

# ĐÁNH GIÁ TRÊN LÂM SÀNG VÀ XQUANG KẾT QUẢ SỬ DỤNG MÁNG HƯỚNG DẪN PHẪU THUẬT CẤY GHÉP IMPLANT MUỘN CHO BỆNH NHÂN MẤT RĂNG TỪNG PHẦN VÙNG RĂNG SAU

HOÀNG XUÂN HÙNG<sup>1</sup>, NGUYỄN PHÚ THẮNG<sup>2</sup>,  
TRẦN THỊ MỸ HẠNH<sup>2</sup>, NGUYỄN THỊ THU THÙY<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Trung tâm Nha khoa 225 Trường Chinh - Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt - Trường Đại học Y Hà Nội

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá trên lâm sàng và X quang kết quả sử dụng máng hướng dẫn phẫu thuật cấy ghép implant muộn ở nhóm bệnh nhân đến khám và điều trị tại Trung tâm Nha khoa 225 Trường Chinh.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 21 bệnh nhân mất răng từng phần vùng răng sau với 34 răng đủ điều kiện cấy ghép: có đủ khoảng trên cung răng (đủ chiều cao, chiều rộng, chiều dài), đủ sức khỏe để can thiệp phẫu thuật cấy ghép. Sau khi thăm khám lâm sàng và chụp phim CBCT, lấy dấu kỹ thuật số bằng hệ thống quét Planmeca trên miệng để thiết kế máng. Tiến hành cấy ghép implant trên máng hướng dẫn, theo dõi kết quả sau 3 - 6 tháng.

**Kết quả:** Đối tượng nghiên cứu có độ tuổi từ 40 - 59 hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 57,1%. Nguyên nhân mất răng do sâu răng và bệnh lý tủy răng hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 70,6%. Mức độ sai lệch vị trí implant theo 3 chiều không gian giữa implant kế hoạch và implant thực tế là góc:  $3,02 \pm 0,39^\circ$ , cổ implant:  $1,07 \pm 0,47$  mm, chóp implant:  $1,04 \pm 0,48$  mm, chiều đứng:  $0,73 \pm 0,36$  mm. Đánh giá mức độ sai lệch vị trí implant theo phía bên, ngoài trong, gần xa tại vị trí cổ và chóp implant tương ứng lần lượt là cổ:  $0,61 \pm 0,35$  mm, chóp:  $0,71 \pm 0,5$  mm (phía bên); cổ:  $0,61 \pm 0,23$  mm, chóp:  $0,68 \pm 0,38$  mm (ngoài trong); cổ:  $0,53 \pm 0,27$  mm, chóp:  $0,44 \pm 0,33$  mm (gần xa).

**Kết luận:** Với kết quả đánh giá trên lâm sàng và X quang sau 3 tháng, tỷ lệ thành công sau can thiệp là 100%, không có hiện tượng đào thải sau cấy ghép, tình trạng tích hợp xương tốt cho thấy máng phẫu thuật là phương tiện hiệu quả,

giúp chuyển đổi vị trí implant khi lập kế hoạch điều trị trên phần mềm lên lâm sàng, từ đó sẽ giảm thiểu được các nguy cơ xâm phạm vào các cấu trúc giải phẫu lân cận hay các biến chứng.

**Từ khóa:** Mất răng, máng hướng dẫn phẫu thuật, phim cắt lớp chùm tia hình nón.

## SUMMARY

CLINICAL AND RADIOGRAPHIC EVALUATION OF SURGICAL GUIDE SPLINT FOR LATE IMPLANT PLACEMENT IN POSTERIOR PARTIAL EDENTULOUS PATIENTS

**Objectives:** To evaluate clinical and radiographic outcomes of surgical guide splint for delayed implant placement in posterior partial edentulous patients over a period of 3- 6 months.

