

Trinh (2015) là  $12,093 \pm 4,56G/l^4$ .

Chỉ số viêm CRP có giá trị trung bình  $6.04 \pm 8.67mg/dl$  và NT-ProBNP có giá trị trung bình là  $132,11 \pm 392,83$  (pmol/L) cao hơn giá trị bình thường ( $<14,47/L$ ) tương tự như kết quả của Hà Thị Tuyết Trinh (2015) với CRP trung bình là  $6,89 md/dl^4$ , Nguyễn Thị Thúy Vinh (2010) CRP trung bình là  $5,34 \pm 1,75 mg/dl^6$ .

Chỉ số ALĐMP có giá trị trung bình  $36.75 \pm 12.29$  mmHg tương tự như Nguyễn Thanh Hiếu (2018) ALĐMP trung bình là  $37,33 \pm 10,69$  mmHg<sup>5</sup>.

Phân loại đợt cấp theo tiêu chuẩn Anthonisen Type I xuất hiện nhiều nhất với tỷ lệ 81.7% và type II là 7.8% không có sự khác biệt nhiều so với nghiên cứu của Trần Hoàng Thành và CS (2006): 73,3% type 1, 18% type 2, 8,7% type 3 trong 150 đối tượng nghiên cứu tại trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai<sup>7</sup>.

Nồng độ CRP có xu hướng tăng cao ở bệnh nhân type I là  $6,97 \pm 1,06 mg/dl$ . Theo nghiên cứu của chúng tôi nồng độ CRP máu tăng cao hơn ở những bệnh nhân đợt cấp type I theo phân loại Anthonisen. Còn theo tác giả Stolz nghiên cứu trên 167 bệnh nhân đợt cấp COPD, thấy nồng độ CRP tăng cao hơn ở type 1 với  $p < 0,003^8$ .

## V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân đợt cấp COPD thường là người cao tuổi, nam mắc nhiều hơn nữ. Thuốc lào thuốc lá là yếu tố nguy cơ chính của bệnh. Trong các dấu hiệu khám lâm sàng, dấu hiệu rì rào phế nang giảm chiếm tỉ lệ cao nhất. Trong các loại ral thì

ral rít và ral ngáy chiếm tỷ lệ cao nhất (75.6%). Type I xuất hiện nhiều nhất và nồng độ CRP có xu hướng tăng cao ở bệnh nhân type I.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ y Tế (2018).** Hướng Dẫn Chẩn Đoán và Điều Trị Bệnh Phổi Tác Nghẽn Mạn Tính, Nhà Xuất Bản Y Học, Hà Nội.
- Celli BR, Locantore N, Yates J, et al.** Inflammatory Biomarkers Improve Clinical Prediction of Mortality in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Am J Respir Crit Care Med. 2012;185(10):1065-1072. doi:10.1164/rccm.201110-1792OC
- Yui, A.C.A., et al (2019).** A clinical prediction model for hospitalized COPD exacerbations based on "treatable traits". International Journal of COPD, **14**, 719-728
- Hà Thị Tuyết Trinh (2015),** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ của đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Phổi Trung Ương, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội
- Nguyễn Thanh Hiếu (2018).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến diễn biến đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội
- Nguyễn Thị Thúy Vinh (2010).** Nghiên cứu một số yếu tố chỉ điểm viêm CRP, TNF, IL6 ở bệnh nhân COPD đợt cấp, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội
- Trần Hoàng Thành và CS (2006),** Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng đợt cấp của 150 bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị nội trú tại khoa Hô Hấp bệnh viện Bạch Mai theo phân loại Anthonisen, Tạp chí nghiên cứu khoa học, **53(5)**, 100-3
- Stolz D (2007), Copectin,** CRP and procalcitonin as pronostic biomarker in AECOPD, Chest, **131**, 1058-67.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NANG CHÂN RĂNG CÓ GHÉP XƯƠNG NHÂN TẠO KẾT HỢP HUYẾT TƯƠNG GIÀU TIỂU CẦU

