

SO SÁNH KẾT QUẢ PHỤC HỒI TỔN THƯƠNG MÒN CỔ RĂNG GIỮA PHƯƠNG PHÁP SỬ DỤNG COMPOSITE ĐẶC HAI BƯỚC VÀ SỬ DỤNG COMPOSITE LỎNG MỘT BƯỚC

Trương Đình Khởi¹, Nguyễn Thị Hạnh¹,
Phan Thị Bích Hạnh¹, Lê Linh Chi¹, Nguyễn Ngọc Linh Chi¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phục hồi tổn thương mòn cổ không đo sâu răng giữa hai phương pháp 2 bước (sử dụng composite đặc, có etching và đèn quang trùng hợp chậm) và 1 bước (Sử dụng composite lỏng, không etching và có đèn quan trùng hợp nhanh) tại huyện Thanh Trì, Hà Nội. **Đối và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu dọc mô tả và phỏng vấn sâu trên 155 đối tượng bao gồm (75 người nhóm kỹ thuật 2 bước (36 nam 39 nữ) và 80 người nhóm kỹ thuật 1 bước (38 nam và 42 nữ)). **Kết quả:** Phương pháp 2 bước bám dính tốt hơn so với phương pháp 1 bước, sự kín khít, tình trạng lợi, thẩm mỹ giữa hai phương pháp tương đồng, phương pháp 1 bước ít gây tác động tủy hơn so với phương pháp 2 bước, phương pháp 2 bước dùng tốt nhất cho các tổn thương có độ sâu dưới 2 mm, độ cao và độ dài dưới 3mm, phương pháp 1 bước dùng tốt nhất cho các tổn thương có độ sâu trên 2mm, độ cao và độ dài trên 3mm, hoặc có những kích thích tủy trên răng thật trước điều trị, cảm nhận về chức năng do bệnh nhân tự đánh giá theo phương pháp phỏng vấn sâu cho thấy phương pháp 1 bước tốt hơn so với phương pháp 2 bước. Về cảm nhận thẩm mỹ do bệnh nhân tự đánh giá cho thấy không phân biệt giữa hai phương pháp điều trị.

Từ khóa: Mòn cổ răng không đo sâu răng, composite nha khoa

SUMMARY

COMPARING THE RESTORATION RESULTS OF NON-CARIOUS CERVICAL TOOTH LESIONS BETWEEN TWO-STEP AND ONE-STEP COMPOSITE TECHNIQUE

Objective: Evaluating the outcomes of restoring non-carious cervical tooth lesions between two methods: the two-step approach (using dense composite with etching and slow-curing light) and the one-step approach (using flowable composite without etching and with fast-curing light) in Thanh Tri district, Hanoi. **Materials and methods:** A longitudinal descriptive study and in-depth interviews were conducted on 155 subjects, comprising 75 individuals from the two-step technique group (36 males, 39 females) and 80 individuals from the one-step technique group (38 males, 42 females). **Results:** The two-step method exhibits better adhesion compared to the one-step method. Similarities are observed in terms of marginal integrity and aesthetics between the two methods. The one-step method causes less pulp impact compared to the two-step method. The two-step method is most effective for lesions with depths under 2 mm, heights, and lengths under 3 mm, whereas the one-step method is most effective for lesions with depths over 2 mm, heights, and lengths over 3 mm, or those with pulp stimuli on the natural tooth prior to treatment. Patient-perceived functional

¹Đại học Y Dược – ĐH Quốc gia HN

Chịu trách nhiệm chính: Trương Đình Khởi

Email: bskhoirhm@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 05/5/2024

Ngày duyệt bài: 20/5/2024

assessments through in-depth interviews indicate that the one-step method is superior to the two-step method. Regarding aesthetic perception, as assessed by patients themselves, there is no discernible difference between the two treatment methods.

