

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, X QUANG VÀ NGUYÊN NHÂN CỦA CÁC RĂNG CẦN ĐIỀU TRỊ TỬY LẠI

TRỊNH THỊ THÁI HÀ, VÕ TRƯƠNG NHƯ NGỌC,
NGUYỄN THỊ CHÂU

Viện Đào Tạo Răng Hàm Mặt

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, số lượng lớn bệnh nhân trông đợi vào việc điều trị nội nha đã tăng lên đáng kể, do lựa chọn điều trị nội nha trong cộng đồng vượt hơn là chỉ định nhổ bỏ răng. Phần lớn những sai sót trong điều trị nội nha đều xuất phát từ sự thiếu hiểu biết, quan niệm sai lệch về nội nha và những sai sót trong kỹ năng lâm sàng của các nha sỹ. Thêm vào đó, các nhà lâm sàng bảo thủ không chịu thay đổi, trau dồi kiến thức, ngần ngại áp dụng các kỹ thuật cũng như vật liệu mới. Do đó, việc đào tạo và trang bị kiến thức tốt hơn, thông suốt các kỹ thuật, áp dụng những kỹ thuật mới và quan tâm tới công việc phục hồi tốt hơn giúp các nhà lâm sàng có được kết quả điều trị cao hơn. Đồng thời, việc phát hiện ra những ca lâm sàng thất bại và chỉ ra những sai lầm mà các nhà nội nha hay mắc phải là điều vô cùng cần

thiết. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với hai mục tiêu sau: (1) **Nhận xét triệu chứng lâm sàng, X-Quang của bệnh nhân sau điều trị nội nha lần đầu thất bại.** (2) **Xác định một vài nguyên nhân thất bại hay gặp của điều trị nội nha lần đầu tiên.**

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

Điều trị nội nha phụ thuộc nhiều yếu tố liên quan trực tiếp đến qui trình điều trị, đó là các yếu tố cơ bản như: Chẩn đoán, lựa chọn trường hợp, tiên lượng, các yếu tố liên quan đến bệnh nhân (tuổi, sự hợp tác và tình trạng chung của bệnh nhân), các yếu tố liên quan đến tổ chức răng và môi trường miệng, các yếu tố liên quan đến nha sỹ (kinh nghiệm, trang thiết bị phục vụ cho điều trị), các yếu tố liên quan đến việc tạo hình và làm sạch, trám bít ống tửy, phục hồi thân răng sau điều trị, các yếu tố khác như: thời gian theo dõi, số lần hẹn, thuốc đặt ống tửy...

Tiêu chuẩn đánh giá kết quả điều trị nội nha

	X-quang	Lâm sàng
Thành công	<ul style="list-style-type: none"> - Hàn ống tửy đến đúng giới hạn chiều dài làm việc trên Xquang (đúng chóp răng Xquang hoặc cách chóp Xquang 0,5cm tùy từng trường hợp ống tửy). Khối chất hàn đặc, kín - Khoảng dây chằng quanh răng bình thường hoặc < 1mm, tổn thương trước đó đã sửa chữa. - Không có hiện tượng tiêu xương. - Lá cứng bình thường. 	<ul style="list-style-type: none"> - Không đau, không có lỗ dò, không có dấu hiệu viêm nhiễm. - Ăn nhai được.
Thất bại	<ul style="list-style-type: none"> - Hàn quá mức, chất hàn ra ngoài cuống, hàn không kín hoặc thiếu >2mm - Tổn thương cũ đã lan rộng - Tăng độ rộng khoảng dây chằng quanh răng >2mm - Lá cứng bị tổn thương - Gãy dụng cụ 	<ul style="list-style-type: none"> - Đau, các triệu chứng thực thể kéo dài dai dẳng - Sưng, hoặc dò tái phát - Không thể ăn nhai.
Nghi ngờ	<ul style="list-style-type: none"> - Hàn quá chóp răng Xquang từ 0,5-1 mm, có khoảng trống trong khối chất hàn. - Tổn thương cũ không thay đổi - Dây chằng giãn rộng - Lá cứng bị tổn thương 	<ul style="list-style-type: none"> - Các triệu chứng không rõ ràng, hơi khó chịu khi gõ, sờ nắn, hoặc nhai

Khi điều trị nội nha thất bại thường dẫn đến bệnh lý vùng quanh cuống. Dựa vào bệnh cảnh lâm sàng có thể chia thành hai thể: (1) Thể đau: Viêm quanh cuống cấp (gồm: Thể tiên phát, thể tái phát của viêm mạn tính), Viêm quanh cuống bán cấp: Thể tiên phát và thể tái phát của viêm mạn tính. (2) Thể bệnh không đau: Viêm mạn tính vùng cuống răng và không có phản ứng vùng cuống. Theo Mai Đình Hưng, nguyên nhân chủ yếu dẫn đến thất bại trong điều trị nội nha là do lỗi kỹ thuật (mở tửy, tạo hình, trám bít, phục hình) [1], ngoài ra có một số nguyên nhân khác như: thiếu các dụng cụ tốt để thực hiện, hệ thống ống tửy phức tạp, có cấu trúc đặc biệt...

