

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, X-QUANG RĂNG TRƯỚC HÀM TRÊN CÓ NANG QUANH CHÓP CỦA BỆNH NHÂN ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH VÀ BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Lê Nguyên Lâm<sup>1</sup>, Huỳnh Tấn Lộc<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Hình ảnh X-quang điển hình của NQC là một vùng thấu quang, hình tròn hoặc bầu dục có đường ranh giới rõ ràng bao quanh chóp hay ở về một bên chóp của một răng chết tủy hoặc ở vùng tương ứng chóp của một răng chết tủy đã được nhổ đi. Hiện nay, với sự phát triển của các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh, phim CBCT đã được sử dụng ngày càng phổ biến trong chẩn đoán và đánh giá hiệu quả điều trị nang quanh chóp. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng (CT Conebeam, giải phẫu bệnh) răng trước hàm trên có nang quanh chóp của bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Thành phố Hồ Chí Minh và Bệnh viện đại học y dược Cần Thơ. **Đối tượng phương pháp nghiên cứu:** Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 5/2020 tới tháng 2/2022, số lượng bệnh nhân thỏa tiêu chí chọn mẫu và tái khám là 45 bệnh nhân với 49 nang quanh chóp liên quan 51 răng nguyên nhân. Sử dụng phim X-quang CBCT và kết quả mô học của giải phẫu bệnh để đánh giá. **Kết quả:** 49 nang quanh chóp liên quan tới 51 răng trước hàm trên 51% nang chân răng liên quan tới các răng cửa bên hàm trên (R12: 31,4%, R22:19,6%), sau đó là các răng cửa giữa (R11: 17,6%, R21: 25,5%). Kích thước trung bình là 1,05 ± 0,38 cm, trong đó nang lớn nhất có đường kính là 2,57 cm, nang nhỏ nhất là 0,49 cm. Về kết quả giải phẫu bệnh: 57,1% dịch trong lòng nang chứa mủ, 87,8% chứa dịch dạng lỏng, 100% mô liên kết thâm nhiễm tế bào viêm. 100% nang được lót biểu mô gai không sừng hoá, trong đó 6,1% có dạng lõi lõm. Biểu mô dạng mỏng chiếm 59,2% và có 1 nang chứa thể hyalin (2%), 2 nang có khe nứt cholesterol (4,1%). **Kết luận:** Kích thước trung bình là 1,05 ± 0,38 cm, trong đó nang lớn nhất có đường kính là 2,57 cm, nang nhỏ nhất là 0,49 cm. Tất cả 49 ca đều cho thấy có sự thâm nhiễm các tế bào viêm vào thành nang và được lót bằng biểu mô gai lát tầng không sừng hoá (100%). Phần lớp biểu mô có dạng mỏng (59,2%).

**Từ khóa:** nang quanh chóp, x-quang, giải phẫu bệnh.

## SUMMARY

### STUDY THE CLINICAL FEATURES, X-RAY OF MAXILLARY ANTERIOR TEETH WITH PERIAPICAL CYSTS OF PATIENTS AT

<sup>1</sup>Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lê Nguyên Lâm

Email: lenguyenlam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 30.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2022

