

Giá trị của thang điểm Oakland trong tiên lượng xuất huyết tiêu hóa dưới

The value of the Oakland score in prognosis of patients with lower gastrointestinal bleeding

Đỗ Huy Thạch, Bùi Hữu Hoàng

Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Tóm tắt

Mục tiêu: Xác định giá trị của thang điểm Oakland trong tiên lượng khả năng truyền máu, xuất huyết tái phát ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa dưới. So sánh thang điểm Oakland với thang điểm Birmingham, thang điểm SHAPE trong tiên lượng truyền máu, xuất huyết tái phát. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu và hồi cứu khảo sát các bệnh nhân bị xuất huyết tiêu hóa dưới cấp nhập vào Khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ ngày 01/5/2019 đến ngày 30/5/2021. Tính điểm số các thang điểm Oakland, thang điểm Birmingham, thang điểm SHAPE và so sánh diện tích dưới đường cong ROC (AUC) để xác định giá trị dự đoán của các thang điểm. **Kết quả:** Có 79 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa dưới đủ tiêu chuẩn được khảo sát, tuổi trung bình: $61,89 \pm 16,26$, tỉ lệ nam và nữ tương đương nhau, tỉ lệ xuất huyết tái phát trong bệnh viện: 5%, tỉ lệ tử vong trong bệnh viện: 1,3%, tỉ lệ cần truyền máu: 30,4%. Về nguy cơ xuất huyết tái phát: Thang điểm Oakland (AUC = 0,84) có giá trị tiên lượng tốt hơn thang điểm Birmingham (AUC = 0,79) và thang điểm SHAPE (AUC = 0,74). Về nguy cơ truyền máu: Thang điểm Oakland (AUC = 0,97) có giá trị tiên lượng tương đương thang điểm Birmingham (AUC = 0,95) và thang điểm SHAPE (0,94). **Kết luận:** Thang điểm Oakland có giá trị trong tiên lượng kết cục lâm sàng ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa dưới và có thể áp dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng, đặc biệt trong tiên lượng nguy cơ cần truyền máu.

Từ khóa: Xuất huyết tiêu hóa dưới, thang điểm Oakland, yêu cầu truyền máu, xuất huyết tái phát.

Summary

Objective: To determine the value of the Oakland score to predict the risk of blood transfusion and recurrent bleeding in patients with lower gastrointestinal bleeding; to compare the Oakland score with the Birmingham score and the SHAPE score in predicting the risk of blood transfusion, recurrent bleeding. **Subject and method:** A prospective and retrospective cross-sectional study investigating patients with LGIB admitted to the Gastroenterology Department, University Medical Center, Ho Chi Minh city from 01/5/2019 to 30/5/2021. We calculated the Oakland score, the Birmingham score, the SHAPE score and compared the area under the ROC curve (AUC) to determine the predictive value of these scores. **Result:** 79 patients were included. Median age of 61.89 ± 16.26 , male/female ratio was similar. The rate of recurrent bleeding in the hospital was 5%, the mortality rate in hospital was 1.3%, the required blood transfusion was 30.4%. In prognosis of recurrent bleeding, the Oakland score (AUC = 0.84) was better than the Birmingham score (AUC = 0.79) and the SHAPE score (AUC = 0.74). But for

Ngày nhận bài: 20/4/2023, ngày chấp nhận đăng: 07/8/2023

Người phản hồi: Đỗ Huy Thạch, Email: thach.dh@umc.edu.vn - Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

predicting the risk of required blood transfusion, the Oakland score (AUC = 0.97) had the same value as the Birmingham score (AUC = 0.95) and the SHAPE score (0.94). *Conclusion:* The Oakland score has the good value in prognosis of clinical outcomes in patients with LGIB, especially in prediction of required blood transfusion.

Keywords: Lower gastrointestinal bleeding, the Oakland score, required blood transfusion, recurrent bleeding.

