

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TUY RĂNG CỎI LỚN THỨ HAI
HÀM DƯỚI CÓ HỆ THỐNG OT CHỮ C**

Nguyễn Hồng Lợi¹, Nguyễn Việt Cửu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị tuỷ răng cối lớn thứ hai hàm dưới (RCLT2HD) có hệ thống ống tuỷ (OT) chữ C tại Trung tâm Răng hàm mặt, Bệnh viện Trung ương Huế. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, tiến cứu, có can thiệp lâm sàng trên 32 bệnh nhân (BN) với RCLT2HD có OT hình chữ C được chẩn đoán viêm tuỷ không hồi phục đến khám và điều trị tại Trung tâm Răng hàm mặt - Bệnh viện Trung ương Huế từ 5/2020 - 5/2021. **Kết quả:** Hình dạng miệng OT hay gặp nhất là dạng C1, chiếm 65,6%. Kết quả hàn OT: 96,9% tốt, 3,1% trung bình, không có kết quả kém. Tai biến gãy dụng cụ chiếm 3,1%. Kết quả theo dõi điều trị: Sau điều trị 1 tháng, kết quả thành công chiếm 96,9%. Sau điều trị 3 tháng, tỷ lệ điều trị thành công chiếm 100%. **Kết luận:** Hệ thống ống tuỷ chữ C hay gặp nhất là dạng C1. Kết quả hàn kín hệ thống OT chữ C bước đầu cho kết quả tốt, khả quan. Những tai biến chủ yếu xảy ra trong khi tạo hình OT hình chữ C cho thấy sự phức tạp của hệ thống OT và dạng OT hẹp rất dễ gây kẹt và gãy trám.

* *Từ khóa:* Hệ thống ống tuỷ chữ C; Răng cối lớn thứ hai hàm dưới.

**EVALUATION OF ENDODONTIC TREATMENT OF MANDIBULAR
SECOND MOLARS WITH C-SHAPED CANAL SYSTEM**

Summary

Objectives: To evaluate the treatment results of irreversible pulpitis in mandibular second molars with C-shaped canals at the Odonto-Stomatology Center, Hue Central Hospital. **Subjects and methods:** A prospective, descriptive study with the clinical intervention was conducted on 32 patients with mandibular second molars with C-shaped canals, which were diagnosed with irreversible pulpitis at the Odonto-Stomatology Center, Hue Central Hospital,

¹Trung tâm Răng hàm mặt, Bệnh viện Trung ương Huế

Người phản hồi: Nguyễn Hồng Lợi (drloivietnam@yahoo.com.vn)

Ngày nhận bài: 07/3/2022

Ngày được chấp nhận đăng: 22/3/2022

from May 2020 to May 2021. **Results:** The most frequent configuration in the coronal third was C1, accounting for 65.6%. Root canal sealing results: 96.9% excellent, 3.1% good, no poor outcome. Failures caused by fractured instruments made up 3.1%. Results of follow-up treatment: The success rate after 1 month and 3 months accounted for 96.9% and 100%, respectively. **Conclusion:** The most common C-shaped canal system in mandibular second molars was the C1 form. The initial sealing results of the C-shaped canal system gave excellent results. But failures mainly occurred during the shaping step. This is due to the narrowness and complexity of the canal system, which is prone to cause jamming and breaking endodontic files.

* *Keywords:* C-shaped canal system; Mandibular second molars.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, việc điều trị nội nha ở răng có hệ thống hình chữ C còn nhiều tranh luận và các kết quả nghiên cứu điều trị còn rất ít. Người ta thấy rằng có nhiều trở ngại khi tiến hành điều trị nội nha ở các răng này so với các răng có hệ thống OT thông thường dẫn đến thất bại [1]. Trong số các nguyên nhân dẫn đến điều trị nội nha thất bại ở những răng có hệ thống OT chữ C, thường gặp nhất là thủng OT và phần eo thắt nối giữa các OT.

