

châm thay thế cho phương pháp châm cứu và các thủ pháp truyền thống mang lại nhiều lợi ích, đây là lựa chọn phổ biến tại các khoa điều trị YHCT hiện nay. Thủy châm cũng là một phương pháp được áp dụng hiệu quả trong điều trị các bệnh liên quan đến hệ thần kinh, đặc biệt là hệ thần kinh ngoại biên. Phương pháp này được áp dụng trên 43,7% bệnh nhân điều trị tại khoa. Phương pháp thủy châm kết hợp tác dụng chữa bệnh của châm cứu (theo học thuyết kinh lạc) với tác dụng của thuốc tiêm. Việc sử dụng phương pháp cứu được áp dụng khá phổ biến cho các bệnh nhân điều trị ngoại trú. 13,4% số bệnh nhân ngoại trú tại khoa được điều trị bằng phương pháp này phù hợp các thể bệnh do hàn tà gây ra. Cấy chỉ là một phương pháp thay thế cho châm cứu truyền thống, sử dụng chỉ tự tiêu Catgut 4.0 cấy vào vị trí huyết bằng kim chuyên dụng. Cấy chỉ điều hòa phản xạ thần kinh, cải thiện tuần hoàn và chuyển hoá, tăng khả năng miễn dịch cũng như giảm các yếu tố gây viêm<sup>8</sup> áp dụng trên 6,95% bệnh nhân tại khoa. Đây là thủ thuật mới được áp dụng tại khoa vài năm gần đây với yêu cầu về phương tiện, kỹ thuật cũng như nhân lực cao hơn so với các thủ thuật khác nên số lượng áp dụng còn hạn chế.

## V. KẾT LUẬN

Khoa Y học dân tộc đã điều trị 3462 bệnh nhân ngoại trú trong 2 năm 2019 – 2020. Tỷ lệ bệnh cơ xương khớp và mô liên kết và bệnh lý hệ thần kinh hay gặp nhất. Đa số bệnh nhân được điều trị bằng các phương pháp không dùng

thuốc đơn thuần.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GBD** 2013. Risk Factors Collaborators. Forouzanfar MH, Alexander L, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015; 386(10010):2287-2323. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00128-2.
2. **BỘ Y TẾ**. Bảng phân loại quốc tế bệnh tật lần thứ 10, (ICD-10), Anh-Việt. Hướng dẫn sử dụng biểu mẫu báo cáo thống kê bệnh viện - Bảng phân loại quốc tế bệnh tật lần thứ 10, (ICD-10), Anh-Việt; 2012.
3. **Danh mục mã bệnh Y học Cổ truyền** (Ban hành kèm theo Quyết định số 5084/QĐ-BYT ngày 30/11/2015).
4. **Dương Thế Ngọc, Trần Quốc Hùng, Trần Thị Thu Trang, Nguyễn Thị Thanh Tú**. Khảo sát mô hình bệnh tật và tình hình điều trị tại phòng châm cứu ngoại trú Bệnh viện đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội năm 2016 – 2017. *Tạp chí Y dược cổ truyền Việt Nam*. 2020 (65), tr.57-64.
5. **Mary Jane Minkin**. Menopause: Hormones, Lifestyle, and Optimizing Aging. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2019 Sep;46(3):501-514. doi: 10.1016/j.ogc.2019.04.008.
6. **Nguyễn Thiên Quyền và Đào Trọng Cường**. Chẩn Đoán Phân Biệt Chứng Trạng Trùng Đông Y, Viện nghiên cứu trung y; 2013.
7. **Trường Đại học Y Hà Nội**. Bệnh học nội Khoa Y học cổ truyền, Nhà xuất bản y học, Hà Nội; 2017.
8. **Jin Huo, Jiongqi Zhao, Yong Yuan, Jingjing Wang**. Research status of the effect mechanism on catgut-point embedding therapy. *Zhongguo Zhen Jiu*. 2017 Nov 12;37(11):1251-4. doi: 10.13703/j.0255-2930.2017.11.031.

## MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN VỚI MỨC ĐỘ GAN NHIỄM MỠ Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Công Long<sup>1,3</sup>, Lê Phú Tài<sup>1</sup>, Lê Thị Hoa<sup>2</sup>,  
Đoàn Thị Ngọc Hà<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Hiếu<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát các yếu tố liên quan đến mức độ gan nhiễm mỡ không do rượu trên bệnh nhân đái

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

<sup>3</sup>Trường Đại học Y dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Phú Tài

Email: lephutai@bachmai.edu.vn

Ngày nhận bài: 01.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2024

Ngày duyệt bài: 13.5.2024

tháo đường type 2 tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An từ tháng 07/2022 đến tháng 06/2023. **Đối tượng và phương pháp:** 262 bệnh nhân đái tháo đường type 2 được chẩn đoán xác định gan nhiễm mỡ không do rượu dựa vào lâm sàng và kết quả siêu âm. Tất cả bệnh nhân được khai thác thông tin về đặc điểm chung, các biểu hiện lâm sàng, xét nghiệm máu. **Kết quả:** Trong 262 bệnh nhân, chủ yếu gan nhiễm mỡ mức độ I với 82,4%, tiếp theo là độ II 16%, chỉ có 4 bệnh nhân mức độ III. Mức độ gan nhiễm mỡ có mối liên quan với chỉ số BMI (BMI  $\geq$  23, OR=2,6, p=0,02), nồng độ triglycerid (Triglycerid  $\geq$  1,7 mmol/l, OR=2,3, p=0,01), nồng độ LDL-C (LDL-C  $\geq$  1,03

mmol/l, OR=2,6, p=0,02). Không có sự khác biệt giữa mức độ gan nhiễm mỡ và tuổi, giới, tiền sử bệnh, hội chứng chuyển hóa, nồng độ cholesterol toàn phần, AST, ALT. **Kết luận:** Chỉ số BMI, nồng độ triglycerid, nồng độ LDL-C có mối liên quan với mức độ gan nhiễm mỡ. **Từ khóa:** gan nhiễm mỡ không do rượu, đái tháo đường type 2.

## SUMMARY

### SOME FACTORS RELATED TO THE LEVEL OF FATALITIES LIVER IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AT NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL

**Objective:** Survey factors related to the level of non-alcoholic fatty liver disease in patients with type 2 diabetes at Nghe An General Friendship Hospital from July 2022 to June 2023. **Subjects and methods:** 262 patients with type 2 diabetes were diagnosed with non-alcoholic fatty liver disease based on clinical and ultrasound results. All patients have exploited information about general characteristics, clinical manifestations, and blood tests. **Results:** Among 262 patients, there was mainly level I fatty liver with 82.4%, followed by level II with 16%, and only 4 with level III. The degree of fatty liver is related to BMI (BMI  $\geq$  23, OR=2.6, p=0.02), triglyceride concentration (Triglyceride  $\geq$  1.7 mmol/l, OR=2.3, p=0.01), LDL-C concentration (LDL-C  $\geq$  1.03 mmol/l, OR=2.6, p=0.02). There was no difference between the degree of fatty liver and age, gender, medical history, metabolic syndrome, total cholesterol concentration, AST, and ALT. **Conclusion:** BMI, triglyceride levels, and LDL-C levels are related to the degree of fatty liver. **Keywords:** Non-alcoholic fatty liver disease, type 2 diabetes.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gan nhiễm mỡ là bệnh khá phổ biến và đang có xu hướng ngày càng tăng trên thế giới cũng như Việt Nam.<sup>1</sup> Tại Hoa Kỳ, gan nhiễm mỡ chiếm khoảng 30% dân số; châu Âu tỷ lệ này ước tính khoảng 16% đến 47%, Nhật Bản khoảng 10% dân số; Trung Quốc khoảng 24%. Theo một điều tra dịch tễ học tại Việt Nam, ước tính cứ 4 người thì có 1 người bị gan nhiễm mỡ. Bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (NAFLD) gồm các tình trạng bệnh lý khác biệt với tiên lượng khác nhau: gan nhiễm mỡ không do rượu, viêm gan nhiễm mỡ không do rượu và xơ gan nhiễm mỡ không do rượu.<sup>2</sup> Nhiều nghiên cứu cho thấy rằng bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu có mối liên quan mật thiết đến béo phì, rối loạn chuyển hóa lipid và sự đề kháng insulin, là yếu tố nguy cơ cao đến bệnh đái tháo đường. Bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu còn liên quan chặt chẽ với sự kháng insulin không chỉ ở gan mà còn ở cơ và các mô mỡ. Sự hiểu biết về gan nhiễm mỡ và bệnh đái tháo đường týp 2 không chỉ có thể kiểm soát hạn chế tổn thương gan, còn có thể ngăn ngừa sự xuất

