

ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ CHẢY MÁU BẰNG THANG ĐIỂM HAS-BLED Ở BỆNH NHÂN LỌC MÁU CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Võ Duy Bằng¹, Phạm Quốc Toàn^{2*}
Nguyễn Thị Thu Hà², Phan Bá Nghĩa²

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá nguy cơ chảy máu bằng thang điểm HAS-BLED và xác định mối liên quan giữa thang điểm này với biến chứng chảy máu ở bệnh nhân (BN) lọc máu chu kỳ. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, có theo dõi được thực hiện trên 153 BN lọc máu chu kỳ. Nguy cơ chảy máu được đánh giá tại thời điểm ban đầu bằng thang điểm HAS-BLED. BN được theo dõi trong 3 tháng để ghi nhận các biến chứng chảy máu. Phân tích mối liên quan giữa thang điểm HAS-BLED với biến chứng chảy máu bằng các phương pháp thống kê phù hợp. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $58,08 \pm 14,05$, nam giới chiếm 52,9%. Tỷ lệ tăng huyết áp tâm thu $> 160\text{mmHg}$ là 24,18%, tiền sử đột quỵ là 13,07%, tiền sử chảy máu là 3,26%. Phân bố nguy cơ theo thang điểm HAS-BLED cho thấy nhóm nguy cơ thấp, trung bình và cao lần lượt chiếm 47,1%, 29,4% và 23,5%. Trong thời gian nghiên cứu, có ghi nhận 4 trường hợp chảy máu (2,61%); nhóm HAS-BLED ≥ 3 có nguy cơ chảy máu cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm HAS-BLED ≤ 2 (OR = 10,545; 95%CI: 1,062 - 104,759; $p = 0,041$). **Kết luận:** Thang điểm HAS-BLED có ý nghĩa trong phân tầng nguy cơ chảy máu ở BN lọc máu chu kỳ. Nhóm nguy cơ cao (HAS-BLED ≥ 3) cần được theo dõi chặt chẽ và kiểm soát các yếu tố nguy cơ nhằm hạn chế biến chứng chảy máu.

Từ khóa: HAS-BLED; Lọc máu chu kỳ; Nguy cơ chảy máu; Bệnh thận mạn.

ASSESSMENT OF BLEEDING RISK USING THE HAS-BLED SCORE IN MAINTENANCE HEMODIALYSIS PATIENTS AT MILITARY HOSPITAL 103

Abstract

Objectives: To evaluate bleeding risk in maintenance hemodialysis patients using the HAS-BLED score and to determine the association between this score and

¹Học viện Quân y

²Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

*Tác giả liên hệ: Phạm Quốc Toàn (toannephro@gmail.com)

Ngày nhận bài: 13/4/2026

Ngày được chấp nhận đăng: 26/5/2026

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v51i7.2071>

bleeding complications. **Methods:** A Prospective, descriptive, follow-up study was conducted on 153 patients receiving maintenance hemodialysis. Bleeding risk was evaluated at baseline using the HAS-BLED score. Patients were followed for a period of three months to identify clinically significant bleeding events. The relationship between HAS-BLED score and bleeding outcomes was analyzed using appropriate statistical methods. **Results:** The mean age of the study population was 58.08 ± 14.05 years, with males accounting for 52.9%. The prevalence of systolic blood pressure $> 160\text{mmHg}$ was 24.18%, prior stroke was 13.07%, and prior bleeding was 3.26%. According to the HAS-BLED classification, 47.1% of patients were categorized as low risk, 29.4% as moderate risk, and 23.5% as high risk. During follow-up, 4 bleeding events (2.61%) were recorded. Patients with a HAS-BLED score ≥ 3 had a significantly higher risk of bleeding than those with a HAS-BLED score ≤ 2 (OR = 10.545; 95%CI: 1.062 - 104.759; $p = 0.041$). **Conclusion:** The HAS-BLED score may serve as a useful tool for stratifying bleeding risk in patients undergoing maintenance hemodialysis. Individuals with higher risk (HAS-BLED ≥ 3) may require closer monitoring and targeted management of modifiable risk factors to reduce bleeding complications.

