

cũng kết hợp thoa các sản phẩm chất tiết từ tế bào gốc và đạt kết quả tương đối tốt.

Về mặt chức năng, sau phẫu thuật có 10/12 trường hợp (83.3%) chuyển độ lạt mi dưới từ mức độ III, II, I xuống không còn lạt mí, còn 2/12 trường hợp (16.7%) từ mức độ IV, III về mức độ 2, nguyên nhân là do khách có tiền căn tiêm silicon mi dưới.

Yếu tố thẩm mỹ sau điều trị lạt mi dưới bằng phương pháp ghép da cần được lưu ý đặc biệt ở những bệnh nhân đã phẫu thuật thẩm mỹ mí dưới. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 7/12 (58.3%) trường hợp có sẹo tốt, và 6/12 (50%) trường hợp màu mảnh da ghép tốt, mặc dù nhóm nghiên cứu chỉ sử dụng vật da sau tai, có màu sắc tương đồng, tuy nhiên khi ghép lên thì kết quả vẫn không giống hoàn toàn với da lân cận, màu sắc khác và kém thẩm mỹ.

V. KẾT LUẬN

Tổn thương lạt mi dưới sau phẫu thuật thẩm mỹ là một biến chứng thường gặp trong độ tuổi lao động, nữ nhiều hơn nam. Biến chứng không chỉ gây di chứng về mặt chức năng, tính thẩm mỹ mà còn để lại mặc cảm về ngoại hình cho bệnh nhân. Các yếu tố góp phần gây tình trạng lạt mi dưới sau phẫu thuật thẩm mỹ có thể kể đến như: cắt bỏ quá nhiều da, sẹo co lõm mi dưới, tiền căn tiêm silicon, trương lực cơ vòng mi yếu,... Ghép da dày toàn bộ kết hợp sử dụng chế

phẩm từ tế bào gốc trong điều trị lạt mi dưới sau phẫu thuật thẩm mỹ mang lại kết quả hài lòng cao, giúp tăng tỷ lệ sống của mảnh da ghép.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Loan, Nguyễn Thị Thúy** (2019), "Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị lạt mi dưới", đề cương luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, trường đại học y Hà Nội
2. **Thông, Lê Minh** (2005), "Đánh giá kết quả điều trị lạt mi dưới do liệt thần kinh vii", Bệnh viện Mắt TP. Hồ Chí Minh.
3. **Tiến, Lê Trọng; Thúy, Tạ Thị Hồng; Dung, Phạm Thị Việt** (2021), "Đặc điểm lâm sàng khuyết mí dưới và kết quả phẫu thuật tạo hình khuyết mí dưới", vietnam medical journal.
4. **Quỳnh, Nguyễn Thị** (2005), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả xử lý tổn thương mí mắt do chấn thương", Bệnh viện mắt Hà Nội.
5. **Pascali, M., Botti, C., Cervelli, V., & Botti, G.** (2017). Vertical Midface Lifting with Periorbital Anchoring in the Management of Lower Eyelid Retraction. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 140(1), 33–4528. Rubin, P., R. Mykula, and R.W. Griffiths, Ectropion following excision of lower eyelid tumours and full thickness skin graft repair. *Br J Plast Surg*, 2005. 58(3): p. 353-60.
6. **Rubin, P., R. Mykula, and R.W. Griffiths**, Ectropion following excision of lower eyelid tumours and full thickness skin graft repair. *Br J Plast Surg*, 2005. 58(3): p. 353-60
7. **Selvakumari** (2006), a clinical study of ectropion and entropion, Regional Institute of Ophthalmology, Chennai Medical College, India.

