

21 trẻ sau phẫu thuật 1 tháng: 38,1% trẻ có cải ngôn ngữ trung bình và 61,9% có cải thiện ít. Không có trẻ nào có cải thiện tốt.

So với hai nghiên cứu của tác giả Ito⁵ trên 32 bệnh nhân dính lưỡi có tuổi từ 3-8 tuổi, có chỉ định phẫu thuật tại bệnh viện nhi, Đại học Health và Welfare, Nhật Bản và nghiên cứu của Daggumati⁶ từ năm 2012 đến năm 2017 trên nhóm trẻ rối loạn ngôn ngữ - dính lưỡi có tuổi trung bình là 2,86 tuổi. Đánh giá ngôn ngữ sau mổ của chúng tôi được thực hiện sau phẫu thuật 1 tháng và trẻ được cha mẹ hướng dẫn các bài tập tại nhà chứ chưa qua quá trình trị liệu nên kết quả cải thiện ít chiếm 61,9%; cải thiện trung bình chiếm 38,1%. Vận động lưỡi sau mổ tốt chiếm 94,4%. Nghiên cứu của tác giả Ito cũng cho thấy cải thiện ngôn ngữ ít sau 1-3 tháng và cải thiện tốt sau 1-2 năm. Như vậy sau phẫu thuật, trẻ đạt được vận động lưỡi tốt, tuy nhiên cần có thời gian tập luyện và trị liệu để sửa các lỗi âm, đặc biệt là các âm thay thế đã đi vào thói quen của trẻ. Các tác giả cũng đưa ra các khuyến nghị nên điều trị sớm ở trẻ dưới 5 tuổi để dễ dàng sửa các lỗi âm. Tác giả Ferrés's Amat⁷ kết luận rằng điều trị các rối loạn ngôn ngữ liên quan đến dính lưỡi bằng phương pháp phẫu thuật cắt phanh lưỡi hay tạo hình phanh lưỡi kết hợp với phục hồi chức năng sau phẫu thuật sẽ cho kết quả tuyệt vời.

Hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi là thời gian theo dõi trẻ phát âm ngắn. Vì vậy, cần có thời gian theo dõi dài hơn, trên số lượng trẻ lớn hơn cũng như có một quá trình trị liệu hoàn chỉnh rồi đánh giá lại. Từ đó sẽ có những đánh giá khách quan hơn về hiệu quả của phương

pháp này.

V. KẾT LUẬN

Vận động lưỡi được cải thiện sớm và tốt sau phẫu thuật cắt phanh lưỡi 1 tháng. Tuy nhiên về vấn đề phát âm sau phẫu thuật 1 tháng chưa được cải thiện nhiều, cần quá trình trị liệu ngôn ngữ để cho kết quả cải thiện tốt hơn.

Phẫu thuật cắt phanh lưỡi bằng Laser Diode là phương pháp an toàn, hiệu quả, ít biến chứng cho trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngọc VTN.** Răng Trẻ em. Nhà xuất bản Đại học Huế; 2015.
2. **Power RF, Murphy JF.** Tongue-tie and frenotomy in infants with breastfeeding difficulties: achieving a balance. Archives of disease in childhood. May 2015;100(5):489-494.
3. **O'Shea JE, Foster JP, O'Donnell CP, et al.** Frenotomy for tongue-tie in newborn infants. The Cochrane database of systematic reviews. Mar 11 2017;3:Cd011065.
4. **Lalakea ML, Messner AH.** Ankyloglossia: does it matter? Pediatric clinics of North America. Apr 2003;50(2):381-397.
5. **Ito Y, Shimizu T, Nakamura T, Takatama C.** Effectiveness of tongue - tie division for speech disorder in children. Pediatrics international: official journal of the Japan Pediatric Society. Apr 2015;57(2):222-226.
6. **Daggumati S, Cohn JE, Brennan MJ, et al.** Caregiver perception of speech quality in patients with ankyloglossia: Comparison between surgery and non-treatment. International journal of pediatric otorhinolaryngology. Apr 2019;119:70-74.
7. **Ferrés-Amat E, Pastor-Vera T, Rodríguez-Alessi P, et al.** The prevalence of ankyloglossia in 302 newborns with breastfeeding problems and sucking difficulties in Barcelona: a descriptive study. Eur J Paediatr Dent. Dec 2017;18(4):319-325.

