

khôn mặt hài hòa. Y học Việt Nam 2016;(446):75.

6. **Li C, Jiang W, Chen S-C, et al.** En-Mass Retraction of Maxillary Anterior Teeth with Severe Proclination and Root Resorption—A Case Report. *Diagnostics*. 2022;12(5):1055.

7. **Mahaini L.** Craniofacial Features of Gummy Smile in a Syrian Adult Population. *life*. 2014;1(2):3.

8. **Wu H, Lin J, Zhou L, Bai D.** Classification and craniofacial features of gummy smile in adolescents. *Journal of Craniofacial Surgery*. 2010;21(5):1474-1479.

GIÁ TRỊ CỦA THANG ĐIỂM CHILD PUGH, MELD VÀ MELDNA TRONG TIÊN LƯỢNG TỬ VONG Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN MẤT BÙ DO VIÊM GAN VIRUS B

Nguyễn Văn Tuấn¹, Tạ Thị Diệu Ngân^{1,2}

TÓM TẮT

Nhằm đánh giá giá trị của thang điểm Child Pugh, MELD và MELDNA trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân xơ gan mất bù do virus viêm gan B, chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả trên 149 bệnh nhân xơ gan mất bù do viêm gan virus B điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương từ tháng 8/2022 đến tháng 07/2023. Bệnh nhân được theo dõi và đánh giá tử vong trong vòng 90 ngày sau khi nhập viện. Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỉ lệ tử vong là 32,2%. Nguyên nhân tử vong chủ yếu do hôn mê gan (58,3%), tiếp theo đến xuất huyết tiêu hóa (20,8%), nhiễm trùng (8,3%). Tỉ lệ xơ gan Child-Pugh B và C lần lượt là 45,6% và 47,7%; 76,5% bệnh nhân có điểm MELD > 18 điểm; MELDNA 20-29 điểm và 30-39 điểm chiếm tỷ lệ lần lượt là 40,3% và 36,9%. MELDNA có giá trị tiên lượng tử vong tốt hơn so với MELD và Child Pugh với diện tích dưới đường cong là 0,732 so với 0,655 và 0,578. Điểm cắt có giá trị tiên lượng nguy cơ tử vong trong vòng 90 ngày sau nhập viện đối với thang điểm Child-Pugh là 8 điểm, thang điểm MELD là 23 điểm và MELD Na là 25, với độ nhạy/độ đặc hiệu lần lượt là 81,3%/37,6%; 68,8%/49,5% và 87,5%/47,5%. **Từ khóa:** xơ gan mất bù, viêm gan virus B, tiên lượng, tử vong, Child-Pugh, MELD, MELD-Natri

SUMMARY

PROGNOSTIC VALUE OF CHILD-PUGH, MELD, AND MELDNA SCORES IN PATIENTS WITH DECOMPENSATED HEPATITIS B CIRRHOSIS

To evaluate the prognostic value of the Child-Pugh, MELD, and MELDNA scores in patients with decompensated hepatitis B cirrhosis, we conducted a study in 149 patients with decompensated hepatitis B cirrhosis treated at the National hospital for Tropical diseases from August 2022 to July 2023. The patients were followed and mortality was evaluated within 90

days after admission. The study results showed that the mortality rates was 32.2%, respectively. The main causes of death were hepatic encephalopathy (58.3%), followed by gastrointestinal bleeding (20.8%), and infection (8.3%). The proportions of Child-Pugh class B and C were 45.6% and 47.7%, respectively; the group with MELD scores > 18 points accounted for 76.5%; the MELDNA groups with scores of 20-29 and 30-39 accounted for 40.3% and 36.9%, respectively. MELDNA had a better predictive value for mortality compared to MELD and Child-Pugh, with area under the curve (AUC) values of 0.732, 0.655, and 0.578, respectively. The optimal cutoff points for Child-Pugh, MELD, and MELDNA in predicting mortality were 8, 23, and 25, with sensitivities/specificities of 81.3%/37.6%; 68.8%/49.5% and 87.5%/47.5%, respectively. **Keywords:** Decompensated liver cirrhosis, hepatitis B virus infection, prognosis, mortality, Child-Pugh, MELD, MELD-Na

