

Nghiên cứu so sánh thang điểm PNED với các thang điểm GB, AIMS65 trong phân tầng nguy cơ các bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên

Trần Thị Ngọc Lan¹, Hồ Tấn Phát², Phạm Thị Triều Quyên², Trần Văn Huy³

(1) Bệnh viện Thanh Vân; (2) Bệnh viện Chợ Rẫy

(3) Bộ môn Nội, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) trên là một tình trạng cấp cứu nội - ngoại khoa thường gặp và có nguy cơ đe dọa tính mạng bệnh nhân. Việc phân tầng nguy cơ ngay khi tiếp nhận bệnh nhân (BN) XHTH trên là rất quan trọng đối với các bác sĩ lâm sàng. Thang điểm PNED là một thang điểm khá mới và hiện chưa tìm thấy có công trình nghiên cứu nào tại Việt Nam đánh giá và so sánh thang điểm này với các thang điểm GB, AIMS65 trong phân tầng nguy cơ các bệnh nhân XHTH trên. Nghiên cứu này có mục tiêu khảo sát và đánh giá độ chính xác, giá trị dự báo của các thang điểm GB, AIMS65 và PNED trong phân tầng nguy cơ ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên nhập viện tại khoa Tiêu hóa Bệnh viện Chợ Rẫy và so sánh thang điểm PNED với các thang điểm GB, AIMS65 trong phân tầng nguy cơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Một nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu khảo sát các bệnh nhân bị XHTH trên nhập viện và điều trị tại khoa Nội Tiêu Hóa, bệnh viện Chợ Rẫy từ 15/03/2019 đến 30/08/2019. Tính điểm số các thang điểm PNED, GB, AIMS65 và so sánh diện tích dưới đường cong ROC (AUC) để xác định giá trị dự đoán của các thang điểm. **Kết quả:** Có 175 BN XHTH trên đủ tiêu chuẩn được khảo sát, tuổi trung bình $59,51 \pm 14,36$, tỷ lệ nam/nữ: 2,07/1, tỷ lệ bệnh nhân cần can thiệp truyền máu: 45,1%, nội soi cầm máu: 30,3%, phẫu thuật: 0,57%, xuất huyết tái phát trong bệnh viện (BV): 9,7%, tỷ lệ tử vong chung: 5,1%. Về dự báo can thiệp truyền máu của thang điểm GB là cao nhất rồi đến PNED và cuối cùng là AIMS65 với AUC lần lượt là 67,1%; 63,1%; 56,4% ($p < 0,001$). Về dự báo nội soi can thiệp của thang điểm PNED là cao nhất rồi đến GB và cuối cùng là AIMS65 với AUC lần lượt là 62,2%; 55,1%; 52,7%. Về dự báo can thiệp y khoa chung của thang điểm PNED là cao nhất rồi đến GB và cuối cùng là AIMS65 với AUC lần lượt là 69,7%; 66,2%; 56,3%. Về dự báo tái xuất huyết của thang điểm PNED là cao nhất rồi đến GB với AUC lần lượt là 80,8%; 62,1%. AUC của thang điểm AIMS65 là 48,5% không có giá trị trong dự báo tái xuất huyết. Về dự báo tử vong của thang điểm AIMS65 là cao nhất rồi đến GB và cuối cùng là PNED với AUC lần lượt là 77,3%; 73,5%; 61,3%. Thang điểm PNED với điểm cắt ≥ 6 , có giá trị dự báo (+) khá cao đối với tiên lượng can thiệp y khoa chung (76,81%) so với 2 thang điểm GB (68,33%) với điểm cắt ≥ 9 và AIMS65 (61,33%) với điểm cắt ≥ 2 . **Kết luận:** Thang điểm PNED có khả năng dự báo về can thiệp nội soi cầm máu, can thiệp y khoa nói chung và chảy máu tái phát là cao hơn so với 2 thang điểm GB và AIMS65.

Từ khóa: Xuất huyết tiêu hóa trên, thang điểm PNED, GB, AIMS65

Abstract

Comparison the PNED score with the GB, AIMS65 scores for risk stratification in patients with upper gastrointestinal bleeding

Trần Thị Ngọc Lan¹, Hồ Tấn Phát², Phạm Thị Triều Quyên², Trần Văn Huy³

(1) Thanh Van Hospital; (2) Cho Ray Hospital

(3) Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Back ground: Upper gastrointestinal bleeding (UGIB) is a common cause of internal medical or surgical emergencies and often make the life-threatening risks to patients. The stratification of risk in triage the patients with UGIB is very critical for clinicians. PNED score is still a fairly new scale in Vietnam and currently no research that evaluated and compared it with the GB and AIMS65 scores in risk stratification of UGIB patients has been found. This study were aimed to (i) evaluate the accuracy, predictive value of the GB, AIMS65 and PNED scores and (ii) to compare the PNED score with the GB and AIMS65 scores in risk stratification of patients with upper gastrointestinal bleeding on admission to the Department of Gastroenterology at Cho Ray Hospital. **Subjects and Research Methods:** A prospective cohort study investigating all patients presenting with UGIB on admission and treatment at the Department of Gastroenterology in Cho Ray Hospital from March 15th,

