



Original Article

Environmental and Nutritional Factors Associated with Inflammatory Bowel Disease: A Multi-Center Study in Vietnam

Dao Viet Hang^{1,2,*}, Dao Van Long^{1,2}, Thai Doan Ky³,
Dinh Thi Nga³, Tran Van Huy⁴, Bui Huu Hoang⁵,
Dang Minh Luan⁵, Pham Thanh Van², Nguyen Thu Thuong²

¹Hanoi Medical University Hospital, 1 Ton That Tung, Kim Lien, Hanoi, Vietnam

²Institute of Gastroenterology and Hepatology, 9 Dao Duy Anh, Kim Lien, Hanoi, Vietnam

³108 Military Central Hospital, 1 Tran Hung Dao, Hai Ba Trung, Hanoi, Vietnam

⁴Hue University of Medicine and Pharmacy, 6 Ngo Quyen, Thuan Hoa, Hue City, Vietnam

⁵University Medical Center - Ho Chi Minh City, 215 Hong Bang, Cho Lon, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received 24th December 2025

Revised 10th March 2026; Accepted 19th May 2026

Abstract: Inflammatory bowel disease (IBD) is increasing in Asia, including Vietnam. However, epidemiological data in Vietnam remain limited, particularly regarding environmental and nutritional factors associated with IBD. This cross-sectional, multicenter study is part of the GIVES-21 project conducted across 24 countries. In Vietnam, five medical centers participated between October 2021 and October 2023. A total of 86 newly diagnosed IBD patients and 172 healthy controls were recruited. Data on living environment and dietary habits were collected. Univariable and multivariable logistic regression analyses were performed to identify factors associated with IBD. Analytical results revealed that associations with IBD included history of smoking (OR=12.4; CI: 1.5 – 105.1), vitamin intake (OR=3.9; CI: 1.3 – 11.9), living with a smoker (OR=0.2; CI: 0.1 – 0.5), rare (OR=0.1; CI: 0.02 – 0.8) or occasional (OR=0.1; CI: 0.02 – 0.9) work overload compared with frequent overload, and exercising at least once a week (OR=0.06; CI: 0.01 – 0.5). In conclusion, factors associated with IBD in Vietnam include smoking, passive smoke exposure, work overload frequency, and physical activity.

Keywords: Inflammatory bowel disease, environmental factors, nutritional factors.

* Corresponding author.

E-mail address: daoviethang@hmu.edu.vn

<https://doi.org/10.25073/2588-1132/vnumps.4890>

Các yếu tố môi trường và dinh dưỡng liên quan đến bệnh viêm ruột mạn tính: một nghiên cứu đa trung tâm tại Việt Nam

Đào Việt Hằng^{1,2,*}, Đào Văn Long^{1,2}, Thái Doãn Kỳ³,
Đinh Thị Nga³, Trần Văn Huy⁴, Bùi Hữu Hoàng⁵,
Đặng Minh Luân⁵, Phạm Thanh Vân², Nguyễn Thu Thương²

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, 1 Tôn Thất Tùng, Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam

²Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa, Gan mật, 9 Đào Duy Anh, Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam

³Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, 1 Trần Hưng Đạo, Hai Bà Trưng, Hà Nội, Việt Nam

⁴Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế, 6 Ngô Quyền, Thuận Hóa, thành phố Huế, Việt Nam

⁵Bệnh viện Đại học Y Dược, 215 Hồng Bàng, Chợ Lớn, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Nhận ngày 24 tháng 12 năm 2025

Chỉnh sửa ngày 10 tháng 3 năm 2026; Chấp nhận đăng ngày 19 tháng 5 năm 2026

Tóm tắt: Viêm ruột mạn tính (IBD) có xu hướng gia tăng tại châu Á, trong đó có Việt Nam. Tuy nhiên, dữ liệu dịch tễ tại nước ta còn thiếu, đặc biệt là dữ liệu về các yếu tố môi trường và dinh dưỡng liên quan đến IBD. Đây là một nghiên cứu cắt ngang, đa trung tâm, thuộc dự án GIVES-21 được triển khai tại 24 quốc gia. Tại Việt Nam, 05 cơ sở y tế tham gia nghiên cứu từ 10/2021 – 10/2023. 86 bệnh nhân IBD mới mắc và 172 người khỏe mạnh được tuyển chọn. Thông tin về môi trường sống và dinh dưỡng được thu thập. Hồi quy logistic đơn biến và đa biến được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan đến IBD. Kết quả phân tích cho thấy các yếu tố liên quan đến IBD bao gồm đã từng hút thuốc lá (OR=12,4; KTC: 1,5 – 105,1), uống vitamin (OR=3,9; KTC: 1,3 – 11,9), có thành viên trong gia đình hút thuốc lá (OR=0,2; KTC: 0,1 – 0,5), hầu như không (OR=0,1; KTC: 0,02 – 0,8) hoặc chỉ đôi khi (OR=0,1; KTC: 0,02 – 0,9) quá tải công việc so với thường xuyên quá tải và hoạt động thể chất ít nhất một lần mỗi tuần (OR=0,06; KTC: 0,01 – 0,5). Kết luận, các yếu tố liên quan đến IBD ở Việt Nam bao gồm hút thuốc lá, phơi nhiễm khói thuốc thụ động, tần suất quá tải công việc và hoạt động thể chất.

