

# Nghiên cứu giá trị của thang điểm ABC trong tiên lượng chảy máu tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản, tĩnh mạch phình vị ở bệnh nhân xơ gan

## The value of ABC score for prognosis of acute variceal bleeding in patients with cirrhosis

Nguyễn Thị Huyền Trang, Nguyễn Tiến Thịnh,  
Mai Thanh Bình, Trần Thị Ánh Tuyết,  
Nguyễn Văn Mạnh, Nguyễn Anh Tuấn,  
Nguyễn Văn Thái, Đinh Trường Giang,  
Trịnh Xuân Hùng, Thái Doãn Kỳ

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

### Tóm tắt

*Mục tiêu:* Đánh giá giá trị của thang điểm ABC trong tiên lượng tái chảy máu sớm và tử vong sớm 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 mô tả cắt ngang, không nhóm chứng, hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 201 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 TƯQĐ 108 từ tháng 9/2022 đến tháng 4/2023. Tính điểm ABC và đối chiếu với tỷ lệ tái chảy máu sớm và tử vong sớm. *Kết quả:* Thang điểm ABC có giá trị tốt trong tiên lượng tử vong sớm với diện tích dưới đường cong (AUROC) 0,804; 95% CI: 0,70-0,91;  $p < 0,001$ ; tại điểm cắt 8 có độ nhạy 81% và độ đặc hiệu 79,4%. Có giá trị tiên lượng khá đối với tái chảy máu sớm với AUROC 0,744; 95% CI: 0,59-0,89,  $p = 0,002$ . Tại điểm cắt 9 có độ nhạy 62,5% và độ đặc hiệu 84,9%. *Kết luận:* ABC là thang điểm có giá trị trong tiên lượng nguy cơ tái chảy máu và tử vong sớm ở bệnh nhân xơ gan có biến chứng CMTH do vỡ giãn TMTQ, TMPV.

*Từ khóa:* Thang điểm ABC, CMTH do vỡ giãn TMTQ, TMPV, xơ gan.

### Summary

*Objective:* To assess the value of ABC score in predicting early rebleeding and early mortality in cirrhotic patients with acute variceal bleeding (AVB). *Subject and method:* A cross-sectional descriptive study carried out on 201 cirrhotic patients with AVB at 108 Military Central Hospital between September 2022 and April 2023. To compare ABC score with the rate of early rebleeding and early mortality. *Result:* ABC score had a good prognostic power in early mortality (0.804, 95% CI: 0.70-0.91.  $p < 0.001$ ), at the cut-off value of 8, ABC score had 81.0% sensitivity, 79.4% specificity) and an acceptable predicting value in re-bleeding (AUROC 0.744; 95%CI: 0.59-0.89;  $p = 0.002$ ), at the cut-off value of 9, ABC score had 62.5% sensitivity and 84.9% specificity. *Conclusion:* ABC score has a significant performance in the prognosis of early rebleeding and early mortality in cirrhotic patients with AVB.

*Keywords:* ABC score, acute variceal bleeding, cirrhosis.

Ngày nhận bài: 27/5/2023, ngày chấp nhận đăng: 12/6/2023

Người phản hồi: Nguyễn Thị Huyền Trang, Email: drtrang1009@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

## 1. Đặt vấn đề

Chảy máu tiêu hóa (CMTH) cao là một cấp cứu y khoa thường gặp. Tại Mỹ, hàng năm có khoảng 350.000 trường hợp CMTH cao nhập viện, với tần suất khoảng 100/100.000 dân. Có nhiều nguyên nhân CMTH, trong đó CMTH do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản (TMTQ), tĩnh mạch phình vị (TMPV) trong hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa (ALTM) là một trong những nguyên nhân thường gặp chiếm khoảng 30% [1], [2]. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị nhưng tỷ lệ tái chảy máu và tử vong trong tháng đầu ở bệnh nhân CMTH do vỡ giãn TMTQ, TMPV vẫn còn cao, lần lượt là 25,7% và 15,2%, nguyên nhân chủ yếu do thất bại trong việc kiểm soát chảy máu trong những ngày đầu tiên [3], [4].

