

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA
SANG THƯƠNG QUANH CHÓP Ở VÙNG RĂNG TRƯỚC TRÊN
TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ, 2019-2021**

Nguyễn Thị Mỹ Tuyền^{1}, Lâm Nhật Tân¹, Huỳnh Văn Dương²*

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Khoa Phẫu thuật Hàm Mặt, BVRHMTW TP.HCM

**Email: 18350110676@student.ctump.edu.vn*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sang thương quanh chóp là bệnh phổ biến với triệu chứng lâm sàng thường ít. Bệnh này tiến triển chậm, liên tục, có thể tiêu xương lan rộng, gây biến chứng nghiêm trọng nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của sang thương quanh chóp ở răng trước trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 36 bệnh nhân có sang thương quanh chóp vùng răng trước trên điều trị tại Bệnh viện trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ 2/2019 đến 1/2021. Dữ liệu được thu thập gồm tuổi, triệu chứng sưng đau, tình trạng răng nguyên nhân, tính chất sang thương trên phim x-quang và giải phẫu bệnh. **Kết quả:** Bệnh nhân tuổi <30 chiếm tỷ lệ 58,7%, tỷ số nam/nữ là 0,7/1. Lý do đến khám do sưng đau chiếm 52,8%, dò mủ là 30,6%. Răng nguyên nhân chưa được chữa tủy và có sâu với tỉ lệ tương ứng là 75% và 66,7%. Phòng xương và dấu ping pong chiếm 41,7% và 22,5%. Đa số sang thương <2cm (69,4%). Thấu quang đồng nhất, hình bầu dục và đường viền cân quang rõ có tỷ lệ tương ứng là 91,7%, 80,6% và 91,7%. Nang và u hạt quanh chóp chiếm 97,2% và 2,8%. **Kết luận:** Sang thương quanh chóp là viêm nhiễm thường gặp ở người trẻ. Đặc điểm lâm

sàng, cận lâm sàng của bệnh lý này là thông tin cần thiết cho nhà lâm sàng trong chẩn đoán và lập kế hoạch điều trị.

Từ khóa: sang thương quanh chóp, ổ xương hàm, u hạt quanh chóp.

ABSTRACT

CLINICAL AND PARACLINICAL FINDINGS IN PERIAPICAL LESIONS OF THE ANTERIOR MAXILLARY REGION AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL, 2019 - 2021

Nguyen Thi My Tuyen^{1*}, Lam Nhut Tan¹, Huynh Van Duong²

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Department of Maxillofacial Surgery,

HCM city National Hospital of Odonto-Stomatology

Background: Periapical lesions are common with often poorly clinical symptoms. The disease is slowly and continuously development, widespread bone resorption and cause serious complications in case of not being diagnosed and treated promptly. **Objectives:** Describe clinical, paraclinical characteristics of periapical lesions at anterior maxillary region. **Materials and methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 36 patients with periapical lesions of the upper anterior tooth region who were treated at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital from 2/2019 to 01/2021. Data were collected including the age of patients, clinical features containing of swelling and pain, the condition of related teeth, radiographic and histopathologic nature of the disease. **Results:** The mean age of patients was <30 (58.7%), the ratio of male to female was 0.7. Patients with chief complain in swelling with pain (52.8%) and pus fistula (30.6%) were detected. Most of related teeth (75%) were not endodontic management and had caries (66.7%). Bone swelling and pingpong sign accounted for 41.7% and 22.5%, respectively. The size of lesions was <2cm (69.4%). Most of lesions were found in radiographs was radiolucent (91.7%), oval feature (80.6%), and clear border (91.7%). Histologically, periapical cysts and granulomas was reported at 97.2% and 2.8%. **Conclusion:** Periapical lesions were a common in young patients. The clinical characteristics and paraclinical features of these diseases play an important role in diagnosis and treatment planning for clinician.

