đã sử dụng đường vạt cơ khuỷu từ đó có thể quan sát và xử lý tốt các tổn thương của dây chằng bên ngoài. Ngoài ra, ghi nhận được 3 trường hợp mất vững dạng ở độ II. Các trường hợp này đều là các bệnh nhân đã được khâu dây chằng bên trong xuyên xương. Điều này cần phải được theo dõi thêm vì mặc dù hiện tại không gây ảnh hưởng đến chức năng bệnh nhân nhưng có khả năng trong tương lai sẽ gia tăng về độ lỏng lẻo do có sự trống của chỏm quay dù được chèn bằng mô mềm. Có lẽ do thời gian theo dõi chưa đủ dài mà chúng tôi chưa tìm thấy trường hợp nào thoái hóa khớp cánh tay trụ cũng như đau cổ tay.

V. KẾT LUẬN

Điều trị gãy chỏm quay trong bối cảnh trật khuỷu bằng phương pháp lấy bỏ chỏm có chèn cơ khuỷu đem lại một kết quả ban đầu khả quan có thể áp dụng được trong điều kiện hiện nay. Tuy nhiên nghiên cứu còn nhiều hạn chế do cỡ mẫu nhỏ và thời gian theo dõi chưa đủ dài. Cần có những nghiên cứu tiếp theo để theo dõi các ảnh hưởng sau này của phương pháp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Schnetzke, M., et al. (2014),** "Radial head prosthesis in complex elbow dislocations: effect of oversizing and comparison with ORIF", Int Orthop. 38(11), pp. 2295-301.doi: 10.1007/s00264-014-2478-8
2. **Ring, D. (2008),** "Displaced, unstable fractures of the radial head: fixation vs. replacement--what is the evidence?", Injury. 39(12), pp. 1329-37.doi:10.1016/j.injury.2008.04.011
3. **Tejwani, Nirmal C. and Mehta, Hemang (2007)**, "Fractures of the Radial Head and Neck: Current Concepts in Management", JAAOS - Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons. 15(7), pp. 380-387
4. **Catellani, F., et al. (2018),** "Radial Head Resection versus Arthroplasty in Unrepairable Comminuted Fractures Mason Type III and Type IV: A Systematic Review", Biomed Res Int. 2018, p. 4020625.doi:10.1155/2018/4020625
5. **Lópiz, Yaiza, et al. (2016),** "Comminuted fractures of the radial head: resection or prosthesis?", Injury. 47, pp. S29-S34.doi:https://doi.org/10.1016/S0020-1383(16)30603-9
6. **Rahmi, H., et al. (2018),** "Clinical outcomes of anconeus interposition arthroplasty after radial head resection in native and prosthetic radial heads", J Shoulder Elbow Surg. 27(6s), pp. S29-s34.doi:10.1016/j.jse.2018.02.052
7. **Özsoy, M. H., et al. (2016),** "Anconeus interposition arthroplasty in acute multiligamentous elbow injuries with irreparable radial head fractures: a novel approach", Acta Orthop Traumatol Turc. 50(3), pp. 303-8.doi:10.3944/aott.2015.15.0092
8. **Crönlein, M., et al. (2017),** "Using an anatomically preshaped low-profile locking plate system leads to reliable results in comminuted radial head fractures", Arch Orthop Trauma Surg. 137(6), pp.789-795.doi:10.1007/s00402-017-2693-z

