

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ MÁT MỘT RĂNG BẰNG CẦU RĂNG DÁN THẨM MỸ VỚI SƯỜN SỢI THỦY TINH

Bùi Giảng Minh Trí^{1}, Phạm Văn Linh¹, Phan Thế Phước Long², Trâm Kim Định¹*

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Trường Đại học Đà Nẵng

**Email: buigiangminhtri@gmail.com*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Mất răng xảy ra ở mọi lứa tuổi gây ra xáo trộn về hệ thống nhai và ảnh hưởng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, việc phục hồi lại đủ răng mất là điều rất cần thiết. Một phương pháp xâm lấn tối thiểu mới được sử dụng để tái tạo lại răng mất là cầu răng dán thẩm mỹ với sườn sợi thủy tinh. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả điều trị mất một răng bằng cầu răng dán thẩm mỹ với sườn sợi thủy tinh trên bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, năm 2018 – 2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Can thiệp lâm sàng không nhóm chứng trên 58 bệnh nhân trong đó 23 nam và 35 nữ từ 16 đến 60 tuổi với 64 đơn vị phục hình 39 răng trước và 25 răng sau tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ sau 6 tháng theo dõi từ tháng 3/2018 đến tháng 05/2020. **Kết quả nghiên cứu:** Sau khi lắp có 98,4% đạt kết quả tốt. Sau 6 tháng có 1,6% độ bền kém, 92,2% đạt kết quả tốt. **Kết luận:** Cầu răng dán thẩm mỹ với sườn sợi thủy tinh là một lựa chọn tốt để phục hồi mất một răng.

Từ khóa: phục hồi răng, cầu răng dán thẩm mỹ, sườn sợi thủy tinh.

ABSTRACT

EVALUATION OF THE TREATMENT RESULTS IN TOOTH LOSS BY FIBER-REINFORCED COMPOSITE BRIDGE

Bui Giang Minh Tri¹, Pham Van Linh¹, Phan The Phuoc Long², Tram Kim Dinh¹

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Da Nang University

Background: Tooth loss occurs at all ages, causing a disturbance to the chewing system, affecting the life quality of the patients and the restoration of enough teeth is essential. A new minimally invasive method applied to reconstruct tooth loss is fiber-reinforced composite fixed partial dentures. **Objective:** To evaluate the results in a tooth loss treatment using fiber-reinforced

*composite fixed partial dentures on patients treating at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital in 2018-2020. **Materials and method:** Uncontrolled clinical trial on 58 patients including 23 males and 35 females aged 16 to 60 years old with 64 prosthetic units 39 anterior and 25 posterior bridge at Can Tho University of Medicine Hospital after 6 months follow up from March 2018 to May 2020. **Results:** After installation, 9.4% achieved good results. After 6 months, 1.6% that had poor durability, 92.2% achieved good results. **Conclusion:** fiber reinforced composite fixed partial dentures were a good option for restoring lost teeth.*

Keyword: dental restoration, resin bonded bridge, fiber reinforced composites.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mất răng là một tình trạng rất thường gặp và xuất hiện ở mọi lứa tuổi, nếu không được điều trị sẽ làm xáo trộn khớp cắn, tiêu xương ổ răng... ảnh hưởng đến chức năng ăn nhai, thẩm mỹ và phát âm. Vì thế việc phục hồi răng đã mất là rất cần thiết [11].

Năm 1973, lần đầu tiên cầu răng dán được giới thiệu giúp phục hồi chức năng và hình thể răng mất với ưu điểm ít làm tổn hại cho mô răng còn lại, tuy nhiên vẫn còn một số nhược điểm về khả năng dán dính chưa cao, dẫn đến nhiều thất bại khi thực hiện [5].

Ngày nay, với sự ra đời của vật liệu mới là sợi thủy tinh cùng với sự phát triển của hệ thống dán và Composite đã cho ra phương pháp thực hiện cầu răng dán với sườn sợi thủy tinh mới, giúp khắc phục được những nhược điểm của cầu răng dán truyền thống [14]. Ưu điểm của phương pháp mới không những phục hồi lại chức năng và hình thể của răng đã mất mà còn ít tổn hại mô răng, nhẹ nhàng và rút ngắn thời gian điều trị chỉ trong một lần hẹn.

