

Nghiên cứu giá trị tiên lượng của thang điểm CLIF-C AD ở bệnh nhân xơ gan

Phan Trung Nam^{1*}, Trần Thị Thu Chinh¹, Trần Phạm Chí²

(1) Trung tâm Tiêu hoá - Nội soi, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

(2) Khoa Nội tiêu hoá, Bệnh viện Trung ương Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Bệnh nhân xơ gan có nguy cơ gặp biến chứng nghiêm trọng. Thang điểm CTP, MELD được sử dụng phổ biến nhưng có một số hạn chế trong tiên lượng ngắn hạn. Thang điểm CLIF-C AD mới được đề xuất và cho kết quả tốt tiên lượng biến chứng và tử vong ngắn hạn ở bệnh nhân xơ gan mất bù. Mục tiêu nghiên cứu này khảo sát giá trị tiên lượng của CLIF-C AD nguy cơ tái nhập viện và tử vong của bệnh nhân trong 1, 3 và 6 tháng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 110 bệnh nhân xơ gan mất bù nhập viện từ 06/2022 - 01/2024 được điều trị, theo dõi tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế. Đánh giá thang điểm CTP, MELD, MELD-Na và CLIF-C AD trong vòng 48h từ khi nhập viện, so sánh diện tích dưới đường cong ROC (AUC) dự đoán biến cố xơ gan của bệnh nhân trong thời gian 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng. **Kết quả:** Nguyên nhân gây xơ gan trên 110 bệnh nhân gồm rượu (52,7%), viêm gan B (25,5%), viêm gan C (2,7%), phối hợp rượu với viêm gan virus (19,1%). Biến cố mất bù chủ yếu là báng bụng, xuất huyết tiêu hóa. Giá trị trung bình điểm CLIF-C AD là $51,31 \pm 8,51$. CLIF-C AD dự đoán tái nhập viện tốt hơn CTP, MELD và MELD - Na ở thời điểm 3 và 6 tháng (AUC: 0,751 và 0,718), trong đó, giá trị tiên lượng tái nhập viện vì biến cố xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch ở thời điểm 3 tháng với AUC là 0,755. CLIF-C AD có giá trị dự đoán tử vong ở cả 3 thời điểm theo dõi với AUC lần lượt là 0,691, 0,732 và 0,756. **Kết luận:** CLIF-C AD có giá trị cao trong tiên lượng tái nhập viện và có khả năng dự đoán tử vong ở bệnh nhân xơ gan mất bù.

Từ khóa: xơ gan, tiên lượng, CLIF-C AD.

Prognostic value of CLIF-C AD score in cirrhotic patients

Phan Trung Nam^{1*}, Tran Thi Thu Chinh¹, Tran Pham Chi²

(1) Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

(2) Hue Central Hospital

Abstract

Background: Cirrhotic patients are at risk of severe complications. The CTP and MELD scores are commonly used but have certain limitations in short-term prognostication. The newly proposed CLIF-C AD score has shown good results in predicting short-term complications and mortality in decompensated cirrhosis patients. This study aims to evaluate the prognostic value of CLIF-C AD in predicting the risk of rehospitalization and mortality in patients at 1, 3, and 6 months. **Methods and materials:** A total of 110 decompensated cirrhosis patients admitted between June 2022 and January 2024 were treated and monitored at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital and Hue Central Hospital. The CTP, MELD, MELD-Na, and CLIF-C AD scores were assessed within 48 hours of hospital admission. The area under the ROC curve (AUC) was used to compare their predictive performance for cirrhosis-related events at 1, 3, and 6 months. **Results:** Among the 110 patients, cirrhosis was caused by alcohol (52.7%), hepatitis B (25.5%), hepatitis C (2.7%), and a combination of alcohol and viral hepatitis (19.1%). The primary decompensating events were ascites and variceal bleeding. The mean CLIF-C AD score was 51.31 ± 8.51 . The CLIF-C AD score predicted rehospitalization better than CTP, MELD, and MELD-Na at 3 and 6 months (AUC: 0.751 and 0.718). Specifically, its predictive value for rehospitalization due to variceal bleeding at 3 months was AUC = 0.755. CLIF-C AD also showed prognostic value for mortality at all three time points, with AUC values of 0.691, 0.732, and 0.756, respectively. **Conclusion:** The CLIF-C AD score has a high prognostic value in predicting rehospitalization and is a reliable predictor of mortality in decompensated cirrhosis patients.

