

dưỡng. Một số yếu tố tác động là đây là nghiên cứu tiến hành hồi ghi thời gian truyền hết 1 chai dịch nên có thể có sai số nhớ lại hoặc điều dưỡng có thể không để ý đến thời gian truyền và kết thúc của bệnh nhân. Hoặc điều dưỡng truyền theo thói quen mà không để ý đến chỉ định của bác sĩ. Tỷ lệ chỉ định tốc độ truyền dịch và thực hành truyền dịch lipid hợp lý đều thấp. Do vậy việc đặt ra vấn đề đào tạo về dinh dưỡng tĩnh mạch là cần thiết.

KẾT LUẬN

- Tỷ lệ trả lời đạt về NCDD cho bệnh nhân ung thư của cả bác sĩ và điều dưỡng còn chưa cao. Tỷ lệ trả lời đạt chung của bác sĩ là 55,6%, của điều dưỡng là 46,9%. Bác sĩ khối nội có tỷ lệ trả lời đạt cao nhất là 65,8%. Bác sĩ khối ngoại có tỷ lệ trả lời không đạt cao nhất là 51,2%. Điều dưỡng có trình độ Sau đại học có tỷ lệ trả lời đúng cao nhất chiếm 66,7%, nhóm trình độ Cao đẳng có tỷ lệ trả lời không đạt cao nhất chiếm 56,7%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

- Tỷ lệ bác sĩ trả lời đúng về giá trị trong từng loại dịch truyền tĩnh mạch chiếm dưới 50%. Tỷ lệ trả lời đúng giá trị của dịch axit amin là cao nhất, chiếm 49,5%, dịch lipid là thấp nhất (19,2%). Tỷ lệ trả lời đúng về tốc độ truyền cho phép của các loại dịch về glucose, axit amin và lipid lần lượt là 30,3%, 59,6% và 50,5%.

- Thực hành thời gian truyền dịch dinh dưỡng tĩnh mạch hợp lý theo khuyến cáo của dịch đường là có tỷ lệ cao nhất (99%), của dung dịch lipid có tỷ lệ thấp nhất (15,1%). Tỷ lệ này với dịch axit amin chỉ chiếm 22%.

KHUYẾN NGHỊ

Cần đào tạo cho nhân viên y tế về kiến thức và thực hành dinh dưỡng cho bệnh nhân

ung thư.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Shen L.-J., Chen C., Li B.-F. và cộng sự. (2013). "High Weight Loss during Radiation Treatment Changes the Prognosis in Under-/Normal Weight Nasopharyngeal Carcinoma Patients for the Worse: A Retrospective Analysis of 2433 Cases", PLOS ONE, 8(7), e68660.

2. Dewys W.D., Begg C., Lavin P.T. và cộng sự. (1980). "Prognostic effect of weight loss prior to chemotherapy in cancer patients. Eastern Cooperative Oncology Group", Am J Med, 69(4), tr. 491 - 497.

3. Ross P.J., Ashley S., Norton A. và cộng sự. (2004). "Do patients with weight loss have a worse outcome when undergoing chemotherapy for lung cancers?", Br J Cancer, 90(10), tr. 1905 - 1911.

4. Kadmon I., Goldin Y., Bdolah Y. và cộng sự. (2014). "Knowledge, attitudes and practices of physicians and nurses regarding the link between IVF treatments and breast cancer", Eur J Oncol Nurs, 18(2), tr. 201 - 205.

5. Arends J., Bachmann P., Baracos V. và cộng sự. (2017). "ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients", Clin Nutr, 36(1), tr. 11 - 48.

6. Bộ Y tế (2015). Hướng dẫn điều trị Dinh dưỡng lâm sàng, Nhà xuất bản Y học.

7. Nguyễn Quốc Anh (2015), Dinh dưỡng tĩnh mạch, Nhà xuất bản Y học.

8. Staun M., Pironi L., Bozzetti F. và cộng sự. (2009). "ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Home Parenteral Nutrition (HPN) in adult patients", Clin Nutr, 28(4), tr. 467 - 479.

