

người bệnh ung thư thực quản giai đoạn muộn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F.** Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2020;n/a(n/a)doi:10.3322/caac.21660
2. **Wu S-G, Zhang W-W, He Z-Y, Sun J-Y, Chen Y-X, Guo L.** Sites of metastasis and overall survival in esophageal cancer: a population-based study. Cancer Management and Research. 2017/12// 2017; Volume 9:781-788. doi:10.2147/CMAR.S150350
3. **Wagner AD, Syn NL, Moehler M, et al.** Chemotherapy for advanced gastric cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017/8/29/ 2017;2017(8)doi:10.1002/14651858.CD004064.pub4
4. **Kim JY, Do YR, Park KU, et al.** A multi-center phase II study of docetaxel plus cisplatin as first-line therapy in patients with metastatic squamous cell esophageal cancer. Cancer Chemotherapy and Pharmacology. 2010/5// 2010; 66(1):31-36. doi:10.1007/s00280-009-1130-6
5. **Ajani JA, Fodor MB, Tjulandin SA, et al.** Phase II Multi-Institutional Randomized Trial of Docetaxel Plus Cisplatin With or Without Fluorouracil in Patients With Untreated, Advanced Gastric, or Gastroesophageal Adenocarcinoma. Journal of Clinical Oncology. 2005/8/20/ 2005; 23(24): 5660-5667. doi:10.1200/JCO.2005.17.376
6. **Đinh Thị Hải D.** Đánh giá kết quả điều trị ung thư thực quản giai đoạn tiến triển, di căn bằng phác đồ mDCF. Tạp chí Y học Việt Nam. 2018 2018;
7. **Trần TKA.** Kết quả điều trị phác đồ mDCF trong ung thư biểu mô thực quản giai đoạn di căn tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Trường Đại học Y Hà Nội; 2022.
8. **Soularue É, Cohen R, Tournigand C, et al.** Efficacy and safety of trastuzumab in combination with oxaliplatin and fluorouracil-based chemotherapy for patients with HER2-positive metastatic gastric and gastro-oesophageal junction adenocarcinoma patients: a retrospective study. Bulletin Du Cancer. 2015/4// 2015; 102(4): 324-331. doi:10.1016/j.bulcan.2014.08.001
9. **Kato K, Shah MA, Enzinger P, et al.** KEYNOTE-590: Phase III study of first-line chemotherapy with or without pembrolizumab for advanced esophageal cancer. Future Oncology (London, England). 2019/4// 2019;15(10):1057-1066. doi:10.2217/fon-2018-0609

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TÌNH TRẠNG NHIỄM MỠ Ở BỆNH GAN NHIỄM MỠ LIÊN QUAN ĐẾN RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA

Hà Vũ¹, Trần Thị Khánh Tường¹, Hồ Thượng Dũng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng về độ nhiễm mỡ ở bệnh gan nhiễm mỡ liên quan đến rối loạn chuyển hóa. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 193 bệnh nhân gan nhiễm mỡ liên quan đến rối loạn chuyển hóa khám và điều trị tại bệnh viện Thống Nhất. **Kết quả:** Nam giới chiếm đa số (60,1%), với tuổi trung bình $69,5 \pm 9,3$ và BMI trung bình $25,3 \pm 2,8$ kg/m²; có tới 83,9% bệnh nhân thừa cân hoặc béo phì. Tỷ lệ béo trung tâm rất cao (89,1%), 40% bệnh nhân mắc đái tháo đường (ĐTĐ). Nồng độ triglyceride trung bình tăng dần theo mức độ rối loạn chuyển hóa, lần lượt là 2,06 mmol/L (nhóm không ĐTĐ, BMI < 23), 2,18 mmol/L (không ĐTĐ, BMI ≥ 23), và 2,69 mmol/L (có ĐTĐ) với $p = 0,042$. Ngược lại, HDL-c, LDL-c và men gan (ALT, AST, GGT) không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa. Tỷ lệ gan nhiễm mỡ trên siêu âm cao nhất ở nhóm ĐTĐ (96%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Chỉ số FLI

(Fatty Liver Index) ≥ 60 tăng dần từ 0% lên đến 51% tương ứng với mức độ rối loạn chuyển hóa. **Kết luận:** MAFLD ở người Việt lớn tuổi có tỷ lệ béo trung tâm và đái tháo đường cao, ngay cả khi BMI không quá cao. Chỉ số FLI cho thấy giá trị trong phân tầng nguy cơ theo mức độ rối loạn chuyển hóa, nhận diện và quản lý MAFLD trong thực hành lâm sàng. **Từ khóa:** MAFLD; Độ nhiễm mỡ gan; FibroTouch.

