

CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND SOME FACTORS ASSOCIATED WITH ACUTE-ON-CHRONIC LIVER FAILURE IN PATIENTS WITH ACUTE DECOMPENSATED CIRRHOSIS

Duong Van Luong¹, Huynh Thi Hong Ngoc², Lam Phuoc Thien¹, Nguyen Thanh Liem^{1*}

¹Can Tho University of Medicine and Pharmacy - 179 Nguyen Van Cu, Tan An Ward, Can Tho City, Vietnam

²Can Tho Central General Hospital - 315 Nguyen Van Linh, Tan An Ward, Can Tho City, Vietnam

Received: 04/04/2026

Revised: 24/04/2026; Accepted: 25/06/2026

SUMMARY

Objectives: To determine the prevalence and some factors associated with acute-on-chronic liver failure (ACLF) in patients with acute decompensated cirrhosis at Can Tho Central General Hospital.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 130 patients with acute decompensated cirrhosis at Can Tho Central General Hospital from June 2025 to February 2026. The diagnosis of acute-on-chronic liver failure and acute decompensated cirrhosis was based on the 2023 European Association for the Study of the Liver (EASL) criteria, and ACLF grading was based on the CLIF-OF score (EASL Clinical Practice Guidelines on acute-on-chronic liver failure, 2023).

Results: The proportions of patients diagnosed with acute decompensation due to ascites, gastrointestinal bleeding, hepatic encephalopathy, and infection were 66.2%, 40%, 32.3%, and 47.7%, respectively. Forty-four patients (33.8%) developed acute-on-chronic liver failure (ACLF). The incidence rates of ACLF grades 1, 2, and 3 were 20.7%, 6.15%, and 6.91%, respectively. Patients with the number of acute decompensation manifestations ≥ 2 , AST levels ≥ 120 U/L, ALT levels ≥ 120 U/L, and serum sodium < 135 mmol/L had a significantly increased risk of developing ACLF ($p < 0.05$). Multivariate analysis showed that having ≥ 2 acute decompensation manifestations was the only independent risk factor associated with ACLF (OR = 5.95; $p = 0.001$).

Conclusion: The number of acute decompensation manifestations is an independent risk factor for acute-on-chronic liver failure; therefore, it is necessary to promptly identify acute decompensation manifestations in cirrhotic patients.

Keywords: ACLF, acute-on-chronic liver failure, acute decompensated cirrhosis.

*Corresponding author

Email: ntliem@ctump.edu.vn **Phone:** (+84) 918801525 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD8.5664

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN SUY GAN CẤP TRÊN NỀN MẠN Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN MẤT BÙ CẤP TÍNH

Dương Văn Lưỡng¹, Huỳnh Thị Hồng Ngọc², Lâm Phước Thiện¹, Nguyễn Thanh Liêm^{1*}

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ - 179 Nguyễn Văn Cừ, P. Tân An, Tp. Cần Thơ, Việt Nam

²Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ - 315 Nguyễn Văn Linh, P. Tân An, TP. Cần Thơ, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/04/2026

Ngày chỉnh sửa: 24/04/2026; Ngày duyệt đăng: 25/06/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ và một số yếu tố liên quan đến suy gan cấp trên nền mạn (ACLF) ở bệnh nhân xơ gan mất bù cấp tính tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 130 bệnh nhân xơ gan mất bù cấp tính tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 6 năm 2025 đến tháng 2 năm 2026. Chẩn đoán suy gan cấp trên nền mạn, xơ gan mất bù cấp tính dựa vào tiêu chuẩn của Hội Tiêu hóa Gan Mật Châu Âu năm 2023 và mức độ ACLF dựa vào thang điểm CLIF-OF ("EASL Clinical Practice Guidelines on acute-on-chronic liver failure," 2023).

Kết quả: Tỷ lệ bệnh nhân được chẩn đoán mất bù cấp tính do cổ trướng, xuất huyết tiêu hóa, bệnh não gan và nhiễm trùng lần lượt là 66,2%, 40%, 32,3% và 47,7%. Có 44 bệnh nhân (33,8%) có xuất hiện suy gan cấp trên nền mạn (ACLF). Tỷ lệ xuất hiện ACLF độ 1, độ 2, độ 3 lần lượt là 20,7%; 6,15% và 6,91%. Bệnh nhân có số lượng biểu hiện mất bù cấp tính ≥ 2 , nồng độ AST ≥ 120 U/L, ALT ≥ 120 U/L, và natri máu < 135 mmol/L làm tăng nguy cơ mắc ACLF có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Phân tích đa biến cho thấy số lượng biểu hiện mất bù cấp tính ≥ 2 làm tăng nguy cơ mắc ACLF (OR = 5,95; $p = 0,001$).

