

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CỦA THANG ĐIỂM T-SCORE TRONG TIÊN LƯỢNG XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO LOÉT DẠ DÀY-TÁ TRÀNG

Phạm Văn Thành¹, Đào Đức Tiến², Dương Quang Huy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định giá trị của thang điểm T-score trong tiên lượng nhu cầu can thiệp y khoa và tái chảy máu ở bệnh nhân (BN) xuất huyết tiêu hóa (XHTH) do loét dạ dày-tá tràng (DD-TT). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang trên 245 BN XHTH do loét DD-TT tại Khoa Nội Tiêu hóa, Bệnh viện Quân y 103 và Bệnh viện TWQĐ 108. Tính điểm T-score và đối chiếu với tỷ lệ can thiệp cầm máu qua nội soi, truyền máu và tái chảy máu trong 30 ngày theo dõi. **Kết quả:** Thang điểm T-score có giá trị tiên lượng mức tốt với truyền máu (AUROC 0,86, 95%CI: 0,82 - 0,91), tại điểm cắt 9 có độ nhạy 75,3%, độ đặc hiệu 80,4%, giá trị dự báo dương 71,6%, giá trị dự báo âm 83,2% và tái chảy máu (AUROC 0,84, 95%CI: 0,76 - 0,92), tại điểm cắt 9 có độ nhạy 93,3%, độ đặc hiệu 61,7%, giá trị dự báo âm 99,3% trong khi chỉ tiên lượng mức khá với can thiệp cầm máu AUROC 0,73. **Kết luận:** T-score là thang điểm có giá trị tốt trong tiên lượng XHTH do loét DD-TT.

* Từ khóa: Thang điểm T-score; Xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày-tá tràng.

The Value of T-score for Prognosis of Upper Gastrointestinal Bleeding Due to Peptic Ulcer

Summary

Objectives: To assess the value of T-score in need for medical intervention and re-bleeding in patients with upper gastrointestinal bleeding due to peptic ulcer. **Subjects and methods:** A prospective, cross-sectional descriptive study was carried out on 245 patients at Digestive Department of Military Hospital 103 and 108 Military Central Hospital, to compare T-score with the rate of endoscopic hemostasis, blood transfusion and 30-day re-bleeding. **Results:** T-score had a good prognostic value in blood transfusion (AUROC 0.86, 95%CI: 0.82 - 0.91), at the cut-off value of 9, T-score had 75.3% Se, 80.4% Sp, 71.6% PPV, 83.2% NPV and re-bleeding (AUROC 0.84, 95%CI: 0.76 - 0.92), at the cut-off value of 9, T-score had 93.3% Se, 61.7% Sp and 99.3% NPV, whereas only predicting modest endoscopic hemostatic therapy with AUROC of 0.73. **Conclusion:** T-score is a valuable parameter in the prognosis of upper gastrointestinal bleeding due to peptic ulcer.

* Keywords: T-score; Upper gastrointestinal bleeding; Peptic ulcer.

¹Học viện Quân y

²Bệnh viện Quân y 175

Người phản hồi: Dương Quang Huy (Huyduonghvqy@gmail.com)

Ngày nhận bài: 30/3/2021

Ngày bài báo được đăng: 31/5/2021

ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa là một trong các cấp cứu y khoa thường gặp nhất trên thế giới với tỷ lệ mắc ước tính hàng năm 40 - 150 trường hợp/100.000 dân, trong đó hay gặp nhất là loét DD-TT với tỷ lệ khoảng 28 - 59% [3, 4]. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong điều trị như sử dụng thuốc ức chế tiết acide dịch vị liều cao, cầm máu qua nội soi nhưng tỷ lệ tử vong do XHTH cao vẫn chưa giảm trong nhiều thập kỷ qua, dao động ở mức 1,7 - 10,8%, trung bình 8,8% [4, 5].

