

SURVEY THE CORRELATION BETWEEN CHILD-TURCOTTE-PUGH CLASSIFICATION AND THE DEGREE OF ESOPHAGEAL VARICES IN CIRRHOTIC PATIENTS

Ha Vu^{1,2*}, Ngo Thi Thanh Quyt²

¹University of Health Sciences, Vietnam National University at Ho Chi Minh City - Hai Thuong Lan Ong Street, Ho Chi Minh City National University Urban Area, Dong Hoa Ward, Di An City, Binh Duong Province, Vietnam

²Thong Nhat Hospital - 1 Ly Thuong Kiet, Ward 14, Tan Binh Dist, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 06/08/2024

Revised: 20/08/2024; Accepted: 10/10/2024

ABSTRACT

Background: Upper gastrointestinal bleeding due to ruptured esophageal varices (EV) is one of the leading fatal complications in patients with cirrhosis. Currently, many non-invasive methods have been studied to screen for this complication. However, the correlation between the Child-Turcotte-Pugh (CTP) classification and the degree of EV has not been fully studied, especially in Vietnam.

Objective: To investigate the correlation between the Child-Turcotte-Pugh classification and the degree of EV in patients with cirrhosis.

Subjects and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 225 cirrhotic patients at Thong Nhat Hospital. Patients underwent biochemical tests, upper gastrointestinal endoscopy, and abdominal ultrasound. They were classified according to the Child-Turcotte-Pugh scoring system. The study aimed to find the correlation between the presence of large EV (grade 2, grade 3) and the CTP classification.

Results: The rate of EV in the study population was 82.7%, with large EV (grade 2, grade 3) accounting for 60%. The distribution of Child-Turcotte-Pugh classifications A, B, and C were 19.1%, 37.3%, and 43.6%, respectively. In the group with small EV (grade 0, grade 1), Child A patients had the highest proportion (74.4%). In contrast, in the group with large EV (grade 2, grade 3), Child C patients had the highest proportion (76.5%).

Conclusion: The Child-Turcotte-Pugh classification is a valuable non-invasive method for predicting the presence of large EV in patients with cirrhosis.

Keywords: Cirrhosis, large esophageal varices, Child-Turcotte-Pugh classification.

*Corresponding author

Email: havudr@gmail.com Phone: (+84) 983979500 [Https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD10.1601](https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD10.1601)

KHẢO SÁT MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA PHÂN LOẠI CHILD – TURCOTTE – PUGH VÀ MỨC ĐỘ GIÃN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN

Hà Vũ^{1,2*}, Ngô Thị Thanh Quýt²

¹Trường Đại học Khoa học Sức khỏe, Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh - Đường Hải Thượng Lãn Ông, Khu đô thị Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh, P. Đông Hòa, Tp. Dĩ An, Tỉnh Bình Dương, Việt Nam
²Bệnh viện Thống Nhất - Số 1 Lý Thường Kiệt, P. 14, Q. Tân Bình, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 06/08/2024

Chỉnh sửa ngày: 20/08/2024; Ngày duyệt đăng: 10/10/2024

TÓM TẮT

Mở đầu: Xuất huyết tiêu hoá trên do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản (TMTQ) là một trong những biến chứng hàng đầu gây tử vong ở bệnh nhân xơ gan và hiện nay có nhiều phương pháp không xâm lấn đã được nghiên cứu để tầm soát biến chứng này. Tuy nhiên, mối tương quan giữa phân loại Child-Turcotte-Pugh (CTP) với mức độ giãn TMTQ chưa được nghiên cứu đầy đủ, đặc biệt ở Việt Nam.

Mục tiêu: Khảo sát mối tương quan giữa phân loại Child - Turcotte-Pugh với mức độ giãn TMTQ ở bệnh nhân xơ gan.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 225 bệnh nhân xơ gan tại Bệnh viện Thống Nhất. Các bệnh nhân được làm các xét nghiệm sinh hóa, nội soi tiêu hóa trên và siêu âm bụng. Bệnh nhân được phân loại theo thang điểm Child –Turcotte- Pugh. Tìm mối tương quan giữa sự hiện diện giãn lớn TMTQ (độ 2, độ 3) với phân loại CTP.

