

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CẤY GHÉP IMPLANT NHA KHOA CÓ
GHÉP XƯƠNG NHÂN TẠO Ở BỆNH NHÂN MẤT RĂNG HÀM TRÊN
TỪNG PHẦN**

Nguyễn Quang Hải^{1}, Lê Nhữ Bảo Hiếu²*

1. Bệnh viện Răng Hàm mặt Đà Nẵng

2. Trường Đại học Kỹ thuật Y – Dược Đà Nẵng

**Email: drquanghai@gmail.com*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Cấy ghép implant có ghép xương là phương pháp khôi phục mất răng bán phần tiên tiến và phổ biến nhất hiện nay, tuy nhiên còn thiếu các nghiên cứu và kết quả lâm sàng. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả cấy ghép implant có ghép xương. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả cấy ghép implant nha khoa có ghép xương nhân tạo ở nhóm bệnh nhân mất răng hàm trên từng phần. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành trên 41 bệnh nhân mất răng hàm trên từng phần có thiếu xương được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật cấy ghép implant nha khoa có ghép xương nhân tạo trong cùng một thì phẫu thuật tại Bệnh viện Răng – Hàm – Mặt thành phố Đà Nẵng. Xác định mức độ đau sau cấy ghép, chỉ số tình trạng viêm xung quanh Implant, đánh giá mức độ tiêu xương quanh Implant trên phim Panorama và khả năng khôi phục sức nhai và thẩm mỹ. **Kết quả:** Tỷ lệ thành công cắm implant là 100%, khả năng khôi phục chức năng ăn nhai và thẩm mỹ ở mức tốt lần lượt đạt 97,2% và 93% - Biến chứng hay gặp nhất là đau sau phẫu thuật với 67,6% sau đó là sưng nề và hở vết thương với tỷ lệ lần lượt là 53,5% và 8,5%. **Kết luận:** Cấy ghép implant nha khoa có ghép xương nhân tạo đạt kết quả tốt chức năng cho bệnh nhân mất răng hàm trên từng phần.

Từ khóa: Implant, ghép xương, bệnh nhân.

ABSTRACT

**EVALUATION OF IMPLANT TREATMENT WITH BONE GRAFTING IN
PARTIALLY MAXILARY EDENTULOUS PATIENTS**

Nguyen Quang Hai^{1}, Le Nhu Bao Hieu²*

1. Da Nang Hospital of Odonto-Stomatology

2. Da Nang University of Medical Technology and Pharmacy

Background: Implant with bone graft is the most advanced and popular method of restoring tooth loss today, but there is a lack of clinical research and results. This study aims to evaluate implant treatment with bone grafting **Objective:** To assess the result of implant treatment with bone grafting in partially edentulous patients. **Materials and method:** The study was performed on 41 partially maxillary edentulous patients who were treated with implant placement at Da Nang hospital of Odonto-Stomatology. The implant survival, complications and rehabilitation were evaluated as criteria for success. **Results:** There were no implant failures. The success of chewing and aesthetic rehabilitation was at 97.2% and 93% respectively. Implant complications was pain (67.6%), swelling (53.5%) and wound unhealing (8.5%). **Conclusion:** Implants with bone grafting in partially maxillary edentulous patients can be considered as a safe treatment in oral rehabilitation of patients.

