

lại không nhận thấy khác biệt ý nghĩa về kích thước, số lượng, tình trạng huyết khối tĩnh mạch cửa và di căn xa theo các kiểu gen khác nhau của 2 điểm đa hình này, $p > 0,05$ (bảng 3.4). Cũng không có mối liên quan giữa phân nhóm nồng độ AFP huyết tương, có thể do nghiên cứu của chúng tôi chỉ là một nghiên cứu cắt ngang, số lượng các điểm đa hình gen còn hạn chế nên chưa thể cung cấp kết luận cụ thể về vai trò của gen STAT6 trong tiến triển và tiên lượng UTBM tế bào gan. Do đó cần tiếp tục nghiên cứu, phân tích trên nhiều điểm đa hình gen STAT6 và theo dõi dọc trong thời gian dài để đưa ra kết luận chính xác hơn về đa hình gen STAT6, từ đó giúp ứng dụng dấu ấn sinh học phân tử này trong chẩn đoán, theo dõi và tiên lượng bệnh nhân UTBM tế bào gan.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đa hình gen STAT6 rs703817 trên 118 bệnh nhân UTBM tế bào gan có HBsAg (+), so sánh với đa hình gen tương ứng ở 86 bệnh nhân xơ gan và 195 người khỏe mạnh, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Tỷ lệ alen G ở bệnh nhân UTBM tế bào gan (57,6%), thấp hơn so với tỷ lệ alen G ở nhóm xơ gan và người khỏe mạnh (cùng 69,2%), $p < 0,05$. Người mang kiểu gen AA có nguy cơ UTBM tế bào gan cao hơn so với người mang kiểu gen GG khi sử dụng nhóm chứng là người khỏe

mạnh, bệnh nhân xơ gan với OR lần lượt là 3,27; 3,62 ($p < 0,01$).

- Không có mối liên quan về đa hình gen STAT6 rs703817 với tuổi, nồng độ AFP huyết tương và một số đặc điểm khối u ở bệnh nhân UTBM tế bào gan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H., Ferlay J., Siegel R.L., et al.** (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries, CA Cancer J Clin. 71(3): 209-249.
2. **Marrero J.A., Kulik L.M., Sirlin C.B., et al.** (2018). Diagnosis, Staging, and Management of Hepatocellular Carcinoma: 2018 Practice Guidance by the American Association for the Study of Liver Diseases, Hepatology. 68(2): 723-750.
3. **Hin Tang J.J., Hao Thng D.K., Lim J.J., et al.** (2020). JAK/STAT signaling in hepatocellular carcinoma, Hepat Oncol. 7(1): HEP18.
4. **BỘ Y TẾ** (2012). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư tế bào gan nguyên phát, Ban hành kèm theo Quyết định số: 5250/QĐ-BYT ngày 28 tháng 12 năm 2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
5. **Kamerkar S., Leng C., Zhang K., et al.** (2021). 842 Exosome mediated reprogramming of tumor associated macrophages by exoASO-STAT6 for the treatment of hepatocellular carcinoma (HCC), Journal for ImmunoTherapy of Cancer. 9(Suppl 2): A883-A883.
6. **Dong Z., Chen Y., Yang C., et al.** (2019). STAT gene family mRNA expression and prognostic value in hepatocellular carcinoma, Onco Targets Ther. 12: 7175-7191.

ĐẶC ĐIỂM BỆNH GAN NHIỄM MỠ KHÔNG DO RƯỢU Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP

Đỗ Thu Hiền¹, Phạm Mạnh Hùng², Phạm Thị Ngọc Oanh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu ở bệnh nhân tăng huyết áp được quản lý tại bệnh viện Đức Giang. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích 425 BN được chẩn đoán tăng huyết áp khám và điều trị ngoại trú tại phòng khám Tăng huyết áp - Khoa khám bệnh, bệnh viện Đa khoa Đức Giang năm từ tháng 12/2022 đến tháng 8/2023 chia BN thành 2 nhóm: Nhóm NAFLD: BN có gan nhiễm mỡ không do rượu. Nhóm Không NAFLD: BN không có gan nhiễm mỡ không do

