

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 ^{2,9}.

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 mm³ có khả năng phân biệt trẻ gái 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 Thảo¹, Nguyễn Công Long^{2,3}, Vũ Hải Hậu⁴,
Trần Thanh Hoà¹, Trần Thị Thanh Tâm⁵

TÓM TẮT

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

²Bệnh viện Bạch Mai

³Trường Đại học Y dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

⁴Trường Đại học Y Hà Nội

⁵Trường 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 ±

46,9 U/L, trong đó triglycerid tăng thường gặp nhất chiếm 65,5%; ALT tăng cao hơn AST (40,8% hơn 23,7%). Độ đàn hồi trung bình $5,9 \pm 3,1$ kPa, đa số bệnh nhân ở mức độ xơ hoá nhẹ chiếm 78,3%; tỷ lệ BN từ xơ hoá đáng kể F2, F3, F4 lần lượt là 9,9%; 9,2%; 2,6%. Tỷ lệ bệnh nhân xơ hóa đáng kể ở nhóm BMI ≥ 25 kg/m² là 33,3% cao hơn nhóm có BMI < 25 kg/m² là 12,8%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0.002$. Tỷ lệ bệnh nhân xơ hóa đáng kể ở nhóm có đái tháo đường là 32,1% cao hơn nhóm không mắc đái tháo đường là 16,2%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Không có sự khác biệt về mức độ xơ hóa giữa các nhóm tuổi, giới, tiền sử hút thuốc, tiền sử tăng huyết áp, tiền sử rối loạn lipid máu. **Kết luận:** Bệnh nhân gan nhiễm mỡ không do rượu (NAFLD) có độ đàn hồi gan chủ yếu thuộc nhóm xơ hóa nhẹ F0-F1 (78,3%); chỉ có 4 bệnh nhân xơ gan (2,6%). Tỷ lệ bệnh nhân xơ hóa đáng kể cao hơn ở nhóm có BMI ≥ 25 kg/m² và tiền sử đái tháo đường, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$.

Từ khoá: gan nhiễm mỡ không do rượu, mức độ xơ hoá, các yếu tố liên quan.

SUMMARY

ESTIMATION OF LIVER FIBROSIS BY FIBROSCAN IN PATIENTS WITH NON-ALCOHOL FATTY LIVER DISEASE AT THE GASTROINTESTINAL-HEPATOLOGY CENTER, BACH MAI HOSPITAL IN 2024

Objective: To evaluate the results of Fibroscan in patients with non-alcoholic fatty liver disease. **Subjects and methods:** Including 152 patients with non-alcoholic fatty liver disease who came for examination and treatment at the Department of Examination and Treatment on Demand, Bach Mai Hospital from March 2024 to June 2024. **Results:** The average age in our study was 48.2 ± 15.4 . The ratio of female patients was higher than that of male patients, female/male = 1.4. The majority of patients were overweight, obese (63.1%) and physically inactive (79.6%). The mean values of cholesterol, triglyceride, AST, ALT, GGT were 5.3 ± 1.4 mmol/l; 2.14 ± 1.67 mmol/l; 35.8 ± 28.5 U/L; 55.4 ± 58.1 U/L; 53.4 ± 46.9 U/L, in which increased triglycerides were the most common, accounting for 65.5%, ALT increased higher than AST (40.8% more than 23.7%). Average elasticity was 5.9 ± 3.1 kPa, most patients had mild fibrosis, accounting for 78.3%; the rate of patients with significant fibrosis F2, F3, F4 was 9.9%; 9.2%; 2.6%, respectively. The rate of patients with significant fibrosis in the BMI ≥ 25 kg/m² group was 33.3%, higher than the group with BMI < 25 kg/m² at 12.8%, the difference was statistically significant with $p=0.002$. The rate of significant fibrosis in the diabetic group was 32.1%, higher than that in the non-diabetic group at 16.2%, the difference was statistically significant with $p<0.05$. There was no difference in the degree of fibrosis between age groups, gender, smoking history, history of hypertension, history of dyslipidemia. **Conclusion:** Patients with non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) had liver elasticity mainly in the mild fibrosis group F0-F1 (78.3%); only 4 patients had cirrhosis (2.6%). The rate of patients

with significant fibrosis was higher in the group with BMI ≥ 25 kg/m² and a history of diabetes, the difference was statistically significant, $p<0.05$.

