

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ X-QUANG RĂNG CỐI LỚN THỨ HAI HÀM DƯỚI CÓ HỆ THỐNG ống TỦY HÌNH CHỮ C

Nguyễn Hồng Lợi^{1✉}, Nguyễn Việt Cường¹, Võ Trần Nhã Trang¹

¹Trung tâm Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Trung ương Huế

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sự phức tạp, đa dạng của hệ thống ống tủy với nhiều biến thể, một trong số đó phải kể đến hệ thống ống tủy hình chữ C. Phim cắt lớp vi tính chùm tia hình nón được ứng dụng ngày càng rộng rãi trong Nha khoa và thể hiện tính ưu việt của mình trong ứng dụng nghiên cứu hệ thống ống tủy và điều trị nội nha.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện ở 25 bệnh nhân với 32 răng cối lớn thứ hai hàm dưới có ống tủy 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 tháng 5/2020 đến tháng 5/2021. Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

Kết quả: Vị trí lỗ sâu gặp nhiều nhất là ở mặt xa là 20 răng chiếm tỷ lệ 62,6%. Trong số 20 răng sâu mặt xa có 15 răng sâu do răng cối lớn thứ ba hàm dưới mọc chiếm tỷ lệ 46,9%. Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là đau, chiếm tỷ lệ 75%. Răng có 2 ống tủy gặp với tỷ lệ cao nhất, chiếm 50%. Phần lớn 21/32 răng, chiếm tỷ lệ 65,6% ống tủy hình C có dạng dài cong liên tục (C1) ở phần ba cổ. Trong đó có 2/21 răng (9,5%) có 1 ống xuyên suốt chiều dài, còn lại phân tách thành 2, 3 ống tủy ở các phần ba giữa và chóp.

Kết Luận: Ống tủy hình chữ C có dạng dài cong liên tục (C1) ở phần ba cổ hay gặp nhất. Phim cắt lớp chùm tia hình nón nhiều tính ưu việt trong ứng dụng nghiên cứu hệ thống ống tủy.

Từ khóa: Ống tủy hình chữ C, phim cắt lớp vi tính chùm tia hình nón.

ABSTRACT

C-SHAPED ROOT CANALS OF MANDIBULAR SECOND MOLARS: CLINICAL CHARACTERISTICS AND CONE BEAM COMPUTED TOMOGRAPHY STUDY

Nguyen Hong Loi^{1✉}, Nguyen Viet Cuu¹, Vo Tran Nha Trang¹

Ngày nhận bài:

26/02/2022

Ngày chỉnh sửa:

20/3/2022

Chấp thuận đăng:

30/03/2022

Tác giả liên hệ:

Nguyễn Hồng Lợi

Email:

drloivietnam@yahoo.com.vn

SĐT: 0913498549

Background: The root canal system of the mandibular second molar is diverse and complex with many variations, especially C-shaped root canal system. Cone-beam computed tomography film is widely applied in dentistry and demonstrates its superiority in the application of root canal system research and endodontic treatment.

Methods: The study was carried out in 25 patients with 32 mandibular second molars with C-shaped canals diagnosed with irreversible pulpitis who came for examination and treatment at the Department of General Dentistry, Odonto - Stomatology Center, Hue Central Hospital from May 2020 to May 2021. Study design: Descriptive cross-sectional study.

Results: The most common site of caries was in the distal surface with 20 teeth, accounting for 62,6%. Among 20 distal caries, there were 15 caries caused by mandibular third molars (46,9%). The most frequent clinical symptom was pain,

accounting for 75%. Teeth with 2 root canals are encountered with the highest rate, accounting for 50%. The most frequent configuration in the coronal third was C1, accounting for 65.6%. Of which, 2/21 teeth (9.5%) have 1 canal throughout the length, the rest split into 2, 3 canals in the middle and apical thirds.

Conclusions: The most common C-shaped canal system in mandibular second molars were the C1 form. Conebeam CT film has many advantages in the application of root canal system research.