Từ khóa: Bệnh viêm ruột mạn tính, yếu tố môi trường, yếu tố dinh dưỡng.

1. Mở đầu

Viêm ruột mạn tính (IBD) đặc trưng bởi tình trạng viêm mạn tính đường tiêu hóa, trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất là bệnh Crohn và viêm loét đại tràng. Cơ chế bệnh sinh IBD chưa rõ ràng nhưng được cho là do tương tác phức tạp giữa di truyền, môi trường, vi khuẩn và phản ứng miễn

dịch [1]. Những năm gần đây, IBD có xu hướng gia tăng trên toàn cầu, đặc biệt tại khu vực châu Á [2], bao gồm cả Việt Nam. Tuy nhiên, dữ liệu dịch tễ học vẫn còn hạn chế, đặc biệt đối với các yếu tố môi trường và dinh dưỡng tại nước ta. Các yếu tố này ngày càng được quan tâm do có ảnh hưởng lớn đến vi sinh vật đường ruột, phản ứng miễn dịch và tính toàn vẹn hàng rào biểu mô, vì

* Tác giả liên hệ.

Địa chỉ email: daoviethang@hmu.edu.vn

<https://doi.org/10.25073/2588-1132/vnumps.4890>

vậy có thể đóng vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh [3]. Một số yếu tố liên quan đến IBD đã được chứng minh gồm có tiền sử gia đình mắc IBD; sinh mổ; thuốc lá; kháng sinh; cuộc sống đô thị; thiếu hụt vitamin; tiêu thụ thịt, cà phê, chất béo; tiếp xúc với vật nuôi và hoạt động thể chất [4].

GIVES-21 (Global IBD Visualization of Epidemiology Studies in the 21st Century) [5] là dự án triển khai tại 24 quốc gia trong đó có Việt Nam, nhằm xác định tỷ lệ mới mắc IBD và các yếu tố liên quan tại những quốc gia công nghiệp hóa mới. Bài báo này trình bày kết quả đánh giá các yếu tố môi trường và dinh dưỡng liên quan đến IBD tại Việt Nam.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân IBD mới mắc và người khỏe mạnh làm đối chứng.

Đối với nhóm IBD, lựa chọn bệnh nhân i) Tuổi ≥ 18 ; ii) Cư trú ở khu vực xác định ít nhất 6 tháng tại thời điểm chẩn đoán; iii) Không mắc viêm ruột do lao, vi khuẩn, ký sinh trùng, dùng thuốc; iv) Được chẩn đoán xác định mới mắc Crohn hoặc viêm loét đại tràng dựa vào sự kết hợp các tiêu chí lâm sàng, nội soi, mô bệnh học và chẩn đoán hình ảnh (cần đạt được sự đồng thuận kết quả chẩn đoán của ít nhất 02 tiêu chí), cụ thể:

Bệnh Crohn:

- Lâm sàng: tiêu chảy kèm đau bụng, suy dinh dưỡng, khối vùng bụng, tổn thương quanh hậu môn.

- Nội soi: tổn thương không liên tục, loét, hình ảnh đá cuội, tổn thương nứt sâu.

- Mô bệnh học: viêm u hạt, vết nứt sâu, loét áp-tơ.

- Chẩn đoán hình ảnh: hình ảnh gợi ý viêm ruột non, hẹp lòng ruột, rò.

Viêm loét đại tràng:

- Lâm sàng: tiêu chảy, đi ngoài ra máu.

- Nội soi: tổn thương viêm lan tỏa liên tục (mất hình ảnh mạch máu dưới niêm mạc, niêm

mạc dễ chảy máu, loét), tổn thương tại trực tràng, có hoặc không lan liên tục lên các đoạn đại tràng phía trên.

- Mô bệnh học: thâm nhiễm tế bào plasma ở lớp màng đáy, biến dạng cấu trúc tuyến, có hoặc không kèm viêm tuyến hoặc áp-xe tuyến.

Đối với nhóm chứng, lựa chọn đối tượng i) Tuổi ≥ 18 ; ii) Không mắc các bệnh lý mạn tính hoặc sử dụng thuốc trong thời gian dài; iii) Được ghép cặp với nhóm IBD theo tuổi (± 3 tuổi), giới, dân tộc, và tình thường trú. Loại trừ người thân của bệnh nhân thuộc nhóm IBD trong nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang, đa trung tâm.

Thời gian nghiên cứu: 10/2021 – 10/2023.

Địa điểm nghiên cứu: 05 cơ sở y tế bao gồm

i) Bệnh viện Đại học Y Hà Nội; ii) Bệnh viện Trung ương Quân đội 108; iii) Bệnh viện Trường Đại học Y-Dược Huế; iv) Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh; và v) Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa, Gan mật - Phòng khám Đa khoa Hoàng Long.

Phương pháp chọn mẫu: chọn toàn bộ ca mới mắc IBD trong thời gian nghiên cứu. Chọn thuận tiện 02 đối chứng cho mỗi ca IBD.

Thu thập thông tin nghiên cứu: các thông tin được thu thập dựa trên bộ câu hỏi thiết kế sẵn bao gồm thông tin cá nhân và tiền sử sức khỏe; môi trường sống và yếu tố tâm lý; khẩu phần ăn/ngày 09 nhóm thực phẩm cơ bản trong vòng 3 tháng; và tình trạng có/không tiêu thụ 27 loại thực phẩm chế biến sẵn trong vòng 1 năm trước khi được chẩn đoán IBD (các câu hỏi khai thác 04 yếu tố tâm lý tại phụ lục A, cách quy đổi khẩu phần 09 nhóm thực phẩm tại phụ lục C bài báo giới thiệu dự án GIVES-21 [5]).

