

NHẬN XÉT HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ SÂU RĂNG MẶT BÊN CỦA RĂNG HÀM SỮA CHƯA TỔN THƯƠNG TÙY Ở TRẺ EM 5-8 TUỔI BẰNG FUJI VII

VÕ TRƯƠNG NHƯ NGỌC - Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét hiệu quả điều trị sâu răng mặt bên răng hàm sữa chưa tổn thương tủy ở trẻ em 5-8 tuổi bằng fuji VII. **Đối tượng:** Trẻ em từ 5-8 tuổi, sâu răng mặt bên răng hàm sữa chưa tổn thương tủy đến khám tại khoa RTE Trung tâm KTC, Viện ĐT RHM, Đại học Y Hà Nội từ tháng 4-10/2013.

Phương pháp nghiên cứu: Can thiệp lâm sàng không đối chứng.

Kết quả nghiên cứu: Trong tổng số 23 trẻ từ 5-8 tuổi đến khám và điều trị có 59RHS bị sâu răng mặt bên chưa tổn thương tủy (32%), 48 răng chưa bị vỡ thành nào (81,3%), vỡ 1 thành chiếm 13,6%. Khoảng cách từ lỗ sâu tới tủy trên X quang < 2mm chiếm 72,9%, >2mm là 27,1%. Kết quả tiếp xúc mặt bên sau trám: 78% tốt, 22% không tốt. Tỷ lệ thành công là 76,2% trong đó nguyên nhân thất bại chủ yếu là bong miếng trám (11,9%), dất thức ăn (6,8%) rồi đến vỡ miếng trám (5,1%).

Từ khóa: Sâu răng mặt bên, răng hàm sữa, trẻ em.

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF TREATING PROXIMAL CARIES ON PRIMARY MOLAR WITH FUJI VII

Objective: to assess the effectiveness of treating proximal tooth caries on primary molars of 5-8yrs children with Fuji VII.

Subjects and methods: Children from 5-8 years diagnosed with proximal caries of primary molars were included in this study. They were patients of Pediatric Dept of Dental Clinic of Odonto-Stomatology Institute, Hanoi medical university from April- Oct, 2013. We conducted a prospective, descriptive study.

Results and conclusions: In 23 patients, we found that there are 59 primary molars with proximal tooth caries (32%), 48 without breaking wall of caries hall (81.3%). The distance from caries lesion to the pulp on X-ray: <2mm 72.9%, >2mm 27.1%. The result of proximal contact after filling is 78% qualified, 22% unqualified. The success rate is 76.2% and the majority of unsuccess case is caused by fall of dental filling (11.9%), trapped food (6.8%), and dental filling destruction (5.1%).

Keywords: Proximal tooth caries, primary molar tooth caries, pediatric dental caries, GC Fuji VII.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, sâu răng được xem như là tai họa toàn cầu thứ 3, ở trẻ em bệnh sâu răng là một trong những bệnh răng miệng phổ biến nhất

Sâu răng sữa thường tiến triển nhanh, nếu không được điều trị sẽ dẫn đến biến chứng viêm tủy, viêm quanh cuống làm ảnh hưởng tới mầm răng vĩnh viễn, sức khỏe của trẻ hoặc phải nhổ sớm răng sữa trước tuổi. Cho đến nay trám răng sữa sâu đó được nhiều nhà khoa học trên thế giới quan tâm nghiên cứu và tỷ lệ thành công cao (89,6% - 99%)

Ở nước ta, các răng sữa thường được phục hồi bằng các vật liệu truyền thống như Amalgam, GIC,

Composite và gần đây là chụp thép có sẵn. Mặc dù vậy các nha sĩ thường xuyên phải đối mặt với nguy cơ bong sút, vỡ miếng trám, sâu tái phát... làm ảnh hưởng nhiều đến chất lượng và kết quả điều trị cũng như uy tín của nha sĩ, nhất là đối với các lỗ sâu mặt bên. Bên cạnh đó việc theo dõi và đánh giá hiệu quả điều trị trên các răng sữa sống tủy cũn gặp nhiều khó khăn. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Nhận xét hiệu quả điều trị sâu răng mặt bên răng hàm sữa chưa có tổn thương tủy răng bằng Fuji VII.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng

Là các bệnh nhân đến khám tại khoa RTE Trung tâm Kỹ thuật cao Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt. Nghiên cứu được tiến hành từ 1/4/2013 đến 30/9/2013.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Trẻ em tuổi từ 5-8 có sâu răng mặt bên răng hàm sữa chưa có tổn thương tủy.
- Trẻ hợp tác và bố mẹ trẻ đồng ý cho trẻ tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Trẻ không hợp tác hoặc bố mẹ trẻ không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Các RHS lung lay nhiều hoặc có tổn thương nha chu chưa được điều trị.

