

DOI: 10.58490/ctjump.2026i95.4479

NGHIÊN CỨU MỐI TƯƠNG QUAN CỦA CHỈ SỐ ĐÀN HỒI GAN VÀ SỐ LƯỢNG TIỂU CẦU VỚI GIÃN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN TRÊN BỆNH NHÂN BỆNH GAN MẠN TÍNH TIẾN TRIỂN CÒN BÙ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ NĂM 2024-2026

Trương Gia Bảo*, Huỳnh Hiếu Tâm

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: baotruong43@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/01/2026

Ngày phản biện: 20/02/2026

Ngày duyệt đăng: 25/02/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Giãn tĩnh mạch thực quản là biến chứng thường gặp ở bệnh nhân xơ gan và bệnh gan mạn tính tiến triển còn bù, cần được phát hiện sớm để dự phòng xuất huyết tiêu hoá. Nội soi thực quản dạ dày tá tràng là tiêu chuẩn vàng nhưng mang tính xâm lấn. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá mối tương quan giữa chỉ số đàn hồi gan và số lượng tiểu cầu với giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân bệnh gan mạn tính tiến triển còn bù. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 70 bệnh nhân bệnh gan mạn tính tiến triển còn bù tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. Chỉ số đàn hồi gan, số lượng tiểu cầu và kết quả nội soi được thu thập và phân tích. **Kết quả:** Đối tượng nghiên cứu chủ yếu ở nhóm tuổi 40–80, nam giới chiếm ưu thế. Nguyên nhân bệnh gan thường gặp nhất là rượu, tiếp theo là siêu vi viêm gan B. Tỷ lệ giãn tĩnh mạch thực quản trong nghiên cứu là 57,1%. Số lượng tiểu cầu tương quan nghịch mức độ trung bình và chỉ số đàn hồi gan tương quan thuận mức độ yếu với giãn tĩnh mạch thực quản. Phân tích hồi quy đa biến xác định số lượng tiểu cầu là yếu tố dự đoán độc lập, với giá trị chẩn đoán tốt với $AUC = 0,82$ tại điểm cắt $115 \times 10^9/L$. Mô hình kết hợp chỉ số đàn hồi gan và số lượng tiểu cầu không làm tăng AUC nhưng cải thiện độ nhạy. **Kết luận:** Chỉ số đàn hồi gan và số lượng tiểu cầu đều có mối tương quan với giãn tĩnh mạch thực quản. Tuy nhiên, chỉ có số lượng tiểu cầu là yếu tố dự đoán độc lập và có giá trị ứng dụng cao trong dự đoán giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân bệnh gan mạn tính tiến triển còn bù.

Từ khóa: Giãn tĩnh mạch thực quản, độ đàn hồi gan, số lượng tiểu cầu, bệnh gan mạn tính tiến triển còn bù.

ABSTRACT

THE CORRELATION OF LIVER STIFFNESS AND PLATELET COUNT WITH ESOPHAGEAL VARICES IN PATIENTS WITH COMPENSATED ADVANCED CHRONIC LIVER DISEASE AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2024–2026

Trương Gia Bảo*, Huỳnh Hiếu Tâm

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Esophageal varices are a common complication in patients with cirrhosis and compensated advanced chronic liver disease, requiring early detection to prevent gastrointestinal bleeding. Esophagogastroduodenoscopy is the gold standard for diagnosis but is invasive. **Objective:** To evaluate the correlation between liver stiffness and platelet count with esophageal varices in patients with compensated advanced chronic liver disease. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 70 patients with compensated advanced chronic liver disease at Can Tho Central General Hospital. Liver stiffness measurements, platelet counts,

and endoscopic findings were collected and analyzed. **Results:** The study population was predominantly aged 40–80 years, with a male predominance. The most common etiology of liver disease was alcohol, followed by hepatitis B virus infection. The prevalence of esophageal varices was 57.1%. Platelet count showed a moderate negative correlation, while liver stiffness showed a weak positive correlation with esophageal varices. Multivariable logistic regression identified platelet count as an independent predictor, with good diagnostic performance (AUC = 0.82) at a cutoff value of $115 \times 10^9/L$. The combined model of liver stiffness and platelet count did not increase AUC but improved sensitivity. **Conclusion:** Both liver stiffness and platelet count were correlated with esophageal varices. However, only platelet count was an independent predictor and demonstrated high clinical utility in predicting esophageal varices in patients with compensated advanced chronic liver disease.