Keywords: HAS-BLED; Hemodialysis; Bleeding risk; Chronic kidney disease.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn cầm máu ở BN mắc bệnh thận mạn là tình trạng bệnh lý phức tạp, do sự phối hợp của nhiều cơ chế, bao gồm rối loạn chức năng tiểu cầu, tổn thương nội mô mạch máu, tình trạng viêm mạn tính và sự tích tụ các độc tố ure trong tuần hoàn. Ở giai đoạn cuối của bệnh thận mạn, đặc biệt ở những BN điều trị bằng lọc máu chu kỳ, nguy cơ chảy máu có xu hướng gia tăng do vừa tồn tại các bất thường của hệ thống đông máu nội sinh, vừa phải sử dụng thuốc chống đông trong quá trình lọc máu [1, 2].

Hiện nay, nhiều thang điểm đã được xây dựng nhằm đánh giá nguy cơ chảy máu trên lâm sàng như HAS-BLED, ATRIA và

HEMORR2HAGES. Trong đó, thang điểm HAS-BLED được sử dụng rộng rãi nhờ cấu trúc đơn giản, dễ áp dụng và đã được chứng minh có giá trị tiên lượng chảy máu trong nhiều nghiên cứu. Mặc dù ban đầu thang điểm này được phát triển cho BN rung nhĩ, tuy nhiên, một số nghiên cứu gần đây cho thấy HAS-BLED có thể có giá trị trong tiên lượng nguy cơ chảy máu ở BN lọc máu chu kỳ [3].

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về ứng dụng thang điểm HAS-BLED ở nhóm BN lọc máu chu kỳ còn hạn chế. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *Đánh giá nguy cơ chảy máu bằng thang điểm HAS-BLED và xác định mối liên quan giữa thang điểm này với biến chứng chảy máu ở BN lọc máu chu kỳ.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 153 BN mắc bệnh thận mạn giai đoạn cuối đang điều trị bằng lọc máu chu kỳ tại Khoa Thận - Lọc máu, Bệnh viện Quân y 103.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn*: BN ≥ 18 tuổi, đang điều trị lọc máu chu kỳ với thời gian tối thiểu 3 tháng, đồng ý tham gia nghiên cứu và có đầy đủ dữ liệu lâm sàng cũng như cận lâm sàng phục vụ phân tích.

* *Tiêu chuẩn loại trừ*: Có rối loạn đông máu rõ ràng, đang có tình trạng chảy máu hoặc đã được truyền máu trong vòng 3 tháng gần đây; BN mắc bệnh ác tính với tiên lượng sống dưới 3 tháng; hoặc không hợp tác trong quá trình thu thập số liệu.

* *Địa điểm và thời gian nghiên cứu*: Tại Khoa Thận - Lọc máu, Bệnh viện Quân y 103 trong khoảng thời gian từ tháng 8/2025 - 3/2026.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu*: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, có theo dõi.

* *Phương pháp chọn mẫu*: Chọn mẫu thuận tiện

* *Các bước tiến hành nghiên cứu*: Khai thác tiền sử, bệnh sử, đo huyết áp. BN được lấy máu xét nghiệm trước lọc vào lần lọc đầu tiên của tuần, bao gồm xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu và đông máu. Thang điểm HAS-BLED gồm 9 điểm được xây dựng từ 7 nhóm yếu tố

nguy cơ: Tăng huyết áp (H), bất thường chức năng gan/thận (A), tiền sử đột quỵ (S), tiền sử chảy máu (B), INR không ổn định (L), tuổi > 65 (E), sử dụng thuốc hoặc rượu (D), mỗi yếu tố được tính 1 điểm, tổng điểm dao động từ 0 - 9. Dựa trên tổng điểm, BN được phân thành ba mức nguy cơ: Thấp (0 - 1 điểm), trung bình (2 điểm) và cao (≥ 3 điểm). Các trường hợp chảy máu nghiêm trọng được ghi nhận trong thời gian theo dõi 3 tháng, bao gồm các biến cố như chảy máu cần nhập viện, xuất huyết nội sọ, chảy máu tiêu hóa hoặc các biến cố có ý nghĩa lâm sàng tương đương.

