

NHẬN XÉT KẾT QUẢ CẤY GHÉP IMPLANT NHA KHOA TRONG ĐIỀU TRỊ PHỤC HÌNH RĂNG CỐ ĐỊNH BẰNG IMPLANT CỦA HÃNG NOBLE BIOCARE

ĐOÀN THANH GIANG

ĐẶT VẤN ĐỀ

Khi bệnh nhân bị mất răng, làm răng giả thay thế những răng đã mất nhằm phục hồi các chức năng ăn nhai, thẩm mỹ và phát âm cho bệnh nhân là cần thiết. Mất răng có nhiều nguyên nhân gây ra như tai nạn, biến chứng sâu răng và các bệnh lý tuỷ răng, viêm quanh răng.

Tình trạng mất răng cũng rất đa dạng do đó ảnh hưởng đến chức năng ăn nhai, thẩm mỹ và phát âm với các mức độ khác nhau.

Trong nha khoa, kỹ thuật cấy ghép implant là kỹ thuật tối ưu trong phục hình cố định. Kỹ thuật Implant giải quyết được rất nhiều trường hợp bệnh nhân mất răng mà kỹ thuật phục hình cố định trước đây không làm được và đem lại kết quả tốt nhất cho bệnh nhân (phục hồi gần như hoàn toàn chức năng ăn nhai, thẩm mỹ và phát âm...v.v).

Implant là những trụ được làm bằng Titanium, implant nha khoa làm bằng titanium đầu tiên trên thế giới được Per-Ingvan Brånemark cấy năm 1965 tại Thụy Điển, sau được ứng dụng phổ biến trong phục hình răng giả từ cuối những năm 80 của thế kỷ trước.

Năm 1986 bệnh nhân implant đầu tiên tại Việt Nam được cấy ở viện Răng Hàm Mặt quốc gia với sự giúp đỡ của chuyên gia Ý. Từ 10 năm gần đây việc cấy ghép implant được thực hiện như một kỹ thuật phổ biến trong các bệnh viện chuyên ngành Răng Hàm Mặt, cũng như ở các trung tâm Răng Hàm Mặt lớn ở Việt Nam.

Hiện nay implant nha khoa được nhiều hãng cung cấp như: Nobel Biocare, HiTec, Mis, Dentis.vv.. Trong đó chúng tôi thấy implant của Nobel Biocare có nhiều ưu điểm.

Do vậy chúng tôi chọn implant của hãng Nobel Biocare, đánh giá và nhận xét kết quả cấy ghép implant nha khoa trong điều trị phục hình răng cố định tại bệnh viện đa khoa Trảng An và nha khoa Liên Thanh với hai mục tiêu:

1. **Nhận xét lâm sàng và X Quang những bệnh nhân mất răng có chỉ định cấy ghép implant.**

2. **Đánh giá kết quả sau cấy ghép implant trên lâm sàng và X Quang.**

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

1. Đối tượng nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, xương hàm vùng mất răng có:

- Chiều cao xương hàm tối thiểu 8mm.
- Độ dày xương hàm tối thiểu 6mm (chiều tiền đình lưỡi).
- Khoảng mất răng theo chiều gần xa tối thiểu 6mm.
- Khoảng trống từ sống hàm đến răng đối diện tối thiểu 5mm.
- Mật độ xương hàm vùng cấy implant từ độ I đến độ IV.
- Chấp nhận phương pháp cấy ghép implant.
- Không có các chống chỉ định.

Tiêu chuẩn loại trừ:

o Những bệnh nhân có chống chỉ định cấy ghép implant.

+ Bệnh tim mạch: Bệnh van tim, nhồi máu cơ tim, dị tật tim bẩm sinh.

+ Bệnh máu ác tính: Bệnh bạch cầu, bệnh máu khó đông.

+ Bệnh về xương.

