

SO SÁNH GIÁ TRỊ CỦA PANC-3 HIỆU CHỈNH NGƯỜI CHÂU Á VÀ BISAP TRONG DỰ ĐOÁN VIÊM TỤY CẤP NẶNG TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Trần Thị Thu Cúc¹, Võ Hồng Minh Công¹, Trần Xuân Linh¹,
Chung Mỹ Ngọc¹, Nguyễn Thị Bình¹, Nguyễn Huy Hoàng¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Thang điểm PANC-3 do tác giả Brown và cộng sự sáng lập năm 2007. Thang điểm PANC-3 có khả năng dự đoán tốt viêm tụy cấp (VTC) nặng với AUC đạt mức tốt như trong nghiên cứu của Jadhav là 0,834 và nghiên cứu của Karthik là 0,883. Tuy nhiên các nghiên cứu này đều sử dụng BMI > 30 kg/m² mà không sử dụng BMI theo phân loại của tổ chức Y tế thế giới (WHO) dành cho người Châu Á. **Mục tiêu:** Giá trị của thang điểm PANC-3 hiệu chỉnh theo BMI người Châu Á với ngưỡng cắt BMI ≥25 kg/m² trong dự đoán viêm tụy cấp nặng. **Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu đoàn hệ với cỡ mẫu tối thiểu là 126. BN ≥18 tuổi được chẩn đoán VTC theo tiêu chuẩn Atlanta hiệu chỉnh 2012. Số liệu đã mã hóa và phân tích bằng phần mềm R studio phiên bản 4.0.1, Medcalc phiên bản 20.104 và Excel 2016. **Kết quả:** Từ tháng 11/2023 đến tháng 08/2024, chúng tôi thu nhận 151 trường hợp, kết quả ghi nhận như sau: VTC nặng chiếm 15,89%. Thang điểm PANC-3 hiệu chỉnh theo người Châu Á có AUC = 0,89 (KTC 95%: 0,83 – 0,94), có khả năng dự đoán tốt VTC nặng, độ nhạy 70,83%, độ đặc hiệu là 98,43%, giá trị tiên đoán dương là 89,47% và giá trị tiên đoán âm là 94,70%. Thang điểm PANC-3 hiệu chỉnh theo người Châu Á và thang điểm BISAP có độ đặc hiệu như nhau (98,43% so với 97,63%, p = 0,65) và có độ nhạy cao hơn (70,83% so với 29,16%) có ý nghĩa thống kê (p = 0,02), có giá trị tiên đoán âm cao hơn có ý nghĩa thống kê so với thang điểm BISAP (94,70% so với 87,94%, p = 0,02), giá trị tiên đoán dương của hai thang điểm PANC-3 hiệu chỉnh cao hơn thang điểm BISAP 89,47% so với 70%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p = 0,18). **Kết luận:** Thang điểm PANC-3 hiệu chỉnh theo BMI của người Châu Á hữu dụng trong dự đoán viêm tụy cấp nặng. Có thể áp dụng thang điểm PANC-3 hiệu chỉnh như một công cụ tiên lượng sớm mức độ nặng của VTC ngay khi BN nhập viện.

Từ khóa: Viêm tụy cấp, PANC-3, BISAP.

SUMMARY

COMPARISON THE VALUE OF THE ASIAN-MODIFIED PANC-3 AND BISAP SCORES IN PREDICTING SEVERE ACUTE PANCREATITIS AT GIA DINH HOSPITAL

Background: The PANC-3 score, developed by Brown et al. (2007) (Hct >44%, Pleural effusion, and

BMI >30 kg/m²) demonstrated good predictive performance. However, previous researches used a BMI threshold >30 kg/m², without applying the WHO's BMI classification for Asians. **Objective:** This study aimed to evaluate the predictive value of a modified PANC-3 score using a BMI cut off of ≥25 kg/m² for Vietnamese. **Material and Methods:** A cohort study was conducted with 151 individuals diagnosed with AP and stratified severity based on the Revised Atlanta Classification of 2012. **Results:** A total of 151 patients were recruited from between November 2023 and August 2024. SAP accounted for 15.89%. The modified PANC-3 score for Asians showed good predictive value with an AUC of 0.89 (95% CI: 0.83–0.94), sensitivity of 70.83%, specificity of 98.43%, positive predictive value (PPV) of 89.47%, and negative predictive value (NPV) of 94.70%. When compared with BISAP in predicting SAP, the modified PANC-3 score showed higher sensitivity (70.83% vs. 29.17%, p = 0.02) and NPV (94.70% vs. 87.94%, p = 0.02), while specificity was similar (98.43% vs. 97.64%, p = 0.65). There was no different PPV between the modified PANC-3 score and BISAP (89.47% vs. 70%, p = 0.18). **Conclusion:** The modified PANC-3 score for Asians provides excellent clinical utility. The modified PANC-3 score can be used to recognize SAP early to improve the outcome of AP.