Keywords: non-alcoholic fatty liver disease, degree of fibrosis, related factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (NAFLD) là đã nhanh chóng trở thành bệnh gan phổ biến nhất trên toàn cầu, tỷ lệ mắc NAFLD trên toàn cầu đã tăng từ 25,3% trong giai đoạn 1990-2006 lên 38,0% trong giai đoạn 2016-2019.¹ Có bằng chứng mạnh mẽ cho thấy tỷ lệ mắc NAFLD đã tăng gần đây song song với xu hướng khu vực về béo phì, đái tháo đường typ 2 và hội chứng chuyển hóa; và khả năng sẽ tiếp tục tăng.² NAFLD tiến triển từ gan nhiễm mỡ đơn thuần cho đến viêm gan nhiễm mỡ (NASH) không xơ hoá, tiến triển thành NASH có xơ hoá và xơ gan, gia tăng đến 70-90%.¹ Sinh thiết gan để làm xét nghiệm mô bệnh học là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán và đánh giá mức độ xơ, hoạt động viêm hoại tử của gan, ung thư biểu mô tế bào gan. Tuy nhiên, đây là một thủ thuật xâm lấn và có các nguy cơ tai biến nhất định. Fibroscan là một phương pháp siêu âm mới, được sử dụng để đánh giá mức độ xơ hoá gan và độ nhiễm mỡ của gan. Đây là một phương pháp không xâm lấn, đơn giản, dễ dàng thực hiện, kết quả thu được có độ tương quan cao so với các giai đoạn xơ hoá theo hệ thống phân loại Metavir.³ FibroScan được Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Thuốc Hoa Kỳ FDA phê chuẩn vào ngày 16 tháng 4 năm 2013 để đo độ xơ hoá gan và nhiễm mỡ gan, có độ chính xác tương thích sinh thiết gan, đặc biệt là đối chất xơ hoá gan giai đoạn 3 và 4. Tại Việt Nam đã có những công trình nghiên cứu về bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu và sử dụng máy Fibroscan để chẩn đoán mức độ xơ hoá gan ở những bệnh nhân này.^{4,5} Vì vậy, để tăng cường ý nghĩa của Fibroscan trong đánh giá xơ gan, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả Fibroscan ở bệnh nhân gan nhiễm mỡ không do rượu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng 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.

* **Tiêu chuẩn chẩn đoán:** Theo tiêu chuẩn của Ủy ban về NAFLD khu vực Châu Á- Thái Bình Dương (Asia- Pacific Working Party on NAFLD): Bệnh nhân được chẩn đoán gan nhiễm mỡ trên

siêu âm ổ bụng, không lạm dụng rượu (sử dụng rượu dưới 140g ethanol/ tuần đối với nam và 70g ethanol/ tuần đối với nữ.²

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân gan nhiễm mỡ không do rượu.
- Có chỉ định và được thực hiện đo độ đàn hồi gan bằng fibroscan.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: - Bệnh nhân có lạm dụng rượu theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD-10 và DMS- IV là sử dụng nhiều rượu đủ để gây hại cho cơ thể (trên 40g ethanol/ngày đối với nam và trên 20g ethanol/ngày đối với nữ, kéo dài từ 1 năm trở lên).

- Các nguyên nhân khác gây gan nhiễm mỡ, viêm gan như viêm gan vi-rút B, C, thuốc, viêm gan tự miễn, bệnh Wilson, phụ nữ có thai.

- Các trường hợp gây ảnh hưởng đến kết quả đo Fibroscan: bệnh nhân đang có tình trạng viêm gan cấp tính (trị số AST, ALT cao trên 5 lần giá trị ngưỡng cao nhất (40 U/L)); tình trạng ứ mật trong và ngoài gan; có cổ chướng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.2.2. Cỡ mẫu: Tất cả bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu đều được đưa vào nghiên cứu. Cách chọn mẫu thuận tiện.

2.2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu.

Nghiên cứu tiến hành trên các bệnh nhân đến khám tại phòng khám tiêu hóa.

Bước 1: Bệnh nhân đến khám tại phòng khám được Đo lường nhân trắc học: cân nặng, chiều cao, chỉ số khối cơ thể BMI.

