

tình huống cung lượng tim thấp với đáp ứng co mạch kéo dài cao dẫn đến giảm tưới máu mô. Việc điều trị hạ huyết áp mà không có thông tin chính xác liên quan đến ba biến số này có thể dẫn đến việc kiểm soát kém, có thể làm tăng yêu cầu dược lý, các biến chứng ở ICU và thời gian nằm bệnh viện. Trong EGDT, ba biến số này liên tục được theo dõi và thao tác để tối ưu hóa áp suất và dòng chảy đến các cơ quan trong cơ thể, dẫn đến kết quả tốt hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi áp dụng phác đồ EGDT từ khi bắt đầu cho đến khi kết thúc phẫu thuật. Nhóm EV1000 cần nhiều yêu cầu về dịch truyền và thuốc hơn trong giai đoạn trước khi tối ưu hóa SVV, CI và SVRI theo thông tin từ FloTrac/EV1000 để đạt được MAP mục tiêu, dẫn đến tưới máu cơ tim tốt hơn, nhu cầu thuốc ít hơn trong quá trình phẫu thuật và trước khi chuyển đến ICU. Nhóm EV1000 cũng yêu cầu ít hơn đáng kể và thời gian dùng thuốc co bóp hoặc hoạt mạch trong ICU ngắn hơn, dẫn đến yêu cầu ngắn hơn về hỗ trợ máy thở, cũng như ICU và LOS bệnh viện ngắn hơn.

## V. KẾT LUẬN

So với quy trình điều trị tiêu chuẩn, việc tối ưu hóa huyết động trong phẫu thuật bằng cách sử dụng nền tảng FloTrac / EV1000 cho giao thức EGDT ở bệnh nhân điều trị bắc cầu mạch vành không dùng máy THNCT dẫn đến thời gian

thở máy, thời gian nằm ICU và thời gian nằm bệnh viện ngắn hơn, ít biến chứng sau phẫu thuật hơn.

## VI. KIẾN NGHỊ

Tiếp tục làm những nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn, nhiều loại bệnh hơn và tiếp tục nghiên cứu về hiệu quả chi phí.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Shoemaker WC, Appel PL, Kram HB, Waxman K, Lee TS.** Prospective trial of supranormal values of survivors as therapeutic goals in high-risk surgical patients. *Chest* 1988;94:1176-86.
2. **Wilson J, Woods I, Fawcett J, Whall R, Dibb W, Morris C, et al.** Reducing the risk of major elective surgery: Randomised controlled trial of preoperative optimisation of oxygen delivery. *BMJ* 1999;318:1099-103.
3. **Kapoor PM, Magoon R, Rawat R, Mehta Y.** Perioperative utility of goal-directed therapy in high-risk cardiac patients undergoing coronary artery bypass grafting: "A clinical outcome and biomarker-based study". *Ann Card Anaesth* 2016;19:638-82.
4. **Aya HD, Cecconi M, Hamilton M, Rhodes A.** Goal-directed therapy in cardiac surgery: a systematic review and meta-analysis. *British journal of anaesthesia*. 2013;110:510-7.
5. **Kiefer N, Hofer CK, Marx G, Geisen M, Giraud R, Siegenthaler N, et al.** Clinical validation of a new thermodilution system for the assessment of cardiac output and volumetric parameters. *Crit Care* 2012;16:R98.

# 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

## TÓM TẮT

**Mục tiêu của nghiên cứu:** Khảo sát sự thay đổi của chỉ số ALBI và PALBI ở bệnh nhân xơ gan có biến chứng. Khảo sát giá trị tiên lượng tử vong trong 30 ngày của chỉ số ALBI và PALBI ở bệnh nhân xơ gan có biến chứng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế mô tả cắt ngang 280 bệnh nhân xơ gan có biến chứng. **Kết quả:** 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

Vũ Thị Ngọc Bích<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Vân Hồng<sup>1</sup>

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. **Từ khóa:** Bệnh nhân xơ gan, chỉ số ALBI và PALBI, tiên lượng tử vong