hiện tiếp theo của các bệnh khác như ung thư và rối loạn tim mạch, cũng như ảnh hưởng đến tỷ lệ mắc bệnh và tử vong.<sup>3</sup> Mặc dù vậy, hiện nay vai trò của bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu còn chưa được đánh giá đúng mức, đặc biệt là ở bệnh nhân đái tháo đường. Do đó, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài với mục tiêu khảo sát các yếu tố liên quan đến mức độ gan nhiễm mỡ không do rượu trên bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm 262 bệnh nhân đái tháo đường type 2 đủ tiêu chuẩn chẩn đoán NAFLD đến khám và điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 07/2022 - tháng 06/2023.

### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán NAFLD.
- Không có các căn nguyên khác gây nhiễm mỡ gan.
- Không có kèm theo các căn nguyên gây nên các bệnh lý gan mạn tính.
- Tuổi  $\geq$  18 tuổi, đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:** - Bệnh nhân viêm gan virus B, C và viêm gan tự miễn  
- Những bệnh nhân ung thư gan.  
- Bệnh nhân có nguyên nhân thứ phát gây gan nhiễm mỡ như: suy dinh dưỡng, dinh dưỡng ngoài ống tiêu hóa, sử dụng các thuốc: amidaron, methotrexate, tamoxifen, corticosteroid...

- Bệnh nhân đang có thai, cho con bú.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang

**2.2.2. Cỡ mẫu:** Cỡ mẫu được tính theo công thức mô tả một tỉ lệ của Tổ chức Y tế thế giới WHO:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{(p \cdot \epsilon)^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu cho nghiên cứu nhóm bệnh nhân đái tháo đường Týp 2 có NAFLD

$\alpha$ : Hệ số tin cậy 95%,  $Z_{1-\alpha/2} = Z_{\alpha/2} = 1,96$

p: tỷ lệ NAFLD ở bệnh nhân đái tháo đường Týp 2 theo Trần Thị Khánh Tường và cộng sự (2020),<sup>3</sup> p= 0,72

$\epsilon$ : giá trị tương đối (=0,06)

Kết quả tính cỡ mẫu là n= 212 bệnh nhân.

Trên thực tế, cỡ mẫu của nghiên cứu là 262 bệnh nhân.

### 2.2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu.

Thiết kế bệnh án nghiên cứu có 3 phần khai thác các đặc điểm chung, lâm sàng, cận lâm sàng. Bệnh nhân được chẩn đoán xác định gan nhiễm

mỡ không do rượu dựa vào đặc điểm lâm sàng, siêu âm gan được tiến hành thu thập thông tin vào bệnh án nghiên cứu.

❖ Tiêu chuẩn đánh giá gan nhiễm mỡ trên siêu âm

Độ I: Nhu mô gan tăng âm nhẹ so với vỏ thận, còn nhìn rõ cơ hoành, bờ các tĩnh mạch cửa, cấu trúc và các mạch máu trong gan, không suy giảm chùm âm phía sau.

Độ II: Nhu mô gan tăng âm lan tỏa, khả năng quan sát các đường bờ của các mạch máu trong gan và cơ hoành bị giảm nhiều nhưng vẫn còn thấy có mặt của các cấu trúc của gan, còn phân định được các mạch máu trong gan, suy giảm nhẹ chùm âm phía sau.

Độ III: Hình ảnh gan "sáng", gan tăng âm nhiều, không còn nhìn rõ bờ các tĩnh mạch cửa, các cấu trúc trong gan và cơ hoành, suy giảm nặng chùm âm phía sau.

**2.3. Phương pháp xử lý số liệu.** Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 26.0. Sự khác biệt giữa 2 nhóm nghiên cứu có ý nghĩa thống kê nếu  $p < 0,05$ .

**2.4. Đạo đức nghiên cứu**

- Nghiên cứu tuân thủ theo quy tắc về đạo đức trong nghiên cứu y sinh. Nghiên cứu đã

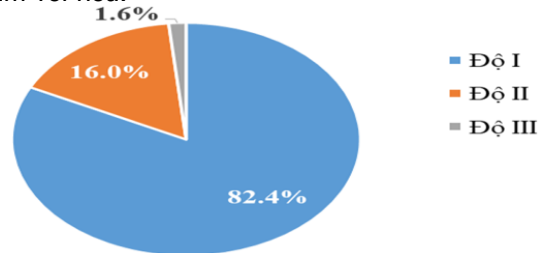
được thông qua hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y Hà Nội.

