

ở người ăn gỏi cá nhiều lần ( $\geq 4$  lần/tháng; 45,00%) cao hơn có ý nghĩa so với người ăn ít lần hơn ( $p < 0,05$ ). Người không ăn gỏi cá có thể bị nhiễm sán nhưng cường độ nhiễm thấp hơn rất nhiều so với cường độ nhiễm ở người có ăn gỏi cá [4].

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhiễm sán lá gan nhỏ *C. sinensis* trên người tại Yên Lộc, Ninh Bình là 19,39%, 92% nhiễm cường độ nhẹ, cường độ nhiễm trung bình là:  $241,92 \pm 481,45$  EPG. Nam giới có tỷ lệ nhiễm sán lá gan nhỏ (28,44%) cao hơn tỷ lệ nhiễm sán lá gan nhỏ ở nữ giới (11,20%) ( $p < 0,05$ ).

Người sử dụng phân tươi trong trồng trọt, chăn nuôi có nguy cơ nhiễm sán lá gan nhỏ cao gấp 1,96 lần người không sử dụng phân tươi trồng trọt, chăn nuôi (95%CI: 1,36 - 2,84;  $p < 0,05$ ). Người ăn gỏi cá sống có nguy cơ nhiễm sán lá gan nhỏ cao gấp 7,17 lần những người không ăn gỏi cá (95% CI: 3,6-14,27). Tỷ lệ nhiễm sán lá gan nhỏ ở người ăn gỏi cá sống ít nhất 1 lần/1 tuần cao hơn đáng kể so với những đối tượng ăn gỏi cá ít nhất 1 lần/1 tháng và 2 - 3 lần/tháng ( $p < 0,05$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. P. N. Doanh và Y. Nawa (2016), "Clonorchis sinensis and Opisthorchis spp. in Vietnam: current status and prospects", *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 110(1), tr. 13-20.
2. P. R. Torgerson và C. N. Macpherson (2011), "The socioeconomic burden of parasitic zoonoses: global trends", *Vet Parasitol*, 182(1), tr. 79-95.
3. X. Q. Cai, H. Q. Yu, J. S. Bai và các cộng sự. (2012), "Development of a TaqMan based real-time PCR assay for detection of Clonorchis sinensis DNA in human stool samples and fishes", *Parasitol Int*, 61(1), tr. 183-6.
4. Đoàn Thúy Hòa (2020), Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ, thành phần loài sán lá gan nhỏ, sán lá ruột nhỏ tại hai huyện Kim Sơn và Yên Khánh, tỉnh Ninh Bình (2016-2019), Luận án Tiến sỹ y học, Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng trung ương.
5. Lương Thị Phương Lan (2016), Đánh giá hiệu quả can thiệp cộng đồng phòng chống nhiễm sán lá gan nhỏ của người dân tại thị trấn Rạng Đông, huyện Nghĩa Hưng, tỉnh Nam Định năm 2009 - 2012, Luận án Tiến sỹ Y Tế Công cộng, Đại học Y Tế công cộng.
6. Nguyễn Thị Thanh Huyền (2018), Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ nhiễm sán lá nhỏ và hiệu quả can thiệp tại một số điểm thuộc tỉnh Bắc Giang và Bình Định, năm 2016 - 2017, Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Trung ương.
7. T. T. B. Nguyen, V. Dermauw, H. Dahma và các cộng sự. (2020), "Prevalence and risk factors associated with Clonorchis sinensis infections in rural communities in northern Vietnam", *PLoS Negl Trop Dis*, 14(8), tr. e0008483.
8. J. Sun, H. Xin, Z. Jiang và các cộng sự. (2020), "High endemicity of Clonorchis sinensis infection in Binyang County, southern China", *PLoS Negl Trop Dis*, 14(8), tr. e0008540.
9. Meng Xu, Yanyan Jiang, Jianhai Yin và các cộng sự. (2021), "Risk Factors for Clonorchis sinensis Infection in Residents of Binyang, Guangxi: A Cross-Sectional and Logistic Analysis Study", *Frontiers in public health*, 9, tr. 588325-588325.
10. V. T. Phan, A. K. Ersbøll, D. T. Do và các cộng sự. (2011), "Raw-fish-eating behavior and fishborne zoonotic trematode infection in people of northern Vietnam", *Foodborne Pathog Dis*, 8(2), tr. 255-60.

# ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA ĐIỆN CHÂM HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH BIẾN CHỨNG THẦN KINH NGOẠI VI DO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE II TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG

Bùi Chiến Thắng<sup>1</sup>, Phạm Văn Giáp<sup>2</sup>, Trần Thị Hồng Ngãi<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá tác dụng của điện châm hỗ trợ điều trị người bệnh biến chứng thần kinh ngoại vi chi dưới (thể huyết ứ) do đái tháo đường type 2 và mô

tả một số yếu tố liên quan đến biến chứng thần kinh ngoại vi thể huyết ứ do đái tháo đường type 2. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 60 bệnh nhân đái tháo đường type 2 có biến chứng thần kinh ngoại vi. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là  $67,95 \pm 7,43$  (tuổi); thời gian mắc bệnh đa số  $> 5$  năm (50%). Triệu chứng lâm sàng thường gặp là tê bì, nóng rát, kim châm (76,7%). Mức độ kiểm soát đường huyết kém (HbA1c từ 8.5% đến 11%) tại thời điểm khám chiếm 43,3%. Bệnh nhân kiểm soát tốt đường huyết thì cho hiệu quả điều trị tốt cao hơn ở những nhóm bệnh nhân không kiểm soát được đường huyết.

**Từ khóa:** Lâm sàng, cận lâm sàng, đái tháo đường type 2, biến chứng thần kinh ngoại vi

<sup>1</sup>Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam

<sup>2</sup>Bệnh viện Nội tiết Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Hồng Ngãi

Email: ngaydytw72@yahoo.com

Ngày nhận bài: 6.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2024

Ngày duyệt bài: 23.4.2024

**SUMMARY****EVALUATION OF THE EFFECTS OF ELECTROACUPUNCTURE TO SUPPORT THE TREATMENT OF PEOPLE WITH PERIPHERAL NERVE COMPLICATIONS DUE TO TYPE II DIABETES IN NATIONAL HOSPITAL OF ENDOCRINOLOGY**

**Objective:** Evaluating the effects of electroacupuncture to support the treatment of patients with lower limb peripheral nerve complications (blood stasis) due to type 2 diabetes and Describes some factors related to hemostatic peripheral neuropathy complications due to type 2 diabetes. **Subjects and methods:** 62 patients with peripheral neuropathy complications due to type 2 diabetes. Results: The mean age was  $67,95 \pm 7,43$  (age); the majority of disease duration > 5 years (50%). Common clinical symptoms are numbness, burning, pins and tingling (76,7%). Patients with glycemic control according to HbA1c (8.5% to 11%) at the time of examination were bad (43,3%). Patients with good glucose control have better treatment results than in groups of patients with uncontrolled glucose. **Keywords:** Clinical, Preclinical, Type2 diabetes, Peripheral neuropathy complications

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Bệnh Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh tăng đường huyết mạn tính gây tác động đến hầu hết các cơ quan trong cơ thể. Bệnh gia tăng hàng năm theo sự phát triển của đời sống kinh tế xã hội.

Biến chứng thần kinh ngoại vi (BCTKNV) là biến chứng thường gặp và xuất hiện sớm ở bệnh nhân ĐTĐ, gây ra các rối loạn về chức năng cảm giác, chức năng vận động và chức năng dinh dưỡng. BCTKNV gây ảnh hưởng lớn đến sức khỏe, chất lượng cuộc sống, năng suất lao động và cả kinh tế do phải điều trị lâu dài với phương pháp điều trị chủ yếu là kiểm soát tốt đường huyết kết hợp điều trị triệu chứng bằng các thuốc giảm đau, tăng dẫn truyền thần kinh...