rượu. **Kết quả:** Tỷ lệ BN gan nhiễm mỡ không do rượu ở nhóm BN tăng huyết áp được quản lý tại bệnh viện Đức Giang là 55,76 %. Trong đó tỷ lệ BN có gan nhiễm mỡ độ I là cao nhất 70,46% sau đó đến độ II là 24,05%, độ III chiếm tỷ lệ rất ít 5,49%. Và tỷ lệ BN nữ nhiều hơn nam. BN tăng huyết áp không dùng thuốc mỡ máu hoặc dùng dưới 3 tháng có tỷ lệ gan nhiễm mỡ cao hơn. Khi dùng thuốc mỡ máu trên 3 tháng thì tỷ lệ gan nhiễm mỡ thấp hơn chỉ chiếm 5,91 %. Tỷ lệ BN chưa kiểm soát được huyết áp tâm thu < 140mmHg ở nhóm có gan nhiễm mỡ là 60, 76% cao hơn nhóm BN không có gan nhiễm mỡ. Ở BN gan nhiễm mỡ thì HATT, HATT_r, HATB đều cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không có gan nhiễm mỡ. Ở nhóm gan nhiễm mỡ các chỉ số trung bình của glucose máu, acid uric, ALT, GGT, Cholesterol, Triglycerid, LDL-C, WBC đều cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không gan nhiễm mỡ. **Kết luận:** Nên tầm soát kiểm tra phát hiện bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu, đặc biệt trên đối tượng bệnh nhân tăng huyết áp.

¹Bệnh viện Đa khoa Đức Giang

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thu Hiền

Email: hientm18@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.01.2024

Ngày duyệt bài: 7.2.2024

Từ khóa: Gan nhiễm mỡ, tăng huyết áp

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE IN HYPERTENSIVE PATIENTS

Objective: To survey non-alcoholic fatty liver disease in hypertensive patients managed at Duc Giang hospital. **Subjects and methods:** cross-sectional descriptive with analysis of 425 patients diagnosed with hypertension examined and treated as outpatients at the Hypertension Clinic - Medical Examination Department, Duc Giang General Hospital from December 2022 to August 2023, dividing patients into 2 groups: NAFLD group: Patients with non-alcoholic fatty liver. Non-NAFLD group: Patients without non-alcoholic fatty liver disease. **Results:** The rate of non-alcoholic fatty liver disease in the group of hypertensive patients managed at Duc Giang hospital is 55.76%. Of these, the rate of patients with grade I fatty liver is the highest at 70.46%, followed by grade II at 24.05%, and grade III accounts for a very small percentage at 5.49%. And the proportion of female patients is higher than male. Hypertensive patients who do not use blood lipid medication or use it for less than 3 months have a higher rate of fatty liver. When using blood ointment for more than 3 months, the rate of fatty liver is lower, only 5.91%. The proportion of patients with uncontrolled systolic blood pressure < 140mmHg in the group with fatty liver was 60, 76% higher than the group of patients without fatty liver. In patients with fatty liver, SBP, DBP, and BPTB were all significantly higher than in the group without fatty liver. In the fatty liver group, the average indexes of blood glucose, uric acid, ALT, GGT, Cholesterol, Triglyceride, LDL-C, WBC were all significantly higher than the non-fatty liver group. **Conclusion:** Screening should be performed to detect non-alcoholic fatty liver disease, especially in hypertensive patients.

Keywords: Fatty liver, hypertension

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (NAFLD) là bệnh gan mãn tính phổ biến nhất ở các nước phương Tây. Người ta ước tính rằng từ 17-46% người trưởng thành ở Châu Âu có NAFLD (trung bình khoảng 25%). Nó ảnh hưởng đến mọi người ở mọi lứa tuổi, kể cả trẻ em [1]. Vì NAFLD thường liên quan đến các bệnh đi kèm về chuyển hóa như béo phì, đái tháo đường týp 2, hoặc rối loạn lipid máu, nên nó thường được coi là biểu hiện gan của hội chứng chuyển hóa. Ngoài khả năng gây ra bệnh tật và tử vong liên quan đến gan, NAFLD còn có liên quan đến bệnh tim mạch cân lâm sàng và lâm sàng (CVD). Ngày càng có nhiều bằng chứng chỉ ra rằng bệnh nhân NAFLD có nguy cơ phát triển cao huyết áp, bệnh mạch vành, bệnh cơ tim và rối loạn nhịp tim, dẫn đến tăng tỷ lệ mắc và tử vong do bệnh tim mạch trên lâm sàng [2]. Vì vậy chúng tôi đã tiến hành

