

bệnh vì chúng ta chưa có các biện pháp hiệu quả 100% trong việc phòng ngừa diễn tiến của bệnh.

V. KẾT LUẬN

Bệnh TCM là bệnh truyền nhiễm thường gặp, nhất là đối với trẻ dưới 36 tháng tuổi. Trẻ thở máy thường do các biến chứng thần kinh, hô hấp và tỉ lệ di chứng còn cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization.** A Guide to clinical management and public health response for hand, foot and mouth disease. 2011.
2. **Bộ Y tế Việt Nam.** Quyết định số 1003/QĐ-BYT về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh Tay chân miệng. 2012. p. 1-10.
3. **Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố Hồ Chí Minh VN.** Tình hình dịch bệnh sốt xuất huyết và tay chân miệng tại TP. Hồ Chí Minh tính đến tuần 52/2023 2023. Available from:

<https://hcdc.vn/tinh-hinh-dich-benh-sot-xuat-huyet-va-tay-chan-mieng-tai-tp-ho-chi-minh-tinh-den-tuan-522023-47tDje.html>

4. **Li XW, Ni X, Qian SY, et al.** Chinese guidelines for the diagnosis and treatment of hand, foot and mouth disease (2018 edition). World J Pediatr. 2018 Oct;14(5):437-447.
5. **Đào Hữu, N., Lê Thị Ngọc, T., Tạ Quang, T., & Phạm Văn, Đэм (2025).** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh tay chân miệng nặng ở trẻ em dưới 5 tuổi tại bệnh Viện Nhi Trung Ương. Tạp Chí Y học Việt Nam, 553(1).
6. **Kiêu, Q. T., & Phùng, N. T. N. (2025).** Đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng và diễn tiến của tay chân miệng nặng tại Bệnh viện Nhi đồng Thành phố năm 2023. Tạp Chí Y học Việt Nam, 555(1).
7. **Peng Y, He W, Zheng Z, et al.** Factors related to the mortality risk of severe hand, foot, and mouth diseases (HFMD): a 5-year hospital-based survey in Guangxi, Southern China. BMC Infectious Diseases. 2023;23(1).

KẾT QUẢ TRÁM BÍT ỐNG TỦY Ở NHÓM RĂNG HÀM NHỎ CÓ SỬ DỤNG SEALER BIOROOT TRÊN RĂNG KHÔ

Phạm Thị Nhung¹, Đoàn Trung Hiếu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả tạo hình ống tủy răng khô hàm nhỏ bằng hệ thống R motion trên phim CTconbeam. Đánh giá kết quả trám bít ống tủy có sử dụng sealer Bioroot của nhóm răng trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên 40 răng hàm nhỏ đã được nhổ tại khoa răng hàm mặt, Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng, từ tháng 7/2024 đến 4/2025. Nghiên cứu được thiết kế theo nghiên cứu thực nghiệm không đối chứng. **Kết quả và kết luận:** Kết quả sửa soạn ống tủy trên phim Cone beam CT (CBCT) có kết quả tốt là 96,2%, trung bình là 3,8%. 36/40 răng được hàn ống tủy với sealer BioRoot có hình ảnh đồng nhất, chiếm tỷ lệ 90%; 4 trường hợp có khoảng trống trên phim CBCT (chiếm 10%). Kết quả trám bít ống tủy mức độ tốt chiếm 95%, trung bình 5%. **Từ khoá:** Vật liệu nội nha, sealer BioRoot, trám bít ống tủy

SUMMARY

RESULTS OF ROOT CANAL OBTURATION IN THE GROUP OF SMALL MOLARS USING BIOROOT SEALER ON DRY TEETH

Objective: Evaluate the results of creating a root canal in small jaw using the R motion system on CTconbeam. Evaluating the results of root canal filling

using Bioroot sealer in the upper tooth group. **Subject and research methods:** The study was conducted on 40 extracted premolars at the Department of Stomatology, Hai Phong Medical University hospital, from July 2024 to April 2025. The study was designed as a non-controlled experimental research. **Results and conclusions:** The results of the preparation of the root canal on CBCT show a good outcome of 96,2% and an average of 3,8%. 36/40 teeth was filling root canal by sealer BioRoot fitting, accounting for 90%. 4 cases have space in CTCB accounting for 10%. Result of filling root canal is good 96,2%, medium 3,8%. **Keywords:** Material endodontic, sealer BioRoot, filling root canal

