Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, Special Issue 3, 117-121

PERFORMANCE OF THE BLATCHFORD SCORE IN PREDICTING OUTCOMES OF UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING DUE TO PEPTIC ULCER DISEASE IN THE EMERGENCY DEPARTMENT, DUC GIANG GENERAL HOSPITAL, 2025

Nguyen Duy Toan[1]*, Nguyen Thi Hien[1], Tran Thi Thu Thao[1], Tran Thi Oanh[1], Tran Quang Huu[2]

[1]Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Viet Hung ward, Hanoi, Vietnam
[2]Hai Duong University of Medical Technology - 1 Vu Huu, Le Thanh Nghi ward, Hai Phong city, Vietnam

Received: 07/02/2026
Reviced: 07/03/2026; Accepted: 29/03/2026

ABSTRACT

Objectives: To describe clinical and laboratory characteristics of upper gastrointestinal bleeding patients and evaluate the Blatchford score's prognostic value in predicting medical intervention requirements.

Methods: A retrospective cross-sectional study of 53 patients with upper gastrointestinal bleeding due to peptic ulcer disease admitted to the Emergency Department of Duc Giang General Hospital from March to August 2025.

Results: Mean age was 66.8 years with 83% male predominance. Blatchford score ≥ 6 was present in 90.6% of patients. Medical intervention was required in 73.6% of cases. At cutoff ≥ 6, the score showed excellent sensitivity (100%), negative predictive value (100%), and accuracy (92.5%). Blatchford ≥ 6 points (OR = 15.8, p = 0.003) and high-risk Forrest classification IA-IIB (OR = 8.5, p = 0.007) were independent predictors of medical intervention.

Conclusion: The Blatchford score is a valuable tool for early risk stratification in emergency settings, accurately identifying low-risk patients who may not require urgent intervention.

Keywords: Upper gastrointestinal bleeding, Blatchford score, peptic ulcer, medical intervention, emergency department.

*Corresponding author
Email: duytoan.1194@gmail.com **Phone**: (+84) 966414959 **Http**s://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD3.4722

HIỆU QUẢ ỨNG DỤNG THANG ĐIỂM BLATCHFORD TRONG TIÊN LƯỢNG BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA CAO DO LOÉT DẠ DÀY-TÁ TRÀNG TẠI KHOA CẤP CỨU, BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2025

Nguyễn Duy Toản[1]*, Nguyễn Thị Hiền[1], Trần Thị Thu Thảo[1], Trần Thị Oanh[1], Trần Quang Hữu[2]

[1]Bệnh viện Đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, phường Việt Hưng, Hà Nội, Việt Nam
[2]Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương - 1 Vũ Hựu, phường Lê Thanh Nghị, thành phố Hải Phòng, Việt Nam

Ngày nhận bài: 07/02/2026
Ngày chỉnh sửa: 07/03/2026; Ngày duyệt đăng: 29/03/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa cao và đánh giá giá trị tiên lượng của thang điểm Blatchford trong dự đoán nhu cầu can thiệp y khoa.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang, hồi cứu trên 53 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa cao do loét dạ dày-tá tràng nhập viện tại Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Đa khoa Đức Giang từ tháng 3-8 năm 2025.

Kết quả: Tuổi trung bình là 66,8 tuổi với 83% là nam giới. Điểm Blatchford ≥ 6 chiếm 90,6% bệnh nhân. Can thiệp y khoa được thực hiện ở 73,6% trường hợp. Tại điểm cắt ≥ 6, thang điểm cho thấy độ nhạy xuất sắc (100%), giá trị dự báo âm (100%) và độ chính xác (92,5%). Blatchford ≥ 6 điểm (OR = 15,8, p = 0,003) và phân loại Forrest nguy cơ cao IA-IIB (OR = 8,5, p = 0,007) là hai yếu tố tiên lượng độc lập của nhu cầu can thiệp y khoa.

Kết luận: Thang điểm Blatchford là công cụ có giá trị trong phân tầng nguy cơ sớm tại khoa cấp cứu, giúp xác định chính xác nhóm bệnh nhân nguy cơ thấp có thể không cần can thiệp cấp cứu.

