

THỰC TRẠNG THỪA CÂN – BÉO PHÌ, TĂNG HUYẾT ÁP VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI TÌNH TRẠNG ACID URIC MÁU CỦA NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH 40-69 TUỔI TẠI MỘT XÃ VÀ THỊ TRẤN THUỘC HUYỆN ĐAN PHƯỢNG, HÀ NỘI, NĂM 2015

Lê Danh Tuyên¹, Cao Thị Thu Hương²

Một nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 1138 người trưởng thành tuổi từ 40-69 tại thị trấn Phùng và xã Tân Hội, huyện Đan Phượng, Hà Nội được thực hiện nhằm đánh giá tình trạng thừa cân-béo phì, tăng huyết áp và mối liên quan với tình trạng acid uric máu. Đối tượng được cân, đo chiều cao, huyết áp, lấy máu đầu ngón tay. **Kết quả:** Tỷ lệ đối tượng thừa cân-béo phì ($BMI \geq 25$) là 24,1% (nam là 24,2% và nữ là 24,0%). Tỷ lệ đối tượng tăng huyết áp là 71,4% (nam 81,5%; nữ 61,4%) trong đó tăng huyết áp độ 1 là 32,3% (nam 36,0%, nữ 28,8%, $p < 0,01$) tăng huyết áp độ 2 là 38,9% (nam 45,5%; nữ 32,6%, $p < 0,001$). Có mối liên quan giữa tình trạng tăng huyết áp và tăng acid uric máu với $OR=1,9$ (95%CI: 1,4-2,8; $p < 0,01$). Liên quan giữa thừa cân – béo phì và tăng acid uric với $OR=2,6$ (95% CI: 1,9-3,6; $p < 0,001$), thừa cân-béo phì và tăng huyết áp với $OR=2,0$ (95%CI: 1,4-2,8; $p < 0,001$), béo bụng và tăng huyết áp với $OR=1,4$ (95%CI: 1,1-1,8; $p < 0,01$). Nồng độ acid uric máu của đối tượng thừa cân- béo phì và tăng huyết áp cao hơn so với các đối tượng khác.

Từ khóa: *Thừa cân-béo phì, tăng huyết áp, tăng acid uric, Hà Nội.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thừa cân là tình trạng trọng lượng cơ thể tăng quá mức so với chiều cao. Béo phì là tình trạng tích lũy mỡ bất thường hoặc quá mức gây nguy hiểm cho sức khỏe. Thừa cân – béo phì (TC-BP) được coi là yếu tố nguy cơ chính của nhiều bệnh mạn tính không lây, bao gồm bệnh đái tháo đường, tim mạch và ung thư... TC-BP đã trở thành vấn đề toàn cầu không chỉ ở những nước có thu nhập cao mà còn phổ biến ở các nước đang phát triển với tốc độ gia tăng nhanh chóng. Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới, hiện nay toàn cầu có khoảng 1,9 tỉ người trên 18 tuổi và 41 triệu trẻ em dưới 5 tuổi, 340 triệu trẻ em từ 5-19 tuổi bị TC-BP. Tăng huyết áp (THA) là yếu tố nguy cơ tim mạch ảnh hưởng đến sức khỏe và tính

mạng con người [1]. Có khoảng 95% THA không rõ nguyên nhân (vô căn) nhưng có mối liên quan chặt chẽ với TC-BP, rối loạn lipid máu. Chế độ ăn uống (giàu năng lượng, nhiều chất béo, nước ngọt, bia, rượu...) và thói quen sinh hoạt (thiếu hoạt động thể lực, nhiều thời gian tĩnh tại) là những yếu tố dẫn đến TC-BP và cũng là nguy cơ tăng acid uric và bệnh gout. Ở Việt Nam, tỷ lệ TC-BP và bệnh không lây nhiễm cũng gia tăng trong những năm gần đây do cơ cấu khẩu phần và thói quen ăn uống có những thay đổi. Hiện nay tỷ lệ TC-BP trên toàn quốc ở người trưởng thành là 15,6% và có sự khác biệt giữa các vùng sinh thái, đặc biệt là thành phố và nông thôn. Nghiên cứu tìm hiểu mối liên quan giữa THA và tăng acid uric cũng như bệnh gout cũng được

¹GS. TS. Viện Dinh dưỡng

²PGS. TS. Viện Dinh dưỡng

Ngày nhận bài: 5/11/2018

Ngày phản biện đánh giá: 5/12/2018

Ngày đăng bài: 25/12/2018

nghiên cứu tại bệnh viện và một số vùng nông thôn [2, 3, 4].