UNG THƯ RUỘT THỪA TẾ BÀO NHÃN (TRƯỜNG HỢP NHÌN LẠI CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ)

PHẠM TRUNG THÔNG, HOÀNG ANH, KIM VĂN VỤ
Khoa Ngoại Quán Sứ, Bệnh viện K Trung ương

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư nguyên phát của ruột thừa là 1 khối u ác tính rất hiếm gặp với tỷ lệ dưới 0,5% của tất cả các ung thư ống tiêu hóa. Trong đó, ung thư biểu mô tuyến thể nhẵn của ruột thừa chỉ

gặp dưới 4% trong số ung thư ruột thừa, báo hiệu một tiên lượng xấu.

Nhân một trường hợp ung thư ruột thừa tế bào nhẵn, chúng tôi xin điếm qua 1 vài nét về bệnh lý này và số nghiên cứu liên quan trong y văn.

THÔNG BÁO CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân Nguyễn Thị T, nữ, 66 tuổi. Nghề nghiệp: Tự do.

Vào viện: 29-08-2019. Mổ: 05-09-2019

Chịu trách nhiệm: Phạm Trung Thông
Email: bsthongdhytb@gmail.com
Ngày nhận: 07/3/2021
Ngày phân bệnh: 09/4/2021
Ngày duyệt bài: 23/4/2021

Lý do vào viện: Đau bụng hố chậu phải

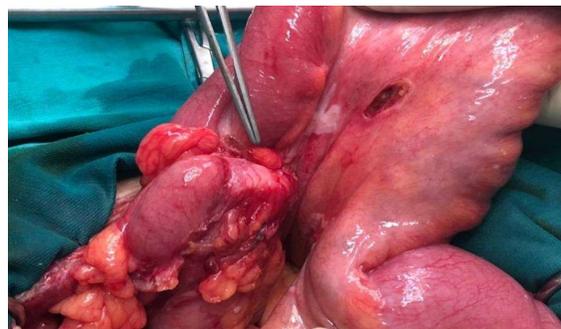
Tiền sử khoẻ mạnh

Bệnh sử: Khoảng 2 tuần trước vào viện, bệnh nhân xuất hiện đau hố chậu P, đau âm ỉ, đau liên tục, đau không giảm khi trung đại tiện, bụng chướng nhẹ, không sốt, không buồn nôn, không nôn, siêu âm kiểm tra phát hiện khối u ruột thừa, theo dõi u nhầy. Khám khi vào viện: tỉnh táo, tiếp xúc tốt, da, niêm mạc hồng, không có hạch thượng đòn, không có hội chứng nhiễm trùng, bụng đau âm ỉ hố chậu phải, mềm, không sờ thấy u, không có phản ứng thành bụng, không có cảm ứng phúc mạc. Hình ảnh siêu âm: ruột thừa vị trí đáy manh tràng thành dày, đường kính gốc ruột thừa 11mm, ấn xẹp, không thấy thâm nhiễm mỡ hay dịch quanh ruột thừa, vị trí đầu tịt của ruột thừa có khối giảm âm không đồng nhất, bờ không đều, ranh giới rõ, kích thước 16x11mm, các quai ruột non giãn, tăng nhu động, đường kính quai lớn nhất 40mm, vị trí giao giữa quai giãn và xẹp sát góc hồi manh tràng. Xét nghiệm trước mổ: xét nghiệm công thức máu, hoá sinh máu, đông máu bình thường, CEA không tăng. CT scanner 64: ruột thừa vị trí giải phẫu bình thường, đường kính ngang 14mm, chỗ dày nhất 6 mm, bề mặt không đều, ngấm thuốc sau tiêm, trong lòng có dịch, thâm nhiễm nhẹ mỡ xung quanh, đoạn cuối hồi tràng dày 6mm, ngấm thuốc sau tiêm, có hẹp chu vi gây giãn các quai ruột phía thượng lưu, đường kính ngang quai lớn nhất 40mm. Nội soi dạ dày - đại trực tràng không phát hiện gì bất thường. Chẩn đoán trước mổ: Theo dõi u ruột thừa.

Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật nội soi thăm dò, xét cắt ruột thừa nội soi, được phẫu thuật ngày 05/09/2019. Phẫu thuật viên: BS Phạm Trung Thông - Khoa Ngoại Quán Sứ - Bệnh viện K.

