

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, X QUANG CỦA BỆNH NHÂN PHỤC HÌNH BẮT VÍT TOÀN PHẦN TẢI LỰC TỨC THÌ TRÊN IMPLANT NHA KHOA TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT TRUNG ƯƠNG HÀ NỘI NĂM 2022 - 2023

Nguyễn Thị Hoa¹, Đàm Văn Việt², Hoàng Kim Loan¹,
Luu Thành Trung¹, Trần Thị Mỹ Hạnh¹

TÓM TẮT

Các nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng, phục hình bắt vít toàn phần tải lực tức thì ngày càng phổ biến, cũng như được bác sĩ và bệnh nhân chấp nhận, bệnh nhân hài lòng cao. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, X quang của nhóm bệnh nhân phục hình bắt vít toàn phần tải lực tức thì trên Implant nha khoa tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội năm 2022 - 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 27 bệnh nhân với 30 phục hình tạm tải lực tức thì được lắp sau 72 giờ sử dụng 139 trụ Implant (hệ thống Dentium/từ 4 đến 6 trụ Implant cho phép tải lực tức thì một phục hình bắt vít toàn phần). Độ ổn định sơ khởi (lực vận Implant tối đa tại thời điểm đặt Implant) được đo bằng cây vận lực. **Kết quả:** Có 87 trụ Implant được cấy theo trục thẳng và 52 trụ Implant cấy theo trục nghiêng. Trong tổng số 139 Implant có chiều dài từ 8 - 14 mm trong đó có 88 trụ Implant cấy cho hàm trên và 51 trụ Implant cấy cho hàm dưới. Mỗi phục hình bắt vít toàn phần tải lực tức thì được kết nối và nâng đỡ bởi từ 4 đến 6 Implant. Độ tuổi của các bệnh nhân nghiên cứu từ 39 - 75 tuổi, tuổi trung bình là $61,93 \pm 9,758$ trong đó nhóm tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 61-70 tuổi (51,9%). Nguyên nhân chiếm tỷ lệ trong mất răng toàn phần nhiều nhất là viêm quanh răng chiếm 73,3%. Theo nghiên cứu của chúng tôi lực vận tối đa trung bình là $44,35 \pm 6,4$ Ncm trong khoảng 35-70 Ncm. **Kết luận:** Độ tuổi mất răng toàn phần được thực hiện cấy ghép Implant và phục hình bắt vít toàn phần tải lực tức thì là 39 - 75 tuổi, tuổi trung bình là $61,93 \pm 9,758$ trong đó nhóm tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 61-70 tuổi. Chiều cao Implant được sử dụng nhiều nhất trong nghiên cứu là 12mm. Nguyên nhân mất răng phổ biến là do viêm quanh răng. Độ ổn định sơ khởi của các Implant trung bình là $44,35 \pm 6,4$ Ncm trong khoảng 35-70 Ncm.

Từ khóa: Phục hình tạm tức thì, mất răng toàn phần, tải lực tức thì, phục hình cố định implant hỗ trợ.

SUMMARY

IMMEDIATE LOADING OF IMPLANTS IN THE EDENTULOUS: CLINICAL AND

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoa

Email: nguyenhoahmu1209@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.10.2023

