

Giá trị tiên lượng của chỉ số ABIC ở bệnh nhân xơ gan do rượu

Phan Trung Nam*, Trần Thị Phương Ly

Trung tâm Tiêu hoá Nội soi, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Xơ gan do rượu là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở bệnh nhân khi xuất hiện biến chứng. Chỉ số ABIC gồm tuổi, nồng độ bilirubin, INR, creatinine huyết thanh được đề xuất gần đây và chứng minh có khả năng tiên lượng tử vong tốt hơn những thang điểm truyền thống trong ngắn hạn, đặc biệt ở bệnh nhân viêm gan, xơ gan do rượu. Mục tiêu nghiên cứu này khảo sát chỉ số ABIC và giá trị tiên lượng một số biến chứng và tử vong của chỉ số này ở bệnh nhân xơ gan rượu trong thời gian nằm viện, 1 tháng và 3 tháng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 117 bệnh nhân xơ gan mất bù do rượu nhập viện điều trị, theo dõi tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 5/2021 - 5/2023. Đánh giá chỉ số ABIC khi nhập viện, phân tích diện tích dưới đường cong (AUC) dự đoán biến cố xơ gan của bệnh nhân trong thời gian nằm viện, 1 tháng, 3 tháng. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu $52,83 \pm 8,10$, tỷ lệ nam/nữ: 114/3. Chỉ số ABIC trung bình của bệnh nhân khi nhập viện là $7,16 \pm 0,98$, tỷ lệ nhóm nguy cơ cao và trung bình theo chỉ số ABIC lần lượt là 2,5% và 66,7%. Giá trị tiên lượng biến chứng gan thận của ABIC theo dõi trong vòng 1 tháng với AUC là 0,780, giá trị dự báo với điểm cắt 7,78 có độ nhạy 80,0% và độ đặc hiệu 77,7% ($p = 0,034$). Ở ba thời điểm theo dõi biến cố tử vong, chỉ có thời điểm theo dõi trong vòng 3 tháng, chỉ số ABIC có giá trị tiên lượng tử vong với AUC = 0,785, $p = 0,002$, tốt hơn so với thang điểm CTP và MELD. **Kết luận:** Chỉ số ABIC có giá trị tiên lượng tử vong trong vòng 3 tháng khá tốt. Ngoài ra, chỉ số này có khả năng dự báo hội chứng gan thận trong vòng 1 tháng. Điểm số ABIC càng cao khả năng xảy ra các biến chứng và tử vong càng lớn.

Từ khóa: xơ gan do rượu, ABIC, tiên lượng.

Prognostic value of the ABIC score in patients with alcoholic cirrhosis

Phan Trung Nam*, Tran Thi Phuong Ly

Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Abstract

Back ground: Alcoholic cirrhosis is one of the leading causes of mortality in patients when complications arise. The ABIC score, which includes age, bilirubin levels, INR, and creatinine, has been recently proposed and demonstrated to have better short-term mortality prognostic ability than traditional scoring systems, particularly in patients with alcoholic hepatitis and cirrhosis. This study aims to assess the ABIC score and its prognostic value for certain complications and mortality in alcoholic cirrhosis patients during hospitalization, at 1 month, and at 3 months. **Methods and materials:** A total of 117 decompensated alcoholic cirrhosis patients were admitted for treatment and monitored at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital and Hue Central Hospital. The ABIC score was assessed upon hospital admission, and the area under the ROC curve (AUC) was analyzed to predict cirrhosis-related events during hospitalization, at 1 month, and at 3 months. **Results:** Patients' mean age of 52.83 ± 8.10 years, male/female: 114/3. The mean ABIC score of patients at hospital admission was 7.16 ± 0.98 . The proportions of patients in the high-risk and intermediate-risk groups based on the ABIC score were 2.5% and 66.7%, respectively. The ABIC score had prognostic value for hepatorenal syndrome within 1 month, with an AUC of 0.780. Using a cutoff value of 7.78, it had a sensitivity of 80.0% and specificity of 77.7% ($p = 0.034$). Among the three time points for mortality risk assessment, the ABIC score was a significant predictor of mortality only at 3 months, with an AUC of 0.785 ($p = 0.002$), outperforming the CTP and MELD scores. **Conclusion:** The ABIC score has good prognostic value for 3-month mortality. Additionally, it can predict the risk of hepatorenal syndrome within 1 month. Higher ABIC scores are associated with an increased risk of complications and mortality.