HÌNH THÁI CHÂN RĂNG VÀ HỆ THỐNG ỔNG TỤY CỦA RĂNG HÀM LỚN THỨ NHẤT HÀM TRÊN Ở MỘT NHÓM NGƯỜI VIỆT NAM TRÊN PHIM CBCT

Vũ Thị Quỳnh Hà¹, Chử Tiến Mạnh¹, Phạm Thùy Linh¹,
Vũ Việt Đức¹, Nguyễn Thị Châu¹

TÓM TẮT

Mục đích: Hình thái ống tủy (HTOT) có nhiều đặc điểm giải phẫu phức tạp và sự chia nhánh bất thường của các ống tủy (OT) chính, hay OT phụ, nhằm giúp cho các nhà lâm sàng nội nha điều trị hiệu

quả, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Hình thái chân răng và hệ thống ống tủy của răng hàm lớn thứ nhất hàm trên trên phim Conebeam CT". **Mục tiêu:** Nhận xét đặc điểm hình thái chân răng và hệ thống ống tủy của răng hàm lớn thứ (RHL) nhất hàm trên trên phim Conebeam CT (CBCT) trên nhóm người Việt. **Phương Pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 168 phim CBCT Chụp phim CBCT bằng máyProMax 3D Max Proface tại khoa X quang bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội. Phương pháp tiến hành: Xác định số lượng chân răng và số lượng OT, xác định chân răng dính, giải phẫu HTOT ở RHL thứ nhất. **Kết quả:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, RHL thứ nhất hàm

¹Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Quỳnh Hà

Email: vuquynhha@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.6.2024

Ngày duyệt bài: 17.7.2024

trên chủ yếu là răng có 3 chân răng riêng biệt với tỷ lệ 96,4%, răng có 4 chân chiếm 0,6%, không phát hiện được răng có 2 chân • Hình dạng chân răng: Hiện tượng chân răng dính xuất hiện RHL thứ nhất (2,4%). Hình thái HTOT RHL thứ nhất: RHL thứ nhất: Số lượng các OT chủ yếu là các răng có 4 OT (64,3%). Ngoài ra RHL này còn xuất hiện những biến thể OT dạng chữ C (3,0%). • Giải phẫu HTOT RHL thứ nhất: Trường hợp RHL thứ nhất hàm trên có 1 chân, thì chân này chỉ có 1 OT. Nếu răng có 3 chân, chân gần ngoài thường có nhiều hơn 1 OT (69,8%), chân xa ngoài và chân trong hầu hết có 1 OT. **Kết luận:** Số lượng chân răng: Hình thể xuất hiện phổ biến nhất là răng có 3 chân riêng biệt ở cả RHL thứ nhất (96,4%). • Hình dạng chân răng: Hiện tượng chân răng dính xuất hiện ở RHL thứ nhất (2,4%). Hình thái HTOT RHL thứ nhất • Số lượng các OT: RHL thứ nhất hàm trên chủ yếu là các răng có 4 OT (64,3%). Ngoài ra RHL này còn xuất hiện những biến thể OT dạng chữ C (3,0%).

Từ khóa: CBCT nội nha; RHL thứ nhất hàm trên; Hình thái ống tủy.

SUMMARY

ROOT MORPHOLOGY AND ROOT CANAL SYSTEM OF UPPER FIRST MOLARS IN A GROUP OF VIETNAMESE PEOPLE ON CONE BEAM COMPUTED TOMOGRAPHY

Background: The anatomy of the root canal system is extremely complex such as morphology, lateral canal, or functional canal. With the desire to help endodontists achieve treatment success in clinical practice, we carry out this study: "Analysis of root characteristics and root canal system of upper first molars (UFM) with Cone Beam Computed Tomography". **Objectives:** Describe the characteristics of the root and root canal system of upper first molars (UFM) with Cone Beam Computed Tomography in a Vietnamese group. **Results:** The results of the study showed that 96.4% UFM has 3 roots, 0.6% UFM has 4 roots and teeth with 2 roots were not detected. Most of UFM have 4 root canals and the mesiobuccal one usually has more than 1 canal (69.8%). Canal morphology of UFM exhibit complex anatomical variations such as C-shaped configuration. **Conclusions:** The results of the study showed that 96.4% UFM has 3 roots, 0.6% UFM has 4 roots and teeth with 2 roots were not detected. Most of UFM have 4 root canals and the mesiobuccal one usually has more than 1 canal (69.8%). Canal morphology of UFM exhibit complex anatomical variations such as C-shaped configuration.

