

sau phẫu thuật cắt gan, đặc biệt là cắt gan lớn. Chúng tôi chẩn đoán suy gan sau mổ theo tiêu chuẩn Belghiti 50/50: Prothrombin < 50% và Bilirubin toàn phần > 50 $\mu\text{mol/l}$ vào ngày thứ 5 sau mổ [3]. Có 3 BN (5,3%) gặp biến chứng suy gan (bảng 3.3). Có 01 bệnh nhân suy gan kéo dài, siêu âm ổ bụng ngày thứ 10 sau mổ thấy dịch ổ bụng mức độ nhiều >500ml, được chúng tôi chọc dịch màng bụng dưới hướng dẫn siêu âm, sau 56 ngày bệnh nhân được rút dẫn lưu ra viện. Nghiên cứu của Trịnh Quốc Đạt (2019) có tỷ lệ BN suy gan là 5,9% [6].

Trần dịch màng phổi thường gặp số lượng ít, phần lớn được điều trị nội khoa hoặc chọc hút dịch, ít khi phải dẫn lưu màng phổi. Trong nghiên cứu có 1 BN trần dịch màng phổi (bảng 3.3), được điều trị nội khoa ổn định.

Phân độ nặng của biến chứng theo Clavien-Dindo, có 1 BN (33,3%) trong nghiên cứu có biến chứng nặng (độ IIIa). Kết quả này trong nghiên cứu của Lee (2016) là 11% [5].

4.2.3. Thời gian nằm viện. Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật trong nghiên cứu là $8,9 \pm 7,2$ ngày, ngắn nhất là 5 ngày, dài nhất là 56 ngày. Kết quả này của Trịnh Quốc Đạt (2019) là $9,2 \pm 2,6$ ngày [6].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt gan trái theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan là phương pháp an toàn và hiệu quả nếu thực hiện ở trung tâm phẫu thuật chuyên khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **IARC G** (2020), "Cancer fact sheet: Liver cancer incidence and mortality worldwide".
2. **Takasaki K** (2007), Glissonean pedicle transection method for hepatic resection, Springer Science & Business Media.
3. **Lê Văn Thành** (2013), "Nghiên cứu chỉ định và kết quả phẫu thuật cắt gan kết hợp phương pháp Tôn Thất Tùng và Lortat Jacob trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan", Luận án tiến sĩ Y học - Đại học Quân Y.
4. **Vũ Văn Quang** (2019), "Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật kiểm soát cuống Glisson theo Takasaki trong cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108", Luận án tiến sĩ Y học.
5. **Lee C-W, Tsai H-I, Sung C-M, et al** (2016), "Risk factors for early mortality after hepatectomy for hepatocellular carcinoma", *Medicine*, 95 (39).
6. **Trịnh Quốc Đạt** (2019), "Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật kiểm soát chọn lọc cuống Glisson trong cắt gan điều trị ung thư tế bào gan", Luận án Tiến sĩ Y học - Đại học Y Hà Nội.
7. **Karamarković A, et al** (2016), "Suprahilar Control of Glissonean Pedicle in the Open Anatomic Liver Resections: A Single Centre Experience", *Journal of Digestive Cancer Reports*, 4 (2), pp. 113-121.
8. **Yoon Y-I, Kim K-H, Kang S-H, et al** (2017), "Pure laparoscopic versus open left hepatectomy for hepatocellular carcinoma in patients with cirrhosis", *Annals of surgery*, 265 (5), pp. 856-863.
9. **Nanashima A, Abo T, Hamasaki K, et al** (2013), "Predictors of intraoperative blood loss in patients undergoing hepatectomy", *Surgery today*, 43 (5), pp. 485-493.
10. **Curley S A, Barnett Jr C C, Abdalla E K, et al** (2017), "Surgical management of potentially resectable hepatocellular carcinoma", *Monografia en Internet* [In: Ashley SW, Tanabe KK, editors UpToDate Waltham (MA): UpToDate.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC MỘT ĐƯỜNG RẠCH CẮT THÙY PHỔI KÈM NẠO VẾT HẠCH TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Nguyễn Đình Hiếu¹, Lê Duy Tuấn¹, Phạm Văn Bình²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư phổi là một trong những ung thư thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới. Kỹ thuật cắt thùy phổi

