

ĐIỀU TRỊ MẤT RĂNG CỐI LỚN THỨ NHẤT HÀM DƯỚI BẰNG IMPLANT TỨC THÌ TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Nguyễn Nhật Đăng Huân*, Nguyễn Minh Tuấn, Lê Nguyễn Lâm

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: 19250110666@student.ctump.edu.vn

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Cấy ghép Implant tức thì giúp bệnh nhân dễ chịu hơn về thời gian điều trị và số lần phẫu thuật so với quy trình cấy Implant truyền thống. Một trong những tiêu chí cho sự thành công cấy ghép tức thì là đạt sự ổn định sơ khởi lúc đặt. Implant tức thì hàm dưới phía sau hầu như chưa được nghiên cứu tại Việt Nam. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả điều trị Implant tức thì cho bệnh nhân mất răng hàm dưới phía sau. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo loạt ca bệnh trên 35 bệnh nhân trên 18 tuổi được chọn thuận tiện khi 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. **Kết quả:** Phần lớn Implant sử dụng có đường kính 5,5mm chiếm 62,9%, còn lại 20,0% đường kính 4,5mm và 17,1% đường kính 5,0mm. Chiều dài ren 11,0mm chiếm tỷ lệ 82,9%, còn lại sử dụng chiều dài ren 7,0mm, 9,0mm và 13mm. Chiều dài cổ lồi 3,0mm chiếm 85,7% và 14,3% chiều dài cổ lồi 4,0mm. 31 bệnh nhân đã được đo Torque lực vặn lúc đặt tức thì ≥ 35 Ncm, còn lại 4 < 35Ncm. Chỉ 1 bệnh nhân có độ ổn định ISQ là tốt chiếm 2,9%, còn lại 77,1% mức độ kém và 20,0% mức độ khá. 8 bệnh nhân có biến chứng lúc đặt với tỷ lệ 22,9%. **Kết luận:** Độ ổn định của Implant tức thì ngay sau khi nhổ răng hàm dưới phía sau chưa cao, cần tiếp tục theo dõi thêm để đánh giá kết quả điều trị.

Từ khóa: implant tức thì, độ ổn định sơ khởi, độ ổn định ISQ.

ABSTRACT

EVALUATING THE RESULTS OF IMMEDIATE IMPLANT PLACEMENT AND SEALING SOCKET ABUTMENT IN MANDIBULAR FIRST MOLAR AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Nguyen Nhat Dang Huan*, Nguyen Minh Tuan, Le Nguyen Lam

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: The first molars of the mandibular are one of the first permanent teeth presents on the mouth, so they are also the most susceptible to damage leading to loss in the future. The method of replacing with immediate Implant and sealing socket abutment has almost not been studied in Vietnam. **Objectives:** To evaluate the results of immediate implant placement and sealing socket abutment in the mandibular first molars. **Materials and methods:** Case series study over 35 patients who were treated on immediate implant placement and sealing socket abutment in mandibular first molar at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital. **Results:** Most of the implants used a diameter of 5.5mm, accounting for 62.9%, the remaining 20.0% of 4.5 mm, and 17.1% of 5.0mm. Thread length 11.0 mm rated 82.9%, while the remaining thread lengths 7.0mm, 9.0mm, and 13.0mm. The percentage of the length of the smooth neck was 3.0mm was 85.7%, the rest was 4.0mm. 31 patients have had torque measured at instant insertion ≥ 35 Ncm, the remaining 4 < 35 Ncm. Only 1 patient (2.9%) with ISQ stability was good, the remaining 77.1% was poor and 20.0% was fair. 8 patients with complications at the time of placement with the rate of 22.9%. **Conclusions:** The stability of the implant immediately after extraction of the first molar of the lower jaw was not high, it is necessary to continue to monitor more to evaluate the results of treatment.