Từ khóa: Xuất huyết tiêu hóa cao, thang điểm Blatchford, loét dạ dày tá tràng, can thiệp y khoa, khoa cấp cứu.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa cao là một cấp cứu nội khoa thường gặp với tỷ lệ mắc khoảng 50-150 ca/100.000 dân/năm [1]. Loét dạ dày-tá tràng chiếm 35-50% nguyên nhân, tỷ lệ tử vong dao động 2-15% tùy theo mức độ nặng và phương pháp điều trị [2]. Phân tầng nguy cơ sớm là yêu cầu cấp thiết để tối ưu hóa nguồn lực và chỉ định can thiệp.

Thang điểm Blatchford được phát triển năm 2000 tại Scotland, là công cụ tiên lượng dựa hoàn toàn trên các thông số lâm sàng và xét nghiệm cơ bản có sẵn ngay tại khoa cấp cứu [3]. Thang điểm này đánh giá 8 thông số bao gồm ure máu, hemoglobin, huyết áp tâm thu, mạch, triệu chứng đại tiện phân đen, ngất xỉu, bệnh gan và suy tim; điểm số dao động từ 0-23, trong đó điểm càng cao thì nguy cơ cần can thiệp y khoa càng lớn. Ưu điểm của thang điểm Blatchford là không cần đợi kết quả nội soi, giúp tiên lượng ngay từ khoa cấp cứu [3].

Nhiều nghiên cứu quốc tế đã chứng minh giá trị của thang điểm Blatchford. Stanley A.J và cộng sự (2009) báo cáo độ nhạy 99,4% trong tiên lượng can thiệp y khoa [4]. Nghiên cứu của Romagnuolo J và cộng sự (2007) cho thấy với điểm Blatchford bằng 0, không có bệnh nhân nào cần can thiệp trong vòng 30 ngày [5]. Các hướng dẫn quốc tế từ ESGE (2015) và Asia-Pacific (2018) đều khuyến nghị sử dụng thang điểm Blatchford để phân tầng nguy cơ sớm [6-7].

Với lượng lớn bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa cao tiếp nhận hàng năm tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang, việc áp dụng thang điểm Blatchford là yếu tố then chốt để phân tầng nguy cơ và tối ưu hóa thời điểm nội soi. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá giá trị tiên lượng của thang điểm Blatchford trong dự đoán nhu cầu can thiệp y khoa ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa cao do loét dạ dày-tá tràng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, đơn trung tâm.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: hồi cứu các hồ sơ bệnh án đối với bệnh nhân nằm viện trong khoảng thời gian từ tháng 3-8 năm 2025 tại Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Đa khoa Đức Giang. Toàn bộ 53 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn chọn và loại trừ được đưa vào phân tích.

2.2. Các biến số nghiên cứu

Bao gồm thông tin chung, tiền sử bệnh, triệu chứng lâm sàng, sinh hiệu, xét nghiệm cận lâm sàng và kết quả nội

*Tác giả liên hệ
Email: duytoan.1194@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 966414959 **Https**://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD3.4722

soi. Thang điểm Blatchford được tính dựa trên các thông số lâm sàng và xét nghiệm. Can thiệp y khoa được định nghĩa là truyền máu và/hoặc nội soi can thiệp cầm máu theo hướng dẫn quốc tế.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu

Dữ liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 22.0. Biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm, biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn. So sánh tỷ lệ sử dụng kiểm định Chi-square hoặc Fisher exact test. Phân tích giá trị tiên lượng bao gồm tính toán độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương, giá trị dự báo âm và độ chính xác. Giá trị p < 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Đa khoa Đức Giang.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung và kết quả lâm sàng của nhóm nghiên cứu (n = 53)

Đặc điểm		n	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	44	83,0
	Nữ	9	17,0
Nhóm tuổi	61-80 tuổi	25	47,2
	41-60 tuổi	17	32,1
	≥ 80 tuổi	6	11,3
	< 40 tuổi	5	9,4
Triệu chứng lâm sàng	Da, niêm mạc nhợt	45	84,9
	Đại tiện phân đen	42	79,2
	Nôn máu	17	32,1
Vị trí xuất huyết (nội soi)	Hành tá tràng	19	35,8
	Hang vị	15	28,3
	Thân vị	9	17,0
	Bờ cong lớn, bé	8	15,1
	Tâm vị	2	3,8
Phân loại Forrest	Nguy cơ cao (IA-IIB)	33	62,3
	Nguy cơ thấp (IIC-III)	20	37,7
Phân độ xuất huyết	Vừa	25	47,2
	Nhẹ	21	39,6
	Nặng	7	13,2
Điểm Blatchford	≥ 6 điểm	48	90,6
	< 6 điểm	5	9,4
	Điểm trung bình (Mean ± SD)	11,6 ± 3,6	

