

## TỶ LỆ BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TRONG CỘNG ĐỒNG TẠI TỈNH BẮC GIANG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

NGUYỄN CÔNG BÌNH, NGUYỄN BÁ VIỆT,  
NGHIÊM TAM DƯƠNG, ĐỖ NGỌC THỊNH  
*Bệnh viện Đa khoa Bắc Giang*

NGUYỄN ĐỨC KHOA - *Trường Trung học Y tế Bắc Giang*

### TÓM TẮT

Qua điều tra 3199 đối tượng tại 10 huyện, thành phố của tỉnh Bắc Giang, chúng tôi đã thu được kết quả như sau:

Tỷ lệ mắc ĐTD là 2,9%, tỷ lệ rối loạn rung lap đường là 5,4%, trong đó tỷ lệ bệnh nhân ĐTD chưa được phát hiện trước đó là 89,4%.

Các yếu tố nguy cơ liên quan đến ĐTD là: Tiền sử gia đình có người đái tháo đường (OR=3,1), Cao huyết áp (OR=4,53), thừa cân (OR=3,66), ít hoạt động thể lực (OR=2,09), thường xuyên uống rượu, bia (OR=2,60), thường xuyên hút thuốc lá (OR=2,60), Không thường xuyên ăn rau (OR=3,01), Thường xuyên ăn ngọt (OR=1,65), thường xuyên ăn mỡ (OR=2,20)

Từ khoá: Đái tháo đường

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường (ĐTD) là một trong những bệnh không lây nhiễm ngày càng có tốc độ phát triển nhanh trên thế giới, theo S.Colagiury tổng hợp từ nhiều nghiên cứu thì tỷ lệ ĐTD typ 2 cứ trong vòng 15 năm lại tăng lên gấp đôi. Theo dự báo của IDF tử vong do bệnh ĐTD năm 2025 khoảng 3,8 triệu người/năm. Việc phát hiện sớm bệnh có giá trị rất lớn trong việc phòng bệnh, giảm tỷ lệ mới mắc, làm giảm hoặc chậm các biến chứng, di chứng. Hiện nay, tỷ lệ ĐTD trong cộng đồng tại tỉnh Bắc Giang chưa được xác định, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu xác

định tỷ lệ ĐTD trong cộng đồng làm căn cứ xây dựng kế hoạch quản lý và phòng bệnh ĐTD trong toàn tỉnh.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

Là người đang sinh sống tại tỉnh Bắc Giang có độ tuổi từ 15 trở lên tính đến ngày điều tra nghiên cứu, không phân biệt nam nữ.

Địa điểm nghiên cứu: Tỉnh Bắc Giang; Thời gian nghiên cứu: Năm 2006-2007

### 2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích

#### 2.1. Cỡ mẫu: Công thức tính cỡ mẫu một tỷ lệ

trong quần thể:  $n = Z^2 \frac{(1-p) \times DE}{d^2}$

p là tỷ lệ bệnh ĐTD ước đoán (theo số liệu chung của toàn quốc p=2.7%); Z : 1,96 với độ tin cậy 95%; d là sai số cho phép lấy bằng 0,008; DE là hiệu lực thiết kế (lấy bằng 2). Vậy cỡ mẫu chọn theo công thức trên là 3154, lấy tròn số là 3200.

#### 2.2. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu nhiều giai đoạn, bước 1 chọn 25 xã thuộc 10 huyện, thành phố theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên tỷ lệ với quần thể (PPS), tiếp theo tại mỗi xã chọn ngẫu nhiên 01 thôn/bản bằng phương pháp ngẫu nhiên đơn, tại mỗi thôn chọn ngẫu nhiên 128 đối tượng nghiên cứu

#### 2.3. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Phỏng vấn bằng bộ câu hỏi có cấu trúc. Đo đường huyết mao mạch lúc đói (buổi sáng khi chưa ăn sáng) bằng Máy đo đường huyết mao mạch Ascensia Elite của Bayer (Đức). Tiêu chuẩn chẩn đoán xác định bệnh ĐTD và rối loạn dung nạp Glucose của WHO năm 2006.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 12.0

## KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

### 1. Tỷ lệ bệnh ĐTD.

Bảng 1. Tỷ lệ mắc bệnh ĐTD và rối loạn dung nạp Glucose:

Chẩn đoán	Số lượng (n =3199)	Tỷ lệ %
ĐTD	94	2,9
RLDNG	173	5,4
Bình thường	2932	91,7

Trên địa bàn tỉnh Bắc Giang tỷ lệ mắc ĐTD chung là 2,9%, rối loạn dung nạp Glucose là 5,4%, tương đương với tỷ lệ mắc chung của toàn quốc.

