

DOI: 10.59715/pntj.mp.1.1.25

Giá trị bảng điểm AIMS65 trong tiên lượng tử vong xuất huyết tiêu hóa trên do tăng áp lực tĩnh mạch cửa ở bệnh nhân xơ gan

Chung Mỹ Ngọc¹, Trần Thị Khánh Tường², Võ Hồng Minh Công¹,
Trần Thị Thu Cúc¹, Nguyễn Thị Huyền Trâm¹

¹Khoa Nội tiêu hóa, BV Nhân dân Gia Định

²Bộ môn Nội tổng quát Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) trên do tăng áp lực tĩnh mạch cửa là một biến chứng thường gặp sau báng bụng, nguy hiểm và đe dọa tính mạng bệnh nhân xơ gan. Theo hướng dẫn của Hiệp hội Tiêu hóa Hoa Kỳ, Hội nội soi Châu Âu và Hội đồng thuận Châu Á Thái Bình Dương đều khuyến cáo phân tầng nguy cơ bệnh nhân XHTH trên do tăng áp lực tĩnh mạch cửa là quan trọng. Nhiều nghiên cứu trước đây đã chứng minh bảng điểm Child-Pugh, điểm số MELD và MELD-Na có thể tiên lượng tử vong trong 6 tuần trên bệnh nhân XHTH do tăng áp lực tĩnh mạch cửa [20], [21], [22], [19]. Hai bảng điểm đã được nghiên cứu, phát triển và ứng dụng nhiều nhất trên thực hành lâm sàng để tiên lượng kết cục tử vong và tái xuất huyết trên bệnh nhân XHTH trên là Rockall và Glasgow-Blatchford. Bảng điểm AIMS65 là một sự kết hợp giữa các thông số của bảng điểm tiên lượng XHTH trên như tuổi cao, huyết áp tâm thu và bảng điểm tiên lượng độ nặng bệnh gan như điểm Child-Pugh, điểm số MELD và điểm số MELD-Na. Thật vậy, bảng điểm AIMS65 có thể dùng trong tiên lượng tử vong trong 6 tuần trên bệnh nhân xơ gan bị XHTH trên do tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

Mục tiêu nghiên cứu: Giá trị diện tích dưới đường cong ROC của bảng điểm AIMS65 trong tiên lượng tử vong 6 tuần ở bệnh nhân xơ gan bị XHTH trên do tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu trên những bệnh nhân xơ gan nhập viện vì XHTH trên do tăng áp lực tĩnh mạch cửa tại bệnh viện Nhân dân Gia Định trong khoảng thời gian từ tháng 11/2020 đến tháng 8/2021.

Kết quả: 117 bệnh nhân xơ gan kèm XHTH trên do tăng áp lực tĩnh mạch cửa được ghi nhận tuổi trung bình là $56,8 \pm 10,45$; tỉ lệ bệnh nhân dưới 65 tuổi chiếm ưu thế với 88,89%. Tỉ lệ nam giới chiếm ưu thế 77,8%. Số ngày nằm viện trung bình 5 ngày. Tỉ lệ tử vong trong 6 tuần trong nghiên cứu là 21,4%. Điểm AIMS65 trung bình của nhóm bệnh nhân tử vong và sống có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Diện tích dưới đường cong ROC của bảng điểm AIMS65 trong tiên lượng tử vong 6 tuần là 0,74 với khoảng tin cậy 95% là 0,64 - 0,84. Khi phân nhóm bệnh nhân thành 2 nhóm dựa trên điểm cắt là 3 thì ghi nhận nhóm bệnh nhân có điểm AIMS65 ≥ 3 thì có nguy cơ tử vong trong 6 tuần gấp 2,86 lần so với nhóm có điểm AIMS65 < 3 .

Kết luận: Kết quả được ghi nhận từ nghiên cứu chúng tôi cho thấy điểm AIMS65 có thể dùng để tiên lượng tử vong trong 6 tuần ở bệnh nhân xơ gan XHTH trên do tăng áp lực tĩnh mạch cửa (AUC 0,74) với độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm lần lượt là 96%; 33,7%; 28,2% và 86,8%.

Từ khóa: Xuất huyết tiêu hóa do tăng áp cửa, AIMS65.

Ngày nhận bài:

10/12/2021

Ngày phản biện:

27/12/2021

Ngày đăng bài:

20/01/2022

Tác giả liên hệ:

Chung Mỹ Ngọc

Email:

ngocchung13193@gmail.com

ĐT: 0782128374

Abstract

Prognostic value of AIMS65 score in cirrhotic patients with acute variceal bleeding

Background: Acute variceal bleeding (AVB) remains a common complication following ascites and life-threatening medical emergency in cirrhotic patients. AASLD, ESGE and APASL guidelines emphasise that risk stratification in AVB should be considered essential. Previous studies confirm the effectiveness of Child-Pugh score, MELD score and MELD-Na score in predicting 6-week mortality of patients with AVB [19], [20], [22], [21]. Rockall and Glasgow-Blatchford have been developed and applied to predict mortality and rebleeding in AVB. AIMS65 score which includes elements of both upper gastrointestinal bleeding (age, systolic pressure) and liver disease severity risk scores (Child-Pugh score, MELD score and MELD-Na score). AIMS65 is a really optimal scoring system for predicting 6-week mortality in cirrhotic patients with AVB.

