

- activated charcoal and increased acetylcysteine dose (ATOM-2). *Clin Toxicol.* 2017;55(10):1055-1065. doi:10.1080/15563650.2017.1334915
2. **Marks DJB, Dargan PI, Archer JRH, et al.** Outcomes from massive paracetamol overdose: a retrospective observational study. *Br J Clin Pharmacol.* 2017;83(6): 1263-1272. doi:10.1111/bcp.13214
 3. **Chiew AL, Reith D, Pomerleau A, et al.** Updated guidelines for the management of paracetamol poisoning in Australia and New Zealand. *Med J Aust.* 2020;212(4):175-183. doi:10.5694/mja2.50428
 4. **Hou YC, Lin JL, Huang WH, et al.** Outcomes of patients with acetaminophen-associated toxic hepatitis at a Far East poison center. *Springerplus.* 2013; 2:674. doi:10.1186/2193-1801-2-674
 5. **Downs JW, Cumpston KL, Kershner EK, Troendle MM, Rose SR, Wills BK.** Clinical outcome of massive acetaminophen overdose treated with standard-dose N-acetylcysteine. *Clin Toxicol (Phila).* 2021; 59(10):932-936. doi:10.1080/15563650.2021.1887493
 6. **Bacle A, Pronier C, Gilardi H, Polard E, Potin S, Scailteux LM.** Hepatotoxicity risk factors and acetaminophen dose adjustment, do prescribers give this issue adequate consideration? A French university hospital study. *Eur J Clin Pharmacol.* 2019;75(8):1143-1151. doi:10.1007/s00228-019-02674-5
 7. **Cairney DG, Beckwith HKS, Al-Hourani K, Eddleston M, Bateman DN, Dear JW.** Plasma paracetamol concentration at hospital presentation has a dose-dependent relationship with liver injury despite prompt treatment with intravenous acetylcysteine. *Clin Toxicol (Phila).* 2016;54(5): 405-410. doi: 10.3109/15563650.2016.1159309
 8. **Phạm Thị Minh.** Nghiên Cứu Đặc Điểm Lâm Sàng, Cận Lâm Sàng và Điều Trị Ngộ Độc Cấp Paracetamol. Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội; 2005
 9. **Shah AD, Wood DM, Dargan PI.** Understanding lactic acidosis in paracetamol (acetaminophen) poisoning. *Br J Clin Pharmacol.* 2011;71(1):20-28. doi:10.1111/j.1365-2125.2010.03765.x

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, XQUANG CỦA NHÓM BỆNH NHÂN CÓ CHỈ ĐỊNH CẤY GHÉP IMPLANT TỨC THÌ VÙNG RĂNG SAU CÓ SỬ DỤNG KỸ THUẬT GHÉP XƯƠNG 2 VÙNG

Nguyễn Phú Thắng¹, Nguyễn Hùng Hiệp¹, Tô Nhật Minh¹, Cao Anh Linh¹, Nguyễn Đức Hoàng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, Xquang của nhóm bệnh nhân có chỉ định cấy ghép implant tức thì vùng răng sau có sử dụng kỹ thuật ghép xương 2 vùng tại Trung tâm Nha khoa 225 Trường Chinh – Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Phương pháp nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh. Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân có các răng sau 2 hàm từ răng hàm nhỏ thứ nhất tới răng hàm lớn thứ hai bị tổn thương chỉ định cấy ghép implant tức thì. **Kết quả:** Nghiên cứu cho thấy nguyên nhân chỉ định nhổ răng do sâu răng và bệnh lý tủy răng hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 47,1%. Đối tượng nghiên cứu có độ tuổi từ 40-59 hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 52,9%. Mật độ xương chủ yếu là D3 chiếm tỷ lệ 61,8%. Bản xương ngoài và trong ở các răng hàm đều có kích thước >1,5mm. Tỷ lệ răng hàm dưới chiếm 58,8% cao hơn răng hàm trên. Khoảng cách trung bình từ sàn xoang tới ché chân răng là 13,04 ± 3,85, khoảng cách trung bình từ ống thần kinh răng dưới tới ché chân răng là 16,34 ±

3,22. Kích thước xương trung bình vùng ché chân răng hàm trên là 3,60, hàm dưới là 3,09. Chóp chân răng trong có khoảng cách với sàn xoang gần nhất, chóp chân răng gần răng hàm dưới có khoảng cách với ống thần kinh răng dưới xa nhất. **Kết luận:** Giải phẫu huyết ổ răng hàm trên và hàm dưới đều có chiều cao xương phù hợp cho việc cấy ghép implant tức thì. Tuy nhiên với kích thước xương vùng ché nhỏ, mật độ xương thấp sẽ là thách thức cho các nhà lâm sàng cấy ghép implant đúng vị trí và đạt được ổn định sơ khởi tốt. **Từ khóa:** Implant tức thì, giải phẫu xương ổ răng hàm, ghép xương 2 vùng.