ĐÁNH GIÁ KIỂU HÌNH NHA CHU VÙNG RĂNG TRƯỚC VÀ RĂNG CỐI NHỎ HÀM TRÊN Ở NGƯỜI TỪ 18 ĐẾN 25 TUỔI

Trương Huỳnh Diễm Uyên[1], Đỗ Thu Hằng[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định và so sánh chiều cao nướu sừng hóa, độ dày nướu và độ dày xương ổ mặt ngoài của các nhóm răng trước và răng cối nhỏ hàm trên ở người từ 18 đến 25 tuổi. **Phương pháp nghiên cứu**: 121 đối tượng tuổi từ 18 đến 25 tham gia nghiên cứu có sức khỏe toàn thân tốt, mô nha chu vùng răng trước và cối nhỏ hàm trên lành mạnh. Tất cả đối tượng nghiên cứu được khám lâm sàng và chụp phim cắt lớp điện toán chùm tia hình nón (CBCT). Độ dày nướu (ĐDN) và độ dày xương ổ răng (ĐDXO) mặt ngoài của các nhóm răng trước và răng cối nhỏ hàm trên được đo đạc trên phim CBCT. Chiều cao nướu sừng hóa (CCNSH) được đo đạc trên lâm sàng bằng phương pháp nhuộm hóa mô. Sử dụng các phép kiểm thống kê thích hợp để so sánh sự khác biệt giữa các nhóm răng trước và răng cối nhỏ hàm trên về CCNSH, ĐDN và ĐDXO. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình đối tượng nghiên cứu là 21,8 tuổi, nam chiếm 51,2%. Theo thứ tự nhóm răng cửa giữa, cửa bên, nanh, cối nhỏ thứ nhất và cối nhỏ thứ hai, CCNSH lần lượt là 5,53 ± 1,34 mm, 5,81 ± 1,45 mm, 4,97 ± 1,42 mm, 3,65 ± 1,13 mm, 4,25 ± 1,34 mm, ĐDN lần lượt là 1,56 ± 0,29 mm, 1,35 ± 0,25 mm, 1,30 ± 0,30 mm, 1,60 ± 0,32 mm, 1,87 ± 0,42 mm và ĐDXO lần lượt là 1,03 ± 0,23 mm, 1,01 ± 0,22 mm, 1,06 ± 0,31 mm, 1,20 ± 0,36 mm, 1,49 ± 0,44 mm. Chiều cao nướu sừng hóa cao nhất ở răng cửa bên và thấp nhất ở răng cối nhỏ thứ nhất ($p < 0,05$). Trung bình ĐDN ở nhóm răng cửa bên và răng nanh thấp hơn đáng kể so với các nhóm răng còn lại ($p < 0,05$). ĐDXO nhóm răng cối nhỏ cao hơn nhóm răng trước có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). **Kết luận**: Có sự khác biệt về CCNSH, ĐDN

[1]*Trường Đại học Kỹ thuật Y – Dược Đà Nẵng*
[2]*Đại học Y Dược TP. HCM*
Chịu trách nhiệm chính: Trương Huỳnh Diễm Uyên
Email: thduyen@dhktyduocdn.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.8.2024
Ngày phản biện khoa học: 20.9.2024
Ngày duyệt bài: 25.10.2024

và ĐDXO giữa các nhóm răng trước và răng cối nhỏ hàm trên. Phần lớn nhóm răng cửa bên và răng nanh có ĐDN mỏng dưới 1,5 mm, ĐDXO ≤ 1 mm ở các nhóm răng cửa giữa, cửa bên và răng nanh chiếm tỷ lệ ưu thế. ***Từ khóa:*** Kiểu hình nha chu, chiều cao nướu sừng hóa, độ dày nướu, độ dày xương ổ.

SUMMARY

PERIODONTAL PHENOTYPE OF MAXILARY ANTERIOR AND PREMOLAR TEETH IN PEOPLE AGED 18 – 25

Objectives: To describe and compare the keratinized tissue width (KTW), gingival thickness (GT), and bone thickness (BT) in the maxillary anterior and premolar teeth of individuals aged 18 to 25. **Methods**: The study involved 121 participants aged 18 to 25, all with healthy periodontal tissue in the maxillary anterior and premolar teeth. Clinical examination and cone-beam computed tomography (CBCT) were performed. Gingival thickness (GT) and bone thickness (BT) were measured using CBCT outcomes, while keratinized tissue width (KTW) was assessed clinically. Statistical tests were performed to find differences in KTW, GT, and BT between teeth groups. **Results**: The average age was 21.8 years, with 51.2% of males. For the central incisors, lateral incisors, canines, first premolars, and second premolars, KTW was 5.53 ± 1.34 mm, 5.81 ± 1.45 mm, 4.97 ± 1.42 mm, 3.65 ± 1.13 mm, and 4.25 ± 1.34 mm, respectively. GT was 1.56 ± 0.29 mm, 1.35 ± 0.25 mm, 1.30 ± 0.30 mm, 1.60 ± 0.32 mm, and 1.87 ± 0.42 mm, respectively, while BT was 1.03 ± 0.23 mm, 1.01 ± 0.22 mm, 1.06 ± 0.31 mm, 1.20 ± 0.36 mm, and 1.49 ± 0.44 mm, respectively. KTW was highest in lateral incisors and lowest in first premolars ($p < 0.05$). GT in the lateral incisors and canines was significantly thinner compared to other teeth groups ($p < 0.05$), and BT was significantly higher in the premolars compared to the anterior teeth ($p < 0.05$). **Conclusion**: Significant differences in KTW, GT, and BT were observed between the anterior and premolar groups. Lateral incisors and canines predominantly had thin gingival thickness (GT < 1.5 mm). The majority of central incisors, lateral incisors, and canines exhibited BT ≤ 1 mm. ***Keywords**:* Periodontal phenotype, keratinized tissue width, gingival thickness, bone thickness.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đối với ngành nha khoa hiện nay, tất cả yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị đều được chú trọng, đặc biệt là vùng thẩm mỹ (vùng răng trước và răng cối nhỏ hàm trên). Một trong những yếu tố đó là đánh giá hình thái xương và kiểu hình nướu quanh răng vì nó đóng vai trò quan trọng trong việc lên kế hoạch các điều trị nha chu, phục hình, chỉnh nha và cấy ghép implant.[2] Hội thảo thế giới về Phân loại tình trạng và bệnh lý nha chu và quanh implant vào năm 2017 đã khuyến nghị sử dụng thuật ngữ "kiểu hình nha chu". Dựa trên báo cáo này, "kiểu hình nha chu" (periodontal phenotype) mô tả sự kết hợp giữa kiểu hình nướu (bao gồm độ dày nướu và chiều cao nướu sừng hóa) và hình thái xương ổ (độ dày của xương ổ mặt ngoài).[3]

