

Nghiên cứu gốc

GIÁ TRỊ THANG ĐIỂM GLASGOW BLATCHFORD CẢI TIẾN TRONG TIÊN LƯỢNG BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN KHÔNG DO TĂNG ÁP LỰC TĨNH MẠCH CỬA

Phạm Hoàng Thiên¹, Đỗ Thị Hồng Ngọc¹, Dương Thị Kim Ngân¹, Nguyễn Thị Thành¹

1. Khoa Nội tiêu hóa, Bệnh viện Thống Nhất, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam

* Tác giả liên hệ: ThS.BS.CKI. Phạm Hoàng Thiên, ✉ drphamhoangthien@gmail.com, ☎ 0937580767

TÓM TẮT: Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) trên không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa là một cấp cứu nội, ngoại khoa thường gặp, phân tầng nguy cơ ngay khi tiếp nhận bệnh nhân là rất quan trọng. Do đó việc xác định giá trị thang điểm Glasgow Blatchford cải tiến (Blatchford CT) so với thang điểm Glasgow Blatchford đầy đủ (Blatchford ĐĐ) và thang điểm Rockall lâm sàng (Rockall LS) trong tiên lượng bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa vào viện là cần thiết. Đánh giá thang điểm Glasgow Blatchford cải tiến trong tiên lượng bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Một nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu khảo sát các BN bị xuất huyết tiêu hóa trên không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa vào khoa Nội Tiêu Hóa, Bệnh viện Thống Nhất từ 01/2024 đến 07/2024. Tính điểm số các thang điểm Blatchford CT, Blatchford ĐĐ, Rockall LS và so sánh diện tích dưới đường cong ROC (AUC) để xác định giá trị tiên lượng của các thang điểm trong can thiệp truyền máu, cầm máu qua nội soi và can thiệp y khoa chung. Có 130 BN XHTH trên không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa đủ tiêu chuẩn được khảo sát, tuổi trung bình: $57,5 \pm 19,8$, tỷ lệ nam/nữ: 3,1/1, tỷ lệ xuất huyết tái phát trong bệnh viện (BV): 5,4%, can thiệp y khoa: 59,2% (truyền máu: 45,4%, can thiệp nội soi: 28,5%, phẫu thuật: 3,1%). Về tiên lượng can thiệp y khoa: Thang điểm Glasgow Blatchford cải tiến (AUC=0,845) có giá trị tương đương với thang điểm Glasgow Blatchford đầy đủ (AUC=0,844; $p=0,37$) và tốt hơn thang điểm Rockall lâm sàng (AUC=0,707; $p<0,001$). Thang điểm Glasgow Blatchford cải tiến có giá trị tốt trong tiên lượng can thiệp y khoa ở bệnh nhân XHTH trên không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa và có thể áp dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng.

Từ khóa: Xuất huyết tiêu hóa trên; thang điểm Glasgow Blatchford cải tiến; thang điểm Glasgow Blatchford đầy đủ; thang điểm Rockall lâm sàng; can thiệp y khoa; tử vong và xuất huyết tái phát trong bệnh viện.

THE VALUE OF THE MODIFIED GLASGOW BLATCHFORD SCORE IN PREDICTING OUTCOMES IN NON-VARICEAL UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING

Pham Hoang Thien, Do Thi Hong Ngoc, Duong Thi Kim Ngan, Nguyen Thi Thanh

ABSTRACT: Non-variceal upper gastrointestinal bleeding (UGIB) is a common medical and surgical emergency, and risk stratification upon patient admission is of great importance. Therefore, evaluating the predictive value of the Modified Glasgow Blatchford Score (mGBS) compared to the Full Glasgow Blatchford Score (GBS) and the Clinical Rockall Score (CRS) in patients with non-variceal UGIB upon hospital admission is essential. This study aimed to assess the value of the mGBS in predicting outcomes in non-variceal UGIB due to portal hypertension. A prospective cohort study was conducted on patients with non-variceal UGIB due to portal hypertension admitted to the Department of Gastroenterology, Thong Nhat Hospital, from January 2024 to July 2024. The mGBS, GBS, and CRS were calculated, and the area under the receiver operating characteristic curve (AUC) was compared to determine the predictive performance of these scores for interventions including blood transfusion, endoscopic hemostasis, and overall medical intervention. A total of 130 eligible patients with non-variceal UGIB due to portal hypertension were included. The mean age was 57.5 ± 19.8 years, with a male-to-female ratio of 3.1:1. The in-hospital rebleeding rate was 5.4%. Medical interventions were required in 59.2% of cases, including blood transfusion in 45.4%, endoscopic intervention in 28.5%, and surgery in 3.1%. In terms of predicting the need for medical intervention, the mGBS (AUC = 0.845) performed similarly to the GBS (AUC = 0.844; $p = 0.37$) and outperformed the CRS (AUC = 0.707; $p < 0.001$). The Modified Glasgow Blatchford Score demonstrated good predictive value for medical intervention in patients with non-variceal UGIB due to portal hypertension and may be widely applicable in clinical practice.

