

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN VỚI KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI CÓ MỞ XƯƠNG TẠI VIỆN ĐÀO TẠO RĂNG HÀM MẶT

Hoàng Kim Loan¹, Trương Mạnh Nguyên¹, Nguyễn Hữu Khánh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá một số yếu tố liên quan với kết quả phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới có chỉ định mở xương, tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt năm 2023 - 2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 42 bệnh nhân với 50 răng khôn hàm dưới mọc lệch ngầm, có chỉ định phẫu thuật nhổ răng có mở xương, từ tháng 7 năm 2023 đến tháng 7 năm 2024 tại Trung tâm kỹ thuật cao khám chữa bệnh Răng Hàm Mặt, Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt và Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Kết quả:** Biến chứng gãy chóp chân răng có nguy cơ xảy ra cao gấp 15 lần (OR; 95%CI = 15; 1,35-166,05) so với không có biến chứng khi độ khó răng khôn tăng; độ chênh lệch há miệng giữa trước và sau phẫu thuật ở mức <3,8 chỉ bằng 0,07 lần mức ≥3,8 (OR; 95%CI = 0,07; 0,008-0,64) khi độ khó tăng và bằng 0,18 lần (OR; 95%CI = 0,18; 0,04-0,78) khi thời gian phẫu thuật tăng. **Kết luận:** Gãy chóp chân răng và mức độ khít hàm tăng là những yếu tố liên quan với độ khó và thời gian phẫu thuật lấy răng khôn. Tuy nhiên cần tiến hành thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá được chính xác các mối liên quan giữa các yếu tố trước, trong và sau phẫu thuật lấy răng khôn với độ khó, thời gian phẫu thuật và mức độ hình thành xương sau phẫu thuật trên nhóm bệnh nhân này. **Từ khóa:** Yếu tố liên quan, răng khôn hàm dưới, mở xương.

SUMMARY

SOME FACTORS ASSOCIATED WITH THE OUTCOMES OF SURGICAL EXTRACTION OF IMPACTED MANDIBULAR THIRD MOLARS WITH OSTECTOMY AT THE SCHOOL OF DENTISTRY

Objective: This study evaluated several factors associated with the outcomes of surgical extraction of mandibular third molars that required bone removal at the School of Dentistry during 2023 - 2024. **Materials and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 42 patients (50 impacted mandibular third molars) indicated for surgical extraction with ostectomy between July 2023 and July 2024 at the Center for Advanced Dental Techniques, School of Dentistry, and the Department of Odonto-Stomatology, Hanoi Medical University

Hospital. **Results:** When the difficulty level of the third molar increased, the risk of root-apex fracture was 15-fold higher (OR; 95%CI=15; 1.35-166.05). A postoperative mouth-opening reduction of < 3.8 mm was only 0.07 times as likely as a reduction ≥ 3.8 mm when difficulty increased (OR; 95%CI=0.07; 0.008-0.64) and 0.18 times as likely (OR; 95%CI=0.18; 0.04-0.78) when operative time increased. **Conclusion:** Root-apex fracture and increased postoperative trismus are factors associated with operative difficulty and surgical duration in mandibular third-molar removal. Larger-scale studies are needed to clarify relationships between pre-, intra-, and postoperative factors, surgical difficulty, operative time, and postoperative bone healing in this patient group. **Keywords:** Associated factors; mandibular third molar; ostectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật mở xương để lấy răng khôn hàm dưới (RKHD) mọc ngầm, lệch là một quy trình phẫu thuật phổ biến.¹ Tuy nhiên, do độ khó phẫu thuật tương đối cao và tỷ lệ biến chứng lớn nên đây vẫn là một vấn đề đầy thách thức trong những trường hợp phức tạp.¹ Phẫu thuật mở xương thường có tác dụng loại bỏ xương xung quanh răng khôn hàm dưới nhằm tạo điều kiện cho việc nhổ răng. Điều cần thiết là phải thực hiện phẫu thuật cắt xương không gây chấn thương để tiếp cận răng và thúc đẩy quá trình lành thương.¹ Chỉ định của việc phẫu thuật mở xương là khi có triệu chứng (đau, nhiễm trùng, sưng tại chỗ,...) và có bệnh (sâu răng, viêm nha chu,...) ở răng khôn hàm dưới hoặc răng hàm lớn thứ hai bên cạnh, tuy nhiên việc nhổ răng dự phòng (nhổ răng khi chưa có triệu chứng) cũng được thực hiện nếu bác sĩ tiên lượng các biến chứng trên có thể xảy ra.²

