

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, X QUANG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT BỆNH LÝ VIÊM QUANH CHÓP MẠN

Trần Tấn Tài, Lê Hà Thùy Nhung

Khoa Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bằng phương pháp phẫu thuật bệnh lý viêm quanh chóp mạn tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đối tượng gồm 40 bệnh nhân có 51 răng bị viêm quanh chóp mạn được điều trị phẫu thuật tại Khoa Răng Hàm Mặt - Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. Thiết kế nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang, tiến cứu có can thiệp. **Kết quả:** Viêm quanh chóp mạn ở nữ giới chiếm tỷ lệ 60,0%. Nhóm tuổi 15-24 chiếm 52,5%. Nguyên nhân điều trị tủy thất bại chiếm 37,3% với biểu hiện lâm sàng hay gặp là sưng phồng ngách lợi 72,5%. Răng nguyên nhân là răng cửa giữa trên và dưới chiếm 58,8%. Hình ảnh X quang của sang thương quanh chóp có hình tròn liên quan răng nguyên nhân chiếm 50,9%. Điều trị phẫu thuật cho kết quả lâm sàng tốt sau 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng lần lượt là 74,5%; 80,4%; 80,4% và 82,1%. Kết quả lành thương hoàn toàn trên xương sau 6 tháng chiếm 38,5%. **Kết luận:** Nhóm tuổi 15-24 mắc tỷ lệ cao nhất (52,5%), sang thương quanh chóp ở răng cửa giữa tương đối phổ biến (58,8%), và làm sưng phồng ngách lợi là triệu chứng hay gặp (72,5%), có hình ảnh X quang điển hình, điều trị phẫu thuật đem lại kết quả tốt chiếm tỷ lệ khả quan.

Từ khóa: *Viêm quanh chóp mạn, điều trị phẫu thuật.*

Abstract

TO SURVEY CLINICAL, RADIOLOGICAL FEATURES OF CHRONIC APICAL PERIODONTITIS AND ASSESSMENT OF THE THERAPEUTIC EFFICACY OF SURGERY

Tran Tan Tai, Pham Thi Nhung

Faculty of Odonto-Stomatology, Hue University of Medicine and Pharmacy

Objectives: Survey clinical, radiological features of chronic apical periodontitis and assessment of the treatment methods of surgery at Hue University Hospital. **Materials and methods:** 40 patients with 51 teeth that had chronic apical periodontitis were treated by surgery at the department of Odonto-Stomatology – Hue University Hospital. Method of research was cross-sectional description, prospective intervention.

Results: Average age 15-24 was 60.0% in female; age group 15-24 occupied 52.5%; postendodontic cause was 37.3%; the clinical sign of swelling was 72.5%; the caused teeth were central incisors occupied 58.8%; most periapical lesions were round in shape associated with caused teeth got 50.9%. Most cases treated apicoectomy showed good clinical results after 1 week, 1 month, 3 months and 6 months were 74.5%; 80.4%; 80.4% and 82.1%. Certain healing results in radiograph after 6 months were 38.5%.

Conclusion: Age group 15-24 reached the highest rate 52.5%; periapical lesions caused by central incisors were popular (58.8%); clinical sign of swelling was 72.5%, with typical Xray images; surgical treatment showed good results in most cases.

Key words: *Chronic apical periodontitis, surgical treatment.*

- Địa chỉ liên hệ: Trần Tấn Tài, email: taihangdr@yahoo.com.vn

DOI: 10.34071/jmp.2013.4.9

- Ngày nhận bài: 20/7/2013 * Ngày đồng ý đăng: 16/7/2013 * Ngày xuất bản: 27/8/2013

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm quanh chóp răng có tính chất phổ biến, gây ảnh hưởng đến sức khỏe, đời sống, hạn chế chức năng và là nguyên nhân dẫn đến mất răng liên quan đến vấn đề thẩm mỹ. Chọn lựa chính để điều trị viêm quanh chóp mạn hiện nay là can thiệp nội nha với tỷ lệ thành công khá cao. Khi điều trị nội nha thất bại, phương pháp điều trị bằng phẫu thuật được chỉ định nhằm loại bỏ mô nhiễm trùng quanh chóp, một phần chân răng có liên quan đến tổn thương, chất trám dư và để bảo tồn răng [8].

