Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, No. 10, 134-138

CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES OF ODONTOGENIC JAW CYST IN PATIENTS UNDERGOING DECOMPRESSION WITH AN OBTURATOR

Truong Manh Nguyen[1], Pham Hoang Tuan[2], Hoang Kim Loan[1], Ngo The Manh[3], Phan Hung Phuc[3], Tran Thi Thu Quynh[3*]

[1]*School of Odonto-Stomatology, Hanoi Medical University, 1 Ton That Tung Street, Kim Lien Ward, Hanoi*
[2]*National Hospital of Odonto-Stomatology, Hanoi, 40B Trang Thi Street, Hoan Kiem District, Hanoi*
[3]*103 Military Hospital, Vietnam Military Medical University, 261 Phung Hung Street, Ha Dong Ward, Hanoi*

Received: 23/7/2026
Reviced: 31/7/2026; Accepted:

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and radiographic features of odontogenic jaw cysts in patients undergoing decompression with an obturator at the National Hospital of Odonto-Stomatology, Hanoi.

Subjects and methods: A prospective, non-controlled descriptive study was conducted on 36 patients with odontogenic jaw cysts who were treated by decompression using an obturator at the National Hospital of Odonto-Stomatology, Hanoi.

Results: 36 patients with a total of 40 jaw cysts were assessed in the study; patients under the age of 14 made up the majority (91.7%). The ratio of males to females was 1.25:1. The most common clinical symptom was cortical bone expansion (86.1%), with buccal cortical expansion occurring in 67.5% of patients. The most frequent primary complaint was facial deformity (66.7%). The mandible had the highest percentage of cysts (77.5%), with the posterior region accounting for 90.3%; maxillary cysts, on the other hand, were most commonly seen in the anterior region (55.6%). In imaging studies, the majority of lesions displayed clearly defined margins (95.0%) and heterogeneous fluid composition (90.0%). In relation to neighboring structures, cysts predominantly resulted in the displacement of adjacent tooth axes (77.5%). Histopathological analysis revealed that radicular cysts were the most common, accounting for 67.5%, and 60.0% of all cysts were radicular cysts in the mandible; 24 of 27 radicular cysts were associated with primary teeth. The cyst volume group of 3–6 cm^3 constituted the largest share at 40.0%.

Conclusion: In this selected group of patients undergoing decompression with an obturator, facial deformity and cortical bone expansion were common; radicular cysts were the most frequent type and were predominantly associated with primary teeth. Larger cyst volume tended to accompany more extensive cortical expansion. These descriptive findings may support clinical planning and follow-up in conservatively treated patients, but should not be generalized to all odontogenic jaw cysts or interpreted as evidence of the independent effectiveness of decompression.

Keywords: odontogenic cyst. marsupialization, decompression, radicular cyst, dentigerous cyst, primary teeth.

*Corresponding author
Email: tranthuquynh283@gmail.com **Phone**: (+84) 832130742 **DOI:** 10.52163/yhc.v66iCD14.3052

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG NANG XƯƠNG HÀM DO RĂNG TRÊN NHÓM NGƯỜI BỆNH ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHƯƠNG PHÁP MỞ THÔNG VỚI MÁNG BỊT

Trương Mạnh Nguyên[1], Phạm Hoàng Tuấn[2], Hoàng Kim Loan[1], Ngô Thế Mạnh[3], Phan Hưng Phúc[3], Trần Thị Thu Quỳnh[3*]

[1]Viện đào tạo Răng Hàm Mặt - Trường Đại học Y Hà Nội, số 1 Tôn Thất Tùng, Phường Kim Liên, Hà Nội
[2]Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội, 40B Tràng Thi, Hoàn Kiếm, Hà Nội
[3]Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y, Số 261 đường Phùng Hưng, Phường Hà Đông, Hà Nội

Ngày nhận bài: 23/7/2026
Ngày chỉnh sửa: 31/7/2026; Ngày duyệt đăng:

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nang xương hàm do răng trên nhóm người bệnh được điều trị bằng phương pháp mở thông với máng bịt tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội,

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả, tiến cứu, không đối chứng trên 36 người bệnh có nang xương hàm do răng, được điều trị bằng phương pháp mở thông với máng bịt tại khoa Phẫu thuật Hàm Mặt, bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương.