Việc tiên lượng CMTH do vỡ giãn TMTQ thường khó khăn không những do mức độ chảy máu thường nặng nề mà còn phụ thuộc vào mức độ nặng của bệnh nền xơ gan. Một số yếu tố đã được nghiên cứu để tiên lượng như điểm Child-Pugh, mô hình bệnh gan giai đoạn cuối (MELD), AIMS65, Rockall..., tuy nhiên tồn tại hạn chế như chứa yếu tố mang tính chủ quan, tính toán còn phức tạp, một số báo cáo cho thấy giá trị của những thang điểm này chưa cao trong tiên lượng nguy cơ tái chảy máu và tử vong [5].

Năm 2020, Laursen SB và cộng sự tiến hành một nghiên cứu quốc tế đa trung tâm và xây dựng một thang điểm tiên lượng CMTH mới là thang điểm ABC dựa trên ba tiêu chí là tuổi (Age), xét nghiệm máu (Blood test) và bệnh đồng mắc (Comorbidity); giá trị từ 0-18 điểm, phân tầng nguy cơ thành các mức độ thấp ( $\leq 3$  điểm), trung bình (4-7 điểm), cao ( $\geq 8$  điểm), tỉ lệ tử vong trong 30 ngày do CMTH cao của 3 nhóm nguy cơ trên lần lượt là 1%, 7%, 25%. Nhóm nghiên cứu cũng đồng thời phân tích so sánh thang điểm mới này với các thang điểm AIMS65, Rockall, Glasgow-Blatchford và cho thấy khả năng tiên lượng tử vong 30 ngày ở bệnh nhân CMTH cao tốt hơn với diện tích dưới đường cong cao hơn. Ở Việt Nam, hiện chưa có nghiên cứu nào áp dụng thang điểm này trong tiên lượng bệnh nhân xơ gan có biến chứng CMTH do vỡ giãn TMTQ, TMPV. Vì vậy, chúng tôi tiến hành để tài với mục tiêu: “Đánh giá giá trị của thang

điểm ABC trong tiên lượng tái chảy máu sớm và tử vong sớm của CMTH do vỡ giãn TMTQ, TMPV ở bệnh nhân xơ gan”.

## 2. Đối tượng và phương pháp

### 2.1. Đối tượng

Gồm 201 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 TƯQĐ 108, thời gian từ 3/2022 đến tháng 5/2023.

*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 H/c TALTM nhưng không do xơ gan, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp

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, phân độ giãn TMTQ (độ I, II, III) theo Hiệp hội Nội soi Nhật Bản năm 2010, 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, TIPs phù hợp với chỉ định [6].

Tính thang điểm ABC: Được tác giả Laursen SB và cộng sự đề xuất (2020) gồm yếu tố tuổi (Age), xét nghiệm máu (Blood test) và bệnh phối hợp (Comorbidity) giá trị từ 0-18 điểm [7].

Yếu tố tiên lượng		Điểm số
1. Tuổi	60-74 tuổi	1
	≥ 75 tuổi	2
2. Xét nghiệm máu		
Urê	> 10mmol/L	1
Albumin	< 30g/L	2
Creatinin	100-150µmol/L	1
	> 150µmol/L	2
3. Bệnh phối hợp		
Thay đổi ý thức	Có	2
Xơ gan	Có	2
Bệnh lý ác tính lan tỏa	Có	4
Điểm ASA*	3	1
	≥ 4	3

(\*) Điểm ASA là bảng điểm phân loại tình trạng sức khỏe của Hiệp hội Bác sĩ Gây mê Hoa Kỳ [8].

Tất cả bệnh nhân được điều trị theo phác đồ thống nhất căn cứ theo tình trạng bệnh lý, 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 đồng thuận Baveno VII (2022) [6]. Theo dõi tình

trạng tái chảy máu sớm và tử vong sớm trong thời gian điều trị tại bệnh viện. Tái chảy máu sớm 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. Tử vong sớm: Xảy ra trong vòng 5 ngày nhập viện [6].

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 ( $\chi^2$ ) 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). Kết quả có ý nghĩa thống kê với giá trị  $p < 0,05$ .

