

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, PHIM CẮT LỚP VI TÍNH HÌNH NÓN VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CẤY GHÉP IMPLANT TRÊN BỆNH NHÂN MẤT RĂNG CÓ NANG XOANG KÍN

Nguyễn Hồng Lợi¹, Cung Văn Vinh¹, Trần Xuân Phú¹,
Nguyễn Văn Khánh¹, Nguyễn Thanh Phong¹

DOI: 10.38103/jcmhch.2019.58.3

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trong lĩnh vực phục hình răng giả, implant nha khoa càng ngày càng chứng tỏ tính ưu việt về khả năng phục hồi cả thẩm mỹ cũng như chức năng ăn nhai cho bệnh nhân mất răng. Ngày nay đã có nhiều nghiên cứu và báo cáo cả trong và ngoài nước về thành công của implant nha khoa mang lại cho bệnh nhân cũng như các nhược điểm của phương pháp này. Một trong những nhược điểm lớn của cấy ghép implant là muốn đạt kết quả tốt cần phải có đủ chiều dài và chiều rộng xương cần thiết, vì vậy vấn đề về ghép xương trong cấy implant được các nhà nghiên cứu càng ngày càng dành nhiều sự quan tâm hơn, đặc biệt ở vùng răng sau hàm trên do tính chất tiêu xương bản ngoài nhiều cho nên sống hàm ngày càng có xu hướng di chuyển vào gần đáy xoang hàm dẫn đến nguy cơ cấy implant vào trong xoang dễ xảy ra.

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, phim cắt lớp vi tính hình nón và đánh giá kết quả cấy ghép implant trên bệnh nhân mất răng có nang xoang kín

Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu trên 22 bệnh nhân, 22 vị trí răng mất răng có nhu cầu điều trị ghép xương nâng xoang kín và phục hình bằng kỹ thuật cấy implant tại Trung Tâm Răng Hàm Mặt Bệnh viện Trung Ương Huế từ tháng 11 năm 2018 đến tháng 10 năm 2019

Kết quả: Tuổi trung bình cao là 49,7, thường gặp từ 45 – 60 tuổi, nam chiếm tỷ lệ 54,6%, nữ chiếm tỷ lệ 45,4%. Nguyên nhân mất răng đa dạng: chủ yếu là do sâu răng với tỷ lệ 59,1%, bệnh lý quanh răng chiếm tỷ lệ 36,3%, chấn thương chiếm 4,6%. Thời gian mất răng kéo dài, thường trên 2 năm, mất nhiều các răng hàm lớn hàm trên với tỷ lệ 72,3%. Có chiều cao xương có ích rất thấp, trung bình là $4 \pm 1,86$ mm, thấp nhất là 1,7 mm, cao nhất là 8 mm. Chiều rộng trung bình bằng $6,6 \text{ mm} \pm 0,86$ mm, hẹp nhất 4,7 mm, rộng nhất là 8,6 mm. kết quả sau phẫu thuật 1 tuần tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt 81,8%, khá với tỷ lệ 18,2%. Sau 1 tháng sẹo mổ liền tốt tỷ lệ 100%. Sau 6 tháng xương mới hình thành ở tất cả các bệnh nhân, có nhìn thấy các bề xương trên phim X quang, các implant tích hợp xương tốt, đạt mức độ vững chắc sẵn sàng làm phục hình

Kết Luận: phương pháp này đặc biệt phù hợp với những bệnh nhân thời gian mất răng sau hàm trên lâu ngày, dẫn đến thiếu chiều cao xương nghiêm trọng có nhu cầu cấy ghép implant để phục hình ăn nhai.

Từ Khóa: cấy ghép nha khoa, ghép xương, nang xoang kín.