Keywords: Esophageal varices, liver stiffness, platelet count, compensated advanced chronic liver disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là bệnh lý thường gặp, đại diện cho giai đoạn tiến triển cuối cùng của bệnh gan mạn tính, hiện đang tạo ra gánh nặng đáng kể về sức khỏe cộng đồng. Võ giãn tĩnh mạch thực quản là một trong những biến chứng nguy hiểm nhất, có thể gây xuất huyết tiêu hóa ồ ạt và đe dọa trực tiếp đến tính mạng người bệnh. Tỷ lệ xuất huyết tiêu hoá do võ giãn tĩnh mạch thực quản mỗi năm từ 10 – 30% [1]. Do đó, việc phát hiện sớm và dự phòng biến chứng này, đặc biệt ở giai đoạn bệnh gan mạn tính tiến triển còn bù có ý nghĩa quan trọng trong thực hành lâm sàng. Nội soi thực quản – dạ dày – tá tràng hiện nay là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán giãn tĩnh mạch thực quản. Tuy nhiên, đây là phương pháp xâm lấn, tốn kém, gây khó chịu cho người bệnh. Vì vậy, các chỉ số không xâm lấn nhằm dự đoán sự hiện diện của giãn tĩnh mạch thực quản đang trở thành xu hướng nghiên cứu mới gần đây.

Đồng thuận Baveno VI năm 2015 đã đưa ra khái niệm bệnh gan mạn tính tiến triển còn bù (compensated advanced chronic liver disease – cACLD), bao gồm viêm gan mạn tiến triển và xơ gan còn bù, được đặc trưng bởi độ đàn hồi gan lớn hơn 10 KPa [2]. Nhiều nghiên cứu cho thấy chỉ số đàn hồi gan và số lượng tiểu cầu có giá trị trong đánh giá tăng áp lực tĩnh mạch cửa cũng như dự đoán sự hiện diện của giãn tĩnh mạch thực quản ở nhóm bệnh nhân này. Theo khuyến cáo của Baveno VI, bệnh nhân cACLD có số lượng tiểu cầu trên $150 \times 10^9/L$ và độ đàn hồi gan dưới 20 kPa có thể không cần nội soi để tầm soát giãn tĩnh mạch thực quản cần điều trị [2]. Tuy nhiên, các nghiên cứu tiếp theo và đồng thuận Baveno VII năm 2021 đã chỉ ra sự khác biệt về điểm cắt của các chỉ số này, cho thấy tính không đồng nhất trong khả năng dự đoán giãn tĩnh mạch thực quản [3], [4]. Do đó nghiên cứu “Nghiên cứu mối tương quan của chỉ số đàn hồi gan và số lượng tiểu cầu với giãn tĩnh mạch thực quản trên bệnh nhân bệnh gan mạn tính tiến triển còn bù tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2024-2026” được thực hiện với các mục tiêu cụ thể sau: 1) Mô tả đặc điểm chỉ số đàn hồi gan, số lượng tiểu cầu và tỷ lệ giãn tĩnh mạch thực quản của bệnh nhân bệnh gan mạn tính tiến triển còn bù tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2024-2026; 2) Phân tích mối tương quan của chỉ số đàn hồi gan, số lượng tiểu cầu với giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân bệnh gan mạn tính tiến triển còn bù tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2024-2026.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh gan mạn tính tiến triển còn bù đến phòng khám Tiêu hóa hoặc nhập viện tại khoa Tiêu hóa Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2024 đến năm 2026.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:**

+ Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên.

