

Nghiên cứu giá trị của thang điểm Oakland trong dự đoán kết cục lâm sàng đối với những trường hợp xuất huyết tiêu hóa dưới cấp tính

Nguyễn Thế Tấn^{1*}, Võ Phước Tuấn¹, Hồ Tấn Phát¹, Hồ Đăng Quý Dũng¹, Phan Trung Nam²

(1) Bệnh viện Chợ Rẫy, thành phố Hồ Chí Minh

(2) Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) là một bệnh lý cấp cứu thường gặp tại các cơ sở y tế. Trong thực hành lâm sàng, có nhiều thang điểm được sử dụng để dự đoán tiên lượng nặng (Rockall, Glasgow Blatch Ford...), chủ yếu được áp dụng đối với XHTH trên. Việc tiên lượng đối với những bệnh cảnh XHTH dưới vẫn còn hạn chế. Sự lựa chọn và áp dụng phù hợp các thang điểm dự đoán tiên lượng nặng trong các trường hợp XHTH dưới cấp tính (XHTHDCT) là rất cần thiết, giúp bác sĩ có thái độ xử trí phù hợp cũng như tránh lãng phí nguồn nhân lực và kinh tế y tế. Thang điểm Oakland hiện được xem là một thang điểm mới, đơn giản, tiện lợi giúp các bác sĩ phân tầng nhanh chóng nguy cơ của những bệnh nhân XHTHDCT. Nghiên cứu này nhằm đánh giá vai trò của thang điểm Oakland trong việc dự đoán kết cục lâm sàng (KCLS) trên những bệnh nhân XHTHDCT. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/2021 đến 05/2021, gồm những bệnh nhân ≥ 16 tuổi có chỉ định nhập viện với các triệu chứng gợi ý XHTHDCT và được nội soi đường tiêu hóa dưới. Chỉ số Oakland được tính từ dữ liệu ghi nhận lúc bệnh nhân nhập viện. Bệnh nhân sẽ được theo dõi đánh giá KCLS nặng của XHTHDCT bao gồm truyền máu, can thiệp nội soi, phẫu thuật và tử vong. Diện tích dưới đường cong ROC (AUC) và điểm cắt tốt ưu của chỉ số Oakland để dự đoán kết cục lâm sàng trên những bệnh nhân XHTHDCT được phân tích bằng phần mềm SPSS. **Kết quả:** 70 bệnh nhân với tuổi trung bình $59,5 \pm 16,4$, tỷ lệ nam/nữ (1,5 : 1). 38,6% bệnh nhân (27/70) có diễn tiến XHTHDCT tự cầm. Tỷ lệ KCLS nặng bao gồm truyền máu đơn thuần 76,7% (33/43), can thiệp nội soi đơn thuần 11,6% (5/43), truyền máu và can thiệp nội soi 4,7% (2/43), truyền máu và phẫu thuật 4,7% (2/43), truyền máu và DSA và phẫu thuật 2,3% (1/43). AUC để dự đoán KCLS truyền máu và KCLS nặng trên bệnh nhân XHTHDCT lần lượt là 0,95 (0,91 - 0,99) và 0,91 (0,84 - 0,98). Điểm cắt Oakland 21 cho thấy độ nhạy 97,4% và độ đặc hiệu 78,1% trong dự đoán KCLS truyền máu; độ nhạy 81,5%, độ đặc hiệu 90,7% trong dự đoán KCLS nặng trên những bệnh nhân XHTHDCT. **Kết luận:** Oakland là một thang điểm hữu ích để dự đoán kết cục lâm sàng ở những bệnh nhân XHTH dưới cấp tính, có thể áp dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng

Từ khóa: Oakland; xuất huyết tiêu hóa dưới cấp tính; nội soi đại tràng.