Kết luận: Số lượng biểu hiện mất bù cấp tính ≥ 2 làm tăng nguy cơ mắc suy gan cấp trên nền mạn, vì vậy, cần xác định các biểu hiện mất bù cấp tính ở các bệnh nhân xơ gan.

Từ khóa: ACLF, suy gan cấp trên nền mạn, xơ gan mất bù cấp tính.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là giai đoạn cuối của nhiều bệnh gan mạn tính, để lại gánh nặng y tế nặng nề và là một vấn đề sức khỏe toàn cầu với tỷ lệ tử vong cao. Trong diễn biến bệnh, đợt mất bù cấp tính (AD) là bước ngoặt lâm sàng quan trọng báo hiệu tiên lượng xấu đi rõ rệt (McCoy et al., 2025). Đặc biệt, một nhóm bệnh nhân AD sẽ tiến triển thành hội chứng suy gan cấp trên nền mạn (ACLF) khi chịu tác động từ các yếu tố thúc đẩy. Hội chứng này được đặc trưng bởi tình trạng đáp ứng viêm hệ thống, suy đa cơ quan và tỷ lệ tử vong trong 28 ngày rất cao, lên đến 30-40% ("EASL Clinical Practice Guidelines on acute-on-chronic liver failure," 2023). Việc đánh giá, phân tầng nguy cơ và phân loại bệnh nhân ACLF là rất quan trọng để đưa ra quyết định lâm sàng kịp thời. Tuy nhiên, tại Việt Nam, khái niệm ACLF và việc ứng dụng thuật ngữ này vào thực tiễn chẩn đoán, điều trị vẫn còn khá mới mẻ và cần thêm nhiều dữ liệu nghiên cứu thực chứng (Ngân, 2024). Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan suy gan cấp trên nền mạn ở bệnh nhân xơ gan mất bù cấp tính" nhằm tối ưu hóa chẩn đoán và hỗ trợ chiến lược điều trị cho nhóm bệnh nhân nguy cơ cao này.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Nội Tiêu hóa – Huyết học Lâm sàng Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 6/2025 đến tháng 2/2026.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân nhập viện vì xơ gan mất bù cấp tính theo tiêu chuẩn của Hội Tiêu hóa Gan Mật Châu Âu năm 2023 với các biểu hiện: cổ trướng, xuất huyết tiêu hóa, bệnh não gan hoặc nhiễm trùng ("EASL Clinical Practice Guidelines on acute-on-chronic liver failure," 2023) được nhóm nghiên cứu đánh giá trực tiếp vào thời điểm nhập viện tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Đối tượng từ 18 tuổi trở lên. Nhập viện vì xơ gan mất bù cấp tính. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có ung thư biểu mô tế bào gan.

*Tác giả liên hệ

Email: ntlieam@ctump.edu.vn Điện thoại: (+84) 918801525 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD8.5664

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ trong quần thể nghiên cứu:

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

Theo nghiên cứu của Tạ Thị Diệu Ngân và cộng sự năm 2024, tỷ lệ suy gan cấp trên nền mạn là 30,0% ($p = 0,3$) (Ngân, 2024). Áp dụng công thức tính cỡ mẫu với độ sai số ($d = 0,08$). Với các dữ liệu trên, chúng tôi tính được $n = 126$. Dự phòng trường hợp sai số, mất mẫu, chúng tôi lấy tròn 130 bệnh nhân. Đối tượng nghiên cứu được chọn theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện, thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

2.5. Nội dung nghiên cứu

Biến phụ thuộc: tất cả bệnh nhân thỏa có xơ gan mất bù cấp tính được thu thập thông tin lâm sàng, cận lâm sàng lúc nhập viện và được phân thành các mức độ ACLF theo thang điểm CLIF-C OFs của Hội Gan mật châu Âu ("EASL Clinical Practice Guidelines on acute-on-chronic liver failure," 2023):

+ Không có ACLF: không suy tạng hoặc suy 1 tạng có kèm theo creatinin $<1,5$ mg/dL và không có bệnh não gan, hoặc bệnh não gan giai đoạn III, IV kèm theo creatinine $<1,5$ mg/dL;

+ ACLF độ 1: bệnh nhân có 1 trong các tiêu chí suy thận hoặc suy 1 tạng ngoài thận (gan, hô hấp, tuần hoàn, rối loạn đông máu) có kèm theo creatinine $1,5 - <2,0$ mg/dL và/hoặc bệnh não gan giai đoạn I, II hoặc bệnh não gan giai đoạn III, IV có kèm theo creatinine $1,5 - <2,0$ mg/dL;

+ ACLF độ 2: suy 2 tạng;

+ ACLF độ 3: suy ≥ 3 tạng.