Đan Phượng là một huyện ngoại thành Hà Nội, trong những năm gần đây đang chuyển mình theo chiều hướng đô thị hóa. Để tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ đến bệnh không lây nhiễm, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: Đánh giá thực trạng thừa cân-béo phì, tăng huyết áp và tìm hiểu mối liên quan đến tăng acid uric máu với 2 mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng thừa cân – béo phì và tăng huyết áp ở người trưởng thành 40-69 tuổi tại một xã Tân Hội và thị trấn Phùng, Đan Phượng, Hà Nội năm 2016.

2. Tìm hiểu mối liên quan giữa thừa cân-béo phì, tăng huyết áp với tình trạng tăng acid uric máu ở người trưởng thành từ 40-69 tuổi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu:

Tuổi từ 40-69 đang sinh sống trên địa bàn được chọn nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người khuyết tật, không có khả năng giao tiếp.

Địa điểm nghiên cứu:

Tại Thị trấn Phùng và xã Tân Hội huyện Đan Phượng, Hà Nội.

2.2. Thiết kế nghiên cứu, cỡ mẫu, chọn mẫu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

Cỡ mẫu: Được tính dựa trên nền mẫu đánh giá thực trạng acid uric. Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho 1 tỷ lệ:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 [p(1-p)]/d^2 \cdot Z_{\alpha/(1-\alpha/2)}^2$$

Giá trị tương ứng hệ số giới hạn tin cậy đòi hỏi, với độ tin cậy là 95% thì $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$;

p: Tỷ lệ tăng acid uric dựa trên các nghiên cứu đã tiến hành, p= 9% [4]; d: Sai số cho phép (0,02). Cỡ mẫu tính được là 1180 người, dự định mỗi xã 600 đối tượng, chia đều cho 3 nhóm tuổi (40-49, 50-59, 50-69), mỗi nhóm 200 người. Đề phòng bỏ cuộc, mỗi nhóm tuổi lấy 210 người tại xã/thị trấn.

Chọn mẫu: Lập danh sách đối tượng từ 40-69 tuổi, chọn đối tượng theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống.

2.3. Thu thập số liệu

- *Nhân trắc:* Đo chiều cao, cân nặng. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của đối tượng dựa vào chỉ số khối cơ thể BMI: Đối tượng coi là thiếu năng lượng trường diễn khi có BMI < 18,5; bình thường khi có BMI từ 18,5 - < 25, thừa cân khi BMI từ 25 - 29,9 và béo phì khi BMI ≥ 30.

- *Huyết áp, nhịp tim:* Dùng máy đo huyết áp điện tử của hãng Omron. Đối tượng được nghỉ ngơi 15 phút trước khi đo. Đối tượng được đo huyết áp 3 lần, mỗi lần cách nhau 3 phút. Kết quả đo được ghi theo (mmHg), không ghi kết quả lần 1, chỉ ghi kết quả của lần đo thứ 2 và thứ 3. Nhịp tim của đối tượng cũng hiện lên sau mỗi lần đo HA.

Bảng 2.1. Phân loại tăng huyết áp theo hiệp hội tim mạch Mỹ 2017 [5]

Phân loại HA	HATT		HATTr
HA bình thường	<120	Và	<80
HA bình thường cao	120- 129	Và	<80
THA độ 1	130-139	Hoặc	80-89
Tăng HA độ 2	≥140	Hoặc	≥90
Cơn THA	>180	Và/ Hoặc	>120

- Định lượng acid uric máu đầu ngón tay bằng máy đo Benecheck Plus tại thực địa. Tăng acid uric máu khi nồng độ acid uric huyết thanh ở nam $\geq 420 \mu\text{mol/L}$ và ở nữ là $\geq 360 \mu\text{mol/L}$ [6].

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm Epi data 3.1, được làm sạch và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0. Sử dụng test χ^2 để so sánh 2 tỷ lệ và test T độc lập để so sánh 2 giá trị trung bình.

