

Thời gian trung bình xuất hiện ức chế cảm giác đau và cảm giác lạnh của nhóm 1 đều chậm hơn nhóm 2 (có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$).

Thời gian vô cảm trung bình ở mức T12 của hai loại cảm giác đau và lạnh ở hai nhóm như nhau (nhóm 1: $87,62 \pm 6,35$ phút, nhóm 2: $88,45 \pm 7,62$ phút với $p > 0,05$).

Tỷ lệ các tác dụng không mong muốn chỉ gặp là (ngứa, run) chung trong và sau phẫu thuật lần lượt là 3,3% ở nhóm 1 và 3,3% ở nhóm 2, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Không gặp các biến chứng nặng như dị ứng thuốc tê, đau đầu, đau lưng, buồn nôn sau gây tê ... Không có trường hợp nào đau hoặc phải chuyển phương pháp vô cảm trong phẫu thuật ở cả 2 nhóm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Manchikanti L, Knezevic NN and Parr A** (2020), "Does Epidural Bupivacaine with or Without Steroids Provide Long-Term Relief? A Systematic Review and Meta-analysis", *Curr Pain Headache Rep*, 24(6), 26.

2. **Ngô Hữu Long** (2012), "So sánh gây tê tủy sống bằng bupivacain kết hợp sufentanil hoặc fentanyl trong phẫu thuật nội soi cắt u phì đại lành tính tuyến tiền liệt", *Tạp chí Y dược học quân sự* 2(2), 137-142.

3. **Lâm Tiến Tùng** (2016), *So sánh hiệu quả vô cảm và các tác dụng không mong muốn khi gây tê tủy sống bằng liều thấp của bupivacain*

với ropivacain ở người cao tuổi, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

4. **Lee Y. Y., Ngan Kee W. D., Muchhal K.** et al. (2005), "Randomized double-blind comparison of ropivacaine-fentanyl and bupivacaine-fentanyl for spinal anaesthesia for urological surgery", *Acta Anaesthesiol Scand*, 49(10), 1477-82.

5. **Nguyễn Văn Tân** (2011), "So sánh hiệu quả của gây tê tủy sống với marcain tăng trọng liều thấp phối hợp fentanyl và marcain tăng trọng đơn thuần trong phẫu thuật cắt trĩ tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Hóc Môn năm 2010", *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 15(4), 68-76.

6. **Mehtap Honca, Necla Dereli and Emine Arzu Kose** (2015), "Low-dose bupivacaine plus fentanyl combination for spinal anesthesia in anorectal surgery", *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 65(6), 461-465.

7. **Trần Đức Tiếp** (2010), "Nghiên cứu so sánh gây tê tủy sống bằng bupivacain kết hợp morphin và bupivacain kết hợp với fentanyl trong phẫu thuật chi dưới", *Tạp chí y học thực hành*, 625(45), 136-139.

8. **Phan Ngọc Dũng, Nguyễn Hồng Sơn, Nguyễn Thị Túy Phượng** (2015), "Đánh giá hiệu quả gây tê tủy sống bằng levobupivacaine liều thấp kết hợp sufentanil trong phẫu thuật nội soi tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 1(19), 430-435.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA NANG QUANH CHÓP Ở RĂNG CỬA HÀM TRÊN TẠI TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

LÂM QUANG SÁNG, LÊ NGUYỄN LÂM
Khoa Răng Hàm Mặt, Đại học Y Dược Cần Thơ

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nang quanh chóp là tổn thương lành tính thường tiến triển chậm nhưng liên tục không ngừng và có khuynh hướng tiêu xương lan rộng gây ra biến chứng nghiêm trọng nếu không được chẩn đoán sớm và phẫu thuật điều trị kịp thời.

