

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chen YP, Chan ATC, Le QT, Blanchard P, Sun Y and Ma J.** Nasopharyngeal carcinoma. *Lancet*. 2019; 394(10192):64-80. 10.1016/s0140-6736(19)30956-0.
2. **Lam WKJ, Chan KCA and Lo YMD.** Plasma Epstein-Barr virus DNA as an archetypal circulating tumour DNA marker. *J Pathol*. 2019; 247(5):641-649. 10.1002/path.5249.
3. **Thọ HH, Nguyệt TT, Anh ĐT, et al.** Vai trò của dấu ấn DNA tự do của virus Epstein-Barr trong kiểm soát bệnh ung thư vòm mũi họng. 2018:127-131.
4. **Sanosyan A, Fayd'herbe De Maudave A, Bollore K, et al.** The impact of targeting repetitive BamHI-W sequences on the sensitivity and precision of EBV DNA quantification. *PLoS One*. 2017; 12(8):e0183856. 10.1371/journal.pone.0183856.
5. **Rao X, Huang X, Zhou Z and Lin X.** An improvement of the 2^{-ΔΔCT} method for quantitative real-time polymerase chain reaction data analysis. *Biostat Bioinforma Biomath*. 2013; 3(3):71-85.
6. **Kim KY, Le QT, Yom SS, et al.** Current State of PCR-Based Epstein-Barr Virus DNA Testing for Nasopharyngeal Cancer. *J Natl Cancer Inst*. 2017; 109(4). 10.1093/jnci/djx007.
7. **Shen C-H, Shen C-H, eds.** *Diagnostic Molecular Biology (Second Edition)*. Academic Press;2023: 521-541.
8. **Fisher T. Precision in qPCR.** 20 September, 2023. <https://www.thermofisher.com>

KHẢO SÁT GIÁ TRỊ THANG ĐIỂM ABIC (AGE BILIRUBIN INR CREATININE) TRONG TIỀN LƯỢNG BỆNH GAN MẠN DO RƯỢU

Ngô Thùy Dung¹, Dương Thị Mai Chi²,
Trần Ngọc Ánh¹, Nguyễn Trường Sơn³

TÓM TẮT

Mở đầu: Bệnh gan do rượu bao gồm nhiều rối loạn lâm sàng: gan nhiễm mỡ do rượu, viêm gan do rượu (Alcoholic hepatitis - AH) các mức độ, xơ gan rượu (Alcoholic cirrhosis - AC) đi kèm các biến chứng của nó và viêm gan rượu cấp tính biểu hiện như đợt cấp suy gan mạn, gây nên bởi việc sử dụng rượu kéo dài¹. Có rất nhiều các chỉ số để đánh giá tiên lượng bệnh nhân bệnh gan do rượu, trong đó thang điểm ABIC được sử dụng ngày càng rộng rãi. **Mục tiêu:** Khảo sát giá trị thang điểm ABIC trong tiên lượng bệnh gan mạn do rượu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu và tiền cứu. 62 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh gan mạn do rượu theo hướng dẫn chẩn đoán của Hội Tiêu hóa Hoa Kỳ (ACG) 2018 điều trị tại khoa Nội tổng hợp Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2022 đến tháng 1/2023. **Kết quả và kết luận:** Có 62 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn. Tuổi trung bình của các đối tượng là 53.9 ± 9.4. Điểm ABIC trung bình là 7.28 ± 1.17, cao nhất là 10.06, thấp nhất là 4.42. Có mối liên quan giữa thang điểm ABIC và tiên lượng tử vong sau 30 ngày của bệnh gan mạn do rượu với giá trị cut-off 8.26, AUROC 0.884, p = 0.002 < 0.05, độ nhạy Se (Sensitivity) là 83.3% và độ đặc hiệu Sp (Specificity) là 89.3%. **Từ khóa:** ABIC, bệnh gan mạn do rượu.