kèm theo nạo vét hạch điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ bằng phẫu thuật nội soi một đường rạch đã được các tác giả trên thế giới đồng thuận. Bệnh viện Ung bướu Nghệ An đã triển khai thường quy phẫu thuật này, cần có những tổng kết và đánh giá kết quả của kỹ thuật. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu 56 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ được điều trị bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực một đường rạch từ tháng 01/2021 tới 01/2023, về các thông số trong và sau mổ cùng tỷ lệ biến chứng... **Kết quả:** Bao gồm 36 nam và 20 nữ. Tuổi trung bình $58,2 \pm 12,6$ (31 - 72). Vị trí u chủ tập trung nhiều nhất ở thùy trên phổi phải với 20 trường hợp (35,7%). Thời gian phẫu thuật $147,6 \pm 48$ phút (80 - 190). Thời gian

¹Bệnh viện Ung bướu Nghệ An

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Hiếu

Email: bshieu27021986@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.2.2024

Ngày duyệt bài: 8.3.2024

rút dẫn lưu màng phổi trung bình $4,2 \pm 2,5$ ngày (3-9). Số ngày nằm viện trung bình $7,2 \pm 1,8$ ngày (4-12). Không có tử vong, tai biến và biến chứng nặng trong và sau mổ. Giai đoạn bệnh sau mổ chủ yếu là giai đoạn I với 38 BN (67,8%). **Kết luận:** Điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực một đường rạch cắt thùy phổi kèm nạo vét hạch là một kỹ thuật an toàn, khả thi và có nhiều ưu điểm. **Từ khóa:** Ung thư phổi không tế bào nhỏ, phẫu thuật nội soi lồng ngực một đường rạch, cắt thùy phổi.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS LOBECTOMY WITH LYMPH NODE DISSECTION IN THE TREATMENT OF NON- SMALL CELL LUNG CANCER BY SINGLE INCISION VIDEO-ASSISTED THORACOSCOPIC SURGERY IN NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

Background: Lung cancer is one of the most common cancers and the leading cause of death worldwide. The technique of lobectomy with lymph node dissection in the treatment of non-small cell lung cancer by single incision video-assisted thoracoscopic surgery has been widely performed by authors. At Nghe An Oncology Hospital, this procedure has been carried out routinely and we need summaries and evaluation of the early results. **Methods:** A descriptive, retrospective study of 56 patients with non-small cell lung cancer treated by single incision video-assisted thoracoscopic surgery from March 2021 to June 2023 on intra-operative and post-operative parameters, with the same complication rate... **Result:** Including 36 men and 20 women. Mean age $58,2 \pm 12,6$ (31 - 72). Tumor location is mainly in the upper lobe of the right lung with 20 patients (35,7%). Surgery time $147,6 \pm 48$ (80 - 190) minutes. The average time of pleural drainage was $4,2 \pm 1,72$ (3 - 9) days. Average number of hospital days $7,2 \pm 1,72$ (4 - 12) days. There were no deaths, complications and serious complications during and post-operation. Cancer stage: mainly stage I with 38 patients (67.8%). **Conclusion:** Lobectomy with lymph node dissection in the treatment of non-small cell lung cancer by single incision video-assisted thoracoscopic surgery is a safe, feasible and advantageous method.

