

964. doi:10.1001/archotol.1995.01890090005001
5. **Head and Neck Cancer Study Group (HNCSG), Monden N, Asakage T, et al.** A review of head and neck cancer staging system in the TNM classification of malignant tumors (eighth edition). *Jpn J Clin Oncol.* 2019;49(7): 589-595. doi:10.1093/jjco/hyz052
 6. **William C. W, Charles A. S, John E. S.** Anatomic basis of tumor surgery. In: ; 2010.
 7. **Trần Thanh Phương.** Nghiên cứu phẫu thuật và tạo hình trong điều trị ung thư lưỡi. Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh. Published online 2012.
 8. **Engel H, Huang JJ, Lin CY, et al.** A strategic approach for tongue reconstruction to achieve predictable and improved functional and aesthetic outcomes. *Plast Reconstr Surg.* 2010;126(6): 1967-1977. doi:10.1097/PRS.0b013e3181f44742
 9. **Trần Đ.T, Đinh X.C, Ngô Q.D, Lê T.B, Lê V.Q.** Kết quả phẫu thuật ung thư lưỡi giai đoạn III, IV (M0) sau hóa chất tân bổ trợ tại bệnh viện K. *VMJ.* 2021;509(1). doi:10.51298/vmj.v509i1.1726
 10. **Nguyễn Tài Sơn.** Đánh giá kết quả sử dụng các vật tổ chức tự do tại khoa Phẫu thuật Hàm mặt và Tạo hình tại bệnh viện Trung ương quân đội 108. *Tạp chí Y dược học lâm sàng* 108. 2017;12(4).

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NANG DO RĂNG XƯƠNG HÀM DƯỚI BẰNG PHƯƠNG PHÁP GIẢM ÁP CHỦ ĐỘNG TRÊN LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH CẮT LỚP ĐIỆN TOÁN

Nguyễn Thanh Luân¹, Lâm Hoài Phương²,
Hò Nguyễn Thanh Chơn¹, Nguyễn Văn Tuấn³, Bùi Hoàng Minh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự thay đổi kích thước nang do răng ở xương hàm dưới sau điều trị bằng phương pháp giảm áp chủ động trên lâm sàng và hình ảnh cắt lớp điện toán. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu báo cáo loạt ca các bệnh nhân có tổn thương thấu quang xương hàm dưới được điều trị bằng phương pháp giảm áp chủ động tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương TP HCM. **Kết quả:** Nghiên cứu thực hiện trên tổng số 6 bệnh nhân, bao gồm 5 bệnh nhân nam và 1 bệnh nhân nữ. Tuổi trung bình là 15,5 trong đó bệnh nhân nhỏ nhất là 8 tuổi, bệnh nhân lớn nhất là 30 tuổi. Trong số đó có 4 tổn thương là nang sừng do răng (66,7%), 2 tổn thương là nang thân răng (33,3%). Bệnh nhân đến khám chủ yếu vì lí do sưng vùng mặt (50%). Kích thước nang trung bình trước điều trị $11522,26 \pm 7422,31 \text{ mm}^3$, kích thước nang trung bình sau 6 tháng điều trị bằng phương pháp giảm áp chủ động $1789,63 \pm 1577,72 \text{ mm}^3$, mức độ giảm kích thước $85,83 \pm 7,36$ (%). **Kết luận:** Nghiên cứu đã chỉ ra rằng tốc độ tạo xương hiệu quả và nhanh chóng đối với tổn thương nang xương hàm dưới do răng trước và sau khi sử dụng phương pháp giảm áp chủ động trong một nhóm nhỏ bệnh nhân, cần phải có các nghiên cứu theo dõi dài hạn và so sánh để xác định vai trò của phương pháp này trong việc điều trị các bệnh lý nang do răng.

Từ khóa: Nang do răng, điều trị bảo tồn, phim cắt lớp điện toán, phương pháp giảm áp chủ động.

