

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hiếu, Nguyễn Thị Thu Phương, Giáp Hải Vân (2018): Khảo sát độ dày xương khẩu cái tại 20 vị trí trên phim Cone Beam CT, Tạp chí Nghiên cứu Y học, 112,3; 27–33.
2. A. Gracco, L. Lombardo, M. Cozzani, et al. (2008) Quantitative cone-beam computed tomography evaluation of palatal bone thickness for orthodontic miniscrew placement, Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop., 134, 3: 361 – 369.
3. B. Ludwig, B. Glasl, S. J. Bowman, et al. (2011) Anatomical guidelines for miniscrew insertion: palatal sites, J. Clin. Orthod. 45, 8: 433–41.
4. M. Markezan, L. Nojima, A. de Freitas et al. (2012) Tomographic mapping of the hard palate and overlying mucosa, Braz. Oral Res. 26, 1: 36 – 42.
5. S. Kang, S.-J. Lee, S.-J. Ahn, et al. (2007) Bone thickness of the palate for orthodontic mini-implant anchorage in adults, Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop. 131, 4: S74 – 81.

SO SÁNH CHỈ SỐ FIB-4 VỚI KẾT QUẢ FIBROSCAN TRONG CHẨN ĐOÁN XƠ HÓA GAN TẠI BỆNH VIỆN VIỆT TIỆP NĂM 2021

Phạm Minh Khánh¹, Phạm Thị Thu Trang^{1,2}, Lưu Vũ Dũng^{1,4},
Đỗ Ngọc Hải^{1,2}, Đào Văn Tùng^{1,3}, Nguyễn Hùng Cường¹,
Ngô Anh Thế², Đặng Thị Hồng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm của chỉ số FIB-4 của bệnh nhân được chẩn đoán xơ hóa gan tại bệnh viện Việt Tiệp (6/2021). 2. Khảo sát giá trị chỉ số FIB-4 và kết quả FibroScan trong đánh giá tình trạng xơ hóa gan tại điểm nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** bệnh nhân được chẩn đoán xơ hóa gan đến khám và điều trị tại bệnh viện Việt Tiệp, có chỉ định làm FibroScan; tiểu cầu, AST, ALT; nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Kết quả: 170 bệnh nhân xơ gan, tuổi trung bình $48,59 \pm 14,40$, 64,1% (109) là nam giới với. Chỉ số FIB-4 tăng dần theo tình trạng xơ hóa gan từ $1,14 \pm 0,53$ ở F0-F1 đến $5,11 \pm 3,14$ ở F4 và có mối tương quan với các mức độ xơ hóa gan ($r=0,605$; $p<0,001$). So với kết quả FibroScan: dưới điểm cắt 1,45: FIB-4 có độ nhạy 81% và giá trị dự đoán âm tính 91,8%. Trên điểm cắt 3,25: FIB-4 có độ đặc hiệu 100%, giá trị dự đoán dương tính 100% và giá trị dự đoán âm tính 88,3%. 93,45% các trường hợp nằm ngoài khoảng 1,45 – 3,25 được FIB-4 phân loại tình trạng xơ hóa gan một cách chính xác (69,49%). **Kết luận:** FIB-4 có tương quan với tình trạng xơ hóa gan; có giá trị lớn trong phân biệt xơ hóa nhẹ và xơ hóa nặng. Phần lớn bệnh nhân có FIB-4 ngoài khoảng 1,45 – 3,25 có thể không phải thực hiện xét nghiệm FibroScan.

Từ khóa: Fib-4, xơ gan, fibroscan.

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng,

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp,

³Trường Cao đẳng Y tế Hải Phòng,

⁴Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng.