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Ngọc Bích

Email: bich561997@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.12.2023

Ngày duyệt bài: 12.01.2024

**SUMMARY****CHANGE AND PROGNOSTIC VALUE 30-DAY MORTALITY OF ALBI AND PALBI IN CIRRHOSIS PATIENTS WITH COMPLICATIONS**

**Objective:** The average ALBI and PALBI scores in the group of cirrhotic patients with isolated ICH complications were greater than the ALBI score in the group of patients without isolated ICH. **Methodology:** ALBI and PALBI scores have no value in predicting bleeding in patients with cirrhosis. **Results:** The average ALBI and PALBI scores in the group of cirrhotic patients with complications of isolated isolated hepatic encephalopathy were greater than the ALBI scores in the group of patients without isolated isolated hepatic encephalopathy, which were weakly predictive of hepatic encephalopathy with AUC of 0.652 and 0.678. The average ALBI and PALBI scores in the group of cirrhotic patients with 1 complication were lower than the ALBI score in the group of cirrhotic patients with multiple complications. To predict cirrhosis with 2 or more complications, the area under the ROC curve of ALBI and PALBI were 0.7 and 0.714, respectively. ALBI and PALBI have average predictive value for the number of complications. The mean ALBI and PALBI scores of all patients with cirrhosis with complications and mortality were higher than those in the group of survivors with a mean predictive value of 30-day mortality in patients with cirrhosis with complications with AUC is 0.783, 0.786 Mean ALBI and PALBI scores in the group of cirrhotic patients with multiple complications There was greater mortality in the survivor group with a mean predictive value of 30-day mortality in cirrhotic patients with multiple complications with AUC of 0.70, 0.72.

**Keywords:** Patients with complications, ALBI and PALBI, mortality

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Xơ gan là bệnh lý thường gặp, là nguyên nhân tử vong thứ 14 trên toàn thế giới. Nguyên nhân gây tử vong ở bệnh nhân xơ gan chủ yếu là do các biến chứng như: Xuất huyết tiêu hóa (XHTH), hội chứng não gan(HCNG), hội chứng gan thận (HCGT), nhiễm trùng dịch ổ bụng (NTDOB)... Do đó, nhiều nghiên cứu, thang điểm, chỉ số đánh giá giai đoạn và tiên lượng về xơ gan ra đời để phục vụ chẩn đoán điều trị, theo dõi và quản lý bệnh nhân(BN) xơ gan. ALBI là chỉ số mới đã được sử dụng ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan để dự đoán khả năng sống sót của họ và nó dựa trên hai biến số khách quan: albumin huyết thanh và bilirubin toàn phần, là một điểm số đơn giản thu được từ một xét nghiệm máu để tiếp cận và không xâm lấn mà không sử dụng các yếu tố được đánh giá chủ quan (chẳng hạn như cổ trướng và bệnh não gan)<sup>1</sup>. PALBI (Platelet- Albumin- Bilirubin) là một chỉ số mới, dựa trên chỉ số ALBI với sự kết hợp thêm số liệu của tiểu cầu để đánh giá thêm ảnh

hưởng của tăng áp lực tĩnh mạch cửa.<sup>2</sup>. Hiện nay trên thế giới và tại Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu đánh giá giá trị của chỉ số ALBI và PALBI trong tiên lượng xơ gan, ung thư biểu mô tế bào gan nguyên phát nhưng chưa tập trung vào các bệnh nhân xơ gan có biến chứng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "*Khảo sát sự thay đổi của chỉ số ALBI và PALBI ở bệnh nhân xơ gan có biến chứng. Khảo sát giá trị tiên lượng tử vong trong 30 ngày của chỉ số ALBI và PALBI ở bệnh nhân xơ gan có biến chứng.*"

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

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Thiết kế mô tả cắt ngang 280 bệnh nhân xơ gan có biến chứng.

+ **Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:** BN được chẩn đoán xác định xơ gan và có ít nhất một trong bốn biến chứng hay gặp: XHTH, HCNG, NTDOB, HCGT.