Keywords: periapical lesions, maxillary swelling, periapical granuloma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sang thương quanh chóp là bệnh có tính phổ biến, theo Silvia Tortorici (2008) [14] nang chiếm 10,4% các bệnh lý vùng hàm mặt, và là bệnh lý phổ biến nhất của xương hàm [9]. Nguồn gốc của bệnh có liên quan với nhiễm trùng tủy và hoại tử tủy do sự có mặt của vi sinh vật, sự tiến triển nhiễm trùng và quá trình viêm ở vùng quanh chóp [8]. Sang thương quanh chóp thường tiến triển chậm nhưng liên tục không ngừng và khuynh hướng lan rộng, sang thương có thể đạt đến kích thước lớn gây các biến chứng như bội nhiễm gây nhiễm khuẩn lan rộng, chết tủy nhiều răng lân cận, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời [2]. Bệnh được biểu hiện bằng hai dạng tổn thương thường gặp trên lâm sàng là u hạt quanh chóp và nang quanh chóp [9]. Tùy vào dạng bệnh của sang thương quanh chóp, ta có phương pháp điều trị khác nhau, trong khi u hạt có thể được điều trị thành công bằng nội nha thì nang quanh chóp cần được thực hiện phẫu thuật nội nha để loại bỏ. Cả u hạt quanh chóp và nang quanh chóp đều là u, nang lành tính với triệu chứng lâm sàng thường nghèo nàn và thường chỉ được phát hiện tình cờ qua X quang [5]. Có nhiều cận lâm sàng đã được đề xuất để chẩn đoán phân biệt ban đầu giữa các dạng của sang thương quanh chóp tuy nhiên chúng có độ chính xác không cao [11].

Tại Cần Thơ hiện chưa có nhiều nghiên cứu về triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của sang thương quanh chóp, do đó để góp phần tăng thêm nguồn tư liệu phục vụ cho việc chẩn đoán và điều trị sang thương quanh chóp chúng tôi tiến hành nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân có sang thương quanh chóp ở răng trước trên đến khám tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, năm 2019-2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhân đến khám và điều trị tại khoa Răng Hàm Mặt Trường Đại học Y Dược Cần Thơ có sang thương quanh chóp vùng răng trước trên được chẩn đoán qua lâm sàng và X quang quanh chóp.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân có sang thương thấu quang ở vùng răng trước trên được chẩn đoán qua lâm sàng, X quang và giải phẫu bệnh là nang quanh chóp hoặc u hạt quanh chóp. Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** bệnh nhân mắc các bệnh toàn thân như: tâm thần, trầm cảm, bại não, rối loạn về máu, bệnh nhân ung thư đang xạ trị, bệnh tiểu đường, tim mạch chưa được kiểm soát.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Thời gian từ 2/2019 đến 01/2021.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả, tiến cứu có can thiệp.

Cỡ mẫu: chọn được cỡ mẫu $n=36$ sang thương trên 36 bệnh nhân bằng phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

Quy trình nghiên cứu: Hỏi bệnh và khám lâm sàng, chụp phim X quang ghi nhận các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, điều trị tùy răng có chỉ định bảo tồn và tiến hành phẫu thuật nội nha loại bỏ sang thương, gửi bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh.

Nội dung nghiên cứu:

Khám và ghi nhận triệu chứng lâm sàng: lý do nhập viện, nguyên nhân chết tủy, tình trạng nội nha răng nguyên nhân, phòng xương và dấu hiệu pingpong.

Cận lâm sàng: đặc điểm của sang thương quanh chóp trên phim X quang: tính chất thấu quang, hình dạng và kích thước thấu quang, có hay không đường viền cản quang; và kết quả giải phẫu bệnh của sang thương sau phẫu thuật nội nha.

Khám triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và ghi phiếu khám được thực hiện bởi một học viên Bác sĩ nội trú Răng Hàm Mặt và giáo viên hướng dẫn.

Phương pháp xử lý số liệu: Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Thống kê mô tả tần số, tỷ lệ (%) cho các biến định tính, thống kê trung bình độ lệch chuẩn cho các biến định lượng có phân phối chuẩn. Kiểm định chính xác Fisher: kiểm tra phân bố dấu hiệu pingpong theo kích thước nang với, kiểm định có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Mẫu nghiên cứu gồm 21 nữ chiếm 58,3% và 15 nam chiếm 41,7%. Tỷ lệ nam/nữ = 0,7/1.

