

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CỦA THANG ĐIỂM ALBI, PALBI TRONG TIÊN LƯỢNG XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA CẤP DO VỠ GIÃN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN

Nguyễn Văn Chung¹, Đào Đức Tiến², Dương Quang Huy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định giá trị của thang điểm ALBI (Albumin-Bilirubin) và PALBI (Tiểu cầu-Albumin-Bilirubin) trong tiên lượng tái chảy máu sớm và tử vong nội viện của xuất huyết tiêu hóa (XHTH) do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản (TMTQ) ở bệnh nhân xơ gan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 222 bệnh nhân xơ gan có biến chứng XHTH cấp do vỡ giãn TMTQ. Tính điểm ALBI, PALBI và đối chiếu với tỷ lệ tái chảy máu sớm và tử vong tại bệnh viện. **Kết quả:** Thang điểm ALBI, PALBI đều có giá trị tốt trong tiên lượng tử vong nội viện với AUROC lần lượt là 0,81 (95%CI: 0,68 - 0,93; p <0,001) và 0,80 (95%CI: 0,69-0,91; p < 0,001). Với tiên lượng tái chảy máu sớm cả 2 thang điểm chỉ có giá trị mức khá với AUROC của ALBI là 0,74 (95%CI: 0,63 - 0,85; p <0,001) và PALBI là 0,70 (95%CI: 0,59 - 0,81; p=0,004). **Kết luận:** ALBI và PALBI là thang điểm có giá trị trong tiên lượng nguy cơ tái chảy máu sớm và tử vong tại bệnh viện ở bệnh nhân xơ gan có biến chứng XHTH cấp do vỡ giãn TMTQ.

Từ khóa: Thang điểm ALBI, PALBI; XHTH do vỡ giãn TMTQ; xơ gan.

¹Học viện Quân y,

²Bệnh viện Quân y 175

Chịu trách nhiệm chính: Dương Quang Huy

Email: huyduonghvqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2022

Ngày duyệt bài: 24.9.2022

SUMMARY

THE VALUE OF ALBI, PALBI SCORE FOR PROGNOSIS OF ACUTE VARICEAL BLEEDING IN PATIENTS WITH CIRRHOSIS

Objective: To determine the value of Albumin-Bilirubin (ALBI), Platelet-Albumin-Bilirubin (PALBI) score in predicting early rebleeding and in-hospital mortality in cirrhotic patients with acute variceal bleeding (AVB).

Subject and method: cross-sectional descriptive study carried out on 222 cirrhotic patients with AVB. To compare ALBI, PALBI score with the rate of early rebleeding and in-hospital mortality.

Results: ALBI and PALBI score had a good prognostic power in in-hospital mortality (AUROC 0.81, 95%CI: 0.68-0.93, p <0.001 and AUROC 0.80, 95%CI: 0.69-0.91, p < 0,001, respectively). On predicting value in re-bleeding, both of ALBI and PALBI had an acceptable prognostic power in in-hospital mortality (AUROC 0.74; 95%CI: 0.63-0.85; p <0.001 and AUROC 0.70, 95%CI: 0.59-0.81; p=0.004).

Conclusion: ALBI score and PALBI score have a significant performance in the prognosis of early rebleeding and in-hospital mortality in cirrhotic patients with AVB.

Keywords: ALBI score, PALBI score, acute variceal bleeding, cirrhosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản (TMTQ) trong hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa (ALTMC)

là một trong những biến chứng nặng ở bệnh nhân xơ gan, mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị nhưng tỷ lệ tử vong vẫn cao chủ yếu là do thất bại trong việc kiểm soát chảy máu trong những ngày đầu. Tiên lượng XHTH do vỡ giãn TMTQ thường khó không những do mức độ chảy máu mà còn phụ thuộc vào mức độ nặng của bệnh nền xơ gan. Một số yếu tố đã được nghiên cứu để tiên lượng như điểm Child-Pugh, mô hình bệnh gan giai đoạn cuối (MELD), AIMS65,..., tuy nhiên giá trị của những thang điểm này chưa cao với AUROC trong tiên lượng nguy cơ tái chảy máu < 0,7 và tiên lượng tử vong trong vòng 6 tuần đầu đạt cao nhất chỉ 0,74 [1].

