

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN MẤT RĂNG CỐI LỚN THỨ NHẤT HÀM DƯỚI CÓ CHỈ ĐỊNH PHỤC HỒI BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐẶT IMPLANT DƯỚI MÀO XƯƠNG

Trần Quốc Ninh¹, Bùi Hoàng Minh Đức¹, Trương Anh Hào¹, Phạm Đức Huy¹,
Trần Kim Định¹, Nguyễn Hoàng Giang¹, Lê Nguyên Lâm^{1*}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Răng cối lớn thứ nhất hàm dưới thường bị mất sớm do mọc sớm nhất trên cung hàm. Việc đánh giá đặc điểm lâm sàng và hình ảnh X-quang giúp tiên lượng điều trị phục hồi bằng implant. **Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm lâm sàng và X-quang của bệnh nhân mất răng cối lớn thứ nhất hàm dưới có chỉ định phục hồi bằng implant đặt dưới mào xương tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có tổng 23 bệnh nhân mất 28 răng cối lớn thứ nhất hàm dưới đơn lẻ có chỉ định cấy ghép implant dưới mào xương tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 3/2023 đến tháng 03/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình $29,52 \pm 11,02$ (20–49 tuổi). Thời gian mất răng <5 năm chiếm 63,64%. Tỷ lệ nữ 52,17%, nam 47,83%. Nguyên nhân chủ yếu do sâu răng/bệnh lý tủy (86,36%), thường gặp ở nhóm 18–39 tuổi. Mất răng số 6 một bên chiếm ưu thế. Bản xương vỏ đỉnh sống hàm dày trung bình 1,04 mm. Mật độ xương D3 chiếm 46,43%, D1 thấp nhất (7,14%). Chiều dài xương trung bình 16,6 mm; chiều rộng 6–9 mm chiếm 78,57%. **Kết luận:** Mất răng cối lớn thứ nhất hàm dưới thường xảy ra ở người trẻ, do sâu răng/bệnh lý tủy, chủ yếu mất một bên. Mật độ xương D3 phổ biến, bản xương vỏ mỏng và chiều rộng xương phù hợp cho implant dưới mào.

Từ khóa: implant dưới mào xương, mất răng cối lớn thứ nhất hàm dưới, đặc điểm sống hàm mất răng

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH MISSING MANDIBULAR FIRST MOLARS INDICATED FOR SUBCRESTAL IMPLANT PLACEMENT

Background: The mandibular first molar is often lost early due to its position as the first permanent tooth to erupt in the dental arch. Evaluating clinical and radiographic characteristics aids in prognosis and treatment planning for implant rehabilitation. **Objective:** To assess the clinical and radiographic features of patients with missing mandibular first molars indicated for subcrestal implant placement at the University of Medicine and Pharmacy Hospital, Can

Tho. **Materials and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 23 patients with a total of 28 single missing mandibular first molars indicated for subcrestal implant placement at the University of Medicine and Pharmacy Hospital, Can Tho, from March 2023 to March 2025. **Results:** The average age was 29.52 ± 11.02 (20–49 years old). The duration of tooth loss was <5 years, accounting for 63.64%. The proportion of women was 52.17%, and that of men was 47.83%. The main cause was tooth decay/pulp disease (86.36%), commonly occurring in the 18–39 year old group. Unilateral loss of tooth number 6 was predominant. The average thickness of the alveolar ridge cortical bone was 1.04 mm. The bone density of D3 was 46.43%, and D1 was the lowest (7.14%). The average bone length was 16.6 mm; the width was 6–9 mm, accounting for 78.57%. **Conclusion:** Loss of the mandibular first molar frequently occurs in young adults, primarily due to caries or endodontic pathology, with unilateral loss being predominant. D3 bone density was most prevalent, and the cortical bone was thin, with bone width favorable for subcrestal implant placement.

