

- Hàm Mặt TW Hà Nội giai đoạn 2015-2019," Tạp chí Y học Việt Nam vol. 488 pp. 61-64 2020
3. **Jamie R Oliver**, "Survival of oral tongue squamous cell carcinoma in young adults," Head and Neck, vol. 41 no. 9 pp. 2960-2968 2019
 4. **American Cancer Society**. Key Statistics for Oral Cavity and Oropharyngeal Cancers 2025
 5. **Aisha A Hussein, Marco N Helder, and Jan G de Visscher** "Global incidence of oral and oropharynx cancer in patients younger than 45 years versus older patients: A systematic review," European journal of cancer, vol. 82 pp. 115-127 2017
 6. **International Agency for Research on Cancer**. World (GLOBOCAN 2022).
 7. **Laith Mukdad**, "Oral tongue squamous cell carcinoma survival as stratified by age and sex: A surveillance, epidemiology, and end results analysis," laryngoscope vol. 129, no. 9 pp. 2076-2081 2019
 8. **R Katna, B Bhosale, A Deshpande, and N Kalyani**, "Oncological outcomes in patients undergoing major glossectomy for advanced carcinoma of the oral tongue," Annals of the Royal College of Surgeons of England, vol. 102 no. 7 pp. 514-518 2020
 9. **Lâm Đức Hoàng, Đặng Huy Quốc Thịnh, Trần Lan Phương, and Nguyễn Thị Bích Hiền**, "Đánh giá kết quả ban đầu xạ trị trong mô điều trị ung thư lưỡi di động giai đoạn I, II và III," Journal of 108-Clinical medicine and Pharmacy vol. 17 no. 5 2022
 10. **Sankaranarayanan R, et al**. Effect of screening on oral cancer mortality in Kerala, India: a cluster-randomised controlled trial. Lancet. 2005;365(9475):1927-1933

GIÁ TRỊ THANG ĐIỂM H3B2 TRONG TIÊN LƯỢNG BỆNH NHÂN CHẢY MÁU TIÊU HÓA TRÊN KHÔNG DO TĂNG ÁP LỰC TĨNH MẠCH CỬA

Sour Proseth¹, Dương Quang Huy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá giá trị của thang điểm H3B2 trong tiên lượng tái chảy máu và tử vong nội viên ở bệnh nhân chảy máu tiêu hóa (CMTH) trên không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa (TALTMC). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang trên 254 bệnh nhân CMTH trên không do TALTMC tại khoa Nội tiêu hóa - Bệnh viện Quân y 103. Tính điểm H3B2 và đối chiếu với tỷ lệ tái chảy máu và tử vong trong thời gian bệnh nhân nằm viện. **Kết quả:** Thang điểm H3B2 có giá trị tốt trong tiên lượng nguy cơ tái chảy máu nội viên (AUC = 0,83; 95%CI: 0,73 - 0,93; p < 0,001), tại điểm cắt 4,5 có độ nhạy 78,6%, độ đặc hiệu 81,7% và giá trị dự báo âm 98,4%. Trong tiên lượng nguy cơ tử vong nội viên, thang điểm H3B2 chỉ đạt giá trị mức khá với AUC = 0,71; 95%CI: 0,60 - 0,82; p = 0,002. Tại cùng điểm cắt 4,5 đạt độ nhạy 55,0%, độ đặc hiệu 81,2% và giá trị dự báo âm 95,4%. **Kết luận:** H3B2 là thang điểm có giá trị tốt trong tiên lượng CMTH trên không do TALTMC.

Từ khóa: Thang điểm H3B2, chảy máu tiêu hóa không do TALTMC.

SUMMARY

VALUE OF H3B2 SCORE IN PROGNOSIS OF NON-VARICEAL UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING

Objective: To evaluate the value of the H3B2 score in predicting rebleeding and in-hospital mortality in patients with non-variceal upper gastrointestinal