2019 to August 30th, 2019. We calculated PNED, GB, AIMS65 scores and compared the area under the ROC curve (AUC) to determine the predicted value of the scores. **Results:** One hundred and seventy-five patients were included. Median age of 59.51 ± 14.36 , male/female ratio of 2.07/1, proportion of patients requiring blood transfusion intervention: 45.1%, hemostatic endoscopy: 30.3%, surgery: 0.57%, re-bleeding during hospitalization: 9.7%, overall mortality: 5.1%. About predicting required blood transfusion intervention of GB score was highest then PNED score and finally AIMS65 score with AUC respectively 67.1%; 63.1%; 56.4% ($p < 0.001$). About predicting endoscopic intervention of PNED score was highest then GB score and finally AIMS65 score with AUC respectively 62.2%; 55.1%; 52.7%. About predicting required medical intervention of PNED score was highest then GB score and finally AIMS65 score with AUC respectively 69.7%; 66.2%; 56.3%. About predicting required re-bleeding of PNED score was highest then GB score score with AUC respectively 80.8%; 62.1%. AUC of AIMS65 score of 48.5% has no value in predicting re-bleeding. About predicting the risk of mortality of AIMS65 score was highest then GB score score and finally PNED score with AUC respectively 77.3%; 73.5%; 61.3%. The PNED score with a cut-off ≥ 6 , has a positive predictive value is high for the overall medical intervention (76.81%) compared with GB score (68.33%) has cut-off ≥ 9 and AIMS65 score (61.33%) has cut-off ≥ 2 . **Conclusion:** The PNED score is superior to the GB and AIMS65 scores in predicting hemostatic interventions, general medical interventions and re-bleeding.

Key words: Upper gastrointestinal bleeding, PNED score, GB score, AIMS65 score

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) là một tình trạng cấp cứu nội - ngoại khoa thường gặp trong các bệnh lý về tiêu hóa và có nguy cơ đe dọa tính mạng bệnh nhân (BN), trong đó XHTH trên chiếm khoảng 80%, nhiều gấp 4 lần XHTH giữa và dưới (15 - 20%) [5]. Mặc dù có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị nhưng tỷ lệ tử vong chung do XHTH trên tại Mỹ, Châu Âu và Việt Nam phần lớn vẫn không thay đổi, chiếm khoảng từ 2-15%, trung bình là 10% [15].

Từ năm 2010, các hướng dẫn đồng thuận quốc tế đề nghị nên phân loại nguy cơ sớm bằng cách sử dụng các thang điểm tiên lượng có giá trị giúp đưa ra quyết định ban đầu thích hợp như thời gian nội soi, thời gian xuất viện và cấp độ chăm sóc [17]. Các thang điểm GB, AIMS65 có nhiều ưu nhược điểm và đã được nhiều tác giả nghiên cứu, gần đây thang điểm Progetto Nazionale Emorragia Digestiva (PNED) được phát triển bởi các chuyên gia Ý nhằm phân tầng bệnh nhân khi đã có kết quả nội soi và hiện Việt Nam chưa tìm thấy công trình nào có liên quan nên chúng tôi thực hiện đề tài: “Nghiên cứu so sánh thang điểm PNED với các thang điểm GB, AIMS65 trong phân tầng nguy cơ các bệnh nhân XHTH trên” với mục tiêu:

1. Đánh giá độ chính xác, giá trị dự báo của các thang điểm GB, AIMS65 và PNED trong phân tầng nguy cơ ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên nhập viện tại Khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Chợ Rẫy.

2. So sánh thang điểm PNED với các thang điểm GB, AIMS65 trong phân tầng nguy cơ ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên nhập viện tại Khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Chợ Rẫy.

2. ĐỐI TƯỢNG-PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 175 bệnh nhân XHTH trên nhập viện và điều trị tại khoa Nội Tiêu Hóa, Bệnh viện Chợ Rẫy từ 15/03/2019-30/08/2019.

2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Tuổi ≥ 18
- Được chẩn đoán XHTH trên khi nhập Bệnh viện Chợ Rẫy.
- Được làm thủ thuật nội soi thực quản-dạ dày-tá tràng.

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có xuất huyết từ răng miệng, tai, mũi, họng nuốt vào đường tiêu hóa sau đó nôn ra máu hoặc đi cầu phân đen.
- Bệnh nhân ho ra máu, khạc ra máu do bệnh lý đường hô hấp nuốt vào sau đó nôn ra máu hoặc đi cầu phân đen.
- Bệnh nhân có biểu hiện đi cầu phân đen sau khi sử dụng các thức ăn hay thuốc làm thay đổi màu sắc của phân.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu, theo dõi từ khi nhập viện đến khi xuất viện.
- Mỗi BN được thu thập các dữ liệu về sinh hiệu lúc nhập viện, các bệnh đi kèm, các kết quả xét nghiệm sinh hóa, huyết học gồm Hb, INR, BUN, Albumin, kết quả nội soi và các can thiệp y khoa (bao gồm truyền máu, can thiệp nội soi và phẫu thuật), tình trạng tái xuất huyết trong thời gian nằm viện và tử vong.

- Đánh giá thang điểm PNED, GB, AIMS65

* Thang điểm PNED: dựa vào bảng 2.1

Bảng 1. Thang điểm PNED [11]

1	2	3	4
ASA 3 Thời gian nhập viện <8 giờ	Hb 7g/dl Tuổi 80 Suy thận	ASA 4 Chảy máu tái phát Ung thư Xơ gan	Thất bại với điều trị nội soi
ASA(American Society of Anesthesiologist): Hội Gây mê Hời sức Hoa Kỳ Hb: Hemoglobin; PNED: Dự án quốc gia về xuất huyết tiêu hóa Italy			

Thang điểm này được tính bằng cách cộng tất cả điểm của 10 yếu tố hiện diện, nếu không có sự hiện diện của yếu tố nào thì yếu tố đó được tính là 0 điểm. Kết quả là 0 khi không có bất kỳ yếu tố nguy cơ nào được xác định và điểm càng cao thì nguy cơ càng nhiều.