SUMMARY

SURVEY THE VALUE OF THE ABIC (AGE BILIRUBIN INR CREATININE) SCORE IN PREDICTING ALCOHOLIC CHRONIC LIVER DISEASE

Introduction: Alcoholic liver disease includes many clinical disorders: alcoholic fatty liver, alcoholic hepatitis (AH) of various degrees, alcoholic cirrhosis (AC) with its complications and acute alcoholic hepatitis manifest as acute exacerbations of chronic liver failure, caused by prolonged alcohol use. There are many indicators to evaluate the prognosis of patients with alcoholic liver disease, including the ABIC score is used more and more widely. **Objects:** Survey the value of the ABIC score in predicting alcoholic chronic liver disease. **Study subjects and methods:** Retrospective and prospective study. 62 patients diagnosed with alcoholic chronic liver disease according to the 2018 American College of Gastroenterology (ACG) diagnostic guidelines were treated at the Department of General Internal Medicine, Hanoi Medical University Hospital from January 2022 to January 2023. **Results and conclusions:** There were 62 patients who met the criteria. The average age of the subjects was 53.9 ± 9.4 years. The average ABIC score is 7.28 ± 1.17, the highest is 10.06, the lowest is 4.42. There is a relationship between ABIC score and 30-day mortality prognosis of alcoholic chronic liver disease with cut-off value 8.26, AUROC 0.884, p = 0.002 < 0.05, Sensitivity Se is 83.3% and Specificity Sp is 89.3%.

Keywords: ABIC, alcoholic chronic liver disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh gan mạn tính (Chronic Liver Disease - CLD) là tình trạng suy giảm chức năng gan tiến

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thùy Dung

Email: hnthuydung29@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.12.2023

Ngày duyệt bài: 11.01.2024

triển kéo dài trên 6 tháng². Trong đó rượu là một trong những nguyên nhân phổ biến nhất gây ra bệnh gan mạn tính trên thế giới. Các số liệu thống kê trên thế giới cho thấy tổn thương gan do rượu chiếm tỷ lệ cao nhất trong các nguyên nhân gây tổn thương gan. Theo WHO về báo cáo toàn cầu về Rượu và sức khỏe, 50% trường hợp xơ gan trên thế giới (trong đó 60% ở Bắc Mỹ và châu Âu) có liên quan đến việc sử dụng rượu³. Bệnh gan mạn do rượu (Alcoholic Liver Disease - ALD) là tình trạng tổn thương gan do lạm dụng rượu ở mức có hại trong thời gian dài, bao gồm: Gan nhiễm mỡ do rượu, viêm gan do rượu và xơ gan rượu⁴. Xơ gan rượu chiếm tỷ lệ ngày càng cao, để lại nhiều biến chứng, có thể dẫn đến tử vong và đến nay vẫn chưa có biện pháp điều trị triệt để. Ngược lại, gan nhiễm mỡ do rượu và viêm gan do rượu nếu được phát hiện sớm, điều trị tích cực và cai rượu thì bệnh có thể hồi phục. Vì vậy việc tiên lượng sớm bệnh gan mạn do rượu là vấn đề cần được quan tâm. Nhiều hướng dẫn về khuyến cáo, chỉ định, theo dõi và điều trị dựa trên các chỉ số đánh giá giai đoạn xơ gan. Thang điểm Child-Pugh chia xơ gan thành 3 giai đoạn A, B, C. Năm 1978 Maddrey WC và cộng sự đã đưa ra chỉ số Maddrey (DF) để đánh giá tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân viêm gan do rượu với DF > 32 là dấu hiệu tiên lượng nặng, tỷ lệ tử vong trong vòng 30 ngày là trên 50%. Chỉ số MELD được ứng dụng ở nhiều nước trên thế giới từ năm 2000 cho bệnh nhân xơ gan chờ ghép gan, sau đó được sử dụng như một yếu tố dự báo tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân xơ gan nói chung do các nguyên nhân khác nhau trong thời gian ngắn. Thang điểm Glasgow (GAHS) – một công cụ đơn giản hơn như một giải pháp thay thế DF trong đánh giá tiên lượng bệnh nhân tổn thương gan do rượu. Mô hình tiên lượng Lillemodel (Lille) được công bố trên tạp chí Hepatology để xác định sớm bệnh nhân viêm gan rượu không đáp ứng với điều trị corticoid. Cuối cùng, chỉ số ABIC được đưa ra năm 2008 đã phân tầng bệnh nhân có bệnh gan do rượu thành ba nhóm nguy cơ tử vong: thấp, trung bình, cao với các nguy cơ trung bình, cao có chỉ định điều trị corticoid.