Kiểu hình nha chu khác nhau có thể có đáp ứng khác nhau đối với tình trạng viêm, chấn thương và điều trị nha khoa. Những vùng xương và mô mềm mỏng sẽ thiếu nguồn máu và dinh dưỡng hỗ trợ từ tủy xương và mô liên kết nha chu. Các phẫu thuật tác động đến màng xương ở vùng xương mỏng sẽ dễ dẫn đến tiêu xương nhiều hơn, hay liên quan mô mềm mỏng dễ dẫn đến tụt nướu.[4] Do đó, những bệnh nhân có kiểu hình nha chu mỏng cần được lên kế hoạch điều trị kỹ lưỡng và dự phòng tụt nướu.

Hiện nay, phương pháp chụp CBCT với kỹ thuật phân tách môi là được đề xuất để xác định đồng thời độ dày nướu và xương ổ răng, vì đây là phương pháp không xâm lấn, có thể tái lặp, được xuất ra dạng file DICOM để lưu trữ và đo đạc nhiều lần. Kỹ thuật phân tách môi má cho phép khảo sát độ dày nướu đồng thời, giúp giảm thời gian đo đạc trên lâm sàng. Về đo đạc chiều cao nướu sừng hóa, trong nghiên cứu này chúng tôi chọn phương pháp nhuộm hóa mô để kết quả thể hiện rõ ràng và dễ đo đạc hơn.

Ở Việt Nam đã có nghiên cứu đánh giá ĐDXO và ĐDN mặt ngoài ở vùng răng trước hàm trên, tuy nhiên đối tượng nghiên cứu ở nhiều độ tuổi khác nhau và chưa khảo sát CCNSH. Để có dữ liệu đầy đủ về kiểu hình nha chu ở vùng thẩm mỹ (vùng răng trước và cối nhỏ hàm trên) trên cùng nhóm đối tượng trẻ tuổi, chúng tôi thực hiện nghiên cứu xác định và so sánh ĐDN, ĐDXO và CCNSH ở các nhóm răng này, từ đó đưa ra những lưu ý về mặt lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. 121 người từ đủ 18 đến 25 tuổi đến khám tại Phòng khám Chuyên khoa RHM, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 08/2023 đến tháng 07/2024.

Tiêu chuẩn chọn: Có sức khỏe toàn thân tốt, đồng ý tham gia nghiên cứu, không mất răng hay thiếu răng vùng răng trước và răng cối nhỏ hàm trên, Mô nha chu vùng răng trước và răng cối nhỏ hàm trên lành mạnh: không có túi nha chu > 3 mm, chỉ số nướu: 0-1, chỉ số mảng bám: 0-1 (Loe và Silness), không mất bám dính vùng kẽ, răng không lung lay.

Tiêu chuẩn loại trừ: Đang mang thai, đã và đang điều trị chỉnh nha, nha chu, nội nha phẫu thuật hay không phẫu thuật, có phục hình/ phục hồi cổ răng ở vùng khảo sát, sử dụng thuốc có nguy cơ làm triển dưỡng nướu, có tiền sử dị ứng với chất iodine.

Phương pháp nghiên cứu

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

Quy trình nghiên cứu: Sau khi tư vấn, giải thích, cung cấp bản thông tin, người tham gia nghiên cứu đọc và ký vào phiếu chấp thuận, tiến hành khám lâm sàng và chọn người tham gia nghiên cứu theo tiêu chuẩn chọn và loại trừ.