Bảng 1 cho thấy trong 53 bệnh nhân nghiên cứu, nam giới chiếm ưu thế (tỷ lệ nam/nữ là 4,9/1) với độ tuổi trung bình 66,8, phản ánh sự tập trung của các yếu tố nguy cơ (rượu, thuốc lá). Triệu chứng lâm sàng điển hình gồm da và niêm nhợt (84,9%), phân đen (79,2%). Vị trí loét chủ yếu tại hành tá tràng (35,8%) và hang vị (28,3%), phù hợp với phân bố giải phẫu bệnh lý. Đáng chú ý, 62,3% bệnh nhân có Forrest nguy cơ cao (IA-IIB) và điểm Blatchford trung bình đạt 11,6 (90,6% bệnh nhân có điểm Blatchford ≥ 6). Các chỉ số này khẳng định mức độ bệnh nặng của nhóm đối tượng, tạo tiền đề tin cậy để đánh giá giá trị tiên lượng của thang điểm.

Bảng 2. Giá trị tiên lượng của thang điểm Blatchford theo kết cục lâm sàng

Yếu tố		Blatchford < 6 (n = 5)	Blatchford ≥ 6 (n = 48)	Tổng (n = 53)	OR (95% CI)	p-value
Can thiệp y khoa	Có	1 (20,0%)	38 (79,2%)	39 (73,6%)	15,8	0,003**
	Không	4 (80,0%)	10 (20,8%)	14 (26,4%)	(1,6-155,7)	
Truyền máu	Có	1 (20,0%)	35 (72,9%)	36 (67,9%)	10,5	0,010*
	Không	4 (80,0%)	13 (27,1%)	17 (32,1%)	(1,1-99,8)	
Nội soi can thiệp	Có	0	30 (58,8%)	30 (56,6%)	-	< 0,05*
	Không	2 (100%)	21 (41,2%)	23 (43,4%)		
Forrest	Ia-IIb (nguy cơ cao)	0	33 (64,7%)	33 (62,3%)	-	0,022*
	IIc-III (nguy cơ thấp)	2 (100%)	18 (35,3%)	20 (37,7%)		

Bảng 2 chứng minh khả năng phân tầng nguy cơ xuất sắc của thang điểm Blatchford qua sự khác biệt có ý nghĩa thống kê cao giữa hai nhóm. Tỷ lệ can thiệp y khoa ở nhóm điểm Blatchford ≥ 6 cao gấp gần 4 lần so với nhóm *điểm* Blatchford < 6 (79,2% so với 20%, p = 0,003). Kết quả quan trọng nhất là không có trường hợp nào trong nhóm điểm Blatchford < 6 cần nội soi can thiệp hoặc có Forrest nguy cơ cao, chứng minh thang điểm có thể an toàn xác định nhóm bệnh nhân nguy cơ thấp có thể quản lý bảo tồn mà không cần can thiệp xâm lấn. Điều này giúp tối ưu hóa nguồn lực y tế và giảm thiểu nguy cơ từ các thủ thuật không cần thiết.

Bảng 3. Hiệu năng chẩn đoán của thang điểm Blatchford tại các điểm cắt

Điểm cắt	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Giá trị dự báo dương	Giá trị dự báo âm	Độ chính xác
≥ 5	100%	33,3%	92,2%	100%	92,5%
≥ 6	100%	33,3%	92,2%	100%	92,5%
≥ 7	95,7%	50,0%	93,8%	60,0%	90,6%
≥ 8	93,6%	66,7%	95,7%	57,1%	90,6%
≥ 9	85,1%	66,7%	95,2%	36,4%	83,0%
≥ 10	80,9%	66,7%	95,0%	30,8%	79,2%

Bảng 3 cho thấy điểm cắt ≥ 6 có độ nhạy và giá trị dự báo âm đạt ngưỡng tối đa (100%), đảm bảo không bỏ sót bệnh nhân cần can thiệp. Đây là đặc tính quan trọng nhất của

công cụ sàng lọc trong bối cảnh cấp cứu. Độ đặc hiệu thấp (33,3%) là sự đánh đổi chấp nhận được vì ưu tiên hàng đầu là an toàn bệnh nhân. Giá trị dự báo dương *đạt 92,2% chứng tỏ phần lớn bệnh nhân được xếp vào nhóm nguy cơ cao thực sự cần can thiệp. Khi tăng điểm cắt lên 7 hoặc 8, độ đặc hiệu cải thiện nhưng độ nhạy giảm xuống 95,7% và 93,6%, có nguy cơ bỏ sót bệnh nhân. So sánh này khẳng định tính hợp lý của điểm cắt 6 trong thực hành lâm sàng*.