1. Bệnh viện TW Huế

- Ngày nhận bài (Received): 05/11/2019; Ngày phản biện (Revised): 19/11/2019
- Ngày đăng bài (Accepted): 10/12/2019
- Người phản hồi (Corresponding author): Nguyễn Hồng Lợi
- Email: drloivietnam@yahoo.com.vn; ĐT: 0913 498 549

ABSTRACT

STUDY ON CLINICAL FEATURES, CONE BEAM COMPUTED TOMOGRAPHY AND
TREATMENT OUTCOMES OF DENTAL IMPLANTS WITH CLOSED SINUS FLOOR
ELEVATION PROCEDURE

Nguyen Hong Loi¹, Cung Van Vinh¹, Tran Xuan Phu¹,
Nguyen Van Khanh¹, Nguyen Thanh Phong¹

Introduction: In the field of prosthodontics, dental implants have been improved to be the most optimal method in replacing the missing teeth in terms of aesthetic and functional restoration. Nowadays, there have been many domestic and international reports about the pros and cons of implants placement. One of the major demerits of implants is the requirement of quality and quantity of the available bone in the recipient site. Therefore, bone grafting has become an appealing method for clinicians when it comes to inserting a dental implant in an excessive bone loss region, especially in the posterior maxillary with the high risk of implants displacement into the maxillary sinus.

Objectives: The aim of this study was to analyze clinical characteristics, cone beam computed tomography and treatment outcomes of dental implants with closed sinus floor elevation procedure.

Materials and Methods: Twenty-two patients, who needed one dental implant in posterior maxillary region to support prosthesis, were selected to be treated with closed sinus floor elevation method with the use of bone graft in the Odonto-Stomatology Center – Hue Central Hospital from November 2018 to October 2019.

Results: The age of the patients ranged from 45 to 60 years, with the mean age of 49.7 years. The gender rates were 54.6% for men and 45.4% for women. The most common reasons of missing teeth were tooth caries, accounting for 59.1%, followed by periodontal diseases with 36.3% and trauma with 4.6%. The missing teeth generally had not been replaced for over two years and most commonly in the posterior maxillary region (72.3%). The mean of bone height before sinus lift was 4 ± 1.86 mm (minimum 1.7 mm and maximum 8 mm). The mean of bone width was 6.6 ± 0.86 mm (minimum 4.7 mm and maximum 8.6 mm). The results after one week recall were 81.8% good and 18.2% fair. After one month, the healing rate of soft tissue was 100% successful. After six months, the results had shown new bone formation, sustainable osseous-integrated implants in all patients, which were ready for prostheses.

Conclusion: This bone grafting is considered to be a suitable method to achieve a predictable long term success of dental implants in the excessive bone loss region for the rehabilitation of missing teeth.

Keywords: dental implant, bone grafting, closed sinus floor elevation method

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong lĩnh vực phục hình răng giả, implant nha khoa càng ngày càng chứng tỏ tính ưu việt về khả năng phục hồi cả thẩm mỹ cũng như chức năng ăn nhai cho bệnh nhân mất răng. Một trong những nhược điểm lớn của cấy ghép implant là muốn đạt kết quả tốt cần phải có đủ chiều dài và chiều rộng xương cần thiết, chính vì vậy vấn đề về ghép xương trong cấy implant được các nhà nghiên cứu càng ngày càng dành nhiều

sự quan tâm hơn, đặc biệt ở vùng răng sau hàm trên do tính chất tiêu xương bản ngoài nhiều cho nên sống hàm ngày càng có xu hướng di chuyển vào gần đáy xoang hàm dẫn đến nguy cơ cấy implant vào trong xoang dễ xảy ra. Nhận ra điều đó, từ những năm 70, Boyne và đồng sự đã tiến hành nâng xoang qua lối tiền đình rồi ghép xương sau đó đặt các implant dạng bản để phục hình lên trên, đến năm 1986 Tatum lần đầu tiên giới thiệu phương pháp nâng xoang ghép

xương. Ở Việt Nam gần đây, implant đã trở nên quen thuộc với các nha sĩ cũng như các bệnh nhân, tuy nhiên bệnh nhân ở nước ta theo nghiên cứu của Trần Văn Trường và đồng sự mất răng do nguyên nhân biến chứng của viêm quanh răng tương đối nhiều, khoảng 30%, thời gian mất răng đến khi làm răng giả kéo dài, vì vậy dẫn đến vấn đề thiếu xương khi cấy ghép implant thường xảy ra, trong khi đó các nghiên cứu về nâng xoang kín ở nước ta còn ít. Xuất phát từ những thực tế khó khăn trên, chúng tôi tiến hành làm đề tài “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, phim cắt lớp vi tính hình nón và đánh giá kết quả cấy ghép implant trên bệnh nhân mất răng có nâng xoang kín” với các mục tiêu sau.

1. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, phim cắt lớp vi tính hình nón vùng răng mất

2. Đánh giá kết quả sau cấy ghép implant trên bệnh nhân mất răng có nâng xoang kín

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên bị mất răng hàm trên có nhu cầu điều trị ghép xương nâng xoang kín và phục hình bằng kỹ thuật cấy implant.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, mất răng vĩnh viễn răng hàm trên phía sau, có sức khỏe toàn thân tốt để phẫu thuật.

- Bệnh nhân có chiều cao xương có ích <10 mm, chiều rộng xương > 2,5 mm và khoảng mất răng > 7 mm, không có biểu hiện viêm xoang, tình trạng vệ sinh răng miệng tốt.

- Bệnh nhân có nguyện vọng cấy ghép nha khoa và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2.1.2 Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có các bệnh toàn thân chống chỉ định phẫu thuật ghép xương.

- Ngoài ra các bệnh tại chỗ như: Đang điều trị tia xạ vùng đầu, mặt, cổ. Khoang miệng đang có viêm nhiễm. Nghiến răng, giảm tiết nước bọt, ...

2.1.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

- Địa điểm: Tại Trung tâm Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Trung Ương Huế

- Thời gian: từ tháng 11/2018 đến tháng 10/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thử nghiệm lâm sàng không đối chứng, theo mô hình tiến cứu

2.2.1.Thiết kế nghiên cứu

Thử nghiệm lâm sàng không đối chứng, theo mô hình tiến cứu

2.2.2. Phương tiện và dụng cụ nghiên cứu

- Máy ghế chữa răng tổng hợp hoặc bàn mổ.
- Bộ dụng cụ khám răng miệng và bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.
- Các máy chụp X quang cận chóp, Panorama, CT Conebeam, ...
- Máy khoan chuyên dụng cấy implant nha khoa có hệ thống điều chỉnh hướng quay, tốc độ quay, lực quay, ...
- Dụng cụ nâng xoang kín.
- Hệ thống mũi khoan, dụng cụ kiểm tra trụ (guide pin), tay vặn thông thường, dụng cụ vặn có điều chỉnh lực
- Hệ thống trụ ghép của hãng Kontakt – Pháp, trụ liền thương, trụ phục.
- Bột xương tổng hợp Ossteon và màng xương collagen
- Máy ảnh, máy vi tính, ...
- Thước đo chiều dài chuyên dụng, compa nha khoa, ...

2.2.3. Các bước điều trị:

- Chuẩn bị bệnh nhân và chuẩn bị dụng cụ
- Điều trị trước phẫu thuật: Lấy cao răng, làm nhẵn chân răng và điều trị các bệnh nha chu nếu có. Điều trị các bệnh lý tuỷ răng và cuống răng nếu có. Điều trị các tình trạng viêm nhiễm trong miệng nếu có.

- Quy trình phẫu thuật ghép xương và nâng xoang kín và cấy ghép implant: Rạch niêm mạc, Khoan xương tạo lỗ nhận implant. Dùng mũi khoan tròn (round bar) đường kính 2mm để làm phẳng bề

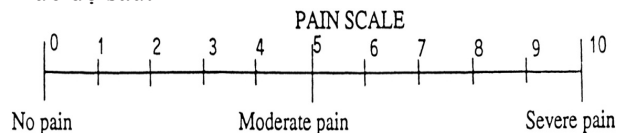
Bệnh viện Trung ương Huế

mặt sống hàm nếu sống hàm nhọn. Kiểm tra hướng của lỗ khoan bằng guide pin. Khoan mũi khoan xoắn (bore twist drill) đường kính 3 mm để mở rộng xương vò. Tuỳ theo kích cỡ của implant định cấy, khoan thêm các mũi khoan xoắn 3,6 - 4,2 rồi tiếp đến mũi khoan thuận xoắn. Sử dụng dụng cụ nong xương nếu xương xóp (bone compression kit). Lèn bột xương. Đặt implant. Lắp ốc đậy implant (cover screw). Đóng vạt

