

- Minh, Nguyễn Anh Tuấn.** Đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán điện và các yếu tố tiên lượng phục hồi tổn thương thần kinh quay. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;504(1):70–74.
7. **Ilyas AM, Graham J.** Radial Nerve Palsy Recovery With Fractures of the Humerus: An Updated Systematic Review. J Am Acad Orthop Surg. 2020;28(6):e263–e269.
8. **Düz B, Solmaz İ, Civelek E, Önal MB, Pusat S, Daneyemez M.** Analysis of proximal radial nerve injury in the arm. Neurol India. 2010;58(2):230-234.

THANG ĐIỂM CLIF – C AD TRONG TIÊN LƯỢNG BỆNH NHÂN XƠ GAN MẤT BÙ

Đỗ Thị Kiều Oanh¹, Trần Ngọc Ánh^{1,2}, Nguyễn Trường Sơn³

TÓM TẮT

Xơ gan là nguyên nhân quan trọng hàng đầu gây bệnh tật và tử vong ở những người mắc bệnh gan mạn trên thế giới. Bên cạnh các thang điểm truyền thống như Child- Pugh, MELD, MELD-Na thì thang điểm CLIF-C AD có ý nghĩa nhất định trong tiên lượng bệnh nhân xơ gan ngắn hạn. **Mục tiêu:** Khảo sát giá trị thang điểm CLIF-C AD và Child-Pugh, MELD, MELD – Natri trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân xơ gan mất bù. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu dọc có theo dõi bệnh nhân, mô tả tiến cứu trên 116 bệnh nhân được chẩn đoán là xơ gan giai đoạn mất bù không có suy gan cấp trên nền mạn (ACLF) được điều trị tại Trung tâm Tiêu hóa Gan Mật bệnh viện Bạch Mai và khoa Nội tiêu hóa bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 7 năm 2024 đến tháng 4 năm 2025. **Kết quả:** Trong 116 bệnh nhân nghiên cứu, có 5 (chiếm 4,3%) bệnh nhân tử vong sau 28 ngày và 15 (chiếm 12,9%) bệnh nhân tử vong sau 90 ngày kể từ khi nhập viện.. Ngưỡng cut-off CLIF -C AD có khả năng phân tầng nguy cơ tử vong lần lượt là 55 trong 28 ngày và trong 90 ngày là 62. Thang điểm CLIF- C AD có giá trị tiên lượng bệnh nhân xơ gan sau 28 ngày với AUROC 0,852 ($p = 0,008 < 0,05$) và sau 90 ngày với AUROC 0,803 ($p = 0,001 < 0,05$) tương đương với các thang điểm MELD, MELD-Na. Do đó có thể áp dụng thang điểm này cùng với MELD, MELD-Na trong lâm sàng giúp nhận diện bệnh nhân cần chăm sóc tích cực ngay từ đầu. **Từ khóa:** CLIF-C AD; Xơ gan mất bù; Suy gan cấp trên nền mạn.

SUMMARY

VALUE OF CLIF-C AD SCORE IN PROGNOSIS OF PATIENTS WITH DECOMPENSATED CIRRHOSIS

Cirrhosis is an important and leading cause of illness and death among individuals with chronic liver disease worldwide. Several prognostic scoring systems