Nhổ RKHD có phẫu thuật mở xương là một thủ thuật xâm lấn, dù ít hay nhiều cũng sẽ có những tai biến trước, trong và sau phẫu thuật.³ Đã có rất nhiều nghiên cứu đánh giá đặc điểm lâm sàng của RKHD trước khi nhổ,^{3,4} cũng như những biến chứng trong và sau khi phẫu thuật.^{5,6} Tuy nhiên các tác giả chưa đánh giá cụ thể những yếu tố nào có thể ảnh hưởng đến tiên lượng và kết quả điều trị của phương pháp này. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: "Đánh giá một số yếu tố liên quan với kết quả phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới có chỉ định mở xương, tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt năm 2023-2024".

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Kim Loan

Email: kimloan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2025

Ngày duyệt bài: 23.7.2025

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

* Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên (hoặc dưới 18 tuổi có sự đồng ý của người giám hộ) có răng khôn hàm dưới mọc lệch, hoặc ngậm một phần hay toàn bộ, có chỉ định phẫu thuật nhổ răng có mỡ xương.

- Bệnh nhân đồng ý và tự nguyện, hợp tác tham gia nghiên cứu, đồng ý chụp phim CT Cone-beam 02 lần (1 lần trước phẫu thuật và 1 lần sau khi phẫu thuật 3 tháng). Phim CT Cone-beam của người bệnh đạt tiêu chuẩn.

* Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có các bệnh toàn thân chưa cho phép phẫu thuật: dị ứng, tim mạch, huyết áp, bệnh về máu, đái tháo đường, đang dùng thuốc ức chế miễn dịch v.v ...

- Bệnh nhân đang có thai hoặc có chống chỉ định tiếp xúc với tia X.

- Bệnh nhân có các răng đang viêm nhiễm cấp tính.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Trung tâm kỹ thuật cao khám chữa bệnh Răng Hàm Mặt, Viện đào tạo Răng Hàm Mặt và Khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

- Thời gian: Từ tháng 7 năm 2023 đến tháng 7 năm 2024.

2.2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.3. Cỡ mẫu. Đây là một nghiên cứu nằm trong đề tài: "Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới có mỡ xương tại Viện đào tạo Răng Hàm Mặt", chúng tôi đã sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện có chủ đích toàn bộ bệnh nhân đến khám tại Trung tâm kỹ thuật cao khám chữa bệnh Răng Hàm Mặt, Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt và Khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, được chẩn đoán răng khôn hàm dưới lệch ngậm có chỉ định mổ xương, trong khoảng thời gian từ tháng 7 năm 2023 đến tháng 7 năm 2024. Thực tế chúng tôi đã nghiên cứu trên 50 răng khôn hàm dưới có chỉ định mổ xương của 42 bệnh nhân.

2.2.4. Các bước tiến hành nghiên cứu

- Liên hệ địa điểm, chuẩn bị công cụ và tập huấn nhóm nghiên cứu

- Hỏi bệnh, khám lâm sàng và lựa chọn bệnh nhân tham gia nghiên cứu

- Chỉ định chụp phim CBCT, đọc phim và thu thập số liệu

- Điều trị

- Đánh giá kết quả phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới

- Xử lý và phân tích số liệu. Viết báo cáo nghiên cứu

2.2.5. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu chỉ được tiến hành khi nhận được sự đồng ý của Hội đồng thông qua đề cương, Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội

- Các thông tin, hình ảnh trước mổ và sau mổ của bệnh nhân trong báo cáo khoa học đều được đảm bảo bí mật và có sự đồng ý của bệnh nhân.

- Bệnh nhân tham gia nghiên cứu có quyền rút khỏi nghiên cứu bất cứ khi nào.

- Nghiên cứu chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho bệnh nhân, không nhằm mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong số 42 đối tượng tham gia, có 24 đối tượng là nữ với tỷ lệ là 57,1%; 18 đối tượng là nam chiếm tỷ lệ 42,9%. Độ tuổi trung bình là $24,9 \pm 6,5$, đối tượng lớn tuổi nhất là 41 và đối tượng nhỏ tuổi nhất là 16. Nhóm tuổi từ 16-25 là phổ biến nhất với tỷ lệ 66,7%.

