

cắt ngang nên chưa thể suy luận được mối quan hệ nhân quả.

V. KẾT LUẬN

Phần lớn thai phụ mắc ĐTĐTK có kết cục sản khoa tốt, chiếm 76%. Hầu hết thai phụ có phương pháp sinh là mổ lấy thai. Bằng huyết sau sinh ở mẹ và hạ đường huyết ở trẻ sơ sinh là những biến chứng ghi nhận được. Tuổi thai lúc sinh <37 tuần liên quan có ý nghĩa thống kê với tăng kết cục sản khoa có biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê VB, Lương HT, Trương QV. Kết quả sản khoa đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2022. Tạp Chí Y học Việt Nam. 2023;532(1B). doi:10.51298/vmj.v532i1B.7459.
2. Bùi ST, Đặng TMN. Kết quả xử trí sản khoa của thai phụ đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện sản nhi Nghệ An năm 2021 - 2022. Tạp Chí Y học Việt Nam. 2023; 522(1): 105-108. doi:10.51298/vmj.v522i1.4237.
3. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes—2019. Diabetes Care. 2019;39(1):36-94. doi:10.2337/dc19-Sint01.
4. Abdalrahman Almarzouki A. Maternal and neonatal outcome of controlled gestational diabetes mellitus versus high risk group without gestational diabetes mellitus: a comparative study. Med Glas (Zenica). 2013;10(1):70-74. PMID: 23348165.
5. Boriboonhirunsarn D, Waiyanikorn R. Emergency cesarean section rate between women with gestational diabetes and normal pregnant women. Taiwan J Obstet Gynecol. 2016;55(1):64-67. doi:10.1016/j.tjog.2015.08.024.
6. Boriboonhirunsarn D, Talungjit P, Sunsaneevithayakul P, Sirisomboon R. Adverse pregnancy outcomes in gestational diabetes mellitus. Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet Thangphaet. 2006 Oct; 89 Suppl 4:S23-8. PMID: 17725139.
7. Eades CE, Burrows KA, Andreeva R, Stansfield DR, Evans JM. Prevalence of gestational diabetes in the United States and Canada: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2024;24(1):204. Published 2024 Mar 15. doi:10.1186/s12884-024-06378-2.
8. Hedderson MM, Ferrara A, Sacks DA. Gestational diabetes mellitus and lesser degrees of pregnancy hyperglycemia: association with increased risk of spontaneous preterm birth. Obstet Gynecol. 2003;102(4):850-856. doi:10.1016/s0029-7844(03)00661-6.
9. Moon JH, Jang HC. Gestational Diabetes Mellitus: Diagnostic Approaches and Maternal-Offspring Complications. Diabetes Metab J. 2022;46(1):3-14. doi:10.4093/dmj.2021.0335.
10. Ye W, Luo C, Huang J, Li C, Liu Z, Liu F. Gestational diabetes mellitus and adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2022;377:e067946. Published 2022 May 25. doi:10.1136/bmj-2021-067946.

ĐỘ DÀY MẶT NGOÀI XƯƠNG Ồ RĂNG VÀ VỊ TRÍ CHÂN RĂNG THEO CHIỀU DỌC Ở VÙNG RĂNG TRƯỚC HÀM TRÊN TRÊN PHIM CHỤP CẮT LỚP HÌNH NÓN (CBCT)

Nghiêm Tuấn Anh¹, Nguyễn Minh Tuấn¹, Lê Võ Gia Huy²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá độ dày mặt ngoài xương ổ vùng răng trước hàm trên và phân loại hướng chân răng theo mặt phẳng đứng dọc theo phân loại Kan ở một nhóm người Việt Nam. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hình ảnh CBCT của 70 bệnh nhân được lựa chọn ngẫu nhiên từ dữ liệu hình ảnh tại Nha khoa BẢO VỆ NỤ CƯỜI AN GIANG. **Kết quả nghiên cứu:** Sau khảo sát, 406 chiếc răng đã được sử dụng để đo độ dày mặt ngoài xương ổ răng tại 3 vị trí: cách đường nối men xê măng (CEJ) 4mm về phía chóp (điểm P1), giữa P1 và điểm giữa chân răng(P2), giữa

