

- bệnh viện Đồng Nai năm 2012. Luận án tốt nghiệp chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
- Đoàn Anh Luân** (2007). Khảo sát mô hình bệnh tật và thực trạng chăm sóc sức khỏe người có tuổi tại quận Ô Môn, thành phố Cần Thơ. Luận án tốt nghiệp chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
 - Nguyễn Đình Nam** (2016). Mô hình bệnh tật ở người cao tuổi đến khám tại Khoa Khám bệnh BV Chợ Rẫy năm 2016. Luận án tốt nghiệp chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
 - Trần Đình Thoan** (2021). Thực trạng khám chữa bệnh của người cao tuổi tại hai xã của huyện Kiến Lương, Thái bình năm 2021. Tạp chí Y Dược Thái Bình, tháng 3 (2) 2022, tr. 54-58.
 - Tổng cục thống kê** (2021). Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019-Già hoá dân số và người cao tuổi Việt Nam. Tháng 7-2021
 - World Health Organization**. The top 10 causes of death. Dec 2020. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

TỶ LỆ BỆNH GAN NHIỄM MỠ LIÊN QUAN CHUYỂN HÓA Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2

Đỗ Minh Quân¹, Đào Đức Tiến²,
Trần Thị Khánh Tường¹, Cao Đình Hưng^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ bệnh gan nhiễm mỡ liên quan chuyển hóa (MAFLD) ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2, các yếu tố liên quan và tỷ lệ đồng nhiễm siêu vi viêm gan B, C, uống rượu bia ở nhóm bệnh nhân được chẩn đoán bệnh gan nhiễm mỡ liên quan chuyển hóa. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu cắt ngang phân tích 120 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 đến khám tại bệnh viện quân Y 175 từ tháng 8 năm 2022 đến tháng 4 năm 2023. Chẩn đoán bệnh gan nhiễm mỡ liên quan chuyển hóa bằng máy FibroScan – CAP compact 530, xử lý số liệu bằng phần mềm R 3,4,3. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh gan nhiễm mỡ liên quan chuyển hóa ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 là 62,5%, nhóm bệnh gan nhiễm mỡ liên quan chuyển hóa có chỉ số khối cơ thể (BMI) lớn hơn ($p < 0,001$), Triglyceride cao hơn ($p < 0,05$). Tỷ lệ đồng nhiễm siêu vi viêm gan B, C, uống rượu bia ở nhóm bệnh gan nhiễm mỡ liên quan chuyển hóa lần lượt là 29,3%, 8,0% và 28,0%. **Kết luận:** Nghiên cứu này nhằm để xuất tầm soát bệnh gan nhiễm mỡ liên quan chuyển hóa ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2. Trên những bệnh nhân đái tháo đường típ 2 cần tầm soát đồng nhiễm siêu vi viêm gan B, C và uống rượu bia.

Từ khóa: Bệnh gan nhiễm mỡ liên quan chuyển hóa, đái tháo đường típ 2, siêu vi viêm gan B, C

SUMMARY

PREVALANCE OF METABOLIC ASSOCIATED FATTY LIVER DISEASE IN DIABETES TYPE 2

Purpose: investigate the prevalence of metabolic associated fatty liver disease (MAFLD) in diabetes type 2, relevant factors and the prevalence of co-infection

of hepatitis B, C and alcohol abuse among the MAFLD patients. **Method:** Cross-sectional study was designed to asses 120 diabetes type 2 cases between August 1st 2022 to April 30th 2023 at 175 military hospital. Metabolic associated fatty liver disease is diagnosed by the FibroScan – CAP compact 530 device. The data collected was analyzed by R 3,4,3 software. **Results:** The prevalence of metabolic associated fatty liver disease among diabetes is 62,5%, the patient diagnosed with metabolic associated fatty liver disease has a higher Body Mass Index (BMI) ($p < 0,001$), higher Triglyceride concentration ($p < 0,05$). The prevalence of co-infection of hepatitis B, C and alcohol abuse among the patient diagnosed with metabolic associated fatty liver disease is 29,3%, 8% and 28%. **Conclusions:** this research is conducted to raise the awareness in screening metabolic associated fatty liver disease among diabetes. The patient diagnosed with metabolic associated fatty liver should be screened for co-infection of hepatitis B, C and alcohol abuse.