Keyword: Cirrhosis, Prognostic, CLIF-C AD.

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

Ngày nhận bài: 17/3/2025; Ngày đồng ý đăng: 20/5/2025; Ngày xuất bản: 10/6/2025

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên toàn thế giới [1]. Việt Nam là nước có tỷ lệ mắc bệnh xơ gan cao, chiếm tới 5% dân số, nguyên nhân chính do vi rút viêm gan và rượu [2]. Tiến triển của xơ gan ở giai đoạn mất bù với biến chứng thường gặp là báng, xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch, bệnh não gan, hội chứng gan thận. Những biến cố này xảy ra làm giảm thời gian sống sót trung bình từ trên 12 năm ở bệnh nhân xơ gan còn bù xuống còn khoảng 2 năm với xơ gan mất bù [3]. Bệnh nhân xơ gan mất bù cấp tính có tiên lượng rất khác nhau phụ thuộc vào việc họ có đợt cấp suy gan mạn hay không. Tuy nhiên, ngay cả khi không có đợt cấp suy gan mạn, bệnh nhân xơ gan mất bù cấp vẫn có nguy cơ tử vong ngắn hạn cao, tỷ lệ tử vong trong 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 1 năm lần lượt là 4,6%, 12,6%, 18,3% và 27,6% [4]. Các thang điểm truyền thống như Child - Turcotte - Pugh (CTP) và Model of End - Stage Liver Disease (MELD), mặc dù được sử dụng phổ biến, vẫn có một số hạn chế nhất định [5, 6]. Thang điểm CLIF-C AD (Chronic Liver Failure Consortium - Acute Decompensation) đã được đề xuất vì có khả năng tiên lượng ở bệnh nhân xơ gan mất bù. Bệnh nhân có điểm CLIF-C AD cao liên quan với tần suất rối loạn chức năng cơ quan cao hơn, tăng nguy cơ xuất hiện biến chứng mới của xơ gan và gia tăng nguy cơ tử vong ngắn hạn [6]. Ở Việt Nam nói chung và ở khu vực miền Trung nói riêng, chưa có nhiều nghiên cứu về thang điểm CLIF-C AD. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 2 mục tiêu: (1) *Khảo sát thang điểm CLIF-C AD ở bệnh nhân xơ gan mất bù nhập viện điều trị.* (2) *Đánh giá giá trị của thang điểm CLIF-C AD trong tiên lượng tái nhập viện và tử vong trong vòng 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bao gồm 110 bệnh nhân nhập viện điều trị tại khoa Nội tiêu hóa, Bệnh viện Trung ương Huế và Khoa Nội Tổng hợp, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ tháng 06/2022 đến tháng 01/2024 thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:

2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bệnh nhân xơ gan từ 18 tuổi trở lên nhập viện vì biến cố mất bù.
- Bệnh nhân hoặc người nhà đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân ung thư gan theo tiêu chuẩn Milan trên nền xơ gan.
- Bệnh nhân có đợt cấp suy gan mạn (ACLF) lúc

nhập viện dựa trên điểm CLIF-C OF và CLIF-C ACLF

- Bệnh nhân có bệnh mạn tính ngoài gan nặng: suy tim, suy thận nặng, bệnh nhân nhiễm HIV, bệnh nhân đang điều trị liệu pháp ức chế miễn dịch.

- Bệnh nhân mất theo dõi trong vòng 6 tháng kể từ thời điểm nhập viện.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang có theo dõi dọc trong thời gian 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng.

- Tất cả bệnh nhân được hỏi tiền sử, bệnh sử, thăm khám lâm sàng và làm các xét nghiệm trong vòng 48 giờ và được điều trị theo phác đồ thống nhất của bệnh viện.

- Tính các điểm số tiên lượng: CTP, MELD, MELD-Na, CLIF-C AD [4, 5, 7]

$$\text{MELD} = 11,2 \times \ln(\text{INR}) + 3,78 \times \ln(\text{bilirubin}) + 9,57 \times \ln(\text{creatinine}) + 6,43.$$

$$\text{MELD-Na} = \text{MELD} - \text{Na} - [0,025 \times \text{MELD} \times (140 - \text{Na})] + 140$$

(Điểm MELD và MELD-Na làm tròn đến số nguyên dương gần nhất).

$$\text{CLIF-C ACLF} = 10 \times [0,33 \times \text{CLIF-C OF} + 0,04 \times \text{tuổi} + 0,63 \times \ln(\text{SL bạch cầu}) - 2]$$

Hoặc tính điểm CLIF-C ACLF trên trang web: <http://www.efclif.com>.

