

tương NC đã được quản lý huyết áp có hoặc không đầy đủ trước đó. Mọi liên quan giữa nồng độ Hcy và THA vẫn còn đang là vấn đề tranh cãi.

V. KẾT LUẬN

- ✓ Nồng độ homocystein nhóm ĐĐT có LBC cao hơn nhóm ĐĐT không LBC và nhóm chứng.
- ✓ Nồng độ homocystein ở nam cao hơn nữ; bệnh nhân THA cao hơn bệnh nhân không THA.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Holman N., Young B., Gadsby R. (2015)**, "Current prevalence of Type 1 and Type 2 diabetes in adults and children in the UK", *Diabet Med.* 32(9), 1119-20.
2. **Sonkar S K, Sonkar G K, Soni D, et al, (2013)**, "Plasma Homocysteine level and its clinical correlation with type 2 diabetes mellitus and its complications", *International Journal of Diabetes in Developing Countries.* 34(1), pp.3-6.

3. **Nguyễn Thị Thanh Thủy (2018)**, Nghiên cứu nồng độ Homocystien huyết tương ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có hội chứng động mạch vành cấp, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y, Hà Nội,
4. **Nguyễn Thị Ngọc Huyền (2020)**, Nghiên cứu độ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có biến chứng bệnh lý thận mạn, Luận án tiến sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
5. **Aia O. A., Akintunde A. A., Ikem R. T. et al (2017)**, "Association between insulin resistance and total plasma homocysteine levels in type 2 diabetes mellitus patients in south west Nigeria", *Diabetes Metab Syndr.* 11 Suppl 2, S803-s809.
6. **Cohen E., Margalit I., Shochat T. et al (2019)**, "Gender differences in homocysteine concentrations, a population-based cross-sectional study", *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 29(1), 9-14.
7. **Esse R., Barroso M., Castro R et al (2019)**, "The Contribution of Homocysteine Metabolism Disruption to Endothelial Dysfunction: State-of-the-Art". 20(4).

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, X QUANG VIÊM TỦY KHÔNG HỒI PHỤC TRÊN RĂNG CỐI LỚN THỨ NHẤT HÀM DƯỚI

Nguyễn Hồng Lợi*, Nguyễn Hoàng Mỹ Hiền*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh lý tủy răng là bệnh răng miệng thường gặp, ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe, công việc và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Răng cối lớn thứ nhất hàm dưới thường được nội nha nhiều nhất vì đây là răng vĩnh viễn mọc đầu tiên trên cung hàm, có hệ thống ống tủy phức tạp và cũng là răng có chức năng ăn nhai quan trọng cần được bảo tồn nhất. **Phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân từ 15 đến 75 tuổi có răng cối lớn thứ nhất hàm dưới bị viêm tủy không hồi phục đến khám và điều trị tại Trung tâm Răng Hàm Mặt bệnh viện Trung ương Huế, từ tháng 03/2021 đến tháng 07/2021. Thiết kế nghiên cứu mô tả, tiền cứu, có can thiệp lâm sàng, có đối chứng. **Kết quả:** Nguyên nhân gặp nhiều nhất là do sâu răng, chiếm tỷ lệ 93,9%. Tỷ lệ sâu mặt nhai chiếm cao nhất (90,9%). Tủy hở gặp ở 51 răng, chiếm tỷ lệ 77,3%. Vị trí đau tại răng tổn thương chiếm tỷ lệ cao nhất, 97,0%. Thời điểm đau nhiều về đêm chiếm tỷ lệ 63,6%. Răng bị viêm tủy không hồi phục có lỗ sâu ngà sâu chiếm tỷ lệ 81,8%. Hầu hết bệnh nhân có triệu chứng đau khi kích thích (gỗ ngang, thử lạnh) chiếm tỷ lệ 86,4. Trong 66 răng điều trị có 21 răng có ống tủy cong (31,8). Tỷ lệ nhìn rõ ống tủy trên phim X quang chiếm 87,9% cao hơn tỷ lệ các răng không nhìn rõ ống tủy (12,1%). **Kết Luận:** Nghiên cứu đã góp

phần tìm hiểu đặc điểm lâm sàng, X quang viêm tủy không hồi phục ở nhóm răng cối lớn thứ nhất hàm dưới. Nhằm tìm ra giải pháp sử dụng dụng cụ nội nha an toàn trong điều trị tủy và kéo dài tuổi thọ răng vĩnh viễn trên cung hàm, nhất là răng cối lớn thứ nhất hàm dưới.