exist for patients with cirrhosis, among which the Chronic Liver Failure Consortium – Acute Decompensation (CLIF-C AD) score has demonstrated significant prognostic value in predicting outcomes at 28 days and 90 days. **Objective:** To investigate the value of the CLIF-C AD score as well as the Child-Pugh, MELD, and MELD-Sodium scores in predicting mortality among patients with decompensated cirrhosis.. **Subjects and Methods:** This was a prospective cohort study involving one hundred sixteen patients diagnosed with decompensated cirrhosis without ACLF. These patients were treated at the Gastroenterology–Hepatology Center of Bach Mai Hospital and the Department of Gastroenterology at Hanoi Medical University between July 2024 and April 2025. **Results:** Among 116 patients, 5 (4.3%) died within 28 days of admission, and 15 (12.9 %) died within 90 days. The optimal cutoff values for the CLIF-C AD score for risk stratification were determined to be 55 for predicting 28-day mortality, and 62 for predicting 90-day mortality. The CLIF-C AD score demonstrated excellent prognostic accuracy, with an Area Under the Receiver Operating Characteristic curve (AUROC) of 0.852 ($p = 0.008$) for 28-day mortality, and 0.803 ($p = 0.001$) for 90-day mortality—comparable to the performance of MELD and MELD-Na scores. Therefore, applying the CLIF-C AD score together with MELD and MELD-Na in clinical practice may help clinicians promptly identify high-risk patients who require intensive management from the outset. **Keywords:** CLIF-C AD; Decompensated cirrhosis; acute-on-chronic liver failure (ACLF)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là giai đoạn cuối cùng các bệnh gan mạn tính. Trong số các bệnh nhân xơ gan mất bù nhập viện, có 35% là đợt cấp bệnh gan mạn tính (ACLF) với tỉ lệ tử vong cao, 65% bệnh nhân xơ gan mất bù nhập viện không có ACLF với tỉ lệ sống 1 năm chỉ khoảng 45%¹. Để phát hiện sớm các trường hợp tiến triển nhanh và phân loại bệnh nhân nặng trong các lần nhập viện đã có nhiều thang điểm tiên lượng ngắn hạn ra đời giúp nhân viên y tế có thái độ khẩn trương và điều trị tích cực ngay từ đầu, giảm bớt tỷ lệ tử vong. Không phụ thuộc vào biến số chủ quan như cổ trướng và bệnh não gan của Child-Pugh,

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Kiều Oanh

Email: dothikieuoanh1891997@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.9.2025

Ngày duyệt bài: 30.10.2025

tăng đáng kể khả năng tiên lượng so với MELD, MELD – Na do sử dụng thêm biến bạch cầu, liên quan trực tiếp đến nhiễm trùng – một trong những nguyên nhân làm tăng tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân xơ gan tiến triển, đặc biệt là bệnh nhân tại phòng chăm sóc đặc biệt, kết quả nghiên cứu ban đầu cho thấy CLIF-C AD có độ chính xác tiên lượng tử vong 3 tháng hơn so với các thang điểm truyền thống (Child-Pugh, MELD, MELD Na) – cải thiện khoảng 9-15% khả năng dự báo ². Tuy nhiên ở Việt Nam, chúng tôi nhận thấy chưa có nhiều nghiên cứu về bảng điểm này. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Ứng dụng thang điểm CLIF-C AD ở bệnh nhân xơ gan mất bù. Mô tả giá trị thang điểm CLIF-C AD và Child-Pugh, MELD, MELD – Natri trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân xơ gan mất bù.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân trên 18 tuổi được chẩn đoán là xơ gan giai đoạn mất bù được điều trị tại Trung tâm Tiêu hóa Gan Mật bệnh viện Bạch Mai và khoa Nội tiêu hóa bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 7 năm 2024 đến tháng 7 năm 2025

- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

(1) Chẩn đoán xơ gan: đủ 2 hội chứng: suy tế bào gan và tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

(2) Chẩn đoán xơ gan mất bù dựa theo tiêu chuẩn của Hội gan mật Châu Âu năm 2018 khi có 1 trong những đặc điểm sau: cổ chướng, hoàng đả, xuất huyết tiêu hóa, hội chứng não gan, hội chứng gan thận.

(3) Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

- Tiêu chuẩn loại trừ:

(1) Bệnh nhân chẩn đoán ACLF theo EASL (2023) (không suy ≥ 2 tạng)

(2) Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư gan và ngoài gan

(3) Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh lý mạn tính trước đó và đang điều trị kèm theo: bệnh thận mạn giai đoạn thay thế thận, suy tim mất bù, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính từ giai đoạn E, bệnh lý huyết học liên quan đến đông máu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu dọc có theo dõi bệnh nhân, mô tả tiến cứu CLIF-C AD và Child-Pugh, MELD, MELD-Na và CLIF-C AD được tính trong 24 giờ từ khi nhập viện

- Công thức tính điểm CLIF- C AD:

$$\text{CLIF-C AD} = 10 \times (0,03 \times \text{Tuổi} + 0,66 \times \ln(\text{creatinine}) + 1,71 \times \ln(\text{INR}) + 0,88 \times \ln(\text{Số lượng bạch cầu} - 0,05 \times (\text{Natri} + 8))$$

