

atropine [5].

Tác động gây liệt điều tiết của atropine làm giảm lực kéo vùng bề và cản trở quá trình thoát lưu thủy dịch, từ đó có thể làm gia tăng nguy cơ tăng nhãn áp, đặc biệt ở những bệnh nhân có góc tiền phòng hẹp hoặc góc mở với lưu lượng thoát lưu bị suy giảm. Tuy nhiên, trong dân số chung, tình trạng này rất hiếm gặp [6]. Nghiên cứu tổng quan của Chen [10] và cộng sự và nghiên cứu LAMP [5] đều không ghi nhận khác biệt về nhãn áp giữa nhóm sử dụng atropine và nhóm chứng sau 1 năm, điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Mặc dù vậy việc theo dõi nhãn áp vẫn cần thiết để phát hiện sớm nguy cơ tăng nhãn áp sau giãn đồng tử.

Nghiên cứu có ưu điểm là thiết kế ngẫu nhiên, mù đơn có nhóm chứng, giúp hạn chế các yếu tố gây nhiễu và tăng độ tin cậy. Thời gian theo dõi 1 năm đủ để đánh giá tính an toàn và tác dụng phụ của atropine. Tuy nhiên, do chưa ghi nhận được dữ liệu ở nhóm ngưng điều trị nên chưa đánh giá được hiệu ứng dội cũng như thời gian kéo dài của các tác dụng phụ như giảm biên độ điều tiết và giãn đồng tử. Đây có thể là một hướng nghiên cứu mới trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy atropine 0,05% là một phương pháp an toàn, ít tác dụng phụ. Sau 1 năm sử dụng, thuốc không gây ảnh hưởng đáng kể đến thị lực nhìn xa, thị lực nhìn gần và nhãn áp, các tác dụng phụ khác như giảm biên độ điều tiết và giãn đồng tử đều ở mức tối thiểu. Kết quả nghiên cứu góp phần cung cấp bằng chứng khoa học về tính khả thi của việc sử dụng atropine nồng độ thấp trong

điều trị kiểm soát tiến triển cận thị ở trẻ em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huang, J., et al., Efficacy comparison of 16 interventions for myopia control in children: a network meta-analysis. *Ophthalmology*, 2016. 123(4): p. 697-708.
2. Tran, H.D., et al., A review of myopia control with atropine. *Journal of Ocular Pharmacology and Therapeutics*, 2018. 34(5): p. 374-379.
3. Chua, W.-H., et al., Atropine for the treatment of childhood myopia. *Ophthalmology*, 2006. 113(12): p. 2285-2291.
4. Gong, Q., et al., Efficacy and adverse effects of atropine in childhood myopia: a meta-analysis. *JAMA ophthalmology*, 2017. 135(6): p. 624-630.
5. Yam, J.C., et al., Low-concentration atropine for myopia progression (LAMP) study: a randomized, double-blinded, placebo-controlled trial of 0.05%, 0.025%, and 0.01% atropine eye drops in myopia control. *Ophthalmology*, 2019. 126(1): p. 113-124.
6. Greenstein, S.H., D. Abramson, and W. Pitts 3rd, Systemic atropine and glaucoma. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 1984. 60(10): p. 961.
7. Tran, H.D., et al., A meta-analysis assessing change in pupillary diameter, accommodative amplitude, and efficacy of atropine for myopia control. *The Asia-Pacific Journal of Ophthalmology*, 2021. 10(5): p. 450-460.
8. Chia, A., Q.-S. Lu, and D. Tan, Five-year clinical trial on atropine for the treatment of myopia 2: myopia control with atropine 0.01% eyedrops. *Ophthalmology*, 2016. 123(2): p. 391-399.
9. Ha, A., et al., Efficacy and safety of 8 atropine concentrations for myopia control in children: a network meta-analysis. *Ophthalmology*, 2022. 129(3): p. 322-333.
10. Chen, P.-J., et al., Impact of atropine use for myopia control on intraocular pressure in children: A comprehensive review including postpupil dilation intraocular pressure changes. *Taiwan Journal of Ophthalmology*, 2024. 14(2): p. 179-189.