Keywords: Cone Beam Computed Tomography, upper first molar, root canal morphology

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hình thái ống tủy (HTOT) có nhiều đặc điểm giải phẫu phức tạp như hình thái, sự chia nhánh bất thường của các ống tủy (OT) chính, hay OT phụ. Quan trọng hơn, một số nghiên cứu còn nhận xét sự khác biệt về số lượng, hình dạng của chân răng và OT giữa các dân tộc, hai giới¹, và độ tuổi khác nhau

Nhóm răng hàm lớn (RHL) hàm trên đã được nhiều tác giả trên thế giới nghiên cứu². HTOT của nhóm răng này rất khó điều trị, vì tính phức tạp và đa dạng về số lượng, hình thể chân răng. Dựa trên những kết quả đã được công bố, hầu hết RHL thứ nhất hàm trên có 3 chân và 4 OT³. Tỷ lệ xuất hiện OT ngoài gần 2 ở răng này có nhiều sự khác biệt giữa các báo cáo nhưng đều trên 50%⁴. Những biến thể giải phẫu của răng như chân xa ngoài và chân trong có hơn một OT cũng như OT hình chữ C cũng được phát hiện. Mặt khác, đối với RHL thứ hai hàm trên, biến thể giải phẫu phổ biến là chân răng dính với tỷ lệ xuất hiện từ 5,9% đến 42,25%⁵.

Với mong muốn tìm hiểu về đặc điểm giải phẫu trong và ngoài của nhóm RHL thứ nhất hàm trên bằng CBCT giúp nâng cao hiệu quả điều trị lâm sàng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "*Hình thái chân răng và hệ thống ống tủy của răng hàm lớn thứ nhất hàm trên trên phim Conebeam CT*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

từ tháng 11/2018 đến hết tháng 5/2019- Khoa chẩn đoán hình ảnh - Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội.

2.2. Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả những phim của bệnh nhân bệnh nhân có RHL thứ nhất và thứ hai hàm trên được chụp phim CBCT tại khoa X-Quang bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương từ tháng 01/2018 đến tháng 11/2018.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Phim bệnh nhân trên 18 tuổi, thấy rõ cấu trúc RHL thứ nhất hàm trên, ở đều hai bên cung hàm, đáp ứng các yêu cầu sau: Răng chưa điều trị tủy, răng mọc đầy đủ trên cung hàm, trưởng thành và đã đóng chóp. Răng không có tổn thương tổ chức cứng. Răng không có bệnh lý vùng chóp răng. Không mắc các bệnh toàn thân ảnh hưởng đến sự phát triển của răng và xương hàm. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ.** Loại trừ phim của bệnh nhân có một trong các đặc điểm sau: Có RHL hàm trên bị tiêu chân, hoặc bị canxi hóa; Có bệnh tại chỗ: u, nang, viêm nhiễm cấp, có răng tổn thương tổ chức cứng, có răng đã được phục hình bằng chụp kim loại, hoặc chốt

2.3. Chọn mẫu: cách chọn cỡ mẫu ngẫu nhiên đơn và chúng tôi chọn được là 168 phim RHL thứ nhất hàm trên.

2.4. Các biến số trong nghiên cứu

- Các thông tin về tuổi, giới
- Kích thước hình thể ngoài: Số lượng chân răng, hình dạng chân răng, chân răng dính

- Hình thể trong của răng: Số lượng OT, phân loại hình thái ống tủy,

2.5. Thu thập số liệu và các bước nghiên cứu

Thu thập số liệu. Chụp phim CTGB bằng máyProMax 3D Max Proface tại khoa X quang bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà nội

Phương pháp tiến hành: Xác định số lượng chân răng và số lượng OT, Xác định chân răng dính, Giải phẫu HTOT ở RHL thứ nhất

Các bước nghiên cứu

Bước 1: Viết và bảo vệ đề cương nghiên cứu

Bước 2: Thu thập số liệu

Bước 3: Làm sạch, xử lý số liệu

Bước 4: Viết bài báo, báo cáo

Bước 5: Bảo vệ trước hội đồng

2.6. Xử lý số liệu: số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16,0

III.KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Phân bố đối tượng nghiên cứu

	n	%
Nam	38	54,8
Nữ	46	45,2
Tổng	84	100,0

Trong 84 người tham gia vào nghiên cứu, số đối tượng nam chiếm 45,2% và ở nữ là 54,8%. Nhóm đối tượng được chọn có độ tuổi từ 19 đến trên 50, trung bình là 33,6 tuổi.