Kết quả: Tỷ lệ giãn TMTQ trong dân số nghiên cứu là 82,7%, trong đó giãn lớn (độ 2, độ 3) là 60%. Phân loại Child-Turcotte- Pugh A, B, C lần lượt là 19,1%, 37,3%, và 43,6%. Ở nhóm giãn TMTQ nhỏ (độ 0, độ 1), số bệnh nhân Child A chiếm tỷ lệ cao nhất (74,4%), ngược lại ở nhóm giãn TMTQ lớn (độ 2, độ 3) thì số bệnh nhân Child C chiếm tỷ lệ cao nhất (76,5%).

Kết luận: Phân loại Child- Turcotte-Pugh là một phương pháp không xâm nhập có giá trị trong tiên đoán có giãn lớn TMTQ ở bệnh nhân xơ gan.

Từ khóa: Xơ gan, giãn lớn TMTQ, phân loại Child-Turcotte-Pugh.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là bệnh cảnh cuối của các bệnh gan mạn tính và rất thường gặp tại khoa Nội Tiêu hoá-Gan mật. Ở giai đoạn mất bù, xơ gan có nhiều biến chứng, đặc biệt là xuất huyết tiêu hóa (XHTH) do vỡ giãn TMTQ. Giãn TMTQ hiện diện khoảng 40% ở bệnh nhân (BN) xơ gan còn bù và khoảng 60% ở BN xơ gan mất bù [1]. Nếu chưa bị giãn TMTQ, khoảng 8% BN bắt đầu xuất hiện giãn TMTQ mỗi năm [2]. Mặc dù y học đã có nhiều tiến bộ trong điều trị biến chứng của xơ gan nhưng tỷ lệ tử vong do XHTH do vỡ giãn TMTQ vẫn còn khá cao (17-57%) [3]. Chính điều này đã đặt ra thách thức cho các nhà lâm sàng tiêu hoá trong việc điều trị và phòng ngừa biến chứng vỡ giãn TMTQ ở BN xơ gan. Chiến lược điều trị giãn TMTQ là phải ưu tiên phòng ngừa vỡ giãn TMTQ và hạn chế xuất huyết tái phát nhằm giảm tỉ

lệ tử vong và kéo dài cuộc sống cho người bệnh. Để tầm soát có giãn TMTQ và điều trị dự phòng XHTH, chúng ta cần tiến hành nội soi tiêu hóa trên [4]. Đây là phương pháp có độ nhạy và độ đặc hiệu cao với tỷ lệ biến chứng thấp nhưng lại gây khó chịu cho người bệnh và rất tốn kém. Mặt khác, nếu tiến hành nội soi cho tất cả các BN xơ gan sẽ tạo một áp lực lớn cho Khoa Nội soi và tăng gánh nặng chi phí cho y tế.

Do tỷ lệ TMTQ bị giãn lớn chỉ chiếm 9-36% ở những BN XG chưa có tiền căn XHTH, còn đa số các trường hợp khác có kết quả nội soi âm tính, cho nên xu hướng hiện nay, người ta đang tìm kiếm những biện pháp không xâm nhập nhưng lại có giá trị dự đoán sự hiện diện của giãn TMTQ nhằm hạn chế bớt những trường hợp chưa cần thiết phải nội soi sớm [3]. Trong số đó,

*Tác giả liên hệ

Email: havudr@gmail.com Điện thoại: (+84) 983979500 <https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD10.1601>

phân loại theo thang điểm Child –Turcotte - Pugh là một trong những phương pháp có giá trị khá tốt trong việc dự đoán sự hiện diện của giãn TMTQ ở BN xơ gan. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu xác định giá trị của thang điểm CTP trong dự đoán mức độ giãn TMTQ ở BN xơ gan để có thể áp dụng tại Việt Nam.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiền cứu

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Khoa Nội Tiêu hoá - Bệnh viện Thống Nhất từ 10/2023 – 04/2024

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Là các BN đến khám tại phòng khám và nhập khoa Nội Tiêu hoá - Bệnh viện Thống Nhất từ 10/2023 – 04/2024 thỏa mãn các điều

