



Credit: BS. Huỳnh Văn Trung

# QUẢN LÝ BỆNH GAN NHIỄM MỠ KHÔNG DO RƯỢU

1. Tổng quan về NAFLD

2. Phòng ngừa xơ gan

3. Quản lý cân nặng

4. Quản lý  
Đái tháo đường

5. Quản lý  
Tăng huyết áp

6. Quản lý  
Rối loạn lipid máu

## QUẢN LÝ DỰ ÁN

Nguyễn Thị Mai Thư  
Hồ Tuấn Kiều Trinh  
Dư Thanh Tuyền  
Đỗ Thị Linh Chi

Năm 5 - ĐH Y Dược TP HCM  
Năm 5 - ĐH Y Dược TP HCM  
Năm 5 - ĐH Y Dược TP HCM  
Năm 3 - ĐH Dược Hà Nội

## CỘNG TÁC VIÊN

Phạm Trâm Anh  
Lê Nguyễn Thùy Trang  
Trương Mạnh Trường  
Phạm Diệu Thu  
Hà Thị Lệ Quyên  
Nguyễn Thị Trà Giang  
Vũ Hồng Nhung  
Đặng Thùy Tiên  
Trần Như Quỳnh

Năm 4 - ĐH Y Dược TP HCM  
Năm 4 - ĐH Y Dược TP HCM  
Năm 2 - ĐH Y Dược TP HCM  
Năm 3 - ĐH Dược Hà Nội  
Năm 3 - ĐH Dược Hà Nội  
Năm 3 - ĐH Dược Hà Nội  
Năm 4 - ĐH Dược Hà Nội  
Năm 4 - ĐH Dược Hà Nội  
Năm 4 - ĐH Dược Hà Nội

# MỤC LỤC

<b>I. TỔNG QUAN:</b> .....	<b>4</b>
SƠ ĐỒ 1: TỔNG QUAN – PHÁC ĐỒ QUẢN LÝ NAFLD.....	5
<b>II. CÁC BƯỚC TIẾP CẬN BỆNH NHÂN NAFLD:</b> .....	<b>6</b>
BƯỚC 1: PHÂN NHÓM BỆNH NHÂN NGUY CƠ CAO .....	6
BƯỚC 2: ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ XƠ HOÁ GAN VÀ/HOẶC XƠ GAN.....	6
SƠ ĐỒ 2: PHÒNG NGỪA XƠ GAN TRONG NAFLD .....	7
BƯỚC 3: ĐIỀU TRỊ CÁC BỆNH MẮC KÈM .....	7
BẢNG 3: QUẢN LÝ CÂN NẶNG TRONG NAFLD.....	8
BẢNG 4: QUẢN LÝ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TRONG NAFLD.....	9
BẢNG 5: QUẢN LÝ TĂNG HUYẾT ÁP TRONG NAFLD.....	10
BẢNG 6: QUẢN LÝ RỐI LOẠN LIPID MÁU TRONG NAFLD.....	11
BƯỚC 4: ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC .....	11
BƯỚC 5: XEM XÉT ĐIỀU TRỊ GIẢM CÂN VỚI THUỐC .....	11
BƯỚC 6: XEM XÉT PHẪU THUẬT GIẢM CÂN.....	11
<b>HÌNH BỔ SUNG: HƯỚNG DẪN BỆNH NHÂN VỀ BỆNH GAN NHIỄM MỠ.....</b>	<b>12</b>