Keywords: metabolic associated fatty liver disease, diabetes type 2, hepatitis B, C

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu là một thuật ngữ phổ biến được đặt ra lần đầu tiên cách đây hơn 35 năm dùng để chỉ tình trạng nhiễm mỡ trong gan không liên quan tình trạng tiêu thụ rượu theo tiêu chuẩn của hội gan mật châu Âu^[2], tuy nhiên tình trạng này chỉ thể hiện một phần của rối loạn hệ thống, bao gồm béo phì, đái tháo đường, tăng huyết áp và rối loạn mỡ máu, do đó vào năm 2020, các chuyên gia thuộc hội gan mật châu Âu khuyến nghị rằng bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu nên được thay thế bằng thuật ngữ bệnh gan nhiễm mỡ liên quan chuyển hóa để nhấn mạnh các yếu tố nguy cơ chuyển hóa làm cơ sở cho sự tiến triển của bệnh gan nhiễm mỡ và bệnh lý liên quan^[3]. Bệnh gan nhiễm mỡ liên quan chuyển hóa khá phổ biến ở những

¹Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện quân Y 175

³Đại học Nguyễn Tất Thành

Chịu trách nhiệm chính: Cao Đình Hưng

Email: hungcd@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 14.12.2023

bệnh nhân đái tháo đường típ 2. Những bệnh nhân này có thời gian mắc đái tháo đường ngắn hơn, tuổi trẻ hơn, chỉ số khối cơ thể cao hơn, các rối loạn về mỡ máu nặng hơn cũng như chỉ số đề kháng insulin cao hơn^[4]. Bên cạnh đó tình trạng đồng nhiễm bệnh gan nhiễm mỡ liên quan chuyển hóa và siêu vi viêm gan B, C, uống rượu bia dẫn đến nhiều kết cục nặng nề như xơ hóa gan tiến triển và bệnh lý tim mạch^[1]. Tuy nhiên tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về vấn đề này vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm xác định tỷ lệ bệnh gan nhiễm mỡ liên quan chuyển hóa ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 và các yếu tố liên quan, tỷ lệ đồng nhiễm siêu vi viêm gan B, C và uống rượu bia. Từ đó, có thể cung cấp thông tin quan trọng cho các bác sĩ điều trị để đưa ra quyết định đúng đắn về các biện pháp tầm soát để định hướng theo dõi và điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 120 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 được làm Fibroscan tại bệnh viện quân Y 175 từ tháng 8 năm 2022 đến tháng 4 năm 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân có tiền căn hoặc được chẩn đoán mắc mới bệnh đái tháo đường típ 2 theo tiêu chuẩn của Hiệp Hội đái tháo đường Hoa Kỳ (2023) đến khám tại bệnh viện quân Y 175.

Tiêu chuẩn loại trừ: 1. Những trường hợp không thực hiện được FibroScan:

+ Bảng bụng

1. Kết quả đo Fibroscan không chính xác (đổi với những bệnh nhân đã được thực hiện Fibroscan trong vòng 6 tháng):

+ IQR/med > 30%

+ Success rate < 60%

2. Các trường hợp làm ảnh hưởng đến kết quả của Fibroscan:

+ Những bệnh nhân phát hiện ứ mật trong và ngoài gan, sung huyết gan do bệnh lý tim, phổi.

+ Những bệnh nhân đang có tình trạng viêm gan cấp với AST, ALT tăng cao > 5 lần giới hạn trên của giá trị bình thường (45 U/L) hay > 150 U/L.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang phân tích.

