Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, No. 8, 340-344

PROGNOSTIC VALUE OF ALBI, EZ-ALBI AND PALBI SCORES FOR REBLEEDING RISK IN PATIENTS WITH UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING DUE TO ESOPHAGEAL VARICEAL RUPTURE

Nguyen Van Lang, Huynh Hieu Tam*

Can Tho University of Medicine and Pharmacy - 179 Nguyen Van Cu, Tan An ward, Can Tho city, Vietnam

Received: 22/04/2026
Reviced: 19/06/2026; Accepted: 21/08/2026

ABSTRACT

Objective: To describe clinical characteristics and evaluate the prognostic value of ALBI, EZ-ALBI, and PALBI scores in predicting rebleeding risk in patients with upper gastrointestinal bleeding due to esophageal variceal rupture.

Subject and methods: A cross-sectional study with analytical components was conducted in 81 patients with upper gastrointestinal bleeding due to esophageal variceal rupture at Ca Mau General Hospital from June 2025 to January 2026.

Results: Males accounted for 63.7%, with a mean age of 57.0 ± 11.9 years. Prior variceal bleeding was reported in 9.9%. Common comorbidities included hypertension (24.7%), diabetes (13.6%), hepatitis B (11.1%), and hepatitis C (3.7%). The rebleeding rate was 6.2%. ALBI and PALBI stratifications differed significantly by rebleeding outcome ($p < 0.001$), whereas EZ-ALBI did not ($p = 0.073$). Rebleeding clustered in higher ALBI (grades 2-3) and PALBI groups. On ROC analysis, ALBI showed the highest discrimination (AUC 0.879), followed by PALBI (0.845) and EZ-ALBI (0.834).

Conclusion: ALBI and PALBI demonstrated useful risk stratification and predictive performance for rebleeding, with ALBI showing a trend toward better discrimination, while EZ-ALBI showed no significant association.

Keywords: ALBI score, EZ-ALBI score, PALBI score, prognostic value, rebleeding, esophageal variceal bleeding.

*Corresponding author
Email: hhtam@ctump.edu.vn **Phone**: (+84) 91 9410329 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i8.6348

GIÁ TRỊ CỦA CÁC THANG ĐIỂM ALBI, EZ-ALBI VÀ PALBI TRONG TIÊN LƯỢNG NGUY CƠ XUẤT HUYẾT TÁI PHÁT Ở BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO VỠ GIÃN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN

Nguyễn Văn Lăng, Huỳnh Hiếu Tâm*

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ - 179 Nguyễn Văn Cừ, phường Tân An, thành phố Cần Thơ, Việt Nam

Ngày nhận bài: 22/04/2026
Ngày chỉnh sửa: 19/06/2026; Ngày duyệt đăng: 21/08/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm và đánh giá giá trị của các thang điểm ALBI, EZ-ALBI và PALBI trong tiên lượng nguy cơ tái xuất huyết ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 81 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau từ tháng 6/2025 đến tháng 1/2026.

Kết quả: Nam chiếm 63,7%, tuổi trung bình 57,0 ± 11,9. Tiền sử vỡ giãn tĩnh mạch thực quản (9,9%), bệnh kèm gồm tăng huyết áp (24,7%), đái tháo đường (13,6%), viêm gan B (11,1%) và viêm gan C (3,7%). Kết quả ghi nhận tỷ lệ tái xuất huyết là 6,2%. Phân tầng theo ALBI và PALBI khác biệt có ý nghĩa theo tái xuất huyết (p < 0,001), trong khi EZ-ALBI không đạt ý nghĩa (p = 0,073). Tái xuất huyết chủ yếu gặp ở các nhóm ALBI cao (2-3) và nhóm PALBI cao. Trên phân tích ROC, ALBI có giá trị dự báo cao nhất (AUC = 0,879), tiếp theo PALBI (AUC = 0,845) và EZ-ALBI (AUC = 0,834).

Kết luận: Trong xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản, ALBI và PALBI phân tầng nguy cơ tái xuất huyết rõ rệt và có giá trị dự báo tốt, trong đó ALBI cho khả năng dự báo cao nhất trong khi EZ-ALBI chỉ thể hiện xu hướng nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê.

