

Giá trị thang điểm CTP - creatinine trong dự đoán kết cục lâm sàng bệnh nhân xơ gan xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch

Nguyễn Văn Lộc¹, Phan Trung Nam^{2*}

(1) Bác sĩ nội trú Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

(2) Trung tâm Tiêu hoá - Nội soi, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Gần đây, thang điểm Child Turcotte Pugh (CTP) phối hợp với creatinine máu giúp nâng cao giá trị tiên lượng bệnh nhân xơ gan xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch đã được một số nghiên cứu trên thế giới đề xuất áp dụng. Nghiên cứu này nhằm áp dụng thang điểm CTP - Creatinine trong tiên lượng tái xuất huyết, tử vong sớm và tái xuất huyết, tử vong trong vòng 6 tuần ở bệnh nhân xơ gan nhập viện tại khu vực miền Trung, Việt Nam. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu theo dõi trên 118 bệnh nhân xơ gan nhập viện điều trị xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch được chẩn đoán xác định bằng nội soi, loại trừ những bệnh nhân có bệnh lý thận mạn. **Kết quả nghiên cứu:** Giá trị trung bình của CTP - Crea I và CTP - Crea II lần lượt là $9,03 \pm 2,73$ và $8,97 \pm 2,65$. Thang điểm CTP - Crea I có giá trị tiên lượng tái xuất huyết sớm với AUC = 0,788; tử vong sớm với AUC = 0,860; tiên lượng trong vòng 6 tuần đầu: tái xuất huyết với AUC = 0,672 và tử vong với AUC = 0,818. Thang điểm CTP - Crea II có giá trị tiên lượng tái xuất huyết sớm với AUC = 0,771; tử vong sớm với AUC = 0,859; tiên lượng tử vong trong vòng 6 tuần đầu với AUC = 0,805. **Kết luận:** Các thang điểm CTP - Creatinine có giá trị tốt trong tiên lượng kết cục ở bệnh nhân xơ gan xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch. Có thể áp dụng trong thực hành lâm sàng để đánh giá, phân tầng bệnh nhân xơ gan xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch.

Từ khóa: xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch, CTP, Creatinine.

Abstract

Evaluation of CTP - creatinine for predicting prognosis of cirrhosis patients with acute variceal bleeding

Nguyen Van Loc¹, Phan Trung Nam^{2*}

(1) Resident Doctor of University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(2) Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Background: Variceal bleeding is a severe complication of portal hypertension due to cirrhosis with high rate of mortality. This study to evaluate the accuracy CTP - Creatinine score for predicting early rebleeding and mortality and in first 6 weeks in cirrhosis patient with acute variceal bleeding. **Methods:** Prospective study in 118 cirrhosis patients presenting with acute variceal bleeding were hospitalized and diagnosed by upper GI endoscopy. Exclusion criteria were patients with chronic kidney diseases. **Results:** The mean values of the CTP - Crea I and CTP - Crea II score are 9.03 ± 2.73 and 8.97 ± 2.65 , respectively. The CTP - Crea I score was valuable in predicting outcomes early rebleeding with AUC = 0.788, early death with AUC = 0.860 and within the first 6 weeks: rebleeding with AUC = 0.672 and mortality AUC = 0.818. The CTP - Crea II score has predictive value for outcomes early rebleeding with AUC = 0.771, early death with AUC = 0.859 and mortality within the first 6 weeks with AUC = 0.805. **Conclusions:** CTP - Creatinine scores have good value in predicting outcome in cirrhosis patients with acute variceal bleeding. Can be applied to evaluate and stratify those cirrhosis patients in clinical practice in Vietnam.