Email: pminhkhanh8.12@gmail.com;

phamtranghsyhp@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.01.2022

Ngày phản biện Khoa học: 18.03.2022

Ngày duyệt bài: 20.05.2022

SUMMARY**COMPARISON OF FIB-4 INDEX VERSUS FIBROSCAN TEST IN DIAGNOSIS OF CIRRHOSIS AT VIETTIEP HOSPITAL**

Objectives: 1. Characterization of Fib-4 index of patients diagnosed with cirrhosis at Viettiệp hospital. (6/2022). 2. Investigate the value of fib-4 and Fibroscan test in the assessment of cirrhosis **Subjects and Methods:** patients were diagnosed cirrhosis who came to Viettiệp hospital with FibroScan test, platelet count, AST, and ALT (6/2021). **Results:** there are 170 patients diagnosed with cirrhosis, average age of $48,59 \pm 14,40$, 64.1% were male. FIB-4 index increased with the severity of liver fibrosis from $1,14 \pm 0,53$ at F0-F1 to $5,11 \pm 3,14$ at F4 and had correlation with fibrosis stages ($r=0.605$; $p<0.001$). Compared to FibroScan, FIB-4 can distinguish slight and severe liver fibrosis: under cut-off value of 1.45: 81% sensitivity and negative predictive value of 91.8%; over cut-off value 3.25: 100% speciality, positive predictive value of 100% and negative predictive value of 88.3%.

Moreover, 93.45% patients with FIB-4 index outside the range 1.45 – 3.25 had their liver fibrosis condition properly categorized (69.49% of entire sample size). **Conclusion:** FIB-4 index was correlated to liver fibrosis stages and showed great value in distinguishing slight and severe liver fibrosis. Most patients with FIB-4 index out of the 1.45 – 3.25 range can be considered to not use FibroScan.

Keywords: Fib-4, cirrhosis, fibroscan.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan được đặc trưng bởi sự xơ hóa của tế bào gan, thứ phát từ tổn thương mạn tính dẫn tới sự thay đổi của tổ chức thùy gan.

Các mô hình tiên lượng bệnh của xơ gan MELD dự báo khả năng sống tới 10 năm ở bệnh nhân xơ gan có bù là 47%, và ở bệnh nhân xơ gan mất bù là 16%¹. Do vậy, đánh giá tình trạng xơ hóa gan là một bước rất quan trọng trong việc chẩn đoán và tiên lượng điều trị của các bệnh nhân mắc bệnh viêm gan. Tiêu chuẩn vàng của việc đánh giá này yêu cầu phải tiến hành sinh thiết gan để tiếp cận được tới mô gan. Tuy nhiên, kỹ thuật này có nhiều hạn chế như mức độ xâm lấn cao, gây đau đớn cho bệnh nhân cũng như có thể gây ra nhiều biến chứng². Ngoài ra, nhiều cơ sở y tế có điều kiện cơ sở vật chất thấp hơn cũng khó thực hiện được, cùng với chi phí chi trả và khả năng chấp nhận của người bệnh thấp dẫn đến nhiều trường hợp kết quả sai lệch.

Do vậy, nhiều phương pháp chẩn đoán không xâm lấn được sử dụng như chẩn đoán ảnh bằng FibroScan, Echosens³; cùng với các thang đo như chỉ số ELF, chỉ số APRI⁴. Trong đó, chỉ số FIB-4 bởi nhóm tác giả Sterling và cộng sự tính toán dựa vào tuổi bệnh nhân, hoạt độ các enzyme gan aspartate aminotransferase (AST), alanine aminotransferase (ALT) và tiểu cầu được báo cáo có độ tin cậy lên tới 86%⁵. Đây là một công thức đơn giản dựa trên thuật phân tích hồi quy đa biến để đánh giá tình trạng gan. Do vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm của chỉ số FIB-4 của bệnh nhân được chẩn đoán xơ hóa gan tại bệnh viện Việt Tiệp (6/2021).

