

technique, and outcome in 111 cases. European radiology. 2017;27(5):2002-2010.

5. **Kelly S, Humby F, Filer A, et al.** Ultrasound-guided synovial biopsy: a safe, well-tolerated and reliable technique for obtaining high-quality synovial tissue from both large and small joints in early arthritis patients. Annals of the rheumatic diseases. 2015;74(3):611-617.
6. **Kelly S, Humby F, Filer A, et al.** Ultrasound-guided synovial biopsy: a safe, well-tolerated and reliable technique for obtaining high-quality synovial tissue from both large and small joints in early arthritis patients. Annals of the rheumatic diseases. 2015;74(3):611-617.
7. **Koski JM, Helle M.** Ultrasound guided synovial biopsy using portal and forceps. Annals of the rheumatic diseases. 2005;64(6):926-929.
8. **Marin F, Lasbleiz J, Albert JD, et al.** Synovial biopsy under US guidance: technical considerations and results. Journal de radiologie. 2006;87(5):561-565.

## HIỆU QUẢ SỬ DỤNG FIBRIN GIÀU TIỂU CẦU TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM QUANH RĂNG GIAI ĐOẠN III

Trần Thị Nga Liên<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Hồng Minh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định hiệu quả của fibrin giàu tiểu cầu (PRF) trong điều trị viêm quanh răng giai đoạn III. **Phương pháp:** Nghiên cứu 40 răng trên 20 bệnh nhân được chia ngẫu nhiên vào 2 nhóm: nhóm sử dụng PRF (nhóm thử nghiệm) và phẫu thuật vạt -OFD (nhóm chứng). Đánh giá các thông số lâm sàng và Xquang: chỉ số lợi (GI), độ sâu túi quanh răng (PD), mức mất bám dính quanh răng (CAL), độ sâu khuyết hồng xương (IBD), phần trầm đầy xương (BF) trước phẫu thuật, sau 3 tháng và 6 tháng điều trị. Chỉ số lành thương (WHI) được đánh giá 1 lần duy nhất vào thời điểm 2 tuần sau phẫu thuật. **Kết quả:** Sau 6 tháng độ sâu túi quanh răng giảm  $2,4 \pm 0,7$  mm ở nhóm có sử dụng PRF + OFD so với  $1,5 \pm 0,6$  mm ở nhóm chỉ điều trị OFD; mức giảm mất bám dính  $2,6 \pm 0,8$  mm ở nhóm PRF + OFD so với  $1,5 \pm 0,6$  mm ở nhóm OFD; độ sâu khuyết hồng xương giảm  $1,7 \pm 0,4$  mm ở nhóm PRF + OFD so với  $0,6 \pm 0,6$  mm ở nhóm chỉ điều trị OFD và phần trầm lấp đầy khuyết hồng xương  $35,7\% \pm 9,7\%$  ở nhóm PRF + OFD so với  $16,5\% \pm 18,0\%$  ở nhóm OFD; Chỉ số lành thương đánh giá sau 2 tuần: mức độ lành thương tốt 95% ở nhóm PRF + OFD so với 65% ở nhóm OFD. **Kết luận:** Phương pháp phẫu thuật vạt có ghép PRF cho kết quả tốt hơn phương pháp phẫu thuật vạt đơn thuần trong điều trị viêm quanh răng giai đoạn III.

**Từ khóa:** fibrin giàu tiểu cầu, viêm quanh răng

### SUMMARY

#### EFFICIENCY OF PLATELET-RICH FIBRIN IN PATIENTS WITH STAGE III PERIODONTITIS

**Objectives:** The aim of the present clinical study was to determine the additive effects of PRF in the treatment of stage III periodontitis. **Methods:** Forty teeth in twenty patients were randomly assigned to

