

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CỦA THANG ĐIỂM MAP (ASH) TRONG TIỀN LƯỢNG CHẢY MÁU TIÊU HÓA DO VỠ GIÃN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN, TĨNH MẠCH PHÌNH VỊ Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN

Nguyễn Thị Huyền Trang¹, Trần Thị Ánh Tuyết¹, Nguyễn Văn Mạnh¹,
Trần Tùng Lâm¹, Nguyễn Anh Tuấn¹, Đinh Trường Giang¹,
Nguyễn Thị Huế¹, Mai Thị Hoài¹, Mai Thanh Bình¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá giá trị của thang điểm MAP (ASH) trong tiên lượng tái chảy máu sớm và tử vong nội viện của chảy máu tiêu hóa (CMTH) do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản (TMTQ), tĩnh mạch phình vị (TMPV) ở bệnh nhân xơ gan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, không nhóm chứng, hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 197 bệnh nhân xơ gan có biến chứng CMTH do vỡ giãn TMTQ, TMPV điều trị tại Viện điều trị các bệnh Tiêu hóa – Bệnh viện TỰ QĐ 108 từ tháng 9/2022 đến tháng 12/2023. Tính điểm MAP (ASH) và đối chiếu với tỷ lệ tái chảy máu sớm và tử vong nội viện, so sánh giá trị tiên lượng với thang điểm Child-Pugh và AIMS65. **Kết quả:** Điểm MAP (ASH) trung bình là $3,64 \pm 1,68$; thang điểm MAP (ASH) có giá trị tiên lượng tốt đối với tử vong nội viện, với AUROC 0,812, KTC 95%: 0,704-0,920 ($p < 0,01$), tại điểm cắt 5 có độ nhạy 55,6%, độ đặc hiệu 92,2%; có giá trị tiên lượng khá đối với tái chảy máu sớm, với AUROC 0,787, KTC 95%: 0,659-0,916 ($p < 0,01$), tại điểm cắt 4 có độ nhạy là 71,4%, độ đặc hiệu 78,1%. Thang điểm MAP(ASH) dường như có giá trị tiên lượng tái chảy máu tốt hơn Child-Pugh; trong tiên lượng tử vong nội viện không có sự khác biệt giữa 3 thang điểm. **Kết luận:** MAP(ASH) là thang điểm có giá trị trong tiên lượng nguy cơ tái chảy máu và tử vong nội viện ở bệnh nhân xơ gan có biến chứng CMTH do vỡ giãn TMTQ, TMPV. **Từ khóa:** Thang điểm MAP (ASH); CMTH do vỡ giãn TMTQ, TMPV; xơ gan.

SUMMARY

EVALUATION OF THE PROGNOSTIC VALUE OF THE MAP (ASH) SCORE IN EARLY REBLEEDING AND IN-HOSPITAL MORTALITY IN CIRRHOTIC PATIENTS WITH GASTROINTESTINAL BLEEDING FROM ESOPHAGEAL VARICES AND GASTRIC VARICES

Objective: Assess the value of the MAP (ASH) score in predicting early rebleeding and in-hospital mortality in patients with cirrhosis experiencing gastrointestinal bleeding (GIB) due to ruptured

esophageal varices (REV) and gastric varices (GV). **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study, non-control group, combined retrospective and prospective study on 197 cirrhotic patients with complications of GIB from REV and GV treated at Military Central Hospital 108 from September 2022 to December 2023. MAP (ASH) scores were calculated and compared with early rebleeding and in-hospital mortality rates. The predictive value was also compared with the Child-Pugh and AIMS65 scores. **Results:** The average MAP (ASH) score was 3.64 ± 1.68 . The MAP (ASH) score showed good predictive value for in-hospital mortality with an AUROC of 0.812; 95% CI: 0.704-0.920; $P < 0.01$. At a cut-off of 5, it had a sensitivity of 55.6% and a specificity of 92.2%. The MAP (ASH) score demonstrated acceptable predictive value for early rebleeding with an AUROC of 0.787; 95% CI: 0.659-0.916, $P < 0.01$. At a cutoff of 4, it had a sensitivity of 71.4% and a specificity of 78.1%. Regarding early rebleeding, the MAP (ASH) score performed better predictive value than the Child-Pugh score, while regarding in-hospital mortality, there was no significant difference among the three scoring systems. **Conclusion:** The MAP (ASH) score is a valuable prognostic tool for predicting the risk of early rebleeding and in-hospital mortality in cirrhotic patients with GIB complications from REV and GV. **Keywords:** MAP (ASH) Score; Gastrointestinal bleeding from ruptured esophageal varices, gastric varices; Cirrhosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu tiêu hóa (CMTH) cấp tính do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản (TMTQ), tĩnh mạch phình vị (TMPV) là một trong những biến chứng nguy hiểm nhất của xơ gan, là nguyên nhân gây ra khoảng 1/3 số ca tử vong liên quan đến xơ gan, chiếm khoảng 30% các nguyên nhân gây CMTH cao nói chung [6]. Mặc dù có nhiều tiến bộ trong điều trị, nhưng nhìn chung tỉ lệ tử vong trong mỗi đợt CMTH do vỡ giãn tĩnh mạch vẫn còn cao dao động khoảng 15-25% sau sáu tuần, chủ yếu do tình trạng mất máu nhiều, khó kiểm soát nguồn chảy máu và mức độ nặng của bệnh nền xơ gan [3, 6].

