

DOI: 10.59715/pntjmp.1.3.10

So sánh giá trị bảng điểm ABC với bảng điểm AIMS65 trong dự đoán biến cố tử vong ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên

Nguyễn Thanh Hương¹, Võ Hồng Minh Công², Đào Xuân Lãm³, Trần Thị Thu Cúc⁴, Chung Mỹ Ngọc⁴

¹Khoa Nội tổng hợp thần kinh, Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Khánh Hòa

²Bệnh Viện Nhân Dân Gia Định

³Bộ môn Nội, Khoa Y, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

⁴Khoa Nội tiêu hóa, Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Hiện nay xuất huyết tiêu hóa (XHTH) là một trong những nguyên nhân thường gặp trong cấp cứu y khoa với tỉ lệ tử vong từ 3 - 10% mỗi năm, trong đó XHTH trên chiếm gần 50% trường hợp. Khoảng 80% XHTH trên tự giới hạn và chỉ cần điều trị hỗ trợ, nhưng tỉ lệ tử vong đến 25 - 30% nếu xuất huyết liên tục hoặc xuất huyết tái phát. Năm 2020, một nghiên cứu thực hiện ở Bệnh viện Nhân Dân Gia Định ghi nhận tỉ lệ tử vong do XHTH trên là 9,42%. Do đó các bảng điểm tiên lượng rất cần thiết nhằm phân tầng nguy cơ một cách chính xác và nhanh chóng đưa ra điều trị phù hợp. Năm 2011, bảng điểm AIMS65 ra đời nhằm tiên lượng tử vong hay tái xuất huyết ở bệnh nhân XHTH trên. Tuy nhiên giá trị dự đoán biến cố của AIMS65 ở một số nghiên cứu chỉ đạt ở mức trung bình. Năm 2020, Laursen nghiên cứu bảng điểm ABC dựa trên 3 yếu tố (A: Tuổi, B: xét nghiệm sinh hóa, C: bệnh đồng mắc) dễ nhớ, không phụ thuộc kết quả nội soi. Tác giả nhận thấy so với bảng điểm AIMS65, bảng điểm ABC có khả năng dự đoán kết cục tốt hơn. Dựa trên những ưu điểm đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với hy vọng tìm ra điểm cắt tối ưu cho bảng điểm ABC cũng như so sánh giá trị của 2 bảng điểm ABC và AIMS65 nhằm tìm ra bảng điểm ngắn gọn, tiên lượng tốt nhất cho bệnh nhân XHTH trên.

Mục tiêu nghiên cứu: So sánh diện tích dưới đường cong ROC, độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm của bảng điểm ABC và bảng điểm AIMS65 trong dự đoán tử vong trong 30 ngày ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu trên những bệnh nhân nhập viện vì xuất huyết tiêu hóa trên tại bệnh viện Nhân dân Gia Định trong khoảng thời gian từ tháng 2/2022 đến tháng 11/2022.

Kết quả: 114 BN nhập viện vì XHTH trên với tuổi trung bình là 58,3 ± 16,2 tuổi. Tỉ lệ nam giới chiếm 83,3%. Tỉ lệ tử vong trong 30 ngày là 5,3%. Diện tích dưới đường cong (AUC) của ABC trong dự đoán biến cố tử vong là 0,89 với KTC95% là 0,82 - 0,94. Tại điểm cắt là 8 điểm có độ độ nhạy, độ đặc hiệu là 100%; 66,7%; giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm là 14,3%; 100%. Tương tự bảng điểm AIMS65 có AUC là 0,89 với điểm cắt là 2 điểm, có độ nhạy, độ đặc hiệu là 100%; 28,7%; giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm là 7,2%; 100%. Khi so sánh AUC của bảng điểm ABC và AIMS65 không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,94$) trong dự đoán kết cục tử vong trong 30 ngày.

Kết luận: Kết quả ghi nhận từ nghiên cứu chúng tôi cho thấy bảng điểm ABC có thể dùng để tham khảo và áp dụng trên lâm sàng để dự đoán tử vong trong 30 ngày ở BN XHTH trên.

Từ khóa: Xuất huyết tiêu hóa trên, ABC, AIMS65.

Ngày nhận bài:

15/10/2023

Ngày phản biện:

01/11/2023

Ngày đăng bài:

20/01/2024

Tác giả liên hệ:

Nguyễn Thanh Hương

Email: thanhhuongnguyen

795@gmail.com

ĐT: 0374728490

Abstract

A comparasion of ABC score and AIMS65 for prediction mortality in patients with upper gastrointestinal bleeding