Hiện nay ở Việt Nam đã có một số nghiên cứu về áp dụng các chỉ số để đánh giá tiên lượng bệnh nhân bệnh gan do rượu. Mặc dù vậy, chưa có nhiều nghiên cứu thang điểm ABIC trong tiên lượng ở bệnh nhân bệnh gan mạn do rượu. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu bước đầu đánh giá giá trị thang điểm ABIC trong tiên lượng các biến chứng bệnh gan mạn do rượu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh gan mạn do rượu theo hướng dẫn chẩn đoán của Hội Tiêu hóa Hoa Kỳ (ACG) 2018 điều trị tại khoa Nội tổng hợp Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2022 đến tháng 1/2023.

Tuổi ≥ 18 tuổi, chẩn đoán bệnh gan mạn do rượu dựa vào:

- Chẩn đoán nghiện rượu: nam > 30g rượu/ngày, nữ > 20 g/ngày trong ít nhất 5 năm. AUDIT - C ≥ 4 điểm (nam ≤ 60 tuổi), ≥ 3 điểm (nam > 60 tuổi và nữ).

+ AST và ALT tăng, AST ≥ 1.5 lần giới hạn trên bình thường, AST/ALT > 1.5. Bilirubin toàn phần > 3 mg/dl (51 μmol/l).

- Viêm gan rượu: đủ tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh gan mạn do rượu nhưng chưa có bằng chứng xơ gan.

- Xơ gan rượu: BN có đủ các triệu chứng của hai hội chứng suy tế bào gan và hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

- HbsAg âm tính, anti HCV âm tính, dấu ấn viêm gan tự miễn âm tính.

- Bệnh án có đủ các thông tin nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Loại trừ tổn thương gan do các nguyên nhân khác: viêm gan virus B, C, viêm gan do thuốc, do độc chất, viêm gan tự miễn, xơ gan ứ mật tiên phát, xơ gan tim, bệnh gan ứ mật, ứ đồng, ứ sắt.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu. từ tháng 1/2022 đến tháng 1/2023.

Thang điểm ABIC: Ghi nhận tại thời điểm 48 h nhập viện theo công thức:

ABIC score = (Tuổi x 0,1) + (Bilirubin x 0,08) + (Creatinine x 0,3) + (INR x 0,8)

Trong đó Bilirubin (mg/dl), creatinin (mg/dl)

Tiêu chuẩn chẩn đoán biến chứng:

- Xuất huyết tiêu hóa do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản hoặc tĩnh mạch phình vị (XHTH): dựa vào hình ảnh nội soi đường tiêu hóa trên thấy các búi giãn và điểm giãn vỡ tĩnh mạch thực quản hoặc tĩnh mạch phình vị

- Nhiễm trùng dịch cổ trướng (NTDCT):

Chẩn đoán nhiễm trùng dịch cổ trướng khi có ít nhất 1 trong 2 tiêu chuẩn sau:

+ Nuôi cấy dịch cổ trướng có vi khuẩn.

+ Số lượng bạch cầu đa nhân trung tính trong dịch cổ trướng ≥ 250 tế bào/mm³.

Và loại trừ các nguyên nhân gây nhiễm khuẩn thứ phát.

- Hội chứng não gan (HCNG): trên nền xơ gan tiến triển kèm theo các dấu hiệu chẩn đoán mức độ nặng của HCNG theo tiêu chuẩn West – Haven.
- Hội chứng gan thận (HCGT): Chẩn đoán xác định dựa vào tiêu chuẩn của Câu lạc bộ cổ trưởng quốc tế 2015.

2.3. Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Nghiên cứu thu nhận được 62 đối tượng thỏa mãn tiêu chuẩn. Trong đó: Có 62 đối tượng (100%) là nam. Tuổi trung bình của các đối tượng là 53.9 ± 9.4 Trong bốn biến chứng của xơ gan, XHTH là biến chứng hay gặp nhất chiếm 25.8%, HCGT và HCNG là hai biến chứng ít gặp nhất chiếm 6.5%.

Điểm ABIC trung bình là 7.28 ± 1.17, cao nhất là 10.06, thấp nhất là 4.42.