### 3. 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 = 201)**

Chỉ tiêu		$\bar{X} \pm SD$ hoặc n (%)
Tuổi trung bình		56,4 ± 10,8
Giới	Nam	185 (92,0%)
	Nữ	16 (8,0%)
Triệu chứng lâm sàng lúc nhập viện	Nôn ra máu	47 (23,4%)
	Đại tiện phân đen	51 (25,4%)
	Nôn ra máu và đại tiện phân đen	103 (51,2%)
Tiền sử xơ gan	Có	176 (87,6 %)
	Không	35 (12,4 %)
Tiền sử CMTH do vỡ giãn TMTQ, TMPV	Có	143 (57,2%)
	Không	58 (42,8%)
Phân độ giãn TMTQ	Không giãn	4 (2,0%)
	Độ I	4 (2,0%)
	Độ II	31 (15,4%)
	Độ III	162 (80,6%)

Chỉ tiêu		X ± SD hoặc n (%)
Giãn TMPV	Có	63 (31,3%)
	Không	122 (60,7%)
	Khó quan sát	16 (8,0%)
Tình trạng chảy máu búi giãn	Đang chảy máu	41 (20,4%)
	Đã cầm máu	160 (79,6%)

Tuổi trung bình nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu là  $56,4 \pm 10,8$  với nam giới chiếm đa số (92,0%), tỉ lệ nam/nữ: 11,6/1. Có 87,6% bệnh nhân có tiền sử xơ gan và 57,2% 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 (51,2%).

Kết quả nội soi dạ dày - thực quản: TMTQ giãn độ III gặp ở 80,6% bệnh nhân, giãn TMPV gặp ở 60,7% 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 2. Tỷ lệ tái chảy máu sớm và tử vong sớm ở nhóm nghiên cứu (n = 201)**

	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Tái chảy máu sớm	16	8,0
Tử vong sớm	21	10,4

Có 8,0% bệnh nhân tái chảy máu sớm và 10,4% bệnh nhân tử vong sớm.

### 3.2. Thang điểm ABC

**Bảng 3. Đặc điểm thang điểm ABC (n = 201)**

Điểm trung bình	$6,3 \pm 2,5$	
Nhỏ nhất - Lớn nhất	3-15	
Phân nhóm nguy cơ	Thấp (n, %)	22 (10,9)
	Trung bình (n, %)	125 (62,2)
	Cao (n, %)	54 (26,9)

Điểm ABC trung bình của nhóm nghiên cứu là  $6,3 \pm 2,5$ , tập trung vào nhóm nguy cơ trung bình và nguy cơ cao lần lượt là 62,2% và 26,9%.

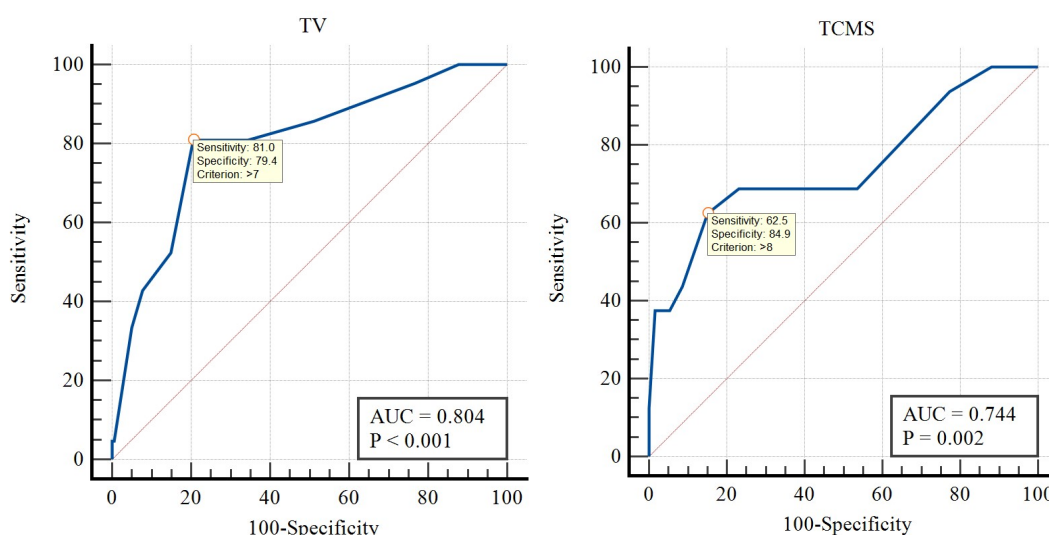
**Bảng 4. Mối liên quan giữa các nhóm nguy cơ của thang điểm ABC với tái chảy máu sớm, tử vong sớm (n = 201)**

