

thiệt cắt 2 vòi tử cung, lấy khối viêm, rửa ổ bụng và đặt dẫn lưu ổ bụng sau mổ.

* Thời gian hậu phẫu: Qua nghiên cứu 65 bệnh nhân, chúng tôi ghi nhận thời gian hậu phẫu trung bình $8,6 \pm 2,3$ ngày, nhanh nhất là 3 ngày và lâu nhất là 15 ngày. Trong đó nhóm thời gian hậu phẫu 6 - 10 ngày với 47 trường hợp chiếm tỷ lệ cao nhất là 72,3%, nhóm điều trị dưới 6 ngày với 8 trường hợp chiếm tỷ lệ 12,3%, nhóm > 10 ngày có 10 trường hợp chiếm 15,4%. Theo tác giả Nguyễn Lê Minh[2] có thời gian hậu phẫu trung bình là $5,8 \pm 3,0$ ngày, nhóm thời gian hậu phẫu dưới 6 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 48,5%, nhóm 6 - 10 ngày cũng chiếm tỷ lệ 47,4%. Thời gian hậu phẫu trong nghiên cứu của chúng tôi kéo dài hơn bởi lẽ đối tượng nghiên cứu của tác giả là phẫu thuật nội soi. Trong khi đó của chúng tôi thì 77,0% bệnh nhân phẫu thuật mổ mở, dính và rửa ổ bụng 100,0%, 80,0% các trường hợp phải đặt dẫn lưu. Vì vậy, thời gian sau mổ chủ yếu 6- 10 ngày.

* Dùng kháng sinh: Nhóm dùng phối hợp 2 kháng sinh chiếm tỷ lệ cao nhất là 55,0%, phối hợp 3 kháng sinh chiếm tỷ lệ 26,0%.

* Có thai: Tự nhiên chiếm 1,5%, có thai bằng kích thích phóng noãn và IUI (6,2%) và có thai bằng IVF (4,6%).

* Mức độ hài lòng: Tỷ lệ bệnh nhân hài lòng với phương pháp điều trị là 97,0%.

KẾT LUẬN

Tổn thương hay gặp nhất là dính tiểu khung. Can thiệp gặp nhiều nhất là gỡ dính và rửa ổ bụng. Cắt 2 VTC là can thiệp hay gặp nhất trên VTC chiếm 49,2% và 80,0% có dẫn lưu ổ bụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Bá Nha (2010), "*Hình thái lâm sàng viêm nhiễm đường sinh dục*", Viêm nhiễm đường sinh dục, Nhà xuất bản Y học. 67 – 100.

2. Nguyễn Lê Minh (2010), "*Đánh giá kết quả điều trị viêm phần phụ bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 4 năm 2007- 2010*". Luận văn Tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.

3. Nguyễn Thị Thu Hà (2019), "*Đánh giá kết quả nội soi viêm phần phụ tại bệnh viện Phụ Sản trung ương trong 3 năm 2016 - 2018*". Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.

4. Đinh Quốc Hưng, Lê Thị Thanh Vân và cộng sự (2016). "Mô tả hình thái tổn thương và các tác nhân gây viêm phần phụ ở bệnh nhân mổ nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương 2015-2016".

5. Afsoon Zarei (2009), "*Tubal Surgery*", Clinical Obstetrics and Gynecology, Vol 52. Num 3: 344 – 350.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, X QUANG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ MẤT RĂNG Ở VÙNG ĐÁY XOANG HÀM BẰNG KỸ THUẬT IMPLANT NHA KHOA

NGÔ HUY BÌNH¹,

NGUYỄN PHÚ THẮNG¹, TRỊNH HỒNG MỸ²

¹Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Đại học Y Hà Nội

²Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Bạch Mai

TÓM TẮT

Nghiên cứu tiến hành trên 29 bệnh nhân với 37 vị trí mất răng được cấy implant tại Trung tâm Nha khoa 225.