+ **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu. Xơ gan ung thư hóa hoặc nghi ngờ ung thư. Rối loạn ý thức nghi ngờ do nguyên nhân khác: Tai biến mạch não, ngộ độc, XHTH không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Bệnh nhân cổ trướng do nguyên nhân không phải xơ gan.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang: Bệnh nhân chọn vào nghiên cứu được khai thác Tuổi, Giới, Tiền sử, Bệnh sử, Khám lâm sàng và chỉ định các xét nghiệm cần thiết để phục vụ chẩn đoán và điều trị (công thức máu, sinh hóa máu, đông máu. Tính điểm ALBI theo công thức: Điểm ALBI =  $\log_{10}(\text{Bilirubin}) \times 0.66 + \text{Albumin} \times (-0.085)$ . Tính điểm PALBI theo công thức: Điểm PALBI =  $2.02 \times \log_{10}(\text{Bilirubin}) + (-0.37) \times (\log_{10}(\text{Bilirubin}))^2 + (-0.04) \times \text{Albumin} + (-3.48) \times \log_{10}(\text{Platelet}) + 1.01 \times (\log_{10}(\text{Platelet}))^2$

**2.3. Phương pháp phân tích số liệu:** Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong thời gian từ tháng 1/2023 đến tháng 9/2023 nghiên cứu thu thập được n=280 bệnh nhân.

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $55 \pm 10,4$ , Nam giới chiếm tỷ lệ chủ yếu trong xơ gan có biến chứng (91,79%). Tỷ lệ nam/nữ là 11,2/1. Trong 4 biến chứng của xơ gan, hay gặp nhất là XHTH do tăng áp lực tĩnh mạch cửa với 55%, sau đó là HCNG với 46,8% Biến chứng ít gặp hơn là HCGT và NTDOB với tỉ lệ là 11,1% và 9,6%. Điểm ALBI trung bình là  $-1,11 \pm 0,7$ . Điểm PALBI trung bình là  $-1,65 \pm 0,51$

**3.2. Chỉ số ALBI, PALBI ở bệnh nhân xơ**

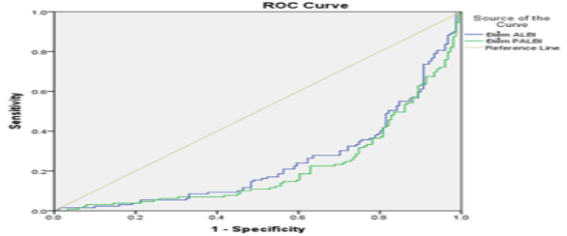
gan có 1 biến chứng

**Bảng 1: Điểm ALBI, PALBI trung bình ở bệnh nhân xơ gan với từng biến chứng**

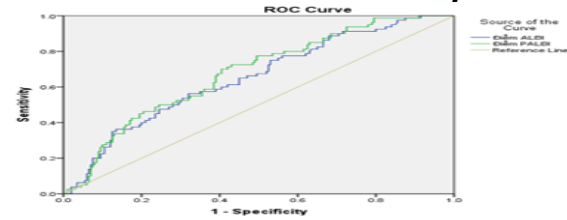
		n	ALBI		PALBI	
			X ± SD	P	X ± SD	p
<b>XHTH Đơn độc</b>	Có	129	-1,43±0,63	< 0,001	-1,92±0,47	< 0,001
	Không	151	-0,83±1,63		-1,4±0,61	
<b>HCNG Đơn độc</b>	Có	80	-0,85±0,61	< 0,001	-1,43±0,4	< 0,001
	Không	155	-1,22±0,7		-1,72±0,65	
<b>NTDOB Đơn độc</b>	Có	15	-1,19±0,86	0,667	-1,69±0,71	0,746
	Không	265	-1,11±0,69		-1,64±0,6	
<b>HCGT Đơn độc</b>	Có	3	-0,64±0,41	0,235	-1,31±0,98	0,337
	Không	277	-1,17±0,68		-1,64±0,61	

**Nhận xét:** Điểm ALBI, PALBI trung bình ở nhóm XHTH đơn độc là (-1,43±0,63), (-1,92±0,47) thấp hơn điểm ở nhóm không XHTH là (-0,83±1,63), (-1,4±0,61), p<0,001. Điểm ALBI, PALBI trung bình ở nhóm có HCNG đơn độc là (-0,85±0,61), (-1,43±0,4) cao hơn điểm ở nhóm không HCNG là (-1,22±0,7) (-1,72±0,65). Điểm ALBI, PALBI trung bình ở nhóm có NTDOB đơn độc là (-1,19±0,86), (-1,69±0,71) thấp hơn điểm ở nhóm không NTDOB là (-1,11±0,69), (-1,64±0,6), p>0,001. Điểm ALBI, PALBI trung bình ở nhóm có HCGT đơn độc là (-0,64±0,41), (-1,15±0,21) thấp hơn điểm ở nhóm không HCGT là (-1,17±0,68), (-1,64±0,61), p > 0,001