Từ khóa: Viêm tủy không hồi phục, răng cối lớn thứ nhất hàm dưới, nội nha

SUMMARY

CLINICAL AND RADIOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF IRREVERSIBLE PULPITIS ON MANDIBULAR FIRST MOLARS

Background: Dental pulp disease is a common oral disease that greatly affects the health, work and quality of life of patients. Mandibular first molars are most often endodontically treated because they are the first permanent teeth to erupt on the dental arch, have a complex root canal system and are also the teeth which play a crucial role chewing function that needs to be preserved. **Methods:** Patients from 15 to 75 years old with mandibular first molars with irreversible pulpitis came for examination and were treated at Odonto-Stomatology Center, Hue Central Hospital, from March 2021 to July 2021. Study design: descriptive, prospective, clinical intervention and controlled study. **Results:** The most common cause is tooth decay, accounting for 93.9%. The rate of occlusal caries accounted for the highest percentage (90.9%). Exposed pulp was found in 51 teeth, accounting for 77.3%. The location of pain which was in the damaged tooth accounted for the highest rate, 97.0%. The time when pain occurred much was at night, which accounted for 63.6%. Teeth with

**Trung tâm Răng hàm mặt, Bệnh viện Trung ương Huế*
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Lợi
 Email: drloivietnam@yahoo.com.vn
 Ngày nhận bài: 01.01.2022
 Ngày phản biện khoa học: 25.2.2022
 Ngày duyệt bài: 2.3.2022

irreversible pulpitis had deep dentin caries, accounting for 81.8%. Most of the patients had pain symptoms when stimulated (horizontal percussion, cold test), which accounted for 86.4. Of the 66 treated teeth, there were 21 teeth with curved canals (31.8). The rate of the canal that could be seen clearly on X-ray films accounted for 87.9%, which were higher than the percentage of teeth with no clear canal (12.1%). **Conclusion:** The study contributed to understanding the clinical and radiographic characteristics of irreversible pulpitis in the mandibular first molar group, in order to find a solution to use endodontic instruments in root canal treatment safely and prolong the life of permanent teeth on the arch, especially the mandibular first molars.

Keywords: Irreversible pulpitis, mandibular first molar, endodontics

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý tủy răng là bệnh răng miệng thường gặp, ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe, công việc và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Bệnh lý tủy răng nếu không được điều trị sẽ dẫn đến bệnh lý vùng quanh chóp như u hạt, nang chân răng...; biến chứng tại chỗ hay biến chứng xa rất nguy hiểm [1].

Điều trị nội nha là một giai đoạn quan trọng trong nha khoa bảo tồn, nhằm giữ lại chức năng ăn nhai và thẩm mỹ cho một răng bệnh lý. Trong đó, việc tạo hình ống tủy tốt đóng vai trò quan trọng để điều trị thành công, không chỉ nhờ loại bỏ các mô nhiễm trùng, mà đồng thời tạo hình dạng thuận lợi cho việc hàn kín ống tủy theo không gian ba chiều [1].

Răng cối lớn thứ nhất hàm dưới thường được nội nha nhiều nhất vì đây là răng vĩnh viễn mọc đầu tiên trên cung hàm, có hệ thống ống tủy phức tạp và cũng là răng có chức năng ăn nhai quan trọng cần được bảo tồn nhất. Răng có hình thái chân răng và ống tủy khá phức tạp, đa số có hai chân răng và ba ống tủy. Do vậy, việc tạo hình ống tủy răng cối lớn thứ nhất gặp nhiều khó khăn [1, 2].

