

GIÁ TRỊ THANG ĐIỂM GLASGOW BLATCHFORD VÀ AIMS65 TRONG TIÊN LƯỢNG BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN KHÔNG DO VỠ GIÃN ĐANG DÙNG THUỐC CHỐNG HUYẾT KHỐI

Phan Trung Nam¹, Nguyễn Văn Thu Hà¹, Trương Đình Vũ², Trần Phạm Chí²

¹Bộ môn Nội, TT Tiêu hóa - Nội soi, Trường Đại học Y - Dược, ĐH Huế, TP Huế, Việt Nam

²Khoa Nội tiêu hóa Bệnh viện Trung ương Huế, TP Huế, Việt Nam

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) trên là một trong những biến chứng nặng ở bệnh nhân tim mạch đang sử dụng thuốc chống huyết khối. Mục tiêu của nghiên cứu là đánh giá thang điểm Glasgow Blatchford (GBS) và AIMS65 trong tiên lượng những bệnh nhân này.

Đối tượng, phương pháp: 76 bệnh nhân tim mạch, đang dùng thuốc chống huyết khối có biến chứng XHTH trên xác định qua nội soi, nhập viện điều trị tại bệnh viện Trường ĐHY - Dược Huế và bệnh viện Trung Ương Huế. Tiên lượng các biến cố của bệnh nhân qua thang điểm GBS và AIMS65 trong thời gian nằm viện.

Kết quả: Độ tuổi trung bình của 76 bệnh nhân là $71,37 \pm 13,65$, tỷ lệ nam/nữ 1,45/1. Hơn 80% bệnh nhân XHTH trên dùng thuốc chống ngưng tập tiểu cầu (APT), 9,2% dùng kháng vitamin K (VKA) và 10,5% dùng chống đông trực tiếp đường uống (DOACs). Nguyên nhân XHTH trên của bệnh nhân chủ yếu do loét dạ dày, tá tràng. Điểm GBS và AIMS65 trung bình của bệnh nhân lần lượt là $11,07 \pm 3,43$ và $1,22 \pm 0,89$. Thang điểm GBS có giá trị trong tiên lượng nhu cầu truyền máu với AUC: 0,780 (95% CI: 0,655-0,906), đặc biệt ở nhóm bệnh nhân dùng thuốc APT với AUC: 0,797 (0,652 - 0,942). GBS có giá trị trong tiên lượng bệnh nhân nhập ICU tốt hơn AIMS65 (AUC: 0,873 vs 0,718), đặc biệt ở nhóm dùng DOACs. GBS và AIMS65 có giá trị tiên lượng xuất huyết tái phát (AUC: 0,846 và 0,797), tuy nhiên, chỉ có AIMS65 là có giá trị tiên lượng xuất huyết tái phát trên nhóm dùng thuốc APT với AUC: 0,810 (CI: 0,683-0,937). GBS và AIMS65 có giá trị tiên lượng tử vong với AUC lần lượt là 0,861 và 0,837.

Kết luận: GBS và AIMS65 có giá trị tiên lượng khá tốt biến cố và kết cục lâm sàng trong thời gian nằm viện của bệnh nhân XHTH trên đang dùng thuốc chống huyết khối. Ở bệnh nhân dùng nhóm thuốc ngưng tập tiểu cầu, GBS ưu tiên dùng trong tiên lượng truyền máu và tử vong, AIMS65 trong tiên lượng xuất huyết tái phát.

Từ khóa: GBS, AIMS65, XHTH, thuốc chống huyết khối.

ABSTRACT

PROGNOSTIC VALUE OF THE GLASGOW-BLATCHFORD AND AIMS65 SCORES IN NON-VARICEAL UPPER GI BLEEDING PATIENTS ON ANTITHROMBOTIC THERAPY

Phan Trung Nam¹, Nguyen Van Thu Ha¹, Truong Dinh Vu², Tran Pham Chi²

Background: Upper gastrointestinal bleeding (UGIB) is a serious complication in cardiovascular patients receiving antithrombotic therapy. The aim of this study was to evaluate the prognostic value of the Glasgow - Blatchford Score (GBS) and AIMS65 in these patients.