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Với sự phát triển không ngừng của công nghệ kỹ thuật, việc tạo hình hệ thống ống tủy và trám bít kín hệ thống ống tủy vẫn luôn là thách thức đối với các bác sĩ nha khoa. Răng hàm nhỏ là một trong những nhóm răng có đặc điểm hình thái ống tủy phức tạp. Trong đó, tỷ lệ ống tủy cong, ống tủy dạng đẹt và oval của nhóm răng này khá cao [1]. Hiện nay, rất nhiều vật liệu cũng như phương pháp trám bít ống tủy đã được phát triển nhằm làm tăng chất lượng của việc điều trị nội nha. Xi măng trám bít ống tủy được sử dụng để liên kết với côn gutta- percha hoặc các loại côn đặc khác để tạo nên một khối đồng nhất trong ống tủy chân răng. Cho đến nay, chưa có nhiều tác giả nghiên cứu sử dụng sealer BioRoot để trám bít hệ thống ống tủy tại Việt

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Nhung

Email: ptnhung@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

Nam. Nhằm góp phần nâng cao hiệu quả điều trị, giảm tỷ lệ thất bại và các biến chứng trong điều trị nội nha, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: "*Nhận xét kết quả tạo hình ống tủy răng khô hàm nhỏ bằng hệ thống R motion trên phim Ctconbeam. Đánh giá kết quả trám bít ống tủy có sử dụng sealer Bioroot của nhóm răng trên*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 40 răng hàm nhỏ đã nhổ.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Răng đã đóng kín cuống, răng không bị nội tiêu ngoại tiêu chân răng, răng không bị nứt gãy chân răng, răng không vô hóa ống tủy.

Tiêu chuẩn loại trừ: răng có nướu phụ, răng bị hư hoại trong quá trình bảo quản.

2.1.2. Địa điểm- thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 7 năm 2024 đến tháng 4 năm 2025

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: phương pháp nghiên cứu thực nghiệm không đối chứng.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Lựa chọn cỡ mẫu chủ đích, mẫu thuận tiện cho nghiên cứu là 40 răng

Chọn mẫu: các răng đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được chọn cho đến khi đủ số lượng nghiên cứu.

Phương tiện và vật liệu nghiên cứu: Mũi khoan mở tủy endo-Z, endo-access, file K10, 15, 25, motor X Smart plus, bộ trám máy R-motion, dung dịch bơm rửa NaOCl 2,5%, Glyde, mẫu hàm nhựa,...

2.3. Các bước thực hiện nghiên cứu. Các răng mới nhổ được cạo sạch sau đó ngâm trong dung dịch formalin 10% cho đến khi nghiên cứu

Chuẩn bị silicon nặng cho vào khung mẫu hàm, cố định các răng vào khối silicon, răng được đặt thẳng trục và ngập đến phần cổ răng giải phẫu.

Đặt mẫu hàm lên giá đỡ của máy CBCT, chụp phim khảo sát lần 1 trước khi tạo hình ống tủy. Trên film CBCT chúng tôi tiến hành khảo sát: số lượng chân răng, số lượng ống tủy, sự phân bố ống tủy phụ/bên.

Các bước sửa soạn ống tủy

Bước 1: Mở tủy, dò đường vào ống tủy (OT) bằng trâm K số 08, 10. Dùng Glyde và NaOCl 2,5% cho tất cả thao tác.

Bước 2: Mở rộng 1/3 trên của ống tủy. Sử dụng trâm 15/.03 mở rộng miệng ống tủy và tạo

đường thẳng ở 1/3 trên của ống tủy. Kéo file lên xuống dọc thành ống tủy 3 – 4 lần, miết nhẹ vào thành ống tủy.

Bước 3: Xác định chiều dài làm việc. Dùng K file 10 hoặc 15 để thông và xác định chiều dài làm việc của ống tủy.

Bước 4: Tạo hình ống tủy. Sử dụng trâm 25/.06, chạy từ từ xuống phía chóp cho đến hết chiều dài làm việc. Kéo file lên xuống dọc theo thành của ống tủy 3 – 4 lần. Bơm rửa ống tủy bằng dung dịch NaOCl 2,5%, sau đó kiểm tra độ thông suốt của ống tủy bằng K file số 15 hoặc 20.

Lắp trâm 30/.04 tạo hình ống tủy như trên. Bơm rửa ống tủy và kiểm tra độ thông suốt của ống tủy bằng K file số 25.