+ Các bệnh về hệ thống miễn dịch: Ung thư đang tiến triển, AIDS, ghép tạng.

- Không tuân thủ được đúng lịch trình của cấy ghép implant mà bác sĩ đưa ra.

Cỡ mẫu:

- Chúng tôi chọn các bệnh nhân đạt tiêu chuẩn về sức khoẻ để cấy ghép implant, gồm 50 bệnh nhân được cấy implant loại Nobel Biocare, trong đó:

+ Hồi cứu 30 bệnh nhân.

+ Tiến cứu 20 bệnh nhân.

• Địa điểm:

+ Bệnh viện đa khoa Trảng An.

+ Phòng khám nha khoa Liên Thanh tại địa chỉ: 30A Xóm Hạ Hồi-Hoàn Kiếm-Hà Nội

Thời gian: Từ tháng 1-2007 đến tháng 12-2008.

2. Phương pháp nghiên cứu.

- Nghiên cứu của chúng tôi thuộc loại nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu trên lâm sàng.

Khám bệnh nhân.

Khám toàn thân.

- Sức khoẻ tổng quát.

- Khám ngoài miệng

Khám trong miệng.

- Sau khi bệnh nhân có nguyện vọng được điều trị phục hình bằng phương pháp cấy ghép implant, chúng tôi sẽ khám toàn thân và tại chỗ theo mẫu bệnh án chuyên khoa (xem phụ lục).

- Há miệng: < 3 cm khó làm, > 3.5 cm

- Nguyên nhân mất răng.

- Các phục hình cũ nếu có.

- Tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

- Tật nghiêng răng.

- Hình dáng khuôn mặt.

- Tình trạng răng còn lại.

- Niêm mạc vùng phục hình.

- Hình dạng sống hàm.

- Tình trạng vệ sinh răng miệng.

- Tình trạng khớp cắn.

- Kế hoạch điều trị tạo chỗ cho implant.

- Kế hoạch cấy ghép implant.

Nếu bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn chúng tôi sẽ tiến hành chụp phim

X-Quang.

Phim Panorama:

Chụp phim X-Quang.

Phim X-Quang cận chóp.

Xét nghiệm cận lâm sàng.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Phân bố các răng được phục hồi trên cung hàm.

Nhóm Răng	Hàm Trên			Hàm Dưới			Tổng số
	Răng cửa	Răng hàm nhỏ	Răng hàm lớn	Răng cửa	Răng hàm nhỏ	Răng hàm lớn	
Số răng	13	2	9	1	4	38	67
Tỷ lệ%	19,4	3,0	13,4	1,5	6,0	56,7	100

Nhận xét: Kết quả bảng trên cho thấy hàm trên mất răng chủ yếu là răng cửa (19,4%), trong khi đó hàm dưới chủ yếu là răng hàm lớn (56,7%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$.

Chiều cao hữu ích của xương hàm vùng mất răng

Chiều cao cung xương hàm vùng mất răng hàm trên phân bố tương đương nhau giữa các mức, trong khi đó cung xương hàm dưới chủ yếu ở mức 12-14mm (55,8%).

Độ dày của xương hàm vùng mất răng.

Kết quả cho thấy độ dày của xương hàm vùng mất răng từ 9-10mm ở hàm dưới (69,8%) và hàm trên (54,2%) chiếm đa số.

Mật độ của xương hàm lúc đặt implant trên X-Quang.

Mật độ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
I	0	0
II	52	77,6
III	14	20,9
IV	1	1,5
Tổng	67	100

Nhận xét: Mật độ xương hàm lúc đặt implant hầu hết độ II (77,6%), độ III (20,9%), một số ít độ IV (1,5%) với ($P < 0,05$).

Chiều dài các implant được cấy.

Đối với hàm trên: Số lượng implant có chiều dài 10 mm và 3mm tương đương nhau (45,8%), trong khi đó hàm dưới chiều dài 13mm chiếm chủ yếu (74,4%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với ($P < 0,01$).