Y học cổ truyền (YHCT) mặc dù không có bệnh danh biến chứng thần kinh ngoại vi do đái tháo đường nhưng căn cứ vào các biểu hiện chính trên lâm sàng của chứng này như tê bì, dị cảm, đau, châm chích... thì chứng này được xếp vào phạm vi các chứng Ma mộc, huyết chứng, chứng tý... của YHCT và điều trị bằng nhiều phương pháp như thuốc y học cổ truyền, châm cứu, xoa bóp bấm huyệt, điện xung... cũng đã đạt được hiệu quả nhất định. Nhằm mục tiêu rút ngắn thời gian điều trị, giảm đau đớn, nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân và góp phần nâng cao hiệu quả điều trị trên lâm sàng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài: "Đánh giá tác dụng của điện châm hỗ trợ điều trị người bệnh

biến chứng thần kinh ngoại vi do đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện Nội tiết trung ương" với 2 mục tiêu sau:

1. Đánh giá tác dụng của điện châm hỗ trợ điều trị người bệnh biến chứng thần kinh ngoại vi chi dưới (thể huyết ú) do đái tháo đường type 2.
2. Mô tả một số yếu tố liên quan đến biến chứng thần kinh ngoại vi thể huyết ú do đái tháo đường type 2.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** 60 bệnh nhân ĐTĐ type 2 được phân bố vào nhóm nghiên cứu và nhóm chứng sao cho có sự tương đồng về tuổi, giới và mức độ tổn thương TKNV được điều trị nội trú tại bệnh viện Nội Tiết Trung ương.

**2.2. Nghiên cứu trên lâm sàng****Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ type 2 theo Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ theo ADA (Hiệp hội ĐTĐ Mỹ) năm 2022. Tại thời điểm làm thủ thuật bệnh nhân có mức đường huyết lúc dao động từ 4,0 - 8,0 mmol/l.

- Bệnh nhân ĐTĐ type 2 có biến chứng TKNV, được khám theo bộ sàng lọc từ Vương quốc Anh với điểm triệu chứng < 8 điểm (phụ lục 1) [23].

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh thần kinh di truyền, tai biến mạch máu não, suy thận gây tổn thương thần kinh, bệnh đa dây thần kinh do rượu, phụ nữ có thai, bệnh nhân có BMI < 18,5 ; thiếu vitamin nhóm B: tê phù, sa sút trí tuệ, tiền sử cắt da dày gây bệnh Biemer, ỉa chảy, bệnh ngoài da. Tiền sử dùng thuốc gây độc thần kinh ngoại biên: INH, vincristin, metronidazol... Các bệnh lý kèm theo: bệnh máu, ung thư, nhiễm khuẩn. Bệnh nhân không khám được bằng dụng cụ. Bệnh nhân có kèm theo biến chứng loét bàn chân, viêm mô tế bào.... Loại trừ những bệnh nhân không tuân thủ quy trình điều trị.

**2.3. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu được thiết kế theo mô hình thử nghiệm lâm sàng có đối chứng (so sánh trước và sau điều trị, so sánh giữa hai nhóm nghiên cứu).

**2.4. Xử lý số liệu:** Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để xử lý số liệu

**2.5. Đạo đức nghiên cứu:** Tất cả các đối tượng tham gia nghiên cứu đều được giải thích về tình trạng bệnh của mình, đồng thời đối tượng cũng được giải thích về mục đích yêu cầu nghiên cứu. Sau khi đồng ý sẽ tiếp tục tiến hành theo quy trình nghiên cứu đã lập sẵn. Nếu đối tượng không đồng ý sẽ vẫn được khám chữa bệnh bình thường.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 3.1: So sánh hiệu quả cải thiện tổn thương TKNV theo thang điểm triệu chứng giữa hai nhóm**

Nhóm	Thời gian	D <sub>0</sub>		D <sub>7</sub>		D <sub>15</sub>		p <sub>D15-D0</sub>
		n	%	n	%	n	%	
Nhóm nghiên cứu (n=30)	Bình thường	0	0	0	0	2	6,7	< 0,05
	Nhẹ	1	3,3	6	20	14	46,7	
	Trung bình	8	26,7	16	53,3	12	40,0	
	Nặng	21	70,0	8	26,7	2	6,7	
Nhóm chứng (n=30)	Bình thường	0	0	0	0	1	3,3	< 0,05
	Nhẹ	1	3,3	6	20,0	8	26,7	
	Trung bình	4	13,3	12	40,0	10	33,3	
	Nặng	25	83,3	12	40,0	11	36,7	
p		> 0,05		< 0,05				

