

trong quá trình điều trị IPL và tỷ lệ bị khô da là 54,2% [6].

Như vậy, liệu pháp IPL đã được chứng minh là an toàn và hiệu quả trong điều trị mụn trứng cá. Các tác dụng không mong muốn hầu hết đều nhẹ và tự khỏi mà không cần phải can thiệp gì.

V. KẾT LUẬN

Điều trị mụn trứng cá thông thường mức độ trung bình, nặng bằng IPL có tỷ lệ bệnh nhân hài lòng cao, tỷ lệ điều trị thành công cao, an toàn, giúp giảm lo âu cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Hậu Khang (2017)**, "Bệnh trứng cá", Bệnh học da liễu, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 23-29.
2. **Nguyễn Ngọc Oanh, Bùi Thị Vân (2023)**, "Nghiên cứu một số yếu tố liên quan và đặc điểm lâm sàng bệnh trứng cá thông thường mức độ vừa đến nặng tại Bệnh viện Bạch Mai", Tạp chí Y dược lâm sàng 108, Tập 18 - Số 8/2023, tr. 40-43.
3. **Đào Duy Thanh (2020)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, đánh giá kết quả điều trị mụn trứng cá thông thường bằng phương pháp IPL kết hợp ánh sáng xanh và bôi FOB 10-Lotion tại Bệnh viện Trường Đại học Y dược Cần Thơ năm 2019-2020, Luận văn bác sĩ chuyên khoa 2, Trường Đại học Y dược Cần Thơ.

4. **Deshpande A.J. (2018)**, "Efficacy and Safety Evaluation of Highdensity Intense Pulsed Light in the Treatment of Grades II and IV Acne Vulgaris as Monotherapy in Dark-skinned Women of Child Bearing Age", J Clin Aesthet Dermatol, 11(4), pp. 43-48.
5. **Karan S., Vikran J., Anil G. (2019)**, "A Comparative Study between Topical Adapalene (0.1%) versus a Combination of Topical Adapalene (0.1%) and Intense Pulsed Light Therapy in the Treatment of Inflammatory and Noninflammatory Facial Acne Vulgaris: A Split-Face Randomized Controlled Trial", Indian J Drugs Dermatol, 5, pp. 19-25.
6. **Li Y., Zhu J., Zhang Y., et al. (2020)**, "Isotretinoin plus 420 nm intense pulsed light versus isotretinoin alone for the treatment of acne vulgaris: a randomized, controlled study of efficacy, safety, and patient satisfaction in Chinese subjects", Lasers in Medical Science, 36, pp. 657-665.
7. **Ryu S.I., Suh D.H., Lee S.J., et al. (2021)**, "Efficacy and safety of intense pulsed light using a dual-band filter for the treatment of facial acne vulgaris", Lasers in Medical Science, 37, pp. 531-536.
8. **Samuels D.V., Rosenthal R., Lin R., et al. (2020)**, "Acne vulgaris and risk of depression and anxiety: A meta-analytic review", Journal of the American Academy of Dermatology, 83(2), pp. 532-41.

GIÁ TRỊ CỦA CẮT LỚP VI TÍNH TRONG PHÂN BIỆT U THẬN DẠNG NANG ÁC TÍNH VÀ LÀNH TÍNH

Trịnh Phồn Thịnh^{1,2}, Nguyễn Thị Tuyên Trân², Nguyễn Chí Phong³,
Nguyễn Văn Huy⁴, Phạm Thy Thiên²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm đánh giá sự khác biệt đặc điểm hình ảnh u thận dạng nang lành tính và ác tính bằng chụp cắt lớp vi tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả được thực hiện trên 103 bệnh nhân có u thận dạng nang nhập viện điều trị tại BV Bình Dân. **Kết quả:** Các đặc điểm hình ảnh có giá trị trong phân biệt u thận dạng nang lành tính và ác tính như số vách khối u tại ngưỡng cắt từ trên 4 vách có độ nhạy, đặc hiệu và chính xác lần lượt là 70%; 94 % và 89,3%. Mức ngấm thuốc ở thành hoặc vách dày không đều có độ nhạy, đặc hiệu và chính xác lần lượt 95,0%; 97,6% và 97,1%. Nốt có ngấm thuốc có độ nhạy, đặc hiệu và

chính xác lần lượt là 85,0%; 98,8%; 96,1%. **Kết luận:** Sự khác biệt về các đặc điểm hình ảnh như số vách khối u, mức ngấm thuốc ở thành hoặc vách dày không đều, nốt có ngấm thuốc có giá trị cao trong phân biệt u thận dạng nang ác tính so với lành tính.