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây gánh nặng bệnh tật và tử vong trên toàn cầu, chiếm 2,7% số ca tử vong năm 2017.¹ Trong số các nguyên nhân gây xơ gan, viêm gan B là nguyên nhân thường gặp nhất và gây ra nhiều hậu quả nghiêm trọng nhất. Có khoảng 30-40% bệnh nhân nhiễm HBV mạn chuyển sang giai đoạn xơ gan và 5-10% xuất hiện ung thư biểu mô tế bào gan trong vòng 25 năm sau nhiễm viêm gan B.² Xơ gan mất bù là tình trạng xơ gan với sự hiện diện của cổ chướng, xuất huyết tiêu hóa do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản, hội chứng não gan và/hoặc vàng da. Tỉ lệ tiến triển thành xơ gan mất bù sau 10 năm là 58%, trong đó cổ chướng là biểu hiện thường gặp nhất với tỉ lệ 47%. Kỳ vọng sống thêm ở các bệnh nhân sẽ giảm xuống rõ rệt khi các biểu hiện của xơ gan mất bù xuất hiện.²

Việc đánh giá tiên lượng ở các bệnh nhân xơ gan vẫn là một vấn đề gặp nhiều trở ngại, chủ yếu do tầm quan trọng của việc phân loại ưu tiên đối với điều trị ghép gan, cũng như các biện

¹Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Thị Diệu Ngân

Email: dr.dieungan@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.8.2023

Ngày duyệt bài: 19.9.2023

pháp điều trị mới trong giai đoạn xơ gan mất bù.³ Một số thang điểm đã được đưa ra nhằm phục vụ việc tiên lượng và dự báo nguy cơ tử vong ở các bệnh nhân xơ gan, như thang điểm Child-Pugh, thang điểm MELD và MELD-Na. Tuy nhiên, mỗi thang điểm có những ưu điểm và nhược điểm riêng trong việc tiên lượng tử vong. Child-Pugh dựa trên một số triệu chứng lâm sàng và bị ảnh hưởng bởi việc đánh giá chủ quan của bác sỹ lâm sàng. Chỉ số MELD chưa đánh giá đúng mức đối với nguy cơ tử vong gần ở bệnh nhân xơ gan cổ trướng kháng trị. Ngoài ra, các hệ thống thang điểm trên gần như không có các thông số liên quan đến việc tiên lượng sự hình thành và tiến triển của các biến chứng liên quan đến xơ gan. Trong khi đó, các biến chứng như xuất huyết tiêu hóa và hội chứng não gan đã được chứng minh là những yếu tố quan trọng trong dự báo tử vong gần, vì chúng phản ánh sự suy giảm liên tục chức năng gan còn sót lại và hệ quả cuối cùng là suy gan toàn bộ.⁴ Do vậy việc nghiên cứu để đưa ra thang điểm nào có giá trị tiên lượng tốt nhất đối với bệnh nhân xơ gan là hết sức cần thiết.

Đã có những nghiên cứu trên thế giới về giá trị của các thang điểm cụ thể trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân xơ gan mất bù, tuy nhiên hiện vẫn chưa có đồng thuận quốc tế về vấn đề này. Tại Việt Nam, cho tới nay chưa có nhiều nghiên cứu tiên hành đánh giá, so sánh giá trị của các thang điểm Child Pugh, MELD và MELD Na trong tiên lượng tử vong. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu so sánh giá trị của các thang điểm Child Pugh, MELD và MELD Na trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân xơ gan mất bù do viêm gan virus B.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Là các bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương trong giai đoạn từ tháng 08/2022 đến tháng 07/2023, thoả mãn các tiêu chí sau:

➢ Được chẩn đoán xơ gan mất bù theo tiêu chuẩn của Hội Gan mật Châu Âu năm 2018 khi có một trong các biểu hiện sau:⁵ (1) Cổ chướng; (2) Hoàng đả; (3) Bệnh não gan cấp tính; (4) Xuất huyết tiêu hóa cấp do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản; (5) Hội chứng gan thận.