SUMMARY

CLINICAL AND RADIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS INDICATED FOR IMMEDIATE IMPLANT PLACEMENT IN THE POSTERIOR TEETH AREA USING THE DUAL-ZONE TECHNIQUE

Objective: To describe the clinical and radiological characteristics of a group of patients indicated for immediate implant placement in the posterior teeth using the Dual-zone technique at 225 Trung Chinh Dental Center - Hanoi Medical University. **Subjects and methods:** Research method is case series study design. The study subjects were patients whose posterior teeth in both jaws from the first premolar to the second molar were damaged

¹Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Tô Nhật Minh

Email: minhk34k@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.11.2023

Ngày duyệt bài: 25.12.2023

and required immediate implant placement. **Results:** The study showed that the most common reasons for tooth extraction were tooth decay and pulp disease, accounting for 47.1%. The most common study subjects were aged 40-59, accounting for 52.9%. Bone density is mainly D3, accounting for 61.8%. The outer and inner bone plates in the molars are >1.5mm in size. The ratio of lower molars accounts for 58.8%, higher than the upper molars. The average distance from the sinus floor to the furcation area is 13.04 ± 3.85 , the average distance from the inferior alveolar nerve canal to the furcation area is 16.34 ± 3.22 . The average bone size in the maxillary area is 3.60, the mandibular area is 3.09. The inner root tip has the shortest distance from the sinus floor, the mesial root tip of the molars has the furthest distance from the inferior alveolar nerve canal. **Conclusion:** The anatomy of the maxillary and mandibular alveolar points both have suitable bone height for immediate implant placement. However, with small bone size and low bone density, it will be a challenge for clinicians to place implants in the correct position and achieve good initial stability. **Keywords:** Immediate implant, alveolar bone anatomy, dual-zone, bone graft

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cấy ghép implant tức thì vùng thẩm mỹ đã là một quy trình được chấp nhận kể từ khi được báo cáo năm 1989¹. Việc cấy implant tức thì vùng răng sau cũng đã được trình bày như một giải pháp thay thế thành công cho phương pháp cấy implant trì hoãn với nhiều ưu điểm như giảm số lần phẫu thuật, giảm thời gian điều trị, can thiệp xâm lấn tối thiểu, duy trì và bảo tồn thẩm mỹ tối đa.

Độ ổn định sơ khởi và mô men xoắn thích hợp là những yếu tố then chốt tạo nên sự thành công của cấy ghép implant tức thì. Kỹ thuật cấy ghép implant tức thì vùng răng sau có sự khác biệt so với vùng răng thẩm mỹ chủ yếu bởi sự khác biệt về giải phẫu. Kích thước huyết ổ răng lớn dẫn tới việc khó khăn trong việc đặt implant đúng vị trí, đạt được độ ổn định sơ khởi ban đầu và đóng kín huyết ổ răng. Ngoài ra các cấu trúc giải phẫu chẳng hạn như ống thần kinh răng dưới hoặc xoang hàm trên có thể hạn chế chiều cao xương có sẵn để đặt implant. Các đặc điểm khác nhau bao gồm kích thước xương vùng chề chân răng, khoảng cách từ chóp chân răng đến các cấu trúc quan trọng, khoảng cách từ các cấu trúc quan trọng đến chề chân răng và độ dày xương ổ răng ảnh hưởng tới số lượng và chất lượng xương, do đó rất quan trọng đối với sự thành công của điều trị. Kỹ thuật ghép xương Dual-zone của SJ. Chu² đã cho thấy hiệu quả trong việc bảo tồn kích thước sống hàm và tăng độ dày mô mềm quanh implant giúp implant tồn tại lâu dài. Thêm vào đó kỹ thuật SSA giúp cho

việc đóng kín huyết ổ răng, giữ xương ghép không lộ ra trong môi trường miệng, ngăn ngừa nhiễm trùng và duy trì thể tích mô mềm sinh lý.

