

những gia đình đông con sẽ ít hơn gia đình ít con.

Một số đặc điểm của trẻ. Cân nặng khi sinh thấp (< 2500g) là một vấn đề sức khỏe cộng đồng quan trọng ở nhiều nước đang phát triển, nguyên nhân chủ yếu do dinh dưỡng kém trước và trong quá trình mang thai. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy trẻ có cân nặng khi sinh thấp có nguy cơ SDD cao hơn những trẻ có cân nặng khi sinh bình thường. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trẻ sinh thiếu tháng có nguy cơ SDD gầy còm cao gấp 5,3 lần (OR = 5,3; 95%CI: 1,4 – 19,5, p = 0,02), SDD nhẹ cân cao gấp 8,1 lần (OR = 8,1; 95%CI: 1,9 – 33,5, p < 0,01) so với trẻ sinh đủ tháng. Nghiên cứu của Phạm Thị Diệp⁷ và Nguyễn Thị Thanh Luyện tại khoa Nhi – Bệnh viện Bắc Thăng Long năm 2019 cũng cho thấy, trẻ sinh thiếu tháng có tỷ lệ SDD cao hơn trẻ sinh đủ tháng hoặc già tháng (31,4% so với 15,3%), p < 0,05. Đây cũng là những kết quả quan trọng làm căn cứ để có những giải pháp dự phòng SDD ở trẻ nhỏ.

V. KẾT LUẬN

Suy dinh dưỡng là vấn đề sức khỏe toàn cầu, ảnh hưởng đến phát triển thể chất và tâm thần sau này. Nhận biết các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng suy dinh dưỡng ở trẻ nhỏ là căn cứ để đề ra các biện pháp dự phòng phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Viện Dinh Dưỡng, UNICEF.** Báo cáo tóm tắt tổng điều tra dinh dưỡng 2009-2010. Viện dinh dưỡng quốc gia: Nhà xuất bản Y học Hà Nội; 2011.
2. **Thrive A.** Báo cáo toàn văn thực hành nuôi dưỡng trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ. 2012.
3. **Lương Tuấn Dũng, Lê Thị Hương, Cao Hiên Trang và cộng sự.** Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở trẻ dưới 5 tuổi tại 2 xã Phúc Thịnh Xuân Quang, huyện Chiêm Hóa, tỉnh Tuyên Quang năm 2012. Tạp chí Y học thực hành. 2013;12(899):21 - 24.
4. **Nguyễn Thị Như Quỳnh.** Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở trẻ dưới 24 tháng tuổi đến khám tại trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Bắc Giang năm 2020. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường đại học Y Hà Nội; 2021.
5. **Vũ Thị Trang, Lê Thị Thu Hà, Nguyễn Trọng Hưng.** Tình trạng suy dinh dưỡng thấp còi của trẻ 6 - 23 tháng tuổi tại xã Tân Thịnh, huyện Nam Trực, tỉnh Nam Định, 2020. Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển. 2021;5(3):94 - 101.
6. **Vũ Thị Nhung, Trần Thị Nhị.** Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng thể nhẹ cân của trẻ từ 0 - 24 tháng tại xã Vĩnh Hào, huyện Vụ Bản tỉnh Nam Định năm 2021. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;1(504):142 - 146.
7. **Phạm Thị Diệp, Nguyễn Thị Thanh Luyện.** Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở trẻ từ 6 - 24 tháng tuổi tại Bệnh viện Bắc Thăng Long năm 2019. Tạp chí Y học dự phòng. 2020;30(8):29 - 34.

SỬ DỤNG MÁNG HƯỚNG DẪN PHẪU THUẬT CẤY GHÉP IMPLANT SỚM LÀNH THƯƠNG MÔ MỀM TRÊN BỆNH NHÂN MẤT RĂNG TỪNG PHẦN VÙNG RĂNG TRƯỚC