Trên thế giới cũng như ở Việt Nam đã có những nghiên cứu về lâm sàng và điều trị bệnh lý quanh chóp răng, các khảo sát cho những kết quả khác nhau. Nhằm đánh giá diễn tiến lành thương và kết quả điều trị viêm quanh chóp mạn bằng phương pháp phẫu thuật, chúng tôi tiến hành đề tài với các mục tiêu sau:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng và X quang của bệnh lý quanh chóp răng.*

2. *Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật bệnh lý quanh chóp răng.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại Phòng khám Răng Hàm Mặt - Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. Trong thời gian từ tháng 6/2011 đến tháng 3/2012, có 51 răng bị viêm quanh chóp mạn trên 40 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn can thiệp điều trị và theo dõi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu có can thiệp.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu ngẫu nhiên không xác suất theo mẫu thuận tiện.

2.2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu: Bệnh nhân được điều trị theo cùng phương pháp.

Chuẩn bị tiền phẫu:

Khám lâm sàng:

- Cơ năng: Đau răng nguyên nhân; chức năng ăn nhai.

-Đổi màu răng; sưng nề phần mềm, lỗ dò gác hành lang tương ứng răng nguyên nhân; thương tổn sâu răng, mòn răng; răng đã điều trị tùy chưa; thử nghiệm tùy răng; định hướng vị trí chóp răng.

o Chụp phim XQ:

-Đánh giá chất lượng của điều trị nội nha: mật độ và độ kín của chất trám ống tùy.

- Cấu trúc giải phẫu của chân răng. Sự hiện diện của dị vật trong ống tùy.

- Mức độ lan rộng của sang thương quanh chóp và mối liên quan với các cấu trúc giải phẫu lân cận (chân răng kế cận, xoang hàm, kênh răng dưới...).

Xét nghiệm cận lâm sàng: Công thức máu, thời gian máu chảy, máu đông [3], [4].

Điều trị phẫu thuật

• Gây tê

• Tạo vạt: Bóc tách vạt niêm mạc - màng xương thành một khối để hạn chế nguy cơ chảy máu và bộc lộ hoàn toàn vùng xương quanh chóp, tránh làm rách vạt niêm mạc - màng xương.

• Mở xương. Làm sạch tổn thương, nạo sạch tổ chức viêm quanh chóp và cắt phần chóp răng nằm trong vùng tiêu xương.

• Khâu kín: Chụp phim kiểm tra trước khi đóng vết mổ; kiểm tra cầm máu vùng mổ. Đặt vạt trở về vị trí cũ, khâu kín để tạo điều kiện tốt cho việc thành lập cục máu đông, dùng các mũi khâu rời hay mũi treo qua cổ răng. Gửi bệnh phẩm làm xét nghiệm giải phẫu bệnh.

Cắt chỉ sau 5 đến 7 ngày. Tái khám sau 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng [3], [4].

Đánh giá kết quả:

Khám lâm sàng và X quang định kỳ sau 1 tuần, 1, 3 và 6 tháng. Sự tiến triển của dấu hiệu lâm sàng và sự lành thương trên xương dựa theo tiêu chí đánh giá của A Cao, Lê Đức Lánh và Rud [1], [4], [12]:

• Kết quả sau phẫu thuật 1 tuần:

- Tốt: Không nhiễm trùng, không chảy máu, vết mổ liền hoàn toàn.

- Trung bình: Không nhiễm trùng, không chảy máu, vết mổ liền không hoàn toàn, có thể đứt ít mũi chỉ khâu.

- Xấu: Có nhiễm trùng, chảy máu, vết mổ bục hoàn toàn [1].

• Dấu hiệu lâm sàng sau phẫu thuật 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng:

- Tốt: vết mổ liền ổn định, bệnh nhân hoàn toàn không đau nhức tại răng nguyên nhân. Mô nha chu bình thường, niêm mạc đáy hành lang vùng răng tương ứng không phù nề, sung huyết, không có lỗ dò.

- Trung bình: vết mổ liền ổn định, bệnh nhân có cảm giác đau mơ hồ tại răng nguyên nhân. Mô nha chu, niêm mạc đáy hành lang bình thường.

- Xấu: vết mổ không ổn định, bệnh nhân vẫn còn đau tại răng nguyên nhân, niêm mạc đáy hành lang phù nề, sung huyết, có hay không có lỗ dò [4].