**Nhận xét:** Sau 7 ngày và 15 ngày điều trị, các bệnh nhân ở cả 2 nhóm có sự cải thiện đáng kể về tổn thương thần kinh ngoại vi theo thang điểm triệu chứng. Trong đó, sau 15 ngày nhóm bệnh nhân có tổn thương nặng giảm từ 70% xuống 6,7% ở nhóm nghiên cứu và 83,3% xuống 36,7% ở nhóm đối chứng. Ở nhóm bệnh nhân có tổn thương nhẹ và trung bình chiếm tỷ lệ 86,7% ở nhóm nghiên cứu và 60% ở nhóm đối chứng và có 6,7% bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu không còn triệu chứng. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê khi so sánh giữa 2 nhóm với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.2: So sánh hiệu quả cải thiện tổn thương TKNV theo thang điểm Lâm sàng giữa hai nhóm**

Nhóm	Thời gian	D <sub>0</sub>		D <sub>7</sub>		D <sub>15</sub>		p <sub>D15-D0</sub>
		n	%	n	%	n	%	
Nhóm nghiên cứu (n=30)	Bình thường	3	10,0	5	16,7	8	26,7	< 0,05
	Nhẹ	6	20,0	9	30,0	17	56,6	
	Trung bình	18	60,0	14	46,6	5	16,7	
	Nặng	3	10,0	2	6,7	0	0	
Nhóm chứng (n=30)	Bình thường	3	10,0	4	12,3	5	16,7	< 0,05
	Nhẹ	9	30,0	15	50,0	19	63,3	
	Trung bình	15	50,0	9	30,0	6	20,0	
	Nặng	3	10,0	2	6,7	0	0	
p		> 0,05		> 0,05				

**Nhận xét:** Sau 7 ngày và 15 ngày điều trị, các bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu có xu hướng cho kết quả điều trị tốt hơn các bệnh nhân ở nhóm đối chứng. Trong đó, sau 15 ngày ở cả 2 nhóm đều không còn bệnh nhân có tổn thương nặng. Ở nhóm bệnh nhân có tổn thương nhẹ và trung bình chiếm tỷ lệ 73,3% ở nhóm nghiên cứu và 83,3% ở nhóm đối chứng và có 26,7% bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu cho kết quả bình thường theo thang điểm lâm sàng. Sự khác biệt

là có ý nghĩa thống kê khi so sánh giữa 2 nhóm với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.3: Sự cải thiện triệu chứng cơ năng của các bệnh nhân nghiên cứu**

Nhóm	Thời gian	D <sub>0</sub>		D <sub>7</sub>		D <sub>15</sub>		p <sub>D15-D0</sub>
		n	%	n	%	n	%	
Cảm giác	Tê bì, nóng rát, kim châm	23	76,7	16	53,3	8	36,7	< 0,05
	Đau nhức, mỏi, co rút	7	23,3	6	20,0	3	10,0	
Vị trí	Bàn chân	25	83,3	16	53,3	10	33,3	< 0,05
	Bắp chân	5	16,7	5	16,7	3	10,0	
Đánh thức về đêm	Có	20	66,7	12	40,0	6	20,0	< 0,05
	Không	10	33,4	18	60,0	24	80,0	
Thời điểm	Nặng về đêm	20	66,7	14	46,7	8	26,7	< 0,05
	Cả ngày + đêm	10	33,4	6	20,0	4	13,3	
	Chỉ ban ngày	0	0	0	0	0	0	
Đờ khi nào	Đi lại	25	83,3	16	53,3	10	33,3	< 0,05
	Đứng	0	0	0	0	0	0	
	Nghỉ ngơi	5	16,7	5	16,7	4	13,3	

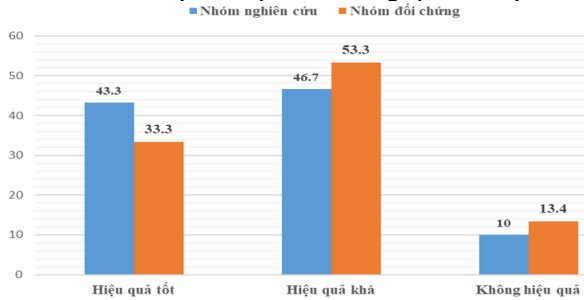
**Nhận xét:** Các triệu chứng cơ năng về cảm giác, vị trí, đánh thức về đêm, thời điểm đau đều có sự cải thiện rõ rệt sau 7 và 15 ngày điều trị. Trong đó, sau 15 ngày điều trị, cảm giác tê bì, kim châm giảm từ 76,7% xuống còn 36,7%, triệu chứng đánh thức về đêm giảm từ 66,7% xuống còn 20%. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.4: Triệu chứng của các đối tượng nghiên cứu theo YHCT**