Để góp phần tìm giải pháp sử dụng dụng cụ nội nha an toàn trong điều trị tủy và kéo dài tuổi thọ răng vĩnh viễn trên cung hàm, nhất là răng cối lớn thứ nhất, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *Khảo sát đặc điểm lâm sàng, X quang viêm tủy không hồi phục trên răng cối lớn thứ nhất hàm dưới*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. Bệnh nhân từ 15 đến 75 tuổi có răng cối lớn thứ nhất (RCL1) hàm dưới bị viêm tủy không hồi phục đến khám và điều trị tại Trung tâm Răng Hàm Mặt bệnh viện Trung ương Huế, từ tháng 03/2021 đến tháng 07/2021.

Tiêu chuẩn chọn: (1) RCL1 hàm dưới được chẩn đoán viêm tủy không hồi phục (Baume III) có chỉ định điều trị nội nha. (2) Răng đã đóng kín cuống. (3) Răng có chân răng không dị dạng. (4) Răng còn khả năng phục hồi chức năng ăn nhai. (5) Bệnh nhân có đủ sức khỏe và có nhu cầu chữa răng. (6) Bệnh nhân đồng ý hợp tác với bác sĩ trong quá trình điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Bệnh nhân mắc một trong các bệnh toàn thân như suy tim, viêm thận mạn, đái tháo đường giai đoạn nặng, tâm thần, phụ nữ mang thai. (2) Răng đã điều trị tủy, bệnh sử hoại tử tủy hoặc bệnh lý vùng chóp. (3) Răng nứt dọc, chân răng dị dạng. (4) Răng có thấu quang quanh chóp, nội tiêu. (5) Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả, tiền cứu, có can thiệp lâm sàng, có đối chứng.

Chọn mẫu ngẫu nhiên không xác suất theo mẫu thuận tiện

Chọn những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn mẫu vào nghiên cứu.

Phương tiện nghiên cứu

- Dụng cụ khám, điều trị nội nha: Trâm gai lấy tủy, bộ File K và File H, bộ mũi Gates Glidden từ số 1 đến số 4, bộ lèn ngang. Thước đo chiều dài ống tủy (OT), bơn tiêm súc rửa OT, lentulo, dụng cụ trám. Máy đo chiều dài ống tủy. Bộ trâm xoay Neoniti (Neolix, Pháp). Bộ trâm xoay Protaper Universal (Densply Maillefer, Hoa Kỳ).

- Vật liệu: Glyde (EDTA), dung dịch NaOCl 2,5%, chất thử tủy lạnh Endo- ice, gutta percha Neoniti và Protaper, eugenate, cortisomol, thuốc tê, bông gòn, nước muối sinh lý, côn giấy, Dung dịch Chlorhexidine 0,2%.

Các biến số nghiên cứu bao gồm: Đặc điểm chung (tuổi, giới, lý do đến khám, tiền sử). Đặc điểm lâm sàng (triệu chứng cơ năng, thực thể). Đặc điểm X quang: Chụp phim X quang kĩ thuật số để đánh giá sơ bộ số lượng OT, tình trạng OT, các tổn thương vùng quanh chóp, khoảng dây chằng nha chu. Đặc điểm X quang răng tổn thương: hình dáng OT (thẳng, cong), giãn dây chằng quanh răng, nhìn rõ OT, không rõ OT.

2.3. Xử lý số liệu. Số liệu thu thập theo mẫu thống nhất, mã hóa và nhập bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0

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 răng tổn thương theo nguyên nhân

Nguyên nhân	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Sâu răng	62	93,9
Chấn thương	2	3
Mòn cổ	1	1,5
Khác	1	1,5
Tổng	66	100

Nguyên nhân gặp nhiều nhất là do sâu răng, chiếm tỷ lệ 93,9%, chấn thương 3,0%, mòn cổ răng 1,5%.

