

bình thường (91,2%), 8,8% ghi nhận bất thường phát triển.

NIPT có giá trị trong phát hiện SCAs và RAAs, song vẫn cần được xác nhận bằng chẩn đoán xâm lấn. Sự kết hợp giữa NIPT, siêu âm chi tiết và tư vấn di truyền toàn diện là cần thiết nhằm tối ưu hóa quản lý thai kỳ và hỗ trợ tâm lý cho thai phụ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yang S, Zhuang Y, Li J, Fu X. Expanded non-invasive prenatal testing offers better detection of fetal copy number variations but not chromosomal aneuploidies. PLoS One. 2025 Jan 24; 20(1): e0312184. doi: 10.1371/journal.pone.0312184.
2. Ge, Y., Li, J., Zhuang, J. et al. Expanded noninvasive prenatal testing for fetal aneuploidy and copy number variations and parental willingness for invasive diagnosis in a cohort of 18,516 cases. BMC Med Genomics. 2021 Apr 14;106. doi: 10.1186/s12920-021-00955-6.
3. Zou Y, Feng C, Qin J, Wang X, Huang T, Yang Y et al. Performance of expanded non-invasive prenatal testing for fetal aneuploidies and copy number variations: A prospective study from a single center in Jiangxi province, China. Front. Genet. Jan 2023;13:1073851. doi: 10.3389/fgene.2022.1073851
4. Harasim T, Neuhaan T, Behnecke A, Stampfer M, Holinski-Feder E, Abicht A. Initial Clinical Experience with NIPT for Rare Autosomal Aneuploidies and Large Copy Number Variations. Journal of Clinical Medicine. 2022; 11(2):372. doi:10.3390/jcm11020372
5. Yuan X, Yong W, Dai L, Wang W, Wu L. The role of non-invasive prenatal testing and ultrasound in prenatal screening of fetal chromosomal abnormalities in singleton: a retrospective study. Ann Transl Med. 2023 Jan 31;11(2):111. doi: 10.21037/atm-22-6343.
6. Konya M, Czimbalmas A, Loczi L, Koi T, Turan C, Nagy R, Acs N, Hegyi P, Varbiro S, Gal A. Genome-Wide, Non-Invasive Prenatal Testing for rare chromosomal abnormalities: A systematic review and meta-analysis of diagnostic test accuracy. PLoS One. 2024 Nov 5;19(11): e0308008. doi: 10.1371/journal.pone.0308008.

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CỦA THANG ĐIỂM EPOD (EARLY PREDICTION OF DECOMPENSATION) TRONG TIỀN LƯỢNG BỆNH NHÂN XƠ GAN

Nguyễn Ngọc Sơn^{1,2}, Trần Ngọc Ánh^{1,2}

TÓM TẮT

Xơ gan là bệnh mạn tính phổ biến, tỉ lệ tử vong cao và thường nhập viện do tình trạng mất bù với nhiều biến chứng. Việc đưa ra được tiên lượng mất bù sớm là rất quan trọng và cần thiết. Thang điểm EPOD (Early Prediction of Decompensation) có ý nghĩa nhất định trong tiên lượng mất bù ở bệnh nhân xơ gan. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu mô tả hồi cứu, tiến cứu trên 98 bệnh nhân xơ gan tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 11/2019 đến 7/2025 nhằm khảo sát và đánh giá vai trò của EPOD trong tiên lượng xơ gan mất bù. Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là $57,7 \pm 9,6$, nam giới chiếm 74,5%. Rượu và viêm gan B là 2 nguyên nhân gây xơ gan thường gặp nhất. Điểm EPOD trung bình là $11,45 \pm 1,94$. Thang điểm EPOD có giá trị tiên lượng mất bù ở bệnh nhân xơ gan sau 2 năm với diện tích dưới đường cong AUROC là 0,832 ($p=0,000$), điểm cut-off 12,078. EPOD cho thấy độ tin cậy cao hơn MELD, PALBI, hay Child-Pugh trong dự đoán nguy cơ mất bù. Thang điểm EPOD có ý nghĩa trong tiên lượng mất bù trong vòng 2 năm ở bệnh nhân xơ gan. **Từ khóa:** EPOD, xơ gan mất bù, tiên lượng, thang điểm.

