

So sánh giá trị thang điểm MAP(ASH) với Child-Pugh và MELD trong tiên lượng chảy máu tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan

Comparison of the value of MAP(ASH) score with Child-Pugh and MELD in prognosis of variceal bleeding in cirrhosis patients

Dương Quang Huy^{1*}, Bùi Thị Thanh Nga¹,
Nguyễn Văn Chung¹ và Đào Đức Tiến²

¹Học viện Quân y,
²Bệnh viện Quân y 175

Tóm tắt

Mục tiêu: So sánh giá trị thang điểm MAP(ASH) với Child-Pugh (CP) và điểm mô hình bệnh gan giai đoạn cuối (MELD) trong tiên lượng tái chảy máu sớm và tử vong nội viện ở bệnh nhân xơ gan có biến chứng chảy máu tiêu hóa (CMTH) do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản (TMTQ). **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang trên 222 bệnh nhân CMTH do vỡ giãn TMTQ có bệnh nền xơ gan điều trị tại Khoa Nội Tiêu hóa, Khoa Hồi sức cấp cứu nội - Bệnh viện Quân y 103 và Viện Điều trị các bệnh Tiêu hóa - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tính điểm MAP(ASH), MELD, CP tại thời điểm nhập viện, đối chiếu với tỷ lệ tái chảy máu sớm và tử vong nội viện, từ đó xác định và so sánh giá trị tiên lượng thông qua phân tích diện tích dưới đường cong. **Kết quả:** Tỷ lệ tái chảy máu và tử vong nội viện lần lượt là 9,0% và 6,8%. Về tiên lượng tái chảy máu sớm, thang điểm MAP(ASH) có giá trị tiên lượng khá (AUROC 0,72; 95%CI: 0,59-0,84), còn thang điểm CP, MELD ít có giá trị tiên lượng với AUROC < 0,70. Về tiên lượng tử vong nội viện: Thang điểm MAP(ASH), MELD đều có giá trị tốt với AUROC cùng bằng 0,83 (p<0,001), trong khi điểm CP chỉ có giá trị tiên lượng khá với AUROC 0,79 (95%CI: 0,66-0,92, p<0,05). Tuy nhiên, sự khác biệt giữa các thang điểm MAP(ASH), MELD và CP trong tiên lượng chưa có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** MAP(ASH) là thang điểm có giá trị trong tiên lượng tử vong nội viện cũng như tái chảy máu sớm ở bệnh nhân xơ gan có biến chứng CMTH do vỡ giãn TMTQ, tốt hơn so với điểm CP và MELD nên cần khuyến cáo áp dụng trong thực hành lâm sàng.

Từ khóa: Thang điểm MAP(ASH), MELD, Child-Pugh, CMTH do vỡ giãn TMTQ.

Summary

Objective: To compare the value of MAP(ASH) score with Child-Pugh (CP) and model of end-stage liver disease (MELD) score in predicting early rebleeding and in-hospital mortality in cirrhosis patients complicated by esophageal variceal bleeding. **Subject and method:** Cross-sectional description of 222 patients with esophageal variceal bleeding with underlying cirrhosis treated at the Department of Gastrointestinal and Internal Medicine Emergency Department - 103 Military Hospital and Digestive Diseases Treatment Institute - 108 Military Central Hospital. Calculate MAP(ASH), MELD, CP scores at the time of admission, compare with the rate of early rebleeding and in-hospital mortality, thereby determining and comparing the prognosis value of these scores through analysis of area under the

Ngày nhận bài: 02/01/2024, ngày chấp nhận đăng: 10/01/2024

*Tác giả liên hệ: huyduonghvqy@gmail.com - Học viện Quân y

curve. *Result:* The rates of rebleeding and in-hospital mortality were 9.0% and 6.8%, respectively. Regarding the prognosis of early rebleeding, the MAP(ASH) score had good prognostic value (AUROC 0.72; 95%CI: 0.59-0.84), while the CP and MELD scores had poor predictive value with AUROC < 0.70. Regarding prognosis of in-hospital mortality: MAP(ASH), MELD scores all had good value with both AUROC equal to 0.83 ($p < 0.001$), while CP only had medium prognostic value with AUROC 0.79 (95%CI: 0.66-0.92; $p < 0.05$). However, the difference between the MAP(ASH), MELD and CP in prognosis was not statistically significant. *Conclusion:* MAP(ASH) is a valuable score in predicting in-hospital death as well as early rebleeding in cirrhotic patients with esophageal variceal bleeding, better than CP and MELD scores, so it is necessary to recommended for application in clinical practice.

