

- estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians. 71(3): p. 209-249.
- Pak K., Park S., Cheon G. J., et al.** (2015) Update on nodal staging in non-small cell lung cancer with integrated positron emission tomography/computed tomography: a meta-analysis. 29: p. 409-419.
  - Mai Huy Thông,** (2022) Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và vai trò của <sup>18</sup>F-DG-PET/CT trong chẩn đoán giai đoạn ung thư phổi không tế bào nhỏ trước phẫu thuật. Luận văn Bác sĩ Nội trú, trường Học viện Quân y.
  - Yu T.** (2020) COV is a readily available quantitative indicator of metabolic heterogeneity for predicting survival of patients with early and locally advanced NSCLC manifesting as central lung cancer. European Journal of Radiology. 132: p. 109338.
  - Zito Marino F., Bianco R., Accardo M., et al.** (2019) Molecular heterogeneity in lung cancer: from mechanisms of origin to clinical implications. Int J Med Sci. 16(7): p. 981-989.
  - Pahk K., Chung J. H., Yi E., et al.** (2018) Metabolic tumor heterogeneity analysis by F-18 FDG PET/CT predicts mediastinal lymph node metastasis in non-small cell lung cancer patients with clinically suspected N2. Eur J Radiol. 106: p. 145-149.
  - Ouyang M.-l., Xia H.-w., Xu M.-m., et al.** (2019) Prediction of occult lymph node metastasis using SUV, volumetric parameters and intratumoral heterogeneity of the primary tumor in T1-2N0M0 lung cancer patients staged by PET/CT. 33: p. 671-680.
  - Liao X., Liu M., Li S., et al.** (2023) The value on SUV-derived parameters assessed on <sup>18</sup>F-FDG PET/CT for predicting mediastinal lymph node metastasis in non-small cell lung cancer. BMC Medical Imaging. 23(1): p. 49.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 CÓ GAN NHIỄM MỠ KHÔNG DO RƯỢU (NAFLD)

Hoàng Thị Mỹ Hạnh<sup>1,2</sup>, Nguyễn Quang Bảy<sup>2,3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan với gan nhiễm mỡ không do rượu (NAFLD) ở bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ) type 2. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 70 bệnh nhân ĐTĐ typ 2 từ 18 – 70 tuổi ở khoa Nội tiết - ĐTĐ và phòng khám Nội tiết – Bệnh Viện Bạch Mai từ tháng 8/2023 đến 7/2024 và thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán NAFLD theo Hiệp hội Mỹ các bệnh về gan (AASLD) 2018. Tất cả bệnh nhân được siêu âm ổ bụng và đo Fibroscan ghi nhận chỉ số xơ hóa gan (LSM) và chỉ số nhiễm mỡ gan (CAP). **Kết quả:** 52,9% bệnh nhân là nữ, tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 51,3 ± 12,7. 71,4% bệnh nhân có thừa cân/béo phì. Trên đo Fibroscan, 82,9% bệnh nhân có hình ảnh gan nhiễm mỡ (GNM), tỉ lệ GNM độ 1, 2, 3 lần lượt là 24,3%, 11,4% và 47,1%. BMI, tỉ lệ vòng bụng/hông, ALT và giá trị LSM cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm GNM độ 3 so với nhóm độ 1-2 và không nhiễm mỡ. BMI, HbA1c, HDL-C và LSM có mối liên quan với chỉ số CAP. **Kết luận:** Tỉ lệ cao bệnh nhân ĐTĐ type 2 có tình trạng GNM trên đo Fibroscan. Chỉ số CAP phản ánh tình trạng nhiễm mỡ có mối liên quan với chỉ số BMI, HbA1c, HDL – C và chỉ số xơ hóa gan LSM.