Keywords: immediate implant, primary stability, primary stability by ISQ.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sử dụng Implant nha khoa thay thế một răng đơn lẻ đã được chứng minh tỷ lệ sống tồn tại cao và có thể dự đoán được kết quả. Quy trình truyền thống được đề nghị nên cấy Implant sau nhổ răng 2-3 tháng, điều này dẫn đến sự tăng thời gian điều trị, gây khó chịu hơn cho bệnh nhân về thời gian điều trị, số lần phẫu thuật [2]. Quy trình nhổ răng và đặt Implant tức thì cho kết quả tương tự với thời gian điều trị và số lần phẫu thuật ít hơn [8]. Một trong những tiêu chí cho sự thành công của cấy ghép tức thì là khả năng đạt được sự ổn định sơ khởi lúc đặt Implant. Ứng dụng lâm sàng ban đầu chỉ giới hạn ở răng trước. Hình dạng của xương ổ răng của một răng đơn lẻ cho phép Implant có dạng hình nón cấy vào các vách xương ổ răng, dẫn đến sự thích nghi tốt [5], [7]. 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 [6], [3], [9]. Cấy ghép tức thì 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 [3], [4]. Sự ổn định sơ khởi trong quá trình cấy ghép Implant ở các vị trí nhổ răng đơn lẻ có thể được cải thiện bằng cách chọn Implant có đường kính và chiều dài phù hợp để tựa vào các thành xương ổ răng hoặc khoan xương đến vị trí quá chóp chân răng cũ [5], [7]. Implant tức thì vùng răng trước đã có nhiều nghiên cứu ở Việt Nam, các nghiên cứu về Implant tức thì vùng răng sau hầu như chưa có, do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá kết quả của điều trị Implant tức thì phục hồi lại răng sau hàm dưới tại khoa Răng Hàm Mặt đại học Y Dược Cần Thơ từ năm 2019 đến năm 2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Đối tượng:** bệnh nhân 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:** bệnh nhân 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: 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; 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 (theo tiêu chí Bennet vs CS 2004); 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:** báo cáo loạt ca bệnh với cỡ mẫu 35.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện chọn tất cả bệnh nhân 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 đến khi đủ mẫu.

- **Nội dung nghiên cứu:** đặc điểm chung như tuổi, giới, tình trạng vệ sinh răng miệng (tốt, trung bình, kém), tình trạng hút thuốc lá, lý do khám răng và nguyên nhân mất răng;

đặc điểm lâm sàng gồm phân bố bên mất răng, chiều cao nướu viền, chiều cao nướu sừng hóa; cận lâm sàng gồm chiều cao xương có giá trị, mật độ xương và đặc điểm về chiều dài, chiều rộng của vách xương ổ răng; kết quả điều trị Implant tức thì thể hiện qua kích cỡ Implant sử dụng (đường kính Implant, chiều dài ren, chiều dài cổ lằng), lực vận lúc đặt (sử dụng cây đo lực bằng tay để đặt Implant và ghi nhận lực vận trước khi kết thúc, có vạch đo 15, 20, 25, 40, 55 Ncm), độ ổn định (được xác định thông qua chỉ số ISQ được ghi nhận theo tiêu chí Carl Mish với 3 mức độ tốt, khá, kém) tai biến trong quá trình phẫu thuật như sai hướng, kẹt thành xương, vỡ xương mặt ngoài do quá mỏng, lệch hướng, độ ổn định kém không làm được trụ lành thương, vỡ vách xương vùng chề, cấy lệch vị trí lý tưởng và thấu quang quanh chóp.

- 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).

+ **Cận lâm sàng:** trên CBCT (cone beam computed tomography) lấy các số liệu như chiều cao xương có giá trị (trên lát cắt đứng ngang qua kẽ giữa 2 chân răng, kẻ một đường tiếp xúc phía trên với kênh răng dưới và song song với mặt phẳng cắt, đo khoảng cách giữa từ đỉnh của vách xương ổ răng đến đường song song này); Chiều rộng vách xương ổ răng (trên lát cắt ngang qua hai chóp 2 chân răng, đo khoảng cách tương ứng); Chiều dài vách xương ổ răng (trên lát cắt đứng ngang qua kẽ giữa hai chân răng đo từ đỉnh vách xương ổ răng đến đường nối 2 chóp chân răng); Mật độ xương (trên lát cắt để đo chiều cao xương có giá trị, chia là đôi và dùng ứng dụng tích hợp sẵn trong phần mềm đọc phim CBCT để đo mật độ xương theo đơn vị Hounsfield và từ đó biết được mật độ xương tương ứng D1, D2, D3, D4); Đường kính Implant (trên lát cắt ngang qua kẽ giữa hai răng, đo kích thước xương ổ răng phía ngoài trong, chọn đường kính Implant sao cho phần xương còn lại ở mỗi phía tối thiểu 2 mm, tuy nhiên còn tùy vào thực tế lâm sàng lúc đặt); Chiều dài Implant (dựa vào chiều cao xương giá trị); Chiều cao cổ lằng Implant (được lựa chọn tương ứng với chiều cao nướu viền, nhưng tối đa chỉ 4mm).

