

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÁI BÌNH
BỘ MÔN RĂNG HÀM MẶT

MÔ MỀM VÙNG CÂY GHÉP RĂNG

GIẢNG VIÊN: TS.BSCKII. VŨ ANH DŨNG

HƯNG YÊN, 11/2025

MỤC TIÊU BÀI HỌC

- 1. Trình bày được đặc điểm giải phẫu của mô mềm liên quan trong cấy ghép implant*
- 2. Trình bày vai trò quan trọng và phương pháp đánh giá, phân loại mô mềm khi cấy ghép implant.*



MỞ ĐẦU

- Mô mềm quanh implant có vai trò quan trọng đến quá trình tích hợp xương, tình trạng tiêu xương quanh implant (TXQI), thẩm mỹ của implant ở vùng răng trước
- Dạng sinh học được đánh giá: độ dày lợi, hình thái học của lợi, lợi kẽ răng
- Phân loại mô mềm ảnh hưởng đến chỉ định phẫu thuật, phương pháp và qui trình phẫu thuật, vị trí cấy ghép và ghép mô.



MỞ ĐẦU

- Dạng lợi mỏng: tăng TXQI, làm mất hình dạng nhú lợi, xuất hiện khoảng trống hình tam giác đen giữa các răng
- Tầm quan trọng về thẩm mỹ cũng như lành mạnh của mô quanh implant cần được quan tâm đặc biệt ở vùng răng trước.

MỞ ĐẦU

- Khi mất răng, hình thái giải phẫu vùng mặt thay đổi:
 - Giảm chiều cao mặt
 - Mất góc môi cằm
 - Rãnh mũi má, rãnh mũi môi sâu
 - Giãn cơ cằm làm cằm xoay ra trước đến trước đầu mũi
 - Góc môi giảm làm vẻ mặt u sầu

MỞ ĐẦU

- Khi mất xương theo chiều đứng: chiều rộng lợi dính giảm, tăng lợi không sừng hóa, do đó lợi dễ bị chấn thương dưới tác động của lực nhai
- Ở hàm dưới teo nhiều, sống hàm phẳng nên lợi dính rất mỏng và xâm nhập lợi di động lên đỉnh sống hàm

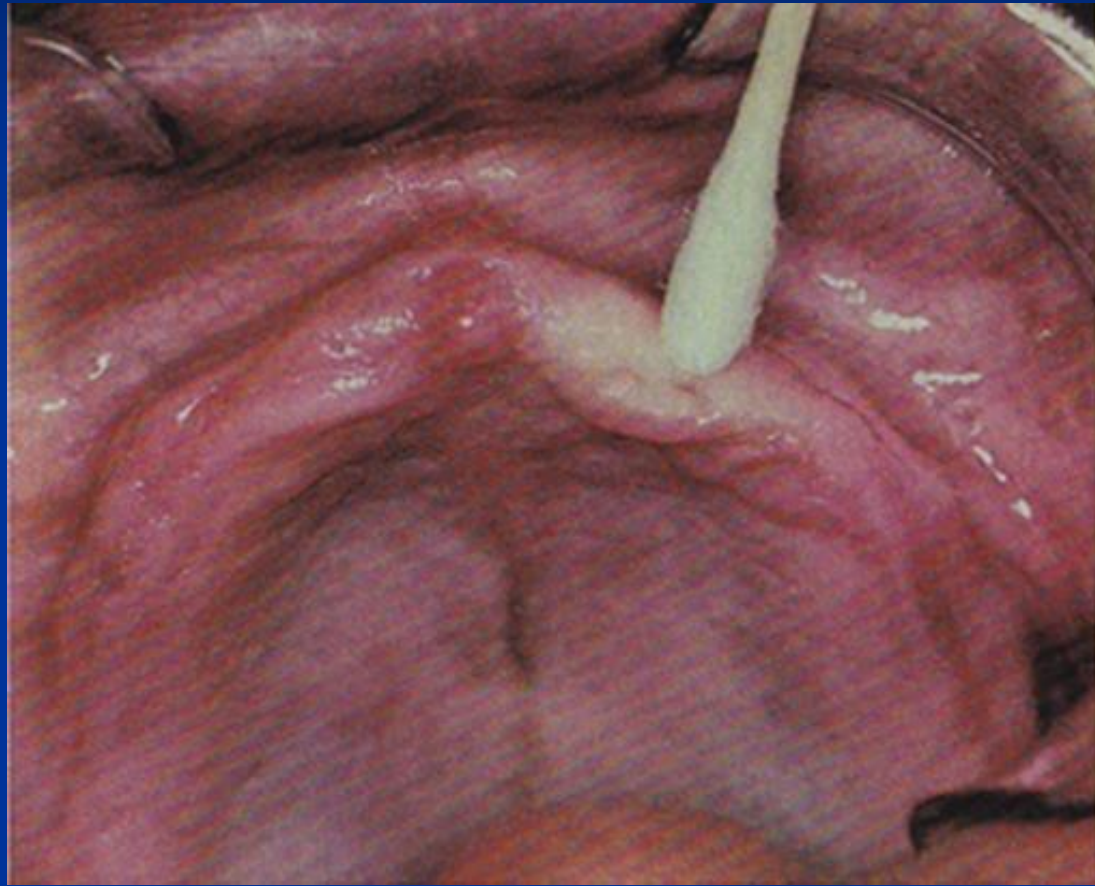
MỞ ĐẦU

- Các phanh môi, má, lưỡi bám cao lên đỉnh sống hàm
- Lợi phủ trên sống hàm di động



