

đường kèm theo còn thấp, chưa được quan tâm. Đối với bệnh nhân có bệnh tiểu đường, tỉ lệ sàng lọc xét nghiệm uACR là 35.1%.

Trong nghiên cứu của Shin và cộng sự, trong số những bệnh nhân được tầm soát xét nghiệm uACR có 21.8% bệnh nhân có kết quả xét nghiệm uACR  $\geq 30\text{mg/g}$  (kết quả dao động tùy từng trung tâm nghiên cứu: 5.6% - 43.4%).

Shin và cộng sự cũng đưa ra được mô hình dự đoán ở những bệnh nhân có kết quả xét nghiệm uACR  $< 30\text{mg/g}$  tỉ lệ mắc trung bình 3 năm của uACR  $\geq 30\text{mg/g}$  là 14.8%, tỉ lệ mắc trung bình 5 năm là 21.7%.

Theo Shin và cộng sự cả bệnh tiểu đường và tăng huyết áp đều là những yếu tố nguy cơ đã được xác định rõ ràng đối với albumin niệu [5].

#### IV. KẾT LUẬN

Xét nghiệm uACR là công cụ không thể thay thế trong sàng lọc sớm tổn thương thận ở bệnh nhân THA. Việc phổ biến rộng rãi xét nghiệm uACR tại các cơ sở khám chữa bệnh tiếp cận ban đầu sẽ góp phần giảm tỷ lệ suy thận giai đoạn cuối- một biến chứng nặng nề cả về sức khỏe và kinh tế. Việc tăng cường áp dụng xét nghiệm này

trong thực hành lâm sàng sẽ góp phần phát hiện sớm bệnh thận mạn giúp điều trị kịp thời, là bước đi quan trọng trong chiến lược phòng ngừa biến chứng, nâng cao tuổi thọ và chất lượng cuộc sống cho hàng triệu bệnh nhân THA tại Việt Nam.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế**, Khuyến cáo của phân hội tăng huyết áp - Hội tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp. 2024.
2. **KDIGO** 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int*. 2024. 105(4s): p. S117-s314.
3. **Bộ Y tế**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh thận mạn và một số bệnh lý thận. Quyết định số 2388/QĐ-BYT ngày 12/8/2024, 2024.
4. **Ming, L., D. Wang, and Y. Zhu**, Association between urinary albumin-to-creatinine ratio within normal range and hypertension among adults in the United States: Data from the NHANES 2009-2018. *Clin Cardiol*, 2023. 46(6): p. 622-631.
5. **Shin, J.-I., et al.**, Albuminuria Testing in Hypertension and Diabetes: An Individual-Participant Data Meta-Analysis in a Global Consortium. *Hypertension*, 2021. 78(4): p. 1042-1052.
6. **Jian, G., et al.**, Urine Albumin/Creatinine Ratio and Microvascular Disease in Elderly Hypertensive Patients without Comorbidities. *Biomed Res Int*, 2021. 2021: p. 5560135.

## TÌNH TRẠNG MÔ QUANH IMPLANT TRONG 6 THÁNG ĐẦU CHỊU LỰC CHỨC NĂNG

Trịnh Hải Anh<sup>1</sup>, Đinh Diệu Hồng<sup>1</sup>, Lưu Minh Quang<sup>1</sup>,  
Trần Văn Luân<sup>1</sup>, Nguyễn Cao Thắng<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 24 người bệnh được cấy ghép Implant, đủ điều kiện làm phục hình tại phòng khám Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Dược, ĐHQG Hà Nội từ tháng 9/2024 – 10/2024. Nhóm đối tượng được chụp cắt lớp chùm tia hình nón (CBCT) tại thời điểm 6 tháng sau phục hình nhằm đánh giá về tình trạng mô quanh Implant trong giai đoạn đầu chịu lực chức năng. Kết quả nghiên cứu cho thấy: phần lớn bệnh nhân có chỉ số lợi Gingival Index (GI) thấp (trung bình 0,63); độ sâu túi quanh implant trung bình là 2,42 mm; tiêu xương quanh implant trung bình là 0,97 mm/6 tháng; không có sự khác biệt thống kê về chỉ số mô quanh implant giữa các nhóm tuổi, giới tính, vị trí đo.