## I. TỔNG QUAN:

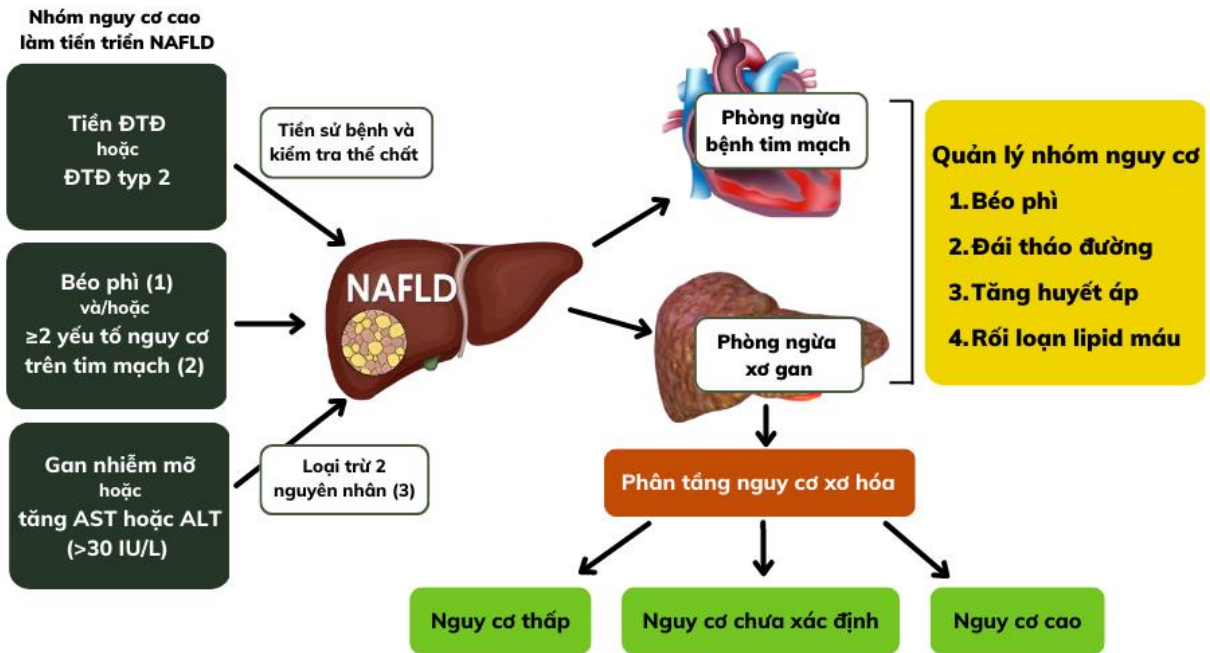
NAFLD	Bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu	Thuật ngữ được sử dụng để mô tả một loạt các tình trạng bệnh lý từ gan nhiễm mỡ đơn thuần đến viêm gan nhiễm mỡ không do rượu (NASH) đến xơ gan, trong trường hợp gần đây không tiêu thụ liên tục một lượng đáng kể rượu hoặc có sự xuất hiện của các nguyên nhân thứ phát khác gây nên bệnh gan nhiễm mỡ.
NASH	Bệnh viêm gan nhiễm mỡ không do rượu	≥5% tế bào gan bị nhiễm mỡ cùng với tình trạng viêm và tổn thương tế bào gan (còn được gọi là tế bào gan phình to), có hoặc không có bằng chứng về tế bào gan xơ hóa tự phát

- NAFLD là nguyên nhân thường gặp nhất của bệnh gan mạn tính, tác động 25% dân số toàn cầu. 12-14% NAFLD tiến triển thành viêm gan nhiễm mỡ không do rượu (NASH), nguy cơ cao của xơ hoá gan tiến triển, xơ gan và ung thư gan. Nguy cơ NASH cao hơn 2-3 lần ở người béo phì và/hoặc đái tháo đường type 2.
- NAFLD được chẩn đoán dựa vào hình ảnh học, với chức năng gan có thể bình thường, NAFLD không liên quan lượng rượu tiêu thụ và các bệnh gan khác.
- NASH được chẩn đoán dựa vào sinh thiết gan, tuy nhiên những test máu và hình ảnh học không xâm lấn có thể xác định nguy cơ xơ hoá gan.
- NAFLD kết hợp với rối loạn chuyển hoá tim mạch: béo phì, đề kháng insulin, đái tháo đường type 2, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu.
- Quản lý chính của NAFLD là giảm cân với giảm calorie, giảm chất béo bão hoà, tinh bột và đường, cải thiện chế độ ăn (chế độ ăn Địa Trung Hải và thực phẩm với chế biến tối thiểu), tập thể dục.
- Hiệu quả cải thiện rối loạn chuyển hoá và giảm mỡ gan khi giảm cân >5% trọng lượng cơ thể, trong khi đó phục hồi NASH và xơ hoá gan được ghi nhận khi giảm ≥10% trọng lượng.
- Hiện chưa có thuốc được FDA chấp thuận cho điều trị NAFLD. Tuy nhiên vài thuốc điều trị đái tháo đường và giảm cân có thể hiệu quả. Phẫu thuật (Bariatric surgery) hiệu quả giảm cân và giảm mỡ ở bệnh nhân béo phì nặng.

# SƠ ĐỒ 1: TỔNG QUAN – PHÁC ĐỒ QUẢN LÝ NAFLD



## TỔNG QUAN - PHÁC ĐỒ QUẢN LÝ



**Chú thích:**

ALT= Alanine aminotransferase; AST = Aspartate aminotransferase; ĐTĐ: Đái tháo đường.