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENT OUTCOMES OF ODONTOGENIC CYSTS IN THE MANDIBLE USING THE ACTIVE DECOMPRESSION TECHNIQUE THROUGH CLINICAL AND COMPUTED TOMOGRAPHY IMAGING

Objective: To evaluate the volumetric changes of odontogenic cysts in the mandible following treatment with the active decompression technique through clinical assessment and computed tomography imaging. **Materials and Methods:** This case series study involved patients with radiolucent lesions in the mandible treated using the active decompression technique at the National Hospital of Odonto-Stomatology in Ho Chi Minh City. **Results:** The study included 6 patients (5 males, 1 female) with a mean age of 15.5 years (range: 8 to 30 years). Among the lesions, 4 cases (66.7%) were odontogenic keratocysts (OKC), and 2 cases (33.3%) were dentigerous cysts. Facial swelling was the most common presenting symptom (50%). The mean cyst volume before treatment was $11,522.26 \pm 7,422.31 \text{ mm}^3$, and after 6 months of active decompression, the mean volume decreased to $1,789.63 \pm 1,577.72 \text{ mm}^3$, representing an $85.83 \pm 7.36\%$ reduction. **Conclusion:** This study demonstrates that the active decompression technique promotes rapid and effective bone regeneration in mandibular odontogenic cysts in a small patient cohort. However, long-term follow-up studies and comparative research are required to further clarify the role of this technique in the management of odontogenic cysts. **Keywords:** Odontogenic cyst, conservative treatment, panoramic radiograph, active decompression technique.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang do răng xương hàm dưới là bệnh lí

¹Trường Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Gia Định

³Bệnh Viện Răng Hàm Mặt Trung ương TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Luân

Email: ntluan.nt22@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2025

Ngày duyệt bài: 25.6.2025

thường gặp, xuất phát từ biểu mô tạo răng và hoàn toàn không có triệu chứng ở giai đoạn đầu. Tổn thương có thể gây phá huỷ xương trầm trọng, ảnh hưởng đến chức năng, thẩm mỹ và thậm chí có nguy cơ gãy xương bệnh lý [5].

Khoét nang là phương pháp lấy bỏ toàn bộ sang thương còn gọi là phương pháp triệt để, giúp loại bỏ hoàn toàn vỏ bao nang tuy nhiên có thể gây tổn thương các cơ quan giải phẫu lân cận như xoang hàm, ống thần kinh răng dưới, v.v..., đặc biệt với các nang lớn [5]. Mở thông túi là phương pháp tạo ra cửa sổ để đưa các chất bên trong lòng nang ra ngoài đồng thời duy trì sự liên tục với xoang miệng giúp tạo xương mới từ phía ngoại vi, tuy nhiên phương pháp này cần thời gian dài để đạt hiệu quả và có nguy cơ tái phát do không loại bỏ hoàn toàn biểu mô nang [5].

Năm 2017, Castro – Núñez [2] đã giới thiệu phương pháp giảm áp chủ động bằng cách sử dụng áp lực âm tích cực được tạo ra bởi một thiết bị tùy chỉnh được chứng minh giúp loại bỏ lớp bao lót biểu mô/vỏ bao nang, di cư các tế bào viêm mạn tính, tăng cường tạo xương xung quanh trong thời gian ngắn hơn. Trujillo-Salazar và cộng sự (2021) [3] cho thấy phương pháp giúp thu nhỏ kích thước nang đáng kể với 50% bệnh nhân có hình ảnh tạo xương trên X-quang trong khoảng 1-3 tháng. Quá trình tái tạo xương bằng cơ chế áp lực âm, giúp kích thích hoạt động của nguyên bào xương, tăng mật độ xương và cải thiện sự trưởng thành của mô xương tân tạo được quan sát thấy ở nghiên cứu của Castro-Núñez và cộng sự (2023) [4].

Tuy có nhiều ưu điểm, tại Việt Nam mới chỉ có nghiên cứu về phương pháp mở thông nang của Lê Danh Bình và cộng sự (2021) [1], nhưng chưa có nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị nang xương hàm dưới do răng bằng phương pháp giảm áp chủ động. Do đó nghiên cứu này nhằm đánh giá sự thay đổi kích thước của nang sau khi điều trị với phương pháp giảm áp chủ động ở bệnh nhân có tổn thương nang do răng ở xương hàm dưới.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Báo cáo loạt ca.

