

Giá trị của thang điểm CANUKA trong phân tầng nguy cơ bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên không do vỡ giãn tĩnh mạch

Đặng Huy Hoàng^{1,2}, Trần Văn Huy³

(1) Bệnh viện Thiện Hạnh, Đắc Lắc

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

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

Tóm tắt

Mở đầu: Xuất huyết tiêu hóa trên không do vỡ giãn tĩnh mạch là một cấp cứu đa chuyên khoa thường gặp, có tỷ lệ tử vong còn cao. Trong thực hành lâm sàng, việc phân tầng nguy cơ bệnh nhân ngay tại thời điểm nhập viện có vai trò rất quan trọng. Tuy nhiên cho đến nay, chưa có thang điểm nào có thể sử dụng đơn độc để tiên đoán tất cả các dự hậu lâm sàng của bệnh nhân. CANUKA là một thang điểm hoàn toàn mới, từ khi được công bố năm 2018 đến nay, trên thế giới cũng như tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào kiểm chứng giá trị của thang điểm CANUKA được công bố chính thức. **Mục tiêu:** Đánh giá giá trị của thang điểm CANUKA trong dự đoán bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên không do vỡ giãn tĩnh mạch (XHTHTKVG) có nguy cơ thấp, và trong dự đoán bệnh nhân có nguy cơ cao. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu trên 106 bệnh nhân XHTHTKVG, điều trị nội trú tại Bệnh viện Đại học Y-Dược Huế và Khoa Nội Tiêu hóa, Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 6/2019 đến tháng 6/2020. **Kết quả:** Trong dự đoán bệnh nhân có nguy cơ cao, thang điểm CANUKA có AUROC là 0,855. Khi dự đoán bệnh nhân có nguy cơ chảy máu tái phát, yêu cầu phẫu thuật/tắc mạch hoặc có nguy cơ tử vong, yêu cầu truyền máu, yêu cầu nội soi điều trị, thang điểm CANUKA có AUROC lần lượt là 0,902, 0,82, 0,84, 0,743. Thang điểm CANUKA có AUROC cao hơn có ý nghĩa thống kê so với thang điểm Glasgow-Blatchford (0,855 so với 0,831; $p=0,003$) khi dự đoán bệnh nhân có nguy cơ cao. Trong dự đoán bệnh nhân có nguy cơ thấp, với điểm cắt ≤ 2 , thang điểm CANUKA có độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 7,14%. Thang điểm CANUKA có độ nhạy cao hơn so với thang điểm Glasgow Blatchford (100% so với 98%) nhưng độ đặc hiệu thấp hơn (7,14% so với 19,64%) khi dự đoán bệnh nhân có nguy cơ thấp. **Kết luận:** Thang điểm CANUKA có giá trị cao trong phân tầng nguy cơ bệnh nhân XHTHTKVG, vì vậy, có thể cân nhắc áp dụng trong thực tế lâm sàng.

Từ khóa: thang điểm CANUKA, xuất huyết tiêu hóa trên không do vỡ giãn.

Abstract

Value of CANUKA in risk stratification in patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding

Dang Huy Hoang^{1,2}, Tran Van Huy³

(1) Thien Hanh Hospital, Daklak

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

(3) Dept. of Internal Medicine, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Background & aims: Guidelines recommend using prognostic scales for risk stratification in patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding. However, scoring system accuracy is suboptimal, and score calculation can be complex. A scoring system is needed to identify patients at risk of adverse outcomes and patients at low risk of harm. CANUKA is a new risk stratification score, developed in 2018. Until now, have not study validated the score yet. The aims of this study was to evaluate the efficacy of the CANUKA score system for risk stratification in patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding. **Methods:** Between 6/2019 and 6/2020 we prospectively recruited 106 patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding. We performed area under the receiver operating characteristic analyses to test the ability of CANUKA to identify patients who died or had rebleeding, surgical/radiologic intervention to control bleeding, need for therapeutic endoscopy, and transfusion-a poor outcome was defined as 1 or more of these outcomes. Patients at low risk of a poor outcome (safe for management as an outpatient) were identified based on lack of transfusion, rebleeding, therapeutic endoscopy, interventional radiology/surgery, or death. **Results:** A threshold CANUKA

