Erythematosus. Arthritis Care Res (Hoboken). 2015;67(8):1070-1077. doi:10.1002/acr.22560
7. **Shokri-Mashhadi N, Moradi S, Heidari Z, Saadat S.** Association of circulating C-reactive protein and high-sensitivity C-reactive protein with components of sarcopenia: A systematic review and meta-analysis of observational studies. Exp Gerontol. 2021;150:111330. doi:10.1016/j.exger. 2021.111330
8. **Isho Gorial F, Mahmood Z, Obaidi S.** Body Composition in Iraqi Women With Systemic Lupus Erythematosus. Global Journal of Health Science. 2018;11:63. doi:10.5539/gjhs.v11n1p63
9. **Cederholm T, Bosaeus I, Barazzoni R, et al.** Diagnostic criteria for malnutrition – An ESPEN Consensus Statement. Clinical Nutrition. 2015; 34(3): 335-340. doi: 10.1016/ j.clnu.2015. 03.001
10. **Nguyễn Ngọc Tâm.** Nghiên cứu áp dụng một số phương pháp sàng lọc Sarcopenia ở người bệnh cao tuổi. Luận án tiến sỹ Y học. Published online 2020.

PHƯƠNG PHÁP NHẬN BIẾT TỔN THƯƠNG RĂNG BẰNG CHỈ THỊ MÀU Ở RĂNG CÓ PHỤC HỒI BẰNG COMPOSITE : BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP

Nguyễn Huyền Khuê[1], Phùng Hữu Đại[2]

TÓM TẮT

Bối cảnh: Hở rìa miếng trám, sâu răng tái phát ở răng có phục hồi bằng composite là một quá trình phức tạp, khi trùng hợp composite bị co lại tạo ra khe hở, quá trình co lại vẫn tiếp diễn sau khi trám rất lâu. Bề mặt dán còn ẩm, trải qua tiếp xúc nóng lạnh trong miệng là những nguyên nhân dẫn tới. Phương pháp nhuộn màu tổ chức men răng, ngà răng nhiễm khuẩn hoặc cấu trúc ngà răng yếu giúp cho việc đánh giá, kiểm soát hở rìa miếng trám, phát hiện tổ chức yếu, ngà nhiễm khuẩn cần được loại bỏ**. Mục đích:** Báo cáo kết quả phát hiện hở rìa kẽ răng, sâu răng tái phát, tổ chức men ngà yêu bằng chất chỉ thị màu đem lại phục hồi tổ chức răng ổn định. **Phương pháp:** Chúng tôi báo cáo về một trường hợp bệnh nhân nữ 34 tuổi người Việt Nam đến khám vì răng có miếng trám composite cách đây 3 năm ê buốt khi uống nước lạnh, khi ăn nhai. Có mảng màu đen bám quanh rìa tiếp xúc miếng trám composite và men răng. Phương pháp loại bỏ sâu răng tái phát, phát hiện khe hở rìa miếng trám với chất chỉ thị màu để loại bỏ hoàn toàn tổ chức răng yếu, phục hồi được tổn thương răng tốt nhất. **Kết quả:** Bệnh nhân sau khi được kiểm soát tổn thương bằng chất chỉ thị màu được phục hồi tổ chức bằng composite đã loại bỏ hoàn toàn triệu chứng ê buốt khi uống nước lạnh và ăn nhai. **Kết luận**: Phương pháp nhuộm màu tổn thương men răng, ngà răng, hở rìa miếng trám composite giúp phát hiện tổn thương mà mắt thường không thể nhận diện được. Đảm bảo việc loại bỏ tổ chức men răng, ngà răng yếu được kiểm soát từ đó việc kết nối, phục hồi tổ chức cứng bằng composite đảm bảo lâu dài, không có hiện tượng hở rìa miếng trám composite khiến bệnh nhân có triệu chứng ê buốt.

Từ khoá: Báo cáo một ca lâm sàng, chất chỉ thị màu, hở rìa miếng trám, sâu răng tái phát, composite.

