

quá trình điều trị cho người bệnh, chúng tôi không nhận thấy bất cứ một tác dụng phụ nào trên lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Viên nang cứng THV có hiệu quả giảm đau, chống viêm loét và diệt vi khuẩn *H. pylori* trên người bệnh viêm loét dạ dày- tá tràng có nhiễm *H. pylori*.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Li Y, Choi H, Leung K, Jiang F, Graham DY, Leung WK (2023), Global prevalence of Helicobacter pylori infection between 1980 and 2022: a systematic review and meta-analysis, *Lancet Gastroenterol Hepatol*, 2023;8(6):553-564. doi:10.1016/S2468-1253(23)00070-5
2. Khien VV, Thang DM, Hai TM, et al (2019), Management of Antibiotic-Resistant *Helicobacter pylori* Infection: Perspectives from Vietnam, *Gut and Liver*, 2019;13(5):483-497. doi:10.5009/gnl18137
3. Woolf A, Rose R (2023), Gastric Ulcer. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing; 2026. Accessed March 10, 2026. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537128/>
4. Nguyễn Hồng Thanh, Trần Thị Khánh Tường (2022), Đề kháng kháng sinh nguyên phát của vi khuẩn *Helicobacter pylori* ở bệnh nhân viêm loét dạ dày tá tràng, *PNTJMP*. 2022;(2022-Volume 1.4). doi:10.59715/pntjmp.1.4.16
5. Khien V.V. et al (2019), Genome-wide association study of gastric cancer- and duodenal ulcer-derived *Helicobacter pylori* strains reveals discriminatory genetic variations and novel oncoprotein candidates, *Gut Liver*, 13(5):483-497.
6. Vũ Nam (1995), *Góp phần nghiên cứu tác dụng của chè dây trong điều trị loét hành tá tràng 1995*, Luận án tiến sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội
7. Phạm Bá Tuyên (2013), *Nghiên cứu tác dụng của H_Pmax trong điều trị loét hành tá tràng có Helicobacter Pylori*, Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội..
8. Tran YTN, Dinh CVN, Ho QN, Nguyen TDM (2019), Flavonoid Extraction from *Ampelopsis cantoniensis* Planch for Spray Drying Powder Product, *International Journal of Innovative Science, Engineering & Technology*, 2019;6(10).
9. Balázová L, Kurhajec S, Kello M, et al (2022), Antiproliferative Effect of *Phellodendron amurense* Rupr. Based on Angiogenesis, *Life*, 2022;12(5):767. doi:10.3390/life12050767
10. Fuloria S, Mehta J, Chandel A, et al (2022), A Comprehensive Review on the Therapeutic Potential of *Curcuma longa* Linn. in Relation to its Major Active Constituent Curcumin, *Front Pharmacol*, 2022;13:820806. doi:10.3389/fphar.2022.820806

QUÁ TRÌNH LÀNH THƯƠNG SAU PHẪU THUẬT CẮT NANG CHÂN RĂNG CÓ GHÉP XƯƠNG KẾT HỢP HUYẾT TƯƠNG GIÀU TIỂU CẦU

Lê Đức Thành¹, Nguyễn Thị Hiền¹, Đàm Minh Tuân¹, Nguyễn Thanh Huyền¹, Đinh Thị Thái²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Theo dõi và đánh giá quá trình lành thương trên bệnh nhân phẫu thuật cắt nang chân răng có ghép xương kết hợp huyết tương giàu tiểu cầu. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 30 bệnh nhân sau phẫu thuật cắt nang chân răng có ghép xương kết hợp huyết tương giàu tiểu cầu tại Khoa Phẫu thuật Hàm Mặt - Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương. Bệnh nhân được thăm khám lâm sàng và chụp X-Quang tại thời điểm sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng để thu thập các biến số nghiên cứu bao gồm đặc điểm vết thương; tình trạng nhiễm trùng vết thương; mức độ lấp đầy khuyết hổng bằng xương nhân tạo. **Kết quả nghiên cứu:** Theo dõi và đánh

