

ngoài để trẻ mạnh khỏe hơn,...) thay vào đó sẽ nuôi con theo cách khoa học hơn, hợp lý hơn, đúng theo khuyến cáo của ngành y tế góp phần cải thiện được tình trạng dinh dưỡng của trẻ.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy kết quả về thực trạng suy dinh dưỡng ở trẻ dưới 2 tuổi tại xã Huyện Hội là 13,89%. Trong đó, có 3,33% trẻ bị suy dinh dưỡng đa thể, 11,11% trẻ suy dinh dưỡng thể thấp còi, 3,89% và 3,33% suy dinh dưỡng thể nhẹ cân và gầy còm. Có 35,56% và 42,22% bà mẹ có kiến thức và thực hành đúng về phòng chống suy dinh dưỡng. Kết quả phản ánh sự thiếu sót về kiến thức và thực hành của bà mẹ về phòng chống suy dinh dưỡng ở trẻ. Cần đẩy mạnh chiến lược truyền thông giáo dục sức khỏe để giảm thiểu tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ y tế (2018), Tỷ lệ suy dinh dưỡng năm 2017**, <http://viendinhduong.vn/FileUpload/Documents/2015/TLSDD%202017.pdf>, truy cập ngày 12/01/2020.
- Bộ y tế (2020), Hội nghị tổng kết công tác dân số năm 2019, nhiệm vụ trọng tâm năm 2020 và triển khai Chiến lược Dân số Việt Nam đến năm 2030**, [https://moh.gov.vn/hoat-dong-cua-lanh-dao-bo/-/asset_publisher/TW6LTp1ZtwaN/content/hoi-nghi-](https://moh.gov.vn/hoat-dong-cua-lanh-dao-bo/-/asset_publisher/TW6LTp1ZtwaN/content/hoi-nghi-tong-ket-cong-tac-dan-so-nam-2019-nhiem-vu-trong-tam-nam-2020-va-trien-khai-chien-luoc-dan-so-viet-nam-en-nam-2030?inheritRedirect=false)

tong-ket-cong-tac-dan-so-nam-2019-nhiem-vu-trong-tam-nam-2020-va-trien-khai-chien-luoc-dan-so-viet-nam-en-nam-2030?inheritRedirect=false

- truy cập ngày 23/8/2020.
- Mã Dương (2018)**, "Tỷ Lệ suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở trẻ em dân tộc Churu dưới 5 tuổi tại xã Tà Hine, huyện Đức Trọng, tỉnh Lâm Đồng, năm 2018", Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Y học dự phòng, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.
- Vũ Thị Kim Hoa (2018)**, "Hiệu quả của sản phẩm dinh dưỡng có Probiotic, Prebiotic đến tình trạng dinh dưỡng, miễn dịch, nhiễm khuẩn của trẻ em 25-36 tháng tuổi", Luận án Tiến sỹ, Viện dinh dưỡng Quốc gia.
- Trần Thị Lan (2013)**, "Hiệu quả bổ sung đa vi chất và tẩy giun ở trẻ em 12 - 36 tháng tuổi suy dinh dưỡng thấp còi ở dân tộc Văn Kiều và PaKoh huyện ĐắkRông, tỉnh Bình Định năm 2013", Luận án Tiến sỹ dinh dưỡng, Viện dinh dưỡng quốc gia, HN.
- Trần Thị Kiều My (2017)**, "Thực trạng suy dinh dưỡng của trẻ em dưới 24 tháng tuổi tại huyện Châu Thành, tỉnh Trà Vinh năm 2017 và một số yếu tố liên quan", Khóa luận tốt nghiệp Cử nhân Y tế công cộng, Đại học Trà Vinh, tr. 10 - 50.
- Võ Văn Thuận (2017)**, "Tỷ Lệ suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở trẻ em dưới 5 tuổi tại xã Cát Hải, huyện Phù Cát, tỉnh Bình Định năm 2017", Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Y học dự phòng, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 26 - 35.
- Trường Đại học Trà Vinh - Bộ môn Y tế Công Cộng (2018)**, Dinh dưỡng - An toàn vệ sinh thực phẩm, tr. 35 - 77.