Điểm CLIF-C ACLF có giá trị từ 0 đến 100 điểm [8].

- Bệnh nhân không thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán ACLF sau khi tính toán điểm CLIF-C ACLF tiếp tục được tính điểm CLIF-C AD.

$$\text{CLIF-C AD} = 10 \times 0,03 \times \text{tuổi} + 0,66 \times \ln(\text{creatinine}) + 1,71 \times \ln(\text{INR}) + 0,88 \times \ln(\text{BC}) - 0,05 \times \text{Na}^+ + 8$$

(Trong đó, creatinin tính theo mg/dl, số lượng bạch cầu theo $10^9/\text{L}$, Na^+ theo mmol/L) hoặc tính điểm CLIF-C AD trên trang web: <http://www.efclif.com> [4].

Điểm CLIF-C AD được làm tròn, có giá trị từ 0 đến 100 điểm.

- Sau khi tính toán, bệnh nhân được phân thành 3 nhóm nguy cơ dựa trên điểm CLIF-C AD:

+ Nguy cơ thấp: điểm CLIF-C AD ≤ 45

+ Nguy cơ trung bình: $45 < \text{điểm CLIF-C AD} < 60$

+ Nguy cơ cao: điểm CLIF-C AD ≥ 60

- Phương thức theo dõi: thăm khám khi bệnh nhân nhập viện, tái khám hoặc phỏng vấn gián tiếp qua điện thoại.

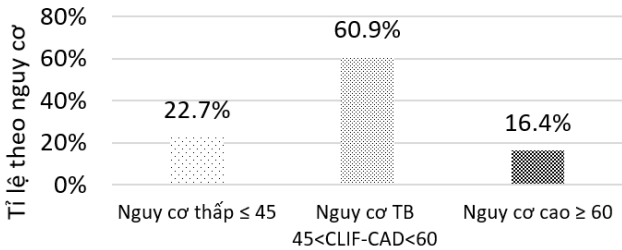
2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 27.0, Microsoft Office Excel 2019 và MedCalc 20.1.4. Xây dựng đường cong ROC, tìm điểm cắt, độ nhạy, độ đặc hiệu, khoảng tin cậy 95% của các công cụ tiên lượng. So sánh giá trị tiên lượng của điểm CLIF-C AD với thang điểm khác theo từng biến cố ở mỗi thời điểm theo dõi.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thực hiện trên 110 bệnh nhân xơ gan mất bù thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh với độ tuổi trung bình $55,07 \pm 11,18$, tỷ lệ nam/nữ là 5,47/1. Nguyên nhân gây xơ gan chủ yếu do rượu, virus viêm gan B, virus viêm gan C và phối hợp rượu với viêm gan virus lần lượt là 52,7%, 25,5%, 2,7%, 19,1%. Tất cả đối tượng nghiên cứu đều có phân độ CTP B và C, điểm CTP trung bình là $9,55 \pm 1,85$. Điểm số MELD và MELD – Na lần lượt là $16,34 \pm 5,32$ và $19,05 \pm 6,19$. Giá trị trung bình điểm CLIF-C AD là $51,31 \pm 8,51$, không có sự khác biệt giá trị CLIF-C AD giữa nam và nữ, tỷ lệ phân nhóm nguy cơ thấp, trung bình, cao ở Biểu đồ 1.

Phân nhóm nguy cơ theo điểm CLIF - C AD



Biểu đồ 1. Phân nhóm CLIF-C AD của đối tượng nghiên cứu (n = 110)

3.1. Giá trị tiên lượng tái nhập viện của CLIF-C AD ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Giá trị trung bình CLIF-C AD theo kết cục tái nhập viện (n = 110)

