

bệnh nhân, trong đó phát hiện 4 bệnh nhân chiếm 80% có bất thường phù hợp với bệnh nhược cơ. Ngoài ra, chúng tôi ghi nhận tỉ lệ SFEMG dương tính là 75% (3/4 BN) cao hơn so với tỉ lệ xét nghiệm kháng thể kháng AchR dương tính là 50% (2/4 BN) trong số các bệnh nhân có nghiệm pháp RNS âm tính. Kỹ thuật SFEMG được tiến hành tại bệnh viện và không có ghi nhận tai biến nghiêm trọng nào. Chứng tỏ quy trình đo SFEMG này có tính khả thi, hiệu quả và an toàn trong thực hành lâm sàng.

Chúng tôi kiến nghị đưa kỹ thuật SFEMG vào áp dụng thường quy trong thực hành lâm sàng ở những bệnh nhân nghi ngờ mắc bệnh nhược cơ có nghiệm pháp RNS tần số 3Hz âm tính và xét nghiệm kháng thể kháng AchR âm tính. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu tiến cứu hàng loạt ca với cỡ mẫu tương đối nhỏ nên chưa phản ánh đầy đủ tính hiệu quả của kỹ thuật SFEMG trong chẩn đoán bệnh nhược cơ, vì vậy cần có thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế**, Hướng dẫn xây dựng quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh ban hành kèm Quyết định số 3023/QĐ-BYT ngày 28/07/2023.
2. **Dương, T. H. N. và cộng sự** (2025). Nghiên cứu biến đổi test điện cơ sợi đơn độc và nồng độ

kháng thể kháng thụ cảm thể acetylcholine huyết tương ở BN nhược cơ. Tạp chí y dược học quân sự, 50(s1), 67-74. <https://doi.org/10.56535/jmpm.v50s1.1117>

3. **La Tài Hên, Lê Văn Minh, Nguyễn Thế Luân.** (2024). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên bệnh nhân nhược cơ tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ. Tạp Chí Y học Việt Nam, 541(2). <https://doi.org/10.51298/vmj.v541i2.10774>
4. **Hehir MK, 2nd, Li Y.** Diagnosis and Management of Myasthenia Gravis. Continuum (Minneapolis Minn). 2022;28(6):1615-1642.
5. **Paul Maddison, Girija Sadalage, Philip Alexander Ambrose, et al.** False-positive acetylcholine receptor antibody results in patients without myasthenia gravis, Journal of Neuroimmunology, Volume 332, 2019, Pages 69-72.
6. **Sanders DB, Arimura K, Cui L, et al.** Guidelines for single fiber EMG. Clin Neurophysiol. 2019;130(8):1417-1439.
7. **Sanders DB, Kouyoumdjian JA, Stålberg EV.** Single fiber electromyography and measuring jitter with concentric needle electrodes. Muscle Nerve. 2022;66(2):118-130.
8. **Sanders DB, Stålberg EV.** AAEM minimonograph #25: single-fiber electromyography. Muscle Nerve. 1996;19(9): 1069-83.
9. **Witoonpanich R, Dejthevaporn C, Sriphrapradang A, Pulkes T.** Electrophysiological and immunological study in myasthenia gravis: diagnostic sensitivity and correlation. Clin Neurophysiol. 2011;122(9):1873-7.

GIÁ TRỊ THANG ĐIỂM PALBI TRONG TIỀN LƯỢNG XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO VỠ BÚI GIÃN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nông Thị Linh^{1,2}, Dương Hồng Thái², Nguyễn Thị Hiền²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá giá trị thang điểm PALBI trong tiên lượng xuất huyết tiêu hóa do vỡ búi giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 178 bệnh nhân xơ gan được chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa do vỡ búi giãn tĩnh mạch thực quản bằng nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng từ tháng 07/2024 đến tháng 07/2025 tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên. **Kết quả:** Thang điểm PALBI có giá trị rất tốt trong tiên lượng tử vong nội viện (AUROC =

0,82; 95%CI: 0,75-0,89 p=0,000); tại điểm cắt -0,79 có độ nhạy 81,1% và độ đặc hiệu 86,6%; có giá trị rất tốt trong dự đoán chảy máu tái phát sớm (AUROC = 0,81; 95%CI: 0,70-0,91; p=0,000); tại điểm cắt -0,71 có độ nhạy 80,9% và độ đặc hiệu 87,5%. **Kết luận:** Thang điểm PALBI là công cụ tiên lượng hữu ích, có giá trị rất tốt trong đánh giá nguy cơ tái chảy máu sớm và tử vong nội viện ở bệnh nhân xơ gan vỡ búi giãn tĩnh mạch thực quản. Việc áp dụng PALBI trong thực hành lâm sàng sẽ giúp tăng khả năng phân tầng nguy cơ sớm, hỗ trợ ra quyết định điều trị kịp thời và góp phần cải thiện tiên lượng cho người bệnh.