1. Đặt vấn đề

Xuất huyết tiêu hóa (dưới có tần suất mới mắc ước tính là 33-87/100.000 dân và chiếm 3% các trường hợp phẫu thuật khẩn cấp [1, 2]. Nguyên nhân thường gặp là do túi thừa đại tràng, bệnh trĩ, dị sản mạch máu và polyp [1, 3]. Biểu hiện lâm sàng thay đổi từ mức độ nhẹ tự giới hạn đến biểu hiện nặng đe dọa tính mạng. Đa số trường hợp XHTH dưới là tự giới hạn, tỉ lệ tử vong chỉ chiếm từ 0,5 đến 2,5% [4], tỉ lệ xuất huyết tái phát chiếm tỉ lệ cao hơn là 13,6% [5]. Phương pháp can thiệp y khoa thường gặp nhất trong XHTH dưới là truyền máu, chiếm tỉ lệ 26%. Các can thiệp cầm máu khác như nội soi đại tràng cầm máu, can thiệp nội mạch và phẫu thuật chiếm tỉ lệ rất thấp từ 0,2 đến 2,1% [5].

Khác với XHTH trên, có rất nhiều nghiên cứu và thang điểm để phân tầng nguy cơ, còn đối với XHTH dưới, thang điểm Oakland được xem là công cụ đầu tiên giúp phân tầng nguy cơ, giúp nhận diện nhóm bệnh nhân có nguy cơ cần can thiệp y khoa mà phổ biến nhất là truyền máu và nhóm bệnh nhân có nguy cơ xuất huyết tái phát. Thang điểm này gồm bảy yếu tố được đánh giá thường quy trên lâm sàng như tuổi, giới tính, tiền căn XHTH dưới, khám hậu môn trực tràng, nhịp tim, huyết áp tâm thu và Hemoglobin máu. Điều đặc biệt là thang điểm này không cần dùng đến kết quả nội soi đại tràng. Thang điểm Oakland được sử dụng tại Anh nhưng nó chưa được áp dụng rộng rãi tại các quốc gia khác [6]. Tại Việt Nam cũng chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá về giá trị của thang điểm Oakland mặc dù đây là một thang điểm đơn giản, không đòi hỏi các phương tiện cận lâm sàng đặc biệt, sẽ rất tiện lợi để áp dụng ở nhiều tuyến y tế nhằm phân tầng nguy cơ cho bệnh nhân XHTH dưới khi nhập viện. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Giá trị của thang điểm Oakland trong tiên lượng xuất huyết tiêu hóa dưới" với hi vọng xác định giá trị tiên lượng của thang điểm Oakland để giúp các bác sĩ lâm sàng

có thêm một công cụ đáng tin cậy để phân tầng nguy cơ ở bệnh nhân XHTH dưới. Mục tiêu nghiên cứu: 1) *Xác định giá trị của thang điểm Oakland trong tiên lượng yêu cầu truyền máu, xuất huyết tái phát ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa dưới được nhập viện.* 2) *So sánh thang điểm Oakland với thang điểm Birmingham và thang điểm SHAPE trong tiên lượng yêu cầu truyền máu, xuất huyết tái phát.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Bệnh nhân XHTH dưới ≥ 18 tuổi nhập tại Khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh được nội soi đại tràng hoặc trực tràng để xác định chẩn đoán nguyên nhân.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Tuổi ≥ 18 .

Có triệu chứng tiêu máu đỏ hoặc tiêu phân đen không kèm ói ra máu.

Được chỉ định và bệnh nhân đồng ý thực hiện nội soi ống tiêu hóa dưới.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân tiêu phân đen không kèm ói ra máu nhưng nội soi ống tiêu hóa trên xác định có tổn thương gây xuất huyết.

XHTH dưới xảy ra nội viện ở những bệnh nhân nhập viện vì lý do khác.

Bệnh nhân bị XHTH dưới đã được hồi sức hoặc can thiệp ở tuyến trước rồi mới chuyển đến Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích (hồi cứu và tiến cứu). Chọn mẫu thuận tiện.