Nhiều báo cáo chỉ ra rằng cầu răng dán bằng sợi thủy tinh có thể tồn tại với một thời gian dài trên 5 năm, thậm chí trên 7,5 năm [9], [15]. Với những cơ sở trên, cầu răng dán bằng sợi thủy tinh rất có thể trở thành một khuynh hướng mới cho việc phục hồi răng đã mất trong tương lai. Tuy nhiên vẫn còn nhiều ý kiến trái chiều, nghi ngờ về tính bền chắc của nó và ở Cần Thơ chưa có cơ sở nào áp dụng phương pháp này, vì thế để làm sáng tỏ những vấn đề trên chúng tôi thực hiện đề tài này.

Mục tiêu nghiên cứu:

Đánh giá kết quả điều trị mất một răng bằng cầu răng dán thẩm mỹ với sườn sợi thủy tinh trên bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, năm 2018 – 2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân có vùng mất một răng, đến khám và điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, năm 2018-2020.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân trên 16 tuổi. Có mất một răng. Răng trụ hai đầu là răng thật và thân răng không có phục hồi cố định. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân nghiến răng, há miệng hạn chế. Vùng mất răng quá hẹp hay quá rộng. Răng trụ nghiêng quá mức lớn hơn 45⁰, có tổn thương quanh chóp, bệnh nha chu chưa điều trị ổn định. Khớp cắn không thuận lợi. Bệnh nhân không thể nằm lâu trên ghế nha.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Can thiệp lâm sàng không nhóm chứng.

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu thu được là 58 bệnh nhân với 64 đơn vị phục hình.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

Nội dung nghiên cứu:

- Mô tả một số đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu: tuổi, giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp.
- Đánh giá kết quả điều trị sau khi gắn phục hình và sau 6 tháng theo tiêu chuẩn đánh giá phục hồi của USPHS (United States Public Health Service) và các chỉ số của nha chu [1], [3].

Bảng 1: Tiêu chí đánh giá kết quả điều trị sau khi gắn cầu răng dán.

Tiêu chí	Mức độ và ý nghĩa	
	Tốt	Trung bình
Độ bền	Cầu vững chắc, ổn định.	
Chức năng	Phục hồi khớp cắn.	
Thẩm mỹ	Hình dáng, kích thước hài hòa, giống răng thật, bề mặt bóng láng. Màu sắc giống với răng thật.	Tương đối giống răng thật, bề mặt nhám, lỗ, có thể đánh bóng. Hình thể nhíp có thể động thức ăn. Bất cân xứng nhẹ về màu sắc
Vùng cánh dán	Tiếp nối tốt, rà thám trám trơn láng, không bị vướng. Sợi thủy tinh được phủ kín Composite	Tiếp nối bị dư, Composite dư đè lên nước, rà vướng thám trám. Sợi thủy tinh không được phủ kín.
Sự hài lòng	Bệnh nhân rất hài lòng	Bệnh nhân chấp nhận được

Đánh giá chung: Tốt: cả 5 tiêu chí đều tốt. Trung bình: có từ 1 tiêu chí trung bình.

Bảng 2. Các tiêu chí đánh giá chất lượng phục hồi sau 6 tháng [1], [3].

Tiêu chí Đánh giá	Mức độ		
	Tốt	Trung bình	Kém
Độ bền	Cầu răng vững ổn. Không bị nứt, vỡ		Cầu răng bị sút một phần hay hoàn toàn. Bị nứt, vỡ
Chức năng	Ăn nhai được Khớp cắn không sang chấn	Ăn được thức ăn mềm. Khớp cắn không sang chấn	Không ăn được tại vùng cầu răng Gây chấn thương cho răng lân cận
Thẩm mỹ	Hình dáng, kích thước giống răng thật. Màu sắc hài hòa với răng thật	Hình dáng, kích thước chấp nhận được. Nhíp vát ít thức ăn, không kích thích mô mềm, có thể mài chỉnh. Bất cân xứng màu sắc có thể trám mặt để sửa chữa. Bề mặt bị mẻ có thể trám lại	Bề mặt thô, không đúng giải phẫu. Nhíp vát thức ăn kích thích mô mềm. Màu sắc không hài hòa, không thể trám để sửa chữa. Bề mặt bị bể quá lớn.
Vùng cánh dán	Tiếp nối tốt. Rà thám trám trơn láng. Sợi thủy tinh được bao phủ tốt.	Lộ sợi thủy tinh có thể trám lại để sửa chữa. Cánh dán hở ít có thể dán lại.	Cánh dán bị sút hoàn toàn, phục hình bị lỏng lẻo

Bảng 3. Tiêu chí đánh giá ảnh hưởng của phục hồi lên răng và mô nha chu sau 6 tháng [1], [3].