nghiên cứu này với mục tiêu: "Khảo sát bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu ở bệnh nhân tăng huyết áp được quản lý tại bệnh viện Đức Giang".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là 425 BN được chẩn đoán tăng huyết áp khám và điều trị ngoại trú tại phòng khám Tăng huyết áp - Khoa khám bệnh, bệnh viện Đa khoa Đức Giang năm từ tháng 12/2022 đến tháng 8/2023 chia BN thành 2 nhóm:

Nhóm NAFLD: BN có gan nhiễm mỡ không do rượu

Nhóm Không NAFLD: BN không có gan nhiễm mỡ không do rượu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu

- BN được chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp theo khuyến cáo ESC/ESH 2018 và Hội Tim Mạch Việt Nam và Phân Hội THA Việt Nam[3]

- BN tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu.

- BN trong nghiên cứu được khám lâm sàng, đo chỉ số nhân trắc, làm xét nghiệm máu, siêu âm gan. Được lựa chọn theo trình tự thời gian, không phân biệt về tuổi, giới.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- BN có lạm dụng rượu: Tiêu chuẩn không lạm dụng rượu Theo khuyến cáo của Ủy ban về NAFLD khu vực châu Á - Thái Bình Dương⁷³

- BN có tiền sử hoặc hiện tại có viêm gan B, C, các bệnh hệ thống có thể gây nhiễm mỡ gan.

- BN suy thận, BN điều trị COPD, BN đang điều trị corticoid.

- BN có chẩn đoán hoặc có tiền sử đã can thiệp mạch vành, nhồi máu cơ tim, đột quỵ não, tắc DM cảnh, tắc mạch chi

- BN đang điều trị đái tháo đường, suy tuyến thượng thận, gây nhiễm mỡ gan.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích

2.2.2. Cỡ mẫu chọn mẫu

* Tính cỡ mẫu: Theo công thức ước tính 1 tỷ lệ - 1 quần thể, với độ chính xác tuyệt đối

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

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu

$Z^{21-\alpha/2}$ là giá trị từ phân bố chuẩn, được tính dựa trên mức ý nghĩa thống kê ($Z^{21-\alpha/2} = 1,96$; α : mức ý nghĩa thống kê, chọn $\alpha = 5\%$)

p ước tính tỷ lệ gan nhiễm mỡ ở BN THA, chọn $p = 0.495$ (tỷ lệ gan nhiễm mỡ ở BN tăng huyết áp ở nghiên cứu trước[4])

d: Khoảng sai lệch mong muốn giữa tỷ lệ từ mẫu (p) và quần thể (P) chọn d = 0,1

* Cỡ mẫu tối thiểu: n = 402

*Chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện trong khoảng thời gian từ 01/12/2022 đến 31/07/2023 cỡ mẫu thu được n=425

2.2.3. Các biến số nghiên cứu

+ Tuổi: Tuổi tính theo năm, phân nhóm tuổi được chia thành 5 nhóm cách nhau mỗi 10 năm

+ Giới: Chia 2 nhóm nam và nữ

+ Huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương.

+ Chỉ số nhân trắc: BMI (đo chiều cao, cân nặng); Vòng eo (cm)

+ Tình trạng hút thuốc: được chia thành là người "có hút thuốc" và người "không hút thuốc".

