

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NANG CHÂN RĂNG CÓ GHÉP BỘT XƯƠNG NHÂN TẠO KẾT HỢP HUYẾT TƯƠNG TỰ THÂN TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 110

Nguyễn Văn Thăng^{1*}, Dương Đức Phong¹
 Kiều Thị Thu Hương¹, Diêm Đăng Sinh¹, Nguyễn Thị Huyền Thanh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nang chân răng có ghép bột xương nhân tạo kết hợp huyết tương.

Đối tượng và phương pháp: Hồi cứu kết hợp tiến cứu mô tả cắt ngang trên 45 bệnh nhân phẫu thuật nang chân răng có ghép bột xương nhân tạo kết hợp huyết tương tự thân tại Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Quân y 110, từ tháng 7/2022-12/2024.

Kết quả: Bệnh nhân có độ tuổi trung bình $47,50 \pm 4,67$; đa số từ 30-70 tuổi (88,9%). Bệnh nhân nam (57,8%) nhiều hơn bệnh nhân nữ (42,2%). Tổn thương hoại tử tủy răng do chấn thương chiếm tỉ lệ cao nhất (62,2%), sau đó đến sâu răng (26,7%), núm phụ mặt nhai (6,7%) và nguyên nhân khác (4,4%). Nang chân răng thường gặp ở hàm trên (68,9%) và chủ yếu ở nhóm răng cửa. Thời gian từ khi bệnh nhân gặp chấn thương đến khi phát hiện nang chân răng đa số từ 6-12 tháng (68,9%). 100% răng tổn thương bị hoại tử toàn bộ tủy răng. Lí do khiến bệnh nhân điều trị gồm: đau răng, sưng nề, lợi nề đỏ (26,7%); rò mủ tại chỗ (20,0%); răng đổi màu, lung lay tương ứng vị trí nang (6,7%); phồng xương, biến dạng mặt (22,2%); và 24,4% bệnh nhân không có triệu chứng bệnh. Phần lớn nang có kích thước lớn hơn 2 cm^2 (73,3%). Sau phẫu thuật 1 tuần, 73,3% bệnh nhân đạt kết quả tốt, 26,7% đạt kết quả trung bình. Sau phẫu thuật 3 tháng, 100% bệnh nhân đạt kết quả tốt.

Kết luận: Phương pháp phẫu thuật nang chân răng có ghép bột xương nhân tạo kết hợp huyết tương tự thân tăng kích thích tạo xương, thúc đẩy nhanh quá trình tái tạo mô, rút ngắn thời gian điều trị, bảo tồn tốt các răng có nang và răng kế cận; cho tỉ lệ kết quả điều trị tốt cao, ít biến chứng.

Từ khóa: Nang chân răng, bột xương nhân tạo, huyết tương.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the surgical outcomes of radicular cyst treatment using artificial bone graft combined with plasma.

Subjects and methods: A retrospective combined with prospective cross-sectional descriptive study was conducted on 45 patients who underwent surgery for radicular cyst with artificial bone graft combined with autologous plasma at the Maxillofacial Dental Department, Military Hospital 110, from July 2022 to December 2024.

Results: The mean age of patients was 47.50 ± 4.67 years old; the majority were aged 30-70 years (88.9%). Male patients (57.8%) were more than female patients (42.2%). Pulpal necrosis due to trauma accounted for the highest proportion (62.2%), followed by dental caries (26.7%), occlusal accessory cusp (6.7%), and other causes (4.4%). Radicular cysts were more common in the maxilla (68.9%), predominantly in the anterior teeth. The time from trauma to cyst detection was mostly 6-12 months (68.9%). All affected teeth (100%) had total pulp necrosis. Reasons for seeking treatment included: toothache, swelling, and gingival redness (26.7%); local pus discharge (20.0%); tooth discoloration and mobility at the cyst site (6.7%); bone expansion and facial deformity (22.2%); while 24.4% of patients were asymptomatic. Most cysts were larger than 2 cm^2 (73.3%). One week postoperatively, 73.3% of patients had good outcomes and 26.7% had moderate outcomes. At 3 months postoperatively, 100% of patients achieved good outcomes.

Conclusions: Surgical management of radicular cysts with artificial bone graft combined with autologous plasma enhances osteogenesis, accelerates tissue regeneration, shortens treatment duration, and effectively preserves both cyst-affected and adjacent teeth. This method yielded a high rate of favorable outcomes with minimal complications.