+ Được chẩn đoán bệnh gan mạn tính tiến triển còn bù. Bệnh gan mạn tính tiến triển còn bù được chẩn đoán dựa trên tiền sử mắc viêm gan > 6 tháng hoặc xơ gan còn bù kết hợp siêu âm bụng, các xét nghiệm chức năng gan và chỉ số đàn hồi gan lớn hơn 10 KPa, tương đương với độ xơ hoá F3 hoặc F4.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Bệnh nhân có bệnh lý huyết học gây giảm số lượng tiểu cầu.

+ Bệnh nhân xơ gan mất bù Child B, C.

+ Chống chỉ định với nội soi thực quản dạ dày tá tràng (Phình động mạch chủ ngực, suy tim, nhồi máu cơ tim cấp, cơn tăng huyết áp, tụt huyết áp, suy hô hấp, gù vẹo cột sống nhiều, người bệnh tâm thần không phối hợp nội soi được).

- **Thời gian và địa điểm:** Tại khoa Tiêu hoá và phòng khám Tiêu hoá Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 10/2024 đến tháng 1/2026.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang.

- **Cỡ mẫu:** Sử dụng công thức: $n = Z^2(1 - \alpha/2) \times \frac{p \times (1-p)}{d^2}$

n là cỡ mẫu tối thiểu. Chọn $\alpha = 0,05$, $d = 0.1$ là sai số cho phép. Chọn $p = 0,23$ là tỷ lệ bệnh nhân giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân bệnh gan mạn tính tiến triển còn bù theo nghiên cứu của James Maurice [5]. Tính được $n = 69$. Thực tế cỡ mẫu có được là 70 mẫu.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện cho đến khi đủ số lượng.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu: Tuổi; Giới; Nguyên nhân bệnh gan: Siêu vi viêm gan B, siêu vi viêm gan C, rượu, không rõ nguyên nhân; Các xét nghiệm liên quan đến bệnh gan: ALT, AST, Bilirubin toàn phần, Bilirubin trực tiếp, tỷ lệ Prothrombin, Albumin.

+ Chỉ số đàn hồi gan đo bằng phương pháp đo độ đàn hồi gan thoáng qua Fibroscan, được tính theo đơn vị KiloPascal (KPa). Trong phép đo đàn hồi gan, các giai đoạn xơ hoá được chia thành F0 – F4 [6].

F0-1: không xơ hóa gan hoặc xơ hóa nhẹ < 7,0 KPa.

F2: xơ hoá trung bình 7,0 - dưới 9,5 KPa.

F3: xơ hoá nặng 9,5 - dưới 11 KPa.

F4: xơ gan ≥ 11 KPa

+ Số lượng tiểu cầu được tính theo đơn vị $10^9/L$.

+ Đặc điểm nội soi thực quản dạ dày tá tràng: Giãn tĩnh mạch thực quản được chia làm 2 nhóm: Có giãn và không giãn.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Phỏng vấn trực tiếp và tham khảo hồ sơ bệnh án.

- **Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:** Nhập, xử lý số liệu qua phần mềm SPSS 22.0. Số liệu thống kê mô tả trình bày theo tần số, tỷ lệ, trung bình, độ lệch chuẩn. Thống kê phân tích sử dụng kiểm định Chi bình phương đánh giá sự khác biệt với mức ý nghĩa 5%.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ phê duyệt và cấp giấy chấp thuận đạo đức nghiên cứu số 24.209.HV/PCT-HĐĐĐ ngày 28/06/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu trên 70 bệnh nhân bệnh gan mạn tính tiến triển còn bù đến khám tại phòng khám Tiêu hoá hoặc nhập viện tại khoa Tiêu hoá Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, kết quả nghiên cứu như sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân bệnh gan mạn tính tiến triển còn bù

