

- phình vị ở bệnh nhân xơ gan. VMJ. 2024;539(3). doi:10.51298/vmj.v539i3.10021.
6. **Motola-Kuba M., Arzate A.E.,** (2016), "Validation of prognostic scores for clinical outcomes in cirrhotic patients with acute variceal bleeding", *Annals of Hepatology*, 15(6), pp. 895-901.
7. **Krishnan A, Woreta TA, Vaidya D, Liu Y, Hamilton JP, Hong K, et al.** MELD or MELD-Na as a Predictive Model for Mortality Following Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt Placement. *J Clin Transl Hepatol.* 2023;11(1):38-44. doi:10.14218/JCTH.2021.00513.

KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG RỐI LOẠN TRẦM CẢM Ở BỆNH NHÂN CÓ HỘI CHỨNG RUỘT KÍCH THÍCH

Nghiêm Thị Hải Yến^{1,3}, Trần Ngọc Ánh^{1,2}, Nguyễn Hoàng Yến^{1,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tình trạng rối loạn trầm cảm (thang điểm Beck) ở người bệnh có hội chứng ruột kích thích. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 123 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng ruột kích thích theo tiêu chuẩn Rome IV và đánh giá mức độ trầm cảm tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 08/2024 đến 05/2025. Tiêu chí loại trừ: các bệnh lý tiêu hóa, nội tiết thực thể và không đồng ý tham gia. Phương pháp thu thập: bộ câu hỏi nghiên cứu và thang điểm trầm cảm BECK (BDI). **Kết quả:** tuổi trung bình $44,75 \pm 15,03$; nữ chiếm 58,5%; sống tại nông thôn chiếm 58,5%. Đau bụng (70,7%) là triệu chứng phổ biến nhất. Phân nhóm HCRKT: thể không phân loại (31,7%), thể hỗn hợp (26,8%), thể tiêu chảy (23,6%), thể táo bón (17,9%). Chúng tôi ghi nhận 53,6% BN HCRKT không trầm cảm; trầm cảm nhẹ: 13,8%, trầm cảm trung bình: 10,6%, trầm cảm nặng: 22%. Mỗi liên quan HCRKT – trầm cảm có ý nghĩa thống kê giữa các thể HCRKT và mức độ trầm cảm ($p < 0,001$). Thể HCRKT thể hỗn hợp có tỷ lệ trầm cảm nặng cao nhất (36,4%), trong khi HCRKT thể không phân loại có tỷ lệ không trầm cảm cao nhất (87,2%). **Kết luận:** Có mối liên quan rõ rệt giữa thể bệnh HCRKT và mức độ trầm cảm, đặc biệt ở HCRKT thể hỗn hợp. **Từ khóa:** Hội chứng ruột kích thích, Rối loạn trầm cảm.

SUMMARY

ASSESSMENT OF DEPRESSION SEVERITY IN PATIENTS WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME

Objective: To evaluate the association between the Beck Depression Inventory (BDI) score and irritable bowel syndrome (IBS). **Subjects and Methods:** A total of 123 patients diagnosed with IBS based on the Rome IV criteria were recruited at Hanoi Medical University Hospital from August 2024 to May

2025. **Study Design:** Cross-sectional descriptive study. **Exclusion Criteria:** Patients with organic gastrointestinal or endocrine diseases and those who declined participation. **Data Collection Method:** Structured questionnaire and Beck Depression Inventory (BDI). **Results:** The mean age was 44.75 ± 15.03 years; females accounted for 58.5%, and 58.5% resided in rural areas. Abdominal pain (70.7%) was the most common symptom. IBS subtypes included IBS-U (31.7%), IBS-M (26.8%), IBS-D (23.6%), and IBS-C (17.9%). Depression levels: no depression (53.6%), mild (13.8%), moderate (10.6%), and severe depression (22%). Association between IBS and depression: A statistically significant difference was observed between IBS subtypes and depression severity ($p < 0.001$). The IBS-M subtype had the highest rate of severe depression (36.4%), while IBS-U had the highest rate of no depression (87.2%). **Conclusion:** There is a clear association between IBS subtypes and depression severity, particularly in the mixed subtype (IBS-M). **Keywords:** Irritable Bowel Syndrome, Depressive Disorder.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ruột kích thích (HCRKT) là một rối loạn chức năng đường tiêu hóa mạn tính, được đặc trưng bởi đau bụng tái phát kèm thay đổi thói quen đại tiện, như tiêu chảy, táo bón hoặc dạng hỗn hợp. Với tỷ lệ hiện mắc toàn cầu ước tính khoảng 11%, HCRKT ảnh hưởng sâu sắc đến chất lượng cuộc sống người bệnh và tạo ra gánh nặng lớn cho hệ thống y tế. Chi phí chăm sóc y tế trực tiếp cho mỗi bệnh nhân HCRKT tại Hoa Kỳ dao động từ 1.562 đến 7.547 USD/năm, chưa kể đến chi phí gián tiếp do giảm năng suất lao động và nghỉ việc [1, 2].