Điểm ALBI được xây dựng bởi Johnson J. và CS (2015), sau đó Roayaie S. và CS (2015) đề xuất thang điểm PALBI bằng cách thêm chỉ số tiểu cầu như là một chỉ số trong hội chứng tăng ALTMC nhằm mục đích phân tầng tiên lượng cho bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan tốt hơn so với điểm Child-Pugh [6], [7]. Trong những năm gần đây có một vài nghiên cứu áp dụng hai thang điểm này vào tiên lượng bệnh nhân XHTH do vỡ giãn TMTQ bước đầu đạt được một số kết quả đáng ghi nhận [4], [8]. Với ưu điểm sử dụng những chỉ số xét nghiệm thường quy phản ánh chức năng gan và tăng ALTMC nên có tính khách quan và có khả năng ứng dụng rộng rãi. Tuy nhiên ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về thang điểm này trên đối tượng bệnh nhân XHTH do vỡ giãn TMTQ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu: “Đánh giá giá trị của thang điểm ALBI, PALBI trong tiên lượng tái chảy máu sớm và tử vong nội viện của XHTH do vỡ giãn TMTQ ở bệnh nhân xơ gan”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 222 bệnh nhân chẩn đoán XHTH cấp do vỡ giãn TMTQ trên nền xơ gan, điều trị tại khoa Nội Tiêu hóa, khoa Hồi sức nội – Bệnh viện Quân y 103 và Viện điều trị bệnh tiêu hóa – Bệnh viện TƯQĐ 108, thời gian từ 9/2020 đến tháng 5/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân nhập viện với tình trạng nôn ra máu và/hoặc đại tiện phân đen, được nội soi dạ dày – thực quản và chẩn đoán xác định XHTH do vỡ giãn TMTQ. Đồng thời bệnh nhân có hội chứng suy chức năng gan, tăng ALTMC trên lâm sàng và xét nghiệm để khẳng định chẩn đoán xơ gan.

Tiêu chuẩn loại trừ: XHTH do vỡ giãn tĩnh mạch phình vị dạ dày và do căn nguyên khác, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Bệnh nhân chọn vào nghiên cứu được khai thác tiền sử (tiền sử XHTH, bệnh lý gan...); khám lâm sàng đánh giá huyết động (mạch, huyết áp), triệu chứng nôn máu, đại tiện phân đen, dấu hiệu mất máu và chỉ định xét nghiệm cần thiết (tổng phân tích máu, sinh hóa máu, đông máu) để chẩn đoán và điều trị.

Tính điểm ALBI theo công thức:

$$\text{ALBI} = -0,085 \times \text{Albumin (g/L)} + 0,66 \times \log_{10} \text{Bilirubin } (\mu\text{mol/L})$$

Thang điểm được chia thành 3 mức: ALBI-1 ($\leq -2,60$), ALBI-2 ($-2,60$ đến $-1,39$) và ALBI-3 ($> -1,39$) [6].

Tính điểm PALBI theo công thức:

$$\text{PALBI} = 2,02 \times \text{Log}_{10} \text{Bilirubin} - 0,37 \times (\text{Log}_{10} \text{Bilirubin})^2 - 0,04 \times \text{Albumin} - 3,48 \times \text{Log}_{10} \text{Tiểu cầu} + 1,01 \times (\text{Log}_{10} \text{Tiểu cầu})^2$$

Thang điểm được chia thành 3 mức: PALBI-1 ($\leq -2,53$), PALBI-2 ($> -2,53$ và $\leq -2,09$), và PALBI-3 ($> -2,09$) [7].