KẾT QUẢ PHỤC HỒI TỔN THƯƠNG MÒN CỔ RĂNG CƠ HỌC SỬ DỤNG COMPOSITE SỢI THỦY TINH EVERX FLOW

Lê Thu Trang¹, Trịnh Thị Thái Hà¹,
Phạm Thị Hạnh Quyên¹, Nguyễn Đức Hoàng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm nhận xét kết quả điều trị tổn thương mòn cổ răng có sử dụng vật liệu composite sợi thủy tinh EverX Flow. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành trên 51 bệnh nhân có 220 răng hàm nhỏ, với tổn thương mòn cổ răng cơ học với độ sâu dưới 2 mm. Các răng này sau khi được khám, đánh giá, ghi nhận tính chất tổn thương sẽ được hàn phục hồi bằng composite Filtek™Z350^{XT} ở một bên hàm và bằng

composite sợi thủy tinh EverX Flow ở bên hàm đối xứng. Kết quả được đánh giá ngay sau trám, sau 1 tuần và 3 tháng. **Kết quả:** 100% bệnh nhân có đáp ứng tùy tốt, không có bệnh nhân nào bị kích thích tùy ngay sau trám, sau trám 1 tuần và sau 3 tháng. Sự lưu giữ của miếng trám sau 3 tháng trong nghiên cứu là tốt, tỷ lệ lưu giữ là 100% đối với cả hai chất trám. Mức độ kín khít, bề mặt, hình thể, sự hợp màu của miếng trám mức độ tốt có tỉ lệ cao (với composite Filtek™Z350^{XT} lần lượt là 97,3%, 98,2%, 96,4%, 96,4%; composite EverX Flow lần lượt là 93,6%, 96,4%, 93,6%, 93,6%); 100% tình trạng lợi tốt sau trám cả 2 vật liệu, không có sự khác biệt giữa 2 phương pháp (p>0,05). **Kết luận:** Composite sợi thủy tinh EverX Flow là vật liệu phục hồi tổn thương mòn cổ răng an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Cọ mòn, mòn cổ răng không do sâu, composite EverX Flow.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thu Trang

Email: lethutrangyhp.qn92@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2023

Ngày duyệt bài: 30.11.2023

SUMMARY**RESULTS OF ABRASION RESTORATION WITH EVERX FLOW FIBERGLASS COMPOSITE**

Objective: The study aimed to evaluate the results of treatment of cervical abrasion lesions using EverX Flow glass fiber composite material. **Materials and methods:** The study was conducted on 51 patients with 220 premolars, with mechanical cervical abrasion lesions with a depth of less than 2 mm (ensuring that each patient had at least 2 symmetrical teeth with cervical abrasion lesions). These teeth, after being examined, evaluated, and recording the nature of the damage, will be restored with Filtek™Z350XT composite on one side of the jaw and with EverX Flow fiberglass composite on the symmetrical side of the jaw. Results are evaluated immediately after filling, after 1 week and 3 months. **Results:** 100% of patients had good pulp response, no patient had pulp stimulation immediately after filling, 1 week after filling and after 3 months. Retention of the fillings after 3 months in the study was good, with a retention rate of 100% for both fillings. The level of tightness, surface, shape, and color matching of the filling is high (with Filtek™Z350XT composite: 97.3%, 98.2%, 96.4%, 96.4% respectively; EverX Flow composite is 93.6%, 96.4%, 93.6%, 93.6% respectively); 100% of gums were in good condition after filling with both materials, no difference between the two methods ($p > 0.05$). **Conclusion:** EverX Flow fiberglass composite is a safe and effective material for restoring tooth cervical abrasion. **Keywords:** Abrasion, non- carious cervical lesion, EverX Flow composite

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong các bệnh lý về tổ chức cứng của răng, vấn đề mòn răng nói chung và mòn cổ răng nói riêng khá phổ biến và được quan tâm cả trong lâm sàng và nghiên cứu. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy tỷ lệ mòn cổ răng rất hay gặp, theo nghiên cứu của Pegorago tỷ lệ mòn cổ răng là 95%, hay gặp ở răng hàm nhỏ và răng hàm lớn thứ nhất, Borcic nghiên cứu 1002 bệnh nhân ở Croatia thấy tỷ lệ mòn cổ răng là 70%, hay gặp ở nhóm răng hàm nhỏ và răng nanh. Ở Việt Nam, theo Đặng Quế Dương (2004) trong các tổn thương tổ chức cứng của răng vùng cổ răng, mòn cổ răng hình chêm chiếm 91,7%.

Mòn cổ răng có đặc điểm tăng dần theo tuổi, ảnh hưởng đến thẩm mỹ, gây ê buốt, khi mòn nhiều có thể ảnh hưởng tới tủy răng, trầm trọng hơn là gãy răng. Do vậy mòn cổ răng cần được phát hiện sớm, điều trị kịp thời.