Mục tiêu chính của nghiên cứu này là "Mô tả đặc điểm lâm sàng, Xquang của nhóm bệnh nhân có chỉ định cấy ghép implant tức thì vùng răng sau có sử dụng kỹ thuật ghép xương 2 vùng."

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Răng có chỉ định cấy ghép implant tức thì vùng răng sau 2 hàm từ răng hàm nhỏ thứ nhất tới răng hàm lớn thứ hai, thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Các răng không có chỉ định bảo tồn ở vùng răng sau như: Răng chấn thương có chỉ định nhổ; Răng tổn thương mất mô cứng thân răng có chỉ định nhổ; Răng lung lay có chỉ định nhổ; Răng có hình thể bất thường có chỉ định nhổ; Răng nội nha thất bại có chỉ định nhổ.

- Thành huyết ổ răng còn nguyên vẹn; Bề rộng lợi sừng hóa trên 2mm; Đủ xương ở vùng chóp cho phép đạt được sự lưu giữ chính xác và độ vững ổn ban đầu của implant (>4mm); Đối với răng hàm trên có thể chỉ định mở đáy xoang không ghép xương để tăng vững ổn ban đầu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đủ sức khỏe phẫu thuật; Đang có nhiễm trùng cấp tính; Những người hút thuốc lá > 10 điếu mỗi ngày; Hóa trị hoặc xạ trị ung thư trong vòng 1 năm trở lại đây; Không sẵn sàng ký vào bản đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh.

Cỡ mẫu: Dựa vào công thức tính cỡ mẫu tính ra được cỡ mẫu nghiên cứu là $n = 30$.

Kỹ thuật chọn mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện có nghĩa là tất cả bệnh nhân đáp ứng đủ điều kiện như mô tả ở phần tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ sẽ được chọn vào nghiên cứu cho đến khi đủ số lượng implant và hết thời gian chọn.

Quy trình nghiên cứu: Sau khi khám và tư vấn sơ bộ, nếu bệnh nhân có mong muốn được điều trị tình trạng mất răng bằng phương pháp cấy ghép implant chúng tôi sẽ tiến hành làm bệnh án, chẩn đoán, chụp ảnh trong miệng. Sau đó bệnh nhân chụp Xquang và CBCT trước phẫu thuật với máy CT RAYSCAN ALPHA-SM3D. Tư thế khi chụp phim: bệnh nhân được cố định đầu, miệng cắn cục cắn để tách mặt nhai hai cung hàm, tách môi, má, lưỡi, sàn miệng, mô mềm

khởi mô răng bằng bông cuộn hoặc gạc, giảm tối đa phục hình cản quang như: răng sứ, kim loại... có thể có trong miệng. Sau đó tiến hành lấy dữ liệu định dạng file DICOM để đo các thông tin cần thiết tại vị trí dự định cấy implant:

+ Đối với răng hàm trên: Đo các kích thước huyết xương ổ răng chiều gần – xa (GX), chiều ngoài-trong (NT); Độ dày xương bản ngoài (XBN), độ dày xương bản trong (XBT); Khoảng cách từ sàn xoang đến chề chân răng (SX-CCR), đến chóp chân gần (SX-CG), đến chóp chân xa (SX-CX), đến chóp chân trong (SX-CT); Kích thước xương vùng chề chân răng (XCCR).

+ Đối với hàm dưới: Đo các kích thước huyết xương ổ răng chiều gần – xa (GX), chiều ngoài-trong (NT); Độ dày xương bản ngoài (XBN), độ dày xương bản trong (XBT); Khoảng cách từ bờ trên ống thần kinh răng dưới đến chề chân răng (TK-CCR), đến chóp chân gần (TK-CG), đến chóp chân xa (TK-CX); Kích thước xương vùng chề chân răng (XCCR).

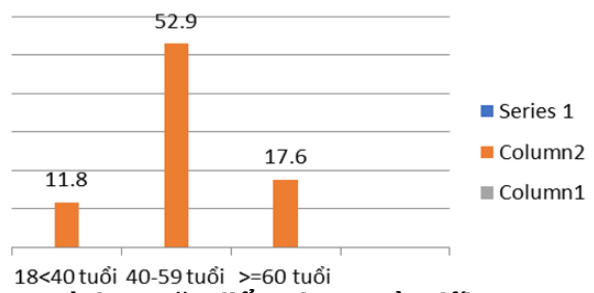
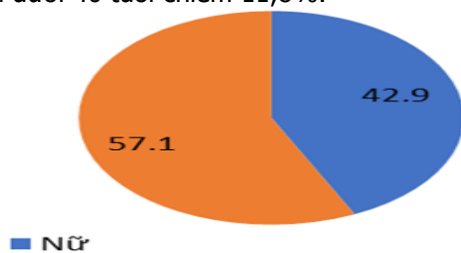
Các biến số nghiên cứu: Các biến số về đặc điểm lâm sàng và Xquang của nhóm đối tượng nghiên cứu.

Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được xử lý bằng thuật toán thống kê y học trên phần mềm SPSS 20.0. Trình bày bằng bảng, biểu đồ thể hiện các kết quả nghiên cứu.

Đạo đức nghiên cứu: Đảm bảo quyền riêng tư của đối tượng nghiên cứu, thông tin thu thập được sự đồng ý của đối tượng nghiên cứu và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu và giúp cho công tác dự phòng, điều trị kết quả tốt hơn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 28 bệnh nhân với 34 vị trí răng không chỉ định bảo tồn thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn tham gia vào nghiên cứu. Tỷ lệ nam trong nghiên cứu chiếm 57,1% cao hơn so với nữ giới 42,9%. Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $51,86 \pm 10,406$, với tuổi nhỏ nhất là 34 tuổi, lớn nhất là 69. Phần lớn đối tượng có độ tuổi từ 40-59 tuổi (52,9%), nhóm trên 60 tuổi có tỷ lệ thấp hơn chiếm 17,6%. Thấp nhất là nhóm bệnh nhân dưới 40 tuổi chiếm 11,8%.

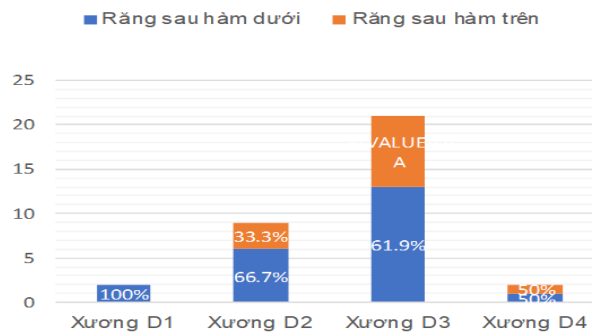


Hình 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=28)

Với 34 vị trí răng có chỉ định nhổ thì có tới 22/34 vị trí là ở hàm trên chiếm tới 64,7% và có 30/34 là răng hàm lớn chiếm 88,2%. Nguyên nhân răng có chỉ định nhổ chủ yếu là do sâu răng và bệnh lý tủy răng chiếm 47,1%; tiếp sau là nguyên nhân do chấn thương chiếm 32,2% và thấp nhất là nguyên nhân do viêm quanh răng chiếm 20,6%.

Bảng 1. Vị trí mất răng và nguyên nhân mất răng (n=34)

Đặc điểm chung		Số lượng	Tỷ lệ %	Giá trị P
Vị trí hàm	Phía sau hàm trên	14	41,2	0,303
	Phía sau hàm dưới	20	58,8	
Tổng		34	100	
Vị trí răng	Răng hàm lớn	30	88,2	0,000
	Răng hàm nhỏ	4	11,8	
Tổng		34	100	
Nguyên nhân mất răng	Sâu răng, BLTR	16	47,1	0,166
	Viêm quanh răng	7	20,6	
	Chấn thương	11	32,3	
Tổng		34	100	



Hình 2. Mật độ xương tại các vị trí răng có chỉ định nhổ (n=34)

Mật độ xương D3 chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm nghiên cứu (61,8%) trong đó hàm dưới chiếm 61,9%. Tiếp đến là mật độ xương D2 chiếm 26,5% trong đó hàm dưới chiếm 66,7%. Mật độ xương D1 và D4 chiếm 5,9% trong đó mật độ xương D1 chiếm 100% ở hàm dưới. Khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $P=0,001 < 0,05$.