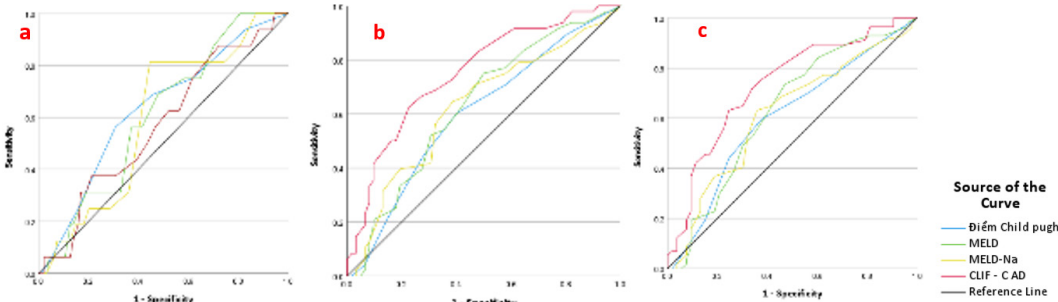
Bệnh nhân tái nhập viện (n; %)		CLIF-C AD	p
Trong 1 tháng	Có (16; 14,5)	$52,81 \pm 7,99$	0,370
	Không (94; 85,5)	$51,05 \pm 8,62$	
Trong 3 tháng	Có (48; 43,6)	$55,29 \pm 8,22$	< 0,001
	Không (62; 56,4)	$48,23 \pm 7,44$	
Trong 6 tháng	Có (57; 51,8)	$54,40 \pm 8,13$	< 0,001
	Không (53; 48,2)	$47,98 \pm 7,68$	

Điểm CLIF-C AD trung bình ở nhóm tái nhập viện cao hơn nhóm còn lại ở thời điểm theo dõi 3 tháng và 6 tháng ($p < 0,001$).

Bảng 2. Kết cục tái nhập viện theo nhóm nguy cơ CLIF-C AD (n=110)

Nhóm nguy cơ bệnh nhân	Tái nhập viện 1 tháng n (%)	Tái nhập viện 3 tháng n (%)	Tái nhập viện 6 tháng n (%)
Thấp (n=25)	2 (8)	4 (16)	6 (24)
Trung bình (n=67)	11 (16,4)	31 (46,3)	38 (56,7)
Cao (n=18)	3 (16,7)	13 (72,2)	13 (72,2)

Nhóm bệnh nhân có thuộc nhóm nguy cơ CLIF-C AD càng cao có tỷ lệ tái nhập viện càng cao ở tất cả các thời điểm theo dõi.



Biểu đồ 2. Giá trị tiên lượng tái nhập viện của các thang điểm vào thời điểm (a): 1 tháng, (b): 3 tháng, (c): 6 tháng

Thang điểm CLIF-C AD có giá trị dự đoán tốt đối với nguy cơ tái nhập viện trong 3 tháng (AUC = 0,751, giá trị ngưỡng 52,5, độ nhạy 62,5%, độ đặc hiệu 77,4%) và 6 tháng (AUC = 0,735, giá trị ngưỡng 51,5, độ nhạy 63,2%, độ đặc hiệu 75,5%) ($p < 0,001$). Thang điểm này tốt hơn so với các thang điểm CTP, MELD và MELD-Na trong việc dự đoán nguy cơ tái nhập viện sau 3 và 6 tháng (Biểu đồ 2). Ngoài ra, CLIF-C AD có giá trị dự đoán tái XHTH do vỡ giãn tốt trong 3 tháng (AUC = 0,755, giá trị ngưỡng 52,5, độ nhạy 73,9%, độ đặc hiệu 63,2%) và tốt hơn so với MELD-Na (AUC = 0,623; $p = 0,02$).

3.2. Giá trị tiên lượng tử vong của CLIF-C AD ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 3. Giá trị trung bình điểm CLIF-C AD theo kết cục tử vong (n=110)

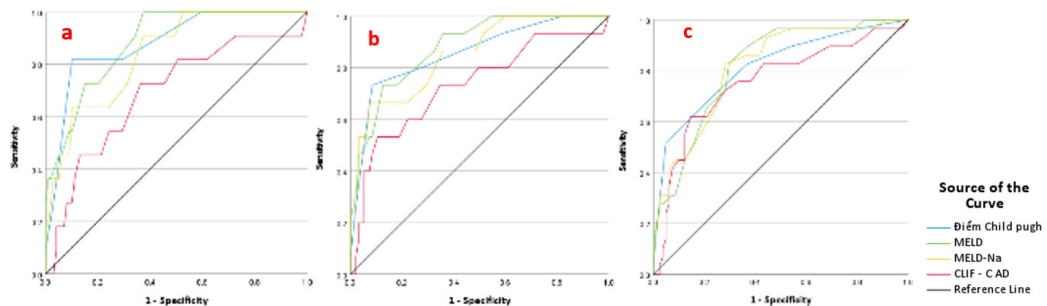
Bệnh nhân tử vong (n; %)		CLIF-C AD	p
Trong 1 tháng	Có (11; 10,0)	55,82 ± 10,46	0,038
	Không (99; 90,0)	50,81 ± 8,18	
Trong 3 tháng	Có (15; 13,6)	57,27 ± 10,31	0,004
	Không (95; 86,4)	50,37 ± 7,85	
Trong 6 tháng	Có (29; 26,4)	56,41 ± 8,60	< 0,001
	Không (81; 73,6)	49,48 ± 7,75	

