

TIRADS 3	157	31,4
TIRADS 4	57	11,4
TIRADS 5	8	1,6
N	500	100

Nhận xét: Nhân giáp không nghi ngờ ác tính chiếm tỷ lệ 55,6% (278 bệnh nhân), tiếp đến là nhân giáp có nghi ngờ ác tính thấp 31,4% (157) bệnh nhân. Nhân giáp có nghi ngờ ác tính vừa và cao chiếm tỷ lệ thấp, hiếm lần lượt là 11,4% và 1,6%. Đa số nhân giáp trong nghiên cứu không nghi ngờ ác tính hoặc có nghi ngờ ác tính thấp.

Theo phân loại ACR TIRADS 2017 nhân giáp TIRADS 1 và 2 không có nguy cơ ác tính, nhân giáp TIRADS 3 có nguy cơ ác tính thấp, nhân giáp TIRADS 4 và 5 có nguy cơ vừa và cao. Ở nghiên cứu của chúng tôi 55,6% nhân giáp không nghi ngờ ác tính, điều này phù hợp với các đặc điểm siêu âm của nhân giáp trong nghiên cứu cũng chiếm trên 50% là các đặc điểm không nghi ngờ ác tính.

IV. KẾT LUẬN

BN mắc nhân giáp thường gặp nhất ở độ tuổi 40-59, tỷ lệ mắc của nữ giới cao gần gấp 4 lần nam giới. Tỷ lệ BN đa nhân giáp gần gấp 2 lần đơn nhân, vị trí thường gặp là thùy giáp hai bên. 73% nhân giáp có kích thước nhỏ hơn

10mm. 55,6% nhân giáp TIRADS 1 và TIRADS 2 không nghi ngờ ác tính, phù hợp với các đặc điểm siêu âm của nhân giáp trong nghiên cứu cũng chiếm trên 50% là các đặc điểm không nghi ngờ ác tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cooper D.S., Doherty G.M., Haugen B.R. et al.** (2006), Management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: The American Thyroid Association Guidelines Taskforce, *Thyroid*, 16(2), 109-142.
2. **J. Y. Kwak và E.-K. Kim** (2014). Ultrasound elastography for thyroid nodules: recent advances. *Ultrasonography*, 33(2), 75.
3. **Nguyễn Văn Luận** (2017), Đánh giá vai trò TIRADS và chọc hút kim nhỏ, sinh thiết tức thì trong chẩn đoán và điều trị bướu nhân tuyến giáp, luận văn tốt nghiệp thạc sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
4. **Giá trị của phân loại ACR TIRADS 2017** trong dự báo nguy cơ ác tính nhân giáp khu trú tại bệnh viện đại học y thái bình và bệnh viện K3, Nguyễn Văn Hưng, Cần Thơ 2022.
5. **Ngô Lê Lâm** (2019), Nghiên cứu giá trị chẩn đoán ung thư tuyến giáp của phân độ EU TIRADS 2017, tạp chí điện quang Việt Nam số 33.
6. **Phan Thị Bé Huệ, Nguyễn Phước Bảo Quân** (2022), Nghiên cứu giá trị của siêu âm dựa trên hệ thống phân loại ACR TIRADS 2017 trong chẩn đoán u giáp tại bệnh viện ung bướu Cần Thơ năm 2020-2022, tạp chí Y Dược học Cần Thơ số 52/2022.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT GỠ DƯƠNG VẬT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Trần Thái Phúc¹, Lại Ngọc Thắng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật gãy dương vật tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 31 người bệnh gãy dương vật được điều trị bằng phẫu thuật tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình từ 2018-2022. Ghi nhận các biến số: Tuổi, nguyên nhân, đặc điểm tổn thương, đặc điểm phẫu thuật, kết quả sớm sau phẫu thuật và kết quả khám lại. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 38,5 ± 11,3 tuổi. 70,9% nguyên nhân gây vỡ vật hang là do giao hợp. 100% trường hợp siêu âm doppler có hình ảnh khối máu tụ tại dương vật. 67,7% vỡ vật hang bên phải. 80,6% tổn thương ở gốc dương vật. 35,5% vỏ trắng

vật hang rách > 2cm. 100% trường hợp được gây tê tủy sống. 100% rạch da theo đường rạch dọc theo trục dương vật. Thời gian mổ trung bình là 37,5 ± 12,3 phút. Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là 3,8 ± 1,7 ngày. Không có biến chứng sau phẫu thuật. 100% đạt kết quả tốt. 93,6% không có rối loạn dương cương sau phẫu thuật. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị gãy dương vật tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình cho kết quả tốt. 93,6% không có rối loạn dương cương sau phẫu thuật. **Từ khóa:** gãy dương vật, Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình

SUMMARY

RESULTS OF PENIS FRACTURE SURGERY AT THAI BINH PROVINCE GENERAL HOSPITAL

Objective: Evaluate the results of penile fracture surgery at Thai Binh Provincial General Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 31 penile fracture patients treated surgically at Thai Binh Provincial General Hospital from 2018-2022. Record variables: Age, cause, injury characteristics, surgical characteristics, early post-

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: TS.BS Trần Thái Phúc

Email: phuctbmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 11.3.2024

operative results and re-examination results. **Results:** Mean age was 38.5 ± 11.3 years. 70.9% of the causes of cavernosal rupture are due to intercourse. 100% of Doppler ultrasound cases show images of hematoma in the penis. 67.7% ruptured the right cavernous body. 80.6% of lesions are at the base of the penis. 35.5% of white shells are torn > 2cm. 100% of cases received spinal anesthesia. 100% skin incision along the shaft of the penis. The average surgery time was 37.5 ± 12.3 minutes. The average hospital stay after surgery was 3.8 ± 1.7 days. There were no complications after surgery. 100% good results. 93.6% had no erectile dysfunction after surgery. **Conclusion:** Surgery to treat penile fractures at Thai Binh Provincial General Hospital gives good results. 93.6% had no erectile dysfunction after surgery.

Keywords: penis fracture, Thai Binh Provincial General Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy dương vật là bệnh do chấn thương làm rách vỏ trắng bao quanh vật hang dương vật, máu trong vật hang chảy ra lan tràn dưới mạc dương vật, hoặc rách cả 2 lớp mạc nông và mạc sâu dương vật gây tụ máu dưới da bìu, tăng sinh mô, vùng bẹn và vùng trên xương mu; khi dương vật đang cương cứng [1].

Nguyên nhân gây gãy dương vật thường xảy ra lúc dương vật cứng cao độ. Lúc đó các lớp mạc bao quanh vật hang bị giãn căng ra nên rất mỏng và yếu, chỉ cần một tác động nhẹ làm gấp góc dương vật hoặc va chạm vào dương vật cũng đủ làm cho các lớp mạc quanh vật hang bị

vỡ ra gây máu từ vật hang thoát ra ngoài [2]. Lia Beng Tan nêu nguyên nhân khi giao hợp là 67% và cưỡng dâm là 1% [3].

Trước năm 1980, việc điều trị vỡ vật hang chủ yếu là điều trị nội khoa, phương pháp điều trị này đã để lại nhiều di chứng như nhiễm khuẩn vùng máu tụ, lệch vẹo dương vật, đáí khó và đặc biệt là rối loạn cương dương, đây là biến chứng ảnh hưởng nhiều tới chất lượng sống của người bệnh. Từ năm 1980 trở đi, điều trị vỡ vật hang chủ yếu là phẫu thuật cấp cứu nhằm tránh các biến chứng sớm và lâu dài [1].

Mục tiêu của nghiên cứu: Đánh giá kết quả phẫu thuật gãy dương vật tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

31 người bệnh gãy dương vật được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình từ 2018-2022. Đồng ý tham gia nghiên cứu, có đầy đủ hồ sơ bệnh án và được tái khám sau phẫu thuật.

Nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang.

Chọn toàn bộ người bệnh vỡ vật hang được phẫu thuật từ 2018-2022 tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình.

Ghi nhận các số liệu về: tuổi, nguyên nhân gãy dương vật, đặc điểm tổn thương, đặc điểm phẫu thuật, kết quả sớm sau phẫu thuật và kết quả khám lại.