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức Trường Đại học Hồng Kông với mã số CREC Ref. No.: 2020.574 và Hội đồng đạo đức Viện Nghiên cứu Y học Đinh Tiên Hoàng mã số IRB-2103 ngày 25/10/2021.

2.4. Xử lý số liệu

Nhập liệu bằng REDCap và phân tích số liệu bằng STATA 14.2. Mô tả biến định tính bằng tần số và tỷ lệ. Mô tả biến định lượng bằng trung bình, độ lệch chuẩn hoặc trung vị, độ trải giữa (IQR). Các biến độc lập được kiểm định bằng hồi quy logistic đơn biến, sau đó đưa các biến có mức ý nghĩa p -value $\leq 0,2$ vào mô hình hồi quy logistic đa biến. Mức ý nghĩa được xem là có ý nghĩa thống kê khi p -value $< 0,05$.

3. Kết quả nghiên cứu

86 bệnh nhân IBD mới mắc và 172 đối chứng được tuyển chọn. Phần lớn đối tượng là nam giới (63,2%), tuổi trung vị là 40,5 (IQR=22).

Tiền sử mắc lao, tiền sử gia đình mắc IBD và tiền sử cắt ruột thừa chiếm tỷ lệ thấp. Đa số được sinh thường và nuôi bằng sữa mẹ. Tỷ lệ đang sử dụng rượu bia và thuốc lá có xu hướng cao hơn ở nhóm chứng. Hút thuốc lá và sử dụng rượu bia có liên quan đến IBD trong phân tích đơn biến (Bảng 1).

Bảng 1. Các yếu tố cá nhân và tiền sử sức khỏe

Đặc điểm	IBD	Chứng	Đơn biến		
			Đơn vị: số lượng (tỷ lệ)	OR (KTC 95%) p	
Tiền sử lao (n=258)	2 (2,3)	1 (0,6)	4,1 (0,4 – 45,5)	0,25	
Tiền sử hút thuốc lá (n=258)	Đang hút	3 (3,5)	26 (15,1)	0,2 (0,06 – 0,7)	0,015
	Đã từng hút	17 (19,8)	22 (12,8)	1,5 (0,7 – 2,9)	0,296
	Chưa từng hút*	66 (76,7)	124 (72,1)		
Tiền sử uống rượu bia (n=258)	Đang uống	9 (10,5)	51 (29,7)	0,3 (0,1 – 0,7)	0,003
	Đã từng uống	34 (39,5)	48 (27,9)	1,2 (0,7 – 2,1)	0,532
	Chưa từng uống*	43 (50)	73 (42,4)		
Tiền sử cắt ruột thừa (n = 258)	5 (5,9)	8 (4,9)	1,2 (0,4 – 3,9)	0,712	
Trình độ học vấn (n=257)	Tiểu học*	5 (5,9)	11(6,4)		
	THPT/cao đẳng	46 (54,1)	82 (47,7)	1,2 (0,4 – 3,8)	0,712
	Đại học trở lên	34 (40)	79 (45,9)	0,9 (0,3 – 2,9)	0,925
Tiền sử gia đình mắc IBD (n=258)	2 (2,3)	1 (0,6)	4,1 (0,4 – 45,5)	0,254	
Hình thức sinh (n=246)	Sinh thường*	80 (96,4)	156 (95,7)		
	Sinh mổ	3 (3,6)	7 (4,3)	0,8 (0,2 – 3,3)	0,799
Được nuôi bằng sữa mẹ (n=187)	76 (95)	103 (96,3)	0,7 (0,2 – 3,0)	0,674	
Tiền sử sử dụng kháng sinh	0 – 10 tuổi (n=96)	14 (35,9)	15 (25,3)	1,6 (0,6 – 3,8)	0,317
	>10 – 18 tuổi (n=130)	26 (60)	40 (50,6)	1,0 (0,5 – 2,1)	0,969
	>18 – nay (n=208)	54 (79,4)	107 (76,4)	1,2 (0,6 – 2,4)	0,630

Ghi chú: * nhóm tham chiếu, THPT – Trung học phổ thông

Nhìn chung nhóm IBD có xu hướng tiếp xúc với thú cưng/vật nuôi và hoạt động thể chất hàng ngày nhiều hơn; trong khi nhóm chứng hút thuốc lá và có thành viên trong gia đình hút thuốc lá nhiều hơn. Phân tích đơn biến cho thấy sống ở thành phố giai đoạn 10 – 18 tuổi, tiếp xúc với vật nuôi tại nông trại, tần suất cảm thấy quá tải công việc và hoạt động thể chất liên quan đến IBD (Bảng 2).

Trung bình khẩu phần đồ uống có cồn ở nhóm chứng cao hơn hẳn so với nhóm IBD, các

nhóm thực phẩm khác không khác biệt đáng kể. Khẩu phần đồ uống có cồn và trái cây/rau củ có màu đỏ/cam liên quan với IBD trong phân tích đơn biến (Bảng 3).