Điểm CLIF-C AD ở nhóm tử vong cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm sống sót ở tất cả các thời điểm theo dõi.

Bảng 4. Kết cục tử vong theo nhóm nguy cơ CLIF-C AD (n=110)

Nhóm nguy cơ bệnh nhân	Tử vong trong 1 tháng n (%)	Tử vong trong 3 tháng n (%)	Tử vong trong 6 tháng n (%)
Thấp (n=25)	1 (4,0)	1 (4,0)	3 (12,0)
Trung bình (n=67)	5 (7,5)	6 (9,0)	14 (20,9)
Cao (n=18)	5 (27,8)	8 (44,4)	12 (66,7)

Nhóm nguy cơ theo điểm CLIF-C AD càng cao có tỷ lệ tử vong càng cao



Biểu đồ 3. Giá trị tiên lượng tử vong của các thang điểm vào thời điểm (a): 1 tháng, (b): 3 tháng, (c): 6 tháng

Ở Biểu đồ 3 cho thấy, CLIF-C AD có giá trị dự đoán tử vong tốt trong 3 tháng (AUC = 0,732, giá trị ngưỡng 59,5 điểm, độ nhạy 53,3%, độ đặc hiệu 89,5%) và trong 6 tháng (AUC = 0,756, giá trị ngưỡng 55,5, độ nhạy 62,1%, độ đặc hiệu 85,2%), tương đối yếu trong 1 tháng (AUC = 0,691, giá trị ngưỡng 52,5 điểm, độ nhạy 72,7%, độ đặc hiệu 63,6%).

4. BÀN LUẬN

Đây là một trong những nghiên cứu đầu tiên tại khu vực miền Trung – Tây Nguyên áp dụng thang điểm CLIF-C AD trong dự báo, tiên lượng kết cục lâm sàng của bệnh nhân xơ gan mất bù nhập viện điều trị, được thực hiện tại 2 bệnh viện hàng đầu của khu vực.

Độ tuổi trung bình nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu này là 55,07 ± 11,18 tuổi, phù hợp với các kết

quả nghiên cứu của tác giả trong nước và quốc tế, như nghiên cứu của Võ Thị Minh Đức là 55 ± 11,1 tuổi [9]; Nguyễn Thị Thuận: 54,7 ± 10,4 [10]; tác giả Rajiv: 57,6 ± 12,4 [4] và Caroline Baldin: 55 ± 14 tuổi [6]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nam giới trong nhóm nghiên cứu chiếm đa số với 84,5%, tỷ lệ nam/nữ là 5,47/1. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu trong nước có cùng nhóm đối tượng