➢ Được chẩn đoán nhiễm HBV mạn trước đó theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm gan virus B của Bộ Y tế năm 2019:⁶ (1) HBsAg và/hoặc HBV-DNA dương tính ≥ 6 tháng, hoặc (2) HBsAg dương tính và anti-HBc IgM âm tính.

Tiêu chuẩn loại trừ

➢ Bệnh nhân có đồng nhiễm các virus viêm gan khác hoặc có viêm gan tự miễn

➢ Bệnh nhân có tiền sử uống rượu nhiều hoặc đã được chẩn đoán viêm gan do rượu

➢ Bệnh nhân có tiền sử suy thận, suy tim nặng, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

➢ Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

➢ Bệnh nhân không thể liên lạc được sau khi ra viện.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả, hồi cứu kết hợp tiến cứu.

Cỡ mẫu: được xác định dựa trên công thức:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{\Delta^2}}$$

Trong đó: p = 12 % là tỷ lệ tử vong sớm nội viện của bệnh nhân xơ gan mất bù, theo kết quả nghiên cứu của Nababan và cộng sự,⁷ $\Delta = 0,05$; với $\alpha = 0,05$ thì hệ số $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$. Từ công thức trên ta có cỡ mẫu tối thiểu ước tính là 142 bệnh nhân. Trên thực tế, nghiên cứu của chúng tôi đã thu tuyển được 149 bệnh nhân.

Chọn tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu, thu thập thông tin theo một mẫu bệnh án nghiên cứu chung.

2.3. Các thang điểm được sử dụng trong nghiên cứu bao gồm:

➢ Thang điểm Child-Pugh: Gồm 5 tiêu chí Bilirubin máu, albumin máu, INR, bệnh não gan, cổ trướng mỗi tiêu chí được cho điểm từ 1 đến 3. Tổng điểm được phân loại thành Child-Pugh A: 5 - 6 điểm; Child-Pugh: 7 - 9 điểm; Child-Pugh C: ≥ 10 điểm.³

➢ Điểm MELD: Điểm MELD = $9,57 \times \log(\text{creatinine mg/dl}) + 3,78 \times \log(\text{bilirubin mg/dl}) + 11,20 \times \log(\text{INR}) + 6,43$.³

➢ Điểm MELD-Na: Điểm MELD-Na = MELD - $Na - [0,025 \times \text{MELD} \times (140 - Na)] + 140$.³

Các thang điểm nêu trên được tính toán dựa vào các thông số lâm sàng và xét nghiệm tại thời điểm bệnh nhân nhập viện điều trị

2.4. Theo dõi và đánh giá sống còn.

Bệnh nhân được theo dõi trong suốt thời gian điều trị nội trú. Sau khi bệnh nhân xuất viện, nhóm nghiên cứu sẽ liên lạc theo số điện thoại đã lưu tại bệnh án với người nhà bệnh nhân để xác định tình trạng tử vong của bệnh nhân. Tỷ lệ tử vong được tính tại thời điểm 90 ngày tính từ khi nhập viện. Các thông tin thu thập khi gọi điện xác nhận tình trạng trước khi tử vong gồm có: hôn mê, nôn máu, đi ngoài phân đen, vàng da vàng mắt, sốt, khó thở...

2.5. Xử lý số liệu. Các số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các thuật toán được sử dụng bao gồm: tính tỷ lệ %, trung bình và độ lệch chuẩn (SD), T-Student test để so sánh sự khác nhau giữa hai trung bình, kiểm định χ^2 để so sánh sự khác nhau giữa các tỷ lệ.

Giá trị của các thang điểm Child Pugh, MELD và MELD Na được tính toán dựa vào diện tích dưới đường cong AUROC: Giá trị tiên lượng tốt nếu AUROC > 0,9; Giá trị tiên lượng khá nếu 0,8 < AUROC < 0,9; Giá trị tiên lượng trung bình nếu 0,7 < AUROC < 0,8; Giá trị tiên lượng yếu nếu AUROC ≤ 0,7. Chỉ số Youden (Youden index) được sử dụng để xác định điểm cắt để xác định độ nhạy và độ đặc hiệu của các thang điểm trong nghiên cứu.