Kỹ thuật và đo đạc thông số: Đo FibroScan: chuẩn bị bệnh nhân → Chọn điểm đo: đo độ đàn hồi gan được thực hiện ở thùy phải của gan qua các khoảng gian sườn. Xác định vùng gan dựa vào TM mode và A mode, chọn vùng đo thích hợp có các mặt cắt đồng nhất, không có mạch máu lớn và cách bề mặt da

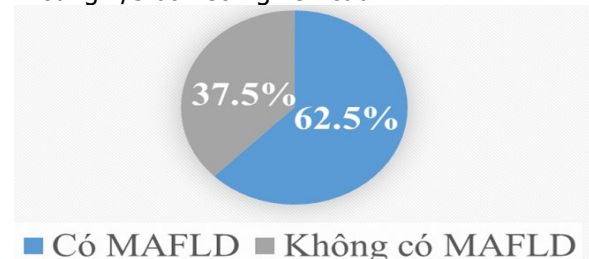
25 – 65 mm và tiến hành đo. Kết quả nhiễm mỡ được kết luận bằng CAP (dB/m) và độ đàn hồi gan được kết luận bằng số đo E(KpA) được hiển thị trên máy và sau đó được phân loại mức độ nhiễm mỡ theo CAP của Karlas T và xơ hóa theo mức độ đàn hồi gan của Wong V. Bệnh nhân được chẩn đoán MAFLD khi có độ nhiễm mỡ gan (CAP) ≥ 233 dB. Bệnh nhân được hỏi về tiền căn tăng huyết áp, đái tháo đường típ 2, uống rượu bia và được lấy máu làm xét nghiệm HbA1C, glucose máu đói, AST, ALT, GGT, creatinine, eGFR, cholesterol toàn phần, Hdl-c, Ldl-c, Triglyceride, HBsAg, anti HCV. Bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm siêu vi viêm gan B khi HBsAg (+), nhiễm siêu vi viêm gan C khi anti-HCV (+), uống rượu bia khi uống rượu thường xuyên > 2 lon bia/ngày ở nữ và > 3lon bia/ngày ở nam hoặc > 5lon bia ở nam và > 4 lon bia ở nữ trong 2 giờ.

Phân tích xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm R 3,4,3. Kết quả được trình bày dưới dạng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn đối với biến định lượng có phân phối chuẩn và giá trị trung vị (TV) và bách phân vị (BPV) 25 - 75 với biến định lượng không có phân phối chuẩn hoặc tỷ lệ % với biến định tính. Dùng phương pháp T-test so sánh 2 số trung bình biến định lượng có phân phối chuẩn, kiểm định Mann Whitney-Wilcoxon cho 2 biến định lượng không phân phối chuẩn, Chi bình phương cho 2 tỷ lệ. Giá trị có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dân số chung. Nam giới chiếm tỷ lệ 69,2% (83/120), tuổi trung bình là 58,7 ± 10,7. Bệnh lý đi kèm: Tăng huyết áp chiếm 45% (54/120), nhiễm siêu vi viêm gan B chiếm 31,7% (38/120), nhiễm siêu vi viêm gan C chiếm 8,3% (10/120), uống rượu chiếm 30% (30/120).

3.2. Tỷ lệ MAFLD ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2. Trong số 120 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tham gia nghiên cứu có 75 bệnh nhân được chẩn đoán MAFLD, chiếm tỷ lệ khoảng 2/3 dân số nghiên cứu.



■ Có MAFLD ■ Không có MAFLD
Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ MAFLD ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2

Mức độ nhiễm mỡ, và xơ hóa gan ở bệnh nhân được chẩn đoán MAFLD. Trong nghiên cứu của chúng tôi những bệnh nhân được chẩn đoán MAFLD có mức độ nhiễm mỡ và độ đàn hồi gan lần lượt là:

- CAP: 309 ± 47,5 dB/m

Bảng 3.1. Tỷ lệ theo từng nhóm nhiễm mỡ

Mức độ nhiễm mỡ	n (%)
S0: 100 – 233 (dB/m)	0 (0,00)
S1: 234 – 269 (dB/m)	17 (22,7)
S2: 270 – 300 (dB/m)	16 (21,3)
S3: ≥ 301 (dB/m)	42 (56,0)

Trong các phân nhóm nhiễm mỡ thì nhóm S3 có số lượng nhiều nhất là 42 với tỷ lệ là 56%, theo sau là S1 với 17 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 22,7% và S2 có 16 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 21,3%.

