

hàm viêm mạn tính, chiếm 29,7%.

Có 113 xoang hàm viêm mạn tính, số đo góc mòm móm trung bình là $33,39 \pm 12,14^\circ$. Có 267 xoang hàm không viêm mạn tính, số đo góc mòm móm trung bình là $33,48 \pm 11,94^\circ$. Phép kiểm t – test so sánh giá trị số đo góc mòm móm trung bình giữa 2 nhóm cho kết quả p – value = $0,949 > 0,05$. Như vậy, không sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số đo góc mòm móm trung bình giữa 2 nhóm.

Phần lớn các nghiên cứu đã thực hiện chỉ khảo sát về góc mòm móm và các cấu trúc giải phẫu xung quanh mòm móm. Nên kết quả về mối tương quan giữa góc mòm móm và viêm xoang hàm mạn tính còn chưa được khảo sát nhiều. Tuy nhiên, chúng tôi có ghi nhận tác giả Leila Khojastepour³ khảo sát mối tương quan này và cũng cho kết quả giống chúng tôi.

Tuy nhiên, mòm móm là một chìa khóa tạo nên phức hợp lỗ ngách. Có rất nhiều yếu tố có thể làm thúc đẩy tắc nghẽn phức hợp lỗ ngách, liên quan đến các cấu trúc lân cận như: lệch vách ngăn mũi, tế bào Haller, khí hóa cuộn mũi giữa, thể tích xoang hàm... Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá trên toàn mẫu nghiên cứu một cách ngẫu nhiên nên cũng chưa thể loại trừ được hoàn toàn các yếu tố khác có thể ảnh hưởng đến tắc nghẽn phức hợp lỗ ngách mà có thể làm thay đổi số đo góc mòm móm từ đó làm ảnh hưởng đến kết quả của nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Giá trị góc mòm móm và đường kính lỗ thông xoang hàm có thể xác định gần đúng bằng cách đo đạc trên CT scan. Góc mòm móm có sự khác

nhau ở giới tính nhưng không có mối liên quan với viêm xoang hàm mạn tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Demir UL, Akca M, Ozpar R, Albayrak C, Hakyemez B.** Anatomical correlation between existence of concha bullosa and maxillary sinus volume. *Surgical and Radiologic Anatomy*. 2015;37(9):1093-1098.
2. **WAN Hongyan, YANG Yu, Zhenchang W.** Imaging anatomical study of uncinate process and its neighboring structure in adult OMC. *CHIN ARCH OTOLARYNGOL HEAD NECK SURG*. 2013;20(7):363-366.
3. **Khojastepour L, Haghnegahdar A, Khosravifard N.** Suppl-1, M5: Role of Sinonasal Anatomic Variations in the Development of Maxillary Sinusitis: A Cone Beam CT Analysis. *The open dentistry journal*. 2017;11:367.
4. **Peter SS, Nambiar P, Krishnan S, Al-Namnam NM.** The Location and Diameter of the Primary Maxillary Sinus Ostium: A Cone-Beam Computed Tomography Study in Malaysians. *Journal of International Dental and Medical Research*. 2020;13(4):1365-1369.
5. **Mudgade DK, Motghare PC, Kunjir GU, Darwade AD, Raut AS.** Prevalence of anatomical variations in maxillary sinus using cone beam computed tomography. *Journal of Indian Academy of Oral Medicine and Radiology*. 2018;30(1):18.
6. **R. G. Evaluation of Anatomy of the Maxillary Sinus Ostium: An Institutional Based Cadaveric Study.** *Int Arch BioMed Clin Res*. 2020;6(3)
7. **Reddy N, Shamkuwar S, Mokhasi V.** Anatomy of the maxillary sinus ostium: a cadaveric study. *Int J Anat Res*. 2019;7(4.2):7097-7100.
8. **Basurrah MA, Kim SW.** Factors affecting dimensions of the ethmoid infundibulum and maxillary sinus natural ostium in a normal population. *Saudi Medical Journal*. 2021;42(9):981-985.