Có nhiều phương pháp và vật liệu được dùng để phục hồi tổn thương mòn cổ răng bằng trám trực tiếp như: silicate cement, glassionomer cement, composite, hay phục hồi gián tiếp bằng inlay sứ hoặc composite. Mỗi loại vật liệu có ưu và nhược điểm nhất định. Trong số đó, composite ngày nay được sử dụng phổ biến do

có ưu điểm là màu sắc thẩm mỹ, độ chống mài mòn, gãy vỡ tốt hơn, khả năng dán dính vào mô răng tốt. EverX Flow là một trong những vật liệu composite thể hệ mới với nhiều tính năng vượt trội, là composite lỏng, được gia cố bằng sợi thủy tinh ngắn, nhờ có các sợi ngắn, EverX Flow gia cố hiệu quả các phục hình và thể hiện độ bền đứt gãy đặc biệt cao, sợi cũng giúp chuyển hướng các vết nứt và tránh các hỏng hóc nghiêm trọng. Độ nhớt rất linh hoạt, vì thế có thể chảy và thích ứng hoàn hảo với sàn hay góc, cạnh của tổn thương, nhưng không có bất kỳ sự co ngót nào, là composite mạnh nhất với cấu trúc vi thể, gia cố phục hồi miếng trám với sợi thủy tinh, độ kháng gãy tương đương với ngà răng và gần gấp đôi so với các loại composite khác, mang lại độ kháng gãy vượt trội để phục hồi. Để hiểu rõ hơn về hiệu quả của việc điều trị tổn thương mòn cổ răng bằng composite thể hệ mới - được gia cố thêm sợi thủy tinh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá "*Kết quả điều trị tổn thương mòn cổ răng có sử dụng vật liệu composite sợi thủy tinh EverX Flow*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu**

Đối tượng nghiên cứu: Các răng có tổn thương mòn cổ răng của những bệnh nhân dưới 60 tuổi đến khám răng tại Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Trung tâm Kỹ thuật cao Khám chữa bệnh Răng Hàm Mặt, Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, gồm cả nam và nữ (mỗi bệnh nhân có ít nhất từ 2 răng mòn cổ trở lên để làm đối chứng) có đủ tiêu chuẩn sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Được chẩn đoán tổn thương mòn cổ răng không do sâu ở nhóm răng hàm nhỏ (mỗi bệnh nhân có ít nhất từ 2 răng mòn cổ trở lên để làm đối chứng).

- Răng mòn cổ có độ sâu từ 1-2 mm.

- Các bệnh nhân được giải thích đồng ý hợp tác kiểm tra định kỳ theo hẹn.

- Chia thành 2 nhóm nghiên cứu tương đồng: 1 nhóm được hàn răng bằng composite Filtek™Z350XT, một nhóm hàn răng bằng composite sợi thủy tinh thể hệ mới EverX Flow.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Răng bị mòn cổ do sang chấn khớp cắn.

- Răng bị tổn thương: Bị mòn cổ kèm đổi màu thân răng và/ hoặc đau tự nhiên kéo dài, răng có bệnh lý quanh cuống răng. Mòn cổ răng có độ sâu >2mm. Răng lung lay độ III, IV. Răng có đày tổn thương dưới lợi.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Trung tâm Kỹ thuật cao Khám chữa bệnh Răng Hàm Mặt, Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 8 năm 2022 đến tháng 7 năm 2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, can thiệp lâm sàng có đối chứng.

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu nghiên cứu: Được tính theo công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu can thiệp lâm sàng có đối chứng thu được cỡ mẫu là 220. Trên thực tế, nghiên cứu được tiến hành trên 220 răng và được chọn theo phương pháp chọn mẫu có chủ đích.

2.2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu:

Bước 1: Thu thập thông tin lâm sàng

* Hỏi bệnh nhân:

- Tuổi, giới.

- Tình trạng ê buốt răng. Đã can thiệp gì chưa?

- Thói quen đánh răng: cách đánh, sử dụng bàn chải có lông cứng hay mềm.

* Khám:

- Răng chắc hay lung lay, có đổi màu không.