Hình 1. Đo chiều cao nướu sừng hóa trên lâm sàng với phương pháp nhuộm hóa mô

Người tham gia nghiên cứu được nhuộm hóa mô nướu bằng dung dịch Lugol 3% để xác định rõ ranh giới nướu – niêm mạc. Đo CCNSH là khoảng cách từ điểm cao nhất về phía chóp của viền nướu đến ranh giới nướu – niêm mạc. Sau đó, tiến hành chụp phim CBCT bằng máy HDX Will (DENTRI-Sα), Hàn Quốc có thông số kích thước điểm ảnh là 0,2 mm, với kỹ thuật chụp tách mô mềm được chụp bởi cùng một kỹ thuật viên đã được huấn luyện định chuẩn. Phim được định chuẩn các mặt phẳng và đo đạc bằng phần mềm đọc phim Romesis Planmenca Viewer. ĐDXO mặt ngoài được đo tại điểm cách mào xương ổ 1 mm. ĐDN mặt ngoài được đo tại mào xương ổ. Các biến số nghiên cứu CCNSH, ĐDN và ĐDXO đều được 1 nghiên cứu viên đo đạc (được huấn luyện định chuẩn với ICC lần lượt là 0,89, 0,93, 0,92 với p < 0,05).

Hình 2. Đo độ dày nướu và độ dày xương ổ trên hình ảnh CBCT

Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được phân tích bằng phần mềm RStudio 2022.07.1 và phép kiểm có ý nghĩa thống kê khi giá trị p < 0,05.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh theo QĐ số 720/ HĐĐĐ-ĐHYD ngày 09/8/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Mẫu nghiên cứu gồm 121 đối tượng (62 nam và 59 nữ). Độ tuổi trung bình của cả nam và nữ là 21,8 tuổi.

Chiều cao nướu sừng hóa

Bảng 1: Chiều cao nướu sừng hóa theo nhóm răng (mm)

Nhóm răng	Trung bình ± ĐLC Trung vị [KTPV]	GTNN	GTLN	Giá trị p
Cửa giữa	5,53 ± 1,34 5,5 [4,5; 6,0]	2,5	10,0	**p < 0,01***
Cửa bên	5,81 ± 1,45 6,0 [5,0; 7,0]	3,0	10,0	
Nanh	4,97 ± 1,42 5,0 [4,0; 6,0]	2,0	10,5	
Cối nhỏ 1	3,65 ± 1,13 3,5 [3,0; 4,5]	1,0	6,5	
Cối nhỏ 2	4,25 ± 1,34 4,0 [3,0; 5,0]	2,0	10,0	
Chung	**4,84 ± 1,56 5,0 [4,0; 6,0]**	**1,0**	**10,5**	

ĐLC: Độ lệch chuẩn, KTPV: Khoảng tứ phân vị, GTNN/ GTLN: Giá trị nhỏ nhất/ lớn nhất. * Kiểm định Kruskal-Wallis

Nhóm răng cửa bên có CCNSH cao nhất (5,81 ± 1,45 mm), tiếp theo lần lượt là nhóm răng cửa giữa (5,53 ± 1,34 mm), răng nanh (4,97 ± 1,42 mm), răng cối nhỏ thứ hai (4,25 ± 1,34 mm) và răng cối nhỏ thứ nhất (3,65 ± 1,13 mm). Sự khác biệt giữa các nhóm đều có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Độ dày nướu mặt ngoài

Bảng 2: Độ dày nướu mặt ngoài theo nhóm răng (mm)

Nhóm răng	Trung bình ± ĐLC Trung vị [KTPV]	GTNN	GTLN	Giá trị p
Cửa giữa	1,56 ± 0,29 1,60 [1,40; 1,79]	0,80	2,56	**p < 0,01***
Cửa bên	1,35 ± 0,25 1,34 [1,20; 1,41]	0,80	2,63	
Nanh	1,30 ± 0,30 1,27 [1,14; 1,41]	0,60	2,81	
Cối nhỏ 1	1,60 ± 0,32 1,60 [1,40; 1,80]	1,00	3,00	
Cối nhỏ 2	1,87 ± 0,42 1,80 [1,60; 2,12]	1,20	3,81	
Chung	**1,54 ± 0,38 1,46 [1,26;1,80]**	**0,60**	**3,81**	

* Kiểm định Kruskal-Wallis

Trung bình ĐDN mặt ngoài ở các nhóm răng giảm theo thứ tự: răng cối nhỏ thứ hai (1,87 ± 0,42 mm), răng cối nhỏ thứ nhất (1,60 ± 0,32 mm), răng cửa giữa (1,56 ± 0,29 mm), răng cửa

bên (1,35 ± 0,25 mm) và răng nanh (1,30 ± 0,30 mm). Nhóm răng cối nhỏ và răng cửa giữa có ĐDN cao hơn có ý nghĩa so với nhóm răng răng cửa bên và răng nanh với p < 0,05.