Thu thập các đặc điểm nhân trắc của bệnh nhân, dấu hiệu và triệu chứng của XHTH dưới theo

tiêu chuẩn chọn bệnh. Theo dõi diễn tiến bệnh trong quá trình nằm viện cần can thiệp lâm sàng, xuất huyết tái phát hay tử vong trong thời gian nằm viện. Đối với những bệnh nhân nguy cơ thấp, ổn định được cho xuất viện tùy bác sĩ điều trị quyết định. Tính điểm số và diện tích dưới đường cong ROC (AUC) của các thang điểm Oakland, Birmingham và SHAPE cho tất cả bệnh nhân tại thời điểm nhập viện.

Thang điểm Birmingham gồm hai yếu tố: Giới tính, Hemoglobin giúp tiên đoán các kết cục lâm sàng bất lợi như truyền máu, can thiệp cầm máu, xuất huyết tái phát, tử vong. Điểm < 2: Xuất viện, tiếp tục theo dõi ngoại trú. Điểm > 2: Nhập viện. Thang điểm SHAPE gồm 6 yếu tố: Huyết áp tâm thu, Hemoglobin, tiền căn dùng thuốc kháng kết tập tiểu cầu, thuốc kháng đông, mạch, chảy máu tiêu hóa trong phòng cấp cứu. Với điểm số ≤ 1 , bệnh nhân không cần can thiệp y khoa.

2.3. Thu thập và xử lý số liệu

Xử lý bằng phần mềm thống kê Stata 14. Đối với biến định tính, sử dụng kiểm định Chi square để xác định hai biến định tính có liên hệ với nhau hay không. Nếu trong bảng 2x2 có số ô có giá trị kỳ vọng 20% và/hoặc số ô có giá trị kỳ vọng nhỏ nhất, chọn phép kiểm Fisher chính xác. Đối với biến định lượng có phân phối chuẩn được trình bày: Trung bình, độ lệch chuẩn; để so sánh giá trị trung bình dùng phép kiểm t test. Đối với biến định lượng không có phân phối chuẩn được trình bày: Trung vị, giá trị ứng với 25% và 75%, để so sánh giá trị trung bình dùng kiểm định phi tham số Mann-Whitney. Sử

dụng đường cong ROC (Receiver Operating Characteristic) để đánh giá nguy cơ truyền máu, xuất huyết tái phát của thang điểm Oakland. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y Sinh học của Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh theo Quyết định số 598/HĐĐĐ-ĐHYD và đã được xét duyệt của Hội đồng Khoa học của Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh theo quyết định số 1580/QĐ-ĐHYD.

3. Kết quả

Có 79 bệnh nhân được thu thập tiến cứu và hồi cứu. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu và đặc điểm XHTH dưới được trình bày trong Bảng 1 và Bảng 2. Tỷ lệ can thiệp y khoa thường gặp nhất là truyền máu, chiếm 30,4%. Tỷ lệ tử vong và xuất huyết tái phát lần lượt là 1,3% và 5%. Điểm Oakland trung bình là $16,16 \pm 7,25$. Điểm Oakland thấp nhất là 6, cao nhất là 31. Diện tích dưới đường cong ROC của thang điểm Oakland trong tiên lượng truyền máu là 0,97 (KTC 95%: 0,93-1), $p < 0,01$. Tại điểm cắt 18 (chỉ số Youden lớn nhất), thang điểm có độ nhạy 91,6% và độ đặc hiệu 90,9%. Diện tích dưới đường cong ROC của thang điểm Oakland trong tiên lượng xuất huyết tái phát là 0,84 (KTC 95%: 0,65-1), $p < 0,05$. Do đó, thang điểm Oakland có giá trị tiên lượng yêu cầu phải truyền máu và nguy cơ xuất huyết tái phát trong XHTH dưới. Tại điểm cắt 27 (chỉ số Youden lớn nhất), độ nhạy 75% và độ đặc hiệu 90,6%.

