

glucose cũng có sự khác biệt đáng kể giữa nhóm nhẹ và nặng, tương tự với nghiên cứu của Banks et al. (2013) [1].

Kết quả nghiên cứu có ý nghĩa thực tiễn trong việc nâng cao hiệu quả kiểm soát bệnh nhân VTC tại tuyến y tế cơ sở. Việc phát hiện sớm và kiểm soát các yếu tố nguy cơ, đặc biệt là rượu và sỏi mật, sẽ góp phần giảm tỷ lệ mắc bệnh cũng như hạn chế biến chứng. Nghiên cứu cũng đề xuất việc áp dụng thang điểm tiên lượng BISAP để phân loại mức độ nặng, từ đó có chiến lược điều trị phù hợp cho từng bệnh nhân.

Tuy nhiên, nghiên cứu có một số hạn chế do cỡ mẫu còn nhỏ và phạm vi nghiên cứu giới hạn trong một cơ sở y tế. Các nghiên cứu tiếp theo với quy mô lớn hơn và theo dõi dài hạn sẽ giúp đánh giá toàn diện hơn về các yếu tố ảnh hưởng đến tiên lượng bệnh nhân VTC.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã xác định được các nguyên nhân chính gây VTC tại Trung tâm Y tế huyện Thanh Ba, trong đó nguyên nhân do rượu chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp theo là sỏi mật và tăng triglycerid. Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu trong và ngoài nước, đồng thời phản ánh đặc điểm dịch tễ học tại địa phương.

Ngoài ra, nghiên cứu cũng cho thấy một số yếu tố tiên lượng quan trọng liên quan đến mức độ nặng của bệnh nhân VTC, bao gồm chỉ số BISAP và một số xét nghiệm sinh hóa như bạch cầu, CRP, glucose. Các yếu tố này có giá trị

trong đánh giá mức độ nặng và tiên lượng bệnh, giúp hỗ trợ công tác chẩn đoán và điều trị kịp thời, hạn chế biến chứng nguy hiểm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al (2013). Classification of acute pancreatitis - 2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. Gut. 62(1): 102-111.
2. Phạm Đỗ Thực Anh và cs (2024). Khảo sát nguyên nhân viêm tụy cấp tái phát, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mức độ nặng của bệnh. Tạp chí Y học Việt Nam. Tập 542, tháng 9, số 1, tr 105-109.
3. Tenner S, Baillie J, DeWitt J, Vege SS (2013). American College of Gastroenterology guideline: Management of acute pancreatitis. Am J Gastroenterol. 108(9): 1400-1415.
4. Forsmark CE, Vege SS, Wilcox CM. Acute pancreatitis (2016). N Engl J Med ;375(20):1972-1981.
5. Lankisch PG, Apte M, Banks PA (2015). Acute pancreatitis. Lancet ; 386(9988): 85-96.
6. Yadav D, Lowenfels AB (2013). The epidemiology of pancreatitis and pancreatic cancer. Gastroenterology; 144(6): 1252-1261.
7. Mounzer R, Langmead CJ, Wu BU, et al (2012). Comparison of existing clinical scoring systems to predict persistent organ failure in acute pancreatitis. Gastroenterology; 142(7): 1476-1482.
8. Papachristou GI, Sass DA, Avula H, et al (2010). Is the BISAP score superior to the APACHE II and Ranson scores in predicting acute pancreatitis outcomes? Pancreatol; 10(4): 362-366.
9. Trikudanathan G, Navaneethan U, Vege SS (2019). Intra-abdominal infections in acute pancreatitis: etiology, diagnosis, and management. Am J Gastroenterol; 114(9): 1447-1456.

HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA VÀ GAN NHIỄM MỠ KHÔNG DO RƯỢU Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Nguyễn Văn Tân^{1,2}, Phạm Hoà Bình^{1,2},
Đặng Long Triều³, Cao Đình Hưng^{4,5}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gan nhiễm mỡ không do rượu (NAFLD) là bệnh gan mạn tính phổ biến ở người cao tuổi, có liên hệ mật thiết với hội chứng chuyển hóa.