Đối tượng: 6 bệnh nhân có tổn thương thấu quang xương hàm dưới được điều trị bằng phương pháp giảm áp chủ động tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương TP HCM.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: BN được chẩn đoán xác định là nang do răng xương hàm dưới bằng giải phẫu bệnh, được điều trị bằng phương pháp giảm áp chủ động, có hồ sơ bệnh án đầy đủ, X quang, giải phẫu bệnh.

Tiêu chuẩn loại trừ: Kết quả giải phẫu bệnh là nang không do răng hay các loại bướu khác, bệnh nhân đang mắc các bệnh toàn thân cấp: Viêm nhiễm, đái tháo đường, tim mạch, bệnh máu, đang điều trị tia xạ.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, liên tiếp.

Tiến trình nghiên cứu:

- **Giai đoạn trước phẫu thuật:** Giải thích cho bệnh nhân về tình trạng bệnh, phương pháp phẫu thuật và các nguy cơ tiềm ẩn.

Chụp phim cắt lớp vi tính khảo sát xương hàm dưới với độ dày lát cắt 1mm và lưu trữ hình ảnh dưới dạng tập tin DICOM.

Ghi nhận các dữ liệu lâm sàng. Đo kích thước theo chiều gần – xa (X_0), ngoài – trong (Y_0), trên – dưới (Z_0) và tính thể tích (V_0) bằng phần mềm Mimics Medical 21.0 (Materialise, Leuven, Belgium) theo công thức được giới thiệu bởi Song (2015) [6].

- **Giai đoạn trong phẫu thuật:** Phẫu thuật theo quy trình của bệnh viện do bác sĩ của bệnh viện thực hiện.

Bước 1: Rạch niêm mạc và lật toàn bộ vạt bộc lộ sang thương.

Bước 2: Mở xương và tiếp cận sang thương.

Bước 3: Mở nang và lấy 1 phần vỏ bao nang để gửi giải phẫu bệnh.

Bước 4: Đặt vào hốc nang một ống dẫn lưu phẫu thuật và khâu kín với niêm mạc sau đó và cố định vào răng xung quanh bằng chỉ thép.

Bước 5: Bơm rửa kiểm và tra độ kín của ống dẫn lưu và niêm mạc viền nang

Bước 6: Cầm máu các vị trí còn chảy máu. Kết thúc phẫu thuật.



Hình 1: Vị trí ống dẫn lưu ở trong miệng

- Giai đoạn sau phẫu thuật: Bệnh nhân được hướng dẫn sử dụng thiết bị.



Hình 2: Thiết bị tạo áp lực âm



Hình 3: Sử dụng thiết bị tạo áp lực âm

Đo kích thước lớn nhất phần hốc nang còn lại ở chiều gần – xa (X_{6T}), ngoài – trong (Y_{6T}), trên – dưới (Z_{6T}) và thể tích (V_{6T}) tại thời điểm 06 tháng sau phẫu thuật với cách đo tương tự như lần đo trước phẫu thuật.

Tính mức giảm kích thước và mức giảm thể tích tương đối sau 06 tháng:

$$\text{Chiều gần – xa: } \% \Delta X = \frac{X_0 - X_{6T}}{X_0} \times 100\%$$

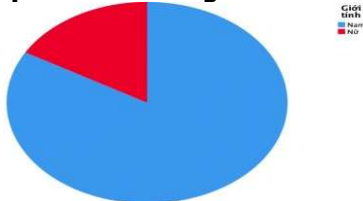
$$\text{Chiều ngoài – trong: } \% \Delta Y = \frac{Y_0 - Y_{6T}}{Y_0} \times 100\%$$

$$\text{Chiều trên – dưới: } \% \Delta Z = \frac{Z_0 - Z_{6T}}{Z_0} \times 100\%$$

$$\text{Thể tích: } \% \Delta V = \frac{V_0 - V_{6T}}{V_0} \times 100\%$$

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu



Biểu đồ 1: Phân bố giới tính trong mẫu nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng	Tỉ lệ
Giới tính	Nam	5	83,4%
	Nữ	1	16,7%
Chẩn đoán	Nang sừng do răng	4	66,7%
	Nang thân răng	2	33,3%
Lí do đến khám	Sưng	3	50%
	Tình cờ chụp phim	2	33,3%
	Đau	1	16,7%