Nguyễn Cao Thắng¹, Trần Cao Bình², Đàm Văn Việt²,
Đình Diệu Hồng³, Trần Thị Mỹ Hạnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu quan trọng để cấy ghép implant thành công là vị trí implant lý tưởng chính xác theo 3 chiều trong xương hàm, tồn tại lâu dài, đảm bảo được chức năng và thẩm mỹ. Việc sử dụng máng hướng dẫn phẫu thuật (MHDPT) trong cấy ghép implant được cho là mang lại nhiều lợi ích. **Mục tiêu:** Mô tả kết quả cấy ghép implant sớm lành thương mô mềm có ghép xương có sử dụng máng hướng dẫn phẫu thuật trên bệnh nhân mất răng từng phần vùng răng trước. **Đổi**

tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, so sánh độ lệch vị trí implant trước (theo kế hoạch) – sau (thực tế điều trị). Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên bị mất răng từng phần vùng răng trước được cấy ghép implant sử dụng máng hướng dẫn phẫu thuật có ghép xương sau thời điểm nhổ răng 4 – 8 tuần. **Kết quả:** Implant được sử dụng cấy ghép ở vùng mất răng phía có chiều dài từ 10mm đến 14mm, chủ yếu là 12mm; có đường kính chủ yếu là 3,6mm và 4,0mm. Lực vận implant tối đa khi cấy ghép implant sớm lành thương mô mềm tại vùng mất răng phía trước hàm trên và hàm dưới trung bình là 58,03 ± 9,095 N/cm với các giá trị từ 45N/cm đến 80N/cm. Khi thực hiện cấy ghép implant sớm lành thương mô mềm vùng răng trước có sử dụng máng hướng dẫn phẫu thuật, vị trí implant thực tế so với implant kế hoạch có độ lệch góc là 7,79 ± 4,79, độ lệch vị trí platform là 1,82 ± 1,29, độ lệch vị trí chóp implant là 2,42 ± 1,35. Sự khác biệt độ lệch không có sự khác biệt giữa các vị trí mất răng hàm

¹Viện Đào tạo Răng hàm mặt, Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội

³Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Cao Thắng

Email: nctdentist@yahoo.com

Ngày nhận bài: 10.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 5.10.2021

Ngày duyệt bài: 13.10.2021

trên và hàm dưới, không có sự khác biệt giữa các mật độ xương khác nhau. **Kết luận:** Implant được sử dụng cấy ghép ở vùng mất răng phía trước có chiều dài chủ yếu là 12mm; có đường kính chủ yếu là 3,6mm và 4,0mm. Lực vặn implant tối đa trung bình là $58,03 \pm 9,095$ N/cm. Vị trí implant thực tế so với implant kế hoạch có độ lệch góc là $7,79 \pm 4,79$, độ lệch vị trí platform là $1,82 \pm 1,29$, độ lệch vị trí chóp implant là $2,42 \pm 1,35$.

Từ khóa: implant nha khoa, máng hướng dẫn phẫu thuật, implant sớm, mất răng vùng răng trước

SUMMARY

EARLY IMPLANT PLACEMENT WITH SOFT TISSUE HEALING IN ANTERIOR REGION USING SURGICAL GUIDE

The important goal for successful implant placement is the ideal position of the correct implant in 3 dimensions in the jawbone, long-lasting, functional and aesthetic. The use of surgical guide in implant placement is believed to offer many benefits.

Objectives: To describe the results of early implantation with soft tissue healing with bone grafting using surgical guide on patients with partial tooth loss in the anterior region. **Subjects and research methods:** Clinical intervention study, comparing the deviation of implant position before (according to plan) - after (actual treatment). The study subjects were patients aged 18 years and older with partial loss of teeth in the anterior region who were implanted using surgical guide with bone grafting 4 to 8 weeks after tooth extraction. **Results:** Implant is used to implant in the missing tooth area with a length of 10mm to 14mm, mainly 12mm; mainly 3,6mm and 4.0mm in diameter. The maximum implant torque when implanting early soft tissue healing in the area of tooth loss in front of the upper and lower jaw is 58.03 ± 9.095 N/cm with values from 45N/cm to 80N/cm. When performing early implantation of soft tissue healing in the anterior region using surgical guide, the actual implant position compared to the planned implant has an angular deviation of 7.79 ± 4.79 , a deviation of platform is 1.82 ± 1.29 , the deviation of implant tip position is 2.42 ± 1.35 . Deviation difference has no difference between the locus of maxillary and mandibular tooth loss, there is no difference between different bone densities. **Conclusion:** Implant is used in anterior region with a length of mainly 12mm; mainly 3,6mm and 4,0mm in diameter. The average maximum implant torque is $58,03 \pm 9,095$ N/cm. The actual implant position compared to the planned implant has an angular deviation of 7.79 ± 4.79 , a deviation of platform position is $1,82 \pm 1,29$, a deviation of implant apex is $2,42 \pm 1,35$.

