

còn hạn chế. Mỗi liên quan giữa các bệnh đồng mắc và đặc điểm nhân khẩu học với tình trạng khó kiểm soát hoặc kháng trị không đạt ý nghĩa thống kê, song vẫn ghi nhận xu hướng tỷ lệ cao hơn ở nhóm có rối loạn chuyển hóa. Kết quả này nhấn mạnh nhu cầu tối ưu hóa điều trị đa thuốc, cải thiện tuân thủ và kiểm soát toàn diện các yếu tố nguy cơ tim mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hội Tim mạch học Việt Nam** (2022), "Khuyến cáo của Phân hội Tăng huyết áp - Hội Tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán và điều trị Tăng huyết áp".
2. **Phan Đình Phong và Phạm Gia Khải** (2016), "Tăng huyết áp kháng trị: Thực trạng và những tiếp cận điều trị mới", Tạp chí Tim mạch học Việt Nam(74), pg. 5-7.
3. **Chia Y. C. và S. M. Ching** (2014), "Prevalence

- and predictors of resistant hypertension in a primary care setting: a cross-sectional study", BMC Fam Pract. 15, pg. 131.
4. **Kline G. A.** (2023), "Poorly Controlled Blood Pressure: The Virus and the Elephant", Mayo Clin Proc. 98(5), pg. 644-646.
 5. **Naydenov S., E. Manov và N. Runev** (2024), "Prevalence, Clinical Characteristics, and Treatment of Patients with Resistant Hypertension: A Single-Center Study", J Cardiovasc Dev Dis. 11(9).
 6. **Nguyen Hoang Thanh và cộng sự** (2020), "Characterizing patients with uncontrolled blood pressure at an urban hospital in Hanoi, Vietnam", International Journal of Hypertension. 2020(1), pg. 5710281.
 7. **Park Sungha và cộng sự** (2023), "Resistant hypertension: consensus document from the Korean society of hypertension", Clinical Hypertension. 29(1), pg. 30.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, XQUANG CỦA BỆNH NHÂN CÂY GHÉP IMPLANT CÓ THIẾT KẾ Rãnh XOẮN NHỎ VÙNG CỔ TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT TRUNG ƯƠNG HÀ NỘI NĂM 2023 - 2024

Đàm Văn Việt¹, Nguyễn Thành Lâm²,
Trịnh Hải Anh¹, Trần Thị Mỹ Hạnh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, Xquang của bệnh nhân cây ghép implant có thiết kế rãnh xoắn nhỏ vùng cổ tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội năm 2023 - 2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh được thực hiện ở 26 bệnh nhân trên 18 tuổi mất răng từng phần với 34 vị trí cấy ghép trụ implant ETK (Pháp) tại Khoa Cây ghép Implant, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội. Các đặc điểm lâm sàng, Xquang bao gồm giới tính, tuổi, vị trí răng mất, nguyên nhân và thời gian mất răng; chiều rộng và chiều dài xương có ích; mật độ xương; chiều dày niêm mạc sừng hóa. **Kết quả:** Tổng đối tượng tham gia nghiên cứu là 26 bệnh nhân, trong đó nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn (53,8%). Tuổi trung bình là 45,6±9,6 (28 - 66), độ tuổi từ 35 - 50 tuổi (57,1%) chiếm phần lớn. Nghiên cứu trên 34 vị trí mất răng có chỉ định cấy ghép trụ implant ETK có kết quả: Nguyên nhân mất răng chủ yếu do sâu răng/bệnh lý tủy (97,1%), viêm quanh răng chỉ chiếm 2,9%, không có trường hợp nào mất răng do chấn thương hay bẩm sinh. Thời gian mất răng 6-12 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (41,2%). Chiều rộng xương có