score of 6 or more was best at predicting combined poor outcome, the AUROC was 0.855% with a sensitivity of 86% specificity of 73.2% positive predictive value of 74.1%, and negative predictive value of 85.4%. The AUROC of the CANUKA for predicting need for therapeutic endoscopy, rebleeding, RBC transfusion, and surgical/radiologic intervention to control bleeding, or mortality were 0.743, 0.902, 0.84%, 0.82 respectively. Identifying low-risk patients, a threshold CANUKA score of ≤ 2 , the CANUKA has sensitivity of 100%, specificity of 7.14%, positive predictive value of 100%, and negative predictive value of 49.0%. Comparison of the CANUKA with the Glasgow–Blatchford Score, the CANUKA score had a statistically significantly higher AUROC for predicting the combined poor outcome (AUROC=0.855 vs AUROC= 0.831; $p=0.003$). CANUKA had higher sensitivity than the GBS in identifying Low-Risk Patients (100% vs 98%), but the specificity was lower (7.14% vs 19.64%). Conclusions: The efficacy of the CANUKA score system for risk stratification in patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding was higher than Glasgow–Blatchford Score.

Key words: non-variceal upper gastrointestinal bleeding, CANUKA

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa trên không do vỡ giãn tĩnh mạch (XHTHTKVG) là một cấp cứu đa chuyên khoa (nội khoa, nội soi, can thiệp mạch máu, và ngoại khoa). Đây là nguyên nhân nhập viện thường gặp nhất trong số các bệnh lý cấp cứu tiêu hóa ở nhiều nước trên thế giới và Việt Nam, với tần suất nhập viện hàng năm khoảng 103–172/100 000 dân [1]. Tại Mỹ, mỗi năm có khoảng 300.000 trường hợp nhập viện, với chi phí điều trị lên đến 7.6 tỷ USD [2], [3].

Các nghiên cứu cho thấy, có sự gia tăng đáng chú ý về tuổi trung bình của bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên không do vỡ giãn tĩnh mạch (XHTHTKVG), tăng tỷ lệ bệnh nhân vào viện có mắc các bệnh kèm, và tăng tỷ lệ bệnh nhân có sử dụng thuốc chống ngưng tập tiểu cầu, NSAIDs, và NOACs [4]. Bên cạnh đó, có sự thay đổi về mô hình bệnh tật với giảm tần suất xuất huyết tiêu hóa (XHTH) do loét dạ dày tá tràng (DDTT), và tăng tỷ lệ bệnh nhân XHTH do các nguyên nhân phức tạp như như ung thư (tăng 50%), tổn thương Dieulafoy (tăng 33%), giãn mạch máu hang vị (GAVE) (tăng 32%)...[5]. Chính vì vậy, mặc dù có nhiều tiến bộ về chẩn đoán sớm và điều trị cấp cứu, điều trị nội soi, can thiệp mạch...tỷ lệ tử vong do XHTHTKVG vẫn còn cao, khoảng 3%–11% [6].

Trong thực hành lâm sàng, việc phân tầng nguy cơ bệnh nhân ngay tại thời điểm nhập viện có vai trò rất quan trọng. Nhằm dự đoán những bệnh nhân nguy cơ cao, cần can thiệp cấp cứu; đồng thời, dự đoán những bệnh nhân có nguy cơ thấp, có thể nội soi trì hoãn và xuất viện sớm. Tuy nhiên, cho đến nay, chưa có thang điểm nào có thể sử dụng đơn độc để tiên đoán tất cả các dự hậu lâm sàng của bệnh nhân XHTHTKVG.

