

kết quả đo trên CHT. Áp dụng ngưỡng độ dày BKHN ≥ 3 mm trên siêu âm cho phép phân biệt giữa vai bị tổn thương và vai lành với độ chính xác chẩn đoán cao. Như vậy, SA có thể được sử dụng như một công cụ chẩn đoán hình ảnh ban đầu trong chẩn đoán ĐCKV, từ đó đưa ra định hướng điều trị thích hợp. Việc kết hợp thăm khám lâm sàng và SA đo độ dày BKHN sẽ nâng cao độ chính xác chẩn đoán, giảm sự phụ thuộc vào CHT qua đó đem lại lợi ích cho bệnh nhân và hệ thống y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fields BKK, Skalski MR, Patel DB, White EA, Tomasian A, Gross JS, Matcuk GR.** Adhesive capsulitis: review of imaging findings, pathophysiology, clinical presentation, and treatment options. *Skeletal Radiol.* 2019 Aug;48(8):1171–84.
2. **Picasso R, Pistoia F, Zaottini F, Marcenaro G, Miguel-Pérez M, Tagliafico AS, Martinoli C.** Adhesive Capsulitis of the Shoulder: Current Concepts on the Diagnostic Work-Up and Evidence-Based Protocol for Radiological Evaluation. *Diagnostics.* 2023 Nov 9;13(22):3410.
3. **Ahn KS, Kang CH, Oh YW, Jeong WK.** Correlation between magnetic resonance imaging and clinical impairment in patients with adhesive capsulitis. *Skeletal Radiol.* 2012 Oct;41(10):1301–8.
4. **Emig EW, Schweitzer ME, Karasick D, Lubowitz J.** Adhesive capsulitis of the shoulder: MR diagnosis. *Am J Roentgenol.* 1995 Jun;164(6):1457–9.
5. **Park S, Lee DH, Yoon SH, Lee HY, Kwack KS.** Evaluation of Adhesive Capsulitis of the Shoulder With Fat-Suppressed T2-Weighted MRI: Association Between Clinical Features and MRI Findings. *Am J Roentgenol.* 2016 Jul;207(1):135–41.
6. **Kim DH, Cho CH, Sung DH.** Ultrasound measurements of axillary recess capsule thickness in unilateral frozen shoulder: study of correlation with MRI measurements. *Skeletal Radiol.* 2018 Nov;47(11):1491–7.
7. **Sernik RA, Vidal Leão R, Luis Bizetto E, Sanford Damasceno R, Horvat N, Guido Cerri G.** Thickening of the axillary recess capsule on ultrasound correlates with magnetic resonance imaging signs of adhesive capsulitis. *Ultrasound.* 2019 Aug;27(3):183–90.
8. **Wu H, Tian H, Dong F, Liang W, Song D, Zeng J, Ding Z, Shi Y, Luo H, Xu J.** The role of grey-scale ultrasound in the diagnosis of adhesive capsulitis of the shoulder: a systematic review and meta-analysis. *Med Ultrason.* 2020 Sep 5;22(3):305.
9. **Lee JG, Peo H, Cho JH, Cho CH, Kim DK, Kim DH.** Dynamic Ultrasonographic Measurement of Inferior Joint Capsule Thickness in Patients with Unilateral Frozen Shoulder. *Diagnostics.* 2021 May 18;11(5):898.

GIÁ TRỊ PHỐI HỢP CỦA THANG ĐIỂM HAPS VÀ BISAP TRONG TIÊN LƯỢNG MỨC ĐỘ NẶNG Ở BỆNH NHÂN VIÊM TỤY CẤP

Trần Thị Quỳnh Anh¹, Đào Việt Hằng¹, Nguyễn Công Long^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích giá trị tiên lượng mức độ nặng khi phối hợp hai thang điểm HAPS và BISAP ở bệnh nhân viêm tụy cấp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 120 bệnh nhân viêm tụy cấp điều trị tại Trung tâm Tiêu hoá - Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11/2024 đến tháng 06/2025. Thang điểm HAPS và BISAP được đánh giá trong 24 giờ đầu nhập viện. Mức độ nặng của viêm tụy cấp được đánh giá theo tiêu chuẩn Atlanta 2012. **Kết quả:** Thang điểm HAPS và BISAP đều có giá trị trong tiên lượng mức độ nặng của viêm tụy cấp với diện tích dưới đường cong ROC là AUC=0,752 và AUC=0,928. Phối hợp hai thang điểm HAPS và BISAP cho diện tích dưới đường cong