Bệnh nhân chia theo 3 phân loại nguy cơ:

thấp (≤ 45), trung bình (45-60), cao (≥ 60)

- Công thức tính điểm Child- Pugh:

Child- Pugh: Tổng điểm của 5 biến:

	1 điểm	2 điểm	3 điểm
Tỷ lệ Prothrombin (%)	>55	45 – 55	<45
Albumin (g/l)	>35	28 – 35	<28
Bilirubin máu (mmol/l)	<35	35 – 50	>50
Cổ trướng	Không	Ít, vừa	Nhiều
Hôn mê gan	Không	Tiền hôn mê gan	Hôn mê

Child Pugh A ≤ 6 điểm; Child Pugh B 7 – 9 điểm; Child Pugh C ≥ 10 điểm.

- Công thức tính điểm MELD:

$$\text{MELD} = 10 * (0,957 * \ln(\text{Creatinine}) + 0,378 * \ln(\text{Bilirubin}) + 1,12 * \ln(\text{INR})) + 6,43$$

- Công thức tính điểm MELD- Na:

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

Đánh giá tỉ lệ tử vong trong 28 ngày và 90 ngày từ khi nhập viện. Phỏng vấn bệnh nhân hoặc người thân trực tiếp hoặc qua điện thoại.

- **Xử lý số liệu:** Nhập liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Đường cong ROC được vẽ cho mỗi thang điểm (CLIF-C AD, Child-Pugh, MELD, MELD-Na) đối với tử vong 28 ngày và 90 ngày; diện tích dưới đường cong (AUROC) được so sánh bằng phép thử Delong. Mức ý nghĩa thống kê lấy $p < 0,05$

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 116 bệnh nhân chọn vào nghiên cứu, tuổi trung bình là $58,49 \pm 12,85$, thấp nhất là 28, cao nhất là 94 tuổi, nam giới chiếm 88,8% (103 bệnh nhân), nữ giới chiếm 11,2% (13 bệnh nhân).

Trong số các bệnh nhân nghiên cứu, căn nguyên xơ gan hay gặp nhất là rượu với 60 trường hợp (chiếm 51,7%), tiếp đến là viêm gan B với 36 trường hợp (31%), viêm gan C có 6 bệnh nhân (5,2%), và các nguyên nhân có 13 bệnh nhân chiếm 12,1%

Bảng 3.1. Phân bố thang điểm CLIF-C AD ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Điểm CLIF – C AD	Số bệnh nhân N(%)	Tử vong trong 28 ngày	Tử vong trong 90 ngày
Nguy cơ thấp (≤ 45)	17(14,66%)	0	0
Nguy cơ trung bình (45-60)	68(58,62%)	1(1,5%)	5(7,4%)
Nguy cơ cao (≥ 60)	31(26,27%)	4(12,9%)	10(32,3%)

Nhận xét: Trong 116 bệnh nhân tham gia nghiên cứu phân loại theo thang điểm CLIF-C có 17 bệnh nhân (chiếm 14,66%) thuộc nhóm nguy cơ thấp, 68 bệnh nhân (chiếm 58,62%) thuộc

nhóm nguy cơ trung bình và 31 bệnh nhân (chiếm 26,27%) thuộc nhóm nguy cơ cao. Tỷ lệ tử vong 28 ngày tăng theo phân tầng CLIF-C AD: 0 bệnh nhân (0%) ở nhóm nguy cơ thấp, 1 bệnh nhân (1,5%) ở nhóm trung bình và 4 bệnh nhân

(12,9%) ở nhóm cao. Tỷ lệ tử vong trong 90 ngày cũng có xu hướng như vậy, 5 bệnh nhân tử vong (7,4%) ở nhóm nguy cơ trung bình và 10 bệnh nhân tử vong (32,3%) ở nhóm nguy cơ cao.

