

Để tăng tính chính xác và tăng cường khả năng ứng dụng trong đào tạo của hệ thống SimEx, nhà cung cấp nên tăng số lượng lát cắt đảm bảo tránh bỏ sót lỗi. Hoàn thiện thêm bộ mũi khoan cho hoàn chỉnh, đa dạng hóa nhiều loại mũi khoan, nhiều loại răng nhựa, nhiều chương trình thực hành nha khoa khác nhau giúp tăng cường khả năng ứng dụng của máy.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng điểm số của người đánh giá có sự tương đồng với điểm số bằng sử dụng hệ thống mô phỏng ảo SimEX. Khảo sát ý kiến đánh giá của sinh viên sử dụng cho thấy hệ thống giúp sinh viên có cái nhìn ba chiều tốt hơn, cũng như thực hành đạt độ chính xác cao hơn. Mặc dù hệ thống SimEx vẫn cần cải tiến và nâng cấp để dễ sử dụng cũng như đạt được hiệu quả cao hơn, hệ thống này có thể được sử dụng như một công cụ giáo dục nha khoa kỹ thuật số mới, được áp dụng vào quá trình giảng dạy và lượng giá sinh viên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Suzanne Perry, Susan Margaret Bridges,

- Michael Francis Burrow. The Role of Simulation Technology in Dental Education: A Review of the Use of Simulation in Dental Education. *Sim Healthcare*, (2015). Feb;10(1):31-37
2. Yaning Li, Hongqiang Ye, Fan Ye. The Current Situation and Future Prospects of Simulators in Dental Education. *J Med*, (2021). Apr 8;23(4):32-36
3. Anushka Tavkar , Ajinkya Pawar. Simulation in Dentistry. *EC Dental Science*, (2017). 12(3): 115-121
4. Ayman M Khalifah. How are we Evaluating the Effectiveness of Simulation in Dental Education? Are the Skills Transferrable? A Review. *Adv Dent & Oral Health*, (2020). 13(4):55-68
5. Arigbede A, Denloye O, Dosumu O. Use of simulators in operative dental education: experience in southern Nigeria. *Afr Health Sci*, (2015). 15(1):269-77
6. Perry S, Bridges SM, Burrow MF. A review of the use of simulation in dental education. *Simul Healthc*, (2015). Feb;10(1):31-7
7. Taguchi Y, Takizawa T, Oka Y, Fujii N. A Study of Clinical Training and Evaluation for the Preparation of a Full-Veneer Crown. *Ann Jpn Prosthodont Soc*, (2012). 4: 434-443
8. Serrano CM, Wesselink PR, Vervoorn JM. First experiences with patient-centered training in virtual reality. *J Dent Educ*, (2020). May;84(5):607-614.

ỨNG DỤNG PHẪU THUẬT CẮT GAN NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TẾ BÀO GAN TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Nguyễn Đình Hiếu¹, Nguyễn Quang Nghĩa², Phạm Văn Bình³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị ung thư tế bào gan bằng PTNS cắt gan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp tiền cứu trên 172 BN UTTBG được PTNS cắt gan. **Kết quả:** Tuổi trung bình 57,6. Child A chiếm 91,2%, nồng độ AFP 20-400 chiếm đa số 37,2%. Kích thước u >5 cm chiếm 37,8% (63/172 BN kích thước u từ 5-10cm). Có 166 BN được thực hiện bằng PTNS hoàn toàn (96,5%), 6 BN với PTNS hỗ trợ. Tỷ lệ cắt gan nhỏ là 60,5% trong đó có 6 BN cắt gan HPT 1 (3,7%) và 28 BN cắt gan phân thùy sau (16,8%) đều thực hiện thành công bằng PTNS. Tỷ lệ cắt gan lớn là 39,5% gồm 24 BN (13,9%) cắt gan phải, 28 BN (16,3%) cắt gan trái, 11 BN (6,4%) cắt gan trung tâm và 5 BN (2,9%) cắt gan trái mở rộng. Thời gian mổ trung bình là 113 phút, thời gian nằm

viện trung bình 7,3 ngày với tỷ lệ biến chứng sau mổ là 8,1%. Thời gian sống thêm sau mổ là 46,8 tháng. **Kết luận:** PTNS cắt gan cho thấy nhiều ưu điểm và có tính khả thi.