Key words: variceal bleeding, CTP, Creatinine.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) do vỡ giãn tĩnh mạch là một biến chứng nặng, thường gặp ở bệnh nhân xơ gan, là hậu quả trực tiếp của tăng áp lực tĩnh mạch cửa [1]. Nếu sau lần xuất huyết đầu tiên, bệnh nhân không được điều trị dự phòng thì nguy cơ tái xuất

huyết có thể lên tới 60-80% [1],[2]. Tỷ lệ tử vong sau 1 năm ở những bệnh nhân này lên tới 57%, một nửa trong số đó tử vong trong vòng 6 tuần tính từ thời điểm xuất huyết [3],[4]. Đồng thuận BAVENO khuyến cáo tử vong trong vòng 6 tuần nên được chọn là kết cục chính trong các nghiên cứu về điều trị bệnh

Địa chỉ liên hệ: Phan Trung Nam; Email: ptnam@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 16/6/2022; Ngày đồng ý đăng: 4/10/2022; Ngày xuất bản: 30/10/2022

DOI: 10.34071/jmp.2022.5.3

nhân xơ gan có biến chứng xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch [5],[6]. Để tiên lượng ở bệnh nhân xơ gan có biến chứng XHTH do vỡ giãn tĩnh mạch phổ biến hiện nay là thang điểm Child Turcotte Pugh (CTP). Tuy nhiên thang điểm này có hạn chế là không đánh giá được chức năng thận - một yếu tố đã được chứng minh là có giá trị tiên lượng ở những bệnh nhân xơ gan. Trong khi đó, mặc dù thang điểm MELD có tính đến chức năng thận nhưng thang điểm này chủ yếu được áp dụng trong tiên lượng bệnh nhân xơ gan sau đặt phân lưu tĩnh mạch cửa chủ trong gan qua tĩnh mạch cảnh (TIPS) [7].

Gần đây, nhiều nghiên cứu đã đưa ra các mô hình với sự kết hợp giữa CTP và thông số creatinine. Trong đó, thang điểm CTP cải tiến bổ sung thêm creatinine (CTP - Creatinine) được giới thiệu lần đầu tiên bởi Angermayr B [8] và sau này được áp dụng trong nhiều nghiên cứu khác nhau ở bệnh nhân xơ gan có hoặc không kèm XHTH do vỡ giãn tĩnh mạch cho thấy sự vượt trội của thang điểm mới này [9],[10],[11]. Ở Việt Nam nói chung và khu vực miền Trung đã có nhiều nghiên cứu về vai trò của thang điểm CTP và MELD trong tiên lượng bệnh nhân xơ gan XHTH do vỡ giãn tĩnh mạch [12],[13],[14],[15], tuy nhiên chưa có nghiên cứu áp dụng thang điểm CTP - Creatinine trong thực hành lâm sàng. Đề tài này nhằm mục tiêu: (1) *Mô tả đặc điểm lâm sàng, thang điểm CTP-Creatinin ở bệnh nhân xơ gan xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch*; (2) *Giá trị thang điểm CTP - creatinine trong đánh giá tái xuất huyết, tử vong sớm (5 ngày đầu) và trong 6 tuần ở bệnh nhân xơ gan xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch*.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 118 bệnh nhân xơ gan có biến chứng xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch nhập viện điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 4/2019 đến tháng 8/2021.

Chẩn đoán xơ gan dựa vào lâm sàng: hội chứng suy tế bào gan và hội chứng tăng áp tĩnh mạch cửa. Nội soi thực quản dạ dày để chẩn đoán xác định xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch.

Loại trừ các bệnh nhân có tiền sử bệnh thận mạn, ung thư biểu mô tế bào gan, bệnh nhân có các chống chỉ định tuyệt đối của nội soi dạ dày, bệnh nhân không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả, phân tích, theo dõi lâm sàng trong giai đoạn xuất huyết cấp trong vòng 5 ngày đầu và trong vòng 6 tuần từ lúc bệnh nhân nhập viện.

- Bệnh nhân xơ gan có biến chứng xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch vào viện được điều trị hồi sức cấp cứu và điều trị nội soi theo một phác đồ thống nhất của Bệnh viện.