bleeding (GIB). **Subjects and methods:** A prospective, cross-sectional study on 254 patients with GIB not due to portal hypertension at the Department of Gastroenterology - Military Hospital 103. Calculate the H3B2 score and compare it with the rate of rebleeding and mortality during the patient's hospital stay. **Results:** The H3B2 score has good value in predicting the risk of in-hospital rebleeding (AUC = 0.83; 95%CI: 0.73-0.93; p < 0.001), at the cut-off point of 4.5, the sensitivity was 78.6%, the specificity was 81.7% and the negative predictive value was 98.4%. In predicting in-hospital mortality, the H3B2 score only achieved a moderate value with AUC = 0.71; 95%CI: 0.60-0.82; p = 0.002. At the same cut-off point of 4.5, the sensitivity was 55.0%, the specificity was 81.2% and the negative predictive value was 95.4%. **Conclusion:** H3B2 is a score with good value in prognosis of non-variceal upper gastrointestinal bleeding. **Keywords:** H3B2 score, non-variceal gastrointestinal bleeding.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu tiêu hoá (CMTH) trên, trong đó 80-90% là CMTH không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa (TALTMC) là một cấp cứu y khoa thường gặp nhất, mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị như sử dụng phác đồ ức chế tiết acid dịch vị liều cao, cầm máu qua nội soi và can thiệp mạch nhưng tỷ lệ tử vong do CMTH trên vẫn chưa thuyên giảm trong nhiều thập kỷ qua, dao động ở mức 3-14% [1], [2]. Do đó, việc phân tầng sớm nguy cơ để quản lý, tiên lượng và có thái độ điều trị phù hợp, trong đó can thiệp cầm máu sớm là đặc biệt quan trọng. Tuy nhiên, vấn đề tiên lượng CMTH còn khó

¹Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Dương Quang Huy

Email: huyduonghvqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.7.2025

Ngày duyệt bài: 18.8.2025

khản do nhiều yếu tố ảnh hưởng và cũng tùy thuộc vào kinh nghiệm của bác sỹ.

Cho đến nay, đã có nhiều thang điểm tiên lượng được ứng dụng trong thực hành lâm sàng để phân tầng nguy cơ bệnh nhân CMTH trên không do TALTMC. Trong đó thang điểm tích hợp nội soi như thang điểm Rockall, Baylor, phân loại Forrest... không thích hợp để đánh giá tiên lượng sớm cho bệnh nhân, đặc biệt ở cơ sở y tế tuyến đầu. Các hệ thống thang điểm trước nội soi như Glasgow- Blatchford (GBS), AIMS65, T-score... được áp dụng rộng rãi hơn nhưng vẫn chưa được thống nhất áp dụng [2]. Gần đây vào năm 2022, Sasaki Y. và CS đã công bố nghiên cứu trên 675 bệnh nhân CMTH trên không do TALTMC và đề xuất thang điểm H3B2 nhằm tiên lượng bệnh nhân với ưu điểm tiện lợi, chỉ dựa trên những thông số đơn giản và dễ tính toán nhưng lại có giá trị dự đoán nhu cầu can thiệp y khoa (bao gồm nội soi khẩn cấp và can thiệp cầm máu qua nội soi) với độ chính xác cao hơn so với cả GBS và GBS sửa đổi (mGBS), đồng thời có độ chính xác thỏa đáng trong tiên lượng tử vong [3], [4]. Hiện nay ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá giá trị của thang điểm này, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Đánh giá giá trị thang điểm H3B2 trong tiên lượng tái chảy máu và tử vong nội viên ở bệnh nhân CMTH trên không do TALTMC".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu.

254 bệnh nhân CMTH trên không do TALTMC được điều trị tại khoa Nội Tiêu hóa - Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 4 năm 2025.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** bệnh nhân > 18 tuổi, có triệu chứng nôn ra máu và/hoặc đại tiện phân đen, kết hợp với hình ảnh nội soi xác định CMTH không do TALTMC.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** bệnh nhân CMTH trên kèm biến chứng thủng, chống chỉ định nội soi hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: tiền cứu, mô tả cắt ngang.

- Tất cả bệnh nhân chọn vào nghiên cứu được khai thác tiền sử (tiền sử CMTH, 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 H3B2:

Bảng 2.1. Cách tính thang điểm H3B2

Thông số	Tiêu chuẩn	Điểm
Nôn ra máu	Có	1

(Hematemesis)		
Nhịp tim (Heart rate) (lần/phút)	≥ 100	1
Hemoglobin (g/L)	≤ 100	1
Huyết áp (Blood pressure) (mmHg)	≤ 100	1
BUN (mg/dL) hoặc ure máu (mmol/L)	≥ 22,4 mg/dL hoặc ≥ 8 mmol/L	2

* Nguồn: theo Sasaki Y. và CS (2022) [3]

- Tiến hành nội soi dạ dày ngay khi ổn định huyết động. Đánh giá nguyên nhân CMTH (loét dạ dày - tá tràng (DD-TT), Mallory-Weiss, ung thư, viêm loét dạ dày...). Trường hợp bệnh nhân CMTH do loét DD-TT, phân loại giai đoạn chảy máu theo Forrest (1974) gồm FIA, FIB, FIIA, FIIB, FIIC, FIIB [5]. Tiến hành can thiệp cầm máu cho các trường hợp ổ loét nguy cơ cao (FIA, FIB, FIIA) và một số trường hợp FIIB theo tiên lượng nguy cơ tái chảy máu của bác sỹ nội soi [6].