* *Xử lý số liệu*: Nhập số liệu bằng phần mềm Excel 2021 và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 27. Các biến định tính được thống kê bằng tỷ lệ %, biến định lượng được biểu diễn dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. So sánh sự khác biệt giữa các tỷ lệ bằng kiểm định Chi-square (χ^2), tỷ suất chênh (OR) khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Do số lượng biến cố hạn chế, phân tích hồi quy đa biến không được thực hiện.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu thuộc đề tài luận văn chuyên khoa 2, được Hội đồng Đạo đức cấp cơ sở/Bệnh viện Quân y 103 thông qua Công văn số 3470/HĐĐĐ ngày 18/7/2025. Số liệu nghiên cứu được Bộ môn - Khoa Thận - Lọc máu, Bệnh viện Quân y cho phép sử dụng và công bố. Mọi thông tin của BN được bảo mật. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của BN nghiên cứu.

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi (năm), $\bar{X} \pm SD$	58,08 $\pm$ 14,05
Nam giới, n (%)	81 (52,9)
Nữ giới, n (%)	72 (47,1)
Thời gian lọc máu (tháng), $\bar{X} \pm SD$	64,12 $\pm$ 56,12

Nhóm nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 58,08 $\pm$ 14,05. Trong đó, tỷ lệ nam giới (52,9%) và nữ giới (47,1%) gần tương đương với thời gian lọc máu trung bình là 64,12 $\pm$ 56,12 tháng.

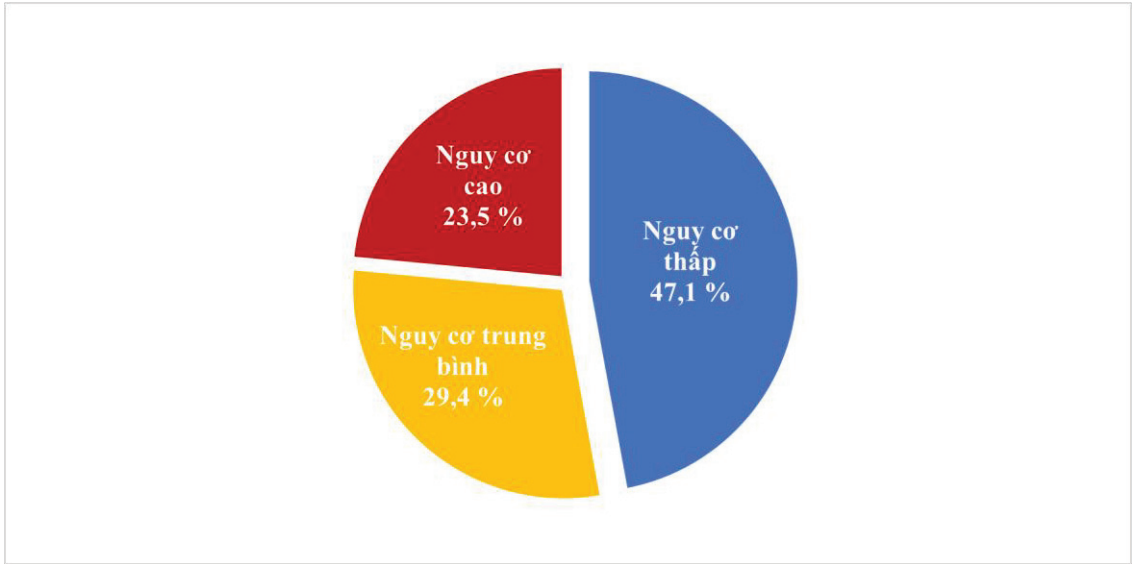
Bảng 2. Các yếu tố nguy cơ chảy máu theo thang điểm HAS-BLED.