* **Thang điểm Glasgow - Blatchford Score (GBS hay GB):** dựa vào bảng 2.2

Bảng 2. Thang điểm Glasgow-Blatchford [18]

YẾU TỐ ĐÁNH GIÁ			ĐIỂM
BUN (mg/dl)	≥ 18,2 đến < 22,4		2
	≥ 22,4 đến < 28		3
	≥ 28 đến < 70		4
	≥ 70		6
Hemoglobin (g/dl)	Nam	≥ 12 đến 12,9	1
		≥ 10 đến 11,9	3
		< 10	6
	Nữ	≥ 10 đến 11,9	1
		< 10	6
Huyết áp tâm thu (mmHg)	100 - 109		1
	90 - 99		2
	< 90		3
Dấu hiệu khác	Nhịp tim ≥ 100 lần/phút		1
	Phân đen		1
	Ngất		2
	Bệnh gan		2
	Suy tim		2

Thang điểm GB được tính từ 0-23 điểm, GB=0 nghĩa là BN không cần nhập viện, GB càng cao thì nguy cơ chảy máu tái phát càng lớn.

* **Thang điểm AIMS65:** dựa vào bảng 2.3.

Bảng 3. Thang điểm AIMS65 [14]

YẾU TỐ ĐÁNH GIÁ	ĐIỂM
Albumin < 3 g/dL	1
INR > 1,5	1
Rối loạn tri giác(GCS) <14	1
Huyết áp tâm thu < 90 mmHg	1
Tuổi > 65	1

Khi có sự hiện diện của 2 yếu tố trở lên nguy cơ tử vong được coi là cao.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 18.0

- Mối tương quan giữa các biến số kết cục (xuất huyết tái phát, yêu cầu can thiệp y khoa, tử vong) và các

thang điểm được tính thông qua phép kiểm Chi bình phương, xây dựng đường cong ROC cho mỗi biến số kết cục, xác định diện tích dưới đường cong ROC (AUC) với khoảng tin cậy 95%.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu và nguyên nhân gây XHTH trên được trình bày trong bảng 4 và bảng 5

Bảng 4. Đặc điểm của dân số nghiên cứu

Tổng số bệnh nhân	175	
Tuổi trung bình	59,51 ± 14,36	
Nam/nữ	2,07/1	
Bệnh nội khoa đi kèm	Ung thư	23(13,1%)
	Xơ gan	94(53,7%)
	Bệnh gan	49(28%)
	Suy tim	7(4%)
	Suy thận	38(21,7%)
Lý do nhập viện	Nôn ra máu	28(16%)
	Đi cầu phân đen	67(38,3%)
	Nôn ra máu và đi cầu phân đen	74(3,4%)
	Lý do khác	6(3,4%)
CTYK	Truyền máu	79(45,1%)
	Nội soi can thiệp	53(30,3%)
	Phẫu thuật	1(0,57%)
Xuất huyết tái phát trong BV		17(9,7%)
Tử vong trong bệnh viện		9(5,1%)
Thời gian được nội soi	< 24 giờ	96(54,9%)
	≥ 24 giờ	79(45,1%)

Bảng 5. Đặc điểm về nội soi thực quản dạ dày tá tràng

Đặc điểm về nội soi	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Do vỡ giãn TMTQ	63	36,0
Do vỡ giãn TM dạ dày	12	6,9
Do loét dạ dày tá tràng	62	35,5
Do loét thực quản	1	0,6
Viêm xuất huyết dạ dày, tá tràng	12	6,9
Bướu tân sinh (ung thư)	6	3,4
Tổn thương Dieulafoy	2	1,1
Hội chứng Mallory Weiss	6	3,4
Dùng thuốc kháng đông	2	1,1
Các nguyên nhân khác	9	5,1
Tổng	175	100,0

3.2. Đánh giá độ chính xác và giá trị dự báo của các thang điểm: Trong bảng 6 trình bày giá trị dự báo của các thang điểm đối với các can thiệp y khoa và kết cục lâm sàng.

Bảng 6. Bảng tổng hợp các giá trị dự báo của các thang điểm PNED, GB, AIMS65

GIÁ TRỊ DỰ BÁO	AUROC (95%)
1. Can thiệp truyền máu	
GB	67,1% (59,2% - 75,0%)
AIMS65	56,4% (47,9% - 64,9%)
PNED	63,1% (54,8% - 71,3%)
2. Can thiệp nội soi cầm máu	
GB	55,1% (46,3% - 63,9%)
AIMS65	52,7% (43,4% - 62,0%)
PNED	62,2% (53,4% - 71,0%)
3. Can thiệp y khoa chung	
GB	66,2% (57,9% - 74,6%)
AIMS65	56,3% (47,6% - 64,9%)
PNED	69,7% (61,7% - 77,7%)
4. Tỷ lệ tử vong	
GB	73,5% (60,2% - 86,9%)
AIMS65	77,3% (62,0% - 92,6%)
PNED	61,3% (44,1% - 78,5%)
5. Chảy máu tái phát	
GB	62,1% (49,7% - 74,5%)
AIMS65	48,5% (33,4% - 63,5%)
PNED	80,8% (68,6% - 92,9%)

Nhận xét: Thang điểm GB có khả năng dự báo can thiệp truyền máu là cao nhất, thang điểm AIMS65 có khả năng dự báo về tỷ lệ tử vong là cao nhất, còn thang điểm PNED có khả năng dự báo về can thiệp nội soi cầm máu, can thiệp y khoa nói chung và chảy máu tái phát là cao nhất.