Nhóm IBD có xu hướng tiêu thụ nhiều hơn bánh quy/bim bim, súp đóng gói, viên vitamin và kẹo; trong khi nhóm chứng có xu hướng tiêu thụ nhiều hơn thịt chế biến sẵn, đồ uống thể thao và đồ uống có cồn. Phân tích đơn biến cho thấy việc tiêu thụ bánh quy/bim bim, đồ uống có cồn, viên vitamin và kẹo có liên quan với IBD (Bảng 4).

Mô hình đa biến cho thấy đã từng hút thuốc, quá tải công việc và uống vitamin có liên quan có thành viên trong gia đình hút thuốc, tình trạng đến IBD (Bảng 5).

Bảng 2. Các yếu tố môi trường và tâm lý

Đặc điểm		IBD	Chứng	Đơn biến		
		Đơn vị: số lượng (tỷ lệ)		OR (KTC 95%)	p	
Nơi sống	0 – 10 tuổi (n=258)	Thành phố	33 (38,4)	84 (48,8)	0,7 (0,4 – 1,1)	0,112
		Nông thôn*	53 (61,6)	88 (51,2)		
	>10 – 18 tuổi (n=258)	Thành phố	35 (40,7)	93 (54,1)	0,6 (0,3 – 0,9)	0,044
		Nông thôn*	51 (59,3)	79 (45,9)		
	>18 – nay (n=254)	Thành phố	50 (60,2)	115 (67,3)	0,7 (0,4 – 1,3)	0,273
		Nông thôn*	33 (39,8)	56 (32,8)		
Tiếp xúc với thú cưng	0 – 10 tuổi (n=237)	38 (58,7)	58 (36,5)	1,7 (1,0 – 2,9)	0,072	
	>10 – 18 tuổi (n=249)	38 (46,3)	63 (37,7)	1,4 (0,8 – 2,4)	0,194	
	>18 – nay (n=250)	25 (30,9)	56 (33,1)	0,9 (0,5 – 1,6)	0,719	
Tiền xúc với vật nuôi tại nông trại	0 – 10 tuổi (n=255)	36 (42,4)	49 (28,2)	1,8 (1,1 – 3,1)	0,032	
	>10 – 18 tuổi (n=256)	36 (42,4)	44 (25,7)	2,1 (1,2 – 3,7)	0,007	
	>18 – nay (n=252)	23 (28,4)	27 (15,8)	2,1 (1,1 – 4,0)	0,021	
Hút thuốc lá	0 – 10 tuổi (n=251)	1 (1,2)	0	-	-	
	>10 – 18 tuổi (n=252)	5 (5,9)	21 (12,5)	0,4 (0,2 – 1,2)	0,115	
	>18 – nay (n=253)	14 (16,9)	47 (27,7)	0,5 (0,3 – 1,0)	0,062	
Thành viên trong gia đình hút thuốc lá	0 – 10 tuổi (n=239)	33 (42,3)	80 (49,7)	0,7 (0,4 – 1,3)	0,284	
	>10 – 18 tuổi (n=249)	32 (40,5)	81 (47,7)	0,7 (0,4 – 1,3)	0,293	
	>18 – nay (n=250)	25 (30,9)	74 (43,8)	0,6 (0,3 – 1,0)	0,052	
Cảm thấy lo lắng/căng thẳng (n=258)	Không bao giờ	4 (4,7)	6 (3,5)	0,7 (0,03 – 14,0)	0,794	
	Hầu như không	15 (17,4)	42 (24,4)	0,4 (0,02 – 6,1)	0,476	
	Đôi khi	47 (54,7)	112 (65,1)	0,4 (0,03 – 6,9)	0,542	
	Khá thường xuyên	19 (22,1)	11 (6,4)	1,7 (0,1 – 30,5)	0,709	
	Rất thường xuyên*	1 (1,2)	1 (0,6)			
Cảm thấy không thể kiểm soát được những việc quan trọng (n=258)	Không bao giờ	22 (25,6)	17 (9,9)	2,6 (0,2 – 31,0)	0,453	
	Hầu như không	18 (20,9)	68 (39,5)	0,5 (0,05 – 6,2)	0,612	
	Đôi khi	41 (47,7)	80 (46,5)	1,0 (0,1 – 11,6)	0,984	
	Khá thường xuyên	4 (4,7)	5 (2,9)	1,6 (0,1 – 24,7)	0,736	
	Rất thường xuyên*	1 (1,2)	2 (1,2)			
Cảm thấy quá tải công việc (n=258)	Không bao giờ	24 (27,9)	20 (11,6)	0,5 (0,1 – 1,9)	0,282	
	Hầu như không	17 (19,8)	69 (40,1)	0,1 (0,02 – 0,4)	0,001	
	Đôi khi	36 (41,9)	80 (46,5)	0,2 (0,04 – 0,7)	0,012	
	Khá thường xuyên*	8 (9,3)	3 (1,7)			
	Rất thường xuyên	1 (1,2)	0	-	-	
Thực hiện các hoạt động thể chất trong hơn 30 phút (n=258)	Không bao giờ*	6 (7)	5 (2,9)			
	Hầu như không	13 (15,1)	29 (16,9)	0,4 (0,1 – 1,4)	0,154	
	Ít nhất 1 lần/tháng	29 (33,7)	66 (38,4)	0,4 (0,1 – 1,3)	0,119	
	Ít nhất 1 lần/tuần	11 (12,8)	40 (23,3)	0,2 (0,1 – 0,9)	0,034	
	Ít nhất 1 lần/ngày	27 (31,4)	32 (18,6)	0,7 (0,2 – 2,6)	0,593	