ROC (AUC) là 0,933 (KTC 95%: 0,879 – 0,987), cao hơn so với từng thang điểm riêng lẻ. Kết quả có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. **Kết luận:** Việc phối hợp hai thang điểm HAPS và BISAP sẽ giúp tăng giá trị tiên lượng mức độ nặng ở bệnh nhân viêm tụy cấp hơn khi sử dụng riêng lẻ từng thang điểm. **Từ khóa:** HAPS, BISAP, viêm tụy cấp mức độ nặng.

SUMMARY

THE COMBINED PREDICTIVE VALUE OF HAPS AND BISAP SCORES IN ASSESSING SEVERITY IN PATIENTS OF ACUTE PANCREATITIS

Objective: An analysis of the prognostic value of the combined HAPS and BISAP scores in predicting the severity in patient of acute pancreatitis. **Materials and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 120 patients with acute pancreatitis who were admitted for treatment at the Gastroenterology and Hepatology Center, Bach Mai Hospital, from November 2024 to June 2025. The HAPS and BISAP scores were evaluated within the first 24 hours of hospital admission. The severity of acute pancreatitis was evaluated according to the 2012 Atlanta classification. **Results:** Both the HAPS and BISAP scores are valuable in predicting the severity of

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Long

Email: nguyenconglongbvb@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2025

Ngày duyệt bài: 16.10.2025

acute pancreatitis, with areas under the ROC curve (AUC) of 0.752 and 0.928, respectively. The combination of the HAPS and BISAP scores yielded an AUC of 0.933 (95% CI: 0.879–0.987), which was higher than that of either score alone. The results were statistically significant with $p < 0.001$.

Conclusion: The combination of HAPS and BISAP scores enhances the prognostic value for assessing the severity of acute pancreatitis compared to using either score alone. **Keywords:** HAPS, BISAP, severe acute pancreatitis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp là tổn thương viêm lan tỏa nhu mô tuyến tụy cấp tính các mức độ từ nhẹ đến nặng và có thể dẫn tới tử vong. Mức độ nặng của viêm tụy cấp được xác định bởi sự hiện diện của tình trạng suy tạng, các biến chứng tại chỗ và biến chứng toàn thân, hoặc kết hợp các yếu tố trên [1]. Để tiên lượng được mức độ nặng của viêm tụy cấp cần có hệ thống bảng điểm dự đoán tình trạng bệnh. Một số thang điểm có thể được thực hiện khi bệnh nhân nhập viện để hỗ trợ việc phân loại bệnh nhân, trong khi một số khác cần phải chờ đến 48-72 giờ sau khi khởi phát triệu chứng.

Nhiều thang điểm đã được phát triển nhằm đánh giá mức độ nặng của viêm tụy cấp như Ranson, APACHE II, CTSI,...[2] Tuy nhiên các thang điểm này thường khá phức tạp, đòi hỏi các xét nghiệm và thời gian theo dõi kéo dài, do đó cần thiết có các thang điểm mới đánh giá trong 24 giờ đầu nhập viện. HAPS (The Harmless Acute Pancreatitis Score) được giới thiệu lần đầu năm 2009 bởi Paul Georg Lankisch và cộng sự cho phép xác định nhanh chóng những bệnh nhân bị viêm tụy cấp sẽ có diễn biến nhẹ hơn và không cần nhập khoa chăm sóc đặc biệt (ICU) trong vòng 30 phút đầu nhập viện [3]. Thang điểm BISAP (Bedside Index for Severity in Acute Pancreatitis) được phát triển bởi các nhà nghiên cứu tại Trung tâm Y tế Cedars-Sinai ở Los Angeles, California, Hoa Kỳ vào năm 2008 [4]. Thang điểm BISAP được nghiên cứu dựa trên việc đánh giá nhiều yếu tố độc lập và các chỉ số sinh lý của bệnh nhân để đưa ra dự đoán về mức độ nặng và nguy cơ tử vong của bệnh. Mặc dù các công cụ này được thiết kế để giúp các chuyên gia y tế có thể đưa ra quyết định điều trị phù hợp, giảm thiểu nguy cơ tử vong và các biến chứng của bệnh nhân, tuy nhiên nó cũng có một số hạn chế và không được coi là độc lập để đánh giá tình trạng bệnh nhân. Nghiên cứu về giá trị phối hợp của hai thang điểm HAPS và BISAP trong tiên lượng mức độ nặng ở bệnh nhân viêm tụy cấp hiện còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "*Phân tích giá*