Bên cạnh triệu chứng tiêu hóa, nhiều bằng chứng đã chỉ ra mối liên quan chặt chẽ giữa HCRKT và các rối loạn tâm thần, đặc biệt là lo âu và trầm cảm. Ước tính có tới 39,1% bệnh nhân có HCRKT có biểu hiện lo âu và 28,8% có triệu chứng trầm cảm. Tỷ lệ này cao hơn đáng kể so với dân số khỏe mạnh. Các yếu tố tâm lý này không chỉ là hậu quả mà còn có thể tham gia vào cơ chế bệnh sinh của HCRKT thông qua trục não-ruột-vi sinh vật, ảnh hưởng đến cảm giác

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

⁴Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nghiêm Thị Hải Yến

Email: nghiemyen0810@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2025

Ngày duyệt bài: 16.9.2025

nội tạng, hoạt động thần kinh trung ương, hệ miễn dịch và vi sinh vật đường ruột [1, 2].

Mặc dù vậy, hiện nay phần lớn các nghiên cứu chủ yếu đánh giá mức độ nghiêm trọng của lo âu/trầm cảm mà chưa làm rõ tỷ lệ hiện mắc cụ thể theo từng phân nhóm HCRKT. Việc sàng lọc, phát hiện sớm và điều trị các rối loạn tâm thần đồng mắc vẫn còn bị xem nhẹ trong thực hành lâm sàng. Bởi vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu sau với mục đích khảo sát tình trạng rối loạn trầm cảm qua thang điểm BECK ở bệnh nhân có HCRKT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán HCRKT theo tiêu chuẩn ROME IV, bao gồm đau bụng tái phát ít nhất 1 ngày/tuần trong 3 tháng gần đây, khởi phát ít nhất 6 tháng trước khi chẩn đoán, kèm ≥ 2 trong số các đặc điểm: liên quan đến đại tiện, thay đổi tần suất đại tiện, thay đổi hình thái phân. Nội soi đại tràng bình thường. Không có dấu hiệu báo động (sút cân, thiếu máu...).

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có tổn thương thực thể đường tiêu hóa: viêm, loét, ung thư đường tiêu hóa; rối loạn chức năng ống tiêu hóa trong bệnh hệ thống.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 8/2024 đến tháng 5/2025.

Tiêu chuẩn đánh giá trầm cảm: Tình trạng trầm cảm là kết cục chính của nghiên cứu, được đánh giá bằng Thang đo trầm cảm Beck (Beck Depression Inventory – BDI) phiên bản I, gồm 21 câu hỏi, mỗi câu có 4 mức độ từ 0 đến 3, tổng điểm tối đa là 63. Thang điểm được phân loại như sau: 0–9 điểm: Không có trầm cảm; 10–15 điểm: Trầm cảm nhẹ; 16–23 điểm: Trầm cảm trung bình; 24–63 điểm: Trầm cảm nặng [3].

Tiêu chuẩn phân loại HCRKT: Thể tiêu chảy (IBS-D) có phân lỏng chiếm ưu thế, số lần đại tiện phân lỏng $\geq 25\%$ và số lần đại tiện phân rắn $< 25\%$ số lần đại tiện. Thể táo bón (IBS-C) có phân rắn chiếm ưu thế, số lần đại tiện phân rắn $\geq 25\%$ và số lần đại tiện phân lỏng $< 25\%$ số lần đại tiện. Thể hỗn hợp (IBS-M) có phân lỏng và táo bón xen kẽ, số lần đại tiện phân rắn $\geq 25\%$ và phân lỏng chiếm $\geq 25\%$ số lần đại tiện. Thể không phân loại (IBS-U) có số lần đại tiện phân lỏng $< 25\%$ và phân rắn $< 25\%$ số lần đại tiện.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Lấy mẫu thuận tiện, tất cả các bệnh nhân

đáp ứng yêu cầu tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. Thu thập số liệu: Qua bệnh án và bộ câu hỏi nghiên cứu.

