

# Đặc điểm lâm sàng, X-quang bệnh nhân cấy ghép implant tức thì tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

## Clinical and radiographic evaluation of immediate implant placement at 108 Military Central Hospital

Phạm Tuấn Anh, Tạ Anh Tuấn

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

### Tóm tắt

*Mục tiêu:* Đánh giá đặc điểm lâm sàng và X-quang bệnh nhân được cấy ghép implant tức thì tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. *Đối tượng và phương pháp:* Từ năm 2015 đến 2021, 85 bệnh nhân có chỉ định nhổ răng và phục hình bằng cấy ghép implant tức thì. *Kết quả:* Nam giới chiếm 61,2%, tuổi trung bình của bệnh nhân là  $44,1 \pm 15,1$  tuổi (18 - 76). 111 răng được nhổ nhưng có 112 implant được cấy ghép, trong đó răng vùng trước chiếm 36%, răng hàm nhỏ 28,8%, răng hàm lớn 35,1%. Sâu răng là nguyên nhân chủ yếu chiếm 39,6%, thiếu răng chiếm 4,5%. Implant có chiều dài  $\geq 10$ mm chiếm 91%. Kiểu lợi mỏng chiếm 42,4% và đường cười cao chiếm 16,5%. Loại xương D3 chiếm chủ yếu tất cả các vùng răng (71,4%), D4 chiếm 5,4%. *Kết luận:* Cấy ghép tức thì có thể thực hiện ở nhiều lứa tuổi và vùng răng hàm khác nhau, cần lựa chọn bệnh nhân có đủ xương còn lại để đảm bảo sự ổn định ban đầu cho implant tích hợp xương.

*Từ khóa:* Cấy ghép tức thì, mật độ xương, nhổ răng.

### Summary

*Objective:* To evaluate clinical and radiographic characteristics of patients with immediate implant placement at 108 Military Central Hospital. *Subject and method:* From 2015 to 2021, 85 patients were treated with immediate implant placement after tooth extraction. *Result:* 61.2% males, the average age of patients was  $44.1 \pm 15.1$  years (an age range of 18 - 76 years). 111 teeth were extracted but 112 fixtures were implanted. Anterior tooth was 36%, premolar was 28.8% and molar was 35.1%. Non-restorable caries was main cause (39.6%), retained deciduous tooth was 4.5%. 91% implants was longer than 10mm, 42.4% tissue was thin and 16.5% was high smile line. The bone density D3 was very common in both arch and all region (71.4%), D4 bone was 5.4%. *Result:* Immediate implant placement can be performed in many different ages and tooth regions, it is necessary to select patients with enough bone to ensure initial stability for osseointegration.

*Keywords:* Immediate implant placement, bone density, tooth extraction.

### 1. Đặt vấn đề

Ngày nhận bài: 9/2/2022, ngày chấp nhận đăng: 28/2/2022

Người phản hồi: Phạm Tuấn Anh

Email: Phamtuananhtrang108@gmail.com - Bệnh viện TWQĐ 108

Phương pháp cấy ghép nha khoa truyền thống là một phương thức điều trị đã được chứng minh và đáng tin cậy để phục hồi lại khoảng mất răng [10]. Tuy nhiên, thời gian lành thương được yêu cầu sau khi nhổ răng hoặc ghép xương làm trì hoãn cấy ghép implant và phục hình cuối cùng. Thời gian điều trị kéo dài này khiến bệnh nhân không có răng và thường dùng một hàm giả tạm. Từ những năm 1980, quy trình điều trị thông thường này đã thay thế bằng các lựa chọn khác hướng đến thời gian điều trị ngắn hơn. Phân loại cấy ghép nha khoa theo khoảng thời gian khác nhau sau khi nhổ răng đã được đưa ra.

