

10. Dastgerdi A. C. Isthmuses, accessory canals, and the direction of root curvature in permanent mandibular first molars: an in vivo computed tomography study. *Restor Dent Endod*. 2020. 45(1), e7, <https://doi.org/10.5395/rde.2020.45.e7>
11. Harris S. P., Bowles W. R., Fok A., McClanahan S. B. An anatomic investigation of the mandibular first molar using micro-computed tomography. *J Endod*. 2013. 39(11), 1374-1378. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2013.06.034>.
12. Keleş A., Keskin C. A micro-computed tomographic study of band-shaped root canal isthmuses, having their foor in the apical third of mesial roots of mandibular first molars. *Int Endod J*. 2018. 51(2), 240-246. <https://doi.org/10.1111/iej.12842>
13. Huỳnh Hữu Thực Hiền, Hoàng Tử Hùng. Đặc điểm hình thái chân răng và ống tủy răng cối lớn thứ nhất và thứ hai người Việt. Luận văn Tiến sĩ. Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Hồ Chí Minh. 2019. 59-61.
14. Nguyễn Hoàng Thy Vân, Huỳnh Hữu Thực Hiền. Đặc điểm hình thái chân răng và ống tủy xa trong răng cối lớn thứ nhất hàm dưới người Việt. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Hồ Chí Minh. 2017. 40.
15. Ahmed H., Versiani M. A new system for classifying root and root canal Morphology. *Int Endod J*. 2017. 50(8), 761-770, <https://doi.org/10.1111/iej>
16. Gupta A. Prevalence of Three Rooted Permanent Mandibular First Molars in Haryana (North Indian) Population. *Contemp Clin Dent*. 2017. 8(1), 38-41. https://doi.org/10.4103/ccd.ccd_699_16
17. Khlaghi N. M., Khalilak Z., Vatanpour M., Mohammadi S., Pirmoradi S., et al. Root Canal Anatomy and Morphology of Mandibular First Molars in a Selected Iranian Population: An In Vitro Study. *Iran Endod J Winter*. 2017. 12(1), 87-91, <https://doi.org/10.22037/iej.2017.18>.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, X-QUANG BỆNH NHÂN MẮT RĂNG SAU HÀM TRÊN CÓ CHỈ ĐỊNH NÂNG XOANG HỖ TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Nguyễn Thúy Xuân*, Lê Nguyễn Lâm
Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
*Email: dr.nguyenthuyxuan@gmail.com
Ngày nhận bài: 09/6/2023
Ngày phản biện: 28/8/2023
Ngày duyệt đăng: 15/9/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Mắt răng sau hàm trên là tình trạng thường gặp trên lâm sàng, xác định đặc điểm lâm sàng và X-quang giúp tiên lượng, lựa chọn phương pháp điều trị có hiệu quả. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát đặc điểm lâm sàng, x-quang của bệnh nhân mất răng sau hàm trên có chỉ định nâng xoang hõ và cắm implant tức thì tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 22 bệnh nhân mất răng sau hàm trên với 30 xoang hàm có chỉ định nâng xoang hõ và cắm implant tức thì tại Bệnh

viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ năm 2022-2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $32,8 \pm 12,12$ trong đó nữ giới là 53,3% và nam giới là 46,7%. Thời gian mất răng: <5 năm có 16,7%, 5-10 năm có 53,3%, >10 năm có 30%. Nguyên nhân mất răng do sâu răng là 76,7%, do nha chu là 23,3%. Mất răng cối nhỏ là 36,7%, mất răng cối lớn 63,3%. Độ há miệng trung bình $49,12 \pm 3,49$ mm. Đặc điểm trên phim X-quang: Mật độ xương D1 3,3%, D2 76,7%, D3 20,0%. Kích thước trung bình vòng nối động mạch $0,99 \pm 0,18$ mm (0,7-1,35mm). Góc hợp bởi thành ngoài và thành trong xoang hàm trung bình $64,54 \pm 7,17^\circ$ ($52,3^\circ$ - $75,6^\circ$). Hiện diện vách ngăn xoang theo chiều ngoài trong 3,3% còn lại không có vách ngăn là 96,7%. Chiều rộng xương trung bình là $8,29 \pm 0,48$ mm, chiều cao xương trung bình là $4,51 \pm 0,38$ mm. Độ dày thành xoang trung bình là $1,78 \pm 0,29$ mm, độ dày màng xoang trung bình là $2,29 \pm 0,35$. **Kết luận:** Các đặc điểm thường gặp của mất răng sau hàm trên có chỉ định nâng xoang hở là thời gian mất răng >5 năm, mật độ xương D2, kích thước xương ổ răng giảm theo chiều ngoài trong và chiều cao.