Bảng 2. Giá trị trung bình và độ lệch chuẩn các số đo trên CBCT của răng hàm trên và răng hàm dưới

	Giá trị trung bình của răng hàm trên	Giá trị trung bình của răng hàm dưới	Giá trị P
XBN	1,86+0,49	1,74+0,46	0,483
XBT	2,00+0,41	2,93+0,72	0,001
SX-CCR/TK-CCR	13,04+3,85	16,34+3,22	0,011
XCCR	3,60+0,99	3,09+1,22	0,258
SX-CG/TK-CG	6,68+3,96	8,58+3,15	0,128
SX-CX/TK-CX	6,74+3,88	7,79+3,65	0,269
SX-CT	6,29+3,94	-	-
NT	8,57+1,77	7,52+1,34	0,057
GX	6,64+1,62	8,18+1,59	0,010

Chú thích: Kích thước huyết xương ổ răng chiều gần – xa (GX), chiều ngoài-trong (NT); Độ dày xương bản ngoài (XBN), độ dày xương bản trong (XBT); Khoảng cách từ sàn xoang/ống TK răng dưới đến chũ chân răng (SX-CCR/TK-CCR), đến chóp chân gần (SX-CG/TK-CG), đến chóp chân xa (SX-CX/TK-CX), đến chóp chân trong (SX-CT); Kích thước xương vùng chũ chân răng (XCCR).

Giá trị trung bình XBN của răng hàm trên (1,86) và răng hàm dưới (1,74) đều > 1,5mm và không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê giữa 2 hàm ($P=0,483>0,05$). Giá trị trung bình XBT của răng hàm dưới (2,93) lớn hơn so với răng hàm trên (2,00) và lớn hơn so với XBN với sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê ($P=0,001<0,05$).

Khoảng cách SX-CCR trung bình ở răng hàm trên là 13,04 với khoảng cách lớn nhất là 19,96 và khoảng cách bé nhất là 5,85. Như vậy nếu muốn đặt implant với chiều dài tối thiểu là 8mm thì có 1/14 trường hợp cần phải thực hiện thủ thuật nâng xoang. Đối với hàm dưới, khoảng cách TK-CCR trung bình là 16,34 với khoảng cách lớn nhất là 22,55 và bé nhất là 10,77. Vậy ta có thể đặt implant ngắn nhất là 8,5mm mà vẫn đảm bảo khoảng cách an toàn với ống thần kinh răng dưới 2mm. Giá trị trung bình này của răng hàm dưới lớn hơn 3,3mm so với răng hàm trên và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($P=0,011<0,05$).

Kích thước xương trung bình vùng chũ chân răng hàm trên và răng hàm dưới lần lượt là $3,60 \pm 0,99$ và $3,09 \pm 1,22$ mm. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($P=0,258>0,05$).

Khoảng cách từ sàn xoang tới chóp chân răng hàm trên giảm dần từ chóp chân răng xa (6,74), chóp chân răng gần (6,68) và chóp chân

trong (6,29). Ngược lại với hàm trên, khoảng cách từ ống thần kinh răng dưới tới chóp chân răng xa ngắn hơn so với chân răng gần.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 28 bệnh nhân, trong đó tỷ lệ nam trong nghiên cứu chiếm tỷ lệ 57,1% cao hơn so với nữ giới 42,9%. Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $51,86 \pm 10,406$, với tuổi nhỏ nhất là 34 tuổi, lớn nhất là 69. Phần lớn đối tượng có độ tuổi từ 40-59 tuổi (52,9%), nhóm trên 60 tuổi có tỷ lệ thấp hơn chiếm 17,6%. Thấp nhất là nhóm bệnh nhân dưới 40 tuổi chiếm 11,8%. Các nghiên cứu của một số tác giả khác cũng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân trên 40 tuổi tham gia nghiên cứu chiếm đa số. Nghiên cứu của Đỗ Đình Hùng³ cũng chỉ ra số đối tượng >45 tuổi chiếm tới 51,3%, hay tác giả Hoàng Xuân Hùng⁴ có số đối tượng >40 tuổi chiếm tới 71,4%. Sự tương đồng này có thể cho thấy do nhóm tuổi trung niên thường có thói quen khám răng định kỳ hơn các nhóm tuổi khác, đồng thời đây cũng là nhóm tuổi có sự ổn định về kinh tế nên quan tâm tới sức khỏe răng miệng và lựa chọn điều trị bằng cấy ghép implant nhiều hơn.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy với 34 vị trí răng có chỉ định nhổ thì có tới 30/34 vị trí là ở vùng răng hàm lớn chiếm tới 88,2%. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu trước của Hoàng Xuân Hùng⁴ có 24/34 implant được cấy vùng răng hàm lớn chiều 70,6%.