Từ khóa: PALBI, chảy máu tái phát, tử vong, xơ gan, xuất huyết tiêu hóa

SUMMARY

VALUE OF PALBI SCORE IN PROGNOSIS OF GASTROINTESTINAL BLEEDING DUE TO RUPTURE OF ESOPHAGEAL VARICOSES IN PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS TREATED AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

¹Trung tâm Phẫu y tỉnh Thái Nguyên

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hiền

Email: hiennguyentn92@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2025

Ngày duyệt bài: 18.11.2025

Objective: To evaluate the prognostic value of the PALBI score in predicting gastrointestinal bleeding due to ruptured esophageal varices in cirrhotic patients treated at Thai Nguyen National Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 178 cirrhotic patients diagnosed with gastrointestinal bleeding from ruptured esophageal varices confirmed by esophagogastroduodenoscopy, from July 2024 to July 2025 at Thai Nguyen National Hospital. **Results:** The PALBI score demonstrated excellent prognostic performance for in-hospital mortality (AUROC = 0.82; 95% CI: 0.75–0.89; $p = 0.000$). At the cut-off value of -0.79 , the sensitivity was 81.1% and specificity was 86.6%. The PALBI score also showed excellent predictive value for early rebleeding (AUROC = 0.81; 95% CI: 0.70–0.91; $p = 0.000$). At the cut-off value of -0.71 , the sensitivity was 80.9% and specificity was 87.5%. **Conclusion:** The PALBI score is a useful prognostic tool with high predictive accuracy for both early rebleeding and in-hospital mortality in cirrhotic patients with ruptured esophageal varices. Incorporating PALBI into clinical practice may enhance early risk stratification, support timely therapeutic decision-making, and contribute to improved patient outcomes. **Keywords:** PALBI, rebleeding, mortality, cirrhosis, gastrointestinal bleeding.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là giai đoạn cuối của nhiều bệnh lý gan mạn tính, đặc trưng bởi sự xơ hóa lan tỏa và tái cấu trúc bất thường của mô gan, dẫn đến suy giảm chức năng gan và tăng áp lực tĩnh mạch cửa [1]. Một trong những biến chứng nặng nề và thường gặp nhất ở bệnh nhân xơ gan là giãn tĩnh mạch thực quản là hậu quả trực tiếp của tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Khi búi giãn vỡ, bệnh nhân có thể xuất hiện xuất huyết tiêu hóa trên, gây mất máu ồ ạt, đe dọa tính mạng và làm tăng nguy cơ tử vong ngắn hạn [2]. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị như nội soi can thiệp, thuốc chẹn beta giao cảm, hay can thiệp TIPS (Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt), nhưng xuất huyết do vỡ búi giãn tĩnh mạch thực quản vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở bệnh nhân xơ gan [3]. Do đó, việc tiên lượng nguy cơ tử vong, chảy máu tái phát, cũng như đánh giá chức năng gan một cách chính xác có ý nghĩa quan trọng trong lựa chọn chiến lược điều trị, theo dõi và phân tầng nguy cơ. Hiện nay, các thang điểm tiên lượng được sử dụng phổ biến trong lâm sàng bao gồm Child-Pugh, MELD (Model for End-stage Liver Disease) và một số thang điểm khác. Tuy nhiên, các thang điểm này vẫn còn những hạn chế. Child-Pugh mang tính chủ quan vì có yếu tố đánh giá lâm sàng (cổ trướng, bệnh não gan), trong khi MELD dựa trên các xét nghiệm sinh hóa nhưng chưa phản ánh toàn diện tình