Key word: Subcrestal implant placement, Mandibular first molar loss, Alveolar bone characteristics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong cấy ghép nha khoa hiện đại, thành công lâu dài của implant không chỉ phụ thuộc vào sự tích hợp xương mà còn liên quan đến sự ổn định của mô quanh implant, đặc biệt là bảo tồn chiều cao xương vùng cổ. Khi mô mềm mỏng, kỹ thuật đặt implant dưới mào xương được ứng dụng nhằm giảm tiêu xương cổ và tăng độ dày mô mềm, từ đó cải thiện hiệu quả sinh học và thẩm mỹ [1]. Nhiều nghiên cứu, trong đó có Linkevicius và cộng sự, cho thấy kỹ thuật này giúp hình thành khoảng sinh học ổn định, kiểm soát vi khuẩn và giảm ứng suất tại vị trí nối [2]. Việc chỉ định kỹ thuật này đòi hỏi đánh giá chính xác mô mềm, mô cứng, mật độ và hình thái xương [3]. Từ đó, nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và X-quang ở các trường hợp mất răng có chỉ định đặt implant dưới mào sẽ cung cấp cơ sở khoa học và lâm sàng cho chỉ định kỹ thuật phù hợp. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài “Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân mất răng cối lớn thứ nhất hàm dưới có chỉ định phục hồi bằng phương pháp đặt implant dưới mào xương tại Bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ”.

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
Chịu trách nhiệm chính: Lê Nguyên Lâm
Email: lenguyenlam@ctump.edu.vn
Ngày nhận bài: 10.3.2025
Ngày phản biện khoa học: 18.4.2025
Ngày duyệt bài: 13.5.2025

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: tất cả bệnh nhân mất răng cối lớn thứ nhất hàm dưới đơn lẻ có chỉ định cấy ghép implant dưới mào xương tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 3/2023 đến tháng 03/2025.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân mất răng đơn lẻ răng cối lớn thứ nhất hàm dưới. Mất răng trên 6 tháng và đặc điểm của vùng mất răng đánh giá trên CBCT: Chiều cao xương từ đỉnh mào xương đến cấu trúc giải phẫu ống thần kinh răng dưới tối thiểu 12mm, chiều gần xa > 6mm, chiều ngoài trong > 6mm. Độ dày niêm mạc dưới 3mm. Chiều cao niêm mạc sừng hóa theo chiều ngoài trong lớn hơn 4mm.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh lý toàn thân như tim mạch, đái tháo đường không kiểm soát, xạ trị, hóa trị. Hút thuốc lá trên 10 điếu/ngày.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang mô tả

Cỡ mẫu: có tổng 23 bệnh nhân mất 28 răng cối lớn thứ nhất hàm dưới đơn lẻ có chỉ định cấy ghép implant dưới mào xương tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 3/2023 đến tháng 03/2025.

Nội dung nghiên cứu:

- **Đặc điểm chung:** Giới tính: Nam, nữ

Tuổi: Thanh niên (18-39 tuổi), trung niên (40-59 tuổi)

Nguyên nhân mất răng: Sâu răng và bệnh lý tủy: do sâu răng hay do tiến triển của bệnh sâu răng như bệnh lý tủy răng và vùng quanh chóp; Bệnh lý nha chu: bệnh lý về mô nha chu làm ảnh hưởng trực tiếp đến mô nha chu quanh răng.

- **Đặc điểm lâm sàng**

Thời gian mất răng: dưới 5 năm, từ 5 đến 10 năm, trên 10 năm

Vị trí mất răng: một bên hoặc hai bên phân hàm

Đặc điểm cận lâm sàng: Độ dày bản xương vò: là phần xương vò đo tại trục implant được thiết lập ảo trên phần mềm 3Shape.

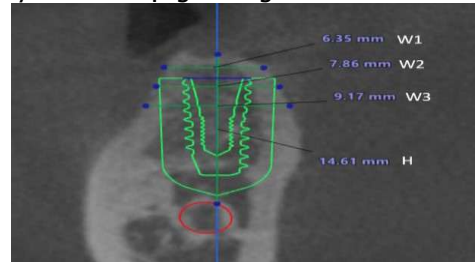
Mật độ xương: được đánh giá trên phim CBCT bằng phần mềm 3shape theo phân loại của Mish (2015) gồm: D1, D2, D3, D4 [4].