ĐẶC ĐIỂM XQUANG CỦA BỆNH NHÂN CÓ RĂNG HÀM SỮA CẦN ĐIỀU TRỊ LẤY TỬ BUỒNG

Lê Thị Thuỳ Linh¹, Hà Ngọc Chiêu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm Xquang của một nhóm bệnh nhân từ 4-8 tuổi, có các răng hàm sữa được chỉ định lấy tử buồng. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 173 trẻ từ 4-8 tuổi, có răng hàm sữa sâu có chỉ định điều

trị tử buồng; trẻ được khám lâm sàng và chụp Xquang để đánh giá tình trạng lỗ sâu cũng như tình trạng của tổ chức quanh răng. **Kết quả:** Đa số các răng có tổn thương ở giai đoạn 2 nhưng vẫn có tới 28,0% răng 85 và 25,0% răng 55 bị tổn thương khi đang ở giai đoạn 1; Tỷ lệ lỗ sâu thông thương buồng tử trên Xquang được chẩn đoán là viêm tử không hồi phục chiếm tỷ lệ cao nhất trong các bệnh lý, tỷ lệ này là 26,6% ở răng 84, tiếp đến là răng 54 (25,8%) và thấp nhất ở răng 55 (10,5%). Không gặp các răng có hội chứng vách. **Kết luận:** Tất cả các răng có lỗ sâu đã thông thương với buồng tử trên phim Xquang đều bị viêm tử hoặc hoại tử tử. Các răng hàm sữa hàm dưới có tỷ lệ hoại tử tử có và không có biến chứng nha chu cao hơn các răng hàm trên.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thuỳ Linh

Email: lethuylinh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 8.5.2023

Từ khóa: răng hàm sữa, bệnh lý tủy, lấy tủy buồng, Xquang răng sữa

SUMMARY

RADIOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH DECIDUOUS TEETH REQUIRING PULPOTOMY

Objective: To describe the radiographic characteristics of a group of patients aged 4-8 years with deciduous teeth indicated for pulpotomy. **Method:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 173 children aged 4-8 years with deep caries in primary teeth indicated for pulpotomy. The children underwent clinical examination and radiographic evaluation to assess the extent of caries and the condition of the surrounding tissues. **Result:** Most of the teeth had lesions at stage 2, but up to 28.0% of tooth 85 and 25.0% of tooth 55 had lesions at stage 1. The most common diagnosis based on radiographic evidence of pulp exposure was irreversible pulpitis, which was found in 26.6% of tooth 84, followed by tooth 54 (25.8%) and tooth 55 (10.5%). No teeth with septum syndrome were observed. **Conclusion:** All teeth with carious lesions that had radiographic evidence of pulp exposure were diagnosed with irreversible pulpitis or pulp necrosis. The incidence of pulp necrosis with and without periapical pathosis was higher in the mandibular primary teeth than in the maxillary primary teeth.

Keywords: primary molar teeth, pulp pathology, pulpotomy, primary teeth radiography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sâu răng là một trong những bệnh phổ biến ở trẻ. Tại Việt Nam, theo kết quả điều tra của Lưu Văn Tường (2019) tại Hà Nội, tỷ lệ sâu răng ở trẻ 3 tuổi là 78,6% [1]. Sâu răng và bệnh lý tủy có mối liên quan mật thiết và tỷ lệ thuận với nhau, lỗ sâu nếu không được điều trị kịp thời sẽ nhanh chóng phá huỷ men ngà tiến vào buồng tủy gây nên các bệnh lý tủy. Việc chẩn đoán bệnh lý tủy răng sữa gặp nhiều khó khăn do đặc tính của tủy và sự hợp tác của trẻ. Trong y văn, đã có nhiều phương pháp đánh giá tình trạng tủy nhưng hiện vẫn chưa có phương pháp nào được kết luận là hiệu quả nhất. Vì vậy, với mong muốn bệnh nhân có được hiệu quả điều trị tốt nhất, nhằm giúp các nhà lâm sàng phần nào có cái nhìn tổng quát hơn về sự phân bố tổn thương bệnh lý cũng như định hướng cho quá trình chẩn đoán và điều trị chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: "*Mô tả đặc điểm Xquang của một nhóm bệnh nhân có các răng hàm sữa được chỉ định lấy tủy buồng tại một số cơ sở Răng hàm mặt tại Hà Nội*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu Là các trẻ em bị bệnh lý tủy răng sữa và có răng hàm sữa sâu

có chỉ định điều trị tủy buồng.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Trẻ từ 4-8 tuổi, bị bệnh lý tủy răng sữa và có ít nhất một răng hàm sữa sâu có chỉ định điều trị tủy buồng với các biểu hiện trên lâm sàng và Xquang như sau:

+ Trên lâm sàng: Răng có lỗ sâu, đáy lỗ sâu cách trần buồng tủy một lớp ngà mềm, ngà mủn hoặc có điểm hở tủy sau khi làm sạch. Bệnh nhân chưa từng có tiền sử đau tự nhiên, răng không lung lay, vùng lợi quanh răng bình thường, không nề đỏ, ấn không đau, không có lỗ rò, sẹo rò, áp xe.

+ Trên Xquang: Thấy lỗ sâu cách trần buồng tủy một lớp ngà mỏng dưới 1,5 mm. Vùng dây chằng nha chu và xương ổ răng bình thường.

+ Răng có khả năng phục hồi lại thân răng.

+ Sau khi lấy toàn bộ tủy buồng, tủy chân răng phải cầm máu được bằng bông vô khuẩn sau 5 phút.

- Trẻ không đang bị mắc các bệnh toàn thân cấp tính hoặc các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm.

- Trẻ hợp tác và phụ huynh đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Trẻ có các bệnh tim mạch (hẹp hở van 2 lá, suy tim), viêm cầu thận, rối loạn đông máu... hoặc các bệnh toàn thân, các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm chưa điều trị ổn định.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Trung tâm kỹ thuật cao nhà A7, Viện Đào tạo Răng hàm mặt và khoa Răng hàm mặt, Bệnh viện Nhi Trung ương.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 12/2018 - 01/2021.

2.2.2. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu: áp dụng công thức tính cỡ mẫu mô tả một tỷ lệ với sai số tương đối cho nghiên cứu mô tả cắt ngang [2]:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{1-p}{\epsilon^2 p}$$

Trong đó: p: Tỷ lệ sâu răng sữa của trẻ 4-8 theo nghiên cứu của Trương Mạnh Dũng là 81,6% [3]; $Z_{(1-\alpha/2)}$: hệ số tin cậy, với mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$, tương ứng với độ tin cậy là 95% thì $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$; ϵ : Độ chính xác tương đối (lấy bằng 8% giá trị p)

Thay vào công thức trên chúng tôi tính được cỡ mẫu cần nghiên cứu là 136 trẻ. Thực tế

chúng tôi đã khám, chẩn đoán và mời được 173 trẻ tham gia nghiên cứu này.

Cách chọn mẫu

Chúng tôi sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, có chủ đích theo tiêu chuẩn lựa chọn của nghiên cứu.

2.3. Tiến hành nghiên cứu. Các bệnh nhân đến một trong hai địa điểm nghiên cứu trên được nhóm nghiên cứu khám và ghi nhận kết quả vào bệnh án. Tất cả những bệnh nhân có bệnh lý tủy sau khi khám lâm sàng đều được chụp Xquang để chẩn đoán phân biệt và mời tham gia vào nghiên cứu.

2.4. Tiêu chí sử dụng trong nghiên cứu

- Ghi nhận tình trạng sâu răng: Phân loại lỗ sâu theo Site and Size

- Đánh giá tình trạng bệnh lý tủy răng sữa: Viêm tủy, hoại tử tủy không có biến chứng nha chu, hoại tử tủy có biến chứng nha chu cấp tính, hoại tử tủy có biến chứng nha chu mãn tính, hội chứng vách, hội chứng chề.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu từ bệnh án nghiên cứu được kiểm tra chặt chẽ, được nhập bằng phần mềm Epi data 3.1, phân tích trên phần mềm SPSS 20.0 theo phương pháp thống kê y học.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu. - Đề cương nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trường Đại học Y Hà Nội. Chứng nhận số 13NCS17/HMU IRB, ngày 08 tháng 02 năm 2018.

- Nghiên cứu được sự chấp thuận của các địa điểm nghiên cứu và sự đồng ý tự nguyện của các đối tượng nghiên cứu, người giám hộ.