Keywords: non-carious cervical tooth lesions, dental composite

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Có nhiều phương pháp và vật liệu được dùng để phục hồi tổn thương tổ chức cứng do mòn cổ răng như Amalgam, Silicate cement, glassionomer cement, Composite. Trong đó Composite là vật liệu ngày càng phổ biến, càng hoàn thiện được sử dụng để hàn cổ răng. Hai phương pháp thường sử dụng trong hàn cổ răng bằng composite bao gồm: Phương pháp 2 bước (sử dụng composite đặc, etching riêng và đèn quang trùng hợp chậm; phương pháp 1 bước (sử dụng composite lỏng, không etching và đèn quang trùng hợp nhanh)¹. Mỗi phương pháp có ưu nhược điểm riêng, tuy nhiên, chưa có nghiên cứu đánh giá so sánh hiệu quả giữa hai phương pháp này tại Việt Nam². Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “so sánh kết quả phục hồi tổn thương mòn cổ răng giữa phương pháp sử dụng composite đặc hai bước và sử dụng composite lỏng một bước” với mục tiêu sau: Đánh giá kết quả phục hồi tổn thương mòn cổ không do sâu răng giữa hai phương pháp 2 bước (sử dụng composite đặc, có etching và đèn quang trùng hợp chậm) và 1 bước (Sử dụng composite lỏng, không etching và có đèn quan trùng hợp nhanh) tại huyện Thanh Trì, Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên những bệnh nhân nhân mòn cổ răng không do sâu răng đến khám tại Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp, huyện Thanh Trì, Hà Nội.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Các bệnh nhân đến khám và được chuẩn đoán tổn thương mòn cổ răng không do sâu răng. Các bệnh nhân được giải thích đồng ý hợp tác kiểm tra định kỳ.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có răng mòn cổ nhưng có biến chứng viêm tủy, viêm quanh cuống răng, viêm nha chu, viêm lợi, gãy ngang răng. Bệnh nhân có răng lung lay độ III, IV. Bệnh nhân có mòn cổ răng do sâu răng hoặc có sâu răng tại vị trí mòn cổ răng kèm theo.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Từ tháng 03/2022 đến tháng 10/2023 tại Đại học Y dược – ĐH Quốc gia và Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp.

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu dọc và nghiên cứu định tính bằng câu hỏi phỏng vấn dành cho bệnh nhân.

- **Cỡ mẫu:** Công thức nghiên cứu: ước lượng 1 tỷ lệ trong quần thể, lấy p: Tỷ lệ kết quả điều trị tốt của phương pháp hàn cổ răng $p = 0,95$, Đinh Văn Sơn (2019)¹, tính được $n = 72,99$ người. Trên thực tế, tổng cộng có 155 người tham gia nghiên cứu (75 người nhóm kỹ thuật 2 bước (36 nam 39 nữ) và 80 người nhóm kỹ thuật 1 bước (38 nam và 42 nữ).

- **Cách chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện có chủ đích.

2.3. Vật liệu và phương tiện nghiên cứu

Gương, kẹp gấp, thám châm và cây sonde nha chu (cây đo nha chu). Nạo ngã,

cây đưa chất hàn, cây điều khắc Composite, mũi khoan để tạo lỗ và mũi hoàn tất. Đài cao su, cây tách lợi và chỉ co lợi.

Vật liệu và dụng cụ cho kỹ thuật cũ (2 bước):

Sử dụng Composite đặc Filtek™Z350^{XT}. Đèn quang trùng hợp Wood Pecker (Trung Quốc). Etching sử dụng là Prime-Dent Etching gel (Mỹ) với thành phần là 37% acid phosphoric (PH từ 2,7 -3,5), chất kết dính bonding sử dụng là Vivadent Tetric N bond (Thụy Sĩ).

Vật liệu và dụng cụ cho kỹ thuật mới (1 bước):

Sử dụng Composite lỏng Nano-Hybrid grandio. Đèn quang trùng hợp Supper light RMO (Mỹ. Không sử dụng chất gây xói mòn

răng bằng acid phosphoric 37%, sử dụng chất kết dính bonding prime one loại Peak Universal Bond (Ultradent, Mỹ).

2.4. Các chỉ số đo đặc

Tuân thủ theo quy trình kỹ thuật được Bộ Y Tế ban hành theo quyết định số 3027/QĐ-BYT ngày 29/08/2013 về quy trình kỹ thuật số 75 (phục hồi cổ răng bằng Composite có sử dụng đèn laser).

Dựa theo tiêu chuẩn của hệ thống đánh giá sức khỏe cộng đồng ở Mỹ và có bổ sung (Modified USPHS Criteria) ⁶: Dựa trên 7 tiêu chí bao gồm: Sự đáp ứng của tủy răng, sự lưu giữ miếng hàn, sự kín khít của miếng hàn, bề mặt miếng hàn, hình thể miếng hàn, sự hợp màu của miếng hàn, tình trạng lợi.