Ngày duyệt bài: 13.11.2023

RADIOGRAPHIC AT NATIONAL HOSPITAL OF ODONTO-STOMATOLOGY HANOI IN 2022-2023

Recent studies have shown that instant immediate functional loading of dental implant for full - arch restoration are increasingly popular, as well as patient acceptance, and high satisfaction. **Purpose:** Description of clinical and radiographic characteristics of a group of patients with immediate loaded Full arch Implant Rehabilitation on dental implants at NHOS in 2022 - 2023. **Materials and Methods:** Twenty-seven patients (mean age 61,93 years) with edentulous received 139 implants Dentium (four to six each) and an implant-supported fixed interim prosthesis within 72 hours after surgery. Implant stability was checked with a torque device, and the implant stability quotient was determined with resonance frequency analysis. **Results:** The age of the study patients was from 39 to 75 years old, the average age was $61.93 \pm 9,758$ of which the age group accounted for the most proportion was 61-70 years old (51.9%). The highest percentage of total tooth loss is odontogenic inflammation, using 60%. According to our research, the average maximum resisting force is 44.35 ± 6.4 Ncm in the range of 35-70 Ncm. **Conclusions:** The most implant height in the study was 12mm. The most common cause of tooth loss is periodontitis. Implants were placed using an average insertion torque of $44,35 \pm 6,4$ Ncm (range, 35-70 Ncm). **Keywords:** dental prosthesis, edentulous, immediate loading, implant supported.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, số lượng bệnh nhân mất răng toàn phần hoặc các răng các lại còn trên cung hàm có chất lượng kém, không có chức năng ăn nhai ngày càng tăng. Các lựa chọn điều trị thay thế trong trường hợp mất răng toàn bộ có thể là: hàm giả tháo lắp toàn hàm, hàm giả tháo lắp trên Implant hoặc hàm giả cố định trên Implant. Người ta nhận thấy rằng phục hình cố định trên Implant mang lại sự hài lòng cao hơn so với bệnh nhân có sử dụng phục hình tháo lắp. Ngoài ra một số tác giả đã mô tả tỷ lệ tồn tại cao hơn đối với phục hình cố định trên Implant lên đến 99,8% sau 24 tháng theo dõi⁶. Sử dụng phương pháp này bệnh nhân có thể tái tạo được cả thẩm mỹ và chức năng ngay lập tức, không những có tỉ lệ thành công cao mà còn được thực hiện

trong thời gian ngắn. Phương pháp phục hình bắt vít toàn phần trên Implant là bước đột phá trong phục hình toàn hàm trên Implant, giúp cải thiện chức năng ăn nhai và đạt được thẩm mỹ tối ưu⁴.

Theo quy trình truyền thống, sau khi cấy ghép Implant cần cho Implant không tải lực trong 3-4 tháng để chờ tích hợp xương. Trong thời gian này bệnh nhân mong muốn có phục hình răng giả để ăn nhai và tự tin hơn giao tiếp. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng sử dụng hàm giả tháo lắp trong thời gian này có thể ảnh hưởng đến mô quanh implant. Thay vào đó phục hình bắt vít toàn phần tải lực tức thì được gắn cố định lên 4 đến 6 implant sau khi cấy được sử dụng tạo ra kết quả rất tốt, sự hài lòng cao về mặt thẩm mỹ và chức năng cho bệnh nhân³.

Xuất phát từ những nhu cầu thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, X quang của nhóm bệnh nhân phục hình bắt vít toàn phần tải lực tức thì trên Implant nha khoa tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt trung ương Hà Nội năm 2022 – 2023.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Là các bệnh nhân mất răng đến cấy ghép Implant nha khoa tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội từ tháng 01/2022 đến tháng 08/2023.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân tuổi trưởng thành (trên 18 tuổi) mất răng toàn phần hoặc mất nhiều răng mà các răng còn lại không còn chức năng ăn nhai trên 6 tháng đủ điều kiện sức khỏe cấy implant toàn hàm và phục hình tức thì tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội .

- Có chiều cao xương có ích tối thiểu 8 mm, độ dày xương tối thiểu 6mm

- Không bị các bệnh tim mạch, tiểu đường và các bệnh hệ thống.

- Đồng ý và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Không hợp tác trong quá trình nghiên cứu
- Có viêm nhiễm cấp tính tại vị trí dự định cấy ghép

- Vệ sinh răng miệng kém

- Có thói quen nghiện rượu

- Đang mắc bệnh toàn thân có chống chỉ định cấy ghép: Đái tháo đường, Tăng huyết áp...

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Mô tả nghiên cứu cắt ngang

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu, chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu: mẫu thuận tiện

chọn bệnh nhân đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ, đồng ý tham gia nghiên cứu trong khoảng thời gian thu thập số liệu. Dự kiến 25-30 phục hình tạm tải lực tức thì trên implant tương ứng 100 - 180 trụ implant.

Trên thực tế chúng tôi tiến hành trên 27 bệnh nhân và 30 phục hình tạm tức thì tương ứng 139 trụ implant

2.2.3. Biến số và chỉ số

Tuổi

Giới

Mật độ xương

Nguyên nhân mất răng

Phân bố chiều dài Implant

Độ ổn định sơ khởi (Lực vặn implant tối đa thời điểm đặt implant trong xương hàm)

2.2.4. Quy trình tiến hành nghiên cứu

- Khám lâm sàng, tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đều được uống kháng sinh dự phòng và dùng nước súc miệng chlorhexidin gluconate 0,12% 1 ngày trước phẫu thuật. Bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật dưới gây mê và gây tê tại chỗ.