Bảng 1. Thang điểm CLIF-C OFs định nghĩa suy tạng

Điểm	1	2	3
Bilirubin TP (mg/dL)	$<6,0$	$\geq 6,0 - <12,0$	$\geq 12,0^*$
Creatinin (mg/dL)	$<2,0$	$\geq 2,0 - <3,5^*$	$\geq 3,5$ hoặc thay thế thận*
Phân độ West Haven	0	I-II	III-IV*
INR	$<2,0$	$\geq 2,0 - <2,5$	$\geq 2,5^*$
HATrB mmHg	≥ 70 mmHg	<70 mmHg	Sử dụng thuốc vận mạch*
PaO ₂ /FiO ₂ hoặc SpO ₂ / FiO ₂	<300	200 - 300	$\leq 200^*$
	>357	$>214 - \leq 357$	$\leq 214^*$

*tạng bị suy

Biến độc lập: biểu hiện mất bù cấp tính: cổ trướng, xuất huyết tiêu hóa, bệnh não gan hoặc nhiễm trùng (có hoặc không). Nhóm tuổi (≥ 60 và < 60). Giới tính (nam hoặc nữ), số lượng bạch cầu, tiểu cầu, nồng độ AST, ALT, natri máu.

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

Kỹ thuật, công cụ: Phiếu thu thập số liệu, máy đo huyết áp đồng hồ, ống nghe, máy đo độ bão hòa oxy, máy phân tích huyết học tự động CD 3700, máy xét nghiệm sinh hóa Hitachi 717, máy xét nghiệm đông máu tự động STA Compact, máy xét nghiệm miễn dịch cobas e601, máy siêu âm Toshiba FAMIO 5.

Quy trình thu thập số liệu: hỏi bệnh, đánh giá các biểu hiện mất bù cấp tính: cổ trướng, xuất huyết tiêu hóa, bệnh não gan hoặc nhiễm trùng. Khám lâm sàng ghi nhận thông tin bệnh nhân (tuổi, giới, cân nặng, tiền sử nghiện rượu, tiền sử nhiễm viêm gan siêu vi B, C mạn), kết quả cận lâm sàng (số lượng bạch cầu, tiểu cầu, nồng độ AST, ALT, natri máu), đánh giá biểu hiện ACLF, mức độ ACLF theo Hội Tiêu hóa Gan Mật Châu Âu.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 27.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số, tỷ lệ phần trăm. Xác định mối liên quan giữa biến độc lập và biến phụ thuộc bằng kiểm định chi-square, xác định odds ratio (OR) và khoảng tin cậy 95% (95% CI). Phân tích hồi quy logistic đa biến để xác định mối liên quan giữa biến độc lập và biến phụ thuộc. Xác định có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ số 25.383.HV/PCT-HĐĐĐ ngày 30/06/2025. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	≥ 60	75	57,7
	≤ 60	55	42,3
	Tuổi TB	61,1 ± 11,9	
Giới tính	Nam	83	63,8
	Nữ	47	36,2
Tiền sử nghiện rượu	Có	62	47,7
	Không	68	52,3
Tiền sử nhiễm viêm gan siêu vi B	Có	44	33,8
	Không	86	66,2
Tiền sử nhiễm viêm gan siêu vi C	Có	12	9,2
	Không	118	90,8
Tổng		130	100%

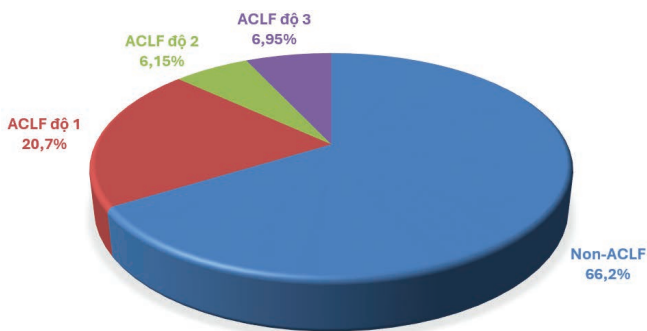
Tuổi trung bình là $61,1 \pm 11,9$; nam giới chiếm đa số (63,8%); tiền sử nghiện rượu, viêm gan siêu vi B mạn, viêm gan siêu vi C mạn lần lượt là 47,7%, 33,8% và 9,2%.