Cấy ghép implant nha khoa ở thời điểm nhổ răng (cấy ghép tức thì) đã được chứng minh là một phương pháp điều trị khả thi trong cấy ghép nha khoa ngày nay [7], [8]. Mục tiêu của cấy ghép tức thì giống như cấy ghép thông thường là đạt sự ổn định sơ khởi, cố định đủ cứng sau khi lành thương, vị trí lý tưởng để phục hình implant và có một kết quả thẩm mỹ lý tưởng. Cấy ghép tức thì đã trở nên cực kỳ phổ biến vì những mục tiêu này có thể đạt được với ít qui trình hơn, ít thời gian điều trị và chi phí ít hơn cho bệnh nhân [12]. Tuy nhiên, cấy ghép tức thì vẫn là một thách thức với nhiều yếu tố có thể dẫn đến tăng tổn thương hoặc biến chứng; đặc biệt là vùng răng hàm khó đạt sự ổn định ban đầu, cũng như sự tiêu xương vùng răng cửa ảnh hưởng tới kết quả thẩm mỹ. Việc lựa chọn bệnh nhân phù hợp có thể giảm các biến chứng và tăng tỷ lệ thành công cấy ghép tức thì.

## 2. Đối tượng và phương pháp

### 2.1. Đối tượng

Gồm 85 bệnh nhân trên 18 tuổi, với 111 răng có chỉ định nhổ và được phục hình bằng cấy ghép tức thì 112 implant tại Khoa Răng - Miệng, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 9/2015 đến tháng 9/2021.

#### *Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân*

Bệnh nhân có chỉ định cấy ghép tức thì sau nhổ răng.

Bệnh nhân đủ điều kiện sức khỏe cho phẫu thuật.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

#### *Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân*

Bệnh nhân bị nhiễm trùng cấp tính toàn thân cũng như tại chỗ vùng hàm mặt.

Bệnh nhân bị các bệnh mạn tính chống chỉ định phẫu thuật.

Có tiền sử xạ trị vùng hàm mặt, loãng xương nặng dùng bisphosphonate.

Nghiện thuốc lá nặng, tật nghiến răng, vệ sinh răng miệng kém,...

### 2.2. Phương pháp

Phương pháp nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng không đối chứng với cỡ mẫu tối thiểu 99 implant cho hệ số tin cậy = 1,96 với khoảng tin cậy 95%. Thực tế, chúng tôi có 112 implant.

#### *Phương tiện và vật liệu nghiên cứu*

Máy chụp CBCT (Villa, Italy) và phần mềm Planmeca Romexis 6.0 thiết kế implant giả định của hãng implant Tekka.

#### *Các chỉ tiêu đánh giá*

Đặc điểm bệnh nhân.

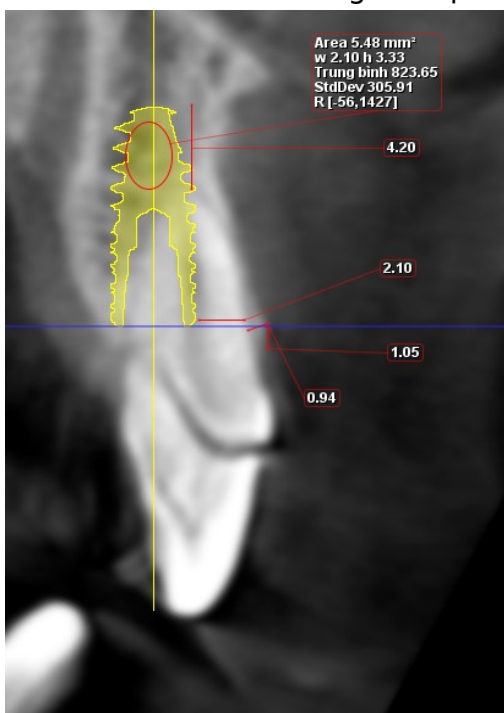
Nguyên nhân chỉ định nhổ răng.

Đường cười [6].

Độ dày mô mềm [11].

Mật độ xương vùng dự kiến cấy implant (xem trên phim X-quang và phần mềm đọc Cone Beam CT).

Xác định kích thước implant dự kiến dựa trên đo kích thước xương còn lại.



**Hình 1.** Đo các kích thước xương ổ răng 21 gãy với implant giả định

**2.3. Xử lý số liệu**

Bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0, sử dụng test  $\chi^2$  hoặc Fisher's Exact Test.