Bảng 3.3. So sánh đặc điểm dân số giữa nhóm có MAFLD và không có MAFLD

Biến số	Có MAFLD (n=75)	Không MAFLD (n=45)	p
Trung bình ± độ lệch chuẩn			
Tuổi (năm)	59,5 ± 9,8	57,5 ± 12,0	>0,05*
BMI (kg/m ²)	24,6 ± 3,1	22,4 ± 2,3	<0,001*
CAP (dB/m)	309 ± 47,5	190 ± 32,1	<0,001*
TV (BPV 25 – 75)			
Độ đàn hồi gan (kPa)	6,7 (5,2 - 9,1)	5,9 (4,8 - 9,4)	>0,05**
HbA1C (%)	7,7 (6,6 - 9,1)	8,0 (6,3 - 10,5)	>0,05**
Glucose máu đói (mmol/L)	7,4 (6,2 - 11,0)	7,5 (5,7 - 11,7)	>0,05**
Cholesterol (mmol/L)	4,9 (4,0 - 5,4)	4,9 (4,3 - 5,6)	>0,05**
Triglyceride (mmol/L)	2,1 (1,5 - 2,9)	1,7 (1,1 - 2,4)	<0,05**
Hdl-c (mmol/L)	1,0 (0,9 - 1,2)	1,0 (0,8 - 1,1)	>0,05**
Ldl-c (mmol/L)	3,0 (2,5 - 3,6)	3,0 (2,8 - 3,5)	>0,05**
Ast (U/L)	29,3 (21,6 - 43,6)	29,4 (21,8 - 38,4)	>0,05**
Alt (U/L)	32,0 (21,3 - 49,6)	30,7 (20,8 - 40,8)	>0,05**
GGT (U/L)	74,8 (36,7 - 127,9)	59,6 (36,9 - 127,9)	>0,05**
Creatinine (umol/L)	92,2 (81,8 - 100,2)	97,0 (80,6 - 100,8)	>0,05**
eGFR (ml/ph/1,73m ²)	73,3 (61,8 - 82)	73,8 (64,5 - 83,0)	>0,05**
n (%)			
Tỷ lệ nhiễm siêu vi viêm gan B	22 (29,3%)	16 (35,6%)	>0,05 ***
Tỷ lệ nhiễm siêu vi viêm gan C	6 (8,00%)	4 (8,9%)	>0,05 ***
Tỷ lệ uống rượu bia	21 (28,0%)	15 (33,3%)	>0,05 ***
Tỷ lệ tăng huyết áp	33 (44,0%)	21 (46,7%)	>0,05 ***

*: Phân phối chuẩn, phép kiểm Independent-Samples T Test

** :Phân phối không chuẩn, phép kiểm phi tham số Mann-whitney – Wilcoxon

***: phép kiểm định Chi-square test

- Bệnh nhân được chẩn đoán MAFLD có BMI cao hơn so với bệnh nhân không có MAFLD lần lượt là 24,6 ± 3,1 so với 22,4 ± 2,3 và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,001. Bên cạnh đó thì nồng độ Triglyceride ở nhóm có MAFLD cũng cao hơn nhóm không có MAFLD với p < 0,05 tuy nhiên các biến số còn lại của mỡ máu như Hdl-c, Ldl-c và Cholesterol toàn phần thì không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p>0,05. Các biến số còn lại là độ đàn hồi

- Độ đàn hồi gan: giá trị trung vị là 6,7 kPa, BPV 25 -75 là 5,2 - 9,05

Bảng 3.2. Tỷ lệ theo từng nhóm xơ hóa gan dựa vào độ đàn hồi

Mức độ xơ hóa gan	n (%)
F0 – F1: < 7 kPa	42 (56,0)
F2: ≥ 7 kPa	13 (17,3)
F3: ≥ 8,7 kPa	9 (12,0)
F4: ≥ 11,5 kPa	11 (14,7)

Trong các phân nhóm xơ hóa gan thì nhóm F0-F1 có số lượng nhiều nhất với 42 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 56%, số lượng bệnh nhân ít nhất là ở nhóm F3 với 9 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 12%.