nguyên cứu là xơ gan mất bù như của Võ Thị Minh Đức, nam giới chiếm gấp 6,3 lần so với nữ giới [9]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thuận cho thấy tỷ lệ nam/nữ là 4,86/1 [10]. Khi so sánh với các nghiên cứu trên thế giới, giới nam chiếm ưu thế từ 62,8% đến 85% [11], [4]. Ngoài ra, có đến 52,7% bệnh nhân xơ gan có tiền sử lạm dụng rượu, tiếp theo là nguyên nhân viêm gan virus B và đồng thời do rượu và viêm gan virus B. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu trong nước cho thấy xơ gan do rượu chiếm đa số với tỷ lệ 61,0% đến 72,5%, viêm gan B là 31,4% và viêm gan C là 10,8% [9], [10]. Tuy nhiên, có sự khác biệt về nguyên nhân xơ gan đối với các nghiên cứu ngoài nước. Tại Châu Á, nghiên cứu của Yu Shi cho thấy phần lớn xơ gan gây ra do HBV (67,2%), theo sau là rượu (22,2%) [12]. Tại Brazil, nghiên cứu của Caroline Baldin ghi nhận 32% trường hợp xơ gan do HCV, 20% xơ gan rượu, 9% phối hợp hai nguyên nhân này [6]. Điều này cho thấy, có sự khác biệt nguyên nhân gây xơ gan tại mỗi quốc gia, khu vực trên thế giới với những đặc điểm riêng đặc trưng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, giá trị trung bình CLIF-C AD là $51,31 \pm 8,51$ điểm, giá trị lớn nhất là 78 điểm và nhỏ nhất là 33 điểm. Không có sự khác biệt khi so sánh giá trị trung bình điểm CLIF-C AD giữa nam và nữ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với một số nghiên cứu khác, như nghiên cứu của Rajiv Jalan và cộng sự có giá trị CLIF-C AD trung bình là $51,2 \pm 8,7$ điểm [4]; Artur Gião Antunes ghi nhận điểm CLIF-C AD trung bình là $54,88 \pm 8,79$ điểm [11]; trong nghiên cứu của Jonel Trebicka với điểm CLIF-C AD là 50 ± 8 điểm [13]. Phần lớn đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có điểm CLIF-C AD nằm trong nhóm nguy cơ trung bình (45-60 điểm) với tỷ lệ 60,9%, tiếp đó là nhóm nguy cơ thấp (≤ 45 điểm) có tỷ lệ 22,7% và nhóm nguy cơ cao (≥ 60 điểm) chiếm tỷ lệ 16,4%. Nghiên cứu của Caroline Baldin cho kết quả khá tương đồng với nhóm nguy cơ cao, trung bình và thấp lần lượt là 11%, 62% và 27% [6]. Nghiên cứu của Lukas Sturm cho thấy tỷ lệ cao nhất ở nhóm nguy cơ trung bình 59,3%, tiếp đến là nhóm nguy cơ thấp 33,4% và nguy cơ cao là 7,3% [14].

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tái nhập viện do mọi nguyên nhân ở thời điểm 1 tháng là 14,5%; 3 tháng là 43,6% và 6 tháng là 51,8 %, phần lớn bệnh nhân tái nhập viện do băng căng có/không kèm nhiễm trùng. Giá trị tiên lượng của CLIF-C AD cho kết cục tái nhập viện ở các thời điểm 3 tháng và 6 tháng với diện tích dưới đường cong lần lượt là 0,751 ($p<0,001$) và 0,735 ($p<0,001$). Nguy cơ phân theo nhóm điểm CLIF-C AD càng cao liên quan với tỷ lệ tái nhập viện càng cao. Phân tích diện tích dưới

đường cong ROC (AUC), thấy rằng AUC của điểm CLIF-C AD có giá trị tiên đoán cao hơn CTP, MELD và MELD-Na ở các thời điểm theo dõi 3 tháng và 6 tháng ($p<0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhận định của một số nghiên cứu trên thế giới cho thấy CLIF-C AD có giá trị tiên lượng trong ngắn hạn tốt hơn so với một số thang điểm cổ điển [10]. Khi phân tích các biến cố cụ thể về tái nhập viện, chúng tôi ghi nhận tại thời điểm 3 tháng và 6 tháng tỷ lệ XHTH do vỡ giãn lần lượt là 20,9% và 30,0%. Khi phân tích dưới đường cong ROC kết quả cho thấy chỉ có CLIF-C AD là có giá trị tiên lượng về biến cố XHTH do vỡ giãn ở 3 tháng với AUC là 0,755 (điểm cắt 52,5; độ nhạy 73,9%; độ đặc hiệu 63,2%) ($p<0,001$). Các thang điểm khác chưa thấy có giá trị tiên lượng về biến cố này ở các thời điểm.

Theo dõi bệnh nhân với biến cố tử vong, chúng tôi ghi nhận được tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân trong 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng lần lượt là 10%; 13,6% và 26,4%. Khả năng tiên lượng trung bình ở thời điểm 3 tháng với AUC là 0,732; điểm cắt 59,5; độ nhạy 53,3% và độ đặc hiệu là 89,5% ($p=0,004$); ở thời điểm 6 tháng AUC của CLIF-C AD là 0,756 với điểm cắt 55,5; độ nhạy và đặc hiệu lần lượt là 62,1% và 85,2% ($p<0,001$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với một số nghiên cứu trên thế giới. Nghiên cứu của Rajiv Jalan (2015) khảo sát trên 500 bệnh nhân bất kỳ không có ACLF từ mẫu nghiên cứu CANONIC ghi nhận AUC ở thời điểm 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng của CLIF-C AD có giá trị ở mức khá với 0,750; 0,743 và 0,71 [4]. Tác giả Artur Gião Antunes ghi nhận CLIF-C AD có AUC ở mức yếu khi dự đoán ở thời điểm 1 tháng và 3 tháng, cụ thể là 0,689 và 0,672 tương ứng 2 thời điểm. Đồng thời khi so sánh với các công cụ khác, CLIF-C AD chỉ tỏ ra ưu thế hơn MELD (AUC: 0,605) khi tiên lượng tử vong 1 tháng ($p=0,03$) [11].