**Từ khóa:** mô quanh implant, 6 tháng, chịu lực chức năng

#### SUMMARY

#### PERI-IMPLANT TISSUE STATUS DURING THE FIRST SIX MONTHS OF FUNCTIONAL LOADING

A cross-sectional descriptive study was conducted on 24 patients who received dental implants and met the criteria for prosthetic restoration at the Department of Odonto-Stomatology Clinic, University of Medicine and Pharmacy, Vietnam National University, Hanoi, from September 2024 to October 2024. The participants underwent cone-beam computed tomography (CBCT) scans at 6 months after prosthetic restoration to assess peri-implant tissue status during the initial phase of functional loading. The study results showed that the majority of patients had a low Gingival Index (GI) (mean 0.63); the mean peri-implant pocket depth was 2.42 mm; the mean peri-implant bone loss was 0.97 mm over 6 months; and there were no statistically significant differences in peri-implant tissue parameters among different age groups, genders, or implant locations.

**Keywords:** peri-implant tissue, first six months, functional loading

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Diệu Hồng

Email: dieuhong201@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2025

Ngày duyệt bài: 01.7.2025

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cấy ghép implant nha khoa là một phương pháp phục hồi chức năng ăn nhai và thẩm mỹ đã được ứng dụng rộng rãi trong lâm sàng với tỷ lệ thành công cao [1,2].

Sự thành công lâu dài của implant không chỉ phụ thuộc vào tích hợp xương ban đầu mà còn đòi hỏi sự ổn định mô mềm và mô cứng quanh implant trong suốt quá trình sử dụng [3]. Giai đoạn 6 tháng đầu tiên sau khi Implant được đặt chịu lực chức năng là thời kỳ quan trọng nhất trong để việc đánh giá sự ổn định và thành công lâu dài của Implant [4]. Trong giai đoạn này, sự thay đổi của mô mềm và mô cứng quanh Implant diễn ra rất nhanh chóng và có thể ảnh hưởng đến quá trình tích hợp xương, cũng như sức khỏe tổng thể của vùng cấy ghép. Viêm quanh implant có thể tiến triển âm thầm trong giai đoạn đầu, với các dấu hiệu lâm sàng như chảy máu khi thăm dò, mủ và tăng độ sâu túi quanh implant. Các yếu tố về phục hình như dư thừa xi măng gần, viền phục hình dưới niêm mạc làm gia tăng nguy cơ viêm quanh implant. Các yếu tố toàn thân như bệnh tiểu đường hay thói quen hút thuốc lá cũng làm tăng nguy cơ viêm quanh implant. Nếu không được phát hiện và can thiệp kịp thời, viêm quanh implant có thể dẫn đến mất implant. Hình ảnh X-quang đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán mức độ tiêu xương quanh implant, hỗ trợ đánh giá mức độ nặng của bệnh cũng như định hướng điều trị. Để đảm bảo sự thành công của Implant, việc theo dõi và can thiệp sớm khi phát hiện các biến đổi bất lợi là điều cần thiết.

Nghiên cứu này nhằm cung cấp dữ liệu về tình trạng mô quanh Implant trong giai đoạn 6 tháng đầu chịu lực chức năng, cung cấp những thông tin quý báu giúp cải thiện quy trình điều trị cấy ghép Implant, đồng thời góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Là đối tượng đã được cấy ghép Implant, đủ điều kiện chỉ định phục hình tại phòng khám Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Dược, ĐHQG Hà Nội từ tháng 9/2024 – 10/2024.

**- Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- + Đối tượng từ 18 – 80 tuổi
- + Implant đủ điều kiện chỉ định phục hình
- + Đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu

**- Tiêu chuẩn loại trừ:**

Đối tượng có chống chỉ định hoặc từ chối chụp CBCT tại các thời điểm thăm khám

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu và chọn mẫu: sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, có chủ đích (nghiên cứu được thực hiện trên tất cả những bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ).

## 2.3. Các thông tin thu thập

- Các thông tin chung về đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới

- Tình trạng mô mềm tại thời điểm sau khi tải lực 6 tháng: chỉ số viêm lợi GI, chiều sâu túi quanh Implant

- Chiều cao xương tại thời điểm ngay trước khi tải lực: phía ngoài, phía trong, phía gần và phía xa của Implant (đơn vị: mm)

- Chiều cao xương tại thời điểm sau khi tải lực 6 tháng: phía ngoài, phía trong, phía gần và phía xa của Implant (đơn vị: mm)

**2.4. Phân tích số liệu.** Số liệu được nhập trên excel, phân tích bằng phần mềm SPSS 27.0. Thống kê mô tả được sử dụng để mô tả thông tin chung và sự thay đổi tình trạng mô quanh implant của nhóm đối tượng nghiên cứu.

