

ống sớm, phù hợp, lựa chọn loại ống thích hợp và theo dõi định kỳ. Việc phối hợp liên chuyên khoa Tai Mũi Họng – Phẫu thuật tạo hình – Ngôn ngữ trị liệu cũng như tư vấn cho gia đình đóng vai trò then chốt nhằm giảm thiểu biến chứng và tái phát, từ đó nâng cao chất lượng sống và khả năng hòa nhập xã hội cho trẻ.

Những kết quả tổng quan này có thể là cơ sở định hướng thực hành lâm sàng và gợi ý cho các nghiên cứu tiếp theo tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sousa, A.D.; Devare, S.; Ghanshani, J. Psychological Issues in Cleft Lip and Cleft Palate. J. Indian Assoc. Pediatr. Surg.; 2009.
2. Hunt, O.; Burden, D.; Hepper, P.; Johnston, C. The psychosocial effects of cleft lip and palate: A systematic review. In: Eur. J. Orthod.; 2005:27, 274-285.
3. Sharma, R.K.; Nanda, V. Problems of middle ear and hearing in cleft children. In: Indian J. Plast. Surg; 2009:42, S144-S148.
4. Rosenfeld, R.M.; Shin, J.J.; Schwartz, S.R.; Coggins, R.; Gagnon, L.; Hackell, J.M.; Hoelting, D.; Hunter, L.L.; Kummer, A.W.; Payne, S.C.; et al. Clinical Practice Guideline: Otitis Media with Effusion (Update). Otolaryngol.—Head Neck Surg; 2016.
5. Khiếu Hữu Thanh, Lương Thị Minh Hương (2019). Đánh giá chức năng vòi nhĩ ở bệnh nhân khe hở vòm miệng bị viêm tai giữa ứ dịch trước và sau tạo hình vòm miệng. In: Tạp chí Y học Việt Nam; :tập 481, tháng 8, số 2, tr. 173-177.
6. Dhillon RS. The middle ear in cleft palate children pre and post palatal closure. In: J R Soc Med; 1988:81:710-713.
7. Gani, B.; Kinshuck, A.J.; Sharma, R. A review of hearing loss in cleft palate patients. Int. J. Otolaryngol. 2012; 2012:548698
8. Yildirim, M.; Çavuşoğlu, G.; Kara, M.; Özgür, F.F. Balancing intervention and complications: management of otitis media with effusion in children with cleft palate. Turk J. Pediatr. 2025; 67(3):338-348
9. Gani, B.; Kinshuck, A.J.; Sharma, R. A Review of Hearing Loss in Cleft Palate Patients. Int. J. Otolaryngol. 2012;2012: 548698. <https://doi.org/10.1155/2012/548698>
10. Sheahan, P.; Miller, I.; Sheahan, J.N. Tympanostomy tube insertion for otitis media with effusion among children with cleft palate – the Irish experience. Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. 2002; 66(3):261-267. DOI: 10.1016/S0165-5876(02)00217-6

NGHIÊN CỨU CHỈ SỐ GPR TRONG TIỀN LƯỢNG MỨC ĐỘ XƠ HÓA GAN Ở BỆNH NHÂN VIÊM GAN MẠN DO NHIỄM ĐỘC TRINITROTOLUEN NGHỀ NGHIỆP

Nguyễn Văn Bằng¹, Đinh Thị Phương Liên¹, Nguyễn Trọng Hà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chỉ số GPR trong tiên lượng mức độ xơ hóa gan ở bệnh nhân viêm gan mạn do nhiễm độc trinitrotoluen (TNT) nghề nghiệp. **Đối tượng và phương pháp:** 177 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán viêm gan mạn tính do tiếp xúc TNT nghề nghiệp; nghiên cứu mô tả cắt ngang; lấy mẫu toàn bộ; được sinh thiết gan làm MBH, xét nghiệm các chỉ số sinh hóa, huyết học; giai đoạn xơ hóa gan theo Metavir; chỉ số GPR. **Kết quả:** BN nhóm F0 (55,9%), F1 (36,2%), F2 (7,9%); Chỉ số GPR trung bình là $0,48 \pm 0,57$, thấp nhất là 0,05, cao nhất là 5,93; Chỉ số GPR ở nhóm F1 ($0,71 \pm 0,78$) cao hơn nhóm F0 ($0,30 \pm 0,15$), $p < 0,001$; BN nhóm F2 có chỉ số GPR cao nhất ($1,45 \pm 0,34$), thấp nhất là nhóm F0 ($0,30 \pm 0,15$), ($p < 0,05$); Chỉ số GPR ở nhóm F ≥ 1 ($0,71 \pm 0,78$) cao hơn nhóm F0 ($0,30 \pm 0,15$), $p < 0,001$; Có mối tương quan thuận giữa chỉ số GPR với các giai đoạn xơ hóa gan ($r = 0,428$ và $p < 0,001$). **Kết luận:**