Từ khóa: Mất răng sau hàm trên, đặc điểm lâm sàng, X-quang.

ABSTRACT

CLINICAL AND X-RAY EVALUATION OF MAXILLARY POSTERIOR EDENTULOUS PATIENTS UNDERGOING LATERAL SINUS LIFT AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Nguyen Thuy Xuan*, Le Nguyen Lam

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Maxillary posterior edentulous situations is a common clinical situation, determination of clinical and x-ray characteristics support the prognosis of disease and select effective treatment approaches. **Objectives:** To examine the clinical and x-ray characteristics of lateral sinus lift with immediate implant placement in posteriorly edentulous patients at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital. **Materials and methods:** Cross sectional study was conducted on 22 patients who loss of upper posterior tooth, 30 sinuses diagnosed by lateral sinus lift and immediate implant placement at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital from 2022 to 2023. **Results:** The mean age was 32.80 ± 12.12 , with females comprising 53.3% and males 46.7%. Regarding tooth loss duration, 16.7% occurred in less than 5 years, 53.3% between 5 to 10 years, and 30% beyond 10 years. Tooth loss causes were predominantly cavities (76.7%) and periodontitis (23.3%). Premolar loss accounted for 36.7%, while molar loss accounted for 63.3%. The average mouth opening gap measured 49.12 ± 3.49 mm. X-ray film analysis indicated bone density percentages of 3.3% for D1, 76.7% for D2, and 20.0% for D3. The average arterial anastomosis diameter was 0.99 ± 0.18 mm (ranging from 0.7 to 1.35mm). The average angle between the external and internal walls of the maxillary sinus was $64.54 \pm 7.17^\circ$ (ranging from 52.3° to 75.6°). The presence of septa in the Maxillary Sinus was 3.3%, whereas septal perforation related to the membrane was observed in 97.7% of cases. The average bone width measured 8.29 ± 0.48 mm, the average bone height was 4.51 ± 0.38 mm, the average sinus wall thickness was 1.78 ± 0.29 mm, and the average sinus membrane thickness was 2.29 ± 0.35 mm. **Conclusions:** The prevailing attributes observed in posteriorly edentulous patients undergoing immediate implant placement in lateral window sinus procedures included tooth loss period exceeding 5 years, D2 bone density, reduction in alveolar bone size in both the external and internal dimensions, as well as decreased bone height.

Keywords: Maxillary posterior edentulous, clinical characteristics, X-ray.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mất răng sinh lý hay bệnh lý xảy ra rất phổ biến trên lâm sàng, đi cùng với tiến trình này là xương ổ răng sẽ mất đi trong quá trình lành thương dẫn đến sự giảm kích thước của