Tiên lượng XHTH do loét DD-TT có thể thay đổi từ mức độ nhẹ đến đe dọa tính mạng. BN chảy máu nhẹ có thể hồi phục hoàn toàn mà không cần điều trị lâm sàng cụ thể, trong khi BN chảy máu nhiều có thể gặp biến chứng nặng và thậm chí tử vong nếu không được điều trị tích cực cho tình trạng này. Do đó, tất cả các hướng dẫn hiện nay (hướng dẫn của Hội Tiêu hóa Mỹ, đồng thuận Châu Á - Thái Bình Dương...) đều khuyến cáo phân tầng nguy cơ sớm trong quản lý BN XHTH cao, giúp tiên lượng nhu cầu can thiệp nội soi, nguy cơ tái chảy máu và tử vong, từ đó có thể sắp xếp BN vào các mức độ theo dõi, điều trị thích hợp nhằm sử dụng tối ưu nguồn lực hiện có, giảm thiểu nguy cơ tử vong cho BN [3].

Cho đến nay đã có nhiều thang điểm ứng dụng trong thực hành lâm sàng phân tầng nguy cơ XHTH cao do loét DD-TT như thang điểm Rockall, Glasgow Blatchford (GBS), AIMS65 [5]. Năm 2014, Tammaro L và CS đã nghiên cứu ứng dụng thang điểm mới là T-score để tiên lượng XHTH cao cấp tính và cho thấy đây

là thang điểm có giá trị trong tiên lượng nguy cơ tái chảy máu và tử vong [6]. Hiện nay ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá giá trị của thang điểm này, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *Đánh giá giá trị của thang điểm T-score trong tiên lượng XHTH do loét DD-TT.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

245 BN XHTH do loét DD-TT được điều trị tại Khoa Nội Tiêu hóa, Bệnh viện Quân y 103 và Bệnh viện TWQĐ 108 từ 6/2020 - 4/2021.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:* BN có triệu chứng nôn ra máu và/hoặc đại tiện phân đen kết hợp với hình ảnh nội soi xác định chảy máu từ ổ loét DD-TT.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:* Các BN đang chảy máu tiêu hóa do căn nguyên khác, có chống chỉ định nội soi hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:* Tiến cứu, mô tả cắt ngang.

- Tất cả BN chọn vào nghiên cứu được khai thác tiền sử (tiền sử XHTH, bệnh lý DD-TT, bệnh đồng mắc, thuốc sử dụng), khám lâm sàng đánh giá huyết động (mạch, huyết áp), triệu chứng nôn ra máu, đại tiện phân đen, dấu hiệu mất máu và chỉ định xét nghiệm cần thiết để chẩn đoán và điều trị.

- Tính điểm T-score và chia 3 mức độ nguy cơ [6]:

Bảng 1: Cách tính T-score.

Điểm	1	2	3
Tình trạng toàn thân	Xấu	Trung bình	Tốt
Mạch (lần/phút)	> 110	90 - 110	< 90
Huyết áp tâm thu (mmHg)	< 90	90 - 110	> 110
Hemoglobin (g/dL)	≤ 8	9 - 10	> 10
↓			
Tổng điểm (4 - 12 điểm)	≤ 6 Nguy cơ cao (T1)	7 - 9 Nguy cơ trung bình (T2)	≥ 10 Nguy cơ thấp (T3)
<p><i>Chú thích:</i> Tình trạng toàn thân: Xấu: BN có sốc hoặc ≥ 3 bệnh đồng mắc. Tốt: không có hạ huyết áp và ≤1 bệnh đồng mắc. Trung bình: ở giữa 2 tình trạng trên.</p>			

- Tiến hành nội soi dạ dày ngay khi ổn định huyết động. Đánh giá ổ loét chảy máu theo phân loại Forrest (1974) gồm FIA, FIB, FIIA, FIIB, FIIC, FIIL [7]. Tiến hành can thiệp cầm máu cho các trường hợp ổ loét nguy cơ cao (FIA, FIB, FIIA) và một số trường hợp FIIB theo tiên lượng nguy cơ tái chảy máu của bác sĩ nội soi [5, 1].