Triệu chứng	Nhóm	Nhóm nghiên cứu (n=30)		Nhóm chứng (n=30)					
		D <sub>0</sub>		D <sub>15</sub>					
		(n)	Tỷ lệ (%)	(n)	Tỷ lệ (%)	(n)	Tỷ lệ (%)		
Khô miệng, đi tiểu nhiều		10	33,3	6	20,0	11	36,7	5	16,7
Chân tay tê bì		23	76,7	8	26,7	24	80,0	12	40,0
Đau nhiều về đêm		20	66,7	8	26,7	20	66,7	10	33,3
Môi nhợt, chất lưỡi tím		18	60,0	12	40,0	20	66,7	12	40,0
Rêu trắng mỏng		22	73,3	10	33,3	20	66,7	10	33,3
Mạch huyền sắc		20	66,7	10	33,3	22	73,3	12	40,0

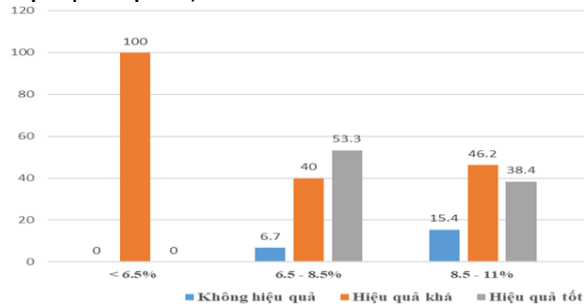
**Nhận xét:** Từ bảng số liệu nhận thấy, các triệu chứng của các đối tượng nghiên cứu cải thiện rõ rệt sau 15 ngày điều trị ở cả 2 nhóm. Trong đó, các triệu chứng như chân tay tê bì

giảm từ 76,7% xuống 26,7% ở nhóm nghiên cứu, 80% xuống 40% ở nhóm chứng. Triệu chứng đau nhiều về đêm giảm từ 66,7% ở nhóm nghiên cứu xuống 26,7%, 66,7% xuống 33,3% ở nhóm chứng. Các triệu chứng như rêu trắng mỏng, môi nhợt, chất lưỡi tím và mạch huyền sắc đều cải thiện rõ rệt sau 15 ngày điều trị.



**Biểu đồ 3.1. Hiệu quả điều trị của đối tượng nghiên cứu**

**Nhận xét:** Từ biểu đồ nhận thấy, sau thời gian điều trị, các bệnh nhân nhóm nghiên cứu cho hiệu quả tốt và khá đạt tỷ lệ cao hơn so với nhóm chứng. Ở nhóm nghiên cứu, hiệu quả tốt là 43,3%, hiệu quả khá là 46,7%, không hiệu quả đạt 10%. Trong đó, nhóm đối chứng, hiệu quả tốt là 33,3%, hiệu quả khá là 53,3%, không hiệu quả đạt 13,4%.



**Biểu đồ 3.2. Mối liên quan giữa HbA1c và hiệu quả điều trị**

**Nhận xét:** Từ biểu đồ số liệu nhận thấy, ở các bệnh nhân kiểm soát tốt đường huyết thì cho hiệu quả điều trị tốt cao hơn ở những nhóm bệnh nhân không kiểm soát được đường huyết. Trong đó, các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có HbA1c điều trị đạt hiệu quả tốt và khá là 100%, nhóm bệnh nhân có HbA1c từ 6.5 – 8% cho hiệu quả tốt và khá là 93,3% và nhóm bệnh nhân HbA1c từ 8.5 – 11% là 84,6%.

**IV. BÀN LUẬN**

Theo cơ chế nội tiết - thể dịch, tác giả Hughes và Kosterlitz (1975) đã khám phá ra hai chất: methionine-enkephalin và leucine-enkephalin trong não có tác dụng giống

morphine và bị ức chế bởi naloxone. Sau đó Golstein và cộng sự khám phá ra Beta-endorphin. Cơ chế tác dụng của điện châm có tác dụng làm tăng nồng độ Beta - endorphin (có tác dụng mạnh gấp hơn 200 lần morphin), serotonin, catecholamin, cortisol và ACTH do đó làm giảm cơn đau.