- Nghiên cứu được sự đồng ý của lãnh đạo Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.

- Tất cả các đối tượng đều tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu và các thông tin có được do đối tượng nghiên cứu cung cấp hoặc được thu thập từ hồ sơ bệnh án được giữ bí mật.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Kết quả siêu âm cho 262 trường hợp NAFLD cho thấy có 30,1% có nhu mô tăng âm, 7,6% có đám vôi hóa.



**Biểu đồ 1. Phân bố mức độ gan nhiễm mỡ (n=262)**

**Nhận xét:** Trong 262 bệnh nhân, chủ yếu gan nhiễm mỡ mức độ I với 82,4%, tiếp theo là độ II 16%, chỉ có 4 bệnh nhân mức độ III.

**Bảng 3. Liên quan giữa mức độ gan nhiễm mỡ và đặc điểm chung (n=262)**

| Đặc điểm                               | Gan nhiễm mỡ     |             | OR (95% CI) | p                   |       |
|--|------------------|-------------|-------------|---------------------|-------|
|  | Độ II, III n (%) | Độ I n (%)  |             |                     |       |
| Nhóm tuổi                              | < 60             | 14 (20,6%)  | 54 (79,4%)  | 1,3<br>(0,6 – 2,6)  | 0,44  |
|  | ≥ 60             | 32 (16,5%)  | 162 (83,5%) |                     |       |
| Giới tính                              | Nam              | 107 (49,5%) | 22 (47,8%)  | 1,07<br>(0,5 – 2,0) | 0,83  |
|  | Nữ               | 109 (50,5%) | 24 (52,2%)  |                     |       |
| BMI                                    | ≥ 23             | 39 (21,0%)  | 147 (79,0%) | 2,6<br>(1,1 – 6,1)  | 0,02  |
|  | < 23             | 7 (9,2%)    | 69 (90,8%)  |                     |       |
| Vòng bụng                              | Tăng             | 25 (18,7%)  | 109 (81,3%) | 1,2<br>(0,6-2,2)    | 0,63  |
|  | Không tăng       | 21 (16,4%)  | 107 (83,6%) |                     |       |
| Tăng huyết áp                          | Có               | 35 (20,9%)  | 132 (79,1%) | 2,0<br>(1,2 - 5,7)  | 0,007 |
|  | Không            | 11 (11,6%)  | 84 (88,4%)  |                     |       |
| Tiền sử phát hiện đái tháo đường Típ 2 | Đã mắc           | 40 (18,3%)  | 178 (81,7%) | 1,4<br>(1,3 – 3,0)  | 0,004 |
|  | Mới phát hiện    | 6 (13,6%)   | 38 (86,4%)  |                     |       |
| Hội chứng chuyển hóa                   | Có               | 37 (22,8%)  | 125 (77,2)  | 2,4<br>(1,3 – 6,5)  | 0,004 |
|  | Không            | 9 (9,0%)    | 91 (91%)    |                     |       |

**Nhận xét:** Bệnh nhân có BMI ≥ 23 có nguy cơ mắc gan nhiễm mỡ mức độ II, III cao hơn 2,6 lần so với nhóm BMI < 23 với  $p=0,02$ . Không có sự khác biệt giữa mức độ gan nhiễm mỡ và tuổi, giới, tiền sử bệnh, hội chứng chuyển hóa.