Bảng 4. Phân tích các yếu tố dự báo nhu cầu can thiệp y khoa

Yếu tố	OR	95% CI	p-value
Tuổi > 60	2,5	0,6-10,3	0,182
Blatchford ≥ 6 điểm	15,8	1,6-155,7	0,003
Hemoglobin < 10 g/dl	4,2	0,8-21,7	0,089
Forrest IA-IIB	8,5	1,8-40,2	0,007
Ure ≥ 10 mmol/l	3,1	0,7-13,8	0,142

Bảng 4 xác định Blatchford ≥ 6 điểm *là yếu tố tiên lượng mạnh nhất với OR* = 15,8 (95% CI: 1,6-155,7, p = 0,003), vượt trội so với tất cả yếu tố khác. Forrest IA-IIB đứng thứ hai với OR = 8,5 (95% CI: 1,8-40,2, p = 0,007). Thang điểm Blatchford duy trì giá trị tiên lượng cao ngay cả khi được hiệu chỉnh cùng Forrest trong mô hình đa biến, chứng tỏ hai công cụ cung cấp thông tin bổ sung độc lập. Các yếu tố như tuổi trên 60, hemoglobin < 10 g/dl và ure ≥ 10 mmol/l không đạt ý nghĩa thống kê vì đã được tích hợp vào công thức Blatchford. Kết quả nhấn mạnh ưu thế của điểm tổng hợp so với đánh giá riêng lẻ từng yếu tố, khẳng định vai trò của thang điểm Blatchford như công cụ tiên lượng then chốt trong quản lý xuất huyết tiêu hóa cao tại khoa cấp cứu.

Kết quả cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê cao giữa nhóm Blatchford dưới 6 điểm và từ điểm trở lên về tất cả các kết cục can thiệp. Đặc biệt quan trọng, không có trường hợp nào có điểm Blatchford dưới 6 cần nội soi can thiệp hoặc có Forrest nguy cơ cao. Phân tích đa biến cho thấy Blatchford từ 6 điểm trở lên (OR = 15,8, p = 0,003) và Forrest IA-IIB (OR = 8,5, p = 0,007) là hai yếu tố tiên lượng độc lập có ý nghĩa thống kê cao nhất.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá giá trị tiên lượng của thang điểm Blatchford trên 53 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa cao do loét dạ dày-tá tràng tại khoa cấp cứu. Kết quả cho thấy thang điểm có hiệu năng chẩn đoán xuất sắc với độ nhạy và giá trị dự báo âm đạt 100% tại điểm cắt từ 6 trở lên.

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 66,8 tuổi, tương đồng với nghiên cứu của Hreinsson J.P và cộng sự báo cáo tuổi trung bình 68 tuổi, phản ánh xu hướng toàn cầu về xuất huyết tiêu hóa cao thường gặp ở bệnh nhân cao tuổi do tỷ lệ cao các bệnh đi kèm và sử dụng thuốc kháng tiểu cầu [1]. Tỷ lệ nam/nữ 4,9/1 cao hơn các nghiên cứu quốc tế thường dao động từ 2/1 đến 3/1, có thể phản ánh tỷ lệ cao nam giới sử dụng rượu thuốc lá và thuốc chống viêm không steroid trong cộng đồng Việt Nam [2].

Da và niêm mạc nhợt (84,9%), đi ngoài phân đen (79,2%) là hai triệu chứng phổ biến nhất, phù hợp với hướng dẫn ESGE (2015) mô tả phân đen chiếm 70-80% và nôn ra máu chiếm 40-50% trong xuất huyết tiêu hóa cao [6]. Tỷ lệ hạ huyết áp thấp (7,5%) cho thấy bệnh nhân được phát hiện và chuyển viện sớm, phản ánh cải thiện trong hệ thống chăm sóc y tế cấp cứu. Điều này có ý nghĩa quan trọng vì can thiệp sớm trước khi tiến triển đến giai đoạn sốc có thể cải thiện đáng kể tiên lượng [2].