**3. Kết quả**

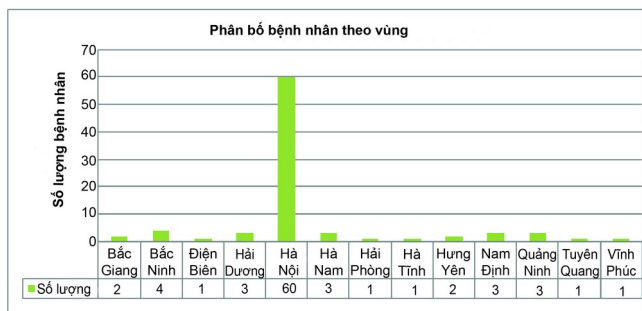
**3.1. Phân bố giới tính và nhóm tuổi**

**Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi với giới tính**

Độ tuổi	Giới tính						p
	Nữ		Nam		Tổng		
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Dưới 30	5	15,2	12	23,1	17	20,0	0,004<0,05 ( $\chi^2= 10,929$ )
Từ 30 - 50	22	66,7	16	30,8	38	44,7	
Trên 50	6	18,2	24	46,2	30	35,3	
Tổng	33	100,0	52	100,0	85	100,0	
Tuổi $\bar{x} \pm SD$ (năm) (max, min)	41,15 $\pm$ 10,65 (64, 23)		45,9 $\pm$ 17,19 (76, 18)		44,06 $\pm$ 15,10 (76, 18)		>0,05

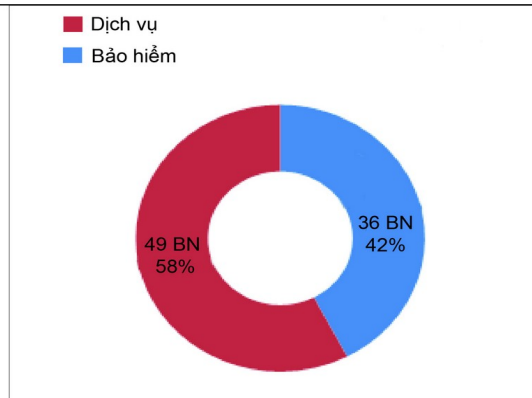
*Nhận xét:* Nghiên cứu có 85 bệnh nhân với 111 răng với chỉ định nhổ cấy ghép implant tức thì. Trong đó, nam giới chiếm 61,18%, nữ giới chiếm 38,82%. Các bệnh nhân ở nhiều lứa tuổi khác nhau từ 18 đến 76 tuổi. Độ tuổi từ 30 - 50 chiếm tỷ lệ cao nhất 44,71%. Độ tuổi có mối liên hệ với giới tính ( $p<0,05$ ) nhưng tuổi trung bình giữa nam và nữ không có sự khác biệt ( $p>0,05$ ).

### 3.2. Phân bố bệnh nhân theo vùng địa lý và đối tượng y tế



**Biểu đồ 1.** Phân bố bệnh nhân theo vùng

*Nhận xét:* Bệnh nhân đến từ nhiều tỉnh miền Bắc nhưng vẫn chủ yếu ở Hà Nội với 60/85 bệnh nhân, chiếm 70,6%.



**Biểu đồ 2.** Phân bố theo đối tượng y tế

*Nhận xét:* Bệnh nhân gồm cả 2 đối tượng là bảo hiểm y tế và dịch vụ, trong đó đối tượng dịch vụ chiếm tỷ lệ cao hơn với 58%.

### 3.3. Phân bố vị trí răng nhỏ

**Bảng 2.** Phân bố răng nhỏ với cung hàm

Cung hàm	Răng trước		Răng hàm nhỏ		Răng hàm lớn		Tổng		p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Hàm dưới	19	47,5	19	59,4	33	84,6	71	64,0	0,002 < 0,05 ( $\chi^2 = 12,212$ )
Hàm trên	21	52,5	13	40,6	6	15,4	40	36,0	
<b>Tổng</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>32</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>111</b>	<b>100,0</b>	

*Nhận xét:* Tổng số 111 răng được nhổ tất cả ở vùng răng trước, răng hàm nhỏ và răng hàm lớn của hàm trên và hàm dưới. Trong đó, răng trước chiếm 40 (36%). Ở hàm dưới, răng hàm lớn là chủ yếu, chiếm 84,6%. Còn tính trên cung hàm, có 40 (36%) răng hàm trên và 71 (64%) răng hàm dưới.