Từ khóa: Thang điểm ALBI, EZ-ALBI, PALBI, giá trị tiên lượng, xuất huyết tái phát, xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng áp lực tĩnh mạch cửa là biến chứng trung tâm của xơ gan dẫn đến hình thành giãn tĩnh mạch thực quản (TMTQ) với tỷ lệ hiện mắc khoảng 50-60% và có thể lên đến 85% ở giai đoạn mất bù [1]. Trong tăng áp lực tĩnh mạch cửa, vỡ giãn TMTQ là biến chứng đặc biệt nghiêm trọng, không chỉ là nguyên nhân hàng đầu của xuất huyết tiêu hóa trên ở bệnh nhân xơ gan mà còn liên quan chặt chẽ với tỷ lệ tử vong cao và diễn tiến lâm sàng nặng nề [1].

Xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn TMTQ là một cấp cứu nội khoa nặng liên quan tỷ lệ tử vong cao và gánh nặng điều trị lớn. Nếu không được dự phòng thứ phát thích hợp, khoảng 60% bệnh nhân có thể tái xuất huyết sau đợt đầu, trong khi tỷ lệ tái xuất huyết sớm trong vòng 6 tuần vẫn dao động khoảng 15-30% [2-3]. Vì vậy, nhận diện sớm bệnh nhân nguy cơ cao để tối ưu hóa theo dõi và điều trị là hết sức cần thiết. Gần đây, các thang điểm sinh hóa khách quan như ALBI, EZ-ALBI và PALBI được quan tâm nhờ tính đơn giản và khả năng ứng dụng thực hành. Trong các thang điểm trên, ALBI dựa trên albumin và bilirubin để đánh giá chức năng gan, PALBI bổ sung số lượng tiểu cầu nhằm phản ánh gián tiếp mức độ tăng áp lực tĩnh mạch cửa, còn EZ-ALBI là phiên bản rút gọn của ALBI nhưng vẫn duy trì tương quan cao với thang điểm gốc. Nhiều nghiên cứu cho thấy các thang điểm này có giá trị trong tiên lượng tái xuất huyết và tử vong ở bệnh nhân xơ gan có xuất huyết do vỡ giãn TMTQ [4-6].

Tuy nhiên, tại Việt Nam dữ liệu về giá trị của các thang điểm này còn hạn chế, đặc biệt ở tuyến y tế cơ sở đặc thù với điều kiện nguồn lực còn hạn chế và quần thể bệnh nhân đa dạng. Do đó, việc đánh giá giá trị của các thang điểm ALBI, EZ-ALBI và PALBI trong bối cảnh thực hành lâm sàng là cần thiết nhằm cung cấp thêm bằng chứng hỗ trợ cho việc phân tầng nguy cơ và tối ưu hóa quản lý bệnh nhân. Xuất phát từ thực tế trên, nghiên cứu này được tiến hành nhằm mục tiêu khảo sát đặc điểm và đánh giá giá trị của các thang điểm ALBI, EZ-ALBI và PALBI trong tiên lượng nguy cơ tái xuất huyết ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn TMTQ.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau từ tháng 6/2025 đến tháng 1/2026.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn TMTQ nhập viện tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau trong thời gian nghiên cứu.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:* bệnh nhân được chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn TMTQ khi có các tiêu chuẩn sau

*Tác giả liên hệ
Email: hhtam@ctump.edu.vn **Điện thoại:** (+84) 91 9410329 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i8.6348