PRF with open flap deridement group (experimental group) or open flap deridement group (control group). Clinical parameters and x ray included gingival index(GI) pocket depth (PD), clinical attachment loss (CAL), infrabony defect depth (IBD), bone fill (BF) were evaluated at baseline, 3-month, and at a 6-month evaluation. Wound healing index (WWHI) were evaluated at two weeks after surgery. **Results:** After 6-months surgical, result in a significant decrease in probing pocket depth  $2,4 \pm 0,7$  mm in group PRF+OFD compared with the control  $1,5 \pm 0,6$  mm ; clinical attachment level  $2,6 \pm 0,8$  mm in group PRF+OFD,  $1,5 \pm 0,6$  mm in group OFD; infrabony defect depth  $1,7 \pm 0,4$  mm in group PRF+OFD,  $0,6 \pm 0,6$  mm in group OFD and increase percentage in bone fill  $35,7\% \pm 9,7\%$  in group PRF+OFD,  $16,5\% \pm 18,0\%$  in group OFD. Wound healing index were evaluated at two weeks after surgery: good wound healing 95% in group PRF+OFD compared with the control 65%. **Conclusions:** These findings indicate that a combination of PRF and open flap deridement is more effective than open flap deridement alone for the treatment of stage III periodontitis.

**Keywords:** fibrin-rich platelet, periodontal

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh quanh răng là bệnh có nhiều nguyên nhân gây nên được đặc trưng bởi tình trạng mất mô liên kết bám dính gây phá hủy các mô quanh răng. Tiêu xương ổ răng là một biểu hiện bệnh lí điển hình của các bệnh quanh răng tạo ra các khuyết hồng xương ổ răng.

Quá trình lành thương trong viêm quanh răng đòi hỏi sự tương tác giữa các tế bào biểu mô, nguyên bào sợi, nguyên bào xương và tế bào dây chằng nha chu. Sự gián đoạn của mạch máu trong quá trình lành thương dẫn đến sự hình thành fibrin, ngưng kết tiểu cầu và giải phóng một số yếu tố tăng trưởng thông qua yếu tố trung gian là cytokine và các yếu tố tăng trưởng<sup>1</sup>. Có các bằng chứng cho thấy vai trò quan trọng của các yếu tố tăng trưởng và

<sup>1</sup>Bệnh viện Răng hàm mặt Trung Ương Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Nga Liên

Email: lientranrhm@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.12.2022

Ngày duyệt bài: 22.12.2022

cytokine của tiểu cầu trong quá trình viêm và lành thương<sup>2</sup>. Từ đó đã dẫn đến ý tưởng sử dụng tiểu cầu để sửa chữa mô, đặc biệt là lành thương mô nha chu.

Fibrin giàu tiểu cầu (PRF) là một dạng cô đặc tiểu cầu thể hệ thứ 2 có chứa tiểu cầu và các yếu tố tăng trưởng dưới dạng màng fibrin được lấy từ máu bệnh nhân mà không chứa bất kì chất chống đông máu hay các biến đổi sinh hóa nào khác<sup>3</sup>. Các nghiên cứu cho thấy PRF giúp lành thương nhanh hơn khi sử dụng<sup>4,5</sup>. Do đó PRF đã cho thấy là một vật liệu tái sinh mô đầy hứa hẹn trong lĩnh vực nha chu.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Mẫu nghiên cứu.** Hai mươi bệnh nhân được chẩn đoán là viêm quanh răng giai đoạn III (gồm 13 nam và 7 nữ) đã điều trị khởi đầu (lấy cao răng và xử lý bề mặt chân răng, hướng dẫn kiểm soát mảng bám răng) tại Khoa Nha chu – Bệnh viện Răng hàm mặt Trung Ương Hà Nội. Bệnh nhân có răng nghiến cứu thỏa mãn điều kiện sau: túi quanh răng  $\geq 6$ mm, mất bám dính quanh răng  $\geq 5$  mm, độ sâu khuyết hồng xương (IBD)  $\geq 3$ mm, khuyết hồng trong xương còn 2-3 thành, có ít nhất 2 răng có tổn thương viêm quanh răng.