### 3.4. Phân loại nguyên nhân với răng nhỏ

**Bảng 3.** Phân loại nguyên nhân với răng nhỏ

Nguyên nhân	Vùng						Tổng		p
	Răng trước		Răng hàm nhỏ		Răng hàm lớn		n	Tỷ lệ %	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %			
Chấn chương	18	45,0	4	12,5	0	0,0	22	19,8	0,000 < 0,05 Fisher's = 38,612
Sâu răng	8	20,0	10	31,3	26	66,7	44	39,6	
Thiếu răng	2	5,0	3	9,4	0	0,0	5	4,5	

Viêm quanh răng	12	30,0	15	46,9	13	33,3	40	36,0
<b>Tổng</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>32</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>111</b>	<b>100,0</b>

Có mối liên hệ giữa nguyên nhân chấn thương với vùng răng nhỏ ( $p < 0,05$ ). Trong đó, nguyên nhân chấn thương chủ yếu ở nhóm răng cửa (45%), không có răng nào ở vùng răng hàm lớn. Răng hàm lớn nhỏ vì chủ yếu do sâu răng, còn chân răng (66,7%).

### 3.5. Kích thước implant dự kiến

**Bảng 4. Phân bố kích thước implant dự kiến với vùng răng nhỏ**

Kích thước Implant	Vùng						Tổng		p	
	Răng trước		Răng hàm nhỏ		Răng hàm lớn					
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Độ dài implant	8,5	0	0,0	5	15,6	5	12,5	10	8,9	0,000 < 0,05 Fisher's = 28,380
	10,0	2	5,0	9	28,1	10	25,0	21	18,8	
	11,5	21	52,5	13	40,6	23	57,5	57	50,9	
	13,0	17	42,5	5	15,6	2	5,0	24	21,4	
	<b>Tổng</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>32</b>	<b>100,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>	
Đường kính implant	5,0	0	0,0	2	6,3	23	57,5	25	22,3	0,000 < 0,05 ( $\chi^2 = 105,408$ )
	4,5	2	5,0	6	18,8	14	35,0	22	19,6	
	4,0	8	20,0	20	62,5	1	2,5	29	25,9	
	3,5	30	75,0	4	12,5	2	5,0	36	32,1	
	<b>Tổng</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>32</b>	<b>100,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>	

*Nhận xét:* Có mối liên hệ giữa độ dài implant với các nhóm răng ( $p < 0,05$ ), trong đó implant 13mm chủ yếu cho răng vùng trước. Đồng thời, cũng có mối liên hệ giữa đường kính implant với vùng răng ( $p < 0,05$ ), trong đó implant 5mm chủ yếu ở nhóm răng hàm lớn, implant 3,5mm chủ yếu ở răng vùng trước.

**Bảng 5. Kích thước implant dự kiến**

Đường kính implant	Độ dài implant								Tổng		p
	8,5		10,0		11,5		13,0				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
5,0	4	40,0	6	28,6	14	24,6	1	4,2	25	22,3	0,019 < 0,05 Fisher's =
4,5	2	20,0	6	28,6	12	21,1	2	8,3	22	19,6	

4,0	2	20,0	8	38,1	11	19,3	8	33,3	29	25,9	21,792
3,5	2	20,0	1	4,8	20	35,1	13	54,2	36	32,1	
<b>Tổng</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>57</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>112</b>	<b>100</b>	

Nhận xét: Giữa độ dài implant và đường kính implant dự kiến cũng có mối liên hệ ( $p < 0,05$ ). Implant dài 8,5mm chủ yếu có đường kính 5mm (40%); implant 13mm chủ yếu có đường kính 3,5mm (54,2%)