Chịu trách nhiệm: Lâm Quang Sáng

Email: lamquangsangst@gmail.com

Ngày nhận: 14/7/2020

Ngày phản biện: 28/8/2020

Ngày duyệt bài: 15/9/2020

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nang quanh chóp ở răng cửa hàm trên tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, tiến cứu có can thiệp trên 40 bệnh nhân chẩn đoán là nang quanh chóp.

Kết quả: Độ tuổi trung bình $29,18 \pm 11,77$, tỷ lệ nam/nữ = 0,6. Triệu chứng sưng đau vùng răng nguyên nhân chiếm đa số 80%, 87,5% răng nguyên nhân chưa điều trị tủy, nguyên nhân chết tủy chủ yếu do sâu răng chiếm 85%. Tổn

thương nang gây phồng xương chiếm 42,5%, 22,5% có dấu hiệu ping pong, kích thước nang trung bình $1,73 \pm 0,62\text{cm}$ biểu hiện trên phim X-quang là thấu quang đồng nhất chiếm 95%, dạng hình bầu dục chiếm 77,5%, đường viền cản quang rõ nét 97,5%. Nang quanh chóp chiếm 100%.

Kết luận: Nang quanh chóp là viêm nhiễm thường gặp trên lâm sàng nhất. Nắm vững các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nang quanh chóp sẽ giúp chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời.

Từ khóa: lâm sàng, cận lâm sàng, nang quanh chóp.

SUMMARY

STUDY OF CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PERIAPICAL CYSTS AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Background: Periapical cyst is a benign lesion, slow development but it is continued and damaged widespread standard jaw bone, it can cause serious complication if not diagnosed and treated properly.

Objectives: Describe clinical, paraclinical of Periapical cysts at Can Tho University of Medicine and Pharmacy hospital.

Subjects and methods: A descriptive, prospective intervention study and clinical follow up was conducted on 40 patients, diagnosis as Periapical cysts. **Results:** Average age was $29,80 \pm 11,96$, the ratio of male to female was 0.6. The common symptoms were swelling and pain 80%, teeth without endodontic treatment were 87,5%, the cause of dead odontogenic pulp was decay 85%, expansion of jaw bone 42,5%, pingpong signal 22,5%, the average size $1,73 \pm 0,62\text{cm}$ and Periapical cysts with symptoms on X ray were homogenous radiolucent 95%, unilocular 95%, oval 77,5% and white optical border 97,5%. The diagnosis was periapical cysts 100%.

Conclusions: Periapical cysts were most common radicular cysts which originated inflammation around the tooth apex. Mastering the clinical, paraclinical periapical cysts characteristics would help with early diagnosis and proper treatment.

Keywords: clinical, paraclinical, periapical cysts.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang là một trong những tổn thương thường gặp nhất vùng hàm mặt, một trong những nguyên nhân chính gây phá hủy xương hàm.

Theo Silvia Tortorici (2008) [13] nang chiếm 10,4% các bệnh lý vùng hàm mặt. Nang quanh chóp được lót bởi biểu mô có nguồn gốc từ sự phát triển cấu trúc của răng như tế bào biểu mô Mallassez còn sót lại hoặc các mô tồn dư của mầm răng. Nang quanh chóp thường tiến triển chậm nhưng liên tục không ngừng và có khuynh hướng tiêu xương lan rộng nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời, nang phát triển to gây ra những biến chứng nguy hiểm như nhiễm trùng lan rộng, biến dạng mặt, gãy xương bệnh lý, chết tủy các răng lân cận, ảnh hưởng rất nhiều tới chất lượng cuộc sống của người bệnh. Triệu chứng lâm sàng của nang quanh chóp thường nghèo nàn, hình ảnh X-quang điển hình nhưng vẫn có thể lẫn lộn một số tổn thương khác. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu sau:

Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nang quanh chóp tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ:

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân có tổn thương thấu quang ở răng cửa hàm trên được chẩn đoán nang quanh chóp trên lâm sàng, X-quang đến khám, điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân có tổn thương thấu quang ở răng cửa hàm trên được chẩn đoán nang quanh chóp trên lâm sàng, X-quang và kết quả giải phẫu bệnh là nang quanh chóp. Bệnh nhân tự nguyện hợp tác tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân mắc các bệnh toàn thân như: tâm thần, bại não, các bệnh rối loạn về máu, bệnh nhân ung thư đang xạ trị, bệnh tiểu đường và bệnh tim mạch chưa được kiểm soát.