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

Đánh giá mức độ thành công chung của miếng hàn sau 1 tuần, 1 và 3 tháng theo 4 tiêu chí chính: sự đáp ứng của tủy răng, sự lưu giữ của miếng hàn, sự kín khít của miếng hàn, tình trạng lợi và 3 tiêu chí phụ còn lại.

TT	Các tiêu chí	Đánh giá	Tiêu chuẩn đánh giá
1	Chức năng	Tốt	Câu 1: “Ăn uống tốt hơn” Câu 2: “Không đồng ý” Câu 3: “Đồng ý”
		Trung bình	Câu 1: “Bình thường như trước” Câu 2: “Không đồng ý” Câu 3: “Đồng ý” hoặc “Không đồng ý”
		Kém	Câu 1: “Ăn uống khó chịu hơn” hoặc “Không ăn uống được gì” Câu 2: “Đồng ý” hoặc “Không đồng ý” Câu 3: “Không đồng ý”
		Khác	Các trường hợp tổ hợp câu trả lời khác
2	Thẩm mỹ	Tốt	Câu 4: “Hoàn toàn đồng ý” Câu 5: “Khó phân biệt được” Câu 6: ≥ 7 điểm
		Trung bình	Câu 4: “Hoàn toàn đồng ý” hoặc “Đồng ý” Câu 5: “Khó phân biệt được” Câu 6: ≥ 5 điểm
		Kém	Câu 4: “Hoàn toàn không đồng ý” hoặc “Không đồng ý” Câu 5: “Phân biệt được” Câu 6: ≤ 4 điểm
		Khác	Các trường hợp tổ hợp câu trả lời khác

2.5. Xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 23.0 và các thuật toán thích hợp, có tập huấn nhóm nghiên cứu trước khi tiến hành nghiên cứu.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu chỉ tiến hành trên những đối tượng tự nguyện tham gia, các thông số cá nhân chỉ được dùng vào mục đích nghiên cứu và không dùng vào bất kỳ mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đánh giá hiệu quả của hai phương pháp phục hồi cổ răng bằng composite sau 1 tuần (người) (n=155)

Tiêu chí đánh giá	Phương pháp cũ (n=75)		Phương pháp mới (n=80)		P
	n	%	n	%	
Tốt	74	98,67%	79	98,75%	>0,05
Trung bình	1	1,33%	1	1,25%	
Kém	0	0,00%	0	0,00%	
Tổng	75	100%	80	100%	

Nhận xét: Theo kết quả nghiên cứu cho thấy, tỉ lệ đánh giá kết quả tốt của hai phương pháp chiếm đa số sau 1 tuần điều trị, phương pháp cũ chiếm 98,67% (n=75) và phương pháp mới chiếm 98,75% (n=80). Không có sự khác biệt khi so sánh tỉ lệ giữa

hai phương pháp sau 1 tuần điều trị với $p > 0,05$.

3.2. Đánh giá hiệu quả của hai phương pháp phục hồi cổ răng bằng composite sau 1 tháng (người) (n=155)

Tiêu chí đánh giá	Phương pháp cũ (n=75)		Phương pháp mới (n=80)		P
	n	%	n	%	
Tốt	73	97,33%	79	98,75%	<0,05
Trung bình	2	2,67%	1	1,25%	
Kém	0	0,00%	0	0,00%	
Tổng	75	100%	80	100%	

Nhận xét: Theo kết quả nghiên cứu cho thấy, tỉ lệ đánh giá kết quả tốt của hai phương pháp chiếm đa số sau 1 tháng điều trị, phương pháp cũ chiếm 97,33% (n=75) và phương pháp mới chiếm 98,75% (n=80). Sự

khác biệt tỉ lệ giữa hai phương pháp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3. Đánh giá hiệu quả của hai phương pháp phục hồi cổ răng bằng composite sau 3 tháng (người) (n=155)

Tiêu chí đánh giá	Phương pháp cũ (n=75)		Phương pháp mới (n=80)		P
	n	%	n	%	
Tốt	72	96,00%	78	97,50%	<0,05
Trung bình	3	4,00%	2	2,50%	
Kém	0	0,00%	0	0,00%	
Tổng	75	100%	80	100%	