**Subjects and methods:** The study was conducted on 21 patients with 34 tooth loss that had done late implant treatment, using surgical guide splints at 225 Dental Center. Clinical and radiographic findings were evaluated after 3-6 months. **Results:** The study result showed that the cause of tooth loss due to dental caries and pulpal diseases is the most frequent that accounts for 70,6%. The most common study subjects aged 40-59 accounts for 57.1%. Compared to the planned implants, placed implants showed mean and standard deviation linear measurements at the cervical and apical implant. A significant mean angular deviation:  $3.02 \pm 0.39^\circ$ , and the global deviation at both coronal:  $1.07 \pm 0.47$  mm and apical level:  $1.04 \pm 0.48$  mm. Lateral deviation coronal:  $0.61 \pm 0.23$  mm, apical:  $0.68 \pm 0.38$  mm; bucco - lingual deviation coronal:  $0.61 \pm 0.23$  mm, apical:  $0.68 \pm 0.38$  mm; mesio - distal deviation coronal:  $0.53 \pm 0.27$  mm, apical:  $0.44 \pm 0.33$  mm. **Conclusions:** Overall clinical and radiographic success was at the rate of 100% with excellent osseointegration. Therefore, surgical guide splints for dental implantation is an effective method for treatment planning to prevent complications.

**Keywords:** Tooth loss, surgical guide splint, conebeam computed tomography (CBCT).

Chịu trách nhiệm: Hoàng Xuân Hùng

Email: drhungdentist@gmail.com

Ngày nhận: 23/7/2021

Ngày phản biện: 15/8/2021

Ngày duyệt bài: 27/8/2021

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Mất răng vĩnh viễn là tổn thương rất thường gặp hiện nay. Tình trạng mất răng lâu ngày có thể dẫn đến những biến chứng như: khó ăn nhai, nghiêng các răng lân cận, tiêu xương sống hàm, ảnh hưởng đến phát âm... đặc biệt là các răng ở vùng răng sau. Để phục hồi lại răng mất, bệnh nhân có thể lựa chọn phương pháp phục hình tháo lắp hoặc cố định nhằm khôi phục lại chức năng ăn nhai, thẩm mỹ, tâm lý. Phục hình răng giả cố định tối ưu nhất là sử dụng phương pháp cấy ghép implant nha khoa. Ngày nay ngoài sự cải tiến về bề mặt, hình thể và sự kết nối của implant thì một xu hướng đang được quan tâm và phát triển là ứng dụng công nghệ để làm máng hướng dẫn phẫu thuật nhằm giúp bác sĩ cấy ghép đúng vị trí và trục của implant trên cung hàm. Với sự phát triển mạnh mẽ của công nghệ 3D, phim chụp cắt lớp chòm tia hình nón trở thành công cụ hữu hiệu, giúp các bác sĩ có thể đánh giá trước và sau khi điều trị cấy ghép. Tại nước ta, hiện chưa có nhiều nghiên cứu áp dụng và đánh giá về hiệu quả của việc điều trị cho bệnh nhân mất răng bán phần bằng cấy ghép implant muộn có ứng dụng công nghệ để làm máng hướng dẫn phẫu thuật. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả sử dụng máng hướng dẫn phẫu thuật cấy ghép implant muộn cho bệnh nhân mất răng từng phần vùng răng sau, nhằm mang lại phương pháp điều trị hiệu quả, tối ưu cho bệnh nhân.

## **ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **1. Đối tượng nghiên cứu**

21 bệnh nhân mất răng từng phần vùng răng sau có chỉ định cấy ghép implant muộn với 34 răng mất đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn: đo đạc trên phim CBCT khoảng mất răng đủ để phục hình: chiều cao xương có ích lớn hơn hoặc bằng 8 mm, chiều rộng xương có ích lớn hơn hoặc bằng 5 mm, chiều dài xương có ích từ lớn hơn hoặc bằng 5 mm, khoảng cách từ mào xương đến mặt nhai răng đối diện từ 5mm trở lên và bệnh nhân đủ sức khỏe để can thiệp phẫu thuật cấy ghép. Loại trừ những bệnh nhân há miệng hạn chế < 40mm, 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, bệnh nhân đang xạ trị điều trị ung thư vùng đầu mặt cổ hoặc đã dùng xạ trị nhưng chưa đủ 12 tháng, bệnh nhân có các bệnh lý vùng răng hàm mặt: bệnh lý xoang hàm, bệnh lý xương hàm vùng đáy xoang như u, nang, răng ngầm, bệnh nhân có tật nghiêng răng.