Đặc điểm		Trung bình	Độ lệch chuẩn
Tuổi		59,14	12,98
Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 40 tuổi	4	5,7
	40 - dưới 60 tuổi	32	45,7
	60 - dưới 80 tuổi	30	42,9
	≥ 80 tuổi	4	5,7
Giới tính	Nam	45	64,3
	Nữ	25	35,7
Nguyên nhân bệnh gan	Siêu vi viêm gan B	16	22,9
	Siêu vi viêm gan C	11	15,7
	Rượu	27	38,6
	Khác	16	22,9
Đặc điểm		Trung bình	Độ lệch chuẩn
ALT (U/L)		47,83	44,353
AST (U/L)		70,69	57,882
Bilirubin TP ($\mu\text{mol/L}$)		20,20	11,52
Bilirubin TT ($\mu\text{mol/L}$)		8,30	5,54
Albumin (g/L)		33,04	4,63
Tỷ lệ prothrombin (%)		74,13	14,28

Nhận xét: Tuổi có giá trị trung bình $59,14 \pm 12,98$, nhóm 40 đến dưới 60 chiếm tỷ lệ cao nhất, nam/nữ = 9/5. Nguyên nhân bệnh gan chủ yếu do rượu (38,6%), siêu vi viêm gan B và không rõ nguyên nhân đều bằng 22,9%, thấp nhất là siêu vi viêm gan C (15,7%).

3.2. Đặc điểm chỉ số đàn hồi gan, số lượng tiểu cầu và tỷ lệ giãn tĩnh mạch thực quản

Bảng 2. Đặc điểm chỉ số đàn hồi gan, số lượng tiểu cầu và tỷ lệ giãn tĩnh mạch thực quản

Đặc điểm		Trung bình	Độ lệch chuẩn
Số lượng tiểu cầu ($10^9/L$)		149,21	103,24
Chỉ số đàn hồi gan (KPa)		27,80	16,25
Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Mức độ xơ hoá	F3	23	32,86
	F4	47	67,14
Giãn tĩnh mạch thực quản	Có giãn	40	57,1
	Không giãn	30	42,9

Đặc điểm	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Mức độ giãn tĩnh mạch thực quản	Độ 1	12
	Độ 2	16
	Độ 3	12

Nhận xét: Số lượng tiểu cầu là $149,21 \pm 103,24 \times 10^9/L$. Chỉ số đàn hồi gan có giá trị $27,80 \pm 16,25$ KPa. Trong đó, mức độ xơ hóa F4 chiếm ưu thế so với F3. Giãn tĩnh mạch thực quản chiếm đến 57,1% tổng số mẫu. Trong số đó, mức độ giãn nhiều nhất ở độ 2 với 40% các trường hợp. Giãn tĩnh mạch thực quản độ 1 hoặc 3 chiếm tỷ lệ bằng nhau 30%.

3.3. Mối tương quan của chỉ số đàn hồi gan và số lượng tiểu cầu với giãn tĩnh mạch thực quản

Bảng 3. Mối tương quan của chỉ số đàn hồi gan và số lượng tiểu cầu với giãn tĩnh mạch thực quản

Biến	Hệ số tương quan R	p
Số lượng tiểu cầu	-0,535	<0,001
Chỉ số đàn hồi gan (KPa)	0,301	0,011

Nhận xét: Số lượng tiểu cầu có tương quan nghịch mức độ trung bình với giãn tĩnh mạch thực quản khi hệ số tương quan $R = -0,535$, $p < 0,001$. Chỉ số đàn hồi gan có tương quan thuận mức độ yếu khi $R = 0,301$ và $p = 0,011$.