Bảng 2: Phân bố răng và mặt răng bị sâu

Mặt răng sâu	Răng sâu	R36 (n=29)		R46 (n=37)		Tổng (n=66)	
		N	%	N	%	N	%
Mặt nhai		28	96,6	32	86,5	60	90,9
Mặt gần		5	17,2	6	16,2	11	16,7
Mặt xa		5	17,2	6	16,2	11	16,7
Mặt trong		1	3,4	0	0	1	1,5
Mặt ngoài		3	10,3	3	8,1	6	9,1

Tỷ lệ sâu mặt nhai chiếm cao nhất (90,9%) và ít nhất là mặt trong chiếm tỷ lệ 1,5%.

Bảng 3. Tổn thương tủy

Tổn thương tủy	N	%
Tủy hở	51	77,3
Tủy kín	6	9,1
Tủy phi đại	9	13,6
Tổng cộng	66	100,0

Tủy hở gặp ở 51 răng, chiếm tỷ lệ 77,3%. Tủy kín 9,1%, tủy phi đại 13,6%.

Bảng 4. Đặc điểm cơ năng cơn đau viêm tủy không hồi phục

Triệu chứng đau	N	%
Đau tự nhiên từng cơn	53	80,3
Đau tại răng tổn thương	64	97,0
Đau lan tỏa lên đầu	21	31,8
Đau nhiều về đêm	42	63,6

Vị trí đau tại răng tổn thương chiếm tỷ lệ cao nhất, 97,0%. Đau lan tỏa lên đầu chiếm tỷ lệ 31,8%. Tính chất cơn đau là đau tự nhiên từng

3.2. Đặc điểm X quang ở răng tổn thương

Bảng 6. Hình dạng ống tủy trên X quang

Nhóm	Hình dạng OT		Thẳng		Cong		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
NEONITI	25	75,8	8	24,2	33	100,0			> 0,05
PTU	20	60,6	13	39,4	33	100,0			
Tổng	45	68,2	21	31,8	66	100,0			

Trong 66 răng điều trị có 21 răng có OT cong (31,8%), chiếm tỷ lệ ít hơn răng có OT thẳng (68,2%). Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm nghiên cứu.

Bảng 7. Sự thông suốt ống tủy trên X quang

X quang	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhìn rõ ống tủy	58	87,9%
Không nhìn rõ ống tủy	8	12,1%
Tổng	66	100

Tỷ lệ nhìn rõ OT trên phim X quang chiếm 87,9% cao hơn tỷ lệ các răng không nhìn rõ OT (12,1%).

cơn chiếm tỷ lệ 80,3%. Thời điểm đau nhiều về đêm chiếm tỷ lệ 63,6%.

Bảng 5. Triệu chứng thực thể

Triệu chứng thực thể	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đau khi kích thích	54	81,8
Sâu ngà sâu	57	86,4
Mòn mặt nhai	4	6,1
Răng mẻ vỡ	3	4,5
Răng đổi màu	1	1,5

Răng bị viêm tủy không hồi phục có lỗ sâu ngà sâu chiếm tỷ lệ 81,8%. Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu có triệu chứng đau khi kích thích (gỗ ngang, thử lạnh) chiếm tỷ lệ 86,4%. Răng bị mòn mặt nhai, mẻ vỡ chiếm tỷ lệ thấp với tỷ lệ lần lượt là 6,1% và 4,5%. Răng đổi màu gặp ở 1 răng, chiếm tỷ lệ thấp nhất 1,5%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng ở răng tổn thương. Kết quả cho thấy, trong tổng số 66 răng nghiên cứu, nguyên nhân chủ yếu gây viêm tủy không hồi phục ở RCL1 hàm dưới là do sâu răng không được điều trị, chiếm tỷ lệ 93,9%. Một số nghiên cứu khác cũng cho thấy sâu răng

là nguyên nhân chủ yếu gây bệnh lý tủy. Trương Mạnh Dũng, Lương Ngọc Khuê (2011) ghi nhận tỷ lệ RCL1 và 2 hàm dưới có chỉ định điều trị nội nha do biến chứng sâu răng là 92,3% [1]. Lê Thị Kim Oanh (2013) khảo sát trên 52 răng cối lớn hàm dưới có chỉ định điều trị nội nha, trong đó có 42 răng gãy ra do biến chứng sâu răng (chiếm 80,8%) [3]. Chu Mạnh (2015) ghi nhận nguyên nhân viêm tủy không hồi phục trên RCL1 hàm dưới do sâu răng chiếm 90% [2]. Điều này cho thấy sâu răng vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây viêm tủy răng. Tỷ lệ cao bệnh lý tủy gây ra do sâu răng cho thấy việc phòng và điều trị sớm sâu răng sẽ giúp giảm thiểu tỷ lệ viêm tủy răng và các biến chứng khác.