GPR ở nhóm F ≥ 1 cao hơn nhóm F0, nhóm F ≥ 2 cao hơn nhóm F < 2 ($p < 0,05$). Có mối tương quan thuận giữa GPR với các giai đoạn xơ hóa gan theo Metavir ($p < 0,05$). **Từ khóa:** GPR, Xơ hóa gan, Trinitrotoluen

SUMMARY

RESEARCH ON THE IMPORTANCE OF GPR INDEX IN PROGNOSIS OF THE DEGREE OF LIVER FIBROSIS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS CAUSED BY OCCUPATIONAL TRINITROTOLUENE POISONING

Objective: To evaluate the GPR index in predicting the degree of liver fibrosis in patients with chronic hepatitis due to occupational trinitrotoluene poisoning. **Subjects and Methods:** 177 patients were diagnosed with chronic hepatitis due to occupational exposure to TNT; descriptive cross-sectional study; whole sample collection: biopsy for histopathology, biochemical and hematological tests; liver degeneration stage according to Metavir; GPR index. **Results:** Patients in group F0 (55.9%), F1 (36.2%), F2 (7.9%); The average GPR index was 0.48 ± 0.57 , the lowest was 0.05, the highest was 5.93; The GPR index in group F1 (0.71 ± 0.78) was higher than that in group F0 (0.30 ± 0.15), $p < 0.001$; patients in group F2 had the highest GPR index (1.45

¹Bệnh viện Quân y 103 - Học viện Quân y
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Bằng
Email: bangnvbs@gmail.com
Ngày nhận bài: 18.7.2025
Ngày phản biện khoa học: 19.8.2025
Ngày duyệt bài: 2.10.2025

± 0.34), the lowest was group F0 (0.30 ± 0.15), ($p < 0.05$); The GPR index in group $F \geq 1$ (0.71 ± 0.78) was higher than that in group F0 (0.30 ± 0.15), $p < 0.001$; There was a positive correlation between GPR index and liver fibrosis stages ($r = 0.428$ and $p < 0.001$). **Conclusion:** GPR in group $F \geq 1$ was higher than group F0, group $F \geq 2$ was higher than group $F < 2$ ($p < 0.05$). There was a positive correlation between GPR and liver fibrosis stages according to Metavir ($p < 0.05$).

Keywords: GPR, Liver fibrosis, Trinitrotoluene.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

TNT và các sản phẩm chuyển hóa có trong cơ thể có khả năng gây tổn thương đa dạng cho các cơ quan trong cơ thể, trong đó gan là một cơ quan chịu nhiều tác động [2]. TNT có thể gây viêm gan cấp tính với biểu hiện teo gan vàng cấp, thường gặp nhất là tình trạng viêm gan mạn tính, một số trường hợp có biểu hiện xơ gan. Để chẩn đoán mức độ tổn thương mô bệnh học của gan, sinh thiết gan được xem là "tiêu chuẩn vàng", tuy nhiên, đây là một thủ thuật xâm nhập có biến chứng và chống chỉ định ở một số nhóm bệnh nhân [1]. Vì vậy, phương pháp đánh giá mức độ xơ hóa gan không xâm nhập như sử dụng các chỉ số sinh học, chẩn đoán hình ảnh cho độ chính xác cao [2], [3]. Chỉ số GPR (Gamma-glutamyl transpeptidase to platetlet radio) là chỉ số được tính toán dựa trên các thông số xét nghiệm thường quy: GGT, số lượng tiểu cầu, những thông số này có thể áp dụng ở hầu hết các cơ sở y tế. Việc đánh giá mức độ tổn thương mô bệnh học ở đối tượng nhiễm độc TNT nghề nghiệp hầu như chỉ được thực hiện một lần tại các bệnh viện tuyến trung ương với các bác sĩ giải phẫu bệnh lý và không được tiếp tục theo dõi. Việc áp dụng các chỉ số GPR để đánh giá mức độ xơ hóa và theo dõi tiến triển mức độ tổn thương mô bệnh học gan là rất có ý nghĩa [4]. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: chỉ số GPR trong tiên lượng mức độ xơ hóa gan ở bệnh nhân viêm gan mạn do nhiễm độc trinitrotoluen nghề nghiệp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 177 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán viêm gan mạn tính do tiếp xúc TNT nghề nghiệp tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 12/2023 đến tháng 12/2024 (theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, có phân tích, lấy số liệu hồi cứu kết hợp tiến cứu.