Bảng 3.2. Mối liên quan giữa CLIF- C AD và các biến chứng mất bù

Số bệnh nhân N(%)	XHTH	Bệnh não gan	Hội chứng gan thận	Vàng da	Nhiễm trùng dịch ổ bụng
Nguy cơ thấp (≤ 45)	7(28%)	3(11,8%)	0 (0%)	8 (47,1%)	0 (0%)
Nguy cơ trung bình (45-60)	10 (40%)	13 (19,2%)	1 (1,5%)	35 (51,5%)	10 (14,7%)
Nguy cơ cao (≥ 60)	8(32%)	7 (22,6%)	2 (6,5%)	25 (80,6%)	6 (19,1%)

Nhận xét: Bệnh não gan, hội chứng gan thận, vàng da và nhiễm trùng dịch ổ bụng đều gia tăng rõ rệt ở nhóm nguy cơ cao. Cụ thể, vàng da gặp ở 25 bệnh nhân (chiếm 80,6%) nhóm nguy cơ cao, 8 bệnh nhân chiếm với 47,1% ở nhóm nguy cơ thấp và 35 bệnh nhân chiếm 51,5% ở nhóm trung bình. Hội chứng gan thận chủ yếu

gặp ở nhóm nguy cơ cao (6,5%), trong khi không ghi nhận ở nhóm nguy cơ thấp. Tỷ lệ nhiễm trùng dịch ổ bụng tăng từ 0% (nguy cơ thấp) lên 19,1% (nguy cơ cao). Bệnh não gan cũng tăng dần theo phân tầng (11,8% $\rightarrow$ 19,2% $\rightarrow$ 22,6%). Xuất huyết tiêu hóa tuy xuất hiện ở cả ba nhóm nhưng không có xu hướng tăng dần rõ rệt.

Bảng 3.3. Thang điểm CLIF-C AD và tiên lượng ở bệnh nhân xơ gan mất bù

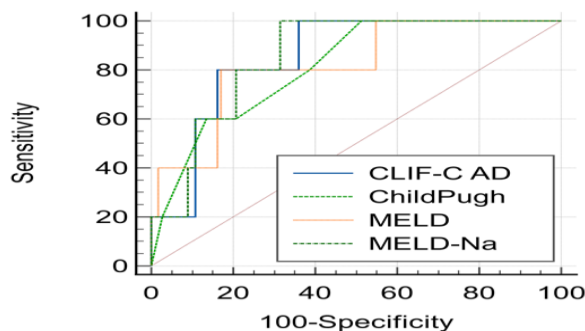
Tiên lượng		Số bệnh nhân N (%)	Thang điểm CLIF – C AD			p
			Max	Min	Trung bình	
Sống	28 ngày	111 (95,7%)	82,15	34,85	54,02	
	90 ngày	101 (87,1%)	82,15	34,85	53,17	
Tử vong	28 ngày	5 (4,3%)	84,71	56,04	64,48	p=0,008
	90 ngày	15 (12,9%)	84,17	48,62	63,89	p=0,001
Tổng		116 (100%)	84,71	24,85	54,56	

Trong 116 bệnh nhân xơ gan mất bù có 5 bệnh nhân tử vong trong 28 ngày (chiếm 4,3%), trong khi tỷ lệ tử vong trong 90 ngày tăng lên 12 bệnh nhân, chiếm 12,9%. Điểm CLIF-C AD trung bình ở nhóm sống trong 28 ngày là 54,02, thấp

hơn rõ rệt so với nhóm tử vong (64,48), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,008$). Với mốc 90 ngày, điểm trung bình của nhóm sống là 53,17, trong khi nhóm tử vong đạt 63,89, sự khác biệt có ý nghĩa ($p = 0,001$).

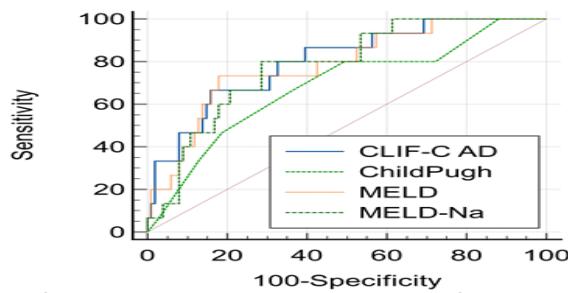
Bảng 3.4. Giá trị tiên đoán tử vong 28 ngày và 90 ngày của CLIF-C AD và Child-Pugh, MELD, MELD-Na