Từ khóa: Bosniak 2019, u thận dạng nang.

SUMMARY

THE VALUE OF COMPUTED TOMOGRAPHY IN DIFFERENTIATING MALIGNANT AND BENIGN RENAL CYSTIC TUMORS

Objective: This study aims to evaluate the differences in imaging characteristics between benign and malignant renal cystic tumors using computed tomography (CT) scans. **Methods:** A descriptive study was conducted on 103 patients with renal cystic tumors who were admitted to Binh Dan Hospital for treatment. **Results:** Imaging features that are valuable in distinguishing between benign and malignant renal cystic tumors include the number of tumor septa, with a cutoff threshold of more than 4 septa, had a sensitivity, specificity, and accuracy of 70%, 94%, and 89.3%, respectively. Enhancing irregular walls or septa demonstrated sensitivity,

¹Bệnh viện Tân Hưng

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

³Bệnh viện Bình Dân

⁴Đại học Phenikaa

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Huy

Email: huynv09@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.9.2024

Ngày duyệt bài: 25.10.2024

specificity, and accuracy of 95.0%, 97.6%, and 97.1%, respectively. Enhancing nodule showed a sensitivity, specificity, and accuracy of 85.0%, 98.8%, and 96.1%, respectively. **Conclusion:** Differences in imaging characteristics, such as the number of septa, enhancing irregular wall or septa, and enhancing of nodule, have high value in distinguishing malignant from benign renal cystic tumors.

Keywords: Bosniak 2019, renal cystic tumors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, việc phát hiện ngẫu nhiên các tổn thương dạng nang tại thận đã tăng lên do việc sử dụng rộng rãi các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh cắt ngang¹. Ở độ tuổi từ 50 trở lên, nang thận xuất hiện ở hơn một nửa số bệnh nhân². Phần lớn các tổn thương này là nang lành tính, nhưng những u thận dạng nang phức tạp và ác tính cũng tương đối phổ biến, nên việc đánh giá những u dạng nang này là lành tính hay ác tính là một thách thức lớn.

Vai trò của hình ảnh học đối với việc phát hiện ra một u thận dạng nang ác tính là vô cùng quan trọng, chụp cắt lớp vi tính có cản quang có thể giúp xác định khoảng 90% ung thư tế bào biểu mô thận, những u thận dạng nang hiện nay được đánh giá nguy cơ dựa theo tiêu chuẩn Bosniak trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính, tiêu chuẩn đã có nhiều phiên bản cải tiến, theo nghiên cứu của tác giả Justin R năm 2019 tỷ lệ trung bình phát hiện u dạng nang ác tính lần lượt là 60% nếu xếp vào loại III và lên đến 83% nếu được xếp vào loại IV³. Nghiên cứu này nhằm phân biệt u thận dạng nang lành tính và ác tính bằng phương pháp chụp cắt lớp vi tính.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên 103 bệnh nhân có u thận dạng nang nhập viện điều trị tại Bệnh viện Bình Dân từ 01/2018 đến 09/2023. Nghiên cứu đã được phê duyệt bởi hội đồng đạo đức ngày 04/01/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân có u thận dạng nang, được chụp cắt lớp vi tính bụng chậu có tiêm thuốc cản quang đủ các thì. Bệnh nhân đã được tiến hành phẫu thuật và có kết quả GPB.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không được chụp cắt lớp vi tính trước khi đi làm giải phẫu bệnh hoặc phim chụp không đúng kỹ thuật. Không có hồ sơ bệnh án hoặc không được ghi chép rõ ràng.

Sơ đồ nghiên cứu theo các bước sau:

Bảng 2.1. Sơ đồ nghiên cứu

Bước 1	Bệnh nhân được chẩn đoán u thận dạng nang dựa trên GPB từ tháng
--------	---

	1/2018 đến tháng 9/2023
Bước 2	Bệnh nhân được chẩn đoán u thận dạng nang dựa trên GPB có chụp CLVT có cản quang
Bước 3	Thu thập đặc điểm dân số, hình ảnh của những bệnh nhân u thận dạng nang
Bước 4	Phân tích và xử lý số liệu

Phương pháp nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Phương pháp phân tích thống kê. Dữ liệu được nhập trên EXCEL và phân tích trên phần mềm STATA 17.