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Biểu hiện mất bù cấp tính	Xuất huyết tiêu hoá	52	40
	Bệnh não gan	42	32,3
	Nhiễm trùng	62	47,7
	Cổ trướng	86	66,2

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Bạch cầu ($10^9/L$)	<10	115	88,5
	≥ 10	15	11,5
	Trung bình	7,1 $\pm$ 3,1	
Tiểu cầu ($10^9/L$)	< 150	100	76,9
	≥ 150	30	23,1
	Trung bình	118,5 $\pm$ 67,7	
Nồng độ AST (U/L)	<40	26	20,0
	40-200	48	60,0
	>200	26	20,0
	Trung bình	158 $\pm$ 222,1	
Nồng độ ALT (U/L)	<40	68	52,3
	40-200	53	40,8
	>200	9	6,9
	Trung bình	83,5 $\pm$ 176,5	
Natri máu (mmol/L)	≤ 120	6	4,6
	120-130	36	27,7
	131-135	37	28,5
	>135	51	39,2
	Trung bình	132,3 $\pm$ 7,0	
Tổng		130	100%

Tỷ lệ bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa, bệnh não gan, nhiễm trùng, cổ trướng lần lượt là 40%, 32,3%, 47,7% và 66,2%. Số lượng bạch cầu máu: 7,1 $\pm$ 3,1. Số lượng tiểu cầu: 118,5 $\pm$ 67,7; AST: 158 $\pm$ 222,1; ALT: 83,5 $\pm$ 176,5; Natri máu: 132,3 $\pm$ 7,0.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ và mức độ bệnh nhân có suy gan cấp trên nền mạn

ACLF: suy gan cấp trên nền mạn; Non-ACLF: Không suy gan cấp trên nền mạn

Tỷ lệ bệnh nhân có suy gan cấp trên nền mạn chiếm 33,8%, trong đó, tỷ lệ xuất hiện ACLF độ 1, độ 2, độ 3 lần lượt là 20,7%, 6,15% và 6,95%.

3.2. Mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và suy gan cấp trên nền mạn

Bảng 4. Mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và suy gan cấp trên nền mạn

Đặc điểm		ACLF	Non-ACLF	OR (95%CI)	p
Nhóm tuổi	≥ 60	24 (32)	51 (68)	0,82 0,39-1,71	0,604
	< 60	20 (36,4)	35 (63,6)		
Giới tính	Nam	28 (33,7)	55 (66,3)	0,98 0,46-2,10	0,972
	Nữ	16 (34)	31 (66)		
Số lượng biểu hiện mất bù cấp tính	≥ 2	39 (46,4%)	45 (53,6)	7,09 2,56-19,60	<0,001
	1	5 (10,9)	41 (81,9)		
Bạch cầu ($10^9/L$)	≥ 10	8 (53,3)	7 (46,7)	2,50 0,85-7,45	0,099
	<10	36 (31,3)	79 (68,7)		
Tiểu cầu ($10^9/L$)	<150	30 (30)	70 (70)	0,49 0,21-1,13	0,096
	≥ 150	14 (46,7)	16 (53,3)		
Nồng độ AST (U/L)	≥ 120	20 (54,1)	17 (45,9)	3,38 1,52-7,49	0,002
	<120	24 (25,8)	69 (74,2)		
Nồng độ ALT (U/L)	≥ 120	11 (55,0)	9 (45,0)	2,85 1,08-7,52	0,034
	<120	33 (30,0)	77 (70,0)		
Natri máu (mmol/L)	<135	32 (40,5)	47 (59,5)	2,21 1,01-4,86	0,043
	≥ 135	12 (23,5)	39 (76,5)		
Tổng		44	86		

ACLF: suy gan cấp trên nền mạn; Non-ACLF: Không suy gan cấp trên nền mạn

Bệnh nhân có số lượng biểu hiện mất bù cấp tính ≥ 2 (OR = 7,09), nồng độ AST ≥ 120 (OR = 3,38), ALT ≥ 120 (OR = 2,85) và natri máu < 135 (OR = 2,21) làm tăng nguy cơ mắc ACLF có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 5. Phân tích hồi quy logistics đa biến giữa đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và suy gan cấp trên nền mạn