Bước 2: Bệnh nhân được chỉ định thực hiện xét nghiệm: công thức máu, sinh hóa máu, siêu âm ổ bụng.

Bước 3: Bệnh nhân có kết quả siêu âm gan nhiễm mỡ được tiến hành đo độ đàn hồi gan bằng Fibroscan. Hoàn chỉnh bệnh án nghiên cứu.

Bước 4: Thu thập, xử lý và phân tích số liệu.

2.2.4. Các tiêu chuẩn đánh giá trong nghiên cứu

❖Đánh giá kết quả đo trên máy Fibroscan

- Thiết bị nghiên cứu: Máy Fibroscan 630 Echosens, Pháp, đầu dò chuẩn M.

- Kỹ thuật đo: Trong quá trình đo, bệnh nhân nằm ngửa, tay phải dang ra. Đầu dò M đặt trên da giữa các xương sườn trên thùy phải của gan để ghi lại đồng thời các giá trị độ cứng (LSM) và độ nhiễm mỡ (CAP). Thực hiện ít nhất 10 phép đo thành công tại một vị trí. Giá trị CAP và giá trị LSM được thể hiện theo đơn vị decibel trên m (dB/M) và kilopascal (kPa).

- Kết quả độ đàn hồi gan là kết quả trung bình

của 10 lần đo thành công. Kết quả đáng tin cậy khi IQR/med <30% và tỷ lệ thành công >60%. Kết quả đo sẽ kèm chỉ số độ nhiễm mỡ CAP, giá trị của CAP là giá trị trung bình của 10 lần đo. CAP đáng tin cậy khi có 10 lần đo thành công.

- Phân độ mức độ xơ hóa gan:

+ F0 (không xơ hóa): LSM < 5,8 kPa.

+ F1 (xơ hóa nhẹ): 5,8 kPa ≤ LSM < 8,2 kPa.

+ F2 (xơ hóa có ý nghĩa): 8,2 kPa ≤ LSM < 9,7 kPa.

+ F3 (xơ hóa nặng): 9,7 kPa ≤ LSM < 13,6 kPa.

+ F4 (xơ gan): LSM ≥ 13,6 kPa.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu. Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 26.0. Sự khác biệt giữa 2 nhóm nghiên cứu có ý nghĩa thống kê nếu p<0,05.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Hà Nội.

- Bệnh nhân được giải thích rõ mục tiêu và phương pháp nghiên cứu, tự nguyện tham gia vào nghiên cứu và có quyền rút khỏi nghiên cứu bất kỳ lúc nào.

- Giữ bí mật thông tin của người bệnh, tôn trọng và chia sẻ với bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân NAFLD (n=152)

	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<40	48	31,6
	40-59	62	40,8
	≥60	42	27,6
	Trung bình	48,2±15,5	(17-76)
Giới	Nam	63	41,4
	Nữ	89	58,6
BMI	Gầy	7	4,6
	Bình thường	49	32,2
	Thừa cân	30	19,7
	Béo phì độ I	54	35,5
	Béo phì độ II	12	7,9
Tiền sử hút thuốc lá	Có	21	13,8
	Không	131	86,2
Tiền sử bệnh lý	Đái tháo đường	53	34,9
	Tăng huyết áp	38	25,0
	Rối loạn lipid máu	84	55,3

Nhận xét: Tuổi trung bình là 48,2± 15,4, trong đó đa số thuộc nhóm < 60 tuổi (72,4%). BMI trung bình của các bệnh nhân là 24,6 ± 3,9 kg/m² chủ yếu thuộc nhóm đối tượng thừa cân, béo phì (63,1%). Về tiền sử bệnh lý, đa số bệnh nhân có tiền sử rối loạn lipid máu chiếm tỷ lệ cao nhất 55,3%; có 53 bệnh nhân có tiền sử đái tháo đường chiếm 34,9% và 38 bệnh nhân tăng

huyết áp chiếm 25%.