giá quá trình lành thương trên 30 bệnh nhân sau phẫu thuật cắt nang chân răng có ghép xương kết hợp huyết tương giàu tiểu cầu thu được kết quả vết thương liền tốt và không nhiễm trùng sau 1 tuần và 1 tháng lần lượt là 70% và 93,3%. Sau 3 tháng, 96,7% bệnh nhân đạt kết quả chung là tốt. Tuy nhiên, có 1 trường hợp xuất hiện lỗ rò xương ghép sau phẫu thuật 1 tháng. **Kết luận:** 96,7% bệnh nhân đều có tình trạng vết thương liền tốt, không gặp nhiễm trùng và mức độ lấp đầy khuyết hổng trên 40% sau 3 tháng. Cần chú ý đến việc chăm sóc và vệ sinh vết thương tránh tình trạng nhiễm trùng. Cần nhắc khi chỉ định phẫu thuật đối với các trường hợp nang gặp tình trạng nhiễm trùng vì có thể gây các biến chứng hậu phẫu, làm giảm tỷ lệ thành công sau phẫu thuật. **Từ khóa:** nang chân răng, xương nhân tạo, huyết tương giàu tiểu cầu.

¹ Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương

² Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt - Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đức Thành

Email: dr.lethanh1982@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 9.3.2026

Ngày duyệt bài: 6.4.2026

ABSTRACT

WOUND HEALING PROCESS AFTER RADICULAR CYST ENUCLEATION WITH

BONE GRAFTING COMBINED WITH PLATELET-RICH PLASMA

Objective: To monitor and evaluate the wound healing process in patients undergoing radicular cyst enucleation with bone grafting combined with platelet-rich plasma (PRP). **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 30 patients who underwent radicular cyst enucleation with bone grafting combined with PRP at the Department of Oral and Maxillofacial Surgery, National Hospital of Odontostomatology. Clinical examinations and radiographic assessments were performed at 1 week, 1 month, and 3 months postoperatively to collect study variables, including wound characteristics, presence of surgical site infection, and the degree of bone defect filling with artificial bone graft material. **Results:** At 1 week and 1 month postoperatively, good wound healing without signs of infection was observed in 70% and 93.3% of patients, respectively. After 3 months, 96.7% of patients achieved an overall favorable outcome. However, one case of graft-related fistula formation was recorded at 1 month postoperatively. **Conclusion:** After 3 months, 96.7% of patients demonstrated good wound healing, absence of infection, and more than 40% bone defect fill. Adequate postoperative wound care and oral hygiene are essential to prevent infection. Surgical intervention in cases of infected cysts should be carefully considered due to the risk of postoperative complications and a potential reduction in surgical success rate. **Keywords:** radicular cyst, artificial bone graft, platelet-rich plasma, wound healing.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo phân loại u nang răng của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2022, tỷ lệ mắc cao nhất được ghi nhận ở u nang chân răng, chiếm 58,96% tổng số ca.¹ Tỷ lệ mắc u nang chân răng ở hàm trên là 60% so với hàm dưới, và thường đi kèm với sự phình to ở má hoặc vòm miệng.² Nang chân răng là một loại nang có nguồn gốc từ răng, thường liên quan đến răng vĩnh viễn; nguyên nhân thường do nhiễm trùng vi khuẩn và hoại tử tủy răng, dẫn đến kích thích viêm các tế bào biểu mô còn sót lại của Malassez dọc theo vùng dây chằng nha chu của răng.³ Trên lâm sàng, các nang này có thể gây nhiều biến chứng nguy hiểm như nhiễm trùng tái phát, mất xương ổ răng nghiêm trọng hoặc làm tổn thương sàn xoang mũi và xoang hàm trên.⁴ Do vậy, phẫu thuật cắt bỏ được coi là một phương pháp điều trị cần thiết để điều trị nang chân răng.