Keywords: MAP(ASH) score, MELD, Child-Pugh score, esophageal variceal bleeding.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiên lượng bệnh nhân chảy máu tiêu hóa (CMTH) do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản (TMTQ) là vấn đề rất quan trọng trong thực hành lâm sàng vì giúp phân tầng bệnh nhân và nhận diện những bệnh nhân nguy cơ diễn biến nặng để tập trung cấp cứu, điều trị nhằm giảm tỷ lệ tử vong hiện vẫn khá cao (20-30%)^{1, 2}. Các thang điểm kinh điển như điểm đánh giá mức độ suy gan Child-Pugh (CP) rất có ý nghĩa trong tiên lượng bệnh nhân xơ gan nói chung hay điểm mô hình bệnh gan giai đoạn cuối (MELD) giúp phân tầng bệnh nhân xơ gan trong danh sách chờ ghép gan cũng đã được ứng dụng trong tiên lượng bệnh nhân xơ gan có biến chứng CMTH do vỡ giãn TMTQ, tuy nhiên với tình trạng CMTH khó kiểm soát do bệnh nền xơ gan gây rối loạn đông máu, giảm tiểu cầu và nhiều biến cố có nguy cơ xảy ra như nhiễm khuẩn, bệnh não gan, hội chứng gan thận... nên các mô hình tiên lượng này có giá trị chưa cao với diện tích dưới đường cong ROC (AUROC) trong tiên lượng tái chảy máu sớm < 0,70 và tử vong nội viện < 0,80, đòi hỏi phải xây dựng các thang điểm tiên lượng có giá trị hơn^{3, 4}.

Năm 2020, trên cơ sở nghiên cứu 547 bệnh nhân CMTH cao do nhiều nguyên nhân (trong đó 19% bệnh nhân CMTH do vỡ giãn TMTQ), Redondo-Cerezo E và cộng sự (CS) ghi nhận 6 thông số trong phân tích đa biến có liên quan ý nghĩa đến tiên lượng can thiệp cầm máu qua nội soi, tái chảy máu và tử vong nội viện, từ đó tác giả đề xuất thang điểm tiên lượng MAP(ASH)⁵. Nhiều nghiên cứu sau đó đã ứng dụng thang điểm MAP(ASH) trong đánh giá tiên lượng bệnh nhân CMTH cao và đều cho thấy đây là

thang điểm có giá trị tốt trong dự báo tái chảy máu, tử vong và đặc biệt là can thiệp nội soi khi so sánh với các thang điểm khác như AIMS65, T-score...^{6, 7}.

Ở Việt Nam, hiện nay chưa có nghiên cứu đánh giá giá trị tiên lượng của thang điểm MAP(ASH) so sánh với các thang điểm kinh điển khác hiện đang áp dụng trên đối tượng bệnh nhân CMTH do vỡ giãn TMTQ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu: *So sánh giá trị thang điểm MAP(ASH) với điểm CP và MELD trong tiên lượng tái chảy máu sớm và tử vong nội viện ở bệnh nhân xơ gan có biến chứng CMTH do vỡ giãn TMTQ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

222 bệnh nhân xơ gan có biến chứng CMTH cấp do vỡ giãn TMTQ, điều trị nội trú tại Khoa Cấp cứu tiêu hóa thuộc Viện Điều trị các Bệnh tiêu hóa - Bệnh viện TƯQĐ 108 và Khoa Hồi sức nội, Khoa Nội tiêu hóa - Bệnh viện Quân y 103. Thời gian nghiên cứu từ 9/2020 đến tháng 5/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân nhập viện trong tình trạng nôn ra máu và/hoặc đại tiện phân đen, được nội soi dạ dày-thực quản xác chẩn nguồn chảy máu do vỡ giãn TMTQ. Đồng thời có triệu chứng suy tế bào gan, tăng áp lực tĩnh mạch cửa và thay đổi hình thái gan thể hiện trên lâm sàng, xét nghiệm máu và hình ảnh học để khẳng định chẩn đoán xơ gan.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không có kết quả nội soi xác định CMTH do vỡ giãn TMTQ hoặc CMTH do các nguyên nhân khác như hội chứng Mallory-Weiss, viêm loét dạ dày-tá tràng..., đang hoặc đã dùng thuốc kháng huyết khối gần đây.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, theo dõi dọc trong thời gian bệnh nhân nằm viện và tại nhà khi diễn biến nặng xin ra viện.