trạng dự trữ chức năng gan [4]. Trong bối cảnh đó, thang điểm PALBI (Platelet-Albumin-Bilirubin) được đề xuất như một công cụ mới nhằm khắc phục hạn chế của các thang điểm truyền thống. PALBI kết hợp số lượng tiểu cầu – chỉ số gián tiếp phản ánh mức độ tăng áp lực tĩnh mạch cửa – cùng albumin và bilirubin – hai chỉ số phản ánh chức năng gan [5]. Một số nghiên cứu quốc tế đã chứng minh PALBI có giá trị trong tiên lượng sống còn và biến cố xuất huyết ở bệnh nhân xơ gan, thậm chí vượt trội hơn ALBI (Albumin-Bilirubin) và Child-Pugh [6], [7]. Tuy vậy, bằng chứng về tính ứng dụng của thang điểm PALBI trong tiên lượng xuất huyết tiêu hóa do vỡ búi giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan vẫn còn hạn chế, đặc biệt là tại Việt Nam. Phần lớn các nghiên cứu trong nước mới chỉ tập trung đánh giá giá trị tiên lượng của Child-Pugh, MELD hoặc ALBI [8]. Chưa có nhiều nghiên cứu quy mô được tiến hành tại các bệnh viện tuyến trung ương ở miền Bắc nhằm kiểm định hiệu quả của thang điểm PALBI trong tiên lượng tử vong và biến chứng xuất huyết tiêu hóa trên ở bệnh nhân xơ gan. Xuất phát từ thực tiễn lâm sàng tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên – nơi tiếp nhận số lượng lớn bệnh nhân xơ gan có biến chứng xuất huyết tiêu hóa, việc nghiên cứu giá trị tiên lượng của thang điểm PALBI trong nhóm đối tượng này là cần thiết. Kết quả nghiên cứu không chỉ góp phần bổ sung bằng chứng khoa học về ứng dụng PALBI mà còn có thể hỗ trợ bác sĩ trong phân tầng nguy cơ, lựa chọn chiến lược điều trị phù hợp, giảm tỷ lệ tử vong và chảy máu tái phát ở bệnh nhân. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *"Đánh giá giá trị thang điểm PALBI trong tiên lượng xuất huyết tiêu hóa do vỡ búi giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 178 bệnh nhân xơ gan được chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa do vỡ búi giãn tĩnh mạch thực quản bằng nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Đối tượng nghiên cứu gồm những bệnh nhân xơ gan có biểu hiện xuất huyết tiêu hóa do vỡ búi giãn tĩnh mạch thực quản; đã từng được chẩn đoán xơ gan trước đây hoặc chưa. Nếu chưa từng được chẩn đoán xơ gan thì dựa vào các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng phù hợp với hai hội chứng: Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa và hội chứng suy tế bào gan [1]. Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là xuất huyết tiêu hóa do vỡ búi

giãn tĩnh mạch thực quản bằng phương pháp nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng; hợp tác, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên do vỡ giãn TMTQ nhưng có kèm những nguyên nhân khác như loét dạ dày - tá tràng, ung thư; xuất huyết tiêu hóa trên do vỡ giãn TMTQ nhưng có kèm theo xuất huyết tiêu hóa dưới, do các nguyên nhân từ góc Treitz trở xuống; đang sử dụng thuốc kháng đông hoặc thuốc chống ngưng tập tiểu cầu; được truyền máu hoặc albumin ở tuyến trước; có tiền sử đặt shunt cửa chủ trong gan qua tĩnh mạch cảnh (TIPS) hay phẫu thuật nối thông cửa chủ; có giãn tĩnh mạch dạ dày ở bất cứ vị trí nào trong dạ dày; Ung thư gan trên nền xơ gan.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 07/2024 – 07/2025 tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu một tỷ lệ sử dụng độ chính xác tuyệt đối. Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Chung và cộng sự năm 2022, tỷ lệ xuất huyết tái phát là 9,0% [2]. Vì vậy, ta chọn $p = 0,09$. $d=0,06$; $\alpha = 0,05$ $Z_{1-\alpha/2}$: Giá trị thu được từ bảng Z. $Z = 1,96$ với hệ số tin cậy là 95% $\Rightarrow n = 88$. Số bệnh nhân tối thiểu cần đưa vào nghiên cứu là 88 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu: Phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên, không xác suất, 178 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu.

Công cụ thu thập số liệu: Thu thập số liệu dựa vào bệnh án nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu; Phân nhóm điểm PALBI; Mối liên quan giữa các nhóm PALBI với chảy máu tái phát sớm, tử vong. Giá trị tiên lượng của thang điểm PALBI.

Thang điểm PALBI [3]: Sử dụng 3 thông số là tiểu cầu (G/L), nồng độ albumin (g/L) và bilirubin toàn phần ($\mu\text{mol/L}$) huyết tương, tính theo công thức đề xuất bởi Roayaie S và cộng sự:

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

Thang điểm được chia thành ba mức khác nhau gồm: PALBI-1 ($\leq -2,53$); PALBI-2 ($> -2,53$ và $\leq -2,09$) và PALBI-3 ($> -2,09$).