KẾT QUẢ PHỤC HỒI TỔN THƯƠNG MÒN CỔ RĂNG SỬ DỤNG VẬT LIỆU GLASS IONOMER CEMENT (GIC) FUFU II LC

Nguyễn Thị Hồng Minh*, Phạm Thanh Hà*, Trần Thị Ngọc Thúy*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm nhận xét kết quả điều trị tổn thương mòn cổ răng có sử dụng vật liệu Glass Ionomer Cement (GIC) Fuji II. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu được tiến hành trên 36 bệnh nhân có 154 răng nanh và răng hàm nhỏ có tổn thương mòn cổ răng với độ sâu dưới 2 mm (đảm bảo mỗi bệnh nhân có ít nhất 2 răng đối xứng có tổn thương mòn cổ răng). Các răng này sau khi được khám, đánh giá, ghi nhận tính chất tổn thương sẽ được hàn phục hồi bằng GC Fuji II LC Capsule ở một bên hàm và bằng Composite ở bên hàm đối xứng. Kết quả được đánh giá sau 3 tháng, 6 tháng. **Kết quả và kết luận:** Fuji II capsule là vật liệu phục hồi tổn thương mòn cổ răng an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Mòn cổ răng, GC Fuji II LC

SUMMARY

RESULTS OF ABRASION RESTORATION WITH GC FUJI II LC

Objective: To evaluate the result of abrasion restoration by using GC Fuji II LC. **Subjects and methods:** The study was conducted on 36 patients having 154 canines and premolars with abrasion lesion of a depth of less than 2 mm (ensure each patient had at least 2 symmetrical teeth with abrasion lesion). These teeth, after being examined, evaluated and recorded, will be restored with GC Fuji II LC Capsule on one side of the jaw and Composite on the symmetrical side. Outcomes were assessed after 3 and 6 months. **Results and conclusion:** Fuji II LC is a safe and effective material for restoring abrasion lesion.

Keywords: Abrasion, Fuji II LC

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các tổn thương tổ chức cứng của răng không do sâu trong đó tổn thương mòn cổ răng là bệnh rất phổ biến trong số các bệnh lý về răng miệng, chỉ sau sâu răng và viêm quanh răng [1]. Hình

*Bệnh viện RHM TW Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng Minh

Email: tradentist@gmail.com

Ngày nhận bài: 3/2/2022

Ngày phản biện khoa học: 1/3/2022

Ngày duyệt bài: 21/3/2022

thể đặc trưng của tổn thương tổ chức cứng không do sâu là mòn cổ răng hình chêm. Mòn cổ răng hình chêm đã được báo cáo với tỷ lệ từ 5-85% theo nhiều tác giả khác nhau. Có nhiều phương pháp và vật liệu được dùng để phục hồi tổn thương tổ chức cứng do mòn cổ răng như Amalgam, Xi măng Cacboxylat, Glass ionomer cement (GIC), Composite. Mỗi loại vật liệu có ưu, nhược điểm riêng và được chỉ định cho từng loại tổn thương khác nhau. Hiện nay, GIC được dùng khá phổ biến để điều trị mòn cổ răng với ưu điểm không kích thích tủy răng và có phóng thích Fluor ngăn ngừa sâu răng tái phát. Hybrid Inonomer (GC Fuji II nhộng có chiếu đèn) hay GIC được thay đổi nhựa đông cứng theo cơ chế acid-bazơ và sự trùng hợp bột nhựa bằng ánh sáng. Việc dùng các đồng trùng hợp của acrylic acid và các monomer methacrylate trong dung dịch làm cho vật liệu thông thường đồng cứng bằng phản ứng acid-bazơ có khả năng đông cứng bằng chiếu đèn nhờ các nhóm methacrylate. Việc này nâng cao khả năng lót và phục hồi răng do có thể chủ động làm đông cứng, do đó khối vật liệu được cứng nhanh và kháng nước [2]. Ngoài những ưu điểm chung của GIC, Hybrid ionomer còn có thêm nhiều các ưu điểm khác giúp làm tăng hiệu quả miếng hàn. Để hiểu rõ hơn về hiệu quả của việc điều trị tổn thương mòn cổ răng bằng Hybrid ionomer cement chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu đánh giá kết quả điều trị mòn cổ răng với vật liệu GC Fuji II LC.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các răng có tổn thương mòn cổ răng của các bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội có đủ tiêu chuẩn sau:

- Các răng nanh và răng hàm nhỏ có tổn thương mòn cổ với độ sâu từ 1-2 mm của bệnh nhân trên 35 tuổi (mỗi bệnh nhân có ít nhất 2 răng mòn cổ trở lên để làm đối chứng).