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang trên 65 răng của 53 bệnh nhân có độ tuổi từ 15 đến 70 đến khám và điều trị tại Viện Răng Hàm Mặt Quốc Gia từ 6/2008 đến tháng 5/2009

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Là các răng đã được điều trị lần đầu, không kết quả được đánh giá bằng lâm sàng và Xquang hoặc có biểu chứng sưng đau, hình ảnh tổn thương vùng cuống.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có rối loạn tâm thần, bệnh nhân không hợp tác

Tất cả bệnh nhân được thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng, các triệu chứng thu được được ghi vào hồ sơ bệnh án theo mẫu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Tuổi và giới của bệnh nhân điều trị lại

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới

	Nam		Nữ		Tổng	
	N	%	N	%	N	%
15 – 34	8	15%	15	29%	23	44%
35 – 49	9	17%	7	13%	15	30%
50 – 70	5	9%	9	17%	15	26%
Tổng	22	41%	31	59%	53	100%

Nhận xét: Trong số bệnh nhân đến điều trị nội nha lại, số bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ cao hơn bệnh nhân nam (59% so với 41%). Trong đó, đa số là bệnh nhân ở lứa tuổi 15-34 (44%).

Tỷ lệ này cũng giống nghiên cứu của các giả khác nói chung. Qua thực tế lâm sàng cho thấy, phụ nữ thường quan tâm chăm sóc răng miệng hơn nam giới.

2. Phân bố răng điều trị lại trên cung hàm theo vị trí răng.

Bảng 2. Phân bố nhóm răng của đối tượng nghiên cứu

	Hàm trên	Hàm dưới	Tổng
Nhóm răng trước	5 (8%)	0	5 (8%)
Nhóm răng hàm nhỏ	12 (18%)	4 (6%)	16 (24%)
Nhóm răng hàm lớn	11 (17%)	33 (51%)	44 (68%)
Tổng	28 (43%)	37 (57%)	65 (100%)

Nhận xét: Số răng dưới cần điều trị nhiều hơn so với hàm trên. Nhóm răng hàm lớn cần điều trị lại chiếm tỷ lệ cao nhất, trong đó gặp nhiều ở răng hàm lớn hàm dưới (51%), thấp nhất là nhóm răng trước. Tỷ lệ này phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả khác (Nguyễn Thúy Nga: 78% [2], Bùi Thị Thanh Tâm: 72% [4]). Điều này cũng phù hợp với khuyến cáo của Hiệp hội nội nha Mỹ luôn luôn xếp nhóm răng hàm lớn là một trong những tiêu chí điều trị nội nha khó.

Bảng 3. Phân bố vị trí răng của đối tượng nghiên cứu

Thể bệnh	Số lượng răng	Tỷ lệ %
Răng 1 hàm trên	3	4,6%
Răng 3 hàm trên	2	3,1%
Răng 4 hàm trên	5	7,7%
Răng 5 hàm trên	7	10,8%
Răng 6 hàm trên	8	12,3%
Răng 7 hàm trên	3	4,6%
Răng 4 hàm dưới	3	4,6%
Răng 5 hàm dưới	1	1,5%
Răng 6 hàm dưới	25	38,5%
Răng 7 hàm dưới	7	10,8%
Răng 8 hàm dưới	1	1,5%
Tổng	65	100%