Xử lý số liệu: Số liệu sau khi thu thập được làm sạch và nhập liệu bằng phần mềm Excel; Sử dụng phần mềm SPSS 26.0 để phân tích số liệu theo mục tiêu nghiên cứu.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Khoa học và Y đức của trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=178)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≥ 60	52	29,2
	< 60	126	70,8
	$X \pm SD$; Min-Max	$54,3 \pm 8,9$; 34-75	
Giới	Nam	178	100
Địa dư	Thành thị	42	23,6
	Nông thôn	136	76,4
Nghề nghiệp	Nông dân	94	52,8
	Tự do	62	34,8
	Hưu trí	10	5,6
	Công nhân	8	4,6
	Hành chính	4	2,2
Tiền sử xơ gan	Có	176	98,9
	Không	2	1,1

Nhận xét: Trong nghiên cứu, tuổi trung bình đối tượng nghiên cứu là $54,3 \pm 8,9$ (năm). Tỷ lệ bệnh nhân dưới 60 tuổi chiếm đa số 70,8%. 100% bệnh nhân trong nghiên cứu là nam giới. Chủ yếu bệnh nhân sống ở nông thôn 76,4%. Nghề nghiệp chủ yếu là nông dân 52,8%, ít nhất là hành chính 2,2%. Có 98,9% bệnh nhân có tiền sử xơ gan.

Bảng 3.2. Phân nhóm điểm PALBI (n=178)

PALBI		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Phân nhóm	PALBI-2	12	6,7
	PALBI-3	166	93,3
$X \pm SD$		$-0,74 \pm 0,42$	
Min-Max		$-2,45 - (0,07)$	

Nhận xét: Điểm PALBI trung bình của nhóm nghiên cứu là $-0,74 \pm 0,42$; tập trung vào nhóm PALBI-3 (93,3%).

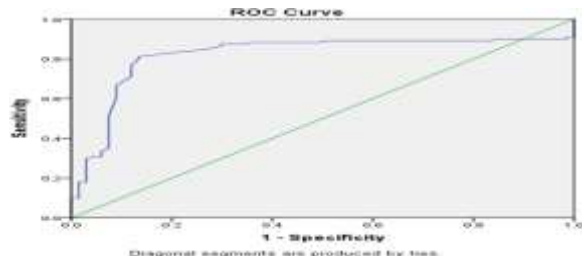
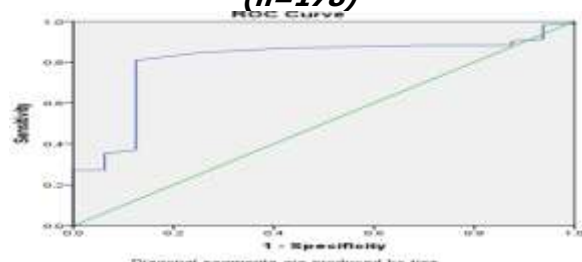
Bảng 3.3. Mối liên quan giữa các nhóm PALBI với tái chảy máu sớm, tử vong (n=178)

Điểm PALBI	Tái chảy máu sớm			Tử vong nội viện		
	Có	Không	p	Có	Không	p
PALBI-3	65 (39,2%)	101 (60,8%)	0,034	15 (9,0%)	151 (91,0%)	1,000
PALBI-2	1 (8,3%)	11 (91,7%)		1 (8,3%)	11 (91,7%)	

Nhận xét: Tỷ lệ chảy máu tái phát sớm ở nhóm PALBI-3 cao hơn so với nhóm PALBI-2, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.4. Giá trị tiên lượng của thang điểm PALBI (n=178)

	AUROC(95%CI)	Cut-point	Sen (%)	Spe (%)	PPV (%)	NPV (%)	p
Xuất huyết tái phát	0,82(0,75-0,89)	-0,71	81,1	86,6	91,9	26,6	0,000
Tử vong	0,81(0,70-0,91)	-0,79	80,9	87,5	98,5	31,3	0,000

**Biểu đồ 3.1. Đường cong ROC tiên lượng chảy máu tái phát của thang điểm PALBI (n=178)****Biểu đồ 3.2. Đường cong ROC tiên lượng tử vong của thang điểm PALBI (n=178)**

Nhận xét: Thang điểm PALBI có giá trị rất tốt trong tiên lượng tử vong nội viện (AUROC = 0,82; 95%CI: 0,75-0,89 p=0,000); tại điểm cắt -0,79 có độ nhạy 81,1% và độ đặc hiệu 86,6%; có giá trị rất tốt trong dự đoán tái chảy máu sớm (AUROC = 0,81; 95%CI: 0,70-0,91; p=0,000); tại điểm cắt -0,71 có độ nhạy 80,9% và độ đặc hiệu 87,5%.