- Tất cả BN được điều trị theo phác đồ thống nhất (bất động, bồi phụ khối lượng tuần hoàn, PPI tĩnh mạch liều cao trong 72 giờ, sau đó duy trì uống trong 27 ngày tiếp theo). Truyền máu đến khi đạt mục tiêu hemoglobin > 70 g/l với BN không có bệnh lý tim mạch hoặc > 100 g/l với BN > 60 tuổi hoặc có bệnh tim mạch đi kèm [1].

Ghi nhận tình trạng tái chảy máu trong vòng 1 tháng.

* *Xử lý và phân tích số liệu:* Bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0, vẽ biểu đồ trên Excel 2010. Xây dựng đường cong ROC (Receiver Operating Characteristic) và xác định diện tích dưới đường cong (AUC - Area under the curve) để tìm ra điểm cắt hợp lý với độ đặc hiệu và độ nhạy tương ứng (điểm cắt là điểm mà tại đó giá trị J lớn nhất với $J = \text{độ nhạy} + \text{độ đặc hiệu} - 1$). Với điểm cắt tìm được, sử dụng bảng 2 x 2 để xác định lại độ nhạy (Se), độ đặc hiệu (Sp), giá trị tiên đoán dương (PPV) và giá trị tiên đoán âm (NPV).

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Bảng 2: Một số đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi của đối tượng nghiên cứu.

Chỉ tiêu		$\bar{X} \pm SD$ hoặc n (%)
Tuổi trung bình		56,9 ± 17,5
Giới	Nam	190 (77,6)
	Nữ	55 (22,4)
Triệu chứng lâm sàng	Nôn ra máu	75 (30,6)
	Đại tiện phân đen	222 (90,6)
Nguyên nhân XHTH	Loét dạ dày	91 (37,1)
	Loét tá tràng	154 (62,9)
Phân loại Forrest	FIA (máu phun thành tia)	3 (1,2)
	FIB (máu đùn, rỉ ra từ ổ loét)	23 (9,4)
	FIIA (mạch máu lộ-gai máu)	33 (13,5)
	FIIB (cục máu đông)	70 (28,6)
	FIIC (cặn máu đen)	50 (20,4)
	FIII (ổ loét đáy sạch)	66 (26,9)

245 BN nghiên cứu có tuổi trung bình 56,9 ± 17,5, nam nhiều hơn nữ (tỷ lệ nam/nữ là 3,5/1), nguyên nhân XHTH chủ yếu là loét tá tràng (62,9%) với triệu chứng hay gặp là đại tiện phân đen (90,6%). Kết quả nghiên cứu này phù hợp với hầu hết các nghiên cứu trong và ngoài nước về XHTH do loét DD-TT hay gặp ở lứa tuổi trung niên, nam chiếm ưu thế, đa số nhập viện vì đại tiện phân đen [6, 2, 8].

Hình ảnh nội soi theo phân loại Forrest cho thấy chiếm tỷ lệ cao nhất là FIIB (28,6%), thấp nhất là FIA (1,2%), tỷ lệ gặp ổ loét đã ngưng chảy máu hoàn toàn FIII là 26,9%. Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Tường Vi (2020) cũng ghi nhận chỉ 2,75% BN có hình ảnh nội soi FIA và có đến 42,31% là FIII [7], phù hợp với y văn đa số loét DD-TT có thể tự cầm máu [4, 5].

Bảng 3: Thang điểm T-score của đối tượng nghiên cứu.

T-score trung bình	9,7 ± 1,5	
Phân mức nguy cơ theo T-score	Nguy cơ cao (T1) n (%)	9 (3,7)
	Nguy cơ trung bình (T2) n (%)	93 (38,0)
	Nguy cơ thấp (T3) n (%)	143 (58,3)

Điểm T-score trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 9,7 ± 1,5 (cao nhất 12, thấp nhất 5), trong đó chỉ 3,7% BN thuộc nhóm nguy cơ cao. Nghiên cứu Tammaro L

và CS (2014) trên 472 BN XHTH cao không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa, cũng ghi nhận tỷ lệ thấp (11,4%) BN có nguy cơ cao cần can thiệp và tử vong, nhóm nguy cơ thấp chiếm chủ yếu là 40,9% [6].