Background: Currently, gastrointestinal bleeding (GI) is one of the common causes in medical emergencies with a mortality rate of 3 - 10% per year, of which upper gastrointestinal bleeding (UGIB) accounts for nearly 50% of cases. About 80% of upper bleeding is self-limiting and requires only supportive treatment, but the mortality rate is up to 25 - 30% if bleeding is continuous or recurrent. In 2020, a study conducted at Gia Dinh People's Hospital recorded that the death rate due to upper gastrointestinal bleeding was 9.42%. Therefore, prognostic scores are essential to accurately stratify risk and quickly provide appropriate treatment. In 2011, the AIMS65 score was released to predict mortality or rebleeding in UGIB. However, the event prediction value of AIMS65 in some studies is only average. In 2020, Laursen and colleagues researched the ABC score based on 3 factors (A: Age, B: biochemical tests, C: comorbidities) that are easy to remember, independent of endoscopy results. The author found that compared to the AIMS65 score, the ABC score had better ability to predict outcome. Based on that advantage, we conducted this study in the hope of finding the optimal cutoff point for the ABC scorecard as well as comparing the values of ABC and AIMS65 score to find a score that can best predict for patients with UGIB.

Objectives: Compare area under the curve (AUC), sensitivity, specificity, positive predictive values, negative predictive values of ABC with AIMS65 in predicting 30 - day mortality of UGIB patients.

Method: Prospective cohort study patients with UGIB at Nhan dan Gia Dinh hospital, Ho Chi Minh City, from February 2022 to November 2022.

Results: The average age of 114 patients hospitalized for UGIB was $58,3 \pm 16,2$ years. The proportion of men accounted for 83,3%. In the study there was a mortality rate of 5,3%. The area under the curve (AUC) of ABC in predicting mortality was 0,89 with a 95% CI of 0,82 - 94. At the cut - off point of 8 points, the sensitivity is 100%, the specificity is 66,7%, the positive predictive value and the negative predictive value are 14,3% and 100%. Similar to AUC of AIMS65 is 0,89 with cut - off point of 2 points, the study recorded sensitivity and specificity of 100%; 28,7%; positive predictive value and negative predictive value are 7,2%; 100%. When comparing the AUC of the ABC and AIMS65 score there was no significant difference ($p = 0,94$) in prediction 30 - day mortality outcome.

Conclusion: The results from our study show that the ABC score can be used for reference and clinical application to predict 30 - day mortality in patients with UGIB.

Keywords: Upper gastrointestinal bleeding, ABC, AIMS65.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) là một bệnh lý thường gặp trong thực hành lâm sàng, xảy ra ở mọi lứa tuổi, thường gặp ở người lớn nhiều hơn trẻ em, nam nhiều hơn nữ [1], chiếm gần 50 - 150 trường hợp trên 100.000 dân, với tỉ lệ tử vong từ 5 - 10% mỗi năm [2]. Trong đó XHTH trên ở toàn thế giới ước tính khoảng 48 - 160/100.000 dân, thay đổi tùy theo quốc gia, vùng lãnh thổ, với nguyên nhân do loét dạ dày tá tràng chiếm phần lớn, 31 - 67%. Những năm gần đây, nhờ điều trị tích cực, can thiệp cầm

máu qua nội soi, quản lý chặt chẽ các bệnh đồng mắc cũng như phòng ngừa tái xuất huyết, số bệnh nhân (BN) nhập viện và tử vong vì XHTH có xu hướng giảm [3, 4]. Tại Mỹ, từ năm 2002 - 2012, tỉ lệ nhập viện do XHTH trên giảm 21% [5]. Tuy nhiên, nếu tình trạng xuất huyết diễn tiến hoặc xuất huyết tái phát thì tỷ lệ tử vong có thể lên đến 25 - 30%. Qua đây có thể thấy dù có những bước cải tiến trong y khoa cũng như nội soi can thiệp, nhưng với tỉ lệ mắc bệnh và tử vong còn cao, ảnh hưởng đến nền kinh tế xã hội. Dưới hướng dẫn của các Hiệp hội Tiêu