Ghi chú: * nhóm tham chiếu

Bảng 3. Trung bình khẩu phần/ngày các nhóm thực phẩm cơ bản trong vòng 3 tháng vừa qua

Nhóm thực phẩm	IBD (n=86)	Chứng (n=172)	Đơn biến	
	Đơn vị: trung bình (độ lệch chuẩn)		OR (KTC 95%)	p
Đồ uống có cồn	0,1 (0,3)	0,5 (1,5)	0,3 (0,1 – 0,6)	0,003
Các loại đậu/hạt	0,4 (0,5)	0,4 (0,5)	0,9 (0,5 – 1,5)	0,728
Ngũ cốc	3,2 (1,8)	3,6 (1,9)	0,9 (0,7 – 1,0)	0,136
Trái cây	0,8 (0,7)	0,8 (0,7)	1,1 (0,8 – 1,7)	0,466
Rau củ	1,9 (1,3)	1,8 (1,3)	1,0 (0,8 – 1,3)	0,774
Thịt	3,1 (2,6)	3,4 (3,0)	1,0 (1,0 – 1,1)	0,444
Sữa	0,4 (0,6)	0,3 (0,5)	1,4 (0,9 – 2,2)	0,171
Trái cây/rau củ có màu đỏ/cam	0,4 (0,6)	0,3 (0,4)	1,7 (1,0 – 2,8)	0,046
Cá có mỡ	0,2 (0,3)	0,2 (0,3)	0,8 (0,3 – 1,9)	0,598

Bảng 4. Tiêu thụ thực phẩm chế biến sẵn trong vòng 1 năm vừa qua

Loại thực phẩm	IBD (n=86)	Chứng (n=172)	Đơn biến	
	Đơn vị: số lượng (tỷ lệ phần trăm)		OR (KTC 95%)	p
Các loại mì	38 (44,2)	84 (48,8)	0,8 (0,5 – 1,4)	0,481
Các loại bánh mì	70 (81,4)	131 (76,2)	1,4 (0,7 – 2,6)	0,341
Bánh quy/bim bim	52 (60,5)	76 (44,2)	1,9 (1,1 – 3,3)	0,014
Súp đóng gói	4 (4,7)	4 (2,3)	2,0 (0,5 – 8,4)	0,319
Thịt chế biến sẵn	22 (25,6)	61 (35,5)	0,6 (0,4 – 1,1)	0,111
Hải sản chế biến sẵn	17 (19,8)	30 (17,4)	1,2 (0,6 – 2,3)	0,648
Rau củ chế biến sẵn	30 (34,9)	61 (35,5)	1,0 (0,6 – 1,7)	0,927
Trái cây chế biến sẵn	18 (20,9)	40 (23,3)	0,9 (0,5 – 1,6)	0,673
Sữa có hương liệu	22 (25,6)	38 (22,1)	1,2 (0,7 – 2,2)	0,532
Sữa/sữa chua không chứa hương liệu	49 (57,0)	82 (47,7)	1,5 (0,9 – 2,4)	0,160
Đồ tráng miệng từ sữa	17 (19,8)	27 (15,7)	1,3 (0,7 – 2,6)	0,414
Đường/siro	11 (12,8)	20 (11,6)	1,1 (0,5 – 2,4)	0,787
Kẹo cao su	8 (9,3)	15 (8,7)	1,1 (0,4 – 2,6)	0,877
Đồ nướng ngọt	25 (29,1)	40 (23,3)	1,4 (0,8 – 2,4)	0,311
Trà đóng chai	18 (20,9)	43 (25,0)	0,8 (0,4 – 1,5)	0,469
Cà phê đóng chai	11 (12,8)	33 (19,2)	0,6 (0,3 – 1,3)	0,201
Đồ uống thể thao	8 (9,3)	27 (15,7)	0,6 (0,2 – 1,3)	0,162
Đồ uống ăn kiêng	1 (1,2)	4 (2,3)	0,5 (0,1 – 4,5)	0,531
Đồ uống có cồn	22 (25,6)	81 (47,1)	0,4 (0,2 – 0,7)	0,001
Viên vitamin	23 (26,7)	21 (12,2)	2,6 (1,4 – 5,1)	0,004
Sản phẩm protein	3 (3,5)	2 (1,2)	3,1 (0,5 – 18,7)	0,224
Đồ tráng miệng chứa trứng	22 (25,6)	35 (20,4)	1,3 (0,7 – 2,5)	0,340
Bột sữa	8 (9,3)	6 (3,5)	2,8 (1,0 – 8,5)	0,061
Sốt salad	18 (20,9)	25 (14,5)	1,6 (0,8 – 3,0)	0,196
Kẹo	26 (30,2)	30 (17,4)	2,1 (1,1 – 3,8)	0,020
Bột kem sữa pha cà phê	0	2 (1,2)	-	-
Nước trái cây đã qua chế biến/sữa đậu nành có hương liệu	20 (23,3)	27 (15,7)	1,6 (0,9 – 3,1)	0,140

