

Đặc điểm lâm sàng, Xquang của bệnh nhân có chỉ định cấy ghép Implant tức thì ở vùng răng sau tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ năm 2019 - 2020

Nguyễn Mạnh Hùng¹, Vũ Quang Hưng^{2*}

¹Nha Khoa Mạnh Hùng, Hải Phòng

²Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

*Tác giả liên hệ

Vũ Quang Hưng

Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Điện thoại: 0914259666

Email: vqhung@hpmu.edu.vn

Thông tin bài đăng

Ngày nhận bài: 04/08/2023

Ngày phản biện: 10/08/2023

Ngày duyệt bài: 31/08/2023

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 19 bệnh nhân với 30 răng có chỉ định cấy ghép Implant tức thì ở vùng răng sau tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng, thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2019 đến tháng 9/2020 với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, Xquang của bệnh nhân có chỉ định cấy ghép Implant tức thì ở vùng răng sau. Thông tin được ghi nhận theo mẫu bệnh án, hỏi bệnh và khám lại bệnh nhân theo mẫu phiếu khám. Kết quả nghiên cứu cho thấy, trong số 19 bệnh nhân có chỉ định cấy ghép Implant tức thì ở vùng răng sau: Tỷ lệ bệnh nhân nữ chiếm 52,6% và bệnh nhân nam chiếm 47,4%. Độ tuổi trung bình là $43,5 \pm 12,8$ tuổi, trong đó nhóm tuổi 41 - 59 chiếm tỷ lệ cao nhất 52,6%. Nguyên nhân tổn thương răng do viêm quanh cuống chiếm tỉ lệ cao nhất 53,4%. Tỷ lệ chiều cao có ích của xương hàm vùng răng bị tổn thương đạt trên 4mm chiếm tỉ lệ 96,7%. Mật độ xương hàm vùng cấy ghép thuận lợi cho cấy ghép Implant đạt 100% loại xương D2, D3. Dựa vào các đặc điểm trên sẽ giúp bác sĩ lựa chọn kế hoạch điều trị phù hợp, thiết kế của Implant, cách thức phẫu thuật, thời gian liền thương và thiết kế khả năng chịu tải của phục hình sau này.

Từ khóa: cấy ghép Implant tức thì; vùng răng sau, Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng

Clinical and radiographic characteristics of patients with immediate Implant indication in the posterior region at Hai Phong University of Medicine and Pharmacy Hospital from 2019 – 2020

ABSTRACT: A cross-sectional descriptive study was conducted on 19 patients with 30 teeth indicated for immediate Implant placement in the posterior region at Hai Phong University of Medicine and Pharmacy Hospital. The study period was from January 2019 to September 2020, aiming to describe the clinical and radiographic characteristics of patients indicated for immediate Implant placement in the posterior region. Information was recorded according to the medical record template, patient interviews, and follow-up examination forms. The results showed that among the 19 patients indicated for immediate Implant placement in the posterior region, 52.6% were female and 47.4% were male. The average age was 43.5 ± 12.8 years, with the highest proportion (52.6%) in the age group of 41-59 years. The most common cause of tooth damage was periapical inflammation, accounting for 53.4%. The proportion of patients with a beneficial jaw bone height of over 4mm in the

affected region was 96.7%. The bone density in the implant placement area, which was favorable for Implant insertion, was 100% of bone types D2 and D3. These characteristics will help the doctor choose an appropriate treatment plan, implant design, surgical approach, healing time, and design the load-bearing capacity of the future restoration.

Keywords: *immediate Implant placement; posterior region; Hai Phong University of Medicine and Pharmacy Hospital*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng miệng là bộ phận đầu tiên của hệ thống tiêu hóa, răng có vai trò nhai nghiền thức ăn cung cấp dinh dưỡng, năng lượng cho cơ thể. Trong các bệnh lý về răng miệng thì mất răng gây hậu quả nặng nề, ảnh hưởng trực tiếp tới khả năng nhai làm cho hấp thu dinh dưỡng kém đi; ngoài ra mất răng còn ảnh hưởng tới phát âm, mất thẩm mỹ, từ đó dẫn tới các ảnh hưởng về sức khỏe, tâm lý và công việc của bệnh nhân. Vì vậy, việc phục hồi răng mất là nhu cầu cần thiết, đó là mong muốn của bệnh nhân cũng như mục tiêu điều trị của bác sĩ.