Objectives: To determine the value of AIMS65 score in predicting 6-week mortality of cirrhotic patients with AVB.

Method: Prospective cohort study cirrhotic patients with AVB at Nhan dan Gia Dinh hospital, Ho Chi Minh City, from November 2020 to August 2021.

Results: There was 117 cirrhotic patients with AVB with mean ages of 56.8 ± 10.45 years, the proportion of patients under 65 years with 88.89%. The proportion of men was 77.8%. The average hospitalized days were 5 days. 6-week mortality rates was 21.4%. The mean AIMS65 score of non-survival and survival patients was statistically significant difference with $p < 0.001$. AUROC of AIMS65 for predicting 6-week mortality was 0.74 (95%CI: 0.64 - 0.84). When AIMS65 score was divided into 2 groups based on the cut-off 3, it was recognized that cirrhotic patients with AVB had $\text{AIMS65} \geq 3$, they were 2.86 times more likely 6-week mortality.

Conclusion: The results from our study recognized that AIMS65 scoring that can be used to predict the 6-week mortality of cirrhotic patients with AVB (AUC 0.74) with sensitivity, specificity, positive predictive value and negative predictive value is 96%, 33.7%, 28.2% and 86.8%, respectively.

Keywords: Acute variceal bleeding, AIMS65.

1. MỞ ĐẦU

Mỗi năm trên toàn thế giới ước tính có khoảng 2 triệu người chết do các bệnh lý về gan, trong đó khoảng 1 triệu người chết có liên quan đến biến chứng xơ gan và phần còn lại là do viêm gan vi rút và ung thư biểu mô tế bào gan nguyên phát [13]. Theo báo cáo vào năm 2016 của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) tử vong do nguyên nhân xơ gan và các bệnh lý về gan đứng hàng thứ 11 trên toàn thế giới và hàng thứ 13 tại khu vực Châu Á Thái Bình Dương [1].

Xuất huyết tiêu hóa trên do tăng áp lực tĩnh mạch cửa là một trong những nguyên nhân gây xuất huyết tiêu hóa trên thường gặp và đứng hàng thứ 2 sau loét dạ dày tá tràng, với tỉ lệ là 37% [18], [4]. Ở bệnh nhân xơ gan, XHTH trên do tăng áp lực tĩnh mạch cửa là một biến chứng thường gặp sau báng bụng, nguy hiểm và đe dọa tính mạng [10], [7]. Hiện nay, các phương

pháp điều trị XHTH trên do tăng áp lực tĩnh mạch cửa cũng như các biện pháp dự phòng xuất huyết tái phát có nhiều tiến bộ nhằm cải thiện tỉ lệ tử vong, tái xuất huyết cũng như thời gian sống còn của bệnh nhân xơ gan. Tuy vậy, tỉ lệ tử vong nội viện, tử vong trong 6 tuần đầu, cũng như tái xuất huyết sau 1 năm vẫn còn khá cao chiếm tỉ lệ lần lượt là 14,5% [3], 10% đến 20% [6] và 60% [2].

Theo hướng dẫn của Hiệp hội Tiêu hóa Hoa Kỳ, Hội Nội soi Châu Âu, Hội đồng thuận Châu Á Thái Bình Dương và các đồng thuận quốc tế đều khuyến cáo tất cả bệnh nhân nhập viện vì xuất huyết tiêu hóa trên nên được phân tầng nguy cơ nhanh chóng và chính xác để có chiến lược điều trị phù hợp và kịp thời [11], [9], [15], [17], [16]. Hiện nay, đã có rất nhiều bảng điểm được phát triển và ứng dụng trong thực hành

lâm sàng, trong đó có 3 bảng điểm được chấp nhận và được sử dụng rộng rãi trên thế giới là Glasgow-Blatchford, Rockall và AIMS65 nhằm phân tầng nguy cơ bệnh nhân và tiên lượng tử vong cũng như tái xuất huyết [16], [9].

Năm 2011, Saltzman và cộng sự đã tiến hành nghiên cứu với mục đích tìm ra bảng điểm mới với tính chất đơn giản, dễ áp dụng và không cần kết quả nội soi nhằm tiên lượng tử vong từ đó có thể phân tầng nguy cơ bệnh nhân nhanh chóng và có các chiến lược điều trị ban đầu phù hợp. Bảng điểm mới AIMS65 là một bảng điểm đơn giản với 5 chữ cái là viết tắt của 5 yếu tố gồm 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, dễ nhớ, dễ áp dụng trong thực hành mà không phụ thuộc vào các tiêu chí định tính hay nội soi. Mặt khác, ba trong năm thành phần của bảng điểm trên là Albumin, INR và thay đổi tri giác phản ánh một phần mức độ nặng của bệnh gan, thường thấy trong các bảng điểm đánh giá chức năng gan như Child-Pugh, MELD và MELD-Na. [14].