- Bệnh mạn tính do mỡ (ABCD) là một thuật ngữ chẩn đoán do AACE đề xuất để mô tả rõ hơn về bệnh béo phì theo cách tập trung vào biến chứng của khối mỡ bất thường, sự phân bố, chức năng và tỷ lệ mắc bệnh có thể được cải thiện khi giảm cân.
- Các yếu tố nguy cơ tim mạch của hội chứng chuyển hóa là vòng eo  $>102$  cm ở nam  $>88$  cm ở nữ, triglyceride  $\geq 150$  mg/dL, HDL-C  $<40$  mg/dL nam,  $<50$  mg/dL nữ, BP  $\geq 130/85$  mmHg, đường huyết lúc đói  $\geq 100$  mg/dL (NCEP ATP III).
- Nguyên nhân thứ phát gây gan nhiễm mỡ hoặc transaminase tăng cao (AST hoặc ALT là uống quá nhiều rượu ( $\geq 14$  ly / tuần đối với phụ nữ hoặc  $\geq 21$  ly / tuần đối với nam giới), viêm gan B, viêm gan C (kiểu gen 3), bệnh Wilson, thiếu alpha 1 antitrypsin, loạn dưỡng mỡ, đói, dinh dưỡng đường tiêm, abetalipoproteinemia, hemochromatosis, tổn thương hàng loạt, thuốc và các nguyên nhân khác.

## II. CÁC BƯỚC TIẾP CẬN BỆNH NHÂN NAFLD:

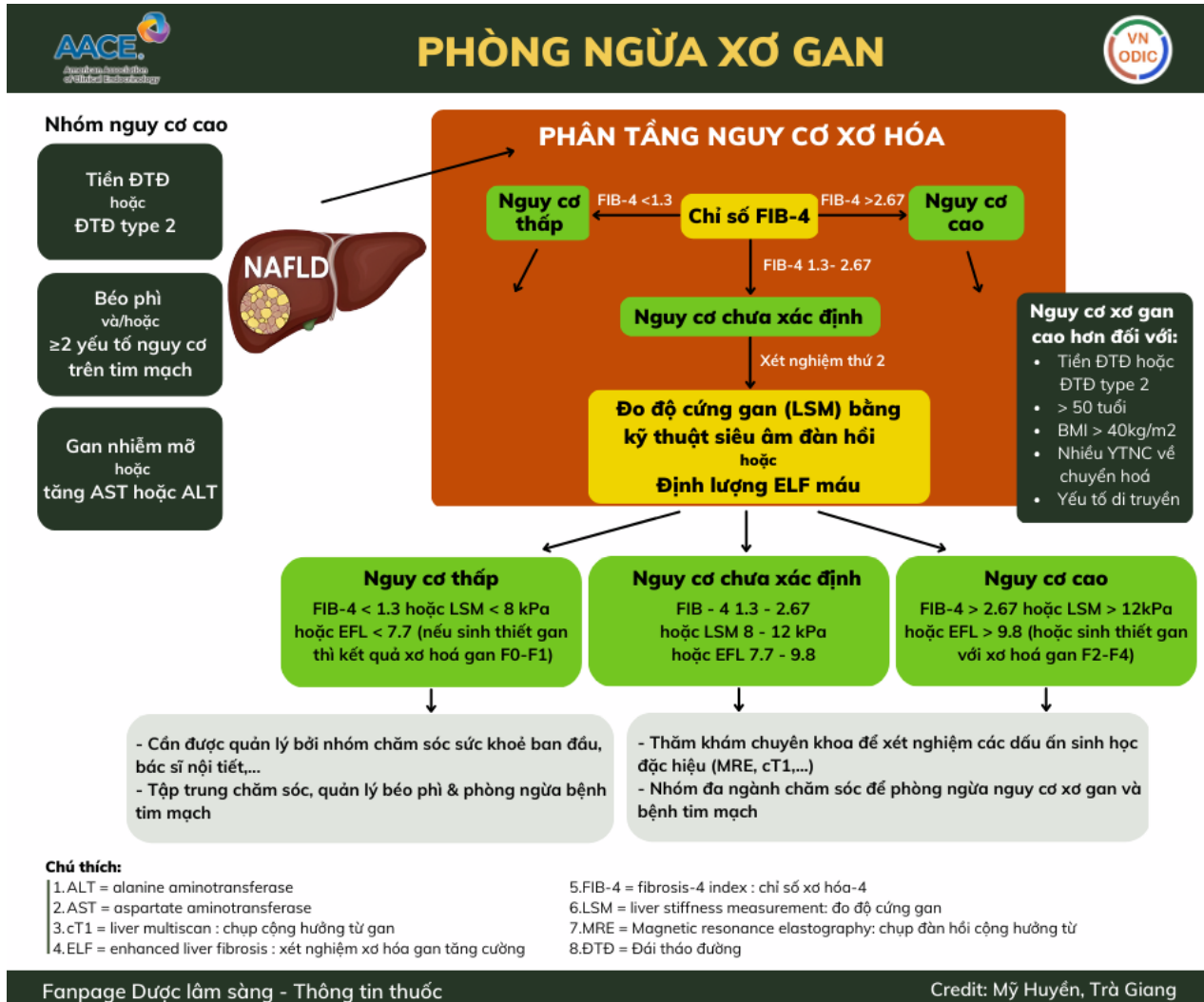
**BƯỚC 1:** Phân nhóm bệnh nhân nguy cơ cao NAFLD, bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ cao khi có:

- Tiền đái tháo đường hoặc đái tháo đường type 2.
- Béo phì và/hoặc  $\geq 2$  yếu tố nguy cơ tim mạch (vòng eo  $>102$  cm/nam,  $>88$  cm/nữ, TG  $\geq 150$ mg/dl, HDL  $<40$ mg/dl/nam,  $<50$ mg/dl/nữ, HA  $\geq 130/85$ mmHg, đường huyết đói  $\geq 100$ mg/dl) (NCEP ATP III).
- Gan nhiễm mỡ trên hình ảnh học hoặc tăng AST, ALT ( $>30$ UI/L) và loại trừ các nguyên nhân khác.

