

đều có 01 bệnh nhân (2,9%). Không có bệnh nhân nào tử vong trong phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác. Theo nghiên cứu của tác giả Trần Chiến có 3,3% nhiễm khuẩn vết mổ, chảy máu tại vùng sau lấy u 2,7% phải mổ lại cầm máu, không có bệnh nhân nào bị viêm màng não và áp xe não [9]. Các biến chứng sau mổ đều được xử trí và đạt hiệu quả sau khi điều trị.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 34 trường hợp u nguyên bào thần kinh đệm được điều trị phẫu thuật, tại bệnh viện K, cơ sở Tân Triều từ tháng 1/2019 tới tháng 12/2020 chúng tôi nhận thấy phần lớn bệnh nhân được mổ qua đường vỏ não (97,1%), Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $286,9 \pm 90,5$ phút, phần lớn bệnh nhân có thời gian phẫu thuật từ 2-4 giờ. Đa số các bệnh nhân được mổ lấy tối đa khối u có thể (lấy toàn bộ và gần hết u) chiếm 94,1%. Các biến chứng hay gặp trong và sau mổ là chảy máu (8,8%), phù não sau mổ (11,8%), yếu, liệt nửa người (20,6%), động kinh xảy (5,9%). Thời gian nằm viện trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $13,9 \pm 6,5$ ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Liang C, Jun S, Xiuzhi J, et al.** (2014). Treating malignant glioma in Chinese patients: update on temozolomide. *OncoTargets and Therapy*, 7: 235–244.
2. **S. Xu, Tang,, Li L., X.,, F. Fan, et al.** (2020). Immunotherapy for glioma: current management and future application. *Cancer Letters*, 476: 1-12.
3. **Pang BC, Wan WH, Lee CK, et al.** (2007). The role of surgery in high-grade glioma--is surgical resection justified? A review of the current knowledge. *Ann Acad Med Singap*, 36(5): 358-63.
4. **Nakamura M, Roser F, Bundschuh O, et al.** (2003). Intraventricular meningiomas: a review of 16 cases with reference to the literature. *Surgical Neurology*, 6: 491-504.
5. **Rizk A** (2018), Vestibular schwannoma: microsurgery or radiosurgery. *Brain Tumors-An Update*, ed. Moscote-Salazar LR Agrawal ALondon, United Kingdom, IntechOpen Limited: 85-104.
6. **Hoàng Minh Đô** (2009), Nghiên cứu chẩn đoán và thái độ điều trị u não thể glioma ở bán cầu đại não, Luận án tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y.
7. **R. Stupp, W. P. Mason, M. J. van den Bent, et al.** (2005). Radiotherapy plus Concomitant and Adjuvant Temozolomide for Glioblastoma. *The New England Journal of Medicine*, 352(10): 987-996.
8. **C. Senft, A. Bink, K. Franz, et al.** (2011). Intraoperative MRI guidance and extent of resection in glioma surgery: a randomised, controlled trial. *The lancet oncology*, 12(11): 997-1003.
9. **Trần Chiến** (2011), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và kết quả phẫu thuật u não tế bào hình sao bán cầu đại não, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ MẮT VỮNG CỘT SỐNG THẮT LƯNG CÓ LOÃNG XƯƠNG BẰNG VÍT RỔNG CHÂN CUNG CÓ BƠM XI MĂNG

Võ Thành Toàn¹, Nguyễn Văn Dũng¹, Lê Bá Tùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị MVCSTL có chèn ép thần kinh về mặt lâm sàng, hình ảnh học và biến chứng của vít rỗng chân cung có bơm xi măng trong phẫu thuật cố định MVCSTL. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca tất cả (59 BN) các trường hợp bị MVCSTL có loãng xương (T-score < -2.5SD) đã được phẫu thuật bằng phương pháp hàn liên thân đốt lõi sau với vít rỗng chân cung có bơm xi măng sinh học tại khoa Ngoại thần kinh bệnh viện Thống Nhất, thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 06/2015 đến tháng 06/2021. **Kết quả:** các triệu chứng lâm sàng trước phẫu thuật như