SUMMARY

EVALUATING THE EPOD (EARLY PREDICTION OF DECOMPENSATION) SCORE IN THE PROGNOSIS OF PATIENTS WITH CIRRHOSIS

Cirrhosis is a common chronic disease with a high mortality rate and hospitalizations frequently due to decompensation with various complications. Early prediction of decompensation is critical and necessary. The EPOD (Early Prediction of Decompensation) score holds significant value in prognosticating decompensation in patients with cirrhosis. Therefore, we conducted a retrospective and prospective descriptive study on 98 patients with cirrhosis at Hanoi Medical University Hospital from November 2019 to July 2025 to evaluate the role of the EPOD score in predicting decompensated cirrhosis. The mean age of the study group was 57.7 ± 9.6 years, with males accounting for 74.5%. Alcohol and hepatitis B were the most common causes of cirrhosis. The mean EPOD score was 11.45 ± 1.94 . The EPOD score demonstrated prognostic value for decompensation in cirrhosis patients after two years, with an AUROC of 0.832 ($p=0.000$) and a cut-off point of 12.078. The EPOD score showed higher reliability compared to MELD, PALBI, or Child-Pugh scores in predicting the risk of decompensation. The EPOD score is significant in predicting decompensation within two years in patients with cirrhosis. **Keywords:** EPOD, decompensated cirrhosis, prognosis, score.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Sơn

Email: ngocson11a1@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2025

Ngày duyệt bài: 01.10.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là một trong những nguyên nhân quan trọng hàng đầu gây bệnh lý và tử vong ở các bệnh nhân mắc bệnh gan mạn tính.¹ Nguyên nhân chính dẫn đến xơ gan bao gồm nhiễm virus viêm gan B (HBV), virus viêm gan C (HCV), bệnh gan liên quan đến rượu, và bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (Non-alcoholic fatty liver disease – NAFLD).^{2,3} Xơ gan tiến triển qua hai giai đoạn chính: còn bù (compensation) và mất bù (decompensation).²

Bệnh nhân xơ gan thường nhập viện vì tình trạng mất bù với các biến chứng như: cổ trướng, nhiễm trùng dịch cổ trướng, xuất huyết tiêu hóa do tăng áp lực tĩnh mạch cửa, bệnh não gan, nhiễm trùng cấp tính, tổn thương thận cấp. Bệnh cảnh lâm sàng này hay gặp ở những bệnh nhân đã được chẩn đoán xơ gan hoặc mắc bệnh gan mạn tính do rượu hoặc virus viêm gan. Các yếu tố khởi phát thường bao gồm nhiễm trùng, lạm dụng rượu, sử dụng thuốc gây độc cho gan, hoặc đợt hoạt động của viêm gan virus mạn tính. Tuy nhiên, khoảng 40-50% trường hợp không xác định được yếu tố khởi phát cụ thể.²

Mất bù là dấu hiệu đặc trưng cho sự tiến triển nghiêm trọng của xơ gan. Tỷ lệ chuyển đổi từ trạng thái còn bù sang mất bù được ước tính khoảng 5–7% mỗi năm.^{4,5} Nguy cơ tử vong tăng nhanh khi bệnh nhân chuyển sang tình trạng mất bù. Tỷ lệ tử vong trong vòng một năm ở bệnh nhân xơ gan còn bù dao động từ 1–3%, trong khi với xơ gan mất bù, con số này tăng lên 20–57%.⁶ Do đó, việc dự đoán nguy cơ mất bù ở bệnh nhân xơ gan có ý nghĩa lâm sàng quan trọng, cho phép can thiệp sớm, kéo dài thời gian sống và giảm tỷ lệ tử vong cho bệnh nhân.

Hiện nay, các thang điểm được dùng rộng rãi trên lâm sàng như Child-Pugh hay MELD (Model for End-Stage Liver Disease) chủ yếu tập trung đánh giá nguy cơ tử vong ở bệnh nhân xơ gan.⁶ Ngược lại, các thang điểm dự đoán nguy cơ mất bù chưa được nghiên cứu nhiều. Thang điểm EPOD (Early Prediction Of Decompensation) là một công cụ tiên lượng mới, được phát triển để dự đoán sớm nguy cơ tiến triển thành mất bù ở bệnh nhân xơ gan.⁷ Một nghiên cứu gần đây đã cho thấy EPOD có độ nhạy cao hơn các thang điểm khác khi dự đoán nguy cơ mất bù trong thời gian 3 năm theo dõi.⁷

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về thang điểm EPOD vẫn còn hạn chế. Nhận thấy sự cần thiết của việc đánh giá sớm nguy cơ mất bù trong tiên lượng bệnh nhân xơ gan, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với hai mục tiêu:

1. Khảo sát thang điểm EPOD ở bệnh nhân

xơ gan.

