

C7 với 18/31 BN (58,1%). Có 16/31 BN hẹp ống sống cổ 3 tầng (51,6%), 15/31 BN hẹp ống sống cổ 4 tầng (48,4%), không gặp trường hợp nào hẹp ống sống cổ 5 tầng.

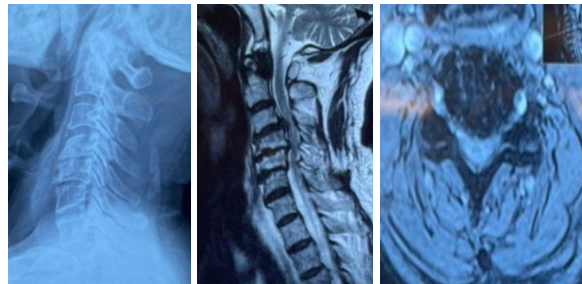
**IV. BÀN LUẬN**

Qua khảo sát phim X-Quang cột sống cổ ở 31 BN nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ thoái hóa cột sống cổ độ 3 chiếm tỷ lệ cao nhất, gặp ở 14/31 BN (45,2%), độ 1 ít gặp nhất với 4/31 BN (12,9%), độ 2 (7/31 BN) và độ 4 (6/31 BN) gần như tương đương nhau lần lượt với tỷ lệ 22,6% và 19,4%. Theo nghiên cứu của Johnathon, 85% người trưởng thành trên 60 tuổi có biểu hiện thoái hóa cột sống cổ trên phim X-quang.<sup>1</sup> Vị trí mất vững cột sống cổ theo tiêu chuẩn White-Panjabi trong nghiên cứu của chúng tôi hay gặp nhất là C5 – C6 với 6/31 BN (19,35%), tiếp theo đó là vị trí C4-C5 với 3/31 BN (9,67%). Kết quả khá tương đồng với nghiên cứu của một số tác giả trên thế giới.<sup>7,8</sup> Tình trạng thoái hóa đĩa đệm cột sống liên quan mật thiết đến cơ chế bệnh sinh của sự trượt thân đốt sống, theo Teraguchi và cộng sự, vị trí thoái hóa đĩa đệm cột sống hay gặp nhất trên lâm sàng là C5-C6 (51,5%), tiếp đến là vị trí C6 – C7 (43,5%) và C3-C4 (38,6%) tỷ lệ gần như tương đương ở hai giới.<sup>9</sup> Cũng theo nghiên cứu của tác giả Akinobu Suzuki,<sup>8</sup> vị trí đĩa đệm hay bị thoái hóa nhất là C5-C6, theo sau là C4-C5 và C3-C4, rất ít gặp thoái hóa đĩa đệm tại vị trí C2-C3 và C7-T1; các đĩa đệm thoái hóa thường nằm gần và liên tiếp, hiếm gặp tình trạng thoái hóa đĩa đệm nằm xen kẽ nhau.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số SAC trung bình  $11,28 \pm 0,778\text{mm}$ , AP lớn nhất là 12,7mm, nhỏ nhất là 9,9 mm, đa phần có BN có SAC từ 6 - 14mm (chiếm 77,4%). Không có BN nào có SAC > 14mm. Mức độ HOS trung bình  $42,93 \pm 12,526\%$  mức độ HOS <60% gặp ở 87,1% BN. Trong nghiên cứu của tác giả Matsunaga và cộng sự, Trong 247 BN nghiên cứu, có 80 BN (32,4%) có hội chứng chèn ép tủy cổ tại lần khám đầu tiên có SAC < 6mm, những BN có SAC  $\geq 14\text{mm}$  không có hội chứng chèn ép tủy cổ và không có mối liên hệ nào giữa những BN có SAC từ 6 – 14mm với sự có mặt hay không có hội chứng chèn ép tủy cổ.<sup>10</sup> Nhiều tác giả trên thế giới cho rằng ống tủy hẹp tiến triển là yếu tố quan trọng trong sự khởi phát hội chứng tủy cổ. Ono và cộng sự nhận thấy đường kính trước sau ống sống giảm 40% đã nghi ngờ có dấu hiệu thần kinh. Hầu hết BN có triệu chứng chèn ép thần kinh khi mức độ hẹp ống

sống  $\geq 60\%$ , khi đường kính trước sau ống sống giảm 50% có thể gặp tỷ lệ là 57% BN có chèn ép tủy cổ.