trị tiên lượng mức độ nặng khi phối hợp hai thang điểm HAPS và BISAP ở bệnh nhân viêm tụy cấp."

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu trên 120 bệnh nhân viêm tụy cấp điều trị nội trú tại Trung tâm Tiêu hoá - Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11/2024 đến tháng 06/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân ≥ 18 tuổi
- Chẩn đoán xác định viêm tụy cấp dựa vào Atlanta hiệu chỉnh 2012 [1] khi có ít nhất 2/3 tiêu chuẩn sau:

1. Đau bụng gợi ý viêm tụy cấp: đau bụng đột ngột vùng thượng vị, đau lan sau lưng.

2. Amylase huyết thanh hoặc lipase máu tăng ≥ 3 lần mức giới hạn trên của giá trị bình thường.

3. Chụp CLVT ổ bụng, MRI bụng hoặc siêu âm ổ bụng có hình ảnh đặc trưng của viêm tụy cấp.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đã được điều trị ở tuyến trước trên 24 giờ.

- Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng trước đó làm ảnh hưởng đến chỉ số nghiên cứu: suy tim, tràn dịch màng phổi, viêm phổi, bệnh thận mạn, nhiễm trùng phổi hợp, bệnh ác tính ...

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, hồ sơ bệnh án không đầy đủ số liệu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, tiền cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn cỡ mẫu thuận tiện.

2.2.3. Nội dung nghiên cứu:

• Phương pháp thu thập số liệu: các thông tin về tuổi, giới, nguyên nhân viêm tụy cấp, kết quả cận lâm sàng và các thông tin cần thiết trong nội dung nghiên cứu được thu thập theo dữ liệu trong hồ sơ bệnh án.

• Thang điểm HAPS: Thang điểm HAPS được đánh giá trong 30 phút đầu khi thăm khám [3]. HAPS (-) tiên lượng viêm tụy cấp không nặng. Điểm HAPS (-) khi có đủ cả 3 tiêu chuẩn sau:

- Không có đề kháng thành bụng và
- Hematocrit $< 43\%$ (nam) và $< 39,6\%$ (nữ) và
- Creatinine ≤ 2 mg% (hoặc $176,8 \mu\text{mol/L}$)

lúc nhập viện.

Điểm HAPS (+) khi không có đủ 3 tiêu chuẩn trên.

• Thang điểm BISAP:

Thang điểm được đánh giá trong vòng 24 giờ đầu nhập viện. Chẩn đoán viêm tụy cấp nặng khi BISAP ≥ 3 điểm.

Bảng 2.1. Thang điểm BISAP [4]

BUN	Ure >25mg/dl (8.9 mmol/l)	1 điểm
Impaired mental status	Rối loạn tri giác (Glassgow <15)	1 điểm
SIRS	Hội chứng đáp ứng viêm hệ thống: Có ≥2 tiêu chuẩn sau: - Thân nhiệt >38°C hoặc <36°C - Nhịp tim >90 lần/phút - Nhịp thở >20 lần/phút hoặc PaCO ₂ <32mmHg - Bạch cầu máu >12G/l hoặc <4G/l	1 điểm
Age	Tuổi > 60	1 điểm
Pleural effusion	Tràn dịch màng phổi	1 điểm

Bảng 2.2. Thang điểm Marshall hiệu chỉnh về suy tạng [1]

