

thống kê.

Mức độ hài lòng của bệnh nhân ở nhóm 1 cao hơn nhóm 2 có lẽ là do ức chế vận động cũng như cảm giác tê bì của nhóm 1 ít hơn nhóm 2, một vài trường hợp của nhóm 2 bị liệt hoành và có khản tiếng mắc hội chứng Horner. Kết quả này của chúng tôi cũng tương đồng với tác giả Borgeat⁸ khi so sánh điểm hài lòng của bệnh nhân ở nhóm ISB trên thang điểm 10 là $9,6 \pm 0,7$. Kết quả điểm hài lòng của bệnh nhân theo nghiên cứu của tác giả Ducombs¹⁰ ISB là $9,4 \pm 1,1$. Có thể trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm 2 tê ISB với thể tích 20 ml nồng độ 0,2 % thể tích thuốc tê nhiều nên bị liệt hoành và khản tiếng tỷ lệ cao ảnh hưởng đến bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ liệt hoành và khản giọng ở nhóm phong bế chọn lọc thần kinh trên vai phối hợp thần kinh nách thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm phong bế đám rối cánh tay đường liên cơ bậc thang. Không có bệnh nhân nào ở nhóm phong bế đám rối thần kinh liên cơ bậc thang vận động được cánh tay và ngón cái sau tiêm tê. Bệnh nhân có mức độ hài lòng cao ở cả 2 nhóm nghiên cứu. Tỉ lệ rất hài lòng ở nhóm tê chọn lọc thần kinh trên vai phối hợp thần kinh nách là 90% cao hơn ở nhóm phong bế đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang là 63,3%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Turbitt LR, Mariano ER, El-Boghdady K.

- Future directions in regional anaesthesia: not just for the cognoscenti. *Anaesthesia*. 2020;75(3):293-297.
2. Costantino F, Didonato A, Fabrizio L, et al. Local Anaesthesia Efficacy as Postoperative Analgesia for Open Shoulder Instability Surgery: A Prospective Randomised Controlled Study. Published online 2012.
3. Yeon Chin Lim, Zhao Kun Koo, Vivian. W. Ho., et al. Randomized, controlled trial comparing respiratory and analgesic effects of interscalene, anterior suprascapular, and posterior suprascapular nerve blocks for arthroscopic shoulder surgery. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2012 Dec; 20(12):2573-8.
4. Jinlong Zhao, Nanjun Xu, Jiahui Li et al. Efficacy and safety of suprascapular nerve block combined with axillary nerve block for arthroscopic shoulder surgery: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Anesthesiology*. 2018; 129(1):47-57.
5. Lee SC, Chun YM, Joo SH, Lim HS. Comparison between two different concentrations of a fixed dose of ropivacaine in interscalene brachial plexus block for pain management after arthroscopic shoulder surgery: a randomized clinical trial Korean J Anesthesiol. 2021 Jun; 74(3):226-233.
6. Ferré F, Mastantuono JM, Martin C, et al. [Hemidiaphragmatic paralysis after ultrasound-guided supraclavicular block: a prospective cohort study]. *Braz J Anesthesiol*. 2019 Nov-Dec; 69(6): 580-586.
7. Malik T, Mass D, Cohn S. Postoperative Analgesia in a Prolonged Continuous Interscalene Block Versus Single-Shot Block in Outpatient Arthroscopic Rotator Cuff Repair: A Prospective Randomized Study. *Arthrosc J Arthrosc Relat Surg*. 2016;32(8):1544-1550.e1.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, XQUANG CÁC RĂNG HÀM CÓ CHỈ ĐỊNH PHỤC HÌNH BẰNG CHỤP KIM LOẠI PHỦ CERAMAGE