- Các bệnh nhân được giải thích, đồng ý điều trị và đến kiểm tra định kỳ theo hẹn.

2.2 Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng có đối chứng

2.3 Cỡ mẫu: được tính theo công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu can thiệp lâm sàng có đối chứng tu được cỡ mẫu là 146. Trên thực tế, nghiên cứu được tiến hành trên 150 răng và được chọn theo phương pháp chọn có chủ đích.

2.4. Các bước tiến hành nghiên cứu

2.4.1. Khám và thu thập thông tin của bệnh nhân gồm:

*Hỏi bệnh nhân:

- Tuổi, giới.
- Tình trạng ê buốt răng
- Thói quen đánh răng: Cách đánh răng, thời gian đánh răng và thay bàn chải, độ cứng của lông bàn chải.

- Tình trạng tiếp xúc với hóa chất

*Khám lâm sàng:

- Đánh giá tình trạng lung lay răng, đổi màu răng, tình trạng sang chấn khớp cắn.

- Vị trí bờ tổn thương so với đường viền lợi

- Thăm dò kích thước của tổn thương vùng cổ răng bằng cây sonde nha chu.

+ Độ sâu: Sử dụng sonde nha chu đo độ sâu từ đáy của tổn thương vuông góc với bờ men và bờ lợi của tổn thương.

+ Độ cao: Từ bờ men (bờ trên) đến bờ lợi (bờ dưới) của tổn thương.

+ Độ rộng: Từ bờ phía gần đến bờ phía xa của tổn thương.

- Đánh giá tình trạng tổ chức quanh răng và tình trạng tủy răng

2.4.2 Chuẩn bị vật liệu hàn cổ răng

- Nhóm nghiên cứu: Sử dụng GC Fuji II LC Capsule, đóng gói hộp 50 gói, dạng con nhộng (0,1g) được đánh bằng máy đánh trộn chất hàn Ultramart 2.

- Nhóm đối chứng: Composite Filtek Z350XT

2.4.3. Hàn cổ răng

- Đặt chỉ co lợi với các tổn thương dưới đường viền lợi,.

*Nhóm nghiên cứu: sử dụng vật liệu GC Fuji II LC

- Xử lý bề mặt răng bằng GC Dentin Conditioner trong 10 giây.

- Rửa kỹ bằng nước. Xi khô bằng hơi với lực nhẹ. Cô lập răng bằng bông.

- Đánh nhộng chất hàn bằng máy trộn trong 10 giây.

- Đưa chất hàn vào lỗ hàn bằng súng mang nhộng của GC.

- Tạo hình sơ bộ theo hình thể giải phẫu và đặt matrix nếu cần, thời gian làm việc là 3 phút 45 giây. Chiếu đèn trong 20 giây.

- Dùng mũi khoan hoàn tất để tạo hình lại mỗi hàn.

- Bôi một lớp GC Fuji Coat LC làm lớp bảo vệ.

*Nhóm chứng: Sử dụng vật liệu Composite Filtek Thực hiện hàn cổ răng theo các bước hàn răng bằng Composite thông thường.

2.4.4. Đánh giá hiệu quả sau điều trị. Các bệnh nhân đưa vào nghiên cứu được tiến hành đánh giá lại kết quả điều trị ngay sau khi hàn, sau 3 tháng và 6 tháng.

a. Ngay sau hàn

- Đánh giá mức độ ê buốt của răng:
- + Tốt: Không ê buốt.
- + Trung bình: Ê buốt khi có kích thích, hết khi ngừng kích thích.
- + Kém: Đau hoặc buốt tự nhiên
- b. Sau hàn 3 tháng và 6 tháng*
- Tiêu chuẩn đánh giá: Dựa theo tiêu chuẩn của hệ thống đánh giá sức khỏe cộng đồng ở Mỹ

và có bổ sung (Modified USPHS Criteria) [3] (Bảng 2.1).