ỨNG DỤNG THANG ĐIỂM REFIT MELD TRONG TIÊN LƯỢNG TỬ VONG BỆNH NHÂN XƠ GAN MẤT BÙ

Phạm Thị Kiều Khanh¹, Trần Ngọc Ánh^{1,2}

TÓM TẮT

Việc đưa ra tiên lượng sớm với bệnh nhân xơ gan là cần thiết. Có nhiều thang điểm tiên lượng trong đó thang điểm Refit MELD phát triển dựa trên thang điểm

MELD có ý nghĩa nhất định trong tiên lượng bệnh nhân xơ gan trong 3 tháng (90 ngày). **Mục tiêu:** Ứng dụng thang điểm Refit MELD trong tiên lượng bệnh nhân xơ gan mất bù. So sánh thang điểm Refit MELD với thang điểm MELD trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân xơ gan mất bù. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu 120 bệnh nhân xơ gan mất bù tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội và bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7 năm 2023 đến tháng 6 năm 2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình bệnh nhân nghiên cứu là 55.58 ± 9.9 , nam giới chiếm 90%. Nguyên nhân do rượu hay gặp nhất (70.8%), virus viêm gan B (24.2%), virus viêm gan C 5%. Điểm Refit MELD trung bình là 16.17 ± 6.26 . Thang điểm Refit MELD có giá

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Kiều Khanh

Email: phamthieukhanh98@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

trị tiên lượng bệnh nhân xơ gan mất bù sau 30 ngày với AUROC là 0.871 ($p=0.000 < 0.05$) và sau 90 ngày với AUROC là 0.798 ($p=0.000 < 0.05$). Diện tích dưới đường cong của thang điểm Refit MELD và thang điểm MELD tiên lượng tử vong trong 90 ngày lần lượt là 0.798, 0.794 với điểm cutoff của thang điểm Refit MELD là 15, MELD là 14 có giá trị dự đoán về tỉ lệ tử vong có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. **Kết luận:** Thang điểm Refit MELD có ý nghĩa tiên lượng tử vong 90 ngày ở bệnh nhân xơ gan mất bù.

Từ khóa: Refit MELD, xơ gan mất bù

SUMMARY

APPLICATION OF REFIT MELD SCORE IN PREDICTING MORTALITY IN PATIENTS WITH DECOMPENSATED CIRRHOSIS

Early prognostication in patients with cirrhosis is essential. Several prognostic scoring systems have been developed, among which the Refit MELD score—an updated version of the traditional MELD score—has demonstrated significant utility in predicting 90-day mortality in patients with cirrhosis. **OBJECTIVE:** A retrospective descriptive study was conducted on 120 patients with decompensated cirrhosis admitted to Hanoi Medical University Hospital and Bach Mai Hospital between July 2023 and June 2024. **RESULTS:** The mean age of patients was 55.58 ± 9.9 years, with males accounting for 90% of the study population. The most common etiology was alcohol-related liver disease (70.8%), followed by hepatitis B virus infection (24.2%) and hepatitis C virus infection (5%). The mean Refit MELD score was 16.17 ± 6.26 . The Refit MELD score demonstrated prognostic value for 30-day mortality, with an AUROC of 0.871 ($p < 0.05$), and for 90-day mortality, with an AUROC of 0.798 ($p < 0.05$). The AUROC values for the Refit MELD and MELD scores in predicting 90-day mortality were 0.798 and 0.794, respectively. The optimal cutoff values were 15 for Refit MELD and 14 for MELD, both showing statistically significant predictive value for mortality ($p < 0.05$). **Conclusion:** The Refit MELD score is a valuable tool for predicting 90-day mortality in patients with decompensated cirrhosis.

