

sau kê đơn trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy liệu pháp statin liều 10mg có hiệu quả cải thiện đáng kể cả HbA1C và lipid máu sau 3 tháng điều trị ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2. Mức HbA1C trung bình giảm 1,1%, LDL-C giảm 0,86 mmol/L. Các yếu tố ảnh hưởng đến sự cải thiện HbA1C bao gồm HbA1C nền cao hơn, mức tuân thủ điều trị thuốc tốt và xu hướng giảm LDL-C. Trong khi đó, LDL-C cải thiện mạnh hơn ở bệnh nhân có mức LDL-C ban đầu cao, BMI thấp hơn, có trình độ học vấn cao và tuân thủ thuốc tốt.

VI. KIẾN NGHỊ

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi đề xuất một số kiến nghị nhằm nâng cao hiệu quả kiểm soát lipid máu và đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 như sau: Cần tăng cường phát hiện và điều trị sớm rối loạn lipid máu ở nhóm bệnh nhân này, đặc biệt thông qua sàng lọc định kỳ tại các cơ sở y tế ban đầu. Việc đánh giá HbA1C và các chỉ số lipid máu nên được thực hiện định kỳ để theo dõi hiệu quả can thiệp và kịp thời điều chỉnh phác đồ điều trị phù hợp. Đồng thời, các chương trình can thiệp hành vi và giáo dục sức khỏe cần được triển khai đồng bộ nhằm nâng cao mức độ tuân thủ điều trị, cá đối với statin lẫn thuốc điều trị đái tháo đường. Cuối cùng, để củng cố và mở rộng tính khái quát của

kết quả, các nghiên cứu trong tương lai nên được thiết kế với cỡ mẫu lớn hơn, thời gian theo dõi dài hơn và được thực hiện tại nhiều trung tâm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Diabetes Federation.** IDF Diabetes Atlas, 10th edition. 2021.
2. **Nguyễn Văn Tuấn.** Tình hình mắc bệnh đái tháo đường ở Việt Nam. Tạp chí Nội tiết & Đái tháo đường Việt Nam. 2020;25(4):203–209.
3. **Trần Thị Hồng.** Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2. Y học TP.HCM. 2021;25(2):155–162.
4. **American Diabetes Association.** Standards of Medical Care in Diabetes—2023. Diabetes Care. 2023;46(Suppl 1):S1–S291.
5. **Yamada T, et al.** Effects of statins on glycemic control in patients with diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. Cardiovasc Diabetol. 2023;22(1):101.
6. **Nguyễn Thị Hương.** Hiệu chỉnh thang đo MMAS-8 tiếng Việt và ứng dụng trong nghiên cứu tuân thủ thuốc điều trị. Tạp chí Y học Thực hành. 2017;11(1043):123–127.
7. **Kastelein JJP, et al.** ROSE2 study: Obicetrapib in combination with statins. N Engl J Med. 2024;390:1124–1132.
8. **Rattanasompattikul M, et al.** Statins and glycemic control in Thai diabetic population. Diab Res Clin Pract. 2022;190:110038.
9. **Wang W, et al.** Statin adherence and outcomes in Asia: real-world data. Diabetes Care. 2021;44(6):1340–1347.
10. **Zhang H, et al.** Predictors of LDL-C goal attainment among patients on statins. Am J Cardiol. 2022;182:1–8.

GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG CỦA THANG ĐIỂM OAKLAND Ở BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DƯỚI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Ngô Văn Đức¹, Ngô Văn Truyền¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Các thang điểm tiên lượng diễn tiến bệnh trong XHTH dưới giúp phân tầng và xác định những bệnh nhân nguy cơ cao, từ đó hỗ trợ việc theo dõi và điều trị tích cực từ giai đoạn sớm, cải thiện kết cục điều trị cho bệnh nhân. Tuy nhiên, các dữ liệu hiện có vẫn chưa có sự thống nhất, đặc biệt tại Việt Nam. **Mục tiêu:** Xác định giá trị tiên lượng của thang điểm Oakland trong xuất huyết tiêu hóa dưới. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 38 bệnh nhân XHTHD điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần

Thơ. **Kết quả:** Về đặc điểm chung, tỷ lệ nam/nữ=1,38, độ tuổi trung bình là $58,68 \pm 21,60$, phần lớn trên 40 tuổi (79%). Tỷ lệ thừa cân-béo phì là 15,8%. Về bệnh nền, có 65,7% bệnh nhân có các bệnh lý về khớp, 39,5% có thiếu máu cục bộ cơ tim và 36,8% có đái tháo đường. Đáng lưu ý, có đến 44,7% có tiền sử xuất huyết tiêu hóa dưới trước đó. Tỷ lệ sử dụng aspirin hoặc clopidogrel là 42,1%. Về kết cục lâm sàng, có 63,2% bệnh nhân cần truyền máu, 15,8% can thiệp nội soi đơn thuần, 18,4% truyền máu kết hợp can thiệp nội soi. Kết cục lâm sàng nặng chiếm 31,6%, trong đó có 21,1% xuất huyết tái phát và 2 trường hợp tử vong nội viện (5,3%). Điểm Oakland trung bình là $17,45 \pm 5,3$. Tại điểm cắt = 26, khả năng dự báo tử vong có độ nhạy 67%, độ đặc hiệu 94% và AUC 98%. Tại điểm cắt = 21, khả năng dự báo xuất huyết tái phát có độ nhạy 80%, độ đặc hiệu 79% và AUC 79%. **Kết luận:** Thang điểm Oakland có giá trị phân định cao trong dự báo tử vong tại điểm cắt 26 và dự báo xuất huyết tái phát tại điểm

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Văn Đức

Email: 23810712004@student.ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.5.2025

Ngày duyệt bài: 18.6.2025

cắt 21 ở bệnh nhân XHTHĐ.

Từ khóa: Oakland, xuất huyết tiêu hóa dưới (XHTHĐ), tiên lượng.

SUMMARY

PROGNOSTIC VALUE OF THE OAKLAND SCORE IN PATIENTS WITH LOWER GASTROINTESTINAL BLEEDING AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Background: Prognostic scoring systems for the clinical course of lower gastrointestinal bleeding (LGIB) help stratify patients and identify those at high risk, thereby facilitating early intensive monitoring and treatment, ultimately improving patient outcomes.

Objective: To determine the prognostic value of Oakland score in LGIB. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study with analytical components was conducted on 38 patients with LGIB admitted to Can Tho Central General Hospital.

Results: The female-to-male ratio was 1.38, and the mean age was 58.68 ± 21.60 years, with the majority (79%) being over 40 years old. The prevalence of overweight and obesity was 15.8%. Regarding comorbidities, 65.7% had joint diseases, 39.5% had ischemic heart disease, and 36.8% had diabetes mellitus. Notably, 44.7% had a prior history of LGIB. The use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs was high, accounting for 47.3%, while 42.1% were taking aspirin or clopidogrel. Regarding clinical outcomes, 63.2% required blood transfusions, 15.8% underwent endoscopic intervention alone, and 18.4% required both blood transfusion and endoscopic intervention. Severe clinical outcomes accounted for 31.6%, including 21.1% with rebleeding and two in-hospital mortality cases (5.3%). The mean Oakland score was 17.45 ± 5.3 . At a cutoff of 26, the Oakland score demonstrated a mortality prediction sensitivity of 67%, specificity of 94%, and an area under the curve (AUC) of 98%. At a cutoff of 21, it showed a rebleeding prediction sensitivity of 80%, specificity of 79%, and an AUC of 79%. **Conclusion:** The Oakland score has a high discriminative value in predicting mortality at a cutoff of 26 and rebleeding at a cutoff of 21 in patients with LGIB. **Keywords:** Oakland, lower gastrointestinal bleeding (LGIB), prognosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa dưới (XHTH dưới) là một cấp cứu nội khoa thường gặp, với tỷ lệ mắc mới ước tính khoảng 33–87 trường hợp trên 100.000 dân mỗi năm [5]. Mặc dù chiếm tỷ lệ nhỏ hơn so với xuất huyết tiêu hóa trên, XHTH dưới vẫn gây gánh nặng lớn với bệnh cảnh lâm sàng đa dạng từ tự giới hạn nhẹ đến xuất huyết ồ ạt đe dọa tính mạng. Nguyên nhân gây XHTH dưới rất phong phú, thường gặp nhất là xuất huyết từ túi thừa đại tràng, bệnh trĩ, dị dạng mạch máu hay polyp đại trực tràng. Phần lớn trường hợp XHTH dưới có thể tự cầm máu, do đó tỷ lệ tử vong chỉ khoảng 0,5–2,5% [9]. Tuy nhiên, biến chứng xuất huyết tái phát gặp ở khoảng 10–15% bệnh

nhân và một tỷ lệ khá cao bệnh nhân cần truyền máu (khoảng 25–30%) [5]. Do vậy, việc tiên lượng sớm rất quan trọng nhằm phân tầng nguy cơ.

