

GIÁ TRỊ THANG ĐIỂM BISAP TRONG DỰ ĐOÁN VIÊM TỤY CẤP NẶNG THEO ATLANTA HIỆU CHỈNH 2012 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÁI BÌNH

Bùi Thị Lan Anh¹, Trịnh Thị Thúy¹, Trần Thị Như Quỳnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá giá trị của thang điểm BISAP trong dự đoán mức độ nặng của bệnh nhân viêm tụy cấp.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu được thực hiện trên 143 bệnh nhân viêm tụy cấp tại khoa Nội tiêu hóa, khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Đa khoa Thái Bình năm 2025.

Kết quả: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là: $52,71 \pm 13,62$ tuổi, tỷ lệ nam giới chiếm 73,42%. Trong 143 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu có 29 bệnh nhân nặng theo phân loại Atlanta 2012, chiếm 20,3%. SIRS và tràn dịch màng phổi là hai thành phần của BISAP liên quan có ý nghĩa thống kê với viêm tụy cấp nặng theo Atlanta 2012. Ngược lại, ure $> 8,9$ mmol/l, Glasgow < 15 và tuổi > 60 chưa ghi nhận sự liên quan có ý nghĩa thống kê với viêm tụy cấp nặng. Điểm BISAP tăng dần rõ rệt theo mức độ nặng của viêm tụy cấp: BISAP trung vị của nhóm viêm tụy cấp nhẹ là 0 (IQR: 0 – 1), nhóm viêm tụy cấp trung bình là 1 (IQR: 0 – 1) và nhóm viêm tụy cấp nặng là 2 (IQR: 1 – 3). Sự khác biệt giữa ba nhóm là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). AUC của BISAP trong dự đoán viêm tụy cấp nặng là 0,894. Tại ngưỡng khuyến cáo BISAP ≥ 3 , độ nhạy, độ đặc hiệu trong chẩn đoán viêm tụy cấp nặng là 76,3% và 81,6%.

Kết luận: Thang điểm BISAP có giá trị cao trong dự đoán viêm tụy cấp nặng trong 24 giờ đầu sau nhập viện.

Từ khóa: Viêm tụy cấp, BISAP

SUMMARY

THE VALUE OF THE BISAP SCORE IN PREDICTING SEVERE ACUTE PANCREATITIS ACCORDING TO THE 2012 REVISED ATLANTA CLASSIFICATION AT THAI BINH GENERAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the value of the BISAP score in predicting the severity of acute pancreatitis.

Subjects and Methods: A retrospective cross-sectional descriptive study was conducted on 143 patients with acute pancreatitis admitted to the Departments of Gastroenterology and General Surgery at Thai Binh General Hospital in 2025.

Results: The mean age of the study participants was 52.71 ± 13.62 years, and males accounted for 73.42%. Among the 143 patients included in the study, 29 had severe

acute pancreatitis according to the 2012 Revised Atlanta Classification, accounting for 20.3%. Systemic inflammatory response syndrome (SIRS) and pleural effusion were the two BISAP components significantly associated with severe acute pancreatitis according to the 2012 Revised Atlanta Classification. In contrast, serum urea > 8.9 mmol/L, Glasgow score < 15 , and age > 60 years were not significantly associated with severe acute pancreatitis. The BISAP score increased progressively with the severity of acute pancreatitis. The median BISAP scores were 0 (IQR: 0–1) in patients with mild acute pancreatitis, 1 (IQR: 0–1) in those with moderately severe acute pancreatitis, and 2 (IQR: 1–3) in those with severe acute pancreatitis. The difference among the three groups was statistically significant ($p < 0.01$). The area under the receiver operating characteristic curve (AUC) of the BISAP score for predicting severe acute pancreatitis was 0.894. At the recommended cutoff of BISAP ≥ 3 , the sensitivity and specificity for predicting severe acute pancreatitis were 76.3% and 81.6%, respectively.

Conclusion: The BISAP score has high predictive value for severe acute pancreatitis within the first 24 hours after hospital admission.