+ **Đặt Implant tức thì:** thu thập các số liệu Lực vận lúc đặt (dùng thước đo lực ghi nhận lại lực tối đa lúc đặt); Độ ổn định ISQ (dùng máy đo Osstell ISQ đo chiều ngoài, trong, tính trung bình), Tai biến (ghi lại các tai biến xảy ra trong quá trình phẫu thuật).

- Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:

+ Thu thập số liệu qua bằng câu hỏi soạn sẵn

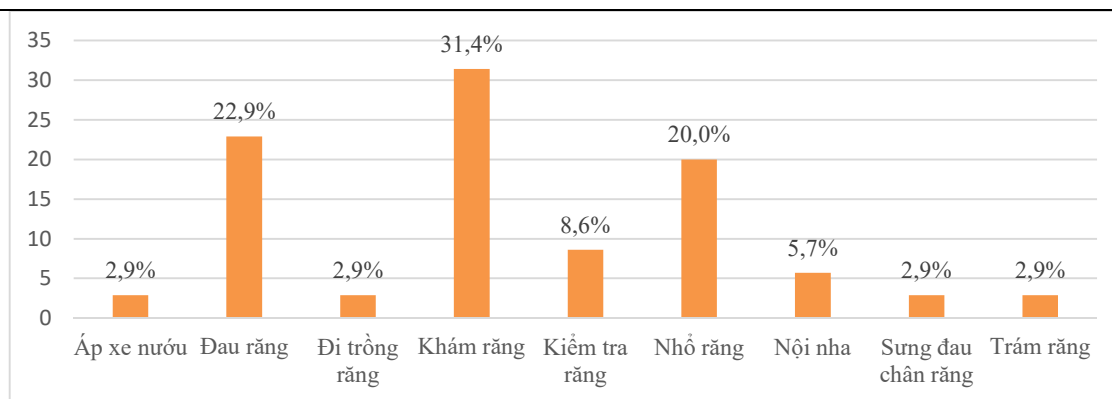
+ Nhập số liệu bằng Excel 2010. Xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0, trong đó giá trị trung bình, độ lệch chuẩn dùng để mô tả biến số định lượng; tần số và tỷ lệ phần trăm dùng để mô tả biến số phân loại

- **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

3.1. Đặc điểm chung

Phần lớn đối tượng nghiên cứu tham gia nghiên cứu từ 18-39 tuổi chiếm 85,7%, tỷ lệ nam nữ cân bằng giữa 2 giới. Có 48,6% bệnh nhân vệ sinh răng miệng tốt, còn lại trung bình chiếm 42,9% và kém 8,6%. Có 2 bệnh nhân có hút thuốc lá dưới 20 điếu.



Biểu đồ 1: Lý do đi khám răng

Nhận xét: bệnh nhân đến khám răng với nhiều lý do, trong đó đi khám răng, nhổ răng và đau răng chiếm tỷ lệ cao nhất.