Từ khóa: cắt gan nội soi, ung thư tế bào gan

SUMMARY

RESULT OF LAPAROSCOPIC LIVER RESECTION FOR HEPATOCELLULAR CARCINOMA IN NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

Objectives: This study aims to describe the clinical characteristics of HCC patients undergoing laparoscopic liver resection, as well as report the treatment outcomes. **Subjects and Methods:** A descriptive, retrospective, and prospective study was conducted on 172 patients with HCC who underwent laparoscopic liver resection. **Results:** The mean age of the patients was 57.6 years. Among the patients, 91.2% were classified as Child A. The majority of patients (37.2%) had an alpha-fetoprotein (AFP) concentration ranging from 20 to 400. Tumor size greater than 5cm accounted for 37.8% of cases, with 63 out of 172 patients having tumor sizes between 5 and 10cm. Among the patients, 166 (96.5%) underwent pure laparoscopic surgery. Minor liver resections were performed in 60.5% of cases, including 6 patients with caudate segmentectomy

¹Bệnh viện Ung bướu Nghệ An

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

³Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Hiếu

Email: bshieu27021986@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 11.3.2024

(3.7%) and 28 patients with posterior sectionectomy (16.8%), all of which were successfully conducted using pure laparoscopic techniques. Major liver resections accounted for 39.5% of cases, with 24 patients (13.9%) undergoing right hepatectomy, 28 patients (16.3%) undergoing left hepatectomy, 11 patients (6.4%) undergoing central hepatectomy, and 5 patients (2.9%) undergoing extended left liver resection. The average operative time was 113 minutes, the average hospital stay was 7.3 days, and the postoperative complication rate was 8.1%. The median overall survival time was 46.8 months.

Conclusion: Laparoscopic liver resection demonstrates several advantages and is a feasible treatment option for hepatocellular cancer.

Keywords: laparoscopic liver resection, HCC

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tế bào gan (UTTBG) là loại ung thư gan nguyên phát hay gặp nhất, chiếm 90% tổng số ung thư gan và là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ 3 trong tổng số nguyên nhân tử vong do ung thư hiện nay¹. Có nhiều phương pháp điều trị UTTBG được áp dụng, tuy vậy, phẫu thuật cắt gan vẫn được đánh giá là phương pháp điều trị cơ bản và hiệu quả nhất^{1,2}.

Cùng với sự phát triển của các phương pháp can thiệp ít xâm lấn, phẫu thuật nội soi (PTNS) cũng được áp dụng trong phẫu thuật cắt gan và đã chứng minh được tính an toàn với các ưu điểm như: giảm đau sau mổ, hồi phục nhanh giúp giảm các biến chứng liên quan đến nhiễm trùng BV, đảm bảo tính thẩm mỹ cho BN. BV Ung bướu Nghệ An áp dụng PTNS cắt gan điều trị bệnh lý UTTBG từ năm 2018. Bài báo nhằm tổng kết kết quả áp dụng kỹ thuật này trong điều trị BN UTTBG trong giai đoạn 2018-2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các BN chẩn đoán UTTBG, được PTNS cắt gan tại BV Ung bướu Nghệ An từ 08/2018 đến 08/2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu các BN UTTBG được điều trị PTNS cắt gan.

Cỡ mẫu: chọn cỡ mẫu thuận tiện

Phương pháp lấy số liệu: hồi cứu từ 08/2018 đến 03/2022 kết hợp tiến cứu 03/2022 đến 08/2022.

2.2.2. Quy trình phẫu thuật cắt gan nội soi

- Tư thế BN: Hầu hết BN được đặt ở tư thế nằm ngửa, dạng hai chân. Tuy nhiên, đối với các BN cắt gan cho các HPT VI, VII hay phân thùy sau, BN được đặt ở tư thế nằm nghiêng trái 45 độ.

- Vị trí phẫu thuật viên và màn hình nội soi: Phẫu thuật viên chính đứng bên phải BN. Người điều khiển kính soi đứng giữa hai chân BN. Phẫu thuật viên phụ đứng bên trái BN. Màn hình quan

sát thường đặt ở phía trên vai phải hay vai trái BN (tùy vào vùng gan cắt thuộc thùy phải hay trái)

- Vị trí trocar: Kính soi đặt ở trocar rốn, 2 trocar bên phải dành cho phẫu thuật viên chính thực hiện thao tác phẫu thuật, 2 trocar bên trái để người phụ mổ thực hiện thao tác kẹp căng giữ và sử dụng ống hút.