Bảng 2. Tỷ lệ phát hiện bệnh ĐTD mới và cũ:

Chẩn đoán	Số lượng (n =94)	Tỷ lệ %
Đã phát có chẩn đoán	10	10,6
Phát hiện mới	84	89,4

Phần lớn các trường hợp ĐTD (84/94 chiếm tỷ lệ 89,4%) lần đầu tiên được phát hiện, kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Tạ Văn Bình gặp 64,4% , Vũ Nguyên Lam gặp 80,58% .

### 2. Các yếu tố liên quan.

Bảng 3. Bệnh ĐTD với đặc tính cá nhân:

	ĐTD

		Có (94)	Không (2932)	OR, P
Giới tính	Nữ	59	1789	OR=1,08 (0,69-1,68) P=0,73
	Nam	35	1143	
Địa dư	Thành thị	21	632	OR=1,05 (0,62-1,75) P=0,85
	Nông thôn	73	2300	
Trong gia đình có người ĐTD	Có	7	74	OR=3,1 (1,35-7,68) P=0,01
	Không	87	2858	

Sự khác biệt về nguy cơ mắc ĐTD giữa nam và nữ, giữa thành thị và nông thôn không có ý nghĩa thống kê với P>0,05, kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với Tạ Văn Bình khi điều tra dịch tễ học bệnh ĐTD ở Việt Nam tác giả gặp tỷ lệ ĐTD ở nữ giới là 3,7% và nam giới là 3,2% (p =0,165).

Nguy cơ mắc ĐTD ở người trong gia đình có người mắc ĐTD cao gấp 3,3 lần so với người trong gia đình không có người mắc ĐTD (P = 0,01). Theo Tạ Văn Bình điều tra dịch tễ học bệnh ĐTD ở Việt Nam tỷ suất này là 2,68.

Bảng 4. ĐTD với cao huyết áp, béo phì:

		ĐTD		OR, P
		Có (94)	Không (2932)	
Cao huyết áp	Có	28	251	OR=4,53 (2,78-7,37) P<0,005
	Không	66	2681	
Thừa cân	BMI ≥ 23	25	264	OR=3,66 (2,21-6,02) P<0,001
	BMI <23	69	2668	

Một trong những yếu tố có liên quan với ĐTD là tăng huyết áp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nguy cơ mắc ĐTD ở người tăng huyết áp cao gấp 4,53 lần so với người không tăng huyết áp, nghiên cứu của Nguyễn Vinh Quang tỷ suất này là 3,31.

Nhiều công trình nghiên cứu khoa học cho thấy thừa cân, béo phì, nhất là béo trung tâm là một trong những yếu tố nguy cơ thực sự của bệnh ĐTD . Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy nguy cơ mắc ĐTD ở người có chỉ số BMI ≥ 23 cao gấp 3,66 lần người có chỉ số BMI < 23 (với p < 0,005).

Bảng 5. ĐTD với các thói quen sinh hoạt:

		ĐTD		OR, P
		Có (94)	Không (2932)	
Hoạt động thể lực	ít	26	453	OR=2,09 (1,28-3,40) P<0,005
	Thường xuyên	68	2479	
Thường xuyên uống rượu, bia	Có	27	337	OR=2,60 (1,59-4,23) P<0,001
	Không	67	2595	
Thường xuyên hút thuốc lá	Có	26	376	OR=2,60 (1,59-2,43) P<0,001
	Không	68	2556	

Nguy cơ mắc ĐTD ở nhóm đối tượng ít hoạt động thể lực cao gấp 2,09 lần nhóm có hoạt động thể lực thường xuyên với p < 0,005. Kết quả của chúng tôi

phù hợp với nghiên cứu nghiên cứu khác ở thành phố Vinh năm 2000 của Vũ Nguyên Lam và cộng sự cho thấy tỷ lệ mắc ĐĐT ở nhóm người không luyện tập thể lực hàng ngày và có tập ít hoặc không đều cao hơn so với nhóm người tập đều đặn > 30 phút hàng ngày theo thứ tự là 3,2 và 2,3 lần ( $p < 0,01$ ).