Bảng 1. Nguyên nhân mất răng

Nguyên nhân mất răng	Tần số (n = 35)	Tỷ lệ (%)
Sâu răng	16	45,7
Chấn thương	9	25,7
Nội nha thất bại	10	28,6

Nhận xét: sâu răng chiếm tỷ lệ cao nhất 45,7% trong số các nguyên nhân mất răng ở bệnh nhân còn lại 28,6% là nội nha thất bại và 25,7% là chấn thương.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng

Về phân bố bên mất răng có 20 bệnh nhân tương đương 57,1% mất răng ở vị trí phân hàm IV (răng 46) và 15 bệnh nhân tức 42,9% mất răng ở vị trí phân hàm III (răng 36). Về chiều cao nướu viền, trung vị là 4mm, thấp nhất là 2 mm và cao nhất là 5mm. Về chiều cao nướu sừng hóa: có 10 bệnh nhân (28,6%) có chiều cao nướu sừng hóa <4mm, còn là 25 BN (71,4%) ≥ 4mm, trung bình chiều cao nướu sừng hóa là 4,22 mm (SD±0,65mm).

Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 2. Chiều cao xương có giá trị và mật độ xương

Chiều cao xương có giá trị và mật độ xương	Tần số (n = 35)	Tỷ lệ (%)
Chiều cao xương có giá trị	< 10 mm	28
	≥ 10 mm	7
Mật độ xương	D2	13
	D3	18
	D4	4

Nhận xét: có 80 đối tượng có chiều cao xương có giá trị <10mm, còn là 20 bệnh nhân có chiều cao xương có giá trị ≥10 mm. Mật độ xương D2, D3 chiếm 88,5%.

Bảng 3. Đặc điểm về chiều dài và chiều rộng vách xương ổ răng

Đặc điểm cận lâm sàng	TB (± Độ lệch chuẩn)
Chiều dài vách XOR	5,27 (4,05)
Chiều rộng vách XOR	2,78 (2,32)

Nhận xét: trung bình chiều dài vách XOR là 5,27mm với độ lệch chuẩn là 4,05mm, trung bình chiều rộng vách XOR là 2,78 với độ lệch chuẩn 2,32mm.

3.3. Kết quả phẫu thuật Implant tức thì

Bảng 5. Kích cỡ Implant sử dụng

Kích cỡ Implant sử dụng		Tần số (n=35)	Tỷ lệ (%)
Đường kính implant	4,5	7	20,0
	5,0	6	17,1
	5,5	22	62,9
Chiều dài ren	7,0	1	2,9
	9,0	4	11,4
	11,0	29	82,9
	13,0	1	2,9
Chiều dài cổ lạng	3,0	30	85,7
	4,0	5	14,3

Nhận xét: phần lớn Implant sử dụng có đường kính 5,5 mm chiếm 62,9%, còn lại, 20,0% có đường kính 4,5 mm và 17,1% có đường kính 5,0 mm. Chiều dài ren 11,0 mm chiếm tỷ lệ cao nhất với 82,9%, còn lại sử dụng chiều dài ren 7,0 mm, 9,0 mm và 13,0 mm. Chiều dài cổ lạng 3,0 mm chiếm 85,7% và 14,3% có chiều dài cổ lạng 4,0 mm.

Bảng 6. Kết quả lực vặn lúc đặt (Ncm), độ ổn định (ISQ), tai biến

Đặc điểm		Tần số (n=35)	Tỷ lệ (%)
Lực vặn lúc đặt (Ncm)	< 35 Ncm	4	11,4
	≥ 35 Ncm	31	88,6
Độ ổn định (ISQ)	Kém	27	77,1
	Khá	7	20,0
	Tốt	1	2,9
Tai biến	Có	8	22,9
	Không	27	77,1
Thấu quang quanh chóp	Có	20	57,1
	Không	15	42,9

Nhận xét: 31 đối tượng được đo lực vặn lúc đặt tức thì ≥ 35 Ncm, còn lại 4 < 35 Ncm. Một bệnh nhân có độ ổn định ISQ tốt chiếm 2,9%, còn lại 77,1% mức độ kém và 20,0% mức độ khá. Tỷ lệ có biến chứng khi đặt 22,9%, gồm sai hướng, kẹt thành xương; vỡ xương mặt ngoại do quá mỏng; lệch hướng, độ ổn định kém không làm được trụ lành thương, vỡ vách xương vùng chũ, cấy lệch vị trí lý tưởng. Tỷ lệ bệnh nhân có thấu quang quanh chóp chiếm 57,1%.

