

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ MỘT SỐ THANG ĐIỂM TRONG TIÊN LƯỢNG CHẢY MÁU TIÊU HÓA TRÊN KHÔNG DO TĂNG ÁP LỰC TĨNH MẠCH CỬA Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI

Dương Quang Huy^{1}, Hoàng Minh Tuấn¹, Hà Thị Kim Chung²*

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá giá trị của thang điểm Glasgow-Blatchford (GB), Rockall lâm sàng và AIMS65 trong tiên lượng nguy cơ tái chảy máu và tử vong nội viện ở bệnh nhân (BN) cao tuổi chảy máu tiêu hóa (CMTH) trên không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa (TALTCM). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang trên 192 BN CMTH trên không do TALTCM có tuổi ≥ 60 tại Khoa Nội tiêu hóa, Bệnh viện Quân y 103 và Bệnh viện Quân y 354. Tính điểm GB, Rockall lâm sàng, AIMS65 và đối chiếu với tỷ lệ tái chảy máu, tử vong nội viện. **Kết quả:** Cả 3 thang điểm đều có giá trị dự báo tái chảy máu, trong đó AIMS65 có giá trị tốt nhất với AUC = 0,925, tại điểm cắt = 2, độ nhạy là 100%, độ đặc hiệu là 80,4%. Thang điểm GB và Rockall lâm sàng có AUC thấp hơn lần lượt là 0,837 và 0,815. Trong tiên lượng tử vong, thang điểm AIMS65 và GB đều có giá trị rất tốt (AUC lần lượt là 0,945 và 0,901), nhưng AIMS65 tại điểm cắt = 2 có độ nhạy là 93,8%, độ đặc hiệu là 84,1% cao hơn so với thang điểm GB. **Kết luận:** AIMS65 là thang điểm có giá trị rất tốt trong tiên lượng nguy cơ tái chảy máu và tử vong nội viện ở BN cao tuổi CMTH trên không do TALTCM, do vậy, thang điểm này được khuyến cáo áp dụng.

Từ khóa: Glasgow-Blatchford; Rockall lâm sàng; AIMS65; Chảy máu tiêu hóa trên không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

STUDY ON THE VALUE OF SOME SCORING SYSTEMS FOR THE PROGNOSIS OF NON-VARICEAL UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING IN ELDERLY PATIENTS

Abstract

Objectives: To evaluate the value of the Glasgow Blatchford (GB), clinical Rockall, and AIMS65 scoring systems in predicting the risk of rebleeding and in-hospital

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

²Bệnh viện Quân y 354

*Tác giả liên hệ: Dương Quang Huy (huyduonghvqy@gmail.com)

Ngày nhận bài: 03/8/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 29/8/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50si4.1487>

mortality in elderly patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding (UGIB). **Methods:** A prospective, cross-sectional descriptive study was conducted on 192 patients aged ≥ 60 with non-variceal UGIB at the Department of Gastroenterology, Military Hospital 103 and Military Hospital 354. Scores for GB, clinical Rockall, and AIMS65 were calculated and compared with the rates of rebleeding and in-hospital mortality. **Results:** All three scoring systems had predictive value of rebleeding, with AIMS65 showing the best predictive value (AUC = 0.925) at a cut-off point of 2, a sensitivity of 100% and specificity of 80.4%. The GB and clinical Rockall scores had lower AUC values of 0.837 and 0.815, respectively. For predicting mortality, both AIMS65 and GB scores demonstrated very good predictive values (AUC value of 0.945 and 0.901, respectively); however, AIMS65 at a cut-off point of 2 with a sensitivity of 93.8% and specificity of 84.1% was higher than that of the GB score. **Conclusion:** AIMS65 is a highly valuable scoring system for predicting the risk of rebleeding and in-hospital mortality in elderly patients with non-variceal UGIB and therefore, should be recommended for use.

