

SỐ SÁNH GIÁ TRỊ TIÊN LƯỢNG CỦA THANG ĐIỂM MAP(ASH) VÀ CHỈ SỐ MELD Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN CÓ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO VỠ GIÃN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN

Triệu Thị Lan¹, Vũ Hải Hậu¹,
Nguyễn Công Long^{2,3}, Bùi Công Thép⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh giá trị tiên lượng tử vong và tái xuất huyết trong 90 ngày của thang điểm MAP(ASH) và chỉ số MELD ở bệnh nhân (BN) xơ gan có xuất huyết tiêu hóa (XHTH) do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản (TMTQ). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 114 BN xơ gan có XHTH do vỡ giãn TMTQ tại Trung tâm Tiêu hóa – Gan mật Bệnh viện Bạch Mai từ 10/2024 đến 05/2025. Thang điểm MAP(ASH) và chỉ số MELD được đánh giá trong 24h đầu nhập viện và theo dõi tái xuất huyết, tử vong trong 90 ngày. **Kết quả:** Thang điểm MAP(ASH) và MELD có giá trị tốt trong tiên lượng tử vong, với diện tích dưới đường cong ROC (AUROC) lần lượt là 0,842 (95% CI: 0,686 – 0,998; $p < 0,001$) và 0,869 (95% CI: 0,724 – 1,00; $p < 0,001$). Trong tiên lượng tái xuất huyết, MAP(ASH) và MELD có giá trị khá, với AUROC tương ứng 0,731 (95% CI: 0,612–0,850) và 0,712 (95% CI: 0,589 – 0,835), đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). **Kết luận:** Cả hai thang điểm MAP(ASH) và chỉ số MELD đều có giá trị tiên lượng ở bệnh nhân xơ gan có XHTH do vỡ giãn TMTQ theo dõi trong 90 ngày. Trong đó, MELD có giá trị hơn trong tiên lượng tử vong, MAP(ASH) có giá trị hơn trong tiên lượng tái xuất huyết.

Từ khóa: Thang điểm MAP(ASH), MELD, xơ gan, vỡ giãn tĩnh mạch thực quản.

SUMMARY

COMPARISON OF THE PROGNOSTIC VALUE OF MAP(ASH) SCORE AND MELD SCORE IN CIRRHOTIC PATIENTS WITH GASTROINTESTINAL BLEEDING DUE TO RUPTURED ESOPHAGEAL VARICES

Objective: Comparison of the prognostic value of 90-day mortality and rebleeding using the MAP(ASH) score and MELD index in cirrhotic patients with gastrointestinal bleeding (GIB) due to esophageal variceal rupture. **Methods:** A descriptive, prospective study was conducted on 114 cirrhotic patients with GIB caused by esophageal variceal rupture at the Gastroenterology and Hepatology Center, Bach Mai