Keywords: Acute pancreatitis, BISAP score

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp là một bệnh viêm phổ biến của tuyến tụy ngoại tiết gây đau bụng dữ dội và rối loạn chức năng nhiều cơ quan, có thể dẫn đến hoại tử tụy và suy cơ quan kéo dài. Tỷ lệ mắc bệnh thay đổi tùy từng vùng, nhưng nhìn chung, mỗi năm trên toàn cầu có 30 – 40 trường hợp mắc bệnh trên 100.000 người.¹ Theo Atlanta 2012, viêm tụy cấp được chia làm ba mức độ: viêm tụy cấp nhẹ (không có suy cơ quan, không có biến chứng tại chỗ hoặc toàn thân), viêm tụy cấp trung bình (suy cơ quan thoáng qua < 48 giờ và/hoặc biến chứng tại chỗ hoặc toàn thân mà không có suy cơ quan kéo dài), viêm tụy cấp nặng (suy một hoặc nhiều cơ quan kéo dài > 48 giờ). Mặc dù hầu hết bệnh nhân viêm tụy cấp có dạng bệnh nhẹ, tỷ lệ tử vong < 1 –3%, nhưng có khoảng 20% viêm tụy cấp nặng, với tỷ lệ tử vong từ 13–35%.² Do đó, việc xác định sớm những bệnh nhân viêm tụy cấp nặng là rất cần thiết giúp các bác sĩ lâm sàng lựa chọn được phương pháp điều trị phù hợp, kịp thời để nâng cao hiệu quả điều trị và giảm tỷ lệ tử vong của bệnh.

Đã có nhiều thang điểm để dự đoán mức độ nặng của viêm tụy cấp dựa trên các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng như: Ranson, APACHE-II, Glasgow-Imrie,

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Lan Anh

Email: anhanh.764119@gmail.com

Mã bài: N864

Ngày nhận bài: 26/5/2026

Ngày phản biện khoa học: 25/5/2026

Ngày duyệt bài: 28/6/2026

JSS, ... Những thang điểm này đã được sử dụng trên lâm sàng nhiều năm nhưng vẫn còn bộc lộ nhiều hạn chế. Thang điểm BISAP được nghiên cứu và phát triển năm 2008 sau đó đã trở thành một công cụ tiên lượng viêm tụy cấp hữu ích được các bác sĩ sử dụng trên lâm sàng. Thang điểm này dựa trên 5 thông số dễ dàng thu thập là tuổi, tình trạng tri giác, hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (SIRS), BUN (ure) và tình trạng tràn dịch màng phổi, nên có thể áp dụng ngay tại các tuyến y tế cơ sở. Hơn thế nữa, thang điểm này còn cho phép đánh giá mức độ nặng của bệnh viêm tụy cấp ngay trong 24 giờ đầu sau nhập viện. Điều này giúp ích rất lớn trong việc đánh giá sớm mức độ nặng của bệnh từ đó đưa ra quyết định điều trị giúp nâng cao hiệu quả điều trị cho bệnh nhân.^{3,4} Tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình – một bệnh viện tuyến tỉnh, viêm tụy cấp cũng là bệnh khá phổ biến, thang điểm BISAP cũng đã được các bác sĩ sử dụng để đánh giá mức độ nặng của bệnh nhân viêm tụy cấp giúp các bác sĩ phân loại sớm bệnh nhân để đưa ra quyết định điều trị hoặc chuyển tuyến nếu cần thiết. Nhưng chưa có nghiên cứu nào được thực hiện tại đây để đánh giá về giá trị của thang điểm này trong thực tế lâm sàng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá giá trị của thang điểm BISAP trong dự đoán mức độ nặng của bệnh nhân viêm tụy cấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy cấp tại khoa Nội tiêu hóa, khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Đa khoa Thái Bình năm 2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân trên 18 tuổi, được chẩn đoán viêm tụy cấp theo Atlanta hiệu chỉnh 2012. Có ít nhất 2 trong 3 triệu chứng: cơn đau bụng điển hình gợi ý viêm tụy cấp, hoạt động lipase huyết thanh (hoặc hoạt động của amylase huyết thanh) gấp ít nhất 3 lần giới hạn trên của mức bình thường, có các dấu hiệu đặc trưng của viêm tụy cấp trên chụp cắt lớp vi tính có thuốc cản quang (CECT) hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI) hoặc siêu âm qua ổ bụng.

- Bệnh nhân có đủ thông tin để đánh giá thang điểm BISAP trong 24 giờ sau nhập viện.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có các bệnh nội khoa mạn tính có thể ảnh hưởng đến các chỉ số nghiên cứu: suy gan mạn tính, suy thận mạn tính giai đoạn I, II, III, IV, suy tim (suy tim trái, phải hoặc suy tim toàn bộ).

- Bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ khác như nhiễm trùng toàn thân, suy đa tạng không liên quan

trực tiếp đến viêm tụy cấp.

- Bệnh nhân không đủ dữ liệu để đánh giá mức độ nặng của viêm tụy cấp hoặc tình trạng hoại tử tụy.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu

Cỡ mẫu:

Chúng tôi lựa chọn cách tính cỡ mẫu dựa trên ước lượng độ nhạy của BISAP tại ngưỡng cut-off lâm sàng (BISAP ≥ 3 điểm).

Giả định:

- Độ nhạy mong đợi $Se \approx 0,80$
- Sai số cho phép $d = 0,15 (\pm 15\%)$
- Mức ý nghĩa $\alpha = 0,05 (Z = 1,96)$

Khi đó số bệnh nhân có bệnh (VTC nặng) tối thiểu cần có là:

$$n_{\text{có bệnh}} = \frac{Z^2 \times Se(1 - Se)}{d^2} \approx \frac{1,96^2 \times 0,8 \times 0,2}{0,15^2} \approx 28 \text{ bệnh nhân nặng}$$

Theo nghiên cứu của Phan Trung Nhân và cộng sự, tỷ lệ viêm tụy cấp nặng là 21,6%.⁵ Do đó, cỡ mẫu tối thiểu toàn bộ là:

$$n_{\text{tổng}} \approx \frac{28}{0,216} = 130 \text{ bệnh nhân}$$

Bệnh nhân đến khám và điều trị tại Khoa Nội tiêu hóa, Khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Đa khoa Thái Bình năm 2025 sẽ được lựa chọn thuận tiện, đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ đến khi đủ số lượng nghiên cứu.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Nội tiêu hóa, khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Đa khoa Thái Bình.

Thời gian nghiên cứu: Tháng 1/2025 – tháng 7/2025

Phương pháp thu thập số liệu: Thu thập hồi cứu bệnh án các thông tin lâm sàng, cận lâm sàng, tiền sử bệnh nhân để phục vụ nghiên cứu.

Lâm sàng:

Thu thập các đặc điểm lâm sàng như: tuổi, giới.

Đánh giá tình trạng lâm sàng trong 24 giờ đầu nhập viện bao gồm: mạch, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác (Glasgow).

Cận lâm sàng:

Xét nghiệm máu thu thập trong 24 giờ đầu nhập viện bao gồm: ure, số lượng bạch cầu.

Hình ảnh học: siêu âm bụng, X-quang lồng ngực để đánh giá tràn dịch màng phổi, chụp CT có tiêm thuốc cản quang để đánh giá mức độ viêm tụy và tình trạng hoại tử tụy.

Mức độ nặng của VTC phân loại theo Atlanta hiệu chỉnh 2012:

Viêm tụy cấp nhẹ: Không có suy tạng hoặc biến chứng cục bộ

Viêm tụy cấp trung bình: có suy tạng thoáng qua dưới 48 giờ hoặc có biến chứng cục bộ

Viêm tụy cấp nặng: có suy tạng kéo dài trên 48 giờ hoặc bệnh nhân phải chuyển tuyến điều trị, bệnh nhân xin về.

Xử lý số liệu: Dữ liệu sẽ được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS. Các biến số định lượng sẽ được mô tả bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn nếu phân phối chuẩn, hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị) nếu phân phối không chuẩn. So sánh các biến số giữa hai nhóm bằng kiểm định t-test (với phân phối chuẩn) hoặc Mann-Whitney U (với phân phối không chuẩn). Các biến số định tính sẽ được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm, so sánh giữa hai nhóm bằng kiểm định Chi-square hoặc Fisher's exact test. Giá trị thang điểm BISAP trong chẩn đoán mức độ nặng của viêm tụy cấp được đánh giá qua đường cong ROC. Mỗi liên quan sẽ được xem xét có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, thu thập số liệu từ bệnh án của bệnh nhân, không can thiệp vào phác đồ điều trị của các bác sĩ lâm sàng. Số liệu thu thập từ hồ sơ bệnh án chỉ sử dụng phục vụ nghiên cứu, không dùng vào bất kỳ mục đích nào khác và được bảo đảm giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu, có 143 bệnh nhân viêm tụy cấp thỏa mãn điều kiện được lựa chọn vào nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tỷ lệ
Tuổi (năm), trung bình $\pm$ SD	52,71 $\pm$ 13,62
Nam, n (%)	105 (73,42%)
Nữ, n (%)	38 (26,57%)

Bệnh nhân viêm tụy cấp được lấy vào nghiên cứu có độ tuổi trung bình 52,71 $\pm$ 13,62 tuổi với nam giới chiếm đa số 73,42%.