Keywords: Non-variceal upper gastrointestinal bleeding; Modified Glasgow Blatchford Score; Full Glasgow Blatchford Score; Clinical Rockall Score; medical intervention; in-hospital mortality; in-hospital rebleeding.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa trên không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa là một cấp cứu nội, ngoại khoa thường gặp ở Việt Nam, bệnh có thể tự giới hạn, và có thể đe dọa tính mạng đòi hỏi phải can thiệp khẩn cấp như nội soi cầm máu. Ước tính tỷ lệ xuất huyết tiêu hóa trên cấp tính khoảng 50 – 150/100.000 người mỗi năm, trong đó 40 - 60% do loét dạ dày tá tràng, 10% do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản, 10% do thực quản và nguyên nhân khác [7].

Trong thực hành lâm sàng, việc phân tầng nguy cơ của XHTH trên cấp ngay khi tiếp cận ban đầu để làm giảm tỷ lệ tử vong và làm giảm gánh nặng cho việc hồi sức cấp cứu là hết sức cần thiết. Các hướng dẫn đồng thuận quốc tế đã khuyến cáo nên sử dụng các thang điểm tiên lượng có giá trị giúp đưa ra quyết định điều trị ban đầu thích hợp và cấp độ chăm sóc hợp lý. Trong số các thang điểm thì thang điểm Blatchford [1] và Rockall [5] là có nhiều nghiên cứu chứng minh nên được chấp nhận và sử dụng rộng rãi nhất. Tuy nhiên, cả hai thang điểm đều bao gồm nhiều thông số, khó nhớ và có một số yếu tố chủ quan có định nghĩa không rõ ràng nên vẫn không được các bác sĩ lâm sàng áp dụng thường quy. Gần đây thang điểm Blatchford cải tiến (Blatchford CT) chỉ bao gồm các yếu tố định lượng khách quan của thang điểm Blatchford đầy đủ (Blatchford ĐĐ) (mạch, huyết áp, BUN, hemoglobin) người ta nhận thấy cũng tốt như các thang điểm đang được sử dụng, bởi việc loại bỏ các yếu tố chủ quan nên thang điểm Blatchford CT ngắn gọn hơn và hy vọng sẽ dễ dàng được áp dụng trên lâm sàng hơn [2]. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm xác định giá trị thang điểm Blatchford CT so với thang điểm Blatchford ĐĐ và thang điểm Rockall lâm sàng (Rockall LS) trong tiên lượng bệnh nhân xuất huyết tiêu hoá trên không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Mục tiêu nghiên cứu

Đánh giá thang điểm Glasgow Blatchford cải tiến trong tiên lượng truyền máu, cầm máu qua nội soi và can thiệp y khoa (CTYK) ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Đoàn hệ tiến cứu

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân bị xuất huyết tiêu hóa trên không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa nhập khoa Nội Tiêu hóa BV Thống Nhất trong thời gian từ 01/2024 – 07/2024.

2.3.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Tuổi \geq 18tuổi

Bệnh nhân được chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa trên không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa, được nội soi tiêu hóa trên, nhập khoa Nội Tiêu hóa BV Thống Nhất trong thời gian tiến hành nghiên cứu.

Đồng ý tham gia nghiên cứu

2.3.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Các trường hợp không thể phân biệt xuất huyết tiêu hóa do tăng áp lực tĩnh mạch cửa

Bệnh nhân không đồng ý nội soi.

Bệnh nhân không được nội soi trong 24 giờ đầu.

2.4. Phân tích thống kê

Số liệu sau khi đã thu thập sẽ được mã hóa và nhập vào chương trình quản lí và phân tích dữ liệu R20.0. Đánh giá độ chính xác của thang điểm Blatchford CT, Blatchford ĐĐ và Rockall LS trong dự đoán yêu cầu cần CTYK, truyền máu và can thiệp cầm máu qua nội soi bằng diện tích dưới đường cong ROC (AUC). Sử dụng phép kiểm Delong để so sánh diện tích dưới đường cong ROC (AUC) giữa các thang điểm.

3. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ 01/2024 đến 07/2024, tại khoa Nội Tiêu Hóa bệnh viện Thống Nhất, chúng tôi ghi nhận có 130 trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu được đưa vào nghiên cứu.

Tại Bảng 1, đối tượng nghiên cứu chủ yếu là nam, \geq 60 tuổi chiếm 50%. Về kết quả nội soi thực quản dạ dày tá tràng thì nghiên cứu chúng tôi nhận thấy nguyên nhân của XHTH trên không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa chủ yếu vẫn là do loét dạ dày 30,8% và loét hành tá tràng 43,1%. Loét đa ổ dạ dày và tá tràng chiếm 18,4%.

Tỉ lệ bệnh nhân cần phải can thiệp y khoa là 59,2%, đa phần bệnh nhân cần phải truyền máu và nội soi can thiệp cầm máu. Xuất huyết tái phát chỉ có 5,4%, không có bệnh nhân tử vong.

Bảng 1: Đặc điểm của dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n=130)
Tuổi	57,5 ± 19,8
Nhóm tuổi	
< 60 tuổi	65 (50,0%)
60-79 tuổi	47 (36,2%)
≥80 tuổi	18 (13,8%)
Giới	
Nam	98 (75,4%)
Nữ	32 (24,6%)
Đặc điểm nội soi dạ dày	
Loét dạ dày	40 (30,8%)
Loét hành tá tràng	56 (43,1%)
Loét đa ổ dạ dày và tá tràng	24 (18,4%)
Khác	10 (7,7%)
Can thiệp y khoa	77 (59,2%)
Truyền máu	59 (45,4%)
Nội soi can thiệp	37 (28,5%)
Phẫu thuật	4 (3,1%)
Xuất huyết tái phát/ Tử vong trong Bệnh viện	7 (5,4%)

Tại Bảng 2, diện tích dưới đường cong ROC của thang điểm mGBS khá cao, tương tự thang điểm GBS và cao hơn có ý nghĩa so với thang điểm Rockall LS ($p= 0,006$) trong yêu cầu cần truyền máu.

Tại Bảng 3, diện tích dưới đường cong ROC của thang điểm mGBS tương, tương tự thang điểm GBS và cao hơn so với thang điểm Rockall LS trong tiên lượng can thiệp cầm máu.

Tại Bảng 4, diện tích dưới đường cong ROC của thang điểm mGBS khá cao, tương tự thang điểm GBS và cao hơn có ý nghĩa so với thang điểm Rockall LS ($p < 0,001$) trong yêu cầu cần truyền máu.

4. BÀN LUẬN

Tuổi: XHTH trên không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa có thể gặp ở mọi lứa tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN XHTH trên không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa có tuổi trung bình là 57,5 ± 19,8 tuổi, thấp nhất là 18 tuổi và cao nhất là 92 tuổi, bệnh nhân ≥60 tuổi chiếm tỉ lệ 50,0%.

Giới: XHTH trên xảy ra ở cả nam và nữ, trong đó nam chiếm ưu thế hơn. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, BN nam bị XHTH trên cao hơn 3,1 lần.

Bảng 2: Diện tích dưới đường cong ROC của các thang điểm trong tiên lượng truyền máu

Thang điểm	AUC	KTC95%	p	So sánh mGBS(p)
mGBS	0,892	0,839 – 0,944	<0,001	-
GBS	0,887	0,833 – 0,940	<0,001	0,94
cRS	0,739	0,654 – 0,824	<0,001	0,006

Bảng 3: Diện tích dưới đường cong ROC của các thang điểm trong tiên lượng can thiệp cầm máu qua nội soi

Thang điểm	AUC	KTC95%	p	So sánh mGBS(p)
mGBS	0,656	0,553 – 0,759	0,004	-
GBS	0,633	0,530 – 0,735	0,013	0,07
cRS	0,593	0,481 – 0,705	0,06	0,3

Bảng 4: Diện tích dưới đường cong ROC của các thang điểm về yêu cầu cần CTYK

Thang điểm	AUC	KTC95%	p	So sánh mGBS(p)
mGBS	0,845	0,779 – 0,911	<0,001	-
GBS	0,844	0,777 – 0,910	<0,001	0,37
cRS	0,707	0,618 – 0,796	<0,001	<0,001