Thử cone: dùng cây cone chính tương ứng với kích thước file R-motion lớn nhất đi hết chiều dài làm việc để kiểm tra xem có đi hết chiều dài làm việc không. Trong quá trình thử cone hệ thống ống tủy làm được làm ướt với dd NaOCl 2,5%.

Đặt lại mẫu hàm lên đúng vị trí cũ thông qua các điểm được đánh dấu tham khảo trên mẫu hàm và gắn giá như ban đầu và chụp CTCTB.

Bảng 2.1. Tiêu chí đánh giá kết quả tạo hình ống tủy

Tốt	Không tạo khắc trong lòng ống tủy, đặc biệt là vùng ống tủy cong, không gây dụng cụ trong khi sửa soạn, không thủng thành ống tủy, rách lỗ cuống răng
Trung bình	Tạo khắc trong lòng ống tủy, loe rộng vùng cuống răng
Kém	Gây dụng cụ, thủng ống tủy, thủng, rách lỗ cuống răng

Bước 5: Trám bít ống tủy

Trộn sealer BioRoot theo hướng dẫn nhà sản xuất. Bơm rửa lại bằng dung dịch Chlorhexidine 2%, làm khô với cone giấy rồi tiến hành trám bít hệ thống ống tủy với cone chính là Gutta percha. Các cây cone chính sẽ được ngâm trong dung dịch NaOCl 2,5% sau đó làm khô trước khi đưa vào ống tủy. Lát sealer BioRoot vào thành ống tủy bằng cone giấy. Phủ cone chính bằng BioRoot và đặt vào ống tủy. Chụp Xquang kiểm tra việc đặt cone. Cắt cone bằng dụng cụ hơi nóng.

Đặt lại mẫu hàm lên đúng vị trí cũ thông qua các điểm được đánh dấu tham khảo trên mẫu hàm và gắn giá như ban đầu và chụp CTCTB.

Trên film CTCTB chúng tôi tiến hành đánh giá: Độ đồng nhất của khối chất hàn, kết quả trám bít ống tủy.

Bảng 2.2. Tiêu chí đánh giá kết quả trám bít ống tủy

Tốt	Khối vật liệu trám kín khít trong lòng hệ thống ống tủy và trám đủ chiều dài làm việc
------------	---

Trung bình	Có bọt khí trong lòng hệ thống ống tủy hoặc trám kín khí trong lòng HTOT trám dư/ thiếu chiều dài làm việc
Kém	Không trám kín khí và trám dư/thiếu chiều dài làm việc

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Phân bố số lượng răng theo vị trí nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố số lượng răng theo vị trí nghiên cứu

	RHN1HT	RHN1HD	RHN2HT	RHN2HD
Số lượng	16	10	9	5
Tỷ lệ (%)	40	25	22,5	12,5

Nhận xét: Số lượng RHN1HD trong nhóm nghiên cứu chiếm 40% cao hơn số lượng RHN1HD (25%), RHN2HT (22,5%) và RHN2HD (12,5%)

3.2. Kết quả tạo hình trên thực nghiệm

Bảng 3.3. Sự đồng nhất của khối vật liệu trám bít ống tủy trên phim CBCT theo nhóm răng

	RHN1HT		RHN1HD		RHN2HT		RHN2HD		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Đồng nhất	14	87,5	9	90	8	88,9	5	100	36	90
Không đồng nhất	2	12,5	1	10	1	11,1	0	0	4	10
Tổng số	16	100	10	100	9	100	5	100	40	100

Nhận xét: Kết quả trám bít ống tủy dựa trên độ đồng nhất khối vật liệu trám bít ống tủy theo nhóm răng thấy tỷ lệ đồng nhất ở nhóm RHN2HD cao nhất 100%, RHN1HD 90%, RHN2HT 88,9%, RHN1HT 87,5%. Tỷ lệ không đồng nhất gặp nhiều nhất ở nhóm RHN1HT 12,5%, RHN2HT 11,1%, RHN1HD 10%.

De-Deus và cộng sự nghiên cứu ở 80 răng cửa hàm dưới, các ống tủy được trám bít bằng gutta kết hợp với RoekoSeal hoặc GuttaFlow kín khí hơn đáng kể so với AH Plus hoặc Pulp Canal Sealer EWT.