2.5. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu y sinh học

Nghiên cứu đã tuân thủ theo các vấn đề đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học. Đề tài được tiến hành sau khi thông qua Hội đồng đạo đức của Viện Dinh dưỡng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Thực trạng thừa cân –béo phì và tăng huyết áp tại thị trấn Phùng và xã Tân Hội

Bảng 1. Giá trị trung bình các chỉ số nhân trắc theo giới (n = 1138)

Biến nghiên cứu	Nam (n=558)	Nữ (n=580)	Chung (n=1138)
	Giá trị trung bình (TB \pm SD)		
Tuổi (năm)	54,9 \pm 8,2	54,7 \pm 8,3	54,8 \pm 8,3
Cân nặng (kg)	61,5 \pm 8,5	53,9 \pm 7,6c	57,6 \pm 8,9
Chiều cao (cm)	162,7 \pm 6,0	152,2 \pm 5,7c	157,4 \pm 7,8
BMI (kg/m ²)	23,2 \pm 2,7	23,2 \pm 2,9	23,2 \pm 2,8
	Tỷ lệ (%)		
BMI < 18,5	22 (3,9)	23 (4,0)	45 (4,0)
BMI: 18,5-24,9	401 (71,9)	418 (72,1)	819 (72,0)
BMI: 25-29,9	128 (22,9)	131 (22,6)	259 (22,8)
BMI \geq 30	7 (1,3)	8 (1,4)	15 (1,3)
BMI \geq 25	135 (24,2)	139 (24,0)	274 (24,1)

c $p < 0,001$, Test t độc lập

Kết quả ở bảng 1 cho thấy: Tuổi trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu là 54,8 tuổi, không có sự khác biệt về tuổi giữa nam và nữ ($p > 0,05$). Cân nặng và chiều cao trung bình của nam cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nữ; tương ứng là 61,5 kg,

162,7 cm; và 53,9 kg; 152,2 cm. BMI trung bình của cả nam và nữ là 23,2. Tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn chung là 4,0% (nam là 3,9% và nữ là 4,0%). Tỷ lệ TC-BP (BMI \geq 25) chung cho cả hai giới là 24,1% trong đó nam là 24,2% và nữ 24,0%.

Bảng 2. Đặc điểm nhân trắc của đối tượng theo xã (n = 1138)

Biến nghiên cứu	Phùng (n=558)	Tân Hội (n=580)	Chung (n=1138)
	TB ± SD	TB ± SD	TB ± SD
Giá trị trung bình (TB ± SD)			
Tuổi	54,9 ± 8,1	54,6 ± 8,4	54,8 ± 8,3
Cân nặng (kg)	58,6 ± 8,5	56,5 ± 9,2 ^c	57,6 ± 8,9
Chiều cao (cm)	158,1 ± 7,8	156,6 ± 7,8 ^b	157,4 ± 7,8
BMI (kg/m ²)	23,4 ± 2,8	23,0 ± 2,8 ^a	23,2 ± 2,8
Tỷ lệ (%)			
BMI < 18,5	22 (3,9)	23 (4,0)	45 (4,0)
BMI: 18,5-24,9	383 (68,6)	436 (75,2)	819 (72,0)
BMI: 25-29,9	145 (26,0)	114 (19,7)	259 (22,8)
BMI ≥ 30	8 (1,4)	8 (1,4)	7 (1,2)
Tổng BMI ≥ 25	153 (27,4)	121 (20,9) ^{***}	274 (24,1)

c p < 0,001; b p < 0,01, a p < 0,05 so với Phùng, Test t độc lập

**** p < 0,001 so với Phùng, test χ^2*

Kết quả ở bảng 2 cho thấy: Các chỉ số nhân trắc (cân nặng trung bình, chiều cao trung bình, BMI) và tỷ lệ TC-BP của các đối tượng tại xã Tân Hội thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối tượng tại thị trấn Phùng ($p < 0,05$; $p < 0,001$).