Tiêu chí đánh giá		Mức độ		
		Tốt	Trung bình	Kém
Mô cứng của răng	Sâu răng	Không		Có
Tủy và chóp	Tủy răng chóp răng	Không đau		Viêm tủy hoặc viêm quanh chóp
Tình trạng nha chu	Mảng bám (PI' - PI)	Không gây tích tụ mảng bám	Gây tích tụ mảng bám ít	Tích tụ mảng bám nhiều
	Viêm nướu (GI' - GI)	Không làm nặng hơn viêm nướu trước đó	Là nguyên nhân gây tăng viêm nướu nhẹ	Là nguyên nhân gây tăng viêm nướu nhiều
	Độ lung lay răng	Không gây tăng độ lung lay răng.	Gây tăng lên 1 độ.	Gây tăng từ 2 độ trở lên.
	Tiêu xương ổ răng	Không tăng	Tiêu xương ổ răng tăng dưới 10% chiều dài chân răng so với trước	Tiêu xương ổ răng tăng trên 10% chiều dài chân răng.

Đánh giá chung: Tốt: 7 tiêu chí đều tốt.

Khá: có 1 tiêu chí trung bình.

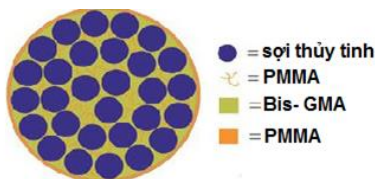
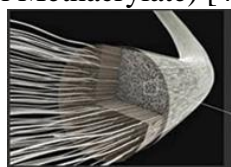
Trung bình: có 2 – 4 tiêu chí trung bình.

Kém: có 5 – 6 tiêu chí trung bình hoặc 1 tiêu chí kém.

Tính chất của sợi và các bước thực hiện cầu răng dán thẩm mỹ sườn sợi thủy tinh bằng phương pháp trực tiếp.

- Tính chất cơ bản của sợi thủy tinh

Sợi thủy tinh (Fiberglass) là nhóm sợi khoáng chất. Thành phần gồm: silicon dioxide, hợp chất oxit của Al, Ca, Bo, Mg, Na... Thủy tinh là vật liệu dễ vỡ nhưng khi qua nung ở nhiệt độ cao được kéo thành những sợi rất mảnh đường kính từ 1-20 micromet, có được các đặc tính đặc biệt: độ cứng, độ kéo căng cao, chống ăn mòn tốt, mềm dẻo, chịu được nhiệt cao và ít thấm nước. Mỗi bó sợi với hàng ngàn sợi đơn tổ hợp thành tạo thành cấu trúc IPN (interpenetrating Polymer Network). Bên trong cấu trúc IPN, từng sợi thủy tinh được bao phủ chung quanh bởi nhựa bis-GMA (bisphenol A-glycidyl methacrylate) và PMMA (Poly Methyl Methacrylate) [4].



A. Một bó sợi thủy tinh B. Thiết diện ngang của bó sợi thủy tinh

Hình 1. Cấu trúc sợi thủy tinh

(Nguồn: Izgi 2011) [7].

Hiện nay có nhiều loại sợi Fiberglass sử dụng trong nha khoa: everStick, GlasSpan, Splint-IT, GrandTEC,... Một số loại sợi Polyethylene khác cũng được sử dụng rộng rãi Ribbond, Fibre Strand... Trong nghiên cứu của chúng tôi chọn sử dụng sợi everStick C&B vì một số ưu điểm so với các loại sợi Polyethylene, dễ sử dụng, phổ biến và

có sẵn trên thị trường, hiện nay có hơn 30 quốc gia sử dụng vật liệu này. Sợi everStick C&B cắt ngang cho thấy có 4000 sợi thủy tinh đơn, mỗi sợi có đường kính 1,5 mm xếp song song nhau và được trộn lẫn với nhựa resin tạo ra cấu trúc IPN, tạo độ cứng là 750Mpa [4].

• *Kỹ thuật thực hiện*

Bước 1: Chuẩn bị răng, có hoặc không tạo xoang, cạo vôi đánh bóng, cô lập răng. Xác định chiều dài sợi sườn từ 2/3 ngang thân răng trụ này đến 2/3 thân răng trụ kia.

