

cao hơn nước ta, mức sống cũng cao hơn. Mặt khác chúng tôi nghiên cứu trong môi trường quân đội nên tuổi trung bình thấp. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hiền, Đặng Kim Oanh.

Đặc điểm lâm sàng bệnh dạ dày trên bệnh nhân xơ gan

Triệu chứng cơ năng: Đau thượng vị gặp 31/40 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 77,5%; ợ hơi, ợ chua chiếm tỷ lệ khá cao lần lượt là 50,0% và 62,5%; đầy bụng cũng gặp nhiều 35,0%. Như vậy các triệu chứng cơ năng bệnh lý dạ dày trên bệnh nhân xơ gan tương tự như nhóm không xơ gan. Đó là những triệu chứng chính mà người bệnh đi khám bệnh, phải chăng có thể vì những lý do đó mà người thầy thuốc phát hiện bệnh xơ gan chăng? Theo chúng tôi ở bệnh nhân xơ gan khi xuất hiện biểu hiện bệnh dạ dày, cần thăm khám kỹ để đánh giá mức độ tổn thương trên lâm sàng cũng như cận lâm sàng được chính xác hơn. Trong nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hiền thấy triệu chứng đau thượng vị chiếm 83,9%, đầy bụng khó tiêu 92,9%.

Hình ảnh nội soi dạ dày – thực quản trên nội soi

Bằng ống soi mềm, chúng tôi phát hiện giãn tĩnh mạch thực quản ở tất cả các bệnh nhân nghiên cứu (100%) với các mức độ khác nhau. Trong đó giãn độ I là 7,5%, độ II là 75,0%, độ III là 17,5%. So sánh với các tác giả khác chúng tôi thấy tỷ lệ giãn tĩnh mạch thực quản ở nghiên cứu của chúng tôi cao hơn. Điều này có lẽ do số bệnh nhân Child A của chúng tôi có tỷ lệ thấp (7,5%), phần còn lại là các giai đoạn Child B và C nên tần suất giãn tĩnh mạch thực quản cũng gặp nhiều hơn. Trong 3 bệnh nhân Child – A, các triệu chứng cơ năng về gan rất kín đáo, bệnh nhân đến với chúng tôi vì đau thượng vị. Kết quả nội soi phát hiện giãn tĩnh mạch thực quản và viêm dạ dày, sau đó mới được chứng minh là xơ gan qua soi ổ bụng.

Như vậy, với những bệnh nhân xơ gan tiềm tàng hoặc triệu chứng lâm sàng và sinh hóa kín đáo, khi đó giãn tĩnh mạch thực quản là triệu chứng chỉ điểm cho chẩn đoán bệnh xơ gan.

Chúng tôi đã thực hiện nội soi dạ dày cho 60 bệnh nhân xơ gan. Trong đó 40 bệnh nhân có tổn thương dạ dày – tá tràng và đã được nhận vào trong nhóm nghiên cứu.

Điều này cũng đồng nghĩa với tỷ lệ bệnh nhân xơ gan có tổn thương dạ dày trong nghiên cứu của

chúng tôi chiếm tới 66,7%. Trong đó viêm dạ dày đơn thuần có 34/40 (85%). Viêm dạ dày kết hợp loét hành tá tràng có 6/40 (15,0%).

Theo chúng tôi biết còn ít các nghiên cứu về vấn đề này, trong nước Đặng Thị Kim Oanh nghiên cứu tỷ lệ viêm dạ dày ở bệnh nhân xơ gan là 64%, Nguyễn Xuân Hiền là 39,3%. Tổn thương ở đây chủ yếu là viêm loét. Nghiên cứu của các tác giả nước ngoài từ những năm của thập kỷ 80 cho số liệu rất khác nhau, từ đó đến nay có rất ít báo cáo được nêu. Tuy nhiên các tác giả đều thống nhất, ở bệnh nhân xơ gan do ứ huyết tại tĩnh mạch cửa đã làm giảm cung cấp oxy và dinh dưỡng cho niêm mạc dạ dày. Đồng thời nồng độ gastrin thứ phát trong máu của bệnh nhân xơ gan ngày một tăng theo giai đoạn nặng lên của xơ gan, từ đó dẫn tới tổn thương niêm mạc dạ dày, tá tràng.