Keywords: Refit MELD, decompensated cirrhosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên toàn thế giới – với tỷ lệ 2,4% số ca tử vong trên toàn cầu vào năm 2019¹. Tại Việt Nam, tỷ lệ bệnh nhân xơ gan tử vong tại bệnh viện ước tính 27,7%². Nguyên nhân tử vong ở những bệnh nhân xơ gan chủ yếu là do các biến chứng như: xuất huyết tiêu hóa, hội chứng gan thận, hội chứng não gan, ung thư gan, ...

Từ năm 1973, thang điểm Child Pugh đã được sử dụng rộng rãi ở rất nhiều nước trên thế giới. Tuy nhiên, thang điểm này cũng có những hạn chế trong dự báo nguy cơ tử vong ngắn hạn. Năm 2002, MELD thay thế Child Pugh trong việc phân loại bệnh nhân trong danh sách chờ ghép gan. Mặc dù ban đầu MELD được phát triển để dự đoán khả năng sống sót sau khi đặt TIPS

nhưng công dụng chính của nó hiện nay là dự đoán tỉ lệ tử vong ngắn hạn ở bệnh nhân xơ gan trong danh sách chờ ghép gan. Phát triển tiếp tục từ thang điểm MELD, bằng cách thay đổi giá trị của các hệ số cùng với thay đổi giới hạn trên và giới hạn dưới của biến số. Chỉ số Refit MELD được Leise MD và cộng sự công bố năm 2011 giúp cải thiện dự đoán tử vong trong danh sách chờ ghép gan và tăng hiệu quả phân bổ gan hiến tặng. Thang điểm Refit MELD có vai trò nhất định trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân xơ gan trong 3 tháng. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu thang điểm Refit MELD với 2 mục tiêu:

1. Ứng dụng thang điểm Refit MELD trong tiên lượng bệnh nhân xơ gan giai đoạn mất bù.

2. So sánh thang điểm Refit MELD với thang điểm MELD trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân xơ gan mất bù.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan mất bù điều trị tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội và bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7 năm 2023 đến tháng 6 năm 2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan khi có đủ 2 hội chứng suy tế bào gan và hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

Hội chứng suy tế bào gan:

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

+ Cận lâm sàng: bilirubin huyết thanh tăng, albumin giảm, A/G đảo ngược, PT giảm. Ngoài ra còn có sự hủy hoại tế bào gan AST, ALT tăng.

Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa: lách to, cổ chướng, tuần hoàn bàng hệ cửa chủ, giãn tĩnh mạch thực quản, tĩnh mạch cửa giãn.

- Siêu âm: Nhu mô gan không đều, bờ gan mất rõ; 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 da³.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân xơ gan ung thư hóa.

- Bệnh nhân không đủ xét nghiệm để đánh giá thang điểm MELD, Refit MELD.

- Bệnh nhân có bệnh mạn tính ngoài gan nặng hoặc được xác định tử vong do các nguyên nhân hoặc bệnh lý khác không phải xơ gan.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả, hồi cứu
- Refit MELD, MELD được đánh giá trong 24 giờ từ khi nhập viện:

Refit MELD = $4.082 \times \text{Loge} [\text{bilirubin (mg/dL)}] + 8.485 \times \text{Loge (INR)} + 10.671 \times \text{Loge (INR)} + 7.432$

MELD = $3,78 \times \text{Loge} [\text{bilirubin(mg/dL)}] + 11,2 \times \text{Loge (INR)} + 9,57 \times \text{Loge} [\text{creatinin (mg/dL)}] + 6,43$

- Đánh giá tình trạng tử vong, sống còn sau 30 ngày và sau 90 ngày. Phỏng vấn bệnh nhân hoặc người thân bệnh nhân trực tiếp hoặc qua điện thoại.

