

cao sự hài lòng của người bệnh. Do đó, triển khai các chương trình huấn luyện định kỳ theo mô hình AIDET là cần thiết để chuẩn hóa giao tiếp điều dưỡng tại các cơ sở y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thị Diệu, Lê Văn Cường, Phạm Văn Bằng, Nguyễn Thị Thùy Trang, Nguyễn Bá Tâm, Trương Thị Mai Quỳnh, Hoàng Thị Thêu (2024) "Đánh giá hiệu quả giao tiếp của nhân viên y tế khi áp dụng mô hình AIDET tại các khoa lâm sàng Bệnh viện Đa khoa huyện Yên Định, Thanh Hóa năm 2024". Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, 7, (06), 168-176.
2. Nguyễn Thị Anh Nhung (2019), "Hiệu quả can thiệp giao tiếp của điều dưỡng thông qua sự hài lòng của người bệnh". Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 23, (5).
3. Phòng Ngọc Thanh (2019), Sự hài lòng người bệnh với giao tiếp của điều dưỡng theo quy trình AIDET tại bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương TP. Hồ Chí Minh năm 2019. Thạc sĩ Quản lý bệnh viện. Đại học Y tế công cộng Hà Nội. Hà Nội.
4. Ak, M., Cinar, O., Sutçigil, L., Congologlu, E. D., Haciomeroglu, B., Canbaz, H., Yaprak, H., Jay, L., Ozmenler, K. N. (2011) "Communication skills training for emergency nurses". Int J Med Sci, 8, (5), 397-401.
5. Fu, K., Li, S. P., Lu, S. (2020) "Application and effect evaluation on Acknowledge-Introduce-Duration-Explanation-Thank you (AIDET) communication mode in cataract daytime operation nursing". Annals of Eye Science, 5, 12-12.
6. Hulsman, R. L., Ros, W. J., Winnubst, J. A., Bensing, J. M. (1999) "Teaching clinically experienced physicians communication skills. A review of evaluation studies". Med Educ, 33, (9), 655-68.
7. Panchuay, W., Soontorn, T., Songwathana, P. (2023) "Exploring nurses' experiences in applying AIDET framework to improve communication skills in the emergency department: A qualitative study". Belitung Nurs J, 9, (5), 464-470.
8. Westbrook, J. I., Duffield, C., Li, L., Creswick, N. J. (2011) "How much time do nurses have for patients? A longitudinal study quantifying hospital nurses' patterns of task time distribution and interactions with health professionals". BMC Health Serv Res, 11, 319.

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ THANG ĐIỂM MAP(ASH) TRONG TIỀN LƯỢNG BỆNH NHÂN CHẢY MÁU TIÊU HÓA TRÊN

Bùi Thị Thanh Nga¹, Dương Quang Huy², Hoàng Minh Tuấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá giá trị thang điểm MAP(ASH) trong tiền lượng nhu cầu can thiệp y khoa, khả năng tái chảy máu và nguy cơ tử vong ở bệnh nhân chảy máu tiêu hóa trên. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu thuần tập 244 bệnh nhân chảy máu tiêu hóa trên, hồi cứu và tiến cứu không so sánh với nhóm chứng, tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 5 năm 2023 đến tháng 5 năm 2025, tính toán giá trị thang điểm MAP(ASH) và diện tích dưới đường cong ROC với từng biến cố can thiệp y khoa, tái chảy máu và tử vong. **Kết quả:** MAP(ASH) có giá trị tiên lượng tốt nhu cầu can thiệp y khoa (AUC = 0,91) tại điểm cắt 2, tái chảy máu (AUC = 0,92) tại điểm cắt 4, tử vong (AUC = 0,96) tại điểm cắt 5. **Kết luận:** Thang điểm MAP(ASH) là công cụ tính tiên lượng có giá trị cao, hiệu quả, có thể ứng dụng lâm sàng ngay từ khi nhập viện để đánh giá và định hướng xử trí bệnh nhân chảy máu tiêu hóa trên. **Từ khóa:** MAP(ASH); Chảy máu tiêu hóa trên; Tiên lượng.