Hiện tại, ở Việt Nam, có nghiên cứu của Nguyễn Trọng Mẫn Đạt về so sánh giá trị của bảng điểm AIMS65 với Glasgow-Blatchford và Rockall toàn phần trong dự đoán kết cục ở bệnh nhân XHTH trên do loét dạ dày - tá tràng. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào về giá trị bảng điểm AIMS65 trong tiên lượng tử vong trong 6 tuần trên bệnh nhân xơ gan bị xuất huyết tiêu hóa trên do tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

117 bệnh nhân (BN) xơ gan nhập viện vì XHTH trên do tăng áp lực tĩnh mạch cửa tại và điều trị tại khoa Nội Tiêu hóa, khoa Hồi sức tích cực Chống độc của bệnh viện Nhân dân Gia Định từ tháng 11/2020 đến tháng 8/2021.

Tiêu chuẩn chọn chọn

Tất cả bệnh nhân ≥ 18 tuổi được chẩn đoán xơ gan nhập Bệnh viện Nhân Dân Gia Định vì xuất huyết tiêu hóa trên do tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân 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.

Có bệnh nền nội khoa nặng đi kèm: ung thư dạ dày, nhồi máu cơ tim, suy hô hấp, choáng nhiễm trùng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu được thực hiện từ tháng 11/2020 đến tháng 8/2021 tại khoa Nội Tiêu hóa và khoa Hồi sức tích cực Chống độc bệnh viện Nhân dân Gia Định

Cỡ mẫu

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

Trong đó:

n là cỡ mẫu tối thiểu

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

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

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

Dựa vào kết quả nghiên cứu xác nhận của Saltzman và cộng sự, bảng điểm AIMS65 có $AUC = 0,77$ [14] và $d = 0,07$; ta tính được $n = 101$. Vậy cỡ mẫu tối thiểu là 111 bệnh nhân.

Các bước tiến hành

Tất cả bệnh nhân xơ gan nhập viện vì XHTH trên do tăng áp lực tĩnh mạch cửa tại khoa Nội Tiêu hóa và Hồi sức tích cực Chống độc tại bệnh viện Nhân dân Gia Định từ tháng 11/2020 đến tháng 8/2021 được thu thập dữ liệu dựa trên bảng thu thập số liệu soạn sẵn (dữ liệu về hành chính, lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị).

Từ dữ liệu thu thập được, chúng tôi tính điểm AIMS65 cho từng bệnh nhân, từ đó vẽ đường cong ROC, xác định diện tích dưới đường cong, điểm cắt tối ưu, độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm và độ chính xác ở điểm cắt đó.

Định nghĩa biến số

XHTH trên do tăng áp lực tĩnh mạch cửa: Bệnh nhân có ói máu, ói dịch đen và/ hoặc tiêu phân đen cộng với kết quả nội soi thực quản, dạ dày, tá tràng thấy búi dẫn tĩnh mạch thực quản, dạ dày và một trong các tiêu chuẩn sau[8]:

Búi dẫn đang chảy máu, hoặc

Có nút tiểu cầu hoặc cục máu đông trên búi dẫn, hoặc

Búi dẫn là tổn thương duy nhất và có máu trong dạ dày.

Bảng 1. Bảng điểm AIMS65

Các yếu tố		Điểm
Albumin	< 3 g/dL	1
INR	> 1,5	1
Thay đổi tri giác	Điểm Glasgow < 14 hoặc dựa trên đánh giá lâm sàng: mất phương hướng, thờ ơ, lơ mơ, hôn mê	1
Huyết áp tâm thu	≤ 90 mmHg	1
Tuổi	> 65	1

Nguồn: Slatzman J. R., 2011 [14].

Tử vong: tử vong được định nghĩa khi bệnh nhân ngưng tim ngưng thở trong bệnh viện hồi sức không thành công hoặc bệnh nhân hấp hối xin về (mạch và huyết áp khó đo) và xác nhận tử vong qua điện thoại.

Tái xuất huyết: được định nghĩa là sau 24

giờ đầu nhập viện và trong thời gian nằm viện, sau khi đã được điều trị cầm máu bằng nội soi và thuốc vận mạch, bệnh nhân ói máu hoặc ống thông dạ dày ra trên 100 ml máu đỏ tươi, hoặc hemoglobin giảm 30 g/L ($\approx$ giảm hematocrite 9%) trong vòng 24 giờ trong trường hợp không có truyền máu [5].