Cách thức phẫu thuật: Đặt 3 trocarts: trocar 10 ở rốn đặt camera, trocar 10 ở đường nách trước ngang rốn bên P, trocar 5 ở trên xương mu, kiểm tra: ổ bụng không có dịch, gan hồng, mềm, dạ dày mềm, vị trí van hồi manh tràng có khối thâm nhiễm toàn bộ đoạn cuối hồi tràng - đầu manh tràng, không quan sát thấy ruột thừa, ruột non đoạn cuối hồi tràng giãn nhẹ, buồng trứng P sùi dạng nốt, cứng, kích thước < 5cm, mạc treo đại tràng và quanh động mạch mạc treo tràng trên có rất nhiều hạch kích thước 0,5-1cm và vài nhân vệ tinh kích thước 0,5-1,5cm, ruột non giãn nhẹ, trương lực tốt. Các cơ quan khác trong ổ bụng không thấy tổn thương. Tiến hành bóc lột ruột thừa qua nội soi thất bại, quyết định chuyển mổ đường trắng giữa dưới rốn kéo

dài lên trên rốn. Phẫu tích bóc lột ruột thừa, sinh thiết tức thì 1 mảnh từ khối thâm nhiễm vị trí ruột thừa, buồng trứng P và 1 mảnh nhân vệ tinh tại mạc treo, kết quả: ruột thừa: adenomacarcinom tế bào nhẵn, buồng trứng P: u krukemberg di căn carcinoma tế bào nhẵn, nhân vệ tinh: Di căn carcinom tế bào nhẵn. Chẩn đoán trong mổ: bán tắc ruột do ung thư ruột thừa T4N1M1 (buồng trứng P- mạc treo đại tràng). Bệnh nhân được cắt đại tràng P và buồng trứng 2 bên, lập lại lưu thông tiêu hóa hồi - đại tràng ngang kiểu bên bên 1 lớp.



Hình 1. Tổn thương đại thể trong mổ

Hậu phẫu ổn định không có biến chứng, trung tiện ngày thứ 3, cho ăn ngày thứ 3, điều trị kháng sinh 7 ngày. Bệnh nhân được ra viện ngày thứ 8 sau mổ, được điều trị hoá chất sau mổ 3 tuần. Kết quả giải phẫu bệnh lý: Carcinom tế bào nhẵn của ruột thừa, xâm nhập hết thành ruột thừa, xâm nhập thành manh tràng và hồi tràng - 4/15 hạch di căn carcinoma - buồng trứng P: carcinoma tế bào nhẵn di căn buồng trứng, phân loại giải phẫu bệnh: T4N2M1b, phân loại giai đoạn bệnh IV B.

BÀN LUẬN

1. Phân loại u ruột thừa

Ung thư nguyên phát của ruột thừa là 1 khối u ác tính rất hiếm gặp với tỷ lệ dưới 0,5% của tất cả các ung thư ống tiêu hóa, bao gồm các loại: carcinoma tế bào nhầy, carcinoma tụy ruột, ung thư thần kinh nội tiết, carcinoma tế bào dài, carinoma tế bào nhẵn, ... Trong đó, hay gặp nhất là tụy carcinoma nhầy với tỷ lệ 20% số case, hiếm nhất là carcinoma tế bào nhẵn, chiếm 4% số case [1],[2],[3].

2. Chẩn đoán ung thư ruột thừa

Ung thư nguyên phát của ruột thừa được Berger mô tả lần đầu tiên vào năm 1882, là 1 thể bệnh hiếm gặp, đặc biệt với tụy vòng nhẵn và có rất ít thông tin được công bố về khối u này. Các nghiên cứu trước đây cho thấy không

có sự khác biệt về tỷ lệ ung thư ruột thừa giữa 2 giới, đa số các case gặp ở độ tuổi 40-59. Theo báo cáo của McCusker, độ tuổi trung bình mắc bệnh của 3 tuýp carcinoma thể nhầy, carcinoma tuýp ruột và nhẵn lần lượt là 60-62-58 tuổi [4]. Biểu hiện lâm sàng của bệnh thường không đặc hiệu, thường gặp dấu hiệu đau bụng hố chậu P với bệnh cảnh giống 1 viêm ruột thừa cấp hay dấu hiệu bán tắc ruột/ tắc ruột khi khối u phát triển thâm nhiễm rộng vào manh tràng – ruột non. Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi là nữ, tuổi 66, vào viện vì triệu chứng đau hố chậu P nhiều ngày, đau âm ỉ, không có phản ứng thành bụng và cảm ứng phúc mạc, trung- đại tiện bình thường, không nghĩ tới viêm ruột thừa cấp hay bán tắc/ tắc ruột [1].