sống hàm cả về chiều cao lẫn chiều rộng, chưa kể đến ảnh hưởng của bệnh nha chu và chấn thương sẽ làm trầm trọng hơn nữa diễn tiến này. Cùng với hiện tượng tiêu xương ổ và mở rộng xoang hàm trên sau mất răng là những nguyên nhân chủ yếu dẫn đến thiếu xương, cản trở việc đặt implant ở vùng răng sau hàm trên [1]. Trải qua hơn bốn thập kỉ tồn tại và phát triển, kĩ thuật nâng xoang hờ đã trở thành giải pháp hiệu quả và đáng tin cậy trong điều trị thiếu xương vùng răng sau hàm trên đơn lẻ. Để thực hiện kỹ thuật này các đặc điểm lâm sàng và X-quang của bệnh nhân cần được xác định cụ thể để đưa ra được chẩn đoán cụ thể, chính xác trước khi tiến hành điều trị. Từ thực tế này chúng tôi thực hiện “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X-quang của bệnh nhân mất răng sau hàm trên có chỉ định nâng xoang hờ tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2022-2023” với mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, X-quang của bệnh nhân mất răng sau hàm trên có chỉ định nâng xoang hờ và cắm implant tức thì tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2022-2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Mẫu nghiên cứu: 22 bệnh nhân mất răng sau hàm trên với 30 xoang hàm có chỉ định nâng xoang hờ đặt implant tức thì tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 2/2023 đến tháng 5/2023.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân từ 18 tuổi mất răng sau hàm trên có chỉ định nâng xoang hờ và cấy ghép implant một thì. Đặc điểm vùng mất răng: Chiều cao xương ban đầu từ 4mm đến 6mm; kích thước ngoài trong sống hàm ngay tại vị trí dự định đặt implant ≥ 5 mm trên phim CBCT. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh toàn thân hay tình trạng tại chỗ chống chỉ định thực hiện nâng xoang và cấy ghép implant bao gồm: Loãng xương, xạ trị vùng đầu cổ, tim mạch, đái tháo đường không kiểm soát, rối loạn đông cầm máu và các bệnh lý xoang hàm. Hút thuốc lá trên 20 điếu/ngày, nghiện rượu bia không thể bỏ được sau phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- **Nội dung nghiên cứu:**

1. Hỏi bệnh, khám các đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng và ghi phiếu khám cho từng bệnh nhân.

Đặc điểm chung:

+ Giới tính: nam, nữ;

+ Tuổi gồm có: tuổi thanh niên (18-39 tuổi), tuổi trung niên (40-59 tuổi) và người cao tuổi (> 59 tuổi).

+ Nguyên nhân mất răng:

Nguyên nhân do bệnh sâu răng: Sâu răng và các bệnh lý tiến triển từ sâu răng như bệnh lý tủy và vùng quanh chóp gây mất răng.

Nguyên nhân do bệnh nha chu: Bệnh lý về mô nha chu và ảnh hưởng trực tiếp đến mô nha chu gây mất răng.

Nguyên nhân do chấn thương: Các tình trạng chấn thương hàm mặt, chấn thương khớp cắn gây mất răng.

Đặc điểm lâm sàng:

+ Thời gian mất răng: ≤ 5 năm, 5,1-10 năm, > 10 năm;

+ Phân bố vị trí mất răng:

Vùng răng sau hàm trên bên phải: răng cối nhỏ, răng cối lớn.

Vùng răng sau hàm trên bên trái: răng cối nhỏ, răng cối lớn.

+ Độ há miệng: Sử dụng thước kẹp để đo độ há miệng tối đa của bệnh nhân, là khoảng cách từ rìa cắn răng cửa giữa hàm trên đến rìa cắn răng cửa giữa hàm dưới, đơn vị milimet (mm).

2. Chụp phim Cone beam CT ghi nhận các đặc điểm của bệnh nhân mất răng sau hàm trên có chỉ định nâng xoang hở.

Đặc điểm CBCT:

+ Chiều cao xương ban đầu (mm): Trên lát cắt trung tâm kẻ đường thẳng $d1$ đi qua đỉnh sống hàm, vuông góc với d . Chiều cao xương ban đầu được tính bằng khoảng cách giữa d và $d1$.

+ Chiều ngoài trong vị trí đặt implant (mm): Gọi A và B là giao điểm giữa $d1$ và mặt ngoài và mặt trong sống hàm trên lát cắt trung tâm, độ dài đoạn AB chính là chiều ngoài trong vị trí đặt implant.

+ Độ dày thành ngoài xoang (mm): Kẻ $d2$ đi qua điểm thấp nhất của đáy xoang sao cho $d2$ vuông góc với trục implant (d). Độ dày thành ngoài xoang được đo trên đường thẳng song song với $d2$ và cách $d2$ 3mm.

+ Độ dày màng xoang (mm): Đo tại vị trí thấp nhất của nền xoang hàm trên lát cắt trung tâm.

+ Sự hiện diện của vách xoang: Trên hình ảnh toàn cảnh của phim CBCT trước phẫu thuật, ghi nhận sự hiện diện của vách xoang liên quan đến vùng xoang hàm sẽ can thiệp: không ghi nhận 0, có: gần-xa ghi nhận 1, có: ngoài-trong ghi nhận 2.