Hai răng điều trị của mỗi bệnh nhân được phân chia ngẫu nhiên vào 2 nhóm điều trị bằng 2 phương pháp khác nhau. Nhóm thử nghiệm ( $n_1 = 20$  răng): phẫu thuật vật kết hợp với PRF và nhóm đối chứng ( $n_2 = 20$  răng): chỉ phẫu thuật vật.

### Đánh giá các chỉ số lâm sàng tại thời điểm trước phẫu thuật (T0), 2 tuần (T1), 3 tháng (T2), 6 tháng (T3) sau phẫu thuật.

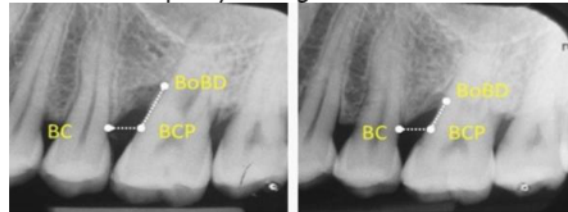
Đánh giá chỉ số lợi (GI), độ sâu túi quanh răng (PD), mức mất bám dính quanh răng (CAL) tại thời điểm trước phẫu thuật (T0), 3 tháng (T2), 6 tháng (T3) sau phẫu thuật.

Chỉ số lành thương (WHI) của răng phẫu thuật được đánh giá tại thời điểm sau 14 ngày phẫu thuật dựa trên tiêu chí của tác giả Huang và cộng sự (2005)<sup>6</sup>. Mức độ 1: lành thương tốt - lợi không sưng tấy, không đỏ, bệnh nhân không đau, niêm mạc không tróc vảy. Mức độ 2: lành thương không tốt - lợi hơi sưng nhẹ, hơi đỏ, bệnh nhân hơi đau, niêm mạc tróc vảy. Mức độ 3: lành thương kém - lợi sưng rõ, đỏ, bệnh nhân đau, niêm mạc tróc vảy.

### Đánh giá thông số trên Xquang tại thời điểm trước phẫu thuật (T0), 3 tháng (T2), 6 tháng (T3) sau phẫu thuật.

Hình ảnh Xquang kỹ thuật số được chụp bằng kỹ thuật song song hình nón dài với chế độ quét

tương tự ở các lần chụp khác nhau cùng với thiết bị hỗ trợ định vị. Đánh giá và đo lường độ sâu khuyết hồng xương bằng sử dụng phần mềm được cài đặt sẵn trên máy tính (phần mềm phân tích hình ảnh Scion Image, Scion Corporation): đo từ đỉnh mào xương ổ răng đến đáy khuyết hồng xương. Cách đo này dựa theo phương pháp đo của tác giả Cardaropoli và Leonard<sup>7</sup>. Trên hình ảnh Xquang xác định mào xương ổ răng (BC), từ vị trí mào xương ổ răng, hình chiếu của mào xương ổ răng trên bề mặt chân răng (BCP), vị trí tiêu xương sâu nhất (điểm BoBD). Nối hai điểm (BCP và BoBD) đó lại thành một đường thẳng và đo được độ sâu của khuyết hồng xương. Mức lấp đầy xương được xác định bằng cách lấy độ sâu khuyết hồng xương ban đầu trừ đi độ sâu khuyết hồng xương sau khi điều trị. Các thông số này được tính theo chiều dọc: khoảng cách (mm) đo độ sâu khuyết hồng xương và tỷ lệ phần trăm để tính mức lấp đầy xương.



Trước điều trị

Sau điều trị

**Hình 1:** BC là đỉnh mào xương ổ răng. BCP là hình chiếu của mào xương ổ răng BoBD là đáy của khuyết hồng xương. IBD là khoảng cách từ BCP đến BoBD

**Vật liệu nghiên cứu.** Màng PRF được tạo theo quy trình của Choukroun 2001

**Quy trình tạo màng PRF.** Mỗi bệnh nhân được lấy 10 ml máu tĩnh mạch cho vào ống thủy tinh vô trùng, không có chất chống đông, ly tâm trong 14 phút với 1500 vòng/phút (theo phương pháp phân lập tiểu cầu A-PRF).