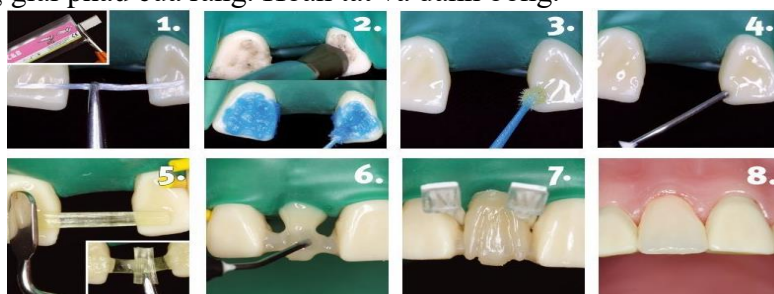
Bước 2: Etching bề mặt men răng bằng acid phosphoric 37% trong 45-60 giây, rửa lại bằng nước và thổi hơi thật khô.

Bước 3: Bonding, thổi hơi nhẹ để chất keo có thể len vào hết các vi ngàm, chiếu đèn 20' để chất keo đông cứng lại.

Bước 4: Thoa một lớp composite lỏng lên vùng bonding, sau đó ép mỏng sợi thủy tinh đặt lên vùng hai răng trụ cho áp sát vào mặt răng, chiếu đèn 10 giây mỗi bên.

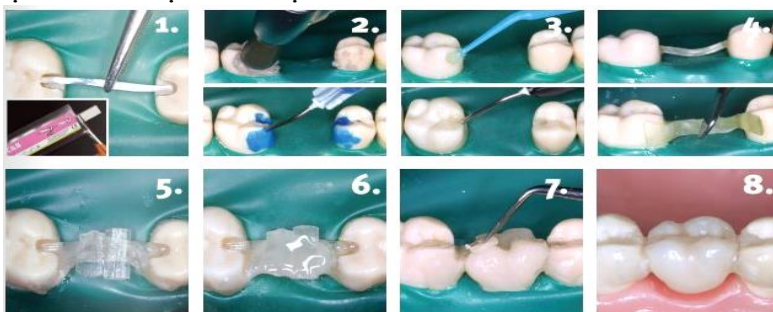
Bước 5: Đặt thêm sợi thủy tinh ngắn vào khoảng giữa của vùng mất răng. Phủ một lớp composite lỏng lên toàn bộ các sợi thủy tinh, chiếu đèn 40 giây trên mỗi 1cm.

Bước 6: Sử dụng composite đặc và composite lỏng có màu thích hợp để điều khắc tái tạo lại hình dạng giải phẫu của răng. Hoàn tất và đánh bóng.



Hình 2: Thực hiện cầu răng dán sợi bằng phương pháp trực tiếp ở răng trước (Nguồn: Rensburg, 2015) [8].

Đối với vùng răng sau các bước tiến hành tương tự, nhưng sườn cầu răng được gia tăng nhiều bó sợi hơn để chịu nhiều lực tải hơn.



Hình 3: Cầu răng dán sợi bằng phương pháp trực tiếp ở vùng răng sau (Nguồn: Rensburg, 2015) [8].

Phương pháp xử lý số liệu: nhập liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0, sử dụng test Chi bình phương, Fisher's Exact. Mức ý nghĩa khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Mẫu nghiên cứu gồm 58 bệnh nhân, trong đó có 23 nam chiếm 39,7% và 35 nữ chiếm 60,3%. Tỷ lệ ở nhóm < 25 tuổi và từ 25-50 tuổi lần lượt là 43,1% và 48,3%.

Lao động trí óc chiếm 62,1% (nữ chiếm 37,9 %) cao hơn lao động tay chân (37,9%). Trình độ đại học, cao đẳng chiếm 58,6%. Không có đối tượng mù chữ.

3.2. Đánh giá kết quả sau khi lắp phục hình và sau 6 tháng

58 bệnh nhân được điều trị với 64 cầu răng được thực hiện trong đó có 39 (61%) cầu răng trước và 25 (39%) cầu răng sau.

3.2.1. Sau khi lắp phục hình

3.2.1.1. Kết quả sau khi gắn răng

Tất cả các cầu răng (100%) đều đạt kết quả tốt về sự bền vững, chức năng, vùng cánh dán, sự hài lòng của bệnh nhân. Có 63 cầu răng (98,4%) đạt đánh giá tốt về thẩm mỹ.