+ Các xét nghiệm máy bao gồm: Lipid máu (cholesterol; Triglycerid; HDL-C; LDL-C, Glucose

máu; HbA1c, GGT, AST, ALT, Acid uric, Creatinin + Số lượng hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu

+ Kết quả siêu âm gan: Chẩn đoán gan nhiễm mỡ bằng siêu âm 2 chiều theo Khuyến cáo của Ủy ban về NAFLD khu vực châu Á - Thái bình dương (Asia - Pacific Working Party on NAFLD) và Hội Tiêu hóa Hoa Kỳ.

+ Chỉ số gan nhiễm mỡ FLI

2.3. Xử lý số liệu: Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm STATA 14.2 với các thuật toán thống kê trong y học.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu. BN được giải thích rõ mục tiêu và phương pháp nghiên cứu, tự nguyện tham gia vào nghiên cứu và có quyền rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào. Giữ bí mật thông tin của người bệnh, tôn trọng, thông cảm và chia sẻ với bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm về lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm về tiền sử của nhóm có NAFLD và nhóm không NAFLD

Tiền sử	Chung (n=425)	NAFLD (n=237)	Không NAFLD (n=188)	p (1 và 2)
Hút thuốc(n, %)	9 (2,12%)	5 (2,11%)	4 (2,13%)	p = 0,01
Uống rượu < 20g(n,%)	5 (1,18%)	3 (1,27%)	2 (1,06%)	
RLLP máu (n,%)	351 (82,59%)	206 (86,92%)	145 (77,13%)	
TS bệnh khác (n,%)	73 (17,18%)	45 (18,99%)	28 (14,89%)	

Nhận xét: Trong nhóm BN nghiên cứu chỉ có 9 BN hút thuốc lá chiếm 2,12%; BN uống rượu dưới 20g ethanol/ ngày có 5 BN chiếm 1,18%. BN có tiền sử rối loạn mỡ máu là 351 BN, trong đó ở nhóm gan nhiễm mỡ là 206 BN chiếm

86,92%; trong nhóm không có gan nhiễm mỡ là 145 BN chiếm 77,13%; p=0,01 (p<0,05). Có sự khác biệt về tiền sử rối loạn chuyển hóa lipid ở 2 nhóm gan nhiễm mỡ và không có gan nhiễm mỡ, khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2. Thời gian dùng thuốc mỡ máu của nhóm NAFLD và nhóm không NAFLD

Thời gian dùng thuốc	Chung (n=425)	NAFLD (n=237)	Không NAFLD (n=188)	p
Không dùng	120 (28,24%)	72 (30,38%)	48 (25,53%)	p=0,00
Dùng 1 tháng	122 (28,71%)	97 (40,93%)	25(13,3 %)	
>1đến 3 tháng	87 (20,47%)	54 (22,47%)	33 (17,55%)	
> 3 tháng	96 (22,59%)	14 (5,91%)	82 (43,62%)	

Nhận xét: Có sự khác biệt về thời gian dùng thuốc mỡ máu ở 2 nhóm BN có gan nhiễm mỡ và nhóm BN không gan nhiễm mỡ với p = 0,00 (p < 0,05) → Khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3. So sánh trung bình BMI, Vòng eo, HA của nhóm NAFLD và nhóm không NAFLD

Đặc điểm	NAFLD (n=237)		Không NAFLD (n=188)		p
	Mean ± SD	95% CI	Mean ± SD	95% CI	
BMI	24,71 ± 2,19	24,42 - 24,98	22,12 ± 2,19	21,80 - 22,44	p = 0,00
Vòng eo	93,80 ± 6,16	93,01 - 94,59	81,78 ± 8,47	80,56 - 82,99	p = 0,00
HATT	140,72 ± 17,35	138,50 - 142,94	135,10 ± 14,77	132,98 - 137,23	p = 0,00
HATB	99,09 ± 11,67	97,60 - 100,60	95,62 ± 10,36	94,13 - 97,11	p = 0,00
HATTr	78,28 ± 11,01	76,87 - 79,69	75,88 ± 10,48	74,37 - 77,39	p = 0,02