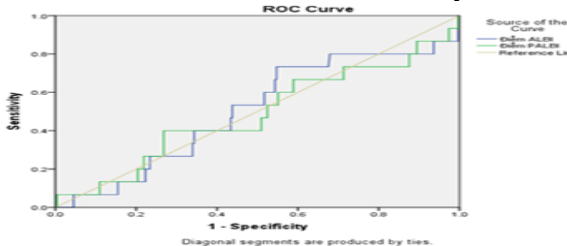
**Đường cong ROC của điểm ALBI, PALBI ở bệnh nhân xơ gan với từng biến chứng**



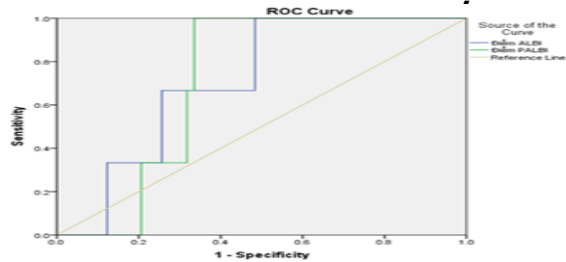
**Biểu đồ 1: Với XHTH đơn độc**



**Biểu đồ 2: Với HCNG đơn độc**



**Biểu đồ 3: Với NTDOB đơn độc**



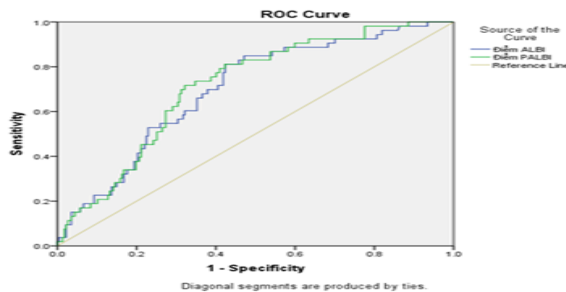
**Biểu đồ 4: Với HCGT đơn độc**

**Nhận xét:** Diện tích dưới đường cong của ROC của ALBI và PALBI với XHTH đơn độc lần lượt là 0,24 và 0,22 (P<0,001), với HCNG đơn độc là 0,652 và 0,678 (P<0,001), với NTDOB đơn độc là 0,5 và 0,49 (P>0,001), với HCGT đơn độc là 0,712 và 0,714 (P>0,001). Điểm cắt của ALBI với NTDOB đơn độc là -1,09 có độ nhạy là 56,3%, độ đặc hiệu là 68,0%. Điểm cắt của PALBI với NTDOB đơn độc là -1,48 có độ nhạy là 71,3%, độ đặc hiệu là 58,0%

**3.3. Chỉ số ALBI, PALBI với số lượng biến chứng của xơ gan.**

**Bảng 2: Điểm ALBI, PALBI với số lượng biến chứng**

Số lượng biến chứng	n	ALBI		PALBI	
		X ± SD	P	X ± SD	P
1	227	-1,2±0,69	< 0,05	-1,72±0,51	< 0,05
2	43	-0,72±0,59		-1,25±0,88	
3	10	-0,76±0,50		-1,36±0,33	