Năm 2018, một nhóm các chuyên gia từ 3 quốc gia Canada, Anh Quốc và Úc đã xây dựng thang điểm CANUKA bao gồm các biến số thu thập trước khi nội soi như tuổi, biểu hiện nôn ra máu, đi cầu phân đen, huyết áp, nhịp tim, rối loạn ý thức, bệnh kèm (gan, ung thư), Hb và urea máu. Kết quả nghiên

cứu bước đầu cho thấy, thang điểm CANUKA có độ chính xác cao hơn thang điểm Glasgow-Blatchford (GBS) trong dự đoán bệnh nhân có nguy cơ thấp, và tương đương GBS trong dự đoán kết cục lâm sàng của bệnh nhân XHTHTKVG có nguy cơ cao [7].

Từ khi được công bố cho đến nay, trên thế giới cũng như tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào kiểm chứng độc lập giá trị của thang điểm CANUKA được công bố chính thức. Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá giá trị của thang điểm CANUKA trong dự đoán bệnh nhân XHTHTKVG có nguy cơ thấp, và trong dự đoán bệnh nhân có nguy cơ cao.

Bảng 1. Thang điểm CANUKA

Tiêu chí	Điểm	Tiêu chí	Điểm
<i>Tuổi (năm)</i>		<i>Nhịp tim (lần/ph)</i>	
< 50	0	< 100	0
50,0-64,9	1	100 - 124,9	1
$\geq 65,0$	2	≥ 125	2
<i>Đi cầu phân đen</i>		<i>Huyết áp (mmHg)</i>	
không	0	≥ 120	0
có	1	100,0 - 119,9	1
<i>Nôn ra máu</i>		80,0 - 99,9	2
không	0	< 80	3
có	1	<i>Hb (g/dl)</i>	
<i>Ngất</i>		$\geq 12,1$	0
không	0	10,1 - 12,0	1
có	1	8,1 - 10,0	2
<i>Bệnh gan</i>		$\leq 8,0$	3
không	0	<i>Ure (mmol/l)</i>	
có	2	< 5,0	0
<i>Bệnh ác tính</i>		5,0 - 9,9	1
không	0	10,0 - 14,9	2
có	2	$\geq 15,0$	3

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến cứu 106 bệnh nhân XHTHTKVG, điều trị nội trú tại Bệnh viện Đại học Y-Dược Huế và Khoa Nội Tiêu hóa, Bệnh viện Trung ương Huế trong thời gian từ tháng 6/2019 đến tháng 6/2020.

Định nghĩa biến số:

- Bệnh nhân nguy cơ thấp: khi trong kết cục lâm sàng thỏa mãn tất cả các tiêu chí: Điều trị nội khoa đơn thuần, không yêu cầu truyền máu, không can thiệp nội soi điều trị, không phẫu thuật/TAE, không có chảy máu tái phát hoặc tử vong.

- Bệnh nhân nguy cơ cao: khi trong kết cục lâm sàng có ít nhất 1 trong những tiêu chí sau: Yêu cầu truyền máu, yêu cầu can thiệp nội soi cầm máu, yêu cầu phẫu thuật/TAE cầm máu, có chảy máu tái phát hoặc tử vong.

- Can thiệp y khoa: được định nghĩa là trong kết cục lâm sàng có ít nhất 1 tiêu chí sau: Yêu cầu truyền máu, yêu cầu can thiệp nội soi cầm máu, yêu cầu phẫu thuật/TAE.

Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0. Giá trị của thang điểm CANUKA trong dự đoán bệnh nhân XHTHTKVG có nguy cơ cao được đánh giá bằng giá trị diện tích dưới đường cong (AUROC). Tính độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm cho mỗi điểm cắt của thang điểm CANUKA trong dự đoán nhóm bệnh nhân có nguy cơ thấp. Tính điểm số của GBS trong cùng mẫu nghiên cứu. Tiến hành so sánh giá trị của thang điểm CANUKA và GBS trong phân tầng nguy cơ bệnh nhân.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng, nội soi và kết cục lâm sàng của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu

Tuổi trung bình của bệnh nhân là: $56,31 \pm 18,96$ tuổi. Trong đó, nhỏ tuổi nhất là 17 tuổi, lớn tuổi nhất là 94 tuổi. Nam giới chiếm 82,1%. Tỷ số nam:nữ là 4,6:1.