Keyword: Alcoholic Liver Cirrhosis, ABIC, Prognostic.

*Tác giả liên hệ: Phan Trung Nam. Email: ptnam@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 15/2/2025; Ngày đồng ý đăng: 10/4/2025; Ngày xuất bản: 10/6/2025

DOI: 10.34071/jmp.2025.3.16

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là hậu quả của bệnh lý gan mạn, trong đó, rượu là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây xơ gan [1, 2]. Theo một thống kê tại Hoa Kỳ cho thấy tỷ lệ xơ gan do rượu tăng 43% trong vòng 7 năm (2009-2015) [3] và khoảng 27,3% bệnh nhân xơ gan do rượu tử vong hàng năm trên thế giới [4].

Ở nước ta, số bệnh nhân nhập viện điều trị xơ gan ngày càng tăng. Rượu là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây xơ gan bên cạnh các tác nhân virus [5, 6, 7]. Bệnh tiên lượng xấu, tỷ lệ tử vong còn khá cao, số bệnh nhân xơ gan do rượu sống trên 5 năm chưa tới 50%. Khi bệnh diễn tiến đến giai đoạn mất bù, các biến chứng có xu hướng xuất hiện nhiều và trầm trọng hơn, do đó việc tiên lượng sớm, điều trị kịp thời là rất quan trọng [2, 8].

Có nhiều thang điểm đánh giá, tiên lượng ở bệnh nhân xơ gan do rượu như Child - Turcotte - Pugh (CTP) và MELD [9, 10]. Tuy nhiên, những thang điểm này có những điểm hạn chế nhất định. Thang điểm CTP không đánh giá được chức năng thận. Trong khi đó, MELD có tính đến chức năng thận nhưng chủ yếu được áp dụng trong tiên lượng bệnh nhân xơ gan nặng sau đặt TIPS [10] và phân mức độ ưu tiên ghép gan. Ở nhóm bệnh nhân xơ gan do rượu, MELD không cho thấy sự vượt trội so với CTP [11]. Do đó, nhiều nghiên cứu đã đưa ra các mô hình tiên lượng, dự báo biến chứng cũng như tử vong tập trung ở nhóm bệnh nhân viêm gan, xơ gan do rượu. Chỉ số ABIC được Dominguez và cộng sự đề xuất và áp dụng vào năm 2008 [12] bao gồm tuổi, nồng độ bilirubin, INR, creatinine được chứng minh là yếu tố độc lập tiên lượng tử vong trong thời gian nằm viện và trong thời gian theo dõi ở bệnh nhân viêm gan, xơ gan mất bù do rượu. Chỉ số này cho thấy tốt hơn trong tiên lượng tử vong 90 ngày so với các thang điểm khác ở bệnh nhân xơ gan rượu. Nghiên cứu của Tonci Božin (2021) cũng cho thấy ABIC có khả năng dự báo tốt tử vong trong ngắn hạn so với các thang điểm khác [13].

Ở Việt Nam nói chung và khu vực miền Trung nói riêng, xơ gan do rượu là bệnh lý phổ biến, tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu áp dụng chỉ số ABIC trong dự báo biến chứng và tử vong ở bệnh nhân xơ gan do rượu. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: *khảo sát chỉ số ABIC và giá trị tiên lượng một số biến chứng và tử vong của chỉ số ABIC ở bệnh nhân xơ gan rượu trong thời gian nằm viện, sau 1 tháng và 3 tháng.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan do rượu đến khám và nhập viện

tại khoa Nội, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế, từ tháng 5/2021 đến tháng 5/2023.