Chỉ số quốc tế về chức năng cương dương (IIEF-5) [4]					
Trong 6 tháng					
	Rất thấp 1	Thấp 2	Trung bình 3	Cao 4	Rất cao 5
1. Làm thế nào để bạn đánh giá sự tự tin của bạn mà bạn có thể nhận được và giữ cương cứng?					
2. Khi bạn cương cứng với kích thích tình dục, mức độ cương cứng của bạn có đủ cứng để thâm nhập không?	Hầu như không bao giờ/ không bao giờ 1	Một vài lần (ít hơn một nửa thời gian) 2	Đôi khi (khoảng một nửa thời gian) 3	Hầu hết thời gian (nhiều hơn một nửa thời gian) 4	Hầu như luôn luôn/ luôn luôn 5
3. Trong quá trình quan hệ tình dục, mức độ thường xuyên là bạn có thể duy trì sự cương cứng của bạn sau khi bạn đã thâm nhập (nhập) đối tác của bạn?	Hầu như không bao giờ / không bao giờ 1	Một vài lần (ít hơn một nửa thời gian) 2	Đôi khi (khoảng một nửa thời gian) 3	Hầu hết thời gian (nhiều hơn một nửa thời gian) 4	Hầu như luôn luôn/ luôn luôn 5
4. Trong quan hệ tình dục, làm thế nào khó khăn để duy trì cương cứng của bạn để hoàn thành giao hợp?	Cực kỳ khó 1	Rất khó 2	Khó 3	Hơi khó 4	Không khó 5
5. Khi bạn cố gắng giao hợp tình dục, mức độ thường xuyên đạt yêu cầu cho bạn?	Hầu như không bao giờ/ không bao giờ 1	Một vài lần (ít hơn một nửa thời gian) 2	Đôi khi (khoảng một nửa thời gian) 3	Hầu hết thời gian (nhiều hơn một nửa thời gian) 4	Hầu như luôn luôn/ luôn luôn 5
Điểm số IIEF-5:					

Điểm số IIEF-5 là tổng các câu trả lời thứ tự cho 5 mục.
 22-25: Không có rối loạn cương dương
 17-21: Rối loạn cương dương nhẹ
 12-16: Rối loạn cương dương nhẹ đến trung bình
 8-11: Rối loạn chức năng cương dương trung bình
 5-7: Rối loạn cương dương nghiêm trọng

Số liệu xử lý theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

31 người bệnh vỡ vật hang được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện đa khoa tỉnh thái Bình từ 2018-2023. Tuổi trung bình là 38,5 ± 11,3 tuổi. 70,9% nguyên nhân gây vỡ vật hang là do giao hợp. 100% trường hợp siêu âm doppler có hình ảnh khối máu tụ tại dương vật.

Bảng 1. Đặc điểm tổn thương vật hang dương vật

Đặc điểm tổn thương		Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Bên tổn thương	Bên phải	21	67,7
	Bên trái	10	32,3
Vị trí	1/3 gốc	25	80,6
	1/3 thân	6	19,4
Kích thước đường rách vỏ trắng vật hang (cm)	0,5-1	4	12,9
	> 1-1,5	8	25,8
	> 1,5-2	8	25,8
	> 2	2	6,5
	1/2 chu vi	8	25,8
	Quá nửa chu vi	1	3,2

Nhận xét: 67,7% tổn thương varj hang bên phải. 80,6% tổn thương ở gốc dương vật. 35,5% rách vỏ trắng vật hang > 2cm

Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật

Đặc điểm phẫu thuật		Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Phương pháp vô cảm	Tê tuỷ sống	31	100
Đường rạch da	Đường rạch dọc theo trục dương vật	31	100
Thời gian phẫu thuật	Dài nhất	30 phút	
	Ngắn nhất	70 phút	
	Trung bình	37,5±12,3 phút	

Nhận xét: 100% trường hợp được gây tê tuỷ sống. 100% rạch da theo Đường rạch dọc theo trục dương vật. Thời gian mổ trung bình là 37,5 ± 12,3 phút

Bảng 3. Kết quả sớm phẫu thuật

Kết quả sớm		Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Thời gian nằm viện	Dài nhất	3 ngày	
	Ngắn nhất	7 ngày	
	Trung bình	3,8 ± 1,7 ngày	
Biến chứng		0	0,0

Kết quả sớm	Tốt	31	100
-------------	-----	----	-----

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là 3,8 ± 1,7 ngày. Không có biến chứng sau phẫu thuật. 100% đạt kết quả tốt

Bảng 4. Điểm IIEF-5

Thang điểm IIEF-5	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
22-25: Không có rối loạn cương dương	29	93,6
17-21: Rối loạn cương dương nhẹ	1	3,2
12-16: Rối loạn cương dương nhẹ đến trung bình	1	3,2
Tổng	31	100

Nhận xét: Khám lại sau phẫu thuật, trường hợp sớm nhất: 3 tháng; Dài nhất: 60 tháng

IV. BÀN LUẬN

Chẩn đoán xác định gãy dương vật không khó khăn; nhưng chẩn đoán vị trí vỡ: Bên phải hay bên trái? Ở gốc dương vật, ở 1/3 giữa, hay ở phía đầu dương vật? Là một việc khó khăn và hết sức cần thiết đối với phẫu thuật viên để quyết định đường rạch ở bên ngoài đi vào tìm chỗ vỡ vật hang [1]

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 80,6% người bệnh có tổn thương ở 1/3 gốc dương vật, 19,4% người bệnh có tổn thương 1/3 thân dương vật, không có trường hợp nào tổn thương ở 1/3 đầu dương vật.