**Từ khóa:** Gan nhiễm mỡ không do rượu, NAFLD, đái tháo đường, Fibroscan

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Việt Đức

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Bảy

Email: quangbay70@yahoo.com

Ngày nhận bài: 8.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 25.9.2024

### SUMMARY

#### NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE (NAFLD) AND ASSOCIATED FACTORS IN PATIENTS WITH TYPE 2 MELLITUS DIABETES

**Aim:** to describe the clinical, laboratory characteristics and associated factors with non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) in patients with diabetes mellitus type 2 (DM2). **Subject and methods:** a cross-sectional study among 70 patients with DM2 aged 18-70 in Endocrinology Department & Endocrine consulting room – Bach Mai Hospital and satisfied the criteria of American Association for Liver Diseases (AASLD) 2018 about NAFLD. All participants underwent abdominal ultrasound and Fibroscan to measure liver stiffness (LSM) and liver steatosis (CAP). **Results:** 52,9% patients were female, the mean age was 51.3 ± 12.7. 71.4% patients were overweight/obese. In Fibroscan, 82.9% patients had liver steatosis, the prevalence of grade 1, 2, 3 were 24.3%, 11.4%, and 47.1%, respectively. BMI, waist-hip ratio, ALT and LSM were significantly higher in patients with liver steatosis grade 3 than grade 1-2 and normal ones. BMI, HbA1c, HDL-C and LSM were associated with CAP. **Conclusion:** High prevalence of patients with DM2 had liver steatosis in Fibroscan. CAP, an index for liver steatosis, was associated with BMI, HbA1c, HDL-C and LSM.

**Keywords:** Non-alcoholic fatty liver disease, NAFLD, diabetes, Fibroscan.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (Non-alcoholic fatty liver disease - NAFLD) là sự tích tụ chất béo trong tế bào gan vượt quá 5% trọng lượng gan [1]. NAFLD là nguyên nhân chính gây

bệnh gan mạn tính trên thế giới, ảnh hưởng khoảng 1/5 đến 1/4 dân số toàn cầu và có xu hướng gia tăng [2]. Tỷ lệ NAFLD gia tăng ở nhóm đối tượng có các yếu tố như hội chứng chuyển hóa, béo phì, kháng insulin, đái tháo đường typ 2 (ĐTĐ typ 2) và rối loạn lipid máu [2], trong đó ĐTĐ typ 2 là yếu tố nguy cơ hàng đầu chiếm tới 70%. Nguy cơ xơ gan, nguy cơ tử vong trong nhóm NAFLD có ĐTĐ đều cao hơn so với không có ĐTĐ [3]. Phát hiện và điều trị sớm NAFLD sẽ giúp giảm tỷ lệ tiến triển xơ gan, ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG), đồng thời góp phần kiểm soát đường huyết, giảm tỉ lệ các rối loạn chuyển hóa, các nguy cơ và biến chứng tim mạch ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2.

Hiện nay có nhiều phương pháp đánh giá tình trạng gan nhiễm mỡ (GNM). Siêu âm là phương tiện chẩn đoán hình ảnh dễ tiếp cận, không xâm lấn, có giá thành rẻ, tuy nhiên phụ thuộc nhiều vào chủ quan của người làm siêu âm. Fibrocan là kĩ thuật siêu âm đánh giá độ cứng của nhu mô gan dựa vào biến dạng sóng đàn hồi, đồng thời cung cấp chỉ số đánh giá mức độ nhiễm mỡ của gan. Các kĩ thuật trên được áp dụng tương đối phổ biến trong đánh giá mức độ nhiễm mỡ, chẩn đoán và theo dõi xơ hóa gan tuy nhiên chưa có nhiều dữ liệu trên người bệnh ĐTĐ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *"Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan với gan nhiễm mỡ không do rượu ở các bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại Khoa Nội tiết – Bệnh viện Bạch Mai"*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thu tuyển các bệnh nhân từ 18 – 70 tuổi được chẩn đoán đái tháo đường typ 2 điều trị ở khoa Nội tiết - ĐTĐ và phòng khám Nội tiết – Bệnh Viện Bạch Mai từ tháng 8/2023 đến 7/2024 và thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán NAFLD theo Hiệp hội Mỹ các bệnh về gan (AASLD) 2018: (1) bệnh nhân có tình trạng GNM được xác định bằng kĩ thuật Fibroscan, (2) bệnh nhân không hoặc sử dụng ít rượu, bia, (3) bệnh nhân không có tiền sử hoặc không có bằng chứng các nguyên nhân khác gây gan nhiễm mỡ như virus viêm gan B, C, sử dụng một số thuốc (corticosteroid, tamoxifen, methotrexate, amiodarone, axit valproic), bệnh Wilson, viêm gan tự miễn, suy dinh dưỡng...[1]