SUMMARY

CLINICAL AND BIOCHEMICAL FEATURES AND STEATOSIS SEVERITY IN METABOLIC DYSFUNCTION-ASSOCIATED FATTY LIVER DISEASE

Objective: To describe clinical and paraclinical characteristics related to hepatic steatosis in patients with metabolic dysfunction-associated fatty liver disease (MAFLD). **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 193 patients diagnosed with MAFLD who underwent examination and treatment at Thong Nhat Hospital. **Results:** Males accounted for the majority (60,1%) with a mean age of $69,5 \pm 9,3$ years and a mean BMI of $25,3 \pm 2,8$ kg/m²; 83,9% of patients were overweight or obese. The prevalence of central obesity was high (89,1%), and 40% of patients had diabetes (DM). Mean triglyceride levels increased progressively with metabolic severity: 2,06 mmol/L (non-DM, BMI < 23), 2,18 mmol/L (non-DM, BMI ≥

¹Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Thống Nhất

Chịu trách nhiệm chính: Hà Vũ

Email: havudr@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.7.2025

Ngày duyệt bài: 26.8.2025

23), and 2,69 mmol/L (DM), with a statistically significant difference ($p = 0,042$). Conversely, HDL-c, LDL-c, and liver enzymes (ALT, AST, GGT) showed no significant differences ($p > 0,1$). Hepatic steatosis was detected by ultrasound in 92% of patients, highest in the DM group (96%), though this difference was not statistically significant. The Fatty Liver Index (FLI) differed significantly across groups ($p = 0,005$), increasing from 0% (BMI < 23, non-DM) to 39% (BMI ≥ 23 , non-DM), and 51% in the DM group.

Conclusion: MAFLD in elderly Vietnamese patients is characterized by high rates of central obesity and type 2 diabetes, even in those without markedly elevated BMI. FLI appears to be a useful non-invasive tool for risk stratification based on metabolic status, supporting the identification and management of MAFLD in clinical practice. **Keywords:** MAFLD; hepatic steatosis; FibroTouch.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh gan nhiễm mỡ liên quan đến rối loạn chuyển hóa (MAFLD), trước đây gọi là bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (NAFLD), hiện đang nổi lên như nguyên nhân hàng đầu của bệnh gan mạn tính toàn cầu với tỷ lệ hiện mắc khoảng 32,4% vào năm 2021, và xu hướng tiếp tục gia tăng [1]. Trong nhóm bệnh nhân này, 94,6% thừa cân – béo phì, và 19,42–26,55% mắc đái tháo đường type 2 [2]. Những số liệu này cho thấy mối liên hệ mật thiết giữa gan nhiễm mỡ và các rối loạn chuyển hóa, đồng thời nhấn mạnh tầm quan trọng của phát hiện sớm và can thiệp kịp thời ở nhóm nguy cơ cao.

So với NAFLD – vốn dựa vào tiêu chí loại trừ nguyên nhân do rượu, MAFLD sử dụng tiêu chí định hướng dương tính: chẩn đoán khi có bằng chứng gan nhiễm mỡ (qua hình ảnh học hoặc sinh thiết), kèm ít nhất một trong ba yếu tố: (1) thừa cân/béo phì, (2) đái tháo đường type 2, hoặc (3) ≥ 2 tiêu chí của hội chứng chuyển hóa [2, 3]. Cách tiếp cận này phản ánh đúng sinh lý bệnh học chuyển hóa, giúp mở rộng đối tượng chẩn đoán, bao gồm cả những bệnh nhân không có tiền sử uống rượu nhưng vẫn có nguy cơ tổn thương gan do các rối loạn chuyển hóa như béo phì và đái tháo đường [4]. MAFLD có thể diễn tiến âm thầm đến các biến chứng nặng như viêm gan mạn, xơ gan và ung thư gan, đòi hỏi cần phát hiện sớm để can thiệp kịp thời [1].

Tại Việt Nam, dù đã có nhiều nghiên cứu về gan nhiễm mỡ, nhưng phần lớn thực hiện trên dân số NAFLD. Hiện chưa có nhiều dữ liệu mô tả đặc điểm của nhóm MAFLD. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tình trạng nhiễm mỡ ở bệnh nhân MAFLD tại Việt Nam, góp phần cung cấp bằng chứng thực tiễn phục vụ chẩn đoán và quản lý hiệu quả bệnh lý này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán bệnh gan nhiễm mỡ liên quan đến rối loạn chuyển hóa (MAFLD) đến khám tại Bệnh viện Thống Nhất và được đo chỉ số nhiễm mỡ gan bằng thiết bị FibroTouch trong khoảng thời gian từ tháng 01/2024 đến tháng 12/2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán MAFLD: với bằng chứng gan nhiễm mỡ (qua hình ảnh học siêu âm hay FibroTouch hoặc sinh thiết gan kèm với một trong ba yếu tố [3]:

- Thừa cân hoặc béo phì với BMI $\geq 23 \text{ kg/m}^2$
- Đái tháo đường tip 2
- BMI < 23 kg/m^2 và có ≥ 2 trong 7 rối loạn chuyển hóa sau

- + Vòng eo $\geq 90\text{cm}$ ở nam hoặc $\geq 80\text{cm}$ ở nữ.
- + Huyết áp $\geq 130/85 \text{ mmHg}$ hoặc đang điều trị tăng huyết áp.