**BƯỚC 2:** Đánh giá nguy cơ xơ hoá gan và/hoặc xơ gan: thường dựa vào Fibrosis-4 index và/hoặc đo độ cứng gan (LSM), Enhanced liver fibrosis test (nếu có).






- Nguy cơ thấp: FIB-4  $<1.3$ , hoặc LSM  $<8$ kPa hoặc EFL  $<7.7$  (nếu sinh thiết gan thì kết quả xơ hoá gan F0-F1)
- Nguy cơ trung bình: FIB-4: 1.3- 2.67, hoặc LSM 8-12 kPa hoặc EFL: 7.7-9.8
- Nguy cơ cao: FIB-4  $>2.67$ , hoặc LSM  $>12$  kPa hoặc EFL  $>9.8$  (hoặc sinh thiết gan với xơ hoá gan F2-F4)

## SƠ ĐỒ 2: PHÒNG NGỪA XƠ GAN TRONG NAFLD



**BƯỚC 3:** Điều trị các bệnh lý/yếu tố nguy cơ cao NAFLD như: béo phì, đái tháo đường, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu.

**BẢNG 3: QUẢN LÝ CÂN NẶNG TRONG NAFLD**

 <span style="font-size: 2em; font-weight: bold; color: gold;">QUẢN LÝ CÂN NẶNG</span> 			
Phân tầng nguy cơ xơ hóa			
	 <b>Nguy cơ thấp</b> FIB-4 < 1.3 LSM < 8kPa ELF < 7.7	 <b>Nguy cơ chưa xác định</b> FIB-4: 1.3-2.67 LSM 8-12kPa ELF 7.7 – 9.8	 <b>Nguy cơ cao</b> FIB-4: >2.67 LSM > 12 kPa ELF > 9.8
Thay đổi lối sống chung	Giảm thời gian ngồi nghỉ và tăng vận động hàng ngày. Giảm stress thông qua tập thể dục và các phương pháp khác		
Khuyến cáo chế độ ăn uống	Ưu tiên tạo sự thâm hụt năng lượng với bằng cách giảm chất béo bão hòa, tinh bột và đường bổ sung. Bệnh nhân xơ gan cần cá thể hoá đánh giá dinh dưỡng và kế hoạch điều trị		
Tập luyện	Để cải thiện sức khoẻ tim mạch , hỗ trợ giảm cân và giảm tình trạng thiếu cơ. Tập aerobic 30-60' (3-5 ngày/tuần) + tập kháng lực 20-30' (2-3 lần/tuần)		
Lượng rượu nạp vào	Tối thiểu	Tối thiểu	Tránh nếu F3 hoặc xơ gan (F4) <sup>1</sup>
Mục tiêu giảm cân để điều trị NAFLD <sup>2</sup> (nếu thừa cân hoặc béo phì)	Giảm cân tốt có liên quan tới tăng lợi ích trên gan và các bệnh tim mạch chuyển hóa		
Công cụ giám cân	Tư vấn điều chỉnh hành vi	Cường độ giảm cân cao hơn để đảo ngược tình trạng viêm gan nhiễm mỡ và xơ gan.	Quản lý béo phì chuyên biệt, với một chương trình có cấu trúc, thuốc chống béo phì, phẫu thuật giảm cân
Liệu pháp dùng thuốc điều trị béo phì	Phentermine, Phentermine/topiramate ER, naltrexone/bupropion, orlistat, liraglutide 3 mg/ngày, semaglutide 2.4 mg/tuần	Ưu tiên GLP-1 RA cho NASH <sup>3</sup> 4	Ưu tiên GLP-1 RA cho NASH <sup>3</sup> 4
Phẫu thuật giảm cân	Cần nhắc điều trị béo phì và các bệnh mắc kèm	Cần nhắc mạnh để điều trị viêm gan nhiễm mỡ và xơ gan	Cần nhắc mạnh hơn để điều trị viêm gan nhiễm mỡ và xơ gan. Tránh xơ gan mất bù