• So sánh phim trước, sau phẫu thuật để đánh giá sự lành thương trên xương [4], [12]

- Lành thương hoàn toàn: Sang thương thu hẹp hoặc mất hoàn toàn, có hình thành thớ xương trong vùng sang thương với độ cản quang tương đương xương lành xung quanh.

- Lành thương không hoàn toàn: kích thước sang thương thu hẹp, có hình thành xương trong

vùng sang thương nhưng mật độ cản quang kém hơn xương lành xung quanh.

- Không lành thương: khi sang thương không giảm kích thước hay phát triển lớn hơn (hình ảnh thấu quang lan rộng), không có sự tái tạo xương trong vùng sang thương.

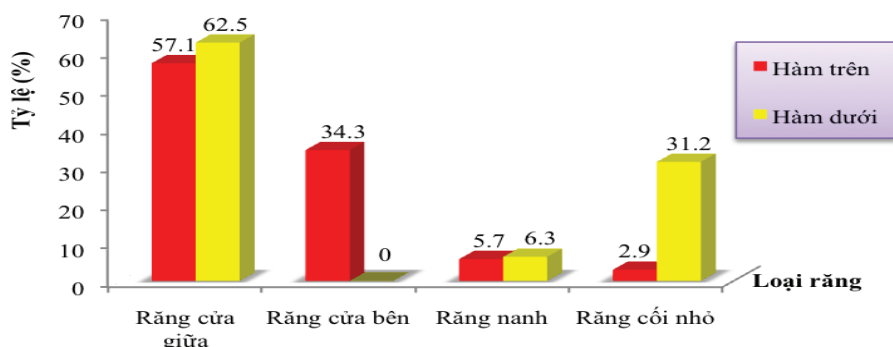
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh lý quanh chóp

Bảng 3.1. Phân bố theo nhóm tuổi và giới ở nhóm nghiên cứu

Nhóm tuổi	Giới	Nam		Nữ		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
15-24		10	25,0	11	27,5	21	52,5
25-34		3	7,5	2	5,0	5	12,5
35-44		2	5,0	8	20,0	10	25,0
45-54		1	2,5	3	7,5	4	10,0
Tổng		16	40,0	24	60,0	40	100,0
p		> 0,05				< 0,05	

Lứa tuổi hay gặp bệnh lý quanh chóp nhất là từ 15 - 24 tuổi chiếm 52,5%. Hai giới có tỉ lệ tương đương ($p > 0,05$).



Biểu đồ 3.1: Phân bố răng tổn thương

Răng cửa giữa chiếm tỷ lệ cao nhất 58,8% trên toàn mẫu, trong đó, phần lớn gặp ở hàm dưới; răng nanh chiếm tỷ lệ thấp nhất 5,9%.

Bảng 3.2. Lý do đến khám

Loại răng	Răng cửa		Răng nanh		Răng cối nhỏ		Tổng	
	n	%	N	%	n	%	N	%
Đang sưng đau / Đau trước đó	30	71,4	2	66,7	3	50,0	35	68,6
Lỗ dò	6	14,2	0	0,0	0	0,0	6	11,8
Răng đổi màu	2	4,8	0	0,0	1	16,7	3	5,9
Ngẫu nhiên	4	9,6	0	0,0	1	16,7	5	9,8
Nha sĩ chuyển/gãy dụng cụ	0	0,0	1	33,3	1	16,7	2	3,9
Tổng	42	100,0	3	100,0	6	100,0	51	100,0

Sưng đau là lý do chủ yếu khiến bệnh nhân đến khám (68,6%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với các lý do khác với $p < 0,05$.

Bảng 3.3. Biểu hiện lâm sàng

Triệu chứng	Kích thước vùng thẩu quang		≤ 1 cm (n = 24)		> 1 cm (n = 27)		Tổng (n = 51)	
	n	%	n	%	N	%		
Gõ dọc đau nhẹ	4	16,7	18	66,7	22	43,1		
Gõ dọc cảm giác khác	14	58,3	6	22,2	20	39,2		
Lỗ dò	8	33,3	15	55,5	23	45,1		
Răng đổi màu	9	37,5	12	44,4	21	41,2		
Ngách lợi sưng phồng	12	50,0	25	92,6	37	72,5		

Biểu hiện lâm sàng phần lớn là dấu hiệu ngách lợi sưng phồng chiếm 72,5%.