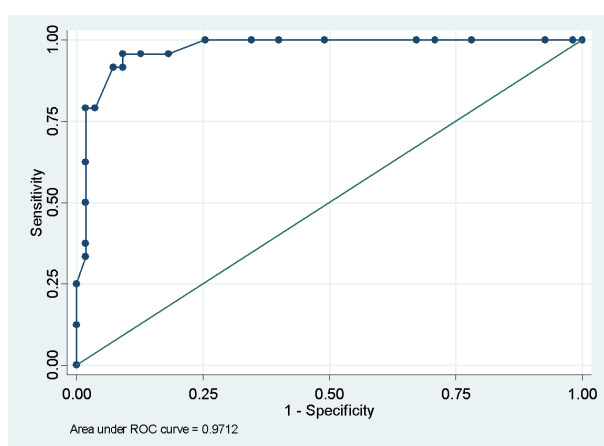
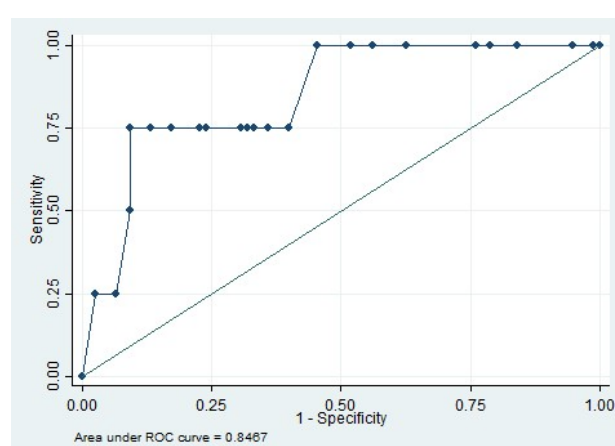
Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

	Giá trị		Giá trị
Tuổi	$61,89 \pm 16,26$	Viêm trực tràng do tia xạ	2 (2,5%)
Giới tính		Dị sản mạch máu	9 (11,4%)
Nam	38 (48%)	Nhiễm trùng đường ruột	5 (6,3%)
Nữ	41 (52%)	Lao	2 (2,5%)
Sinh hiệu lúc nhập viện		Crohn	2 (2,5%)
Mạch (lần/phút)	$87,2 \pm 18,5$	Ung thư đại tràng	1 (1,3%)
HATT (mmHg)	$126,7 \pm 22,2$	Tử ruột non	2 (2,5%)
HATTr (mmHg)	$74,9 \pm 11,4$	Không xác định	5 (6,3%)

	Giá trị		Giá trị
Xét nghiệm		Bệnh phổi hợp	
Hb (g/L)	113,8 ± 30,2	Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn	10 (12,6%)
Tiểu cầu (G/L)	259,5 ± 106,3	Suy tim	2 (2,5%)
INR	259,5 ± 106,3	Bệnh gan mạn	4 (5%)
Creatinin g/dL	1 ± 0,45	Bệnh thận mạn	6 (7,6%)
Tính chất phân		Ung thư	9 (11,4%)
Tiêu máu đỏ tươi	40 (50,6%)	Thuốc sử dụng trước đó	
Tiêu máu đỏ bầm	31 (39,2%)	NSAIDs	5 (6,3%)
Tiêu phân đen	8 (10,2%)	Aspirin	1 (1,3%)
Nguyên nhân		Clopidogrel	8 (10,1%)
Túi thừa	20 (25,3%)	Kháng kết tập tiểu cầu kép	4 (5,1%)
Trĩ	13 (16,5%)	Kháng đông	3 (3,8%)
Polyp	11 (13,9%)	Corticoid	2 (2,5%)
Viêm loét đại tràng xuất huyết	6 (7,6%)	Tiền căn xuất huyết tiêu hóa dưới	15 (19%)
Viêm đại tràng thiếu máu	1 (1,3%)	Thời gian nằm viện	5,8 (±4,3)

Bảng 2. Kết cục lâm sàng bất lợi

	Giá trị (%)
Tỉ lệ can thiệp y khoa	
Truyền máu	30,4
Nội soi can thiệp	11,4
Can thiệp nội mạch	3,8
Phẫu thuật	2,5
Tỉ lệ xuất huyết tiêu hóa dưới tái phát	5
Tỉ lệ tử vong nội viện	1,3

**Biểu đồ 1.** Đường cong ROC của thang điểm Oakland trong tiên lượng truyền máu.**Biểu đồ 2.** Đường cong ROC của thang điểm Oakland trong tiên lượng xuất huyết tái phát

Bảng 3. Diện tích dưới đường cong ROC của các thang điểm trong tiên lượng truyền máu

Thang điểm	AUC	KTC 95%	p
Oakland	0,97	0,93-1	<0,01
Birmingham	0,95	0,91-0,99	<0,01
SHAPE	0,94	0,90-0,98	<0,01

Thang điểm Oakland, thang điểm Birmingham, thang điểm SHAPE có giá trị tương đương nhau trong tiên lượng truyền máu (Bảng 3).

