

# Đợt cấp của suy gan mạn tính: Báo cáo ca lâm sàng được điều trị ghép gan và điểm lại y văn

## Acute-on-chronic liver failure: A successful liver transplantation case report and literature reviews

Đặng Kim Khuê\*, Nguyễn Hàm Hội\*,  
Nguyễn Thành Khiêm\*, Lê Văn Duy\*,  
Vũ Văn Quang\*\*, Lê Văn Thành\*\*, Dương Đức Hùng\*

\**Bệnh viện Bạch Mai,*  
\*\**Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*

### Tóm tắt

Đợt cấp của suy gan mạn tính là một biến chứng nguy hiểm ở những bệnh nhân có bệnh lý gan mạn tính. Định nghĩa và tiêu chuẩn của đợt cấp của suy gan mạn tính có sự khác biệt giữa phương Tây (các nước Âu-Mĩ) và phương Đông (châu Á). Điều trị cho đợt cấp của suy gan mạn tính chủ yếu là giải quyết các triệu chứng, bệnh có tỷ lệ tử vong cao nếu không được ghép gan. *Trường hợp lâm sàng:* Chúng tôi báo cáo trường hợp bệnh nhân nam, 61 tuổi, được chẩn đoán đợt cấp của suy gan mạn trên nền viêm gan B. Bệnh nhân nhập viện trong tình trạng vàng da, có bệnh não gan độ 2 - 3. Bệnh nhân đáp ứng kém với thuốc điều trị và được ghép gan từ người hiến sống thành công. *Kết luận:* Dù hiện tại còn nhiều khó khăn trong việc tiếp cận phương pháp điều trị triệt để này, các bác sĩ cần chỉ định ghép sớm để bệnh nhân có được kết quả và chất lượng sống thêm tốt nhất.

*Từ khoá:* Xơ gan, viêm gan virus, ghép gan.

### Summary

Acute-on-chronic liver failure (ACLF) is a dangerous complication of patients with chronic liver disease. The definitions and criterias for acute-on-chronic liver failure differ between the West (Europe-America) and the East (Asia). Treatment for acute-on-chronic liver failure is mainly resolution, with a high mortality rate without liver transplantation. *Case report:* We report a case of a 61-year-old male patient with acute-on-chronic liver failure on the background of chronic hepatitis B. He admitted with severe jaundice and hepatocephalopathy grade 2 - 3. He poorly responded to medication treatment, and treated by successful living donor liver transplant. *Conclusion:* Although there are currently many difficulties in accessing this definite treatment method, doctors should indicate transplant early so that patients get the best results and quality of life.

*Keywords:* Cirrhosis, viral hepatitis, liver transplantation.

---

Ngày nhận bài: 17/1/2022, ngày chấp nhận đăng: 28/2/2022

Người phản hồi: Đặng Kim Khuê, Email: khuedang.md@gmail.com - Bệnh viện Bạch Mai

## 1. Đặt vấn đề

Đợt cấp của suy gan mạn tính (Acute-on-chronic liver failure - ACLF) là tình trạng mất bù, suy chức năng gan cấp xảy ra trên nền bệnh nhân đã có bệnh lý gan mạn tính. Gần đây, thuật ngữ đợt cấp của suy gan mạn tính (ACLF) được dùng để mô tả tình trạng mất bù cấp có tỷ lệ tử vong cao trong 28 ngày [1] liên quan đến phản ứng viêm hệ thống, dẫn đến tình trạng suy của một hay nhiều tạng ngoài gan. Có nhiều phương pháp điều trị hỗ trợ cho người bệnh ACLF, tuy nhiên, ghép gan là phương pháp điều trị triệt để duy nhất mang lại lợi ích sống thêm lâu dài khả quan cho người bệnh. Chúng tôi báo cáo trường hợp bệnh nhân nam, 61 tuổi, chẩn đoán đợt cấp của bệnh lý viêm gan B mạn tính, được

ghép gan thành công, qua đó điểm lại y văn về bệnh lý này và vai trò không thể thay thế của ghép gan trong điều trị.

## 2. Trường hợp lâm sàng

Bệnh nhân nam, 61 tuổi, mã hồ sơ BA210029072, có tiền sử mắc viêm gan B mạn tính không điều trị.