- + Triglyceride $\geq 150 \text{ mg/dL}$ hoặc đang điều trị rối loạn lipid.

- + HDL-C thấp: < 40 mg/dL ở nam, < 50 mg/dL ở nữ hoặc đang điều trị.

- + Tiền đái tháo đường: glucose đói 100–125 mg/dL hoặc glucose 2 giờ sau ăn 140–199 mg/dL .

- + Chỉ số HOMA-IR $\geq 2,5$.

- + C-reactive protein độ nhạy cao $\geq 2 \text{ mg/L}$.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Kết quả đo độ nhiễm mỡ qua FibroTouch không đáng tin cậy có thể gặp trong một số trường hợp, bao gồm: bệnh nhân có cổ trướng, mỡ bụng quá dày, hoặc bệnh nhân mắc suy tim và tăng áp lực tĩnh mạch cửa [5].

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.2.2. Cỡ mẫu: Áp dụng công thức ước lượng cỡ mẫu cho một tỷ lệ

$$n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{p \times (1-p)}{d^2}$$

Trong đó, n là cỡ mẫu nghiên cứu; α là xác suất sai lầm loại 1, chọn $\alpha = 0,05 \Rightarrow Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; d : sai số mong muốn, chọn $d = 0,08$; p : tỷ lệ MAFLD ở dân số chung là 32,4%[1], chọn $p = 0,324$. Thay vào công thức ta tính được $n = 132$. Vậy cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu này là 132

2.2.3. Định nghĩa các biến số

- Chỉ số BMI: BMI (kg/m^2) = cân nặng (kg)/[chiều cao (m)]².

- Đánh giá tình trạng béo phì dựa trên BMI theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế (2022): Thiếu cân < 18,5; bình thường: 18,5–22,9; thừa cân: 23,0–24,9; béo phì: $\geq 25,0$.

- Béo trung tâm: khi vòng eo ≥ 90 cm ở nam hay ≥ 80 cm ở nữ.

- Đái tháo đường: bệnh nhân đã được chẩn đoán và đang điều trị dựa vào tiền sử bệnh nhân hoặc được chẩn đoán lần đầu theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA – 2024).

- Chỉ số UAP (Ultrasound Attenuation Parameter – chỉ số suy giảm sóng âm), đo bằng máy FibroTouch, được sử dụng để phân độ gan nhiễm mỡ như sau[5]:

+ S0: 100–240 dB/m $\rightarrow$ không nhiễm mỡ (0–10%)

+ S1: 241–265 dB/m $\rightarrow$ nhiễm mỡ nhẹ (11–33%)

+ S2: 266–295 dB/m $\rightarrow$ nhiễm mỡ trung bình (34–66%)

+ S3: ≥ 296 dB/m $\rightarrow$ nhiễm mỡ nặng ($\geq 67\%$)

- Chỉ số gan nhiễm mỡ FLI (Fatty Liver Index) tính theo công thức: $FLI = e^L / (1 + e^L) * 100$ [6]. Trong đó

+ $L = [0,953 * \ln(TG) + 0,139 * BMI + 0,718 * \ln(GGT) + 0,053 (\text{vòng bụng}) - 15,744]$
+ TG đo bằng mg/dl; GGT đo bằng U/L; chu vi vòng bụng đo bằng cm.

+ FLI có điểm số từ 0 –100 và ước tính phần trăm có gan nhiễm mỡ.

+ Nếu FLI ≥ 60 chẩn đoán gan nhiễm mỡ.

+ Nếu FLI < 30 chẩn đoán gan không nhiễm mỡ.

+ Nếu $30 \leq FLI < 60$ nghi ngờ gan nhiễm mỡ.

2.2.4. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Thống Nhất, từ tháng 06 năm 2023 đến tháng 04 năm 2025.