+ Sự hiện diện và đường kính của vòng nối trong xương giữa động mạch xương ổ răng trên sau và động mạch dưới ổ mắt: Trên lát cắt trung tâm, khảo sát sự hiện diện của kênh động mạch và đo đường kính kênh động mạch nếu có.

+ Góc hợp bởi thành ngoài và thành trong xoang hàm: đo trên lát cắt trung tâm, $<30^\circ$ ghi nhận 0, $30-60^\circ$ ghi nhận 1, $>60^\circ$

3. Ghi nhận kết quả và phân tích.

- **Xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

- **Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện dưới sự đồng ý và hợp tác của bệnh nhân. Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y Sinh học Trường Đại học Y Cần Thơ số 22.039.HV/PCT-HĐĐĐ

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Tuổi trung bình là $32,8 \pm 12,12$ tuổi nhỏ nhất 20 tuổi, lớn nhất 56 tuổi. Thời gian mất răng <5 năm có 16,7%, 5-10 năm có 53,3%, >10 năm có 30%. Về giới tính, nữ giới là 53,3% và nam giới là 46,7%. Nguyên nhân mất răng do sâu răng là 76,7%, do nha chu là 23,3%.

Bảng 1. Phân bố mất răng theo giới tính và tuổi trong nghiên cứu

	Nhóm tuổi				Tổng		p*
	18-39		40-59		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)			
Nam	12	40,0	2	6,7	14	46,7	0,399
Nữ	11	36,7	5	16,7	16	53,3	

	Nhóm tuổi				Tổng		p*
	18-39		40-59		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)			
Tổng	23	76,7	7	23,3	30	100	

*Kiểm định Fisher's exact

Nhận xét: Tỷ lệ mất răng cao nhất ở nam trong nhóm tuổi 18-39 có tỷ lệ 40,0%. Sự khác nhau giữa giới tính và tuổi không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Bảng 2. Phân bố nguyên nhân mất răng và tuổi trong nghiên cứu

Nguyên nhân	Nhóm tuổi				Tổng		p*
	18-39		40-59		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)			
Sâu răng	21	70,0	2	6,7	23	76,7	0,003
Nha chu	2	6,7	5	16,7	7	23,3	
Tổng	23	76,7	7	23,3	30	100	

*Kiểm định Fisher's exact

Nhận xét: Nguyên nhân mất răng do sâu răng ở nhóm tuổi 18-39 có tỷ lệ cao nhất 70,0%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

Bảng 3. Phân bố vị trí mất răng

Vùng mất răng	Vị trí mất răng				Tổng		p
	Răng cối nhỏ		Răng cối lớn		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)			
Bên phải	6	20,0	10	33,3	16	53,3	0,919
Bên trái	5	16,7	9	30,0	14	46,7	
Tổng	11	36,7	19	63,3	30	100	

Kiểm định Chi bình phương

Nhận xét: Vị trí mất răng cối lớn hàm trên bên phải có tỷ lệ cao nhất 33,3%. Sự khác biệt vị trí mất răng không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Bảng 4. Trung bình độ há miệng

Độ há miệng	TB ± ĐLC (mm)	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất	p*
Nam	52,29±1,49	50,00	54,00	0,219
Nữ	46,38±2,06	43,00	50,00	
Trung bình	49,12±3,49	43,00	54,00	

*Independent Sample Test

Nhận xét: Độ há miệng trung bình là 49,12±3,49mm. Sự khác biệt độ há miệng giữa nam và nữ là không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

3.2. Đặc điểm X-quang

Kích thước trung bình vòng nổi động mạch 0,99±0,18mm, nhỏ nhất 0,7, lớn nhất là 1,35mm. Góc hợp bởi thành ngoài và thành trong xoang hàm trung bình 64,54±7,17°, nhỏ nhất là 52,3°, lớn nhất 75,6°. Hiện diện vách ngăn xoang theo chiều ngoài trong 3,3% còn lại không có vách ngăn là 96,7%. Mật độ xương D1 3,3%, D2 76,7%, D3 20,0%.