2.4.5 Xử lý và phân tích số liệu

- Các phiếu khám được kiểm tra trong ngày, điều chỉnh các sai sót (nếu có) ngay cuối buổi khám.
- Các số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 16.0.

Bảng 2.1. Các tiêu chí đánh giá miếng hàn cổ răng

TT	Các tiêu chí	Tiêu chuẩn đánh giá	Kết luận
1	Sự đáp ứng của tủy răng	Không buốt	Tốt
		Ê buốt khi có kích thích, hết ê buốt khi ngừng kích thích	Trung bình
		Có cơn đau tủy, phải điều trị tủy	Kém
2	Sự lưu giữ miếng hàn	Miếng hàn còn nguyên vẹn	Tốt
		Miếng hàn bị vỡ khu trú một phần	Trung bình
		Miếng hàn bị vỡ nhiều phần	Kém
3	Sự khít sát của miếng hàn	Bờ miếng hàn liên tục với bề mặt răng	Tốt
		Có rãnh dọc ở bờ miếng hàn nhưng chưa lộ ngà	Trung bình
		Có rãnh dọc ở bờ miếng hàn, lộ ngà	Kém
4	Bề mặt miếng hàn	Nhẵn bóng, đồng nhất	Tốt
		Hơi thô ráp, không đồng nhất, sau khi đánh bóng thì nhẵn hoàn toàn	Trung bình
		Thô ráp, đánh bóng chỉ nhẵn một phần	Kém
5	Hình thể miếng hàn	Miếng hàn liên tục với răng, phù hợp hình thể răng không bị mòn	Tốt
		Miếng hàn bị mòn dưới 1mm	Trung bình
		Miếng hàn bị mòn trên 1mm	Kém
6	Màu sắc của miếng hàn	Miếng hàn cùng màu với men răng	Tốt
		Miếng hàn không cùng màu men răng, chấp nhận được	Trung bình
		Miếng hàn đổi màu nhiều, không chấp nhận được	Kém
7	Tình trạng lợi	Không viêm lợi (độ 0)	Tốt
		Viêm lợi độ 1	Trung bình
		Viêm lợi độ 2,3	Kém

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm tổn thương mòn cổ răng

Bảng 3.1. Đặc điểm tổn thương mòn cổ răng

	Đặc điểm	Nhóm răng		Tổng	p
		Răng nanh	Răng hàm nhỏ		
Vị trí	Trên lợi	23 (100%)	129 (98,5%)	152 (98,7%)	>0,05
	Dưới lợi	0 (0%)	2 (1,5%)	2 (1,3%)	
Hình dạng	Chữ V hay góc nhọn	23 (100%)	131 (100%)	154 (100%)	>0,05
	Bình thường	23 (100%)	117 (89,3%)	140 (90,9%)	
TT viêm lợi	Viêm	0 (0%)	14 (10,7%)	14 (9,1%)	>0,05

Nhận xét: Hầu hết tổn thương mòn cổ răng nằm ở vị trí trên lợi (98,7%) và có hình dạng chữ V hay góc nhọn (100%). 90,9% bệnh nhân có tổ chức quanh răng bình thường và 9,1% có hiện tượng viêm. Không có sự khác biệt về các đặc điểm tổn thương mòn cổ răng giữa nhóm răng nanh và răng hàm nhỏ, p>0,05.

3.2 Hiệu quả điều trị

3.2.1 Hiệu quả giảm tình trạng ê buốt răng sau khi hàn

Bảng 3.2. Hiệu quả giảm ê buốt răng sau khi hàn

Tình trạng ê buốt răng		Phương pháp		Tổng	p
		Composite	GIC		
Ê buốt khi có kích thích	Trước hàn	77 (100%)	77 (100%)	154 (100%)	>0,05
	Sau hàn	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	

Ê buốt khi không kích thích	Có	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	>0,05
	Không	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	

Nhận xét: Trước khi tiến hành điều trị, 100% bệnh nhân cho biết có ê buốt răng khi có kích thích, sau điều trị, tỷ lệ này là 0%, hiệu quả can thiệp của cả 2 phương pháp đều đạt 100%.