Trong 31 BN nghiên cứu, số BN có hẹp ống sống từ 3 tầng trở lên chiếm 51,6% (16/31 BN). Hẹp 4 tầng chiếm 48,4% (15/31 BN), và không gặp trường hợp nào hẹp ống sống cổ 5 tầng. Vị trí hẹp ống sống cổ gặp nhiều nhất là C4-C5 với 31/31 BN (100%), theo đó là các vị trí C5-C6 30/31 BN (96,8%) và C3-C4 27/31 BN (87,1%); ít gặp hơn là C6-C7 với 18/31 BN (58,1%); không gặp BN nào có hẹp ống sống tại vị trí C2-C3 và C7-T1. Theo Hua Zhou và cộng sự, trong nghiên cứu về bệnh lý chèn ép tủy do thoái hóa, có 73,34% có chèn ép tủy cổ do thoái hóa 3 tầng cột sống cổ, 6,67% BN có chèn ép tủy cổ từ 4 tầng trở lên. Vị trí hay gặp nhất là từ C3-C6 (53,34%), ít gặp hẹp ống sống cổ ở vị trí C2-C3 và C7-T1.<sup>7</sup> Cũng theo Akinobu, Các vị trí thoát vị đĩa đệm hay gặp là ở vị trí C3-C4, C4-C5 và C5-C6, ít gặp ở vị trí C2-C3, và C7-T1.<sup>8</sup> Theo Teraguchi và cộng sự, trong nghiên cứu về tỷ lệ và sự phân bố các đĩa đệm thoái hóa ở toàn bộ cột sống trên 975 BN với độ tuổi từ 21-97.<sup>9</sup> Các vị trí đĩa đệm hay thoái hóa nằm ở các vùng cột sống có tính chất linh động cao như cột sống cổ và cột sống thắt lưng; các đĩa đệm có tín hiệu trên CHT cột sống cổ độ 4 và độ 5 theo phân độ của Pfirrmann thể hiện rõ sự thoái hóa; tỷ lệ thoái hóa đĩa đệm độ 4 và độ 5 tại cột sống cổ cao nhất gặp ở C5-C6 (51,5% nam, 46% nữ), tiếp đến là C6-C7 (43,5% nam, 33,3% nữ) và C4-C5 (38,6% nam, 35,8% nữ), C3-C4 (30,2% nam, 24,8% nữ), C2-C3 (28,3% nam, 21,9% nữ) và C7-T1 ít gặp nhất. (28,6% nam, 13,6% nữ).



**Hình 4.1. Hình ảnh thoái hóa, thoát vị đĩa đệm hẹp ống sống cổ C34, C45, C56**  
(BN Hồ Bá P, Nam, 63 tuổi, PID: 210259123)

**V. KẾT LUẬN**

X-quang cột sống cổ thường quy, X-quang cột sống cổ động có ý nghĩa trong đánh giá mức độ thoái hóa, mất vững cột sống cổ trên bệnh nhân hẹp ống sống cổ đa tầng do thoái hóa. Cộng hưởng từ đóng một vai trò quan trọng

trong đánh giá vị trí thoái hóa thoát vị đĩa đệm, và mức độ hẹp ống sống giúp cung cấp thông tin cho chẩn đoán và điều trị bệnh lý này.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **AJSea JRM. Cervical Spondylotic Myelopathy: A Guide to Diagnosis and Management.** The Journal of the American Board of Family Medicine. 2020;33(2):303 -313. doi: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2020.02.190195>
2. **Christopher D. Witiw MD.** Five things to know about Degenerative cervical myelopathy. CMAJ. 2016;189(3):1 - 4 doi:10.1503/cmaj.151478
3. **Davies BM.** Degenerative cervical myelopathy. The BMJ. 2018;5:1 - 4. doi:10.1136/bmj.k186
4. **Hồng NTA.** Hẹp ống sống cổ: Giá trị MRI qua khảo sát 300 trường hợp. Tạp chí y học Việt Nam, 1999;6:126 - 129.
5. **Kellgren JH BJ.** Atlas of standard radiographics, vol II. Blackwell Scientific, Oxford. 1963;vol II.
6. **A.White A.** Biomechanical analysis of clinical stability in the cervical. Clinical Orthopaedics and Related Research. 1975;109:85 - 96. doi:10.1097/00003086-197506000-00011
7. **Hua Zhou M, Zhong-jun Liu.** Laminoplasty with lateral mass screw fixation for cervical spondylotic myelopathy in patients with athetoid cerebral palsy. Medicine (Baltimore). 2016;95:39.
8. **Akinobu Suzuki aMDD.** Patterns of Cervical Disc Degeneration: Analysis of Magnetic Resonance Imaging of Over 1000 Symptomatic Subjects. Global Spine Journal. 2018;8(3):254 - 259.
9. **M. Teraguchi NY, H. Hashizume** osteoarthritis and cartilage, Prevalence and distribution of intervertebral disc degeneration over the entire spine in a population-based cohort: the Wakayama Spine Study. 2014.
10. **Matsunaga S., Kukita M., Hayashi K., et al.** Pathogenesis of myelopathy in patients with ossification of the posterior longitudinal ligament. J Neurosurg. Mar 2002;96(2 Suppl):168-72.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ MÔ MỀM VÀ PHỤC HÌNH SAU ĐIỀU TRỊ IMPLANT TỨC THÌ PHỤC HỒI LẠI RĂNG CỐI LỚN THỨ NHẤT HÀM DƯỚI TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Lê Nguyễn Lâm\*, Nguyễn Nhật Đăng Huân\*

#### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Cây ghép implant tức thì là phương pháp được nhiều tác giả coi là rủi ro về mặt thẩm mỹ, vì xương ổ răng lành lại sau khi nhổ răng có thể dẫn đến những thay đổi khó lường của các mô quanh implant do đó làm thay đổi cấu trúc và đường viền nướu. **Mục tiêu:** đánh giá kết quả mô mềm và phục hình sau điều trị implant tức thì phục hồi lại răng cối lớn thứ nhất hàm dưới. **Đối tượng phương pháp nghiên cứu:** BN trên 18 tuổi đến khám tại Bệnh viện Đại học Y dược Cần Thơ có chỉ định nhổ răng để cấy Implant tức thì ở răng cối lớn thứ nhất hàm dưới. **Phương pháp chọn mẫu:** chọn mẫu thuận tiện chọn tất cả các BN đến khám tại khoa Răng Hàm Mặt trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 4/2020 đến tháng 12/2020 thỏa tiêu chí chọn mẫu. **Kết quả:** Tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật, chiều cao của nướu sừng hoá đa phần nhỏ hơn 4 mm (83,8%). Sau 6 tháng, đa số các implant đạt mức đánh giá loại khá (78,4%), không có implant thất bại (loại kém). Sau 6 tháng đặt implant và 4 tuần thực hiện phục hình, đa số các phục hình có gai nướu lấp đầy tam giác nướu, không có phục hình có gai nướu nằm ở dưới 1/2 tam giác nướu. Sau 4 tuần, đánh giá chung kết quả phục hình, đa số đạt kết quả tốt với 67,6%. **Kết luận:** Cây

ghép implant tức thì là phương pháp được có thể cho kết quả khả quan đối với các mô quanh implant và phục hình implant

**Từ khóa:** implant tức thì, răng cối lớn thứ nhất hàm dưới, mô mềm, phục hình.

#### SUMMARY

#### ASSESSMENT OF SOFT TISSUE AND RESTORATIVE RESULTS AFTER IMPLANT TREATMENT IMMEDIATELY RESTORE THE FIRST MOLAR MANDIBULAR AT CAN THO UNIVERSITY OF PHARMACEUTICAL HOSPITAL

**Background:** Immediate implant placement is a method considered by many authors to be cosmetically risky, as alveolar bone healing after tooth extraction can lead to unpredictable changes in the peri-implant tissues, thereby altering structure and gingival contour. **Objective:** To evaluate the results of soft tissue and prosthetics after immediate implant treatment to restore the first molar mandibular. **Materials and methods:** A patient over 18 years old came to the Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital with an indication of tooth extraction for immediate implantation of first molar the mandibular. Sampling method: convenient sampling selected all patients who came to the Department of Odonto-Stomatology, Can Tho University of Medicine and Pharmacy from April 2020 to December 2020 who met the sample selection criteria. **Results:** At 6 months after surgery, the height of the keratinized gingiva was mostly less than 4 mm (83.8%). After 6 months, the majority of implants achieved an

\*Đại Học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lê Nguyễn Lâm

Email: lenguyenlam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.01.2023

Ngày duyệt bài: 7.2.2023

evaluation of good (78.4%), no failed implants (poor type). After 6 months of implant placement and 4 weeks of prosthetics, most of the restorations had thorns. gums fill the gingival triangle, there is no restoration with gingival papillae located below 1/2 of the gingival triangle. After 4 weeks, overall evaluation of restoration results, the majority achieved good results with 67.6%. **Conclusion:** Immediate implant placement is a method that can give positive results for peri-implant tissues and implant restorations.