Hiện đã có nhiều thang điểm phân tầng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa trên nhưng đối với XHTH dưới thì các công cụ còn rất hạn chế. Thang điểm Oakland được phát triển lần đầu năm 2017 bởi Kathryn Oakland và cộng sự khi tiến hành nghiên cứu trên 2.300 bệnh nhân nhằm dự báo nhóm bệnh nhân XHTH dưới “nguy cơ thấp” có thể xuất viện an toàn mà không cần can thiệp tích cực [9]. Thang điểm này được cấu thành từ 7 yếu tố lâm sàng thường quy (tuổi, giới, tiền sử nhập viện vì XHTH dưới, kết quả khám trực tràng, nhịp tim, huyết áp tâm thu, và nồng độ hemoglobin). Đáng chú ý, không tiêu chí nào trong Oakland đòi hỏi nội soi đại tràng hoặc xét nghiệm chuyên sâu, qua đó giúp đánh giá nhanh ngay khi nhập viện [9]. Nhờ tính đơn giản và hiệu quả, thang điểm Oakland đã được đưa vào hướng dẫn của Hội Tiêu hóa Anh (BSG 2019) và được áp dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng ở nhiều quốc gia trên thế giới [2].

Tuy nhiên, tại Việt Nam, các nghiên cứu đánh giá giá trị tiên lượng của thang điểm Oakland còn hạn chế và công cụ này vẫn chưa được ứng dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng. Sự khác biệt về đặc điểm dân số, nguyên nhân gây xuất huyết tiêu hóa dưới, thói quen sử dụng thuốc và tình trạng bệnh lý nền đặt ra nhu cầu cấp thiết phải kiểm chứng lại tính hiệu quả của thang điểm này trong bối cảnh trong nước. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá giá trị tiên lượng của thang điểm Oakland trong việc dự báo tử vong và xuất huyết tiêu hóa dưới tái phát ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa dưới.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa dưới được điều trị tại Bệnh viện Đa khoa trung ương Cần Thơ năm 2024–2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chỉ định và đồng ý nội soi ống tiêu hóa dưới, được chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa dưới.

Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên.

Bệnh nhân và/hoặc người nhà đồng ý tham gia nghiên cứu.

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.

Bệnh nhân bị XHTH dưới đã được hồi sức hoặc can thiệp ở tuyến trước rồi mới chuyển đến

Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

Bệnh nhân có chống chỉ định tuyệt đối nội soi đại tràng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, toàn bộ bệnh nhân XHTH dưới phù hợp tiêu chuẩn chẩn đoán trong thời gian nghiên cứu. Thực tế, chúng tôi đã tuyển chọn được 38 bệnh nhân phù hợp tham gia nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi (TB $\pm$ ĐLC; < 40; 40 – 69; $\geq$ 70), giới tính (nam/nữ), chỉ số khối cơ thể [BMI] (kg/m^2) (TB $\pm$ ĐLC), tiền sử bệnh lý (thiếu máu cục bộ cơ tim; suy tim; bệnh gan; bệnh thận mạn; ung thư; đái tháo đường; COPD; đột quỵ; tiền sử XHTH dưới.)

Tiền sử sử dụng thuốc trước đó: Bệnh nhân có sử dụng các thuốc trong vòng 3 tháng trước khi nhập viện lần này, bao gồm: NSAIDS, aspirin, clopidogrel, kháng kết tập tiểu cầu kép, kháng đông, corticoid.

Kết cục lâm sàng: Truyền máu đơn thuần, nội soi đơn thuần, phẫu thuật, truyền máu và can thiệp nội soi, truyền máu và phẫu thuật, xuất huyết tiêu hóa dưới tái phát, tử vong nội viện, kết cục lâm sàng nặng

Đánh giá thang điểm Oakland tại thời điểm lúc nhập viện: tuổi, giới tính, tiền sử nhập viện vì XHTH dưới, kết quả thăm khám trực tràng, các dấu hiệu sinh tồn kết quả xét nghiệm hemoglobin máu [9].