ích đều >6mm, trong đó 6-9mm chiếm tỉ lệ cao nhất 61,8%. Chiều cao xương có ích 12-14mm chiếm tỷ lệ cao nhất (38,2%), tiếp theo là > 14mm (35,3%). Mật độ xương chủ yếu là xương D2 (61,8%); tiếp theo là xương D3 (38,2%) với hàm trên chủ yếu là D3 (88,9%), hàm dưới chủ yếu là D2 (80%). Chiều dày niêm mạc sừng hóa đa phần ≥ 2mm (94,1%). **Kết luận:** Các đặc điểm về lâm sàng và X-quang vùng mất răng của nhóm đối tượng nghiên cứu thuận lợi cho việc cấy ghép trụ implant ETK có thiết kế rãnh xoắn nhỏ vùng cổ, thể hiện qua kích thước xương đầy đủ (chiều rộng >6 mm, chiều cao >10 mm) và chất lượng xương tốt (chủ yếu loại D2 và D3), chiều dày niêm mạc sừng hóa ≥ 2mm ở hầu hết các trường hợp. X-quang là công cụ quan trọng trong cấy ghép implant. **Từ khóa:** implant thiết kế rãnh xoắn nhỏ vùng cổ, đặc điểm lâm sàng, Xquang.

SUMMARY

CLINICAL AND RADIOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF PATIENTS RECEIVING DENTAL IMPLANTS WITH MICRO-THREADED NECK DESIGN AT THE NATIONAL HOSPITAL OF ODONTO-STOMATOLOGY, HANOI, FROM 2023-2024

Objectives: To describe the clinical and radiographic characteristics of patients who received dental implants with micro-threaded neck design at the National Hospital of Odonto-Stomatology, Hanoi, between 2023 and 2024. **Subjects and Methods:** This descriptive case series study was conducted on 26 partially edentulous patients (over 18 years of age) at 34 implant sites, using ETK (France) implants at the

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

²Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

³Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt-Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Mỹ Hạnh

Email: tranmyhanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.8.2025

Ngày duyệt bài: 18.9.2025

Department of Implant Dentistry, National Hospital of Odonto-Stomatology, Hanoi. Clinical and radiographic characteristics were assessed, including: gender, age, location of tooth loss, cause and duration of tooth loss, available bone width and height, bone density, and thickness of keratinized mucosa. **Results:** A total of 26 patients were included in the study, with a higher proportion of females (53,8%). The mean age was $45,6 \pm 9,6$ years (range: 28-66), with the 35-50 age group comprising the majority (57,1%). The analysis of 34 edentulous sites indicated for ETK implants revealed the following: the primary cause of tooth loss was caries/endodontic pathology (97,1%), with periodontitis accounting for only 2,9%; no cases were due to trauma or congenital reasons. The duration of tooth loss was most commonly 6-12 months (41,2%). The available bone width was consistently >6 mm, with the 6-9 mm range being the most frequent (61,8%). The most common available bone height was 12-14 mm (38,2%), followed by >14 mm (35,3%). Bone density was predominantly D2 (61,8%) and D3 (38,2%), with the maxilla being mainly D3 (88,9%) and the mandible mainly D2 (80%). The thickness of the keratinized mucosa was ≥ 2 mm in the vast majority of cases (94,1%). **Conclusion:** The clinical and radiographic characteristics of the edentulous sites in the study cohort were favorable for the placement of ETK implants with micro-threaded neck design. This was demonstrated by adequate bone dimensions (width >6 mm, height >10 mm), good bone quality (predominantly D2 and D3 types), and sufficient keratinized mucosa thickness (≥ 2 mm) in most cases. Radiography is a crucial tool in implant placement.

Keywords: micro-threaded neck implant, clinical characteristics, radiography

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong số các phương pháp phục hình mất răng, cấy ghép implant được đánh giá là giải pháp tối ưu nhất hiện nay, mang lại hiệu quả cao về chức năng và thẩm mỹ mà không làm tổn thương răng kế cận. Về mặt kỹ thuật, cấy ghép implant nha khoa là phương pháp cấy trực tiếp trụ implant bằng titanium vào xương hàm vùng mất răng của bệnh nhân, sau đó răng giả được làm và gắn cố định lên trên các trụ implant.

Một tiêu chí quan trọng đánh giá sự thành công của cấy ghép là mức độ tiêu xương mào quanh implant. Việc tiêu xương nếu không kiểm soát sẽ ảnh hưởng tiêu cực đến tiên lượng lâu dài của implant. Trong đó, vùng cổ của implant là nơi dễ bị tiêu xương do tích tụ vi khuẩn, tác động lực nhai và hình thành khoảng sinh học. Để giảm áp lực và tăng khả năng tích hợp xương, implant có thiết kế rãnh xoắn nhỏ vùng cổ đã được nghiên cứu và chứng minh có hiệu quả trong giảm tiêu xương mào [1, 2].