Abstract

Validation of Oakland score for predicting adverse outcomes of acute lower gastrointestinal bleeding

Nguyen The Tan^{1*}, Vo Phuoc Tuan¹, Ho Tan Phat¹, Ho Dang Quy Dung¹, Phan Trung Nam²

(1) Cho Ray Hospital, Ho Chi Minh city

(2) University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Background: Gastrointestinal bleeding is a common emergency in medical facilities. In clinical practice, there are many scales used to evaluate the risk of poor prognosis (Rockall, Glasgow, Blatch Ford) and mainly applied in upper gastrointestinal tract. However, the prognosis of lower gastrointestinal tract diseases remains limited. The appropriate selection and the application of scales for assessing the risks of poor prognosis in acute lower gastrointestinal bleeding (ALGIB) cases are essential, assist the physician to direct the intensive management attitude as well as the waste of human resources and health economy. Oakland score has been considered as a simple, convenient score to assist clinicians quickly, accurately stratify the risk of ALGIB patients. This study aimed to validate the Oakland score for predicting adverse outcomes of ALGIB patients. **Methods:** A cross-sectional study was conducted at Cho Ray Hospital from Jan 2021 to May 2021, including patients aged ≥ 16 years who had indication of admission due to symptoms suggesting ALGIB and underwent

lower gastrointestinal endoscopy. These patients were then followed-up to observe the adverse outcomes, including blood transfusion, endoscopic intervention, surgery and death. Area under the receiver operating characteristic curve (AUC) and the best cut-off value of Oakland score for predicting adverse outcomes of ALGIB patients were analyzed using SPSS software. **Results:** A total of 70 patients with mean age 59.5 ± 16.4 , male/female ratio (1.5 : 1) was recruited in this study. 27/70 (38.6%) stopped bleeding spontaneously without any interventions. The rate of clinical outcomes was blood transfusion (33/43, 76.7%), endoscopic intervention (5/43, 11.6%), blood transfusion plus endoscopic intervention (2/43, 4.7%), blood transfusion plus surgery (2/43, 4.7%), blood transfusion plus DSA plus surgery (1/43, 2.3%), respectively. AUC for predicting blood transfusion and adverse outcomes of ALGIB patients were 0.95 (0.91 - 0.99) and 0.91 (0.84 - 0.98), respectively. Oakland score threshold of 21 showed that sensitivity and specificity for predicting blood transfusion were 94.7% and 78.1%, sensitivity and specificity for predicting adverse outcomes of ALGIB patients were 81.5% and 90.7% respectively. **Conclusions:** Oakland is an excellent score in order to predict clinical outcomes on ALGIB patients.

Key words: Oakland; acute lower gastrointestinal bleeding; colonoscopy.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) là biểu hiện chảy máu ống tiêu hóa, thường được phân chia thành 02 nhóm: XHTH trên và XHTH dưới, trong đó xuất huyết tiêu hóa dưới cấp tính (XHTHDCT) chiếm khoảng 20% các trường hợp [1]. Các nguyên nhân gây XHTHDCT thường gặp là trĩ, túi thừa đại tràng, dị sản mạch máu và viêm loét đại trực tràng. Khoảng 75% trường hợp XHTHDCT diễn tiến nhẹ và tự cầm, chỉ khoảng 25% có thể diễn tiến nặng, cần xác định nguồn xuất huyết và can thiệp cầm máu. Chính vì có tỷ lệ thấp hơn và đa số diễn tiến lâm sàng không nặng nên XHTHDCT chưa được quan tâm đúng mức, đồng thời các thang điểm được sử dụng trên thực tế lâm sàng nhằm phân tầng nguy cơ, dự đoán kết cục lâm sàng chưa có nhiều như XHTH trên [2, 3].

Oakland và cộng sự qua một số nghiên cứu quy mô trên bệnh nhân XHTHDCT nhập viện thực hiện tại Anh đã đưa ra thang điểm mới vào năm 2017 để giúp xác định các bệnh nhân có khả năng xuất viện an toàn, nhằm giúp giảm tải, làm giảm số lượng bệnh nhân nhập viện không cần thiết. Thang điểm này đơn giản và dễ áp dụng, bao gồm 7 yếu tố (tuổi, giới, tiền sử nhập viện vì XHTHDCT, khám trực tràng, nhịp tim, huyết áp tâm thu, nồng độ Hemoglobin). Thang điểm Oakland với điểm số ≤ 8 điểm cho thấy khả năng xác định bệnh nhân xuất viện an toàn với độ nhạy lên tới 95% [4]. Gần đây, tại Mỹ, các tác giả đã nghiên cứu áp dụng thang điểm này đối với 46128 bệnh nhân XHTHDCT và cho thấy khả năng xác định bệnh nhân xuất viện an toàn tại các điểm cắt $\leq 8 \leq 10$ với độ nhạy lần lượt là 98%, 96,4% [5]. Kết quả này cho thấy khả năng áp dụng hiệu quả của thang điểm Oakland ở các nhóm dân số và khu vực khác nhau. Thêm vào đó, nghiên cứu của tác giả Quách Trọng Đức và cộng sự cũng cho thấy áp dụng thang điểm này có khả năng dự đoán kết cục lâm sàng tốt và phù hợp tại Việt Nam [6].