Nội soi cấp cứu khi tình trạng huyết động cho phép, phân độ giãn TMTQ (độ I, II, III) theo Hội nội soi Nhật Bản (2010). Can thiệp thắt búi giãn bằng vòng cao su cho trường hợp đang chảy máu hoặc đã cầm nhưng độ giãn cao (độ II, III).

Bệnh nhân được điều trị theo phác đồ thống nhất tùy theo tình trạng bệnh. Theo dõi tái chảy máu sớm và tử vong trong thời gian điều trị tại bệnh viện. Tái chảy máu sớm là tình trạng tiếp tục nôn ra máu và/hoặc đại tiện phân đen, ít nhất sau khoảng thời gian 24

giờ trở lên kể từ thời điểm có các dấu hiệu sinh tồn ổn định, được điều trị theo đúng phác đồ và can thiệp cầm máu [1].

Xử lý và phân tích số liệu: bằng phần mềm thống kê y học SPSS 25.0 vẽ biểu đồ trên Excel 2016. Xây dựng đường cong ROC (Receiver Operating Characteristic) và xác định diện tích dưới đường cong (AUC – Area under the curve) để tìm ra điểm cắt hợp lý với độ đặc hiệu và độ nhạy tương ứng (điểm cắt là điểm mà tại đó giá trị J lớn nhất với $J = \text{độ nhạy} + \text{độ đặc hiệu} - 1$). Với điểm cắt tìm được, sử dụng bảng 2x2 để xác định lại độ nhạy (Se), độ đặc hiệu (Sp).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng, nội soi và diễn biến nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Một số đặc điểm lâm sàng, nội soi của đối tượng nghiên cứu (n = 222)

Chỉ tiêu		X ± SD hoặc n (%)
Tuổi trung bình		54,7 ± 10,4
Giới	Nam	209 (94,1)
	Nữ	13 (5,9)
Triệu chứng lâm sàng lúc nhập viện	Nôn ra máu	48 (21,6)
	Đại tiện phân đen	54 (24,3)
	Nôn máu và đại tiện phân đen	120 (54,1)
Tiền sử xơ gan		201 (90,5)
Tiền sử XHTH do vỡ giãn TMTQ		143 (64,4)
Phân độ giãn TMTQ	Độ I	6 (2,7)
	Độ II	37(16,7)
	Độ III	179 (80,6)
Tình trạng búi giãn đang chảy máu		28 (12,6)

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 54,7 ± 10,4 với nam giới chiếm đa số (94,1%). 90,5% bệnh nhân có tiền sử xơ gan và 64,4% đã từng XHTH do vỡ giãn TMTQ. Triệu chứng nhập viện hay gặp là nôn ra máu và đại tiện phân đen (54,1%).

Kết quả nội soi dạ dày – thực quản: TMTQ giãn độ III gặp ở 80,6% bệnh nhân, với 12,6% phát hiện thấy tình trạng đang chảy máu từ búi giãn TMTQ.

Bảng 3.2. Đặc điểm tái chảy máu sớm và tử vong (n = 222)

Tiêu chí	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Tái chảy máu sớm	20	9,0
Tử vong nội viện	15	6,8

9,0% bệnh nhân tái chảy máu sớm và 6,8% trường hợp tử vong tại bệnh viện.