- Các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu sẽ được đảm bảo giữ bí mật tuyệt đối.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm đối tượng tham gia nghiên cứu (n=173)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi (trung bình ± độ lệch chuẩn)		5,94 ± 1,44	
Tuổi (nhỏ nhất – lớn nhất)		4 – 8	
Nhóm tuổi	< 6 tuổi	69	39,9
	≥ 6 tuổi	104	60,1
Giới	Nam	90	52,0
	Nữ	83	48,0
Tiền sử bệnh răng miệng	Có	26	15,0
	Không	147	85,0

Nhận xét: Trong 173 trẻ em có răng hàm sữa được chỉ định điều trị lấy tủy buồng tham gia nghiên cứu, trẻ có độ tuổi trung bình là 5,94; trẻ nhỏ nhất là 4 tuổi, lớn nhất là 8 tuổi. Nhóm trẻ từ 6 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm dưới 6 tuổi (60,1% so với 39,9%). Có 90 trẻ nam chiếm 52,0% và 83 trẻ nữ chiếm 48,0%. Đa số trẻ đến khám đều không có tiền sử về bệnh răng miệng (85,0%).

3.2. Đặc điểm Xquang của răng hàm sữa

Bảng 3.2. Đặc điểm tổn thương răng hàm sữa trên phim Xquang

Đặc điểm		Răng 54 (n=128)	55 (n=96)	64 (n=125)	65 (n=111)	74 (n=139)	75 (n=138)	84 (n=139)	85 (n=139)
Đáy lỗ sâu	Sát tủy	88 (68,8)	76 (79,2)	92 (73,6)	84 (75,7)	112 (80,6)	108 (78,3)	93 (66,9)	94 (67,6)
	Thông thương tủy	40 (31,2)	20 (20,8)	33 (26,4)	27 (24,3)	27 (19,4)	30 (21,7)	46 (33,1)	45 (32,4)
Giai đoạn phát triển	Giai đoạn 1	4 (3,1)	24 (25,0)	3 (2,4)	23 (20,7)	33 (23,7)	8 (5,8)	9 (6,5)	39 (28,0)
	Giai đoạn 2	114 (89,1)	68 (70,8)	112 (89,6)	84 (75,7)	102 (73,4)	120 (87,0)	118 (84,9)	96 (69,1)
	Giai đoạn 3	10 (7,8)	4 (4,2)	10 (8,0)	4 (3,6)	4 (2,9)	10 (7,2)	12 (8,6)	4 (2,9)
Tổ chức quanh răng	Có tổn thương	8 (6,2)	2 (2,1)	7 (5,6)	3 (2,7)	17 (12,2)	8 (5,8)	10 (7,2)	14 (10,1)
	Không có tổn thương	120 (93,8)	94 (97,9)	118 (94,4)	108 (97,3)	122 (87,8)	130 (94,2)	129 (92,8)	125 (89,9)
Tổn thương vùng chề	Có	6 (4,7)	1 (1,0)	6 (4,8)	4 (3,6)	15 (10,8)	9 (6,5)	8 (5,8)	11 (7,9)
	Không	122 (95,3)	95 (99,0)	119 (95,2)	107 (96,4)	124 (89,2)	129 (93,5)	131 (94,2)	128 (92,1)

Nhận xét: Trên phim Xquang, tỷ lệ các răng có đáy lỗ sâu thông thương buồng tủy cao hơn so với trên lâm sàng tương ứng. Tỷ lệ này lên tới 33,1% ở răng 84; thấp nhất là 19,4% ở răng 74. Đa số các răng có tổn thương ở giai đoạn 2; tuy nhiên vẫn có tới 28,0% răng 85 và 25,0% răng 55 bị tổn thương khi đang ở giai đoạn 1.

Về hình ảnh tổ chức quanh răng và vùng chẽ, đa số các răng không có tổn thương tổ chức quanh răng và vùng chẽ (từ 87,8% trở lên). Tuy nhiên các tổn thương này vẫn gặp nhiều ở răng 74 (12,2% có tổn thương tổ chức quanh răng, 10,8% có tổn thương vùng chẽ) và răng 85 (10,1% và 7,9% tương ứng).