Số lượng, hình thái chân răng của RHL thứ nhất hàm trên

Bảng 2: Tỷ lệ số lượng chân răng của RHL thứ nhất hàm trên

	Răng 1 chân		Răng 2 chân		Răng 3 chân		Răng 4 chân		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nam	0	0	0	0	75	44,6	1	0,6	76	45,2
Nữ	2	1,2	0	0	90	53,6	0	0	92	54,8
Tổng	2	1,2	00	0	165	98,2	1	0,6	168	100,0

Trong nghiên cứu của chúng tôi, RHL thứ nhất hàm trên chủ yếu là răng có 3 chân răng riêng biệt với tỷ lệ 98,2%, răng có 4 chân chiếm 0,6%, không phát hiện được răng có 2 chân.

Hệ thống ống tủy ở răng hàm lớn thứ nhất hàm trên

Bảng 3: Tỷ lệ số lượng OT ở RHL thứ nhất hàm trên

Tỷ lệ %	1 ống	2 ống	3 ống	4 ống	5 ống	Tổng
%	1,2	0,0	28,6	64,3	5,9	100,0

Với RHL thứ nhất hàm trên, tỷ lệ răng có 4 OT chiếm tỷ lệ cao nhất (64,3%), răng có 3 OT chiếm 28,6%, trường hợp răng có 1 OT và 5 OT lần lượt là 1,2% và 5,9%. Không thấy xuất hiện

răng có 2 OT.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu. Trong 84 người tham gia vào nghiên cứu, số đối tượng nam chiếm 45,2% và ở nữ là 54,8%. Nhóm đối tượng được chọn có độ tuổi từ 19 đến trên 50, trung bình là 33,6 tuổi. Sự phân bố nhóm tuổi này tương tự như trong các nghiên cứu của Yemi Kim³ và Daming Wu. Có thể giải thích sự giống nhau trong chọn lựa độ tuổi giữa các nghiên cứu vì: Đây là giai đoạn của thời kỳ trưởng thành, khi mà các răng nghiên cứu đã mọc và đóng chóp hoàn toàn, không có sự thay đổi trong số lượng chân răng và ống tủy. Chức năng ăn nhai đã thực hiện được một thời gian nên khi tiến hành đánh giá hình thể chân răng và ống tủy, sẽ có được các đặc điểm đặc trưng mà độ tuổi khác không đánh giá được. Là độ tuổi có sự ý thức về sức khỏe, cũng như quan tâm hơn đến thẩm mỹ, do đó, tần suất đi khám sức khỏe răng miệng cũng nhiều hơn. Việc nhóm nghiên cứu có độ tuổi phân bố rộng sẽ làm tăng độ chính xác khi đánh giá đặc điểm về sự phân bố số lượng, hình thể chân răng và OT.

Số lượng, hình thái chân răng của RHL thứ nhất hàm trên.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, RHL thứ nhất hàm trên chủ yếu là răng có 3 chân răng riêng biệt với tỷ lệ 98,2%, răng có 4 chân chiếm 0,6%, không phát hiện được răng có 2 chân. Kết quả này giống với nghiên cứu của tác giả Hoàng Tử Hùng. Đặc điểm chung của nhóm RHL hàm trên là có 3 chân gồm 2 chân ngoài, 1 chân trong. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Như Trang, tỷ lệ răng 3 chân là 99,2%, răng 4 chân là 0,8%. Sự chênh lệch này có thể do cỡ mẫu khác nhau giữa 2 nghiên cứu và việc sử dụng hình ảnh 3 chiều để đánh giá lại hình thể chân răng, ở nghiên cứu này đã phát hiện ra các chân răng dính nên kết quả của chúng tôi thấp hơn. Tỷ lệ RHL thứ nhất hàm trên có 3 chân của chúng tôi cũng như nghiên cứu khác ở Việt Nam gần tương đồng với kết quả nghiên cứu trên người Hàn Quốc của Yemi Kim³ với 97,91%, tỷ lệ này cao hơn so với các nghiên cứu trên ở Châu Âu (85%) và người Úc (94%). Hơn thế nữa, người Châu Âu còn xuất hiện biến thể răng có 2 chân là 5,6%, và người Châu Úc là 15%. Do vậy, có thể nhận xét rằng: 1) Đặc điểm về số lượng chân răng ở RHL thứ nhất hàm trên có sự khác nhau đối với từng vùng địa lý. 2) RHL thứ nhất hàm trên ở người dân châu A, có số lượng chân răng nhiều hơn so với người châu Âu và Châu Úc dẫn đến khả năng chịu lực nhai cũng như thích nghi với chế độ ăn