Việc phân tầng nguy cơ bệnh nhân XHTHDCT để có chiến lược điều trị phù hợp là rất cần thiết, đặc biệt trong điều kiện y tế hiện tại của Việt Nam. Xác định các bệnh nhân XHTHDCT có thể xuất viện hoặc trong nhóm nguy cơ cao cần nhập viện, can thiệp điều trị đóng vai trò then chốt tại các cơ sở y tế. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm khảo sát giá trị của thang điểm Oakland trong việc dự đoán các kết cục lâm sàng trên những bệnh nhân có biểu hiện XHTHDCT.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 70 bệnh nhân nội trú ≥ 16 tuổi, nhập viện vì các triệu chứng gợi ý XHTHDCT tại Bệnh viện Chợ Rẫy được chỉ định và đồng ý nội soi đường tiêu hóa dưới trong thời gian từ tháng 01/2021 đến 05/2021. Tất cả bệnh nhân đều được ký tên đồng ý xác nhận tham gia nghiên cứu.

Triệu chứng gợi ý XHTHDCT bao gồm đại tiện ra máu đỏ tươi/đỏ bầm, đại tiện phân đen, đại tiện máu lẫn trong phân và không kèm nôn ra máu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang có theo dõi lâm sàng.

Phương pháp lấy mẫu: thuận tiện.

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế (H2021/353).

2.3 Các bước tiến hành:

Những bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh sẽ được ghi nhận các thông tin tại thời điểm nhập viện bao gồm (hành chính, các triệu chứng, tiền sử nhập viện vì XHTHDCT, các dấu hiệu sinh tồn, kết quả thăm khám trực tràng và kết quả xét nghiệm máu). Các thông tin nghiên cứu thu thập từ lúc nhập viện của bệnh nhân được tổng hợp để tính điểm số Oakland [4].

Bảng 1. Thang điểm Oakland

Yếu tố	Điểm
Tuổi	
< 40 tuổi	0
40 - 69 tuổi	1
≥ 70 tuổi	2
Giới	
Nữ	0
Nam	1
Tiền sử nhập viện vì XHTHDCT	
Không	0
Có	1
Thăm khám trực tràng	
Không có máu	0
Có máu	1
Nhịp tim (lần/phút)	
< 70	0
70 - 89	1
90 - 109	2
≥ 110	3
Huyết áp tâm thu (mmHg)	
< 90	5
90 - 119	4
120 - 129	3
130 - 159	2
≥ 160	0
Nồng độ Hemoglobin (g/L)	
< 70	22
70 - 89	17
90 - 109	13
110 - 129	8
130 - 159	4
≥ 160	0

Những bệnh nhân có triệu chứng gợi ý XHTHDCT sẽ được thực hiện nội soi nhằm xác định tổn thương có khả năng gây xuất huyết ống tiêu hóa dưới. Kết quả nội soi (nội soi trực tràng, nội soi trực tràng-đại tràng sigma, nội soi đại tràng, nội soi ruột non), Chụp mạch máu (DSA) hoặc tường trình phẫu thuật sẽ được ghi nhận lại. Những chẩn đoán này sẽ được dùng để phân tích các nguyên nhân gây XHTHDCT.

Kết cục lâm sàng (KCLS) nặng là những bệnh nhân XHTHDCT được thực hiện các biện pháp can thiệp bao gồm truyền máu, can thiệp qua nội soi, can thiệp mạch máu hoặc phẫu thuật. Can thiệp qua nội soi được chỉ định khi các tổn thương được phát hiện đang xuất huyết hoặc có nguy cơ xuất huyết cao như lộ mạch hoặc có cục máu đông [1, 3]. Về can thiệp cầm máu, nội soi là lựa chọn đầu tiên. Nếu

nội soi cầm máu thất bại hoặc không thể tìm thấy nguyên nhân xuất huyết, hội chẩn liên chuyên khoa cùng với các bác sĩ can thiệp mạch máu và bác sĩ ngoại tổng quát sẽ giúp để quyết định hướng xử trí tiếp theo [7].