Nhận xét: Nghiên cứu thực hiện trên tổng số 6 bệnh nhân, bao gồm 5 bệnh nhân nam (83,3%) và 1 bệnh nhân nữ (16,7%) (Biểu đồ 1). Trong mẫu nghiên cứu này, số lượng nang sừng do răng là chủ yếu 4/6 trường hợp (66,7%). Nang thân răng có 2/4 trường hợp (33,3%).

Bệnh nhân đến khám vì lí do khối sưng biến dạng mặt chiếm tỉ lệ cao nhất 50%, kế tiếp là được phát hiện tình cờ khi chụp phim (33,3%) và cuối cùng là đau (16,7%)

Bảng 2: Độ tuổi theo từng loại nang

	Số lượng	Tuổi trung bình	Lớn nhất	Nhỏ nhất
Nang sừng do răng	4	18±8,52	30	10
Nang thân răng	2	10,5±3,53	13	8
Tổng	6	15,5±7,81	30	8

Nhận xét: Tuổi trung bình trong mẫu nghiên cứu 15,5±7,81. Bệnh nhân nhỏ nhất là 8 tuổi, bệnh nhân lớn nhất là 30 tuổi. Tuổi trung bình của nang sừng do răng là 18±8,52. Nang thân răng là 10,5±3,53.

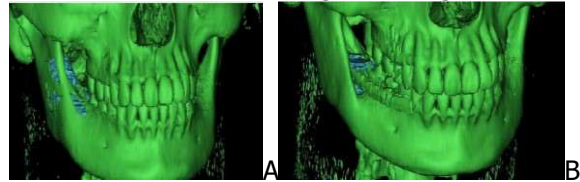
3.2. Sự thay đổi kích thước và thể tích nang trên hình ảnh cắt lớp điện toán

Bảng 3: Kích thước của nang trước và sau 6 tháng điều trị

	Trung bình±Độ lệch chuẩn
Thể tích nang trước điều trị	11522,26 ± 7422,31
Thể tích nang sau 6 tháng điều trị	1789,63 ± 1577,72
Hiệu	9732,64 ± 5965,71
%ΔV	85,83 ± 7,36 (%)

P=0,01 Theo Paired Samples Test

Bảng 3 cho thấy thể tích nang sau 6 tháng điều trị giảm có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị (P=0,01), mức giảm thể tích trung bình là 85,83±7,36 (%). Bệnh nhân có mức giảm thể tích thấp nhất là 79,83%. Bệnh nhân có mức giảm thể tích lớn nhất là 100%, đó là bệnh nhân nam 8 tuổi được chẩn đoán là nang thân răng.



Hình 4: Thay đổi sau mở thông nang

(A) Trước điều trị; (B) Sau điều trị 6 tháng

IV. BÀN LUẬN

Trong những năm qua, phương pháp mở thông túi và giảm áp thụ động với các thiết bị cải tiến đã chứng minh hiệu quả trong điều trị các bệnh lý nang do răng ở xương hàm dưới. Tuy nhiên, điểm chung của các thiết bị này là chỉ tạo ra áp lực thụ động. Ngược lại, phương pháp giảm áp chủ động, do Castro-Núñez [2] đề xuất năm 2017, sử dụng áp lực âm nội nang chủ động để loại bỏ các thành phần trong nang ra ngoài, đồng thời kích thích quá trình tái tạo xương một cách tích cực và hiệu quả hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 6 bệnh nhân với tỉ lệ nam/nữ là 5/1, tương đồng với nghiên cứu của Castro-Núñez và cộng sự (2023) [4], Song và cộng sự (2025) [6] tuy nhiên có sự khác biệt so với Lê Danh Bình và cộng sự (2021)

[1]. Sự khác biệt này là do nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu về mở thông nang khác có cỡ mẫu tương đối nhỏ, thường tập trung vào các nang có kích thước lớn chứ không phải toàn bộ nang ở mọi kích cỡ nên chưa phản ánh được đầy đủ sự phân bố về giới tính.

Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình của bệnh nhân là 15,5 tuổi với độ tuổi nhỏ nhất là 8 và lớn nhất là 30. Phần lớn bệnh nhân đều ở độ tuổi trẻ, điều này phản ánh xu hướng áp dụng phương pháp chủ yếu trên đối tượng trẻ tuổi, đặc biệt trong các trường hợp có liên quan đến răng ngầm. Kết quả này tương đồng với quan sát của Trujillo và cộng sự (2021) [3].

Lý do thường gặp nhất khiến bệnh nhân đi khám bệnh là phát hiện khối sưng gây biến dạng mặt (50%) đây là triệu chứng dễ nhận thấy bởi bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Anavi và cộng sự (2011) [5] với tỉ lệ 68,7%, Lê Danh Bình và cộng sự (2021) [1] là 57,1%. Có 33,3% bệnh nhân tình cờ phát hiện khi chụp X quang, phản ánh đặc điểm của nang xương hàm là tổn thương lành tính, tiến triển chậm và thường không có triệu chứng rõ ràng ở giai đoạn đầu.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận, sau mở thông nang, thể tích nang thu hẹp đáng kể ($p < 0,05$), với mức giảm thể tích trung bình là 85,83% sau 6 tháng.

Bảng 4: Kết quả điều trị mở thông nang ở một số nghiên cứu

Tác giả	Cỡ mẫu	Thời gian điều trị	Mức giảm thể tích (%)
Enislidis và cộng sự (2004) ^[7]	24	466 ngày (76-1379 ngày)	81
Anavi và cộng sự (2011) ^[5]	57	9,2 ± 5,2 tháng	79,3
Lê Danh Bình và cộng sự (2021) ^[1]	14	6 tháng	70,5 ± 14,4

Phương pháp giảm áp chủ động đã cho thấy phản ứng tạo xương tích cực, mang lại hiệu quả thu nhỏ thể tích nang vượt trội so với các nghiên cứu trước đó. Thời gian điều trị ngắn hơn, nhưng mức độ giảm thể tích trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Enislidis và cộng sự (2004) [7] (Mức giảm thể tích 81% với thời gian trung bình 466 ngày), cao hơn so với nghiên cứu của Anavi và cộng sự (2011) [5] thời gian kéo dài trung bình 9,2 tháng (từ 2 - 33 tháng), đạt mức thu nhỏ 79,3%. So với một nghiên cứu tiến cứu có cùng thời gian theo dõi 6 tháng của Lê Danh Bình và cộng sự (2021) [1] kết quả mức giảm thể tích trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi vẫn cao hơn đáng kể

(85,8265% so với 70,5%). Điều này có thể giải thích bởi:

(1) Phương pháp giảm áp chủ động giúp duy trì áp lực âm ổn định và liên tục, tối ưu hóa quá trình thoát dịch và kích thích tái tạo xương.

(2) Kiểm soát chặt chẽ áp lực nội nang cùng với kỹ thuật thực hiện chính xác đã cải thiện hiệu quả giảm áp.

(3) Đặc điểm mẫu nghiên cứu (kích thước nang lớn hơn, bệnh nhân trẻ hơn) có thể là yếu tố thúc đẩy quá trình thu nhỏ nhanh hơn.

(4) Với công nghệ tiên tiến như hệ thống hút áp lực âm và Sử dụng hình ảnh 3D giúp đo lường chính xác hơn so với các nghiên cứu khác.