Keywords: Implant, bone graft, patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở Việt Nam gần đây, cấy ghép implant nha khoa đã trở nên quen thuộc với các nha sĩ cũng như bệnh nhân, nhưng do đặc điểm ngày càng phát triển về kinh tế, xã hội nên các bệnh nhân mất răng cần phục hình có tỷ lệ thiếu xương nhiều, đặc biệt là mất răng bán phần hàm trên, dẫn đến khi cấy ghép implant sẽ gặp nhiều khó khăn, bên cạnh đó các nghiên cứu về ghép xương nhân tạo và cấy implant khi thiếu xương, nâng xoang hở và ghép xương nhân tạo để cấy ghép implant ngày càng phổ biến nhưng đến nay vẫn còn rất ít nghiên cứu về kết quả điều trị trong lĩnh vực này; xuất phát từ những thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đánh giá kết quả cấy ghép Implant nha khoa có ghép xương nhân tạo ở bệnh nhân mất răng hàm trên từng phần” với mục tiêu: Đánh giá kết quả cấy ghép Implant nha khoa có ghép xương nhân tạo ở nhóm bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 41 bệnh nhân mất răng hàm trên từng phần có thiếu xương được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật cấy ghép implant nha khoa có ghép xương nhân tạo trong cùng một thi phẫu thuật tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt thành phố Đà Nẵng. Thời gian nghiên cứu từ 02/2022 đến 10/2022.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân có độ tuổi ≥ 18 tuổi, sức khỏe toàn thân đảm bảo cho phép thực hiện phẫu thuật (trung phẫu); Bệnh nhân mất răng hàm trên từng phần có thiếu xương được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật cấy ghép implant nha khoa có ghép xương bột nhân tạo và màng sinh học trong một thi phẫu thuật; Khoảng mất răng đủ để phục hình sau khi cấy ghép nha khoa, vị trí đặt implant có cấu trúc xương bình thường.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Những bệnh nhân có các chống chỉ định cấy ghép như: Bị các bệnh tim mạch, tiểu đường và các bệnh hệ thống, bệnh lý xoang hàm...; Bệnh nhân đã bị xạ trị vùng đầu mặt cổ; Có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng; Nơi đặt implant đang trong giai đoạn viêm nhiễm cấp tính; Có tật nghiêng răng; Bệnh nhân đang nghiện thuốc lá hoặc đang mang thai

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, không đối chứng.

- **Công cụ thu thập thông tin:**

+ Phiếu nghiên cứu.

+ Thiết bị và dụng cụ:

Bộ máy ghế nha khoa chuyên phẫu thuật implant.

Máy chụp phim cắt lớp vi tính với chùm tia hình nón (Cone Beam CT loại máy CBCT ROTOGRAPH EVO 3D);

Bộ dụng cụ khám răng miệng.

Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

Bộ dụng cụ phẫu thuật nâng xoang hở (Bộ DASK của Hãng Dentium, Hàn Quốc), bộ nâng xoang kín và bộ nong xương.

+ Máy khoan và đặt Implant.

Xương nhân tạo (xương dị loại Bovine Xenograft, loại Bone-XB của hãng Medpark, xuất xứ Hàn Quốc).

Màng sinh học (màng xương tự tiêu Collagen, loại Colla-D của hãng Medpark, xuất

xứ Hàn Quốc).

Implant của Hãng Dio, xuất xứ Hàn Quốc.

Thuốc tê (Lidocain 2%).

Chỉ khâu phẫu thuật các loại: Dafilon 4.0, Catgut 4.0 và Vicryl 4.0.

Khay lấy, chất lấy dấu và thạch cao đổ mẫu hàm.

Các phương tiện, dụng cụ tại Labo phục hình cho implant.

Xi măng gắn phục hình.

Máy ảnh kỹ thuật số và gương chụp ảnh trong miệng để ghi nhận các thông tin bệnh nhân trước và sau phẫu thuật, tái khám đánh giá kết quả.

- Quy trình thu thập thông tin:

Nghiên cứu sử dụng phương pháp thu thập số liệu từ thực nghiệm, bao gồm các kết quả từ khám lâm sàng, X - quang và kết quả điều trị của bệnh nhân, dựa vào các biến số nghiên cứu trong phiếu nghiên cứu nhóm nghiên cứu tiến hành khám lâm sàng để thu thập số liệu sau đó cho bệnh nhân chụp phim Cone Beam CT, sau khi bệnh nhân có kết quả (sau chép vào đĩa CD-ROM hoặc USB) được đưa vào phần mềm đọc 3D trên máy tính gồm SimPlant Pro 11.04 (Materialise Dental) hoặc Galaxis Basis/Galileos Implant để tái tạo hình ảnh, đo và đọc kết quả CBCT từ đó thu thập dữ liệu theo phiếu nghiên cứu; dựa trên kết quả thu được trên phim và phân tích các dữ liệu lâm sàng, bác sĩ sẽ dựng hình 3D trên phần mềm thiết kế để lên kế hoạch phẫu thuật đặt implant tối ưu cho bệnh nhân; kết quả thiết kế được chuyển cho labo chính hình để làm răng tạm để phục hình tức thì sau phẫu thuật cho bệnh nhân (nếu vị trí mất răng vùng răng cửa, implant có độ ổn định sơ khởi tốt), điều chỉnh khớp cắn cân thận răng tạm cho bệnh nhân; sau đó hướng dẫn cho bệnh nhân tái khám theo dõi sau 1 tuần và 3 tháng, 6 tháng và 1 tháng sau phục hình sứ trên implant để đánh giá kết quả điều trị;

Các phương pháp đánh giá:

+ Xác định mức độ đau sau cấy ghép: Dựa vào bảng câu hỏi của thước VAS (Visual Analog Scale) theo nghiên cứu của Nadine Brodala và cs đã áp dụng [8].

+ Chỉ số tình trạng viêm xung quanh Implant: Dựa theo phân loại của Loe và Silness [12].

+ Phương pháp ghi mức độ tiêu xương quanh Implant trên phim Panorama.

+ Đánh giá kích thước nhú lợi (chỉ số Jemt) [3].

+ Đánh giá khả năng khôi phục sức nhai.

+ Đánh giá khả năng khôi phục chức năng thẩm mỹ.

+ Xác định tình trạng viêm quanh Implant: Implant được xác định có tình trạng viêm khi có mức tiêu xương hiện tại vượt quá 3,1 mm so với mức xương khởi điểm, có tình trạng chảy máu hoặc dịch mủ tiết ra khi thăm khám theo tiêu chuẩn trong nghiên cứu của Mombelli và Lang [6].

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số đối tượng tham gia nghiên cứu là 41 bệnh nhân, nữ giới chiếm tỉ lệ 58,5% nhiều hơn nam giới chiếm tỉ lệ 41,5%. Các đối tượng tham gia nghiên cứu có độ tuổi trung bình chung là $46,6 \pm 13,2$ tuổi.

Chiều cao xương có ích < 7mm có 32/71 trường hợp chiếm 45,1%, chủ yếu ở nhóm răng phía sau (26/32 răng). Chiều cao xương có ích 7-10mm có 14/71 trường hợp chiếm 19,7%. - Chiều cao xương có ích > 10mm có 25/71 trường hợp chiếm 35,2%. Nhóm răng trước có chiều cao xương có ích > 10mm chiếm đa số (52,0%), trong khi nhóm răng

sau đa số có chiều cao < 7mm chiếm 56,5%. Sự khác nhau giữa chiều cao xương và vị trí răng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Xương loại D2 gặp phổ biến, có 35/71 trường hợp chiếm 49,3%, ở nhóm răng trước có 18/25 trường hợp, chiếm 72,0%. Trong nhóm răng sau xương loại D2, D3 có tỷ lệ bằng nhau và cũng có tỉ lệ cao nhất với 17/46 trường hợp, chiếm 37,0%. Xương loại D1 ít gặp, có 2/71 trường hợp chiếm 2,8% và chỉ gặp ở răng sau hàm trên. Xương loại D4 có 10/71 trường hợp chiếm 14,1% và cũng chỉ gặp ở răng sau hàm trên. Sự khác nhau về độ đặc xương và vị trí răng hàm trên có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Vị trí thiếu xương nhiều nhất là vùng chóp implant có 32/71 trường hợp chiếm 44,1%, đây cũng là vị trí thiếu xương nhiều nhất trong nhóm răng sau, chiếm 52,2%. Vị trí thiếu xương vùng thân implant có 24/71 trường hợp chiếm 33,8%, chủ yếu là vùng răng trước có 14/25 trường hợp chiếm 56,0%. Thiếu xương vùng cổ implant có 15/71 trường hợp chiếm 21,1%.