3.2. Giá trị thang điểm ALBI, PALBI trong tiên lượng XHTH do vỡ giãn TMTQ

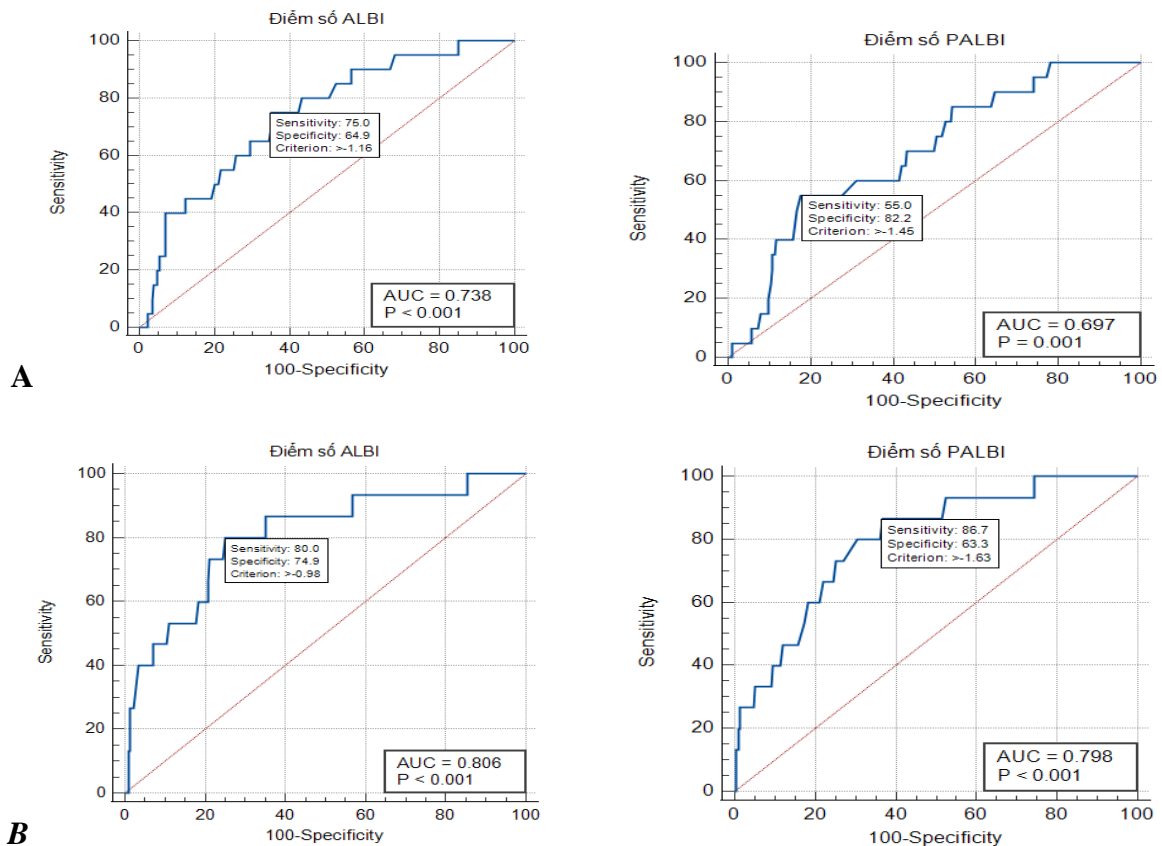
Bảng 3.3. Mối liên quan của điểm ALBI, PALBI với tái chảy máu sớm, tử vong

Thang điểm		Tái chảy máu sớm			Tử vong nội viện		
		Có (n, %)	Không (n, %)	P	Có (n, %)	Không (n, %)	P
ALBI	ALBI-1 (n = 2)	0 (0,0)	2 (100)	<0,05	0 (0,0)	2 (100)	<0,05
	ALBI-2 (n = 92)	3 (3,3)	89 (96,7)		2 (2,2)	90 (97,8)	
	ALBI-3 (n = 128)	17 (13,3)	111 (86,7)		13 (10,2)	115 (89,8)	
	Trung bình	-0,77 ± 0,59	-1,31 ± 0,62	<0,05	-0,54 ± 0,69	-1,31 ± 0,60	<0,05
PALBI	PALBI-1 (n = 8)	0 (0,0)	8 (100,0)	<0,05	0 (0,0)	8 (100)	<0,05
	PALBI-2 (n = 45)	1 (2,2)	44 (97,8)		0 (0,0)	45 (100)	
	PALBI-3 (n = 169)	19 (11,2)	151 (88,8)		15 (8,9)	154 (91,1)	
	Trung bình	-1,53 ± 0,33	-1,80 ± 0,42	<0,05	-1,35 ± 0,36	-1,81 ± 0,41	<0,05