Phạm Thanh Hà¹, Nguyễn Phương Huyền¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện trên 40 răng có chỉ định phục hình bằng chụp kim loại tại Khoa RHM - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Trung tâm kỹ thuật cao khám chữa bệnh răng hàm mặt A7, Viện đào tạo RHM trường Đại học Y Hà Nội trong thời gian từ tháng 9/2015 đến 9/2016. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, Xquang các răng hàm có chỉ định phục hình bằng chụp kim loại phủ Ceramage. **Phương pháp nghiên cứu:** phương pháp mô tả cắt ngang. **Kết**

quả: 39/40 răng hàm có nguyên nhân do sâu răng hay bệnh lý tủy răng đã được chữa tủy tốt được làm chụp bọc chiếm 97,5%. Chỉ 1 răng môn nhiều có tủy sống được làm chụp chiếm 2,5%. 55% các răng hàm còn đủ 4 thành sau mài chụp, 42,5%, 2,5% các răng hàm tương ứng còn 3 và 2 thành sau mài chụp. 22 răng hàm (55%) còn đủ 4 thành răng sau mài cùi, không cần cắm chốt ống tủy. Trong số 17 răng hàm còn 3 thành sau mài cùi thì có 4 răng cắm chốt ống tủy, có 1 răng còn 2 thành có cắm chốt ống tủy sau mài chụp. Tỷ lệ các răng không phải cắm chốt ống tủy là 35 răng chiếm 87,5%. **Kết luận:** Lý do làm phục hình chính là do sâu răng, bệnh lý tủy răng (97,5%), phần lớn là các răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất, các răng sau mài cùi còn đủ 4 thành không phải cắm chốt ống tủy chiếm 55%, còn 3 thành chiếm 42,5% và 2 thành chiếm 2,5% cần cắm chốt, tái tạo cùi răng trước khi lấy dấu làm chụp.

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thanh Hà

Email: havrhmm@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2023

Ngày duyệt bài: 6.3.2023

Từ khóa: răng đã điều trị tủy, Xquang răng hàm, chụp kim loại phủ ceramage.

SUMMARY

CLINICAL, RADIOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF MOLARS WITH INDICATIONS FOR RESTORATION WITH CERAMAGE FUSED TO METAL CROWNS

The study was carried out on 40 teeth with metal crowns indicated at the Department of Odonto-Stomatology - Hanoi Medical University Hospital and A7 High-Tech Center for Odonto-Stomatology, School of Dentistry, Hanoi Medical University from September 2015 to September 2016. **Objectives:** To describe the clinical and radiographic characteristics of molars with indications for restoration by Ceramage fused to metal crowns. **Methods:** a cross-sectional study. **Results:** 39/40 molars caused by caries or pulp disease were well treated and were covered with a crown, accounting for 97.5%. Only 1 heavily eroded tooth with viral pulp was taken, accounting for 2.5%. 55% of molars have 4 walls left after preparation, 42.5%, 2.5% of molars had 3 and 2 walls, respectively. 22 molars (55%) still had 4 walls after preparation, no need to plug the root canal post. Of the 17 molars with 3 remaining walls after preparation, there were 4 teeth with root canal posts, 1 tooth with 2 walls had root canal posts after preparation. The percentage of teeth that did not need to be placed posts to the root canal was 35 teeth, accounting for 87.5%. **Conclusion:** The main reason for the restoration was due to tooth decay, pulp disease (97.5%), mostly the first permanent molars, the teeth after preparation still had enough 4 walls and without post placement accounts for 55%, 3 walls accounts for 42.5% and 2 walls accounts for 2.5%, which needed to be placed by posts and reconstructed before taking impressions.

Keywords: teeth with endodontic treatment, X-ray of molars, Ceramage fused to metal crowns.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương mất tổ chức cứng của răng do sâu răng hoặc do các nguyên nhân khác khá phổ biến trên lâm sàng và có nhu cầu điều trị phục hồi khá cao. Có nhiều phương pháp phục hồi tổn thương mô cứng của răng trực tiếp hoặc gián tiếp như hàn phục hồi, inlay, chụp răng... tùy theo chỉ định của mỗi bác sỹ trong mỗi trường hợp bệnh nhân cụ thể.