Thể tích xương: được đo trên phim CBCT bằng phần mềm 3Shape theo phương pháp của Zhang (2011) [5].

Chiều cao xương: từ đỉnh sống hàm đến bờ trên ống thần kinh răng dưới

Chiều rộng xương: trên trục implant được thiết lập ảo tính từ đỉnh sống hàm, chiều rộng của xương được đo tại 3 điểm W1 – cách mào xương 1mm, W2 – cách mào xương 3mm, W3 –

cách mào xương 5mm theo chiều ngoài trong vuông góc với trục implant. Trung bình của 3 vị trí này là chiều rộng xương cần tìm.



Hình ảnh đo thể tích xương. W1, W2, W3 lần lượt là chiều rộng xương cách đỉnh mào xương 1, 3, 5 mm. H là chiều cao xương đo theo trục implant từ đỉnh mào xương đến bờ trên ống thần kinh răng dưới.

Ghi nhận kết quả và phân tích số liệu

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0

Đạo đức trong nghiên cứu: Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ phê duyệt số: 23.309.HV/PCT-HĐĐĐ, ngày 12 tháng 04 năm 2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung và đặc điểm lâm sàng. Tuổi trung bình là $29,52 \pm 11,02$. Tuổi nhỏ nhất là 20 tuổi, lớn nhất là 49 tuổi. Thời gian mất răng dưới 5 năm là 63,64%, trên 5 năm là 22,27%, trên 10 năm là 13,64%. Tỷ lệ nữ giới chiếm 52,17% và nam giới là 47,83%. Nguyên nhân mất răng do sâu răng và bệnh lý tủy là 86,36%, do bệnh lý nha chu là 13,64%. Tỷ lệ mất răng ở nhóm tuổi 18–39 chiếm ưu thế ở cả nam (90,9%) và nữ (75%).

Bảng 1. Phân bố mất răng theo giới tính và tuổi trong nghiên cứu

Giới tính	Nhóm tuổi				Tổng		p*
	18–39		40–59				
	n	%	n	%	n	%	
Nam	10	90,9	1	9,1	11	47,83	0,59
Nữ	9	75,0	3	25,0	12	52,17	
Tổng	19	82,6	4	17,4	23	100,0	

Kiểm định Fisher's Exact

Nhận xét: Tỷ lệ mất răng ở nhóm tuổi 18–39 chiếm ưu thế ở cả nam (90,9%) và nữ (75%), cao hơn nhiều so với nhóm tuổi 40–59. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa giới tính và nhóm tuổi ($p = 0,590$).

Bảng 2. Phân bố nguyên nhân mất răng và tuổi trong nghiên cứu

Nguyên nhân	Nhóm tuổi				Tổng		p*
	18–39		40–59				
	n	%	n	%	n	%	

Sâu răng	23	82,14	1	3,57	24	85,71	0,27
Nha chu	3	10,72	1	3,57	4	14,29	
Tổng	18	81,8	4	18,2	28	100	

Kiểm định Fisher's Exact

Nhận xét: Sâu răng là nguyên nhân chủ yếu gây mất răng ở cả hai nhóm tuổi, nhiều nhất ở nhóm 18–39 tuổi (82,14%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nguyên nhân mất răng và nhóm tuổi ($p = 0,270$).

Bảng 3. Phân bố vị trí mất răng theo giới tính

Giới tính	Vị trí mất răng 6				P*
	Một bên		Hai bên		
	n	%	n	%	
Nam	7	30,44	4	17,39	0,667
Nữ	9	39,13	3	13,04	
Tổng	16	69,57	7	30,43	

Kiểm định Fisher's Exact

Nhận xét: Tỷ lệ mất răng số 6 một bên chiếm ưu thế ở cả nam (30,44%) và nữ (39,13%), so với mất hai bên. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa giới tính và vị trí mất răng số 6 ($p = 0,667$).

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 4. Phân bố độ dày bản xương vò theo giới tính

Giới tính	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất	p
Nam	1,22	0,76	0	2,48	0,742
Nữ	0,95	0,71	0	1,97	
Tổng	1,04	0,75			

Kiểm định Mann-Whitney U

Nhận xét: Độ dày bản xương vò tại đỉnh sống hàm là $1,04 \pm 0,75$ mm. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ dày bản xương vò giữa nam và nữ ($p > 0,05$).