### 3.6. Yếu tố thẩm mỹ

**Bảng 6. Đánh giá các yếu tố thẩm mỹ với giới tính**

Yếu tố thẩm mỹ		Giới tính				Tổng	
		Nữ		Nam		n	Tỷ lệ %
		n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %		
Kiểu lợi	Dày	12	36,4	37	71,2	49	57,6
	Mỏng	21	63,6	15	28,8	36	42,4
	<b>Tổng</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>85</b>	<b>100,0</b>
Đường cười	Trung bình	20	60,6	29	55,8	49	57,6
	Cao	7	21,2	7	13,5	14	16,5
	Thấp	6	18,2	16	30,8	22	25,9
	<b>Tổng</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>85</b>	<b>100,0</b>

### 3.7. Đánh giá mật độ xương

**Bảng 7. Phân loại mật độ xương theo vùng răng**

Mật độ xương	Vùng						Tổng		p
	Răng trước		Răng hàm nhỏ		Răng hàm lớn				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
D1	1	2,5	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0,001 < 0,05 Fisher's = 18,653
D2	17	42,5	2	6,3	6	15,0	25	22,3	
D3	21	52,5	29	90,6	30	75,0	80	71,4	
D4	1	2,5	1	3,1	4	10,0	6	5,4	
<b>Tổng</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>32</b>	<b>100,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>	

Có mối liên hệ giữa mật độ xương với vùng răng với  $p < 0,05$ . Trong đó, D4 được thấy chủ yếu ở vùng răng hàm lớn, D2 chủ yếu ở vùng răng trước, còn D3 chiếm đa số ở vùng răng được nhỏ để cấy ghép tức thì (71,4%).

## 4. Bàn luận

### 4.1. Giới tính và nhóm tuổi bệnh nhân

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 85 bệnh nhân, nam giới chiếm 61,18%

nhiều hơn nữ giới. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trịnh Hồng Mỹ với nam giới chiếm 67,9% [3], nhưng trong nghiên cứu của Bùi Việt Hùng có 39,44% là nam giới, Đàm Văn Việt có 35,7% là nam [5]. Điều này có thể do nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên tất cả các vùng răng trước và sau, còn các nghiên cứu khác chỉ tiến hành riêng ở vùng răng thẩm mỹ hoặc răng hàm lớn.

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $44,06 \pm 15,10$  năm; tương đồng với các tác giả Trịnh Hồng Mỹ là  $44,9 \pm 11,2$  năm [3], Tạ Anh Tuấn là 42,4 [4] và Bùi Việt Hùng  $42,0 \pm 12,9$  năm [2]. Nhóm tuổi từ 30 - 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 44,71%, tiếp đến nhóm trên 50 tuổi (35,29%), kết quả này cũng giống với tác giả Bùi Việt Hùng là 47,9% [2]. Điều này có thể giải thích do đối tượng đến khám và điều trị tại bệnh viện quân đội chủ yếu vẫn tập trung ở nhóm 30 - 50 tuổi là chủ yếu, còn nhóm dưới 30 vẫn chiếm tỷ lệ ít nhất. Hơn nữa, chi phí cấy ghép implant tức thì còn khá cao so với khả năng tự chủ tài chính của nhóm dưới 30 tuổi.

#### **4.2. Phân bố bệnh nhân theo vùng địa lý và đối tượng y tế**

Bệnh nhân ở Hà Nội chiếm đa số 70,6% do tính thuận tiện, bệnh viện đóng trên địa bàn Hà Nội nhưng cũng có bệnh nhân đến ở nhiều tỉnh xa như Tuyên Quang, Điện Biên. Cũng như ngoài đối tượng điều trị chính là bảo hiểm y tế và quân nhân thì bệnh nhân dịch vụ cũng chiếm phần đông (58%). Điều này thể hiện sự đa dạng trong tiếp nhận điều trị bệnh nhân.