Hiện nay có rất nhiều phương pháp phục hồi răng mất như: hàm giả tháo lắp, cầu răng và Implant nha khoa. Với sự phát triển của cấy ghép nha khoa cùng với nhu cầu của người bệnh muốn rút ngắn thời gian phục hồi răng mất thì xu hướng cấy ghép Implant tức thì ngày càng được các bác sĩ lựa chọn. Răng giả làm trên Implant có những ưu điểm khác biệt, đó là nó được làm độc lập vào vị trí răng mất, không làm tổn thương răng kế bên, có thể cắm được ở những vị trí mà răng giả cố định kiểu cầu răng không làm được.

Trước khi có chỉ định cho bệnh nhân cấy ghép Implant tức thì, thì các bác sĩ Nha khoa bắt buộc phải đánh giá đặc điểm lâm sàng xương hàm vùng cấy ghép Implant nha khoa của từng bệnh nhân. Theo nghiên cứu của tác giả Bùi Việt Hùng cho thấy, trong 116 Implant, nguyên nhân mất răng có 42,24% là do sâu răng, 28,45% do viêm quanh răng và 27,59% do chấn thương. Đặc điểm giải phẫu liên quan đến quy trình kỹ thuật bao gồm: Độ đặc xương hàm vùng cấy Implant chủ yếu là loại D2 và D3, trong đó ở hàm trên phổ biến

nhất là loại D3 (chiếm tỷ lệ 53,33%) và ở hàm dưới phổ biến nhất là loại D2 (chiếm tỷ lệ 53,85%). Dạng sinh học mô mềm mỏng chiếm tỷ lệ 55,17% lớn hơn dạng sinh học mô mềm dày là 44,83% [1].

Hiện nay, phương pháp thực hiện cấy ghép Implant nha khoa được các bệnh viện cũng như các phòng khám Nha khoa tư nhân tại Hải Phòng ưu tiên lựa chọn, tuy nhiên lại có rất ít những nghiên cứu khoa học mô tả đặc điểm vùng xương hàm của bệnh nhân như thế nào thì phù hợp với chỉ định cấy ghép Implant. Những đặc điểm này của xương hàm có thể giúp bác sĩ định hướng lựa chọn kế hoạch điều trị, thiết kế của Implant, cách thức phẫu thuật, thời gian liền thương và thiết kế khả năng chịu tải của phục hình. Xuất phát từ nhu cầu thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, Xquang của bệnh nhân có chỉ định cấy ghép Implant tức thì ở vùng răng sau tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ năm 2019 - 2020.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân tổn thương răng có chỉ định cấy ghép Implant tức thì vùng răng sau bằng hệ thống Implant Neodent tại bệnh viện Đại học Y Dược Hải Phòng.

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân trên 18 tuổi. Bệnh nhân có các răng đơn lẻ không có chỉ định bảo tồn ở vùng răng sau: răng hàm nhỏ và răng hàm lớn, đủ xương vùng chóp (từ 4mm trở lên đối với hàm dưới, hàm trên nếu không đạt được 4mm thì phải kết hợp với thủ thuật nâng xoang) cho phép đạt được sự lưu giữ và độ vững ổn ban đầu của Implant. Bệnh

Bản quyền © 2023 Tạp chí Khoa học sức khỏe

nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân mắc các bệnh như: nhồi máu cơ tim, van tim nhân tạo, có thai, suy thận, đái tháo đường không kiểm soát được, loãng xương thứ phát toàn thân, nghiện rượu nặng, nhuyễn xương không đáp ứng với điều trị, bệnh nhân đang trong đợt xạ trị, khối u ác tính di căn, thiếu hụt hormone nặng, bệnh hệ thống, nghiện ma túy, nghiện thuốc lá nặng (trên 20 điếu một ngày).

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.

Thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2019 đến tháng 9/2020.

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Nghiên cứu của chúng tôi chọn tất cả các bệnh nhân có đủ điều kiện để cấy ghép tức thì Implant, có 19 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn và đồng ý tham gia nghiên cứu với 30 răng bị tổn thương có chỉ định cấy ghép Implant tức thì ở vùng răng sau.