- Lấy dữ liệu: Gắn các điểm đánh dấu lên hàm giả tháo lắp của bệnh nhân, chụp phim CTCB bệnh nhân lúc đeo hàm giả tháo lắp đã đánh dấu, Chụp phim hoặc scan hàm giả tháo lắp đã đánh dấu.

- Lên kế hoạch cấy Implant và thiết kế máng hướng dẫn phẫu thuật bằng phần mềm thiết kế máng 3Shape.

- Thử máng hướng dẫn phẫu thuật và cố định máng trong miệng bệnh nhân.

- Tiến hành phẫu thuật đặt Implant theo đúng 3 chiều trong không gian và vị trí phải lý tưởng cho phục hình sau này

- Đặt multi unit abutment.

- Tiến hành lấy dấu bằng coping

- Phục hình bắt vít toàn phần tải lực tức thì được lắp trong vòng 72 giờ.

- 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:

Khoa cấy ghép Implant - Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội từ tháng 1/2022 đến tháng 08/2023.

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 Răng Hàm Mặt Trung Ương có sự đồng ý của lãnh đạo viện.

- Giải thích rõ cho đối tượng về mục đích

ngghiên 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 27 bệnh nhân, sử dụng 139 trụ implant Dentium với 30 phục hình bắt vít toàn phần tải lực tức thì được lắp sau phẫu thuật trong vòng 72 giờ. Vật liệu làm phục hình là nhựa cường lực và thanh gia cố bằng kim loại kết nối và nâng đỡ bởi 4 đến 6 trụ Implant bằng phương pháp đúc.

Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới

Giới	n	Tỷ lệ
Nam	22	81,5 %
Nữ	5	18,5 %
Tổng	27	100 %

Nhận xét: Trong 27 bệnh nhân có 22 bệnh nhân là nam chiếm 81,5% và 5 bệnh nhân nữ chiếm 18,5%. Tỷ lệ nam : nữ là 4,4:1.

Bảng 3.2. Phân bố về độ tuổi của các đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi	n	%
30-40	1	3,7
41-50	4	14,8
51-60	3	11,1
61-70	14	51,9
71-80	5	18,5
Tổng	27	100

Độ tuổi của các bệnh nhân nghiên cứu từ 39 – 75 tuổi, độ tuổi trung bình là $61,93 \pm 9,758$ trong đó nhóm tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 61-70 tuổi (51,9%); tiếp theo là nhóm tuổi 71-80 (18,5%); nhóm tuổi 41-50 (14,8%); nhóm tuổi 51-60 chiếm 11,1% và chỉ có 1 bệnh nhân chiếm 3,7% nằm trong nhóm 31-40 tuổi.

Bảng 3.3. Phân bố theo vị trí cấy ghép

toàn hàm implant

Vị trí	n	Tỷ lệ
Hàm trên	19	63,3
Hàm dưới	11	36,7
Tổng	30	100

Nhận xét: Trong 30 hàm nghiên cứu thì có 19 hàm trên chiếm 63,3% và 11 hàm dưới chiếm 36,7%. tỷ lệ hàm trên : hàm dưới là 1,73:1.

Bảng 3.4. Phân bố Implant theo chiều dài Implant

Hàm trên	8mm	10mm	12mm	14mm	Tổng
Số lượng (n)	2	28	48	10	88
Hàm dưới	8mm	10mm	12mm	14mm	Tổng
Số lượng (n)	7	14	26	4	51

Nhận xét: Trong tổng số 139 implant có chiều dài từ 8 – 14 mm trong đó có 88 trụ implant cấy cho hàm trên và 51 trụ implant cấy cho hàm dưới. Chiều dài implant được sử dụng nhiều nhất là 12 mm, cụ thể:

Với hàm trên có 2 trụ implant dài 8 mm; 28 trụ implant dài 10 mm; 48 trụ implant dài 12 mm và 10 trụ implant dài 14 mm.

Với hàm dưới có 7 trụ implant dài 8 mm; 14 trụ implant dài 10 mm; 26 trụ implant dài 12 mm và 4 trụ implant dài 14 mm.