Ngày duyệt bài: 28.11.2022

## HO CHI MINH CITY ODONTO-MEDICINE AND PHARMACY

**Background:** The typical radiographic appearance of a periapical cyst is a radiolucent, circular or oval region with well-defined boundaries surrounding the apex or lateral to the apex of a pulp-dead tooth or in the corresponding region. The apical response of a pulp-dead tooth that has been extracted. Currently, with the development of imaging techniques, CBCT film has been used more and more commonly in the diagnosis and evaluation of the effectiveness of periapical cyst treatment. **Objective:** Description of subclinical characteristics (CT Conebeam, pathology) of maxillary anterior teeth with periapical cysts of patients at the Hospital of Odontostomatology in Ho Chi Minh City and Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital. **Materials and methods:** During the study period from May 2020 to February 2022, the number of patients who met the criteria for sampling and re-examination was 45 patients with 49 periapical cysts related to 51 etiological teeth. Use CT Conebeam and histological results of pathology to evaluate. **Results:** 49 periapical cysts involved 51 maxillary anterior teeth 51% root cysts involved maxillary lateral incisors (R12: 31.4%, R22: 19.6%), followed by teeth middle door (R11: 17.6%, R21: 25.5%). The average size is 1.05 · 0.38 cm, of which the largest cyst is 2.57 cm in diameter, the smallest is 0.49 cm. On pathological results: 57.1% of fluid in the cyst contains pus, 87.8% contains liquid fluid, 100% of connective tissue is infiltrated with inflammatory cells. 100% of the follicles are lined with non-keratinized squamous epithelium, of which 6.1% are convex and concave. Thin epithelium accounts for 59.2% and has 1 cyst containing hyaline bodies (2%), 2 cysts with cholesterol fissure (4.1%). **Conclusion:** The average size is 1.05 · 0.38 cm, in which the largest cyst is 2.57 cm in diameter, the smallest cyst is 0.49 cm. All 49 cases showed infiltration. Infected inflammatory cells into the cyst wall and lined with nonkeratinized stratified squamous epithelium (100%). The epithelial layer is thin (59.2%).

**Keywords:** periapical cyst, x-ray, pathology.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang quanh chóp có nguồn gốc từ biểu mô Malassez còn sót lại trong dây chằng quanh răng và là kết quả của viêm quanh chóp sau khi răng bị chết tủy và hoại tử tủy. Nang quanh chóp thường ít có biểu hiện lâm sàng rõ ràng mà tiến triển chậm nhưng liên tục không ngừng và có khuynh hướng lan rộng. Vì thế, nếu không được

chẩn đoán và điều trị kịp thời, nang có thể đạt tới một kích thước rất lớn, thậm chí có thể gây ra những biến chứng nguy hiểm như bội nhiễm gây nhiễm trùng lan rộng, làm biến dạng mặt, gãy xương bệnh lý, rối loạn cảm giác, chết tủy nhiều răng lân cận, ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của người bệnh<sup>1</sup>. Hình ảnh X-quang điển hình của NQC là một vùng thấu quang, hình tròn hoặc bầu dục có đường ranh giới rõ ràng bao quanh chóp hay ở về một bên chóp của một răng chết tủy hoặc ở vùng tương ứng chóp của một răng chết tủy đã được nhổ đi. Phim X-quang thường được chỉ định là phim X-quang cận chóp<sup>6,8</sup>. Tuy nhiên, hiện nay, với sự phát triển của các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh, phim CBCT đã được sử dụng ngày càng phổ biến trong chẩn đoán và đánh giá hiệu quả điều trị nang quanh chóp kết hợp giải phẫu bệnh là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định chính vì thế chúng tôi nghiên cứu với mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng răng trước hàm trên có nang quanh chóp của bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Thành phố Hồ Chí Minh và Bệnh viện đại học y dược Cần Thơ.*

2. *Mô tả đặc điểm cận lâm sàng (CT Conebeam, giải phẫu bệnh) răng trước hàm trên có nang quanh chóp của bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Thành phố Hồ Chí Minh và Bệnh viện đại học y dược Cần Thơ*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

**2.1.1. Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán nang quanh chóp trên lâm sàng và có tổn thương thấu quang ở răng trước hàm trên trên phim X-quang đến khám Bệnh viện Răng Hàm Mặt Thành phố Hồ Chí Minh và Bệnh viện đại học y dược Cần Thơ.

**2.1.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu.** Bệnh nhân được chẩn đoán nang quanh chóp trên lâm sàng, có tổn thương thấu quang quanh chóp trên phim X-quang và kết quả giải phẫu bệnh là nang quanh chóp. Bệnh nhân tự nguyện hợp tác tham gia nghiên cứu.