Một số nghiên cứu cho thấy trong bệnh TKNV, cùng với tổn thương thần kinh vận động và thần kinh thực vật, các tổn thương TKNV bao giờ cũng kèm theo các tổn thương về cảm giác: tê bì, nóng rát, kim châm hay thậm chí cả hội chứng đau. Các biểu hiện trên là do tăng kích thích thần kinh giao cảm với tăng hàm lượng catecholamin và giảm hàm lượng acetylcholin. Nhờ các biện pháp tác động lên huyết nên làm giảm hàm lượng các chất giao cảm và tăng các chất phó giao cảm. Điều này giải thích cho hiện tượng giảm đau trong bệnh TKNV khi điều trị tác động lên huyết [50], [51].

Chính vì vậy trong điều trị biến chứng TKNV do ĐTĐ, việc kết hợp các phương pháp điện châm bước đầu cho thấy có kết quả tốt trên lâm sàng. Bệnh nhân giảm các triệu chứng cơ năng như tê bì, nóng rát, kim châm và bệnh nhân không bị đánh thức về đêm bởi các triệu chứng rối loạn cảm giác trên

**V. KẾT LUẬN**

**- Mục tiêu 1:** Đánh giá tác dụng của điện châm hỗ trợ điều trị người bệnh biến chứng thần kinh ngoại vi chi dưới (thể huyết ú) do đái tháo đường type 2.

Sau 7 ngày và 15 ngày điều trị, các bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu có xu hướng cho kết quả điều trị tốt hơn các bệnh nhân ở nhóm đối chứng. Trong đó, sau 15 ngày ở cả 2 nhóm đều không còn bệnh nhân có tổn thương nặng. Ở nhóm bệnh nhân có tổn thương nhẹ và trung bình chiếm tỷ lệ 73,3% ở nhóm nghiên cứu và 83,3% ở nhóm đối chứng và có 26,7% bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu cho kết quả bình thường theo thang điểm lâm sàng. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê khi so sánh giữa 2 nhóm với  $p < 0,05$ .

• Về hiệu quả điều trị. Sau thời gian điều trị, các bệnh nhân nhóm nghiên cứu cho hiệu quả tốt và khá đạt tỷ lệ cao hơn so với nhóm chứng. Ở nhóm nghiên cứu, hiệu quả tốt là 43,3%, hiệu quả khá là 46,7%, không hiệu quả đạt 10%. Trong đó, nhóm đối chứng, hiệu quả tốt là 33,3%, hiệu quả khá là 53,3%, không hiệu quả đạt 13,4%.

- **Mục tiêu 2:** Mô tả một số yếu tố liên quan đến biến chứng thần kinh ngoại vi thể huyết ứ do đái tháo đường type 2.

Ở các bệnh nhân kiểm soát tốt đường huyết thì cho hiệu quả điều trị tốt hơn ở những nhóm bệnh nhân không kiểm soát được đường huyết. Trong đó, các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có HbA1c điều trị đạt hiệu quả tốt và khá là 100%, nhóm bệnh nhân có HbA1c từ 6.5 – 8% cho hiệu quả tốt và khá là 93,3% và nhóm bệnh nhân HbA1c từ 8.5 – 11% là 84,6%.

Qua nghiên cứu chúng tôi chưa thấy tác dụng không mong muốn trên lâm sàng của điện châm trong điều trị biến chứng TKNV do ĐTD.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Trung Quân** (2011). Đái tháo đường . Bệnh

nội tiết chuyển hóa. Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, tr. 268 - 298.