Bảng 4: Đặc điểm can thiệp qua nội soi, truyền máu, tái chảy máu và tử vong.

Chỉ tiêu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Can thiệp cầm máu qua nội soi	84	34,3
Truyền máu	97	39,6
Tái chảy máu	15	6,1
Tử vong	0	0,0

84 BN (34,3%) trong nghiên cứu được can thiệp cầm máu qua nội soi (kẹp clip, tiêm adrenalin), tỷ lệ truyền máu là 39,6%. Có 15 BN (6,1%) tái chảy máu và không có BN tử vong trong thời gian theo dõi 1 tháng. Kết quả tương tự như kết quả nghiên cứu của Tammaro L và CS (2014) với tỷ lệ tái chảy máu là 8,8%, tuy nhiên có tới 7,4% BN tử vong trong 30 ngày [6].

Bảng 5: Mối liên quan giữa thang điểm T-score với can thiệp và điều trị.

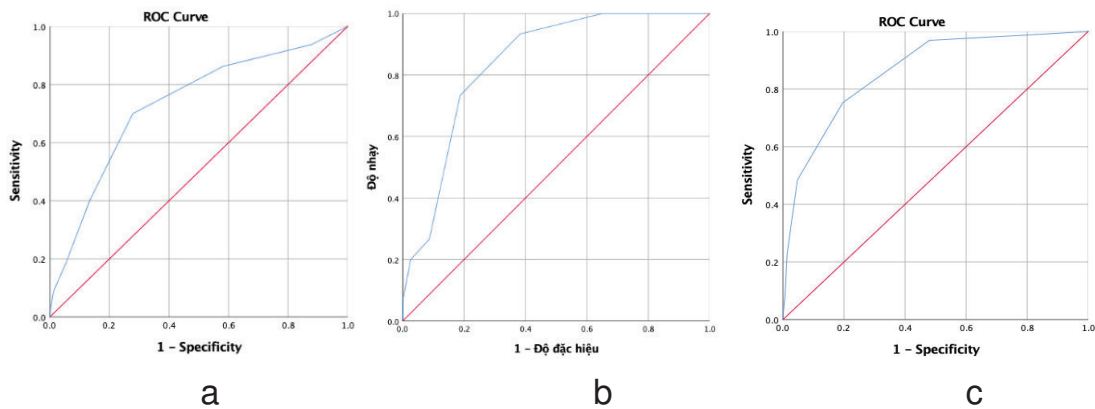
	T1 (n = 9) n (%)	T2 (n = 93) n (%)	T3 (n = 143) n (%)	p
Can thiệp cầm máu	7 (77,8)	49 (52,7)	24 (16,8)	< 0,05
Truyền máu	8 (88,9)	65 (66,7)	24 (16,8)	
Tái chảy máu	3 (33,3)	11 (11,8)	1 (0,7)	

Có mối liên quan ý nghĩa giữa thang điểm T-score với kết cục lâm sàng ở BN XHTH do loét DD-TT, cụ thể nhóm BN nguy cơ cao (T1) có tỷ lệ can thiệp cầm máu 77,8%, truyền máu 88,9% và tái chảy máu 33,3%, cao hơn có ý nghĩa so với các thông số tương ứng ở nhóm nguy cơ trung bình (T2) và nguy cơ thấp (T3), $p < 0,05$.

Bảng 5: Giá trị tiên lượng của thang điểm T-score.

Chỉ số	Điểm cắt	AUROC (95%CI)	Se (%)	Sp (%)	PPV (%)	NPV (%)	p
Can thiệp cầm máu	9	0,73 (0,66 - 0,80)	70,0	72,1	54,9	83,2	< 0,001
Truyền máu	9	0,86 (0,82 - 0,91)	75,3	80,4	71,6	83,2	
Tái chảy máu	9	0,84 (0,76 - 0,92)	93,3	61,7	13,7	99,3	