Bảng 3.3. Đặc điểm bệnh lý và vị trí lỗ sâu trên Xquang

Răng tổn thương và vị trí lỗ sâu	Bệnh lý	Sâu răng	Viêm tủy	Viêm tủy	Hoại tử tủy	Hoại tử	Hội	Hội	
			có hồi phục	không hồi phục	không có BC nha chu	tủy có BC nha chu	chứng chẽ	chứng vách	
Hàm trên	R54 (n=128)	Sát buồng tủy	77 (60,1)	9 (7,0)	1 (0,8)	0 (0,0)	1 (0,8)	0 (0,0)	0 (0,0)
		Thông thương	0 (0,0)	0 (0,0)	33 (25,8)	2 (1,6)	5 (3,9)	0 (0,0)	0 (0,0)
	R64 (n=125)	Sát buồng tủy	78 (62,4)	10 (8,0)	2 (1,6)	1 (0,8)	1 (0,8)	0 (0,0)	0 (0,0)
		Thông thương	0 (0,0)	0 (0,0)	25 (20,0)	3 (2,4)	5 (4,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	R55 (n=96)	Sát buồng tủy	73 (76,0)	3 (3,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
		Thông thương	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (10,5)	7 (7,3)	3 (3,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
Hàm dưới	R65 (n=111)	Sát buồng tủy	75 (67,6)	8 (7,2)	0 (0,0)	1 (0,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
		Thông thương	0 (0,0)	0 (0,0)	18 (16,2)	7 (6,3)	2 (1,8)	0 (0,0)	0 (0,0)
	R74 (n=139)	Sát buồng tủy	88 (63,3)	20 (14,4)	1 (0,7)	0 (0,0)	2 (1,4)	0 (0,0)	0 (0,0)
		Thông thương	0 (0,0)	0 (0,0)	20 (14,4)	1 (0,7)	6 (4,3)	1 (0,7)	0 (0,0)
	R84 (n=139)	Sát buồng tủy	79 (56,8)	12 (8,6)	1 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
		Thông thương	0 (0,0)	0 (0,0)	37 (26,6)	0 (0,0)	8 (5,8)	2 (1,4)	0 (0,0)
Hàm dưới	R75 (n=138)	Sát buồng tủy	74 (53,7)	23 (16,7)	2 (1,4)	1 (0,7)	6 (4,3)	1 (0,7)	0 (0,0)
		Thông thương	0 (0,0)	0 (0,0)	17 (12,3)	4 (2,9)	8 (5,8)	2 (1,4)	0 (0,0)
	R85 (n=139)	Sát buồng tủy	81 (58,3)	12 (8,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
		Thông thương	0 (0,0)	0 (0,0)	34 (24,5)	2 (1,4)	8 (5,8)	1 (0,7)	0 (0,0)

Nhận xét: Trên Xquang, tỷ lệ các răng hàm sữa có lỗ sâu thông thương buồng tủy được chẩn đoán là viêm tủy không hồi phục cao hơn hẳn so với trên lâm sàng. Tỷ lệ này cao nhất ở răng 84 (26,6%), tiếp đến là răng 54 (25,8%) và thấp nhất ở răng 55 (10,5%). Vị trí lỗ sâu ở các răng được chẩn đoán bệnh lý sâu răng, viêm tủy có hồi phục, hoại tử tủy có và không có biến chứng nha chu, hội chứng chẽ có tỷ lệ không khác biệt so với trên lâm sàng. Không gặp các răng có hội chứng vách

IV. BÀN LUẬN

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những trẻ từ 4 đến 8 tuổi, tuổi trung bình là 5,94 đến khám tại Trung tâm Kỹ thuật cao khám chữa bệnh Răng Hàm Mặt - Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt và Khoa Răng Hàm Mặt - Bệnh viện Nhi Trung ương, có răng hàm sữa sâu được chỉ định điều trị lấy tủy buồng. Chúng tôi chia đối tượng nghiên cứu thành 2 nhóm: nhóm < 6 tuổi (4-5 tuổi) chiếm 39,9% và nhóm ≥ 6 tuổi (6-8 tuổi) chiếm 60,1%. Trong tổng số 173 trẻ tham gia nghiên cứu, trẻ nam có 90 em chiếm tỷ lệ 52,0% cao hơn trẻ nữ có 83 em, chiếm tỷ lệ là 48,0%,

tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (bảng 3.8). Sự phân bố tỷ lệ trẻ nam và nữ đã chọn vào nghiên cứu này là tương đối hợp lý, vì tương ứng với phân bố về tỷ lệ giới tính khi sinh hiện nay qua báo cáo từ điều tra cơ bản dân số toàn quốc năm 2019 [4]. Theo báo cáo này, ở nhóm trẻ 5-9 tuổi, trẻ nam chiếm tỷ lệ 52,26% và trẻ nữ chiếm tỷ lệ 47,74% cho thấy, mẫu nghiên cứu chúng tôi đã chọn tương đối đại diện cho trẻ theo giới. Chúng tôi cũng ghi nhận một tỷ lệ lớn trẻ đến khám không có tiền sử về bệnh răng miệng trước đó (85,0%). Điều này cho thấy kiến thức, thái độ và thực hành về việc chăm sóc sức khỏe hàm răng sữa cho trẻ của các bậc cha mẹ còn kém. Vì thời gian cho một tổn thương tiến triển từ sâu răng giai đoạn sớm (men răng bắt đầu mất khoáng tương ứng với chỉ số ICDAS là 1 hoặc 2) cho tới lúc hình thành lỗ sâu trên lâm sàng có thể thay đổi từ một vài tháng cho tới trên 2 năm, tùy thuộc vào sự cân bằng của hai quá trình hủy khoáng và tái khoáng men răng [5]. Đây là một thời gian không quá ngắn để phát hiện ra tình trạng sâu răng của trẻ nếu cha mẹ có kiến thức, thái độ và thực hành đầy đủ.

Chẩn đoán các tổn thương sâu trên phim Xquang cho thấy, tỷ lệ các răng có đáy lỗ sâu thông thương buồng tuỷ cao nhất ở răng 84 (chiếm 33,1%). Đối với phim Xquang, để đánh giá chính xác một tổn thương phụ thuộc rất lớn vào chất lượng phim, điều này chỉ có được khi trẻ thực sự hợp tác trong quá trình chụp. Vì vậy, chẩn đoán một tổn thương răng sữa ở trẻ cần phải kết hợp chặt chẽ giữa khám lâm sàng và phim Xquang, ngoài ra vấn đề làm tâm lý với trẻ để trẻ hợp tác điều trị là cực kỳ cần thiết, đòi hỏi kinh nghiệm và sự kiên nhẫn của người bác sĩ điều trị. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi còn cho thấy, đa số các răng có tổn thương ở giai đoạn 2; tuy nhiên vẫn có tới 28,0% răng 85 và 25,0% răng 55 bị tổn thương khi đang ở giai đoạn 1 (bảng 3.2). Các răng hàm sữa thứ hai là những răng mọc lên cuối cùng trong bộ răng sữa. Răng bắt đầu có sự tiêu chân khi trẻ được 3 tuổi và sẽ thay bằng răng vĩnh viễn khi trẻ 11-12 tuổi [6]. Trên phim Xquang, giai đoạn 1 là giai đoạn chân răng chưa hình thành xong, giai đoạn 2 là giai đoạn chân răng bắt đầu tiêu cho đến ½ chiều dài chân răng [7]. Nghiên cứu cho thấy có một tỷ lệ lớn răng hàm sữa thứ hai bị sâu khi răng mới tồn tại một thời gian ngắn trên cung hàm thể hiện hành vi chăm sóc răng miệng của trẻ còn kém. Điều này đòi hỏi các bậc phụ huynh cần phải quan tâm hơn nữa đến việc chăm sóc sức khoẻ hàm răng sữa cho con cũng như cần nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành cho chính bản thân và cho trẻ.