[7]: hội chứng suy tế bào gan (vàng da, phù, báng bụng, lòng bàn tay son, dấu sao mạch, rối loạn nội tiết, xuất huyết da niêm, bệnh não gan); hội chứng tăng áp cửa (tuần hoàn bàng hệ, lách to, cổ trướng); bất thường chức năng gan (giảm tiểu cầu, tăng các men AST và ALT, giảm albumin, kéo dài INR, tăng bilirubin); bằng chứng xơ gan trên hình ảnh học. Bệnh nhân được xác định xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn TMTQ [7]: biểu hiện trên lâm sàng với các hình thái như nôn ra máu, đại tiện phân đen hoặc nâu sẫm, hoặc vừa nôn ra máu vừa đại tiện phân đen, hoặc ống thông dạ dày có máu. Các biểu hiện mất máu kèm theo như tri giác, da và niêm mạc, các thay đổi của sinh hiệu như mạch, huyết áp tâm thu; nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng ghi nhận hình ảnh xuất huyết do vỡ giãn TMTQ.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* xuất huyết do loét dạ dày - tá tràng, viêm dạ dày - tá tràng xuất huyết, ung thư dạ dày xuất huyết; bệnh nội khoa nặng đi kèm (nhồi máu cơ tim cấp, suy tim độ III-IV theo NYHA, suy thận mạn giai đoạn cuối, suy hô hấp, choáng nhiễm trùng); bệnh nhân dưới 18 tuổi.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Tính cỡ mẫu theo chỉ số chính xác qua đường cong ROC:

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2})^2 V(AUC)}{d^2}$$

Trong công thức trên: n là cỡ mẫu tối thiểu; $Z_{1-\alpha/2}$ là hệ số tin cậy ($Z_{1-\alpha/2}$ = 1,96); V(AUC) = (0,0099 × e) × (6 + 16), trong đó α = ϕ^{-1} (AUC) × 1,414 với ϕ^{-1} là hàm nghịch đảo của hàm phân phối tích lũy chuẩn, nghiên cứu của Li F và cộng sự về khả năng dự báo nguy cơ tái xuất huyết tiêu hóa của thang điểm ALBI ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn TMTQ là AUC = 0,654 [8], từ đó tính được ϕ^{-1} = 0,39; V(AUC) = 0,205; d là sai số ước tính (chọn d = 0,1).

Thay vào công thức, tính được cỡ mẫu tối thiểu là 79 bệnh nhân.

Bằng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, chúng tôi tuyển chọn được 81 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn TMTQ thỏa mãn điều kiện tham gia nghiên cứu.

2.5. Nội dung nghiên cứu

- Đặc điểm chung: tuổi và giới tính.
- Tiền sử và bệnh kèm theo: tiền sử vỡ giãn TMTQ, viêm gan B, viêm gan C, đái tháo đường và tăng huyết áp.
- Cận lâm sàng: nồng độ albumin (g/L), bilirubin toàn phần (µmol/L) và số lượng tiểu cầu (10^3/mm^3).
- Tình trạng tái xuất huyết: có/không tái xuất huyết.
- Điểm ALBI được tính theo công thức: ALBI = 0,66 × $\log_{10}$[bilirubin toàn phần (µmol/L)] - 0,085 × albumin (g/L). Chia 3 nhóm: nhóm 1 khi điểm ALBI ≤ -2,60; nhóm 2 khi điểm ALBI > -2,60 đến ≤ -1,39; nhóm 3 khi điểm ALBI > -1,39.
- Điểm EZ-ALBI được tính theo công thức: EZ-ALBI = bilirubin toàn phần (mg/dL) - 9 × albumin (g/dL). Chia 3 nhóm: nhóm 1 khi điểm EZ-ALBI ≤ -34,4; nhóm 2 khi điểm EZ-ALBI > -34,4 đến ≤ -22,2; nhóm 3 khi điểm EZ-ALBI > -22,2.
- Điểm PALBI được tính theo công thức: PALBI = 2,02 × $\log_{10}$[bilirubin (µmol/L)] - 0,37 × [log10 bilirubin]^2 - 0,04 × albumin (g/L) - 3,48 × log10 [tiểu cầu (10^9/L)] + 1,01 × [log10 tiểu cầu]^2. Chia 3 nhóm: nhóm 1 khi điểm PALBI ≤ -2,53; nhóm 2 khi điểm PALBI > -2,53 đến -2,09; nhóm 3 khi điểm PALBI > -2,09.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Số liệu được thu thập theo mẫu phiếu nghiên cứu thống nhất, bao gồm thông tin hành chính, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn TMTQ tại thời điểm nhập viện. Bệnh nhân được điều trị theo khuyến cáo hiện hành và theo dõi trong thời gian nằm viện để ghi nhận các biến cố như tái xuất huyết, truyền máu, can thiệp và tử vong, sau đó tiếp tục được theo dõi sau xuất viện để đánh giá tái xuất huyết và tử vong.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu thu thập được mã hóa và xử lý trên máy vi tính, sử dụng phần mềm SPSS 26.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số (n) và tỷ lệ phần trăm (%). Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn ($\overline{X}$ ± SD) nếu phân bố chuẩn, hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị) nếu phân bố không chuẩn. So sánh giữa các nhóm bằng kiểm định Chi-square hoặc Fisher's exact test ở biến định tính. So sánh giữa hai nhóm được thực hiện bằng kiểm định t-Student hoặc Mann-Whitney U tùy theo phân bố dữ liệu của biến định lượng. Giá trị tiên lượng của các thang điểm đối với xuất huyết tái phát được đánh giá bằng phân tích đường cong ROC và tính diện tích dưới đường cong (AUC). Ngưỡng ý nghĩa thống kê được xác định khi p < 0,05.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

