

BN đã được hóa trị bổ trợ hoặc tân bổ trợ mà không có trastuzumab, thời gian STKTT là 12,6 tháng ở nhóm dùng giả dược, so với 21,6 tháng ở nhóm pertuzumab (HR=0,60; 95%CI: 0,43 - 0,83) [4]. Tuy không có sự so sánh trực tiếp nhưng có thể thấy, nhóm BN chưa điều trị trastuzumab trước đó có thời gian STKTT dài hơn nhóm đã điều trị trastuzumab trước đó khi được điều trị taxan kết hợp trastuzumab và pertuzumab, và vai trò của pertuzumab rõ rệt hơn ở nhóm chưa điều trị trastuzumab trước đó.

- **Loại taxan.** So sánh thời gian STKTT giữa nhóm điều trị docetaxel và nhóm điều trị paclitaxel cho thấy: Không có sự khác biệt về thời gian STKTT giữa 2 nhóm (28,1 tháng so với 24 tháng) với $p = 0,764$. Kết quả này tương tự các nghiên cứu khác trên thế giới của Bachelot và Gamucci [5], [8]. Mặc dù các BN được điều trị paclitaxel thường là BN lớn tuổi hơn, thể trạng kém hơn hoặc nhiều bệnh lý phối hợp. Cho thấy paclitaxel là một lựa chọn thay thế phù hợp với hiệu quả tương đương và khả năng dung nạp tốt hơn.

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu về kết quả bước đầu điều trị phác đồ taxan kết hợp trastuzumab và pertuzumab trong ung thư vú tái phát di căn có Her2 dương tính cho thấy: taxan kết hợp trastuzumab và pertuzumab là phác đồ điều trị bước một mang lại hiệu quả cao trên bệnh nhân ung thư vú tái phát di căn có Her2 dương tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H., Ferlay J., Siegel R.L. và cộng sự.** (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin,

71(3), 209–249.

2. **Wolff A.C., Hammond M.E.H., Schwartz J.N. và cộng sự.** (2007). American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists guideline recommendations for human epidermal growth factor receptor 2 testing in breast cancer. Arch Pathol Lab Med, 131(1), 18–43.
3. **Scheuer W., Friess T., Burtcher H. và cộng sự.** (2009). Strongly enhanced antitumor activity of trastuzumab and pertuzumab combination treatment on HER2-positive human xenograft tumor models. Cancer Res, 69(24), 9330–9336.
4. **Baselga J., Cortés J., Kim S.-B. và cộng sự.** (2012). Pertuzumab plus trastuzumab plus docetaxel for metastatic breast cancer. N Engl J Med, 366(2), 109–119.
5. **Bachelot T., Ciruelos E., Schneeweiss A. và cộng sự.** (2019). Preliminary safety and efficacy of first-line pertuzumab combined with trastuzumab and taxane therapy for HER2-positive locally recurrent or metastatic breast cancer (PERUSE). Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol, 30(5), 766–773.
6. **Takahashi M., Ohtani S., Nagai S.E. và cộng sự.** (2021). The efficacy and safety of pertuzumab plus trastuzumab and docetaxel as a first-line therapy in Japanese patients with inoperable or recurrent HER2-positive breast cancer: the COMACHI study. Breast Cancer Res Treat, 185(1), 125–134.
7. **De Placido S., Giuliano M., Schettini F. và cộng sự.** (2018). Human epidermal growth factor receptor 2 dual blockade with trastuzumab and pertuzumab in real life: Italian clinical practice versus the CLEOPATRA trial results. Breast Edinb Scotl, 38, 86–91.
8. **Gamucci T., Pizzuti L., Natoli C. và cộng sự.** (2019). A multicenter RETrospective observational study of first-line treatment with PERTuzumab, trastuzumab and taxanes for advanced HER2 positive breast cancer patients. RePer Study. Cancer Biol Ther, 20(2), 192–200.