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân NAFLD (n=152)

Chỉ số		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
AST (U/L)	Tăng	36	23,7
	Không tăng	64	76,3
	Trung bình	35,8 ± 28,5	
ALT (U/L)	Tăng	62	40,8
	Không tăng	90	59,2
	Trung bình	55,4 ± 58,1	
GGT(U/L)	Tăng	55	36,2
	Không tăng	97	63,8
	Trung bình	53,4 ± 46,9	
Triglycerid (mmol/l)	Tăng	100	65,8
	Không tăng	52	34,2
	Trung bình	2,1 ± 1,7	
Cholesterol (mmol/l)	Tăng	76	50,0
	Không tăng	76	50,0
	Trung bình	6,5 ± 2,4	
LDL (mmol/l)	Tăng	68	44,7
	Không tăng	94	53,3
	Trung bình	1,4±0,4	
HDL (mmol/l)	Giảm	19	12,5
	Không giảm	133	87,5
	Trung bình	3,1±1,1	

Nhận xét: Giá trị trung bình của AST, ALT, GGT đều cao hơn giá trị bình thường, trong đó các bệnh nhân chủ yếu tăng ALT chiếm 40,8% nhiều hơn AST 23,7%. Đa số các bệnh nhân đều có rối loạn lipid máu, trong đó tăng Triglycerid là chủ yếu 65,8%; tăng Cholesterol 50%; tăng LDL-C 44,7%; giảm HDL-C 12,5%.

Trong số 152 BN NAFLD, có 98 trường hợp NASH (64,5%), chủ yếu tăng ALT 96,9% ; có 3 trường hợp có tăng AST nhưng không tăng ALT (3,1%).

Bảng 4. Kết quả đo độ xơ hóa gan bằng Fibroscan của bệnh nhân NAFLD (n=152)

Kết quả phân loại độ xơ hóa	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Xơ hóa nhẹ (F0-F1)	119	78,3
Xơ hóa có ý nghĩa (F2)	15	9,9
Xơ hóa nặng(F3)	14	9,2
Xơ gan (F4)	4	2,6
Trung bình (kPa)	5,9 ± 3,1	

Nhận xét: Trong nghiên cứu này, độ đàn hồi có giá trị trung bình 5,9 ± 3,1 kPa. Có 119 bệnh nhân có mức độ xơ hoá F0-F1, chiếm tỷ lệ cao nhất 78,3%; có 15 bệnh nhân xơ hoá F2 chiếm 9,9%; có 14 bệnh nhân xơ hoá F3 chiếm tỷ lệ 9,2% và có 4 bệnh nhân ở mức độ xơ hoá F4, chiếm tỷ lệ thấp nhất 2,6%.

Bảng 5. So sánh một số đặc điểm giữa nhóm bệnh nhân có xơ hoá nhẹ (F0-F1) và

xơ hoá đáng kể (F2,F3,F4) (n=152)

Đặc điểm	Xơ hoá nhẹ (F0-F1) (n=119)		Xơ hoá đáng kể (F2-F3-F4) (n=33)		p	
Tuổi	≥60	30	71,4	12	28,6	>0,05
	<60	89	80,9	21	19,1	
Giới	Nam	49	77,8	14	22,2	>0,05
	Nữ	70	78,7	19	21,3	
BMI	≥ 25 kg/m ²	44	66,7	22	33,3	0,002
	< 25 kg/m ²	75	87,2	11	12,8	
Tiền sử hút thuốc lá	Có	19	90,5	2	9,5	>0,05
	Không	100	76,3	31	23,7	
Đái tháo đường	Có	36	67,9	17	32,1	0,023
	Không	83	83,8	16	16,2	
Tiền sử tăng huyết áp	Có	29	76,3	9	23,7	>0,05
	Không	90	78,9	24	21,1	
Tiền sử rối loạn lipid máu	Có	62	73,8	22	26,2	>0,05
	Không	57	83,8	11	16,2	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân xơ hóa đáng kể ở nhóm BMI ≥ 25 kg/m² là 33,3% cao hơn nhóm có BMI<25 kg/m² là 12,8%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0.002. Tỷ lệ bệnh nhân xơ hóa đáng kể ở nhóm có đái tháo đường là 32,1% cao hơn nhóm không mắc đái tháo đường là 16,2%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Không có sự khác biệt về mức độ xơ hóa giữa các nhóm tuổi, giới, tiền sử hút thuốc, tiền sử tăng huyết áp, tiền sử rối loạn lipid máu.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 48,2 ± 15,4, tập trung chủ yếu ở nhóm <60 tuổi, xấp xỉ nghiên cứu của Đỗ Văn Tá có tuổi trung bình là 45,54 ± 10,97 năm⁴ và nhiều nghiên cứu khác, hầu hết bệnh nhân NAFLD ở độ tuổi trung niên. Tỷ lệ bệnh nhân nữ cao hơn nam, nữ/nam = 1,4, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, có thể do thói quen sử dụng rượu tại Việt Nam nữ thường ít hơn nam giới, và thói quen kiểm tra sức khoẻ ở nữ giới thực hiện tốt hơn, do đó tại phòng khám chúng tôi gặp nhiều bệnh nhân nữ mắc NAFLD hơn. Bệnh nhân có tiền sử đái tháo đường chiếm 34,9%, tăng huyết áp chiếm 25%. Đa số các bệnh nhân đều có rối loạn lipid máu, trong đó tăng Triglycerid là chủ yếu 65,8%. Bệnh nhân thuộc nhóm đối tượng thừa cân, béo phì có tỷ lệ cao (63,1%) và không hoạt động thể lực (79,6%). Điều này cho thấy thừa cân, béo

