ, thực hành của người dân trong phòng chống SXH, kết hợp với huy động sự tham gia của cộng đồng trong các biện pháp ngăn chặn, loại trừ vector truyền bệnh. Bên cạnh đó, cần có một nghiên cứu tìm ra các giải pháp phòng bệnh phù hợp với phong tục, tập quán và điều kiện địa lý của Bạc Liêu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Quang Hà (2003), *Virus Dengue và dịch sốt xuất huyết*, NXB KH&KT
2. Lê Thanh Hà (2009), "Đặc điểm dịch tễ sốt Dengue, sốt xuất huyết Dengue ở Nghệ An và biện pháp phòng chống".
3. Nguyễn Quang Hải (2011), *Nghiên cứu tình hình sốt xuất huyết tỉnh Quảng Trị giai đoạn 2006 - 2010*, Luận văn Thạc sỹ Y tế Công Cộng, Trường Đại học Y tế Công Cộng.
4. Nguyễn Văn Hải, Trần Thị Tuyết Mai, Dương Đình Lưu, Đặng Thanh Xuân và Lương Thị Trong (2008), "Một số đặc điểm dịch tễ học và kết quả xét nghiệm vụ dịch sốt xuất huyết tỉnh Khánh Hòa năm 2005", *Tạp chí Y học dự phòng, Hội Y học Dự phòng Việt Nam, tập XVIII*, Vol 2(94), tr. 32-38
5. Nguyễn Thị Như Mai (2007), "Dịch tễ học sốt xuất huyết Dengue tỉnh Tiền Giang và kết quả phòng chống (2001-2006)", *Tạp san Sứ Khoa học Công Nghệ Tiền Giang*. Vol 4.
6. Nguyễn Kim Tiến (2001), *Giám sát dịch tễ học, virút học và côn trùng học, dự báo dịch SD/SXHD của khu vực phía Nam từ 1998 đến 2001*, truy cập ngày 10/2009, tại trang web http://www.pasteur-hcm.org.vn/ng_cuu/nckh.htm.
7. Trung tâm Y tế Dự Phòng tỉnh Bạc Liêu (2007), *Báo cáo ca bệnh sốt Dengue/SXH Dengue tại tỉnh Bạc Liêu năm 2006*.
8. Trung tâm Y tế Dự Phòng tỉnh Bạc Liêu (2009), *Báo cáo ca bệnh sốt Dengue/SXH Dengue tại tỉnh Bạc Liêu năm 2008*.
9. Nguyễn Thị Văn Vãn (2009), "Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học và các yếu tố có liên quan tới Sốt xuất huyết Dengue tại huyện Long Thành, tỉnh Đồng Nai năm 2009", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, Chuyên đề KHCB -YTCC*, Vol 1(5).
10. Viện Pasteur thành phố Hồ Chí Minh (2009), *Báo cáo hoạt động phòng chống sốt xuất huyết khu vực phía Nam năm 2008 và kế hoạch hoạt động năm 2009*.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA Ở CÁN BỘ VIÊN CHỨC THỊ XÃ PHÚ THỌ - TỈNH PHÚ THỌ NĂM 2012

Nguyễn Xuân Thủy², Lê Thị Tài¹,
Nguyễn Thị Huyền Trang¹,
Nguyễn Anh Tuấn², Đào Thị Hương²
¹ Trường ĐHY Hà Nội; ² Trường CĐ Y tế Phỳ Thọ.

TÓM TẮT:

Nghiên cứu này là một phần của đề tài "Nghiên cứu thực trạng hội chứng chuyển hóa ở cán bộ viên chức thị xã Phú Thọ, tỉnh Phú Thọ và đánh giá kết quả can thiệp bằng truyền thông giáo dục sức khỏe", tiếp theo nghiên cứu "Thực trạng hội chứng chuyển hóa ở cán bộ viên chức thị xã Phú Thọ năm 2012". **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả một số yếu tố liên quan đến hội chứng chuyển hóa ở cán bộ viên chức tại Thị xã Phú Thọ - tỉnh Phú Thọ năm 2012. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang được thực hiện vào 09/2012 với 500 cán bộ viên chức thuộc các cơ quan trú tại Thị xã Phú Thọ. **Kết quả:** Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa (HCCH) bao gồm: 1) Tuổi: nhóm ≥ 40 tuổi mắc HCCH cao hơn 4,79 lần (95%CI: 2,66-8,61) so với nhóm < 40 tuổi; 2) Chức vụ: Đối tượng là cán bộ lãnh đạo có nguy cơ mắc HCCH cao hơn 4,11 lần (95%CI: 2,10-8,02) so với đối tượng là nhân viên; 3) Hoạt động thể lực: Nguy cơ mắc HCCH ở đối tượng hoạt động thể lực nhẹ cao hơn 2,02 lần (95%CI: 1,00-4,07) so với đối tượng hoạt động thể lực nặng và vừa.

Từ khóa: Cán bộ viên chức; Hội chứng chuyển hóa.

SUMMARY

FACTORS RELATED TO METABOLIC SYNDROME IN OFFICIALS AND EMPLOYEES AT PHU THO TOWN, PHU THO PROVINCE, 2012

This research is a part of the project, titled "The current status of metabolic syndrome of officials and employees in Phutho town, Phutho Province and evaluating result of health education and communication intervention", continuing the the research "The current status of metabolic syndrome of officials and employees in Phutho town, Phutho Province, 2012" **Objective:** To describe factors related to metabolic syndrome of officials and employees at Phutho town, Phutho Province, 2012. **Method:** A cross sectional study has been carried out in 9/2012 on 500 officials and employees of public sectors at Phutho town. **Results:** Factors related to the rate of metabolic syndrome in this research include: 1) Age: Subjects ≥ 40 years old are at risk for metabolic syndrome 4.79 times (95% CI: 2.66 to 8.61) higher than subjects < 40 years old; 2) Position: Leaders are at risk for metabolic syndrome 4.11 times (95% CI: 2.10 to 8.02) higher than employees, and 3) Physical activity: Subjects with slightly physical activity are at risk for metabolic syndrome 2.02 times (95% CI: 1.00 to 4.07) higher than group with moderate and heavy physical activity.

Keywords: Officials and employees, Metabolic syndrome.

ĐẶT VẤN ĐỀ

HCCH là một trong những vấn đề sức khỏe cộng đồng được quan tâm nhất trong thiên niên kỷ XXI. Ở nước ta, người mắc HCCH thường có nguy cơ bị tai biến tim mạch gấp 3 lần và có nguy cơ tử vong gấp 2 lần, nguy cơ phát triển đái tháo đường (ĐTĐ) gấp 5 lần so với những người không bị hội chứng này [1]. HCCH ngày càng tăng trên toàn thế giới và đang có xu hướng gia tăng báo động ở các nước đang phát triển cùng với sự phát triển của kinh tế xã hội [2]. Các yếu tố nguy cơ HCCH ở cộng đồng nói chung bao gồm: thừa cân, béo phì; lối sống tĩnh tại, ít vận động thể lực... Các yếu tố này ảnh hưởng khác nhau lên khả năng mắc HCCH của mỗi cá nhân, mỗi nhóm đối tượng. Nghiên cứu này được tiến hành ở cán bộ công chức, viên chức tại Thị xã Phú Thọ - Tỉnh Phú Thọ nhằm phát hiện một số yếu tố liên quan đến HCCH từ đó đề xuất những biện pháp can thiệp phù hợp.

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả một số yếu tố liên quan đến hội chứng chuyển hóa ở cán bộ viên chức Thị xã Phú Thọ - tỉnh Phú Thọ năm 2012.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện vào tháng 9/2012 tại thị xã Phú Thọ - Tỉnh Phú Thọ, gồm: trường Tiểu học, Trung học cơ sở, Trung học Phổ Thông, trường Cao Đẳng Y tế, trường Đại học Hùng Vương, bệnh viện Đa khoa, bệnh viện Tâm thần, bệnh viện Lao, Thị ủy, Ủy ban và các cơ quan chức năng khác.

- **Đối tượng nghiên cứu:** cán bộ công chức, viên chức đang làm việc tại các cơ quan trên.

- Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang. **Cỡ mẫu:** Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho ước tính 1 tỷ lệ trong quần thể. Cỡ mẫu theo tính toán là: $n=246$. Cỡ mẫu trên được nhân với hệ số thiết kế ($DE=2$) = 492 người. **Chọn mẫu:** theo phương pháp chọn mẫu tầng. Mỗi cơ quan/nhóm cơ quan là một tầng. Số người được nghiên cứu tại mỗi tầng được tính theo tỷ lệ so với tổng số người của tầng. Cụ thể mỗi tầng lấy 25% số người vào mẫu (=500/2016). Chọn cá thể vào mẫu theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống. Thực tế đã nghiên cứu được 500 người.

- **Nội dung nghiên cứu và kỹ thuật thu thập thông tin:** Phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu dựa vào bộ câu hỏi được thiết kế sẵn để thu thập thông tin về các yếu tố ảnh hưởng đến HCCH (thói quen, lối sống, tiền sử bệnh...).

- **Phân tích và xử lý số liệu:** Số liệu sau khi kiểm tra, được mã hóa rồi nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata 3.1; xử lý, phân tích trên phần mềm Stata 11.0; sử dụng phương pháp thống kê mô tả để tính toán tỷ lệ phần trăm của các biến số nghiên cứu.

Sử dụng test χ^2 để kiểm định sự khác biệt.

- Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được Hội đồng chăm sóc y học nghiên cứu sinh của Học viện Quân y thông qua; được sự cho phép, giúp đỡ của trường Cao đẳng y tế Phú Thọ, các cơ quan có đối tượng tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ tiến hành với những đối tượng đồng ý tham gia. Kết quả phản ánh trung thực thực trạng của đối tượng nghiên cứu.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Tổng số đối tượng nghiên cứu là 500 người, trong đó có 375 nữ (63,5%) và 175 nam (36,4%).

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là (38±10) tuổi.

Bảng 1. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có thói quen, chế độ ăn liên quan đến HCCH

Thói quen	Nam (n=175)		Nữ (n=325)		Chung (n=500)	
	n	%	n	%	n	%
Hút thuốc lá	67	36,0	0	0	67	13,1
Uống rượu/bia	82	44,1	5	1,5	87	17,1
Ăn nhiều đạm	143	80,8	220	68,8	363	73,0
Ăn nhiều rau	141	80,1	253	79,1	394	79,4
Ăn nhiều mỡ	90	50,6	104	32,5	194	39,0
Ăn nhiều chất ngọt	64	36,4	126	39,4	190	38,3
Ăn mặn	64	37,0	93	29,2	157	32,0

Nhận xét: Tỷ lệ đối tượng có thói quen hút thuốc lá, uống nhiều rượu, bia; chế độ ăn nhiều đạm, mỡ, ăn mặn ở nam giới cao hơn nữ giới. Tỷ lệ đối tượng có thói quen ăn nhiều chất ngọt (đường, sữa, bánh kẹo...) nữ giới cao hơn nam giới.

Bảng 2. Tỷ lệ đối tượng có hoạt động thể lực và tiền sử gia đình có bệnh liên quan đến hội chứng chuyển hóa.

Hoạt động thể lực	Đặc điểm	Nam		Nữ		Chung	
		n	%	n	%	n	%
Hoạt động thể lực	Nặng	26	20,0	94	62,7	120	42,9
	Trung bình	91	70,0	53	35,3	144	51,4
	Nhẹ	13	10,0	3	1,0	16	5,7
Đối tượng có thành viên trong gia đình có tiền sử bệnh liên quan đến HCCH		51	27,4	117	36,1	168	32,9

Nhận xét: nữ giới có rèn luyện thể lực trung bình và nặng và thành viên trong gia đình có tiền sử các bệnh liên quan đến HCCH cao hơn nam giới.

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa.