Lê Đức Thành\*, Phạm Hoàng Tuấn\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị sớm sau phẫu thuật cắt nang chân răng và ghép xương nhân tạo kết hợp huyết tương giàu tiểu cầu tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 31 bệnh nhân được chẩn đoán là nang chân răng được điều trị phẫu thuật cắt nang và ghép xương nhân tạo kết hợp huyết tương giàu tiểu cầu tại khoa

Phẫu thuật Hàm mặt – Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội từ tháng 7 năm 2021 đến tháng 2 năm 2022. **Kết quả:** Tuổi trung vị của các bệnh nhân là 41 (13-74 tuổi), đa số các bệnh nhân là nữ giới (61,3%), đa số kích thước nang nằm trong khoảng 2-3 cm<sup>2</sup> (64,5%), vị trí thường gặp của răng nguyên nhân là răng cửa (67,7%) và hàm trên (64,5%). Đánh giá lâm sàng đạt mức tốt sau mổ 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng lần lượt là 67,7%; 87,1% và 100%. Đánh giá trên Xquang sau 3 tháng có tỷ lệ đạt mức tốt là 93,5%. **Kết luận:** Phương pháp phẫu thuật cắt nang chân răng và ghép xương nhân tạo kết hợp huyết tương giàu tiểu cầu đem lại kết quả bước đầu khả quan với tỷ lệ đánh giá tốt trên lâm sàng và Xquang ở mức cao và tỷ lệ biến chứng thấp.

**Từ khóa:** Nang chân răng, ghép xương nhân tạo, huyết tương giàu tiểu cầu

\*BV Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đức Thành

Email: dr.lethanh1982@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2022

Ngày duyệt bài: 8.9.2022

**SUMMARY**

**INITIAL ASSESSMENT OF TREATMENT RESULTS OF PERIAPICAL CYST TREATED WITH SYNTHETIC BONE GRAFT COMBINED WITH PLATELET-RICH PLASMA**

**Objectives:** The aim of our study was to evaluate the early results of synthetic bone graft combined with platelet-rich plasma in patients with periapical cyst removal. **Patients and Methods:** In this prospective study, we enrolled 31 patients with diagnosis of periapical cyst in Hanoi National Hospital of Odontostomatology. These patients were treated with periapical cyst removal and reconstruction using synthetic bone graft combined with platelet-rich plasma. The clinical assessment was performed after surgery 1 week, 1 month and 3 months and Xray assessment was recorded at 3<sup>rd</sup> month. **Result:** The patient's median age was 41 years (range:13-74 years), major patients were female (61,3%), patients with size of cyst in range 2-3 cm<sup>2</sup> accounted for 64,5%. The rate of good clinical response after surgery 1 week, 1 month and 3 months were 67,7%; 87,1% and 100%, respectively. The rate of good radiologic response at 3<sup>rd</sup> month was 93,5%. **Summary:** Periapical cyst removal and reconstruction using synthetic bone graft combined with platelet-rich plasma had good clinical response and radiologic response while complications were acceptable for major patients.

**Keyword:** Periapical cyst, synthetic bone graft, platelet-rich plasma

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Nang chân răng là bệnh lý hay gặp do nhiều nguyên nhân khác nhau. Điều trị phẫu thuật bóc nang hoàn toàn là phẫu thuật hay được tiến hành tuy nhiên việc bóc nang hoàn toàn đặc biệt là những nang lớn để lại khuyết hổng và có nguy cơ ảnh hưởng đến vấn đề lành thương sau phẫu thuật. Mục tiêu của y học hiện đại nói chung cũng như chuyên ngành Răng Hàm Mặt nói riêng là hướng tới điều trị bảo tồn, với các tổn khuyết xương dù nhỏ cũng có thể gây ra những ảnh hưởng nhất định tới cấu trúc, độ bền vững của xương, ảnh hưởng tới các chức năng liên quan. Điều này đặt ra yêu cầu cấp thiết phải lấp đầy khuyết xương, tái tạo lại tổ chức xương đã bị mất khôi phục sự ổn định, bền vững về cả hai phương diện chức năng và thẩm mỹ. Những khuyết hổng có thể tái tạo bằng vật liệu ghép sinh học, nhân tạo khác nhau... Năm 1994 Tayapongsak và cộng sự lần đầu tiên đã lấy sợi huyết liên kết (AFA) trong máu bằng cách ngưng kết dưới hình thức đông lạnh trong 2-3 tuần để tách hồng cầu và huyết tương rồi làm tan trong 24 giờ, cuối cùng lấy được 10 –15ml huyết tương có độ tập trung sợi tiểu cầu cao. Các nghiên cứu tiếp theo cho thấy huyết tương với độ tập trung