Nhận xét: Trung bình BMI ở nhóm BN NAFLD là 24,71 ± 2,19 cao hơn nhóm không NAFLD (22,12 ± 2,19), p = 0,00 (p < 0,05) → Khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Trung bình vòng eo ở nhóm BN NAFLD là 93,80 ± 6,16 cm cao hơn nhóm không NAFLD

(81,78 ± 8,47 cm), p = 0,00 (p < 0,05) → Khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Trung bình của chỉ số HATT, HATB, HATTr ở nhóm BN NAFLD đều cao hơn nhóm không NAFLD với p < 0,05 → Khác biệt có ý nghĩa thống kê.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

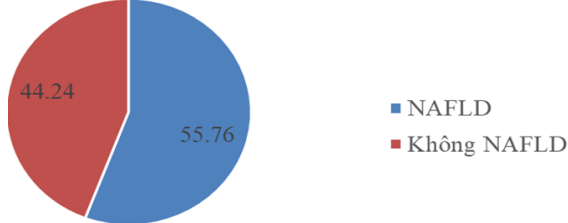
Bảng 4. Giá trị trung bình các chỉ số cận lâm sàng ở nhóm NAFLD và nhóm không NAFLD

Các chỉ số	NAFLD (n=237)		Không NAFLD (n=188)		p
	Mean ± SD	95% CI	Mean ± SD	95% CI	
Glucose	5,99 ± 1,29	5,82 - 6,15	5,63 ± 0,91	5,50 - 5,76	p = 0,00
Creatinin	77,90 ± 14,50	76,05 - 79,76	78,22 ± 15,91	75,94 - 80,52	p = 0,83
Acid.uric	335,56 ± 98,32	322,98 - 348,14	307,97 ± 83,62	295,91 - 320,04	p = 0,00
Kali	3,88 ± 0,28	3,84 - 3,91	3,85 ± 0,25	3,82 - 3,89	p = 0,39
AST	29,34 ± 11,65	27,85 - 30,83	28,47 ± 9,48	27,10 - 29,83	p = 0,41
ALT	26,66 ± 13,74	24,90 - 28,41	23,19 ± 12,26	21,43 - 24,96	p = 0,01
GGT	39,95 ± 26,72	36,53 - 43,37	25,65 ± 25,00	22,05 - 29,25	p = 0,00
Cholesterol	6,18 ± 1,10	6,04 - 6,33	5,36 ± 0,96	5,22 - 5,50	p = 0,00
Triglycerid	2,91 ± 1,20	2,76 - 3,07	1,67 ± 0,99	1,53 - 1,81	p = 0,00
HDL-Ch	1,42 ± 0,35	1,37 - 1,46	1,45 ± 0,35	1,39 - 1,49	p = 0,37
LDL-Ch	3,69 ± 0,77	3,59 - 3,79	3,18 ± 0,71	3,07 - 3,28	p = 0,00
RBC	4,57 ± 0,40	4,52 - 4,62	4,52 ± 0,42	4,46 - 4,59	p = 0,21
WBC	7,75 ± 1,98	7,50 - 8,01	7,35 ± 1,68	7,11 - 7,59	p = 0,03
PLT	272,00 ± 55,00	265,56 - 279,93	263,17 ± 66,69	253,58 - 272,77	p = 0,10

Nhận xét: - Trung bình chỉ số đường huyết của nhóm NAFLD là 5,99 ± 1,29 cao hơn nhóm không NAFLD, với p = 0,00 (p < 0,05) → Khác biệt có ý nghĩa thống kê.

- Trung bình chỉ số acid uric máu của nhóm NAFLD là 335,56 ± 98,32 cao hơn nhóm không NAFLD, với p = 0,00 (p < 0,05) → Khác biệt có ý nghĩa thống kê.