3.2.1. Thang điểm PNED: Điểm trung bình là $4,86 \pm 3,11$; điểm thấp nhất là 0 và cao nhất là 14.

Diện tích dưới đường cong ROC cao nhất là tái xuất huyết (80,8%), kế tiếp là can thiệp y khoa (69,7%) và tử vong (61,3%). Ngưỡng PNED ≥ 6 là tối ưu nhất để dự đoán khả năng tái xuất huyết với độ nhạy 82,35%, độ đặc hiệu 65,19%, độ chính xác 66,86%, giá trị dự báo (+) 20,29%, giá trị dự báo (-) 97,17%, LR(+) 2,366, LR(-) 0,271.

3.2.2. Thang điểm Glasgow-Blatchford (GB):

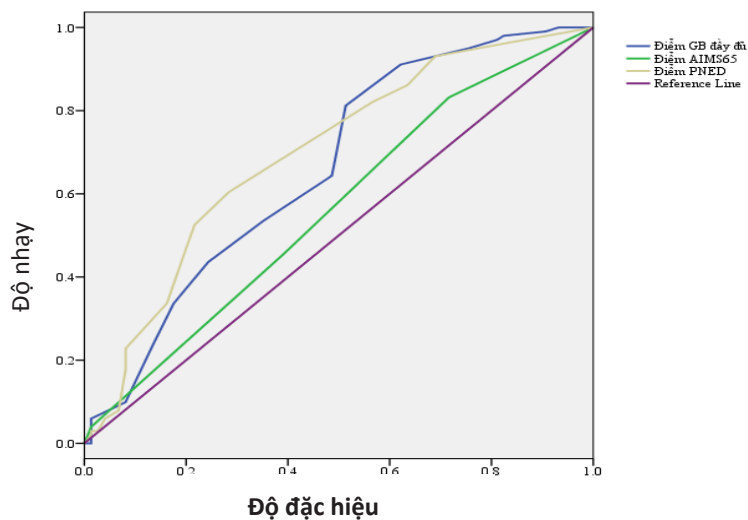
Điểm trung bình là $10,06 \pm 3,46$; điểm thấp nhất là 0 và cao nhất là 17. Diện tích dưới đường cong ROC cao nhất là tử vong (73,5%), kế tiếp là can thiệp

y khoa (66,2%) và tái xuất huyết là (62,1%). Ngưỡng GBS ≥ 9 là tối ưu nhất để dự đoán kết cục tử vong với độ nhạy 88,89%, độ đặc hiệu 32,53%, giá trị dự báo (+) 6,67%, giá trị dự báo (-) 98,18%, LR(+) 1,317, LR(-) 0,342.

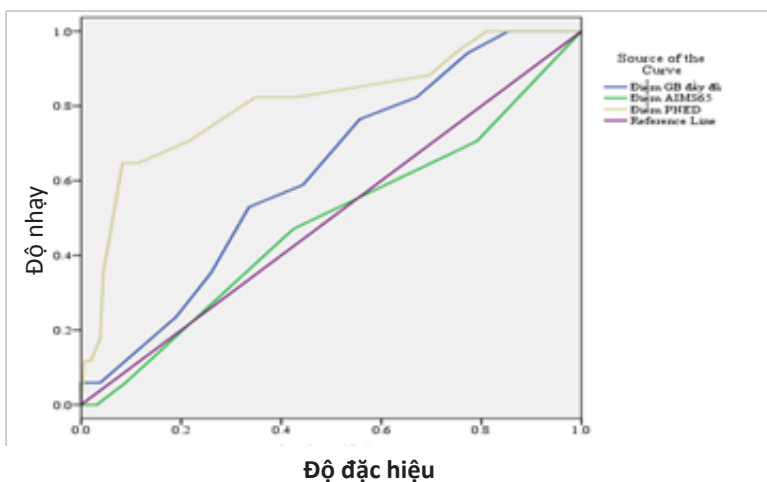
3.2.3. Thang điểm AIMS65: Điểm trung bình là $1,33 \pm 0,97$; điểm thấp nhất là 0 và cao nhất là 4. Diện tích dưới đường cong ROC cao nhất là tử vong (77,3%), kế tiếp là can thiệp y khoa (56,3%) còn tái xuất huyết là 48,5%. Ngưỡng AIMS65 ≥ 2 là tối ưu nhất để dự đoán kết cục tử vong với độ nhạy 77,78%, độ đặc hiệu 59,04%, giá trị dự báo (+) 9,33%, giá trị dự báo (-) 98,00%, LR(+) 1,899, LR(-) 0,376.

3.3. So sánh thang điểm PNED với các thang điểm GB và AIMS65

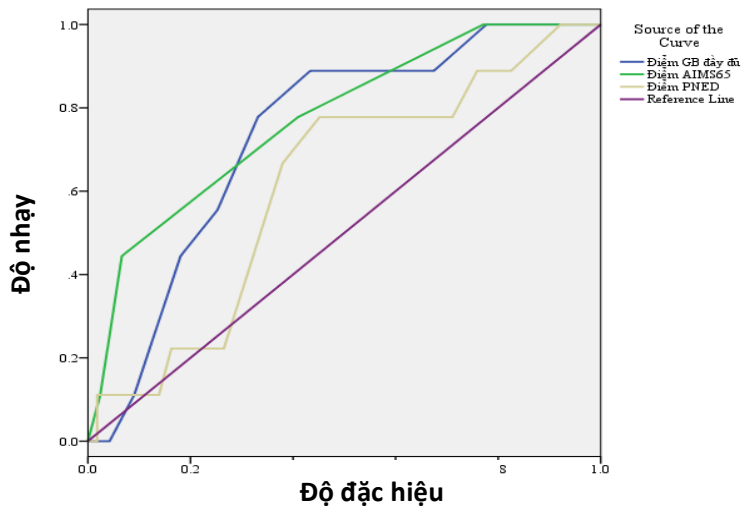
Diện tích dưới đường cong ROC đánh giá khả năng dự đoán chính xác nguy cơ cần CTYK, tái xuất huyết và tử vong được trình bày ở biểu đồ 1,2 và 3.