2.5. Biến số nghiên cứu:

STT	Tên biến	Đơn vị	Phân loại	Định nghĩa giá trị
1	Tuổi	Năm	Định lượng	
2	Giới		Định tính	Hai giá trị: “nam”, “nữ”
3	Tiền căn bệnh gan		Định tính	Ba giá trị: “bệnh gan mạn”, “xơ gan”, “không rõ”.
4	Nguyên nhân xơ gan		Định tính	Bảy giá trị: “Viêm gan siêu vi B”, “Viêm gan siêu vi C”, “rượu”, “rượu + Viêm gan siêu vi B”, “rượu + Viêm gan siêu vi C”, “không rõ”, “Viêm gan siêu vi B & C”.
5	Tiền căn xuất huyết tiêu hoá		Định tính	Hai giá trị: “có”, “không”.
6	Albumin	g/dl	Định lượng	
7	Bilirubin TP	mg%	Định lượng	
8	PT	Giây (s)	Định lượng	
9	Tiểu cầu	Số/mm ³	Định lượng	
10	Lách to (trên siêu âm)		Định tính	Hai giá trị: “có”, “không”.
11	Phân độ giãn tĩnh mạch thực quản		Định tính	Bốn giá trị: “không giãn”, “độ 1”, “độ 2”, “độ 3”.
12	Mức độ giãn tĩnh mạch thực quản		Định tính	Hai giá trị: “giãn tĩnh mạch thực quản nhỏ”, “giãn tĩnh mạch thực quản lớn”.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu: Tất cả BN được chẩn đoán xơ gan đến khám tại phòng khám và nhập vào khoa Nội Tiêu hoá Bệnh viện Thống Nhất được ghi nhận:

- Các thông tin cá nhân: Tuổi, giới, nghề nghiệp, địa chỉ.
- Khai thác tiền căn, nguyên nhân xơ gan và lí do nhập viện hoặc khám bệnh.
- Khám lâm sàng đánh giá: Hội chứng tăng áp cửa và hội chứng suy tế bào gan và bất thường của các cơ quan khác.
- Khi đã đủ tiêu chuẩn chẩn đoán xơ gan trên lâm sàng, BN sẽ được làm các xét nghiệm máu: Công thức máu, PT, INR, aPTT, AST, ALT, điện di đạm máu, albumin, protid máu, glucose, BUN, creatinin, bilirubin, GGT, ALP, ion đồ, HBsAg, Anti HCV...
- Siêu âm bụng để đánh giá tình trạng gan, lách và các cơ quan khác trong ổ bụng
- Nội soi tiêu hoá trên để tầm soát giãn TMTQ

kiện sau:

* *Tiêu chuẩn nhận bệnh:*

- Tuổi \geq 18 tuổi
- Được chẩn đoán xơ gan chưa bị XHTH hoặc có tiền căn XHTH
- Chưa được điều trị thắt thun hoặc chích xơ giãn TMTQ hoặc phòng ngừa bằng thuốc (ức chế beta, nitrate).
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:*

- BN từ chối nội soi tiêu hoá trên.
- BN đang hoặc vừa mới bị XHTH
- BN xơ gan có huyết khối tĩnh mạch cửa, hoặc ung thư gan.

2.4. Cỡ mẫu: 225 bệnh nhân

Tiêu chuẩn	1 điểm	2 điểm	3 điểm
Bệnh não gan	Không có	Giai đoạn 1 - 2	Giai đoạn 3 - 4
Cổ chướng	Không có	Ít	Vừa/nhiều
Bilirubin huyết thanh (mg/dL)	<2	2 - 3	>3
Bilirubin (µmol/L)	<35	35 - 50	>50
Albumin huyết thanh (g/dL)	>3,5	2,8-3,5	<2,8
Tỷ lệ Prothrombin (%)	>64	44 - 64	<44
INR (international normalized ratio)	<1,7	1,7-2,3	>2,3

Dựa vào bảng trên để chia mức độ:

- Từ 5 - 6 điểm là Child - Pugh A (xơ gan Child A hay xơ gan còn bù).
- Từ 7 - 9 điểm là Child - Pugh B (xơ gan mất bù).
- Lớn hơn hoặc bằng 10 điểm là Child - Pugh C (xơ gan mất bù).

2.7. Xử lý và phân tích số liệu:

- Chúng tôi sử dụng chương trình thống kê SPSS 16.0 .
- Chúng tôi thu thập và xử lý số liệu bằng phương pháp hồi quy logistic đơn biến và đa biến.
- Phân tích hồi quy logistic đa biến được thực hiện cho các yếu tố khác nhau có ý nghĩa trong phân tích đơn biến giữa 2 nhóm giãn nhỏ (độ 0, độ 1) và giãn lớn tĩnh mạch thực quản (độ 2, độ 3).
- Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Đề tài đã được thông qua Hội đồng y đức của Bệnh viện Thống Nhất năm 2023.