- Phương pháp chọn mẫu: Lấy mẫu toàn bộ, thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn, được sinh

thiết gan làm MBH.

- Xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi trên máy phân tích huyết học tự động DxH690T (Beckman Coulter - Mỹ) thực hiện tại Bộ môn - Trung tâm Huyết học Truyền máu, Bệnh viện Quân y 103.

- Xét nghiệm sinh hóa máu trên máy AU5800 (Beckman Coulter, Mỹ) tại khoa Sinh hóa, Bệnh viện Quân y 103.

- Giai đoạn xơ hóa gan theo thang điểm Metavir: F0, F1, F2, F3, F4 [5]: F0: không xơ hóa. F1: Xơ hóa khoảng cửa tối thiểu. F2: Xơ hóa khoảng cửa và có vùng tạo cầu xơ. F3: Xơ hóa khoảng bắc cầu nổi bật. F4: Xơ gan.

- Chỉ tiêu về mức độ xơ hóa gan [5]: Không có xơ hóa gan: F0. Có xơ hóa gan: $F \geq 1$. Có xơ hóa đáng kể (significant fibrosis): $F \geq 2$. Có xơ hóa nặng (advanced fibrosis): $F \geq 3$. Xơ gan thực thụ: F4.

- Chỉ số GPR được tính toán dựa trên các thông số xét nghiệm sinh hóa, huyết học theo các công thức dưới đây:

$$GPR = \frac{GGT \times 100}{GGT (ULN) \times \text{số lượng Tiểu cầu}}$$

Trong đó: GGT: Hoạt độ GGT của bệnh nhân (U/L). GGT (ULN): Mức giới hạn cao của GGT của người bình thường, là 50U/L. PLT: Số lượng tiểu cầu (G/L).

- Phân tích và xử lý số liệu: bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Đề tài đã được thông qua Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Quân y 103 (số 89/HĐĐĐ, ngày 19/8/2024). Cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mô bệnh học gan

Bảng 1. Giai đoạn xơ hóa gan theo Metavir (n=177)

Giai đoạn xơ hóa	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
F0	99	55,9%
F1	64	36,2%
F2	14	7,9%

Nhận xét: BN nhóm F0 (55,9%), F1 (36,2%), 7,9% xơ hóa gan F2.

Bảng 2. Mức độ xơ hóa gan theo Metavir (n=177)

Mức độ xơ hóa gan	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không có xơ hóa (F0)	99	55,9%
Có xơ hóa ($F \geq 1$)	78	44,0%
Xơ hóa đáng kể ($F \geq 2$)	14	7,9%

Nhận xét: Bệnh nhân nhóm F0 (55,9%), $F \geq 1$ (44,0%), xơ hóa đáng kể (7,9%).