- Tính các thang điểm CTP, CTP - Crea I và CTP - Crea II trong vòng 24 h sau khi bệnh nhân nhập viện

+ Thang điểm CTP:

Chỉ số	Điểm	1 điểm	2 điểm	3 điểm
Báng		Không có	Ít - vừa	Nhiều
Bệnh não gan		Không	Độ I - II	Độ III - IV
INR		< 1,7	1,7-2,3	> 2,3
Albumin (g/l)		> 35	28-35	< 28
Bilirubin (μmol/l)		< 35	35-50	> 50

Đánh giá: CTP A: 5 - 6 điểm; CTP B: 7 - 9 điểm; CTP C: 10 - 15 điểm

+ Thang điểm CTP - Creatinine [8]:

• CTP - Crea I = CTP + X

◦ X = 0 nếu creatinine máu < 1,3 mg/dl (114,92 μmol/l)

◦ X = 4 nếu creatinine máu ≥ 1,3 mg/dl (114,92 μmol/l)

• CTP - Crea II = CTP + X

◦ X = 0 nếu creatinine máu < 1,3 mg/dl (114,92 μmol/l)

◦ X = 2 nếu creatinine máu từ 1,3-1,8 mg/dl (114,92-159,12 μmol/l)

◦ X = 4 nếu creatinine máu > 1,8 mg/dl (159,12 μmol/l)

- Tất cả bệnh nhân sau khi được điều trị xuất huyết ổn định được điều trị dự phòng xuất huyết tái phát bằng EVL và NSBB

- Đánh giá giá trị của các thang điểm trên trong tiên lượng tái xuất huyết và tử vong trong vòng 5 ngày đầu và trong vòng 6 tuần kể từ khi nhập viện thông qua tái khám hoặc liên hệ bệnh nhân hoặc người nhà mỗi 2 tuần một lần.

- Xác định xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch qua nội soi thực quản, dạ dày, tá tràng khi có các trường hợp sau:

+ Chắc chắn có vỡ giãn tĩnh mạch: khi có tia máu từ tĩnh mạch hoặc có điểm rỉ máu trên thành tĩnh mạch

+ Có khả năng vỡ giãn tĩnh mạch: nút cầm máu màu trắng ngà hoặc cục máu đông dính trên thành tĩnh mạch

+ Có thể có vỡ giãn tĩnh mạch: khi có các búi giãn tĩnh mạch lớn, có máu trong dạ dày trong khi

đó không có tổn thương phổi hợp khác ở dạ dày, tá tràng [13]

- AKI được xác định theo tiêu chuẩn của Câu lạc bộ Cổ trưởng quốc tế [16]

- **Tiêu chuẩn tái xuất huyết sớm trong vòng 5 ngày đầu:** theo đồng thuận BAVENO V, tái xuất huyết sớm trong vòng 5 ngày đầu khi:

+ Nôn máu tươi, hút dịch dạ dày $\geq 100\text{ml}$ máu tươi sau ≥ 2 giờ bắt đầu điều trị thuốc đặc hiệu hoặc nội soi điều trị

+ Xuất hiện sốc do giảm thể tích máu

+ Hb giảm $\geq 3\text{ g}$ (giảm 9% Hct) trong bất kỳ khoảng thời gian 24 giờ nào nếu trong trường hợp không được truyền máu.

- **Tiêu chuẩn tái xuất huyết trong vòng 6 tuần đầu:** theo đồng thuận BAVENO, tái xuất huyết trong vòng 6 tuần đầu là một đợt xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch (xuất hiện sau ngày thứ 5) với biểu hiện đi cầu phân đen tái diễn nhiều lần hoặc nôn ra máu gây ra bất kỳ một trong số các hậu quả sau: nhập viện; truyền máu; Hb giảm $\geq 3\text{g}$; tử vong.