Gây bất lợi
cho việc
mang phục
hình

MỞ ĐẦU



Mảnh lợi di động trên sống hàm gây khó khăn đến phục hình

TS.BSCKII. VŨ ANH DŨNG

1. ĐÁNH GIÁ MÔ MỀM KHI CÂY GHÉP IMPLANT

1. Độ cao của đường cười
2. Chất lượng lợi gồm: chiều cao, độ dày lợi sừng hóa
3. Loại mô nha chu
4. Gai lợi những răng kế cận
5. Đường viền thẩm mỹ lợi
6. Đánh giá sự tiêu xương và lợi ở vùng mất răng

1.1. Đường cười

- Đường cười là đường tưởng tượng theo bờ dưới của môi trên giãn ra khi cười
- Đường cười được đánh giá khi bệnh nhân cười tối đa và cười tự nhiên
- Đường cười quá cao, cười hở lợi sẽ gây ảnh hưởng rất nhiều đến thẩm mỹ của phục hình trên implant tại vùng răng cửa.

1.1. Đường cười



Đường cười

1.1. Đường cười

Phân loại đường cười :

- Loại 1 (Đường cười rất cao - cười hở lợi) : thấy hơn 2mm lợi viền hoặc hơn 2mm từ phía chóp đến đường nối men-xê măng trong trường hợp bị tụt lợi nhưng mô nha chu khỏe mạnh



1.1. Đường cười

Phân loại đường cười :

- Loại 2 (Đường cười cao): thấy từ 0 - 2mm lợi viền



- Loại 3 (Đường cười trung bình): chỉ thấy lợi ở khoang kẽ răng



1.1. Đường cười

Phân loại đường cười :

- Loại 4 (Đường cười thấp): không thấy nhú lợi ở khoang kẽ răng



1.1. Đường cười

■ Ở người Việt Nam:

- Có 98,8 % lộ mô nha chu khi cười tối đa
- 86,6 % có lộ mô nha chu khi cười tự nhiên
- Việc điều trị cấy ghép implant trên người Việt Nam đặc biệt ở vùng răng trước khó đạt thẩm mỹ.

1.1. Đường cười

- Khi thực hiện phục hồi thẩm mỹ nụ cười nên dựa trên:
 - Các đặc điểm của người Việt Nam
 - Lấy ý kiến của bệnh nhân về nụ cười
 - Chụp ảnh nụ cười lúc cười tự nhiên và cười tối đa trước điều trị để thảo luận với BN.



Cười hở lợi nhẹ < 2mm



Cười hở lợi trung bình
2 – 4 mm



Cười hở lợi nặng

4- 6 mm



Cười hở lợi rất nặng

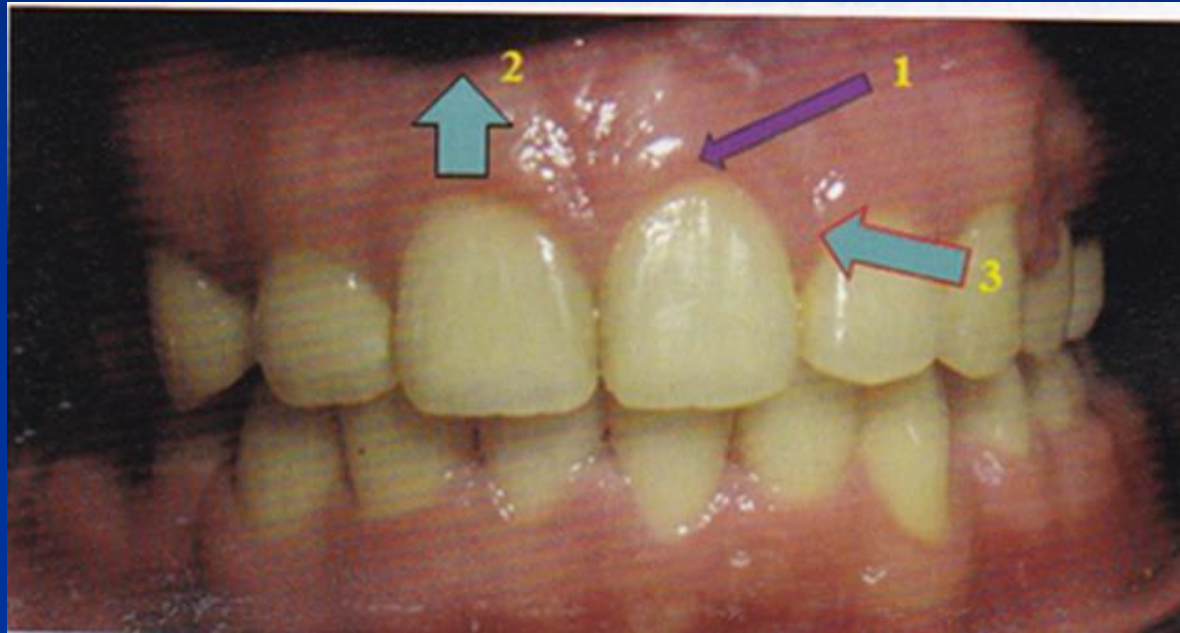
> 6 mm

PHÂN LOẠI ĐƯỜNG CƯỜI ĐỂ ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ HỞ LỢI