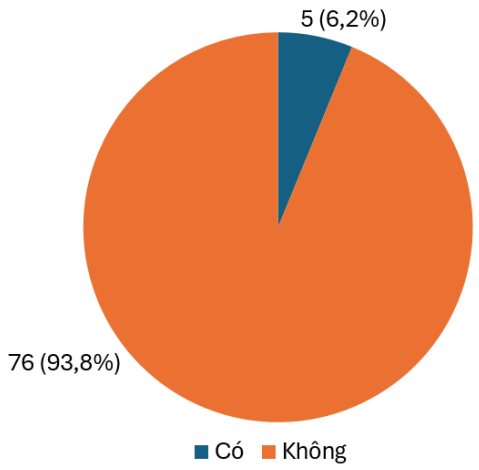
Đề tài đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ phê duyệt (số 25.188.HV/PCT-HĐĐĐ ngày 30 tháng 6 năm 2025) và được Bệnh viện Đa khoa Cà Mau chấp thuận cho thực hiện.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 81)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam giới	52	64,2
	Nữ giới	29	35,8
Tuổi (năm)		57,0 ± 11,9	
Tiền sử vỡ giãn TMTQ		8	9,9
Viêm gan B		9	11,1
Viêm gan C		3	3,7
Đái tháo đường		11	13,6
Tăng huyết áp		20	24,7
Nồng độ albumin (g/L)		33,6 ± 6,4	
Nồng độ bilirubin (mg/dL)		3,10 ± 0,21	
Số lượng tiểu cầu (10^3/mm^3)		97,2 ± 60,5	

Trong 81 bệnh nhân nghiên cứu, nam chiếm 64,2%, tuổi trung bình 57,0 ± 11,9. Tiền sử vỡ giãn TMTQ là 9,9%. Bệnh kèm thường gặp gồm tăng huyết áp (24,7%), đái tháo đường (13,6%), viêm gan B (11,1%) và viêm gan C (3,7%). Albumin 33,6 ± 6,4 g/L, bilirubin 3,10 ± 0,21 mg/dL và tiểu cầu 97,2 ± 60,5 × 10^3/mm^3.



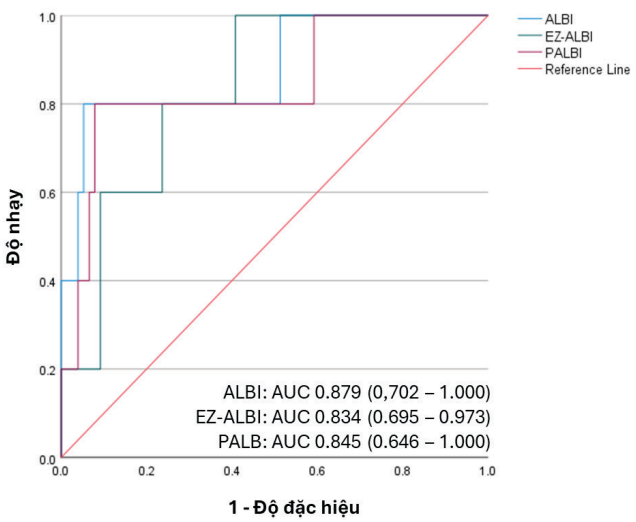
Biểu đồ 1. Tỷ lệ xuất huyết tái phát (n = 81)

Trong 81 bệnh nhân nghiên cứu, có 5 trường hợp (6,2%) xuất huyết tái phát.