Với AUROC đều > 0,6 cho thấy thang điểm T-score có giá trị trong tiên lượng nhu cầu can thiệp y khoa (truyền máu và can thiệp cầm máu) và kết cục lâm sàng (tái chảy máu) ở BN XHTH do loét DD-TT, trong đó tiên lượng mức tốt đối với truyền máu (AUROC 0,86, 95%CI: 0,82 - 0,91), tại điểm cắt 9 có Se 75,3%, Sp 80,4%, PPV 71,6%, NPV 83,2% và tái chảy máu (AUROC 0,84, 95%CI: 0,76 - 0,92), tại điểm cắt 9 có Se 93,3%, Sp 61,7%, NPV lên đến 99,3%. Kết quả của chúng tôi cao hơn kết quả của nghiên cứu gốc (dự báo tỷ lệ tái chảy máu với AUROC 0,64), do nghiên cứu của chúng tôi chỉ lựa chọn thuần nhất BN XHTH do loét DD-TT. Đặc biệt, nghiên cứu gốc còn chỉ ra thang điểm T-score có giá trị tiên lượng tử vong với AUROC 0,78, tại điểm cắt 8 có độ nhạy 71%, độ đặc hiệu 80% [4]. Nghiên cứu của Dakik HK và CS (2017) trên 393 BN cũng ghi nhận T-score có giá trị dự đoán XHTH ý nghĩa trên lâm sàng với Se 79,57%, Sp 60,67% và NPV 66,67% [8].



Biểu đồ 1: AUROC của bảng điểm T-SCORE trong dự đoán can thiệp cầm máu (a); truyền máu (b), tái chảy máu (c).

KẾT LUẬN

Nghiên cứu giá trị của thang điểm T-score trong tiên lượng nhu cầu can thiệp y khoa và tái chảy máu ở 245 BN XHTH do loét DD-TT, chúng tôi nhận thấy:

- Thang điểm T-score trung bình là $9,7 \pm 1,5$ với 3,7% BN thuộc nhóm nguy cơ cao (T1).

- Thang điểm T-score có giá trị tiên lượng mức tốt với truyền máu (AUROC 0,86, 95%CI: 0,82 - 0,91), tại điểm cắt 9 có độ nhạy 75,3%, độ đặc hiệu 80,4%,

giá trị dự báo dương 71,6%, giá trị dự báo âm 83,2% và tái chảy máu (AUROC 0,84, 95%CI: 0,76 - 0,92), tại điểm cắt 9 có độ nhạy 93,3%, độ đặc hiệu 61,7%, giá trị dự báo âm 99,3% trong khi chỉ tiên lượng mức khá với can thiệp cầm máu AUROC 0,73.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hội Tiêu hóa Việt Nam. Khuyến cáo xử trí xuất huyết tiêu hóa trên cấp tính không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Tạp chí Khoa học Tiêu hóa Việt Nam 2009; 4(17):1178-1192.

2. Nguyễn Ngọc Tường Vi. So sánh giá trị của bảng điểm C-WATCH với thang điểm AIMS65 và Glasgow-Blatchford trong dự đoán các biến cố kết cục của xuất huyết tiêu hóa trên. Luận văn Bác sỹ Nội trú. Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch 2020.

3. Van Leerdam ME. Epidemiology of acute upper gastrointestinal bleeding. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology* 2008; 22(2):209-224.

4. Laine L. Upper gastrointestinal bleeding due to a peptic ulcer. *New England Journal of Medicine* 2016; 374(24):2367-2376.

5. Sung JJ, Chiu PW, Chan FKL, et al. Asia-Pacific working group consensus on non-

variceal upper gastrointestinal bleeding: An update. *Gut* 201; 67(10):1757-1768.

6. Tammaro L, Buda A, Di Paolo MC, et al. A simplified clinical risk score predicts the need for early endoscopy in non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Dig Liver Dis* 2014; 46(9):783-787.

7. Forrest AH, Finlayson NDC, and Shearman DJC. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. *The Lancet* 1974; 304(7877):394-397.

8. Dakik HK, Srygley FD, Chiu S, et al. Clinical performance of prediction rules and nasogastric lavage for the evaluation of upper gastrointestinal bleeding: A retrospective observational study. *Gastroenterology Research and Practice*. Article ID 3171697. 2017.