Hospital, from October 2024 to May 2025. MAP(ASH) and MELD scores were assessed within the first 24 hours of admission. Patients were monitored for rebleeding and mortality over 90 days. **Results:** Both MAP(ASH) and MELD showed good predictive value for mortality, with areas under the ROC curve (AUROC) of 0.842 (95% CI: 0.686 – 0.998; $p < 0.001$) and 0.869 (95% CI: 0.724 – 1.00; $p < 0.001$), respectively. For rebleeding, MAP(ASH) and MELD demonstrated fair predictive value, with AUROCs of 0.731 (95% CI: 0.612 – 0.850) and 0.712 (95% CI: 0.589 – 0.835), respectively, both statistically significant ($p < 0.001$). **Conclusion:** Both MAP(ASH) and MELD scores have good prognostic value for 90-day mortality and rebleeding in cirrhotic patients with GIB due to esophageal varices. Among them, the MELD score was more valuable in predicting mortality, while the MAP(ASH) score was more useful in predicting rebleeding. **Keywords:** MAP(ASH) score, MELD, cirrhosis, esophageal variceal bleeding.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là bệnh lý gan phổ biến, diễn biến và tiến triển mạn tính dẫn đến nhiều biến chứng nguy hiểm gây tỉ lệ tử vong cao như: Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) do tăng áp lực tĩnh mạch cửa, ung thư gan, hôn mê gan, hội chứng gan-thận. Trong đó, chảy máu do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản (TMTQ) là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở bệnh nhân xơ gan, chiếm khoảng 60-65% các đợt chảy máu ở bệnh nhân xơ gan. Mặc dù có nhiều tiến bộ trong điều trị, tỷ lệ tử vong trong 6 tuần đầu vẫn ở mức cao (15-20%) [1]. Do đó, tiên lượng nguy cơ tái xuất huyết và tử vong của bệnh nhân ở giai đoạn sớm là rất cần thiết để có kế hoạch theo dõi và can thiệp kịp thời. Trong thực hành lâm sàng, nhiều thang điểm đã được sử dụng như Child-Pugh, AIMS65, MELD đã được sử dụng để đánh giá. Chỉ số MELD (Model for End-stage Liver Disease) được sử dụng rộng rãi để đánh giá mức độ nặng và tiên lượng tử vong ngắn hạn. Gần đây, MAP(ASH) là một thang điểm mới, đơn giản, dựa trên 6 thông số lâm sàng và cận lâm sàng, có khả năng tiên lượng tử vong và tái xuất huyết trong chảy máu tiêu hóa trên. Theo Redondo-Cerezo E và cộng sự (2020), MAP(ASH) là thang điểm đánh giá rủi ro trước nội soi có độ chính xác dự đoán tốt cho can thiệp (AUROC = 0,83; khoảng tin cậy 95% [CI]: 0,79–0,88), dự đoán tỷ lệ tử vong ở mức trung bình (AUROC = 0,74;

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Trường Đại học Y dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

⁴Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Long

Email: nguyenconglongbvb@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2025

Ngày duyệt bài: 18.9.2025

KTC 95%: 0,68–0,81). Đối với tình trạng chảy máu tái phát, MAP(ASH) (AUROC 0,73; KTC 95%: 0,69–0,77) tương tự với điểm Blatchford của Glasgow (AUROC = 0,72; KTC 95%: 0,67–0,76) nhưng cao hơn AIMS65 (AUROC = 0,64; KTC 95%: 0,59–0,68) [2].

Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: "So sánh giá trị tiên lượng tử vong và tái xuất huyết trong 90 ngày của thang điểm MAP(ASH) và chỉ số MELD ở bệnh nhân (BN) xơ gan có xuất huyết tiêu hóa (XHTH) do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản (TMTQ)."

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu trên 114 bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan có XHTH do vỡ giãn TMTQ điều trị tại Trung tâm Tiêu hóa – Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10/2024 đến 05/2025.

* **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân nhập viện với tình trạng nôn ra máu và/hoặc đi ngoài phân đen, được thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng chẩn đoán xác định xơ gan, nội soi dạ dày – thực quản thấy búi giãn TMTQ đang chảy máu, có nút tiểu cầu hoặc thấy búi giãn TMTQ căng tím, có dấu đỏ và không tìm thấy nguyên nhân nào khác gây chảy máu.

* **Tiêu chuẩn loại trừ:** XHTH do nguyên nhân khác, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, mất liên lạc với BN sau ra viện.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* **Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang, tiến cứu.

* **Cỡ mẫu nghiên cứu:** Cách chọn mẫu thuận tiện bao gồm 114 người bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn, tiêu chuẩn loại trừ.

* **Phương pháp thu thập số liệu:**

- Đặc điểm chung: Tuổi, giới, tiền sử bệnh
- Các đặc điểm lâm sàng xơ gan có XHTH do vỡ giãn TMTQ

- Các đặc điểm cận lâm sàng: huyết học, sinh hóa, đông máu, nội soi thực quản dạ dày trong vòng 24h đầu nhập viện

- BN được xử trí và điều trị theo cùng phác đồ tại Trung tâm Tiêu hóa – Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai theo hướng dẫn của các Hiệp hội lâm sàng và hội nghị Baveno VII [3].

- Tính giá trị thang điểm MAP(ASH), chỉ số MELD trong 24 giờ kể từ khi bệnh nhân nhập viện.