**Biểu đồ 5: Đường cong ROC của chỉ số ALBI và PALBI với số lượng biến chứng của xơ gan**

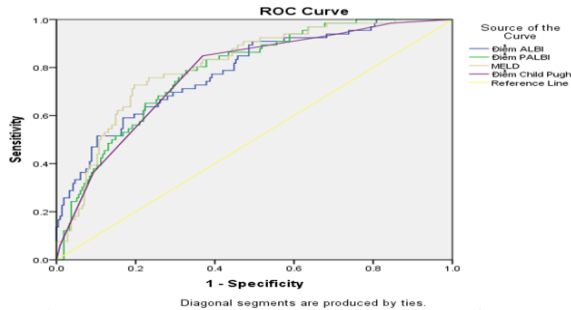
**Nhận xét:** Điểm ALBI trung bình ở nhóm xơ gan có 1 biến chứng là  $-1,2 \pm 0,69$  thấp hơn điểm ALBI ở nhóm xơ gan 2 biến chứng và 3 biến chứng là  $0,72 \pm 0,59$  và  $-0,76 \pm 0,50$ ,  $p < 0,05$ . Điểm PALBI trung bình ở nhóm xơ gan có 1 biến chứng là  $-1,72 \pm 0,51$  thấp hơn điểm ALBI ở nhóm xơ gan 2 biến chứng và 3 biến chứng là  $-1,25 \pm 0,88$  và  $-1,36 \pm 0,33$ ,  $p < 0,05$ . Diện tích dưới đường cong của ROC của ALBI và PALBI với

hội chứng não gan lần lượt là 0,7 và 0,714. ALBI và PALBI có giá trị dự báo trung bình về số lượng biến chứng với  $p < 0,001$ . Điểm cắt của ALBI là  $-1,09$  có độ nhạy 81,1% là, độ đặc hiệu là 57,7%. Điểm cắt của PALBI là  $-1,48$  có độ nhạy 71,7% là, độ đặc hiệu là 67,8%.

**3.4. Khảo sát giá trị tiên lượng tử vong trong 30 ngày của chỉ số ALBI và PALBI ở bệnh nhân xơ gan có biến chứng**

**Bảng 3. Điểm Child Pugh, MELD, ALBI, PALBI và tử vong trong 30 ngày ở bệnh nhân có biến chứng**

		n	Child Pugh	MELD	ALBI	PALBI
			X±SD	X±SD	X±SD	X±SD
Tình trạng sau 30 ngày	Sống sót	214	$8,87 \pm 1,49$	$14,1 \pm 8,79$	$-1,27 \pm 0,65$	$-1,75 \pm 0,63$
	Tử vong	66	$10,18 \pm 1,02$	$25,25 \pm 10,45$	$-0,58 \pm 0,57$	$1,29 \pm 0,32$
			$p < 0,001$	$P < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$



**Biểu đồ 5: Đường cong ROC của điểm Child Pugh, MELD, ALBI, PALBI và tử vong trong 30 ngày ở bệnh nhân xơ gan có biến chứng**

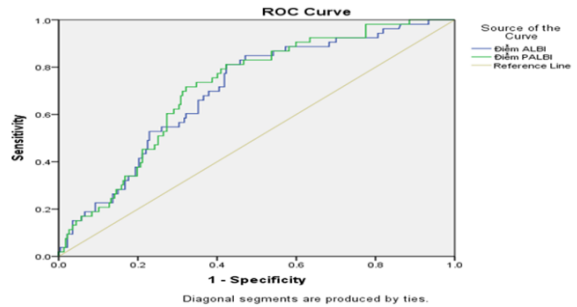
**Nhận xét:** Điểm ALBI, PALBI trung bình ở nhóm xơ gan có biến chứng có tử vong là  $(-0,58 \pm 0,57)$ ,  $(-1,29 \pm 0,32)$  lớn hơn điểm ALBI ở nhóm bệnh nhân sống sót là  $(-1,27 \pm 0,65)$ ,  $(-1,75 \pm 0,63)$ , có ý nghĩa tiên lượng tỉ lệ tử vong trong 30 ngày ở nhóm xơ gan có biến chứng với AUC lần lượt là 0,783, 0,729. Điểm cắt của ALBI là  $-1,60$  có độ nhạy là 59,1%, độ đặc hiệu là 82,3%. Điểm cắt của PALBI là  $-1,48$  có độ nhạy là 78,8%, độ đặc hiệu là 67,3%. Điểm MELD trung bình ở nhóm bệnh nhân có tử vong là  $25,25 \pm 10,45$  lớn hơn điểm MELD ở nhóm bệnh nhân sống sót là  $14,1 \pm 8,79$ . Điểm Child Pugh trung bình ở nhóm có tử vong là  $10,18 \pm 1,02$  lớn hơn điểm Child Pugh ở nhóm sống sót là  $8,87 \pm 1,49$ . Điểm cắt của Child Pugh là 9,5 có độ nhạy là 84,8%, độ đặc hiệu là 63%. Điểm cắt của MELD là  $-1,48$  có độ nhạy là 72,7%, độ đặc hiệu là 80,4%.