Keywords: non-small cell lung cancer, single incision video-assisted thoracoscopic surgery, lobectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là bệnh lý ác tính với tỷ lệ mắc bệnh và tử vong hàng đầu trên thế giới. Phẫu thuật vẫn là lựa chọn đầu tiên đối với ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn sớm, trong đó phẫu thuật nội soi lồng ngực (video-assisted thoracoscopic surgery – VATS) là lựa chọn được ưu tiên^{1,2,3}. Kỹ thuật cắt thùy phổi kèm theo nạo vét hạch trung thất đã được chuẩn hoá trên thế giới, cùng với sự phát triển của phẫu thuật nội soi lồng ngực: từ phẫu thuật nội soi ba lỗ (triportal VATS) tới phẫu thuật nội soi hai lỗ

(biportal VATS) và hiện nay phẫu thuật nội soi một đường rạch (single incision VATS) được các tác giả áp dụng, triển khai rộng rãi. Hơn nữa, các tác giả đã chứng minh tính khả thi, an toàn và hiệu quả của phẫu thuật nội soi lồng ngực một đường rạch so với phẫu thuật nội soi lồng ngực nhiều lỗ^{2,3}.

Tại Việt Nam phẫu thuật nội soi lồng ngực một đường rạch đã được thực hành tại một số trung tâm phẫu thuật lồng ngực trong cả nước mang lại kết quả bước đầu. Bệnh viện Ung bướu Nghệ An áp dụng phẫu thuật cắt thùy phổi kèm nạo vét hạch điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ đã được triển khai từ năm 2017, trên cơ sở nền tảng đó đã thực hiện kỹ thuật cắt thùy phổi kèm nạo vét hạch nội soi lồng ngực 1 đường rạch từ năm 2021 đã mang lại nhiều kết quả tích cực, vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài nhằm đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật này trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

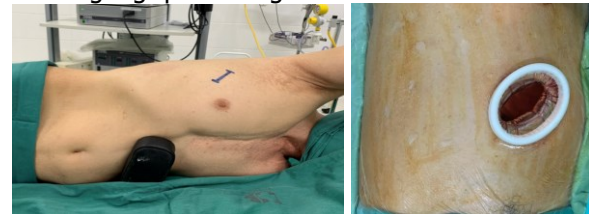
Đối tượng: Bao gồm các bệnh nhân ung thư phổi tế bào không nhỏ được điều trị bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực một đường rạch tại khoa Ngoại Tổng hợp - Bệnh viện Ung bướu Nghệ An, từ 1/2021 đến 1/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ bằng lâm sàng, cận lâm sàng (với kết quả giải phẫu bệnh trước mổ hoặc sinh thiết tức thì trong mổ) giai đoạn I-IIIa và được điều trị cắt thùy phổi kèm nạo vét hạch bằng phương pháp phẫu thuật nội soi lồng ngực một đường rạch. Chẩn đoán sau mổ là ung thư phổi không tế bào nhỏ.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

Quy trình phẫu thuật:

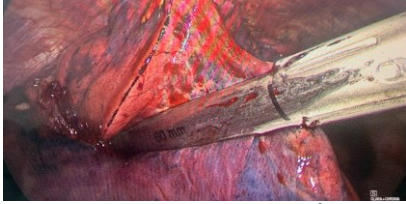
- Tư thế và tạo đường rạch: Gây mê bằng ống nội khí quản Carlens làm xẹp phổi bên thương tổn. Bệnh nhân nằm nghiêng 90° sang bên đối diện có kê gối dưới nách. Phẫu thuật viên đứng cùng phía bên lành. Đường vào là đường rạch da 4 - 6cm qua khoang liên sườn 5 - 6 ngang qua đường nách trước.



Hình 1. Vị trí đường rạch

- Thì cắt thùy phổi: Phẫu tích động mạch, tĩnh mạch và phế quản thùy phổi bệnh lý; cắt các thành phần này bằng dụng cụ khâu - cắt tự

động (stapler). Thùy phổi bệnh lý sẽ cho vào một túi chứa bệnh phẩm, được đưa ra ngoài qua lỗ vào trên thành ngực. Bệnh phẩm được khâu đánh dấu và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.