phì, hội chứng chuyển hoá đi kèm với tăng nguy cơ NAFLD. Đây là yếu tố nguy cơ thực sự đối với NAFLD, phù hợp với nhiều y văn trên thế giới². NAFLD mới được đổi tên thành MASLD có xu hướng phát triển ở những người thừa cân, béo phì, hoặc mắc bệnh tiểu đường, cholesterol cao hoặc chất béo trung bình cao.

Theo Hiệp hội Tiêu hoá Hoa Kỳ (AGA), bằng chứng sinh hoá đầu tiên ám chỉ đến chẩn đoán NAFLD là sinh hoá gan bất thường. Mặc dù phần lớn bệnh nhân mắc NAFLD và NASH không có triệu chứng, nhưng có thể quan sát thấy xét nghiệm chức năng gan tăng nhẹ (thường thấp hơn 5 lần giới hạn trên của mức bình thường. GGT có thể tăng thường xuyên cao ở những BN NAFLD và nó liên quan đến xơ gan tiến triển và tăng tỷ lệ tử vong ở những bệnh nhân này. BN tăng men gan dai dẳng cần được sàng lọc NAFLD¹. Tăng ALT tăng đặc hiệu cho tổn thương tế bào gan. Kết quả của nghiên cứu của chúng tôi ALT tăng cao hơn AST (40,8% hơn 23,7%), nồng độ GGT trung bình là $53,4 \pm 46,9$ U/L cao hơn giá trị bình thường, điều này tương tự nghiên cứu của Al Danaf và cs.⁶

Theo nghiên cứu của chúng tôi, độ đàn hồi trung bình $5,9 \pm 3,1$ kPa, phần lớn BN thuộc nhóm không xơ hoá, xơ hoá nhẹ 78,3%. tương tự nghiên cứu của Nguyễn Xuân Khải là 6,16 kPa.⁵ Tỷ lệ bệnh nhân từ xơ hoá đáng kể F2, F3, F4 lần lượt là 9,9%; 9,2%; 2,6%. Kết quả này thấp hơn một nghiên cứu khác của Eddowes, tương ứng lần lượt 23%, 28%, 9%. Kết quả đo độ đàn hồi gan có sự khác biệt có thể do cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ hơn và chúng tôi chưa có đầu dò XL cho các bệnh nhân BMI lớn, BMI ≥ 28 đã có thể làm giảm độ chính xác của Fibroscan, trong nghiên cứu của chúng tôi có 28 (18,4%) bệnh nhân BMI ≥ 28 .

Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân xơ hóa đáng kể ở nhóm BMI ≥ 25 kg/m² là 33,3% cao hơn nhóm có BMI < 25 kg/m² là 12,8%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0.002$. Tỷ lệ bệnh nhân xơ hóa đáng kể ở nhóm có đái tháo đường là 32,1% cao hơn nhóm không mắc đái tháo đường là 16,2%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Không có sự khác biệt về mức độ xơ hóa giữa các nhóm tuổi, giới, tiền sử hút thuốc, tiền sử tăng huyết áp, tiền sử rối loạn lipid máu. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Stepanova⁸ và nghiên cứu của Noreen Hossain⁹ về mô hình dự đoán xơ hoá từ trung bình đến nặng ở bệnh nhân NAFLD có sự hiện diện của bệnh đái tháo đường.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân gan nhiễm mỡ không do rượu (NAFLD) có độ đàn hồi gan chủ yếu thuộc nhóm xơ hóa nhẹ F0-F1 (78,3%); chỉ có 4 bệnh nhân xơ gan (2,6%). Tỷ lệ bệnh nhân xơ hóa đáng kể cao hơn ở nhóm có BMI ≥ 25 kg/m² và tiền sử đái tháo đường, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wong VW, Ekstedt M, Wong GL, Hagström H.** Changing epidemiology, global trends and implications for outcomes of NAFLD. *J Hepatol.* 2023; 79(3): 842-852. doi:10.1016/j.jhep.2023.04.036.
2. **Chitturi S, Farrell GC, Hashimoto E, Saibara T, Lau GK, Sollano JD.** Non-alcoholic fatty liver disease in the Asia-Pacific region: definitions and overview of proposed guidelines. *J Gastroenterol Hepatol.* 2007;22(6): 778-787. doi:10.1111/j.1440-1746.2007.05001.x.
3. **Yoneda M, Yoneda M, Mawatari H, et al.** Noninvasive assessment of liver fibrosis by measurement of stiffness in patients with nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD). *Dig Liver Dis.* 2008;40(5): 371-378. doi:10.1016/j.dld.2007.10.019.
4. **Đỗ Văn Tá.** Nghiên cứu mối liên quan giữa lâm sàng, cận lâm sàng với chỉ số fibroscan trong chẩn đoán xơ hóa gan ở bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện 199. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2024;538(1): 227-231. doi:10.51298/vmj.v538i1.9360.
5. **Nguyễn Xuân Khải, Phạm Văn Việt, Hoàng Đình Anh.** Nghiên cứu mối liên quan của thông số gan nhiễm mỡ trên fibroscan với các đặc điểm nhân trắc học, đường máu và mỡ máu ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2024; 539(2): 55-58. doi:10.51298/vmj.v539i2.9794.
6. **Al Danaf L, Hussein Kamareddine M, Fayad E, Hussain A, Farhat S.** Correlation between Fibroscan and laboratory tests in non-alcoholic fatty liver disease/non-alcoholic steatohepatitis patients for assessing liver fibrosis. *World J Hepatol.* 2022;14(4): 744-753. doi:10.4254/wjh.v14.i4.744.
7. **Wong VW, Vergniol J, Wong GL, et al.** Diagnosis of fibrosis and cirrhosis using liver stiffness measurement in nonalcoholic fatty liver disease. *Hepatology.* 2010;51(2):454-462. doi:10.1002/hep.23312.
8. **Stepanova M, Aquino R, Alsheddi A, Gupta R, Fang Y, Younossi Z.** Clinical predictors of fibrosis in patients with chronic liver disease. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics.* 2010;31(10): 1085-1094. doi:10.1111/j.1365-2036.2010.04266.x.
9. **Hossain N, Afendy A, Stepanova M, et al.** Independent predictors of fibrosis in patients with nonalcoholic fatty liver disease. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2009;7(11):1224-1229, 1229.e1221-1222. doi:10.1016/j.cgh.2009.06.007.

SO SÁNH HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ TĂNG SẮC TỔ NƯỚU BẰNG LASER DIODE VÀ ER,CR:YSGG

Trần Huỳnh Trung¹, Lê Nguyên Lâm¹, Phạm Anh Vũ Thụy²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Loại bỏ sắc tố ở nướu là một phương pháp điều trị để loại bỏ sự tăng sắc tố melanin của nướu, đem lại sự tự tin trong khi giao tiếp đặc biệt là khi cười. Các phương pháp khác nhau đã được sử dụng cho thủ thuật này là dao mổ, ghép nướu tự thân, đốt điện, hóa trị liệu với 90% phenol và 95% cồn và mài bằng mũi khoan, laser CO₂ và diode, Er;Cr:YSGG, NdYag. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá số lần vô cảm (tê bì), sưng, đau, chảy máu ngay sau điều trị, sau 1 ngày, 4 ngày, 7 ngày và mức độ lành thương trên người tăng sắc tố nướu sau 1 ngày, 1 tuần, 4 tuần điều trị bằng laser diode và Er;Cr:YSGG. **Đối tượng và phương pháp:** 40 bệnh nhân trên 18 tuổi, có hai hàm trên dưới bị tăng sắc tố nướu từ độ 1 trở lên cụ thể hàm trên, hàm dưới bên phải chiếu laser diode (diode 1 và diode 4); hàm trên, hàm dưới bên trái chiếu laser Er;Cr:YSGG (Er;Cr:YSGG2, Er;Cr:YSGG3) tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. **Kết quả:** Phương pháp laser diode cần tê bì thêm so với laser Er, Cr:YSGG. Phương pháp laser Er;Cr:YSGG lành thương sớm hơn 0,5 ngày và ít đau hơn so với phương pháp laser diode. Chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai phương pháp về chảy máu sau điều trị. **Kết luận:** cả hai phương pháp laser diode và Er;Cr:YSGG đều đem lại sự an toàn và hiệu quả trong điều trị tăng sắc tố nướu. **Từ khóa:** Tăng sắc tố nướu, laser diode, laser Er;Cr:YSGG.