SUMMARY

PREDICTIVE VALUE OF THE MAP(ASH) SCORE IN PATIENTS WITH UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING

Objective: To evaluate the predictive value of the MAP(ASH) score for the need for medical intervention, rebleeding, and mortality in patients with upper gastrointestinal bleeding (UGIB). **Subjects and methods:** A cohort study of 244 patients with UGIB (both retrospective and prospective, non-comparative) conducted at Military Hospital 103 from May 2023 to May 2025. The MAP(ASH) score and area under the ROC curve (AUROC) were analyzed for predicting medical intervention, rebleeding, and mortality. **Results:** The MAP(ASH) score showed excellent predictive value for medical intervention (AUC = 0,91, cutoff = 2), rebleeding (AUC = 0,92, cutoff = 4), and mortality (AUC = 0,96, cutoff = 5). **Conclusion:** The MAP(ASH) score is a highly valuable and effective prognostic tool that can be applied clinically at hospital admission to guide the assessment and management of patients with UGIB. **Keywords:** MAP(ASH); Upper gastrointestinal bleeding; Prognosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu tiêu hóa (CMTH) trên là một cấp cứu y khoa thường gặp ước tính có 67 - 81 trường hợp trên 100.000 dân từ năm 2002 đến năm 2012 tại Hoa Kỳ [1]. Tỷ lệ tái chảy máu tiêu

¹Học viện Quân y

²Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Thanh Nga

Email: buithanhnga2108@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.6.2025

Ngày duyệt bài: 25.7.2025

hóa là 15 - 16%, tỷ lệ tử vong là 13 - 14% và gần như không thay đổi trong hai thập kỷ cuối của thế kỉ XX [2]. Chảy máu tiêu hóa tái phát là nguyên nhân khiến nguy cơ tử vong tăng lên rõ rệt đồng thời những can thiệp y khoa bao gồm cả truyền máu làm tăng gánh nặng về nhân lực và tăng chi phí điều trị. Do vậy, việc phân tầng chính xác nhu cầu can thiệp y khoa, tiên lượng khả năng tái chảy máu và nguy cơ tử vong ngay từ khi nhập viện là vô cùng quan trọng trong chiến lược điều trị. Nhiều thang điểm được áp dụng trên lâm sàng để tiên lượng bệnh nhưng chỉ có thang điểm Glasgow – Blatchford được chính thức đưa vào khuyến cáo phân tầng nguy cơ can thiệp điều trị [3]. Thang điểm MAP(ASH) ra đời trong bối cảnh được kì vọng là một thang điểm dễ ứng dụng, dự đoán được những kết cục lâm sàng chủ yếu với giá trị cao [4] và tại Việt Nam, có rất ít nghiên cứu được công bố về thang điểm này trên đối tượng CMTH trên do mọi nguyên nhân. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá giá trị của thang điểm MAP (ASH) trong tiên lượng bệnh nhân CMTH trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

*Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân được điều trị nội viện với chẩn đoán chảy máu tiêu hóa trên tại khoa Nội tiêu hóa (AM1), Trung tâm Hồi sức cấp cứu – Chống độc gồm khoa Hồi sức nội (A27) và khoa Hồi sức ngoại (B11), Bệnh viện Quân y 103.

***Tiêu chuẩn tuyển chọn:** Bệnh nhân nhập viện trên 18 tuổi, chẩn đoán xác định chảy máu tiêu hóa trên và điều trị theo phác đồ thống nhất.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc không đủ thông tin.

* Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 5 năm 2023 đến tháng 5 năm 2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu thuần tập loại ca bệnh hồi cứu kết hợp tiến cứu.

* Cỡ mẫu và chọn mẫu: chọn mẫu toàn bộ đối tượng thỏa mãn tiêu chuẩn tuyển chọn và loại trừ. Cỡ mẫu là 244.

* Công cụ nghiên cứu và kỹ thuật thu thập thông tin:

- Biểu số nghiên cứu: Can thiệp y khoa, tái chảy máu, tử vong.