Các bệnh nhân được thăm khám, sàng lọc biến chứng và điều trị ĐTĐ theo các hướng dẫn hiện hành của Bộ Y tế Việt Nam. Tiêu chuẩn không hoặc ít sử dụng rượu, bia theo Hướng dẫn của Bộ Y tế Việt Nam (năm 2020): nam uống < 210 gam/tuần (tương đương <21 đơn vị

cồn/tuần, nữ uống <140 gam/tuần (tương đương <14 đơn vị cồn/tuần). Phân loại chỉ số khối cơ thể (BMI) theo phân loại của châu Á – Thái Bình Dương [4]. GNM trên siêu âm ổ bụng 2D thông thường được xác định và phân loại theo Hasen-Ansert.

**Kĩ thuật Fibroscan.** Thực hiện đo FibroScan: Đo độ đàn hồi gan được thực hiện bởi một bác sĩ chuyên khoa tiêu hóa có kinh nghiệm bằng máy FibroScan 630 Expect hãng Echosens (Pháp) được thực hiện ở Trung tâm tiêu hóa Bệnh viện Bạch Mai. Bệnh nhân được đo ở tư thế nằm ngửa, tay phải để dưới gáy. Đầu dò được đặt vuông góc với mặt da sau khi bôi một lớp kem trên bề mặt da. Vị trí thăm dò là đường nách giữa và các khoang liên sườn. Kết quả đo đáng tin cậy khi IQR/med < 30%, success rate > 60% và là giá trị trung bình của 10 lần đo thành công.

Chỉ số CAP cho các mức độ nhiễm mỡ gan trên FibroScan. Giá trị các ngưỡng theo hướng dẫn sử dụng trên máy Fibroscan Expert 630: <302 dB/m: không nhiễm mỡ (S0), 302 - 331 dB/m: gan nhiễm mỡ nhẹ (S1), 331 – 337 dB/m: gan nhiễm mỡ vừa (S2), ≥ 337 dB/m: gan nhiễm mỡ nặng (S3).

Phân loại xơ hóa gan theo chỉ số LSM trên Fibroscan theo hướng dẫn của hãng sử dụng trên máy Fibrocan Expert 630: <8,2 kPa: không có xơ hóa hoặc xơ hóa gan nhẹ (F0 – F1), 8,2 – 9,7 kPa: xơ hóa gan đáng kể (F2), 9,7 – 13,6 kPa: xơ hóa gan tiến triển (F3), ≥13,6 kPa: xơ hóa gan (F4).

**Phân tích số liệu.** Số liệu được quản lý và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS version 22.0. Các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng trung bình (TB) ± độ lệch chuẩn (ĐLC) hoặc trung vị (khoảng min – max) hoặc n(%). So sánh sự khác biệt về tỉ lệ giữa các nhóm bằng kiểm định Chi-square, sự khác biệt về trung bình/trung vị giữa 3 nhóm bằng kiểm định Krustal Wallis. Mỗi liên quan giữa một số yếu tố với chỉ số CAP, LSM bằng hồi quy đa biến tuyến tính. Các kiểm định có giá trị p<0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thu tuyển được 70 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn, bao gồm 33 nam (47,1%) và 37 nữ (52,9%). Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 51,3 ± 12,7 (khoảng tuổi 28 – 79). Thời gian mắc ĐTĐ trung vị là 24 tháng (khoảng tứ phân vị 3,25 – 105 tháng). Một số đặc điểm chung khác của nhóm nghiên cứu được trình bày dưới bảng 1.

**Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu (n = 70)**

Đặc điểm	Kết quả
<b>BMI (kg/m<sup>2</sup>), TB ± ĐLC</b>	25,2±3,9
<b>Phân loại BMI, n(%)</b>	
Thiếu cân	2 (2,9)
Bình thường	18 (25,7)
Thừa cân	18 (25,7)
Béo phì	32 (45,7)
<b>Vòng eo (cm), TB ± ĐLC</b>	91,4±7,3
<b>Vòng hông (cm), TB ± ĐLC</b>	92,7±5,7
<b>Chỉ số eo/hông, TB ± ĐLC</b>	0,99±0,05
<b>Thời gian mắc ĐTD (tháng), TB±ĐLC</b>	24 [3,25-105]
<b>Bệnh đồng mắc/biến chứng,n(%)</b>	
Tăng huyết áp	27 (38,6)
Suy tim	1 (1,4)
Suy thận	2 (2,9)
Biến chứng mắt	22 (31,4)
Biến chứng thần kinh	29 (41,4)
Biến chứng mạch máu	14 (20,0)

<b>Thuốc điều trị ĐTD, n(%)</b>	
Insulin	27 (38,6)
Metformin	44 (62,9)
Gliclazide	13 (18,6)
DPP-4i	40 (57,1)
SGLT2i	28 (40,0)
<b>Thuốc điều trị RLLP, n(%)</b>	
Không sử dụng	17 (24,3)
Nhóm statin	40 (57,1)
Nhóm fibrates	13 (18,6)

BMI: chỉ số khối cơ thể, ĐTD: đái tháo đường, TB: trung bình, ĐLC: độ lệch chuẩn, RLLP: rối loạn lipid

Bảng 1: 82,9% bệnh nhân ĐTD có GNM, trong đó tập trung phần lớn các nhóm thừa cân, béo phì với tỷ lệ 71.4%, bệnh nhân chủ yếu có đồng mắc THA (38.6%), đi kèm với các biến chứng mạn tính của đái tháo đường như biến chứng mắt 31,4%, biến chứng thần kinh 41,4%. Nhóm thuốc điều trị ĐTD thông dụng nhất là Metformin với tỉ lệ là 62.9% và 57.1% được kiểm soát rối loạn lipid máu bằng statin.

**Bảng 2: So sánh một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng giữa các mức độ gan nhiễm mỡ trên Fibroscan**

Đặc điểm	Không (n=12)	Độ S1-2 (n=25)	Độ S3 (n=33)	p*
Tuổi	50,6 ± 2,7	52,2 ± 2,4	50,8 ± 2,5	0,93
Nam giới	6 (18,2)	13 (39,4)	14 (42,4)	0,75
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	23,7 ± 1,2	24,6 ± 0,6	26,5 ± 0,7	0,02
Tỉ lệ vòng bụng/hông	0,97 ± 0,01	0,97 ± 0,01	1,00 ± 0,01	0,03
Thời gian mắc ĐTD (tháng)	24 (1 – 120)	19 (1 – 300)	24 (1 – 312)	0,37
<b>Cận lâm sàng</b>				
Glucose (mmol/l)	12,6 ± 2,0	9,3 ± 0,8	11,1 ± 1,0	0,42
HbA1c (%)	10,0 ± 3,3	8,6 ± 2,2	8,9 ± 2,4	0,47
AST (U/L)	23 (8 -41)	22 (12 – 43)	33 (16 – 120)	0,06
ALT (U/L)	21 (7 – 87)	25 (4 – 67)	38 (20 – 205)	0,002
GGT (U/L)	28 (10 -183)	49 (12 – 145)	62,5 (11 – 665)	0,31
Cholesterol (mmol/l)	5,25 (3,02 – 14,59)	4,87 (3,61 – 14,65)	5,62 (2,92 – 11,14)	0,75
Triglyceride (mmol/l)	3,44 (0,75-20,90)	2,27 (1,16-20,32)	4,16 (0,85-14,06)	0,10
HDL-C (mmol/l)	1,04 (0,70-1,74)	1,25 (0,75 -20,02)	1,12 (0,47-11,1)	0,24
LDL-C (mmol/l)	2,32 (1,13-10,96)	2,57 (0,53 – 5,8)	2,53 (0,98-4,23)	0,43
<b>Siêu âm ổ bụng</b>				
Gan nhiễm mỡ: Độ 1	12 (20,0)	23 (38,3)	25 (41,7)	0,114
Độ 2	0 (0)	2 (40,0)	3 (60,0)	
Độ 3	0 (0)	0 (0)	5 (100)	
<b>Fibroscan</b>				
LSM (kPa)	4,4 (2,3 – 9,0)	4,2 (2,8 – 6,6)	6,4 (3,1 – 21,7)	<0,001
Phân độ xơ hóa: F0-1	11 (19,6)	25 (44,6)	20 (35,7)	0,018
F2	1 (10,0)	0	9 (90,0)	
F3	0 (0)	0	1 (100)	
F4	0 (0)	0	3 (100)	