Việc tiên lượng CMTH do vỡ giãn TMTQ thường khó khăn, nhiều hệ thống tính điểm đã được áp dụng như điểm Child-Pugh, mô hình bệnh gan giai đoạn cuối (MELD), AIMS65, Rockall..., tuy nhiên chưa có thang điểm nào

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
Chịu trách nhiệm chính: Mai Thanh Bình
Email: maibinhthieuhoa108@gmail.com
Ngày nhận bài: 11.3.2024
Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024
Ngày duyệt bài: 29.5.2024

thực sự tối ưu, một số thang điểm chứa yếu tố mang tính chủ quan hoặc tính toán còn phức tạp, một số nghiên cứu cho thấy giá trị của những thang điểm này chưa cao trong tiên lượng nguy cơ tái chảy máu và tử vong [5].

MAP(ASH) là một thang điểm mới, được nhóm tác giả Redondo-Cerezo E. và cộng sự nghiên cứu và đề xuất năm 2019 với mục đích xây dựng một thang điểm đơn giản, dễ tính toán, có giá trị tốt trong tiên lượng và dự đoán nhu cầu can thiệp y khoa ở bệnh nhân CMTH cao [7]. Thang điểm này sử dụng 6 tiêu chí tương ứng với mỗi chữ cái bao gồm: M (Altered mental status): rối loạn tri giác (Glasgow <15); A: điểm ASA >2; P (pulse): nhịp tim >100 lần/phút, A: Albumin < 25g/L; S (Systolic blood pressure): huyết áp tâm thu <90mmHg; H: Hemoglobin <100g/L; giá trị điểm từ 0-9 điểm. Một số nghiên cứu bước đầu cho thấy thang điểm có giá trị khá tốt trong tiên lượng tử vong, tái chảy máu và nhu cầu can thiệp y khoa (truyền máu, nội soi...) ở bệnh nhân CMTH cao [5, 7]. Ở Việt Nam, thang điểm MAP (ASH) bước đầu được nghiên cứu tiên lượng bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa, tuy nhiên số lượng nghiên cứu còn ít, và tập trung vào những bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa không do hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa [1]. Do đó, nghiên cứu của chúng tôi tập trung vào đánh giá giá trị của thang điểm này trong tiên lượng bệnh nhân CMTH cấp tính do vỡ giãn TMTQ, TMPV do xơ gan. Mục tiêu của đề tài: "Đánh giá giá trị của thang điểm MAP(ASH) trong tiên lượng tái chảy máu sớm và tử vong nội viện của CMTH do vỡ giãn TMTQ, TMPV ở bệnh nhân xơ gan".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 197 bệnh nhân được chẩn đoán CMTH do vỡ giãn TMTQ, TMPV trên nền xơ gan, điều trị tại Viện điều trị các bệnh tiêu hóa – Bệnh viện TWQĐ 108, thời gian từ 3/2022 đến tháng 12/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân nhập viện với tình trạng nôn ra máu và/hoặc đại tiện phân đen, được thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng, nội soi dạ dày – thực quản và chẩn đoán xác định CMTH do vỡ giãn TMTQ, TMPV trên nền xơ gan.