- Có bị mòn mặt nhai hay sang chấn khớp cắn không, loại trừ những răng có điểm chạm sớm, chạm quá mức, những răng có điểm cản trở cắn, răng xoay trục.

- Vị trí tổn thương: bờ tổn thương so với viền lợi.

- Đo kích thước của tổn thương vùng cổ răng bằng cây thăm dò nha chu: độ sâu, độ rộng,

chiều cao.

- Đánh giá tình trạng quanh răng, đáp ứng tủy răng trước khi trám.

* Kỹ thuật trám: gồm 8 bước: thực hiện quy trình như nhau ở cả 2 nhóm nghiên cứu bởi cùng 1 bác sĩ.

- Bước 1: Làm sạch răng và chọn màu theo bảng so màu.

- Bước 2: Cách ly nước bọt bằng đàm cao su để tránh nước bọt hoặc máu trong môi trường miệng vào xoang trám.

- Bước 3: Chuẩn bị xoang trám, làm sạch, tạo vát rìa men.

- Bước 4: Dùng keo dán bôi lên bề mặt răng 10 giây, sau đó thổi khô tối đa trong 5s, chiếu đèn 10 giây.

- Bước 5: Đặt composite.

- Bước 6: Chỉnh sửa, tạo hình rồi chiếu đèn.

- Bước 7: Tháo đàm cao su (nếu có).

- Bước 8: Hoàn thiện và đánh bóng với mũi khoan đánh bóng composite.

Bước 2: Thu thập thông tin sau điều trị.

* Ngay sau trám.

Đánh giá phản ứng của tủy răng.

+ Tốt: Không ê buốt.

+ Trung bình: Ê buốt khi có kích thích sau đó hết.

+ Kém: Đau hoặc buốt tự nhiên.

* Sau trám 1 tuần và 3 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).

Bảng 1. Tiêu chuẩn của hệ thống đánh giá sức khỏe cộng đồng ở Mỹ có bổ sung

TT	Các tiêu chí	Đánh giá	Mã số	Tiêu chuẩn đánh giá
1	Sự đáp ứng của tủy răng	Tốt	1	Không buốt
		Trung bình	2	Buốt khi có kích thích, hết kích thích hết buốt
		Kém	3	Cơn đau tủy, phải điều trị tủy
2	Sự lưu giữ miếng trám	Tốt	1	Miếng trám còn nguyên vẹn
		Trung bình	2	Miếng trám bị vỡ khu trú một phần
		Kém	3	Miếng trám bị vỡ nhiều phần, tuột miếng trám
3	Sự kín khít miếng trám	Tốt	1	Bờ miếng trám liên tục với bề mặt răng
		Trung bình	2	Có rãnh dọc bờ miếng trám nhưng chưa lộ ngà
		Kém	3	Có rãnh dọc bờ miếng trám nhưng lộ ngà
4	Bề mặt miếng trám	Tốt	1	Nhẵn bóng, đồng nhất
		Khá	2	Hơi thô ráp, không đồng nhất, sau khi đánh bóng thì nhẵn hoàn toàn
		Kém	3	Thô ráp, đánh bóng chỉ nhẵn một phần
5	Hình thể miếng trám	Tốt	1	Miếng trám liên tục với răng, phù hợp hình thể răng không bị mòn
		Khá	2	Miếng trám bị mòn dưới 1mm
		Kém	3	Miếng trám bị mòn trên 1mm
6	Sự hợp màu miếng trám	Tốt	1	Miếng trám trùng màu với men răng
		Trung bình	2	Miếng trám không cùng màu men răng, chấp nhận được

		Kém	3	Miếng trám đổi nhiều màu, không chấp nhận được
7	Tình trạng lợi	Tốt	1	Không viêm lợi (độ 0)
		Trung bình	2	Viêm lợi độ 1
		Kém	3	Viêm lợi độ 2,3

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được thu thập và nhập bằng phần mềm Excel 2021, mã hóa và phân tích bằng phần mềm IBM SPSS Statistics 20.

2.5. Vấn đề đạo đức y học.

- Nghiên cứu được thực hiện khi có sự cho phép của Hội đồng thông qua Đề cương Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt.

- Tôn trọng đối tượng nghiên cứu, mọi thông tin về đối tượng nghiên cứu đều được đảm bảo bí mật.