chân răng (P3). Kết quả thể hiện rằng hầu hết những răng nghiên cứu có độ dày bản mặt ngoài xương ổ răng ngoài nhỏ hơn 1mm tại hầu hết các vị trí khảo sát. Độ dày bản mặt ngoài xương ổ răng ngoài trung bình nằm trong khoảng giữa 0.71 ± 0.51 và 0.95 ± 0.48 mm. Tỷ lệ hướng chân răng lần lượt là 89.66% loại I, 5.91% loại II, 0% loại III, và 4.43% loại IV. **Kết luận:** Tỷ lệ thành ngoài xương ổ răng hàm trên mỏng tương đối cao, có thể gây nguy cơ cho việc tụt nướu sau này. Tuy nhiên, vị trí hướng chân răng loại I theo Kan thì lại chiếm phần lớn trong nghiên cứu, vị trí này được xem là phù hợp cho việc ăn khớp giữa implant và xương. **Từ khóa:** mặt ngoài xương ổ răng, vị trí chân răng, CBCT, vị trí chân răng theo mặt phẳng đứng dọc, đặt implant tức thì.

SUMMARY

LABIAL ALVEOLAR BONE THICKNESS AND SAGITTAL ROOT POSITION OF MAXILLARY ANTERIOR TEETH ON USING CONE BEAM COMPUTED TOMOGRAPHY(CBCT)

¹Nha khoa Bảo vệ nụ cười An Giang

²Trường Đại học Kinh doanh và Công nghệ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Tuấn

Email: nghiemtuananh39@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2024

Ngày duyệt bài: 20.5.2024

Objective of research: This study is aimed to assess the thickness of facial alveolar bone of anterior maxillary teeth and classify their relation to the alveolus in the sagittal plane following Kan's classification in a group of VietNam population.

Subject and research method: CBCT images of 70 patients were randomly selected from the CBCT database at BAO VE NU CUOI AN GIANG dental clinic. After recruitment, 406 teeth were used to measure facial alveolar bone thickness at three reference points: 4 mm apical to CEJ (P1), midpoint between 4 mm to CEJ and mid-root (P2), mid-root (P3). **Results:** The results revealed that most of the studied teeth exhibited a facial alveolar bone thickness less than 1 mm at all reference points. The mean facial bone thickness was between 0.71 ± 0.51 and 0.95 ± 0.48 . The frequency distribution of sagittal root position was 89.66% in class I, 5.91% in class II, none in class III, and 4.43% in class IV. **Conclusion:** this study demonstrated that the anterior maxillary teeth have a high prevalence of thin facial alveolar bone wall, which may consider risking of soft tissue recession. However, the class I sagittal root position, which is favorable for implant-bone engagement, was the majority of this finding.

Keywords: facial alveolar bone, root position, CBCT, sagittal root position, immediate implant placement.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đặt implant tức thì và phục hình tạm thời đã được khuyến nghị lần đầu vào giữa những thập niên 1990 và đã trở thành một phương pháp phổ biến trong những năm gần đây. Phương pháp này giúp giảm thời gian giữa nhổ răng và phục hình thay thế, giúp rút ngắn thời gian điều trị, giảm căng thẳng tâm lý và cải thiện thẩm mỹ cho bệnh nhân¹⁻³

Đặt implant tức thì ở vùng hàm trên phía trước vẫn gây tranh cãi và tiềm ẩn nguy cơ cao về các biến chứng về thẩm mỹ, phát âm, sinh cơ học và cấu trúc giải phẫu. Để đạt được một kết quả thành công, mặt ngoài xương ổ răng của răng trước hàm trên nên có độ dày 2mm để đạt được một môi trường sau đặt implant vững ổn và ngăn chặn tiêu mô mềm, sự không khít kín và độ ổn định sơ khởi đạt được bằng cách ăn khớp thành trong và xương xấp xỉ 4-5mm cạnh chóp chân răng.⁴⁻⁵

Chụp cắt lớp chòm tia hình nón (CBCT) đã được xem là một phương pháp đánh giá phim X-quang hữu hiệu trước khi đặt implant vì nó cung cấp hình ảnh 3D của cấu trúc xương trong khi cho liều lượng tia X ít hơn so với CT y khoa hoặc các loại hình chụp X-quang khác có thông tin tương đương. Tuy nhiên, các nghiên cứu về độ dày mặt ngoài xương ổ răng và mối quan hệ của nó với vị trí chân răng sử dụng CBCT ở dân số Việt Nam vẫn còn hạn chế. Mục đích của nghiên cứu hiện tại là đánh giá độ dày xương trung bình

tại ba vị trí tham chiếu trên bề mặt phía ngoài chân răng và phân loại các vị trí chân răng theo phân loại SRP của Kan⁶ được đánh giá bởi các hình ảnh chụp X-quang từ CBCT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