So sánh tỷ lệ loét dạ dày – tá tràng ở bệnh nhân xơ gan

Tác giả	Năm	Số bệnh nhân	% loét
Alan G. F	1993	237	16,0
Chen J. J	1994	108	28,7
Chung J.T	1998	130	49,2
Đặng T.K.Oanh	2002	140	15,0

KẾT LUẬN

Các triệu chứng lâm sàng thường gặp của viêm, loét dạ dày ở bệnh nhân xơ gan là:

Đau thượng vị 77,5% trường hợp; ợ hơi 62,5%; cồn cào nóng rát 37,5% và đầy bụng sau ăn 35,0%.

Hình ảnh nội soi:

Giãn tĩnh mạch thực quản gặp nhiều nhất ở độ II với 75,0% số trường hợp, tiếp theo đến giãn tĩnh mạch thực quản độ III với 17,5% số trường hợp.

Viêm dạ dày ở bệnh nhân xơ gan chiếm 40/60 (66,7%) số trường hợp, viêm ở hang vị 51,0%, hang vị và thân vị 41,5%.

Loét tá tràng ở bệnh nhân xơ gan chiếm 60/40 bệnh nhân (15,0%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Bài giảng Bệnh học nội khoa Sau đại học tập II* (1992), **HVQY**.
2. *Bệnh học nội khoa tập II* (1998), **Đại học Y Hà Nội**.
3. **Phạm Thị Thu Hồ** (2005), “*Bệnh xơ gan*”, Bệnh học nội khoa, NXBYH, tr.170.
4. **Hoàng Gia Lợi** (1995), “*Bệnh xơ gan*”, Bài giảng Nội tiêu hóa.NXBQĐND, tr. 149 – 155.

NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CỦA CÁC MẪU CỤI RĂNG ĐÁP ỨNG YÊU CẦU PHỤC HÌNH THẨM MỸ BẰNG SỨ CERCON CERAM KISS

NGUYỄN MẠNH PHÚ, ĐÀM NGỌC TRÂM, NGUYỄN THỊ KIM DUNG
Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt

Chịu trách nhiệm: *Đàm Ngọc Trâm*
Email: *tramdentist@yahoo.com.vn*
Ngày nhận: *18/4/2017*

Ngày phản biện: *05/5/2017*
Ngày duyệt bài: *16/5/2017*
Ngày xuất bản: *20/6/2017*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm của các mẫu cùi răng làm phục hình sứ Cercon Ceram Kiss. **Đối tượng nghiên cứu:** 30 mẫu thạch cao của cùi răng trước và 30 mẫu thạch cao của cùi răng sau để làm chụp, cầu răng sứ Cercon Ceram Kiss. **Phương pháp:** Mô tả lâm sàng cắt ngang. **Kết quả và kết luận:** Phần lớn các mẫu cùi có chiều cao đúng như khuyến cáo là 4mm trở lên: 93,3% ở răng hàm lớn / răng hàm nhỏ, 96,7% ở răng cửa / răng nanh. Phần lớn các mẫu cùi đạt tiêu chuẩn về độ nhẵn: 83,3%. Về độ hội tụ thì 98,3% các mẫu cùi vượt quá khuyến cáo, lớn hơn 10 độ. Đường hoàn tất dành cho sứ Cercon Ceram Kiss chủ yếu là bờ vai, chiếm 73,3%. 90,0% các mẫu cùi có đường hoàn tất liên tục nhưng mỏng hơn độ dày khuyến cáo, bé hơn 0,5 mm.

Từ khóa: Phục hình, sứ cercon, mẫu cùi răng, thẩm mỹ.