Những tổn thương xương do u hoặc nang xương hàm có thể nhỏ như các u hạt cuống răng nhưng cũng có thể là nang xương hàm phá hủy xương rộng một phần lớn hoặc toàn bộ xương hàm một bên thậm chí phá hủy cả bên đối diện. Những bệnh lý này sau khi điều trị phẫu thuật thường để lại những tổn thương khuyết hổng

xương hàm, ảnh hưởng đến các răng trên đó và hình thể xương hàm; từ đó ảnh hưởng tới sự bền vững của xương hàm, thậm chí có trường hợp có nguy cơ gãy xương do tổ chức xương còn lại quá mảnh và yếu dễ gãy khi phải chịu những lực thông thường trong sinh hoạt. Vậy nên, cần phải kết hợp ghép xương sau khi thực hiện phẫu thuật bóc tách nang chân răng. Nhưng nếu chỉ ghép xương đơn thuần mà thiếu cục máu đông hoặc các yếu tố tạo mạch máu, thường không đủ để thúc đẩy nhanh quá trình lành thương quanh chóp một cách hiệu quả. Huyết tương giàu tiểu cầu dưới dạng gel tiểu cầu có thể được sử dụng kết hợp với vật liệu ghép xương. Ngoài khả năng thúc đẩy nhanh quá trình lành thương, hỗ trợ sự tăng trưởng và trưởng thành xương, huyết tương giàu tiểu cầu khi phối hợp với ghép xương còn có các ưu điểm như giúp ổn định vật liệu ghép, che kín vết thương, cầm máu và cải thiện tính chất thao tác của vật liệu.⁵ Huyết tương giàu tiểu cầu là một chế phẩm tự thân, không chỉ an toàn, không gây lo ngại về các bệnh truyền nhiễm mà còn là một kỹ thuật cũng đơn giản và nhanh chóng.⁶

Mặc dù được coi là một giải pháp triển vọng đối với việc thúc đẩy quá trình lành thương và tái tạo khuyết hổng xương. Nhưng ở Việt Nam, phương pháp phẫu thuật cắt nang chân răng có ghép xương nhân tạo kết hợp huyết tương giàu tiểu cầu vẫn chưa được thực hiện nhiều trên lâm sàng và hiện có rất ít các nghiên cứu được công bố. Các bằng chứng cho thấy phương pháp này giúp đẩy nhanh quá trình lành thương hầu như chưa được chỉ ra.

Do vậy, để góp phần làm rõ hiệu quả của phương pháp này đối với quá trình lành thương sau phẫu thuật. Nghiên cứu của chúng tôi đã được thực hiện nhằm: Theo dõi và đánh giá quá trình lành thương trên bệnh nhân phẫu thuật cắt nang chân răng có ghép xương kết hợp huyết tương giàu tiểu cầu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được phẫu thuật cắt nang chân răng có ghép xương nhân tạo kết hợp huyết tương giàu tiểu cầu tại Khoa Phẫu thuật Hàm mặt - Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 12 năm 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân có chẩn đoán trước phẫu thuật là nang chân răng.
- Bệnh nhân được điều trị phẫu thuật cắt nang chân răng có ghép xương nhân tạo kết hợp huyết tương giàu tiểu cầu.

- Bệnh nhân tự nguyện và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân không hợp tác và không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Bệnh nhân có kèm theo những bệnh toàn thân mạn tính chưa ổn định: đái tháo đường, HIV/AIDS, các bệnh chuyển hoá ảnh hưởng tới chất lượng xương.

- Nang có đường kính lớn >5mm, có nguy cơ gây ra gãy xương hàm thứ phát trong quá trình phẫu thuật.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang chùm ca bệnh.

Cỡ mẫu nghiên cứu: 30 bệnh nhân.

Cách chọn mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện.

Phương pháp thu thập thông tin

- Kỹ thuật thu thập thông tin:

Thu thập thông tin ban đầu của bệnh nhân: dùng bệnh án nghiên cứu thu thập thông tin về dịch tễ học.

Đánh giá 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng sau phẫu thuật bao gồm: khám lâm sàng và chụp phim X-Quang để đánh giá đặc điểm vết thương, tình trạng nhiễm trùng (1 tuần và 1 tháng); mức độ lấp đầy khuyết hổng (CTCB) và kết quả liền thương sau 3 tháng .

- Công cụ thu thập thông tin: Bệnh án nghiên cứu.

- Quy trình tiến hành nghiên cứu:

Bước 1: Thiết kế bệnh án nghiên cứu, tập huấn người tham gia thu thập số liệu.

Bước 2: Sàng lọc bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn, tiêu chuẩn loại trừ và đồng ý tham gia được đưa vào nghiên cứu.