Đường kính implant được cấy.

Tỷ lệ chung sử dụng implant có đường kính 5mm chiếm đa số (67,2%), trong đó hàm trên (58,3%) và hàm dưới (72,1%).

Thời gian đau sau phẫu thuật.

Thời gian đau	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không đau	64	95,5
Đau trong 1 ngày	3	4,5
Đau trong 2 ngày	0	0
Đau lâu hơn 2 ngày	0	0
Tổng số	67	100,0

Nhận xét: Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu sau khi cấy đều không có biểu hiện đau (95,5%), một số ít bệnh nhân đau trong 1 ngày (4,5%).

Đánh giá sự tích hợp xương sau cấy ghép implant

Tích hợp xương	Số lượng	Tỷ lệ %
Có tích hợp xương	66	98,5
Không tích hợp xương	1	1,5
Tổng số	67	100,0

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân sau cấy implant tích hợp xương tốt (98,5%), chỉ có 1 trường hợp không tích hợp xương và đào thải (1,5%).

Biến chứng sau cấy implant.

Biến chứng sau cấy implant.

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không có biến chứng	66	98,5
Thải loại implant	1	1,5
Viêm quanh implant	0	0
Tiêu xương quanh implant	0	0
Lông abutment	0	0
Tổng số	67	100,0

Nhận xét: Trong nghiên cứu có biến chứng sớm là lệch hướng implant (1,5%) và biến chứng muộn thải loại implant (1,5%).

BÀN LUẬN

Trong thập kỷ qua với những tiến bộ khoa học vượt bậc, với sự ra đời của những vật liệu nha khoa cũng như những kỹ thuật nha khoa mới đã cải thiện sự thành công của nha khoa phục hồi và thẩm mỹ. Đáng chú ý nhất là kỹ thuật cấy ghép trong nha khoa, hiện nay implant nha khoa là một phương pháp thay thế răng mất được nhiều người chấp nhận. Kết quả sau khi phục hình bằng phương pháp này về thẩm mỹ và chức năng đã thoả mãn được yêu cầu của bệnh nhân, tuy nhiên kết quả này còn tùy thuộc vào nhiều yếu tố như: Chọn implant của hãng nào, tay nghề của phẫu thuật viên cũng như bác sĩ làm phục hình sau cấy ghép. Qua kết quả cấy ghép và phục hình 67 răng của 50 bệnh nhân mất răng do nhiều nguyên nhân khác nhau chúng tôi thấy một số vấn đề cần được đề cập tới, trong nghiên cứu này chúng tôi cũng đưa ra những yếu tố thuận lợi và khó khăn trong quá trình cấy ghép cũng như mô tả quá trình thực hiện để các bác sĩ nha khoa tham khảo khi điều trị implant nhằm đạt kết quả cao nhất.

1. Chiều cao cho phép đặt implant của xương hàm vùng mất răng.

Chiều cao cho phép đặt implant để cấy ghép implant ở hàm trên được tính từ mào xương ổ răng đến sàn xoang hàm hoặc sàn hốc mũi, ở hàm dưới được tính từ mào xương ổ răng đến điểm cách bờ trên ống răng dưới 2mm đối với vùng sau lỗ cằm và từ mào xương ổ răng đến bờ dưới xương hàm dưới ở vùng trước lỗ cằm, được đánh giá bằng việc đo trên phim X-Quang Panorama.

Chiều cao xương hàm vùng mất răng ở hàm trên phân bố tương đương nhau giữa các mức, trong khi đó xương hàm dưới có chiều cao phổ biến ở mức 12-14mm (55,8%), tiếp đến là ≥ 15 mm (chiếm 25,6%). Chiều cao trung bình vùng mất răng là 13,7mm, kết quả này tương đương trong nghiên cứu của tác giả Tạ Anh Tuấn là 13,60mm [9]. Điều đó cho thấy trong nghiên cứu của chúng tôi những bệnh nhân mất răng đến cấy implant có thời gian mất răng chưa lâu, đa số là dưới 2 năm (chiếm 83,6%), chưa có hiện tượng tiêu xương hàm nhiều.