2.2.4 Đánh giá kết quả

- **Đánh giá tình trạng vết mổ**
- Đánh giá tình trạng rách niêm mạc xoang trong phẫu thuật:

- **Đánh giá mức độ đau sau ghép (chủ quan của bệnh nhân):** Bệnh nhân tự đánh giá mức độ đau của mình gồm theo bảng tính ngưỡng đau VAS gồm 4 mức độ sau:



Hình 1: Bảng đánh giá mức độ đau

0: không đau; 1-3: đau nhẹ; khó chịu; 3-7: đau vừa (đau nhưng chịu được); 7-10: đau dữ dội: đau không chịu được [52]

- **Đánh giá tình trạng chảy máu ngay sau phẫu thuật,** sưng nề tại chỗ, viêm nhiễm tại chỗ.

Bảng 2.1: Đánh giá tình trạng vết mổ sau 7 ngày

Thời gian \ Mức độ	Tốt	Khá	Kém
Sau 7 ngày	Không đau, không chảy máu, không sưng, không có biểu hiện viêm nhiễm	Không đau, không chảy máu, hơi nề nhẹ chân chỉ vết mổ, không có biểu hiện nhiễm trùng	Đau nhẹ, không chảy máu, có nhiễm trùng tại chỗ, miệng vết khâu hở

- Đánh giá kết quả xương ghép: Đánh giá tình trạng viêm nhiễm vùng xương ghép
- Đánh giá biểu hiện viêm xoang hàm
- Đánh giá chiều cao xương trên X quang ngay sau phẫu thuật và sau phẫu thuật 6 tháng
- Đánh giá mật độ xương ghép trên X quang sau phẫu thuật và sau phẫu thuật 6 tháng.
- Đánh giá độ vững chắc của implant: Trước, trong và sau phẫu thuật

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng, X quang của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Một số đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Phân loại bệnh nhân theo tuổi và giới

Tuổi \ Giới	Nam	Nữ	Tổng số
18 - 44	1	4	5
45 - 60	8	6	14
> 60	3	0	3
Tổng số	12	10	22

Trong tổng số 22 bệnh nhân số bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 54,6%, số bệnh nhân nữ chiếm 45,4%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.2: Nguyên nhân mất răng theo tuổi

Nguyên nhân mất răng Tuổi	Sâu răng, bệnh lý tủy răng		Bệnh lý quanh răng		Sang chấn		Tổng cộng	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
18 - 44	3	75	1	25	0	0	4	100
45 - 60	9	69,2	3	30,8	1	4,5	13	100
> 60	1	20	4	80	0	0	5	100
Tổng cộng	13	59,1	8	36,4	1	4,5	22	100

Nguyên nhân mất răng do sâu răng và bệnh lý tủy răng hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 59,1%, sau đó là nguyên nhân do bệnh lý quanh răng với tỷ lệ 36,4%.

3.1.2. Đặc điểm phim cắt lớp vi tính hình nón vùng hàm mặt

Bảng 3.3: Mối liên quan giữa chiều cao của xương hàm vùng mất răng theo tuổi

Chiều cao Tuổi	< 5 mm		5 – 8 mm		Tổng cộng	
	Số lượng	(%)	Số lượng	(%)	Số lượng	(%)
18 – 44	0	0	4	100	4	100
45 - 60	12	92,3	1	7,7	13	100
> 60	5	100	0	0	5	100
Tổng cộng	17	77,3	5	22,7	22	100

Độ cao xương < 5 mm tập trung hầu hết ở lứa tuổi > 45 tuổi. Ngược lại, số lượng bệnh nhân có chiều cao xương hàm vùng mất răng từ 5 - 8 mm tập trung phần lớn ở lứa tuổi 18 – 44 tuổi.