Điểm ABC	Tái chảy máu sớm			Tử vong sớm		
	Không (n, %)	Có (n, %)	p	Không (n, %)	Có (n, %)	p
Điểm ABC trung bình	$6,1 \pm 2,2$	$9,1 \pm 3,4$	<0,001	$6,0 \pm 2,2$	$9,1 \pm 2,7$	<0,001
Thấp (n = 22)	22 (100)	0 (0)	<0,001	22 (100)	0 (0)	<0,001
Trung bình (n = 125)	120 (96,0)	5 (4,0)		121 (96,8)	4 (3,2)	
Cao (n = 54)	43 (79,6)	11 (20,4)		37 (68,5)	17 (31,5)	

Tỷ lệ tái chảy máu sớm và tử vong sớm tập trung vào nhóm nguy cơ cao (lần lượt là 20,4% và 31,5%), cao hơn so với nhóm nguy cơ thấp và nguy cơ trung bình, sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Điểm ABC trung bình ở nhóm tái chảy máu sớm và tử vong sớm cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có diễn biến này ( $p < 0,001$ ).

**Bảng 5. Giá trị của điểm ABC trong tiên lượng tái chảy máu sớm và tử vong**

Diễn biến lâm sàng	Điểm cắt	AUROC	KTC 95%	Se (%)	Sp (%)	PPV (%)	NPV (%)	P
Tử vong sớm	8	0,804	0,70-0,91	81,0	79,4	31,5	97,3	<0,001
Tái chảy máu sớm	9	0,744	0,59-0,89	62,5	84,9	26,3	96,3	0,002



**Hình 1.** Diện tích dưới đường cong điểm ABC dự đoán tử vong sớm và tái chảy máu sớm

Thang điểm ABC có giá trị tốt trong tiên lượng tử vong sớm với diện tích dưới đường cong (AUROC) 0,804, 95% CI: 0,70-0,91, p<0,001, tại điểm cắt 8 có độ nhạy 81% và độ đặc hiệu 79,4%. Có giá trị tiên lượng khá trong tiên lượng tái chảy máu sớm với AUROC 0,744, 95% CI: 0,59-0,89, p=0,002. Tại điểm cắt 9 có độ nhạy 62,5% và độ đặc hiệu 84,9%.

**4. Bàn luận**

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

Tuổi trung bình nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu là 56,4 ± 10,8 với nam giới chiếm đa số (93,4%), tỉ lệ nam/nữ: 14,5/1. Có 87,6% bệnh nhân có tiền sử xơ gan và 57,2% đã từng CMTH do vỡ giãn TMTQ và/hoặc TMPV. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả của nhiều nghiên cứu trước đây cho thấy xơ gan là bệnh lý mạn tính thường gặp ở lứa tuổi trung niên, nam mắc bệnh nhiều hơn nữ và thường phải nhập viện nhiều lần do các biến chứng,

đặc biệt là biến chứng CMTH do vỡ búi giãn tĩnh mạch [9], [10].

Lí do vào viện thường gặp là nôn ra máu kèm đại tiện phân đen (51,2%), trong khi 23,4% chỉ nôn ra máu và 25,4% chỉ biểu hiện đại tiện phân đen. Nghiên cứu của Aluizio CL và cộng sự (2021) cũng ghi nhận triệu chứng nôn ra máu có ở 78,4% bệnh nhân, đại tiện phân đen là 66,2% [5].

Tiến hành nội soi dạ dày - thực quản chúng tôi thấy giãn TMTQ gặp ở 96,0% bệnh nhân, trong đó đa số có TMTQ giãn độ III (80,6%) và chỉ có 2,0% bệnh nhân giãn độ I; giãn TMPV gặp ở 60,7% bệnh nhân. Đồng thời phát hiện 41 bệnh nhân (20,4%) có tình trạng đang chảy máu từ búi giãn tĩnh mạch cần can thiệp cầm máu cấp cứu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với báo cáo của Elsafty RE và cộng sự (2021) khi nội soi 250 bệnh nhân có 17% trường hợp đang chảy máu từ búi giãn tĩnh mạch cần can thiệp cầm máu cấp cứu [11]. Tác giả Robertson M và cộng sự (2020) cũng phát hiện 58

(26%) trường hợp có tình trạng đang chảy máu từ búi giãn tĩnh mạch [10].