Biểu hiện lâm sàng là đi cầu phân đen gặp trong 77,4%, nôn ra máu 67%, vừa nôn ra máu vừa đi cầu phân đen 44,3% bệnh nhân. Có đến 65,1% bệnh nhân nhập viện vì XHTH có mắc bệnh kèm, thường gặp nhất là bệnh gan 30,2%, bệnh tim mạch 17,9%, ung thư 8,5%, tai biến mạch máu não 6,6%. Trong số đó 18,9% bệnh nhân trước nhập viện có sử dụng các loại thuốc, phổ biến nhất là NSAIDs 10,4%, chống ngưng tập tiểu cầu 6,6% và NOACs 1,9%. (Bảng 2)

Nguyên nhân XHTHTKVG xác định qua nội soi thường gặp nhất là loét DDTT chiếm 67%, hội chứng Mallory-Weiss 12,3%, viêm xức DDTT 10,4%, thủng dạ dày 3,8%, có 1,9% u bóng Vater xâm lấn tá tràng gây xuất huyết, 0,9% do tổn thương Dieulafoy và 0,9% bệnh nhân do GAVE. (Bảng 2)

52,8% các trường hợp XHTHTKVG điều trị nội khoa đơn thuần, có 14,2% nội soi cầm máu, 40,6% truyền máu, 2,8% bệnh nhân phải phẫu thuật/TAE. Tỷ lệ bệnh nhân chảy máu tái phát là 3,8%, tỷ lệ tử vong là 0,9%. (Bảng 3)

Bảng 2. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Tiêu chí	n	Tỷ lệ (%)
<i>Giới tính</i>		
Nam	87	82,1
Nữ	19	17,9
<i>Tuổi trung bình: $56,31 \pm 18,96$ tuổi</i>		
< 50 tuổi	35	33,02
50 - 64,9 tuổi	36	33,96
≥ 65 tuổi	35	33,02
<i>Bệnh kèm</i>		
Bệnh tim	19	17,9
Bệnh gan	32	30,2
Bệnh thận	2	1,9
Ung thư	9	8,5
<i>Thuốc sử dụng trước khi có biểu hiện XHTH</i>		
NSADs	11	10,4
Thuốc chống ngưng tập tiểu cầu	7	6,6
NOACs	2	1,9
Có rối loạn tri giác	5	4,7
<i>Nhịp tim (lần/phút)</i>		
< 100	85	80,2
100 - 124,9	20	18,9
≥ 125	1	0,9
<i>Huyết áp tâm thu (mmHg)</i>		
≥ 120	49	46,2
100-119,9	40	37,7
80-99,9	15	14,2
< 80	2	1,9
<i>Nôn ra máu</i>		
Đi cầu phân đen	82	77,4
Nôn ra máu + phân đen	47	44,3
<i>Hb (g/dl)</i>		
≥ 12,1	25	23,6
10,1-12	20	18,9
8,1-10	21	19,8
≤ 8	40	37,7

Ure (mmol/l)			
< 5	33	31,1	
5-9,9	38	35,8	
10-14,9	24	22,6	
≥ 15	11	10,4	
Nguyên nhân XHTHT			
Hội chứng Mallory-Weiss	13	12,3	
Loét thực quản	3	2,8	
Loét dạ dày-tá tràng	71	67,0	
Viêm xức DDTT	11	10,4	
Ung thư dạ dày	4	3,8	
Tổn thương Dieulafoy	1	0,9	
Giãn mạch máu hang vị	1	0,9	
U bóng Vater	2	1,9	

Bảng 3. Kết cục lâm sàng của bệnh nhân

Kết cục lâm sàng		n	Tỷ lệ (%)
Điều trị nội khoa		56	52,8
Can thiệp	Truyền máu	43	40,6
	Nội soi điều trị	15	14,2
y khoa	Phẫu thuật/TAE	3	2,8
Chảy máu tái phát		4	3,8
Tử vong		1	0,9