Bảng 3.4. Kết quả ngay sau trám bít ống tủy trên Xquang

Kết quả trám bít	Số lượng	Tỷ lệ %
Tốt	38	95
Trung bình	2	5
Tổng	40	100

Nhận xét: Ngay sau trám bít ống tủy, kết quả tốt trên Xquang cao hơn kết quả trung bình và kém. Kết quả tốt chiếm 95%; kết quả trung bình chiếm 5%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt đáng kể so với các nghiên cứu điều trị nội nha của trước đây. Nghiên cứu của Ngô Thị Hương Lan [1] ở RHN1HT đưa ra kết quả, sau hàn ống tủy trên Xquang, các tỷ lệ tốt, trung bình và kém lần lượt là 90,0%; 7,5% và 2,5%.

Bảng 3.2. Kết quả sửa soạn ống tủy trên phim CBCT

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ
Tốt	50	96,2
Trung bình	2	3,8
Tổng cộng	52	100

Nhận xét: Trên phim CBCT ngay sau khi tạo hình ống tủy thấy trong số 52 ống tủy tạo hình có 2 trường hợp tạo hình ống tủy ở mức trung bình do bị tạo khắc chiếm tỷ lệ 3,8%. Tất cả các trường hợp này đều xảy ra ở 1/3 chóp của ống tủy và trên những ống tủy cong khá nhiều. 2 ống tủy bị tạo khắc khi sửa soạn bằng trám 15/.03. Khi ống tủy bị tạo khắc, chúng tôi đã thông lại bằng trám K số 20, sau đó làm rộng ống tủy trám 25/.06 đến hết chiều dài làm việc của ống tủy.

3.3 Kết quả trám bít ống tủy của sealer BioRoot

IV. KẾT LUẬN

- Kết quả sửa soạn ống tủy trên phim CBCT có kết quả tốt là 96,2%, trung bình là 3,8%.
- 36/40 răng được hàn ống tủy với sealer BioRoot có hình ảnh đồng nhất, chiếm tỷ lệ 90%; 4 trường hợp có khoảng trống trên phim CBCT (chiếm 10%).
- Kết quả trám bít ống tủy mức độ tốt chiếm 95%, trung bình 5%.

V. LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐTCS.2024.59

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Thị Hương Lan.** Nghiên cứu điều trị tủy răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên với hệ thống trám xoay Ni-Ti WaveOne. Luận án Tiến sĩ Y học, Viện nghiên cứu Y dược lâm sàng 108; 2017.
2. **Phạm Thị Hạnh Quyên.** Đánh giá thực nghiệm và kết quả điều trị tủy răng hàm nhỏ người cao tuổi có sử dụng hệ thống Protaper Next, Đại học Y Hà Nội; 2020.
3. **Nguyễn Quốc Trung.** Nghiên cứu điều trị tủy nhóm răng hàm có chân cong bằng phương pháp sửa soạn ống tủy với trám xoay máy và tay Niti, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2007, tr.12-84.
4. **Calos Heilborn OVDP., et al.** Root Anatomy and Canal Configuration of the Permanent Mandibular

First Molar: A Systematic Review, Journal of endodontics, 2010, pp. 1919-1931.

5. **De-Deus G, Brandão MC, Fidel RA, Fidel SR.** The sealing ability of GuttaFlow in oval-shaped canals: an ex vivo study using a polymicrobial

leakage model. International endodontic journal. 2007; 40(10);794-799

6. **Vertucci F.J,** Root canal anatomy of the human permanent teeth, 1984.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TÁN NHUYỄN THỦY TINH THỂ SỚM ĐIỀU TRỊ GÓC ĐÓNG CẤP NGUYÊN PHÁT