## **2. Phương pháp nghiên cứu**

Phương pháp nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh.

### **3. Cách chọn mẫu: Mẫu thuận tiện.**

Các bước tiến hành nghiên cứu:

Bước 1: Sau khi lựa chọn bệnh nhân mất răng bán phần vùng răng sau phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn của nghiên cứu, ghi nhận các thông tin qua thăm khám lâm sàng và trên phim CBCT.

Bước 2: Chụp ảnh trong miệng của bệnh nhân, lấy dấu kỹ thuật số bằng hệ thống quét Planmeca, chuyển dữ liệu bằng hệ thống scan Planmeca.

Bước 3: Dữ liệu từ phim CBCT kết hợp với dữ liệu quét mẫu hàm của bệnh nhân được đưa vào phần mềm Planmeca Romexis để lập kế hoạch điều trị. Thiết kế và chế tác máng hướng dẫn phẫu thuật. Máng được thiết kế dựa trên phục hình dự kiến mô phỏng phục hình răng sau cùng bằng phần mềm Planmeca, thiết kế đảm bảo hướng và vị trí theo 3 chiều không gian sao cho hướng của implant đi qua trung tâm mặt nhai của phục hình sau này và chân implant cách chân răng lân cận, cách bản xương ngoài trong tối thiểu 1,5mm.

Bước 4: Phẫu thuật đặt implant trên máng hướng dẫn: Vô cảm, thử độ sát khít của máng trên miệng, sử dụng mũi khoan theo thứ tự của nhà sản xuất có tưới mát, đặt implant có vị trí, hướng và độ sâu theo thiết kế máng. Cấy ghép implant và đặt trụ lành thương cùng 1 thì, tháo máng hướng dẫn. Hướng dẫn bệnh nhân sử dụng kháng sinh toàn thân, giảm đau... súc miệng chlorhexidine 0,2%. Chụp lại phim CBCT để kiểm tra.

Bước 5: Hẹn bệnh nhân tái khám sau 1 tuần, 3 tháng. Sau 3 tháng, tiến hành lắp trụ lấy dấu chuyển tiếp vào implant, lấy dấu bằng silicone. Làm lợi giả và đồ mẫu bằng thạch cao cứng. Gỡ mẫu, tháo trụ chuyển tiếp khỏi mẫu thạch cao, chọn abutment, chế tạo răng giả. Lắp răng cho bệnh nhân.

Bước 6: Hẹn tái khám sau khi lắp răng giả 3 tháng, ghi lại các đánh giá vào phiếu thu thập thông tin.

Bước 7: Nhập và xử lý số liệu. số liệu được làm sạch, mã hóa và nhập bằng phần mềm Excel. Phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

Bước 8: Tổng hợp và viết báo cáo.

## **KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN**

**Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 21)**

Độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là  $51,05 \pm 15,39$ , với tuổi nhỏ nhất 20, lớn nhất 80. Phần lớn đối tượng có độ tuổi

từ 40-59 (57,1%), nhóm trên 60 tuổi có tỷ lệ thấp hơn 28,6%, thấp nhất là nhóm dưới 40 tuổi (14,3%). Trong 21 bệnh nhân của nhóm nghiên cứu, có 9 bệnh nhân nam (chiếm 42,9%), 12 bệnh nhân nữ (chiếm 57,1%).

Các nghiên cứu của một số tác giả khác cũng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân trên 40 tuổi tham gia nghiên cứu chiếm đa số. Nghiên cứu của Đỗ Đình Hùng<sup>[1]</sup> cũng chỉ ra số đối tượng >45 tuổi chiếm tới 51,3%, hay tác giả Tạ Đông Quân<sup>[2]</sup> có số đối tượng >40 tuổi chiếm tới 76,92%, tác giả Ngô Huy Bình<sup>[3]</sup> cũng kết luận nhóm đối tượng >40 tuổi chiếm 86,2%. Sự tương đồng này có thể cho thấy do nhóm tuổi trung niên thường có thói quen khám răng định kỳ hơn các nhóm tuổi khác, đồng thời đây cũng là nhóm tuổi có sự ổn định về kinh tế nên quan tâm tới sức khỏe răng miệng và lựa chọn điều trị bằng cấy ghép implant nhiều hơn.