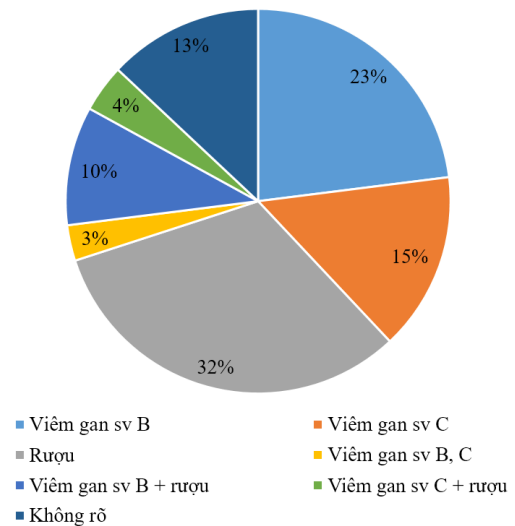
3. KẾT QUẢ

Trong tổng số 225 trường hợp xơ gan nhập Khoa Nội Tiêu Hóa Bệnh viện Thống Nhất từ 10/2023 đến 04/2024, chúng tôi ghi nhận được các kết quả sau đây:

3.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu.

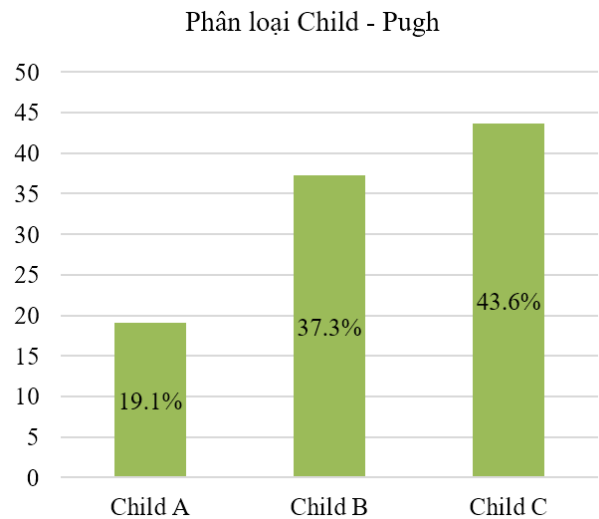
Đặc điểm bệnh nhân	Giá trị trung bình
Tuổi	56,15 ± 13,1
Albumin (g%)	3,05 ± 0,59
Bilirubin TP (mg%)	4,74 ± 6,46
PT (s)	21,8 ± 5,54
Tiểu cầu (/mm3)	74000 ± 46000



Hình 1. Phân bố theo nguyên nhân gây xơ gan

Nhận xét:

- Trong các nguyên nhân gây xơ gan thì viêm gan do siêu vi là nguyên nhân hàng đầu (40,9%) mà chủ yếu là viêm gan siêu vi B.
- Nguyên nhân thứ 2 gây xơ gan là rượu .



Hình 2. Phân bố theo phân loại CTP

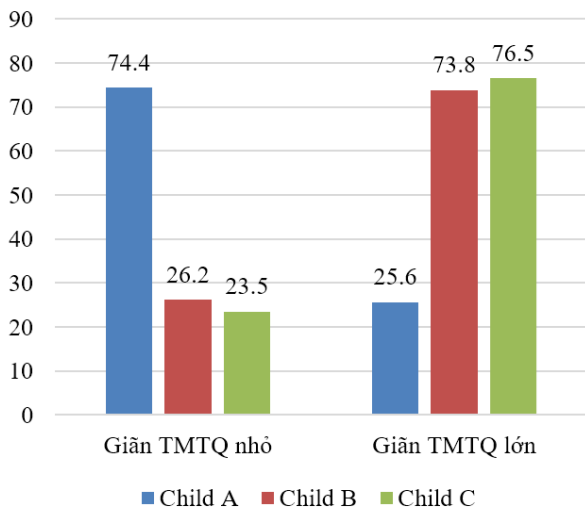
Nhận xét: Số bệnh nhân Child C chiếm tỉ lệ cao nhất (43,6%).

3.2. Mối tương quan giữa phân loại Child – Pugh và mức độ giãn TMTQ:

Bảng 2. Đặc điểm phân loại Child – Pugh theo mức độ giãn TMTQ.