**2.5. Đạo đức nghiên cứu:** các đối tượng được giải thích kỹ về mục đích nghiên cứu, có thể tự nguyện tham gia nghiên cứu hoặc từ chối khi không muốn tham gia. Các thông tin về đối tượng nghiên cứu được bảo mật, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

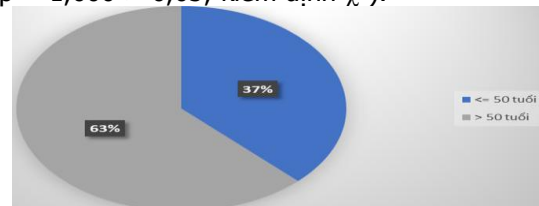
### 3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu



**Biểu đồ 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới**

$P=1.000$  (Chi-square Tests)

**Nhận xét:** Trong 24 đối tượng nghiên cứu, có 12 đối tượng nghiên cứu là nữ, chiếm 50,0% và 12 đối tượng nghiên cứu là nam, chiếm 50,0%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p = 1,000 > 0,05$ ; kiểm định  $\chi^2$ ).

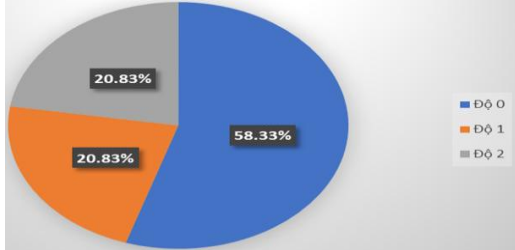


**Biểu đồ 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu**

**theo nhóm tuổi**

**Nhận xét:** Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, tuổi nhỏ nhất là 21 tuổi, cao nhất là 70 tuổi. Có 9 đối tượng từ 21 đến 50 tuổi, chiếm 37,5%. Có 15 đối tượng trên 50 tuổi, chiếm 62,5%. Trung bình độ tuổi là  $51,71 \pm 15,383$ .

**3.2. Đặc điểm mô mềm quanh Implant**



**Biểu đồ 3.3. Biểu đồ chỉ số viêm lợi GI**

**Nhận xét:** Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, có 14 (58,33%) đối tượng có chỉ số viêm lợi GI độ 0; 5 (20,8%) đối tượng có chỉ số GI độ 1; 5 đối tượng chỉ số GI độ 2.

**Bảng 3.1. Bảng phân bố GI theo nhóm tuổi**

| Nhóm tuổi   | n         | $\bar{X} \pm SD$                   |
|-------------|-----------|------------------------------------|
| $\leq 50$   | 9         | $0,67 \pm 0,866$                   |
| $> 50$      | 15        | $0,60 \pm 0,828$                   |
| <b>Tổng</b> | <b>24</b> | <b><math>0,63 \pm 0,824</math></b> |

*Independent Sample Test*

**Nhận xét:** Chỉ số GI trung bình đo được ở nhóm tuổi  $\leq 50$  là  $0,67 \pm 0,866$  cao hơn so với nhóm tuổi từ 50 trở lên có trung bình GI là  $0,60 \pm 0,828$ , khác biệt không có ý nghĩa với  $p=0,855 > 0,05$ .

**Bảng 3.2. Phân bố GI theo giới tính**

| Giới tính   | n         | $\bar{X} \pm SD$                   |
|-------------|-----------|------------------------------------|
| Nam         | 12        | $0,75 \pm 0,866$                   |
| Nữ          | 12        | $0,50 \pm 0,798$                   |
| <b>Tổng</b> | <b>24</b> | <b><math>0,63 \pm 0,824</math></b> |

*Independent Sample Test*

**Nhận xét:** Chỉ số GI trung bình đo được ở nam giới là  $0,75 \pm 0,866$  cao hơn so với nhóm nữ giới là  $0,50 \pm 0,798$ , khác biệt không có ý nghĩa với  $p=0,470 > 0,05$ .