Keywords: AP, SAP, PANC-3, BISAP

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp (VTC) là một trong những nguyên nhân đau bụng cấp thường gặp trong cấp cứu nội khoa. Theo Muniraj và cộng sự tỷ lệ tử vong của VTC thay đổi tùy vào mức độ nặng của bệnh. Tỷ lệ tử vong dao động từ 1% ở VTC nhẹ và 20 – 30% ở VTC mức độ nặng, là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 14 trong các nguyên nhân tử vong do các bệnh lý đường tiêu hoá¹.

Tại Việt Nam, tỷ lệ tử vong trong nhóm VTC nặng vẫn cao, là một thách thức trong điều trị. Năm 2022, tác giả Võ Hiếu Hạnh và cộng sự ghi nhận tỷ lệ tử vong chung của VTC là 4,6% và chiếm 27,3% trong nhóm VTC nặng². Các thang điểm Ranson, APACHE-II, CTSI và BISAP đều có khả năng dự đoán độ nặng của bệnh. Tuy nhiên, nhược điểm của Ranson, APACHE-II, CTSI là bao gồm nhiều thông số phức tạp, có thể cần đến trên 48 giờ để đánh giá đầy đủ, khó ghi nhớ và chi phí cao. Thang điểm BISAP 3 điểm có khả năng dự đoán tốt VTC nặng với AUC là 0,82 (KTC 95% 0,79 – 0,84) so với APACHE-II có AUC là 0,83 (KTC 95% 0,80 – 0,85)³. Tuy nhiên, thang điểm này cũng có những hạn chế như

¹Bệnh viện Nhân dân Gia Định

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thu Cúc

Email: drcuctran061089@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025

không phù hợp với những BN có suy giảm trạng thái ý thức từ trước, bệnh thận mạn, suy gan và hội chứng đáp ứng viêm toàn thân không đặc hiệu cho VTC. Do vậy, cần có thêm phương pháp đánh giá nhanh chóng và đơn giản với giá trị dự đoán cao, để dự đoán bệnh diễn tiến nặng ngay sau khi nhập viện.

Năm 2007, tác giả Brown và cộng sự đã phát triển và đánh giá hiệu quả của thang điểm PANC-3 bằng cách kết hợp các yếu tố đơn giản như hematocrit > 44%, chỉ số khối cơ thể > 30 kg/m² và tràn dịch màng phổi để có thể nhanh chóng phân loại được các ca VTC nặng⁴. Khi cả ba yếu tố của thang điểm PANC-3 cùng dương thì khả năng dự đoán VTC nặng lên đến 99%⁴. Thang điểm PANC-3 có giá trị cao trong dự đoán VTC nặng với độ nhạy là 70%, độ đặc hiệu là 96,2%, giá trị tiên đoán dương là 82,2%, giá trị tiên đoán âm là 92,7% và độ chính xác của thang điểm PANC-3 là 93%⁵.

Tác giả Jadhav và cộng sự (2024) cho thấy thang điểm PANC-3 và thang điểm BISAP đều có khả năng dự đoán tốt VTC nặng với AUC của thang điểm PANC-3 là 0,834, độ đặc hiệu là 91,0%, độ nhạy là 72,7%, giá trị tiên đoán dương là 69,6% và giá trị tiên đoán âm 92,2%. AUC của thang điểm BISAP là 0,847, độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 80,0% và 90,6%, giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm lần lượt là 87,0% và 85,3%⁷.