**Bảng 4. Liên quan giữa mức độ gan nhiễm mỡ và đặc điểm xét nghiệm (n=262)**

| Đặc điểm              | Gan nhiễm mỡ     |            | OR (95% CI) | p                  |      |
|-----------------------|------------------|------------|-------------|--------------------|------|
|                       | Độ II, III n (%) | Độ I n (%) |             |                    |      |
| Cholesterol Toàn phần | ≥ 5,2 mmol/l     | 16 (17,4%) | 76 (82,6%)  | 0,9<br>(0,5 – 1,9) | 0,95 |
|                       | < 5,2 mmol/l     | 30 (17,6%) | 140 (82,4%) |                    |      |

|       |               |            |             |                    |      |
|-------|---------------|------------|-------------|--------------------|------|
| TG    | ≥ 1,7 mmol/l  | 40 (20,0%) | 160 (80,0%) | 2,3<br>(1,2 – 5,7) | 0,01 |
|       | < 1,7 mmol/l  | 6 (9,6%)   | 56 (90,4%)  |                    |      |
| LDL-C | ≥ 1,03 mmol/l | 39 (21,0%) | 147 (79,0%) | 2,6<br>(1,1 – 6,1) | 0,02 |
|       | ≤ 1,03 mmol/l | 7 (9,2%)   | 69 (90,8%)  |                    |      |
| AST   | ≤ 40 UI/l     | 14 (20,9%) | 53 (79,1%)  | 1,3<br>(0,6 – 2,7) | 0,40 |
|       | > 40 UI/l     | 32 (16,4%) | 163 (83,6%) |                    |      |
| ALT   | ≤ 40 UI/l     | 16 (24,2%) | 50 (75,8%)  | 1,7<br>(0,8 – 3,5) | 0,09 |
|       | > 40 UI/l     | 30 (15,3%) | 166 (84,7%) |                    |      |

**Nhận xét:** Bệnh nhân có Triglycerid ≥ 1,7 mmol/l, LDL-C ≥ 1,03 mmol/l có nguy cơ mắc gan nhiễm mỡ mức độ II, III cao hơn 2,3 lần và 2,6 lần so với nhóm còn lại, với  $p < 0,05$ . Không có sự khác biệt giữa mức độ gan nhiễm mỡ và nồng độ cholesterol toàn phần, AST, ALT.

#### IV. BÀN LUẬN

Để chẩn đoán xác định bệnh gan nhiễm mỡ, ngoài việc thăm khám lâm sàng cần chỉ định thực hiện các xét nghiệm máu và thực hiện các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh. Các nghiên cứu cho rằng siêu âm ổ bụng là một phương pháp không xâm nhập cho kết quả chính xác cao trong việc chẩn đoán gan nhiễm mỡ với độ đặc hiệu là 95%.<sup>4</sup> Lợi ích của siêu âm ổ bụng là rẻ tiền, chẩn đoán nhanh và sàng lọc gan nhiễm mỡ trong cộng đồng nên hình ảnh siêu âm chẩn đoán gan nhiễm mỡ được sử dụng ở hầu hết các nghiên cứu và thực hành lâm sàng ở bệnh nhân gan nhiễm mỡ. Theo hướng dẫn của ủy ban về NAFLD khu vực châu á - thái bình dương đề nghị chỉ cần 2 trong 3 tiêu chuẩn là: gan tăng đậm độ âm hơn so với thận, mờ các cấu trúc mạch máu trong gan và giảm độ xuyên sâu của chùm tia siêu âm để chẩn đoán gan nhiễm mỡ.<sup>5</sup> Gan nhiễm mỡ được chia thành 3 mức độ: nhẹ, vừa và nặng, sau khi đã loại trừ các bệnh viêm gan và xơ gan.

**- Liên quan béo phì với mức độ gan nhiễm mỡ.** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thể hiện ở bảng 1 cho thấy: có mối liên quan giữa mức độ gan nhiễm mỡ với chỉ số BMI. Đối tượng nghiên cứu có chỉ số BMI ≥ 23 có mức độ gan nhiễm mỡ độ II,III cao gấp 2,6 lần so với BMI < 23, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $OR = 2,6 (1,1 - 6,1); p < 0,05$ ). Kết quả chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu trong nước như Vũ Thị Thu Trang (2019).<sup>6</sup> Tuy nhiên so với các nghiên cứu nước ngoài thì BMI trung bình thấp hơn như Mazen Nouredin và cộng sự cũng cho kết quả là  $35 \pm 5 \text{ kg/m}^2$  với bệnh nhân dưới 65 tuổi và  $32 \pm 5 \text{ kg/m}^2$  với đối tượng trên 65 tuổi.<sup>7</sup> Sự khác biệt đó cũng được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu về bệnh NAFLD tại châu Á, các nghiên cứu ghi nhận thấy có một tỷ lệ không nhỏ các bệnh nhân gan

nhiễm mỡ châu á không có béo phì, thậm chí BMI ở ngưỡng bình thường ( $< 23 \text{ kg/m}^2$ ).<sup>8</sup> Điều này được giải thích có thể liên quan đến gen pna3, các yếu tố trao đổi chất và sự rối loạn phân bố mỡ cụ thể là tăng vòng bụng, béo bụng, béo trung tâm dự đoán chứng béo nội tạng, hội chứng chuyển hóa và đề kháng insulin.