[1]Bệnh viện Hữu Nghị Việt Xô
[2]Đại học Quốc gia Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huyền Khuê
Email: bacsihuyenkhue@gmail.com
Ngày nhận bài: 11.9.2023
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023
Ngày duyệt bài: 21.11.2023

SUMMARY

USING DETECTOR DYES FOR RESIN COMPOSITE RESTORATION: A CASE REPORT

Background: Marginal leakage, recurrent caries with composite restoration is a complicated process, the polymerization shrinks to create a leakage, the shrinking process continues long after filling. The is still wet, experiencing hot and cold exposure in the mouth are the causes. The method of staining tooth enamel, infected dentin or weak dentin structure helps to evaluate and control the marginal leakage, detect weak tissue, and infected dentin, that needs to be removed. **Purpose:** This study aims to report the results of detecting marginal leakage, recurrent caries, dentin enamel by detector dyes to restore stable tooth structure. **Methods**: We report on a case of a 34-year-old Vietnamese female patient, with resin composite restoration 3 years ago, presented with the chief complaints of high dental sensibility when drinking cold water and chewing food. It is discoloration in marginal around composite restoration. The method of removing recurrent caries, detecting the marginal leakage with detector dyes to completely remove the affected tooth structure. **Results:** The patient completely eliminated the symptoms of sensitivity when drinking cold water and chewing food. **Conclusion:** The method of detector dyes helps to detect lesions that cannot be recognized by the naked eye. It help to remove effectively affected enamel and dentin, so that the resin composite restoration can be stable without marginal leakage causing patients to suffer from postoperative sensitivity. ***Keywords:*** Case report, resin composite, detector dyes, marginal leakage, recurrent caries

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Composite nha khoa được Bowen sáng chế ra 1962, sử dụng để trám răng nhờ kỹ thuật xói mòn và keo dán. Composite hiện nay là vật liệu thẩm mỹ phổ biến nhất, thay thế dần cement silicate và nhựa acrylic . Phục hồi composite trực tiếp là một trong những kỹ thuật phục hồi trong nha khoa phổ biến nhất hiện nay.[1] Thành phần

của Composite chủ yếu là các hạt độn vô cơ (monomer): hạt độn lớn, hạt độn vi thể. Bằng các phản ứng trùng hợp, hoá trùng hợp hoặc lưỡng trùng hợp. Các monomer được kích hoạt phản ứng liên kết với nhau bằng liên kết cộng hoá trị tạo thành một hợp chất cao phân tử (Polymer) và khối composite trở thành dạng rắn.[2]

Khi các phục hồi gián tiếp được chỉ định (inlay, onlay, chụp sứ toàn phần) thì dán dính bằng composite là lựa chọn đầu tiên. Hiệu quả tối ưu của tất cả các phục hồi trực tiếp hay gián tiếp đều phụ thuộc vào quá trình trùng hợp của các thành phần Composite, monomer biến đổi thành các Polymer đồng thời đi kèm với việc giảm thể tích của vật liệu.[3]

Một polymer chiếm ít thể tích hơn những hạt độn nhỏ (monomer), hiệu ứng này được hiểu là sự co rút khi trùng hợp polyme. Mặc dù có nhiều sự phát triển khác nhau về vật liệu phục hồi mới trong những năm qua, nhưng hạn chế liên quan tới sự co ngót do polyme hoá của composite trước đó vẫn là một vấn đề cần phải giải quyết.[4]

Sự co ngót này dẫn tới mất liên kết theo chiều dọc của composite với thành của răng, hở rìa miếng trám hoặc hở rìa với phục hình gián tiếp, tạo các khoảng trống bên trong, các vết nứt nhỏ, sâu răng tái phát, gây nhạy cảm ngà cho vi khuẩn hoặc các yếu tố tác động tới buồng tuỷ thông qua khe hở. Chính vì lẽ đó việc lấy bỏ phục hồi cũ composite, kiểm soát các tổn thương tổ chức cứng của răng do co ngót composite và phục hồi lại răng bị tổn thương là điều cần thiết.[5]

Thông thường việc sửa soạn xoang trám dựa vào cảm giác xúc giác và thị giác. Đánh giá dựa trên độ cứng và màu sắc của tổn thương tổ chức răng. Việc lấy bỏ chất phục hồi cũ và tổn thương răng được coi là hoàn tất khi vùng tổn thương cứng, không thấy màu nâu hoặc đen. Thuốc nhuộm màu tổ chức do sâu răng đã được phát triển để hỗ trợ chẩn đoán và loại bỏ sâu răng, bằng cách phân biệt giữa ngà răng (thường ở phía ngoài) bị nhiễm trùng, tổn thương do vi khuẩn hoặc sản phẩm do vi khuẩn hoạt động và ngà răng (phía trong) không bị nhiễm trùng hoặc có tổn thương. Thuốc nhuộm chỉ làm ố phần ngà răng sâu bên ngoài, các khe nứt, khoảng trống trong giữa phục hồi và răng.[6]

Sau khi loại bỏ hoàn toàn tổn thương răng, phục hồi composite cũ, răng bị tổn thương được phục hồi lại bằng composite thế hệ mới.