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng.

Các bước tiến hành nghiên cứu

(1)Hỏi bệnh sử. (2) Khám lâm sàng. (3) Cận lâm sàng (X quang và thử tủy), (4) Trám lỗ sâu, (5). Khám lại sau 3 tháng

Xử lý số liệu: Số liệu được làm sạch, mã hóa và nhập bằng phần mềm Epidata 3.1. Phân tích bằng phần mềm SPSS 16.

Đạo đức nghiên cứu: Bố mẹ của trẻ đều được giải thích về nghiên cứu. Trẻ tham gia nghiên cứu khi có sự hợp tác của trẻ và sự đồng ý của bố mẹ. Quy trình khám và điều trị được đảm bảo để không gây ra bất kỳ ảnh hưởng xấu nào cho trẻ. Mọi thông tin của đề tài chỉ phục vụ nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Ban đầu có 31 trẻ được điều trị nhưng sau 3 tháng chỉ có 23 trẻ tái khám với 59 RHS nên chúng tôi tiến hành phân tích kết quả trên 23 trẻ này.

1. Tỡnh trạng mô cứng của các lỗ sâu

Bảng 1. Tỡnh trạng thành các lỗ sâu

Số thành vỡ	Số lượng	%	P
Không vỡ thành nào	48	81,3	0,000
Vỡ 1 thành	8	13,6	
Vỡ 2 thành	2	3,4	
Vỡ 3 thành	1	1,7	
Tổng	59	100%	

Phần lớn các RHS cũn đủ 3 thành chiếm tỷ lệ 81,3%. Khi so sánh bằng thuật toán χ^2 sự khác biệt giữa các nhóm cú ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

2. Khoảng cách từ lỗ sâu đến tủy trên X quang

Qua thăm khám lâm sàng kết hợp chụp phim sau điều trị, chúng tôi nhận thấy trong 59 RHS được điều trị thử cú 43 RHS cú khoảng cách từ lỗ sâu tới sừng tủy <2mm (72,9%) cũn lại 16 RHS cú khoảng cách >2mm (27,1%).

Trong số 43 RHS cú khoảng cách từ lỗ sâu tới tủy <2mm thử cú 10 RHS (23,3%) cú khoảng cách từ 0,5 - 1 mm và 33 RHS (76,7%) cú khoảng cách từ 1-2 mm.

3. Tỡnh trạng các điểm chạm sau khi trám

Kiểm tra khớp cắn ở tư thế lồng múi tối đa và đưa hàm sang 2 bên, trong số 59 RHS ngay sau khi trám thử số RHS cú điểm chạm không cao. Chỉ cú 32 RHS cú điểm chạm chiếm tỷ lệ 54,2% và 45,8% RHS không cú điểm chạm ngay sau khi trám.

4. Thất bại và nguyên nhân

Bảng 2: Nguyên nhân thất bại

Thất bại	Tổng	%
Dắt thức ăn	4	6,8
Vỡ miếng trám	3	5,1
Rơi miếng trám	7	11,9
Tổng	14	23,8%

Trong số 59 RHS được điều trị, sau 3 tháng tái khám chúng tôi nhận thấy cú 4 RHS (6,8%) gây dắt nhiều thức ăn, 3 RHS (5,1%) bị vỡ miếng trám đồng thời dẫn đến dắt thức ăn và 7 RHS (11,9%) bị rơi miếng trám hoàn toàn.

Như vậy cú 14 RHS cần trám lại trong tổng số 59 RHS điều trị, chiếm tỷ lệ 23,8% và 45 RHS điều trị thành công, chiếm tỷ lệ 76,2%.

Khi so sánh bằng thuật toán χ^2 sự khác biệt giữa tỷ lệ thành công và thất bại cú ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

BÀN LUẬN

Về khoảng cách từ lỗ sâu tới sừng tủy trên X quang, trong số 59 RHS được điều trị thử khoảng cách từ lỗ sâu tới sừng tủy thường là 1 - 2 mm (76,7%) cho thấy rằng chiều dày thành tủy mỏng, sâu răng dễ tiến triển vào tủy. Trong số 10 RHS cú khoảng cách từ lỗ sâu đến sừng tủy là 0,5 - 1 mm hay gặp nhất là các lỗ sâu phía gần RHS thứ nhất là RHS thứ hai hàm dưới, điều này cho thấy sừng tủy phía gần của các RHS này rất cao, rất gần với đường ranh giới men - ngà.