Nguyên nhân mất răng chủ yếu là do sâu răng và bệnh lý tủy răng (BLTR) chiếm 47,1%; tiếp sau là mất răng do chấn thương chiếm 32,3% và thấp nhất là nguyên nhân do viêm quanh răng (20,6%). Số liệu này phù hợp với kết quả của Hoàng Xuân Hùng⁴ với bệnh lý do sâu răng và biến chứng của bệnh lý tủy chiếm tỷ lệ cao nhất là 70,6%. Tuy nhiên ở nghiên cứu của tác giả trên, tỷ lệ bệnh lý viêm nha chu cao hơn tỷ lệ bệnh lý chấn thương trong khi ở nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ đó lại ngược lại. Điều này có thể giải thích là do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện cấy implant tức thì, do đó với những răng có bệnh lý viêm quanh răng cấp tính sẽ không được lựa chọn vào nghiên cứu, trong khi với viêm quanh răng mạn tính thời gian dài dẫn tới tiêu xương và lượng xương còn lại không đủ để implant đạt được độ ổn định sơ khởi. Bên cạnh đó những răng chấn thương như gãy, nứt răng thường là một chấn thương cấp cứu và bệnh nhân tới khi chưa có viêm nhiễm và phần xương ổ răng còn nguyên vẹn thuận lợi cho việc

đặt implant tức thì.

Nghiên cứu cho thấy mật độ xương D3 chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm nghiên cứu (61,8%) trong đó hàm dưới chiếm 61,9%. Tiếp đến là mật độ xương D2 chiếm 26,5% trong đó hàm dưới chiếm 66,7%. Mật độ xương D1 và D4 chiếm 5,9% trong đó mật độ xương D1 chiếm 100% ở hàm dưới. Kết quả này cho thấy mật độ xương ở vùng hàm dưới cao hơn ở hàm trên. Khi so sánh với nghiên cứu của Hoàng Xuân Hùng⁴ cho thấy mật độ xương D2 chiếm tỷ lệ cao nhất (64,7%). Có sự khác biệt này là do nghiên cứu của Hoàng Xuân Hùng⁴ thực hiện cấy implant muộn khi đó xương đã bù đắp lại sau nhổ răng và vị trí cấy có cả phần xương vỏ với mật độ xương cao. Trong khi nghiên cứu của chúng tôi thực hiện nhổ răng và cấy implant tức thì, xương xung quanh implant lúc đó hoàn toàn là phần xương xốp do đó cần phải lưu ý trình tự mũi khoan theo hướng dẫn của hãng để implant đạt được ổn định sơ khởi tốt.

Một yếu tố quan trọng cần cân nhắc khi đánh giá vị trí cấy implant tức thì là độ dày bản xương ngoài/trong. Độ dày bản xương đóng vai trò quan trọng trong việc hình thành xương sau khi đặt implant và ảnh hưởng đến sự tiêu xương trong giai đoạn tái tạo sau khi nhổ răng⁵. Trong nghiên cứu này, giá trị trung bình của XBT và XBN hàm trên và hàm dưới đều >1,5mm. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Aldahlawi & cộng sự⁶ tuy nhiên một số nghiên cứu trước đây đã báo cáo nghiên cứu khác nhau⁵. Khoảng cách gần xa và ngoài trong của xương ổ răng là rất quan trọng để lựa chọn đường kính implant. Theo các nghiên cứu cho thấy lý tưởng nhất là nên có 2mm khoảng cách giữa bề mặt implant và bản xương ngoài để đảm bảo sự ổn định về kích thước của mô quanh implant⁷. Việc lấp đầy khoảng trống bằng xương ghép khi khoảng trống lớn hơn 1,5mm được đưa ra tuy nhiên vẫn còn nhiều tranh cãi. Việc đo kích thước ổ răng cũng rất quan trọng trong việc lập kế hoạch phẫu thuật, đặc biệt trong kỹ thuật ghép xương 2 vùng. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đường kính trung bình của huyết ổ răng là 8mm, do đó không thể đóng kín huyết ổ răng bằng trụ lành thương thông thường mà phải sử dụng trụ lành thương cá nhân hóa.

Khoảng cách trung bình của TK-CCR trong nghiên cứu là 16,34mm với khoảng cách lớn nhất là 22,55 và bé nhất là 10,77. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Aldahlawi⁶ là 15,89mm. Vậy ta có thể đặt implant gần nhất là 8,5mm mà vẫn đảm bảo khoảng cách an toàn

với ống thần kinh răng dưới 2mm. Khoảng cách trung bình SX-CCR ở răng hàm trên là 13,04 với khoảng cách lớn nhất là 19,96 và khoảng cách bé nhất là 5,85. Như vậy nếu muốn đặt implant với chiều dài tối thiểu là 8mm thì cần phải thực hiện thủ thuật nâng xoang ở 1 số trường hợp.

