

PHẪU THUẬT CẮT CHÓP VỚI MÁNG HƯỚNG DẪN: HƯỚNG TIẾP CẬN TRƯỚC CÁC THÁCH THỨC VỀ GIẢI PHẪU

Nguyễn Tri Quyết¹, Nguyễn Phú Thắng²,
Vũ Anh Dũng¹, Trương Thị Mai Anh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá khả năng áp dụng, độ chính xác và an toàn của phẫu thuật cắt chóp với máng hướng dẫn và mũi Trepine ở các vùng răng khác nhau tại Viện đào tạo Răng Hàm Mặt, Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng, phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng, chọn mẫu thuận tiện nhóm 30 bệnh nhân với 44 chóp răng có tổn thương quanh chóp mạn tính, đủ tiêu chuẩn lựa chọn. Các bệnh nhân được phẫu thuật cắt chóp với máng hướng dẫn phẫu thuật và mũi Trepine. Đánh giá khả năng áp dụng trên các vùng răng khác nhau, các tai biến xảy ra, và sai số so với kế hoạch sau phẫu thuật. **Kết quả:** 44 chóp răng đã được cắt. Phương pháp có thể thực hiện ở tất cả các nhóm răng. 100% các ca không ghi nhận tai biến gây tổn thương các cấu trúc giải phẫu lân cận. Sai lệch độ dài phần chóp cắt là 0.44mm (95% khoảng tin cậy là: 0,3 -0,54). Sai lệch góc diện cắt qua chóp là 4,86⁰ (95% khoảng tin cậy: 4 - 5,62). Sự khác biệt về độ dài đoạn chóp cắt và góc diện cắt qua chóp của các răng ở các nhóm răng khác nhau không có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho thấy máng hướng dẫn cắt chóp có độ chính xác cao và an toàn, áp dụng được với cả các răng hàm lớn. Phương pháp cần được tiến hành nghiên cứu nhiều hơn về kết quả lành thương sau phẫu thuật.

Từ khóa: Phẫu thuật cắt chóp, máng hướng dẫn phẫu thuật, mũi Trepine

SUMMARY

APICOECTOMY WITH A SURGICAL GUIDE: APPROACH TO ANATOMICALLY CHALLENGING SCENARIOS

Objectives: Evaluation of accuracy and clinical safety of apicoectomy with surgical guide and a Trepine in different types of teeth. **Subjects and methods:** Non-controlled clinical intervention study, convenience sampling. A group of 30 patients with 44 root-ends having chronic periapical lesions, were eligible. The patients underwent root-end resection with a surgical guide and a Trepine. Evaluate the applicability of the method on different types of teeth, clinical safety, and deviation from the plan. **Results:** 44 root-ends were completely resected. The method

can be performed in all teeth types. There were no notes of injury to adjacent anatomical structures. The resected root-end length deviation is 0.44mm (95% confidence interval: 0.3-0.54). The cross-sectional angle deviation is 4.86⁰ (95% confidence interval: 4-5.62). The difference in resected root-end length and cross-sectional angle in different types of teeth was not statistically significant. **Conclusion:** Research results show accuracy and clinical safety of surgical guide, iTF can be used in molars. Further research is needed.

Keywords: Apical surgery, surgical guide, Trepine, Apicoectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kết quả điều trị nội nha đạt được từ 42.1%–86% sau 2 đến 10 năm điều trị[3], cho thấy số ca thất bại còn cao, đặc biệt là ở các răng hàm lớn[1]. Nhiều răng trong đó cần được cắt chóp như một biện pháp cuối cùng, do những khó khăn trong điều trị tủy lại hay đã có phục hình cũ[3], [8].

Phẫu thuật cắt chóp là một phẫu thuật đòi hỏi độ chính xác cao, nhằm loại bỏ các ổ chóp phụ và các nhánh tủy bên tại chóp. Phần chóp nên được cắt vuông góc và loại bỏ 3mm chiều dài[4], [5]. Việc cắt quá chiều dài này là không cần thiết, làm ngắn chân răng và có thể xuất hiện thêm các eo thắt nối giữa các ống tủy[6].