Có nhiều loại vật liệu được sử dụng để làm chụp răng nhưng chúng có một số nhược điểm nhất định như độ bền cơ học. Chụp kim loại phủ Ceramage có phần khung sườn rất vững chắc, có khả năng hấp thụ lực nhai rất tốt, giảm sang chấn lên tổ chức quanh răng và không làm mòn răng đối diện nhanh như chụp được làm bằng kim loại hoặc sứ. Để làm chỉ định loại răng phủ hợp với vật liệu này để có thể ứng dụng rộng rãi trên lâm sàng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu

nhận xét đặc điểm lâm sàng, Xquang các răng hàm có chỉ định phục hình bằng chụp kim loại phủ Ceramage.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên 40 răng có chỉ định phục hình bằng chụp kim loại tại Khoa RHM - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Trung tâm kỹ thuật cao khám chữa bệnh răng hàm mặt A7, Viện đào tạo RHM trường Đại học Y Hà Nội trong thời gian từ tháng 9/2015 đến 9/2016.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Răng hàm lớn đã điều trị tủy tốt hoặc không có bệnh lý tủy, cuống trên lâm sàng và Xquang, sức khỏe mô quanh răng tốt.

Đối diện răng làm chụp là răng tự nhiên.

Tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Các răng đã bị mất tổ chức cứng quá nhiều đòi hỏi các điều trị bổ sung như phẫu thuật kéo dài thân răng, phẫu thuật cắt bỏ nửa răng, răng có chốt ngà cũng như bệnh nhân có một số tình trạng bệnh lý có thể ảnh hưởng tới việc đánh giá kết quả điều trị như bệnh khô miệng, tiết nước bọt ít đều không được đưa vào nghiên cứu này.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: phương pháp mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu:

Sử dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng cho một giá trị trung bình trong quần thể¹:

$$N = Z^2(1-\alpha/2) \frac{s^2}{(X.\varepsilon)^2}$$

Trong đó:

N: là cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu

Chọn $\varepsilon = 0,08$ là mức sai lệch giữa tham số mẫu và tham số quần thể

Chọn $\alpha = 0,05$; $X \pm s = 1099 \pm 257$ (N) là mức độ chịu lực của Ceramage theo Andriani W Jrv và Suzuki M (2010)².

Theo công thức tính được số trường hợp nghiên cứu là 37 mẫu, chọn cỡ mẫu là 40 răng.

Nhóm biến	Tên biến	Chỉ số/Định nghĩa/ Phân loại
Đặc điểm lâm sàng Xquang RHL có chỉ định làm chụp kim loại phủ Ceramage	Tổn thương thân răng	Phân thành các nhóm: sâu răng, bệnh lý tủy răng, chấn thương, mòn răng hay răng thiếu sản
	Tình trạng tủy răng	Phân thành hai nhóm: răng tủy sống và răng đã điều trị tủy tốt
	Số thành	Phân thành bốn nhóm:

răng còn lại sau mài cùi	1 thành, 2 thành, 3 thành, 4 thành
--------------------------	------------------------------------

2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu

Khám lâm sàng: Các răng được khám và chụp XQuang nếu đáp ứng đầy đủ các tiêu chí lựa chọn răng nêu trên sẽ được đưa vào danh sách nghiên cứu, nếu có ít nhất một trong các tiêu chuẩn loại trừ sẽ bị loại trừ khỏi danh sách nghiên cứu trên.

Xử lý số liệu: Làm sạch số liệu trước khi phân tích, Số liệu được nhập và phân tích bởi phần mềm SPSS 16.0

Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu được thực hiện ở khoa RHM, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Trung tâm khám chữa bệnh kỹ thuật cao khám chữa bệnh răng hàm mặt A7, Viện đào tạo RHM, trường Đại học Y Hà Nội, có sự đồng ý của lãnh đạo bệnh viện.

- Chỉ tiến hành nghiên cứu trên các đối tượng hoàn toàn tự nguyện tham gia, không ép buộc và trên tinh thần hợp tác.

- Bệnh nhân được giải thích rõ thông tin về vật liệu sử dụng, về mục đích nghiên cứu, trách nhiệm của người nghiên cứu, trách nhiệm và quyền lợi của người tham gia nghiên cứu, có bản cam kết tham gia nghiên cứu.

- Bệnh nhân được điều trị và sửa chữa phục hình (nếu có) miễn phí.