Yếu tố liên quan	n	%	OR (95%CI)
Nhóm tuổi			
<40 tuổi (n=303)	19	6,3	4,79 (2,66 - 8,61)
≥40 tuổi (n=197)	47	23,9	
Chức vụ			
Nhân viên (n=365)	31	8,5	4,11 (2,10 - 8,02)
Cán bộ Lãnh đạo (n=65)	18	27,7	
Chế độ hoạt động thể lực			
Trung bình, nặng (n=160)	16	10,0	2,02 (1,00 - 4,07)
Nhẹ (n=120)	21	18,3	

Nhận xét: Nguy cơ mắc HCCH ở nhóm ≥40 tuổi

cao hơn 4,79 lần so với nhóm <40 tuổi, ở đối tượng là nhân viên, ở đối tượng có hoạt động thể lực nhẹ cao gấp 2,02 lần so với nhóm có hoạt động thể lực trung bình và nặng.

Bảng 4. Liên quan giữa thói quen với tỷ lệ mắc Hội chứng chuyển hóa.

Thói quen	HCCH (+)		n	%	OR (95%CI)
	Không hút	Có hút			
Hút thuốc	Không hút (n=433)	54	12,5	1,54 (0,77 - 3,06)	
	Có hút (n=67)	12	17,9		
Uống rượu/bia	Không uống (n=413)	50	12,1	1,64 (0,89 - 3,05)	
	Có uống (n=87)	16	18,4		
Chế độ ăn nhiều Đạm	Không (n=363)	15	11,2	1,09 (0,58 - 2,04)	
	Có (n=134)	44	12,1		
Chế độ ăn nhiều Mỡ	Không (n=304)	32	10,5	1,55 (0,91 - 2,66)	
	Có (n=194)	30	15,5		
Chế độ ăn nhiều Ngọt	Không (n=306)	31	10,1	1,53 (0,88 - 2,65)	
	Có (n=190)	28	14,7		
Ăn mặn	Không (n=333)	31	9,3	1,58 (0,88 - 2,85)	
	Có (n=157)	22	14,0		
Chế độ ăn nhiều rau	Không (n=102)	13	12,7	1,07 (0,56 - 2,08)	
	Có (n=394)	47	11,9		

Nhận xét: Tỷ lệ mắc HCCH ở nhóm có hút thuốc lá cao hơn so với người không hút thuốc lá; ở người uống rượu bia cao hơn so với người không uống rượu, bia; ở nhóm ăn nhiều đạm, mỡ, ngọt và ăn mặn cao hơn so với nhóm không ăn nhiều đạm, mỡ, ngọt, mặn. Tỷ lệ mắc HCCH ở nhóm ăn nhiều rau thấp hơn so với đối tượng không ăn nhiều rau. Tuy nhiên, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra ba yếu tố ảnh hưởng rõ rệt đến tỷ lệ mắc HCCH đó là: tuổi, chức vụ và chế độ hoạt động thể lực.

Về tuổi, nguy cơ mắc HCCH ở nhóm ≥40 tuổi cao hơn gấp 4,79 (95%CI: 2,66-8,61) lần ở nhóm tuổi <40. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Lê Minh Sứ tại Thanh Hóa năm 2011 (tuổi <40 tỷ lệ mắc HCCH là 7%, tuổi 40-49 là 12,9%; tuổi 50-59 là 28,3%; tuổi ≥60 là 37,2%) [3] và nghiên cứu của Apurva Sawant, RanjitMankeshwar và cộng sự năm 2011 ở Ấn Độ (nguy cơ mắc HCCH ở đối tượng 41-60 tuổi cao gấp 2,3 lần so với nhóm đối tượng <41 tuổi) [4].

Nguy cơ mắc HCCH ở nhóm hoạt động thể nhẹ cao gấp 2,02 (95%CI: 1,00-4,07) lần so với nhóm hoạt động thể vừa và nặng. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Trần Thị Mai Hà cho thấy tỷ lệ HCCH ở nhóm hoạt động nhẹ là 4,2%, nhóm hoạt động trung bình 2,3%, nhóm hoạt động nặng 1,08 [5] và phù hợp với thực tế là hoạt động thể lực sẽ giúp quá trình tiêu thụ năng lượng tăng lên, giảm

đáng kể nguy cơ thừa cân và béo phì, làm tăng nhạy cảm insulin, tăng tiếp nhận glucose ngoại vi, do đó làm hạ glucose máu. Ngoài ra, tăng hoạt động thể lực còn làm tăng nhu cầu năng lượng, làm giảm mỡ dư thừa, đặc biệt là acid béo tự do và triglyceride.