Key words: C-shaped canal system, mandibular second molars, CT conebeam.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, cùng với sự phát triển về khoa học kỹ thuật và đời sống xã hội, ý thức giữ gìn sức khỏe nói chung và sức khỏe răng miệng nói riêng ngày càng được người dân quan tâm, từ đó nhu cầu bảo tồn răng và điều trị nội nha cũng được chú trọng hơn. Lịch sử Nội nha hiện đại được cho là bắt đầu từ năm 1809, khi E. Hudson thực hiện trám bít ống tủy với những lá vàng [1]. Để phục vụ việc điều trị tủy, hình thái hệ thống ống tủy đã được nghiên cứu ngày càng sâu. Từ đó thấy được sự phức tạp, đa dạng của hệ thống ống tủy với nhiều biến thể, một trong số đó phải kể đến hệ thống ống tủy chữ C. Keith và Knowles (1911) là những tác giả đầu tiên mô tả ống tủy hình C quan sát được ở răng cối lớn thứ hai hàm dưới người Neanderthal. Cooke và Cox (1979) là các tác giả đầu tiên sử dụng thuật ngữ ống tủy hình chữ C (C-shaped), được gọi theo hình thể ống tủy qua mặt phẳng cắt ngang chân răng, và sau đó thuật ngữ này được sử dụng rộng rãi cho đến nay [2].

Trên thế giới cũng như trong nước đã có nhiều công trình nghiên cứu về hình thái hệ thống ống tủy như Manning S.A.(1990) [3], Haddad G.Y. và Cs. (1999) [4], Lê Thị Hương (2009) [5], Vũ Quang Hưng (2018) [6], Huỳnh Hữu Thực Hiện (2019) [7] với nhiều phương pháp như khử khoáng, nhuộm, cắt lát hay khảo sát trên Computer technology Conebeam. Mỗi phương pháp có ưu, nhược điểm riêng, tuy nhiên trong những năm gần đây, cùng với sự phát triển của chẩn đoán hình ảnh, Computer technology Conebeam được ứng dụng ngày càng rộng rãi trong Nha khoa và thể hiện tính ưu việt của mình trong ứng dụng nghiên cứu hệ thống ống tủy và điều trị nội nha.

Để đạt hiệu quả cuối cùng cao trong điều trị nội nha ở răng cối lớn thứ hai hàm dưới có hệ thống ống tủy hình chữ C 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 các đặc điểm lâm sàng

và X-quang răng cối lớn thứ hai hàm dưới có hệ thống ống tủy hình chữ C.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Nghiên cứu được thực hiện ở bệnh nhân với răng cối lớn thứ hai hàm dưới (RCLT2HD) có ống tủy (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 tháng 5/2020 đến tháng 5/2021.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: (1) Bệnh nhân có RCLT2HD có miệng ống tủy 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) Những răng còn khả năng phục hồi chức năng ăn nhai và thẩm mỹ. (4) Bệnh nhân có đủ sức khỏe và có yêu cầu chữa răng.

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

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả với cỡ mẫu thuận tiện: 25 bệnh nhân có 32 RCLT2HD có OT hình chữ C được chẩn đoán viêm tủy không hồi phục

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 cò.

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

Đặc điểm lâm sàng và X-quang răng cối lớn thứ hai hàm dưới...

- Vật liệu: Thuốc tê Epinephrine + Lidocaine 2%. Glyde (EDTA) của hãng Dentsply, dung dịch NaOCl 3%. Côn gutta percha chính, côn phụ. Côn giấy của hãng Dentsply. Vật liệu phục hồi thân răng: GIC, Composite. Xi măng trám bít ADSEAL resin.

Các bước tiến hành nghiên cứu:

- Tiếp nhận và khám bệnh nhân.
- Đánh giá các đặc điểm lâm sàng.
- Chụp phim X-quang kỹ thuật số trước: đánh giá sơ bộ về tình trạng OT, số lượng OT, xác định các tổn thương vùng chóp răng, dây chằng vùng quanh răng.
- Tiến hành mở tủy và quan sát bằng kính lúp nha khoa.

- Trường hợp phát hiện trên buồng tủy vào ống tủy hình chữ C được đưa vào nghiên cứu. Tiến hành chụp CT Conebeam ghi nhận chính xác hình thái, số lượng chân răng và ống tủy chân răng.