Bảng 3.3. Kết quả đánh giá sau 3 tháng điều trị

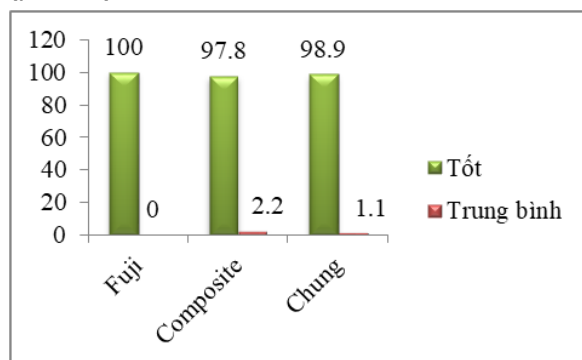
Đặc điểm		Phương pháp		Tổng	p
		Composite	GIC		
Lưu giữ	Tốt	73 (100%)	73 (100%)	146 (100%)	>0,05
Sát khít	Tốt	73 (100%)	73 (100%)	146 (100%)	>0,05
Bề mặt	Tốt	73 (100%)	73 (100%)	146 (100%)	>0,05
Hình thể	Tốt	73 (100%)	73 (100%)	146 (100%)	>0,05
Màu sắc	Tốt	73 (100%)	73 (100%)	146 (100%)	>0,05
TT lợi	Tốt	73 (100%)	73 (100%)	146 (100%)	>0,05

Nhận xét: Kết quả sau 3 tháng điều trị cho thấy 100% bệnh nhân đạt mức tốt về độ lưu giữ, mức độ sát khít răng; bề mặt, hình thể, màu sắc của miếng hàn và tình trạng lợi không có sự khác biệt giữa 2 phương pháp điều trị, $p > 0,05$.

Bảng 3.4. Kết quả đánh giá sau 6 tháng điều trị

Đặc điểm		Phương pháp		Tổng	p
		Composite	GIC		
Lưu giữ	Tốt	45 (100%)	45 (100%)	90 (100%)	>0,05
Sát khít	Tốt	45 (100%)	45 (100%)	90 (100%)	>0,05
Bề mặt	Tốt	45 (100%)	45 (100%)	90 (100%)	>0,05
Hình thể	Tốt	45 (100%)	45 (100%)	90 (100%)	>0,05
Màu sắc	Tốt	45 (100%)	45 (100%)	90 (100%)	>0,05
TT lợi	Tốt	45 (100%)	45 (100%)	90 (100%)	>0,05

Nhận xét: Kết quả sau 6 tháng điều trị cho thấy các trường hợp bệnh nhân quay lại tái khám 100% đạt mức tốt về độ lưu giữ, mức độ sát khít răng; bề mặt, hình thể, màu sắc của miếng hàn và tình trạng lợi. Tuy nhiên, không có sự khác biệt về hiệu quả điều trị giữa 2 phương pháp điều trị ($p > 0,05$).



Biểu đồ 3.1. Đáp ứng tủy sau 6 tháng điều trị

IV. BÀN LUẬN

Các tổn thương tổ chức cứng của răng không do sâu trong đó tổn thương mòn cổ răng là bệnh rất phổ biến trong số các bệnh lý về răng miệng, chỉ sau sâu răng và viêm quanh răng. Hình thể đặc trưng của tổn thương tổ chức cứng không do sâu là mòn cổ răng hình chêm. Kết quả từ Bảng 3.1 cho thấy, 98,7% bệnh nhân có tổn thương mòn cổ nằm ở vị trí trên lợi, và 100% tổn thương mòn cổ có hình dạng chữ V hoặc góc nhọn, trong đó 90,9% bệnh nhân có không có tình

trạng viêm lợi, chỉ có 9,1% có hiện tượng viêm. Không có sự khác biệt về các đặc điểm tổn thương mòn cổ giữa nhóm răng nanh và răng hàm nhỏ, $p > 0,05$.