- Số lượng WBC trung bình của nhóm NAFLD là 7,75 ± 1,98 cao hơn nhóm không NAFLD 7.35 ± 1.68, với p = 0,03 (p < 0,05) → Khác biệt có ý nghĩa thống kê.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ gan nhiễm mỡ trên siêu âm

Nhận xét: Tỷ lệ gan nhiễm mỡ không do rượu trong nhóm nghiên cứu là 55,76% nhiều hơn tỷ lệ BN không gan nhiễm mỡ không do rượu.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm về lâm sàng

Đặc điểm về tiền sử. Do tiêu chuẩn loại trừ BN lạm dụng rượu và BN COPD nên trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 9 BN hút thuốc lá chiếm 2,12%; BN uống rượu dưới 20g ethanol/ngày có 5 BN chiếm 1,18%. Trong nhóm BN nghiên cứu chúng tôi thấy tiền sử rối loạn chuyển hóa lipid chiếm tỷ lệ cao nhất 351 BN (82,59%), trong đó ở nhóm gan nhiễm mỡ là

206 BN chiếm 86,92%; trong nhóm không có gan nhiễm mỡ là 145 BN chiếm 77,13%; nhóm gan nhiễm mỡ có tiền sử rối loạn chuyển hóa lipid cao hơn nhóm không có gan nhiễm mỡ, khác biệt có ý nghĩa thống kê

Đặc điểm về thời gian dùng thuốc hạ lipid máu. Khi phân tích thời gian sử dụng thuốc hạ lipid máu liên tục ở nhóm có gan nhiễm mỡ và không có gan nhiễm mỡ chúng tôi nhận thấy nhóm NAFLD có tỷ lệ BN không dùng thuốc hoặc chỉ dùng thuốc hạ lipid máu thời gian dưới 1 tháng cao hơn nhóm không NAFLD; Nhóm không NAFLD có tỷ lệ BN dùng thuốc mỡ máu trên 3 tháng cao hơn nhóm NAFLD. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với < 0,05. Như vậy BN tăng huyết áp có rối loạn lipid máu nếu dùng thuốc mỡ máu đều trên 3 tháng có tỷ lệ gan nhiễm mỡ ít hơn nhóm không được dùng hoặc dùng dưới 1 tháng.

Đặc điểm về BMI, vòng eo. BMI trung bình của nhóm BN NAFLD là (24,71 ± 2,19) cao hơn nhóm không NAFLD (22,12 ± 2,19) với p < 0,01. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của nhóm tác giả Xiaolin Huang, Min Xu, Ying Chen nhóm NAFLD (25,1 ± 3,3) [5]

Trung bình vòng eo ở nhóm BN NAFLD là (93,80 ± 6,16) cm cao hơn nhóm không NAFLD (81,78 ± 8,47 cm), p < 0,05

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Các xét nghiệm. Ở nhóm NAFLD các giá trị trung bình của glucose máu, acid uric máu, men ALT, GGT, Cholesterol, Triglycerid, LDL-C, WBC đều cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không

NAFLD Sun Ling [6] và của Maria Boddi [7], Phạm Hồng Phương [8]

Trung bình HDL-C ở nhóm NAFLD thấp hơn không NAFLD nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,37$), trung bình Creatinin, men AST của nhóm NAFLD cao hơn nhóm không NAFLD nhưng cũng không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự các nghiên cứu khác.

Hình ảnh siêu âm gan của nhóm BN nghiên cứu. Trong số 237 BN NAFLD của chúng tôi BN gan nhiễm mỡ độ I chiếm tỷ lệ cao nhất 167 BN chiếm 70,46%; Gan nhiễm mỡ độ II là 57 BN chiếm 24,05%; Gan nhiễm mỡ độ III là 13 BN chiếm 5,49%. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự của tác giả Lê Hồng Phương [8]

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ BN gan nhiễm mỡ không do rượu ở nhóm BN tăng huyết áp được quản lý tại bệnh viện Đức Giang là 55,76%. Trong đó tỷ lệ BN có gan nhiễm mỡ độ I là cao nhất 70,46% sau đó đến độ II là 24,05%, độ III chiếm tỷ lệ rất ít 5,49%. Và tỷ lệ BN nữ nhiều hơn nam.

- BN tăng huyết áp không dùng thuốc mỡ máu hoặc dùng dưới 3 tháng có tỷ lệ gan nhiễm mỡ cao hơn. Khi dùng thuốc mỡ máu trên 3 tháng thì tỷ lệ gan nhiễm mỡ thấp hơn chỉ chiếm 5,91%.