2.6. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương phê duyệt theo quyết định số 27/HĐĐĐ-NĐTƯ, ngày 19 tháng 09 năm 2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 8/2022 đến tháng 07/2023, có 149 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu, tuổi trung bình là 56±12 tuổi, (thấp nhất 28 tuổi, cao nhất 84 tuổi), tỉ lệ nam giới là 80,5%. Có 48 bệnh nhân (32,2%) tử vong trong vòng 90 ngày kể từ khi nhập viện.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, các biểu hiện xơ gan mất bù phổ biến nhất là hoàng đả (88,6%) và cổ trướng (56,4%). Phần lớn bệnh nhân có giảm tiểu cầu, và rối loạn đông máu, tỷ lệ lần lượt là 81,2% và 89,9%. Rất ít bệnh nhân trong nghiên cứu có tình trạng rối loạn điện giải và suy thận. Tỷ lệ giãn tĩnh mạch thực quản và loét dạ dày trên nội soi lần lượt là 61,1% và 9,3%. (Bảng 3.1).

Bảng 3.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu (n=149)

Đặc điểm	Kết quả
Biểu hiện xơ gan mất bù, n (%)	
Hôn mê gan	21 (15,1%)
Cổ trướng	84 (56,4%)
Hoàng đả	132 (88,6%)
Xuất huyết tiêu hóa	9 (6,0%)
Hội chứng gan thận	1 (0,7%)
Đặc điểm các dòng tế bào máu ngoại vi và rối loạn đông máu, n (%)	
Thiếu máu (<110g/L)	96 (64,4%)
Tăng bạch cầu (>10G/L)	38 (25,5%)
Giảm tiểu cầu (<150G/L)	121 (81,2%)
Giảm tỷ lệ Prothrombin (PT < 70%)	134 (89,9%)

Hạ Albumin (<28G/L), n (%)	81 (54,4%)
Creatinin ($\mu\text{mol/L}$), X \pm SD	87,40 \pm 43,53
Giãn tĩnh mạch thực quản, n (%)	
Không	42 (38,9%)
Độ I	15 (13,9%)
Độ II	45 (41,7%)
Độ III	6 (4,0%)
Loét dạ dày, n (%)	
Không	98 (90,7%)
Có	10 (9,3%)

Tỉ lệ tử vong trong vòng 90 ngày kể từ khi nhập viện là 32,2%, trong đó, hôn mê gan là nguyên nhân đứng đầu với tỉ lệ 58,3%; tiếp đó là xuất huyết tiêu hóa (20,8%); Có 10,4% không xác định được chính xác nguyên nhân gây tử vong. (Bảng 3.2)

Bảng 3.2. Tỷ lệ tử vong và nguyên nhân tử vong của nhóm nghiên cứu (n = 149)

Biến số	Kết quả	
	Số lượng	Tỉ lệ %
Tử vong trong vòng 90 ngày	48	32,2
Nguyên nhân tử vong	Hôn mê	28 58,3
	Xuất huyết tiêu hóa	10 20,8
	Hội chứng gan thận	1 2,2
	Nhiễm trùng	4 8,3
	Không rõ nguyên nhân	5 10,4

Điểm Child Pugh trung bình là 9,36±1,87; tỉ lệ nhóm Child-Pugh B và C lần lượt là 45,6% và 47,7%. Điểm MELD trung bình là 24,34±8,43; tỉ lệ nhóm MELD > 18 điểm là 76,5%. Điểm MELD Na trung bình là 26,34±7,69, tỉ lệ nhóm MELD Na 20-29 điểm và 30-39 điểm lần lượt là 40,3% và 36,9%. (Bảng 3.3)

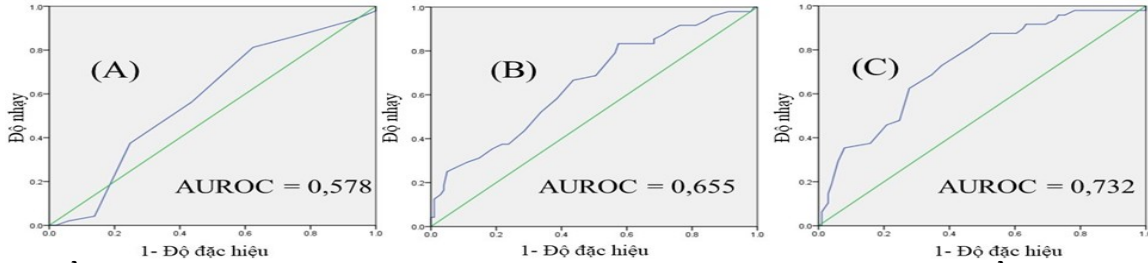
Bảng 3.3. Tỷ lệ bệnh nhân theo các thang điểm tiên lượng tử vong (n = 149)