Trường hợp phục hồi răng lại bằng composite với sự kiểm soát tổn thương răng bằng chất chỉ thị với mục đích màu mô tả và minh hoạ việc kiểm soát tổn thương một cách rõ ràng ở răng có tổn thương do sự co ngót của composite.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp mô tả case lâm sàng tại Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Hữu Nghị tháng 08 năm 2023, nhìn lại và tổng kết y văn về các phương pháp nhận biết tổn thương bằng chất chỉ thị màu trên răng đã hàn phục hồi bằng composite

III. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ 34 tuổi người Việt Nam, nghề nghiệp giáo viên cấp 2, đến khám với triệu chứng khó chịu nhất là ê buốt răng khi ăn nhai, uống nước lạnh. Trên nền răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới bên phải (R46) đã được phục hồi bằng composite cách đây 3 năm do sâu răng mặt nhai. Bệnh nhân chưa có hiện tượng đau về đêm và đau lan lên đầu. Qua thăm khám phát hiện mặt nhai răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới bên phải có khối màu đậm tối hơn men răng là composite cũng bệnh nhân đã được phục hồi trước đó. Khối trám composite cũ chiếm khoảng 50% diện tích mặt nhai răng của bệnh nhân. Ranh giới giữa khối trám composite và men răng rõ (Hình 1). Sau khi thổi khô nhận thấy ở vùng tiếp giáp của khối trám và men răng có các đốm đen, vệt mầu nâu dài 2-3 mm, vùng tiếp giáp không liền nhất với men răng. Bệnh nhân nhai liên tục thì có cảm giác chói ở răng, thổi hơi mạnh mặt nhai có ê buốt nhé, hết thổi khô thì buốt thoáng qua dưới 2s. Các đặc điểm lâm sàng dẫn đến chẩn đoán răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới viêm tuỷ có hồi phục.

Hình 1: *Hình ảnh miếng trám cũ của người bệnh*

Dựa vào chẩn đoán và tình trạng bệnh nhân chúng tôi đề xuất các bước phục hồi lại cho bệnh nhân:

a. Loại bỏ miếng trám cũ dựa trên màu sắc khác biệt với men răng

b. Dùng chất chỉ thị màu để nhuộm màu ngà răng bị sâu tái phát, hở rìa miếng trám, ngà răng bị yếu, khoảng hở dưới mối hàn.

c. Mũi khoan nạo ngà với tay khoan chậm để loại bỏ lớp ngà bị nhuộm màu sau mỗi lượt làm sạch cũng như tránh làm tổn thương thứ phát tổ chức răng lành.

d. Che tuỷ gián tiếp nếu phần xoang trám

sát trần buồng tuỷ

e. Phục hồi xoang trám bằng Composite trám khối không co ngót khi trùng hợp.

f. Sửa chữa cắn và đánh bóng miếng trám composite.

Bệnh nhân đồng ý với phương án phục hồi lại bằng miếng trám composite mới. Chúng tôi tiến hành cách ly răng bằng đam cao su (Winged Fiesta – Coltene - Pháp) để đảm bảo môi trường miệng với miếng trám. Phục hồi bằng composite yêu cầu môi trường khô tuyệt đối trong khi môi trường miệng với nước bọt và lưỡi có nguy cơ cao làm ướt vùng phục hồi. Tiến hành dùng tăm bông tẩm chất chỉ thị màu (Findfast Ấn Độ) lên bề mặt nhai răng, với màu đỏ đặc trưng trong 20 giây chất nhuộm màu ngấm vào khe hở rìa và sâu răng tái phát giúp nhận rõ được ranh giới miếng trám và ngà răng sau khi đã rửa mặt nhai bằng nước trong vòng 5 giây (Hình 2A, 2B).