Phân tích và xử lý số liệu

Phương pháp phân tích số liệu:

Các biến số định tính được trình bày dưới dạng tỉ lệ phần trăm, kiểm định sự khác biệt bằng test Chi-Square (χ^2).

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), phân tích bằng phép kiểm T-test.

Đối với bảng điểm AIMS65: vẽ đường cong ROC, xác định diện tích dưới đường cong ROC, điểm cắt tối ưu, độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm và độ chính xác ở điểm cắt đó.

Xử lý số liệu

Các số liệu được mã hóa và nhập bằng phần mềm Microsoft Excel 2016 và R i386 3.4.3.

3. KẾT QUẢ

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm sống 92 (78,6%)	Nhóm tử vong 25 (21,4%)	p	Chung 117
Tuổi	57,28 ± 10,14	55,04 ± 11,55	0,34	56,8 ± 10,45
Giới				
Nam	69 (75%)	22 (88%)	0,27(*)	91 (77,8%)
Nữ	23 (25%)	3 (12%)		26 (22,2%)
Thời gian nằm viện	5,6 ± 2,71	2,96 ± 3,58	< 0,001	
Bệnh đồng mắc				
Không bệnh đồng mắc	58 (63%)	20 (80%)	0,11	59 (50,4%)
Tăng huyết áp	24 (26,1%)	4 (1,6%)	0,43(*)	28 (23,9%)
Đái tháo đường 2	24 (26,1%)	4 (1,6%)	0,43(*)	28 (23,9%)
Bệnh thận mạn	1 (1,1%)	0	1(*)	1 (0,9%)
Bệnh mạch vành	1 (1,1)	0	1(*)	1 (0,9%)
Nguyên nhân xơ gan				
Viêm gan vi rút B	31 (33,7%)	8 (32%)	0,87	39 (33,3%)
Viêm gan vi rút C	24 (26,1%)	6 (24%)	0,83	30 (25,6%)

Rượu bia	27 (29,3)	11 (44%)	0,17	38 (32,5%)
Khác	10 (10,9%)	0	0,12(*)	10 (8,5%)
HCC	22 (23,9%)	7 (28%)	0,675	29 (24,8%)
Điểm Child-Pugh	8,93 ± 2,06	11,16 ± 2,01	< 0,001	9,41 ± 2,24
Child-Pugh A	13 (14,2%)	1 (4%)	0,001	14 (12%)
Child-Pugh B	44 (47,8%)	4 (16%)		48 (41%)
Child-Pugh C	35 (38%)	20 (80%)		55 (47%)
MELD	15,61 ± 5,12	23,28 ± 9,07	< 0,001	17,3 ± 7
MELD-Na	17,35 ± 6,1	25,96 ± 8,08	< 0,001	19,3 ± 7,5

(*pháp kiểm định Fisher)

Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm	Nhóm sống 92 (78,6%)	Nhóm tử vong 25 (21,4%)	p	Chung 117
Rối loạn tri giác	7 (7,6%)	9 (36%)	< 0,001	16 (13,7%)
Mạch (lần/phút)	99,73 ± 19,19	108,80 ± 19,54	0,39	101,7
Huyết áp tâm thu (mmHg)	115,94 ± 22,69	102 ± 20	0,06	110 (100 - 130)
Biểu hiện XHTH				
Ói máu	62 (67,4%)	18 (72%)	0,66	80 (68,4%)
Tiêu phân đen	61 (66,3%)	16 (64%)	0,83	77 (65,8%)

Đặc điểm cận lâm sàng

Một số đặc điểm cận lâm sàng của mẫu nghiên cứu được ghi nhận trong Bảng 3.

Trong nhóm tử vong, chúng tôi ghi nhận nồng độ albumin máu thấp hơn ($20,92 \pm 6,99$ so với $26,0 \pm 4,84$, $p < 0,0001$), nồng độ INR cao hơn ($2,63 \pm 2,17$ so với $1,71 \pm 0,58$, $p < 0,0001$) và creatinin máu cũng cao hơn ($122,66 \pm 51,13$ so với $82,57 \pm 25,20$, $p < 0,0001$).

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 77,7% bệnh nhân có báng bụng, trong 23,9% báng bụng lượng ít, 23,9% báng bụng lượng trung bình và còn lại 18,8% báng bụng lượng nhiều.

Điểm Child-Pugh trung bình trong nhóm tử vong là $11,16 \pm 2,01$ so với nhóm sống là $8,93 \pm 2,06$ với số $p < 0,0001$.