Bước 3: Chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật và đánh giá các chỉ số trên lâm sàng sau 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng.

Bước 4: Hoàn thành phiếu thu thập thông tin

3. Các biến nghiên cứu:

- Tiêu chí đánh giá tình trạng vết thương sau phẫu thuật 1 tuần:

Đặc điểm vết thương: liền thương tốt (Không đứt các mũi chỉ khâu); liền thương không hoàn toàn (Hở vết thương <10mm); liền thương kém (Hở vết thương ≥10mm).

Tình trạng nhiễm trùng: Không nhiễm trùng; Phù nề, giả mạc; Lỗ rò xương ghép.

- Tiêu chí đánh giá tình trạng vết thương sau phẫu thuật 1 tháng:

Đặc điểm: liền thương tốt (không sưng nề, niêm mạc bên trên không đỏ); liền không hoàn

toàn (nề nhẹ, niêm mạc bên trên hơi sưng đỏ); liền thương kém (nề, niêm mạc bên trên căng đỏ, ứ đọng dịch, không liền vết mổ thì đầu hoặc gây lỗ rò kéo dài, thậm chí phải lấy bỏ tổ chức ghép).

Tình trạng nhiễm trùng: Không nhiễm trùng; Phù nề, giả mạc; Lỗ rò xương ghép

- Mức độ lấp đầy khuyết hổng trên phim Cone Beam CT sau phẫu thuật 3 tháng: Lấp đầy khuyết hổng ≥40%, từ 20% - 40%, <20%.

- Tiêu chí đánh giá kết quả liền thương sau phẫu thuật 3 tháng:

Tiêu chí Kết quả	Lâm sàng	X-Quang – Cone beam CT
Tốt	+ Vết thương liền tốt + Không sưng + Không chảy mủ	+ Mức độ lấp đầy khuyết hổng trên 40%
Trung bình	+ Vết thương liền tốt + Niêm mạc trên vùng ghép có độ đàn hồi. + Không có lỗ rò	+ Mức độ lấp đầy khuyết hổng từ 20% đến <40%
Kém	+ Vết thương có lỗ rò + Xương ghép phải lấy bỏ một phần hay toàn bộ do thải ghép hoặc do nhiễm trùng	+ Mức độ lấp đầy khuyết hổng dưới 20%

4. Phương pháp xử lý số liệu:

Số liệu được làm sạch, mã hóa và nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 rồi được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

5. Đạo đức trong nghiên cứu

Người bệnh được thăm khám, hỏi bệnh và chỉ định cận lâm sàng cần thiết để đưa ra chẩn đoán chính xác. Tất cả người bệnh đều được khám và tư vấn theo đúng phác đồ điều trị tiêu chuẩn. Người bệnh đồng ý điều trị cũng được mời tham gia nghiên cứu. Người bệnh có thể yêu cầu ngừng tham gia nghiên cứu tại bất kỳ thời điểm nào mà không bị ảnh hưởng đến quá trình điều trị của họ. Các bệnh án nghiên cứu đều được mã số hóa và bảo mật, chỉ sử dụng với mục đích nghiên cứu và cung cấp cho các cơ quan có thẩm quyền.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 30 bệnh nhân sau khi được phẫu thuật cắt nang chân răng có ghép xương kết hợp huyết tương giàu tiểu cầu tại Khoa Phẫu thuật Hàm Mặt - Bệnh viện răng Hàm Mặt Trung Ương.

Bảng 1. Đặc điểm liền vết mổ và nhiễm trùng sau phẫu thuật 1 tuần

Đặc điểm	Không nhiễm trùng	Phù nề, giả mạc	Lỗ rò xương ghép
Vết mổ liền tốt	21 (70%)	0	0
Vết mổ liền không hoàn toàn	4 (13,3%)	5 (16,7%)	0
Vết mổ liền kém	0	0	0

Nhận xét: Sau 1 tuần, tỷ lệ vết mổ liền tốt chiếm phần lớn với 70% (21 bệnh nhân), có 30% trường hợp (9 bệnh nhân) vết mổ liền không hoàn toàn. Không ghi nhận được trường hợp nào có vết mổ liền kém. Hầu hết bệnh nhân không gặp tình trạng nhiễm trùng vết mổ (25 bệnh nhân - 83,3%). Chỉ có 5/30 bệnh nhân xuất hiện tình trạng phù nề, giả mạc tại vết mổ (chiếm 16,7%). Không có bệnh nhân nào có lỗ rò kéo dài.