A

Hình 2A. Hở rìa miếng trám cũ được phát hiện bằng chất chỉ thị

B

Hình 2B. Chỉ thị màu được đặt 20s lên bề mặt răng

Với định hướng bằng chất chỉ thị màu, tiến hành lấy bỏ miếng trám composite cũ bằng mũi khoan kim cương tròn tay khoan nhanh ở 1/3 trên. Rìa miếng trám thì dùng mũi khoan carbur tungsten – tay khoan chậm để lấy bỏ phần sâu răng tái phát hoặc phần ngà kết nối yếu với miếng trám cũ. Chỉ lấy bỏ lớp mỏng được nhuộm màu chứ không lấy bỏ phần ngà phía trong. Lặp lại quy trình cho tới khi sau khi nhuộm màu, rửa trôi không còn thấy phần ngà còn ngấm màu đỏ của chất chỉ thị màu. Ở trường hợp này, chúng tôi đã sử dụng tổng cộng 10 lần chất chỉ thị màu, nhuộm từ phần men răng cho tới phần ngà răng. Việc loại bỏ ngà răng yếu hoặc sâu răng tái phát góp phần quan trọng trong việc kết nối giữa ngà răng, men răng và vật liệu phục hồi. (Hình 3,4,5,6)

Hình 3. Sau khi làm sạch bằng nước và thổi khô, chất chỉ thị màu ngấm vào tổn thương có màu đỏ đậm

A

Hình 4A: Hình ảnh tổn thương ở thành gần

B

Hình 4B: Hình ảnh khe trống được nhuộm màu ở sàn

A

B

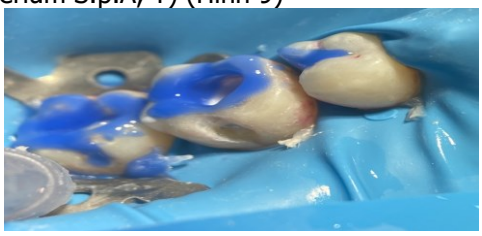
Hình ảnh 5A, 5B: Hoàn toàn loại bỏ tổ chức tổn thương và composite cũ

Sau khi làm sạch xoang trám răng có hướng dẫn chúng tôi tiến hành sát khuẩn xoang trám bằng Clohexidine Gluconat 2% (Canal Pro CHX 2% Coltene Pháp), trám lót phần đáy xoang trám bằng Ca(OH)2 (Ultra blend plus Mỹ) phủ lên phần ngà khô và chiếu đèn giúp đông cứng để đảm bảo phục hồi Composite mới không kích thích vào hệ thống ống ngà phía trên trần tuỷ (Hình 6).

Hình 6: Sử dụng canxi quang trùng hợp để che tuỷ

Tiến hành xoi mòn (Ultra etch, ultradent Mỹ) men răng 20s, ngà răng 2s sau đó tạo kết nối dán dính, bôi bond 20s (Single Bond 2 bước 3M ESPE) trên tất cả các bề mặt sau đó thổi khô 10s

(Hình 7). Lớp nền xoang trám được lót một lớp mỏng composite lỏng (Filtek Supreme Ultra flowable Restorative, 3M Oral Care, Hoa Kỳ) Răng được phục hồi bằng Composite A3 (3M Oral Care, Hoa Kỳ). Dùng kĩ thuật layer technique đắp từng lớp để phục hồi lại hình dạng răng ban đầu, chiếu đèn 5s sau mỗi lớp và 40s ở lớp đắp cuối cùng (Hình 8). Kết thúc bằng việc sửa khớp cắn phần mặt nhai và đánh bóng composite bằng bộ kít Composite ENA shinny (Micerium S.p.A, Ý) (Hình 9)



Hình 7: Xoi mòn tại men răng

Hình 8. Tạo hình mặt nhai

Sau khi phục hồi kiểm tra lại khe hở bằng chất chỉ thị màu để đảm bảo không có khe hở rìa miếng trám. Thăm khám đánh giá thấy bệnh nhân không còn ê buốt khi ăn nhai và khi xì khô mặt răng.

Hình 9. Hoàn tất sau khi đánh bóng

IV. BÀN LUẬN

Các tổn thương do sâu răng hàm lớn thường xuất hiện sớm do thời điểm mọc răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới năm 6 tuổi, khi mà ý thức vệ sinh răng miệng ở lứa tuổi này chưa được tốt. Thông thường sâu răng ở nhóm răng hàm lớn thứ nhất thường tiến triển ở mặt nhai răng hàm do có hố rãnh sâu. Thức ăn dễ đọng lại và vệ sinh răng miệng không đầy đủ là yếu tố nguy cơ gây sâu răng từ hố rãnh dẫn tới tổn thương tiến triển sâu hơn vào phía trong cấu trúc răng. Năm 2000, Trịnh Đình Hải nghiên cứu bệnh sâu răng ở trẻ em đã kết luận khi răng hàm vĩnh viễn mới hình thành, đã có một tỷ lệ cao bị sâu răng, tình trạng sâu răng vĩnh viễn có xu hướng gia tăng [6]. Chính vì răng hàm lớn thứ nhất có khả năng sâu răng sớm nên cũng được trám bít nhiều nhất và sớm nhất trong hệ thống các răng vĩnh viễn.