Keywords: Glasgow-Blatchford; Clinical Rockall; AIMS65; Non-variceal upper gastrointestinal bleeding.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu tiêu hóa trên không do TALTMC là một trong các nguyên nhân hàng đầu gây nhập viện ở người cao tuổi (NCT) với tỷ lệ mắc 97/100.000 ở người 65 - 75 tuổi, tăng lên 425/100.000 ở người > 75 tuổi [1], cao gấp 20 - 30 lần so với người < 30 tuổi với tỷ lệ tử vong khá cao (12 - 25% ở BN > 60 tuổi so với $< 10\%$ ở BN < 60 tuổi) [2]. Điều này dễ hiểu vì BN cao tuổi đa số đều có bệnh mạn tính kết hợp như bệnh lý tim mạch, xương khớp, thần kinh..., việc sử dụng các thuốc kháng huyết khối, thuốc chống viêm giảm đau cũng khá phổ biến, dẫn

đến triệu chứng lâm sàng không điển hình, thường nhập viện muộn hơn, tình trạng chảy máu khó tự cầm hơn, sử dụng các biện pháp can thiệp cầm máu cũng hạn chế hơn nên dễ diễn tiến nặng và nguy cơ tử vong cao. Do đó, tư vấn phát hiện sớm bệnh, tiên lượng chính xác là vấn đề rất quan trọng trong quản lý CMTH ở nhóm BN này. Hiện nay, có nhiều hệ thống thang điểm tiên lượng CMTH trên, trong đó Rockall lâm sàng, GB và AIMS65 là các thang điểm được sử dụng phổ biến nhất [3].

Trên thế giới cũng như ở Việt Nam, tỷ lệ NCT đang tăng lên nhanh chóng do tuổi thọ ngày càng cao và giảm tỷ lệ

sinh. Theo số liệu mới nhất từ Tổng cục Thống kê, số lượng người già ≥ 60 tuổi hiện nay khoảng 14,2 triệu người và dự báo đến năm 2030 sẽ ≈ 18 triệu người [4]. Do đó, số BN cao tuổi nhập viện do CMTH trên không do TALTMC cũng sẽ không ngừng gia tăng, đặt ra yêu cầu chẩn đoán sớm cũng như nâng cao hiệu quả điều trị nhằm cứu sống người bệnh, giảm tỷ lệ tử vong và biến chứng. Hiện nay, nghiên cứu về CMTH không do TALTMC trên đối tượng NCT còn ít, đặc biệt việc ứng dụng các thang điểm tiên lượng trên nhóm đối tượng này cũng cần được làm sáng tỏ. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm: *Đánh giá giá trị của thang điểm GB, Rockall lâm sàng và AIMS65 trong tiên lượng nguy cơ tái chảy máu và tử vong nội viện ở BN cao tuổi CMTH trên không do TALTMC.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 192 BN CMTH trên không do TALTMC điều trị tại Khoa Nội Tiêu hóa, Bệnh viện Quân y 103 và Bệnh viện Quân y 354 từ tháng 5/2024 - 5/2025.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn*: BN ≥ 60 tuổi, có triệu chứng CMTH trên (nôn ra máu và/hoặc đại tiện phân đen/phân máu) kết hợp với nội soi xác định chảy máu từ thực quản, dạ dày, tá tràng và không do TALTMC.

* *Tiêu chuẩn loại trừ*: BN có chống chỉ định nội soi tiêu hóa trên, không đủ dữ liệu để đánh giá các thang điểm hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu*: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang và theo dõi BN trong quá trình nằm viện.

BN đủ tiêu chuẩn chọn vào nghiên cứu được khai thác tiền sử (tiền sử CMTH, bệnh lý đường tiêu hóa trên, 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 GB Blatchford O và CS (1997) gồm lâm sàng (ỉa phân đen, ngất, tần số tim, huyết áp tâm thu), cận lâm sàng (nồng độ ure, hemoglobin máu) và bệnh đồng mắc (0 - 23 điểm) [5].

Tính điểm Rockall lâm sàng theo theo Rockall TA và CS (1996), gồm tuổi, tình trạng shock và bệnh lý đi kèm (0 - 7 điểm) [5].

Tính điểm AIMS65 theo Saltman JR và CS (2011) bao gồm tuổi, ý thức theo điểm Glasgow, huyết áp tâm thu, nồng độ albumin máu, INR (0 - 5 điểm) [5].