Tỷ lệ thiếu máu nặng (79,5% nam và 66,7% nữ có hemoglobin dưới 10 g/dl) cao hơn nghiên cứu của Bryant R.V và cộng sự với 55%, phản ánh mức độ nặng hơn của nhóm bệnh nhân được minh chứng qua điểm Blatchford trung bình cao (11,6 điểm) và 62,3% có phân loại Forrest nguy cơ cao [8]. Ure máu tăng ở 73,6% bệnh nhân, tương đồng với các báo cáo quốc tế (70-75%), là dấu hiệu có giá trị trong chẩn đoán phân biệt xuất huyết tiêu hóa cao do tăng hấp thu protein từ máu bị tiêu hóa trong đường ruột [3].

Hành tá tràng chiếm 35,8% vị trí xuất huyết, cao hơn nghiên cứu của Sung J.J.Y và cộng sự với 28% trong consensus châu Á - Thái Bình Dương, có thể do đặc điểm dân số nghiên cứu và tỷ lệ nhiễm *Helicobacter pylori* tại địa phương [7]. Phân loại Forrest cho thấy 62,3% có nguy cơ cao (IA-IIB), phù hợp với đồng thuận quốc tế của Barkun A.N và cộng sự báo cáo 58-64% [2] và hướng dẫn của Laine L và cộng sự về quản lý loét xuất huyết [10]. Tỷ lệ này có ý nghĩa quan trọng vì nhóm này có nguy cơ tái xuất huyết cao và được khuyến cáo can thiệp nội soi theo các hướng dẫn quốc tế.

Điểm Blatchford trung bình 11,6 trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nhiều nghiên cứu khác, có thể giải thích bởi nghiên cứu của chúng tôi chỉ bao gồm các trường hợp đã nhập viện và được xác nhận bằng nội soi, loại trừ những trường hợp nhẹ có thể được tiếp cận tại đơn vị khám bệnh [3-4]. Tại điểm cắt từ 6 trở lên, độ nhạy và giá trị dự báo âm đều đạt 100%, cao hơn nghiên cứu của Stanley A.J và cộng sự với độ nhạy 99,4% tại điểm cắt 1 và nghiên cứu của Romagnuolo J và cộng sự với độ nhạy 98% tại điểm cắt 0 [4-5]. Sự khác biệt về điểm cắt tối ưu có thể phản ánh đặc điểm dân số và ngưỡng can thiệp lâm sàng khác nhau giữa các bối cảnh y tế.

Kết quả có ý nghĩa lâm sàng cao nhất là không có trường hợp nào có điểm Blatchford dưới 6 cần can thiệp y khoa, tương đồng với nghiên cứu của Romagnuolo J và cộng sự cho thấy điểm 0 không có can thiệp trong 30 ngày [5]; và Laursen S.B và cộng sự báo cáo điểm dưới 2 có tỷ lệ can thiệp rất thấp [9]. Phát hiện này cho phép xác định an toàn nhóm bệnh nhân có thể được quản lý ngoại trú hoặc ra viện sớm, giảm gánh nặng cho hệ thống y tế và chi phí điều trị, đồng thời giảm thiểu nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện, phù hợp với khuyến nghị của hướng dẫn ESGE [6].

Phân tích đa biến cho thấy Blatchford từ 6 điểm trở lên (OR = 15,8, p = 0,003) và Forrest IA-IIB (OR = 8,5, p = 0,007) là hai yếu tố tiên lượng độc lập mạnh nhất. Tỷ số chênh của Blatchford cao hơn nghiên cứu của Stanley A.J và cộng sự với OR = 12,3, có thể phản ánh mức độ nặng cao hơn của nhóm bệnh nhân [4]. Điều quan trọng là thang điểm Blatchford duy trì giá trị tiên lượng cao ngay cả khi được

hiệu chỉnh cùng phân loại Forrest, chứng tỏ hai công cụ cung cấp thông tin bổ sung độc lập. Ưu điểm vượt trội của Blatchford so với thang điểm Rockall là không cần kết quả nội soi, cho phép tiên lượng sớm ngay tại khoa cấp cứu, giúp bác sĩ quyết định mức độ ưu tiên nội soi và phân tầng bệnh nhân, phù hợp với consensus quốc tế [2-3], [7].