Bảng 5. Phân tích đa biến một số yếu tố liên quan đến IBD

Đặc điểm (Nhóm tham chiếu)		Phân tích đa biến*	
		OR (KTC 95%)	p
Tiền sử hút thuốc lá (Chưa từng hút)	Đang hút	3,4 (0,3 – 45,4)	0,348
	Đã từng hút	12,4 (1,5 – 105,1)	0,021
Tiền sử uống rượu bia (Chưa từng uống)	Đang uống	1,7 (0,2 – 12,1)	0,617
	Đã từng uống	3,2 (1,0 – 10,2)	0,052
Nơi sống (Nông thôn)	Thành thị 0 – 10 tuổi	8,5 (0,4 – 184,0)	0,172
	Thành thị >10 – 18 tuổi	0,1 (0,0 – 1,6)	0,103
Tiếp xúc với thú cưng	0 – 10 tuổi	1,5 (0,1 – 16,6)	0,756
	>10 – 18 tuổi	0,4 (0,03 – 4,0)	0,418
Tiếp xúc với vật nuôi tại nông trại	0 – 10 tuổi	0,6 (0,03 – 12,4)	0,754
	>10 – 18 tuổi	2,3 (0,1 – 45,4)	0,582
	>18 – nay	1,9 (0,5 – 8,0)	0,363
Hút thuốc lá	>10 – 18 tuổi	1,6 (0,3 – 10,6)	0,607
	>18 – nay	0,2 (0,02 – 1,5)	0,106
Có thành viên trong gia đình hút thuốc lá	>18 – nay	0,2 (0,1 – 0,5)	0,001
Cảm thấy quá tải công việc (Khả thường xuyên)	Không bao giờ	0,5 (0,1 – 3,3)	0,469
	Hầu như không	0,1 (0,02 – 0,8)	0,025
	Đôi khi	0,1 (0,02 – 0,9)	0,037
Thực hiện các hoạt động thể chất trong hơn 30 phút (Không bao giờ)	Hầu như không	0,3 (0,1 – 2,0)	0,214
	Ít nhất 1 lần/tháng	0,3 (0,04 – 1,4)	0,119
	Ít nhất 1 lần/tuần	0,06 (0,01 – 0,5)	0,008
	Ít nhất 1 lần/ngày	0,5 (0,1 – 3,0)	0,458
Khẩu phần thực phẩm cơ bản	Đồ uống có cồn	0,6 (0,2 – 2,1)	0,413
	Ngũ cốc	0,8 (0,6 – 1,1)	0,102
	Sữa	0,8 (0,3 – 1,8)	0,541
	Trái cây/rau củ có màu đỏ/màu cam	1,5 (0,6 – 3,6)	0,367
Thực phẩm chế biến sẵn	Bánh quy/bim bim	1,9 (0,8 – 4,6)	0,175
	Thịt chế biến sẵn	0,5 (0,2 – 1,4)	0,189
	Sữa/sữa chua không chứa hương liệu	1,7 (0,7 – 3,9)	0,239
	Cà phê đóng chai	1,2 (0,3 – 4,4)	0,750
	Đồ uống thể thao	0,4 (0,1 – 1,9)	0,270
	Đồ uống có cồn	0,5 (0,1 – 2,0)	0,328
	Viên vitamin	3,9 (1,3 – 11,9)	0,017
	Bột sữa	0,7 (0,1 – 4,5)	0,716
	Sốt salad	1,4 (0,4 – 5,3)	0,595
	Kẹo	1,9 (0,7 – 5,1)	0,184
	Nước trái cây đã qua chế biến/sữa đậu nành có hương liệu	1,9 (0,6 – 5,8)	0,267

Ghi chú: KTC - khoảng tin cậy.

4. Bàn luận

Nghiên cứu cho thấy đối với IBD, các yếu tố nguy cơ bao gồm đã từng hút thuốc lá và uống vitamin; trong khi các yếu tố bảo vệ gồm có thành viên trong gia đình hút thuốc lá, không thường xuyên cảm thấy công việc quá tải và hoạt động thể chất với tần suất trung bình.

Trong nghiên cứu này, các bệnh nhân IBD sử dụng vitamin trong vòng 1 năm qua gấp 5,6 lần so với nhóm chứng (KTC: 1,6-19,3, $p = 0,007$). Hiện chưa có bằng chứng khoa học liên quan đến việc sử dụng vitamin làm tăng nguy cơ mắc IBD. Bên cạnh đó, một số loại vitamin và khoáng chất như vitamin A, B1, B6,

B12, D3 và axit folic, K, Biotin, Sắt, Kẽm có tác dụng cải thiện mức độ nặng, giảm triệu chứng mệt mỏi, cải thiện chuyển hóa năng lượng, điều hòa miễn dịch, tình trạng thiếu máu, và giảm nguy cơ loãng xương ở bệnh nhân IBD [6]. Nghiên cứu của Hui Li và cộng sự còn cho thấy mỗi 1 microgram tăng lượng vitamin D có liên quan đến việc giảm khoảng 51% nguy cơ mắc IBD và ở đối tượng không bị tiểu đường, mỗi 1 microgram tăng lượng vitamin K có liên quan đến việc giảm khoảng 67% nguy cơ mắc IBD [7]. Do đó, có thể giải thích tình trạng sử dụng vitamin ở nhóm bệnh trong nghiên cứu này cao hơn nhóm chứng do bệnh nhân IBD chủ động dùng vitamin với mong muốn cải thiện các triệu chứng do IBD gây ra và cần có thêm các nghiên cứu sâu hơn để khẳng định điều này. Nghiên cứu này cũng chưa đánh giá được rõ ràng vai trò của loại vitamin cụ thể đối với IBD do không khai thác thông tin về tên loại vitamin bệnh nhân sử dụng.