2. Khảo sát giá trị chỉ số FIB-4 và kết quả FibroScan trong đánh giá tình trạng xơ hóa gan tại điểm nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Đối tượng nghiên cứu:**

Tiêu chuẩn lựa chọn: tất cả bệnh nhân được chẩn đoán xơ hóa gan đến khám và điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp trong tháng 6/2021, có chỉ định làm các xét nghiệm FibroScan và các chỉ số tiêu cầu, AST, ALT.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, Hải Phòng từ 1-30/6/2021.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu: 170 bệnh nhân được chẩn đoán xơ hóa gan đến khám và điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, có chỉ định làm các xét nghiệm FibroScan và các chỉ số tiêu cầu, AST, ALT trong tháng 6/2021.

Phương pháp chọn mẫu: thuận tiện ngẫu nhiên theo tiêu chuẩn lựa chọn.

Chỉ số nghiên cứu: Tuổi, giới, mức độ xơ hoá gan, chỉ số tiêu cầu, AST, ALT, Fib4.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân kèm các bệnh lý mạn tính khác, không đủ thông tin nghiên cứu,..

2.5. Căn cứ nghiên cứu

Công thức tính chỉ số FIB-4:

FIB-4 = Tuổi [năm] x AST [U/L] / Tiêu cầu $[10^9/L]$ x (ALT [U/L])^{1/2}

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

2.6. Phân tích số liệu: phần mềm thống kê y học SPSS 20.0.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện dưới sự đồng ý của Hội đồng Đạo đức Y sinh học Trường Đại học Y Dược Hải Phòng và Bệnh viện Việt Tiệp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (ĐTNC)

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	ĐTNC
Giới tính (Nam/nữ)	109/61 (64,1%/35,9%)
Tuổi trung bình	48,59 ± 14,40
Xơ hóa gan (F:0-1/2/3/4)	112/16/14/28

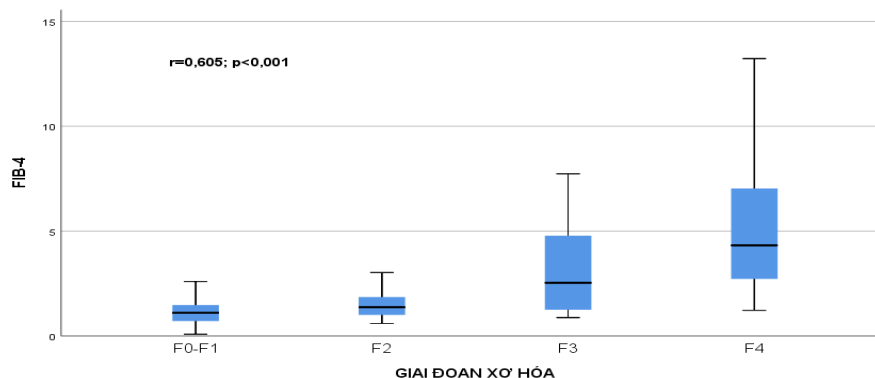
Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu gồm có 170 bệnh nhân, trong đó có 109 nam giới (64,1%) và 61 nữ giới (35,9%). Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 48,59 ± 14,40. Các giai đoạn xơ hóa gan được đánh giá bằng phương pháp FibroScan và xếp theo thang điểm METAVIR từ F0 đến F4 theo mức độ từ nhẹ tới nặng của tình trạng xơ hóa gan. Trong nghiên cứu này, số lượng bệnh nhân có mức độ xơ hóa gan F0-1 là 112 bệnh nhân, F2 là 16 bệnh nhân, F3 là 14 bệnh nhân và F4 là 28 bệnh nhân.

Bảng 3.2. Đặc điểm chỉ số tiêu cầu, AST và ALT

Chỉ số (Mean ± SD)	
Tiêu cầu ($10^9/L$)	216,71 ± 73,71
ALT (U/L)	70,89 ± 149,55
AST (U/L)	61,58 ± 95,62
Bilirubin toàn phần	20,02 ± 32,53

Nhận xét: Một số chỉ số cận lâm sàng được thu thập ở các bệnh nhân. Cụ thể, chỉ số tiêu cầu trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 216,71 ± 73,71 ($10^9/L$). Hoạt độ ALT trung bình là 70,89 ± 149,55 (U/L) và hoạt độ AST là 61,58 ± 95,62 (U/L). Bilirubin toàn phần trung bình là 20,02 ± 32,53 ($\mu\text{mol/L}$).