2. Độ dày xương hàm vùng mất răng:

Độ dày xương hàm vùng mất răng được đo theo chiều trong-ngoài, ở vị trí giữa của chiều cao cho phép đặt implant. Trong nghiên cứu của chúng tôi độ dày xương hàm hay gặp nhất từ 9-10mm (hàm trên chiếm 54,2%, hàm dưới chiếm 69,8%). Do trong 50 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu mất răng cối lớn hàm trên và dưới, đồng thời bệnh nhân đến cấy implant sớm dưới 2 năm khi đó xương hàm chưa tiêu nhiều, kết quả

nghiên cứu tương đương trong nghiên cứu của tác giả Phạm Thanh Hà [8].

3. Mật độ xương:

- Mật độ xương tại nơi cấy ghép có vai trò quan trọng cho việc thành công của phương pháp implant. Mật độ xương được các phẫu thuật viên xác định thông qua thăm khám đánh giá trên XQuang, trên lâm sàng phẫu thuật viên khoan thăm dò bằng mũi khoan đầu tiên có giá trị rất lớn nó quyết định việc sử dụng mũi khoan tiếp theo sao cho phù hợp với kích thước implant đã lựa chọn. Tình trạng mật độ xương tại nơi cấy ghép trong nghiên cứu này của chúng tôi khá tốt, thuận lợi cho việc cấy ghép implant, trong tổng số 67 răng mất được cấy ghép implant 52 trường hợp (77,6%) tốt, 14 trường hợp trung bình (20,9%), có 1 trường hợp kém mật độ xương loại IV (1,5%). Đây là một yếu tố có thể tiên lượng cho tỷ lệ cấy ghép implant cao hay không.

- Tác giả Phạm Thanh Hà [8] và một số tác giả khác đánh giá mật độ xương hàm vùng cấy implant làm 4 nhóm từ I đến IV:

Độ I. Xương hàm toàn là xương đặc đồng nhất

Độ II. Xương có lớp vỏ đặc dày bao quanh tuỷ xương có nhiều bè xương đặc.

Độ III. Xương có lớp vỏ đặc mỏng bao quanh tuỷ xương có nhiều bè xương đặc

Độ IX: Xương có lớp vỏ đặc mỏng quanh tuỷ xương và có nhiều bè xương mỏng.

- Theo Brånemark và cộng sự (1985) [24], nhóm II tương đương với mức độ tốt, nhóm III mức độ trung bình, nhóm I và IV là mức độ kém trong nghiên cứu của chúng tôi. nghiên cứu của chúng tôi cũng như của hai tác giả trên đều là những nghiên cứu nhỏ, số lượng bệnh nhân ít, sự chênh lệch này chỉ là ngẫu nhiên, chúng ta cần có những cỡ mẫu lớn hơn và có những nghiên cứu riêng biệt về đặc điểm giải phẫu và độ đặc xương hàm của người Việt Nam. Một số tác giả nước ngoài cho thấy độ đặc xương hàm thuộc nhóm II dao động từ 60–80%.

4. Kích thước các implant được sử dụng trong cấy ghép.

- Trong nghiên cứu chúng tôi chọn implant của hãng Nobel Biocare và phương pháp cấy một thì không phải phẫu thuật vạt lợi, giảm được thời gian chờ phục hình răng giả trên implant. Sau khi cấy implant bệnh nhân ít đau, vùng lợi ít tổn thương không bị sưng nề nhiều như trong cấy ghép hai thì có phẫu thuật vạt lợi.