1.2. Chất lượng lợi

- Lợi gồm có biểu mô và mô liên kết
- Lợi bao quanh các răng, che phủ xương ổ răng, kẽ răng cho đến đường nối lợi-niêm mạc ở mặt ngoài và trong
- Mô lợi được chia: lợi tự do, lợi dính và nhú lợi

1.2. Chất lượng lợi



Mô lợi: (1) lợi tự do, (2) lợi dính và (3) nhú lợi.

1.2. Chất lượng lợi

- Lợi càng dày, nhiều mô sợi thì kết quả điều trị cho thẩm mỹ càng cao
- Lợi quá mỏng gây khó khăn cho thao tác trong quá trình phẫu thuật, không che được màu của implant và trụ phục hình bằng kim loại bên dưới.
- Lợi mỏng $< 2\text{mm}$ gây TXQI nhiều hơn lợi dày $> 2\text{mm}$.

1.2. Chất lượng lợi

- Chiều cao lợi sừng hóa: ảnh hưởng đến TXQI, giúp cải thiện thẩm mỹ

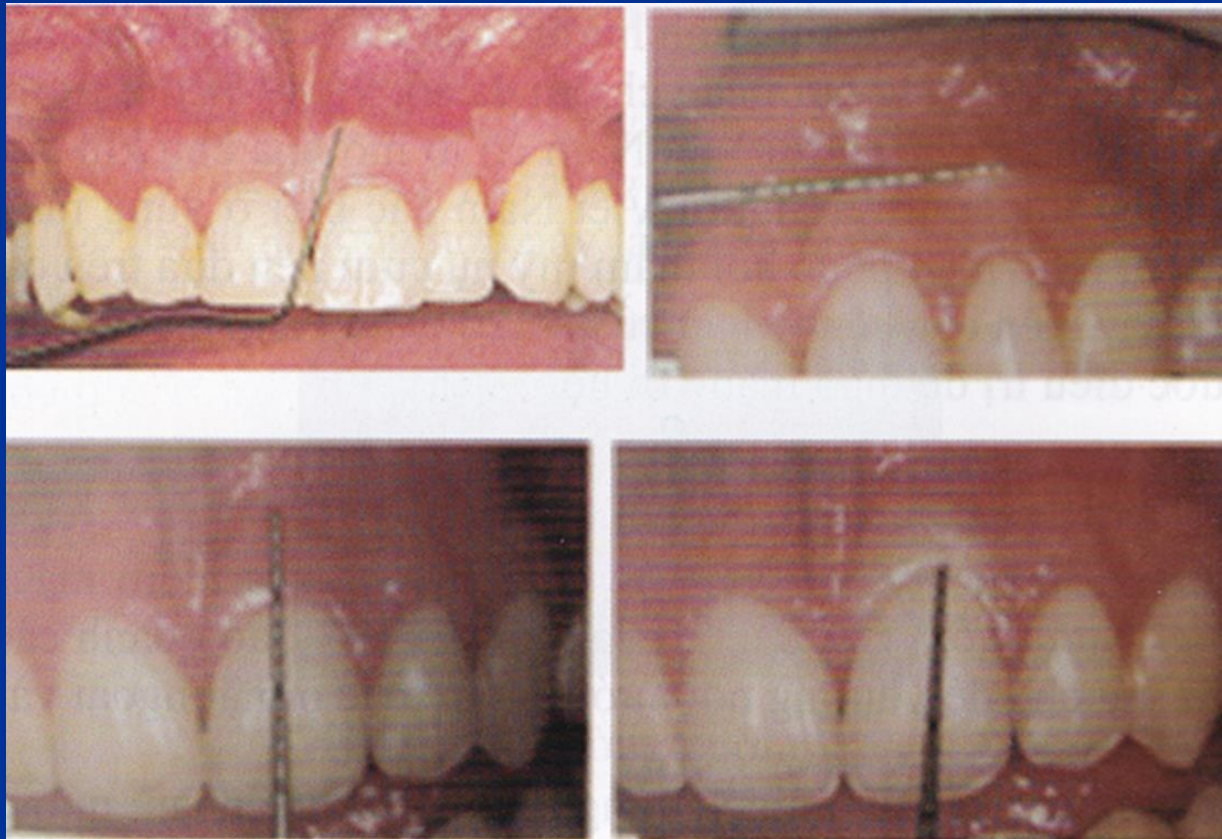
➔ Trong lần khám đầu tiên cần phải đánh giá: (1) màu sắc lợi: màu hồng nhạt hay nhiễm sắc melanin; (2) Kích thước gồm chiều cao và độ dày lợi sừng hóa.