2.3 Phương pháp xử lý số liệu

Bảng 1: Thang điểm Refit MELD và tiến triển bệnh nhân trong 30 ngày và 90 ngày

Tiền lượng		Số BN	Tỉ lệ %	Chỉ số REFIT MELD			p
				MAX	MIN	TB	
Tiến triển 30 ngày	Tử vong	13	10.8	39	16	24± 6.6	0.000
	Sống	107	89.2	29	6	14 ±5.4	
Tiến triển 90 ngày	Tử vong	19	15.8	39	14	21 ±6.8	0.000
	Sống	101	84.2	29	6	14± 5.49	
Tổng		120	100	39	6	16.17±6.26	

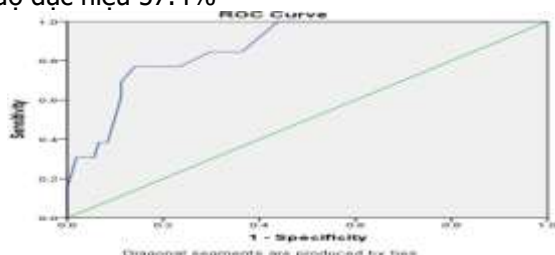
Nhận xét: Refit MELD trung bình của nhóm bệnh nhân sống sót sau 30 ngày 15 ± 5.4 [6 - 29] thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm tử vong sau 30 ngày 24 ± 6.6 .

+ Số điểm Refit MELD trung bình của nhóm bệnh nhân sống sót sau 90 ngày 14 ± 5.49 [14- 29] thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm tử vong sau 90 ngày 21 ± 6.8 .

Bảng 2: Một số điểm cắt Refit MELD dự kiến

		Điểm cắt REFIT MELD dự kiến				
		18	19	20	21	22
Tiền lượng 30 ngày	Độ nhạy	76.9	76.9	76.9	69.2	61.5
	Độ đặc hiệu	76.6	81.3	86	88.8	88.8
		Điểm cắt Refit MELD dự kiến				
		13	14	15	16	17
Tiền lượng 90 ngày	Độ nhạy	100	94.7	89.5	73.7	63.2
	Độ đặc hiệu	55.4	48.6	57.4	64.4	69.3

Nhận xét: Điểm cắt Refit MELD có tiên lượng trong 30 ngày tốt nhất là Refit MELD = 20 với độ nhạy 76.9% và độ đặc hiệu 86%. Điểm cắt Refit MELD có tiên lượng trong 90 ngày tốt nhất là Refit MELD = 15 với độ nhạy 89.5% và độ đặc hiệu 57.4%



Phần mềm SPSS 20.0 và so sánh giữa các diện tích được tiến hành bằng cách sử dụng kiểm định DeLong

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

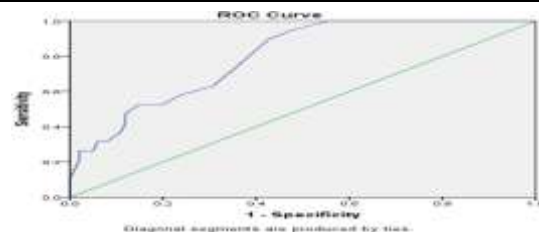
3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu. Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu 55.58 ± 9.9 . Tỉ lệ nam/nữ 9/1.

Nguyên nhân gây xơ gan hay gặp nhất là do rượu chiếm tỉ lệ 70.8%, virus viêm gan B 24.2%, viêm gan C chiếm 5%.

Điểm Refit MELD trung bình 16.17 ± 6.26 lớn nhất là 39 (bệnh nhân đã tử vong 3 ngày sau nhập viện), bệnh nhân có số điểm Refit MELD thấp nhất là 6 điểm.