Bảng 4. Diện tích dưới đường cong ROC của các thang điểm trong tiên lượng xuất huyết tái phát

Thang điểm	AUC	KTC 95%	p
Oakland	0,84	0,65-1	0,01
Birmingham	0,79	0,62-0,96	0,04
SHAPE	0,74	0,57-0,9	0,11

Thang điểm Oakland có độ chính xác cao hơn thang điểm Birmingham và thang điểm SHAPE trong tiên lượng xuất huyết tiêu hóa dưới tái phát (Bảng 4).

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Tuổi: XHTH dưới có thể gặp ở mọi lứa tuổi, trong đó, tuổi trung bình là $61,89 \pm 16,26$, thấp nhất là 19 tuổi, lớn nhất là 91 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm 63%. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với các nghiên cứu trong nước và khu vực châu Á nhưng thấp hơn các nghiên cứu của châu Âu có thể do cấu trúc dân số già và tuổi thọ dân số cao ở châu Âu [7-9].

Giới tính: Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ XHTH dưới ở nam và nữ gần bằng nhau là 48% và 52%. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước [7, 9-11].

Nguyên nhân XHTH dưới: Nguyên nhân thường gặp nhất là túi thừa (25,3%), kế đến là trĩ (16,5%), polyp (13,9%). Tỷ lệ này cũng tương đồng với các kết quả ở các nước phương Tây [3, 8], có thể thấy trong tương lai tần suất nguyên nhân XHTH dưới ở các nước châu Á sẽ gần giống với các nước phương Tây. Nghiên cứu của Aoki thực hiện trên dân số Nhật Bản (năm 2018) cũng cho thấy nguyên nhân XHTH dưới thường gặp nhất là túi thừa [12].

Bệnh phối hợp: Tỷ lệ bệnh đồng mắc thường gặp là bệnh tim thiếu máu cục bộ (BTTCMB) mạn (12,6%), ung thư (11,4%). Trong đó, BTTCMB cần được quan tâm vì đa số các bệnh nhân dùng các thuốc kháng kết tập tiểu cầu và thuốc kháng đông. Việc dùng thuốc chống huyết khối là một trong các yếu tố để phân tầng nguy cơ XHTH dưới, bệnh nhân có dùng các thuốc này sẽ có nguy cơ can thiệp y khoa cao hơn nhóm không dùng [13].

Tiền căn sử dụng thuốc: Việc sử dụng thuốc kháng kết tập tiểu cầu, NSAIDs rất thường gặp. Trong các thuốc kháng kết tập tiểu cầu, aspirin được dùng ít hơn clopidogrel như nghiên cứu trong nước [11] nhưng khác với các nghiên cứu ở nước ngoài [8, 9]. Có thể đây là sự khác biệt trong lựa chọn thuốc kháng kết tập tiểu cầu ở Việt Nam so với các nước trên thế giới.

Tiền căn XHTH dưới: Tiền căn XHTH dưới chiếm tỷ lệ 19%. Tỷ lệ này thấp hơn ở các nước khác, có thể do XHTH dưới thường tự giới hạn và ít được quan tâm nên bệnh nhân không được chẩn đoán và điều trị đầy đủ.

4.2. Kết cục lâm sàng bất lợi

Truyền máu: Là phương pháp can thiệp y khoa phổ biến nhất trong XHTH dưới, chiếm tỷ lệ 30,4%, tương đương với các nghiên cứu trong và ngoài nước [4, 7, 8]. Ngoài yếu tố quan trọng là nồng độ

hemoglobin, chỉ định truyền máu còn dựa vào các yếu tố như sinh hiệu, tuổi, bệnh lý đi kèm.