Biến số nghiên cứu

Thông tin chung của bệnh nhân (tuổi, giới tính); nguyên nhân răng tổn thương; đặc điểm lâm sàng (chiều cao từ chóp răng bị tổn thương đến đáy xoang, chiều cao từ chóp

răng bị tổn thương đến ống răng dưới, mật độ xương quanh vùng răng bị tổn thương, độ rộng xương quanh răng cần nhổ, răng bị tổn thương theo vị trí, kích thước implant, ổn định sơ khởi); đặc điểm Xquang răng: (Ổn định sơ khởi,...).

Phương pháp và công cụ thu thập thông tin

Các chỉ tiêu nghiên cứu được ghi nhận theo mẫu bệnh án, hỏi bệnh và khám lại bệnh nhân theo mẫu phiếu khám. Các thông tin đều được mã hoá.

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0. Sử dụng thuật toán thống kê mô tả: Các giá trị biến định lượng được trình bày giữa dạng giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất, các giá trị biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ %.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng thông qua đề cương Trường Đại học Y Dược Hải Phòng phê duyệt và được sự đồng ý triển khai của lãnh đạo Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng. Tất cả đối tượng tham gia nghiên cứu được giải thích rõ về mục đích, nội dung và hoàn toàn tự nguyện tham gia nghiên cứu. Mọi thông tin của đối tượng nghiên cứu được bảo mật, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

KẾT QUẢ

Bảng 1. Phân bố đối tượng theo nhóm tuổi và giới

Giới tính \ Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng số	
	SL	%	SL	%	SI	%
18 - 40 tuổi	3	15,8	4	21,0	7	36,8
41 - 59 tuổi	5	26,3	5	26,3	10	52,6
≥ 60 tuổi	1	5,3	1	5,3	2	10,6
Tổng	9	47,4	10	52,6	19	100
Trung bình	42,5 ± 12,7		44,3 ± 13,6		43,5 ± 12,8	

Nhận xét: Trong số 19 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, bệnh nhân nữ chiếm 52,6% và bệnh nhân nam chiếm 47,4%. Độ tuổi trung bình là 43,5 ± 12,8 tuổi, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 24 tuổi và lớn nhất là 61 tuổi, trong đó nhóm tuổi 41 - 59 chiếm tỷ lệ cao nhất là 52,6%; sau đó là nhóm tuổi < 40 chiếm 36,8%, nhóm người cao tuổi có tỷ lệ ít nhất 10,6%.

Bảng 2. Nguyên nhân răng bị tổn thương theo tuổi

Nguyên nhân Nhóm tuổi	Sâu răng và biến chứng		Bệnh lý cuồng răng		Chấn thương		Tổng số	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
18 – 40 tuổi	3	10,0	5	16,7	4	13,3	12	40,0
41 – 59 tuổi	2	6,7	10	33,3	3	10,0	15	50,0
≥ 60 tuổi	2	6,7	1	3,3	0	0	3	10,0
Tổng	7	23,3	16	53,4	7	23,3	30	100

Nhận xét: Trong số 30 răng tổn thương của 19 bệnh nhân, nguyên nhân do viêm quanh cuồng răng chiếm tỉ lệ cao nhất (53,4%) và nhóm tuổi 41-59 bị viêm quanh cuồng răng cao nhất chiếm tỉ lệ là 33,3%; nguyên nhân do sâu răng và biến chứng là 23,3%; nguyên nhân do chấn thương là 23,3% chỉ gặp ở người dưới 60 tuổi.

Bảng 3. Phân bố vị trí và chiều cao có ích của xương hàm vùng răng bị tổn thương

Đặc điểm Vị trí răng	Hàm trên		Hàm dưới		Tổng số		
	SL	%	SL	%	SL	%	
Nhóm răng	Răng hàm nhỏ	8	26,7	4	13,3	12	40,0
	Răng hàm lớn	11	36,6	7	23,4	18	60,0
Chiều cao	< 4 mm	1	3,3	0	0	1	3,3
	4-5 mm	10	33,3	9	30,0	19	63,4
	> 5 mm	8	26,7	2	6,7	10	33,4
Tổng	19	63,3	11	36,7	30	100	

Nhận xét: Nhóm chiều cao có ích đạt mức độ trung bình 4-5mm chiếm tỉ lệ cao nhất 63,4%. Nhóm chiều cao có ích đạt mức độ tốt là lớn hơn 5 mm chiếm tỉ lệ 33,3%. Tỷ lệ chiều cao có ích của xương hàm vùng răng bị tổn thương đạt trên 4mm chiếm tỉ lệ 96,7 %.