Phân Loại	Giãn TMTQ lớn (n =135)		Giãn TMTQ nhỏ (n=90)	
	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Child A	11	25,6	32	74,4
Child B	62	73,8	22	26,2
Child C	75	76,5	23	23,5

• Phép kiểm Chi square ($\chi^2= 214,33, p < 0,05$)



Hình 3. Mối tương quan giữa phân loại Child – Pugh và mức độ giãn TMTQ.

Nhận xét:

- Ở nhóm giãn TMTQ nhỏ, số bệnh nhân Child A chiếm tỉ lệ cao nhất (74,4%)

- Ở nhóm giãn TMTQ lớn, số bệnh nhân Child C chiếm tỉ lệ cao nhất (76,5%).

Như vậy dựa vào phép kiểm Chi square ta thấy xơ gan nặng (Child B và C) chiếm ưu thế ở nhóm giãn lớn TMTQ, còn xơ gan Child A chiếm tỉ lệ cao nhất ở nhóm giãn TMTQ nhỏ và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($\chi^2= 214,33, p < 0,05$).

Bảng 3. Các yếu tố dự đoán giãn lớn TMTQ khi phân tích đơn biến.

Yếu tố dự đoán	Tỉ số nguy cơ OR	Độ tin cậy 95%	Giá trị P
Tuổi	1,028	0,896 – 1,051	0,745
Albumin (g%)	1,112	0,700 – 1,732	0,675
Phân loại Child- Pugh	1,432	1,003 – 2,045	0,048
Tiểu cầu (/mm ³)	1,454	1,046 – 1,864	0,006

Nhận xét:

- Như vậy, khi phân tích hồi quy logistic đơn biến, Phân loại Child – Pugh là yếu tố đáng tin cậy có thể dự đoán mức độ giãn TMTQ ở bệnh nhân xơ gan.

• Khi phân tích đa biến

Bảng 4. Các yếu tố dự đoán giãn lớn TMTQ khi phân tích đa biến.

Yếu tố dự đoán	Tỉ số nguy cơ OR	Độ tin cậy 95%	Giá trị P
Tiểu cầu	1,014	0,988 – 1,041	0,299
Phân loại Child- Pugh	2,576	0,441 – 5,591	0,487

NC nhận xét:

- Khi phân tích hồi quy logistic đa biến thì phân loại CTP không phải là yếu tố độc lập và đáng tin cậy trong việc dự đoán mức độ giãn lớn TMTQ ở bệnh nhân xơ gan.

4. BÀN LUẬN

Mối tương quan giữa phân loại theo thang điểm CTP với mức độ giãn TMTQ ở bệnh nhân xơ gan:

Thang điểm Child – Pugh ra đời năm 1964 do C.G.Child và J.G.Turcotte đề xuất nhằm đánh giá mức độ nặng của xơ gan. Theo đó, các tác giả đã đưa ra cách tính điểm dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng và tùy theo số điểm tính được mà chia bệnh nhân thành các độ nặng khác nhau bao gồm xơ gan mức độ nhẹ (Child A), xơ gan mức độ trung bình (Child B), xơ gan mức độ nặng (Child C), sau đó năm 1972 được cải tiến bởi Pugh trong một báo cáo điều trị ngoại khoa XHTH do vỡ giãn TMTQ và được đổi tên là Child – Turcotte – Pugh (CTP) (5,6) . Đã có nhiều công trình nghiên cứu cố gắng tìm ra mối liên hệ giữa mức độ xơ gan tính theo thang điểm CTP với mức độ giãn TMTQ qua nội soi ở bệnh nhân xơ gan nhưng kết quả còn trái ngược nhau.

Đầu tiên, tác giả Jean Rodrigo Tafarel khi nghiên cứu trên 193 bệnh nhân xơ gan đã cho thấy phân loại CTP khác nhau có ý nghĩa khi phân tích đơn biến giữa nhóm giãn nhỏ và nhóm giãn lớn TMTQ, tuy nhiên khi phân