Ở thang điểm ALBI, tỷ lệ tái chảy máu sớm và tử vong nội viện tập trung vào nhóm ALBI-3 (lần lượt là 13,3% và 10,2%), cao hơn so với nhóm ALBI-2 và ALBI-1 ($p < 0,05$). Đối với thang điểm PALBI, tỷ lệ tái chảy máu sớm và tử vong nội viện chủ yếu ở nhóm PALBI-3 (lần lượt 11,2% và 8,9%), cao hơn so với nhóm PALBI-2 và PALBI-1 ($p < 0,05$).

Bảng 3.4. Giá trị điểm ALBI, PALBI trong tiên lượng tái chảy máu sớm và tử vong

Tiêu chí	Thang điểm	Điểm cắt	AUROC (95%CI)	Se (%)	Sp (%)	P
Tái chảy máu sớm	ALBI	- 1,16	0,74 (0,63 - 0,85)	75,0	65,0	< 0,001
	PALBI	- 1,45	0,70 (0,59 - 0,81)	55,0	82,2	0,004
Tử vong nội viện	ALBI	- 0,97	0,81 (0,68 - 0,93)	80,0	75,0	< 0,001
	PALBI	- 1,63	0,80 (0,69 - 0,91)	86,7	63,3	< 0,001



Hình 3.1. Diện tích dưới đường cong của ALBI, PALBI dự đoán tái chảy máu sớm (A) và tử vong nội viện (B)

Đối với tái chảy máu sớm: điểm ALBI có giá trị tiên lượng khá với AUROC 0,74; 95%CI: 0,63 – 0,85; $p < 0,001$, tại điểm cắt - 1,16 có độ nhạy 75,0% và độ đặc hiệu 65,0%. Điểm PALBI cũng cho kết quả tiên lượng khá với AUROC 0,7; 95%CI: 0,59 - 0,81; $p = 0,004$, tại điểm cắt - 1,45 có độ nhạy 55,0% và độ đặc hiệu 82,2%.

Đối với tử vong nội viện: điểm ALBI có giá trị tiên lượng tốt với AUROC 0,81; 95%CI: 0,68 – 0,93; $p < 0,001$ tại điểm cắt - 0,97 có độ nhạy 80% và độ đặc hiệu 75%. Điểm PALBI cũng cho giá trị tiên lượng tốt với AUROC 0,8; 95%CI: 0,69 - 0,91; $p < 0,001$, tại điểm cắt - 1,63 có độ nhạy 86,7% và độ đặc hiệu 63,3%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm lâm sàng, nội soi và diễn biến của bệnh nhân nghiên cứu

4.1.1. Một số đặc điểm lâm sàng, nội soi

222 bệnh nhân nghiên cứu có tuổi trung bình $54,7 \pm 10,4$; nam chiếm 94,1%; 90,5% có tiền sử xơ gan và 143 bệnh nhân (64,4%) đã từng XHTH do vỡ giãn TMTQ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả của nhiều nghiên cứu cho thấy bệnh xơ gan thường gặp ở lứa tuổi trung niên, nam mắc bệnh nhiều hơn nữ và thường phải nhập viện nhiều lần do biến chứng, đặc biệt là biến chứng XHTH [1], [3].

Triệu chứng nhập viện hay gặp là nôn máu và đại tiện phân đen (54,1%), có 48

bệnh nhân chỉ nôn máu (21,6%) và 54 bệnh nhân chỉ đại tiện phân đen (24,3%). Nghiên cứu của Elsafty R.E. và CS (2021) cũng ghi nhận bệnh nhân XHTH do vỡ giãn TMTQ thường nhập viện với đồng thời 2 triệu chứng nôn máu và đại tiện phân đen (64%), trong khi chỉ 21% nôn máu và 15% đại tiện phân đen đơn thuần [3].