**Keywords:** Immediate implant, first molar mandibular, soft tissue, prosthetics.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Cấy ghép implant tức thì thay thế răng mất có những ưu điểm chính là duy trì cấu trúc và giảm sự thay đổi thể tích mô mềm, do đó đáp ứng mong đợi thẩm mỹ của bệnh nhân. Trong những năm gần đây, vị trí cấy ghép tức thì đã được mở rộng đến các vị trí răng hàm để duy trì hình thái sinh học của mô mềm lẫn xương ổ răng, làm giảm sự xâm lấn, số lần phẫu thuật cũng như thời gian điều trị. Ngoài ra, cấy ghép tức thì vào ổ răng mới nhổ đi có thể hạn chế mức độ tái tạo xương và giảm nhu cầu về các thủ thuật tăng thể tích mô cứng và mô mềm như ghép xương, ghép nướu.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1 Đối tượng nghiên cứu**

- **Đối tượng:** BN trên 18 tuổi đến khám tại Bệnh viện Đại học Y dược Cần Thơ có chỉ định nhổ răng để cấy Implant tức thì ở răng cối lớn thứ nhất hàm dưới

- **Tiêu chuẩn chọn:** BN còn răng hoặc chân răng cối lớn thứ nhất hàm dưới có chỉ định nhổ; Mào xương tương đương với răng kế cận; Vách xương ổ răng phía ngoài hoặc trong còn nguyên vẹn; Không có hiện tượng viêm tiết dịch mủ ngay khi nhổ răng; Mô mềm lân cận không có tổ chức hạt viêm hoặc viêm mô tế bào.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có bệnh viêm nha chu; đang xạ trị vùng đầu, hàm mặt; chống chỉ định toàn thân: BN mắc bệnh hệ thống, loãng xương, đang dùng thuốc bisphosphonate, bị dị ứng thuốc tê, hút từ 20 điếu thuốc lá/ngày trở lên; có thai đầu kỳ và cuối thai kỳ; BN có chống chỉ định phẫu thuật, có bệnh lý tim mạch trầm trọng phân loại (ASA IV) không được dùng thuốc tê nha khoa có epinephrine; bệnh nhân không hợp tác.

- **Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Bệnh viện Trường Đại học Y dược Cần Thơ, từ đầu 4/2020 đến hết tháng 12/2020.

**2.2 Phương pháp nghiên cứu**

- Thiết kế nghiên cứu và cỡ mẫu: Chọn p = 0,98 chọn p theo nghiên cứu của tác giả

Francesco Amato (2018) tỉ lệ thành công của Implant tức thì vùng răng sau hàm dưới là 98,11%) [4].

$$n \geq \left( \frac{Z_{1-\alpha/2}}{d} \right)^2 p(1-p)$$

Cỡ mẫu dự định chọn 35 BN.

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện chọn tất cả các BN đến khám tại khoa Răng Hàm Mặt trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 4/2020 đến tháng 12/2020 thỏa tiêu chí chọn mẫu.

- Nội dung nghiên cứu: đặc điểm chung; đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng; kết quả điều trị Implant tức thì trên đối tượng nghiên cứu

- Phương pháp thu thập số liệu:

+ Hồ sơ bệnh án: tuổi, giới, lý do nhổ răng

+ Khám lâm sàng: vị trí răng cần nhổ (trái hoặc phải); chiều cao nướu sừng hóa (đo bằng cây đo túi chia vạch mm đo ngay vị trí thấp nhất của viền nướu mặt ngoài đến đường nối nướu niêm mạc phía ngoài), chiều cao nướu viền (dùng cây đo túi đo từ vị trí thấp nhất viền nướu mặt ngoài đến đỉnh vách xương ổ răng).

+ Đặc điểm mô mềm nướu vùng mất răng: độ dày nướu từ mặt ngoài nướu đến màng xương được đo bằng cây đo nướu có vạch, gây tê tại chỗ.

+ Mỏng: < 2 mm.

+ Dày: ≥ 2 mm.