đau lưng theo thang điểm VAS giảm từ 7,10 điểm xuống còn 2,56 điểm (giảm có ý nghĩa thống kê $P < 0,05$) và đau chân theo rễ thần kinh giảm từ 6,44 điểm xuống còn 1,67 điểm (giảm có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$). Đi cách hồi thần kinh giảm 74,6% còn 6,8%, (giảm có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$). Một số biến chứng được ghi nhận: rò xi măng, nhiễm trùng với tỉ lệ thấp. Kết quả theo thang điểm **JOA**: Rất tốt là 49,1%, tốt là 39%, trung bình là: 11,9%, không có trường hợp nào xấu. Tỉ lệ phục hồi theo **JOA** cải thiện nhiều ở BN 1 và 2 tầng và cao hơn đáng kể ở 3 tầng. **Kết luận:** Phương pháp bắt vít rỗng kèm bơm xi măng sinh học qua cuống có hiệu quả trong điều trị BN MVCSTL có loãng xương.

Từ khóa: Mắt vững cột sống thắt lưng (MVCSTL).

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE RESULTS OF TREATMENT OF OSTEOPOROTIC LUMBAR VERTEBRAE INSTABILITY BY INJECTABLE HOLLOW PEDICLE SCREWS WITH PMMA

¹Bệnh viện Thống Nhất

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dũng

Email: nguyenvandung77999@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2023

Ngày duyệt bài: 12.9.2023

Objectives: To evaluate the results of treatment of LVI with nerve compression in terms of clinical, imaging and complications of the injectable hollow screw with PMMA in the fixation surgery of LVI. **Subjects and Methods:** A retrospective descriptive study of all cases of LVI with osteoporosis (T- score < -2.5SD) who were operated by PLIF with hollow screw with bio-cement augmentation at the Department of Neurosurgery, Thong Nhat Hospital, Ho Chi Minh City from June 2015 to June 2021. **Results:** We retrospectively reviewed 59 patients who underwent surgery to treat LVI with osteoporosis by using injectable hollow pedicle screws with PMMA, we obtained: preoperative clinical symptoms such as low back pain on the VAS scale decreased from 7.10 points to 2.56 points (statistically significant reduction $P < 0.05$) and nerve root pain decreased from 6.44 points to 1.67 points (statistically significant reduction $p < 0.05$). Neurogenic claudication decreased by 74.6% to 6.8%, (statistically significant reduction $p < 0.05$). Some complications were recorded: cement leak, infection with a low rate. Results according to JOA scale: Very good 49.1%, good 39%, average: 11.9%, no bad cases. The JOA recovery rate improved significantly in patients with 1 and 2 levels and was significantly higher in patients with 3 levels. **Conclusion:** The hollow screw method with bio-cement pump through the stem is effective in the treatment of patients with MVCSTL with osteoporosis.

Keywords: Lumbar vertebrae instability (LVI)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương (LX) là một căn bệnh phổ biến ở dân số già do tần suất bệnh cao và chi phí điều trị nặng nề. LX chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như tuổi, giới tính, chế độ dinh dưỡng, tập luyện, chiều cao, cân nặng của mỗi cá thể và khó khăn hơn khi xảy ra ở bệnh lý thoái hóa. Hàn xương đốt sống là phương pháp điều trị phẫu thuật phổ biến cho những bệnh nhân (BN) bị đau lưng mãn tính, chèn ép thần kinh làm giảm chất lượng cuộc sống. Trong phẫu thuật cột sống, phương pháp phẫu thuật lõi sau sử dụng vít bắt qua chân cung nhằm làm vững cột sống đã được áp dụng rộng rãi trên thế giới và ở Việt Nam trong nhiều thập niên qua. Tuy nhiên, khi sử dụng vít chân cung ở những BN có tình trạng loãng xương thì sự vững chắc của vít khi bắt vào xương sẽ giảm đáng kể, dẫn đến nguy cơ lỏng vít, tuột vít và kết quả hàn xương không cao [5]. Sử dụng vít rỗng chân cung kết hợp bơm xi măng sinh học là một phương pháp được thực hiện phổ biến trên thế giới tuy nhiên chưa có nhiều sự phổ biến ở Việt Nam và phương pháp này có thực sự làm gia tăng vững chắc của vít cho những BN bị mất vững cột sống thắt lưng (MVCSTL) có loãng xương và những biến chứng gì có thể xảy ra khi dùng chúng. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều*