Nhận xét: Theo kết quả nghiên cứu cho thấy, tỉ lệ đánh giá kết quả tốt của hai phương pháp chiếm đa số sau 1 tháng điều trị, phương pháp cũ chiếm 96,00% (n=75) và phương pháp mới chiếm 97,50% (n=80). Sự

khác biệt tỉ lệ giữa hai phương pháp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.4. Các biến chứng của hai phương pháp phục hồi cổ răng bằng composite sau 3 tháng (người) (n=155)

Tiêu chí đánh giá	Phương pháp cũ (n=75)		Phương pháp mới (n=80)		P
	n	%	n	%	
Không BC	74	98,67%	79	98,75%	>0,05
Viêm tủy KHP	0	0,00%	0	0,00%	
Viêm cuống	0	0,00%	0	0,00%	
Gãy/vỡ	1	1,33%	1	1,25%	
Tổng	75	100%	80	100%	

Nhận xét: Theo kết quả nghiên cứu cho thấy, tỉ lệ biến chứng của hai phương pháp, không biến chứng chiếm đa số sau 3 tháng điều trị, phương pháp cũ là 98,67% (n=75) và phương pháp mới chiếm 98,75% (n=80). Không có sự khác biệt khi so sánh tỉ lệ biến

chứng giữa hai phương pháp sau 3 tháng điều trị với $p > 0,05$.

3.5. Sự thay đổi mức độ ê buốt của hai phương pháp phục hồi cổ răng bằng composite (người) (n=155)

Tiêu chí đánh giá	Phương pháp cũ		Phương pháp mới		P
	n	%	n	%	
Không ê buốt	72	96,00%	80	100,00%	<0,05
Nhẹ	1	1,33%	0	0,00%	
Trung bình	2	2,67%	0	0,00%	
Nặng	0	0,00%	0	0,00%	
Tổng	75	100,00%	80	100,00%	

Nhận xét: Theo kết quả nghiên cứu, tỉ lệ không ê buốt ở hai phương pháp chiếm đa số, phương pháp cũ (96,00%, n=75), phương pháp mới (100,00%, n=80). Phương pháp cũ có tỉ lệ ê buốt mức độ nhẹ (1,33%, n=75) và mức độ trung bình (2,67%, n=75), phương

pháp mới hoàn toàn không có tình trạng ê buốt răng sau hàn phục hồi. So sánh giữa hai phương pháp có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.6. Phân loại kết quả hai phương pháp bằng phỏng vấn sâu (người) (n=155)

Kết quả điều trị	<22 tuổi		22-37 tuổi		38-60 tuổi		>60 tuổi		Tổng		P	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Chức năng	Tốt	5	3,23%	24	15,48%	44	28,39%	64	41,27%	137	88,37%	<0,05
	TB	0	0,00%	5	3,23%	3	1,94%	9	5,81%	17	10,98%	
	Kém	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,65%	1	0,65%	
	Khác	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	
Thẩm mỹ	Tốt	5	3,23%	27	17,42%	42	27,10%	71	45,79%	145	93,54%	<0,05
	TB	0	0,00%	2	1,29%	5	3,23%	3	1,94%	10	6,46%	
	kém	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	
	Khác	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	

Nhận xét: Theo kết quả nghiên cứu, về chức năng ăn nhai của răng sau khi điều trị, loại tốt chiếm đa số ở các nhóm tuổi khác nhau (88,37%, n=155). Chức năng ăn nhai kém ở 1 (một) trường hợp bệnh nhân

(0,65%), chức năng ăn nhai trung bình có tỉ lệ là 10,98%. Về thẩm mỹ răng sau khi điều trị, thẩm mỹ loại tốt chiếm đa số ở tất cả các lứa tuổi (93,54%). Tỉ lệ thẩm mỹ loại trung bình là 6,46%, không có trường hợp có chức

năng và thẩm mỹ loại kém và loại khác. Tỷ lệ giữa các loại đánh giá chức năng và thẩm mỹ sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Bàn luận về so sánh hiệu quả giữa hai phương pháp

Sự đáp ứng tùy răng cho thấy cả hai phương pháp có tỉ lệ kích thích tùy thấp, ở phương pháp 1 sau 3 tháng điều trị có 3 bệnh nhân ê buốt mức độ nhẹ và trung bình, phương pháp 2 không có bệnh nhân ê buốt kích thích tùy kèm theo sau thời gian điều trị. Kết quả này phù hợp với báo cáo trong nghiên cứu của James D. Bader (1993)⁴ và nghiên cứu của Anne-Katrin Lühns (2020)⁵ cho rằng chất hàn composite có tác dụng đông vát ống ngà, làm ngừng lưu thông động nhiệt học chất lỏng trong cấu trúc ống ngà, vì vậy giảm đáng kể kích thích nhiệt hoặc kích thích hóa học, cơ học từ môi trường quanh răng và giảm ê buốt.