Kết quả nghiên cứu cho thấy nguyên nhân mất răng do sâu răng và bệnh lý tủy răng hay

gặp nhất chiếm tỷ lệ 67,6%. Chiều cao xương hàm vùng mất răng dưới 6 mm chiếm 32,4%, từ 6-9 mm chiếm 51,4% và chiều cao xương hàm từ 10mm trở lên chiếm tỷ lệ 16,2%. Chiều rộng xương hàm vùng mất răng từ 6-9mm chiếm tỷ lệ 83,8%, từ 10 mm trở lên chiếm tỷ lệ 16,2%. Chiều rộng xương hàm vùng mất răng từ 6-9mm chiếm tỷ lệ 83,8%, từ 10mm trở lên chiếm tỷ lệ 16,2%. Đánh giá mô mềm quanh implant hầu hết (95,5%) niêm mạc xung quanh bình thường, viêm nhẹ (4,5%). Kết quả phục hình sau lắp 1 tháng – 3 tháng 95,5% có kết quả phục hình tốt.

Chịu trách nhiệm: Ngô Huy Bình
Email: ngohuybinh2205@gmail.com
Ngày nhận: 22/9/2020
Ngày phản biện: 23/10/2020
Ngày duyệt bài: 02/11/2020

Xương hàm tại vị trí răng mất vùng đáy xoang hàm bị giảm kích thước theo cả chiều cao và chiều rộng.

Từ khóa: Mất răng, đáy xoang hàm, cấy ghép nha khoa

SUMMARY

CLINICAL, RADIOGRAPHICAL FEATURES AND OUTCOME OF TOOTHLOSS TREATMENT IN SINUS FLOOR REGION WITH DENTAL IMPLANTS

The study was conducted on 29 patients with 37 tooth loss positions that had done implant treatment at 225 Dental Center. The study result showed that the cause of tooth loss due to dental caries and pulpal disease is the most frequent that accounts for 67.6%. The jaw bone height of missing teeth positions under 6 mm accounts for 32.4%, from 6-9 mm accounts for 51.4%, and from 10 mm or more accounts for 16.2%. Prosthetic results after 1 month - 3 months: 95,5% have good restoration. After the prosthesis, there were no complications. The jaw bone where the tooth loss position is at the maxillary sinus floor is decreased in both height and width.

Keywords: Tooth loss, implant dentistry, maxillary sinus floor.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Mất răng là tổn thương thường gặp trong xã hội ngày nay. Để phục hồi lại răng mất, bệnh nhân có thể lựa chọn phương pháp phục hình cố định hoặc phục hình tháo lắp nhằm phục hồi lại chức năng ăn nhai, thẩm mỹ và tâm lý. Cấy ghép nha khoa là phương pháp cấy trực tiếp trụ implant bằng Titanium vào xương hàm vùng mất răng của bệnh nhân, sau đó răng giả được làm và gắn cố định lên trên các trụ implant. Ưu điểm của phương pháp cấy ghép implant là phục hồi răng mất cho bệnh nhân mà không phụ thuộc vào răng bên cạnh, không cần mài răng bên cạnh, góp phần bảo tồn tối đa răng thật cho bệnh nhân, tăng tính thẩm mỹ, phục hồi gần như hoàn toàn sức nhai. Tuy nhiên, ở hàm trên do đặc điểm giải phẫu có chứa xoang hàm ở hai bên việc cấy ghép implant ở vùng đáy xoang hàm luôn là một thách thức với các bác sĩ lâm sàng. Ở nước ta hiện chưa có nhiều những nghiên cứu cấy implant ở vùng này. Do vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm hình thái lâm sàng, X quang của vùng mất răng ở đáy xoang hàm và đánh giá kết quả điều trị mất răng ở vùng đáy xoang hàm bằng kỹ thuật implant nha khoa trên bệnh nhân*

mất răng tại Trung tâm Nha khoa 225, Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt năm 2019 -2020.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng

Bệnh nhân mất răng ở vùng đáy xoang hàm (Răng 5, 6, 7 hàm trên).