Bảng 3.1. Tương quan độ khó với kết quả điều trị phẫu thuật

Đặc điểm	Độ khó		OR	95%CI	p
	Ít khó	Khó trung bình + Rất khó			
1. Biến chứng trong phẫu thuật					
Không có	35	7	1	-	-
Gãy chóp chân răng	1	3	15	1,35-166,05	0,027*
Vỡ bản trong xương ổ răng	0	1	-	-	-
Lung lay RHL hàm dưới	0	0	-	-	-
Tổng	47				
2. Mức độ đau sau phẫu thuật					
Không đau	1	0	-	-	-
Đau nhẹ	9	0	-	-	-
Đau vừa phải	8	1	1	-	-
Đau dữ dội	11	5	3,64	0,35-37,46	0,278
Rất nghiêm trọng	2	2	8	0,46-139,29	0,154
Đau quá mức	2	1	4	0,17-95,76	0,392
Tổng	42				
3. Thời gian (phút)					
<30	17	0	1	-	-
30-60	21	11	-	-	-

>30	1	0	-	-	-
Tổng	50				
4. Chỉ số sưng nề					
≥17,4	17	2	1	-	-
<17,4	16	7	3,72	0,67-20,63	0,133
Tổng	42				
5. Mức độ khít hàm					
Độ há miệng trước PT					
≥43,9	15	2	1	-	-
<43,9	18	7	2,92	0,53-16,20	0,221
Tổng	42				
Độ há miệng sau PT					
≥40,1	15	2	1	-	-
<40,1	18	7	2,92	0,53-16,20	0,221
Tổng	42				
Chênh lệch					
≥3,8	12	8	1	-	-
<3,8	21	1	0,07	0,008-0,64	0,019*
Tổng	42				
6. Mức độ hình thành xương mặt xa					
Có hình thành	7	2	1	-	-
Không hình thành	15	7	1,63	0,27-9,98	0,595
Tiêu xương	17	2	0,41	0,05-3,53	0,418
Tổng	50				
7. Mức độ chảy máu					
Có	30	11	1	-	-
Không	9	0	-	-	-
Tổng	50				

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi xét tương quan độ khó với các yếu tố đánh giá kết quả phẫu thuật nhỏ RKHD có chỉ định mở xương, chúng tôi ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở yếu tố biến chứng trong phẫu thuật (0,027) và mức độ co khít hàm (0,019).

Bảng 3.2. Tương quan thời gian phẫu thuật với biến chứng

Đặc điểm	Thời gian		OR	95%CI	p
	< 30p	30-60p			
1. Biến chứng trong phẫu thuật					
Không có	16	26	1		
Gãy chóp chân răng	0	4	-	-	-
Vỡ bản trong xương ổ răng	0	1	-	-	-
Lung lay răng	0	0	-	-	-
Tổng	47				
2. Mức độ đau sau phẫu thuật					
Không đau	1	0	-	-	
Đau nhẹ	6	3	1		

Đau vừa phải	4	5	0,25	0,01-5,98	0,392
Đau dữ dội	2	14	0,91	0,07-12,52	0,943
Rất nghiêm trọng	0	4	-	-	-
Đau quá mức	1	2	2	0,09-44,35	0,661
Tổng	42				
3. Chỉ số sưng nề					
≥17,4	6	13	1	-	-
<17,4	8	15	0,87	0,24-3,15	0,827
Tổng	42				
4. Mức độ khít hàm					
Độ há miệng trước PT					
≥43,9	8	9	1		
<43,9	6	19	2,81	0,75-10,57	0,125
Tổng	42				
Độ há miệng sau PT					
≥40,1	8	9	1		
<40,1	6	19	2,81	0,75-10,57	0,125
Tổng	42				
Chênh lệch					
≥3,8	3	17	1		
<3,8	11	11	0,18	0,04-0,78	0,022*
Tổng	42				
5. Mức độ hình thành xương mặt xa					
Có hình thành	3	6	1	-	-
Không hình thành	6	16	1,33	0,25-7,11	0,736
Tiêu xương	8	11	0,69	0,13-3,61	0,658
Tổng	50				
6. Mức độ chảy máu					
Có	12	29	1		
Không	5	4	0,33	0,08-1,45	0,142
Tổng	50				
7. Trục răng					
Lệch gần	11	12	1		
Nằm ngang	2	10	4,58	0,82-25,71	0,084
Mọc thẳng	1	7	6,42	0,68-60,84	0,105
Lệch xa	0	2	-	-	-
Lệch lưỡi	2	1	0,46	0,04-5,79	0,547
Lệch má	1	1	0,92	0,05-16,49	0,953
Tổng	50				