Ngoài ra, nhiều báo cáo cho thấy hệ thống OT chữ C hiện diện với tỷ lệ cao ở RCT2HD, và hơn 70% có sự đối xứng ở cả hai bên [2]. Những khác biệt về chủng tộc và giới tính được các nhà nội nha quan tâm, nhằm góp phần nâng cao hiệu quả chất lượng điều trị. Người ta thấy rằng biến thể hệ thống OT chữ C phổ biến ở người châu Á hơn người da trắng, theo báo cáo khoảng 2,7 - 8%

ở người Mỹ và 31,5% ở người Trung Quốc. Mặc dù đã có nhiều các nghiên cứu về đặc điểm giải phẫu hệ thống OT cũng như hiệu quả điều trị trên lâm sàng, nhưng những nghiên cứu biến thể hệ thống OT, đặc biệt hình chữ C ở các RCLT2HD còn khá ít. Trong khi đây là một trong những răng đóng vai trò quan trọng trong quá trình ăn nhai, thẩm mỹ các tầng mặt. Răng này lại hay sâu mặt xa do biến chứng của răng cối lớn thứ ba hàm dưới mọc lệch, rất dễ dẫn đến tổn thương tủy răng, nên nhu cầu điều trị nội nha cao hơn các răng khác, lại nằm ở vị trí sâu trong cung hàm, khó đưa dụng cụ điều trị vào. Do đó, để đạt hiệu quả cuối cùng cao trong điều trị nội nha ở những răng này vẫn là một thách thức rất lớn với các bác sĩ nha khoa. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm: *Xác định kết quả điều trị tủy RCLT2HD có hệ thống OT chữ C tại Trung tâm Răng hàm mặt, Bệnh viện Trung ương Huế.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện ở BN với RCLT2HD có OT hình chữ C được chẩn đoán viêm tủy không hồi phục đến khám và điều trị tại Khoa Nha Tổng quát - Trung tâm Răng hàm mặt, Bệnh viện Trung ương Huế từ 5/2020 - 5/2021.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn*: (1) BN có RCLT2HD có miệng OT hình chữ C được chẩn đoán viêm tủy không hồi phục, có chỉ định điều trị nội nha không phẫu thuật; (2) Răng đã đóng kín chóp; (3) Răng có chân răng không dị dạng; (4) Những răng còn khả năng phục hồi chức năng ăn nhai và thẩm mỹ; (5) BN có đủ sức khỏe và có nhu cầu chữa răng.

* *Tiêu chuẩn loại trừ*: (1) BN mắc một trong các bệnh toàn thân như suy tim, viêm thận mạn tính, đái tháo đường ở giai đoạn nặng, tâm thần...; (2) Những răng bị nứt dọc, chân răng dị dạng; (3) Răng có bệnh lý vùng quanh chóp.

2. Phương pháp nghiên cứu

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

Chọn mẫu: Mẫu ngẫu nhiên, thuận tiện. Cỡ mẫu: $n = 32$.

* *Phương tiện và vật liệu nghiên cứu*:

- Máy chụp phim kỹ thuật số tại Trung tâm Răng hàm mặt, Bệnh viện Trung ương Huế.

- Dụng cụ chung: Ghế máy nha khoa, đèn đọc phim, Syringe gây tê, đèn cồn.

- Dụng cụ khám và điều trị nội nha:
Bộ dụng cụ khám răng: Gương, kẹp gấp, thám trâm. Tay khoan high speed, mũi khoan mở tủy, tay khoan low speed. Máy đo chiều dài OT: Propex II-Densly. Máy nội nha X-Smart cùng bộ trâm máy Protaper (Densply). Trâm gai, bộ nong dũa tay K file, H file, C file, lentulo, bộ lèn ngang (Mani). Thước đo chiều dài OT, bơm kim tiêm súc rửa OT. Kính lúp nha khoa độ phóng đại 3X. Đầu nội nha siêu âm.