Kết quả nghiên cứu còn cho thấy nguy cơ mắc IBD ở đối tượng có thành viên trong gia đình hút thuốc lá khi ở độ tuổi 18 trở lên chỉ bằng 0,2 lần (KTC: 0,1 – 0,6, $p = 0,003$) so với các đối tượng không có thành viên trong gia đình hút thuốc lá ở độ tuổi 18 trở lên. Đã có nhiều bằng chứng khoa học cho thấy hút thuốc lá làm tăng nguy cơ mắc và biến chứng đối với Crohn nhưng dường như là yếu tố bảo vệ đối với VLĐTTCM [8-10]. Tác dụng bảo vệ của thuốc lá đối với VLĐTTCM có thể là do nicotine - chất chủ vận của nAChR được tìm thấy trong hệ thần kinh trung ương, hệ thần kinh ngoại biên, cơ và một số mô của nhiều sinh vật, kích thích con đường truyền tín hiệu chống viêm của thụ thể acetylcholine nicotinic để giảm phản ứng viêm [11]. Như vậy, có thể giải thích kết quả nghiên cứu là do các đối tượng có hút thuốc thụ động từ người thân hút thuốc lá và số lượng bệnh nhân VLĐTTCM cao hơn so với bệnh nhân Crohn, dẫn đến kết quả có thành viên trong gia đình hút thuốc lá là yếu tố bảo vệ khi xét IBD nói chung.

Với tình trạng cảm thấy không thể kiểm soát được những việc quan trọng trong cuộc sống, nguy cơ IBD trong nhóm hầu như không và đôi khi cảm thấy tình trạng này chỉ bằng 0,1 lần (KTC: 0,03- 0,5, $p = 0,003$) và 0,3 lần (KTC: 0,1-

0,9, $p = 0,03$) với nhóm không bao giờ. Việc cảm thấy không thể kiểm soát được những việc quan trọng trong cuộc sống có thể gây ra tình trạng căng thẳng tâm lý. Mối liên quan giữa căng thẳng tâm lý và nguy cơ IBD vẫn chưa thống nhất [12-15], nhưng đã có những gợi ý cả căng thẳng kéo dài và căng thẳng cấp tính đều liên quan đến cơ chế bệnh sinh của IBD thông qua tác động làm thay đổi hệ thống miễn dịch và các phản ứng gây viêm [16]. Tuy nhiên, những tình trạng căng thẳng tâm lý không thường xuyên chỉ đơn thuần là phản ứng thích nghi của cơ thể để đáp ứng với môi trường sống và có thể chúng có tác dụng bảo vệ đối với tình trạng viêm ruột. Điều này cần được xem xét kỹ lưỡng hơn và cần có một bộ công cụ để đánh giá tần suất căng thẳng tâm lý một cách chặt chẽ hơn trong các nghiên cứu tương lai.

Đối với tần suất vận động, nguy cơ IBD trong nhóm vận động ít nhất 1 lần/tháng và vận động ít nhất 1 lần/tuần chỉ bằng 0,1 lần (KTC: 0,02 – 0,9, $p = 0,037$) và 0,03 lần (KTC: 0,004 – 0,3, $p = 0,002$) so với nhóm không bao giờ vận động. Khi đổi nhóm tham chiếu sang nhóm vận động ít nhất 1 lần/ngày trong phân tích đa biến, kết quả cho thấy vẫn có ý nghĩa thống kê đối với nhóm vận động ít nhất 1 lần/tháng và vận động ít nhất 1 lần/tuần, cụ thể, nguy cơ mắc IBD tương ứng chỉ bằng 0,3 lần (KTC: 0,1 – 0,9, $p = 0,035$) và 0,07 lần (KTC: 0,01 – 0,4, $p = 0,001$) so với nhóm vận động ít nhất 1 lần/ngày. Điều này phù hợp với kết quả của một phân tích gộp do Ho Tuan Tiong và cộng sự thực hiện cho thấy nguy cơ mắc IBD ở những cá nhân có mức độ hoạt động thể chất thấp là thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với những người có hoạt động thể chất cao [17]. Như vậy, nghiên cứu này gợi ý rằng vận động thể chất với tần suất vừa phải là yếu tố bảo vệ khỏi nguy cơ mắc IBD so với cả hai trường hợp không vận động hoặc vận động hàng ngày.

Hạn chế nghiên cứu là các câu hỏi về môi trường và dinh dưỡng chưa hoàn toàn đặc thù đối với người Việt Nam. Thêm vào đó, thông tin nhân khẩu học cũng như dinh dưỡng chỉ được khai thác tại thời điểm thu tuyển hoặc trong khoảng thời gian gần (3 tháng – 1 năm) nên chưa thể phân biệt các yếu tố liên quan là nguyên nhân

hay kết quả của IBD. Các nghiên cứu quy mô lớn hơn với bộ công cụ được hiệu chỉnh là cần thiết để khẳng định được những yếu tố nguy cơ đặc thù đối với người Việt Nam.