2.3. Phương pháp 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 cùng độ lệch chuẩn.

2.4. Vấn đề 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.

Bệnh nhân 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.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1: Phân bố vị trí lỗ sâu ở răng tổn thương

Vị trí lỗ sâu		Số lượng (SL)	Tỷ lệ (%)
Mặt nhai		7	21,9
Mặt xa	Mặt xa hoặc cổ răng mặt xa	10	31,3
	Mặt nhai và mặt xa	10	31,3
Mặt gần	Mặt gần hoặc cổ răng mặt gần	2	6,3
	Mặt nhai và mặt gần	3	8,2
Tổng cộng		32	100

Bảng trên cho thấy, vị trí lỗ sâu gặp nhiều nhất là ở mặt xa, chiếm tỷ lệ 62,6%; tỷ lệ vị trí lỗ sâu ở mặt nhai và mặt gần lần lượt là 21,9% và 14,5%.

Bảng 2: Tỷ lệ sâu răng mặt xa RCL2HD do răng cối lớn thứ 3 hàm dưới mọc lệch

Răng cối lớn thứ 3 hàm dưới mọc lệch	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có	15	46,9
Không	17	53,1
Tổng cộng	32	100

Phân bố sâu răng mặt xa răng cối lớn thứ 2 hàm dưới do răng cối lớn thứ 3 hàm dưới mọc lệch có tỷ lệ lớn, 15/32 răng chiếm 46,9%.

Bảng 3: Các triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Số lượng	Tỷ lệ (%)	p
Đau	24	75,0	> 0,05
Có điểm hờ tủy	22	68,8	
Răng lung lay	4	12,5	
Răng đổi màu	6	18,8	

Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là đau, chiếm tỷ lệ 75%. Tủy hờ gặp ở 22 răng, chiếm tỷ lệ 68,8% và ít gặp nhất là triệu chứng răng lung lay, chiếm tỷ lệ 12,5%. ($p < 0,05$)

Bảng 4: Phân bố theo vị trí răng bị tổn thương

Vị trí răng tổn thương	Số lượng	Tỷ lệ %
RCL2HD phải	16	50
RCL2HD trái	16	50
Tổng cộng	32	100

Tỷ lệ phân bố tổn thương RCL2HD bên trái và bên phải không có sự khác biệt với tỷ lệ tương đương nhau là 50%.

3.2. Đặc điểm X- quang

Bảng 5: Phân bố hình thái chân răng có hình thái ống tủy chữ C

Hình thái chân răng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1 chân chữ C	3	9,4
2 chân chập hoàn toàn	22	68,8
2 chân chập không hoàn toàn	7	21,8
Tổng cộng	32	100

Ở các răng có chân dạng chữ C, tỷ lệ răng 2 chân chập hoàn toàn gặp nhiều nhất chiếm 68,8%, răng 2 chân chập không hoàn toàn chiếm 21,8% và răng 1 chân chữ C ít gặp nhất với tỷ lệ 9,4%.

Bảng 6: Phân bố số lượng ống tủy với dạng chân răng chữ C

Số lượng ống tủy	1 ống tủy		2 ống tủy		3 ống tủy		Tổng cộng	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
1 chân chữ C	2	66,7	1	33,3	0	0	3	100
2 chân chập hoàn toàn	0	0,0	13	59,1	9	40,9	22	100
2 chân chập không hoàn toàn	0	0,0	3	42,9	4	57,1	7	100
Tổng cộng	2	6,2	17	50,0	13	40,6	32	100

Răng có 2 ống tủy gặp với tỉ lệ cao nhất, chiếm 50%; răng có 1 ống tủy chiếm tỉ lệ 6,2%; răng có 3 ống tủy chiếm tỉ lệ 40,6% và không có răng có 4 ống tủy. Răng 1 chân chữ C chỉ có 1 hoặc 2 ống tủy, trong đó răng 1 ống tủy (66,7%) gặp nhiều hơn có 2 ống tủy (33,3%). Răng có chân chập hoàn toàn chủ yếu có 2 ống tủy (chiếm 59,1%) còn lại là 40,9% răng có 3 ống tủy. Răng có chân chập không hoàn toàn 57,1% các răng có 3 ống tủy và 42,9% các răng có 2 ống tủy.