Bảng 3.4. Biểu hiện X quang ở các răng tổn thương

Hình ảnh	Loại răng	Răng cửa	Răng nanh	Răng cối nhỏ	Tổng
Hình tròn liên quan răng nguyên nhân		22 52,4%	1 33,3%	3 50,0%	26 50,9%
Hình 1 buồng không đều với răng nguyên nhân + răng 1 bên		10 23,8%	2 66,7%	2 33,3%	14 27,4%
Hình 1 buồng không đều với răng nguyên nhân + 2 răng bên cạnh		10 23,8%	0 0,0%	0 0,0%	10 19,6%
Hình 1 buồng không đều xâm lấn vào xoang hàm		0 0,0%	0 0,0%	1 16,7%	1 2,1%
Tổng		42 100,0%	3 100,0%	6 100,0%	51 100,0%

Hình ảnh X quang của vùng thẩu quang (VTQ) quanh chóp đa số là hình tròn liên quan răng nguyên nhân (50,9%).

Bảng 3.5. Nguyên nhân gây viêm quanh chóp mạn

Loại răng	Răng cửa		Răng nanh		Răng cối nhỏ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sâu răng	6	14,3	0	0,0	0	0,0	6	11,7
Chấn thương	10	23,8	0	0,0	0	0,0	10	19,6
Điều trị tủy thất bại	15	35,7	1	33,3	3	50,0	19	37,3
Sang chấn khớp cắn	11	26,2	2	66,7	3	50,0	16	31,4
Tổng	42	100,0	3	100,0	6	100,0	51	100,0

Nhóm răng cửa: tiền sử điều trị tủy thất bại chiếm tỷ lệ cao (35,7%). Nhóm răng nanh: dấu hiệu sang chấn khớp cắn chiếm 66,7%. Nhóm răng cối nhỏ: tiền sử chấn thương chiếm 50,0%; sang chấn khớp cắn (núm phụ, thói quen cắn chỉ) có tỷ lệ là 50,0%. Nguyên nhân sâu răng có tỷ lệ thấp nhất: 11,7%.

Bảng 3.6. Chỉ định phẫu thuật

Chỉ định phẫu thuật	Kích thước vùng thẩu quang		≤ 1 cm (n = 24)		> 1 cm (n = 27)		Tổng (n = 51)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Điều trị nội nha thất bại	11	45,8	8	29,6	19	37,3		
Điều trị giải quyết tức thời	6	25,0	16	59,3	22	43,1		
Theo yêu cầu phục hình	7	29,2	3	11,1	10	19,6		
Tổng	24	100,0	27	100,0	51	100,0		

Các trường hợp điều trị giải quyết tức thời chiếm tỷ lệ cao là 43,1%; trường hợp chỉ định điều trị nội nha thất bại là 37,3%; chỉ định theo yêu cầu phục hình là 19,6%.

3.2. Kết quả điều trị phẫu thuật bệnh lý quanh chóp

3.2.1. Biến đổi lâm sàng

Bảng 3.7. Biến đổi lâm sàng theo thời gian

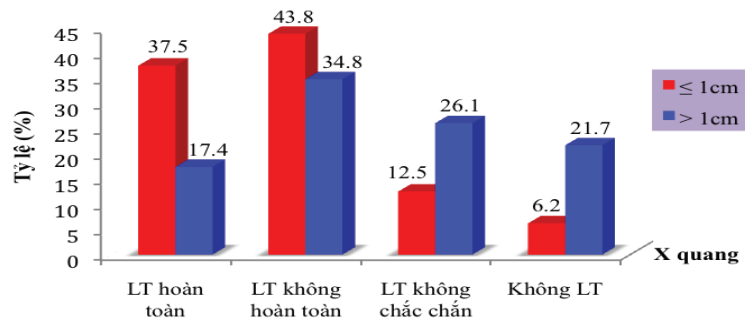
Lâm sàng \ Thời điểm	Sau 1 tuần (n =51)	1 tháng (n = 51)	3 tháng (n =46)	6 tháng (n = 39)
Tốt	38 74,5%	41 80,4%	36 78,3%	32 82,1%
Trung bình	10 19,6%	8 15,7%	10 21,7%	7 17,9%
Xấu	3 5,9%	2 3,9%	0 0%	0 0%