Về độ tuổi của đối tượng nghiên cứu: nhóm tuổi < 30 tuổi có 21 bệnh nhân chiếm 58,7%, nhóm tuổi từ 30-49 có 10 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 27,8% và nhóm tuổi từ 50 trở lên có 3 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 13,9%. Tuổi nhỏ nhất là 18 tuổi và lớn nhất là 61 tuổi, độ tuổi

trung bình $31,89 \pm 13,53$ tuổi. Sang thương quanh chóp phát hiện nhiều nhất ở răng cửa giữa với 55,6%, răng cửa bên chiếm 38,9% còn lại là răng nanh 5,6%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1 Đặc điểm lâm sàng của sang thương quanh chóp

Đặc điểm lâm sàng		Số lượng (n =36)	Tỷ lệ (%)
Lý do nhập viện	Sung đau	19	52,8
	Dò mủ	11	30,5
	Lung lay	2	5,6
	Phát hiện qua X quang	4	11,1
Nguyên nhân chết tủy	Sâu răng	24	66,7
	Chấn thương	10	27,8
	Khác	2	5,6
Nội nha răng nguyên nhân	Chưa nội nha	27	75,0
	Đã nội nha	9	25,0
Phòng xương	Có	15	41,7
	Không	21	58,3
Dấu hiệu ping pong	Có	9	25,0
	Không	27	75,0

Nhận xét: Bệnh nhân nhập viện chủ yếu vì lý do sung đau chiếm 52,8%. Nguyên nhân chính gây chết tủy là do sâu răng (66,7%), hầu hết răng nguyên nhân chưa được điều trị nội nha (75%). Đa số sang thương (58,3%) sang thương không gây dấu hiệu phòng xương trên lâm sàng, có 75% sang thương không có dấu hiệu pingpong.

Bảng 2 Phân bố dấu hiệu ping pong theo kích thước nang

Kích thước nang	Dấu hiệu pingpong		Tổng	p*
	Có	Không		
< 2cm	2 (8%)	23 (92%)	25 (100%)	< 0,001
2-3cm	5 (55,6%)	4 (44,4)	9 (100%)	
> 3 cm	2 (100%)	0 (0%)	2 (100%)	

*Kiểm định chính xác Fisher.

Nhận xét: Dấu hiệu ping pong ghi nhận ở các nhóm kích thước nang có sự khác biệt. Trong nhóm nang < 2 cm hầu như không ghi nhận dấu hiệu ping pong (92%), trong khi đó ở nhóm nang > 3 cm có 2 trường hợp (100%) ghi nhận dấu hiệu ping pong.

Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3. Đặc điểm sang thương quanh chóp trên phim X-quang

Đặc điểm nang trên phim X-quang		Số lượng (n =36)	Tỷ lệ (%)
Thấu quang	Đồng nhất	33	91,7
	Không đồng nhất	3	8,3
Hình dạng	Tròn	7	19,4
	Bầu dục	29	80,6
Đường viền	Rõ	33	91,7
	Không rõ	3	8,3
Kích thước	< 2cm	25	69,4
	2-3cm	9	25,0
	> 3 cm	2	5,6

Nhận xét: Đặc điểm trên phim X quang của sang thương: Hầu hết sang thương cho hình ảnh đồng nhất 91,7% sang thương đồng nhất. Hình dạng thấu quang trên phim chủ yếu là bầu dục chiếm tỷ lệ 80,6%. Phần lớn sang thương có đường viền cản quang trên phim chiếm 91,7%. Nhóm kích thước nang chủ yếu thuộc nhóm <2cm với tỷ lệ 69,4%.

Kết quả giải phẫu bệnh thu được sau cắt chóp: hầu hết trường hợp là nang quanh chóp với 97,2%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Giới tính và tuổi