Methods: A total of 76 cardiovascular patients on antithrombotic therapy who experienced UGIB confirmed by endoscopy were admitted for treatment at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital and Hue Central Hospital. The patients' clinical outcomes during hospitalization were assessed using the GBS and AIMS65 scores.

Ngày nhận bài: 13/02/2025. Ngày chỉnh sửa: 09/4/2025. Chấp thuận đăng: 20/5/2025

Tác giả liên hệ: Phan Trung Nam. Email: ptnam@huemed-univ.edu.vn. ĐT: 0914156622

Giá trị thang điểm Glasgow Blatchford và AIMS65...

Results: The mean age of the 76 patients was 71.37 ± 13.65 years, with a male-to-female ratio of 1.45:1. Over 80% of UGIB patients were taking antiplatelet therapy (APT), 9.2% were on vitamin K antagonists (VKA), and 10.5% were on direct oral anticoagulants (DOACs). The main causes of UGIB were gastric and duodenal ulcers. The mean GBS and AIMS65 scores were 11.07 ± 3.43 and 1.22 ± 0.89 , respectively. The GBS score had good predictive value for blood transfusion needs, with an AUC of 0.780 (95% CI: 0.655 - 0.906), especially in the APT group (AUC: 0.797; 95% CI: 0.652 - 0.942). GBS was also superior to AIMS65 in predicting ICU admission (AUC: 0.873 vs. 0.718), particularly among patients using DOACs. Both GBS and AIMS65 were predictive of rebleeding (AUC: 0.846 and 0.797, respectively), but only AIMS65 showed significant predictive value for rebleeding in patients on APT (AUC: 0.810; 95% CI: 0.683 - 0.937). Both scores also demonstrated good prognostic value for mortality, with AUCs of 0.861 for GBS and 0.837 for AIMS65.

Conclusion: GBS and AIMS65 have good prognostic value for predicting complications and clinical outcomes during hospitalization in UGIB patients on antithrombotic therapy. In patients using antiplatelet agents, GBS is preferable for predicting transfusion needs and mortality, while AIMS65 is more useful for predicting rebleeding.

Keywords: GBS, AIMS65, Non-variceal upper GI bleeding, antithrombotic therapy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong mô hình bệnh tật hiện nay, bệnh tim thiếu máu cục bộ và đột quỵ là hai nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới với tỷ lệ hiện mắc dao động từ 47% đến 72%, dẫn đến tăng tỷ lệ bệnh nhân cần sử dụng lâu dài với nhóm thuốc chống huyết khối [1]. Mặc dù thuốc giúp điều trị hiệu quả và dự phòng tỷ lệ huyết khối tắc mạch nhưng phải đối mặt với nguy cơ xuất huyết. Đặc biệt, xuất huyết tiêu hóa (XHTH) trên là vị trí thường gặp và nặng nề nhất, xảy ra từ 33% - 47% trong các đợt xuất huyết liên quan đến thuốc và tỷ lệ tử vong trong 30 ngày từ 6% đến 12% [2]. Ngoài ra, quyết định ngừng hay tiếp tục dùng lại thuốc sau XHTH rất quan trọng khi đối mặt với các vấn đề về xuất huyết tái phát, huyết khối và tử vong [3]. Do đó, việc phân tầng nguy cơ ngay tại thời điểm nhập viện rất quan trọng để có chiến lược điều trị phù hợp. Trong nhóm XHTH liên quan thuốc chống huyết khối, một số nghiên cứu trên thế giới cho thấy thang điểm Glasgow Blatchford (GBS) và AIMS65 có giá trị tiên lượng nhu cầu truyền máu, nhập khoa hồi sức tích cực (ICU), xuất huyết tái phát và tử vong [4, 5]. Mặc dù tại Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu áp dụng các thang điểm khác nhau trong phân tầng, tiên lượng ở bệnh nhân XHTH nói chung [6, 7], tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá GBS và AIMS65 trong phân tầng, tiên lượng ở bệnh nhân XHTH trên đang dùng thuốc chống huyết khối, chính vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: Khảo sát và so sánh thang điểm Glasgow Blatchford với AIMS65 trong tiên lượng các biến cố và kết cục lâm sàng ở bệnh nhân XHTH trên không do vỡ giãn đang dùng thuốc chống huyết khối.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 76 bệnh nhân XHTH trên không do vỡ giãn đang dùng thuốc chống huyết khối nhập viện và điều trị tại Khoa Nội Tổng hợp Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế và Khoa Nội Tiêu hóa Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 3/2022 đến tháng 6/2024.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên đang dùng thuốc chống huyết khối; Bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng xuất huyết tiêu hóa trên; Chẩn đoán xác định dựa vào nội soi tiêu hóa trên; Bệnh nhân hoặc người nhà đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân XHTH trên do vỡ giãn tĩnh mạch; Bệnh nhân có chống chỉ định nội soi; Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có theo dõi dọc.