Keywords: dental implant, surgical guide implant, early implant, tooth loss in anterior teeth, soft tissue healing.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cấy ghép Implant nha khoa là một trong những phương pháp phục hình mất răng ngày càng phổ biến do có nhiều đặc tính ưu việt so

với các phương pháp phục hình răng truyền thống. Mục tiêu quan trọng để cấy ghép implant thành công là vị trí implant lý tưởng chính xác theo 3 chiều trong xương hàm, tồn tại lâu dài, đảm bảo được chức năng và thẩm mỹ.¹⁻³

Sự ra đời của chụp cắt lớp vi tính với chùm tia hình nón (CBCT) với tính sẵn có ngày càng cao, bức xạ thấp, chi phí thấp, kế hoạch cấy ghép implant theo ba chiều trước phẫu thuật đang trở nên phổ biến hơn. Phần mềm cho phép đặt implant ảo sử dụng dữ liệu kỹ thuật số thu được từ quá trình chụp CBCT và hình ảnh trong miệng bệnh nhân, chuyển vị trí implant đã lên kế hoạch trước phẫu thuật vào các MHDPT đã cải thiện kết quả điều trị cấy ghép implant.

Nhiều tác giả cho rằng, việc sử dụng MHDPT trong cấy ghép implant mang lại nhiều lợi ích, implant được đặt vào có vị trí chính xác hơn theo cả 3 chiều trong xương, hạn chế nhu cầu phẫu thuật mở vạt hoặc ghép xương do đó làm giảm chi phí, giảm sang chấn, nhanh liền thương.^{4,5}

Máng hướng dẫn phẫu thuật là một thiết bị hỗ trợ để phẫu thuật viên đặt Implant đúng vị trí trong xương hàm và tương quan trong khớp cắn. Tuy nhiên, tại Việt Nam hiện nay, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá vai trò, ý nghĩa của máng hướng dẫn phẫu thuật trong cấy ghép implant nói chung và trong cấy ghép implant sớm nói riêng. Xuất phát từ những tình huống trên lâm sàng và nhu cầu thực tiễn chúng tôi tiến hành đề tài "*Sử dụng máng hướng dẫn phẫu thuật cấy ghép implant sớm lành thương mô mềm có ghép xương trên bệnh nhân mất răng từng phần vùng răng trước*" với mục tiêu sau: *Mô tả kết quả cấy ghép implant sớm lành thương mô mềm có ghép xương có sử dụng máng hướng dẫn phẫu thuật trên bệnh nhân mất răng từng phần vùng răng trước.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng: Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên bị mất răng từng phần vùng răng trước được cấy ghép implant sử dụng máng hướng dẫn phẫu thuật có ghép xương sau thời điểm nhổ răng 4 – 8 tuần.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân mất răng từng phần vùng răng trước sau nhổ răng 4 – 8 tuần.

- Có chiều cao xương có ích ở phía trước tối thiểu 10 mm, chiều rộng xương tối thiểu 4 mm, khoảng cách gần – xa tối thiểu 6 mm, khoảng cách từ mào xương đến mặt nhai răng đối tối thiểu bằng 4mm.

- Tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có các chống chỉ định cấy ghép implant như: Bị các bệnh tim mạch, tiểu đường và các bệnh hệ thống, bệnh lý xoang hàm, bệnh nhân có thai, bệnh lý tâm thần, Parkinson...chưa được điều trị ổn định

- Bệnh nhân mất răng toàn hàm.
- Bệnh nhân đã bị xạ trị vùng đầu mặt cổ.
- Bệnh nhân có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

- Bệnh nhân có tật nghiến răng.
- Bệnh nhân có góc há miệng hạn chế (dưới 4cm)

2.2 Phương pháp nghiên cứu:**2.2.1 Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, so sánh độ lệch vị trí implant trước (theo kế hoạch) – sau (thực tế điều trị).