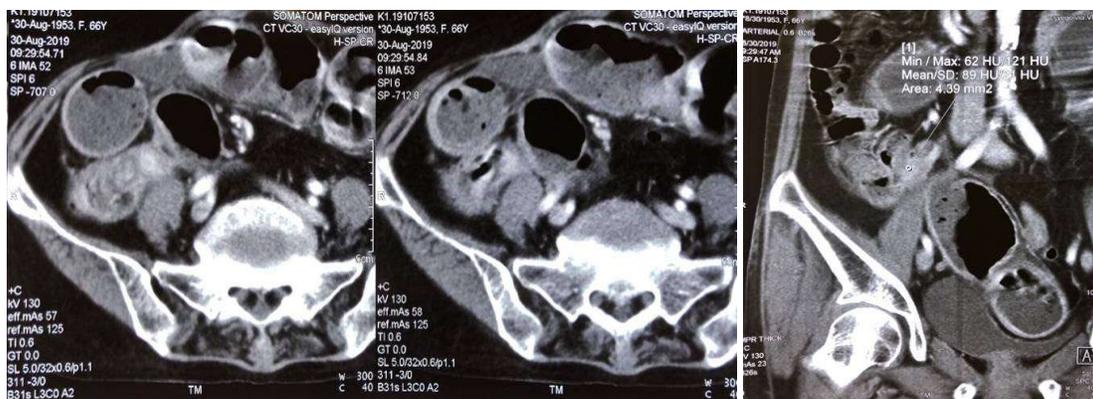
Các thăm dò đặt ra trong chẩn đoán một ung thư ruột thừa bao gồm siêu âm ổ bụng, chụp CT scanner, nội soi đại tràng. Phụ thuộc vào vị trí của khối u nằm ở góc hay đầu tận của ruột thừa, không phải lúc nào nội soi đại tràng cũng thấy được u để sinh thiết. Do đó, rất khó để chẩn đoán xác định ung thư ruột thừa nguyên phát trước phẫu thuật, thường được chẩn đoán qua mô bệnh học sau khi cắt ruột thừa.

Trên siêu âm, các khối u ruột thừa biểu hiện dưới dạng khối giảm âm hoặc dày lên lan toả [5],[6],[7] đôi khi có thể gặp hình ảnh ruột thừa hình quả lê, đuôi gà do 1 phần ruột thừa ít giãn hơn so với phần còn lại [6]. Trong trường hợp u nhầy ruột thừa sẽ có hình ảnh điển hình trên siêu âm bao gồm: (1) cấu trúc dạng nang ở hố chậu phải, (2) hình ảnh vỏ củ hành. Dấu hiệu gợi ý ác tính bao gồm: thâm nhiễm xung quang,

xâm lấn cơ quan lân cận, dịch ổ bụng,... Ở phụ nữ, việc xác định rõ buồng trứng phải là rất quan trọng để chẩn đoán phân biệt với các tổn thương buồng trứng P như u nang buồng trứng, ung thư buồng trứng phải,...

Khối u ruột thừa biểu hiện trên cắt lớp vi tính với hình ảnh ruột thừa dày thành/ khối tăng cản quang, thâm nhiễm mỡ xung quanh kèm theo di căn hạch và di căn xa, dịch ổ bụng trong trường hợp ác tính [1]. Ngoài ra, trong ung thư nhầy của ruột thừa có thể thấy hình ảnh nang có vỏ bao ở hố chậu phải với dấu hiệu nốt vôi hoá ở thành u nhầy, đây là dấu hiệu gợi ý ác tính [8],[9].

Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi, trên siêu âm: ruột thừa vị trí đáy manh tràng thành dày, đường kính gốc ruột thừa 11mm, ấn xẹp, không thấy thâm nhiễm mỡ hay dịch quanh ruột thừa, vị trí đầu tịt của ruột thừa có khối giảm âm không đồng nhất, bờ không đều, ranh giới rõ, kích thước 16x11mm, các quai ruột non giãn, tăng nhu động, đường kính quai lớn nhất 40mm, vị trí giao giữa quai giãn và xẹp sát góc hồi manh tràng. CT scanner 64: ruột thừa vị trí giải phẫu bình thường, đường kính ngang 14mm, chỗ dày nhất 6 mm, bề mặt không đều, ngấm thuốc sau tiêm, trong lòng có dịch, thâm nhiễm nhẹ mỡ xung quanh, đoạn cuối hồi tràng dày 6mm, ngấm thuốc sau tiêm, có hẹp chu vi gây giãn các quai ruột phía thượng lưu, đường kính ngang quai lớn nhất 40mm. Siêu âm và cắt lớp vi tính của bệnh nhân không đặc hiệu cho 1 khối u nhầy ruột thừa, nên chúng tôi chẩn đoán trước mổ là u ruột thừa.



