

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. S. C. Park, A. T. Hsu, D. Su và cộng sự (2013). Factors associated with focal lamina cribrosa defects in glaucoma. *Investigative ophthalmology & visual science*, 54 (13), 8401-8407.
2. P. Naranjo-Bonilla, R. Giménez-Gómez, D. Ríos-Jiménez và cộng sự (2017). Enhanced depth OCT imaging of the lamina cribrosa for 24 hours. *International journal of ophthalmology*, 10 (2), 306.
3. H.-Y. L. Park, S. H. Jeon và C. K. Park (2012). Enhanced depth imaging detects lamina cribrosa thickness differences in normal tension glaucoma and primary open-angle glaucoma. *Ophthalmology*, 119 (1), 10-20.
4. B. Wanichwecharungruang, A. Kongthaworn, D. Wagner và cộng sự (2021). Comparative Study of Lamina Cribrosa Thickness Between Primary Angle-Closure and Primary Open-Angle Glaucoma. *Clinical Ophthalmology (Auckland, NZ)*, 15, 697.
5. H. A. Quigley, R. M. Hohman, E. M. Addicks và cộng sự (1983). Morphologic changes in the lamina cribrosa correlated with neural loss in open-angle glaucoma. *American journal of ophthalmology*, 95 (5), 673-691.
6. H. Quigley (1981). Regional differences in the structure of the lamina and their relation to glaucomatous optic nerve damage. *Arch Ophthalmol*, 99, 37-43.
7. H. A. Quigley, E. M. Addicks, W. R. Green và cộng sự (1981). Optic nerve damage in human glaucoma: II. The site of injury and susceptibility to damage. *Archives of Ophthalmology*, 99 (4), 635-649.
8. A. J. Tatham, A. Miki, R. N. Weinreb và cộng sự (2014). Defects of the lamina cribrosa in eyes with localized retinal nerve fiber layer loss. *Ophthalmology*, 121 (1), 110-118.

## GIÁ TRỊ CỦA CHỈ SỐ FIB-4 TRONG ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ XƠ HÓA GAN Ở BỆNH NHÂN MẮC BỆNH GAN DO RƯỢU

Trần Thị Thanh Thu<sup>1</sup>, Lê Thị Thu Hiền<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá giá trị của chỉ số FIB-4 trong đánh giá mức độ xơ hóa gan ở bệnh nhân mắc bệnh gan do rượu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 49 bệnh nhân bệnh gan do rượu được chẩn đoán bằng phương pháp siêu âm đàn hồi mô gan. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 54,8 ± 7,4 năm, 100% là nam giới. Chỉ số FIB - 4 có xu hướng tăng dần theo mức độ nặng của xơ hóa gan: F1(1,0 ± 0,6), F2 (3,0 ± 1,6) và đến F4(5,2 ± 2,4). Để chẩn đoán có xơ gan: giá trị ngưỡng của FIB-4 là 2,6; diện tích dưới đường cong ROC là 0,823 (p < 0,05; 95% CI: 0,679 – 0,967); độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt 89,5% và 73%. Giá trị của FIB-4 trong đánh giá xơ hóa gan, diện tích dưới đường cong ROC là 0,77 (p < 0,05, 95% CI: 0,513–1). **Kết luận:** FIB-4 có giá trị trong đánh giá mức độ xơ hóa gan ở bệnh nhân bệnh gan do rượu.

**Từ khóa:** FIB-4, xơ hóa gan, bệnh gan do rượu.

## SUMMARY

### THE VALUE OF FIBROSIS INDEX FIB-4 IN ASSESSMENT OF LIVER FIBROSIS STAGE IN IN PATIENTS WITH ALCOHOLIC LIVER DISEASE

**Objectives:** To evaluate the value of the FIB-4 in assessing the liver fibrosis stage in patients with alcoholic liver disease. **Subjects and Methods:** A

cross-sectional descriptive study on 49 patients with alcoholic liver disease diagnosed by elastography of liver tissue. **Results:** Mean age was 54.8 ± 7.4 years, 100% male. The FIB-4 tends to increase gradually according to the severity of liver fibrosis: F1 (1.0 ± 0.6), F2 (3.0 ± 1.6) and to F4 (5.2 ± 2.4). To diagnose cirrhosis: the threshold value of FIB-4 is 2.6; the area under the ROC curve was 0.823 (p < 0.05; 95% CI: 0.679 – 0.967); Sensitivity and specificity were 89.5% and 73%, respectively. The value of FIB-4 in the assessment of liver fibrosis, the area under the ROC curve was 0.77 (p < 0.05, 95% CI: 0.513–1). **Conclusion:** FIB-4 is valuable in assessing the liver fibrosis stage in patients with alcoholic liver disease.