2.2.5. Xử lý số liệu. Nhập liệu bằng phần mềm Excel 2016, xử lý số liệu bằng phần mềm Rstudio 4.4.3.

2.2.6. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện tuân thủ đầy đủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. Quy trình nghiên cứu được thiết kế và triển khai một cách khoa học, minh bạch, khách quan, đảm bảo tính chính xác và khả năng kiểm chứng. Kết quả nghiên cứu được công bố trung thực, đầy đủ. Thông tin cá nhân và tình trạng bệnh tật của người tham gia nghiên cứu được bảo mật tuyệt đối, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu và không tiết lộ ra bên ngoài.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi (năm), TB $\pm$ ĐLC	69,48 $\pm$ 9,28
Giới tính nam, n(%)	116 (60,1)
Chiều cao (m), TB $\pm$ ĐLC	1,60 $\pm$ 0,07
Cân nặng (kg), TB $\pm$ ĐLC	64,85 $\pm$ 8,80
Vòng eo (cm), TB $\pm$ ĐLC	93,07 $\pm$ 7,00
BMI (kg/m ²), TB $\pm$ ĐLC	25,29 $\pm$ 2,84
BMI ≥ 23 kg/m ² , n(%)	162 (83,9%)
Béo trung tâm	172 (89,1%)
ĐTĐ, n(%)	77 (40%)

BMI: chỉ số khối cơ thể, TB: trung bình, ĐLC: độ lệch chuẩn,

Nam giới chiếm đa số (60,1%), tuổi trung bình 69,5 $\pm$ 9,3. BMI trung bình đạt 25,3 $\pm$ 2,8 kg/m², với 83,9% bệnh nhân thừa cân hoặc béo phì. Tỷ lệ béo trung tâm cao (89,1%) phản ánh sự tích tụ mỡ bụng phổ biến. Ngoài ra, 40% bệnh nhân mắc đồng thời đái tháo đường, gợi ý mối liên quan chặt chẽ giữa MAFLD và các rối loạn chuyển hóa kèm theo.

Bảng 2: So sánh một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng giữa các phân nhóm MAFLD dựa theo BMI và tình trạng đái tháo đường

Đặc điểm	MAFLD (n=193)	Không ĐTĐ (n = 116)		ĐTĐ (n=77)	Giá trị p
		BMI <23 (n=17)	BMI ≥ 23 (n=99)		
Nam giới, n(%)	116 (60)	9 (53)	64 (65)	43 (56)	0,407
Tuổi (năm), TB $\pm$ ĐLC	69,48 $\pm$ 9,28	70,82 $\pm$ 6,30	69,26 $\pm$ 8,86	69,45 $\pm$ 10,37	0,862
Béo trung tâm n(%)	172 (89,1)	14 (82)	93 (94)	65 (84)	0,066
Cận lâm sàng					
HDL-c (mmol/L), TB $\pm$ ĐLC	1,24 $\pm$ 0,25	1,26 $\pm$ 0,27	1,25 $\pm$ 0,27	1,21 $\pm$ 0,23	0,660
LDL-c (mmol/L), TB $\pm$ ĐLC	3,46 $\pm$ 1,11	3,55 $\pm$ 1,18	3,45 $\pm$ 1,02	3,44 $\pm$ 1,20	0,951
Triglyceride (mmol/L), TB $\pm$ ĐLC	2,37 $\pm$ 1,45	2,06 $\pm$ 0,81	2,18 $\pm$ 1,20	2,69 $\pm$ 1,76	0,042
Glucose máu (mmol/L), TB $\pm$ ĐLC	6,75 $\pm$ 2,23	6,10 $\pm$ 1,62	5,63 $\pm$ 0,70	8,33 $\pm$ 2,67	<0,001
ALT (U/L), TB $\pm$ ĐLC	32,46 $\pm$ 18,24	30,94 $\pm$ 16,30	30,33 $\pm$ 16,67	35,53 $\pm$ 20,25	0,156
AST (U/L), TB $\pm$ ĐLC	29,98 $\pm$ 10,91	29,01 $\pm$ 9,24	29,33 $\pm$ 10,36	31,02 $\pm$ 11,93	0,579
GGT (U/L), TB $\pm$ ĐLC	56,95 $\pm$ 51,73	45,56 $\pm$ 31,25	51,20 $\pm$ 29,61	65,40 $\pm$ 70,25	0,535

TB: trung bình; ĐLC: độ lệch chuẩn; BMI: chỉ số khối cơ thể; ĐTĐ: đái tháo đường; HDL-c, LDL-c: cholesterol lipoprotein tỷ trọng cao/thấp; ALT, AST: enzyme gan; GGT: gamma-glutamyl

transferase

Bảng 2 trình bày đặc điểm của 193 bệnh nhân MAFLD, phân nhóm theo tình trạng ĐTĐ và BMI. Tỷ lệ béo trung tâm cao ở cả ba nhóm (82–94%), trong đó nhóm không ĐTĐ và có BMI ≥ 23 chiếm tỷ lệ cao nhất, với xu hướng gần đạt ý nghĩa thống kê ($p = 0,066$). Nồng độ triglyceride tăng dần theo mức độ rối loạn chuyển hóa, với giá trị trung bình lần lượt là 2,06 mmol/L (nhóm

