

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ TỦY RĂNG HÀM SỮA BẰNG FILE MÁY NỘI NHA**Đỗ Minh Hương¹, Lê Thị Hòa¹****TÓM TẮT**

Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh thực hiện trên 30 răng hàm sữa của 22 bệnh nhân từ 4 – 8 tuổi nhằm đánh giá kết quả lâm sàng điều trị tủy răng hàm sữa có sử dụng file máy nội nha nhi khoa. Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng: Tỷ lệ bệnh lý răng điều trị theo thứ tự từ cao xuống thấp là: Viêm tủy răng không hồi phục (33%), viêm quanh cuống cấp tính (30%), viêm quanh cuống mạn tính (24%), tủy hoại tử (13%). File máy nội nha nhi khoa sử dụng khi kết thúc tạo hình ống tủy là: 88% file cán đỏ, 12% file cán xanh. Tỷ lệ điều trị tủy răng hàm sữa thành công ngay sau điều trị là 90%, sau 3 tháng là 76.7%. Sử dụng file máy nội nha nhi khoa trong điều trị tủy răng hàm sữa cho kết quả lâm sàng cao, nên được sử dụng rộng rãi trên lâm sàng.

Từ khóa: Răng hàm sữa, bệnh lý tủy răng, file máy nội nha.

SUMMARY**CLINICAL RESULTS OF ROOT CANAL TREATMENT FOR PRIMARY MOLARS USING ROTARY FILES**

The case series was conducted on 30 primary molars of 22 children aging from 4 to 8. The objective of this research was to evaluate the clinical results of root canal treatment for primary molars using rotary files. The results showed that the prevalence of pulpal diagnosis: 33% irrecoverable pulpitis, 30% acute periapical inflammation, 24% chronic periapical inflammation, 13% pulpar necrosis. Pediatric endodontic files used at the end of the canal preparation were 88% of red rolling files and 12% of green rolling files. The success prevalence of primary molar treatment immediately after treatment was 90% and the percentage of this after 3 months was 76.7%. The use of pediatric endodontic files in the treatment of primary molar has had high clinical results, thus, it should be widely used in clinical practice.

Keywords: Primary molars, pulpal diagnosis, endodontic file.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nội nha nhi khoa là một phần không thể thiếu trong thực hành nha khoa nhằm mục đích bảo tồn, duy trì chức năng của răng sữa trên cung hàm. Tuy nhiên việc điều trị tủy răng sữa là một trong các thách thức lớn cho các nhà lâm sàng do đặc điểm tâm lý – hành vi của trẻ nhỏ cũng như đặc điểm giải phẫu, bệnh lý răng sữa.

Vi khuẩn đóng một vai trò quan trọng trong

sự khởi đầu và duy trì bệnh lý tủy răng. Mục tiêu chính khi làm sạch và tạo hình hệ thống ống tủy là loại bỏ mô nhiễm khuẩn và vi khuẩn, tạo đường cho việc bơm rửa ống tủy. Do đó, sự thành công của phẫu thuật điều trị tủy chân phụ thuộc lớn vào việc loại bỏ mô tủy nhiễm khuẩn và tạo hình ống tủy.

Ngày nay, hiệu quả của điều trị nội nha răng vĩnh viễn bằng file máy đã được khẳng định: Giúp tạo hình, làm sạch ống tủy và đặc biệt giảm thời gian sửa soạn ống tủy so với file bằng tay. Trên thế giới, việc ứng dụng hệ thống file máy trong nội nha răng sữa được thực hiện từ đầu thế kỷ 21. Jeevanandan G (2017) nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng mù đôi trên răng hàm sữa trẻ em từ 4-7 tuổi bị tủy hoại tử nhận thấy sử dụng file máy Kedo-S giúp giảm thời gian và tăng chất lượng điều trị [1].

