

# CLINICAL AND SUBCLINICAL FEATURES OF NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE (NAFD) IN PATIENT WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS IN NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL 2023

Le Thi Hoa<sup>1\*</sup>, Nguyen Cong Long<sup>2</sup>, Ngo Tri Hiep<sup>3</sup>, Le Thi Hue<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Nghe An General Friendship Hospital - Km5, Nghi Phu, Vinh, Nghe An, Vietnam

<sup>2</sup>Bach Mai Hospital - 78, Giai Phong, Phuong Mai, Dong Da, Hanoi, Vietnam

<sup>3</sup>Vinh Medical University - 161 Nguyen Phong Sac, Vinh, Nghe An, Vietnam

Received: 26/11/2023

Revised: 21/12/2023; Accepted: 15/02/2024

## ABSTRACT

**Objectives:** To investigate non-alcoholic fatty liver disease's clinical and subclinical characteristics in patients with type 2 diabetes from July 2022 to June 2023.

**Population and methods:** Case series description of 262 patients who had type 2 diabetes with non-alcoholic fatty liver disease. Diagnosis of fatty liver by ultrasound.

**Results:** Average age  $66.5 \pm 10.7$ ; the ratio of men and women is 49.2% and 50.8%. Typical clinical symptoms are fatigue and loss of appetite (99.6% and 96.6%). Common paraclinical indicators include decreased red blood cell count, decreased hemoglobin, increased LDL-C, and increased HDL-C in 34.4%, 75.9%, 71.0%, and 38.9%, respectively. Hemoglobin count, platelet count, and LDL-C index in women were higher than in men, with  $p < 0.05$ . The degree of fatty liver on ultrasound is mainly

**Conclusion:** Non-alcoholic fatty liver disease in patients with type 2 diabetes has unclear clinical features, and subclinical characteristics differ between men and women.

**Keywords:** Non-alcoholic fatty liver disease; type 2 diabetes; Nghe An general Friendship Hospital.

---

\*Corresponding author

Email address: [ngocdiepmiss1403@gmail.com](mailto:ngocdiepmiss1403@gmail.com)

Phone number: (+84) 946 901 255

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65i2.939>



# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG GAN NHIỄM MỠ KHÔNG DO RƯỢU Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN NĂM 2023

Lê Thị Hoa<sup>1\*</sup>, Nguyễn Công Long<sup>2</sup>, Ngô Trí Hiệp<sup>3</sup>, Lê Thị Huệ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An - Km5, Nghi Phú, Vinh, Nghệ An, Việt Nam

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai - 78, Giải Phóng, Phương Mai, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

<sup>3</sup>Đại học Y khoa Vinh - 161 Nguyễn Phong Sắc, Vinh, Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 26 tháng 11 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 21 tháng 12 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 15 tháng 02 năm 2024

## TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng gan nhiễm mỡ không do rượu ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 từ tháng 07/2022 đến tháng 06/2023.

**Đối tượng và phương pháp:** Mô tả một loạt ca bệnh với 262 bệnh nhân đái tháo đường type 2 có biểu hiện gan nhiễm mỡ không do rượu. Chẩn đoán xác định gan nhiễm mỡ bằng hình ảnh siêu âm.

**Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình  $66,5 \pm 10,7$ ; tỷ lệ nam và nữ là 49,2% và 50,8%. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là mệt mỏi, chán ăn (99,6% và 96,6%). Chỉ số cận lâm sàng thường gặp số lượng hồng cầu giảm, hemoglobin giảm, LDL-C tăng, HDL-C tăng lần lượt là 34,4%, 75,9%, 71,0%, 38,9%. Số lượng hemoglobin, số lượng tiểu cầu và chỉ số LDL-C ở nữ cao hơn nam với  $p < 0,05$ . Mức độ gan nhiễm mỡ trên siêu âm chủ yếu.

**Kết luận:** Gan nhiễm mỡ không do rượu ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 có biểu hiện lâm sàng mờ nhạt, các biến đổi cận lâm sàng có sự khác biệt giữa nam và nữ.