không ĐTĐ và BMI < 23), 2,18 mmol/L (nhóm không ĐTĐ và BMI ≥ 23) và 2,69 mmol/L (nhóm ĐTĐ); sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê ($p = 0,042$). Ngược lại, các chỉ số lipid khác (HDL-c, LDL-c) không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa giữa các nhóm. Tương tự, các men gan (ALT, AST, GGT) có xu hướng tăng ở nhóm ĐTĐ nhưng chưa đạt ngưỡng ý nghĩa thống kê ($p > 0,1$).

Bảng 3: So sánh mức độ nhiễm mỡ giữa các phân nhóm MAFLD dựa theo BMI và tình trạng rối loạn đường

Đặc điểm	MAFLD (n = 193)	Không ĐTĐ		ĐTĐ (n=77)	Giá trị p
		BMI <23 (n=17)	BMI ≥ 23 (n=99)		
Siêu âm gan bình thường, n(%)	12 (6,2)	1 (5,9%)	9 (9,1)	2 (2,6)	0,204
Siêu âm gan mỡ, n(%)	178 (92)	16 (94,1%)	88 (89)	74 (96)	0,167
UAP (dB/m), TB $\pm$ ĐLC	281,07 $\pm$ 26,97	282,71 $\pm$ 26,75	277,46 $\pm$ 27,21	285,34 $\pm$ 26,38	0,119
Độ nhiễm mỡ, n(%)					0,276
S1	76 (39)	7 (41)	46 (46)	23 (30)	
S2	58 (30)	5 (29)	27 (27)	26 (34)	
S3	59 (31)	5 (29)	26 (26)	28 (36)	
FLI, n(%)					0,005
<30	10 (8)	3 (30)	3 (4,7)	4 (7)	
30 – <60	67 (51)	7 (70)	36 (56)	24 (42)	
≥ 60	41 (41)	0 (0)	25 (39)	29 (51)	

FLI: Fatty Liver Index – chỉ số nhiễm mỡ gan; UAP: Ultrasound Attenuation Parameter – chỉ số suy giảm sóng âm: độ nhiễm mỡ gan; S1–S3: mức độ nhiễm mỡ gan theo UAP; TB: trung bình; ĐLC: độ lệch chuẩn.

Tỷ lệ gan nhiễm mỡ trên siêu âm đạt 92% trong toàn bộ quần thể MAFLD, cao nhất ở nhóm có rối loạn đường (96%). UAP trung bình cũng tăng cao nhất ở nhóm này (285,34 $\pm$ 26,38 dB/m), phản ánh xu hướng tích tụ mỡ trong gan nhiều hơn ở những bệnh nhân có rối loạn chuyển hóa nặng. Phân độ nhiễm mỡ theo UAP (S1–S3) cho thấy nhóm ĐTĐ có tỷ lệ S2 và S3 cao hơn so với nhóm không ĐTĐ, dù sự khác biệt chưa đạt ngưỡng ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tuy vậy, kết quả này gợi ý xu hướng nhất quán: bệnh nhân MAFLD kèm ĐTĐ thường có mức độ gan nhiễm mỡ nặng hơn. Đáng chú ý, chỉ số FLI cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa giữa các nhóm ($p = 0,005$). Tỷ lệ FLI ≥ 60 – ngưỡng xác định gan nhiễm mỡ – tăng dần theo mức độ rối loạn chuyển hóa: từ 0% (không ĐTĐ, BMI < 23) lên 39% (không ĐTĐ, BMI ≥ 23) và cao nhất ở nhóm ĐTĐ (51%). Ngược lại, tỷ lệ FLI < 30 thấp ở cả ba nhóm (3–7%). Những kết quả này cho thấy FLI là công cụ không xâm lấn có giá trị trong đánh giá mức độ gan nhiễm mỡ ở bệnh nhân MAFLD, đặc biệt khi kết hợp với các yếu tố

chuyển hóa như BMI và rối loạn đường.