**\*Chú thích:**  
 GLP-1 RA = chất chủ vận thụ thể peptide-1 giống Glucagon, HCC = Ung thư biểu mô tế bào gan, NASH = Viêm gan nhiễm mỡ không do rượu  
 1. Những người bị xơ gan đã được xác nhận dựa trên sinh thiết hoặc khả năng cao dựa trên LSM > 13,6kPa từ siêu âm đàn hồi thoáng qua có kiểm soát rung (FibroScan®), ELF ≥ 29,8 hoặc > 5,0 kPa trên MRE) nên trải qua giám sát HCC. Nên sàng lọc giãn tĩnh mạch nếu LSM > 20 kPa hoặc số lượng tiểu cầu là 150.000/mm<sup>3</sup>  
 2. Những mục tiêu này chỉ nên được coi là một hướng dẫn chung. NAFLD/NASH cũng có thể cải thiện nhờ những thay đổi về hàm lượng chất dinh dưỡng đa lượng, tập thể dục và các yếu tố khác ngoài mức độ giảm cân. Tất cả các nghiên cứu chất lượng cao có sẵn giới hạn trong thời gian tối đa là 12 tháng  
 3. Không có bằng chứng chất lượng cao về liệu pháp được lý ở những người bị xơ gan NASH. Việc điều trị nên được cá nhân hóa và chỉ được sử dụng thận trọng bởi các chuyên gia về gan  
 4. Trong số các GLP-1 RAs, semaglutide có bằng chứng tốt nhất về lợi ích ở những người bị viêm gan nhiễm mỡ và xơ gan.





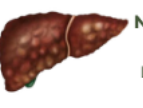
## BẢNG 4: QUẢN LÝ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TRONG NAFLD



### QUẢN LÝ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG



#### Phân tầng nguy cơ xơ hóa

	 <b>Nguy cơ thấp</b> FIB-4: <1.3 LSM < 8kPa ELF <7.7	 <b>Nguy cơ chưa xác định</b> FIB-4: 1.3-2.67 LSM 8-12kPa ELF 7.7 – 9.8	 <b>Nguy cơ cao</b> FIB-4: >2.67 LSM >12 kPa ELF > 9.8
Mục tiêu chung	Nếu có thể, kiểm soát tối ưu đường huyết bằng việc ưu tiên sử dụng các thuốc có khả năng đảo ngược viêm gan nhiễm mỡ. Ưu tiên GLP-1 RA và SGLT2i trong CVD. Ưu tiên SGLT2i trong CKD và HF		
Khuyến cáo chế độ ăn uống	Giảm lượng đường nạp vào cơ thể bằng việc ăn các loại tinh bột nguyên chất (rau, đậu, trái cây) thay vì tinh bột chế biến		
Cá thể hóa mục tiêu AC1	≤6,5% trên những bệnh nhân không có các bệnh mắc kèm nghiêm trọng và nguy cơ hạ đường huyết thấp (>6,5% cho các trường hợp còn lại)		Trong xơ gan tiến triển <sup>1</sup> , thận trọng với nguy cơ hạ đường huyết và tránh sử dụng các thuốc đường uống <sup>2</sup>
Phác đồ ưu tiên điều trị đái tháo đường	Cần nhắc sử dụng các loại thuốc làm giảm mỡ gan (pioglitazone, GLP-1 RA, SGLT2i)	Cần nhắc mạnh việc sử dụng các thuốc có hiệu quả trong NASH: Pioglitazone và/hoặc GLP-1 RA <sup>3</sup> . Không có bằng chứng cho thấy SGLT2i cải thiện viêm gan nhiễm mỡ	Cần nhắc các thuốc có hiệu quả trong NASH: Pioglitazone và/hoặc GLP-1 RA <sup>3</sup> . Không có dữ liệu về hiệu quả trong xơ gan
Metformin, Sufonylurea, DPP-4i, Acarbose VÀ Insulin	Có thể tiếp tục sử dụng nhưng lợi ích hạn chế trên mô học gan trong NAFLD		Có thể tiếp tục sử dụng (F2-F3) nhưng tránh sử dụng các thuốc đường uống trên bệnh nhân xơ gan tiến triển. Không thể tránh được việc sử dụng insulin trên những bệnh nhân này và đó thường là lựa chọn duy nhất

**\*Chú thích:**

CKD = Bệnh thận mãn tính, CVD = Bệnh tim mạch, DPP-4i = Dipeptidyl peptidase 4, GLP-1 RA = Chất chủ vận thụ thể glucagon-like peptide-1, HF = Suy tim, NASH = Viêm gan nhiễm mỡ không do rượu.

SGLT2i = Chất ức chế đồng vận chuyển natri-glucose-2

1. Xơ gan tiến triển được định nghĩa là người bị xơ gan dựa trên sinh thiết và phân loại Child B hoặc C có bằng chứng lâm sàng về các bệnh mắc kèm (giãn tĩnh mạch, tăng áp lực tĩnh mạch cửa, cổ trướng, ...)