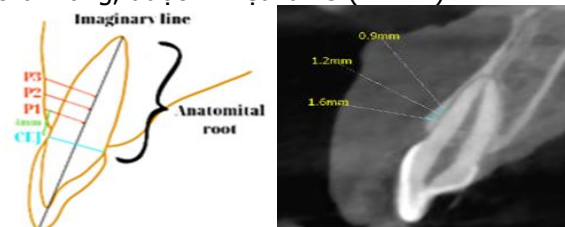
70 bệnh nhân (33 nam và 37 nữ) trong độ tuổi từ 19 đến 69 được chọn ngẫu nhiên từ cơ sở dữ liệu CBCT tại phòng khám nha khoa BẢO VỆ NỤ CƯỜI ở tỉnh An Giang.

Tiêu chuẩn lựa chọn: độ tuổi từ 18-70, có đầy đủ các răng trên hàm trên (răng cửa giữa, răng cửa bên, răng nanh), không có tiền sử bệnh nha chu hoặc tiêu xương ở vị trí răng trước hàm trên.

Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm: có bất kỳ một phục hình nào, đã điều trị tủy chân răng và có cầu răng, khoảng cách từ CEJ đến mào xương ổ răng > 4mm, hình ảnh CBCT bị phân tán.

Cuối cùng, 406 răng được sử dụng để đo độ dày xương ổ răng phía ngoài và phân loại vị trí chân răng theo phân loại vị trí chân răng của Kan (SRP). Máy CBCT được sử dụng trong nghiên cứu này là Vatech, Pax-i3D Smart. Máy chụp X-quang được cài đặt ở 220VAC, 5-10 mA và 18 giây (kích thước voxel: 0,2mm, FOV: 11x9cm). Phần mềm được sử dụng để đo là Ez3D-i (độ dày lát cắt: 250 μ m).

Từ hình ảnh CBCT, dữ liệu về độ dày mặt ngoài xương ổ răng được thu thập theo kích thước lớp cắt ngang 1x1. Đường cong panoramic được chuẩn hóa bằng cách vẽ một đường từ nhiều điểm của trung tâm buồng tủy tại vị trí giữa chân răng từ trái qua phải của những răng cối nhỏ thứ nhất. Dựa trên các lý do trên, trục răng được vẽ trên mỗi răng và đo độ dày xương ổ răng mặt ngoài theo đường thẳng mà đường thẳng đó vuông góc với đường thẳng đã vẽ, từ xương vò ngoài đến bề mặt phía ngoài chân răng. Mặt ngoài xương ổ răng ngoài được đo ở ba điểm tham chiếu như sau: cách đường nối men xê măng (CEJ) 4mm về phía chóp, được kí hiệu bằng P1. Điểm giữa điểm cách đường nối men xê măng (CEJ) 4mm về phía chóp và điểm giữa chân răng, được kí hiệu là P2. Điểm giữa chân răng, được kí hiệu là P3 (Hình 1).

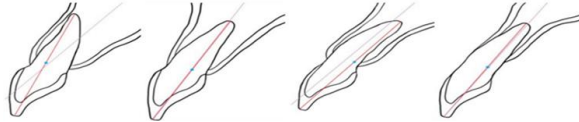


Hình 1. Ba vị trí điểm tham chiếu để tính trung bình độ dày mặt ngoài xương ổ răng

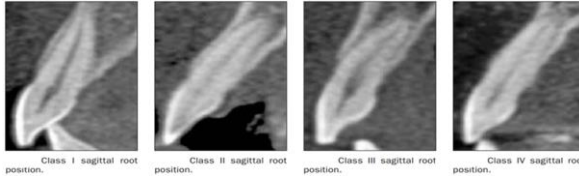
Trong nghiên cứu này, SRP có liên quan đến nền xương được đánh giá bằng cách quan sát hình ảnh cắt ngang được tạo ra tại điểm giữa của răng song song với trục răng. Mỗi phân loại SRP có mối liên quan với nền xương của nó được phân loại như sau (Hình 2,3):

- Loại I: Chân răng ở vị trí áp vào bản xương vỏ ngoài.
- Loại II: Chân răng ở vị trí trung tâm nên xương mà không liên quan đến bản xương vỏ ngoài hay bản xương vỏ trong ở phần ba chân răng.
- Loại III: Chân răng ở vị trí áp vào bản xương vỏ trong.
- Loại IV: Ít nhất hai phần ba của chân răng áp vào cả hai bản xương vỏ trong và ngoài ở phần ba chân răng.