Yếu tố nguy cơ	Nam, n (%)	Nữ, n (%)	Tổng	p
HATT > 160mmHg	25 (30,9)	12 (16,7)	37 (24,18)	< 0,05*
Bất thường chức năng gan	2 (2,5)	0	2 (1,3)	> 0,05*
Bất thường chức năng thận	81	72	153 (100)	
Tiền sử đột quỵ	13 (16)	7 (9,7)	20 (13,07)	> 0,05*
Tiền sử chảy máu	2 (2,5)	3 (4,2)	5 (3,26)	> 0,05*
INR không ổn định	4 (5)	0	4 (2,61)	> 0,05*
Tuổi > 65	30 (37)	24 (33,3)	54 (35,3)	> 0,05*
Sử dụng thuốc tăng nguy cơ chảy máu	4 (5)	3 (4,2)	7 (4,57)	> 0,05*
Nghiện rượu	0	0	0	
HAS-BLED trung bình $\bar{X} \pm SD$ (Min - Max)		1,86 $\pm$ 1,009 (1 - 6)		

(*: Chi-square; HATT: Huyết áp tâm thu)

Tỷ lệ BN có huyết áp tâm thu tại thời điểm lấy số liệu > 160mmHg ở nam giới cao hơn nữ giới, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Các yếu tố nguy cơ khác như bất thường chức năng gan, tiền sử đột quỵ, tiền sử chảy máu, INR cao, tuổi > 65 và

sử dụng thuốc làm tăng nguy cơ chảy máu không có sự khác biệt giữa hai giới ($p > 0,05$). Không ghi nhận trường hợp nghiện rượu trong nghiên cứu. Điểm HAS-BLED trung bình là $1,86 \pm 1,009$, dao động từ 1 - 6 điểm.



Biểu đồ 1. Nguy cơ chảy máu theo thang điểm HAS-BLED.

Khi phân tầng nguy cơ chảy máu theo thang điểm HAS-BLED, nhóm có nguy cơ chảy máu cao chiếm 23,5%, nguy cơ trung bình chiếm 29,4% và nguy cơ chảy máu thấp chiếm 47,1%.

Bảng 3. Tỷ lệ chảy máu ở nhóm BN nghiên cứu trong thời gian theo dõi.

Biến chứng chảy máu	Giá trị , n (%)
Có	4 (2,61)
Không	149 (97,39)
Chảy máu đường tiêu hóa	1 (0,65)
Chảy máu nội sọ	3 (1,96)

Trong thời gian theo dõi, biến chứng chảy máu được ghi nhận với tỷ lệ thấp (2,61%), trong đó gồm 2 trường hợp nam giới và 2 trường hợp nữ giới. Có 2 BN nữ và 1 BN nam bị chảy máu nội sọ, 1 BN nam bị chảy máu tiêu hóa trên.

Bảng 4. Mối liên quan giữa biến chứng chảy máu và nhóm nguy cơ chảy máu nặng theo thang điểm HAS-BLED.

Biến chứng chảy máu	Có	Không	p	OR (95%CI)
Nguy cơ cao (HAS-BLED ≥ 3)	3	33	0,041*	10,545 (1,062 - 104,759)
Nguy cơ trung bình và thấp (HAS-BLED ≤ 2)	1	116		
Tổng	4	149		

(*: Fisher's exact test)

Phân tích cho thấy nhóm nguy cơ cao (HAS-BLED ≥ 3) có tỷ lệ chảy máu cao hơn rõ rệt so với nhóm nguy cơ trung bình và thấp (HAS-BLED ≤ 2), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,041$). Nguy cơ chảy máu ở nhóm HAS-BLED ≥ 3 cao gấp 10,5 lần (OR = 10,545; 95%CI: 1,062 - 104,759) so với nhóm còn lại.

BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 153 BN lọc máu chu kỳ với độ tuổi trung bình là $58,08 \pm 14,05$. Tỷ lệ nam và nữ gần như tương đương với thời gian lọc máu trung bình là $64,12 \pm 56,12$ tháng. So với một số nghiên cứu trong nước, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Diêm Thị Vân và CS (2024) là $57,1 \pm 15$ tuổi, nam giới chiếm 52,3%, thời gian lọc máu trung bình là $50,4 \pm 38,4$ tháng [4]. Tuy nhiên, khi so sánh với các nghiên cứu nước ngoài như nghiên cứu của Marc Sab và CS (2023) là $69,3 \pm 13,9$ tuổi, nam giới chiếm 66,8% [5], nghiên cứu của Gurbey Ocaik và CS (2019) nghiên cứu trên 1.745 BN có độ tuổi trung bình là 62 và tỷ lệ nam giới chiếm 61% [6]. Nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình thấp hơn do liên quan đến sự khác biệt về đặc điểm dân số và cách lựa chọn mẫu giữa các nghiên cứu.

