

GIÁ TRỊ CỦA THANG ĐIỂM MELD VÀ MÔ HÌNH AE TRONG DỰ ĐOÁN SUY GAN CẤP TRÊN NỀN MẠN Ở BỆNH NHÂN VIÊM GAN VI RÚT B MẠN ĐỢT BÙNG PHÁT NẶNG

Nguyễn Thị Thu Hải¹, Bùi Hữu Hoàng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định giá trị của thang điểm MELD, thang điểm MELD-Na và mô hình AE trong dự đoán suy gan cấp trên nền mạn ở bệnh nhân viêm gan vi rút B mạn đợt bùng phát nặng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích và theo dõi dọc trên 120 bệnh nhân viêm gan vi rút B mạn đợt bùng phát nặng, thực hiện tại Khoa Tiêu hóa Bệnh viện Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ ngày 01/01/2019 đến 30/03/2024. **Kết quả:** Trong số 120 bệnh nhân mắc VGVR B mạn đợt bùng phát nặng, 62 (51,7%) bệnh nhân không có tiến triển SGCTNM và 58 (48,3%) bệnh nhân tiến triển thành SGCTNM trong vòng 28 ngày sau khi nhập viện. Độ tuổi của dân số nghiên cứu chủ yếu là trung niên và nam giới chiếm đa số. Về cận lâm sàng: PT% thấp, INR cao, tăng bilirubin toàn phần, AST, ALT và giảm albumin máu. Mô hình AE có AUROC = 0,734 (KTC 95%: 0,642 – 0,825), $p < 0,001$ có khả năng dự đoán tiến triển suy gan cấp trên nền mạn ở bệnh nhân viêm gan vi rút B mạn đợt bùng phát nặng tốt hơn so với thang điểm MELD (AUROC = 0,605 (KTC 95%: 0,503 – 0,706); $p < 0,05$) và thang điểm MELD-Na (AUROC = 0,656 (KTC 95%: 0,558 – 0,755); $p < 0,05$). **Kết luận:** Nghiên cứu đã cho thấy mô hình AE có AUROC = 0,734, $p < 0,001$ có khả năng dự đoán khả năng tiến triển suy gan cấp trên nền mạn ở bệnh nhân viêm gan vi rút B mạn đợt bùng phát nặng. Do đó có thể áp dụng mô hình AE trong thực hành lâm sàng, giúp nhận diện sớm suy gan cấp trên nền mạn ở bệnh nhân viêm gan vi rút B mạn đợt bùng phát nặng để đặt ra các chiến lược điều trị tích cực và dự phòng thích hợp. **Từ khóa:** Suy gan cấp trên mạn, viêm gan vi rút B mạn, đợt bùng phát viêm gan vi rút B mạn, xơ gan, đợt bùng phát mức độ nặng.

SUMMARY

THE VALUE OF THE MELD SCORE AND THE AE MODEL IN PREDICTING ACUTE-ON-CHRONIC LIVER FAILURE IN PATIENTS WITH SEVERE ACUTE EXACERBATION OF CHRONIC HEPATITIS B VIRUS INFECTION

Objective: Determine value of MELD score, MELD-Na score and AE model in predicting acute-on-chronic liver failure in patients with severe acute exacerbation of chronic hepatitis B virus infection

¹Bệnh viện Nguyễn Trãi Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hải

Email: thuhaibs1984@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2024

Ngày duyệt bài: 26.11.2024

Material and methods: Cross-sectional descriptive research method with analysis and longitudinal follow-up on 120 patients with severe acute exacerbation of chronic hepatitis B virus infection performed at the Department of Gastroenterology, University of Medicine and Pharmacy Hospital in Ho Chi Minh from January 1st, 2019 to March 30, 2024. **Results:** Among 120 patients with severe acute exacerbation, 58 had progression to ACLF within 28 days after admission. The AE model with AUROC = 0.734 (95% CI: 0.642 - 0.825), $p < 0.001$ is better able to predict the progression of acute-on-chronic liver failure in patients with severe acute exacerbation of chronic hepatitis B virus infection than the MELD score (AUROC = 0.605 (95% CI: 0.503 – 0.706); $p < 0.05$) and MELD-Na score (AUROC = 0.656 (95% CI: 0.558 – 0.755); $p < 0.05$). **Conclusions:** The study showed that the AE model with AUROC = 0.734, $p < 0.001$ has the ability to predict the progression of acute-on-chronic liver failure in patients with severe acute exacerbation of chronic hepatitis B virus. Therefore, the AE model can be applied in clinical practice, helping to early identify acute-on-chronic liver failure in patients with severe acute exacerbation of chronic hepatitis B virus in order to devise active and predictive treatment strategies.