3.2. Thang điểm ABIC theo phân loại các biến chứng

Bảng 1. Điểm ABIC trung bình theo phân loại các biến chứng

Biến chứng		n	X ± SD	p
XHTH	Không	46	7.00 ± 1.12	P = 0.001
	Có	16	8.09 ± 0.93	
NTDCT	Không	52	7.12 ± 1.12	P = 0.018
	Có	10	8.07 ± 1.17	
HCNG	Không	58	7.17 ± 1.10	P = 0.006
	Có	4	8.82 ± 1.20	
HCGT	Không	58	7.14 ± 1.07	P < 0.001
	Có	4	9.29 ± 0.64	

Nhận xét: Điểm ABIC trung bình ở nhóm bệnh nhân có XHTH (8.09 ± 0.93) cao hơn nhóm không có XHTH (7.00 ± 1.12), p = 0.001. Điểm ABIC trung bình ở nhóm bệnh nhân có NTDCT (8.07 ± 1.17) cao hơn nhóm không có NTDCT (7.12 ± 1.12), p = 0.018. Điểm ABIC trung bình ở nhóm bệnh nhân có HCNG (8.82 ± 1.20) cao hơn nhóm không có HCNG (7.17 ± 1.10), p = 0.006. Điểm ABIC trung bình ở nhóm bệnh nhân có HCGT (9.29 ± 0.64) cao hơn nhóm không có HCGT (7.14 ± 1.07), p < 0.001.

Biểu đồ đường cong ROC của thang

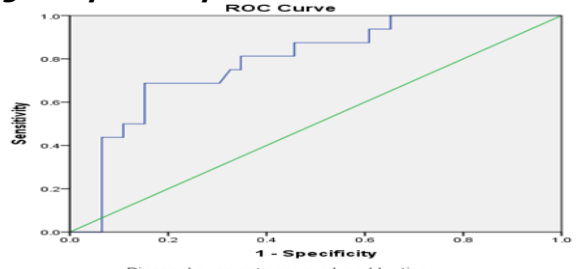
Nhận xét: Diện tích dưới đường cong ROC của ABIC với biến chứng XHTH là 0.787, p=0.001; với NTDCT là 0.723, p=0.026; với HCNG là 0.864, p=0.002 và với HCGT là 0.957, p=0.015.

3.3. Thang điểm ABIC trong tiên lượng tử vong

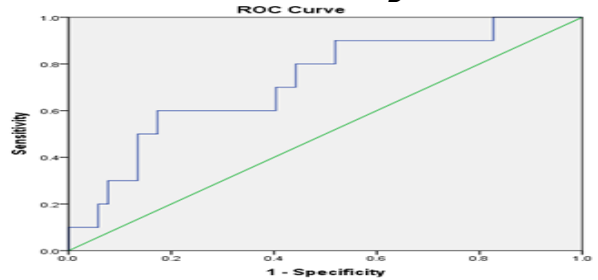
Bảng 2. Thang điểm ABIC và tiên triển trong 7 ngày

Tiên lượng 7 ngày	Số bệnh nhân (N)	Tỷ lệ %	Điểm ABIC			p
			Min	Max	Trung bình ± độ lệch chuẩn	
Sống	59	95.2	4.42	10.06	7.23 ± 1.15	0.104
Tử vong	3	4.8	7.31	9.34	8.35 ± 1.02	
Tổng	62	100	4.42	10.06	7.28 1.17	

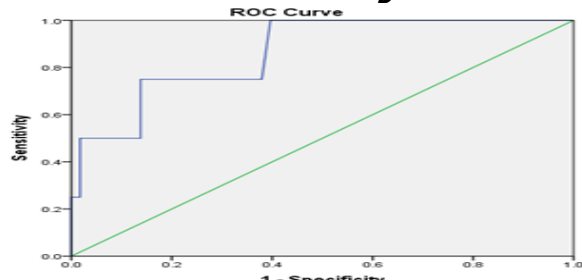
điểm ABIC với các biến chứng của bệnh gan mạn do rượu



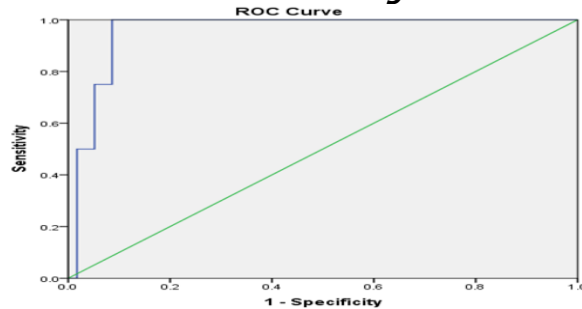
Biểu đồ 1: Biến chứng XHTH



Biểu đồ 2: Biến chứng NTDCT



Biểu đồ 3: Biến chứng HCNG



Biểu đồ 4: Biến chứng HCGT

Nhận xét: - Điểm ABIC trung bình trong nhóm bệnh nhân sống sót sau 07 ngày là 7.23 ± 1.15 ; trong nhóm này bệnh nhân có điểm ABIC cao nhất là 10.06 và thấp nhất là 4.42.