Kết quả: Nghiên cứu ghi nhận 36 người bệnh với tổng số 40 nang xương hàm, lứa tuổi dưới 14 chiếm ưu thế (chiếm 91,7%). Tỷ lệ nam/nữ là 1,25:1. Lý do đến khám thường gặp nhất là biến dạng mặt (chiếm 66,7%) và đẩy phồng bản xương là triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất (86,1%), trong đó 67,5% trường hợp có đẩy phồng bản xương ngoài. Nang tập trung chủ yếu ở xương hàm dưới (77,5%), trong đó vùng phía sau hàm dưới chiếm 90,3%; ngược lại ở hàm trên, nang hay gặp ở vùng phía trước (55,6%). Đa số tổn thương có viền đều, rõ (95%) và dịch không thuần nhất (90%). Về liên quan tới cấu trúc lân cận, nang chủ yếu đẩy lệch trục răng lân cận (77,5%). Theo giải phẫu bệnh, nang chân răng chiếm tỷ lệ cao nhất (67,5%), chủ yếu ở hàm dưới (60% tổng số nang); 24/27 nang chân răng liên quan răng sữa. Về thể tích, nhóm thể tích nang từ 3–6cm3 chiếm tỉ lệ cao nhất với 40%.

Kết luận: Trong nhóm người bệnh nang xương hàm do răng được chỉ định mở thông với máng bịt, biến dạng mặt và đẩy phồng xương là những biểu hiện thường gặp; nang chân răng chiếm tỷ lệ cao nhất và phần lớn liên quan răng sữa. Thể tích nang lớn hơn có xu hướng đi kèm mức độ đẩy phồng xương nhiều hơn. Kết quả mô tả này cung cấp thông tin cho lựa chọn và theo dõi điều trị bảo tồn ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu, chưa đủ để suy rộng cho toàn bộ nang xương hàm do răng hoặc khẳng định hiệu quả độc lập của phương pháp mở thông.

Từ khóa: nang xương hàm do răng, mở thông nang, nang chân răng, nang thân răng, răng sữa điều trị tuỷ, nha khoa trẻ em.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang xương hàm do răng là nhóm tổn thương lành tính, phát triển từ từ, không có triệu chứng lâm sàng đặc hiệu ở giai đoạn sớm. Bệnh thường chỉ được phát hiện khi tổn thương đã đạt được kích thước lớn, dẫn đến hàng loạt biến chứng nguy hiểm như tiêu xương, lung lay răng kế cận, biến dạng mặt và nguy cơ gãy xương bệnh lý. Mặc dù tính chất nang xương hàm do răng chủ yếu là lành tính, tuy nhiên sự tăng kích thước liên tục của nang có thể chèn ép các cấu trúc thần kinh - mạch máu quan trọng, ảnh hưởng nặng nề đến chức năng ăn nhai, phát âm và thẩm mỹ của bệnh nhân.

Mục tiêu cốt lõi trong điều trị nang xương hàm do răng là loại bỏ hoàn toàn tổn thương, ngăn ngừa tái phát, đồng thời tối ưu hóa khả năng bảo tồn xương và răng lành. Đối với các nang có kích thước lớn, vị trí giải phẫu phức tạp hoặc trên đối tượng trẻ em — nhóm bệnh nhân có mầm răng vĩnh viễn đang phát triển và khả năng tái tạo xương mạnh — phẫu thuật cắt nang thường đi kèm rủi ro tổn thương thần kinh, mất răng hoặc tổn hại mầm răng. Trong bối cảnh đó, kỹ thuật mở thông nang được xem là giải pháp tối ưu. Bằng cách tạo lỗ mở thông liên tục giữa lòng nang và khoang miệng, phương pháp này giúp giải phóng áp lực nội nang, dẫn lưu dịch và kích thích quá trình tạo xương tự nhiên, từ đó giảm thiểu nguy cơ xâm lấn mạch máu, thần kinh cũng như tạo điều kiện cho mầm răng vĩnh viễn tiếp tục hình thành.

Tại Việt Nam, phương pháp mở thông nang đã và đang thu hút sự chú ý mạnh mẽ từ giới y khoa. Đáng chú ý, nghiên cứu tổng quan phạm vi của Trần Phương Thảo và cộng sự (2025) công bố trên tạp chí *Oral Science International* đã hệ thống hóa các bằng chứng quốc tế về hiệu quả của mở thông nang đối với tổn thương dạng nang xương hàm ở trẻ em, khẳng định xu hướng ứng dụng y học dựa trên bằng chứng trong thực hành nha khoa trong nước [1].