Bảng 3. Tình trạng tăng huyết áp của đối tượng theo xã (n = 1138)

Phân loại HA	Phùng (n=558)	Tân Hội (n=580)	Chung (n=1138)
	n (%)	n (%)	n (%)
Huyết áp bình thường	95 (17,0)	122 (21)*	217 (19,1)
Huyết áp bình thường cao	68 (12,2)	42 (7,2)*	110 (9,7)
THA độ 1	179 (32,1)	189 (32,6)	368 (32,3)
THA độ 2	216 (38,7)	227 (39,1)	443 (38,9)
THA chung	395 (70,8)	416 (71,7)	811 (71,3)

Kết quả ở bảng 3 cho thấy: Chỉ có 19,1% đối tượng có huyết áp bình thường và 9,7% đối tượng có huyết áp bình thường cao. Tỷ lệ huyết áp bình thường ở xã Tân Hội cao hơn so với thị trấn

Phùng ($p < 0,05$). Tỷ lệ THA độ 1, THA độ 2 và tỷ lệ THA chung ở xã Tân Hội là 32,6%; 39,1% và 71,7%; không có sự khác biệt ($p > 0,05$) so với thị trấn Phùng về các tỷ lệ này.

Bảng 4. Tình trạng tăng huyết của đối tượng theo giới

Phân loại HA	Nam (n=558)	Nữ (n=580)	Chung (n=1138)
HA bình thường	60 (10,8) ***	157 (27,1)	217 (19,1)
HA bình thường cao	43 (7,7) *	67 (11,6)	110 (9,7)
THA độ 1	201 (36,0) **	167 (28,8)	368 (32,3)
THA độ 2	254 (45,5) ***	189 (32,6)	443 (38,9)
THA chung	455 (81,5) ***	356 (61,4)	811 (71,3)

*** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$ so với nữ; χ^2 test

Kết quả ở bảng 4 cho thấy: Tỷ lệ huyết áp bình thường và huyết áp bình thường cao ở đối tượng nữ giới cao hơn ở nam giới có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,001$ và $p < 0,05$. So sánh từng mức độ tỷ lệ THA giữa nam và nữ cho thấy các tỷ lệ ở nam

đều cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nữ; tương ứng là THA độ 1: 36,0% - 28,8%, $p < 0,01$; THA độ 2: 45,5% - 32,6%, $p < 0,001$; Tỷ lệ THA chung: 81,5% - 61,4%, $p < 0,001$.

3.2. Mối liên quan giữa thừa cân-béo phì, tăng huyết áp và tăng acid uric máu

Bảng 5. Mối liên quan giữa tình trạng tăng huyết áp, TC-BP và tăng acid uric (AU) máu

Biến nghiên cứu	Tăng AU (n=236)	AU bình thường (n=902)	OR (95%CI), p
Huyết áp	Tăng	191 (23,6)	OR=1,9 (1,4-2,8) $p < 0,01$
	Không tăng	45 (13,8)	
Tình trạng dinh dưỡng	BMI ≥ 25	94 (34,3)	OR=2,6 (1,9-3,6) $p < 0,001$
	BMI < 25	142 (16,4)	

Kết quả ở bảng 5 cho thấy: Tỷ lệ tăng acid uric ở nhóm tăng huyết áp và TC-BP có tỷ lệ tăng acid uric cao gấp 1,9 và 2,6 lần, tương ứng so với nhóm không THA với OR=1,9 (95% CI: 1,4-2,8); $p < 0,01$ và OR=2,6 (95% CI: 1,9-2,6); $p < 0,001$.

Bảng 6. Nồng độ acid uric trung bình theo tình trạng dinh dưỡng và huyết áp

Biến nghiên cứu	n	Nồng độ AU TB \pm SD ($\mu\text{mol/L}$)	$p, t - test$
BMI	≥ 25	274	$366,6 \pm 80,1$ $< 0,001$
	< 25	864	
Huyết áp	THA	811	$347,6 \pm 85,3$ $< 0,001$
	Không THA	327	

Kết quả ở bảng 6 cho thấy nồng độ acid uric máu trung bình ở nhóm đối tượng TC-BP ($366,6 \mu\text{mol/L}$) và ở nhóm THA ($347,6 \mu\text{mol/L}$) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không TC-BP ($327,0 \mu\text{mol/L}$) và không THA ($309,0 \mu\text{mol/L}$)

Bảng 7. Mối liên quan giữa huyết áp và tình trạng dinh dưỡng

Biến nghiên cứu		Tăng HA (n=811)	Không tăng HA (n=327)	OR (95%CI), p
Tình trạng dinh dưỡng	BMI \geq 25	223 (81,4)	51 (18,6)	2,0 (1,4 -2,8)
	BMI <25	588 (68,1)	276 (31,9)	p<0,001

Kết quả ở bảng 7 cho thấy: có mối liên quan giữa chỉ số BMI \geq 25 (TC-BP) với tình trạng tăng huyết áp: Đối tượng TC-BP có nguy cơ THA gấp 2 lần (OR=2,0 với 95% CI: 1,4-2,8), p<0,001.