- Các bước kỹ thuật:

+ Thăm dò, đánh giá

+ Kiểm soát cuống gan: Kiểm soát cuống gan chọn lọc được thực hiện. Cuống gan phải hay trái (tùy vào vùng gan bên nào được thực hiện phẫu thuật) được bộc lộ và kẹp tạm để hạn chế máu vào gan đồng thời xác định ranh giới nhu mô giữa gan phải và trái.

+ Cắt nhu mô gan: nhu mô gan cắt bằng dao cắt đốt siêu âm, mạch máu trong nhu mô kẹp clip.

+ Lấy bệnh phẩm: lấy qua vết mổ trocar rốn mở rộng hay vết mổ trên xương mu

2.3. Một số khái niệm và chỉ tiêu nghiên cứu

- Dựa trên kết quả phẫu thuật, các BN được chia làm hai nhóm chính:

+ PTNS hoàn toàn: phẫu thuật cắt gan được thực hiện hoàn toàn bằng kỹ thuật nội soi, sau đó bệnh phẩm được lấy ra khỏi ổ bụng qua vết mổ nhỏ ở rốn hay trên xương mu.

+ PTNS hỗ trợ: không thể thực hiện hoàn toàn bằng kỹ thuật nội soi, phải chuyển đổi kỹ thuật như đưa bàn tay vào khoang bụng hỗ trợ, mở bụng nhỏ, mở bụng lớn để hoàn thành phẫu thuật cắt gan.

- Các BN trong hai nhóm được đánh giá các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng, đặc điểm phẫu thuật cũng như kết quả gần, kết quả xa, thời gian sống thêm sau mổ.

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được phân tích thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian 5 năm từ 08/2018 – 08/2022 tại BV Ung bướu Nghệ An có 305 BN được PTNS cắt gan, trong đó có 172 BN UTTBG, chiếm 56,4%. Tuổi trung bình là 57,6 ± 16,08. Nam giới chiếm ưu thế so với nữ giới, tỉ lệ nam : nữ là 3,8:1.

Bảng 1. Lý do vào viện và triệu chứng lâm sàng

	Chỉ tiêu	n	Tỉ lệ %
Lý do vào viện	Tình cờ	89	51,7
	Đau bụng	61	35,5
	Gầy sút cân	22	12,8
Triệu chứng thực thể	Gan to	19	11,1
	Lách to	5	2,9
	Dịch ổ bụng	1	0,6
	Chướng bụng	11	6,3

Bảng 2. Chức năng gan trước mổ theo thang điểm Child-Pugh và AFP trước mổ

Chỉ tiêu	n	Tỷ lệ %
Điểm số Child-Pugh	5	91,2
	6	6,9
	7	1,9
Nồng độ AFP (ng/ml)	< 20	12,2
	20-400	37,2
	400-1000	30,2
	>1000	20,4

Bảng 3. Các hình thái phẫu thuật cắt gan

Hình thái cắt gan		PTNS hoàn toàn		PTNS hỗ trợ		
Cắt gan nhỏ	1 HPT	HPT 1	6	3,7	0	0
		HPT 2	2	1,2	0	0
		HPT 3	2	1,2	0	0
		HPT 4	3	1,9	0	0
		HPT 5	8	5	1	16,7
		HPT 6	10	6,2	0	0
		HPT 7	4	2,5	0	0
		HPT 8	4	2,5	0	0
2 HPT	Phần thùy sau	28	16,8	1	16,7	
	Phần thùy trước	16	9,6	0	0	
	Phần thùy trái	13	7,8	0	0	
	HPT 5,6	3	1,8	0	0	
Cắt gan lớn	3 HPT	HPT 7,8	2	1,2	1	16,7
		Gan trái	27	16,2	1	16,7
	4 HPT	Cắt gan trung tâm	11	6,6	0	0
		Gan phải	22	13,2	2	33,2
Cắt gan HPT 2,3,4,5		5	3,1	0	0	
Tổng cộng		166	100%	6	100%	

Lượng máu mất trung bình là 235 ± 73ml, nhiều nhất là 1400ml trong đó có 4 BN phải truyền máu trong mổ. Thời gian mổ trung bình là 113,6 ± 35,7 phút, dài nhất là 240 phút.