Số liệu biểu diễn dạng trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc trung vị (khoảng min - max) hoặc n(%), giá trị p so sánh sự khác biệt giữa 3 nhóm.

Bảng 2 mô tả một số đặc điểm cận lâm sàng

và đo fibroscan giữa nhóm không, nhóm GNM độ 1-2 và độ 3 trên Fibroscan. Kết quả cho thấy, chỉ số BMI, tỉ lệ vòng bụng/hông, nồng độ ALT, chỉ số LSM đều cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm

GNM mức độ nặng S3. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ phân loại các mức độ xơ hóa gan trên Fibrocan giữa các nhóm GNM,

trong đó nhóm GNM S1-2 và S3 có tỉ lệ xơ hóa gan F2-4 lần lượt là 0% và 39,4% (n = 13).

**Bảng 3: Một số yếu tố liên quan với chỉ số CAP và LSM trên Fibrocan**

Đặc điểm	CAP			LSM		
	RR	95%CI	p	RR	95%CI	p
Tuổi (năm)	0,27	-0,12 – 2,02	0,08	-0,13	-0,11– 0,05	0,40
Giới	0,09	-14,7 – 31,8	0,46	0,08	-1,12 – 2,23	0,53
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	0,44	1,81 – 8,54	0,003	-0,26	-0,48–0,05	0,10
Chỉ số eo/hông	-0,10	-340 – 162	0,48	0,26	-0,86–34,5	0,06
Thời gian mắc ĐTD (tháng)	0,01	-0,18 – 0,20	0,93	0,39	0,01 – 0,03	0,003
Glucose (mmol/l)	0,19	-1,07 – 4,44	0,22	-0,42	-0,45– -0,08	0,007
HbA1c (%)	-0,38	-12,2 – -1,43	0,01	0,35	0,06 – 0,85	0,025
AST (U/L)	-0,15	-1,28 – 0,62	0,49	0,39	0 – 0,13	0,07
ALT (U/L)	0,42	0 – 0,95	0,052	-0,23	-0,1 – 0,02	0,29
GGT (U/L)	-0,01	-0,12 – 0,11	0,94	0,03	0 – 0,01	0,77
Cholesterol (mmol/l)	0,09	-5,53 – 9,08	0,63	-0,20	-0,83 – 0,23	0,26
Triglyceride (mmol/l)	0,12	-1,90 – 4,21	0,45	0,14	-0,13 – 0,32	0,40
HDL-C (mmol/l)	0,34	3,58 – 19,7	0,006	0,05	-0,51 – 0,77	0,68
LDL-C (mmol/l)	0,02	-9,1 – 11,0	0,85	0,04	-0,61 – 0,85	0,74
CAP (dB/m)	-			0,43	0,01 – 0,05	0,003
LSM (kPa)	0,42	2,04 – 9,6	0,003	-		

Bảng 3 sử dụng mô hình hồi quy tuyến tính đa biến khảo sát mối liên quan giữa một số yếu tố với chỉ số CAP và LSM trên Fibrocan. Kết quả cho thấy BMI, HbA1c, HDL-C và LSM có mối liên quan với chỉ số CAP. Trong khi đó, thời gian mắc ĐTD, glucose máu, HbA1c và CAP có mối liên quan với chỉ số LSM.

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 70 bệnh nhân trưởng thành được chẩn đoán đái tháo đường typ 2 có tình trạng GNM không do rượu (NAFLD) theo tiêu chuẩn Hiệp hội Mỹ các bệnh về gan (AASLD) 2018. Kết quả cho thấy 82,9% bệnh nhân có GNM trên đo Fibscan, các yếu tố liên quan đến chỉ số nhiễm mỡ gan trên Fibrocan là BMI, HbA1c, HDL-C và LSM.