- Trong nghiên cứu, chúng tôi sử dụng 3 loại implant có chiều dài là 10mm, 13mm, 16mm và có đường kính là 3.5mm, 4.3mm, 5.0mm. Việc quyết định sử dụng kích thước của implant phụ thuộc vào các thông số đo được tại vị trí răng mất cũng như mật độ xương tại nơi cấy ghép.

5. Chiều dài implant.

Chúng tôi sử dụng implant Nobel Replace Tapered. Tỷ lệ sử dụng implant có chiều dài 13mm cao nhất (64,2%), Tiếp theo implant có chiều dài 10mm (32,8%), implant có chiều dài 16mm chiếm tỷ lệ thấp nhất (3,0%) và chỉ có ở hàm trên. Như vậy đối với xương hàm trên chúng tôi sử dụng implant có chiều dài 10mm và 13mm tương đương nhau (45,8%), trong khi đó hàm dưới sử dụng phổ biến implant có chiều dài 13mm (74,4%) phù hợp với chiều cao xương hàm của người Việt Nam. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với ($P < 0,01$).

6. Đường kính implant.

- Đường kính của implant có 3 loại đó là 3.5mm; 4.3mm và 5.0mm. Tỷ lệ sử dụng implant có đường kính 5.0mm cao nhất (67,2%). Tiếp đến implant có đường kính 4.3mm (31,3%), implant đường kính 3.5mm (1,5%). Phù hợp với độ dày của xương hàm vùng mất răng được cấy implant, trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu răng cối lớn.

- Nghiên cứu của chúng tôi có khác biệt với nghiên cứu của tác giả Tạ Anh Tuấn[9], sử dụng loại implant có chiều dài 10mm (52,54%) và đường kính 4.1mm (52,54%) chiếm cao nhất, chỉ có thể giải thích được điều này do những bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu mất răng cối lớn hàm trên và dưới, đồng thời xương hàm chưa bị tiêu xương.

7. Đánh giá mức độ đau và viêm của bệnh nhân sau phẫu thuật.

- Trong nghiên cứu đánh giá cảm giác đau chủ quan của bệnh nhân vì đây là câu hỏi hay gặp nhất, chúng tôi đánh giá triệu chứng này nhằm mục đích ghi nhận thông tin phản ánh từ phía bệnh nhân để bác sĩ có thể giải thích và tư vấn tâm lý làm giảm lo lắng và căng thẳng cho bệnh nhân.

- Đa số bệnh nhân đau ít trong vài giờ đầu sau cấy implant (95,5%), và sang ngày thứ hai bệnh nhân không có cảm giác đau sau phẫu thuật, chỉ thấy cảm giác nặng nề và có rất ít bệnh nhân đau kéo dài trong 1 ngày (4,5%), trong khi đó nghiên cứu của tác giả Tạ Anh Tuấn có 6 trường hợp đau nhiều (10,17%) [9], là do trong nghiên cứu chúng tôi lựa chọn phương pháp cấy ghép implant 1 thì không phải phẫu thuật vạt lợi như trong phẫu thuật 2 thì.

- Đa số bệnh nhân chỉ thấy phù nề rất nhẹ, khó phân biệt được bằng mắt thường (95,5%), một số ít phù nề nhẹ (4,5%). Điều này chứng tỏ khâu vô trùng của chúng tôi rất tốt.

8. Đánh giá độ vững chắc của implant.

- Ổn định sơ khởi hoàn toàn tốt, lực vặn implant trên 30-40 N/cm². Đủ tiêu chuẩn có thể làm phục hình, nhưng chúng tôi thường để lại sau hai tháng mới tiến hành lắp abutment. Hầu hết ổn định sơ khởi tốt lực vặn implant đạt trên 35-40N/cm² (95,5%), có một trường hợp ổn định sơ khởi kém lực vặn implant < 30 N/cm² (1,5%).