HIỆU QUẢ CỦA PHẪU THUẬT VẬT KẾT HỢP VỚI LASER TRONG ĐIỀU TRỊ TÚI NHA CHU TỒN TẠI

Trần Yến Nga¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mục tiêu của nghiên cứu này là so sánh hiệu quả lâm sàng giữa hai phương pháp điều trị phẫu thuật có và không kết hợp với laser laser diode 810 nm cho các túi nha chu tồn tại. **Đối tượng - Phương pháp:** Tổng cộng có 20 bệnh nhân viêm nha

chu đã qua giai đoạn điều trị không phẫu thuật có chỉ định phẫu thuật vật làm sạch được tuyển vào nghiên cứu. Các vị trí túi nha chu $\geq 5\text{mm}$ có biểu hiện chảy máu khi thăm khám ở hai phần hàm đối bên được chỉ định ngẫu nhiên vào 2 nhóm. Nhóm chứng chỉ phẫu thuật vật, nhóm laser phẫu thuật vật kết hợp với laser 810nm loại bỏ biểu mô mặt trong/ngoài vạt và kích thích sinh học. Các thông số nha chu lâm sàng được thu thập ở trước phẫu thuật, 3, 6, 9 tháng sau phẫu thuật. Kiểm định Wicoxon signed rank, Mann-Whitney, và Chi bình phương được áp dụng để phân tích các dữ liệu. **Kết quả:** 9 tháng sau phẫu thuật, các túi có độ sâu ban đầu $\geq 7\text{mm}$ ở nhóm laser giảm độ sâu nhiều hơn ($p < 0,05$) và đạt tỉ lệ phần trăm túi đóng cao hơn

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Trần Yến Nga
Email: yenna281@yahoo.com
Ngày nhận bài: 21.2.2025
Ngày phản biện khoa học: 18.3.2025
Ngày duyệt bài: 23.4.2025

($p < 0,05$) so với nhóm chứng. Trên đối tượng hút thuốc lá, các túi có độ sâu ban đầu ≥ 5 mm ở nhóm laser đều có tỉ lệ phần trăm túi ≥ 6 mm ít hơn so với nhóm chứng ở cả 3 thời điểm sau điều trị. Khác biệt về tỉ lệ phần trăm túi ≥ 6 mm giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ở T3 ($p < 0,05$). **Kết luận:** Phẫu thuật vạt kết hợp với laser mang lại lợi ích cho các túi nha chu tồn tại sâu và cho đối tượng người hút thuốc lá về phương diện giảm độ sâu túi. **Từ khóa:** Laser diode - Vạt Widman biến đổi- Túi nha chu tồn tại.

SUMMARY

THE EFFICACY OF LASER-ASSISTED FLAP SURGERY IN THE RESIDUAL PERIODONTAL POCKET TREATMENT

Objectives: This study aims to compare the clinical efficacy of Modified Widman flap with and without adjunct laser in residual periodontal pocket treatment. **Materials and methods:** 200 teeth with sites probing ≥ 5 mm and bleeding on probing from 20 periodontitis patients were randomly divided into two groups. Control group received Modified Widman flap therapy alone. Laser group was treated with Modified Widman flap and laser for photoablative inner/outer pocket de-epithelialization and photobiostimulative therapy. Clinical parameters PII, GI, PD, and CAL were collected on baseline, 3, 6, and 9 months after treatment. Wilcoxon signed rank, Mann-Whitney, and Chi-square test were applied to analyze these data.

Results: 9 months after surgery, the initial depth of the pockets ≥ 7 mm in the laser group decreased more ($p < 0,05$) and achieved a higher percentage of closed pockets ($p < 0,05$) compared to the control group. In smokers, the initial depth of the pockets ≥ 5 mm in the laser group was lower than that of the control group at all 3 time points after treatment. The difference in the percentage of pockets ≥ 6 mm between the two groups was statistically significant at T3 ($p < 0,05$). **Conclusion:** Flap surgery combined with laser is beneficial for deep residual periodontal pockets and smokers in terms of pocket depth reduction.

Keywords: Diode laser, Modified Widman flap, Residual periodontal pocket.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Túi nha chu tồn tại sau điều trị không phẫu thuật là yếu tố nguy cơ cho tiến triển bệnh và mất răng. Các lợi ích mong đợi của laser trong điều trị túi bao gồm diệt vi khuẩn gây bệnh, hỗ trợ lành thương như tăng bám dính mô liên kết, tăng tái tạo mô, giảm đau, giảm sưng và phù nề. Ở Việt Nam ít có nghiên cứu ứng dụng laser trong điều trị viêm nha chu (VNC).