1.2. Chất lượng lợi

- Các bước thăm khám lợi cố định
 - Dùng thám tâm di chuyển từ đáy hành lang về phía thân răng xác định đường ranh giới lợi cố định và di động.
 - Dùng cây đo túi đo chiều cao lợi cố định từ đường ranh giới lợi cố định và di động đến đỉnh đường viền lợi.

1.2. Chất lượng lợi

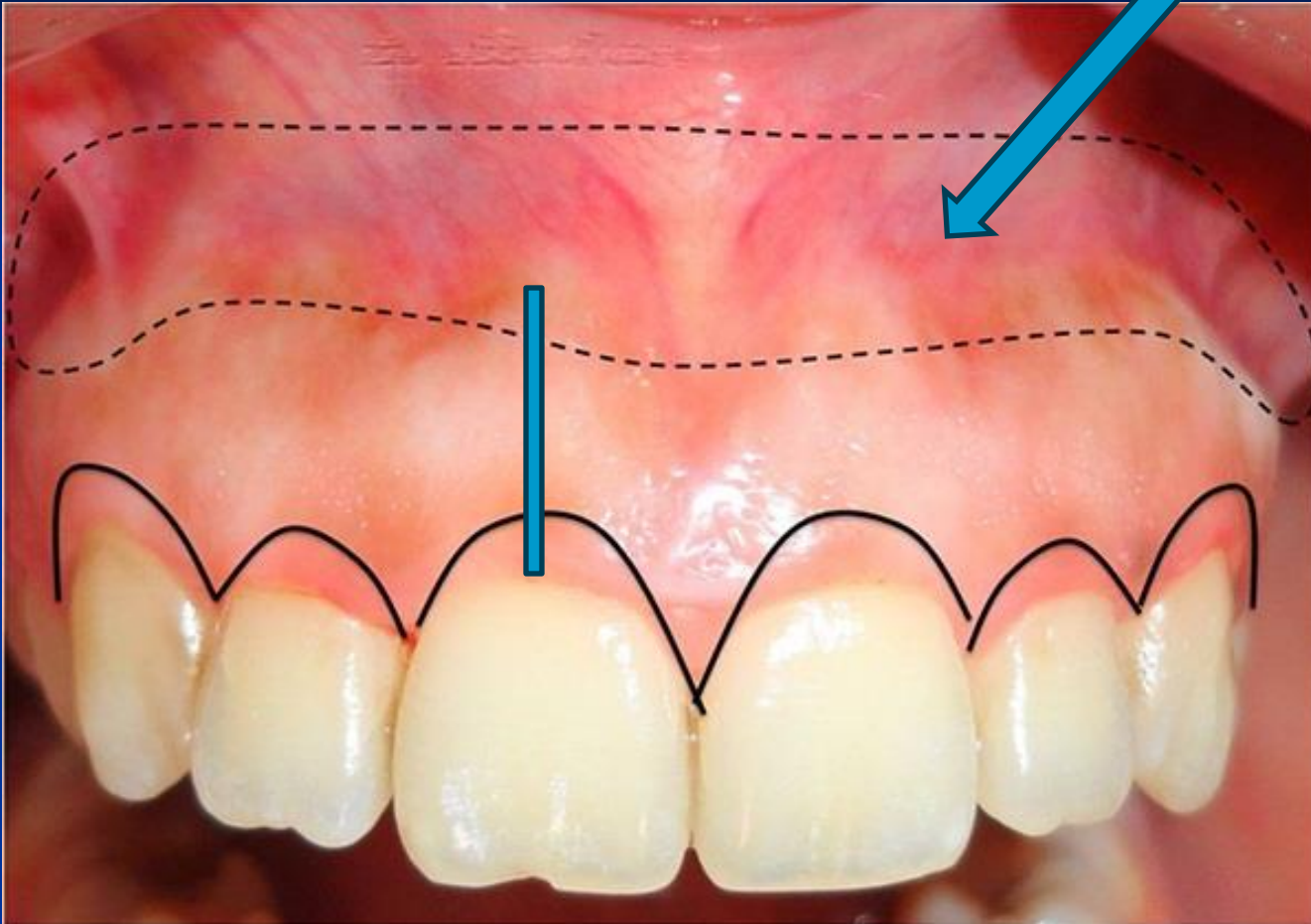
- Đo độ sâu túi lợi



1.2. Chất lượng lợi

- Hàm trên, chiều cao lợi sừng hóa cao nhất vùng răng cửa bên, thấp nhất vùng răng hàm nhỏ, trung bình 4-6 mm.
- Hàm dưới, chiều cao lợi sừng hóa cao nhất vùng răng cửa hàm dưới, thấp nhất vùng răng cối nhỏ, trung bình từ 3 - 4mm.