Thang điểm	Kết quả	
	Số lượng	Tỉ lệ %
Child-Pugh		
A (5-6 điểm)	10	6,7
B (7-9 điểm)	68	45,6
C (10-15 điểm)	71	47,7
Điểm trung bình (X \pm SD)	9,36±1,87	
Min-Max	5-14	
MELD		
<11	8	5,4
11-18	27	18,1
>18	114	76,5
Điểm trung bình (X \pm SD)	24,34±8,43	
Min-Max	6-53	
MELD Na		
≤9	3	2,0
10-19	28	18,8
20-29	60	40,3

30-39	55	36,9
≥40	3	2,0
Điểm trung bình (X±SD)	26,34±7,69	
Min-Max	8-41	

Thang điểm MELD- Na có giá trị tiên lượng

tử vong trong vòng 90 ngày đối với bệnh nhân xơ gan mất bù do viêm gan virus B, với diện tích dưới đường cong AUROC 0,732, cao hơn so với thang điểm Child-Pugh và thang điểm MELD (AUROC lần lượt là 0,578; 0,655). (Biểu đồ 3.1)



Biểu đồ 3.1. Giá trị tiên lượng tử vong trong vòng 90 ngày của thang điểm Child-Pugh, MELD và MELD Na *p=0,002*

(A) Đường ROC Child Pugh; (B) Đường ROC MELD; (C) Đường ROC MELD Na.

Điểm cắt có giá trị tiên lượng nguy cơ tử vong trong vòng 90 ngày sau nhập viện đối với thang điểm Child-Pugh là 8 điểm, thang điểm

MELD là 23 điểm và MELD Na là 25, với độ nhạy/độ đặc hiệu lần lượt là 81,3%/37,6%; 68,8%/49,5% và 87,5%/47,5% và chỉ số Youden lần lượt là 0,189; 0,184 và 0,35. (Bảng 3.4)

Bảng 3.4. Độ nhạy và độ đặc hiệu trong tiên lượng tử vong trong vòng 90 ngày của các thang điểm Child-Pugh, MELD và MELD Na

Child-Pugh			MELD			MELD Na		
Điểm cắt	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Điểm cắt	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Điểm cắt	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
4	100%	0%	20	83,3%	31,7%	25	87,5%	47,5%
5	97,9%	0%	21	83,3%	42,6%	26	81,3%	53,5%
6	93,8%	6,9%	22	79,2%	43,6%	27	72,9%	62,4%
7	87,5%	21,8%	23	68,8%	49,5%	28	68,8%	65,3%
8	81,3%	37,6%	24	66,7%	56,4%	29	62,5%	72,3%
9	56,3%	56,4%	25	58,3%	61,4%	30	47,9%	75,2%
10	37,5%	75,2%	26	52,1%	66,3%	31	45,8%	79,2%
11	4,2%	86,1%	27	43,8%	71,3%	32	37,5%	84,2%
12	2,1%	94,1%	28	37,5%	76,2%	33	35,4%	92,1%
13	0	98,0%	29	37,5%	78,2%	34	29,2%	94,1%
15	0	100%	30	35,4%	81,2%	35	18,8%	96,0%
Youden _{CP} =0,189			Youden _{MELD} =0,184			Youden _{MELDNa} =0,35		

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các biểu hiện xơ gan mất bù phổ biến nhất là hoàng đằm (88,6%) và cổ chướng (56,4%). Kết quả nghiên cứu này phù hợp với kết quả của Lê Thị Lan năm 2021 (hoàng đằm 75%, cổ chướng 79%);⁸ Nguyễn Thị Kim Chính năm 2007 (cổ chướng 100%, hoàng đằm 71,6% và xuất huyết tiêu hóa 16%);⁹