BÀN LUẬN

Tình trạng thừa cân-béo phì và tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy cân nặng và chiều cao trung bình của đối tượng nghiên cứu (cả nam và nữ) là 57,6 kg và 157,4 cm: trong đó cân nặng và chiều cao trung bình của nam là 61,5 kg và 162,7 cm, cân nặng và chiều cao trung bình của nữ là 53,9 kg và 152,2 cm. BMI trung bình là 23,2; tỷ lệ TC-BP là 24,1%; Tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn là 4,0%. Chiều cao trung bình của đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn và tỷ lệ TC-BP cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Nhật Cẩm và CS điều tra tại Hà Nội năm 2016. Trong nghiên cứu của Nguyễn Nhật Cẩm, đối tượng điều tra là người trưởng thành từ 18 - 69 tuổi, kết quả cho thấy: trung bình người dân Hà Nội cao 158,52 cm (163,99 cm với nam giới và 153,60 cm với nữ giới) và nặng 55,53 kg (59,58 kg với nam giới và 51,89 kg với nữ giới). BMI trung bình của người trưởng thành là 22,07, tỷ lệ TC-BP là 14,9% và thiếu năng lượng trường diễn là 9,6% [7]. Sự khác biệt về các chỉ số nhân trắc và tỷ lệ thừa cân-béo phì có thể một phần do nhóm tuổi nghiên cứu khác

nhau. Nghiên cứu của Phạm Thị Dung trên nhóm đối tượng trên 30 tuổi (tuổi trung bình là 56,4 tuổi) tại một số xã tại huyện Vũ Thư, Thái Bình năm 2012 cho thấy các chỉ số BMI là 21,1 thấp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi [4].

Cân nặng, chiều cao và chỉ số BMI cũng như tỷ lệ TC-BP của đối tượng nghiên cứu thuộc xã Tân Hội thấp hơn so với các chỉ số này của đối tượng ở thị trấn Phùng (p<0,01; p<0,001). Sự khác biệt này có thể do khác biệt về yếu tố kinh tế xã hội.

THA là nguyên nhân dẫn đến các biến chứng tim mạch và đột quy. Bệnh tim mạch đã cướp đi 17,9 triệu sự sống của con người năm 2018 mà nguyên nhân hàng đầu là THA – một kẻ giết người thầm lặng. Theo phác đồ điều trị của Bộ Y tế năm 2010: THA được xác định khi huyết áp tâm thu \geq 140 mmHg hoặc huyết áp tâm trương \geq 90 mmHg. Hiện nay, Đại học Tim mạch Hoa Kỳ (American College of Cardiology/ACC) đã đưa ra một khuyến cáo mới về điều trị tăng huyết áp với một định nghĩa mới: huyết áp tâm thu từ 130 đến 139 mmHg hoặc tâm trương từ 80 đến 89 mmHg là THA độ 1. Dựa theo phân loại THA của Hoa Kỳ [5]: đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 19,1% là có huyết áp bình thường; 9,7% là có biểu hiện huyết áp bình thường cao và đối tượng có tăng huyết áp chiếm 71,3% , trong đó: THA độ 1 là 32,3% và THA độ 2 là 38,9%. Như vậy cứ 3 người

40-69 tuổi thì có 2 người THA, đây là một tỷ lệ rất cao. Xã Tân Hội có tỷ lệ huyết áp bình thường và huyết áp bình thường cao, cao hơn so với tỷ lệ này ở thị trấn Phùng (có thể do tỷ lệ TC-BP ở xã Tân Hội thấp hơn). Khi so sánh tình trạng THA ở nam và nữ, kết quả nghiên cứu cho thấy: Nam giới có tỷ lệ THA độ 1, THA độ 2 và THA chung cao hơn so với nữ giới với và huyết áp bình thường cao, cao hơn so với tỷ lệ này ở nam giới ($p < 0,01$; $p < 0,001$ và $p < 0,001$). Dù ngưỡng phân loại THA có thay đổi, nhưng hầu hết các nghiên cứu về dịch tễ học THA đều đưa và nhận xét: tỷ lệ THA ở nam cao hơn ở nữ.