- Quy trình nghiên cứu và thu thập số liệu: từ hồ sơ bệnh án khai thác tiền sử, hỏi khám lâm sàng, chẩn đoán xác định CMTH trên, nội soi tiêu hóa trên, theo dõi điều trị (can thiệp y khoa theo

chỉ định, điều trị theo phác đồ thống nhất tại bệnh viện Quân y 103), thống kê diễn biến kết cục lâm sàng bệnh nhân (tái chảy máu được ghi nhận trong thời gian nằm viện và tử vong tại viện hoặc xin về trong tình trạng nặng được xác nhận tử vong qua điện thoại); những đối tượng đầy đủ dữ liệu đưa vào nghiên cứu.

Dùng phần mềm Excel 2016 lưu trữ và tính toán tổng điểm MAP(ASH). Thang điểm MAP(ASH) được tính như sau:

Bảng 1. Thang điểm MAP(ASH)

STT	Chỉ số	Điểm
1	M: thay đổi trạng thái ý thức (điểm Glasgow < 15)	1
2	A: điểm ASA > 2	1
3	P: mạch > 100 lần/phút	1
4	A: Albumin < 25g/L	2
5	S: huyết áp tâm thu < 90mmHg	2
6	H: Hemoglobin < 100g/L	2

*Nguồn: theo Eduardo Redondo-Cerezo, 2020 [4]

(*) ASA là bảng điểm phân loại tình trạng sức khỏe của Hiệp hội bác sĩ gây mê Hoa Kỳ.

* Phân tích dữ liệu: dùng phần mềm thống kê y học SPSS version 26 và MedCalc phân tích dữ liệu thu được: Biến định tính: tính tần số và tỷ lệ phần trăm. Biến định lượng: giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, trung vị, giá trị nhỏ nhất, lớn nhất. So sánh các giá trị trung bình giữa hai biến độc lập: kiểm tra tính chuẩn của hai biến bằng test Kolmogorov-Smirnov, hai biến không đạt chuẩn, so sánh bằng test phi tham số Mann-Whitney. Đường cong ROC: đánh giá khả năng dự báo nhu cầu can thiệp y khoa, dự báo khả năng tái chảy máu và tử vong của thang điểm MAP(ASH) và tìm ra điểm cắt hợp lý với độ đặc hiệu và độ nhạy tương ứng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê nếu p < 0,05.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu. Quá trình nghiên cứu tuân thủ chặt chẽ các quy định trong quy chế hoạt động của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y Sinh học ban hành kèm theo Quyết định số 5129/2002/QĐ-BYT ngày 19/12/2002 của Bộ trưởng Bộ Y tế. Hồ sơ được xét duyệt thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu khoa học của Bệnh viện Quân y 103 số 89/HĐĐĐ ngày 19 tháng 8 năm 2024. Những thông tin cá nhân của bệnh nhân được thu thập từ quá trình nghiên cứu chỉ nhằm mục đích phục vụ cho nghiên cứu khoa học, tuyệt đối không sử dụng cho mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng (n=244)

STT	Chỉ tiêu		X ± SD hoặc n (%)
1	Tuổi trung bình		57,01±16,77
2	Giới	Nam (n,%)	183 (75)
		Nữ (n,%)	61 (25)
3	Triệu chứng lâm sàng	Tiền triệu (n, %)	103 (42,2)
		Nôn máu (n, %)	145 (59,4)
		Đi ngoài phân đen (n, %)	199 (81,6)
4	Nội soi tiêu hóa trên	Loét dạ dày-tá tràng (n, %)	147 (60,25)
		Vỡ/giãn TMTQ-DD (n, %)	73 (29,9)
		Khác (n, %)	24 (9,83)

Nhận xét: Tỷ lệ nam/nữ: 3/1. Bệnh nhân có tiền triệu chiếm 42,2%. Triệu chứng lâm sàng đi ngoài phân đen 81,6%, nôn máu 59,4%. Loét dạ

dày tá tràng là căn nguyên chủ yếu gây CMTH trên chiếm 60,25%.