GIC được dùng khá phổ biến để điều trị mòn cổ răng với ưu điểm không kích thích tủy răng và có phóng thích Fluor ngăn ngừa sâu răng tái phát. Hybrid Inonomer (GC Fuji II nhộng có chiếu đèn) hay GIC được thay đổi nhựa đồng cứng theo cơ chế acid-bazơ và sự trùng hợp bột nhựa bằng ánh sáng. Việc dùng các đồng trùng hợp của acrylic acid và các monomer methacrylate trong dung dịch làm cho vật liệu thông thường đồng cứng bằng phản ứng acid-bazơ có khả năng đồng cứng bằng chiếu đèn nhờ các nhóm methacrylate. Việc này nâng cao khả năng lót và phục hồi răng do có thể chủ động làm đồng cứng, do đó khối vật liệu được cứng nhanh và kháng nước. Ngoài những ưu điểm chung của GIC, Hybrid ionomer còn có thêm các ưu điểm:

- + Hạt nhỏ hơn, mịn hơn nên độ trong cao.
- + Cải thiện đáng kể độ mài mòn.
- + Dựa vào tính chống bức xạ của ion thủy tinh nên tạo điều kiện dính tốt.

+ Độ bám dính với cấu trúc men, ngà răng rất tốt khi được sử dụng kết hợp với GC Cavity Conditioner hoặc GC Dentine Conditioner nên hàn được các lỗ hàn kích thước nhỏ.

+ Phóng thích Fluor nhiều nên ngăn quá trình sâu răng thứ phát.

+ Có nhiều màu để lựa chọn

+ Thao tác nhanh chóng, dễ dàng và hiệu quả cao.

+ Hỗn hợp đã được trộn theo tỷ lệ chính xác.

+ Không trộn cơ học nên không tạo bọt, rỗ và cứng hơn cement.

Nhờ những tính chất ưu việt này mà vật liệu GC Fuji II LC được coi là vật liệu an toàn và hiệu quả khi sử dụng hàn phục hồi các tổn thương mòn cổ răng.

Về đáp ứng tủy răng ngay sau hàn, kết quả từ Bảng 3.2 cho thấy tỷ lệ răng bị kích thích ngay sau điều trị là 0%, hiệu quả điều trị của cả hai chất hàn GIC và Composite là tốt, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. So với kết quả điều trị của các nghiên cứu khác thì nghiên cứu của chúng tôi có kết quả thấp, hiệu quả điều trị tức thời là tốt. Điều này có thể do nghiên cứu của chúng tôi chỉ thực hiện trên số lượng ít bệnh nhân và kiểm tra ngay sau khi hàn xong. Theo các nghiên cứu trước đây, nguyên nhân phản ứng tủy sau điều trị được Brannstrom giải thích về thuyết dẫn truyền thủy động lực học. Cảm giác khó chịu là do sự di chuyển chất dịch trong ống ngà. Các yếu tố ảnh hưởng đến sự di chuyển của chất dịch này bao gồm: không khí bị kẹt trong ống ngà, các miếng trám không kín...

Biểu đồ 3.1 cho thấy 98,9% bệnh nhân có đáp ứng tủy tốt, trong đó chỉ có 1 bệnh nhân bị kích thích tủy từ sau khoảng 1 tuần. Tỷ lệ này đạt được là khá cao so với các nghiên cứu trước đây, có thể do số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi ít, vật liệu hàn được chọn là các vật liệu thế hệ mới tương đối an toàn và mức độ sâu trung bình của các răng có tổn thương mòn cổ ở nghiên cứu này là 1,5mm, độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 50 với người ít tuổi nhất là 36, cao nhất là 79 tuổi. Kết quả có thể do hiện tượng các ống ngà ở người cao tuổi bị vôi hóa bít tắc và ngà thứ phát làm cho tủy răng ít bị kích thích.

Kết quả từ Bảng 3.3 và 3.4 cho thấy, sự lưu giữ của miếng hàn sau 3 tháng và sau 6 tháng trong nghiên cứu của chúng tôi là tốt, tỷ lệ lưu giữ là 100% đối với cả hai chất hàn GIC và Composite. Kết quả này cao hơn các kết quả nghiên cứu trước về hàn mòn cổ răng. Có thể do sự lưu giữ của miếng hàn phụ thuộc vào các yếu

tố như cách ly nước bọt, tạo bám, làm sạch bề mặt trước hàn, cường độ ánh sáng của đèn quang trùng hợp đủ...