Điểm Oakland của từng bệnh nhân cùng với KCLS tương ứng được sử dụng để tính điểm cắt tốt nhất của trị số Oakland cùng với độ nhạy, độ đặc hiệu, diện tích dưới đường cong ROC (AUC); thông qua đó khảo sát giá trị của thang điểm Oakland trong việc dự đoán các KCLS của những bệnh nhân có biểu hiện XHTHDCT.

2.4 Xử lý số liệu

Số liệu thu thập được xử lý theo phương pháp thống kê y học sử dụng phần mềm máy tính SPSS 20. Đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu và diện tích dưới đường cong ROC.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và KCLS của nhóm nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm chung, lâm sàng, cận lâm sàng và KCLS của 70 bệnh nhân XHTHDCT

Đặc điểm	
Tuổi (trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn)	59,5 $\pm$ 16,4
Nhóm tuổi	
< 40 tuổi	7 (10%)
40-69 tuổi	46 (65,7%)
$\geq$ 70 tuổi	17 (24,3%)
Giới tính	
Nam	41 (58,6%)
Nữ	29 (41,4%)
Tiền sử nhập viện vì XHTHDCT	
Có tiền căn	12 (17,1%)
Không có	58 (82,9%)
Mạch (trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn)	91,9 $\pm$ 19,2
Huyết áp tâm thu (trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn)	120,9 $\pm$ 22,7
Thăm khám trực tràng	
Có máu	19 (27,1%)
Không có máu	51 (72,9%)
Giá trị Hemoglobin (trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn)	86,3 $\pm$ 28,4
Phương pháp nội soi đường tiêu hoá dưới	
Đại trực tràng	63 (90%)
Ruột non	7 (10%)
Kết cục lâm sàng	
Không can thiệp	27 (38,6%)
Can thiệp	43 (61,4%)
• Truyền máu đơn thuần	33 (76,7%)
• Can thiệp nội soi đơn thuần	5 (11,6%)
• Truyền máu + can thiệp nội soi	2 (4,7%)
• Truyền máu + phẫu thuật	2 (4,7%)
• Truyền máu + DSA + phẫu thuật	1 (2,3%)

Nhận xét: Bệnh nhân XHTHDCT có tuổi trung bình 59,5 $\pm$ 16,4 tuổi, với trên 90% các trường hợp có tuổi $\geq$ 40 tuổi. Thường gặp ở nam giới với tỷ lệ nam: nữ (1,5 : 1). 82,9% không có tiền sử nhập viện vì XHTHDCT trước đây. Sinh hiệu lúc nhập viện có mạch trung bình là 91,9 $\pm$ 19,2 lần/phút, huyết áp tâm thu trung bình là 120,9 $\pm$ 22,7 mmHg. 17,1% có máu qua thăm khám trực tràng. Giá trị hemoglobin trung bình lúc nhập viện là 86,3 $\pm$ 28,4 g/dL. Tỷ lệ bệnh nhân XHTHDCT được nội soi đại trực tràng là 90% và nội soi ruột non là 10%. 38,5% bệnh nhân XHTHDCT có diễn tiến xuất huyết tự cầm mà không cần can thiệp điều trị. 61,5% các bệnh nhân XHTHDCT cần được can thiệp điều trị, trong đó 76,7% được truyền máu, 16,3% được can thiệp qua nội soi, 6,9% được phẫu thuật.

3.2 Giá trị của thang điểm Oakland trong dự đoán các kết cục lâm sàng trên những bệnh nhân XHTHDCT

Bảng 3. Hiệu quả của thang điểm Oakland trong việc dự đoán các KCLS trên những bệnh nhân XHTHDCT

	Truyền máu n = 37 (52,9%)	Can thiệp nội soi n = 7 (10%)	Phẫu thuật n = 3 (4,3%)	KCLS nặng
Thang điểm Oakland (AUC)	0,95	0,43	0,91	0,91
Khoảng tin cậy 95%	(0,91-0,99)	(0,21-0,65)	(0,78-1)	(0,84-0,98)

Nhận xét: Thang điểm Oakland là một thang điểm có giá trị rất tốt trong việc dự đoán KCLS truyền máu, KCLS phẫu thuật và KCLS nặng trên những bệnh nhân XHTHDCT.