Bệnh nhân nhập viện ngày 9/11/2021 với lý do: Vàng da, mệt mỏi. Bệnh nhân xuất hiện triệu chứng 2 tuần nay, mệt mỏi tăng dần. Khám lâm sàng: Bệnh nhân lơ mơ, có bệnh não gan độ II, vàng da sậm, bụng chướng căng có cổ chướng và tuần hoàn bàng hệ.

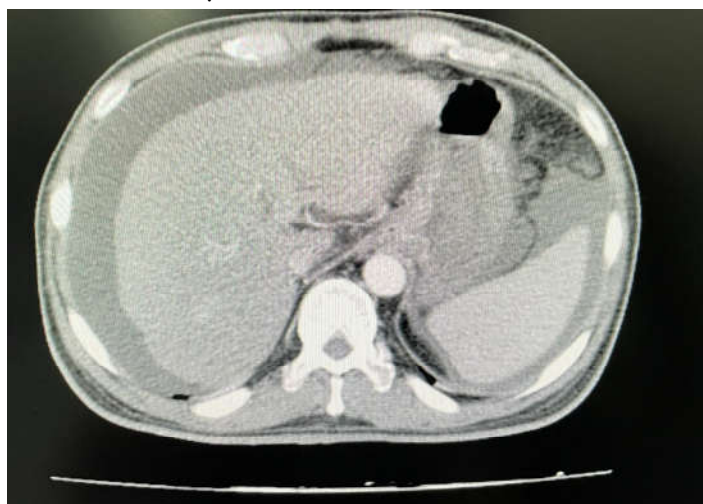
Xét nghiệm cận lâm sàng tóm tắt ở Bảng 1.

**Bảng 1. Xét nghiệm của bệnh nhân khi vào viện**

HC	HST	Hct	TC	PT	INR	Nhóm máu	Alpha FP	
3,92	129	0.37	106	49,1	1,54	B Rh +	1808	
Tải lượng virus			AST	ALT	Bil TP	Albumin	Na	NH <sub>3</sub>
27600 copies.ml			127	142	410,9	28,1	128	90,5

Chú thích: HC: Hồng cầu, HST: Huyết sắc tố, TC: Tiểu cầu.

Chụp cắt lớp vi tính có hình ảnh gan biến đổi hình thái, phì đại gan trái bờ không đều. Nhu mô gan hạ phân thùy VI và VII có 2 nốt đường kính 17mm và 15mm, ngấm thuốc thì động mạch, thải thuốc thì tĩnh mạch, có tính chất của ung thư biểu mô tế bào gan. Lách to, nhiều dịch tự do ổ bụng. Xét nghiệm dịch ổ bụng không có vi khuẩn, tế bào ác tính, bạch cầu: 0,22G/l.



**Hình 1.** Hình ảnh cắt lớp vi tính gan xơ và nhiều dịch tự do ổ bụng

Chẩn đoán: Đợt cấp của suy gan mạn tính theo tiêu chuẩn của Hội Bệnh gan Châu Á - Thái Bình

Dương, viêm gan B, ung thư biểu mô tế bào gan. Bệnh nhân được điều trị hàng ngày: Entecavir

0,5mg, ciprobay 500mg × 2 viên, lactoluse × 4 gói, rifaximin 350mg × 2 viên, verospiron 25mg × 2 viên, aminoleban 8% 500ml truyền tĩnh mạch.

Lâm sàng của bệnh nhân cải thiện chậm, được chỉ định và giải thích ghép gan. Do Bệnh viện Bạch Mai chưa thực hiện ghép gan nên đã được hội chẩn và chuyển Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Bệnh nhân được thực hiện ghép mảnh ghép gan phải từ người hiến sống vào ngày 15/11/2021 (6 ngày sau vào Bệnh viện Bạch Mai). Tổn thương trong mổ: Ổ bụng có 2000ml dịch ổ chướng, gan xơ teo toàn bộ. Mảnh ghép gan phải từ người hiến khỏe mạnh nặng 735g gồm cả tĩnh mạch gan giữa được ghép cho bệnh nhân. Ngay sau mổ bệnh nhân tỉnh và được rút ống nội khí quản tại phòng mổ. Sau ghép gan 5 ngày bệnh nhân có thể tự ăn uống sinh hoạt, xuất viện không biến chứng vào ngày 28.