5. Kết luận

Nghiên cứu đã xác định một số yếu tố liên quan đến nguy cơ mắc IBD ở Việt Nam bao gồm tiền sử hút thuốc lá, phơi nhiễm khói thuốc thụ động, tần suất quá tải công việc và hoạt động thể chất. Yếu tố sử dụng vitamin cần được xem xét thêm.

Tài liệu tham khảo

- [1] Y. Z. Zhang, Y. Y. Li, Inflammatory Bowel Disease: Pathogenesis, *World J Gastroenterol*, Vol. 20, No. 1, 2014, pp. 91-99, <https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i1.91>.
- [2] L. Hracs, J. W. Windsor, J. Gorospe et al., Global Evolution of Inflammatory Bowel Disease Across Epidemiologic Stages, *Nature*, Vol. 642, No. 8067, 2025, pp. 458-466, <https://doi.org/10.1038/s41586-025-08940-0>.
- [3] A. N. Ananthakrishnan, Environmental Risk Factors for Inflammatory Bowel Diseases: A Review, *Digestive Diseases and Sciences*, Vol. 60, No. 2, 2015, pp. 290-298, <https://doi.org/10.1007/s10620-014-3350-9>.
- [4] M. Zhao, R. Feng, S. B. Horin et al., Systematic Review with Meta-Analysis: Environmental and Dietary Differences of Inflammatory Bowel Disease in Eastern and Western Populations, *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, Vol. 55, No. 3, 2022, pp. 266-276, <https://doi.org/10.1111/apt.16703>.
- [5] J. W. Y. Mak, Y. Sun, J. Limsrivilai et al., Development of the Global Inflammatory Bowel Disease Visualization of Epidemiology Studies in the 21st Century (GIVES-21), *BMC Medical Research Methodology*, Vol. 23, No. 1, 2023, pp. 129, <https://doi.org/10.1186/s12874-023-01944-2>.
- [6] F. K. Ghishan, P. R. Kiela, Vitamins and Minerals in Inflammatory Bowel Disease, *Gastroenterology Clinics of North America*, Vol. 46, No. 4, 2017, pp. 797-808, <https://doi.org/10.1016/j.gtc.2017.08.011>.
- [7] H. Li, W. C. Li, X. R. Hu, Association Between Vitamin C, D, and K Intake and Inflammatory Bowel Disease Risk: Findings from 2009 to 2010 NHANES, *BMC Gastroenterol*, Vol. 25, No. 1, 2025, pp. 177, <https://doi.org/10.1186/s12876-02503747-9>.
- [8] S. S. Mahid, K. S. Minor, R. E. Soto et al., Smoking and Inflammatory Bowel Disease: A Meta-Analysis, *Mayo Clinic Proceedings*, Vol. 81, No. 11, 2006, pp. 1462-1471, <https://doi.org/10.4065/81.11.1462>.
- [9] L. M. Higuchi, H. Khalili, A. T. Chan et al., A Prospective Study of Cigarette Smoking and the Risk of Inflammatory Bowel Disease in Women, *Official Journal of the American College of Gastroenterology*, Vol. 107, No. 9, 2012, pp. 1399-1406, <https://doi.org/10.1038/ajg.2012.196>.
- [10] J. Cosnes, L. Beaugerie, F. Carbonnel, J. P. Gendre, Smoking Cessation and the Course of Crohn's Disease: An Intervention Study, *Gastroenterology*, Vol. 120, No. 5, 2001, pp. 1093-1099, <https://doi.org/10.1053/gast.2001.23231>.
- [11] W. Zhang, H. Lin, M. Zou, et al., Nicotine in Inflammatory Diseases: Anti-Inflammatory and Pro-Inflammatory Effects, *Frontiers in Immunology*, Vol. 13, 2022, pp. 826889, <https://doi.org/10.3389/fimmu.2022.826889>.
- [12] E. Lerebours, C. R. Gower, V. Merle et al., Stressful Life Events as a Risk Factor for Inflammatory Bowel Disease Onset: A Population-Based Case-Control Study, *Official Journal of the American College of Gastroenterology*, Vol. 102, No. 1, 2007, pp. 122-131.
- [13] A. N. Ananthakrishnan, H. Khalili, A. Pan et al., Association Between Depressive Symptoms and Incidence of Crohn's Disease and Ulcerative Colitis: Results from the Nurses' Health Study, *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, Vol. 11, No. 1, 2013, pp. 57-62, <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2012.08.032>.
- [14] S. Singh, L. A. Graff, C. N. Bernstein, Do NSAIDs, Antibiotics, Infections, or Stress Trigger Flares in IBD?, *Official Journal of the American College of Gastroenterology*, Vol. 104, No. 5, 2009, pp. 1298-1313.
- [15] A. Bitton, P. L. Dobkin, M. D. Edwardes et al., Predicting Relapse in Crohn's Disease: A Biopsychosocial Model, *Gut*, Vol. 57, No. 10, 2008, pp. 1386-1392.
- [16] J. E. Mawdsley, D. S. Rampton, Psychological Stress in IBD: New Insights into Pathogenic and Therapeutic Implications, *Gut*, Vol. 54, No. 10, 2005, pp. 1481-1491, <https://doi.org/10.1136/gut.2005.064261>.
- [17] H. T. Tiong, D. Fan, C. Frampton et al., Physical Activity is Associated with a Decreased Risk of Developing Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis, *Journal of Crohn's and Colitis*, Vol. 18, No. 9, 2024, pp. 1476-1485, <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjae053>.