Kết quả lưu giữ miếng hàm sau điều trị ở cả hai phương pháp ghi nhận có 1 ca bệnh bị gãy vỡ miếng hàn ở mỗi phương pháp, ở phương pháp 1 ca bệnh gãy vỡ miếng hàn dạng mất 1 phần miếng hàn trong khi phần còn lại của miếng hàn vẫn dính bám chắc chắn vào răng thật. Kết quả này cũng phù hợp với nhận xét của hai tác giả Tar C. AW (2002)⁶ và Helen A (1998)⁷ khi cho rằng khả năng bám dính của các vật liệu dạng composite được etching tạo nhám thì tốt hơn là dạng vật liệu không etching tạo nhám để tăng khả năng lưu giữ cơ - hóa học cho miếng hàn.

Theo nghiên cứu của Vishnurekha C (2018)⁸ cho thấy với tất cả các vật liệu, đối với lỗ hàn loại V việc tạo vát bờ men cho kết quả hở vi kẽ ít hơn so với việc không tạo vát. Điều này phù hợp với kỹ thuật của chúng tôi. Mặt khác, vật liệu composite bám dính tốt trên tổ chức men. Sự co thể tích của composite cũng chịu ảnh hưởng của việc đặt composite từng lớp và chiếu đèn gồm: Cường độ ánh sáng, thời gian chiếu, hướng chiếu vuông góc và khoảng cách từ nơi phát ánh sáng tới bề mặt miếng hàn.

Theo ghi nhận kết quả nghiên cứu của Lai ZY (2015)⁹ tại Trung Quốc, tỉ lệ ăn mòn sau 3 tháng của trám hàn vật liệu composite dưới 5% thể tích miếng hàn, mài mòn liên hàm khi nhai và mài mòn cơ học với thức ăn, mài mòn hóa học dịch a xít trong thức ăn hoặc dịch nước bọt khoang miệng.

4.2. Bàn luận về sự hài lòng của bệnh nhân

Theo kết quả nghiên cứu, câu hỏi số 1 “Hiện tại, bạn cảm thấy ăn uống sau khi được hàn răng như thế nào?”, ở các nhóm tuổi tỉ lệ trả lời 1A “Ăn uống tốt hơn” chiếm đa số (88,37%); 6 đối tượng chọn câu trả lời 1C “Ăn uống khó chịu hơn” (3,88%) cho thấy ăn nhai cảm thấy có vấn đề nghiêm trọng hơn sau khi điều trị, khi được hỏi thì thấy rằng có 3 bệnh nhân được trám bằng phương pháp số 1 nên khi ăn nhai gây tình trạng ê buốt nhiều hơn so với trước khi điều trị, 3 bệnh nhân cảm thấy đau trong quá trình ăn nhai, có phản ứng viêm dây chằng nhẹ, tình trạng lợi bình thường, trong đó 2 bệnh nhân được điều trị theo phương pháp 1 và

một bệnh nhân được điều trị theo phương pháp 2.

Câu hỏi số 2 “Hiện tại, bạn cảm thấy răng được hàn có vấn đề khi ăn nhai hay không?”, câu trả lời 2B “Không đồng ý” chiếm đa số ở tất cả các nhóm tuổi (99,35%), hầu hết bệnh nhân đều không gặp vấn đề gì khi ăn nhai sau khi điều trị. Câu hỏi số 3 “Hiện tại, bạn cảm thấy răng không cảm thấy đau nhức sau khi hàn răng?”, câu trả lời 3A “Đồng ý” chiếm đa số ở tất cả các nhóm tuổi (96,77%), hầu hết bệnh nhân không bị đau nhức khi ăn nhai sau khi điều trị.