2. Dữ liệu hạn chế về thuốc uống trị đái tháo đường và GLP-1 RA ở những người bị xơ gan. Tránh metformin, GLP-1 RA có vẻ an toàn, ưu tiên dùng insulin. Tránh các thuốc đường uống trong xơ gan tiến triển

3. Trong số các GLP-1 RAs, semaglutide có bằng chứng tốt nhất về lợi ích ở những người bị viêm gan nhiễm mỡ và xơ hóa




## BẢNG 5: QUẢN LÝ TĂNG HUYẾT ÁP TRONG NAFLD



### QUẢN LÝ TĂNG HUYẾT ÁP



#### Phân tầng nguy cơ xơ hóa

	 <b>Nguy cơ thấp</b> FIB-4: <1.3 LSM < 8kPa ELF <7.7	 <b>Nguy cơ chưa xác định</b> FIB-4: 1.3-2.67 LSM 8-12kPa ELF 7.7 – 9.8	 <b>Nguy cơ cao<sup>1</sup></b> FIB-4: >2.67 LSM >12 kPa ELF > 9.8
Mục tiêu chung	Tối ưu hoá việc kiểm soát huyết áp và cải thiện sức khỏe tim mạch bằng cách sử dụng các thuốc ưu tiên, bất cứ khi nào có thể. Đánh giá 3 tháng một lần và tăng cường điều trị cho đến khi đạt được mục tiêu.		
Mục tiêu (cá thể hoá) <sup>2,3,4</sup>	HA tâm thu <130mmHg/ HA tâm trương <80 mmHg	HA tâm thu <130mmHg/ HA tâm trương <80 mmHg	HA tâm thu <130mmHg/ HA tâm trương <80 mmHg; Cá thể hoá nếu xơ gan mất bù
Khuyến cáo chế độ ăn uống	ngoài các khuyến cáo chung về chế độ ăn uống, giảm lượng natri và tăng cường thực phẩm giàu kali (ví dụ: chế độ ăn kiêng DASH).		
Thuốc điều trị tăng huyết áp <sup>5</sup>	Liệu pháp đầu tay: ACEIs và ARBs	Liệu pháp đầu tay: ACEIs và ARBs	Tương tự nhưng tránh ACEI hoặc ARB nếu xơ gan mất bù
Điều trị tăng cường	Lựa chọn thứ hai: CCB, BB <sup>6</sup> hoặc thuốc lợi tiểu thiazide (bổ sung khi cần thiết)		Tương tự nhưng cá thể hoá nếu xơ gan mất bù. Thận trọng khi sử dụng thuốc lợi tiểu (nguy cơ lợi tiểu quá mức)
Lựa chọn hàng hai	Lựa chọn thuốc hạ HA bổ sung: thuốc chẹn alpha, thuốc tác động trung tâm, thuốc giãn mạch, thuốc kháng aldosterone		Tương tự nhưng cá thể hoá nếu xơ gan mất bù

**\*Chú thích:**

ACEI = Thuốc ức chế men chuyển. ARB = thuốc chẹn thụ thể angiotensin II, BB = thuốc chẹn beta, CCB = thuốc chẹn kênh canxi.

- Xơ gan tiến triển được định nghĩa là những người bị xơ gan dựa trên sinh thiết và Child B hoặc C và bằng chứng lâm sàng về các bệnh đi kèm (giãn tĩnh mạch, tăng áp lực tĩnh mạch cửa, viêm cổ trướng, v.v.)
- AAACE khuyến cáo rằng việc kiểm soát huyết áp nên được cá thể hoá, nhưng mục tiêu 130/80 mmHg là phù hợp với hầu hết mọi người
- Các mục tiêu ít nghiêm ngặt hơn có thể được xem xét cho những bệnh nhân có thể trạng yếu với các bệnh mắc kèm phức tạp hoặc những bệnh nhân chịu tác dụng phụ của thuốc
- Nên xem xét các mục tiêu cao hơn (ví dụ: <120/80 mmHg) đối với một số người nếu mục tiêu này có thể đạt được một cách an toàn mà không có tác dụng phụ của thuốc
- Nếu HA ban đầu >150/100 mmHg bắt đầu với liệu pháp kép (ACE hoặc ARB + CCB, BB hoặc lợi tiểu thiazide).
- Ưu tiên thuốc chẹn beta tác động đến cân nặng mức độ trung bình: carvedilol, nebivolol