### 3. Bàn luận

#### 3.1. Định nghĩa đợt cấp của suy gan mạn tính

Định nghĩa về ACLF có sự khác biệt giữa châu Á và Âu - Mỹ. Theo định nghĩa của Hội Bệnh gan châu Á - Thái Bình Dương lần đầu đưa ra 2009, được cập nhật 2014 và 2019, ACLF là tình trạng mất bù cấp xảy ra trên nền gan xơ còn bù hoặc có bệnh lý gan mạn tính (đã biết hoặc chưa biết từ trước đó). Đợt mất bù cấp được định nghĩa khi có vàng da, với bilirubin máu toàn phần > 85 $\mu$ mol/l, rối loạn đông máu với INR > 1,5, ổ chướng và bệnh lý não gan xảy ra trong 4 tuần [2]. Bệnh nhân có suy tạng ngoài gan: Thận, hô hấp, tuần hoàn không được nêu lên đến trong định nghĩa này. Trong khi đó, định nghĩa về ACLF của Hội Bệnh gan châu Âu là tình trạng mất bù cấp (vàng da, ổ chướng, rối loạn đông máu) kèm theo suy một hoặc nhiều tạng ngoài gan [3]. Sự xuất hiện của ACLF trên nền bệnh gan do rượu hoặc do nhiễm trùng.

Sự khác biệt về định nghĩa, diễn biến của ACLF chủ yếu đến từ sự khác biệt về dịch tễ học nguyên nhân gây bệnh lý gan mạn tính của các nước Âu-Mĩ và châu Á. Tại các nước Âu- Mỹ, bệnh lý chủ yếu do rượu, còn tại châu Á là do viêm gan virus. Theo nghiên cứu của Hội Bệnh gan châu Á - Thái Bình Dương, 76% bệnh nhân ACLF có liên quan đến bùng

phát của virus viêm gan B trên nền nhiễm mạn tính [4]. Việt Nam thuộc vùng tỷ lệ lưu hành của viêm gan B cao, ước tính 8,8 - 19% dân số nhiễm viêm gan B [5]. Viêm gan B tiến triển thành xơ gan, ung thư gan nếu không được theo dõi và điều trị kịp thời.

Ca bệnh của chúng tôi có tiền sử viêm gan B mạn tính không điều trị. Bệnh diễn biến đợt này trong 2 tuần xuất hiện vàng da, mệt mỏi, bệnh não gan độ 2, diễn biến bệnh não gan tiến triển nhanh lên độ 3. Xét nghiệm chức năng gan Child C, có chỉ số Bilirubin 410 $\mu$ mol/l, INR 1,54. Chụp cắt lớp vi tính rõ hình ảnh xơ gan teo, kèm theo khối tính chất ung thư biểu mô tế bào gan ở phân thùy sau. Bệnh nhân được chẩn đoán đợt cấp của suy gan mạn theo định nghĩa của Hội Bệnh gan châu Á - Thái Bình Dương kèm theo ung thư biểu mô tế bào gan. Điểm MELD tính được là 28. Như vậy, bên cạnh điều trị viêm gan B, các triệu chứng của đợt cấp của suy gan mạn tính còn cần điều trị cả ung thư biểu mô tế bào gan.