Tuy nhiên, tại Việt Nam phương pháp điều trị nội nha răng sữa vẫn chưa được phổ biến và chưa có nhiều nghiên cứu về lĩnh vực này. Để đóng góp các bằng chứng khoa học về hiệu quả của file máy trong nội nha răng sữa, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: Đánh giá kết quả lâm sàng điều trị tủy răng hàm sữa có sử dụng file máy nội nha nhi khoa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu: Răng hàm sữa ở bệnh nhân dưới 12 tuổi có chỉ định điều trị tủy toàn phần năm 2019.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Răng hàm sữa được chỉ định điều trị tủy toàn phần, trẻ hợp tác và có xác nhận đồng ý tham gia nghiên cứu của phụ huynh.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Răng đã điều trị tủy, bệnh nhân không tuân thủ theo phác đồ điều trị và tái khám.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả chùm ca bệnh

- **Cỡ mẫu, chọn mẫu:** Nghiên cứu được tiến hành trên 30 răng của 22 bệnh nhân từ 4 – 8 tuổi theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

- **Phác đồ điều trị:** Điều trị tủy toàn phần nhiều thì

Mở tủy. Tạo hình ống tủy có sử dụng hệ thống file Ni-Ti nội nha có chiều dài 16mm với độ xoắn 6% và đầu file không có tác dụng cắt thiết kế riêng cho răng sữa, trong đó: File cán đỏ có kích thước đầu file 0.25mm; File cán xanh có kích thước đầu file là 0.30mm. Sát khuẩn ống tủy. Hàn kín ống tủy bằng Zinc Oxide-eugenol

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Minh Hương

Email: ashrose_tn@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 14/12/2019

Ngày phản biện khoa học: 24/12/2019

Ngày duyệt bài: 28/1/2020

paste (ZOE past). Phục hình thân răng.

- Biện số, chỉ số nghiên cứu

+ Chỉ tiêu nghiên cứu: Tiêu chuẩn đánh giá điều trị tủy thành công trên lâm sàng [2]: Không sưng nề hoặc áp xe vùng lợi tương ứng; Không có lỗ dò, chảy mủ - dịch vùng lợi tương ứng; Không lung lay răng hơn mức lung lay bình thường; Không đau sau điều trị.

+ Biến số nghiên cứu: bệnh lý tủy răng mắc phải, số lượng ống tủy, kết quả điều trị ngay sau điều trị và sau 3 tháng, tai biến trong quá trình điều trị.

- **Kỹ thuật thu thập số liệu:** Khám lâm sàng bệnh nhân và thu thập dữ liệu từ bệnh án điều trị được thực hiện bởi nghiên cứu viên.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu được thu thập và phân tích bằng phương pháp thống kê y học.

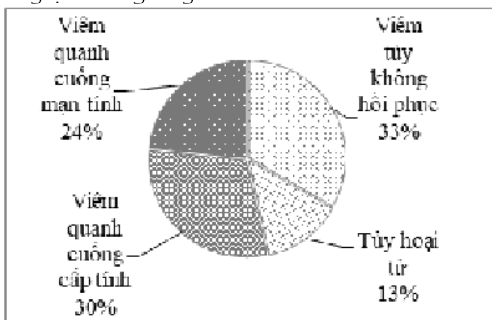
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 30 răng hàm sữa (10 răng hàm sữa thứ nhất và 20 răng hàm sữa thứ 2) của 22 trẻ từ 4 – 8 tuổi thu được kết quả:

Bảng 1. Triệu chứng trước điều trị

Triệu chứng	N	%
Răng đã hàn	7	23.3
Đau	23	76.7
Đổi màu răng	2	6.7
Hở tủy	13	43.3
Thứ tủy âm tính	19	63.3
Gõ đau	21	70.0
Lung lay răng bệnh lý	13	43.3
Sưng nề, áp xe vùng lợi tương ứng	10	33.3
Lỗ dò	5	20.0

Nhận xét: Trước điều trị, triệu chứng đau là phổ biến nhất (76.7%). Khoảng 1/3 răng có sưng nề, áp xe và 1/5 răng có xuất hiện lỗ dò vùng lợi tương ứng.



