

biopsies from 1301 human blastocysts. Am J Obstet Gynecol.

7. **Minasi M.G., Fabozzi G., Casciani V., et al.** (2015). Improved blastocyst formation with reduced culture volume: comparison of three different culture conditions on 1128 sibling human

zygotes. J Assist Reprod Genet, 32(2), 215–220.

8. **Ebner T., Shebl O., Moser M. et al.** (2010). Group culture of human zygotes is superior to individual culture in terms of blastulation, implantation and life birth. Reprod Biomed Online, 21(6), 762–768.

## GIÁ TRỊ CỦA THỂ TÍCH TUYẾN YÊN TRONG CHẨN ĐOÁN TRẺ GÁI DẬY THÌ SỚM TRUNG ƯƠNG

Tôn Nữ Trà My<sup>1,2</sup>, Nguyễn Minh Đức<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu này nhằm đánh giá sự khác biệt kích thước tuyến yên giữa nhóm trẻ gái dậy thì sớm trung ương (CPP) và nhóm trẻ gái bình thường bằng chụp cộng hưởng từ (MRI) sọ não. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả được thực hiện trên 78 trẻ gái, bao gồm 52 trẻ gái dậy thì sớm trung ương và 26 trẻ gái phát triển bình thường. Kích thước tuyến yên trên ba chiều và thể tích tuyến yên được đo lường. **Kết quả:** Nhóm trẻ gái dậy thì sớm trung ương có kích thước tuyến yên lớn hơn đáng kể so với nhóm bình thường, đặc biệt là chiều rộng (10,83 mm so với 9,23 mm,  $p < 0.001$ ) và thể tích tuyến yên (269,24 mm<sup>3</sup> so với 207,77 mm<sup>3</sup>,  $p < 0.001$ ). Trẻ dậy thì sớm trung ương có tỉ lệ tuyến yên lồi cao hơn có ý nghĩa thống kê, với  $p = 0,004$ . Điểm cắt 260,44 mm<sup>3</sup> có khả năng phân biệt trẻ dậy thì sớm trung ương với trẻ dậy thì bình thường với diện tích dưới đường cong 0,71. **Kết luận:** Sự khác biệt về kích thước và thể tích tuyến yên giữa hai nhóm cho thấy vai trò quan trọng của tuyến yên trong cơ chế dậy thì sớm trung ương ở trẻ gái. **Từ khóa:** Dậy thì sớm, dậy thì sớm trung ương, thể tích tuyến yên, độ lồi/lõm tuyến yên.

### SUMMARY

#### DIAGNOSTIC VALUE OF PITUITARY GLAND VOLUME IN GIRLS WITH IDIOPATHIC CENTRAL PRECOCIOUS PUBERTY

**Objective:** This study aimed to evaluate the difference in pituitary size between girls with central precocious puberty (CPP) and normal girls by using cranial magnetic resonance imaging (MRI). **Methods:** Descriptive study was conducted on 78 girls, including 52 girls with central precocious puberty and 26 girls with normal development. Three-dimensional pituitary size and pituitary volume were measured. **Results:** Girls with central precocious puberty had significantly larger pituitary size than normal girls, especially in width (10.83mm vs. 9.23mm,  $p < 0.001$ ) and pituitary

volume (269.24 mm<sup>3</sup> vs. 207.77 mm<sup>3</sup>,  $p < 0.001$ ). Central precocious puberty had a statistically significant higher rate of convex pituitary shape,  $p = 0.004$ . The cut-off point of 260.44 mm<sup>3</sup> was able to differentiate children with idiopathic central precocious puberty from normal puberty with an area under the curve of 0.71. **Conclusion:** The difference in pituitary size and volume between the two groups suggests an important role of the pituitary gland in the mechanism of central precocious puberty in girls. **Keywords:** Precocious puberty, idiopathic central precocious puberty, pituitary gland volume, convex pituitary shape.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dậy thì sớm trung ương (Central Precocious Puberty - CPP) là tình trạng khởi phát dậy thì ở trẻ gái dưới 8 tuổi, do sự kích hoạt sớm của trục hạ đồi - tuyến yên - sinh dục. Tuyến yên đóng vai trò quan trọng trong điều hòa dậy thì, do đó, việc khảo sát kích thước tuyến yên ở trẻ gái CPP là cần thiết để hiểu rõ hơn về cơ chế sinh lý của quá trình này.