Tiêu chuẩn lựa chọn: Khoảng mất răng đủ để phục hình: Chiều cao xương có ích lớn hơn hoặc bằng 2 mm. Độ rộng (chiều ngoài trong) xương lớn hơn hoặc bằng 6 mm. Chiều gần – xa khoảng mất răng từ 6 mm trở lên. Khoảng cách từ mào xương đến mặt nhai răng đối diện từ 5mm trở lên. Bệnh nhân đủ sức khỏe để can thiệp phẫu thuật cấy ghép. Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân mắc các bệnh chống chỉ định phẫu thuật: bệnh nhiễm trùng cấp tính, bệnh về máu, bệnh tâm thần, suy giảm miễn dịch, tim mạch, tăng huyết áp, đái tháo đường không dùng thuốc điều trị. Các bệnh lý vùng răng hàm mặt: bệnh lý xoang hàm; bệnh lý xương hàm vùng đáy xoang như u, nang, răng ngầm. BN có tật nghiến răng. BN không hợp tác điều trị, không muốn tiếp tục tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng.

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức tính cỡ mẫu cho can thiệp lâm sàng

Công thức tính cỡ mẫu:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{(\epsilon p)^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu

$Z_{1-\alpha/2}$: Hệ số tin cậy = 1,96 (với $\alpha = 0,05$)

p: Tỷ lệ thành công của nghiên cứu trước (0,964) [9]

ϵ : Mức độ chính xác mong muốn (0.05)

Thay vào công thức tính được $n = 28,6 \rightarrow$ cỡ mẫu tối thiểu cần là 29.

Chọn mẫu: Lựa chọn bệnh nhân thỏa mãn yêu cầu lựa chọn đối tượng nghiên cứu đến khi đủ cỡ mẫu nghiên cứu.

Phương tiện nghiên cứu: Máy khoan Implant chuyên dụng. Hệ thống mũi khoan Implant, tay vặn kiểm soát lực, dụng cụ kiểm tra hướng, tay vặn thường. Trụ Implant, trụ lành thương (Healing), trụ lấy dấu (coping), trụ phục hình (Abutment) của hãng implant.

3. Các biến số nghiên cứu

- Các biến số về đặc điểm đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới
- Phân loại tình trạng xương theo Wang và Amar: implant nên đạt kích thước chuẩn: 4mm đường kính và 10mm chiều dài [10].
- Nguyên nhân mất răng, thời gian mất răng
- Chiều cao xương, chiều rộng xương, chiều gần xa khoảng mất răng, mật độ xương.

4. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được xử lý bằng thuật toán thống kê y học trên phần mềm SPSS 20.0. Trình bày bảng, biểu đồ thể hiện các kết quả nghiên cứu.

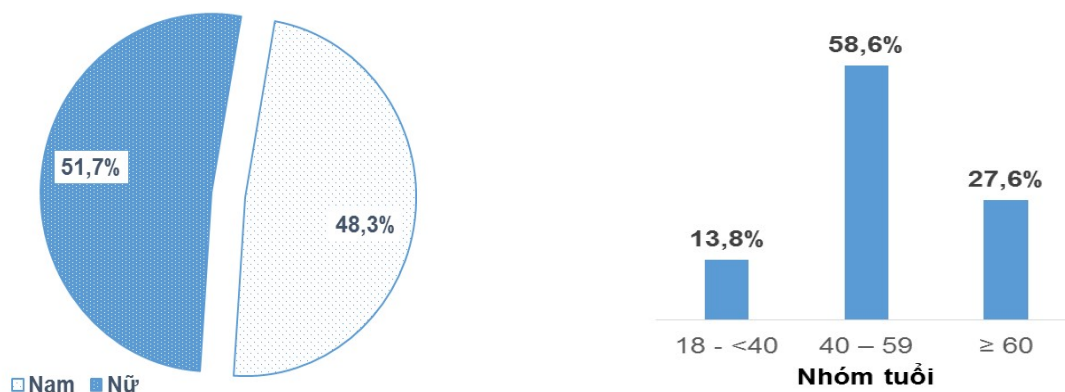
5. Đạo đức nghiên cứu

Đảm bảo quyền riêng tư của đối tượng nghiên cứu, thông tin thu thập được sự đồng ý của đối tượng nghiên cứu và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu và giúp cho công tác dự phòng, điều trị đạt kết quả tốt hơn.