Đặc điểm nội soi thực quản dạ dày tá tràng: Nội soi là tiêu chuẩn vàng giúp xác định nguyên nhân XHTH trên, vị trí chảy máu và can thiệp cầm máu nếu có chỉ định. Theo nghiên cứu của chúng tôi: có 43,1% BN bị loét hành tá tràng; 30,8% BN bị loét dạ dày, 18,4% BN bị loét đa ổ dạ dày tá tràng và còn lại là do các nguyên nhân khác. Tương tự nghiên cứu của tác giả Quách Trọng Đức và cộng sự ghi nhận loét dạ dày (37,7%) và loét tá tràng (35,9%) là 2 nguyên nhân có tỉ lệ cao nhất gây XHTH trên không do tăng áp cửa [3]. Tỉ lệ này thay đổi khác nhau tùy nghiên cứu tại các trung tâm khác nhau, nhưng nhìn chung nguyên nhân hàng đầu của XHTH trên vẫn là viêm loét dạ dày tá tràng.

Biến chứng: Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có bệnh nhân tử vong, có 7 trường hợp tái xuất huyết chiếm tỉ lệ 5,4% thấp hơn NC của tác giả Trần Kinh Thành là 14,79% [6], có thể do BN của chúng tôi đều được sử dụng PPI liều cao ngay từ khi nhập viện.

Giá trị tiên lượng của các thang điểm: Trong nghiên cứu cơ chúng tôi có 77 bệnh nhân phải can thiệp y khoa chiếm tỉ lệ 59,2%.

Truyền máu: Tỉ lệ bệnh nhân cần truyền máu là 45,4%. Nghiên cứu của tác giả Trần Kinh Thành tỉ lệ này là 45,14% [6] còn nghiên cứu của tác giả Quách Trọng Đức là 29,6% [3]. Có sự khác biệt về chỉ định truyền máu trong các nghiên cứu khác nhau có thể là do quyết định truyền máu ở BN XHTH trên tùy thuộc nhiều vào quyết định của bác sĩ lâm sàng để duy trì Hb mục tiêu và điều kiện của từng trung tâm cụ thể. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thang điểm Blatchford CT có diện tích dưới đường cong của truyền máu (AUC=0,892) tương tự thang điểm Blatchford ĐĐ (AUC=0,887; $p = 0,94$) cao hơn thang điểm Rockall LS (AUC=0,739, $p = 0,006$). Theo nghiên cứu của tác giả Robert V. Bryant và cộng sự trên 888 bệnh nhân XHTH trên vào viện ở Úc có 481 bệnh nhân cần truyền máu chiếm tỉ lệ 54,2% và diện tích dưới đường cong ROC của thang điểm Blatchford ĐĐ (AUC=0,81; $p < 0,001$) và lớn hơn thang điểm Rockall LS (AUC=0,68; $p < 0,001$) [4].

Nội soi can thiệp: BN XHTH trên được nội soi can thiệp trong nghiên cứu của chúng tôi là 37/130 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 28,5% tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Kinh Thành là 29,96% [6] nhưng thấp hơn so với tác giả Quách Trọng Đức

và cộng sự là 33,7% [3] và tác giả Robert V. Bryant và cộng sự là 40,3% [4]. Sự khác biệt về yêu cầu nội soi can thiệp ở các nghiên cứu khác nhau có thể do dân số chọn mẫu khác nhau và phương pháp xử trí khác nhau và tùy điều kiện nội soi can thiệp ở các trung tâm cụ thể. Thang điểm Blatchford CT có diện tích dưới đường cong của nội soi can thiệp (AUC=0,656) tương tự thang điểm Blatchford ĐĐ (AUC=0,633; $p=0,07$) cao hơn thang điểm Rockall LS (AUC=0,593; $p=0,3$). Theo nghiên cứu của tác giả Robert V. Bryant và cộng sự về nguy cơ can thiệp y khoa cũng nhận thấy có 286 bệnh nhân cần nội soi can thiệp chiếm tỉ lệ 40,3% và diện tích dưới đường cong ROC của thang điểm Blatchford ĐĐ (AUC=0,76; $p < 0,001$) và lớn hơn thang điểm Rockall LS (AUC=0,66; $p < 0,001$) [4]. Còn theo nghiên cứu đa trung tâm của tác giả Quách Trọng Đức và cộng sự thì thang điểm Blatchford CT (AUC=0,612) tương đương với Blatchford ĐĐ (AUC=0,608; $p=0,55$) và cao hơn Rockall LS (AUC=0,539; $p = 0,02$) [3].