Địa điểm, thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu thực hiện tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Thời gian từ 4/2018-6/2020.

2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: 40 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu được đưa vào nghiên cứu trong khoảng thời gian từ 4/2018-06/2020.

Phương pháp thu thập mẫu: Hỏi bệnh và khám lâm sàng, chụp phim X-quang, điều trị tủy răng có chỉ định bảo tồn, tiến hành phẫu thuật, gửi bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh và đánh giá

kết quả điều trị sau 1 tuần, 3 tháng, 6 tháng.

3. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được xử lý và phân tích bằng SPSS 20.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Mẫu nghiên cứu gồm có 25 nữ chiếm 62,5%, 15 nam chiếm 37,5%. Độ tuổi trung bình 29,80 ± 11,96, phân bố không đều giữa các nhóm tuổi, trong đó độ tuổi < 25 tuổi chiếm đa số 57,5%.

2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng		n =40	%
Lý do nhập viện	Sưng đau	32	80
	Dò mủ	2	5
	Sưng đau + dò mủ	6	15
Nguyên nhân chết tủy	Sâu răng	34	85
	Chấn thương	1	2,5
	Khác	5	12,5
Nội nha răng nguyên nhân	Chưa nội nha	35	87,5
	Đã nội nha	5	12,5
Phồng xương	Có	17	42,5
	Không	23	57,5
Dò mủ	Có	13	32,5
	Không	27	67,5
Dấu hiệu ping pong	Có	9	22,5
	Không	31	77,5

Nhận xét: Bệnh nhân nhập viện chủ yếu do sưng đau chiếm 80%, nguyên nhân chính gây chết tủy là do sâu răng chiếm 85%, 87,5% răng nguyên nhân chưa được điều trị nội nha, 42,5% nang gây phồng xương, 22,5% có dấu hiệu ping pong, 32,5% nang có dò mủ ra ngoài.

3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm nang xương hàm do răng trên phim X-quang

Đặc điểm nang trên phim X-quang		(n =40)	(%)
Thấu quang	Đồng nhất	38	95
	Không đồng nhất	2	5
Hình dạng	Tròn	9	22,5
	Bầu dục	31	77,5
Đường viền	Rõ	39	97,5
	Không rõ	1	2,5
Kích thước	< 2cm	25	62,5
	2-3cm	13	32,5
	> 3cm	2	5

Nhận xét: Trên phim X-quang là thấu quang đồng nhất chiếm 95%, hình bầu dục chiếm 77,5%, đường viền cân quang rõ nét 97,5%, kích thước trung bình 1,73±0,62cm, kích thước <2cm chiếm 62,5%.

Tất cả 40 trường hợp có kết quả giải phẫu bệnh là nang quanh chóp. Về tổ chức liên kết xơ, phần lớn nang có mô liên kết dày chiếm

87,5% và 100% thâm nhiễm tế bào viêm. Về biểu mô có 77,5% nang quanh chóp thấy hình ảnh biểu mô trên tiêu bản giải phẫu bệnh, trong đó lớp biểu mô dày chiếm 55%, lõi lõm 50% và không sừng hóa chiếm 72,5%.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng

Giới tính và tuổi:

Mẫu nghiên cứu gồm có 25 bệnh nhân nữ chiếm 62,5%, 15 bệnh nhân nam chiếm 37,5%. Tỷ lệ nam/nữ = 0,6. Tuy nhiên sự chênh lệch giữa nam và nữ là không đáng kể. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Trương Nhật Khuê (2017) [3] tỷ lệ nam/nữ = 0,67, Nguyễn Thị Thu Hà (2010) [1] tỷ lệ nam/nữ = 0,73. Tuy nhiên lại khác với nghiên cứu của Lê Hoàng Hạnh (2012) [2] số bệnh nhân nam nhiều hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ = 1,1; Đoàn Thanh Tùng (2011, 2013) [4], [5] tỷ lệ nam/nữ = 2,3.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân phân bố không đồng đều ở các nhóm tuổi, tuổi nhỏ nhất là 16 tuổi và lớn nhất là 58 tuổi, độ tuổi trung bình 29,80±11,96 tuổi. Trong đó, nhóm tuổi < 25 tuổi chiếm nhiều nhất 57,5%. Kết quả nghiên cứu tương tự với Lê Hoàng Hạnh và cộng sự (2012) [2], Meningaud J. P. Và cộng sự (2006) [10].

2. Đặc điểm lâm sàng

Bệnh nhân nhập viện điều trị chủ yếu là do sưng đau vùng răng nguyên nhân chiếm tỷ lệ 80%, do dò mủ chiếm 5%. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu của Trương Nhật Khuê (2017) [3] lý do vào viện do sưng đau răng nguyên nhân chiếm 63,3%, Lê Hoàng Hạnh (2012) [2] lý do vào viện do sưng đau chiếm 62,8%, trong nghiên cứu Varinauskas Vaidas (2006) [10] lý do nhập viện do sưng đau chiếm 90,3%. Kết quả nghiên cứu tương tự với Lê Hoàng Hạnh và cộng sự (2012) [2], Meningaud J. P. Và cộng sự (2006) [7].

Có 34 trường hợp răng nguyên nhân chết tủy do sâu răng chiếm 85%, chấn thương chiếm 2,5% và nguyên nhân khác chiếm 12,5%. Nghiên cứu cũng ghi nhận có 1 trường hợp nguyên nhân chết tủy là do chấn thương chiếm 2,5%. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Trương Nhật Khuê (2017) [3] nguyên nhân chết tủy do chấn thương chiếm 26,7%, Nguyễn Thị Thu Hà (2010) [1] răng nguyên nhân chết tủy do chấn thương chiếm 63,2%.

Trong nghiên cứu ghi nhận 35 trường hợp răng nguyên nhân chưa được điều trị tủy tại thời điểm phát hiện nang chiếm 87,5%, chỉ có 15 bệnh nhân đã được điều trị tủy răng nguyên

nhân chiếm 12,5%.

Có 17/40 trường hợp có phòng xương sờ thấy trên lâm sàng chiếm 42,5%, kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Varinauskas Vaidas (2006) [10] phòng xương chiếm 70,8%, Trương Nhật Khuê (2017) [3] có 28/30 trường hợp phòng xương sờ thấy trên lâm sàng 93,3%, Nguyễn Thị Thu Hà (2010) [1] có 31/38 trường hợp phòng xương sờ thấy trên lâm sàng 81,6%, Đoàn Thanh Tùng (2011) [4] [5] có 40/45 trường hợp có phòng xương sờ thấy trên lâm sàng 88,9%.

Trong số 17/40 trường hợp có phòng xương thì chỉ có 9/40 trường hợp có dấu hiệu ping pong chiếm 22,5%, tương tự kết quả của Trương Nhật Khuê (2017) [3] dấu hiệu ping pong chiếm 25%, nhưng lại thấp hơn nghiên cứu của các tác giả: Đoàn Thanh Tùng (2011) [4] dấu hiệu ping pong chiếm 46,7%, Lê Hoàng Hạnh (2012) [2] ping pong chiếm 37,1%.

Tỷ lệ dò mũ là 32,5%, vị trí dò mũ chủ yếu là nách hành lang chiếm 30%. Kết quả này cao hơn nghiên cứu Varinauskas Vaidas (2006) [10] dò mũ chiếm 22,4%, Lê Hoàng Hạnh (2012) [2] dò mũ chiếm 17,1%, nhưng lại thấp hơn nghiên cứu Nguyễn Thị Thu Hà (2010) [1] dò mũ chiếm 65,8%.