Bảng 2. Đặc điểm liền vết mổ và nhiễm trùng sau phẫu thuật 1 tháng

Đặc điểm	Không nhiễm trùng	Phù nề, giả mạc	Lỗ rò xương ghép
Vết mổ liền tốt	28 (93,3%)	0	0
Vết mổ liền không hoàn toàn	0	1 (3,3%)	1 (3,3%)
Vết mổ liền kém	0	0	0

Nhận xét: Ở thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng, vết mổ liền thương tốt chiếm đến 93,3% (28 bệnh nhân) và tất cả đều không gặp tình trạng nhiễm trùng vết mổ. Chỉ có 2 trường hợp có vết mổ liền thương không hoàn toàn (6,7%) trong đó 1 trường hợp xuất hiện tình trạng phù nề, giả mạc bám và 1 trường hợp còn lại có lỗ rò xương ghép. Không có trường hợp nào vết mổ liền kém/bục vết mổ.

Bảng 3. Mức độ lấp đầy khuyết hồng xương trên phim CTCTB sau phẫu thuật 3 tháng

	N	%
Mức độ lấp đầy khuyết hồng xương $\geq 40\%$	29	96,7
Mức độ lấp đầy khuyết hồng xương từ 20% đến $< 40\%$	0	0
Mức độ lấp đầy khuyết hồng xương $< 20\%$	1	3,3
Tổng	31	100

Nhận xét: Đánh giá trên phim Cone Beam CT cho thấy, đa phần tại vị trí phẫu thuật các bệnh nhân đều có mức độ lấp đầy khuyết hồng xương từ 40% trở lên chiếm 96,7% (29 bệnh nhân). Chỉ có duy nhất 1 trường hợp có mức độ

lấp đầy khuyết hồng xương nhỏ hơn 20% (3,3%).

Bảng 4. Đánh giá chung kết quả liền thương sau phẫu thuật 3 tháng

	N	%
Kết quả tốt	29	96,7
Kết quả trung bình	0	0
Kết quả kém	1	3,3
Tổng	30	100

Nhận xét: Đánh giá trên lâm sàng và trên phim Cone Beam CT cho thấy, sau 3 tháng đa số các bệnh nhân đều đạt kết quả tốt (96,7%). Chỉ có duy nhất 1 bệnh nhân có kết quả kém chiếm 3,3%. Không ghi nhận được trường hợp nào có kết quả trung bình.

IV. BÀN LUẬN

Quan sát diễn biến lành thương sau phẫu thuật nang chân răng có ghép xương nhân tạo kết hợp huyết tương giàu tiểu cầu trên 30 bệnh nhân tại thời điểm 1 tuần cho thấy, có đến 70% bệnh nhân liền thương tốt và không bị nhiễm trùng. Tỷ lệ này khá phù hợp với nghiên cứu của Garcia và cộng sự năm 2019 báo cáo case lâm sàng bệnh nhân được phẫu thuật cắt nang chân răng và ghép xương nhân tạo cho kết quả lành thương tốt và không có tình trạng nhiễm trùng sau phẫu thuật 1 tuần.⁷

Tuy nhiên, chúng tôi vẫn ghi nhận được 9 trường hợp gặp tình trạng vùng phẫu thuật liền không hoàn toàn. Trong đó, có 44,4% (4 bệnh nhân) không gặp tình trạng nhiễm trùng và 55,6% (5 bệnh nhân) xuất hiện phù nề, giả mạc. Các trường hợp liền thương không hoàn toàn trong nghiên cứu của chúng tôi có thể do một số nang có kích thước lớn, vật niêm mạc lớn cần thời gian lành thương lâu hơn. Hoặc do nguyên nhân chủ quan đến từ việc bệnh nhân chưa vệ sinh tốt vùng phẫu thuật gây hiện tượng bám màng bám, giả mạc tại vùng phẫu thuật do đó dẫn đến hiện tượng phù nề, chậm lành thương. Tất cả 9 bệnh nhân này đều được hướng dẫn vệ sinh răng miệng, lấy giả mạc, bơm rửa miệng ngày 2 lần và theo dõi tình trạng lành thương những ngày sau đó.