Yếu tố	OR	95%CI	p
Số lượng biểu hiện mất bù cấp tính ($\geq 2/1$)	5,95	2,03-17,54	0,001
Nồng độ AST ($\geq 120/<120$)	0,46	0,17-1,29	0,140
Nồng độ ALT ($\geq 120/<120$)	0,67	0,18-2,39	0,535
Natri máu (<135/ ≥ 135)	0,84	0,34-2,05	0,700

Phân tích hồi quy logistics đa biến cho thấy số lượng biểu hiện mất bù cấp tính ≥ 2 yếu tố nguy cơ độc lập duy nhất liên quan đến ACLF (OR = 5,95; p = 0,001).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 130 bệnh nhân xơ gan mất bù cấp tính cho thấy tuổi trung bình là $61,1 \pm 11,9$ tuổi, nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ là 63,8%. Về tiền sử nghiện rượu (47,7%) và viêm gan siêu vi B mạn (33,8%) là hai nguyên nhân hàng đầu. Kết quả này có sự tương đồng cao với nghiên cứu của Tạ Thị Diệu Ngân (2024) và Nguyễn Ngọc Phúc (2021) (Ngân, 2024; Phúc et al., 2021). Đặc điểm này phản ánh rõ sự khác biệt về mặt dịch tễ: trong khi ở các nước phương Tây, nguyên nhân chủ yếu là rượu và viêm gan siêu vi C mạn (như trong nghiên cứu CANONIC), thì tại Việt Nam và khu vực Châu Á, gánh nặng lại đến từ sự chồng lấp giữa tỷ lệ lưu hành viêm gan B cao và thói quen lạm dụng rượu bia (Moreau et al., 2013). Báo cáo đồng thuận của Hiệp hội Nghiên cứu Bệnh gan Châu Á - Thái Bình Dương cũng nhấn mạnh đây là hai yếu tố thúc đẩy ACLF đặc trưng nhất tại khu vực (Sarin et al., 2019).

Trong các yếu tố khởi phát đợt mất bù, cổ trướng chiếm tỷ lệ cao nhất (66,2%), tiếp theo là nhiễm trùng (47,7%), xuất huyết tiêu hóa (40%) và bệnh não gan (32,3%). Biểu hiện cổ trướng được cho là do có sự hiện diện của hội chứng tăng áp tĩnh mạch cửa và sự suy giảm chức năng tổng hợp kéo dài ở bệnh nhân xơ gan. Phân bố này tương đồng với báo cáo của Tạ Thị Diệu Ngân (2024), qua đó khẳng định các biến cố này là các biểu hiện lâm sàng then chốt đẩy nhanh tiến trình mất bù của xơ gan, đòi hỏi chiến lược tầm soát khẩn trương ngay lúc nhập viện (McCoy et al., 2025; Ngân, 2024).

Tỷ lệ xuất hiện ACLF trong nhóm nghiên cứu là 33,8%, trong đó chủ yếu tập trung ở ACLF độ 1 (20,7%). Con số này hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu đa trung tâm CANONIC của Moreau và cộng sự (2013) tại Châu Âu với tỷ lệ ACLF ghi nhận là 30,9% (Moreau et al., 2013). Tại Việt Nam, nghiên cứu của Tạ Thị Diệu Ngân (2024) cũng báo cáo tỷ lệ ACLF là 30% (Ngân, 2024). Sự nhất quán qua các nghiên cứu này khẳng định rằng cứ khoảng 3 bệnh nhân xơ gan nhập viện vì đợt mất bù cấp thì sẽ có 1 bệnh nhân tiến triển thành suy gan cấp trên nền mạn. Mặc dù ACLF độ 2 và 3 chiếm tỷ lệ thấp hơn (lần lượt 6,15% và 6,95%), đây lại là nhóm đại diện cho tình trạng suy sụp tuần hoàn - hô hấp nặng nề, đòi hỏi can thiệp hồi sức tích cực lập tức do tỷ lệ tử vong ngắn hạn rất cao ("EASL Clinical Practice Guidelines on acute-on-chronic liver failure," 2023; Moreau et al., 2013).

Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy sự hiện diện đồng thời của ≥ 2 biểu hiện mất bù cấp tính làm tăng nguy cơ mắc ACLF (OR = 5,95; p = 0,001). Các chỉ số sinh hóa như AST, ALT hay hạ natri máu không có ý nghĩa thống kê khi kiểm soát nhiễu bằng phương pháp hồi quy đa biến, cho thấy tác động của chúng ở đơn biến có thể bị chi phối bởi mức độ nặng lâm sàng chung. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu CANONIC của Moreau (2013), Jalan (2012) và Tạ Thị Diệu Ngân (2024), khẳng định gánh nặng từ tổ hợp các biến chứng mất bù có giá trị phân tầng nguy cơ vượt trội hơn hẳn các xét nghiệm đơn lẻ (Jalan et al., 2012; Moreau et al., 2013; Ngân, 2024; Trebicka & Fernandez, 2020). Về mặt ứng dụng, đặc điểm này giúp nhân viên y tế nhận diện nhanh chóng nhóm bệnh nhân nguy cơ cao mắc suy gan cấp trên

nền mạn, từ đó chủ động điều trị và tiên lượng diễn tiến của bệnh, giúp cải thiện tỷ lệ sống còn (Arroyo et al., 2020).

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 130 bệnh nhân xơ gan mất bù cấp tính, tỷ lệ mắc suy gan cấp trên nền mạn chiếm 33,8%, chủ yếu là độ 1. Khi phân tích đơn biến, yếu tố về số lượng biểu hiện mất bù cấp tính, chỉ số AST, ALT, hạ natri máu có liên quan đến suy gan cấp trên nền mạn, điều này có ý nghĩa thống kê. Phân tích hồi quy đa biến cho thấy khi các biểu hiện mất bù cấp tính ≥ 2 làm tăng nguy cơ mắc suy gan cấp trên nền mạn.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Arroyo, V., Moreau, R., & Jalan, R. (2020). Acute-on-Chronic Liver Failure. *N Engl J Med*, 382(22), 2137-2145. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1914900>
- [2] EASL Clinical Practice Guidelines on acute-on-chronic liver failure. (2023). *J Hepatol*, 79(2), 461-491. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2023.04.021>
- [3] Jalan, R., Gines, P., Olson, J. C., Mookerjee, R. P., Moreau, R., Garcia-Tsao, G., Arroyo, V., & Kamath, P. S. (2012). Acute-on-chronic liver failure. *Journal of hepatology*, 57(6), 1336-1348. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2012.06.026>
- [4] McCoy, M. S., Angeli, P., & Trebicka, J. (2025). Acute and non-acute decompensation of liver cirrhosis. *Liver Int*, 45(3), e15861. <https://doi.org/10.1111/liv.15861>
- [5] Moreau, R., Jalan, R., Gines, P., Pavesi, M., Angeli, P., Cordoba, J., Durand, F., Gustot, T., Saliba, F., & Domenicali, M. (2013). Acute-on-chronic liver failure is a distinct syndrome that develops in patients with acute decompensation of cirrhosis. *Gastroenterology*, 144(7), 1426-1437. e1429. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2013.02.042>
- [6] Ngân, T. T. D. (2024). Yếu tố liên quan đến suy gan cấp trên nền bệnh gan mạn tính (ACLF) ở bệnh nhân xơ gan mất bù điều trị tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 540(3). <https://doi.org/doi.org/10.51298/vmj.v540i3.10492>
- [7] Phúc, N. N., Kính, N. V., Cửu, M. Đ., Tuấn, N. V., Anh, Đ. N., Trang, P. D., Huy, N. Q., & Kiên, Đ. V. (2021). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố tiên lượng sớm nguy cơ tử vong do suy gan cấp trên bệnh nhân viêm gan B mạn tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương (2018-2019). *Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam*, 1(33), 2-6. <https://doi.org/doi.org/10.59873/vjid.v1i33.77>
- [8] Sarin, S. K., Choudhury, A., Sharma, M. K., Maiwall, R., Al Mahtab, M., Rahman, S., Saigal, S., Saraf, N., Soin, A., & Devarbhavi, H. (2019). Acute-on-chronic liver failure: consensus recommendations of the Asian Pacific association for the study of the liver (APASL): an update. *Hepatology international*, 13(4), 353-390. <https://doi.org/10.1007/s12072-019-09946-3>
- [9] Trebicka, J., & Fernandez. (2020). The PREDICT study uncovers three clinical courses of acutely decompensated cirrhosis that have distinct pathophysiology. *Journal of hepatology*, 73(4), 842-854. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2020.06.013>