cứng tốt hơn. Trái lại, ở người châu Âu và châu Úc do thích nghi với chế độ ăn mềm nên có thể tiến hóa theo hướng giảm số lượng chân răng. Ngoài ra, trong nghiên cứu này, chúng tôi cũng phát hiện ra 4 chân răng dính ở RHL thứ nhất hàm trên (chiếm tỷ lệ 2,4%), giống với kết quả nghiên cứu trên người Trung Quốc (2,7%)⁶ và Hàn Quốc (1,9%)⁷. Nhưng lại cao hơn nghiên cứu trên người châu Âu (0% - 1%). Có thể giải thích điều này do sự khác biệt về chủng tộc giữa các đối tượng nghiên cứu. Sự xuất hiện chân răng dính, đặt ra những thách thức cho các nhà lâm sàng khi xác định số lượng, và hình dạng OT trong điều trị nội nha.

RHL thứ nhất hàm trên có ít biến thể hơn RHL thứ hai, RHL thứ 2 có sự xuất hiện tất cả các loại chân răng từ răng 1 chân đến răng 4 chân. Răng 3 chân chiếm tỷ lệ cao nhất (82,2%) trong đó trường hợp răng có 3 chân riêng biệt chiếm đa số (60,1%). Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của Hoàng Tử Hùng. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Thị Như Trang. Tỷ lệ răng có 3 chân trong nghiên cứu của tác giả này là 84,9%, cao hơn so với kết quả của chúng tôi. Sự khác biệt này có thể do hệ thống phân loại chân răng của tác giả khác với chúng tôi, khi không có các phân loại về chân răng dính, thêm vào đó, nghiên cứu của chúng tôi còn sử dụng phim dựng hình để đánh giá hình dạng chân răng. Với ưu điểm quan sát được hình ảnh 3 chiều, phim dựng hình giúp phát hiện những trường hợp bất thường như chân dính ở 1/3 chóp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Daming Wu⁶ ở người Trung Quốc.

Hệ thống ống tủy ở răng hàm lớn thứ nhất hàm trên. Với RHL thứ nhất hàm trên, tỷ lệ răng có 4 OT chiếm tỷ lệ cao nhất (64,3%), răng có 3 OT chiếm 28,6%, trường hợp răng có 1 OT và 5 OT lần lượt là 1,2% và 5,9%. Không thấy xuất hiện răng có 2 OT. Số lượng OT ở RHL thứ nhất hàm trên thường có 4 OT (64,3%), tỷ lệ răng 3 OT chiếm 28,6%. Trong nghiên cứu của X.Titan, tỷ lệ răng có 3 OT ở RHL thứ nhất hàm trên là 42,3% cao hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi, trong khi đó tỷ lệ răng có 4 OT chỉ là 53,9%. Điều này có thể giải thích do cách tiến hành nghiên cứu giữa chúng tôi và tác giả X.Titan khác nhau. Tuy cùng thực hiện quan sát trên CBCT, nhưng nghiên cứu của X. Titan thiết lập chế độ trường quan sát rất lớn FOV: 20 X 25 (cm). Việc thiết lập trường quan sát lớn có ưu điểm là có thể quan sát được một lúc nhiều răng và các cấu trúc xung quanh như xương hàm trên, xương hàm dưới, nhưng nhược điểm của

nó là độ rõ nét không cao khi cần phóng to để quan sát 1 chủ thể kích thước nhỏ, đặc biệt là HTOT, từ đó có thể gây ra những sai sót trong quá trình đánh giá giải phẫu trong của răng. Trong nghiên cứu này, chúng tôi thiết lập FOV là 10 X 5,9 (cm). Với FOV như trên, không những có thể quan sát đủ số lượng răng nghiên cứu, mà còn tăng độ chính xác cho việc phát hiện số lượng và hình dạng OT. 50 Mặt khác, trường hợp răng có 6 OT cũng xuất hiện trong nghiên cứu của Q.Zhang (0,3%)⁸ và Y.Kim (0,5%)³, trong khi nghiên cứu của chúng tôi không có biến thể này. Có thể giải thích một phần là do tỷ lệ xuất hiện dạng OT này rất thấp. Thêm vào đó, cỡ mẫu nghiên cứu của các tác giả trên cao hơn của chúng tôi cũng là nguyên nhân dẫn đến sự không tương đồng về kết quả.

