

1. **Stuber J., Filiberto D., Lenart E., Fischer P., Mitchell, et al.** (2023), "Management of Traumatic Radial and Ulnar Artery Injuries and Risk Factors for Amputation", *Journal of Surgical Research*, 291, 507-513. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2023.07.015>
2. **Đ.Q. Hưng, N.V. Đại, M.N. Thế** (2020), "Chấn thương, vết thương động mạch ngoại vi: Hình thái tổn thương và kết quả điều trị tại Bệnh viện Việt Đức", *Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam*, 16, 8-13. <https://doi.org/10.47972/vjcts.v16i.133>
3. **Demirdover C., Ozturk F.A., Yazgan H.S., Yorgurcu N., Sevindik M., et al.** (2018), "Surgical treatment and functional outcomes of multicomponent soft tissue injuries of the wrist". *Hand Surg Rehabil*, 37(3), 160-166. <https://doi.org/10.1016/j.hansur.2018.02.001>
4. **Wang F., Zhang R., Liu S., Ruan H., Xu J., et al.** (2022), "Severe spaghetti wrist injury: Should we expand the terminology from wrist to proximal forearm?". *Joint Diseases and Related Surgery*, 33(2), 273. <https://doi.org/10.52312%2Fjdrs.2022.652>
5. **P.T. Đạt, P.V. Cường, Đ.T. Thành** (2022), "Kết quả phẫu thuật vết thương động mạch chi trên tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình", *Tạp chí Y Dược Thái Bình*, 3(16), 85-91. <https://thaibinhjmp.vn/index.php/ojstbump/article/view/213>
6. **Bot G.M., Zhao X., McElenney B.K., Meybodi A.T., Belykh E., et al.** (2020), "Comparative analysis of continuous suturing, interrupted suturing, and cyanoacrylate-based lid techniques for end-to-end microvascular anastomosis". *World neurosurgery*, 134, 465-471. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2019.11.054>
7. **Cagnolati A.F., Andrade F.R., Serrano S.D.C., Barbieri C.H., Mazzer N., et al.** (2022), "Evaluations of Repaired Artery Patency in Forearm Wounds Using the Allen Test, Handheld Doppler and Doppler Ultrasonography", *Revista Brasileira de Ortopedia*, 57, 455-461. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1729574>
8. **P.V. Cường** (2008), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật tổn thương động mạch chi trên tại Bệnh viện Việt Đức, Trường Đại học Y Hà Nội, 72

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CÂY GHÉP NHA KHOA CÓ MÁNG HƯỚNG DẪN TRÊN BỆNH NHÂN MẤT RĂNG CỐI LỚN HÀM DƯỚI

Phạm Hoàng Việt Vy¹, Nguyễn Hoàng Nam¹, Nguyễn Đức Minh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá độ ổn định implant, mức độ tiêu xương quanh vùng cổ implant sau phẫu thuật cấy ghép implant trên bệnh nhân mất răng cối lớn hàm dưới. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 31 bệnh nhân mất răng cối lớn hàm dưới đến khám và điều trị tại bệnh viện Răng Hàm Mặt thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 04/2023 đến tháng 04/2024. **Kết quả:** Trong nghiên cứu, tuổi trung bình của bệnh nhân là 6,58 ± 12,37, trong đó nhóm tuổi ≤ 45 chiếm 80,7%, nữ giới chiếm 72,0%. Về đặc điểm lâm sàng, sâu răng là nguyên nhân phổ biến nhất dẫn đến mất răng cối lớn hàm dưới (45,2%), vị trí thường gặp nhất là răng 6 (77,4%). Về đặc điểm cận lâm sàng, đa phần bệnh nhân có kiểu hình nướu dày (64,52%), độ dày niêm mạc phủ bên trên implant từ 2-3 mm chiếm tỷ lệ 58,06%. Mật độ xương chủ yếu là D2 (45,2%) và D3 (32,3%), D4 chiếm thấp nhất (9,6%). Về đặc điểm điều trị, đường kính implant được sử dụng nhiều nhất là 3,8 mm và 4,2 mm (35,5% và 38,7%), đồng thời,