**Bảng 3.3. Độ sâu túi lợi quanh Implant (mm)**

| Độ sâu túi lợi quanh Implant $\bar{X} \pm SD$ | Min | Max | $\bar{X}$     | SD            |
|-----------------------------------------------|-----|-----|---------------|---------------|
| Gần ngoài                                     | 1,0 | 5,0 | 2,521         | 1,229         |
| Giữa ngoài                                    | 1,5 | 4,0 | 2,500         | 0,847         |
| Xa ngoài                                      | 1,0 | 4,5 | 2,563         | 1,1162        |
| Gần trong                                     | 1,0 | 4,0 | 2,521         | 1,3632        |
| Giữa trong                                    | 1,0 | 4,0 | 2,271         | 0,8206        |
| Xa trong                                      | 1,0 | 5,0 | 2,146         | 0,9833        |
| <b>Tổng</b>                                   |     |     | <b>2,4201</b> | <b>0,8676</b> |

**Nhận xét:** Nhóm đối tượng nghiên cứu có

độ sâu túi lợi phía gần ngoài thay đổi từ 1,0mm đến 5,0mm, trung bình là  $2,521 \pm 1,229$ mm.

Nhóm đối tượng nghiên cứu có độ sâu túi lợi phía giữa ngoài thay đổi từ 1,5mm đến 4,0mm, trung bình là  $2,5 \pm 0,847$ mm.

Nhóm đối tượng nghiên cứu có độ sâu túi lợi phía xa ngoài thay đổi từ 1,0mm đến 4,5mm, trung bình là  $2,563 \pm 1,1162$ mm.

Nhóm đối tượng nghiên cứu có độ sâu túi lợi phía gần trong thay đổi từ 1,0mm đến 4,0mm, trung bình là  $2,521 \pm 1,3632$ mm.

Nhóm đối tượng nghiên cứu có độ sâu túi lợi phía giữa trong thay đổi từ 1,0mm đến 4,0mm, trung bình là  $2,271 \pm 0,8206$ mm.

Nhóm đối tượng nghiên cứu có độ sâu túi lợi phía xa trong thay đổi từ 1,0mm đến 5,0mm, trung bình là  $2,146 \pm 0,9833$ mm.

**Bảng 3.4. Độ sâu túi lợi quanh Implant theo giới tính (mm)**

| Giới tính   | n         | $\bar{X} \pm SD$                      |
|-------------|-----------|---------------------------------------|
| Nam         | 12        | $2,4097 \pm 0,7380$                   |
| Nữ          | 12        | $2,4306 \pm 1,0143$                   |
| <b>Tổng</b> | <b>24</b> | <b><math>2,4201 \pm 0,8676</math></b> |

*Independent Sample Test*

**Nhận xét:** Độ sâu túi quanh Implant trung bình đo được ở nam giới là  $2,4097 \pm 0,7380$  mm thấp hơn so với nhóm nữ giới là  $2,4306 \pm 1,0143$ mm, khác biệt không có ý nghĩa với  $p=0,955 > 0,05$ .

**Bảng 3.5. Độ sâu túi lợi quanh Implant theo nhóm tuổi**

| Nhóm tuổi   | n         | $\bar{X} \pm SD$                      |
|-------------|-----------|---------------------------------------|
| $\leq 50$   | 9         | $2,4352 \pm 0,2811$                   |
| $> 50$      | 15        | $2,111 \pm 0,2352$                    |
| <b>Tổng</b> | <b>24</b> | <b><math>2,4201 \pm 0,8676</math></b> |

*Independent Sample Test*

**Nhận xét:** Độ sâu túi quanh Implant trung bình đo được ở nhóm tuổi  $\leq 50$  là  $2,4352 \pm 0,2811$ mm cao hơn so với nhóm  $> 50$  có trung bình  $2,111 \pm 0,2352$ mm, khác biệt không có ý nghĩa với  $p=0,948 > 0,05$ .

**3.3. Đặc điểm xương quanh Implant**

**Bảng 3.6. Sự thay đổi chiều cao xương quanh Implant tại thời điểm sau phục hình 6 tháng so với thời điểm phục hình (đơn vị: mm)**

| Chiều cao xương quanh Implant $\bar{X} \pm SD$ | Thời điểm phục hình | Sau khi phục hình 6 tháng | Thay đổi chiều cao xương | p        |
|------------------------------------------------|---------------------|---------------------------|--------------------------|----------|
| Ngoài                                          | $-0,21 \pm 1,18$    | $0,57 \pm 1,13$           | $0,78 \pm 0,66$          | $<0,001$ |
| Trong                                          | $-0,19 \pm 1,10$    | $0,66 \pm 0,91$           | $0,85 \pm 0,73$          | $<0,001$ |

|      |                 |                |                |        |
|------|-----------------|----------------|----------------|--------|
| Gần  | -0,21<br>± 1,28 | 0,99 ±<br>1,60 | 1,19 ±<br>1,33 | <0,001 |
| Xa   | 0,11 ±<br>1,22  | 1,15 ±<br>1,36 | 1,04 ±<br>0,73 | <0,001 |
| Tổng | -0,13<br>± 0,10 | 0,84 ±<br>0,96 | 0,97 ±<br>0,55 | <0,001 |