*Tác giả liên hệ
Email: tranthuquynh283@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 832130742 **DOI:** 10.52163/yhc.v66iCD14.3052

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 36 người bệnh được chẩn đoán nang xương hàm do răng được điều trị bằng phương pháp mở thông với máng bịt theo dõi tại Khoa Phẫu thuật Hàm mặt, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương, trong giai đoạn 6/2025-7/2026.

** Tiêu chuẩn lựa chọn:* Người bệnh được chẩn đoán nang xương hàm do răng, được điều trị bằng phương pháp mở thông nang với máng bịt, đủ điều kiện sức khoẻ toàn thân để phẫu thuật, đồng ý tham gia nghiên cứu.

** Tiêu chuẩn loại trừ:* Người bệnh đang mắc bệnh toàn thân cấp tính, không đủ điều kiện phẫu thuật, hoặc người bệnh không hợp tác điều trị

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả, không đối chứng. Chọn mẫu thuận tiện, bao gồm toàn bộ bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu. Các biến số theo người bệnh được phân tích trên 36 trường hợp; các biến số theo nang xương hàm được phân tích trên 40 nang. Do một người bệnh có thể có nhiều nang, các phân tích ở mức nang được trình bày mô tả và không thực hiện kiểm định suy luận ở mức nang.

2.2.2. Thăm khám và chẩn đoán:

Người bệnh được khai thác bệnh sử, thăm khám lâm sàng vùng hàm mặt và đánh giá các triệu chứng trước phẫu thuật gồm đau, lung lay răng, biến dạng mặt, tê bì, chảy dịch. Chẩn đoán hình ảnh được thực hiện bằng CBCT xác định vị trí nang, số lượng nang, thể tích nang, đặc điểm về bờ viền nang, tính chất dịch nang, mối liên quan đến các cấu trúc giải phẫu lân cận. Thể tích nang được đo bằng phần mềm 3D Slicer 5.8.1 trên phim CBCT dạng DICOM.

2.2.3. Xử trí phẫu thuật:

Người bệnh được phẫu thuật mở thông nang có nhổ răng hoặc không tuỳ trường hợp. Sau đó người bệnh được lấy dấu làm máng bịt và hướng dẫn vệ sinh lỗ mở thông hàng ngày.

2.2.4. Các biến số phân tích:

Đặc điểm chung của người bệnh (tuổi, giới), lý do đến khám, thời gian phát hiện, triệu chứng lâm sàng trước phẫu thuật, vị trí nang, bờ viền nang, tính chất dịch nang, liên quan cấu trúc giải phẫu lân cận, kết quả giải phẫu bệnh, thể tích nang.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Các biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. Trong các bảng chéo, tỷ lệ phần trăm được trình bày theo hàng để mô tả phân bố của từng nhóm đặc điểm; riêng dòng tổng được tính trên tổng số quan sát của bảng.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên người bệnh được chẩn đoán, điều trị và theo dõi theo quy trình chuyên môn thường quy tại bệnh viện. Người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp được giải thích về mục tiêu nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu. Các thông tin cá nhân được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung và lý do đến khám của đối tượng nghiên cứu (n = 36)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi		
< 14 tuổi	33	91.7
14 - 25 tuổi	2	5.6
>25 tuổi	1	2.8
Giới tính		
Nam	20	55,6
Nữ	16	44,4
Lý do đến khám		
Tình cờ phát hiện qua Xquang	4	11,1
Biến dạng mặt	24	66,7
Lỗ rò niêm mạc/ da	1	2,8
Đau	3	8,3
Thiếu răng	4	11,1
Tổng	36	100,0

Độ tuổi của nghiên cứu trải từ 6 đến 32 tuổi, chủ yếu là nhóm dưới 14 tuổi với 33/36 người bệnh (chiếm 91,7%), nhóm 14-25 tuổi với 2/36 người bệnh (chiếm 5,6%), còn lại nhóm trên 25 tuổi với 1 người bệnh duy nhất chiếm 2,8%. Đa số người bệnh đến khám vì Biến dạng mặt (chiếm 66,7%). Lý do Tình cờ phát hiện qua Xquang bằng với Thiếu răng với 4/36 ca (chiếm 11,1%). Đứng sau là Đau ở 3/36 ca với tỉ lệ 8,3%) và thấp nhất là Lỗ rò niêm mạc/ da với 1/36 ca chiếm 2,8%.