V. BÀN LUẬN

Điểm PALBI trung bình của nhóm nghiên cứu là $-0,74 \pm 0,42$, tập trung vào nhóm PALBI-3 (93,3%). Tỷ lệ tái chảy máu sớm ở nhóm PALBI-3 cao hơn so với nhóm PALBI-2, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nghiên cứu của Nguyễn Thị Huyền Trâm và cộng sự năm 2024 thấy điểm PALBI trung bình của mẫu nghiên cứu $-1,76 \pm 0,45$. Bệnh nhân thuộc nhóm PALBI-1, PALBI-2, PALBI-3 chiếm tỷ lệ lần lượt 3,5%; 21,1%; 75,4%. Trong nhóm bệnh nhân tử vong, có 29 trường hợp thuộc nhóm PALBI-3 chiếm tỷ lệ 17%, nhóm PALBI-2 có 1 trường hợp chiếm tỷ lệ 0,5% và không có trường hợp nào thuộc nhóm PALBI-1. Trong nhóm bệnh nhân chảy máu tái phát, 17 bệnh nhân thuộc nhóm PALBI-3 chiếm tỷ lệ 9,9%; 3 bệnh nhân thuộc nhóm PALBI-2 chiếm tỷ lệ 1,8% [4]. Nghiên cứu của Vũ Thị Ngọc Bích và cộng sự năm 2024 về sự thay đổi và giá trị tiên lượng tử vong trong 30 ngày của chỉ số

ALBI và PALBI ở bệnh nhân xơ gan có biến chứng thấy điểm ALBI, PALBI trung bình ở nhóm xơ gan có biến chứng XHTH đơn độc lớn hơn điểm ALBI ở nhóm không có XHTH đơn độc và không có giá trị trong dự báo XHTH ở bệnh nhân xơ gan. Điểm ALBI, PALBI trung bình ở nhóm xơ gan có biến chứng HCNG đơn độc lớn hơn điểm ALBI ở nhóm không có HCNG đơn độc, có ý nghĩa dự báo yếu HCNG với AUC là 0,652 và 0,678. Điểm ALBI, PALBI trung bình ở nhóm xơ gan có 1 biến chứng là thấp hơn [5]. Nghiên cứu năm 2022 của Nguyễn Văn Chung và cộng sự điểm PALBI trung bình của nhóm nghiên cứu là $-1,78 \pm 0,42$, tập trung vào nhóm PALBI-3 (76,1%). Tỷ lệ chảy máu tái phát 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 ($p < 0,05$) với điểm PALBI trung bình cao hơn ở nhóm chảy máu tái phát sớm và tử vong so với nhóm không có biến cố này [2]. Nghiên cứu của Muhammad S Faisal và cộng sự năm 2020 về Vai trò của điểm tiểu cầu-albumin-bilirubin trong dự đoán chảy máu tái phát sau thắt dây chằng trong xuất huyết do giãn tĩnh mạch cấp tính thấy trong tổng số 170 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có PALBI loại 1 (điểm $\leq -2,53$) 12,1%, 2 (điểm $> -2,53$ và $\leq -2,09$) 22,6% và 3 (điểm $> -2,09$) [6]. Nghiên cứu của Anupama Swarna và cộng sự năm 2023 về ảnh hưởng của điểm tiểu cầu-albumin-bilirubin (PALBI) trong việc dự đoán kết quả chảy máu giãn tĩnh mạch cấp tính ở bệnh nhân xơ gan trên 130 bệnh nhân có 63 PALBI-1 (48,5%), 23 PALBI-2 (17,8%) và 44 PALBI-3 (33,8%) [7]. Nghiên cứu của Omar Elshaarawy năm 2020 thấy PALBI-1 (20,2%), PALBI-2 (18,8%), PALBI-3 (61,0%) [8]. Trong nghiên cứu, thang điểm PALBI có giá trị rất tốt trong tiên lượng tử vong nội viện (AUROC = 0,82; 95%CI: 0,75-0,89 p=0,000); tại điểm cắt -0,79 có độ nhạy 81,1% và độ đặc hiệu 86,6%; có giá trị rất tốt trong dự đoán tái chảy máu sớm (AUROC = 0,81; 95%CI: 0,70-0,91; p=0,000); tại điểm cắt -0,71 có độ nhạy 80,9% và độ đặc hiệu 87,5%. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Huyền Trâm và cộng sự năm 2024 thấy tại điểm cắt -1,82, điểm PALBI có khả năng dự đoán nguy cơ tử vong trong vòng 6 tuần với độ nhạy 93,33%, độ đặc hiệu 53,9%, giá trị tiên đoán dương 30,1%, giá trị tiên đoán âm 97,1%, AUC = 0,80. Tại điểm cắt -1,96, độ nhạy 85%,