Câu hỏi số 4 “Bạn cảm thấy miếng hàn giống răng thật không?”, đa số chọn 4A “Hoàn toàn đồng ý”: Hoàn toàn đồng ý rằng miếng trám hàn bằng composite giống màu răng thật ở tất cả các nhóm tuổi (98,06%). Có 3 người trả lời 4B “Đồng ý”; khi được hỏi lý do chọn 4B thì 3 bệnh nhân nói rằng “vẫn có thể nhận ra miếng hàn khi nhìn kỹ trong gương soi phẳng” có tỉ lệ (1,94%). Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của nghiên cứu của Nolzen N (2018)¹⁰ khi đánh giá tâm lý về thái độ ưa nhìn của người bệnh khi sử dụng hàn thẩm mỹ cho thấy trên 95% bệnh nhân có câu trả lời chấp nhận được về thẩm mỹ giữa răng hàn và răng thật. Câu hỏi số 6 về mức độ hài lòng thẩm mỹ miếng trám hàn, câu trả lời 6A chiếm đa số ở các nhóm tuổi với mức độ điểm tự đánh giá của bệnh nhân lớn hơn 7/10 điểm (đánh giá chủ quan) chiếm 94,83%. Các tỉ lệ giữa các câu trả lời sự khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, cho thấy độ tin cậy cao giữa các câu hỏi và câu trả lời của người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Sau khi tiến hành nghiên cứu trên 155 đối tượng bao gồm chúng tôi rút ra những kết luận như sau:

- Phương pháp 2 bước bám dính tốt hơn so với phương pháp 1 bước, sự kín khít, tình trạng lợi, thẩm mỹ giữa hai phương pháp tương đồng. Phương pháp 1 bước ít gây tác động tủy hơn so với phương pháp 2 bước

- Phương pháp 2 bước dùng tốt nhất cho các tổn thương có độ sâu dưới 2 mm, độ cao và độ dài dưới 3mm. Phương pháp 1 bước dùng tốt nhất cho các tổn thương có độ sâu trên 2mm, độ cao và độ dài trên 3mm, hoặc có những kích thích tủy trên răng thật trước điều trị.

- Cảm nhận về chức năng do bệnh nhân tự đánh giá theo phương pháp phỏng vấn sâu cho thấy phương pháp 1 bước tốt hơn so với phương pháp 2 bước. Về cảm nhận thẩm mỹ do bệnh nhân tự đánh giá cho thấy không phân biệt giữa hai phương pháp điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Son Đình Văn, Đức Hà Anh, and Sơn Tống Minh (2019).** So sánh vi kê phục hồi tổn thương mòn cổ răng sử dụng FUJI II LC capsule và composite, Tạp chí Y học Việt Nam, 482(2), tr. 21-24.
2. **Bùi Quế Dương (1999).** Bảng xếp loại mới của các xoang trám, Thông tin mới răng hàm mặt Thành Phố Hồ Chí Minh, số 1.2, tr 42-43.
3. **Benson PE, Da’as T, Johal A, et al (2015).** Relationships between dental appearance, self-esteem, socio-economic status, and oral health related quality of life in UK

- schoolchildren: a 3-year cohort study, *Eur J Orthodont*, 37, 481–490.
4. **Bader JD, Levitch LC, Shugars DA, Heymann HO, McClure F (1993).** How dentists classified and treated non-carious cervical lesions. *JADA*;124(5):46-54.
 5. **Anne-Katrin Lührs et al (2020).** Composite restorations placed in non-carious cervical lesions—Which cavity preparation is clinically reliable? *Clin Exp Dent Res*, 1(2), 1-10.
 6. **Tar C.AW, Xavier Lepe et al (2002).** Characteristics of noncarious cervical lesions, A clinical investigation. *JADA*, 111(2), 725-733.
 7. **Helen A. Lyttle, BDS, MSc,a Nina Sidhu, BSc,b and B. Smyth, MSc, BSc, Pengc (1998).** A study of the classification and treatment of noncarious cervical lesions by general practitioners, *J Prosthet Dent* 1998;79:342-346.
 8. **Vishnurekha C., et al. (2018),** “Effect of protective coating on microleakage of conventional glass ionomer cement and resin-modified glass ionomer cement in primary molars: An In vitro study”, *Indian Journal Dent Res.* 29(6), pp. 744-748.
 9. **Lai Z. Y., et al. (2015),** “Prevalence of non-carious cervical lesions and associated risk indicators in middle aged and elderly populations in Southern China”, *Chin Journal Dent Res.* 18(1), pp. 41-50.
 10. **Nolzen N. et al (2018).** The concept of psychological capital: a comprehensive review, *Management Review Quarterly*, 68(3), 237-277.