- Độ vững chắc của implant được xác định bằng mắt và đánh giá theo chỉ số lung lay răng Garry C, có 1 trường hợp lung lay độ 3 (1,5%)

9. Thời gian sau hai tháng, tiến hành kiểm tra trên lâm sàng và X-Quang:

• Trên lâm sàng:

- Bệnh nhân không cảm thấy đau, tổ chức mềm xung quanh implant hoàn toàn bình thường, không sưng nề.

- Bệnh nhân ăn nhai và phát âm bình thường.

- Không có hiện tượng lung lay vít implant.

- Kiểm tra khớp cắn hoàn toàn bình thường, đủ điều kiện để làm phục hình trên implant.

- Về mặt tâm lý: Bệnh nhân hoàn toàn hài lòng và sẵn sàng làm phục hình trên implant.

• XQuang.

- Tích hợp xương: Chúng tôi cấy ghép 67 implant cho 50 bệnh nhân đều tích hợp xương tốt ngay sau 1

tháng. Thời gian trung bình sau 2 tháng (92,5%), có 1 trường hợp không tích hợp xương và thải loại implant (1,5%), kỹ thuật đặt implant không phức tạp, các bước làm rõ ràng.

- Như vậy chúng ta thấy được tỷ lệ thành công của các nghiên cứu trên khá cao, gần như với tỷ lệ tuyệt đối, mặc dù về số lượng và mẫu nghiên cứu tương đối khác nhau giữa các nghiên cứu nhưng cũng cho ta thấy một tỷ lệ thành công của phương pháp cấy ghép implant nha khoa.

10. Các biến chứng khi cấy ghép implant.

Tỷ lệ các biến chứng gặp phải trong quá trình cấy ghép bao gồm các biến chứng gần và biến chứng xa xảy ra nhiều tháng sau khi phục hình răng. Trong nghiên cứu chúng tôi cấy ghép 67 chiếc implant trên 50 bệnh nhân xảy ra 1 biến chứng gần là lệch hướng implant (1,5%) và 1 trường hợp biến chứng xa là thải loại implant 1,5%.

11. Tỷ lệ thành công của implant Nobel Biocare:

- Kỹ thuật cấy ghép implant đã có hơn 40 năm, cho đến nay người ta không còn nghi ngờ gì về sự thành công của phương pháp này. Tỷ lệ thành công trong nghiên cứu này là (98,5%), cao hơn trong nghiên cứu của tác giả Tạ Anh Tuấn [9] nghiên cứu trên 47 bệnh nhân với implant của hãng TIS (Hàn Quốc) là 95%.

- Quá trình cấy ghép 67 Implant trên 50 bệnh nhân, chúng tôi đạt tỷ lệ thành công (98,5%) có 1 implant bị thải loại và phải cấy ghép lại.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu cấy ghép và phục hình 67 implant trên 50 bệnh nhân chúng tôi đưa ra kết luận sau:

1. Đặc điểm lâm sàng và X Quang bệnh nhân mất răng được cấy ghép implant.

- Độ tuổi trung bình là 46,8 người ít tuổi nhất là 22 tuổi và người nhiều tuổi nhất là 68 tuổi.

- Tỷ lệ bệnh nhân tuổi từ 45 chiếm nhiều nhất (62%), nam giới gặp nhiều hơn nữ 66% /34%.

- Nguyên nhân mất răng phổ biến là do biến chứng sâu răng, bệnh lý tuỷ răng (68,7%), đa số trường hợp mất răng ở vị trí răng hàm lớn (70,1%),

- Nghề nghiệp là doanh nhân và công chức (88%), sinh viên (6%) và cán bộ nghỉ hưu (6%)

- Thời gian mất răng: Hầu hết những bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có thời gian mất răng từ một năm trở lên (70,1%).

- Chiều cao xương hàm hữu ích vùng mất răng: Hàm trên từ 12-15mm chiếm (75%), hàm dưới từ 12-14mm chiếm đa số (55,8%).