Gần đây, máng hướng dẫn phẫu thuật Implant đã giúp cải thiện độ chính xác so với phẫu thuật truyền thống[7]. Từ đó, các báo cáo sử dụng máng hướng dẫn để định hướng cắt chóp cũng cho thấy hiệu quả, độ chính xác và an toàn trên lâm sàng[1]. Tuy nhiên, chưa có một nghiên cứu thực sự đánh giá khả năng thực hiện ở nhóm răng hàm lớn, vị trí khó tiếp cận và nắm sát các cấu trúc giải phẫu dễ tổn thương. Vì vậy, nghiên cứu được tiến hành nhằm đánh giá độ chính xác, an toàn và khả năng thực hiện của phương pháp, đặc biệt là với các răng hàm lớn

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 30 bệnh nhân với 44 chóp răng (41 răng) được chẩn đoán là có tổn thương quanh chóp. Các răng thỏa mãn các tiêu chí sau: 1) Có chỉ định cắt chóp răng. 2) Răng không lung lay, tình trạng nha chu bình thường. 3) Có phim CTGB (cone beam computed tomography) trước và sau phẫu thuật. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có các chống chỉ định

¹Đại học Y Dược Thái Bình

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Trường ĐH Y Dược, ĐH Quốc gia HN

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tri Quyết

Email: triquyet4519@gmail.com

Ngày nhận bài: 13/8/2021

Ngày phản biện khoa học: 3/9/2021

Ngày duyệt bài: 27/9/2021

toàn thân liên quan đến phẫu thuật, răng có bệnh nha chu nặng hoặc không thể phục hồi (tiêu xương nhiều, lung lay...), chân răng ngắn, bệnh nhân không hợp tác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng, cách chọn mẫu thuận tiện.

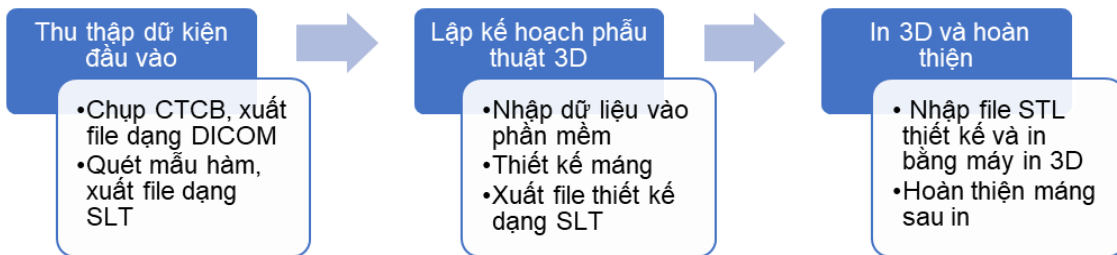
2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Hà Nội (số 406/GCN-HĐĐĐNCYSH – ĐHYHN).

2.4. Các bước tiến hành nghiên cứu:

Bước 1: Chuẩn bị trước phẫu thuật. Các dữ liệu gồm phim CTCB dạng DICOM (digital imaging and communications in medicine) và

bản quét hàm răng dạng STL (surface tessellation language) được thu thập để thiết kế máng hướng dẫn và phân tích phim sau này.

Máng hướng dẫn được thiết kế bằng phần mềm Trios Design Studio (3 Shape, Đan Mạch). Một ống hướng dẫn ảo 3D (mô tả đường đi của mũi Trepine trong thực tế) tạo ra với các tiêu chí như sau: 1) Cách các cấu trúc giải phẫu ít nhất 2mm, 2) Vuông góc và giao qua 3mm đoạn cuối chóp răng. Độ dài đường đi của mũi Trepine trên kế hoạch cũng được xác định. File thiết kế được in bởi máy in 3D SLA với mực in Resin. Máng hướng dẫn sau khi in được hoàn thiện và kiểm tra độ khít sát với mẫu hàm thạch cao.