SUMMARY

COMMENT ON SOME CHARACTERISTICS OF ABUTMENT TEETH THAT MEET THE AESTHETIC REQUIREMENTS FOR PROSTHETICS MADE OF CERCON CERAM KISS PORCELAIN

Objectives: to comment on some characteristics of abutment teeth that prepared for prosthetics made of Cercon Ceram Kiss porcelain. **Materials:** 30 dental plasters with abutment teeth in the anterior tooth area and 30 dental plasters with abutment teeth in the posterior tooth area that prepared for dental crowns, bridges made of Cercon Ceram Kiss. **Methods:** Clinical cross-sectional study. **Results and conclusions:** Almost abutment teeth had the heights as recommended (more than or equal to 4mm): 93.3% in molars/premolars, 96.7% in incisors/canines. Most of abutment teeth met the standards of smoothness: 83.3%. 98.3% of abutment teeth exceeded the recommended convergence angle (greater than 10 degrees). Prosthetic preparation for Cercon Ceram Kiss porcelain had mainly shoulder finish line (73.3%). 90.0% of abutment teeth had the continuous finishing line but the thicknesses were thinner than the recommendation (less than 0.5mm).

Keywords: Prosthetics, Cercon, abutment teeth, esthetics.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hệ thống răng miệng đóng vai trò quan trọng trong cuộc sống của con người, cả về mặt chức năng và thẩm mỹ. Việc mất một hay nhiều răng không những chỉ có nghĩa là mất các chức năng của răng này mà còn ảnh hưởng tới chức năng các răng còn lại và toàn bộ hệ thống nhai. Điều trị phục hình lại các răng mất là rất quan trọng. Chính vì vậy, từ thời xa xưa, con người đã tìm mọi biện pháp và sử dụng nhiều chất liệu để phục hình. Ngày nay, các phục hình sứ không kim loại được sử dụng rộng rãi vì các ưu điểm vượt bậc của nó:

Thẩm mỹ tự nhiên giống răng thật.

Độ chính xác cao do được thiết kế bằng công nghệ CAD - CAM.

Phục vụ chức năng ăn nhai tốt.

Tương hợp sinh học.

Hiện nay, sứ Cercon Ceram Kiss là một vật liệu sứ phát triển đặc biệt và dành riêng cho chụp và cầu. Vì vậy, để đánh giá sự thành công của các phục hình cầu, chụp sứ không kim loại cũng như nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Nhận xét một số đặc điểm của các mẫu cùi răng làm phục hình sứ Cercon Ceram Kiss".

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 30 mẫu thạch cao của cùi răng trước và 30 mẫu thạch cao của cùi răng sau để làm chụp và cầu răng sứ Cercon Ceram Kiss.

2. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp mô tả cắt ngang.

3. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu

- Thu thập số liệu, nhập số liệu và sử dụng phần mềm SPSS 16.0 để phân tích các số liệu.

- Dùng thuật toán thống kê kiểm định χ^2 để thấy được sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

KẾT QUẢ

Nhận xét một số đặc điểm của các mẫu cùi răng làm phục hình sứ Cercon Ceram Kiss:

1. Chiều cao mẫu cùi răng

Bảng 1. Chiều cao mẫu răng hàm lớn / răng hàm nhỏ

Đặc điểm	Chiều cao	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí răng			
Răng hàm lớn /	< 4 mm	2	6,7
răng hàm nhỏ	≥ 4 mm	28	93,3
Tổng		30	100

Bảng 2. Chiều cao mẫu cùi răng cửa / răng nanh.

Đặc điểm	Chiều cao	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí răng			
Răng cửa / răng nanh	< 3 mm	1	3,3
	≥ 3 mm	29	96,7
Tổng		30	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm mẫu cùi răng hàm lớn / răng hàm nhỏ đạt chiều cao ≥4 mm chiếm 93,3%; nhóm mẫu cùi răng cửa / răng nanh đạt chiều cao ≥3 mm chiếm 96,7%.

2. Độ nhẵn của mẫu

Bảng 3. Độ nhẵn của mẫu

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí răng		
Đạt	50	83,3
Không đạt	10	16,7
Tổng	60	100

Nhận xét: Trong tổng số mẫu cùi răng nghiên cứu, nhóm mẫu đạt tiêu chuẩn về độ nhẵn chiếm 83,3%.