Biểu đồ 1. Đường cong ROC về yêu cầu cần CTYK



Biểu đồ 2. Đường cong ROC về tái xuất huyết



Biểu đồ 3. Đường cong ROC về tiên lượng tử vong

3.4. Bảng ngưỡng tối ưu của các thang điểm PNED, GB, AIMS65 trong việc xác định bệnh nhân có nguy cơ cao.

Bảng 7. Ngưỡng tối ưu trong việc dự báo can thiệp y khoa chung

Thang điểm	Điểm cắt	Số BN	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Giá trị dự báo (+)	Giá trị dự báo (-)
AIMS65	≥ 2	75	45,54%	60,81%	61,33%	45,00%
GB	≥ 9	120	81,19%	48,65%	68,33%	65,45%
PNED	≥ 6	69	52,48%	78,38%	76,81%	54,72%

Nhận xét: Thang điểm PNED với giá trị dự báo (+) cao nhất là 76,81% so với 2 thang điểm AIMS65 và GBS.

Bảng 8. Ngưỡng tối ưu trong việc dự báo xuất huyết tái phát

Thang điểm	Điểm cắt	Số BN	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Giá trị dự báo (+)	Giá trị dự báo (-)
AIMS65	≥ 2	75	47,06%	57,59%	10,67%	91,00%
GB	≥ 9	120	82,35%	32,91%	11,07%	94,55%
PNED	≥ 6	69	82,35%	65,19%	20,29%	97,17%

Nhận xét: Thang điểm PNED và GB đều có độ nhạy tương đương nhau trong dự báo xuất huyết tái phát (82,35%), tuy nhiên thang điểm PNED với giá trị dự báo (+) (20,29%) cao hơn thang điểm GB (11,07%).

Bảng 9. Ngưỡng tối ưu trong việc tiên lượng tử vong

Thang điểm	Điểm cắt	Số BN	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Giá trị dự báo (+)	Giá trị dự báo (-)
AIMS65	≥ 2	75	77,78%	59,04%	9,33%	98,0%
GB	≥ 9	120	88,89%	32,53%	6,67%	98,18%
PNED	≥ 6	69	66,67%	62,05%	8,70%	97,17%

Nhận xét: Thang điểm GB có độ nhạy cao hơn 2 thang điểm AIMS65 và PNED trong dự báo tiên lượng tử vong. Giá trị dự báo (+) của cả 3 thang điểm đều ở mức thấp (<10%).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu

Theo kết quả ở bảng 4 thì tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $59,51 \pm 14,36$. Kết quả này tương tự với Võ Hoàng Chương (2015) thực hiện tại Bệnh viện Trung ương Huế có tuổi trung bình là $55,7 \pm 14,8$ [2]; nghiên cứu của Quách Tiến Phong, Quách Trọng Đức, Lê Thành Lý (2015) thực hiện tại khoa Nội Tiêu Hóa Bệnh viện Chợ Rẫy thì tuổi trung bình $54,58 \pm 16,46$ [5].

Số bệnh nhân nhập viện vì xuất huyết tiêu hoá là nam chiếm ưu thế (67,4%), tỷ lệ Nam/Nữ là 2,07/1, điều này cũng tương tự như y văn và như nhiều nghiên cứu khác tại Việt Nam cũng như trên thế giới. Theo nghiên cứu của Hoàng Phương Thủy (2013) thực hiện tại Bệnh viện Trung ương Huế thì tỷ lệ Nam/Nữ là 1,6/1 [9]. Theo nghiên cứu của Palmer A.J và cs (2016) thực hiện trên 328 trường hợp XHTH trên cấp không do vỡ giãn tại Scotland thì tỷ lệ Nam/Nữ là 65,9%/34,1% [13].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số BN nhập viện có nôn ra máu kết hợp với đi cầu phân đen là nhiều nhất, chiếm tỷ lệ (42,3%), sau đó đến nhóm BN chỉ

có đi cầu phân đen (38,3%) rồi đến nhóm chỉ có nôn ra máu (16%), còn những lý do khác rất ít gặp, chỉ chiếm 3,4%. Các nghiên cứu của nhiều tác giả khác cũng cho thấy lý do nhập viện chủ yếu là các triệu chứng nôn ra máu và hoặc đi cầu phân đen. Theo nghiên cứu của Diệp Duyên Anh (2013) tại Trà Vinh, thì bệnh nhân nhập viện chủ yếu là nôn ra máu hoặc đi cầu phân đen có tỷ lệ tương đương nhau (34%), còn vừa nôn ra máu vừa đi cầu phân đen thì chiếm 26,7% [1]. Theo nghiên cứu của Bryant R.V và cs (2013) thực hiện trên 888 trường hợp XHTH trên tại Úc cho thấy lý do vào viện là đi cầu phân đen chiếm 52,6%, nôn ra máu chiếm 26,8% và cả 2 lý do trên là 20,6% [10].

Các bệnh nội khoa đi kèm như xơ gan chiếm tỷ lệ cao nhất (53,7%) rồi đến các bệnh về gan nói chung như viêm gan B, C, viêm gan do rượu, áp xe gan chiếm 28%, suy thận cũng chiếm 1 tỷ lệ tương đối (21,7%). Đó là những nhóm bệnh có liên quan đến tính điểm của thang điểm nghiên cứu. Ngoài ra còn gặp nhiều bệnh khác như đái tháo đường, viêm đau khớp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính... nhưng chúng tôi không thống kê trong nghiên cứu.