2.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân xơ gan với hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa, suy chức năng tế bào gan dựa trên lâm sàng và cận lâm sàng, siêu âm đo độ đàn hồi gan giai đoạn F4 hoặc biểu hiện rõ xơ gan trên siêu âm bụng.
- Tiền sử lạm dụng rượu kéo dài với điểm số AUDIT > 8/40, có tiền sử uống rượu kéo dài hơn 10 năm (hơn 60g/ngày đối với nam, hơn 30 g/ngày đối với nữ), xét nghiệm có tăng GGT, AST/ALT > 2, tăng MCV [14].

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có viêm gan do virus B, C: dựa vào xét nghiệm
- Viêm gan do thuốc, nhiễm độc: dựa vào tiền sử dùng thuốc, hoá chất với đặc điểm cấp tính
- Viêm gan tự miễn: xét nghiệm có tự kháng thể trong huyết thanh anti ds - DNA và ANA, thường phối hợp bệnh lý tự miễn khác.
- Bệnh nhân ung thư hóa hoặc nghi ngờ ung thư hóa, bệnh nhân viêm thận, suy thận và các bệnh nền nặng khác.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang có theo dõi dọc.

*** Cỡ mẫu nghiên cứu:** gồm 117 bệnh nhân xơ gan thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn bệnh và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ.

* Các bước tiến hành:

- Bệnh nhân nhập viện xơ gan do rượu được khám lâm sàng, xét nghiệm, đánh giá biến chứng: xuất huyết tiêu hoá (XHTH), hội chứng gan thận, bệnh não gan, viêm phúc mạc nhiễm khuẩn tự phát (VPMNKTP) dựa vào các tiêu chuẩn chẩn đoán hiện hành [14, 15].

- Tính điểm CTP, MELD, ABIC trong vòng 24 - 48 giờ từ lúc bệnh nhân nhập viện.

- Theo dõi, đánh giá và ghi nhận biến chứng, tử vong tại viện, trong 1 tháng, 3 tháng kể từ khi nhập viện. Bệnh nhân nhập viện điều trị theo cùng phác đồ và ra viện sau khi được điều trị ổn định. Bệnh nhân được tái khám hoặc phỏng vấn định kỳ.

* Các chỉ số nghiên cứu

- Thang điểm CTP: CPT - A: 5 - 6 điểm, CTP - B: 7 - 9 điểm, CTP - C: 10 - 15 điểm

- Chỉ số MELD:

$$\text{MELD} = 9,57 \times \ln [\text{creatinine}(\text{mg/dL})] + 3,78 \times \ln [\text{bilirubin}(\text{mg/dL})] + 11,2 \times \ln (\text{INR}) + 6,43 \text{ (xét nghiệm có giá trị } < 1 \text{ sẽ được tính là 1)}$$

- Chỉ số ABIC:

$$\text{ABIC} = (\text{tuổi} \times 0,1) + [\text{nồng độ bilirubin}(\text{mg/dL}) \times 0,08] + (\text{INR} \times 0,8) + [\text{nồng độ creatinine}(\text{mg/dL}) \times 0,3]$$

2.4. Xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 20 với các thống kê cơ bản. Phân tích hồi quy logistic đơn biến, khi có ý nghĩa thống kê sẽ xác định diện tích dưới đường cong ROC (AUC). Mức độ chính xác với AUC $\geq 0,9$: rất tốt; AUC 0,8 - 0,89: tốt; AUC 0,7 - 0,79: khá; AUC 0,6 - 0,69: ít có giá trị; AUC 0,5 - 0,59: không có giá trị. Các phép kiểm định có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và chỉ số ABIC của đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi trung bình của 117 bệnh nhân xơ gan do

rượu là $52,83 \pm 8,10$ tuổi; cao nhất là 73 tuổi, thấp nhất là 36 tuổi. Bệnh nhân có độ tuổi từ 40 đến 59 tuổi chiếm 78,7%. Nam giới chiếm đa số với tỷ lệ nam/nữ = 114/3. Lượng rượu sử dụng trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $85,70 \pm 39,91$ g/ngày và thời gian trung bình trên 15 năm sử dụng. Triệu chứng phổ biến của bệnh nhân là vàng da, nốt nhện và hồng ban lòng bàn tay chiếm tỷ lệ lần lượt là 57,3%, 60,7% và 50,4%. Bệnh nhân xơ gan CTP-B/C chiếm 82%, CTP-A chiếm 18%. Các biến cố xuất hiện tại 3 thời điểm theo dõi, bao gồm: biến chứng XHTH, bệnh não gan, hội chứng gan thận, VPMNKTP và tử vong chi tiết ở Bảng 1.