3.2. Đặc điểm của chỉ số FIB-4 của bệnh nhân được chẩn đoán xơ hóa gan



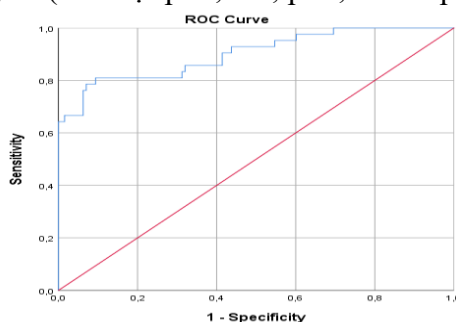
Hình 3.1. Mối tương quan giữa giai đoạn xơ hóa và kết quả FIB-4 (sử dụng thuật toán Spearman's)

Nhận xét: Chỉ số FIB-4 tăng dần theo từng giai đoạn xơ hóa gan, từ F0 đến F4. Cụ thể, chỉ số FIB-4 trung bình ở F0-1 là $1,14 \pm 0,53$; F2 là $1,55 \pm 0,73$; F3 là $3,17 \pm 2,16$ và F4 là $5,11 \pm 3,14$. Sử dụng thuật toán Spearman cho kết quả chỉ số FIB-4 có tương quan với mức độ xơ hóa gan ($r=0,605$; $p<0,001$).

Bảng 3.3. Chỉ số FIB-4 trên các giai đoạn xơ hóa gan

Giai đoạn	FIB-4 (Mean $\pm$ SD)	p
F0-F1	$1,14 \pm 0,53$	
F2	$1,55 \pm 0,73$	0,177 (vs. F0-F1)
F3	$3,17 \pm 2,16$	0,018 (vs. F0-F1) 0,073 (vs. F2)
F4	$5,11 \pm 3,14$	0,000002 (vs. F0-F1) 0,000014 (vs. F2) 0,107 (vs. F3)

Nhận xét: Sử dụng thuật toán ANOVA, chỉ số FIB-4 có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm xơ hóa nặng với các nhóm không xơ hóa hoặc xơ hóa nhẹ. FIB-4 ở nhóm F3 có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm F0-1 ($p=0,018$). FIB-4 ở nhóm F4 có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm F0-1 ($p=0,000002$) và so với nhóm F2 ($p=0,000014$). Chỉ số F4 giữa nhóm F2 với F0-1, nhóm F3 với F2 và nhóm F4 với F3 không có khác biệt có ý nghĩa thống kê (lần lượt $p=0,177$; $p=0,073$ và $p=0,107$).



Hình 3.2. Đường cong ROC chỉ số FIB-4 trong chẩn đoán xơ hóa gan (F0-2 vs F3-4)

Nhận xét: Khi dựng đường cong ROC của chỉ số FIB-4 trong phân biệt F0-2 và F3-4, nhóm bệnh nhân F0-2 có 128 người và nhóm F3-4 có 42 người. Ở điểm cắt 1,45 độ nhạy đạt 81% và độ đặc hiệu đạt 71%. Ở điểm cắt 3,25 độ nhạy đạt 61,9% và độ đặc hiệu đạt 100%.

Bảng 3.4. Độ nhạy, độ đặc hiệu, điểm cắt diện tích dưới đường cong ROC của FIB-4

FIB-4	AUC	95%CI	p (AUC)
F0-1 vs F2-4	0,838	0,771-0,905	<0,001
F0-2 vs F3-4	0,901	0,841-0,961	<0,001
F0-3 vs F4	0,927	0,878-0,976	<0,001

Nhận xét: Diện tích dưới đường cong ROC của chỉ số FIB-4 giữa nhóm F0-1 và F2-4 là 0,838 (95%CI: 0,771-0,905; p<0,001). Diện tích dưới đường cong ROC giữa nhóm F0-2 và F3-4 là 0,901 (95%CI: 0,841-0,961; p<0,001). Diện tích dưới đường cong ROC giữa nhóm F0-3 và F4 là 0,927 (95%CI: 0,878-0,976; p<0,001).