2.2.2 Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức tính cỡ mẫu cho can thiệp lâm sàng so sánh trước – sau:

$$n = \frac{2 \times C \times (1 - r)}{(ES)^2}$$

Trong đó: C: hằng số được lựa chọn theo sai sót α và sai sót β . Chọn sai sót $\alpha = 0,01$ và sai sót $\beta = 0,05 \Rightarrow$ Hằng số C có giá trị 19,84.

r: hệ số tương quan giữa các lần đo, chọn $r = 0,6$.

ES = 0,59 (theo kết quả nghiên cứu độ chính xác của implant được cấy có sử dụng máng hướng dẫn phẫu thuật in 3D⁶).

Thay các giá trị vào công thức tính được $n = 20,43$ implant.

Trên thực tế chúng tôi đã thực hiện cấy ghép 33 implant trên 12 bệnh nhân đạt tiêu chuẩn.

Mẫu thuận tiện: nghiên cứu được thực hiện trên tất cả những bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

2.2.3. Biến số và chỉ số

- Tuổi
- Giới
- Số lượng răng mất
- Vị trí răng mất
- Chiều cao xương có ích
- Chiều rộng xương có ích
- Mật độ xương
- Dạng sinh học mô mềm
- Lực cắn implant tối đa
- Đường kính implant
- Chiều dài implant
- Mở vạt
- Ghép xương
- Ghép PRF
- Số răng máng đỡ máng hướng dẫn phẫu thuật
- Độ lệch góc của implant
- Độ lệch vị trí platform của implant

- Độ lệch độ sâu platform của implant

- Độ lệch vị trí chóp của implant

- Độ lệch độ sâu chóp của implant

2.2.4. Quy trình tiến hành nghiên cứu

- Khám lâm sàng tình trạng răng của đối tượng nghiên cứu

- Lấy dấu kỹ thuật số

- Chụp CBCT trước phẫu thuật

- Đặt implant giả lập trên máy tính bằng phần mềm 3Shape Implant Studio

- Thiết kế và sản xuất máng hướng dẫn phẫu thuật

- Tiến hành cấy ghép implant dưới dự hướng dẫn của máng phẫu thuật

- Chụp CBCT ngay sau phẫu thuật và đo các số liệu đánh giá sự chính xác của implant thực tế so với kế hoạch: độ lệch góc của implant, độ lệch vị trí platform của implant, độ lệch độ sâu platform của implant, độ lệch vị trí chóp implant, độ lệch độ sâu chóp implant.

- Thu thập và xử lý số liệu: nhập số liệu bằng phần mềm Epidata 3.1; làm sạch và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS20.0 với các test thống kê phù hợp.

2.2.5. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội từ 8/2020 đến tháng 4/2021.

2.3. Đạo đức nghiên cứu:

- Nghiên cứu được triển khai sau khi thông qua hội đồng khoa học của trường Đại học Y Hà Nội.

- Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện RHM Trung Ương có sự đồng ý của lãnh đạo viện.

- Giải thích rõ cho đối tượng về mục đích nghiên cứu, trách nhiệm của người nghiên cứu, trách nhiệm và quyền lợi của người tham gia nghiên cứu.

- Nghiên cứu chỉ tiến hành trên những đối tượng hoàn toàn tự nguyện, không ép buộc và trên tinh thần hợp tác.

- Toàn bộ thông tin thu thập chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu mà không phục vụ cho bất kỳ mục đích nào khác.

- Thông tin hồ sơ bệnh án, tình trạng bệnh lý của người bệnh được giữ bí mật, chỉ cung cấp cho người bệnh để theo dõi quá trình điều trị, không cung cấp cho các cá nhân, tổ chức khác.

- Trong khi khám nếu phát hiện các tình trạng bệnh lý về răng miệng, người bệnh được tư vấn điều trị hoặc tiến hành các biện pháp thăm khám khác để chẩn đoán chính xác.