Keywords: Radicular cyst, artificial bone graft, plasma.

Chịu trách nhiệm nội dung: Nguyễn Văn Thăng, Email: ngocthangck1.36@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/5/2025; mời phản biện: 5/2025; chấp nhận đăng: 23/9/2025.

¹Bệnh viện Quân y 110.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang chân răng (NCR) là tổn thương có thể gặp ở bất kỳ răng nào, trên nhiều độ tuổi [1]. Bệnh thường gặp nhiều hơn ở răng hàm trên (nhất là răng cửa), ở nam giới, độ tuổi từ 20-60 tuổi. NCR cũng có thể gặp ở răng sữa (nhất là răng hàm sữa), gây lệch mầm răng vĩnh viễn. NCR tiến triển chậm, âm thầm và thường không biểu hiện triệu chứng bệnh cho đến khi nang to, gây phồng xương hoặc sưng đau do nhiễm trùng. Nếu không được điều trị, NCR có thể tiến triển, gây ra những biến chứng nghiêm trọng, chết tủy răng kế cận, gãy xương bệnh lý... ảnh hưởng lớn đến thẩm mỹ, sức khỏe và tâm lý người bệnh.

Phẫu thuật cắt bỏ NCR để lại khuyết hổng lớn và có nguy cơ ảnh hưởng đến quá trình lành thương sau phẫu thuật. Vì vậy, cần lấp đầy ổ khuyết xương, tái tạo lại tổ chức xương đã bị mất, phục hồi chức năng và thẩm mỹ, tạo tiền đề cho phục hình răng sau này. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra, bột xương nhân tạo kết hợp huyết tương có khả năng kích thích tạo xương nhanh, thúc đẩy quá trình tái tạo mô.

Tại Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Quân y 110, phẫu thuật cắt bỏ NCR có ghép bột xương nhân tạo, kết hợp huyết tương đã được áp dụng từ năm 2022. Tuy nhiên, cho đến nay, vẫn chưa có nghiên cứu chuyên sâu về vấn đề này. Do vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu nhận xét đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật NCR có ghép bột xương nhân tạo kết hợp huyết tương trên BN phẫu thuật NCR.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

45 bệnh nhân (BN) chẩn đoán NCR, được phẫu thuật có ghép bột xương nhân tạo kết hợp huyết tương tại Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Quân y 110, từ tháng 7/2022 đến tháng 12/2024.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: BN có hình ảnh NCR trên X quang (hình ảnh thấu quang ở cuống răng đường kính > 1 cm), đồng ý phương pháp phẫu thuật và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN không đủ các thông tin cần thiết cho nghiên cứu hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu kết hợp tiến cứu mô tả cắt ngang.

- Quy trình phẫu thuật thực hiện theo Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám, chữa bệnh chuyên ngành răng hàm mặt của Bộ Y tế [2]:

+ Tất cả các răng bảo tồn đều được điều trị tủy trước khi phẫu thuật.

+ Chuẩn bị huyết tương lấy từ BN.

+ Phẫu thuật theo phương pháp bóc tách NCR, cắt chân răng hoặc nhổ răng nếu cần thiết (răng lung lay độ III, độ IV, phải cắt trên 1/2 chân răng), ghép bột xương nhân tạo kết hợp huyết tương.

- Chỉ tiêu nghiên cứu và tiêu chí đánh giá:

+ Đặc điểm chung của BN: tuổi, giới tính, vị trí răng có NCR, thời gian mắc bệnh (từ khi chấn thương đến khi phát hiện NCR), nguyên nhân hoại tử tủy răng.

+ Đặc điểm lâm sàng, X quang: các triệu chứng tại chỗ răng có NCR (đau, sưng nề, biến dạng mặt, rò mủ...), kích thước NCR...

+ Kết quả điều trị sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng (đánh giá theo tiêu chuẩn của Habal M.B - năm 1994 [3]), gồm 3 mức: kết quả tốt (vết mổ liền tốt; không chảy máu; không nhiễm trùng; không tê môi cằm); kết quả trung bình (vết mổ liền không hoàn toàn; chảy máu ít; tê môi cằm nhẹ; giả mạc bám); kết quả kém (chảy máu nhiều; bục vết mổ, tê bì, mất cảm giác; niêm mạc căng đỏ, dấu hiệu ứ đọng dịch tại chỗ rõ; tiến triển gây không liền vết mổ thì đầu hoặc gây lỗ rò kéo dài, thậm chí phải lấy bỏ tổ chức ghép).