Bảng 2. Phân bố mức độ viêm tụy cấp theo Atlanta hiệu chỉnh 2012

Mức độ	n	%
Nhẹ	101	70,6%
Trung bình	13	9,1%
Nặng	29	20,3%

Tỷ lệ bệnh nhân nhẹ chiếm tỷ trọng cao nhất 101 bệnh nhân (70,6%), sau đó đến nhóm viêm tụy cấp nặng 29 bệnh nhân (20,3%), tỷ lệ bệnh nhân viêm tụy cấp trung bình là 13 bệnh nhân (9,1%).

Bảng 3. Mối liên quan giữa các thành phần BISAP và viêm tụy cấp nặng theo Atlanta 2012

Thành phần BISAP	OR	95% CI	p
Ure > 8,9 mmol/l	5,36	0,68 – 42,18	0,111
SIRS	6,95	1,27 – 38,02	0,025
Glasgow <15	6,06	0,02 – 56,54	0,37
Tuổi >60	1,26	0,35 – 4,59	0,724
Tràn dịch màng phổi	4,04	2,86 – 8,95	0,01

Kết quả nghiên cứu cho thấy SIRS và tràn dịch màng phổi là hai thành phần của BISAP liên quan có ý nghĩa thống kê với viêm tụy cấp nặng theo Atlanta 2012. Ngược lại, ure > 8,9 mmol/l, Glasgow < 15 và tuổi > 60 mặc dù OR đều lớn hơn 1 nhưng chưa ghi nhận sự liên quan có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4. Mối liên quan giữa điểm BISAP và mức độ nặng của viêm tụy cấp theo Atlanta 2012

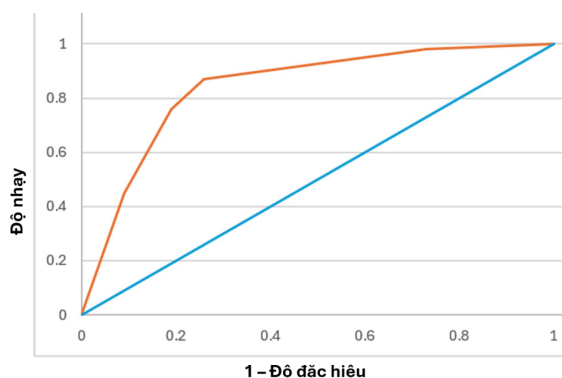
Mức độ viêm tụy cấp	Số lượng	BISAP (Median, IQR)	p
VTC nhẹ	101	0 (0 – 1)	<0,01
VTC trung bình	13	1 (0 – 1)	
VTC nặng	29	2 (1 – 3)	

Điểm BISAP tăng dần rõ rệt theo mức độ nặng của viêm tụy cấp: BISAP trung vị của nhóm viêm tụy cấp nhẹ là 0 (IQR: 0 – 1), nhóm viêm tụy cấp trung bình là 1 (IQR: 0 – 1) và nhóm viêm tụy cấp nặng là 2 (IQR: 1 – 3). Sự khác biệt giữa ba nhóm là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Bảng 5. Độ nhạy, độ đặc hiệu của thang điểm BISAP trong chẩn đoán mức độ nặng của viêm tụy cấp theo Atlanta 2012

	AUC	Chỉ số Youden			Ngưỡng khuyến cáo		
		Cut-off	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Cut-off	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
BISAP	0,894	2	0,872	0,736	3	0,763	0,816

Diện tích dưới đường cong AUC của BISAP trong dự đoán viêm tụy cấp nặng là 0,894. Độ nhạy, độ đặc hiệu ở mức cut-off BISAP ≥ 2 lần lượt là 87,2% và 76,3%. Tại ngưỡng khuyến cáo BISAP ≥ 3 , độ nhạy, độ đặc hiệu trong chẩn đoán viêm tụy cấp nặng là 76,3% và 81,6%.