#### **4.3. Vị trí răng nhổ**

Thống kê cho thấy, răng vùng trước vẫn chiếm tỷ lệ cao nhất 36,04%, đây vẫn là vùng răng hay được xem xét cấy ghép tức thì khi răng có chỉ định nhổ vì ảnh hưởng tới thẩm mỹ nên bệnh nhân thường mong

muốn có răng ngay. Trong nghiên cứu của chúng tôi có cả cấy ghép tức thì răng hàm lớn 35,14%, vị trí răng hàm lớn ít được lựa chọn vì những giới hạn về giải phẫu, mật độ xương kém gây khó đạt sự ổn định ban đầu cho tích hợp xương. Những trường hợp răng hàm của chúng tôi lựa chọn đều được khám xét, kiểm tra về kích thước xương còn lại, mật độ xương để đảm bảo sự ổn định sơ khởi.

Trên lâm sàng, răng hàm nhỏ là vị trí thuận lợi cho cấy ghép tức thì vì tính yêu cầu thẩm mỹ không cao như vùng răng trước, nhưng thực tế chúng tôi chỉ có 28,83%. Điều này có thể do đặc điểm của đối tượng bệnh nhân chúng tôi.

#### **4.4. Nguyên nhân nhổ răng trong cấy ghép tức thì**

Sâu răng chiếm tỷ lệ cao nhất 39,6%, tập trung chủ yếu là răng hàm lớn. Đây là những trường hợp sâu răng lớn và bệnh lý tủy răng không thể phục hình lại thân răng, hay chỉ còn lại chân răng, khi khảo sát cho thấy chiều cao xương dưới chóp các chân răng hàm còn đủ lớn để cấy implant, hơn nữa mật độ xương vùng implant dự kiến cấy ghép vào chưa bị suy giảm thông thường như sau khi mất răng. Tỷ lệ nhổ răng do sâu răng của nghiên cứu thấp hơn so với các tác giả khác như Tạ Anh Tuấn (89,36%) [4], Phạm Thanh Hà (70%) [1], Trịnh Hồng Mỹ (55,1%) [3] và Bùi Việt Hùng (42,2%) [2].

Viêm quanh răng chiếm tỷ lệ cao thứ 2 (36%), xuất hiện ở tất cả các vùng răng, các trường hợp này đều đã được điều trị viêm quanh răng ổn định, không còn tình trạng viêm nhiễm gây lung lay răng có chỉ định nhổ do tiêu xương nhiều nhưng vẫn đủ xương cho cấy ghép implant. Tỷ lệ này có khác nhau ở các nghiên cứu như của Tạ Anh Tuấn [4] không có trường hợp nào, Phạm Thanh Hà (23,8%) [1], nhưng của

Đàm Văn Việt [5] cao hơn tới 46% do viêm quanh răng.

Tất cả các trường hợp chấn thương đều xảy ra ở răng trước và răng hàm nhỏ, không có trường hợp nào ở răng hàm lớn. Vì thực tế vùng răng trước ở phía ngoài, dễ bị tác động của lực chấn thương trước tiên khi bị tai nạn, còn răng hàm lớn chỉ thấy vỡ mẻ thân răng, không có chỉ định nhổ răng. Tỷ lệ nhổ răng do chấn thương chiếm 19,8%, thấp hơn so với Bùi Việt Hùng (27,59%) [2] vì tác giả nghiên cứu về nhóm răng thẩm mỹ. Tác giả Trịnh Hồng Mỹ (12,7%) [3] và Đàm Văn Việt có 15,9% nghiên cứu trên các nhóm răng [5], riêng tác giả Phạm Thanh Hà chỉ có 1,5% do chỉ nghiên cứu trên răng hàm lớn [1].

Thiếu răng bẩm sinh thường xuất hiện ở vùng răng trước và răng hàm nhỏ ở cả hai hàm, trong nghiên cứu của chúng tôi, có 5 trường hợp còn răng sữa 53, 63, 75 và 85 chiếm 4,5% cao hơn so với Bùi Việt Hùng; đây là một chỉ định tốt cho cấy ghép tức thì.