Bảng 5. Kích thước xương ổ răng tại vị trí mất răng

Kích thước xương ổ răng	TB ± ĐLC	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất	Pearson	p
Chiều rộng (mm)	8,29±0,48	7,43	9,33	0,429	0,018
Chiều cao (mm)	4,51±0,38	3,88	5,20		

Nhận xét: Chiều rộng xương trung bình là 8,29±0,48mm, chiều cao xương trung bình là 4,51±0,38mm. Có mối tương quan tuyến tính giữa chiều rộng và chiều cao xương ổ răng với $r=0,429$ ($p<0,05$).

Bảng 6. Độ dày thành xoang và màng xoang

Độ dày thành xoang và màng xoang	TB ± ĐLC	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất	Pearson	p*
Độ dày thành xoang (mm)	1,78±0,29	1,23	2,32	0,415	0,023
Độ dày màng xoang (mm)	2,29±0,35	1,45	2,92		

Nhận xét: Độ dày thành xoang trung bình là 1,78±0,29mm, độ dày màng xoang trung bình là 2,29±0,35. Có mối tương quan tuyến tính giữa độ dày thành xoang và màng xoang với $r=0,415$ ($p<0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Về tuổi: Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình của bệnh nhân là 32,8±12,12 tuổi. Trong đó nhỏ tuổi nhất là 20 tuổi và lớn tuổi nhất là 56 tuổi. Tuổi trung bình của nghiên cứu này thấp hơn so với một số nghiên cứu khác như Bùi Cúc [2] (50,64±13,09 tuổi), Hồ Thị Thủy Tiên [3] (55,0±11,1 tuổi). Có sự khác nhau này là do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ nên có nhiều sinh viên đến tham gia nghiên cứu, nhóm tuổi 18-39 là nhóm tuổi chủ yếu trong nghiên cứu chiếm 76,7%. Điều này cũng cho thấy cùng với sự phát triển của xã hội ý thức chăm sóc sức khỏe răng miệng của mọi người đã được nâng cao, độ tuổi trẻ hơn đã biết quan tâm hiệu quả của các điều trị răng miệng nên đến khám điều trị sớm hơn.

Thời gian mất răng: Các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có thời gian mất răng lâu (5-10 năm: 53,3% và trên 10 năm: 30,0%). Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Bùi Cúc (5-10 năm: 53,3% và trên 10 năm: 31,1%) [2]. Điều này hoàn toàn hợp lý vì nguyên nhân chủ yếu của sự thiếu xương ổ răng này là do sự phát triển của xoang hàm khi mất răng hàm trên phía sau và sự tiêu xương ổ răng, sau quá trình nhổ răng. Những bệnh nhân cần nâng xoang hở là những bệnh nhân có chiều cao xương ổ răng còn lại thấp. Cả hai quá trình này tỉ lệ thuận với thời gian mất răng, tức là khi mất răng càng lâu thì chiều cao xương ổ răng càng thấp, đưa đến chỉ định nâng xoang hở.

Về giới tính: Nghiên cứu có tỉ lệ nữ giới cao hơn nam giới (53,3% và 46,7%). Điều này có lẽ là do nữ giới thường có ý thức chăm sóc sức khỏe và quan tâm đến sức khỏe răng miệng hơn nam giới. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Ngô Huy Bình (nữ 51,7%, nam 48,3%) [4]. Trong mỗi nhóm tuổi sự phân bố giới tính là khác nhau ở nhóm 18-39 tỉ lệ nữ là 36,7%, nam là 40%; ở nhóm tuổi 40-59 nữ là 16,7%, nam là 6,7% tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Trong nghiên cứu này, nguyên nhân mất răng do sâu răng là 76,7%, do nha chu là 23,3%, không có mất răng do chấn thương. Tỷ lệ mất răng do sâu cao hơn nghiên cứu của

Bùi Cúc (sâu răng 44,4 %, nha chu 40,0%, chấn thương 15,6%). Sự khác biệt này là do phân bố độ tuổi trong hai nghiên cứu khác nhau vì trong nghiên cứu của chúng tôi phân bố nhiều ở nhóm tuổi 18-39 và ở nhóm tuổi này nguyên nhân mất răng chủ yếu là do sâu răng. Vị trí mất răng cối lớn hàm trên bên phải có tỷ lệ cao nhất 33,3%. Sự khác biệt vị trí mất răng hai bên cung hàm không có ý nghĩa thống kê.