Về vấn đề chạm khớp, việc tạo lại đúng chiều cao ban đầu của thân răng sẽ giúp ổn định kích thước dọc của tầng mặt dưới nếu mất tầm cắn răng sau thử nguy cơ cắn sâu về sau. Tuy vậy việc duy trở chiều cao tầng mặt dưới đũi hồi ở mặt nhai hơn là mặt bên.

Đối với các lỗ sâu mặt bên thường hay đối mặt với bong, vỡ miếng trám. Tròn cổc RHS cũn sống tủy thử việc duy trở sự tồn tại của miếng trám để bảo tồn tủy, tránh sâu tái phát và sự dắt thức ăn là điều quan trọng. Hơn nữa vật liệu GIC tuy cú nhiều ưu điểm trong điều trị ở trẻ em nhưng khả năng chịu lực không được tốt như Composite hay Amalgam cho nên GIC không được khuyến cáo sử dụng cho những lỗ sâu mặt bên,

vỡ vậy kết quả đạt không được tốt. Vỡ những lý do trên, trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ cú 54,2% số miếng trám cú chạm khớp.

So với chụp thép cú sẵn thử việc tạo được điểm chạm khớp sau trám của GIC thấp hơn hẳn. Theo nghiên cứu của Vũ Trương Như Ngọc, tỷ lệ chụp thép cú điểm chạm rất cao 96,77% và tỷ lệ cú điểm chạm của Amalgam là 94,74%. Vỡ vậy, trong những trường hợp cần tạo điểm chạm tốt, nhất là để duy trở tầm cắn tránh cắn sâu thử tốt nhất vẫn là sử dụng chụp thép.

Về vấn đề tạo lại tiếp xúc mặt bên, đây là điều rất quan trọng để giúp trẻ tránh dắt thức ăn và ổn định cung răng trong quá trình ăn nhai. Để cú tiếp xúc mặt bên tốt, nhất là vị trí giữa 2 RHS để tránh dắt thức ăn cho trẻ, chúng tôi đều sử dụng đai và băng trám, nhồi chặt vật liệu trám và chờ miếng trám cứng hẳn mới tháo đai và băng trám.

Mặc dù vậy sau khi trám vẫn cú 22% số miếng trám cú tiếp xúc mặt bên không tốt khi kiểm tra với chỉ tơ nha khoa. Kết quả của chúng tôi tương đương với kết quả của tác giả Vũ Trương Như Ngọc.

Về vấn đề điều trị thất bại, sau 3 tháng chúng tôi ghi nhận được 14 RHS (23,8%) cần thay thế lại miếng trám, trong đó gồm 4 miếng trám gây dắt nhiều thức ăn (6,8%), 3 miếng trám bị vỡ và cũng gây dắt thức ăn (5,1%), 7 miếng trám bị bong hoàn toàn (11,9%). Tỷ lệ thay thế lại của miếng trám Fuji VII trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nhiều so với tỷ lệ thay thế lại của chụp thép cú sẵn trong nghiên cứu của tác giả Vũ Trương Như Ngọc (3,23%). Chúng tôi nhận thấy các RHS cú thành bị vỡ thử tỷ lệ thay thế lại miếng trám cao hơn vỡ vậy cần sử dụng vật liệu thay thế khác tốt hơn để tránh việc trám lại nhiều lần.

Tỷ lệ cần thay lại miếng trám của chúng tôi thấp hơn tỷ lệ thay thế lại của nhóm chất trám thông thường của tác giả Vũ Trương Như Ngọc (29,27%) nhưng tác giả theo dừi sau 6 tháng và Ngụ Minh Phỳc (52,8%) nhưng tác giả này theo dừi trong 9 tháng.

Đối với vấn đề sâu tái phát, chúng tôi chụp phim các răng điều trị sau 3 tháng không phát hiện khoảng không cản quang ở đáy hay thành lỗ hàn cú thể vỡ thời gian theo dừi ngắn, chưa phát hiện được sâu tái phát.

Đối với điều trị ở RHS thử mục tiêu là duy trở miếng trám cho đến khi các răng này được thay thế bằng răng vĩnh viễn, theo Taco Pilot thử thời gian tối đa cần duy trở miếng trám trên răng sữa là 6 năm.