Cơ quan	Điểm				
	0	1	2	3	4
Hô hấp (PaO ₂ /FiO ₂)	>400	301-400	201-300	101-200	<101
Thận Creatinin máu (μmol/l)	<134	134-169	170-310	311-439	>439
Creatinin máu (mg/dl)	<1.4	1,4-1,8	1,9-3,6	3,6-4,9	>4,9
Tim mạch (HATT, mmHg) không vận mạch	>90	<90, đáp ứng dịch	<90, không đáp ứng dịch	<90, pH <7,3	<90, pH <7,2

2.3. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm thống kê IBM SPSS 26.0. Sử dụng đường cong ROC để xác định giá trị tiên lượng mức độ nặng viêm tụy cấp, từ đó xác định điểm cắt, độ nhạy (Se), độ đặc hiệu (Sp), giá trị tiên đoán âm (NPV), giá trị tiên đoán dương (PPV).

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng đề cương của Trường Đại học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Đa số bệnh nhân viêm tụy cấp thuộc độ tuổi 30 - 49 tuổi. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 45,5 ± 13, nam giới chiếm ưu thế

• Chẩn đoán mức độ nặng của viêm tụy cấp theo tiêu chuẩn Atlanta 2012:

- Viêm tụy cấp nhẹ: được đặc trưng bởi không có suy cơ quan và các biến chứng tại chỗ hoặc toàn thân.

- Viêm tụy cấp trung bình: được đặc trưng bởi suy cơ quan thoáng qua (khỏi trong vòng 48 giờ) hoặc có biến chứng tại chỗ hoặc biến chứng toàn thân mà không có suy cơ quan kéo dài (> 48 giờ).

- Viêm tụy cấp nặng: có tình trạng suy cơ quan kéo dài hơn 48 giờ có thể liên quan đến một hoặc nhiều cơ quan.

Chẩn đoán suy tạng khi thang điểm Marshall ≥2 điểm [1].

với 79,2%, nữ giới là 20,8%.

- Nguyên nhân gây viêm tụy cấp thường gặp nhất là do rượu và tăng Triglycerid máu chiếm tỷ lệ lần lượt là 50% và 33,3%.

- Tụ dịch quanh tụy cấp tính là biến chứng thường gặp nhất chiếm tỷ lệ là 84,2%, hoại tử tụy chiếm 29,2%.

- Đa số bệnh nhân viêm tụy cấp trung bình (71,7%) và viêm tụy cấp thể phù nề chiếm đa số (70,8%), viêm tụy cấp nặng chiếm 16%.

- Tỷ lệ bệnh nhân tiến triển tốt 97,5%, tỷ lệ tử vong là 2,5% chiếm 18,75% trong nhóm viêm tụy cấp nặng.

3.2 Phân tích giá trị tiên lượng mức độ nặng khi phối hợp hai thang điểm HAPS và BISAP ở bệnh nhân viêm tụy cấp

Bảng 3.1. Bảng so sánh giá trị tiên lượng mức độ nặng viêm tụy cấp giữa HAPS và BISAP

Thang điểm	Cut-off	AUC	KTC 95% AUC	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	PPV	NPV	p
HAPS	3	0,752	0,672 – 0,878	61,1%	84,3%	49,7%	92,5%	<0,001
BISAP	3	0,928	0,878 – 0,978	81,3%	90,4%	66,5%	96,9%	<0,001

Nhận xét: Thang điểm HAPS và BISAP đều có giá trị trong tiên lượng mức độ nặng của viêm tụy cấp với diện tích dưới đường cong AUC=0,752 và AUC=0,928.