Các biến số định tính được mô tả bằng tần số và tỉ lệ, biến số định lượng mô tả bằng trung bình và độ lệch chuẩn nếu có phân phối bình thường, nếu phân phối không bình thường thì mô tả bằng trung vị, khoảng tứ phân vị. Mỗi liên quan giữa các biến số được đánh giá qua tỉ số chênh OR, khoảng tin cậy 95% của OR và giá trị p, đối với các trường hợp có ô vọng trị dưới 5 thì giá trị p sẽ tính từ kiểm định Fisher. Giá trị đặc điểm hình ảnh phân biệt u thận dạng nang lành tính và ác tính được đánh giá thông qua diện tích dưới đường cong ROC (AUC), độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương (PPV), giá trị tiên đoán âm (NPV) và độ chính xác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 103 bệnh nhân ghi nhận độ tuổi trung bình là $55,7 \pm 13,6$; khoảng 41,7% bệnh nhân từ trên 60 tuổi với trường hợp nhỏ tuổi nhất là 18 tuổi và cao nhất là 82 tuổi. Phân bố giới tính ít khác biệt nam nữ (Bảng 3.1).

Bảng 0.1. Đặc điểm tuổi và giới tính

Đặc điểm (n = 103)		TB ± ĐLC	Tối thiểu – Tối đa
Tuổi		55,7 ± 13,6	18 – 82
Đặc điểm (n = 103)		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi	Từ trên 60	43	41,7
	Dưới 60	60	58,3
Giới tính	Nam	53	51,5
	Nữ	50	48,5

TB ± ĐLC: Trung bình ± Độ lệch chuẩn

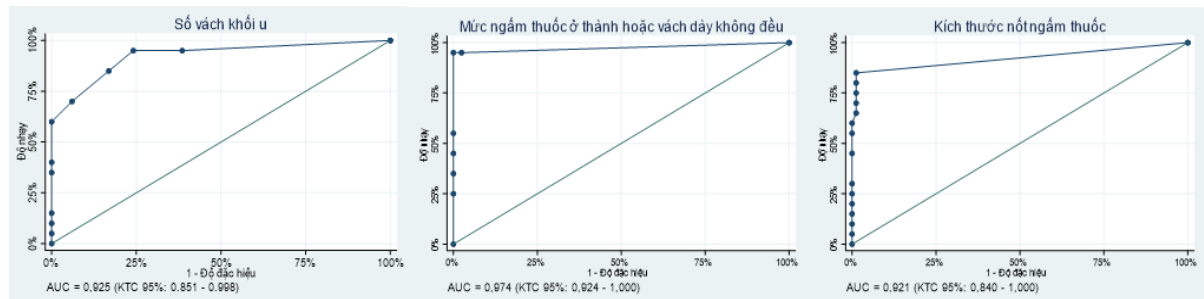
Bảng 0.2. Đặc điểm giải phẫu bệnh

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Kết quả giải phẫu bệnh (n = 103)	Ac tính	20	19,4
	Lành tính	83	80,6
Phân loại	Loại tế bào sáng	15	75,0

Carcinôm tế bào thận (n = 20)	Dạng nhú	4	20,0
	Biệt hóa kém	1	5,0
Phân độ ác tính (n = 20)	Độ 1	1	5,0
	Độ 2	8	40,0
	Độ 3	5	25,0
	Không xác định	6	30,0
Tế bào ác tính tại rìa khối u (n = 20)	Có	3	15,0
	Không	16	80,0
	Bệnh lành	1	5,0

tính khác

Tỉ lệ u thận dạng nang ác tính theo kết quả giải phẫu bệnh là 19,4% ứng với 20 trong số 103 bệnh nhân (Bảng 3.2). Trong đó, khoảng $\frac{3}{4}$ thuộc nhóm Carcinôm tế bào thận loại tế bào sáng, còn lại gồm 20% dạng nhú và 5% dạng biệt hóa kém. 70% bệnh nhân xác định được phân độ với tỉ lệ đóng góp bởi 5% độ 1, 40% độ 2 và 25% độ 3. Tại rìa khối u, có 15% ứng với 3 trường hợp phát hiện tế bào ác tính.