BN được điều trị theo một phác đồ thống nhất có cá thể hóa trong điều trị căn cứ theo Hướng dẫn chẩn đoán của các Hiệp hội chuyên ngành cho CMTH

không do TALTMC [3, 6]. Nội soi dạ dày ngay khi ổn định huyết động để xác định nguyên nhân CMTH và tiến hành can thiệp cầm máu khi có chỉ định [3]. Theo dõi sát BN để phát hiện tình trạng tái chảy máu hoặc diễn biến nặng dẫn đến tử vong.

Tái chảy máu sớm được định nghĩa là trong thời gian BN nằm viện, sau khi BN đã được điều trị ổn định tình trạng CMTH ít nhất 24 giờ, đột ngột xuất hiện một hay nhiều dấu hiệu sau: (1) Nôn máu tươi > 200mL hoặc có máu tươi ra ống thông dạ dày hoặc đại tiện máu đỏ hoặc đại tiện phân đen sau khi đã đại tiện phân vàng, (2) mạch ≥ 100 lần/phút, huyết áp tâm thu ≤ 100 mmHg sau khi đã ổn định huyết động, (3) giảm Hct $\geq 20\%$ so với thời điểm CMTH ổn định, (4) giảm Hb > 20 g/L hoặc tăng Hb < 10 g/L mặc dù đã truyền ≥ 2 đơn vị máu 250mL trong 24 giờ sau nội soi điều trị [3]. Khi BN tái chảy máu, cần

cứ vào tình trạng người bệnh để cấp cứu điều trị (can thiệp cầm máu lần 2 hay chuyển can thiệp nút mạch cầm máu hay phẫu thuật).

* *Xử lý số liệu:* Bằng phần mềm SPSS 26.0. Xây dựng đường cong ROC và xác định diện tích dưới đường cong (area under the curve - AUC) để tìm ra điểm cắt hợp lý. 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).

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức cơ sở Bệnh viện Quân y 103 (số 88/HĐĐĐ ngày 19/8/2024). Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Quân y 103 và Bệnh viện Quân y 354 cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi (n = 192).

Chỉ tiêu nghiên cứu		$\bar{X} \pm SD$ hoặc n (%)
Tuổi trung bình		72,7 $\pm$ 8,3
Giới tính	Nam	133 (69,3)
	Nữ	59 (30,7)
Tiền sử dùng thuốc	NSAIDs	23 (12,0)
	Corticoid	6 (3,1)
	Chống đông	10 (5,2)
	Kháng kết tập tiểu cầu	30 (15,6)

CHÀO MỪNG KỶ NIỆM 75 NĂM NGÀY TRUYỀN THỐNG BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Chỉ tiêu nghiên cứu		$\bar{X} \pm SD$ hoặc n (%)
Triệu chứng lâm sàng	Nôn ra máu	58 (30,2)
	Đại tiện phân đen	171 (89,1)
	Đại tiện phân máu	19 (9,9)
Nguyên nhân CMTH trên (qua nội soi)	Loét dạ dày - tá tràng	172 (89,6)
	Ung thư dạ dày	9 (4,7)
	Hội chứng Mallory-Weiss	5 (2,6)
	Viêm dạ dày	4 (2,1)
	GIST dạ dày, dị dạng mạch máu	2 (1,0)

Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là $72,7 \pm 8,3$ (thấp nhất 60, cao nhất 93), nam gặp nhiều hơn nữ (tỷ lệ nam/nữ là 2,3/1). 32,3% BN có tiền sử dùng thuốc ảnh hưởng đến đường tiêu hóa trên (hay gặp nhất là dùng thuốc kháng huyết khối). Nguyên nhân CMTH chủ yếu là loét dạ dày - tá tràng (89,6%) với 89,1% BN đại tiện phân đen.

Bảng 2. Tỷ lệ tái chảy máu và tử vong nội viện (n = 192).

Đặc điểm	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Tái chảy máu	7	3,7
Tử vong	16	8,3

Tỷ lệ tử vong là 8,3%, tái chảy máu là 3,7% trong nhóm BN nghiên cứu.