#### 3.2. Điều trị và tiên lượng đợt cấp của suy gan mạn tính

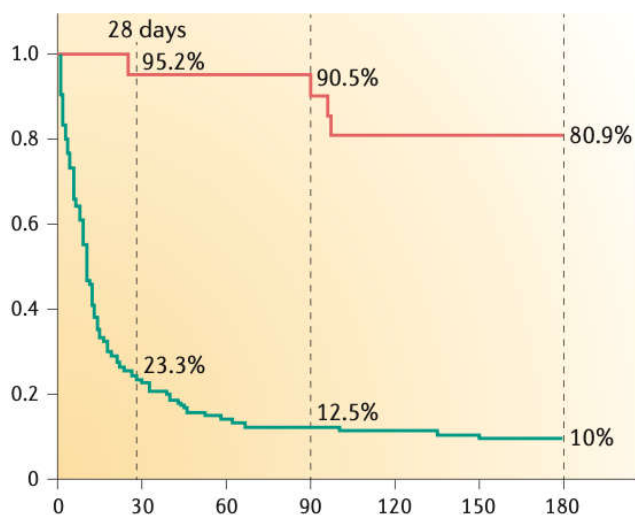
Nguyên tắc trong điều trị ACLF là xử trí nguyên nhân nếu có: Sử dụng thuốc kháng virus với các bệnh nhân viêm gan virus, corticoid với các trường hợp viêm gan do rượu. Điều trị ACLF chủ yếu là giải quyết các triệu chứng, làm giảm tỷ lệ tử vong của các bệnh nhân ACLF hoặc kéo dài thời gian trong khi đợi ghép gan. Điều trị gồm có kháng sinh phổ rộng, ngừa nhiễm khuẩn, terlipressin và lọc máu khi có hội chứng gan thận, lactulose điều trị bệnh não gan. Các bệnh nhân có suy hô hấp, tuần hoàn hoặc bệnh não gan nặng cần được điều trị tại các trung tâm hồi sức.

Hiện nay, các phương pháp trao đổi huyết tương, máy hỗ trợ gan ngoài cơ thể và gan nhân tạo được đưa vào điều trị cho các bệnh nhân ACLF nặng, làm giảm tỷ lệ tử vong hoặc kéo dài thời gian cho bệnh nhân ACLF trong khi đợi ghép gan [6], [7].

Tiên lượng của bệnh nhân ACLF thường kém. Theo nghiên cứu của Hội Bệnh gan châu Á - Thái Bình Dương, đợt bùng phát của virus viêm gan B là nguyên nhân chủ yếu của ACLF tại khu vực này. 76% các bệnh nhân có xơ gan và viêm gan B có các biến chứng: Nhiễm trùng, vi khuẩn hoặc nấm, hội chứng

gan thận hoặc xuất huyết tiêu hoá. Trong nhóm bệnh nhân này, tỷ lệ tử vong nếu không được ghép gan vào ngày thứ 28 và 90 lần lượt là 27,8% và 40% [8]. Nghiên cứu của Hội Bệnh gan châu Âu, 60% các trường hợp có ACLF xảy ra trên bệnh nhân viêm gan do rượu. Tỷ lệ tử vong khi không được ghép gan ở các bệnh nhân có ACLF vào ngày thứ 28 và 90 lần lượt là 32,8% và 51,5% [1].

Như vậy, dù hiện nay có nhiều phương pháp tiên tiến như lọc máu, lọc gan ngoài cơ thể, lọc gan nhân tạo, ACLF có tiên lượng kém khi không được ghép gan. Ngoài ra, bệnh nhân ACLF dù có thể hồi phục nhưng vẫn mang nền gan bệnh lý, do vậy ghép gan là biện pháp điều trị triệt để cho nhóm bệnh này.



**Biểu đồ 1.** Tỷ lệ sống thêm của bệnh nhân đợt cấp suy gan mạn tính giữa nhóm được ghép gan (đường đỏ) và nhóm không ghép gan (đường xanh) [9]

Ca lâm sàng chúng tôi báo cáo dù được điều trị nội khoa, tuy nhiên tình trạng bệnh não gan cải thiện chậm. Ngoài ra, bệnh nhân còn có 2 tổn thương nhỏ phân thùy sau của gan theo dõi ung thư, do vậy, trong điều kiện chức năng gan kém, xơ gan, bệnh cảnh ACLF, ghép gan là phương pháp duy nhất có hiệu quả.

### 3.3. Vai trò của ghép gan trong điều trị đợt cấp của suy gan mạn tính

Ghép gan cho đến nay là phương pháp điều trị triệt để duy nhất cho bệnh lý ACLF. Các bệnh nhân

ACLF không được ghép gan có nguy cơ tử vong cao. Tuy nhiên, do khó khăn về nguồn hiến tạng, ưu tiên trong ghép gan, nên không phải tất cả các bệnh nhân ACLF đều được ghép gan. Các nguyên nhân thường gặp khiến bệnh nhân ACLF không thể thực hiện được ghép gan: Tuổi cao, viêm gan rượu tiến triển, nhiễm trùng không kiểm soát, suy đa tạng.