Nhằm tìm hiểu thêm vai trò của thang điểm Oakland, chúng tôi thực hiện đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu và giá trị điểm cắt chỉ số Oakland tương ứng với một số kết cục như sau: Kết cục lâm sàng tử vong, kết cục lâm sàng xuất huyết tiêu hóa dưới tái phát.

Thu thập dữ liệu: Các đối tượng tham gia vào nghiên cứu được thu thập đầy đủ thông tin cá nhân, bệnh sử và đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cần thiết vào một phiếu thu thập số liệu thống nhất.

Xử lý và phân tích dữ liệu: Các số liệu được làm sạch, mã hóa và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0.

2.3. Vấn đề y đức. Đề cương nghiên cứu được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Cần Thơ phê duyệt. Các bước thực hiện tuân thủ theo các tiêu chí về đạo đức trong nghiên cứu y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng cộng có 38 bệnh nhân XHTH dưới tại

Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ năm 2024 đến năm 2025 thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu tham gia nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (N = 38)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 40	8	21,1
	40 – 69	15	39,5
	$\geq$ 70	15	39,5
	TB $\pm$ ĐLC	58,68 $\pm$ 21,60	
Giới tính	Nam	22	57,9
	Nữ	16	42,1
BMI	TB $\pm$ ĐLC	21,66 $\pm$ 2,66	
Thừa cân, béo phì	Có	6	15,8
	Không	32	84,2
Tiền sử bệnh	Thiếu máu cục bộ cơ tim	15	39,5
	Bệnh lý khớp	25	65,7
	Suy tim	8	21,1
	Bệnh gan	1	2,6
	Bệnh thận mạn	4	10,5
	Ung thư	2	5,3
	Đái tháo đường	14	36,8
	COPD	2	5,3
	Tiền sử XHTH dưới	17	44,7

Nhận xét: Về đặc điểm chung, tỷ lệ nam/nữ=1,38, độ tuổi trung bình là 58,68 $\pm$ 21,60, phần lớn trên 40 tuổi (79%). Tỷ lệ thừa cân-béo phì là 15,8%. Về bệnh nền, có 65,7% bệnh nhân có các bệnh lý về khớp, 39,5% có thiếu máu cục bộ cơ tim và 36,8% có đái tháo đường. Đáng lưu ý, có đến 44,7% có tiền sử xuất huyết tiêu hóa dưới trước đó.

Bảng 2. Tiền sử sử dụng thuốc trước đó

Tiền sử có sử dụng thuốc trước đó		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
NSAIDS	Có	18	47,3
	Không	2	5,3
Aspirin hoặc Clopidogrel	Có	16	42,1
	Không	22	57,9
Corticoid	Có	6	15,8
	Không	32	84,2

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân đang được sử dụng NSAID khá cao, chiếm 47,3%. Tỷ lệ sử dụng aspirin hoặc clopidogrel là 42,1%. Corticoid được sử dụng ở 15,8% bệnh nhân.

Bảng 3. Kết cục lâm sàng

Kết cục lâm sàng		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Truyền máu đơn thuần	Có	24	63,2
	Không	14	36,8
Nội soi đơn thuần	Có	6	15,8
	Không	32	84,2
Phẫu thuật	Có	0	0

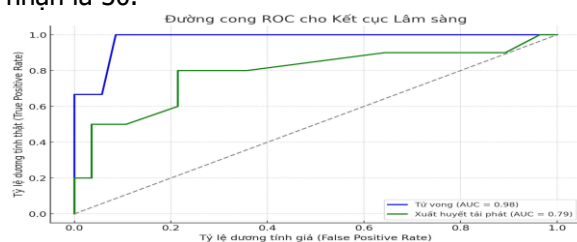
	Không	38	100
Truyền máu và can thiệp nội soi	Có	7	18,4
	Không	31	81,6
Truyền máu và phẫu thuật	Có	2	5,3
	Không	36	94,7
Xuất huyết tiêu hóa dưới tái phát	Có	8	21,1
	Không	30	78,9
Tử vong nội viện	Có	2	5,3
	Không	36	94,7
Kết cục lâm sàng nặng	Có	12	31,6
	Không	26	68,4

Nhận xét: Kết cục lâm sàng nặng chiếm 31,6%, trong đó có 21,1% xuất huyết tái phát và 2 trường hợp tử vong nội viện (5,3%).