Nguy cơ mắc ĐĐT ở nhóm đối tượng uống rượu thường xuyên cao gấp 3,1 lần so với nhóm đối tượng không thường xuyên uống rượu với  $p < 0,001$ . Nhóm đối tượng có thói quen hút thuốc có nguy cơ mắc ĐĐT cao gấp 2,6 lần nhóm đối tượng không hút thuốc lá với  $p < 0,001$

Bảng 6. ĐĐT với thói quen ăn uống:

		ĐĐT		OR, P
		Có	Không	
Thường xuyên ăn rau	Không	12	136	OR=3,01 (1,52-5,83) P=0,005
	Có	82	2796	
Thường xuyên ăn ngọt	Có	43	1001	OR=1,65 (1,06-2,51) P=0,05
	Không	51	1931	
Thường xuyên ăn mỡ	Có	81	2167	OR=2,20 (1,18-4,17) P=0,01
	Không	13	765	

Nhiều nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ của bệnh ĐĐT đã chứng minh một trong những yếu tố làm gia tăng tỷ lệ ĐĐT là sự thay đổi lối sống, sinh hoạt. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm đối tượng ít ăn rau, thường xuyên ăn ngọt, ăn mỡ có tỷ lệ mắc ĐĐT cao hơn nhóm ăn rau thường xuyên, ăn ít ngọt, ít mỡ có ý nghĩa thống kê..

#### KẾT LUẬN

Tỷ lệ mắc ĐĐT chung là 2,9%, rối loạn dung nạp Glucose là 5,4%. Hầu hết ĐĐT mới được phát hiện chiếm tỷ lệ 89,4%.

Người trong gia đình có người bị ĐĐT có nguy cơ mắc ĐĐT cao gấp 3,30 lần người gia đình không có người bị ĐĐT có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,01$ ).

Người có tăng huyết áp có nguy cơ mắc ĐĐT gấp 4,53 lần người không có tăng huyết áp ( $p < 0,005$ ).

Người thừa cân, béo phì ( $BMI \geq 23$ ) có nguy cơ mắc ĐĐT cao gấp 3,66 lần có cân nặng bình thường ( $BMI < 23$ ) ( $p < 0,005$ ).

Người ít hoạt động thể lực có nguy cơ mắc ĐĐT cao gấp 2,09 lần người thường xuyên hoạt động thể ( $p < 0,005$ ).

Người thường xuyên uống rượu, bia có nguy cơ mắc ĐĐT cao gấp 2,6 lần người không thường xuyên uống ( $p < 0,001$ ).

Người thường xuyên hút thuốc lá có nguy cơ mắc ĐĐT cao gấp 2,6 lần người không hút thuốc lá ( $p < 0,001$ ).

Thói quen ăn ít rau, ăn ngọt thường xuyên, ăn mỡ thường xuyên là những yếu tố nguy cơ mắc bệnh ĐĐT.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tạ Văn Bình (2006) "Dịch tễ học bệnh ĐĐT ở Việt Nam. Các phương pháp điều trị và biện pháp dự phòng". Nhà xuất bản Y học.
2. Vũ Nguyên Lam, Nguyễn Văn Hoàn " Điều tra dịch tễ học bệnh ĐĐT năm 2000 tại thành phố Vinh". Kỷ yếu các công trình nghiên cứu khoa học Tr 791 - 798.
3. Nguyễn Vinh Quang (2005) "Tình hình mắc bệnh ĐĐT ở người 30 – 65 tuổi tại khu vực thành thị của 2 tỉnh đồng bằng Bắc Bộ". Kỷ yếu toàn văn công trình nghiên cứu khoa học nội tiết và chuyển hoá. Nhà xuất bản y học Tr 598 - 601.
4. American Diabetes Association (2005). Total Prevalence of Diabetes & Pre-diabetes. Retrieved on 2006-03-17.
5. Harris MI, Flegal KM, Cowie CC, et al (1998). "Prevalence of diabetes, impaired fasting glucose, and impaired glucose tolerance in U.S. adults. The Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994". Diabetes Care 21 (4): 518-24.
6. Weiss J, Sumpio B (2006). "Review of prevalence and outcome of vascular disease in patients with diabetes mellitus.". Eur J Vasc Endovasc Surg 31 (2): 143-50.
7. World Health Organisation (2006). "Definition and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Intermediate Hyperglycaemia", 3-15.