## BẢNG 6: QUẢN LÝ RỐI LOẠN LIPID MÁU TRONG NAFLD



### QUẢN LÝ RỐI LOẠN LIPID MÁU



#### Mức nguy cơ lipid tương tự nhau khi có NAFLD hoặc NASH

Mục tiêu chung	Cần điều trị tích cực sớm rối loạn lipid máu để giảm nguy cơ tim mạch Tăng cường điều trị cho đến khi đạt được mục tiêu lipid		
Khuyến cáo chế độ ăn uống	Tăng lượng chất xơ (>25 g/ngày), ưu tiên rau củ, trái cây nguyên hạt, các loại hạt, giảm chất béo bão hòa và đường bổ sung (ví dụ: chế độ ăn Địa Trung Hải)		
Mức nguy cơ lipid	<b>Nguy cơ CV cao<sup>1</sup></b> ≥2 yếu tố nguy cơ và nguy cơ trong 10 năm từ 10-20% Bệnh ĐTD hoặc CKD ≥3 không có yếu tố nguy cơ nào khác	<b>Nguy cơ CV rất cao<sup>1</sup></b> Đã có CVD hoặc nguy cơ trong 10 năm >20% ĐTD với >1 yếu tố nguy cơ, CKD ≥3, HeFH	<b>Nguy cơ CV cực cao<sup>1</sup></b> CVD tiến triển CVD + ĐTD hoặc CKD ≥3 hoặc HeFH Tiền sử gia đình có CVD sớm (nam <55 tuổi, nữ <65 tuổi)
Mục tiêu LDL-C (mg/dL)	<100	<70	<55
Mục tiêu non-HDL-C (mg/dL)	<130	<100	<80
Mục tiêu triglycerid (mg/dL)	<150	<150	<150
Mục tiêu Apo B (mg/dL)	<90	<80	<70
Thuốc đầu tay: Statin	Sử dụng statin <sup>2</sup> cường độ trung bình đến cao, trừ khi có chống chỉ định Statin an toàn trong NAFLD hoặc NASH nhưng không sử dụng trong xơ gan mất bù (Child C)		
Nếu LDL-C không đạt mục tiêu <sup>3</sup> : Tăng cường điều trị bằng statin	Sử dụng statin liều cao hơn hoặc hiệu lực cao hơn		
Nếu LDL-C không đạt mục tiêu (hoặc không dung nạp statin) <sup>4</sup> : Thêm thuốc thứ 2, sau đó thêm thuốc thứ 3	Ezetimibe, chất ức chế PCSK9, acid bempedoic, colesevelam, inclisiran		
Nếu triglycerid >500 mg/dL	Fibrate, Rx grade omega 3 FA, icosapent ethyl (nếu mắc bệnh ĐTD, tối ưu hóa việc kiểm soát đường huyết và cân nhắc sử dụng pioglitazone) <sup>5</sup>		
Nếu TG 135-499 mg/dL với liều statin tối đa	Nhấn mạnh chế độ ăn uống (như trên)	Thêm icosapent ethyl <sup>6</sup>	Thêm icosapent ethyl <sup>6</sup>

**Chú thích:**

Chữ viết tắt: CKD = Bệnh thận mạn tính, CVD = bệnh tim mạch, FA = Axit béo, HeFH = Tăng cholesterol máu gia đình dị hợp tử, HTN = Tăng huyết áp, Rx = Toa thuốc

1. Các yếu tố nguy cơ chính: 40 tuổi, DM, HTN, FHx mắc bệnh CVD sớm, thấp HDL C, tăng LDL, hút thuốc, CKD 3,4.

2. Liều pháp statin cường độ cao: rosuvastatin 20, 40 mg/ngày, atorvastatin 40, 80 mg/ngày.

3. Các chất điều chỉnh lipid khác nên được sử dụng kết hợp với statin dung nạp tối đa nếu không đạt được mục tiêu: ezetimibe, chất ức chế PCSK9, axit bempedoic, colesevelam hoặc inclisiran.

4. Đánh giá mức độ đầy đủ và khả năng chịu đựng của liệu pháp bằng các đánh giá tập trung trong phòng thí nghiệm và theo dõi bệnh nhân.

5. Niacin có thể làm giảm chất béo trung tính nhưng không làm giảm bệnh tim mạch và làm nghiêm trọng thêm tình trạng kháng insulin. Nó có thể làm tăng đường huyết ở những người có nguy cơ cao mắc bệnh ĐTD.

6. Icosapent ethyl 4g/ngày được khuyến cáo như một liệu pháp hỗ trợ cho liệu pháp statin được dung nạp tối đa để giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch ở những người có nguy cơ cao.

**BƯỚC 4:** Điều trị không dùng thuốc như giảm cân với giảm calorie, giảm chất béo bão hòa, tinh bột và đường, cải thiện chế độ ăn (chế độ ăn Địa Trung Hải và thực phẩm với chế biến tối thiểu), tập thể dục.

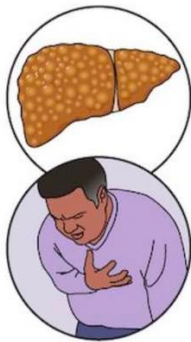
**BƯỚC 5:** Xem xét điều trị giảm cân với thuốc tùy theo nguy cơ xơ hoá gan semaglutide 2.4 mg/tuần [best evidence] hoặc liraglutide 3 mg/ngày.