Mục tiêu nghiên cứu: So sánh hiệu quả lâm sàng giữa hai phương pháp điều trị phẫu thuật vạt có và không kết hợp với laser laser diode 810 nm cho các túi nha chu tồn tại.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân đến khám và điều trị VNC tại Khoa Răng Hàm Mặt Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

Tiêu chí lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán VNC đã qua giai đoạn điều trị không phẫu thuật ít nhất 4 tuần và có chỉ định phẫu thuật vạt làm sạch cho các răng thuộc 2 phần hàm đối bên, trong đó mỗi phần hàm ít nhất 3 vị trí túi sâu ≥ 5 mm và có biểu hiện chảy máu thăm khám

- Có ít nhất 16 răng thật không tính răng 8. Còn ít nhất 4 răng trên 1 phần hàm không tính răng 8

- Không điều trị kháng sinh hay Corticoide dài hạn (trên 10 ngày) trong 3 tháng trước

- Răng chọn nghiên cứu không có phục hồi dưới nướu, xoang sâu, bệnh lý nội nha, lung lay độ III, chấn thương khớp cắn.

Tiêu chí loại trừ:

- Bệnh nhân đang có thai hay cho con bú

- Bệnh nhân có bệnh toàn thân chống chỉ định phẫu thuật răng miệng

- Bệnh nhân đã hoặc đang điều trị xạ trị, thuốc ức chế miễn dịch, chỉnh hình, sâu nhiều răng, nhiễm nấm vùng miệng

Thiết kế nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng với thiết kế nửa miệng, ngẫu nhiên, mù đơn.

Phân chia ngẫu nhiên các răng thuộc hai phần hàm đối bên vào hai nhóm: nhóm chứng: chỉ phẫu thuật, nhóm laser: phẫu thuật + chiếu laser

Phương tiện nghiên cứu:

- Bộ dụng cụ khám và phiếu khám

- Bộ dụng cụ phẫu thuật vạt, dụng cụ XLMCR tay và máy

- Thiết bị laser Picasso Lite 810nm và các đầu chiếu đường kính 400 μ m, chiều dài 10mm

Điều trị: Trình tự phẫu thuật theo kỹ thuật Ramfjord và Nissle (1974)⁵

Đối với nhóm laser trước khi khâu đóng vạt:

- Chiếu laser loại bỏ mô bệnh cò n sót ở mặt trong vạt và loại bỏ 5mm biểu mô mặt ngoài vạt theo kỹ thuật chiếu tiếp xúc với công suất 0,8W, chế độ chiếu liên tục. Dùng đầu chiếu sau kích hoạt đặt tiếp xúc và trục sợi đặt nghiêng góc 45° với bề mặt vạt, di chuyển chậm đầu tip theo hình zig zag chờ dấu hiệu mô bị cắt (bốc khói). Chiếu 20 giây nghỉ 20 giây. Lau sạch lớp vụn mô bị cháy trên mặt vạt bằng gạc tẩm nước muối sinh lý.

- Chiếu laser kích thích sinh học vùng phẫu thuật theo kỹ thuật chiếu không tiếp xúc. Dùng đầu chiếu không kích hoạt với công suất 0,1W, chế độ chiếu liên tục. Sợi quang đặt vuông góc và cách niêm mạc nướu trong và ngoài răng 1mm. Di chuyển đầu sợi theo hình tròn đường kính 6mm trong thời gian chiếu 15 giây. Chia 2 vùng chiếu cho mỗi vùng vạt ngoài và trong trên một răng. Tổng năng lượng cung cấp cho 1 răng (tổng 4 vùng chiếu) là 16J/cm².

Thu thập dữ liệu: Các chỉ số nha chu lâm sàng, gồm PI, GI, BOP, PD, CAL, GR được thu thập ở trước phẫu thuật (T0), sau phẫu thuật 3 tháng (T3), 6 tháng (T6), 9 tháng (T9).