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi xét tương quan giữa thời gian phẫu thuật và các yếu tố, chúng tôi ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa về mặt thống kê giữa thời gian phẫu thuật và mức độ co khít hàm (0,022%).

Bảng 3.3. Tương quan mức độ hình thành xương mặt xa RHL thứ hai với trục RKHD và khoảng rộng xương hàm so với bề mặt

Đặc điểm	Mức độ hình thành xương mặt xa RHL thứ 2 sau 3 tháng		OR	95%CI	p
	Có	Không hình			

	hình thành	thành+Tiêu xương			
1. Trục RKHD					
Lệch gần	3	20	1		
Nằm ngang	3	9	0,45	0,08-2,68	0,380
Mọc thẳng	0	8	-	-	-
Lệch xa	1	1	0,15	0,007-3,09	0,219
Lệch lười	2	1	0,075	0,005-1,104	0,059
Lệch má	0	2	-	-	-
Tổng		50			
2. Khoảng rộng xương sau hàm so với bề rộng RKHD					
Rộng hơn	9	35	1		
Hẹp hơn	0	5	-	-	-
Tổng		50			

Nhận xét: Trong nghiên cứu này, chúng tôi không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mức độ hình thành xương phía mặt xa RHL thứ hai với trục RKHD và khoảng rộng xương sau hàm so với bề rộng RKHD.

IV. BÀN LUẬN

Trong một bài đánh giá tổng quan tài liệu, Akadiri và cộng sự⁷ đã báo cáo rằng các đặc điểm nhân khẩu học, chụp X quang và phẫu thuật có liên quan chặt chẽ với độ khó trong phẫu thuật. Tuy nhiên, không có nghiên cứu nào trước đây phân tích mối liên hệ đa biến giữa các yếu tố khó khăn trước và trong khi phẫu thuật với các biến chứng. Phân loại Pell và Gregory là một phương pháp cổ điển. Tuy nhiên, phương pháp này vẫn có những điểm không đủ để xác định khó khăn trong phẫu thuật do đó, cần có một hệ thống phân loại dựa trên kết quả lâm sàng và chụp X quang để tiên lượng đầy đủ hơn những khó khăn trong quá trình phẫu thuật.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi tập trung tìm hiểu mối liên quan giữa một số đặc điểm trước, trong và sau quá trình phẫu thuật lấy răng khôn hàm dưới so với độ khó, thời gian phẫu thuật và mức độ hình thành xương phía xa răng hàm lớn thứ 2 sau phẫu thuật lấy răng khôn 3 tháng. Sau phân tích và đánh giá, chúng tôi không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa giữa mức độ đau sau phẫu thuật, thời gian, chỉ số sưng nề, mức độ hình thành xương mặt xa và mức độ chảy máu với độ khó của răng khôn. Chúng tôi cũng không tìm thấy mối liên quan giữa biến chứng trong khi phẫu thuật, mức độ đau sau phẫu thuật, chỉ số sưng nề, mức độ hình thành xương mặt xa, mức độ chảy máu và trục

của răng khôn với thời gian phẫu thuật. Tuy nhiên, có mối liên quan giữa biến chứng gãy chóp chân răng trong khi phẫu thuật với độ khó của răng khôn trong đó biến chứng gãy chóp chân răng có nguy cơ xảy ra cao gấp 15 lần (OR; 95%CI = 15; 1,35-166,05) so với không có biến chứng. Có mối liên quan giữa mức độ khít hàm sau phẫu thuật với độ khó của răng khôn và thời gian phẫu thuật lấy răng khôn trong đó độ chênh lệch há miệng giữa trước và sau phẫu thuật ở mức <3,8 chỉ bằng 0,07 lần mức ≥3,8 (OR; 95%CI = 0,07; 0,008-0,64) khi độ khó tăng và bằng 0,18 lần (OR; 95%CI = 0,18; 0,04-0,78) khi thời gian phẫu thuật tăng.