77,4% bệnh nhân được sử dụng loại implant dài 10 mm. Kết quả điều trị ghi nhận độ ổn định sơ khởi trung bình của implant là 75,88 ± 7,80, và hầu hết vị trí, ISQ có xu hướng tăng dần qua các thời điểm khảo sát ($p < 0,05$). Mức độ tiêu xương quanh vùng cổ trung bình tăng lên ở thời điểm 6 tháng so với 3 tháng sau phẫu thuật (1,09 ± 0,67 và 1,39 ± 0,75, $p = 0,004$). **Kết luận:** Bệnh nhân mất răng cối lớn hàm dưới chủ yếu là do sâu răng là nguyên nhân chính và phần lớn ở răng 6, phổ biến là kiểu hình nướu và niêm mạc phủ dày kèm theo mật độ xương D2, D3. Phẫu thuật cấy ghép implant có máng hướng dẫn có hiệu quả trong việc phục hồi mất răng cối lớn hàm dưới khi đạt độ ổn định sơ khởi tốt và tăng dần, trong khi mức độ tiêu xương có thể chấp nhận được. **Từ khóa:** Mất răng cối lớn hàm dưới, cấy ghép nha khoa, máng hướng dẫn, độ ổn định, tiêu xương quanh cổ implant.

SUMMARY

CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND RESULTS OF DENTAL IMPLANT TREATMENT WITH SURGICAL GUIDE IN PATIENTS WITH LOSS OF MANDIBULAR MOLARS

Objective: To describe the clinical, subclinical characteristics and evaluate implant stability, peri-implant bone loss after implant surgery in patients with loss of mandibular molars. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study conducted on 31 patients with loss of mandibular molars who were assigned and agreed to undergo

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Răng Hàm Mặt Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hoàng Việt Vy

Email: dr.vietvy@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 6.9.2024

implant surgery at Ho Chi Minh city Odonto-Stomatology hospital from April 2023 to April 2024. Results: In the study, the mean age of the patients was 6.58 ± 12.37 , the age group ≤ 45 accounted for 80.7%, and women accounted for 72.0%. Regarding clinical characteristics, caries is the most common cause of loss of lower molars (45.2%), the most popular location is first molar (77.4%). Regarding subclinical characteristics, most patients have thick gingival phenotype (64.52%), the mucosal thickness covering the region that the implant is placed was 2-3 mm, accounted for 58.06%. Bone density is mainly D2 (45.2%) and D3 (32.3%), D4 is the lowest (9.6%). Regarding treatment characteristics, the most used implant diameters are 3.8 mm and 4.2 mm (35.5% and 38.7%), and 77.4% of patients used 10 mm long implants. Treatment results recorded that the mean initial stability of the implant was 75.88 ± 7.80 , and in most positions, ISQ tended to gradually increase over the survey times ($p < 0.05$). The mean level of peri-implant bone loss increased at 6 months compared to 3 months post-surgery (1.09 ± 0.67 and 1.39 ± 0.75 , $p = 0.004$). **Conclusion:** Patients with loss of mandibular molars are mainly due to tooth decay as the main cause and mostly in tooth 6, the most common is the gingival pattern and thick mucosa along with bone density D2, D3. Guided implant surgery is effective in restoring lost mandibular molars when good initial stability is achieved and gradually increases, while the level of bone loss is acceptable.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cấy ghép implant nha khoa đã là một phương pháp phục hồi hiệu quả khi mất răng cả về mặt chức năng lẫn thẩm mỹ. Mặc dù điều trị có tỷ lệ thành công cao, vẫn có nhiều trường hợp thất bại do tình trạng nhiễm trùng viêm quanh implant hoặc do implant không thể tích hợp thành công vào mô xương xung quanh. Yếu tố tiên lượng quan trọng nhất dự đoán được một implant có tích hợp xương thành công hay không chính là việc đạt được và duy trì độ ổn định implant. Hiện tượng tiêu xương quanh vùng cổ implant dẫn đến hình thành viêm quanh implant là một trong những yếu tố chủ chốt ảnh hưởng về lâu dài tới độ ổn định implant [8]. Đối với các trường hợp mất răng vùng răng cối lớn hàm dưới, do sự hiện diện của các cấu trúc giải phẫu như thần kinh cằm và dây thần kinh răng dưới và các yếu tố bất lợi tiêu xương sau mất răng và chất lượng xương, trong một số trường hợp bác sĩ lâm sàng phải sử dụng các implant ngắn hơn và rộng hơn, các implant này chủ yếu đạt độ ổn định sơ khởi nhờ lớp vỏ xương lưu giữ cơ học [6]. Cho đến nay, mặc dù phương pháp phục hồi mất các răng cối lớn hàm dưới bằng implant đang được sử dụng thường xuyên trên lâm sàng, theo kiến thức của tác giả, tại Việt Nam vẫn còn ít nghiên cứu về đánh giá về độ ổn định và mức độ tiêu xương quanh vùng cổ implant trên bệnh