2. Môi liên quan giữa chỉ số GPR với

giai đoạn xơ hóa gan theo Metavir**Bảng 3. Đặc điểm chỉ số GPR của các giai đoạn xơ hóa gan (n=177)**

Chỉ số GPR	n	$\bar{X} \pm SD$	Trung vị (Min - Max)	p
Giai đoạn xơ hóa gan	F0	99	0,30 $\pm$ 0,15	0,29 (0,09-0,67)
	F1	64	0,55 $\pm$ 0,76	0,36 (0,05-5,93)
	F2	14	1,45 $\pm$ 0,34	1,40 (0,94-2,16)
	n=177		0,48 $\pm$ 0,57	0,34 (0,05-5,93)

Nhận xét: Chỉ số GPR trung bình (0,48 $\pm$ 0,57), thấp nhất là 0,05, cao nhất là 5,93. BN nhóm F2: GPR cao nhất (1,45 $\pm$ 0,34), thấp nhất F0 (0,30 $\pm$ 0,15), ($p < 0,05$).

Bảng 4. Chỉ số GPR giữa các mức độ: có xơ hóa gan ($F \geq 1$) và không có xơ hóa gan (F0) (n=177)

Chỉ số GPR	n	$\bar{X} \pm SD$	Trung vị (Min - Max)	p
Mức độ xơ hóa gan	F0	99	0,30 $\pm$ 0,15	0,29 (0,09 - 0,67)
	F ≥ 1	78	0,71 $\pm$ 0,78	0,47 (0,05 - 5,93)

Nhận xét: Chỉ số GPR nhóm F ≥ 1 (0,71 $\pm$ 0,78) cao hơn F0 (0,30 $\pm$ 0,15), $p < 0,001$.

Bảng 5. Chỉ số GPR giữa các mức độ có xơ hóa gan đáng kể ($F \geq 2$) và không có xơ hóa gan đáng kể ($F < 2$)

Chỉ số GPR	n	$\bar{X} \pm SD$	Trung vị (Min - Max)	p
Mức độ xơ hóa gan	F<2	163	0,40 $\pm$ 0,50	0,32 (0,05 - 5,93)
	F ≥ 2	14	1,45 $\pm$ 0,34	1,40 (0,94 - 2,16)

Chỉ số GPR nhóm F ≥ 2 (1,45 $\pm$ 0,34) cao hơn F<2 (0,40 $\pm$ 0,50), $p < 0,001$.

Bảng 6. Tương quan của GPR với các giai đoạn xơ hóa gan theo Metavir

Chỉ số	Giai đoạn xơ hóa gan	
	Spearman rho	p
GPR	0,428	<0,001

Nhận xét: Có mối tương quan thuận giữa chỉ số GPR với các giai đoạn xơ hóa gan ($r = 0,428$ và $p < 0,001$).

IV. BÀN LUẬN**4.1. Đặc điểm về mô bệnh học gan.**

Bệnh nhân trong NC này là đã được chẩn đoán xác định viêm gan mạn tính/bệnh nhiễm độc TNT nghề nghiệp. Kết quả mô bệnh học phân loại giai đoạn xơ hóa gan theo Metavir cho thấy: tổn thương xơ hóa gan giai đoạn F1 chiếm tỷ lệ cao nhất 36,2%; giai đoạn F2 chiếm 7,9%. Theo Nguyễn Phúc Thái (1998), hiện tượng tăng sinh xơ trong nhu mô gan ghi nhận được với các mức

độ khác nhau trên 38 mẫu tiêu bản sinh thiết gan quan sát trên kính hiển vi quang học: xuất hiện dải xơ trong nhu mô 27/38 mẫu (71%), xuất hiện tế bào sợi xơ trong nhu mô 10/38 mẫu (26%), dải xơ chia cắt tiểu thùy 10/38 (26%), hình ảnh tiểu thùy gan giả 2/38 (5,3%) [6]. Áp dụng phân loại xơ hóa theo Metavir, kết quả của tác giả Nguyễn Phúc Thái về các mức độ tăng sinh xơ trong gan là tương đương: xuất hiện dải xơ trong nhu mô gan tương đương với mức độ có xơ hóa gan ($F \geq 1$) chiếm 71%, dải xơ chia cắt tiểu thùy tương đương mức độ xơ hóa gan đáng kể ($F \geq 2$) chiếm 26%, hình ảnh tiểu thùy gan giả - hình ảnh đặc hiệu của xơ gan F4 chiếm 5% [6]. Như vậy, tỉ lệ các mức độ xơ hóa gan trong nghiên cứu này cao hơn so với kết quả thu được trong nghiên cứu của chúng tôi: Tỉ lệ bệnh nhân có xơ hóa gan là 44,1%, xơ hóa đáng kể chiếm 7,9%, không ghi nhận trường hợp xơ hóa gan nặng và xơ gan thực thụ.