Bảng 3: Tỷ lệ độ dày nướu mặt ngoài ở các nhóm răng (%)

Nhóm răng	ĐDN ≤ 1,5 mm	ĐDN > 1,5 mm
Cửa giữa	45,9	54,1
Cửa bên	79,3	20,7
Nanh	79,3	20,7
Cối nhỏ 1	40,5	59,5
Cối nhỏ 2	14,5	85,5
Chung	**51,9**	**48,1**

Trong các nhóm răng khảo sát, hai nhóm răng nanh và răng cửa bên có ĐDN ≤ 1,5 mm chiếm tỷ lệ cao nhất (79,3%).

Độ dày xương ổ mặt ngoài

Bảng 4: Độ dày xương ổ mặt ngoài theo nhóm răng (mm)

Nhóm răng	Trung bình ± ĐLC Trung vị [KTPV]	GTNN	GTLN	Giá trị p
Cửa giữa	1,03 ± 0,23 1,00 [0,89;1,20]	0,45	2,20	**p < 0,01***
Cửa bên	1,01 ± 0,22 1,00 [0,85;1,20]	0,40	1,80	
Nanh	1,06 ± 0,31 1,00 [0,82;1,20]	0,28	2,55	
Cối nhỏ 1	1,20 ± 0,36 1,20 [1,00;1,40]	0,40	2,60	
Cối nhỏ 2	1,49 ± 0,44 1,40 [1,20;1,65]	0,63	3,41	
Chung	**1,16 ± 0,37 1,02 [1,00; 1,28]**	**0,28**	**3,41**	
* Kiểm định Kruskal-Wallis				

Trung bình ĐDXO mặt ngoài của các nhóm răng cửa giữa, cửa bên, nanh, cối nhỏ thứ nhất và cối nhỏ thứ hai lần lượt là 1,03 ± 0,23 mm, 1,01 ± 0,22 mm, 1,06 ± 0,31mm, 1,20 ± 0,36 mm, 1,49 ± 0,44 mm. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về ĐDXO giữa các nhóm. Trong đó, răng cối nhỏ thứ hai và răng cối nhỏ thứ nhất có ĐDXO lớn nhất, cao hơn các nhóm răng trước (p < 0,05). Các nhóm răng trước có ĐDXO khác biệt không ý nghĩa với p > 0,05.

Bảng 5: Tỷ lệ độ dày xương ổ ở các nhóm răng (%)

Nhóm răng	ĐDXO ≤ 1mm	1mm < ĐDXO < 2mm	ĐDXO ≥ 2mm
Cửa giữa	54,5	45,0	0,5
Cửa bên	65,3	34,7	0
Nanh	53,7	44,6	1,7
Cối nhỏ 1	38,4	57,9	3,7
Cối nhỏ 2	13,6	71,5	14,9
Chung	**45,1**	**50,7**	**4,2**

Đa số các nhóm răng có ĐDXO dưới 2 mm (95,8%). Nhóm răng cửa giữa và cửa bên đều có ĐDXO dưới 2mm. Nhóm răng trước có ĐDXO ≤ 1 mm chiếm trên 50%, nhóm răng cối nhỏ ĐDXO đa số khoảng 1 – 2 mm.

IV. BÀN LUẬN

CCNSH trung bình của các răng trước và cối nhỏ hàm trên trong nghiên cứu này 4,84 ± 1,56 mm. Kết quả gần tương tự với kết quả của nghiên cứu trên người Châu Á như Lee (2018) (5,19 mm)[5] với cùng phương pháp nghiên cứu. Khi so sánh CCNSH giữa các nhóm răng, kết quả nghiên cứu chúng tôi tương tự nhiều nghiên cứu khác, CCNSH cao nhất ở nhóm răng cửa bên và thấp nhất ở nhóm răng cối nhỏ thứ nhất. Điều này có thể lý giải dựa vào đặc điểm giải phẫu của vùng răng này. Trong nhóm 6 răng cửa trước, đường viền nướu của răng cửa bên thường sẽ thấp hơn răng cửa giữa và răng nanh khoảng 1 mm, trong khi đó ranh giới nướu sừng hóa ở các răng ngang mức nhau, do đó giá trị đo được ở răng cửa bên sẽ lớn hơn. Răng cối nhỏ thứ nhất là vị trí thường có thắng má, một số trường hợp kết hợp ngách hành lang nông khi chuyển vào vùng răng sau nên giá trị đo được ở nhóm răng này sẽ thấp hơn các nhóm răng còn lại. Nghiên cứu cho thấy CCNSH ở vùng răng trước và cối nhỏ hàm trên trung bình đều trên 2 mm. Điều này giúp thuận lợi cho việc duy trì sức khỏe mô nha chu và ổn định mô mềm nếu có can thiệp cấy ghép implant.