Bảng 4. Đặc cận lâm sàng của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm sống 92 (78,6%)		Nhóm tử vong 25 (21,4%)		p	Chung 117	
Hgb (g/L)	86,91	± 25,73	77,36	± 26,16	0,10	84,87	± 26,0
Hct (%)	27,14	± 6,94	23,99	± 6,73	0,05	26,47	± 6,99
Albumin (g/L)	26,0	± 4,84	20,92	± 6,99	< 0,001	25,70	± 5,9
Bilirubin (μmol/L)	55,53	± 79,03	86,31	± 86,34	0,09	62,11	± 81,26
INR	1,71	± 0,58	2,63	± 2,17	< 0,001	1,91	± 1,18
Creatinin (μmol/L)	82,57	± 25,20	122,66	± 51,13	< 0,001	91,14	± 36,21

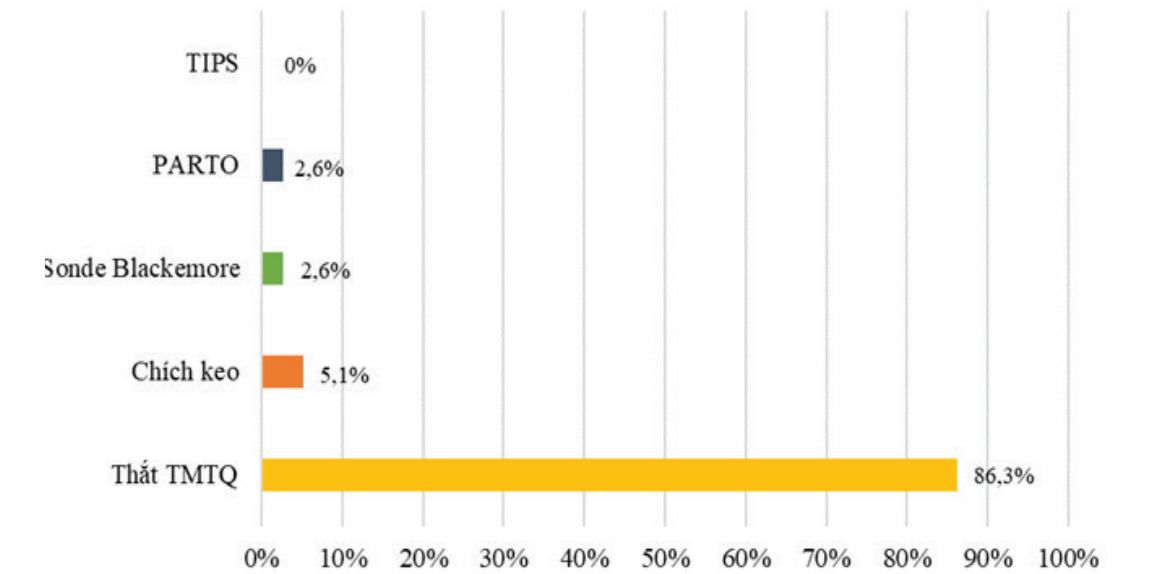
Đặc điểm XHTH trên do tăng áp lực tĩnh mạch cửa trên bệnh nhân xơ gan

Qua nghiên cứu chúng tôi ghi nhận phần lớn bệnh không có rối loạn tri giác (86,30%), mạch trung bình là 101,70 lần/phút và huyết áp tâm thu trung bình là 113 mmHg.

Đối với vị trí xuất huyết, nguyên nhân xuất huyết do vỡ dẫn tĩnh mạch dạ dày là 21 trường hợp (18%), trong đó chúng tôi ghi nhận có 12 trường hợp thuộc nhóm vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản kết hợp với vỡ dẫn tĩnh mạch dạ dày.

Bảng 5. Đặc điểm của XHTH trên do tăng áp lực tĩnh mạch cửa

Đặc điểm	Nhóm sống 92 (78,6%)		Nhóm tử vong 25 (21,4%)		p	Chung 117	
Vị trí dẫn							
TM thực quản	79	(85,9%)	17	(68%)	0,39	96	(82%)
TM dạ dày	13	(14,1%)	8	(32%)		21	(18%)
Độ dẫn TMTQ							
Độ 1	1	(1,1%)	0		0,797	1	(0,9%)
Độ 2	14	(15,2%)	3	(12%)		17	(14,5%)
Độ 3	77	(83,7%)	22	(88%)		99	(84,6%)
Đặc điểm chảy máu							
Nút tiểu cầu	7	(7,6%)	6	(24%)	0,02	13	(11,1%)
Dầu son	66	(71,7%)	14	(56%)	0,13	80	(68,4%)
Đang chảy máu	23	(25%)	6	(24%)	0,92	29	(24,8%)
Dạ dày đọng máu	47	(51,1%)	22	(88%)	0,001	69	(59%)
Điều trị							
Can thiệp cầm máu	87	(94,6%)	22	(88%)	0,25	109	(93,2%)
Sử dụng thuốc cầm máu	87	(94,6%)	25	(100%)	0,23	112	(95,7%)
Truyền máu	59	(64,1%)	23	(92%)	0,007	82	(70,1%)



Biểu đồ 1. Tỷ lệ các phương pháp can thiệp cầm máu trong XHTH trên do tăng áp lực tĩnh mạch cửa

Đa số các bệnh nhân XHTH trên do tăng áp lực tĩnh mạch cửa đều được sử dụng thuốc co mạch tạng đường tĩnh mạch (95,70%) và nội soi tiêu hóa trên để cột thắt búi tĩnh mạch (86,30%). Phương pháp chích keo qua nội soi có 6 trường hợp (5,10%) trong trường hợp XHTH trên do vỡ TM phình vị. Đặt sonde Blackemore (2,60%) và phương pháp can thiệp mạch máu PARTO (2,60%) được áp dụng cho các trường thất bại với cầm máu bằng nội soi.