**Từ khóa:** Gan nhiễm mỡ không do rượu; Đái tháo đường type 2; Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

\*Tác giả liên hệ

Email: ngocdiepmiss1403@gmail.com

Điện thoại: (+84) 946 901 255

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65i2.939>

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gan nhiễm mỡ được định nghĩa là hiện tượng tích tụ mỡ > 5% tế bào gan. Theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới, bệnh gan nhiễm mỡ với tỷ lệ khoảng 2,8 - 24% dân số [1]. Trong đó, bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (Non-alcoholic fatty liver disease-NAFLD) là thường gặp nhất ở các nước phương Tây, ảnh hưởng đến 17- 46% người lớn, với nhiều khác biệt tùy theo phương pháp chẩn đoán, tuổi, giới tính và chủng tộc [1]. Bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (NAFLD) là một bệnh phổ biến từ gan nhiễm mỡ đơn thuần (gan nhiễm mỡ) cho đến viêm gan nhiễm mỡ không cho rượu (Non- alcoholic steatohepatitis hay còn gọi là NASH) không xơ hóa tiến triển thành NASH có xơ hóa và xơ gan gia tăng đến 70-90% HCC [2].

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 [3]. 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. Gan nhiễm mỡ không do rượu cũng cho thấy tỉ lệ phát sinh xơ hóa cao đến 25%, có khoảng 1,5% - 8% người bệnh có thể tiến triển thành xơ gan [4]. Mặc dù vậy, tính đến thời điểm triển khai nghiên cứu, chưa có nhiều bằng chứng đánh giá tác động của bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu trên quần thể bệnh nhân tại Việt Nam, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân mắc đái tháo đường týp 2. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu là mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân gan nhiễm mỡ không do rượu trên bệnh nhân đái tháo đường týp 2 tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

## 2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu là mô tả một loạt ca bệnh thông thường

### 2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 07/2022 - tháng 06/2023.

### 2.3. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên nhóm bệnh nhân đái tháo đường type 2 đủ tiêu chuẩn chẩn đoán NAFLD tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An phù hợp những tiêu chuẩn lựa chọn sau:

#### 2.3.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán NAFLD
- Bằng chứng GNM trên siêu âm.
- 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.
- Bệnh nhân trên 18 tuổi, đồng ý tham gia nghiên cứu.

#### 2.3.2. 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.

## 2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

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

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{(\epsilon.p)^2}$$

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) [5],  $p = 0,72$ ;  $\epsilon$ : giá trị tương đối (= 0,08). Kết quả tính cỡ mẫu tối thiểu là 233 bệnh nhân. Tiến hành chọn mẫu thuận tiện các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Kết quả cỡ mẫu thực tế của nghiên cứu là 262 bệnh nhân.

### 2.5. Biến số nghiên cứu

Biến số nghiên cứu là thông tin chung về bệnh nhân: tuổi, giới, địa chỉ; cân nặng, chiều cao, tiền sử có uống rượu trước đây. Các nhóm biến số đặc điểm lâm sàng

bao gồm các biến số triệu chứng cơ năng (mệt mỏi, giảm hoạt động thể lực, ăn kém, chướng bụng, đầy hơi, đau bụng, đau tức hạ sườn phải, rối loạn đại tiện) và nhóm biến số triệu chứng thực thể: thể trạng (chiều cao, cân nặng, vòng bụng, huyết áp), sốt, thiếu máu, gan (mật độ, kích thước, tính chất bề mặt, tính chất bờ gan). Các biến số của nhóm đặc điểm lâm sàng là các giá trị xét nghiệm như: Công thức máu, định lượng Cholesterol Toàn phần, TG, HDL-C, LDL-C; SGOT, SGPT, GGT; Glucose lúc đói; Insulin; HbA1C; siêu âm ổ bụng.

## 2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Công cụ nghiên cứu là bệnh án nghiên cứu có 3 phần bao gồm: 1) thông tin chung của bệnh nhân; 2) đặc điểm lâm sàng (cơ năng và thực thể) và 3) đặc điểm cận lâm sàng. Các thông tin thu thập được ghi chép theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất. Quy trình nghiên cứu được thực hiện khi lựa chọn được bệnh nhân đủ tiêu chuẩn.