¹Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Thống Nhất

³Bệnh viện Quân Y 175

⁴Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

⁵Đại học Nguyễn Tất Thành

Chịu trách nhiệm chính: Cao Đình Hưng

Email: hungcd@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2025

Ngày duyệt bài: 14.10.2025

Sự phối hợp giữa hai tình trạng này không chỉ làm tăng nguy cơ tiến triển tổn thương gan mà còn làm gia tăng tỷ lệ các biến cố tim mạch và tử vong toàn bộ. **Mục tiêu:** Khảo sát tình trạng mắc hội chứng chuyển hóa và mối liên quan với NAFLD ở bệnh nhân ≥ 60 tuổi. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 404 bệnh nhân ≥ 60 tuổi đến khám tại phòng khám cán bộ cấp cao, Bệnh viện Quân Y 175 từ tháng 08/2024 đến tháng 06/2025. **Kết quả:** tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa là 46,3%, cao hơn rõ rệt ở nhóm NAFLD so với nhóm không NAFLD (66,4% so với 24,1%; $p < 0,001$) và tăng dần theo mức độ bệnh. Các thành phần như tăng đường huyết, tăng triglyceride, giảm HDL-c và béo phì trung tâm đều phổ biến hơn ở nhóm NAFLD. Ngoài ra, các chỉ số chuyển hóa như đường huyết, HbA1c và triglyceride có xu hướng tăng, trong khi HDL-c giảm theo mức độ

NAFLD. **Kết luận:** Hội chứng chuyển hóa là yếu tố liên quan chặt chẽ đến NAFLD ở người cao tuổi. Phát hiện và kiểm soát sớm các thành phần của hội chứng chuyển hóa là chiến lược quan trọng trong dự phòng và quản lý NAFLD trong bệnh nhân cao tuổi. **Từ khóa:** NAFLD, người cao tuổi, hội chứng chuyển hóa.

SUMMARY

METABOLIC SYNDROME AND NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE IN ELDERLY PATIENTS ATTENDING MILITARY HOSPITAL 175

Background: Non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) is the most common chronic liver disease in the elderly and is closely associated with metabolic syndrome. The coexistence of these two conditions not only increases the risk of liver disease progression but also raises the incidence of cardiovascular events and overall mortality. **Objective:** To investigate the prevalence of insulin resistance and its association with NAFLD in patients aged ≥ 60 years. **Method:** A cross-sectional study was conducted on 404 patients aged ≥ 60 years who visited the Senior Officials Clinic at Military Hospital 175 from August 2024 to June 2025. **Result:** The prevalence of metabolic syndrome was 46.3%, significantly higher in the NAFLD group compared to those without NAFLD (66.4% vs. 24.1%; $p < 0.001$), and increased progressively with disease severity. Components such as hyperglycemia, elevated triglycerides, low HDL-c, and central obesity were more common in the NAFLD group. Moreover, metabolic indices such as fasting glucose, HbA1c, and triglycerides tended to increase, while HDL-c decreased, in accordance with NAFLD severity. **Conclusion:** Metabolic syndrome is strongly associated with NAFLD in elderly patients. Early detection and management of its components are essential strategies in preventing and managing NAFLD in this population.

Keywords: NAFLD, elderly, metabolic syndrome

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gan nhiễm mỡ không do rượu (NAFLD) là bệnh lý gan mạn tính phổ biến nhất hiện nay, đặc biệt ở người cao tuổi. NAFLD không chỉ đơn thuần là rối loạn tích tụ mỡ tại gan mà còn được xem là biểu hiện tại gan của hội chứng chuyển hóa, vốn bao gồm các thành phần như béo phì trung tâm, tăng huyết áp (THA), tăng glucose máu, tăng triglyceride và giảm HDL-cholesterol. Sự đồng mắc giữa NAFLD và hội chứng chuyển hóa ngày càng được quan tâm vì có mối liên hệ chặt chẽ về mặt sinh lý bệnh, cơ chế bệnh sinh và tác động lẫn nhau trong quá trình tiến triển bệnh⁴.

Ở người cao tuổi, nguy cơ mắc cả hội chứng chuyển hóa và NAFLD tăng lên đáng kể do lão hóa làm thay đổi chuyển hóa, tích lũy mỡ nội tạng và tăng các yếu tố nguy cơ như béo phì, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu và rối loạn glucose máu. Sự phối hợp giữa hai tình trạng này không chỉ làm tăng nguy cơ tiến triển tổn

thương gan mà còn làm gia tăng tỷ lệ các biến cố tim mạch và tử vong toàn bộ.