Trong số 175 BN nằm điều trị tại khoa thì có 79 BN phải can thiệp truyền máu, chiếm tỷ lệ 45,1%; 53 BN phải điều trị nội soi can thiệp, chiếm tỷ lệ 30,3%; có 17 BN tái xuất huyết (9,7%); chỉ có 1 BN (0,57%) phải mổ bụng thăm dò sau khi các biện pháp cầm máu thông thường không hiệu quả và có 9 BN (5,1%) tử vong.

Tỷ lệ BN được nội soi cầm máu và tử vong chung qua các nghiên cứu không có sự khác biệt nhiều. Tỷ lệ tử vong theo nghiên cứu của chúng tôi là 5,1% thấp hơn các số liệu được báo cáo trong các y văn thế giới (8-10%), điều này cũng chỉ ra rằng việc xử trí tốt ngay từ tuyến trước cho đến khi được nhập viện tại Bệnh viện Chợ Rẫy là khá tối ưu.

Bảng 10. Tỷ lệ BN can thiệp y khoa và kết cục điều trị qua các nghiên cứu

Nghiên cứu	Truyền máu	Đơn vị máu truyền	Nội soi cầm máu	Phẫu thuật	Tử vong
Chúng tôi	45,1%	2,91 ± 1,76	30,3%	0,57%	5,1%
Đỗ Hữu Thành [7]	74,71%	3,78 ± 2,44	39,41%	0	5,29%
Trần Kinh Thành [8]	45,14%	3,67 ± 2,2	29,96%	1,95%	2,33%
Hyett và cs [12]			25,9%	1,8%	6,5%

Thời gian từ khi nhập viện đến khi được nội soi thực quản dạ dày tá tràng cũng là vấn đề được chúng tôi quan tâm vì việc nội soi được thực hiện càng sớm, trong vòng trước 24 giờ sẽ giúp cho chẩn đoán và điều trị nhanh chóng theo các hướng dẫn đồng thuận quốc tế. Trong nghiên cứu này thì số bệnh nhân được nội soi trước 24 giờ chiếm 54,9%, điều này tương đương với một số nước lớn trên thế giới như Anh 55% nhưng chỉ ở mức trung bình nếu so với nghiên cứu của Đào Văn Long và cộng sự (2015) thực hiện trên 17 bệnh viện lớn tại Việt Nam thì tỷ lệ BN được nội soi lần đầu trước 24 giờ là 71,8% [3],[4].

Trong bảng 5 thì nguyên nhân gây XHTH trên thường gặp là do vỡ giãn TMTQ và loét dạ dày tá tràng chiếm 36% và 35,5%. Các nguyên nhân do vỡ giãn tĩnh mạch dạ dày và viêm xuất huyết niêm mạc dạ dày tá tràng là ngang nhau, chiếm 6,9%. Các nguyên nhân như ung thư dạ dày, hội chứng Mallory - Weiss đều chiếm 3,4%. Các nguyên nhân khác như dùng thuốc kháng đông, tổn thương Dieulafoy, các bệnh về máu, sốt xuất huyết, viêm xuất huyết dạ dày do dùng thuốc kháng viêm không steroid, dị dạng mạch máu... đều có gặp nhưng tỷ lệ thấp. Theo nghiên cứu của Nguyễn Duy Thắng, (2010) về các nguyên nhân gây XHTH cao thì cũng cho thấy nguyên nhân hàng đầu là loét dạ dày 21,1%, loét hành tá tràng 12%, dùng NSAID 11,3%, do rượu 10,7% và do xơ gan 9,2% [6]. Theo nghiên cứu của S.F. Zhao thực hiện trên 345 BN lớn tuổi (> 65 tuổi) có XHTH trên từ 10/2012-12/2015 tại Trung Quốc ghi nhận sau khi nội soi nguyên nhân do loét dạ dày chiếm 55,9%, do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản chiếm 24,6%, do xuất huyết dạ dày chiếm 8,5%, do ung thư dạ dày chiếm 6,1%, hội chứng Mallory-Weiss chiếm 2,3% [19].

4.2 Các thang điểm

4.2.1. Thang điểm PNED

Theo bảng 6, thang điểm PNED đều có giá trị trong tiên lượng về CTYK, tái xuất huyết và tử vong nhưng giá trị tiên lượng trong tái xuất huyết và CTYK cao hơn là tử vong. Theo bảng 7, 8 và 9 thì giá trị dự báo (+) của thang điểm này đối với tiên lượng tái XH và tử vong còn ở mức thấp (20,29% và 8,7%) nhưng đối với tiên lượng CTYK thì ở mức cao (76,81%). Kết quả nghiên cứu này hơi khác với nghiên cứu của R. Contreras-Omanã và cộng sự thực hiện nghiên cứu đa trung tâm trên 198 BN tại 6 bệnh viện của Mexico từ 2011-2015 đưa ra kết luận là thang điểm PNED có tính chọn lọc hơn trong phân độ các trường hợp nặng và có khả năng dự báo tử vong tốt hơn khi so sánh với thang điểm Rockall [11]. Hiện chưa thấy công trình nào trong nước công bố về nghiên cứu thang điểm PNED do vậy chúng tôi chưa thể đưa ra những so sánh về thang điểm này tại Việt Nam.