Bảng 3.4: Mối liên quan giữa chiều cao của xương hàm mất răng theo thời gian

Chiều cao Thời gian mất răng	< 5 mm		5 – 8 mm		Tổng cộng	
	Số lượng	(%)	Số lượng	(%)	Số lượng	(%)
6 – 12 tháng	0	0	1	100	1	100
12 – 24 tháng	2	33,3	4	66,7	6	100
> 24 tháng	15	100	0	0	15	100
Tổng cộng	17	77,3	5	22,7	22	100

Chiều cao xương hàm < 5mm chủ yếu ở các bệnh nhân có thời gian mất răng lâu hơn 24 tháng với tỷ lệ 77,3%. Các bệnh nhân có thời gian mất răng từ 6 - 12 tháng đều có chiều cao xương hàm từ 5 – 8 mm.

Bảng 3.5: Chiều rộng của xương hàm vùng mất răng theo giới

Giới \ Chiều rộng	2,5 – 5 mm		5 – 8 mm		> 8 mm		Tổng cộng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nam	1	7,7	11	84,6	1	7,7	13	100
Nữ	1	11,1	6	66,7	2	22,2	9	100
Tổng cộng	2	7,8	17	77,3	3	14,9	22	100

Chiều rộng xương hàm vùng ghép xương thường từ 5 – 8 mm với tỷ lệ cao nhất 77,3%.

3.2. Đánh giá kết quả sau cấy ghép implant có nâng xoang kín

3.2.1 Đánh giá tình trạng xương ghép:

Bảng 3.6: Các biến chứng tại xoang ghép trong và sau phẫu thuật

Biến chứng	Số bệnh nhân	(%)
Rách niêm mạc xoang	1	4,6
Viêm xoang	0	0
Viêm xương ghép	0	0

Có 1 trường hợp rách niêm mạc xoang với tỷ lệ 4,6%.

Bảng 3.7: So sánh chiều cao trung bình trước và sau khi ghép xương

	Tổng số răng cần cấy ghép implant	Chiều cao trung bình (mm)
Trước khi ghép xương	22	4
Sau khi ghép xương	22	12,4

Chiều cao trung bình của ổ hàm sau ghép xương đã tăng lên là $h = 12,4 \pm 0,76$ mm, đủ chiều cao để cấy implant đạt độ ổn định vững chắc.

Bảng 3.7: Đánh giá sự hình thành xương mới trên hình ảnh X- quang ngay sau khi ghép xương với sau phẫu thuật 6 tháng

Sự hình thành xương	Ngay sau khi làm phẫu thuật / Sau phẫu thuật 6 tháng	(%)
Có	22	100
Không	0	0
Tổng cộng	22	22

100% bệnh nhân có sự hình thành xương mới ở đáy xoang sau 6 tháng.

Bảng 3.9: Đánh giá chiều cao của xương sau khi ghép xương ngay sau phẫu thuật với sau phẫu thuật 6 tháng

Chiều cao xương	Ngay sau phẫu thuật/ Sau phẫu thuật 6 tháng	(%)
Không giảm	22	100
Giảm	0	0
Tổng cộng	22	100

Không có bệnh nhân nào giảm chiều cao xương 6 tháng chiếm tỷ lệ 100%.

3.2.2 Đặc điểm về các implant được cấy:

Bảng 3.10: Đánh giá sự tích hợp xương hình ảnh X - quang ngay và sau khi phẫu thuật 6 tháng

Hình ảnh X- quang	Sau phẫu thuật 6 tháng	
	Số lượng	(%)
Không thấy viền cản quang quanh thân implant	0	0
Có viền cản quang quanh thân implant	22	100
Tổng số	22	100

Tất cả 22 implant đều có hình ảnh đường viền cản quang hơn so với ngay sau khi cấy.