Bệnh nhân ACLF được ghép gan có tỷ lệ sống sau 1 năm trên 90%, so với 20% nếu không được ghép gan. Tỷ lệ sống đến 5 năm theo các nghiên cứu dao động 70 - 90%, không có sự khác biệt giữa ghép từ người cho sống và người hiến chết não. Như vậy, kết quả ghép gan cho nhóm bệnh nhân ACLF là khả quan mang lại khả năng sống thêm lâu dài và chất lượng cuộc sống tốt cho bệnh nhân [10].

Trên ca lâm sàng của chúng tôi, bệnh nhân được chỉ định ghép gan chỉ 6 ngày sau vào viện, có kết quả sớm khả quan. Như vậy, việc chỉ định ghép sớm với các bệnh nhân ACLF mang lại kết quả tích cực, các bác sĩ điều trị nên nghĩ đến ghép gan ngay khi bệnh nhân có các đợt mất bù cấp hoặc ACLF. Khó khăn của ghép gan tại nước ta hiện tại bên cạnh các chống chỉ định, còn nguyên nhân từ chi phí ghép gan cao, bảo hiểm y tế hiện mới chỉ trả một phần, nguồn hiến tạng đặc biệt từ người hiến chết não hiện tại còn hạn chế khiến ít bệnh nhân được tiếp cận với phương pháp điều trị tiên tiến này.

## 4. Kết luận

Đợt cấp của suy gan mạn tính là tình trạng mất bù cấp đe dọa tính mạng bệnh nhân có bệnh gan mạn tính. Các định nghĩa về ACLF của các Hội bệnh gan khác nhau giữa các nước Âu- Mỹ và châu Á, tuy nhiên tiên lượng chung đều kém. Ghép gan là phương pháp điều trị duy nhất triệt để, cần được chỉ định sớm nhằm mang lại kết quả sống thêm lâu dài khả quan cho các bệnh nhân ACLF.

## Tài liệu tham khảo

1. Moreau R, Jalan R, Ginès P et al (2013) *Acute-on-chronic liver failure is a distinct syndrome that develops in patients with acute decompensation of cirrhosis*. *Gastroenterology* 144(7): 1426-1437.

2. Sarin SK, Choudhury A, Sharma MK et al (2019) *Acute-on-chronic liver failure: Consensus recommendations of the Asian Pacific Association for the Study of the Liver (APASL): An update.* Hepatol Int 13: 353-390.
3. Jalan R, Saliba F, Pavesi M et al (2014) *Development and validation of a prognostic score to predict mortality in patients with acute-on-chronic liver failure.* J Hepatol 61: 1038-1047.
4. Li H, Chen LY, Zhang NN et al (2016) *Characteristics, diagnosis, and prognosis of acute-on-chronic liver failure in cirrhosis associated to hepatitis B.* Sci Rep 6: 25487.
5. Huy Do S (2015) *Epidemiology of hepatitis B and C virus infections and liver cancer in Vietnam.* Euroasian J Hepatogastroenterol 5(1): 49-51.
6. Kribben A, Gerken G, Haag S et al (2012) *Effects of fractionated plasma separation and adsorption on survival in patients with acute-on-chronic liver failure.* Gastroenterology 142(4): 782-789.
7. Bañares R, Nevens F, Larsen FS, et al (2013) *Extracorporeal albumin dialysis with the molecular adsorbent recirculating system in acute-on-chronic liver failure: The RELIEF trial.* Hepatology 57: 1153-1162.
8. Chen T, Yang Z, Choudhury AK et al (2019) *Complications constitute a major risk factor for mortality in hepatitis B virus-related acute-on-chronic liver failure patients: A multi-national study from the Asia-Pacific region.* Hepatol Int 13: 695-705.
9. Gustot T et al (2015) *Clinical course of acute-on-chronic liver failure syndrome and effects on prognosis.* Hepatology 62: 243-252.
10. Artru F, Louvet A, Ruiz I et al (2017) *Liver transplantation in the most severely ill cirrhotic patients: A multicenter study in acute-on-chronic liver failure grade 3.* J Hepatol 67: 708-715.