Sau 1 tháng, 93,3% (28 bệnh nhân) liền thương tốt và không bị nhiễm trùng. Bên cạnh đó, có 2 trường hợp liền thương không hoàn toàn trong đó 1 trường hợp có xuất hiện phù nề, giả mạc bám và 1 trường hợp có lỗ rò xương ghép kéo dài. Trong số 9 bệnh nhân có kết quả vết thương liền không hoàn toàn ở 1 tuần đầu sau phẫu thuật tại thời điểm sau phẫu thuật 1

tháng thì đã có 8 bệnh nhân tiến triển liên thương tốt và không còn tình trạng nhiễm trùng chỉ còn 1 bệnh nhân còn tình trạng phù nề, giả mạc bám. Riêng trường hợp 1 bệnh nhân xuất hiện lỗ rò xương ghép qua niêm mạc lợi phía ngoài, bệnh nhân này có tình trạng nang chân răng bị nhiễm trùng trước phẫu thuật và vẫn thực hiện ghép xương. Sau 1 tuần phẫu thuật, tình trạng liên thương vẫn ở mức tốt nhưng khoảng 3 - 4 tuần sau bệnh nhân bắt đầu xuất hiện lỗ rò. Sau đó bệnh nhân đã được theo dõi và hướng dẫn bơm rửa, vệ sinh vùng phẫu thuật. Mặc dù, hiện nay có nhiều báo cáo cho thấy việc ghép xương hoặc sử dụng huyết tương giàu tiểu cầu trong phẫu thuật cắt nang chân răng đều cho kết quả tốt. Tuy nhiên chưa có báo cáo nào đưa ra khuyến cáo về việc ghép xương trên nang nhiễm trùng. Do vậy, cần cân nhắc và đặc biệt lưu ý về chỉ định ghép xương trên nang nhiễm trùng.

Về mức độ lấp đầy khuyết hổng bằng xương nhân tạo, có đến 96,7% trường hợp có mức độ lấp đầy khuyết hổng lên đến hơn 40%. Kết quả này tương đồng với kết quả thu được trong một nghiên cứu lâm sàng của NB Nagaveni và cộng sự vào năm 2010. Trong nghiên cứu này, đánh giá X-quang cho thấy huyết tương giàu tiểu cầu thúc đẩy sự phát triển xương mới nhanh hơn trong các khoang nang ở tất cả các bệnh nhân được điều trị, so với các bệnh nhân không được điều trị bằng huyết tương giàu tiểu cầu. Quan sát cho thấy khuyết hổng được lấp đầy 58% trong tháng đầu tiên. Điều này có thể được giải thích do sau khi chế phẩm huyết tương giàu tiểu cầu đông lại, nó sẽ có độ dính do hàm lượng fibrin cao. Đặc tính "dính" của chế phẩm huyết tương giàu tiểu cầu hoạt động như một chất cầm máu, giúp ổn định vật liệu ghép và cục máu đông.⁶

Đánh giá kết quả chung sau 3 tháng, đa số các bệnh nhân có kết quả tốt (96,7%), có 1 bệnh nhân có kết quả kém do có rò xương ghép phát hiện từ thời điểm 1 tháng (3,3%). Bệnh nhân có lỗ rò xương ghép này sau khi được bơm rửa và làm sạch, lỗ rò được kín lại tuy nhiên lượng xương ghép còn lại trong lòng nang là không đáng kể biểu hiện trên Xquang mức độ lấp đầy khuyết hổng tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật <20%. Như vậy sau 3 tháng ngoại trừ 1 trường hợp rò xương ghép còn lại đều đạt kết quả tốt: vết mổ lành thương, không có hiện tượng lỗ rò, nhiễm trùng và xương ghép lấp kín lòng tổn thương trên Xquang. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của Gaurav Vidhale

và cộng sự năm 2015 sử dụng xương châu và màng tiểu cầu ghép trên trường hợp bệnh nhân sau phẫu thuật cắt nang chân răng đều cho kết quả lành thương tốt lâm sàng và X - quang tốt sau 3 tháng theo dõi.⁸