RANH GIỚI LỢI CỔ
ĐỊNH VÀ DI ĐỘNG



1.2. Chất lượng lợi

- Đo độ dày của lợi sừng hóa:
 - Đặt cây đo túi trong khe lợi, nếu thấy bóng cây đo túi thì xác định là lợi mỏng



Đo độ dày của lợi sừng hoá: (T) lợi mỏng và (P) lợi dày

1.2. Chất lượng lợi

- Độ dày lợi thay đổi khác nhau ở các răng, từ 0,5 - 2,5mm ở mặt ngoài
- Không thay đổi theo tuổi và tỉ lệ nghịch với chiều cao của lợi
- Độ dày của lợi dính hàm trên và hàm dưới tăng dần từ các răng trước đến răng sau

1.3. Phân loại mô nha chu

Dựa trên hình thái và các đặc điểm lâm sàng, Maynard và Willson (1980) đã làm 4 loại:

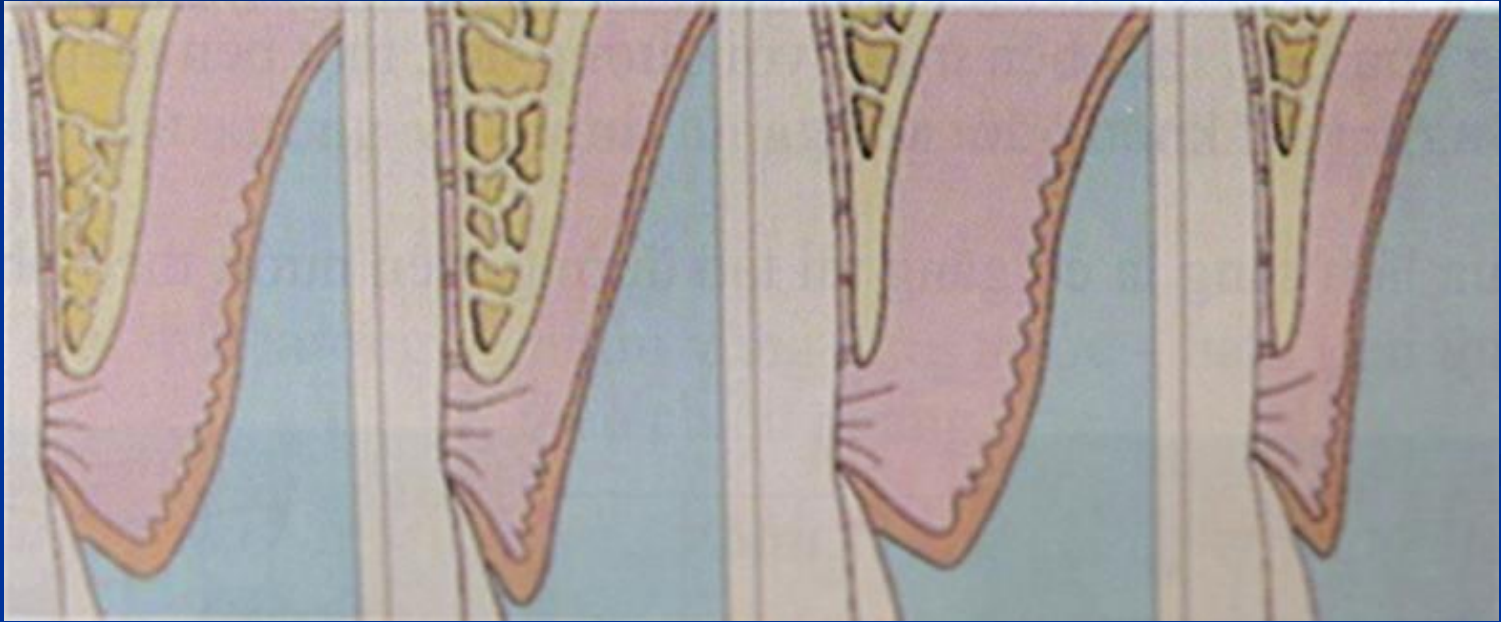
- **Loại 1:** xương ổ răng dày, lợi sừng hóa cao và dày, loại này chịu lực tốt
- **Loại 2:** xương ổ răng dày, lợi sừng hóa thấp, mỏng.

1.3. Phân loại mô nha chu

- **Loại 3:** xương ổ răng mỏng, lợi sưng hóa dày và cao
- **Loại 4:** xương ổ răng mỏng, lợi sưng hóa thấp và mỏng (dưới 2mm)

 Lưu ý đối với loại 3 và loại 4 rất thận trọng khi phẫu thuật vì dễ gây tiêu xương.