Bảng 3.5. Độ tin cậy của chỉ số FIB-4

FIB-4 (F0-2 vs F3-4)	Dương thật (a)	Dương giả (b)	Âm giả (c)	Âm thật (d)	Độ nhạy (%) a/(a+c)	Độ đặc hiệu (%) d/(b+d)	PPV (%) a/(a+b)	NPV (%) d/(d+c)
<1,45	34	38	8	90	81	70,3	47,2	91,8
>3,25	25	0	17	128	59,5	100	100,0	88,3
93,45% ngoài khoảng khớp với FibroScan (Chiếm 69,49% tổng bộ số liệu)								

Nhận xét: Khi phân biệt giữa nhóm F0-2 và nhóm F3-4: Dưới điểm cắt 1,45; FIB-4 có độ nhạy 81%, độ đặc hiệu 70,3%, giá trị dự đoán dương tính 47,2% và giá trị dự đoán âm tính 91,8%. Trên điểm cắt 3,25; FIB-4 có độ nhạy 59,5%, độ đặc hiệu 100%, giá trị dự đoán dương tính 100% và giá trị dự đoán âm tính 88,3%.

3.3. Giá trị chỉ số FIB-4 và kết quả FibroScan trong đánh giá tình trạng xơ hóa gan

Bảng 3.6. So sánh chỉ số FIB-4 và kết quả Fibroscan

Fib-4	FibroScan		Tổng
	F0-F1-F2	F3-F4	
<1,45	90 (91,8%)	8 (9,2%)	98
1,45-3,25	38 (80,9%)	9 (19,1%)	47
>3,25	0 (0%)	25 (100%)	25

Nhận xét: Trong những trường hợp chỉ số FIB dưới 1,45; có 90 (91,8%) bệnh nhân có kết quả FibroScan ở F0-2 và 8 (9,2%) bệnh nhân F3-4. Ở nhóm FIB-4 trong khoảng 1,45-3,25; có 38 (80,9%) bệnh nhân F0-2 và 9 (19,1%) bệnh nhân F3-4. Trên điểm cắt 3,25 của chỉ số FIB-4; không có bệnh nhân F0-2 và 25 (100%) bệnh nhân nhóm F3-4.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Trong sinh thiết gan luôn được

coi là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán tình trạng xơ hóa gan. Tuy nhiên, phương pháp này có tính xâm lấn và chi phí cao, gây đau

đón và thiếu hài lòng cho bệnh nhân. Trong số những phương pháp thay thế ít xâm lấn hơn, FibroScan sử dụng sóng siêu âm tốc độ cao để đánh giá độ cứng của gan, có độ tin cậy rất tốt trong chẩn đoán dù vẫn có nhiều hạn chế về chi phí và cơ sở vật chất. Do vậy, nhiều dấu ấn sinh học không xâm lấn đã được sử dụng như một công cụ thay thế có giá trị tốt, ngoài ra còn khắc phục được các nhược điểm do đặc trưng đơn giản, chi phí thấp và dễ dàng lặp lại. Chỉ số FIB-4 có nhiều ưu điểm trong đánh giá tình trạng xơ hóa gan. Phương pháp này dễ sử dụng, có kết quả nhanh cho bệnh nhân và không cần đầu tư nhiều trang thiết bị đắt tiền do sử dụng các chỉ số xét nghiệm thường quy cho bệnh nhân bệnh gan.