Bảng 4. Giá trị điểm cắt của chỉ số Oakland cùng với độ nhạy, độ đặc hiệu tương ứng

Chỉ số Oakland	Truyền máu		Phẫu thuật		KCLS nặng	
	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
≥ 9	1	0	1	0	1	0
≥ 11	1	0,16	1	0,07	0,97	0,14
≥ 12	1	0,25	1	0,12	0,97	0,25
≥ 13	1	0,31	1	0,15	0,97	0,33
≥ 14	1	0,34	1	0,16	0,97	0,37
≥ 15	1	0,38	1	0,18	0,97	0,40
≥ 16	1	0,41	1	0,19	0,97	0,44
≥ 17	1	0,50	1	0,24	0,95	0,51
≥ 18	1	0,56	1	0,27	0,95	0,59
≥ 19	1	0,59	1	0,28	0,95	0,63
≥ 21*	0,97	0,78	1	0,39	0,90	0,81
≥ 22	0,87	0,84	1	0,48	0,76	0,81
≥ 23	0,79	0,88	1	0,54	0,69	0,85
≥ 24	0,74	0,97	1	0,61	0,65	0,96
≥ 25	0,66	0,97	1	0,66	0,58	0,96
≥ 26	0,61	1	1	0,70	0,53	1
≥ 28**	0,58	1	1	0,72	0,51	1
≥ 29	0,37	1	0,67	0,82	0,32	1
≥ 30	0,24	1	0,67	0,90	0,20	1
≥ 31	0,11	1	0,67	0,97	0,09	1
≥ 32	0,08	1	0,33	0,97	0,07	1

*: giá trị điểm cắt tối ưu đối với KCLS truyền máu và KCLS nặng

**.: giá trị điểm cắt tối ưu đối với KCLS phẫu thuật

Nhận xét: Thang điểm Oakland có khả năng tiên đoán KCLS truyền máu của bệnh nhân XHTHDCT với điểm cắt tối ưu 21, độ nhạy 97,4% và độ đặc hiệu 78,1%. Thang điểm Oakland có khả năng tiên đoán KCLS phẫu thuật của bệnh nhân XHTHDCT với điểm cắt tối ưu 28, độ nhạy 100% và độ đặc hiệu 71,6%. Thang điểm Oakland có khả năng tiên đoán KCLS nặng của bệnh nhân XHTHDCT với điểm cắt tối ưu 21, độ nhạy 81,5% và độ đặc hiệu 90,7%.

4. BÀN LUẬN

Kết quả chúng tôi cho thấy rằng chỉ số Oakland là một thang điểm rất tốt để dự đoán bệnh nhân cần thiết phải được truyền máu trên những bệnh nhân XHTHDCT với độ chính xác là 0,95 (95% KTC: 0,91-0,99). Kết quả này cũng tương tự với báo cáo của tác giả Quách Trọng Đức và cộng sự (AUC 0,93 (95% KTC: 0,90 - 0,95), tác giả Oakland và cộng sự ở Anh 0,92 (95% KTC: 0,90 - 0,93), tác giả Oakland và cộng sự ở Mỹ 0,90 (95% KTC: 0,90 - 0,90) [4 - 6]. Với điểm cắt tối ưu là 21 điểm, chỉ số Oakland cho thấy độ nhạy là 97,4% và độ đặc hiệu là 78,1% trong việc dự đoán KCLS truyền máu của những bệnh nhân XHTHDCT.

Thật vậy trong số 7 yếu tố của thang điểm Oakland, giá trị hemoglobin là yếu tố ảnh hưởng nhiều nhất đến chỉ số Oakland, có thể thấy rằng nếu một bệnh nhân có biểu hiện XHTHDCT với giá trị hemoglobin < 70 g/dL (tức là ngưỡng cần truyền máu) thì bệnh nhân đã có chỉ số Oakland ít nhất là 22 điểm mà chưa cần tính thêm các yếu tố khác. Như vậy, điểm cắt 21 là một điểm cắt phù hợp với giúp dự đoán cũng như phân loại các bệnh nhân XHTHDCT cần được truyền máu.