Khi phân tích thang điểm HAS-BLED, chúng tôi nhận thấy tăng huyết áp tâm thu $> 160\text{mmHg}$ là yếu tố nguy cơ nổi bật với tỷ lệ 24,18%. Điều này cho thấy tăng huyết áp không chỉ phổ biến ở BN lọc máu chu kỳ mà còn là yếu tố quan trọng góp phần làm tăng nguy cơ chảy máu. Cơ chế này có thể liên quan đến tình trạng tổn thương nội mạc mạch máu kéo dài và biến đổi chức năng tiểu cầu ở BN mắc bệnh thận mạn giai đoạn cuối.

Các yếu tố khác trong thang điểm HAS-BLED như bất thường chức năng gan (1,3%), tiền sử chảy máu (3,26%), INR không ổn định (2,61%) và sử dụng thuốc làm tăng nguy cơ chảy máu (4,57%) đều chiếm tỷ lệ thấp. Tỷ lệ BN có tiền sử đột quỵ là 13,07%, cao hơn so với một số nghiên cứu trước đây, có thể liên quan đến tỷ lệ tăng huyết áp và bệnh lý tim mạch đi kèm cao. Trong khi đó, nhóm BN ≥ 65 tuổi chiếm 35,3%, cho thấy phần lớn đối tượng nghiên cứu

thuộc nhóm nguy cơ trung bình đến cao theo thang điểm HAS-BLED.

Khi phân tầng nguy cơ chảy máu theo thang điểm HAS-BLED, nhóm nguy cơ thấp chiếm tỷ lệ cao nhất (47,1%), tiếp theo là nhóm nguy cơ trung bình (29,4%) và nhóm nguy cơ cao (23,5%). Phân bố này tương đối tương đồng với nghiên cứu của Ocak G và CS (2019), trong đó tỷ lệ BN có nguy cơ chảy máu cao khoảng 30% [6].

Về ý nghĩa lâm sàng, gần 1/4 số BN thuộc nhóm nguy cơ chảy máu cao nhấn mạnh sự cần thiết phải đánh giá nguy cơ chảy máu một cách thường quy trước và trong quá trình điều trị, đặc biệt khi chỉ định các thuốc chống đông hoặc can thiệp xâm lấn. Đồng thời, kiểm soát tốt huyết áp và tối ưu hóa các yếu tố nguy cơ có thể điều chỉnh được là chiến lược quan trọng nhằm giảm biến chứng chảy máu ở nhóm BN này.

Chúng tôi theo dõi biến chứng chảy máu nghiêm trọng trong 3 tháng, kết quả có 4/153 BN (2,61%) có chảy máu nghiêm trọng phải nhập viện điều trị, trong đó có 3 BN (1,96%) chảy máu nội sọ, 1 BN (0,65%) chảy máu tiêu hóa. Tỷ lệ này thấp hơn so với nhiều nghiên cứu quốc tế về biến chứng chảy máu ở BN mắc bệnh thận mạn giai đoạn cuối. Nghiên cứu của Ocak G và CS, theo dõi biến chứng chảy máu trong 3 năm, cho thấy tỷ lệ chảy máu là 183/1.745 BN (10,48%) [6]. Sự khác biệt này là do nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành tại một trung tâm lọc máu với cỡ mẫu nhỏ,

thời gian theo dõi biến chứng ngắn (3 tháng), trong khi nghiên cứu của Ocak G là nghiên cứu đoàn hệ với cỡ mẫu lớn và thời gian theo dõi dài (trung bình 3 năm).

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm BN có điểm HAS-BLED ≥ 3 có nguy cơ xảy ra biến chứng chảy máu cao hơn rõ rệt so với nhóm còn lại (OR = 10,545; p = 0,041). Điều này cho thấy thang điểm HAS-BLED có ý nghĩa trong phân tầng nguy cơ chảy máu ở BN lọc máu chu kỳ.