trị MVCSTL có chèn ép thần kinh về mặt lâm sàng, hình ảnh học và biến chứng của vít rỗng chân cung có bơm xi măng trong phẫu thuật cố định MVCSTL.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: tất cả các trường hợp bị MVCSTL có loãng xương (Tscore < -2.5SD) đã được phẫu thuật bằng phương pháp PLIF với vít rỗng chân cung có bơm xi măng sinh học tại khoa Ngoại Thần Kinh bệnh viện Thống Nhất, thành phố Hồ Chí Minh, từ tháng 6/2015 đến tháng 6/2021.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu

- BN được chẩn đoán MVCSTL dựa vào lâm sàng và hình ảnh học.
- Chỉ số đo mật độ xương tại đốt sống thắt lưng và cổ xương đùi có T- Score < -2,5SD
- Được chỉ định phẫu thuật cố định cột sống thắt lưng bằng vít rỗng chân cung có bơm xi măng tăng cường và hàn liên thân đốt lõi sau.
- Thời gian theo dõi sau phẫu thuật từ 12 tháng trở lên.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các trường hợp theo dõi sau phẫu thuật dưới 12 tháng.
- BN mất dấu theo dõi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca với cỡ mẫu được tính theo công thức tính cỡ mẫu dựa trên p là trị số mong muốn trong nghiên cứu của Okuda S.

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

Với: $p = 0,878$ $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ $d = 0,1$ suy ra $N = 41$. Các ca phẫu thuật được sử dụng phương pháp phẫu thuật PLIF.

2.3. Đánh giá kết quả

- Đặc điểm dịch tễ: tuổi, giới, lối sống, nghề nghiệp
- Đặc điểm lâm sàng: lý do nhập viện, tiền sử bệnh lý, triệu chứng lâm sàng
- Đặc điểm hình ảnh học: X- quang cột sống thắt lưng thẳng nghiêng, cúi, ngửa đánh giá trượt đốt sống, mất vững cột sống, vẹo cột sống; MRI cột sống lưng đánh giá thoát vị đĩa đệm, hẹp ống sống, phì đại mấu khớp; đo mật độ xương đánh giá loãng xương.
- Kết quả: Quá trình phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật, rò xi măng, rách màng cứng, tổn thương rễ thần kinh. Sau phẫu thuật: Lâm sàng: thang điểm VAS, thang điểm JOA, sức cơ, phản xạ gân xương, các biến chứng; cận lâm sàng: tiêu chuẩn hàn xương theo Lee [6], biến chứng

xa: lỏng vít, tuột vít.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm về tuổi. Tuổi trung bình của BN trong nghiên cứu là 65,4. Nhóm tuổi từ 60 – 69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 44,1%, cho kết quả tương tự Sakaura [7] tuổi trung bình là 68,3 (44-79) và của Nguyễn Vũ [3] tuổi trung bình 66,2.

Với thang điểm JOA, nhóm tuổi dưới 70 tuổi có kết quả phục hồi sau phẫu thuật tốt hơn (92,3%) so với nhóm từ 70 tuổi trở lên (80%), nhưng chưa thấy mối liên quan.

3.2. Đặc điểm về giới tính. Nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ nam/nữ là 9/50. Nữ chiếm ưu thế, tương tự ở tác giả Nguyễn Thế Luyện [2] là 9/21, Nguyễn Vũ là 4/19 [3]. Tỷ lệ mắc bệnh tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Vũ [3]. Chúng tôi không thấy liên quan với thang điểm JOA.