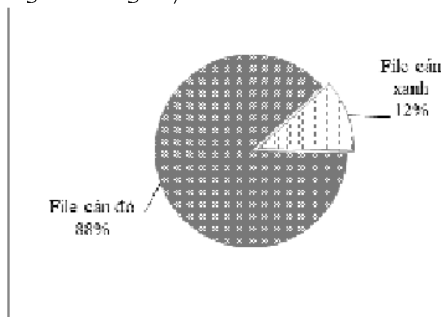
Biểu đồ 1. Chẩn đoán xác định

Nhận xét: Răng được chẩn đoán mắc viêm tủy không hồi phục có tỷ lệ cao nhất (33%), răng được chẩn đoán tủy hoại tử có tỷ lệ thấp nhất (13%).

Bảng 2. Số lượng ống tủy

Số lượng ống tủy	3 ống		4 ống	
	n	%	n	%
Răng hàm sữa thứ nhất hàm trên	5	100	0	0
Răng hàm sữa thứ nhất hàm dưới	5	100	0	0
Răng hàm sữa thứ hai hàm trên	6	100	0	0
Răng hàm sữa thứ hai hàm dưới	5	35.7	9	64.3

Nhận xét: 100% răng hàm sữa thứ nhất và răng hàm sữa hàm trên có 3 ống tủy. Răng hàm sữa thứ hai có 35.7% răng có 3 ống tủy, 64.3% răng có 4 ống tủy.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ file tạo hình kết thúc

Nhận xét: File kết thúc tạo hình ống tủy phần lớn là file cán đỏ (88%), một phần nhỏ file kết thúc tạo hình là file cán xanh (12%).

Bảng 3. Kết quả điều trị

Triệu chứng lâm sàng	Ngay sau điều trị		Sau 3 tháng điều trị	
	n	%	n	%
Đau	0	0	2	6.7
Sưng vùng lợi tương ứng	0	0	6	20.0
Lỗ dò	3	10.0	1	3.3
Lung lay răng bệnh lý	0	0	3	10.0
Thành công	27	90.0	23	76.7

Nhận xét: Ngay sau điều trị: 100% bệnh nhân không đau, không sưng vùng lợi tương ứng, không lung lay răng bệnh lý; 90% răng được đánh giá là thành công. Sau 3 tháng điều trị: tỷ lệ điều trị thành công là 76.7%, 01 răng hàm sữa thứ hai hàm dưới ở trẻ 7 tuổi có lỗ dò ngay sau điều trị và khám lại sau 3 tháng vẫn còn lỗ dò đã được tư vấn, điều trị nhổ răng và làm hàm giữ khoảng.

IV. BÀN LUẬN

Trước điều trị, triệu chứng đau là phổ biến nhất (76.7%), khoảng 1/3 răng có sưng nề, áp

xe và 1/5 răng có xuất hiện lỗ dò vùng lợi tương ứng (Bảng 1). Răng được chẩn đoán mắc viêm tủy không hồi phục có tỉ lệ cao nhất (33%), răng được chẩn đoán tủy hoại tử có tỉ lệ thấp nhất (13%) (Biểu đồ 2). Thực tế nghiên cứu cho thấy, trẻ chủ yếu được đưa đến điều trị răng khi đang có biểu hiện cấp tính như đau, sưng nề vùng lợi tương ứng ảnh hưởng đến ăn nhai, sinh hoạt. Điều này có thể do nhận thức của một số phụ huynh về vai trò của răng sữa chưa cao. Bên cạnh đó, trở ngại tâm lý của lứa tuổi nhỏ này cũng là nguyên nhân khiến việc bắt đầu điều trị thực thụ gặp nhiều khó khăn cho nên trẻ đã không được điều trị ở các giai đoạn sớm hơn.