3.2. Thang điểm Refit MELD và tiên lượng bệnh nhân sau 30 ngày và 90 ngày

* Thang điểm Refit MELD và tiến triển bệnh nhân trong 30 ngày và 90 ngày



Biểu đồ 1: Đường cong AUROC và điểm Refit MELD tiên lượng tử vong trong 30 – 90 ngày

Nhận xét: Với điểm cắt Refit MELD là 20 trong tiên lượng 30 ngày, diện tích dưới đường cong (AUROC) là 0. 871. Với điểm cắt Refit MELD là 15 trong tiên lượng 90 ngày, diện tích

dưới đường cong (AUROC) là 0.798

Bảng 3: Điểm cắt Refit MELD = 20 và tỉ lệ sống, tử vong trong 30 ngày

		Refit MELD			
		≤20		>20	
		Số bệnh nhân	Tỉ lệ %	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Tiến triển 30 ngày	Tử vong	0	0	13	21.7
	Sống	60	100	47	48.3
Tổng		60	100	60	100

Bảng 4: Điểm cắt Refit MELD = 15 và tỉ lệ sống, tử vong trong 90 ngày

		Refit MELD			
		≤15		>15	
		Số bệnh nhân	Tỉ lệ %	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Tiến triển	Tử vong	2	3.3	17	28.3
	Sống				

Bảng 5: Thang điểm Refit MELD, MELD tiên lượng tử vong trong 30 ngày và 90 ngày ở bệnh nhân xơ gan mất bù

	Thang điểm	AUROC	p	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Cut off
Tiên lượng 30 ngày	Refit MELD	0.871	0.000	76.9	86	20
	MELD	0.883	0.000	100	62	16
Tiên lượng 90 ngày	Refit MELD	0.798	0.000	89.5	57.4	15
	MELD	0.794	0.000	94.7	48.5	14

Nhận xét:

+ Diện tích dưới đường cong của thang điểm Refit MELD, MELD tiên lượng tử vong trong 30 ngày lần lượt là 0.871, 0.883 với điểm cắt thang điểm Refit MELD là 20, điểm cắt thang điểm MELD là 16, có giá trị dự đoán về tỉ lệ tử vong có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

+ Diện tích dưới đường cong của thang điểm Refit MELD, MELD tiên lượng tử vong trong 90 ngày lần lượt là 0.798 và 0.794 với điểm cắt của thang điểm Refit MELD là 15 và MELD là 14, có giá trị dự đoán về tỉ lệ tử vong có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 55.58 ± 9.9 . 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 Nguyễn Thị Mai Hương (50.6 ± 11.6)⁴, Trần Thị Hạnh (54.27 ± 12.1)⁵

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nam giới chiếm chủ yếu với tỉ lệ 90%, nguyên nhân gây xơ gan hay gặp nhất là do rượu chiếm tỷ lệ 70.8%, sau đó đến virus viêm gan B với tỉ lệ 24.2%. Điều này liên quan đến thói quen và phong tục tập quán uống rượu bia của người dân, do đó thường gặp ở nam nhiều hơn nữ; bệnh nhân xơ gan do rượu thường ít quan tâm tới sức khỏe, khi phát hiện bệnh thường vào giai

90 ngày	Sống	58	96.7	43	71.7
Tổng		60	100	60	100

Nhận xét: + Với điểm Refit MELD ≤ 20 , số bệnh nhân sống sót sau 30 ngày là 100%, có 0% bệnh nhân tử vong. Refit MELD > 20 , bệnh nhân tử vong chiếm 21.7%. Số điểm Refit MELD và tỉ lệ tử vong trong ngày 30 ngày có mối liên quan với nhau với độ tin cậy 99% ($p = 0.000 < 0.01$)

+ Với điểm Refit MELD ≤ 15 , số bệnh nhân sống sót sau 90 ngày là 96.5%, có 3.3% bệnh nhân tử vong. Refit MELD > 15 , bệnh nhân tử vong chiếm tỉ lệ 28.3%. Số điểm Refit MELD và tỉ lệ tử vong trong vòng 90 ngày có mối liên quan với nhau với độ tin cậy 99% ($p = 0.000 < 0.01$)