**2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ.** Bệnh nhân mắc các bệnh toàn thân như: tâm thần, các bệnh rối loạn về máu, bệnh nhân ung thư đang điều trị tia xạ, bệnh đái tháo đường và bệnh tim mạch chưa được kiểm soát. Bệnh nhân đã được phẫu thuật điều trị nang nhưng bị tái phát.

**2.1.4. Thời gian và địa điểm tiến hành nghiên cứu.** Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Kỹ thuật cao, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Thành phố Hồ Chí Minh và Bệnh viện đại học y

dược Cần Thơ từ tháng 5/2020 tới tháng 2/2022.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả tiến cứu có can thiệp lâm sàng

#### 2.2.2. Cỡ mẫu

**Áp dụng công thức tính cỡ mẫu:**

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p \times (1-p)}{d^2}$$

Theo nghiên cứu của Phạm Quốc Tới (2015)<sup>3</sup> có 97,5% bệnh nhân bị nang do răng đạt kết quả tốt sau khi phẫu thuật cắt chóp. Cỡ mẫu tối thiểu là n = 45 bệnh nhân.

#### 2.2.3. Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

##### ❖ Đặc điểm lâm sàng

##### Triệu chứng lâm sàng

- Loại răng nguyên nhân, tình trạng tủy răng, đổi màu ở răng nguyên nhân:

+ Răng nguyên nhân, tình trạng phòng xương của nang, dò mủ:

##### ❖ Cận lâm sàng

##### Phim X-quang:

- Mật độ thấu quang:  
- Hình dạng, đường viền, kích thước, nang có làm xô lệch các răng kế cận hay không.

##### Giải phẫu bệnh

- Đại thể: dịch trong nang màu vàng chanh, nâu hay hóa mủ.

- Vi thể: biểu mô dày hay mỏng, bằng phẳng hay lồi lõm, có sừng hóa hay không. Mô liên kết dày hay mỏng, có thâm nhiễm tế bào viêm hay không.

- Nang quanh chóp dạng túi hay nang thật.

#### 2.2.4 Phương pháp thu thập số liệu

Các bước tiến hành

Bước 1: Hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng kỹ.

Bước 2: Chụp phim X-quang, phim CBCT.

Bước 3: Điều trị tủy các răng được chỉ định bảo tồn.

Bước 4: Phẫu thuật điều trị nang.

Bước 5: Kiểm soát biến chứng sau phẫu thuật.

Bước 6: Gửi bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh.

- Bệnh án nghiên cứu tại thời điểm điều trị, sau phẫu thuật 7 ngày, 3 tháng và 6 tháng theo Trần Thanh Phút (2015) có chỉnh sửa cho phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi<sup>2</sup>.

#### 2.2.5. Phân tích số liệu và Phương pháp kiểm soát sai số

- Các thông tin và số liệu thu thập được nhập, phân tích và xử lý theo phương pháp thống kê bằng phần mềm SPSS 22 (IBM, Japan).

- Phân tích bằng các kiểm định

+ Kiểm định chi bình phương, kiểm định

Fisher exact, kiểm định T test.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng số lượng bệnh nhân thỏa tiêu chí chọn mẫu và tái khám là 45 bệnh nhân với 49 nang quanh chóp liên quan 51 răng nguyên nhân.

**3.1. Đặc điểm lâm sàng**

**Bảng 3.1: Phân bố vị trí răng nguyên nhân**

Loại răng	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Răng cửa giữa hàm trên bên phải (R11)	9	17,6
Răng cửa bên hàm trên bên phải (R12)	16	31,4
Răng nanh hàm trên bên phải (R13)	1	2
Răng cửa giữa hàm trên bên trái (R21)	13	25,5
Răng cửa bên hàm trên bên trái (R22)	10	19,6
Răng nanh hàm trên bên trái (R23)	2	3,9
<b>Tổng</b>	<b>51</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** 51% nang chân răng liên quan tới các răng cửa bên hàm trên (R12: 31,4%, R22:19,6%), sau đó là các răng cửa giữa (R11: 17,6%, R21: 25,5%).