Vị trí chân răng của mỗi răng trước đã phân loại được sử dụng trong việc đo độ dày mặt ngoài xương ổ răng và được phân loại bởi một đánh giá viên.



Hình 2. Phân loại SRP theo Kan và cộng sự², từ trái qua phải, loại I, II, III và IV



Hình 3. Phân loại SRP

Các giá trị trung bình và độ lệch chuẩn đã được tính toán cho tất cả các tham số. Độ dày trung bình của mặt ngoài xương ổ răng ở mỗi điểm tham chiếu (P1, P2, P3), sự phổ biến của phân loại vị trí của chân răng bằng cách sử dụng một phân tích tương quan đơn giản.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu này bao gồm 420 răng từ 70 bệnh nhân Việt Nam (33 nam và 37 nữ) trong độ tuổi từ 19 đến 69 (số trung bình ± SD = 34,79 ± 12,05). Sau khi áp dụng các tiêu chí lựa chọn và loại trừ, đã có 406 răng được chọn. Tất cả các quét CBCT được thực hiện từ tháng 4/2022 đến tháng 4/2023 tại phòng khám nha khoa BẢO VỆ NỤ CƯỜI AN GIANG. Phân bố các đối tượng nghiên cứu được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1. Phân bố các răng khảo sát trên CBCT (N=406)

Răng	13	12	11	21	22	23	Tổng
Tổng số	68	67	66	68	69	68	406

Trung bình độ dày mặt ngoài xương ổ răng của răng cửa giữa tại các điểm tham chiếu P1, P2 và P3 lần lượt là 0,98mm, 0,89mm và 0,79mm. Trung bình độ dày mặt ngoài xương ổ răng của răng cửa bên tại các điểm tham chiếu P1, P2 và P3 lần lượt là 0,93mm, 0,83mm và 0,68mm. Độ dày trung bình mặt ngoài xương ổ răng của răng nanh tại các điểm tham chiếu P1, P2 và P3 lần lượt là 0,78mm, 0,68mm và 0,67mm. Độ lệch chuẩn của độ dày trung bình của mặt ngoài xương ổ răng được trình bày trong Bảng 2.

Bảng 2: Số trung bình và độ lệch chuẩn về độ dày mặt ngoài xương ổ răng của các răng trước hàm trên

		Răng cửa giữa	Răng cửa bên	Răng nanh
P1	Khoảng	0,3 - 2,45	0,1 - 2,5	0 - 2,8
	Số trung bình ± SD	0,98 ± 0,41	0,93 ± 0,43	0,92 ± 0,58
P2	Khoảng	0,1 - 2,73	0,1 - 2,6	0,1 - 3,1
	Số trung bình ± SD	0,89 ± 0,43	0,83 ± 0,49	0,84 ± 0,58
P3	Khoảng	0,1 - 2,3	0,1 - 3,0	0,1 - 2,5
	Số trung bình ± SD	0,78 ± 0,40	0,68 ± 0,53	0,67 ± 0,56
	n	134	136	136

Tại điểm tham chiếu P1 của răng cửa giữa, độ dày trung bình của mặt ngoài xương ổ răng thể hiện là <1mm, trong khoảng 1-2mm và >2mm lần lượt chiếm 55,97%, 43,28% và 0,75%. Đối với răng cửa bên, độ dày trung bình của mặt ngoài xương ổ răng thể hiện là <1mm, trong khoảng 1-2mm và >2mm lần lượt chiếm 58,82%, 38,97% và 2,21%. Đối với răng nanh, các răng được kiểm tra thể hiện độ dày trung bình của mặt ngoài xương ổ răng là <1 mm, trong khoảng 1-2mm và >2mm lần lượt chiếm 62,50%, 30,88% và 6,62%, như được thể hiện trong Bảng 3.

Bảng 3: Phần trăm mỗi nhóm về độ dày mặt ngoài xương ổ răng tại P1 của mỗi loại răng

	Nhóm 1 (<1mm)	Nhóm 2 (1-2 mm)	Nhóm 3 (>2mm)
Răng cửa giữa	55,97%	43,28%	0,75%
Răng cửa bên	58,82%	38,97%	2,21%
Răng nanh	62,50%	30,88%	6,62%

Tại điểm tham chiếu P2, răng cửa giữa cho thấy độ dày trung bình của mặt ngoài xương ổ răng <1mm, trong khoảng 1-2mm và >2mm lần lượt chiếm 70,15%, 26,87% và 2,99%. Đối với răng cửa bên, độ dày trung bình của mặt ngoài xương ổ răng cho thấy là <1 mm, trong khoảng

1-2mm và >2mm lần lượt chiếm 69,85%, 25,74% và 4,41%. Đối với răng nanh, các răng cho thấy độ dày trung bình của mặt ngoài xương ổ răng là <1mm, trong khoảng 1-2mm và >2mm lần lượt chiếm 66,18%, 29,41% và 4,41%, như được thể hiện trong Bảng 4.