Kết cục của nghiên cứu

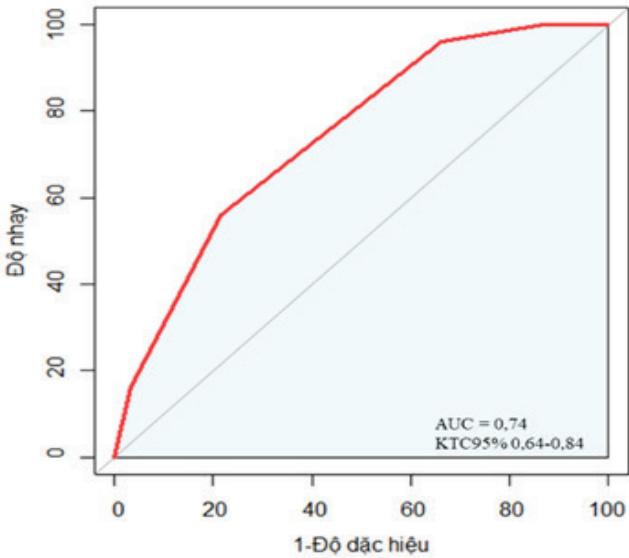
Qua 6 tuần nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận:

- Tử vong: 25 bệnh nhân (21,4%)
- Tái xuất huyết: 7 bệnh nhân (6%)

Bảng 6. Bảng điểm AIMS65 giữa 2 nhóm sống và tử vong

Điểm AIMS65	Kết cục tử vong		p
	Sống (n = 92)	Tử vong (n = 25)	
	1,78 ± 1	2,68 ± 0,80	< 0,001

Điểm AIMS65 trung bình của nhóm bệnh nhân tử vong và sống có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.



Hình 1. Đường cong ROC của bảng điểm AIMS65 trong kết cục tử vong.
Diện tích dưới đường cong ROC của AIMS65 là 0,74, có khả năng tiên lượng mức độ trung bình.

Bảng 7. Các điểm cắt tham khảo

Điểm	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)
≥ 1	100%	0
≥ 2	100%	13,04%
≥ 3	96%	33,70%
≥ 4	56%	78,26%
≥ 5	16%	96,73%

Điểm cắt ≥ 3
Độ nhạy 96%
Độ đặc hiệu 33,7%
Giá trị tiên đoán dương 41,2%

Giá trị tiên đoán âm 86,8%

Bảng 8. Mối liên quan giữa tử vong và bảng điểm AIMS65

	Kết cục XHTH			p
	Điểm cắt	Sống (n = 92)	Tử vong (n = 25)	
Điểm AIMS65	≤ 3	72 (78,3%)	11 (44%)	0,001
	≥ 3	20 (21,7%)	14 (56%)	

Khi phân tích điểm AIMS65 theo 2 nhóm dựa trên điểm cắt là 3 thì ghi nhận điểm AIMS65 có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tử vong 6 tuần với $p = 0,001$

Khi xét hồi qui đơn biến giữa điểm AIMS65 và tử vong 6 tuần thì ghi nhận khi bệnh nhân XHTH trên do tăng áp lực tĩnh mạch cửa có điểm AIMS65 tăng thêm 1 điểm thì tăng 2,86 lần nguy cơ tử vong.

4. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận bảng điểm AIMS65 có giá trị trung bình trong nhóm tử vong là $2,68 \pm 0,80$ so với nhóm sống là $1,78 \pm 1$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm với $p < 0,001$. Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả của Wang và cộng sự, tác giả ghi nhận điểm AIMS65 trung bình trong nhóm tử vong là $2,6 \pm 1,1$ và nhóm sống là $1,2 \pm 1,1$, với số $p < 0,01$ [19]. Một nghiên cứu khác của Mohammad và cộng sự ghi nhận điểm AIMS65 trung bình trong nhóm tử vong là $3,13 \pm 0,35$ cao hơn so với chúng tôi, và nhóm sống là $1,09 \pm 0,89$, và có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm [12].