Bảng 3. Giá trị của các thang điểm trong tiên lượng nguy cơ tái chảy máu.

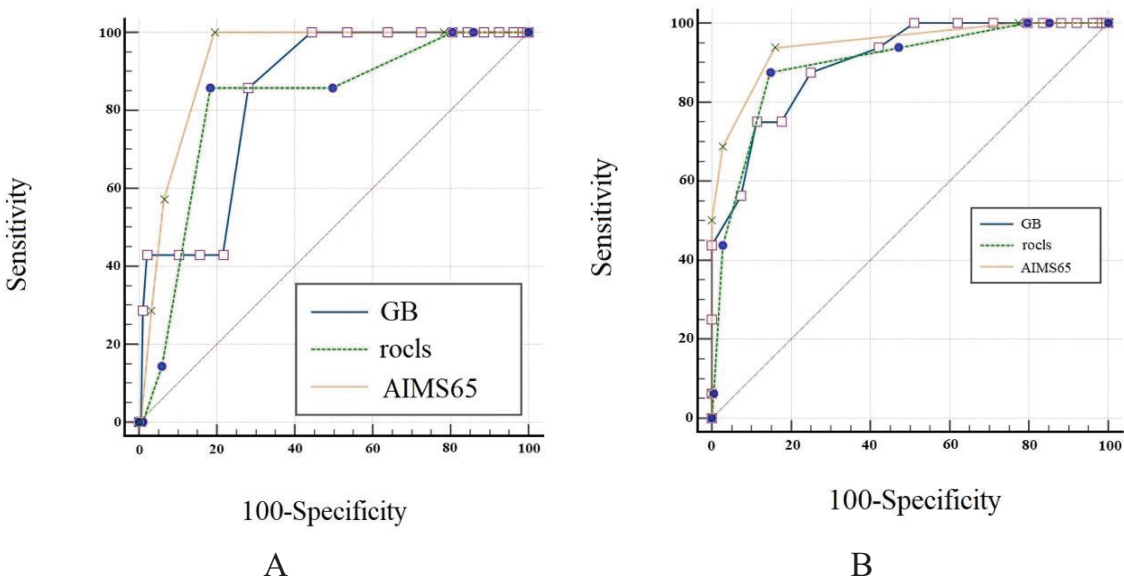
Thang điểm	Điểm cắt	AUC (95%CI)	Se (%)	Sp (%)	PPV (%)	NPV (%)	p
GB	12	0,837 (0,728 - 0,947)	85,7	71,9	10,3	99,2	0,002
Rockall lâm sàng	5	0,815 (0,663 - 0,967)	85,7	81,6	15,0	99,3	0,005
AIMS65	2	0,925 (0,875 - 0,976)	100	80,4	16,3	100	< 0,001

Thang điểm AIMS65 có giá trị rất tốt tiên lượng tái chảy máu (AUC 0,925, $p < 0,001$), tại điểm cắt 2 có Se 100%, Sp 80,4%, trong khi thang điểm GB và Rockall lâm sàng chỉ có giá trị tốt với AUC lần lượt là 0,837 và 0,815 ($p < 0,05$).

Bảng 4. Giá trị của các thang điểm trong tiên lượng tử vong nội viện.

Thang điểm	Điểm cắt	AUC (95%CI)	Se (%)	Sp (%)	PPV (%)	NPV (%)	p
GB	14	0,901 (0,830 - 0,972)	75,0	88,6	37,5	97,5	< 0,001
Rockall lâm sàng	5	0,896 (0,814 - 0,978)	87,5	85,2	35,0	98,7	< 0,001
AIMS65	2	0,945 (0,883 - 1,0)	93,8	84,1	34,9	99,3	< 0,001

Trong tiên lượng tử vong, thang điểm AIMS65 và GB đều có giá trị rất tốt (AUC lần lượt là 0,945 và 0,901, $p < 0,001$), nhưng với AIMS65 tại điểm cắt 2 có Se 93,8%, Sp 84,1%, trong khi thang điểm Rockall lâm sàng chỉ có giá trị tốt với AUC 0,896 ($p < 0,001$).



