

bán định lượng và thay thế bằng xét nghiệm BHB máu định lượng để nâng cao độ chính xác trong chẩn đoán và theo dõi diễn tiến chuyển hóa của BN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2017), "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2", 2017.
2. **Phùng Thị Thu Phương** (2015), Nghiên Cứu Nồng Độ β -Hydroxybutyrate Máu Ở Bệnh Nhân Đái Tháo Đường Ở Việt Nam, Luận văn thạc sĩ, Trường Đại học Khoa học Tự nhiên, Đại học Quốc gia Hà Nội, 2015.
3. **American Diabetes Association (ADA)** (2022), "Standards of medical care in diabetes-2022 abridged for primary care providers", Clin Diabetes, 2022, 40 (1), pp. 10-38.
4. **Han L, Peng QY, Yu J, et al** (2025), "Early detection of gastroparesis with diabetic ketoacidosis as initial manifestation: A case-control study", World Journal of Gastroenterology, 2025, 31 (15), pp. 101695.
5. **Mahler G, Paulson M, Bonora U, et al** (2025), "A retrospective study of diabetic ketoacidosis and initial management", Int J Endocrinol Pract, 2025, 1 (2), pp. 1-2.
6. **Nogier K, Kalra J, Lu S, et al** (2024), "A-051 Validation and Implementation of the Stanbio Beta-Hydroxybutyrate Assay on Roche c502 Analyzer", Clinical Chemistry, 2024, 70 (Supplement_1), pp. hvae106. 051.
7. **Sanchiz MT, Moreno VN, Ruano ML, et al** (2025), "Clinical and prognostic differences in diabetic ketoacidosis between type 2 and type 1 diabetes", Medicina clinica, 2025, 165 (1), pp. 106973.
8. **Yuzbasioglu Y, Yuce C, Comertpay E, et al** (2025), "Determination of Urine Netrin-1 and Beta-Hydroxy Butyrate Levels in Diabetic Ketoacidosis Cases: a Preliminary Report", Clinical Laboratory, 2025, 71 (2), pp. 38-45.

LIÊN QUAN BỆNH GAN NHIỄM MỠ LIÊN QUAN ĐẾN CHUYỂN HÓA VÀ BỆNH ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI DO XƠ VỮA Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2

Chung Thiện Nhân², Võ Hồng Minh Công¹, Ngô Thị Thùy Dung²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định mối liên quan giữa bệnh gan nhiễm mỡ liên quan đến chuyển hóa và bệnh động mạch chi dưới do xơ vữa ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 212 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định và Bệnh viện Thống Nhất (2024). **Kết quả:** Bệnh gan nhiễm mỡ liên quan đến chuyển hóa chiếm 71,2% dân số nghiên cứu. Tỷ lệ mảng xơ vữa động mạch chi dưới xuất hiện nhiều hơn ở nhóm có bệnh gan nhiễm mỡ liên quan đến chuyển hóa ($p = 0,003$), nhưng không tìm thấy sự khác biệt về bệnh động mạch chi dưới do xơ vữa ($p > 0,050$). Phân tích hồi quy đa biến ghi nhận bệnh gan nhiễm mỡ liên quan đến chuyển hóa làm tăng nguy cơ xuất hiện mảng xơ vữa động mạch chi dưới ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 với OR = 2,83 (KTC 95%: 1,45 – 5,53, $p = 0,002$). **Kết luận:** Bệnh gan nhiễm mỡ liên quan đến chuyển hóa liên quan đến mảng xơ vữa động mạch chi dưới nhưng không liên quan đến bệnh động mạch chi dưới do xơ vữa ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2. **Từ khóa:** Bệnh gan nhiễm mỡ liên quan đến chuyển hóa, bệnh động mạch chi dưới, đái tháo đường típ 2.

SUMMARY

ASSOCIATION BETWEEN METABOLIC ASSOCIATED FATTY LIVER DISEASE AND ATHEROSCLEROTIC LOWER EXTREMITY ARTERIAL DISEASE IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Objective: To determine the association between metabolic associated fatty liver disease (MAFLD) and atherosclerotic lower extremity arterial disease (LEAD) in patients with type 2 diabetes mellitus. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 212 type 2 diabetes mellitus patients at Gia Dinh People's Hospital and Thong Nhat Hospital in 2024. **Results:** The prevalence of MAFLD in the study population was 71.2%. Atherosclerotic plaques in lower extremity arteries were more frequently observed in patients with MAFLD ($p = 0.003$); however, no significant difference was found in the prevalence of LEAD between groups ($p > 0.050$). Multivariate logistic regression analysis showed that MAFLD increased the risk of developing atherosclerotic plaques in the lower extremity arteries in T2DM patients, with an odds ratio (OR) of 2.83 (95% CI: 1.45 – 5.53, $p = 0.002$). **Conclusion:** MAFLD is associated with the presence of atherosclerotic plaques in the lower extremity arteries but not with LEAD in patients with type 2 diabetes mellitus.