Hiện nay, tại Việt Nam chưa có nghiên cứu đánh giá AUC, độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm của thang điểm PANC-3 hiệu chỉnh theo BMI của người Châu Á trong dự đoán VTC nặng. Vậy thang điểm PANC-3 hiệu chỉnh theo BMI của người Châu Á trong dự đoán VTC nặng tại Việt Nam có giá trị hay không và có sự khác biệt với thang điểm BISAP hay không? Việc trả lời câu hỏi này sẽ cung cấp thêm công cụ cho bác sĩ lâm sàng trong việc dự đoán sớm VTC nặng.

Mục tiêu nghiên cứu:

- Xác định tỷ lệ các mức độ VTC và các yếu tố liên quan đến VTC nặng.
- Xác định AUC, độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm của thang điểm PANC-3 hiệu chỉnh ở người Châu Á và BISAP trong dự đoán VTC nặng.
- So sánh AUC, độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm của thang điểm PANC-3 hiệu chỉnh ở người Châu Á với thang điểm BISAP trong dự đoán VTC nặng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu đoàn hệ, với cỡ mẫu tối

thiểu tính theo công thức sau:

Cỡ mẫu tối thiểu cho mục tiêu 1: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho 1 tỷ lệ.

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Tỷ lệ VTC nặng là 20% theo nghiên cứu của tác giả Karthik và cộng sự⁸, áp dụng vào công thức chúng tôi ước tính cỡ mẫu tối thiểu với d = 10% là 55 trường hợp, d = 7% là 126 BN và d = 5% là 246 BN.

Với những số liệu thống kê đã có tại BV NDGD từ trước như trong nghiên cứu của tác giả Võ Hiếu Hạnh thu thập trong 8 tháng là 131 trường hợp². Để tăng tính khả thi của đề tài chúng tôi quyết định sử dụng d = 7% → cỡ mẫu tối thiểu là 126 BN.

Cỡ mẫu tối thiểu cho mục tiêu 2: Để khảo sát AUC thang điểm PANC-3 trong dự đoán VTC nặng chúng tôi áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu so sánh giá trị diện tích dưới đường cong:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 V(AUC)}{d^2}$$

d: khoảng khác biệt tối thiểu của các tỷ lệ ước lượng = 10%

Theo nghiên cứu của tác giả Jadhav và cộng sự AUC của thang điểm PANC-3 trong dự đoán VTC nặng là 0,883⁸, thế vào công thức ta có số BN tối thiểu là 62 BN. Cũng theo nghiên cứu của tác giả Jadhav và cộng sự AUC của thang điểm BISAP trong dự đoán VTC nặng là 0,847⁸, thế vào công thức ta có cỡ mẫu tối thiểu là 78 BN.

Như vậy, để thỏa cả hai mục tiêu, nghiên cứu chúng tôi lấy cỡ mẫu tối thiểu là 126 BN.

Với kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện, chúng tôi thu nhận tất cả các BN được chẩn đoán VTC thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu trong khoảng thời gian từ 1/11/2023 đến 31/08/2024

Tiêu chuẩn nhận vào. BN được chẩn đoán VTC theo tiêu chuẩn Atlanta hiệu chỉnh 2012: BN có ít nhất 2 trong 3 tiêu chuẩn sau:

- (1) đau bụng kiểu VTC
- (2) tăng amylase và/hoặc lipase huyết thanh trên 3 lần giới hạn trên bình thường (giá trị bình thường tại khoa sinh hoá BV Nhân dân Gia Định 100 U/L)
- (3) hình ảnh học phù hợp chẩn đoán VTC (siêu âm bụng, CLVT bụng, CHT ổ bụng có cản từ)

Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Viêm tụy mạn (có hình ảnh học ghi nhận sỏi tụy, dẫn ống tụy, nang giả tụy).
- BN có tiền căn ung thư tụy.
- Có tiền căn bệnh nội khoa nặng như suy

tim NYHA IV, bệnh thận mạn giai đoạn cuối, xơ gan Child B, xơ gan Child C.

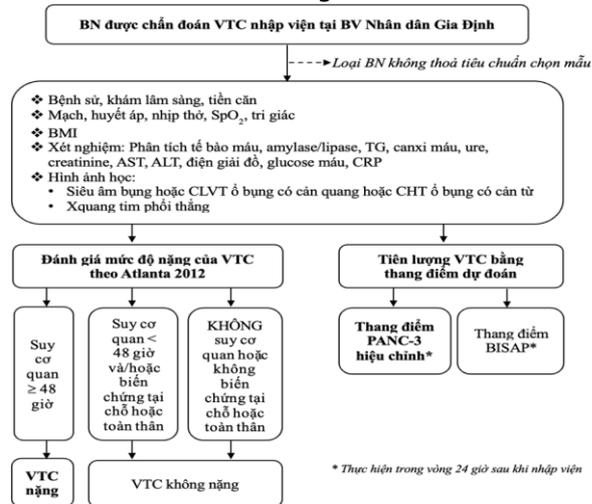
- BN đang có bệnh lý màng phổi như lao màng phổi, TDMP do ung thư di căn màng phổi.
- BN đang mang thai.