- Vật liệu: Thuốc tê. Bôi trơn ống tủy Glyde (EDTA) của hãng Dentsply, dung dịch NaOCl 3%. Côn gutta percha chính, côn phụ. Côn giấy của hãng Densply. Vật liệu phục hồi thân răng: Glassionomercement (GIC), Composite. Xi măng trám bít ADSEAL resin.

* *Quy trình điều trị*: Tủy răng có OT hình chữ C theo Fernades.

- Đầu tiên dùng một K file số 08 hoặc số 10 có độ xoắn 2% để dò tìm, thông và tạo đường trượt các OT chính. Sử dụng kính phóng đại để tìm hết các OT.

- Xác định chiều dài làm việc của OT chính bằng phim X-quang cận chóp và kiểm tra lại bằng máy đo chiều dài OT.

- Tiếp tục sửa soạn các OT chính đến hết chiều dài làm việc cho đến trâm K file số 15 hoặc 20. Đối với những OT cong có thể sử dụng C file/H file để dễ đi xuống.

- Sử dụng K file số 8 bề cong đầu rà dọc theo vách các OT chính để tìm các OT phụ, các nhánh nối ngang. Phần nối giữa 2 chân răng thường rất mỏng nên cần cẩn thận khi sửa soạn tránh gây thủng.

- Có thể sử dụng thuốc tê bôi vào mô tủy để giảm đau trong trường hợp BN đau do còn sót tủy trong quá trình tạo hình OT.

- Việc sửa soạn OT chủ yếu là dụng cụ cầm tay, dụng cụ quay chỉ nên dùng ở 1/3- 2/3 trên để tạo độ thuận và tạo thuận lợi cho việc trám bít OT.

- Luôn sử dụng kết hợp EDTA bôi trơn và dung dịch NaOCl 3% bơm rửa trong quá trình sửa soạn, dùng đầu siêu

âm nội nha đưa xuống rung kết hợp với bơm rửa nhiều lần bằng NaOCl để loại bỏ mô tủy hoặc mảnh vụn ở những vị trí mà dụng cụ nội nha không chạm tới được.

- Với OT hình chữ C nên đặt Ca(OH)_2 , theo dõi khi nào BN hết đau thì trám bít OT.

- Thử côn. Trám bít hệ thống OT với kỹ thuật lèn ngang phối hợp với lèn dọc (lèn ngang được tiến hành ở các OT chính, lèn dọc nóng được tiến hành ở các eo nối).

** Các chỉ tiêu đánh giá kết quả điều trị:*

- Đánh giá kết quả sửa soạn OT: Dựa trên 5 nguyên tắc cơ học của Schilder.

Bảng 1: Tiêu chí đánh giá kết quả sửa soạn OT.

Tốt	<ul style="list-style-type: none"> - OT thuận liên tục - Thành OT trơn nhẵn - Không tạo khắc trong lòng OT - Không gãy dụng cụ trong khi sửa soạn - Không thủng thành OT, rách lỗ cuống răng
Trung bình	<ul style="list-style-type: none"> - Không tạo được độ thuận liên tục - Thành OT không nhẵn - Tạo khắc trong lòng OT - Loe rộng vùng cuống răng
Kém	<ul style="list-style-type: none"> - Gãy dụng cụ - Thủng OT - Thủng, rách lỗ cuống răng

- Chúng tôi đánh giá kết quả ngay sau điều trị trên phim X-quang theo tiêu chí đánh giá của Zmener và Pameijer (2012).

Bảng 2: Tiêu chuẩn đánh giá kết quả trên phim X-quang khi đã trám bít OT.