Keywords: Metabolic associated fatty liver disease, lower extremity arterial disease, type 2 diabetes mellitus.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh gan nhiễm mỡ liên quan đến chuyển

¹Bệnh viện Nhân dân Gia Định

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Võ Hồng Minh Công

Email: bsminhcong@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025

hóa (MAFLD) là khái niệm mới từ năm 2020, nhấn mạnh vai trò của rối loạn chuyển hóa trong bệnh sinh MAFLD và được chẩn đoán khi có gan nhiễm mỡ trên hình ảnh học kèm theo ≥ 1 trong 3 yếu tố: béo phì/thừa cân, đái tháo đường típ 2 (ĐTĐ2) hoặc ≥ 2 yếu tố rối loạn chuyển hóa[5]. Bệnh động mạch chi dưới (LEAD) là tình trạng hẹp đáng kể các động mạch nuôi chi dưới, thường do xơ vữa, dẫn đến giảm tưới máu và nguy cơ thiếu máu mạn tính chi[2]. Một giả thuyết sinh lý bệnh được chấp nhận rộng rãi cho rằng MAFLD có thể dẫn đến sản xuất các tế bào tiền viêm, thúc đẩy quá trình xơ vữa động mạch và dẫn đến rối loạn chức năng nội mô[7]. Mỗi liên hệ này đáng được chú ý ở bệnh nhân ĐTĐ2, những người có nguy cơ cao mắc cả MAFLD và LEAD, dẫn đến tăng tỷ lệ biến chứng tim mạch và tử vong[2,5]. Theo Hiệp hội Nghiên cứu bệnh gan Châu Á Thái Bình Dương (2020), tỷ lệ MAFLD ở bệnh nhân ĐTĐ2 cao hơn đáng kể so với dân số chung, chiếm khoảng 55,5%[5]. Tương tự, LEAD được ghi nhận ở 20 – 30% bệnh nhân ĐTĐ2[2], trong đó những bệnh nhân ĐTĐ2 đồng mắc MAFLD có nguy cơ cao hơn 75% so với nhóm không bệnh[10]. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về MAFLD chủ yếu tập trung vào tỷ lệ mắc bệnh và yếu tố nguy cơ, trong khi dữ liệu về mối liên quan với LEAD còn hạn chế. Do đó, nghiên cứu này nhằm làm rõ mối liên quan giữa hai bệnh lý trên bệnh nhân ĐTĐ2, cũng như cung cấp thông tin hỗ trợ xây dựng kế hoạch sàng lọc LEAD ngay khi chưa có triệu chứng lâm sàng, vì tiềm ẩn nguy cơ tổn thương mạch máu rất cao.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu cắt ngang bao gồm: 212 bệnh nhân ĐTĐ2 từ 18 tuổi trở lên tại khoa Khám bệnh – Bệnh viện Nhân dân Gia Định và Bệnh viện Thống Nhất Thành phố Hồ Chí Minh trong thời gian nghiên cứu từ 01/2024 đến 09/2024.

Cỡ mẫu này được ước tính theo công thức so sánh hai tỷ lệ:

$$n = \frac{Z^2 [p_1(1 - p_1) + p_2(1 - p_2)]}{d^2}$$

n là cỡ mẫu nghiên cứu, p₁ và p₂ lần lượt là tỷ lệ mảng xơ vữa động mạch chi dưới ở nhóm có và không MAFLD trên bệnh nhân ĐTĐ2 theo Kaifeng Guo (p₁ = 0,562 và p₂ = 0,487)[3], d là sai số tuyệt đối (d = 0,10), Z tương ứng với $\alpha = 0,05$ (Z = 1,96). Thay vào công thức, ta được n = 191.