Bảng 4. Kích thước khối u đánh giá trên CLVT (MRI)

Kích thước u (cm)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
≤5	< 2	4	2,3	107	62,2
	2 ≤ u ≤ 3	21	12,2		
	3 < u ≤ 5	82	47,7		
>5	5 < u ≤ 10	63	36,6	65	37,8
	> 10	2	1,2		
Tổng cộng	172	100%	172	100%	

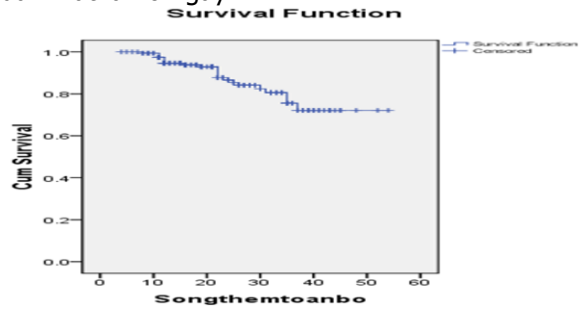
Bảng 5. Biến chứng trong mổ

Biến chứng trong mổ	n	Tỷ lệ (%)
Không	163	94,7
Thủng cơ hoành	1	0,6
Thủng đại tràng	0	0
Chảy máu	6	3,5
Tổn thương đường mật ngoài gan	2	1,2

Bảng 6. Biến chứng sau mổ

Biến chứng sau mổ	n	Tỷ lệ (%)
Không	158	91,9
Rò mật	2	1,2
Chảy máu	1	0,6
Viêm phổi	1	0,6
Tràn dịch màng phổi	4	2,3
Dịch ổ bụng	2	1,2
Abcess tồn dư	4	2,3

Thời gian rút dẫn lưu trung bình là 4,3 ngày (2-15 ngày). Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 7,3 ± 1,4 ngày, ngắn nhất là 4 ngày và dài nhất là 20 ngày.



Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm sau mổ

Thời gian sống thêm sau mổ trung bình 46,8 ± 1,5 tháng (95% khoảng tin cậy 43,2 đến 48,9). Thời gian theo dõi dài nhất 54 tháng với tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại các thời điểm: 1 năm, 2 năm, 3 năm, 4 năm lần lượt là 97,6%, 88,6%, 79,6% và 78,1%.

IV. BÀN LUẬN

PTNS cắt gan đã và đang được triển khai tại nhiều trung tâm lớn với nhiều ưu điểm so với phẫu thuật mổ mở cắt gan thường quy. BV Ung bướu Nghệ An trong thời gian 2018-2022 đã triển khai hơn 300 trường hợp cắt gan nội soi, trong đó số BN UTTBG là 172, chiếm 56,4%.

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. Tuổi trung bình các BN là 57,6 ± 16,08, trẻ nhất là 16 tuổi, già nhất là 83 tuổi, tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi từ 50-83 với tổng tỷ lệ 74,3%. Nam giới chiếm ưu thế so với nữ giới, tỷ lệ nam : nữ là 3,8:1. Nghiên cứu của Nguyễn Quang Nghĩa (2012) cũng có độ tuổi trung bình 50,65±11,9³, Trần Công Duy Long (2016) với 271 BN, độ tuổi trung bình 55,88 ± 11,7⁴. Tỷ lệ mắc UTTBG tăng theo tuổi do thời gian nhiễm bệnh (xơ gan, nhiễm virus viêm gan) và phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ lâu dài là điều kiện thuận lợi để UTTBG phát triển.

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ BN đi khám bệnh tình cờ phát hiện có khối u gan chiếm tỷ lệ cao nhất (51,7%). BN đi khám bệnh khi có triệu chứng chiếm tỷ lệ thấp hơn như đau bụng

(35,5%), gầy sút cân (12,8%). Triệu chứng lâm sàng của UTTBG rất nghèo nàn, thường xuất hiện ở giai đoạn muộn của bệnh do khả năng bù trừ tốt của gan. Thực tế chỉ 11,1% số BN được phát hiện gan to trên khám lâm sàng. Có 5 BN (chiếm 2,9%) thăm khám trên lâm sàng sờ thấy lách to phản ánh tình trạng tăng áp lực tĩnh mạch cửa, tuy nhiên xét nghiệm chức năng gan Child-Pugh A, kèm tiểu cầu trong giới hạn bình thường nên vẫn được chỉ định phẫu thuật cắt gan.