Các bước tiến hành: Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn vào nghiên cứu được khai thác tiền sử bệnh (tiền sử bệnh gan, vỡ TMTQ, bệnh lý đồng mắc...); khám lâm sàng đánh giá huyết động (mạch, huyết áp); triệu chứng nôn ra máu, đại tiện phân đen, dấu hiệu mất máu cấp và thực hiện xét nghiệm công thức máu, enzym gan, chức năng gan (bilirubin, albumin, đông máu)... để chẩn đoán và điều trị.

Tính điểm MELD:

MELD dựa trên các chỉ số creatinin, bilirubin, INR trong huyết tương của bệnh nhân được tính theo công thức:

$$\text{MELD score} = 3,78 \times \text{Ln}[\text{TBIL}(\text{mg/dL})] + 11,2 \times \text{Ln}[\text{INR}] + 9,57 \times \text{Ln}[\text{Creatinine}(\text{mg/dL})] + 6,43$$

Ghi chú: Nếu bệnh nhân chạy thận nhân tạo 2 lần trong 7 ngày vừa qua thì creatinin máu là 4,0mg/dL.

Trong đó: TBIL: Bilirubin toàn phần; ALB: Albumin huyết tương; PLT: Tiểu cầu, INR: Chỉ số bình thường hóa quốc tế. Chuyển đổi đơn vị: Creatinin (mg/dL \times 88,4 = $\mu\text{mol/L}$), TBIL (mg/dL \times 17,1 = $\mu\text{mol/L}$)⁸.

* **Tính điểm Child-Pugh:** Dựa trên 5 thông số là cổ trướng, bệnh não gan, nồng độ albumin, bilirubin toàn phần huyết thanh và thời gian prothrombin (INR). Phổ điểm từ 5 đến 15 và chia làm 3 mức: Child-Pugh A khi điểm 5-6, Child-Pugh B khi điểm 7-9 và Child-Pugh C khi điểm 10-15⁹.

Tính điểm MAP(ASH) theo nghiên cứu đề xuất của Redondo-Cerezo E (2020)⁵:

Bảng 1. Cách tính điểm MAP(ASH)

Thông số	Điểm
M: Tình trạng tri giác thay đổi (altered mental status - Glasgow < 15)	1
A: Điểm ASA > 2	1
P: Mạch (Pulse) > 100 lần/phút	1
A: Albumin < 25g/L	2
S: Huyết áp tâm thu (systolic blood pressure) < 90mmHg	2
H: Hemoglobin < 100g/L	2
ASA (American Society of Anesthesiologists): Bảng phân loại tình trạng sức khỏe của Hiệp hội Bác sĩ gây mê Hoa Kỳ, gồm ASA 1 đến ASA 5.	

Bệnh nhân được cấp cứu bù đủ khối lượng tuần hoàn (truyền máu để nâng hemoglobin lên mức 80-90g/L), dùng thuốc giảm áp cửa truyền tĩnh mạch, kháng sinh và dự phòng bệnh não gan. Khi huyết động ổn định hoặc dưới hỗ trợ của hồi sức sẽ tiến hành nội soi đánh giá tình trạng chảy máu (máu đang chảy từ các búi giãn) hay đã cầm máu (cục máu đông, nút tiểu cầu) và phân mức độ giãn TMTQ (độ I, II, III) theo Hiệp hội Nội soi Nhật Bản năm 2010¹⁰. Trong trường hợp giãn TMTQ đang chảy máu hoặc búi giãn lớn (độ II, III) có nguy cơ tái vỡ sẽ tiến hành can thiệp thắt búi giãn bằng vòng cao su^{1,2}.

Theo dõi tình trạng tái chảy máu sớm và tử vong nội viện.