nhân được cấy ghép implant răng cối lớn hàm dưới. Đó là lý do chúng tôi tiến hành nghiên cứu hiện tại.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân đến khám và có chỉ định điều trị cấy ghép nha khoa răng cối lớn hàm dưới tại Khoa Cấy ghép răng, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 04/2023 đến tháng 04/2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Bệnh nhân > 18 tuổi.

Bệnh nhân mất 1 răng cối lớn hàm dưới (răng 6 hoặc răng 7) có chỉ định điều trị cấy ghép implant mà không cần ghép xương.

Bệnh nhân còn răng đối diện răng cối lớn hàm dưới đã mất.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân có thói quen hút thuốc và nghiện rượu mạn tính.

Bệnh nhân tim mạch không thể sử dụng thuốc tê, bệnh nhân dị ứng thuốc tê.

Bệnh nhân đang xạ trị vùng đầu, hàm mặt.

Bị các bệnh suy giảm miễn dịch như tiểu đường, viêm khớp dạng thấp với bệnh lý xương như thoái hoá khớp, nhuyễn xương, loãng xương hoặc đang sử dụng bổ sung bisphosphonate.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu: Chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện, toàn bộ. Nhóm nghiên cứu quan sát bất kỳ thời điểm nào trong thời gian nghiên cứu để tìm các đối tượng phù hợp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu. Các bệnh nhân đồng ý tham gia sẽ được thực hiện phẫu thuật cấy ghép implant và theo dõi theo kế hoạch nghiên cứu. Thực tế, chúng tôi đã tuyển chọn được 31 đối tượng tham gia nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm chung: Tuổi ($\leq 45 / > 45$, trung bình \pm độ lệch chuẩn), giới tính (nam/nữ).

Đặc điểm lâm sàng: Lý do mất răng (áp xe/chấn thương/nha chu/sâu răng), vị trí mất răng (răng 6/răng 7).

Đặc điểm cận lâm sàng: Kiểu hình nướu (mỏng/dày), độ dày niêm mạc phủ (< 2 mm/2-3 mm/ > 3 mm), mật độ xương hàm (D1/D2/D3/D4).

Kết quả phẫu thuật cấy ghép implant:

- Đặc điểm implant sử dụng: đường kính implant (3,8 mm/4,2 mm/4,8 mm), chiều dài implant (8 mm/10 mm/12 mm/14 mm).

- Kết quả điều trị: đánh giá thông qua độ ổn

định của implant và mức độ tiêu xương quanh vùng cổ implant tại các thời điểm ngay sau khi cấy ghép (T1), và sau cấy ghép 3 tháng (T2), 6 tháng (T3):

+ Độ ổn định implant: Sử dụng phương pháp phân tích tần số cộng hưởng, thiết bị đo là máy đo độ ổn định implant (Osstell), đơn vị là ISQ. Độ ổn định implant được đo bằng cách đặt một thiết bị kết nối làm bằng titan có gắn nam châm vào đầu implant ở 5 vị trí (mặt ngoài, mặt trong, mặt gần, mặt xa) và cho implant chịu tác động bởi bộ phận rung điện từ. Chỉ số ISQ của implant được ghi nhận bởi giá trị trung bình của 5 giá trị này.