\* Khai thác bệnh: Nghiên cứu viên hỏi bệnh nhân theo các thông tin và ghi vào bệnh án nghiên cứu bao gồm thông tin cá nhân và các triệu chứng cơ năng

\* Thăm khám lâm sàng: Nghiên cứu viên thực hiện khám trực tiếp cho bệnh nhân theo các bước trình tự chi tiết, toàn diện và ghi vào bệnh án nghiên cứu.

\* Thu thập thông tin qua tham khảo hồ sơ bệnh án: Thu thập các giá trị xét nghiệm đánh giá chức năng và siêu âm ổ bụng.

Tiêu chuẩn đánh giá gan nhiễm mỡ trên siêu âm

+ Độ I: Nhu mô gan tăng âm nhẹ so với võ 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.

## 2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 26.0. Tính tỉ lệ %, giá trị trung bình, kiểm định sự khác biệt giữa 2 tỷ lệ bằng Khi bình phương test, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p-value < 0,05. Kiểm định sự khác biệt giữa các biến định lượng bằng t student test, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p-value < 0,05.

## 2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ theo quy tắc về đạo đức trong nghiên cứu y sinh. Nghiên cứu được sự đồng ý của Trường Đại học Y Hà Nội và 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.

## 3. KẾT QUẢ

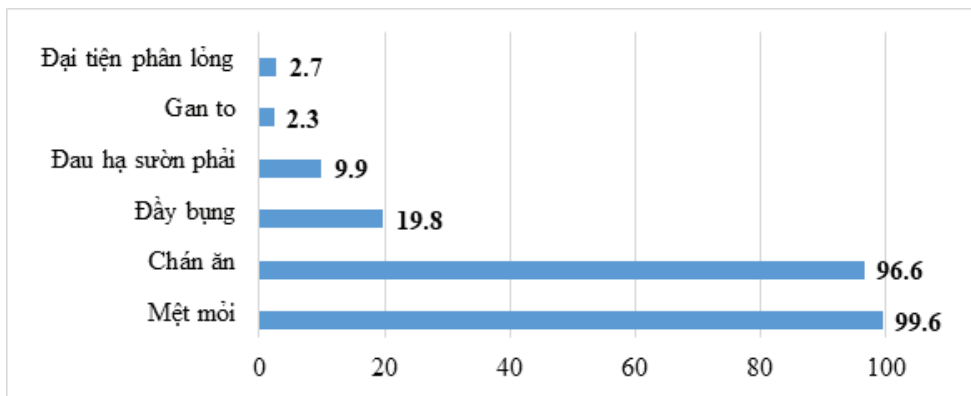
Trong thời gian từ tháng 07/2022 - tháng 06/2023, có 262 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn đưa vào nghiên cứu. Kết quả cho thấy, chỉ số Insulin trung bình ở mức cao là  $31,7 \pm 40,7$ . Chỉ số HbA1C trung bình là  $9,7 \pm 8,6$ . Tỷ lệ bệnh nhân NAFLD có hội chứng chuyển hóa chiếm 61,8%.

**Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu (n=262)**

	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	30 - 39	4	1,5
	40 - 49	15	5,7
	50 - 59	49	18,7
	≥ 60	194	74
	Trung bình (X±SD, min-max)	66,5±10,7 (31-99)	
Giới	Nam	129	49,2
	Nữ	133	50,8
Nghề nghiệp	Cán bộ hành chính	18	6,9
	Nông dân	101	38,5
	Công dân	8	3,1
	Hưu trí	135	51,5

Tuổi trung bình  $66,5 \pm 10,7$ , lứa tuổi  $\geq 60$  chiếm tỷ lệ cao nhất 74%, tỷ lệ nam chiếm 49,2% và nữ là 50,8%. Đa số bệnh nhân có nghề nghiệp là hưu trí 51,5%, chỉ có 3,1% là công nhân.