- Toàn bộ thông tin thu thập chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu mà không phục vụ cho bất kỳ mục đích nào khác. Kết quả nghiên cứu sẽ được phản hồi lại cho bệnh viện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

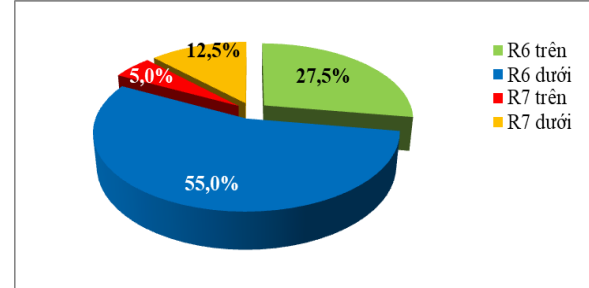
Bảng 1. Nguyên nhân, vị trí các răng hàm lớn làm chụp và tình trạng tủy răng

Nguyên nhân làm chụp	Tình trạng tủy răng	
	Răng đã điều trị nội nha tốt	Tủy sống
Bệnh lý tủy, cuồng	39	0
Chấn thương	0	0
Mòn răng	0	1

Lý do làm phục hình của các bệnh nhân trong đề tài chiếm ưu thế tuyệt đối ở nhóm răng hàm lớn đã chữa tủy tốt do nguyên nhân bệnh lý tủy răng, bệnh lý cuồng răng (39/40 trường hợp). Chỉ duy nhất 1 bệnh nhân mòn răng tủy sống được làm chụp.

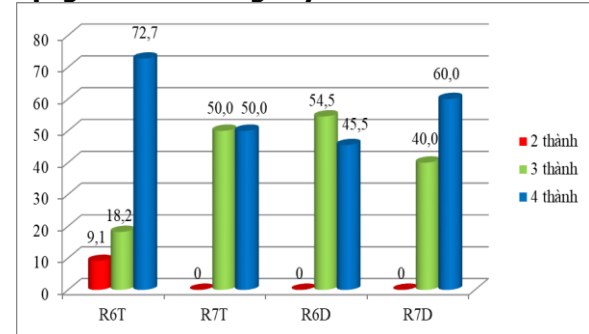
Vị trí các răng hàm lớn làm chụp. Trong nhóm răng hàm lớn cần phục hình, răng hàm lớn hàm dưới chiếm ưu thế (80%) trong đó răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới chiếm quá nửa (55%). Có 39/40 răng hàm có nguyên nhân do sâu răng hay bệnh lý tủy răng đã được chữa tủy

tốt được làm chụp bọc chiếm 97,5%. Chỉ 1 răng mòn nhiều có tủy sống được làm chụp chiếm 2,5%. Sự khác biệt về tỷ lệ các răng hàm lớn bệnh lý cần làm phục hình có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).



Biểu đồ 1. Tỷ lệ % răng hàm lớn làm chụp theo vị trí

Số thành răng còn lại sau mài cùi và sử dụng cắm chốt ống tủy



Biểu đồ 2. Số lượng thành răng còn lại sau mài cùi

Theo bảng trên, có 55% các răng hàm còn đủ 4 thành sau mài chụp, 42,5%, 2,5% các răng hàm tương ứng còn 3 và 2 thành sau mài chụp. Sự khác biệt về số lượng thành răng còn lại sau mài cùi ở trên các răng hàm lớn có chỉ định làm chụp không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.3. Số thành răng còn lại sau mài và sử dụng cắm chốt ống tủy

Số thành răng còn lại	Không cắm chốt	Có cắm chốt	Tổng số	
	n	n	n	%
1 thành	0	0	0	0
2 thành	0	1	1	2,5
3 thành	13	4	17	42,5
4 thành	22	0	22	55
	35 (87,5%)	5 (12,5%)	40	100%

Nhận xét: Có 22 răng hàm (55%) còn đủ 4 thành răng sau mài cùi, không cần cắm chốt ống tủy. Trong số 17 răng hàm còn 3 thành sau mài cùi thì có 4 răng cắm chốt ống tủy, có 1 răng còn 2 thành có cắm chốt ống tủy sau mài chụp.