Hình 1. Đường cong ROC của BISAP trong chẩn đoán viêm tụy cấp nặng theo Atlanta 2012

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu, nhóm nghiên cứu đã ghi nhận 143 bệnh nhân viêm tụy cấp đủ tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ vào nghiên cứu. Trong đó, 105 bệnh nhân (73,42%) là nam giới với tuổi trung bình là $52,71 \pm 13,62$ tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nam giới chiếm đa số, tương tự như nghiên cứu của Trần Minh Tuấn và cộng sự nam giới chiếm phần lớn 87,04%, và nghiên cứu của Nguyễn Văn Chi và cộng sự là 81%.^{6,7} Lý do có thể do rượu bia là một trong những nguyên nhân gây viêm tụy cấp mà tỷ lệ lạm dụng rượu bia ở nam giới Việt Nam thường cao hơn nữ giới. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với một số nghiên cứu trước đó như nghiên cứu của Nguyễn Văn Chi và cộng sự hay nghiên cứu của Trần Minh Tuấn và cộng sự, tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu lần lượt là 46 ± 13 tuổi và $42,49 \pm 10,15$ tuổi.^{6,7} Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân viêm tụy cấp nhẹ theo phân loại Atlanta hiệu chỉnh 2012 chiếm tỷ lệ cao nhất 70,6%, nhóm phân loại nặng chiếm 20,3%. Tỷ lệ bệnh nhân viêm tụy cấp

nặng thấp hơn nghiên cứu của Phan Trung Nhân và cộng sự là 21,6%, hay nghiên cứu của Nguyễn Văn Chi và cộng sự là 25,8%.^{5,6}

Khi nghiên cứu mối liên quan giữa các thành phần trong thang điểm BISAP với mức độ nặng của viêm tụy cấp, kết quả cho thấy SIRS và tràn dịch màng phổi là hai yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ nặng của viêm tụy cấp theo Atlanta 2012, với OR lần lượt là 6,95 (95% CI là: 1,27 – 38,02; $p = 0,025$) và 4,04 (95% CI là: 2,86 – 8,95; $p = 0,01$). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Wandong Hong và cộng sự năm 2019, SIRS liên quan độc lập với viêm tụy cấp nặng với OR = 2,98, 95% CI là 1,47 – 6,04; $p = 0,003$; tràn dịch màng phổi cho OR = 4,68, 95% CI là 2,42 – 9,05; $p < 0,001$.⁸ Như vậy, bệnh nhân có SIRS có khả năng mắc viêm tụy cấp nặng cao hơn khoảng 6,95 lần so với những bệnh nhân không có SIRS. Kết quả này phù hợp với cơ chế bệnh sinh của viêm tụy cấp nặng, trong đó phản ứng viêm toàn thân quá mức đóng vai trò quan trọng trong sự xuất hiện suy tạng kéo dài. Ngoài ra, tình trạng tăng tính thấm thành mạch và phản ứng viêm toàn thân trong viêm tụy cấp làm dịch thoát ra khoang màng phổi. Do đó, tràn dịch màng phổi có thể phản ánh mức độ đáp ứng viêm và tổn thương hệ thống của bệnh. Urê $> 8,9$ mmol/l; Glasgow < 15 và tuổi > 60 chưa ghi nhận liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ nặng của viêm tụy cấp. Mặc dù, OR của urê, Glasgow, và tuổi lần lượt là: 5,36; 6,06 và 1,26 cũng phản ánh sự gia tăng nguy cơ viêm tụy cấp nặng ở những trường hợp này, tuy nhiên khoảng tin cậy 95% CI khá rộng. Kết quả này không phủ nhận vai trò của các yếu tố này trong tiên lượng viêm tụy cấp vì có thể do số trường hợp có yếu tố nguy cơ còn thấp, làm giảm độ chính xác và lực thống kê của phân tích, do đó, các chỉ số này vẫn là một thành phần hữu ích của BISAP trong đánh giá mức độ nặng của viêm tụy cấp.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm BISAP