Tiên lượng tử vong	Thang điểm	AUROC	SD	p	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Cut off
28 ngày	Child-Pugh	0,815	0,079	0,006	100%	60,4%	9,5
	MELD	0,820	0,091	0,016	80%	82,9%	22,12
	MELD – Na	0,856	0,055	0,007	100%	68,5%	21,17
	CLIF – C AD	0,852	0,059	0,008	100%	67%	55,89
90 ngày	Child-Pugh	0,68	0,076	0,022	80%	51%	8,5
	MELD	0,781	0,062	0,000	73%	82%	20,65
	MELD – Na	0,786	0,056	0,000	80%	71%	20,85
	CLIF – C AD	0,803	0,059	0,001	80%	85%	62,01



Biểu đồ 1. Đường cong ROC và điểm CLIF-C AD và Child-Pugh, MELD, MELD-Na tiên lượng tử vong trong 28 ngày

Trong tiên lượng tử vong trong 28 ngày CLIF- C AD có AUROC là 0,852 ($p=0,008$) gần tương đương với MELD-Na (0,856), MELD (0,820) và Child-Pugh (0,815). Khi so sánh bằng DeLong test, sự khác biệt giữa CLIF-C AD và MELD-Na, cũng như CLIF-C AD và MELD, không đạt ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).



Biểu đồ 2. Đường cong ROC và điểm CLIF-C AD và Child-Pugh, MELD, MELD-Na tiên lượng tử vong trong 90 ngày

Kết quả phân tích đường cong ROC cho tiên lượng tử vong trong 90 ngày cho thấy diện tích dưới đường cong (AUROC) của CLIF-C AD là 0,803, cao hơn so với MELD-Na (0,786), MELD (0,781) và Child-Pugh (0,68). Tuy nhiên, khi so sánh cặp bằng DeLong test, sự khác biệt giữa CLIF-C AD và MELD-Na, cũng như CLIF-C AD và MELD, không đạt ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Chỉ có sự so sánh với Child-Pugh cho thấy khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình là $58,49 \pm 12,85$. Độ tuổi trung niên này tương đồng với các nghiên cứu đa trung tâm của Orman và cộng sự (2019) là $57,9 \pm 12,6$ năm³, chứng tỏ độ tuổi biểu hiện bệnh tại nhóm chúng tôi phù hợp với xu hướng chung, củng cố tính đại diện của mẫu nghiên cứu và hỗ trợ áp dụng kết quả vào thực tiễn lâm sàng rộng hơn. Nam giới chiếm 88,8% với nguyên nhân hay gặp nhất là rượu 51,7%, tiếp đến viêm gan B chiếm 31%.

Các bệnh nhân tham gia nghiên cứu sau khi tính thang điểm CLIF-C AD được phân thành 3 nhóm nguy cơ thấp (≤ 45), nguy cơ trung bình (45-60), nguy cơ cao (≥ 60) phù hợp với nghiên cứu của Sturm và cộng sự 2021, ủng hộ của Rashed và cộng sự, 2022^{4,5}. Các biến chứng mất bù như vàng da, bệnh não gan, hội chứng gan thận và nhiễm trùng dịch ổ bụng gia tăng rõ rệt theo mức phân tầng nguy cơ của CLIF-C AD. Cụ thể, vàng da ở 80,6% ở nhóm nguy cơ cao so với 47,1% ở nhóm thấp; hội chứng gan thận chỉ xuất hiện ở nhóm nguy cơ cao (6,5%); trong khi nhiễm trùng dịch ổ bụng tăng từ 0% ở nhóm nguy cơ thấp lên 19,1% ở nhóm nguy cơ cao. Xu hướng này phù hợp với nghiên cứu Jalan và cộng sự chứng minh CLIF-C AD phản ánh chính xác nguy cơ suy tạng⁶, Pavesi và Picon còn nhấn mạnh điểm số này giúp dự đoán sớm biến chứng như hội chứng gan thận hay nhiễm trùng⁷. Ngược lại, xuất huyết tiêu hóa không thay đổi đáng kể giữa các nhóm, cho thấy biến chứng