Phương pháp thống kê. Số liệu sau khi thu thập hoàn chỉnh theo bộ câu hỏi tự soạn sẽ được mã hóa và nhập số liệu bằng phần mềm mã nguồn mở R studio phiên bản 4.0.1. Các biểu đồ được vẽ bằng phần mềm R studio phiên bản 4.0.1, Medcalc phiên bản 20.104 và Excel 2016.

Tính độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán âm, giá trị tiên đoán dương của thang điểm PANC-3 hiệu chỉnh theo người Châu Á và thang điểm BISAP.

So sánh độ nhạy, độ đặc hiệu bằng phép kiểm McNemar, so sánh các trị số tiên đoán bằng điểm thống kê trong số chung (Weighted Generalized Score Statistic).

Thiết lập đường cong ROC, tính AUC của thang điểm PANC-3 hiệu chỉnh theo người Châu Á và thang điểm BISAP trong dự đoán VTC nặng. So sánh AUC của các thang điểm với nhau.



Sơ đồ 1. Sơ đồ nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi đã được thông qua sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch theo quyết định số 886/TĐHYKPNT-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

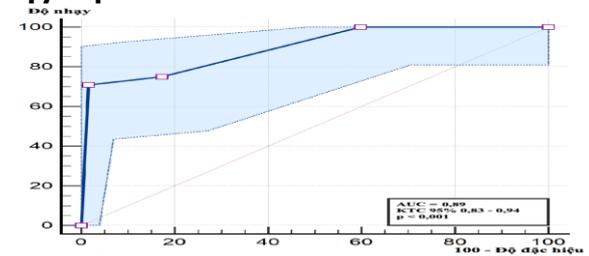
Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 11/2023 đến hết tháng 08/2024, chúng tôi thu nhận 151 BN thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ vào mẫu nghiên cứu. Các kết quả ghi nhận như sau:

Tuổi trung bình 50,85 (± 16,40) tuổi, BN nhỏ nhất là 16 tuổi và BN lớn tuổi nhất là 99 tuổi

(tuổi tuân theo luật phân phối chuẩn, kiểm định Shapiro-Wilk p = 0,07). Đa số các trường hợp VTC trong mẫu nghiên cứu tập trung ở độ tuổi 30 – 40 tuổi và 50 – 60 tuổi. Nam 106 (70,20%), nữ 45 (29,80%). Nam chiếm đa số. Tỷ lệ nam:nữ = 2,4:1. Trong đó, 51,70% BN có sử dụng rượu bia. Nguyên nhân VTC thường gặp nhất là VTC do rượu chiếm 66 (43,71%), tiếp theo là VTC do sỏi mật và do tăng TG có tỷ lệ gần bằng nhau lần lượt là 40 (26,49%) và 38 (25,17%), có 7 (4,63%) các trường hợp không xác định được nguyên nhân. BMI trung bình 23,19 kg/m², BMI thấp nhất là 14,70 kg/m², BMI lớn nhất là 32 kg/m². BMI trung bình trong nhóm VTC không nặng là 22,80 kg/m² và BMI trong nhóm VTC nặng là 25,23 kg/m², sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,01). Có 38 trường hợp TDMP, chiếm tỷ lệ 25,17%.

Nghiên cứu của chúng tôi có 24 trường hợp VTC nặng chiếm 15,89%, VTC nặng vừa 59 (39,07%), VTC nhẹ chiếm 68 (45,04%). Có 4 trường hợp tử vong sau xuất nặng, tỷ lệ tử vong chung 2,65%. Tất cả các trường hợp này đều nằm trong nhóm VTC nặng, chiếm tỷ lệ 16,67%.