- Kết quả nghiên cứu sẽ được phản hồi lại cho bệnh viện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 12 bệnh nhân với 33 implant được cấy ghép có sử dụng máng hướng dẫn phẫu thuật ở vùng răng trước.

12 đối tượng nghiên cứu có 7 (58%) bệnh nhân nam và 5 (42%) bệnh nhân nữ, tỉ lệ nam : nữ là 1,4:1. Các bệnh nhân trong độ tuổi từ 19

tuổi đến 47 tuổi, với tuổi trung bình là $30,50 \pm 9,93$. Trong đó, bệnh nhân trong độ tuổi trưởng thành từ 18 đến 39 tuổi có 9 bệnh nhân (75%); bệnh nhân trung niên trong độ tuổi từ 40 đến 59 tuổi có 3 bệnh nhân (25%). Không có bệnh nhân cao tuổi từ 60 tuổi trở lên.

Bảng 3.1. Kích thước implant

Chiều dài Đường kính	10mm		12mm		14mm		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
3,6mm	0	0	18	94,7	1	5,3	19	57,6
4,0mm	0	0	12	92,3	1	7,7	13	39,4
4,5mm	1	100	0	0	0	0	1	3,0
Tổng	1	3,0	30	90,9	2	6,1	33	100

Nhận xét: 33 implant trong nghiên cứu có chiều dài từ 10mm đến 14mm, có đường kính từ 3,6mm đến 4,5mm. Cụ thể:

Đã cấy ghép 01 cây implant (3,0%) có chiều dài 10mm, có đường kính 4,5mm.

Đã thực hiện cấy ghép 30 cây implant (90,9%) có chiều dài 12mm, trong đó có 18 cây implant có đường kính 3,6mm và 12 cây implant có đường kính 4,0mm.

Đã thực hiện cấy ghép 2 cây implant (6,1%) có chiều dài 14mm, trong đó có 1 cây implant có đường kính 3,6mm và 1 cây implant có đường kính 4,0mm.

Bảng 3.2. Lực vận implant tối đa

Lực vận implant tối đa (N/cm)	Số lượng	Tỷ lệ
45	2	6,1
50	9	27,3
55	8	24,2
60	6	18,2
70	6	18,2
75	1	3,0
80	1	3,0
Tổng	33	100

Nhận xét: Lực vận implant tối đa trung bình là $58,03 \pm 9,095$ với các giá trị lực vận trong khoảng từ 45 N/cm đến 80 N/cm.

Bảng 3.3. Độ lệch vị trí implant trên thực tế so với implant trên kế hoạch

Bảng 3.4. Sự liên quan giữa vị trí implant và độ lệch giữa thực tế và kế hoạch

Độ lệch	Vị trí	Phía trước hàm trên	Phía trước hàm dưới
		Độ lệch góc (độ)	$7,26 \pm 5,01$
Độ lệch vị trí platform (mm)		$1,77 \pm 1,20$	$1,97 \pm 1,70$
Độ lệch độ sâu platform	Hướng (mm)	$-1,15 \pm 1,37$	$-0,35 \pm 3,28$
	Giá trị tuyệt đối (mm)	$1,35 \pm 1,17$	$2,57 \pm 1,80$
Độ lệch vị trí chóp implant (mm)		$2,34 \pm 1,32$	$3,64 \pm 1,01$
Độ lệch độ sâu chóp implant	Hướng (mm)	$-1,10 \pm 1,53$	$-2,40 \pm 1,84$
	Giá trị tuyệt đối (mm)	$1,38 \pm 1,27$	$2,50 \pm 1,69$

Nhận xét: Trong số 33 vị trí thực hiện cấy ghép implant có sử dụng máng hướng dẫn phẫu thuật,

Đặc điểm	Độ lệch: X \pm SD	
Độ lệch góc (độ)	$7,79 \pm 4,79$	
Độ lệch vị trí platform(mm)	$1,82 \pm 1,29$	
Độ lệch độ sâu platform	Hướng(mm)	$-0,98 \pm 1,90$
	Giá trị tuyệt đối(mm)	$1,61 \pm 1,39$
Độ lệch vị trí chóp implant(mm)	$2,42 \pm 1,35$	
Độ lệch độ sâu chóp implant	Hướng (mm)	$-1,37 \pm 1,66$
	Giá trị tuyệt đối(mm)	$1,62 \pm 1,42$