Mẫu nghiên cứu gồm có 21 nữ chiếm tỷ lệ 58,3% và 15 nam chiếm tỷ lệ 41,7% (bảng 3.1). Tỷ lệ nam/nữ = 0,7/1. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Lâm Quang Sáng [4] được thực hiện trong thời gian gần nhất (nam/nữ = 0,6/1), và khác biệt so với nghiên cứu của các tác giả Đoàn Thanh Tùng[6], Jones A.V. (2006) [15] đều cho số lượng bệnh nhân nam nhiều hơn nữ, tuy nhiên sự khác biệt về giới này không có ý nghĩa thống kê. Đặc biệt trong nghiên cứu của Jones A.V. (2006) [15] với cỡ mẫu rất lớn 7121 bệnh nhân ($p=0,194$), tác giả khẳng định không có sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh theo giới. Trong nghiên cứu này kết quả số lượng bệnh nhân nữ nhiều hơn nam, điều này có thể do nghiên cứu được tiến hành ở vùng rừng liên quan thẩm mỹ và nữ giới có mối quan tâm nhiều hơn về vấn đề này nên khám chữa bệnh sớm hơn, do đó số lượng phát hiện bệnh ở nữ giới cao hơn nam giới.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân phân bố không đồng đều ở các nhóm tuổi, tuổi nhỏ nhất là 18 tuổi và lớn nhất là 61 tuổi, độ tuổi trung bình $31,89 \pm 13,53$ tuổi. Trong đó, nhóm tuổi < 25 tuổi chiếm nhiều nhất 58,3% (bảng 3.1). Kết quả nghiên cứu tương tự với Lâm Quang Sáng [4], Lê Hoàng Hạnh và cộng sự (2012) [1], Meningaud J. P. và cộng sự (2006) [12]. Có sự trội lên của nhóm bệnh nhân trẻ trong nghiên cứu của chúng tôi có thể là do ở thời điểm hiện nay yếu tố về sự phát triển của các thực phẩm chứa đường đặc biệt là đồ ăn vặt, quán ăn hè phố phục vụ học sinh, sinh viên và người trẻ tuổi đã ảnh hưởng đến tỷ lệ sâu răng. Đây là nhóm tuổi mà giải phẫu ống tủy còn rộng và cao dễ bị tổn hại do sâu răng, bên cạnh đó, việc chưa tự lập được về tài chính nên chưa có mối quan tâm đúng đắn, kịp thời đến vấn đề sức khỏe răng miệng, dẫn đến tình trạng sâu răng, viêm nhiễm lâu ngày làm tăng tỷ lệ hình thành sang thương quanh chóp răng ở nhóm tuổi này.

Đặc điểm lâm sàng

Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi nhập viện điều trị chủ yếu vì sưng đau chiếm tỷ lệ 52,8%, dò mủ 30,5%. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu của Trương Nhựt Khuê (2017) [3] lý do vào viện do sưng đau răng nguyên nhân chiếm 63,3%, Lê Hoàng Hạnh (2012) [1] lý do vào viện do sưng đau chiếm 62,8%. Kết quả nghiên cứu không tương đồng so với nghiên cứu của Tavares DP (2017) [8] triệu chứng sưng chỉ gặp ở 20,4%. Có thể giải thích cho kết quả này vì sang thương quanh chóp là một nhiễm trùng mạn tính không có dấu hiệu lâm sàng rõ rệt nên bệnh nhân chỉ phát hiện và đến khám khi sang thương phát triển lớn gây sưng đau.

Có 24 trường hợp răng nguyên nhân chết tủy do sâu răng chiếm tỷ lệ 66,7%, chấn thương chiếm 27,8% và nguyên nhân khác chiếm 5,6%. Điều này có thể lý giải do ở nước ta nhận thức của người dân tuy đã được cải thiện, nhưng họ vẫn chưa quan tâm đúng mức tới sức khỏe răng miệng. Đặc biệt người dân ở vùng ngoại ô, vùng nông thôn đời sống kinh tế còn nhiều khó khăn, khó tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe răng miệng dẫn tới tỷ lệ

sâu răng chưa điều trị tăng cao hơn so với các nguyên nhân còn lại. Nghiên cứu cũng ghi nhận có 10 trường hợp nguyên nhân chết tủy là do chấn thương chiếm 27,8%. Điều này có thể là do tình hình tại nạn giao thông ở nước ta có xu hướng tăng, cùng với môi trường lao động thiếu an toàn và trang thiết bị bảo hộ, chấn thương khớp cắn gây chết tủy tạo điều kiện thuận lợi để phát triển thành sang thương quanh chóp. Kết quả này tương đồng so với kết quả nghiên cứu tác giả Trương Nhựt Khuê (2017) [3] nguyên nhân chết tủy răng nguyên nhân chủ yếu là chấn thương chiếm 26,7%, Nguyễn Thị Thu Hà (2010) [2] răng nguyên nhân chết tủy do chấn thương chiếm 63,2%.