Trước thực trạng già hóa dân số và tỷ lệ mắc các bệnh chuyển hóa không ngừng tăng, nghiên cứu này được thực hiện nhằm khảo sát tỷ lệ hội chứng chuyển hóa và mối liên quan giữa hội chứng chuyển hóa với NAFLD trên nhóm bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên đến khám tại Bệnh viện Quân y 175.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: - Bệnh nhân ≥ 60 tuổi khám tại phòng khám cận bộ cấp cao Bệnh viện Quân y 175, Bộ Quốc Phòng.

- Tiền sử không uống bia rượu hoặc không lạm dụng đồ uống có cồn (nam giới < 140 g/tuần và nữ giới < 70 g/tuần)⁵.

- Không bị viêm gan virus B, C.

- Không dùng thuốc các thuốc gây rối loạn chuyển hóa mỡ tại gan (corticosteroid, methotrexate, valproate acid, amiodarone, tamoxifen, irinotecan, 5-FU).

- Không bị suy dinh dưỡng (không có nguy cơ suy dinh dưỡng và BMI $\geq 18,5$ kg/m² với người < 70 tuổi hoặc ≥ 20 kg/m² với người > 70 tuổi)².

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: Đang bị viêm gan, xơ gan.

Biến số nghiên cứu: - Thông tin hành chính, tiền căn thói quen và bệnh lý đồng mắc.

- Về khám lâm sàng, bệnh nhân được tiến hành đo nhân trắc, dấu hiệu sinh tồn, khám lâm sàng và siêu âm đánh giá mức độ NAFLD.

- Ghi nhận kết quả xét nghiệm gần nhất dựa trên bệnh án điện tử hoặc kết quả xét nghiệm bệnh nhân đang có, bao gồm các xét nghiệm máu: Hb, HbA1c, creatinin, cholesterol toàn phần, triglycerid, HDL-c, LDL-c

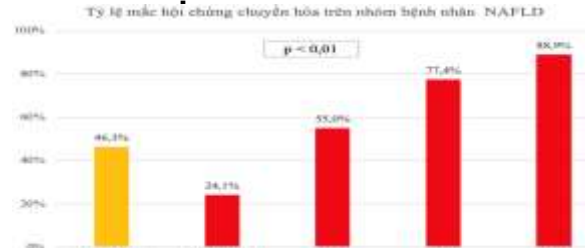
Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu sẽ được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu này được tiến hành sau khi được sự chấp thuận và thông qua của Hội đồng chuyên môn, Hội đồng Y đức của Đại học Dược TP Hồ Chí Minh và Bệnh viện Quân Y 175.

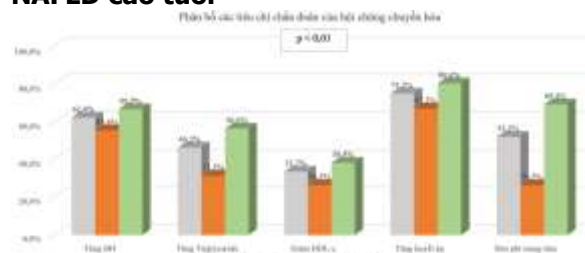
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nhóm bệnh nhân cao tuổi tham gia nghiên cứu tại Bệnh viện Quân y 175 có độ tuổi trung bình là $70,1 \pm 6,7$, với nam giới chiếm ưu thế (74%). Tình trạng dinh dưỡng cho thấy gần 1/3 số bệnh nhân bị thừa cân (BMI ≥ 25). Các chỉ số béo bụng cũng đáng lưu ý với 52,2% có vòng eo tăng và 38,1% có tỷ số eo/hông cao.

3.1. Tỷ lệ mắc các rối loạn chuyển hóa

trên nhóm bệnh nhân NAFLD cao tuổi**Hình 1. Tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa trên nhóm bệnh nhân NAFLD**

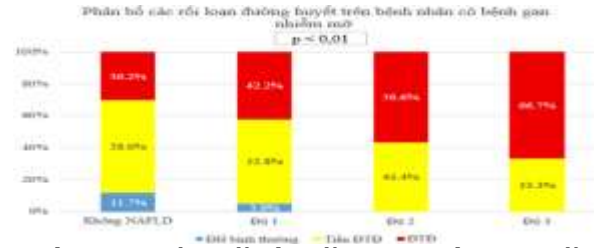
Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa chung là 46,3%. Tuy vậy chỉ có 24,1% bệnh nhân ở nhóm không mắc NAFLD là có hội chứng chuyển hóa. Tỷ lệ này tăng mạnh ở nhóm NAFLD độ 1 (55,0%), tiếp tục tăng ở độ 2 (77,4%) và đạt mức cao nhất ở NAFLD độ 3 (88,9%) ($p < 0,01$).