*Paired-Sample T Test*

**Nhận xét:** Trong nhóm 24 đối tượng nghiên cứu, chiều cao xương trung bình phía ngoài là  $-0,21 \pm 1,18\text{mm}$ , sau 6 tháng giảm xuống còn  $0,57 \pm 1,13\text{mm}$ , trung bình giảm  $0,78 \pm 0,66\text{mm}$ ; chiều cao xương trung bình phía trong là  $-0,19 \pm 1,10\text{mm}$ , sau 6 tháng giảm xuống còn  $0,66 \pm 0,91\text{mm}$ , trung bình giảm  $0,85 \pm 0,73\text{mm}$ ; chiều cao xương trung bình phía gần là  $-0,21 \pm 1,28\text{mm}$ , sau 6 tháng giảm xuống còn  $0,99 \pm 1,60\text{mm}$ , trung bình giảm  $1,19 \pm 1,33\text{mm}$ ; chiều cao xương trung bình phía xa là  $0,11 \pm 1,22\text{mm}$ , sau 6 tháng giảm xuống còn  $1,15 \pm 1,36\text{mm}$ , trung bình giảm  $1,04 \pm 0,73\text{mm}$ .

Sự khác biệt về mức độ tiêu xương giữa các vị trí có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (Paired-Sample T Test).

**Bảng 3.7. Sự thay đổi xương trên cùng một mặt phẳng**

|         | X       | SD     | p     |
|---------|---------|--------|-------|
| TĐN-TĐT | -0,0683 | 0,6763 | 0,625 |
| TĐG-TĐX | 0,1495  | 1,3799 | 0,600 |

*Paired Sample Test*

**Bảng 3.8. Sự tiêu xương sau 6 tháng tải lực chức năng ở nam và nữ (mm)**

| Giới tính | n  | X ± SD          |
|-----------|----|-----------------|
| Nam       | 12 | 0,8842 ± 0,5068 |
| Nữ        | 12 | 1,049 ± 0,592   |
| Tổng      | 24 | 0,9666 ± 0,5454 |

*Independent Sample Test*

**Nhận xét:** Thay đổi chiều cao xương sau 6 tháng tải lực chức năng so với tại thời điểm phục hình trung bình đo được ở nam giới là  $0,8842 \pm 0,5068\text{mm}$  thấp hơn so với nhóm nữ giới là  $1,049 \pm 0,592\text{mm}$ .

Sự khác biệt tiêu xương giữa nam và nữ không có ý nghĩa thống kê với  $p=0,472 > 0,05$ .

**Bảng 3.9. Sự tiêu xương sau 6 tháng tải lực chức năng theo nhóm tuổi (mm)**

| Nhóm tuổi | n  | X ± SD          |
|-----------|----|-----------------|
| ≤50       | 9  | 1,1558 ± 0,4955 |
| > 50      | 15 | 0,8530 ± 0,5582 |
| Tổng      | 24 | 0,9666 ± 0,5454 |

*Independent Sample Test*

**Nhận xét:** Thay đổi chiều cao xương sau 6 tháng tải lực chức năng so với tại thời điểm phục hình trung bình đo được ở nhóm tuổi ≤50 là  $1,1558 \pm 0,4955\text{mm}$  cao hơn so với nhóm >50

có trung bình là  $0,8530 \pm 0,5582\text{mm}$ .

Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa với  $p=0,194 > 0,05$

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm mô mềm quanh implant.

Đánh giá tình trạng lâm sàng mô mềm quanh implant sau khi lắp phục hình là rất cần thiết. Đánh giá bao gồm màu sắc, hình thể, độ chắc của niêm mạc bám dính xung quanh implant, tình trạng chảy máu khi thăm, chỉ số mảng bám, độ sâu túi quanh implant và tình trạng tiết dịch của túi thăm.