KẾT QUẢ

1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 29 bệnh nhân với 37 vị trí mất răng thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn tham gia vào nghiên cứu.



Hình 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 29)

Kết quả hình 1 cho thấy tỷ lệ nam trong nghiên cứu chiếm 48,3% thấp hơn so với nữ giới (51,7%).

Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu $53,86 \pm 12,95$ tuổi, với tuổi nhỏ nhất 29, lớn nhất 76. Phần lớn đối tượng có độ tuổi từ 40-59 (58,6%); nhóm trên 60 tuổi có tỷ lệ thấp hơn 27,6%; thấp nhất là nhóm dưới 40 tuổi (13,8%).

Bảng 1. Vị trí mất răng và nguyên nhân mất răng (n = 37)

Đặc điểm chung		Số lượng	Tỉ lệ %
Vị trí mất răng	RHN	5	13,5
	RHL	32	86,5
	Tổng	37	100
Nguyên nhân mất răng	Sâu răng, BLTR	25	67,6
	Chấn thương	1	2,7
	Viêm quanh răng	11	29,7
	Bẩm sinh	0	0
	Tổng	37	100
Thời gian mất răng	< 6 tháng	8	21,6
	6- < 12 tháng	11	29,7
	12-60 tháng	7	18,9
	>60 tháng	11	29,8
	Tổng	37	100

Kết quả bảng 1, cho thấy với 37 vị trí răng mất, thì có tới 32/37 vị trí là ở vùng răng hàm lớn chiếm tới 86,5%. Nguyên nhân mất răng chủ yếu là do sâu răng và bệnh lý tủy răng (BLTR) chiếm 67,6%; tiếp sau là mất răng do viêm quanh răng chiếm 29,7%; có 1/37 răng mất do chấn thương 2,7%; không có răng nào mất do nguyên nhân bẩm sinh.

Tỷ lệ mất răng dưới 6 tháng là 21,6%; 6-12 tháng là 29,7%; 12-60 tháng là 18,9%; tỷ lệ thời gian mất răng cao nhất trên 60 tháng là 29,8%.

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng của vùng mất răng ở đáy xoang hàm (n = 37)

Đặc điểm		Số lượng	Tỉ lệ %
Mật độ xương	D1	0	0
	D2	4	10,8
	D3	28	75,7
	D4	5	13,5
Tổng		37	100
Chiều cao xương (mm)	2- < 6	12	32,4
	6-9	19	51,4
	≥10	6	16,2
	TB±SD (min-max)	6,89 ± 2,95	2-14
Tổng		37	100
Chiều rộng xương (mm)	6-9	31	83,8
	>9	6	16,2
	TB±SD (min-max)	8,08 ± 1,30	6-10
Tổng		37	100
Chiều gần xa xương (mm)	6-9	13	35,1
	>9	24	64,9
	TB±SD (min-max)	9,74 ± 1,75	6-12
Tổng		37	100
Chiều gần xa khoảng mất răng		9,48 ± 2,91	6-12
Khoảng liên hàm tính từ mào xương đến mặt nhai răng đối diện		5,91 ± 1,25	4-10

Bảng 3. Kết quả điều trị (n = 37)