SUMMARY

COMPARISON OF THE EFFECTIVENESS OF TREATING GINGIVAL HYPERPIGMENTATION BY DIODE LASER AND ER; CR: YSGG

Background: Gingival depigmentation is a treatment to remove the melanin hyperpigmentation of the gums, giving confidence in communication especially when smiling. Different methods have been used for this procedure are scalpel, autologous gingival graft, electrocautery, 90% phenol and 95% alcohol chemotherapy and bur grinding, CO₂ and diode, Er;Cr:YSGG, NdYag laser. **Objectives:** Evaluate the level of healing, gum color, swelling, pain, bleeding, of two diode laser and CO₂ laser methods at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital. **Materials and methods:** 40

patients over 18 years old, with both upper and lower jaws having gingival hyperpigmentation from level 1 or higher, specifically the upper and lower jaw on the right side were treated with diode laser (diode 1 and diode 4); the upper and lower jaw on the left side were treated with Er;Cr:YSGG laser (Er;Cr:YSGG2, Er;Cr:YSGG3) at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital. **Results:** The diode laser method requires additional topical anesthesia compared to the Er;Cr:YSGG laser. The Er;Cr:YSGG laser method heals 0.5 days earlier and is less painful than the diode laser method. There is no statistically significant difference between the two methods in terms of post-treatment bleeding. **Keywords:** Hyperpigmentation, diode laser, Er;Cr:YSGG laser.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loại bỏ sắc tố ở nướu là một phương pháp điều trị để loại bỏ sự tăng sắc tố của nướu và các phương pháp khác nhau đã được sử dụng cho thủ thuật này với các mức độ thành công khác nhau bao gồm sử dụng dao mổ cắt nướu, ghép nướu tự thân, điện phẫu thuật, hóa trị liệu với 90% phenol và 95% cồn và mài bằng mũi khoan kim cương. Một số kỹ thuật này dễ có tác dụng phụ và biến chứng. Gần đây, laser đã được sử dụng để loại bỏ các tế bào có chứa và sản xuất sắc tố melanin. Các loại laser thường được sử dụng để loại bỏ biểu mô nướu bao gồm diode bán dẫn, laser Er: YAG Nd: YAG và laser CO₂ [1],[2]. Ưu điểm của laser là việc định hình lại nướu dễ dàng, giảm nhu cầu gây tê tại chỗ, cầm máu tốt, tổn thương nhiệt tối thiểu ở các mô sâu, đau và viêm sau phẫu thuật không đáng kể. Bên cạnh đó, có bằng chứng trong các tài liệu về sự giảm sắc tố thành công khi sử dụng laser diode và Er;Cr:YSGG. Cùng với điều kiện thực tế là Khoa Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ hiện đã có trang bị máy laser CO₂ và diode. Chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài nhằm đánh giá sưng, đau, chảy máu, mức độ lành thương, màu sắc nướu, của 2 phương pháp laser diode và Er;Cr:YSGG tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: sinh viên Đại học Y Dược Cần Thơ đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Đối tượng có nướu tăng sắc tố độ 1 trở lên và có đủ răng từ răng cối nhỏ thứ nhất đến răng cối nhỏ hai trên cả

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Trường Đại học Khoa học Sức khỏe, Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Nguyên Lâm

Email: lenguyenlam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.9.224

Ngày duyệt bài: 10.10.2024