hóa và các đồng thuận quốc tế, XHTH trên nên được phân tầng nguy cơ nhanh và chính xác để có quy trình điều trị phù hợp [6]. Vì vậy mà các bảng điểm tiên lượng lần lượt ra đời, ứng dụng rộng rãi ở nhiều nơi. Năm 1996, tác giả Rockall và cộng sự đã cho ra mô hình tiên lượng cho BN XHTH trên dựa vào các yếu tố tuổi, tình trạng lúc nhập viện, các bệnh đồng mắc, bằng chứng kết quả nội soi và chẩn đoán của BN. Qua các nghiên cứu cho thấy bảng điểm Rockall có khả năng tiên lượng tử vong với AUC là 84,3% [7]. Đến năm 2000, bảng điểm Glasgow - Blatchford không còn dựa vào kết quả nội soi, khả năng đánh giá nguy cơ tử vong ở mức khá với AUC = 0,74 [8]. Tuy nhiên với cách tính điểm phức tạp với các thông số về bệnh đồng mắc chưa được định nghĩa rõ ràng như bệnh suy tim, bệnh gan mạn hay phụ thuộc vào kết quả nội soi chẩn đoán lúc nhập viện đã cho thấy sự bất lợi của hai bảng điểm này. Năm 2011, Saltzman và cộng sự đã tìm ra bảng điểm AIMS65 với tính chất đơn giản gồm 5 yếu tố: albumin, INR, thay đổi tri giác, huyết áp tâm thu và tuổi trên 65. Đây là các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng đơn giản mà không phụ thuộc vào các tiêu chí định tính hay nội soi [9]. Tuy nhiên giá trị dự đoán biến cố của bảng điểm AIMS65 không tương đồng giữa các nghiên cứu, ở một số nghiên cứu chỉ đạt ở mức trung bình [10, 11]. Nhằm khắc phục những khuyết điểm trên, Năm 2020, Laursen cho ra đời bảng điểm ABC dựa trên 3 yếu tố (A: Tuổi, B: xét nghiệm sinh hóa, C: bệnh đồng mắc) [8] để áp dụng trên lâm sàng nhằm phân tầng nguy cơ tử vong ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên tại thời điểm ban đầu mà không cần đến kết quả nội soi [8]. Tác giả nhận thấy so với bảng điểm AIMS65, bảng điểm ABC có khả năng dự đoán kết cục tốt hơn [8].

Dựa trên những ưu điểm đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với hy vọng tìm ra điểm cắt tối ưu cho bảng điểm ABC cũng như so sánh giá trị của 2 bảng điểm ABC và AIMS65 nhằm tìm ra được bảng điểm ngắn gọn dễ ứng dụng trong thực hành lâm sàng, từ đó có thể tiên lượng cho BN XHTH trên góp phần đưa ra chiến lược xử trí thích hợp.

1.1. Mục tiêu nghiên cứu

So sánh diện tích dưới đường cong ROC, độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm của bảng điểm ABC và bảng điểm AIMS65 trong dự đoán tử vong trong 30 ngày ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên.

1.2. Đối tượng nghiên cứu

114 BN nhập viện tại bệnh viện Nhân dân Gia Định được chẩn đoán XHTH trên từ tháng 2/2022 đến tháng 11/2022.

1.2.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu

Tuổi ≥ 16 , được chẩn đoán XHTH trên nhập viện tại Bệnh Viện Nhân Dân Gia Định. Trong đó những BN nằm trong độ tuổi từ 16 đến 18 tuổi cần có sự đồng ý của cha mẹ hoặc người giám hộ khi tham gia nghiên cứu.

1.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

BN bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu. Thân nhân bệnh nhân (khi bệnh nhân không có khả năng tự quyết định) không đồng ý tham gia nghiên cứu.

1.3. Phương pháp nghiên cứu

1.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu được thực hiện từ tháng 2/2022 đến tháng 11/2022 tại bệnh viện Nhân dân Gia Định.

1.3.2. Cỡ mẫu

$$n = \frac{(z_{\alpha/2})^2 V(AUC)}{d^2}$$

Trong đó:

n là cỡ mẫu tối thiểu

$Z_{\alpha/2}^2$ là hệ số tin cậy = 1,96 tương ứng với $\alpha = 0,05$ (KTC 95%).

$$V(AUC) = (0.0099 \times e^{-a/2}) \times (6a^2 + 16).$$

Trong đó, $\alpha = \varphi^{-1}(AUC) \times 1,414$. Với φ^{-1} là nghịch đảo của phân phối chuẩn tích lũy.

Dựa vào nghiên cứu của Laursen và cộng sự, đối với biến cố tử vong của BN XHTH dưới, bảng điểm ABC có AUC = 0,81 ta có $\varphi^{-1}(0,81) = 0,88$ và $d = 0,07$; ta tính được $n = 91$. Cộng thêm 10% dự phòng mất mẫu, chúng tôi tính được $N = 100$.

1.3.3. Các bước tiến hành

Tất cả bệnh nhân ≥ 16 tuổi nhập viện Bệnh viện Nhân Dân Gia Định có chẩn đoán XHTH trên. Chúng tôi tiến hành hỏi thông tin hành chính, bệnh sử chi tiết, tiền căn, thăm khám các dấu hiệu lâm sàng, ghi nhận kết quả cận lâm sàng ở thời điểm nhập viện. Sau đó điền đầy đủ thông tin vào bảng thu thập số liệu soạn sẵn, căn cứ theo kết quả thăm khám lâm sàng và kết quả xét nghiệm trong hồ sơ bệnh án.

Tiếp theo chúng tôi tính điểm cho từng BN tương ứng với 2 bảng điểm cần khảo sát bao gồm: ABC và AIMS65. Chúng tôi tiếp tục theo dõi diễn tiến bệnh trong vòng 30 ngày.