Biểu đồ 1. AUC của các thang điểm tiên lượng tái chảy máu (A) và tử vong (B).

BÀN LUẬN

1. Một số đặc điểm của nhóm nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên nhóm BN cao tuổi (≥ 60 tuổi), đây là nhóm BN có nhiều bệnh nền với tỷ lệ BN sử dụng NSAIDs chiếm 12%, sử dụng chống kết tập tiểu cầu (aspirin, clopidogrel) chiếm 16,1%, và tỷ lệ dùng chống đông là 4,7% (các thuốc này đều được biết đến là yếu tố nguy cơ hàng đầu gây tổn thương niêm mạc và CMTH). Kết quả cao hơn so với kết quả nghiên cứu trên nhóm CMTH chung của Ngô Văn Thuyền tại Bệnh viện Chợ Rẫy, cho thấy tỷ lệ dùng NSAIDs là 8,7%, dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu là 13,3% và thuốc corticoid là 3,5% [7].

Về nguyên nhân CMTH, chúng tôi ghi nhận đa số là do loét dạ dày - tá tràng (89,6%), tỷ lệ ung thư dạ dày là 4,7%, hội chứng Mallory-Weiss có tỷ lệ 2,6%. Kawaguchi K và CS (2017) nghiên cứu 504 BN CMTH cao tuổi, cũng nhận thấy loét dạ dày - tá tràng là nguyên nhân hàng đầu với 62%, tỷ lệ ung thư chiếm 11% và hội chứng Mallory-Weiss là 8% [8].

Tỷ lệ BN ổn định ra viện của chúng tôi là 176/192, chiếm 91,7%, tỷ lệ tái chảy máu là 3,7%, tử vong là 8,3%. Trong số các BN tử vong, có 10/16 BN tử vong là do bệnh nền (suy tim, nhiễm

khẩn huyết, xơ gan, đột quỵ não...). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của Emektar E và CS (2020) với tỷ lệ tử vong là 14,1%, tái chảy máu là 2,3%, ghi nhận các yếu tố như huyết động không ổn định khi nhập cấp cứu, albumin máu thấp và hematocrit thấp là những yếu tố tiên lượng tử vong quan trọng nhất ở BN cao tuổi CMTH trên [2].

2. Giá trị các thang điểm tiên lượng tái chảy máu và tử vong nội viện

** Tiên lượng tái chảy máu:*

Cả 3 thang điểm đều có giá trị tiên lượng tái chảy máu, trong đó AIMS65 có giá trị tiên lượng rất tốt (AUC 0,925) còn Rockall lâm sàng và GB có giá trị tiên lượng tốt (AUC lần lượt 0,815 và 0,837) ($p < 0,05$). Nghiên cứu của Kalkan C và CS (2017) trên đối tượng NCT cũng cho kết quả 3 thang điểm đều có giá trị tiên lượng tái chảy máu, tuy nhiên, tác giả lại ghi nhận Rockall lâm sàng có giá trị tốt nhất (AUC 0,9), cao hơn AIMS65 (AUC 0,86) và kém nhất là GB (AUC 0,79), sự khác biệt giữa Rockall lâm sàng và GB có ý nghĩa thống kê ($p < 0,013$) [9]. Sự khác nhau trong kết quả nghiên cứu có lẽ do khác nhau về cỡ mẫu cũng như chủng tộc, mặt khác, nghiên cứu của chúng tôi chỉ ở đối tượng NCT, và chảy máu tái phát chỉ được ghi nhận trong thời gian nằm viện.

** Tiên lượng tử vong:*

Chúng tôi nhận thấy 3 thang điểm đều tiên lượng nguy cơ tử vong tốt, cụ thể là AIMS65 có AUC 0,945 cao hơn GB (AUC = 0,901) và Rockall lâm sàng (AUC = 0,896).