Trên thế giới có nhiều nghiên cứu về implant có thiết kế rãnh xoắn nhỏ vùng cổ. Tại Việt Nam, hiện chưa có nhiều nghiên cứu về việc sử dụng

implant với thiết kế rãnh xoắn nhỏ vùng cổ trên bệnh nhân mất răng từng phần. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Đặc điểm lâm sàng, Xquang của bệnh nhân cấy ghép implant có thiết kế rãnh xoắn nhỏ vùng cổ tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội năm 2023 - 2024*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành dựa trên bệnh nhân bị mất răng trên 18 tuổi, có chỉ định cấy ghép implant ETK (Pháp) tại Bv Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội từ tháng 6 năm 2023 đến tháng 2 năm 2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân trên 18 tuổi mất răng từng phần, có sức khoẻ toàn thân đủ điều kiện thực hiện phẫu thuật.

Có chiều cao xương có ích tối thiểu 10 mm, độ dày xương tối thiểu 6mm, khoảng phục hình chiều gần-xa tối thiểu 6 mm và chiều đứng tối thiểu 5 mm

Đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân có chống chỉ định phẫu thuật.

Bệnh nhân sử dụng chất kích thích (rượu, bia, thuốc lá), phụ nữ có bầu

Bệnh nhân không thể quay lại bệnh viện theo dõi định kì

Bệnh nhân há miệng < 3 cm; Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian: Từ 6/2023 đến 2/2024.

Địa điểm: Khoa Cấy ghép Implant, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả chùm ca bệnh

2.3.2. Cỡ mẫu chọn mẫu tra cắt ngang

Tính theo công thức $n = \frac{Z^2 \cdot p(1-p)}{d^2}$ rọng tỷ lệ:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

$Z = 1,96$ tương ứng với độ tin cậy 95%

$p = 0,979$: tỷ lệ ước lượng dựa theo nghiên cứu của Dong-Hui Nam (2023) [3]

$d = 0,05$: mức sai số tuyệt đối cho phép

Từ công thức tính được $n = 32$ trụ implant.

Trên thực tế, nghiên cứu thực hiện trên 26 bệnh nhân với 34 trụ implant ETK

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện đến khi đủ số lượng nghiên cứu

2.3.3. Quy trình nghiên cứu. Sau khi khám và tư vấn sơ bộ, nếu bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu, chúng tôi sẽ tiến hành khám toàn thân và tại chỗ theo bệnh án chuyên khoa.

Khám lâm sàng: Khám toàn thân, khám tại chỗ (khám ngoài mặt và khám trong miệng).

Nếu người bệnh đáp ứng đủ thì tiến hành các xét nghiệm cận lâm sàng

Cận lâm sàng: Xét nghiệm cơ bản (xét nghiệm sinh hóa máu, công thức máu cơ bản, HbA1C, HIV, HbsAg), X quang (Phim cắt lớp vi tính chòm tia hình non - CT Cone Beam)

2.3.4. Các biến số nghiên cứu. Tuổi, giới, nguyên nhân, vị trí và thời gian mất răng

Chiều cao và chiều rộng xương hàm có ích trên phim X quang: Dựa vào phim CT Cone Beam. Chiều rộng của xương hàm tại vị trí định cấy implant được tính là khoảng cách của bản xương ngoài và bản xương trong của xương hàm. Chiều cao có ích đối với xương hàm dưới được tính từ đỉnh sống hàm tới dây thần kinh hàm dưới, đối với xương hàm trên, răng phía trước được tính từ đỉnh xương tới nền mũi, và răng phía sau được tính từ đỉnh sống hàm tới xoang hàm trên.