Đường kính trụ 4,5-5,0 được sử dụng nhiều nhất (33/71 = 46,5%), trong đó 23/33 trường hợp ở vùng có chiều rộng xương 6-9mm. Toàn bộ trụ đường kính 3,0 sử dụng cho nhóm răng có chiều rộng xương < 6mm có 6/71 trường hợp, chiếm 8,5%. Nhóm chiều rộng xương > 9mm, đường kính trụ 4,5-5mm đều được sử dụng 7/7 trường hợp. Loại đường kính > 5,0mm chỉ được sử dụng ở vùng răng sau.

Vùng răng trước có cây ghép 25 trụ, trong đó 15/25 trường hợp dùng trụ có đường kính 3,3-4,0mm, chiếm 60%. Vùng răng sau có cây ghép 46 trụ, trong đó là loại đường kính 4,5-5,0mm chiếm ưu thế 56,5% (26/46 trường hợp). Chiều dài phổ biến 7-10mm, có 55/71 trường hợp, chiếm 77,5%. Chiều dài > 12mm có 2/71, chiếm 23% sử dụng ở cả vùng răng trước và răng sau. Chiều dài trụ 10-12mm cũng được sử dụng với 14/71 trường hợp, chiếm 19,7%.

Khối lượng xương ghép cho mỗi trụ phổ biến trong khoảng 0,5-1gr, có 41/71 trường hợp, chiếm 57,7%. Khối lượng xương > 1gr chỉ được sử dụng cho khuyết hồng vùng chóp (phải nâng xoang hở với chiều cao xương cần ghép lớn) với 4/71 trường hợp, chiếm tỉ lệ ít nhất là 5,6%. Không có trường hợp khuyết hồng vùng thân hay vùng cổ nào phải sử dụng khối lượng xương hơn 1gr.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trong số 71 trụ implant được cấy ghép thì có 58/71 trụ (chiếm 81,7%) có mức độ ổn định sơ khởi > 35 N/cm, còn mức độ ổn định sơ khởi < 35N/cm chiếm 13/71 trường hợp chiếm 18,3%.

Mức độ đau nhẹ chiếm nhiều nhất với tỉ lệ 54,9%. Không có triệu chứng đau dữ dội nào được ghi nhận trong quá trình thu thập số liệu nghiên cứu. Mức độ không đau chiếm 23%. Trong đó mức độ này xuất hiện nhiều nhất ở nhóm có vị trí thiếu xương vùng thân với 11/23 trường hợp, chiếm 47,8%, những trường hợp này đa số là cây ghép tức thì sau nhổ răng. Sự khác biệt giữa vị trí ghép xương theo chiều dài implant (cổ, thân, chóp) và mức độ đau sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả nghiên cứu cho thấy 71/71 trụ implant tích hợp xương sau phẫu thuật, tỷ lệ thành công là 100%. Có 22,6% các trường hợp không gặp biến chứng sau phẫu thuật. Tỉ lệ biến chứng cao nhất là đau với 67,6%, sưng nề và hở vết thương chiếm tỷ lệ lần lượt là 53,5% và 8,5%, không có biến chứng chảy máu cũng như các biến chứng khác trong nghiên cứu của chúng tôi.

Bảng 1. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng khác sau phẫu thuật	n	%
Không có biến chứng	16	22,6
Đau	48	67,6
Sung nề	38	53,5
Chảy máu	0	0
Hở vết thương	6	8,5

Nhận xét: Khả năng phục hồi chức năng ăn nhai theo đánh giá của bệnh nhân trong đó có 69/71 trường hợp được đánh giá tốt, 1 trường hợp đánh giá trung bình và 1 trường hợp đánh giá kém; tỉ lệ tương ứng là 97,2%, 1,4% và 1,4%. Khả năng khôi phục thẩm mỹ ở mức độ tốt luôn đạt tỉ lệ cao nhất tại mỗi thời điểm đánh giá.