Bảng 1. Vị trí mất răng, nguyên nhân mất răng và thời gian mất răng (n = 34)

Đặc điểm chung		Số lượng	Tỷ lệ %
Vị trí mất răng	Răng hàm nhỏ	10	29,4
	Răng hàm lớn	24	70,6
Tổng		34	100
Nguyên nhân mất răng	Sâu răng, bệnh lý tủy răng	24	70,6
	Viêm quanh răng	9	26,5
	Chấn thương	1	2,9
	Bẩm sinh	0	0
Tổng		34	100
Thời gian mất răng	6-<12 tháng	8	23,5
	12 - 60 tháng	13	38,2
	> 60 tháng	13	38,2
Tổng		34	100

Trong 34 vị trí răng mất thì có tới 24/34 vị trí là ở vùng răng hàm lớn chiếm tới 70,6%. Nguyên nhân mất răng chủ yếu là do sâu răng và bệnh lý tủy răng (BLTR) chiếm 70,6%; tiếp sau là mất răng do viêm quanh răng chiếm 26,5%; có 1/34 răng mất do chấn thương 2,9%; không có răng nào mất do nguyên nhân bẩm sinh. Tỷ lệ mất răng từ 6-12 tháng chiếm tỷ lệ thấp nhất 23,5%, thời gian mất răng từ 12-60 tháng và >60 tháng chiếm tỷ lệ bằng nhau là 38,2%. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu trước của Ngô Huy Bình<sup>[3]</sup> có 32/37 implant được cấy ở vùng răng hàm lớn chiếm 86,5%, với nguyên nhân mất răng do bệnh lý do sâu răng và biến chứng của bệnh lý tủy chiếm tỷ lệ 67,6%. Nguyên nhân tiếp theo là do biến chứng của bệnh viêm quanh răng 29,7%, do chấn thương răng 2,7%. Nghiên cứu của tác giả

Đỗ Đình Hùng<sup>[1]</sup> với tỷ lệ mất răng do sâu răng và biến chứng là 84%, do viêm quanh răng là 10%, do chấn thương là 6%, không có trường hợp nào thiếu răng bẩm sinh.

Bảng 2. Đánh giá mức độ sai lệch vị trí implant theo 3 chiều không gian

	Góc (độ)	Cổ implant (mm)	Chóp implant (mm)	Chiều đứng (mm)
TB ± ĐLC	3,02 ± 0,39	1,07 ± 0,47	1,04 ± 0,48	0,73 ± 0,36
Trung vị	2,92	0,95	0,97	0,64
Nhỏ nhất - Lớn nhất	2,12 - 3,87	0,5 - 2,55	0,35 - 2,56	0,22 - 1,44

Kết quả bảng 2 cho thấy sự sai lệch giữa implant kế hoạch và implant thực tế theo 3 chiều không gian. Sự sai lệch về góc trung bình là: 3,02 ± 0,39°, nhỏ nhất 2,12°, lớn nhất 3,87°, trung vị là 2,92°. Sự sai lệch ở vị trí cổ implant trung bình là: 1,07 ± 0,47 mm, nhỏ nhất 0,5 mm, lớn nhất 2,55 mm, trung vị là 0,95 mm. Sự sai lệch ở vị trí chóp implant trung bình là: 1,04 ± 0,48 mm, nhỏ nhất 0,35 mm, lớn nhất 2,56 mm, trung vị là 0,97 mm. Sự sai lệch theo chiều đứng implant trung bình là: 0,73 ± 0,36 mm, nhỏ nhất 0,22 mm, lớn nhất 1,44 mm, trung vị là 0,64 mm.