2.3. Xử lý số liệu. Các số liệu thu thập được sẽ được mã hóa trên máy tính và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 26.0. Dùng các kiểm định Chi-Square bình phương để kiểm định ý nghĩa thống kê. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0.05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 8/2024 đến tháng 5/2025, chúng tôi đánh giá thang điểm BECK trên 123 bệnh nhân, với độ tuổi trung bình là 44.75 ± 15.03 , trong đó nữ giới chiếm ưu thế (58.5%). Phần lớn sống ở nông thôn (58,5%). Lao động tự do là nghề phổ biến nhất (41,5%), tiếp đến là cán bộ - nhân viên (35%), hưu trí/nội trợ (17,1%), học sinh – sinh viên (4,9%) và nhóm khác (1,6%) (Bảng 1). Triệu chứng phổ biến nhất ở bệnh nhân là đau bụng, gặp ở 80 bệnh nhân (70,7%). Rối loạn phân được ghi nhận ở 32 bệnh nhân (26%). Chướng bụng ít gặp hơn, chỉ chiếm 0,8%, và các triệu chứng khác chiếm 2,4% (Bảng 2).

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân (n=123)

Biến số	Trung bình	Lớn nhất	Nhỏ nhất
Tuổi	44.75 ± 15.03	83	18
Giới	Số BN	Tỷ lệ	
Nam	51	41.5%	
Nữ	72	58.5%	
Khu vực sinh sống	Số BN	Tỷ lệ	
Thành thị	51	41.5%	
Nông thôn	72	58.5%	
Nghề nghiệp	Số BN	Tỷ lệ	
Cán bộ - Nhân viên	43	35%	
Lao động tự do	51	41.5%	
Học sinh - sinh viên	6	4.9%	
Hưu trí - nội trợ	21	17.1%	
Khác	2	1.6%	

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng khởi phát (n=123)

Triệu chứng	Số BN	Tỷ lệ
Đau bụng	80	70.7%
Rối loạn phân	32	26%
Chướng bụng	1	0.8%
Khác	3	2.4%

Trong tổng số 123 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, thể không phân loại chiếm tỷ lệ cao nhất với 39 trường hợp (31,7%), tiếp theo là thể hỗn hợp với 33 trường hợp (26,8%). Thể tiêu chảy ghi nhận ở 29 trường hợp (23,6%) và thể táo bón là ít gặp nhất với 22 trường hợp (17,9%) (Biểu đồ 1). Kết quả khảo sát cho thấy có 57

bệnh nhân (46,4%) có biểu hiện trầm cảm ở các mức độ khác nhau. Trong đó, trầm cảm nặng chiếm tỷ lệ đáng kể (22%), tiếp theo là trầm cảm nhẹ (13,8%) và trầm cảm trung bình (10,6%) (Biểu đồ 2).

Phân tích mối liên quan giữa mức độ trầm cảm và giới tính, ta thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.001$). Nữ giới chiếm ưu thế ở nhóm trầm cảm nặng, chiếm 93% (Bảng 3). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các thể HCRKT và mức độ trầm cảm ($p < 0.001$). Tỷ lệ trầm cảm nặng ở HCRKT thể hỗn hợp là 36,4%, thể táo bón là 28%, thể tiêu chảy là 24,1%, trong khi 87,2% bệnh nhân HCRKT thể không phân loại không có trầm cảm (Bảng 4).