2. Đánh giá giá trị của thang điểm EPOD trong tiên lượng mất bù ở bệnh nhân xơ gan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan đến thăm khám và điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 11 năm 2019 đến tháng 7 năm 2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan còn bù được thăm khám và điều trị tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Bệnh nhân có đầy đủ hồ sơ bệnh án bao gồm: Hành chính, lâm sàng, cận lâm sàng.

Tiêu chuẩn chẩn đoán xơ gan

Hội chứng suy tế bào gan:

- Lâm sàng: Mệt mỏi, chán ăn, sút cân, đau tức hạ sườn phải, vàng da hoặc sạm da, sao mạch, lòng bàn tay son, chảy máu chân răng, chảy máu cam, phù hai chi dưới, tràn dịch đa màng...

- Cận lâm sàng: Bilirubin huyết thanh tăng, albumin giảm, tỷ lệ albumin/globulin (A/G) đảo ngược, prothrombin (PT) giảm. Ngoài ra, còn có sự hủy hoại tế bào gan biểu thị bằng sự tăng hoạt tính AST, ALT.

Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa:

- Lách to, cổ trướng, tuần hoàn bàng hệ của chủ, giãn tĩnh mạch thực quản, tĩnh mạch cửa giãn.

- Siêu âm: Nhu mô gan không đều, bờ gan mấp mô; gan tăng âm hơn bình thường, tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch lách, tĩnh mạch mạc treo tràng trên giãn; dịch tự do ổ bụng, lách tăng kích thước, có thể có cổ trướng, tràn dịch màng phổi.

- Nội soi dạ dày: Thường có giãn tĩnh mạch thực quản, giãn tĩnh mạch dạ dày.

Tiêu chuẩn chẩn đoán xơ gan giai đoạn mất bù theo Hội Gan mật châu Âu 2018

Trên bệnh nhân xơ gan xuất hiện một trong các biến chứng: cổ chướng, xuất huyết tiêu hóa do tăng áp lực tĩnh mạch cửa, hội chứng não gan, vàng da.⁸

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân xơ gan có biến chứng ung thư hóa.

- Bệnh nhân không đủ xét nghiệm để đánh giá thang điểm: EPOD (Early Prediction Of Decompensation); MELD (Model for End-stage Liver Disease); PALBI (Platelet-Albumin-Bilirubin score); Child-Pugh.

- Bệnh nhân có bệnh lý mạn tính ngoài gan nặng.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu, tiến cứu.

Các thang điểm sử dụng để đánh giá được tính toán theo công thức sau:⁷

-Thang điểm EPOD:

$$\text{EPOD} = ((-0.55) \times \text{albumin} [\frac{\text{g}}{\text{dL}}] + (-0.004) \times \text{platelets} [\frac{10^3}{\mu\text{L}}] + 0.16 \times \text{bilirubin} [\frac{\text{mg}}{\text{dL}}] + 5.38) \times 4$$

- Thang điểm PALBI:

$$\text{PALBI} = 2.02 \times \log 10(\text{bilirubin} [\frac{\mu\text{mol}}{\text{L}}]) - 0.37 \times \log 10(\text{bilirubin} [\frac{\mu\text{mol}}{\text{L}}])^2 - 0.04 \times \text{albumin} [\frac{\text{g}}{\text{L}}] - 3.48 \times \log 10(\text{platelets} [\frac{1000}{\mu\text{L}}]) + 1.01 \times \log 10(\text{platelets} [\frac{1000}{\mu\text{L}}])^2$$

- Thang điểm MELD:

$$\text{MELD} = 3.8 \times \ln[\text{bilirubin}(\text{mg/dL})] + 11.2 \times \ln(\text{INR}) + 9.6 \times \ln[\text{creatinin}(\text{mg/dL})] + 6,4$$

- Thang điểm Child-Pugh: dựa vào cổ trướng, bệnh não gan, INR hoặc PT, albumin, bilirubin, chia thành nhóm A, B, C tương ứng các mức điểm: 5-6, 7-9 và 10-15 điểm.