V. KẾT LUẬN

Sau phẫu thuật cắt nang chân răng có ghép xương kết hợp huyết tương giàu tiểu cầu, 96,7% bệnh nhân đều có tình trạng vết thương liền tốt, không gặp nhiễm trùng và mức độ lấp đầy khuyết hổng trên 40% sau 3 tháng. Tuy nhiên, cần chú ý đến việc chăm sóc và vệ sinh vết mổ nhằm giảm tình trạng nhiễm trùng. Đồng thời, cần nhắc khi chỉ định phẫu thuật đối với các trường hợp nang gặp tình trạng nhiễm trùng vì có thể gây các biến chứng hậu phẫu, làm giảm tỷ lệ thành công sau phẫu thuật.

VI. HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn một số hạn chế do số lượng bệnh nhân nghiên cứu chưa đủ lớn (30 bệnh nhân). Thời gian nghiên cứu ngắn, chỉ theo dõi được quá trình lành thương trên bệnh nhân trong vòng 3 tháng và chỉ đánh giá trên hình ảnh X-Quang chứ không phải mô bệnh học, do vậy không thể đánh giá quá trình hình thành xương tân tạo. Thêm vào đó, nghiên cứu này không có nhóm đối chứng, nên chúng tôi không thể so sánh hiệu quả của phương pháp này với các phương pháp điều trị khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Du C, Wang Z, Lan D, et al.** Clinical analysis of 1,038 cases of odontogenic jawbone cysts. *BMC Oral Health*. 2024;24(1):1387. doi:10.1186/s12903-024-05167-9
2. **Deshmukh J, Shrivastava R, Bharath KP, Mallikarjuna R.** Giant radicular cyst of the maxilla. *BMJ Case Rep*. 2014;2014:bcr2014203678. doi:10.1136/bcr-2014-203678
3. **Rathi N, Reche A, Agrawal S.** Radicular Cyst: A Cystic Lesion Involving the Hard Palate. *Cureus*. 2023;15(10):e47030. doi:10.7759/cureus.47030
4. **Schwartzman Cohen R, Goldberger T, Merzlak I, et al.** The Development of Large Radicular Cysts in Endodontically Versus Non-Endodontically Treated Maxillary Teeth. *Medicina (Mex)*. 2021;57(9):991. doi:10.3390/medicina57090991
5. **Vidhale G, Jain D, Jain S, Godhane AV, Pawar GR.** Management of Radicular Cyst Using Platelet-Rich Fibrin & Iliac Bone Graft - A Case Report. *J Clin Diagn Res JCDR*. 2015;9(6):ZD34-36. doi:10.7860/JCDR/2015/13368.6136
6. **Nagaveni NB, Praveen RB, Umashankar KV, Pranav B, Sreedevi R, Radhika NB.** Efficacy of platelet-rich-plasma (PRP) in bone regeneration after cyst enucleation in pediatric patients--a

- clinical study. *J Clin Pediatr Dent.* 2010;35(1):81-87. doi:10.17796/jcpd.35.1.q69168v5268234k9
7. **Lingaraj JB, Kotrashetti SM, Gupta N.** Healing assessment of osseous defects of periapical lesions with use of freeze dried bone allograft. *J Maxillofac Oral Surg.* 2009;8(4):362-365. doi:10.1007/s12663-009-0086-8
8. **Cao YT, Gu QH, Wang YW, Jiang Q.** Enucleation combined with guided bone regeneration in small and medium-sized odontogenic jaw cysts. *World J Clin Cases.* 2022;10(9):2764-2772. doi:10.12998/wjcc.v10.i9.2764

LIÊN QUAN GIỮA HẸP ỔNG SỐNG, ĐƯỜNG KÍNH TRƯỚC - SAU KHỐI THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM TRÊN CỘT HƯỚNG TỬ VỚI TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN ĐAU THẦN KINH TỌA