Biểu đồ 1: Đặc điểm về thể bệnh (n=123)



Biểu đồ 2: Đặc điểm về mức độ trầm cảm (n=123)

Bảng 3: Mối liên quan giữa giới tính và mức độ trầm cảm

Mức độ trầm cảm (BECK)	Nam	Nữ	p
Không trầm cảm	35	31	<0.001
Trầm cảm nhẹ	8	9	
Trầm cảm trung bình	6	7	
Trầm cảm nặng	2	25	

Bảng 4: Mối liên quan giữa thể bệnh HCRKT và trầm cảm

Điểm BECK	Thể táo bón	Thể tiêu chảy	Thể hỗn hợp	Thể không phân loại	p
Không trầm cảm	8	14	10	34	<0.001
Trầm cảm nhẹ	2	5	8	2	
Trầm cảm trung bình	5	3	3	2	
Trầm cảm nặng	7	7	12	1	

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, tổng cộng có 123 bệnh nhân được đưa vào phân tích, với độ tuổi trung bình là $44,75 \pm 15,03$, dao động từ 18 đến 83 tuổi. Phân bố độ tuổi rộng này phản ánh đặc

điểm lâm sàng của hội chứng ruột kích thích (HCRKT) – bệnh lý có thể ảnh hưởng đến cả người trẻ và người lớn tuổi. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Võ Duy Thông và cộng sự năm 2021 cũng ghi nhận độ tuổi mắc bệnh phổ biến nằm trong khoảng 30–50 tuổi, với xu hướng gia tăng ở người trưởng thành trẻ [4]. Tỷ lệ nữ giới trong nghiên cứu chiếm ưu thế (58,5%), tương đồng với nhiều nghiên cứu trước đó cho thấy HCRKT có xu hướng phổ biến hơn ở nữ giới. Một phân tích tổng hợp của Lovell và Ford (2012) cho thấy nữ giới có nguy cơ mắc HCRKT cao hơn 1,67 lần so với nam. Bảng 3 cho thấy nữ giới chiếm đa số ở nhóm trầm cảm nặng (92,6%), trong khi nam giới chủ yếu không có trầm cảm (68,6%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.001$). Điều này gợi ý giới tính là yếu tố có liên quan đến mức độ trầm cảm ở bệnh nhân HCRKT, với nguy cơ cao hơn ở nữ giới. Giải thích cho sự khác biệt này có thể liên quan đến ảnh hưởng của hormone giới tính, đặc biệt là estrogen và progesterone, đối với nhu động ruột và cảm giác đau nội tạng [5]. Phân bố theo nơi sinh sống cho thấy 58,5% bệnh nhân đến từ nông thôn, phản ánh sự phổ biến rộng rãi của bệnh ở cả khu vực đô thị và nông thôn. Tuy nhiên, tỷ lệ cao ở nông thôn cũng có thể phản ánh sự thay đổi mô hình ăn uống, mức độ stress chưa được kiểm soát tốt, và tiếp cận y tế hạn chế hơn, khiến các triệu chứng dai dẳng dễ dẫn đến khám chuyên khoa. Phân tích nghề nghiệp cho thấy nhóm lao động tự do chiếm tỷ lệ cao nhất (41,5%), tiếp đến là nhóm cán bộ - nhân viên với 34%. Các nhóm này có thể chịu ảnh hưởng từ nhiều yếu tố stress không ổn định trong công việc, thu nhập, thiếu quyền tự chủ và hỗ trợ xã hội kém là những yếu tố trung gian quan trọng góp phần vào mối liên hệ này. Điều này đã được chứng minh là làm tăng nguy cơ khởi phát và duy trì HCRKT cũng như các rối loạn trầm cảm đi kèm theo nghiên cứu của Patricia A Huerta và cộng sự năm 2019 [6].

Kết quả cho thấy đau bụng là dấu hiệu khởi phát phổ biến nhất, gặp ở 70,7% bệnh nhân, tiếp theo là rối loạn phân (26%). Kết quả này phù hợp với tiêu chuẩn chẩn đoán Rome IV, trong đó đau bụng là tiêu chí bắt buộc, thường liên quan mật thiết đến các thay đổi về đại tiện [7]. Tỷ lệ đau bụng cao trong nghiên cứu này tương tự nhiều nghiên cứu quốc tế và trong nước. Theo nghiên cứu của Muscatello và cộng sự (2014), cảm giác đau bụng gia tăng ở bệnh nhân HCRKT là một yếu tố trung gian quan trọng liên quan đến trầm cảm – trong đó các yếu tố cảm xúc tiêu cực làm hạ thấp ngưỡng cảm giác

đau của ruột [8]. Mặt khác, chỉ có 0,8% bệnh nhân khởi phát với chướng bụng cho thấy rằng đây là biểu hiện ít gặp khi bắt đầu bệnh nhưng lại thường gặp hơn trong quá trình tiến triển.