**- Liên quan giữa lipid máu với mức độ gan nhiễm mỡ.** Kết quả bảng 3 cho thấy có sự tăng dần nồng độ triglycerid, LDL-C theo mức độ gan nhiễm mỡ và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Kết quả nghiên cứu chỉ ra có mối liên quan giữa mức độ gan nhiễm mỡ với nồng độ TG. Đối tượng nghiên cứu có nồng độ triglycerid ≥ 1,7 mmol/l có mức độ gan nhiễm mỡ độ II,III cao gấp 2,3 lần so với nồng độ TG < 1,7 mmol/l, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $OR = 2,3 (1,2 - 5,7); p < 0,05$ ). Đồng thời, có mối liên quan giữa mức độ gan nhiễm mỡ với nồng độ LDL-C, bệnh nhân có nồng độ LDL-C ≥ 1,03mmol/l có mức độ gan nhiễm mỡ độ II,III cao gấp 2,6 lần so với nồng độ LDL-C < 1,03 mmol/l, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $OR = 2,6 (1,1 - 6,1); p < 0,05$ ). Trị số triglycerid, LDL-C càng cao thì càng gia tăng về các nguy cơ tim mạch, đặc biệt nguy cơ bệnh lý động mạch vành. Sự tích tụ triglycerid trong các tế bào gan có biểu hiện gan nhiễm mỡ thường xảy ra trên những người tăng trọng một cách đơn thuần mà không do một bệnh lý nào khác, có thể biến mất khi được điều trị với một chế độ ăn ít năng lượng. Việc sử dụng siêu âm tầm soát các trường hợp này rất hữu ích trong việc phát hiện gan nhiễm mỡ để có chế độ tiết chế một cách thích hợp cho bệnh nhân, giúp cải thiện tình trạng gan nhiễm mỡ một cách hiệu quả.<sup>6</sup> Có 17,6% bệnh nhân nồng độ cholesterol bình thường nhưng trên siêu âm có gan nhiễm mỡ độ II, III. Hầu hết những bệnh nhân này đều có tiền sử rối loạn lipid máu và đã sử dụng các thuốc làm hạ lipid máu cũng như đã can thiệp thay đổi lối sống. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với tác giả Vũ Thị Thu Trang.<sup>6</sup> Tăng triglycerid cũng là một yếu tố nguy cơ đối với bệnh lý mạch máu, mặc dù ít hơn cholesterol. Giảm triglycerid bằng cách giảm cân, cải thiện khả năng phục hồi

insulin (hoạt động thể chất), kiểm soát đường huyết, sử dụng acid béo không bão hòa là phương pháp điều trị ban đầu.<sup>3</sup>

## V. KẾT LUẬN

Chỉ số BMI, nồng độ triglycerid, nồng độ LDL-C có mối liên quan với mức độ gan nhiễm mỡ. Do đó, cần lưu ý tầm soát, quản lý những bệnh nhân đái tháo đường type 2 có chỉ số BMI cao, nồng độ triglycerid cao, nồng độ LDL-C cao.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Younossi ZM, Golabi P, de Avila L, et al.** The global epidemiology of NAFLD and NASH in patients with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Journal of hepatology.* 2019;71(4):793-801.
2. **Chalasan N, Younossi Z, Lavine JE, et al.** The diagnosis and management of nonalcoholic fatty liver disease: practice guidance from the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology.* 2018;67(1):328-357.