Tỷ lệ các răng không phải cắm chốt ống tủy là 35 răng chiếm 87,5%. Có sự khác biệt đáng kể có ý nghĩa thống kê giữa các răng hàm có và không cắm chốt cũng như các răng hàm còn lại 1, 2, 3, 4 thành sau mài cùi với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Lý do các răng hàm cần làm chụp chủ yếu là các răng bị bệnh lý sâu răng, bệnh lý tủy răng (chiếm 39/40 răng), chỉ có 1 răng bị mòn răng có tủy sống chiếm 2,5%. Mặc dù răng được phục hình có tủy sống khi được chỉ định đúng sẽ có tuổi thọ cao hơn răng đã chữa tủy vì khi chữa tủy răng sẽ thay đổi cấu trúc, giảm độ ẩm và giảm độ bền, độ cứng của ngà răng, răng giòn hơn. Số lượng răng đã chữa tủy trong nghiên cứu chiếm ưu thế vì đa phần các bệnh nhân được lựa chọn ngẫu nhiên vào đề tài sau khi đã được chữa tủy hoàn tất do bệnh lý tủy răng ở 2 cơ sở y tế trên. Tuy nhiên, xu hướng hiện nay là nha khoa bảo tồn và can thiệp tối thiểu, cho nên các nhà lâm sàng nên cố gắng bảo tồn tối đa tủy sống trước khi phục hình cho bệnh nhân.

Về vị trí các răng hàm lớn làm chụp chiếm ưu thế là răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm dưới (22/40 răng) chiếm 55%, sau đó đến răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm trên (11/40 răng) chiếm 27,5%. Các răng hàm lớn vĩnh viễn thứ hai hàm trên và hàm dưới chiếm tỷ lệ ít hơn, lần lượt là 5% và 12,5%. Điều này cho thấy tỷ lệ tổn thương ở nhóm răng hàm lớn hàm dưới nhiều hơn có thể do răng hàm lớn thứ nhất dưới là răng hàm lớn vĩnh viễn mọc sớm nhất nên đối diện với nguy cơ sâu răng, bệnh lý tủy, cuống nhiều hơn³.

Theo Shillingburg HT (1997)⁴ các nguyên lý trong việc thiết kế và chuẩn bị một phục hình đúc bằng kim loại hoặc sứ gồm

- Bảo tồn tối đa cấu trúc mô răng
- Sự ổn định và lưu giữ của phục hình
- Cấu trúc bền vững của phục hình
- Tình trạng đường hoàn tất
- Bảo tồn và tôn trọng mô nha chu

Một trong những nguyên lý cơ bản của nha khoa phục hồi là bảo tồn tối đa cấu trúc mô răng thật. Trước khi mài cùi răng với những răng còn nguyên thân răng nên làm khóa Silicone để kiểm soát độ dày phần men răng đã mài. Mài mặt nhai theo hình dạng giải phẫu răng sẽ tạo khoảng hở tương xứng, tránh việc mài răng quá mức ảnh hưởng đến sự bám dính và độ lưu giữ của phục hình. Khoảng hở tối thiểu để đáp ứng nhu cầu của phục hình là 1,5mm cho múi ngoài, 1,0mm cho múi trong, 1,0mm cho các gờ và hố rãnh.

Việc mài các thành trục tương ứng với trục răng để bảo tồn tối đa mô răng và hướng tháo lắp của phục hình nên song song với trục của răng^{5, 6}.

Theo Jorgensen sự lưu giữ của cùi răng càng giảm khi độ thuôn của cùi răng tăng dần⁷. Răng hàm lớn hàm dưới thường có khuynh hướng nghiêng về phía lưỡi từ 9 - 14 độ, nếu mài cùi thẳng góc với mặt phẳng nhai của cung hàm dưới sẽ lấy đi nhiều mô răng một cách không cần thiết. Ở một số trường hợp với các răng xoay trục, đồ... có thể dùng phương pháp chỉnh nha dựng lại trục răng như vậy sẽ cho phép mài các thành trục ít hội tụ, cùi răng sẽ có sự lưu giữ phục hình tốt hơn. Sử dụng mũi khoan kim cương đầu hình trụ có đường kính 1 mm để đánh dấu định hướng độ dày lớp men mặt ngoài cần mài. Cùi răng phải thoát, không có các vùng lẹm, các góc và rìa cần cần phải được làm tròn và mài nhẵn bằng mũi mịn hoặc đánh bóng cùi răng trước khi lấy dấu. Nếu cùi mài quá thuôn sẽ tạo nhiều hướng tháo lắp của phục hình, khả năng bong phục hình cao, do đó cần tạo thêm các rãnh, chốt vào cùi răng để triệt tiêu các lực có hại gây bong phục hình. Các cùi răng cao, đường kính lớn hơn có độ lưu giữ tốt hơn so với các cùi răng ngắn.