Trên đo Fibrocan tỉ lệ bệnh nhân có GNM và xơ hóa gan tiến triển lần lượt là 82,9% và 20%. Tỉ lệ xơ hóa gan tiến triển khá tương đồng với các nghiên cứu khác dao động từ 14,8 – 22,5%. Tuy nhiên tỉ lệ GNM trên Fibrocan trong nghiên cứu chúng tôi cao hơn các nghiên cứu trên nhóm ĐTD typ 2 nói chung khác: 21,5% theo Roselee (tuổi trung bình 61,2 ± 8,5, 63,5% nữ và BMI trung bình 29,8 kg/m<sup>2</sup>) [5], 73,3% theo Trần Thị Khánh Tường (56,8 ± 11,3, 53,7% nữ giới và BMI trung bình 24,9 ± 2,9 kg/m<sup>2</sup>) [6], 70% theo Lomonaco (tuổi trung bình 60 ± 11, 56% nữ giới và BMI trung bình 33,4 kg/m<sup>2</sup>) [7] một phần do bệnh nhân đã được lựa chọn dựa trên đã có chẩn đoán GNM trên siêu âm 2D thông thường. Sự khác biệt về tỉ lệ GNM còn do giá trị ngưỡng

CAP trong chẩn đoán GNM giữa các nghiên cứu và quần thể còn khác biệt. Béo phì là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến giá trị CAP trên Fibrocan, sự khác biệt trong BMI giữa các nghiên cứu cũng có thể là một trong những yếu tố tạo nên sự khác biệt [8]. BMI trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 25,2 ± 3,9, cao hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Khánh Tường (24,9 kg/m<sup>2</sup>) [6], nhưng thấp hơn các nghiên cứu nước ngoài khác [9, 10]. Nghiên cứu ghi nhận nồng độ ALT cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm GNM S3 trên Fibrocan liên quan trực tiếp đến tổn thương gan ở bệnh nhân ĐTD typ 2 do NASH.

Các nghiên cứu đã chỉ ra mối liên quan rõ ràng giữa NAFLD và tình trạng béo phì và ĐTD. Chỉ số CAP trung bình của nhóm là 280,7 ± 47,6 (dB/m), có mối liên quan với các chỉ số BMI, HbA1c, HDL-C và LSM. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu khác.

Tình trạng NAFLD ở nhóm bệnh nhân ĐTD typ 2 được coi là một trong những yếu tố nguy cơ gia tăng xơ hóa gan. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận mối liên quan giữa chỉ số CAP và chỉ số xơ hóa gan LSM (RR = 0,42, 95%CI 2,04 – 9,6, p < 0,05). Mối liên quan này cho thấy việc kiểm soát đường huyết và tình trạng gan nhiễm mỡ có thể ngăn cản/làm chậm quá trình gan nhiễm mỡ và ngược lại. Do đó, việc tư vấn cho người bệnh ĐTD typ 2 kiểm soát bệnh một cách toàn diện không chỉ về các chỉ số đường huyết mà phải kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ liên quan bằng việc thay đổi lối sống, chế độ ăn,

sử dụng các thuốc, đặc biệt là các nhóm thuốc mới có hiệu quả điều trị.