So sánh đặc điểm dân số giữa nhóm được chẩn đoán MAFLD và không được chẩn đoán MAFLD

gan, HbA1C, glucose máu đói, AST, ALT, GGT, creatinine, eGFR chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

- Tỷ lệ đồng nhiễm siêu vi viêm gan B, C và uống rượu bia trong nhóm MAFLD là 29,3%, 8% và 28% không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh với nhóm không MAFLD với tỷ lệ lần lượt là 35,6%, 8,89% và 33,3% với p>0,05. Trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào đồng nhiễm siêu vi

viêm gan B và C.

- Tỷ lệ THA ở nhóm có MAFLD là 44%, ở nhóm không có MAFLD là 46,7% sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung dân số nghiên cứu.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tăng huyết áp là 45% khác biệt lớn so với nghiên cứu của Đặng Lê Nguyên Tú năm 2016 thực hiện trên 392 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 ghi nhận tỷ lệ tăng huyết áp là 77%, sự khác biệt này có lẽ do tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi trẻ hơn với $58,7 \pm 10,7$ so với $65,1 \pm 13,5$ [6].

Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ uống rượu bia là 30% so với nghiên cứu của Đặng Lê Nguyên Tú là 5,6% sự khác biệt này có lẽ do sự khác biệt trong giới tính, trong nghiên cứu của chúng tôi nam giới chiếm 69,2% so với 33,4% trong nghiên cứu của Đặng Lê Nguyên Tú và nam giới thường uống rượu bia nhiều hơn nữ giới [6].

Tỷ lệ nhiễm siêu vi viêm gan B trong nghiên cứu của chúng tôi là 31,7% cao hơn so với nghiên cứu của Jun Lu và cộng sự là 13,5% tuy nhiên có lẽ sự khác biệt này là do cỡ mẫu nhỏ, chúng tôi ghi nhận 38/120 bệnh nhân nhiễm siêu vi viêm gan B trong khi đó nghiên cứu này là 184/1365 [7].

Chúng tôi ghi nhận có 10/120 bệnh nhân nhiễm siêu vi viêm gan C chiếm tỷ lệ 8,33%, nghiên cứu của James A. Ndako và cộng sự tại Nigeria ghi nhận 24/180 ca nhiễm siêu vi viêm gan C chiếm tỷ lệ 13,3% ở các bệnh nhân đái tháo đường típ 2, sự khác biệt này có lẽ đến từ sự khác biệt về địa lý [8].

Tỷ lệ MAFLD ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 62,5% bệnh nhân MAFLD, kết quả này phù hợp với nghiên cứu khảo sát tỷ lệ của Conghui Guan và cộng sự trên nhóm bệnh nhân đái tháo đường típ 2, nghiên cứu này thực hiện trên 3553 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 và tỷ lệ MAFLD là 63,2% [4]. Tuy nhiên cách xác định gan nhiễm mỡ của chúng tôi là dựa trên FibroScan còn nghiên cứu này lại dựa trên siêu âm bụng.

Mức độ nhiễm mỡ, xơ hóa gan, tỷ lệ nhiễm siêu vi viêm gan B, C, và uống rượu bia ở bệnh nhân MAFLD. Nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam cũng như trên thế giới chẩn đoán bệnh nhân MAFLD bằng Fibroscan, kết quả ghi nhận được mức độ nhiễm mỡ là CAP: $309 \text{ dB} \pm 47,5$ và độ đàn hồi gan là $6,7 \text{ kPa}$ (9,1 - 5,2). Độ đàn hồi gan giữa nhóm có MAFLD và không có MAFLD

không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê có lẽ do cỡ mẫu nhỏ và ở nhóm không có MAFLD cũng mắc nhiều bệnh lý gây xơ hóa gan như nhiễm siêu vi viêm gan B, siêu vi viêm gan C và uống rượu bia tương tự như nhóm MAFLD.