Giải phẫu HTOT của RHL thứ nhất Nghiên cứu này chỉ ra rằng các trường hợp RHL thứ nhất hàm trên có 1 chân thì chỉ có 1 OT (100% Type I). Tuy nhiên, tỷ lệ của biến thể này rất thấp chỉ là 1,19% (2 răng). Biến thể này cũng xuất hiện trong nghiên cứu ở người châu Á nhưng với tỷ lệ thấp hơn. Nghiên cứu của X.Titan là 0,6% nghiên cứu của Y.Kim là 0,2%³. Tuy nhiên trong cả 2 nghiên cứu này, nếu tính trên số lượng răng 1 chân – 1 OT thì cũng tương tự như phát hiện của chúng tôi (Titan: 1 răng; Y. Kim: 2 răng). Điều này có thể giải thích chủ yếu là do cỡ mẫu của các tác giả cao hơn so với chúng tôi rất nhiều. Thêm vào đó là sự khác biệt trong việc thiết lập trường quan sát (FOV) của chúng tôi và tác giả. Trường hợp RHL thứ nhất hàm trên có 3 chân, chân răng gần ngoài là chân răng có nhiều biến thể nhất so với 2 chân còn lại. Đồng thời, chân răng này thường có nhiều hơn 1 OT (69,8%), trong số đó, tỷ lệ chân răng có 2 OT và 2 foramen (type IV – Vertucci) là hay gặp nhất (40,8%). Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Mai Duyên, trong 90 RHL thứ nhất hàm trên, tỷ lệ chân răng gần ngoài có nhiều hơn 1 OT là 75,6%, trong đó, tỷ lệ chân gần ngoài có 2 OT và 2 foramen là 26,7%. Có sự khác nhau giữa 2 nghiên cứu một phần là do phương pháp tiến hành giữa 2 nghiên cứu. Tác giả Mai Duyên tiến hành chụp phim CBCT trên răng khô, phương pháp này có ưu điểm là đảm bảo độ chính xác cao hơn trong quá trình chụp phim, do ít có hiện tượng bị rung hay bị cản trở bởi dịch sinh học. Nhưng lại có nhược điểm là khó thu được cỡ mẫu lớn và làm giảm tính tổng quát của nghiên cứu. Tỷ lệ chân răng gần ngoài trong nghiên cứu của Y. Kim là 68,6% và tỷ lệ chân răng Type IV là 40,6%³. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu

của Y. Kim nhưng cao hơn kết quả nghiên cứu trên người Châu Âu của R. Slowey (50,4%). Đối với chân răng xa ngoài và chân trong, nghiên cứu của chúng tôi và Y. Kim cho thấy: phần lớn chân răng có 1 OT (96,0% - 98,0%) nhưng vẫn xuất hiện các biến thể. Ngược lại trong nghiên cứu trên người Châu Âu của B. M. Eleghorn cho thấy: các chân răng này chỉ có 1 OT và không xuất hiện các biến thể. Điều này chứng tỏ rằng: ở người Châu Á, các biến thể về hình thái OT trong chân răng của RHL thứ nhất đa dạng hơn người Châu Âu

V. KẾT LUẬN

Số lượng, hình dạng chân răng của RHL thứ nhất hàm trên: Số lượng chân răng: Hình thể xuất hiện phổ biến nhất là răng có 3 chân riêng biệt ở cả RHL thứ nhất (98,2%). Hình dạng chân răng: Chân răng dính xuất hiện ở RHL thứ nhất (2,4%).

Hình thái HTOT RHL thứ nhất: Số lượng các OT: RHL thứ nhất hàm trên chủ yếu là các răng có 4 OT (64,3%). Ngoài ra RHL này còn xuất hiện những biến thể OT dạng chữ C (3,0%).