Chúng tôi thu thập các bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Nhân

dân Gia Định và Bệnh viện Thống Nhất thành phố Hồ Chí Minh, có kết quả FibroScan và siêu âm doppler động mạch chi dưới.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu; Tiền căn suy tim từ NYHA III, bệnh thận mạn có eGFR <15 mL/phút/1,73m², xơ gan mất bù, báng bụng, AST hoặc ALT >100 U/L; Kết quả FibroScan không thỏa $\geq 60\%$ thành công (ít nhất 10 lần) và IQR <30%; Bệnh nhân đoạn hoàn toàn chi dưới; Dinh dưỡng ngoài ống tiêu hóa; Phụ nữ mang thai hoặc cho con bú.

Các biến số về đặc điểm nhân trắc học bệnh nhân, bệnh lý đi kèm, các đặc điểm liên quan đến MAFLD như chẩn đoán MAFLD ở bệnh nhân ĐTĐ2 (CAP ≥ 234 dB/m)[4] và độ xơ hóa gan được thu thập qua Fibroscan, các chỉ số liên quan LEAD như mảng xơ vữa, độ hẹp (<50%, 50 – <75% và $\geq 75\%$ lần lượt là mức độ nhẹ, trung bình và nặng) và chẩn đoán LEAD (độ hẹp $\geq 50\%$) được thu thập qua siêu âm doppler động mạch chi dưới[6].

Phân tích xử lý số liệu: Dữ liệu sau khi thu thập sẽ được xử lý và phân tích bằng phần mềm IBM SPSS Statistics 20. Trong đó, các mô tả trung bình, độ lệch chuẩn, trung vị, khoảng tứ phân vị được áp dụng cho biến định lượng và tần số đối với biến định tính; phân tích hồi quy logistic đa biến để ước tính tỷ số chênh (OR) giữa MAFLD và các yếu tố nguy cơ của mảng xơ vữa động mạch chi dưới; kiểm định Chi – square hoặc Fisher để đánh giá mối liên quan giữa hai biến định tính; kiểm định T – test hoặc Mann – Whitney cho mỗi liên quan giữa biến định tính và định lượng; mức ý nghĩa thống kê được xác định với p <0,050 và khoảng tin cậy 95%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung dân số nghiên cứu. Dân số nghiên cứu có tỷ số nam/nữ là 1:1, với tuổi trung vị là 67,0. Trung vị vòng bụng là 92,0 cm, chỉ số BMI trung vị là 24,2 kg/m² và tỷ lệ béo trung tâm chiếm 82,1%. Thời gian mắc ĐTĐ2 trung vị là 9,0 năm. Các bệnh lý đi kèm bao gồm: rối loạn lipid máu (96,7%), tăng huyết áp (85,8%), bệnh thận mạn từ giai đoạn 3 trở lên (24,1%), hút thuốc lá (27,4%), tiêu thụ rượu bia đáng kể (11,8%), viêm gan B (3,8%) và viêm gan C (0,9%).

3.2. Tỷ lệ và đặc điểm MAFLD ở bệnh nhân ĐTĐ2

Bảng 3.1. Đặc điểm giữa nhóm có và không MAFLD ở bệnh nhân ĐTĐ2

Đặc điểm	MAFLD n = 151	Không MAFLD n = 61	P
----------	------------------	-----------------------	---