3.3. So sánh thang điểm Refit MELD với thang điểm MELD trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân xơ gan mất bù

đoạn muộn. Nguyên nhân xơ gan ở các nước phát triển chủ yếu do rượu và viêm gan C, trong khi nguyên nhân xơ gan ở các nước đang phát triển cũng như Việt Nam virus viêm gan B chiếm tỉ lệ khá cao. Tỉ lệ tử vong trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi trong 30 ngày là 10.8% và trong 90 ngày là 15.8%, có thể thấy trong các nghiên cứu nước ngoài thì hầu hết các bệnh nhân đều được can thiệp điều trị và theo dõi tích cực để chờ ghép gan hay làm TIPS còn ở Việt Nam chưa có điều kiện kinh tế, chưa có nhiều bệnh nhân được can thiệp, tâm lý bệnh nhân còn dùng thuốc nam thuốc bắc và được đưa đến viện giai đoạn muộn nên tỉ lệ tử vong còn cao.

Điểm Refit MELD được thu thập trong vòng 24 giờ kể từ thời điểm nhập viện, với các chỉ số đơn giản, phổ biến có thể thực hiện tại hầu hết cơ sở y tế hiện nay của nước ta. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm Refit MELD trung bình 16.17 ± 6.26 , bệnh nhân có số điểm Refit MELD lớn nhất là 39, bệnh nhân đã tử vong 3 ngày sau nhập viện, bệnh nhân có số điểm Refit MELD thấp nhất là 6 điểm. Điểm Refit MELD trung bình ở nhóm bệnh nhân tử vong 30 ngày và 90 ngày lần lượt là 24 ± 6.6 và 21 ± 6.8 . Điểm Refit MELD trung bình ở nhóm bệnh nhân sống sót sau 30 ngày và 90 ngày lần lượt là 14 ± 5.4 và 14 ± 5.49 . Như vậy, số điểm Refit MELD trung bình ở nhóm bệnh nhân tử vong trong 30 ngày và 90 ngày cao hơn nhóm sống có ý nghĩa thống kê

với độ tin cậy 95% ($p=0.000 < 0.05$). Với giá trị Refit MELD cut off là 20, AUROC 0.871 dự báo tỉ lệ tử vong 30 ngày với độ nhạy 76.9%, độ đặc hiệu 86%, sau 90 ngày AUROC là 0.798 với độ nhạy 89.5%, độ đặc hiệu 57.4%. Kết quả này thấp hơn kết quả của tác giả Leise MD và cộng sự nghiên cứu về thang điểm Refit MELD trên 28131 bệnh nhân xơ gan tại Hoa Kỳ trong thời gian từ 2005 – 2008, thang điểm có ý nghĩa dự báo mức độ tử vong sau 90 ngày là 0,8675⁶, Tuy nhiên do cỡ mẫu của chúng tôi còn nhỏ, và nhóm bệnh nhân nghiên cứu giới hạn trên những bệnh nhân xơ gan mất bù, nên kết quả chỉ mang tính chất tham khảo, tương đương kết quả của tác giả L.C. NGUYEN và cộng sự nghiên cứu trên 904 bệnh nhân xơ gan mất bù tại Việt Nam từ 2019 – 2021, thang điểm có ý nghĩa dự báo mức độ tử vong sau 90 ngày là 0.7682. So sánh với thang điểm MELD, có thể thấy thang điểm Refit MELD có độ đặc hiệu cao hơn trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân xơ gan trong 30 ngày và 90 ngày, cho thấy khả năng giảm thiểu việc đánh giá sai các trường hợp sống sót. Điều này có ý nghĩa đặc biệt khi cần đưa ra các quyết định can thiệp như ghép gan. Thang điểm Refit MELD có khả năng tiên lượng tốt hơn thang điểm MELD, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 mô hình ($p = 0.9520 > 0.05$). Cả 2 thang điểm đều cho thấy có giá trị dự báo khá về tử vong trên bệnh nhân xơ gan mất bù trong 30 ngày (AUROC 0.8 – 0.9) và có giá trị dự báo trung bình trong 90 ngày (AUROC 0.7 -0.8) tương đương nghiên cứu của tác giả BRANDÃO và cộng sự¹ và tác giả L.C. NGUYEN và cộng sự⁷.