Bảng 3. Đánh giá mức độ sai lệch theo chiều ngoài trong, gần xa, phía bên

	Ngoài - Trong		Gần - Xa		Phía bên	
	Cổ	Chóp	Cổ	Chóp	Cổ	Chóp
TB ± ĐLC	0,61± 0,23	0,68± 0,38	0,53± 0,27	0,44± 0,33	0,61± 0,35	0,71± 0,5
Trung vị	0,5	0,5	0,54	0,4	0,58	0,52
Nhỏ nhất - Lớn nhất	0,26- 1,2	0,21- 1,45	0,15- 1,43	0,1- 1,75	0,24- 1,8	0,24- 1,81

Sự sai lệch theo chiều ngoài-trong implant ở vị trí cổ trung bình là: 0,61 ± 0,23 mm, nhỏ nhất 0,26 mm, lớn nhất 1,2 mm, trung vị là 0,5 mm. Sự sai lệch theo chiều ngoài - trong implant ở vị trí chóp trung bình là: 0,68 ± 0,38 mm, nhỏ nhất 0,21 mm, lớn nhất 1,45 mm, trung vị là 0,5 mm. Sự sai lệch theo chiều gần-xa implant ở vị trí cổ trung bình là: 0,53 ± 0,27 mm, nhỏ nhất 0,15 mm, lớn nhất 1,43 mm, trung vị là 0,54 mm. Sự sai lệch theo chiều gần-xa implant ở vị trí chóp trung bình là: 0,44 ± 0,33 mm, nhỏ nhất 0,1 mm, lớn nhất 1,75 mm, trung vị là 0,4 mm. Sự sai lệch theo phía bên implant ở vị trí cổ trung bình là: 0,61 ± 0,35 mm, nhỏ nhất 0,24 mm, lớn nhất 1,8 mm, trung vị là 0,58 mm. Sự sai lệch theo phía bên implant ở vị trí chóp trung bình là: 0,71 ± 0,5 mm, nhỏ nhất 0,24 mm, lớn nhất 1,81 mm, trung vị là 0,52 mm.

Nghiên cứu của Chen (2018) [5] đã sử dụng thêm 6 tiêu chí đánh giá, bao gồm sai lệch về phía bên, sai lệch theo chiều ngoài-trong và gần-xa ở cả vị trí cổ và chóp implant khi nghiên cứu đánh giá độ chính xác của máng hướng dẫn phẫu thuật. Tiêu chí đánh giá trong nghiên cứu của Chen [5] là đầy đủ và toàn diện hơn các tiêu chí như trong các nghiên cứu trước đây của Valente [6] (4 tiêu chí). Sai lệch theo chiều gần-xa có thể dẫn đến các nguy cơ như tổn thương chân răng kế bên, implant bên cạnh, ảnh hưởng đến kết quả thẩm mỹ phục hình răng sau cùng; còn sai lệch theo chiều ngoài trong có thể gây tiêu bản xương mặt ngoài, gây ảnh hưởng đến kết quả thành công lâu dài của implant.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, sai lệch khi sử dụng máng hướng dẫn phẫu thuật bằng phương pháp in 3D tương ứng ở cổ implant:  $1,07 \pm 0,47$  mm; ở chóp:  $1,04 \pm 0,48$  mm; chiều đứng:  $0,73 \pm 0,36$  mm và góc:  $3,02 \pm 0,39^\circ$ . Khi so sánh kết quả với nghiên cứu tổng quan thực hiện trên lâm sàng của Bover-Ramos (2018) [4] kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự phù hợp (sai lệch trung bình ở cổ implant:  $1,08 \pm 0,10$  mm; ở chóp:  $1,35 \pm 0,12$  mm, góc:  $3,62 \pm 0,29^\circ$  và chiều đứng:  $0,63 \pm 0,11$  mm).

Mặc dù máng hướng dẫn phẫu thuật in 3D có độ chính xác cao nhưng vẫn không thể tránh được một độ sai lệch nhất định. Nguyên nhân dẫn đến sự sai lệch này là do phải qua nhiều giai đoạn từ lên kế hoạch điều trị đến quá trình phẫu thuật và thu thập dữ liệu sau phẫu thuật, bao gồm: lấy dấu ban đầu, quét mẫu hàm, chụp X quang CBCT, thiết kế máng, in máng, độ khít sát của ống hướng dẫn, ảnh hưởng của các yếu tố lâm sàng (máu, nước bọt, độ há miệng, chuyển động của bệnh nhân khi phẫu thuật), kinh nghiệm của phẫu thuật viên và sai lệch của phương pháp đánh giá.