Bảng 4. Các yếu tố dự đoán giãn tĩnh mạch thực quản khi phân tích hồi quy đơn biến

Yếu tố dự đoán	Tỷ số chênh OR	Độ tin cậy 95%	Giá trị p
Số lượng tiểu cầu ($10^9/L$)	0,977	0,965 – 0,989	< 0,001
Chỉ số đàn hồi gan (KPa)	1,026	0,994 – 1,060	0,115

Nhận xét: Phân tích đơn biến cho thấy số lượng tiểu cầu khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có và không giãn tĩnh mạch thực quản ($p < 0,05$), gợi ý vai trò dự đoán.

Bảng 5. Các yếu tố dự đoán giãn tĩnh mạch thực quản khi phân tích hồi quy đa biến

Yếu tố dự đoán	Tỷ số chênh OR	Độ tin cậy 95%	Giá trị p
Số lượng tiểu cầu ($10^9/L$)	0,976	0,961 – 0,991	0,002
Chỉ số đàn hồi gan (KPa)	1,007	0,970 – 1,045	0,709

Nhận xét: Khi tiến hành phân tích hồi quy đa biến cho thấy chỉ có số lượng tiểu cầu là có khả năng tin cậy cao trong dự đoán giãn tĩnh mạch thực quản.

Bảng 6. Giá trị dự đoán của số lượng tiểu cầu và chỉ số kết hợp trong giãn tĩnh mạch thực quản

Biến	AUC	Điểm cắt	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	PPV	NPV
Số lượng tiểu cầu ($10^9/L$)	0,82	115	0,78	0,77	0,75	0,82
Chỉ số đàn hồi gan kết hợp số lượng tiểu cầu	0,82	0,56	0,88	0,67	0,78	0,8

Nhận xét: Số lượng tiểu cầu có giá trị dự đoán khi $AUC = 0,82$, độ nhạy 78% và độ đặc hiệu 77% tại điểm cắt 115. Mô hình kết hợp đàn hồi gan và số lượng tiểu cầu có AUC tương đương (0,82) nhưng cải thiện độ nhạy (88%), tuy nhiên độ đặc hiệu giảm (67%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi trung bình đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là $59,14 \pm 12,98$, chủ yếu nằm trong nhóm tuổi từ 40–80, với tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế so với nữ (tỷ lệ nam/nữ = 9/5). Sự phân bố này phù hợp với đặc điểm dịch tễ học của bệnh gan mạn tính, vốn thường gặp ở nhóm tuổi trung niên và có xu hướng phổ biến hơn ở nam giới. Kết quả này tương đồng

với nghiên cứu của Muhammad Asad Abbas (2024), trong đó tuổi trung bình của bệnh nhân là $51,06 \pm 11,09$ năm, nam giới chiếm 56,4% và nữ giới chiếm 43,6% [7].

Xét về căn nguyên bệnh gan mạn tính tiến triển còn bù, rượu là nguyên nhân thường gặp nhất, chiếm 38,6%, tiếp theo là siêu vi viêm gan B và nhóm không rõ nguyên nhân (cùng chiếm 22,9%), trong khi siêu vi viêm gan C chiếm 15,7%. Như vậy, rượu và siêu vi viêm gan B vẫn là hai nguyên nhân hàng đầu gây bệnh gan mạn tính trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Thực tế này có thể liên quan đến thói quen sử dụng rượu bia phổ biến tại Việt Nam, đặc biệt ở nam giới, cũng như tỷ lệ lưu hành siêu vi viêm gan B còn cao tại Việt Nam và nhiều quốc gia đang phát triển. Ngược lại, siêu vi viêm gan C và các nguyên nhân khác chiếm tỷ lệ thấp hơn. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu trong nước của Nguyễn Thị Thu Hương (2019) tại Bệnh viện Trung ương Huế, ghi nhận nguyên nhân do rượu chiếm 64,1%, siêu vi viêm gan B 26,2% và siêu vi viêm gan C 9,7% [8]. Sự khác biệt về tỷ lệ các nguyên nhân giữa các nghiên cứu có thể được lý giải bởi sự khác nhau về đặc điểm dân số và mô hình bệnh tật giữa các vùng nghiên cứu.