Nguyễn Văn Sang^{1,2}, Vi Văn Hiếu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích mối tương quan giữa hình ảnh hẹp ống sống, đường kính trước - sau khối thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng trên cộng hưởng từ với triệu chứng lâm sàng ở bệnh nhân đau thần kinh tọa. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 102 bệnh nhân được khám có hội chứng đau thần kinh tọa và được chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng tại Bệnh viện E từ tháng 01 năm 2025 đến tháng 06 năm 2025. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0. **Kết quả:** Hẹp ống sống và đường kính trước-sau khối thoát vị có tương quan trung bình với điểm đau VAS. Phương trình ước lượng VAS là: $VAS = 1,595 + 0,035 \times (\% \text{ diện tích ống sống bị hẹp}) + 0,247 \times (\text{đường kính trước - sau khối thoát vị})$. Ngưỡng hẹp ống sống 29,8% và đường kính trước-sau khối thoát vị 3,15 mm là ngưỡng tối ưu cho khả năng dự đoán đau CSTL. Khi diện tích ống sống hẹp thêm 1% làm nguy cơ đau CSTL tăng 1,058 lần và Lasègue dương tính tăng 1,072 lần; khi đường kính trước - sau khối thoát vị tăng 1mm thì khả năng đau cột sống tăng 1,603 lần, Lasègue dương tính tăng 2,193 lần. **Kết luận:** Hẹp ống sống, đường kính trước - sau khối thoát vị là các biến hình ảnh có ý nghĩa với lâm sàng. **Từ khóa:** TVĐĐ, hẹp ống sống, đường kính thoát vị, ĐTKT.

ABSTRACT

CORRELATION BETWEEN MRI FINDINGS OF SPINAL CANAL STENOSIS, THE ANTEROPOSTERIOR DIAMETER OF THE HERNIATED DISC AND CLINICAL SYMPTOMS IN PATIENTS WITH SCIATICA

¹ Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện E

² Trường Đại học Y - Dược, Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sang

Email: dr.nguyensang@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 10.3.2026

Ngày duyệt bài: 7.4.2026

Purpose: Analysis of the correlation between MRI findings of spinal canal stenosis, the anteroposterior diameter of the lumbar herniated disc, and clinical symptoms in patients with sciatica. **Materials and Methods:** In this prospective cross-sectional study, 102 patients clinically diagnosed with sciatica underwent MRI at E Hospital from January 2025 to June 2025. Data analysis was performed using SPSS version 26.0. **Results:** Spinal canal stenosis and the anteroposterior diameter of the herniated disc show a moderate correlation with VAS scores. The estimated equation is: $VAS = 1.595 + 0.035 \times (\text{stenosis percentage}) + 0.247 \times (\text{anteroposterior diameter})$. Optimal cut-offs for predicting low back pain are 29.8% for stenosis and 3.15 mm for the anteroposterior diameter. Each 1% increase in stenosis raises the risk of low back pain by 1.058 times and a positive Lasègue sign by 1.072 times. Similarly, each 1 mm increase in anteroposterior diameter increases the risk of low back pain by 1.603 times and a positive Lasègue sign by 2.193 times. **Conclusion:** Spinal canal stenosis and the anteroposterior diameter of the herniated disc are clinically significant imaging variables. **Keywords:** Disc herniation, spinal canal stenosis, the diameter of the herniation, sciatica.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau thần kinh tọa (ĐTKT) là hội chứng thường gặp trong thực hành lâm sàng, phổ biến ở cả Việt Nam cũng như trên thế giới với tỉ lệ mắc dao động từ 1,2% đến 43% dân số. Có nhiều nguyên nhân có thể dẫn tới ĐTKT. Trong đó, thoát vị đĩa đệm (TVĐĐ) là nguyên nhân thường gặp nhất¹.

Triệu chứng của ĐTKT do thoát vị đĩa đệm biểu hiện bởi cảm giác đau dọc theo đường đi của thần kinh hông to, tùy theo vị trí tổn thương mà hướng lan của đau có khác nhau². Cộng hưởng từ (CHT) cột sống thắt lưng (CSTL) là phương tiện chẩn đoán hình ảnh chính, giúp đánh giá vị trí, mức độ và nguyên nhân tổn