Bảng 2. Đặc điểm các thang điểm ALBI, EZ-ALBI và PALBI theo kết cục xuất huyết tái phát

Phân loại		Tái xuất huyết		p
		Có (n = 5)	Không (n = 76)	
ALBI	ALBI nhóm 1	0	30 (39,5%)	< 0,001
	ALBI nhóm 2	3 (60,0%)	46 (60,5%)	
	ALBI nhóm 3	2 (40,0%)	0	
EZ-ALBI	EZ-ALBI nhóm 1	0	3 (3,9%)	0,073
	EZ-ALBI nhóm 2	1 (20,0%)	50 (65,8%)	
	EZ-ALBI nhóm 3	4 (80,0%)	23 (30,3%)	
PALBI	PALBI nhóm 1	3 (60,0%)	71 (93,4%)	< 0,001
	PALBI nhóm 2	1 (20,0%)	5 (6,6%)	
	PALBI nhóm 3	1 (20,0%)	0	

Phân tầng theo ALBI và PALBI cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa theo tái xuất huyết (p < 0,001), trong khi EZ-ALBI không đạt ý nghĩa thống kê (p = 0,073). Tái xuất huyết chủ yếu gặp ở các nhóm ALBI cao (ALBI 2-3). Với PALBI, biến cố tập trung ở nhóm điểm cao và không ghi nhận trường hợp không tái xuất huyết ở nhóm 3.



Biểu đồ 2. Giá trị của các thang điểm ALBI, EZ-ALBI và PALBI theo kết cục xuất huyết tái phát

Cả 3 thang điểm ALBI, EZ-ALBI và PALBI đều có giá trị dự báo xuất huyết tái phát ở mức tốt, trong đó ALBI có khả năng phân biệt cao nhất (AUC = 0,879), tiếp theo là PALBI (AUC = 0,845) và EZ-ALBI (AUC = 0,834).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành ở 81 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn TMTQ từ tháng 6/2025 đến tháng 1/2026. Kết quả cho thấy tỷ lệ tái xuất huyết trong mẫu nghiên cứu tương đối thấp, trong đó ALBI và PALBI có khả năng phân tầng nguy cơ tái xuất huyết có ý nghĩa, trong khi EZ-ALBI chỉ ghi nhận xu hướng liên quan. Trên phân tích ROC, cả 3 thang điểm đều cho thấy khả năng dự báo với ALBI đạt xu hướng hiệu năng phân biệt cao hơn, tiếp theo là PALBI và EZ-ALBI. Kết quả bước đầu gợi ý các thang điểm dựa trên xét nghiệm thường quy như ALBI và PALBI có thể có tiềm năng ứng dụng trong nhận diện sớm nhóm bệnh nhân nguy cơ cao sau đợt xuất huyết do vỡ giãn TMTQ.

Về đặc điểm chung, đối tượng nghiên cứu có đặc trưng phù hợp với quần thể bệnh nhân xơ gan có xuất huyết do tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Cụ thể, nam giới chiếm ưu thế (63,7%) và tuổi trung bình là 57,0 ± 11,9 năm. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Swarna A và cộng sự, trong đó nam giới chiếm 77,5% và tuổi trung bình là 52,6 năm [9]. Các bệnh đồng mắc như viêm gan virus, đái tháo đường và tăng huyết áp cho thấy đối tượng nghiên cứu không chỉ có bệnh gan mạn tính mà còn kèm theo các rối loạn chuyển hóa và tim mạch thường gặp ở nhóm tuổi trung niên và cao tuổi. Về cận lâm sàng, giảm albumin phản ánh suy giảm chức năng tổng hợp của gan, trong khi giảm tiểu cầu là hậu quả của tăng áp lực tĩnh mạch cửa và cường lách, phù hợp với sinh lý bệnh của xơ gan mất bù. Tỷ lệ tái xuất huyết 6,2% trong nghiên cứu này thấp hơn so với 9,0% trong nghiên cứu của Dương Quang Huy và cộng sự trên bệnh nhân xuất huyết vỡ giãn TMTQ [6]. Sự khác biệt này có thể liên quan đến cỡ mẫu nhỏ hơn, thời gian theo dõi ngắn hơn và hiệu quả kiểm soát chảy máu ban đầu. Các tổng quan cho thấy nguy cơ tái xuất huyết sớm vẫn ở mức cao, có thể đạt khoảng 30-40% trong vòng 6 tuần nếu không được kiểm soát và dự phòng đầy đủ [5], [9].