Bảng 4. Điểm Oakland

	Trung bình	Độ lệch chuẩn	GTNN	GTLN
Điểm OAKLAND	17,45	5,30	9,00	30,00

Nhận xét: Điểm Oakland trung bình là $17,45 \pm 5,3$, trong đó điểm số cao nhất được ghi nhận là 30.



Biểu đồ 1. Đường cong ROC của thang điểm Oakland trong tiên lượng tử vong và xuất huyết tái phát

Nhận xét: Phân tích đường cong ROC cho thấy thang điểm Oakland có giá trị chẩn đoán cao trong tiên lượng tử vong, với diện tích dưới đường cong đạt 0,98. Trong tiên lượng xuất huyết tiêu hóa dưới tái phát, AUC là 0,79, cho thấy giá trị tiên lượng cũng khá tốt, mặc dù thấp hơn so với tiên lượng tử vong.

Bảng 5. Phân tích ROC của thang điểm Oakland trong tiên lượng kết cục lâm sàng ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa dưới

Kết cục lâm sàng	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Điểm cắt tối ưu
Tử vong	0,67	0,94	26
Xuất huyết tái phát	0,80	0,79	21

Nhận xét: Tại điểm cắt = 26, khả năng dự báo tử vong có độ nhạy 67%, độ đặc hiệu 94% và AUC 98%. Tại điểm cắt = 21, khả năng dự báo xuất huyết tái phát có độ nhạy 80%, độ đặc hiệu 79% và AUC 79%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 38 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa dưới tại Bệnh

viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ cho thấy thang điểm Oakland có giá trị tiên lượng tốt đối với các kết cục lâm sàng, đặc biệt là tử vong và xuất huyết tái phát.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy độ tuổi trung bình của các bệnh nhân XHTH dưới là $58,68 \pm 21,60$, với phần lớn là bệnh nhân trên 40 tuổi (chiếm 79%). Tỷ lệ nam/nữ là 1,38, cho thấy nam giới chiếm ưu thế hơn trong nghiên cứu này. BMI trung bình của nhóm bệnh nhân là $21,66 \pm 2,66$, với tỷ lệ thừa cân, béo phì chiếm 15,8%. Đáng chú ý, có đến 44,7% bệnh nhân có tiền sử XHTH dưới trước đó, cho thấy nguy cơ tái phát cao và cần được theo dõi sát. Ngoài ra, các bệnh lý nền phổ biến bao gồm các bệnh lý khớp chiếm 65,7%, thiếu máu cục bộ cơ tim (39,5%) và đái tháo đường (36,8%). Về tiền sử sử dụng thuốc, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận phần lớn bệnh nhân có tiền sử sử dụng thuốc ảnh hưởng đến đường tiêu hóa, trong đó nổi bật nhất là nhóm NSAIDs với tỷ lệ 47,3%. Đây là một yếu tố nguy cơ đã được chứng minh từ lâu trong cơ chế gây tổn thương niêm mạc và chảy máu đường tiêu hóa. Ngoài ra, tỷ lệ sử dụng Aspirin hoặc Clopidogrel cũng rất cao (42,1%). Bên cạnh đó, Corticoid được sử dụng ở 15,8% bệnh nhân, nhóm thuốc này cũng là một yếu tố góp phần làm tăng nguy cơ chảy máu tiêu hóa khi phối hợp với các thuốc kháng viêm hoặc chống kết tập tiểu cầu.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thang điểm Oakland có giá trị tiên lượng cao đối với nguy cơ tử vong và XHTH dưới tái phát ở nhóm bệnh nhân được khảo sát. Cụ thể, diện tích dưới đường cong ROC (AUC) trong dự báo tử vong nội viện đạt 0,98, phản ánh mức độ chính xác cao của thang điểm này. Tại ngưỡng cắt điểm Oakland là 26, độ nhạy trong tiên lượng tử vong đạt 67%, trong khi độ đặc hiệu lên tới 94%. Điều này đồng nghĩa với việc những bệnh nhân có điểm số từ 26 trở lên có nguy cơ tử vong cao, trong khi đa số bệnh nhân không tử vong đều có điểm số thấp hơn ngưỡng này. Bên cạnh đó, khả năng tiên lượng xuất huyết tái phát cũng được đánh giá là tương đối tốt với AUC đạt 0,79. Ở ngưỡng cắt 21, thang điểm Oakland đạt độ nhạy 80% và độ đặc hiệu 79% trong dự báo xuất huyết tái phát. Như vậy, thang điểm này cho thấy khả năng phân tầng nguy cơ lâm sàng rõ rệt, trong đó những bệnh nhân có điểm số cao (trên 20 điểm) thuộc nhóm có nguy cơ biến cố nặng, trong khi các trường hợp có điểm số thấp hơn thường có tiên lượng thuận lợi hơn [9]. Kết quả của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu trước, trong nghiên cứu của Đỗ Huy Thạch