Bảng 1. Thang điểm Child-Pugh phân loại mức độ xơ gan

Thang điểm	1	2	3
Cổ trướng	Không	Nhẹ	Nhiều
HC não gan	0	1-2	3-4
Albumin (g/dl)	>3,5	2,8-3,5	<2,8
Bilirubin toàn phần (mg/dl)	<2	2-3	>3
PT (%) hoặc	>60	40-60	<40
INR	<1,7	1,7-2,3	>2,3

Tình trạng mất bù được đánh giá dựa vào số liệu hồi cứu qua các bệnh án lưu trữ, hỏi bệnh, và thăm khám bệnh nhân trực tiếp hoặc qua điện thoại.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu. Các số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. So sánh giữa các diễn tích sau tính toán được tiến hành bằng kiểm định DeLong. Kết quả được biểu diễn dưới dạng $\bar{X} \pm \text{SD}$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

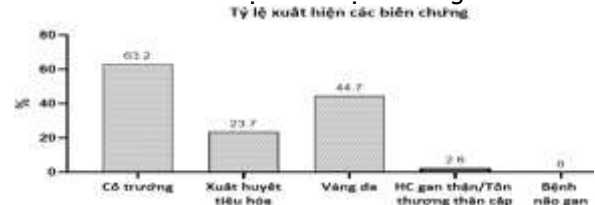
2.4. Đạo đức nghiên cứu. Các đối tượng và/hoặc gia đình của đối tượng (với bệnh nhân có hội chứng não gan) được giải thích rõ về nghiên cứu, lợi ích và trách nhiệm khi tham gia. Thông tin thu thập được chỉ dùng vào mục đích nghiên cứu, không tiết lộ thông tin cá nhân và tình trạng bệnh của các đối tượng tham gia.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu. Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu là $57,7 \pm 9,6$, với 74,5% là nam giới. Rượu và viêm gan B là 2 nguyên nhân gây xơ gan gặp nhiều nhất, chiếm lần lượt 48,0% và 50,0% số trường hợp. Viêm gan C gặp ở 5,1% số bệnh nhân.

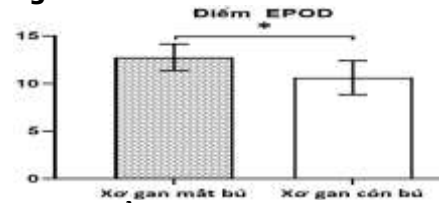
Trong 98 bệnh nhân nghiên cứu, 38 trường hợp xuất hiện tình trạng xơ gan mất bù trong vòng 2 năm, chiếm tỷ lệ 38,8%. Kết quả ở Biểu

đồ 1 cho thấy, ở nhóm tiến triển thành mất bù này, cổ trướng là biến chứng gặp nhiều nhất (63,2%), sau đó đến vàng da (44,7%) và xuất huyết tiêu hóa (23,7%). Hội chứng (HC) gan thận xuất hiện ở 1 trường hợp và không có bệnh nhân nào có biểu hiện của bệnh não gan.



Biểu đồ 1. Các biến chứng xuất hiện ở nhóm bệnh nhân tiến triển thành xơ gan mất bù

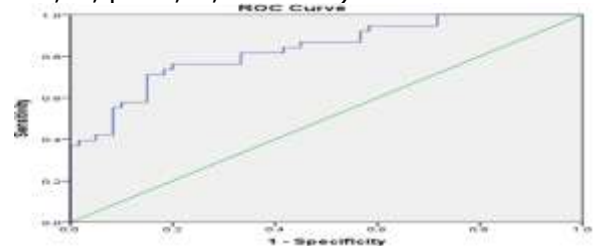
3.2. Khảo sát thang điểm EPOD ở bệnh nhân nghiên cứu



Biểu đồ 2. Điểm EPOD của nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu sau 2 năm theo dõi

** , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$*

Điểm EPOD trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $11,45 \pm 1,94$ với điểm thấp nhất là 5,01 và cao nhất là 15,23. Trong đó, các bệnh nhân xơ gan mất bù sau 2 năm có điểm EPOD là $12,76 \pm 1,39$, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm xơ gan không chuyển sang mất bù ($10,62 \pm 1,78$; $p < 0,05$, Biểu đồ 2).