**Biểu đồ 1. Phân bố triệu chứng lâm sàng của NAFLD ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 (n=262)**



Triệu chứng lâm sàng thường gặp là mệt mỏi, chán ăn (99,6% và 96,6%).



**Bảng 2. Phân bố đặc điểm cận lâm sàng của NAFLD ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 (n=262)**

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Số lượng hồng cầu (T/l)	Bình thường	172	65,6
	Giảm	90	34,4
Hemoglobin (g/l)	Bình thường	63	24,1
	Giảm	199	75,9
Số lượng tiểu cầu (G/l)	Bình thường	236	90,1
	Giảm	26	9,9
AST	≤ 40 UI/l	195	74,4
	> 40 UI/l	67	25,6
ALT	≤ 40 UI/l	196	74,8
	> 40 UI/l	66	25,2
TG	< 1,7 mmol/l	170	64,9
	≥ 1,7 mmol/l	92	35,1
Cholesterol TP	<5,2 mmol/l	170	64,9
	≥ 5,2 mmol/l	92	35,1
LDL-C	< 2,57 mmol/l	76	29,0
	≥ 2,57 mmol/l	186	71,0
HDL-C	≤ 1,03 mmol/l	160	61,1
	> 1,03 mmol/l	102	38,9
Độ GNM trên siêu âm	Độ I	216	82,4
	Độ II	42	16,0
	Độ III	4	1,6

Chỉ số cận lâm sàng thường gặp số lượng hồng cầu giảm, hemoglobin giảm, LDL-C tăng, HDL-C tăng lần lượt là 34,4%, 75,9%, 71,0%, 38,9%.

**Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân NAFLD theo giới tính (n=262)**

Đặc điểm	Nam	Nữ	p
Số lượng hồng cầu (T/l)	4,37±0,74	4,56±3,54	>0,05
Hemoglobin (g/l)	135,39±32,77	124,31±16,23	0,001
Số lượng tiểu cầu (G/l)	239,48±75,77	260,34±67,84	0,023
AST	48,63±121,71	38,95±77,11	>0,05
ALT	46,40±77,61	38,62±76,13	>0,05
TG	2,78±2,29	2,95±2,42	>0,05
Cholesterol TP	4,97±1,32	6,16±7,75	>0,05
LDL-C	2,89±0,95	4,37±6,41	0,01
HDL-C	1,45±0,90	1,48±0,93	>0,05

Số lượng hemoglobin, số lượng tiểu cầu và chỉ số LDL-C ở nữ cao hơn nam, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

#### 4. BÀN LUẬN

Cho đến hiện nay, có rất nhiều giả thuyết xung quanh việc NAFLD có trước hay đi kèm đái tháo đường type 2 có trước, nhưng nhìn chung, các tác giả đều nhận thấy có một mối quan hệ chặt chẽ giữa hai bệnh [6]. Kết quả ở bảng 1 cho thấy, tuổi trung bình là 66,5 tuổi, tỉ lệ hiện mắc ở nam và nữ tương ứng là 49,2% và 50,8%. Kết quả nghiên cứu của Phan Diễm Quỳnh (2020) với tỉ lệ nam, nữ lần lượt là 45% và 55% [7]. Tuy nhiên, có sự khác biệt giữa các kết quả này với Akha và cộng sự (2010), nam nhiều hơn nữ (58,8% và 41,2%), tuổi trung bình là 38 tuổi [8]. Như vậy, gan nhiễm mỡ gặp nhiều ở nữ giới nhiều hơn nam giới và đều thuộc lứa tuổi trung niên trở lên. Điều này có thể lý giải rằng do ở độ tuổi này có sự thay đổi về hormon sinh dục sẽ ảnh hưởng tới sự phân bố và tích tụ mỡ trong cơ thể, khối cơ giảm dần, khối mỡ tăng dần. Tuy nhiên, sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh ở nam và nữ cần được nghiên cứu trên nhiều địa điểm cũng như cỡ mẫu lớn hơn. Đề tài chúng tôi tiến hành ở quần thể một bệnh viện, thời gian ngắn và cỡ mẫu chưa đủ lớn và chưa có tính đại diện. Đây là một hạn chế của nghiên cứu.