Bảng 7: Phân bố số lượng ống tủy theo vị trí chân răng ở răng 2 chân

Số lượng ống tủy	Chân gần		Chân xa	
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)
1 ống tủy	23	79,3	22	75,9
2 ống tủy	6	20,7	7	24,1
Tổng cộng	29	100	29	100

Chân gần thường có 1 ống tủy tỷ lệ 79,3%, tỷ lệ 2 ống tủy chiếm 20,7%. Chân xa tỷ lệ 1 ống tủy chiếm phần lớn 75,9%, 2 ống tủy chiếm tỷ lệ 24,1%.

Bảng 8: Phân loại hình thái ống tủy chữ C theo Fan và Cs

	Phần ba cổ		Phần ba giữa		Phần ba chóp	
	SL	%	SL	%	SL	%
C1	21	65,6	6	18,8	3	9,4
C2	3	9,4	12	37,5	10	31,3
C3	8	25,0	14	43,8	16	50,0
C4	0	0,0	0	0,0	3	9,4
Tổng	32	100	32	100	32	100

Tại phần ba cổ, phần lớn răng cối lớn 2 hàm dưới có ống tủy hình C (65,6%) có dạng dài cong liên tục

(C1), các dạng khác ít gặp hơn. Tại phần ba giữa, 43,8% răng có ống tủy hình C có ống tủy dạng (C3), còn lại có C2 (37,5%) hoặc C1 (18,8%). Tại phần ba chóp, 16 răng (50%) có ống tủy hình C3, có 10 ống tủy dạng C2 (31,3%), còn lại ống tủy có hình C1, C4 (cùng 9,4%).

Bảng 9: Sự xuyên suốt của hệ thống ống tủy hình C

Dạng ống tủy	Xuyên suốt		Không xuyên suốt		Tổng cộng	
	SL	%	SL	%	SL	%
C1	2	9,5	19	90,5	21	100
C2	1	33,3	2	66,7	3	100
C3	5	62,5	3	37,5	8	100
Tổng cộng	8	25,0	24	75,0	32	100

Tỉ lệ hệ thống ống tủy chữ C xuyên suốt chiếm tỉ lệ 25%. Ống tủy dạng C3 xuyên suốt chiếm tỉ lệ cao (62,5%). Ống tủy dạng C1 xuyên suốt chỉ chiếm tỉ lệ 9,5%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện ở những RCLT2HD với chẩn đoán viêm tủy không hồi phục, qua hỏi bệnh và thăm khám, chúng tôi thấy bệnh nhân thường có nhiều triệu chứng cơ năng và thực thể khác nhau trong đó đau là triệu chứng hay gặp nhất chiếm 75% các trường hợp. Bệnh nhân xuất hiện cơn đau tự nhiên, đau thành cơn, đau tăng lên khi ăn đồ ăn nóng hoặc mắc thức ăn. Bệnh nhân thường đau nhiều về đêm gây cảm giác khó chịu, mất ngủ, mệt mỏi. Ngưỡng đau tùy thuộc vào từng bệnh nhân, nhiều bệnh nhân đau dữ dội, thuốc giảm đau ít đáp ứng.

Tiếp đó là triệu chứng lộ tủy, đây là triệu chứng được thấy khá nhiều khi thăm khám, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 22 răng có điểm hở tủy,

chiếm tỉ lệ 68,8%. Phần lớn các trường hợp tủy hở là ở những răng có lỗ sâu lớn. Những trường hợp có điểm hở tủy, bệnh nhân thường rất đau khi ăn nhai, do vậy việc điều trị tủy sớm là cần thiết cho bệnh nhân.

Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu ở răng viêm tủy không hồi phục của Vũ Quang Hưng với tỷ lệ răng có triệu chứng đau tủy kinh điển là 94,6%, tỷ lệ hở tủy là 48,2% với 27/56 răng [6].

Tỷ lệ sâu răng mặt xa RCLT2HD do răng khôn hàm dưới mọc lệch rất lớn: có 15 răng chiếm 46,9%. Kết quả nghiên cứu cho thấy sự ảnh hưởng của răng cối lớn thứ ba hàm dưới mọc lệch đến thương tổn RCLT2HD rất lớn. Điều này là do vị trí giải phẫu đặc biệt của răng cối lớn thứ ba hàm dưới và cạnh lên xương hàm dưới. Đây là một biến chứng hay gặp ở răng khôn hàm dưới mọc lệch được nhắc nhiều trong y văn. Vì vậy, việc nhổ dự phòng răng khôn hàm dưới mọc lệch cũng như giáo dục ở cộng đồng về ảnh hưởng của răng khôn mọc lệch là rất cần thiết. Ngoài ra, chúng tôi thấy vị trí lỗ sâu có thể ở mặt nhai hoặc mặt gần.