Mức độ Tiêu chuẩn	Tốt	Trung bình	Kém
Số lượng OT	Đủ số lượng OT	Đủ số lượng OT	Thiếu OT
Trám bít OT	Trám đủ chiều dài, cách chóp ≤ 1 mm	Trám thiếu 1 - 2 mm hoặc quá chóp răng < 1 mm	Sốt OT
Hình dạng OT	Thuôn đều hình côn Thành OT trơn nhẵn	Không tạo được độ thuôn liên tục Thành OT không trơn nhẵn	Gãy dụng cụ Đi sai đường Thủng OT Rách lỗ chóp răng

- Đánh giá kết quả điều trị sau 1 tháng, 3 tháng theo Bender, Estrela:

Bảng 3: Tiêu chí đánh giá kết quả điều trị sau 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng.

Kết quả	Lâm sàng	X-quang
Thành công	- Không đau, không sưng nề, nướu bình thường, không có dấu hiệu viêm nhiễm - Ăn nhai được	- Trám OT đến đúng giới hạn chiều dài làm việc trên X-quang. Khối chất trám đặc kín - Khoảng dây chằng quanh răng bình thường hoặc hơi dày (< 1 mm) - Không có thấu quang quanh chóp - Không có hiện tượng tiêu chân răng, lamina dura bình thường.
Nghi ngờ	Các triệu chứng không rõ ràng, hơi khó chịu khi gõ hoặc ăn nhai	- Trám quá chóp răng từ 0,5 - 1 mm. Trám thiếu < 2 mm hoặc có khoảng trống trong khối chất trám trên phim X-quang - Dây chằng giãn từ 1 - 2 mm - Có dấu hiệu tiêu chân răng
Thất bại	- Đau, các triệu chứng thực thể kéo dài dai dẳng. - Sưng hoặc có lỗ rò - Răng lung lay nhiều - Không thể ăn nhai	- Trám quá chóp > 1 mm. Trám không kín hoặc trám thiếu > 2 mm - Tăng độ rộng khoảng dây chằng quanh răng > 2 mm, lá cứng bị mất liên tục - Thấu quang quanh chóp

** Xử lý số liệu:*

Số liệu được xử lý thống kê trên phần mềm SPSS 22.0. So sánh các giá trị trung bình bằng kiểm định T-test. Mô tả các số liệu bằng tỷ lệ phần trăm, số trung bình và độ lệch chuẩn.

** Đạo đức trong nghiên cứu:*

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài này được sự chấp thuận của Hội

đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Trung ương Huế. Được sự đồng ý của Khoa Nha Tổng quát, Trung tâm Răng hàm mặt, Bệnh viện Trung ương Huế.

BN và người nhà được giải thích rõ ràng và đồng ý tham gia nghiên cứu. Được chẩn đoán chính xác và áp dụng phương pháp điều trị đúng chỉ định.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số 28 BN (18 BN nữ và 10 BN nam) tham gia nghiên cứu.

Bảng 4. Phân bố dạng miệng OT hình chữ C trên lâm sàng.

Dạng ống tủy chữ C	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
C1	21	65,6
C2	3	9,4
C3	8	25,0
Tổng cộng	32	100

Hình dạng miệng OT hay gặp nhất là dạng C1 (65,6%); tiếp đến là miệng OT dạng C3 (25%) và ít gặp nhất là miệng OT dạng C2 (9,4%).

Bảng 5. Tai biến trong quá trình sửa soạn OT.

Tai biến	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Gãy dụng cụ	1	3,1
Không tai biến	31	96,9
Tổng cộng	32	100

Tai biến gãy dụng cụ chỉ gặp ở 1 răng chiếm 3,1%, còn lại 96,9% các răng không gặp tai biến trong quá trình sửa soạn OT.

Bảng 6. Kết quả sau hàn OT trên hình ảnh X-quang.

Tình trạng ống tủy	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tốt	31	96,9
Trung bình	1	3,1
Kém	0	0,0
Tổng số	32	100

Hình ảnh trên phim X-quang ngay sau hàn OT cho thấy tỷ lệ kết quả tốt, trung bình lần lượt là 96,9%; 3,1% và không có kết quả kém.