Các triệu chứng cơ năng của NAFLD thường ít gặp và cũng là các triệu chứng không đặc hiệu. Bệnh nhân có thể có các biểu hiện như: Mệt mỏi, khó chịu, đầy bụng hay cảm giác bất ổn ở vùng gan hoặc phần trên ổ bụng, đôi khi buồn nôn [3]. Đây cũng là các triệu chứng chung thường gặp của các bệnh đường tiêu hóa khác. Kết quả thể hiện biểu đồ 1 cho thấy: triệu chứng mệt mỏi chiếm tỷ lệ cao nhất là 99,6%. Tiếp theo là chán ăn cũng chiếm tỷ lệ cao là 96,6, đầy bụng là 19,8%, đau hạ sườn phải là 9,9%, đại tiện phân lỏng là 2,7% và cuối cùng là triệu chứng gan to là 2,3%. Các triệu chứng lâm sàng của NAFLD thường không đặc hiệu cho bệnh và có thể giống các bệnh lý của gan khác. Tuy nhiên, các biểu hiện bệnh cũng là yếu tố gợi ý để các bác sỹ lâm sàng nghĩ đến khi bệnh nhân có cơ địa mắc đái tháo đường type 2.

Các xét nghiệm men gan bao gồm các men Aminotransferases (AST: Aspartat transaminase; và ALT: Alanin transaminase), phosphatase kiềm (alkaline phosphatase-ALP), Gama-glutanyl-transpeptidase (GGT), albumin, tỷ lệ prothrombin. Thay đổi về xét nghiệm thường gặp nhất là tăng các men ALT, AST ở mức độ nhẹ đến vừa, thường không quá 4-5 lần so với bình thường, và chỉ gặp trong khoảng 1/3 trường hợp NAFLD. Hầu hết bệnh nhân mắc đái tháo đường type 2 và NAFLD khoảng 85% đều có men gan trong huyết thanh bình thường. Trong nghiên cứu này, chỉ số AST

trung bình là  $43,7 \pm 103,4$  và chỉ số ALT trung bình là  $42,2 \pm 78,1$  (bảng 2). Ngoài ra, chỉ có 22,5% bệnh nhân có chỉ số AST tăng cao và 21,8% bệnh nhân có chỉ số ALT tăng cao, chiếm số lượng khá ít. Chỉ có 12 bệnh nhân được làm xét nghiệm GGT và 6 trong số đó ở mức tăng, chiếm 50%.

Siêu âm cho phép đánh giá một cách chủ quan mức độ thâm nhiễm mỡ ở gan. Việc phân loại gan nhiễm mỡ thường dựa trên một số đặc điểm siêu âm bao gồm độ sáng của gan, độ tương phản giữa gan và thận, hình ảnh siêu âm của các mạch máu trong gan, nhu mô gan và cơ hoành [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi trình bày ở bảng 2 cho thấy mức độ gan nhiễm mỡ độ I chiếm tỷ lệ cao nhất là 216 bệnh nhân, chiếm 82,4%, tiếp theo là độ II với 42 bệnh nhân, chiếm 16,0% và số lượng thấp nhất là số lượng bệnh nhân độ III với 4 bệnh nhân, chiếm 1,5%. Kết quả này khác với nghiên cứu của Phan Diễm Quỳnh (2020) gan nhiễm mỡ độ II chiếm tỷ lệ cao nhất là 45% [7]. Điều này có thể giải thích rằng do chẩn đoán gan nhiễm mỡ trên siêu âm phụ thuộc rất nhiều vào loại thể hệ máy siêu âm, trình độ chuyên môn của bác sĩ, kỹ thuật khác nhau khi thực hiện đánh giá phân độ.