## V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân ĐTĐ typ 2 có NAFLD điều trị tại Khoa Nội tiết và phòng khám Nội tiết – Bệnh viện Bạch Mai có tỉ lệ GNM và xơ hóa gan tiến triển khá cao trên siêu âm đàn hồi gan Fibrocan. Chỉ số CAP phản ánh tình trạng nhiễm mỡ có mối liên quan với chỉ số BMI, HbA1c, HDL – C và chỉ số xơ hóa gan LSM. Do đó cần quản lý, tầm soát những bệnh nhân đái tháo đường type 2 có chỉ số BMI cao, HbA1c cao và HDL-C thấp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chalasan, N., 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): p. 328-357.
2. **Younossi, Z.M., et al.**, Global epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease-Meta-analytic assessment of prevalence, incidence, and outcomes. *Hepatology*, 2016. 64(1): p. 73-84.
3. **Dyson, J.K., Q.M. Anstee, and S. McPherson**, Non-alcoholic fatty liver disease: a practical approach to diagnosis and staging. *Frontline Gastroenterol*, 2014. 5(3): p. 211-218.
4. **Lim, J.U., et al.**, Comparison of World Health Organization and Asia-Pacific body mass index classifications in COPD patients. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 2017. 12: p. 2465-2475.
5. **Pozzan, R., et al.**, Risk factors associated with nonalcoholic fatty liver disease evaluated by elastography in patients with type 2 diabetes. *Arch Endocrinol Metab*, 2022. 66(4): p. 452-458.
6. **Tuong, T.T.K., 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).
7. **Lomonaco, R., et al.**, Advanced Liver Fibrosis Is Common in Patients With Type 2 Diabetes Followed in the Outpatient Setting: The Need for Systematic Screening. *Diabetes Care*, 2021. 44(2): p. 399-406.
8. **Wang, Y., et al.**, Controlled attenuation parameter for assessment of hepatic steatosis grades: a diagnostic meta-analysis. *Int J Clin Exp Med*, 2015. 8(10): p. 17654-63.
9. **Kwok, R., et al.**, Screening diabetic patients for non-alcoholic fatty liver disease with controlled attenuation parameter and liver stiffness measurements: a prospective cohort study. *Gut*, 2016. 65(8): p. 1359-68.
10. **Lai, L.L., et al.**, Screening for non-alcoholic fatty liver disease in patients with type 2 diabetes mellitus using transient elastography. *J Gastroenterol Hepatol*, 2019. 34(8): p. 1396-1403.

## MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC UNG THƯ BIỂU MÔ TIỂU THÙY XÂM NHẬP QUA NGHIÊN CỨU 167 BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Hồng Khoa<sup>1</sup>, Đinh Hữu Tâm<sup>2</sup>, Bùi Thị Mỹ Hạnh<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục đích:** để nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị và tiên lượng đối với UTV nói chung và ung thư biểu mô tiểu thùy xâm nhập (UTBMTTXN) nói riêng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu được tiến hành trên 167 bệnh nhân UTBMTTXM, đã được phẫu thuật điều trị cắt vú tại bệnh viện K từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 7 năm 2023. **Kết quả:** có 5 dưới típ MBH của UTBMTTXN theo phân loại của WHO 2019 được ghi nhận. Dưới típ kinh điển chiếm tỷ lệ cao nhất với 94 trường hợp chiếm 56,3%, đứng thứ 2 là dưới típ đa hình 41 trường hợp chiếm 24,6%, tiếp theo là dưới típ nang với 14 trường hợp chiếm 8,4% và dưới típ đặc

13 trường hợp chiếm 7,8%, dưới típ ống nhỏ – tiểu thùy chiếm tỷ lệ thấp nhất với 5 trường hợp chiếm 3,0%. Độ mô học chung cho UTBMTTXN I; II; III lần lượt là: 11,4%; 70% và 18,6%. **Kết luận:** Típ kinh điển và típ dưới đa hình hay gặp nhất trong ung thư BMTTXN, chiếm 80,9% trong nghiên cứu của chúng tôi với độ mô học II là chủ yếu 56,3%.

**Từ khóa:** Ung thư vú, ung thư tiểu thùy xâm nhập, dưới típ mô học, độ mô học

### SUMMARY

#### SOME HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF INVASIVE LOBULAR CARCINOMA THROUGH A STUDY OF 167 BREAST CANCER PATIENTS AT K HOSPITAL

**Objective:** To improve the quality of diagnosis, treatment, and prognosis for breast cancer in general and invasive lobular carcinoma (ILC) in particular. **Subjects and methods:** We conducted a retrospective descriptive study on 167 ILC patients who underwent a mastectomy at K Hospital from January 2019 to July 2023. **Results:** 5 subtypes of ILC according to the WHO 2019 classification were recorded. The classic type accounted for the highest

<sup>1</sup>Bệnh viện K

<sup>2</sup>Bệnh viện 108

<sup>3</sup>Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hồng Khoa

Email: bsphamhongkhoabvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 26.9.2024