Bảng 3.8: Đánh giá lâm sàng theo tình trạng nội nha sau phẫu thuật 6 tháng

Nội nha \ Lâm sàng	Tốt		Trung bình		Xấu		Tổng	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Nội nha tốt	20	90,9	2	9,1	0	0,0	22	100,0
Trám thiếu	9	75,0	3	25,0	0	0,0	12	100,0
Trám quá chóp	2	66,7	1	33,3	0	0,0	3	100,0
Gãy dụng cụ	1	50,0	1	50,0	0	0,0	2	100,0
Tổng	32	82,1	7	17,9	0	0,0	39	100,0

Sau 6 tháng, chỉ có 39 bệnh nhân quay lại kiểm tra, đối với nhóm điều trị nội nha tốt, phẫu thuật cho kết quả lâm sàng tốt chiếm tỷ lệ cao: 90,9% ($p < 0,05$). Nhóm nội nha không tốt (trám thiếu, trám quá chóp, gãy dụng cụ) có kết quả tốt với tỷ lệ lần lượt là 75,0%; 66,7%; 50,0%; không có trường hợp xấu.

3.2.2. Biến đổi X quang



Biểu đồ 3.2. Đánh giá X quang theo kích thước vùng thấu quang sau phẫu thuật 6 tháng

Sự lành thương (LT) trên xương sau phẫu thuật 6 tháng (thời gian nghiên cứu không đủ để đánh giá kết quả) cho thấy LT hoàn toàn chiếm 25,6% với 2 nhóm $\leq 1\text{cm}$ và $> 1\text{cm}$ có tỷ lệ xấp xỉ nhau (60,0% và 40,0%) ($p > 0,05$); LT không hoàn toàn: 38,5%; LT không chắc chắn: 20,5%; không LT: 15,4%.

Bảng 3.9. Lành thương trên xương theo tình trạng nội nha sau phẫu thuật 6 tháng

Nội Nha \ X quang	LT hoàn toàn		LT không hoàn toàn		LT không chắc chắn		Không LT		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Nội nha tốt	6	27,3	12	54,5	3	13,6	1	4,5	22	100,0
Trám thiếu	2	16,7	2	16,7	4	33,3	4	33,3	12	100,0
Trám quá chóp	1	33,3	0	0,0	1	33,3	1	33,3	3	100,0
Gãy dụng cụ	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0
Tổng	10	25,6	15	38,5	8	20,5	6	15,4	39	100,0

Sau phẫu thuật 6 tháng, các trường hợp điều trị nội nha tốt và điều trị nội nha không tốt (trám thiếu, quá chóp hay gãy dụng cụ) đều có sự lành thương hoàn toàn trên xương với tỷ lệ lần lượt là 27,3%; 16,7%; 33,3% và 50,0%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, X quang của bệnh lý quanh chóp

- Bảng 1 cho thấy lứa tuổi hay gặp viêm quanh chóp mạn là từ 15-24 tuổi chiếm 52,5%, trong khi đó lứa tuổi từ 45-54 chỉ chiếm 10,0%. Trong đó sự khác biệt giữa nam và nữ không có ý nghĩa thống kê do cỡ mẫu nghiên cứu chúng tôi nhỏ.

- Loại răng và vị trí răng nguyên nhân: trong 51 trường hợp sang thương quanh chóp gặp ở hàm trên 35 trường hợp (68,6%), hàm dưới 16 trường hợp. Trong đó: răng cửa giữa chiếm tỷ lệ cao nhất trên toàn mẫu là 58,8%; răng nanh chỉ gặp 3 trường hợp chiếm 11,8%.

- Lý do đến khám: Bệnh nhân đến khám chủ yếu do sưng đau (68,6%) và các lý do khác như lở dò (11,8%), ngẫu nhiên (9,8%), đổi màu răng (5,8%), nha sĩ chuyển / gãy dụng cụ (3,9%).

- Biểu hiện lâm sàng khi thăm khám: phần lớn là ngách lợi sưng phồng 72,5%; tiếp theo là lở dò: 45,1%; gõ dọc đau nhẹ: 43,4% và đổi màu răng: 41,2%.