Về số lượng thành răng còn lại sau mài cùi, tỷ lệ các răng hàm còn đủ 4 thành sau mài chụp chiếm 55% tập trung chủ yếu ở nhóm răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất. Có tới 17 răng hàm (42,5%) còn 3 thành sau mài chụp trong đó RHL vĩnh viễn thứ nhất chiếm tỷ lệ lớn nhất, trong nhóm còn 3 thành răng có 4 răng được cắm chốt ống tủy chân răng. Chỉ có duy nhất một RHL vĩnh viễn thứ nhất hàm trên (2,5%) còn 2 thành sau mài cùi và được cắm chốt ống tủy chân răng tại chân hàm ếch. Nhìn chung tỷ lệ các răng hàm cần cắm chốt ống tủy chân răng chiếm 12,5% và tập trung chủ yếu vào các răng còn 3 thành hoặc 2 thành sau mài cùi. Bởi mục tiêu của cắm chốt ống tủy chân răng nhằm phục hồi phần mất chất của mô răng nhằm tạo ra sự thoát của cùi răng sau khi mài, tăng cường chiều cao cùi răng và phục hồi, tăng cường sự vững chắc của cùi tạo sự lưu giữ của chụp bọc phía bên trên. Các chốt được lựa chọn là chốt sợi hoặc chốt kim loại để đảm bảo cùng hệ số giãn nở với sườn chụp phía trên. Mặt khác, kỹ thuật chuẩn bị ống tủy cắm chốt cần đảm bảo chiều dài chốt trong lòng ống tủy chân răng khoảng 1/2 chiều dài chân răng, đối với răng hàm lớn hàm dưới lựa chọn cắm chốt ống tủy ở vị trí chân xa, với răng hàm lớn hàm trên lựa chọn cắm chốt ống tủy ở vị trí chân hàm ếch, dựa trên Xquang cận chóp xác định

hướng chân răng, tránh khoan lạc đường hoặc khoan lấy quá nhiều mô răng gây thủng chân răng, lựa chọn gắn chốt thụ động tránh nguy cơ vỡ, rạn chân răng.

Mô lợi ở các răng hàm làm phục hình ở tất cả các bệnh nhân đều dày và lành mạnh, mô lợi săn chắc, đã được lấy cao răng và kiểm soát mảng bám từ trước khi mài chụp 2 tuần, không có tình trạng viêm lợi, chảy máu lợi ở thời điểm mài chụp nhằm đảm bảo sau khi lắp chụp có đường viền lợi đẹp và thẩm mỹ. Đường hoàn tất các răng hàm ở mặt ngoài, các mặt bên là dạng bờ vai và dưới lợi, phía trong là bờ cong sâu hoặc bờ vai dưới lợi, nhằm đảm bảo tính thẩm mỹ của chụp khi rìa chụp sau lắp ở dưới bờ lợi trên nền mô lợi lành mạnh. Đường hoàn tất cần đồng đều và liên tục ở tất cả các mặt, không được tạo các khắc bậc thang tạo các điểm yếu cho phục hình. Cần lưu ý một số điểm như phải sử dụng chỉ co lợi và dụng cụ đạt chỉ co lợi nhẹ nhàng tránh làm tổn thương mô lợi và không gây co lợi tụt lợi ảnh hưởng đến kết quả phục hình. Ngoài ra, khi mài đường hoàn tất, cần sử dụng cây chặn lợi để bảo vệ lợi và đảm bảo đạt được đường hoàn tất đẹp, rõ nét mà không gây tổn thương thêm cho mô lợi cũng như tôn trọng khoảng sinh học của mô quanh răng.