có xu hướng tăng theo mức độ nặng của viêm tụy cấp. Cụ thể, điểm BISAP trung vị ở nhóm viêm tụy cấp nhẹ, trung bình và nặng lần lượt là 0, 1 và 2 điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Kết quả này cho thấy điểm BISAP có mối liên quan rõ rệt với mức độ nặng của viêm tụy cấp theo Atlanta hiệu chỉnh 2012. Sự liên quan này có thể giải thích bởi các thành phần của BISAP phản ánh trực tiếp những rối loạn toàn thân thường xuất hiện khi viêm tụy cấp diễn biến nặng. Do đó, khi mức độ bệnh tăng, số lượng các yếu tố nguy cơ và tổng điểm BISAP có xu hướng tăng. Khi đánh giá giá trị của thang điểm BISAP trong dự đoán viêm tụy cấp nặng, diện tích dưới đường cong AUC = 0,894. Ở cut-off BISAP ≥ 2 cho độ nhạy, độ đặc hiệu là 0,872 và 0,736. Ở ngưỡng khuyến cáo ≥ 3 cho độ nhạy, độ đặc hiệu là 0,763 và 0,816. Kết quả này cho thấy AUC cao hơn nghiên cứu của Đỗ Thanh Tùng và cộng sự, BISAP trong dự đoán viêm tụy cấp nặng có AUC = 0,69, độ nhạy, độ đặc hiệu lần lượt là: 0,72 và 0,89; nhưng thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Văn Chi và cộng sự, BISAP ở ngưỡng khuyến cáo ≥ 3 trong dự đoán viêm tụy cấp nặng cho AUC = 0,954, độ nhạy, độ đặc hiệu là 0,857 và 0,9.^{6,7} Sự khác biệt này có thể do đặc điểm quần thể nghiên cứu, cỡ mẫu nghiên cứu, đặc biệt số lượng bệnh nhân viêm tụy cấp nặng trong các nghiên cứu có sự khác nhau. Nhưng nhìn chung, các kết quả này đều cho thấy thang điểm BISAP là một công cụ đáng tin cậy để phân tầng nguy cơ sớm trong vòng 24 giờ đầu sau nhập viện, đặc biệt hiệu quả trong việc xác định những bệnh nhân viêm tụy cấp nặng.

V. KẾT LUẬN

Thang điểm BISAP có giá trị cao trong dự đoán viêm tụy cấp nặng trong 24 giờ đầu sau nhập viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Szatmary P, Grammatikopoulos T, Cai W, et al. Acute Pancreatitis: Diagnosis and Treatment. *Drugs*. 2022;82(12):1251-1276. doi:10.1007/s40265-022-01766-4
2. Leppäniemi A, Tolonen M, Tarasconi A, et al. 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. *World J Emerg Surg WJES*. 2019;14:27. doi:10.1186/s13017-019-0247-0
3. Gao W, Yang HX, Ma CE. The Value of BISAP Score for Predicting Mortality and Severity in Acute Pancreatitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PloS One*. 2015;10(6):e0130412. doi:10.1371/journal.pone.0130412
4. Arif A, Jaleel F, Rashid K. Accuracy of BISAP score in prediction of severe acute pancreatitis. *Pak J Med Sci*. 2019;35(4):1008-1012. doi:10.12669/pjms.35.4.1286
5. Phan Trung Nhân, Võ Thị Mỹ Dung. Yếu tố liên quan đến viêm tụy cấp mức độ nặng ở bệnh nhân có điểm BISAP thấp. *Tạp Chí Y Học Việt Nam*. 2022;520(1B). doi:10.51298/vmj.v520i1B.3900
6. Nguyễn Văn Chi, Nguyễn Anh Tuấn, Trần Văn Đồng. Giá trị của thang điểm BISAP trong dự đoán mức độ nặng và tử vong của bệnh nhân viêm tụy cấp. *Tạp Chí Y Học Việt Nam*. 2024;539(1B). doi:10.51298/vmj.v539i1B.9958
7. Đỗ TT, Trần MT, Trần HH, Phạm TT, Hoàng AD. Giá trị của thang điểm BISAP trong tiên lượng mức độ nặng ở bệnh nhân viêm tụy cấp điều trị tại Bệnh viện quân y 175. *Tạp Chí Y Học Quân Sự*. 2023;(363):20-24. doi:10.59459/1859-1655/JMM.56
8. Hong W, Lillemoe KD, Pan S, et al. Development and validation of a risk prediction score for severe acute pancreatitis. *J Transl Med*. 2019;17:146. doi:10.1186/s12967-019-1903-6