Để giải thích cho cơ chế tạo xương của phương pháp giảm áp chủ động, có nhiều bằng chứng lâm sàng và thí nghiệm về vai trò các lực cơ học trong việc kích thích quá trình tạo mạch, tạo xương và lành vết thương. Tuy nhiên, rất ít nghiên cứu khảo sát mối liên quan giữa áp lực âm và phản ứng của xương. Vào năm 2009, Yang và cộng sự [8] đã đưa ra giả thuyết rằng, áp lực âm gián đoạn có thể thúc đẩy quá trình tạo xương trong các tế bào gốc tủy xương (BMSCs) của con người trong môi trường thí nghiệm. Khi phân lập các tế bào BMSCs, các tế bào này được chia thành nhóm điều trị bằng áp lực âm (áp lực: 50 kPa, 30 phút/lần, hai lần mỗi ngày) và nhóm đối chứng (nuôi cấy trong điều kiện thông thường), họ đã quan sát quá trình tạo xương của BMSCs bằng kính hiển vi tương phản, xác định hoạt tính của alkaline phosphatase (ALP) một chỉ dấu sinh học quan trọng cho quá trình biệt hóa thành nguyên bào xương – tăng đáng kể so với nhóm đối chứng ($P < 0,05$) và biểu hiện miễn dịch hóa học của collagen loại I cho thấy sự hình thành chất nền ngoại bào, một bước quan trọng trong quá trình tái tạo xương. Đáng chú ý, biểu hiện mRNA của OPG (Osteoprotegerin) – yếu tố có vai trò ức chế hoạt động tiêu xương của tế bào hủy xương (osteoclast) – tăng đáng kể ($P < 0,05$), trong khi đó biểu hiện mRNA của OPGL (Osteoprotegerin Ligand) – yếu tố kích thích biệt hóa tế bào hủy xương – lại giảm đáng kể ($P < 0,05$) so với nhóm đối chứng. Những kết quả này cho thấy rằng áp lực âm gián đoạn không chỉ kích thích biệt hóa tế bào gốc thành nguyên bào xương mà còn điều hòa quá trình tạo và tiêu xương, mở ra tiềm năng ứng dụng trong việc thúc đẩy quá trình tái tạo xương và điều trị các tổn thương xương như nang xương hàm và bệnh lý tiêu xương.

Quá trình tạo xương liên quan đến áp lực âm nội nang chủ động có thể cực kỳ phức tạp. Cần lưu ý rằng mặc dù các hormone toàn thân điều

hòa hoạt động này trong toàn bộ hệ thống xương, nhưng các yếu tố tại chỗ như tải trọng cơ học, cytokine và các chất trung gian khác có thể có tác động trực tiếp đến hoạt động của tế bào xương. Tổn thương nang do răng xương hàm dưới được điều trị bằng phương pháp giảm áp chủ động các yếu tố như độ tuổi, giới tính, thiết kế hệ thống giảm áp chủ động, thời gian và mức độ áp lực âm tác động, mật độ và hình dạng xương, kích thước của nang đều có thể đóng vai trò quyết định đến phản ứng của xương[3].