- Chiều cao nướu sừng hóa: sử dụng cây đo túi nướu có vạch phân chia mm để đo khoảng cách từ điểm thấp nhất của viền nướu mặt ngoài đến đường giới hạn giữa niêm mạc nướu dính và niêm mạc di động.

\* Đánh giá kết quả phục hình sau 4 tuần

- Tình trạng mô nướu: nướu không viêm, nướu viêm nhẹ, viêm nặng kèm sưng.

- Tương quan gai nướu G – X quanh implant theo Chu SJ, Tarnow DP, Tan JH, Stappert CF (2009)<sup>5</sup>

+ Gai nướu lấp đầy tam giác nướu: đỉnh gai nướu lấp đầy toàn bộ tam giác nướu, không còn khoảng hở.

+ Gai nướu nằm ở 1/2 đỉnh tam giác nướu: đỉnh gai nướu cao hơn 1/2 chiều cao của tam giác nướu.

+ Gai nướu nằm ở 1/2 đáy tam giác nướu: đỉnh gai nướu thấp hơn 1/2 chiều cao tam giác nướu. (Do cộng tác viên đo trực tiếp trên miệng)

\*Đánh giá kết quả phục hình theo 3 tiêu chí

Kết quả	Tốt	Khá	Kém
Chức năng	- Ăn nhai tốt, khớp cắn tối ưu - Không đau	- Ăn nhai bình thường, khớp cắn thuận lợi - Không đau	- Khó ăn nhai - BN đau nhiều khi ăn nhai

		hoặc đau nhẹ khi ăn	hoặc đau tự phát
Vị trí nướu G-X quanh implant	Gai nướu lấp đầy tam giác nướu	Gai nướu nằm ở 1/2 đỉnh tam giác nướu	Gai nướu nằm ở 1/2 đáy tam giác nướu
Thực thể	Nướu không viêm	Nướu viêm nhẹ	Nướu viêm nặng

**2.3 Phương pháp thu thập số liệu**

- Bước 1: Khám tổng quát
- Bước 2: Lấy dấu nghiên cứu, chụp CBCT, xét nghiệm máu
- Bước 3: Lập kế hoạch điều trị, xác định vị trí kích thước, hướng đặt implant
- Bước 4: Phẫu thuật nhổ răng giảm sang chấn tối thiểu, cấy ghép implant tức thì, đặt nắp lành thương
- Bước 5: Theo dõi chăm sóc sau phẫu thuật
- Bước 6: Tái khám phẫu thuật mỗi tháng 1 lần, đến tháng thứ 6 đo lại độ ổn định của Implant và phục hình
- Bước 7: Hướng dẫn vệ sinh răng miệng, tái khám mỗi 6 tháng một lần

**2.4 Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:**

- + Thu thập số liệu qua bảng câu hỏi soạn sẵn
- + Nhập số liệu bằng Excel 2010. Xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0, trong đó giá trị trung bình, độ lệch chuẩn dùng để mô tả biến số định lượng; tần số và tỷ lệ phần trăm dùng để mô tả biến số phân loại
- Đạo đức trong nghiên cứu: đã được thông qua bởi Hội đồng nghiên cứu khoa học trường Đại học Y dược Cần Thơ

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 3.1 Phân bố chiều cao nướu sừng hóa**

Chiều cao mô Sừng hoá	Giới tính		Tổng	p
	Nam	Nữ		
<4mm	7 (18,9%)	5 (13,5%)	12 (32,4%)	p*= 0,29 49
≥4mm	10 (27%)	15 (40,6%)	25 (67,6%)	
<b>Tổng số răng</b>	17 (45,9%)	20 (54,1%)	37 (100%)	

\*Kiểm định Chi bình phương

**Nhận xét:** Quan sát chiều cao nướu sừng hoá ở vị trí 37 răng nghiên cứu, có 67,6% vị trí có nướu sừng hoá cao từ 4mm trở lên và tỷ lệ này ở bệnh nhân nữ là 40,6%, cao hơn ở bệnh nhân nam với 27%.