Trong các RHS được điều trị thử cổc lỗ sâu cú vỡ thành đối mặt với tỷ lệ thất bại cao hơn. Các đặc tính vật lý của GIC và sự lưu giữ kém của các lỗ sâu loại này dẫn đến miếng trám không kháng lại được lực nhai. Vỡ vậy, theo chúng tôi đối với các RHS cú các lỗ sâu mặt bên nhỏ, cũn đủ thành của lỗ tròn thử cú thể sử dụng GIC vỡ đây vẫn là vật liệu cú rất nhiều ưu điểm để điều trị cho trẻ em. Nhưng nếu các lỗ sâu mặt bên lớn, khụng cũn đủ các thành để nâng đỡ miếng trám, nhất là vỡ thành nướu hoặc cổc thành cũn lại mỏng thử cần sử dụng vật liệu khác, lý tưởng nhất vẫn là chụp thép cú sẵn để phục hồi thân răng.

Trong các loại Fuji thử Fuji VII màu hồng dễ nhận biết nên bố mẹ trẻ rất dễ theo dừi miếng trám. Loại vật

liệu này sử dụng đơn giản, độ bám dính rất tốt và đông cứng nhanh ngay cả trong môi trường ẩm ướt vậy rất thuận lợi để phục hồi răng sữa. Fuji VII đông cứng nhanh, miếng trám sẽ đổi từ màu hồng sẫm sang màu hồng nhạt, mất độ bóng và đông cứng dần. Khi miếng trám mất độ dẻo thờ khụng nòn nhồi nữa vỡ sẽ làm vỡ miếng trám và giảm độ bám dính vào mô răng.

Tuy vậy, độ cứng của Fuji VII không cao, dễ góy vỡ cho nên tránh sử dụng đối với những vị trí đũi hời phải chịu lực nhai lớn hoặc lỗ sấu khụng cũn đủ các thành để nâng đỡ miếng trám.

Về kỹ thuật trám, đối với lỗ sấu mặt bòn thờ việc sử dụng đái và băng trám khi phục hời thân răng đó được biết đến từ rất lâu và gần như là bắt buộc để có miếng trám tốt. Khi sử dụng đái, băng trám và chêm gỗ nếu vỡ thành nướu thờ cú thể nhồi chặt để miếng trám cứng hơn mà không sợ vật liệu chui vào khe nướu. Chêm gỗ nên sử dụng loại nhỏ nhất có thể để tránh làm tổn thương gai nướu. Bề mặt miếng trám tiếp xúc với băng trám rất nhẵn, ít tạo gờ khắc với mô răng do đó ít bám dính thức ăn.

Mặc dù vậy theo chúng tôi, miếng trám mặt bên là rất quan trọng để tránh dất thức ăn dễ dẫn đến các vấn đề bệnh lý về nha chu, ngăn chặn sâu răng tiến triển và nhất là bảo vệ tủy trên những răng cũn sống

tủy. Vỡ vậy cần sử dụng đái và băng trám khi điều trị lỗ sấu mặt bên nếu có thể để có được miếng trám tốt.

KẾT LUẬN

Tỷ lệ thay thế lại 23,8% có xu hướng ngày càng tăng, nhất là các lỗ sấu có thành bị vỡ. Số răng có điểm chạm sau khi trám không cao (chỉ 54,2%). Kỹ thuật trám đũi hời nhiều thời gian nhưng tạo lại tiếp xúc mặt bên tốt nếu trám đúng kỹ thuật và cải thiện được tởnh trạng mụ nha chu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Trương Như Ngọc (2004), Nhận xét hiệu quả sử dụng chụp thép tạm thời trong phục hời răng hàm sữa trẻ em. Luận văn tốt nghiệp BSNTBV. ĐHY Hà Nội. Tr. 12-15,63.
2. Vũ Trương Như Ngọc (2013). Bệnh sâu răng ở trẻ em. Răng trẻ em. Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam. Tr. 97-100.
3. Ngô Minh Phúc (2005). “Đánh giá hiệu quả lỗ hàn loại I và II răng hàm sữa trẻ em 6-7 tuổi bằng Fuji IX GP trong chương trình nha học đường”. Luận văn Thạc sỹ Y học. Đại học Y Hà Nội. Tr. 54-62.
4. Taco Pilot, Jo Frencken, Evert Van Amerogen, Yupin Songpaisan (2005), Manual for the atraumatic restorative treatment approach to control dental caries, Pediatr Dent, PP 127-131.
5. Bernadatte Drummond, Nicky Kilpatrick, Roland Bryant (1997), Dental caries and restorative paediatric dentistry. Pp. 55-81