Biểu đồ 3. Diện tích dưới đường cong AUROC của thang điểm EPOD trong tiên lượng mất bù ở bệnh nhân xơ gan còn bù

Biểu đồ 3 cho thấy diện tích dưới đường cong (AUROC) của thang điểm EPOD là 0,832, với điểm cắt (cut-off) là 12,078, độ nhạy là 76,3% và độ đặc hiệu là 80,0% trong tiên lượng mất bù ở bệnh nhân xơ gan còn bù theo dõi trong vòng 2 năm.

Bảng 2. Điểm cắt EPOD = 12,078 và tỷ lệ chuyển thành xơ gan mất bù

	Điểm EPOD		
	$\leq 12,078$	$> 12,078$	

		Số bệnh nhân	Tỉ lệ %	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %	p=
Tiến triển	Còn bù	48	84,2	12	29,3	0,000
	Mất bù	9	15,8	29	70,7	
Tổng		57	100	41	100	

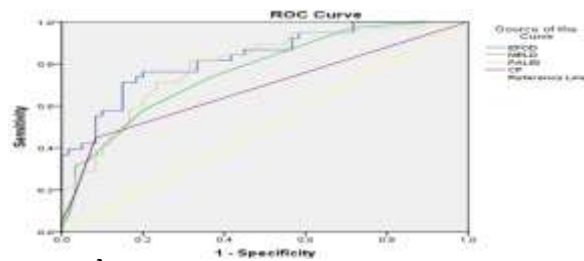
Kết quả ở bảng 2 cho thấy: Với điểm EPOD $\leq$

12,078, số bệnh nhân xơ gan còn bù sau theo dõi 2 năm là 48, có 9 bệnh nhân (tương ứng 15,79%) chuyển sang giai đoạn xơ gan mất bù. Với điểm EPOD $> 12,078$, số bệnh nhân tiến triển sang giai đoạn mất bù chiếm 70,73%. Như vậy, điểm EPOD và tỉ lệ mất bù trong 2 năm có mối liên quan với nhau với độ tin cậy 99% ($p = 0.000$).

3.3. So sánh thang điểm EPOD với thang điểm MELD, PALBI, Child-Pugh trong tiên lượng mất bù ở bệnh nhân xơ gan còn bù

Bảng 3. So sánh thang điểm EPOD, MELD, PALBI và Child-Pugh trong tiên lượng mất bù ở bệnh nhân xơ gan còn bù

	Thang điểm	AUROC	p	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Cut-off
Tiên lượng mất bù trong vòng 2 năm	EPOD	0,832	0,000	76,3	80	12,078
	MELD	0,765	0,000	57,9	80	9,5
	PALBI	0,794	0,000	81,6	68,3	-2,6
	Child-Pugh	0,683	0,002	44,7	91,7	5,5



Biểu đồ 4. Diện tích dưới đường cong AUROC của thang điểm EPOD so với MELD, PALBI và Child-Pugh trong tiên lượng mất bù ở bệnh nhân xơ gan còn bù

Tiến hành so sánh các thang điểm hiện đang được dùng trên lâm sàng để tiên lượng cho bệnh nhân xơ gan, kết quả ở Bảng 3 và Biểu đồ 4 cho thấy diện tích AUROC của thang điểm EPOD, MELD, PALBI và Child-Pugh lần lượt là 0,832 (điểm cắt 12,078), 0,765 (điểm cắt 9,5), 0,794 (điểm cắt -2,6) và 0,683 (điểm cắt 5,5). Trong đó EPOD có giá trị cao nhất, với độ đặc hiệu và độ nhạy cao.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân có độ tuổi trung bình là $57,7 \pm 9,6$. Điều này cho thấy bệnh nhân mắc bệnh xơ gan ở nước ta chủ yếu trong độ tuổi trung niên, tương đồng với nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Ngọc Thúy năm 2020 ($52,23 \pm 11,53$).⁹ Ngoài ra, nam giới chiếm chủ yếu với tỉ lệ 74,5%; nguyên nhân gây xơ gan hay gặp nhất là do rượu và viêm gan B. Điều này liên quan đến thói quen sử dụng rượu bia ở nước ta, thường gặp ở nam nhiều hơn nữ. Viêm gan B cũng chiếm 1 tỉ lệ rất cao ở Việt Nam và các nước đang phát triển.¹⁰ Xơ gan do viêm gan C và các nguyên nhân khác xuất hiện với tỉ lệ thấp hơn.