3.3. Đặc điểm nghề nghiệp. Hầu hết BN trên 55 - 60 tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi là cán bộ hưu trí chiếm tỉ lệ 61%, theo đặc thù BN của bệnh viện Thống Nhất.

3.4. Thể trạng. Đa số BN trong nghiên cứu có thể trạng trung bình 71,2%, gần 7% có thể trạng gầy và khoảng 20% có thể trạng thừa cân, chỉ có 1 trường hợp béo phì (1,7%) và chưa thấy liên quan với kết quả phục hồi theo JOA.

3.5. Đặc điểm lâm sàng

3.5.1. Đau lưng và đau theo rễ thần kinh: Tất cả BN đến khám hầu như đã có triệu chứng đau lưng và đau theo rễ thần kinh với tỉ lệ 96,6% và 83,1%, và đều có biểu hiện đau có tính chất cơ học. Chúng tôi dùng thang điểm VAS đánh giá: VAS 7-8 điểm (đau rất nhiều) gặp nhiều nhất với đau lưng (64,9%) và đau chân (26,5%). Theo Võ Tấn Sơn [1], đau lưng gặp 91,2% ca, đau theo rễ gặp 32,4% ca. Theo Nguyễn Vũ [3], đau lưng 89,6% và đau theo rễ 35,3%.

Trước phẫu thuật, mức độ đau lưng trung bình là 7,1 giảm xuống 3,73, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Với đau theo rễ thần kinh, VAS cải thiện rõ rệt với mức độ đau trung bình trước mổ là 6,44 xuống 3,76 ($p < 0,05$). Xét về mối liên quan giữa VAS và số tầng cột sống được phẫu thuật, sự cải thiện mức độ đau sau mổ có khác nhau đáng kể giữa BN phẫu thuật một tầng ($2,42 \pm 1,01$ điểm) và trên 2 tầng ($4,93 \pm 1,23$ điểm) ($p < 0,05$), tỉ lệ hồi phục theo JOA ở BN phẫu thuật một tầng (76,87%), có ý nghĩa khi so với phẫu thuật từ ba tầng trở lên (56,12%) ($p = 0,01$)

Ở lần tái khám sau cùng, VAS trung bình từ 7,1 xuống 2,56, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Theo Nguyễn Vũ, VAS trung bình là $5,87 \pm 1,61$ giảm xuống còn $1,46 \pm 0,96$. Như

vậy kết quả cho thấy cải thiện tương đối tốt [3].

3.5.2. Đau cách hồi thần kinh: Trong nghiên cứu chúng tôi có 44 BN (74,6%) có triệu chứng, trong đó có 49,2% BN có triệu chứng khi đi dưới 100m. Theo Võ Tấn Sơn [1] thì triệu chứng đau cách hồi thần kinh chiếm tỉ lệ từ 64,7%, Nguyễn Vũ [3] là 76,6% trong đó có 32,2% đi dưới 100 m.

3.5.3. Đau căng rễ thần kinh: Chúng tôi có 93,2% BN có dấu hiệu đau rễ thần kinh với nghiệm pháp Lasègue dương tính $< 70^\circ$. Nghiên cứu của Nguyễn Vũ [3] tỉ lệ đau theo rễ thần kinh là 87,7%. Võ Tấn Sơn [1] là 90,3%.

3.5.4. Rối loạn cảm giác: Chúng tôi có 33 BN (55,9%) có rối loạn cảm giác với các mức độ khác nhau trong đó gặp nhiều nhất là dị cảm da với cảm giác tê chân, có thể gặp ở một hoặc cả hai chân. Nguyễn Vũ [3] là 67,8%. Võ Tấn Sơn [1] là 58,6%.

3.5.5. Tiền căn: Trong mẫu nghiên cứu, tiền căn bệnh lý tăng huyết áp có 27 BN chiếm tỉ lệ 45,8%. Tiền căn bệnh đái tháo đường có 15 BN chiếm tỉ lệ 25,4%.