Bên cạnh đó, chúng tôi cho thấy thang điểm Oakland không có giá trị trong việc dự đoán KCLS can thiệp nội soi trên những bệnh nhân XHTHDCT

với AUC 0,43 (KTC 95%: 0,21 - 0,65). Một điều đáng chú ý qua phân tích kết quả lại cho thấy thang điểm Oakland có khả năng rất tốt trong việc dự đoán KCLS phẫu thuật trên những bệnh nhân XHTHDCT với AUC 0,91 (KTC 95%: 0,78 - 1), và điểm cắt tối ưu 28 có khả năng dự đoán bệnh nhân XHTHDCT cần được phẫu thuật với độ nhạy là 100%, độ đặc hiệu 71,6%. Tuy nhiên kết quả này cần được lí giải một cách cẩn thận và cần được kiểm chứng thêm bằng các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn khi mà số bệnh nhân được can thiệp phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi hiện tại chỉ có 3/70 (4,3%). Kết quả này tương tự như các báo cáo của tác giả Quách Trọng Đức và cộng sự là 0,53 (95% KTC, 0,48-0,58), tác giả Oakland và cộng sự ở Anh là 0,61 (95% KTC, 0,53-0,70) [4, 6]. Các nghiên cứu trong tương lai với cỡ mẫu lớn hơn hoặc tập trung vào những KCLS riêng biệt có thể giúp khẳng định lại giá trị của thang điểm Oakland trong việc dự đoán từng kết cục lâm sàng.

Nghiên cứu chúng tôi cho thấy rằng chỉ số Oakland là một thang điểm rất tốt để tiên đoán KCLS nặng của bệnh nhân XHTHDCT với độ chính xác là 0,91 (95% KTC: 0,84 - 0,98). Kết quả này cũng tương đồng với các báo cáo của tác giả Quách Trọng Đức và cộng sự 0,81 (95% KTC: 0,77 - 0,85), Oakland và cộng sự ở Anh 0,84 (95% KTC: 0,82 - 0,86), Oakland và cộng sự ở Mỹ 0,87 (95% KTC: 0,87 - 0,87) [4-6]. Mặc dù hiện đang được xem là một thang điểm có hiệu quả tốt nhất so với các thang điểm khác (trong việc phân tầng bệnh nhân XHTHDCT, tuy nhiên cần những nghiên cứu tiếp theo để xác minh lại kết quả này. Kết quả chúng tôi cũng cho thấy rằng với điểm cắt tối ưu là 21 điểm, chỉ số Oakland cho thấy độ nhạy là 90,7% và độ đặc hiệu là 81,5% trong việc dự đoán KCLS của XHTHDCT. Tác giả Oakland và cộng sự đã khuyến cáo sử dụng chỉ số Oakland ≤ 8 điểm nhằm dự đoán những bệnh nhân có khả năng xuất viện an toàn với độ nhạy 95% [4]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có bệnh nhân nào có điểm số Oakland ≤ 8 điểm, điểm số Oakland thấp nhất ghi nhận được là 10 điểm. Vì vậy, điểm cắt ≤ 8 điểm không phải là một điểm cắt phù hợp trong dân số nghiên cứu của chúng tôi. Trong một nghiên cứu được thực hiện tại Việt Nam, tác giả Quách Trọng Đức và cộng sự đã đề xuất sử dụng điểm cắt 15 điểm để dự đoán kết cục lâm sàng nặng với độ nhạy là 86,3% và độ đặc hiệu là 46,3%, trong đó 33,6% số lượng bệnh nhân

trong nghiên cứu này có chỉ số Oakland < 15 điểm. Mặc dù phân tích của tác giả Quách Trọng Đức và cộng sự cũng cho thấy điểm cắt tối ưu là 21 điểm với độ nhạy là 68,9% và độ đặc hiệu là 82,2%, tuy nhiên điểm cắt tối ưu này lại có độ nhạy thấp và việc áp dụng để điểm cắt này tầm soát bệnh nhân là không khả thi. Tương tự, chúng tôi cho thấy rằng điểm cắt tối ưu 21 điểm có độ nhạy là 90,7% và độ đặc hiệu là 81,5 với 62,9% (44/70) số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu này có chỉ số Oakland < 21 điểm. Độ nhạy này là tương đương với độ nhạy trong điểm cắt 15 điểm được báo cáo bởi tác giả Quách Trọng Đức và cộng sự tuy nhiên độ đặc hiệu lại cao hơn (81,5% so với 46,3%). Với độ nhạy và độ đặc hiệu cao, nghiên cứu chúng tôi khuyến cáo nên sử dụng điểm cắt tối ưu 21 điểm để dự đoán kết cục lâm sàng nặng trên những bệnh nhân XHTHDCT.