Nghiên cứu của Hoàng Đình Nội (1996) [2] thấy gãy ở gốc dương vật chiếm tỷ lệ 76,7%. Gãy thân dương vật chiếm tỷ lệ 21,7%. Tổn thương ở đầu dương vật rất hiếm xảy ra chiếm tỷ lệ 1,6%.

Như vậy nghiên cứu của chúng tôi và tác giả Hoàng Đình Nội cùng thấy rằng gãy ở gốc dương vật là phổ biến nhất.

Tính theo chiều dài toàn bộ vật hang dương vật có thể điểm giữa của chiều dài vật hang rơi vào 1/3 gốc dương vật vì vậy khi lực tác động vào đầu dương vật sẽ tạo ra điểm uốn ở điểm giữa dương vật như trong trường hợp giao hợp đi lầm đường, ngã cắm đầu dương vật xuống, làm dương vật vẹo đột ngột sang một bên. Ở điểm uốn này sẽ tạo ra lực thủy động tác động vào mặt bên hang vật, lúc này vỏ trắng giãn quá mỏng làm rách mặt bên vật hang.

Trong trường hợp dương vật bị bẻ thì càng dễ hiểu tại sao gãy ở gốc dương vật chiếm tỷ lệ 76,7%. Kết quả này phù hợp với các thông tin trên thế giới: Jens NM. (2015) [5] thấy tổn thương hầu hết thường ở gốc dương vật.

Đường rách vỏ trắng thường rách 1/2 chu vi và một số rách quá nửa chu vi, sâu tới tâm hoặc quá tâm vật hang. Cách đánh giá kích thước đường rách là độ dài chu vi vỏ trắng chính xác hơn là tính theo cm. Vì nó dễ nhận thấy hơn. Việc đánh giá theo cm chỉ là ước lượng tương đối mà thôi. Jens NM. (2015) [5] thấy rách 1,5cm, vuông góc với trục vật hang.

Mục đích của phẫu thuật: Lấy hết khối máu tụ, cầm máu vật hang, cắt xén gọn gàng lớp mạc bọc quanh vật hang bị vỡ, Khâu kín vỏ trắng vật hang chỗ vỡ [1]

Có 2 phương pháp vô cảm thường được sử dụng là gây tê tuỷ sống và Gây tê vùng tại chỗ. 100% người bệnh của chúng tôi được gây tê tuỷ sống. Chúng tôi sử dụng phương pháp vô cảm này vì giảm đau tốt hơn cho người bệnh và tất cả các người bệnh đều được tiến hành tại phòng mổ có đủ trang thiết bị để theo dõi sát quá trình trong và sau mổ.

Chọn đường rách ngoài da: Các nhà phẫu thuật nước ngoài thường chọn ba đường mổ Benchekroun A. (1998) [6] sử dụng đường rách dọc theo trục vật. Jens. NM. (2015) [5] sử dụng đường rách vòng ngang thân dương vật. Gory S. (1999) [7] rách vòng quanh rãnh quy đầu rồi lột lớp da xuống tận dương vật để tìm rõ chỗ vỡ vật hang. Sử dụng đường rách nào cũng cần phải thận trọng tránh để lại các di chứng do phẫu thuật gây nên [1].

Đường rách dọc theo trục dương vật có ưu điểm là tránh cắt phải các mạch máu và thần kinh dương vật nhưng nếu lúc khâu phục hồi không tỷ mỉ sẽ gây ra vết sẹo dài co rút làm vẹo dương vật, Tỷ lệ đường mổ dọc theo nghiên cứu của Hoàng Đình Nội, Trần Quán Anh [1], [2] sử dụng là 49%. Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng đường rách này 100%.