và cộng sự (2023) [5] ghi nhận điểm Oakland có giá trị tiên lượng tốt đối với xuất huyết tái phát, với AUC = 0,84, cao hơn so với các thang điểm Birmingham (0,79) và SHAPE (0,74). Độ nhạy và đặc hiệu của Oakland trong dự báo tái phát ở nghiên cứu này không được nêu cụ thể, nhưng AUC 0,84 cho thấy độ chính xác tương đương hoặc nhỉnh hơn so với kết quả 0,79 của chúng tôi. Sự khác biệt nhỏ có thể do cỡ mẫu và đặc điểm dân số nghiên cứu. Về tiên lượng tử vong, Đỗ Huy Thạch ghi nhận tỷ lệ tử vong nội viện rất thấp (1,3%) nên chưa đánh giá đầy đủ được hiệu quả tiên lượng của Oakland cho biến cố này. Mặc dù vậy, kết quả của chúng tôi với AUC đạt 0,98 cho thấy thang điểm Oakland có tiềm năng rất lớn trong việc dự báo nguy cơ tử vong ở những bệnh nhân XHTH dưới nặng. Điều này phù hợp với giả thuyết rằng những bệnh nhân tử vong thường có điểm số Oakland rất cao, phản ánh mức độ mất máu nghiêm trọng ngay từ đầu.

Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thế Tấn và cộng sự (2022) [4] tiến hành nghiên cứu trên 70 bệnh nhân, điểm số Oakland cho thấy khả năng dự báo nhu cầu truyền máu với AUC đạt gần 0,95 (KTC 95%: 0,91–0,99), một mức AUC rất cao, phản ánh vai trò nổi bật của thang điểm này trong nhận diện sớm tình trạng mất máu trong xuất huyết tiêu hóa dưới. Ngoài ra, nghiên cứu của Nguyễn Thế Tấn [4] còn ghi nhận khả năng dự báo kết cục lâm sàng nặng với AUC khoảng 0,91, độ nhạy 81,5% và độ đặc hiệu 90,7% tại điểm cắt 21. Kết quả này tương đồng với ngưỡng điểm cắt 21 mà chúng tôi xác định trong việc tiên lượng xuất huyết tái phát, gợi ý rằng ở mức điểm Oakland từ 21 trở lên có thể được xem là dấu hiệu cảnh báo sớm cho nguy cơ diễn tiến nặng của bệnh lý này. Đáng chú ý, của Nguyễn Thế Tấn [4] cũng xác định ngưỡng điểm 28 có khả năng dự báo nhu cầu phẫu thuật với độ nhạy 100%, tương tự như trong nghiên cứu của chúng tôi, khi mọi trường hợp tử vong đều có điểm Oakland rất cao (≥ 26). Sự tương đồng này cho thấy rằng những bệnh nhân có điểm Oakland nằm trong khoảng 25–30 điểm gần như chắc chắn thuộc nhóm nguy cơ rất cao và cần được theo dõi chặt chẽ cùng với việc chuẩn bị sẵn các biện pháp can thiệp tích cực. Tuy nhiên, trong tiên lượng tử vong, Oakland không vượt trội so với các thang điểm có tích hợp các yếu tố toàn thân. Nghiên cứu của Oakland và cộng sự (2020) [3] và Jeong và cộng sự (2025) [6] đều cho thấy các thang điểm như AIMS65, CHAMPS hoặc ABC có AUC cao hơn trong dự báo tử vong. Điều này cho thấy tình trạng bệnh lý nền (suy đa tạng, rối loạn đông máu) là yếu tố quan trọng