Đề cương nghiên cứu đã được chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh ngày 08 tháng 7 năm 2016, số 205/ĐHYD-HĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu có 20 bệnh nhân hoàn tất quy trình nghiên cứu. Mẫu có 7 bệnh nhân nam đang hút thuốc, số điều hút 5 -10 điếu trong ngày, thời gian hút ≤ 10 năm. Tổng cộng mẫu gồm 100 răng chúng và 100 răng thử nghiệm. Đơn vị nghiên cứu là vị trí túi nha chu hay túi nha chu.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của mẫu nghiên cứu lúc ban đầu

Đặc điểm	Lúc ban đầu		p ¹
	Chứng (n=600)	Laser (n=600)	
Chỉ số mảng bám (PI) [§]	1,00(0,00-1,00)	1,00(1,00-1,00)	0,206
Chỉ số nướu (GI) [§]	1,00 (0,00-2,00)	1,00(1,00-2,00)	0,152
Chảy máu khi thăm khám (BOP) [§]	0,00(0,00-1,00)	0,00(0,00-1,00)	0,050
Độ sâu túi nha chu (PD)mm [§]	5,00(2,00-5,00)	4,00(2,00-5,00)	0,942
Mất bám dính lâm sàng (CAL)mm [§]	5,00(3,00-6,00)	5,00(3,00-6,00)	0,928
Mức độ túi [¶] : 1-4mm	267(48,9%)	336(51,4%)	p ²
5-6mm	223(40,8%)	253(47,1%)	
≥ 7 mm	56(10,3%)	65(9,9%)	

Số liệu trình bày: [§]Trung vị (Khoảng tứ vị); [¶] n (%)

p¹: Kiểm định Mann-Whitney U; p²: Kiểm định Chi bình phương. Có ý nghĩa thống kê khi p<0,05

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của nam hút thuốc lá tại thời điểm trước phẫu thuật

Đặc điểm	Chứng (n=198)	Laser (n=282)	p ¹
Chỉ số mảng bám (PI) [§]	1,00 (0,00-2,00)	1,00 (1,00-1,00)	0,797
Chỉ số nướu (GI) [§]	1,00 (0,00-2,00)	1,00 (1,00-2,00)	0,365
Chảy máu khi thăm khám (BOP) [§]	0,00 (0,00-1,00)	0,00 (0,00-1,00)	0,256
Độ sâu túi nha chu (PD)mm [§]	5,00 (2,00-5,00)	4,00 (2,00-5,00)	0,092
Mất bám dính lâm sàng (CAL)mm [§]	5,00 (3,00-7,00)	5,00 (3,00-6,00)	0,050
Mức độ túi [¶] : 1- 4 mm	93 (47,0)	147 (52,1)	p ²
≥ 5 mm	105 (53,0)	135 (47,9)	

Số liệu trình bày: [§]Trung vị (Khoảng tứ vị); [¶] n (%)

p¹: Kiểm định Mann-Whitney U; p²: Kiểm định Chi bình phương

Ở T0 tất cả các thông số lâm sàng PI, GI, BOP, PD, CAL và tỉ lệ các mức độ túi ở 2 nhóm

đều không có sự khác biệt ý nghĩa thống kê (p>0,05) (Bảng 1).

Tương tự, ở các đối tượng có hút thuốc lá, khác biệt giữa hai nhóm về các chỉ số lâm sàng và mức độ túi đều không có ý nghĩa thống kê (Bảng 2).

Bảng 3. Các chỉ số GI, PD, GR, CAL trước và sau điều trị ở các túi ≥ 7 mm

	T3	p ¹	T6	p ¹	T9	p ¹
PD						
C	4,00(3,00-5,75)	<0,001	4,00(2,25-5,00)	<0,001	5,00(3,25-6,00)	<0,001
L	4,00(3,00-5,00)	<0,001	4,00(3,00-5,00)	<0,001	3,00(2,00-5,00)	<0,001
p ²	0,590		0,939		0,009	
GR						
C	1,00(0,00-2,75)	0,001	1,00(0,00-2,00)	0,007	1,00(0,00-2,00)	0,017
L	1,00(1,00-2,00)	<0,001	1,00(0,00-2,00)	<0,001	1,00(0,00-2,00)	<0,001
p ²	0,496		0,696		0,852	
CAL						
C	6,00(4,00-7,75)	<0,001	5,00(4,00-8,00)	<0,001	6,00(4,00-8,00)	<0,001
L	6,00(4,00-7,00)	<0,001	3500(4,00-7,00)	<0,001	5,00(3,00-6,50)	<0,001
p ²	0,585		0,763		0,056	

p¹ Kiểm định Wilcoxon Signed Ranks; p² Kiểm định Mann-Whitney U

Phân tích ở các túi có độ sâu ban đầu ≥ 7 mm cho thấy: Chỉ số tụt nướu (GR) của cả hai nhóm cùng tăng có ý nghĩa so với trước điều trị.