tích đa biến lại không thấy rõ mối quan hệ này [7]. Gần đây nhất vào năm 2012, cũng nhận được kết quả tương tự, tác giả Ahmed A. ElNaggar và cộng sự [8] khi tiến hành nghiên cứu trên 100 bệnh nhân xơ gan đã nhận thấy rằng khi phân tích hồi quy Logistic thì chỉ có số lượng tiểu cầu, tốc độ dòng máu qua TM lách, tỉ số tiểu cầu/đường kính lách và Child B, C theo phân loại CTP là các yếu tố độc lập có khả năng dự đoán tốt sự hiện diện của giãn lớn TMTQ (độ 2, độ 3) khi nội soi ở bệnh nhân xơ gan, trong đó tỉ số tiểu cầu/đường kính lách có độ chính xác cao nhất, còn số lượng tiểu cầu và tốc độ dòng máu qua TM lách có độ đặc hiệu cao nhất, và yếu tố Child B,C theo phân loại CTP có độ nhạy cao nhất. Ngoài ra theo tác giả A. Zambam de Mattos khi nghiên cứu trên 164 bệnh nhân xơ gan với tuổi trung bình là 56.7, đã nhận thấy khi phân tích hồi quy logistic thì chỉ có thang điểm CTP và số lượng tiểu cầu là các yếu tố độc lập dự đoán sự xuất hiện của giãn TMTQ ở bệnh nhân xơ gan [9].

Tuy nhiên trái với các kết quả trên, trong một nghiên cứu tiền cứu kéo dài 5 năm trên 258 bệnh nhân, Zoli nhận thấy không có mối tương quan nào giữa mức độ nặng của xơ gan và mức độ giãn TMTQ, theo ông thì thang điểm CTP dù là yếu tố có ý nghĩa trong dự đoán sự sống còn của bệnh nhân nhưng chưa thấy có ảnh hưởng gì đáng kể trên nguy cơ xuất huyết của bệnh nhân [10]. Cùng quan điểm như trên, các tác giả như Pagliaro [11], Zaman [12],... đã thất bại trong việc cố gắng tìm kiếm mối tương quan giữa thang điểm CTP và mức độ giãn TMTQ qua nội soi ở bệnh nhân xơ gan.

Ở Việt Nam, khi nghiên cứu ở 100 BN xơ gan, tác giả T.N.L. Phương và cộng sự nhận thấy các bệnh nhân có điểm CTP cao (Child C) có nguy cơ xuất hiện giãn TMTQ cao gấp 2,29 lần (KTC 95% là 1,02 – 5,13) [13]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của tác giả Hồ Tấn Phát [14] và tác giả Mã Phước Nguyên [15] đã không chứng minh được mối tương quan giữa mức độ xơ gan theo thang điểm CTP và mức độ giãn TMTQ qua nội soi ở bệnh nhân xơ gan.

Tương tự như kết quả của tác giả A. Zambam de Mattos [9], nghiên cứu của chúng tôi khi thực hiện trên 225 bệnh nhân xơ gan đã cho thấy mối tương quan khá tốt giữa mức độ xơ gan theo thang điểm CTP và mức độ giãn TMTQ khi phân tích đơn biến, theo đó khi bệnh nhân xơ gan có phân độ CTP cao (Child B,C) sẽ tăng gấp 1,43 lần nguy cơ xuất hiện giãn lớn TMTQ (độ 2, độ 3) với (KTC 95% là 1,003 - 2,045). Ngoài ra, khi phân tích đặc điểm của mẫu nghiên cứu trong 2 nhóm giãn TMTQ, chúng tôi ghi nhận bệnh nhân xơ gan Child B và C chiếm đa số ở nhóm giãn lớn TMTQ, còn nhóm giãn nhỏ TMTQ thì bệnh nhân Child A lại chiếm ưu thế và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê khi dùng phép kiểm Chi square ($\chi^2=214,33$, $p < 0,05$). Nhưng khi phân tích đa biến chúng tôi ghi nhận thang điểm CTP lại không phải là yếu tố độc lập trong việc tiên đoán mức độ giãn lớn của TMTQ.