#### **4.5. Kích thước implant dự kiến**

Đường kính và chiều dài implant dự kiến đều có mối liên hệ với vùng răng ( $p < 0,05$ ). Điều này là do kích thước implant dự kiến dựa vào kích thước xương ổ răng còn lại, tức dựa vào đặc điểm giải phẫu của từng vùng răng, vùng răng trước hẹp chiều rộng trong-ngoài nhưng không bị hạn chế về chiều cao nên implant dự kiến chủ yếu có đường kính nhỏ nhất 3,5mm nhưng chiều dài 13mm lại là chủ yếu, không có trường hợp nào cấy implant 5,0mm vì điều này đã được khuyến cáo dễ gây tiêu xương, suy thoái mô mềm sớm. Còn ở vùng răng hàm lớn, chiều rộng lớn nhất và chịu lực tải lớn nên đường kính implant lớn nhất 5,0 chiếm chủ yếu, có 2 trường hợp implant được cấy ở vùng răng hàm lớn có đường kính 3,5mm, đây là trường hợp răng hàm 46 có chiều gần xa

14mm nên có chỉ định cấy 2 implant cho một răng hàm lớn để đảm bảo các nguyên tắc cơ sinh học chịu lực.

Kích thước implant dự kiến được chọn có xu hướng chiều dài implant càng ngắn thì kích thước implant càng lớn và implant càng nhỏ thì chiều dài implant càng tăng, như trong nghiên cứu implant dài 8,5mm chủ yếu có đường kính 5mm (40%); implant 13mm chủ yếu có đường kính 3,5mm (54,2%). Do vị trí răng cấy ghép tức thì ở các vùng khác nhau nên đường kính implant không tập trung vào một loại nào mà chỉ có độ dài implant  $\geq 10$ mm chiếm 91%, phù hợp với các nghiên cứu đã chỉ ra trong cấy ghép tức thì, độ dài implant lớn hơn 10mm mới đảm bảo lực ổn định sơ khởi.

#### **4.6. Đánh giá yếu tố thẩm mỹ**

Cấy ghép tức thì có thể dẫn đến các vấn đề thẩm mỹ không lý tưởng, đặc biệt là vùng răng trước, nên các yếu tố thẩm mỹ nên được đánh giá trước phẫu thuật như kiểu lợi và đường cười. Kiểu lợi dày là một yếu tố thuận lợi cho cấy ghép tức thì, hạn chế sự tiêu xương cũng như sự co rút lợi sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kiểu lợi dày chiếm 57,6% tính trên số bệnh nhân, còn của Bùi Việt Hùng là 44,8% tính trên số implant cấy ghép, điều này có thể là do đối tượng để đưa vào nghiên cứu đã lựa chọn những điều kiện thuận lợi để không có những nguy cơ suy thoái mô mềm sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu của Bùi Việt Hùng [2], tỷ lệ mô dày ở nam (42,9%) tương đương với nữ (45,9%) và Đàm Văn Việt [5] cũng tương tự, nhưng chúng tôi lại có sự chênh lệch, nam chiếm cao hơn (71,2%) so với nữ (36,4%).

Đường cười cao là một yếu tố bất lợi cho cấy ghép tức thì vùng răng thẩm mỹ. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ đường



cười cao là 16,5%, tương đồng với Jasim [9].

#### 4.7. Đánh giá mật độ xương

Trong nghiên cứu có đủ 4 mức độ xương từ D1 đến D4. Tuy nhiên, xương D1 cứng nhất chỉ thấy có ở 1 trường hợp ở răng cửa hàm dưới, trên X-quang chủ yếu là lớp xương vỏ dày, tuy tạo sự ổn định bao đầu của implant tốt nhưng nghèo mạch máu nuôi dưỡng nên không phải là loại xương lý tưởng cho tích hợp xương. Xương D4 có 6 trường hợp, chủ yếu ở răng vùng răng hàm lớn hàm trên, đây là loại xương xốp, khó có sự ổn định ban đầu tốt nên khi khoan kết hợp nong xương với khoan dưới kích thích implant dự kiến đến có sự ổn định sơ khởi. Xương D3 trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm đa số 71,4% ở tất cả các vùng răng, đây cũng là loại xương thuận lợi cho tích hợp xương, tỷ lệ xương D3 của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Bùi Việt Hùng (50%) [2]. Tỷ lệ xương D2 chỉ chiếm 22,3%, thấp hơn so với Bùi Việt Hùng là 48,3%, điều này có thể lý giải được là do đối tượng nghiên cứu của tác giả là nhóm răng thẩm mỹ có mật độ xương cao hơn.