+ Kết quả điều trị sau phẫu thuật 3-6 tháng (dựa vào tỉ lệ giảm kích thước tổn thương qua thăm khám lâm sàng và X quang), gồm 3 mức: kết quả tốt (kích thước tổn thương giảm trên 40%); kết quả trung bình (kích thước tổn thương giảm từ 20-40%); kết quả kém (kích thước tổn thương giảm dưới 20%).

- Xử lý số liệu: theo phương pháp thống kê y học thông thường.

- Đạo đức: nghiên cứu được Hội đồng khoa học Bệnh viện chấp thuận. Mọi thông tin cá nhân BN được bảo mật và chỉ sử dụng phục vụ mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Theo bảng 1, BN có tuổi trung bình là 47,50 ± 4,67 tuổi; đa số BN từ 30-69 tuổi (88,9%). BN nam (57,8%) nhiều hơn BN nữ (42,2%).

Có 86,9% BN NCR do nguyên nhân chấn thương răng và sâu răng. 84,4% NCR ở nhóm răng trước (trong đó, chủ yếu ở nhóm răng trước hàm trên, chiếm 68,9%). 84,4% BN mắc NCR trên 6 tháng và 100% răng có NCR đã bị hoại tử tủy răng.

Bảng 1. Đặc điểm chung của BN

Đặc điểm chung		Số BN (n = 45)	Tỉ lệ (%)
Giới tính	Nam giới	26	57,8
	Nữ giới	19	42,2
Tuổi (năm)	≤ 30	3	6,7
	Từ 30-49	23	51,1
	Từ 50-69	17	37,8
	≥ 70	2	4,4
	$\bar{X} \pm SD$	47,50 ± 4,67	
Nguyên nhân hoại tử tủy răng	Chấn thương	28	62,2
	Sâu răng	12	26,7
	Núm phụ mặt nhai	3	6,7
	Nguyên nhân khác	2	4,4
Nhóm răng có NCR	Nhóm trước hàm trên	31	68,9
	Nhóm sau hàm trên	4	8,9
	Nhóm trước hàm dưới	7	15,5
	Nhóm sau hàm dưới	3	6,7
Thời gian mắc bệnh (tháng)	< 6	7	15,6
	6 -12	31	68,9
	> 12	7	15,6
Chữa tủy răng	Răng chưa chữa tủy	32	71,1
	Răng chữa tủy sai	13	28,9
	Răng bị hoại tử tủy	45	100

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Lâm sàng, cận lâm sàng		Số BN (n = 45)	Tỉ lệ (%)
Triệu chứng lâm sàng	Đau răng, sưng, lợi nề đỏ	12	26,7
	Rò mủ tại chỗ	9	20,0
	Răng đổi màu, lung lay tương ứng vị trí nang	3	6,7
	Phồng xương, biến dạng mặt	10	22,2
	Không có triệu chứng	11	24,4
Kích thước NCR (cm ²)	< 2	12	26,7
	2-3	22	48,9
	> 3	11	24,4

Triệu chứng lâm sàng biểu hiện đau răng, sưng lợi nề đỏ (26,7%); rò mủ tại chỗ (20,0%); răng đổi màu, lung lay tương ứng vị trí nang (6,7%); phồng xương, biến dạng mặt (22,2%) và 24,4% BN không có triệu chứng nào. Trên X quang, NCR có kích thước dưới 2 cm² chiếm 26,7%, kích thước từ 2-3 cm² chiếm 48,9% và kích thước trên 3 cm² chiếm 24,4%.

3.3. Kết quả điều trị

Bảng 3. Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị

Kết quả	Thời điểm sau phẫu thuật (SL,%)		
	1 tuần	1 tháng	3-6 tháng
Tốt	33 (73,3)	38 (84,4)	45 (100)
Trung bình	12 (26,7)	4 (8,9)	0
Kém	0	3 (6,7)	0

Đánh giá trên 45 BN sau phẫu thuật 1 tuần, có 73,3% BN đạt kết quả điều trị tốt và sau phẫu thuật 3 tháng, có 100% BN đạt kết quả điều trị tốt.