Liên quan giữa thừa cân-béo phì, tăng huyết áp và tăng acid uric máu

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: đối tượng thừa cân- béo phì có nguy cơ tăng acid uric gấp 2,6 lần so với nhóm không thừa cân béo phì. Nồng độ acid uric trung bình của nhóm TC-BP (366,6 $\mu\text{mol/L}$) cao hơn so với nhóm không TC-BP (327,0 $\mu\text{mol/L}$). Nghiên cứu của Phạm Thị Dung cũng cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa về nồng độ acid uric trung bình ở nhóm TC-BP cao hơn có ý nghĩa so với nhóm thiếu năng lượng trường diễn và nhóm có tình trạng dinh dưỡng bình thường [3]. Tuy nhiên, giá trị trung bình về nồng độ acid uric ở nhóm TC-BP trong nghiên cứu của Phạm Thị Dung thấp hơn (326,5 $\mu\text{mol/L/L}$) trong nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của Mio cho biết tăng acid uric liên quan chặt chẽ tới sự phát triển của nền kinh tế, được thể hiện bằng sự thay đổi chế độ ăn uống và lối sống tĩnh tại. Tỷ lệ TC-BP song hành cùng với tình trạng tăng acid uric máu [8].

Mối liên quan giữa tăng acid uric huyết thanh và tăng huyết áp đã được nhiều tác giả phân tích trong các nghiên cứu dịch tễ học ở người trưởng thành. Tuy nhiên, hiện nay vấn đề vẫn còn tranh cãi là nguyên nhân độc lập hay là dấu hiệu chỉ điểm cho tình trạng tăng huyết áp. Việc xác định vai trò của acid uric trong THA khá phức tạp vì thực tế cả 2 yếu tố này đều liên quan đến chức năng thận và quá trình trao đổi chất thông thường. Một số nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng cho thấy khi điều trị giảm nồng độ acid uric thì huyết áp cũng hạ, đây cũng là bằng chứng về mối liên quan giữa tăng acid uric và tăng huyết áp. Một nghiên cứu ở Mỹ đã phân tích liên quan giữa acid uric huyết thanh và tăng huyết áp trên đối tượng thanh thiếu niên (là nhóm ít có nguy cơ mắc các bệnh tim mạch). Nghiên cứu được tiến hành trên 6.036 thanh niên: có 3% đối tượng tăng huyết áp, nồng độ acid uric trung bình là 5,0 mg/dL, có 34% đối tượng có acid uric $> 5,5$ mg/dL. Phân tích đa biến cho thấy sự gia tăng acid uric huyết thanh liên quan đến tăng huyết áp [9].

Thừa cân-béo phì là một trong những yếu tố nguy cơ làm tăng huyết áp. Whitlock và cộng sự (2009) đã phân tích trên 25 nghiên cứu đã cho thấy khi cơ thể giảm 5 cân có nghĩa là năng lượng khẩu phần giảm cùng với tăng hoạt động thể lực, huyết áp tâm thu (HATT) / huyết áp tâm trương (HATTr) sẽ giảm tương ứng là 4,4/3,6 mmHg. Năng lượng giảm do giảm lượng mỡ khẩu phần dẫn đến giảm năng lượng và giảm cân. Mỗi kg cơ thể giảm sẽ dẫn đến giảm 1 mmHg huyết áp đối với trường hợp cân nặng giảm từ 1-5 kg [10].

IV. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ TC-BP khá cao, là 24,1% (nam là 24,2% và nữ 24,0%). Tỷ lệ đối tượng THA là rất cao 71,4% (nam 81,5%; nữ 61,4%) trong đó THA độ 1 là 32,3% (nam 36,0%, nữ 28,8%) THA độ 2 là 38,9% (nam 45,5%; nữ 32,6%). Tỷ lệ THA ở nam cao hơn so với nữ giới ($p < 0,001$).