Bảng 2: Các can thiệp y khoa (n = 244)

Can thiệp		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Can thiệp y khoa	Có	156	63,9
	Không	88	36,1
Cầm máu qua nội soi		80	33,8
Can thiệp mạch		1	0,4
Phẫu thuật		5	2,0
Số lượng máu truyền trung bình (mL)	Có truyền máu	141	57,8
	Khối hồng cầu	543,2 ± 677	
	Huyết tương tươi	143,65 ± 387,7	

Nhận xét: Can thiệp y khoa thực hiện ở 156/244 bệnh nhân (63,9%) chủ yếu là truyền máu với 141/244 bệnh nhân (57,8%). Can thiệp mạch thực hiện 1/244 bệnh nhân, chiếm 0,4%.

Bảng 3. Đặc điểm kết cục lâm sàng (n=244)

Kết cục	TALTM (n=73)		Không TALTM (n=171)		Chung (n=244)	
	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Chảy máu tái phát	17	23,3	17	9,9	34	13,9
Tử vong	17	23,3	9	5,3	26	10,7
Ổn định ra viện	56	76,7	162	94,7	218	89,3
Ngày nằm viện	Nhỏ nhất	1	2	1		
	Lớn nhất	22	32	32		
	Trung bình	7,59 ± 4,1	6,87 ± 4,2	7,09 ± 4,2		
	p	0,02				

Nhận xét: Với thời gian nằm viện trung bình 7,09, nhóm CMTH do tăng áp lực tĩnh mạch cửa (TALTM) là 7,59 và nhóm không TALTM là 6,87 (p > 0,05); tỷ lệ chảy máu tái phát 13,9% và tỷ lệ tử vong 10,7%.

Bảng 4. Đặc điểm thang điểm MAP(ASH) (n=244)

Đặc điểm	Điểm MAP(ASH)	
	Trung vị (Q1 - Q3)	p
Chung	3 (1,5 - 4)	
Nhỏ nhất - Lớn nhất	0 - 9	
Nhóm TALTM	4 (3 - 5)	< 0,001
Nhóm không TALTM	2 (1 - 3)	

Nhận xét: Trung vị điểm MAP(ASH) là 3 lớn nhất là 9 nhỏ nhất là 0. Trong đó, trung vị điểm MAP(ASH) nhóm CMTH do TALTM là 4, nhóm không TALTM là 2 (p < 0,001).

Bảng 5. Điểm MAP(ASH) tại các biến cố nghiên cứu (n=244)

Đặc trưng	Can thiệp	Med (Q1-Q3)					
		p	Tái chảy	p	Tử vong	p	
Chung	Có	4 (3 - 5)	< 0,001	6 (5 - 8)	< 0,001	7 (6 - 8)	< 0,001
	Không	1 (0 - 2)		3 (1 - 4)		3 (1 - 4)	
TALTM	Có	4 (3 - 5)	0,023	8 (6 - 8)	< 0,001	8 (7 - 9)	< 0,001
	Không	3 (2 - 3)		4 (3 - 4)		4 (3 - 5)	
Không TALTM	Có	3 (3 - 4)	< 0,001	6 (4 - 6)	< 0,001	6 (6 - 7)	< 0,001
	Không	1 (0 - 2)		2 (1 - 3)		2 (1 - 3)	

Nhận xét: Giá trị trung vị điểm MAP(ASH) với biến cố can thiệp y khoa là 4 và 1; tái chảy máu là 7 và 3; tử vong là 7 và 3 (p < 0,0001). Trong phân nhóm TALTM và nhóm không TALTM, giá trị trung vị của điểm MAP(ASH) tại các biến cố đều có sự khác biệt với p < 0,05.