**BƯỚC 6:** Xem xét phẫu thuật giảm cân.

# HƯỚNG DẪN BỆNH NHÂN VỀ BỆNH GAN NHIỄM MỠ

## NAFLD và NASH là gì?

Bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (NAFLD) xảy ra khi lượng chất béo tích tụ bất thường trong gan. Rượu có thể gây ra tổn thương tương tự cho gan nhưng NAFLD xảy ra khi không uống quá nhiều rượu. NAFLD làm tình trạng gan xấu đi, có thể gây ra viêm và sẹo tại gan, là nguyên nhân gây ra bệnh viêm gan nhiễm mỡ không do rượu (NASH).



## Tại sao những triệu chứng này quan trọng?

NAFLD và NASH có thể không có các triệu chứng cho đến khi phát hiện các biến chứng dai dẳng, đôi khi có thể bao gồm tổn thương gan, ung thư gan và bệnh tim, chẳng hạn như nhồi máu cơ tim và suy tim. Nếu NAFLD và NASH được phát hiện sớm, các phương pháp điều trị có sẵn có thể đảo ngược tình trạng bệnh và giúp ngăn ngừa các biến chứng nghiêm trọng.

## Làm thế nào để biết có nguy cơ mắc bệnh hay không?

Bạn có thể bị tăng nguy cơ nếu mắc các đặc điểm của hội chứng chuyển hóa (đường máu cao, triglycerid trong máu cao, tăng kích thước vòng eo, huyết áp cao), đái tháo đường và béo phì. Nguy cơ phát triển NAFLD càng cao khi bạn có càng nhiều yếu tố nguy cơ trên. Nguy cơ cũng tăng khi một trong số những thành viên trong gia đình bạn mắc NAFLD hoặc NASH. NAFLD và NASH cần được thảo luận, đánh giá bởi chuyên gia chăm sóc sức khỏe và phối hợp với bác sĩ chuyên ngành nếu có thể.

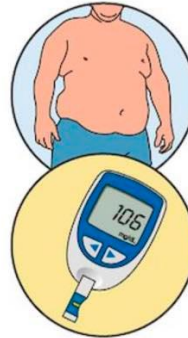
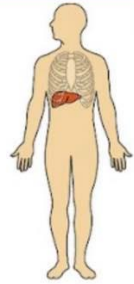


## Có thể uống bao nhiêu rượu nếu đang mắc NAFLD hoặc NASH?

Gan có thể tự phục hồi tốt nhất nếu bạn không uống rượu. Nếu gan phục hồi trong quá trình điều trị, có thể sử dụng một lượng nhỏ rượu sau khi thảo luận với chuyên gia chăm sóc sức khỏe

## Gan nằm ở đâu?

Gan nằm ở phần trên bên phải của bụng, thường được che chở bởi lồng ngực. Mép dưới của gan bình thường chỉ đến hạ sườn phải. Nếu gan nằm bên dưới vị trí này thì có khả năng gan đã bị to ra.



## Nguyên nhân của NAFLD là gì?

Các yếu tố nguy cơ chính của NAFLD là hội chứng chuyển hóa, béo phì (đặc biệt là ở bụng), kháng insulin, đái tháo đường và rối loạn lipid máu. Các tình trạng khác như loạn dưỡng mỡ (mất chất béo), bệnh thận mạn và hội chứng buồng trứng đa nang cũng làm tăng nguy cơ NAFLD.

## Nên làm gì nếu mắc NAFLD hoặc NASH?

Hỏi chuyên gia chăm sóc sức khỏe để thảo luận về tình trạng của bạn và lập kế hoạch điều trị. Tập thể dục ít nhất 3 giờ mỗi tuần, thay đổi chế độ ăn uống, giảm cân (5-10%) và tránh uống rượu. Tham khảo ý kiến của chuyên gia dinh dưỡng có thể có lợi cho tình trạng của bạn. Cần kiểm soát các tình trạng tiềm ẩn, có thể bao gồm cả việc điều trị bằng thuốc.



## Dùng thuốc statin có an toàn không?

Nếu có mức cholesterol cao, cần phải uống statin để giúp ngăn ngừa nhồi máu cơ tim và đột quỵ. Các statin an toàn ở hầu hết bệnh nhân NAFLD nhưng việc dùng thuốc này cần phải được thảo luận với chuyên gia chăm sóc sức khỏe.

## Những câu hỏi bạn có thể muốn hỏi chuyên gia chăm sóc sức khỏe của mình

- Tại sao mắc NAFLD/NASH?
- Tôi có các yếu tố nguy cơ NAFLD/NASH nào?
- Đâu là phương pháp điều trị tốt nhất?
- Liệu thay đổi lối sống có giúp phục hồi gan không?
- Tình trạng tim, động mạch của tôi thế nào?
- Liệu thuốc có giúp phục hồi gan không?
- Tôi có cần khám bác sĩ chuyên khoa gan không?
- Có cần sinh thiết gan không?