Bảng 4. Chiều rộng của xương hàm vùng răng bị tổn thương

Chiều rộng Vị trí răng	Hàm trên		Hàm dưới		Tổng		
	SL	%	SL	%	SL	%	
Răng hàm nhỏ	< 8 mm	1	3,3	0	0	1	3,3
	8 -10 mm	6	20	4	13,3	10	33,3
	> 10 mm	1	3,3	0	0	1	3,3
Răng hàm lớn	< 8 mm	0	0	0	0	0	0
	8 - 10 mm	7	23,4	4	13,3	11	36,7
	> 10 mm	4	13,3	3	10	7	23,4
Tổng	19	63,3	11	36,7	30	100	

Nhận xét: Chiều rộng của xương hàm vùng răng tổn thương cần nhỏ có chiều rộng trung bình 8-10mm chiếm tỉ lệ cao nhất 70,0%. Chiều rộng đạt mức cao > 10mm gặp nhiều tại vùng răng hàm lớn (23,4%).

Bảng 5. Mật độ xương vùng quanh răng bị tổn thương

Mật độ xương	Vị trí răng	Hàm trên		Hàm dưới		Tổng	
		SL	%	SL	%	SL	%
Răng hàm nhỏ	D2	5	16,7	4	13,3	9	30,0
	D3	3	10,0	0	0	3	10,0
Răng hàm lớn	D2	1	3,3	6	20,0	7	23,3
	D3	10	33,3	1	3,4	11	36,7
Tổng		19	63,3	11	36,7	30	100

Nhận xét: Mật độ xương loại D2 chiếm tỉ lệ 53,3%, xương loại D3 chiếm tỉ lệ 46,7%. Mật độ xương hàm vùng cây ghép thuận lợi cho cây ghép Implant đạt 100% loại xương D2, D3.

BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi trên 19 bệnh nhân với 30 răng có chỉ định cấy ghép Implant tức thì ở vùng răng sau cho thấy: bệnh nhân có răng tổn thương cần cấy ghép Implant tức thì ở vùng răng sau có thể gặp ở mọi lứa tuổi từ nhỏ tuổi nhất là 18 tuổi và cao tuổi nhất là 61 tuổi, trung bình là 43,5 tuổi. Trong đó nhóm tuổi từ 41 – 59 tuổi là thường gặp nhất chiếm tỉ lệ là 52,6%, nhóm tuổi từ 40 tuổi trở xuống có tỉ lệ 36,8%, cuối cùng là nhóm người cao tuổi chiếm tỉ lệ ít nhất là 10,6%. Lứa tuổi của bệnh nhân trong nghiên cứu này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả khác như Phạm Thanh Hà (2011) nhóm tuổi từ 41 - 59 có tỉ lệ 52,6%. Nhóm tuổi trung niên từ 41-59 thường có đủ các điều kiện về sức khỏe, kinh tế và ý thức phục hồi răng mất hơn để thực hiện cấy ghép Implant [2]. Trong khi đó nhóm tuổi cao thông thường răng hỏng nhiều nhưng vì nhiều lý do như sức khỏe và đặc biệt là răng hỏng kèm tiêu xương quanh răng nhiều hơn nên có tỉ lệ cấy ghép thấp. Tuổi trung bình trong nghiên cứu này là 43,5 tuổi, kết quả này cũng tương tự như của các tác giả khác như tuổi trung bình trong nghiên cứu của Phạm Thanh Hà 43,3 [2]. Theo tác giả Đàm Văn Việt (2009) tuổi trung bình trong nghiên cứu là 39,4 [3]; trong nghiên cứu của tác giả Tạ Đức Mạnh (2009) tuổi

trung bình trong nghiên cứu là 48,4 [4]. Theo Nguyễn Thị Thu Hương (2009) tuổi trung bình trong nghiên cứu là 44 và nhóm tuổi trên 45 chiếm tỷ lệ cao nhất là 59,62% [5]. Một số tác giả nước ngoài nghiên cứu trên cả những bệnh nhân có độ tuổi cao trên 80 tuổi nên tuổi trung bình trong nghiên cứu của họ cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Theo Paulo Malos nghiên cứu trên 237 bệnh nhân ở tuổi từ 27-86, tuổi trung bình là 55 tuổi [6]. Theo Rabell A và Kohler SG nghiên cứu bệnh nhân ở tuổi từ 18 đến 81, tuổi trung bình là 55 [7]. Nhóm tuổi trên 60 ít gặp trong nghiên cứu này là phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân vì những người cao tuổi bị tổn thương răng cần nhổ thường vùng xương có ích để cấy ghép nhỏ, không đủ điều kiện cho sự ổn định sơ khởi, không phù hợp cho cấy ghép tức thì.