• Thang điểm MAP(ASH) được tính theo 6 tiêu chí do nhóm tác giả Redondo - Cerezo E và cộng sự đề xuất (2020) [2] (bảng 2.1)

Bảng 2.1. Thang điểm MAP(ASH)

Tiêu chí	Điểm
M: Tình trạng tri giác thay đổi	1 điểm

A: Điểm ASA > 2 (*)	1 điểm
P: Mạch (pulse) > 100 lần/phút	1 điểm
A: Albumin < 25g/l	2 điểm
S: Huyết áp tâm thu (systolic blood pressure) < 90mmHg	2 điểm

*Điểm ASA là bảng điểm phân loại tình trạng sức khỏe của Hiệp hội Gây mê Hoa Kỳ.

• Điểm MELD được tính theo công thức: $9,57 \times \ln(\text{creatinin mg/dl}) + 3,78 \times \ln(\text{billirubin mg/dl}) + 11,2 \times \ln(\text{INR}) + 6,43$

- Theo dõi BN trong vòng 90 ngày và ghi nhận các kết cục của BN: Ổn định, tử vong, tái xuất huyết.

2.3. Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20, phần mềm MedCal, vẽ biểu đồ trên Exel 2016. Kiểm định so sánh giữa các tỷ lệ bằng test Chi-bình phương (χ^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 với từng bảng điểm và so sánh các giá trị.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích quan sát, theo dõi, không can thiệp trên người bệnh, đã được thông qua Hội đồng đề cương của Trường Đại học Y Hà Nội, nên đảm bảo tính đạo đức trong nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng, nội soi của nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1. Một số đặc điểm lâm sàng, nội soi của nhóm nghiên cứu (n=114)

Đặc điểm		X±SD hoặc n(%)
Tuổi		55,11±10,21
Giới	Nam	110 (96,5)
	Nữ	4 (3,5%)
Lý do vào viện	Nôn máu	32 (28,1%)
	Đi ngoài phân đen hoặc phân máu	28 (24,6%)
	Nôn máu + đi ngoài phân đen	50 (43,9%)
	Khác	4 (3,6%)
Nguyên nhân xơ gan	Viêm gan virus B	22 (19,5%)
	Viêm gan virus C	4 (3,5%)
	Rượu	85 (74,6%)
	Khác	3 (2,6%)
Phân độ Child Pugh	Child A	22 (19,3%)
	Child B	51 (44,7%)
	Child C	41 (36,0%)
Mức độ giãn TMTQ	Độ I	1(0,9)
	Độ II	13(11,4)
	Độ III	100(87,7)

Tái xuất huyết trong 90 ngày	25 (21,9%)
Tử vong trong 90 ngày	10 (8,8%)

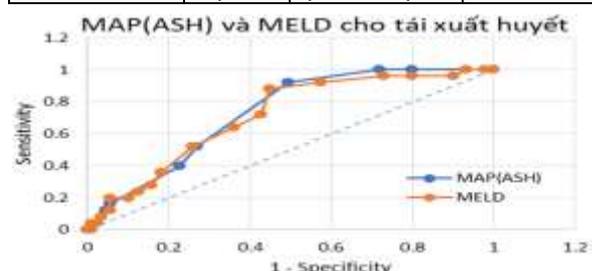
Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $55,11 \pm 10,21$, nam giới chiếm đa số (96,5%). Lý do vào viện thường gặp là nôn máu, đi ngoài phân đen hoặc cả hai. Nguyên nhân chính gây xơ gan là rượu và viêm gan virus B chiếm tỷ lệ lần lượt 74,6% và 19,5%. Đa số

bệnh nhân ở giai đoạn xơ gan Child Pugh B và C với tỷ lệ lần lượt 44,7% và 36%. Tỷ lệ bệnh nhân tử vong và tái xuất huyết trong 90 ngày lần lượt là 8,8% và 21,9%.

3.2. Giá trị của thang điểm MAP(ASH) và chỉ số MELD trong tiên lượng tái xuất huyết trong 90 ngày ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.2. Giá trị điểm cắt của thang điểm MAP(ASH) và chỉ số MELD trong tiên lượng tái xuất huyết

Đặc điểm	AUC	KTC 95%	Điểm cut-off	SE (%)	SP (%)	PPV (%)	NPV (%)	p
MAP(ASH)	0,731	0,612 – 0,850	4	92	50,6	34,3	95,7	<0.001
MELD	0,712	0,589 – 0,835	14	72	57,3	35,5	95,3	<0.001



Biểu đồ 3.1. Đường cong ROC mô tả tiên lượng tái xuất huyết trong 90 ngày của thang điểm MAP(ASH) và chỉ số MELD