Hình 2. Hình ảnh cắt lớp vi tính

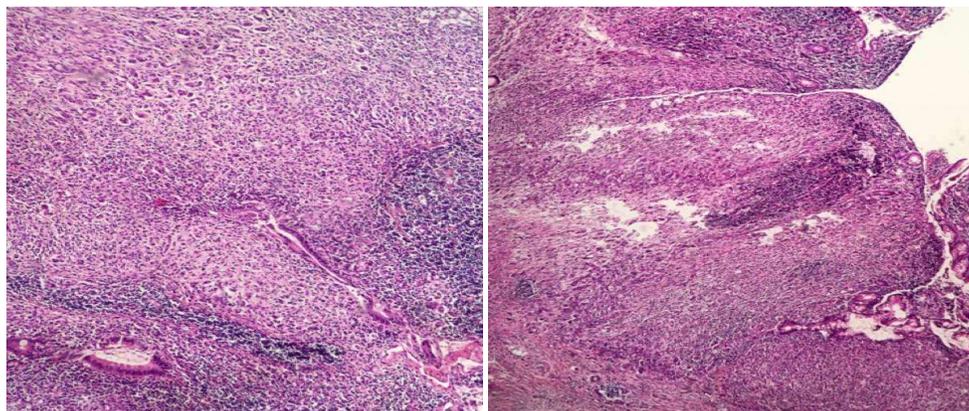
Mô bệnh học ung thư ruột thừa gồm các loại tế bào: carcinoma tế bào nhầy (20%), carcinoma typ ruột), ung thư thần kinh nội tiết, carcinoma tế

bào dài, carcinoma tế bào nhẵn (4%),...và một số loại tế bào khác [5]. Tế bào nhẵn là loại tế bào rất ác tính, được chẩn đoán khi số lượng tế bào

nhấn hiện diện > 50% trong tổng tế bào ung thư [10] báo hiệu tiên lượng xấu do đặc tính lan rộng qua mô liên kết lỏng lẻo, cụ thể là lớp dưới biểu mô trong khi bề mặt biểu mô còn nguyên vẹn [11], nên tế bào nhấn thường lan tràn rất nhanh, bệnh nhân thường đến viện khi bệnh đã giai đoạn muộn. Nghiên cứu của McGory cho thấy tỷ lệ sống sau 5 năm của bệnh nhân ung thư đại - trực tràng tế bào nhấn lần lượt là 31% và 20%, với bệnh ở giai đoạn IV chỉ 7% [12]. Anup Sunil Tamhankar đã nghiên cứu trên 1487 bệnh nhân ung thư tế bào nhấn từ 2011 đến 2014 đã cho kết quả thời gian sống trung bình là 18,13 tháng [13]. Tại thời điểm viết báo cáo, sau 12 tháng phát hiện và điều trị, bệnh nhân ăn uống tốt, tăng cân, khám lại chưa thấy tái phát. Ngoài ra, trường hợp này cần phải đặt ra một chẩn đoán phân biệt trong mổ: đó là khối u của buồng trứng là nguyên phát hay thứ phát (Krukenberg), ảnh hưởng tới chỉ định phẫu thuật, cách thức phẫu thuật cũng như điều trị hoá chất sau mổ. Ung thư tế bào nhấn nguyên phát của buồng trứng rất hiếm gặp, chiếm 2-3% khối u biểu mô buồng trứng. Sự hiện diện của tế bào này là một đặc điểm giải phẫu bệnh quan trọng ủng hộ cho một khối di căn (Krukenberg), thường từ ống tiêu hoá hơn là một khối u nguyên phát [14],[15]. Ngoài ra, một số đặc điểm gợi ý cho Krukenberg bao gồm: (1) đại thể: thường biểu hiện cả 2 bên, kích thước nhỏ, biểu