So sánh với nghiên cứu của Ocak G và CS (2019), nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương tự. Ocak G và CS ghi nhận khả năng dự báo của HAS-BLED còn hạn chế ở BN lọc máu chu kỳ do cơ chế rối loạn đông máu phức tạp, tuy nhiên, vẫn ghi nhận xu hướng tăng biến cố ở nhóm điểm cao [6].

Trong khi đó, nghiên cứu của Marc Sab và CS (2022) trên BN lọc máu chu kỳ và nghiên cứu của Hans Michael Hau và CS (2022) trên BN ghép thận cho thấy thang điểm HAS-BLED có giá trị dự báo đối với biến cố chảy máu, với khả năng phân biệt ở mức trung bình (AUC lần lượt là 0,756 và 0,72) [5, 7]. Nghiên cứu này nhấn mạnh HAS-BLED có thể được sử dụng như một công cụ hữu ích để nhận diện nhóm nguy cơ cao và hỗ trợ quyết định điều trị chống đông.

Một số hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi như cỡ mẫu tương đối nhỏ và số biến cố chảy máu ghi nhận được thấp (4 trường hợp), dẫn đến khoảng tin cậy rộng và làm giảm độ chính xác cũng như

độ ổn định của các ước lượng thống kê. Thời gian theo dõi ngắn (3 tháng) có thể chưa đủ để phản ánh đầy đủ nguy cơ chảy máu trong dài hạn ở BN lọc máu chu kỳ. Nghiên cứu được tiến hành tại một trung tâm lọc máu, do đó, khả năng suy rộng kết quả cho quần thể lớn hơn còn hạn chế. Do vậy, cần có các nghiên cứu với quy mô lớn hơn, đa trung tâm và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá chính xác hơn giá trị của thang điểm HAS-BLED ở nhóm BN này.

KẾT LUẬN

Thang điểm HAS-BLED có giá trị trong đánh giá và phân tầng nguy cơ chảy máu. BN có điểm HAS-BLED ≥ 3 có nguy cơ xảy ra biến chứng chảy máu cao hơn so với nhóm có điểm thấp hơn.

Việc áp dụng thang điểm HAS-BLED trong thực hành lâm sàng sẽ giúp các bác sĩ nhận diện sớm BN nguy cơ cao, từ đó tăng cường theo dõi và kiểm soát các yếu tố nguy cơ có thể điều chỉnh, qua đó góp phần làm giảm biến chứng chảy máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gäckler A, H Rohn, T Lisman, et al. Evaluation of hemostasis in patients with end-stage renal disease. *PloS One*. 2019; 14(2):e0212237.
2. Mitic BP, ZM Dimitrijevic, K Hosokawa, et al. Platelet thrombus

formation in patients with end-stage renal disease before and after hemodialysis as measured by the total thrombus-formation analysis system. *International Urology and Nephrology*. 2022; 54(10):2695-2702.

3. Pisters R, DA Lane, R Nieuwlaat, et al. A novel user-friendly score (HAS-BLED) to assess 1-year risk of major bleeding in patients with atrial fibrillation: The Euro heart survey. *Chest*. 2010; 138(5):1093-1100.

4. Diêm Thị Vân và CS. Khảo sát nguy cơ mắc biến cố tim mạch và tử vong theo thang điểm ARO ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Quân y 103. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024; 539(3).

5. Sab M, D Chelala, M Aoun, et al. Stroke in hemodialysis patients and its association with CHA2DS2-VASC and HAS-BLED scores: A retrospective study. *Clinical Kidney Journal*. 2023; 16(3):596-602.

6. Ocak GC Ramspek, MB Rookmaaker, et al. Performance of bleeding risk scores in dialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2019; 34(7):1223-1231.

7. Hau HM, M Eckert, S Laudi, et al. Predictive value of HAS-BLED Score regarding bleeding events and graft survival following renal transplantation. *Journal of Clinical Medicine*. 2022; 11(14):4025.