Đoàn Kim Thành^{1,2}, Mai Đăng Tâm², Tôn Thất Hoàng Quân¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Góc đóng cấp nguyên phát là cấp cứu nhãn khoa với cơ chế chính là nghiền đồng tử. Laser mỏng mắt chu biên là điều trị đầu tay nhưng chưa giúp kiểm soát nhãn áp ổn định lâu dài và cải thiện thông số góc tiền phòng. Phẫu thuật phaco tán nhuyễn thủy tinh thể sớm giúp giải quyết nghiền đồng tử và loại bỏ vai trò thủy tinh thể trong bệnh sinh góc đóng. **Mục tiêu:** Khảo sát sự thay đổi thị lực và nhãn áp sau điều trị góc đóng cấp nguyên phát bằng phẫu thuật phaco tán nhuyễn thủy tinh thể có đặt kính nội nhãn tại khoa Glaucoma, Bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả theo dõi dọc 34 bệnh nhân góc đóng cấp nguyên phát một mắt được phẫu thuật Phaco tán nhuyễn thủy tinh thể đặt kính nội nhãn, theo dõi tại các thời điểm 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng. **Kết quả:** Nghiên cứu gồm 28 nữ và 6 nam với tuổi trung bình là 58,38 ± 7,01. Trước phẫu thuật, thị lực logMAR và nhãn áp của mắt bệnh đều cao hơn so với mắt không bệnh (thị lực logMAR: 1,24 ± 0,74 và 0,18 ± 0,13, p<0,001; nhãn áp: 50,19 ± 8,78mmHg và 14,69 ± 2,41mmHg, p<0,001). Hơn 75% mắt bệnh có thị lực ở nhóm trung bình trở xuống theo phân loại của WHO 2015. Sau phẫu thuật 1 tháng, thị lực logMAR trung bình đạt 0,26 ± 0,36 và thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với trước phẫu thuật (p<0,001). 32/34 mắt bệnh đạt thị lực tốt và duy trì ổn định trong suốt 6 tháng theo dõi. Nhãn áp mắt bệnh giảm 12,82 ± 2,74mmHg tại thời điểm 1 tháng sau phẫu thuật và thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với trước phẫu thuật (p<0,001). Nhãn áp duy trì ổn định trong giới hạn bình thường ở tất cả các thời điểm. Không ghi nhận trường hợp tăng nhãn áp tái phát trong quá trình theo dõi. **Kết luận:** Phẫu thuật tán nhuyễn thủy tinh thể sớm có hiệu quả trong phục hồi thị lực và giúp kiểm soát nhãn áp lâu dài sau góc đóng cấp nguyên phát. **Từ khóa:** góc đóng cấp, đục thủy tinh thể, tán nhuyễn thủy tinh thể sớm, bệnh lý góc đóng.

SUMMARY

CLINICAL OUTCOMES OF EARLY

¹Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Tôn Thất Hoàng Quân

Email: ophthq285@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025

PHACOEMULSIFICATION IN ACUTE PRIMARY ANGLE CLOSURE

Introduction: Acute primary angle closure (APAC) is an ophthalmic emergency, most commonly resulting from pupillary block. Laser peripheral iridotomy (LPI) is the first-line treatment; however, it often fails to achieve sustained intraocular pressure (IOP) control and significant improvement in anterior chamber angle parameters. Phacoemulsification effectively eliminates the pupillary block and removes the lens component involved in the pathogenesis of angle closure diseases. **Objective:** To evaluate the changes in visual acuity (VA) and IOP following early phacoemulsification with intraocular lens implantation in APAC patients treated at the Glaucoma Department, Ho Chi Minh City Eye Hospital. **Methods:** A 6-month prospective longitudinal study was conducted on 34 patients with unilateral APAC. All patients underwent early phacoemulsification with posterior chamber intraocular lens implantation. Postoperative follow-ups were performed at 1, 3, and 6 months. **Results:** The study included 28 females and 6 males, with a mean age of 58,38 ± 7,01 years. Preoperatively, the LogMAR VA and IOP of the affected eyes were significantly worse than those of the fellow eyes (LogMAR VA: 1,24 ± 0,74 and 0,18 ± 0,13, p<0,001; IOP: 50,19 ± 8,78mmHg and 14,69 ± 2,41mmHg, p<0,001). More than 75% of the affected eyes had VA in the moderate-to-severe impairment group, according to the WHO 2015 classification. One month postoperatively, the mean LogMAR VA was 0,26 ± 0,36, which was statistically significantly lower compared to the preoperative VA (p<0,001). Thirty-two out of 34 affected eyes achieved good visual acuity, which remained stable throughout the 6-month follow-up period. The mean IOP in the affected eyes decreased by 12,82 ± 2,74mmHg mmHg at 1 month post-surgery and was statistically significantly lower than the preoperative IOP (p<0,001). The IOP remained stable within the normal range at all follow-up time points. No cases of recurrent IOP elevation were recorded during the follow-up. **Conclusion:** Early phacoemulsification is an effective treatment for acute primary angle closure, providing significant and sustained improvement in visual acuity and long-term intraocular pressure control.

Keywords: Acute angle closure, cataract, early phacoemulsification, angle closure diseases.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Góc đóng cấp nguyên phát (acute primary