Tiêu chuẩn phát hiện tổn thương tổ chức cứng răng do sâu được đánh giá qua cảm giác xúc giác và thị giác. Điều tra sức khoẻ răng miệng toàn quốc của Việt Nam (2000) đã sử dụng tiêu chuẩn phát hiện sâu răng của WHO (1997).[7] Những tổn thương rõ ràng ở mức độ D3 và D4 thì sự đánh giá sâu thân răng rất dễ dàng. Còn các tổn thương ban đầu của sâu răng D1, D2 có thể chia ra làm 3 loại theo vùng, mỗi vùng có những chẩn đoán riêng biệt như sau: các rãnh mặt nhai , mặt ngoài và mặt trong của răng sẽ được chẩn đoán là sâu răng nếu như thám trâm phát hiện một đường nứt, rạn trên men răng chỉ với một lực vừa phải và sự mắc thám trâm này đi cùng với một hoặc một vài dấu hiệu sau: Có cảm giác xốp ở đáy, phần men bên cạnh bị đục. Vùng men ở rìa có đổi màu hoặc tối màu hơn do có vùng rỗng ở dưới hay thoái khoáng hoá.

Chất chỉ thị màu sâu răng được phát triển để hỗ trợ chẩn đoán và loại bỏ tổ chức răng sâu, bằng cách phân biệt giữa ngà sâu răng bên ngoài bị nhiễm trùng, tổn thương không thể phục hồi và ngà sâu bên trong không bị nhiễm trùng.[6] Thuốc nhuộm chỉ nhuộn phần ngà sâu răng bên ngoài bị nhiễm trùng, không nhuộm vào bên trong. Thành phần cơ bản chất chỉ thị màu là propylene – glycol và axit đỏ. Màu sắc đậm của chất chỉ thị màu tương tác với ngà răng và dễ dàng phân biệt được với màu sắc của tuỷ răng.

Sau khi loại bỏ hoàn toàn lớp ngà tổn thương do sâu bằng chất chỉ thị màu cần sát khuẩn lại toàn bộ xoang trám để đảm bảo vi khuẩn tồn tại trong ống ngà răng lành được loại bỏ hoàn toàn. Tránh hiện tượng sâu răng tái phát mặc dù có lớp che chắn vững chắc ở xoang trám.[8]

Composite tương thích sinh học là mục tiêu của các nhà phát triển vật liệu trám bít. Ngày nay sự ra đời của hạt độn Nano, composite đã đạt được : Tính chất vật lý cao nhất về độ bền, độ bóng tốt nhất gần như đạt như răng thật, độ mòn như men răng tự nhiên, tương thích sinh học, tính thẩm mỹ với màu ngà và độ trong suốt, không co ngót vật liệu khi quang trùng hợp và sau khi hoàn tất trám răng. Chình vì lẽ đó mối trám răng bằng vật liệu. composite cũ được loại bỏ trong trường hợp này, lấy bỏ toàn bộ tổ chức ngà yếu với chất chỉ thị màu, sát khuẩn xoang trám

và phục hồi lại bằng hệ thống composite mới. Đảm bảo được độ ổn định lâu dài và thẩm mỹ.

Việc phục hồi răng có tổn thương hở rìa hoặc sâu răng tái phát do miếng trám composite cần đảm bảo từ việc loại bỏ tổ chức sâu răng có hướng dẫn, sát khuẩn và vật liệu sinh học cần nhiều quá trình phức tạp và đòi hỏi nhiều thời gian để đảm bảo tất cả các khâu có kết quả tốt. Chỉ cần một quá trình như cách ly chưa tốt, sát khuẩn hoặc loại bỏ chưa hết tổ chức ngà yếu, lựa chọn vật liệu phục hồi kém đều khó có thể đạt được một phục hồi tổ chức răng tốt.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp nhận biết tổn thương tổ chức răng trên răng có miếng trám bằng composite giúp nhận biết một cách rõ ràng tổn thương, loại bỏ tổn thương có định hướng giúp cho việc phục hồi lại đạt được kết quả tốt. Ưu điểm vượt trội hơn phương pháp nhận biết bằng thị giác và xúc giác.