1.3.4. Định nghĩa biến số

- Bảng điểm AIMS65

Yếu tố đánh giá	Điểm
Albumin < 3 g/dL	1
INR ≥ 1,5	1
Rối loạn tri giác	1
Huyết áp tâm thu < 90mmHg	1
Tuổi ≥ 65	1

- Bảng điểm ABC

Viết tắt	Các yếu tố đánh giá		Điểm
A	Tuổi	60 - 75	1
		≥ 75	2
B	Xét nghiệm sinh hóa máu	Urea > 10 mmol/l	1
		Albumin < 30g/L	2
		Creatinin 100 - 150 μmol/l	1
		> 150 μmol/l	2
C	Bệnh đồng mắc	Thay đổi tri giác	2
		Xơ gan	2
		Bệnh lý ác tính	4
		Điểm ASA 3 ≥ 4	1 3

- Định nghĩa biến cố kết cục:

Xuất huyết tiêu hóa trên: BN có các triệu chứng gợi ý XHTH trên [6]: Ói máu (đỏ bầm, đỏ tươi hay đen như bã cà phê) hoặc đặt sonde dạ dày ra máu và/hoặc tiêu phân đen hoặc thăm hậu môn trực tràng phân đen theo gắng. Chẩn đoán xác định bằng nội soi thực quản dạ dày tá tràng thấy có máu đọng ở dạ dày hoặc sang thương có thể gây xuất huyết.

Tử vong trong 30 ngày: là khi bệnh nhân XHTH dưới được ghi nhận tử vong do mọi nguyên nhân trong thời gian nằm viện hoặc hấp hối xin về, có tiền lượng tử vong và được xác nhận với người thân qua điện thoại. Biến cố tử vong được thu thập từ lúc BN nhập viện và theo dõi trong vòng 30 ngày.

BN được xuất viện khi tình trạng XHTH ổn, được tái khám định kì mỗi 2 - 4 tuần.

Mất dấu theo dõi là khi BN không tái khám theo hẹn hoặc không liên lạc được bằng điện thoại để biết thông tin cuối.

1.4. Phân tích và xử lý số liệu

Các số liệu được mã hóa và nhập bằng phần mềm Microsoft Excel 2010 và R i386 4.0.0.

Mô tả đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu sau khi thống kê, tổng hợp số liệu bằng phần mềm R i386 4.0.0, tinh chỉnh và vẽ biểu đồ trên R i386 4.0.0 và Microsoft Excel 2010.

Các biến số định lượng được trình bày dưới dạng trị số đo đặc được cùng với đơn vị tương ứng, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn (với các biến định lượng phân phối chuẩn).

Đối với bảng điểm ABC: vẽ đường cong ROC, xác định diện tích dưới đường cong. Chọn điểm

cắt có giá trị phân tầng nguy cơ tử vong cao, xác định độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm ở điểm cắt đó.

Đối với bảng điểm AIMS65: xác định diện tích dưới đường cong ROC. Tại điểm cắt là 2 điểm, xác định độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm.

So sánh AUC, độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm tại điểm cắt của bảng điểm ABC với bảng điểm AIMS65 tại điểm cắt là 2 bằng phép kiểm DeLong.

Các biểu đồ trong kết quả nghiên cứu được vẽ bằng phần mềm R i386 4.0.0 và Microsoft Excel 2010.

2. KẾT QUẢ

2.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

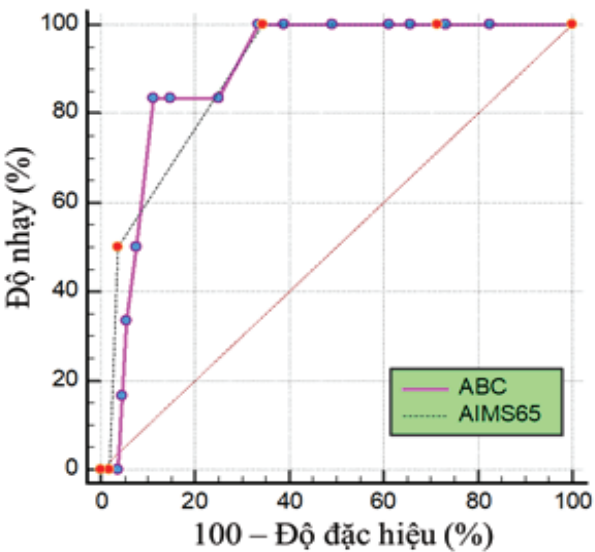
Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	N = 114	Đặc điểm	N = 114
	Trung bình ± Độ lệch chuẩn / N%		Trung bình ± Độ lệch chuẩn / N%
Tuổi		Tri giác	
60 - 75	38 (33,3)	GCS ≥ 14 điểm	113 (99,1)
≥ 75	13 (11,4)	GCS < 14 điểm	1 (0,9)
Giới		Nguyên nhân	
Nam	95 (83,3)	Tăng áp tĩnh mạch cửa	37 (32,5)
Nữ	19 (16,7)	Không tăng áp tĩnh mạch cửa	74 (64,9)
Bệnh đồng mắc		Sinh hóa máu	
Xơ gan	45 (39,5)	Hb (g/l)	94,2 ± 30
Ung thư	13 (11,4)	INR	1,3 ± 0,5
Đái tháo đường	28 (24,6)	Ure (mmol/l)	9,1 ± 6,2
Tăng huyết áp	38 (33,3)	Albumin (g/l)	31,4 ± 6,8
Bệnh thận mạn	10 (8,8)	Creatinine	
Suy tim	4 (3,5)	100 - 150 μmol/l	24 (21,1)
Bệnh tim thiếu máu cục bộ	6 (5,3)	> 150 μmol/l	16 (14)
Tai biến mạch máu não	1 (0,9)	Điều trị	
Điểm ASA		Nội khoa	114 (100)
3	10 (8,8)	Nội soi can thiệp	78 (68,4)
≥ 4	49 (43)	Can thiệp mạch máu	1 (0,9)
Biểu hiện lâm sàng		Phẫu thuật	2 (1,8)
Ói ra máu	66 (57,9)	Truyền máu	70 (61,4)
Tiêu phân đen	80 (70,2)		
Tiêu máu đỏ	2 (1,8)		
Ói ra máu + tiêu phân đen	32 (28,1)		