- Các số liệu, thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích học tập và nghiên cứu khoa học, không phục vụ cho mục đích nào khác.

- Đối tượng nghiên cứu đều được khám, điều trị và theo dõi trong quá trình nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Mức độ ê buốt ngay sau can thiệp

Bảng 2. Mức độ ê buốt ngay sau can thiệp

Mức độ ê buốt	Composite Filtek™Z350 ^{XT} (N = 110)	Composite EverX – Flow (n = 110)	p
Không ê buốt	110 (100%)	110 (100%)	1
Ê buốt có kích thích	0	0	

Nhận xét: Trước khi tiến hành điều trị, 62,7% bệnh nhân cho biết có ê buốt răng, ngay sau điều trị, tỷ lệ này là 0%, hiệu quả can thiệp của cả 2 phương pháp đều đạt 100%.

3.2. Mức độ đáp ứng tủy sau can thiệp sau 1 tuần và sau 3 tháng

Bảng 3. Mức độ đáp ứng tủy sau can thiệp sau 1 tuần và sau 3 tháng

Mức độ đáp ứng tủy		Composite Filtek™Z350 ^{XT} (N = 110)	Composite EverX–Flow (n = 110)	p
Sau 1 tuần	Không ê buốt	110 (100%)	110 (100%)	1
	Ê buốt có kích thích	0	0	
Sau 3 tháng	Không ê buốt	110 (100%)	110 (100%)	1
	Ê buốt có kích thích	0	0	

Nhận xét: Sau điều trị 1 tuần và 3 tháng, 100% bệnh nhân không bị ê buốt lặp lại, không có sự khác biệt giữa 2 phương pháp điều trị, p>0,05.

3.3. Kết quả các đặc điểm sau 3 tháng

Bảng 4. Kết quả các đặc điểm sau 3 tháng

Đặc điểm		Composite Filtek™Z350 ^{XT} (N = 110)	Composite EverX–Flow (N = 110)	p
Lưu giữ	Tốt	110(100%)	110(100%)	1
	Kín khít	107 (97,3%)	103(93,6%)	
Bề mặt	Trung bình	3 (2,7%)	7 (6,4%)	0,195
	Tốt	108 (98,2%)	106(96,4%)	
Hình thể	Trung bình	2(1,8%)	4(3,6%)	0,408
	Tốt	106 (96,4%)	103(93,6%)	
Màu sắc	Trung bình	4(3,6%)	7(6,4%)	0,353
	Tốt	106(96,4%)	103(93,6%)	
Tình trạng lợi	Tốt	110(100,0%)	110(100,0%)	1

Nhận xét: Kết quả sau 3 tháng điều trị cho thấy các trường hợp bệnh nhân quay lại tái khám 100% đạt mức tốt về độ lưu giữ; mức độ kín khít, bề mặt, hình thể, màu sắc của miếng trám và tình trạng lợi tương đối cao. Tuy nhiên, không có sự khác biệt về hiệu quả điều trị giữa 2 phương pháp (p>0,05).

IV. BÀN LUẬN

Về mức độ ê buốt ngay sau trám, kết quả từ Bảng 3 cho thấy tỷ lệ răng bị kích thích ngay sau điều trị là 0%, hiệu quả điều trị của cả hai chất trám composite Filtek™ Z350^{XT} và composite EverX Flow là tốt, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3 cho thấy 100% bệnh nhân có đáp ứng tủy tốt, không có bệnh nhân nào bị kích thích tủy sau 1 tuần và sau 3 tháng. Điều này có thể do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên số lượng bệnh nhân chưa cao, thời gian theo dõi ngắn. 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, sự xói mòn ống ngà quá mức với axit có nồng độ cao gây sập cấu trúc collagen, hở bề mặt miếng trám... Tỷ lệ này đạt được là khá cao so với các nghiên cứu trước

đây có thể do vật liệu hàn được chọn là các vật liệu thể hệ mới tương đối an toàn, và ở nghiên cứu này chúng tôi sử dụng keo dán gồm 3 thành phần trong 1 lọ dung dịch, chứa những monomer có tính acid vừa có tác dụng sửa soạn bề mặt vừa thấm sâu hình thành lớp lai cùng lúc và không có thành phần HEMA, không thu hút nước nên giảm nguy cơ suy thoái sợi collagen, không gây kích thích cho bệnh nhân sau trám, đồng thời, độ sâu trung bình của các răng có tổn thương mòn cổ ở nghiên cứu này chỉ từ 1 - 2mm.