Nhận xét: - Giá trị của thang điểm MAP(ASH) để tiên lượng tái xuất huyết trong 90

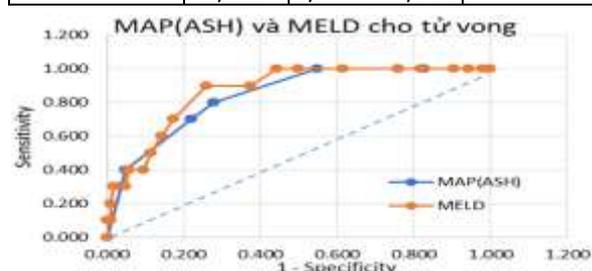
ngày là AUC = 0,731. Tại điểm cut-off MAP(ASH)=4 điểm có độ nhạy 92%, độ đặc hiệu 50,6% ($p < 0,001$), giá trị tiên đoán dương (PPV) 34,3%, giá trị tiên đoán âm (NPV) 95,7%.

- Giá trị của thang điểm MELD để tiên lượng tái xuất huyết trong 90 ngày là AUC = 0,712. Tại điểm cut-off MELD=14 điểm có độ nhạy 72%, độ đặc hiệu 57,3% ($p < 0,001$), giá trị tiên đoán dương (PPV) 35,5%, giá trị tiên đoán âm (NPV) 95,3%.

3.3. Giá trị của thang điểm MAP(ASH) và chỉ số MELD trong tiên lượng tử vong trong 90 ngày ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.3. Giá trị điểm cắt của thang điểm MAP(ASH) và chỉ số MELD trong tiên lượng tử vong

Đặc điểm	AUC	KTC 95%	Điểm cut-off	SE (%)	SP (%)	PPV (%)	NPV (%)	p
MAP(ASH)	0,842	0,686 – 0,998	5	80	72,1	21,6	97,4	<0.001
MELD	0,869	0,724 – 1,000	17	90	74,0	25	98,7	<0.001



Biểu đồ 3.2. Đường cong ROC mô tả tiên lượng tử vong trong 90 ngày của thang điểm MAP(ASH) và chỉ số MELD

Nhận xét: - Giá trị của thang điểm MAP(ASH) để tiên lượng tử vong trong 90 ngày là AUC = 0,842, KTC 95%: 0,696 – 0,998. Tại điểm cut-off MAP(ASH)=5 điểm, độ nhạy 80%, độ đặc hiệu 72,1% ($p < 0,001$), giá trị tiên đoán dương (PPV) 21,6%, giá trị tiên đoán âm 97,4%.

- Giá trị điểm cắt tối ưu của chỉ số MELD để tiên lượng tử vong trong 90 ngày là ≥ 17 , AUC = 0,869, KTC 95%: 0,724 – 1,000. Tại điểm cut-off MELD=17 điểm, độ nhạy 90%, độ đặc hiệu

74,0% ($p < 0,001$), giá trị tiên đoán dương (PPV) 25%, giá trị tiên đoán âm (NPV) 98,7%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, nội soi của nhóm BN nghiên cứu. Xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn TMTQ là biến chứng nghiêm trọng ở BN xơ gan mặc dù có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, nhưng tỷ lệ tái xuất huyết và tử vong vẫn còn ở mức cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ BN tái xuất huyết sớm và tử vong trong thời gian nằm viện lần lượt 6,1% và 2,6%, thấp hơn nghiên cứu của Dương Quang Huy và CS (2023) [4] với 9,0% BN tái xuất huyết sớm và 6,8% BN tử vong trong thời gian nằm viện. Theo dõi trong 90 ngày ở BN nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tái xuất huyết và tử vong lần lượt 21,8% (tăng 12,7% so với trong thời gian nằm viện) và 8,9% (tăng 6,3% so với trong thời gian nằm viện). So với các nghiên cứu khác trong 6 tuần tỷ lệ tử vong có vẻ thấp hơn (nghiên cứu của Luizio CL và CS (2021) tỷ lệ tử vong ở BN

XHTH do vỡ giãn TMTQ trong 6 tuần 18,5%). Sự khác nhau có thể do cỡ mẫu, tiêu chuẩn lựa chọn BN của mỗi nghiên cứu, sự tuân thủ theo dõi và điều trị của BN sau ra viện.