Nhận xét: Trong số 33 implant được cấy ghép có sử dụng máng hướng dẫn phẫu thuật, khi so sánh vị trí cấy ghép implant thực tế so với vị trí implant trên kế hoạch bằng phần mềm, độ lệch góc trung bình giữa implant thực tế và implant kế hoạch là $7,79 \pm 4,79$; độ lệch vị trí platform trung bình giữa implant thực tế và implant kế hoạch là $1,82 \pm 1,29$; độ lệch độ sâu platform trung bình giữa implant thực tế và implant kế hoạch là $1,61 \pm 1,39$ và $-0,98 \pm 1,90$ nếu tính theo vị trí cao hơn hoặc thấp hơn so với kế hoạch; độ lệch vị trí chóp implant trung bình giữa implant thực tế và implant kế hoạch là $2,42 \pm 1,35$; độ lệch độ sâu chóp implant trung bình giữa implant thực tế và implant kế hoạch là $1,62 \pm 1,42$ và $-1,37 \pm 1,66$ nếu tính theo vị trí cao hơn hoặc thấp hơn so với kế hoạch.

khí so sánh vị trí cấy ghép implant thực tế so với vị trí implant đã lập kế hoạch bằng phần mềm, sự sai lệch vị trí giữa hàm trên và hàm dưới có sự khác biệt nhỏ, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.5. Sự liên quan giữa mật độ xương và độ lệch giữa thực tế và kế hoạch

Độ lệch		Vị trí	D2	D2-D3	D3	D4
Độ lệch góc (độ)			8,17 ± 5,16	9,2	7,58 ± 4,90	5,75
Độ lệch vị trí platform (mm)			1,92 ± 1,56	0,96	1,82 ± 1,20	1,36
Độ lệch độ sâu platform	Hướng (mm)		-0,61 ± 2,67	0,03	-1,25 ± 1,35	-1,34
	Giá trị tuyệt đối (mm)		2,13 ± 1,61	0,03	1,38 ± 1,22	1,34
Độ lệch vị trí chóp implant (mm)			3,09 ± 1,66	2,55	2,38 ± 1,16	1,87
Độ lệch độ sâu chóp implant	Hướng (mm)		-1,9 ± 2,10	0,17	-1,12 ± 1,36	-1,3
	Giá trị tuyệt đối (mm)		2,31 ± 1,59	0,17	1,27 ± 1,21	1,3

Nhận xét: Trong số 33 vị trí thực hiện cấy ghép implant có sử dụng máng hướng dẫn phẫu thuật, khí so sánh vị trí cấy ghép implant thực tế so với vị trí implant đã lập kế hoạch bằng phần mềm, sự sai lệch vị trí giữa các mật độ xương có sự khác biệt nhỏ, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng các implant có chiều dài từ 10mm đến 14mm, với đường kính từ 3,6mm đến 4,5mm; trong đó chủ yếu là implant có chiều dài 12mm (90,9%) với đường kính 3,6mm và 4,0mm. Vùng răng phía trước thường có chiều cao xương thuận lợi để chọn những trụ implant dài, khắc phục việc sử dụng implant có đường kính nhỏ do hạn chế về mặt giải phẫu cũng như mong muốn đạt được độ ổn định ban đầu cao hơn. Nghiên cứu của Đàm Văn Việt (2013) sử dụng 86% trụ implant có chiều dài trên 12mm để cấy ghép cho vùng răng phía trước.³ Theo Raes (2013) khi thực hiện cấy ghép 48 implant cho vùng mất răng phía trước, có 93,75% số trụ implant đạt chiều dài trên 13mm.⁷ Nghiên cứu của Tạ Đông Quân (2020), implant có chiều dài 13mm chiếm đa số (56,25%).⁶ Chiều dài implant được sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi khác của các tác giả có thể do nghiên cứu của hầu hết các tác giả tập trung vào vùng mất răng phía trước hàm trên, trong khi đó, trong nghiên cứu của chúng tôi có cả những implant được cấy ghép cho vùng mất răng phía trước hàm dưới. Về đường kính implant, nghiên cứu của Đàm Văn Việt (2013) cho kết quả rằng tất cả implant cấy ghép ở vùng răng trước đều có đường kính nhỏ hơn 3,8mm.³ Nghiên cứu của Bùi Việt Hùng (2017) nhận thấy implant có đường kính từ 3,7mm đến 4,2mm chiếm đa số (73,28%).⁸ Như thế, kích thước implant được sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của nhiều tác giả khác.