3.2. Phân bố các thành phần của hội chứng chuyển hóa trên nhóm bệnh nhân NAFLD cao tuổi**Hình 2. Phân bố các tiêu chí chẩn đoán hội chứng chuyển hóa trên nhóm bệnh nhân NAFLD cao tuổi**

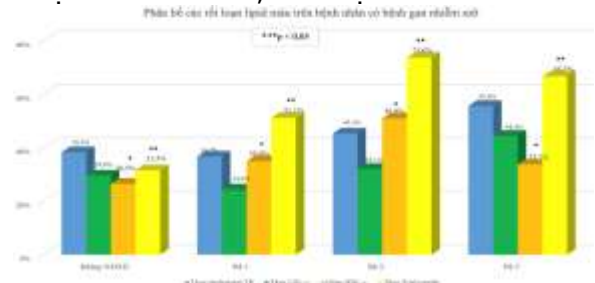
Chúng tôi ghi nhận, tỷ lệ các tiêu chí chẩn đoán hội chứng chuyển hóa lần lượt là: tăng đường huyết 62,4%, tăng triglyceride 46,5%, giảm HDL-c 33,7%, THA 75,2% và béo phì trung tâm 52,2%. Khi so sánh giữa hai nhóm, bệnh nhân NAFLD có tỷ lệ cao hơn rõ rệt so với nhóm không NAFLD ở tất cả các tiêu chí: tăng đường huyết (66,9% so với 55,6%), tăng triglyceride (56,6% so với 31,5%), giảm HDL-c (38,4% so với 26,5%), THA (80,6% so với 67,2%) và béo phì trung tâm (69,4% so với 26,5%). Các khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

3.3. Các xét nghiệm chuyển hóa trên nhóm bệnh nhân NAFLD**Bảng 1. Đặc điểm xét nghiệm chuyển hóa trên nhóm bệnh nhân NAFLD**

Đặc điểm	Không có NAFLD (n=162)	Độ I (n=180)	Độ II (n=53)	Độ III (n=9)	p
ĐH đói (mmol/L)	5,8 ± 0,9	6,3 ± 1,7	6,5 ± 1,4	6,7 ± 0,9	0,02
HbA1c (%)	6,2 ± 0,5	6,5 ± 1,2	6,6 ± 1,5	6,9 ± 0,6	<0,01
Cholesterol (mmol/L)	4,9 ± 1,2	4,9 ± 1,3	5,1 ± 1,3	5,6 ± 2,1	0,2
LDL-c (mmol/L)	2,7 ± 1,1	2,9 ± 1,1	2,9 ± 1,1	3,3 ± 1,6	0,3
HDL-c (mmol/L)	1,3 ± 0,3	1,2 ± 0,3	1,1 ± 0,3	1,1 ± 0,3	<0,01

**Hình 3. Phân bố các rối loạn đường huyết trên nhóm bệnh nhân NAFLD cao tuổi**

Khảo sát của chúng tôi cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa về sự phân bố các rối loạn chuyển hóa đường huyết ở các nhóm bệnh nhân NAFLD. Trong đó nhóm không mắc NAFLD, tỷ lệ đường huyết bình thường là 11,7%, tiền ĐTĐ là 58%, và ĐTĐ là 30,2%. Khi mức độ NAFLD tăng, tỷ lệ ĐTĐ cũng tăng theo: 42,2% ở độ 1, 56,6% ở độ 2 và lên đến 66,7% ở độ 3.