- Độ dày xương hàm vùng mất răng (chiều ngoài - trong) từ 9-10mm chiếm đa số (64,2%)

- Chiều rộng khoảng mất răng (chiều gần - xa) chủ yếu từ 9,5-10,5mm (43,3%)

- Trên XQuang mật độ xương hàm vùng mất răng tại nơi cấy ghép tốt độ II (77,6%) và độ III (20,9%), có 1 trường hợp xương loại xấu, mật độ xương loại IV (1,5%).

- Hàm trên: Số lượng implant có chiều dài 10mm và 13mm được sử dụng như nhau (45,8%).

- Hàm dưới: Số lượng implant có chiều dài 13mm được sử dụng nhiều nhất (74,4 %), implant đường kính 5mm được sử dụng nhiều nhất (67,2%)

2. Đánh giá kết quả sau cấy implant trên lâm sàng XQuang.

- Tình trạng viêm nhiễm sau phẫu thuật chỉ có 3/67 phù nề nhẹ (4,5%)

- Mức độ đau sau phẫu thuật có 3/67 trường hợp có phản ứng đau trong 1 ngày (4,5%).

- Biến chứng gần 1 trường hợp cấy ghép implant lệch hướng (1,5%) và biến chứng muộn có 1 trường hợp bị thải loại implant (1,5%) xảy ra trong quá trình cấy ghép.

- Mức độ vững chắc của implant ngay sau phẫu thuật, mức độ tốt (95,5%), trung bình (3%) và kém (1,5%)

- Mức độ vững chắc của implant sau thời gian tích hợp xương, trước khi làm phục hình tốt (98,5%), kém (1,5%): (Thất bại).

- Sau phục hình bệnh nhân hài lòng về thẩm mỹ, ăn nhai tốt như răng thật, không đau, không bị dể thức ăn.

- Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ thành công cấy ghép implant (98,5%)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Khoái (1977), "Biểu hiện lâm sàng của sự mất răng", *Răng hàm mặt tập 1. Nhà xuất bản Y học*, tr.296 – 297.

2. Trần Thiên Lộc (1998), "Giới thiệu môn phục hình răng và đại cương phục hình răng cố định", *Bài giảng phục hình răng cố định Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh*, Tr 1 – 2.

3. Phạm Thanh Hà (2007), "Sử dụng kỹ thuật cấy ghép implant nha khoa để làm phục hình định cho bệnh nhân mất răng", *Y học thực hành*, số 2, tập 564, Tr. 80- 85.

4. Luis R. Guerra, DDS, MS(1997), "Implants in Dentistry", *Professor Department of Prosthodontics Louisiana State University School of Dentistry New Orleans, Louisiana*. Pp. 1-585.

5. Carl E.Misch, DDS (2002). "Dental Implant Prosthetics", *Department of Prosthodontics Louisiana State University School of Dentistry New Orleans, Louisiana*.

6. Michael S. Block, DDS. (1997), "Implants in Dentistry", *Professor Department of Oral and Maxillofacial Surgery Assitant Dean for Research Louisiana State University School of Dentistry New Orleans, Louisiana*.

7. Aldell R; Lekholm U and Brånemark P. I (1985). "Surgical procedures". In: Brånemark P.I., Zarb G.A and Albrektsson T., eds. *Tissue integrated Protheses. Osseointegration in clinical dentistry. Chicago; Quistessence*. pp. 211 – 232.

8. Albrektsson T; Brånemark P.I, Hansson H. A, Lindstrom J.(1981). "Oseointegrated titanium implants. Requirements for enswing a longlasting, direct bone anchorage in man". *Acta orthopaedica Scandinavica*. Vol. 52, Pp. 155-170.

9. Gelb D.A(1993). " Immediate implant surgery. Three year retrospective evaluation of 50 consecutive case". *International journal of oral and maxillofacial implants*. Vol. 8, pp. 400- 408.