Bảng 4: Phân trăm mỗi nhóm về độ dày mặt ngoài xương ổ răng tại P2 của mỗi loại răng

	Nhóm 1 (<1mm)	Nhóm 2 (1-2 mm)	Nhóm 3 (>2mm)
Răng cửa giữa	70,15%	26,87%	2,99%
Răng cửa bên	69,85%	25,74%	4,41%
Răng nanh	66,18%	29,41%	4,41%

Tại điểm tham chiếu P3, răng cửa giữa cho thấy độ dày trung bình của mặt ngoài xương ổ răng là <1mm, trong khoảng 1-2mm và >2mm lần lượt chiếm 73,13%, 25,00% và 2,24%. Đối với răng cửa bên, độ dày trung bình của mặt ngoài xương ổ răng cho thấy là <1 mm, trong khoảng 1-2mm và >2mm lần lượt chiếm 75,74%, 22,00% và 2,21%. Đối với răng nanh, các răng được thu thập cho thấy độ dày trung bình của mặt ngoài xương ổ răng là <1 mm,

Bảng 6: Phân phối của phân loại SRP ở mỗi răng

	Tổng		Răng cửa giữa		Răng cửa bên		Răng nanh	
	%	n	%	n	%	n	%	n
Loại I	89,66%	364	88,07%	118	90,44%	123	90,44%	123
Loại II	5,91%	24	9,70%	13	2,94%	4	5,15%	7
Loại III	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0
Loại IV	4,43%	18	2,23%	3	6,62%	9	4,41%	6
Tổng	100,00%	406	100,00%	134	100,00%	136	100,00%	136

IV. BÀN LUẬN

Khi một implant nha khoa được đặt trong một kế hoạch điều trị, cả hai yếu tố phẫu thuật và phục hình nên được đánh giá cẩn thận để xác nhận cả các yếu tố định lượng và chất lượng của khu vực sẽ nâng đỡ implant nha khoa. Ngoài ra, vị trí theo mặt phẳng đứng dọc chân răng của răng được nhổ bỏ trước đó cũng quan trọng nhằm xác định vị trí cấy ghép implant tức thì nhằm đạt được sự ổn định sơ khởi của implant⁷.

Các nghiên cứu đã gợi ý rằng độ dày của mặt ngoài xương ổ răng nên ít nhất là 2mm để đảm bảo sự nâng đỡ mô mềm đúng cách và tránh sự tiêu xương sau khi phục hồi⁵. Sự tiêu xương trung bình của mặt ngoài xương ổ răng tăng đáng kể khi độ dày ít hơn 2mm, so với những người có xương rộng hơn⁴. Không có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ thất bại của cấy ghép khi độ dày trung bình của xương là 1 mm, 1-2mm trong khi tỷ lệ thất bại giảm đáng kể khi độ dày ban đầu của xương là >2 mm^{8,9}.

trong khoảng 1-2mm và >2mm lần lượt chiếm 71,32%, 25,00% và 3,68%, như được thể hiện trong Bảng 5.

Bảng 5: Phân trăm mỗi nhóm về độ dày mặt ngoài xương ổ răng tại P3 của mỗi loại răng

	Nhóm 1 (<1mm)	Nhóm 2 (1-2 mm)	Nhóm 3 (>2mm)
Răng cửa giữa	73,13%	25,00%	2,24%
Răng cửa bên	75,74%	22,00%	2,21%
Răng nanh	71,32%	25,00%	3,68%

Phân loại vị trí chân răng theo mặt phẳng đứng dọc. Dữ liệu CBCT từ 406 răng, có 364 răng (89,66%) thuộc loại I, 24 răng (5,91%) thuộc loại II, không có răng nào (0%) thuộc loại III, và 18 răng (4,43%) thuộc loại IV. Phân phối tần số của phân loại SRP (loại I, II, III và IV) trong mỗi loại răng đã được tính toán. Răng cửa giữa (134 răng) tương ứng 88,07%, 9,70%, 0% và 2,23%. Răng cửa bên (136 răng) tương ứng 90,44%, 2,94%, 0% và 6,62%. Răng nanh (134 răng) tương ứng 90,44%, 5,15%, 0% và 4,41%. Trong nghiên cứu này, phân phối tần số của phân loại SRP của mỗi loại răng được trình bày trong Bảng 6.