- Điểm ABIC trung bình trong nhóm bệnh nhân tử vong sau 07 ngày là 8.35 ± 1.02 ; trong

nhóm này bệnh nhân có điểm ABIC cao nhất là 9.34 và thấp nhất là 7.31.

- Điểm ABIC trung bình của nhóm bệnh nhân tử vong sau 07 ngày cao hơn không có ý nghĩa thống kê ($p = 0.104 > 0.05$) với điểm ABIC trung bình của nhóm bệnh nhân sống sót sau 07 ngày.

Bảng 3. Thang điểm ABIC và tiên triển trong 30 ngày

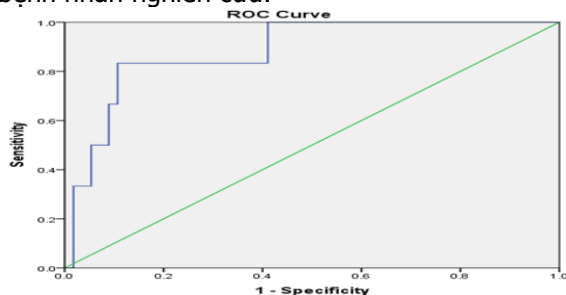
Tiền lượng 30 ngày	Số bệnh nhân (N)	Tỷ lệ %	Điểm ABIC			P
			Min	Max	Trung bình \pm độ lệch chuẩn	
Sống	56	90.3	4.42	10.06	7.12 ± 1.07	0.001
Tử vong	6	9.7	7.31	9.91	8.80 ± 0.96	
Tổng	62	100	4.42	10.06	7.28 1.17	

Nhận xét: - Điểm ABIC trung bình trong nhóm bệnh nhân sống sót sau 30 ngày là 7.12 ± 1.07 ; trong nhóm này bệnh nhân có điểm ABIC cao nhất là 10.06 và thấp nhất là 4.42.

- Điểm ABIC trung bình trong nhóm bệnh nhân tử vong sau 30 ngày là 8.80 ± 0.96 ; trong nhóm này bệnh nhân có điểm ABIC cao nhất là 9.91 và thấp nhất là 7.31.

- Điểm ABIC trung bình của nhóm bệnh nhân tử vong sau 30 ngày cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p = 0.001$) với điểm ABIC trung bình của nhóm bệnh nhân sống sót sau 30 ngày.

❖ Ngưỡng cắt ABIC đánh giá tiên lượng bệnh gan mạn do rượu sau 30 ngày ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu:



Biểu đồ 5: Đường cong ROC của điểm ABIC trong tiên lượng tử vong bệnh nhân bệnh gan mạn do rượu sau 30 ngày

Nhận xét: Diện tích dưới đường cong AUROC là 0.884 với $p = 0.002$, như vậy điểm ABIC có giá trị tiên lượng tử vong khá đối với bệnh nhân có bệnh gan mạn do rượu. Điểm cắt ABIC là 8.26 với độ nhạy Se (Sensitivity) là 83.3% và độ đặc hiệu Sp (Specificity) là 89.3%.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 53.9 ± 9.4 . Với nam giới chiếm 100%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả của các tác giả trong nước như Lê Thị Thu Hiền⁵, Hoàng Trọng Thảng. So với nghiên cứu của

Tonci Božin⁶ và cộng sự, tuổi trung bình có sự tương đồng với 55.8 ± 10.7 tuổi, tuy nhiên tỷ lệ giới tính có sự khác biệt với nam chiếm 74.3%, nguyên nhân là do tập quán của Việt Nam, phụ nữ ít uống rượu hơn so với nam giới, và thói quen uống rượu và tỷ lệ bệnh gan do rượu của nam giới Việt Nam còn cao.