4.2. Mối liên quan giữa chỉ số GPR với giai đoạn xơ hóa gan theo Metavir.

GGT lưu hành trong huyết tương có nguồn gốc chủ yếu từ gan (xét nghiệm giúp đánh giá tổn thương gan), có liên quan đến việc sử dụng rượu hoặc các chất độc khác. Tiểu cầu đóng vai trò trung tâm trong quá trình cầm máu ban đầu và ổn định cục máu đông. Hậu quả của tổn thương gan mạn tính là tình trạng giảm tiểu cầu [7]. Kết quả nghiên cứu cho thấy GPR có giá trị trung bình (0,48 $\pm$ 0,57), giá trị lớn nhất (5,93), giá trị nhỏ nhất (0,05). Theo Ben. A. H. và cs (2019) nghiên cứu 179 bệnh nhân viêm gan virus B mạn tính (2008 - 2016) đánh giá chỉ số APRI, FIB-4, GPR: giá trị trung bình GPR là 0,32, giá trị lớn nhất (8,3), nhỏ nhất (0,05) [8]. Kết quả NC của chúng tôi: GPR ở nhóm $F \geq 1$ cao hơn nhóm F0 ($p < 0,05$). GPR ở nhóm $F \geq 2$ là 1,45 $\pm$ 0,34 cao hơn nhóm $F < 2$ (0,40 $\pm$ 0,50), $p < 0,05$, kết quả này tương tự của Ghachem I. và cs (2024) khi nghiên cứu 150 bệnh nhân người Tunisia mắc viêm gan virus B mạn tính [4]. Tương quan của GPR với giai đoạn xơ hóa gan theo Metavir: có mối tương quan thuận, mức độ vừa giữa GPR với giai đoạn xơ hóa gan với hệ số tương quan hạng rho = 0,428, $p < 0,05$. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự kết quả của Ben. A. H. và cs (2019) (tương quan thuận giữa GPR với giai đoạn xơ hóa gan với hệ số tương quan rho = 0,2 và $p < 0,05$) [8], của Ghamchem I. và cs (2024) (hệ số tương quan của chỉ số GPR là 0,46 với $p < 0,001$) [4]. Lemoine M. và cs (2016) có tương quan thuận giữa GPR và giai đoạn xơ hóa gan với rho = 0,53 và $p < 0,0001$ [9]; Huang R. và cs (2017) cho thấy chỉ số GPR có xu hướng tăng theo

các giai đoạn ở bệnh nhân viêm gan virus B mạn tính, hệ số tương quan là $\rho = 0,511$ với $p < 0,001$ [10].

V. KẾT LUẬN

Chỉ số GPR ở nhóm có xơ hóa gan ($F \geq 1$) cao hơn ở nhóm không có xơ hóa gan (F_0), nhóm có xơ hóa gan đáng kể ($F \geq 2$) cao hơn nhóm không có xơ hóa gan đáng kể ($F < 2$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Có mối tương quan thuận giữa chỉ số GPR với các giai đoạn xơ hóa gan theo Metavir ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tobkes A.I., Nord H.J.** Liver biopsy: review of methodology and complications. *Dig Dis*, 1995, 13(5): 267-74.
2. **Subasi C.F., Aykut U.E., Yilmaz Y.** Comparison of noninvasive scores for the detection of advanced fibrosis in patients with nonalcoholic fatty liver disease. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 2015, 27(2): 137-41.
3. **Yang H.R., Kim H.R., Myung J.K. et al.** Noninvasive parameters and hepatic fibrosis scores in children with nonalcoholic fatty liver disease. *World journal of gastroenterology*, 2012, 18(13): 1525-1530.
4. **Ghachem I., Hamzaoui L., Bachali A., et al.**

Performance of GPR score for non-invasive assessment of liver fibrosis in chronic hepatitis B Tunisian patients. *Tunis Med*, 2024, 102(10): 715-721.