3. Độ hội tụ

Bảng 4. Độ hội tụ của cùi

Đặc điểm	Độ hội tụ	Tổng		
Vị trí răng	< 6°	6°-10°	> 10°	
Răng cửa / răng nanh	0	0	30	30
	0,0%	0,0%	100%	100%
Răng hàm nhỏ /	0	1	29	30
răng hàm lớn	0,0%	3,3%	96,7%	100%
Tổng	0	1	59	60
	0,0%	1,7%	98,3%	100%

Nhận xét: Trong tổng số mẫu nghiên cứu, nhóm mẫu có góc hội tụ giữa các thành bên đối diện nhau > 10° chiếm 98,3%. Trong nhóm răng cửa / răng nanh, góc hội tụ > 10° chiếm 100%, nhóm răng hàm nhỏ / răng hàm lớn chiếm 96,7%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

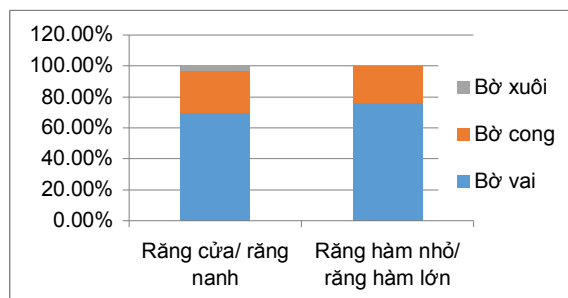
4. Vị trí đường hoàn tất



Biểu đồ 1. Vị trí đường hoàn tất

Nhận xét: Trong tổng số mẫu nghiên cứu, nhóm mẫu có đường hoàn tất dưới lợi chiếm 98,3%, ngang lợi chiếm 1,7%, trên lợi chiếm 0,0%. Trong nhóm răng cửa / răng nanh, đường hoàn tất dưới lợi chiếm 100% và trong nhóm răng hàm nhỏ / răng hàm lớn, đường hoàn tất dưới lợi chiếm 96,7%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

5. Loại đường hoàn tất



Biểu đồ 2. Loại đường hoàn tất

Nhận xét: Trong tổng số mẫu cùi răng nghiên cứu, nhóm mẫu cùi có đường hoàn tất dạng bờ vai chiếm 73,3%, bờ cong chiếm 25,0%, bờ xuôi chiếm 1,7%. Trong các mẫu cùi răng nhóm răng cửa / răng nanh, đường hoàn tất dạng bờ vai chiếm 70,0%. Trong các mẫu cùi răng nhóm răng hàm nhỏ / răng hàm lớn, đường hoàn tất dạng bờ vai chiếm 76,7%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

6. Độ dày đường hoàn tất

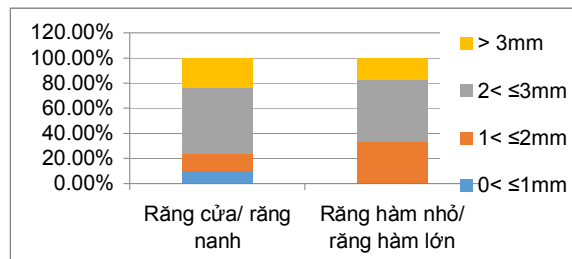
Bảng 5. Độ dày đường hoàn tất

Vị trí răng	Đặc điểm	Đo độ dày đường hoàn tất			Tổng
		< 0,5mm	0,5 – 1,0mm	> 1,0mm	
Răng cửa / răng nanh	26	86,7%	13,3%	0%	30
Răng hàm nhỏ / răng hàm lớn	28	93,3%	6,7%	0%	30
Tổng	54	90,0%	10,0%	0,0%	60

Nhận xét: Trong tổng các mẫu cùi răng nghiên cứu, nhóm mẫu có đường hoàn tất < 0,5 mm chiếm

90,0%, từ 0,5 – 1,0 mm chiếm 10,0% và > 1,0 mm chiếm 0,0%. Trong nhóm răng cửa / răng nanh, số mẫu cùi răng có độ dày đường hoàn tất < 0,5 mm chiếm 86,7%. Trong nhóm răng hàm nhỏ / răng hàm lớn, số mẫu cùi răng có độ dày đường hoàn tất < 0,5 mm chiếm 93,3%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

7. Độ dày mô răng bị mài ở mặt cắn / nhai



Biểu đồ 3. Độ dày mô răng bị mài ở mặt cắn / mặt nhai

Nhận xét: Trong tổng các mẫu cùi răng nghiên cứu, nhóm mẫu có độ dày mô răng bị mài ở mặt cắn / mặt nhai: 0 mm < mẫu ≤ 1 mm chiếm 5,0%

1 mm < mẫu ≤ 2 mm chiếm 23,3%

2 mm < mẫu ≤ 3 mm chiếm 51,7%

> 3 mm chiếm 20,0%.