Tuy nhiên, khác biệt giữa hai nhóm ở cả 3 thời điểm sau điều trị là không có ý nghĩa thống kê. Ở T9, PD nhóm laser giảm nhiều hơn nhóm

chứng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) (Bảng 3).

Về hiệu quả loại bỏ túi nha chu, điều trị các túi có độ sâu ban đầu ≥ 7 mm cũng cho thấy:

nhóm laser cho tỉ lệ phần trăm túi đóng cao hơn có ý nghĩa ở T9 ($p < 0,05$) so với nhóm chứng (Bảng 4).

Bảng 4. Tỉ lệ phần trăm các loại túi sau điều trị ở các túi có độ sâu ban đầu ≥ 7 mm

		Nhóm chứng	Nhóm laser	Tổng	p
T3	Túi 1-3 mm	20 (46,5)	23 (53,5)	43 (100)	0,488
	Túi 4-5 mm	22 (43,1)	31 (56,9)	53 (100)	
	Túi ≥ 6 mm	14 (56,0)	11 (44,0)	25 (100)	
	Tổng	56	65	121	
T6	Túi 1-3 mm	22 (44,0)	28 (56,0)	50 (100)	0,881
	Túi 4-5 mm	24 (48,9)	25 (51,1)	51,1(100)	
	Túi ≥ 6 mm	10 (45,4)	12 (54,6)	54,6 (100)	
	Tổng	56	65	121	
T9	Túi 1-3 mm	14 (29,7)	33 (70,3)	47 (100)	0,012
	Túi 4-5 mm	26 (54,1)	22 (45,9)	48 (100)	
	Túi ≥ 6 mm	16 (61,5)	10 (38,5)	26 (100)	
	Tổng	56	65	121 (100)	

Số liệu trình bày: n (%). p: Kiểm định Chi bình phương

Kết quả phân tích trên đối tượng nam hút thuốc lá ghi nhận:

- Chỉ số PD ở nhóm laser thấp hơn nhóm chứng ở cả 3 thời điểm. Khác biệt về PD giữa hai nhóm tìm thấy có ý nghĩa thống kê ở T3 ($p < 0,05$) (Bảng 5).

Bảng 5. Các chỉ số nha chu lâm sàng sau điều trị trên đối tượng có hút thuốc lá

Chỉ số	T3			T6			T9		
	Chứng	Laser	p	Chứng	Laser	p	Chứng	Laser	p
Chỉ số mảng bám PI	0,00(0,00-1,00)	1,00(0,00-1,00)	<0,001	0,00(0,00-2,00)	1,00(0,00-2,00)	<0,001	0,00(0,00-2,00)	1,00(0,00-2,00)	0,217
Chỉ số nướu GI	0,00 (0,00-1,00)	0,00(0,00-1,00)	0,039	1,00 (0,00-1,00)	0,00(0,00-1,00)	0,061	1,00 (0,00-1,00)	1,00(0,00-1,00)	0,479
Chảy máu khi thăm khám BOP	0,00(0,00-0,00)	0,00(0,00-0,00)	0,038	0,00(0,00-0,00)	0,00(0,00-0,00)	0,002	0,00(0,00-0,00)	0,00(0,00-0,00)	0,836
Độ sâu túi PD	2,00(2,00-4,00)	2,00(2,00-3,00)	0,037	2,00(2,00-4,00)	2,00(2,00-3,00)	0,842	3,00(2,00-4,00)	2,00(2,00-4,00)	0,063
Mất bám dính lâm sàng CAL	3,00(3,00-5,00)	4,00(3,00-5,00)	0,344	4,00(2,00-6,00)	4,00(3,00-5,00)	0,778	4,00(3,00-6,00)	4,00(3,00-5,00)	0,556

Số liệu trình bày: Trung vị (Khoảng tứ vị); p: Kiểm định Mann-Whitney U

- Ở các túi có độ sâu ban đầu ≥ 5 mm: nhóm laser có tỉ lệ phần trăm túi ≥ 6 mm ít hơn so với nhóm chứng ở cả 3 thời điểm sau điều trị. Khác biệt về tỉ lệ phần trăm túi ≥ 6 mm giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ở T3 ($p < 0,05$) (Bảng 6).