2. **American Diabetes Association** (2015). Standard of Medical care in Diabetes - 2016. Diabetes Care 2016, 39(Supp1), S6 - S106.
3. **Callaghan B C, Little A A, Feldman E L** (2012), "Enhanced glucose control for preventing and treating diabetic neuropathy". Cochrane Database Syst Rev. 6: p. CD007543
4. **Khoa Y học Cổ truyền Trường Đại học Y Hà Nội** (2012). Bệnh đái tháo đường. Bệnh học Nội khoa Y học Cổ truyền. Nhà xuất bản Y học, tr. 200 - 202.
5. **Hoàng Bảo Châu** (2006) Ma mịch. Nội khoa y học cổ truyền. Nhà xuất bản Y học, tr. 370 - 375.
6. **Thị Vân Giang** (2019), "Đánh giá tác dụng của điện châm, xoa bóp bấm huyệt trong hỗ trợ điều trị biến chứng thần kinh ngoại vi của chi dưới do đái tháo đường", Luận văn Thạc sỹ Y học, trường Đại học Y Hà Nội.

## GAN THOÁI HÓA MỠ Ở BỆNH NHI SAU GHÉP GAN – BÁO CÁO CA BỆNH

**Bùi Thị Hương Thùy<sup>1</sup>, Hoàng Ngọc Thạch<sup>1</sup>, Trần Thị Thúy<sup>1</sup>,  
Hoàng Tuấn Khang<sup>1</sup>, Đỗ Văn Đô<sup>1</sup>, Hoàng Tùng Lâm<sup>1</sup>,  
Phạm Duy Hiền<sup>1</sup>, Vũ Mạnh Hoàn<sup>1</sup>, Vũ Thị Lan<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thị Thanh Hòa<sup>1</sup>, Nguyễn Phạm Anh Hoa<sup>1</sup>**

### TÓM TẮT

Bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (Non-alcoholic fatty liver disease - NAFLD) là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây ra bệnh gan mạn tính, xơ gan và ung thư biểu mô tế bào gan trên toàn thế giới, với tỷ lệ mắc ước tính là 25%. NAFLD mới xuất hiện sau ghép gan (Liver Transplantation – LT) đang ngày càng tăng. NAFLD mới được định nghĩa là sự hiện diện của gan nhiễm mỡ hoặc viêm gan nhiễm mỡ ở những bệnh nhân trải qua LT vì các chỉ định khác ngoài viêm gan nhiễm mỡ không do rượu (non-alcoholic steatohepatitis - NASH). Chúng tôi báo cáo một ca bệnh gan thoái hóa mỡ sau LT được chẩn đoán, điều trị và theo dõi tại Bệnh viện Nhi Trung ương, là một bệnh nhân nữ 18 tháng tuổi, với biểu hiện tăng AST, ALT, GGT sau ghép tử ngày 29, siêu âm có nhu mô gan tăng âm lan tỏa, và được chẩn đoán xác định bằng sinh thiết gan. Mục đích thông qua bài báo này nhằm giúp các bác sĩ lâm sàng chú ý đến NAFLD sau LT. **Từ khóa:** NAFLD, LT.

### SUMMARY

#### NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE IN

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phạm Anh Hoa

Email: npahdata@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2024

Ngày duyệt bài: 23.4.2024

### PEDIATRIC PATIENTS AFTER LIVER TRANSPLANTATION – A CASE REPORT

Non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) is one of the leading causes of chronic liver disease, cirrhosis, and hepatocellular carcinoma worldwide, with an estimated prevalence of 25%. The incidence of NAFLD post liver transplantation (LT) is on the rise. NAFLD is defined as the presence of fatty liver or non-alcoholic steatohepatitis (NASH) in patients undergoing LT for indications other than non-alcoholic steatohepatitis. We report a case of post-LT hepatic steatosis diagnosed, treated, and monitored at the National Children Hospital. The patient, an 18-month-old female, exhibited increased AST, ALT, and GGT levels after transplantation from day 29, an ultrasound showed diffuse hepatic echogenicity, and the diagnosis was confirmed by liver biopsy. The purpose of this article is to raise clinical awareness regarding NAFLD after LT. **Keywords:** NAFLD, LT.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gan nhiễm mỡ là một biến chứng ngày càng tăng ở bệnh nhân sau ghép gan. Trong các nghiên cứu khác nhau, tỷ lệ lưu hành của NAFLD mới sau LT được báo cáo từ 18 – 33%, chủ yếu liên quan đến đái tháo đường, cao huyết áp, béo phì, tăng mỡ máu, xơ gan do rượu và sử dụng Tacrolimus [1]. Những bệnh nhân ghép gan có nguy cơ cao kháng insulin, đái tháo đường mới khởi phát, và hội chứng chuyển hóa sau ghép