tiểu cầu và yếu tố tăng trưởng cao tham gia quá trình lành thương và tái tạo xương. Tuy nhiên ở Việt Nam các nghiên cứu về hiệu quả của xương nhân tạo và huyết tương giàu tiểu cầu trong tái tạo khuyết hổng sau cắt nang xương hàm còn ít. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Kết quả phẫu thuật nang chân răng có ghép xương nhân tạo kết hợp huyết tương giàu tiểu cầu" với 2 mục tiêu:

1. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, Xquang bệnh nhân nang chân răng tại Bệnh Viện răng Hàm mặt Trung Ương Hà Nội từ tháng 7 năm 2021 đến tháng 2 năm 2022.

2. Nhận xét kết quả liền thương sau phẫu thuật nang chân răng có ghép xương nhân tạo kết hợp huyết tương giàu tiểu cầu.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 31 bệnh nhân được chẩn đoán nang chân răng và điều trị phẫu thuật cắt nang và ghép xương nhân tạo kết hợp huyết tương giàu tiểu cầu tại khoa Phẫu thuật Hàm mặt – Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội từ tháng 7 năm 2021 đến tháng 2 năm 2022.

**\*Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh là nang chân răng.
- Tình trạng toàn thân bệnh nhân đủ điều kiện phẫu thuật.
- Bệnh nhân tự nguyện và đồng ý tham gia nghiên cứu

**\*Tiêu chuẩn loại trừ**

- Bệnh nhân có kèm theo những bệnh toàn thân mạn tính chưa ổn định
- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin.
- Nang có kích thước lớn có nguy cơ gây ra gãy xương hàm thứ phát trong quá trình phẫu thuật.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu

**2.2.2. Các bước tiến hành**

- Tất cả bệnh nhân được thu thập thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu
- Thăm khám lâm sàng, chụp Xquang
- Thực hiện phẫu thuật
- Đánh giá kết quả sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng

Tiêu chí đánh giá kết quả sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng theo tiêu chuẩn của Habal M.B (1994)<sup>1</sup>:

<b>Tiêu chí</b>	<b>Lâm sàng</b>
<b>Kết quả điều trị</b>	
<b>Tốt</b>	+ Vết mổ liền tốt + Không chảy máu

	+ Không nhiễm trùng + Không tê môi cắn.
<b>Trung bình</b>	+ Vết mổ liền không hoàn toàn + Chảy máu ít + Tê môi cắn nhẹ + Giảm mạc bám.
<b>Kém</b>	+ Chảy máu nhiều, + Bục vết mổ, tê bì mất cảm giác, + Niêm mạc căng đỏ, dấu hiệu ứ đọng dịch rõ + Tiến triển gây không liền vết mổ thì đầu hoặc gây lỗ dò kéo dài, thậm chí phải lấy bỏ tổ chức ghép.