Thực hiện nội soi dạ dày - thực quản chúng tôi gặp 80,6% giãn TMTQ độ III, trong khi chỉ 2,7% bệnh nhân giãn độ I. Đồng thời chúng tôi phát hiện 12,6% bệnh nhân máu đang chảy từ búi giãn cần can thiệp cấp cứu ngay để cầm máu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với công bố của Elsafty R.E. và CS (2021) trên 250 bệnh nhân XHTH do vỡ giãn TMTQ nội soi cũng có 4% TMTQ giãn độ I và 17% cần can thiệp thắt cấp cứu búi giãn đang chảy máu [3].

4.1.2. Tỷ lệ tái chảy máu sớm và tử vong nội viện

Theo dõi diễn biến lâm sàng trong thời gian bệnh nhân nằm viện điều trị phác đồ thống nhất theo khuyến cáo của các Hiệp hội chuyên ngành chúng tôi ghi nhận 9,0% bệnh nhân tái chảy máu sớm và 6,8% trường hợp tử vong nội viện. Nghiên cứu của Aluizio C.L và CS (2021) trên 222 bệnh nhân XHTH do vỡ TMTQ cho thấy tỷ lệ tái chảy máu sớm trong vòng 5 ngày đầu nhập viện là 4,5%, tỷ lệ tử vong 5,0% [1]. Nghiên cứu trên 631 bệnh nhân của Zou D. và CS (2016) cũng ghi nhận tỷ lệ tử vong nội viện trong 5 ngày đầu là 4,4% [8]. Như vậy, XHTH do vỡ giãn TMTQ là một biến chứng nặng với tỷ lệ tử vong nội viện còn cao, đòi hỏi phải tiên lượng sớm để có biện pháp điều trị tích cực.

4.2. Giá trị ALBI, PALBI trong tiên lượng XHTH do vỡ giãn TMTQ

Với việc sử dụng các xét nghiệm thường quy và bỏ qua một số yếu tố chủ quan, thang điểm ALBI, PALBI đã được ứng dụng trong tiên lượng nhiều bệnh lý trong đó có bệnh nhân XHTH do vỡ giãn TMTQ và bước đầu cho kết quả khả quan.

4.2.1. Giá trị ALBI, PALBI trong tiên lượng tái chảy máu sớm

Chúng tôi ghi nhận có mối tương quan giữa điểm số cũng như phân nhóm ALBI, PALBI với biến cố tái chảy máu sớm (bảng 3.3): tỷ lệ tái chảy máu sớm ở nhóm ALBI-3 là 13,3% cao hơn so với nhóm ALBI-2 và ALBI-1, tương tự đối với PALBI tỷ lệ tái chảy máu sớm ở nhóm PALBI-3 là 11,2% cao hơn so với nhóm PALBI-2 và PALBI-1, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), đồng thời chúng tôi không ghi nhận trường hợp tái chảy máu sớm nào có mức ALBI-1 và PALBI-1.

Phân tích đường cong ROC, chúng tôi thấy AUROC của ALBI là 0,74 (95%CI: 0,63–0,85; $p < 0,001$), tại điểm cắt -1,16 có độ nhạy 75,0% và độ đặc hiệu 65,0%; của PALBI là 0,70 (95%CI: 0,59 - 0,81; $p = 0,004$), tại điểm cắt -1,45 có độ nhạy 55,0% và độ đặc hiệu 82,2% (bảng 3.4). Nghiên cứu của Elshaarawy O. và CS (2020) đánh giá giá trị một số thang điểm tiên lượng XHTH do vỡ TMTQ (cỡ mẫu 1517 bệnh nhân), trong đó có ALBI, PALBI cũng cho thấy AUROC dự đoán tái chảy máu sớm (trong vòng 1 tuần) của điểm ALBI, PALBI lần lượt là 0,766; 0,794 ($p < 0,05$) [4]. Trong khi nghiên cứu Faisal M.S. và CS (2020) trên 170 bệnh nhân thì giá trị của điểm PALBI dự đoán tái

chảy máu chỉ đạt mức trung bình (AUROC 0,601, 95%CI: 0,502 - 0,699) [5]. Sự khác biệt trong các kết quả nghiên cứu có thể do cỡ mẫu, thời gian đánh giá tái chảy máu cũng như đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu.