Tiêu chuẩn loại trừ: CMTH cao do nguyên nhân khác như hội chứng Mallory-Wiess, loét thực quản, loét dạ dày-tá tràng...; CMTH do vỡ giãn tĩnh mạch trong hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa (HCTALMTC) nhưng không do xơ gan; bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang không nhóm chứng. Tất cả bệnh nhân chọn vào nghiên cứu được khai thác tiền sử (tiền sử CMTH, bệnh lý về gan, bệnh đồng mắc khác); 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 (tổng phân tích máu, sinh hóa máu, đông máu) để chẩn đoán và điều trị.

Tiến hành nội soi cấp cứu ngay khi tình trạng huyết động cho phép, đánh giá mức độ giãn TMTQ, TMPV; tình trạng đang chảy máu (máu đang chảy từ các búi giãn) hay đã cầm máu (cục máu đông, nút tiểu cầu); tiến hành các can thiệp điều trị như thắt búi giãn bằng vòng cao su, tiêm xơ búi giãn (Histoacryl), TIPs phù hợp với chỉ định [3, 6].

Tính toán các thang điểm MAP(ASH), Child-Pugh, AIMS65. Trong đó thang điểm MAP(ASH) được tính theo 6 tiêu chí do nhóm tác giả Redondo-Cerezo E. và cộng sự đề xuất, tổng điểm có giá trị từ 0-9 điểm [7], bao gồm:

Tiêu chí	Điểm số
M: (Altered mental status) rối loạn tri giác (Glasgow <15)	1
A: điểm ASA >2 (*)	1
P: (pulse) nhịp tim >100 lần/phút	1
A: Albumin < 25g/L	2
S: (Systolic blood pressure): huyết áp tâm thu <90mmHg	2
H: Hemoglobin <100g/L	2

(*) Điểm ASA là bảng điểm phân loại tình trạng sức khỏe của Hiệp hội bác sỹ gây mê Hoa Kỳ.

Nguy cơ rủi ro của bệnh nhân được chia thành nguy cơ thấp đối với bệnh nhân có điểm 0 – 1, nguy cơ trung bình với điểm 2 – 5 và nguy cơ tử vong cao đối với bệnh nhân có MAP(ASH) ≥6.

Tỷ lệ tử vong, can thiệp, tái xuất huyết và điều trị tại khoa hồi sức trong UGIB cho người lớn tuổi có thể được dự đoán tốt bằng cách sử dụng MAP(ASH). Đây là thang điểm rủi ro trước nội soi để dự đoán can thiệp lâm sàng và dự đoán nguy cơ tử vong.

Tất cả bệnh nhân được điều trị theo phác đồ thống nhất tại bệnh viện TWQĐ 108, bao gồm bồi phụ khối lượng tuần hoàn, cầm máu (bất động, nội soi can thiệp, thuốc cầm máu, thuốc giảm ALTMC...), truyền máu theo chỉ định, dự phòng bệnh não gan và nhiễm khuẩn theo hướng dẫn của các Hiệp hội lâm sàng và đồng thuận Baveno VII [3, 6]. Theo dõi tình trạng tái chảy máu sớm và tử vong nội viện trong thời gian điều trị tại bệnh viện. Tái chảy máu xảy ra trong vòng 5 ngày tính từ lúc nhập viện, biểu

hiện nôn máu tươi sau 2 giờ trở lên sau khi điều trị thuốc hoặc cầm máu bằng nội soi đặc hiệu; hoặc xét nghiệm có giảm Hemoglobin từ 30g/L trở lên (khoảng 9% Hemotocrit) ở bệnh nhân không truyền máu trong vòng 24 giờ.

Xử lý và phân tích số liệu: bằng phần mềm thống kê y học SPSS 25.0, phần mềm MedCalc, vẽ biểu đồ trên Excel 2016. Kiểm định so sánh giữa các tỷ lệ bằng test Chi- bình phương (χ^2) hoặc Fisher's Exact Test. 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 2x2 để xác định lại độ nhạy (Se), độ đặc hiệu (Sp), giá trị tiên đoán dương (PPV) và giá trị tiên đoán âm (NPV). Dùng kiểm định De long để so sánh diện tích dưới đường cong ROC giữa các thang điểm. Kết quả có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng, nội soi và diễn biến nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Bảng 3.1. Một số đặc điểm lâm sàng, nội soi của đối tượng nghiên cứu (n = 197)