3.2.1.2. Kết quả chung theo nhóm răng sau khi gắn răng

Bảng 4. Kết quả chung sau khi lắp theo nhóm răng

Nhóm	Vị trí răng	Đánh giá chung				Tổng		Giá trị p*
		Tốt		Trung bình				
		n	%	n	%	n	%	
Răng trước	Cửa giữa	20	31,2	0	0	20	31,2	0,609
	Cửa bên	15	23,4	1	1,6	16	25	
	Nanh	3	4,7	0	0	3	4,7	
Răng sau	Côi nhỏ	18	28,2	0	0	18	28,2	
	Côi lớn	7	10,9	0	0	7	10,9	
Tổng		63	98,4	1	1,6	64	100	

*Kiểm định Fisher's Exact

Nhận xét: Có 98,4% trường hợp đạt kết quả tốt, trong đó có 1 trường hợp (1,6%) ở răng trước có kết quả trung bình. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,01$).

3.2.2. Sau 6 tháng tái khám

Bảng 5. Kết quả sau 6 tháng

Tiêu chí	Mức độ	Răng trước		Răng sau		Tổng		Giá trị p*
		n	%	n	%	n	%	
Độ bền	Tốt	39	60,9	24	37,5	63	98,4	0,391
	Trung bình	0	0	0	0	0	0	
	kém	0	0	1	1,6	1	1,6	
Chức năng	Tốt	39	60,9	24	37,5	63	98,4	0,391
	Trung bình	0	0	1	1,6	1	1,6	
	kém	0	0	0	0	0	0	
Thẩm mỹ	Tốt	37	57,8	25	39,1	62	96,9	0,368
	Trung bình	2	3,1	0	0	2	3,1	
	kém	0	0	0	0	0	0	
Vùng cánh dán	Tốt	39	60,9	24	37,5	63	98,4	0,391
	Trung bình	0	0	0	0	0	0	
	Kém	0	0	1	1,6	1	1,6	

*Kiểm định Fisher's Exact

Nhận xét: Có 98,4% trường hợp có tiêu chí về độ bền, chức năng, vùng cánh dán đạt kết quả tốt. Thẩm mỹ đạt 96,9% tốt. Có 1 trường hợp (1,6%) ở răng sau có độ bền và vùng cánh dán được đánh giá là kém. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,01$).

Bảng 6. Kết quả chung sau 6 tháng

Nhóm	Đánh giá								Tổng		Giá trị p*
	Tốt		Khá		Trung bình		Kém				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Răng trước	37	94,9	2	3,1	0	0	0	0	39	61	0,065
Răng sau	22	88	0	0	2	5,1	1	4	25	39	
Tổng	59	92,2	2	3,1	2	3,1	1	1,6	64	100	

*Kiểm định Fisher's Exact

Nhận xét: Sau 6 tháng tỷ lệ thành công ở nhóm răng cửa là 94,9%, ở nhóm răng sau là 88%. Kết quả chung tốt chiếm 92,2%, khá và trung bình đều chiếm 3,1%, kém chiếm 1,6%. Khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Về tuổi, giới: Trong nghiên cứu có 58 bệnh nhân với 64 đơn vị phục hình, tuổi từ 16 đến 60 được chia làm 3 nhóm: < 25, 25 – 50, > 50.

Về thẩm mỹ: Việc phục hồi lại răng mất có hình dáng, kích thước và màu sắc tương xứng, giống răng thật, phù hợp với răng bên cạnh là rất quan trọng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1/64 đơn vị không đạt thẩm mỹ ban đầu. Do trường hợp thực hiện trên bệnh nhân bị mất răng cửa bên với tình trạng các răng bị nhiễm màu tetracyclin nặng độ III, răng có màu phức tạp với nhiều dải màu nâu, xám sậm ngang thân răng. Đối với trường hợp này, để đạt được thẩm mỹ tốt nhất là phục hồi sứ [2] vì composite không tạo lại màu giống với màu răng thật được nên việc điều trị chỉ thành công ở việc tái tạo hình dạng và chức năng, còn về thẩm mỹ, trường hợp này đánh giá là trung bình, tuy nhiên bệnh nhân rất hài lòng vì chi phí rẻ, phục hồi lại răng đã mất mà không mài răng thật.