- Số liệu nghiên cứu được xử lý dựa theo các thuật toán thống kê trong phần mềm SPSS 26.0

3. KẾT QUẢ

3.1. Lâm sàng, thang điểm CTP-Creatinin ở bệnh nhân xơ gan xuất huyết do vỡ giãn

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình		53,39 $\pm$ 11,97
Giới	Nam	90,7%
	Nữ	9,3%
CTP	A	19,5%
	B	47,4%
	C	33,1%
Tổn thương thận cấp (AKI)		16,7%

Nhận xét: độ tuổi trung bình là 53,39 $\pm$ 11,97, trong đó chủ yếu là nam giới với 90,7%. 80,5% bệnh nhân CTP B/C, bệnh nhân có AKI chiếm 16,7%.

3.2. Giá trị thang điểm CTP – creatinine trong đánh giá tái xuất huyết, tử vong sớm và trong 6 tuần ở bệnh nhân xơ gan xuất huyết do vỡ giãn

Bảng 5. Giá trị tiên lượng các biến cố sớm của CTP-creatinine

Biến cố	Giá trị	AUC	KTC 95%	Điểm cắt	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	p
Tái xuất huyết sớm:							
CTP - Crea I		0,788	0,661-0,916	10,5	71,4	80,8	< 0,05
CTP - Crea II		0,771	0,642-0,901	10,5	64,3	80,8	< 0,05

Bảng 2. Vị trí xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch

Vị trí	Giá trị	n	Tỷ lệ (%)
Tĩnh mạch thực quản		97	82,2
	GOV1	3	2,5
Tĩnh mạch dạ dày	GOV2	14	11,9
	IGV1	4	3,4
	IGV2	0	0

Nhận xét: xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản chiếm 82,2%; do vỡ giãn tĩnh mạch dạ dày chiếm 17,8%, trong đó GOV2 gặp nhiều nhất với 11,9%.

Bảng 3. CTP-creatinine ở đối tượng nghiên cứu

Thang điểm	Giá trị trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
CTP - Crea I	9,03 $\pm$ 2,73	5	18
CTP - Crea II	8,97 $\pm$ 2,65	5	18

Nhận xét: giá trị trung bình của thang điểm CTP - Crea I và CTP - Crea II lần lượt là 9,03 $\pm$ 2,73 và 8,97 $\pm$ 2,65. Giá trị nhỏ nhất và lớn nhất của đều là 5 và 18.

Bảng 4. CTP-creatinine và các biến cố sớm (trong vòng 5 ngày đầu)

Thang điểm Biến cố	CTP – Crea I	CTP – Crea II
Tái xuất huyết sớm (n = 14)	11,50 $\pm$ 2,74	11,21 $\pm$ 2,67
Không tái xuất huyết sớm (n = 104)	8,70 $\pm$ 2,57	8,66 $\pm$ 2,51
p	< 0,05	< 0,05
Tử vong sớm (n = 8)	13,25 $\pm$ 3,45	13,00 $\pm$ 3,38
Sống sót (n = 110)	8,73 $\pm$ 2,42	8,67 $\pm$ 2,35
p	< 0,05	< 0,05

Nhận xét: giá trị trung bình CTP – Crea I và CTP – Crea II ở nhóm có biến cố tái xuất huyết sớm và tử vong sớm cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có biến cố này.

Tử vong sớm:

CTP – Crea I	0,860	0,700-1,000	10,5	87,5	79,1	< 0,05
CTP – Crea II	0,859	0,700-1,000	10,5	87,5	80,0	< 0,05

Nhận xét: phân tích diện tích dưới đường cong ROC, cả 2 thang điểm đều có giá trị trong dự báo biến cố tái xuất huyết sớm và tử vong sớm. Đối với tái xuất huyết sớm, CTP - Crea I và CTP - Crea II lần lượt có AUC là 0,788 và 0,771. Với điểm cắt 11,0 giá trị dự báo tái xuất huyết sớm với độ nhạy, độ đặc hiệu của CTP - Crea I là 71,4% và 80,8%; của CTP - Crea II là 64,3% và 80,8%. Trong dự báo tử vong sớm, CTP - Crea I và CTP - Crea II lần lượt có AUC là 0,860, 0,859. Với điểm cắt 10,5 giá trị dự báo tử vong sớm với độ nhạy, độ đặc hiệu của CTP - Crea I là 87,5% và 79,1%; của CTP - Crea II là 87,5% và 80,0%.