Nghiên cứu của Jee-Fu Huang và cộng sự năm 2023, đã ghi nhận tỷ lệ nhiễm siêu vi viêm gan B và C trên các bệnh nhân MAFLD là 275/1948 (14,1%) và 183/1948 (9,4%) sự khác biệt này có lẽ đến từ cỡ mẫu và cách chẩn đoán MAFLD. Nghiên cứu này xác định dựa trên chỉ số gan nhiễm mỡ trên siêu âm bụng và xét nghiệm sinh hóa máu còn nghiên cứu của chúng tôi thực hiện dựa trên FibroScan. Bên cạnh đó tỷ lệ uống rượu bia chúng tôi ghi nhận được là 21/75 (28%) cao hơn so với nghiên cứu của Jee-Fu Huang là 425/1948 (21,8%) có lẽ do nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ nam giới cao hơn 69,2% so với 47,9% [5].

So sánh đặc điểm dân số giữa nhóm có MAFLD và không có MAFLD. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận được trong nhóm có MAFLD có BMI và nồng độ Triglyceride trong máu cao hơn so với nhóm không có MAFLD lần lượt là $24,6 \pm 3,1$ và $2,1$ (1,5 - 2,9) so với $22,4 \pm 2,3$ và $1,7$ (1,1 - 2,4) với $p < 0,05$. Điều này tương tự với nghiên cứu của Conghui Guan và cộng sự với BMI, Triglyceride trong nhóm có và không có MAFLD là $26,2 \pm 3,1$ so với $23,7 \pm 2,8$ và $1,8$ (1,3 - 2,7) so với $1,27$ (0,93 - 1,78) với $p < 0,05$ [4].

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ nhiễm siêu vi viêm gan B, C tỷ lệ uống rượu bia ở những bệnh nhân được chẩn đoán MAFLD khi so sánh với nhóm không có MAFLD có lẽ là do số lượng bệnh nhân nhiễm siêu vi viêm gan B và C ít và cỡ mẫu nhỏ chỉ 22/75, 6/75 và 21/75 ở nhóm MAFLD so với 16/45, 4/45 và 15/45 ở nhóm không MAFLD.

V. KẾT LUẬN

1. Bệnh gan nhiễm mỡ liên quan chuyển hóa khá phổ biến ở những bệnh nhân đái tháo đường típ 2.

2. Các bệnh nhân được chẩn đoán bệnh gan nhiễm mỡ liên quan chuyển hóa có chỉ số khối cơ thể lớn hơn và nồng độ Triglyceride trong máu cao hơn.

3. Ở những bệnh nhân mắc bệnh gan nhiễm mỡ liên quan chuyển hóa có một tỷ lệ đồng nhiễm siêu vi viêm gan B, C và uống rượu bia tuy nhiên chưa tìm thấy sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm khi so sánh giữa nhóm có và không có bệnh gan nhiễm mỡ liên quan chuyển hóa.

4. Chưa ghi nhận có sự khác nhau về mức độ

xơ hóa gan, AST, ALT, GGT, creatinine và eGFR giữa nhóm được chẩn đoán và không được chẩn đoán bệnh gan nhiễm mỡ liên quan chuyển hóa.

VI. KIẾN NGHỊ

1. Những bệnh nhân đái tháo đường típ 2 nên được tầm soát bệnh gan nhiễm mỡ liên quan chuyển hóa.

2. Ở những bệnh nhân được chẩn đoán bệnh gan nhiễm mỡ liên quan chuyển hóa cần được điều trị giảm cân khi chỉ số khối cơ thể cao và theo dõi, điều trị khi chỉ số Triglyceride máu cao.

3. Những bệnh nhân mắc bệnh gan nhiễm mỡ liên quan chuyển hóa cần được tầm soát đồng nhiễm siêu vi viêm gan B, C, rối loạn Triglyceride máu và uống rượu bia.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cheng K. L., Wang S. W., Cheng Y. M., Hsieh T. H., et al.** (2023), "Prevalence and clinical outcomes in subtypes of metabolic associated fatty liver disease". *J Formos Med Assoc.*

2. **Eslam M., Newsome P. N., Sarin S. K., Anstee Q. M., et al.** (2020), "A new definition for metabolic dysfunction-associated fatty liver disease: An international expert consensus statement". *J Hepatol*, 73(1), pp. 202-209.