Khi thực hiện cấy implant tức thì vùng răng hàm, các nhà lâm sàng sẽ cố gắng đặt implant vào vị trí chèn chân răng để đạt phục hình tối ưu nhất. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng, cần tối thiểu 3mm xương chèn chân răng để có thể đặt implant. Trong nghiên cứu này, giá trị trung bình của XCCR hàm trên là 3,6mm lớn hơn so với hàm dưới là 3,09mm. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Deporter & cs đã chỉ ra rằng XCCR hàm trên lớn hơn hàm dưới và 60% răng hàm có XCCR từ 3-6mm. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Salwa Aldahlawi & Cs⁶ lần lượt là 2,7 và 2,2mm. Sự khác biệt này có thể là do tiêu chuẩn chọn mẫu khác nhau, số lượng cỡ mẫu và khác biệt về chủng tộc.

Khoảng cách giữa chóp chân răng và sàn xoang hoặc ống thần kinh răng dưới là rất cần thiết vì nó xác định chiều cao xương còn lại có sẵn và ảnh hưởng tới ổn định sơ khởi của implant. Các nghiên cứu chỉ ra cần 2-4mm chiều cao để có thể đặt được ổn định sơ khởi khi cấy implant tức thì. Trong nghiên cứu của chúng tôi, giá trị trung bình của sàn xoang tới chóp chân răng là 6,57 với khoảng cách xa nhất là chóp chân xa và gần nhất là chóp chân trong. Một số nghiên cứu báo cáo rằng chân trong thường xâm nhập vào xoang tuy nhiên một số nghiên cứu khác lại cho thấy chân gần và chân xa là những chân thường tiếp xúc với xoang nhất. Giá trị trung bình của ống thần kinh răng dưới tới chóp chân răng là 8,18mm trong đó chân xa có khoảng cách ngắn hơn so với chân gần. Kết quả này phù hợp với hầu hết các nghiên cứu.⁸ Như vậy trong những trường hợp khoảng cách XCCR không cho phép đặt implant thì chúng ta nên đặt lệch về vị trí chân răng gần để tăng được ổn định sơ khởi của implant và giảm nguy cơ tổn thương ống thần kinh răng dưới.

V. KẾT LUẬN

Nguyên nhân mất răng và bệnh lý tủy răng hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 47,1%. Đối tượng nghiên cứu có độ tuổi từ 40-59 hay gặp nhất chiếm 52,9%. Mật độ xương chủ yếu ở những răng có chỉ định nhổ cấy là D3 chiếm 61,8% trong đó hàm dưới có mật độ xương cao hơn. Bản xương ngoài và trong ở các răng hàm đều có kích thước >1,5mm. Giải phẫu huyết ổ răng hàm trên

và hàm dưới đều có chiều cao xương phù hợp cho việc đặt implant tức thì. Tuy nhiên với kích thước xương vùng chẻ nhỏ, mật độ xương thấp sẽ là thách thức cho các nhà lâm sàng đặt implant đúng vị trí và đạt được ổn định sơ khởi tốt. Ở hàm trên có thể sử dụng kỹ thuật nâng xoang để implant gài vào sàn xoang làm tăng ổn định sơ khởi và chiều dài implant. Ở hàm dưới, trong những trường hợp kích thước xương vùng chẻ chân răng nhỏ, ta có thể đặt implant ở vị trí chân gần để tăng ổn định sơ khởi và giảm nguy cơ tổn thương ống thần kinh răng dưới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lazzara RJ.** Immediate implant placement into extraction sites: surgical and restorative advantages. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 1989;9(5):332-43. PMID: 2640210.
2. **Chu SJ.** Salama MA, Salama H, Garber DA, Saito H, Sarnachiaro GO, Tarnow DP. The dual-zone therapeutic concept of managing immediate implant placement and provisional restoration in anterior extraction sockets. *Compend Contin Educ Dent.* 2012 Jul-Aug;33(7):524-32, 534. PMID: 22908601.
3. **Đỗ Đình Hùng** (2012). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X quang và kết quả điều trị trên bệnh nhân cấy ghép nha khoa có ứng dụng công nghệ thông

tin. Luận án tiến sĩ y học, Viện nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108.