Mức độ sát khuẩn của miếng hàn sau 3 và 6 tháng trong nghiên cứu này là tốt, đạt tỷ lệ 100% đối với cả hai chất hàn GIC và Composite. Theo nghiên cứu của Owens B.M và cộng sự [4], các vật liệu dùng điều trị hàn với xoang hàn loại V việc tạo vát bờ men cho kết quả hở vi kẽ ít hơn so với việc không tạo vát. Vì vậy, đối với vật liệu tạo bờ men là cần thiết đối với chất hàn có sử dụng đèn quang trùng hợp. Sự co thể tích cũng chịu ảnh hưởng từ việc đặt từng lớp chất hàn và cách chiếu đèn: cường độ ánh sáng, thời gian chiếu, hướng chiếu vuông góc và khoảng cách từ nơi phát ánh sáng tới bề mặt miếng hàn. Để hạn chế sự co hở rìa miếng hàn chúng tôi đặt chất hàn từng lớp theo chiều vát viền lỗ hàn, cường độ ánh sáng đủ mạnh, thời gian chiếu 20s, hướng chiếu phải vuông góc, khoảng cách từ nguồn sáng tới bề mặt miếng hàn là 1mm.

Kết quả từ bảng 3.4 và 3.5 cũng cho thấy, 100% miếng hàn có bề mặt nhẵn bóng đối với cả hai vật liệu hàn. Kết quả này gần tương đồng với các kết quả nghiên cứu trước đây của Banuonal, Tijen Pamir năm 2005 [5], sau 1 năm không có răng nào bị thô ráp mất bóng. Điều này có thể được lý giải là do quá trình hàn, chúng tôi đã đánh bóng kỹ bề mặt miếng hàn và hướng dẫn bệnh nhân thay đổi thói quen chải răng và sử dụng bàn chải đầu lông mềm thay cho cách dùng bàn chải đầu lông cứng trước khi điều trị.

Mức độ mài mòn của cả hai loại vật liệu sau 3 và 6 tháng là cao 100%. Kết quả này tương đồng với kết quả của Banuonal, Tijen Pamir năm 2005 [5] sau 1 năm không có trường hợp nào bị mòn.

Nghiên cứu của chúng tôi đạt kết quả cao về sự hợp màu của cả hai loại vật liệu hàn với màu sắc men răng vì hiện tại Fuji II nhộng và Composite thế hệ mới có nhiều sự lựa chọn màu sắc cho răng hơn trước kia. Kết quả này cao hơn so với các nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn [6] 90,3%.

Sau 3 và 6 tháng, không có trường hợp nào viêm lợi nặng. Kết quả này cao hơn của các nghiên cứu của Nguyễn Thị Chinh [7] 9,7% viêm lợi, và tương đồng với kết quả của Lưu Thị Thanh Mai [8] 100% lợi lành mạnh sau hàn 1 và 3 tháng. Điều này có thể được giải thích trong nghiên cứu này đa số bệnh nhân có tổn thương mòn cổ răng trên lợi, đối với các trường hợp viêm lợi do cao răng đã được chúng tôi lấy sạch cao răng và cho sử dụng thuốc, dùng mũi khoan đuôi chuột mịn để làm sạch chất hàn thừa, hướng dẫn bệnh nhân cách chải răng đúng cách

và định kỳ kiểm tra sức khỏe răng miệng sau mỗi 6 tháng.

V. KẾT LUẬN

Tóm lại, đối với nghiên cứu này, trên 36 bệnh nhân được lựa chọn ngẫu nhiên theo tiêu chuẩn được đặt ra, thì kết quả thu được về sự lưu giữ, mức độ sát khuẩn, hình thể miếng hàn, bề mặt miếng hàn, sự hợp màu của miếng hàn của cả hai vật liệu hàn là như nhau. Chỉ có tỷ lệ kích thích tủy sau điều trị của Composite là cao hơn so với GIC.