Trong nghiên cứu, thể bệnh không phân loại chiếm tỷ lệ cao nhất (31,7%), tiếp theo là thể hỗn hợp (26,8%), thể tiêu chảy (23,6%) và thể táo bón (17,9%). Tỷ lệ cao của thể không phân loại phản ánh thực trạng nhiều bệnh nhân không phù hợp hoàn toàn với bất kỳ phân nhóm điển hình nào, gây khó khăn cho việc phân loại và điều trị. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Zamani và cộng sự (2019) đã chỉ ra tỷ lệ trầm cảm không chỉ cao ở HCRKT thể hỗn hợp mà cũng gặp ở cả thể táo bón và thể tiêu chảy [2]. Điều này đặt ra yêu cầu cần cải thiện hệ thống đánh giá triệu chứng để có thể theo dõi tiến triển bệnh và đáp ứng điều trị tốt hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 46,4% bệnh nhân có biểu hiện trầm cảm ở các mức độ khác nhau, trong đó trầm cảm nặng chiếm tỷ lệ cao nhất (22%). Đây là một con số đáng lưu ý, cao hơn so với nhiều nghiên cứu trước đó. Meta-analysis của Zamani và cộng sự (2019) ghi nhận tỷ lệ trầm cảm trong nhóm bệnh nhân HCRKT là 28,8% [2]. Có thể lý giải cho tỷ lệ này là do đặc điểm bệnh nhân phần lớn đến từ khu vực nông thôn, nghề nghiệp không ổn định – những yếu tố được chứng minh là làm tăng nguy cơ mắc trầm cảm. Trầm cảm không chỉ là hệ quả của đau bụng hay khó chịu tiêu hóa kéo dài, mà có thể là yếu tố góp phần vào cơ chế bệnh sinh của HCRKT. Trục não - ruột - vi sinh vật đóng vai trò trung gian, khi stress tâm lý làm thay đổi biểu hiện gen của các cytokine viêm, từ đó ảnh hưởng đến nhu động ruột và cảm giác đau nội tạng [2, 9]. Điều này đặt ra yêu cầu cần quan tâm đến yếu tố tâm thần kinh trong chẩn đoán và điều trị bệnh.

Kết quả từ bảng 4 cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thể bệnh HCRKT và mức độ trầm cảm ($p < 0,001$). Trong đó, thể hỗn hợp có tỷ lệ trầm cảm nặng cao nhất (36,4%), trong khi thể không phân loại có tỷ lệ không trầm cảm cao nhất (87,2%). Điều này gợi ý rằng mức độ biến thiên của triệu chứng trong thể hỗn hợp có thể gây ra sự bất an và cảm giác lo lắng kéo dài – những yếu tố nguy cơ đã được chứng minh làm tăng tỷ lệ trầm cảm [9]. Một số nghiên cứu quốc tế, như của Muscatello và cộng sự (2014), cũng ghi nhận tỷ lệ trầm cảm ở thể hỗn hợp cao hơn rõ rệt so với các thể khác [8]. Thể táo bón và thể tiêu chảy cũng có tỷ lệ trầm cảm đáng kể, lần lượt là 31,8% và 34,4% có mức độ từ trung bình trở lên. Điều này củng cố