**Hình 4. Phân bố các rối loạn lipid máu trên nhóm bệnh nhân NAFLD cao tuổi**

Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ xuất hiện các rối loạn lipid máu khá cao trong tất cả các nhóm bệnh nhân và có xu hướng tăng dần theo mức độ bệnh. Dù vậy, không có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ tăng cholesterol toàn phần và tăng LDL-c giữa các nhóm ($p > 0,05$). Trong đó tỷ lệ cholesterol toàn phần dao động từ 38,3% - 55,6% và tỷ lệ tăng LDL-c dao động từ 29,6% - 44,4%. Trong khi đó, tỷ lệ giảm HDL-c tăng đáng kể ở các nhóm NAFLD so với không NAFLD, lên tới trên 50% ở NAFLD độ I và độ II, mặc dù giảm nhẹ ở độ 3 nhưng vẫn cao hơn so với nhóm không NAFLD. Đặc biệt, tăng triglyceride là thành phần chiếm tỷ lệ cao nhất, nổi bật ở nhóm NAFLD độ 2 (73,6%) và độ 3 (66,7%), so với chỉ 31,5% ở nhóm không NAFLD.

Triglyceride (mmol/L)	1,5 ± 0,9	1,9 ± 1,1	2,3 ± 0,9	2,5 ± 1,1	<0,01
Acid uric (μmol/L)	374,8 ± 83,3	395,5 ± 93,7	401,9 ± 94,4	404,9 ± 100,9	0,09

TB ± ĐLC; Phép kiểm Anova

Kết quả khảo sát cho thấy chỉ số chuyển hóa xấu dần theo mức độ NAFLD. Đường huyết đói tăng từ $5,8 \pm 0,9$ mmol/L ở nhóm không NAFLD lên $6,7 \pm 0,9$ mmol/L ở NAFLD độ 3 ($p = 0,02$). HbA1c tăng từ 6,2% lên 6,9% ($p < 0,01$). Nồng độ triglyceride cũng tăng đáng kể, từ $1,5 \pm 0,9$ mmol/L lên $2,5 \pm 1,1$ mmol/L ở nhóm nặng nhất ($p < 0,01$). Ngược lại, HDL-c giảm từ $1,3 \pm 0,3$ mmol/L ở nhóm không NAFLD xuống còn $1,1 \pm 0,3$ mmol/L ở NAFLD độ 3 ($p < 0,01$). Cholesterol toàn phần, LDL-c và acid uric cũng có xu hướng tăng dù không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa trên nhóm bệnh nhân NAFLD cao tuổi. Hội chứng chuyển hóa là tập hợp các rối loạn chuyển hóa bao gồm béo phì trung tâm, THA, rối loạn lipid máu và rối loạn đường huyết, có liên quan mật thiết đến bệnh sinh và tiến triển của NAFLD. Ở người cao tuổi hội chứng chuyển hóa có xu hướng hiện diện sớm hơn và biểu hiện rõ rệt hơn do quá trình lão hóa chuyển hóa, giảm khối cơ, tăng mỡ nội tạng và giảm đáp ứng với insulin. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân mắc hội chứng chuyển hóa là 46,3%. Nghiên cứu của tác giả Cao Thanh Ngọc trên nhóm bệnh nhân ≥ 60 tuổi tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh cũng ghi nhận kết quả khá tương đồng, với tỷ lệ có hội chứng chuyển hóa là 49,4%¹.

Khi phân tích sâu hơn, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa tăng rõ rệt theo mức độ NAFLD, từ 24,1% ở nhóm không NAFLD lên đến 55% ở nhóm độ 1, 77,4% ở nhóm độ 2, và đạt 88,9% ở nhóm độ 3, $p < 0,001$. Kết quả này khá tương đồng so với các báo cáo trước đây. Nghiên cứu của tác giả Viola Tallarico trong đó ghi nhận tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa trên nhóm NAFLD là 62,4% cao hơn nhóm không NAFLD (31,5%), $p < 0,01$ ⁶. Các dữ liệu này cho thấy mối liên hệ mạnh mẽ giữa hội chứng chuyển hóa và mức độ nặng của NAFLD.

4.2. Các thành phần của hội chứng chuyển hóa trên nhóm bệnh nhân NAFLD cao tuổi. Chúng tôi ghi nhận các thành phần của hội chứng chuyển hóa xuất hiện với tỷ lệ cao, trong đó THA và tăng đường huyết là hai rối loạn phổ biến nhất, lần lượt chiếm 75,2% và 62,4%. Các rối loạn khác bao gồm béo phì trung tâm (52,2%), tăng triglyceride (46,5%) và giảm HDL (33,7%). Khi so sánh giữa nhóm bệnh nhân

có và không có NAFLD, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ các rối loạn chuyển hóa ở nhóm NAFLD cao hơn rõ rệt ở tất cả các thành phần với $p < 0,01$. Nghiên cứu của tác giả Edith M. Koehler trên dân số cao tuổi tại Hà Lan cũng ghi nhận tăng huyết áp và tăng đường huyết cũng là hai yếu tố phổ biến nhất (lần lượt là 93,7% và 49,2%), tỷ lệ tăng triglyceride, giảm HDL-c và béo phì trung tâm lần lượt là 44,5%, 42,7% và 42,3%⁸.