3. Đặc điểm cận lâm sàng

Đa số nang biểu hiện trên X-quang là vùng thấu quang đồng nhất 95%, tương tự Mohammad Kamrujjaman (2015) [8], Kavita Rao (2011) [6]. Thấu quang hình bầu dục chiếm 77,5%, 97,5% có đường viền nang chủ yếu có dạng bầu dục hay tròn, đường viền rõ.

Kích thước trung bình nang là 1,73±0,62cm, nang nhỏ nhất 0,7cm, nang lớn nhất 3,3cm. Trong đó nang có kích thước < 3cm chiếm tỷ lệ cao nhất 95%, nang >3cm chiếm 5%. Kết quả này khác tác giả như Trương Nhật Khuê (2017) [3] kích thước nang trung bình 2,68±1,49cm, tác giả Lê Hoàng Hạnh (2012) [2] kích thước nang trung bình là 2,49±1,47cm, tác giả Saima Akram (2013) [9] kích thước nang trung bình 2,53cm, nang lớn nhất có kích thước 6cm, nang nhỏ nhất có kích thước 1cm.

Giải phẫu bệnh: Tất cả các nang đều có tổ chức liên kết xơ bao bọc ngăn cách với hốc xương, tổ chức liên kết thường dày chiếm 87,5% và 100% thâm nhiễm các tế bào viêm. Về biểu mô thì chỉ có 31 tiêu bản giải phẫu bệnh nhìn thấy vỏ nang được lót lớp biểu mô vảy lát tầng chiếm 77,5% và lớp biểu mô này thường dày 55% và lõi lõm 50%. Về hiện tượng sừng hóa chỉ có 2 trường hợp có hiện tượng chuyển

gai tạo sừng hóa chiếm 5%. Chúng tôi nhận thấy có 18 trường hợp các nang có dịch mũ thâm nhiễm tế bào viêm chiếm 45%.

KẾT LUẬN

Về mặt lâm sàng, bệnh nhân vào viện chủ yếu do sưng đau 80%, nguyên nhân chết tủy do sâu răng 87,5%, răng nguyên nhân chưa được điều trị nội nha 87,5%, răng bị đổi màu 12,5%, răng lung lay 20%, dò mũ có 32,5%, phòng xương có 42,5%, dấu hiệu ping pong có 22,5%.

Về mặt cận lâm sàng, trên phim X-quang nang có thấu quang đồng nhất 95%, hình bầu dục 77,5%, đường viền rõ có 97,5%, kích thước trung bình là 1,73±0,62, đường kính nang lớn nhất là 3,3cm và nhỏ nhất là 0,7cm. Giải phẫu bệnh: dịch trong lòng nang có mũ là 45%, mô liên kết dày có 87,5%, mô liên kết có thâm nhiễm tế bào viêm là 100%, biểu mô dày 55%, biểu mô lõi lõm 50%, biểu mô sừng hóa 5%. Kết luận giải phẫu bệnh: 100% nang quanh chóp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thu Hà (2010), *Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật nang chân răng tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội*, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Lê Hoàng Hạnh (2012), "Đặc điểm lâm sàng, X-quang và điều trị của nang xương hàm do răng tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm Tiền Giang", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 16(4), tr.221-226.
3. Trương Nhật Khuê và cộng sự (2017), "Đánh giá kết quả điều trị nang xương hàm do răng tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ", *Tạp chí Y dược học Cần Thơ*, (8), tr.93-101.
4. Đoàn Thanh Tùng (2011), *Nhận xét lâm sàng, hình ảnh X-quang, giải phẫu bệnh và đánh giá kết quả phẫu thuật nang thân răng*, Luận văn thạc sỹ y học, Đại Học Y Hà Nội.
5. Đoàn Thanh Tùng, Lê Văn Sơn (2013), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh X-quang và đánh giá kết quả phẫu thuật nang thân răng", *Tạp chí Y học thực hành*. 6(874), tr.145-147.
6. Kavita Rao, Smitha (2011), "Clinicopathological study of 100 Odontogenic cysts reported at V S Dental College - A Retrospective Study", *Journal of Advanced Dental Research*, 2(1), pp.51-57.
7. Meningaud J. P., Oprean N., Bertrand J. C. (2006), "Odontogenic cysts A clinical study of 695 cases", *Journal of oral science*, 48(2), pp. 59- 62.