1.3. Phân loại mô nha chu

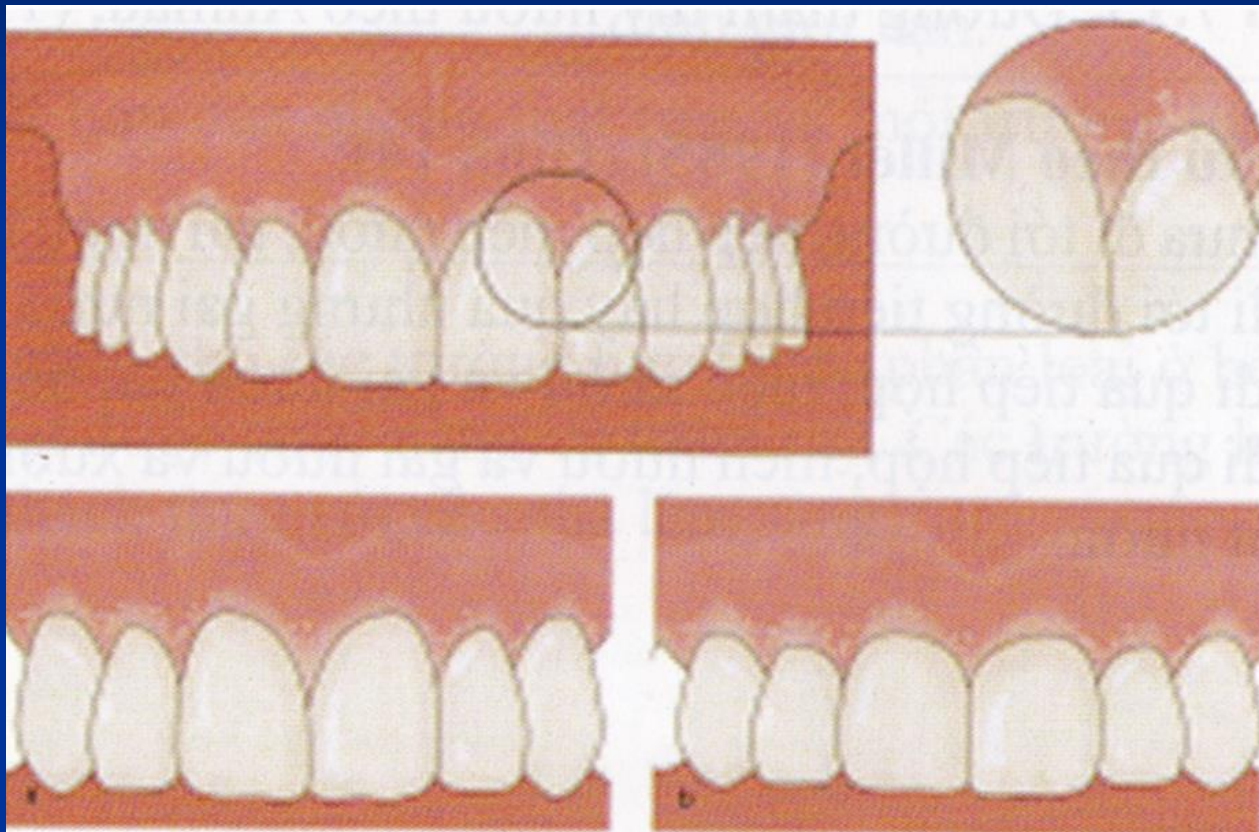


Phân loại mô nha chu theo Maynard và Willson (1980)

1.4. Nhú lợi giữa những răng kế cận

- Nhú lợi giữa những răng kế cận là phần mô mềm nha chu ở giữa hai răng
- Hình dạng của nhú lợi được xác định do:
 1. Mức độ tiếp xúc giữa các răng
 2. Bề rộng mặt bên của các răng tiếp xúc
 3. Đường nối men-xê măng.

1.4. Nhú lợi giữa những răng kế cận



1.4. Nhú lợi giữa những răng kế cận

- Hình dạng nhú lợi tùy thuộc: hình dạng của các răng, vùng tiếp xúc giữa các răng, vị trí, độ rộng của những mặt răng tiếp xúc nhau ở kẽ răng và đường nối men-xê măng
- Nhú lợi đi theo đường viền của các răng và hợp với hình dạng, kích thước của răng và thường lấp đầy kẽ răng.

1.4. Nhú lợi giữa những răng kế cận

- Theo chiều ngoài trong, phần lợi vùng kẽ răng ở vùng răng trước hẹp hơn vùng răng sau
- Nhú lợi giữa các răng trước có hình tháp hoặc hình nón, ở các răng sau thì dẹt hơn theo chiều gần-xa
- Nhú lợi có thể tái tạo một cách tự nhiên ở răng thật, nhưng khó đạt được giữa hai implant thường do thiếu gai xương ở vị trí này.

1.5. Đường viền thẩm mỹ lợi

- Đường viền thẩm mỹ lợi là một đường nối tiếp tuyến vùng nhô nhất của đường viền cổ răng cửa giữa và răng nanh
- Góc của đường thẩm mỹ lợi được tạo nên bởi chỗ giao của đường này và đường giữa.

1.5. Đường viền thẩm mỹ lợi

Phân loại (Ahmad,1998):

- Loại 1: Đường viền thẩm mỹ lợi ngang đường viền cổ răng ở răng cửa giữa và răng nanh, răng cửa bên xuống thấp nhất.