2.2. Kết cục của nghiên cứu
Với XHTH trên, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận thời gian nằm viện trung bình là 5,4 ngày. Thời gian nằm viện ngắn nhất là 1 ngày, dài nhất là 26 ngày.
Trong thời gian theo dõi 30 ngày, nghiên cứu ghi nhận 6 trường hợp BN tử vong do mọi nguyên nhân chiếm tỉ lệ 5,3%.

Bảng 2. So sánh giá trị của bảng điểm ABC và AIMS65 trong dự đoán tử vong của xuất huyết tiêu hóa trên

Bảng điểm	AUC	KTC 95%	Điểm cắt	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Giá trị tiên đoán dương (%)	Giá trị tiên đoán âm (%)	Giá trị p
ABC	0,89	0,82 - 0,94	8	100	66,7	14,3	100	0,94
AIM65	0,89	0,81 - 0,97	2	100	28,7	7,2	100	



Biểu đồ 1. AUC của bảng điểm ABC và AIMS65 trong dự đoán tử vong của xuất huyết tiêu hóa trên

3. BÀN LUẬN

Thời gian nằm viện trung bình ở BN XHTH trên trong nghiên cứu của chúng tôi là 5,4 ngày với số ngày ngắn nhất là 1 ngày và dài nhất là 26 ngày. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Mules là 5 ngày [12], của Shafaghi là 6 ngày [13]. So với nghiên cứu trong nước của Nguyễn Ngọc Tường Vy, thời gian nằm viện dài hơn kết quả của chúng tôi là 8,4 ngày [14]. Lí do có sự khác biệt này là do tỉ lệ tái xuất huyết trong nội viện ở nghiên cứu của chúng tôi ít hơn, nên ít gây ảnh hưởng đến thời gian điều trị nội trú, và phần lớn những trường hợp nằm viện 1 ngày thường rơi vào nhóm nguyên nhân XHTH trên do Mallory - Weiss.

Hiện nay, các hướng dẫn về chẩn đoán và điều trị XHTH trên có nhiều tiến bộ song, tỉ lệ tử

vong vẫn không thay đổi trong những năm qua, dao động từ 3 - 10% ở các nghiên cứu [15]. Qua nghiên cứu của chúng tôi, trong số ca nhập viện vì XHTH trên có 6 trường hợp tử vong do mọi nguyên nhân trong khoảng thời gian theo dõi 6 tuần, chiếm tỉ lệ 5,6%. Kết quả này cao hơn so với kết quả của tác giả Shafaghi là 3,1% [13]. Tuy nhiên tỉ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn của Nguyễn Ngọc Tường Vy là 9,4% [14], của Shuang Liu là 10,9% [16], Mules là 15% [12] và 7,7% trong nghiên cứu của Quách Tiến Phong (2015) mặc dù tác giả chỉ theo dõi trong nội viện [17]. Từ các kết quả trên cho thấy, sự khác biệt về tỉ lệ tử vong ở BN XHTH trên do có sự khác nhau về khoảng thời gian theo dõi. Tuy vậy các kết quả này vẫn nằm trong giới hạn đã đề cập trong y văn của thế giới [15].