Bảng 6. CTP-creatinine và các biến cố trong vòng 6 tuần

Biến cố	Thang điểm	CTP - Crea I	CTP - Crea II
Tái xuất huyết (n =13)		10,15 ± 2,97	9,85 ± 2,67
Không tái xuất huyết (n = 97)		8,52 ± 2,28	8,52 ± 2,28
p		< 0,05	> 0,05
Tử vong (n = 16)		12,06 ± 3,13	11,81 ± 3,12
Sống sót (n = 102)		8,56 ± 2,34	8,52 ± 2,29
p		< 0,05	< 0,05

Nhận xét: giá trị trung bình CTP – Crea I và CTP – Crea II ở nhóm tử vong trong vòng 6 tuần cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có biến cố này, tuy nhiên, chỉ có giá trị CTP – Crea I ở nhóm tái xuất huyết là cao hơn có ý nghĩa thống kê.

Bảng 7. Giá trị tiên lượng các biến cố trong vòng 6 tuần của CTP-creatinine

Biến cố	Giá trị	AUC	KTC 95%	Điểm cắt	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	p
Tái xuất huyết:							
CTP - Crea I		0,672	0,517-0,827	7,5	92,3	40,2	< 0,05
CTP - Crea II		0,655	0,503-0,808	7,5	92,3	40,2	> 0,05
Tử vong:							
CTP - Crea I		0,818	0,706-0,931	10,5	68,8	81,4	< 0,05
CTP - Crea II		0,804	0,689-0,920	11,5	56,3	91,2	< 0,05

Nhận xét: phân tích diện tích dưới đường cong ROC, chỉ có thang điểm CTP - Crea I là có ý nghĩa trong dự báo kết cục tái xuất huyết với AUC = 0,672 và điểm cắt 7,5 giá trị dự báo kết cục này của thang điểm với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 92,3% và 40,2%. Trong dự báo kết cục tử vong 6 tuần, CTP - Crea I có AUC = 0,818, CTP - Crea II có AUC = 0,804. Ở điểm cắt 10,5, CTP - Crea I có giá trị tiên lượng với độ nhạy và độ đặc hiệu là 68,8% và 81,4%, trong khi CTP - Crea II với điểm cắt 11,5 có giá trị tiên lượng với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 56,3% và 91,2%.

4. BÀN LUẬN

Xuất huyết tiêu hoá do vỡ giãn tĩnh mạch là một biến chứng nặng thường gặp trong tình huống cấp cứu ở bệnh nhân xơ gan mất bù. Điều trị vẫn còn gặp nhiều khó khăn với tỷ lệ tử vong cao, do đó việc đánh giá ban đầu để tiên lượng sớm nhằm phân tầng nguy cơ và có hướng điều trị phù hợp cho bệnh nhân là

mục tiêu quan trọng trong thực hành lâm sàng [3], [1]. Hiện nay, thang điểm CTP thường được sử dụng cho mục đích này, tuy nhiên, hạn chế là không đánh giá được chức năng thận, là một yếu tố đã được chứng minh là có giá trị tiên lượng ở những bệnh nhân xơ gan [9]. Việc kết hợp giữa CTP và thông số creatinine là hợp lý và được chứng minh ở các nghiên cứu trên