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN NCR trung bình 47,50 ± 4,67 tuổi, chiếm tỉ lệ cao nhất là độ tuổi từ 30-49 tuổi (51,1%); BN nam (57,8%) nhiều hơn BN nữ (42,2%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Đình Phúc (60,9% BN là nam) và nghiên cứu của Mervyn Shear (58,5% BN là nam) [4, 5]. Nguyên nhân có thể do nam giới thường tham gia lao động nặng, thể thao vận động mạnh, thói quen ăn uống... nên nguy cơ bị chấn thương hàm mặt, chấn thương răng ở nam giới cao hơn nữ giới.

Đa số BN hoại tử tủy răng do chấn thương và sâu răng (86,9%), các nguyên nhân khác ít gặp hơn. NCR thường gặp ở hàm trên (68,9%), chủ yếu ở nhóm răng cửa. Điều này giải thích do đặc điểm giải phẫu, cung răng cửa trên ôm vòng bên ngoài, ở phía trên cung răng cửa hàm dưới. Vì vậy, các răng cửa hàm trên có nguy cơ bị chấn thương nhiều hơn các nhóm răng khác. Quá trình điều trị chấn thương răng không đúng quy trình, dẫn đến nguy cơ hình thành NCR. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lê Đức Thành, Phạm Hoàng Tuấn (75,0% BN có NCR ở răng cửa hàm trên) [6].

Đa số BN phát hiện NCR sau hơn 6 tháng kể từ khi gặp chấn thương (84,4%). Có 71,1% răng chưa chữa tủy. Điều này được giải thích do BN thường chỉ đi khám, điều trị khi đã xuất hiện các triệu chứng sưng đau... Đồng thời, đưa ra cảnh báo về mối quan tâm của mọi người đối với vấn đề sức khỏe răng miệng bản thân còn chưa cao.

BN có các triệu chứng chủ yếu là đau răng, sưng nề, lợi nề đỏ (26,7%); rò mủ tại chỗ (20,0%); răng đổi màu, lung lay tương ứng vị trí nang (6,7%); phồng xương, biến dạng mặt (22,2%). Chỉ có 24,44% BN không có triệu chứng (phát hiện NCR khi khám sức khỏe định kì). Kết quả của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu của Lê Đức Thành, Phạm Hoàng Tuấn (74,2% BN có các triệu chứng: đau răng, rò mủ, biến dạng mặt, lung lay răng; 25,8% không có

triệu chứng); Mosqueda Taylor A (68,0% đau răng, rò mủ, biến dạng mặt, lung lay răng; 32,0% không có triệu chứng) [6, 7].

26,7% NCR có kích thước dưới 2 cm²; 48,9% NCR có kích thước từ 2-3 cm² và 24,4% NCR có kích thước lớn hơn 3 cm². Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của Nguyễn Lê Hùng (46,7% NCR kích thước < 2 cm²; 46,5% NCR kích thước 2-3 cm²), Lê Đức Thành, Phạm Hoàng Tuấn (NCR kích thước 2-3 cm² chiếm 64,5%) [6, 7].

Đa số BN chỉ cần cắt chân răng (73,3%). Chúng tôi chỉ tiến hành nhổ răng nguyên nhân khi răng không thể bảo tồn (lung lay độ III, độ IV phẫu thuật, phải cắt trên 1/2 chân răng).

Đánh giá kết quả sau phẫu thuật 1 tuần, thấy 73,3% BN đạt kết quả tốt, 26,7% BN đạt kết quả trung bình, không BN nào đạt kết quả kém. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lê Đức Thành, Phạm Hoàng Tuấn (67,7% đạt tốt; 23,3% đạt trung bình) [6]. Sau phẫu thuật 1 tháng, đánh giá thấy 84,4% BN đạt kết quả tốt, 8,9% BN đạt kết quả trung bình, 6,7% BN đạt kết quả kém. Các BN đạt kết quả kém là do xuất hiện lỗ rò xương ghép (trong tiền sử bệnh, các BN này đã bị đau răng, sưng nề do tái phát nhiều lần trước khi tham gia vào nghiên cứu). Chúng tôi đã tiến hành vệ sinh vết mổ hàng ngày bằng nước muối sinh lý, thay băng, lấy phần xương rò viêm, sử dụng kháng sinh toàn thân và vitamin tổng hợp. Các triệu chứng của BN cải thiện tốt.