Nhiều nghiên cứu trên Thế Giới đã chỉ ra rằng kích thước và thể tích tuyến yên ở trẻ gái CPP lớn hơn so với trẻ phát triển bình thường<sup>2,3,6,10</sup>. Nghiên cứu này nhằm so sánh kích thước tuyến yên giữa hai nhóm bằng phương pháp MRI.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu được thực hiện trên 78 trẻ gái, bao gồm 52 trẻ dậy thì sớm trung ương (nhóm DTSTU) và 26 trẻ phát triển bình thường (nhóm đối chứng). Các đối tượng nghiên cứu được tuyển chọn tại Bệnh viện Vinmec Central Park từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 6 năm 2024. Nghiên cứu đã được phê duyệt bởi hội đồng đạo đức ngày 04/1/2024.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** tất cả các bé gái dưới 8 tuổi được chẩn đoán DTSTU bởi bác sĩ chuyên khoa nội tiết nhi. Chẩn đoán xác định dựa vào nồng độ LH nền  $> 0,3$  IU/l hoặc LH đỉnh sau xét kích thích GnRH  $> 5$  IU/l được chẩn đoán là DTSTU. Trong nhóm bệnh có 47 trường hợp có LH đỉnh sau xét kích thích, 5 trường hợp

<sup>1</sup>Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, Việt Nam

<sup>2</sup>Bệnh viện Vinmec Central Park, Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Đức

Email: bsnguyenminhduc@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2024

Ngày duyệt bài: 7.10.2024

không có nồng độ LH đỉnh do có nồng độ LH nền đã đạt tiêu chuẩn, không cần phải thực hiện thêm xét nghiệm kích thích GnRH. Tất cả các đối tượng nghiên cứu đều được chụp MRI sọ não. Nhóm chứng gồm 26 trẻ gái có độ tuổi tương ứng với nhóm bệnh (trung bình 7,15 tuổi, trong khoảng 5-8 tuổi) được chụp MRI sọ não do đau đầu hoặc động kinh. Ở nhóm chứng, các xét nghiệm hormone không được thực hiện do đây là các xét nghiệm xâm lấn và không có ý nghĩa ở trẻ không có biểu hiện lâm sàng của dậy thì sớm.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** sử dụng nội tiết, có bệnh lý di truyền, ung bướu, bại não...

**Sơ đồ nghiên cứu theo các bước sau**

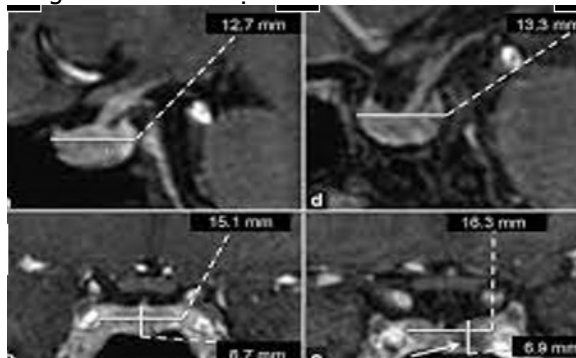
Bước thực hiện	Nội dung
Bước 1	- 52 trẻ gái được chẩn đoán xác định DTSTƯ có làm MRI tuyến yên, sọ não. - 26 trẻ gái khỏe mạnh có độ tuổi tương đương (nhóm chứng) có làm MRI sọ não.
Bước 2	- Tuổi, tiền sử lâm sàng, chiều cao, cân nặng, BMI. - Thu thập các đặc điểm hình ảnh tuyến yên trên MRI của 2 nhóm: Kích thước 3 chiều (chiều rộng, chiều cao, chiều dài), thể tích tuyến yên, phân độ lõi/lỗ
Bước 3	So sánh các đặc điểm hình ảnh tuyến yên (kích thước 3 chiều, thể tích, phân độ lõi/lỗ) giữa nhóm trẻ gái dậy thì sớm trung ương và nhóm trẻ gái bình thường
Bước 4	- Xác định ROC AUC và ngưỡng cut-off thể tích tuyến yên