Bảng 2. Kết quả khôi phục chức năng ăn nhai sau phục hình 1 tháng

Chức năng ăn nhai	n	%
Tốt	69	97,2
Trung bình	1	1,4
Kém	1	1,4
Tổng	71	100

Nhận xét: Ngay sau lắp phục hình có 5/71 trường hợp đánh giá thẩm mỹ kém chiếm tỷ lệ 7%. Sau 1 tháng tỷ lệ này tăng lên 8,5%. Khả năng khôi phục thẩm mỹ ở mức độ trung bình chỉ xuất hiện 1 trường hợp sau phục hình 1 tháng. Chiếm tỷ lệ 1,4%.

IV. BÀN LUẬN

Mức độ ổn định sơ khởi sau cấy ghép implant được xác định bằng lực vặn từ 30 đến 35N/cm ở những vòng xoay cuối cùng của dụng cụ vặn tay hoặc tay khoan để đặt implant vào vị trí mong muốn so với bờ của mào xương ổ răng. Sự ổn định này đạt được chủ yếu là do mật độ cứng chắc của lớp xương vỏ. Theo diễn biến mô học của quá trình tích hợp xương thì ở thời điểm trước 4-6 tuần mức độ ổn định của implant là do lực giữ cơ học của lớp xương vỏ mang lại nhưng sau thời gian trên cấu trúc xương vỏ xung quanh bị tiêu dần để hình thành xương mới xung quanh vùng này, ngược lại vùng xương xốp ban đầu ít tạo được sự ổn định sơ khởi nhưng với cấu trúc giàu mạch máu nó lại tham gia ngay vào quá trình tích hợp xương, từ sau tuần thứ 6-8 thì sự ổn định của implant chủ yếu là do tích hợp xương (ổn định thứ phát) với lớp xương xốp. Vì thế implant thường yếu nhất ở thời điểm 4-6 tuần khi mức độ ổn định sơ khởi xuống thấp nhất và mức độ ổn định thứ phát do tích hợp xương mới ở mức bắt đầu. Đây cũng là cơ chế sinh cơ học để thực hiện cấy ghép implant chịu lực tức thì hoặc chịu lực tăng dần [2].

Nghiên cứu của Kahraman và cộng sự (2009) trên 42 implant (19 ở hàm trên, 23 ở hàm dưới) có mức độ ổn định sơ khởi là 33 ± 11 N/cm, ngoài ra kết quả nghiên cứu còn cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ về mức độ ổn định sơ khởi giữa những implant được cấy ở hàm trên và hàm dưới. Còn giữa nhóm răng trước và răng sau thì không thấy sự khác biệt với $p > 0,05$ [4].

Kết quả cho thấy mức độ đau nhẹ chiếm nhiều nhất với tỉ lệ 54,9% và là mức độ đau phổ biến nhất đối với các khuyết hồng xương vùng cổ, thân, chóp implant không có triệu chứng đau dữ dội nào được ghi nhận trong quá trình thu thập số liệu nghiên cứu. Mức độ không đau chiếm 23/71 trường hợp với 32,4%. Tại vị trí thiếu xương vùng cổ và thân trụ

cây ghép mức độ đau vừa (là mức đau cao nhất được ghi nhận trong nghiên cứu).

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 41 bệnh nhân với 71 implant được cấy ghép. Kết quả có không có implant nào xảy ra tình trạng không tích hợp xương, như vậy tỉ lệ thành công tích hợp xương trong nghiên cứu của chúng tôi là 100%. Tỉ lệ này cao hơn nghiên cứu của Sammartino (2007) với 96,6% [11], có thể do mẫu nghiên cứu còn ít, số lượng trụ Implant đặt còn chưa nhiều.