thể giới cho thấy sự ưu việt hơn [9],[10],[11].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, áp dụng thang điểm CTP-creatinine ở nhóm bệnh nhân xơ gan xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch, có độ tuổi trung bình là $53,39 \pm 11,97$, trong đó chủ yếu là nam giới với 90,7%, nguyên nhân xơ gan chủ yếu là rượu hoặc kết hợp giữa rượu và virus viêm gan. Bệnh nhân chủ yếu thuộc nhóm CTP B hoặc C với 80,5%, trong đó, 16,7% bệnh nhân có biến chứng AKI, chủ yếu nguyên nhân trước thận. Vị trí xuất huyết giãn tĩnh mạch tại thực quản chiếm đa số với 82,2%, giãn tĩnh mạch dạ dày chiếm 17,8%. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu khác ghi nhận tỷ lệ xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản chiếm đa số như nghiên cứu của Tantai: 89,4%, Rout: 88,2%, Bambha: 81% [17],[18],[19]. Xuất huyết từ giãn tĩnh mạch dạ dày ít gặp hơn, nhưng thường nặng, cần truyền nhiều máu và tiên lượng tử vong cao hơn so với vỡ giãn tĩnh mạch thực quản. Đối với xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch dạ dày, nghiên cứu chúng tôi cho thấy GOV2 là vị trí gặp nhiều nhất, GOV1 và IGV1 chiếm tỷ lệ tương đương nhau, không gặp bệnh nhân nào xuất huyết ở vị trí IGV2. Kết quả này cũng tương đồng nghiên cứu của Tantai và cộng sự [19].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy giá trị trung bình của thang điểm CTP - Crea I và CTP - Crea II lần lượt là $9,03 \pm 2,73$ và $8,97 \pm 2,65$. Kết quả này thấp hơn đáng kể các nghiên cứu khác trên thế giới, như: nghiên cứu của Hassan EA ở bệnh nhân xơ gan ghi nhận giá trị trung bình của thang điểm CTP - Crea II là $13,1 \pm 2,6$ [20]; Radisavljevic M nghiên cứu cả hai thang điểm CTP - Crea I và CTP - Crea II ở bệnh nhân xơ gan rượu lần lượt là $11,07 \pm 3,61$ và $10,91 \pm 3,47$, ở nhóm bệnh nhân xơ gan không do rượu lần lượt là $9,34 \pm 3,35$ và $9,13 \pm 3,09$ [10]; nghiên cứu của Hassanien M trên 725 bệnh nhân xơ gan do viêm gan C có biến chứng XHTH do vỡ giãn tĩnh mạch ghi nhận giá trị trung bình của thang điểm CTP - Crea II ở nhóm sống sót và tử vong lần lượt là $10,42 \pm 0,13$ và $11,10 \pm 0,24$ [9].

Theo dõi các biến cố sớm (xảy ra trong 5 ngày đầu nhập viện), kết quả nghiên cứu chúng tôi cho thấy giá trị thang điểm CTP - Crea I và CTP - Crea II ở nhóm tái xuất huyết sớm cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không tái xuất huyết. Khi phân tích diện tích dưới đường cong ROC, chúng tôi nhận thấy cả 2 thang điểm trên đều có giá trị trong dự báo tái xuất huyết sớm (với $p < 0,05$). Trong đó, thang điểm CTP - Crea I và CTP - Crea II với AUC lần lượt là 0,788 và 0,771. Với cùng điểm cắt 11,0, CTP - Crea I có giá trị dự báo tái xuất huyết sớm với độ nhạy, độ đặc hiệu lần lượt là 71,4% và 80,8%; CTP - Crea II có độ nhạy, độ đặc hiệu lần lượt là 64,3% và 80,8%. Tương tự đối với kết cục tử vong sớm, CTP - Crea I, CTP -

Crea II có giá trị ở mức tốt trong tiên lượng kết cục này với AUC lần lượt là 0,860, 0,859. Với cùng điểm cắt 10,5 giá trị tiên lượng kết cục này của thang điểm CTP - Crea I với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là: 87,5% và 79,1%; của CTP - Crea II lần lượt là 87,5% và 80,0%. Nghiên cứu của Hassanien M và cộng sự cho thấy thang điểm CTP - Crea II có giá trị tốt trong tiên lượng tử vong khi nằm viện ở bệnh nhân xơ gan do virus viêm gan C có biến chứng XHTH do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản với AUC = 0,826 [9].