Trong nghiên cứu của chúng tôi về tỷ lệ các biến chứng của xơ gan, XHTH là biến chứng hay gặp nhất, chiếm 25.8%. So với nghiên cứu của Trịnh Thị Hồng Nhung⁷ trên bệnh nhân xơ gan rượu, XHTH cũng là biến chứng hay gặp nhất tuy nhiên tỷ lệ này cao hơn với 53%. Có sự khác biệt này là do nghiên cứu của chúng tôi bao gồm các bệnh nhân viêm gan do rượu và xơ gan do rượu, và các bệnh nhân nhập viện khoa Nội tổng hợp bệnh viện Đại học Y Hà Nội với tình trạng bệnh nhẹ hơn so với Trung tâm tiêu hóa – Gan mật bệnh viện Bạch Mai.

Điểm ABIC trung bình khi nhập viện trong nghiên cứu của chúng tôi là 7.28 ± 1.17 , bệnh nhân có điểm ABIC cao nhất là 10.06, thấp nhất là 4.42. Điểm ABIC trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Dominguez⁸ (2008) trên 103 bệnh nhân có giá trị ABIC trung bình là 7.63 ± 1.42 . Nghiên cứu của Sandahl⁹ và cộng sự trên 274 bệnh nhân có điểm ABIC trung bình là 7.74 ± 1.44 . Nghiên cứu của Javier Michelena và cộng sự¹⁰ (2015) trên 162 bệnh nhân có điểm ABIC trung bình là 7.66 ± 0.22 . Nghiên cứu của Altamirano và cộng sự trên 103 bệnh nhân có điểm ABIC trung bình lúc nhập viện là 8.63 ± 1.23 . Sự khác biệt này có thể giải thích do đối tượng bệnh nhân được lựa chọn đưa vào các nghiên cứu khác nhau tùy theo mục đích nghiên cứu của từng tác giả: Hầu hết các tác giả đều lựa chọn bệnh nhân xơ gan mất bù. Hơn nữa có thể do các bệnh nhân hiện nay quan tâm đến vấn đề sức khỏe hơn trước, vì vậy các đối tượng

trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết là các bệnh nhân viêm gan và xơ gan giai đoạn còn bù.

Trong 62 bệnh nhân bệnh gan mạn do rượu, chúng tôi thu được kết quả: Tỷ lệ bệnh nhân tử vong sau 07 ngày nhập viện là 4.8% (3/62 bệnh nhân), với điểm trung bình là 8.35 ± 1.02 , cao hơn không có ý nghĩa thống kê so với điểm ABIC trung bình của nhóm bệnh nhân sống sau 07 ngày (7.23 ± 1.15). Tuy nhiên khi theo dõi bệnh nhân sau 30 ngày, chúng tôi thu được kết quả: Tỷ lệ bệnh nhân tử vong là 9.7% (6/62 bệnh nhân). Điểm ABIC trung bình của nhóm bệnh nhân sống sau 30 ngày là 7.12 ± 1.07 ; điểm ABIC trung bình của nhóm bệnh nhân tử vong là 8.80 ± 0.96 . Như vậy điểm ABIC trung bình của nhóm bệnh nhân tử vong sau 30 ngày nhập viện cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân sống sót với $p = 0.001$. Diện tích dưới đường cong AUROC của điểm cắt ABIC có giá trị tiên lượng bệnh nhân sau 30 ngày là 0.884, điểm cắt ABIC tiên lượng tốt nhất ở thời điểm 30 ngày là 8.26 với độ nhạy Se (Sensitivity) là 83.3% và độ đặc hiệu Sp (Specificity) là 89.3%. Năm 2021 Tonci Božin⁶ và cộng sự nghiên cứu trên 70 bệnh nhân viêm gan do rượu với hơn 2/3 bệnh nhân (53/70) có viêm gan do rượu nặng (mDF > 32), điểm ABIC trung bình của nhóm nghiên cứu là 8.2 ± 1.0 . Diện tích dưới đường cong AUROC của thang điểm ABIC là 0.727 với ngưỡng cắt tối ưu là 9.92 để tiên lượng tỷ lệ tử vong trong 30 ngày, với độ nhạy 54.5% và độ đặc hiệu 91.5%. Nghiên cứu của Bùi Thị Lợi¹² năm 2013 trên 168 bệnh nhân xơ gan Child Pugh C, điểm cắt ABIC tiên lượng tốt nhất ở thời điểm 30 ngày là 9.05 (độ nhạy 70.5% và độ đặc hiệu 87.1%), giá trị AUROC là 0.829. Như vậy ngưỡng cắt ABIC dự báo tiên lượng tử vong của các nghiên cứu khác nhau tùy theo đối tượng bệnh nhân, nguyên nhân xơ gan và mức độ nặng của bệnh gan. Ngưỡng cắt của các nghiên cứu trước đó cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi là phù hợp do chúng tôi lựa chọn các bệnh nhân nghiên cứu là viêm gan do rượu và xơ gan do rượu, trong đó đặc điểm xơ gan trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu ở giai đoạn còn bù.