Việc phục hồi tổ chức cứng cho răng không chỉ quan trọng ở việc loại bỏ tổ chức răng bị tổn thương do sâu mà cần thực hiện quy trình điều trị một cách thận trọng dựa trên kiến thức về tạo hình, làm sạch, diệt khuẩn và trám bít bằng vật liệu sinh học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Management of shrinkage stresses in direct restorative light-cured composites: a review - PubMed.** Accessed August 22, 2023. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24148979/
2. **Runnacles P, Correr GM, Baratto Filho F, Gonzaga CC, Furuse AY.** Degree of conversion of a resin cement light-cured through ceramic veneers of different thicknesses and types. Braz Dent J. 2014; 25(1):38-42. doi:10.1590/0103-6440201302200
3. **Gacci O.** Principles of Polymerization. 3rd edition. Wiley-Interscience; 1991.
4. **(PDF) Resin based restorative dental materials: characteristics and future perspectives** | Bhuvnesh Bhardwaj - Academia.edu. Accessed August 22, 2023. https://www.academia.edu/77376895/Resin_based_restorative_dental_materials_characteristics_and_future_perspectives
5. **Soares CJ, Faria-E-Silva AL, Rodrigues M de P, et al.** Polymerization shrinkage stress of composite resins and resin cements - What do we need to know? Braz Oral Res. 2017;31(suppl 1):e62. doi:10.1590/1807-3107BOR-2017.vol31.0062
6. **Javaheri M, Maleki-Kambakhsh S, Etemad-Moghadam Sh.** Efficacy of Two Caries Detector Dyes in the Diagnosis of Dental Caries. J Dent Tehran Iran. 2010;7(2):71-76.
7. **8.T. V. Trường, T. Đ. Hải, J. Spencer và cộng sự** (2002), Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc ở Việt Nam 1999-2000, Tạp chí Y học Việt Nam, 240, tr.24- 28.
8. **Coelho A, Amaro I, Rascão B, et al.** Effect of Cavity Disinfectants on Dentin Bond Strength and Clinical Success of Composite Restorations-A Systematic Review of In Vitro, In Situ and Clinical Studies. Int J Mol Sci. 2020;22(1):353. doi:10.3390/ijms22010353

THỰC TRẠNG LOÉT APHTHOUS VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI STRESS CỦA SINH VIÊN RĂNG HÀM MẶT

Ngô Thị Thu Hà[1], Hoàng Kim Loan[1], Nguyễn Lê Hùng[1], Khúc Thị Hồng Hạnh[2]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Loét Aphthous niêm mạc miệng tái diễn là một trong các bệnh thường gặp trong miệng. Bệnh thường tái phát nhiều lần, gây cảm giác đau rát, khó chịu khi ăn uống, khi phát âm, ảnh hưởng đến tâm lý, gây cảm giác lo lắng, căng thẳng từ đó ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng cuộc sống người bệnh. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả thực trạng loét Aphthous và tìm hiểu yếu tố stress có liên quan đến loét Aphthous trên đối tượng sinh viên Răng Hàm Mặt trường Đại Học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 332 sinh viên ngành Răng Hàm Mặt tại trường Đại học Y Hà Nội bằng bảng câu hỏi và khám lâm sàng. **Kết quả nghiên cứu:** Tỉ lệ sinh viên có loét Aphthous là 7,8%, phần lớn có 1 tổn thương loét (84,6%) và kích thước vết loét 1 - 2mm (88,5%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của tình trạng stress ở nhóm loét Aphthous và nhóm không loét Aphthous (p=0,018). **Kết luận:** Sinh viên có tỷ lệ mắc loét Aphthous thấp. Nghiên cứu cho thấy tình trạng stress có liên quan đến loét Aphthous. Do đó, các chương trình tư vấn, hỗ trợ tâm lý cho sinh viên rất quan trọng, cần được đẩy mạnh và thực hiện hiệu quả.

Từ khóa: loét Aphthous, stress.

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Trường Đại học Phenikaa*
Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Thu Hà
Email: thuhadentist.temp@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023
Ngày duyệt bài: 21.11.2023

SUMMARY

THE CURRENT STATUS OF APHTHOUS STOMATITIS AND THEIR RELATIONSHIP WITH STRESS AMONG DENTAL STUDENTS