Các bước thu thập số liệu:

- Tiến hành khai thác tiền sử, triệu chứng, khám lâm sàng
- Thu thập dữ liệu cận lâm sàng và kết quả nội soi tiêu hóa trên
- Đánh giá hai thang điểm: Glasgow Blatchford (BUN, hemoglobin, huyết áp tâm thu và dấu hiệu khác) [8] và AIMS65 (Albumin, INR, rối loạn tri giác, huyết áp tâm thu < 90 mmHg, tuổi > 65) [9].
- Các bệnh nhân được điều trị cùng phác đồ nội khoa và nội soi của bệnh viện

Giá trị thang điểm Glasgow Blatchford và AIMS65...

- Bệnh nhân được theo dõi các biến cố, can thiệp y khoa và kết cục lâm sàng trong thời gian nằm viện, gồm: lượng truyền máu, nhập ICU, can thiệp nội soi điều trị, xuất huyết tái phát và tử vong.

2.3. Phương pháp thống kê và xử lý số liệu

Dữ liệu được thu thập và xử lý qua phần mềm MS Excel 2016, SPSS phiên bản 20.0. Các thuật toán thống kê thông thường, xác định diện tích dưới đường cong ROC đánh giá khả năng tiên lượng, dự báo biến cố lâm sàng của GBS và AIMS65, với $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi trung bình của 76 bệnh nhân trong nghiên cứu này là $71,37 \pm 13,65$ tuổi, tối thấp nhất là 33 và cao nhất là 93 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 1,45/1. Thời gian

nằm viện trung bình của các bệnh nhân là $10,97 \pm 6,94$ ngày. Kết quả nghiên cứu ở Bảng 1 cho thấy, bệnh nhân dùng thuốc chống huyết khối do bệnh tim thiếu máu cục bộ bị XHTH trên chiếm tỷ lệ cao nhất 60,5%. Hơn 80% bệnh nhân dùng thuốc chống ngưng tập tiểu cầu, các nhóm thuốc khác gồm VKA, DOACs chi tiết ở Bảng 2. Trong đó, 15,8% (12/76 bệnh nhân) có INR > 1,5 và INR trung bình là $1,39 \pm 0,84$. Nguyên nhân XHTH trên của 76 bệnh nhân gồm loét dạ dày, loét tá tràng, loét dạ dày và tá tràng lần lượt chiếm 40,8%, 28,9% và 23,7%, có 5 bệnh nhân (6,6%) do các nguyên nhân khác. Trong đó, tổn thương loét của 71 bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ cao chiếm 28,9% (Bảng 3) và 14/17 bệnh nhân được can thiệp nội soi bằng kẹp clip. 100% các trường hợp đều được điều trị PPI tĩnh mạch trước nội soi.