Trong nhóm bệnh nhân được chọn của nghiên cứu này, bệnh nhân nữ chiếm 52,6% và bệnh nhân nam chiếm 47,4%. Trong đó nam và nữ ở độ tuổi 41-59 và độ tuổi trên 60 có tỉ lệ bằng nhau. Nhóm bệnh nhân dưới 40 tỉ lệ nam và nữ có sự khác biệt: Nam 42,9% - Nữ 57,1%. Kết quả về giới tính này cũng tương đồng với nhiều tác giả về tỉ lệ nữ cao hơn nam trong các nghiên cứu trong nước như nghiên cứu của tác giả Phạm Thanh Hà tỉ lệ nam/nữ là 38,9/61 [2]; nghiên cứu của tác giả Nguyễn

Thị Thu Hương tỷ lệ nam/nữ là 46,2/53,8 [5]; Đàm Văn Việt tỷ lệ nam/nữ là 37,2/62,8 [8].

Nguyên nhân răng bị tổn thương cần nhỏ

Nguyên nhân tổn thương răng trong nghiên cứu này được đánh giá trên số răng bị tổn thương. Các nguyên nhân chính gây tổn thương răng cần nhỏ trong nghiên cứu được xác định gồm: sâu răng và biến chứng, viêm quanh răng, chấn thương. Tình trạng tổn thương răng phải nhỏ do nguyên nhân viêm quanh cuống chiếm tỉ lệ cao nhất 53,4%, trong đó nhóm 41-59 tuổi bị viêm quanh cuống cao nhất chiếm tỉ lệ 33,3%. Nguyên nhân do sâu răng và biến chứng chiếm tỉ lệ 23,3%. Nguyên nhân do chấn thương cũng có 7 trường hợp chiếm tỉ lệ bằng với nguyên nhân do sâu răng và biến chứng sâu răng là 23,3% và nguyên nhân chấn thương chỉ gặp ở người dưới 60 tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả khác so với nghiên cứu của tác giả Tạ Đức Mạnh 95,8% là do biến chứng sâu răng và bệnh lý tủy răng, số người bệnh mất răng do chấn thương chiếm 2,8% [4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng khác với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu Hương đưa ra nguyên nhân chính gây mất răng là do sâu răng và biến chứng, chiếm tỷ lệ 94,34% [5].

Vị trí răng bị tổn thương cần nhỏ

Răng hàm nhỏ có số răng bị tổn thương chiếm tỉ lệ 40,0% so với 60,0% răng hàm lớn. Hàm trên có số răng bị tổn thương chiếm tỉ lệ 63,3%; hàm dưới chiếm tỉ lệ 36,7%. Nhóm răng hàm nhỏ hàm dưới gặp ít nhất trong nghiên cứu này, chiếm tỉ lệ 13,3%. Số răng bị tổn thương cần nhỏ gặp nhiều nhất là nhóm răng hàm lớn hàm trên chiếm tỉ lệ 36,6%. Răng hàm nhỏ có tỉ lệ thấp, răng hàm lớn gặp tỉ lệ cao hơn vì nhóm răng hàm lớn ở vị trí thường có chiều rộng xương lớn nên được lựa chọn nhiều hơn cho kỹ thuật cấy ghép Implant. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu của tác giả Tạ Anh Tú năm 2010 về cấy ghép tức thì hăng Ankylos nhóm răng

hàm lớn chiếm cao nhất 40,6% và nghiên cứu của tác giả Tạ Đức Mạnh nhóm răng hàm lớn chiếm tỷ lệ 73,3%) [9], [4].

Răng hàm trên có chỉ định cấy tức thì nhiều hơn hàm dưới trong nghiên cứu này là do răng hàm trên có xoang hàm, đây là một yếu tố thuận lợi cho cấy ghép vì khi khoảng xương hàm có ích không đủ lớn (nhỏ hơn 4mm) thì chúng ta có thể làm thủ thuật nâng xoang, ghép xương để tạo đủ khoảng xương để cấy ghép. Trong nghiên cứu này có 03 trường hợp được chỉ định nâng xoang để tạo khoảng xương đủ để cấy ghép. Kết quả này có khác với các tác giả đã nghiên cứu trước về tỉ lệ hàm dưới cao hơn hàm trên. Theo Tạ Anh Tú (2010), cấy ghép tức thì Implant hăng Ankylos, có kết quả hàm dưới cao hơn hàm trên chiếm tỉ lệ 62,3% [9]. Trong nghiên cứu của Peter Gehrke nhóm răng hàm trên chiếm tỷ lệ 41,94%, tương đương với tỷ lệ 37,7% [10].