Nguyên nhân mất răng



Biểu đồ 3.1. Phân loại mất răng theo nguyên nhân

Theo biểu đồ chúng ta có thể thấy nguyên nhân chiếm tỷ lệ trong mất răng toàn phần nhiều nhất là viêm quanh răng chiếm 73,3 %; tiếp theo là sâu răng và các biến chứng của sâu răng chiếm 6,7%, Chấn thương răng chiếm 6,7 % và các nguyên nhân khác (ví dụ điều trị tủy thất bại) chiếm 13,3%.

Bảng 3.5. Khảo sát mật độ xương trên CT conebeam

	Hàm trên	%	Hàm dưới	%	Tổng	%
D1	0	0%	1	3,3%	1	3,3%
D2	11	36,7%	5	16,7%	16	53,3%
D3	8	26,7%	4	13,3%	12	40,0%
D4	0	0%	1	3,3%	1	3,3%
Tổng	19	63,3%	10	36,7%	30	100%

Nhận xét: Tỷ lệ xương có mật độ D2 chiếm tỷ lệ nhiều nhất (53,3%) trong đó hàm trên chiếm 36,7% nhiều hơn gấp đôi hàm dưới (chiếm 16,7%), tiếp theo là D3 chiếm 40% và hàm trên (chiếm 26,7%) nhiều gấp đôi hàm dưới (chiếm 13,3%), xương D1 và D4 ở hàm dưới cùng chiếm tỷ lệ ít nhất là 3,3% và không có trường hợp nào ở hàm trên xương D1 và D4.

Bảng 3.6. Độ ổn định sơ khởi – Lực vận implant

Độ ổn định sơ khởi	n	%
35	13	7,2
40	43	23,9
45	54	30
50	30	11,1
55	2	1,1
60	3	1,7
65	2	1,1
70	2	1,1
Tổng	139	100

Nhận xét: Độ ổn định sơ khởi trung bình là: $44,35 \pm 6,4$ Ncm trong khoảng 35-70 Ncm. Trong đó lực vận tối đa chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 45 Ncm.

IV. BÀN LUẬN

Việc sử dụng hàm giả tháo lắp không ổn định có thể gây ra đau, khó chịu và không thoải mái cho bệnh nhân. Hậu quả của nó là tình trạng tiêu xương nghiêm trọng. Tình trạng xương sẽ ảnh hưởng đến việc ra quyết định và lên kế hoạch điều trị khi làm phục hình thay thế, đặc biệt là phục hình trên implant. Khái niệm điều trị "all on 4" hoặc "all on 6" được đưa ra có thể giúp bệnh nhân có ngay phục hình tạm tải lực tức thì trên 4 đến 6 implant. Rút gọn thời gian điều trị và có chi phí phù hợp, giúp bệnh nhân tăng chất lượng cuộc sống.

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 27 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, các bệnh nhân đến với tình trạng mất răng toàn phần hoặc các răng còn lại trên cung hàm có chỉ định nhổ bỏ. tương ứng với 30 phục hình tạm tải lực tức thì, sử dụng 139 implant (hệ thống Dentium) có chiều dài từ 8 mm đến 14 mm. Có 87 trụ implant được cấy theo trục thẳng và 52 trụ implant cấy theo trục nghiêng. Chiều dài implant sử dụng nhiều nhất là 12 mm.

Trong 27 bệnh nhân có 22 bệnh nhân là nam chiếm 81,5% và 5 bệnh nhân nữ chiếm 18,5%. Độ tuổi của các bệnh nhân nghiên cứu từ 39 – 75 tuổi, tuổi trung bình là $61,93 \pm 9,758$.

Trong 30 phục hình tạm tải lực tức thì có 19 phục hình ở hàm trên chiếm 63.3% và 11 phục

hình ở hàm dưới chiếm 36.7%. tỷ lệ hàm trên: hàm dưới là 1.73:1.

Trong tổng số 139 implant có chiều dài từ 8 – 14 mm trong đó có 88 trụ implant cấy cho hàm trên và 51 trụ implant cấy cho hàm dưới. Cụ thể: Với hàm trên có 2 trụ implant dài 8 mm; 28 trụ implant dài 10 mm; 48 trụ implant dài 12 mm và 10 trụ implant dài 14 mm. Với hàm dưới có 7 trụ implant dài 8 mm; 14 trụ implant dài 10 mm; 26 trụ implant dài 12 mm và 4 trụ implant dài 14 mm.