Bảng 1: Bệnh lý dùng thuốc chống huyết khối của 76 bệnh nhân

Bệnh lý dùng thuốc chống huyết khối	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bệnh tim thiếu máu cục bộ	46	60,5
Rung nhĩ	14	18,4
Bệnh động mạch ngoại biên	6	7,9
Tai biến mạch máu não	10	13,2

Bảng 2. Nhóm thuốc chống huyết khối được dùng của 76 bệnh nhân

Nhóm thuốc	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chống ngưng tập tiểu cầu đơn (SAPT)	54	71,1
Chống ngưng tập tiểu cầu kép (DAPT)	7	9,2
Chống đông kháng Vitamin K (VKA)	7	9,2
Chống đông trực tiếp đường uống (DOACs)	8	10,5

Bảng 3. Đặc điểm tổn thương loét trên nội soi theo phân loại Forrest

Phân loại Forrest		Số lượng (n=71)	Tỷ lệ (%)	
Nguy cơ cao	Ia	1	1,4%	28,9
	Ib	3	4,2%	
	IIa	10	14,1%	
	IIb	3	4,2%	
Nguy cơ thấp	IIc	20	28,2%	71,1
	III	34	47,9%	

3.2. Thang điểm GBS và AIMS65 và giá trị tiên lượng trên đối tượng nghiên cứu

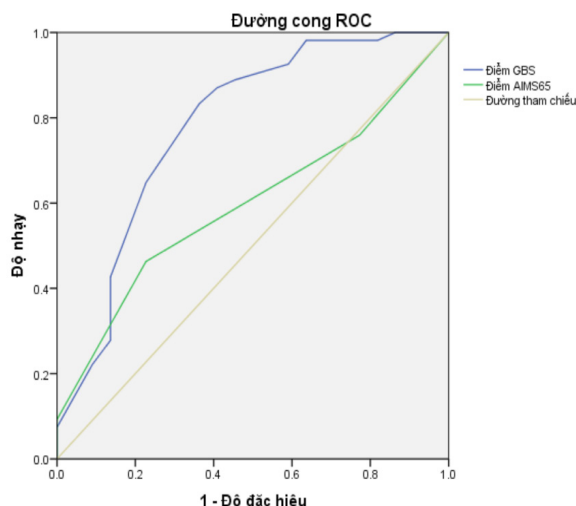
Điểm GBS và AIMS65 trung bình của 76 bệnh nhân lần lượt là $11,07 \pm 3,43$ và $1,22 \pm 0,89$. Phân tích chi tiết từng biến cố cho thấy, GBS và AIMS65 trung bình cao hơn ở nhóm bệnh nhân nhập ICU, xuất huyết tái phát và tử vong so với nhóm không có biến cố tương ứng xảy ra và chỉ có GBS trung bình cao hơn ở nhóm bệnh nhân cần truyền máu ($p < 0,05$) (Bảng 5). Trong 4 bệnh nhân tử vong, có 2 bệnh nhân sử dụng VKA, 1 bệnh nhân dùng DOACs và 1 bệnh nhân sử dụng APT. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chưa thấy thang điểm GBS và AIMS65 có giá trị tiên lượng nhu cầu can thiệp nội soi (Bảng 5).