ĐDN trung bình mặt ngoài (đo tại đỉnh mào xương ổ răng) của các răng trước và cối nhỏ hàm trên là 1,54 ± 0,38 mm. Kết quả này tương tự kết quả của Lee và cộng sự (2018)[5] trên đối tượng người Trung Quốc với trung bình là 1,53 ± 0,52 mm. Cùng nghiên cứu ở người Việt, trung bình ĐDN vùng răng trước trong nghiên cứu chúng tôi là 1,4 ± 0,2 mm cao hơn nghiên cứu Trần Hùng Lâm[1]. Sự chênh lệch này có thể do độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu này (21,8 tuổi) trẻ hơn so với nghiên cứu của Trần Hùng Lâm (nghiên cứu trên đối tượng từ 18 đến trên 50 tuổi).

ĐDN được cho là yếu tố quan trọng quyết định thành công của các điều trị nha khoa, đặc biệt vùng thẩm mỹ. Tỷ lệ tụt nướu cao hơn ở vị trí có nướu mỏng (≤ 1,5 mm) sau điều trị nha chu không phẫu thuật.[6] Trong phẫu thuật cấy ghép implant tức thì hay trì hoãn, ĐDN ảnh hưởng đáng kể đến kết quả thẩm mỹ. Những vị

trí có nướu mỏng dễ tụt nướu sau một thời gian đặt implant tức thì, dù có phục hình tạm tức thì sau đó.[7] Nướu mỏng < 1,5 mm cũng không thể che phủ màu abutment titanium.[8] Trong nghiên cứu này, tỷ lệ răng có nướu mỏng chiếm 51,9%, đặc biệt ở vùng răng nanh và răng cửa bên hàm trên có tỷ lệ nướu mỏng chiếm đến 79,3%. Vậy nên lưu ý khi thực hiện phẫu thuật che phủ thân răng vùng răng này, cần xem xét lên kế hoạch ghép mô liên kết kết hợp vạt di chuyển về phía thân răng hơn là vạt di chuyển về phía thân răng đơn thuần. Điều này không chỉ để đạt được độ che phủ tối đa mà còn làm tăng độ ổn định của kết quả. Đối với trường hợp mất răng và cần cấy ghép implant, nên xem xét kế hoạch cấy ghép kết hợp ghép mô liên kết để tăng độ ổn định lâu dài cho mô mềm quanh implant. Bên cạnh đó, việc lựa chọn vật liệu cho abutment cần cân nhắc chọn vật liệu có tính thẩm mỹ cao như zirconia cho vùng răng này.

Trong nghiên cứu này, trung bình ĐDXO mặt ngoài vùng khảo sát là 1,16 ± 0,37 mm, trong đó răng cối nhỏ thứ hai có trung bình cao nhất là 1,49 ± 0,44 mm, kế đến răng cối nhỏ thứ nhất là 1,20 ± 0,36 mm. ĐDXO mặt ngoài ở nhóm răng cửa giữa, răng cửa bên và răng nanh lần lượt là 1,03 ± 0,23 mm, 1,01 ± 0,22 mm, 1,06 ± 0,31 mm. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Trần Hùng Lâm (tương ứng lần lượt là 0,76 ± 0,24 mm, 0,79 ± 0,29 mm, 0,83 ± 0,39 mm).[1] Sự khác biệt này có thể lý giải do sự khác nhau về đối tượng tham gia nghiên cứu. Đối tượng trong nghiên cứu chúng tôi là nhóm người trẻ tuổi (từ 18 đến 25 tuổi), còn nghiên cứu của Trần Hùng Lâm đối tượng trải dài từ 18 đến trên 50 tuổi. Theo thời gian mật độ xương giảm dần theo tuổi, đặc biệt ở nữ giới khi trải qua sự thay đổi hormone của chu kỳ kinh nguyệt, sinh sản và giai đoạn mãn kinh, tình trạng loãng xương được ghi nhận nhiều hơn. Ngoài ra, người lớn tuổi còn có các bệnh lý nha chu và các yếu tố tác động khác từ môi trường như bệnh toàn thân, thói quen vệ sinh răng miệng, thói quen ăn uống làm ảnh hưởng đến hình thái xương ổ của bộ răng.