5. **Chowdhury A.B., Mehta K.J.** Liver biopsy for assessment of chronic liver diseases: a synopsis. *Clin Exp Med*, 2023, 3(2): 273-285.
6. **Nguyễn Phúc Thái.** Nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng tổn thương gan do tiếp xúc nghề nghiệp với trinitrotoluen và thăm dò tác dụng bảo vệ của cà gai leo trên thực nghiệm, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân y. 1998.
7. **Nwokediuko S.C., Ibegbulam O.** Quantitative Platelet Abnormalities in Patients With Hepatitis B Virus-Related Liver Disease. *Gastroenterology Res*, 2009, 2(6): 344-349.
8. **Ben A.H., Koubaa M., Yaich S., et al.** A new combined predicting model using a non-invasive score for the assessment of liver fibrosis in patients presenting with chronic hepatitis B virus infection. *Med Mal Infect*, 2019, 49(8): 607-615.
9. **Lemoine M., Shimakawa Y., Nayagam S., et al.** The gamma-glutamyl transpeptidase to platelet ratio (GPR) predicts significant liver fibrosis and cirrhosis in patients with chronic HBV infection in West Africa. *Gut*, 2016, 65(8): 1369-76.
10. **Huang R., Wang G., Tian C., et al.** Gamma-glutamyl-transpeptidase to platelet ratio is not superior to APRI, FIB-4 and RPR for diagnosing liver fibrosis in CHB patients in China. *Sci Rep*, 2017, 7(1): 8543.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT FREY ĐIỀU TRỊ VIÊM TỤY MẠN TẠI BỆNH VIỆN E

Lương Đức Anh¹, Đỗ Trường Sơn^{1,2}, Phạm Thái Hưng^{1,3},
Đặng Quốc Ái^{1,2}, Trần Nguyễn Bảo Tuấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật Frey trong điều trị viêm tụy mạn tại khoa Ngoại tổng hợp bệnh viện E giai đoạn 2019 – 2025. **Đối tượng và phương pháp:** Quan sát mô tả 35 bệnh nhân bị viêm tụy mạn được phẫu thuật Frey tại khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện E từ tháng 10/2019 đến tháng 01/2025. **Kết quả:** 35 bệnh nhân có độ trung bình là 53,7 tuổi; trong đó nam giới chiếm 74,3%. Nguyên nhân chủ yếu do rượu (68,6%) và thuốc lá (57,1%). Tất cả bệnh nhân có sỏi đầu tụy; 85,7% có sỏi ống tụy chính, 42,9% có nang giả tụy. Thời gian phẫu thuật trung bình là 215 ± 54 phút, lượng máu mất trung bình là $65,4 \pm 42,7$ ml, không có tai biến trong mổ. Biến chứng sớm gặp ở 20% bệnh nhân, chủ yếu

là rò tụy độ I-II (Clavien–Dindo), không có trường hợp nào gặp biến chứng nặng hay tử vong. Sau 6 tháng, điểm Izbicki giảm từ 50,1 xuống 14,3, điểm VAS giảm từ 61,7 xuống 11,4 ($p < 0,001$). Điểm SF-12 chung tăng từ 30,3 lên 76,1, cân nặng trung bình tăng 3,9 kg. Không ghi nhận biến chứng muộn nặng hoặc tử vong trong thời gian theo dõi. **Kết luận:** Phẫu thuật Frey là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả cho viêm tụy mạn có giãn ống tụy, giúp cải thiện chất lượng cuộc sống và tỷ lệ biến chứng thấp.

Từ khóa: Viêm tụy mạn, phẫu thuật Frey, giảm đau, chất lượng cuộc sống.

SUMMARY

RESULTS OF FREY PROCEDURE IN THE MANAGEMENT OF CHRONIC PANCREATITIS AT E HOSPITAL

Objective: To evaluate the outcomes of the Frey procedure in the treatment of chronic pancreatitis at the Department of General Surgery, E Hospital, during the period 2019–2025. **Methods:** A descriptive observational study was conducted on 35 patients with chronic pancreatitis who underwent the Frey procedure at the Department of General Surgery, E Hospital, between October 2019 and January 2025.

¹Bệnh viện E

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Lương Đức Anh

Email: drluongducanh1986@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025