Theo đánh giá của chúng tôi thì ngay khi hoàn thành độ thẩm mỹ đạt 98,4%. Đây là một tỷ lệ cao, vì được thực hiện trực tiếp trong miệng nên dễ dàng điều chỉnh hình dạng và màu sắc cho phù hợp nhất với các răng còn lại. Sau 6 tháng theo dõi tỷ lệ này còn 96,9%, nguyên nhân là có thêm 1 trường hợp phục hình bị đổi màu xám. Do Composite sau 6 tháng tiếp xúc với môi trường miệng có sự đổi màu theo thời gian. Theo nghiên cứu của Z. A. Ijaimi (2015) đánh giá về chất lượng phục hồi Composite, tỉ lệ đổi màu sau 6 tháng là 5,2% [6]. Mức độ thay đổi màu phụ thuộc vào nhiều yếu tố, trong đó thói quen sử dụng thuốc lá và chế độ ăn uống nhiều cafein có thể làm trầm trọng thêm việc đổi màu [12].

Về phục hồi chức năng: Khớp cắn tốt ở cả trạng thái tĩnh và động, sự hài hòa với các răng đối diện và răng kế bên, giúp bệnh nhân ăn nhai tốt và không ảnh hưởng đến các tổ chức khác trong miệng như má, lưỡi. Theo nghiên cứu của chúng tôi, kết quả phục hồi chức năng ăn nhai sau khi lắp đạt tỷ lệ 100%, sau 6 tháng tỷ lệ này là 98,4%, có 1 trường hợp cầu răng phía sau vùng cánh dán bị sút không hoàn toàn, nó như một hàm tháo lắp tựa lên trên sống hàm nên bệnh nhân vẫn ăn nhai được thức ăn mềm.

Về sự bền vững của phục hình liên quan đến vùng dán: Độ bền của cầu răng dán phụ thuộc vào lực kết dính ở vùng cánh dán và lực ăn nhai. Độ bền sau 6 tháng theo dõi đạt 98,4%, không ghi nhận trường hợp gãy sườn nào, chỉ có 1 trường hợp (1,6%) bị sút cánh dán ở vùng răng sau như đã mô tả. Bệnh nhân này là nam, trung niên, cơ bắp, lực cắn lớn, tuy nhiên cầu răng không bị gãy mà bong sút ở vùng dán qua đó cho thấy lực dán yếu hơn

lực kháng gãy, trái ngược với nghiên cứu của Céleste C.M. van Heume (2010) nghiên cứu cầu răng dán sợi với Composite ở răng sau trong 5 năm. Tỷ lệ gãy sườn (8,3%) cao hơn tỷ lệ bị bong sút (5,2%) và cao nhất trong các nguyên nhân thất bại [15].

Về mảng bám, viêm nướu và sâu răng: Trước và sau khi điều trị, phục hình không gây tăng nguy cơ mảng bám, viêm nướu và sâu răng trong tất cả các trường hợp.

Về tiêu xương và lung lay răng: sau điều trị không có trường hợp nào làm trầm trọng hơn tiêu xương, lung lay răng.

Về sự hài lòng của bệnh nhân: 100% bệnh nhân hài lòng về thẩm mỹ và chức năng phục hình. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Malmstrom (2015), đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân theo thang điểm VAS khi được điều trị với cầu răng dán, mức độ hài lòng cao VAS > 80. Nhờ đây là phương pháp phục hồi nhanh chóng, đơn giản, ít xâm lấn, nên không gây ảnh hưởng đến tâm lý như các phương pháp xâm lấn khác.

Tỷ lệ thành công ở vùng răng trước trong nghiên cứu này là 94,9% tương đồng với các nghiên cứu về cầu răng dán sợi ở vùng răng trước của các tác giả Spinis (2013) là 94% của Kumbologlo (2015) là 97,7% [9], [13]. Tỷ lệ thành công 94,9% cao và không có trường hợp nào bị sút, gãy cho thấy sự ổn định và thích hợp nhất cho điều trị ở vùng răng trước, quan tâm nhất đối với phục hồi này cho vùng răng cửa là tạo lại thẩm mỹ cho bệnh nhân.

Tỷ lệ thành công ở vùng răng sau là 88% cao hơn nghiên cứu về cầu răng dán sợi ở vùng răng sau của các tác giả Izgi (2011) là 71,4%, của Heumen (2010) là 78% [7], [15]. Tỷ lệ này thấp hơn so với vùng răng trước, tuy ít quan trọng về thẩm mỹ hơn nhưng cầu răng sau khó thực hiện hơn vì điều kiện khó làm hơn (nước bọt, cản trở môi, má, lưỡi...) và mức độ yêu cầu lưu giữ ở vùng này cần cao hơn do lực ăn nhai mạnh hơn.