này chủ yếu liên quan đến tăng áp lực cửa hơn là mức độ suy tạng. Càng ở mức phân loại CLIF-C AD nguy cơ cao, bệnh nhân càng dễ xuất hiện biến chứng mất bù nặng nề, do đó tỷ lệ tử vong cũng tăng dần theo các phân nhóm nguy cơ từ thấp đến cao như tại thời điểm 28 ngày (từ 0% đến 1,5% và 12,45%), kiểm định Chi-square cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 3 nhóm ($\chi^2 = 7,6$; $p = 0,022$). Phân tích cặp đôi bằng Fisher's Exact Test cho thấy nhóm nguy cơ cao có tỷ lệ tử vong 28 ngày cao hơn đáng kể so với nhóm trung bình ($p = 0,032$), trong khi sự khác biệt giữa nhóm thấp và các nhóm còn lại không có ý nghĩa ($p > 0,05$). Tại thời điểm 90 ngày tỷ lệ tử vong cũng tăng dần theo phân nhóm CLIF-C AD từ thấp, trung bình đến cao lần lượt là 0% đến 7,4% và 32,3%. Kiểm định Chi-square cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm ($\chi^2 = 14,7$; $p < 0,001$). Phân tích cặp đôi bằng Fisher's exact test cho thấy nhóm nguy cơ cao có tỷ lệ tử vong 90 ngày cao hơn đáng kể so với nhóm trung bình ($p = 0,004$) và nhóm thấp ($p = 0,009$), trong khi sự khác biệt giữa nhóm thấp và trung bình không có ý nghĩa ($p = 0,58$).

Nghiên cứu chúng tôi cũng cho thấy ngưỡng CLIF-C AD ~55 là điểm cắt hữu ích để nhận biết bệnh nhân nguy cơ rất cao tử vong 1 tháng (độ nhạy 100%, đặc hiệu ~67%), ngưỡng CLIF-C AD ~62 là điểm cắt phân tầng nguy cơ bệnh nhân tử vong trong 90 ngày (độ nhạy 80%, độ đặc hiệu 85%), điều này ủng hộ việc phân tầng nguy cơ của thang điểm CLIF-C AD.

Trong việc tiên lượng tử vong 28 ngày ở bệnh nhân xơ gan mất bù, thang điểm CLIF-C AD đạt giá trị AUROC 0,852 ($p = 0,008$), cho thấy khả năng dự báo tốt. Trong tiên lượng tử vong 90 ngày CLIF-C AD có AUROC = 0,803 tương tự với báo cáo của Rashed và cộng sự (2022), khi tác giả ghi nhận AUROC khoảng 0,78⁸. Điều này củng cố giá trị tiên lượng ổn định của CLIF-C AD ở nhiều quần thể bệnh nhân xơ gan mất bù. CLIF-C AD có xu hướng đạt giá trị AUROC cao hơn nhưng mức chênh lệch không đủ lớn để khẳng định tính vượt trội tuyệt đối so với MELD và MELD-Na, Child-Pugh trong mẫu nghiên cứu này ($p > 0,05$). Có thể do kích thước mẫu hạn chế nên CLIF-C AD không đủ chứng minh ưu thế của mình, tuy nhiên kết quả phù hợp với một số nghiên cứu Sturm và cộng sự (2021) khi so sánh CLIF-C AD với MELD-Na trong tiên lượng tử vong sau TIP dựa trên nghiên cứu Hepatology Communication – đa trung tâm ghi nhận khả năng tiên lượng tử vong 3 tháng tương đương của 3 thang điểm (c-index lần lượt là

0,635 và 0,626; $p=0,442$).

V. KẾT LUẬN

CLIF-C AD là thang điểm tiên lượng tử vong ngắn hạn có giá trị ở bệnh nhân xơ gan mất bù, với khả năng phân tầng nguy cơ rõ rệt và dự báo chính xác các biến chứng mất bù. Ngưỡng CLIF-C AD ~55 và ~62 giúp nhận diện nhóm nguy cơ tử vong 1 tháng và 90 ngày. Diện tích dưới đường cong (AUROC) của CLIF-C AD trong 28 ngày là 0,852 ($p=0,08$) và trong 90 ngày là 0,803, đa phần cao hơn so với MELD-Na (0,856;0,786), MELD (0,820;0,781) và Child-Pugh (0,815;0,68). Tuy nhiên khả năng tiên lượng tử vong ngắn hạn 28 ngày và 90 ngày là tương đương, chứng tỏ tính ổn định và khả năng áp dụng rộng rãi của thang điểm. Mặc dù không vượt trội tuyệt đối so với MELD, MELD-Na và Child-Pugh nhưng CLIF-C AD vẫn là công cụ hữu ích trong phân tầng bệnh nhân nguy cơ cao để theo dõi sát, nhập ICU, hoặc chuyển ghép gan sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Moreau R, Jalan R, Gines P, Pavesi M, Angeli P, Cordoba J, et al. Acute-on-chronic liver failure is a distinct syndrome that develops in patients with acute decompensation of cirrhosis. *Gastroenterology*. 2013;144(7):1426-1437.
2. Sturm L, Sørensen KM, Wernberg CW, Grønbaek H, Vilstrup H, Schlichting P, et al.