độ đặc hiệu 36,42%, giá trị tiên đoán dương 15%, giá trị tiên đoán âm 94,8%, điểm PALBI dự đoán chảy máu tái phát trong vòng 6 tuần với $AUC = 0,534$, $p = 0,618$, $KTC95\% \quad 0,411_0,658$. Điểm PALBI có khả năng dự đoán tử vong trong vòng 6 tuần ở mức tốt, giúp phân tầng bệnh nhân nguy cơ cao nhằm đưa ra chiến lược điều trị phù hợp. Tuy nhiên, trong dự đoán nguy cơ tái xuất huyết, điểm PALBI chỉ ở mức kém và không hữu ích trong áp dụng thực hành lâm sàng [4]. Nghiên cứu của Vũ Thị Ngọc Bích và cộng sự năm 2024 thấy Điểm ALBI, PALBI trung bình ở nhóm xơ gan có biến chứng HCNG đơn độc lớn hơn điểm ALBI ở nhóm không có HCNG đơn độc, có ý nghĩa dự báo yếu HCNG với AUC là 0,652 và 0,678. Điểm ALBI, PALBI trung bình ở nhóm xơ gan có 1 biến chứng là thấp hơn điểm ALBI ở nhóm bệnh nhân xơ gan nhiều biến chứng. Để dự báo xơ gan có từ 2 biến chứng trở lên, diện tích dưới đường cong của ROC của ALBI và PALBI lần lượt là 0,7 và 0,714. ALBI và PALBI có giá trị dự báo trung bình về số lượng biến chứng. Điểm ALBI, PALBI trung bình của tất cả bệnh nhân xơ gan biến chứng có tử vong cao hơn so với nhóm bệnh nhân sống sót có giá trị dự báo trung bình về tử vong trong 30 ngày ở bệnh nhân xơ gan có biến chứng với AUC là 0,783; 0,786. Điểm ALBI, PALBI trung bình ở nhóm xơ gan có nhiều biến chứng có tử vong lớn hơn ở nhóm sống sót có giá trị dự báo trung bình về tử vong trong 30 ngày ở bệnh nhân xơ gan có nhiều biến chứng với AUC là 0,70; 0,72 [5]. Nghiên cứu năm 2022 của Nguyễn Văn Chung và cộng sự về Nghiên cứu giá trị của thang điểm PALBI trong tiên lượng xuất huyết tiêu hóa cấp do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan có biến chứng xuất huyết tiêu hóa cấp do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản tử vong nội viện ($AUROC=0,8$; $95\%CI: 0,69-0,91$, $p<0,001$), tại điểm cắt -1,63 có độ nhạy 86,7% và độ đặc hiệu 63,3%; có giá trị khá tốt trong dự đoán chảy máu tái phát sớm ($AUROC = 0,7$, $95\%CI: 0,59-0,81$, $p=0,004$), tại điểm cắt -1,45 có độ nhạy 55,0% và độ đặc hiệu 82,2%. PALBI là thang điểm có giá trị trong tiên lượng nguy cơ chảy máu tái phát và tử vong tại bệnh viện ở bệnh nhân xơ gan có biến chứng xuất huyết tiêu hóa cấp do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản [2]. Theo nghiên cứu của Omar Elshaarawy và cộng sự năm 2020 về điểm PALBI thấy $AUROC$ để dự đoán khả năng sống sót của xuất huyết do giãn tĩnh mạch cấp tính lần lượt là 0,871. Để dự đoán tái xuất huyết, $AUROC$ là 0,794. Điểm PALBI khi nhập viện là một chỉ số tiên lượng tốt cho bệnh nhân xuất huyết do giãn tĩnh mạch cấp tính và