Keywords: Acute to chronic liver failure, chronic hepatitis B, acute exacerbation, severe acute exacerbation of chronic hepatitis B virus, cirrhosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong quá trình diễn tiến tự nhiên của nhiễm vi rút viêm gan B mạn tính, hầu hết bệnh nhân viêm gan vi rút (VGVR) B mạn sẽ có các đợt bùng phát viêm gan với nhiều mức độ tổn thương gan khác nhau. Bệnh nhân bị viêm gan bùng phát nặng có nguy cơ cao tiến triển đến mất bù về chức năng gan và suy gan cấp trên nền mạn (SGCTNM). SGCTNM là hội chứng cấp tính kèm theo mất bù chức năng gan, suy cơ quan với tỷ lệ tử vong cao vòng 28 ngày. Bệnh ảnh hưởng toàn thân và tiên lượng kém. Đây là một biến cố quan trọng trong VGVR B mạn. Do đó việc tìm kiếm các phương pháp tiên lượng chính xác để dự đoán và quản lý SGCTNM là vô cùng cấp thiết, nhằm nâng cao hiệu quả điều trị và giảm tỷ lệ tử vong cho bệnh nhân. Tại Việt Nam, hiện có rất ít nghiên cứu đánh giá về SGCTNM và thiếu các mô hình thống nhất để dự đoán sự xuất hiện của SGCTNM. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Giá trị của thang điểm MELD và mô hình AE trong dự đoán suy gan cấp trên nền mạn ở bệnh nhân viêm gan vi rút B mạn đợt bùng phát nặng" tại Bệnh viện Đại Học

Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân đủ 18 tuổi trở lên, có đợt bùng phát nặng của VGVR B mạn nhập viện khoa Tiêu hóa - Bệnh Viện Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh từ tháng 01 năm 2019 đến tháng 03 năm 2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Đợt bùng phát nặng của VGVR B mạn được chẩn đoán dựa trên các tiêu chí do Tsubota và cộng sự [1] và Wong và cộng sự [2] đề xuất:

- HBsAg và/hoặc HBV DNA dương >6 tháng
- ALT >10 × ULN (>410 U/L ở nam và >310 U/L ở nữ) và
- Bilirubin toàn phần $\geq 3 \times$ ULN (≥ 51 umol/L hay ≥ 3 mg/dL) và
- PT%: 40%-60%
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu (trong các trường hợp tiến cứu)

Tiêu chuẩn loại trừ: Bao gồm bệnh viêm gan do thuốc, bệnh gan do rượu, cường giáp, mang thai, ung thư biểu mô tế bào gan hoặc viêm gan cấp tính A, C hoặc E, mắc bệnh lý mạn tính nặng ngoài gan, nhiễm trùng, bệnh nhân được hóa trị liệu hoặc dùng liệu pháp ức chế miễn dịch trước khi bị đợt bùng phát. Bệnh nhân đã xơ gan mất bù hoặc trước đây được chẩn đoán mắc xơ gan mất bù cũng bị loại trừ.

Tiêu chuẩn chẩn đoán suy gan cấp trên nền mạn, xơ gan và tiến triển mất bù: Tiêu chuẩn chẩn đoán SGCTNM của APASL 2019 [3]: Vàng da (bilirubin toàn phần >5mg/dL (hoặc >85,5umol/l) và rối loạn đông máu (INR >1,5 hoặc PT% <40%) và báng bụng hoặc bệnh não gan khởi phát trong vòng 4 tuần kể từ khi vàng da.

Xơ gan được chẩn đoán dựa trên kết quả sinh thiết gan trước đó hoặc tổng hợp các dấu hiệu lâm sàng và xét nghiệm, nội soi, X quang và kết quả FibroScan.