Nguyên nhân chấn thương răng chúng tôi gặp ở 2 trường hợp (chiếm 3%), đó là hai bệnh nhân nam bị vỡ thân răng trong do tai nạn giao thông gây lộ sừng tủy. Nguyên nhân ít gặp nhất là do mòn cổ răng, gặp ở một bệnh nhân 59 tuổi (chiếm 1,5%), bệnh nhân đau nhiều không thể trám phục hồi được. Các nguyên nhân khác như do mòn mặt nhai nhiều dẫn đến tổn thương tủy răng gặp ở một bệnh nhân 69 tuổi, đây là lứa tuổi đã trải qua quá trình ăn nhai nhiều gây mòn mặt nhai trầm trọng. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Chu Mạnh (2015) (nứt vỡ răng chiếm 2%) [2]; Ngô Việt Thắng (2018) với nguyên nhân nứt vỡ thân răng do sang chấn chiếm 1,6%; các tổn thương tổ chức cứng không do sâu chiếm 3,1% [4].

Tỷ lệ sâu mặt nhai chiếm cao nhất với 90,9%; kế đến là mặt gần chiếm 16,7%. Nghiên cứu của Ngô Việt Thắng (2018) cho kết quả tương tự (sâu mặt nhai chiếm tỷ lệ cao nhất 50%; mặt xa chiếm 18%) [4].

Giải phẫu RCL1 hàm dưới có hố rãnh sâu, các biện pháp fluor tại chỗ và toàn thân ít tác dụng tại vùng hố rãnh; vùng tiếp xúc mặt bên rộng, những vị trí này dễ lưu giữ mảng bám gây sâu răng; vị trí khó tiếp cận để làm sạch nên dễ sâu hơn. Hơn nữa RCL1 hàm dưới là răng mọc sớm nhất trên cung hàm lúc 6 tuổi khi trẻ chưa có thói quen chăm sóc răng miệng tốt nên tỷ lệ sâu răng và sau này tiến triển thành viêm tủy, viêm quanh cuống răng phải điều trị nội nha thường cao. Điều đó cho thấy tầm quan trọng của việc phòng bệnh sâu răng bằng việc trám bít hố rãnh là rất cần thiết. Ở lứa trung niên, thường bị mòn mặt nhai gây mất tiếp xúc điểm ở mặt bên, đặc biệt là mặt xa gây nhắc thức ăn dẫn đến sâu răng; do đó cần tuyên truyền cách vệ sinh răng miệng đúng cách bằng việc chải răng và sử dụng chỉ nha khoa để giảm thiểu tình trạng sâu răng

mặt bên.

Kết quả cho thấy 97,0% các bệnh nhân có RCL1 hàm dưới viêm tủy không hồi phục có triệu chứng đau và phần lớn là cơn đau tủy điển hình: đau tự nhiên từng cơn chiếm tỷ lệ 80,3% với mỗi cơn đau kéo dài khoảng 3 – 20 phút; vị trí đau chủ yếu tại răng tổn thương chiếm 96,1% và 31,8% bệnh nhân đau lan tỏa lên đầu; thời điểm đau nhiều về đêm chiếm tỷ lệ 63,6%.

Tác giả Lê Thị Thu Hà (2014) nghiên cứu trên 184 răng có chỉ định điều trị nội nha thì 145 răng có triệu chứng viêm tủy không hồi phục (chiếm 78,8%) [5]. Theo Nguyễn Khang (2017), tỷ lệ này là 54,1% [6]. Ngô Việt Thắng (2018) ghi nhận 65/64 bệnh nhân có cơn đau viêm tủy [4]. Do vậy, đau trong viêm tủy không hồi phục được coi là một cấp cứu nha khoa rất phổ biến, bệnh nhân cần được xử trí sớm để giảm đau.