Đánh giá mật độ xương: Xương theo Misch được chia làm 4 loại: D1, D2, D3, D4. Mật độ xương thường được đánh giá trên cận lâm sàng bằng độ Hounsfield (HU). Theo chiều ngoài trong, đo chỉ số HU tại 3 vị trí: bản xương ngoài, bản xương trong, vùng bè xương, và lấy trung bình của 3 chỉ số HU. Theo chiều trên- dưới, đo chỉ số HU tại 3 vị trí tương ứng với cổ, thân và chóp implant muốn đặt và lấy trung bình 3 chỉ số HU

Đo độ dày của niêm mạc sừng hoá của sống hàm tại nơi cấy ghép: Dùng cây đo túi lợi để đo chiều dày niêm mạc sừng hoá của sống hàm nơi mất răng trước khi cấy implant

2.4. Xử lý số liệu. Số liệu được tập hợp và thống kê theo phần mềm SPSS 27, p < 0.05 được chúng tôi xem như có ý nghĩa thống kê. Các kết quả được trình bày theo các bảng và biểu đồ minh họa

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu. Việc tiến hành nghiên cứu được sự đồng ý của Ban Giám đốc và khoa cấy ghép Implant Bệnh viện RHM TW Hà Nội. Các thông tin thu thập từ bệnh nhân được giữ bí mật và chỉ dùng vào mục đích nghiên cứu điều trị

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân bố đối tượng theo giới tính và tuổi

Bảng 3.1: Phân bố về giới và tuổi

Nhóm tuổi	Giới		Chung	
	Nam	Nữ	Nam	Nữ
< 35	1	2	3	3
35 - 50	7	7	14	14
> 50	4	5	9	9
Tổng	12	14	26	100
Mean ±SD	44,8±10,4	46,4±9,1	45,6±9,6	

Nhận xét: Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 26 bệnh nhân, trong đó nữ giới chiếm 53,8% nhiều hơn nam giới chiếm 46,2%. Tuổi trung bình là 45,6±9,6, với tuổi nhỏ nhất là 28 tuổi, lớn nhất là 66 tuổi. Phần lớn đối tượng có độ tuổi từ 35 - 50 tuổi (57,1%)

3.2. Nguyên nhân và thời gian mất răng

Bảng 3.2: Nguyên nhân và thời gian mất răng

Đặc điểm chung		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Giá trị p
Nguyên nhân mất răng	Sâu răng/Bệnh lý tủy	33	97,1	p >0,05
	Viêm quanh răng	1	2,9	
	Chấn thương răng	0	0	
	Thiếu răng bẩm sinh	0	0	
Tổng		34	100	
Thời gian mất răng	< 6 tháng	8	23,5	p >0,05
	6 - 12 tháng	14	41,2	
	> 12 tháng	12	35,3	
Tổng		34	100	

Nhận xét: Nguyên nhân mất răng chủ yếu do sâu răng/bệnh lý tủy (97,1%), viêm quanh răng chỉ chiếm 2,9%, không có trường hợp nào mất răng do chấn thương hay bẩm sinh. Thời gian mất răng 6-12 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất 41,2%, tiếp theo là mất răng > 12 tháng chiếm 35,3%, mất răng <6 tháng chỉ chiếm 23,5%.

3.3. Kích thước xương vùng răng mất

Bảng 3.3: Kích thước xương vùng răng mất

Đặc điểm chung		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Giá trị p
Chiều rộng xương (mm)	< 6	0	0	p >0,05
	6 - 9	21	61,8	
	> 9	13	38,2	
Tổng		34	100	
Chiều cao xương (mm)	< 10	0	0	p >0,05
	10 - 12	9	26,5	
	12 - 14	13	38,2	
	> 14	12	35,3	
Tổng		34	100	

Nhận xét: Chiều rộng xương có ích chủ yếu 6-9mm chiếm 61,8%; chiều rộng xương có ích > 9mm, chiếm 38,2%. Chiều cao xương có ích 12-14mm chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 38,2%, tiếp theo là > 14mm chiếm 35,3%.