Mặc dù chúng tôi nhận thấy phản ứng tạo xương diễn ra nhanh chóng tuy nhiên những hạn chế của nghiên cứu bao gồm: Cỡ mẫu nhỏ, bản chất của nghiên cứu bao gồm nhiều loại nang xương hàm khác nhau và không có nhóm đối chứng để so sánh với các phương pháp điều trị khác. Mặc dù những phát hiện ban đầu về phương pháp giảm áp chủ động trong điều trị các tổn thương nang do răng rất hứa hẹn, nhưng cần phải có các nghiên cứu theo dõi dài hạn và so sánh để xác định vai trò của phương pháp này trong việc điều trị các bệnh lý nang do răng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã chỉ ra rằng tốc độ tạo xương hiệu quả và nhanh chóng của các tổn thương nang xương hàm dưới do răng trước và sau khi sử dụng phương pháp giảm áp chủ động trong một nhóm nhỏ bệnh nhân. Phương pháp này cần được nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn với phương tiện cận lâm sàng trực quan hơn kết hợp với quá trình theo dõi dài hạn sẽ đóng vai trò quan trọng trong việc đánh giá hiệu quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Danh Bình.** Đánh giá kết quả điều trị nang xương hàm do răng bằng phương pháp mở thông nang trên lâm sàng và hình ảnh cắt lớp điện toán. Luận văn bác sĩ nội trú. Đại học Y Dược TP.HCM.2021.
2. **Castro-Núñez J, Rey D, Amaya L.** An Innovative Intracystic Negative Pressure System to Treat Odontogenic Cysts. *J Craniofac Surg.* 2017;28(7):1883-4.
3. **Trujillo-Saldarriaga S, Cuéllar MA, Alfaro-Portillo C, Moreno-Rodríguez P, Gómez-Delgado A, Castro-Núñez J.** Potential role of active decompression with distraction sugosteogenesis for the management of odontogenic cystic lesions: a retrospective review of 10 cases. *Oral Maxillofac Surg.* 2022;26(2): 239-45.
4. **Castro-Núñez J, Sifuentes-Cervantes JS, Alemán BO, Rivera I, Bustillo J, Guerrero LM.** Histologic features of bone regenerated by means of negative pressure in the context of odontogenic keratocyst. *Oral Maxillofac Surg.* 2023;27(3):421-6.
5. **Anavi Y, Gal G, Miron H, Calderon S, Allon DM.** Decompression of odontogenic cystic lesions: clinical long-term study of 73 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2011;112(2):164-9.
6. **Song IS, Park HS, Seo BM, Lee JH, Kim MJ.** Effect of decompression on cystic lesions of the mandible: 3-dimensional volumetric analysis. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2015;53(9):841-8.
7. **Enislidis G, Fock N, Sulzbacher I, Ewers R.** Conservative treatment of large cystic lesions of the mandible: a prospective study of the effect of decompression. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2004;42(6):546-50.
8. **Yang Z, Liu M, Zhang YG, Guo X, Xu P.** Effects of intermittent negative pressure on osteogenesis in human bone marrow-derived stroma cells. *J Zhejiang Univ Sci B.* 2009;10(3):188-92.

KẾT QUẢ CHỨC NĂNG VÀ HÌNH ẢNH HỌC KHỚP QUAY TRỤ DƯỚI SAU PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ GẦY GALEAZZI

Lê Ngọc Quyên¹, Vũ Trung Hiếu²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy Galeazzi là một tổn thương phối hợp gãy thân xương quay và trật khớp quay trụ dưới (KQTD). Phương pháp điều trị phổ biến là mổ kết hợp xương quay bằng nẹp vít, đánh giá KQTD và khóa khớp khi mất vững. Mặc dù phác đồ này được sử dụng rất nhiều nhưng hiệu quả thực sự về phục hồi KQTD

vẫn còn gây tranh cãi. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả chức năng và hình ảnh học của KQTD sau điều trị gãy trật Galeazzi, đồng thời khảo sát mối tương quan giữa hai yếu tố này. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên 32 bệnh nhân đã phẫu thuật điều trị gãy Galeazzi có X quang (XQ) sau mổ phục hồi giải phẫu tốt, theo dõi ít nhất 12 tháng. Đánh giá chức năng bao gồm thang điểm đau VAS, nghiệm pháp bập bênh KQTD, biên độ sấp-ngửa cẳng tay, lực cầm nắm và thang điểm Cooney. Hình ảnh học bao gồm XQ thẳng, nghiêng và XQ động (có khung đỡ trượt KQTD). Dữ liệu được xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS với ngưỡng ý nghĩa $p < 0,05$. **Kết quả:** Thời gian theo dõi trung bình là $14,6 \pm 2,7$ tháng. Có 71,1% bệnh nhân phục hồi chức năng KQTD ở mức

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhân Dân 115

Chịu trách nhiệm chính: Lê Ngọc Quyên

Email: ngocquyendr@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2025

Ngày duyệt bài: 26.6.2025