Khi thăm khám, 77,3% các trường hợp có hở tủy một phần hoặc có điểm hở tủy; 13,6% răng có tủy phì đại và 9,1% là viêm tủy kín. Nghiên cứu của tác giả Ngô Thị Hương Lan (2017) ghi nhận 70,4% trường hợp viêm tủy không hồi phục ở thể viêm tủy hở và tất cả bệnh nhân đều rất đau khi ăn nhai [7]. Điều đó cho thấy việc điều trị tủy sớm là cần thiết để giải quyết cơn đau cho bệnh nhân.

Kết quả cho thấy răng bị viêm tủy không hồi phục có lỗ sâu ngà sâu chiếm tỷ lệ 81,8%. Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu có triệu chứng đau khi kích thích (gỗ ngang, thử lạnh) chiếm tỷ lệ 86,4%. Nghiên cứu của Chu Mạnh (2015) cho kết quả tương tự với tỷ lệ đáp ứng dương tính với thử lạnh là 76% [2].

Răng bị mòn mặt nhai chiếm tỷ lệ thấp 6,1% và xảy ra ở những bệnh nhân lớn tuổi (57 – 76 tuổi) do quá trình ăn nhai lâu ngày gây ra. Răng đổi màu vàng nhẹ xảy ra ở 1 răng (chiếm 1,5%) gặp ở bệnh nhân 59 tuổi có RCL1 hàm dưới bị mòn cổ răng nhiều gây viêm tủy.

Bệnh lý viêm tủy không hồi phục rất hay gặp và việc chẩn đoán xác định và phân biệt bệnh lý tủy yêu cầu phải chính xác dựa trên triệu chứng lâm sàng đặc biệt là triệu chứng cơ năng kết hợp thăm khám cận thận răng tổn thương, thử nghiệm tủy và X quang là tiêu chuẩn bắt buộc để chẩn đoán xác định và có kế hoạch điều trị [5]. Kết quả của chúng tôi cho thấy đặc điểm điển hình của bệnh lý này.

4.2. Đặc điểm X quang răng tổn thương.

Kết quả cho thấy tỷ lệ nhìn rõ OT trên phim X quang chiếm 87,9%, tỷ lệ các răng không nhìn rõ OT (12,1%), đều gặp ở bệnh nhân trên 50 tuổi. Trong 66 răng điều trị có 21 răng có OT

cong (31,8%), chiếm tỷ lệ ít hơn răng có OT thẳng (68,2%). Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$).

Tuy vậy, nghiên cứu này được thực hiện trên lâm sàng với phim chụp cận chóp 2 chiều, nên không thể hiện được hết các hình thái OT cong theo các mặt phẳng 3 chiều. Do vậy, tỷ lệ OT cong trên thực tế có thể cao hơn.

Ngô Việt Thắng (2018) ghi nhận trong 64 RCL1 hàm dưới, tỷ lệ OT cong là 31,6%; OT hẹp và cong chiếm 19,5% tương tự với nghiên cứu của chúng tôi [4]. Điều này cho thấy, RCL1 hàm dưới có hình thái OT đa dạng gây khó khăn cho việc điều trị nội nha.

V. KẾT LUẬN

Nguyên nhân gặp nhiều nhất là do sâu răng, chiếm tỷ lệ 93,9%, chấn thương 3,0%, mòn cổ răng 1,5%. Tỷ lệ sâu mặt nhai chiếm cao nhất (90,9%) và ít nhất là mặt trong chiếm tỷ lệ 1,5%. Tủy hở gặp ở 51 răng, chiếm tỷ lệ 77,3%. Tủy kín 9,1%, tủy phi đại 13,6%. Vị trí đau tại răng tổn thương chiếm tỷ lệ cao nhất, 97,0%. Đau lan tỏa lên đầu chiếm tỷ lệ 31,8%. Tính chất cơn đau là đau tự nhiên từng cơn chiếm tỷ lệ 80,3%. Thời điểm đau nhiều về đêm chiếm tỷ lệ 63,6%. Răng bị viêm tủy không hồi phục có lỗ sâu ngà sâu chiếm tỷ lệ 81,8%. Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu có triệu chứng đau khi kích thích (gỗ ngang, thử lạnh) chiếm tỷ lệ 86,4%. Răng bị mòn mặt nhai, mẻ vỡ chiếm tỷ lệ thấp với tỷ lệ lần lượt là 6,1% và 4,5%. Răng đổi