Bảng 5. Phân bố mật độ xương theo giới tính

Mật độ xương	Giới tính				Chung	
	Nam		Nữ			
	n	%	n	%	N	%
D1	1	6,67	1	7,69	2	7,14
D2	8	53,33	2	15,38	10	35,71
D3	6	40,00	7	53,85	13	46,43
D4	0	0,00	3	23,08	3	10,72
Tổng	15	100,00	13	100,00	28	100,00

Nhận xét: Mật độ xương chiếm tỷ lệ nhiều nhất là D3 (46,43%), loại xương D1 chiếm tỷ lệ thấp nhất với 7,14%.

Bảng 6. Thể tích xương theo chiều dài

Thể tích	Giới tính		Chung
	Nam	Nữ	

xương theo chiều dài (mm)	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Trung bình	Độ lệch chuẩn
	17,03	3,92	15,73	1,64	16,60	3,32

Nhận xét: Chiều dài xương trung bình là 16,6 mm. Chiều dài xương trung bình ở nam (17,03 mm) lớn hơn so với nữ (15,73 mm).

Bảng 7. Thể tích xương theo chiều rộng

Thể tích xương theo chiều rộng	Giới tính				Chung	
	Nam		Nữ			
	6 - 9 mm (%)	> 9 mm (%)	6 - 9 mm (%)	> 9 mm (%)	6 - 9 mm (%)	> 9 mm (%)
	42,86	7,14	35,71	14,29	78,57	21,43

Nhận xét: Xương có chiều rộng từ 6-9 mm có chiếm tỉ lệ cao (78,57%). Ở nữ có chiều rộng xương > 9 mm nhiều hơn so với nam.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng. Trong nghiên cứu này tuổi trung bình của bệnh nhân là $29 \pm 11,02$ tuổi. Nhỏ nhất là 20 tuổi và lớn nhất là 49 tuổi. Kết quả nghiên cứu này gần giống với kết quả của Mạc Phước Thật ($31,79 \pm 12,32$ tuổi) [3]. Đối tượng này có trình độ và có ý thức tốt về vấn đề răng miệng nên tỷ lệ đồng ý tham gia nghiên cứu cao. Trong khi đó, tuổi trung bình của nghiên cứu này thấp hơn nghiên cứu của Bùi Cúc ($50,64 \pm 13,09$ tuổi) bởi nơi thực hiện của tác giả là Bệnh viện Mắt Răng Hàm Mặt Cần Thơ, tại đây đối tượng đến khám phần lớn là bệnh nhân ở tuổi trung niên và người cao tuổi [6].

Thời gian mất răng dưới 5 năm là 63,64% trong khi đó mất răng trên 10 năm chiếm tỉ lệ 13,64%. Tỉ lệ này khác với nghiên cứu của Nguyễn Thúy Xuân (từ 5 đến 10 năm: 53,3% và trên 10 năm: 30,0%) sự khác biệt này được giải thích bởi mục tiêu nghiên cứu của tác giả là những bệnh nhân có chỉ định nâng xoang hở khi đó bệnh nhân đã phải mất răng có thời gian đủ lâu để sống hàm tiêu và thể tích xoang hàm mở rộng ra. Trong khi đó nghiên cứu của chúng tôi khi bệnh nhân mất răng sau 6 tháng là có thể tiến hành cấy ghép nên có sự khác biệt về kết quả này [7].

Tỷ lệ nữ và nam gần bằng nhau ở nghiên cứu này (52,17%, 47,83%). Kết quả này giống với Nguyễn Thúy Xuân (53,3% và 46,7%), điều này cho thấy mối quan tâm của nam và nữ về vấn đề răng miệng là giống nhau. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa giới tính và nhóm tuổi [7].

Nguyên nhân mất răng do sâu răng và bệnh lý tủy là 86,36%, do bệnh lý nha chu là 13,64%.