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm nhân khẩu học và chuyển hóa. Nhóm MAFLD trong nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình cao (69,5 $\pm$ 9,3), vượt trội hơn so với nghiên cứu của Liu et al, tại Trung Quốc (41,1 $\pm$ 10,9)[7] và nghiên cứu của Trần Thị Khánh Tường và cộng sự tại Bệnh viện Nhân dân 115 (53,2 $\pm$ 14,1)[8]. Điều này phản ánh đặc điểm dân số lớn tuổi tại Bệnh viện Thống Nhất – đơn vị định hướng lão khoa – với nguy cơ cao và thường kèm tình trạng đa bệnh lý nền với nguy cơ tiến triển gan nhiễm mỡ nặng hơn. Tỷ lệ nam giới chiếm 60,1%, thấp hơn nghiên cứu tại Trung Quốc (74,4%)[7] nhưng tương đương với nghiên cứu trong nước (50%)[8], cho thấy tính cân bằng giới trong quần thể Việt Nam. BMI trung bình là 25,29 $\pm$ 2,84, thấp hơn so với nhóm MAFLD ở Trung Quốc (29,3 $\pm$ 4,9)[7] và tương đương với nghiên cứu tại Bệnh viện Nhân Dân 115 (25,0 $\pm$ 2,1)[8]. Tuy nhiên, vòng eo trung bình đạt 93,1 $\pm$ 7,0 cm với 89,1% bệnh nhân có béo trung tâm, phản ánh đặc điểm mỡ nội tạng dù BMI không cao, phù hợp với hiện tượng “béo nội tạng ẩn” ở người châu Á. Đáng chú ý, tỷ lệ rối loạn đường trong nghiên cứu này là 40%, cao hơn rõ rệt so với nghiên cứu trong nước (30%)[8] và nghiên cứu của Liu et al.

(19,5%)[7]. Nhóm MAFLD trong nghiên cứu của chúng tôi nổi bật với tuổi cao, béo trung tâm và đái tháo đường phổ biến, phản ánh kiểu hình rối loạn chuyển hóa đặc trưng dù BMI không quá cao ở bệnh nhân MAFLD lớn tuổi tại Việt Nam.

Về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân MAFLD biểu hiện rõ tình trạng rối loạn chuyển hóa, với glucose máu lúc đói trung bình $6,75 \pm 2,23$ mmol/L – cao hơn so với nghiên cứu Trung Quốc ($6,33$ mmol/L) [7] và tương đương Bệnh viện Nhân Dân 115 ($7,01$ mmol/L)[8]. Triglyceride cũng tăng cao ($2,37 \pm 1,45$ mmol/L), tương đương nhóm Trung Quốc ($2,42$ mmol/L) [7] và cao hơn nhóm Bệnh viện Nhân Dân 115 ($2,02$ mmol/L) [8]. Tuy LDL-c trong nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 3 nhóm tuy nhiên lại cao hơn rõ rệt ($3,46 \pm 1,11$ mmol/L) so với nhóm MAFLD Trung Quốc ($2,90$ mmol/L) [7] và Bệnh viện Nhân Dân 115 ($2,65$ mmol/L) [8], cho thấy nguy cơ tim mạch tăng cao hơn, có thể liên quan đến tuổi cao và tích lũy rối loạn chuyển hóa kéo dài. Nhìn chung, mô hình cận lâm sàng của MAFLD trong quần thể này tương tự các nghiên cứu trước về rối loạn chuyển hóa, nhưng nổi bật hơn về LDL-c với nguy cơ biến chứng tim mạch cần theo dõi sát ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi.

Về độ nhiễm mỡ gan. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ gan nhiễm mỡ trên siêu âm cao (92%), với chỉ số UAP trung bình cao nhất ở nhóm ĐTD (285,34 dB/m), cho thấy mức độ nhiễm mỡ gan nặng hơn – phù hợp với kết quả từ Bệnh viện Nhân Dân 115 [8]. Đáng chú ý, chỉ số FLI trong nghiên cứu này cho thấy khả năng phân tầng rõ theo mức độ rối loạn chuyển hóa, với tỷ lệ FLI ≥ 60 tăng dần từ 0% đến 51%. Kết quả này phù hợp củng cố vai trò của FLI như một công cụ không xâm lấn hiệu quả, phù hợp với nghiên cứu Liu et al, nơi FLI được xác định là chỉ số dự đoán mạnh nhất cho MAFLD (AUC = 0,879) và đặc biệt hiệu quả ở nhóm MAFLD kèm đái tháo đường (AUC = 0,958)[7]. Mặc dù FLI không được báo cáo tại Bệnh viện Nhân Dân 115, nhưng các thành phần cấu thành của chỉ số này (BMI, vòng eo, GGT, triglyceride) đều có sự khác biệt rõ giữa các nhóm [8], cho thấy tiềm năng ứng dụng FLI trong thực hành lâm sàng tại Việt Nam. Ngoài ra, tỷ lệ FLI < 30 rất thấp ở cả ba nhóm ($< 8\%$), cho thấy độ nhạy cao của chỉ số này trong phát hiện MAFLD. Sự thống nhất giữa các nghiên cứu cho thấy FLI là chỉ số không xâm lấn có giá trị cao trong đánh giá MAFLD, đặc biệt là ở nhóm nguy cơ cao như người cao tuổi, có béo trung tâm và rối loạn đường huyết.