**Keywords:** FIB-4, Liver fibrosis, Alcoholic liver disease

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh gan do rượu (BGDR) là một tình trạng bệnh lý của gan do sử dụng rượu quá mức trong thời gian dài. BGDR bao gồm gan nhiễm mỡ do rượu, viêm gan do rượu, xơ hóa gan và xơ gan do rượu [3]. Các tổn thương này hiếm khi xuất hiện đơn lẻ mà thường kết hợp với nhau. Các bằng chứng nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ BGDR ngày càng gia tăng trong vài thập kỷ qua. Việc đánh giá xơ hóa gan là vô cùng quan trọng trong tiên lượng bệnh. Tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán mức độ xơ hóa gan vẫn là sinh thiết gan, tuy nhiên đây cũng là một thủ thuật xâm lấn nguy cơ tai biến ảnh hưởng đến tính mạng người bệnh và không dễ thực hiện một cách thường quy, vì vậy nhiều chỉ số xét nghiệm không xâm lấn được

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thanh Thu

Email: thanhthuk46a@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2022

Ngày duyệt bài: 25.11.2022

nghiên cứu áp dụng nhằm thay thế sinh thiết gan. Nghiên cứu này thực hiện nhằm mục tiêu: "Mô tả giá trị của chỉ số FIB-4 trong đánh giá mức độ xơ hóa gan ở bệnh nhân mắc bệnh gan do rượu".

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Đối tượng nghiên cứu/**Đối tượng nghiên cứu gồm 49 bệnh nhân BGDR điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 7 năm 2021 đến tháng 7 năm 2022.

**Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân**

- Bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán BGDR theo Hội nghị cứu bệnh gan Hoa Kỳ (AASLD) 2010 [6]:

+ Có tình trạng lạm dụng rượu: điểm AUDIT từ 8 điểm trở lên đối với nam ≤ 60 tuổi, từ 4 điểm trở lên đối với nam > 60 và nữ giới.

+ Có dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh gan mạn: chán ăn, chậm tiêu, rối loạn tiêu hóa, đau tức hạ sườn phải, gầy sút cân, sao mạch, lòng bàn tay son, da xạm, xuất huyết tiêu hóa, phù, vàng da, gan to, lách to, tuần hoàn bàng hệ. AST tăng nhưng < 500 U/L, ALT tăng nhưng < 200 U/L; AST/ALT > 1,5; GGT tăng cao.

**Tiêu chuẩn loại trừ**

- Bệnh nhân bệnh gan không do rượu: Viêm gan B,C, do thuốc, hóa chất, tự miễn...

- Viêm gan cấp, gan nhiễm mỡ đơn thuần do rượu.

- Bệnh nhân sau khi đã làm các thủ thuật tại gan như: sinh thiết gan, chọc hút vì gây ảnh hưởng đến kết quả đo của siêu âm đàn hồi mô gan.

**Phương pháp nghiên cứu**

- Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu. Cỡ mẫu nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

- Phương pháp chẩn đoán hình ảnh siêu âm đàn hồi mô gan FibroScan.

- Chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm:

+ Một số đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm enzym gan, mỡ máu, đường máu, hồng cầu, tiểu cầu, INR, albumin.

+ Siêu âm đàn hồi mô đánh giá mức độ xơ hóa gan dựa trên 5 mức độ từ F0 đến F4 tương ứng theo thang điểm Metavir như sau:

F0: Không có xơ hóa

F1: Xơ hóa nhẹ (chỉ xơ hóa vách tiểu thùy )

F2: Xơ hóa vừa (xơ hóa vách tiểu thùy và khàng cửa)

F3: Xơ hóa nặng (xơ hóa nhiều vách tiểu thùy)

F4: Xơ gan thật sự

+ FIB-4 = Tuổi [năm] x AST[U/L]/ Tiểu cầu [G/L] x (ALT [U/L])<sup>1/2</sup>

**Xử lý số liệu.** Số liệu được thu thập bằng bệnh án nghiên cứu, được nhập liệu bằng phần mềm Epi Data 3.1. Xử lý bằng chương trình IBM SPSS 25.0, ý nghĩa các thuật toán được nhận định theo phương pháp thống kê y học.