Hai chỉ tiêu hay được áp dụng nhất trong lâm sàng để đánh giá chức năng gan BN trước mổ là độ Child-Pugh và độ thanh thải Indocyanin trong máu (ICG test). Đối với các trường hợp Child-Pugh A sẽ cho phép thực hiện phẫu thuật cắt gan lớn; Child B thực hiện cắt gan nhỏ; còn Child C là chống chỉ định cắt gan. Trong nghiên cứu này, chúng tôi dựa vào bảng phân độ Child – Pugh để đánh giá chức năng gan trước mổ. Các BN trong nghiên cứu chủ yếu thuộc Child-Pugh A, có 3 BN (1,9%) thuộc Child-Pugh B (7 điểm) được thực hiện cắt gan nhỏ (cắt gan hạ phân thùy) để tránh suy gan sau mổ cho người bệnh.

Khối u lớn với kích thước >5cm khá thường gặp trong lâm sàng, đặc biệt trong điều kiện của Việt Nam. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ này là 37,8%. Với các khối u này, cắt gan là lựa chọn điều trị tối ưu. Một số nghiên cứu như của Kim (2018), Peng (2019) cho thấy kích thước trung bình là 2,6 cm và 4,8cm^{5,6}. Nghiên cứu của Trần Công Duy Long (2016) cho tỉ lệ sống và không tái phát sau 5 năm ở nhóm BN kích thước u >10cm lần lượt là 45% và 43%⁴. Với điều kiện chức năng gan trước mổ được kiểm soát tốt, cắt gan bằng phẫu thuật nội soi là phương pháp điều trị mang lại kết quả khả quan ngay cả với các khối u có kích thước lớn >5cm.

PTNS cắt gan và kết quả điều trị. Trong 172 BN được PTNS cắt gan, có 166 BN được thực hiện bằng PTNS hoàn toàn (96,5%), 6 BN với PTNS hỗ trợ. Phẫu thuật cắt gan nhỏ được thực hiện trên 104 BN (60,5%), cắt gan lớn có 68 BN (39,5%). Theo Slakey (2013) tỷ lệ cắt gan nhỏ là 53,8%⁷. Trong 68 BN cắt gan lớn, bao gồm: 24 BN (13,9%) cắt gan phải, 28 BN (16,3%) cắt gan trái, 11 BN (6,4%) cắt gan trung tâm (HPT 4, 5, 8), cắt gan trái mở rộng (HPT 2, 3, 4, 5) có 5 BN (2,9%). Đối với nhóm cắt gan HPT 1, có 6 BN (3,7%) đều thực hiện thành công bằng PTNS. Chúng tôi ứng dụng kỹ thuật phẫu tích tiếp cận cuống gan ngoài bao Glisson và nhận thấy đây là kỹ thuật giúp đơn giản hóa PTNS cắt gan lớn với nhiều ưu điểm. Các cuống Glisson của gan phải hay trái có thể được bộc lộ rõ ở vùng rốn gan.

Tỷ lệ BN không có biến chứng trong mổ là 163, chiếm 94,7%, có 9 BN có biến chứng trong mổ (5,3%). Trong đó chảy máu là biến chứng gặp chủ yếu (6/9 BN), chiếm 66,7% trong tất cả biến chứng, có 3 BN xử lý được qua nội soi, còn 3 BN phải chuyển qua mổ mở để hoàn thành cuộc mổ. Trong nghiên cứu của Slakey (2013) trên 45 BN PTNS cắt gan, tỷ lệ chảy máu phải chuyển mổ mở chiếm 6,7%, trong nghiên cứu của Trần Công Duy Long (2016) tỷ lệ chuyển mổ mở do chảy máu là 1,5%^{4,7}. Nghiên cứu của Soubrane (2014) với 351 BN thì tỷ lệ tổn thương đường mật trong mổ là 0,6%⁸, tương đương với nghiên cứu này.