Khi tính toán diện tích dưới đường cong ROC đối với kết cục tử vong, kết quả chúng tôi ghi nhận diện tích dưới đường cong là 0,74 với khoảng tin cậy 95% là 0,64 - 0,84. Điều này cho thấy điểm AIMS65 có khả năng tiên lượng trung bình đối với kết cục tử vong trong 6 tuần. Tương tự với kết quả mà chúng tôi thu được, nghiên cứu của Robertson trên 223 bệnh nhân xơ gan với biến chứng XHTH trên do tăng áp lực tĩnh mạch cửa, tác giả ghi nhận giá trị diện tích dưới đường cong ROC của bảng điểm AIMS65 là 0,8[22]. Trong nghiên cứu của Wang ghi nhận diện tích dưới đường cong 0,808. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều được điều trị chuẩn theo Hội đồng thuận Baveno V và các hướng dẫn của Hội gan mật Trung Quốc[19].

Điểm cắt tối ưu của chúng tôi đối với kết cục tử vong trong 6 tuần theo phương pháp Youden là 4 điểm với độ nhạy là 56% và độ đặc hiệu là 78,3%, giá trị tiên đoán dương là

41,2%, giá trị tiên đoán âm 86,8%. Tuy nhiên tại điểm cắt bằng 3 thì độ nhạy là 96% và độ đặc hiệu là 33,7%, giá trị tiên đoán dương là 28,2% và giá trị tiên đoán âm là 96,9%. Với mục đích đề sàng lọc và phân tầng nguy cơ ban đầu, chúng tôi chọn điểm cắt bằng 3 để có độ nhạy cao nhất (96%). Tại điểm cắt tối ưu là 3 điểm, chúng tôi ghi nhận bệnh nhân nhóm nguy cơ thấp (0-2 điểm) có 13,3% nguy cơ tử vong trong 6 tuần. Ngược lại, nhóm nguy cơ cao (≥ 3 điểm) có 41,2 % nguy cơ tử vong và cao hơn 2,86 lần so với nhóm có điểm AIMS65 nhỏ hơn 3. Trong nghiên cứu gốc của Saltzman và cộng sự chọn điểm cắt bằng 2 cho kết cục tử vong nội viện, với độ nhạy là 79%, độ đặc hiệu là 61%, giá trị tiên đoán dương là 5,3% và giá trị tiên đoán âm là 99,1%[14]. Điểm cắt này thấp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi. Điều này là phù hợp vì trong bảng điểm AIMS65 có 5 thành phần thì 3 trong số 5 thành phần đó là albumin (A), INR (I) và tình trạng tri giác (M) phản ánh một phần mức độ nặng của bệnh gan. Ngoài ra, nghiên cứu chúng tôi chỉ chọn đối tượng là bệnh nhân xơ gan kèm biến chứng XHTH trên do tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Điểm cắt của AIMS65 đối với kết cục tử vong trong 6 tuần trong nghiên cứu chúng tôi tương tự với điểm cắt trong nghiên cứu của Robertson và cộng sự, tại điểm cắt bằng 3 có độ nhạy là 68% và độ đặc hiệu là 80% [22]. Tuy nhiên, giá trị này lại thấp hơn trong nghiên cứu của Wang và cộng sự năm 2018 với điểm cắt của bảng điểm AIMS65 mà tác giả chọn là 2 điểm tương tự như của Saltzman và thấp hơn nghiên cứu chúng tôi. Tại

điểm cắt này, tác giả ghi nhận độ nhạy là 56,5% và độ đặc hiệu là 88,8% [19].

Bảng điểm AIMS65 bao gồm 3 thành phần trong bảng điểm Child-Pugh là albumin, INR và tình trạng giác. Ngoài ra, bảng điểm AIMS65 còn bao gồm 2 thành phần quan trọng khác là huyết áp tâm thu và tuổi, là 2 yếu tố quan trọng và có ý nghĩa trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân XHTH nói chung cũng như XHTH do tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Qua 2 nghiên cứu trên, tác giả Robertson và Wang đều kết luận rằng bảng điểm AIMS65 là một bảng điểm mới những ưu điểm như đơn giản, dễ sử dụng và tính chính xác cao, có giá trị trong việc tiên lượng tử vong trong 6 tuần ở những bệnh nhân xơ gan kèm XHTH trên do tăng áp lực tĩnh mạch. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế như số lượng bệnh nhân ít, được thực hiện tại một bệnh viện. Vì vậy, để xác định rõ giá trị của bảng điểm AIMS65 trong tiên lượng 6 tuần

cần các nghiên cứu lớn hơn và so sánh với các bảng điểm đã được chứng minh.