Vòng bụng, cm (TV, TPV 25-75)	94,0 (89,0 – 100,0)	89,0 (84,5 – 95,0)	<0,001 ^m
Béo trung tâm ¹ (n, %)	133 (88,1)	41 (67,2)	<0,001 ^c
BMI, kg/m ² (TV, TPV 25-75)	24,8 (23,0 – 26,9)	23,0 (21,4 – 24,4)	<0,001 ^m
Béo phì ² (n, %)	74 (49,0)	14 (23,0)	<0,001 ^c
Thời gian mắc ĐTD2, năm (TV, TPV 25-75)	09,0 (05,0 – 15,0)	09,0 (04,5 – 13,0)	0,432 ^m
Tăng huyết áp (n, %)	132 (87,4)	50 (82,0)	0,303 ^c
Rối loạn lipid máu (n, %)	147 (97,4)	58 (95,1)	0,413 ^f
Hút thuốc lá* (n, %)	37 (24,5)	21 (34,4)	0,142 ^c
Rượu bia* (n, %)	18 (11,9)	07 (11,5)	0,928 ^c
Viêm gan B (n, %)	07 (4,6)	01 (1,6)	0,444 ^f
Viêm gan C (n, %)	01 (0,7)	01 (1,6)	0,494 ^f
AST, U/L (TV, TPV 25-75)	26,0 (21,0 – 31,0)	24,0 (19,0 – 29,0)	0,085 ^m
ALT, U/L (TV, TPV 25-75)	27,0 (19,0 – 37,0)	20,0 (15,0 – 29,8)	0,004 ^m
PLT, K/ μ L (TV, TPV 25-75)	229,0 (202,0 – 267,0)	234,0 (192,0 – 261,5)	0,847 ^m
Glucose, mmol/L (TV, TPV 25-75)	7,0 (6,3 – 8,2)	7,6 (6,1 – 8,7)	0,589 ^m
HbA1c, % (TV, TPV 25-75)	7,1 (6,5 – 8,1)	7,0 (6,4 – 8,1)	0,649 ^m
Cholesterol TP, mmol/L (TV, TPV 25-75)	4,1 (3,3 – 5,1)	3,9 (3,1 – 5,0)	0,216 ^m
LDL – C, mmol/L (TV, TPV 25-75)	2,2 (1,5 – 3,0)	1,9 (1,4 – 2,7)	0,141 ^m
HDL – C, mmol/L (TV, TPV 25-75)	1,2 (1,0 – 1,4)	1,2 (1,0 – 1,4)	0,481 ^m
Triglyceride, mmol/L (TV, TPV 25-75)	1,9 (1,4 – 2,7)	1,6 (1,0 – 2,2)	0,004 ^m
Xơ hóa tiến triển ³ (n, %)	27 (17,9)	7 (11,5)	0,250 ^c

¹Béo trung tâm khi vòng bụng ở nam $\geq 90,0$ cm, nữ $\geq 80,0$ cm; ²Béo phì khi BMI $\geq 25,0$ kg/m²; ³Xơ hóa tiến triển khi độ xơ hóa $\geq 8,7$ kPa qua FibroScan[9]; *Đều là nam giới; TV: trung vị, TB: trung bình, TPV 25-75: tứ phân vị 25 – 75; ^cChi-square; ^fFisher's Exact; ^mMann-Whitney

Tỷ lệ MAFLD ở bệnh nhân ĐTD2 là 71,2%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về vòng bụng, béo trung tâm, BMI, béo phì, ALT và Triglyceride giữa hai nhóm có và không MAFLD ở dân số ĐTD2, với tất cả p < 0,050.

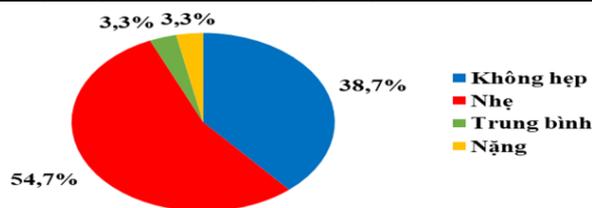
Bảng 3.2. Đặc điểm động mạch chi dưới giữa nhóm có và không MAFLD ở bệnh nhân ĐTD2

Đặc điểm	MAFLD n=151	Không MAFLD n=61	p
Màng xơ vữa động mạch chi dưới (n, %)	102(67,5%)	28(45,9%)	0,003 ^c
LEAD (n, %)	11(7,3%)	03(4,9%)	0,761 ^f

^cChi-square; ^fFisher's Exact

Chúng tôi chỉ ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về màng xơ vữa động mạch chi dưới giữa hai nhóm có và không MAFLD ở bệnh nhân ĐTD2, với p < 0,050.

3.3. Đặc điểm màng xơ vữa động mạch chi dưới và LEAD ở bệnh nhân ĐTD2. Có 130 bệnh nhân (61,3%) ĐTD2 xuất hiện màng xơ vữa động mạch chi dưới. Trong đó, mức độ hẹp nhẹ, trung bình và nặng lần lượt là 54,7%, 3,3% và 3,3%, tương ứng với có 6,6% bệnh nhân có LEAD.