IV. BÀN LUẬN**4.1. Đặc điểm chung**

Theo lý thuyết, việc đặt Implant lúc thì cho kết quả tương tự với quy trình nhổ răng và cấy Implant truyền thống nhưng lại giúp giảm được thời gian điều trị và số lần phẫu thuật cho bệnh nhân. Trong nghiên cứu này, chúng tôi bước đầu mô tả về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của 35 bệnh nhân tham gia đặt Implant tức thì cùng ngày nhổ răng và đánh giá kết quả tức thì tại thời điểm đặt Implant tức thì cho bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ. Phần lớn bệnh nhân tham gia nghiên cứu từ 18-39 tuổi chiếm 85,7%, tỷ lệ nam nữ cân bằng giữa 2 giới. Có 48,6% bệnh nhân vệ sinh răng miệng tốt, còn lại trung bình chiếm 42,9% và kém 8,6%. Có 2 bệnh nhân có hút thuốc lá dưới 20 điếu.

Trong nghiên cứu này, bệnh nhân có đến khám răng với nhiều lý do như áp xe nướu,

đau răng, đi trồng răng, khám răng, kiểm tra răng, nhổ răng, nội nha, sưng đau chân răng và trám răng, trong đó phần lớn với lý do là khám răng chiếm tỷ lệ 31,4%, tiếp đến là đau răng 22,9%, nhổ răng 20% và còn lại là các lý do khác. Về nguyên nhân mất răng, có 16 bệnh nhân do sâu răng chiếm 45,7%, 10 bệnh nhân do nội nha thất bại chiếm 28,6% và còn lại là do chấn thương với 9 bệnh nhân chiếm 25,7%, các nguyên nhân mất răng này cũng được tác giả Trần Giao Hòa (2011) đề cập đến [1].

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 20 đối tượng tương đương 57,1% mất răng ở vị trí phân hàm IV (răng 46) và 15 bệnh nhân tức 42,9% mất răng ở vị trí phân hàm III (răng 36).

Chiều cao nướu viền thể hiện việc cấy Implant ở độ sâu bao nhiêu là phù hợp, khoảng sinh học của Implant trung bình là 4 mm, trong nghiên cứu này trung vị là 4mm, thấp nhất là 2 mm và cao nhất là 5mm.

Về chiều cao nướu sừng hóa cần phải có và tối thiểu là 2 mm, trong nghiên cứu này trung bình chiều cao nướu sừng hóa là 4,22 mm (độ lệch chuẩn $\pm 0,65$ mm), thấp nhất là 2,38 mm đạt được tiêu chuẩn chiều cao tối thiểu, kết quả phân theo nhóm thì có 10 bệnh nhân (28,6%) có chiều cao nướu sừng hóa < 4 mm, còn là 25 bệnh nhân (71,4%) ≥ 4 mm.

Đặc điểm cận lâm sàng

Chiều cao xương giá trị là phần xương còn lại sau khi nhổ răng, kết quả cho thấy có 80% bệnh nhân có chiều cao xương giá trị < 10 mm, còn là 20% bệnh nhân có chiều cao xương có giá trị ≥ 10 mm, chiều dài xương giá trị cao giúp cấy được Implant dài hơn. Mật độ xương D2, D3 chiếm tỷ lệ cao 88,5%, còn là D4 chiếm 11,5%. Trung bình chiều dài vách XOR là 5,27mm với độ lệch chuẩn là 4,05mm, trung bình chiều rộng vách XOR là 2,78 với độ lệch chuẩn 2,32mm.

4.3. Kết quả phẫu thuật Implant tức thì

Đạt được sự ổn định chính của Implant có kích thước mong muốn ở vị trí phục hình lý tưởng tại thời điểm nhổ răng sẽ mang lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân. Đường kính Implant và chiều dài ren tùy thuộc vào kích cỡ xương hiện tại của các bệnh nhân, trong nghiên cứu này, kích cỡ xương giá trị của bệnh nhân trung bình là 7,28 mm nên tỷ lệ đường kính Implant dài 5,5 mm chiếm cao nhất với 62,9% tương đương 22 trên 35 đối tượng, còn lại 7 bệnh nhân có đường kính implant là 4,5 mm và 6 bệnh nhân khác có đường kính Implant là 5,0 mm.