Lịch trình điều trị: Sau khi nhập viện, tất cả bệnh nhân đều được điều trị bảo tồn theo phác đồ điều trị, không ai trong số họ được ghép gan. Điều trị bảo tồn gồm: nghỉ ngơi tại giường, thuốc bảo vệ gan, bổ sung dinh dưỡng và năng lượng, truyền tinh mạch huyết tương và albumin, duy trì cân bằng nước- điện giải và toan kiềm, phòng ngừa và điều trị các biến chứng. Tất cả các bệnh nhân đều được điều trị bằng thuốc kháng vi rút Tenofovir hoặc Entecavir trong vòng 03 ngày sau khi nhập viện tùy theo nồng độ HBV DNA. Thay huyết tương có thể được thực hiện ở những bệnh nhân đã tiến triển sang SGCTNM.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu và tiến cứu

theo phương pháp mô tả cắt ngang có phân tích và theo dõi dọc

Cách thu thập số liệu: Bệnh nhân được khảo sát một số yếu tố dịch tễ học (tuổi, giới), tiền sử bản thân, tiền sử gia đình về VGVR B, tình trạng xơ gan, ung thư gan, đồng nhiễm vi rút viêm gan khác (HAV, HCV), sử dụng thuốc ức chế miễn dịch, hóa trị, sau ghép tạng, ngưng thuốc kháng vi rút (interferon, thuốc tương tự nucleos(t)ide), sử dụng thuốc độc gan, sử dụng rượu kéo dài, cường giáp, thai kỳ, bệnh tự miễn, bệnh chuyển hoá (bệnh Wilson, bệnh ứ sắt). Chỉ số xét nghiệm bao gồm AST, ALT, Bilirubin toàn phần, albumin máu, gamma-glutamyl transpeptidase (GGT), INR, số lượng bạch cầu, tiểu cầu (PLT), natri huyết thanh (Na⁺), nitơ urê máu (BUN), creatinine (Cr) và HBV DNA đạt được trong vòng 24 giờ kể từ lần chẩn đoán đầu tiên. Ngoài ra, thang điểm MELD được tính theo công thức sau: Điểm MELD = $3,78 \times \ln[\text{Tbil} (\text{mg/dL})] + 11,2 \times \ln(\text{INR}) + 9,57 \times \ln[\text{Cr} (\text{mg/dL})] + 6,43 \times$ (hằng số đối với nguyên nhân bệnh gan = 0, nếu ứ mật hoặc do rượu, nếu không thì = 1). Thang điểm MELD-Na = MELD - Na - $[0,025 \times \text{MELD} \times (140 - \text{Na})] + 140$. Mô hình AE được tính bằng $R = -13,323 + 0,553 \times \log \text{HBV DNA (bản sao/mL)} + 3,631 \times \text{INR} + 0,053 \times \text{tuổi (năm)}$ [4]. Theo dõi bệnh nhân trong vòng 28 ngày kể từ khi nhập viện ghi nhận kết cục suy gan cấp trên nền mạn.

Xử lý số liệu: Nhập số liệu bằng phần mềm Microsoft Excel 2019 và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến số định tính được trình bày dưới dạng số ca, tỷ lệ phần trăm. Các biến định lượng không có phân phối chuẩn sẽ được trình bày dưới dạng trung vị và tứ phân vị. Các phép kiểm χ^2 , t-tests và Mann-Whitney U được sử dụng tương ứng cho các biến định tính, biến có phân phối chuẩn và biến có phân phối không chuẩn. Đánh giá hiệu quả dự đoán SGCTNM của thang điểm MELD, thang điểm MELD-Na và mô hình AE bằng diện tích dưới đường cong ROC (AUROC), độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương (PPV), giá trị tiên đoán âm (NPV). Để xác định ngưỡng tối ưu cho từng mô hình, sử dụng chỉ số Youden. $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

Y đức: Đây là nghiên cứu mô tả, không can thiệp đến quyết định điều trị của bệnh nhân. Bệnh nhân hoặc thân nhân được giải thích rõ về tình trạng bệnh, tự nguyện tham gia nghiên cứu. Các thông tin về bệnh nhân được bảo mật. Nghiên cứu tuân thủ đạo đức trong nghiên cứu y học và đã được Hội Đồng Y Đức trường Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh chấp thuận.