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng trước phẫu thuật (n = 36)

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đau	8	22,2
Lung lay răng	8	22,2
Tê bì	2	5,6
Lỗ rò niêm mạc/ da	2	5,6
Đẩy phồng bản xương	31	86,1
Không triệu chứng	4	11,1

Đẩy phồng xương là triệu chứng gặp ở 31/36 ca (chiếm 86,1%), Đau và Lung lay răng đều gặp ở 8/36 ca (chiếm 22,2%). Tê bì và Lỗ rò niêm mạc/da gặp ở 2/36 ca (chiếm 5,6%). Bên cạnh đó, cũng có 4/36 ca (chiếm 11,1%) Không có triệu chứng.

Bảng 3. Phân bố nang theo vị trí (n=40)

Vị trí	Phía trước n (%)	Phía sau n (%)	Cả 2 phía (%)	Tổng n (%)
Hàm trên	5 (55,6)	2 (22,2)	2 (22,2)	9 (100,0)
Hàm dưới	3 (9,7)	28 (90,3)	0 (0)	31 (100,0)
Tổng	8 (20,0)	30 (75,0)	2 (5,0)	40 (100,0)

Trong số 40 nang của 36 người bệnh, vị trí tổn thương nằm ở hàm trên phía trước gặp 5 trường hợp (chiếm 55,6%), hàm trên phía sau tương đương với hàm trên cả 2 phía đều gặp 2 trường hợp (đều chiếm 22,2%). Trong khi đó, hàm dưới phía sau chiếm đa số với 28 trường hợp (chiếm 90,3%), trong khi hàm dưới phía trước gặp 3 trường hợp (chiếm 9,7%).

Bảng 4. Đặc điểm của nang trên hình ảnh CBCT (n=40)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bờ viền nang	Bờ đều, rõ	38	95
	Bờ nham nhở	2	5
Tính chất dịch	Thuần nhất	4	10,0
	Không thuần nhất	36	90,0

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thành phần liên quan	Đẩy ống răng dưới	21	52,5
	Đẩy lệch trục răng lân cận	31	77,5
	Đẩy vào xoang hàm trên	6	15,0

Nang xương hàm trên hình ảnh CBCT đa số đều có bờ viền đều, rõ với 38/40 nang (chiếm 95%), chỉ có 2/40 nang (chiếm 5%) bờ nham nhở. Tính chất dịch các nang đa số không thuần nhất với 36/40 nang (chiếm 90%), dịch nang thuần nhất có 4/40 nang (chiếm 10%). Về mối liên quan với các cấu trúc giải phẫu, nang gây đè đẩy ống răng dưới với 21/40 nang (chiếm 52,5%), đẩy vào xoang hàm trên có 6/40 nang (chiếm 15%), đẩy lệch trục răng lân cận có tới 31/40 nang (chiếm 77,5%).

Bảng 5. Kết quả giải phẫu bệnh (n=40)

Kết quả giải phẫu bệnh	Số nang (%)		Số người bệnh (%)
	Hàm trên	Hàm dưới	
Nang chân răng (RC)	3 (7,5)	24 (60,0)	27 (75,0)
Nang thân răng (DC)	4 (10,0)	3 (7,5)	7 (19,4)
Nang răng sừng hoá (OKC)	1 (2,5)	4 (10,0)	1 (2,8)
Nang răng canxi hoá (COC)	1 (2,5)	0 (0)	1 (2,8)
Tổng	40 (100,0)		36 (100,0)

Nang chân răng hay gặp nhất với 27/40 nang (chiếm 67,5%), chủ yếu ở hàm dưới với 24/40 nang (chiếm 60,0%) tương ứng với 27 người bênh, tiếp đến là Nang thân răng gặp 7/40 nang (chiếm 19,4%) với hàm trên 4/40 nang và hàm dưới 3/40 nang, ứng với 7 người bệnh. Nang răng sừng hoá với 5/40 nang (chiếm 12,5%) với 1/40 nang ở hàm trên và 4/40 nang ở hàm dưới, cả 5 nang đều trên cùng 1 người bệnh. Thấp nhất là nang canxi hoá với 1 nang duy nhất, ở hàm trên, chiếm 2,5%.