Đánh giá về kết quả điều trị: ngay sau điều trị không có trẻ nào bị đau, sưng vùng lợi tương ứng, lung lay răng bệnh lý; tuy nhiên có 3 răng vẫn còn lỗ dò. Sau 3 tháng, chỉ còn có 1 trẻ có lỗ dò ở vùng lợi tương ứng nhưng các tiêu chí đánh giá khác có sự giảm tỉ lệ (2 răng bị đau, 6 răng bị sưng nề vùng lợi tương ứng, 3 răng xuất hiện lung lay bệnh lý). Tỷ lệ thành công sau ngay sau điều trị là 90%, sau 3 tháng là 76.7% (Bảng 3). Tỉ lệ thành công sau 3 tháng trong nghiên cứu này tương đương với nghiên cứu của Moskovitz M.: tỉ lệ điều trị tủy răng hàm sữa thành công sau 6 tháng là 82%, trong đó phục hồi răng sau điều trị bằng chụp thép có tỉ lệ thành công cao hơn so với phục hồi răng bằng chất hàn thông thường (khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$) [3]. Việc sử dụng file máy nội nha nhi khoa trong điều trị tủy răng sữa nâng cao hiệu quả điều trị cũng được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu. Deshpande đánh giá kết quả điều trị tủy răng hàm sữa trên phim cắt lớp hình nón nhân thấy: 36.7% ống tủy được hàn kín ở nhóm tạo hình bằng dụng cụ cầm tay, 70% chân răng được hàn kín ở nhóm sử dụng file máy, 100% chân răng được hàn kín bằng dụng cụ cầm tay kết hợp với file máy [4]. George nghiên cứu tổng quan thấy rằng việc sử dụng file máy trong nội nha nhi khoa kết hợp với dụng cụ cầm tay và bơm rửa ống tủy dung dịch chứa NaOCl có kiểm soát chiều dài làm việc nên được khuyến khích vì đem lại hiệu quả cao [5].

Trong nghiên cứu, sự giảm tỉ lệ thành công theo thời gian được giải thích do nhiều nguyên nhân: do điều trị trên lâm sàng cho lứa tuổi trẻ nhỏ, mức độ hợp tác chưa cao nên chưa cách ly tuyệt đối được răng và môi trường miệng; do phục hồi thân răng sau điều trị chủ yếu là bằng chất hàn thông thường, không nhiều phụ huynh lựa chọn phục hình chụp thép sau điều trị hoặc thân răng sau điều trị tủy còn lại quá ngắn –

không thể làm chụp thép. Bên cạnh đó, tình trạng bệnh lý răng trước khi điều trị cũng ảnh hưởng lớn đến kết quả điều trị, các răng thất bại sau điều trị chủ yếu là răng ban đầu có lỗ dò, sưng nề vùng lợi tương ứng răng hoặc thậm chí răng có biến chứng viêm mô tế bào.

Ở nghiên cứu này, quá trình điều trị không gặp các tai biến: thủng sàn, gãy file, nứt vỡ chân răng, tạo khắc hoặc thủng ống tủy. Tuy nhiên, trong một số các nghiên cứu khác các tác giả đã cho thấy: sử dụng file máy trong nội nha răng sữa cho kết quả cao, giảm thời gian điều trị xuống 3 lần, nhưng thất bại gãy file đã được ghi nhận [5].

Trong nghiên cứu này, việc sử dụng file máy nội nha nhi khoa cũng đem lại kết quả cao trong điều trị. Tuy nhiên, nghiên cứu chưa thống kê được thời gian tạo hình ống tủy khi sử dụng file máy, chưa đánh giá được hiệu quả điều trị tủy trên phim X-quang, thời gian nghiên cứu cũng chưa dài. Vì vậy, cần có những nghiên cứu với quy mô lớn và sâu hơn về chủ đề này để có các khuyến cáo lâm sàng chi tiết hơn.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ bệnh lý tủy mắc phải theo thứ tự từ cao xuống thấp là: Viêm tủy răng không hồi phục (33%), viêm quanh cuống cấp tính (30%), viêm quanh cuống mạn tính (24%), tủy hoại tử (13%).