#### 4.2. Tỷ lệ tái chảy máu sớm và tử vong sớm

Tất cả bệnh nhân được điều trị theo một phác đồ thống nhất 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 8,0% bệnh nhân tái chảy máu sớm và 10,4% bệnh nhân tử vong sớm trong vòng 5 ngày nhập 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% [12]. Nghiên cứu của tác giả Xavier SA và cộng sự (2018) tiến hành trên 111 bệnh nhân cũng ghi nhận tỷ lệ tái chảy máu sớm trong thời gian nằm viện là 9,0% và tỉ lệ tử vong trong 30 ngày đầu là 10,8% [13]. Như vậy, CMTH cao do vỡ búi giãn tĩnh mạch là một biến chứng nặng nề ở bệnh nhân xơ gan, mặc dù đã 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. Điểm ABC và giá trị trong tiên lượng CMTH do vỡ giãn TMTQ và TMPV

Kết quả Bảng 3 cho thấy điểm ABC trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là  $6,3 \pm 2,5$ , chủ yếu gặp ở tập trung vào nhóm nguy cơ trung bình và nguy cơ cao lần lượt là 62,2% và 26,9%. So sánh với nghiên cứu của Vũ Công Hoan (2021) trên 260 bệnh nhân CMTH (trong đó nguyên nhân do vỡ giãn TMTQ, TMPV chiếm 53,5%) có điểm ABC trung bình là  $4,8 \pm 2,4$ , tỷ lệ các nhóm nguy cơ thấp, trung bình, cao lần lượt là 25,4%, 62,3% và 12,3% [14]; điểm trung bình trong nghiên cứu của tác giả Li Y và cộng sự (2022) là  $4,0 \pm 2,0$  và của Jimenez-Rosales R và cộng sự (2023) là  $4,5 \pm 2,8$  [15], [16]. Có thể thấy điểm ABC trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn đáng kể, sự khác biệt này có thể xuất phát từ tiêu chí lựa chọn bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Trong khi chúng tôi chỉ lựa chọn những bệnh nhân xơ gan có biến chứng CMTH cấp do vỡ búi giãn tĩnh mạch, thì các nghiên cứu trên thực

hiện ở các bệnh nhân CMTH cao do nhiều nguyên nhân khác nhau.

Chúng tôi nhận thấy có mối liên quan giữa điểm ABC, các nhóm của thang điểm ABC với nguy cơ tái chảy máu sớm và tử vong sớm. Cụ thể tỷ lệ tái chảy máu sớm và tử vong sớm tập trung vào nhóm nguy cơ cao (lần lượt là 20,4% và 31,5%), cao hơn so với nhóm nguy cơ thấp và nguy cơ trung bình ( $p < 0,001$ ); điểm ABC trung bình ở nhóm tái chảy máu sớm và tử vong sớm cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có diễn biến này ( $p < 0,001$ ) (Bảng 4). Thang điểm ABC có giá trị tốt trong tiên lượng tử vong sớm với diện tích dưới đường cong (AUROC) 0,804, 95%CI: 0,70-0,91,  $p < 0,001$ ; tại điểm cắt 8 có độ nhạy 81% và độ đặc hiệu 79,4%. Có giá trị tiên lượng khá trong tiên lượng tái chảy máu sớm với AUROC 0,744; 95%CI: 0,59-0,89;  $p = 0,002$ . Tại điểm cắt 9 có độ nhạy 62,5% và độ đặc hiệu 84,9%. Kết quả này tương đương với báo cáo của tác giả Li Y và cộng sự (2022) với AUROC dự đoán tử vong và tái chảy máu lần lượt là 0,833 và 0,718 [15]. Tác giả Jimenez-Rosales R và cộng sự (2023) cũng ghi nhận AUROC dự đoán tử vong bệnh viện là 0,80 tuy nhiên đối với tái chảy máu chỉ ở mức trung bình là 0,61 [16]. Tác giả Mules TC và cộng sự (2021) nghiên cứu áp dụng thang điểm ABC trên 229 bệnh nhân CMTH cao ở New Zealand nhập viện thấy rằng tỉ lệ tử vong 30 ngày tăng dần theo mức độ nguy cơ: Nguy cơ thấp là 1,6%, nguy cơ trung bình là 7,5%, nguy cơ cao là 42%; AUROC tiên lượng tử vong là 0,85, có giá trị cao nhất khi so sánh với các thang điểm tiên lượng CMTH khác như PNED (0,8), Rockall đầy đủ (0,75), GBS (0,71), AIMS 65 (0,70) [17]. Nghiên cứu của tác giả Vũ Công Hoan (2022) có AUROC dự báo tử vong và tái chảy máu trong vòng 30 ngày của thang điểm ABC là 0,85 và 0,77 đều cao hơn thang điểm AIMS 65 là 0,76 và 0,68 tương ứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) [14].