Độ há miệng trung bình là $49,12 \pm 3,49$ mm, sự khác biệt độ há miệng giữa nam và nữ là không có ý nghĩa thống kê. Trong đó, nhỏ nhất là 43mm, lớn nhất 54mm, tất cả đều nằm trong giới hạn bình thường. Tương đồng với nghiên cứu của Hồ Thị Thủy Tiên ($49,1 \pm 3,3$ mm). Đây là một điểm thuận lợi cho phẫu thuật nâng xoang hở vì bệnh nhân há miệng lớn giúp phẫu thuật viên quan sát phẫu trường rõ ràng, phẫu thuật nhanh chóng và chính xác. Độ há miệng chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố bao gồm tuổi, giới tính, chủng tộc, tình trạng khớp thái dương hàm, kích thước xương hàm dưới, kích thước nền sọ, chiều cao và cân nặng của mỗi người [5].

4.2. Đặc điểm X-quang

Mật độ xương D2 là cao nhất chiếm 76,7%, tỉ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Bùi Cúc (77,05%) nhưng cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Trương Uyên Cường [6] (43,8%). Sự khác nhau này có thể là do sự khác nhau về chiều cao của xương ổ răng đưa đến sự khác nhau giữa tỉ lệ xương vỏ và xương xốp. Ở nghiên cứu của chúng tôi, chiều cao xương ổ răng nằm trong chỉ định nâng xoang hở là từ 3mm đến 5mm, còn trong nghiên cứu của Trương Uyên Cường chiều cao xương ổ răng chủ yếu trên 5mm (5-10mm là 30,7% và trên 10mm là 50,4%). Do đó, tỉ lệ xương vỏ trên xương xốp ở nghiên cứu này cao hơn so với nghiên cứu của Trương Uyên Cường nên mật độ xương của nghiên cứu này nằm ở mức D2 nhiều hơn so với nghiên cứu của Trương Uyên Cường. Ngoài ra, mật độ xương D3 trong nghiên cứu chiếm tỉ lệ 20,0% và không có mật độ xương D4.

Kích thước trung bình vòng nối động mạch $0,99 \pm 0,18$ mm, nhỏ nhất 0,7mm, lớn nhất là 1,35mm. Vị trí và đường kính vòng nối trong xương giữa động mạch xương ổ răng trên sau và động mạch dưới ổ mắt cần được khảo sát cẩn thận trên phim trước phẫu thuật. Tuy tỉ lệ kênh động mạch có đường kính trên 2mm thấp, nhưng một khi hiện diện, động mạch xương ổ trên sau với đường kính trên 2mm nằm trong vùng mở cửa sổ xương có thể gây ra biến chứng chảy máu trong phẫu thuật [1].

Góc hợp bởi thành ngoài và thành trong xoang trung bình $64,54 \pm 7,17^\circ$, nhỏ nhất là $52,3^\circ$, lớn nhất $75,6^\circ$. Góc hợp bởi thành ngoài và thành trong xoang hàm ảnh hưởng đến độ khó của trường hợp nâng xoang [7], góc này càng nhọn càng làm quá trình bóc tách màng xoang trở nên khó khăn, tăng nguy cơ xảy ra biến chứng thủng màng.

Vách xoang là một yếu tố cần được khảo sát trước phẫu thuật nâng xoang. Sự hiện diện, kích thước và chiều hướng vách xoang góp phần quyết định độ khó của trường hợp nâng xoang [7]. Trong nghiên cứu có 1 trường hợp (3,3%) hiện diện vách ngăn xoang thấp hơn trong nghiên cứu của Bùi Cúc (9,8%) [2]. Vách xoang trong nghiên cứu có hướng ngoài trong, là hướng chiếm đa số trong nhiều nghiên cứu có báo cáo chiều hướng vách xoang ở Việt Nam [8], cũng như trên thế giới [9]. Vách xoang nằm ở thành trong, đỉnh vách xoang cách đáy xoang 7,8 mm, nằm ngoài vùng can thiệp nên trường hợp này được nâng xoang theo quy trình đã nêu ra trong nghiên cứu mà không cần có biện pháp xử trí đặc biệt nào khác.