**2.2. Phương pháp nghiên cứu.** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. Mỗi trẻ đều được chụp MRI bằng máy Siemens Skyra 3T để đánh giá kích thước tuyến yên. Thể tích tuyến yên (PV) được tính toán bằng cách đo chiều dài (L), chiều cao (H), và chiều rộng (W) của tuyến yên tính bằng milimét. Chiều dài và chiều cao được xác định trên mặt phẳng cắt mỏng dọc giữa từ sau ra trước (hình 1). Chiều rộng được đo trên mặt phẳng cắt ngang (hình 1). Thể tích được tính toán theo công thức hình elip:  $L * H * W * 0,52$ .

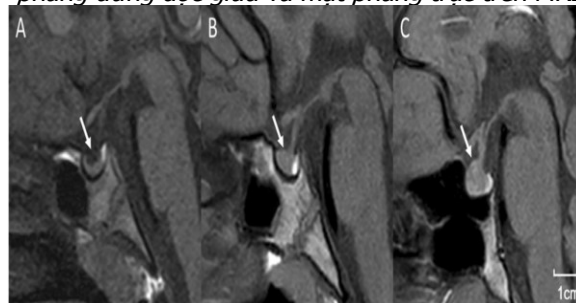
Hình dạng tuyến yên được đánh giá theo phân loại Elster<sup>4</sup> dựa trên độ lõi/lỗ của bề mặt trên của tuyến yên trên mặt phẳng dọc giữa (độ 1 = lỗm rõ ràng < 2 mm, cấp 2 = lỗm nhẹ từ 0 đến <2mm, cấp 3 = phẳng, cấp 4 = lỗm nhẹ, cấp 5 = lỗm rõ ràng). Trong nghiên cứu này, chúng tôi phân loại hình dạng tuyến yên thành 3 cấp: lỗm

(độ 1 và 2), phẳng (độ 3) và lõi (độ 4,5) (hình 2).

**2.3. Phương pháp đo lường.** Dữ liệu từ ảnh MRI được phân tích bằng phần mềm chuyên dụng để đo kích thước tuyến yên trên ba chiều. Các kết quả đo lường đều được xác minh thủ công để đảm bảo độ chính xác.



**Hình 1.** Cách đo kích thước tuyến yên trên mặt phẳng đứng dọc giữa và mặt phẳng trục trên MRI



**Hình 2.** Minh họa độ lõi/lỗ tuyến yên trên MRI, lỗm (A), phẳng (B), lõi (C)

**2.4. Phương pháp phân tích thống kê.** Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 27.0. Các phép kiểm tra thống kê bao gồm:

- Shapiro-Wilk: Kiểm tra phân phối chuẩn của dữ liệu.
- T-test: So sánh sự khác biệt giữa hai nhóm nếu dữ liệu tuân theo phân phối chuẩn.
- Mann-Whitney U test: Sử dụng cho các dữ liệu không tuân theo phân phối chuẩn.
- ROC Analysis: Sử dụng đường cong ROC để xác định ngưỡng phân loại tối ưu cho thể tích tuyến yên.

Mức ý nghĩa thống kê được thiết lập  $p < 0.05$ .

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Tuổi của nhóm bệnh và nhóm chứng trong khoảng từ 5 đến 9 tuổi, lứa tuổi trung bình lần lượt là  $7,19 \pm 1,01$  và  $7,15 \pm 1,08$ , sự khác biệt giữa hai nhóm là không có ý nghĩa thống kê (bảng 1). Các thông số chiều cao, cân nặng và BMI của nhóm bệnh và chứng đa số nằm trong khoảng giới hạn bình thường theo tuổi và không khác biệt ý nghĩa thống kê.