**Bảng 3.2 Tình trạng đổi màu và độ lung lay của răng nguyên nhân**

Đổi màu và độ lung lay của răng nguyên nhân		Số lượng n	Tỷ lệ%
Đổi màu răng	Không đổi màu/không xác định	6	12,2
	Đổi màu	12	20,4
	Bọc mào	33	67,4
<b>Tổng</b>		<b>51</b>	<b>100</b>
Độ lung lay	Độ 0	2	3,9
	Độ 1	36	70,6
	Độ 2	13	25,5
	Độ 3	0	0
<b>Tổng</b>		<b>51</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ lung lay răng độ 2 mà bệnh nhân có thể cảm nhận được (<1mm theo chiều ngang) chiếm 25,5% trong khi đó lung lay độ 1 chiếm tới 70,6%.

**3.2. Đặc điểm cận lâm sàng**

**3.2.1. Đặc điểm nang trên phim X-quang**

**Bảng 3.3: Đặc điểm kích thước nang**

Kích thước nang	n	%
<1 cm	30	61,2
1-2 cm	15	16,7
>2 cm	4	8,1
<b>Tổng</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Đa số các nang quanh chóp kích thước <1 cm (61,2%), kích thước trung bình 1,05 ± 0,38cm, trong đó nang lớn nhất có đường kính là 2,57cm, nang nhỏ nhất là 0,49 cm.

**3.2.2. Đặc điểm giải phẫu bệnh**

**Bảng 3.4: Đặc điểm mô bệnh học nang quanh chóp**

Đặc điểm mô bệnh		Số lượng n/49	Tỷ lệ %
Dịch trong lòng nang	Vàng lẫn mủ	28	57,1
	Vàng	21	42,9
	Nâu	0	0
Mật độ dịch	Lỏng	43	87,8
	Sệt	6	12,2
Thâm nhiễm tế bào viêm vào mô liên kết	Có	49	100
	Không	0	0
Biểu mô	Không có biểu mô	0	0
	Có biểu mô	49	100
Đặc điểm biểu mô	Bằng phẳng	44	93,9
	Lồi lõm	5	6,1
	Sừng hóa	0	0
	Không sừng hóa	49	100
	Mỏng (<6 lớp tế bào)	29	59,2
	Trung bình (6-10 lớp tế bào)	9	18,4
Thể hyalin	Dày (>10 lớp tế bào)	11	22,4
	Có	1	2
Khe nứt cholesterol	Không	48	98
	Có	2	4,1
	Không	47	95,9

**Nhận xét:** - Tất cả 49 ca đều cho thấy có sự thâm nhiễm các tế bào viêm vào thành nang và được lót bằng biểu mô gai lát tầng không sừng hoá (100%). Phần lớp biểu mô có dạng mỏng (59,2%).

- Một trường hợp có hình ảnh thể hyalin (2%) và 2 trường hợp (4,1%) cho thấy có khe nứt cholesterol trong kết quả giải phẫu bệnh.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm lâm sàng của mẫu nghiên cứu.**

Trong nghiên cứu này, 51% nang chân răng liên quan tới các răng cửa bên hàm trên (R12: 31,4%, R22:19,6%), sau đó là các răng cửa giữa (R11: 17,6%, R21: 25,5%) (Bảng 3.1). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Cohen (2021)<sup>5</sup>, với tỉ lệ răng cửa bên chiếm tỉ lệ cao nhất với 46,3%, Trong nghiên cứu của chúng tôi, 12 răng có tình trạng đổi màu