4.2. Giá trị của thang điểm MAP(ASH) và chỉ số MELD trong tiên lượng tái xuất huyết trong 90 ngày của nhóm BN nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thang điểm MAP(ASH) có giá trị tiên lượng khá trong tiên lượng tái xuất huyết với AUC = 0,731, KTC 95%: 0,612 – 0,850 ($p < 0,001$), tại điểm cắt ≥ 4 có độ nhạy 92%, độ đặc hiệu 50.6%, giá trị tiên đoán dương (PPV) 34,3%, giá trị tiên đoán âm (NPV) 95,7% (bảng 3.2). Hiện nay trên thế giới chưa có nghiên cứu về giá trị thang điểm MAP(ASH) ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa riêng do tăng ALTMC. Ở Việt Nam có nghiên cứu của Nguyễn Thị Huyền Trang và CS (2024) [5] cho thấy điểm MAP(ASH) có giá trị khá trong tiên lượng tử vong nội viện ở BN XHTH do tăng ALTMC với AUC 0,787, KTC 95%: 0.659-0.916 ($p < 0.01$), tại điểm cắt 4 có độ nhạy 71,4%, độ đặc hiệu 78.1% tương đương nghiên cứu của chúng tôi.

Về chỉ số MELD, theo kết quả bảng 3.2 cho thấy chỉ số MELD có giá trị thấp hơn thang điểm MAP(ASH) trong tiên lượng tái xuất huyết với AUC = 0.712, KTC 95%: 0.589 – 0.835 ($p < 0.001$). Tại điểm cắt 14 MELD có độ nhạy thấp hơn (88%), nhưng độ đặc hiệu cao hơn chút (55,1%), giá trị tiên đoán dương (PPV) 35,5 cao hơn so với MAP(ASH) nhưng giá trị tiên đoán âm (NPV) 95,3% thấp hơn chút. Kết quả của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu Motola – Kuba M (2016) trong tiên lượng tái xuất huyết nội viện của MELD với AUC 0.677, KTC 95%: 0.563-0.792 [6], nghiên cứu của Dương Quang Huy và CS (2023) [4] với AUC = 0,64, KTC 95%: 0,52 – 0,76, tại điểm cắt 12 có độ nhạy 95%, độ đặc hiệu 29,7%. Có thể do nghiên cứu của chúng tôi theo dõi trong 90 ngày và trên thế giới cũng chưa có nghiên cứu nào đánh giá giá trị của MELD trong tiên lượng tái xuất huyết trong 90 ngày ở BN xơ gan có XHTH do vỡ giãn TMTQ.

4.3. Giá trị của thang điểm MAP(ASH) và chỉ số MELD trong tiên lượng tử vong trong 90 ngày của nhóm BN nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận MAP(ASH) có giá trị tốt trong tiên lượng tử vong trong 90 ngày ở đối tượng nghiên cứu với AUC= 0,842, KTC 95%= 0.686-0.998 ($p < 0.001$). Giá trị điểm cắt của MAP(ASH) trong tiên lượng tử vong là ≥ 5 có độ nhạy 80% và độ đặc hiệu 72,1%, giá trị tiên đoán dương (PPV) thấp 21,6%, giá trị tiên đoán âm (NPV) 97,4%; kết quả này tương đương với

nghiên cứu của Nguyễn Thị Huyền Trang và CS (2024) với AUC 0,812, KTC 95%: 0,704 – 0,920 ($p < 0.01$), tại điểm cắt 5 có độ nhạy 55.6%, độ đặc hiệu 92.2% [5].

Kết quả ở bảng 3.3 cho thấy chỉ số MELD có giá trị tốt hơn thang điểm MAP(ASH) trong tiên lượng tử vong trong 90 ngày ở đối tượng nghiên cứu, diện tích dưới đường cong là AUC = 0.869, KTC 95%: 0.724 – 1.000 ($p < 0.001$). Giá trị điểm cắt trong tiên lượng tử vong ở chỉ số MELD là ≥ 17 với độ nhạy 90%, độ đặc hiệu 74% cao hơn MAP(ASH), giá trị PPV 25%, giá trị NPV 98,75. Kết quả này của chúng tôi gần giống với nghiên cứu của Krishnan A và CS (2023) cho thấy điểm cắt tối ưu của chỉ số MELD cho tỷ lệ tử vong trong 90 ngày ở BN xơ gan có XHTH sau khi làm TIPS là 16 (AUC: 0,78, KTC 95%: 0,705–0,855) [7], nghiên cứu của Dương Quang Huy và CS (2023) [4] cho thấy điểm cắt tối ưu của MELD trong tiên lượng tử vong nội viện là 18 với AUC = 0,83, KTC 95%: 0,72 – 0,93, độ nhạy 80%, độ đặc hiệu 75,4%.