Trong nghiên cứu, chúng tôi đánh giá tiêu xương quanh trụ implant qua hình ảnh X quang về tiêu xương mặt gần và mặt xa implant ở các thời điểm trước phục hình, sau phục hình 3 tháng bằng phương pháp chồng phim conebeam CT trước và sau trong phần mềm Plameca Romexis. Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt rõ rệt giữa tiêu xương trước và sau phục hình. Mức độ tiêu xương trước phục hình và sau phục hình 3 tháng là 10/34 răng (29,41%) khoảng mất xương từ cổ trụ đến điểm tiếp xúc giữa xương và bề mặt trụ phía gần và xa trên phim conebeam CT. Kết quả này cũng phù hợp với một số nghiên cứu trước cho thấy sự tiêu xương sau mỗi năm là 0,1 mm; trong

nghiên cứu của Muncu E (2010) [7] cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của các thời điểm sau phục hình.

Bảng 4. Kết quả điều trị (n = 34)

Kết quả điều trị		Số lượng	Tỷ lệ %
Kết quả phẫu thuật sau 6 tháng cấy ghép	Không đào thải implant	34	100
	Đào thải implant	0	0
Mức độ tiêu xương 3 tháng sau cấy ghép	Giảm	10	29,41
	Không thay đổi	24	70,59
Mức độ tiêu xương 6 tháng sau cấy ghép	Giảm	10	29,41
	Không thay đổi	24	70,59
Mô mềm quanh implant	Niêm mạc xung quanh bình thường	32	93,75
	Viêm nhẹ	2	6,25
	Viêm mức độ trung bình	0	0
	Viêm nặng	0	0
Kết quả sau phục hình 3 tháng	Tốt	32	93,75
	Trung bình	2	6,25
	Kém	0	0

100% các ca phẫu thuật cấy ghép đều thành công, không có hiện tượng đào thải implant 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 10/34 implant (29,41%) khoảng xương mất từ cổ trụ đến điểm tiếp xúc giữa xương và bề mặt trụ phía gần và xa trên phim conebeam CT giảm sau 6 tháng.

Đánh giá mô mềm quanh implant hầu hết (93,75%) niêm mạc xung quanh bình thường, có 2/32 răng có viêm nhẹ niêm mạc quanh implant (6,25%). Kết quả phục hình sau lắp 1-3 tháng 93,75% đều có kết quả phục hình tốt. Bệnh nhân có khả năng nhai dễ dàng và thoải mái tất cả các loại thức ăn cứng như lạc rang, thịt nướng... Kết quả này tương đồng với Ngô Huy Bình [3] cho tỷ lệ tốt trên 90% về cả chức năng và thẩm mỹ, vẫn có thể gặp biến chứng sau phục hình như viêm mô mềm quanh implant, tiêu xương quanh implant đã làm giảm tỷ lệ thành công của implant.

Kết quả phục hình sau lắp 1-3 tháng 93,75% đều có kết quả phục hình tốt.

#### KẾT LUẬN

- Với kết quả đánh giá trên lâm sàng và X quang sau 3 tháng, tỷ lệ thành công sau can thiệp là 100%, không có hiện tượng đào thải sau cấy ghép, tình trạng tích hợp xương tốt cho thấy

máng phẫu thuật là phương tiện hiệu quả, giúp chuyển đổi vị trí implant khi lập kế hoạch điều trị trên phần mềm lên lâm sàng, từ đó sẽ giảm thiểu được các nguy cơ xâm phạm vào các cấu trúc giải phẫu lân cận hay các biến chứng.

- Tuy nhiên thời gian nghiên cứu ngắn nên cần đánh giá kết quả trong thời gian lâu hơn để có thể khẳng định hiệu quả của sử dụng máng phẫu thuật cho cấy ghép ở những bệnh nhân mất răng.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Đình Hùng** (2012). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X quang và kết quả điều trị trên bệnh nhân cấy ghép nha khoa có ứng dụng công nghệ thông tin. Luận án Tiến sĩ Y học, Viện Nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108.