Sơ đồ trình tự làm máng hướng dẫn phẫu thuật

Bước 2. Quá trình phẫu thuật. Máng hướng dẫn được thử trong miệng, để đánh giá sự vững ổn, độ khít sát, và khả năng sử dụng (Hình 1). Bệnh nhân được gây tê tại chỗ. Vạt toàn bộ được thiết kế phù hợp theo từng vị trí phẫu thuật.

Theo máng hướng dẫn, vị trí mở xương được xác định. Mũi Trepine sẽ đi theo ống hướng dẫn với độ sâu xác định trên kế hoạch. Giai đoạn này thường diễn ra khá nhanh và đơn giản đối với các răng trước. Còn các răng hàm thường phải thực hiện theo 2 bước: 1) mũi Trepine ngắn 10mm để cắt phần xương vỏ mở đường; 2) mũi Trepine dài hơn sẽ đi hết chiều dài theo kế hoạch.



Hình 1. Kiểm tra máng hướng dẫn phẫu thuật trong miệng bệnh nhân.

A. Cắt chóp R16. B. Cắt chóp R36, mũi Trepine được đưa vào để đánh giá phẫu trường.

Sau khi đi đủ chiều dài, mũi Trepine được đưa ra. Phần chóp răng có thể đi theo mũi Trepine hoặc cần thêm 1 bước khác để lấy ra. Hàn ngược phần chóp bằng MTA. Kiểm tra phẫu

trường và bơm rửa trước khi khâu đóng. Cắt chỉ sau 1 tuần, hẹn lại sau mỗi 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng.

Bước 3. Thu thập thông tin. Các thông tin được ghi lại bằng bệnh án nghiên cứu. Khả năng thực hiện cắt chóp bằng máng hướng dẫn được đánh giá qua các tiêu chí: 1. Lắp và giữ vững ổn máng hướng dẫn khi phẫu thuật. 2. Chỉ cần dùng một mũi Trepine theo chiều dài như kế hoạch. Nếu máng hướng dẫn có 2 tiêu chí này đều đạt được thì xếp vào nhóm Thực hiện thuận lợi. Khi có từ 1 tiêu chí khó đạt được như vướng nhiều gây kém vững ổn hoặc phải dùng thêm một mũi Trepine phụ ngắn hơn thì được xếp vào nhóm Thực hiện khó khăn. Khi không thể sử dụng được máng hướng dẫn thì được xếp vào nhóm Không thể thực hiện.

Góc diện cắt qua chóp và chiều dài đoạn chóp được tính trên phần mềm Romexis (Planmeca, Phần Lan) với công cụ chồng phim CTCB trước và sau phẫu thuật. Mỗi chóp răng được đo 3 lần. Giá trị được sử dụng là trung bình cộng của 3 lần đo. Sai số chiều dài được tính bằng chiều dài đoạn cắt trừ đi 3, sai lệch về góc được tính bằng góc diện cắt qua chóp trừ đi 90.

Các tai biến và biến chứng trong và sau phẫu thuật được lưu lại, đặc biệt là các tổn thương cấu trúc giải phẫu lân cận, nhằm đánh giá độ an toàn khi sử dụng máng.

Bước 4. Xử lý dữ liệu. Dữ liệu của nghiên cứu được mã hóa, nhập liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 (IBM, USA). Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa đối với các phép kiểm thống kê.

Bước 5: Tổng hợp và viết báo cáo

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới trong nhóm nghiên cứu ($n=30$)

	Nam		Nữ		Tổng số		p
	n	%	n	%	n	%	
<18	5	29,4	0	0	5	16,7	0.168
19-40	7	41,2	8	61,5	15	50	
41-60	4	23,5	4	30,8	8	26,7	
>60	1	5,9	1	7,7	2	6,7	
Tổng số	17	100	13	100	30	100	
TB±SD	31,71 ± 16,13		37,62 ± 11,98		34,37 ± 14,55		