Kết quả thu được 3 lớp trong ống: lớp trên cùng không có tế bào là huyết tương nghèo tiểu cầu (PPP), lớp giữa là khối fibrin giàu tiểu cầu (PRF), lớp dưới cùng là hồng cầu. Lấy khối PRF từ ống thủy tinh sau khi đã cắt bỏ phần hồng cầu ở dưới cùng và đặt vào khuôn ép tạo thành màng PRF có bề dày đồng nhất là 1 mm. Màng PRF được cắt tạo thành kích thước phù hợp với khuyết hồng xương.

**Quy trình phẫu thuật.** Phẫu thuật vật: Sát khuẩn trong và ngoài miệng bằng povidone iodine 10%. Sau khi gây tê tại chỗ, thực hiện các đường rạch với dao số 15 C với 3 đường rạch bờ vát trong, ở rãnh lợi và kẽ răng. Bóc tách vật niêm mạc màng xương, bảo tồn tối đa mô mềm

ở vùng kẽ răng. Loại bỏ màng bám, cao răng bằng máy lấy cao răng siêu âm và loại bỏ mô hạt bằng dụng cụ nạo Gracey. Sau khi loại bỏ mô hạt, bơm rửa vùng phẫu thuật bằng nước muối sinh lý 0,9%. Khâu đóng vết Widman cải tiến bằng mũi đệm và băng chỉ vicryl 4.0. Cuối cùng đắp băng phẫu thuật bảo vệ vùng phẫu thuật.

Đối với 20 răng của nhóm thử nghiệm: sau khi làm sạch, sử dụng màng PRF đặt vào khuyết hồng xương. Sau khi đặt màng PRF, khâu đóng vết như nhóm chứng.

**Xử lý số liệu.** Số liệu thu được xử lý theo phương pháp thống kê y học với phần mềm SPSS 20.0 của Tổ chức y tế thế giới.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Đặc điểm lâm sàng và Xquang của bệnh nhân viêm quanh răng giai đoạn III trước phẫu thuật**

Nghiên cứu trên 20 bệnh nhân (40 răng) với 13 nam và 7 nữ, tuổi trung bình là 40,62±8,06

**Bảng 1. Tình trạng viêm quanh răng trên lâm sàng và Xquang trước điều trị**

	Nhóm thử nghiệm (n <sub>1</sub> =20)	Nhóm chứng (n <sub>2</sub> =20)	p*
Chỉ số lợi	1,9±0,5	1,9±0,6	1
Độ sâu túi quanh răng (mm)	7,3±1,2	6,9±1,1	0,229
Mức mất bám dính quanh răng (mm)	8,2±1,3	7,4±1,3	0,072
Độ sâu của khuyết hồng xương (mm)	5,1±1,3	4,2±1,3	0,03

p\* So sánh 2 nhóm trong cùng thời điểm, kiểm định (t - test)

**So sánh hiệu quả điều trị giữa 2 nhóm**

**Bảng 2. So sánh mức giảm độ sâu túi quanh răng ở 2 nhóm tại các thời điểm điều trị**

	Mức giảm độ sâu túi quanh răng (mm)		p*
	Nhóm thử nghiệm (X ±SD)	Nhóm chứng (X ±SD)	
T0 - T2	1,8 ±0,5	1,1±0,4	0,000
T0 - T3	2,4±0,7	1,5±0,6	0,000

p\* So sánh khác biệt của 2 nhóm trong cùng thời điểm, kiểm định (t - test)

Trung bình độ sâu túi ở 2 nhóm tại thời điểm trước điều trị là như nhau. Nhưng sự giảm độ sâu túi ở 2 nhóm tại thời điểm 3 và 6 tháng sau điều trị khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