Tái chảy máu: Đánh giá theo đồng thuận Baveno VI (2015)² và Baveno VII (2022)¹¹ khi có ít nhất 1 trong các tiêu chuẩn sau: (1) Nôn máu tươi sau 2 giờ trở lên sau khi điều trị thuốc hoặc cầm máu bằng nội soi đặc hiệu. Nếu bệnh nhân có sonde dạ dày, xuất huyết tái phát được xác định khi hút ra được > 100mL máu đỏ tươi sau can thiệp cầm máu. (2) Giảm Hemoglobin từ 30g/L trở lên (khoảng 9% Hemotocrit) ở bệnh nhân không truyền máu trong vòng 24 giờ. Tái chảy máu sớm được tính trong vòng 5 ngày đầu nhập viện. Khi bệnh nhân tái chảy máu sẽ cân nhắc can thiệp nội soi cầm máu lần 2 hoặc tạo shunt cửa - chủ trong gan qua ngã tĩnh

mạch cảnh (TIPS) tùy thuộc tình trạng bệnh nhân và chức năng gan theo Child-Pugh^{2,11}.

Tử vong: Được xác định bệnh nhân tử vong tại bệnh viện hoặc bệnh diễn biến nặng, gia đình xin ra viện và xác nhận bệnh nhân tử vong sau đó tại nhà qua điện thoại.

Xử lý và phân tích số liệu: Bằng phần mềm thống kê y học SPSS 25.0, vẽ biểu đồ trên Excel 2016. Các biến định tính tính tần số và tỷ lệ phần trăm. Đối với các biến định lượng: Giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, trung vị, giá trị nhỏ nhất, lớn nhất. Xây dựng đường cong ROC (Receiver Operating Characteristic) và xác định diện tích dưới đường cong (AUROC -

Area under the ROC) 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 dự báo dương (PPV) và giá trị dự báo âm (NPV). Sử dụng phép kiểm DeLong để so sánh AUROC giữa các thang điểm. $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài đã được thông qua Hội đồng đạo đức Học viện Quân y và không có bất kỳ xung đột lợi ích nào.

III. KẾT QUẢ

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

Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng, nội soi của đối tượng nghiên cứu (n = 222)

Chỉ tiêu		$\bar{X} \pm SD$ hoặc n (%)
Tuổi trung bình		54,7 ± 10,4
Giới	Nam (n, %)	209 (94,1)
	Nữ (n, %)	13 (5,9)
Triệu chứng lâm sàng lúc nhập viện	Nôn ra máu (n, %)	48 (21,6)
	Đại tiện phân đen (n, %)	54 (24,3)
	Nôn máu và đại tiện phân đen (n, %)	120 (54,1)
Tiền sử xơ gan	Có (n, %)	201 (90,5)
	Không (n, %)	21 (9,5)
Tiền sử XHTH do vỡ giãn TMTQ	Có (n, %)	143 (64,4)
	Không (n, %)	79 (35,6)
Phân độ giãn TMTQ	Độ I (n, %)	6 (2,7)
	Độ II (n, %)	37 (16,7)
	Độ III (n, %)	179 (80,6)
Tình trạng chảy máu búi giãn	Đang chảy máu (n, %)	28 (12,6)
	Đã cầm máu (n, %)	194 (87,4)
Diễn biến lâm sàng	Tái chảy máu sớm (n, %)	20 (9,0)
	Tử vong nội viện (n, %)	15 (6,8)

94,1% bệnh nhân là nam giới với tuổi trung bình $54,7 \pm 10,4$. Tiền sử xơ gan gặp ở 90,5% bệnh nhân và 64,4% đã từng XHTH do vỡ giãn TMTQ. Triệu chứng nhập viện hay gặp là nôn ra máu và đại tiện phân đen (54,1%). Kết quả nội soi dạ dày - thực quản: TMTQ giãn độ III gặp ở 80,6% bệnh nhân, với 12,6% phát hiện thấy tình trạng đang chảy máu từ búi giãn TMTQ. 20 bệnh nhân (9,0%) tái xuất huyết sớm và 15 trường hợp (6,8%) tử vong nội viện.