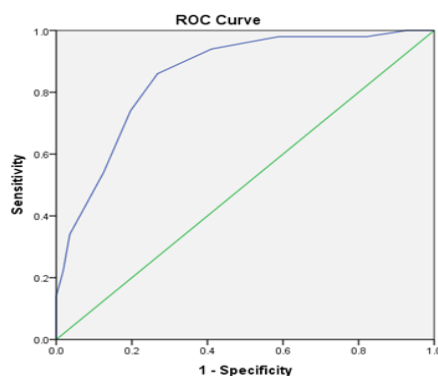
3.2. Giá trị của thang điểm CANUKA trong phân tầng nguy cơ bệnh nhân XHTHTKVG

Trong dự đoán bệnh nhân có nguy cơ thấp, với điểm cắt ≤ 2, thang điểm CANUKA có độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 7,14%, giá trị tiên đoán dương là 100%; và giá trị tiên đoán âm là 49,0%. (Bảng 4).

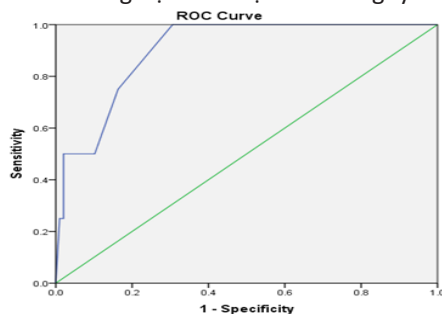
Với điểm cắt ≥ 6, giá trị dự đoán bệnh nhân có nguy cơ cao của thang điểm CANUKA có AUROC là 0,855, với độ nhạy 86%, độ đặc hiệu 73,2%, PPV 74,1%, NPV là 85,4%. (Biểu đồ 1)

Bảng 4. Giá trị của thang điểm CANUKA trong dự đoán bệnh nhân nguy cơ thấp

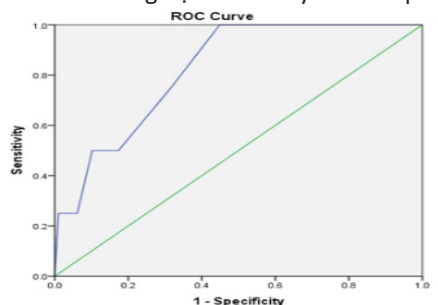
CANUKA	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	PPV	NPV
≤ 2	100,0	7,14	100,0	49,0
≤ 3	98,0	17,86	90,9	51,6
≤ 4	98,0	41,07	95,8	59,8
≤ 5	94,0	58,93	91,7	67,1
≤ 6	86,0	73,21	85,4	74,1



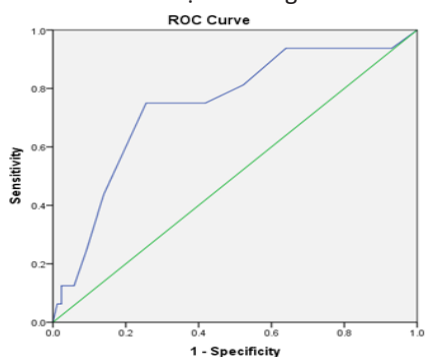
Biểu đồ 1. Đường cong ROC của thang điểm CANUKA trong dự đoán bệnh nhân nguy cơ cao



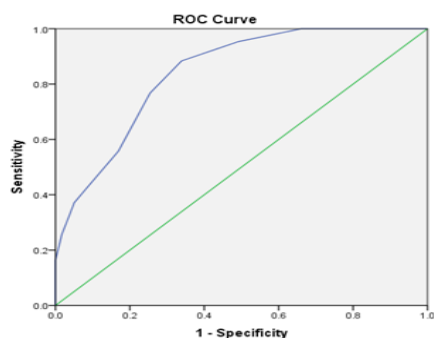
Biểu đồ 2. Đường cong ROC của thang điểm CANUKA trong dự đoán chảy máu tái phát