nhận định rằng trầm cảm là yếu tố đồng mắc quan trọng ở tất cả các thể bệnh HCRKT. Tuy nhiên, sự nổi bật của thể hỗn hợp trong nhóm trầm cảm nặng gợi ý rằng đây nên là nhóm ưu tiên sàng lọc rối loạn tâm lý. Ngoài ra, thể không phân loại tuy có tỷ lệ không trầm cảm cao nhưng vẫn có một số trường hợp trầm cảm nhẹ và trung bình. Điều này cho thấy mọi thể bệnh HCRKT đều cần đánh giá tâm lý kèm theo, thay vì chỉ tập trung vào nhóm triệu chứng nặng.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trầm cảm ở bệnh nhân HCRKT tương đối cao (46,4%), trong đó trầm cảm nặng chiếm 22%. Có mối liên quan rõ rệt giữa thể bệnh IBS và mức độ trầm cảm, đặc biệt ở thể hỗn hợp (IBS-M). Việc sàng lọc và can thiệp sớm các rối loạn tâm thần đồng mắc là cần thiết trong tiếp cận điều trị toàn diện bệnh nhân HCRKT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Yuanfang Chen, Baotao Lian, Peize Li và các cộng sự.** (2022), "Studies on irritable bowel syndrome associated with anxiety or depression in the last 20 years: a bibliometric analysis", *Frontiers in public health*, 10, tr. 947097.
2. **Mohammad Zamani, Shaghayegh Alizadeh-Tabari và Vahid Zamani** (2019), "Systematic review with meta-analysis: the prevalence of anxiety and depression in patients with irritable bowel syndrome", *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 50(2), tr. 132-143.
3. **Beck At** (1961), "An inventory for measuring depression", *Arch Gen Psychiatry*, 4, tr. 53-63.
4. **Duy Thông Võ và Ngọc Phúc Nguyễn** (2021), "Hiệu quả thuốc Sulpiride trong cải thiện chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân hội chứng ruột kích thích", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 502(1).
5. **Rebecca M Lovell và Alexander C Ford** (2012), "Effect of gender on prevalence of irritable bowel syndrome in the community: systematic review and meta-analysis", *Official journal of the American College of Gastroenterology* | ACG, 107(7), tr. 991-1000.
6. **Patricia A Huerta, Manuel Cifuentes, Charles Levenstein và các cộng sự.** (2019), "The association of occupational psychosocial factors with the prevalence of irritable bowel syndrome in the Chilean working population", *Annals of Work Exposures and Health*, 63(4), tr. 426-436.
7. **Brian E Lacy, Fermin Mearin, Lin Chang và các cộng sự.** (2016), "Bowel disorders", *Gastroenterology*, 150(6), tr. 1393-1407. e5.
8. **Maria Rosaria A Muscatello, Antonio Bruno, Giuseppe Scimeca và các cộng sự.** (2014), "Role of negative affects in pathophysiology and clinical expression of irritable bowel syndrome", *World Journal of Gastroenterology: WJG*, 20(24), tr. 7570.
9. **Hong-Yan Qin, Chung-Wah Cheng, Xu-Dong Tang và các cộng sự.** (2014), "Impact of psychological stress on irritable bowel syndrome", *World journal of gastroenterology: WJG*, 20(39), tr. 14126.

GIÁ TRỊ CỦA THANG ĐIỂM ALBI-FIB4 Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN

Nguyễn Thị Ngọc^{1,2}, Trần Ngọc Ánh^{1,3}, Nguyễn Thị Chi^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát sự thay đổi và giá trị tiên lượng một số biến chứng của điểm ALBI-FIB4 ở người bệnh xơ gan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang tiến hành trên 289 bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian từ tháng 8 năm 2024 đến tháng 4 năm 2025. Chẩn đoán xơ gan dựa trên 2 hội chứng suy tế bào gan và tăng áp lực tĩnh mạch cửa; xác định xơ gan mất bù theo Baveno VII, cổ trướng theo Hiệp hội Cổ trướng Quốc tế 2007. Khảo sát sự thay đổi của điểm ALBI-FIB4 và xác định điểm cắt, độ nhạy, độ đặc hiệu, diện tích dưới đường cong ROC trong đánh giá tiên lượng mất bù và một số biến chứng ở bệnh nhân xơ gan. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $56,93 \pm 10,75$. Nam giới chiếm 83,7%. Nguyên nhân xơ gan hay gặp nhất là do rượu 62,6%; tiếp đến do virus viêm gan B 40%, viêm gan C 5,9%. Điểm ALBI-FIB4 trung bình của nghiên cứu là -1,685 (-2,965 - -0,439), ở nhóm xơ gan còn bù là -2,966 (-3,597 - -2,242) thấp hơn so với nhóm xơ gan mất bù là -0,752 (-1,676 - 0,130). ALBI-FIB4 là một yếu tố tin cậy dự đoán xơ gan mất bù với OR là 3,023 độ tin cậy 95% là 2,326 - 3,929. ALBI-FIB4 cho thấy tương quan thuận chặt chẽ với tiên triễn xơ gan với $r = 0,636$, khoảng tin cậy 95% là 0,561-0,709. Điểm cắt để dự đoán tình trạng mất bù của ALBI-FIB4 là -2,217. Diện tích dưới đường cong AUC là 0,87; độ nhạy 87,7% và độ đặc hiệu 76,2%. ALBI-FIB4 có giá trị cao trong dự đoán biến chứng cổ trướng với AUC là 0,831 tại điểm cắt -1,609 cho độ nhạy 78,4% và độ đặc hiệu 79,9%. Đối với dự đoán biến chứng xuất huyết tiêu hoá, ALBI-FIB4 có AUC là 0,646; tại điểm cắt -2,197 cho độ nhạy 80,8% và độ đặc hiệu 48,6%. Đối với hội chứng não gan, ALBI-FIB4 có giá trị dự đoán với AUC là 0,793 tại điểm cắt -1,510 cho độ nhạy 100% và độ đặc hiệu 59,6%. **Kết luận:** ALBI-FIB4 có giá trị dự đoán nguy cơ mất bù và biến chứng cổ trướng ở bệnh nhân xơ gan.