Tỷ lệ thành công chung là 92,2% tương đồng với nghiên cứu của Malmstrom (2015) nghiên cứu về độ sống sót của cả cầu răng dán phía trước và sau trong 2 năm theo dõi là 93% [10]. Với mức độ thành công này cùng với chi phí điều trị phù hợp, cầu răng dán sợi thủy tinh có thể ứng dụng rộng rãi hơn, tuy nhiên cần có những nghiên cứu tiếp theo với thời gian theo dõi lâu hơn, để đánh giá chính xác hơn khả năng ứng dụng lâu dài của cầu răng dán thẩm mỹ sợi thủy tinh.

V. KẾT LUẬN

Sau khi gắn răng 100% các cầu răng kết quả tốt về độ bền, chức năng, vùng cánh dán, nhóm răng trước và nhóm răng sau đạt thẩm mỹ tốt 98,4%.

Sau 6 tháng gắn răng độ bền, chức năng, vùng cánh dán đều đạt tốt 98,4%.

Cầu răng dán thẩm mỹ với sợi thủy tinh là một sự lựa chọn tốt để phục hồi mất một răng, mức độ hài lòng của bệnh nhân cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bayne S. C (2005), Reprinting the classic article on USPHS evaluation methods for measuring the clinical research performance of restorative materials, *Clinical oral investigations*, 9(4), pp. 209-214.
2. Chen J. H (2005), Clinical evaluation of 546 tetracycline-stained teeth treated with porcelain laminate veneers, *Journal of dentistry*, 33(1), pp. 3-8.
3. Cvar J. F (2005), Reprint of criteria for the clinical evaluation of dental restorative materials., *Clinical oral investigations*, 9(4), pp. 215-232.
4. Diana W (2012), Analysis of the interdiffusion of resin monomers into pre-polymerized fiber-reinforced composites, *Dental materials : official publication of the Academy of Dental Materials*, 28(5), pp. 541-547.

5. George G. S (2002), Resin-retained Bridges Re-visited Part 1. History and Indications, *Primary dental care* 9(3), pp. 87-91.
6. Ijaimi Z. A (2015), Assessment of the Quality of Composite Resin Restorations, *Open Journal of Stomatology*, 5, pp. 19-25.
7. Izgi A. D (2011), Directly fabricated inlay-retained glass- and polyethylene fiber-reinforced composite fixed dental prostheses in posterior single missing teeth: a short-term clinical observation, *The journal of adhesive dentistry*, 13(4), pp. 383-391.
8. Jansen Van Rensburg J. J (2015), Fibre-Reinforced Composite (FRC) Bridge – A Minimally Destructive Approach, *Dent Update*, 42(4), pp. 360–366.
9. Kumbuloglu (2015), Clinical survival of indirect, anterior 3-unit surface-retained fibre-reinforced composite fixed dental prosthesis: Up to 7.5-years follow-up, *Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich*, 43(6), pp. 656-663.
10. Malmstrom H (2015), Success, clinical performance and patient satisfaction of direct fibre-reinforced composite fixed partial dentures - a two-year clinical study, *Journal of oral rehabilitation*, 42(12), pp. 906-913.
11. Nguyen T. C (2010), Oral health status of adults in Southern Vietnam a cross-sectional epidemiological study, *BMC Oral Health* 10(2), pp. 1-11.
12. Patel S. B (2004), The effect of surface finishing and storage solutions on the color stability of resin-based composites, *Journal of the American Dental Association*, 135(5), pp. 587-594.
13. Spinas E (2013), Prosthetic rehabilitation interventions in adolescents with fixed bridges: a 5-year observational study, *European journal of paediatric dentistry*, 14(1), pp. 59-62.
14. Vallittu P. K (2018), An overview of development and status of fiber-reinforced composites as dental and medical biomaterials, *Acta biomaterialia odontologica Scandinavica*, 4(1), pp. 44-55.
15. Van Heumen C. C (2010), Five-year survival of 3-unit fiber-reinforced composite fixed partial dentures in the posterior area, *Dental materials : official publication of the Academy of Dental Materials*, 26(10), pp. 954-960.

(Ngày nhận bài: 22/6/2020- Ngày duyệt đăng: 06/8/2020)