Nội soi can thiệp cầm máu: Khác với XHTH trên, nội soi can thiệp cầm máu trong XHTH dưới không phổ biến, chỉ chiếm tỉ lệ 11,4%. Nghiên cứu của Oakland có tỉ lệ này là 2,1% ở bệnh nhân XHTH dưới bao gồm cả những trường hợp không nội soi ống tiêu hóa dưới. Tuy nhiên, nếu tính trên nhóm bệnh nhân có nội soi, tỉ lệ này tăng lên 8,4% [8]. Trong nghiên cứu của Ng, tỉ lệ này là 4% ở nhóm XHTH dưới nói chung và 11,6% ở nhóm XHTH dưới được nội soi [10], tương đương với nghiên cứu của chúng tôi. Nhìn chung, tỉ lệ nội soi can thiệp cầm máu thay đổi nhiều tùy vào tiêu chuẩn chọn mẫu, thể mạnh của mỗi trung tâm, nguyên nhân XHTH dưới nào can thiệp được và thời điểm được nội soi.

XHTH dưới tái phát: Trong nghiên cứu của chúng tôi, XHTH dưới tái phát chiếm 5% trường hợp, tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Mỹ Nguyệt, Aoki nhưng thấp hơn nghiên cứu của Oakland. Trong nghiên cứu của Oakland, số liệu được thu thập từ các bệnh nhân được nội soi và không nội soi. Có thể do nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân đều được nội soi tiêu hóa dưới và tỉ lệ can thiệp nội soi cầm máu cao nên tỉ lệ xuất huyết tiêu hóa dưới tái phát thấp.

Tử vong nội viện: Ghi nhận 1 trường hợp tử vong nội viện, chiếm tỉ lệ 1,3%, tương đương với nghiên cứu tại Việt Nam của Nguyễn Thị Mỹ Nguyệt (2018) là 2,5% và Quách Trọng Đức (2020) là 0,6%. Như vậy, tỉ lệ tử vong trong các nghiên cứu trong nước vào khoảng từ 0,5-3,4%.

4.3. Giá trị của thang điểm Oakland

Giá trị của thang điểm Oakland trong tiên lượng truyền máu: Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm Oakland trung bình là $16,16 \pm 7,25$. Điểm Oakland thấp nhất là 6, cao nhất là 31. Điểm Oakland trung bình trong nghiên cứu chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Oakland là 18, thấp nhất là 2, cao nhất là 33. Hiện tại chúng tôi chưa tìm thấy nghiên cứu nào trong nước khảo sát giá trị thang điểm Oakland trong tiên lượng truyền máu ở bệnh nhân XHTH dưới. Diện tích dưới đường cong ROC của

thang điểm Oakland trong tiên lượng truyền máu là 0,97 (KTC 95%: 0,93-1), $p < 0,01$. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thang điểm Oakland có giá trị tiên lượng nguy cơ truyền máu, tương đương với nghiên cứu của Oakland thực hiện trên 2 nhóm dân số tại Anh và Hoa Kỳ [5, 14]. Ngoài Oakland, chưa có nhiều tác giả khác thực hiện khảo sát quy mô lớn trên nhóm dân khác như châu Á. Diện tích dưới đường cong ROC trong tiên lượng truyền máu trong nghiên cứu tại Anh là 0,92 (KTC 95%: 0,90-0,93) [5], tại Hoa Kỳ là 0,90 (KTC 95%: 0,90-0,90) [14]. Nghiên cứu của chúng tôi chọn điểm cắt 18 (chỉ số Youden lớn nhất). Tại điểm cắt này, thang điểm có độ nhạy 91,6% và độ đặc hiệu 90,9%. Ở bệnh nhân XHTH dưới có điểm Oakland ≥ 18 , nguy cơ phải truyền máu tăng gấp 89,8 lần. Trong nghiên cứu gốc của Oakland không chọn điểm cắt riêng cho kết cục truyền máu, chỉ có điểm cắt cho kết cục chung là xuất viện an toàn tại điểm 8 với độ nhạy 98,4%, độ đặc hiệu 16% hoặc 10 với độ nhạy 96%, độ đặc hiệu 31,9%. Số bệnh nhân cần truyền máu trong nghiên cứu của chúng tôi phân bố tập trung ở số điểm Oakland từ 18 điểm trở lên. Khác với nghiên cứu của Oakland, tại Hoa Kỳ tỉ lệ bệnh nhân cần truyền máu phân bố ở cả nhóm có số điểm Oakland thấp dưới 8 điểm là 4% [14].