Bảng 6. Tỉ lệ phần trăm các loại túi sau điều trị ở các túi có độ sâu ban đầu ≥ 5 mm

		Nhóm chứng	Nhóm laser	Tổng	p
T3	Túi 1-3 mm	66 (43,1)	87 (56,9)	153 (100)	0,036
	Túi 4-5 mm	22 (34,9)	41 (65,1)	63 (100)	
	Túi ≥ 6 mm	17 (70,8)	7 (29,2)	24 (100)	
	Tổng	105	135	240	
T6	Túi 1-3 mm	60 (41,3)	85 (58,7)	145 (100)	0,123
	Túi 4-5 mm	33 (42,8)	44 (57,2)	77 (100)	
	Túi ≥ 6 mm	12 (66,6)	6 (33,4)	18 (100)	
	Tổng	105	135	240	
T9	Túi 1-3 mm	52 (45,2)	63 (54,8)	115 (100)	0,177
	Túi 4-5 mm	36 (37,8)	59 (62,2)	95 (100)	
	Túi ≥ 6 mm	17 (56,6)	13 (43,4)	30 (100)	
	Tổng	105	135		

Số liệu trình bày: n(%); p: Kiểm định Chi bình phương

IV. BÀN LUẬN

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu.

Mẫu bệnh nhân VNC ở nghiên cứu này có cả

bệnh nhân có hút thuốc lá và định nghĩa túi nha chu tồn tại là các túi có độ sâu ≥ 5 mm, có biểu hiện chảy máu khi thăm khám sau giai đoạn điều

trị không phẫu thuật hay trong giai đoạn điều trị duy trì có nhu cầu điều trị phẫu thuật của Pjetursson và cs (2012)⁴.

Các lý giải cho cách chọn đối tượng trong nghiên cứu này bao gồm: (1) Hút thuốc lá được xem là yếu tố nguy cơ cho phát triển mức độ bệnh và làm giảm hiệu quả điều trị qua nhiều cơ chế ảnh hưởng đến lành thương. (2) Các túi nha chu tồn tại ≥ 5 mm chứng tỏ là yếu tố góp phần có ý nghĩa vào tiến triển bệnh theo thời gian. (3) Theo Mizutani và cs (2016)² laser chỉ nên áp dụng cho các túi nha chu có độ sâu từ trung bình đến sâu hoặc các trường hợp VNC phức tạp khó điều trị bằng phương pháp không phẫu thuật hay túi tồn tại kéo dài cũng như tái phát trong giai đoạn điều trị duy trì.

Nghiên cứu này cũng sử dụng các định nghĩa về túi đóng và túi tồn tại sau điều trị theo Serino và cs (2001)⁸. Theo đó, sau điều trị nếu độ sâu túi còn ≤ 3 mm gọi là túi đóng, độ sâu túi còn 4-5 mm gọi là túi tồn tại trung bình và độ sâu túi còn ≥ 6 mm gọi là túi tồn tại sâu. Hiện nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu đầu tiên chọn cách so sánh tỉ lệ các nhóm túi sau điều trị giữa hai nhóm có và không dùng laser hỗ trợ điều trị phẫu thuật túi nha chu. Thông tin kết quả dưới dạng này cho sự diễn giải về hiệu quả lâm sàng của một phương pháp điều trị thích hợp hơn đồng thời là công cụ tốt hơn cho nhà lâm sàng trong xem xét những nhu cầu điều trị tiếp theo so với cách trình bày kết quả thay đổi độ sâu túi dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn. Đáp ứng với điều trị giữa các mức độ túi có thể cho phép xác định đối tượng được hưởng lợi từ phương pháp phẫu thuật có kết hợp laser.

So sánh hiệu quả điều trị giữa hai nhóm phẫu thuật vạt có và không kết hợp với laser. Kết quả phân tích ở các túi có độ sâu túi ban đầu ≥ 7 mm của nghiên cứu này ghi nhận độ sâu túi nhóm laser giảm nhiều hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) ở T9 PD, và tỉ lệ phần trăm túi đóng cũng cao hơn có ý nghĩa ở T9 ($p < 0,05$). Do cả hai nhóm cùng tăng tụt nướu có ý nghĩa so với trước điều trị nên không tìm thấy thấy sự khác biệt về cải thiện CAL giữa hai nhóm.