Biểu đồ 3.1. Mức độ hẹp động mạch chi dưới ở bệnh nhân ĐTD2

Bảng 3.3. Các yếu tố liên quan màng xơ vữa động mạch chi dưới ở bệnh nhân ĐTD2

Yếu tố	Tỷ số chênh (KTC 95%)	p
Tuổi từ 60	2,58 (1,22 – 5,45)	0,013
Thời gian mắc ĐTD2 trên 10 năm	2,14 (1,20 – 4,10)	0,021
Tăng huyết áp	1,30 (0,52 – 3,23)	0,573
Bệnh thận mạn từ giai đoạn 3 ¹	1,54 (0,69 – 3,42)	0,288
HbA1c $\geq 7,0\%$	1,75 (0,94 – 3,24)	0,075
MAFLD	2,83 (1,45 – 5,53)	0,002
Xơ hóa tiến triển ²	2,07 (0,80 – 5,36)	0,135

¹Bệnh thận mạn từ giai đoạn 3 khi eGFR < 60,0 mL/phút/1,73m²

²Xơ hóa tiến triển khi độ xơ hóa $\geq 8,7$ kPa qua FibroScan[9]

Qua phân tích hồi quy đa biến, chúng tôi ghi nhận có 3 yếu tố dự đoán độc lập với màng xơ vữa động mạch chi dưới ở bệnh nhân ĐTD2 gồm: (1) Tuổi từ 60, (2) Thời gian mắc ĐTD2 trên 10 năm và (3) MAFLD.

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung vị trong dân số nghiên cứu là

67, cao hơn của Trần Thị Khánh Tường[8], Kaifeng Guo[3] và Yaowu Zou[10]. Trung vị vòng bụng là 92,0 cm và 82,1% bệnh nhân béo trung tâm, cao hơn nghiên cứu của Trần Thị Khánh Tường[8]. BMI trung bình là 24,9 kg/m², tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Khánh Tường[8]. Tỷ lệ rối loạn lipid máu là 96,7%, tương tự với nghiên cứu của Trần Thị Khánh Tường[8], nhưng tỷ lệ tăng huyết áp (85,8%) lại cao hơn khoảng 20%. Tỷ lệ tiêu thụ rượu bia (11,8%) thấp hơn nghiên cứu của Đỗ Minh Quân[1] (39,8%), có thể do tỷ lệ nam giới thấp hơn. Ngoài ra, tỷ lệ viêm gan B và C lần lượt là 3,8% và 0,9%, thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu của Đỗ Minh Quân[1].

Tỷ lệ MAFLD ở dân số nghiên cứu là 71,2%, tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Khánh Tường[8] (73,3%), dù có sự khác biệt tiêu chuẩn chẩn đoán. Ngoài ra, Đỗ Minh Quân[1] ghi nhận tỷ lệ MAFLD (66,3%) thấp hơn và sự khác biệt này có thể do sự khác nhau về quy mô dân số, tỷ lệ viêm gan B, C và cũng như tiêu thụ rượu bia. Bên cạnh đó, chúng tôi ghi nhận vòng bụng và tỷ lệ béo trung tâm cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm MAFLD ($p < 0,001$), tương đồng với nghiên cứu của Kaifeng Guo[3] và Trần Thị Khánh Tường[8]. Tỷ lệ tăng huyết áp ở nhóm MAFLD thấp hơn nhóm không MAFLD nhưng không có ý nghĩa thống kê, khác với các nghiên cứu trước đây[8,10], có thể do phương pháp chọn mẫu và độ tuổi trung vị cao hơn. Tương tự, tỷ lệ rối loạn lipid máu cũng không tương đồng với một số nghiên cứu khác, có thể do ảnh hưởng của thuốc hạ lipid máu theo mục tiêu dựa trên nguy cơ tim mạch[8]. Tuy nhiên, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận ALT tăng có ý nghĩa thống kê ở nhóm MAFLD ($p = 0,004$) nhưng sự khác biệt này lại không có ý nghĩa thống kê với AST, trái ngược với nhiều nghiên cứu khác [3,8,10]. Riêng nghiên cứu của Đỗ Minh Quân[1] cũng không ghi nhận sự khác biệt về cả AST và ALT, có thể do tỷ lệ tiêu thụ rượu bia và viêm gan B, C cao hơn đáng kể. Trung vị Triglyceride cao hơn ở nhóm MAFLD có ý nghĩa thống kê, phù hợp với các nghiên cứu tại Việt Nam[8] và Trung Quốc[3,10].