Đánh giá sau 3 tháng, bên cạnh các tiêu chí lâm sàng phía trên, chúng tôi bổ sung đánh giá bằng Xquang nhằm đánh giá sự thay đổi kích thước khuyết hồng xương trong quá trình liền xương (theo tiêu chí của Nather A. (2005 )):

- + Tốt: Khi kích thước tổn thương giảm trên 40% ở tháng thứ 3.
- + Trung bình: Khi kích thước tổn thương giảm 20-40% ở tháng thứ 3.
- + Kém: Khi kích thước tổn thương giảm dưới 20% ở tháng thứ 3

**2.2.3. Xử lý số liệu:** Sử dụng phần mềm SPSS 20.0. So sánh sự khác biệt giữa các tỷ lệ bằng test  $\chi^2$ , các trường hợp có tần số nhỏ hơn 5 sử dụng test Fisher's Exact Test. Biến định tính: Tính tỷ lệ %. Biến định lượng: Tính giá trị trung bình, độ lệch. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và Xquang

**Bảng 3.1: Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu**

	Đặc điểm	N	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Median (min-max)	41 (13-74)	(tuổi)
Giới	Nam	12	38,7
	Nữ	19	61,3
Lý do vào viện	Biến dạng mặt	7	22,6
	Rò mủ	6	19,4
	Đau răng	8	25,8
	Lung lay răng	2	6,5
	Khám định kỳ phát hiện	8	25,8
Tiền sử mô NCR	Đã mổ NCR	2	6,5
	Chưa mổ NCR	29	93,5
Kích thước NCR (cm <sup>2</sup> )	<2 cm <sup>2</sup>	4	12,9
	2-3 cm <sup>2</sup>	20	64,5
	>3 cm <sup>2</sup>	7	22,6

**Nhận xét:** Tuổi trung vị các bệnh nhân trong

nghiên cứu là 41 tuổi, dao động từ 13-74 tuổi. Đa số các bệnh nhân là nữ giới (chiếm 61,3%). Lý do vào viện chủ yếu là đau răng (25,8%) và khám định kỳ phát hiện NCR (25,8%), sau đó là biến dạng mặt (22,6%), rò mủ (19,4%) và lung lay răng (6,5%). Đa số các trường hợp là phẫu thuật NCR lần đầu (93,5%), có 2/31 bệnh nhân đã có tiền sử phẫu thuật NCR (6,5%). Về kích thước NCR, đa số nang có kích thước 2-3 cm<sup>2</sup> (chiếm 64,5%).

**Bảng 3.2: Đặc điểm răng nguyên nhân**

Nhóm răng Vị trí hàm	Răng cửa		Răng hàm		Tổng
	n	%	n	%	
Hàm trên	15	75,0	6	54,5	21
Hàm dưới	5	25,0	5	45,5	10
Tổng	20	64,5	11	35,5	31

**Nhận xét:** Răng nguyên nhân thuộc nhóm răng cửa có 21 ca (67,7 %) nhiều hơn nhóm răng hàm có 10 ca chiếm 32,3%. Tính riêng vùng răng cửa, NCR gặp ở hàm trên (15 ca – 75,0 %) nhiều hơn hàm dưới (5 ca – 25,0 %). Tính riêng vùng răng hàm, NCR gặp ở hàm trên (6 ca – 54,5%) nhiều hơn hàm dưới (5 ca- 45,5%).

**Bảng 3.3. Đặc điểm giải phẫu bệnh của nang chân răng**

Đặc điểm	Số lượng		
	n	%	
Màu sắc dịch	Vàng	28	90,3
	Nâu	3	9,7
Mật độ dịch	Lỏng	25	80,6
	Sệt	6	19,4
Mủ	Có	2	6,5
	Không	29	93,5
Vỏ xơ	Dày	7	22,6
	Trung bình	24	77,4
Biểu mô	Sừng hoá	3	9,7
	Không sừng hoá	28	90,3
Thâm nhiễm tế bào viêm	Có	14	45,2
	Không	17	54,8

**Nhận xét:** Đa số các trường hợp có dịch vàng (90,3%), lỏng (80,6%). Có 2 ca có mủ trên đại thể (chiếm 6,5%). Tỷ lệ vỏ xơ dày chiếm 22,6%; và 77,4% là vỏ xơ ở mức trung bình. Về mặt vi thể, đa số biểu mô nang thuộc nhóm không sừng hóa (90,3%). Tỷ lệ thâm nhiễm tế bào viêm là 45,2%.