**Bảng 1: Đặc điểm nền của nhóm bệnh và nhóm chứng**

Thông số	Nhóm bệnh (N=52)	Nhóm chứng (N=26)	p-value
Độ tuổi trung bình (năm)	7,19 ± 1,01	7,15 ± 1,08	0,72
Chiều cao (cm)	126,88 ± 7,78	124,22 ± 11,39	0,23
Cân nặng (kg)	28,73 ± 6,88	27,11 ± 8,26	0,36
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	17,77 ± 2,63	17,13 ± 2,58	0,31

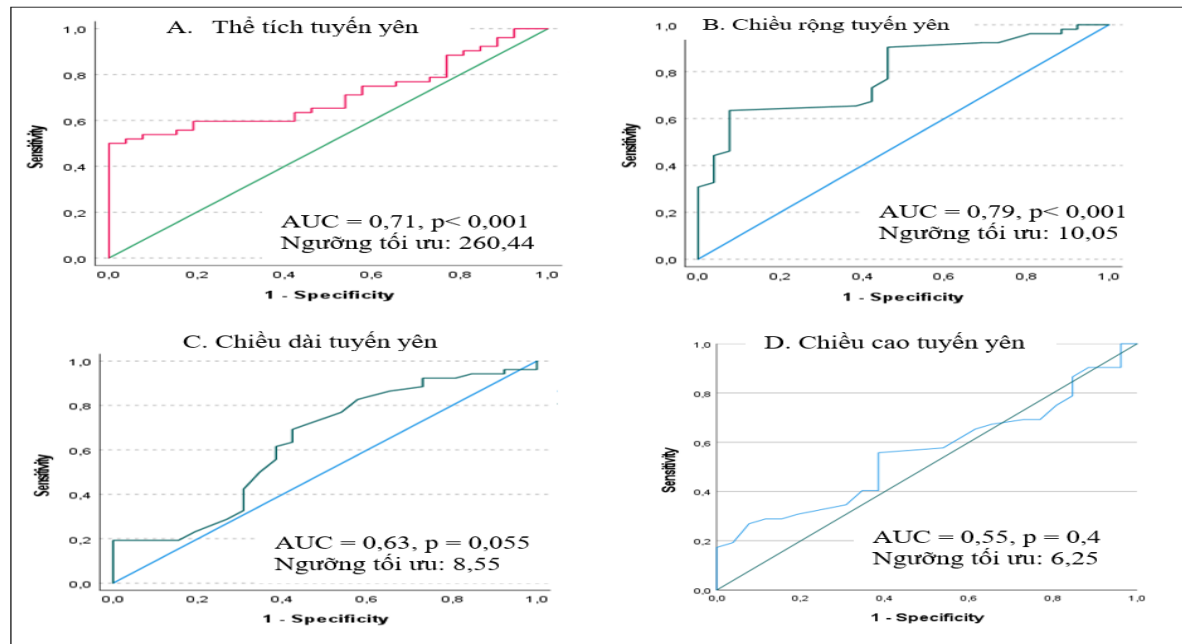
**Bảng 2: Đặc điểm tuyến yên giữa trẻ gái dậy thì sớm trung ương và trẻ gái bình thường**

Đặc điểm	Nhóm Bệnh (mean±SD)	Nhóm Chứng (mean±SD)	p-value
Chiều rộng (mm)	10,83 ± 1,65	9,23 ± 1,15	<0,001
Chiều cao (mm)	5,39 ± 1,34	5,06 ± 0,84	0,25
Chiều dài (mm)	8,93 ± 0,96	8,58 ± 0,96	0,13
Thể tích tuyến yên (mm <sup>3</sup> )	269,24 ± 76,22	207,77 ± 41,13	<0,001
Độ lồi/lõm			0,004
Lõm	8	12	
Phẳng	17	9	
Lồi	27	5	
Lồi (%)	51,9%	19,2%	0,006

**Nhận xét:** chiều rộng và thể tích tuyến yên có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm trong khi chiều cao và chiều dài không chênh lệch ý nghĩa. Độ lồi/lõm khác biệt ý nghĩa giữa hai nhóm.

**Bảng 3. Tương quan giữa các yếu tố**

Yếu tố	Chiều cao		Tuổi		Tuổi xương	
	R	p	R	p	r	P
Tuổi	0,67	<0,001	1,0	.	0,77	<0,001
Tuổi xương	0,67	<0,001	0,77	<0,001	1,0	.