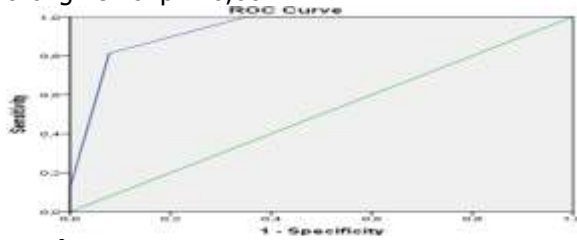
Bảng 3.2. Giá trị tiên lượng mức độ nặng viêm tụy cấp khi phối hợp HAPS và BISAP

Giá trị	Cut-off	AUC	KTC 95% AUC	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	PPV	NPV	p
HAPS (+) và BISAP ≥3	3	0,933	0,879 – 0,987	81,3%	92,2%	81,3%	95,9%	<0,001

Nhận xét: Phối hợp hai thang điểm HAPS và BISAP cho diện tích dưới đường cong ROC (AUC) là 0,933 (KTC 95%: 0,879 – 0,987), cho

thấy độ chính cao trong khả năng dự đoán mức độ nặng của viêm tụy cấp. Độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 81,3% và 92,2%, giá trị tiên

đoán dương (PPV) 81,3%, và giá trị tiên đoán âm (NPV) 95,9% đều cao. Kết quả có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.



Biểu đồ 3.1. Đường cong ROC mô tả giá trị phối hợp thang điểm HAPS và BISAP trong tiên lượng mức độ nặng viêm tụy cấp

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi trên 120 bệnh nhân ghi nhận 79,2% bệnh nhân nam, 20,8% bệnh nhân nữ, tuổi trung bình của bệnh nhân là $45,5 \pm 13$, có 16 bệnh nhân viêm tụy cấp nặng (13,33%), viêm tụy cấp thể hoại tử chiếm 29,2%, tỷ lệ tử vong chung là 2,5% tương ứng 18,7% trong nhóm bệnh nhân viêm tụy cấp nặng theo phân loại Atlanta 2012. Kết quả tương tự với nghiên cứu của Trần Văn Đồng (2023) tại trung tâm cấp cứu A9 - Bệnh viện Bạch Mai với 108 bệnh nhân ghi nhận 81% nam, 19% nữ, tuổi trung bình trong nghiên cứu là 46 ± 13 trong đó tỷ lệ viêm tụy cấp nặng 25,8% và tỷ lệ tử vong cao hơn nghiên cứu của chúng tôi với 4,6% (chiếm 17,8% trong nhóm viêm tụy cấp nặng) [5]. Nghiên cứu của Zhao Y và cộng sự (2023) ghi nhận 35 bệnh nhân viêm tụy cấp nặng (12,32%), 30 bệnh nhân viêm tụy cấp hoại tử (10,56%), tỷ lệ tử vong là 3,87% với 11 bệnh nhân [6]. Theo Karki S và cộng sự (2020) tỷ lệ viêm tụy cấp nặng là 9,4% và viêm tụy cấp thể hoại tử là 15,8%, tỷ lệ tử vong là 3,3% [7]. Sự khác biệt có thể do tiêu chí chọn mẫu, cỡ mẫu và nghiên cứu được thực hiện trên các quần thể khác nhau.

4.2. Giá trị của phối hợp thang điểm HAPS và BISAP trong tiên lượng mức độ nặng viêm tụy cấp. Nghiên cứu của chúng tôi chọn đồng thời bệnh nhân có HAPS (+) và BISAP ≥ 3 . Tại điểm cut-off = 3, khi đó phối hợp hai thang điểm HAPS và BISAP cho diện tích dưới đường cong ROC (AUC) đạt mức cao với 0,933 (KTC 95%: 0,879 – 0,987), có giá trị tiên lượng tốt đối với bệnh nhân viêm tụy cấp nặng. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lê Thị Ngọc Sương và cộng sự (2019) ghi nhận phối hợp thang điểm HAPS và BISAP cho diện tích dưới đường cong (AUC) đạt 0,923 (KTC 95%: 0,837 –

0,972) độ nhạy đạt 66,67%, độ đặc hiệu cao đạt 97,1%, giá trị tiên đoán dương (PPV) 66,7%, và giá trị tiên đoán âm (NPV) 97,1% [8].