#### 3.2. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật

**Bảng 3.4: Đánh giá kết quả phẫu thuật sau 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng**

	Sau 1 tuần (n, %)	Sau 1 tháng (n, %)	Lâm sàng sau 3 tháng (n, %)	Xquang sau 3 tháng (n, %)
Tốt	21 (67,7%)	27 (87,1%)	31 (100%)	29 (93,5%)
Trung bình	10 (23,3%)	2 (6,5%)	0	0
Kém	0	2 (6,5%)	0	2 (6,5%)
<b>Tổng</b>	<b>31 (100%)</b>	<b>31 (100%)</b>	<b>31 (100%)</b>	<b>31 (100%)</b>

**Nhận xét:** Sau 1 tuần, kết quả phẫu thuật đạt mức tốt chiếm 67,7%; đạt mức trung bình chiếm 23,3%; không có bệnh nhân nào có kết quả kém. Đánh giá sau 1 tháng, có 87,1% bệnh nhân có kết quả tốt; 6,5% đạt kết quả trung bình; xuất hiện 2 bệnh nhân (6,5%) có kết quả kém do xuất hiện rò xương ghép qua niêm mạc. Đánh giá sau 3 tháng, trên lâm sàng toàn bộ các bệnh nhân đều lành thương tốt, trên Xquang ghi nhận hầu hết các bệnh nhân có kết quả tốt (93,5%), không bệnh nhân nào có kết quả trung bình; có 2 bệnh nhân có lỗ rò xương nên khuyết hồng còn lớn, đánh giá kết quả kém (6,5%).

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và Xquang.** Bệnh lý nang chân răng thường gặp do nguyên nhân chấn thương hoặc bệnh lý sâu răng gây chết tủy răng. Theo nghiên cứu của Mervyn Shear và Paul M. Speight<sup>2</sup>, thực hiện trên 948 bệnh nhân NCR tại Nam Phi, cho thấy tỷ lệ nam giới chiếm đa số (58,5%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số các bệnh nhân lại là nữ giới (chiếm 61,3%), lý do có thể là nữ giới hiện nay quan tâm đến sức khoẻ nhiều hơn nam giới. Họ cũng có điều kiện được đi khám chữa bệnh sớm và dễ dàng hơn so với trước đây cũng như so với các phụ nữ Nam Phi. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hà (2010)<sup>3</sup>: nữ giới chiếm 57,9%. Bên cạnh đó, tuổi trung vị trong nghiên cứu của chúng tôi là 41 tuổi, với khoảng tuổi dao động từ 13 đến 74 tuổi; đa số tập trung ở nhóm tuổi 30-50 tuổi. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu của Nguyễn Đình Phúc<sup>4</sup> (đa số là lứa tuổi 20-50 (chiếm 60,9%)), nghiên cứu của Meningaud J. p. (2006)<sup>5</sup> (tuổi trung bình 41,8±15,8). Lý do vào viện chủ yếu là đau răng (25,8%) và khám định kỳ phát hiện NCR (25,8%), sau đó là biến dạng mặt (22,6%), rò mủ (19,4%) và lung lay răng (6,5%). So sánh với nghiên cứu của Mosqueda-Taylor A. (2002) trên 856 trường hợp nang xương hàm cho thấy lí do biến dạng mặt và răng lung lay chiếm 68%<sup>6</sup>. Về kích thước NCR, đa số nang có kích thước 2-3 cm<sup>2</sup> (chiếm 64,5%) kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Lê Hùng bệnh nhân có kích thước từ 2-3

cm chiếm tỉ lệ 46,7%, kích thước < 2cm chiếm tỉ lệ 30%, kích thước >3 cm chiếm tỉ lệ 23,3%<sup>7</sup>.