V. KẾT LUẬN

Cả hai thang điểm MAP(ASH) và chỉ số MELD có giá trị tiên lượng tốt đối với tử vong và tái xuất huyết ở bệnh nhân xơ gan có XHTH do vỡ giãn TMTQ theo dõi trong 90 ngày. Thang điểm MAP(ASH) có giá trị tốt hơn chỉ số MELD trong tiên lượng tái xuất huyết, chỉ số MELD có giá trị tốt hơn trong tiên lượng tử vong ở BN xơ gan có XHTH do vỡ giãn TMTQ theo dõi trong 90 ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **R. Franchis**, "Expanding consensus in portal hypertension: Report of the Baveno VI Consensus Workshop: Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension", *Journal of hepatology*, vol. 63, Jun. 2015, doi: 10.1016/j.jhep.2015. 05.022.
2. **E. Redondo-Cerezo et al.**, "MAP(ASH): A new scoring system for the prediction of intervention and mortality in upper gastrointestinal bleeding," *J Gastroenterol Hepatol*, vol. 35, no. 1, pp. 82–89, Jan. 2020, doi: 10.1111/jgh.14811.
3. **De Franchis, R., Bosch, J., Garcia-Tsao, G., Reiberger, T., Ripoll, C., & Baveno VII Faculty.** (2022). Baveno VII - Renewing consensus in portal hypertension. *Journal of Hepatology*, 76(4), 959–974. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2021.12.022>.
4. **Huy, D. Q., Chung, N. V., & Dong, D. T.** (2023). Value of Some Scoring Systems for the Prognosis of Rebleeding and In-Hospital Mortality in Liver Cirrhosis with Acute Variceal Bleeding. *Gastroenterology Insights*, 14(2), 144-155. <https://doi.org/10.3390/gastroent14020011>.
5. **Nguyễn THT, Trần T Anh T, Nguyễn VM, Trần TL, Nguyễn AT, Đình TG, Nguyễn TH, Mai TH, Mai TB.** Nghiên cứu giá trị của thang điểm MAP(ASH) trong tiên lượng chảy máu tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản, tĩnh mạch

phình vị ở bệnh nhân xơ gan. VMJ. 2024;539(3). doi:10.51298/vmj.v539i3.10021.

6. **Motola-Kuba M., Arzate A.E.,** (2016), "Validation of prognostic scores for clinical outcomes in cirrhotic patients with acute variceal bleeding", *Annals of Hepatology*, 15(6), pp. 895-901.

7. **Krishnan A, Woreta TA, Vaidya D, Liu Y, Hamilton JP, Hong K, et al.** MELD or MELD-Na as a Predictive Model for Mortality Following Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt Placement. *J Clin Transl Hepatol.* 2023;11(1):38-44. doi:10.14218/JCTH.2021.00513.

KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG RỐI LOẠN TRẦM CẢM Ở BỆNH NHÂN CÓ HỘI CHỨNG RUỘT KÍCH THÍCH

Nghiêm Thị Hải Yến^{1,3}, Trần Ngọc Ánh^{1,2}, Nguyễn Hoàng Yến^{1,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tình trạng rối loạn trầm cảm (thang điểm Beck) ở người bệnh có hội chứng ruột kích thích. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 123 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng ruột kích thích theo tiêu chuẩn Rome IV và đánh giá mức độ trầm cảm tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 08/2024 đến 05/2025. Tiêu chí loại trừ: các bệnh lý tiêu hóa, nội tiết thực thể và không đồng ý tham gia. Phương pháp thu thập: bộ câu hỏi nghiên cứu và thang điểm trầm cảm BECK (BDI). **Kết quả:** tuổi trung bình 44,75 ± 15,03; nữ chiếm 58,5%; sống tại nông thôn chiếm 58,5%. Đau bụng (70,7%) là triệu chứng phổ biến nhất. Phân nhóm HCRKT: thể không phân loại (31,7%), thể hỗn hợp (26,8%), thể tiêu chảy (23,6%), thể táo bón (17,9%). Chúng tôi ghi nhận 53,6% BN HCRKT không trầm cảm; trầm cảm nhẹ: 13,8%, trầm cảm trung bình: 10,6%, trầm cảm nặng: 22%. Mỗi liên quan HCRKT – trầm cảm có ý nghĩa thống kê giữa các thể HCRKT và mức độ trầm cảm ($p < 0,001$). Thể HCRKT thể hỗn hợp có tỷ lệ trầm cảm nặng cao nhất (36,4%), trong khi HCRKT thể không phân loại có tỷ lệ không trầm cảm cao nhất (87,2%). **Kết luận:** Có mối liên quan rõ rệt giữa thể bệnh HCRKT và mức độ trầm cảm, đặc biệt ở HCRKT thể hỗn hợp. **Từ khóa:** Hội chứng ruột kích thích, Rối loạn trầm cảm.

SUMMARY

ASSESSMENT OF DEPRESSION SEVERITY IN PATIENTS WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME

Objective: To evaluate the association between the Beck Depression Inventory (BDI) score and irritable bowel syndrome (IBS). **Subjects and Methods:** A total of 123 patients diagnosed with IBS based on the Rome IV criteria were recruited at Hanoi Medical University Hospital from August 2024 to May

2025. Study Design: Cross-sectional descriptive study. Exclusion Criteria: Patients with organic gastrointestinal or endocrine diseases and those who declined participation. Data Collection Method: Structured questionnaire and Beck Depression Inventory (BDI). **Results:** The mean age was 44.75 ± 15.03 years; females accounted for 58.5%, and 58.5% resided in rural areas. Abdominal pain (70.7%) was the most common symptom. IBS subtypes included IBS-U (31.7%), IBS-M (26.8%), IBS-D (23.6%), and IBS-C (17.9%). Depression levels: no depression (53.6%), mild (13.8%), moderate (10.6%), and severe depression (22%). Association between IBS and depression: A statistically significant difference was observed between IBS subtypes and depression severity ($p < 0.001$). The IBS-M subtype had the highest rate of severe depression (36.4%), while IBS-U had the highest rate of no depression (87.2%). **Conclusion:** There is a clear association between IBS subtypes and depression severity, particularly in the mixed subtype (IBS-M). **Keywords:** Irritable Bowel Syndrome, Depressive Disorder.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ruột kích thích (HCRKT) là một rối loạn chức năng đường tiêu hóa mạn tính, được đặc trưng bởi đau bụng tái phát kèm thay đổi thói quen đại tiện, như tiêu chảy, táo bón hoặc dạng hỗn hợp. Với tỷ lệ hiện mắc toàn cầu ước tính khoảng 11%, HCRKT ảnh hưởng sâu sắc đến chất lượng cuộc sống người bệnh và tạo ra gánh nặng lớn cho hệ thống y tế. Chi phí chăm sóc y tế trực tiếp cho mỗi bệnh nhân HCRKT tại Hoa Kỳ dao động từ 1.562 đến 7.547 USD/năm, chưa kể đến chi phí gián tiếp do giảm năng suất lao động và nghỉ việc [1, 2].

Bên cạnh triệu chứng tiêu hóa, nhiều bằng chứng đã chỉ ra mối liên quan chặt chẽ giữa HCRKT và các rối loạn tâm thần, đặc biệt là lo âu và trầm cảm. Ước tính có tới 39,1% bệnh nhân có HCRKT có biểu hiện lo âu và 28,8% có triệu chứng trầm cảm. Tỷ lệ này cao hơn đáng kể so với dân số khỏe mạnh. Các yếu tố tâm lý này không chỉ là hậu quả mà còn có thể tham gia vào cơ chế bệnh sinh của HCRKT thông qua trục não–ruột–vi sinh vật, ảnh hưởng đến cảm giác

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

⁴Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nghiêm Thị Hải Yến

Email: nghiemyen0810@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2025

Ngày duyệt bài: 16.9.2025