Về các xét nghiệm sinh hóa, nồng độ ALT, AST, bilirubin TP và bilirubin TT tăng nhẹ so với giá trị bình thường. Trong khi đó, albumin huyết thanh và tỷ lệ prothrombin không thay đổi đáng kể, do đối tượng nghiên cứu đã loại trừ các trường hợp suy gan cấp và xơ gan mất bù. Điều này phù hợp với đặc điểm của bệnh gan mạn tính tiến triển còn bù, khi chức năng của gan vẫn được bảo tồn tương đối. Các kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Vũ Hà (2024) trên nhóm bệnh nhân viêm gan mạn và xơ gan còn bù [9].

4.2. Đặc điểm chỉ số đàn hồi gan, số lượng tiểu cầu và tỷ lệ giãn tĩnh mạch thực quản

Chỉ số đàn hồi gan ghi nhận trong nghiên cứu có giá trị trung bình là $27,80 \pm 16,25$ KPa. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đoàn Hiếu Trung, trong đó giá trị trung bình độ đàn hồi gan đo bằng phương pháp FibroScan đạt $27,7 \pm 20,6$ kPa [10]. Ngược lại, nghiên cứu của Cristina Muzica (2025) ghi nhận chỉ số đàn hồi gan trung bình thấp hơn, ở mức $18,58 \pm 5,46$ kPa trên nhóm bệnh nhân bệnh gan mạn tính tiến triển còn bù [11]. Sự khác biệt này có thể được lý giải bởi sự không đồng nhất về phương pháp đo độ đàn hồi gan, khi nghiên cứu hiện tại và nghiên cứu của Đoàn Hiếu Trung sử dụng phương pháp đo đàn hồi gan thoáng qua bằng FibroScan, trong khi Cristina Muzica áp dụng kỹ thuật đàn hồi sóng âm hai chiều (2D-SWE).

Giá trị trung bình số lượng tiểu cầu trong nghiên cứu là $149,21 \pm 103,24 \times 10^9/L$, tương đương với kết quả ghi nhận bởi Amine Zoughlami (2023) với $150,7 \pm 66,5 \times 10^9/L$ [12] và nghiên cứu của Vikram Kotwal (2021) với giá trị trung bình $157,3 \times 10^9/L$ [12]. Tỷ lệ giãn tĩnh mạch thực quản được ghi nhận là 57,1%, tương đồng với kết quả của Cristina Muzica (2025), trong đó 50,7% bệnh nhân bệnh gan mạn tính tiến triển còn bù có giãn tĩnh mạch thực quản [11]. Trong nhóm bệnh nhân có giãn, giãn tĩnh mạch thực quản độ 2 chiếm tỷ lệ cao nhất 40%, tiếp theo là độ 1 và độ 3, cùng chiếm 30%.

4.3. Mối tương quan của chỉ số đàn hồi gan, số lượng tiểu cầu với giãn tĩnh mạch thực quản

Tiến hành phân tích mối tương quan giữa chỉ số đàn hồi gan, số lượng tiểu cầu với giãn tĩnh mạch thực quản, chúng tôi nhận thấy số lượng tiểu cầu có tương quan nghịch mức độ trung bình với giãn tĩnh mạch thực quản. Kết quả này phù hợp với cơ chế sinh lý bệnh của bệnh gan mạn tính tiến triển, trong đó giãn tĩnh mạch thực quản liên quan đến tình trạng tăng áp lực tĩnh mạch cửa và cường lách dẫn đến giảm tiểu cầu. Trong khi đó, chỉ số đàn hồi gan có tương quan thuận mức độ yếu với giãn tĩnh mạch thực quản. Kết quả này tương

đồng với nghiên cứu của Carmen Fiebinteanu (2019), trong đó đàn hồi gan có tương quan yếu với giãn tĩnh mạch thực quản ($r = 0,304$) [14].