Hình 2: Cắt tĩnh mạch thùy phổi bằng Stapler



Hình 3: Cắt rãnh liên thùy bằng stapler

- Thì nạo vét hạch: Sử dụng dao siêu âm hoặc dao Ligasure trong quá trình nạo vét các nhóm hạch bạch huyết trong trung thất (Bên phải: Hạch rốn phổi; cạnh khí quản đoạn thấp – quanh quai tĩnh mạch đơn; dây chằng tam giác và ngã ba khí phế quản. Bên trái: Hạch rốn phổi; cửa sổ phế - chủ; dây chằng tam giác và ngã ba khí phế quản). Tất cả hạch được nạo vét ra đều làm giải phẫu bệnh chẩn đoán sau mổ.



Hình 4: Bệnh phẩm sau phẫu thuật

- Cầm máu và kết thúc phẫu thuật, đặt 01 dẫn lưu màng phổi, làm nở phổi kiểm tra rò khí trước khi đóng vết mổ. Chăm sóc và theo dõi sau phẫu thuật: Theo dõi các biến chứng sau phẫu thuật (chảy máu, tràn dịch màng phổi, rò khí, xẹp phổi...), chụp x- quang kiểm tra và rút dẫn lưu, thu thập kết quả giải phẫu bệnh, giải thích cho bệnh nhân và gia đình về hướng theo dõi và điều trị tiếp.

Thu thập và xử lý số liệu: Số liệu được thu thập, tổng hợp trước, trong và sau mổ như lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả giải phẫu bệnh, thời gian mổ...theo một bệnh án mẫu được thiết kế sẵn. Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 56 bệnh nhân chúng tôi thu được một số kết quả như sau: Tuổi trung bình là 58,2 ± 12,6 (31 - 72). Số bệnh nhân nam: 36, số bệnh nhân nữ: 20, tỷ lệ nam/ nữ: 1,8.

Bảng 1. Phân bố u theo vị trí tổn thương trên CT

Vị trí tổn thương	N	%
Thùy trên phổi phải	20	35,7
Thùy giữa phổi phải	4	7,1
Thùy dưới phổi phải	9	16,1
Phổi phải	33	58,9
Thùy trên phổi trái	13	23,2
Thùy dưới phổi trái	10	17,9
Phổi trái	23	41,1
Tổng	56	100

Nhận xét: Tổn thương có thể ở tất cả các vị trí, gặp nhiều nhất ở thùy trên phổi phải.

Bảng 2. Thời gian phẫu thuật – thời gian rút dẫn lưu – thời gian nằm viện.

Thông số	Thời gian
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	147,6 ± 48 (80 - 190)
Thời gian dẫn lưu màng phổi trung bình (ngày)	4,2 ± 2,5 (3- 9)
Thời gian điều trị trung bình sau mổ (ngày)	7,2 ± 1,8 (4 - 12)

Nhận xét: Thời gian mổ trung bình là 147,6 phút, ngắn nhất 80 phút, dài nhất 190 phút.

Thời gian rút dẫn lưu trung bình là 4,2 ngày còn thời gian nằm viện trung bình là 7,2 ngày.

Bảng 3. Tai biến trong mổ

Tai biến trong mổ	N	%
Chảy máu	5	8,9
Rách phế quản đối bên	0	0
Rách màng tim	0	0
Rò dưỡng chấp	0	0
Tổn thương thực quản	0	0
Tổng	5	8,9

Nhận xét: Chảy máu trong mổ chiếm tỷ lệ lớn nhất với 5 BN (8,9%).

Bảng 4. Hạch nạo vét

Số lượng hạch nạo vét	
Trung bình	7,1 ± 3,8
Hạch di căn	89

Nhận xét: Số lượng hạch nạo vét trung bình là 7,1 ± 3,8 hạch

Bảng 5. Biến chứng sau mổ

Biến chứng sau mổ	N	%
Không có biến chứng	50	89,3
Xẹp phổi	1	1,8
Rò khí	2	3,6
Viêm phổi	1	1,8
Nhiễm trùng vết mổ	2	3,6
Tổng	56	100

Nhận xét: Biến chứng hay gặp nhất là rò khí và nhiễm trùng vết mổ tỷ lệ mỗi biến chứng là 1,8%.