Nhận xét: Bảng 3 cho thấy trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi, răng 6 hàm dưới chiếm tỷ lệ cao nhất 38,5%, tiếp đó là các răng 6 hàm trên. Tỷ lệ giữa các nhóm răng có sự khác biệt với $p < 0,05$. Răng hàm dưới có tỷ lệ điều trị tủy lại cao trong nhóm nghiên cứu, chiếm 57% răng phải điều trị tủy lại. Tỷ lệ này phần nào đã nói lên bệnh lý tủy và củ răng cần điều trị nội nha của nhóm răng hàm dưới cao hơn hàm trên, do răng hàm dưới có tỷ lệ sâu răng cao

hơn hàm trên, phù hợp với các nghiên cứu dịch tễ học. Răng hàm số 6 hàm dưới tỷ lệ 38,5% cao nhất trong các răng. Tỷ lệ này cũng tương tự với các nghiên cứu của các tác giả (Nguyễn Thúy Nga: 36% [2], Phạm Thanh Hải: 44,67% [3]), đều kết luận rằng 6 hàm dưới là răng thường gặp tổn thương bệnh lý tủy trên lâm sàng và khi điều trị tủy thì tỷ lệ thất bại cũng cao nhất. Điều này có thể lý giải bởi cấu trúc giải phẫu của các răng hàm lớn rất phức tạp, nhiều thay đổi và có vị trí ở phía sau cung hàm nên khó khăn trong việc tiếp cận điều trị.

3. Lý do đến khám

Bảng 4. Lý do đến khám của đối tượng nghiên cứu

Lý do đến khám	< 6 tháng		6-12 tháng		>12 tháng		Tổng	
	N	%	N	%	n	%	n	%
Đau	8	12	4	6	21	33	33	51%
Phục hình	0	0	3	4,5	23	35,5	26	40%
Đau Phục hình	0	0	3	4,5	0	0	3	4,5%
Rò mù	0	0	0	0	3	4,5	3	4,5%
Tổng	8	12	10	15	47	73	65	100%

Nhận xét: Trong mẫu nghiên cứu, chúng tôi thấy có 4 lý do chính để bệnh nhân đến khám sau điều trị tủy lần đầu là: sưng đau, cần phục hình mới, cả hai lý do trên và rò mù. Kết quả cho thấy, triệu chứng đau là lý do chính để bệnh nhân đến khám lại (chiếm 51%). Bên cạnh đó, tỷ lệ bệnh nhân đến với lý do phục hình cũng khá cao, 40%.

Số bệnh nhân đến khám lại sau điều trị lần đầu từ 1 năm trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất (73%). Tỷ lệ này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thúy Nga [2], (54% và 34%). Mặc dù số lượng bệnh nhân nghiên cứu còn hạn chế, chúng tôi đưa ra nhận xét về thái độ của bệnh nhân hiện nay đã dần quan tâm hơn đến việc phục hồi vĩnh viễn thân răng sau điều trị nội nha, tuy số bệnh nhân đến khi xuất hiện triệu chứng đau mới đến khám còn cao. Qua tìm hiểu, chúng tôi thấy bệnh nhân thường cho rằng, sau điều trị tủy có thể vẫn còn đau nên tự điều trị kháng sinh, chỉ khi nào đau nhiều, hoặc sau một thời gian ăn nhai, răng vỡ lớn bệnh nhân mới đi khám lại.

Bảng 5. Triệu chứng lâm sàng khi thăm khám

Thể bệnh	Số răng	Tỷ lệ %	
Không đau	Không rò	24	37%
	Rò ngách lợi	6	9%
Đau	Không sưng, rò	26	40%
	Sưng ngách lợi	9	14%
Tổng	65	100%	

Nhận xét: Bệnh nhân đến khám vì đau sau điều trị là phổ biến, chiếm 54%. Trong đó, chỉ 14% xuất hiện cả triệu chứng đau và sưng nề ngách lợi. Bên cạnh đó, tỷ lệ không có biểu hiện trên lâm sàng cũng khá cao, 24 bệnh nhân chiếm 37%. Số bệnh nhân bị rò ngách lợi chỉ có 6, chiếm 9%. So sánh có sự khác biệt giữa các nhóm với $p < 0,05$.

Đa phần bệnh nhân đau ở mức độ nhẹ khi gõ

đọc, bệnh nhân than phiền rằng răng đã được điều trị, nhưng sau một thời gian xuất hiện cảm giác khó chịu ở răng khi ăn nhai. Những trường hợp này trên hình ảnh X-quang cho thấy hệ thống ống tủy điều trị chưa đạt, có tổn thương vùng cuống để là cơ sở chính giải thích cho bệnh nhân nên điều trị lại, vì có những bệnh nhân chưa cộng tác điều trị với lý do răng đã được điều trị nội nha. Rất nhiều bệnh nhân thắc mắc là nếu điều trị lại có tốt hơn không, do vậy chỉ căn cứ vào triệu chứng lâm sàng khi thăm khám là không có khả năng thuyết phục bệnh nhân nếu như chúng ta không chỉ rõ các tổn thương bệnh lý trên X-quang răng hoặc tổn thương lỗ rò tại ngách lợi.