Kết quả điều trị		Số lượng	Tỉ lệ %
Kết quả phẫu thuật 6 tháng sau cấy ghép	Không đào thải trụ	37	100
	Đào thải trụ	0	0
Mức độ tiêu xương 3 tháng sau cấy ghép	Giảm	11	29,7
	Không thay đổi	26	70,3
Mức độ tiêu xương 6 tháng sau cấy ghép	Giảm	11	29,7
	Không thay đổi	26	70,3
	TB±SD (min-max)	8,08±1,30	6-10
Mô mềm quanh implant	Niêm mạc xung quanh bình thường	35	95,5
	Viêm nhẹ	2	4,5
	Viêm mức độ TB	0	0
	Viêm nặng	0	0
KQ phục hình sau lắp 1 tháng/3 tháng	Tốt	35	95,5
	Trung bình	2	4,5
	Kém	0	0

Kết quả bảng 3, cho thấy 100% các ca phẫu thuật cấy trụ đều thành công, không có hiện tượng đào thải trụ sau phẫu thuật. Các trụ implant tích hợp xương tốt đủ điều kiện phục hình.

Mức độ tiêu xương 3 tháng và 6 tháng sau cấy ghép như nhau, có 11/37 răng (29,7%)

Bảng 2, cho thấy trong 37 răng, phần lớn mật độ xương hàm loại D3 75,7%; tỷ lệ mật độ D4 là 13,5%; D2 là 10,8%; không có răng nào mật độ loại D1.

Chiều cao hữu ích xương hàm vùng mất răng có giá trị trung bình là 6,89±2,95 mm, ngắn nhất 2mm, cao nhất 14mm. Trong đó, tỷ lệ chiều cao xương 6-9mm chiếm tỷ lệ cao nhất 51,4%; 2- < 6mm là 32,4%; thấp nhất là nhóm chiều cao trên 10 có 6/37 răng (16,2%).

Chiều rộng hữu ích xương hàm vùng mất răng có giá trị trung bình là 8,08±1,30 mm, ngắn nhất 6mm, rộng nhất 10mm. Trong đó, hầu hết có chiều rộng xương 6-9mm 83,8%; có 16,2% răng có chiều rộng xương hàm trên 9mm.

Chiều gần xa xương trung bình là 9,74±1,75mm, ngắn nhất 6mm; dài nhất 12mm. Trong đó phần lớn có chiều gần xa xương trên 9mm chiếm 64,9%; tỷ lệ 6-9mm là 35,1%.

Chiều gần xa khoảng mất răng trung bình là 9,48±2,91 mm.

Khoảng liên hàm tính từ mào xương đến mặt nhai đối diện trung bình là 5,91±1,25.

khoảng xương mất từ cổ trụ đến điểm tiếp xúc giữa xương và bề mặt trụ phía gần và phía xa trên phim Panorama giảm sau 6 tháng.

Đánh giá mô mềm quanh implant hầu hết (95,9%) niêm mạc xung quanh bình thường, có 2/37 răng có viêm nhẹ niêm mạc quanh implant(4,5%).

Kết quả phục hình sau lắp 1 tháng – 3 tháng: 95,5% đều có kết quả phục hình tốt.

BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 29 bệnh nhân, trong đó tỉ lệ nam trong nghiên cứu chiếm 48,3% thấp hơn so với nữ giới (51,7%). Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu $53,86 \pm 12,95$ tuổi, với tuổi nhỏ nhất 29, lớn nhất 76. Phần lớn đối tượng có độ tuổi từ 40-59 (58,6%); nhóm trên 60 tuổi có tỉ lệ thấp hơn 27,6%; thấp nhất là nhóm dưới 40 tuổi (13,8%). Các nghiên cứu của một số tác giả khác cũng cho thấy tỉ lệ bệnh nhân trên 40 tuổi tham gia nghiên cứu chiếm đa số. Nghiên cứu của Trương Mạnh Nguyên cũng chỉ ra số đối tượng > 45 tuổi chiếm tới 77,3% [1], hay tác giả Cao Thanh Hóa có số đối tượng > 41 tuổi chiếm tới 85,6% [2], Trịnh Hồng Mỹ (2012) cũng kết luận nhóm đối tượng từ 30-50 tuổi chiếm 58,9%, >50 tuổi chiếm 35,7% và < 30 tuổi chiếm 5,4% [3]. Sự tương đồng này có thể cho thấy khi đã ở độ tuổi ổn định, bệnh nhân bắt đầu quan tâm tới sức khỏe và chất lượng cuộc sống hơn nên tỉ lệ điều trị phục hình mất răng trên Implant cao hơn ở độ tuổi dưới 40 tuổi.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy với 37 vị trí răng mất, thì có tới 32/37 vị trí là ở vùng răng hàm lớn chiếm tới 86,5%. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu trước của Trương Uyên Cường (2018) có 34/44 Implant được cấy cho vùng RHL chiếm 77,3%, RHN 22,7% [1].