(Quyết định số 841/HĐDD-ĐHYD, ngày 28/09/2023).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung dân số nghiên cứu

Tổng cộng có 120 bệnh nhân đã tham gia vào nghiên cứu, tuổi trung bình là $53 \pm 14,1$ tuổi, bệnh nhân nam chiếm tỉ lệ cao hơn, lên tới 72,5%. Tỉ lệ Nam/Nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là 2,64/1. Có 62 (51,7%) bệnh nhân không tiến triển SGCTNM và 58 bệnh nhân (48,3%) đã tiến triển thành SGCTNM trong vòng 28 ngày kể từ ngày nhập viện. Trong đó 38 (31,7%) bệnh nhân có HBeAg dương tính và 7 (5,8%) bệnh nhân có Anti HBc IgM dương tính. Xét nghiệm chức năng gan cho thấy giá trị trung bình của bilirubin toàn phần tăng, tỷ số INR tăng, PT% giảm, men gan (AST, ALT, GGT) tăng

và Albumin máu giảm. Bệnh nhân nhóm tiến triển SGCTNM có số lượng tiểu cầu giảm thấp hơn, INR tăng cao hơn, bilirubin máu toàn phần tăng nhiều hơn, albumin máu giảm nhiều hơn, natri máu giảm thấp hơn, ALT tăng ít hơn và các trị số thang điểm MELD, MELD-Na, điểm mô hình AE cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không tiến triển SGCTNM (Bảng 1)

Mô hình AE có AUROC = 0,734 (KTC 95%: 0,642 – 0,825), $p < 0,001$ có khả năng dự đoán tiến triển suy gan cấp trên nền mạn ở bệnh nhân viêm gan vi rút B mạn đợt bùng phát nặng tốt hơn so với thang điểm MELD (AUROC = 0,605 (KTC 95%: 0,503 – 0,706); $p < 0,05$) và thang điểm MELD-Na (AUROC = 0,656 (KTC 95%: 0,558 – 0,755); $p < 0,05$) (Bảng 2)

Bảng 1. Đặc điểm cơ bản của bệnh nhân có và không có tiến triển suy gan cấp trên nền mạn

Đặc điểm	Dân số chung (n=120)	Nhóm có tiến triển SGCTNM (n=58)	Nhóm không tiến triển SGCTNM (n=62)	P
Tuổi (TV (TPV))	$53 \pm 14,1$	58,5 (49,0 – 68,0)	49,0 (40,0 – 58,0)	0,002 ¹
Nam n(%)	87 (72,5%)	38 (65,5%)	49 (79,0%)	0,400 ⁴
HBeAg dương tính (n,%)	38 (31,7%)	19 (32,8%)	19 (30,6%)	0,804 ⁴
Anti HBc IgM dương (n,%)	7 (5,8%)	2 (3,4%)	5 (8,1%)	0,281 ³
Log HBV DNA (copies/ml) TV (TPV)	6,3 (4,5-7,5)	6,73 (4,4-7,5)	5,8 (4,6-7,2)	0,199 ⁴
Bạch cầu	7 (6 – 9)	7,54 (6,21 – 10,50)	6,60 (5,54 – 8,40)	0,109 ¹
Tiểu cầu	$161,28 \pm 60,46$	144,5 (100,0 – 203,0)	165,0 (137,0 – 207,0)	0,032 ¹
INR	$1,68 \pm 0,45$	1,70 (1,55 – 1,90)	1,52 (1,43 – 1,74)	$<0,001^1$
%PT	$50,86 \pm 7,33$	48,8 (42,0 – 52,0)	55,5 (47,0 – 60,0)	$<0,001^1$
Bilirubin toàn phần	15,28 (8,00 – 22,00)	17,7 (13,1 – 22,6)	12,7 (5,4 – 21,9)	0,016 ¹
Albumin máu	$32,31 \pm 5,06$	30,7 (26,6 – 33,6)	34,8 (29,9 – 38,3)	$<0,001^1$
Natri máu	135 (132– 137)	134,0 (132,0 – 136,0)	136,0 (133,0 – 138,0)	0,036 ¹
Creatinin máu	0,91 (0,80 – 1,04)	0,91 (0,75 – 1,01)	0,91 (0,82 – 1,06)	0,278 ¹
Ure máu	25 (20 – 31)	25,2 (20,5 – 31,2)	25,2 (20,5 – 30,6)	0,672 ¹
AST	1213 (647,75-1730)	1100,5 (558,0-1673,0)	1235,5 (929,0-1822,0)	0,175 ¹
ALT	1202,5 (751,75-1925)	1104,0 (553,0-1549,0)	1449,0 (948,0-2252,0)	0,016 ¹
GGT	190 (119,25-311,25)	182,0 (118,0 – 259,0)	217,5 (137,0 – 356,0)	0,234 ¹
MELD	21,15 (18,37-24,22)	22,1 (19,0 – 24,6)	20,7 (16,8 – 23,3)	0,048 ¹
MELD-Na	$23,67 \pm 4,56$	25,1 (22,8 – 27,2)	22,55 (19,6 – 25,7)	0,003 ¹
AE	$-1,22 \pm 1,41$	-0,4 (-1,7 – 0,2)	-1,8 (-2,3 – -0,9)	$<0,001^2$