3.2. Đặc điểm và giá trị của thang điểm CP, MELD và MAP(ASH)

Bảng 2. Đặc điểm thang điểm CP, MELD và MAP(ASH) (n = 222)

Các thang điểm		Giá trị
Điểm CP	$\bar{X} \pm SD$	8,2 ± 2,2
	Min - Max	5 - 14
	A/B/C n (%)	42 (18,9)/ 104 (46,8)/ 76 (34,3)
Điểm MELD	$\bar{X} \pm SD$	15,4 ± 5,7
	Min - Max	7 - 42
MAP(ASH)	$\bar{X} \pm SD$	4,34 ± 2,12
	Min - Max	1 - 9

Đa phần bệnh nhân có mức độ suy gan nặng ở mức Child-Pugh B và C (chiếm 81,1%), điểm MELD trung bình 15,4 ± 5,7 và điểm MAP(ASH) trung bình 4,34 ± 2,12.

Bảng 3. Giá trị thang điểm CP, MELD và MAP(ASH) tiên lượng tái chảy máu sớm và tử vong nội viện

Thang điểm	Diễn biến lâm sàng	Điểm cắt	AUROC (95%CI)	Se (%)	Sp (%)	PPV (%)	NPV (%)	p
Child-Pugh	Tái CMTH sớm	9	0,64 (0,54-0,75)	75	53	13,6	95,5	<0,05
	Tử vong	11	0,79 (0,66-0,92)	73,3	81,2	22	97,7	<0,05
MELD	Tái CMTH sớm	12	0,64 (0,52-0,76)	95	29,7	11,8	98,4	<0,05
	Tử vong	18	0,83 (0,72-0,93)	80	75,4	19	98,1	<0,001
MAP(ASH)	Tái CMTH sớm	4	0,72 (0,59-0,84)	80,0	59,4	16,3	96,8	0,001
	Tử vong	7	0,83 (0,69-0,96)	66,7	96,1	55,6	97,5	<0,001

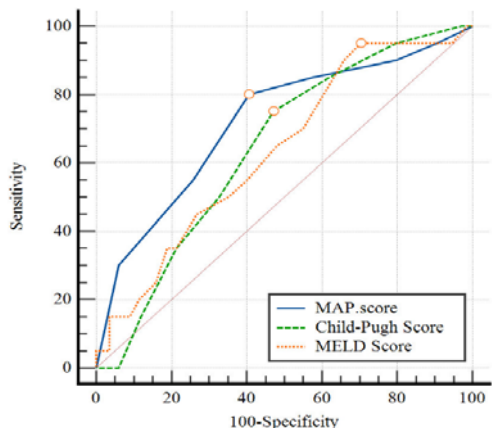
Khi tiên lượng tái chảy máu sớm, chỉ có thang điểm MAP(ASH) có giá trị dự báo khá với AUROC là 0,72 (95%CI: 0,59-0,84), trong khi cả 3 thang điểm đều có giá trị tiên lượng tử vong nội viện (điểm CP là giá trị khá (AUROC = 0,79, 95%CI: 0,66-0,92) và 2 thang điểm còn lại có giá trị tiên lượng tốt với AUROC cùng bằng 0,83, p<0,001).

3.3. So sánh giá trị tiên lượng của thang điểm MAP(ASH) với điểm CP và MELD

Bảng 4. So sánh AUROC của thang điểm MAP(ASH) với điểm CP và MELD trong tiên lượng tái chảy máu sớm

Thang điểm	CP	MELD
MAP(ASH)	Δ AUROC	+ 0,083
	z statistic	1,085
	p	0,278

Thang điểm MAP(ASH) có AUROC lớn hơn các thang điểm CP, MELD lần lượt là 0,076, 0,083. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

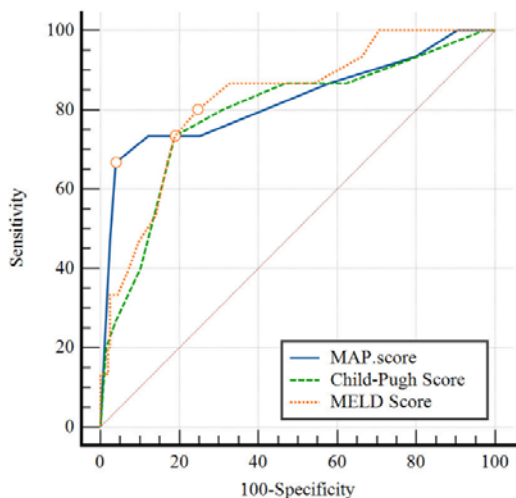


Biểu đồ 1. So sánh AUROC các thang điểm trong tiên lượng tái chảy máu sớm

Bảng 5. So sánh AUROC của thang điểm MAP(ASH) với điểm CP và MELD trong tiên lượng tử vong nội viện