Bảng 7. Đánh giá kết quả điều trị sau 1 tuần

Kết quả	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thành công	31	96,9
Nghi ngờ	1	3,1
Thất bại	0	0,0
Tổng cộng	32	100

Sau điều trị 1 tuần, kết quả điều trị thành công chiếm 96,9%; kết quả nghi ngờ chiếm 3,1% và không có trường hợp nào thất bại.

Bảng 8. Đánh giá kết quả điều trị sau 1 tháng.

Kết quả	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thành công	31	96,9
Nghi ngờ	1	3,1
Thất bại	0	0,0
Tổng cộng	32	100

Sau điều trị 1 tháng, kết quả điều trị thành công chiếm 96,9%; kết quả nghi ngờ chiếm 3,1% và không có trường hợp nào thất bại.

Bảng 9. Đánh giá kết quả điều trị sau 3 tháng.

Kết quả	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thành công	32	100
Nghi ngờ	0	0,0
Thất bại	0	0,0
Tổng cộng	32	100

Sau điều trị 3 tháng, kết quả điều trị thành công chiếm 100%; không có trường hợp nào nghi ngờ và thất bại.

BÀN LUẬN

1. Phân bố dạng miệng OT hình chữ C trên lâm sàng

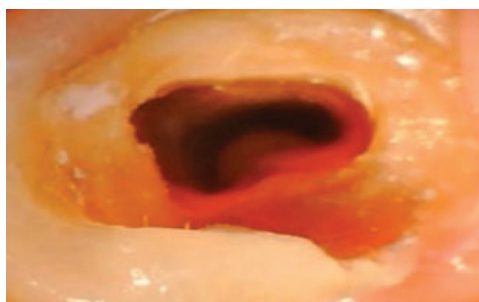
Hình thái OT hình chữ C ở RCLT2HD lần đầu tiên được mô tả là có 2 hoặc 3 OT trong một rãnh hình chữ C (Cooke, 1979). Hình thái OT này cũng được mô tả có dạng dải băng nối các miệng OT tạo thành hình cái quạt (Yang và CS) [3]. Có nhiều cách phân loại miệng OT trên lâm sàng như nghiên cứu của Melton hay Fan W [4] hoặc Min [1].

Trong một nghiên cứu khác của Min Y [1] năm 2006 ở diện cắt ngang với miệng OT của 44 răng RCLT2HD, 38 răng (86,37%) có hình thái OT chữ C, trong đó 8 răng (18,18%) có dạng C1,

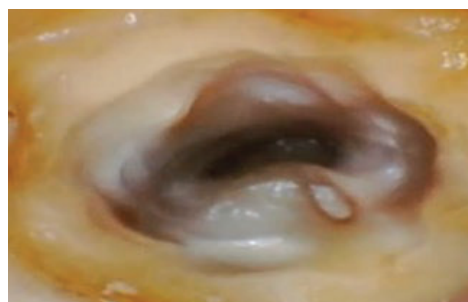
16 răng (36,37%) có dạng C2 và 14 răng (31,82%) có dạng C3 và 6 răng (13,63%) không có miệng OT tạo thành diện chữ C trên sàn buồng tủy.

Nghiên cứu của Fan B [5] năm 2004 trên 58 răng người Trung Quốc, có 54 răng có hệ thống OT hình chữ C, trong đó 48 răng (88,89%) có miệng OT dạng C1, 4 răng có miệng OT dạng C2 (7,41%) và 2 răng có miệng OT dạng C3 (3,7%).

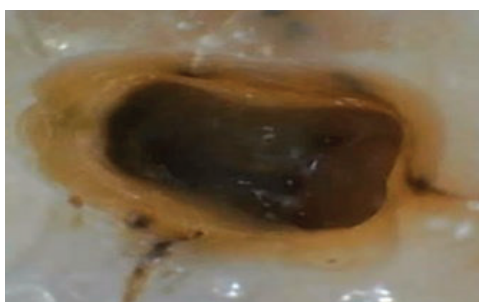
Nghiên cứu chúng tôi chọn phân loại theo Fan B [5] thu được kết quả: Hình dạng miệng OT hay gặp nhất là loại 1 dạng C1 (65,6%); tiếp đến là miệng OT loại 3a, 3b dạng C3 (25%) và ít gặp nhất là miệng OT loại 2 dạng C2 (9,4%).