Trong nhóm răng cửa / răng nanh, nhóm mẫu cùi răng có độ dày 2 mm < mẫu ≤ 3 mm chiếm 53,3%. Trong nhóm răng hàm nhỏ / răng hàm lớn, nhóm mẫu này chiếm 50,0%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

BÀN LUẬN

Nhận xét một số đặc điểm của mẫu cùi răng:

1. Chiều cao mẫu

Chiều dài lợi - mặt nhai là một yếu tố quan trọng cả với lưu giữ và kháng lực. Cùi càng dài thì có diện tích bề mặt càng lớn do đó càng lưu giữ. Do phần thành trục nằm về phía mặt nhai so với đường hoàn tất sẽ cản trở sự di lệch, chiều dài và độ nghiêng của thành này trở thành các yếu tố quyết định khả năng kháng lại lực làm nghiêng phục hồi.

Để phục hồi thành công, chiều dài cùi phải đủ lớn để cắt một cung tròn có tâm là một điểm nằm trên rìa phục hồi ở phía đối diện. Thành ngắn hơn sẽ không đáp ứng được khả năng kháng lực cần thiết. Thành càng ngắn thì độ nghiêng của nó càng quan trọng. Cùi càng ngắn thì các thành của cùi nên có độ thuận ít hơn để tăng khả năng kháng lực. Tuy nhiên, việc này cũng không giúp gì được nếu các thành quá ngắn.

Có thể phục hồi thành công một răng với thành ngắn nếu răng có đường kính nhỏ. Mài cùi trên răng nhỏ thì cung di lệch sẽ có bán kính quay ngắn, và phần phía rìa cắn của thành trục sẽ kháng lại di lệch. Bán kính quay lớn hơn trên cùi răng lớn hơn sẽ có cung di lệch thoải hơn, và thành trục sẽ không kháng lại được lực xoay.

Khả năng kháng lại di lệch của một cùi răng thành ngắn trên một răng to có thể được cải thiện bằng cách mài các rãnh lưu trên thành trục. Việc này sẽ làm giảm bán kính quay, và phần thành của rãnh lưu

gần mặt nhai của cùi sẽ cản trở sự di lệch.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm mẫu cùi răng cửa và răng nanh có chiều cao $\geq 3\text{mm}$ chiếm 97,7%, tương tự với kết quả của Parker và cộng sự là 95%. Nhóm mẫu cùi răng hàm lớn và răng hàm nhỏ có chiều cao $\geq 4\text{mm}$ chiếm 88,2%. Trong khi đó kết quả của Parker và cộng sự là 46%. Sự khác biệt này là do nghiên cứu của Parker được tiến hành cách đây hơn 20 năm, khi phục hình cố định còn kém phát triển và các nha sĩ còn chưa nắm rõ được quy tắc về chiều cao mẫu cùi răng trong sửa soạn cầu, chụp sứ không kim loại.

2. Độ hội tụ của mẫu

Do phục hồi sứ được đặt lên hoặc đặt vào trong cùi răng sau khi phục hồi đã được chế tạo ở dạng cuối cùng của nó nên các thành trục của cùi răng phải thuận nhẹ để cho phép lắp được phục hồi; cụ thể là, về phía mặt nhai, hai thành bên ngoài đối diện nhau phải hơi hội tụ hoặc hai thành bên trong đối diện nhau phải hơi phân kỳ. Một cùi chụp toàn phần với các thành trục và các rãnh dài, song song với nhau sẽ tạo ra độ lưu giữ tốt, khi chỉ có một hướng tháo phục hồi ra khỏi cùi răng. Ngược lại, một cùi ngắn, quá thuận sẽ không có độ lưu giữ bởi vì phục hồi có thể tháo ra theo vô số hướng (hình 3).