Theo nghiên cứu của Andrea Ravida và cộng sự [5], dựa vào triệu chứng lâm sàng khi thăm khám thì có hai nhóm bệnh lý là viêm niêm mạc quanh implant và viêm quanh implant. Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá tình trạng mô mềm bằng chỉ số viêm lợi GI và độ sâu túi quanh Implant bằng sonde nha chu.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận chỉ số GI trung bình là  $0,63 \pm 0,824$ . Nghiên cứu của Bawankar và các cộng sự (2023) trên 46 bệnh nhân được cấy ghép Implant và theo dõi, đánh giá chỉ số viêm lợi GI tại thời điểm 6 tháng sau tải lực chức năng là  $1,21 \pm 0,24$  [6]. Kết quả của chúng tôi tích cực hơn so với các tác giả khác, tuy nhiên, bệnh nhân vẫn cần vệ sinh răng miệng đúng cách và tái khám định kì để phòng ngừa các biến chứng.

Trung bình độ sâu túi lợi quanh Implant là  $2,4201 \pm 0,8676$ . Kết quả nghiên cứu của Nidhi Mehrotra (2021) nghiên cứu trên 10 bệnh nhân với 13 Implant nha khoa với chiều sâu túi lợi trung bình quanh Implant sau 6 tháng tải lực chức năng là  $2,25 \pm 0,59\text{mm}$  [7]. Hay trong nghiên cứu của Bawankar (2023), trung bình độ sâu túi lợi quanh Implant là  $2,18 \pm 0,60\text{mm}$  [6]. Đo độ sâu thăm dò quanh implant là một cách thức đánh giá lâm sàng tốt để phát hiện có bệnh lý quanh implant hay không. Tuy nhiên, một số tác giả cho rằng khi khám túi quanh Implant sẽ làm mất bám dính giữa mô mềm và implant, làm tăng nguy cơ lỏng động mảng bám và xâm nhập của vi khuẩn vào vùng xương quanh Implant. Khảo sát độ sâu túi quanh Implant phụ thuộc vào lực áp dụng trong quá trình thăm, vì vậy kết quả thăm dò độ sâu túi có thể thay đổi ở mỗi lần thăm dò. Theo khuyến cáo mới nhất của Hội Nha chu Châu Âu (EFP) và Hội Nha chu Hoa Kỳ (AAP), lực thăm khám túi quanh Implant nên sử dụng là 0,25 N (Newton) hoặc tối đa 0,2–0,3 N. Đây là mức lực nhẹ, tương đương với lực thăm dò quanh răng tự nhiên, nhằm tránh làm tổn

thương mô mềm quanh implant và đảm bảo kết quả đo chính xác. Nhiều tác giả cho rằng khi tổ chức xung quanh implant lành mạnh, chiều sâu túi thăm thường dao động trong khoảng 2-4mm. [8, 9]

Kết quả của chúng tôi phản ánh không có sự khác biệt đáng kể nào về giới tính khi nghiên cứu về tình trạng mô mềm quanh Implant. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Kandasamy và các cộng sự (2018) khi nghiên cứu trên 22 nam và 18 nữ cho rằng sự khác biệt về giới tính dường như không phải là yếu tố chính trong sự phát triển của viêm quanh implant [10].

#### 4.2. Đặc điểm xương quanh Implant.

Tiêu xương quanh implant là một trong những tiêu chí quan trọng nhất để đánh giá sự thành công lâu dài của implant nha khoa. Theo tiêu chuẩn của Albrektsson và cộng sự (1986), mức tiêu xương quanh implant không được vượt quá 1,5 mm trong năm đầu tiên và không quá 0,2 mm mỗi năm sau đó. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tiêu xương quanh implant trung bình sau 6 tháng là 0,97 mm, thấp hơn ngưỡng cho phép, cho thấy sự ổn định tốt của mô cứng quanh implant trong giai đoạn đầu chịu lực.

Tiêu xương quanh implant có thể bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như:

Kỹ thuật cấy ghép: Cấy implant quá sát vào xương, sang chấn trong quá trình khoan xương, hoặc không đảm bảo ổn định ban đầu có thể làm tăng nguy cơ tiêu xương.

Loại implant và phục hình: Implant có thiết kế platform switching, cổ implant phủ vi mô hoặc bề mặt xử lý đặc biệt thường giúp giảm tiêu xương hơn các loại truyền thống. Phục hình đúng nguyên tắc sinh học, tránh tạo lực nhai quá mức hoặc không đều cũng giúp hạn chế tiêu xương.

Chăm sóc sau phẫu thuật: Vệ sinh răng miệng kém, không tuân thủ lịch tái khám, hoặc có các bệnh lý toàn thân như tiểu đường, loãng xương đều làm tăng nguy cơ tiêu xương quanh implant.