Theo Sameera và cs (2018)⁶ kết quả giảm độ sâu túi nhiều hơn của nhóm laser so với nhóm chứng là do cách chiếu phối hợp laser loại bỏ biểu mô và laser kích thích sinh học đã tạo thuận lợi cho lành thương. Sự tác động của năng lượng vào vách mềm túi đã tạo ra hàng rào sinh lý để ngăn chặn sự di chuyển của biểu mô về phía chóp, đồng thời dán kín lối vào túi với cục máu đông và khuyến khích sự lành thương từ

đáy túi đi lên thông qua kích thích các tế bào đa năng từ dây chằng nha chu và xương ổ răng.

Trên đối tượng nam có hút thuốc lá kết quả ưu thế trong giảm độ sâu túi của nhóm laser so với nhóm chứng được ghi nhận ở Bảng 5. Ở cả 3 thời điểm sau điều trị, kiểu túi ≥ 6 mm của nhóm laser đều chiếm tỉ lệ ít hơn so với nhóm chứng. Các kết quả cải thiện tốt hơn này ở nhóm laser có thể liên quan với kết quả laser kích thích sinh học làm tăng khả năng tăng sinh và tăng di cư tế bào như trong nghiên cứu in vitro của N.Y Tran và cs (2017)³ khi khói thuốc đã được ghi nhận là ảnh hưởng tiêu cực đến sự tăng sinh và di cư của NBS nướu người.

Phân tích ở các túi có độ sâu ban đầu ≥ 5 mm khác biệt về tỉ lệ phần trăm loại túi sau điều trị này khi so sánh giữa hai phương pháp điều trị chỉ tìm thấy có ý nghĩa ở thời điểm T3 ($p < 0,05$) (Bảng 6). Ở đây cần lưu ý rằng cả hai kết quả cải thiện tốt hơn độ sâu túi và tỉ lệ phần trăm loại túi ≥ 6 mm sau điều trị ở nhóm laser cũng là ngắn hạn hay chỉ tìm thấy khác biệt có ý nghĩa ở T3. Tác dụng ngắn hạn này có thể là lý do khuyến khích lặp lại nhiều lượt điều trị laser kích thích sinh học. Trong khi nghiên cứu này cũng giống như nghiên cứu dùng laser kết hợp với điều trị phẫu thuật của Aena và cs (2015)¹ và Sanz-Moliner và cs (2013)⁷ chỉ chiếu laser kích thích sinh học ngay sau khâu đóng vạt trong ngày phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Đối với các túi có độ sâu ban đầu ≥ 7 mm, nhóm phẫu thuật kết hợp với laser chứng tỏ làm giảm PD nhiều hơn, cho tỉ lệ phần trăm túi đóng nhiều hơn.

Trên bệnh nhân hút thuốc lá, phương pháp phẫu thuật có kết hợp laser đã cải thiện tốt hơn về PD và ít để lại túi sâu hơn so với phương pháp chỉ phẫu thuật.

Các nghiên cứu ứng dụng lâm sàng trong tương lai cần tập trung cho đối tượng có túi nha chu ≥ 7 mm, có tiến trình lành thương bị ảnh hưởng chuyên biệt hơn để có kết luận xác đáng và bằng chứng thuyết phục hơn về đối tượng được hưởng lợi từ điều trị có kết hợp laser.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aena PJ và cs** (2015). The clinical efficacy of laser assisted modified Widman flap: A randomized split mouth clinical trial. Indian Journal of Dental Research, 26(4): 384-389.
2. **Mizutani K và cs** (2016). Lasers in minimally invasive periodontal and peri-implant therapy. Periodontology 2000, 71: 185-212.
3. **N.Y Tran, H.T.T Nguyen, H.B.L Tran** (2017). Effect of 810nm diode-laser on human gingival

- fibroblast proliferation and migration. Poster presentation at 31st International Association for Dental Research, South-East Asia Division 2017. Abstract in Abstract Book of the conference, p. 264.
4. **Pjetursson BE và cs** (2012). Peri-implantitis susceptibility as it relates to periodontal therapy and supportive care. Clin Oral Impl Res Jul; 23(7), pp. 888-94.
 5. **Ramfjord SP và Nissle RR** (1974). The modified Widman flap. J Clin Periodontol 45(8), pp. 601-607.
 6. **Sameera S và cs** (2018). ENAP vs LANAP: assessment of revascularization using ultrasound Doppler flowmetry- a split-mouth randomized controlled clinical trial. Lasers Med Sci Published online:01 February 2018.
 7. **Sanz-Moliner JD và cs** (2013). The effect of an 810nm Diode laser on postoperative pain and tissue response after modified Widman flap surgery: A pilot study in humans. J Periodontol 84(2): 152-158.
 8. **Serino G và cs** (2001). Initial outcome and long-term effect of surgical and non-surgical treatment of advanced periodontal disease. J Clin Periodontol 28, pp. 910-916.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT CÓ ỨNG DỤNG GÓC NHÌN AN TOÀN