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận AUC của bảng điểm ABC đối với tiên lượng tử vong trong 30 ngày ở BN XHTH trên là 0,89 (KTC 95% 0,82 - 0,94). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Mules và cộng sự tại New Zealand với AUC là 0,85 [12]. Tuy nhiên giá trị AUC của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Laursen, KrlShnan, Shuang Liu và Lê Thị Kim Lý. Trong nghiên cứu của Laursen và cộng sự ghi nhận giá trị AUC của bảng điểm ABC trong tiên lượng tử vong trong vòng 30 ngày là 0,81 (KTC95% 0,78 - 0,83) [8]. Các nghiên cứu thẩm định giá trị bảng điểm ABC ở Tây Ban Nha và Ý đều ghi nhận giá trị AUC lần lượt là 0,81 và 0,80. Tương tự, nghiên cứu của KrlShnan tại Ấn Độ năm 2022 trên 112 BN XHTH trên với 39,3% do vỡ dẫn TMTQ, 25,9% do loét dạ dày tá tràng và 2,7% do ung thư đường tiêu hóa trên. Qua phân tích tác giả cho thấy bảng điểm ABC có mức tiên lượng khá trong tử vong 6 tuần với AUC là 0,78 [18]. Nghiên cứu của Saade và Shuang Liu cũng ghi nhận giá AUC tương tự với giá trị lần lượt là 0,79 [19] và 0,72 [16]. Một nghiên cứu khác của Lê Thị Kim Lý tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định với 85 BN XHTH trên do tăng áp tĩnh mạch cửa, tác giả ghi nhận giá trị AUC là 0,75 [20]. Sự khác biệt này là do khác nhau về cỡ mẫu, tiêu chuẩn chọn mẫu và thời gian theo dõi biến cố kết cục.

Với mục đích dùng để sàng lọc và phân tầng nguy cơ tử vong cao tại thời điểm ban đầu, trong nghiên cứu chúng tôi chọn điểm cắt là 8 điểm, có độ nhạy độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm lần lượt là 100%; 66,67%; 14,3%, 100%. Những giá trị này có phần cao hơn so với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Với nghiên cứu của Laursen và cộng sự, tác giả cho rằng bảng điểm ABC có giá trị tốt nhất trong phân tầng nguy cơ ở BN XHTH trên. Tác giả ghi nhận tại điểm là 8 điểm có độ nhạy độ đặc hiệu là 52% và 88%, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm là 25% và 96% [8]. Với nghiên cứu trong nước của tác giả Lê Thị Kim Lý, tác giả chọn điểm cắt là 6 theo Youden với độ nhạy là 76,9% và độ đặc hiệu là 62,5% [20]. Với nghiên cứu của Mules và cộng sự, dựa theo điểm phân tầng nguy cơ trong nghiên cứu của Laursen, tác giả ghi nhận với điểm cắt là 8 điểm, có 42% BN có nguy cơ tử vong trong vòng 30 ngày, trong khi đó, tỉ lệ tử vong ở nhóm nguy cơ thấp (< 3 điểm),

trung bình (3 - 8 điểm) là 1,6% và 7,5% [12]. Tương tự nghiên cứu của Mules, Saade và cộng sự cũng tiến hành phân tầng BN thành 3 nhóm nguy cơ theo nghiên cứu gốc. Kết quả ghi nhận được ở nhóm nguy cơ thấp và trung bình có tỉ lệ tử vong là 2,3%; 13,1% và 27,1% với những BN có ở nhóm nguy cơ cao có điểm ABC $\geq$ 8 điểm [19]. Tuy nhiên với nghiên cứu Shuang Liu, tác giả chọn điểm cắt thấp nhất với 2,5 điểm. Tại điểm này có độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm lần lượt là 55,2%, 76,1%, 17,2%, 95% [16].

Qua nghiên cứu so sánh giá trị của hai bảng điểm ABC và AIMS65 đối với kết cục tử vong trong 30 ngày, chúng tôi ghi nhận bảng điểm ABC giá trị tiên lượng đạt ở mức tốt có AUC là 0,89 (KTC 95% 0,81 - 0,98). Cùng với đó, bảng điểm AIMS65 cũng có giá trị AUC tương đương là 0,89. Kết quả của chúng tôi có phần tương đồng với nghiên cứu ở các nước trên thế giới. Với nghiên cứu của Laursen, tác giả ghi nhận bảng điểm ABC có khả năng dự đoán tử vong trong vòng 30 ngày tốt hơn AIMS65 với AUC lần lượt là 0,81 và 0,65 [8]. Bên cạnh đó, Mules và cộng sự đã tiến hành nghiên cứu trên dân số New Zealand, kết quả cho thấy giá trị tiên lượng tử vong của bảng điểm ABC có phần trội hơn hơn so với AIMS65, Glasgow - Blatchford có AUC lần lượt là 0,85 so với 0,7; 0,71 [12]. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi không tương đồng với kết quả nghiên cứu ở khu vực Châu Á của Shuang Liu, Saade hay của tác giả Lê Thị Kim Lý. Trong nghiên cứu của Shuang Liu, khi so sánh giá trị dự đoán biến cố tử vong giữa bảng điểm ABC với AIMS65, Glasgow - Blatchford, tác giả nhận thấy bảng điểm ABC có giá trị cao hơn hết với AUC là 0,72 so với 0,67; 0,62, kết quả có ý nghĩa thống kê ($p = 0,001$) [16]. Tương tự, nghiên cứu hồi cứu của Saade được công bố trong năm 2022 thực hiện ở những BN XHTH trên do mọi nguyên nhân, kết quả cho thấy trong 3 bảng điểm, bảng điểm ABC vẫn là bảng điểm tiên lượng tử vong tốt nhất với AUC = 0,79, so với AIMS65 (AUC = 0,67, $p < 0,001$) và bảng điểm Rockall (AUC = 0,62, $p < 0,001$) [19]. Cùng thời điểm đó, nghiên cứu khác của tác giả Lê Thị Kim Lý được thực hiện tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định trong năm 2022, với 85 BN XHTH trên do tăng áp tĩnh mạch cửa, tác giả ghi nhận giá trị AUC của các bảng điểm ABC, AIMS65, Child - Turcotte - Pugh, MELD, Glasgow - Blatchford lần lượt