Bảng 6. Phân bố các thể bệnh của nhóm nghiên cứu

Thể bệnh		Số răng	Tỷ lệ %
Thể đau	VQC cấp	Tiền phát	0 0%
		Đợt tái phát của viêm mạn	2 3%
	VQC bán cấp	Tiền phát	14 22%
		Đợt tái phát của viêm mạn	19 29%
Thể không đau	VQC mạn tính	24 37%	
	Không có phản ứng vùng cuống	6 9%	
Tổng		65	100%

Nhận xét: Kết quả cho thấy, bệnh nhân đến điều trị nội nha lại với các tổn thương viêm cấp và bán cấp (thể đau) chiếm tỷ lệ cao nhất 54%. Trong đó, chủ yếu là đợt bán cấp của viêm mạn tính (29%). So sánh có sự khác biệt giữa các nhóm với $p < 0,05$.

Qua quá trình hồi bệnh, tiền sử đau và chụp X-quang kiểm tra tổn thương vùng cuống, kết quả cho thấy, phần lớn các răng điều trị nội nha lần đầu có tổn thương bệnh lý là viêm quanh cuống mạn tính, 45/65 răng (69%). Tỷ lệ này phần nào đã nói lên, tuy bệnh nhân đến chủ yếu vì lý do sưng đau, nhưng đa phần không phải đến ngay khi sưng đau lần đầu, đến khám khi sưng đau nhiều lần tái đi tái lại, thậm chí nhiều bệnh nhân đến khi đã xuất hiện rò mủ ở ngách lợi.

Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi, số lượng răng chưa được làm chụp cầu chiếm tỷ lệ rất cao 85%. Trong đó, số răng bong, hờ chất hàn và nứt vỡ thân răng lên tới 30%. Số răng đã làm chụp, cầu có tỷ lệ thấp, chỉ chiếm 15%. Những yếu tố này là một trong những nguyên nhân dẫn đến tái nhiễm và làm ảnh hưởng đến chất lượng điều trị nội nha. Nhiều ca bệnh nhân khi đến khám với triệu chứng đau, khi khám lâm sàng, phát hiện thân răng vỡ là nguyên nhân đau khi ăn nhai, do vậy trước khi bệnh nhân yêu cầu làm phục hình thân răng, việc khám lâm sàng phát hiện tổn thương thân răng và X-quang kiểm tra hệ thống ống tủy là cần thiết. Qua đây chúng tôi nhận thấy việc phục hồi thân răng sau điều trị tủy nên là bước tiếp theo và cùng một quá trình điều trị bắt buộc.

4. Một số đặc điểm XQ của điều trị tủy lại

Bảng 7. Hình ảnh X-quang của đối tượng nghiên cứu

	Hàn thiếu	Hàn không kín khít	Hàn quá cuống	Bổ sót ống tủy		Gãy Dụng cụ	Chốt chân răng
				Răng 6	Răng khác		
Số lượng	58	5	6	26	11	1	2
%	89%	8%	9%	40%	17%	1,5%	3%

Nhận xét: Hàn thiếu và hàn bổ sót ống tủy là hai hình ảnh X-quang thường gặp nhất của bệnh nhân đến điều trị nội nha lại (89% và 57%). Có 6 trường hợp hàn quá cuống (9%) và chỉ có 1 trường hợp phát hiện gãy dụng cụ (1,5%).

Chúng tôi cho rằng, nguyên nhân chính của thiếu chất hàn là lỗi quá trình tạo hình chưa tốt, ống tủy nhỏ, chưa tạo được độ thuận cần thiết. Nha sỹ chưa có thói quen đo chiều dài ống tủy và thử côn trước hàn, lựa chọn kích cỡ côn không phù hợp có thể cũng là nguyên nhân gây hàn thiếu trong ống tủy. Vị trí hàn thiếu ống tủy phần lớn ở 1/3 phía cuống răng, vị trí hàn thiếu thường có hình ảnh ống tủy cong, tạo khác do lỗi của điều trị nội nha lần trước không thành công, có những trường hợp ống tủy thẳng nhìn trên X-quang thấy phần ống tủy sáng rõ nhưng chất hàn không đi hết chiều dài ống tủy. Chúng tôi cho rằng lỗi này do nha sỹ khi thực hiện kỹ thuật hàn ống tủy, thiếu chiều dài làm việc của ống tủy đã được sửa soạn.