2. **Tạ Đông Quân** (2020). So sánh hai hệ thống máng hướng dẫn phẫu thuật in 3D và thủ công trong cấy ghép nha khoa răng trước hàm trên. Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh. Luận án Thạc sĩ Y học.

3. **Ngô Huy Bình** (2020). Đặc điểm lâm sàng, Xquang và kết quả điều trị mất răng ở vùng đáy

xoang hàm bằng kĩ thuật implant nha khoa. Đại học Y Hà Nội. Luận án Thạc sĩ Y học.

4. **Bover-Ramos F, Vina-Almunia J, Cervera-Ballester J, Penarrocha-Diago M, Garcia-Mira B** (2018). "Accuracy of Implant Placement with Computer Guided Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis Comparing Cadaver, Clinical, and In Vitro Studies", *Int J Oral Maxillofac Implants*, 33 (1), pp. 101-115.

5. **Chen S, Ou Q, Lin X, Wang Y** (2019). "Comparison Between a Computer-Aided Surgical Template and the Free-Hand Method: A Systematic Review and Meta-Analysis", *Implant Dent*, 28 (6), pp. 578 - 589.

6. **Valente F, Schirolli G** (2008). "Accuracy of Computer-Aided Oral Implant Surgery: A Clinical and Radiographic Study", *The International journal of oral & maxillofacial implants*, 24, pp. 234-242.

7. **Emre Mumcu, Hakan Bilhan and Ali Cekici** (2011). Marginal bone loss around implants supporting fixed restorations. *Journal of Oral Implantology*. 37(5).

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆNH BẰNG PHƯƠNG PHÁP LICHTENSTEIN SỬ DỤNG TẤM LƯỚI DÍNH PARIETEX PROGRIF TẠI BỆNH VIỆN E

**ĐỖ VĂN MINH, ĐỖ TRƯỜNG SƠN, PHẠM THÁI HƯNG**  
*Bác sĩ Nội trú Trường Đại học Y Hà Nội  
Bệnh viện E Trung ương*

#### TÓM TẮT

Nghiên cứu thực hiện nhằm đánh giá kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng phương pháp Lichtenstein sử dụng tấm lưới tự dính parietex progrid tại Bệnh viện E từ 1/2020- 4/ 2021. Nghiên cứu trên 45 bệnh nhân, 100% nam giới với tuổi trung bình  $65,1 \pm 2,5$ . Phương pháp: nghiên cứu mô tả, hồi cứu. Với thời gian mổ trung bình  $60,2 \pm 3,8$  phút, thời gian đặt lưới  $10,9 \pm 2,5$  phút. Thời gian nằm viện trung bình  $5,6 \pm 0,2$  ngày. Không có biến chứng nào trong và sau mổ, Sau 6 tháng, không có bệnh nhân nào tái phát.

**Từ khóa:** Thoát vị bẹn, Lichtenstein, lưới tự dính, Parietex Progrid.

#### SUMMARY

To access the the results of inguinal hernia treatment with Lichtenstein repair using the self gripping non-sutured mesh (Parietex Progrid) at E hospital from 1/2020 to 4/2021. Methods: Retrospectively and descriptively analyze with 45 patients, 100% of males with the average age was  $65.1 \pm 2.5$  years. The mean operative time was  $60.2 \pm 3.8$  minutes, the time of mesh placement was  $10.9 \pm 2.5$  minutes. The average length of stay was  $5.6 \pm 0.2$  days. There were no complications peri- and post-operative. After 6 months, there were no cases of inguinal hernia recurrence have been recorded.

**Keywords:** Inguinal hernia, Lichtenstein, Self-gripping, Parietex Progrid

#### ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị là tình trạng các tạng trong ổ bụng đi ra ngoài giới hạn bình thường của ổ bụng, qua các điểm yếu bẩm sinh hay mắc phải của thành

---

Chịu trách nhiệm: Đỗ Văn Minh  
Email: [kiemsinho1405@gmail.com](mailto:kiemsinho1405@gmail.com)  
Ngày nhận: 26/7/2021  
Ngày phản biện: 24/8/2021  
Ngày duyệt bài: 07/9/2021