(20,4%) (Bảng 3.2), nguyên nhân của tình trạng này do huyết sắc tố sinh ra từ dịch hoại tử thẩm vào thân răng theo thời gian, các răng không đổi màu/không xác định được chủ yếu do chấn thương đã mất hoàn toàn hoặc một phần thân răng. Về độ lung lay, phần lớn các răng nguyên nhân có độ lung lay là 0 và 1 (74,5%), trong khi tỉ lệ các răng lung lay độ 2 là 25,5%. Thông thường, bệnh nhân chỉ cảm nhận được rằng lung lay từ mức độ 2 trở lên, khiến việc phát hiện các răng có vấn đề bất thường nếu không có sưng đau sẽ khó khăn. Điều này đúng với bản chất phát triển âm thầm của nang quanh chóp và chúng chỉ được phát hiện khi có các dấu hiệu viêm nhiễm hoặc phát triển với kích thước quá lớn<sup>4</sup>.

#### 4.2. Đặc điểm cận lâm sàng của mẫu nghiên cứu

##### 4.2.1. Đặc điểm trên phim X-quang.

Trong nghiên cứu của chúng tôi Bảng 3.3 cho thấy đa số nang có hình bầu dục (81,6%) với 61,2% số nang có kích thước nhỏ hơn 1 cm và chỉ có 4 nang có kích thước lớn hơn 2 cm (8,1%). Tổn thương có đường kính trung bình > 0,5 cm được cho là tổn thương lớn, ≤ 0,5cm được phân loại là tổn thương nhỏ. Kích thước nang trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là  $1,05 \pm 0,38$  cm, trong đó nang lớn nhất có đường kính là 2,57 cm, nang nhỏ nhất là 0,49 cm. Kết quả này thấp hơn tác giả Trần Thanh Phút (2015)<sup>3</sup> với kích thước trung bình của nang là  $2,72 \pm 1,39$  cm, nang nhỏ nhất có kích thước 1cm, nang lớn nhất 10,5cm. Sự khác biệt này có lẽ do các tác giả trên nghiên cứu về nhiều loại nang xương hàm do răng còn nghiên cứu của chúng tôi chỉ tập trung vào nang quanh chóp. Đối với nang quanh chóp, phần lớn có kích thước dao động từ 0,5-1,5cm, và có thể lớn hơn ở khu vực hàm trên<sup>2</sup>.

**4.2.2. Đặc điểm giải phẫu bệnh.** Tất cả các nang quanh chóp (100%) có dạng một khoang bệnh lý riêng biệt được lót hoàn toàn hoặc một phần bởi lớp biểu mô gai (hay biểu mô vảy) xếp tầng không sừng hoá có độ dày thay đổi, thâm nhiễm tế bào viêm vào thành mô liên kết, bao gồm các tế bào lympho được trộn lẫn với bạch cầu trung tính, tế bào plasma, tế bào mô (Bảng 3.4). Tỉ lệ này tương đồng với tỉ lệ 99,1% trong nghiên cứu của Lin (2010)<sup>7</sup>.

Theo nghiên cứu của Trần Thanh Phút (2107) có 100% tổ chức liên kết xơ thâm nhiễm các tế bào viêm, tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi<sup>2</sup>. Cụ thể, nếu có dưới 10 tế bào viêm trong một trường quan sát, tình trạng thâm nhiễm viêm được phân loại là nhẹ, loại trung

bình và nặng tương ứng với 10 -50 và > 50 tế bào viêm quan sát được<sup>7</sup>. Mặt khác, trong nghiên cứu này, nang quanh chóp có biểu mô mỏng chiếm tỉ lệ 59,2% so với biểu mô dày là 22,4%. Tỉ lệ này khác biệt với nghiên cứu của Trần Thanh Phút (2017)<sup>2</sup>. Tuy nhiên, vì không rõ tiêu chí xác định độ dày mỏng của biểu mô của hai nghiên cứu có tương đồng hay không nên chúng tôi không thể giải thích xu hướng của yếu tố này. Trong nghiên cứu này, chúng tôi cũng ghi nhận các nang bị viêm nhiều hơn có biểu mô tăng sản nhiều hơn trông giống như mạng lưới, tạo thành các vòng và hình vòng cung.