4.2.2. Thang điểm GBS

Theo các bảng 6, 7, 8, 9 thì thang điểm GBS đều có giá trị tiên lượng trong CTYK, tái xuất huyết và tử vong nhưng giá trị tiên lượng trong tử vong cao nhất rồi đến CTYK và cuối cùng là tái xuất huyết. Ngưỡng GB ≥ 9 là tối ưu nhất để dự đoán kết cục tử vong, tuy nhiên giá trị dự báo (+) 6,67% là tương đối thấp và không có ý nghĩa. Còn đối với CTYK chung thì giá trị dự báo (+) là 68,33%.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng có cùng kết quả với nghiên cứu của Trần Kinh Thành, Bùi Hữu Hoàng, khảo sát 257 BN XHTH do loét dạ dày tá tràng từ tháng 9/2009 đến tháng 06/2010, có điểm GB trung bình là 11,95 ± 3,83, với GB < 6 thì không có trường hợp CTYK, tái xuất huyết cũng như tử vong (độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 15,67%) và nghiên cứu của Stanley và cộng sự thì cũng đưa ra kết luận là thang

điểm GBS có khả năng dự đoán tốt nhất các BN cần CTYK bao gồm truyền máu, nội soi can thiệp, XQ can thiệp hoặc phẫu thuật can thiệp [8], [16].

4.2.3. Thang điểm AIMS65

Theo các bảng 6, 7, 8, 9 thì cũng cho thấy thang điểm AIMS65 có giá trị cao nhất trong tiên lượng tử vong rồi đến CTYK. Ngưỡng AIMS65 ≥ 2 là tối ưu nhất để dự đoán kết cục tử vong, tuy nhiên giá trị dự báo (+) còn ở mức thấp 9,33%. Kết quả này cũng gần giống kết quả của tác giả Đỗ Hữu Thành là thang điểm AIMS65 có khả năng dự báo nguy cơ tử vong là tốt nhất so với 2 thang điểm Rockall lâm sàng và Rockcall đầy đủ và cũng tương tự với nghiên cứu của tác giả Hyett và cộng sự đưa ra là thang điểm AIMS65 có khả năng dự báo tử vong tốt hơn GBS với AUC là 0,93 (KTC95% 0,89 - 0,96)[7], [12].

4.3. So sánh các thang điểm

Theo bảng 6, thang điểm GB có khả năng dự báo can thiệp truyền máu là cao nhất với diện tích dưới đường cong là 67,1%, KTC (59,2% - 75,0%), thang điểm AIMS65 có khả năng dự báo về tỷ lệ tử vong là cao nhất với diện tích dưới đường cong là 77,3%, KTC (62,0% - 92,6%), còn thang điểm PNED có khả năng dự báo về can thiệp nội soi cầm máu với diện tích dưới đường cong là 62,2%, KTC (53,4% - 71,0%), can thiệp y khoa nói chung với diện tích dưới đường cong 69,7%, KTC (61,7% - 77,7%) và chảy máu tái phát với diện tích dưới đường cong là 80,8%, KTC (68,6% - 92,9%) là cao nhất.

Ta thấy thang điểm PNED có ưu thế trong việc dự báo tiên lượng can thiệp nội soi cầm máu, can thiệp y khoa nói chung và chảy máu tái phát. Thang điểm GB có ưu thế trong dự báo can thiệp truyền máu và thang điểm AIMS65 có ưu thế trong việc dự báo về tỷ lệ tử vong.

4.4. Ngưỡng tối ưu của các thang điểm

Khi đánh giá giá trị dự báo của một thang điểm, ngoài việc dựa vào diện tích dưới đường cong ROC, độ nhạy, độ đặc hiệu thì việc xác định giá trị điểm cắt cũng rất quan trọng. Việc xác định từng điểm cắt giúp ta phân tầng nguy cơ những BN cần can thiệp y khoa, dự báo khả năng tái xuất huyết và tiên lượng tử vong.

Ngưỡng của điểm cắt là điểm mà tại đó thang điểm đạt độ nhạy và độ đặc hiệu tối ưu nhất. Những BN có thang điểm nằm dưới ngưỡng của

điểm cắt thì khả năng cần CTYK, tái xuất huyết và tử vong sẽ thấp hơn. Bệnh nhân càng có các điểm số trong các thang điểm càng cao thì mối nguy cơ càng nhiều.

Ngưỡng tối ưu trong việc dự báo CTYK chung theo bảng 7 đó là thang điểm GB với điểm cắt ≥ 9 có độ nhạy cao nhất (81,19%) so với 2 thang điểm PNED với điểm cắt ≥ 6 và AIMS65 với điểm cắt ≥ 2 . Giá trị dự báo (+) của thang điểm PNED cao nhất là 76,81%, rồi đến thang điểm GB (68,33%) và cuối cùng là thang điểm AIMS65.

Ngưỡng tối ưu trong việc dự báo xuất huyết tái phát theo bảng 8, thang điểm PNED với điểm cắt ≥ 6 và GB với điểm cắt ≥ 9 đều có độ nhạy tương đương nhau trong dự báo xuất huyết tái phát (82,35%), tuy nhiên thang điểm PNED với giá trị dự báo (+) (20,29%) cao hơn thang điểm GB (11,07%). Giá trị dự báo (+) của thang điểm PNED còn ở mức thấp (20,29%) nên chưa có nhiều ý nghĩa trong dự báo XHTP. Ngưỡng tối ưu trong việc dự báo tiên lượng tử vong theo bảng 9 là thang điểm GB với điểm cắt ≥ 9 có độ nhạy (88,89%) cao hơn 2 thang điểm AIMS65 (77,78%) với điểm cắt ≥ 2 và PNED (66,67%) với điểm cắt ≥ 6 . Giá trị dự báo (+) của cả 3 thang điểm đều ở mức thấp (< 10%) nên ít có ý nghĩa.

Như vậy, chúng ta có thể thấy rằng thang điểm PNED có giá trị dự báo cao đối với tiên lượng can thiệp y khoa chung so với 2 thang điểm GBS và AIMS65. Nếu áp dụng thang điểm PNED trong dự báo can thiệp y khoa sớm thì sẽ giúp làm giảm thiểu khả năng xuất huyết tái phát và tỷ lệ tử vong.