Giá trị của thang điểm PANC-3 hiệu chỉnh ở người Châu Á trong dự đoán viêm tụy cấp



Biểu đồ 1. Đường cong ROC của thang điểm PANC-3 hiệu chỉnh theo người Châu Á trong dự đoán viêm tụy cấp nặng

Nhận xét: Với AUC = 0,89 (KTC 95%: 0,83 – 0,94) thang điểm PANC-3 hiệu chỉnh theo người Châu Á có khả năng dự đoán tốt VTC nặng.

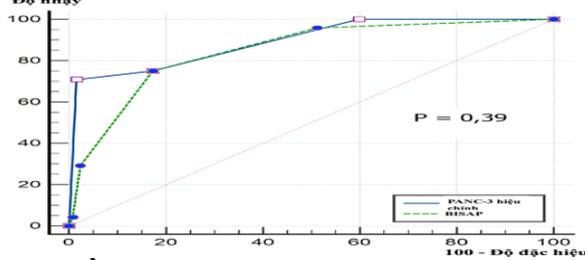
Bảng 1. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán âm, giá trị tiên đoán dương của thang điểm PANC-3 hiệu chỉnh theo người Châu Á trong dự đoán viêm tụy cấp nặng

Thang điểm PANC-3 hiệu chỉnh	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Giá trị tiên đoán dương (%)	Giá trị tiên đoán âm (%)
≥1 điểm	100	40,16	24	100
≥2 điểm	75	82,68	45	94,59
3 điểm	70,83	98,43	89,47	94,70

Nhận xét: Điểm cắt 3 điểm cũng là điểm cắt tối ưu để dự đoán VTC nặng với độ nhạy 70,83%,

độ đặc hiệu là 98,43%, giá trị tiên đoán dương là 89,47% và giá trị tiên đoán âm là 94,70%.

So sánh AUC của thang điểm PANC-3 hiệu chỉnh theo người Châu Á với AUC của thang điểm BISAP trong dự đoán viêm tụy cấp nặng



Biểu đồ 2. Đường cong ROC của thang điểm PANC-3 hiệu chỉnh và thang điểm BISAP trong dự đoán viêm tụy cấp nặng

Nhận xét: AUC của thang điểm PANC-3 hiệu chỉnh theo người Châu Á và thang điểm BISAP trong dự đoán VTC nặng đều đạt mức tốt lần lượt là 0,89 và 0,85, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,39$).

So giá trị của thang điểm PANC-3 hiệu chỉnh theo người Châu Á và thang điểm BISAP trong dự đoán viêm tụy cấp nặng

Bảng 2. So sánh giá trị của các thang điểm PANC-3 hiệu chỉnh theo người Châu Á và thang điểm BISAP trong dự đoán viêm tụy cấp nặng

Đặc điểm	PANC-3 hiệu chỉnh (3 điểm)	BISAP (3 điểm)	p
Độ nhạy %	70,83	29,16	0,02*
Độ đặc hiệu %	98,43	97,63	0,65*
Giá trị tiên đoán dương %	89,47	70	0,18**
Giá trị tiên đoán âm %	94,70	87,94	0,02**

*Phép kiểm McNemar, **Weighted Generalized Score Statistic (phép kiểm trọng số chung)

Nhận xét: Thang điểm PANC-3 hiệu chỉnh theo người Châu Á và thang điểm BISAP có độ đặc hiệu như nhau trong dự đoán VTC nặng, có độ nhạy cao hơn so với thang điểm BISAP (70,83% so với 29,16%, $p = 0,02$). Giá trị tiên đoán âm của thang điểm PANC-3 hiệu chỉnh theo người Châu Á cao hơn so với thang điểm BISAP (94,70% so với 87,94%, $p = 0,02$).

IV. BÀN LUẬN

Tương tự với nghiên cứu của chúng tôi, tác giả Rathnakar và cộng sự sử dụng kết hợp ba tiêu chuẩn là Hct $\geq 44\%$, TDMP và BMI $> 25 \text{ kg/m}^2$ thay vì $> 30 \text{ kg/m}^2$. Thang điểm PANC-3 có độ nhạy là 82,6% và độ đặc hiệu là 77,9%,