- Tất cả bệnh nhân được điều trị theo phác đồ thống nhất (bất động, bồi phụ khối lượng tuần hoàn, PPI tĩnh mạch tùy theo nguyên nhân CMTH). Truyền máu đến khi đạt mục tiêu Hemoglobin > 70g/L với bệnh nhân không có bệnh lý tim mạch hoặc > 100g/L với bệnh nhân > 60 tuổi hoặc có bệnh tim mạch đi kèm [6]. Ghi nhận tình trạng tái chảy máu hoặc tử vong trong thời gian nằm viện.

- Xử lý và phân tích số liệu: bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0. 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 = độ nhạy + 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).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Một số đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi của đối tượng nghiên cứu

Chỉ tiêu	X ± SD hoặc n (%)	
Tuổi trung bình	58,3 ± 18,6	
Giới	Nam	190 (75,0%)
	Nữ	64 (25,0%)
Triệu chứng lâm sàng	Nôn ra máu	123 (48,4%)
	Đại tiện phân đen	219 (86,2%)
Nguyên nhân CMTH	Loét DD-TT	216 (85,0%)
	Hội chứng Mallory-Weiss	21 (8,3%)
	K dạ dày, thực quản	13 (5,1%)
	Loét thực quản	2 (0,8%)

	Viêm dạ dày	2 (0,8%)
Phân loại Forrest CMTH do loét DD-TT (n=216)	FIA	4 (1,9%)
	FIB	21 (9,7%)
	FIIA	13 (6,0%)
	FIIB	29 (13,4%)
	FIIC	41 (19,0%)
	FIII	108 (50,0%)

254 bệnh nhân nghiên cứu có độ tuổi trung bình 58,3 ± 18,6, nam nhiều hơn nữ (tỷ lệ nam/nữ là 3/1), nguyên nhân CMTH chủ yếu là loét DD-TT (85,0%) với triệu chứng hay gặp là đại tiện phân đen (86,2%).

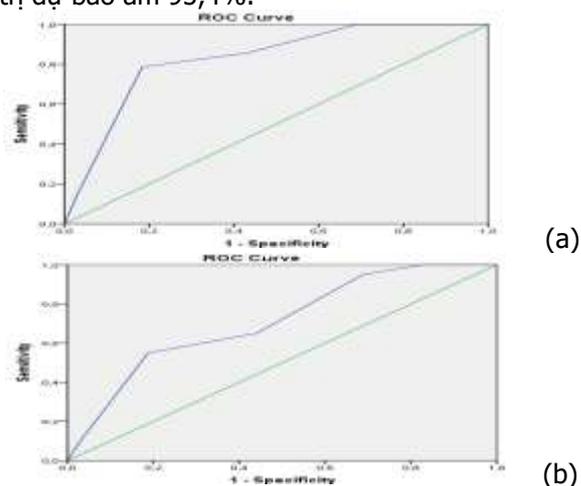
Hình ảnh nội soi theo phân loại Forrest ở nhóm bệnh nhân CMTH do loét DD-TT cho thấy chiếm tỷ lệ cao nhất là FIII (50,0%), thấp nhất là FIA (1,9%).

Bảng 3.4. Giá trị thang điểm H3B2 trong tiên lượng tái chảy máu và tử vong nội viện (n=254)

Chỉ số	Điểm cắt	AUC	95%CI	Se (%)	Sp (%)	PPV (%)	NPV (%)	p
Tiên lượng tái chảy máu								
H3B2	4,5	0,83	0,73 - 0,93	78,6	81,7	20,0	98,4	<0,001
Tiên lượng tử vong nội viện								
H3B2	4,5	0,71	0,60 - 0,82	55,0	81,2	20,0	95,4	0,002

Thang điểm H3B2 có giá trị dự đoán tốt nguy cơ tái chảy máu với AUC = 0,83 (95%CI: 0,73 - 0,93; p < 0,001). Tại điểm cắt 4,5 có độ nhạy 78,6%, độ đặc hiệu 81,7%, giá trị dự báo âm 98,4%.

Thang điểm H3B2 có giá trị dự đoán khá trong tiên lượng tử vong với AUC = 0,71 (95%CI: 0,60 - 0,83; p = 0,002). Tại điểm cắt 4,5 có độ nhạy 55,0%, độ đặc hiệu 81,2%, giá trị dự báo âm 95,4%.