AUC: Diện tích dưới đường cong ROC; KTC: Khoảng tin cậy

Biểu đồ 0.1. Khả năng phân biệt u thận dạng nang ác tính so với lành tính của số vách khối u; thành hoặc vách ngấm thuốc không đều; kích thước nốt ngấm thuốc đều có diện tích dưới đường cong ROC đạt mức cao với AUC > 0.9.

Bảng 0.3. Giá trị của số vách khối u trong phân biệt u thận dạng nang ác tính so với lành tính

n = 103	Số vách khối u			
	≥ 4 vách	≥ 3 vách	≥ 2 vách	Có vách
Giá trị	TB (KTC 95%)	TB (KTC 95%)	TB (KTC 95%)	TB (KTC 95%)
Nhạy (%)	70,0 (50,9 – 88,1)	85,0 (68,3 – 96,8)	95,0 (83,2 – 99,9)	95,0 (83,2 – 99,9)
Đặc hiệu (%)	94,0 (88,1 – 98,0)	83,1 (74,7 – 90,5)	75,9 (66,6 – 84,6)	61,5 (51,3 – 71,9)
PPV (%)	73,7 (54,4 – 90,9)	54,8 (39,1 – 72,7)	48,7 (34,8 – 65,2)	37,3 (25,8 – 51,9)
NPV (%)	92,9 (86,7 – 97,3)	95,8 (90,3 – 99,1)	98,4 (94,4 – 99,0)	98,1 (93,2 – 100)
Chính xác (%)	89,3 (82,9 – 94,6)	83,5 (76,0 – 90,1)	79,6 (71,6 – 86,9)	68,0 (59,1 – 76,8)

HU: Thang điểm Hounsfield; PPV: Giá trị tiên đoán dương; NPV: Giá trị tiên đoán âm

Bảng 3.3 cho thấy tại ngưỡng cắt từ trên 4 vách, độ nhạy, đặc hiệu và chính xác lần lượt là 70% (KTC 95%: 50,9% – 88,1%), 94 (KTC 95%: 88,1% – 98%) và 89,3% (KTC 95%: 82,9% – 94,6%).

Bảng 0.4. Giá trị của mức ngấm thuốc ở thành hoặc vách dày không đều trong phân biệt u thận dạng nang ác tính so với lành tính

n = 103	Mức ngấm thuốc ở thành và vách dày không đều (mm)			
	≥ 4 mm	≥ 3 mm	≥ 2 mm	Có ngấm
Giá trị	TB (KTC 95%)	TB (KTC 95%)	TB (KTC 95%)	TB (KTC 95%)
Nhạy (%)	55,0 (36,1 – 76,9)	95,0 (83,2 – 99,9)	95,0 (83,2 – 99,9)	95,0 (83,2 – 99,9)
Đặc hiệu (%)	100 (100 – 100)	100 (100 – 100)	100 (100 – 100)	97,6 (93,5 – 99,7)
PPV (%)	100 (100 – 100)	100 (100 – 100)	100 (100 – 100)	90,5 (76,2 – 98,8)
NPV (%)	90,2 (83,6 – 95,4)	98,8 (95,7 – 100)	98,8 (95,7 – 100)	98,8 (95,6 – 100)
Chính xác (%)	91,3 (85,3 – 95,9)	99,0 (96,5 – 100)	99,0 (96,5 – 100)	97,1 (93,2 – 99,4)

HU: Thang điểm Hounsfield; PPV: Giá trị tiên đoán dương; NPV: Giá trị tiên đoán âm

Khi có ngấm thuốc độ nhạy, đặc hiệu và độ chính xác lần lượt là 95% (KTC 95%: 83,2 – 99,9%); 97,6% (KTC 95%: 93,5 – 99,7%) và 97,1% (KTC 95%: 93,2 – 99,4%) (Bảng 3.4). Tại ngưỡng cắt từ trên 4 mm, độ nhạy, đặc hiệu và độ chính xác lần lượt là 55% (KTC 95%: 36,1% – 76,9%); 100% (KTC 95%: 100% – 100%) và 91,3% (KTC 95%: 85,6% – 95,9%).