3.4. Độ đặc của xương

Bảng 3.4: Phân bố độ đặc của xương và vị trí răng mất

Vị trí răng mất	Hàm trên	Hàm dưới	Chung	Giá trị p
Độ đặc				

của xương	n	%	n	%	n	%	
D1	0	0	0	0	0	0	P < 0,05
D2	1	11,1	20	80	21	61,8	
D3	8	88,9	5	20	13	38,2	
D4	0	0	0	0	0	0	
Tổng	9	100	25	100	34	100	

Nhận xét: Mật độ xương chủ yếu là xương D2 chiếm 61,8%; tiếp theo là xương D3 chiếm 38,2%, có sự khác biệt giữa hai hàm: hàm trên chủ yếu là D3 với 88,9%, hàm dưới chủ yếu là D2 với 80%. Chiều dày niêm mạc sừng hoá chủ yếu ≥ 2 mm chiếm 94,1%

3.5. Chiều dày niêm mạc sừng hoá.

Chiều dày niêm mạc sừng hoá chủ yếu ≥ 2 mm chiếm 94,1%, < 2mm chiếm 5,9%

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 26 bệnh nhân với nữ giới (53,8%) nhiều hơn nam giới (46,2%). Tuổi trung bình là $45,6 \pm 9,6$, với tuổi nhỏ nhất là 28 tuổi, lớn nhất là 66 tuổi. Phần lớn đối tượng có độ tuổi từ 35 - 50 tuổi (57,1%). Kết quả tương tự nghiên cứu của Đàm Văn Việt (2013) là $42,2 \pm 14,8$ tuổi [4], Ningbo Geng và cộng sự (2024) là $46,25 \pm 13,86$ tuổi [5]. Sự tương đồng có thể do đây là độ tuổi có sức khoẻ toàn thân tốt, hiểu được sức nhai giảm do ảnh hưởng của việc mất răng, dẫn tới giảm chất lượng cuộc sống. Đồng thời cũng có thể do ở độ tuổi trung niên, có điều kiện tài chính ổn định nên muốn phục hình cố định bằng phương pháp cấy ghép implant.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy với 34 vị trí cấy trụ implant ETK (Pháp) có thiết kế rãnh xoắn nhỏ vùng cổ, nguyên nhân mất răng chủ yếu do sâu răng/bệnh lý tủy (97,1%), viêm quanh răng chỉ chiếm 2,9%, không có trường hợp nào mất răng do chấn thương hay bẩm sinh. Kết quả này tương đồng với tỷ lệ mất răng do biến chứng sâu răng/bệnh lý tủy và viêm quanh răng lần lượt trong nghiên cứu của một số tác giả Tạ Anh Tuấn (2007) (89,36% và 0%) [6], Phạm Thu Hằng (2013) (87,9% và 6,9%) [7]. Độ tuổi trung bình của chúng tôi là $45,6 \pm 9,6$ tuổi, thì bệnh lý chủ yếu là sâu răng và bệnh lý tủy trong khi bệnh lí nha chu thường diễn ra ở những người cao tuổi. Đồng thời, bệnh lí nha chu hoặc chấn thương răng gây tiêu xương hàm nhiều, nên nằm ngoài tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu của chúng tôi. Với nhóm thiếu răng do bẩm sinh chiếm 0%, có thể do người bệnh đi khám và điều trị sớm khi không thấy răng hàm mọc trên cung hàm.

Thời gian mất răng 6 - 12 tháng chiếm tỉ lệ cao nhất 41,2%, tỷ lệ này tương tự với nghiên

cứ của Nguyễn Ngọc Bích (2012) là 38,8% [8], có thể do kế hoạch điều trị phục hình sau nhổ răng cho người bệnh được thực hiện tốt, đồng thời sự kết hợp của chuyên khoa cấy ghép với các chuyên khoa khác như nội nha, nha chu hay phẫu thuật trong miệng,... ngày càng cải thiện và phát triển hơn. Ngoài ra, việc tuyên truyền của truyền thông về lợi ích của phục hồi răng bằng phương pháp cấy ghép implant cũng giúp người bệnh tiếp cận sớm hơn. Thời gian mất răng > 12 tháng chiếm 35,3%, và nhóm mất răng < 6 tháng chiếm tỷ lệ thấp nhất 23,5%. Điều này có thể do sau khi nhổ răng < 6 tháng xương hàm chưa hình thành đủ, hoặc mất răng > 12 tháng sẽ khiến sự tiêu xương diễn ra nhanh hơn, và vì thế không đủ kích thước xương phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn cho nghiên cứu của chúng tôi

Trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy nhóm răng hàm hàm dưới được cấy 25/34 trụ chiếm 73,5%, nhiều hơn nhóm răng hàm hàm trên 9/34 trụ chiếm 26,5%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Đàm Văn Việt (2008) là nhóm răng hàm hàm dưới chiếm 52,1% và nhóm răng hàm hàm trên là 10,4% [9]; Phạm Thu Hằng (2013) là nhóm răng hàm hàm dưới chiếm 67,2% và răng hàm hàm trên chiếm 13,8% [7]. Điều này có thể do răng hàm lớn hàm trên thường phải sử dụng kĩ thuật nâng xoang, ghép xương, không phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng của chúng tôi.

Chiều rộng xương có ích đều > 6mm, trong đó 6-9mm chiếm tỉ lệ cao nhất chiếm 61,8%, và > 9mm chiếm 38,2%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Đàm Văn Việt, chiều rộng xương có ích 7-10mm chiếm 85,42%, và > 10mm chiếm 4,16% [9], nghiên cứu của Phạm Thu Hằng (2013) chiều rộng có ích 6-8mm chiếm 65,5% và > 8mm chiếm 31% [7]. Chiều cao xương có ích > 12 mm phổ biến nhất chiếm 73,5%, và 10-12 mm là 26,5%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Đàm Văn Việt (2008) là chiều cao xương có ích > 12mm chiếm 75%, và từ 10-12mm là 18,75% [9]. Điều này rất phù hợp để đặt trụ implant với kích thước lớn nằm lí tưởng trong xương hàm mà không phải ghép xương, đảm bảo nâng đỡ cho phục hình sau này.

Mật độ xương D3 đối với hàm trên chiếm tỷ lệ cao 88,9% và đối với hàm dưới xương D2 chiếm chủ yếu 80%, không có trường hợp nào thuộc loại D1 hoặc D4. Điều này có thể do chúng tôi lựa chọn cấy ghép vùng răng hàm ở hàm trên, xương thường xốp, trong khi đó răng hàm hàm dưới thường là xương D2, và với xương D1 thường nằm ở vị trí vùng cằm. Kết quả này

tương tự với nghiên cứu của Hoàng Xuân Hùng (2021) với xương D2 chiếm 64,7%, xương D3 chiếm 32,4% và không có trường hợp nào có xương D4 [10].

Niêm mạc sừng hoá tại vị trí cấy ghép implant chủ yếu $\geq 2\text{mm}$, chiếm 94,1%. Điều này tạo điều kiện thuận lợi cho việc cấy ghép implant 1 thì, và ngăn ngừa sự tiêu xương mào trong quá trình lành thương, cũng như sau khi phục hình.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, cấy ghép implant có thiết kế rãnh xoắn nhỏ vùng cổ giúp phân bố áp lực vùng xương quanh cổ implant tốt hơn và giảm thiểu rõ rệt tiêu xương mào, đặc biệt trong giai đoạn lành thương, tăng tỷ lệ thành công sau phục hình 6 tháng đạt 100%. Tất cả bệnh nhân đều không đau, không sưng nề hay viêm nhiễm sau 7 ngày, không có biến chứng sau phẫu thuật. Ghi nhận sự hài lòng của bệnh nhân về chức năng ăn nhai và thẩm mỹ sau phục hình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Khorsand A, Rasouli-Ghahroudi AA, Naddafpour N et al** (2016). Effect of Microthread Design on Marginal Bone Level Around Dental Implants Placed in Fresh Extraction Sockets. *Implant Dent*, 25(1), 90-6.
2. **Bratu EA, Tandlich M, Shapira L** (2009). A rough surface implant neck with microthreads