dự đoán tử vong sớm và tái xuất huyết [8]. Ưu điểm nổi bật của thang điểm PALBI là sử dụng các chỉ số xét nghiệm thường quy, dễ thực hiện, có thể tính toán ngay khi nhập viện, giúp phân tầng nguy cơ sớm, từ đó cải thiện khả năng đưa ra quyết định lâm sàng. Những bệnh nhân có điểm PALBI cao cần được theo dõi sát, can thiệp tích cực và cân nhắc các biện pháp dự phòng tái chảy máu hoặc tử vong sớm như điều chỉnh thuốc, thắt tĩnh mạch thực quản, dùng thuốc co mạch, hoặc can thiệp TIPS sớm nếu có chỉ định. Tuy nhiên, cũng cần lưu ý rằng thang điểm PALBI, dù có độ chính xác cao, vẫn không thể thay thế hoàn toàn các đánh giá lâm sàng toàn diện. Các yếu tố như mức độ mất máu ban đầu, đáp ứng điều trị, tình trạng huyết động và các bệnh lý phối hợp cũng đóng vai trò quan trọng trong tiên lượng kết cục. Do đó, việc phối hợp giữa thang điểm PALBI với đánh giá lâm sàng toàn diện và các thang điểm khác có thể giúp nâng cao hiệu quả tiên lượng.

VI. KẾT LUẬN

Thang điểm PALBI là công cụ tiên lượng hữu ích, có giá trị rất tốt trong đánh giá nguy cơ chảy máu tái phát sớm và tử vong nội viện ở bệnh nhân xơ gan vỡ búi giãn tĩnh mạch thực quản. Việc áp dụng PALBI trong thực hành lâm sàng sẽ giúp tăng khả năng phân tầng nguy cơ sớm, hỗ trợ ra quyết định điều trị kịp thời và góp phần cải thiện tiên lượng cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **N. Q. Châu**, Bệnh học Nội khoa Hà Nội: Nhà xuất bản Y học, 2020.
2. **N. V. Chung, Đ. Đ. Tiến, and D. Q. Huy**, "Nghiên cứu giá trị của thang điểm PALBI trong tiên lượng xuất huyết tiêu hóa cấp do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan," (in vi), *Journal of 108-Clinical Medicine and Pharmacy*, 2022.
3. **S. Roayaie et al.**, "PALBI-an objective score based on platelets, albumin & bilirubin stratifies HCC patients undergoing resection & ablation better than Child's classification," in *Hepatology*, 2015, vol. 62, pp. 631A-632A: Wiley-blackwell 111 river st, hoboken 07030-5774, nj USA.
4. **N. T. H. Trâm and V. H. M. Công**, "Giá trị điểm PALBI dự đoán các biến cố kết cục trong vòng 6 tuần ở bệnh nhân xơ gan có xuất huyết tiêu hóa trên do tăng áp tĩnh mạch cửa," (in vi), *Tạp chí Y học Việt Nam*, vol. 534, no. 2, 2024.
5. **V. T. N. Bích and N. T. Văn Hồng**, "Sự thay đổi và giá trị tiên lượng tử vong trong 30 ngày của chỉ số ALBI và PALBI ở bệnh nhân xơ gan có biến chứng," (in vi), *Tạp chí Y học Việt Nam*, vol. 535, no. 1, 2024.
6. **M. S. Faisal, T. Singh, H. Amin, and J. M. Esfeh**, "Role of platelet-albumin-bilirubin score in predicting re-bleeding after band ligation for acute variceal hemorrhage," (in eng), *World J Hepatol*, vol. 12, no. 10, pp. 880-882, Oct 27 2020.

7. Swarna, M. Ramamoorthy, R. Kini, C. Annasamy, M. Kalyanasundaram, and S. Immaneni, "Platelet-albumin-bilirubin score - a risk stratification scoring system to predict outcome of acute variceal bleeding in patients with cirrhosis," (in eng), Eur J Gastroenterol Hepatol, vol. 35, no. 9, pp. 1044-1048, Sep 1 2023.
8. O. Elshaarawy, N. Allam, E. Abdelsameea, A. Gomaa, and I. Waked, "Platelet-albumin-bilirubin score-a predictor of outcome of acute variceal bleeding in patients with cirrhosis," (in eng), World journal of hepatology, vol. 12, no. 3, p. 99, 2020.