Từ khóa: ALBI - FIB4, Xơ gan, còn bù, mất bù.

SUMMARY

VALUE OF ALBI-FIB4 IN CIRRHOSIS PATIENTS

Objectives: To investigate the changes and prognostic value of the ALBI-FIB4 score in predicting complications in patients with liver cirrhosis. **Subjects and Methods:** A cross-sectional study was conducted on 289 patients diagnosed with cirrhosis at Hanoi

Medical University Hospital from August 2024 to April 2025. The diagnosis of cirrhosis was based on two syndromes: hepatocellular failure and portal hypertension; decompensated cirrhosis was defined according to the Baveno VII criteria, and ascites was classified according to the 2007 International Ascites Club guidelines. The study investigated changes in the ALBI-FIB4 score and determined the cutoff value, sensitivity, specificity, and area under the ROC curve in evaluating the prognosis of decompensation and certain complications in cirrhotic patients. **Results:** The average age of patients in the study was 56.93 ± 10.75 years. Males accounted for 83.7%. The most common cause of cirrhosis was alcohol, at 62.6%; followed by hepatitis B virus at 40%, and hepatitis C virus at 5.9%. The average ALBI-FIB4 score in the study was -1.685 (-2.965 to -0.439), with the compensated cirrhosis group having a score of -2.966 (-3.597 to -2.242), which was lower than the decompensated cirrhosis group, which had a score of -0.752 (-1.676 to 0.130). ALBI-FIB4 is a reliable factor for predicting decompensated cirrhosis, with an odds ratio (OR) of 3.023 and a 95% confidence interval (CI) of 2.326 to 3.929. ALBI-FIB4 showed a strong positive correlation with cirrhosis progression ($r = 0.636$), with a 95% CI of 0.561 to 0.709. The cutoff point for predicting decompensation using ALBI-FIB4 was -2.217. The area under the curve (AUC) was 0.87, with a sensitivity of 87.7% and specificity of 76.2%. ALBI-FIB4 had high value in predicting ascitic complications, with an AUC of 0.831 at the cutoff point of -1.609, showing a sensitivity of 78.4% and specificity of 79.9%. For predicting gastrointestinal bleeding complications, ALBI-FIB4 had an AUC of 0.646, with a cutoff point of -2.197, showing a sensitivity of 80.8% and specificity of 48.6%. For hepatic encephalopathy, ALBI-FIB4 had predictive value with an AUC of 0.793, with a cutoff point of -1.510, showing 100% sensitivity and 59.6% specificity. **Conclusion:** ALBI-FIB4 has predictive value for the risk of decompensation and ascites complications in patients with cirrhosis.

Keywords: ALBI - FIB4, Cirrhosis, Compensation, Decompensation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là bệnh lý khá phổ biến ở nhiều quốc gia trên thế giới trong đó có Việt Nam. Bệnh để lại nhiều biến chứng nặng nề và tỷ lệ tử vong cao dù điều kiện y học ngày càng phát triển. Theo thống kê của CDC tại Việt Nam năm 2017, xơ gan đứng hàng thứ 7 trong 10 bệnh hàng đầu gây tử vong.

Ở Việt Nam, tuy là bệnh khá phổ biến nhưng vẫn có một số lượng lớn bệnh nhân xơ gan phát hiện muộn do bệnh diễn biến âm thầm, bệnh nhân thường đến bệnh viện khi đã có biểu hiện của xơ gan mất bù như cổ trướng, xuất huyết tiêu hóa hay bệnh não gan. Thời gian sống trung

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc

Email: nguyengoc9595@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.8.2025

Ngày duyệt bài: 17.9.2025