Trong thực hành lâm sàng có thể áp dụng thang điểm PNED trong việc dự báo tiên lượng can thiệp nội soi cầm máu, can thiệp y khoa nói chung và chảy máu tái phát còn thang điểm GBS trong dự báo can thiệp truyền máu và thang điểm AIMS65 trong dự báo về tỷ lệ tử vong.

5. KẾT LUẬN

Thang điểm PNED có giá trị dự báo cao đối với tiên lượng can thiệp y khoa chung so với 2 thang điểm GBS và AIMS65. Nên áp dụng thang điểm PNED trong dự báo can thiệp y khoa chung bao gồm nội soi cầm máu và truyền máu và dự báo chảy máu tái phát đối với những tuyến cơ sở có thực hiện nội soi tiêu hóa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Diệp Duyên Anh (2013), "Nghiên cứu áp dụng thang điểm Rockall và Glasgow- Blatchford trong đánh giá và tiên lượng bệnh nhân xuất huyết do loét dạ dày tá tràng",

Lược văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại Học Y Dược Huế.

2. Võ Hoàng Chương (2015), "Nghiên cứu mối liên quan giữa thang điểm Rockall với các yếu tố tiên lượng

nặng ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên”, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Huế.

3. Đặng Ngọc Quý Huệ, Trần Văn Huy, “Cập nhật về điều trị nội soi xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng”, Tạp chí y dược học, Trường Đại học Y dược Huế, số 8, tr. 5-11.

4. Đào Văn Long và cộng sự (2015), “Nghiên cứu về xuất huyết tiêu hóa trên không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa tại 17 bệnh viện lớn ở Việt Nam”, Tạp chí y học Việt Nam tháng 1, Số 1, 2015, tr. 109-113.

5. Quách Tiến Phong, Quách Trọng Đức, Lê Thành Lý (2015), “Thang điểm Glasgow Blatchford cải tiến trong dự đoán kết cục lâm sàng ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên”, Tạp chí y học TP. Hồ Chí Minh, Phụ bản tập 19, số 5.

6. Nguyễn Duy Thắng (2010), “Tìm hiểu các yếu tố nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa cao”, Tạp chí Thông tin Y Dược, Số 5.

7. Đỗ Hữu Thành (2016), “So sánh thang điểm AIMS65 và Rockall trong việc đánh giá tiên lượng bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên”, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.

8. Trần Kinh Thành, Bùi Hữu Hoàng (2011), “Thang điểm Rockall và Blatchford trong đánh giá và tiên lượng bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng”, Tạp chí y học TP. Hồ Chí Minh, tập 15, phụ bản của số 4.

9. Hoàng Phương Thủy (2013), Nghiên cứu áp dụng thang điểm Blatchford trong đánh giá tiên lượng bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do bệnh lý dạ dày tá tràng, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Huế.

10. Bryant R V, Kuo P, Williamson K, et al. (2013), “Performance of the Glasgow-Blatchford score in predicting clinical outcomes and intervention in hospitalized patients with upper GI bleeding”, *Gastrointest Endosc*, 78(4), pp. 576-583.

11. Contreras-Omaña R, Alfaro-Reynoso J A, Cruz-Chávez C E, et al. (2017), “The Progetto Nazionale Emorragia Digestiva (PNED) system vs. the Rockall score as mortality predictors in patients with nonvariceal upper

gastrointestinal bleeding: A multicenter prospective study”, *Revista de Gastroenterología de México (English Edition)*, 82(2), pp. 123-128.

12. Hyett B H, Abougergi M S, Charpentier J P, et al. (2013), “The AIMS65 score compared with the Glasgow-Blatchford score in predicting outcomes in upper GI bleeding”, *Gastrointest Endosc*, 77(4), pp. 551-557.

13. Palmer A J, Moroni F, McLeish S, et al. (2016), “Risk assessment in acute non-variceal upper GI bleeding: the AIMS65 score in comparison with the Glasgow-Blatchford score in a Scottish population”, *Frontline Gastroenterol*, 7(2), pp. 90-96.

14. Saltzman J R, Tabak Y P, Hyett B H, et al. (2011), “A simple risk score accurately predicts in-hospital mortality, length of stay, and cost in acute upper GI bleeding”, *Gastrointest Endosc*, 74(6), pp. 1215-1224.

15. Stanley A J, Laine L (2019), “Management of acute upper gastrointestinal bleeding”, *BMJ*, 364, pp. i536.

16. Stanley A J, Laine L, Dalton H R, et al. (2017), “Comparison of risk scoring systems for patients presenting with upper gastrointestinal bleeding: international multicentre prospective study”, *BMJ*, 356, pp. i6432.

17. Sung J J, Chan F K, Chen M, et al. (2011), “Asia-Pacific Working Group consensus on non-variceal upper gastrointestinal bleeding”, *Gut*, 60(9), pp. 1170-1177.

18. Ur-Rahman A, Guan J, Khalid S, et al. (2018), “Both Full Glasgow-Blatchford Score and Modified Glasgow-Blatchford Score Predict the Need for Intervention and Mortality in Patients with Acute Lower Gastrointestinal Bleeding”, *Dig Dis Sci*, 63(11), pp. 3020-3025.

19. Zhao S F, Qu Q Y, Feng K, et al. (2017), “Comparison of the AIMS65 and Glasgow Blatchford score for risk stratification in elderly patients with upper gastrointestinal bleeding”, *European Geriatric Medicine*, 8(1), pp. 37-41.