IV. BÀN LUẬN

Định nghĩa về phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt thùy phổi (VATS lobectomy) được chấp nhận rộng rãi nhất trên thế giới được đề xuất từ nghiên cứu lâm sàng của nhóm bệnh bạch cầu và bệnh lý ung thư 39082 – Mỹ (CALGB 39082), bao gồm các tiêu chí sau: Đường rạch da từ 4 – 8cm; làm việc hoàn toàn qua màn hình video; không sử dụng dụng cụ banh sườn cơ học (finochietto), phẫu tích cắt các thành phần tĩnh mạch, động mạch, phế quản theo giải phẫu (cắt phổi theo giải phẫu)^{4,5}. Qua thời gian, kỹ thuật phẫu thuật nội soi lồng ngực đã được cải tiến, hoàn thiện không ngừng do sự phát triển của công nghệ số và các dụng cụ phẫu thuật nội soi chuyên dụng, trong đó phẫu thuật nội soi lồng ngực một đường rạch cắt thùy phổi kèm nạo vét hạch trung thất đã và đang được áp dụng ngày càng phổ biến trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Đã có nhiều nghiên cứu so sánh phẫu thuật nội soi lồng ngực một đường rạch và nhiều lỗ cho kết quả là tương đối tương đồng về kết quả phẫu thuật và có những ưu điểm vượt trội hơn như tính thẩm mỹ, giảm mức độ đau, giảm thời gian nằm viện...^{1,4,6 2,5,8}.

4.1. Kết quả phẫu thuật cắt thùy phổi qua nội soi một đường rạch. PTNS lồng ngực cắt thùy phổi điều trị ung thư phổi được thực hiện từ năm 2008 tại Bệnh viện Bình Dân⁸ và kỹ thuật PTNS lồng ngực 1 đường rạch lần đầu tiên được thực hiện năm 2019 tại BV Bạch Mai và báo cáo mới nhất về phẫu thuật nội soi lồng ngực 1 đường rạch là của Ngô Gia Khánh⁷ (2021) cho thấy PTNS cắt phổi an toàn và khả thi, kết quả trung hạn (3 năm) của PTNSLN trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ tương đối khả quan.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, khối u phổi phải chiếm 33 BN (58,9%), khối u phổi trái chiếm 23 BN (41,1%) trong đó nhiều nhất là thùy trên phổi phải với 20 BN chiếm 35,7 %. U phổi phải trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu của tác giả Wang W. và Nguyễn Gonzalez-Rivas D. lần lượt là 58,4% và 59,6%^{2,3}

Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 2): Thời gian mổ trung bình 147,6 ± 48 phút ngắn nhất là 80 phút, dài nhất là 190 phút. Điều này chúng tôi thấy cũng tương đồng so với một số tác giả Gonzaler - Rivas D. và Li T^{3,6}. Mặt khác, chúng tôi không có trường hợp nào phải chuyển

phương pháp phẫu thuật nhất là về mặt kỹ thuật, cho thấy tính khả thi của kỹ thuật.

4.2. Vấn đề nạo vét hạch bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực một đường rạch.

Một số nghiên cứu cũng chỉ ra rằng phẫu thuật nội soi lồng ngực một đường rạch so với các phương pháp phẫu thuật khác (phẫu thuật nội soi nhiều lỗ và mổ mở kinh điển) đạt hiệu quả tương đương về mặt điều trị ung thư, nhất là vấn đề nạo vét hạch^{1,2,6}. Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều được cắt thùy phổi theo yêu cầu về mặt điều trị ung thư, nạo vét hạch chặng N1 và N2, tối thiểu nạo vét 4 nhóm hạch, tổng số hạch nạo vét được là 392 hạch, trong đó có 89 hạch di căn, trung bình 7,1 hạch/1 BN (bảng 4). Trong thực tế thực hành nạo vét hạch trong mổ, chúng tôi nhận thấy một số trường hợp nạo vét khó khăn hơn, nhất là những hạch viêm mạn tính dính với nhau thành khối, khi nạo vét cần lưu ý vì dễ tổn thương mạch máu và điều này cũng sẽ gây khó khăn như trong các phương pháp khác.