5. KẾT LUẬN

Chúng tôi đã khảo sát giá trị của thang điểm Child - Turcotte - Pugh trong việc tiên đoán mức độ giãn tĩnh mạch thực quản ở 225 bệnh nhân xơ gan tại Khoa Nội Tiêu hoá Bệnh viện Thống Nhất và đã thu được kết quả như sau: Child B và C chiếm đa số ở nhóm giãn lớn TMTQ, còn nhóm giãn nhỏ TMTQ thì bệnh nhân Child A lại chiếm ưu thế và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê khi dùng phép kiểm Chi square ($\chi^2=214,33$, $p < 0,05$). Nhưng khi phân tích đa biến chúng tôi ghi nhận thang điểm CTP lại không phải là yếu tố độc lập trong việc tiên đoán mức độ giãn lớn của TMTQ. Như vậy, giá trị của thang điểm CTP thật sự còn chưa rõ ràng, có nhiều nghiên cứu nói tương quan tốt, nhưng cũng có nghiên cứu chứng minh là không có tương quan với mức độ giãn TMTQ, do đó cần nhiều nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi lâu hơn nữa nhằm khẳng định giá trị thật sự của thông số này trong việc tiên đoán mức độ giãn lớn của TMTQ ở bệnh nhân xơ gan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] D'amico G.,Luca A. "Portal hypertension. Natural history. Clinical-hemodynamic correlations. Prediction of the risk of bleeding". *Bailliers Clin.Gastroenterol*, 1997,11,243-256.
- [2] Groszmann RJ, Garcia-Tsao G, Bosch J, et al. "Beta-blockers to prevent gastroesophageal varices in patients with cirrhosis". *N Engl J Med.*; 2005, 353[21], 2254-2261.
- [3] Trần Quốc Trung, Bùi Hữu Hoàng. "Tỉ số tiểu cầu/kích thước lách và kích thước gan phải/Albumin trong dự đoán giãn tĩnh mạch thực quản trên bệnh nhân xơ gan". *Tạp chí Y học TPHCM*, 2010, Tập 14, số 1, tr. 167 – 172.
- [4] ASGE guideline: The role of endoscopy in the management of variceal hemorrhage, updated July 2005.
- [5] Child CG, Turcotte JG (1964). "Surgery and portal hypertension". *The liver and portal hypertension*. Philadelphia: Saunders, 1964, 50–64.
- [6] Pugh RN, Murray-Lyon IM, Dawson JL, et al. "Transection of the oesophagus for bleeding oesophageal varices". *The British journal of surgery*, 1973, 60 [8], 646–649.
- [7] Tafarel JR, Tolentino LH, Correa LM, et al.. "Prediction of esophageal varices in hepatic cirrhosis by noninvasive markers". *Eur J Gastroenterol Hepatol*; 2011,23, 754-758.
- [8] Ahmed A. ElNaggar, Mohamed S. Goma and May M. Fawzy. "Nonendoscopic predictors of large esophageal varices". *Egyptian Journal of Internal Medicine*, 2012, 24, 97–99.
- [9] Angelo Zambam de Mattos, Angelo Alves de Mattos, Larissa. F. Daros, M.I. Musskopf. "Aspartate aminotransferase-to-platelet ratio index (APRI) for the non-invasive prediction of esophageal varices". *Annals of Hepatology*. 2013.

- Vol.12, No.5, 810-814.
- [10] Zoli M – Merkel C, Maglotti D, Gueli C , et al. “ Natural history of cirrhotic patients with small esophageal varices: a prospective study”. *Am J Gastroenterol* , 1999, 95, 503-508.
- [11] L. Pagliaro, G. D’Amico, L. Pasta, et al. “Efficacy and efficiency of treatments in portal hypertension”. *The 2nd Baveno International Consensus Workshop on Definitions, Methodology and Therapeutic Strategies*, R. de Franchis, Ed., *Portal Hypertension II*, 1996, 159–179, Blackwell Science, Oxford, UK.
- [12] Atif Zaman, Hapke R, Flora K, et al. “ Factors predicting the presence of esophageal or gastric varices in patients with advanced liver disease”. *Am J Gastroenterol*; 1999, 94, 3292-3296.
- [13] Trần Ngọc Lưu Phương, Đặng Thế Việt. “ Các nghiệm pháp không xâm lấn dự báo giãn tĩnh mạch thực quản và dạ dày ở bệnh nhân xơ gan”. *Tạp chí Y học TP.HCM*, 2012, Vol.16, Phụ bản số 3, trang 18 – 22.
- [14] Hồ Tấn Phát. “Khảo sát mối tương quan giữa mức độ xơ gan theo phân loại Child-Pugh và mức độ giãn TMTQ qua nội soi dạ dày tá tràng”. *Luận văn Thạc sỹ y khoa, Đại học Y dược TP.HCM*. 2003
- [15] Mã Phước Nguyên. “Mối tương quan giữa tỉ lệ số lượng tiểu cầu trên đường kính lách với giãn TMTQ trên bệnh nhân xơ gan”. *Luận văn Thạc sỹ y khoa, Đại Học Y Dược TP.HCM*. 2005