Thang điểm		CP	MELD
MAP(ASH)	Δ AUROC	+ 0,035	+ 0,001
	z statistic	0,482	0,020
	p	0,630	0,983

Thang điểm MAP(ASH) có AUROC lớn hơn thang điểm CP là 0,035; thang điểm MELD là 0,001. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).



Biểu đồ 2. So sánh AUROC các thang điểm trong tiên lượng tử vong nội viện

IV. BÀN LUẬN

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

4.1.2. Một số đặc điểm lâm sàng, nội soi

Thực hiện nghiên cứu trên 222 bệnh nhân xơ gan có biến chứng CMTH cấp do vỡ giãn TMTQ chúng tôi ghi nhận 94,1% bệnh nhân là nam giới với tuổi trung bình $54,7 \pm 10,4$. 64,4% bệnh nhân đã từng CMTH do vỡ giãn TMTQ và 90,5% bệnh nhân đã được chẩn đoán bệnh gan trước đó. Kết quả này một lần nữa cho thấy bệnh nhân xơ gan ở Việt Nam chủ yếu là nam giới trung niên (có lẽ liên quan đến lạm dụng rượu, bia) và biến chứng vỡ giãn TMTQ là một trong các biến chứng khiến bệnh nhân phải nhập viện nhiều lần nếu không có biện pháp điều trị dự phòng tốt.

54,1% bệnh nhân nhập viện chủ yếu vì cả 2 triệu chứng nôn ra máu và đại tiện phân đen, trong khi chỉ 24,3% bệnh nhân đại tiện phân đen đơn thuần. Kết quả phù hợp với kết quả nghiên cứu của Elsafty RE và CS (2021) khi ghi nhận bệnh nhân CMTH do vỡ giãn TMTQ thường nhập viện với đồng thời 2 triệu chứng nôn máu và đại tiện phân đen (64%), tỷ lệ bệnh nhân chỉ đại tiện phân đen chiếm 15%¹².

Trên hình ảnh nội soi chủ yếu chúng tôi thấy TMTQ giãn độ III (80,6%) và độ II (16,7%). Đồng thời chúng tôi gặp 12,6% bệnh nhân máu đang chảy từ búi giãn cần can thiệp thắt giãn TMTQ ngay để cầm máu. Nghiên cứu của Elsafty RE và CS (2021) trên 250 bệnh nhân CMTH do vỡ giãn TMTQ, kết quả nội soi cũng ghi nhận 96% TMTQ giãn độ II, III và 17% cần can thiệp thắt cấp cứu búi giãn đang chảy máu¹².

4.1.2. Tỷ lệ tái chảy máu sớm và tử vong nội viện

Mặc dù quản lý bệnh nhân CMTH do vỡ giãn TMTQ đã có sự thống nhất trong nhiều đồng thuận quốc tế (mới nhất là đồng thuận Baveno VII năm 2022) với nhiều tiến bộ trong điều trị thuốc giảm áp cửa và can thiệp cầm máu qua nội soi cũng như can thiệp mạch^{1, 7}, tuy nhiên tỷ lệ tái chảy máu sớm và tử vong vẫn khá cao so với các nguyên nhân CMTH khác. Aluizio CL và CS (2021) nghiên cứu trên 222 bệnh nhân CMTH do vỡ TMTQ cho thấy trong vòng

5 ngày đầu nhập viện tỷ lệ tái chảy máu 4,5%, tỷ lệ tử vong 5,0% và tử vong tăng lên 18,5% khi theo dõi đến 6 tuần⁴. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự là 9,0% bệnh nhân tái chảy máu sớm và 6,8% trường hợp tử vong nội viện. Như vậy, CMTH do vỡ giãn TMTQ vẫn là biến chứng nguy hiểm nhất ở bệnh nhân xơ gan, đòi hỏi phải tiên lượng sớm nhóm nguy cơ cao để có biện pháp điều trị, theo dõi tích cực.