**III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN**

**Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi**

Độ tuổi	Số lượng	Tỷ lệ %
< 50 tuổi	13	26,5
50 – 59 tuổi	26	53,1
≥ 60 tuổi	10	20,4
<b>Tổng</b>	49	100,0
<b>Mean ± SD</b>	54,8 ± 7,4 (38 - 71)	

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu 54,8 ± 7,4 năm. Nhóm tuổi 50–59 chiếm cao nhất (53,1%), cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Duy Cường (44,3%) [1], tương đương với kết quả của Nguyễn Thị Kim Loan [2].

**Bảng 2. Đặc điểm chỉ số tiểu cầu, AST và ALT**

Chỉ số (Mean ± SD)	
Tiểu cầu (G/L)	210,9± 118,5 (75 - 513)
ALT (U/L)	67,4±77,3
AST (U/L)	67,4±77,3
Bilirubin toàn phần (µmol/L)	51,8±68,2
Albumin (g/l)	27,9±7,1

Chỉ số tiểu cầu trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 210,9± 118,5 (75-513) (G/L). Hoạt độ ALT, AST trung bình đều là 67,4±77,3 (U/L). Bilirubin toàn phần trung bình là 51,8±68,2(µmol/L). Albumin trung bình là 27,9±7,1 (g/l).

**Bảng 3. Chỉ số FIB-4 phân bố theo các giai đoạn xơ hóa gan**

Giai đoạn	Số lượng (n=49)	FIB-4 trung bình
F2	3	1,0 ± 0,6
F3	4	3,0 ± 1,6
F4	38	5,2 ± 2,4

Chúng tôi quan sát thấy chỉ số FIB - 4 có xu hướng tăng dần theo mức độ nặng của xơ hóa gan: F1 (1,0 ± 0,6), F2 (3,0 ± 1,6) và đến F4(5,2 ± 2,4). Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Vallet-Pichard và cộng sự (2007)[4].

**Bảng 4. Giá trị FIB-4 trong xác định xơ gan**

Chỉ số	Không xơ gan (F0 – F3) với có xơ gan (F4)				
	AUC	p	95% CI	Giá trị ngưỡng	Độ nhạy

<b>FIB-4</b>	0,823	< 0,05	0,679 – 0,967	2,6	89,5%	73%
--------------	-------	--------	---------------------	-----	-------	-----

Giá trị ngưỡng của FIB-4 trong xác định xơ gan là 2,6, diện tích dưới đường cong ROC là 0,823 (p < 0,05; 95% CI: 0,679 – 0,967), độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt 89,5% và 73%. Tác giả Naik BB và cs (2021) [5] cũng kết luận: Điểm FIB-4 có giá trị trong việc đánh giá bệnh nhân có và không bị xơ hóa nặng và xơ gan ở bệnh nhân BGDR.

**Bảng 5. Giá trị FIB-4 trong xác định có xơ hóa gan hay không có xơ hóa gan**

Chi số	Không xơ hóa (F0) với có xơ hóa (F1-F4)		
	AUC	p	95% CI
<b>FIB-4</b>	0,77	< 0,05	0,513 – 1

Chỉ số FIB-4 có giá trị trong phân biệt không có xơ hóa gan và có xơ hóa gan, diện tích dưới đường cong ROC 0,77 (p < 0,05, 95% CI: 0,513–1). Trong nghiên cứu của Vallet-Pichard và cs (2007), diện tích dưới đường cong ROC khi phân biệt giữa tình trạng xơ hóa nhẹ và nặng là 0,85 (95%CI: 0,82-0,89); còn trong nghiên cứu của Sun và cs (2016) diện tích này là 0,8396 ± 0,06807. Như vậy, kết quả của chúng tôi là tương đồng với các nghiên cứu trên.