hiện các nốt [16],[17]. (2) vi thể: đa dạng hình thái ở các vùng khác nhau, xâm nhập nhiều tế bào đơn lẻ, vi xâm nhập bề mặt buồng trứng, các tế bào u trôi trong bể nhầy, xâm nhập mạch máu và bạch huyết nổi trội. Ngược lại là hình ảnh gợi ý khối u nguyên phát: thường 1 bên, kích thước lớn, ít biểu hiện dạng nốt hạn chế xâm nhập mạch máu, bạch huyết, đặc biệt là bao gồm thành phần hỗn hợp của u nang nhầy lạnh tính và u giáp biên [16]. Như vậy, đối chiếu với các dấu hiệu nêu trên kèm kết quả sinh thiết tức thì, khối u buồng trứng của bệnh nhân này phù hợp với chẩn đoán u Krukenberg.

Về chẩn đoán giai đoạn bệnh của ung thư ruột thừa, theo AJCC 2018, ung thư ruột thừa được phân loại dựa vào T (tumor)-N (lymph nodes)-M (metastasis) - G (grade) trong đó G là tuýp mô bệnh học với 5 mức độ (Gx-G4): Gx: độ mô học không thể đánh giá, G1: tế bào biệt hoá cao, G2: tế bào biệt hoá vừa, G3: tế bào biệt hoá thấp, G4: tế bào không biệt hoá. Carcinoma tế bào nhấn của ruột thừa được xếp vào nhóm G3. Ngoài ra, phân độ M trong ung thư ruột thừa được chia nhỏ hơn làm 3 mức độ: M1a: Có dịch nhầy ung thư trong ổ phúc mạc, nhưng chưa có nhân di căn, M1b: có nhân di căn trong ổ phúc mạc, M1c: di căn xa ngoài ổ bụng. Bệnh nhân của chúng tôi được đánh giá giai đoạn sau mổ: T4bN2M1b-G3, tương ứng giai đoạn Ivb.



Hình 3. Hình ảnh vi thể ung thư tế bào nhấn ruột thừa

3. Điều trị ung thư ruột thừa

Điều trị ung thư ruột thừa bao gồm phẫu thuật và điều trị hoá chất.

3.1. Phẫu thuật

Chỉ định: Trong các trường hợp ung thư khu trú tại ruột thừa và/ tổn thương di căn tới các cơ quan còn khả năng cắt bỏ. Trong các trường hợp giai đoạn muộn, phẫu thuật vẫn có chỉ định khi bệnh nhân gặp các biến chứng như tắc ruột-

bán tắc ruột, hoại tử- thủng ruột thừa, manh tràng...

Các phương pháp phẫu thuật gồm: Cắt đại tràng phải + vét hạch, cắt đại tràng phải, nối tắt hồi tràng- đại tràng ngang, hậu môn nhân tạo hồi tràng,... và một số phương pháp khác.

Một điều cần lưu ý đối với các phẫu thuật viên cần phải thăm khám tỉ mỉ, toàn diện các cơ quan trong ổ bụng, tình trạng phúc mạc, mạc

treo, dịch ổ bụng. Cần phải lấy dịch ổ bụng làm xét nghiệm tế bào và sinh thiết làm giải phẫu bệnh nhân di căn ổ bụng nếu có để đánh giá chính xác được giai đoạn bệnh nhân. Như vậy, với bệnh nhân của chúng tôi ứng với giai đoạn IVb, đã được đánh giá cẩn thận, chi tiết, vì di căn hạch quanh ĐM mạc treo tràng trên nhiều và di căn buồng trứng, mạc treo đại tràng, bệnh nhân già yếu, tiên lượng không thể lấy hết nên quyết định cắt đại tràng P đơn thuần và cắt buồng trứng 2 bên để tránh các biến chứng của khối u: tắc ruột, thủng ruột,...

3.2. Hoá chất

Theo NCCN, hoá chất cũng được áp dụng trong ung thư ruột thừa tương tự như với ung thư đại trực tràng, với các thuốc: 5FU, leucovorin, capecitabine, oxaliplatin, bevacizumab, cetuximab,... Thường dùng 2 phác đồ: XELOX với 8 chu kỳ trong 6 tháng hoặc FOLFOX với 12 chu kỳ trong 6 tháng, tuy nhiên tiên lượng không tốt do tế bào nhân là một dạng kém đáp ứng với hoá chất [18].