#### 5. Kết luận

Kết quả của nghiên cứu bước đầu cho thấy thang điểm ABC có giá trị trong tiên lượng nguy cơ tái chảy máu và tử vong sớm ở bệnh nhân xơ gan có biến chứng CMTH do vỡ giãn TMTQ, TMPV. Có thể tiến hành nghiên cứu thêm ở nhiều trung tâm với cỡ mẫu

lớn hơn để đánh giá được đầy đủ, 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. Leerdam M van (2008) *Epidemiology of acute upper gastrointestinal bleeding*. Best Pract Res Clin Gastroenterol 22(2): 209-224.
2. Kim J, Sheibani S, Park S et al (2014) *Causes of bleeding and outcomes in patients hospitalized with upper gastrointestinal bleeding*. J Clin Gastroenterol 48(2): 113-118.
3. Thabut D and Bernard-Chabert B (2007) *Management of acute bleeding from portal hypertension*. Best Pract Res Clin Gastroenterol 21(1): 19-29.
4. Jairath V, Rehal S, Logan R et al (2014) *Acute variceal haemorrhage in the United Kingdom: Patient characteristics, management and outcomes in a nationwide audit*. Dig Liver Dis 46(5): 419-426.
5. Aluizio CL de S, Montes CG, Reis GFSR et al (2021) *Risk stratification in acute variceal bleeding: Far from an ideal score*. Clinics 76: 2921.
6. Franchis R, Bosch J, Garcia-Tsao G et al (2022) *Baveno VII - Renewing consensus in portal hypertension*. J Hepatol 76(4) 959-974.
7. Laursen SB, Oakland K, Laine L et al (2021) *ABC score: A new risk score that accurately predicts mortality in acute upper and lower gastrointestinal bleeding: An international multicentre study*. Gut 70(4): 707-716.
8. Doyle DJ, Hendrix JM, and Garmon EH (2023) *American Society of Anesthesiologists Classification*. StatPearls.
9. Elshaarawy O, Allam N, Abdelsameea E et al (2020) *Platelet-albumin-bilirubin score - a predictor of outcome of acute variceal bleeding in patients with cirrhosis*. World J Hepatol 12(3): 99-107.
10. Robertson M, Ng J, Abu Shawish W et al (2020) *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*. Dig Endosc 32(5): 761-768.
11. Elsafty RE, Elsayy AA, Selim AF et al (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.
12. Garcia-Tsao G, Abraldes JG, 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): 310-335.
13. Xavier SA, Vilas-Boas R, Carvalho PB et al (2018) *Assessment of prognostic performance of Albumin-Bilirubin, Child-Pugh, and Model for End-stage Liver Disease scores in patients with liver cirrhosis complicated with acute upper gastrointestinal bleeding*. Eur J Gastroenterol Hepatol 30(6) 652-658.
14. Vũ Công Hoan (2022) *Giá trị của thang điểm ABC score trong tiên lượng bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa cao*. Luận văn thạc sĩ, Đại học Y Hà Nội.
15. 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*. Gastroenterol Res Pract 2022.
16. 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(3): 1085.
17. Mules TC, Stedman C, Ding S et al (2021) *Comparison of risk scoring systems in hospitalised patients who develop upper gastrointestinal bleeding*. GastroHep 3(1): 5-11.