Theo thống kê của các tác giả nước ngoài cho thấy tỷ lệ tai biến và biến chứng trong quá trình cấy ghép xảy ra sớm như: Đau, chảy máu, sưng nề bầm tím, muộn hơn thì gây lộ từng phần hoặc toàn phần vật liệu ghép, lộ đầu implant... [10]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 22,6% các trường hợp không gặp biến chứng sau phẫu thuật. Tỉ lệ biến chứng cao nhất là đau với 67,6% . Sưng nề và hở vết thương chiếm tỷ lệ lần lượt là 53,5% và 8,5%. Không có biến chứng chảy máu cũng như các biến chứng khác trong nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của Kourtis và cộng sự (2004) gặp những biến chứng nhiễm trùng, lộ implant sớm, lộ màng chắn, mất xương hay loạn cảm. Trong đó có 10 trường hợp bị lộ màng, chiếm 15,38% trên tổng số trường hợp biến chứng[5].

Moon-Sun Kim và cộng sự (2011) nghiên cứu đánh giá khả năng khôi phục sức nhai sau cấy ghép 20 implant của 3 hệ thống (Osstem, Brånemark, Nobel Replace) với các thử nghiệm nhai cà rốt, bánh mì hay kim chi... kết quả là hiệu suất nhai tăng lên đáng kể từ $67,8 \pm 9,9$ đến $84,3 \pm 8,5\%$ ($p < 0,0001$) và hơn 90% số bệnh nhân đã hài lòng với sức nhai mới được phục hồi sau cấy ghép [7]. Như vậy khả năng hồi phục sức nhai trên bệnh nhân cấy ghép implant trong nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả trên.

Theo phân loại thì nhóm răng phía trước bao gồm sáu răng cửa trên và sáu răng cửa dưới, đây là nhóm răng đóng vai trò chủ đạo để hình thành nụ cười đặc trưng cho mỗi cá thể. Vì thế, vị trí, hình thể, kích thước và màu sắc của chúng đóng vai trò quan trọng trong nha khoa thẩm mỹ, chúng còn được biết đến với tên gọi là “chỉ số thẩm mỹ trắng” (white esthetic score: WES). Ngoài ra vị trí, màu sắc, dạng sinh học của tổ chức lợi vùng quanh răng cũng là yếu tố liên quan chặt chẽ với răng để tạo nên một cấu trúc nha khoa thẩm mỹ, các nhà lâm sàng gọi chúng là “chỉ số thẩm mỹ hồng” (pink esthetic score: PES). Mọi quan hệ giữa hai chỉ số này là nền tảng cho nha khoa thẩm mỹ [9].

Thực tế lâm sàng với những răng phía sau thì việc đạt được chức năng thẩm mỹ bằng phục hình implant có nhiều thuận lợi khách quan như: Tổ chức xương và mô mềm thường đầy đủ nên ít xảy ra những sai sót về phẫu thuật ảnh hưởng đến thẩm mỹ, vị trí ở phía sau nên ít bị lộ khi bệnh nhân cười vì thế phục hình dễ được chấp nhận kể cả có sự bất hài hòa về hình thể, màu sắc do tiêu mào xương hay nhú lợi không đầy đủ. Trong khi đó với nhóm răng phía trước, đặc biệt là ở hàm trên với những bệnh nhân có đường cười cao thì một kết quả như vậy chắc chắn không thể làm hài lòng bệnh nhân, nhiều thất bại ở vùng thẩm mỹ đã được báo cáo như đặt implant sai vị trí trong 3 chiều không gian hay những thiếu hụt mô xương, mô mềm làm lộ cổ implant, bất hài hòa với kích thước răng bên cạnh... [1]. Những bệnh nhân mất răng trước hàm trên thường thiếu xương, mô mềm hoặc cả hai, mà điều kiện để đạt được thẩm mỹ là phải phục hồi được đầy đủ những tổ chức trên trước, trong hoặc sau quá trình cấy ghép nha khoa.