Chỉ số ABI là công cụ phổ biến để tầm soát LEAD, tuy nhiên tính chính xác của phương pháp này có thể giảm ở bệnh nhân ĐTĐ2, do hiện tượng vôi hóa mạch gây tăng giả chỉ số[2]. Do đó, tỷ lệ LEAD trong nghiên cứu của Yaowu Zou[10], sử dụng tiêu chí ABI $< 0,9$, cao hơn khoảng 1,5 lần so với chúng tôi. Ngoài ra, nghiên cứu của Kaifeng Guo[3], sử dụng siêu âm doppler tương tự chúng tôi, ghi nhận tỷ lệ LEAD

cao hơn, có thể liên quan đến tỷ lệ béo phì cao hơn và kiểm soát đường huyết kém hơn trong quần thể nghiên cứu.

Sau khi hiệu chỉnh các yếu tố gây nhiễu và loại trừ hiện tượng đa cộng tuyến trong mô hình hồi quy logistic đa biến, chúng tôi ghi nhận rằng MAFLD làm tăng nguy cơ xuất hiện mảng xơ vữa động mạch chi dưới lên gấp 2,83 lần ở bệnh nhân ĐTĐ2. Kết quả này phản ánh mối liên hệ chặt chẽ giữa rối loạn chuyển hóa và tiến trình xơ vữa động mạch chi dưới. Cơ chế bệnh sinh tiềm ẩn của mối liên hệ này được cho là liên quan đến tình trạng viêm mạn tính mức độ thấp, stress oxy hóa và rối loạn lipid máu kiểu xơ vữa. Mô mỡ tạng bị viêm và bệnh gan nhiễm mỡ, đặc biệt là thể viêm (NASH), góp phần làm tăng sản xuất các cytokine tiền viêm (TNF- α , IL-6), yếu tố đông máu (PAI-1, fibrinogen) và các chất chỉ dấu stress oxy hóa, gây tổn thương nội mô và thúc đẩy hình thành mảng xơ vữa. Bên cạnh đó, tình trạng đề kháng insulin và rối loạn lipid máu (tăng triglyceride, tăng LDL - C nhỏ đậm đặc và giảm HDL - C) thường gặp ở bệnh nhân MAFLD, cũng đóng vai trò quan trọng trong tiến trình xơ vữa mạch máu[7]. Mối liên quan mạnh hơn giữa MAFLD và mảng xơ vữa trong nghiên cứu của chúng tôi (OR = 2,83) so với nghiên cứu của Kaifeng Guo (OR = 1,68) có thể được lý giải bởi đặc điểm dân số nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung vị (67,0 tuổi) và tỷ lệ MAFLD (71,2%) cao hơn[3]. Ngoài ra, việc sử dụng FibroScan giúp phát hiện gan nhiễm mỡ ở giai đoạn sớm hơn so với siêu âm bụng và tiêu chuẩn MAFLD bao gồm các trường hợp đồng nhiễm viêm gan B, C hoặc do rượu, được biết đến là những yếu tố có thể làm tăng stress oxy hóa dẫn đến thúc đẩy tiến trình xơ vữa, cũng góp phần tạo nên sự khác biệt trên[7].

Đáng chú ý, mặc dù mối liên hệ giữa MAFLD và mảng xơ vữa được ghi nhận rõ ràng, chúng tôi lại không quan sát thấy được sự liên quan giữa MAFLD và LEAD khi định nghĩa LEAD dựa trên tiêu chí hẹp $\geq 50\%$ lòng mạch trên siêu âm doppler[6]. Khác biệt với nghiên cứu của Yaowu Zou[10] và sự khác biệt này có thể đến từ phương tiện chẩn đoán MAFLD (FibroScan và siêu âm bụng) và LEAD (siêu âm doppler và ABI). Điều này có thể giải thích vì sao chúng tôi không ghi nhận được mối liên quan giữa MAFLD và LEAD, mà chỉ ghi nhận được mối liên quan với mảng xơ vữa - biểu hiện sớm hơn trong tiến trình xơ vữa động mạch.

V. KẾT LUẬN

Bệnh gan nhiễm mỡ liên quan đến chuyển

hóa liên quan đến mảng xơ vữa động mạch chi dưới nhưng không liên quan đến bệnh động mạch chi dưới do xơ vữa ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2.