Về răng nguyên nhân thuộc nhóm răng cửa có 21 ca (67,7 %) nhiều hơn nhóm răng hàm có 10 ca chiếm 32,3%. Tính riêng vùng răng cửa, NCR gặp ở hàm trên (15 ca – 75,0 %) nhiều hơn hàm dưới (5 ca – 25,0 %). Tính riêng vùng răng hàm, NCR gặp ở hàm trên (6 ca – 54,5%), nhiều hơn hàm dưới (5 ca- 45,5%). Kết quả này của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác như Nguyễn Thị Thu Hà 2010 tỷ lệ nang chân răng vùng răng cửa (63.16 %) cao hơn vùng răng hàm (36.84 %)<sup>3</sup>. Theo chúng tôi nang chân răng vùng răng cửa nhiều hơn vùng răng hàm là do nguy cơ bị chấn thương ở vùng răng cửa cao hơn so với răng hàm.

Trên đặc điểm đại thể về giải phẫu bệnh, chúng tôi ghi nhận đa số các trường hợp có dịch vàng (90,3%), lỏng (80,6%). Có 2 ca có mủ trên đại thể (chiếm 6,5%). Tỷ lệ vỡ xơ dày chiếm 22,6%; và 77,4% là vỡ xơ ở mức trung bình. Về mặt vi thể thì vẫn có tỷ lệ thâm nhập tế bào viêm khá cao (45,2%).

**4.2. Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật.** Sau phẫu thuật 1 tuần, chúng tôi tiến hành đánh giá trên lâm sàng, dựa theo các tiêu chí về liền thương, chảy máu, nhiễm trùng và kết quả đạt mức tốt chiếm 67,7%; đạt mức trung bình chiếm 23,3%; không có bệnh nhân nào có kết quả kém. Trong số các bệnh nhân đạt kết quả trung bình có 6/10 bệnh nhân là nam giới; có thể do tình trạng vệ sinh răng miệng của nam giới kém hơn so với nữ giới.

Khám lại bệnh nhân sau 1 tháng phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận 2 trường hợp xuất hiện lỗ rò xương ghép nhân tạo (đánh giá đạt kết quả kém), 2 trường hợp có tình trạng nhiễm trùng tại chỗ nhẹ (đánh giá đạt kết quả trung bình), các bệnh nhân còn lại (87,1%) đạt kết quả tốt. Đối với 2 trường hợp xuất hiện lỗ rò, chúng tôi tiến hành lấy phần xương rò viêm và bơm rửa bằng Natriclorid 0,9%; các triệu chứng của bệnh nhân cải thiện tốt. Sau 3 tháng đánh giá lại, 2 trường hợp có lỗ rò đã liền thương hoàn toàn; tuy nhiên với đánh giá trên Xquang, kích thước khuyết hồng xương còn lớn (giảm <20% so với trước điều trị) nên được xếp kết quả kém. Các trường

hợp còn lại (93,5%) đều đạt kết quả tốt sau 3 tháng, không có trường hợp nào đạt kết quả trung bình.

Pietro Gentile (2010)<sup>8</sup> đánh giá trên 15 ca phẫu thuật hàm mặt có ghép xương sử dụng huyết tương giàu tiểu cầu, cho thấy kết quả đánh giá lâm sàng đáng khích lệ, khi mà không có biến chứng nặng xảy ra, quá trình liền thương tốt trên 100% bệnh nhân. Salman Shams (2020) nghiên cứu trên 45 bệnh nhân phẫu thuật nang chân răng có ghép xương nhân tạo sử dụng huyết tương giàu tiểu cầu cho thấy kết quả lấp đầy tổn thương đạt trung bình 85% sau 12 tuần phẫu thuật<sup>9</sup>. Kết quả phẫu thuật đánh giá trên lâm sàng và Xquang của chúng tôi cũng tương đồng với các tác giả trên.

## V. KẾT LUẬN

Nang chân răng là bệnh lý thường gặp trong thực hành lâm sàng. Phương pháp phẫu thuật cắt nang chân răng và ghép xương nhân tạo kết hợp huyết tương giàu tiểu cầu đem lại kết quả bước đầu khả quan, với tỷ lệ đánh giá tốt trên lâm sàng và Xquang ở mức cao và tỷ lệ biến chứng thấp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Habal MB, Reddi AH.** Bone Grafts and Bone Induction Substitutes. Clinics in Plastic Surgery. 1994/10/01/ 1994;21(4):525-542.