Bảng 6. Diện tích dưới đường cong ROC điểm MAP(ASH) (n=244)

Diễn biến lâm sàng	Điểm cắt	AUROC	KTC 95%	Se (%)	Sp (%)	PPV (%)	NPV (%)	p
Can thiệp y khoa	2	0,91	0,87 - 0,94	82,1	86,4	91,4	73,1	<0,001

Tái chảy máu	4	0,92	0,87 - 0,95	76,5	90,0	55,3	95,9	<0,001
Tử vong	5	0,96	0,92 - 0,99	80,8	96,8	75,0	97,7	<0,001

Nhận xét: Diện tích dưới đường cong ROC của thang điểm MAP(ASH) với biến cố can thiệp y khoa, tái chảy máu và tử vong lần lượt là 0,91; 0,92 và 0,95 ($p < 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Qua nghiên cứu trên 244 bệnh nhân, chúng tôi ghi nhận được một số kết quả như sau. Về tuổi, mẫu nghiên cứu có độ tuổi trung bình là $57,01 \pm 16,77$ tương tự như nghiên cứu của Redondo-Cerezo E. năm 2019 là 64,14 [4]. Độ tuổi trung niên trở đi là giai đoạn thường xuất hiện biến chứng của bệnh lý nguyên nhân như xơ gan, ung thư, bệnh tim mạch.

Về giới, bệnh xảy ra cả nam và nữ, trong đó số bệnh nhân nam chiếm đa số và tỉ lệ nam/nữ là 3/1 tương tự với kết quả nghiên cứu của Đào Xuân Lâm và cộng sự (2010) [5]. Sự phân bố giới tính không đều được cho là do nam có nhiều yếu tố nguy cơ hơn như uống rượu (gây xơ gan biến chứng CMTH trên, hội chứng Mallory-Weiss ở người nghiện rượu), hút thuốc lá, nhiễm *Helicobacter pylori*,...

Về triệu chứng lâm sàng, kết quả cho thấy triệu chứng đi ngoài phân đen là nổi trội, chiếm tới 81,6% phù hợp với nghiên cứu của Quách Tiến Phong năm 2015 là 84,2% trên cùng đối tượng CMTH trên do mọi nguyên nhân [6].

Căn nguyên CMTH trên do loét dạ dày-tá tràng vẫn chiếm chủ yếu (60,25%) tương tự như nghiên cứu của Redondo-Cerezo E. năm 2019 [4], vỡ giãn tĩnh mạch thực quản-dạ dày (căn nguyên do tăng áp lực tĩnh mạch cửa) ít hơn (29,9%). Kết quả này tương đồng với hầu hết nghiên cứu trước đó như Bozkurt S. (2015) là 70.8% với nhóm không TALTMC [7].

4.2. Đặc điểm diễn tiến lâm sàng. Kết quả nghiên cứu cho thấy 156/244 bệnh nhân có can thiệp y khoa (63,9%), trong đó truyền máu chiếm chủ yếu với 57,8% (lượng hồng cầu truyền trung bình là 2 đơn vị 250mL và lượng huyết tương tươi trung bình là 1 đơn vị 150mL); các can thiệp trong điều trị cầm máu có can thiệp qua nội soi chiếm phần lớn với 33,8%. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Quách Tiến Phong năm 2015 [6]. Từ đó thấy rằng, CMTH trên đòi hỏi nguồn lực y tế lớn trong mọi công đoạn chăm sóc, theo dõi và điều trị.

Tuy nhiên, tỷ lệ chảy máu tái phát và tỷ lệ tử vong ở mức cao, lần lượt là 13,9% (bằng nhau giữa nhóm TALTMC và không TALTMC) và 10,7% (nhóm TALTMC nhiều hơn), tương tự như thống kê trong hai thập kỉ của M. E. van

Leerdam năm 2003 [2], nói lên rằng CMTH trên đã và đang là một cấp cứu nội khoa khẩn cấp, cần chẩn đoán, đánh giá ngay tại thời điểm nhập viện để có thái độ xử trí kịp thời và CMTH trên do TALTMC nguy hiểm hơn, tái chảy máu tiên lượng nặng hơn. Thời gian nằm viện trung bình là 7 ngày lớn hơn với nghiên cứu tại Mỹ của Meltzer năm 2014 là 4,5 ngày [8], có thể do hệ thống y tế tại Việt Nam chưa hoàn thiện, tiên tiến và hiện đại bằng. Nhóm TALTMC có thời gian nằm viện là 7,59 ngày lớn hơn nhóm không TALTMC là 6,87 ngày nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