Chung quanh các khe nứt cholesterol còn quan sát thấy các tế bào đa nhân khổng lồ. Do không có khả năng loại bỏ cholesterol của các đại thực bào và tế bào khổng lồ, sự hiện diện của nó có thể là nguyên nhân một phần dẫn đến sự thất bại trong việc liền thương các nang quanh chóp dù trung tâm nhiễm trùng ban đầu đã được điều trị thích hợp<sup>4</sup>.

Một nang quanh chóp có chứa thể hyalin (2,04%), dù nguồn gốc thể hyalin còn chưa xác định rõ ràng nhưng nhiều tác giả cho rằng nó có nguồn gốc do răng<sup>8</sup>. Nghiên cứu của chúng tôi báo cáo không có trường hợp nào có tế bào nhầy, điều này tương đồng với thấp hơn của Chen (2018)<sup>4</sup> là 0,9%.

Về vật chất chứa trong lòng nang, chúng tôi nhận thấy có 57,1% trường hợp các nang có dịch mủ thâm nhiễm tế bào viêm và 42,9% trường hợp chứa dịch màu vàng (Bảng 3.4). Các kết quả này đều tương tự với nghiên cứu Trần Thanh Phút (2017)<sup>2</sup>. Tỉ lệ nang chứa dịch mủ trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hà (2010)<sup>1</sup> là 100%. Dịch trong lòng nang ở nghiên cứu của chúng tôi phần lớn là dịch lỏng (87,8%), còn lại 6 trường hợp dịch đặc có dạng sệt nhão. Tỉ lệ dịch sệt trong lòng nang thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hà (2010)<sup>1</sup> với tỉ lệ 44,74%. Dịch trong lòng nang chủ yếu là dịch protein và vụn tế bào và xác vi khuẩn. Điều này càng cho thấy rằng nang xương hàm do răng là bệnh diễn tiến thầm lặng, khó phát hiện sớm trên lâm sàng, và phần lớn khi phát hiện thì nang đã bội nhiễm tụ mủ gây sưng đau, phá hủy xương ổ răng gây khó khăn cho điều trị.

## V. KẾT LUẬN

**\*Về mặt lâm sàng.** 49 nang quanh chóp liên quan tới 51 răng trước hàm trên 51% nang chân răng liên quan tới các răng cửa bên hàm trên (R12: 31,4%, R22:19,6%), sau đó là các răng cửa giữa (R11: 17,6%, R21: 25,5%). Đa

phần RNN đã được bọc mao (67,4%) trong đó có chốt là 39,2%. Tỷ lệ lung lay răng độ 2 mà bệnh nhân có thể cảm nhận được (<1mm theo chiều ngang) chiếm 25,5% trong khi đó lung lay độ 1 chiếm tới 70,6%.

#### \*Về mặt cận lâm sàng

- Trên phim X-quang kích thước trung bình là  $1,05 \pm 0,38$ cm, trong đó nang lớn nhất có đường kính là 2,57cm, nang nhỏ nhất là 0,49 cm.

- Về kết quả giải phẫu bệnh: 57,1% dịch trong lòng nang chứa mủ, 87,8% chứa dịch dạng lỏng, 100% mô liên kết thâm nhiễm tế bào viêm. 100% nang được lột biểu mô gai không sừng hoá, trong đó 6,1% có dạng lõi lõm. Biểu mô dạng mỏng chiếm 59,2% và có 1 nang chứa thể hyalin (2%), 2 nang có khe nút cholesterol (4,1%).