Số liệu được trình bày dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị)

¹Phép kiểm Mann-Whitney U; ²Phép kiểm T Test; ³phép kiểm Fisher; ⁴Phép kiểm Chi bình phương

Bảng 2. Giá trị dự đoán SGCTNM của thang điểm MELD, MELD-Na, mô hình AE (N=120)

	MELD	MELD-Na	AE
AUROC (KTC 95%)	0,605 (0,503 – 0,706) p=0,048	0,656 (0,558 – 0,755) p=0,003	0,734 (0,642 – 0,825) P < 0,001
Điểm cắt	21,75	22,75	-0,750

Độ nhạy (%)	58,6	75,9	62,1
Độ đặc hiệu (%)	64,5	54,8	82,3
PPV (%)	60,7	61,1	76,5
NPV (%)	62,5	70,8	69,8

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là $53,0 \pm 14,0$, trong đó 84,2% có độ tuổi ≥ 40 . Nghiên cứu của tác giả Vũ Đăng Khoa [5] báo cáo tuổi trung vị là 51, tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi.

Về giới tính, nghiên cứu của chúng tôi, nam giới chiếm tỉ lệ cao hơn nữ giới (tỷ lệ nam/nữ là 2,64/1), tương tự một số nghiên cứu của các tác giả khác. Trong nghiên cứu của Vũ Đăng Khoa (2018)[5], nam giới chiếm tỉ lệ 72,8%, nữ giới chiếm tỉ lệ 27,2% (tỷ lệ nam/nữ là 2,7). Trong nghiên cứu của Yuan L và cs [6], nam giới chiếm 87,2% số bệnh nhân. Kết quả của các nghiên cứu đều chỉ ra rằng nam giới có tỉ lệ cao hơn vào đợt bùng phát của VGVR B mạn.

Qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu của Yuan L được so sánh cho thấy bilirubin toàn phần cao hơn, albumin máu và PT% thấp hơn ở bệnh nhân nhóm SGCTNM so với nhóm không SGCTNM. Các bệnh nhân trong hai nhóm SGCTNM và không SGCTNM trong nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu được so sánh đều tăng AST, ALT, GGT. Tăng bilirubin, giảm albumin máu và PT% thấp là những dấu hiệu tiên lượng xấu và tăng nguy cơ tử vong ở bệnh VGVR B mạn [7].

So sánh điểm số MELD, MELD-Na và mô hình AE giữa hai nhóm tiến triển SGCTNM và không tiến triển SGCTNM trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy, điểm số MELD của bệnh nhân nhóm tiến triển SGCTNM với trung vị 22,1 (19,0 – 24,6) cao hơn nhóm không tiến triển SGCTNM với điểm số MELD là 20,7 (16,8 – 23,3). Điểm số MELD-Na của bệnh nhân nhóm tiến triển SGCTNM với trung vị 25,1 (22,8 – 27,2) cao hơn nhóm không tiến triển SGCTNM với điểm số MELD-Na là 22,55 (19,6 – 25,7). Điểm số mô hình AE của bệnh nhân nhóm tiến triển SGCTNM với trung vị -0,40 (-1,7 – -0,22) cao hơn nhóm không tiến triển SGCTNM với điểm số mô hình AE là -1,8 (-2,3 – -0,90). Khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm số MELD, MELD-Na và điểm mô hình AE giữa hai nhóm ($p < 0,05$).

Còn theo Yuan L và cs [6] điểm số MELD của bệnh nhân nhóm tiến triển SGCTNM trung bình là $19,8 \pm 3,1$ cao hơn nhóm không tiến triển SGCTNM với điểm số MELD là $17,5 \pm 3,8$. Khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm số MELD giữa hai nhóm ($p = 0,003$).

Qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu được so sánh thể hiện rằng thang điểm MELD, MELD-Na và mô hình AE của bệnh nhân nhóm tiến triển SGCTNM cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không tiến triển SGCTNM.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, diện tích dưới đường cong ROC của mô hình AE: AUROC = 0,734, KTC 95%: 0,643 - 0,825 với $p < 0,001$. Do đó mô hình AE có giá trị khá trong dự đoán SGCTNM ở bệnh nhân VGVR B mạn đợt bùng phát nặng, với điểm cắt tối ưu là -0,75 theo Yuoden thì độ nhạy là 62,1%, độ đặc hiệu là 82,3%, giá trị tiên đoán dương là 76,5%, giá trị tiên đoán âm là 69,9%. Còn trong nghiên cứu của Yuan L và cs [6], diện tích dưới đường cong ROC của mô hình AE: AUROC = 0,844, KTC 95%: 0,779 - 0,896, $p < 0,05$, có giá trị tốt trong dự đoán SGCTNM trên bệnh nhân VGVR B mạn đợt bùng phát nặng; với điểm cắt là -2,085, mô hình AE có độ nhạy (89,6%), giá trị tiên đoán âm (99,6%), độ đặc hiệu (62,2%) và giá trị tiên đoán dương (33,8%). Trong nghiên cứu của Ren Y và cs [4], AUROC của mô hình AE là: AUROC = 0,867, KTC: 95% 0,781 - 0,954, $p < 0,001$, có giá trị tốt trong dự đoán SGCTNM trên bệnh nhân VGVR B mạn đợt bùng phát. Với điểm cắt là -2,43, mô hình AE có độ nhạy 85,0%, độ đặc hiệu 80,0%, giá trị tiên đoán dương 24,6%, giá trị tiên đoán âm 99,6% cao hơn so với thang điểm MELD và MELD-Na.

Như vậy qua các nghiên cứu đều cho thấy mô hình AE có giá trị dự đoán SGCTNM tốt hơn so với thang điểm MELD và MELD-Na.

V. KẾT LUẬN

Độ tuổi của dân số nghiên cứu chủ yếu là trung niên và nam giới chiếm đa số. Về cận lâm sàng, bệnh nhân VGVR B mạn đợt bùng phát nặng có PT% thấp, INR cao, tăng bilirubin toàn phần, AST, ALT và giảm albumin máu. Bệnh nhân nhóm tiến triển SGCTNM có số lượng tiểu cầu giảm thấp hơn, INR tăng cao hơn, bilirubin máu toàn phần tăng nhiều hơn, albumin máu giảm nhiều hơn, natri máu giảm thấp hơn, ALT tăng ít hơn và các trị số thang điểm MELD, MELD-Na, điểm mô hình AE cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không tiến triển SGCTNM.

Mô hình AE có AUROC = 0,734 (KTC 95%: 0,642 – 0,825), $p < 0,001$ có khả năng dự đoán tiến triển suy gan cấp trên nền mạn ở bệnh nhân

viêm gan vi rút B mạn đợt bùng phát nặng tốt hơn so với thang điểm MELD (AUROC = 0,605 (KTC 95%: 0,503 – 0,706); $p < 0,05$) và thang điểm MELD-Na (AUROC = 0,656 (KTC 95%: 0,558 – 0,755); $p < 0,05$). Do đó có thể áp dụng mô hình AE trong thực hành lâm sàng, giúp nhận diện sớm suy gan cấp trên nền mạn ở bệnh nhân viêm gan vi rút B mạn đợt bùng phát nặng để đặt ra các chiến lược điều trị tích cực và dự phòng thích hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tsubota, A., et al.**, Lamivudine monotherapy for spontaneous severe acute exacerbation of chronic hepatitis B. *J Gastroenterol Hepatol*, 2005. 20(3): p. 426-32.
2. **Wong, V.W., et al.**, Entecavir treatment in patients with severe acute exacerbation of chronic hepatitis B. *J Hepatol*, 2011. 54(2): p. 236-42.
3. **Sarin, S.K., et al.**, Acute-on-chronic liver failure: consensus recommendations of the Asian Pacific association for the study of the liver (APASL): an update. *Hepatology*, 2019. 13(4): p. 353-390.
4. **Ren, Y., et al.**, Development and validation of a scoring system to predict progression to acute-on-chronic liver failure in patients with acute exacerbation of chronic hepatitis B. *Hepatology Res*, 2018. 48(9): p. 692-700.
5. **Khoa, V.Đ.**, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân đợt cấp trên viêm gan siêu vi B mạn. Đại học Y dược TP.HCM.
6. **Yuan, L., et al.**, Risk factors for progression to acute-on-chronic liver failure during severe acute exacerbation of chronic hepatitis B virus infection. *World J Gastroenterol*, 2019. 25(19): p. 2327-2337.
7. **WHO.** Guidelines for the prevention, diagnosis, care and treatment for people with chronic hepatitis B infection. 2024.