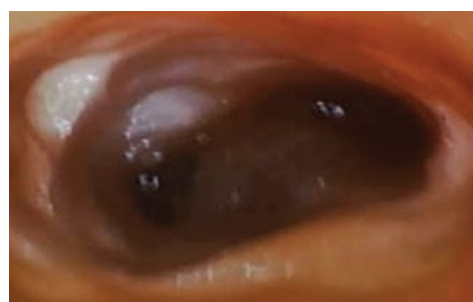
Loại 1



Loại 2



Loại 3a



Loại 3b

Hình 1. Các kiểu hình dạng miệng OT.

Qua nghiên cứu của chúng tôi và của tác giả khác, tỷ lệ phân bố các hình thái miệng OT hình chữ C rất khác nhau tùy theo từng nghiên cứu. Điều đó cho thấy sự đa dạng của hình thái miệng OT RCLT2HD

2. Tai biến trong quá trình sửa soạn OT

Trong quá trình điều trị, hệ thống OT hình chữ C thường gây khó khăn trong quá trình sửa soạn OT. Ngoài ra, do đặc điểm các OT hình chữ C thường có hình cánh cung và hẹp về chiều ngang, số lượng và hình thái OT có thể thay đổi dọc theo chiều dài của chân răng, hơn nữa, các OT ở RCLT2HD thường cong khá nhiều gây

khó khăn trong tạo hình OT. Dạng OT hình chữ C tạo thành dải hẹp là nơi dễ mắc mảnh vụn trong quá trình tạo hình OT. Dạng OT hình chữ C có rất nhiều hình dạng giải phẫu bất thường như các cánh nên rất khó khăn khi tạo hình. Theo Melton [6] trong hình thái OT hình chữ C có những khoảng không sử dụng được dụng cụ nội tủy, rất khó làm sạch. Siêu âm nội nha là phương tiện hỗ trợ hữu hiệu trong việc làm sạch và tạo hình những OT phức tạp này.

Một khó khăn khác của OT hình chữ C là khi tạo hình, hệ thống OT tác động lên những “vùng nguy hiểm” của thành OT, những vùng này có thành OT mỏng hơn, nhất là thành trong OT.

Thành trong chỉ dày $0,58 \pm 0,21$ mm so với độ rộng trung bình nhỏ nhất của thành ngoài là $0,95 \pm 0,21$ mm. Vì vậy, trong thao tác lâm sàng chỉ nên mở rộng theo hướng gần - xa để tránh tai biến thủng thành OT; do đó, dễ bị tạo khác hay thủng thành OT trong quá trình sửa soạn.

Nghiên cứu của chúng tôi trên 32 RCLT2HD có OT dạng chữ C được sửa soạn bằng trâm xoay Protaper, chúng tôi gặp 1 trường hợp bị tai biến gãy dụng cụ. Mặc dù, các răng trong nghiên cứu nằm ở vị trí không thuận lợi cho việc sửa soạn và có hệ thống OT phức tạp, tỷ lệ OT cong và hẹp khá nhiều. Chúng tôi đã hạn chế các tai biến bằng cách, sử dụng trâm K số 08 hoặc số 10 để thăm dò và thông toàn bộ các OT trước khi sửa soạn, thực hiện kỹ thuật sửa soạn OT theo đúng hướng dẫn của nhà sản xuất, ... Nhưng tai biến chủ yếu xảy ra trong khi tạo hình OT hình chữ C cho thấy sự phức tạp của hệ thống OT và dạng OT hẹp rất dễ gây kẹt và gãy trâm. Ngoài ra, tỷ lệ BN ở lứa tuổi lớn và trung niên trong nghiên cứu khá nhiều, các OT hình chữ C ở những BN này thường hẹp; do vậy, chúng tôi gặp trường hợp bị gãy dụng cụ.