Trong xơ gan, sự hiện diện của một hoặc nhiều triệu chứng sau: vàng da, cổ trướng, xuất huyết tiêu hóa do tăng áp lực tĩnh mạch cửa, và/hoặc bệnh não gan được coi là mất bù. Gan có chức năng dự trữ và tái tạo mạnh mẽ, quá trình chuyển đổi từ xơ gan còn bù sang mất bù triệu chứng là một quá trình liên tục về mặt lâm sàng và sinh hóa. Các biểu hiện trên xuất hiện khi quá trình bệnh lý lấn át các cơ chế bù trừ, do bệnh tiến triển hoặc do một tổn thương cấp tính chồng lên. Việc theo dõi bệnh nhân xơ gan theo chiều dọc nhằm phòng ngừa việc chuyển sang mất bù là điều cần thiết với các bác sĩ lâm sàng tiêu hóa, để có chiến lược phòng ngừa và can thiệp kịp thời. Chính vì vậy, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này và đặt ra giả thuyết: Liệu thang điểm EPOD có phân loại được các bệnh nhân nào có nguy cơ xơ gan mất bù cao hơn hay không?

Tỉ lệ tiến triển thành mất bù sau 2 năm trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là 38,78%, kết quả này cao hơn so với công bố của tác giả APR Schneider là 25,11%.⁸ Nguyên nhân có thể do cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi còn ít và việc thăm khám định kỳ cũng như chế độ tuân thủ trong theo dõi điều trị của các bệnh nhân tại Việt Nam còn chưa tốt.

Thang điểm EPOD được thu thập tại thời điểm thăm khám với các chỉ số đơn giản, phổ biến và dễ làm, có thể thực hiện tại hầu hết các cơ sở y tế hiện nay của Việt Nam. Ở nghiên cứu của chúng tôi, điểm EPOD trung bình $11,45 \pm 1,94$. Trong đó, nhóm bệnh nhân xơ gan không chuyển sang giai đoạn mất bù có điểm EPOD thấp hơn rõ rệt so với nhóm xơ gan có tiến triển thành mất bù. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% ($p = 0.000$). Với giá trị điểm EPOD cut-off là 12,078, AUROC 0,832 dự báo nguy cơ

xơ gan mất bù trong vòng 2 năm với độ nhạy 76.3% và độ đặc hiệu 80%. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của tác giả APR Schneider và cộng sự đánh giá thang điểm EPOD trên 25354 bệnh nhân xơ gan trong thời gian từ 1996 – 2020, thang điểm có ý nghĩa dự báo nguy cơ xơ gan mất bù sau 3 năm ở các nhóm đoàn hệ nghiên cứu là 0,694, 0,692 và 0,770.⁷ Tuy nhiên, do cỡ mẫu còn nhỏ, và dữ liệu nghiên cứu có thể còn chưa đầy đủ, kết quả của chúng tôi vẫn cần thêm thời gian để hoàn thiện và kiểm chứng.

So sánh với thang điểm MELD, PALBI và Child-Pugh, có thể thấy thang điểm EPOD có độ tin cậy và giá trị dự báo cao hơn khi tiên lượng nguy cơ mất bù trong vòng 2 năm cho bệnh nhân xơ gan. Diện tích dưới đường cong AUROC của EPOD lớn hơn các thang điểm còn lại. Điều này cho thấy tiềm năng của EPOD trong tư vấn điều trị cũng như dự phòng chuyển giai đoạn từ còn bù sang mất bù cho bệnh nhân xơ gan.