Chỉ tiêu		X ± SD hoặc n (%)
Tuổi trung bình		56,2 ± 10,8
Giới	Nam	185 (93,9)
	Nữ	12 (6,1)
Triệu chứng lâm sàng lúc nhập viện	Nôn ra máu	46 (23,3)
	Đại tiện phân đen	50 (25,4)
	Nôn ra máu và đại tiện phân đen	101 (51,3)
Tiền sử xơ gan	Có	172 (87,3)
	Không	25 (12,7)
Tiền sử CMTH do vỡ giãn TMTQ, TMPV	Có	112 (56,9)
	Không	85 (43,1)
Phân độ giãn	Không giãn	4 (2,0)

Bảng 3.4. Mối liên quan của các thang điểm với tái chảy máu sớm, tử vong nội viện

Điểm số trung bình	Tái chảy máu sớm			Tử vong nội viện		
	Không	Có	p	Không	Có	p
MAP(ASH)	3,51 ± 1,59	5,43 ± 1,78	< 0,01	3,44 ± 1,51	5,67 ± 1,94	< 0,01
Child-Pugh	8,42 ± 2,16	9,79 ± 2,19	< 0,05	7,97 ± 2,01	11,0 ± 2,35	< 0,01
AIMS65	1,40 ± 1,04	2,50 ± 1,09	< 0,01	1,35 ± 0,96	2,78 ± 1,35	< 0,01

Nhận xét: Điểm số trung bình các thang điểm ở nhóm tái chảy máu sớm và tử vong nội viện đều cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có diễn biến này ($p < 0,01$)

Bảng 3.5. Giá trị của điểm các thang điểm trong tiên lượng tái chảy máu sớm

Thang điểm	Điểm cắt	AUROC	KTC 95%	Se (%)	Sp (%)	PPV (%)	NPV (%)	p
------------	----------	-------	---------	--------	--------	---------	---------	---

TMTQ	Độ I	4 (2,0)
	Độ II	31 (15,8)
	Độ III	158 (80,2)
Giãn TMPV	Có	122 (61,9)
	Không	61 (31,0)
	Khó quan sát	14 (7,1)
Tình trạng chảy máu búi giãn	Đang chảy máu	40 (20,3)
	Đã cầm máu	157 (79,7)

Nhận xét: Tuổi trung bình nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu là 56,2 ± 10,8 với nam giới chiếm đa số (93,9%), tỉ lệ nam/nữ: 15,4/1. Có 87,3% bệnh nhân có tiền sử xơ gan và 56,9% đã từng CMTH do vỡ giãn TMTQ và/hoặc TMPV. Triệu chứng nhập viện hay gặp là nôn ra máu và đại tiện phân đen (51,3%).

Kết quả nội soi dạ dày – thực quản: TMTQ giãn độ III gặp ở 80,6% bệnh nhân, giãn TMPV gặp ở 31,3% bệnh nhân; 41 bệnh nhân (20,4%) phát hiện thấy tình trạng đang chảy máu từ búi giãn tĩnh mạch cần can thiệp cầm máu cấp cứu.

Bảng 3.2. Tỷ lệ tái chảy máu sớm và tử vong nội viện ở nhóm nghiên cứu (n = 197)

	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tái chảy máu sớm	14	7,1
Tử vong nội viện	18	9,1

Nhận xét: Có 7,1% bệnh nhân tái chảy máu sớm và 9,1% bệnh nhân tử vong nội viện

3.2. Đặc điểm các thang điểm MAP (ASH), Child-Pugh, AIMS65

Bảng 3.3. Đặc điểm các thang điểm MAP (ASH), Child-Pugh, AIMS65 (n=197)

Thang điểm	Trung bình (Nhỏ nhất - Lớn nhất)	
MAP(ASH)	3,64±1,68 (1 - 9)	
AIMS65	1,48±1,08 (0 - 4)	
	8,51±2,18 (5 - 15)	
Child-Pugh	CP-A (n, %)	42 (21,3)
	CP-B (n, %)	98 (49,8)
	CP-C (n, %)	57 (28,9)

Nhận xét: Điểm MAP(ASH), Child-Pugh, AIMS65 trung bình lần lượt là 3,64 ± 1,68; 8,51 ± 2,18; 1,48 ± 1,08.