Theo nhiều nghiên cứu, hình thái thân răng không liên quan nhiều đến khó khăn trong quá trình phẫu thuật.⁷ Ngược lại, hình thái chân răng và số lượng chân răng có liên quan đáng kể đến độ khó khi phẫu thuật lấy răng khôn hơn. Sự phát triển hạn chế của chân răng dẫn đến sự xoay của răng quanh trục của nó, vì vậy khi phẫu thuật lấy răng thường đòi hỏi phải cắt thân răng dẫn đến thời gian phẫu thuật kéo dài hơn 30 phút. Răng có chân răng hoàn chỉnh và tách ra cũng khó nhổ hơn những răng có chân chụm.

Khoảng cách giữa phía xa răng hàm thứ hai và thứ ba cũng có thể khiến phẫu thuật lấy răng khôn khó khăn hơn và do đó có thêm nhiều biến chứng⁸ và ảnh hưởng đến thời gian hình thành xương sau phẫu thuật. Tuy nhiên trong nghiên cứu này chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa khoảng rộng xương sau hàm so với bề rộng RKHD với mức độ hình thành xương mặt xa RHL thứ 2 sau 3 tháng. Có thể sẽ cần đánh giá sau thời gian lâu hơn và trên những cỡ mẫu lớn hơn để tìm hiểu chính xác về vấn đề này.

V. KẾT LUẬN

Gãy chóp chân răng và mức độ khít hàm tăng là những yếu tố liên quan với độ khó và thời gian phẫu thuật lấy răng khôn. Tuy nhiên cần tiến hành thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá được chính xác các mối liên quan giữa các yếu tố trước, trong và sau phẫu thuật lấy răng khôn với độ khó, thời gian phẫu thuật và mức độ hình thành xương sau phẫu thuật trên nhóm bệnh nhân này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ge J, Yang C, Zheng JW, et al. Four Osteotomy Methods With Piezosurgery to Remove Complicated Mandibular Third Molars: A Retrospective Study. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2014;72(11):2126-2133. doi:10.1016/j.joms.2014.05.028.
2. Steed MB. The indications for third-molar extractions. The Journal of the American Dental Association.

- Association. 2014;145(6):570-573. doi:10.14219/jada.2014.18.
3. **Hà Ngọc Chiêu, Nguyễn Đình Phúc, Nguyễn Mạnh Cường, et al.** Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng răng khôn hàm dưới mọc lệch ngầm. VMJ. 2023;526(2). doi:10.51298/vmj.v526i2.5584.
 4. **Lê Nguyễn Lâm, Võ Văn Biêt.** Đặc điểm lâm sàng, X-quang phân loại răng khôn theo Pell và Gregory tại Bệnh viện Đa khoa Cái Nước. VMJ. 2023;522(1). doi:10.51298/vmj.v522i1.4293.
 5. **Phạm Hải Đăng, Nguyễn Văn Lâm, Lâm Nhựt Tân.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, xquang và đánh giá kết quả phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới lệch kết hợp sử dụng dexamethasone dạng tiêm ở bệnh nhân tại bệnh viện Trường Đại học Y dược Cần Thơ, năm 2021-2022. ctump. 2022;(54):181-188. doi:10.58490/ctump.2022i54.376.
 6. **Hà Việt Quan, Lâm Nhựt Tân, Nguyễn Thị Trúc Chi, et al.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X-quang và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật răng khôn hàm dưới lệch, ngầm tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Hóc Môn năm 2023-2024. ctump. 2024;(71): 124-131. doi:10.58490/ctump.2024i71.2352.
 7. **Akadiri OA, Obiechina AE:** Assessment of difficulty in third molar surgery—A systematic review. J Oral Maxillofac Surg 67:771, 2009.
 8. **Farish SE, Bouloux GF:** General technique of third molar removal. Oral Maxillofac Surg Clin North Am 19:23, 2007

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U HẠT RỖN Ở TRẺ EM BẰNG PHƯƠNG PHÁP Ủ MUỐI