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu, nam chiếm 56,7%, nữ chiếm 43,3%, độ tuổi trung bình là 34,37. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 15 tuổi, lớn tuổi nhất là 64 tuổi. Sự khác biệt giữa 2 nhóm Nam và Nữ không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$)

Bảng 2. Phân bố theo chóp răng tổn thương ($n=44$)

Vị trí răng tổn thương	Số lượng	Tỷ lệ %	Tổng số		
			n	%	
Hàm trên	Răng trước	22	50	30	68,2
	Răng hàm nhỏ	4	9,1		
	Răng hàm lớn	4	9,1		
Hàm dưới	Răng trước	5	11,4	14	31,8
	Răng hàm nhỏ	1	2,3		
	Răng hàm lớn	8	18,2		
Tổng số	44	100	44	100	

Nhận xét: Trong tổng số 44 chóp răng, các chóp ở răng hàm trên nhiều hơn hàm dưới (68,2% so với 31,8%). Nhóm răng trước hàm trên hay gặp nhất với tỷ lệ 50%.

Kết quả phẫu thuật

Bảng 3. Phân bố khả năng thực hiện cắt chóp với máng hướng dẫn ($n=44$).

Nhóm răng	Thực hiện	Thuận lợi		Khó khăn		OR (95% CI)	p
		SL	%	SL	%		
Răng trước, răng hàm nhỏ		30	85,7	5	14,3	48,0 (4,89 – 471,3)	< 0,001
	Răng hàm lớn	1	11,1	8	88,9		

Nhận xét: Các chóp răng ở nhóm răng trước và nhóm răng hàm nhỏ có khả năng thực hiện Thuận lợi cao hơn gấp 48 lần so với các chóp răng ở nhóm răng sau với 95% khoảng tin cậy: 4,89 – 471,3; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Không có trường hợp nào không sử dụng được máng hướng dẫn phẫu thuật

Bảng 4. Giá trị trung bình sai lệch chiều dài đoạn chóp cắt ($n=44$)

Các biến số	Sai lệch chiều dài		95% CI	p
	Min-max	$\bar{X} \pm SD$		
Nhóm răng trước và răng hàm nhỏ ($n=35$)	0,05-1,31	0,46 ± 0,35	0,34-0,57	>0,05 ($p=0,606$)
Nhóm răng sau ($n=9$)	0,05-0,76	0,39 ± 0,25	0,2-0,59	
Chung	0,05-1,31	0,44 ± 0,33	0,34-0,54	

Nhận xét: Giá trị trung bình sai lệch chiều dài đoạn chóp cắt ở nhóm răng trước và răng hàm nhỏ là $0,46 \pm 0,35$ mm, của nhóm răng sau là $0,39 \pm 0,25$ mm. Sự khác biệt về sai lệch chiều dài đoạn chóp cắt giữa 2 nhóm răng không có ý nghĩa với $p > 0,05$.

Bảng 5. Giá trị trung bình sai lệch góc diện cắt qua chóp ($n=44$)

Các biến số	Sai lệch góc diện cắt qua chóp		95% CI	p
	Min-max	$\bar{X} \pm SD$		
Nhóm răng trước và răng hàm nhỏ ($n=35$)	1,19-13,73	4,69±2,7	3,83-5,63	>0,05 ($p=0,456$)
Nhóm răng sau ($n=9$)	0,79-8,7	5,51±2,9	3,36-7,42	
Chung	0,79-13,73	4,86±2,73	4,04-5,66	

Nhận xét: Giá trị trung bình sai lệch góc diện cắt qua chóp nhóm răng trước và răng hàm nhỏ là $4,69 \pm 2,7\text{mm}$, của nhóm răng sau là $5,51 \pm 2,9\text{mm}$. Sự khác biệt về sai lệch góc diện cắt qua chóp giữa 2 nhóm răng không có ý nghĩa với $p > 0,05$.

Tai biến và biến chứng. 100% các phẫu thuật không ghi nhận trường hợp nào gây tổn thương các cấu trúc giải phẫu lân cận và các biến chứng liên quan.