MAP(ASH)	4	0,787	0,659-0,916	71,4	78,1	20,0	97,3	< 0,01
Child-Pugh	9	0,674	0,534-0,814	57,1	73,2	14,0	95,7	< 0,01
AIMS65	1	0,755	0,640-0,870	85,7	56,3	13,0	98,1	< 0,01

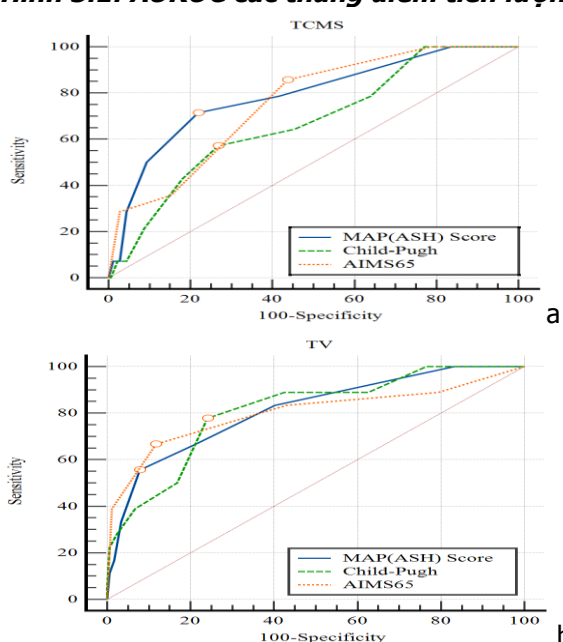
Nhận xét: Thang điểm MAP(ASH) và AIMS65 có giá trị khá tốt trong tiên lượng tái chảy máu sớm với AUROC lần lượt là 0,787 và 0,755. Thang điểm Child-Pugh chỉ có giá trị tiên lượng trung bình với AUROC 0,674.

Bảng 3.6. Giá trị của điểm các thang điểm trong tiên lượng tử vong nội viện

Thang điểm	Điểm cắt	AUROC	KTC 95%	Se (%)	Sp (%)	PPV (%)	NPV (%)	p
MAP(ASH)	5	0,812	0,704-0,920	55,6	92,2	41,7	95,4	< 0,01
Child-Pugh	9	0,810	0,708-0,912	77,8	79,0	24,6	97,1	< 0,01
AIMS65	2	0,801	0,663-0,939	66,7	88,3	36,4	96,3	< 0,01

Nhận xét: Các thang điểm MAP(ASH), Child-Pugh, AIMS65 đều có giá trị tốt trong tiên lượng tử vong nội viện với AUROC lần lượt là 0,812; 0,810; 0,801.

Hình 3.1: AUROC các thang điểm tiên lượng tái chảy máu sớm (a) và tử vong nội viện (b)



Bảng 3.7. So sánh AUROC thang điểm MAP(ASH) với Child-Pugh, AIMS65 trong tiên lượng tái chảy máu sớm

		Child-Pugh	AIMS65
MAP(ASH)	Δ AUROC	0,113	0,033
	z statistic	1,968	0,457
	p	0,049	0,647

Nhận xét: Trong tiên lượng tái chảy máu sớm, thang điểm MAP(ASH) có AUROC lớn hơn Child-Pugh là 0,113, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$); lớn hơn AIMS65 là 0,033 sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.8. So sánh AUROC thang điểm MAP(ASH) với Child-Pugh, AIMS65 trong tiên lượng tử vong nội viện

		Child-Pugh	AIMS65
MAP(ASH)	Δ AUROC	0,002	0,011
	z statistic	0,057	0,242

	p	0,954	0,809
--	---	-------	-------

Nhận xét: Trong tiên lượng tử vong nội viện, thang điểm MAP(ASH) có AUROC lớn hơn Child-Pugh và AIMS65 lần lượt là 0,002 và 0,011. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu. Kết quả ở bảng 3.1 trong nhóm nghiên cứu có tuổi trung bình là $56,2 \pm 10,8$ với nam giới chiếm đa số (93,9%), tỉ lệ nam/nữ: 15,4/1. Có 87,3% bệnh nhân có tiền sử xơ gan và 56,9% đã từng CMTH do vỡ giãn TMTQ và/hoặc TMPV. Kết quả này tương đương với nhiều báo cáo trước đây, của tác giả Võ Duy Thông (2016) là $55,7 \pm 13$ [2]; Zou D. và CS (2016) là $55,9 \pm 12,1$ [8]. Xơ gan là một quá trình bệnh lý mạn tính kéo dài hàng chục năm, thông thường bắt đầu từ lứa tuổi thanh thiếu niên và có thể mắc tuổi 40 - 65 là thời điểm bộc lộ rõ triệu chứng của xơ gan; nam giới hay gặp hơn nữ giới và thường phải nhập viện nhiều lần do các biến chứng, đặc biệt là biến chứng CMTH do vỡ búi giãn tĩnh mạch.