8. **Mohammad Kamrujjaman, Sajid Hasan** (2015), "Clinicopathological Evaluation of Odontogenic Jaw Cysts", *Updat Dent. Coll. J*, 5(2), pp.30-39.

9. **Saima Akram, Naghma** (2013), "Prevalence of Odontogenic Cyst and Tumors in

Karachi, Pakistan", *J Dow Uni Health Sci*, 7(1), pp.20-24.

10. **Varinauskas Vaidas, Gervickas A.** (2006), "Analysis of odontogenic cysts of the jaws", *Kaunas University of Medicine*, 42(5), pp.201-207.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RĂNG CỎI LỚN THỨ NHẤT HÀM DƯỚI TỔN THƯƠNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP CHIA ĐÔI RĂNG TẠI KHOA RĂNG HÀM MẶT, TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ, NĂM 2018-2020

**BÙI THỊ THANH THANH,
TRƯƠNG NHỰT KHUÊ**
Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật chia đôi răng là một lựa chọn điều trị tốt cho việc kéo dài tuổi thọ của răng cối lớn thứ nhất hàm dưới bị sang thương vùng chổ hoặc bệnh lý.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật chia đôi răng ở bệnh nhân tổn thương răng cối lớn thứ nhất hàm dưới tổn thương tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2018 - 2020.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng trên 42 bệnh nhân có răng cối lớn lớn thứ nhất hàm dưới tổn thương được điều trị bằng phương pháp chia đôi răng.

Kết quả: trong 42 bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp chia đôi răng và theo dõi kết quả sau 6 tháng. Chỉ số nướu GI: độ 0 (83,3%), độ 1 (16,7%). Độ lung lay răng: độ 0 (88,1%) và độ 1(11,9%). Độ sâu túi trung bình: từ 3,871 ± 0,694mm giảm còn 3,293±0,386mm.

Tình trạng xương nâng đỡ chân răng: có 90,5% loại tốt và 9,5% loại khá.

Kết luận: Tỷ lệ thành công cao có thể đạt được khi điều trị bằng phương pháp chia đôi răng. Đây là lựa chọn điều trị cần được cân nhắc trước khi nhổ răng và thay thế bằng cấy ghép nha khoa.

Từ khóa: răng cối lớn thứ nhất hàm dưới, chia đôi răng.

SUMMARY

EVALUATION THE RESULT OF HEMISECTION IN DAMAGE MANDIBULAR FIRST MOLAR AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL.

Background: Hemisection is a well treatment option for extending the life span of furcated or diseased mandibular first molars.

Objective: To evaluation the result of hemisection in damage mandibular first molar by investigate the clinical features, radiographic images at Can Tho University of medicine and Pharmacy Hospital.

Materials and methods: Clinical interventions on 42 patient were treatmented by hemisection in damage mandibular first molar.

Results: 42 patients were treated by hemisection and the results were noticed in our research after 6 month. Gingival index: degree 0 (83.3%), degree 1 (16.7%). Tooth mobility:

Chịu trách nhiệm: Bùi Thị Thanh Thanh
Email: btthanhthanh301292@gmail.com

Ngày nhận: 21/7/2020

Ngày phản biện: 24/8/2020

Ngày duyệt bài: 16/9/2020