Khi phân tích hồi quy đơn biến các yếu tố có tiềm năng dự đoán giãn tĩnh mạch thực quản, số lượng tiểu cầu cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Chỉ số đàn hồi gan có $p > 0,05$, tuy nhiên do giá trị $p < 0,2$ nên có thể đưa vào mô hình hồi quy đa biến nhằm hạn chế nguy cơ loại bỏ các yếu tố dự đoán tiềm năng. Kết quả phân tích hồi quy đa biến sau khi hiệu chỉnh các yếu tố nhiễu cho thấy chỉ có số lượng tiểu cầu được xác định là yếu tố dự đoán độc lập, với độ tin cậy cao trong dự đoán sự hiện diện của giãn tĩnh mạch thực quản ($p < 0,05$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Vikram Kotwal (2021), trong đó số lượng tiểu cầu được chứng minh có giá trị dự đoán giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân bệnh gan mạn tính tiến triển còn bù [13].

Về giá trị dự đoán của số lượng tiểu cầu trong giãn tĩnh mạch thực quản, kết quả cho thấy $AUC = 0,82$, cho thấy khả năng dự đoán tốt. Tại điểm cắt $115 \times 10^9/L$, độ nhạy 78% và độ đặc hiệu 77% cho giá trị phân biệt tối ưu. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Mohamed Elbasiony [15]. Mặc dù chỉ số đàn hồi gan có mối tương quan với giãn tĩnh mạch thực quản, nhưng không có ý nghĩa trong mô hình hồi quy đa biến, cho thấy chưa phải là yếu tố dự đoán độc lập. Tuy nhiên, khi kết hợp với số lượng tiểu cầu, mô hình kết hợp có AUC tương đương (0,82) nhưng cải thiện độ nhạy (88%), đồng thời làm giảm độ đặc hiệu (67%). Điều này cho thấy giá trị dự đoán chủ yếu dựa vào số lượng tiểu cầu, trong khi chỉ số đàn hồi gan góp phần tăng khả năng phát hiện bệnh.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân bệnh gan mạn tính tiến triển còn bù ở mức đáng kể. Chỉ số đàn hồi gan và số lượng tiểu cầu đều có mối tương quan có ý nghĩa thống kê với sự hiện diện của giãn tĩnh mạch thực quản, trong đó số lượng tiểu cầu có tương quan nghịch mức độ trung bình, còn đàn hồi gan có tương quan thuận mức độ yếu. Phân tích hồi quy đa biến cho thấy số lượng tiểu cầu là yếu tố dự đoán độc lập, có giá trị chẩn đoán tốt với $AUC = 0,82$ tại điểm cắt $115 \times 10^9/L$, độ nhạy là 78% và độ đặc hiệu là 77%. Mô hình kết hợp chỉ số đàn hồi gan và số lượng tiểu cầu không làm tăng AUC nhưng cải thiện độ nhạy, cho thấy đàn hồi gan có thể góp phần hỗ trợ phát hiện bệnh. Kết quả này gợi ý rằng số lượng tiểu cầu là chỉ số đơn giản, dễ áp dụng, có thể sử dụng trong sàng lọc ban đầu nhằm giảm chi định nội soi không cần thiết ở bệnh nhân bệnh gan mạn tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wang D.X., Wu X.J., Yu J.Z., Zhan J.Y., Xing F.F., *et al.* Visualizing global progress and challenges in esophagogastric variceal bleeding. *World Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2025. 17(4), 102020, <https://doi.org/10.4240/wjgs.v17.i4.102020>.
2. De Franchis R., Baveno VI Faculty. Expanding consensus in portal hypertension: Report of the Baveno VI Consensus Workshop: Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension. *Journal of Hepatology*. 2015. 63(3), 743–752, <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2015.05.022>.
3. De Franchis R., Bosch J., Garcia-Tsao G., Reiberger T., Ripoll C., *et al.* Baveno VII – Renewing consensus in portal hypertension. *Journal of Hepatology*. 2022. 76(4), 959–974, <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2021.12.022>.