Tỉ lệ tử vong trong vòng 90 ngày sau khi nhập viện ở nghiên cứu của chúng tôi là 32,2%, cao hơn một số nghiên cứu trước đây, với tỉ lệ dao động từ 10-25%,^{7,10} Sự khác biệt về tỷ lệ này là do trong nghiên cứu của chúng tôi đa phần bệnh nhân nhập viện trong tình trạng nặng, biểu hiện xơ gan mất bù rõ rệt, còn trong

các nghiên cứu nêu trên, đa phần BN nhập viện ở đợt cấp mất bù đầu tiên, tổn thương gan chưa tiến triển nặng nề. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng, hôn mê gan là nguyên nhân tử vong đứng đầu, tiếp đó là xuất huyết tiêu hóa, nhiễm trùng và hội chứng gan thận. Kết quả này phù hợp với báo cáo trong các nghiên cứu trước đây, với hôn mê gan và XHTH là các nguyên nhân tử vong hàng đầu với tỉ lệ dao động từ 10-30%.² Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các bệnh nhân xơ gan cần được theo dõi thường xuyên phát hiện sớm biểu hiện mất bù để điều trị kịp thời, từ đó giúp cải thiện tiên lượng của bệnh nhân.

Đa số các bệnh nhân trong nghiên cứu của

chúng tôi có điểm trung bình của các thang điểm Child Pugh, MELD, MELD Na cao hơn hầu hết các kết quả của các nghiên cứu trong nước trước đây. Nghiên cứu của Trần Thị Hạnh (2013) có trung bình MELD và MELD Na lần lượt là $23,21 \pm 7,03$ và $26,67 \pm 6,47$, tương đương với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Hầu hết các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều có tổn thương gan tiến triển, suy giảm chức năng gan nặng.

Giá trị tiên lượng của các thang điểm trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với một số nghiên cứu trước đây. Có nhiều nguyên nhân giải thích cho sự khác biệt này. Thứ nhất là sự khác biệt về đặc điểm quần thể nghiên cứu: nghiên cứu của chúng tôi phần lớn là bệnh nhân xơ gan nặng, nhiều biến chứng, và do virus viêm gan B gây ra, trong khi đó, ở các nghiên cứu trên, nguyên nhân xơ gan đa dạng hơn, bao gồm rượu, viêm gan C, viêm gan B. Thứ hai, sự khác biệt là do khác nhau về thời điểm đánh giá các chỉ số tiên lượng. Theo khuyến cáo của UNOS, các chỉ số thay đổi rất nhiều theo thời gian, theo đáp ứng với điều trị và theo tiến triển của bệnh, bởi vậy, các xét nghiệm phải liên tục được làm lại để đánh giá sự thay đổi so với thời điểm ban đầu. Trong các nghiên cứu trên thế giới, các tác giả cũng khảo sát rất kỹ sự thay đổi này với điểm MELD và Child Pugh được đánh giá ở các mốc nhập viện, sau 1 tuần và sau 30 ngày. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các thang điểm Child-Pugh, MELD và MELD Na chỉ được khảo sát ở thời điểm nhập viện mà chưa tính đến sự thay đổi của các thang điểm này theo thời gian, vì vậy kết quả nghiên cứu chưa phản ánh chính xác giá trị tiên lượng của các thang điểm trong nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, độ nhạy và độ đặc hiệu của 3 thang điểm tiên lượng tử vong không cao (bảng 3.4), nhưng khi so sánh 3 thang điểm với nhau thì MELD Na có giá trị tiên lượng tử vong tốt hơn so với MELD và Child Pugh. So với Child Pugh, MELD và MELD Na có thể được coi là các mô hình hiện đại hơn, đánh giá chính xác và khách quan hơn, với sự có mặt của các yếu tố PT-INR, bilirubin, creatinin và nguyên nhân xơ gan. So với MELD, MELD Na có sự bổ sung yếu tố Natri đã được chứng minh là có mối liên quan chặt chẽ với tiên lượng tử vong của bệnh nhân trong các nghiên cứu trước đây.⁷ Đây cũng là yếu tố chính lý giải sự cải thiện giá trị của MELD Na so với MELD đối với tiên lượng tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên, cũng cần cân nhắc các nhược điểm của 2 hệ thống thang điểm này, bao gồm sự phức tạp trong tính toán, không tính đến một số triệu