Bảng 5. Phân bố điểm GBS và AIMS65 theo các biến cố và kết cục lâm sàng

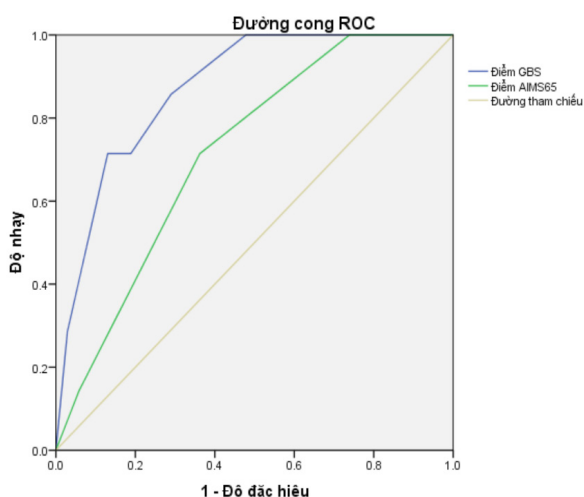
Nhóm		Số lượng (n = 76)	GBS	AIMS65
			TB ± ĐLC	
Can thiệp nội soi	Có	14	$12,71 \pm 1,94$	$1,29 \pm 0,83$
	Không	62	$10,69 \pm 3,59$	$1,21 \pm 0,91$
p*			0,052	0,646
Truyền máu	Có	54	$12,13 \pm 2,53$	$1,32 \pm 0,95$
	Không	22	$8,46 \pm 3,98$	$1,0 \pm 0,69$
p*			< 0,001	0,167
Nhập ICU	Có	7	$14,57 \pm 1,51$	$1,86 \pm 0,69$
	Không	69	$10,71 \pm 3,37$	$1,16 \pm 0,88$
p*			0,001	0,046
Xuất huyết tái phát	Có	7	$14,29 \pm 1,60$	$2,01 \pm 0,52$
	Không	69	$10,74 \pm 3,41$	$1,15 \pm 0,89$
p*			0,003	0,007
Tử vong	Có	4	$14,50 \pm 1,73$	$2,25 \pm 0,51$
	Không	72	$10,88 \pm 3,41$	$1,17 \pm 0,87$
p*			0,015	0,017
*Mann-Whitney U				

Kết quả nghiên cứu cho thấy chỉ GBS có giá trị trong tiên lượng nhu cầu truyền máu trên nhóm dùng thuốc chống huyết khối với AUC: 0,780 (95% CI: 0,655 - 0,906) (Biểu đồ 1), đặc biệt ở bệnh nhân dùng thuốc chống ngưng tập tiểu cầu với AUC: 0,797 (CI: 0,652 - 0,942) ($p < 0,05$). Thang điểm GBS có giá trị trong tiên lượng nhập ICU ở nhóm bệnh nhân dùng thuốc chống huyết khối với AUC: 0,873 (95% CI: 0,763 - 0,982) tốt hơn so với AIMS65 với AUC: 0,718 (CI: 0,552 - 0,885) (Biểu đồ 2), đặc biệt ở nhóm dùng DOACs ($p < 0,05$). Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, cả hai thang điểm đều có giá trị tiên lượng xuất huyết tái phát trên nhóm dùng thuốc chống huyết

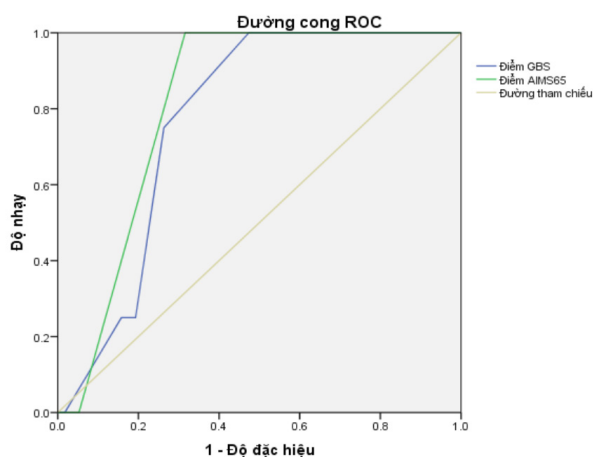
khối với GBS (AUC: 0,846) tốt hơn so với AIMS65 (AUC: 0,797). Tuy nhiên, khi phân tích trên từng nhóm thuốc, chỉ có AIMS65 là có giá trị tiên lượng xuất huyết tái phát trên nhóm dùng thuốc APT với AUC: 0,810 (CI: 0,683 - 0,937), $p < 0,05$ (Biểu đồ 3). Đối với biến cố tử vong, cả hai thang điểm đều có giá trị tiên lượng tử vong trên nhóm dùng thuốc chống huyết khối nói chung, trong đó GBS với AUC: 0,861 (CI: 0,724 - 0,998) và AIMS65 với AUC: 0,837 (CI: 0,710 - 0,964) ($p < 0,05$). Tuy nhiên, chỉ GBS là có giá trị tiên lượng tử vong trên nhóm dùng thuốc chống ngưng tập tiểu cầu với AUC: 0,758 (95% CI: 0,640 - 0,876) ($p < 0,05$).