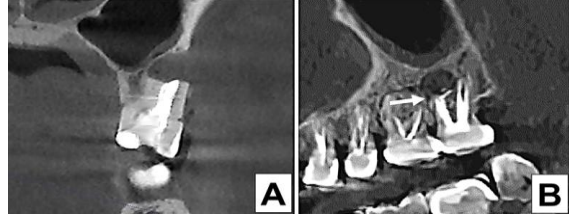
IV. BÀN LUẬN

Trong nhóm nghiên cứu, nam chiếm nhiều hơn nữ với tỉ lệ là 1;1,3, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nhóm tuổi có tỉ lệ cao nhất là từ 19-40 tuổi (50%), nhóm tuổi này cũng là nhóm tuổi hay gặp tổn thương quanh chóp mạn tính ở các nghiên cứu gần đây [1].

Về phân bố nhóm răng, nhóm răng trước hàm trên chiếm tỉ lệ cao nhất (53,7%), sau đó là nhóm răng hàm lớn hàm dưới (14,6%). Trong nghiên cứu về đặc điểm của các răng thất bại cần điều trị tủy lại của tác giả Hà và cộng sự, tỉ lệ nhóm răng trước trên chiếm tỉ lệ gần nhỏ nhất [1]. Điều đó thể hiện sự khác biệt rõ giữa 2 nhóm nghiên cứu do liên quan đến chỉ định điều trị (phẫu thuật cắt chóp và nội nha lại). Nhóm răng hàm hàm dưới luôn chiếm tỉ lệ cao trong cả 2 nghiên cứu, phù hợp đặc điểm giải phẫu phức tạp và khó điều trị của nhóm răng này.

Máng hướng dẫn Implant là một sản phẩm đã thể hiện tốt vai trò, đặc biệt là các ca phức tạp cần độ chính xác cao. Đối với máng hướng dẫn cắt chóp, ở nhóm răng cửa và răng hàm nhỏ, các chóp răng sát xương vó, phẫu trường rộng, việc thực hiện rất thuận lợi. Nhưng với vùng răng hàm, phẫu trường hẹp hơn, các chóp răng ở sâu, dẫn đến nhiều khó khăn khi phẫu thuật. Một trường hợp máng hướng dẫn được thiết kế để cắt chóp chân trong R26 với phương pháp đục lỗ mô mềm (tissue punch) nhằm tránh bó mạch thần kinh ở lỗ khẩu cái sau. Tuy nhiên, do không lưu ý độ dày của máng nên đã vướng niêm mạc khẩu cái ở phía trên, khiến máng không ổn định, phải mài bớt máng để tránh vướng. Ở vùng sát lỗ khẩu cái sau, có thể dùng các mũi khâu xuyên qua toàn bộ bề dày niêm mạc và buộc thắt các mạch trước vị trí phẫu thuật để tránh chảy máu. Các trường hợp viêm, sưng nề, xơ hóa cần được điều trị giảm sưng để tạo thuận lợi cho lắp máng và lành thương sau phẫu thuật. Khác nhau về phẫu trường là lý do phân chia nhóm răng trước, răng hàm nhỏ với nhóm răng hàm lớn để so sánh khả năng thực hiện và độ chính xác.

Sau phẫu thuật 44 chóp răng, nhóm nghiên cứu đánh giá đây là một phương pháp an toàn, không có tai biến hay biến chứng nào được ghi nhận. Các cấu trúc giải phẫu sát các chóp răng đã được cắt mà không bị tổn thương (Hình 2). Có một thực tế, để lập kế hoạch, các phẫu thuật viên sẽ phải dành nhiều thời gian phân tích phim, vô tình giúp cho phẫu thuật viên có cái nhìn rõ hơn về ca phẫu thuật chứ không hẳn là phụ thuộc hoàn toàn vào máng hướng dẫn.