Chiều cao xương trung bình là $4,51 \pm 0,38$ mm. tương đương nghiên cứu của Bùi Cúc [2]. Mặc dù chưa có sự thống nhất nào giữa các nhà lâm sàng về chọn lựa kỹ thuật nâng

xoang tương ứng với các mức chiều cao xương còn lại của vùng xoang hàm, thông thường các nhà lâm sàng thường chọn kỹ thuật nâng xoang hở khi chiều cao xương ban đầu từ 5 mm trở xuống [7]. Chiều rộng xương trung bình trong nghiên cứu là $8,29 \pm 0,48$ mm. Có mối tương quan tuyến tính giữa chiều rộng và chiều cao xương ổ răng với $r=0,429$ ($p<0,05$). Điều này cho thấy sau khi mất răng kích thương xương ổ răng giảm dần theo thời gian, sự giảm dần chiều cao và chiều rộng xương tương quan thuận chiều với nhau.

Độ dày thành ngoài xoang là một yếu tố giúp tiên lượng độ khó của việc mở cửa sổ xoang vì thành xoang càng dày, việc mở cửa sổ càng kéo dài [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi độ dày thành ngoài xoang trung bình này là $1,78 \pm 0,29$ mm, tương đương với nghiên cứu của Hồ Thị Thủy Tiên ($1,8 \pm 0,7$ mm) [3] khi đo cùng một mức cách 3 mm so với nền xoang. Vị trí này là giới hạn dưới của cửa sổ xương, tương tự như trong nghiên cứu của Đậu Cao Lượng và Lê Đức Lánh năm 2019 [10]. Việc đánh giá độ dày thành ngoài xoang ở vị trí đặt cửa sổ là cần thiết nhằm tiên lượng độ khó để chuẩn bị phương án tối ưu cho ca phẫu thuật.

Độ dày màng xoang trung bình là $2,29 \pm 0,35$ mm. Có mối tương quan tuyến tính giữa độ dày thành xoang và màng xoang với $r=0,429$ ($p<0,05$). Trong thang đo độ khó của ca nâng xoang do Tesrori và cộng sự đề xuất [12]. Độ dày màng xoang là một yếu tố cần đánh giá trước phẫu thuật. Màng xoang có độ dày 1-2,5 mm là thuận lợi cho việc nâng xoang, màng quá mỏng dưới 1 mm hay quá dày trên 2,5 mm đều làm tăng nguy cơ thủng màng và độ khó của tình huống lâm sàng [7]. Màng quá mỏng không đủ độ bền cơ học để chịu lực trong quá trình bóc tách màng xoang, còn màng xoang dày >2 mm được xem là bệnh lý, mô liên kết màng xoang ở các trường hợp này không còn dai chắc như màng xoang khỏe mạnh, dễ bị thủng trong quá trình nâng xoang.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình mất răng sau hàm trên là $32,8 \pm 12,12$ trong đó nữ 53,3%, nam là 46,7%. Thời gian mất răng >5 năm có 83,3%. Nguyên nhân mất răng do sâu răng là 76,7%, mất răng cối lớn 63,3%. Độ há miệng trung bình $49,12 \pm 3,49$ mm. Đặc điểm trên phim X-quang: Mật độ xương chủ yếu là D2 76,7%. Kích thước trung bình vòng nối động mạch $0,99 \pm 0,18$ mm ($0,7-1,35$ mm). Góc hợp bởi thành ngoài và thành trong xoang hàm trung bình $64,54 \pm 7,17^\circ$. Hiện diện vách ngăn xoang theo chiều ngoài trong 3,3% còn lại không có vách ngăn là 96,7%. Chiều rộng xương trung bình là $8,29 \pm 0,48$ mm, chiều cao xương trung bình là $4,51 \pm 0,38$ mm. Độ dày thành xoang trung bình là $1,78 \pm 0,29$ mm, độ dày màng xoang trung bình là $2,29 \pm 0,35$. Việc đánh giá các đặc điểm lâm sàng và cận X-quang trước phẫu thuật đóng vai trò quan trọng trong phẫu thuật nâng xoang, giúp tiên lượng độ khó của ca phẫu thuật nhằm có sự chuẩn bị đầy đủ về các phương án và phương tiện đầy đủ, góp phần đảm bảo kết quả điều trị tối ưu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Resnik R. Misch's Contemporary Implant Dentistry. Elsevier Health Sciences. 2020. 602-1112.
2. Bùi Cúc. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân mất răng hàm trên phía sau bằng phương pháp nâng xoang hở, ghép xương và cấy ghép implant một thì tại bệnh viện Mắt-Răng Hàm Mặt Cần Thơ năm 2017-2018. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2018. 39-59