Biểu đồ 1. Giá trị tiên lượng nhu cầu truyền máu của GBS và AIMS65



Biểu đồ 2. Giá trị tiên lượng nhập ICU của GBS và AIMS65



Biểu đồ 3. Giá trị tiên lượng xuất huyết tái phát của GBS và AIMS65

IV. BÀN LUẬN

Đây là một trong những nghiên cứu đầu tiên áp dụng thang điểm GBS và AIMS65 trong tiên lượng bệnh nhân XHTH trên đang dùng thuốc chống huyết khối nhập viện điều trị tại hai bệnh viện hàng đầu khu vực miền Trung - Tây Nguyên. Nghiên cứu chúng tôi cho thấy, đa số bệnh nhân thuộc nhóm người cao tuổi với độ tuổi trung bình $71,37 \pm 13,65$, nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn (nam/nữ: 1,45/1). Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu khác, hầu hết bệnh nhân dùng thuốc chống đông điều trị, dự phòng bệnh lý tim mạch thuộc nhóm người cao tuổi [3, 6, 10], [11]. Trong nghiên cứu này, bệnh nhân dùng thuốc chống huyết khối điều trị, dự phòng bệnh tim thiếu máu cục bộ chiếm tỷ lệ cao nhất (67,1%) tiếp theo là bệnh lý rung nhĩ, TBMMN. Trong đó, nhóm thuốc chống ngưng tập tiểu cầu được sử dụng chủ yếu trong nhóm bệnh nhân. Điều này phù hợp với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước về nhóm bệnh lý tim mạch thường dùng thuốc chống đông điều trị và dự phòng [1, 11]. Nguyên nhân chủ yếu gây XHTH trên là loét dạ dày hoặc tá tràng hoặc cả dạ dày và tá tràng, trong đó gần 30% bệnh nhân có thương tổn loét nguy cơ cao trên nội soi theo phân loại Forrest và đa số bệnh nhân được can thiệp nội soi. Kết quả của chúng tôi tương tự với nhiều nghiên cứu khác khi theo dõi biến chứng trên nhóm bệnh nhân đang dùng thuốc chống đông là loét dạ dày, tá tràng [2, 3, 11].

Điểm GBS và AIMS65 càng cao nguy cơ can thiệp y khoa và tử vong của bệnh nhân càng tăng. Bệnh nhân cần phải nhập viện và theo dõi điều trị khi GBS và AIMS65 từ 1 điểm trở lên [8, 12]. Trong nghiên cứu chúng tôi, điểm GBS và AIMS65 trung bình của các bệnh nhân lần lượt là $11,07 \pm 3,43$ và $1,22 \pm 0,89$. Khi phân tích từng biến cố cho thấy, GBS và AIMS65 trung bình cao hơn ở nhóm bệnh nhân cần truyền máu, nhập ICU, xuất huyết tái phát và tử vong so với nhóm không có biến cố tương ứng xảy ra ($p < 0,05$). Từ đó chúng tôi tiếp tục tính diện tích dưới đường cong ROC để tiên lượng từng biến cố của hai thang điểm này. Mặc dù, nội soi cầm máu là can thiệp y khoa quan trọng đối với bệnh nhân có nguy cơ cao theo phân loại Forrest, tuy nhiên, trong nghiên cứu này, chúng tôi chưa thấy thang điểm GBS và AIMS65 có giá trị tiên lượng nhu cầu can thiệp nội soi. Điều này cho thấy trong bối cảnh