Chiều cao có ích vùng răng tổn thương cần nhỏ

Chiều cao có ích của vùng xương hàm răng nhỏ để cấy ghép:

- + Vùng liên quan xoang hàm: chiều cao từ chóp răng cần nhỏ tới đáy xoang hàm
- + Vùng liên quan ống răng dưới: chiều cao từ chóp răng cần nhỏ tới ống răng dưới.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chiều cao có ích của xương hàm vùng răng tổn thương cần nhỏ nhỏ hơn 4mm có 1 trường hợp chiếm tỉ lệ 3,3%, nhóm chiều cao 4-5mm chiếm tỉ lệ 63,4%, nhóm chiều cao lớn hơn 5 chiếm tỉ lệ 33,3%. Theo yêu cầu của nghiên cứu thì để đạt được độ ổn định sơ khởi ban đầu tốt thì khoảng xương có ích vùng răng tổn thương phải đạt được từ 4mm trở lên. Trường hợp nhỏ hơn 4mm thì phải có thủ thuật nâng xoang ghép xương để đạt được ổn định sơ khởi. Trong nghiên cứu này lựa chọn có tỉ lệ vùng xương có ích trên từ 4mm trở lên 96,7%, nó là tiền đề cho sự thành công của nghiên cứu cấy ghép tức thì này. So với các

nguyên cứu cấy ghép khác thì cấy ghép Implant tức thì có chiều cao có ích nhỏ hơn nhiều. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hương chiều cao có ích để cấy ghép đạt 10 - 12mm chiếm 52,83% và Tạ Đức Mạnh là 63,4% [5], [4].

Trong khi đó kết quả nghiên cứu của Phạm Thanh Hà cho thấy chiều cao có ích của xương hàm phổ biến nhất là từ 12-14mm với tỷ lệ 46,25% [2]. Đàm Văn Việt cũng cho thấy chiều cao có ích của xương hàm phổ biến nhất là từ 12-14mm với tỷ lệ 56,25% [3].

Chiều rộng của xương hàm vùng răng bị tổn thương

Trong nghiên cứu này chiều rộng của xương hàm vùng răng tổn thương cần nhỏ có chiều rộng trung bình 8-10mm chiếm tỉ lệ cao nhất 70,0%. Chiều rộng nhỏ hơn 8mm có 1 trường hợp chiếm tỉ lệ 3,3%. Chiều rộng lớn trên 10mm chiếm tỉ lệ 26,7%. Chiều rộng ở khoảng trung bình từ 8-10mm ở hàm trên và hàm dưới gần tương đương nhau. Vùng răng hàm nhỏ thì chiều rộng dưới 10mm là chủ yếu với 11/12 trường hợp chiếm 91,7%. Vùng răng hàm lớn thì chiều rộng tất cả các trường hợp là trên 8mm. Chiều rộng xương hàm vùng răng tổn thương có khoảng trung bình 8-10mm chiếm tỉ lệ 70,0%. Kết quả của chúng tôi cũng tương đương với kết quả nghiên cứu của các tác giả như Đặng Thanh Hà, chiều rộng xương hàm vùng răng hàm trên 8-10 mm chiếm 90%, hàm dưới 78,8% [2]; Đàm Văn Việt (2013) nghiên cứu điều trị mất răng từng phần bằng kỹ thuật cấy ghép Implant, chiều rộng vùng răng sau đạt trên 9mm chiếm tỉ lệ cao nhất 41,5% [8].

Mật độ xương vùng răng tổn thương

Theo kết quả những bệnh nhân được nghiên cứu có 100% mật độ xương hàm vùng cấy ghép đạt mức xương D2, D3. Trong đó mật độ xương loại D2 chiếm tỉ lệ 53,3%, xương loại D3 chiếm tỉ lệ 46,7%.