V. KẾT LUẬN

MAFLD ở người Việt lớn tuổi đặc trưng bởi tỷ lệ béo trung tâm và đái tháo đường cao, ngay cả khi BMI tăng không cao. Nhóm bệnh nhân MAFLD có kèm đái tháo đường thường có mức độ nhiễm mỡ gan nặng hơn, thể hiện qua giá trị UAP và FLI cao hơn. Chỉ số FLI tỏ ra hữu ích trong phân tầng nguy cơ gan nhiễm mỡ theo mức độ rối loạn chuyển hóa. Những kết quả này góp phần cung cấp thêm dữ liệu cho việc nhận diện và đánh giá MAFLD trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Guo Z, Wu D, Mao R, Yao Z, Wu Q, Lv W. Global burden of MAFLD, MAFLD related cirrhosis and MASH related liver cancer from 1990 to 2021. *Scientific Reports*. 2025;15(1):7083. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-91312-5>
2. Chan KE, Koh TJL, Tang ASP, Quek J, Yong JN, Tay P, et al. Global Prevalence and Clinical Characteristics of Metabolic-associated Fatty Liver Disease: A Meta-Analysis and Systematic Review of 10 739 607 Individuals. *J Clin Endocrinol Metab*. 2022;107(9): 2691-700. doi: 10.1210/clinem/dgac321.
3. Eslam M, Newsome PN, Sarin SK, Anstee QM, Targher G, Romero-Gomez M, et al. A new definition for metabolic dysfunction-associated fatty liver disease: An international expert consensus statement. *J Hepatol*. 2020; 73(1): 202-9. doi: 10.1016/j.jhep.2020. 03.039
4. Kim D, Konyon P, Sandhu KK, Dennis BB, Cheung AC, Ahmed A. Metabolic dysfunction-associated fatty liver disease is associated with increased all-cause mortality in the United States. *J Hepatol*. 2021;75(6): 1284-91. doi: 10.1016/j.jhep.2021.07.035
5. Qu Y, Song YY, Chen CW, Fu QC, Shi JP, Xu Y, et al. Diagnostic Performance of FibroTouch Ultrasound Attenuation Parameter and Liver Stiffness Measurement in Assessing Hepatic Steatosis and Fibrosis in Patients With Nonalcoholic Fatty Liver Disease. *Clin Transl Gastroenterol*. 2021;12(4): e00323. doi: 10.14309/ctg.0000000000000323
6. Bedogni G, Bellentani S, Miglioli L, Masutti F, Passalacqua M, Castiglione A, et al. The Fatty Liver Index: a simple and accurate predictor of hepatic steatosis in the general population. *BMC Gastroenterol*. 2006;6:33. doi: 10.1186/1471-230X-6-33
7. Liu J, Duan S, Wang C, Wang Y, Peng H, Niu Z, et al. Optimum non-invasive predictive indicators for metabolic dysfunction-associated fatty liver disease and its subgroups in the Chinese population: A retrospective case-control study. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2022;13: 1035418. doi: 10.3389/fendo.2022.1035418
8. Trần TKT, Đào TD, Đào ĐT, Âu NH. Metabolic dysfunction-associated fatty liver disease in overweight and obese Vietnamese. *Vietnam Med J*. 2025;550(1): 108–116. <https://doi.org/10.51298/vmj.v550i1.13885>

CÁC YẾU TỐ TIỀN LƯỢNG BIẾN CỐ TIM MẠCH CHÍNH NỘI VIỆN TRÊN BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG VÀNH CẤP DƯỚI 40 TUỔI

Trần Nguyễn Phương Hải¹, Nguyễn Nhật Tài^{1,2},
Nguyễn Minh Kha^{1,2}, Võ Duy Tường², Hoàng Văn Sỹ^{1,2}