**Bảng 3. So sánh mức giảm mất bám dính quanh răng ở 2 nhóm tại các thời điểm điều trị**

	Mức giảm mất bám dính quanh răng (mm)		p*
	Nhóm thử nghiệm (X ±SD)	Nhóm chứng (X ±SD)	
T0 - T2	1,7±0,8	1,2±0,5	0,019
T0 - T3	2,6±0,8	1,5±0,6	0,000

p\* So sánh khác biệt của 2 nhóm trong cùng thời điểm, kiểm định (t - test)

Trung bình mức giảm mất bám dính ở 2 nhóm tại thời điểm trước điều trị là như nhau. Nhưng sự giảm mất bám dính ở 2 nhóm tại thời điểm 3 và 6 tháng sau điều trị khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

**Bảng 4. So sánh mức giảm độ sâu khuyết hồng xương ở 2 nhóm tại các thời điểm điều trị**

	Mức giảm mất độ sâu khuyết hồng xương (mm)		p*
	Nhóm thử nghiệm (X ±SD)	Nhóm chứng (X ±SD)	
T0 - T2	1,3±0,5 mm	0,2±0,5 mm	0,000
T0 - T3	1,7±0,4 mm	0,6±0,6 mm	0,000

p\* So sánh khác biệt của 2 nhóm trong cùng thời điểm, kiểm định (t - test)

Sau 3 và 6 tháng điều trị độ sâu khuyết hồng xương ở 2 nhóm là khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

**Bảng 5. So sánh tỉ lệ phần trăm đầy xương ở 2 nhóm tại các thời điểm điều trị**

	Tỉ lệ phần trăm đầy xương (%)		p*
	Nhóm thử nghiệm (%)	Nhóm chứng (%)	
T0-T2	26,6±13,5	3,8±11,6	0,000
T0-T3	35,7±9,7	16,5±18,0	0,000

p\* So sánh khác biệt của 2 nhóm trong cùng thời điểm, kiểm định (t - test)

Cả 2 nhóm thử nghiệm và nhóm chứng đều đạt hiệu quả điều trị tại các thời điểm nhưng nhóm thử nghiệm cho tỷ lệ phần trăm đầy xương cao hơn so với nhóm chứng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

**Bảng 6. So sánh hiệu quả điều trị về lành thương**

	Chỉ số lành thương				p*
	Nhóm thử nghiệm		Nhóm chứng		
	n <sub>1</sub>	%	n <sub>2</sub>	%	
Lành thương tốt	19	95	13	65	0,018

p\* So sánh khác biệt của 2 nhóm trong cùng thời điểm, kiểm định (t - test)

Mức độ lành thương tốt: 95% ở nhóm thử nghiệm, 65% ở nhóm chứng có sự khác biệt với p<0,05.

#### IV. BÀN LUẬN

**Đặc điểm lâm sàng, xquang của bệnh nhân viêm quanh răng giai đoạn III.** Độ sâu trung bình túi quanh răng giữa 2 nhóm trước điều trị không có sự khác biệt với  $7,3 \pm 1,2$  mm ở nhóm thử nghiệm và  $6,9 \pm 1,1$  mm ở nhóm chứng. Mức mất bám dính trung bình ở 2 nhóm lần lượt là  $8,2 \pm 1,3$  mm và  $7,4 \pm 1,3$  mm cũng không có sự khác biệt với  $p > 0,05$ . Giá trị trung bình của chỉ số lợi (GI) 2 nhóm là như nhau, chủ yếu viêm ở mức độ trung bình. Trên Xquang, độ sâu khuyết hồng xương ở 2 nhóm có sự khác biệt:  $5,1 \pm 1,3$  mm ở nhóm thử nghiệm và  $4,2 \pm 1,3$  mm ở nhóm chứng ( $p < 0,05$ ).