So sánh các thang điểm trong tiên lượng truyền máu: Từ các nghiên cứu đã trình bày ở Bảng 3, chúng tôi ghi nhận ba thang điểm Oakland, Birmingham và SHAPE có giá trị tương đương trong tiên lượng truyền máu ở bệnh nhân XHTH dưới. Diện tích dưới đường cong ROC trong tiên lượng truyền máu của thang điểm Oakland, thang điểm Birmingham và thang điểm SHAPE lần lượt là 0,97 ($p < 0,01$), 0,95 ($p < 0,01$) và 0,94 ($p < 0,01$).

Giá trị của thang điểm Oakland trong tiên lượng xuất huyết tái phát: Trong nghiên cứu của chúng tôi, diện tích dưới đường cong ROC trong tiên lượng xuất huyết tái phát là 0,84 (KTC 95%: 0,65-1), $p < 0,05$. Hiện tại, chúng tôi chưa tìm thấy nghiên cứu nào ở trong nước đánh giá giá trị thang điểm Oakland trong tiên lượng xuất huyết tái phát. Oakland thực hiện nghiên cứu trên dân số tại Anh và Hoa Kỳ với kết quả lần lượt là 0,74 (KTC 95%: 0,71-0,77) và 0,46

(KTC 95%: 0,45-0,47). Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thang điểm Oakland có giá trị tiên lượng xuất huyết tái phát, tương đương với nghiên cứu của Oakland thực hiện tại Anh. Nghiên cứu của chúng tôi chọn điểm cắt 27 (chỉ số Youden lớn nhất). Tại điểm cắt này, thang điểm có độ nhạy 75% và độ đặc hiệu 90,6%. Bệnh nhân XHTH dưới có điểm Oakland ≥ 27 có nguy cơ xuất huyết tái phát gấp 29,1 lần. Ngoài ra, chúng tôi cũng chọn điểm cắt khác là 15, thang điểm có độ nhạy 100% và độ đặc hiệu 54,6% nhằm ưu tiên độ nhạy cao hơn. Trong nghiên cứu gốc của Oakland không chọn điểm cắt riêng cho kết cục xuất huyết tiêu hóa tái phát, chỉ có điểm cắt cho kết cục chung xuất viện an toàn tại điểm 8 với độ nhạy 98,4%, độ đặc hiệu 16% hoặc 10 với độ nhạy 96%, độ đặc hiệu 31,9%. Tỷ lệ xuất huyết tái phát trong nghiên cứu của chúng tôi thấp và phân bố tập trung ở số điểm Oakland cao từ 15 điểm và tập trung nhiều từ 27 điểm. Khác với nghiên cứu của Oakland tại Hoa Kỳ, tỷ lệ xuất huyết tái phát cao hơn và phân bố ở cả nhóm có số điểm Oakland thấp dưới 8 điểm là 4,6% [14].

So sánh các thang điểm trong tiên lượng xuất huyết tiêu hóa dưới tái phát: Từ các nghiên cứu đã trình bày ở Bảng 4, chúng tôi ghi nhận thang điểm Oakland có độ chính xác cao hơn thang điểm Birmingham và SHAPE trong tiên lượng xuất huyết tái phát. Diện tích dưới đường cong ROC trong tiên lượng xuất huyết tái phát của thang điểm Oakland, thang điểm Birmingham và thang điểm SHAPE lần lượt là 0,84 ($p=0,01$), 0,79 ($p=0,04$) và 0,74 ($p=0,11$).