Bảng 1. Biến chứng xơ gan rượu của 117 bệnh nhân tại các thời điểm nghiên cứu

Biến chứng \ Thời điểm	Lúc nhập viện	Trong lúc nằm viện	Trong 1 tháng	Trong 3 tháng
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
VPMNKTP	4 (3,4)	0	0	1 (0,9)
Xuất huyết tiêu hóa	37 (31,6)	3 (2,6)	7 (6,0)	10 (8,5)
Bệnh não gan	8 (6,8)	2 (1,7)	8 (6,8)	13 (11,1)
Hội chứng gan thận	0	1 (0,9)	5 (4,3)	5 (4,3)
Tử vong	0	1 (0,9)	6 (5,1)	11 (9,4)

Số biến cố tử vong và biến chứng được cộng dồn theo thời gian.

Bảng 2. Điểm số ABIC của các bệnh nhân xơ gan do rượu

ABIC (điểm)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
$\leq 6,71$	36	30,8
$> 6,71$ đến < 9	78	66,7
≥ 9	3	2,5
Tổng	117	100
Trung bình	$7,16 \pm 0,98$	
(giá trị nhỏ nhất - lớn nhất)	(4,96 - 10,30)	

Điểm ABIC trung bình của bệnh nhân xơ gan là: $7,16 \pm 0,98$ điểm. Đa số bệnh nhân (66,7%) có nguy cơ trung bình với điểm ABIC từ 6,71 đến 9 (Bảng 2).

Bảng 3. Phân bố giá trị ABIC theo mức độ xơ gan CTP

ABIC \ CTP	A		B		C		Tổng	p
	n	%	n	%	n	%	n	
$\leq 6,71$	11	30,6	19	52,8	6	16,7	36	0,001*
$> 6,71$ và < 9	10	12,8	29	37,2	39	50,0	78	
≥ 9	0	0,0	0	0,0	3	100,0	3	
Tổng	21	17,9	48	41	48	41	117	
Trung bình	$6,62 \pm 0,66$		$6,94 \pm 0,89$		$7,62 \pm 1,01$		$< 0,001^{**}$	
(TB $\pm$ ĐLC)								

*Kiểm định Fisher

**Kiểm định ANOVA

Điểm ABIC trung bình ở nhóm bệnh nhân CTP-C là cao nhất và ở nhóm CTP-A thấp nhất. Có sự khác biệt về điểm trung bình ABIC giữa các nhóm CTP với $p < 0,001$. 100% bệnh nhân ở nhóm ABIC nguy cơ cao đều thuộc CTP-C (Bảng 3).

3.2. Giá trị tiên lượng của chỉ số ABIC ở bệnh nhân xơ gan do rượu

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khi phân tích về các biến cố trong thời gian nằm viện của bệnh nhân

xơ gan do rượu, chưa thấy sự khác biệt về điểm số ABIC trung bình giữa nhóm có biến chứng so với nhóm không có biến chứng đó và giữa nhóm tử vong so với nhóm bệnh nhân còn sống.