3. Kết quả sau hàn OT trên X-quang

Trên phim X-quang ngay sau hàn OT, chúng tôi thấy tỷ lệ OT được trám

bít tốt cao hơn rõ rệt so với OT được trám bít trung bình. Trong tổng số 32 răng được điều trị, đa số các răng (96,9%) có hình ảnh trám bít tốt trên X-quang, 1 trường hợp có hình ảnh lưu file trong OT. Đây là trường hợp bị tai biến gãy dụng cụ trong lòng OT, chúng tôi xếp những trường hợp này vào nhóm kết quả trung bình do không thể lấy dụng cụ ra khỏi ống và hình ảnh hàn OT không kín. Một số các nghiên cứu trước đây cũng cho kết quả tương tự. Nghiên cứu ở 52 RCLT2HD của Chu Thị Trâm Anh [7] đưa ra kết quả, sau hàn OT, tỷ lệ đạt kết quả tốt chiếm 90,4%; kết quả trung bình chiếm 7,7% và kết quả kém chiếm 1,9%. Ngô Thị Hương Lan [8] báo cáo tỷ lệ kết quả tốt, trung bình và kém trên phim X-quang ngay sau hàn OT lần lượt là 90,0%; 7,5% và 2,5%. Kết quả trên phim X-quang ngay sau hàn OT trong nghiên cứu của Nguyễn Quốc Trung [9] thấy rằng tỷ lệ tốt, trung bình và kém ở nhóm tạo hình OT bằng trâm ProTaper lần lượt là 81,25%; 15,63% và 3,12%.

4. Kết quả điều trị trên lâm sàng

Có nhiều ý kiến khác nhau về thời gian theo dõi sau điều trị. Kerekes và Ingle cho rằng thời gian theo dõi càng dài tỷ lệ thành công càng cao. Trong khi đó, Jokinen (1978) lại có quan điểm đối lập. Nghiên cứu của Washington

(1985) cho thấy, thời gian theo dõi từ 6 - 24 tháng là đủ tin cậy (theo Ngô Thị Hương Lan [8]). Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá kết quả điều trị sau khi hàn OT cho 32 RCLT2HD có OT hình chữ C, trong khoảng thời gian từ 1 - 3 tháng. Ở các thời điểm đánh giá, dựa vào các tiêu chí đánh giá của Bender và Seltzer [10] để đưa ra kết quả là thành công, nghi ngờ hay thất bại. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy, ở thời điểm sau điều trị 1 tháng, 96,9% trường hợp có kết quả điều trị thành công và 1 trường hợp có kết quả điều trị nghi ngờ do có các triệu chứng đau nhẹ khi ăn nhai, khám không thấy sưng nề vùng niêm mạc tương ứng, hình ảnh chụp phim X-quang không thấy tổn thương vùng cuống, chúng tôi xếp những trường hợp này vào nhóm kết quả điều trị nghi ngờ. Sau 3 tháng, 100% BN được chúng tôi khám lại trên lâm sàng và chụp phim X-quang. Kết quả cho thấy 1 trường hợp nghi ngờ ở thời điểm sau điều trị 1 tháng đã hết triệu chứng, BN ăn nhai bình thường, chúng tôi xếp trường hợp này vào nhóm kết quả điều trị thành công. Do vậy, kết quả điều trị thành công ở thời điểm sau điều trị 3 tháng cao hơn thời điểm sau điều trị 1 tháng (kết quả điều trị thành công chiếm 89,3%). Một số tác giả đưa ra kết quả điều trị như sau:

Nguyễn Quốc Trung [9] đưa ra kết quả sau điều trị 9 tháng, tỷ lệ thành công chiếm 93,1%. Chu Thị Trâm Anh [7] báo cáo kết quả thành công, nghi ngờ và thất bại sau 6 tháng lần lượt là 91,31%; 6,52% và 2,17%. Về lâu dài, một trong những tiêu chí thành công của điều trị nội nha là kéo dài kết quả điều trị và duy trì chức năng của răng.