đối với tiên lượng tử vong ở bệnh nhân XHTH dưới ngoài mức độ xuất huyết, gợi ý rằng việc kết hợp thang điểm Oakland với đánh giá tình trạng bệnh lý nền (ví dụ tính thêm điểm AIMS65 hoặc các chỉ số đánh giá toàn trạng) có thể nâng cao hơn nữa độ chính xác trong tiên lượng tử vong ở XHTH dưới. Ngược lại, trong tiên lượng tái phát xuất huyết, kết quả của chúng tôi (AUC 0,79) và của Đỗ Huy Thạch (AUC 0,84) [5] đều khẳng định Oakland dự đoán xuất huyết tái phát khá tốt. Bên cạnh đó, đã có nhiều nghiên cứu chứng minh điểm Oakland thể hiện ưu thế rõ rệt. Chẳng hạn, Quách Trọng Đức và cộng sự (2021) [8] đã tiến hành nghiên cứu trên 414 bệnh nhân XHTH dưới, ghi nhận điểm Oakland phân định tình trạng chảy máu nặng tốt hơn so với Glasgow-Blatchford (Oakland AUC 0,81 so với GBS 0,76) và độ nhạy tương đương trong dự báo tử vong. Tương tự, Lanas và cộng sự (2017) [1] ghi nhận Oakland và Glasgow-Blatchford dự đoán nguy cơ can thiệp hoặc tái nhập viện vượt trội hơn các thang điểm như Rockall hoặc BLEED.

Về thành phần thang điểm, hemoglobin là yếu tố có trọng số lớn nhất. Hb < 70 g/L thường đủ để đưa điểm Oakland vượt ngưỡng nguy cơ cao, dù các chỉ số khác bình thường. Các dấu hiệu sinh tồn như huyết áp và mạch góp phần phản ánh mức độ sốc mất máu, đặc biệt ở bệnh nhân lớn tuổi. Tuổi và tiền sử ở bệnh nhân XHTH dưới cũng ảnh hưởng rõ rệt đến điểm số. Có đến 44,7% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có tiền sử XHTH dưới, cao hơn nhiều nghiên cứu khác, điều này góp phần làm điểm Oakland trung bình cao hơn ($17,45 \pm 5,3$). Ngoài ra, việc sử dụng NSAIDs hoặc thuốc kháng kết tập tiểu cầu phổ biến khá phổ biến cũng là những yếu tố nguy cơ cao. Mặc dù không trực tiếp được tính vào điểm Oakland, các thuốc này làm nặng thêm mức độ xuất huyết, gián tiếp nâng cao điểm số. Bên cạnh đó, một số thang điểm như NOBLADS đã tích hợp yếu tố này để tăng độ chính xác tiên lượng [7]. Cuối cùng, sự hiện diện của bệnh nền (bệnh tim, thận, gan...) tuy không nằm trong cấu trúc điểm Oakland, lại ảnh hưởng mạnh đến kết cục. Điều này nhấn mạnh vai trò của đánh giá lâm sàng toàn diện bên cạnh việc sử dụng thang điểm tiên lượng đơn thuần.

V. KẾT LUẬN

Thang điểm Oakland có giá trị phân định cao trong dự báo tử vong tại điểm cắt 26 và dự báo xuất huyết tái phát tại điểm cắt 21 ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa dưới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Angel Lanas, Pablo Cañameres, Enrique

- Alfaro (2017), "Safe hospital discharge based on lower GI bleeding scores: a long way to go", *AME Medical Journal*, pp. 2.
2. Kathryn Oakland, Georgina Chadwick, James E East, và cộng sự (2019), "Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: guidelines from the British Society of Gastroenterology", *Gut*, 68 (5), pp. 776-789.
 3. Kathryn Oakland, Sandeepkumar Kothiwale, Tyler Forehand, và cộng sự (2020), "External Validation of the Oakland Score to Assess Safe Hospital Discharge Among Adult Patients With Acute Lower Gastrointestinal Bleeding in the US", *JAMA Network Open*, 3 (7), pp. e209630-e209630.
 4. Nguyễn Thế Tân, Võ Phước Tuấn, Hồ Tấn Phát, và cộng sự. "Nghiên cứu giá trị của thang điểm Oakland trong dự đoán kết cục lâm sàng đối với những trường hợp xuất huyết tiêu hóa dưới cấp tính".
 5. Đỗ Huy Thạch, Bùi Hữu Hoàng (2023), "Giá trị của thang điểm Oakland trong tiên lượng xuất huyết tiêu hóa dưới", *Journal of 108-Clinical Medicine and Pharmacy*.
 6. K. B. Jeong, H. S. Moon, K. R. In, và cộng sự (2025), "Which scoring systems are useful for predicting the prognosis of lower gastrointestinal bleeding? Old and new", *BMC Gastroenterol*, 25 (1), pp. 49.
 7. T. Aoki, N. Nagata, T. Shimbo, và cộng sự (2016), "Development and Validation of a Risk Scoring System for Severe Acute Lower Gastrointestinal Bleeding", *Clin Gastroenterol Hepatol*, 14 (11), pp. 1562-1570.e1562.
 8. D. T. Quach, U. P. Vo, N. T. Nguyen, và cộng sự (2021), "An External Validation Study of the Oakland and Glasgow-Blatchford Scores for Predicting Adverse Outcomes of Acute Lower Gastrointestinal Bleeding in an Asian Population", *Gastroenterol Res Pract*, 2021, 8674367.
 9. K. Oakland, V. Jairath, R. Uberoi, và cộng sự (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), pp. 635-643.