4. Banares J., Pons M., Reiberger T., Mandorfer M., Jachs M., *et al.* Refining the Baveno VII criteria for clinically significant portal hypertension: An individual-patient data meta-analysis. *Journal of Hepatology*. 2025. Article in press, <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2025.10.014>.
 5. Maurice J.B., Saffo S., Ripoll C., *et al.* Validation of the Baveno VI criteria to identify low-risk varices in patients with compensated advanced chronic liver disease. *Journal of Hepatology*. 2016. 64(6), 1093–1099, <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2016.06.021>.
 6. Bộ y tế. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh viêm gan vi rút B. 2019. Số: 3310/QĐ-BYT, Hà Nội.
 7. Abbas M. A., Ali A., Zafar S. B., Ahmed A., Qureshi M. N., *et al.* Thrombocytopenia and grading of esophageal varices in patients with chronic liver disease. *Cureus*. 2024. 16(5), e60826, <https://doi.org/10.7759/cureus.60826>.
 8. Nguyễn Thị Thu Hương, Trương Đình Vũ, Lê Thị Ngọc Sương. Nghiên cứu tỷ lệ đại tháo đường ở bệnh nhân xơ gan. *Tạp chí Y học lâm sàng Bệnh viện Trung Ương Huế*. 2019. 57, 3-6, <https://doi.org/10.38103/jcmhch.2019.57.1>.
 9. Hà Vũ, Đỗ Huy, Bùi Nguyễn Minh Nhật, Phạm Anh Quân, Nguyễn Quảng Quyên và cộng sự. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các giai đoạn xơ hóa gan của bệnh nhân viêm gan B mạn chưa được điều trị tại Bệnh viện Thống Nhất. *Tạp chí Phát triển Khoa học và Công nghệ*. 2024. 5(2), 687–695, <https://doi.org/10.32508/stdjhs.v5i2.588>.
 10. Đoàn Hiếu Trung, Trần Văn Hùng. Nghiên cứu giá trị độ đàn hồi gan đo bằng kỹ thuật Fibroscan trong tiên đoán giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan Child-Pugh A, B. *Tạp chí Y học Lâm sàng Bệnh viện Trung Ương Huế*. 2023. 84, 108–113, <https://doi.org/10.38103/jcmhch.84.15>.
 11. Muzica C., Diaconu S., Zenovia S., Huiban L., Stanciu C, *et al.* Role of spleen stiffness measurements with 2D shear-wave elastography for esophageal varices in patients with compensated advanced chronic liver disease. *Diagnostics*. 2025. 15(6), 674, <https://doi.org/10.3390/diagnostics15060674>.
 12. Zoughlami A., Serero J., Congly S., Zhao I., Zhu J, *et al.* Diagnosis of esophageal varices by liver stiffness and serum biomarkers in virus-related compensated advanced chronic liver disease. *Can J Liver Health*. 2023. 6(3), 332–346, <https://doi.org/10.3138/canlivj-2022-0047>.
 13. Kotwal V., Mbachi C., Wang Y., Attar B., Randhawa T., *et al.* A novel score to predict esophageal varices in patients with compensated advanced chronic liver disease. *Digestive Diseases and Sciences*. 2021. 66(6), 2084–209.
 14. Paternostro R., Reiberger T., Bucsic T., *et al.* Spleen stiffness as predictor of esophageal varices in cirrhosis of different etiologies. *Scientific Reports*. 2019. 9, 16190. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-52407-y>.
 15. Sharma M., Rameshbabu C.S., Kalra N., *et al.* Non-invasive prediction of esophageal varices in patients with liver cirrhosis. *Med J Armed Forces India*. 2021. 77(1), 210–216. <https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2021.08.008>.
-