Đối với những bệnh nhân mất răng toàn hàm đeo hàm giả lâu ngay đặc biệt hàm dưới vùng răng phía sau tiêu xương nhiều cộng thêm có cấu trúc giải phẫu là ống thần kinh răng dưới. Do đó trong một số trường hợp implant cấy nghiêng ra phía trước quá nhiều chúng ta vẫn cần nhưng implant ngắn để đảm bảo sự chịu lực cho phục hình tạm tải lực tức thì tránh nhíp với quá dài có thể làm tăng tỷ lệ thất bại.

Nguyên nhân chiếm tỷ lệ trong mất răng toàn phần nhiều nhất là viêm quanh răng chiếm 73,3%; tiếp theo là sâu răng và các biến chứng của sâu răng chiếm 6,7%, Chấn thương răng chiếm 6,7% và các nguyên nhân khác (ví dụ như điều trị tủy thất bại) chiếm 13,3%. Theo nghiên cứu tác giả Tiziano Tealdo : Trong 21 bệnh nhân tham gia nghiên cứu 11 bệnh nhân do nguyên nhân nha chu, 5 bệnh nhân do điều trị nội nha thất bại, 5 bệnh nhân do hậu quả của sâu răng⁵

Một số nghiên cứu đã chỉ ra điều kiện tiên quyết để implant tải lực tức thì là sự ổn định của implant trên nền chất lượng tốt. Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng phim X quang CTCB để phân loại chất lượng. Tỷ lệ xương có mật độ D2 chiếm tỷ lệ nhiều nhất (53,3%) trong đó hàm trên chiếm nhiều hơn gấp đôi hàm dưới, tiếp theo là D3 chiếm 40% và hàm trên nhiều gấp đôi hàm dưới, xương D1 và D4 ở hàm dưới cùng chiếm tỷ lệ ít nhất là 3,3% và không có trường hợp nào ở hàm trên xương D1 và D4.

Một yếu tố rất quan trọng liên quan đến việc cho phép phục hình tạm tải lực tức thì đó là độ ổn định sơ khởi hay còn gọi là lực vận implant tối đa. Theo nghiên cứu của chúng tôi lực vận tối đa trung bình là $44,35 \pm 6,4$ Ncm trong khoảng 35-70 Ncm. Nghiên cứu của tác giả Russell A. Baer và cộng sự là $39,3 \pm 5$ Ncm (trong khoảng 30 - 50 Ncm)². Cũng theo tác giả Nguyễn Cao Thăng lực vận tối đa trung bình là $58,03 \pm 9,095$ với các giá trị lực vận trong khoảng từ 45 Ncm đến 80 Ncm¹

V. KẾT LUẬN

Phục hình bắt vít toàn phần tải lực tức thì trong vòng 72 giờ trên 4 đến 6 implant là

phương pháp phục hồi lại cho những bệnh nhân mất răng toàn bộ hiệu quả nhất. Để đạt được hiệu quả thì bác sĩ lâm sàng cần xem xét kỹ các yếu tố và đặc điểm lâm sàng: chất lượng xương, chất lượng mô mềm, độ ổn định sơ khởi, kích thước implant... Sự thành công của phương pháp này hứa hẹn sẽ mở ra nhiều hướng nghiên cứu tiềm năng trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Cao Thắng.** 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, năm 2021. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;
2. **Baer RA, Nölken R, Colic S, et al.** Immediately provisionalized tapered conical connection implants for single-tooth restorations in the maxillary esthetic zone: a 5-year prospective single-cohort multicenter analysis. Clin Oral Investig. 2022;26(4):3593-3604. doi:10.1007/s00784-021-04328-2
3. **Schnitman PA, Wöhrle PS, Rubenstein JE, DaSilva JD, Wang NH.** Ten-year results for Brånemark implants immediately loaded with fixed prostheses at implant placement. Int J Oral Maxillofac Implants
4. **Linkevicius T, Puisys A, Steigmann M, Vindasiute E, Linkeviciene L.** Influence of Vertical Soft Tissue Thickness on Crestal Bone Changes Around Implants with Platform Switching: A Comparative Clinical Study. Clinical implant dentistry and related research. 03/28 2014;17doi:10.1111/cid.12222
5. **Tealdo T, Bevilacqua M, Pera F, et al.** Immediate function with fixed implant-supported maxillary dentures: a 12-month pilot study. J Prosthet Dent. May 2008; 99(5): 351-60. doi: 10.1016/s0022-3913(08)60082-7
6. **Soto-Penaloza D, Zaragoza-Alonso R, Penarrocha-Diago M, Penarrocha-Diago M.** The all-on-four treatment concept: Systematic review. J Clin Exp Dent. 2017;9(3):e474-e488. Published 2017 Mar 1. doi:10.4317/jced.53613