Nguyên nhân mất răng chủ yếu là do sâu răng và bệnh lý tủy răng chiếm 67,6%; tiếp sau là mất răng do viêm quanh răng chiếm 29,7%; có 1/37 răng mất do chấn thương 2,7%; không có răng nào mất do nguyên nhân bẩm sinh. Số liệu này phù hợp với kết quả của Nguyễn Đăng Thắng (2019) [4] bệnh lý sâu răng và biến chứng của bệnh lý tủy chiếm tỉ lệ 73,3%. Nguyên nhân tiếp theo là do biến chứng của bệnh viêm quanh răng (13,3%), do chấn thương răng (10,1%) và thiếu răng bẩm sinh ít gặp nhất (3,3%). Nghiên cứu của tác giả Cao Thanh Hóa với tỉ lệ mất răng do sâu răng và biến chứng là 78,6%, do viêm quanh răng là 17,9%, do chấn thương là 3,6%, không có trường hợp nào thiếu răng bẩm sinh [2].

Tỉ lệ mất răng dưới 6 tháng là 21,6%; 6-12 tháng là 29,7%; 12-60 tháng là 18,9%; tỉ lệ thời gian mất răng cao nhất trên 60 tháng là 29,8%.

Kết quả trong bảng 2, cho thấy: trong 37 vị trí mất răng, phần lớn mật độ xương hàm loại D3 cấu tạo bởi lớp xương vỏ mỏng, bên dưới là lớp

xương xốp ít cân quang, hình ảnh các bề xương mờ là 75,7%; tỉ lệ mật độ D4 (chủ yếu bởi lớp xương xốp ít cân quang, hình ảnh các bề xương rất mờ nhạt. Lớp xương vỏ rất mờ hoặc có thể không có) là 13,5%; D2 (cấu tạo bởi lớp xương vỏ dày, cân quang rõ, bên dưới là lớp xương xốp cân quang ít hơn với các bề xương rõ nét) là 10,8%; không có răng nào mật độ loại D1.

Xương hàm tại vị trí cấy ghép Implant sẽ được đánh giá theo chiều cao, chiều rộng, chiều gần xa khoảng mất răng. Việc lựa chọn Implant hoàn toàn phụ thuộc vào kích thước xương hàm, chiều dài Implant liên quan đến chiều cao xương hữu ích và chiều cao khoảng phục hình, đường kính Implant liên quan đến chiều rộng xương hữu ích và chiều dài khoảng mất răng [5].

Chiều cao có ích để cấy ghép implant ở hàm trên được tính từ mào xương ổ răng đến sàn xoang hàm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chiều cao hữu ích xương hàm vùng mất răng có giá trị trung bình là $6,89 \pm 2,95$ mm, ngắn nhất 2mm, cao nhất 14mm. chiều cao phổ biến nằm trong khoảng từ 6-9mm, chiếm 51,4%. Nhóm có chiều cao xương dưới 6mm chiếm 32,4%. Nhóm có chiều cao xương từ 10mm trở lên chiếm 16,2%. Tỉ lệ trên cho thấy chỉ định nâng xoang và cấy implant thường gặp ở những trường hợp có chiều cao xương dưới 10mm. Theo nghiên cứu của chúng tôi, lứa tuổi, nguyên nhân mất răng và thời gian mất răng cho đến khi làm phục hình ảnh hưởng rất nhiều đến chiều cao xương có ích còn lại của xương hàm.