KẾT QUẢ CHƯƠNG TRÌNH NÂNG CAO NĂNG LỰC CẤP CỨU ĐỘT QUỴ NÃO TẠI BỐN BỆNH VIỆN TUYẾN HUYỆN TỈNH HÀ GIANG

Mai Duy Tôn^{1,2,3}, Nguyễn Minh Anh¹,
Nguyễn Quốc Dũng⁴ và cộng sự

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá cải thiện năng lực cấp cứu đột quỵ não của bác sĩ và điều dưỡng tại 4 bệnh viện tuyến huyện tỉnh Hà Giang. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, đánh giá năng lực cấp cứu đột quỵ não của các nhân viên y tế bệnh viện tuyến huyện. Chúng tôi sử dụng phiếu đánh giá năng lực cấp cứu đột quỵ não cho các bác sĩ và điều dưỡng làm trước và sau tập huấn. Phân tích T-test bắt cặp để đánh giá hiệu quả dựa vào số điểm trước và sau khi được tập huấn. **Kết quả:** 186 nhân viên y tế đến từ 4 bệnh viện tuyến huyện tham gia chương trình tập huấn và đánh giá năng lực, trong đó có 81 nam (43%), tuổi trung vị là 38 (35 - 44). Số lượng bác sĩ và điều dưỡng tham dự lần lượt là 75 và 111. Điểm trung bình đầu vào và đầu ra của bác sĩ và điều dưỡng của 4 Bệnh viện huyện lần lượt là: 3,6 và 6,7 ($p < 0,05$). Tại từng huyện tham gia, hay xét theo từng nhóm bác sĩ và điều dưỡng, sau bài giảng tập huấn, tất cả đều có điểm đầu ra cao hơn điểm đầu vào có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). **Kết luận:** Chương trình tập huấn tại 4 bệnh viện tuyến huyện đã cải thiện

đáng kể năng lực cấp cứu đột quỵ não của nhân viên y tế thông qua bài kiểm tra đánh giá năng lực. **Từ khóa:** Đột quỵ não, năng lực cấp cứu, tỉnh Hà Giang.

SUMMARY

OUTCOMES OF THE ACUTE STROKE CARE CAPACITY ENHANCEMENT PROGRAM AT FOUR DISTRICT HOSPITALS IN HA GIANG PROVINCE

Background and aims: To evaluate the improvement in acute stroke care capability among doctors and nurses at four district hospitals in Ha Giang province. **Methods:** This cross-sectional descriptive study evaluates the competency of healthcare workers in the emergency response to stroke. We used competency evaluation forms to assess doctors and nurses before and after the training. A paired T-test analysis was conducted to assess the effectiveness based on the pre- and post-training scores. **Results:** 186 healthcare workers from four district hospitals (81 males (43%), median age 38 (35 - 44)) participated in the training and competency evaluation. 75 doctors and 111 nurses attended. The pre-and post-training average scores were 3.6 and 6.7, respectively ($p < 0.05$). The post-training scores were significantly higher than the pre-training scores ($p < 0.05$) when we compared each participating district as well as in each group of doctors and nurses. **Conclusion:** The training program at four district hospitals significantly improved the acute stroke care competencies of healthcare staff based on the competency assessment test. **Keywords:** Stroke, emergency competency, Ha Giang Province.

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Đại học Quốc Gia Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

⁴Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang

Chịu trách nhiệm chính: Mai Duy Tôn

Email: tonresident@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2024

Ngày duyệt bài: 27.11.2024