Đặng Thanh Sơn¹, Lương Ngọc Cương¹, Nguyễn Văn Chung¹,
Dương Hoàng Hải¹, Nguyễn Văn Tâm²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị sớm phẫu thuật nội soi cắt túi mật có ứng dụng góc nhìn an toàn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang 58 bệnh nhân (BN) được phẫu thuật nội soi cắt túi mật có ứng dụng góc nhìn an toàn (GNAT) tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên từ tháng 1/2023 – tháng 9/2023. **Kết quả:** Có 31 BN(53,4%) không có viêm túi mật và 27 BN(46,6%) có viêm túi mật cấp được phân chia thành 3 độ theo (TG 2018): Độ I: 39,9%; Độ II: 5,2%; Độ III: 3,5%. Tỷ lệ ứng dụng thành công góc nhìn an toàn trong phẫu thuật là 96,6%. Tỷ lệ biến chứng trong phẫu thuật : 3,4%. Kết quả: Tốt chiếm 96,6%; Trung bình: Chiếm: 3,4%. **Kết luận:** Đạt được GNAT trong PTNSCTM là rất quan trọng để giảm tỷ lệ biến chứng trong và sau phẫu thuật. **Từ khóa:** Phẫu thuật nội soi cắt túi mật, góc nhìn an toàn

SUMMARY

RESULTS OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY WITH APPLICATION OF THE CRITICAL VIEW OF SAFETY

Objective: To evaluate the early treatment outcomes of laparoscopic cholecystectomy with using "The Critical View of Safety". **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 58 patients (pts) who underwent laparoscopic cholecystectomy with the application of The Critical View of Safety (CVS) at Thai Nguyen National Hospital from January 2023 to September 2023. **Results:** There were 31 pts (53.4%) without

cholecystitis and 27 pts (46.6%) with acute cholecystitis, classified into 3 degrees according to (TG 2018): Grade I: 39.9%; Grade II: 5.2%; Grade III: 3.5%. The success rate of applying the CVS in surgery was 96.6%. The complication rate during surgery was 3.4%. Results: Good: 96.6%; Moderate: 3.4%. **Conclusion:** Achieving the critical view of safety in laparoscopic cholecystectomy is crucial to reduce intra- and postoperative complication rates.

Keywords: Laparoscopic cholecystectomy, critical view of safety.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi cắt túi mật (PTNSCTM) được coi là tiêu chuẩn vàng để điều trị các bệnh lý như: Sỏi túi mật, viêm túi mật, polyp túi mật, u cơ tuyến túi mật,... [1], [2]. Đây là phẫu thuật nhẹ nhàng, hiệu quả, giúp bệnh nhân hồi phục sớm sau mổ. Tuy nhiên, do có nhiều biến đổi giải phẫu của đường mật ngoài gan, túi mật và động mạch gan nên tỷ lệ biến chứng trong phẫu thuật nội soi cắt túi mật thông thường còn cao, từ 8,8 – 13,7%, trong đó biến chứng chủ yếu là tổn thương ống mật chủ [3], [4]. Nhằm mục đích giảm tỷ lệ biến chứng trong PTNSCTM các tác giả đã đưa ra các giải pháp như: Dẫn lưu túi mật trong viêm túi mật cấp, dựng hình cây đường mật, sử dụng GNAT,... [5]. Trong đó, các nghiên cứu đều nhận thấy việc áp dụng GNAT trong phẫu thuật nội soi cắt túi mật làm giảm tỷ lệ biến chứng rõ rệt [5], [6].

Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị sớm phẫu thuật nội soi cắt túi mật có áp dụng GNAT.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- 58 bệnh nhân được PTNSCTM có ứng dụng

¹Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thanh Sơn

Email: dr.dangthanhsan@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2025

Ngày duyệt bài: 22.4.2025