Khi phân tích các biến cố xảy ra trong vòng 6 tuần từ lúc bệnh nhân nhập viện, chúng tôi nhận thấy chỉ có giá trị trung bình của thang điểm CTP - Crea I có sự khác biệt giữa nhóm tái xuất huyết với không tái xuất huyết và có ý nghĩa trong dự báo biến cố này với AUC = 0,672, khi lấy điểm cắt 7,5 giá trị tiên lượng tái xuất huyết với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 92,3% và 40,2%. Đối với kết cục tử vong trong vòng 6 tuần, khi phân tích diện tích dưới đường cong, kết quả cho thấy thang điểm CTP - Crea I có giá trị tốt trong tiên lượng kết cục này với AUC = 0,818 và CTP - Crea II có AUC = 0,804. Thang điểm CTP - Crea I với điểm cắt 10,5 có giá trị tiên lượng tử vong trong vòng 6 tuần với độ nhạy là 68,8% và độ đặc hiệu là 81,4%, trong khi thang điểm CTP - Crea II với điểm cắt 11,5 có giá trị tiên lượng với độ nhạy 56,3% và độ đặc hiệu là 91,2%. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy giá trị tiên lượng của thang điểm CTP - creatinin khá tốt, tương đồng với kết quả nghiên cứu của Radisavljevic M trên 126 bệnh nhân xơ gan giai đoạn cuối nhập viện có biến chứng XHTH vỡ giãn tĩnh mạch cho thấy thang điểm CTP - Crea I > 10,5 thì có nguy cơ tử vong trong vòng 1 tháng cao hơn 3,1 lần và CTP - Crea II > 11,5 thì nguy cơ này gấp 3,7 lần [11].