- Mức độ tiêu xương quanh vùng cổ implant: Sử dụng thiết bị định vị cảm biến X-quang cận chóp kĩ thuật số được cá nhân hóa làm bằng cao su putty nhằm đảm bảo khi chụp phim X-quang cận chóp theo kĩ thuật song song vị trí implant được cấy ghép với cùng 1 tư thế tại các thời điểm chụp. Tiến hành đo đặc trên phần mềm phân tích hình ảnh X-quang. Bờ vai của implant được xác định là điểm tham chiếu cố định, luôn quan sát thấy và dễ dàng xác định được trên tất cả các hình ảnh X-quang. Khoảng cách giữ điểm tham chiếu này với điểm tiếp xúc đầu tiên giữa implant và xương được xác định là mức độ tiêu xương quanh vùng cổ implant. Đo đặc khoảng cách này bằng công cụ measurement của phần mềm. Mức độ tiêu xương quanh vùng cổ implant được tính bằng cách lấy trung bình 2 giá trị ở phía gần và xa.

Thu thập dữ liệu: Các đối tượng tham gia vào nghiên cứu được thu thập thông tin cá nhân, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. Bệnh nhân được phẫu thuật và theo dõi theo kế hoạch nghiên cứu thống nhất đã đề ra. Tất cả thông tin cần thiết được ghi nhận vào bảng thu thập số liệu được tiến hành như sau: Lập bảng thu thập số liệu → tuyển chọn bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn để tham gia nghiên cứu → Tiến hành phẫu thuật cấy ghép implant răng cối lớn hàm dưới có sử dụng máng hướng dẫn → đo độ ổn định implant và mức độ tiêu xương quanh vùng cổ implant tại thời điểm T1, T2 và T3 → thu thập, xử lý và phân tích số liệu.

Xử lý và phân tích dữ liệu: Các số liệu được mã hóa bằng phần mềm Microsoft Excel và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Thống kê mô tả tần số, tần suất, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Sử dụng kiểm định pared-sample T-test để so sánh giá trị trung bình của một độ ổn định implant và mức độ tiêu xương quanh vùng cổ implant giữa các thời điểm

đánh giá.

2.3. Vấn đề y đức: Đề tài đã được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Nghiên cứu cũng được Bệnh viện Răng Hàm Mặt thành phố Hồ Chí Minh chấp thuận là nơi lấy mẫu trực tiếp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hiện tại đã tuyển chọn được 31 bệnh nhân bị mất răng cối lớn hàm dưới đến khám, được chỉ định và đồng ý phẫu thuật tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt thành phố Hồ Chí Minh trong thời gian nghiên cứu. Tuổi trung bình của những người tham gia nghiên cứu là 36,58 ± 12,37, trong đó nhóm tuổi ≤ 45 chiếm đa số (80,7%). Nữ giới chiếm ưu thế với 72,0%.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Lý do mất răng	Áp xe	7	22,6
	Chấn thương	4	12,9
	Nha chu	6	19,3
	Sâu răng	14	45,2
Vị trí mất răng	Răng 6	24	77,4
	Răng 7	7	22,6
Kiểu hình nướu	Mỏng	11	35,5
	Dày	20	64,5
Độ dày niêm mạc phủ	< 2 mm	8	25,8
	2-3 mm	18	58,1
	> 3 mm	5	16,1
Mật độ xương hàm	D1	4	12,9
	D2	14	45,2
	D3	10	32,3
	D4	3	9,6

Nhận xét: Trong tổng số 31 trường hợp, sâu răng là lý do phổ biến nhất dẫn đến mất răng cối lớn hàm dưới (45,2%), kế đến là lý do áp xe (22,6%) và nha chu (19,3%), chỉ 12,9% bệnh nhân mất răng do chấn thương. Vị trí mất răng thường gặp nhất là răng 6 (77,4%), còn lại là ở răng 7. Về đặc điểm cận lâm sàng, đa phần bệnh nhân có kiểu hình nướu dày (64,52%), độ dày niêm mạc phủ bên trên implant từ 2-3 mm chiếm tỷ lệ cao nhất với 58,06%. Về mật độ xương, phần lớn thuộc D2 và D3 (45,2% và 32,3%), trong khi đó nhóm có mật độ D4 chiếm thấp nhất (9,6%).