4.3. Tai biến và biến chứng của phương pháp.

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi với tai biến trong mổ (bảng 3) xảy ra chảy máu trong mổ với 5 BN chiếm 8,9%, 4 BN rách tĩnh mạch phổi + 1 BN rách nhu mô phổi lành, các trường hợp này đều được được khâu xử lý qua nội soi ổn định. Các bệnh nhân sau mổ có biến chứng nhẹ, chủ yếu là nhiễm trùng vết mổ chiếm 3,6% (bảng 5), chúng tôi điều trị kháng sinh kết hợp với thay băng vết mổ hàng ngày cho kết quả tốt. Và 2 trường hợp rò khí kéo dài chiếm 3,6%, chúng tôi điều trị nội khoa kết hợp với rửa khoang màng phổi bằng dung dịch nước muối sinh lý đẳng trương pha với Betadin cho kết quả tốt, không có trường hợp nào phải mổ lại, không có tử vong chu phẫu.

V. KẾT LUẬN

Cắt thùy phổi kèm theo nạo vét hạch trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ bằng phẫu thuật nội soi một đường rạch là kỹ thuật khả thi và an toàn với ưu điểm về thẩm mỹ, ít đau sau mổ, thời gian nằm viện ngắn. Kỹ thuật này là một sự lựa chọn cho phẫu thuật viên tại các trung tâm phẫu thuật lồng ngực trên cả nước và bệnh nhân trong điều trị bệnh lý này khi có chỉ định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nachira D., Congedo M.T., Tabacco D. và cộng sự. (2022). Surgical Effectiveness of Uniportal-VATS Lobectomy Compared to Open Surgery in Early-Stage Lung Cancer. Front Surg, 9, 840070.

2. **Wang W., Rao S., Ma M. và cộng sự.** (2021). The concept of broad exposure facilitates uniportal video-assisted thoracoscopic mediastinal lymph nodes dissection. *J Cardiothorac Surg*, 16(1), 138.
3. **Gonzalez-Rivas D.** (2012). VATS Lobectomy: Surgical Evolution from Conventional VATS to Uniportal Approach. *The Scientific World Journal*, 2012, 1–5. Yan T.D., Cao C., D'Amico T.A. và cộng sự. (2014). Video-assisted thoracoscopic surgery lobectomy at 20 years: a consensus statement. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 45(4), 633–639.
4. **Bertolaccini L., Batirel H., Brunelli A. và cộng sự.** (2019). Uniportal video-assisted thoracic surgery lobectomy: a consensus report from the Uniportal VATS Interest Group (UVIG) of the European Society of Thoracic Surgeons (ESTS). *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 56(2), 224–229.
5. **Li T., Xia L., Wang J. và cộng sự.** (2021). Uniportal versus three-port video-assisted thoracoscopic surgery for non-small cell lung cancer: A retrospective study. *Thorac Cancer*, 12(8), 1147–1153.
6. **Rocco G., Martucci N., La Manna C. và cộng sự.** (2013). Ten-Year Experience on 644 Patients Undergoing Single-Port (Uniportal) Video-Assisted Thoracoscopic Surgery. *The Annals of Thoracic Surgery*, 96(2), 434–438.
7. **Rocco G., Martin-Ucar A., và Passera E.** (2004). Uniportal VATS wedge pulmonary resections. *The Annals of Thoracic Surgery*, 77(2), 726–728.
8. **Ngô Gia Khánh và cộng sự** (2021). Kết quả phẫu thuật nội soi lồng ngực 1 đường rạch cắt thùy phổi kèm nạo vét hạch. *Tạp chí Phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam*, 7 (4), 65-71.