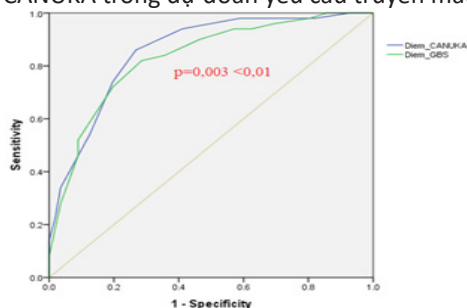
Biểu đồ 3. Đường cong ROC của thang điểm CANUKA trong dự đoán nguy cơ phẫu thuật/tắc mạch hoặc tử vong



Biểu đồ 4. Đường cong ROC của thang điểm CANUKA trong dự đoán yêu cầu nội soi điều trị



Biểu đồ 5. Đường cong ROC của thang điểm CANUKA trong dự đoán yêu cầu truyền máu



Biểu đồ 6. So sánh đường cong ROC của thang điểm CANUKA và GBS trong dự đoán bệnh nhân có nguy cơ cao

Bảng 5. So sánh giá trị thang điểm CANUKA và GBS trong dự đoán bệnh nhân XHTHTKVG có nguy cơ thấp

Tiêu chí	CANUKA	GBS
Độ nhạy	100,00	98,00
Độ đặc hiệu	7,14	19,64
PPV	100,00	91,7
NPV	49,00	52,1

Khi dự đoán bệnh nhân có nguy cơ chảy máu tái phát, với điểm cắt ≥ 9 , thang điểm CANUKA có AUROC là 0,902, với độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 69,4%, PPV 11,8%, và NPV 100% (Biểu đồ 2). Trong dự đoán bệnh nhân yêu cầu phẫu thuật/TAE hoặc nguy cơ tử vong, với điểm cắt ≥ 8 , thang điểm CANUKA có AUROC là 0,82, độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 55,1%, PPV 8,3%, NPV 100% (Biểu đồ 3).

Với điểm cắt ≥ 9 , khả năng dự đoán yêu cầu nội soi điều trị của thang điểm CANUKA có AUROC là 0,743, với độ nhạy 75%, độ đặc hiệu 74,4%, PPV 35,3%, NPV 94,1% (Biểu đồ 4). Với điểm cắt ≥ 7 , thang điểm CANUKA trong dự đoán yêu cầu truyền máu có AUROC là 0,84, với độ nhạy 88,4%, độ đặc hiệu 66,1%, PPV 65,5%, NPV 88,6% (Biểu đồ 5).

Trong dự đoán bệnh nhân có nguy cơ thấp, thang điểm CANUKA có độ nhạy cao hơn so với GBS (100%

so với 98%) nhưng độ đặc hiệu thấp hơn (7,14% so với 19,64%) (Bảng 5). Khi đánh giá giá trị dự đoán bệnh nhân có nguy cơ cao, thang điểm CANUKA có AUROC cao hơn có ý nghĩa thống kê so với GBS (0,855 vs 0,831; $p=0,003$) (Biểu đồ 6).

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, triệu chứng thường gặp nhất ở bệnh nhân XHTHTKVG là đi cầu phân đen (gặp trong 77,4% các trường hợp). Có đến 65,1% bệnh nhân nhập viện vì XHTH có mắc các bệnh kèm theo. Kết quả của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu đã được công bố. Theo tác giả Sung Min Park và cộng sự, triệu chứng thường gặp nhất của bệnh nhân là đi cầu phân đen gặp trong 74,2%, nôn ra máu gặp trong 30% [8]. Theo kết quả nghiên cứu tại Hàn Quốc công bố năm 2019 cho thấy, có đến 69,7% bệnh nhân vào viện vì XHTH có bệnh kèm theo [9].

Về nguyên nhân XHTHTKVG, các nghiên cứu đều thống nhất rằng, loét DDTT vẫn là nguyên nhân thường gặp nhất. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ loét DDTT xuất huyết chiếm 67%. Một nghiên cứu tại Hàn Quốc trên 961 bệnh nhân, từ tháng 1/2005 đến tháng 12/2014 cho thấy, nguyên nhân do loét dạ dày chiếm 45,7%, loét tá tràng chiếm tỷ lệ 25,1% [10].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có một số nguyên nhân trước đây ít được đề cập đến, nhưng thực tế có thể gặp với tần suất không phải quá hiếm như: u bóng Vater xâm lấn tá tràng gây xuất huyết chiếm tỷ lệ 1,9%, tổn thương Dieulafoy 0,9%, và GAVE 0,9%. Các nguyên nhân này được ghi nhận trong các công bố gần đây, như trong nghiên cứu tại Hàn Quốc cho thấy, tổn thương Dieulafoy chiếm 4,6%, GAVE 2,3% [10].

Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu là điều trị nội khoa và xuất viện an toàn chiếm 52,8%. Tỷ lệ tử vong của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu là 0,9% thấp hơn so với các công bố (từ 3%–11%) [6]. Tuy nhiên, trong một nghiên cứu trên 243.2088 bệnh nhân tại Mỹ đã cho thấy, tỷ lệ tử vong của bệnh nhân nhập viện do XHTHT đã giảm 28%, từ 2,6/100 trường hợp năm 2002 xuống còn 1,9/100 trường hợp vào năm 2012; ($p < 0,01$) [5]. Hơn nữa, tác giả Targownik và cộng sự đã chỉ rõ, tỷ lệ tử vong có liên quan đến tuổi của bệnh nhân, với những bệnh nhân dưới 60 tuổi có tỷ lệ tử vong là 0,83% [12]. Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân (66,98%) có độ tuổi dưới 64 tuổi, hầu hết là XHTH do loét DDTT (67%). Có thể vì vậy mà tỷ lệ tử vong thấp hơn các nghiên cứu khác. Tỷ lệ chảy máu tái phát trong mẫu nghiên cứu là 3,8%, tỷ lệ bệnh nhân được truyền máu là 40,6%, tỷ lệ yêu cầu phẫu thuật/TAE 2,8%. Tỷ lệ này phù hợp với những nghiên cứu được công bố gần đây. Theo tác giả Sung Min Park và cộng sự nghiên cứu 523 bệnh nhân XHTHT tại Hàn Quốc từ 1/2009 đến 12/2013 cho thấy, tỷ lệ chảy máu tái phát là 2,5%,

yêu cầu truyền máu là 40% [8]. Theo nghiên cứu của tác giả Enric Brullet và cộng sự, tỷ lệ bệnh nhân cần phẫu thuật là 2,6% và yêu cầu tắc mạch là 1,1% [13].

Thang điểm CANUKA bao gồm nhiều tham số là các yếu tố tiên lượng độc lập của các dự hậu lâm sàng xấu như chảy máu tái phát và tử vong ở bệnh nhân XHTHTKVG. Với điểm cắt ≥ 6 , giá trị dự đoán bệnh nhân có nguy cơ cao của thang điểm CANUKA có AUROC là 0,855. Khi đánh giá khả năng dự đoán yêu cầu nội soi điều trị, với điểm cắt ≥ 9 , thang điểm CANUKA có AUROC là 0,743. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả Kathryn Oakland và cộng sự, theo đó khi tiên đoán dự hậu xấu (tổng hợp các nguy cơ cao), thang điểm CANUKA có AUROC là 0,90, về khả năng dự đoán yêu cầu nội soi điều trị, thang điểm CANUKA có AUROC là 0,77 [7].

Khi so sánh giá trị của thang điểm CANUKA với GBS. Về khả năng dự đoán bệnh nhân có nguy cơ thấp, kết quả nghiên cứu gợi ý rằng, với điểm cắt CANUKA ≤ 2 và GBS ≤ 2 , thang điểm CANUKA có độ nhạy cao hơn (100% so với 98%) nhưng độ đặc hiệu thấp hơn so với GBS (7,14% so với 19,64%). Kết quả nghiên cứu phù hợp với kết luận của tác giả Kathryn Oakland và cộng sự khi so sánh thang điểm CANUKA với GBS cho thấy, thang điểm CANUKA có độ chính xác cao hơn

trong dự đoán bệnh nhân có nguy cơ thấp [7]. Khi đánh giá giá trị dự đoán bệnh nhân có nguy cơ cao, thang điểm CANUKA có AUROC cao hơn có ý nghĩa thống kê so với GBS (0,855 vs 0,831; $p=0,003$).

HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU

- Nghiên cứu có cỡ mẫu chưa lớn.
- Nguyên nhân XHTHTKVG trong mẫu nghiên cứu không thuần nhất.

5. KẾT LUẬN

Thang điểm CANUKA có giá trị cao trong phân tầng nguy cơ bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên không do vỡ giãn tĩnh mạch, vì vậy, có thể cân nhắc áp dụng trong thực tế lâm sàng. Cần có nhiều nghiên cứu lớn hơn để khẳng định giá trị của thang điểm CANUKA.

Từ viết tắt: AUROC (area under the receiver operating characteristic curve): giá trị diện tích dưới đường cong. DDTT: dạ dày tá tràng. GAVE: giãn mạch máu hang vị. GBS: thang điểm Glasgow Blatchford. NOACs: thuốc chống đông đường uống. NSAIDs: thuốc kháng viêm non-steroid. PPV: giá trị tiên đoán dương. NPV: giá trị tiên đoán âm. TAE: (Transcatheter Arterial Embolization): tắc mạch qua catheter. XHTH: xuất huyết tiêu hóa. XHTHTKVG: xuất huyết tiêu hóa trên không do vỡ giãn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tham, and Stanley (2019), "Clinical utility of pre-endoscopy risk scores in upper gastrointestinal bleeding", *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*, 13(12), p. 1161-1167.
2. Abougergi, Travis, and Saltzman (2015), "The in-hospital mortality rate for upper GI hemorrhage has decreased over 2 decades in the United States: a nationwide analysis", *Gastrointest Endosc*, 81(4), p. 882-8.e1.
3. Saleem, et al (2020), "Outcomes of Upper Gastrointestinal Bleeding Based on Time to Endoscopy: A Retrospective Study", *Cureus*, 12(3), p. e7325-e7325.
4. Theocharis, et al (2008), "Changing trends in the epidemiology and clinical outcome of acute upper gastrointestinal bleeding in a defined geographical area in Greece", *J Clin Gastroenterol*, 42(2), p. 128-33.
5. Wuerth, and Rockey (2018), "Changing Epidemiology of Upper Gastrointestinal Hemorrhage in the Last Decade: A Nationwide Analysis", *Dig Dis Sci*, 63(5), p. 1286-1293.
6. Tiellemann, Bujanda, and Cryer (2015), "Epidemiology and Risk Factors for Upper Gastrointestinal Bleeding", *Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America*, 25(3), p. 415-428.
7. Oakland, et al (2019), "Development, Validation, and Comparative Assessment of an International Scoring System to Determine Risk of Upper Gastrointestinal Bleeding", *Clin Gastroenterol Hepatol*, 17(6), p. 1121-1129.e2.
8. Park, et al (2016), "Comparison of AIMS65 Score and Other Scoring Systems for Predicting Clinical Outcomes in Koreans with Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding", *Gut and liver*, 10(4), p. 526-531.
9. Kim, Choi, and Shin (2019), "AIMS65 scoring system is comparable to Glasgow-Blatchford score or Rockall score for prediction of clinical outcomes for non-variceal upper gastrointestinal bleeding", *BMC Gastroenterol*, 19(1), p. 136.
10. Cho, et al (2018), "Outcomes and Role of Urgent Endoscopy in High-Risk Patients With Acute Nonvariceal Gastrointestinal Bleeding", *Clin Gastroenterol Hepatol*, 16(3), p. 370-377.
11. Kim, et al (2020), "Validation of a new risk score system for non-variceal upper gastrointestinal bleeding", *BMC gastroenterology*, 20(1), p. 193-193.
12. Targownik, and Nabalamba (2006), "Trends in management and outcomes of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: 1993-2003", *Clin Gastroenterol Hepatol*, 4(12), p. 1459-1466.
13. Brullet, et al (2020), "Endoscopist's Judgment Is as Useful as Risk Scores for Predicting Outcome in Peptic Ulcer Bleeding: A Multicenter Study", *Journal of clinical medicine*, 9(2), p. 408.