3.6. Đặc điểm hình ảnh học:

3.6.1. X-quang cột sống thắt lưng: Theo phân độ của Meyerding, chúng tôi có 45 BN (74,3%) có trượt đốt sống, trượt độ 1 có 34 BN (75,6%), trượt độ 2 có 11 BN (24,4%), không có trượt độ 3 và độ 4. Theo Nguyễn Vũ [3] có 72,3% trượt độ 1; 18,9% trượt độ 2.

3.6.2. Hình ảnh cộng hưởng từ (MRI):

Chúng tôi thấy: hẹp ống sống chiếm tỉ lệ 78%, nguyên nhân chủ yếu là trượt đốt sống, thoát vị đĩa đệm, phì đại diện khớp và dày dây chằng vàng. Theo Võ Tấn Sơn [1], tỉ lệ dày dây chằng vàng là 35,8% (12/34), phì đại diện khớp là 29,4% (10/34). Theo Nguyễn Vũ [3] tỉ lệ hẹp ống sống là 61,1%

3.6.3. Đo mật độ xương cột sống (T-score): Chúng tôi ghi nhận BN có điểm T-score từ -5,3SD đến -2,5SD. Điểm T-score trung bình là -3,2SD, có liên quan giữa nhóm T-score xương cột sống và tỷ lệ hồi phục theo JOA với $p = 0,017$, và có liên quan giữa nhóm T-score và mức độ liên xương theo Lee với $p = 0,035$ [6]

3.7. Mức độ phục hồi và biến chứng

3.7.1. Đánh giá mức độ phục hồi theo JOA. Điểm trung bình sau phẫu thuật (theo JOA) của chúng tôi là: $22,61 \pm 3,68$, cải thiện so với thời điểm trước phẫu thuật là: $7,68 \pm 1,81$, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. ($p < 0,05$) với nhóm hồi phục rất tốt chiếm tỷ lệ cao nhất 49,1%, hồi phục tốt 39% và khoảng 12% là hồi phục trung bình.

3.7.2. Biến chứng

- **Nhiễm trùng vết mổ:** chúng tôi có 3/59 BN có nhiễm trùng nông, 2/59 BN bị nhiễm trùng sâu, trong đó có 3 BN có bệnh đái tháo đường nặng, lâu năm, kiểm soát đường huyết kém. El-Soufy [4] gặp 4 BN có biểu hiện nhiễm khuẩn vết mổ và điều trị ổn định sau 3 tuần.

- **Rách màng cứng:** có 2 trường hợp (3,4%): 1 trường hợp là dày dây chằng vàng xơ dính vào màng cứng và 1 trường hợp đã phẫu thuật thoát vị đĩa đệm L4L5 ba năm. Cả 2 đều được vá kín và không ghi nhận rò. Sakaura [7] gặp biến chứng rách màng cứng trong mổ ở 4,3%. Võ Tấn Sơn [1] và cộng sự có tỉ lệ rách màng cứng là 2,9%.

- **Biến chứng mạch máu thần kinh:** chúng tôi không có BN tổn thương rễ thần kinh. Sakaura [7] cho thấy có 10% tổn thương thần kinh thoáng qua ở phẫu thuật 2 tầng và 2,2% ở phẫu thuật 1 tầng, có 5% phẫu thuật 2 tầng có ảnh hưởng đến vận động.

- **Rò xi măng:** 4 trường hợp rò xi măng thành bên thân đốt sống trong phẫu thuật, chiếm tỉ lệ 6,8%, trong đó 3 trường hợp rò xi măng xảy ra ở đốt sống bị lún do thoái hóa. Theo Waits [9], nên giới hạn lượng xi măng bơm vào mỗi vít dưới 2,5ml để tránh biến chứng rò xi măng ra khỏi thân sống, chúng tôi bơm xi măng vào thân sống với lượng 2ml và chưa tìm thấy mối liên quan giữa chỉ số T-score xương cột sống và tình trạng rò xi măng ra ngoài thân sống ($p = 0,074$).