Vai trò của giới tính trong sự phát triển của NAFLD thể hiện kết luận khác nhau trong một số nghiên cứu. NAFLD dường như phổ biến hơn ở nam giới và đã được chứng minh là gia tăng ở những người trẻ tuổi đến trung niên với sự suy giảm được ghi nhận sau độ tuổi 50 - 60 [6]. NAFLD đã được chứng minh là không ảnh hưởng đến những phụ nữ ở độ tuổi tiền mãn kinh và sau đó tỷ lệ mắc bệnh gia tăng sau 50 tuổi với mức cao nhất là 60 - 69 tuổi và ưu thế của bằng chứng dường như cho thấy rằng NASH là về mặt mô học nghiêm trọng hơn ở phụ nữ khi so sánh với nam giới [10]. Người ta đã báo cáo rằng tỷ lệ NAFLD tăng theo tuổi (20% ở những người dưới 20 tuổi) đến hơn 40% ở những người trên 60 tuổi. Tỷ lệ mắc NAFLD không chỉ tăng khi tuổi càng cao mà tỷ lệ mắc NASH và xơ gan cũng tăng ở những bệnh nhân từ 50 tuổi trở lên so với nhóm tuổi trẻ hơn. Một số nghiên cứu khác ở Châu á - Thái Bình Dương cũng cho các kết quả tương tự. Các nhận xét cho rằng mặc dù NAFLD có thể ảnh hưởng đến mọi người ở mọi lứa tuổi và đã được mô tả ở hầu hết các nhóm chủng tộc, nhưng nói chung, tuổi ngày càng tăng có liên quan đến tỷ lệ mắc NAFLD ngày càng tăng. Giới tính nữ không phải là nguy cơ đối với NAFLD. Nam giới đông hơn nữ giới

trong hầu hết các nghiên cứu công bố từ khu vực Châu Á - Thái Bình Dương. Tuy nhiên, người ta đã quan sát thấy sự phân bố tuổi theo hai chế độ; tỷ lệ mắc NAFLD cao nhất ở nam giới xảy ra sớm hơn (40 - 49 tuổi) so với nữ giới (trên 50 tuổi). Ở phụ nữ, tỷ lệ lưu hành cao nhất khi tuổi trên 50 và có thể estrogen bảo vệ một phần chống nhiễm mỡ.

## 5. KẾT LUẬN

Gan nhiễm mỡ không do rượu ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 có biểu hiện lâm sàng mờ nhạt, các biến đổi cận lâm sàng có sự khác biệt giữa nam và nữ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Asia Muhammad N, Non-Alcoholic Fatty Liver Disease, an Overview. Integr Med (Encinitas), 18(2), 2019,42-49.
- [2] Quentin MA, Helen LR, Elena K et al., From NASH to HCC: current concepts and future challenges, Nat Rev Gastroenterol Hepatol, 16(7), 2019, 411-428.
- [3] Byung Wan Lee YHL, Cheol YP et al., Non-Alcoholic Fatty Liver Disease in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: A Position Statement of the Fatty Liver Research Group of the Korean Diabetes Association, Diabetes Metab J, 44(3), 2020, 382-401.
- [4] Singal AK, Anand BS, Recent Trends in the Epidemiology of Alcoholic Liver Disease, Clinical Liver Disease, 2(2), 2013, 53-56.
- [5] 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, 15(4), 2020, 67-72.
- [6] Chongyang Ma KY, Zisong W et al., The association between hypertension and nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD): literature evidence and systems biology analysis, Bioengineered, 12(1), 2021, 2187-2202.



- [7] Phan Diễm Quỳnh, Đỗ Trung Quân, Nhận xét tình trạng đề kháng insulin trên bệnh nhân gan nhiễm mỡ, Tạp chí nội tiết Đái tháo đường, 41, 2020, 106-117.
- [8] O Akha, al HFe. Evaluation of the Correlation between Non-Alcoholic Fatty Liver Disease and Insulin Resistance, Iranian Red Crescent Medical Journal, 12(3), 2010, 282-286.
- [9] Ferraioli G, Soares Monteiro LB, Ultrasound-based techniques for the diagnosis of liver steatosis. World J Gastroenterol; 25(40), 2019, 6053-6062.
- [10] Muzica CM, Sfarti C, Trifan A et al., Nonalcoholic Fatty Liver Disease and Type 2 Diabetes Mellitus: A Bidirectional Relationship, Can J Gastroenterol Hepatol, 2020:6638306.