File máy nội nha nhi khoa sử dụng khi kết thúc tạo hình ống tủy là: File cán đỏ là 88%, file cán xanh là 12%.

Tỉ lệ điều trị tủy răng hàm sữa thành công ngay sau điều trị là 90%, sau 3 tháng là 76.7%

Khuyến nghị. Sử dụng file máy nội nha nhi khoa trong điều trị tủy răng sữa cho kết quả điều trị cao, nên được sử dụng rộng rãi trên lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jeevanandan G, Kedo-S Paediatric Rotary Files for Root Canal Preparation in Primary Teeth - Case Report.** Journal of clinical and diagnostic research. 2017;11(3):ZR03-ZR5.
2. **Sadrian R, Coll JA.** A long-term followup on the retention rate of zinc oxide eugenol filler after primary tooth pulpectomy. Pediatric dentistry. 1993;15(4):249-53.
3. **Moskovitz M, Sammara E, Holan G.** Success rate of root canal treatment in primary molars. Journal of dentistry. 2005;33(1):41-7.
4. **Deshpande, A.N., N.H. Joshi, and K.S. Naik.** In Vitro Comparative Evaluation of Cleaning Efficacy and Volumetric Filling in Primary Molars: Cone Beam Computed Tomography Evaluation. Contemp Clin Dent, 2017. 8(1): 33-37.
5. **George, S., et al.,** Rotary endodontics in primary teeth - A review. Saudi Dent J, 2016. 28(1): 12-7.

ĐẶC ĐIỂM KÍCH THƯỚC TUYẾN GIÁP TRÊN SIÊU ÂM Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thị Bình¹, Nguyễn Thị Hoa¹, Nguyễn Thị Sinh¹,
Hoàng Duy Tường¹, Đoàn Thị Nguyệt Linh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh một số chỉ số trung bình về kích thước siêu âm tuyến giáp: chiều dài, chiều rộng, bề dày tuyến giáp, thể tích tuyến giáp của người trưởng thành không mắc các bệnh lý tuyến giáp với người trưởng thành có bệnh lý tuyến giáp đến khám tại Bệnh viện trường Đại học y khoa Thái Nguyên. **Đối tượng nghiên cứu và phương pháp:** Tiến hành siêu âm đo kích thước tuyến giáp: chiều dài, chiều rộng, chiều dày, eo tuyến giáp và tính thể tích tuyến giáp cho 200 bệnh nhân trong đó: 100 người khỏe mạnh, không có bướu cổ, không mắc các bệnh cấp hoặc mãn tính về tuyến giáp và 100 bệnh nhân có các bệnh lý về tuyến giáp như nang keo, nhân hỗn hợp, Basedow... **Kết quả nghiên cứu:** trên 100 bệnh nhân (11 nam và 89 nữ) có bệnh lý tuyến giáp bằng siêu âm đã xác định được kích thước tuyến giáp: thể tích thùy phải trung bình 6,70±7,72cm, thùy trái trung bình 5,20±5,19cm, eo 0,34±0,12cm thể tích trung bình cả hai thùy 11,88±11,80cm. Trên 100 bệnh nhân (41 nam và 59 nữ) không có bệnh lý tuyến giáp bằng siêu âm đã xác định được kích thước tuyến giáp: thể tích thùy phải trung bình 3,19±1,44 cm, thùy trái trung bình 2,92±1,66cm, eo 0,27±0,10cm, thể tích trung bình cả hai thùy 6,01±2,96cm. **Kết luận:** Giữa nhóm chứng và nhóm bệnh thì kích thước tuyến giáp ở nhóm bệnh cao gấp 2 lần nhưng để rõ ràng hơn nữa thì cần tách biệt nhóm chứng ra thành các bệnh lý cụ thể như so sánh kích thước tuyến giáp ở bệnh nhân bình thường với bệnh nhân bị Basedow, nang keo, nhân và u tuyến giáp... vì không phải cứ có bệnh lý ở tuyến giáp thì kích thước tuyến sẽ thay đổi.