5. KẾT LUẬN

Điểm AIMS65 trong hai nhóm tử vong và sống lần lượt là 2,68 và 1,78 và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Khi lựa chọn điểm cắt của bảng điểm AIMS65 là 3 điểm ghi nhận bệnh nhân XHTH trên do tăng áp lực tĩnh mạch cửa có điểm AIMS65 ≥ 3 có nguy cơ tử vong cao hơn gấp 2,86 lần so với nhóm có điểm AIMS65 < 3 điểm. Diện tích dưới đường cong ROC là 0,74 với khoảng tin cậy 95% là 0,64 - 0,84. Như vậy, trong thực hành lâm sàng, bảng điểm AIMS65 có thể áp dụng để tiên lượng kết cục tử vong trong 6 tuần cho bệnh nhân xơ gan kèm XHTH trên vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản hoặc dạ dày với những thông số lâm sàng và cận lâm sàng đơn giản, ngay cả khi bệnh nhân chưa kịp có kết quả nội soi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Asrani S. K., Devarbhavi H., Eaton J., et al. (2019), "Burden of liver diseases in the world", *Journal of hepatology*, 70 (1), pp. 151-171.
2. Bosch J., García-Pagán, Carlos J. (2003), "Prevention of variceal rebleeding", *The Lancet*, 361 (9361), pp. 952-954.
3. Carbonell N., Pauwels A., Serfaty L., et al. (2004), "Improved survival after variceal bleeding in patients with cirrhosis over the past two decades", *Hepatology*, 40 (3), pp. 652-659.
4. Czernichow P., Hochain P., Noursbaum J.-B., et al. (2000), "Epidemiology and course of acute upper gastrointestinal haemorrhage in four French geographical areas", *European journal of gastroenterology & hepatology*, 12 (2), pp. 175-181.
5. De Franchis R. (2010), "Revising consensus in portal hypertension: report of the Baveno V consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension", *Journal of hepatology*, 53 (4), pp. 762-768.
6. De Franchis R. J. o. h. (2015), "Expanding consensus in portal hypertension: Report of the Baveno VI Consensus Workshop: Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension", *Journal of hepatology*, 63 (3), pp. 743-752.
7. European Association for the Study of the Liver (2018), "EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis", *Journal of hepatology*, 69 (2), pp. 406-460.
8. Garcia-Tsao G., Abraldes J. G., Berzigotti A., et al. (2017), "Portal hypertensive bleeding in cirrhosis: Risk stratification, diagnosis, and management: 2016 practice guidance by the American Association for the study of liver diseases", *Hepatology*, 65 (1), pp. 310-335.
9. Gralnek I. M., Dumonceau J.-M., Kuipers E. J., et al. (2015), "Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline", *European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE)*, 47 (10), pp. a1-a46.
10. Jepsen P., Ott P., Andersen P. K., et al.

- (2010), "Clinical course of alcoholic liver cirrhosis: a Danish population-based cohort study", *Hepatology*, 51 (5), pp. 1675-1682.
11. Laine L., Jensen D. M. (2012), "Management of patients with ulcer bleeding", *American Journal of Gastroenterology*, 107 (3), pp. 345-360.
12. Mohammad A. N., Morsy K. H., Ali M. A. (2016), "Variceal bleeding in cirrhotic patients: What is the best prognostic score", *Turk J Gastroenterol*, 27 (5), pp. 464-9.
13. Mokdad A. A., Lopez A. D., Shahraz S., et al. (2014), "Liver cirrhosis mortality in 187 countries between 1980 and 2010: a systematic analysis", *BMC medicine*, 12 (1), pp. 145.
14. Saltzman J. R., Tabak Y. P., Hyett B. H., et al. (2011), "A simple risk score accurately predicts in-hospital mortality, length of stay, and cost in acute upper GI bleeding", *Gastroenterology endoscopy*, 74 (6), pp. 1215-1224.
15. Siau K., Chapman W., Sharma N., et al. (2017), "Management of acute upper gastrointestinal bleeding: an update for the general physician", *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 47 (3), pp. 219.
16. Stanley A. J., Laine L. (2019), "Management of acute upper gastrointestinal bleeding", *Bmj*, 364, pp. l536.
17. Sung J. J., Chiu P. W., Chan F. K., et al. (2018), "Asia-Pacific working group consensus on non-variceal upper gastrointestinal bleeding: an update 2018", *Gut*, 67 (10), pp. 1757-1768.
18. Van Leerdam M. (2008), "Epidemiology of acute upper gastrointestinal bleeding", *Best practice & research Clinical gastroenterology*, 22 (2), pp. 209-224.
19. Wang F., Cui S., Wang F., et al. (2018), "Different scoring systems to predict 6-week mortality in cirrhosis patients with acute variceal bleeding: a retrospective analysis of 202 patients", *Scandinavian journal of gastroenterology*, 53 (7), pp. 885-890.
20. Fortune B. E., Garcia-Tsao G., Ciarleglio M., et al. (2017), "Child-Turcotte-Pugh Class is best at stratifying risk in variceal hemorrhage: analysis of a US multi-center prospective study", 51 (5), pp. 446.
21. Reverter E., Tandon P., Augustin S., et al. (2014), "A MELD-based model to determine risk of mortality among patients with acute variceal bleeding", 146 (2), pp. 412-419. e3.
22. Robertson M., Ng J., Abu Shawish W., et al. (2019), "Risk stratification in acute variceal bleeding: Comparison of the AIMS65 score to established upper gastrointestinal bleeding and liver disease severity risk stratification scoring systems in predicting mortality and rebleeding", *Digestive Endoscopy*.