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VỀ BỆNH VÀ PHÒNG BIẾN CHỨNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2024

Nguyễn Thị Thúy Nga¹, Phạm Thị Hiếu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Mô tả thực trạng kiến thức về phòng biến chứng của NB đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Nội tiết tỉnh Nam Định năm 2024. 2. Xác định một số yếu tố liên quan đến kiến thức của NB đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Nội tiết tỉnh Nam Định. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 294 NB đang điều trị ngoại trú ĐTĐ type 2 tại Bệnh viện Nội tiết tỉnh Nam Định thời gian từ tháng 02 đến tháng 04/2024. **Kết quả:** Kiến thức về bệnh ĐTĐ, 73,1% NB biết khái niệm bệnh ĐTĐ; 68,4% NB biết các yếu tố nguy cơ, 62,2% NB biết biến chứng của bệnh và biết biến chứng bệnh ĐTĐ có thể dự phòng, 58,2% NB biết các triệu chứng của bệnh và các biện pháp phòng biến chứng bệnh (59,2%), 46,6% NB có kiến thức đúng về phòng biến chứng ĐTĐ type 2. Nhóm tuổi, trình độ học vấn, điều kiện kinh tế là các yếu tố liên quan đến kiến thức của NB. NB <60 tuổi có kiến thức đúng hơn NB nhóm tuổi ≥ 60 tuổi (gấp 0,564 lần). NB có trình độ học vấn từ THPT trở lên có kiến thức đúng cao gấp 1,728 lần so với nhóm có trình độ dưới THPT. Nhóm kinh tế hộ nghèo có kiến thức đúng cao gấp 0,314 lần so với nhóm hộ không nghèo. Nhóm NB sống với gia đình có kiến thức đúng cao gấp

0,482 lần so với nhóm sống một mình. NB có thời gian mắc bệnh < 5 năm có kiến thức đúng cao gấp 0,536 lần NB có thời gian mắc bệnh ≥ 5 năm. NB có tiền sử gia đình không có người mắc bệnh cao gấp 0,365 lần so với nhóm gia đình có người mắc bệnh. Về phương pháp và phương tiện truyền thông, NB có kiến thức đúng hơn khi nhận được thông tin chủ yếu từ nhân viên y tế, từ sách/báo, đài/tivi. **Kết luận:** Kiến thức về phòng biến chứng bệnh ĐTĐ của NB trong phạm vi nghiên cứu tương đối thấp. **Từ khóa:** Đái tháo đường, kiến thức, biến chứng ĐTĐ

SUMMARY

CURRENT STATUS OF KNOWLEDGE ABOUT THE DISEASE AND PREVENTION OF COMPLICATIONS OF TYPE 2 DIABETES PATIENTS TREATED OUTPATIENTS AT NAM DINH PROVINCIAL ENDOCRINE HOSPITAL IN 2024

Objective: 1. Describe the current status of knowledge on complication prevention of type 2 diabetes patients treated as outpatients at Nam Dinh Provincial Endocrinology Hospital in 2024. 2. Identify some factors related to knowledge of type 2 diabetes patients treated as outpatients at Nam Dinh Provincial Endocrinology Hospital. **Method:** The study describes 294 patients diagnosed with type 2 diabetes who are being treated as outpatients at Nam Dinh Provincial Endocrinology Hospital from February to April 2024. **Results:** Knowledge about diabetes, 73.1% of patients know the concept of diabetes; 68.4% of patients know the risk factors, 62.2% of patients know

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thúy Nga

Email: thuyngandun@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.5.2025

Ngày duyệt bài: 20.6.2025