5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thang điểm CTP - Creatinine có giá trị tốt trong dự báo các kết cục tái xuất huyết sớm trong 5 ngày đầu với CTP - Crea I và CTP - Crea II lần lượt có AUC là 0,788 và 0,771, tử vong sớm lần lượt có AUC là 0,860 và 0,859. Đối với kết cục tử vong trong vòng 6 tuần, CTP - Crea I có AUC: 0,818, CTP - Crea II có AUC: 0,804; ở điểm cắt 10,5, CTP - Crea I có giá trị tiên lượng tử vong 6 tuần với độ nhạy và độ đặc hiệu là 68,8% và 81,4%, trong khi CTP - Crea II với điểm cắt 11,5 có giá trị tiên lượng với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 56,3% và 91,2%. Từ kết quả này, có thể áp dụng thường quy các thang điểm CTP - Creatinine trong thực hành lâm sàng nhằm đánh giá, phân tầng và tiên lượng bệnh nhân để có chiến lược điều trị phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Garcia-Tsao G, Bosch J (2010), "Management of varices and variceal hemorrhage in cirrhosis", *N Engl J Med*, 362(9), pp. 823-832.
2. Romcea A, Tanțău M et al (2013), "Variceal bleeding in cirrhotic patients: risk factors, evolution, treatment", *Clujul Med*, 86(2), pp. 107-110.
3. D'Amico G, Garcia-Tsao G et al (2006), "Natural history and prognostic indicators of survival in cirrhosis: a systematic review of 118 studies", *J Hepatol*, 44, pp. 217-231.
4. Leclercq S, Di Fiore F et al (2005), "Acute upper gastrointestinal bleeding in patients with liver cirrhosis and in noncirrhotic patients: epidemiology and predictive factors of mortality in a prospective multicenter population-based study", *J Clin Gastroenterol*, 39, pp. 321-327.
5. De Franchis R, Baveno VI Faculty (2015), "Expanding consensus in portal hypertension: Report of the Baveno VI Consensus Workshop: Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension", *J Hepatol*, 63(3), pp. 743-752.
6. De Franchis R, Baveno VII Faculty (2021), "BAVENO VII - RENEWING CONSENSUS IN PORTAL HYPERTENSION: Report of the Baveno VII Consensus Workshop: personalized care in portal hypertension", *Journal of Hepatology*, In Press, Journal Pre-proof.
7. Malinchoc M, Kamath PS et al (2000), "A model to predict poor survival in patients undergoing transjugular intrahepatic portosystemic shunts", *Hepatology*, 31, pp. 864-871.
8. Angermayr B, Koenig F et al (2002), "Creatinine-modified Child-Pugh-Score (CPSC) compared with MELD-Score to predict survival in patients undergoing TIPS", *Hepatology*, 36, pp. 860.
9. Hassanien M, El-Ghannam M et al (2018), "Risk scoring systems to predict in-hospital mortality in patients with acute variceal bleeding due to hepatitis C virus-induced liver cirrhosis", *Gastroenterology Insights*, 9(1), pp. 13-18.
10. Radisavljevic MM, Bjelakovic G et al (2017), "Creatinine-modified Child-Turcotte-Pugh score is a good predictor of a short-term survival in patients with bleeding from esophageal varices", *Vojnosanit Pregl*, 74(1), pp. 13-18.
11. Samiullah S, Qasim R et al (2009), "Evaluation of creatinine-modified Child Pugh score for predicting short-term prognosis of patients with decompensated cirrhosis of liver as compare to original Child Pugh score", *J Ayub Med Coll Abbottabad*, 21(2), pp. 64-67.
12. Trần Phạm Chí, Trần Như Nguyên Phương (2009), "Kết quả điều trị thắt giãn tĩnh mạch thực quản qua nội soi trên bệnh nhân xơ gan ở Bệnh viện Trung ương Huế", Tạp chí Gan Mật học Việt Nam, tập 7, pp. 29-33.
13. Trần Văn Huy (2017), "Xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản", Giáo trình sau đại học Bệnh học gan mật tụy, Nhà xuất bản Đại học Huế, pp. 95-105.
14. Mã Phước Nguyên (2019), Nghiên cứu so sánh thang điểm MELD-Na với Child-Pugh, MELD trong dự báo nguy cơ xuất huyết tái phát sớm và tử vong ở bệnh nhân xơ gan sau thắt giãn tĩnh mạch thực quản kết hợp Terlipressin, Luận văn Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Huế.
15. Nguyễn Thị Nhung, Phan Trung Nam, Trần Văn Huy (2019). Giá trị phối hợp thang điểm AIMS65 và chỉ số MELD trong tiên lượng sớm ở bệnh nhân xơ gan xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản, Tạp chí Y Dược học, tập 9 (01); pp. 35-40.
16. Kim JH, Im CB et al (2021), "Impact of acute kidney injury on mortality in patients with acute variceal bleeding", *BMC Gastroenterol*, 21(1), pp. 290.
17. Bambha K, Kim WR et al (2008), "Predictors of early re-bleeding and mortality after acute variceal haemorrhage in patients with cirrhosis", *Gut*, 57(6), pp. 814-820.
18. Rout G, Sharma S et al (2019), "Development and Validation of a Novel Model for Outcomes in Patients with Cirrhosis and Acute Variceal Bleeding", *Dig Dis Sci*, 64(8), pp. 2327-2337.
19. Tantai XX, Liu N et al (2019), "Prognostic value of risk scoring systems for cirrhotic patients with variceal bleeding", *World J Gastroenterol*, 25(45), pp. 6668-6680.
20. Hassan EA, Abdel Rehim AS (2015), "Creatinine modified Child-Turcotte-Pugh and integrated model of end-stage liver disease scores as predictors of spontaneous bacterial peritonitis-related in-hospital mortality: Applicable or not", *J Gastroenterol Hepatol*, 30(7), pp. 1205-1210.