Prognostic value of the CLIF-C AD score in patients with cirrhosis undergoing transjugular intrahepatic portosystemic shunt. *Hepatology Communications*. 2021;5(4): 661-671. doi:10.1002/hep4.1661.

3. Orman ES, Roberts A, Ghabril M, et al. Trends in characteristics, mortality, and other outcomes of patients with newly diagnosed cirrhosis. *JAMA Netw Open*. 2019 Jun 28; 2(6): e196412. doi:10.1001/jamanetworkopen. 2019. 6412.
4. Sturm L, Bettinger D, Meyer C, Baumann A, Fitting D, Knop V, et al. Prognostic value of the CLIF-C AD score in patients with implantation of transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS). *Hepatol Commun*. 2021 Apr;5(4):616-626. doi:10.1002/hep4.1721.
5. Rashed E, et al. CLIF-SOFA and CLIF-C scores for the prognostication of acute-on-chronic liver failure. *World J Gastroenterol*. 2022;14(12):2025-2038.
6. Jalan R, Saliba F, Pavesi M, Amorós A, Moreau R, Ginès P, et al. Development and validation of a prognostic score to predict mortality in patients with acute-on-chronic liver failure. *J Hepatol*. 2014;61(5):1038-47.
7. Pavesi M, Saliba F, Lange A, Amorós A, Herrmann H, Luca A, et al. Acute kidney injury in cirrhosis is predictive of mortality and the CLIF-C AD score improves its prognostic accuracy. *Liver Int*. 2015;35(2):387-95.
8. Picon RV, Tovo CV, Cheinquer H. CLIF-C AD score and prediction of complications in hospitalized patients with decompensated cirrhosis. *Ann Hepatol*. 2019;18(3):510-7.

TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TUYP 2 CÓ TỔN THƯƠNG THẬN ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN NĂM 2025

Tạ Thị Hà¹, Đỗ Quang Tuyền¹,
Thái Thị Thanh Huyền¹, Lê Đức Sang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh đái tháo đường type 2 có bệnh thận điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2025. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 104 đối tượng tại Phòng khám – Bệnh viện Thanh Nhàn. **Kết quả:** tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc là 76,9%, tuân thủ chế độ dinh dưỡng là 36,5%, tuân thủ chế độ luyện tập là 35,6%, tuân thủ theo dõi đường huyết và các chỉ số khác là 20,2%, tuân thủ tái khám định kỳ là 46,2%, tuân thủ điều trị chung là 38,5%. **Kết luận:** tỷ lệ người bệnh tuân thủ điều trị

chung còn khá thấp, thấp nhất là tuân thủ theo dõi đường huyết và các chỉ số khác.

Từ khóa: Tuân thủ điều trị, đái tháo đường, thận

SUMMARY

TREATMENT ADHERENCE AMONG OUTPATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS AND RENAL IMPAIRMENT AT THANH NHAN HOSPITAL IN 2025

Objective: To describe the current status of treatment adherence among outpatients with type 2 diabetes mellitus and chronic kidney disease at Thanh Nhan Hospital in 2025. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 104 patients at Thanh Nhan Hospital. **Results:** The adherence rates were as follows: medication adherence was 76.9%; adherence to regular follow-up appointments was 46.2%; dietary adherence was 36.5%; was 35.6%; adherence to blood glucose monitoring and other indicators was 20.2%; and overall treatment

¹Trường Đại học Thăng Long

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đức Sang

Email: sangld@thanglong.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2025

Ngày duyệt bài: 29.10.2025