Một số nghiên cứu cũng chỉ ra rằng, tiêu xương quanh implant chủ yếu xảy ra trong 6–12 tháng đầu sau phục hình, sau đó mức tiêu xương sẽ giảm dần và ổn định nếu các yếu tố nguy cơ được kiểm soát tốt. Điều này cho thấy tầm quan trọng của việc theo dõi sát sao trong năm đầu tiên, đặc biệt là 6 tháng đầu sau khi implant chịu lực chức năng.

Trong nghiên cứu này, việc kiểm soát tốt tiêu xương quanh implant có thể nhờ vào quy trình cấy ghép chuẩn xác, lựa chọn implant phù hợp, phục hình đúng kỹ thuật và hướng dẫn vệ sinh đầy đủ cho bệnh nhân. Tuy nhiên, để đánh giá chính xác

hơn về mức tiêu xương lâu dài, cần có các nghiên cứu theo dõi dài hạn với cỡ mẫu lớn hơn và đa dạng về loại implant, vị trí cấy ghép.

#### V. KẾT LUẬN

Phần lớn bệnh nhân có chỉ số GI thấp (trung bình 0,63), cho thấy kiểm soát viêm tốt trong 6 tháng đầu.

Độ sâu túi quanh implant trung bình là 2,42 mm, nằm trong ngưỡng an toàn theo khuyến cáo quốc tế.

Tiêu xương quanh implant: trung bình 0,97 mm/6 tháng, không vượt quá tiêu chuẩn thành công của Albrektsson ( $\leq 1,5$  mm/năm đầu).

Không có sự khác biệt ý nghĩa về chỉ số mô quanh implant giữa các nhóm tuổi, giới tính, vị trí đặt.

#### VI. LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội, thông qua đề tài cơ sở "Đánh giá kết quả điều trị cấy ghép Implant Zimmer tại phòng khám Răng hàm mặt, Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội", mã số: CS.24.13.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Reinhardt, B. and T. Beikler, Chapter 4 - Dental Implants, in *Advanced Ceramics for Dentistry*, J.Z. Shen and T. Kosmac, Editors. 2014, Butterworth-Heinemann: Oxford. p. 51-75
2. Bra-nemark, P.-I., et al., *Tissue-Integrated Prostheses. Osseointegration in Clinical Dentistry. Plastic and Reconstructive Surgery*, 1986. 77(3): p. 496-497
3. Niklaus P. Lang and Tord Berglundh, Peri-implant diseases: Where are we now? – Consensus of the Seventh European Workshop on Periodontology. *Journal of Clinical Periodontology*, 2011. 38: p. 178-181.
4. Sanz M and Chapple IL, Clinical Research on Peri-implant Diseases: Consensus Report of Working Group 4. *Journal of Clinical Periodontology*, 2012. 39: p. 202-206
5. Ravidà, A., et al., The role of keratinized mucosa width as a risk factor for peri-implant disease: A systematic review, meta-analysis, and trial sequential analysis. *Clin Implant Dent Relat Res*, 2022. 24(3): p. 287-300
6. Bawankar, P.V., A.P. Kolte, and R.A. Kolte, Assessment of peri-implant tissues in posterior implants placed using flapless approach: A clinicoradiographic study. *Journal of Indian Society of Periodontology*, 2024. 28(2): p. 197-203
7. Nidhi Mehrotra et al, Evaluation of hard and soft tissue changes around implant in partially edentulous patients: a clinico-radiographic study. *Pan African Medical Journal*, 2021. 38
8. Lê, N.L. and N.Đ.H. Nguyễn, Đánh giá kết quả mô mềm và phục hình sau điều trị implant tức thì phục hồi lại răng cối lớn thứ nhất hàm dưới tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. *Tạp*

- chí Y học Việt Nam, 2023
9. **Nguyễn, P.T., et al.**, Thực trạng chăm sóc phục hình toàn hàm bắt vít trên bệnh nhân đã cấy ghép implant all on x tại Viện Đào tạo Răng - Hàm - Mặt năm 2018 - 2022. Tạp chí Y học Việt Nam, 2023
10. **Kandasamy, B., et al.**, Evaluation of Clinical Parameters in Implant Maintenance Phase for Prevention of Peri-implantitis. J Int Soc Prev Community Dent, 2018. 8(4): p. 361-364

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TỬ VONG Ở BỆNH NHÂN MẮC HỘI CHỨNG SUY HÔ HẤP CẤP TIẾN TRIỂN TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC - CHỐNG ĐỘC, BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2024 - 2025