3. **Trần Thị Khánh Tường.** Yếu tố nguy cơ dự đoán xơ hóa gan tiến triển trên bệnh nhân đái tháo đường type 2 bị bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu. *Tạp chí Y dược lâm sàng* 108. 2020;15(4):67-72.
4. **Asia Muhammad N.** Non-Alcoholic Fatty Liver Disease, an Overview. *Integr Med (Encinitas).* 2019;18(2):42-49.
5. **Chitturi S, Farrell GC, Hashimoto E, et al.** Non-alcoholic fatty liver disease in the Asia-Pacific region: Definitions and overview of proposed guidelines. *Journal of gastroenterology and hepatology.* 2007;22(6):778-787.
6. **Trang VTT.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, một số xét nghiệm, siêu âm và mô bệnh học bệnh gan nhiễm mỡ. *Luận án Tiến sỹ y học.* Hà Nội, Viện Nghiên cứu Khoa học Y Dược lâm sàng 108; 2019.
7. **Noureddin M, Lam J, Peterson MR, et al.** Utility of magnetic resonance imaging versus histology for quantifying changes in liver fat in nonalcoholic fatty liver disease trials. *Hepatology.* 2013;58(6):1930-1940.
8. **Seto WK, Yuen MF.** Nonalcoholic fatty liver disease in Asia: emerging perspectives. *Journal of gastroenterology.* 2017;52(2):164-174.

## ĐẶC ĐIỂM BỆNH ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI PHÁT HIỆN QUA KHẢO SÁT CHỈ SỐ HUYẾT ÁP CỔ CHÂN-CÁNH TAY TRÊN NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

Nguyễn Quang Cảnh<sup>3</sup>, Nguyễn Thị Ngọc Bích<sup>1,2</sup>, Nguyễn Văn Sĩ<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mở đầu:** Tăng huyết áp là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh lý tim mạch với tăng nguy cơ nhồi máu cơ tim, suy tim, đột quỵ, suy thận, bệnh lý mạch máu do xơ vữa trong đó có bệnh động mạch chi dưới. Người có bệnh động mạch chi dưới có tăng nguy cơ mắc biến cố tim mạch cao 1,05-3,77 so với nhóm không bệnh. Tuy nhiên, tỷ lệ phát hiện bệnh lý này còn thấp mặc dù có nhiều phương pháp chẩn đoán, trong đó bao gồm đánh giá chỉ số huyết áp cổ chân-cánh tay. **Mục tiêu:** Nghiên cứu được thực hiện nhằm xác định tỷ lệ và mô tả đặc điểm bệnh động mạch chi dưới dựa trên chỉ số huyết áp cổ chân-cánh tay trên người bệnh tăng huyết áp. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên 210 người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại bệnh viện Nhân dân Gia Định. Đo chỉ số huyết áp cổ chân-cánh tay được thực hiện lúc người bệnh nghỉ ngơi (ít nhất 10 phút) ở tư thế nằm ngửa, bằng kỹ thuật Doppler và ngưỡng cắt sử dụng để chẩn đoán là

0,9. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh động mạch chi dưới theo chỉ số huyết áp cổ chân-cánh tay là 26,2%. Tỷ lệ hẹp nhẹ-trung bình động mạch chi dưới là 26,2% và không có trường hợp hẹp nặng động mạch chi dưới. Tỷ lệ bệnh động mạch ngoại biên ở chân phải, chân trái và cả 2 chân lần lượt là 25,5%, 21,8% và 52,7%. **Kết luận:** Người bệnh tăng huyết áp có tần suất đáng kể mắc bệnh động mạch chi dưới. Việc áp dụng đo chỉ số huyết áp cổ chân-cánh tay để chẩn đoán bệnh động mạch chi dưới ở khu vực phòng khám là lựa chọn phù hợp. **Từ khóa:** Bệnh động mạch chi dưới, tăng huyết áp, chỉ số huyết áp cổ chân-cánh tay

### SUMMARY

#### CHARACTERISTICS OF LOWER EXTREMITY ARTERIAL DISEASE DETECTED THROUGH ANKLE-BRACHIAL INDEX ASSESSMENT IN HYPERTENSIVE PATIENTS

**Introduction:** High blood pressure is a leading cause of cardiovascular diseases, accounting for increased risk of coronary artery disease, heart failure, stroke, renal failure, and peripheral arterial disease, including lower extremity arterial disease. Individuals with lower extremity arterial disease have a 1.05 to 3.77 times higher risk of myocardial infarction compared to those without the disease. However, the detection rate of this condition remains low, despite various diagnostic methods, including ankle-brachial index. **Objectives:** This study aims to determine the

<sup>1</sup>Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

<sup>3</sup>Bệnh viện 7A

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sĩ

Email: si.nguyen.ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2024

Ngày duyệt bài: 10.5.2024