##### So sánh hiệu quả điều trị giữa 2 nhóm

**Độ sâu túi quanh răng.** Giảm độ sâu túi quanh răng là điều kiện cần có để đánh giá của một điều trị viêm quanh răng thành công. Giảm độ sâu túi quanh răng là một thông số lâm sàng quan trọng để đánh giá sự tái tạo mô quanh răng, ngoài ra còn đánh giá duy trì kết quả điều trị. Điều trị sau 3 tháng và 6 tháng, độ sâu túi quanh răng ở nhóm thử nghiệm đều giảm nhiều hơn nhóm chứng. Sau 6 tháng điều trị, độ sâu túi quanh răng giảm được nhiều hơn sau 3 tháng:  $2,4 \pm 0,7$  mm ở nhóm thử nghiệm và  $1,5 \pm 0,6$  mm ở nhóm chứng. Ajwani. H (2015)<sup>8</sup> so sánh tác dụng vật liệu sinh học fibrin giàu tiểu cầu và phẫu thuật vạt trong điều trị khuyết hồng xương 2 và 3 thành. Kết quả sau 9 tháng phẫu thuật, độ sâu túi quanh răng ở nhóm thử nghiệm giảm 1,9 mm; nhóm chứng giảm 1,6 mm sau. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm thử nghiệm sau 3 tháng điều trị và ở nhóm chứng sau 6 tháng điều trị.

**Mức mất bám dính.** Mục tiêu điều trị bệnh nha chu là hồi phục sự bám dính của mô liên kết với mô xương đã bị phá hủy bởi quá trình bị bệnh. Vì thế, để đánh giá sự tái tạo mô nha chu, cần đánh giá mức giảm mất bám dính quanh răng.

Sau 3 tháng phẫu thuật mức giảm mất bám dính quanh răng ở 2 nhóm thử nghiệm và nhóm chứng là  $1,7 \pm 0,8$  mm và  $1,2 \pm 0,5$ . Sau 6 tháng điều trị, mức mất bám dính quanh răng giảm được nhiều hơn sau 3 tháng:  $2,6 \pm 0,8$  mm ở nhóm thử nghiệm và  $1,5 \pm 0,6$  mm ở nhóm chứng. Theo Markou et al<sup>9</sup> báo cáo rằng sự cải thiện độ mất bám dính  $3,08 \pm 0,95$  mm sau 1 năm phẫu thuật. Tunc Ilgenli et al<sup>10</sup> cho kết quả mức giảm mất bám dính là  $1,5 \pm 0,7$  mm sau 18 tháng điều trị. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

**Khuyết hồng xương.** Kết quả sau 3 tháng mức giảm độ sâu khuyết hồng xương là  $1,3 \pm 0,5$

mm ở nhóm thử nghiệm;  $0,2 \pm 0,5$  mm ở nhóm chứng. Sau 6 tháng giảm  $1,7 \pm 0,4$  mm;  $0,6 \pm 0,6$  mm lần lượt ở 2 nhóm thử nghiệm và nhóm chứng. Với kết quả trên cho thấy ở nhóm có sử dụng PRF có tác dụng làm giảm độ sâu khuyết hồng xương nhiều hơn. Sự cải thiện các thông số lâm sàng và lấp đầy xương tốt hơn ở nhóm có ghép PRF cho thấy hiệu quả của fibrin giàu tiểu cầu trong liệu pháp tái tạo nha chu. Kết quả này có thể do thành phần của khối fibrin giàu tiểu cầu có các yếu tố tăng trưởng, tiểu cầu, bạch cầu và cytokine góp phần tạo nên lấp đầy xương được ghi nhận bằng Xquang.