V. KẾT LUẬN

Thang điểm EPOD cho thấy giá trị tiên lượng có ý nghĩa trong dự đoán nguy cơ mất bù ở bệnh nhân xơ gan trong vòng 2 năm với độ chính xác cao (AUROC = 0,832). Thang điểm này có độ tin cậy cao hơn MELD, PALBI, và Child-Pugh trong việc tiên lượng nguy cơ mất bù cho bệnh nhân xơ gan. Do đó, EPOD có thể trở thành công cụ hữu ích trong thực hành lâm sàng khi cần xác định bệnh nhân có nguy cơ cao tiến triển thành xơ gan mất bù để can thiệp điều trị sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huang DQ, Terrault NA, Tacke F, et al.** Global epidemiology of cirrhosis - aetiology, trends and predictions. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. Jun

2023;20(6):388-398. doi:10.1038/s41575-023-00759-2

2. **Liu YB, Chen MK.** Epidemiology of liver cirrhosis and associated complications: Current knowledge and future directions. *World J Gastroenterol*. Nov 7 2022;28(41):5910-5930. doi:10.3748/wjg.v28.i41.5910
3. **Loomba R, Friedman SL, Shulman GI.** Mechanisms and disease consequences of nonalcoholic fatty liver disease. *Cell*. May 13 2021; 184(10):2537-2564. doi:10.1016/j.cell.2021. 04.015
4. **D'Amico G, Garcia-Tsao G, Pagliaro L.** Natural history and prognostic indicators of survival in cirrhosis: a systematic review of 118 studies. *J Hepatol*. Jan 2006;44(1): 217-31. doi:10.1016/j.jhep.2005.10.013
5. **Gülcicegi DE, Goeser T, Kasper P.** Prognostic assessment of liver cirrhosis and its complications: current concepts and future perspectives. *Mini Review. Frontiers in Medicine*. 2023-September-14 2023;Volume 10 - 2023doi:10.3389/fmed.2023.1268102
6. **Del Cioppo S, Faccioli J, Ridola L.** Hepatic cirrhosis and decompensation: Key indicators for predicting mortality risk. *World J Hepatol*. Mar 27 2025; 17(3): 104580. doi:10.4254/wjh.v17.i3. 104580
7. **Schneider ARP, Schneider CV, Schneider KM, et al.** Early prediction of decompensation (EPOD) score: Non-invasive determination of cirrhosis decompensation risk. *Liver Int*. Mar 2022;42(3):640-650. doi:10.1111/liv.15161
8. **Angeli P, Bernardi M, Villanueva C, et al.** EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. *Journal of Hepatology*. 2018;69(2):406-460. doi:10.1016/j.jhep.2018.03.024
9. **Thuy PTN.** Áp dụng thang điểm CLIF-C ACLF ở bệnh nhân xơ gan có biến chứng. Master by Research. Hanoi Medical University; 2020.
10. **Cầm Phương P, Thị Thúy Quỳnh V, Văn Thái P, et al.** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân xơ gan. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 01/05 2022;508(1)doi:10.51298/vmj. v508i1.1542

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUY BẰNG THANG ĐO SS-QOL-12

Ngô Thị Kim Trinh^{1,2}, Lê Thị Kim Nhung¹, Đàng Nguyễn An Nhiên¹,
Nguyễn Thị Kim Nguyên², Ngô Anh Tuấn²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đột quy là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật. Bên cạnh kéo dài sự sống, chăm sóc sau đột quy cần chú trọng cải thiện chất

lượng cuộc sống (CLCS). Tại Việt Nam, nghiên cứu ứng dụng thang đo chuyên biệt SS-QOL-12 còn hạn chế. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ suy giảm CLCS và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân sau đột quy bằng thang SS-QOL-12. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 328 bệnh nhân sau đột quy ≥1 tháng điều trị tại Bệnh viện 1A (10/2024–06/2025). CLCS được đánh giá bằng SS-QOL-12; quy ước suy giảm khi tổng điểm ≤195 sau quy đổi thang điểm. Phân tích hồi quy logistic đa biến xác định yếu tố liên quan độc lập. **Kết quả:** Có 305/328 bệnh nhân (92,98%) có suy giảm CLCS theo SS-QOL-12. So với nhóm không suy giảm CLCS, nhóm suy giảm lớn tuổi

¹Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

²Bệnh viện 1A, TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Kim Trinh

Email: ntktrinh@ntt.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 29.9.2025