Trong tổng số 32 RCLT2HD có ống tủy dạng chữ C được nghiên cứu, chúng tôi gặp 16 răng bên phải, chiếm tỉ lệ 50% và 16 răng bên trái, chiếm tỉ lệ 50%. Tỉ lệ răng tổn thương có sự tương đương nhau giữa các vị trí, nhưng không có ý nghĩa thống kê. Trong nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu ở những RCLT2HD viêm tủy không hồi phục, do vậy, kết quả này chưa phản ánh một cách chính xác về tỉ lệ RCLT2HD có ống tủy chữ C giữa các vị trí. Tuy nhiên, chúng tôi cho rằng tỉ lệ các RCLT2HD có ống tủy dạng chữ C không có mối liên quan với vị trí răng trên cung hàm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi giống với của tác giả Chu Thị Trâm Anh với 26 răng mỗi bên, chiếm tỉ lệ 50% [8]. Nghiên cứu sử dụng chụp phim cắt lớp để đánh giá hình thái ống tủy ở các RCLT2HD của Zheng và Cs nhận thấy, trong tổng số 204 răng có ống tủy dạng chữ C, tỉ lệ gặp RCLT2HD có ống tủy chữ C ở bên phải chiếm 41,2% (84 răng) và bên trái chiếm 58,8% (120 răng) [9].

4.2. Đặc điểm X-quang

Kết quả nghiên cứu ở 32 RCLT2HD có ống tủy dạng chữ C thấy, phần lớn các răng có 2 ống tủy (chiếm 50%), răng có 1 ống tủy chúng tôi gặp ở 2 trường hợp (chiếm 6,3%), 14 răng có 3 ống tủy (chiếm 43,7%) và không có 4 ống tủy. Kết quả chúng tôi thu được tương đồng với kết quả của Vũ Quang Hưng [6] khi đa số răng có HTOT chữ C chủ yếu có 2 ống tủy (55,3%), hơi khác biệt về tỷ lệ răng có 1 OT và 3 OT lần lượt là 26,8%, 16,1%. Ở các răng nhiều ống tủy, tỷ lệ chân xa có 2 ống tủy

và chân gần có 2 ống tủy không chênh nhau lắm với 79,3% (chân gần), 75,9% (chân xa). Tỷ lệ này khác biệt với kết quả của tác giả Vũ Quang Hưng [6]. Trong nghiên cứu của tác giả đưa đến kết quả như sau: các chân xa có 1 ống tủy chiếm tỉ lệ 95,1% và chỉ có 4,9% các chân xa có 2 ống tủy. Trong khi ở chân gần, 78% các trường hợp có 1 ống tủy và 22% các trường hợp còn lại có 2 ống tủy. Một số các nghiên cứu khác cũng cho kết quả khác biệt về số lượng ống tủy ở các RCLT2HD. Kết quả nghiên cứu của Chu Thị Trâm Anh cho thấy, tỉ lệ các RCLT2HD có 1 ống tủy, 2 ống tủy, 3 ống tủy và 4 ống tủy lần lượt là 3,85%; 17,31%; 71,15% và 7,69% [8]. Tác giả cũng báo cáo, 90% các chân xa có 1 ống tủy và 10% có 2 ống tủy, trong khi đó, các tỉ lệ tương ứng ở chân gần lần lượt là 20% và 80%. Tuy nhiên, Chu Thị Trâm Anh đưa ra kết quả về số lượng ống tủy ở RCLT2HD nói chung và không đưa ra số lượng ống tủy ở các răng có ống tủy dạng chữ C, nên chúng tôi không có số liệu để so sánh.