- Tỷ lệ BN chưa kiểm soát được huyết áp tâm thu < 140mmHg ở nhóm có gan nhiễm mỡ là 60, 76% cao hơn nhóm BN không có gan nhiễm mỡ.

- Ở BN gan nhiễm mỡ thì HATT, HATT_r, HATB đều cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không có gan nhiễm mỡ

- Ở nhóm gan nhiễm mỡ các chỉ số trung bình của glucose máu, acid uric, ALT, GGT, Cholesterol, Triglycerid, LDL-C, WBC đều cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không gan nhiễm mỡ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **M. Sayiner, A. Koenig, L. Henry và các cộng sự.** (2016), Epidemiology of Nonalcoholic Fatty Liver Disease and Nonalcoholic Steatohepatitis in the United States and the Rest of the World, Clin Liver Dis, 20(2), 205-14.
2. **P. Kasper, A. Martin, S. Lang và các cộng sự.** (2021), NAFLD and cardiovascular diseases: a clinical review, Clin Res Cardiol, 110(7), 921-937.
3. **Huynh Van Minh, Huy Tran, Phạm Khai và các cộng sự.** (2018), 2018 VNHA/VSH Guidelines for Diagnosis and Treatment of Hypertension in Adults, Journal of Vietnamese Studies, supplement, 1-58.
4. **C. Ma, K. Yan, Z. Wang và các cộng sự.** (2021), The association between hypertension and nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD): literature evidence and systems biology analysis, Bioengineered, 12(1), 2187-2202.
5. **X. Huang, M. Xu, Y. Chen và các cộng sự.** (2015), Validation of the Fatty Liver Index for Nonalcoholic Fatty Liver Disease in Middle-Aged and Elderly Chinese, Medicine (Baltimore), 94(40), e1682.
6. **L. Sun, S. Z. Lü** (2011), Association between non-alcoholic fatty liver disease and coronary artery disease severity, Chin Med J (Engl), 124(6), 867-72.
7. **M. Boddi, R. Tarquini, M. Chiostrì và các cộng sự.** (2013), Nonalcoholic fatty liver in nondiabetic patients with acute coronary syndromes, Eur J Clin Invest, 43(5), 429-38.
8. **Phạm Hồng Phương** (2018), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân có bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu, Luận án Tiến sĩ y học, Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG TRÊN BỆNH NHÂN GLÔCÔM KHÁNG TRỊ THỰC HIỆN QUANG ĐÔNG VI XUNG THỂ MI XUYÊN CÙNG MẠC BỔ SUNG

Đoàn Kim Thành¹, Phạm Thị Thủy Tiên²,
Võ Tuyết Mai¹, Trương Hoàng Khải³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Glôcôm kháng trị là một biến chứng có thể gặp ở tất cả các loại glôcôm. Trong đó, glôcôm

¹Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh

³Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

Chịu trách nhiệm chính: Võ Tuyết Mai

Email: vtmai1009@gmail.vn

Ngày nhận bài: 4.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.01.2024

Ngày duyệt bài: 6.2.2024

thứ phát như glôcôm tân mạch, glôcôm giả tróc bao, glôcôm sau viêm màng bồ đào, glôcôm do silicon nội nhãn... có tỷ lệ kháng trị cao hơn so với glôcôm nguyên phát. Glôcôm kháng trị là thách thức với các nhà nhãn khoa. Bệnh có thể tiến triển, dẫn đến mù vĩnh viễn hoặc gây đau nhức ảnh hưởng đến cuộc sống của bệnh nhân. Khi đó, huy thể mi có thể được đặt ra và phương pháp thực hiện là quang đông vi xung thể mi xuyên cùng mạc bổ sung (MTSCPC_plus-micropulse transcleral cyclophotocoagulation plus) bằng tia laser diode (810 nm) kết hợp 2 kỹ thuật cho phép hạ nhãn áp. Để hiểu rõ nhóm bệnh nhân glôcôm kháng trị thực hiện laser này. Vì vậy chúng tôi tiến