Hoàng Văn Bảo¹, Trần Văn Quyết¹

TÓM TẮT

Mục đích: Mô tả kỹ thuật và đánh giá kết quả điều trị u hạt rốn ở trẻ em bằng phương pháp ủ muối. **Phương pháp:** Tiến cứu các bệnh nhi (BN) bị u hạt rốn được điều trị bằng phương pháp ủ muối với sự hướng dẫn và theo dõi của bác sĩ từ tháng 10 năm 2024 đến tháng 4 năm 2025. Các bệnh nhi được chẩn đoán u hạt rốn sẽ được bác sĩ hướng dẫn phương pháp ủ muối ăn để người nhà có thể thực hiện tại nhà. Phương pháp thực hiện bao gồm: vệ sinh sạch rốn bằng nước muối sinh lý, cho muối ăn đã nghiền nhỏ (muối tinh) vào trong rốn và băng lại trong 30 phút sau đó vệ sinh lại rồi để hở, ngày làm 2 lần, trong 3-5 ngày. Người nhà được hướng dẫn chi tiết các bước bằng video do nhân viên y tế thực hiện, người nhà sẽ gửi ảnh của bệnh nhân sau mỗi lần thực hiện cho bác sĩ theo dõi đánh giá. **Kết quả:** Có 39 BN thuộc diện nghiên cứu, tuổi trung vị 5 tuần (3 tuần đến 13 tuần). Nam chiếm 53%, nữ chiếm 47%. Kích thước trung vị của u hạt rốn là 3mm (từ 1 - 8mm). Kết quả có 34 BN (87,2%) u hạt rốn rụng và rốn khô hoàn toàn và 5 Bn (12,8%) u hạt rốn không rụng và phải phẫu thuật. Số lần ủ muối đến khi u hạt rốn rụng trung vị là 2 lần (1-7 lần). Thời gian rốn khô và về hoàn toàn bình thường là 4 ngày (3-10 ngày). Không ghi nhận tác dụng phụ như viêm loét rốn, chảy máu rốn... trong quá trình thực hiện. Với thời gian theo dõi trung bình là 5 tháng (2-9 tháng) không ghi nhận trường hợp nào tái phát. **Kết luận:** Điều trị u hạt rốn cho trẻ em bằng phương pháp ủ muối có tính khả thi, an toàn, hiệu quả cao, chi phí thấp, vật liệu có sẵn và có thể thực hiện tại nhà với sự hướng dẫn theo dõi của bác sĩ. Chưa phát hiện tác dụng nào trong quá

trình điều trị, không ghi nhận tái phát trong quá trình theo dõi. **Từ khóa:** u hạt rốn, ủ muối ăn, trẻ sơ sinh

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF UMBILICAL GRANULOMA IN CHILDREN BY TABLE-SALT APPLICATION

Objective: To evaluate the efficacy of at-home management of pediatric umbilical granuloma using topical table-salt application. **Methods:** A prospective cohort study of infants diagnosed with umbilical granuloma was treated with home-based table-salt application under physician guidance and monitoring from October 2024 through April 2025. Parents were instructed to cleanse the umbilical region with normal saline, apply finely ground table salt (sodium chloride) directly onto the granuloma, occlude with a sterile dressing for 30 minutes, then cleanse and leave exposed. This regimen was performed twice daily for 3–5 days. Clinical assessment was conducted at each visit. **Results:** Thirty-nine patients (median age 5 weeks, range 3–13 weeks; 53% male, 47% female) were enrolled. The median granuloma diameter was 3 mm (range 1–8 mm). Complete resolution, defined as detachment of the granuloma and full epithelialization of the umbilical stump, was achieved in 34/39 patients (87.2%). Five patients (12.8%) showed no response and required surgical excision. The median number of salt applications until granuloma detachment was 2 sessions (range 1–7). Full umbilical healing occurred at a median of 4 days (range 3–10) post-treatment initiation. No adverse events such as ulceration or bleeding were observed. Over a mean follow-up of 5 months (range 2–9), there were no recurrences. **Conclusion:** Home-based table-salt application for pediatric umbilical granuloma is a feasible, safe, and cost-effective intervention with high success rates and minimal resource requirements when conducted under physician instruction and follow-up. No treatment-related complications or recurrences were noted in the study cohort.

¹Bệnh viện Nhi Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Bảo

Email: baobacsy@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2025

Ngày duyệt bài: 23.7.2025