Kết quả quan trọng nhất của nghiên cứu là mối liên quan giữa các thang điểm ALBI, EZ-ALBI và PALBI với nguy cơ tái xuất huyết. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không ghi nhận trường hợp tái xuất huyết ở nhóm ALBI thấp, trong khi toàn bộ các trường hợp tái phát đều xuất hiện ở các nhóm ALBI cao hơn, gợi ý khả năng phân tầng nguy cơ của thang điểm này. Đồng thời, ALBI đạt giá trị AUC cao nhất trong 3 thang điểm, tiếp theo là PALBI và EZ-ALBI cho thấy khả năng phân biệt ở mức tương đối tốt. Mặc dù EZ-ALBI cũng ghi nhận AUC ở mức chấp nhận được, sự khác biệt giữa các nhóm phân loại chưa đạt ý nghĩa thống kê. Về mặt bệnh học, ALBI phản ánh trực tiếp chức năng gan thông qua bilirubin và albumin, từ đó phản ánh dự trữ gan và khả năng thích ứng với stress xuất huyết. Trong bối cảnh xuất huyết do vỡ giãn TMTQ, mức độ suy gan được xem là yếu tố quan trọng ảnh hưởng tiên lượng, điều này có thể giải thích giá trị dự báo của ALBI trong nghiên cứu hiện tại. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Dương Quang Huy và cộng sự, trong đó ALBI và PALBI đều có giá trị dự báo tái xuất huyết [6]. Ngoài ra, nghiên cứu của Elshaarawy O và cộng sự cũng ghi nhận ALBI và PALBI đều có giá trị dự báo tốt đối với kết cục lâm sàng với AUC lần lượt đạt 0,803 và 0,871 trong tiên lượng sống còn

sau xuất huyết vỡ giãn TMTQ [5]. Đối với PALBI, việc bổ sung số lượng tiểu cầu giúp phản ánh mức độ tăng áp lực tĩnh mạch cửa, cơ chế trung tâm dẫn đến hình thành và vỡ búi giãn, do đó có giá trị tiên lượng bổ sung so với ALBI. Các nghiên cứu gần đây cũng cho thấy PALBI có hiệu năng tốt với AUC dao động từ khoảng 0,79 đến trên 0,87 trong các nghiên cứu về tái xuất huyết và tử vong ngắn hạn [5], [10]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu hiện tại, ALBI vẫn có hiệu năng cao hơn PALBI, điều này có thể do ảnh hưởng của cỡ mẫu nhỏ và số biến cố thấp, cũng như vai trò nổi bật của suy gan trong giai đoạn sớm. Mặc dù EZ-ALBI có AUC tương đối tốt, việc không đạt ý nghĩa thống kê khi phân tầng theo nhóm có thể liên quan đến hạn chế về lực thống kê. Ngoài ra, EZ-ALBI là phiên bản đơn giản hóa của ALBI nên có khả năng làm giảm phần nào độ chính xác trong một số quần thể. Nhìn chung, các kết quả này gợi ý vai trò của các thang điểm sinh hóa trong tiên lượng biến cố ngắn hạn ở bệnh nhân xơ gan xuất huyết tiêu hóa, tuy nhiên cần được xác nhận thêm.