Đường mổ ngang vòng theo chu vi của thân dương vật sẽ tránh được các vết sẹo rúm rỏ nhưng phẫu trường sẽ hẹp, khó tìm thấy vị trí vỡ vật hang và dễ cắt phải các mạch máu dương vật nếu như quá trình phẫu tích từng lớp không cẩn thận. Tỷ lệ mổ theo đường ngang theo nghiên cứu của Hoàng Đình Nội, Trần Quán Anh [1] [2] sử dụng là 51%.

Một số tác giả cho rằng nên rách dọc theo trục dương vật phía ngoài da cho phẫu trường được rộng rãi. Kéo rộng 2 mép căng ra 2 bên

nhưng nên rách ngang lớp mạc nông và mạc sâu để đi vào tìm chỗ thương tổn trên vỏ trắng vật hang. Khi phục hồi đường rách ngang lớp mạc không gây rúm rỏ làm biến dạng dương vật.

Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% dùng đường rách dọc theo trục dương vật

Lấy hết máu cục, rửa sạch bằng huyết thanh mặn 9% cho hết các máu đọng quanh chỗ thương tổn vật hang.

Sau khi tìm được vết rách vỏ vật hang cần cắt xén một cách tiết kiệm để cho gọn gàng hai mép vỏ trắng vật hang. Khâu vỏ trắng vật hang bằng chỉ khâu mạch máu 6.0 để cầm máu. Khâu phục hồi lớp mạc sâu và mạc nông ở bên ngoài bằng chỉ vicryl 4.0. Khâu da tỷ mỉ để tránh các vết sẹo gây rúm rỏ sau này làm co kéo biến dạng dương vật [1].

Trong quá trình hậu phẫu cần

✓ Kháng sinh: Tiêm kháng sinh 3-4 ngày đầu phòng nhiễm khuẩn

✓ Kháng sinh uống những ngày sau.

✓ Thuốc an thần: Seduxen 5mg x 2 viên một ngày. Uống lúc 21 giờ nhằm tránh cương cứng trở lại.

✓ Thuốc chống phù nề: alpha chymotrypsin 250mg-4 viên/ngày.

✓ Thay băng hàng ngày. Trong nghiên cứu của chúng tôi có khi khám lại có 93,6% trường hợp không có rối loạn cương dương, có 3,2% trường hợp có rối loạn cương dương nhẹ, 3,2% có rối loạn cương dương nhẹ đến trung bình, không có trường hợp nào rối loạn chức năng cương dương trung bình và không có trường hợp nào rối loạn chức năng cương dương nghiêm trọng. Theo tác giả Kara N. và cộng sự (2018) [8], nghiên cứu hồi cứu đa trung tâm từ năm 2005 đến năm 2016 thấy điểm IIEF trung bình sau phẫu thuật gãy dương vật của 47 người bệnh là 24,2/25 điểm. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của tác giả trên về đánh giá trên thang điểm IIEF-5

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật điều trị gãy dương vật tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình cho kết quả tốt, thời gian nằm viện ngắn, 93,6% không có rối loạn cương dương sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Quán Anh, Nguyễn Quang** (2007), Vỡ vật hang, Bệnh học tiết niệu. NXB Y học, Hà Nội, tr. 173-182
2. **Hoàng Đình Nội** (1996), Nghiên cứu hình thái thương tổn và kết quả điều trị phẫu thuật vỡ vật hang tại bệnh viện Việt Đức, luận văn thạc sỹ y học, Đại Học Y Hà Nội.

- Tan LB., Chiang CP., Huang CH. et al. (1991). "Traumatic rupture of the corpus cavernosum". Br J Urol,68(6):626-8.
- Rhoden EL., Telöken C., Sogari PR. et al (2002). The use of the simplified International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool to study the prevalence of erectile dysfunction. Int J Impot Res. 2002 Aug;14(4):245-50. doi: 10.1038/sj.ijir.3900859. PMID: 12152112.
- Jens M, Rajewsky N. (2015). "Competition between target sites of regulators shapes post-transcriptional gene regulation". Nat Rev Genet. Feb; 16(2):113-26.
- Benckroun A., Lachkar A., Soumana A., et al (1998). "Rupture of the corpora cavernosa 50 cases". Ann Urol (Paris). 32(5):315-9.
- Gory S., Vernet M., Laurent M., et al (1999). "The vascular endothelial-cadherin promoter directs endothelial-specific expression in transgenic mice". Blood. Jan 1;93(1):184-92.
- Kara N., Morel Journal N., Badet L. et al (2018). 332 Management and Outcomes of Penile Fracture: A Ten Year Multicentric Study. The Journal of Sexual Medicine, Volume 15, Issue Supplement 3, July 2018, Page S259, <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.04.295>