Việc phối hợp hai thang điểm HAPS và BISAP trong nghiên cứu này cho thấy hiệu quả tiên lượng vượt trội so với từng thang điểm riêng lẻ. AUC khi phối hợp hai thang điểm đạt 0,933, cao hơn rõ rệt so với HAPS (0,752) và BISAP (0,928) khi sử dụng độc lập. Giá trị tiên đoán âm (NPV) cao đạt 95,9%, giá trị tiên đoán dương (PPV) cũng được cải thiện rõ rệt (81,3%) so với từng thang điểm riêng biệt (HAPS: 49,7%; BISAP: 66,5%). Điều này chứng minh rằng sự kết hợp giữa hai thang điểm có thể tận dụng được ưu điểm của từng thang điểm: HAPS có độ đặc hiệu 84,3%, giá trị tiên đoán âm (NPV) cao đạt 92,5%, giúp sàng lọc tốt các trường hợp viêm tụy cấp không nặng; trong khi BISAP có độ nhạy 81,3% và độ đặc hiệu 90,4% đều cao, giúp phân tầng chính xác các trường hợp nặng.

V. KẾT LUẬN

Hai thang điểm HAPS và BISAP có tính bổ trợ mạnh mẽ cho nhau, thang điểm HAPS độ nhạy không cao, nhưng giá trị tiên đoán âm cao giúp sàng lọc hiệu quả viêm tụy cấp không nặng, còn BISAP có độ nhạy và độ đặc hiệu cao có giá trị khi tiên lượng viêm tụy cấp nặng. Việc phối hợp hai thang điểm HAPS và BISAP sẽ giúp tăng giá trị tiên lượng mức độ nặng ở bệnh nhân viêm tụy cấp hơn khi sử dụng riêng lẻ từng thang điểm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al. Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. Gut.2013;62(1):102-111. doi:10.1136/gutjnl-2012-302779.
2. Papachristou GI, Muddana V, Yadav D, O'Connell M, Sanders MK, Slivka A, Whitcomb DC. Comparison of BISAP, Ranson's, APACHE-II, and CTSI scores in predicting organ failure, complications, and mortality in acute pancreatitis. Am J Gastroenterol.2010 ;105(2):435-441. doi:10.1038/ajg.2009.622.
3. Oskarsson V, Mehrabi M, Orsini N, et al. Validation of the harmless acute pancreatitis score in predicting nonsevere course of acute pancreatitis. Pancreatology. 2011;11(5):464-468. doi:10.1159/000331502.
4. Wu BU, Johannes RS, Sun X, Tabak Y, Conwell DL, Banks PA. The early prediction of mortality in acute pancreatitis: a large population-based study. Gut.2008;57(12):1698-1703. doi:10.1136/gut.2008.152702.
5. Trần Văn Đồng, Nguyễn Văn Chi, Nguyễn Anh Tuấn. Giá trị của thang điểm BISAP và JSS trong dự đoán mức độ nặng của bệnh nhân viêm tụy cấp. Tạp Chí Y học Việt Nam. 2023;529(1B). doi:10.51298/vmj.v529i1B.6377.

6. Zhao Y, Xia W, Lu Y, Chen W, Zhuang Y. Predictive value of the C-reactive protein/albumin ratio in severity and prognosis of acute pancreatitis. *Front Surg.* 2023; 9:1026604. doi:10.3389/fsurg.2022.1026604.
7. Karki S, Karki B, Thapa S, Shrestha R, Poudel BN, Shrestha R. Accuracy of bedside index for severity in acute pancreatitis 'BISAP' score in predicting outcome of acute pancreatitis. *J Patan Acad Health Sci.* 2020;7(2):70-76. doi:10.3126/jpahs.v7i2.31117.
8. Lê Thị Ngọc Sương, Trần Phạm Chí, Trần Văn Huy. Nghiên cứu giá trị của phổi hợp thang điểm HAP và BISAP trong đánh giá độ nặng ở bệnh nhân viêm tụy cấp. *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế.* 2019;9(1):96-100. doi:10.34071/jmp.2019.1.15.