Vì vậy, dựa theo kết quả của nghiên cứu này thì chúng tôi đánh giá Fuji II capsule là vật liệu hàn tổn thương mòn cổ răng an toàn hơn và hiệu quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Quế Dương (1999)**, Bảng xếp loại mới của các xoang trám, Thông tin mới răng hàm mặt Thành Phố Hồ Chí Minh, 1(2), tr. 42-43.
2. **Marco Aurélio Benini Paschoal, et al (2011)**. Fluoride release profile of a nanofilled resin-modified glass ionomer cement. Braz. Dent. J, 22(4).
3. **Croll T.P, Bar-Zion Y, Segura A, Donly K.J. (2001)**. Clinical performance of resin-modified glass ionomer cement restorations in primary teeth: A retrospective evaluation. J Am Dent, 132:1110-1116.
4. **Owen BM, Halter TK, Brown DM (1998)**, Microleakage of tooth_ colored restorations with a beveled gingival margin, Quintessence Int, 29(6):356-361.
5. **Banuönal, Tijen Pamir (2005)**. The two-year clinical performance of esthetic restorative materials in noncarious cervical lesions. J Am Dent, 136:1547-1555.
6. **Nguyễn Anh Tuấn (2009)**. Nhận xét lâm sàng và so sánh kết quả trám phục hồi bệnh mòn cổ răng hình chêm bằng Hybrid ionomer và composite. Luận văn Bác sỹ nội trú bệnh viện. Tr.30-35.
7. **Nguyễn Thị Chinh (2013)**. Nhận xét đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị tổn thương mòn cổ răng ở nhóm răng hàm nhỏ bằng Composite. Luận văn tốt nghiệp Thạc sỹ y khoa, Đại học Y Hà Nội. Tr. 57-67.
8. **Lưu Thị Thanh Mai (2006)**. Đánh giá lâm sàng tổn thương mòn cổ răng và theo dõi kết quả điều trị bằng Composite. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ khoa, Đại học Y Hà Nội.

TÌNH HÌNH NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC VÀ CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ NĂM 2021

Nguyễn Minh Lực*, Nguyễn Thế Anh*

Từ khóa: Nhiễm khuẩn bệnh viện, hồi sức tích cực.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ mắc các loại nhiễm khuẩn bệnh viện và hậu quả của nhiễm khuẩn bệnh viện lên kết cục điều trị bệnh nhân tại khoa Hồi sức tích cực và Chống độc bệnh viện Hữu Nghị năm 2021. **Đối tượng và phương pháp:** Tiến cứu mô tả 610 bệnh nhân nằm điều trị trên 2 ngày tại khoa Hồi sức tích cực và chống độc – Bệnh viện Hữu Nghị từ 01/01/2021 đến 31/12/2021. **Kết Quả:** Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện là 12,8 %, viêm phổi liên quan đến thở máy 10,5%, nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan đến ống thông bàng quang bàng quang 4,5%, nhiễm khuẩn huyết liên quan đến catheter 3,4%. Nhiễm khuẩn bệnh viện làm kéo dài thời gian nằm viện trung bình $18,1 \pm 12,6$ ngày so với không nhiễm khuẩn bệnh viện $8,5 \pm 5,4$ ngày ($p < 0,1$), làm gia tăng kết cục xấu gấp 3,9 lần so với không nhiễm khuẩn bệnh viện OR=3,9 KTC 95% (2,3 - 4,2). **Kết luận:** Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa HSTC&CD Bệnh viện Hữu Nghị là 12,9%, làm kéo dài thời gian điều trị và gia tăng kết cục xấu của bệnh nhân.

*Bệnh viện Hữu Nghị Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Lực

Email: dr.nguyenminhluc@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/2/2022

Ngày phản biện 9/3/2022

Ngày duyệt bài 22/3/2022

SUMMARY

HEALTHCARE ASSOCIATED INFECTION SITUATION AT DEPARTMENT OF INTENSIVE CARE, HUU NGHİ HOSPITAL IN 2021

Objective: This study was conducted to investigate the rate of multiple types of healthcare associated infections and out comes of patient at Department of Intensive Care, Huu nghi Hospital in 2021. **Subjects and method:** Prospective study on 610 patients hospitalized for at least 2 days at Department of Intensive Care, Huu Nghi Hospital from 01/01/2021 to 31/12/2021. **Results:** the rate of healthcare associated infections was 12.8%, ventilator associated pneumonia is 10.5%, Catheter-associated urinary tract infections was 4.5%, Central line associated bloodstream infections was 3.4%. The healthcare associated infection prolonged ICU patients hospitalized 18.1 ± 12.6 days, more than non-nosocomial healthcare associated infections 8.5 ± 5.4 days ($p < 0,1$), increased bad out come OR= 3.9; 95% CI: 2.3 - 4.2. **Conclusion:** The rate of healthcare associated infection in ICU Huu Nghi was 12.8%, that prolonged ICU patients hospitalized and inceased bad out come of patients.

Keywords: Healthcare associated infections, intensive care.