- Tiền sử nguyên nhân: tiền sử chính bệnh lý răng nguyên nhân chủ yếu sau điều trị tủy (37,3%) và sang chấn khớp cắn (31,4%); tiền sử chấn thương và sâu răng có tỷ lệ thấp là 19,6% và 11,7%.

- Chỉ định phẫu thuật: AAE (Hiệp hội các nhà nội nha Hoa Kỳ) cho rằng nên thực hiện phẫu thuật khi việc điều trị nội nha thất bại hay không thể thực hiện được, gồm: Vẫn còn sưng, đau kéo dài hay còn lở dò sau khi điều trị nội nha; gãy, lỏng chân răng, gãy dụng cụ trong ống tủy ở 1/3 chóp; ống tủy dị dạng, quá cong, bị bít kín hay phình rộng ở vùng chóp; vật liệu trám quá chóp gây kích thích [3].

Chỉ định phẫu thuật giải quyết tức thời trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ khá cao: 43,1%; chỉ định khi điều trị nội nha thất bại chiếm 37,3%; và theo yêu cầu phục hình là 19,6%.

Theo Geoffrey [8], nếu hệ thống ống tủy được làm sạch, tạo hình và trám bít tốt thì phản ứng tự nhiên của cơ thể sẽ giúp lành thương và loại trừ các sang thương quanh chóp. Do đó, với các răng này, sau khi thực hiện việc điều trị nội nha đúng tiêu chuẩn cần phải có khoảng thời gian để theo dõi sự lành thương (tối thiểu 06 tháng), nếu sau đó

sang thương vẫn không giảm kích thước hay còn tồn tại các triệu chứng lâm sàng, lúc bấy giờ chỉ định phẫu thuật.

Nếu tổn thương tiêu xương quá lớn hoặc liên quan đến nhiều răng có thể chỉ định phẫu thuật ngay sau khi điều trị nội nha mà không cần theo dõi. Một số tác giả đưa ra chỉ định điều trị giải quyết tức thời của phẫu thuật cắt chóp là thực hiện ngay sau khi nội nha mà không cần theo dõi vì bệnh nhân ở xa, không có thời gian... [7], [9]. Chỉ định thuộc loại này trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ 43,1% có lẽ phù hợp với tình trạng điều trị của nước ta hiện nay.

- Hình ảnh X quang của sang thương quanh chóp đa số là hình tròn liên quan răng nguyên nhân gặp trong 26 trường hợp (50,9%) với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Hình 1 buồng liên quan răng nguyên nhân và 1 hoặc 2 răng bên cạnh gặp ít hơn lần lượt là 27,4 và 19,6%; trong khi chỉ gặp 1 trường hợp hình một buồng không đều xâm lấn xoang hàm (2,1%).

- Điều trị nội nha trước phẫu thuật: trên toàn mẫu, tình trạng nội nha tốt chiếm tỷ lệ cao 62,7%; trám thiếu: 27,5%; trám quá chóp: 5,9%; gãy dụng cụ: 3,9%. Với tình trạng nội nha tốt vẫn tồn tại sang thương quanh chóp với tỷ lệ 65,6% ở nhóm > 1cm so với 34,4% ở nhóm < 1cm.

4.2. Kết quả điều trị

- Biến đổi lâm sàng

Trên toàn mẫu, đặc điểm lâm sàng sau 1 tuần phẫu thuật có 74,5% kết quả tốt; 19,6% trung bình; 5,9% xấu. Dấu hiệu lâm sàng cải thiện tốt theo thời gian sau 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng với kết quả lần lượt là tốt (80,4%; 80,4%; 82,1%); trung bình (15,7%; 19,6%; 17,9%); xấu (3,9%; 0%; 0%) phù hợp với Phạm Thanh Hải sau 3 tháng (tốt: 78,5%; khá: 21,5%; xấu: 0%) [2]. Nhìn chung, dấu hiệu lâm sàng cải thiện rõ, cảm giác khác so với răng bên cạnh tồn tại kéo dài hơn.