**3.5. Khảo sát giá trị tiên lượng tử vong trong 30 ngày của chỉ số ALBI và PALBI ở bệnh nhân xơ gan có nhiều biến chứng**

**Bảng 4. Điểm ALBI, PALBI và tử vong trong 30 ngày ở bệnh nhân xơ gan có nhiều**

**có biến chứng**

Xơ gan có >1 biến chứng		n	ALBI	PALBI
			X±SD	X±SD
Tình trạng trong 30 ngày	Sống sót	227	$-1,2 \pm 0,69$	$-1,72 \pm 0,51$
	Tử vong	53	$-0,72 \pm 0,57$	$-1,27 \pm 0,80$
			$p < 0,001$	$p < 0,001$



**Biểu đồ 6: Đường cong ROC của ALBI, PALBI và tử vong 30 ngày ở bệnh nhân xơ gan có nhiều biến chứng**

**Nhận xét:** Điểm ALBI, PALBI trung bình ở nhóm xơ gan có nhiều biến chứng có tử vong là  $(-0,72 \pm 0,57)$ ,  $(-1,27 \pm 0,80)$  lớn hơn điểm ALBI ở nhóm sống sót là  $(-1,2 \pm 0,69)$ ,  $(-1,72 \pm 0,51)$ , có ý nghĩa tiên lượng tỉ lệ tử vong trong 30 ngày ở bệnh nhân xơ gan có biến chứng với AUC lần lượt là 0,70, 0,72. Điểm cắt của ALBI là  $-1,09$  có độ nhạy là 70%, độ đặc hiệu là 72,0%. Điểm cắt của PALBI là  $-1,48$  có độ nhạy là 81,1%, độ đặc hiệu là 57,7%.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Môi tương quan giữa ALBI, PALBI và xơ gan có 1 biến chứng:** Điểm ALBI, PALBI trung bình ở nhóm xơ gan có XHTH đơn độc lớn hơn điểm ALBI ở nhóm không có XHTH đơn độc, kết quả tương đồng với Nguyễn Văn Chung.<sup>3</sup> AUC của ALBI, PALBI lần lượt là 0,24 và 0,22.

Như vậy theo điểm ALBI và PALBI không có giá trị trong dự báo XHTH ở bệnh nhân xơ gan. Do xuất huyết tiêu hóa là một biến chứng nặng nề của xơ gan, yếu tố tiên lượng tử vong cho một bệnh nhân XHTH cấp là tình trạng mất máu, tình trạng chảy máu tiếp diễn, khả năng can thiệp cầm máu và yếu tố nguy cơ. Điểm ALBI, PALBI trung bình ở nhóm xơ gan có HCNG đơn độc lớn hơn điểm ALBI ở nhóm không có HCNG đơn độc. AUC của ALBI, PALBI lần lượt là 0,652 và 0,678. Điểm cắt của ALBI là -1,09 có độ nhạy là 56,3%, độ đặc hiệu là 68,0%. Điểm cắt của PALBI là -1,48 có độ nhạy là 71,3%, độ đặc hiệu là 58,0%. Như vậy, ALBI và PALBI giá trị trong dự báo HCNG. Điều này hoàn toàn tương đồng với nghiên cứu của Y L Hou và cộng sự, AUC của ALBI để chẩn đoán bệnh não gan là 0,8.<sup>3</sup> Điểm ALBI trung bình ở nhóm có NTDOB thấp hơn điểm ALBI ở nhóm không NTDOB với  $p=0,667$ . Điểm PALBI trung bình ở nhóm có NTDOB là thấp hơn điểm PALBI ở nhóm không NTDOB là và với  $p=0,746$ . Kết quả nghiên cứu của Marwa Ibrahim Metawea và cộng sự, giá trị ALBI trung bình ở nhóm xơ gan có biến chứng nhiễm trùng dịch ổ bụng cao hơn so với bệnh nhân xơ gan không NTDOB (-0,1) với (-0,4), với  $p < 0,001$ .<sup>4</sup> Sự khác biệt này có thể do nguồn bệnh nhân khác nhau và cỡ mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn. Trong nghiên cứu của chúng tôi AUC của ALBI và PALBI lần lượt là 0,5 và 0,49. Do đó ALBI và PALBI không có giá trị dự báo về NTDOB với ý nghĩa thống kê  $p < 0,001$ . Điều này hoàn toàn tương đồng với nghiên cứu của Marwa Ibrahim Metawea và cộng sự, AUC của ALBI để dự đoán NTDOB là 0,593.<sup>4</sup> Điểm ALBI ở nhóm bệnh nhân HCGT đơn độc là cao hơn ở nhóm không có HCGT đơn độc là với  $p=0,235$ . Điểm PALBI ở nhóm bệnh nhân ở nhóm HCGT đơn độc là cao hơn điểm PALBI không có HCGT đơn độc là với  $p = 0,337$ . diện tích dưới đường cong của ROC của ALBI và PALBI lần lượt là 0,712 và 0,714. ALBI và PALBI có giá trị dự báo trung bình về HCNG, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê  $p > 0,001$  có thể do cỡ mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn.