170 bệnh nhân có độ tuổi trung bình $48,59 \pm 14,40$ với 64,1% là nam giới. Hoạt độ AST của đối tượng nghiên cứu nằm trong khoảng 15,1 – 989,5; hoạt độ ALT nằm trong khoảng 9,3 đến 1785,1 và số lượng tiểu cầu từ 62 – 512; (Bảng 3.1)

Xếp theo thang METAVIR dựa vào xét nghiệm FibroScan, có 112 (65,9%) bệnh nhân không xơ hóa hoặc xơ hóa gan nhẹ (F0-F1); 16 (9,4%) bệnh nhân xơ hóa đáng kể (F2); 14 (8,2%) bệnh nhân xơ hóa tiến triển (F3) và 28 (16,5%) bệnh nhân xơ gan; (Bảng 3.2)

4.2. Đặc điểm của chỉ số Fib4 ở bệnh nhân xơ hoá gan

Trên toàn bộ đối tượng nghiên cứu, chỉ số FIB-4 dao động từ 0,0828 đến 13,2236. Qua hình 3.1 và bảng 3.3 có thể thấy, chỉ số FIB-4 có xu hướng tăng dần theo mức độ nặng dần của tình trạng xơ hóa gan, từ $1,14 \pm 0,53$ ở F0-F1 đến $5,11 \pm 3,14$ ở F4. Hệ số tương quan Spearman's đạt 0,605 ($p < 0,001$), cho thấy có mối tương quan giữa chỉ số FIB-4 và

các giai đoạn xơ hóa theo FibroScan có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa các nhóm chỉ được thể hiện khi so sánh chỉ số FIB-4 giữa các nhóm xơ hóa gan nặng (F3-F4) với các nhóm xơ hóa gan nhẹ (F0-F2) với $p < 0,05$. Do có khoảng chồng chéo, FIB-4 không có nhiều giá trị để phân biệt giữa các giai đoạn xơ hóa liên nhau, như giữa F0-F1 với F2 hay giữa F3 với F4. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Vallet-Pichard và cộng sự (2007)⁶.

Ở đường cong ROC để đánh giá độ tin cậy của chỉ số FIB-4 trong phân biệt các giai đoạn xơ hóa khác nhau, có thể thấy được FIB-4 có độ tin cậy rất cao khi phân biệt giữa xơ hóa nhẹ và xơ hóa nặng với nhau. Cụ thể, khi phân biệt giữa F0-3 với F4, diện tích dưới đường cong ROC đạt đến 0,927 (95%CI: 0,878-0,976; $p < 0,001$) và phân biệt giữa F0-2 với F3-4, diện tích đạt 0,901 (95%CI: 0,841-0,961; $p < 0,001$). Độ tin cậy này vẫn khá cao khi phân biệt giữa nhóm F0-1 với F2-4, tuy nhiên diện tích dưới đường cong ROC chỉ đạt 0,838 (95%CI: 0,771-0,905; $p < 0,001$) (hình 3.2, bảng 3.4). Trong nghiên cứu của Vallet-Pichard và cộng sự (2007), diện tích dưới đường cong ROC khi phân biệt giữa tình trạng xơ hóa nhẹ và nặng là 0,85 (95%CI: 0,82-0,89)⁶; còn trong nghiên cứu của Sun và cộng sự (2016) diện tích này là $0,8396 \pm 0,0680$ ⁷. Như vậy, kết quả của chúng tôi hoàn toàn tương đồng với các nghiên cứu trên.

Ở điểm cắt $< 1,45$; chỉ số FIB-4 có giá trị dự đoán âm tính 91,8% nhằm loại trừ tình trạng xơ hóa gan nặng với độ nhạy 81% và độ đặc hiệu 70,3%. Ở điểm cắt $> 3,25$; FIB-4 có giá trị dự đoán dương tính 100% nhằm xác định tình trạng xơ hóa gan nặng với độ hiệu 59,5% và độ đặc hiệu 100% (Bảng 3.5).