Bảng 4. Giá trị ABIC ở bệnh nhân có hội chứng gan thận trong vòng 1 tháng

Hội chứng gan thận	ABIC
Có (n = 5)	8,21 ± 1,09
Không (n = 112)	7,12 ± 0,96
p	<0,05

Khi phân tích biến cố xảy ra trong thời gian 1 tháng, kết quả cho thấy, chỉ có biến chứng gan thận là có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với điểm số ABIC trung bình cao hơn so với bệnh nhân không có biến chứng này (Bảng 4). Giá trị tiên lượng hội

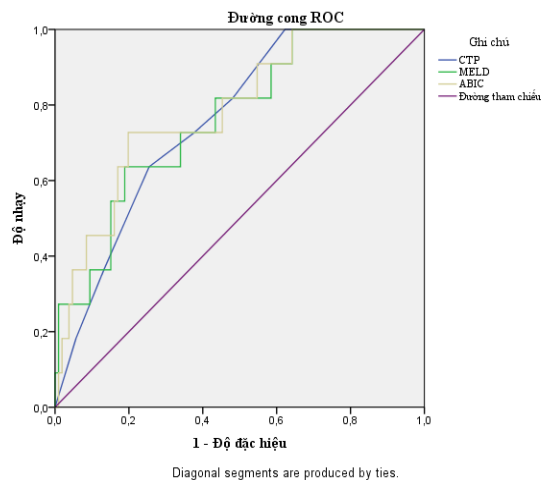
chứng gan thận với diện tích dưới đường cong (AUC) của chỉ số ABIC là 0,780 (95% CI: 0,567-0,993), giá trị dự báo nguy cơ biến chứng này với điểm cắt 7,78 có độ nhạy 80,0% và độ đặc hiệu 77,7% (p = 0,034).

Bảng 5. Giá trị của ABIC, CTP, MELD với biến cố tử vong trong vòng 3 tháng

Trong vòng 3 tháng	CTP	ABIC	MELD
Tử vong (n = 11)	10,73 ± 1,79	8,09 ± 0,89	21,47 ± 7,13
Sống sót (n = 106)	8,63 ± 2,33	7,07 ± 0,94	15,02 ± 5,81
p	< 0,05	< 0,05	< 0,05

Ở 3 thời điểm theo dõi biến cố tử vong, kết quả nghiên cứu cho thấy chỉ có khác biệt ý nghĩa thống kê (p < 0,05) vào thời điểm theo dõi trong vòng 3 tháng,

ở nhóm bệnh nhân tử vong điểm số trung bình cao hơn so với nhóm bệnh nhân còn sống (Bảng 5).



Biểu đồ 1. Đường cong ROC dự báo nguy cơ tử vong trong vòng 3 tháng
Bảng 6. Giá trị tiên lượng của ABIC, CTP, MELD về tử vong trong vòng 3 tháng

Chỉ số	AUC (95% CI)	Cut off	Se(%)	Sp(%)	p
CTP	0,757 (0,633 - 0,881)	10,50	63,6	74,5	0,005
MELD	0,763 (0,624 - 0,902)	20,38	63,6	81,1	0,004
ABIC	0,785 (0,649 - 0,921)	7,78	72,7	80,2	0,002

Trong 3 chỉ số CTP, MELD và ABIC thì giá trị tiên lượng tử vong sau 3 tháng nhập viện của ABIC ở mức cao nhất ($AUC = 0,785$, $p = 0,002$) so với 2 thang điểm còn lại (Biểu đồ 1, Bảng 6).