2. Có mối liên quan giữa tình trạng tăng huyết áp với tăng acid uric máu với $OR=1,9$ (95%CI: 1,4-2,8; $p < 0,01$). Liên quan giữa thừa cân – béo phì và tăng acid uric với $OR=2,6$ (95% CI: 1,9-3,6; $p < 0,001$), thừa cân-béo phì và tăng huyết áp: $OR=2,0$ (95%CI: 1,4-2,8; $p < 0,001$). Nồng độ acid uric máu của đối tượng thừa cân- béo phì cao hơn so với đối tượng không thừa cân-béo phì và tăng huyết áp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. <http://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Ministry of Health General Department of Preventive Medicine (2016). *National Survey on Risk Factors of Non-communicable diseases (STEPS) Viet Nam 2015*. Report submitted to WHO in Hanoi, Vietnam
3. Đào Hồng Hạnh (2015). *Tăng huyết áp và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân gút nguyên phát*. Tạp chí Y học dự phòng, Tập XXV, số 4 (164), 2015, trang 171.
4. Phạm Thị Dung (2014). *Tình trạng tăng acid uric huyết thanh, yếu tố liên quan và hiệu quả can thiệp chế độ ăn ở người 30*

tuổi trở lên tại cộng đồng nông thôn Thái Bình. Luận án tiến sĩ Y học, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương.

5. American College of Cardiology and American Heart Association (2017). *New ACC/AHA high Blood Pressure Guideline Lower Definition of Hypertension*. American College of Cardiology. <https://www.acc.org/latest-in-cardiology/articles/2017/11/08/11/47/mon-5pm-bp-guideline-aha-2017>
6. Wortmann R. L. (2008). *Chapter 87: Gout and Hyperuricemia*. Textbook of Rheumatology, 8(2).
7. Nguyễn Nhật Cảm, Nguyễn Thị Thi Thơ, Nguyễn Thị Kiều Anh (2017). *Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan đến tình trạng thiếu năng lượng trường diễn, thừa cân-béo phì ở người trưởng thành tại thành phố Hà Nội, năm 2016*. Tạp chí Y học dự phòng, tập 27, số 6, 2017 Phụ bản, trang 207
8. Mio Z, Li C, Chen Y, Zhao S, Wang Y, Wang Z et al (2008). *Dietary and lifestyle changes associated with high prevalence of hyperuricemia and gout in the Shandong coastal cities of Eastern China*.
9. Loeffler LF, Navas-Acien A, Braday TM, Miller E, and Fadrowski JJ (2012). *Uric acid level and elevated blood pressure in US adolescents*. National Health and Nutrition Examination Survey, 1999-2006, Hypertension, 59 (4), pp. 811-817.
10. Whitlock , G. , Lewington , S. , Sherliker , P. ,et al. (2009). *Body mass index and cause - specific mortality in 900,000 adults collaborative analyses of 57 prospective studies*. Lancet 373, 1083 – 1096 .

Summary**SITUATION OF OVERWEIGHT-OBESITY, HYPERTENSION AND RELATIONSHIP WITH BLOOD URIC ACID OF ADULT AGED 40-69 YEAR OLD IN PHUNG TOWN AND TAN HOI COMMUNE, DAN PHUONG DISTRICT, HANOI**

A cross-sectional study was conducted on 1138 subjects aged 40-69 years old in Phung Town and Tan Hoi Commune, Dan Phuong district, Hanoi to assess situation of overweight-obesity, hypertension related to increased blood uric acid. The results showed that prevalence of overweight-obesity ($BMI \geq 25$) was 24.1% (male: 24.2% and female: 24.0%). Prevalence of hypertension was 71.4% (male: 81.5% and female: 61.4%; $p < 0.001$), in which, hypertension stage 1 accounted for 32.3% (male 36.0% and 28.8%; $p < 0.01$), hypertension stage 2 was 38.9% (male 45.5% and female 32.6%, $p < 0.001$). There were an association between hypertension and increased blood uric acid with $OR = 1.9$ (95%CI: 1.4-2.8; $p < 0.01$), between overweight- obesity and increased uric acid with $OR = 2.6$ (95% CI: 1.9-3.6; $p < 0.001$), and between overweight - obesity and hypertension with $OR = 2.0$ (95%CI: 1.4-2.8; $p < 0.001$). Concentration of blood uric acid of subjects in the overweight-obesity and hypertension group was higher than that in other groups.

Keyword: *Overweight-obesity, hypertension, increased uric acid, Hanoi.*