4. **Hoàng Xuân Hùng** (2021). Sử dụng máng hướng dẫn phẫu thuật cấy ghép implant miệng cho bệnh nhân mất răng từng phần vùng răng sau. Đại học Y Hà Nội. Luận án Thạc sĩ Y học
5. **Agostinelli C,** Agostinelli A, Berardini M, Trisi P: Anatomical and radiologic evaluation of the dimensions of upper molar alveoli. *Implant Dent.* 2018. 27:171-6. 10.1097/ID.0000000000000747
6. **Aldahlawi S,** Nourah DM, Azab RY, Binvaseen JA, Alsehli EA, Zamzami HF, Bukhari OM. Cone-Beam Computed Tomography (CBCT)-Based Assessment of the Alveolar Bone Anatomy of the Maxillary and Mandibular Molars: Implication for Immediate Implant Placement. *Cureus.* 2023 Jul 9;15(7):e41608. doi: 10.7759/cureus.41608. PMID: 37565092; PMCID: PMC10409627.
7. **Padhve NM,** Shirsekar VU, Bhatavadekar NB. Three-Dimensional Alveolar Bone Assessment of Mandibular First Molars with Implications for Immediate Implant Placement. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2020 Jul/Aug;40(4):e163-e167. doi: 10.11607/prd.4614. PMID: 32559042.
8. **Aksoy U,** Aksoy S, Orhan K: A cone-beam computed tomography study of the anatomical relationships between mandibular teeth and the mandibular canal, with a review of the current literature. *Microsc Res Tech.* 2018, 81:308-14. 10.1002/jemt.22980

MỐI LIÊN QUAN GIỮA KẾT QUẢ NỘI SOI TĂNG CƯỜNG HÌNH ẢNH VÀ KẾT QUẢ MÔ BỆNH HỌC CỦA TỔN THƯƠNG LOẠN SẢN VÀ UNG THƯ THỰC QUẢN TẾ BÀO VÂY GIAI ĐOẠN SỚM

Thái Doãn Kỳ¹, Đào Việt Hằng², Nguyễn Thanh Nam³,
Đinh Thị Ngà¹, Phạm Minh Ngọc Quang¹, Trương Văn Phong²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đối chiếu kết quả nội soi tăng cường hình ảnh với kết quả mô bệnh học trên tổn thương loạn sản và ung thư thực quản tế bào vảy giai đoạn sớm. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang, hình ảnh nội soi nhuộm màu phóng đại (M-NBI, M-BLI) được chia thành 4 type dựa trên hình thái vòng nhú mao mạch trong biểu mô (IPCL), bệnh nhân được thực hiện cắt bỏ niêm mạc qua nội soi hoặc cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi, lấy bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh qua đó đối chiếu đặc điểm hình ảnh nội soi

với kết quả mô bệnh học, đánh giá giá trị của nội soi nhuộm màu phóng đại trong chẩn đoán độ sâu xâm lấn của ung thư thực quản tế bào vảy. **Kết quả:** 52 tổn thương ở 45 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu từ ngày 01/07/2022 đến ngày 30/09/2023, trong đó có 28 tổn thương ung thư thực quản tế bào vảy chiếm 53,8%, 20 tổn thương loạn sản vảy độ cao chiếm 38,5% và 4 tổn thương loạn sản vảy độ thấp chiếm 7,7%. Trong nhóm tổn thương ung thư thực quản tế bào vảy có 15 tổn thương type B1 trên nội soi nhuộm màu phóng đại chiếm 53,6% và 13 tổn thương type B2 chiếm 46,4%. Độ chính xác của type B1 trong chẩn đoán độ sâu xâm lấn của ung thư thực quản tế bào vảy là 85,7%, độ nhạy là 82,4%, độ đặc hiệu là 90,9%, giá trị dự báo dương tính là 93,3%, giá trị dự báo âm tính là 76,9%. Độ chính xác của type B2 là 82,1%, độ nhạy là 90%, độ đặc hiệu là 77,8%, giá trị dự báo dương tính là 69,2%, giá trị dự báo âm tính là 93,3%. **Kết luận:** Nội soi nhuộm màu phóng đại có giá trị cao trong chẩn đoán độ sâu xâm lấn của ung thư thực quản tế bào vảy. **Từ khóa:** Nội soi nhuộm màu phóng đại, ung thư thực quản tế bào vảy.

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trương Văn Phong

Email: bsphong89@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.11.2023

Ngày duyệt bài: 26.12.2023