Biến đổi lâm sàng theo tình trạng nội nha sau 6 tháng (39 răng), các răng dù được điều trị nội nha tốt hay không tốt (trám thiếu, trám quá chóp, gãy dụng cụ) đều có biểu hiện lâm sàng tương đối tốt với tỷ lệ lần lượt là 90,9%; 75,0%; 66,7%; 50,0%. Trường hợp răng trám thiếu, trám quá chóp hay gãy dụng cụ vẫn có kết quả lâm sàng trung bình chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 25,0%; 33,3%; 50,0%. Điều đó cho thấy điều trị nội nha ban đầu nên

được thực hiện một cách cẩn thận nhằm mang lại kết quả tốt cho bệnh nhân và tránh việc phẫu thuật không cần thiết [6].

- Biến đổi X quang

Sự tạo xương sau phẫu thuật cắt chóp chỉ có thể đánh giá chắc chắn bằng phim X quang sau một năm vì có những trường hợp thành công sau thời gian ngắn nhưng sau đó vẫn thành lập sang thương mới do còn tồn tại những kích thích ở vùng chóp. Mốc thời gian đánh giá kết quả sau phẫu thuật tối thiểu là một năm rưỡi và tối đa là ba năm rưỡi – thời gian này đủ để sự lành thương trên xương (nếu có) diễn ra hoàn chỉnh [11]. Tuy nhiên do nghiên cứu của chúng tôi bị hạn chế về thời gian thực hiện nên chúng tôi đã chọn mốc 6 tháng để theo dõi cuối cùng.

Bước đầu đánh giá sự lành thương trên xương sau 6 tháng cho thấy lành thương hoàn toàn: 25,6%, lành thương không hoàn toàn: 38,5%; lành thương không chắc chắn: 20,5%, không lành thương: 15,4%. Đối chiếu kết quả lâm sàng tốt sau 6 tháng phẫu thuật (82,1%) với tỷ lệ lành thương hoàn toàn trên xương (25,6%), phải chăng sự cải thiện tình trạng bệnh lý trên lâm sàng diễn ra sớm hơn lành thương trên xương. Như vậy, với đặc điểm lâm sàng nghèo nàn của viêm quanh chóp mạn, tình trạng không có biểu hiện lâm sàng chưa hẳn đã là lành thương [9]. Việc đánh giá kết quả điều trị phải dựa trên X quang kết hợp lâm sàng trong khoảng thời gian dài.

Thành công của phẫu thuật phụ thuộc vào việc sửa soạn và trám bít hệ thống ống tủy [10]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này vẫn có sự lành thương sau phẫu thuật đối với các răng điều trị tủy thất bại (40,0%) – các răng này chủ yếu là trám bít chưa tới chóp (cách chóp 2mm), quá chóp hay gãy dụng cụ – điều này có thể giải thích do phẫu thuật đã loại bỏ hoàn toàn phần chóp chân răng không trám tốt [3].

5. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm lâm sàng và Xquang của viêm quanh chóp mạn

- Bệnh hay gặp ở lứa tuổi 15-24 chiếm 52,5%.
- Vị trí răng nguyên nhân hay gặp nhất ở nhóm răng cửa giữa 58,8%.
- Biểu hiện lâm sàng hay gặp là ngách lợi sưng phồng 72,5%, tiếp theo là lỗ dò, gõ dọc đau nhẹ, đổi màu răng.

- Tiền sử nguyên nhân: sau điều trị tủy: 37,3%; sang chấn khớp cắn: 31,4%; chấn thương: 19,6%; sâu răng: 11,7%;

- Chỉ định phẫu thuật: Giải quyết tức thời: 43,1%; điều trị nội nha thất bại: 37,3%; yêu cầu phục hình: 19,6%.

- Hình tròn liên quan răng nguyên nhân: 50,9%; hình 1 buồng liên quan răng nguyên nhân và răng một bên: 27,4%; hình 1 buồng không đều liên quan răng nguyên nhân và 2 răng bên cạnh: 19,6%; hình một buồng không đều xâm lấn xoang hàm: 2,1% ($p < 0,05$).

5.2. Kết quả điều trị

Biến đổi lâm sàng

- Tỷ lệ lành thương tăng dần theo thời gian:
 - + 1 tuần: Tốt: 74,5%; Trung bình: 19,6%; Xấu: 5,9%.
 - + 1 tháng: Tốt: 80,4%; Trung bình: 15,7%; Xấu: 3,9%.
 - + 3 tháng: Tốt: 78,3%; Trung bình: 21,7%; Xấu: 0%.
 - + 6 tháng: Tốt: 82,1%; Trung bình: 17,9%; Xấu: 0%.