4. BÀN LUẬN

Đây là một trong những nghiên cứu đầu tiên áp dụng chỉ số ABIC để đánh giá, tiên lượng bệnh nhân xơ gan do rượu được thực hiện tại hai bệnh viện lớn nhất ở khu vực miền Trung - Tây Nguyên với 117 bệnh nhân có độ tuổi trung bình $52,83 \pm 8,10$. Đa số bệnh nhân là nam giới (nam/nữ: 114/3) với lượng rượu sử dụng trung bình của các bệnh nhân là $85,70 \pm 39,91$ g/ngày và hầu hết bệnh nhân có thời gian lạm dụng rượu trên 20 năm. Biểu chứng xơ gan khi nhập viện chiếm 41,8% bệnh nhân, trong đó, xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch chiếm tỷ lệ 31,6%, viêm phúc mạc nhiễm khuẩn tự phát chiếm 3,4%, bệnh não gan chiếm 6,8%. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của một số tác giả cho thấy xuất huyết tiêu hóa là biểu chứng hay gặp nhất ở bệnh nhân xơ gan [6, 7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm ABIC trung bình của nhóm bệnh nhân khi nhập viện là $7,16 \pm 0,98$, tỷ lệ nhóm nguy cơ cao và trung bình theo chỉ số ABIC lần lượt là 2,5% và 66,7%. Kết quả này của chúng tôi thấp hơn so với một số nghiên cứu khác có thể lý giải do đối tượng bệnh nhân được lựa chọn đưa vào các nghiên cứu, phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố, như nguyên nhân xơ gan, mức độ suy gan, các biểu chứng đi kèm [6, 12, 16, 17, 18]. Có sự khác biệt về giá trị trung bình chỉ số ABIC giữa các nhóm CTP A, B, C. Phân tầng nguy cơ theo chỉ số ABIC thành 3 nhóm thấp, trung bình và cao với tỷ lệ sống sót sau 3 tháng, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy cả 3 bệnh nhân ≥ 9 điểm (nhóm nguy cơ cao) đều tử vong trong 3 tháng theo dõi.

Khi phân tích về các biến cố trong thời gian nằm viện của bệnh nhân xơ gan do rượu, chúng tôi chưa thấy sự khác biệt về điểm số ABIC trung bình giữa các nhóm có biểu chứng hoặc tử vong. Tuy nhiên, trong thời gian theo dõi 1 tháng, kết quả nghiên cứu cho thấy, chỉ có biểu chứng gan thận là có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, điểm số ABIC trung bình cao hơn so với nhóm bệnh nhân không có biểu chứng này ($p < 0,05$), với diện tích dưới đường cong (AUC) của ABIC là 0,780, giá trị dự báo với điểm cắt 7,78 có độ nhạy 80,0% và độ đặc hiệu 77,7% ($p = 0,034$). Hội chứng gan thận thường đi kèm với các biểu chứng nặng nề khác, có tiên lượng rất xấu. Tác giả Trifan A và cộng sự nghiên cứu các yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân xơ gan do rượu cho thấy hội chứng gan thận làm tăng nguy cơ tử vong lên 9,35 lần, bệnh não gan

tăng nguy cơ lên 3,47 lần, xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch tăng nguy cơ tử vong lên 2,47 lần. Các biến chứng này nếu xuất hiện cùng nhau sẽ làm tăng nguy cơ tử vong bệnh nhân lên ít nhất 10 - 20 lần [19]. Trong nghiên cứu của chúng tôi cả 5 bệnh nhân được chẩn đoán biểu chứng này đều tử vong trong vòng 3 tháng.