Theo lý thuyết, các thành đối diện của cùi răng càng song song với nhau thì lưu giữ càng tăng. Cùi răng lưu giữ tốt nhất sẽ là cùi răng có các thành song song với nhau. Tuy nhiên, không thể tạo ra các thành song song trong miệng mà không làm cho cùi bị lẹm. Các thành của cùi được làm thuận để cho phép quan sát, tránh tạo ra vùng lẹm, bù trừ lại sự thiếu chính xác trong quá trình chế tạo phục hồi ở labo, và cho phép phục hồi khít sát hơn khi gắn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm mẫu có góc hội tụ giữa các thành bên đối diện nhau $> 10^\circ$ chiếm 98,3%, $6 - 10^\circ$ chiếm 1,7%, $< 6^\circ$ chiếm 0,0%. Như vậy kết quả về lưu giữ và chống xoay của phục hình sẽ không tốt khi đa số là $> 10^\circ$.

Trong nhóm răng cửa / răng nanh, nhóm mẫu có độ hội tụ $> 10^\circ$ chiếm 100%, $6 - 10^\circ$ chiếm 0,0%, $< 6^\circ$ chiếm 0,0%. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Ziad Nawaf và các cộng sự về tiêu chuẩn của mẫu cùi răng trước ở Jordan: độ hội tụ $> 10^\circ$ chiếm 71%, $6 - 10^\circ$ chiếm 21%, $< 6^\circ$ chiếm 8%. Điều này có thể lý giải là do nghiên cứu của Ziad Nawaf được tiến hành cách đây 15 năm, khi mà chỉ định về cầu, chụp sứ không kim loại còn hạn chế nên việc mài cùi được tiến hành một cách cẩn thận hơn, không tràn lan như hiện nay.

3. Độ nhẵn của mẫu

Độ nhẵn của mẫu đóng vai trò quan trọng để tạo ra một phục hồi ổn định, lưu giữ tốt. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm mẫu đạt tiêu chuẩn về độ nhẵn (được đánh giá trên hệ thống máy tính) chiếm 83,3%, chứng tỏ các bác sĩ ở nước ta hiện nay đã có nhận thức về tầm quan trọng của độ nhẵn mẫu khi sửa soạn cùi răng làm chụp, cầu sứ Cercon Ceram Kiss.

4. Vị trí đường hoàn tất

Theo lý tưởng, đường hoàn tất nên được đặt trên lợi trên một mô răng lành mạnh, nhưng thực tế điều

đó khó có thể thực hiện được. Yếu tố thẩm mỹ đã khiến phần lớn các nha sĩ thực hiện đường hoàn tất dưới lợi mặc dù đường hoàn tất dưới lợi có nhiều yếu tố nguy cơ. Rìa phục hồi nếu đặt dưới lợi sẽ có nguy cơ vi rò và khả năng dán dính sẽ giảm nếu không kiểm soát độ ẩm tốt. Bên cạnh đó nó còn gây ra các vấn đề về nha chu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm mẫu có đường hoàn tất dưới lợi chiếm 98,3%, ngang lợi chiếm 1,7%, trên lợi chiếm 0,0%, không rõ chiếm 0,0%. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của A. F. Sutton & J. F. McCord: đường hoàn tất dưới lợi chiếm 22%, trên / ngang lợi chiếm 72%, không rõ chiếm 6%. Sự khác biệt này là do trong thời đại ngày nay, yêu cầu về thẩm mỹ của con người cao hơn trước rất nhiều và với sự phát triển của phục hình cố định, các vấn đề về nha chu đã được kiểm soát chặt chẽ hơn. Đường hoàn tất dưới lợi được thực hiện nhằm đảm bảo nhu cầu thẩm mỹ và làm tăng chiều cao của thân răng, giúp cầu, chụp sứ có độ lưu giữ tốt.

5. Loại đường hoàn tất

Các đường hoàn tất kiểu vát nông, rộng gần như song song với bề mặt răng không nên sử dụng trong phục hình sứ toàn phần. Chúng rất dễ dẫn đến bờ phục hình nhô ra. Ngay cả khi các bề mặt song song với trục răng của chụp không bị nhô ra, phần sứ mỏng không được nâng đỡ ở rìa sẽ có nguy cơ vỡ hoặc biến dạng khi chịu tác dụng của lực ăn nhai.