Ở các bệnh nhân có bệnh gan mạn do rượu, các biến chứng của xơ gan như XHTH, NTDCT, HCNG, HCGT là một trong những yếu tố làm tăng tỷ lệ tử vong. Khi nghiên cứu thang điểm ABIC trong tiên lượng các biến chứng của xơ gan, chúng tôi thu được kết quả: điểm ABIC trung bình ở nhóm bệnh nhân có một trong các biến chứng XHTH, NTDCT, HCNG, HCGT đều cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân

không có biến chứng đó. Kết quả này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của các tác giả trước đó. Như vậy, điểm ABIC càng cao thì nguy cơ mắc các biến chứng nặng càng tăng.

V. KẾT LUẬN

Thang điểm ABIC có giá trị tốt trong tiên lượng bệnh gan mạn do rượu với giá trị cut-off 8.26, AUROC 0.884, $p = 0.002 < 0.05$, độ nhạy Se (Sensitivity) là 83.3% và độ đặc hiệu Sp (Specificity) là 89.3%. Thang điểm ABIC có thể áp dụng trong thực hành lâm sàng tại Việt Nam trong tiên lượng bệnh gan mạn do rượu bên cạnh các thang điểm khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Singal AK, Bataller R, Ahn J, Kamath PS, Shah VH. ACG Clinical Guideline: Alcoholic Liver Disease. *American Journal of Gastroenterology*. 2018;113(2):175-194. doi:10.1038/ajg.2017.469
2. Sharma A, Nagalli S. *Chronic Liver Disease*. StatPearls Publishing; 2022. Accessed November 7, 2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554597/>
3. Stein E, Cruz-Lemini M, Altamirano J, et al. Heavy daily alcohol intake at the population level predicts the weight of alcohol in cirrhosis burden worldwide. *Journal of Hepatology*. 2016;65(5):998-1005. doi:10.1016/j.jhep.2016.06.018
4. Crabb DW, Im GY, Szabo G, Mellinger JL, Lucey MR. *Diagnosis and Treatment of Alcohol-Associated Liver Diseases: 2019 Practice Guidance From the American Association for the Study of Liver Diseases*. *Hepatology*. 2020;71(1):306. doi:10.1002/hep.30866
5. Lê Thị Thu Hiền, Nguyễn Quang Duật, Trịnh Xuân Tráng (2017). Đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học ở bệnh nhân mắc bệnh gan do rượu, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 455(2), 58-61.
6. Božin T, Rob Z, Lucijanić M, Cmarec Buhin L, Grgurević I. Comparison of prognostic scores for alcoholic hepatitis: a retrospective study. *Croat Med J*. 2021;62(1):17-24.
7. Trịnh Thị Hồng Nhung (2020). Khảo sát mức độ sử dụng rượu ở bệnh nhân xơ gan rượu, *Luận văn thạc sĩ y học*, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. Dominguez M, Rincón D, Abrales JG, et al. A new scoring system for prognostic stratification of patients with alcoholic hepatitis. *Am J Gastroenterol*. 2008;103(11):2747-2756. doi:10.1111/j.1572-0241.2008.02104.x
9. Sandahl TD, Jepsen P, Ott P, Vilstrup H. Validation of prognostic scores for clinical use in patients with alcoholic hepatitis. *Scand J Gastroenterol*. 2011;46(9):1127-1132. doi:10.3109/00365521.2011.587200
10. Michelena J, Altamirano J, Abrales JG, et al. Systemic inflammatory response and serum lipopolysaccharide levels predict multiple organ failure and death in alcoholic hepatitis. *Hepatology*. 2015;62(3):762-772. doi:10.1002/hep.27779