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế nhất định. Cỡ mẫu còn hạn chế, phần lớn nam giới. Nguyên nhân xơ gan do rượu, virus viêm gan, có thể ảnh hưởng đến tính đồng nhất của đối tượng nghiên cứu. Ngoài ra, thu thập thông tin của một số bệnh nhân trong quá trình nghiên cứu gặp khá nhiều khó khăn, ảnh hưởng đến qua trình theo dõi, nhận định chính xác kết cục có thể xảy ra.

5. KẾT LUẬN

Điểm CLIF-C AD có giá trị tiên lượng nguy cơ tái nhập viện và tử vong ở bệnh nhân xơ gan. Có thể sử dụng điểm CLIF-C AD bên cạnh các thang điểm đánh giá truyền thống để dự đoán biến cố, kết cục trong ngắn hạn ở bệnh nhân xơ gan nhập viện, từ đó xây dựng chiến lược điều trị, theo dõi phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cheemerla S, Balakrishnan M. Global Epidemiology of Chronic Liver Disease. Clin Liver Dis (Hoboken). 2021;17(5):365-70.
2. Trần Văn Huy. Xơ gan. Giáo trình đại học Bệnh học nội khoa. Nhà xuất bản Đại học Huế; 2023. p. 100-10.
3. EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. Journal of hepatology 2018. p. 406-60.
4. Jalan R, Pavesi M, et al. The CLIF Consortium Acute Decompensation score (CLIF-C ADs) for prognosis of hospitalised cirrhotic patients without acute-on-chronic liver failure. Journal of hepatology. 2015;62(4):831-40.
5. Durand F, Valla D. Assessment of prognosis of cirrhosis. Seminars in liver disease. 2008;28(1):110-22.
6. Balzin C, Piedade J, et al. CLIF-C AD Score Predicts Development of Acute Decompensations and Survival in Hospitalized Cirrhotic Patients. 2021;66(12):4525-35.
7. Garcia-Tsao G. The Child-Turcotte Classification: From Gestalt to Sophisticated Statistics and Back. Dig Dis Sci. 2016;61(11):3102-4.
8. Gülcicegi DE, Goesser T, Kasper P. Prognostic assessment of liver cirrhosis and its complications: current concepts and future perspectives. Front Med (Lausanne). 2023;10:1268102.
9. Võ Thị Minh Đức, Trần Văn Huy. Giá trị tiên lượng của chỉ số MELD ở bệnh nhân xơ gan Child Pugh C. Tạp chí Y Dược học. 2017; p. 119.
10. Nguyễn Thị Thuận. Nghiên cứu giá trị tiên lượng của chỉ số MESO ở bệnh nhân xơ gan mất bù tại Bệnh viện Đà Nẵng. Luận văn CKII, Trường Đại học Y Dược - Đại học Huế; 2022.
11. Antunes AG, Teixeira C, et al. Comparison of the prognostic value of Chronic Liver Failure Consortium scores and traditional models for predicting mortality in patients with cirrhosis. Gastroenterol Hepatol. 2017;40(4):276-85.
12. Lv Y, Wang Z, et al. Risk Stratification Based on Chronic Liver Failure Consortium Acute Decompensation Score in Patients With Child-Pugh B Cirrhosis and Acute Variceal Bleeding. Hepatology. 2021;73(4):1478-93.
13. Trebicka J, Fernandez J, et al. The PREDICT study uncovers three clinical courses of acutely decompensated cirrhosis that have distinct pathophysiology. Journal of hepatology. 2020;73(4):842-54.
14. Sturm L, Praktijnjo M, et al. Prognostic Value of the CLIF-C AD Score in Patients With Implantation of Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt. Hepatol Commun. 2021;5(4):650-60.