Bờ vai cổ điển đã từng là đường hoàn tất được lựa chọn cho chụp toàn sứ trong thời gian dài. Bậc thang rộng sẽ mang lại sức chống đỡ với lực nhai và giảm thiểu sức nén có thể gây vỡ sứ. Nó tạo ra đủ khoảng cho hình thể phục hồi lành mạnh và thẩm mỹ tối đa. Tuy nhiên, nó đòi hỏi phải phá hủy nhiều cấu trúc răng hơn các loại đường hoàn tất khác. Góc của đường bên trong chính xác 90° cùng với các cải tiến cổ điển của loại đường hoàn tất này tập trung sức ép lên răng dẫn đến vỡ thân răng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm mẫu cùi có đường hoàn tất dạng bờ vai chiếm 73,3%, bờ cong chiếm 25,0%, bờ xuôi chiếm 1,7%, không rõ bờ chiếm 0,0%. Trong khi đó kết quả của A. F. Sutton & J. F. McCord là: 53% bờ vai, 29% bờ cong, 13% bờ xuôi, 6% không rõ bờ, tỉ lệ đường hoàn tất dạng bờ vai trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nhiều so với nghiên cứu của A. F. Sutton & J. F. McCord. Sự khác biệt này là do đường hoàn tất dạng bờ vai đảm bảo yêu cầu thẩm mỹ hơn, đáp ứng nhu cầu về thẩm mỹ ngày càng cao của con người. Bên cạnh đó đường hoàn tất dạng bờ vai còn giúp tăng sự ổn định cho phục hình. Do đó ngày nay với phục hình sứ không kim loại, đặc biệt là với răng trước các nha sĩ thường chọn đường hoàn tất dạng bờ vai.

6. Độ dày đường hoàn tất

Cũng như quy luật chung khi thực hiện phục hình toàn sứ, độ dày đường hoàn tất đủ mang lại thẩm mỹ tốt cho phục hình. Tuy nhiên độ dày này không được quá lớn, khi đó sẽ tạo ra đường kính hẹp vùng cổ răng, gây ra những ảnh hưởng xấu đến độ bền của răng và sức khỏe của tủy, đặc biệt là đối với các răng

có kích thước nhỏ như nhóm răng cửa hàm dưới. Độ dày đường hoàn tất cho phục hình toàn sứ được khuyến cáo là từ 0,5 đến 1,0 mm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm mẫu có độ dày đường hoàn tất từ 0,5 đến 1,0 mm chỉ chiếm 10,0%; còn lại 90,0% là độ dày < 0,5 mm. Trong nhóm răng cửa / răng nanh, 86,7% số mẫu có độ dày đường hoàn tất < 0,5mm và chỉ 13,3% số mẫu có độ dày từ 0,5 đến 1,0 mm. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Ziad Nawaf và cộng sự khi nghiên cứu về tiêu chuẩn mẫu cùi răng trước: 30,0% số mẫu có độ dày < 0,5 mm; 43,0% có độ dày khuyến cáo từ 0,5 đến 1,0 mm. Điều này chỉ ra rằng các nha sĩ tổng quát ở Jordan trong nghiên cứu của Ziad Nawaf đã có nhận thức đầy đủ hơn về yêu cầu của độ dày đường hoàn tất trong phục hình sứ không kim loại.

8. Độ dày mô răng bị mài ở mặt cắn / nhai

Một phục hình phải chứa một khối lượng vật liệu đủ để chống lại lực nhai. Khối lượng này phải được giới hạn bởi khoảng trống tạo ra nhờ mài cùi. Chỉ khi đạt được điều đó thì khớp cắn trên phục hình mới hài hòa và hình thể bề mặt trục dọc (axial contour) mới bình thường, phòng ngừa các bệnh lý nha chu xung quanh phục hình. Một trong những yếu tố quan trọng nhất để mang lại đủ khối lượng vật liệu và sức chống đỡ cho phục hình đó là khoảng hở mặt nhai. Đối với chụp toàn sứ khoảng hở mặt nhai nên là 2,0 mm.