Tỉ lệ lấp đầy xương ở nhóm thử nghiệm sau 3 tháng là  $26,6\% \pm 13,5\%$  nhóm thử nghiệm và  $3,8\% \pm 11,6\%$  nhóm chứng. Tỉ lệ lấp đầy xương sau 6 tháng  $35,7\% \pm 9,7\%$ ;  $16,5\% \pm 18,0\%$  lần lượt ở 2 nhóm. Theo dõi những thay đổi trên phim Xquang sau phẫu thuật là một phương pháp không xâm lấn, không đau để đánh giá về sự hình thành xương, độ sâu, bề rộng và lấp đầy khuyết hồng xương. Vì thế trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả sau 6 tháng điều trị thay đổi rõ ràng so với thời điểm 3 tháng và thời điểm trước điều trị của cả 2 nhóm.

**Mức độ lành thương.** Sự lành thương được định nghĩa là sự hồi phục tự nhiên của chấn thương mô, liên quan đến một chuỗi các phản ứng phức tạp giữa các nguyên bào sợi của nướu, tế bào dây chằng nha chu, nguyên bào xương và tế bào biểu mô. Kết quả của chỉ số lành thương sau 2 tuần phẫu thuật của nhóm sử dụng PRF cho thấy mức độ lành thương tốt hơn nhóm chỉ phẫu thuật vạt có ý nghĩa thống kê: lành thương tốt 95% so với 65% ở nhóm chỉ phẫu thuật vạt. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Patel và cộng sự (2017)<sup>12</sup>, 100% các răng được ghép PRF lành thương tốt ở cả 2 thời điểm sau 7 ngày và 14 ngày. Hiệu quả lành thương của nhóm có ghép PRF là do nồng độ cao các yếu tố tăng trưởng và sợi huyết dày đặc trong PRF, thúc đẩy nhanh quá trình tăng sinh mạch máu.

#### V. KẾT LUẬN

Tái tạo mô nha chu bằng fibrin giàu tiểu cầu có kết quả tốt hơn khi điều trị chỉ phẫu thuật vạt đơn thuần trong điều trị viêm quanh răng giai đoạn III. Cải thiện các chỉ số lâm sàng về độ sâu túi quanh răng, mất bám dính quanh răng, độ sâu khuyết hồng xương, mức độ đầy xương ở nhóm có sử dụng PRF nhiều hơn so với nhóm chứng.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Deodhar AK, Rana RE. Surgical physiology of

- wound healing: a review. J Postgrad Med. 1997; 52-56.
2. **Giannobile WV.** Periodontal tissue engineering by growth factors, Bone. 1996; 23S-37S
  3. **Choukroun J, et al.** PRF: an opportunity in perio implantology. Implantodontie. 2000:55-62.
  4. **Thorat M, et al.** Clinical effects of autologous platelet rich fibrin in the treatment of intrabony defects: a controlled clinical trial, J Clin Periodontol, 2011;925-932.
  5. **Sharma A, Pradeep RA.** Treatment of 3 – wall intrabony defects in patients with chronic periodontitis with autologous platelet rich fibrin: a randomized controlled clinical trial. J Periodontol. 2011;82(12):1705-1712. 6759.
  6. **Huang L.H, et al** (2005). The effects of platelet rich plasma on the coronally advanced flap root coverage procedure: a pilot human trial, Journal of Periodontology. 2005; , pp. 1768-1777.
  7. **Cardaropoli G, Leonhardt AS.** Enamel matrix proteins in the treatment of deep intrabony defects, Journal of Periodontology. 2002: 501-504.
  8. **Himanshu Ajwani, et al** (2015). Comparative Evaluation of platelet- rich fibrin biomaterial and open flap debridement in the treatment of two and three wall intrabony defects, J Int Oral Health., 2015:pp. 32-37.
  9. **N. Markou, E. Pepelassi, H. Vavouraki, et al.** Treatment of periodontal endosseous defects with platelet-rich plasma alone or in combination with demineralized freeze-dried bone allograft: a comparative clinical trial . Journal of Periodontology, 80 (2009), pp. 1911-1.
  10. **Tunc Ilgenli et al.** Demineralized freeze-dried bone allograft and platelet-rich plasma vs platelet-rich plasma alone in intrabony defects: a clinical and radiographic evaluation. Clinical Oral Investigations, 11 (2007), pp. 51-59.