3. Hồ Thị Thủy Tiên. Hiệu quả phương pháp nâng xoang có sử dụng mô sợi huyết giàu tiểu cầu kết hợp cấy implant đồng thời. Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh. 2020. 49-84.
4. Ngô Huy Bình. Đặc điểm lâm sàng, X-quang và kết quả điều trị mất răng ở vùng đáy xoang hàm bằng kỹ thuật Implant nha khoa. Trường Đại học Y Hà Nội. 2020. 22-55.
5. Li X. Y., Jia C., Zhang Z. C. The normal range of maximum mouth opening and its correlation with height or weight in the young adult Chinese population. *Journal of Dental Sciences*. 2017. 12(1), 56-59, DOI: 10.1016/j.jds.2016.09.002.
6. Trương Uyên Cường. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, X-quang nhóm bệnh nhân cấy implant nâng xoang. *Tạp chí Y học quân sự*. 2018. 2018(1). 146-150.
7. Jensen O. T. Chapter 7: Sinus floor augmentation without bone grafting in The Sinus Bone Graft. Quintessence Publishing Co Inc. 2019. 66-72.
8. Thân Trọng Nguyên. Hình thái xoang hàm và vách ngăn xoang hàm: Khảo sát trên hình ảnh Cone beam CT của người Việt. Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh. 2016. 35-45
9. Scarfe W. C, Angelopoulos C. Maxillofacial Cone Beam Computed Tomography: Principles, Techniques and Clinical Applications. Springer International Publishing. 2018. 213-324.
10. Đậu Cao Lượng, Lê Đức Lánh. Hiệu quả của fibrin giàu tiểu cầu (A-prf+) kết hợp biphasic Tricalcium phosphate trong phẫu thuật nâng xoang. Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh. 2019. 43-78.
11. Phạm Thu Hằng, Đàm Văn Việt, Trần Thị Mỹ Hạnh. Đặc điểm lâm sàng, X-quang bệnh nhân phẫu thuật nâng xoang hở cấy ghép implant một thì. *Tạp Chí Nghiên Cứu Y Học*. 2021. 145(9), 241-246, <https://doi.org/10.52852/tencyh.v145i9.554>.
12. Al Faraje L. Clinical Anatomy for Oral Implantology. Quintessence Publishing Company Incorporated. 2021. 15-58.

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG SẢN PHẨM NHỰA DÙNG MỘT LẦN CỦA NGƯỜI DÂN TẠI MỘT THỊ TRẤN HUYỆN BÌNH TÂN, TỈNH VĨNH LONG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN NĂM 2022

Vũ Thái Sơn*, Nguyễn Thị Hương

Trường Đại học Y tế công cộng

*Email: vts@huph.edu.vn

Ngày nhận bài: 31/5/2023

Ngày phản biện: 10/8/2023

Ngày duyệt đăng: 15/9/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sản phẩm nhựa dùng một lần được sử dụng phổ biến trong đời sống hàng ngày. Tuy nhiên, đây cũng là một nguồn gây ô nhiễm nghiêm trọng đối với môi trường. Ở các thị trấn kinh tế mới, vấn đề ô nhiễm do sử dụng sản phẩm nhựa dùng một lần càng trở nên trầm trọng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện để đánh giá thực trạng sử dụng sản phẩm nhựa dùng một lần của người dân tại một thị trấn huyện Bình Tân, tỉnh Vĩnh Long năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 408 người dân đang sinh sống tại thị