Độ tin cậy của chỉ số FIB-4 trong nghiên cứu này có sự tương đồng với các tác giả khác. Theo nghiên cứu của Vallet-Pichard và cộng sự, giá trị loại trừ xơ hóa nặng dưới điểm cắt 1,45 của FIB-4 là 94,7% với độ nhạy 74,3% và độ đặc hiệu 80,1%; và ở trên điểm cắt 3,25, giá trị khẳng định tình trạng xơ hóa nặng (F3-F4) là 82,1% với độ đặc hiệu 98,2% và độ nhạy 37,6%⁶. Nghiên cứu của Sterling và cộng sự báo cáo kết quả ở dưới 1,45 chỉ số FIB-4 có giá trị dự đoán âm tính 89,9% với độ nhạy 70% và độ đặc hiệu 73,7%; đồng thời trên 3,25 giá trị dự đoán dương tính là 65% với độ đặc hiệu 96,8%⁵.

4.3. Giá trị chỉ số FIB-4 và kết quả FibroScan trong đánh giá tình trạng xơ hóa gan

Khi khảo sát về giá trị chẩn đoán giữa kết quả FibroScan và chỉ số FIB-4, có thể thấy với 98 trường hợp có FIB-4 < 1,45; có 90 ca (91,8%) có kết quả tương đồng với FibroScan loại trừ xơ hóa nặng (F0-F1-F2). Với 25 bệnh nhân có chỉ số FIB-4 > 3,25; toàn bộ 25 ca (100%) có kết quả tương đồng với FibroScan về xác định xơ hóa nặng (F3-F4). Như vậy, sử dụng 2 điểm cắt này, 93,45% các trường hợp nằm ngoài khoảng 1,45 – 3,25 được FIB-4 phân loại tình trạng xơ hóa gan một cách chính xác (69,49% tổng số đối tượng nghiên cứu) (Bảng 3.6)

Như vậy, FIB-4 có giá trị rất lớn trong việc loại trừ xơ hóa gan mức độ nặng khi nằm dưới 1,45 và xác định xơ hóa gan mức độ nặng khi nằm trên 3,25. Ngoài ra, lên đến 93,45% bệnh nhân có FIB-4 ngoài khoảng 1,45 – 3,25 có thể không phải thực hiện xét nghiệm FibroScan.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 170 bệnh

nhân xơ hóa gan, tuổi trung bình $48,59 \pm 14,40$, 109 (64,1%) là nam giới:

1. Chỉ số FIB-4 có xu hướng tăng dần theo mức độ nặng dần của tình trạng xơ hóa gan, từ $1,14 \pm 0,53$ ở F0-F1 đến $5,11 \pm 3,14$ ở F4; có tương quan với các giai đoạn xơ hóa theo FibroScan ($r=0.605$, $p<0,001$). Khi phân biệt giữa F0-3 với F4, diện tích dưới đường cong ROC đạt đến 0,927 (95%CI: 0,878-0,976; $p<0,001$) và phân biệt giữa F0-2 với F3-4, diện tích đạt 0,901 (95%CI: 0,841-0,961; $p<0,001$).

2. Khi so với kết quả chẩn đoán bằng FibroScan: điểm cắt <1,45; chỉ số FIB-4 có giá trị dự đoán âm tính 91,8% nhằm loại trừ tình trạng xơ hóa gan nặng với độ nhạy 81% và độ đặc hiệu 70,3%. Điểm cắt >3,25; FIB-4 có giá trị dự đoán dương tính 100% nhằm xác định tình trạng xơ hóa gan nặng với độ hiệu 59,5% và độ đặc hiệu 100%. Sử dụng 2 điểm cắt này; 93,45% các trường hợp nằm ngoài khoảng 1,45 – 3,25 được FIB-4 phân loại tình trạng xơ hóa gan một cách chính xác (69,49% tổng số đối tượng nghiên cứu).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **McMahon BJ.** The natural history of chronic hepatitis B virus infection. *Hepatology*. 2009;49(S5):S45-S55.
2. **Cadranel J-F, Rufat P, Degos F.** Practices of liver biopsy in France: results of a prospective nationwide survey. *Hepatology*. 2000;32(3):477-481.
3. **Castéra L, Vergniol J, Foucher J, et al.** Prospective comparison of transient elastography, Fibrotest, APRI, and liver biopsy for the assessment of fibrosis in chronic hepatitis C. *Gastroenterology*. 2005;128(2):343-350.