Có 27 trường hợp răng nguyên nhân chưa được điều trị tủy tại thời điểm phát hiện sang thương chiếm 75%, chỉ có 9 bệnh nhân đã được điều trị tủy răng nguyên nhân chiếm 25%. Kết hợp với kết quả nguyên nhân chết tủy có thể thấy nhận thức của người dân về sâu răng và việc tiếp cận điều trị đúng còn hạn chế, dẫn đến sâu răng tiến triển âm thầm, gây chết tủy viêm nhiễm lâu ngày dẫn đến sang thương quanh chóp, chỉ đến khi răng đổi màu hoặc có biến chứng quanh chóp gây sưng đau, dò mủ thì mới đến các cơ sở y tế khám.

Có 15/36 trường hợp có phòng xương sò thấy trên lâm sàng chiếm 41,7%, Trương Nhựt Khuê (2017) [3] có 28/30 trường hợp phòng xương sò thấy trên lâm sàng 93,3%, Nguyễn Thị Thu Hà (2010) [2] có 31/38 trường hợp phòng xương sò thấy trên lâm sàng 81,6%, Đoàn Thanh Tùng (2011) [6], có 40/45 trường hợp có phòng xương sò thấy trên lâm sàng 88,9%. Sự khác biệt này có thể do số lượng nang kích thước nhỏ < 2cm trong nghiên cứu chúng tôi tương đối lớn chiếm 69,4%, những trường hợp này vẫn có phòng xương nhưng chưa có biểu hiện trên lâm sàng do đó không sờ thấy trên lâm sàng.

Trong số 15/36 trường hợp có phòng xương thì chỉ có 9/36 trường hợp có dấu hiệu ping pong chiếm 25%, tương tự kết quả của Trương Nhựt Khuê (2017) [3], Lâm Quang Sáng [4] dấu hiệu ping pong chiếm 25%, nhưng lại thấp hơn nghiên cứu của các tác giả: Đoàn Thanh Tùng (2011) [6] dấu hiệu ping pong chiếm 46,7%, Lê Hoàng Hạnh (2012) [1] ping pong chiếm 37,1%. Có lẽ có sự khác biệt trên là do thời điểm nghiên cứu của chúng tôi cách thời điểm nghiên cứu của Đoàn Thanh Tùng và Lê Hoàng Hạnh khoảng 5 năm, ở thời điểm hiện tại chất lượng cuộc sống và mức độ quan tâm sức khỏe răng miệng của người dân đã được cải thiện, hệ thống y tế tiên bộ hơn nên bệnh nhân đến khám sớm hơn, kích thước nang nhỏ hơn, vì thế ít có dấu hiệu ping pong hơn. Trong nghiên cứu chúng tôi có sự khác biệt về dấu hiệu ping pong ghi nhận ở các nhóm kích thước nang khác nhau, ở nhóm nang có kích thước càng lớn thì dấu ping pong càng thể hiện rõ và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,001$). Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Lâm Quang Sáng (2020) [4].

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Đa số sang thương trong nghiên cứu có biểu hiện trên X-quang là vùng thấu quang đồng nhất 91,7%, tương tự Mohammad Kamrujjaman (2015) [10], Kavita Rao (2011) [13]. Trong nghiên cứu này cũng nhận thấy thấu quang hình bầu dục chiếm 80,6, 91,7% có đường viền rõ, kết quả này tương tự nghiên cứu Banu Gurkan Koseoglu (2004) [7] nang chủ yếu có dạng bầu dục hay tròn, đường viền rõ.

Kết quả giải phẫu bệnh của sang thương quanh chóp được lấy từ 36 trường hợp: nang quanh chóp chiếm 97,2%, còn lại 2,8% là u hạt quanh chóp.