giá trị tiên đoán dương tính là 59% và giá trị tiên đoán âm tính là 92%. Trong nghiên cứu này, tác giả so sánh thang điểm PANC-3 hiệu chỉnh với thang điểm APACHE-II, ghi nhận độ nhạy của thang điểm APACHE-II trong dự đoán VTC nặng là 91,3% và độ đặc hiệu là 96,6%, giá trị tiên đoán dương 91% và giá trị tiên đoán âm là 96%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong giá trị dự đoán VTC nặng giữa thang điểm APACHE-II và thang điểm PANC-3 hiệu chỉnh⁶. Nghiên cứu của chúng tôi có cỡ mẫu lớn hơn nghiên cứu của tác giả Rathnakar và cộng sự, có độ nhạy thấp hơn, nhưng độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm đều cao hơn nghiên cứu này. Đây là một kết quả khả quan, có thể ứng dụng thang điểm PANC-3 hiệu chỉnh theo người Châu Á để dự đoán VTC nặng trong thực hành lâm sàng. Việc giải thích thang điểm PANC-3 không cần chuyên môn và có thể được áp dụng tại thời điểm nhập viện, đây là một lợi thế khi so sánh với các hệ thống tính điểm cổ điển.

AUC của thang điểm PANC-3 hiệu chỉnh theo người Châu Á và thang điểm BISAP trong dự đoán VTC nặng đều đạt mức tốt lần lượt là 0,89 và 0,85, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,39$).

Nghiên cứu của Karthik và cộng sự cũng chỉ ra rằng, thang điểm PANC-3 có khả năng dự đoán tốt VTC nặng tương đương với thang điểm BISAP, với AUC của thang điểm PANC-3 và thang điểm BISAP lần lượt là 0,833 và 0,874⁸. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, tác giả sử dụng ngưỡng cắt BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ thay vì BMI $\geq 25 \text{ kg/m}^2$. Hiện nay chưa có nghiên cứu so sánh giá trị của PANC-3 hiệu chỉnh theo người Châu Á (chọn điểm cắt BMI $\geq 25 \text{ kg/m}^2$) với thang điểm BISAP trong dự đoán VTC nặng. Đa số các nghiên cứu đều so sánh giá trị của thang điểm PANC-3 (BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$) với thang điểm BISAP.

Một thang điểm được xem là lý tưởng trong dự đoán độ nặng của VTC được cho là một thang điểm có AUC đạt mức tốt trở lên, độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán cao, chi phí thấp, an toàn, đơn giản có thể thực hiện nhanh chóng trong 24 giờ đầu nhập viện. Thang điểm PANC-3 hiệu chỉnh thỏa các tiêu chí trên, như vậy có thể áp dụng thang điểm PANC-3 hiệu chỉnh trong thực hành lâm sàng để dự đoán độ nặng của VTC.

Tuy nhiên, nghiên cứu cũng có một số hạn chế như: thiết kế đoàn hệ không kiểm soát được các yếu tố gây nhiễu như điều trị can thiệp khác biệt giữa các nhóm, chọn mẫu thuận tiện có thể gây sai số chọn mẫu.

V. KẾT LUẬN

Thang điểm PANC-3 hiệu chỉnh theo BMI của người Châu Á hữu dụng trong dự đoán viêm tụy cấp nặng. Có thể áp dụng thang điểm PANC-3 hiệu chỉnh như một công cụ tiên lượng sớm mức độ nặng của VTC ngay khi BN nhập viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Muniraj T, Gajendran M, Thiruvengadam S, et al.** Acute pancreatitis. *Disease-a-Month*. 2012;58(3):98-144.
2. **Võ Hiếu Hạnh, Võ Hồng Minh Công.** Giá trị của tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính trên lympho bào, tỷ lệ tiểu cầu trên lympho bào và độ phân tán hồng cầu và phối hợp các dấu ấn trong dự đoán độ nặng và nguy cơ tử vong nội viên của viêm tụy cấp nặng. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, trường Đại Học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, Thành phố Hồ Chí Minh. 2022;
3. **Wu BU, Johannes RS, Sun X, et al.** The early prediction of mortality in acute pancreatitis: a large population-based study. *Gut*. 2008;57(12):1698-1703.
4. **Brown A, James-Stevenson T, Dyson T, et al.** The panc 3 score: a rapid and accurate test for predicting severity on presentation in acute pancreatitis. *Journal of clinical gastroenterology*. 2007;41(9):855-858.
5. **Anandaravi B, Manjunath R, Shetty D.** PANC-3 score in predicting the severity of acute pancreatitis. *Asian Journal of Medical Sciences*. 2022;13(7):159-164. doi:10.3126/ajms.v13i7.42500
6. **Rathnakar SK, Vishnu VH, Muniyappa S, et al.** Accuracy and Predictability of PANC-3 Scoring System over APACHE II in Acute Pancreatitis: A Prospective Study. *Journal of clinical and diagnostic research : JCDR*. Feb 2017;11(2):Pc10-pc13. doi:10.7860/jcdr/2017/23168.9375
7. **Jadhav DL, Kannavar S, H VK, et al.** A comparative study of Glasgow Imrie and PANC-3 and BISAP scoring systems in predicting the severity of acute pancreatitis. *Journal of Cardiovascular Disease Research*. 2024;15(8):37-51.
8. **Karthik I. Guttadar, Balaji V.P, Ramesh S.K, et al.** Comparitive study of PANC-3 and bedside index for severity in acute pancreatitis (BISAP) scoring system to identify severity of pancreatitis. *International Journal of Advanced Research (IJAR)*. 2023;7(11):151-160. doi:10.21474/IJAR01/17216