XHTH cao ở những bệnh nhân đang dùng thuốc chống đông, các tình huống lâm sàng phức tạp hơn, đặc biệt khi đa số bệnh nhân là người cao tuổi với nhiều bệnh lý nền nặng nề cần cân nhắc kỹ trước khi can thiệp [13, 14].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có GBS có giá trị tiên lượng bệnh nhân truyền máu chung và khi phân tích theo từng nhóm thuốc riêng đối với nhóm dùng thuốc ngưng tập tiểu cầu với AUC lần lượt là 0,780 và 0,797. Khi phân tích các biến cố khác, kết quả cho thấy thang điểm GBS có giá trị trong tiên lượng nhập ICU ở nhóm bệnh nhân dùng thuốc chống huyết khối tốt hơn so với AMIS65 (AUC: 0,873 vs 0,718), đặc biệt ở nhóm dùng DOACs. Ngược lại, cả hai thang điểm đều có giá trị tiên lượng xuất huyết tái phát trên nhóm chung, chỉ AIMS65 là có giá trị tiên lượng xuất huyết tái phát trên nhóm dùng thuốc chống ngưng tập tiểu cầu (AUC: 0,810, $p < 0,05$). Đối với biến cố tử vong, cả hai thang điểm đều có giá trị tiên lượng tử vong chung với AUC của GBS và AIMS65 lần lượt là 0,861 và 0,837. Tuy nhiên, chỉ GBS là có giá trị tiên lượng tử vong trên nhóm dùng thuốc chống ngưng tập tiểu cầu (AUC: 0,758, $p < 0,05$). Điều này cho thấy cả hai thang điểm GBS và AIMS65 đều có khả năng tiên lượng khá tốt bệnh nhân XHTH đang dùng thuốc chống đông và mỗi thang điểm có đặc thù riêng khi phân tích từng nhóm thuốc bệnh nhân sử dụng [4, 11, 15]. Kết quả này phù hợp với nhận định của nhiều nghiên cứu quốc tế trên đối tượng nghiên cứu đặc biệt, bệnh nhân cao tuổi với tình trạng bệnh lý tim mạch và đang dùng thuốc chống huyết khối [1, 3, 13].

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế, cỡ mẫu chưa đủ lớn, có sự khác nhau về thời điểm thực hiện nội soi can thiệp và một số bệnh nhân từ tuyến dưới chuyển lên nên thời điểm xét nghiệm để tính thang điểm thiếu đồng nhất.

V. KẾT LUẬN

Hai thang điểm GBS và AIMS65 đều có giá trị tiên lượng khá tốt biến cố và kết cục lâm sàng trong thời gian nằm viện của bệnh nhân đang dùng thuốc chống huyết khối bị XHTH trên. Ở bệnh nhân dùng nhóm thuốc ngưng tập tiểu cầu, GBS ưu tiên dùng trong tiên lượng truyền máu và tử vong, AIMS65 trong tiên lượng xuất huyết tái phát. Cần sử dụng phối hợp hai thang điểm để đánh giá và tiên lượng những bệnh nhân này.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được chấp thuận bởi hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học – Trường Đại học Y Dược Huế và Hội đồng y đức bệnh viện Trung ương Huế thông qua.