HIỆU QUẢ CỦA CHƯƠNG TRÌNH HOẠT ĐỘNG TRỊ LIỆU CHO BỆNH NHÂN CAO TUỔI SAU ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GỠ ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY

Lê Ngọc Quyên¹, Lâm Thị Xuân Nguyệt²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy đầu dưới xương quay ở người cao tuổi là chấn thương thường gặp và có thể dẫn đến suy giảm chức năng vận động và giảm khả năng độc lập trong sinh hoạt hàng ngày. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả của một chương trình hoạt động trị liệu chuyên biệt, lấy người bệnh làm trung tâm trong việc phục hồi chức năng cho nhóm bệnh nhân này. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu được thực hiện trên 30 bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên ngay sau khi kết thúc điều trị bảo tồn gờ đầu dưới xương quay bằng bó bột. Bệnh nhân tham gia một chương trình hoạt động trị liệu tại nhà kéo dài 8 tuần. Các chỉ số về tầm vận động khớp cổ tay, lực nắm bàn tay, mức độ đau (VAS - Visual Analog Scale), chức năng chi trên (QuickDASH- Quick Disability of the Arm, Shoulder and Hand) và khả năng thực hiện, mức độ hài lòng trong sinh hoạt hàng ngày (COPM – Canadian Occupational Performance Measure) được lượng giá trước và sau can thiệp. **Kết quả:** Sau 8 tuần can thiệp, tất cả các chỉ số lượng giá đều cho thấy sự cải thiện có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). Tầm vận động và lực nắm tăng lên đáng kể. Mức độ đau khi vận động giảm mạnh. Điểm chức năng QuickDASH trung bình giảm từ 56.33 xuống 22.33. Điểm thực hiện và hài lòng trung bình theo thang đo COPM cũng tăng lên rõ rệt, cho thấy sự cải thiện lớn về khả năng độc lập trong các hoạt động có ý nghĩa với người bệnh. **Kết luận:** Chương trình hoạt động trị liệu 8 tuần đã chứng minh hiệu quả rõ rệt trong việc phục hồi chức năng và nâng cao khả năng độc lập trong sinh hoạt hàng ngày cho bệnh nhân cao tuổi sau gãy đầu dưới xương quay. **Từ khóa:** hoạt động trị liệu, phục hồi chức năng, gãy đầu dưới xương quay

SUMMARY

EFFICACY OF OCCUPATIONAL THERAPY IN

ELDERLY WITH CONSERVATIVELY TREATED DISTAL RADIUS FRACTURE

Background: Distal radius fracture in the elderly is a common injury that can lead to impaired motor function and reduced independence in activities of daily living. This study was conducted to evaluate the effectiveness of a patient-centered occupational therapy protocol in the functional rehabilitation of this patient group. **Methods:** A prospective study was conducted on 30 patients aged 60 and over immediately after completing conservative treatment with a cast for distal radius fractures. Patients participated in an 8-week home-based occupational therapy program. Indicators of wrist range of motion, grip strength, pain level (VAS - Visual Analog Scale), upper extremity function (QuickDASH- Quick Disability of the Arm, Shoulder and Hand), and performance and satisfaction in activities of daily living (COPM – Canadian Occupational Performance Measure) were assessed before and after the intervention. **Results:** After 8 weeks of intervention, all assessment indicators showed statistically significant improvement ($p < 0.05$). Range of motion and grip strength increased significantly. Pain during movement was sharply reduced. The average QuickDASH score decreased from 56.33 to 22.33. The average performance and satisfaction scores on the COPM also increased markedly, indicating a great improvement in independence in activities meaningful to the patients. **Conclusion:** The 8-week occupational therapy protocol demonstrated clear effectiveness in restoring function and enhancing independence in activities of daily living for elderly patients after distal radius fracture. **Keywords:** occupational therapy, rehabilitation, distal radius fracture

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu dưới xương quay là một trong những loại gãy xương phổ biến nhất trong chấn thương ở người cao tuổi, gây ảnh hưởng đến chức năng và làm suy giảm chất lượng cuộc sống^{1,3,5}. Phương pháp điều trị bảo tồn bằng bó bột thường được ưu tiên lựa chọn cho nhóm bệnh nhân này, đặc biệt với các trường hợp gãy vững và ít di lệch^{2,7}. Tuy nhiên, bất động kéo dài

¹Đại học Y Dược TP.HCM

²Bệnh viện Chính hình và Phục hồi chức năng TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Lê Ngọc Quyên

Email: ngocquyendr@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2025

Ngày duyệt bài: 13.10.2025