VI. KIẾN NGHỊ

Bệnh nhân đái tháo đường típ 2 khi có một trong những yếu tố sau, gồm tuổi từ 60, thời gian mắc đái tháo đường típ 2 trên 10 năm và bệnh gan nhiễm mỡ liên quan đến chuyển hóa cần được siêu âm doppler tâm soát mảng xơ vữa động mạch chi dưới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Minh Quân, Trần Thị Khánh Tường, Cao Đình Hưng, cs.** Tỷ lệ bệnh gan nhiễm mỡ liên quan rối loạn chuyển hóa ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;534(1B):319-322.
2. **Cosentino F, Grant PJ, Aboyans V, et al.** 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. Eur Heart J. 2020;41(2):255-323.
3. **Guo K, Zhang L, Lu J, et al.** Non-alcoholic fatty liver disease is associated with late but not early atherosclerotic lesions in Chinese inpatients with type 2 diabetes. J Diabetes Complications. 2017;31(1):80-5.
4. **Karlas T, Petroff D, Garnov N, et al.** Non-invasive assessment of hepatic steatosis in patients with NAFLD using controlled attenuation parameter and 1H-MR spectroscopy. PLoS One. 2014;9(3):e91987.
5. **Méndez-Sánchez N, Díaz-Orozco LE.** Editorial: International Consensus Recommendations to Replace the Terminology of Non-Alcoholic Fatty Liver Disease (NAFLD) with Metabolic-Associated Fatty Liver Disease (MAFLD). Med Sci Monit. 2021;27:e933860.
6. **Schaberle W.** Ultrasonography in Vascular Diagnosis – A Therapy-Oriented Textbook and Atlas. Springer; 2018.
7. **Targher G, Day CP, Bonora E.** Risk of cardiovascular disease in patients with nonalcoholic fatty liver disease. N Engl J Med. 2010;363(14):1341-50.
8. **Tuong TTK, Tran DK, Phu PQT, et al.** Non-Alcoholic Fatty Liver Disease in Patients with Type 2 Diabetes: Evaluation of Hepatic Fibrosis and Steatosis Using FibroScan. Diagnostics (Basel). 2020;10(3):1-11.
9. **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):454-62.
10. **Zou Y, Li X, Wang C, et al.** Association between non-alcoholic fatty liver disease and peripheral artery disease in patients with type 2 diabetes. Intern Med J. 2017;47(10):1147-53.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA VĨNH PHÚC GIAI ĐOẠN 2023 - 2025

Trương Tiến Thịnh¹, Lê Văn Tịnh¹,
Trịnh Hồng Sơn², Nguyễn Đình Phúc¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô dạ dày tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 130 người bệnh ung thư biểu mô dạ dày được phẫu thuật trong giai đoạn 01/2023-9/2025 tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Phúc. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 130 người bệnh cho thấy: vị trí hang-mô vi thường gặp nhất 45,2%; các dạng tổn thương chủ yếu là loét sùi (52,2%) và tổn thương đơn ổ (97,4%). Kích thước U trung bình là 39,01 ± 17,90 mm. Thể mô bệnh học chủ yếu là biệt hóa kém (32,2%) và vừa (46,1%). 88,5% bệnh nhân được nạo hạch, 65,2% bệnh nhân có di căn và 80% được phẫu thuật triệt căn. Thời gian mổ trung bình của toàn bộ mẫu là

211,04 ± 55,18 phút, với khoảng dao động rộng 58-285 phút, thời gian nằm viện trung bình 19,66 ± 5,61 ngày. Có 31 NB gặp tai biến - biến chứng (23,8%), 1 NB tử vong sau mổ (0,8%). Tỷ lệ dùng hoá chất sau mổ là 50,0%. Khi phân tích theo mục tiêu phẫu thuật, nhóm triệt căn có 51,9% điều trị bổ trợ phù hợp vai trò hoá chất kiểm soát hệ thống, còn nhóm giảm nhẹ 20,0% lựa chọn cá thể hoá. **Kết luận:** Phẫu thuật triệt căn ung thư biểu mô dạ dày có kết quả khá tốt, phù hợp với mục tiêu triệt căn.

Từ khóa: Phẫu thuật, ung thư biểu mô dạ dày.

SUMMARY

EVALUATION OF SURGICAL RESULTS IN TREATING GASTRIC CANCER AT VINH PHUC GENERAL HOSPITAL IN THE PERIOD 2023 - 2025

Objective: To evaluate the results of surgery for long-term skin carcinoma at Vinh Phuc General Hospital. **Method:** Cross-sectional descriptive study on 130 patients with gastric carcinoma who underwent surgery during the period 01/2023-9/2025 at Vinh Phuc General Hospital. **Results:** The study on 130 patients showed that: the most common location

¹Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Phúc

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Trương Tiến Thịnh

Email: tinhngsd@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025