2. **Mervyn Shear PS.** Radicular Cyst and Residual Cyst. Cysts of the Oral and Maxillofacial Regions 2007;123-142.

3. **Nguyễn Thị Thu Hà.** 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 án Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2010.

4. **Nguyễn Đình Phúc.** Đánh giá hiệu quả điều trị phục hồi khuyết hổng xương vùng hàm mặt bằng xương đồng loại đông khô khử khoáng. Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2012.

5. **Meningaud JP, Opreat N, Pitak-Arnnop P, Bertrand JC.** Odontogenic cysts: a clinical study of 695 cases. Journal of oral science. Jun 2006;48(2):59-62.

6. **Mosqueda-Taylor A, Irigoyen-Camacho ME, Diaz-Franco MA, Torres-Tejero MA.** Odontogenic cysts. Analysis of 856 cases. Medicina oral: organo oficial de la Sociedad Espanola de Medicina Oral y de la Academia Iberoamericana de Patologia y Medicina Bucal. Mar-Apr 2002;7(2):89-96.

7. **Nguyễn Lê Hùng.** Đánh giá hiệu quả ghép bột xương đồng khô đồng loại khử khoáng trong phục hồi khuyết hổng xương. Luận án Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2012.

8. **Gentile P, Bottini DJ, Spallone D, Curcio BC, Cervelli V.** Application of platelet-rich plasma in maxillofacial surgery: clinical evaluation. The Journal of craniofacial surgery. May 2010; 21(3):900-904.

9. **Shams S.** Efficacy of Platelet Rich Plasma (PRP) Gel in Bone Regeneration of Periapical Cystic Lesion. Open Access Journal of Biomedical Science. 06/18 2020;2.

# ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA GRANISETRON SO VỚI ONDANSETRON TRONG DỰ PHÒNG MỘT SỐ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA GÂY TÊ TỦY SỐNG TRONG PHẪU THUẬT CHI DƯỚI

Vongvien DAOCHAITONGYOUATHAO<sup>1</sup>, Phạm Quang Minh<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

Nghiên cứu tiền cứu, thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên được tiến hành nhằm so sánh hiệu quả của granisetron so với ondansetron trong dự phòng một số tác dụng không mong muốn của gây tê tủy sống trong phẫu thuật chi dưới. 60 bệnh nhân, chia thành 2 nhóm, được phẫu thuật chi dưới vô cảm bằng phương pháp gây tê tủy sống tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1 – 6/2022. **Kết quả:** một số chỉ số nhân trắc, loại phẫu thuật tương đương ở 2 nhóm. Sau gây tê

sống, nhóm sử dụng granisetron nguy cơ nôn, buồn nôn giảm 0,24 lần so với nhóm sử dụng ondansetron, khác không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Trên toàn hoàn: nhóm sử dụng granisetron có xu hướng nhịp tim ổn định hơn so với nhóm sử dụng ondansetron, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ ; nhóm sử dụng granisetron nguy cơ tụt huyết áp giảm 4,5 lần so với nhóm sử dụng ondansetron, khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . **Kết luận:** Granisetron có hiệu quả tốt hơn ondansetron trong dự phòng một số tác dụng không mong muốn của gây tê tủy sống trong phẫu thuật chi dưới.

**Từ khóa:** Gây tê tủy sống, Granisetron, Ondansetron, phẫu thuật chi dưới.

## SUMMARY

**ASSESSMENT OF THE EFFECTS OF GRANISETRON VARIOUS ONDANSETRON IN PREVENTION OF SOME ADVERSE EFFECTS OF SPINAL ANESTHESIA IN**

<sup>1</sup>Bệnh viện 5 mesa Lào

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính:

VongvienDAOCHAITONGYOUATHAO

Email: vongvien99@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.8.2022

Ngày duyệt bài: 12.9.2022