Về lực vận implant tối đa được xác định khi

đặt implant vào vị trí xương đã được chuẩn bị, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận lực vận implant tối đa trung bình là 58,03±9,095 N/cm với lực nhỏ nhất là 45 N/cm và lực mạnh nhất là 80 N/cm. Theo Neugebauer (2006), lực vận implant tối đa trên 35 N/cm và nghiên cứu của Ottoni (2005), lực vận implant tối đa trên 32 N/cm được cho là implant có độ ổn định ban đầu tốt, độ ổn định này đóng vai trò rất quan trọng trong việc thành công về mặt tích hợp xương.⁹

Về độ chính xác của vị trí implant được cấy ghép có sử dụng máng hướng dẫn phẫu thuật khí so sánh với implant kế hoạch. Độ lệch góc của implant thực tế so với implant kế hoạch trong nghiên cứu của chúng tôi là 7,79 ± 4,79; độ lệch vị trí là platform là 1,82 ± 1,29; độ lệch vị trí chóp implant là 2,42 ± 1,35; độ lệch độ sâu platform là 1,61 ± 1,39. Kết quả này cao hơn kết quả của các nghiên cứu đã công bố trước đây. Độ lệch giữa implant thực tế và implant kế hoạch ở phía trước hàm trên và phía trước hàm dưới khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Độ lệch giữa implant thực tế và implant kế hoạch ở các vị trí có mật độ xương khác nhau khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Fang và cộng sự (2019), các giá trị này tương ứng lần lượt là 1,40; 0,46; 0,67 và 0,15.¹ Nghiên cứu của Shelbert (2019) có độ lệch góc trung bình là 4,11 ± 0,52; độ lệch platform trung bình là 0,91 ± 0,11; độ lệch chóp implant trung bình là 1,22 ± 0,11; độ lệch độ sâu của implant trung bình là 0,65 ± 0,11.² Hoặc nghiên cứu của Stübinger (2014) các giá trị này tương ứng là 2,39 ± 0,97; 0,71 ± 0,40; 0,77 ± 0,38; 0,47 ± 0,49.⁵ Các tác giả đã thảo luận về các biến số có khả năng gây ra sai lệch giữa vị trí implant dự kiến và vị trí

implant thực tế được cấy ghép có sử dụng MHDPT. Có thể nhấn mạnh rằng trong quá trình thu nhận, xử lý và thao tác hình ảnh, các sai số hoàn toàn có thể xảy ra. Các lỗi cũng có thể xảy ra trong quá trình sản xuất MHDPT trong giai đoạn mô phỏng phẫu thuật trên phần mềm, về độ chính xác của máy tạo mẫu, trong các đặc tính của vật liệu được sử dụng, ở sự phù hợp giữa các trụ của hướng dẫn, mũi khoan của hệ thống cấy ghép. Các lỗi sản xuất có thể có tác động tích lũy, có thể tạo ra các kết quả lâm sàng không thuận lợi. Việc lựa chọn mô nâng đỡ MHDPT cũng góp phần làm thay đổi vị trí implant thực tế so với implant trong kế hoạch ban đầu.

V. KẾT LUẬN

Implant được sử dụng cấy ghép ở vùng mất răng phía trước hàm trên và vùng mất răng phía trước hàm dưới có chiều dài từ 10mm đến 14mm, chủ yếu là 12mm; có đường kính chủ yếu là 3,6mm và 4,0mm.

Lực vận implant tối đa khi cấy ghép implant sớm lành thương mô mềm tại vùng mất răng phía trước hàm trên và hàm dưới trung bình là $58,03 \pm 9,095$ N/cm, cho phép implant có độ ổn định ban đầu tốt, góp vai trò quan trọng trong việc tích hợp xương thành công.