Tỷ lệ đối tượng có chiều dài ren 11,0 mm chiếm cao nhất với 82,9%, còn lại 11,4% có chiều dài ren 9,0mm, có 2 đối tượng có chiều dài ren lần lượt là 7 mm và 13 mm. Có 30 bệnh nhân có chiều cao cổ lạng là 3,0 mm tương đương 85,7%, còn lại có 5 bệnh nhân có chiều cao cổ lạng là 4mm. Chiều cao cổ lạng ngắn có thể giúp dễ phục hình hơn.

31 bệnh nhân có đã được đo lực vận lúc đặt tức thì ≥ 35 Ncm, còn lại 4 < 35 Ncm. Chỉ 1 bệnh nhân có độ ổn định ISQ là tốt chiếm 2,9%, còn lại 77,1% mức độ kém và 20,0% mức độ khá. 8 bệnh nhân có tai biến khi đặt với tỷ lệ 22,9%, gồm sai hướng, đặt kẹt thành xương; vỡ xương mặt ngoại do quá mỏng; độ ổn định kém không làm được trụ lành thương cá nhân hóa, vỡ vách xương vùng chề, chảy máu lâu đông, cấy lệch vị trí lý tưởng. Tỷ lệ đối tượng có thấu quang quanh chóp chiếm 57,1%. Với bệnh nhân có biến chứng thì không cấy được sau khi nhổ nên cần chờ lành rồi cấy sau, với những bệnh nhân có vách xương

mặt ngoài bề thì cấy hơi sâu và về phía trong hơn. Kẹt thành xương ở cổ Implant chỉ cần tháo Implant mài điều chỉnh thành xương và đặt lại vị trí cũ. Sai vị trí cấy lý tưởng nguyên nhân chủ yếu sau khi nhổ răng vị trí lý tưởng không còn xương hoặc xương quá mỏng, nên khi cấy bị lệch vị trí so với vị trí mô phỏng ban đầu, nhưng vẫn đảm bảo hướng phục hình tốt.

V. KẾT LUẬN

Độ ổn định của Implant tức thì ngay sau khi nhổ răng hàm dưới phía sau chưa cao, cần tiếp tục theo dõi thêm để đánh giá kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hòa Trần Giao (2011), *Viêm nha chu chẩn đoán và điều trị*. Nhà xuất bản Đại học Quốc Gia Tp. Hồ Chí Minh.
2. Albrektsson, T. et al (1981), Osseointegrated titanium implants: requirements for ensuring a long-lasting, direct bone-to-implant anchorage in man. *Acta Orthopaedica Scandinavica*, 52(2), pp. 155-170.
3. Chu Stephen, J., et al (2012), The dual-zone therapeutic concept of managing immediate implant placement and provisional restoration in anterior extraction sockets. *Compendium of continuing education in dentistry*, 33 (7), pp. 524-532, 534.
4. Evans Christopher D.J., et al (2008), Esthetic outcomes of immediate implant placements. *Clinical oral implants research*, 19 (1), pp. 73-80.
5. Hämmerle, C.H., et al (2004), Consensus statements and recommended clinical procedures regarding the placement of implants in extraction sockets. *Acta Orthopaedica Scandinavica*, 19 (Suppl), pp. 26-28.
6. Kois John, C. (2001), Predictable single tooth peri-implant esthetics: five diagnostic keys. *Compendium of continuing education in dentistry*, 22 (3), pp. 199-206; quiz 208.
7. Lazzara Richard (1989), Immediate implant placement into extraction sites: surgical and restorative advantages. *Periodontics Restorative Dent*, 9, pp. 332-343.
8. Rosenquist Bo, et al (1996), Immediate placement of implants into extraction sockets: implant survival. *International Journal of Oral Maxillofacial Implants*, 11 (2), pp.205-209.
9. Schropp Lars, et al (2003). Bone healing and soft tissue contour changes following single-tooth extraction: a clinical and radiographic 12-month prospective study. *International Journal of Periodontics Restorative Dentistry*, 23 (4), pp.313-323.

(Ngày nhận bài: 26/3/2021 – Ngày duyệt đăng: 07/6/2021)