Kết quả từ Bảng 4 cho thấy, sự lưu giữ của miếng trám sau 3 tháng trong nghiên cứu của chúng tôi là tốt, tỷ lệ lưu giữ là 100% đối với cả hai chất trám. Kết quả này cao hơn các kết quả nghiên cứu trước về trám mòn cổ răng. Có thể do sự lưu giữ của miếng trám phụ thuộc vào các yếu tố như cách ly nước bọt, tạo bám, làm sạch bề mặt trước trám, cường độ ánh sáng của đèn quang trùng hợp đủ...

Mức độ sát khít tốt của miếng trám sau 3 tháng trong nghiên cứu này tương đối cao (lần lượt 97,3% và 93,6%) đối với cả hai chất trám. Sự co thể tích cũng chịu ảnh hưởng từ việc đặt từng lớp chất trám 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 trám. Để hạn chế sự co hờ rìa miếng trám chúng tôi đặt chất trám theo chiều sát với tổn thương mòn cổ, cường độ ánh sáng đủ mạnh, thời gian chiếu 20s, hướng chiếu phải vuông góc, khoảng cách từ nguồn sáng tới bề mặt miếng trám là 1mm.

Kết quả từ Bảng 4 cũng cho thấy, tỉ lệ miếng trám có bề mặt nhẵn bóng tốt là cao đối với cả hai vật liệu (lần lượt là 98,2 và 96,4%). Kết quả này gần tương đồng với các kết quả nghiên cứu trước đây của Banuonal, Tijen Pamir năm 2005 [4], sau 1 năm không có răng nào bị thô ráp mất bóng. Điều này có thể được lý giải là do quá trình trám, chúng tôi đã đánh bóng kỹ bề mặt miếng trám 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.

Hình thể tốt của cả hai loại vật liệu sau 3 tháng có tỉ lệ cao (lần lượt là 96,4% và 93,6%). Kết quả này tương đồng với kết quả của Banuonal, Tijen Pamir năm 2005 [4] 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 trám với màu sắc men răng (96,4% và 93,6%) vì composite thể 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 [3] 90,3%.

Sau 3 tháng, không có trường hợp nào viêm lợi. Kết quả này cao hơn của các nghiên cứu của Nguyễn Thị Chinh [1] 9,7% viêm lợi, và tương đồng với kết quả của Lưu Thị Thanh Mai [2] 100% lợi lành mạnh. Điều này có thể được giải thích, trong nghiên cứu này đa số bệnh nhân có tổn thương mòn cổ răng ngang và trên lợi, 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

Nghiên cứu trên 51 bệnh nhân, tiến hành trên 220 răng được lựa chọn ngẫu nhiên theo tiêu chuẩn được đặt ra, thì kết quả thu được về sự đáp ứng tủy, sự lưu giữ, mức độ sát khít, hình thể, bề mặt, sự hợp màu của miếng trám, tình trạng lợi của cả hai vật liệu là không có sự khác biệt.

Dựa theo kết quả của nghiên cứu này thì chúng tôi đánh giá composite EverX flow là vật liệu hàn tổn thương mòn cổ răng an toàn và hiệu quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **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.
2. **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.
3. **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.
4. **Banuonal, Tijen Pamir** (2005). The two-year clinical performance of esthetic restorative materials in noncarious cervical lesions. J Am Dent, 136:1547-1555
5. **Borcic J., et al.** (2004), "The prevalence of noncarious cervical lesions in permanent dentition", J Oral Rehabil. 31(2), pp. 117-23.
6. **Barlett D W and Shah P** (2006), "Critical review of Non-carious Cervical (Wear) Lesion and the Role of Abfraction, Erosion, and Abrasion" J Dent Res 85 (4). 306-312.
7. **Johana Tanner và cộng sự** (2018). Clinical Evaluation of Fiber-Reinforced Composite Restorations in Posterior Teeth - Results of 2.5 Year Follow-up.
8. **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.