Tỷ lệ biến chứng chung sau mổ là 8,1% với 14 BN. Các biến chứng gặp sau mổ trong nghiên cứu này bao gồm tràn dịch màng phổi (2,3%), abscess tồn dư (2,3%), rò mật (1,2%), dịch ổ bụng (1,2%), chảy máu (0,6%), viêm phổi (0,6%), không có BN suy gan sau mổ. Theo nghiên cứu của Slakey (2013) tỷ lệ chảy máu là 0,5%, rò mật 0,3%, abscess tồn dư là 1,2%⁷, nghiên cứu của Soubrane với 313BN cho thấy tỷ lệ biến chứng sau mổ là 9,3% với rò mật là 2%, suy gan 1%, viêm phổi 2%, dịch ổ bụng là 5%⁸. Nghiên cứu của Trần Công Duy Long (2016), biến chứng sau mổ là 6% hay gặp nhất là tràn dịch màng phổi 1,15%, viêm phổi 0,7%, rò mật 0,7%⁴.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, thời gian rút dẫn lưu từ 2 -15 ngày, trung bình là 4,3 ngày. Thời gian hậu phẫu ngắn nhất là 4 ngày và dài nhất là 20 ngày, trung bình là 7,2 ± 1,4 ngày. Một số nghiên cứu như của Slakey (2013), thời gian rút dẫn lưu và thời gian hậu phẫu lần lượt là 5,2 ngày và 8,5 ngày⁷, của Peng (2019) thời gian rút dẫn lưu và thời gian nằm viện lần lượt là 3,8 ngày và 7 ngày⁶. Trong nghiên cứu của Trần Công Duy Long (2016) thì thời gian rút dẫn lưu và thời gian nằm viện sau phẫu thuật lần lượt là 5 ± 1,8 ngày và 6 ± 1,8 ngày⁴.

Các BN phát hiện tái phát sau PTNS cắt gan, tiếp tục được điều trị theo phương pháp phù hợp và tái khám định kỳ để theo dõi thời gian sống thêm. Trong 163 BN được tái khám, có 23 BN tử vong (14,1%). Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 46,8 ± 1,5 tháng, thời gian theo dõi dài nhất 54 tháng. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại các thời điểm: 1, 2, 3, 4 năm lần lượt là 94,6%, 86,6%, 75,6% và 72,1%. Kết quả tỷ lệ sống thêm sau mổ của BN trong nghiên cứu chúng tôi tương đồng so với các tác giả khác trong nước cũng như trên thế giới.

Bảng 7. Tỷ lệ sống thêm sau mổ của một số nghiên cứu

	1 năm	2 năm	3 năm	4 năm
Soubrane và cs (2014) ⁸	94,5%	92,3%	87,4%	86,3%
Peng và cs (2019) ⁶	95,1%	88,6%	78,3%	
Trần Công Duy Long (2016) ⁴	96,4%	84,0%	78,7%	77,3%
NC của chúng tôi	94,6%	86,6%	75,6%	72,1%

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt gan nội soi đã và đang được triển khai tại nhiều trung tâm trên thế giới. Nghiên cứu này cho thấy ưu điểm và tính khả thi của phẫu thuật với thời gian nằm viện trung bình 7,2 ngày và 96.5% BN được thực hiện hoàn toàn bằng phẫu thuật nội soi. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 46,9 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Omata M, Lesmana LA, Tateishi R, et al.** Asian Pacific Association for the Study of the Liver consensus recommendations on hepatocellular carcinoma. *Hepatology Int.* 2010;4(2):439-474. doi: 10.1007/s12072-010-9165-7
2. **Bruix J, Sherman M,** American Association for the Study of Liver Diseases. Management of hepatocellular carcinoma: an update. *Hepatology.* 2011;53(3):1020-1022. doi:10.1002/hep.24199