Theo dõi 117 bệnh nhân xơ gan do rượu cho thấy, tỷ lệ tử vong trong thời gian nhập viện, trong vòng 1 tháng và 3 tháng lần lượt là 1,0%, 5,1%, 9,4%. Nguyên nhân chủ yếu dẫn đến tử vong trong vòng 3 tháng là xuất huyết tiêu hóa, các trường hợp còn lại do hội chứng gan thận, não gan hoặc phổi hợp các biến chứng. Ở ba thời điểm theo dõi biến cố tử vong, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chỉ có khác biệt ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) vào thời điểm theo dõi 3 tháng, ở nhóm bệnh nhân tử vong điểm số trung bình cao hơn so với nhóm bệnh nhân còn sống. Đồng thời khi so sánh với CTP, MELD, chỉ số ABIC có giá trị tiên lượng tử vong sau 3 tháng nhập viện ở mức cao nhất ($AUC = 0,785$, $p = 0,002$), điểm cắt tối ưu là 7,78 có độ nhạy 72,7% và độ đặc hiệu 80,2%. Kết quả này cho thấy chỉ số ABIC có khả năng tiên lượng tử vong ở bệnh nhân xơ gan do rượu tốt hơn. Điều này tương tự với kết quả nghiên cứu trong và ngoài nước. Nhiều nghiên cứu chứng minh giá trị tiên lượng của ABIC trong tử vong ngắn hạn ở bệnh nhân có bệnh lý gan rượu nói chung và xơ gan do rượu nói riêng. Khả năng tiên đoán tử vong ngắn hạn của ABIC cao hơn một số thang điểm khác, nghiên cứu của Dominguez và cộng sự [12] trên 103 bệnh nhân viêm/xơ gan do rượu cho thấy ABIC giúp phân tầng nguy cơ tử vong thấp, trung bình và cao. Khi so sánh với các thang điểm MELD, Maddrey và Glasgow thì ABIC có giá trị tiên lượng tốt nhất trong tử vong trong vòng 3 tháng từ khi nhập viện. Nghiên cứu của Sandahl và cộng sự [18] trên 274 bệnh nhân viêm/xơ gan rượu cho thấy dự báo tử vong ở ngày 84 (12 tuần) với AUROC 0,76; Tonci Božin và cộng sự [13] nghiên cứu trên 70 bệnh nhân cho kết quả ABIC dự báo tử vong trong 90 ngày với AUROC 0,743, với điểm cắt 8,12 có độ nhạy và đặc hiệu lần lượt là 87,5% và 66,67%. Nghiên cứu của Forrest và cộng sự [20] cho thấy tỷ lệ tử vong ngày thứ 28 và 84 lần lượt là 11,1% và 17,8% ở bệnh nhân viêm gan rượu có điểm ABIC $< 6,71$; ABIC từ 6,71 - 8,99 thì lần lượt là 20,2% và 31,5%, ABIC ≥ 9 thì lần lượt là 63,8% và 68,1%. Giá trị dự báo tử vong ngày thứ 28 và 84 với AUROC lần lượt là 0,8 và 0,79.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế nhất định, như cỡ mẫu còn khiêm tốn, việc thu thập thông tin một số bệnh nhân lúc ngoại viện gặp nhiều khó khăn. Ngoài ra, trong nghiên cứu có một số bệnh nhân

đã được điều trị ở tuyến trước nên chỉ số nghiên cứu mất đi tính đồng nhất về thời điểm ghi nhận.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 117 bệnh nhân xơ gan do rượu nhập viện điều trị cho thấy, chỉ số ABIC có giá trị tiên