Trong các ca nghiên cứu có 1 trường hợp hàn thiếu do gãy dụng cụ trong ống tủy, mặc dù chỉ có một trường hợp nhưng cũng cho thấy nguyên nhân điều trị nội nha thất bại, đó là tai biến gãy dụng cụ trong ống tủy có thể gặp trên lâm sàng.

Tỷ lệ bổ sót ống tủy trong lần điều trị đầu là khá cao (57%) và chủ yếu gặp ở các răng số 6 (26răng). Điều này có thể lý giải bởi cấu trúc giải phẫu phức tạp nhóm răng số 6 này. Tỷ lệ hàn ống tủy không kín khít và hàn quá cuống tủy chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ 8-9 %, cũng phần nào cho thấy lỗi của quá trình tạo hình (ví dụ làm rộng vùng cuống) và hàn ống tủy.

Trên phim X-quang, tổn thương thấu quang vùng cuống là hình ảnh thường gặp nhất, chiếm tới 69%. Tiếp đó, tỷ lệ giãn rộng dây chằng vùng cuống chiếm 17% và 14% không thấy hình ảnh tổn thương vùng cuống. Hình ảnh giãn rộng hay thấu quang vùng cuống gặp chủ yếu ở các ống tủy hàn thiếu. Kết quả đã phần nào chứng minh nguyên nhân trực tiếp của tổn thương vùng quanh chóp của răng đã được điều trị nội nha là hàn thiếu ống tủy hay không sửa soạn và hàn hết chiều dài làm việc của ống tủy.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 65 răng trên 53 bệnh nhân có chỉ định điều trị nội nha lại chúng tôi rút ra một số kết luận sau: Bệnh nhân đến điều trị tủy lại ở độ tuổi từ 15-34 chiếm nhiều nhất. Răng thường gặp nhất là răng 6 hàm dưới, bệnh nhân thường đến khám khi đau, tỷ lệ bệnh nhân có làm cầu chụp bảo vệ sau điều trị thấp, chỉ chiếm 15%. Nguyên nhân thất bại lần trước chủ yếu là trám bít ống tủy thiếu, sau đó là bổ sót ống tủy, trám bít ống tủy quá cuống và gãy dụng cụ. Cần trang bị đầy đủ kiến thức nội nha và trang thiết bị cho nha sỹ, nha sỹ nên sử dụng phim X-

quang và máy đo chiều dài làm việc để hạn chế tối đa các thất bại trong điều trị nội nha.

SUMMARY

STUDY CLINICAL, RADIOGRAPHY CHARACTERISTICS AND REASON OF TEETH WHICH NEED ENDODONTIC RETREATMENT

Method of study: cross sectional description. Sample of study comprises 65 teeth, which were treated unsuccessfully at the first time. **Objectives of study:** (1) To consider clinical and radiography characteristics of unsuccessfully treated teeth and (2) To determine some popular reasons of endodontic treatment failures at the first time. **Result:** Lower first molars possess 38.5%. Reasons for endodontic retreatment: feel painful (51%), need of prosthetic treatment (40%), short filling (89%), omitting root canal (57%), over filling (9%), break of endodontic instrument (1.5%)... **Conclusion:** Majority of patients are 15-34 years old. Lower first molars are seen mostly, pain is the most popular sign leading to endodontic retreatment. Failures of endodontic

treatment are mainly due to insufficient working length so dentist need fully equipping knowledge and instrument, such as radiography device ... to avoid failure of endodontic treatment as much as possible.

Keyword: endodontic retreatment, root canal system, root canal filling....

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mai Đình Hưng (2001), Các phương pháp chuẩn bị ống tủy, Bài giảng dành cho cao học Răng Hàm Mặt, Bộ môn Răng Hàm Mặt, Trường Đại Học Y Hà Nội, tr 1-40.
2. Nguyễn Thúy Nga (2007), nhận xét lâm sàng, hình ảnh XQ và đánh giá kết quả điều trị nội nha lại, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại Học Y Hà Nội, trang 32-38.
3. Phạm Thanh Hải (2008), nghiên cứu điều trị nội nha lại tại Viện Răng Hàm Mặt Quốc Gia năm 2008, Luận án chuyên khoa cấp II Trường Đại Học Răng Hàm Mặt, trang 51-56.
4. Bùi Thị Thanh Tâm (2004), Nhận xét hiệu quả điều trị tủy với Niti Protaper cầm tay, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại Học Y Hà Nội, trang 64-115