Bảng 6. Răng nguyên nhân hình thành nang (n=40)

Kết quả giải phẫu bệnh	Răng nguyên nhân		Tổng số
	Răng sữa	Răng vĩnh viễn	
Nang chân răng (RC)	24 (60,0)	3 (7,5)	27 (67,5)
Nang thân răng (DC)	0 (0)	7 (17,5)	7 (17,5)
Nang răng sừng hoá (OKC)	0 (0)	5 (12,5)	5 (12,5)
Nang răng canxi hoá (COC)	0 (0)	1 (2,5)	1 (2,5)
Tổng	24 (60,0)	16 (40,0)	40 (100,0)

Trong tổng số 27 nang chân răng (chiếm 67,5%), có 24 nang (chiếm 60%) do răng sữa, 3 nang (chiếm 7,5 %) hình thành do răng vĩnh viễn. Nang thân răng, nang răng sừng hoá và nang răng canxi hoá đều hình thành từ răng vĩnh viễn.

Bảng 7. Mối liên quan giữa thể tích nang với đặc điểm đẩy phồng xương (n=40)

		Đẩy phồng xương				Tổng n (%)
		Không n (%)	Bản ngoài n (%)	Bản trong n (%)	Cả 2 bản n (%)	
Thể tích nang	Dưới $3cm^3$	7 (50,0)	6 (42,9)	1 (7,1)	0 (0)	14 (100,0)
	Từ $3cm^3$ đến $6cm^3$	0 (0)	15 (93,8)	0 (0)	1 (6,2)	16 (100,0)
	Trên $6cm^3$	1 (10,0)	6 (60,0)	0 (0)	3 (30,0)	10 (100,0)
Tổng		8 (20,0)	27 (67,5)	1 (2,5)	4 (10,0)	40 (100,0)

Với 40 nang được đo thể tích phân thành 3 nhóm thể tích: nhóm kích thước dưới $3cm^3$ có 7/14 nang (chiếm 50%) không đẩy phồng xương; 6/14 nang (chiếm 42,9%) và 1 nang phồng bản trong (chiếm 7,1%). Nhóm nang thể tích từ $3cm^3$ đến $6cm^3$ với 15/16 nang (chiếm 93,8%) và 1/16 trường hợp phồng cả 2 bản xương (chiếm 6,2%). Nhóm thể tích lơn trên $6cm^3$ có 6/10 trường hợp phồng bản ngoài (chiếm 60%), 3/10 trường hợp phồng cả 2 bản (chiếm 30%) và chỉ 1/10 trường hợp (chiếm 10%) không đẩy phồng xương.

4. BÀN LUẬN

Trong nhóm nghiên cứu (N=36), nam giới chiếm 55,6% (20/36 trường hợp), nữ giới chiếm 44,4%. Độ tuổi nghiên cứu từ 6 đến 32 tuổi, trong đó nhóm dưới 14 tuổi chiếm 91,7%, điều này phù hợp với giai đoạn phát triển hệ xương - răng và ưu tiên lựa chọn phương pháp điều trị bảo tồn (ở đây là mở thông nang). Với lý do đến khám chủ yếu là biến dạng mặt chiếm 66,7%, thấp hơn là thiếu răng và tình cờ phát hiện qua Xquang với tỉ lệ 11,1%. Điều này phù hợp với tính chất bệnh tiến triển âm thầm của nang xương hàm đa số là lành tính, khi nang tăng kích thước đủ lớn đẩy phồng bản xương mà không gây đau, đến mức biến dạng mặt mới được phát hiện. Nghiên cứu cũng ghi nhận vai trò của X-quang trong việc chẩn đoán sớm tổn thương.

Về lâm sàng, Đẩy phồng xương là triệu chứng thực thể phổ biến nhất, xuất hiện ở đa số các trường hợp (31/36 người bệnh, chiếm 86,1%). Do vỏ xương ở trẻ em và người trẻ có đặc tính xốp, mỏng và dẻo hơn so với người lớn nên hiện tượng đẩy phồng bản xương biểu hiện rõ ràng trên lâm sàng. Tỉ lệ này hoàn toàn tương thích với lý do đến khám Biến dạng mặt cũng chiếm tỉ lệ cao. Bên cạnh đó là các triệu chứng bội nhiễm như Đau và Lỗ rò niêm mạc/da chiếm tỉ lệ thấp hơn tương ứng là 22,2% và 5,6%, khi nang phát triển lớn làm mỏng vỏ xương đến mức thủng hoặc thâm nhiễm phần mềm hoặc có sự xâm nhập của vi khuẩn từ khoang miệng qua khe nướu hay tủy răng hoại tử. Tỉ lệ Lung lay răng (chiếm 22,2%) nhấn mạnh tầm quan trọng của việc điều trị bảo tồn. Tê bì (chiếm 5,6%) là triệu chứng ít gặp xảy ra khi kích thước nang lớn gây chèn ép thần kinh. Tỉ lệ Không triệu chứng chiếm 11,1% thường xảy ra với các tổn thương chưa gây phồng bản xương đáng kể, khẳng định tính chất tiến triển "âm thầm" của bệnh lý nang xương hàm do răng.