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ độ dày xương ổ ≥ 2 mm chiếm tỷ lệ rất ít (4,16%), tỷ lệ răng có độ dày xương ổ < 1 mm chiếm 45,1%, trong đó răng cửa bên có tỷ lệ xương ổ mỏng rất cao (100% < 2 mm). Đây là yếu tố nguy cơ khi đặt implant vì khả năng tiêu xương và quá trình lành thương bị ảnh hưởng.[9] Do đó, nếu cấy ghép implant vùng răng này cần lên kế hoạch ghép xương và định vị trí implant lệch trong để giảm thiểu nguy cơ tiêu xương. Ngoài ra cần kết hợp đánh giá mô mềm để lên kế hoạch tăng thể tích mô mềm, góp phần làm tăng ổn định cho implant ở vùng xương ổ mỏng.

V. KẾT LUẬN

Trong phạm vi nghiên cứu, kết quả cho thấy: CCNSH ở tất cả các nhóm răng đều trên 2 mm, cao nhất ở nhóm răng cửa bên và thấp nhất ở nhóm răng cối nhỏ thứ nhất. ĐDN mỏng dưới 1,5 mm chiếm 51,9%, Nhóm răng cửa bên và răng nanh có ĐDN mỏng dưới 1,5 mm nhiều nhất (79,3%). Trung bình ĐDXO mặt ngoài cách mào xương ổ 1 mm của các nhóm răng là 1,16 ± 0,37 mm. Nhóm răng cối nhỏ có ĐDXO cao hơn các nhóm răng trước. ĐDXO ≤ 1 mm ở các nhóm răng cửa giữa, cửa bên và răng nanh chiếm trên 50%. ĐDXO < 1 mm chiếm 45,1% và ≥ 2 mm chỉ chiếm 4,2%. Nên lưu ý ĐDN và ĐDXO khi thực hiện các phẫu thuật nha chu, cấy ghép implant ở vùng răng trước hàm trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lâm TH, Vũ Đ, Phi TNQ.** Đánh giá bề dày vách xương và mô nướu mặt ngoài vùng răng trước hàm trên: Nghiên cứu trên hình ảnh CBCT. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;501(1)
2. **Kim DM, Bassir SH, Nguyen TT**. Effect of gingival phenotype on the maintenance of periodontal health: An American Academy of Periodontology best evidence review. Journal of periodontology. 2020;91(3):311-338.
3. **Jepsen S, Caton JG, Albandar JM, et al.** Periodontal manifestations of systemic diseases and developmental and acquired conditions: Consensus report of workgroup 3 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. J Periodontol. Jun 2018;89 Suppl 1:S237-S248. doi:10.1002/JPER.17-0733
4. **Malpartida-Carrillo V,** Tinedo-Lopez PL, Guerrero ME, Amaya-Pajares SP, Ozcan M, Rosing CK. Periodontal phenotype: A review of historical and current classifications evaluating different methods and characteristics. J Esthet Restor Dent. Apr 2021;33(3):432-445. doi:10.1111/ jerd.12661
5. **Lee WZ, Ong MM, Yeo ABK**. Gingival profiles in a select Asian cohort: A pilot study. Journal of Investigative and Clinical Dentistry. 2018; 9(1):e12269.
6. **Claffey N, Shanley D**. Relationship of gingival thickness and bleeding to loss of probing attachment in shallow sites following nonsurgical periodontal therapy. Journal of clinical periodontology. 1986;13(7):654-657.
7. **Infante L**. Facial gingival tissue stability following immediate placement and provisionalization of maxillary anterior single implants: a 2-to 8-year follow-up. Int J Oral Maxillofac Implants. 2011;26(1):179-87.
8. **Jung RE, Sailer I, Hammerle C, Attin T, Schmidlin P.** In vitro color changes of soft tissues caused by restorative materials. International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry. 2007;27(3):251.