là 0,75 so với 0,68; 0,68; 0,67 và 0,62 [20]. Khi so sánh AUC giữa 5 bảng điểm với nhau, tác giả không nhận thấy sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bên cạnh đó, khi so sánh điểm cắt của bảng điểm ABC và AIMS65, chúng tôi ghi nhận, tại 2 điểm cắt này đều có giá trị sàng lọc tốt với độ nhạy là 100%. Nghiên cứu cho thấy hầu hết những BN tử vong đều có điểm ABC ≥ 8 điểm hay điểm cắt ≥ 2 điểm của bảng điểm AIMS65. Điều này giúp BS lâm sàng đánh giá ở thời điểm ban đầu nhằm theo dõi tích cực, tránh bỏ sót những trường hợp có nguy cơ tử vong cao. Bên cạnh đó, với độ đặc hiệu là 66,7% tại điểm cắt 8 điểm của bảng điểm ABC cho thấy chỉ có 33,3% BN còn sống khi có điểm ABC ≥ 8 điểm trong khi đó với điểm AIMS65 ≥ 2 điểm thì tỉ lệ này tăng đến 71,3%. Trong nghiên cứu chúng tôi còn ghi nhận những BN XHTH trên có điểm ABC ≥ 8 điểm có xác suất tử vong cao gấp đôi tại điểm cắt ≥ 2 điểm của bảng điểm AIMS65 với giá trị tiên đoán dương của 2 bảng điểm lần lượt là 14,3% và 7,2%. Ngoài ra với giá trị tiên đoán âm là 100% ở cả 2 bảng điểm có thể thấy, những BN có điểm ABC ≤ 8 điểm hay điểm AIMS65 ≤ 2 điểm, xác suất những BN này tử vong là 0, điều này là bằng chứng mạnh mẽ giúp BS lâm sàng mạnh dạn phân tầng BN vào nhóm nguy cơ thấp. Trong nghiên cứu của Shuang Liu, tác giả cũng nhận thấy, tại điểm cắt 2,5 điểm của bảng điểm ABC có độ nhạy và giá trị tiên đoán dương cao hơn so với điểm cắt là 0,5 điểm của bảng điểm AIMS65 là 55,2%; 17,2% so với 36,4% và 14,4% [16]. Với nghiên cứu của Laursen, tác giả ghi nhận kết quả có phần khác biệt so với chúng tôi. Tại điểm ABC ≥ 8 điểm có độ nhạy 52%, điều này cho thấy trong 100 trường hợp có 48 trường hợp có nguy cơ tử vong cao bị bỏ sót, và ở những BN có điểm ABC ≥ 8 điểm tỉ lệ tử vong 25%. Tuy nhiên khả năng sàng lọc tại điểm cắt là 2 của bảng điểm AIMS65 cao hơn với độ nhạy là 63%, độ đặc hiệu 60% [8].

Tóm lại bảng điểm ABC là một bảng điểm mới nhưng qua các nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy giá trị của bảng điểm ABC phần lớn đều có giá trị khá đến tốt trong dự đoán biến cố tử vong ở tất cả BN XHTH trên.

4. KẾT LUẬN

Với giá trị AUC là 0,89 (KTC 95% 0,81 - 0,98), độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán

dương, giá trị tiên đoán âm lần lượt là 100%; 66,7%; 14,3% và 100% tại điểm cắt 8 điểm cho thấy bảng điểm ABC có thể dùng để tham khảo và áp dụng trên lâm sàng trong dự đoán biến cố kết cục tử vong trong vòng 30 ngày ở BN XHTH trên tại thời điểm ban đầu, đặc biệt có thể áp dụng ở những cơ sở y tế chưa có điều kiện thực hiện nội soi chẩn đoán tránh bỏ sót cũng như loại trừ được những trường hợp có nguy cơ tử vong cao, từ đó có thể đưa ra chiến lược điều trị và theo dõi phù hợp cho từng cá thể BN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Võ Thị Mỹ Dung. Chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa. Bệnh học nội khoa. NXB Y học, TP.HCM; 2012:234-244.
2. Federica G, de'Angelis Nicola KS, Marco M, et al. Clinical approach to the patient with acute gastrointestinal bleeding. Acta Bio Medica: Atenei Parmensis. 2018;89 (Suppl 8):12.
3. Baradarian R, Ramdhaney S, Chapalamadugu R, et al. Early intensive resuscitation of patients with upper gastrointestinal bleeding decreases mortality. Official journal of the American College of Gastroenterology | ACG. 2004;99(4):619-622.
4. Taha AS, Saffouri E, McCloskey C, Craigen T, Angerson WJ. Falling mortality when adjusted for comorbidity in upper gastrointestinal bleeding: relevance of multi-disciplinary care. Frontline Gastroenterology. 2014;5(4):243-248.
5. Wuerth BA, Rockey DC. Changing epidemiology of upper gastrointestinal hemorrhage in the last decade: a nationwide analysis. Digestive diseases and sciences. 2018;63(5):1286-1293.
6. Laine L. Risk Assessment Tools for Gastrointestinal Bleeding. Clinical gastroenterology and hepatology: the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association. 2016; 14(11):1571-1573.
7. Church NI, Dallal HJ, Masson J, et al. Validity of the Rockall scoring system after endoscopic therapy for bleeding peptic ulcer: a prospective cohort study. Gastrointestinal endoscopy. 2006;63(4):606-612.
8. Laursen SB, Oakland K, Laine L, et al. ABC score: a new risk score that accurately

- predicts mortality in acute upper and lower gastrointestinal bleeding: an international multicentre study. *Gut*. 2021;70(4):707-716.
9. Saltzman JR, Tabak YP, Hyett BH, Sun X, Travis AC, Johannes RS. A simple risk score accurately predicts in-hospital mortality, length of stay, and cost in acute upper GI bleeding. *Gastroenterology endoscopy*. 2011;74(6):1215-1224.
 10. Thandassery RB, Sharma M, John AK, et al. Clinical application of AIMS65 scores to predict outcomes in patients with upper gastrointestinal hemorrhage. *Clinical endoscopy*. 2015;48(5):380.
 11. Hajavi N, Isazadehfar K, Hosseini MH, Habibzadeh A, Ardabili EY. Comparison of Glasgow Blatchford score and AIMS65 in predicting mortality in patients with upper gastrointestinal bleeding. *Advances in Bioscience and Clinical Medicine*. 2020;7(4):17-21.
 12. Mules TC, Stedman C, Ding S, et al. Comparison of risk scoring systems in hospitalised patients who develop upper gastrointestinal bleeding. *GastroHep*. 2021;3(1):5-11.
 13. Shafaghi A, Gharibpoor F, Mahdipour Z, Samadani AA. Comparison of three risk scores to predict outcomes in upper gastrointestinal bleeding; modifying Glasgow-Blatchford with albumin. *Romanian Journal of Internal Medicine*. 2019;57(4):322-333.
 14. Nguyễn Ngọc Tường Vy, Võ Hồng Minh Công. So sánh giá trị của bảng điểm C-WATCH với thang điểm AIMS65 và Glasow-Blatchford trong dự đoán các biến cố kết cục của xuất huyết tiêu hóa trên. *Y học Thành Phố Hồ Chí Minh*. 2020;76-77.
 15. Kevin A. Ghassemi, Jensen DM. Approach to the patient with gastrointestinal bleeding. *Yamada's Textbook of Gastroenterology*, 6th Edition. John Wiley & Sons, Ltd; 2016:797-818:chap 44.
 16. Liu S, Zhang X, Walline JH, Yu X, Zhu H. Comparing the performance of the ABC, AIMS65, GBS, and pRS scores in predicting 90 - day mortality or rebleeding among emergency department patients with acute upper gastrointestinal bleeding: A prospective multicenter study. *Journal of Translational Internal Medicine*. 2021;9(2):114-122.
 17. Quách Tiến Phong, Quách Trọng Đức, Lê Thành Lý. 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 Thành phố Hồ Chí Minh*. 2015;19:9-17.
 18. KriShnan D, GaneSh P, SubraManyam S, Koushik A, Reddy H, Abhinav V. Comparison of Risk Scores for Predicting In-hospital Mortality among Patients Presenting with Acute Upper Gastrointestinal Bleed: A Retrospective Study from a Tertiary Care Centre, Chennai, India. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*. 2022;16(7)
 19. Saade MC, Kerbage A, Jabak S, Makki M, Barada K, Shaib Y. Validation of the new ABC score for predicting 30-day mortality in gastrointestinal bleeding. *BMC gastroenterology*. 2022;22(1):1-6.
 20. Lê Thị Kim Lý. Giá trị của thang điểm ABC dự đoán xuất huyết tái phát và tử vong trong 6 tuần ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên do tăng áp tĩnh mạch cửa. *Luận văn Bác sĩ Chuyên Khoa 2*. 2022;