Bảng 3.11: Tỷ lệ đào thải của implant

Tỷ lệ đào thải	Số lượng	(%)
Đào thải	0	0
Không đào thải	22	100
Tổng cộng	22	100

Tất cả các implant đều tích hợp xương tốt sau 6 tháng, không có implant nào bị đào thải trong quá trình cấy ghép.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, phim cắt lớp vi tính hình nón

Tuổi trung bình của các bệnh nhân là 47,95, không có sự khác biệt giữa nam và nữ với $p > 0,05$. Như vậy ở độ tuổi này khả năng mất răng hàm tăng lên và có thể thời gian mất răng tương đối lâu, bệnh nhân làm phục hình hàm giả tháo lắp trước đó,... nên thiếu chiều cao xương tương đối nhiều do đó phải phẫu thuật nâng xoang ghép xương. Trong nghiên cứu này tỷ lệ bệnh nhân nam là 54,6% cao hơn một chút so với tỷ lệ bệnh nhân nữ 45,4%.

Nguyên nhân gây mất răng của các bệnh nhân đến khám và có chỉ định ghép xương và cấy ghép implant trong nghiên cứu của chúng tôi có 59,1% là do bệnh lý sâu răng và bệnh lý tủy răng, tỷ lệ này phù hợp với nghiên cứu của Trịnh Hồng Mỹ với tỷ lệ 55,1% [Nguyên nhân có thể là do ở vùng răng hàm phía sau, nhất là răng 6,7 chỉ mọc 1 lần, đặc biệt là răng 6 mọc sớm ở lứa tuổi 6,7 cùng với ý thức giữ gìn chưa cao nên các răng này có khả năng bị sâu, bệnh lý tủy răng nhiều hơn.

Nhìn chung, các đối tượng nghiên cứu có thời gian mất răng đến khi quyết định cấy implant khá dài. Tỷ lệ mất răng của nhóm có thời gian mất răng trên 2 năm chiếm cao nhất là 68,2%, kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Trịnh Hồng Mỹ [10] điều này có thể do các lý do tài chính, sợ đau, không có thời gian, đã làm các phục hình trước đó, đặc biệt là không được bác sĩ giải thích về quá trình tiêu xương khi bị nhổ răng ... đó cũng là đặc điểm chung của người dân Việt Nam khi đến khám ở các y tế nói chung và nha khoa nói riêng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chiều cao phổ biến nhất nằm trong khoảng < 5 mm, chiếm 68,2%. Nhóm có chiều cao 5 – 8 mm chiếm tỷ lệ 31,8%. Không có bệnh nhân nào có chiều cao xương có ích > 8 mm. Chiều cao xương trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là $4 \pm 1,63$ mm. Tỷ lệ trên cho thấy chỉ định ghép xương hở và cấy implant thường chiều cao xương < 5 mm, kết quả này phù hợp với lựa chọn III của Misch và một số nghiên cứu nước ngoài khác như Sánchez-Recio C và đồng sự cũng như Penarrocha và đồng sự đều

là 3,8 mm. Theo nghiên cứu của chúng tôi, lứa tuổi, nguyên nhân mất răng và thời gian mất răng cho đến khi làm phục hình ảnh hưởng rất nhiều đến chiều cao có ích còn lại của xương hàm, điều này cũng phù hợp với các đặc điểm về ý thức của người dân Việt Nam trong vấn đề phòng và chữa các bệnh nói chung và trong nha khoa nói riêng.

Chiều rộng xương hàm vùng mất răng được đo theo chiều trước - sau ở vị trí giữa của chiều cao có ích. Trong nghiên cứu của chúng tôi khoảng chiều rộng hay hẹp nhất là 5-8 mm, chiếm tỷ lệ 78,7%, tiếp theo là chiều rộng 13,6%, chiều rộng > 8 mm chiếm tỷ lệ 14,9%, chiếm tỷ lệ ít nhất với 6,4%. Số liệu này cho thấy chiều rộng xương hàm trên khi chiều cao xương tiêu còn khoảng 5mm chủ yếu từ 5-8 mm, khá đầy đủ để lưu giữ implant.