Hình 2. Phim CTCB sau cắt chóp các răng hàm trên, có chóp sát xoang hàm. A. Chân ngoài gần R16 tư thế coronal. B. Chân ngoài gần R17 tư thế sagittal (Mũi tên trắng)

Máng hướng dẫn cắt chóp và máng hướng dẫn Implant về bản chất khá tương đồng nhưng khác nhau ở 1 điểm căn bản: hướng đi của mũi khoan máng hướng dẫn implant trùng với hướng nâng đỡ còn máng hướng dẫn cắt chóp thì không. Bù lại quy trình khoan của phẫu thuật cắt chóp thường thực hiện đơn giản và nhanh hơn. Một ưu điểm và một nhược điểm cho mỗi phương pháp.

Theo phân tích tổng hợp của Tahmaseb năm 2018 [7], với máng hướng dẫn Implant tựa trên răng có sai số trung bình ở vị trí đầu trên implant là 0,9 mm (95% khoảng tin cậy: 0,79 - 1mm), và độ lệch trục trung bình $3,3^{\circ}$ (95% khoảng tin cậy: 2.07-4.63) [8]. Suy diễn một cách tương đối, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sai số về chiều dài thấp hơn và gần tương đồng sai số về góc.

Tham khảo nghiên cứu của Mark Antal [2], chúng tôi cũng sử dụng cách đo độ dài đoạn chóp cắt theo trục của răng hoặc trục chân răng (nếu răng có nhiều chân hay chân răng cong). Về sai lệch góc, chúng tôi thấy rằng đường đi của mũi Trepine thường không còn nguyên vẹn sau phẫu thuật. Do đó, chúng tôi đo góc diện cắt qua chóp với trục chân răng, điều này sát với mục đích của phẫu thuật hơn. Trên phần mềm Romexis, cả 2 số liệu về độ dài đoạn cắt chóp và góc diện cắt qua chóp được thu thập một lần khi thực hiện chông phim CTCB trước và sau phẫu thuật. Điều đó làm đơn giản quá trình thu thập kết quả. So với nghiên cứu của Mark Antal, nghiên cứu của chúng tôi có độ lệch góc gần tương đương [2]. Điều này rất quan trọng vì

nghiên cứu của Mark Antal chỉ thực hiện trên nhóm răng cửa và răng hàm nhỏ, còn của chúng tôi được thực hiện trên cả các răng hàm lớn. Cho thấy rằng máng hướng dẫn phẫu thuật cắt chóp lớn có kết quả tương đương nhóm răng trước và răng hàm nhỏ. Sự khác biệt sai số giữa các nhóm răng không có ý nghĩa thống kê.

Với kết quả này chúng tôi thấy rằng có thể sử dụng máng hướng dẫn vào phẫu thuật cắt chóp, theo cách cách đơn giản hóa phẫu thuật nhưng hiệu quả. Trong giới hạn của nghiên cứu, phương pháp mới được đánh giá dựa trên kết quả giai đoạn đầu sau khi phẫu thuật. Y học dựa trên bằng chứng, kết quả lành thương hoàn toàn và răng thực hiện chức năng bình thường sau cắt chóp có ý nghĩa cao nhất, do đó cần các nghiên cứu tiếp theo để đổi đánh giá kết quả lành thương về lâu dài.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt chóp với máng hướng dẫn và mũi Trepine có độ chính xác cao, an toàn, và thực hiện được với cả các răng hàm lớn. Phương pháp cần được tiến hành nghiên cứu nhiều hơn về kết quả lành thương sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Thị Thái Hà và cộng sự (2013)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, x quang và nguyên nhân

của các răng cần điều trị tủy lại. Tạp Chí Y học Thực Hành - Bộ Y Tế, số 864 (67-70), 2013.