Giải phẫu HTOT RHL thứ nhất: Trường hợp RHL thứ nhất hàm trên có 1 chân, thì chân này chỉ có 1 OT. Nếu răng có 3 chân, chân gần ngoài thường có nhiều hơn 1 OT (69,8%), chân xa ngoài và chân trong hầu hết có 1 OT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **F. J. Vertucci** (2005). Root canal morphology and its relationship to endodontic procedures. *Endodontic topics*, 10 (1), 3-29.
2. **P. Neelakantan, C. Subbarao, R. Ahuja**, (2010). Cone-beam computed tomography study of root and canal morphology of maxillary first and second molars in an Indian population. *Journal of Endodontics*, 36 (10), 1622-1627.
3. **Y. Kim, S. J. Lee, J. Woo**, (2012). Morphology of maxillary first and second molars analyzed by cone-beam computed tomography in a Korean population: variations in the number of roots and canals and the incidence of fusion. *Journal of Endodontics*, 38 (8), 1063-1068.
4. **F. S. Weine, H. J. Healey, H. Gerstein, et al.** (2012). Canal Configuration in the Mesio Buccal Root of the Maxillary First Molar and Its Endodontic Significance. *J Endod*, 38 (10), 1305-1308.
5. **A. M. Alavi, A. Opasanon**, (2002). Root and canal morphology of Thai maxillary molars. *Int Endod J*, 35 (5), 478-485.
6. **D. Wu, G. Zhang, R. Liang, et al.** (2017). Root and canal morphology of maxillary second molars by cone-beam computed tomography in a native Chinese population. *J Int Med Res*, 45 (2), 830-842.
7. **Y. Kim, S. J. Lee, J. Woo**, (2012). Morphology of maxillary first and second molars analyzed by cone-beam computed tomography in a Korean population: variations in the number of roots and canals and the incidence of fusion. *J Endod*, 38 (8), 1063-1068.
8. **Y. Zhang, H. Xu, D. Wang, et al.** (2017). Assessment of the Second Mesio Buccal Root Canal in Maxillary First Molars: A Cone-beam Computed Tomographic Study. *J Endod*, 43 (12), 1990-1996.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG CỔ TỬ CUNG NGUY CƠ CAO BẰNG PHƯƠNG PHÁP LEEP

Vũ Hải Linh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả điều trị tổn thương cổ tử cung nguy cơ cao bằng phương pháp LEEP. **Phương pháp:** Đây là nghiên cứu cắt ngang có sự tham gia của 108 bệnh nhân (BN) được xếp vào nhóm có tổn thương CTC nguy cơ cao, được thực hiện thủ thuật LEEP theo chỉ định tại Khoa Khám Bệnh Tự Nguyễn Phát Hiện Sớm Ung Bướu, Bệnh viện K, từ tháng 8/2022 đến 2/2023. **Kết quả:** Trước điều trị LEEP, tỷ lệ nhóm tuổi dưới 46 cao hơn ở nhóm có kết quả PAP là tế bào bất thường. Tỷ lệ nhóm BN có kết quả xét nghiệm HPV là nguy cơ cao và bất thường ở nhóm PAP có TB bất thường cao hơn nhóm TB bình thường. Người bệnh có kết quả xét nghiệm PAP bất

thường có tỷ lệ kết quả giải phẫu bệnh biến đổi hướng ác tính cao hơn nhóm khác. Sau điều trị LEEP, không có sự khác biệt giữa các đặc điểm người bệnh với kết quả xét nghiệm PAP. Tỷ lệ BN có kết quả PAP là HSIL và ung thư biểu mô trước phẫu thuật cao hơn sau điều trị LEEP. Ngoài ra, tỷ lệ người bệnh có kết quả PAP là bình thường hoặc viêm sau điều trị LEEP cao hơn gần 3 lần trước khi điều trị. **Kết luận:** Kết luận, nghiên cứu của chúng tôi đã đưa ra những bằng chứng sau khi điều trị LEEP, BN có tiến triển tốt hơn trước điều trị. **Từ khóa:** Yếu tố liên quan, tổn thương, cổ tử cung, nguy cơ cao

SUMMARY

EVALUATE THE EFFECTIVENESS AFTER TREATMENT OF USING THE LEEP METHOD FOR HIGH-GRADE CERVICAL LESIONS

Objective: To evaluate effectiveness after treatment of using the LEEP method for high-grade cervical lesions. **Methods:** This was a cross-sectional study with the participation of 108 patients classified

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Hải Linh

Email: hailinh2403@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.6.2024

Ngày duyệt bài: 19.7.2024