TÓM TẮT

Mở đầu: Hội chứng vành cấp (HCVC) đang ngày càng gặp ở người trẻ với yếu tố nguy cơ và biểu hiện lâm sàng khác biệt so với người lớn tuổi. Việc nhận diện đặc điểm và yếu tố tiên lượng giúp cá thể hóa điều trị ở nhóm đặc biệt này. **Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố tiên lượng trong nội viện ở bệnh nhân HCVC ≤ 40 tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu bệnh nhân HCVC tuổi từ 18–40, được chụp và can thiệp mạch vành tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 4/2021 đến 4/2024. **Kết quả:** Tổng cộng 120 bệnh nhân, tuổi trung vị 36, nam giới chiếm 89,2% (tỉ lệ nam:nữ = 9:1). Yếu tố nguy cơ thường gặp: thừa cân/béo phì (67,5%), rối loạn lipid máu (62,5%), hút thuốc (37,5%). STEMI chiếm ưu thế (64,2%), đa số ở Killip I (83,3%), thường là tổn thương 1 nhánh (67,5%), chủ yếu tại LAD (66,7%). Biến cố tim mạch chính nội viện xảy ra ở 12,5%, trong đó tử vong 3,3%, suy tim cấp 4,2%, loạn nhịp nguy hiểm 4,2%, biến chứng cơ học 0,8%. GRACE score liên quan độc lập với biến cố (OR 1,11; $p < 0,001$). Điểm cắt GRACE ≥ 89 có AUC > 0,8, độ nhạy 73,3%, đặc hiệu 97,1%. **Kết luận:** HCVC ở người trẻ thường gặp ở nam, chủ yếu là STEMI, Killip I, tổn thương 1 nhánh LAD. GRACE ≥ 89 là yếu tố tiên đoán mạnh biến cố nội viện. **Từ khóa:** Hội chứng vành cấp, người trẻ, yếu tố tiên lượng

SUMMARY

PROGNOSTIC FACTORS FOR IN-HOSPITAL MAJOR ADVERSE CARDIOVASCULAR EVENTS IN PATIENTS UNDER 40 YEARS OLD WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

Background: Acute coronary syndrome (ACS) is increasingly seen in younger patients, who often present with distinct risk profiles and clinical features. Identifying prognostic factors is essential for personalized management in this group. **Objectives:** To evaluate clinical characteristics, laboratory findings, and in-hospital prognostic factors in ACS patients aged ≤ 40 years. **Methods:** A retrospective study on ACS patients aged 18–40 who underwent coronary angiography/intervention at Chợ Rẫy Hospital from April 2021 to April 2024. **Results:** A total of 120 patients (median age: 36; 89.2% male, male:female = 9:1). Common risk factors: overweight/obesity (67.5%), dyslipidemia (62.5%), smoking (37.5%).

STEMI was most frequent (64.2%), most presented with Killip I (83.3%), with single-vessel disease (67.5%) mostly in LAD (66.7%). In-hospital major adverse cardiovascular events (MACE) occurred in 12.5%: mortality (3.3%), acute heart failure (4.2%), life-threatening arrhythmia (4.2%), mechanical complications (0.8%). GRACE score was an independent predictor (OR 1.11; $p < 0.001$). A cutoff of GRACE ≥ 89 had AUC > 0.8, sensitivity 73.3%, specificity 97.1%. **Conclusions:** Young ACS patients are predominantly male, often present with STEMI, Killip I, and single LAD lesions. GRACE ≥ 89 is a strong predictor of in-hospital MACE.

Keywords: Acute coronary syndrome, young patients, prognostic factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng vành cấp (HCVC) là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong tim mạch toàn cầu, thường gặp ở người lớn tuổi. Tuy nhiên, tỷ lệ người trẻ mắc HCVC đang gia tăng đáng báo động.¹ Các nghiên cứu quốc tế cho thấy khoảng 4–10% ca HCVC xảy ra ở bệnh nhân < 40 tuổi, với đặc điểm dịch tễ và cơ chế bệnh sinh khác biệt.² Tại Việt Nam, quá trình đô thị hóa, lối sống thay đổi, hút thuốc phổ biến và rối loạn lipid máu gia tăng ở người trẻ có thể khiến tình trạng này bị đánh giá thấp do thiếu nghiên cứu chuyên sâu.

So với người lớn tuổi, bệnh nhân trẻ mắc hội chứng vành cấp (HCVC) thường ít bệnh lý kèm theo nhưng dễ chủ quan, dẫn đến chậm trễ chẩn đoán và can thiệp, làm tăng nguy cơ biến cố tim mạch. Nhóm này có yếu tố nguy cơ riêng biệt như hút thuốc lá (70–80%), rối loạn lipid, béo phì, ít vận động và yếu tố di truyền. Tuy nhiên, tại Việt Nam hiện thiếu nghiên cứu hệ thống về đặc điểm và tiên lượng HCVC ở người trẻ < 40 tuổi, gây khó khăn trong việc xây dựng chiến lược điều trị phù hợp.

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, yếu tố nguy cơ và kết cục ngắn hạn ở bệnh nhân < 40 tuổi nhập viện vì HCVC. Đồng thời, nghiên cứu xác định các yếu tố tiên lượng xấu trong giai đoạn nội trú, góp phần phát hiện sớm bệnh nhân nguy cơ cao và xây dựng chiến lược điều trị – phòng ngừa cá thể hóa cho nhóm còn trong độ tuổi lao động và có ý nghĩa xã hội cao.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Sỹ

Email: hoangvansy@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.7.2025

Ngày duyệt bài: 25.8.2025