2. **M. Antal et al. (2019)**, Accuracy and clinical safety of guided root end resection with a trephine: a case series. Head Face Med., vol. 15, Dec. 2019. DOI: 10.1186/s13005-019-0214-8.
3. **A. Chércoles-Ruiz et al. (2017)**, Endodontics, Endodontic Retreatment, and Apical Surgery Versus Tooth Extraction and Implant Placement: A Systematic Review. J. Endod., vol. 43, no. 5, pp. 679–686, May 2017. DOI: 10.1016/j.joen.2017.01.004.
4. **P. A. Gilheany et al. (1994)**, Apical dentin permeability and microleakage associated with root end resection and retrograde filling. J. Endod., vol. 20, no. 1, pp. 22–26, Jan. 1994. DOI: 10.1016/s0099-2399(06)80022-1.
5. **S. Kim et al. (2006)**, Modern Endodontic Surgery Concepts and Practice: A Review. J. Endod., vol. 32, no. 7, pp. 601–623, Jul. 2006. DOI: 10.1016/j.joen.2005.12.010.
6. **B. Krastev et al. (2020)**, Periapical Surgery. Review. Classic vs Modern Concepts. Int. J. Med. Rev. Case Rep., no. 0, p. 1, 2020. DOI: 10.5455/IJMRCR.periapical-surgery.
7. **A. Tahmaseb et al. (2018)**, The accuracy of static computer-aided implant surgery: A systematic review and meta-analysis. Clin. Oral Implants Res., vol. 29 Suppl 16, pp. 416–435, Oct. 2018. DOI: 10.1111/clr.13346.
8. **F. J. Vertucci (2005)**, "Root canal morphology and its relationship to endodontic procedures," Endod. Top., vol. 10, no. 1, pp. 3–29, 2005. DOI: 10.1111/j.1601-1546.2005.00129.x.

ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU ĐỘNG MẠCH TUYẾN TIỀN LIỆT TRÊN PHIM CHỤP MẠCH SỐ HÓA XÓA NỀN Ở BỆNH NHÂN TĂNG SẢN LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT

Lê Thị Linh*, Trần Quốc Hòa**, Ngô Xuân Khoa**
Trần Sinh Vương**, Trần Lê Đình Duy**, Hoàng Văn Hồng***,
Nguyễn Tuấn Sơn****, Nguyễn Thái Hà Dương****

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm giải phẫu của động mạch tuyến tiền liệt trên phim chụp mạch số hóa xóa nền ở bệnh nhân tăng sản lành tính TTL. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả hồi cứu và tiến cứu trên kết quả chụp mạch số hóa xóa nền của 20 bệnh

nhân nam có tăng sản lành tính tuyến tiền liệt tại khoa chẩn đoán hình ảnh, bệnh viện Đại học y Hà Nội từ tháng 8/2018 đến 8/2021. **Kết quả:** Trong 33 bên khung chậu tìm được 35 động mạch TTL (của 20 bệnh nhân), có 2 bên khung chậu có 2 động mạch TTL (chiếm 6,1%), 31 bên khung chậu có 1 động mạch TTL (chiếm 93,9%). Về vị trí xuất phát của 35 động mạch TTL theo phân loại của Francisco Canervalle, tỉ lệ ĐM TTL xuất phát từ loại I (thân chung bàng quang), loại II (nhánh trước ĐM chậu trong), Loại III (ĐM bịt), loại IV (ĐM thẹn trong), loại V (khác) lần lượt là 20%; 2,9%; 34,3%; 31,4% và 11,4%. Xơ vữa ĐM tìm thấy trên DSA trong 11,4%. Tỷ lệ ĐM TTL có hình ảnh xoắn vặn như lò xo là 71,4%. Đường kính trung bình ĐM TTL là $1,49 \pm 0,12\text{mm}$. ĐM TTL cho nhiều vòng nối với các cơ quan lân cận, ĐM TTL có thể cấp máu cho dương vật 31,4%, túi tinh 17,1%, TTL bên đối diện 37,1%. **Kết luận:** ĐM TTL xuất phát

*Trường Đại học Y khoa Vinh,

**Trường Đại học Y Hà Nội.

*** Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

**** Trường ĐH Y Dược - ĐH Quốc gia, Hà Nội

Người chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Linh

Email: linhle240593@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/8/2021

Ngày phản biên khoa học: 13/9/2021

Ngày duyệt bài: 2/10/2021