Tại nghiên cứu này lý do mất răng do sâu răng và bệnh lý tủy vẫn chiếm phần lớn như những nghiên cứu trước đây. Chúng tôi không tìm thấy bệnh nhân có mất răng do vấn đề chấn thương tương tự với kết quả của Nguyễn Thúy Xuân (sâu răng là 76,7%, do nha chu là 23,3%) [7]. Tuy nhiên, khác với của Bùi Cúc (sâu răng 44,4 %, nha chu 40,0%, chấn thương 15,6%) [6]. Sự khác biệt này do nghiên cứu của chúng tôi phần lớn bệnh nhân ở độ tuổi 18 đến 39 tuổi và nhóm tuổi này nguyên nhân mất răng chủ yếu là do sâu răng. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nguyên nhân mất răng và nhóm tuổi.

Tỷ lệ mất răng cối lớn thứ nhất ở cả hai bên chiếm tỷ lệ 30,43%, cho thấy rằng cối lớn thứ nhất hàm dưới có tỷ lệ mất cả hai răng cao. Nguyễn Văn Minh báo cáo tỷ lệ răng bị mất phân bố ở hàm dưới chiếm 63,90% nhiều hơn hàm trên 37,10%; xét trên toàn hàm thì tỷ lệ mất răng 46 (22,58%) và mất răng 36 (25,81%) là cao nhất [8]. Tỷ lệ mất răng 6 một bên chiếm 39,13% ở nữ, trong khi mất răng hai bên nam chiếm tỷ lệ lớn hơn (nam 17,39% và nữ 13,04%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa giới tính và vị trí mất răng số 6.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng. Độ dày bản xương vỏ tại vị trí đỉnh sống hàm là $1,04 \pm 0,75\text{mm}$, giá trị lớn nhất là 2,48mm ở nam và 1,97 ở nữ. Tác giả Mạc Phước Thật đánh giá độ dày bản xương vỏ tại mặt ngoài là $2,21 \pm 0,95\text{ mm}$ [3], có sự khác biệt so với kết quả của chúng tôi. Sự khác biệt này được giải thích bởi khi ghi nhận độ dày bản xương mặt ngoài theo tiêu chuẩn chọn mẫu của tác giả thì giá trị này luôn lớn hơn 0 mm, nghĩa là luôn có sự xuất hiện bản xương vỏ mặt ngoài. Ngược lại, trong nghiên cứu của chúng tôi giá trị nhỏ nhất của xương vỏ là 0 mm, bởi tại thời điểm sau khi nhổ răng 6 tháng chúng tôi tiến hành cấy ghép implant thì bản xương vỏ ngay tại đỉnh sống hàm chưa đủ thời gian để hình thành, từ đó dẫn đến giá trị trung bình của độ dày bản xương vỏ thấp. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ dày bản xương vỏ giữa nam và nữ.

Mật độ xương D3 chiếm tỷ lệ lớn nhất (46,43%) và thấp nhất là xương D1 chiếm tỷ lệ 7,14%. Nguyễn Hồng Lợi báo cáo mật độ xương quanh implant loại D2 chiếm tỷ lệ 55,3%, loại D3 chiếm 42,6% và loại D1 chiếm 2,1% [9]. Sự khác biệt này do tác giả nghiên cứu đánh giá trên đối tượng có mất răng hỗn hợp. Tại nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp xương D1 và 2 trường hợp khác có xuất hiện khối xương tủy cốt tại vị trí đặt implant (hai trường

hợp này không được ghi nhận loại D1 do thể tích xương D1 tiếp xúc với implant khi giả lập không chiếm phần lớn).

Xương có chiều rộng từ 6-9 mm có chiếm tỉ lệ cao (78,57%). Gần giống với Pramstraller và cs đã báo cáo khi đo theo phương pháp tương tự tại vị trí răng cối lớn thứ nhất hàm dưới cho kết quả W1 là $5,99 \pm 2,13\text{ mm}$, W2 là $8,87 \pm 2,23\text{ mm}$ và W3 là $10,98 \pm 2,15\text{ mm}$ [10]. Đặc điểm giải phẫu xương và răng cơ bản tại vùng răng này lớn, kèm theo bản xương vỏ dày làm cho dù có sự tiêu xương sau khi nhổ răng thì lượng xương sau khi lành thương vẫn còn ở mức độ trung bình.