Xung đột lợi ích

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Martin SS, Aday AW, Almarzooq ZI, Anderson CAM, Arora P, Avery CL, et al. 2024 Heart Disease and Stroke Statistics: A Report of US and Global Data From the American Heart Association. *Circulation*. 2024; 149(8): e347-e913.
2. Xu Y, Siegal DM. Anticoagulant-associated gastrointestinal bleeding: Framework for decisions about whether, when and how to resume anticoagulants. *J Thromb Haemost*. 2021; 19(10): 2383-2393.
3. Kim WS, Kim SH, Joo MK, Park JJ, Lee BJ, Chun HJ. Re-bleeding and all-cause mortality risk in non-variceal upper gastrointestinal bleeding: focusing on patients receiving oral anticoagulant therapy. *Ann Med*. 2023; 55(2): 2253822.
4. Taha AS, McCloskey C, Craigen T, Angerson WJ. Antithrombotic drugs and non-variceal bleeding outcomes and risk scoring systems: comparison of Glasgow Blatchford, Rockall and Charlson scores. *Frontline Gastroenterol*. 2016; 7(4): 257-263.
5. Cañamares-Orbis P, Lanas Arbeloa Á. New Trends and Advances in Non-Variceal Gastrointestinal Bleeding—Series II. *Journal of Clinical Medicine*. 2021; 10(14): 3045.
6. Lê Văn Hoàn NMN, Nguyễn Hữu Tân và cộng sự. Giá trị thang điểm trong tiên lượng Glasgow Blatchford score, Rockall và T-score trong xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng tại khoa cấp cứu. *Tạp Chí Y học Việt Nam*. 2024; 538 (số 3) 294-297.
7. Trần Thị Ngọc Lan HTP, Phạm Thị Triều Quyên, Trần Văn Huy. Nghiên cứu so sánh thang điểm PNED với các thang điểm GB, AIMS65 trong phân tầng nguy cơ các bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên. *Tạp chí Y Dược học*. 2020; 10 (03): 101-03.
8. Schiefer M, Aquarius M, Leffers P, Stassen P, van Deursen C, Oostenbrug L, et al. Predictive validity of the Glasgow Blatchford Bleeding Score in an unselected emergency department population in continental Europe. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2012; 24(4): 382-7.

Giá trị thang điểm Glasgow Blatchford và AIMS65...

9. Saltzman JR, Tabak YP, Hyett BH, Sun X, Travis AC, Johannes RS. A simple risk score accurately predicts in-hospital mortality, length of stay, and cost in acute upper GI bleeding. *Gastrointest Endosc.* 2011; 74(6): 1215-24.
10. Nhân ĐH. Khảo sát tình hình điều trị thuốc kháng đông đường uống tại khoa khám bệnh - Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh Tạp Chí Y học Việt Nam. 2023; 527 (số 1): 1-2.
11. Yoo AY, Joo MK, Park JJ, Lee BJ, Kim SH, Kim WS, et al. Recurrent Non-Variceal Upper Gastrointestinal Bleeding among Patients Receiving Dual Antiplatelet Therapy. *Diagnostics (Basel).* 2023; 13(22).
12. Chang A, Ouejiaaphant C, Akarapatima K, Rattanasupa A, Prachayakul V. Prospective Comparison of the AIMS65 Score, Glasgow-Blatchford Score, and Rockall Score for Predicting Clinical Outcomes in Patients with Variceal and Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *Clin Endosc.* 2021; 54(2): 211-221.
13. Kawaguchi K, Yoshida A, Yuki T, Shibagaki K, Tanaka H, Fujishiro H, et al. A multicenter prospective study of the treatment and outcome of patients with gastroduodenal peptic ulcer bleeding in Japan. *Medicine.* 2022; 101(49): e32281.
14. Cagir Y, Durak MB, Yuksel I. Optimal endoscopy timing in elderly patients presenting with acute non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *BMC Gastroenterology.* 2024; 24(1): 444.
15. Sung JJY, Laine L, Kuipers EJ, Barkun AN. Towards personalised management for non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Gut.* 2021; 70(5): 818-824.