9. Nowzari H, Molayem S, Chiu CHK, Rich SK. Cone beam computed tomographic measurement of maxillary central incisors to determine prevalence of facial alveolar bone width≥ 2 mm. Clinical implant dentistry and related research. 2012;14(4):595-602.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH RÁM MÁ TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ NĂM 2023 – 2024

Quách Thị Bảy[1], Huỳnh Văn Bá[2], Huỳnh Thị Xuân Tâm[3]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Điều trị rám má thường sử dụng các liệu pháp kết hợp gồm laser, mỹ phẩm làm giảm sắc tố da và thuốc uống. **Mục tiêu nghiên cứu**: Kết quả điều trị bệnh rám má tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2023-2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 85 bệnh nhân rám má điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y dược Cần Thơ từ tháng 07 năm 2023 đến tháng 6 năm 2024. **Kết quả:** 76,5% hài lòng về kết quả khám bệnh; 69,4% hài lòng về thời gian điều trị. Điều trị rám má bằng laser Q-Switched Nd: YAG kết hợp bôi Tri-white Serum an toàn. Điểm MASI giảm từ 7,5±4,7 trước điều trị về 4,9±3,5 sau điều trị (p <0,001). Tỷ lệ cải thiện rám má là 69,4%. **Kết luận:** Điều trị rám má bằng laser Q-Switched Nd: YAG kết hợp bôi Tri-white Serum có hiệu quả và nhận được sự tin tưởng từ bệnh nhân. ***Từ khóa:*** rám má, laser Q-switched nd:YAG, FOB Tri-White serum.

SUMMARY

THE RESULTS OF TREATING MELASMA AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL IN 2023-2024

Background: Treatment of melasma often uses a combination of laser, depigmentation cosmetics, and oral medications. **Objective:** Evaluating patient treatment results of melasma treatment at Can Tho University of Medicine and pharmacy hospital in 2023-2024. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study on 85 melasma patients treated at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital from July 2023 to April 2024. **Results:** 76.5% were satisfied with the results of the medical examination; 69.4% were satisfied with the treatment time. Melasma treatment with Q-Switched Nd: YAG laser method combined with applying Tri-White Serum was safe. MASI score decreased from 7.5±4.7 to 4.9±3.5 after treatment (p <0.001). The rate of melasma improvement was 69.4%. **Conclusion:** Melasma treatment using Q-Switched Nd: YAG laser method combined with applying Tri-White Serum is safe, effective, and receives satisfaction/trust from patients.

Keywords: melasma, Q-switched nd: YAG laser, FOB Tri-White serum

[1]Bệnh viện Chuyên khoa Tâm thần và Da liễu Hậu Giang
[2]Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
[3]Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch
Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Thị Xuân Tâm
Email: tamhtx@pnt.edu.vn
Ngày nhận bài: 22.8.2024
Ngày phản biện khoa học: 20.9.2024
Ngày duyệt bài: 25.10.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rám má hay nám má (melasma) là một bệnh lý da lành tính, biểu hiện bằng những đốm hoặc mảng nâu, đen hoặc đen nâu, khu trú ở mặt nhất là hai gò má. Rám má không gây nguy hiểm nhưng khi đã lan rộng và tiến triển dai dẳng gây ảnh hưởng đến thẩm mỹ, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Cho đến nay, chưa có phương pháp nào đủ hiệu quả để trở thành tiêu chuẩn vàng điều trị rám má. Vì vậy điều trị kết hợp thường được sử dụng với các liệu pháp bao gồm thuốc giảm sắc tố tại chỗ, điều trị bằng laser, mỹ phẩm làm giảm sắc tố da và thuốc uống [5], [6], [7].

Laser 1064nm Q-switched neodymium-doped: yttrium aluminum garnet (Nd:YAG) được Cục quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ công nhận là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn cho bệnh nhân rám má từ trung bình đến nặng, rám má hỗn hợp. Tri-white Serum sản phẩm phối hợp của 3 thành phần chính bao gồm: gluconolactone, arbutin và vitamin E [3].

Bệnh viện Trường Đại học Y dược Cần Thơ là cơ sở điều trị chuyên khoa Da liễu có ứng dụng kỹ thuật cao, thực hiện điều trị cho nhiều bệnh nhân bị rám má bằng laser Q-Switched Nd: YAG kết hợp bôi Tri-white Serum. Chính vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Tính an toàn và kết quả điều trị rám má bằng phương pháp laser Q-Switched Nd: YAG kết hợp bôi Tri-white Serum tại Bệnh viện Trường Đại học Y dược Cần Thơ năm 2023-2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân được chẩn đoán rám má tại Bệnh viện Trường Đại học Y dược Cần Thơ từ tháng 07 năm 2023 đến tháng 4 năm 2024.

2.1.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân được chẩn đoán rám má tại Bệnh viện Trường Đại học Y dược Cần Thơ, dựa