KẾT LUẬN

Ung thư thể nhẵn của ruột thừa là thể bệnh hiếm gặp, chiếm 4% trong số các ung thư nguyên phát của ruột thừa, chẩn đoán xác định trước mổ khó khăn, do khả năng sinh thiết làm mô bệnh học phụ thuộc vào vị trí của u ở ngọn hay gốc ruột thừa. Tiêu chuẩn vàng dựa vào kết quả mô bệnh học sau mổ. Ung thư tế bào nhẵn có tiên lượng dè dặt do tính chất lan tràn của tế bào, tỷ lệ đáp ứng hoá chất kém, tỷ lệ sống 5 năm sau mổ thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fusari M, Sorrentino N, Bottazzi EC, et al.** Primary signet ring cell carcinoma of the appendix mimicking acute appendicitis. *Acta Radiol Short Rep.* 2012;1(9). doi:10.1258/arsr.2012.120017.
2. **Ko YH, Jung C-K, Oh SN, et al.** Primary signet ring cell carcinoma of the appendix: A rare case report and our 18-year experience. *World J Gastroenterol.* 2008;14(37):5763-5768. doi:10.3748/wjg.14.5763.
3. **Kulkarni RV, Ingle SB, Siddiqui S.** Primary signet ring cell carcinoma of the appendix: A rare case report. *World J Clin Cases.* 2015;3(6):538-541. doi:10.12998/wjcc.v3.i6.538.
4. **McCusker ME, Coté TR, Clegg LX, Sobin LH.** Primary malignant neoplasms of the appendix: A population-based study from the surveillance, epidemiology and end-results program, 1973-1998. *Cancer.* 2002;94(12):3307-3312. doi:10.1002/cncr.10589

5. **Kelly K.** Management of Appendix Cancer. *Clinics in Colon and Rectal Surgery.* 2015;28(04):247-255. doi:10.1055/s-0035-1564433.
6. **Pickhardt PJ, Levy AD, Rohrmann CA, Kende AI.** Primary Neoplasms of the Appendix: Radiologic Spectrum of Disease with Pathologic Correlation. *RadioGraphics.* 2003;23(3):645-662. doi:10.1148/rg.233025134.
7. **Kwag KS, Kim HJ, Jang SK, et al.** Sonographic Findings of Malignant Appendix Tumors in Seven Cases. *J Med Ultrasound.* 2018;26(1):52-55. doi:10.4103/JMU.JMU-6-7.
8. **Lim HK, Lee WJ, Kim SH, Kim B, Cho JM, Byun JY.** Primary mucinous cystadenocarcinoma of the appendix: CT findings. *American Journal of Roentgenology.* 1999;173(4):1071-1074. doi:10.2214/ajr.173.4.10511181.
9. **Madwed D, Mindelzun R, Jeffrey RB.** Mucocele of the appendix: imaging findings. *American Journal of Roentgenology.* 1992;159(1):69-72. doi:10.2214/ajr.159.1.1609724
10. **Talbot IC.** Histological typing of intestinal tumours. 2nd ed. J. R. Jass and L. H. Sobin. Springer-Verlag, Heidelberg, 1989. No. of pages: 127. Price: DM 90. ISBN: 3540507116. *J Pathol.* 1990;162(2):183-184. doi:10.1002/path.1711620218.
11. **Priyanthi Kumarasinghe M, Kiat Hon Lim T, Ooi C-J, Luman W, Tan S-Y, Koh M.** Tubule neck dysplasia: precursor lesion of signet ring cell carcinoma and the immunohistochemical profile. *Pathology.* 2006;38(5):468-471. doi:10.1080/00313020600924542.
12. **McGory ML, Maggard MA, Kang H, O'Connell JB, Ko CY.** Malignancies of the Appendix: Beyond Case Series Reports: Diseases of the Colon & Rectum. 2005;48(12):2264-2271. doi:10.1007/s10350-005-0196-4
13. **Tamhankar AS, Ingle P, Engineer R, Bal M, Ostwal V, Saklani A.** Signet ring colorectal carcinoma: Do we need to improve the treatment algorithm? *World J Gastrointest Oncol.* 2016;8(12):819-825. doi:10.4251/wjgo.v8.i12.819.
14. **Seidman JD, Kurman RJ, Ronnett BM.** Primary and metastatic mucinous adenocarcinomas in the ovaries: incidence in routine practice with a new approach to improve intraoperative diagnosis. *Am J Surg Pathol.* 2003;27(7):985-993. doi:10.1097/00000478-

200307000-00014.