**Hình 3: đường cong ROC so sánh kích thước 3 chiều, thể tích tuyến yên giữa nhóm bệnh và nhóm chứng**

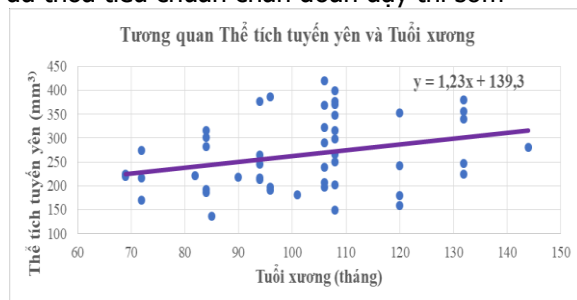
Ngưỡng cắt tối ưu cho thể tích tuyến yên giữa hai nhóm được xác định là 260,44 mm<sup>3</sup>, với AUC ROC đạt 71% có khả năng phân biệt giữa hai nhóm đạt mức tốt nhất, cân bằng giữa độ nhạy (sensitivity) và độ đặc hiệu (specificity).

**Bảng 4. Tương quan giữa các thể tích tuyến yên với các biến số**

Biến số	r	P
Cao	0,32	0,02
Nặng	0,27	0,052
BMI	0,19	0,19
Tuổi	0,34	0,01
Tuổi xương	0,36	0,009
FSH nền	0,09	0,55

FSH đỉnh	-0,04	0,81
LH nền	-0,02	0,88
LH đỉnh *	0,06	0,69
Tỉ LH/FSH đỉnh	0,34	0,84

**Ghi chú:** LH đỉnh được tính toán với số lượng 47 ca, do đây là những trường hợp LH nền đã thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán dậy thì sớm



**Hình 4. Tương quan thể tích tuyến yên và tuổi xương**

**Nhận xét:** chiều cao, tuổi, tuổi xương có tương quan có ý nghĩa thống kê, mức độ yếu với thể tích tuyến yên

#### IV. BÀN LUẬN

Hai nhóm của chúng tôi có sự tương đồng về độ tuổi cũng như các đặc điểm nhân trắc: chiều cao, cân nặng và BMI. Đánh giá kích thước tuyến yên cho thấy chiều cao và chiều dài không khác biệt giữa hai nhóm nhưng chiều rộng của nhóm bệnh lớn hơn so với nhóm chứng có ý nghĩa thống kê, từ đó làm cho thể tích tuyến yên nhóm bệnh cũng lớn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (bảng 2).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của một số nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Shankar A và cs chỉ ra rằng thể tích tuyến yên ở trẻ dậy thì sớm trung ương lớn hơn so với trẻ dậy thì bình thường<sup>9</sup>. Nghiên cứu của Bellini, Cai, Lee, cũng xác nhận điều tương tự. Điều này có thể là kết quả của sự kích thích sớm và mạnh mẽ của trục dưới đồi-tuyến yên, làm tăng cường hoạt động của hormone sinh dục<sup>1,2,6</sup>.

Việc đánh giá kích thước tuyến yên trên MRI có khả năng cải thiện độ chính xác trong chẩn đoán DTSTU khi kết hợp với dữ liệu lâm sàng và hormone. Nghiên cứu của Zou năm 2023 cho thấy sự kết hợp này tối ưu hóa kết quả chẩn đoán và giúp phân biệt rõ ràng DTSTU với các dạng bệnh lý khác, hơn là việc chỉ sử dụng đơn lẻ dữ liệu về nồng độ hormone. Các nghiên cứu của Huynh (2022) và Pan (2020) cho thấy chẩn đoán DTSTU có thể đạt kết quả tốt mà không cần cộng hưởng từ, nhưng trong các trường hợp phức tạp, cộng hưởng từ vẫn là công cụ không

thể thiếu để đảm bảo chẩn đoán chính xác<sup>5,7</sup>.