Về vị trí phân bố, sự ưu thế của nang tại xương hàm dưới (chiếm 77,5%) so với hàm trên (chiếm 22,5%) hoàn toàn tương đồng với công bố của Meningaud và cộng sự (2006) [2].

Về đặc điểm hình ảnh CBCT của nang xương hàm, kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng đại đa số các tổn thương có bờ đều, rõ (chiếm 95%), phù hợp với đặc tính sinh học của các nang lành tính là tiến triển chậm, cho phép mô xương xung quanh kịp thời phản ứng tạo vỏ xơ đặc xương. Tỷ lệ nhỏ bờ nham nhở (chiếm 5%) có thể giải thích do tình trạng bội nhiễm thứ phát làm mờ ranh giới xương. Về tính chất dịch, chiếm ưu thế tuyệt đối là dạng không thuần nhất (90%), phản ánh sự tích tụ của các sản phẩm thoái hóa tế bào, tinh thể cholesterol hoặc dịch viêm trong quá trình tiến triển mạn tính của nang.

Về mối liên quan với các cấu trúc giải phẫu lân cận, hiện tượng đè đẩy diễn ra phổ biến trên CBCT, trong đó đẩy lệch trục răng lân cận chiếm tỷ lệ cao nhất (chiếm 77,5%), tiếp theo là đè đẩy ống răng dưới (chiếm 52,5%) và đẩy vào xoang hàm trên (chiếm 15,0%). Các phát hiện này minh chứng cho đặc điểm chèn ép, di lệch mô lành

của nang thay vì xâm lấn phá hủy. Đây là thông tin giá trị giúp phẫu thuật viên tiên lượng nguy cơ tổn thương thần kinh răng dưới, thông xoang, hay lập kế hoạch phục hồi khoảng trống răng lân cận sau phẫu thuật.

Về giải phẫu bệnh: Nang chân răng (chiếm 67,5%) và Nang thân răng (chiếm 17,5%) là hai loại nang hay gặp nhất. Sự xuất hiện của 5 nang răng sừng hoá cùng trên 1 người bệnh gợi ý nhiều đến Hội chứng Gorlin-Goltz [3]. Về răng nguyên nhân: trong 27 nang chân răng, có đến 24 nang do răng sữa. Kết quả này cho thấy răng sữa là nguồn liên quan đáng lưu ý trong nhóm nang chân răng của nghiên cứu. Hệ thống ống tủy răng sữa có cấu trúc phức tạp, bao gồm các ống tủy phụ ở vùng chóp và chẽ, là yếu tố cần lưu ý trong điều trị nội nha trẻ em [4][5].

Nghiên cứu ghi nhận xu hướng thể tích nang lớn hơn đi kèm mức độ đẩy phồng xương nhiều hơn: Với nhóm thể tích nhỏ dưới 3cm^3, tỉ lệ "Không gây phồng xương" là cao nhất tới 50%, các trường hợp có phồng chủ yếu là bản ngoài (chiếm 42,9%). Tại giai đoạn này, áp lực nội nang chưa đủ lớn để gây ra tiêu xương vỏ diện rộng, tổn thương chủ yếu khu trú trong xương xốp mà chưa đẩy lồi rõ rệt xương vỏ. Với nhóm nang có thể tích từ 3cm3 đến 6cm3: 100% nang đều có hiện tượng đẩy phồng xương, trong đó bản ngoài chiếm ưu thế với 93,8%, chỉ có 6,2% số nang phồng cả 2 bản xương. Theo đặc điểm giải phẫu học của cả xương hàm trên và xương hàm dưới, bản xương phía ngoài luôn mỏng và xốp hơn đáng kể so với bản xương phía trong (đặc biệt là bản trong xương hàm dưới rất dày để chịu lực ăn nhai) [6]. Do đó, theo đường kháng lực nhỏ nhất, áp lực nội nang sẽ ưu tiên đẩy phồng bản xương phía ngoài trước. Nhóm có thể tích lớn trên 6cm3 đã có sự tăng tỉ lệ đẩy phồng cả 2 bản xương lên 30%. Khi nang phát triển đến mức bản ngoài không đủ khả năng giải toả áp lực nội nang, tổn thương sẽ tiếp tục lan rộng, làm tiêu xương và đẩy phồng cả bản trong. Lúc này, phương pháp cắt nang triệt để từ đầu sẽ để lại khuyết xương rất lớn, tăng nguy cơ gãy xương, đặc biệt với bộ răng hỗn hợp sẽ ảnh hưởng đến cả sức sống của mầm răng vĩnh viễn bên dưới. Phương pháp mở thông nang giúp giải phóng hoàn toàn áp lực nội nang. Nhờ tiềm năng màng xương được bảo tồn và khả năng tái cấu trúc xương mạnh mẽ ở đối tượng trẻ em và người trẻ, sau khi giải áp, bản xương bị phồng sẽ tự bồi đắp, dày lên và thu hồi về vị trí giải phẫu ban đầu, bảo tồn tối đa hình thể xương hàm và các mầm răng vĩnh viễn [1].