Nguy cơ mắc HCCH ở đối tượng là cán bộ lãnh đạo cao gấp 4,11 (95%CI: 2,10-8,02) lần so với đối tượng là nhân viên. Điều này cũng phù hợp với thực tế là với nhóm cán bộ lãnh đạo thường là tuổi cao hơn nhân viên, hơn nữa do tính chất công việc, họ ít vận động thể lực, và có thể do chế độ ăn nhiều đạm nên tỷ lệ mắc HCCH cao hơn.

Ngoài ra, kết quả nghiên cứu cũng cho thấy nguy cơ mắc HCCH ở người có hút thuốc lá, uống rượu bia, ở đối tượng ăn nhiều đạm, mỡ, ngọt, ăn mặn cao hơn so với đối tượng không ăn nhiều đạm, mỡ, ngọt, mặn; nguy cơ mắc HCCH và ở đối tượng ăn nhiều rau thấp hơn so với đối tượng không ăn nhiều rau. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả của Tạ Văn Bình năm 2003 tại Hà Nội cho kết quả nhóm có ít ăn rau có tỷ lệ mắc HCCH cao hơn ở nhóm có thói quen thường xuyên ăn rau (12,4% so với 2,4%) [6] và của Hoàng Nghĩa Nam (nhóm đối tượng có HCCH có thói quen ăn nhiều đạm, mỡ và hút thuốc lá (tiền sử và/hoặc hiện tại) cao hơn rõ so với nhóm đối tượng không có HCCH, $P < 0,01$, tỷ lệ người uống nhiều rượu và ăn nhiều đường ở nhóm có HCCH cũng cao hơn nhưng sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê. Với nghiên cứu của chúng tôi, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, đây vẫn là một cảnh báo với người dân về một số thói quen và chế độ ăn uống để dự phòng HCCH.

KẾT LUẬN

Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ mắc HCCH trong nghiên cứu này bao gồm:

1) *Tuổi*: Nhóm ≥ 40 tuổi có nguy cơ mắc HCCH cao hơn 4,79 lần (95%CI: 2,66-8,61) so với nhóm < 40 tuổi;

2) *Chức vụ*: Đối tượng là cán bộ lãnh đạo có nguy cơ mắc HCCH cao hơn 4,11 lần (95%CI: 2,10-8,02) so với đối tượng là nhân viên;

3) *Hoạt động thể lực*: đối tượng hoạt động thể lực nhẹ có nguy cơ mắc HCCH cao hơn 2,02 lần (95%CI: 1,00-4,07) so với đối tượng hoạt động thể lực nặng và vừa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đào Duy Anh và cộng sự (2006), "Tỷ lệ hội chứng chuyển hóa và các rối loạn liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Kontum", *Tạp chí Y học thực hành*, (523), tr. 163-8.

2. Malik S., Wong N.D, Franklin S.S, et al (2004), "Impact of the metabolic syndrome on mortality from coronary heart disease, cardiovascular disease, and all causes in United States adults", *Circulation*, 110, pp. 1245-50.

3. Anoop Misra and Naval K. Vikram (2002), "Insulin resistance syndrome and Asian Indians", *Current Science*, Vol. 83, No 12, pp. 1484.

4. Grundy SM. (2005), "Diagnosis and management of the metabolic syndrome. An American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. Executive summary", *Cardiol Rev* 13: 32-327.

5. Trần Thị Mai Hà (2004), "*Tim hiểu một số yếu tố nguy cơ của bệnh đái tháo đường ở người từ 30 tuổi trở lên tại thành phố Yên Bái*", Luận văn Thạc sỹ Y học.

6. Tạ Văn Bình và CS (2003), "Ảnh hưởng của thói quen ăn uống và tình trạng hoạt động thể lực đến rối loạn chuyển hóa đường".