Bảng 0.5. Giá trị của kích thước nốt ngấm thuốc trong phân biệt u thận dạng nang ác tính so với lành tính

n = 103	Kích thước nốt ngấm thuốc (mm)			
	> 10 mm	> 9 mm	> 6 mm	Có ngấm
Giá trị	TB (KTC 95%)	TB (KTC 95%)	TB (KTC 95%)	TB (KTC 95%)
Nhạy (%)	60,0 (40,8 – 80,9)	65 (45,7 – 84,6)	80,0 (62,1 – 94,3)	85,0 (68,3 – 96,8)
Đặc hiệu (%)	100 (100 – 100)	98,8 (95,7 – 100)	98,8 (95,7 – 100)	98,8 (95,7 – 100)
PPV (%)	100 (100 – 100)	92,9 (76,8 – 99,8)	94,1 (80,5 – 99,9)	94,4 (81,5 – 99,9)
NPV (%)	91,2 (84,8 – 96,1)	92,1 (85,9 – 96,8)	95,4 (90,1 – 98,7)	96,5 (91,8 – 99,3)
Chính xác (%)	92,2 (86,5 – 96,6)	92,2 (86,5 – 96,6)	95,2 (90,4 – 98,4)	96,1 (91,7 – 98,9)

HU: Thang điểm Hounsfield; PPV: Giá trị tiên đoán dương; NPV: Giá trị tiên đoán âm

Tại ngưỡng cắt có nốt ngấm thuốc độ nhạy, đặc hiệu và độ chính xác lần lượt là 85% (KTC 95%: 68,3% – 96,8%); 98,8 (KTC 95%: 95,7% – 100%) và 96,1% (KTC 95%: 91,7% – 98,9%) (Bảng 3.5). Tại ngưỡng cắt trên 6 mm, độ nhạy, đặc hiệu và độ chính xác lần lượt là 80% (KTC 95%: 62,1% – 94,3%); 98,8% (KTC 95%: 95,7% – 100%) và 95,2% (KTC 95%: 90,4% – 98,4%).

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu với 103 bệnh nhân có u thận dạng nang tại khoa ngoại tiết niệu bệnh viện Bình Dân, chúng tôi nhận thấy tuổi trung bình của bệnh nhân là 55,7±13,6; thấp nhất là 18 tuổi, cao nhất là 82 tuổi. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi tương ứng với báo cáo từ các tác giả Đinh Lê Quý Văn (56,5 ± 14,4)⁴ và tác giả Okeke A.A (57,7 ± 22,3)⁵. Nhìn chung, các báo cáo đều cho thấy tỷ lệ bệnh hiểm gặp ở trẻ em và gia tăng theo tuổi, tuổi càng cao thì tỷ lệ nang đơn thận càng cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa nam (51,3%) và nữ (48,5%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ u thận dạng nang lành tính chiếm 80,6%, trong khi tỷ lệ ác tính là 19,4%. Các loại ung thư thường gặp nhất bao gồm Carcinoma tế bào thận tế bào sáng (75%) và Carcinoma tế bào thận dạng nhú (20%) với Carcinoma tế bào thận dạng biệt hóa kém (5%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đinh Lê Quý Văn (2018)⁴, trong đó tỷ lệ u lành tính là 85,5% và ác tính là 14,5% với Carcinoma tế bào thận tế bào sáng là loại ung thư phổ biến nhất. Ung thư biểu mô tế bào thận dạng nang là loại tương đối hiếm gặp, chiếm khoảng 3–15% trong số tất cả các trường hợp ung thư biểu mô tế bào thận. Hình dạng nang có thể liên quan đến cấu trúc vốn có hoặc thứ phát do thoái hóa nang và hoại tử lan rộng. Carcinoma tế bào thận tế bào sáng thường là loại phổ biến nhất, tiếp theo là Carcinoma tế bào thận dạng nhú và Carcinoma tế bào thận dạng tế

bào kị màu. Carcinoma tế bào thận dạng nang nhiều thủy với tiềm năng ác tính thấp là một biến thể hiếm của Carcinoma tế bào thận tế bào sáng và không có báo cáo về tái phát hoặc di căn trong dạng này. Carcinoma tế bào thận dạng nhú có thể xuất hiện dưới dạng nang với thành phần xuất huyết hoặc hoại tử.