3. **Nguyễn Quang Nghĩa** (2012), Nghiên Cứu Áp Dụng Đo Thể Tích Gan Bằng Chụp Cắt Lớp vi Tính Trong Chỉ Định, Điều Trị Phẫu Thuật Ung Thư Gan Nguyên Phát, Luận Án Tiến Sĩ y Học, Học Viện Quân Y, Hà Nội.
4. **Trần Công Duy Long** (2016), Đánh Giá Vai Trò Phẫu Thuật Nội Soi Cắt Gan Điều Trị Ung Thư Tế Bào Gan, Luận Án Tiến Sĩ y Học, Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh, TP Hồ Chí Minh.
5. **Kim JM, Kwon CHD, Yoo H, et al.** Which approach is preferred in left hepatocellular carcinoma? Laparoscopic versus open hepatectomy using propensity score matching. *BMC Cancer.* 2018;18(1): 668. doi: 10.1186/s12885-018-4506-3
6. **Peng Y, Liu F, Xu H, Lan X, Wei Y, Li B.** Outcomes of Laparoscopic Liver Resection for Patients with Multiple Hepatocellular Carcinomas Meeting the Milan Criteria: A Propensity Score-Matched Analysis. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2019; 29(9): 1144-1151. doi: 10.1089/lap.2019.0362
7. **Slakey DP, Simms E, Drew B, Yazdi F, Roberts B.** Complications of Liver Resection: Laparoscopic Versus Open Procedures. *JLS.* 2013; 17(1): 46-55. doi: 10.4293/108680812X13517013317716
8. **Soubrane O, Goumard C, Laurent A, et al.** Laparoscopic resection of hepatocellular carcinoma: a French survey in 351 patients. *HPB (Oxford).* 2014;16(4): 357-365. doi: 10.1111/hpb.12142

HIỆU QUẢ CỦA LASER DIODE 810NM VÀ DAO MỔ TRONG ĐIỀU TRỊ NỨO NHIỄM SẮC MELANIN SINH LÝ

Trần Yến Nga¹, Lê Thiện Quang¹,
Nguyễn Bảo Trân², Nguyễn Thị Kim Chi¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mục tiêu của nghiên cứu này là so sánh hiệu quả của phẫu thuật bằng laser diode 810nm và dao mổ trong điều trị nướu nhiễm sắc melanin sinh lý. **Đối tượng - Phương pháp:** Tổng cộng có 26 cung hàm của 16 bệnh nhân có nhiễm sắc melanin sinh lý ở hai bên được tuyển vào nghiên cứu. Các phần hàm đối bên được chỉ định ngẫu nhiên tiếp nhận điều trị bằng laser (nhóm thử nghiệm) hoặc điều trị dao mổ (nhóm chứng). Các đánh giá lâm sàng bao gồm: cảm nhận đau ở ngày 1 và ngày 7 sau điều trị theo thang VAS, cường độ sắc tố nướu ở trước điều trị, 1 tháng và 3 tháng sau điều trị theo chỉ số DOPI (Dummett oral pigmentation index). Kiểm định Wilcoxon signed rank và Mann-Whitney được dùng để

phân tích các dữ liệu này. **Kết quả:** Cảm nhận đau sau điều trị là nhẹ, nhóm dao mổ chứng tỏ đau nhiều hơn nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với nhóm laser ($p > 0,05$). Ở 1 tháng và 3 tháng sau điều trị, cường độ sắc tố nướu ở cả nhóm laser và nhóm dao mổ đều giảm rất có ý nghĩa so với trước điều trị ($p < 0,001$). Tuy nhiên, chưa tìm thấy khác biệt có ý nghĩa về chỉ số DOPI giữa hai nhóm ở cả hai thời điểm sau điều trị ($p > 0,05$). **Kết luận:** Cả hai phương pháp điều trị chỉ gây đau nhẹ và cho hiệu quả tương đương về phương diện cải thiện cường độ sắc tố nướu.

Từ khóa: Laser diode - Nhiễm sắc - Melanin

SUMMARY

EFFICACY OF 810NM DIODE LASER AND SCAPEL TECHNIQUE IN GINGIVAL PHYSIOLOGIC MELANIN HYPERPIGMENTATION TREATMENT

Objectives: The objective of this study was to compare efficacy of 810nm diode laser and scapel surgery in gingival physiologic melanin hyperpigmentation treatment. **Materials and methods:** Total 26 arches of 16 patients with bilateral physiologic melanin hyperpigmentation were recruited

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Đại học Quốc tế Hồng Bàng TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: TS. Trần Yến Nga

Email: yennga281@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.2.2024

Ngày duyệt bài: 7.3.2024