Ladeira và Cs sử dụng phim chụp cắt lớp để đánh giá hình thái ống tủy ở RCLT2HD của người Brazil [10]. Kết quả cho thấy, 62 trong tổng số 406 răng được nghiên cứu có ống tủy dạng chữ C. Trong đó, 11 răng có 1 ống tủy (chiếm tỉ lệ 17,7%), 23 răng có 2 ống tủy (chiếm tỉ lệ 37,1%), 27 răng có 3 ống tủy (chiếm tỉ lệ 43,5%) và chỉ thấy 1 răng có 4 ống tủy (chiếm tỉ lệ 1,6%). Sự khác biệt về số lượng ống tủy ở các RCLT2HD có ống tủy dạng chữ C trong nghiên cứu của Ladeira và Cs so với chúng tôi và các nghiên cứu ở người châu Á, có thể được giải thích là do sự khác biệt về địa lý và dân tộc. Điều này cũng được khẳng định bởi chính tác giả.

Nghiên cứu chúng tôi tiến hành đọc các lớp cắt ngang của hệ thống ống tủy chữ C trên CT conebeam dọc theo chân răng ở 1/3 cổ, 1/3 giữa, 1/3 chóp đạt được kết quả như sau: Tại phần ba cổ, phần lớn răng cối lớn thứ hai hàm dưới có ống tủy hình C (65,6%) có dạng dài cong liên tục (C1), các dạng khác ít gặp hơn. Tuy nhiên chỉ 25% là có dạng một ống tủy dạng dài liên tục suốt chiều dài chân răng, từ cổ đến chóp. Còn lại 75% hình thể ống tủy hình C trong lát cắt ngang thường thay đổi từ cổ đến chóp, hệ thống ống tủy hợp lại, tách ra phức tạp. Trong đó, 59,3% (19/32) răng có ống tủy hình C liên tục (C1) ở phần ba cổ, sau đó tách ra thành 2 hay 3 ống tủy. Tại chóp, phần nửa (50%) răng có ống tủy hình C có 1 ống tủy dạng (C3), còn lại có C2 (31,3%) hoặc C1/C4 (9,4%) ống tủy.

Tỉ lệ ống tủy hình C ở răng cối lớn thứ hai hàm dưới người Việt tương đối cao cho thấy khả năng gặp

phải ống tủy hình C cao khi điều trị nội nha các răng cối lớn thứ hai hàm dưới. Nhưng may thay hầu hết răng có ống tủy hình C cũng có lỗ tủy hình C [11-14]. Fan và cộng sự (2004) khảo sát các răng cối lớn thứ hai hàm dưới có ống tủy hình C của người Trung Quốc thì thấy phần lớn răng có ống tủy hình C có lỗ ống tủy nằm ở vị trí 3mm bên dưới đường nối men xê măng, và hầu hết có lỗ tủy là một hình C liên tục (hầu hết là C1 và một ít C2, hiếm khi C3). Trong nghiên cứu này, chúng tôi cũng ghi nhận tương tự, 88,0% răng có ống tủy hình C có dạng C1 ở cổ răng. Tuy nhiên, hình dạng lỗ tủy không giúp tiên đoán được hình dạng ống tủy ở phần ba giữa hay phần ba chóp [52]. Các nghiên cứu khảo sát ống tủy hình C thống nhất rằng hình thái ống tủy hình C không cùng một kiểu mà thay đổi suốt chiều dài chân răng [11-13]. Tuy dạng C1 thường thấy ở phần ba cổ của các răng có ống tủy hình C, nhưng sau đó hệ thống ống tủy hình C có thể phân nhánh, rồi hợp lại rất đa dạng. Do vậy, việc sửa soạn và trám bít hệ thống ống tủy hình C thật sự là một thách thức cho cả những nhà lâm sàng nội nha nhiều kinh nghiệm. Vì vậy, nếu chỉ khảo sát trên phim quanh chóp và quan sát trên lâm sàng không đủ cơ sở để người điều trị nội nha nắm rõ hình thái giải phẫu riêng biệt của răng có ống tủy hình C cần điều trị, không có cơ sở để đánh giá liệu hệ thống ống tủy dạng dải ở phần sản tủy có phân tách thành 2 hoặc 3 ống tủy, rồi sau đó có hợp lại hay không... Do hình ảnh chân chụm dính trên phim không đủ để xác định ống tủy hình C nên nếu đặc điểm sản tủy không phải dạng dải cong (C1 hoặc C2) ở phần cổ thì nhà lâm sàng không thể biết được sự thông nối bên dưới để có biện pháp thích hợp, dù chỉ dưới 5% răng có ống tủy hình C trong nghiên cứu này có dạng C3 tại phần ba cổ. Qua quá trình thực hiện nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy Conebeam CT là một phương tiện khảo sát ba chiều thích hợp, có thể cung cấp đầy đủ thông tin về tính chất của ống tủy hình C. Nhờ Conebeam CT, nhà lâm sàng có thể khảo sát lần lượt những thay đổi (nếu có) của ống tủy hình C trong lát cắt ngang qua chân răng từ cổ đến chóp, từ đó có những lưu ý phù hợp trong điều trị.