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế. Cỡ mẫu 36 người bệnh còn hạn chế, thu thập tại một trung tâm và phần lớn đối tượng dưới 14 tuổi, làm hạn chế khả năng khái quát kết quả. Một người bệnh có thể có nhiều nang nên các quan sát ở mức nang không hoàn toàn độc lập; vì vậy các phân tích ở mức nang trong nghiên cứu chỉ mang tính mô tả. Nghiên cứu cũng chưa đánh giá độ lặp lại trong/giữa người đo đối với phép đo thể tích nang bằng 3D Slicer. Ngoài ra, một người bệnh có 5 nang răng sừng hóa và một trường hợp nang răng canxi hóa có thể ảnh hưởng đến tính đồng nhất của mẫu. Các nghiên cứu tiếp theo nên có cỡ mẫu lớn hơn, đa trung tâm và chuẩn hóa quy trình đo thể tích.

5. KẾT LUẬN

Nang xương hàm do răng là tổn thương lành tính nhưng tiến triển âm thầm. Trong nhóm người bệnh được điều trị mở thông với máng bịt, biến dạng mặt do đẩy phồng xương là biểu hiện thường gặp; có thể kèm đau, chảy dịch, lung lay răng hoặc tê bì. Nang chân răng chiếm tỷ lệ cao nhất và phần lớn liên quan răng sữa. Nghiên cứu ghi nhận xu hướng thể tích nang lớn hơn đi kèm mức độ đẩy phồng xương nhiều hơn. Các kết quả này mô tả đặc điểm của nhóm bệnh nhân được lựa chọn điều trị bảo tồn và có thể hỗ trợ lập kế hoạch theo dõi; tuy nhiên chưa đủ để khẳng định hiệu quả hoặc ưu thế chỉ định của phương pháp mở thông nang.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Trần Phương Thảo, Võ Trương Như Ngọc, Lê Ngọc Phương Linh và cộng sự. Effectiveness of marsupialization on the reduction of cystic jaw lesions in children: A scoping review. *Oral Sci Int*. 2025;22(1):e1267. doi:10.1002/osi2.1267

[2] Meningaud JP, Oprean N, Pitak-Arnnop P, et al. Odontogenic cysts: a clinical study of 695 cases. J Oral Sci. 2006 Jun;48(2):59-62.

[3] Lo Muzio L. Nevoid basal cell carcinoma syndrome (Gorlin syndrome). *Orphanet J Rare Dis*. 2008;3(1):32. doi:10.1186/1750-1172-3-32

[4] Vidi B, Gil-Valcarcel AM, Obispo-Diaz C, et al. Description of the root anatomy of the primary molars using high resolution computed microtomography (Micro-CT). An analysis of three-dimensional root canal system. *Front Dent Med*. 2025 Jan 6;5:1522414.

[5] Lugliè PF, Grabesu V, Spano G, Lumbau A. Accessory foramina in the furcation area of primary molars. A SEM investigation. *Eur J Paediatr Dent*. 2012 Dec;13(4):329-32.

[6] Cassetta M, Sofan AA, Altieri F, et al. Evaluation of alveolar cortical bone thickness and density for orthodontic mini-implant placement. *J Clin Exp Dent.* 2013;5(5):e245-e252.