15. **Kiyokawa T, Young RH, Scully RE.** Krukenberg tumors of the ovary: a clinicopathologic analysis of 120 cases with emphasis on their variable pathologic manifestations. *Am J Surg Pathol.* 2006;30(3):277-299.

doi:10.1097/01.pas.0000190787.85024.cb.

16. **Kim JH, Cha HJ, Kim K-R, Kim K.** Primary ovarian signet ring cell carcinoma: A rare case report. *Mol Clin Oncol.* 2018;9(2):211-214. doi:10.3892/mco.2018.1653.

17. **McCluggage WG, Young RH.** Primary ovarian mucinous tumors with signet ring cells: report of 3 cases with discussion of so-called primary Krukenberg tumor. *Am J Surg Pathol.* 2008;32(9):1373-1379.

doi:10.1097/PAS.0b013e31816b18c1.

18. **Hugen N, Verhoeven RHA, Lemmens VEPP, et al.** Colorectal signet-ring cell carcinoma: Responsive to adjuvant chemotherapy but still a poor prognosis. *JCO.* 2014;32(3_suppl):529-529.

doi:10.1200/jco.2014.32.3_suppl.529.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHỤC HỒI THÂN RĂNG HÀM ĐÃ ĐIỀU TRỊ TỬY BẰNG ENDOCROWN

HOÀNG ĐÌNH PHÚC¹, CHU THỊ QUỲNH HƯƠNG²
CHỮ THỊ THU HƯƠNG³, ĐINH DIỆU HỒNG³

¹Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt - Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương

³Trường Đại học Y Dược, Đại Học Quốc gia Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của Endocrown trong phục hồi thân răng hàm đã điều trị tủy.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu trên 30 bệnh nhân với 32 răng có chỉ định phục hồi thân răng sau khi điều trị tủy.

Kết quả: Tuổi trung bình 37,6 năm, tỉ lệ nam/nữ là 3. Tình trạng thân răng còn đủ 4 thành chiếm 18,8%, còn 3 thành chiếm 68,8%, còn dưới 3 thành chiếm 12,5%. Chiều cao buồng tủy từ 3-5mm chiếm 71,9%, trên 5mm chiếm 28,1%. Tỉ lệ tốt, khá, trung bình của phục hồi răng bằng Endocrown sau 3 tháng lần lượt là 81,2%, 12,5% và 6,2%. Tỉ lệ răng đạt loại tốt của nhóm răng hàm lớn cao hơn nhóm răng hàm nhỏ, của nhóm chiều cao buồng tủy ≥ 5 mm lớn hơn nhóm 3 - 5mm, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kết luận: Tỷ lệ thành công khi phục hồi thân răng hàm bằng Endocrown phụ thuộc vào tình trạng thân răng và chiều cao buồng tủy. Endocrown phù hợp để phục hồi các răng mất nhiều tổ chức cứng.

Từ khóa: Endocrown, chốt liền chụp, phục hình nguyên khối.

SUMMARY

Objective: The study was conducted with the aim of evaluating the efficiency of endocrown used to restore endodontically treated teeth.

Subject and method: An study on 30 patients with 32 endodontically treated teeth at Odontostomatology Central Hospital.

Result: The median age was 37.6 years with male/female was 3/1. The rate of 4 remaining cavity walls was 18.8%, 3 remaining cavity walls was 68.8% and less than 3 remaining walls was 12.5%. Group of 3-5mm pulp cavity height was detected in 71.9% and more than 5 mm was 28.1%. After 3 months, the rates of good, moderately good and median groups were 81.2%, 12.5% and 6.2%. Rate of good group in molars was higher than premolars and in group more than 5mm pulp cavity height was more than 3 - 5mm cavity height. But there was no statistically significant difference between these groups ($p < 0.05$).

Conclusion: Clinical success of restoration for premolars and molars using endocrown is determined by crown condition and pulp cavity height. Endocrown is suitable for restore teeth with much hard tissue loss.

Keywords: Endocrown, teeth.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Những răng đã điều trị tủy vẫn có thể tiếp tục duy trì chức năng. Điều trị nội nha thành công không chỉ phụ thuộc vào kết quả điều trị hệ

Chịu trách nhiệm: Hoàng Đình Phúc

Email: phuchmu.1218@gmail.com

Ngày nhận: 04/01/2021

Ngày phản biện: 02/02/2021

Ngày duyệt bài: 09/3/2021