Nghiên cứu này của chúng tôi cho thấy tại ngưỡng cắt từ trên 4 vách có độ nhạy, đặc hiệu và chính xác lần lượt là 70% (KTC 95%: 50,9% – 88,1%), 94% (KTC 95%: 88,1% – 98%) và 89,3% (KTC 95%: 82,9% – 94,6%). Hơn nữa, hệ thống phân loại Bosniak là công cụ quan trọng trong việc đánh giá các nang thận phức tạp. Các nang được phân loại là IIF được coi là có khả năng ác tính tiềm tàng và cần được theo dõi chặt chẽ do bản chất phức tạp của chúng, có thể bao gồm các vách ngăn mịn (Graumann et al., 2013)⁶. Hệ thống phân loại này giúp xác định các chiến lược theo dõi và quản lý phù hợp cho bệnh nhân với các tổn thương nang thận.

Theo nghiên cứu của chúng tôi cho thấy khi có hiện diện của thành/vách không đều ngấm thuốc có độ nhạy, đặc hiệu và độ chính xác lần lượt là 95% (KTC 95%: 83,2 – 99,9%); 97,6% (KTC 95%: 93,5 – 99,7%) và 97,1% (KTC 95%: 93,2 – 99,4%) nhưng tại ngưỡng cắt từ trên 4 mm độ nhạy giảm chỉ còn 55% (KTC 95%: 36,1% – 76,9%) trong khi độ đặc hiệu 100% (KTC 95%: 100% – 100%). Điều này phù hợp theo phân loại bosniak 2019 khi thành/vách dày không đều ngấm thuốc ≥4mm được xếp loại IV (có tỉ lệ ác tính #90%)⁷. Nốt ngấm thuốc độ nhạy, đặc hiệu và độ chính xác lần lượt là 85% (KTC 95%: 68,3% – 96,8%); 98,8% (KTC 95%: 95,7% – 100%) và 96,1% (KTC 95%: 91,7% – 98,9%). Điều này tương tự và có phần cao hơn so với nghiên cứu của Ofer Benjaminov (2004) với độ nhạy và độ đặc hiệu của vách ngấm thuốc lần lượt là 83% (KTC 95%: 65–93%) và 82% (KTC 95%: 56–94%); độ nhạy và độ đặc hiệu của nốt ngấm thuốc là 67% (CI, 49–81%), 96% (CI, 75–99%) khẳng định giá trị dự đoán tính ác tính của u thận dạng nang⁸.

Tóm lại, việc xác định sự hiện diện thành hoặc vách không đều và nốt trong các khối u nang thận trên các hình ảnh CT là một quá trình phức tạp cần phải giải thích cẩn thận các phát hiện hình ảnh. Việc tích hợp phân loại Bosniak với các đặc điểm hình ảnh chi tiết, bao gồm các mẫu tăng ngấm thuốc và sự hiện diện của thành hoặc vách không đều và các nốt ngấm thuốc, đóng vai trò quan trọng trong việc dự đoán khả năng ác tính của các tổn thương này.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này đã cung cấp được một số thông tin về các đặc điểm hình ảnh trên cắt lớp vi tính để phân biệt các loại u thận dạng nang lành tính và ác tính. Các đặc điểm hình ảnh như số vách khối u có độ đặc hiệu cao nhưng độ nhạy chưa cao. Mức ngấm thuốc ở thành hoặc vách dày không đều, nốt có ngấm thuốc có độ nhạy và độ đặc hiệu cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bosniak MA.** Problems in the radiologic diagnosis of renal parenchymal tumors. Urol Clin North Am. May 1993;20(2):217-30.
2. **Seppala N, Kielar A, Dabreo D, Duigenan S.** Inter-rater agreement in the characterization of cystic renal lesions on contrast-enhanced MRI.