Chiều rộng xương hàm vùng mất răng được đo theo chiều ngoài trong. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chiều rộng hữu ích xương hàm vùng mất răng có giá trị trung bình là $8,08 \pm 1,30$ mm, ngắn nhất 6mm, rộng nhất 10mm; khoảng chiều rộng hay gặp nhất là 6-9mm, chiếm tỉ lệ 83,8%, tiếp theo là chiều rộng trên 9mm chiếm 16,2%. Trong nghiên cứu này xương hàm vùng mất răng tiêu còn lại khoảng 6mm chủ yếu nằm trong khoảng 6-9mm, đủ để lưu giữ implant. Một số nghiên cứu khác đã được báo cáo thì kết quả cho thấy sự khác biệt về chiều rộng hữu ích xương hàm. Trương Uyên Cường (2018) báo cáo cho thấy tỉ lệ chiều rộng xương hàm < 6 mm rất ít (2,3%) [6] trong khi kết quả của Pramstraller và cộng sự (2010) lại có tỉ lệ đối tượng có chiều rộng xương hàm < 6 mm chiếm tỉ lệ lớn tới 56,16% [7].

Chiều gần xa xương trung bình là $9,74 \pm 1,75$ mm, ngắn nhất 6mm; dài nhất 12mm. Trong đó phần lớn có chiều gần xa xương trên 9mm chiếm 64,9%; tỉ lệ 6-9mm là 35,1%.

Chiều gần xa khoảng mắt răng trung bình là $9,48 \pm 2,91$ mm.

Khoảng liên hàm tính từ mào xương đến mặt nhai đối diện trung bình là $5,91 \pm 1,25$.

Hiện nay, việc sử dụng phương pháp chẩn đoán hình ảnh Xquang để đánh giá xương quanh trụ được sử dụng phổ biến. Tiêu xương quanh implant là khoảng xương mất từ cổ trụ đến điểm tiếp xúc giữa xương và bề mặt trụ phía gần và phía xa trên phim Panorama. Hiệu số giữa 2 giá trị điểm mốc là mức độ tiêu xương trong khoảng thời gian giữa hai điểm mốc. Trong nghiên cứu, chúng tôi đánh giá tiêu xương quanh trụ ghép qua hình ảnh Xquang về tiêu xương mặt gần và mặt xa Implant ở các thời điểm trước phục hình, sau phục hình 3 tháng, 6 tháng. Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt rõ rệt giữa tiêu xương trước và sau phục hình, nhưng không có sự khác nhau giữa các thời điểm sau phục hình. Mức độ tiêu xương 3 và 6 tháng sau cấy ghép 11/37 răng (29,7%) khoảng xương mất từ cổ trụ đến điểm tiếp xúc giữa xương và bề mặt trụ phía gần và phía xa trên phim Panorama giảm. Kết quả này cũng phù hợp với một số nghiên cứu trước cho thấy tiêu xương dần theo các thời điểm mỗi năm sau tiêu 0,1mm; trong nghiên cứu của Muncu E. (2010) cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của tiêu xương thời điểm 6 tháng, 12 tháng sau phục hình [8].

Đánh giá mô mềm quanh implant hầu hết (95,5%) niêm mạc xung quanh bình thường, có 2/37 răng có viêm nhẹ (4,5%).