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thu Hà (2010), Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật nang chân răng tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Trần Thanh Phút (2017), Nghiên cứu đặc điểm, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nang xương hàm do răng tại Bệnh viện Mắt

- Răng Hàm Mặt Cần Thơ, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú Răng hàm mặt, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

3. Phạm Quốc Tới (2015), Nghiên cứu đặc điểm, X-quang và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị nang quanh chóp tại Bệnh viện Mắt - Răng Hàm Mặt Cần Thơ, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Răng hàm mặt, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
4. Chen J.H, Tseng C.H, Wang W.C., et al (2018), "Clinicopathological analysis of 232 radicular cysts of the jawbone in a population of southern Taiwanese patients", Kaohsiung Journal of Medical Sciences, 34, pp. 249-254.
5. Cohen R.S, Goldberger T., Merzlak I et al (2021), "The Development of Large Radicular Cysts in Endodontically versus Non-Endodontically Treated Maxillary Teeth", Medicina, 57, pp. 991.
6. Deana N. and Alves N. (2017), "Cone Beam CT in Diagnosis and Surgical Planning of Dentigerous Cyst", Case Reports in Dentistry, pp. 1-6.
7. Lin H.P., Chen H.M., Yu C.H., et al (2010), "Clinico- pathological Study of 252 Jaw Bone Periapical Lesions From a Private Pathology Laboratory", Journal of the Formosan Medical Association, 109(11), pp. 810-818.
8. Nik Abdul Ghani N. R., Abdul Hamid N. F., and Karobari M. I. (2020), "Tunnel' radicular cyst and its management with root canal treatment and periapical surgery: A case report", Clinical case reports, 8(8), pp1387-1391.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỐC PHẢN VỆ Ở TRẺ EM TẠI KHOA ĐIỀU TRỊ TÍCH CỰC NỘI KHOA BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Tạ Anh Tuấn<sup>1</sup>, Trần Quốc Đạt<sup>1</sup>, Đậu Việt Hùng<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Sốc phản vệ là tình trạng dị ứng đặc biệt nghiêm trọng, khởi phát nhanh, có thể đe dọa đến tính mạng nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Mục đích nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị sốc phản vệ ở trẻ em tại khoa Điều trị tích cực Nội khoa, bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng, phương pháp:** Nghiên cứu mô tả 110 bệnh nhân được chẩn đoán là sốc phản vệ trong thời gian từ 1/1/2016 đến 1/7/2021. **Kết quả:** Phản vệ chủ yếu là độ III chiếm 92,7%, không có phản vệ độ I và độ II. Bệnh nhân được tiêm bắp adrenalin chiếm 89,1%, tiêm bắp đơn thuần thoát sốc chiếm tỷ lệ 23,6%, trong đó 51,8% số bệnh nhân cần duy trì adrenalin cùng với các vận mạch khác. Tỷ lệ bệnh

nhân được tiêm bắp adrenalin ban đầu chiếm chủ yếu (98%), tuy nhiên tỷ lệ bệnh nhân được tiêm adrenalin theo đúng phác đồ chỉ chiếm có 44,5%. Tỷ lệ sống là 95,5%, tử vong là 4,5%. Tỷ lệ di chứng là 1,8%. Thời gian trung vị điều trị là 7 ngày, thời gian thở máy là 24 giờ. **Kết luận:** Hầu hết các bệnh nhân sốc phản vệ phải nhập khoa Điều trị tích cực Nội khoa là phản vệ độ III, các bệnh nhân đều được tiêm bắp Adrenalin theo phác đồ của Bộ Y tế, tuy nhiên tỷ lệ thoát sốc sau tiêm bắp Adrenalin đơn thuần là thấp, các bệnh nhân nhập khoa Điều trị tích cực Nội khoa phải kết hợp truyền liên tục Adrenalin và các thuốc vận mạch khác. Thời gian điều trị trung bình 7 ngày, thời gian thở máy là 24 giờ. Tỷ lệ sống cao chiếm tới 95,5% trong đó có 1,8% bệnh nhân có di chứng.

**Từ khóa:** Sốc phản vệ, adrenalin.

#### SUMMARY

**THE OUTCOME IN PEDIATRIC ANAPHYLAXIS AT THE PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT - VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL**

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhi Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Đạt

Email: trandathmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.9.2022

Ngày phản biên khoa học: 15.11.2022

Ngày duyệt bài: 22.11.2022