Abdom Imaging. Dec 2014;39(6):1267-73. doi:10.1007/s00261-014-0162-5

3. **Wood CG, 3rd, Stromberg LJ, 3rd, Harmath CB, et al.** CT and MR imaging for evaluation of cystic renal lesions and diseases. Radiographics. Jan-Feb 2015;35(1):125-41. doi:10.1148/rgr.351130016
4. **Văn ĐLQ.** Đánh giá kết quả chẩn đoán và điều trị bệnh lý nang thận theo phân loại Bosniak. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. 2018;
5. **Okeke AA,** Mitchelmore AE, Keeley FX, Timoney AG. A comparison of aspiration and sclerotherapy with laparoscopic de-roofing in the management of symptomatic simple renal cysts. BJU Int. Oct 2003;92(6):610-3. doi:10.1046/j.1464-410x.2003.04417.x
6. **Graumann O, Osther SS,** Karstoft J, Hørlyck A, Osther PJS. Evaluation of Bosniak category IIF complex renal cysts. Insights into Imaging. 2013/08/01 2013;4(4):471-480. doi:10.1007/s13244-013-0251-y
7. **Silverman SG, Pedrosa I, Ellis JH, et al.** Bosniak Classification of Cystic Renal Masses, Version 2019: An Update Proposal and Needs Assessment. Radiology. Aug 2019;292(2):475-488. doi:10.1148/radiol.2019182646
8. **Benjaminov O, Atri M, O'Malley M, Lobo K, Tomlinson G.** Enhancing component on CT to predict malignancy in cystic renal masses and interobserver agreement of different CT features. AJR Am J Roentgenol. Mar 2006;186(3):665-72. doi:10.2214/ajr.04.0372

HIỆU QUẢ TĂNG CHIỀU CAO GAI NƯỞU BẰNG PHƯƠNG PHÁP TIÊM SƠI HUYẾT GIÀU TIỂU CẦU DẠNG LỎNG

Trần Thị Mai An¹, Nguyễn Bích Vân¹, Nguyễn Ngọc Yến Thu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của phương pháp tiêm Sợi huyết giàu tiểu cầu dạng lỏng (Injectable platelet-rich fibrin: i-PRF) trong việc tăng chiều cao gai nướu ở bệnh nhân bị tụt nướu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu bao gồm 38 vị trí tụt gai nướu ở cả hàm trên và hàm dưới. Sợi huyết giàu tiểu cầu dạng lỏng (i-PRF) được thu thập qua quy trình ly tâm với tốc độ 700 vòng/phút, lực ly tâm 60G trong 3 phút, sau đó tiêm vào gai nướu bằng ống tiêm 1ml với kim 30G. Mỗi bệnh nhân được tiêm 2 lần, lần tiêm thứ hai cách lần tiêm đầu tiên 10 ngày. Các chỉ số nha chu lâm sàng và chiều cao gai nướu được ghi nhận tại thời điểm ban đầu (T0) và sau 3 tháng điều trị (T2). **Kết quả:** Sau 3 tháng điều trị, chiều cao gai nướu đã có sự cải thiện đáng kể, tại thời

điểm T0 ghi nhận 3,0 (2,7 – 3,7) mm, sau điều trị đạt mức 3,9 (3,2 – 4,2) mm. Tuy nhiên, hiệu quả phục hồi toàn bộ gai nướu, che phủ khoảng kẽ răng vẫn chưa hoàn toàn. Chỉ số mảng bám PI-I giảm từ 1,0 (0,0 – 1,0) còn 0,0 (0,0 – 0,0) với $p < 0,001$. Không có sự khác biệt có ý nghĩa trong kết quả của các chỉ số GI, PPD, CAL và BOP ($p > 0,05$). **Kết luận:** Phương pháp tiêm i-PRF là một phương pháp đơn giản, nhanh chóng và an toàn, sử dụng vật liệu tự thân không gây phản ứng dị ứng, có tiềm năng lớn trong điều trị tụt gai nướu. Phương pháp này giúp tăng chiều cao gai nướu, mang lại hiệu quả thẩm mỹ cho bệnh nhân.

Từ khóa: gai nướu, sợi huyết giàu tiểu cầu dạng lỏng.

SUMMARY

EFFICACY OF INCREASING GINGIVAL PAPILLA HEIGHT USING INJECTABLE PLATELET-RICH FIBRIN

Purpose: To evaluate the effectiveness of injectable Platelet-Rich Fibrin (i-PRF) in promoting interdental papilla regeneration in patients with papilla recession. **Materials and methods:** The study included 38 sites of papilla recession in both the

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Yến Thu

Email: yenthuthu@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2024

Ngày duyệt bài: 25.10.2024