chứng và biến chứng rất có giá trị tiên lượng bao gồm cổ trướng, xuất huyết tiêu hóa, bệnh não gan và xơ gan ung thư hóa. Bên cạnh đó, các yếu tố trong thang điểm MELD và MELD Na có thay đổi rất lớn theo thời gian, theo tiến triển bệnh và theo đáp ứng với điều trị, ví dụ nồng độ Natri máu thay đổi do ảnh hưởng của rất nhiều yếu tố như việc sử dụng thuốc lợi tiểu, truyền dung dịch nhược trương.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các thang điểm Child Pugh, MELD và MELDNa có giá trị tiên lượng tử vong chưa cao ở các đối tượng bệnh nhân xơ gan mất bù do viêm gan virus B, mặc dù thang điểm MELD Na vẫn có giá trị tiên lượng tốt hơn so với các thang điểm khác. Kết quả này chỉ ra sự cần thiết trong việc phát triển các thang điểm mới, hoặc cải biến các thang điểm cũ nhằm phù hợp với thực hành lâm sàng ở đối tượng bệnh nhân xơ gan mất bù do viêm gan virus B, nhóm đối tượng rất phổ biến trên thế giới và tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GBD** 2017 Cirrhosis Collaborators. The global, regional, and national burden of cirrhosis by cause in 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2020;5(3):245-266.
2. **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.* 2006;44(1):217-231.
3. **Schepke M, Appenrodt B, Heller J, Zielinski J, Sauerbruch T.** Prognostic factors for patients with cirrhosis and kidney dysfunction in the era of MELD: results of a prospective study. *Liver Int Off J Int Assoc Study Liver.* 2006;26(7):834-839.
4. **Pagliaro L.** MELD: the end of Child-Pugh classification? *J Hepatol.* 2002;36(1):141-142.
5. **European Association for the Study of the Liver.** Electronic address: easloffice@easloffice.eu, European Association for the Study of the Liver. *EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis.* *J Hepatol.* 2018;69(2):406-460.
6. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh viêm gan virus B (Ban hành kèm quyết định số 3310/QĐ-BYT ngày 29/07/2019 của Bộ Y tế. Published online 2019.
7. **Nababan SHH, Mansjoer A, Fauzi A, Gani RA.** Predictive scoring systems for in-hospital mortality due to acutely decompensated liver cirrhosis in Indonesia. *BMC Gastroenterol.* 2021;21(1):392.
8. **Lê Thị Lan.** Đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan đến suy gan cấp ở bệnh nhân xơ gan mất bù do viêm gan virus B tại Bệnh viện Nhiệt đới Trung ương. Luận Văn Thạc Sĩ Học - Trường Đại Học Y Hà Nội. Published online 2021.

9. Nguyễn Thị Kim Chính. Đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm trong viêm gan mạn và xơ gan sau viêm gan virus B có HBeAg âm tính và HBeAg dương tính. Luận Văn Bác Sĩ Chuyên Khoa Cấp II - Trường Đại Học Hà Nội. Published online 2007.

10. Vicco MH, Rodeles L, Ferini F, Long AK, Musacchio HM. In-hospital mortality risk factors in patients with ascites due to cirrhosis. Rev Assoc Médica Bras. 2015;61(1):35-39.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ THAY KHỚP GỐI TOÀN PHẦN ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP GỐI TẠI BỆNH VIỆN E