V. KẾT LUẬN

Lý do làm phục hình chính là do sâu răng, bệnh lý tủy răng (97,5%), phần lớn là các răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất. Các răng sau mài cùi còn đủ 4 thành không phải cầm chốt ống tủy chiếm 55%, còn 3 thành chiếm 42,5% và 2 thành chiếm 2,5% cần cầm chốt, tái tạo cùi răng trước khi lấy dấu làm chụp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đại học Y Hà Nội**, Tài liệu hướng dẫn xây dựng đề cương nghiên cứu khoa học y học. Dự án Việt Nam-Hà Lan, 2013. Bài 6: Các phương pháp chọn mẫu, tính cỡ mẫu, Bài 12: Đạo đức trong nghiên cứu khoa học y học: p. 122-246.
2. **Andriani Jr, W., et al.**, Mechanical testing of indirect composite materials directly applied on implant abutments. 2010. 12(4).
3. **Trần Văn Trường, T.Đ.H.**, Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc. 2002: Nhà xuất bản Y học.
4. **Shillingburg, H.T., et al.**, Fundamentals of fixed prosthodontics. Vol. 194. 1997: Quintessence Publishing Company Chicago, IL, USA.
5. **Nguyễn Hồng Dương**, Chụp và cầu răng, tài liệu dịch. 1989, Nhà xuất bản Mosby St.Louis USA. p. 154-159.
6. **Viện đào tạo Răng Hàm Mặt, Phục hình cố định**. 2013. 4.
7. **KD, J.**, The influence of surface roughness on the retentive ability of two dental luting cements. J Oral Rehabil, 1978: p. 5:377.

TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG BỆNH NHÂN MẮC COVID-19 TẠI QUẬN BÌNH TÂN- THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2021

Nguyễn Thị Diệu Thuý², Nguyễn Thị Bình², Trần Văn Giang²,
Phạm Bích Diệp², Đỗ Thanh Tuấn², Trịnh Thị Trang²,
Nguyễn Minh Phương⁴, Ninh Quốc Đạt², Trịnh Thị Nhung⁶,
Hoàng Thị Huyền Trang⁴, Nguyễn Thị Thanh Thuý⁷, Đinh Thị Hoa⁷,
Lương Linh Ly², Phan Văn Nhã², Trần Tử Nghĩa³,
Nguyễn Chí Thành⁴, Hoàng Yến Hoa⁵, Đinh Anh Tuấn¹

TÓM TẮT

¹Bộ Y Tế

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Tổng cục KT-Bộ Quốc phòng

⁴Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

⁵Bệnh viện Saint Paul

⁶Bệnh viện Phổi Trung ương

⁷Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Diệu Thuý

Email: nguyendieuthuyhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 3.3.2023

Trong thời gian tháng 8/2021, đại dịch COVID-19 bùng phát ở thành phố Hồ Chí Minh, gây nên các diễn biến lâm sàng nghiêm trọng. Do thành phố trong giai đoạn cách ly toàn xã hội, việc thăm khám lâm sàng hết sức khó khăn. Tổng đài tư vấn sức khỏe đã được thiết lập giúp đánh giá, phân loại bệnh nhân từ xa. Phương pháp nghiên cứu: Các bệnh nhân được xác định đang mắc COVID-19 tại Quận Bình Tân, thành phố Hồ Chí Minh được các thầy thuốc từ Hà Nội hỏi bệnh và tư vấn qua tổng đài. Kết quả: Có 36279 lượt ca bệnh được tiếp cận thông tin từ tổng đài, nhiều nhất tại các phường Tân Tạo A, An Lạc và Tân Tạo. Các biểu hiện bệnh cao điểm vào giai đoạn 10/8 - 27/8/2021 với các triệu chứng giống cúm. Sốt thường gặp nhất với 52,4%; sau đó là mệt mỏi, đau cơ là 33,8% và ho 11,7%. Các triệu chứng khác ít gặp hơn