TỈ LỆ KHÁNG THỂ KHÁNG GIÁP VÀ TỈ LỆ RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TUYẾN GIÁP Ở PHỤ NỮ VÔ SINH

Phan Thị Hằng¹, Lâm Vĩnh Niên², Phạm Nguyễn Hữu Phúc¹, Lê Thị Phương Dung¹, Phạm Nguyễn Huân¹, Hứa Thị Mỹ Huyền¹, Văng Thị Trúc Linh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ kháng thể kháng giáp dương tính và tỉ lệ rối loạn chức năng tuyến giáp ở phụ nữ vô sinh. **Phương pháp nghiên cứu:** Đối tượng nghiên cứu gồm phụ nữ trong gia đình đủ tiêu chuẩn chẩn đoán vô sinh theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO): được làm xét nghiệm TSH, FT4, anti-TPO, anti-TG. Yếu tố liên quan được khảo sát gồm: tuổi, BMI, tiền sử sảy thai hoặc thai lưu, loại vô sinh, prolactin, AMH. **Kết quả:** tỉ lệ kháng thể kháng giáp dương tính ở phụ nữ vô sinh lần lượt là anti-TPO dương tính (7,5%), anti-TG dương tính (9,9%), anti-TPO và anti-TG dương tính (5,2%), anti-TPO hoặc anti-TG dương tính (12,2%). Tỉ lệ rối loạn chức năng tuyến giáp ở phụ nữ vô sinh là 8,9%, cụ thể suy giáp dưới lâm sàng (DLS) (4,7%), suy giáp đơn độc

(2,8%), cường giáp DLS (0,9%), cường giáp là (0,5%). **Kết luận:** Tỉ lệ anti-TPO dương tính là 7,5%, tỉ lệ anti-TG dương tính 9,9% và tỉ lệ rối loạn chức năng tuyến giáp 8,9% ở phụ nữ vô sinh

Từ khóa: vô sinh, tuyến giáp, rối loạn chức năng tuyến giáp, anti-TPO, anti-TG, kháng thể kháng giáp.

SUMMARY

THE PREVALENCE OF POSITIVE THYROID AUTOANTIBODIES AND THYROID DYSFUNCTION IN INFERTILE WOMEN

Objective: To determine the prevalence of positive thyroid autoantibodies and thyroid dysfunction in infertile women. **Methods:** This study subjects included women who met the World Health Organization (WHO) diagnostic criteria for infertility and underwent testing for TSH, FT4, TPOAb, and TGAb. The related factors surveyed included: age, BMI, history of miscarriage or stillbirth, type of infertility, prolactin, AMH. **Results:** The prevalence of positive thyroid autoantibodies in infertile women was as follows: TPOAb positive (7.5%), TGAb positive (9.9%), both TPOAb and TGAb positive (5.2%), either TPOAb or TGAb positive (12.2%). The prevalence of thyroid dysfunction in infertile women was 8.9%, specifically: subclinical hypothyroidism (4.7%), overt hypothyroidism (2.8%), subclinical hyperthyroidism

¹Bệnh viện Hùng Vương Thành phố Hồ Chí Minh

²Trường Y – Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

³Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Hằng

Email: bshangphan@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2025

Ngày duyệt bài: 12.12.2025