**IV. KẾT LUẬN**

Tuổi trung bình là 54,8 ± 7,4 năm, 100% là nam giới.

Chỉ số FIB - 4 có xu hướng tăng dần theo mức độ nặng của xơ hóa gan: F1 (1,0 ± 0,6), F2 (3,0 ± 1,6) và đến F4(5,2 ± 2,4).

Để chẩn đoán có xơ gan, giá trị ngưỡng của FIB-4 là 2,6; diện tích dưới đường cong ROC là 0,823 (p < 0,05; 95% CI: 0,679 – 0,967); độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt 89,5% và 73%.

Giá trị của FIB-4 trong đánh giá xơ hóa gan, diện tích dưới đường cong ROC là 0,77 (p < 0,05, 95% CI: 0,513–1).

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- Nguyễn Duy Cường** (2014). "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của xuất huyết tiêu hóa do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản ở BN xơ gan có nghiện rượu và không nghiện rượu". Tạp chí Y học Thực hành số 3-2014
- Nguyễn Thị Kim Loan** (2011). "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nội soi thực quản ở bệnh nhân xơ gan tại khoa nội tổng hợp Bệnh viện Đa Khoa Long An".
- Ling-Zu Kong, et al.** (2019), "Pathogenesis, early diagnosis, and therapeutic management of alcoholic liver disease", Int J Mol Sci, 20,(11), 2712.
- Vallet-Pichard A Mallet V, Napas B, et al** (2007), " FIB-4: an inexpensive and accurate marker of fibrosis in HCV infection. comparison with liver biopsy and fibrotest.", Hepatology 2007 Jul; 2046(2001): 2032-2036.
- Naik BB, et al** (2021). Serum fibroscores APRI, FIB-4 and fibroscan in assessment of liver fibrosis in alcoholic associated liver disease. Int J Adv Med 2021;8:551-6.
- O'Shea R. S., Dasarathy S., McCullough A. J.** (2010) "Alcoholic Liver Disease". AASLD practice guidelines - Hepatology, pp. 307-308

**HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM TỤY CẤP DO TĂNG TRIGLYCERIDEMÁU BẰNG BIỆN PHÁP THAY THỂ HUYẾT TƯƠNG VỚI DUNG DỊCH ALBUMIN 5% TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI**

**Hà Mạnh Hùng<sup>1</sup>, Nguyễn Công Tấn<sup>2</sup>**

**TÓM TẮT**

Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả biện pháp thay thế huyết tương với dung dịch albumin 5% trên bệnh nhân viêm tụy cấp do tăng triglyceride. Nghiên cứu can thiệp so sánh trước sau, không nhóm đối chứng đánh giá sự thay đổi của các

triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng trên 37 bệnh nhân trước và sau những lần can thiệp từ tháng 08/2021 đến tháng 07/2022. **Kết quả:** Chỉ số triglyceride giảm từ 113,1 ± 200,8 mmol/l khi nhập viện xuống 13,76 ± 11,64 mmol/l sau can thiệp. Các triệu chứng cơ năng như: đau bụng, buồn nôn, nôn, bí trung đại tiện, bụng chướng và các triệu chứng thực thể gồm: điểm sườn lưng, phản ứng thành bụng, cổ chướng, cảm ứng phúc mạc giảm sau điều trị. Tỷ lệ bệnh nhân có điểm APACHE II ≥ 8 điểm giảm từ 27,03% khi nhập viện xuống 17,14% sau PEX lần 2 (p<0,05) và thang điểm SOFA ≥ 2 điểm giảm từ 64,9% xuống 35,1% sau can thiệp (p<0,05). Từ kết quả này, nghiên cứu chỉ ra biện pháp thay thế huyết tương với dung dịch albumin 5% có hiệu quả điều trị trên bệnh nhân viêm tụy cấp do tăng triglyceride.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội  
<sup>2</sup>Khoa Hồi sức Tích cực Bệnh viện Bạch Mai  
 Chịu trách nhiệm chính: Hà Mạnh Hùng  
 Email: hungtrang2005@gmail.com  
 Ngày nhận bài: 27.9.2022  
 Ngày phản biện khoa học: 14.11.2022  
 Ngày duyệt bài: 25.11.2022