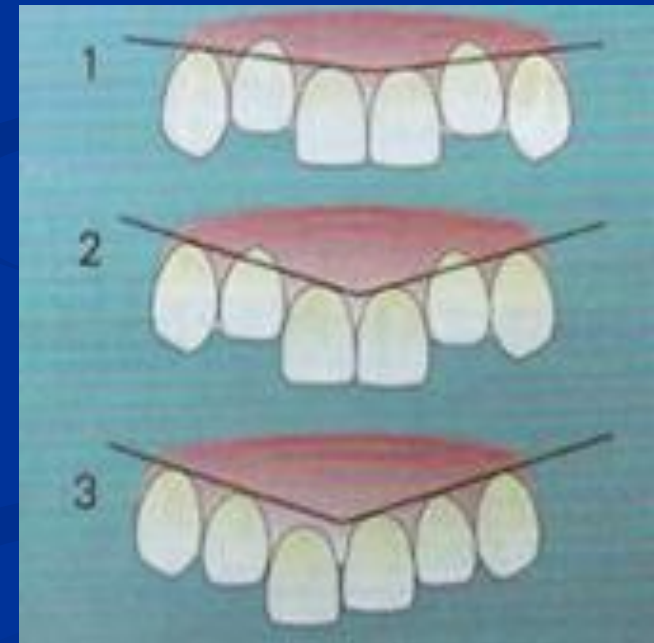


- Loại 2: 3 răng đều chạm đường nối.

1.5. Đường viền thẩm mỹ lợi

- Loại 3: Răng cửa bên, một bên trùng với đường nổi, một bên thấp hơn.
- Loại 4: Đường 1 và 2 không đối xứng.

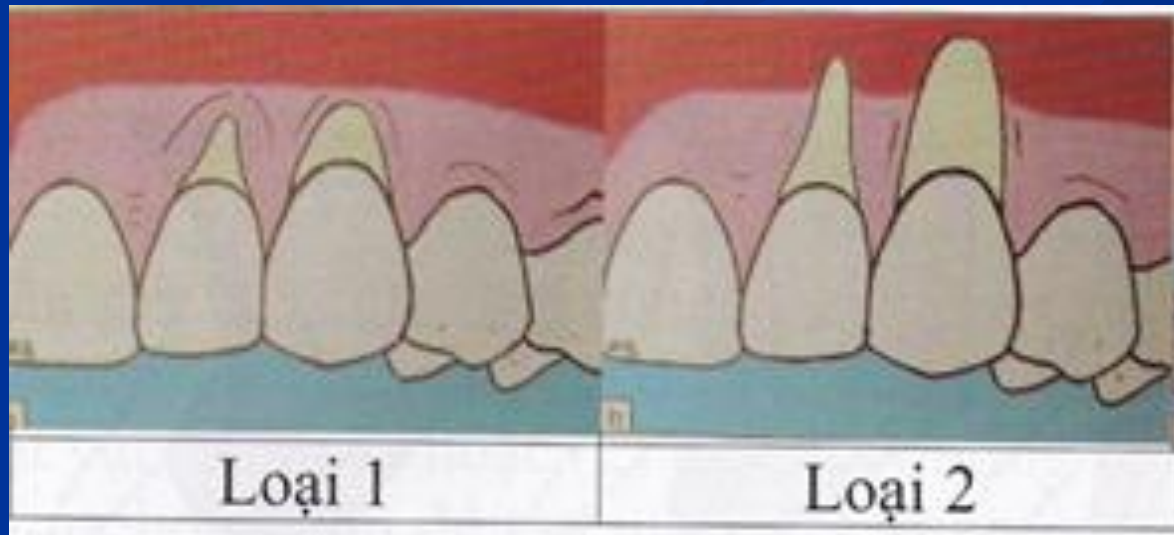
Mục đích của lâm sàng là tái tạo đường viền lợi theo phân loại 1 và 2 để đạt vẻ thẩm mỹ.



1.5. Đường viền thẩm mỹ lợi

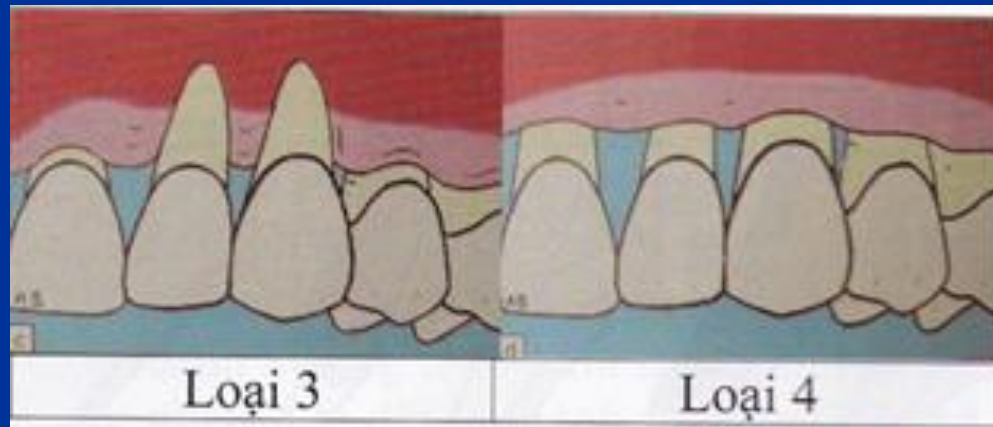
Phân loại tụt lợi (Miller 1985):

- Loại 1: tụt lợi chưa đi tới đường ranh giới lợi cố định và di động, gai nhú hai bên còn lành mạnh
- Loại 2: tụt lợi đến hay vượt qua đường ranh giới, lợi cố định và di động hay vượt qua nhưng nhú lợi còn lành mạnh.