4. **Wai C-T, Greenson JK, Fontana RJ, et al.**
A simple noninvasive index can predict both significant fibrosis and cirrhosis in patients with chronic hepatitis C. *Hepatology*. 2003;38(2):518-526.
5. **Sterling RK, Lissen E, Clumeck N, et al.**
Development of a simple noninvasive index to predict significant fibrosis in patients with HIV/HCV coinfection. *Hepatology*. 2006;43(6):1317-1325.
doi:10.1002/hep.21178
6. **Vallet-Pichard A, Mallet V, Nalpas B, et al.**
FIB-4: An inexpensive and accurate marker of fibrosis in HCV infection. comparison with liver biopsy and fibrotest. *Hepatology*. 2007;46(1):32-36. doi:10.1002/hep.21669
7. **Sun W, Cui H, Li N, et al.** Comparison of FIB-4 index, NAFLD fibrosis score and BARD score for prediction of advanced fibrosis in adult patients with non-alcoholic fatty liver disease: A meta-analysis study: Non-invasive assessment of liver fibrosis in NAFLD. *Hepatol Res*. 2016;46(9):862-870.
doi:10.1111/hepr.12647

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN DÀY MÓNG BẨM SINH TRƯỚC VÀ SAU KHI CAN THIỆP HỖ TRỢ CHĂM SÓC

Chu Thị Hà¹, Vũ Văn Quang¹, Lê Hữu Doanh²

TÓM TẮT

Dày móng bẩm sinh là bệnh di truyền hiếm gặp, do đột biến một trong năm gen keratin *KRT6A*, *KRT6B*, *KRT6C*, *KRT16* và *KRT17*. Bệnh làm giảm đáng kể chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, đặc biệt lứa tuổi vị thành niên. Vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu nhận xét kết quả điều trị can thiệp chăm sóc hỗ trợ cho bệnh nhân dày móng bẩm sinh nói trên trong 6 tháng. Đối tượng: bệnh nhân được chẩn đoán xác định dày móng bẩm sinh bằng phân tích gen keratin. Phương pháp nghiên cứu: mô tả một

loạt ca bệnh kết hợp can thiệp lâm sàng tự so sánh trước sau. Chúng tôi nghiên cứu ở 7 bệnh nhân dày móng bẩm sinh có đột biến tại gen keratin *KRT6A*, trong đó có 3 bệnh nhân nữ và 4 bệnh nhân nam. Các bệnh nhân đều có dấu hiệu lâm sàng lúc dưới 1 tuổi và độ tuổi được chẩn đoán chính xác bệnh là khác nhau. Tất cả các bệnh nhân đều có các biểu hiện đặc trưng của bệnh như dày móng, dày sừng lòng bàn chân và đau bàn chân cũng như bạch sản miệng. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân bị ảnh hưởng rõ rệt như ảnh hưởng đến cuộc sống hàng ngày, các hoạt động xã hội và giải trí, mối quan hệ của họ với bạn bè, hàng xóm và cảm giác xấu hổ. Chúng tôi tiến hành một vài biện pháp can thiệp cơ bản và đã thu được một số kết quả ban đầu đó là cải thiện mối quan hệ của bệnh nhân với mọi người xung quanh, bệnh nhân tự tin hơn, thoải mái hơn trong việc trao đổi về bệnh của họ. Tuy nhiên, số

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Chu Thị Hà

Email: ctha@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2022

Ngày duyệt bài: 20.5.2022