V. KẾT LUẬN

Sang thương quang chóp ở vùng răng trước thường gặp ở răng cửa giữa (55,6%) với

lý do nhập viện chủ yếu của bệnh nhân là sưng đau vùng răng nguyên nhân (52,8%). Đa số răng nguyên nhân chết tủy là do sâu răng với tỷ lệ 66,7%, và phần lớn chưa được điều trị nội nha (75%). Bệnh nhân ít có biểu hiện triệu chứng lâm sàng phỏng xương (41,7%) và dấu ping pong (25%). Hình ảnh sang thương quanh chóp trên phim X quang chủ yếu có dạng thấu quang đồng nhất (91,7%), hình bầu dục (80,6%) và đường viền cản quang rõ nét (91,7%). Phần lớn sang thương cho kết quả giải phẫu bệnh là nang quanh chóp (97,2%). Nắm vững các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của sang thương quanh chóp sẽ giúp chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời cho kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Hoàng Hạnh (2012), Đặc điểm lâm sàng, X-quang và điều trị của nang xương hàm do răng tại Bệnh viện Đa Khoa Trung tâm Tiền Giang, *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*.16(4), tr. 221-226.
2. 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 sĩ y học*, Trường Đại Học Y Hà Nội.
3. Trương Nhật Khuê và cộng sự (2017), Đánh giá kết quả điều trị nang xương hàm do răng tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*.(8), tr. 93-101.
4. Lâm Quang Sáng (2020), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật cắt chóp trám ngược với Mineral Trioxide Aggregate ở bệnh nhân có nang quanh chóp ở răng của hàm trên tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, năm 2018-2020, *Luận văn Bác sĩ nội trú*, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
5. Lê Văn Sơn (2013), Nang xương hàm, Bệnh lý và phẫu thuật hàm mặt tập 2, Viện Đào Tạo Răng Hàm Mặt, trường Đại Học Y Dược Hà Nội, NXB Giáo Dục Việt Nam, tr. 15-31.
6. Đoàn Thanh Tùng (2011), Nhận xét lâm sàng, hình ảnh X-quang, giải phẫu bệnh và đánh giá kết quả phẫu thuật nang thân răng, *Luận văn thạc sĩ y học*, Đại học Y Hà Nội.
7. Saima Akram, Naghma (2013), Prevalence of Odontogenic Cyst and Tumors in Karachi, Pakistan, *J Dow Uni Health Sci*. 7(1), pp. 20-24.
8. Tavares DP, Rodrigues JT, Dos Santos TC, Armada L, Pires FR. (2017), Clinical and radiological analysis of a series of periapical cysts and periapical granulomas diagnosed in a Brazilian population, *J Clin Exp Dent*. 9(1), pp. 129-135.
9. Braz-Silva PH, Bergamini ML, Mardegan AP, De Rosa CS, Hasseus B, Jonasson P. (2019) Inflammatory profile of chronic apical periodontitis: a literature review, *Acta Odontol Scand*. 77(3), pp. 173-180.
10. Mohammad Kamrujjaman, Sajid Hasan (2015), Clinicopathological Evaluation of Odontogenic Jaw Cysts, *Updat Dent. Coll. J*, 5(2), pp. 30-39.
11. Karamifar K, Tondari A, Saghiri MA. (2020), Endodontic Periapical Lesion: An Overview on the Etiology, Diagnosis and Current Treatment Modalities, *Eur Endod J*. 5(2), pp.54-67.
12. Meningaud Jean Paul, Nicoleta Oprean (2006), Odontogenic cyst: a clinical study of 695 cases, *J Oral Sci*, 48(2), pp. 59-62.
13. Kavita Rao, Smitha (2011), Clinicopathological study of 100 Odontogenic cysts reported at V S Dental College - A Retrospective Study, *J Adv Dental Research*, 2(1), pp.51-57.
14. Silvia Tortorici (2008), Prevalence and distribution of odontogenic cysts in Sicily: 1986 - 2005, *J Oral Sci*, 50(1), pp. 15 -18.
15. Jones A.V., Craig G.T. and Franklin C.D. (2006) Range and demographics of odontogenic cysts diagnosed in UK population over a 30-year period, *J Oral Pathol Med*, 35, pp. 500-507.

(Ngày nhận bài: 02/8/2021 - Ngày duyệt đăng: 11/9/2021)