5. Kết luận

Thang điểm Oakland có giá trị tiên lượng tốt nguy cơ truyền máu với AUC 0,97 (KTC 95%: 0,93-1), $p<0,01$. Tại điểm cắt 18, thang điểm có độ nhạy 91,6% và độ đặc hiệu 90,9%. Thang điểm Oakland cũng tiên lượng tốt nguy cơ xuất huyết tái phát với AUC 0,84 (KTC 95%: 0,65-1), $p<0,05$. Tại điểm cắt 27, thang điểm có độ nhạy 75% và độ đặc hiệu 90,6%.

Ba thang điểm Oakland, Birmingham và SHAPE có giá trị tương đương trong tiên lượng truyền máu ở bệnh nhân XHTH dưới. Thang điểm Oakland có độ chính xác cao hơn thang điểm Birmingham và thang điểm SHAPE trong tiên lượng xuất huyết tái phát.

Tài liệu tham khảo

1. Hreinsson JP, Gumundsson S, Kalaitzakis E et al (2013) *Lower gastrointestinal bleeding: Incidence, etiology, and outcomes in a population-based setting*. Eur J Gastroenterol Hepatol 25(1): 37-43.
2. Lanás A, García-Rodríguez LA, Polo-Tomás M et al (2009) *Time trends and impact of upper and lower gastrointestinal bleeding and perforation in clinical practice*. Am J Gastroenterol 104(7): 1633-1641.
3. Strate LL, Ayanian JZ, Kotler G et al (2008) *Risk factors for mortality in lower intestinal bleeding*. Clin Gastroenterol Hepatol 6(9): 1004-1010.
4. Diamantopoulou G, Konstantakis C, Kottorou A, et al (2017) *Acute Lower Gastrointestinal bleeding: characteristics and clinical outcome of patients treated with an intensive protocol*. Gastroenterology Res 10(6): 352-358.
5. Oakland K, Jairath V, Uberoi R et al (2017) *Derivation and validation of a novel risk score for safe discharge after acute lower gastrointestinal bleeding: A modelling study*. Lancet Gastroenterol Hepatol 2(9): 635-643.
6. Oakland K, Chadwick G, East JE, Guy R, Humphries A, Jairath V, McPherson S, Metzner M, Morris AJ, Murphy MF, Tham T, Uberoi R, Veitch AM, Wheeler J, Regan C, Hoare J (2019) *Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: guidelines from the British Society of Gastroenterology*. Gut 68(5): 776-789.
7. Quach DT, Nguyen NTM, Vo UPP et al (2020) *Development and validation of a scoring system to predict severe acute lower gastrointestinal bleeding in Vietnamese*. Digestive Diseases and Sciences 66(3): 823-831.
8. Oakland K, Guy R, Uberoi R et al (2018) *Acute lower GI bleeding in the UK: patient characteristics, interventions and outcomes in the first nationwide audit*. Gut 67(4): 654-662.
9. Aoki T, Nagata N, Niikura R et al (2015) *Recurrence and mortality among patients hospitalized for acute lower gastrointestinal bleeding*. Clin Gastroenterol Hepatol 13(3): 488-494.
10. Ng KS, Nassar N, Soares D et al (2017) *Acute lower gastrointestinal haemorrhage: Outcomes and risk*

- factors for intervention in 949 emergency cases. Int J Colorectal Dis* 32(9): 1327-1335.
11. Nguyễn Thị Mỹ Nguyệt (2018) *Các yếu tố nguy cơ của xuất huyết tiêu hóa dưới mức độ nặng*. Luận văn tốt nghiệp (Bác sĩ Nội trú), Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Hồ Chí Minh.
 12. Aoki T, Yamada A, Nagata N et al (2018) *External validation of the NOBLADS score, a risk scoring system for severe acute lower gastrointestinal bleeding*. PLoS One 13(4): 0196514.
 13. Hreinsson JP, Sigurdardottir R, Lund SH et al (2018) *The SHA(2)PE score: A new score for lower gastrointestinal bleeding that predicts low-risk of hospital-based intervention*. Scand J Gastroenterol 53(12): 1484-1489.
 14. Oakland K, Kothiwale S, Forehand T et al (2020) *External validation of the oakland score to assess safe hospital discharge among adult patients with acute lower gastrointestinal bleeding in the US*. JAMA Netw Open 3(7): 209630.