Bảng 2. Đặc điểm implant sử dụng

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Đường kính implant	3,8 mm	11	35,5
	4,2 mm	12	38,7
	4,8 mm	8	25,8

Chiều dài implant	8 mm	4	12,9
	10 mm	24	77,4
	12 mm	3	9,7

Nhận xét: Đa phần bệnh nhân được sử dụng implant có đường kính 3,8 mm và 4,2 mm (35,5% và 38,7%). Về chiều dài, loại implant có kích thước 10 mm được sử dụng nhiều nhất (77,4%), chỉ có 9,7% bệnh nhân được sử dụng implant dài 12 mm.

Bảng 3. Kết quả độ ổn định implant sau phẫu thuật

Độ ổn định (ISQ)	Thời điểm			p ₁	p ₂
	T1	T2	T3		
Mặt gần	75,64 ± 7,41	81,45 ± 3,10	82,71 ± 3,08	< 0,001	< 0,001
Mặt xa	75,39 ± 9,06	81,48 ± 2,94	82,58 ± 3,02	< 0,001	0,02
Mặt ngoài	76,58 ± 7,86	81,58 ± 3,14	82,71 ± 2,97	< 0,001	0,06
Mặt trong	75,90 ± 8,55	81,65 ± 3,17	82,52 ± 2,95	< 0,001	0,11
Chung	75,88 ± 7,80	81,54 ± 2,93	82,63 ± 2,96	< 0,001	0,02

*Paired-sample T-test: p₁ và p₂ tương ứng so sánh độ ổn định implant tại thời điểm ngay sau khi cấy ghép (sơ khởi) và 3 tháng sau cấy ghép, tại thời điểm 3 tháng và 6 tháng sau cấy ghép.

Nhận xét: Tại thời điểm 3 tháng, độ ổn định implant cao hơn có ý nghĩa thống kê so với độ ổn định sơ khởi tại tất cả các vị trí đo (p < 0,001), độ ổn định chung tại hai thời điểm lần lượt là 75,88 ± 7,80 và 81,54 ± 2,93 (p < 0,001). Tại thời điểm 6 tháng, giá trị ISQ cao hơn đáng kể so với thời điểm 3 tháng sau cấy ghép tại vị trí mặt gần (p < 0,001) và mặt xa (p = 0,02), tuy nhiên không có sự khác biệt tại mặt ngoài (p = 0,06) và mặt trong (p = 0,11). Độ ổn định chung tại thời điểm 6 tháng sau cấy ghép là 82,63 ± 2,96, cao hơn đáng kể so với thời điểm 3 tháng (p = 0,02).

Bảng 4. Kết quả mức độ tiêu xương quanh vùng cổ implant sau phẫu thuật

Mức độ tiêu xương	Thời điểm		p
	T2	T3	
Phía gần	1,17 ± 0,68	1,39 ± 0,71	<0,001
Phía xa	1,02 ± 0,75	1,48 ± 0,71	0,001
Trung bình	1,09 ± 0,67	1,39 ± 0,75	0,004

*Paired-sample T-test: so sánh mức độ tiêu xương quanh vùng cổ implant tại thời điểm 3 tháng và 6 tháng sau cấy ghép.

Nhận xét: Sau phẫu thuật, mức độ tiêu xương tại thời điểm 6 tháng cao hơn so với tại thời điểm 3 tháng về cả phía gần và phía xa (p ≤ 0,001). Mức độ tiêu xương trung bình theo thời