NGHIÊN CỨU TÌNH TRẠNG NHIỄM TRÙNG SAU GHÉP GAN

Nguyễn Xuân Hà^{1,3}, Trần Ngọc Ánh^{1,3},
Lê Văn Thành², Doãn Trung San³

TÓM TẮT

Ghép gan là biện pháp điều trị triệt căn với các bệnh nhân có bệnh gan mạn tính ở các nước phát triển và ngày càng phát triển mạnh mẽ tại Việt nam. Ước chế miễn dịch toàn thân khiến người nhận gan dễ bị nhiễm trùng mới cũng như tái hoạt các nhiễm trùng tiềm ẩn đã có từ trước. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm trùng sau ghép gan. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu và tiến cứu được thực hiện trên 205 bệnh nhân được ghép gan tại Bệnh viện TWQĐ 108 từ năm 2024 đến tháng 6 năm 2025. Tiêu chí xác định nhiễm trùng dựa theo khuyến cáo EASL 2013. Chẩn đoán cụ thể các loại nhiễm trùng thường gặp (viêm phổi, nhiễm trùng tiểu, nhiễm trùng ổ bụng, nhiễm trùng huyết, v.v.) được xác định theo tiêu chuẩn Bộ Y tế và hướng dẫn quốc tế. **Kết quả:** Tuổi trung bình: $\approx 57,6 \pm 11,4$, Tỷ lệ nam giới: $\approx 85,4\%$. Các chỉ định ghép gan phổ biến: Suy gan cấp trên nền bệnh gan mạn tính. ACLF (35%), Ung thư biểu mô tế bào gan (30%), Xơ gan (25%). Tỷ lệ nhiễm trùng sau ghép gan là 94.6%. Trong đó: Viêm phổi (38%) và nhiễm trùng khác (54%) là các dạng nhiễm trùng phổ biến nhất. Tử vong do nhiễm trùng chiếm 7.7%. Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhiễm trùng và các yếu tố: giới, tuổi, điểm MELD và Child-Pugh ($p > 0.05$). **Kết luận:** Nhiễm trùng là biến chứng phổ biến và đáng lưu ý sau ghép gan, trong đó viêm phổi và nhiễm trùng huyết chiếm tỷ lệ cao. Cho thấy cần theo dõi sát và kiểm soát nhiễm trùng bằng các biện pháp chăm sóc tích cực ngay sau phẫu thuật.

Từ khóa: Ghép gan, Nhiễm trùng sau ghép gan, Yếu tố nguy cơ nhiễm trùng sau ghép tạng

SUMMARY

INVESTIGATION OF POST-LIVER TRANSPLANT INFECTION STATUS

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hà

Email: xuanha1597@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 20.11.2025

Liver transplantation is the definitive treatment for patients with chronic liver disease in developed countries and is increasingly advancing in Vietnam. The high survival rates of liver transplant recipients are largely attributed to the availability of potent immunosuppressive therapies. However, systemic immunosuppression renders these patients more susceptible to new infections, as well as the reactivation of latent ones. Infections occurring within the first month post-transplant are often hospital-acquired, donor-derived, or associated with perioperative complications. This study aims to investigate the clinical and subclinical characteristics of post-transplant infections and identify potential associated factor. **Subjects and Methods:** This is a descriptive cross-sectional study, combining both retrospective and prospective data, conducted on 205 liver transplant recipients at the 108 Military Central Hospital from 2024 to June 2025. Infection criteria were based on the 2013 EASL guidelines: patients presenting with postoperative fever $\geq 38^{\circ}\text{C}$ and/or CRP ≥ 1 mg/dL and/or procalcitonin ≥ 0.5 ng/mL were considered to have an infection. Specific diagnoses of common infections (e.g., pneumonia, urinary tract infection, intra-abdominal infection, sepsis) were made according to standards set by the Ministry of Health and international guidelines. The analyzed factors included age, gender, MELD score, Child-Pugh score, clinical and laboratory features, and infection-related mortality. Data were collected from patient medical records and analyzed using SPSS version 20.0. **Results:** Mean age: approximately 57.6 ± 11.4 years. Male patients: approximately 85.4%. Acute-on-chronic liver failure (ACLF) (35%), hepatocellular carcinoma (HCC) (30%), and cirrhosis (25%). The post-transplant infection rate was 94.6%. Pneumonia (38%) and other infections (54%) were the most common types. Infection-related mortality accounted for 7.7%. No statistically significant associations were found between infection and gender, age, MELD score, or Child-Pugh score ($p > 0.05$). **Conclusion:** Infection is a common and significant complication following liver transplantation, with pneumonia and sepsis being the most prevalent types. Traditional risk factors such as age, gender, MELD, and Child-Pugh scores were not significant predictors of infection, underscoring the importance of close postoperative monitoring and prompt implementation of infection control measures. **Keywords:** Liver transplantation, Post-liver transplant infections, Risk factors for infection after organ transplantation