3. **Eslam M., Sanyal A. J., George J., và International Consensus P.** (2020), "MAFLD: A Consensus-Driven Proposed Nomenclature for Metabolic Associated Fatty Liver Disease". *Gastroenterology*, 158(7), pp. 1999-2014 e1.

4. **Guan C., Fu S., Zhen D., Yang K., et al.** (2022), "Metabolic (Dysfunction)-Associated Fatty Liver Disease in Chinese Patients with Type 2 Diabetes from a Subcenter of the National Metabolic Management Center". *J Diabetes Res*, 2022, pp. 8429847.

5. **Huang J. F., Tsai P. C., Yeh M. L., Huang C. F., et al.** (2023), "Community-centered Disease Severity Assessment of Metabolic Dysfunction-associated Fatty Liver Disease". *J Clin Transl Hepatol*, 11(5), pp. 1061-1068.

6. **Le N. T. D., Dinh Pham L., và Quang Vo T.** (2017), "Type 2 diabetes in Vietnam: a cross-sectional, prevalence-based cost-of-illness study". *Diabetes Metab Syndr Obes*, 10, pp. 363-374.

7. **Lu J., Hou X., Tu H., Tang Z., et al.** (2017), "Chronic hepatitis B virus infection status is more prevalent in patients with type 2 diabetes". *J Diabetes Investig*, 8(4), pp. 619-625.

8. **Ndako J. A., Owolabi A. O., Olisa J. A., Akinwumi J. A., et al.** (2020), "Studies on the prevalence of Hepatitis C virus infection in diabetic patients attending a tertiary health-care facility South-west Nigeria". *BMC Infect Dis*, 20(1), pp. 664.

THỰC TRẠNG RỐI LOẠN NUỐT VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY NÃO TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Văn Đan¹, Trương Quang Trung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng rối loạn nuốt và một số yếu tố liên quan trên người bệnh đột quy não tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 160 người bệnh đột quy não trong thời gian từ 6/2022 đến tháng 9/2023 tại khoa Nội tổng hợp bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Kết quả:** Tỷ lệ người bệnh đột quy não có rối loạn nuốt theo nghiệm pháp GUSS là 33,1%, trong đó mức độ rối loạn nuốt nhẹ chiếm 15,6%, rối loạn nuốt trung bình chiếm 9,4% và rối loạn nuốt nặng chiếm 8,1%. Đối tượng mắc bệnh kèm theo có nguy cơ rối loạn nuốt cao gấp 5,07 lần so với đối tượng không có bệnh kèm theo (OR=5,0, 95% CI:1,78 – 14,4) và tổn thương cả hai bên bán cầu có nguy cơ rối loạn nuốt cao gấp 2,78 lần so với đối tượng chỉ tổn thương bán cầu não trái (OR=2,78, 95% CI: 1,05 – 7,32). **Kết**

luận: Tất cả các người bệnh đột quy não nên được đánh giá rối loạn nuốt ngay tại thời điểm nhập viện và có kế hoạch can thiệp sớm với những người bệnh có rối loạn nuốt. **Từ khóa:** Rối loạn nuốt, đột quy não, GUSS, bệnh viện Đại học Y Hà Nội

SUMMARY

SWALLOWING DISORDERS AND SOME RELATED FACTORS IN STROKE PATIENTS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To describe the status of swallowing disorders and some related factors in stroke patients at Hanoi Medical University Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was performed on 160 stroke patients from 6/2022 to 9/2023 at the Department of Internal Medicine, Hanoi Medical University Hospital. **Results:** The proportion of stroke patients with swallowing disorder assessed by the GUSS test was 33.1%, of which the degree of mild dysphagia accounted for 15.6%, and the average dysphagia accounted for 9.4%. and severe swallowing disorders accounted for 8.1%. Subjects with comorbidities had a risk of swallowing disorder 5.07 times higher than subjects without comorbidities (OR=5.0, 95%CI:1.78–14.4) and both the two

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Đan

Email: dannguyenh88@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 11.12.2023