gian tại hai thời điểm lần lượt là 1,09 ± 0,67 và 1,39 ± 0,75, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,004).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu hiện tại đã thu thập dữ liệu của 31 bệnh nhân bị mất một răng cối lớn hàm dưới được phẫu thuật cấy ghép implant. Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận sâu răng là nguyên nhân gây mất răng phổ biến nhất. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Nhật Đăng Huân và cộng sự, các tác giả chỉ ra 45,7% bệnh nhân mất răng cối lớn thứ nhất hàm dưới là do sâu răng và 25,7% là do chấn thương [2]. Tác giả Nguyễn Võ Đăng Quang và cộng sự cũng xác nhận và giải thích điều có thể là do tỷ lệ sâu răng trong dân số nước ta vẫn còn ở mức cao và là nguyên nhân chính dẫn đến mất răng trong cộng đồng [3]. Chúng tôi phát hiện phần lớn đối tượng có thời gian mất răng dưới 5 năm, điều này có thể là do nhiều bệnh nhân là nữ và tuổi còn trẻ nên có nhu cầu phục hồi răng sớm để cải thiện chức năng và thẩm mỹ. Nghiên cứu còn cho thấy tỷ lệ răng 6 bị mất chiếm ưu thế hơn so với răng 7, quan sát tương tự cũng được Ngô Anh Tài và cộng sự ghi nhận khi khảo sát đặc điểm bệnh lý của răng cối lớn [4]. Về đặc điểm cận lâm sàng, gần 2/3 bệnh nhân có kiểu hình nướu dày và 3/4 có độ dày niêm mạc phủ phần lớn > 2 mm. Rõ ràng, nướu dày là kiểu hình chính ở vùng răng sau, tỷ lệ kiểu hình nướu dày trong nghiên cứu của Ngô Anh Tài là 77,5%. Mô mềm dày có thể sẽ giúp cho việc thao tác thuận lợi hơn, đồng thời giúp lành thương tốt và tạo được mô che phủ bảo vệ implant tốt hơn [1]. Chúng tôi phát hiện mật độ xương D2, D3 chiếm tỷ lệ cao, trong khi D4 ít phổ biến nhất. Chất lượng xương liên quan đến cung hàm và vùng xương hàm dưới có độ đặc khá cao theo phân loại của Misch, quan sát này cũng được một số nghiên cứu trước đây xác nhận [1], [2]. Điều quan trọng là độ dày và mật độ của xương tại vị trí cấy ghép cũng ảnh hưởng đến độ ổn định của implant. Xương loại D2 và D3 thích hợp để cấy ghép implant nhờ giao diện tiếp xúc giữa xương vò và bề mặt implant giúp implant có độ ổn định sơ khởi tốt.

Trong nghiên cứu, chúng tôi sử dụng chủ yếu các implant có đường kính 3,8-4,2 mm và chiều dài 10 mm. Đường kính và chiều dài implant tùy thuộc vào kích cỡ và chất lượng xương hiện tại của các bệnh nhân, điều này có thể ảnh hưởng đến độ ổn định và sự tồn tại lâu dài của implant [2]. Tất cả các implant trong nghiên cứu này đều đạt độ ổn định sơ khởi tốt,

tức ISQ > 70. Nghiên cứu của Võ Nhật Đăng Quang ghi nhận kết quả ISQ ở mức $65,39 \pm 11,95$, thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi. Trong khi đó, Aragoneses và cộng sự báo cáo độ ổn định sơ khởi trung bình cho vùng xương hàm dưới là $71,18 \pm 11,08$ [5]. Đồng thời ISQ có xu hướng tăng lên có ý nghĩa ở thời điểm 3 tháng và 6 tháng sau phẫu thuật, kết quả được hỗ trợ bởi các nghiên cứu trước đây [5], [9]. Rõ ràng, có thể thấy đa số xương có mật độ D2 và D3 thuận lợi cho việc cấy ghép đạt được độ ổn định sơ khởi tốt. Chúng tôi ghi nhận mức độ tiêu xương quanh vùng cổ implant có tăng lên ở thời điểm 6 tháng so với 3 tháng. Dù vậy, lượng tiêu xương trong giai đoạn này khá nhỏ nên sự khác biệt có thể không có ý nghĩa về mặt lâm sàng. Kết luận tương tự đã được Fu và đồng nghiệp rút ra trong nghiên cứu tương tự [7]. Tuy nhiên, chúng tôi cũng khuyến khích thận trọng đánh giá trong thời gian dài hơn vì điều này có thể ảnh hưởng tiêu cực đến sự tồn tại lâu dài của implant.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của hiện tại chỉ ra một số đặc điểm mất răng cối hàm dưới bao gồm sâu răng là nguyên nhân chính và phần lớn ở răng 6, bệnh nhân có kiểu hình nướu và niêm mạc phủ dày kèm theo mật độ xương D2, D3 rất phổ biến. Phát hiện quan trọng cho thấy phẫu thuật cấy ghép implant có máng hướng dẫn có hiệu quả trong việc phục hồi mất răng cối lớn hàm dưới khi đạt độ ổn định sơ khởi tốt và tăng dần, trong khi mức độ tiêu xương nhỏ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Thu Hằng, Đàm Văn Việt, Trần Thị Mỹ