Chiều dài xương trung bình là 16,6 mm. Chiều dài xương trung bình ở nam (17,03 mm) lớn hơn so với nữ (15,73 mm). Kết quả nghiên cứu của Chen (2021) có chiều cao xương trung bình tại vị trí răng cối lớn thứ nhất là 17,22 mm [11]. Sự khác biệt này không lớn mặc dù hai đối tượng chủng tộc là khác nhau, được giải thích bởi nghiên cứu của chúng tôi đánh giá implant được đặt dưới mào xương 2mm nên chiều dài tối thiểu của xương phải là 12mm nên việc chọn mẫu này làm cho chiều cao xương trung bình tăng lên.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy mất răng cối lớn thứ nhất hàm dưới chủ yếu xảy ra ở người trẻ, nguyên nhân chính là sâu răng và bệnh lý tủy. Đa số các trường hợp mất răng một bên, với mật độ xương D3 chiếm ưu thế và độ dày bản xương vỏ trung bình khoảng 1,04 mm. Hình thái sống hàm cho thấy chiều dài xương phù hợp trung bình là 16,6 mm và chiều rộng từ 6–9 mm chiếm tỉ lệ cao, thuận lợi cho phục hồi bằng implant dưới mào xương. Những đặc điểm này giúp định hướng điều trị và tiên lượng tốt hơn cho việc cấy ghép implant ở vị trí này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Valles C, Rodríguez-Ciurana X, Clementini M, Baglivo M, Paniagua B, Nart J. Influence of subcrestal implant placement compared with equicrestal position on the peri-implant hard and soft tissues around platform-switched implants: a systematic review and meta-analysis. Clin Oral Investig. Mar 2018;22(2):555-570. doi:10.1007/s00784-017-2301-1.
2. Linkevicius T, Puisys A, Linkevicius R, Alkimavicius J, Gineviciute E, Linkeviciene L. The influence of submerged healing abutment or subcrestal implant placement on soft tissue thickness and crestal bone stability. A 2-year randomized clinical trial. Clin Implant Dent Relat Res. Aug 2020;22(4):497-506. doi:10.1111/cid.12903.

3. **Mạc Phước Thật, Nguyễn Thanh Hòa, Tô Tuấn Dân.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng răng cối lớn hàm dưới có sang thương quanh chóp có chỉ định nhổ và đánh giá kết quả điều trị cấy ghép implant tức thì. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 08/02 2024;(77):460-466. doi:10.58490/ctump.2024i77.2861.
4. **Misch CE. Part 1. Rationale for implants, 3.** Diagnostic Imaging and Techniques Bone density: A key determinant for clinical success. Contemporary implant dentistry. Mosby Year Book; 1999: 38-67.
5. **Zhang W, Skrypczak A, Weltman R.** Anterior maxilla alveolar ridge dimension and morphology measurement by cone beam computerized tomography (CBCT) for immediate implant treatment planning. BMC Oral Health. Jun 10 2015;15:65. doi:10.1186/s12903-015-0055-1.
6. **Bùi Cúc.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân mất răng hàm trên phía sau bằng phương pháp nâng xoang hổ, ghép xương và cấy ghép implant một thì tại Bệnh viện Mắt-Răng Hàm Mặt Cần Thơ năm 2017-2018. Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2018.
7. **Nguyễn Thúy Xuân, Lê Nguyên Lâm.** Đặc điểm lâm sàng, x-quang bệnh nhân mất răng sau hàm trên có chỉ định nâng xoang hổ tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 09/15 2023;(63):210-218. doi:10.58490/ctump.2023i63.1417.
8. **Nguyễn Văn Minh, Nguyễn Toại, Trần Thanh Phước.** Đánh giá một số đặc điểm lâm sàng và kết quả phẫu thuật cấy ghép implant ở bệnh nhân mất răng từng phần. tạp chí y dược học. 2012;(44)doi:10.34071/jmp.2012.1.6.
9. **Nguyễn Hồng Lợi, Trần Xuân Phú.** Khảo sát chất lượng xương ở bệnh nhân có chỉ định cấy ghép implant nha khoa. Tạp chí Y học Việt Nam. 04/25 2022;512(1). doi:10.51298/vmj.v51i1.2202.
10. **Pramstraller M, Schincaglia GP, Vecchiattini R, Farina R, Trombelli L.** Alveolar ridge dimensions in mandibular posterior regions: a retrospective comparative study of dentate and edentulous sites using computerized tomography data. Surg Radiol Anat. Dec 2018;40(12):1419-1428. doi:10.1007/s00276-018-2095-0.
11. **Chen H, Wang W, Gu X.** Three-dimensional alveolar bone assessment of mandibular molars for immediate implant placement: a virtual implant placement study. BMC Oral Health. Sep 27 2021;21(1):478. doi:10.1186/s12903-021-01849-w.