Triệu chứng nhập viện hay gặp là nôn ra máu và đại tiện phân đen (51,3%). Nghiên cứu của Elsafty R.E. và CS (2021) cũng ghi nhận bệnh nhân thường nhập viện với đồng thời 2 triệu chứng nôn máu và đại tiện phân đen (64%). Chảy máu do vỡ giãn TMTQ, TMPV ở bệnh nhân xơ gan thường nặng nề, số lượng nhiều, đôi khi bệnh nhân ộc ra máu tươi mà không có bất cứ triệu chứng tiên triệu nào.

Kết quả nội soi dạ dày - thực quản: đa số bệnh nhân có giãn TMTQ độ III (80,6%), giãn TMPV gặp ở 31,3% bệnh nhân; 41 bệnh nhân (20,4%) phát hiện thấy tình trạng đang chảy máu từ búi giãn tĩnh mạch cần can thiệp cầm

máu cấp cứu. Kết quả này cũng tương đương với nhiều báo cáo của các tác giả trên thế giới [5, 7].

4.2. Đặc điểm một số diễn biến lâm sàng. Tất cả bệnh nhân được điều trị theo một phác đồ thống nhất tại bệnh viện TWQĐ 108, theo hướng dẫn của đồng thuận Baveno VII (2022) và các Hiệp hội lâm sàng, trong quá trình theo dõi chúng tôi ghi nhận có 7,1% bệnh nhân tái chảy máu sớm và 9,1% bệnh nhân tử vong nội viện. Kết quả này phù hợp với các báo cáo trước đây ước tính tỉ lệ tử vong trong mỗi đợt CMTH cấp do vỡ giãn tĩnh mạch ở bệnh nhân xơ gan dao động từ 10-20% [4]. Đây là một biến chứng nặng nề ở bệnh nhân xơ gan, là nguyên nhân gây ra khoảng 1/3 số ca tử vong liên quan đến xơ gan, mặc dù có nhiều tiến bộ trong điều trị tuy nhiên tỉ lệ tử vong còn cao, chủ yếu do thất bại trong các biện pháp kiểm soát tình trạng chảy máu, do đó đòi hỏi phải tiên lượng sớm nhóm nguy cơ cao để có các biện pháp điều trị tích cực.

4.3. Đặc điểm thang điểm MAP(ASH) và giá trị trong tiên lượng CMTH do vỡ giãn TMTQ, TMPV. Kết quả ở bảng 3.3: Điểm MAP(ASH) trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $3,64 \pm 1,68$. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của tác giả Jimenez-Rosales R. và cộng sự (2023) trên 795 bệnh nhân CMTH cao (trong đó nguyên nhân do giãn tĩnh mạch chiếm 13,5%) có điểm trung bình là $3,27 \pm 2,09$.

Trong tiên lượng tái chảy máu sớm: chúng tôi nhận thấy điểm MAP(ASH) trung bình ở nhóm có tái chảy máu sớm là $5,43 \pm 1,78$, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có diễn biến này ($p < 0,01$) (bảng 3.4). Khảo sát diện tích dưới đường cong ROC, thang điểm MAP(ASH) có giá trị tiên lượng khá, với AUROC 0,787, KTC 95%: 0,659-0,916 ($p < 0,01$), tại điểm cắt 4 có độ nhạy là 71,4%, độ đặc hiệu 78,1% (bảng 3.5). Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Li Y. và cộng sự (2022) trên 1260 bệnh nhân CMTH cao, được chia thành 2 nhóm gồm 530 bệnh nhân lớn tuổi (≥ 65 tuổi) và 730 bệnh nhân trẻ tuổi hơn (< 65 tuổi) có AUROC là 0,768 và 0,731 ở mỗi nhóm tương ứng [5]. Tuy nhiên nghiên cứu của Jimenez-Rosales R. và cộng sự (2023) chỉ ghi nhận giá trị tiên lượng ở mức độ trung bình với AUROC là 0,67; nghiên cứu của Võ Duy Thông và cộng sự (2023) trên nhóm bệnh nhân CMTH không do giãn tĩnh mạch cũng ghi nhận AUROC tiên lượng tái chảy máu là 0,62. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể xuất phát từ cỡ mẫu, tiêu chí lựa chọn bệnh nhân tham gia

nghiên cứu, trình độ can thiệp điều trị của các cơ sở y tế khác nhau.