Trong tổng các mẫu cùi răng nghiên cứu, nhóm mẫu có độ dày mô răng bị mài ở mặt cắn / mặt nhai:

0 mm < mẫu ≤ 1 mm (không mài gì) chiếm 5,0%

1 mm < mẫu ≤ 2 mm (mài bình thường mức độ A): mô răng được mài đi ít, phù hợp với các răng cửa bên, chiếm 23,3%.

2 mm < mẫu ≤ 3 mm (mài bình thường mức độ B): mô răng được mài đi nhiều, phù hợp với các răng hàm để tạo được lớp men trong ở các đỉnh múi, chiếm 51,7%.

> 3 mm (mài quá mức) chiếm 20,0%.

Trong khi đó, kết quả của A. F. Sutton & J. F. McCord là:

32% không mài, 58% mài bình thường, 10% mài quá mức.

Tỉ lệ mài bình thường ở nghiên cứu của chúng tôi là 75,0%, cao hơn so với nghiên cứu của A. F. Sutton & J. F. McCord (58%). Điều này có thể lý giải là do trong thời đại ngày nay, với sự phát triển của nha

khoa nói chung và phục hình cố định nói riêng, các tiêu chuẩn về thiết kế mẫu cùi răng đã được phổ biến và thực hành rộng rãi. Bên cạnh đó, tỉ lệ mô răng bị mài quá mức ở mặt nhai / ria cắn ở nghiên cứu của chúng tôi (20,0%) cũng cao hơn so với nghiên cứu của A. F. Sutton & J. F. McCord (10%). Sự khác biệt này là do sự kém cẩn thận hơn của các bác sĩ nha khoa ở nước ta hiện nay.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 30 mẫu cùi răng chụp, cầu răng trước và 30 mẫu cùi răng chụp, cầu răng sau làm phục hình sứ Cercon Ceram Kiss, chúng tôi nhận thấy rằng việc mài cùi của các nha sĩ hiện nay là rất khác nhau. Do đó, dưới điều kiện thử nghiệm, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Đặc điểm của các mẫu cùi răng làm phục hình sứ Cercon Ceram Kiss:

- Phần lớn các mẫu cùi có chiều cao đúng như khuyến cáo: 93,3% ở răng hàm lớn / răng hàm nhỏ, 96,7% ở răng cửa / răng nanh.

- Phần lớn các mẫu cùi đạt tiêu chuẩn về độ nhọn: 83,3%.

- Phần lớn các mẫu cùi có độ hội tụ vượt quá khuyến cáo, lớn hơn 10 độ: 98,3%.

- Xu hướng chính là chọn đường hoàn tất dưới lợi: 98,3%.

- Đường hoàn tất dành cho sứ Cercon Ceram Kiss chủ yếu là bờ vai, chiếm 73,3%, bên cạnh đó một số mẫu có đường hoàn tất bờ cong.

- Phần lớn các mẫu cùi có đường hoàn tất liên tục nhưng mỏng hơn độ dày khuyến cáo, bé hơn 0,5 mm, chiếm 90,0%.

- Phần lớn các mẫu cùi được mài mặt nhai / ria cắn ở mức khuyến cáo: 75%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Bài (2013), *Phục hình răng cố định*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, 67 - 70.

2. Alvaro B., Oscar E., Razvan G. et al. (2015). *Colour parameters and shade correspondence of CAD-CAM ceramic systems. J Dent*, 517, 1 - 12.

3. Arvind S., Nina S. (2015). *Update zirconia restorations. J Prosthodont Res*, 59(2), 81 - 83.

4. Somchai U., Pakamard T. (2015). *The effect of zirconia framework design on the failure of all-ceramic crown under static loading. J Adv Prosthodont*, 7(2), 146 - 150.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG DỰ PHÒNG BUỒN NÔN VÀ NÔN CỦA DEXAMETHASON KẾT HỢP ONDANSETRON SAU CẮT A-MI-ĐAN Ở TRẺ EM

LÊ NGỌC BÌNH¹, NGUYỄN VĂN MINH²

¹Bệnh viện Trung ương Huế, ²Trường Đại học Y Dược Huế

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Văn Minh
Email: nguyenvanminhdhdy@gmail.com
Ngày nhận: 26/4/2017

Ngày phản biện: 18/5/2017
Ngày duyệt bài: 30/5/2017
Ngày xuất bản: 20/6/2017