Nghiên cứu của Kalkan C và CS (2017) cũng ghi nhận 3 thang điểm đều có giá trị tốt trong tiên lượng tử vong, tuy nhiên, Rockall lâm sàng có giá trị tốt nhất với AUC 0,94, cao hơn so với AIMS65 (AUC 0,88) và GB (AUC 0,82) [9]. Một nghiên cứu thực hiện tại Trung Quốc trên 602 BN CMTH tuổi ≥ 65 lại cho kết quả điểm AIMS65 có giá trị tiên lượng tử vong trung bình với AUC = 0,745, tương đương với thang điểm GB với AUC = 0,755 nhưng cao hơn so với Rockall lâm sàng (AUC = 0,696) [5]. Tác giả Stanley AJ và CS (2017) cũng ghi nhận kết quả AIMS65 tiên lượng tử vong tốt hơn GB ($p < 0,001$) và Rockall lâm sàng ($p = 0,05$) [10].

Như vậy, ở BN cao tuổi có CMTH trên không do TALTCM, thang điểm AIMS65 cho thấy giá trị tiên lượng rất tốt cả trong dự báo tái chảy máu cũng như tử vong mặc dù thang điểm này không trực tiếp chấm điểm các bệnh đồng mắc rất hay gặp ở NCT như bệnh tim mạch, bệnh gan/thận mạn hay bệnh lý ác tính... nhưng các thông số như albumin, INR chính là những yếu tố then chốt để tiên lượng người bệnh cao tuổi như nhiều nghiên cứu đã chỉ ra

[2, 5, 9]. Với ưu điểm đơn giản, dễ nhớ, dễ thực hành và có khả năng lặp lại, thang điểm này nên được khuyến cáo áp dụng rộng rãi hơn trong thực hành lâm sàng nhất là trên đối tượng NCT.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu giá trị của thang điểm GB, Rockall lâm sàng, AIMS65 trong tiên lượng 192 BN cao tuổi CMTH không do TALTCM, chúng tôi nhận thấy 3 thang điểm đều có giá trị dự báo tái chảy máu, trong đó AIMS65 có giá trị tốt nhất với AUC 0,925, tại điểm cắt 2 có độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 80,4%, trong khi thang điểm GB và Rockall lâm sàng có AUC thấp hơn lần lượt là 0,837 và 0,815. Trong tiên lượng tử vong, thang điểm AIMS65 và GB đều có giá trị rất tốt (AUC lần lượt là 0,945 và 0,901), nhưng với AIMS65 tại điểm cắt 2 có Se 93,8%, Sp 84,1%, cao hơn so với thang điểm GS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Laine L, Yang H, Chang SC et al. Trends for incidence of hospitalization and death due to GI complications in the United States from 2001 to 2009. *Am J Gastroenterol*. 2012; 107:1190-1195.
2. Emektar E, Dağar S, Çorbacıoğlu ŞK et al. Predictors of mortality in geriatric patients with upper gastrointestinal bleeding. *Eurasian J Emerg Med*. 2020; 19(4):197-202.

3. Alali AA, Barkun AN. An update on the management of non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology Report*. 2023; 11:goad011.
4. UNFPA. NCT Việt Nam: Phân tích từ điều tra biến động dân số và kế hoạch hóa gia đình năm 2021, tháng 12/2021.
5. Li Y, Lu Q, Wu K et al. Evaluation of six preendoscopy scoring systems to predict outcomes for older adults with upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Res Pract*. 2022:9334866.
6. 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; IV(17):1178-1192.
7. Ngô Văn Thuần và CS. Đặc điểm xuất huyết tiêu hóa trên ở NCT tại Bệnh viện Chợ Rẫy. *TC Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2012; 16(1).
8. Kawaguchi K, Kurumi H, Takeda Y et al. Management for non-variceal upper gastrointestinal bleeding in elderly patients: The experience of a tertiary university hospital. *Ann Transl Med*. 2017; 5(8):181.
9. Kalkan Ç, Soykan I, Karakaya F et al. Comparison of three scoring systems for risk stratification in elderly patients with acute upper gastrointestinal bleeding. *Geriatr Gerontol Int*. 2017; 17(4):575-583.
10. Stanley AJ, Laine L, Dalton HR et al. Comparison of risk scoring systems for patients presenting with upper gastrointestinal bleeding: International multicentre prospective study. *BMJ*. 2017; 356:i6432.