4.2. Điểm MAP(ASH) và giá trị trong tiên lượng CMTH do vỡ giãn TMTQ khi so sánh với điểm CP, MELD

Tiên lượng bệnh nhân CMTH do vỡ giãn TMTQ là vấn đề rất quan trọng trong thực hành lâm sàng nhằm nhận diện bệnh nhân có nguy cơ diễn biến nặng để phân tầng theo dõi, điều trị. Tuy nhiên, các thang điểm tiên lượng trong đó điểm đánh giá mức độ suy gan CP và điểm MELD giúp ưu tiên lựa chọn bệnh nhân trong danh sách chờ ghép gan là 2 thang điểm được sử dụng nhiều nhất vẫn chưa đạt được kỳ vọng. Năm 2020 Redondo-Cerezo E và CS trên cơ sở nghiên cứu 547 bệnh nhân CMTH cao đã đề xuất thang điểm MAP(ASH) dựa trên 6 thông số cơ bản có thể dễ dàng thu thập được ngay tại tuyến y tế cơ sở là tình trạng tri giác, tình trạng sức khỏe chung, mạch, huyết áp tâm thu, nồng độ hemoglobin và albumin máu⁵. Thang điểm này sau đó đã được nhiều nghiên cứu đánh giá và cho thấy có giá trị nhất định trong tiên lượng bệnh nhân CMTH cao^{6,7}.

Kết quả Bảng 2 cho thấy điểm MAP(ASH) trung bình ở nhóm nghiên cứu là $4,34 \pm 2,12$, thấp nhất 1 điểm và cao nhất 9 điểm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với kết quả một số nghiên cứu như nghiên cứu đầu tiên của Redondo-Cerezo E và CS (2020) ghi nhận điểm MAP(ASH) trung bình là 2,7 hay nghiên cứu của Jimenez-Rosales R và CS (2023) cho kết quả $3,27 \pm 2,09$ ^{5,6}. Sự khác biệt này là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân xơ gan có biến chứng CMTH do vỡ giãn TMTQ nên các thông số như tình trạng toàn thân, albumin máu có lẽ sẽ được cho điểm cao hơn so với các bệnh nhân CMTH chung với nguyên nhân viêm, loét dạ dày - tá tràng chiếm ưu thế.

Sử dụng thuật toán đường cong ROC để xác định giá trị của thang điểm MAP(ASH) trong tiên lượng CMTH do vỡ giãn TMTQ chúng tôi ghi nhận điểm MAP(ASH) có giá trị tốt trong tiên lượng tử vong nội viện (AUROC 0,83, 95%CI: 0,69-0,96; $p < 0,001$), tại điểm cắt 7 có độ nhạy 66,7% và độ đặc hiệu 96,1% và giá trị khá trong dự đoán tái chảy máu sớm (AUROC 0,72; 95%CI: 0,59-0,84; $p = 0,001$), tại điểm cắt 4 có độ nhạy 80,0% và độ đặc hiệu 59,4%, trong khi điểm CP và MELD ít có giá trị tiên lượng tái chảy máu sớm (AUROC $< 0,7$), còn tiên lượng tử vong nội viện thì điểm MELD có giá trị tốt (AUROC 0,83) và điểm CP có giá trị khá (AUROC 0,79).

Sử dụng kiểm định DeLong để so sánh sự khác biệt giữa các thang điểm, kết quả ở Bảng 4 và 5 cho thấy: Thang điểm MAP(ASH) có AUROC lớn hơn điểm CP và MELD cả trong tiên lượng tái chảy máu sớm và tử vong nội viện, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$; $z < 1,96$). Như vậy, giá trị tiên lượng tử vong sớm của thang điểm MAP(ASH) là tương đương với thang điểm CP và MELD.