- **Lỏng vít, tuột vít:** không ghi nhận biến chứng. So sánh với Stoffel [8] có 2/100 trường hợp bị lỏng vít.

IV. KẾT LUẬN

MVCSTL là một bệnh lý thường gặp và càng trở nên khó khăn hơn ở BN có loãng xương. Phương pháp làm cứng và hàn xương bằng vít

rỗng kết hợp bơm xi măng sinh học qua cuống cung thực sự hiệu quả trong việc giúp đỡ BN quay lại cuộc sống bình thường và cải thiện chất lượng sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Tấn Sơn, Ngô Nguyên Quang** (2004), "Điều trị phẫu thuật 34 trường hợp hẹp ống sống thắt lưng do thoái hóa", Y học TP.Hồ Chí Minh, tập 8, phụ bản số 1, tr.86-89.
2. **Nguyễn Thế Luyện** (2010), "Kết quả phẫu thuật bệnh trượt đốt sống thắt lưng", Y học TP.Hồ Chí Minh, Tập 14, phụ bản số 1, tr.257-261.
3. **Nguyễn Vũ** (2015), "Nghiên cứu điều trị trượt đốt sống thắt lưng bằng phương pháp cố định cột sống qua cuống kết hợp hàn xương liên thân đốt", Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
4. **El-Soufy, M., et al** (2015), "Clinical and Radiological Outcomes of Transforaminal Lumbar Interbody Fusion in Low-Grade Spondylolisthesis", J Spine Neurosurg, Volume 4, Issue 2, pp.2-6.
5. **Galbusera F, Volkheimer D, Reitmaier S, Berger-Rosher N, Kienle A, Wilke HJ** (2015), "Pedicule screw loosening: a clinically relevant complication?", Euro Spine J, Volume 24, pp.1005-1016.
6. **Lee YL, Yip KM, Kevin MH** (1996), "The osteoporotic spine", Clinical Orthop Relat Res, Volume 1, pp.91-97.
7. **Sakaura, H., et al** (2013), "Outcomes of 2-level posterior lumbar interbody fusion for 2-level degenerative lumbar spondylolisthesis: Clinical article", Journal of Neurosurgery Spine, volume 19, issue 1, pp. 90-94.
8. **Stoffel M., Behr M., Reinke A., Stuer C., Ringel F., Meyer B.** (2010), "Pedicule screw-based dynamic stabilization of the thoracolumbar spine with the cosmic-system: a prospective observation". Acta Neurochir (Wien), 152(5), pp. 835-843.
9. **Waits C, Burton D, McIff T** (2009). Cement augmentation of pedicle screw fixation using novel cannulated cement insertion device". Spine, 34(14):E478-83.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN VIÊM TỤY CẤP DO TĂNG TRIGLYCERID BẰNG LIỆU PHÁP INSULIN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH PHÚ THỌ

Trần Thị Tuyết Nhung¹, Lê Quốc Tuấn¹, Lê Thị Thu Hiền²

TÓM TẮT

¹Trung tâm Y tế Thanh Ba

²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Tuyết Nhung

Email: tranthituyetnhungbv@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.8.2023

Ngày duyệt bài: 15.9.2023

Mục tiêu: "Mô tả kết quả điều trị bệnh nhân viêm tụy cấp do tăng triglycerid bằng liệu pháp insulin tại Bệnh Viện Đa Khoa Tỉnh Phú Thọ". **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm 54 bệnh nhân VTC có tăng TG máu được điều trị bằng liệu pháp Insulin tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Phú Thọ từ 7/2022 đến 6/2023. Kết quả: Nhóm tuổi 40 – 49 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 37%, tuổi trung bình là $47,98 \pm 10,02$. Số BN nam (88,9%) mắc nhiều hơn nữ (11,1%). Sau 72h, 48h, 24h và 12h điều trị bằng liệu pháp Insulin thì Triglyceride giảm lần lượt là $82,6 \pm 8,6\%$; $77,4 \pm$