## NGHIÊN CỨU VAI TRÒ CỦA NỘI SOI PHẾ QUẢN SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN U TRUNG THẤT

Dương Danh Bộ<sup>1</sup>, Nguyễn Thế Việt<sup>2</sup>, Nguyễn Chi Lăng<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Nội soi phế quản siêu âm sinh thiết hút xuyên thành phế quản (EBUS-TBNA) là một phương mới hiện đại có giá trị trong chẩn đoán các tổn thương u trung thất tiếp giáp khí phế quản. Mục tiêu của nghiên cứu này là đánh giá kết quả chẩn đoán của nội soi phế quản siêu âm trong chẩn đoán u trung thất. **Phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu kết hợp hồi cứu trên 81 bệnh nhân đã được nội soi phế quản siêu âm trong thời gian từ 6/2021-6/2022. Kết quả chẩn đoán xác định cuối cùng dựa trên kết quả của EBUS-TBNA, nội soi lồng ngực, phẫu thuật phổi, theo dõi lâm sàng. **Kết quả:** chúng tôi nghiên cứu trên 81 bệnh nhân, trong đó nam: 52/81 (64,2%), nữ 29/81 (35,8%). Độ tuổi trung bình 55,20±14,47 tuổi. Kết quả chẩn đoán cuối cùng có 35 trường hợp ung thư, 46 trường hợp lành tính. EBUS-TBNA chẩn đoán được 70 trường hợp trong tổng số 81 bệnh nhân: ung thư 31, viêm lao 25, viêm không đặc hiệu 10, bướu giáp 1, sarcoidosis 2, bình thường 1. Độ chính xác chẩn đoán của EBUS TBNA chung là 86,4%, đối với tổn thương lành tính là 84,8%, với tổn thương ác tính là 88,6%. Không có trường hợp nào xảy ra biến chứng nặng. **Kết luận:** EBUS-TBNA có giá trị cao trong chẩn đoán các tổn thương u trung thất tiếp giáp với khí phế quản trung tâm.

**Từ khóa:** Nội soi phế quản siêu âm (EBUS), u trung thất

### SUMMARY

#### STUDY THE ROLE OF ENDOBRONCHIAL ULTRASOUND IN DIAGNOSING MEDIASTINAL LESIONS

**Objective:** Endobronchial ultrasound – guided tranbronchial needle aspiration (EBUS-TBNA) is a new method for the diagnosis of mediastinal lesions located adjacent to the central airway. The purpose of this study was to evaluate the result of EBUS-TBNA for the diagnosis of mediastinal lesions. **Methods:** We descriptively studied the results of patients who underwent EBUS-TBNA between 6/2021 to 6/2022. Final diagnoses were determined by EBUS-TBNA, surgery and (or) clinical follow-up. **Results:** A total of 81 patients, of whom 52 (64.2%) were male and 29 (35.8%) were female. The mean age was 55,20±14,47 years. The final diagnoses were 35 malignant mediastinal and 46 benign mediastinal. The EBUS-TBNA was diagnostic in 70 of 81 patients: malignant 31, tuberculosis 25, nonspecific inflammatory 10, mediastinal goiter 1, sarcoidosis 2, normal 1. The diagnostic accuracy of EBUS-TBNA was 86.4%, 84.8% for benign lesions and 88.6% for malignant lesions. There were no complications. **Conclusions:** The diagnostic value of EBUS-TBNA is high for mediastinal lesions located adjacent to the central airway.

**Keywords:** Endobronchial ultrasound (EBUS), Mediastinal lesions

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trung thất là một khoang hẹp trong lồng ngực nhưng có rất nhiều cơ quan quan trọng của

<sup>1</sup>Bộ Y tế

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Phổi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Dương Văn Bộ

Email: duongbo1981@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.12.2022

Ngày duyệt bài: 26.12.2022