**Bảng 3.2 Độ sâu của đường hoàn tất so với viền nướu mặt ngoài**

Vị trí đường hoàn	Số lượng	Tỷ lệ
-------------------	----------	-------

tất so với	(n)	(%)
viền nướu mặt ngoài		
Trên	3	8,1
Ngang	13	35,1
Dưới	21	56,8
<b>Tổng</b>	37	100

**Nhận xét:** Đường hoàn tất dưới nướu chiếm đa số với 56,8% trường hợp, tiếp theo là ngang nướu với 5,1%.

**Bảng 3.3 Chiều cao nướu sừng hóa sau 6 tháng**

Chiều cao nướu sừng hóa	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
sau 6 tháng		
≥4mm	6	16,2
<4mm	31	83,8
<b>Tổng cộng</b>	37	100

**Nhận xét:** Tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật, chiều cao của nướu sừng hoá đa phần nhỏ hơn 4 mm (83,8%).

**Bảng 3.4 Kết quả điều trị implant chung sau 6 tháng**

Kết quả chung	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tốt	8	21,6
Khá	27	78,4
Kém	0	0
<b>Tổng cộng</b>	37	100

**Nhận xét:** Sau 6 tháng, đa số các implant đạt mức đánh giá loại khá (78,4%), không có implant

**Kết quả sau 4 tuần phục hình**

**Bảng 3.5 Đánh giá vị trí gai nướu G-X sau 4 tuần phục hình**

Vị trí gai nướu	n	Tỷ lệ %
Gai nướu lấp đầy tam giác nướu	25	67,6
Gai nướu nằm ở 1/2 đỉnh của tam giác nướu	12	32,4
Gai nướu nằm ở 1/2 đáy của tam giác nướu	0	0
<b>Tổng</b>	37	100

**Nhận xét:** Sau 6 tháng đặt implant và 4 tuần thực hiện phục hình, đa số các phục hình có gai nướu lấp đầy tam giác nướu, không có phục hình có gai nướu nằm ở dưới 1/2 tam giác nướu

**Bảng 3.6 Đánh giá kết quả phục hình sau 4 tuần**

Phân loại	n	Tỷ lệ %
Tốt	25	67,6
Khá	8	32,4
Kém	4	0
<b>Tổng</b>	37	100

**Nhận xét:** Sau 4 tuần, đánh giá chung kết quả phục hình, đa số đạt kết quả tốt với 67,6%.

#### IV. BÀN LUẬN

Các đặc điểm hình thái của nướu phụ thuộc vào một số yếu tố như kích thước của xương ổ, hình dạng của răng, tổn thương xảy ra trong quá trình mọc răng, độ nghiêng và vị trí của răng khi đã mọc hoàn toàn. Dạng sinh học của mô nha chu là một yếu tố quan trọng quyết định kết quả điều trị nha khoa. Theo Abraham, K.T. (2013) độ dày nướu ban đầu là rất quan trọng vì nó có thể dự đoán kết quả của các thủ thuật bao phủ chân răng và điều trị phục hồi<sup>3</sup>. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 64,9% trường hợp có mô nướu dày và đạt tỉ lệ cao ở các bệnh nhân nữ (35,1%) (Bảng 3.1). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đàm Văn Việt (2013)<sup>2</sup>, ở nhóm răng sau thì dạng mô mềm dày chiếm đa số với 41/77 trường hợp, chiếm 53,2%. Theo Sarma (2021) dạng sinh học dày thường liên quan đến sức khỏe nha chu tốt. Nó được đặc trưng bởi các mô dày đặc và có vùng nướu dính đầy đủ. Các mô dày có thể chịu được chấn thương và ít biểu hiện viêm nhiễm trên lâm sàng. Nó cho phép thao tác và nâng cao tính thẩm mỹ của implant. Ngược lại, dạng sinh học mỏng được đặc trưng bởi các mô nướu mỏng, sở hữu ít vùng nướu dính đồng thời cho thấy có sự hiện diện của mô xương tối thiểu<sup>9</sup>. Khi quan sát chiều cao nướu sừng hoá ở vị trí 37 răng nghiên cứu, có 67,6% vị trí có nướu sừng hoá cao từ 4mm trở lên và tỉ lệ này ở bệnh nhân nữ là 40,6%, cao hơn ở bệnh nhân nam với 29,7% (Bảng 3.1). Theo Kowalski (2021), biểu mô lót khe nướu xung quanh implant có cấu trúc và chức năng tương tự như mô nướu. Mô mềm bám dính với các thể bán liên kết (hemidesmosomes) xung quanh implant, tuy nhiên chúng tạo ra các kết nối yếu hơn nhiều so với răng tự nhiên. Niêm mạc sừng hóa xung quanh implant có tác động tích cực đến việc duy trì các mô cứng và mềm, vì nó ngăn ngừa tiêu xương<sup>6</sup>. Cấy ghép implant tức thì là phương pháp được nhiều tác giả coi là rủi ro về mặt thẩm mỹ, vì xương ổ răng lành lại sau khi nhổ răng có thể dẫn đến những thay đổi khó lường của các mô quanh implant do đó làm thay đổi cấu trúc và đường viền nướu. Người ta đã chứng minh rằng việc tái cấu trúc luôn diễn ra, ngay cả khi cấy ghép implant ngay lập tức, vì hiện tượng này liên quan đến sự tiêu xương bó (bundle bone), chỉ xuất hiện xung quanh răng tự nhiên. Quá trình này dường như đặc biệt ảnh hưởng đến tính toàn vẹn của thành xương mỏng ở nhiều bệnh nhân chỉ có 0,5 mm tổng độ dày ở phần phía thân răng. Về đánh giá chung của implant sau 6