Kết quả phục hình sau lắp 1 tháng - 3 tháng: 95,5% đều có kết quả phục hình tốt. Bệnh nhân có khả năng nhai dễ dàng và thoải mái tất cả các loại thức ăn kể cả thức ăn cứng như thịt nướng, lạc rang.... Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trịnh Hồng Mỹ cho tỷ lệ tốt trên 90% về cả chức năng và thẩm mỹ; vẫn có gặp biến chứng sau phục hình như viêm mô mềm quanh implant, tiêu xương quanh trụ đã làm giảm tỉ lệ thành công của Implant.

Như vậy việc cấy Implant nha khoa đã thể hiện nhiều ưu điểm, và tỷ lệ thành công cao. Tuy nhiên, cấy Implant vẫn còn một vài hạn chế nhất định, vấn đề phổ biến là tiêu xương vùng sống hàm sau khi mất răng làm khó khăn khi ra quyết định cấy trụ implant ở vùng đáy xoang hàm.

KẾT LUẬN

Nguyên nhân mất răng do sâu răng và bệnh lý tủy răng hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 67,6%. Chiều cao xương hàm vùng mất răng dưới 6 mm chiếm 32,4%, từ 6-9 mm chiếm 51,4% và

chiều cao xương hàm từ 10mm trở lên chỉ chiếm tỷ lệ 16,2%. Chiều rộng xương hàm vùng mất răng từ 6-9mm chiếm tỷ lệ 83,8%, từ 10mm trở lên chỉ chiếm tỷ lệ 16,2%. Đánh giá mô mềm quanh implant hầu hết (95,5%) niêm mạc xung quanh implant bình thường, số ít trường hợp bị viêm nhẹ (4,5%). Kết quả phục hình sau lắp 1 tháng - 3 tháng 95,5% có kết quả phục hình tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Viết Đa Đô, Trương Mạnh Nguyên** (2013), "Đặc điểm lâm sàng Xquang ở những bệnh nhân cấy Implant ở hàm trên cần ghép xương và nâng xoang hồ", *Tạp chí Y học thực hành*, 870, tr. 32 - 45.
2. **Cao Thanh Hóa** (2012), *Đánh giá kết quả cấy ghép Implant răng hàm trên có nâng xoang kín*, Đại học Y Hà Nội, Luận văn Thạc sĩ Y học.
3. **Trịnh Hồng Mỹ** (2012), *Nghiên cứu kỹ thuật cấy ghép implant trên bệnh nhân mất răng có ghép xương*. Luận án Tiến sĩ Y học, Viện Nghiên cứu Khoa học Y Dược lâm sàng 108, 58-59
4. **Nguyễn Đăng Thắng** (2019), *Đánh giá kết quả cấy ghép Implant trên bệnh nhân có nâng xoang kín ghép xương tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội năm 2017 - 2019*, Đại học Y Hà Nội, Luận văn Thạc sĩ Y học.
5. **Carl E Misch và Randolph R Resnik** (2020), "Available bone and dental implant treatment plans", *Misch's Contemporary Implant Dentistry E-Book*, tr. 415.
6. **Trần Thị Lan Anh, Trương Uyên Cường** (2018), "Nhận xét đặc điểm lâm sàng, x quang nhóm bệnh nhân cấy implant có nâng xoang ghép xương", *Tạp chí Y - Dược học Quân sự*, 1 (146-150).
7. **Mattia Pramstraller, Roberto Farina, Giovanni Franceschetti, et al.** (2011), "Ridge dimensions of the edentulous posterior maxilla: a retrospective analysis of a cohort of 127 patients using computerized tomography data", *Clinical Oral Implants Research*, 22(1), tr. 54-61.
8. **Emre Mumcu, Hakan Bilhan và Ali Cekici** (2011), "Marginal bone loss around implants supporting fixed restorations", *Journal of Oral Implantology*, 37(5), tr. 549-558.
9. **Phạm Thanh Hà** (2011). *Điều trị mất răng hàm lớn bằng phục hình implant*. Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội. 105-109, 118
10. **Wang H.L., Kattranji A.** (2008). *ABC sinus augmentation classification. Periodontics restorative Dent*, 28, 383-389.