Kết quả nghiên cứu cho thấy có một tỷ lệ không nhỏ những bệnh nhân XHTHDCT có thể được xuất viện an toàn mà không cần phải can thiệp điều trị ngay tại thời điểm nhập viện dựa theo thang điểm Oakland. Đây là một thang điểm đơn giản, dễ ứng dụng trên thực tế lâm sàng. Vì vậy thang điểm này nên được sử dụng thường qui trên những bệnh nhân đi khám vì những triệu chứng gợi ý XHTHDCT để có hướng xử trí phù hợp (xuất viện theo dõi, cân nhắc chuyển lên tuyến trên để can thiệp điều trị) đảm bảo sự an toàn của người bệnh cũng như góp phần làm giảm tải của những bệnh viện tuyến trung ương.

Chúng tôi có một số hạn chế do nghiên cứu được thực hiện tại một trung tâm, Bệnh viện Chợ Rẫy nên chưa thể thực sự phản ánh cho toàn bộ những bệnh nhân XHTHDCT, số liệu nghiên cứu có cỡ mẫu nhỏ và chưa thực hiện nội soi đường tiêu hóa trên cho tất cả bệnh nhân. Nhóm dân số nghiên cứu chưa bao gồm nhóm bệnh nhân XHTHDCT có sử dụng các thuốc chống đông máu. Cuối cùng, nghiên cứu chúng tôi chỉ tập trung trên những bệnh nhân nội trú, việc đánh giá những bệnh nhân ngoại trú có thể theo dõi và điều trị ngoại trú nên được đánh giá thêm trong những nghiên cứu trong tương lai.

5. KẾT LUẬN

Chỉ số Oakland là một thang điểm tốt để dự đoán kết cục lâm sàng ở những bệnh nhân XHTH dưới cấp tính và có thể áp dụng rooing rãi trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tapaskar N., Jones B., Mei S., Sengupta N. Comparison of clinical prediction tools and identification of risk factors for adverse outcomes in acute lower GI bleeding. *Gastrointestinal endoscopy*. 2019;89(5):1005-13.e2.
2. Oakland K., Guy R., Uberoi R., Hogg R., Mortensen N., Murphy M.F., et al. Acute lower GI bleeding in the UK: patient characteristics, interventions and outcomes in the first nationwide audit. *Gut*. 2017;67(4):654-62.
3. Trần Văn Huy. Xử trí xuất huyết tiêu hóa dưới cấp tính - Giáo trình sau đại học Bệnh học ống tiêu hóa. Thành phố Huế: Nhà xuất bản đại học Huế; 2018. tr.117-86.
4. Oakland K., Jairath V., Uberoi R., Guy R., Ayaru L., Mortensen N., et al. Derivation and validation of a novel risk score for safe discharge after acute lower gastrointestinal bleeding: a modelling study. *The lancet Gastroenterology & hepatology*. 2017;2(9):635-43.
5. Oakland K., Kothiwale S., Forehand T., Jackson E., Bucknall C., Sey M.L., et al. External Validation of the Oakland Score to Assess Safe Hospital Discharge Among Adult Patients With Acute Lower Gastrointestinal Bleeding in the US. *JAMA network open*. 2020. 3(7):e209630.
6. Quach D.T., Vo U.P., Nguyen N.T., Le L.T., Vo M.H., Ho P.T., et al. An External Validation Study of the Oakland and Glasgow-Blatchford Scores for Predicting Adverse Outcomes of Acute Lower Gastrointestinal Bleeding in an Asian Population. *Gastroenterology research and practice*. 2021. doi:8674367.
7. Nguyễn Thị Mỹ Nguyệt. Các yếu tố nguy cơ của xuất huyết tiêu hóa dưới mức độ nặng: Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh. 2018.