#### 5. Kết luận

Dựa trên những phân tích đặc điểm lâm sàng và X-quang của 85 bệnh nhân có chỉ định nhổ răng cấy ghép tức, chúng tôi đưa ra một số nhận xét sau:

Nam giới chiếm 61,2%, tuổi trung bình của bệnh nhân là 44,1%, bệnh nhân đa số ở Hà Nội (70,6%) với cả 2 đối tượng bảo hiểm y tế và dịch vụ không chênh lệch nhiều.

Có tổng số 111 răng được nhổ nhưng có 112 implant được cấy, trong đó răng vùng trước chiếm 36%, răng hàm nhỏ 28,8%, răng hàm lớn 35,1%.

Sâu răng là nguyên nhân chủ yếu 39,6% nhưng chấn thương là nguyên nhân

chính cho riêng vùng răng trước (45%); nguyên nhân thiếu răng nhưng còn răng sữa chiếm 4,5%.

Implant có chiều dài  $\geq 10$ mm chiếm 91%, implant ngắn hơn có xu hướng tăng đường kính. Kiểu lợi mỏng chiếm 42,4% và đường cười cao chiếm 16,5%. Loại xương D3 chiếm chủ yếu tất cả các vùng răng (71,4%), D4 chiếm 5,4%.

Tóm lại, cấy ghép tức thì có thể thực hiện ở nhiều lứa tuổi và vùng răng hàm khác nhau, cần lựa chọn bệnh nhân có đủ xương còn lại để đảm bảo sự ổn định ban đầu cho implant tích hợp xương.

#### Tài liệu tham khảo

1. Phạm Thanh Hà (2011) *Điều trị mất răng hàm lớn bằng phục hình implant*. Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
2. Bùi Việt Hùng (2017) *Nghiên cứu phẫu thuật và đánh giá kết quả cấy ghép nha khoa nhóm răng trước*. Luận án Tiến sĩ y học, Viện nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108.
3. Trịnh Hồng Mỹ (2012) *Nghiên cứu kỹ thuật cấy ghép implant trên bệnh nhân mất răng có ghép xương*. Luận án Tiến sĩ y học, Viện nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108.
4. Tạ Anh Tuấn (2007) *Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật Implant để nâng cao hiệu quả phục hình nha khoa*. Đề tài cấp Bộ Quốc phòng.
5. Đàm Văn Việt (2013) *Nghiên cứu điều trị mất răng hàm trên từng phần bằng kỹ thuật implant có ghép xương*. Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại Học Y Hà Nội.
6. Beagle JR (2013) *Surgical Essentials of Immediate Implant Dentistry*. John Wiley & Sons, Ltd.
7. Gelb DA (1993) *Immediate implant surgery: Three-year retrospective evaluation of 50 consecutive cases*. Int J Oral Maxillofac Implants 8(4): 388-399.

8. Hämmerle CHF, Chen ST and Wilson TG (2004) *Consensus statements and recommended clinical procedures regarding the placement of implants in extraction sockets*. Int J Oral Maxillofac Implants 19: 26-28.
9. Jasim Al-Juboori M, Jasim Al-Juboori A, Mei Wen T et al (2017) *The relationship between the lip length and smile line in a Malaysian population: A cross-sectional study*. Dent Oral Craniofac Res 3(4).
10. Jung RE, Zembic A Pjetursson BE et al (2012) *Systematic review of the survival rate and the incidence of biological, technical, and aesthetic complications of single crowns on implants reported in longitudinal studies with a mean follow-up of 5 years*. Clin Oral Implants Res 23(6): 2-21.
11. Kan JYK, Morimoto T, Rungcharassaeng K et al (2010) *Gingival biotype assessment in the esthetic zone: Visual versus direct measurement*. Int J Periodontics Restorative Dent 30(3): 237-243.
12. Schropp L and Isidor F (2008) *Timing of implant placement relative to tooth extraction*. J Oral Rehabil 35(1): 33-43.