Từ khóa: Tuyến giáp, thể tích tuyến giáp.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF THE SIZE OF THYROID GLAND BY ULTRASONOGRAPHY IN ADULTS VISITING AT HOSPITAL OF THAI NGUYEN MEDICAL UNIVERSITY

Objectives: To compare some average indicators of thyroid gland sizes on ultrasound examination such as length, width, thickness, and volume of thyroid gland on adults without thyroid diseases with adults with Thyroid disease at Hospital of Thai Nguyen Medical University. **Research subjects and methods:** an ultrasound examination was conducted

to measure length, width, thickness and isthmus of thyroid gland and to calculate the thyroid volume for 200 patients in which, there are 100 healthy people without goiter, acute or chronic thyroid diseases and 100 patients with thyroid diseases such as colloid cysts, mixed nodules, Basedow, etc. **Research results:** the thyroid size of 100 patients (11 men and 89 women) with thyroid pathology detected by ultrasound showed that average volume of right lobe, left lobe, isthmus and both lobes were 6.70 ± 7.72cm, 5.20 ± 5.19cm, 0.34 ± 0.12cm and 11.88 ± 11.80cm, respectively. Thyroid size of 100 people (41 men and 59 women) without thyroid diseases detected showed average volume of right lobe, left lobe, isthmus and both lobes were 3.19 ± 1.44cm, 2.92 ± 1.66cm, 0.27 ± 0.10cm and 6.01 ± 2.96cm, respectively. **Conclusion:** Thus, the thyroid size of the disease group is nearly 2 times higher than that of the control group. However, in order to further clarity it is necessary to separate the control group into specific pathologies such as comparing the size of the thyroid gland of normal patients with patients with Basedow, cysts, nodules and thyroid tumors, etc., because it is not every pathological condition of the thyroid gland, the size of the gland will change.

Key words: Thyroid gland, thyroid volume

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuyến giáp là một tuyến nội tiết nằm ở vùng cổ trước, bên dưới xương móng, có hình chữ H hay giống con bướm, gồm hai thùy phải và trái, kết nối với nhau qua phần eo tuyến giáp. Mỗi thùy tuyến có hình tháp, gồm 3 mặt là mặt trước- ngoài, mặt trong và mặt sau, nằm dọc hai bên của thanh quản, khí quản. Tuyến giáp tiết ra nội tiết tố giáp có tác dụng điều hòa chuyển hóa năng lượng, sự tăng trưởng cơ thể, sự phát triển hệ thần kinh.

Ngày nay các bệnh lý về tuyến giáp rất phổ biến ở Việt Nam. Theo Thống kê của Bộ Y tế (1980-1985), số người mắc bệnh tuyến giáp ở miền núi phía Bắc chiếm tỷ lệ 30-40% trong nhân dân, có nơi tới 80%. Ở đồng bằng phía Bắc khoảng 6% người mắc bệnh tuyến giáp. Ở đồng bằng sông Cửu Long tỷ lệ người mắc bệnh tuyến giáp là 20-22%. Hằng năm có khoảng 115.000 người được khám và chữa bệnh về tuyến giáp. Bệnh lý về tuyến giáp có rất nhiều loại khác nhau và kích thước tuyến giáp có thể bình thường hoặc tăng hoặc giảm [2].

Thăm khám lâm sàng có thể đánh giá sơ bộ

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Bình

Email:nguyenbinhytdn@gmail.com

Ngày nhận bài: 24/12/2019

Ngày phản biện khoa học: 18/1/2020

Ngày duyệt bài: 29/1/2020