Nghiên cứu này có một số hạn chế cần được xem xét. Thứ nhất, thiết kế cắt ngang có phân tích không cho phép đánh giá quan hệ nhân quả cũng như tiên lượng dài hạn. Thứ hai, cỡ mẫu nhỏ và số biến cố tái xuất huyết thấp có thể ảnh hưởng đến độ ổn định của các ước lượng. Thứ ba, nghiên cứu thực hiện tại một trung tâm nên khả năng khái quát hóa còn hạn chế đối với các quần thể có mức độ bệnh nặng hơn. Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn có giá trị thực tiễn vì bước đầu cung cấp thêm bằng chứng rằng ALBI và PALBI là các công cụ đơn giản, khách quan và có thể hữu ích trong phân tầng nguy cơ tái xuất huyết ở bệnh nhân xơ gan có xuất huyết do vỡ giãn TMTQ.

5. KẾT LUẬN

Trong xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn TMTQ, thang điểm ALBI và PALBI cho thấy khả năng phân tầng nguy cơ tái xuất huyết tương đối tốt với ALBI có xu hướng hiệu năng cao hơn, trong khi EZ-ALBI có ghi nhận xu hướng liên quan dù chưa đạt ý nghĩa thống kê. Các nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn, thiết kế đa trung tâm và thời gian theo dõi dài hơn là cần thiết để xác nhận và chuẩn hóa giá trị ứng dụng của các thang điểm này trong thực hành lâm sàng.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Jakab S.S, Garcia-Tsao G. Evaluation and management of esophageal and gastric varices in patients with cirrhosis. Clinics in liver disease, 2020, 24 (3): 335-50. doi: 10.1016/j.cld.2020.04.011.

[2] Makpu J.D, Davwar P.M, David N.P, Duguru M.J, Okwute A, Okeke E.N. Assessing the relevance of Baveno VI Guidelines for esophageal varices in Sub-Saharan Africa: insights from a tertiary health institution in Nigeria. Gastroenterology, Hepatology and Endoscopy Practice, 2026, 6 (1). doi: 10.4103/ghep.ghep_36_25.

[3] Lesmana C.R.A, Shukla A, Kumar A, Shalimar, Qi X, Gani R.A et al. Management of acute variceal bleeding: updated APASL guidelines. Hepatology International, 2025, 19 (5): 1003-31. doi: 10.1007/s12072-025-10894-4.

[4] Kariyama K, Nouso K, Hiraoka A, Wakuta A, Oonishi A, Kuzuya T et al. EZ-ALBI score for predicting hepatocellular carcinoma prognosis. Liver Cancer, 2020, 9 (6): 734-43. doi: 10.1159/000508971.

[5] 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.

[6] Duong Quang Huy, Nguyen Van Chung, Dinh Tien Dong. Value of some scoring systems for the prognosis of rebleeding and in-hospital mortality in liver cirrhosis with acute variceal bleeding. Gastroenterology Insights, 2023, 14: 144-55. doi: 10.3390/gastroent14020011.

[7] Bộ môn Nội, Trường Đại học Y dược Cần Thơ. Xơ gan và các biến chứng. Trong: Giáo trình tiêu hóa. Nhà xuất bản Y học, 2024, tr. 181-204.

[8] Li F, Wang T, Liang J, Qian B, Tang F, Gao Y et al. Albumin-bilirubin grade and INR for the prediction of esophagogastric variceal rebleeding after endoscopic treatment in cirrhosis. Exp Ther Med, 2023, 26 (5): 501. doi: 10.3892/etm.2023.12200.

[9] Swarna A, Ramamoorthy M, Kini R, Annasamy C, Kalyanasundaram M, Immaneni S. Platelet-albumin-bilirubin score - a risk stratification scoring system to predict outcome of acute variceal bleeding in patients with cirrhosis. European journal of gastroenterology & hepatology, 2023, 35 (9): 1044-8. doi: 10.1097/meg.0000000000002600.

[10] Pham Van Hien, Phan Trung Nhan, Ho Tan Phat. PALBI score for mortality prediction after variceal bleeding in cirrhosis: performance and comparison with conventional scores. Egyptian Liver Journal, 2026, 16 (1): 21. doi: 10.1186/s43066-026-00504-9.