4.2. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nâng xoang kín

Đã có nhiều nghiên cứu về vấn đề này, cấy implant ngay sau ghép xương phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm của nha sĩ và chiều cao xương còn lại, mật độ xương của bệnh nhân có đủ lưu giữ implant để tích hợp xương hay không, phương pháp cấy implant ngay thường yêu cầu xương còn lại phải có chiều cao trung bình 6 mm, khi cấy 1 thì chúng ta sẽ tiết kiệm được thời gian 4 -6 tháng so với cấy implant ở thì 2 [32], [64]. Khi nâng được niêm mạc xoang lên, kiểm soát tốt vùng đáy xoang, nha sĩ sẽ

đưa bột xương vào phía sau và phía bên trước rồi mới cấy implant, sau đó mới lên tiếp bột xương ở mặt ngoài, đặt màng xương nhân tạo vào cửa sổ xương, kiểm tra lại mức độ vững chắc sơ khởi sau đó đóng vạt phẫu thuật. Ở nghiên cứu này chúng tôi cấy ghép được 11/47 implant ngay ở thì 1, các bệnh nhân được cấy ghép ngay có chiều cao xương trung bình 7,2 mm, cao hơn hẳn so với chiều cao trung bình của các bệnh nhân nói chung, các implant được cấy ghép ngay đều đạt kết quả tốt

V. KẾT LUẬN

Cũng giống như rất nhiều nghiên cứu về phương pháp nâng xoang kín có ghép xương của các tác giả nước ngoài ở nghiên cứu này trên thực tế lâm sàng chúng tôi thấy phương pháp ghép xương và nâng xoang kín giúp nha sĩ có thể tăng khả năng thành công trong việc lưu giữ implant. Mặt khác, nó đặc biệt phù hợp với những bệnh nhân thời gian mất răng lâu, dẫn đến thiếu chiều cao xương nghiêm trọng. Bên cạnh đó, phương pháp này cũng có những nhược điểm nhất định trước khi tiến hành phẫu thuật phải tiến hành khám xét tỉ mỉ, cẩn thận cả trên lâm sàng và X quang để có những chỉ định toàn thân và tại chỗ an toàn, tăng khả năng thành công của phẫu thuật ghép xương, ngoài ra phải phát hiện những trở ngại gây khó khăn trong cuộc phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Chí Dũng, Trần Bắc Hải (1995), “Mô ghép xương từ nguyên lý sinh học đến ứng dụng lâm sàng”, Tài liệu nghiên cứu Trung tâm đào tạo và Bồi dưỡng cán bộ y tế thành phố Hồ Chí Minh, tr5- 10.
2. Trịnh Đình Hải (1986), “Một số nhận xét vùng lợi dính”, Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ nội trú, Đại học Y Hà Nội, tr.41
3. Nguyễn Văn Khoa (2012) “Phẫu thuật nâng xoang – ghép xương trong cấy ghép nha khoa: Đánh giá kết quả tại bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương 2006 – 2012 “bài báo đăng ký Tạp chí Y học thực hành 2012
4. Trịnh Hồng Mỹ (2012) “Nghiên cứu kỹ thuật cấy ghép implant trên bệnh nhân mất răng có ghép xương “Luận văn tiến sỹ Y học, Viện nghiên cứu khoa học Y dược lâm sàng 108, tr 37 – 57.
5. Hoàng Đạo Bảo Trâm (2006), ” Tổng quan tích hợp xương” tiểu luận tốt nghiệp Thạc sỹ - trường Đại học Mediterranee (Marseille) tr 3-5
6. Trần Văn Trường, Trịnh Đình Hải (2002), “Điều tra sức khoẻ răng miệng toàn quốc ”, Nhà xuất

- bản Y học, tr.62 - 63.
7. Boyne PJ (1993), "The use of bone graft systems in maxillary implant surgery "Proceedings of the 50th Annual Meeting of the American Institute of Oral Biology, Palm Springs CA, Oct 29 – Nov 2, pp 107 - 114.
 8. Branemark P, Adell R, Albrektsson T et al (1984), "An experimental and clinical study of osseointegrated implants penetrating the nasal cavity and maxillary sinus ", J Oral Maxillofac Sur pp 497.
 9. Misch C. E (1993), "Contemporary implant dentistry ", 1st edition pp 419-485.
 10. Sánchez-Recio C, Peñarrocha-Diago Maria, Peñarrocha-Diago Miguel et al (2010), "Maxillary sinus lift performed using ultrasound. Evaluation of 21 patients "Med Oral Patol Oral Cir Bucal. Mar 1;15 (2):pp 371-374.