Trong tiên lượng tử vong nội viện: chúng tôi ghi nhận điểm MAP(ASH) trung bình ở nhóm tử vong là $5,67 \pm 1,94$, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm còn sống ($p < 0,01$) (bảng 3.3). Đồng thời, thang điểm MAP(ASH) có giá trị tiên lượng tốt đối với tử vong nội viện, với AUROC 0,812, KTC 95%: 0,704-0,920 ($p < 0,01$), tại điểm cắt 5 có độ nhạy 55,6%, độ đặc hiệu 92,2% (bảng 3.6). Kết quả này tương đương với một số nghiên cứu trước đây, diện tích dưới đường cong AUROC tiên lượng tử vong nội viện của Võ Duy Thông (2023) là 0,80 [1], của Li Y. và cộng sự (2022) trên nhóm lớn tuổi và trẻ tuổi lần lượt là 0,737 và 0,795 [5]. Có thể thấy thang điểm MAP(ASH) bước đầu cho giá trị tốt trong tiên lượng tử vong nội viện đối với CMTH do vỡ giãn tĩnh mạch nói riêng và CMTH cao nói chung.

So sánh giá trị tiên lượng của thang điểm MAP(ASH) với các thang điểm Child-Pugh và AIMS65, chúng tôi dùng kiểm định De long để so sánh diện tích dưới đường cong ROC giữa các thang điểm, nhận thấy: trong tiên lượng tái chảy máu sớm, thang điểm MAP(ASH) dường như tốt hơn so với thang điểm Child-Pugh với AUROC lớn hơn là 0,113, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$); lớn hơn AIMS65 là 0,033 nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) (bảng 3.7). Trong tiên lượng tử vong nội viện, thang điểm MAP(ASH) có AUROC lớn hơn Child-Pugh và AIMS65 lần lượt là 0,002 và 0,011. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) (bảng 3.8). Nghiên cứu của Jimenez-Rosales R. và nghiên cứu của Võ Duy Thông cũng ghi nhận điểm MAP(ASH) có AUROC cao hơn AIMS65 trong tiên lượng tái chảy máu và tử vong nội viện, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