màu gặp ở 1 răng, chiếm tỷ lệ thấp nhất 1,5%.

Trong 66 răng điều trị có 21 răng có OT cong (31,8%), chiếm tỷ lệ ít hơn răng có OT thẳng (68,2%). Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm nghiên cứu. Tỷ lệ nhìn rõ OT trên phim X quang chiếm 87,9% cao hơn tỷ lệ các răng không nhìn rõ OT (12,1%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Dũng TM, Khuê LN (2011).** Đặc điểm lâm sàng, X quang răng hàm lớn thứ nhất, thứ hai hàm dưới trên bệnh nhân có chỉ định điều trị nội nha. Tạp chí nghiên cứu Y học, 74(3).
- Mạnh C (2015).** Đặc điểm lâm sàng, X quang và kết quả điều trị tủy răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới có sử dụng hệ thống trám Wave One, Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội: Hà Nội.
- Oanh LTK (2013).** Đánh giá kết quả điều trị nội nha nhóm răng hàm lớn hàm dưới bằng hệ thống Endo - Express, in Luận văn Bác sĩ Chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội: Hà Nội.
- Thắng NV (2018),** Kết quả điều trị nội nha răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm dưới có sử dụng hệ thống trám Waveone Gold, in Luận văn Bác sĩ Chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội: Hà Nội.
- Hà LTT (2014).** Đánh giá kết quả điều trị nội nha bằng phương pháp sửa soạn ống tủy với trám xoay Ni-Ti Protaper. Tạp chí Y học Việt Nam, 1: 13-17.
- Khang N (2017).** Đánh giá kết quả điều trị tủy bằng hệ thống trám xoay Ni-Ti Protaper và máy X-Smart tại Khoa Răng Miệng, Bệnh viện Quân Y 103. Tạp chí Y - Dược học Quân sự, 4: 209-213.
- Lan NTH (2017).** Nghiên cứu điều trị tủy răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên với hệ thống trám xoay Ni-Ti Waveone, in Luận án Tiến sĩ Y học, Viện nghiên cứu khoa học Y dược lâm sàng, Hà Nội.

ĐẶC ĐIỂM HbA1c CỦA BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Phạm Văn Hùng*, Đoàn Hữu Thiên*, Trần Hồng Trâm*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm và một số yếu tố ảnh hưởng đến nồng độ HbA1c ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2021. **Đối tượng:** 323 bệnh nhân được chẩn đoán mắc đái tháo đường typ 2 khám và điều trị ngoại trú tại Khoa khám bệnh của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả và kết luận:** Hoạt

động thể lực kém, thời gian mắc ≥ 5 năm, giới tính nữ, không tuân thủ dùng thuốc, có bệnh tăng huyết áp và có kiến thức kém về bệnh là các yếu tố ảnh hưởng đến sự gia tăng HbA1c của bệnh nhân đái tháo đường typ 2.

Từ khóa: HbA1c, đái tháo đường, liên quan

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF HbA1c IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: To describe characteristics and some factors affecting HbA1c levels in patients with type 2 diabetes at Hanoi Medical University Hospital in 2021. **Subjects:** 323 patients diagnosed with diabetes Type 2 outpatient examination and treatment at the Medical Department of Hanoi Medical University Hospital.

*Viện Kiểm định quốc gia Vaccine và Sinh phẩm y tế, Bộ Y tế

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Hùng

Email: hungnicvb@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 28.2.2022

Ngày duyệt bài: 4.3.2022