Nghiên cứu này có một số hạn chế bao gồm cỡ mẫu nhỏ (53 bệnh nhân) dẫn đến khoảng tin cậy rộng, thiết kế hồi cứu phụ thuộc vào chất lượng hồ sơ bệnh án, và nghiên cứu đơn trung tâm có thể hạn chế tính tổng quát hóa. Tuy nhiên, điểm mạnh của nghiên cứu là thu thập đầy đủ các thông số cần thiết và đánh giá kết cục can thiệp chặt chẽ theo định nghĩa quốc tế. Nghiên cứu tại bệnh viện tuyến khu vực với nguồn lực hạn chế cũng làm tăng tính ứng dụng thực tế cho các cơ sở y tế tương tự tại Việt Nam. Nghiên cứu tiến cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn là cần thiết để xác nhận kết quả, phù hợp với khuyến nghị từ các nghiên cứu lớn trên quốc tế [8-9].

5. KẾT LUẬN

Bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa cao do loét dạ dày-tá tràng chủ yếu là nam giới cao tuổi, có tiền sử viêm loét và sử dụng rượu, thuốc lá. Triệu chứng lâm sàng điển hình là da và niêm mạc nhợt, phân đen. Vị trí xuất huyết thường gặp nhất là hành tá tràng. Tỷ lệ bệnh nhân có phân loại Forrest nguy cơ cao là 62,3%.

Thang điểm Blatchford có giá trị tiên lượng cao với độ nhạy 100%, giá trị tiên lượng âm 100%, và độ chính xác 92,5% tại điểm cắt từ 6 trở lên. Blatchford từ 6 điểm trở lên (OR = 15,8) và Forrest IA-IIB (OR = 8,5) là hai yếu tố tiên lượng độc lập mạnh nhất. Thang điểm Blatchford nên được áp dụng rộng rãi tại khoa cấp cứu để phân tầng nguy cơ sớm, xác định nhóm bệnh nhân nguy cơ thấp có thể điều trị ngoại trú, tối ưu hóa nguồn lực y tế và cải thiện chất lượng chăm sóc bệnh nhân.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Hreinsson J.P, Kalaitzakis E, Gudmundsson S et al. Upper gastrointestinal bleeding: incidence, etiology and outcomes in a population-based setting. Scand J Gastroenterol, 2013, 48 (4): 439-447.

[2] Barkun A.N, Bardou M, Kuipers E.J et al. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Ann Intern Med, 2010, 152 (2): 101-113.

[3] Blatchford O, Murray W.R, Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for upper-gastrointestinal haemorrhage. Lancet, 2000, 356 (9238): 1318-1321.

[4] Stanley A.J, Ashley D, Dalton H.R et al. Outpatient management of patients with low-risk upper-gastrointestinal haemorrhage: multicentre validation and prospective evaluation. Lancet, 2009, 373 (9657): 42-47.

[5] Romagnuolo J, Barkun A.N, Enns R et al. Simple clinical predictors may obviate urgent endoscopy in selected patients with nonvariceal upper gastrointestinal tract bleeding. Arch Intern Med, 2007, 167 (3): 265-270.

[6] Gralnek I.M, Dumonceau J.M, Kuipers E.J et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy, 2015, 47 (10): a1-46.

[7] Sung J.J.Y, Chiu P.W.Y, Chan F.K.L et al. Asia-Pacific working group consensus on non-variceal upper gastrointestinal bleeding: an update 2018. Gut, 2018, 67 (10): 1757-1768.

[8] Bryant R.V, Kuo P, Williamson K et al. Performance of the Glasgow-Blatchford score in predicting clinical outcomes and intervention in hospitalized patients with upper GI bleeding. Gastrointest Endosc, 2013, 78 (4): 576-583.

[9] Laursen S.B, Dalton H.R, Murray I.A et al. Performance of new thresholds of the Glasgow Blatchford score in managing patients with upper gastrointestinal bleeding. Clin Gastroenterol Hepatol, 2015, 13 (1): 115-121.

[10] Laine L, Jensen D.M. Management of patients with ulcer bleeding. Am J Gastroenterol, 2012, 107 (3): 345-360.