Trong kết quả của nghiên cứu này, chiều rộng và thể tích tuyến yên có sự khác biệt rõ rệt, tuy nhiên chiều cao và chiều dài không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Tanriverdi et al. (2003) với sự thay đổi thể tích tuyến yên trong dậy thì sớm trung ương thường liên quan nhiều đến chiều rộng, trong khi chiều cao và chiều dài ít thay đổi<sup>10</sup>.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thể tích tuyến yên với điểm cắt 260,44 mm<sup>3</sup> (hình 3) có khả năng phân biệt trẻ gái dậy thì sớm và dậy thì bình thường với AUC = 0,71. So với nghiên cứu của tác giả Wu trên trẻ gái dậy thì sớm Trung Quốc, với điểm cắt thể tích tuyến yên là 196,01 mm<sup>3</sup> thì điểm cắt thể tích tuyến yên của chúng tôi là lớn hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thể tích tuyến yên có tương quan có ý nghĩa với tuổi và tuổi xương của đối tượng nghiên cứu nhưng với mức độ yếu (bảng 4, hình 4). Nghiên cứu của tác giả Wu cũng ghi nhận tuổi xương, chênh lệch tuổi xương và tuổi thực ở trẻ DTSTU đều cao hơn đáng kể so với trẻ dậy thì bình thường. Ngoài ra, phân tích đơn biến trong nghiên cứu của Wu cho thấy thể tích tuyến yên có mối liên hệ tích cực với đỉnh LH, tỷ lệ LH/FSH và chỉ số khối cơ thể (BMI) trong khi nghiên cứu của chúng tôi thể tích tuyến yên không ghi nhận tương quan với các nồng độ hormone, chỉ có tương quan với chiều cao. Trong phân tích hồi quy đa biến theo từng bước, tác giả Wu ghi nhận chỉ có tuổi xương và đỉnh LH là các yếu tố dự đoán quan trọng đối với thể tích tuyến yên nhưng mô hình này cũng chỉ giải thích được 15,9% sự thay đổi trong thể tích tuyến yên. Kết luận của tác giả này là MRI tuyến yên nên được kết hợp với các xét nghiệm lâm sàng và xét nghiệm khác để cải thiện giá trị chẩn đoán của thể tích tuyến yên đối với dậy thì sớm. Còn trong nghiên cứu của chúng tôi, do chiều cao, tuổi xương và tuổi có tương quan mức độ khá và mạnh nên mô hình đa biến có thể không chính xác (bảng 3). Điều này có thể do thiếu các biến để tạo ra một mô hình hồi quy phù hợp, vì nhiều yếu tố như tuổi, dinh dưỡng, chủng tộc, giới tính, giai đoạn dậy thì, môi trường có thể ảnh hưởng đến thể tích tuyến yên<sup>1</sup>.

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm DTSTU có hình dạng tuyến yên với bờ trên yên lồi chiếm tỉ lệ cao, khác biệt có ý nghĩa thống kê so với trẻ bình thường (bảng 2).

Giá trị lồi lõm của tuyến yên có sự khác biệt rõ ràng giữa hai nhóm, và điều này có thể phản ánh tình trạng tăng hoạt động của tuyến yên ở

nhóm DTSTU. Nghiên cứu của Cai, Shanka và Wu cũng cho thấy tuyến yên ở trẻ em bị DTSTU có xu hướng lớn hơn so với trẻ em bình thường do tuyến yên bị kích thích sớm và hoạt động mạnh mẽ, góp phần vào việc tăng cường sản xuất hormone sinh dục <sup>2,9</sup>.

Nghiên cứu này của chúng tôi có một số hạn chế. Đầu tiên, các số liệu được thu thập dựa trên hồ sơ bệnh án có sẵn nên không có đầy đủ các thông tin lâm sàng của nhóm chứng. Thứ hai là với cỡ mẫu của nhóm chứng chỉ 26 trẻ nên chưa phải là quần thể đại diện cho nhóm trẻ bình thường. Thứ ba, các giá trị về thể tích tuyến yên do chỉ một mình tác giả đo lường và đo một lần. Nghiên cứu của chúng tôi cũng không đánh giá các đặc điểm tử cung buồng trứng trên siêu âm 2D và doppler.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này đã cung cấp được một số thông tin về kích thước tuyến yên ở trẻ gái Việt Nam dậy thì sớm trung ương. Trẻ dậy thì sớm trung ương có chiều rộng và thể tích tuyến yên lớn hơn, có hình dạng lõi chiếm đa số khi so với trẻ dậy thì bình thường. Điểm cắt thể tích tuyến yên 260,44 mm<sup>3</sup> có khả năng phân biệt trẻ dậy thì sớm trung ương và dậy thì bình thường với AUC = 0,71.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bellini N**, et al. Increased incidence of precocious and accelerated puberty in females during and after the Italian lockdown for the coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic. *Italian*