**4.2. Điểm ALBI, PALBI với số lượng biến chứng của xơ gan:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm ALBI, PALBI trung bình ở nhóm xơ gan có 1 biến chứng là thấp hơn điểm ALBI ở nhóm xơ gan nhiều biến chứng với  $p < 0,05$ . 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

với ý nghĩa thống kê  $p < 0,001$ . Điểm cắt của ALBI là -1,09 có độ nhạy 81,1% là, độ đặc hiệu là 57,7%. Điểm cắt của PALBI là -1,48 có độ nhạy 71,7% là, độ đặc hiệu là 67,8%.

**4.3. Điểm ALBI và PALBI và tiên lượng tử vong trong 30 ngày ở bệnh nhân xơ gan có biến chứng:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, Điểm ALBI, PALBI trung bình của tất cả bệnh nhân xơ gan biến chứng có tử vong cao hơn so với nhóm 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 cắt của ALBI là -1,60 có độ nhạy là 59,1%, độ đặc hiệu là 82,3%. Điểm cắt của PALBI là -1,48 có độ nhạy là 78,8%, độ đặc hiệu là 67,3%. Điều này hoàn toàn tương đồng với nghiên cứu của Maria Fragaki và cộng sự trên bệnh nhân xơ gan, diện tích dưới đường cong ROC của ALBI và PALBI lần lượt là 0,912, 0,823.<sup>5</sup>

**4.5. Điểm ALBI và PALBI và tiên lượng tử vong trong 30 ngày ở bệnh nhân xơ gan có nhiều biến chứng:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, 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. Điểm cắt của ALBI là -1,09 có độ nhạy là 70%, độ đặc hiệu là 72,0%. Điểm cắt của PALBI là -1,48 có độ nhạy là 81,1%, độ đặc hiệu là 57,7%.

## V. KẾT LUẬN

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 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.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Johnson PJ, Berhane S, Kagebayashi C, et al. Assessment of Liver Function in Patients With Hepatocellular Carcinoma: A New Evidence-Based Approach—The ALBI Grade. *J Clin Oncol*. 2015; 33(6): 550-558. doi: 10.1200/JCO.2014.57.9151
2. Elshaarawy O, Allam N, Abdelsameea E, Gomaa A, Waked I. Platelet-albumin-bilirubin score - a predictor of outcome of acute variceal bleeding in patients with cirrhosis. *World J Hepatol*. 2020;12(3): 99-107. doi: 10.4254/wjh.v12.i3.99
3. Nguyễn Văn Chung. Nghiên Cứu Giá Trị Thang Điểm ALBI, PALBI Trong Tiên Lượng Xuất Huyết Tiêu Hóa Cấp Do vỡ Tĩnh Mạch Thực Quản ở Bệnh Nhân Xơ Gan. Luận Văn Thạc Sĩ y Học. Đại Học y Hà Nội 2022.
4. Metaweia MI, Moteleub HNAE. Diagnostic role of simple indices in HCV-related liver cirrhosis outcomes: a prospective cross-sectional study. *Clin Exp Hepatol*. 2022;8(1):29-35. doi:10.5114/ceh.2022.114169
5. Fragaki M, Sifaki-Pistolla D, Orfanoudaki E, Kouroumalis E. Comparative evaluation of ALBI, MELD, and Child-Pugh scores in prognosis of cirrhosis: is ALBI the new alternative? *Ann Gastroenterol*. 2019; 32(6): 626-632. doi:10.20524/aog.2019.0417

## ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC-THÁI ĐỘ-HÀNH VI BÁN LẺ THUỐC ĐIỀU TRỊ TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN CỦA NGƯỜI BÁN LẺ THUỐC TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Hoàng Vân Nga<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Quỳnh Nga<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kiến thức-thái độ-hành vi bán lẻ thuốc điều trị trào ngược dạ dày thực quản (TNDDTQ) của người bán lẻ thuốc (NBLT) tại thành phố Hồ Chí Minh (TP.HCM). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang sử dụng phương pháp phỏng vấn người bệnh trên 413 NBLT tại TP.HCM từ tháng 12/2022 đến 05/2023. **Kết quả:** Đa số NBLT trả lời đúng các câu hỏi về kiến thức tổng quan TNDDTQ và về lạm dụng thuốc. Kiến thức về nguyên tắc dùng thuốc, đề kháng PPI, quy định bán lẻ thuốc đạt mức điểm trung bình. NBLT hiểu rõ về tình hình lạm dụng PPI hiện nay và khuyến khích khách hàng đi khám để có đơn thuốc. Tuy nhiên, đa số NBLT chưa khai thác tiền sử bệnh, tiền sử dùng thuốc, hay tư vấn cho người bệnh. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, hành vi của NBLT bao gồm thâm niên với kiến thức, số giờ làm với thái độ, giới tính, trình độ chuyên môn, mô hình nhà thuốc với hành vi của NBLT. **Kết luận:** Điểm kiến thức, thái độ của NBLT ở mức trung bình đến tốt, hành vi của NBLT còn hạn chế. Việc trang bị kiến thức, định kỳ tập huấn cho NBLT có thể giúp NBLT nâng cao kiến thức, thái độ, hành vi bán lẻ thuốc TNDDTQ.

**Từ khóa:** kiến thức, thái độ, hành vi, trào ngược dạ dày thực quản, người bán lẻ thuốc.

#### SUMMARY

#### ASSESSMENT OF KNOWLEDGE-ATTITUDE-

<sup>1</sup>Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Quỳnh Nga

Email: nguyenthiquynhnga@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2023

Ngày duyệt bài: 15.01.2024

#### PRACTICE TOWARD MEDICATION DISPENSE FOR GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE OF PHARMACISTS IN HO CHI MINH CITY

**Objective:** To evaluate the knowledge-attitude-practice of pharmacists toward medication dispenses for treating gastroesophageal reflux disease (GERD) in community pharmacies in Ho Chi Minh City (HCMC). **Methods:** A cross-sectional descriptive study using simulated patient method on 413 in HCMC from December 2022 to May 2023. **Results:** The majority of pharmacists correctly answered the questions related to general knowledge about GERD and medication abuse. Knowledge of medication use principles, PPI resistance and medicine retail regulations achieved average scores. Most pharmacists understood the current situation of PPI abuse and encouraged customers to seek physicians for prescription. However, most pharmacists did not exploit patient's medical history and advise on drug use. Some factors related to pharmacist's knowledge, attitude and practice included seniority with knowledge; number of working hours with their attitude; gender, professional qualifications, type of pharmacy with their practice. **Conclusion:** In general, the knowledge and attitude scores of pharmacists were from average to good while their practice scores were still limited. Periodical training for pharmacists at community pharmacies can enhance knowledge, attitude and practice toward medication dispense for GERD treatment. **Keywords:** knowledge, attitude, practice, GERD, pharmacist

#### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trào ngược dạ dày thực quản (TNDDTQ) là một trong những bệnh lâm sàng về đường tiêu hóa phổ biến. Tỷ lệ mắc bệnh ước tính 11,5%–