Những dữ kiện trên cho thấy mối liên hệ sinh bệnh học giữa hội chứng chuyển hóa và NAFLD ở người cao tuổi. Các rối loạn lipid máu như tăng triglyceride, giảm HDL có xu hướng tích lũy đồng thời và tác động cộng hưởng, làm gia tăng đáng kể gánh nặng chuyển hóa trên gan và hệ tim mạch. Đặc biệt, tình trạng đề kháng insulin – một yếu tố cốt lõi trong cơ chế bệnh sinh của NAFLD – đóng vai trò then chốt trong việc liên kết các rối loạn này, làm gia tăng tích tụ acid béo tự do trong gan, tăng stress oxy hóa, thúc đẩy quá trình viêm và xơ hóa mô gan.

4.3. Các xét nghiệm chuyển hóa trên nhóm bệnh nhân NAFLD cao tuổi. Chúng tôi ghi nhận đường huyết đói và HbA1c đều có xu hướng tăng dần theo mức độ gan nhiễm mỡ, phản ánh sự rối loạn chuyển hóa glucose ngày càng rõ nét khi NAFLD tiến triển. Ngoài ra nồng độ triglyceride có xu hướng tăng, trong khi HDL-c giảm theo mức độ nặng của NAFLD. Rối loạn lipid máu, đặc biệt là tăng triglyceride và giảm HDL-c, trở nên phổ biến hơn ở các nhóm có NAFLD trung bình - nặng. Acid uric cũng có khuynh hướng tăng dần, dù chưa đạt ý nghĩa thống kê, nhưng gợi ý vai trò tiềm năng trong cơ chế bệnh sinh thông qua việc góp phần vào viêm và kháng insulin.

Xu hướng này cũng được báo cáo trong nhiều nghiên cứu trước đây. Nghiên cứu của tác giả Panyavee Pitisuttithum cho thấy chỉ số HbA1c ở nhóm NAFLD cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không NAFLD (6,65 [5,9–7,33] so với 6,1 [5,6–7,2], $p < 0,01$)³. Còn tác giả Tsung-Po Chen ghi nhận nồng độ triglyceride tăng đáng kể theo mức độ NAFLD (từ $98,8 \pm 46,1$ mg/dL ở nhóm không NAFLD lên $155,1 \pm 81,3$ mg/dL ở nhóm NAFLD trung bình-nặng, $p < 0,01$), kèm theo giảm HDL-c (từ $58,8 \pm 15,4$ xuống $47,8 \pm 10,5$ mg/dL, $p < 0,01$)⁷.

V. KẾT LUẬN

Qua khảo sát chúng tôi ghi nhận hội chứng chuyển hóa có mối liên quan chặt chẽ với gan