Khi thực hiện cấy ghép implant sớm lành thương mô mềm vùng răng trước có sử dụng máng hướng dẫn phẫu thuật, vị trí implant thực tế so với implant kế hoạch có độ lệch góc là $7,79 \pm 4,79$, độ lệch vị trí platform là $1,82 \pm 1,29$, độ lệch vị trí chóp implant là $2,42 \pm 1,35$. Sự khác biệt độ lệch không có sự khác biệt giữa các vị trí mất răng hàm trên và hàm dưới, không có sự khác biệt giữa các mật độ xương khác nhau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fang Y, An X, Jeong S.M, Choi B.H. Accuracy of computer-guided implant placement in anterior regions. J Prosthet Dent 2019;121(5):836-842 (<https://doi.org/10.1016/j.prosdent.2018.07.015>).
2. Schelbert T, Gander T, Blumer M, et al. Accuracy of Computer-Guided Template-Based Implant Surgery: A Computed Tomography-Based Clinical Follow-Up Study. Implant Dent 2019;28(6):556-563 (<https://doi.org/10.1097/ID.0000000000000936>).
3. Đàm Văn Việt (2013), Nghiên cứu điều trị mất răng hàm trên từng phần bằng kỹ thuật implant có ghép xương.
4. Magrin GL, Rafael SNF, Passoni BB, Magini RS, Benfatti CAM, Gruber R, et al. Clinical and tomographic comparison of dental implants placed by guided virtual surgery versus conventional technique: A split-mouth randomized clinical trial. J Clin Periodontol. 2020;47:120-8 (<https://doi.org/10.1111/jcpe.13211>).
5. Stübinger S, Buitrago-Tellez C, Cantelmi G. Deviations between placed and planned implant positions: An accuracy pilot study of skeletally supported stereolithographic surgical templates. Clin Implant Dent Relat Res 2014;16:540-51 (<https://doi.org/10.1111/cid.12019>).
6. Tạ Đông Quận. So sánh hai hệ thống máng hướng dẫn phẫu thuật: in 3D và thủ công trong cấy ghép nha khoa răng trước hàm trên. Published online 2020.
7. Raes F, Cosyn J, De Bruyn H. Clinical, aesthetic, and patient-related outcome of immediately loaded single implants in the anterior maxilla: a prospective study in extraction sockets, healed ridges, and grafted sites. Clin Implant Dent Relat Res. 2013;15 (6):819-835.
8. Bùi Việt Hùng. Nghiên cứu phẫu thuật và đánh giá kết quả cấy ghép nhóm răng trước. Published online 2017.
9. Neugebauer J, Traini T, Thams U, Piattelli A, Zöller J E. Peri-implant bone organization under immediate loading state. Circularly polarized light analyses: a minipig study. J Periodontol. 2006;77(2):152-160.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG HÀNH VI TỰ SÁT Ở BỆNH NHÂN RỐI LOẠN CẢM XÚC LƯƠNG CỰC

Trần Quyết Thắng², Nguyễn Văn Tuấn¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rối loạn cảm xúc lưỡng cực là bệnh nội sinh, mạn tính, ngay cả khi điều trị thì khoảng

37% bệnh nhân tái phát thành trầm cảm hoặc hưng cảm trong vòng 1 năm và 60% tái phát trong vòng 2 năm, là một trong số mười nguyên nhân hàng đầu gây ra khuyết tật trên toàn thế giới năm 1990. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về tự sát và tự sát ở bệnh nhân trầm cảm nhưng chưa có nhiều nghiên cứu về tự sát trên rối loạn cảm xúc lưỡng cực. Vì vậy để phục vụ thực hành lâm sàng và phát hiện sớm để kịp thời điều trị, từ đó giúp giảm gánh nặng chăm sóc, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đặc điểm lâm sàng hành vi tự sát ở bệnh nhân rối loạn cảm xúc lưỡng cực" với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng tự sát ở bệnh nhân rối loạn cảm xúc lưỡng cực. **Đối tượng và phương**

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Tâm Thần Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quyết Thắng

Email: tranthang72@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 6.10.2021

Ngày duyệt bài: 14.10.2021