Biểu đồ 3.1. AUC của thang điểm H3B2 trong dự đoán nguy cơ tái chảy máu (a) và tử vong nội viện (b)

IV. BÀN LUẬN

Bảng 3.2. Đặc điểm bảng điểm H3B2 (n=254)

Điểm H3B2 trung bình	3,2 ± 1,4
Trung vị (median) (Q1 - Q3)	3,0 (2 - 4)
Điểm H3B2 thấp nhất - cao nhất	0 - 6

Điểm H3B2 trung bình là 3,2 ± 1,4, trung vị là 3 (2 - 4). Giá trị thấp nhất là 0, cao nhất là 6.

Bảng 3.3. Đặc điểm diễn biến bệnh (n=254)

Đặc điểm diễn biến bệnh	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tái chảy máu	Có	14 (5,5)
	Không	240 (94,5)
Tử vong	20 (7,9)	

Tỷ lệ tái chảy máu là 5,5%, tử vong nội viện chiếm 7,9%.

4.1. Nguyên nhân CMTH trên không do TALTMC. Kết quả nội soi trong nghiên cứu cho thấy loét DD-TT vẫn là nguyên nhân CMTH chủ yếu (85,0%), trong khi các nguyên nhân khác chiếm tỷ lệ thấp như tổn thương Mallory-Weiss (8,3%), loét thực quản (0,8%), viêm dạ dày-tá tràng (0,8%), ung thư dạ dày/thực quản (5,1%). So với các nghiên cứu trong nước, kết quả này phù hợp với xu hướng chung như nghiên cứu của Trương Xuân Long và CS (2022) tại Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế ghi nhận CMTH do loét DD-TT chiếm 82,0%, tổn thương Mallory-Weiss 9,9%, dị sản mạch máu 5,6% và khác 2,5% [7]. Nghiên cứu của tác giả Alali A. năm 2023 đánh giá về tỷ lệ các nguyên nhân CMTH trên cũng ghi nhận loét DD-TT là nguyên nhân phổ biến nhất chiếm 40-63%, viêm dạ dày/viêm tá tràng chiếm 18-22% và nguyên nhân khác ít gặp hơn như tổn thương Mallory-Weiss (5,0-7,4%), tổn thương Dieulafoy (1,5-2,3%); ung thư dạ dày hoặc thực quản chiếm 2,6-4,0% [8]. Sự khác biệt này có thể liên quan đến yếu tố dân số, tỷ lệ nhiễm H. pylori, sử dụng thuốc NSAIDs, hoặc tiêu chí chọn bệnh nhân.

Sử dụng phân loại Forrest đánh giá giai đoạn CMTH do loét DD-TT. Kết quả cho thấy nhóm nguy cơ cao bao gồm Forrest IA (1,9%), IB (9,7%), IIA (6,0%), IIB (13,4%) chiếm tỷ lệ thấp hơn so với nhóm nguy cơ thấp Forrest IIC (19,0%), Forrest III (50,0%). Điều này cho thấy đa số bệnh nhân khi nội soi được phát hiện ở

giai đoạn ổ loét đã cầm máu tự nhiên hoặc chỉ còn dấu hiệu chảy máu cũ, nguy cơ tái phát thấp. So sánh với kết quả nghiên cứu trong nước, phân bố tỷ lệ bệnh nhân tương đối khác biệt. Nghiên cứu của tác giả Trương Xuân Long (2022) cho thấy đa số bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ cao với phân bố tỷ lệ trong phân loại Forrest lần lượt là FIA (4,5%), FIB (40,2%), FIIA (35,6%) FIIB (19,7%) [7].

4.2. Giá trị thang điểm H3B2 trong tiên lượng tái chảy máu và tử vong nội viện. Phân tích đường cong ROC xác định giá trị tiên lượng của thang điểm H3B2. AUC cao nhất được ghi nhận ở biến cố tái chảy máu (0,83) và tử vong (0,71), cho thấy khả năng phân biệt tốt đối với hai biến cố này. Điểm cắt tối ưu là $\geq 4,5$ cho cả hai biến cố, với độ nhạy và độ đặc hiệu tương đối cao (tái chảy máu: 78,6% và 81,7%; tử vong: 55,0% và 81,2%). Ngoài ra, giá trị NPV rất cao (98,4% với tái chảy máu và 95,4% với tử vong) cho thấy H3B2 đặc biệt có giá trị trong loại trừ bệnh nhân nguy cơ thấp, từ đó hỗ trợ bác sĩ quyết định an toàn trong việc điều trị ngoại trú, theo dõi đơn giản hoặc chỉ nội soi ở nhóm bệnh nhân phù hợp.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không tương đồng với nghiên cứu ban đầu của Sasaki Y. và CS khi cho thấy thang điểm H3B2 có khả năng dự đoán nhu cầu can thiệp y khoa, thậm chí còn vượt trội hơn (AUC: 0,73) so với thang điểm GS và GBS sửa đổi (AUC: 0,721 và 0,7128, $p < 0,001$). Điểm H3B2 cũng cho thấy độ chính xác dự đoán thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi về nguy cơ tử vong (AUC: 0,6857, $p < <0,001$) [3].

Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi lại khá tương đồng với kết quả của một số nghiên cứu sau đó. Nghiên cứu của tác giả Cazacu S.M. và CS trên 2455 bệnh nhân CMTH trên tại Romania, trong đó có 1628 bệnh nhân CMTH trên không do TALTM (66,3%) cho thấy thang điểm H3B2 có khả năng dự đoán tử vong với độ chính xác vừa phải (AUC: 0,701) [4]. Nghiên cứu của tác giả Özkan A. và CS năm 2023 trên 116 bệnh nhân CMTH trên Thổ Nhĩ Kỳ cũng ghi nhận giá trị ngưỡng dự đoán tỷ lệ tử vong của thang điểm H3B2 là 5 với AUC là 0,720, độ đặc hiệu cao 87,13% [9].

Như vậy, H3B2 là một thang điểm đơn giản, có giá trị tiên lượng tốt đối với tái chảy máu và tử vong. Với điểm cắt $\geq 4,5$, thang điểm này đặc biệt hữu ích trong phát hiện bệnh nhân nguy cơ

cao cần theo dõi chặt chẽ hơn sau can thiệp ban đầu. Tuy nhiên, để áp dụng rộng rãi hơn, cần có thêm các nghiên cứu đa trung tâm và so sánh trực tiếp với các thang điểm tiên lượng khác đã được xác lập.

V. KẾT LUẬN

- Thang điểm H3B2 có giá trị tốt trong tiên lượng nguy cơ tái chảy máu nội viện (AUC = 0,83; 95%CI: 0,73 - 0,93; $p < 0,001$), tại điểm cắt 4,5 có độ nhạy 78,6%, độ đặc hiệu 81,7% và giá trị dự báo âm 98,4%.

- Trong tiên lượng nguy cơ tử vong nội viện, thang điểm H3B2 chỉ đạt giá trị mức khá với AUC = 0,71; 95%CI: 0,60 - 0,82; $p = 0,002$. Tại cùng điểm cắt 4,5 đạt độ nhạy 55,0%, độ đặc hiệu 81,2% và giá trị dự báo âm 95,4%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. van Leerdam M.E. (2008). Epidemiology of acute upper gastrointestinal bleeding. Best Practice & Research Clinical Gastroenterology, 22(2), 209–224.
2. Stanley A.J., Laine L., Dalton H.R., et al. (2017), Comparison of risk scoring systems for patients presenting with upper gastrointestinal bleeding: international multicentre prospective study, BMJ, 356: i6432.
3. Sasaki Y., Abe T., Kawamura N., et al. (2022), Prediction of the need for emergency endoscopic treatment for upper gastrointestinal bleeding and new score model: a retrospective study, BMC Gastroenterology, 22(1): 337.
4. Cazacu S.M., Alexandru D.O., Statie R.-C., et al. (2023), The Accuracy of Pre-Endoscopic Scores for Mortality Prediction in Patients with Upper GI Bleeding and No Endoscopy Performed, Diagnostics, 13(6): 1188.
5. Forrest A.H., Finlayson N.D.C., and Shearman D.J.C. (1974). Endoscopy in gastrointestinal bleeding. The Lancet, 304(7877), 394-397.
6. Hội tiêu hóa Việt Nam (2009). 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, tập IV, số 17, tr. 1178-1192.
7. Trần Xuân Long (2022), Kết quả điều trị nội soi xuất huyết tiêu hóa trên không do vỡ giãn ở Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế, Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Huế, 5(12): 88-94.
8. Alali A.A., Barkun A.N. (2023), An update on the management of non-variceal upper gastrointestinal bleeding, Gastroenterology Report, 11: goad011.
9. Özkan A., Özsivri K., Algin A., et al. (2023), H3B2 Scoring Validation and Comparing of the Other Scoring Systems in Patients with Upper Gastrointestinal Bleeding: A Retrospective Study, Bagcilar Med Bull, 8(3): 259-264.