Nguyễn Thị Thanh Nhân<sup>1,2</sup>, Nguyễn Thị Hồng Trân<sup>2</sup>,  
Nguyễn Thành Bích Thảo<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến tử vong ở bệnh nhân mắc hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 61 bệnh nhân ARDS điều trị tại khoa Hồi sức tích cực - Chống độc, Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ tháng 06 năm 2024 đến tháng 01 năm 2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình là  $63,21 \pm 14,35$ , nam giới chiếm 52,5%. Điểm SOFA và MURRAY trung bình là  $4,44 \pm 3,47$  điểm và  $2,30 \pm 1,04$  điểm. ARDS mức độ nặng chiếm tỷ lệ 31,2%. Chỉ số  $PaO_2/FiO_2$  trung bình là  $138,31 \pm 52,88$ . Bệnh nhân tổn thương toàn bộ phổi trên Xquang là 39,3%. Tỷ lệ tử vong chung là 54,1%, các yếu tố gồm choáng nhiễm trùng (OR=3,55), suy tạng (OR=9,67), SOFA  $\geq 2$  điểm (OR=8,36), lactate  $> 2\text{mmol/L}$  (OR=1,95) và MURRAY  $> 2,5$  điểm (OR=3,07) làm tăng tỷ lệ tử vong. **Kết luận:** Bệnh nhân mắc hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển có tỷ lệ tử vong khá cao. Các yếu tố gồm mức độ tổn thương trên Xquang, choáng nhiễm trùng, suy tạng, lactate máu, điểm SOFA và MURRAY lúc nhập viện có liên quan đến tử vong. **Từ khóa:** hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển, lâm sàng và cận lâm sàng, tỷ lệ tử vong.

### SUMMARY

#### STUDY ON CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS AND ASSOCIATED FACTORS OF MORTALITY IN PATIENTS WITH ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME AT THE INTENSIVE CARE UNIT, CAN THO GENERAL HOSPITAL IN 2024–2025

**Objectives:** To investigate the clinical and paraclinical characteristics and associated factors of

mortality in patients with acute respiratory distress syndrome (ARDS). **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 61 ARDS patients treated at the Intensive Care Unit, Can Tho General Hospital, from June 2024 to January 2025. **Results:** The mean age was  $63.21 \pm 14.35$  years, with males accounting for 52.5%. The mean SOFA and Murray scores were  $4.44 \pm 3.47$  and  $2.30 \pm 1.04$ , respectively. Severe ARDS accounted for 31.2% of cases. The mean  $PaO_2/FiO_2$  ratio was  $138.31 \pm 52.88$ . Diffuse bilateral lung infiltrates on chest X-ray were observed in 39.3% of patients. The overall mortality rate was 54.1%. Factors associated with increased mortality included septic shock (OR = 3.55), multiorgan failure (OR = 9.67), SOFA score  $\geq 2$  (OR = 8.36), serum lactate  $> 2\text{ mmol/L}$  (OR = 1.95), and Murray score  $> 2.5$  (OR = 3.07). **Conclusions:** Patients with ARDS had a relatively high mortality rate. Factors related to increased mortality included the extent of lung injury on chest X-ray, presence of septic shock, multiorgan failure, elevated blood lactate, and higher SOFA and Murray scores at admission. **Keywords:** acute respiratory distress syndrome, clinical and paraclinical, mortality rate.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS) là một hội chứng lâm sàng nguy hiểm, đặc trưng bởi tổn thương phổi lan tỏa, diễn tiến nhanh chóng và gây nhiều hậu quả nặng nề. Nguyên nhân có thể do tổn thương phổi trực tiếp như viêm phổi, hít sặc, ngạt nước và dập phổi hoặc tổn thương gián tiếp như nhiễm khuẩn huyết, chấn thương nặng kèm sốc, truyền máu [1]. Bệnh nhân ARDS có nguy cơ tử vong cao, theo Shea E. Cochi và cộng sự thống kê từ năm 1999 đến năm 2013 ghi nhận tỷ lệ tử vong điều chỉnh theo độ tuổi liên quan đến ARDS tại Hoa Kỳ là 5,01 trên 100.000 người (KTC 95%: 4,92–5,09) vào năm 1999 và 2,82 trên 100.000 người (KTC 95%: 2,76–2,88) vào năm 2013 [2]. Nhiều yếu tố được báo cáo có liên quan đến tử vong trong ARDS, chẳng hạn như tuổi, bệnh nền đồng mắc,

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Nhân

Email: bsnguyenthithanhnhan2025@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.5.2025

Ngày duyệt bài: 30.6.2025