- reduces the amount of marginal bone loss: a prospective clinical study. *Clinical Oral Implants Research*, 20(8), 827-32.
3. **Nam D-H, Kim P-J, Koo K-T et al** (2023). The cumulative survival rate of dental implants with micro-threads: a long-term retrospective study. *Journal of Periodontal & Implant Science*, 53.
 4. **Đàm Văn Việt** (2013). Nghiên cứu điều trị mất răng hàm trên từng phần bằng kỹ thuật implant có ghép xương, Luận án tiến sĩ y học. Đại học Y Hà Nội.
 5. **Geng N, Ren J, Zhang C et al** (2024). Immediate implant placement in the posterior mandibular region was assisted by dynamic real-time navigation: a retrospective study. *BMC Oral Health*, 24(1), 208.
 6. **Tạ Anh Tuấn** (2007). Nghiên cứu ứng dụng implant nha khoa để nâng cao hiệu quả phục hình nha khoa, Đề tài khoa học cấp bộ, Bộ quốc phòng.
 7. **Phạm Thu Hằng** (2013). Đánh giá kết quả implant nha khoa hệ thống bio-horizons tại bệnh viện răng hàm mặt trung ương Hà Nội năm 2011 - 2013, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
 8. **Nguyễn Ngọc Bích** (2012). Nhận xét kết quả cấy ghép implant Seven của MIS trong phục hình răng cố định, Luận văn thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
 9. **Đàm Văn Việt** (2008). Bước đầu đánh giá kết quả cấy ghép implant nha khoa trong phục hình răng cố định bằng hệ thống Platon tại Viện Răng Hàm Mặt Quốc Gia 2006-2008, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
 10. **Hoàng Xuân Hùng** (2021). Sử dụng máng hướng dẫn phẫu thuật cấy ghép implant muôn cho bệnh nhân mất răng từng phần vùng răng sau, Luận văn thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.

DẤU HIỆU 'SPOT' VÀ 'VỆ TINH' Ở BỆNH NHÂN CHẢY MÁU NÃO NGUYÊN PHÁT: ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH VÀ LIÊN QUAN ĐẾN GIA TĂNG KHỐI MÁU TỤ

Trần Thị Ngọc Trường¹, Nguyễn Thị Thanh Bé²,
Luyện Trung Kiên³, Đồng Thị Thu Trang³, Phạm Đình Đài¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh của dấu hiệu (DH) "spot" trên chụp cắt lớp vi tính mạch não (CTA), DH "vệ tinh" trên chụp cắt lớp vi tính (CT) sọ não và đánh giá mối liên quan giữa hai DH này với nguy cơ gia tăng khối máu tụ (KMT) ở bệnh nhân (BN) đột quỵ chảy máu não (CMN) nguyên phát. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 116 BN CMN nguyên phát được chụp CTA trong vòng 6 giờ kể từ khi khởi phát. Đánh giá sự hiện

diện của DH "spot", "vệ tinh", và các đặc điểm thuộc thang điểm Spot Sign Score (SSS), sau đó so sánh giữa hai nhóm có và không tăng KMT (HE và Non-HE). **Kết quả:** Tỷ lệ DH "spot" là 39,66%, trong đó nhóm HE chiếm 68,75%, cao gấp 2,4 lần so với nhóm Non-HE (28,57%), $p < 0,001$. DH "vệ tinh" xuất hiện ở 18,10% BN, cao hơn đáng kể ở nhóm HE (34,38% so với 11,90%; $p = 0,005$). Đồng thời xuất hiện cả hai DH ở nhóm HE cao gấp 3 lần nhóm Non-HE (25,00% so với 8,33%; $p = 0,017$). Về thang điểm "spot", các đặc điểm có ý nghĩa gồm: đường kính ngang lớn nhất của "spot" $\geq 5\text{ mm}$ (86,36% ở nhóm HE so với 33,33%; $p < 0,001$) và $\text{SSS} \geq 2$ (86,36% so với 45,83%; $p = 0,015$). **Kết luận:** DH "spot", "vệ tinh", và thang điểm "spot" có giá trị tiên lượng cao trong dự đoán nguy cơ gia tăng KMT ở BN CMN nguyên phát. Việc kết hợp các DH này giúp tăng độ chính xác trong phân tầng nguy cơ, hỗ trợ ra quyết định điều trị phù hợp. **Từ khóa:** CMN nguyên phát, DH "spot", DH "vệ tinh", gia tăng KMT.

¹Bệnh viện Quân y 103

²Bệnh viện 354

³Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Ngọc Trường

Email: drngoctrung103@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2025

Ngày duyệt bài: 17.9.2025