V. KẾT LUẬN

Vị trí lỗ sâu gặp nhiều nhất là ở mặt xa là 20 răng chiếm tỉ lệ 62,6%. Trong số 20 răng sâu mặt xa có 15 răng sâu do răng cối lớn thứ ba hàm dưới mọc chiếm tỷ lệ 46,9%. Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là đau, chiếm tỉ lệ 75%.

Răng có 2 ống tủy gặp với tỉ lệ cao nhất, chiếm 50%. Phần lớn (21/32 răng chiếm tỷ lệ (65,6%)) ống tủy hình C có dạng dải cong liên tục (C1) ở phần ba

cổ. Trong đó có 2/21 răng (9,5%) có 1 ống xuyên suốt chiều dài, còn lại phân tách thành 2, 3 ống tủy ở các phần ba giữa và chóp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cruse W. P., R. B. A historic review of endodontics, 1689-1963, part 1. J Endod. 1980; 6(3): 495-499.
2. Cooke H. G., L. CF. C-shaped canal configurations in mandibular molars. J Am Dent Assoc. 1979; 99(5): 836-9.
3. Manning S. A. Root canal anatomy of mandibular second molars Part I. Int Endod J. 1990; 23(1): 34-39.
4. Haddad G. Y., Nehme W. B., F. OH. Diagnosis, classification, and frequency of C-shaped canals in mandibular second molars in the Lebanese population. J Endod. 1999; 25(4): 268-271.
5. Lê Thị Hương, Lê Gia Vinh, Trương Uyên Thái. Nghiên cứu hình thái ống tủy dạng chữ C ở răng số 7 hàm dưới vĩnh viễn. Tạp chí Y Học Thực Hành. 2009; 680 (9): 42-44.
6. Vũ Quang Hưng. Nghiên cứu hệ thống ống tủy răng cối lớn thứ hai hàm dưới trên thực nghiệm và đánh giá kết quả điều trị nội nha ống tủy chữ C trên lâm sàng. Luận văn tiến sĩ y học. Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng: Luận án tiến sĩ y học. 2018
7. Huỳnh Hữu Thực Hiền. Đặc điểm hình thái chân răng và ống tủy răng cối lớn thứ nhất và thứ hai người Việt. Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh. 2019.
8. Chu Thị Trâm Anh. Nhận xét hình thái ống tủy 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. 2009.
9. Zheng Q., Zhang L., Zhou X., et al. C-shaped root canal system in mandibular second molars in a Chinese population evaluated by cone-beam computed tomography. Int Endod J. 2011; 44(9): 857-62.
10. Ladeira D. B., Cruz A. D., Freitas D. Q., et al. Prevalence of C-shaped root canal in a Brazilian subpopulation: a cone-beam computed tomography analysis. Braz Oral Res. 2014; 28: 39-45.
11. De Moor R. J., Deroose C. A., L. CF. The radix entomolaris in mandibular first molars: an endodontic challenge. Int Endod J. 2004; 37(11): 789-99.
12. Fan B., Cheung G. S., Fan M., et al. C-shaped canal system in mandibular second molars: Part I-Anatomical features. J Endod. 2004; 30(12): 899-903.
13. Min Y., Fan B., Cheung G. S., et al. C-shaped canal system in mandibular second molars Part III: The morphology of the pulp chamber floor. J Endod. 2006; 32(12): 1155-9.
14. Seo D. G., Gu Y., Yi Y. A., et al. A biometric study of C-shaped root canal systems in mandibular second molars using cone-beam computed tomography. Int Endod J. 2012; 45(9): 807-14.