V. KẾT LUẬN

Thang điểm Refit MELD cho thấy giá trị tiên lượng có ý nghĩa trong dự đoán tử vong ở bệnh nhân xơ gan mất bù, đặc biệt là trong khoảng thời gian 30 ngày với độ chính xác cao (AUROC = 0.871). Refit MELD có độ đặc hiệu cao hơn so với MELD, giúp giảm khả năng đánh giá sai các trường hợp sống sót tuy nhiên không có sự khác biệt rõ rệt giữa hai mô hình, Refit MELD vẫn tỏ ra hữu ích hơn trong lâm sàng khi cần xác định bệnh nhân có nguy cơ cao để can thiệp sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Brandão, a. b. de m., bombassaro, i. z., coral, g. p., soldara, j. & kupski, c. performance of six predictive models of death of patients hospitalized for decompensated cirrhosis: a multicenter study. *Arq. Gastroenterol.* 62, e24065.
2. Nguyễn Xuân Huyền. Bách Khoa Thư Bệnh Học Tập III. Nhà xuất bản từ điển bách khoa; 2000.
3. Angeli, P. et al. EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. *J. Hepatol.* 69, 406–460 (2018).
4. Nguyễn Thị Mai Hương (2011). Giá trị thang điểm MELD trong tiên lượng bệnh nhân xơ gan, luận văn thạc sỹ y học. Đại học Y Hà Nội.
5. Trần Thị Hạnh (2013). Nghiên cứu giá trị của chỉ số MELDNa trong tiên lượng bệnh nhân xơ gan, luận văn thạc sỹ y học. Đại học Y Hà Nội.
6. Leise, M. D. et al. A revised model for end-stage liver disease optimizes prediction of mortality among patients awaiting liver transplantation. *Gastroenterology* 140, 1952–1960 (2011).
7. Nguyen, L. C. et al. 2-year survival estimation for decompensated cirrhosis patients of prognostic scoring systems. *Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci.* 27, 10909–10916 (2023).

PHỔ VI KHUẨN VÀ TÌNH TRẠNG KHÁNG KHÁNG SINH TRONG BỆNH LÝ ÁP XE PHẦN PHỤ TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Huỳnh Tấn An^{1,2}, Bùi Chí Thương^{1,2},
Nguyễn Phạm Huy Hùng², Hoàng Lê Quỳnh Anh³

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả phổ vi khuẩn và tình trạng kháng kháng sinh trong bệnh lý áp xe phần

phụ tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu loạt ca, chọn mẫu thuận tiện các bệnh án ($n=66$) của bệnh nhân được chẩn đoán áp xe phần phụ có chỉ định phẫu thuật hoặc dẫn lưu kèm nuôi cấy và làm kháng sinh đồ, thu thập từ tháng 01/2021 đến 05/2025 tại Khoa Sản Phụ, bệnh viện Nhân Dân Gia Định. **Kết quả:** Tổng cộng 66 trường hợp phù hợp tiêu chuẩn, tuổi trung bình $44,6 \pm 10,2$ tuổi. Các vi khuẩn phân lập từ 39 mẫu dương tính gồm: *E. coli* 19/39 (48,7%), *K. pneumoniae* 7/39 (17,9%) và *Streptococcus spp.* 9/39 (23,1%). Trong đó, 6/39 (15,4%) chủng *E. coli* tiết ESBL và 1/39 (2,6%) tiết AMPC. Tỷ lệ đa nhiễm

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhân dân Gia Định

³Bệnh viện Hùng Vương

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Chí Thương

Email: buichithuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025