4.2.2. Giá trị ALBI, PALBI trong tiên lượng tử vong nội viện

Tương tự như biến cố tái chảy máu sớm, nghiên cứu ghi nhận mối liên quan giữa điểm số cũng như phân nhóm ALBI, PALBI với biến cố tử vong nội viện. Cụ thể, theo kết quả ở bảng 3.3 tỷ lệ tử vong ở nhóm ALBI-3 là 10,4% cao hơn so với nhóm ALBI-2 và ALBI-1. Đối với thang điểm PALBI, chúng tôi chỉ ghi nhận trường hợp tử vong xảy ra ở nhóm PALBI-3 (chiếm 8,9%), không có trường hợp tử vong ở nhóm PALBI-1 và PALBI-2. Đồng thời điểm ALBI, điểm PALBI trung bình của nhóm có biến cố tử vong cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không có biến cố này với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu tương đương với báo cáo của Chen X. và CS (2021) với điểm PALBI trung bình ở nhóm tử vong là $-1,47 \pm 0,35$, cao hơn so với nhóm không tử vong là $-1,94 \pm 0,36$ ($p < 0,001$) và tỷ lệ tử vong 15,4% ở nhóm PALBI-3 so với chỉ 1,7% ở nhóm PALBI-2 và 0% ở nhóm PALBI-1 [2].

Phân tích đường cong ROC, chúng tôi thu được AUROC của ALBI là 0,81 (95%CI: 0,68 - 0,93; $p < 0,001$), tại điểm cắt - 0,97 có độ nhạy 80% và độ đặc hiệu 75,0%; AUROC của PALBI là 0,8 (95%CI: 0,69 - 0,91; $p < 0,001$), tại điểm cắt - 1,63 có độ nhạy 86,7% và độ đặc hiệu 63,3%. Nghiên cứu của Zou D. và CS (2016) cũng cho thấy AUROC của ALBI trong dự báo tử vong ở 631 bệnh nhân XHTH do vỡ giãn TMTQ là 0,808 (95%CI:

0,0775 - 0,838, $p < 0,001$), giá trị điểm cắt tối ưu là -1,5273 với độ nhạy 92,86%, độ đặc hiệu 64,01% [8]. Đối với PALBI, nghiên cứu của Chen X. và CS (2021) trên 221 bệnh nhân nhận thấy điểm PALBI cũng có giá trị tốt trong tiên lượng nguy cơ tử vong 30 ngày đầu với AUROC là 0,827 (gần tương đương với kết quả nghiên cứu của chúng tôi) [2]. Như vậy, thang điểm ALBI và PALBI có giá trị tốt trong tiên lượng tử vong nội viện ở bệnh nhân xơ gan có biến chứng XHTH trên cấp tính do vỡ giãn TMTQ.

V. KẾT LUẬN

Đánh giá giá trị thang điểm ALBI, PALBI trong tiên lượng tái chảy máu sớm và tử vong nội viện ở 222 bệnh nhân xơ gan có XHTH do vỡ giãn TMTQ, chúng tôi nhận thấy: Thang điểm ALBI, PALBI đều có giá trị tốt trong tiên lượng tử vong nội viện với AUROC lần lượt là 0,81 (95%CI: 0,68 - 0,93; $p < 0,001$) và 0,80 (95%CI: 0,69-0,91; $p < 0,001$). Với tiên lượng tái chảy máu sớm cả 2 thang điểm chỉ có giá trị mức khá với AUROC của ALBI là 0,74 (95%CI: 0,63 - 0,85; $p < 0,001$) và PALBI là 0,70 (95%CI: 0,59 - 0,81; $p = 0,004$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aluizio C.L., Montes C.G., Reis G.F.S.R. et al. (2021). Risk stratification in acute variceal bleeding: Far from an ideal score. Clinics, 76, e2921.
2. Chen X., Jiang M. (2021). Value of platelet-albumin-bilirubin score in predicting the short-term prognosis of patients with liver cirrhosis and acute upper gastrointestinal bleeding. J Clin Hepatol, 37(7): 1578-1581.
3. Elsafty R.E., Elsayy A.A., Selim A.F. et al.