Sau phẫu thuật 3 tháng, kiểm tra trên lâm sàng và X quang toàn cảnh (Panorama), cắt lớp vi tính hàm mặt có dựng hình 3D, thấy 100% BN đều đạt kết quả tốt (3 BN có lỗ rò nêu trên cũng liền thương hoàn toàn). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của Lê Đức Thành, Phạm Hoàng Tuấn (93,5% BN đạt kết quả tốt), Salman Shams (85% BN đạt kết quả tốt) [6, 9].

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 45 bệnh nhân chẩn đoán nang chân răng, điều trị phẫu thuật ghép bột xương kết hợp huyết tương tại Bệnh viện Quân y 110, từ tháng 7/2022 đến tháng 12/2024, thấy:

Bệnh nhân nang chân răng trung bình 47,50 ± 4,67 tuổi, đa số ở độ tuổi từ 30-69 tuổi (88,9%), tỉ lệ bệnh nhân nam (57,8%) nhiều hơn nữ (42,2%). Bệnh nhân hoại tử tủy răng do chấn thương và sâu răng chiếm tỉ lệ cao nhất (88,9%). Nang chân răng thường gặp ở nhóm răng trước hàm trên (68,9%) và chủ yếu ở nhóm răng cửa. Tỉ lệ lớn bệnh nhân có thời gian mắc bệnh trên 6 tháng (84,4%). 100% răng có nang chân răng bị hoại tử tủy. Đa số nang chân răng có kích thước lớn hơn 2 cm² (73,3%).

Sau phẫu thuật 1 tuần, có 73,3% bệnh nhân đạt kết quả tốt, 26,7% kết quả trung bình, không bệnh nhân nào đạt kết quả kém. Sau phẫu thuật 1 tháng, tỉ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt là 84,4%, kết quả trung bình là 8,9% và kết quả kém 6,7%; có 3 BN xuất hiện biến chứng lỗ rò xương ghép. Sau phẫu thuật 3 tháng, 100% bệnh nhân đạt kết quả tốt.

Phương pháp phẫu thuật nang chân răng có ghép bột xương nhân tạo kết hợp huyết tương giúp kích thích tạo xương nhanh, thúc đẩy nhanh quá trình tái tạo mô, rút ngắn thời gian điều trị, bảo tồn các răng bị nang chân răng và các răng kế cận, kết quả điều trị tốt tỉ lệ biến chứng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn (2022), "Nang xương hàm", *Bệnh lý và phẫu thuật hàm mặt*, tập 2, Viện Đào tạo răng hàm mặt, 2022, tr. 17-38.
2. Bộ Y tế (2013), *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám, chữa bệnh chuyên ngành răng hàm mặt*.
3. Habal M.B, Reddi A.H (1994), "Bone grafts and bone induction substitutes", *Clinics in plastic surgery*, 1994/10/01 ;21(4): 525-542.
4. Nguyễn Đình Phúc (2012), Đánh giá hiệu quả điều trị phục hồi khuyết hồng xương vùng hàm mặt bằng xương đồng loại đông khô khử khoáng, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Mervyn Shear P.S (2007), "Radicular cyst and residual cyst", *Cysts of the oral and maxillofacial regions*, 2007: 123-142.
6. Lê Đức Thành, Phạm Hoàng Tuấn (2022), "Kết quả phẫu thuật nang chân răng có ghép xương nhân tạo kết hợp huyết tương giàu tiểu cầu", *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 518, số 2, tháng 9/2022, tr. 271- 275.
7. Nguyễn Lê Hùng (2012), Đánh giá hiệu quả ghép bột xương đông khô đồng loại khử khoáng trong phục hồi khuyết hồng xương, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. Mosqueda-Taylor A, Irigoyen-Camacho M.E, Diaz-Franco M.A, Torres-Tejero M.A (2002), "Odontogenic cysts, analysis of 856 cases, Medicina oral: organo oficial de la Sociedad Espanola de medicina oral y de la Academia Iberoamericana de", *Patologia Medicina Bucal*, Mar-Apr 2002; 7(2): 89-96.
9. Shams S (2020), "Efficacy of platelet rich plasma (PRP) gel in bone regeneration of periapical cystic lesion, open access", *Journal of Biomedical Science*, 06/18, 2020;2. □