Trong nghiên cứu này, hầu hết các răng được nghiên cứu thể hiện độ dày mặt ngoài xương ổ răng ít hơn 1mm tại tất cả các điểm tham chiếu (P1, P2 và P3). Điều này tương thích với Braut và cộng sự¹⁰, phân loại độ dày mặt ngoài xương ổ răng ở vùng trước hàm trên thành 3 nhóm độ dày; mất (0mm), mỏng (ít hơn 1mm) và dày (bằng hoặc lớn hơn 1mm) độ dày xương, tại 2 điểm tham chiếu chụp X-quang; MP1 (điểm ở khu vực mào xương) và MP2 (điểm ở giữa chiều dài chân răng). Họ kết luận rằng 62,9% và 80,1% số răng được kiểm tra đã cho thấy độ dày mặt ngoài xương ổ răng ít hơn 1mm tại MP1 và MP2 tương ứng.

Các kết quả của nghiên cứu này cũng tương ứng với Nowzari và cộng sự¹¹, người đã đo độ dày của mặt ngoài xương ổ răng tại năm điểm khác nhau và phát hiện sự xuất hiện của thành ngoài xương ổ răng mỏng. Tương tự, Januario và cộng sự¹² đã phát hiện sự xuất hiện của xương ít hơn 1mm ở vùng phía trước hàm trên tại

1,35mm từ mào xương. Zekry và cộng sự¹³ báo cáo độ rộng trung bình của 0,9mm ở xương răng trước hàm trên. Trong nghiên cứu này, răng nanh có độ dày mặt ngoài xương ổ răng trung bình nhỏ nhất ở mức giữa của chân răng so với răng cửa giữa và răng cửa bên, điều này là do đường kính lớn hơn của chân răng ở mức này. Đối với việc đặt implant tức thì, sự ổn định sơ khởi phải đạt được bằng cách ăn khớp bản xương trong và vùng bên cạnh chóp chân răng xấp xỉ 4-5mm^{4,5}. Kan và cộng sự của ông phân loại SRP của răng trước hàm trên thành loại I, II, III và IV theo nền xương của họ⁶. 406 hình ảnh SRP đã được đánh giá, 89,66% thuộc loại I, 5,91% thuộc loại II, không có loại III và 4,43% thuộc loại IV.

Trong nghiên cứu này, 89,66% (trong khoảng từ 88,07% đến 90,44%; Bảng 6) trong số 406 răng có SRP loại I. Điều này gợi ý rằng, bất kể vị trí nào của răng, SRP của phần lớn các răng trong nghiên cứu hiện tại đều thuận lợi cho việc cấy ghép implant tức thì và phục hình tạm thời theo các hướng dẫn đã được công bố trong y văn.

Chỉ có 5,91% (trong khoảng từ 2,94% đến 9,07%; Bảng 6) mẫu nghiên cứu thuộc loại II SRP, trong đó chân răng được đặt ở giữa của khu vực nền xương ổ răng mà không có áp sát với cả bề mặt vỏ xương ngoài hoặc vỏ xương trong của răng. Nói chung, lượng xương có sẵn xung quanh ổ răng đã nhổ trên cả hai bản xương trong và ngoài ít hơn so với những gì gặp ở SRP loại I hoặc loại III tương ứng. Với lượng xương này, mặc dù có thể đủ để ngăn chặn việc xâm phạm xương mặt trước/phía sau, nhưng có thể không đủ để đảm bảo sự vững ổn sơ khởi của implant. Do đó, khi một nhà lâm sàng xem xét các quy trình IIPP ở vị trí có SRP loại II, lượng xương có sẵn bên cạnh chóp chân răng của ổ răng đã nhổ phải được đánh giá một cách cẩn thận, vì sự ổn định sơ khởi của implant chủ yếu thuộc vào nó.

Vị trí chân răng loại III không tìm thấy trong nghiên cứu này. Kết quả này là tương đồng với nghiên cứu của Lin và cộng sự¹⁴ được thực hiện trên dân số Đài Loan, với tỷ lệ 93,8% loại I, 1,5% loại II, 4,7% loại IV và không có SPR loại III nào được ghi nhận. Điều này cho thấy sự hiếm gặp của vị trí chân răng loại này. Trong phân loại vị trí chân răng SPR loại III, toàn bộ chiều dài của chân răng áp sát với bản xương mặt trong; do đó, sự ổn định sơ khởi của implant phụ thuộc vào sự ăn khớp vào bản xương mặt ngoài, dù cho có xu hướng tiêu xương mặt ngoài do sự tái cấu trúc xương quanh implant. Hơn nữa,

những vùng lõm ở phía mặt ngoài, đôi khi được quan sát gần phần nền bên dưới của xương hàm trên, có thể dẫn đến xâm lấn/xuyên thủng khi cố gắng ăn khớp với mặt trước implant.