NGHIÊN CỨU SỨC CĂNG DỌC THẤT TRÁI BẰNG SIÊU ÂM ĐÁNH DẤU MÔ CƠ TIM Ở BỆNH NHÂN BỆNH TIM THIỂU MÁU CỤC BỘ MẠN TÍNH CÓ CHỈ ĐỊNH CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA DA

Phan Thanh Hơn¹, Trần Đức Hùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát sức căng dọc từng vùng và toàn bộ thất trái bằng siêu âm đánh dấu mô cơ tim ở bệnh nhân bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính có chỉ định can thiệp động mạch vành qua da. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 31 bệnh nhân được chẩn đoán xác định bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính có chỉ định can thiệp động mạch vành (ĐMV) qua da, thời gian từ 01/2023 đến 5/2023 tại Bệnh viện Quân y 103. Thực hiện siêu âm tim đánh dấu mô đánh giá sức căng dọc từng vùng và toàn bộ thất trái (Left ventricular global longitudinal strain - LVGLS), phân tích kết quả bằng phần mềm QLAB 13.0. **Kết quả:** LVGLS là $-15,1 \pm 2,4\%$. Sức căng vùng mỏm tốt nhất ($-17,8 \pm 4,1\%$), sau đó đến vùng giữa ($-14,7 \pm 2,9$) và vùng đáy kém nhất ($-12,4 \pm 2,8\%$). Sức căng dọc toàn bộ thất trái ở nhóm có rối loạn vận động vùng ($-13,58 \pm 0,9$) kém hơn nhóm không có rối loạn vận động vùng ($-15,9 \pm 2,63$), $p < 0,05$. LV GLS có mối tương quan thuận mức độ vừa với NT-ProBNP ($r = 0,362$, $p < 0,05$). **Kết luận:** Sức căng dọc vùng mỏm là tốt nhất, sau đó đến vùng giữa và vùng đáy kém nhất. LVGLS ở nhóm có rối loạn vận động vùng kém hơn

nhóm không có rối loạn vận động vùng. LVGLS có mối tương quan thuận mức độ vừa với nồng độ NT-ProBNP huyết thanh. **Từ khóa:** Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính, siêu âm đánh dấu mô cơ tim

SUMMARY

LEFT VENTRICULAR LONGITUDINAL STRAIN MEASURED BY SPECKLE TRACKING ECHOCARDIOGRAPHY IN PATIENTS WITH STABLE ISCHEMIC HEART DISEASE WHO HAD PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION INDICATIONS

Objective: Investigating left ventricular segmental and global longitudinal strain (LVGLS) in patients with stable ischemic heart disease who had percutaneous coronary intervention (PCI) indications. **Subjects and methods:** This was cross-sectional study. The patient group included 31 patients with stable ischemic heart disease who had PCI indications at 103 Military Hospital from January, 2023 to May, 2023. **Results:** LVGLS was $-15,1 \pm 2,4\%$. Absolute values of segmental longitudinal strain were decreased; apical ($-17,8 \pm 4,1\%$), middle ($-14,7 \pm 2,9$) and basal ($-12,4 \pm 2,8\%$), respectively. LVGLS was lower in dyskinetic group ($-13,58 \pm 0,9$) than in non-dyskinetic group ($-15,9 \pm 2,63$), $p < 0,05$. There were significant correlation between LVGLS and NT-ProBNP concentrations ($r = 0,362$, $p < 0,05$). **Conclusions:** The results of this study appeared that absolute values of segmental longitudinal strain were decreased apical,

¹Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đức Hùng

Email: tranduchung2104@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 30.10.2023

Ngày duyệt bài: 14.11.2023