4.3. Đặc điểm thang điểm MAP(ASH) và giá trị trong tiên lượng CMTH trên. Phân tích thống kê cho thấy giá trị điểm MAP(ASH) phân phối không chuẩn với trung vị là 3, nhỏ nhất là 0 và lớn nhất là 9. Sự phân phối giá trị này giữa nhóm TALTMC và nhóm không TALTMC là khác nhau với trung vị lần lượt là 4 và 2, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Từ đó thấy rằng, nhóm TALTMC có điểm số cao hơn nhóm không TALTMC, chưa có nghiên cứu trước đó để đối chứng.

Với các biến cố can thiệp y khoa, tái chảy máu và tử vong, sự khác biệt về điểm MAP(ASH) của tất cả mẫu nói chung, nhóm TALTMC và không TALTMC nói riêng, đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Theo đó, điểm MAP(ASH) càng cao, tỉ lệ bệnh nhân can thiệp càng nhiều, trong đó tại điểm cắt ≥ 7 là 100% bệnh nhân trong nghiên cứu đều cần can thiệp y khoa. Nhìn chung nhóm TALTMC có điểm số cao hơn nhóm không TALTMC trong cả 3 biến cố nghiên cứu, có thể do nhóm CMTH trên do TALTMC xảy ra phần lớn trên bệnh nhân có chức năng gan suy giảm, nghiện/lạm dụng rượu nên chỉ số Albumin và ASA cao hơn.

Tính toán diện tích dưới đường cong ROC cho thấy: khả năng tiên lượng của thang điểm MAP(ASH) về nhu cầu can thiệp y khoa ở mức tốt tại điểm cắt 2 với AUROC = 0,91 (KTC 95%: 0,87 – 0,95), dự đoán nguy cơ tái chảy máu và tử vong ở mức tốt tại điểm cắt 4 và 5 với AUC lần lượt là 0,92 (KTC 95%: 0,87 – 0,95) và 0,96 (KTC 95%: 0,92 – 0,99). Đặc biệt khi tiên lượng tử vong, độ nhạy và độ đặc hiệu của điểm MAP(ASH) cao, lần lượt là 80,8% và 96,8%. Kết quả cho thấy thang điểm có khả năng tiên lượng đồng thời các kết cục lâm sàng chính của bệnh nhân CMTH trên. Điều này mở ra một kì vọng MAP(ASH) là một công cụ tính toán hữu hiệu nhất, khắc phục nhược điểm của các thang điểm tiên lượng hiện thời, ví như thang điểm Glasgow-

Blatchford tiên lượng kém tái chảy máu, thang điểm AIMS65 và ABC chỉ tiên lượng tốt tử vong còn các biến cố khác ít giá trị. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu đầu tiên về thang điểm MAP(ASH) [4], mặc dù cùng đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân CMTH trên do mọi nguyên nhân nhưng nghiên cứu của Redondo-Cerezo E. được kiểm nghiệm trên nhiều trung tâm, cỡ mẫu lớn hơn nhiều lần. Do vậy, rất cần thiết triển khai nghiên cứu thang điểm này trên địa điểm khác tại Việt Nam và so sánh giá trị của nó với các thang điểm khác.

V. KẾT LUẬN

Thang điểm MAP(ASH) có giá trị cao trong tiên lượng bệnh nhân chảy máu tiêu hóa trên ngay tại thời điểm nhập viện về nhu cầu can thiệp y khoa (AUC = 0,91 KTC 95%: 0,87 – 0,95), khả năng tái chảy máu (AUC = 0,92, KTC 95%: 0,87 – 0,95) và nguy cơ tử vong (AUC = 0,96 KTC 95%: 0,92 – 0,99) và nên khuyến cáo áp dụng trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ali A. Alali 1 a. A. N. B.** An update on the management of non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology Report*. 2023, 11, 1 - 18.
2. **Van Leerdam, Vreeburg, Rauws, et al.** Acute Upper GI Bleeding: Did Anything Change? Time Trend Analysis of Incidence and Outcome of