lượng tử vong trong vòng 3 tháng khá tốt. Ngoài ra, chỉ số ABIC có khả năng dự báo hội chứng gan thận trong vòng 1 tháng. Điểm số ABIC càng cao khả năng tử vong và xảy ra các biến chứng càng lớn. Cần có thêm nhiều nghiên cứu về giá trị tiên lượng của chỉ số ABIC ở bệnh nhân xơ gan do rượu với cỡ mẫu lớn hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Liu YB, Chen MK. (2022) Epidemiology of liver cirrhosis and associated complications: Current knowledge and future directions. *World J Gastroenterol* 28(41):5910-30. doi: 10.3748/wjg.v28.i41.5910.
2. Osna NA, Donohue TM, Jr., Kharbanda KK. (2017) Alcoholic Liver Disease: Pathogenesis and Current Management. *Alcohol Res* 38(2):147-61.
3. Mellinger JL, Shedden K, Winder GS, Tapper E, Adams M, Fontana RJ, et al. (2018) The high burden of alcoholic cirrhosis in privately insured persons in the United States. *Hepatology* 68(3):872-82. doi: 10.1002/hep.29887.
4. Collaborators GC. (2020) 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* 5(3):245-66. doi: 10.1016/s2468-1253(19)30349-8.
5. Lộc NV. Nghiên cứu giá trị của thang điểm CTP – creatinine trong tiên lượng bệnh nhân xơ gan xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch. Luận văn thạc sĩ của bác sĩ nội trú, Đại học Y Dược, ĐH Huế; 2021.
6. Lợi BT. Nghiên cứu ứng dụng thang điểm ABIC và Glasgow trong tiên lượng bệnh nhân xơ gan Child-Pugh C. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2012.
7. Nguyễn MP. Nghiên cứu so sánh thang điểm MELD-Na với Child-Pugh, MELD trong dự báo nguy cơ xuất huyết tái phát sớm và tử vong ở bệnh nhân xơ gan sau thắt giãn tĩnh mạch thực quản kết hợp terlipressin. Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược, ĐH Huế; 2019.
8. Huy TV. Giáo trình sau đại học bệnh học gan mật tụy, Viêm gan rượu. Trường đại học Y Dược, Đại học Huế; 2018.
9. Durand F, Valla D. (2005) Assessment of the prognosis of cirrhosis: Child-Pugh versus MELD. *J Hepatol* 42 Suppl(1):S100-7. doi: 10.1016/j.jhep.2004.11.015.
10. Salerno F, Merli M, Cazzaniga M, Valeriano V, Rossi P, Lovaria A, et al. (2002) MELD score is better than Child-Pugh score in predicting 3-month survival of patients undergoing transjugular intrahepatic portosystemic shunt. *J Hepatol* 36(4):494-500. doi: 10.1016/s0168-8278(01)00309-9.
11. Peng Y, Qi X, Guo X. (2016) Child-Pugh Versus MELD Score for the Assessment of Prognosis in Liver Cirrhosis: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Medicine (Baltimore)* 95(8):e2877. doi: 10.1097/md.0000000000002877.
12. Dominguez M, Rincón D, Abalde JG, Miquel R, Colmenero J, Bellot P, et al. (2008) A new scoring system for prognostic stratification of patients with alcoholic hepatitis. *Am J Gastroenterol* 103(11):2747-56. doi: 10.1111/j.1572-0241.2008.02104.x.
13. Božin T, Rob Z, Lucijanić M, Čmarec Buhin L, Grgurević I. (2021) Comparison of prognostic scores for alcoholic hepatitis: a retrospective study. *Croat Med J* 62(1):17-24. doi: 10.3325/cmj.2021.62.17.
14. Singal AK, Bataller R, Ahn J, Kamath PS, Shah VH. (2018) ACG Clinical Guideline: Alcoholic Liver Disease. *Am J Gastroenterol* 113(2):175-94. doi: 10.1038/ajg.2017.469.
15. Biggins SW, Angeli P, Garcia-Tsao G, Ginès P, Ling SC, Nadim MK, et al. (2021) Diagnosis, Evaluation, and Management of Ascites, Spontaneous Bacterial Peritonitis and Hepatorenal Syndrome: 2021 Practice Guidance by the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology* 74(2):1014-48. doi: 10.1002/hep.31884.
16. Altamirano J, Fagundes C, Dominguez M, García E, Michelena J, Cárdenas A, et al. (2012) Acute Kidney Injury Is an Early Predictor of Mortality for Patients With Alcoholic Hepatitis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 10(1):65-71.e3. doi: https://doi.org/10.1016/j.cgh.2011.09.011.
17. Palaniyappan N, Subramanian V, Ramappa V, Ryder SD, Kaye P, Aithal GP. (2012) The utility of scoring systems in predicting early and late mortality in alcoholic hepatitis: whose score is it anyway? *Int J Hepatol* 2012:624675. doi: 10.1155/2012/624675.
18. Sandahl TD, Jepsen P, Ott P, Vilstrup H. (2011) Validation of prognostic scores for clinical use in patients with alcoholic hepatitis. *Scand J Gastroenterol* 46(9):1127-32. doi: 10.3109/00365521.2011.587200.
19. Trifan A, Minea H, Rotaru A, Stanciu C, Stafie R, Stratina E, et al. (2022) Predictive Factors for the Prognosis of Alcoholic Liver Cirrhosis. *Medicina (Kaunas)* 58(12). doi: 10.3390/medicina58121859.
20. Forrest EH, Fisher NC, Singhal S, Brind A, Haydon G, O'Grady J, et al. (2010) Comparison of the Glasgow alcoholic hepatitis score and the ABIC score for the assessment of alcoholic hepatitis. *Am J Gastroenterol* 105(3):701-2. doi: 10.1038/ajg.2009.645.