Những khác biệt về giải phẫu hình thái OT ở các chân RCLT2HD dạng chữ C, không những đưa ra thách thức lớn đối với các nhà lâm sàng mà còn gây ảnh hưởng đến kết quả của quá trình điều trị nội nha. Kết quả thu được của nghiên cứu này cho thấy vai trò của cắt lớp vi tính chòm tia hình nón trong khảo sát hệ thống OT răng trước khi tiến hành điều trị nội nha, từ đó bác sĩ nội nha có thể có cái nhìn tổng quan về hệ thống OT trước điều trị, qua đó có sự lựa chọn đúng dụng cụ, phương pháp thích hợp sửa soạn OT và hàn OT, tránh được các tai biến không đáng có như sót OT, thủng thành hay tạo khấc OT... Ngoài ra, do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ (32 răng) và thời gian theo dõi còn ngắn (3 tháng) nên kết quả hạn chế. Vì vậy, để có kết quả chính xác hơn nữa, cần nghiên cứu trong thời gian dài hơn với cỡ mẫu lớn hơn và cần kết hợp với nghiên cứu trên thực nghiệm và mô phỏng lâm sàng.

KẾT LUẬN

Hình dạng miệng OT hay gặp nhất là dạng C1 (65,6%). Kết quả hàn OT: 96,9% tốt, 3,1% trung bình, không có kết quả kém. Tai biến gãy dụng cụ chiếm 3,1%. Kết quả theo dõi điều trị: Sau điều trị 1 tháng và 3 tháng, kết quả thành công lần lượt là 96,9% và 100%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Min Y., Fan B., Cheung G. S., et al (2006). C-shaped canal system in mandibular second molars Part III: The morphology of the pulp chamber floor. *J Endod*; 32: 1155-1159.
2. Sabala C.L., Benenati F.W., R. N.B (1994). Bilateral root or root canal aberrations in a dental school patient population. *J Endod*; 20: 38-42.
3. Yang Y., Zhang L.D., Ge J.P., et al (2010). Prevalence of 3-rooted first permanent molars among a Shanghai Chinese population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*; 110.
4. Fan W., Fan B., Gutmann J. L., et al (2007). Identification of C-shaped canal in mandibular second molars. Part I: radiographic and anatomical features revealed by intraradicular contrast medium. *J Endod*; 33: 806-10.
5. Fan B., Cheung G. S., Fan M., et al (2004). C-shaped canal system in mandibular second molars: Part I-Anatomical features. *J Endod*; 30: 899-903.
6. Melton D. C., Krell K. V., W. FM (1991). Anatomical and histological features of C-shaped canals in mandibular second molars. *J Endod*; 17: 384-388.
7. Chu Thị Trâm Anh (2009). Nhận xét hình thái OT và đánh giá kết quả điều trị tủy răng hàm lớn thứ hai hàm dưới. Luận văn Bác sĩ Chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội; 49-65.
8. Ngô Thị Hương Lan (2017). Nghiên cứu điều trị tủy răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên với hệ thống trám xoay Ni-Ti WaveOne. Luận án Tiến sĩ Y học. Viện nghiên cứu Khoa học Y dược Lâm sàng 108.
9. Nguyễn Quốc Trung (2017). Nghiên cứu điều trị tủy nhóm răng hàm có chân cong bằng phương pháp sửa soạn OT với trám xoay máy và tay Niti, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 12-84.
10. Bender I. B., Seltzer S., W.S (1966). Endodontic success--a reappraisal of criteria. 1. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*; 22: 780-789.