- Acute Upper GI Bleeding Between 1993/1994 and 2000. *The American of Gastroenterology*. 2003, 98, 1495 - 1499.
3. **Laine L., Barkun A. N., Saltzman J. R., et al.** ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding. *Official journal of the American College of Gastroenterology | ACG*. 2021, 116 (5), 899-917.
 4. **Redondo-Cerezo E., Vadillo-Calles F., Stanley A. J., et al.** MAP(ASH): A new scoring system for the prediction of intervention and mortality in upper gastrointestinal bleeding. *Journal of Gastroenterology and Hepatology* 2020, 35 (1), 82 - 89.
 5. **Đào Xuân Lâm, Trần Xuân Linh, Bùi Nhuận Quý, et al.** Nhận xét thang điểm Rockall và Blatchford trong việc đánh giá tiên lượng bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2010, 14, 8- 14.
 6. **Quách Tiên Phong, Quách Trọng Đức, Lê Thành Lý.** Thang điểm Glasgow Blatchford cải tiến trong dự đoán kết cục lâm sàng ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên. *Y học TP. Hồ Chí Minh*. 2015, 5, 9 - 17.
 7. **Bozkurt S., Köse A., Arslan E. D., et al.** Validity of modified early warning, Glasgow Blatchford, and pre-endoscopic Rockall scores in predicting prognosis of patients presenting to emergency department with upper gastrointestinal bleeding. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*. 2015, 23, 1-9.
 8. **Meltzer A. C. K., Joshua C J.** Upper gastrointestinal bleeding: patient presentation, risk stratification, and early management. *Gastroenterology Clinics*. 2014, 43 (4), 665-675.

HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU CỦA THUỐC KHÁNG VIÊM KHÔNG STEROID TRONG GIẢM ĐAU DỰ PHÒNG VÀ GIẢM ĐAU THEO NHU CẦU KHI PHÁ THAI NỘI KHOA TẠI BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Lê Thị Kiều Trang², Phan Thị Hằng²,
Trương Thị Thúy Nga², Võ Minh Tuấn¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phá thai nội khoa trong tam cá nguyệt hai (13–22 tuần) là phương pháp được áp dụng rộng rãi tại Việt Nam. Tuy nhiên, đau trong quá trình thực hiện vẫn là vấn đề thường gặp và ảnh hưởng đến trải nghiệm của người bệnh. Trong khi chiến lược giảm đau theo nhu cầu được sử dụng phổ biến, bằng chứng về hiệu quả của giảm đau dự phòng bằng NSAID trong bối cảnh này còn hạn chế. **Mục**

tiêu: So sánh hiệu quả kiểm soát đau giữa hai chiến lược: giảm đau dự phòng bằng NSAID và giảm đau theo nhu cầu trong phá thai nội khoa từ 13–22 tuần. **Phương pháp:** Thiết kế thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng (RCT), thực hiện tại Bệnh viện Hùng Vương từ tháng 11/2024 đến tháng 04/2025. Có 180 thai phụ đủ tiêu chuẩn được phân ngẫu nhiên vào hai nhóm: nhóm NSAID dự phòng (uống Diclofenac 50 mg trước khi dùng Misoprostol và lặp lại mỗi 8 giờ), và nhóm giảm đau theo nhu cầu (chỉ dùng Diclofenac khi đau). Mức độ đau được đánh giá qua thang điểm VAS. **Kết quả:** Điểm đau trung bình (VAS) trong nhóm NSAID dự phòng thấp hơn rõ rệt so với nhóm điều trị theo nhu cầu ($4,60 \pm 1,61$ so với $5,84 \pm 1,73$; $p < 0,001$). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở tất cả các thời điểm đo. Tỷ lệ xảy ra thành công cao ở cả hai nhóm (>97%), không có khác biệt về thời gian ra thai hoặc mất máu. **Kết luận:** Giảm đau dự phòng bằng NSAID là chiến lược hiệu quả và an toàn, giúp giảm

¹Trường Y, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Hùng Vương Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Minh Tuấn

Email: vominhantuan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.6.2025

Ngày duyệt bài: 28.7.2025