Phẫu thuật: Tỉ lệ bệnh nhân cần phẫu thuật can thiệp là 3,0%. Nghiên cứu của tác giả Trần Kinh Thành tỉ lệ này là 1,95% [6] còn nghiên cứu của tác giả Quách Trọng Đức là 0,5% [3] nghiên cứu của tác giả Robert V. Bryant là 2,8% [4]. Nhìn chung, BN XHTH trên được phẫu thuật can thiệp chiếm tỉ lệ thấp từ 0 - 3 % thay đổi tùy từng nghiên cứu khác nhau.

Can thiệp y khoa: Các thang điểm có giá trị tốt tiên lượng trong tiên lượng can thiệp y khoa (truyền máu, nội soi can thiệp, phẫu thuật) ở BN XHTH trên không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Thang điểm Blatchford CT có diện tích dưới đường cong của can thiệp y khoa (AUC=0,845) có giá trị tương tự thang điểm Blatchford ĐĐ (AUC=0,844; $p=0,37$) và cao hơn thang điểm Rockall LS (AUC=0,707; $p < 0,001$). Còn theo nghiên cứu đa trung tâm của tác giả Quách Trọng Đức và cộng sự thì thang điểm Blatchford CT có giá trị tiên lượng can thiệp y khoa khá tốt (AUC=0,708) tương đương với Blatchford ĐĐ (AUC=0,707; $p=0,87$) và cao hơn Rockall LS (AUC=0,594; $p < 0,01$) [3].

5. GIỚI HẠN CỦA ĐỀ TÀI

Việc sử dụng PPI về loại thuốc, liều sử dụng và thời gian sử dụng chưa được thống nhất.

Thời gian NC ngắn, cỡ mẫu còn nhỏ do đó hạn chế về xác định kết cục tái xuất

huyết và tử vong.

6. KẾT LUẬN

XHTH không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa là bệnh lý thường gặp, có thể gây tử vong. Đánh giá yêu cầu can thiệp y khoa nhất là chỉ định nội soi cấp cứu và nội soi điều trị là rất quan trọng, giúp điều trị sớm, giảm truyền máu.

Thang điểm Glasgow Blatchford cải tiến cũng tốt như thang Glasgow Blatchford đầy đủ và thậm chí tốt hơn thang điểm Rockall lâm sàng trong tiên lượng bệnh nhân XHTH trên không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa đặc biệt trong yêu cầu can thiệp y khoa. Thang điểm này đơn giản, có thể áp dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng, nhất là đối với các bệnh viện tuyến cơ sở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Blatchford O., Murray O.R., Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for upper gastrointestinal haemorrhage". *The Lancet*; 2000; 356 (9238); pp. 1318-1321.

[2] Cheng D.W., Lu Y.W., Teller T., et al. A modified Glasgow Blatchford Score improves risk stratification in upper gastrointestinal bleed: a prospective comparison of scoring systems. *Aliment Pharmacol Ther*; 2012; 36:782-789.

[3] Quách Trọng Đức, Đào Hữu Ngôi, Đinh Cao Minh và cộng sự. Giá trị của thang điểm Blatchford sửa đổi trong xuất huyết tiêu hoá trên cấp không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa: Kết quả nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu đa trung tâm. *Tạp chí y học TP Hồ Chí Minh*, 2015, 19(1), tr 263-268.

[4] Robert V. Bryant, Paul Kuo, Kate Williamson, Chantelle Yam, et al. Performance of the Glasgow-Blatchford score in predicting clinical outcomes and intervention in hospitalized patients with upper GI bleeding, *Gastrointest Endosc*. 2013;78(4):576-83.

[5] Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, et al. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Gut*; 1996; 38, pp 316-21.

[6] Trần Kinh Thành, Bùi Hữu Hoàng. Thang điểm Rockall và Blatchford trong đánh giá tiên lượng ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày – tá tràng. *Y học TP. Hồ Chí Minh*; 2011; 15, tr 63-70.

[7] Van Leerdam M.E. , Vreeburg E.M. , Rauws E.A. , et al. Acute upper GI bleeding: did anything change? Time trend analysis of incidence and outcome of acute upper GI bleeding between 1993/1994 and 2000 *Am J Gastroenterol*, 98 (2003), pp. 1494-1499.