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ NỘI NHA RĂNG VĨNH VIỄN CÓ LỖ CHÓP MỞ BẰNG FIBRIN GIÀU TIỂU CẦU

Huỳnh Kim Khang¹, Nguyễn Thị Tâm Duyên²

PLATELET RICH FIBRIN

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu báo cáo loạt ca nhằm đánh giá hiệu quả điều trị nội nha răng vĩnh viễn có lỗ chóp mở rộng bằng fibrin giàu tiểu cầu kết hợp MTA sau điều trị 1, 2, 3 tháng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mười lăm răng vĩnh viễn có lỗ chóp mở rộng cần điều trị nội nha trên mười bốn người bệnh được chọn vào nghiên cứu. Chẩn đoán trước điều trị và chụp phim X quang quanh chóp. Sau khi ký đồng thuận, răng được gây tê mở tủy, xác định chiều dài làm việc, sửa soạn ống tủy và băng thuốc Ca(OH)₂. Bệnh nhân hết triệu chứng sẽ tiến hành đặt màng fibrin giàu tiểu cầu kết hợp MTA làm nút chặn chóp. Hẹn trám bít ống tủy và trám kết thúc sau 4 ngày. Đánh giá các triệu chứng lâm sàng và tình trạng mô quanh chóp sau điều trị 1, 2, 3 tháng. **Kết quả:** Các triệu chứng lâm sàng hết hoàn toàn sau 3 tháng điều trị, không tái phát. Có sự lành thương khi quan sát trên phim X quang quanh chóp được đánh giá bằng chỉ số mô nha chu quanh chóp (PAI). **Kết luận:** Màng fibrin giàu tiểu cầu kết hợp MTA tạo nút chặn trong điều trị nội nha các răng vĩnh viễn có lỗ chóp mở rộng mang lại kết quả điều trị tốt và có thể được ứng dụng rộng rãi trong điều trị các răng vĩnh viễn có lỗ chóp mở rộng. **Từ khóa:** Răng vĩnh viễn có lỗ chóp mở rộng, sợi huyết giàu tiểu cầu, PRF, A-PRF+, thể hệ tiểu cầu cố đặc thứ hai, nút chặn chóp, MTA, periapical index.

Objectives: This study cases report aimed to evaluate the clinical treatment effectiveness of the procedure using platelet rich fibrin combined with MTA after 1, 2, 3 months. **Materials and methods:** Fifteen permanent teeth with open apex requiring endodontic treatment in fourteen patients were recruited. Pre-treatment diagnosis and periapical radiograph. After informed consent, the tooth was anesthetized opened the pulp, determined the working length. Shaped the canal and applied intracanal medicine. Placed platelet rich fibrin combination with MTA when was asymptomatic. Orturated the canal and restoration after 4 days. Clinical aluation and periapical radiograph assessment after 1, 2, 3 months. **Results:** Clinical symptoms disappear after 3 months, no recurrence. There is healing when observed on periapical radiographs as assessed by the Peri-Apical Index (PAI). **Conclusions:** The platelet ric fibrin membrane as an effective plug in endodontic treatment of permanent teeth with open apex brings high clinical effectiveness and can be applied in treatment of permanent teeth with apical open.

Keywords: immature teeth, open apex, platelet-rich fibrin, advanced platelet-rich fibrin plus, apical plug, mineral troxide aggregate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sau khi răng vĩnh viễn mọc và thực hiện chức năng, sự hình thành và hoàn thiện chân răng vẫn còn tiếp tục tiếp diễn. Răng mặc dù đã mọc trên cung hàm nhưng chân răng vẫn phát triển và lỗ chóp chân răng chưa đóng kín. Cần thời gian khoảng 2 - 3 năm cho chân răng vĩnh viễn có thể phát triển hoàn tất và đóng chóp.

Trong quá trình mọc lên và thực hiện chức năng, răng vĩnh viễn có những biến cố gây tổn thương tủy không hồi phục, cần phải điều trị nội nha để bảo tồn những răng này. Tuy nhiên, điều trị tủy răng vĩnh viễn có lỗ chóp mở rộng là một

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF ENDODONTIC TREATMENT OF PERMANENT TEETH WITH

¹Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Trường Đại Học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Kim Khang

Email: kimkhanghuynh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 6.3.2024