- Hạnh.** Đặc điểm lâm sàng, X-quang bệnh nhân phẫu thuật nâng xoang ổ cấy ghép implant một thì. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2021;145(9):241-246.
2. **Nguyễn Nhật Đăng Huân, Nguyễn Minh Tuấn, Lê Nguyễn Lâm.** Điều trị mất răng cối lớn thứ nhất hàm dưới bằng implant tức thì tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2021;37:97-103.
3. **Nguyễn Võ Đăng Quang, Lê Nguyễn Lâm, Hồng Quốc Khanh.** Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật cấy ghép vùng răng sau hàm dưới bằng máng hướng dẫn phẫu thuật. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2022;53:112-120.
4. **Ngô Anh Tài, Trương Nhựt Khuê, Trần Huỳnh Trung.** Khảo sát đặc điểm răng cối lớn có chỉ định phẫu thuật nha chu làm dài thân răng trên lâm sàng và trên phim chụp cắt lớp vi tính với chùm tia hình nón tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2021-2023. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2023;64:124-130.
5. **Aragoneses J.M., Aragoneses J., Brugal V.A., Gomez M., Suarez A.** Relationship between implant length and implant stability of single-implant restorations: A 12-month follow-up clinical study. Medicina (Kaunas). 2020 May 27;56(6):263.
6. **Farzad P., Andersson L., Gunnarsson S., Sharma P.** Implant stability, tissue conditions, and patient self-evaluation after treatment with osseointegrated implants in the posterior mandible. Clin Implant Dent Relat Res. 2004; 6(1):24-32.
7. **Fu P.S., Lan T.H., Lai P.L., et al.** Implant stability and marginal bone level changes: A 2-year prospective pilot study. J Dent Sci. 2023 Jul;18(3):1272-1279.
8. **Galindo-Moreno P., Catena A., Pérez-Sayáns M., et al.** Early marginal bone loss around dental implants to define success in implant dentistry: A retrospective study. Clin Implant Dent Relat Res. 2022; 24(5):630-642.
9. **Matsumoto K., Inoue K., Imagawa N., et al.** Examination of factor to influence dental implant stability quotient change. J Hard Tissue Biol. 2020;29(2):131-134.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT GHÉP XƯƠNG LIÊN THÂN ĐỐT TRƯỢT ĐỐT SỐNG BẢN LỀ THẮT LƯNG CÙNG

Đỗ Mạnh Hùng¹, Vũ Văn Cường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả phẫu thuật ghép xương liên thân đốt trượt đốt sống bản lề thắt lưng cùng. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 73 bệnh nhân được phẫu thuật ghép xương

liên thân đốt do trượt đốt sống bản lề thắt lưng cùng từ 6/2021 đến 6/2022 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Kết quả:** Có 73 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ nam/ nữ là 1/2 (nam: 32,9%, nữ 67,1%). Bệnh nhân độ tuổi 50-59 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất 27,4%. Điểm VAS lưng, chân giảm trung bình từ 6,11 và 4,55 xuống 2,81 và 1,61 khi ra viện. Mức độ nắn chỉnh có 56 BN (76,7%) nắn về trượt độ 0, không có trường hợp nào còn trượt độ III sau mổ. 100% số lượng vít được đặt đúng tiêu chuẩn theo Lonstein. Vị trí của miếng ghép được đặt đúng (2/3 trước thân đốt sống) chiếm 97,3%; không có trường hợp nào bị di lệch. Sau 6th VAS lưng cải thiện đáng kể

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Mạnh Hùng

Email: manhhungdhy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 25.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 10.9.2024