HIỆU QUẢ SỬ DỤNG NÚT CHẶN CHÓP A-PRF+ KẾT HỢP MTA TRONG ĐIỀU TRỊ NỘI NHA RĂNG VĨNH VIỄN CÓ LỖ CHÓP MỞ

Huỳnh Kim Khang¹, Nguyễn Thị Tâm Duyên²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu báo cáo loạt ca nhằm đánh giá hiệu quả điều trị trên lâm sàng khi sử dụng A-PRF+ kết hợp MTA làm nút chặn ở vùng chóp cho các răng vĩnh viễn có lỗ chóp mở rộng cần điều trị nội nha sau điều trị 1, 2, 3 tháng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mười lăm răng vĩnh viễn có lỗ chóp mở rộng cần điều trị nội nha trên mười bốn người bệnh được chọn vào nghiên cứu. Chẩn đoán trước điều trị dựa trên bệnh sử có đau, các triệu chứng lâm sàng và kết hợp phim X quang quanh chóp. Sau khi ký đồng thuận, răng được gây tê, cô lập bằng đê cao su, mở tủy, bơm rửa bằng NaOCl 3% và xác định chiều dài làm việc. Sửa soạn ống tủy, băng thuốc và hẹn tái khám sau 1 tuần. Bệnh nhân hết triệu chứng sẽ tiến hành đặt A-PRF+ kết hợp MTA bằng cách lấy 10ml máu tĩnh mạch quay ly tâm ở chế độ A-PRF+. Ép khối A-PRF+ thành màng, cắt nhỏ với kích thước phù hợp và đặt nhẹ nhàng vào vùng chóp. Sau đó, đặt lớp MTA dày khoảng 5 mm (MTA Angelus Repair HP – Angelus, Brazil) đúng chiều dài làm việc. Hẹn trám bít ống tủy và trám kết thúc sau 4 ngày. Đánh giá các triệu chứng lâm sàng sau điều trị 1, 2, 3 tháng. **Kết quả:** Giảm nhanh các triệu chứng lâm sàng: đau, sưng và lỗ dò. Các triệu chứng lâm sàng hết hoàn toàn sau 3 tháng điều trị, không tái phát và bệnh nhân thực hiện tốt các chức năng ăn nhai. **Kết luận:** Màng A-PRF+ kết hợp với MTA tạo nút chặn

trong điều trị nội nha các răng vĩnh viễn có lỗ chóp mở rộng mang lại hiệu quả lâm sàng cao và có thể được ứng dụng rộng rãi trong thực hành nha khoa.

Từ khóa: Răng vĩnh viễn có lỗ chóp mở rộng, sợi huyết giàu tiểu cầu, PRF, A-PRF+, thể hệ tiểu cầu cô đặc thứ hai, nút chặn chóp, MTA.

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF USE A-PRF+ COMBINATION WITH MTA AS A APICAL PLUG IN ENDODONTIC TREATMENT OF OPEN APEX PERMANENT TEETH

Objectives: This study cases report aimed to evaluate the clinical treatment effectiveness of the procedure using A-PRF+ combined with MTA. **Materials and methods:** Fifteen permanent teeth with open apex requiring endodontic treatment in fourteen patients were recruited. Pre-treatment diagnosis is based on history of pain, clinical symptoms and periapical radiograph. After informed consent, the tooth was anesthetized, isolated with a rubber dam, opened the pulp, irrigated with 3% NaOCl and determined the working length. Shaped the canal, applied intracanal medicine and recalled after a week. Placed A-PRF+ combination with MTA when was asymptomatic by taking 10 ml whole venous blood to centrifugation at A-PRF+ mode. Pressed the A-PRF+ into a membrane, cutted into appropriate size and gently placed in the apex. Then placed the calcium silicate layer about 5 thickness (MTA Angelus Repair HP – Angelus, Brazil) to the working length. Orturated the canal and restoration after 4 days. Clinical evaluation and periapical radiograph assessment after 1, 2, 3 months. **Results:** Quickly reduces clinical symptoms: pain, swelling and fistula. Clinical symptoms disappear after 3 months, no recurrence and the patients performed functions well.

¹Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Trường Đại Học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Tâm Duyên

Email: nttamduyen.tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 8.3.2024