Trong loại IV SRP, chiếm 4,43% dân số trong nghiên cứu này, chân răng chiếm phần lớn trong khối xương ổ răng vùng này, và phần chóp chân răng chiếm phần lớn trong nền của xương hàm trên phía trước. Sau nhổ răng, chỉ có một lượng giới hạn xương nhất định có thể giúp đạt được sự ổn định sơ khởi. Để tăng tiên lượng của việc điều trị, thường ta cần thêm các thủ thuật ghép xương nhằm hỗ trợ trước khi đặt implant. Do đó, SPR loại IV được coi là một chống chỉ định tương đối cho việc đặt implant tức thì, do không đủ sự vững ổn sơ khởi và có thể ảnh hưởng đến kết quả thẩm mỹ.

V. KẾT LUẬN

Khi quan niệm về đặt implant tức thì được chấp nhận rộng rãi hơn, việc hiểu biết về sự quan trọng của độ dày mặt ngoài xương ổ răng và vị trí chân răng thông qua việc sử dụng chụp cắt lớp chùm tia hình nón sẽ là một phần quan trọng của kế hoạch điều trị cấy ghép implant tức thì và phục hình tạm thời ở phía trước hàm trên. Nghiên cứu hiện tại cho thấy mặt ngoài xương ổ răng ở vùng phía trước hàm trên rất mỏng. Tuy nhiên, phần lớn phát hiện này là vị trí chân răng theo phân loại I, đặc điểm này có lợi cho sự tích hợp implant-xương. Việc sử dụng CBCT được đề xuất cho việc lên kế hoạch điều trị implant.

VI. LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thiện bài báo này chúng tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành đến tất cả các đối tượng nghiên cứu đã cho chúng tôi sử dụng dữ liệu phim CBCT để tiến hành nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chu SJ, Saito H, Ostman PO, Levin BP, Reynolds MA, Tarnow DP.** Immediate Tooth Replacement Therapy in Postextraction Sockets: A Comparative Prospective Study on the Effect of Variable Platform-Switched Subcrestal Angle Correction Implants. *Int J Periodontics Restorative Dent.* Jul/Aug 2020;40(4):509-517. doi:10.11607/prd.4440
2. **Allum SR.** Immediately loaded full-arch provisional implant restorations using CAD/CAM and guided placement: maxillary and mandibular case reports. *Br Dent J.* Apr 12 2008;204(7):377-81. doi:10.1038/sj.bdj.2008.252
3. **Hui E, Chow J, Li D, Liu J, Wat P, Law H.** Immediate provisional for single-tooth implant replacement with Branemark system: preliminary report. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2001;3(2):79-86. doi:10.1111/j.1708-8208.2001.tb00235.x

4. **Qahash M, Susin C, Polimeni G, Hall J, Wikesjö UM.** Bone healing dynamics at buccal peri-implant sites. *Clinical Oral Implants Research*. 2008;19(2):166-172.
5. **Braut V, Bornstein MM, Belser U, Buser D.** Thickness of the anterior maxillary facial bone wall—a retrospective radiographic study using cone beam computed tomography. *International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry*. 2011;31(2):125.
6. **Kan JY, Roe P, Rungcharassaeng K, et al.** Classification of sagittal root position in relation to the anterior maxillary osseous housing for immediate implant placement: a cone beam computed tomography study. *Int J Oral Maxillofac Implants*. Jul-Aug 2011;26(4):873-
7. **Buser D, von Arx T.** Surgical procedures in partially edentulous patients with ITI implants. *Clin Oral Implants Res*. 2000;11 Suppl 1:83-100. doi:10.1034/j.1600-0501.2000.011s1083.x
8. **Spray JR, Black CG, Morris HF, Ochi S.** The influence of bone thickness on facial marginal bone response: stage 1 placement through stage 2 uncovering. *Ann Periodontol*. Dec 2000; 5(1):119-28. doi:10.1902/annals.2000.5.1.119
9. **Cho YB, Moon SJ, Chung CH, Kim HJ.** Resorption of labial bone in maxillary anterior implant. *J Adv Prosthodont*. Jun 2011;3(2):85-9. doi:10.4047/jap.2011.3.2.85
10. **Braut V, Bornstein MM, Belser U, Buser D.** Thickness of the anterior maxillary facial bone wall—a retrospective radiographic study using cone beam computed tomography. *Int J Periodontics Restorative Dent*. Apr 2011;31(2):125-31.