V. KẾT LUẬN

Kết quả của nghiên cứu bước đầu cho thấy thang điểm MAP(ASH) có giá trị trong tiên lượng nguy cơ tái chảy máu và tử vong nội viện ở bệnh nhân xơ gan có biến chứng CMTH do vỡ giãn TMTQ, TMPV. Tuy nhiên thang điểm MAP (ASH) chưa vượt trội hơn khi so sánh với các thang điểm khác (Child-Pugh, AIM65). Vì vậy có thể tiến hành nghiên cứu thêm ở nhiều trung tâm hơn với cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá được đầy đủ hơn, từ đó áp dụng vào lâm sàng để tiên lượng sớm nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc và điều trị bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lâm Tú Hương, et al.**, Giá trị thang điểm MAP(ASH) trong tiên lượng xuất huyết tiêu hóa trên không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa. *Y học Công đồng*, 2023. 76: p. 412-417.
2. **Võ Duy Thông**, Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của xuất huyết tiêu hóa do vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan bàng bụng. *Tạp chí y học TP Hồ Chí Minh*, 2016. 20: p. 307-312.
3. **de Franchis, R., et al.**, Baveno VII - Renewing consensus in portal hypertension. *J Hepatol*, 2022. 76(4): p. 959-974.
4. **Garcia-Tsao, G., et al.**, Portal hypertensive bleeding in cirrhosis: Risk stratification, diagnosis, and management: 2016 practice guidance by the American Association for the study of liver diseases. *Hepatology*, 2017. 65(1): p. 310-335.
5. **Li, Y., et al.**, Comparisons of six endoscopy independent scoring systems for the prediction of clinical outcomes for elderly and younger patients with upper gastrointestinal bleeding. *BMC Gastroenterol*, 2022. 22(1): p. 187.
6. **Liver, E.A.f.t.S.o.t.**, EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. *J Hepatol*, 2018. 69(2): p. 406-460.
7. **Redondo-Cerezo, E., et al.**, MAP(ASH): A new scoring system for the prediction of intervention and mortality in upper gastrointestinal bleeding. *J Gastroenterol Hepatol*, 2020. 35(1): p. 82-89.
8. **Zou, D., et al.**, Albumin-bilirubin score for predicting the in-hospital mortality of acute upper gastrointestinal bleeding in liver cirrhosis: A retrospective study. *Turk J Gastroenterol*, 2016. 27(2): p. 180-6.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MÔ BỆNH HỌC Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ TRẺ TUỔI TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Mai Chí Thành¹, Trần Thị Kim Phượng¹,
Vũ Thị Hồng², Lê Phong Thu¹, Nguyễn Việt Chinh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học ở bệnh nhân ung thư vú dưới 40 tuổi điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang trên 69 bệnh nhân ung thư vú dưới 40 tuổi được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 01/01/2016 đến tháng 31/12/2022. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là $35 \pm 3,6$. Giai đoạn bệnh hay gặp là giai đoạn I, II (63,8%). Ung thư biểu mô thể ống xâm nhập và độ mô học 2 là hay gặp nhất với tỷ lệ lần lượt là 75,4%; 78,3%. 74,9% bệnh nhân có thụ thể nội tiết (TTNT) (+), TTNT(-) là 25,1%. Tỷ lệ Her-2/neu (+) là 62,9 %, nhóm bệnh nhân thuộc nhóm triple negative chiếm 10,1%. Nhóm Luminal A có TTNT(+) và her-2/neu (-) chiếm 20,3%. **Kết luận:** Ung thư vú ở phụ nữ trẻ có một số yếu tố thuận lợi như chẩn đoán ở giai đoạn sớm, TTNT(+), nhưng còn có các yếu tố không thuận lợi như tuổi trẻ, bộc lộ Her2 làm ảnh hưởng đến tiên lượng chung của bệnh. Để xác định mối quan hệ của các đặc điểm này với kết quả điều trị góp phần khuyến cáo về các yếu tố tiên lượng, cần có nhiều nghiên cứu sâu hơn nữa về đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học cũng như kết quả sống thêm. **Từ khóa:** ung thư vú giai đoạn III không mổ được, ung thư vú tiến triển tại chỗ tại vùng, hóa trị hỗ trợ trước, tỷ lệ đáp ứng. **Từ khóa:** Ung thư vú trẻ tuổi, tuổi <40, thể mô bệnh học, thụ thể nội tiết, mức độ bộc lộ Her-2/neu.

SUMMARY

CLINICAL AND HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF YOUNG BREAST CANCER PATIENTS AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objectives: Description of some clinical and histopathological characteristics of breast cancer patients under 40 years old treated at Thai Nguyen National Hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional, retrospective descriptive study on 69 patients with breast cancer patients under 40 treated at Thai Nguyen National Hospital from 01/01/2016 to 31/12/2022. **Results:** The average age is 35 ± 3.6 . Stage I and II were 63.8%. Invasive ductal carcinoma and histological grade 2 was the most common (75.4% and 78.3%, respectively). 74.9% of patients had hormone receptor positive (+), hormone receptor negative (-) was 25.1%. The rate of Her-2/neu (+) was 62.9%; the group of patients with Triple negative accounted for 10.1%. Luminal A group was 20.3%. **Conclusion:** Breast cancer in young women were some favorable factors such as mainly diagnosed at an early stage, positive hormone receptors, but we also noticed unfavorable factors such as young age and HER2-positive affected the overall prognosis of the disease. To determine the link between these characteristics with treatment outcomes and contribute to recommendations on prognostic factors, more in-depth research is needed on clinical and histopathological characteristics as well as survival outcomes. **Keywords:** Young breast cancer, under 40 years old, histologic type, hormone receptors, Her-2/neu expression

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2020, ung thư vú là bệnh

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

²Trường Đại học Y Dược – ĐH Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Kim Phượng

Email: tranthikimphuong@tnmc.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2024

Ngày duyệt bài: 30.5.2024