Nguyễn Duy Sơn¹, Lê Mạnh Sơn²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thoái hóa khớp gối là bệnh mạn tính do mất sự cân bằng giữa quá trình tổng hợp và quá trình hủy hoại sụn khớp, được đặc trưng bằng sự nứt vỡ bào mòn và mất sụn khớp. Thay khớp gối toàn phần là một phương pháp điều trị giúp giảm đau cho bệnh nhân và khôi phục lại vận động khi các phương pháp điều trị khác không đem lại hiệu quả. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật thay khớp gối toàn phần điều trị thoái hóa khớp gối tại Bệnh viện E. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu cắt ngang ở 46 bệnh nhân được mổ thay khớp gối toàn phần trong đó có 1 bệnh nhân được thay khớp gối cả 2 bên điều trị thoái hóa khớp gối tại Bệnh viện E giai đoạn từ tháng 8/2018 đến tháng 12/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 66,8 ± 7,0 tuổi. Thời gian trung bình nằm viện là 8,6 ± 1,3 ngày. Giảm đau sau mổ: chủ yếu các khớp không đau chiếm 78,7%. Có 10 khớp với mức độ đau nhẹ, chiếm 21,3%. Điểm chức năng khớp gối: Tất cả các khớp gối trước khi thay điểm KS, KFS đều <60. Điểm KS sau mổ: 92,0 ± 6,5, KFS sau mổ: 91,6 ± 8,2. **Kết luận:** phẫu thuật thay khớp gối toàn phần điều trị thoái hóa khớp gối là một giải pháp tốt dùng để điều trị bệnh nhân thoái hóa khớp gối. Khi mà các phương pháp khác (điều trị nội khoa, đục xương chỉnh trục, nội soi đon khớp...) không đem lại hiệu quả.

Từ khóa: Thoái hóa khớp gối, thay khớp gối toàn phần.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF TOTAL KNEE JOINT REPLACEMENT TREATMENT OF KNEE OATHROSIS AT E HOSPITAL

Background: Osteoarthritis is a chronic disease caused by an imbalance between the synthesis and destruction of articular cartilage, which is characterized by wear and tear cracking and loss of articular cartilage. The disease is common in the elderly group. Total knee replacement is a treatment

method that helps reduce pain for patients and regain mobility when other treatments have not worked. **Objective:** Evaluation of initial results of total knee replacement surgery for knee osteoarthritis at E Hospital. **Subjects and methods:** Descriptive, retrospective cross-sectional study in 46 patients undergoing total knee replacement surgery, including 1 patient who received knee replacement on both sides for knee osteoarthritis treatment at Hospital E from August 2018 until December 2022. **Results:** The mean age of patients was 66.8 ± 7.0 years old. The mean length of hospital stay was 8.6 ± 1.3 days. Pain relief after surgery: mainly painless joints accounted for 78.7%. There are 10 joints with mild pain, accounting for 21.3%. Knee function score: All knee joints before replacing KS, KFS are <60. Postoperative KS score: 92.0 ± 6.5, postoperative KFS: 91.6 ± 8.2. **Conclusion:** Total knee replacement surgery for knee osteoarthritis is a good solution used to treat patients with knee osteoarthritis. When other methods (medical treatment, axial chiropractic, arthroscopy, etc.) are not effective. **Keywords:** Knee osteoarthritis, total knee replacement.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp là bệnh mạn tính do mất sự cân bằng giữa quá trình tổng hợp và quá trình hủy hoại sụn khớp, được đặc trưng bằng sự nứt vỡ bào mòn và mất sụn khớp. Bệnh thường hay gặp ở nhóm người cao tuổi. Bệnh đặc trưng bởi tình trạng tổn thương sụn khớp, cốt hóa phần mềm cạnh khớp tạo thành các gai xương, kèm theo xơ xương dưới sụn, và hàng loạt các biến đổi khác về hóa sinh và hình thái của màng hoạt dịch, bao khớp. Quá 50% bệnh nhân trên 60 tuổi có hình ảnh THK trên phim chụp XQ^{1,2,3}. Theo ước tính THK gối đứng thứ hai chỉ sau thoái hóa khớp háng trong các bệnh về xương khớp¹. Bệnh thường gặp ở nữ giới cao tuổi, tỷ lệ nữ: nam xấp xỉ 2,5: 1².

Có nhiều phương pháp điều trị THKG phụ thuộc vào giai đoạn bệnh như điều trị nội khoa kết hợp với phục hồi chức năng, giảm cân, nội soi khớp, cắt xương sửa trục xương chày... và cuối cùng khi các phương pháp điều trị trên thất bại, bệnh nhân đau nhiều, sụn khớp đã bị phá

¹Bệnh viện Quốc Tế Hải Phòng - Vĩnh Bảo

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Sơn

Email: nguyenduyson010887@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2023

Ngày duyệt bài: 19.9.2023