tháng theo dõi, kết quả tốt chiếm 21,6%, kết quả khá là 78,4% theo tiêu chí đánh giá theo Trịnh Hồng Mỹ (2012), kết hợp giữa các tiêu chí lâm sàng và cận lâm sàng<sup>1</sup>. Kết quả về mặt lâm sàng đạt 100% tốt, tuy nhiên giá trị ISQ khá chiếm tỉ lệ cao khiến kết quả chung chỉ ở mức khá. Nguyên nhân của tỉ lệ này có thể do nhiều yếu tố khách quan như chất lượng xương, vị trí giải phẫu, đồng thời cũng do yếu tố chủ quan của bác sĩ điều trị trong việc điều chỉnh lực vận chưa phù hợp, kỹ thuật cấy ghép implant tức thì tại vùng ổ răng mới nhổ, đặc biệt là xương hàm dưới chưa đạt mức hoàn hảo. Tuy nhiên, vì thời gian đánh giá ngắn (6 tháng), kết quả này còn có thể thay đổi theo thời gian. Sau 4 tuần thực hiện phục hình, có 67,6% phục hình đạt kết quả tốt. Kết quả này dựa trên các yếu tố về chức năng, vị trí gai nướu quanh implant và yếu tố viêm nhiễm mô nha chu. Mặc dù 100% bệnh nhân không viêm và 97,3% trường hợp ăn nhai tốt, không đau (Mức tốt) nhưng do có 8 trường hợp gai nướu nằm ở 1/2 đỉnh của tam giác nướu và 4 trường hợp nằm ở 1/2 đáy của tam giác nướu, nghĩa là 32,4% gai nướu không lấy đầy tam giác nướu, do đó kết quả đánh giá chung theo tiêu chí của Trịnh Hồng Mỹ (2012)<sup>1</sup>, các trường hợp này có kết quả chung là khá và kém. Tuy nhiên, xét về tỉ lệ gai nướu lấp đầy tam giác nướu, nghiên cứu của Đàm Văn Việt cho thấy 91% gai nướu không lấp đầy hoàn toàn tam giác nướu sau 6 tháng và tỉ lệ này giảm xuống còn 77,1% sau 12 tháng<sup>2</sup>. Nghiên cứu của chúng tôi cần thêm thời gian theo dõi để đưa ra kết quả điều trị cuối cùng khi các mô xương và mô mềm đã hoàn toàn hồi phục.

Theo Padhye (2020) vùng răng hàm dưới là một vị trí khó để đặt implant tức tức thì vì sự có mặt của các cấu trúc giải phẫu đặc biệt làm phát sinh thêm các quy trình phẫu thuật trong quá trình thực hiện cấy ghép, cũng như có nguy cơ trong việc thủng bản xương hàm trong<sup>8</sup>. Chất lượng xương, các khuyết hổng và tình trạng mô mềm đều ảnh hưởng tới thành công của việc đặt implant tức thì tại xương hàm dưới. Tuy nhiên, các nghiên cứu tổng hợp về tỷ lệ sống sót của implant cho thấy rằng việc đặt implant tức thì đơn lẻ vào ổ răng mới nhổ cho kết quả khả quan đã được ghi nhận trong y văn và là những quy trình có thể đoán trước được, với điều kiện là phải nghiêm ngặt tiêu chí lựa chọn được tuân theo. Nhổ răng bảo tồn ít xâm lấn, sử dụng trụ lành thương tùy biến và lựa chọn cân nhắc kích thước implant là các yếu tố giúp đạt được kết quả khả quan.