- Journal of Pediatrics*. 2021;47(1):77. doi: 10.1186/s13052-021-01022-9.
2. **Cai C**, Gu J, Zhang Y. Diagnostic value of pituitary volume in girls with precocious puberty. *BMC Pediatrics*. 2020;20:425. doi: 10.1186/s12887-020-02309-6.
3. **Chen Y**, Huang X, Tian L. Meta-analysis of machine learning models for the diagnosis of central precocious puberty based on clinical, hormonal (laboratory), and imaging data. *Frontiers in Endocrinology*. 2024;15:1353023.
4. **Elster AD**, Chen MY, Williams DW, et al. Pituitary gland: MR imaging of physiological hypertrophy in adolescence. *Radiology*. 1990;174(3 Pt 1):681-5.
5. **Huynh QTV**, Le NQK, Huang SY, et al. Development and validation of clinical diagnostic model for girls with central precocious puberty: machine-learning approaches. *PloS One*. 2022;17. doi: 10.1371/journal.pone.0261965.
6. **Lee HS**, et al. Pituitary volume and pubertal characteristics in children with precocious puberty. *Neuroscience Letters*. 2012;512(2):113-7.
7. **Pan L**, Liu G, Mao X, et al. Development of prediction models using machine learning algorithms for girls with suspected central precocious puberty: retrospective study. *JMIR Med Inform*. 2020;7. doi: 10.2196/11728.
8. **Roldan-Valadez E**, Garcia-Ulloa AC, Gonzalez-Gutierrez O, et al. 3D volumetry comparison using 3T magnetic resonance imaging between normal and adenoma-containing pituitary glands. *Neurology India*. 2011;59(5)
9. **Shankar A**, et al. MRI assessment of typical pituitary gland size and shape: Age and gender associated changes. *Endocrine Abstracts*. 2023;90 doi: 0.1530/endoabs.90.EP769.
10. **Tanriverdi F**, et al. Pituitary volume and shape changes in children with idiopathic central precocious puberty. *European Journal of Endocrinology*. 2003;148(2):197-201.

# ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ XƠ HÓA GAN BẰNG FIBROSCAN Ở BỆNH NHÂN GAN NHIỄM MỠ KHÔNG DO RƯỢU TẠI TRUNG TÂM TIÊU HÓA - GAN MẬT, BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2024

Lê Thị Thảo<sup>1</sup>, Nguyễn Công Long<sup>2,3</sup>, Vũ Hải Hậu<sup>4</sup>,  
Trần Thanh Hoà<sup>1</sup>, Trần Thị Thanh Tâm<sup>5</sup>

## TÓM TẮT

<sup>1</sup>Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>3</sup>Trường Đại học Y dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

<sup>4</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>5</sup>Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thảo

Email: thaotung141192@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 10.9.2024

Ngày duyệt bài: 8.10.2024

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả Fibrosan ở bệnh nhân gan nhiễm mỡ không do rượu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm 152 bệnh nhân gan nhiễm mỡ không do rượu (NAFLD) đến khám và điều trị tại Phòng khám Tiêu hóa, Khoa Khám chữa bệnh theo yêu cầu, Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 3/2024 đến tháng 6/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 48,2 ± 15,4 năm. Tỷ lệ bệnh nhân nữ cao hơn nam, nữ/nam = 1,4. Đa số bệnh nhân thuộc nhóm đối tượng thừa cân, béo phì (63,1%) và không hoạt động thể lực (79,6%). Các chỉ số cholesterol, triglycerid, AST, ALT, GGT lần lượt có giá trị trung bình là 5,3 ± 1,4 mmol/l; 2,14 ± 1,67 mmol/l; 35,8 ± 28,5 U/L; 55,4 ± 58,1U/L; 53,4 ±