TÌNH TRẠNG PHỤC HÌNH RĂNG VÀ NHẬN THỨC VỀ ĐIỀU TRỊ PHỤC HÌNH RĂNG ĐÃ MẤT CỦA SINH VIÊN NĂM NHẤT TRƯỜNG ĐẠI HỌC TRÀ VINH, NĂM HỌC 2023-2024

Bùi Trần Hoàng Huy^{1*}, Trần Văn Thuốc², Trần Minh Tiên³, Lê Nguyên Lâm³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Mất răng là hậu quả nghiêm trọng của các vấn đề răng miệng gây ảnh hưởng xấu lên sức khoẻ răng miệng và sức khoẻ toàn thân theo đó tình trạng phục hình chưa tốt, nhu cầu và nhận thức về điều trị phục hình là vấn đề rất được quan tâm trong nha khoa hiện nay. Việc phục hình lại răng mất diễn ra càng sớm càng tốt nhất là ở những người trẻ tuổi. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát tình trạng mất răng, nhu cầu và nhận thức về điều trị phục hình răng của sinh viên năm nhất Trường Đại học Trà Vinh 2023-2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả 325 bệnh nhân là sinh viên năm nhất đến khám và điều trị tại khoa Răng Hàm Mặt Trường Đại học Trà Vinh từ tháng 05 năm 2024 đến tháng 05 năm 2025. **Kết quả:** Trong số bệnh nhân mất răng thì bệnh nhân chưa từng thực

hiện phục hình răng chiếm tỷ lệ cao nhất với 60%, trong số các phục hình có sẵn thì tỷ lệ phục hình tốt chỉ chiếm 30,5%, khảo sát nhu cầu phục hình thì nhu cầu phục hình rất cao chiếm 93%, nhóm tuổi 18-22 tuổi có nhu cầu điều trị cao nhất là cần phục hình 1 đơn vị 51,2% và cần phục hình cầu răng chiếm 41,2% cao hơn các hình thức phục hình còn lại trong nhóm và cao hơn so với nhóm 23-29 tuổi, mục đích phục hình nhằm đảm bảo cả ăn nhai lẫn thẩm mỹ. **Kết luận:** Nhu cầu điều trị phục hình cao ở nhóm bệnh nhân trẻ, hình thức lựa chọn chủ yếu là phục hình cố định mão răng hoặc cầu răng, mục đích phục hình nhằm đảm bảo cả ăn nhai lẫn thẩm mỹ. **Từ khóa:** mất răng, nhu cầu phục hình, phục hình cố định.

SUMMARY

DENTAL PROSTHODONTIC CONDITION AND AWARENESS OF PROSTHODONTIC

Background: Tooth loss is a serious consequence of dental problems that negatively affect oral health and overall health. Beside that point, the poor prosthodontic quality, the awareness and need for prosthodontic treatment are matters of great concern nowadays. Prosthodontic should take place as soon as possible, especially in young patients. **Objectives:** Survey of tooth loss, the needs and the awareness of prosthodontic treatment of freshmen at

¹Trường Đại Học Trà Vinh

²Trường Cao đẳng Bến Tre

³Trường Đại học Y dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Trần Hoàng Huy

Email: bthhuy@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2025

Ngày duyệt bài: 12.5.2025