- Lành thương theo tình trạng nội nha sau 6 tháng: đối với nhóm điều trị nội nha tốt, phẫu thuật cho kết quả lâm sàng tốt chiếm tỷ lệ cao: 90,9% ($p < 0,05$). Nhóm nội nha không tốt (trám thiếu, trám quá chóp, gãy dụng cụ) có kết quả tốt với tỷ lệ lần lượt là 75,0%; 66,7%; 50,0%; không có trường hợp xấu.

Biến đổi X quang

- Lành thương trên xương sau 6 tháng: Lành thương hoàn toàn: 25,6%; lành thương không hoàn toàn: 38,5%; lành thương không chắc chắn: 20,5%; không lành thương: 15,4%.

- Lành thương trên xương theo tình trạng nội nha sau 6 tháng:

- + Nội nha tốt: Lành thương hoàn toàn: 27,3%; không hoàn toàn: 54,5%; không chắc chắn: 13,6%; không lành thương: 4,6%.
- + Trám thiếu: Lành thương hoàn toàn: 16,7%; không hoàn toàn: 16,7%; không chắc chắn: 33,3%; không lành thương: 33,3%.
- + Trám quá chóp: Lành thương hoàn toàn: 33,3%; không hoàn toàn: 0%; không chắc chắn: 33,3%; không lành thương: 33,3%.
- + Gãy dụng cụ: Lành thương hoàn toàn: 50,0%; không hoàn toàn: 50,0%; không chắc chắn: 0%; không lành thương: 0%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ly Vông Sả A Cao (2000), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị bệnh viêm cuống răng mạn tính*, Luận văn tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
2. Phạm Thanh Hải, Phạm Văn Liệu, Lương Xuân Quỳnh (2012), “Lâm sàng, X quang và điều trị nang chân răng tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2011”, *Y học thực hành*, 807 (2), tr. 32-35.
3. Lê Đức Lánh (2011), *Phẫu thuật miệng – Phẫu thuật trong miệng*, Nhà xuất bản Y học, Chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh.
4. Lê Đức Lánh, Huỳnh Kim Diễm, Phạm Thị Hương Loan (2004), “Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị sang thương quanh chóp răng từ tháng 9/1999 đến tháng 9/2001”, *Kỷ yếu các công trình nghiên cứu khoa học Răng Hàm Mặt 2004*.
5. Nguyễn Thị Bích Lý, Lê Đức Lánh, Phạm Thị Hương Loan, Trần Quang Đôn, Phạm Nữ Minh Ngọc (2002), “Một số kinh nghiệm và kết quả điều trị bảo tồn răng bằng phương pháp phẫu thuật cắt chóp trám ngược”, *Các công trình nghiên cứu khoa học Răng Hàm Mặt 2002*, pp.159 -166.
6. Phạm Nữ Như Ý (2009), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, X quang và kết quả điều trị viêm quanh chóp mạn bằng phương pháp nội nha*, Luận án chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược Huế, Huế.
7. Dias G.J., Prasad K., Santos A.L. (2007), “Pathogenesis of apical periodontal cysts: guidelines for diagnosis in palaeopathology” (Abstract), *International Journal of Osteoarchaeology*, 17 (6), pp. 619-626.
8. Geoffrey L. Howe (1995), “Surgery aids to endodontics”, *Minor oral surgery*, Wright, Third Edition, pp. 315-326.
9. Huuomonen S., Ørstavik D. (2002), “Radiological aspects of apical periodontitis”, *Endodontic topics*, 1, pp. 3-25.
10. Kirkevang L-L., Hørsted-Bindslev P. (2002), “Technical aspects of treatment in relation to treatment outcome”, *Endodontic Topics*, 2, pp. 89-102.
11. Nair P.N.R. (2004), “Pathogenesis of apical periodontitis and the causes of endodontic failures”, *Crit Rev Oral Biol Med*, 15 (6), pp. 348-381.
12. Rud J., Andreasen J.O., Jensen J.E.M. (1972), “Radiographic criteria for the assessment of healing after endo surgery”, *International Journal of oral surgery*, 1 (4), pp. 195-214.