Hiện nay chưa có nghiên cứu đánh giá giá trị của thang điểm MAP(ASH) riêng cho đối tượng bệnh nhân CMTH do vỡ giãn TMTQ, các nghiên cứu mới chỉ thực hiện trên đối tượng bệnh nhân CMTH chung và đều cho thấy thang điểm MAP(ASH) có khả năng dự báo tử vong tốt hơn so với tiên lượng tái chảy máu. Cụ thể nghiên cứu của Jimenez-Rosales R và CS (2023) trên 795 bệnh nhân (12,5% nguyên nhân do vỡ giãn TMTQ) ghi nhận thang điểm MAP(ASH) có giá trị tiên lượng tử vong với AUROC là 0,79 và gần như không có giá trị dự báo tái chảy máu với AUROC chỉ đạt 0,67⁶. Tương tự nghiên cứu của Li Y và CS (2022) trên 602 bệnh nhân CMTH cao với tuổi > 65 cho thấy thang điểm chỉ đạt khá trong tiên lượng tử vong (AUROC 0,781), cao hơn tái chảy máu (AUROC 0,732)⁷. Chúng tôi cho rằng sự khác nhau giữa các kết quả nghiên cứu nêu trên chủ yếu do tính không đồng nhất của nhóm đối tượng nghiên cứu cũng như sự khác nhau về thời gian đánh giá tái chảy máu và tử vong. Do đó các nghiên cứu trên phạm vi mẫu lớn hơn, nguyên nhân CMTH khu trú hơn sẽ giúp đánh giá chính xác

hơn giá trị của thang điểm MAP(ASH) trong tiên lượng bệnh nhân xơ gan có biến chứng CMTH cấp do vỡ giãn TMTQ.

V. KẾT LUẬN

Thang điểm MAP(ASH) có giá trị tốt trong tiên lượng tử vong nội viện và giá trị khá trong dự báo tái chảy máu sớm, cao hơn so với giá trị điểm CP và MELD, mặc dù khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê nhưng nên khuyến cáo áp dụng trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Garcia-Pagan JC, Reverter E, Abraldes JG et al (2012) *Acute variceal bleeding*. *Semin Respir Crit Care Med* 33: 46-54.
- de Franchis R; Baveno VI Faculty (2015) *Expanding consensus in portal hypertension: Report of the Baveno VI Consensus Workshop: Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension*. *J Hepatol* 63(3): 543-545.
- Yang L, Sun R, Wei N, Chen H (2021) *Systematic review and meta-analysis of risk scores in prediction for the clinical outcomes in patients with acute variceal bleeding*. *Ann Med* 53(1): 1806-1815.
- Aluizio CLS, Montes CG, Reis GFSR, Nagasako CK (2021) *Risk stratification in acute variceal bleeding: Far from an ideal score*. *Clinics (Sao Paulo)* 76: 2921.
- Redondo-Cerezo E, Vadillo-Calles F, Stanley AJ et al (2020) *MAP(ASH): A new scoring system for the prediction of intervention and mortality in upper gastrointestinal bleeding*. *J Gastroenterol Hepatol* 35(1): 82-89.
- Jimenez-Rosales R, Lopez-Tobaruela JM, Lopez-Vico M, et al (2023) *Performance of the New ABC and MAP(ASH) Scores in the Prediction of Relevant Outcomes in Upper Gastrointestinal Bleeding*. *J. Clin. Med.* 12: 1085.
- Li Y, Lu Q, Wu K et al (2022) *Evaluation of six preendoscopy scoring systems to predict outcomes for older adults with upper gastrointestinal bleeding*. *Gastroenterology Research and Practice*, Article ID 9334866.
- Malinchoc M, Kamath PS, Gordon FD, Peine CJ, Rank J et al (2000) *A model to predict poor survival in patients undergoing transjugular intrahepatic portosystemic shunts*. *Hepatology* 31(4): 864-871.
- Pugh RNH, Murray-Lyon IM, Dawson JL, Pietroni MC and Williams R (1973) *Transection of the oesophagus for bleeding oesophageal varices*. *The British Journal of Surgery* 60(8): 646-649.
- Tajiri T, Yoshida H, Obara K et al (2010) *General rules for recording endoscopic findings of esophagogastric varices (2nd edition)*. *Dig Endosc* 22(1): 1-9.
- de Franchis R, Bosch J, Garcia-Tsao G, Reiberger T, Ripoll C (2022) *Baveno VII Faculty. Baveno VII - Renewing consensus in portal hypertension*. *J Hepatol* 76(4): 959-974.
- Elsafty RE, Elsayy AA, Selim AF, Taha AM (2021) *Performance of albumin-bilirubin score in prediction of hepatic encephalopathy in cirrhotic patients with acute variceal bleeding*. *Egypt Liver J* 11(1): 1-7.