- (2021). Performance of albumin-bilirubin score in prediction of hepatic encephalopathy in cirrhotic patients with acute variceal bleeding. *Egypt Liver J*, 11(1): 1–7.
4. **Elshaarawy O., Allam N., Abdelsameea E. et al. (2020).** Platelet-albumin-bilirubin score - a predictor of outcome of acute variceal bleeding in patients with cirrhosis. *World J Hepatol*, 12(3): 99–107.
5. **Faisal M.S., Singh T., Amin H. et al. (2020).** Role of platelet-albumin-bilirubin score in predicting re-bleeding after band ligation for acute variceal hemorrhage. *World J Hepatol*, 12(10): 880.
6. **Johnson P.J., Berhane S., Kagebayashi C. et al. (2015).** Assessment of Liver Function in Patients With Hepatocellular Carcinoma: A New Evidence-Based Approach—The ALBI Grade. *J Clin Oncol*, 33(6): 550.
7. **Roayaie S., Jibara G., Berhane S. et al. (2015).** PALBI-An Objective Score Based on Platelets, Albumin Bilirubin Stratifies HCC Patients Undergoing Resection & Ablation Better than Child’s. *Hepatology*, 624A–690A.
8. **Zou D., Qi X., Zhu C. et al. (2016).** Albumin-bilirubin score for predicting the in-hospital mortality of acute upper gastrointestinal bleeding in liver cirrhosis: A retrospective study. *Turk J Gastroenterol*, 27(2): 180–186.

KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ ETHANOL TRÊN NHÓM NGƯỜI KHÔNG SỬ DỤNG RƯỢU BIA

**Đỗ Thị Mai Dung(*), Đặng Thị Hòa(*), Phạm Thảo Diệp(*),
Nguyễn Mai Phương(*), Phạm Phương Anh (*)**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát nồng độ ethanol trong mẫu máu người không sử dụng rượu, bia và khuyến cáo khoảng tham chiếu sinh học nồng độ ethanol.

Đối tượng và phương pháp : 1237 người tham gia hiến máu tại trung tâm truyền máu bệnh viện Việt Đức. Nồng độ ethanol trong huyết tương được định lượng theo phương pháp động học enzym trên hệ thống máy Beckman Coulter,

hóa chất Biosystem. Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Kết quả: Có 1237 mẫu máu từ người hiến máu tại trung tâm truyền máu bệnh viện Việt Đức. Kết quả nồng độ ethanol có phân bố chuẩn. Mức nồng độ ethanol < 1,760 mmol/l là 33,6%, mức nồng độ 1,76-3 mmol/l 54,4%, mức nồng độ >3 là 12%. Nồng độ ethanol có giá trị thấp nhất là 0,293 mmol/l, cao nhất là 3,990 mmol/l, giá trị trung bình từ 2,124±0,712; ở nam là 2,266 ± 0,709, nữ là 1,971 ± 0,684, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Không có mối tương quan giữa nồng độ ethanol với các nhóm tuổi. Khoảng tham chiếu khuyến cáo là <4,000 mmol/l.

Kết luận: nồng độ ethanol của nhóm không sử dụng rượu bia có giá trị thấp nhất là 0,293

(*): *Khoa Sinh hóa-Bệnh viện Việt Đức*

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Mai Dung

Email: domaidung70@yahoo.com

Ngày nhận bài: 19.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2022

Ngày duyệt bài: 24.9.2022