Nghiên cứu này chỉ gặp 2 loại mật độ xương hàm là D2 và D3, không gặp loại xương hàm

có độ D1 và D4. Đây là một trong các yếu tố thuận lợi để kết quả cấy ghép Implant trong nghiên cứu này thành công cao. Nếu mật độ ở mức D1 thì xương rất đặc ít mạch máu nuôi dưỡng nên thời gian lành thương lâu, nếu ở mức D4 thì xương loãng nên cấy ghép Implant cần phải người có kinh nghiệm.

Mật độ xương hàm trên chủ yếu là D3 chiếm tỉ lệ 43,3%. Mật độ xương hàm dưới chủ yếu là D2 chiếm tỉ lệ 33,3%. Điều này cũng phù hợp với giải phẫu, cấu trúc xương hàm cũng như các nghiên cứu của các tác giả trong nước như nghiên cứu của tác giả Tạ Tuấn Tú (2010), tỉ lệ mật độ xương trong nghiên cứu về cấy ghép tức thì hăng Ankylos là: D2 (71%), D3 (29%) [9]. Theo nghiên cứu của tác giả Đàm Văn Việt (2013) nghiên cứu về cấy ghép Implant gặp tỉ lệ mật độ xương lần lượt như sau: D2 (36,5%), D3 (54%), D4 (9,5%) [8]. Theo nghiên cứu của tác giả Dương Văn Tú (2019) nghiên cứu cấy ghép tức thì Implant Neodent, mật độ xương phân bố như sau: D2 (63,3%), D3 (36,7%). Theo nghiên cứu của Jaffin và Berman (1991) cho thấy tỉ lệ thất bại của Implant cao hơn ở vùng xương loại D4 [11].

KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy đặc điểm lâm sàng và Xquang của nhóm bệnh nhân có chỉ định cấy ghép Implant tức thì ở vùng răng sau như sau: Tỷ lệ bệnh nhân nữ chiếm 52,6% và bệnh nhân nam chiếm 47,4%. Độ tuổi trung bình là $43,5 \pm 12,8$ tuổi, trong đó nhóm tuổi 41 - 59 chiếm tỷ lệ cao nhất 52,6%. Nguyên nhân tổn thương răng do viêm quanh cuống chiếm tỉ lệ cao nhất 53,4%. Tỷ lệ chiều cao có ích của xương hàm vùng răng bị tổn thương đạt trên 4mm chiếm tỉ lệ 96,7%. Mật độ xương hàm vùng cấy ghép thuận lợi cho cấy ghép Implant đạt 100% loại xương D2, D3.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bùi Việt Hùng (2017), Nghiên cứu phẫu thuật và đánh giá kết quả cấy ghép nha khoa nhóm răng trước, Luận án Tiến sĩ Y học, Viện Nghiên Cứu Khoa Học Y Dược Lâm Sàng 108, Hà Nội.
2. Phạm Thanh Hà (2011). “Điều trị mất răng hàm lớn bằng phục hình Implant”. Luận án tiến sĩ y học.
3. Đàm Văn Việt (2009), “Bước đầu đánh giá cấy ghép Implant nha khoa trong phục hình răng cố định bằng hệ thống platon tại Viện RHM quốc gia năm 2006-2008”, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Răng Hàm Mặt.
4. Tạ Đức Mạnh (2009), “Nghiên cứu kết quả phục hình cố định trên cây ghép Implant”, Luận văn chuyên khoa cấp II, Học viện quân
5. Nguyễn Thị Thu Hương (2009), “Đánh giá hiệu quả cấy ghép và phục hình trên bệnh nhân mất răng từng phần bằng Implant”, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, trường đại học Y Hà Nội
6. Peter Gehrke (2005), “Surface-Enhanced dental Implant: a two-year interim report” Implantology update
7. Rabell A, Kohler SG. (2006), “Microbiological study on the prognosis of immediate Implant and periodontal disease”. Mund Kiefer Gesichtschir
8. Đàm Văn Việt (2013) "Nghiên cứu điều trị mất răng hàm trên từng phần bằng kỹ thuật Implant có ghép xương" Luận văn Tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
9. Tạ Tuấn Tú (2010), “Đánh giá kết quả cấy ghép Implant tức thì của hãng Ankylos”, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II.
10. Peter Gehrke (2005), “Surface-Enhanced dental Implant: a two-year interim report” Implantology update
11. Jaffin R, Berman C (1991), The excessive loss of Brånemark fixtures in type IV bone: A 5-year analysis, J Periodontol, 62, pp.2-4.