niêm mỡ không do rượu (NAFLD) ở người cao tuổi. Các thành phần như rối loạn glucose huyết, tăng triglyceride, giảm HDL-c và tăng acid uric đều có xu hướng xấu dần theo mức độ NAFLD, phản ánh sự tiến triển rối loạn chuyển hóa toàn thân. Những kết quả này nhấn mạnh vai trò trung tâm của hội chứng chuyển hóa trong cơ chế sinh bệnh NAFLD, đồng thời gợi mở hướng tiếp cận điều trị dựa trên kiểm soát chuyển hóa, đặc biệt ở nhóm dân số lớn tuổi có nhiều yếu tố nguy cơ tích lũy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cao Thanh Ngọc, Ngô Tuấn Anh, Khoa Bùi Đăng (2023), "Mối liên quan giữa hội chứng chuyển hóa và loãng xương ở người cao tuổi". Tạp chí Y học Việt Nam, 522 (2), pp. 113-117.
2. Consultation WHO Expert (2004), "Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies". Lancet, 363 (9403), pp. 157-63.
3. Pitisuttithum P., Chan W. K., Piyachaturawat P., Imajo K., Nakajima A., et al. (2020), "Predictors of advanced fibrosis in elderly patients with biopsy-confirmed nonalcoholic fatty liver disease: the GOASIA study". BMC Gastroenterol, 20 (1), pp. 88.
4. Radu F., Potcovaru C. G., Salmen T., Filip P. V., Pop C., et al. (2023), "The Link between NAFLD and Metabolic Syndrome". Diagnostics (Basel), 13 (4).
5. Staff Alcohol Research: Current Reviews Editorial (2018), "Drinking Patterns and Their Definitions". Alcohol Res, 39 (1), pp. 17-18.
6. Tallarico V., Recinella G., Magalotti D., Muscari A., Zoli M., et al. (2020), "Prognostic value of non-alcoholic fatty liver disease in the elderly patients". Aging Clin Exp Res, 32 (12), pp. 2657-2665.
7. Chen Tsung-Po, Lai Michelle, Lin Wen-Yuan, Huang Kuo-Chin, Yang Kuen-Cheh (2020), "Metabolic profiles and fibrosis of nonalcoholic fatty liver disease in the elderly: A community-based study". Journal of Gastroenterology and Hepatology, 35 (9), pp. 1636-1643.
8. Koehler Edith M., Schouten Jeoffrey N. L., Hansen Bettina E., van Rooij Frank J. A., Hofman Albert, et al. (2012), "Prevalence and risk factors of non-alcoholic fatty liver disease in the elderly: Results from the Rotterdam study". Journal of Hepatology, 57 (6), pp. 1305-1311.

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ LƠ XÊ MI KINH DÒNG BẠCH CẦU HẠT BẰNG IMATINIB TẠI VIỆN HUYẾT HỌC - TRUYỀN MÁU TRUNG ƯƠNG GIAI ĐOẠN 2019 - 2023

Nguyễn Thu Chang¹, Bạch Quốc Khánh¹

bạch cầu hạt, Philadelphia, BCR - ABL, Imatinib.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị bằng Imatinib ở bệnh nhân LXMKDH có nhiễm sắc thể Philadelphia giai đoạn 2019 - 2023 tại Viện Huyết Học - Truyền Máu Trung Ương. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả từ 798 bệnh nhân được chẩn đoán LXMKDH giai đoạn mạn tính có nhiễm sắc thể Ph (+) từ 01/01/2019 đến 31/12/2023, đang điều trị bằng Imatinib với thời gian điều trị tối thiểu 3 tháng tại viện Huyết học - Truyền máu Trung Ương. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn (ĐUHT) về huyết học sau 3 tháng là 87,61%, về di truyền sau 3 tháng là 32,7%, sau 6 tháng là 43,5%, sau 12 tháng là 64,3%. Tỷ lệ đạt đáp ứng nhiều di truyền phân tử (MMR) sau 3 tháng điều trị là 22,2%, sau 6 tháng 33%, sau 12 tháng là 54,7%. Tỷ lệ kháng thuốc là 11,3%. **Kết luận:** Imatinib hiện vẫn có hiệu quả điều trị trên bệnh nhân LXMKDH giai đoạn mạn tính. **Từ khóa:** Lơ xê mi kinh dòng

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF CHRONIC MYELOID LEUKEMIA IN THE CHRONIC PHASE TREATED WITH IMATINIB AT THE NATIONAL INSTITUTE OF HEMATOLOGY AND BLOOD TRANSFUSION IN THE PERIOD 2019 - 2023

Objective: To evaluate the treatment efficacy of Imatinib in patients with Philadelphia chromosome - positive CML during the period from 2019 to 2023 at the National Institute of Hematology and Blood Transfusion (NIHBT). **Subjects and Methods:** A descriptive study was conducted on 798 patients diagnosed with chronic phase Philadelphia-positive CML from January 1, 2019, to December 31, 2023. All patients were treated with Imatinib for a minimum duration of 3 months at the NIHBT. **Results:** The complete hematologic response (CHR) rate after 3 months of treatment was 87.61%. The cytogenetic response rates were 32.7% at 3 months, 43.5% at 6 months, and 64.3% at 12 months. The rates of major molecular response (MMR) were 22.2% after 3 months, 33% after 6 months, and 54.7% after 12 months. The rates of drug resistance and intolerance

¹Viện Huyết học - Truyền máu TW

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thu Chang

Email: changnguyen230291@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.9.2025

Ngày duyệt bài: 17.10.2025