Một đặc điểm nữa chúng tôi ghi nhận là tỷ lệ răng hàm sữa có biến chứng bệnh lý tuỷ liên quan với vị trí lỗ sâu trên Xquang (bảng 3.3) trong đó, tất cả các răng có lỗ sâu đã thông thương với buồng tuỷ đều bị viêm tuỷ hoặc hoại tử tuỷ. Ngoài ra cũng có một tỷ lệ lớn các răng có lỗ sâu sát buồng tuỷ nhưng tuỷ đã bị viêm, chủ yếu là viêm tuỷ có hồi phục. Tỷ lệ răng có lỗ sâu sát tuỷ bị viêm tuỷ có hồi phục cao nhất gặp ở răng 75 (16,7,0%). Viêm tuỷ không hồi phục cũng gặp ở những răng có lỗ sâu sát tuỷ với tỷ lệ thấp. Chúng tôi cũng nhận thấy các răng hàm sữa hàm dưới có tỷ lệ hoại tử tuỷ có và không có biến chứng nha chu cao hơn các răng hàm trên. Điều đó phản ánh nếu tuỷ răng tiếp xúc với môi trường miệng thì ngay lập tức sẽ bị vi khuẩn xâm nhập gây viêm. Thậm chí khi lỗ sâu chưa thông thương với buồng tuỷ thì vi khuẩn và độc tố của chúng cũng đã có thể xâm nhập vào buồng tuỷ

qua các ống ngà, gây nên tình trạng viêm tuỷ và các biến chứng khác của tuỷ viêm. Nghiên cứu của D. Kassa và cộng sự năm 2009 trên răng sữa cho thấy khi độ sâu của lỗ sâu nhỏ hơn 50% tổng độ dày của ngà răng thì không có sự khác biệt nhiều về tình trạng viêm nhiễm theo vị trí sâu răng. Ngược lại, viêm tuỷ có khả năng xảy ra nhiều hơn khi lỗ sâu ở mặt gần có độ sâu bằng hoặc lớn hơn 50% tổng độ dày của ngà răng [8].

V. KẾT LUẬN

Đây là một nghiên cứu cắt ngang nhằm mô tả đặc điểm Xquang của các răng hàm sữa ở những bệnh nhân có răng được chỉ định lấy tuỷ buồng. Kết quả nghiên cứu cho thấy trên phim Xquang tỷ lệ các răng có đáy lỗ sâu thông thương buồng tuỷ cao nhất ở răng 84. Tất cả các răng có lỗ sâu đã thông thương với buồng tuỷ đều bị viêm tuỷ hoặc hoại tử tuỷ. Các răng hàm sữa hàm dưới có tỷ lệ hoại tử tuỷ có và không có biến chứng nha chu cao hơn các răng hàm trên. Tuy nhiên cần có nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để kết luận chính xác sự phân bố bệnh lý tuỷ răng sữa và các yếu tố liên quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lưu Văn Tường, Nguyễn Thị Thu Phương, Đào Thị Dung.** Thực trạng bệnh sâu răng sữa sớm và một số yếu tố liên quan với sâu răng ở học sinh mầm non 03 tuổi tại Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam. 2019;480(1&2), 94-99.
2. **Nguyễn Văn Tuấn.** Y học Thực chứng. Nhà xuất bản Y học, Tp. HCM; 2008:221-231.
3. **Trương Mạnh Dũng, Vũ Mạnh Tuấn.** Thực trạng bệnh răng miệng và một số yếu tố liên quan ở trẻ 4-8 tuổi tại 5 tỉnh thành của Việt Nam năm 2010. Tạp chí Y học thực hành. 2011;793:91-96
4. **Tổng cục Thống kê.** Kết quả toàn bộ tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019. Nhà xuất bản Thống kê, Hà Nội; 2019:240.
5. **Ccahuana-V_squez R.A., Tabchoury C.P.M, Tenuta L.M.A. et al.** Effect of Frequency of Sucrose Exposure on Dental Biofilm Composition and Enamel Demineralization in the Presence of Fluoride. Caries Res. 2007;41:9-15.
6. **Võ Trương Như Ngọc.** Răng trẻ em - sách dùng cho học viên sau đại học. Nhà xuất bản Đại học Huế, Huế; 2015.
7. **Võ Trương Như Ngọc.** Răng trẻ em - Sách dùng cho sinh viên Răng Hàm Mặt. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội; 2020.
8. **Kassa D. et al.** Histological comparison of pulpal inflammation in primary teeth with occlusal or proximal caries. Int J Paediatr Dent. 2009;19(1):26-33. Doi: 10.1111/j.1365-263X.2008.00962.x.