Khoa học cấy ghép đã chứng minh rằng với sự hội tụ đầy đủ của 3 yếu tố thầy thuốc, bệnh nhân và vật liệu thì với một khoảng thời gian nhất định có thể phục hồi được những cấu trúc đã mất như xương hay mô mềm. Như thế, khi tiếp xúc và tư vấn cho người bệnh

chúng ta không làm phức tạp hóa song cũng không nên đơn giản hóa qui trình điều trị nhằm giải thích cho bệnh nhân hiểu rõ về những bước tiến hành cũng như các yếu tố thuận lợi, khó khăn mà cả thầy thuốc và người bệnh phải cùng nhau hợp tác mới hy vọng mang lại kết quả tốt đẹp. Hơn thế nữa, mức độ kì vọng của bệnh nhân về kết quả cuối cùng là yếu tố cần được làm rõ trước khi tiến hành điều trị.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ thành công chung trong nghiên cứu của chúng tôi là 100%. Mức độ ổn định sơ khởi > 35N/cm chiếm tỉ lệ cao hơn so với mức độ ổn định sơ khởi < 35N/cm với 58/71 trường hợp chiếm 81,7%. Khả năng khôi phục chức năng ăn nhai ở mức tốt đạt 97,2%. Khả năng khôi phục chức năng thẩm mỹ ở mức tốt đạt 93% ngay sau khi lắp phục hình, là 90,1% sau khi lắp phục hình 1 tháng. Biến chứng hay gặp nhất là đau sau phẫu thuật với 67,6% sau đó là sưng nề và hờ vết thương với tỷ lệ lần lượt là 53,5% và 8,5%. Theo thời gian số lượng ca có tiêu xương vùng cổ implant tăng dần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Abd El Salam El Askary (2008), *Chapter 12: Treatment complications in the esthetic zone*, Fundamentals of Esthetic Implant Dentistry, pp. 301- 326
2. Franco Santoro, Carlo Mariorana (2005), “Advanced osseointegration in the aesthetic areas”, *Advanced osseointegration*, pp. 196-231
3. Jemt T. (1997), “Regeneration of gingival papillae after single-implant treatment”, *Int J Periodontics Restorative Dent.*, 17(4), pp.326-333.
4. Kahraman S, Bal BT, Asar NV, *et al.* (2009), “Clinical study on the insertion torque and wireless resonance frequency analysis in the assessment of torque capacity and stability of self-tapping dental implants”, *J Oral Rehabil.*, 36(10), pp. 755-761.
5. Kourtis S.G., Sotiriadou S., Voliotis S., Challas A. (2004), “Private practice results of dental implants. Part I: survival and evaluation of risk factors - Part II: surgical and prosthetic complications”, *Implant Dent*, 13(4), 373-8.
6. Mombelli A., Lang N.P. (1992), “Antimicrobial treatment of peri-implant infections”, *Clin Oral Implants Res*, 3(4), 162-8.
7. Moon-Sun Kim, Jae-Kwan Lee, Heung-Sik Um., *et al.* (2011), “Masticatory function following implants replacing a second molar”, *J Periodontal Implant Sci*, 41, pp. 79-85.
8. Nadine Brodala, *Med Dent* (2009), “Flapless surgery and its effect on dental implant outcomes”, *Int J Oral Maxillofac Implants* 2, 24, pp. 118-125.
9. Raes F., Cosyn J., De Bruyn H. (2012), Clinical, Aesthetic, and Patient- Related Outcome of Immediately Loaded Single Implants in the Anterior Maxilla: A Prospective Study in Extraction Sockets, Healed Ridges, and Grafted Sites. *Clin Implant Dent Relat Res*.
10. Salvatore Longoni, Matteo Sartori, Marc Braun (2007), “Lingual vascular canals of the mandible: the risk of bleeding complications during implant procedures”, *Implant Dent*, 16, pp. 131-138.
11. Sammartino G., Marenzi G., di Lauro A.E., *et al.* (2007), “Aesthetics in oral implantology: Biological, clinical, surgical, and prosthetic aspects”, *Implant Dent*, 16(1), pp. 54-65.
12. Silness J., Loe H. (1964), “Periodontal disease in pregnancy: Correlation between oral hygiene and periodontal condition”, *Acta Odontol Scand*, 22, pp. 121-35.

(Ngày nhận bài: 20/02/2023 – Ngày duyệt đăng: 31/3/2023)