TÌNH TRẠNG THIẾU MÁU THIẾU SẮT Ở HỌC SINH TRƯỜNG TRUNG HỌC CƠ SỞ CHU HƯƠNG, HUYỆN BA BỂ, TỈNH BẮC KẠN

Trần Thị Hồng Vân¹, Hứa Thị Diễm¹, Nguyễn Văn Thu¹, Hoàng Văn Lâm¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 191 học sinh với mục tiêu mô tả thực trạng thiếu máu dinh dưỡng ở học sinh tại trường THCS Chu Hương, huyện Ba Bể, tỉnh Bắc Kạn năm 2023. **Kết quả:** Tỷ lệ thiếu máu chung ở đối tượng nghiên cứu chiếm 35,1% trong đó tỷ lệ thiếu máu mức độ nhẹ 34,6%; mức độ trung bình là 0,5%. Thiếu máu do thiếu sắt chiếm 40,8%. **Kết luận:** Tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt ở học sinh trường Trung học cơ sở Chu Hương, huyện Ba Bể, tỉnh Bắc Kạn ở mức tương đối cao.

Từ khóa: Thiếu máu thiếu sắt, học sinh, trường trung học cơ sở Chu Hương, Ba Bể, Bắc Kạn.

SUMMARY

IRON DEFICIENCY ANEMIA STATUS IN STUDENTS OF CHU HUONG SECONDARY SCHOOL, BA BE DISTRICT, BAC KAN PROVINCE

Cross-sectional study was conducted on 191 students with the purpose describing the iron deficiency anemia status in students at Chu Huong Secondary School, Ba Be district, Bac Kan province in 2023. **Results:** Anemia prevalence was 35,1%, in which proportion of mild, moderate anemia were 34,6% and 0,5% respectively. Iron deficiency anemia accounts for a high proportion was 40,8%.

Conclusion: The prevalence of iron deficiency anemia among students at Chu Huong secondary school, Ba Be District, Bac Kan Province is relatively high.

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Hồng Vân

Email: hypocrateyk88@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2024

Ngày duyệt bài: 23.5.2024

Keywords: Iron deficiency anemia, student, Chu Huong secondary school, Ba Be, Bac Kan.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu vẫn đang là vấn đề thời sự, có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng tại các nước đang phát triển. Thiếu máu góp phần làm gia tăng tỷ lệ mắc bệnh và tử vong, giảm năng suất làm việc, giảm khả năng tập trung học tập và suy giảm sự phát triển thần kinh ở trẻ nhỏ, trẻ vị thành niên [1], [5]. Trẻ vị thành niên là nguồn nhân lực cho tương lai, góp phần phát triển kinh tế xã hội và ước tính chiếm khoảng 1/6 toàn bộ dân số thế giới (trong đó có nhóm trẻ từ 11-15 tuổi là lứa tuổi học sinh trung học cơ sở). Ở Việt Nam, Ở Việt Nam, theo tổng điều tra Dinh dưỡng giai đoạn 2019 – 2020, tỷ lệ thiếu máu ở trẻ em 10 – 14 tuổi 8,4% [2]. Tuy nhiên, theo nghiên cứu của một số tác giả tỷ lệ thiếu máu ở trẻ vị thành niên ở mức tương đối cao. Năm 2023, tại tỉnh Điện Biên và tỉnh Gia Lai, nghiên cứu của tác giả Đặng Thị Hạnh và cộng sự có 20,8% nữ học sinh thiếu máu [3]. Một nghiên cứu khác tại Yên Bái ghi nhận có 26,9% học sinh trung học cơ sở trường dân tộc nội trú thiếu máu [4].

Bắc Kạn là tỉnh thuộc khu vực miền núi phía Bắc, huyện Ba Bể nằm ở phía Tây Bắc tỉnh Bắc Kạn. Những khó khăn về kinh tế, xã hội nơi đây luôn là những yếu tố nguy cơ thường trực đối với sức khỏe của trẻ vị thành niên, đặc biệt là lứa tuổi bậc trung học cơ sở đang ở giai đoạn tiền dậy thì và dậy thì. Vậy tình trạng thiếu máu dinh dưỡng ở học sinh trung học cơ sở nơi đây ra