1.5. Đường viền thẩm mỹ lợi

- Loại 3: tụt lợi đi qua đường ranh giới lợi cố định và di động, đường viền lợi và nhú lợi hai bên bị tụt và tiêu.
- Loại 4: tụt lợi đi qua đường ranh giới lợi cố định và di động, đường viền lợi và nhú lợi hai bên bị tụt và tiêu tạo đường nằm ngang.

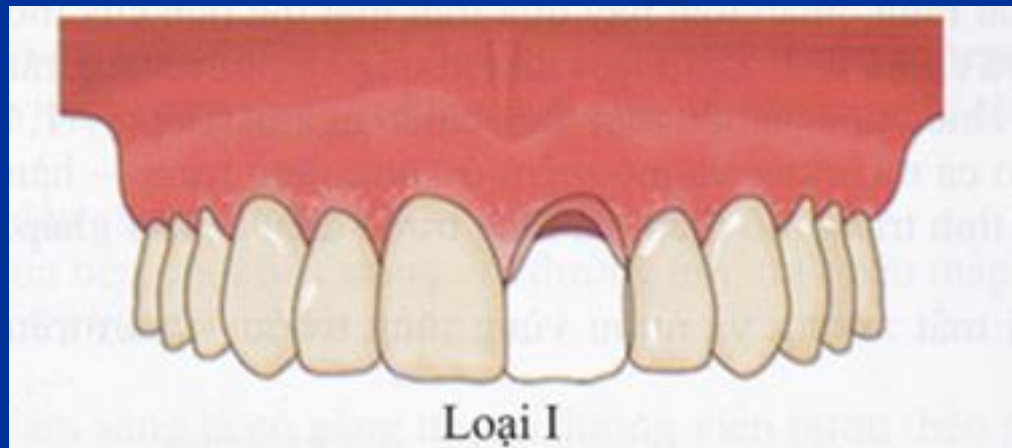


1.6. Đánh giá tiêu xương và lợi vùng mất răng

Phân loại mất xương và lợi vùng răng trước - hàm trên (Palacci và Ericsson, 2001)

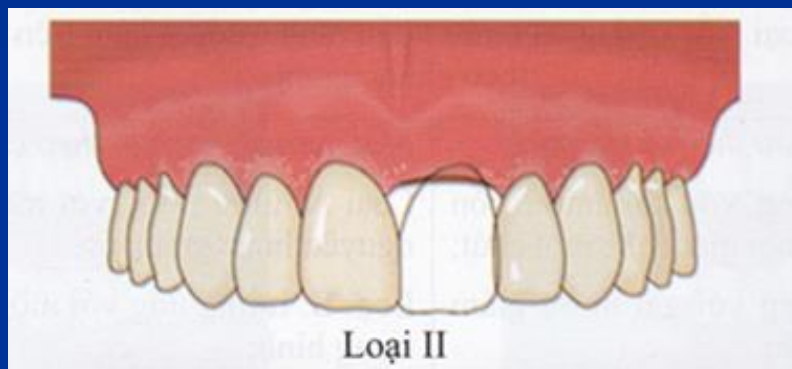
■ Mất xương và lợi theo chiều dọc:

- Loại I: tương ứng với nhú lợi còn nguyên vẹn hoặc hơi giảm nhẹ

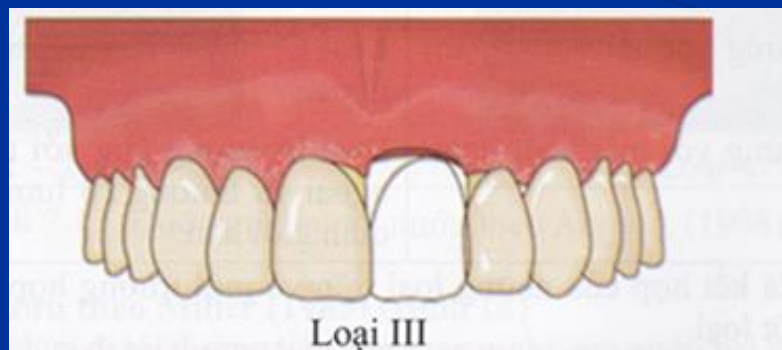


1.6. Đánh giá tiêu xương và lợi vùng mất răng

- Loại II: tương ứng với nhú lợi giảm mức độ trung bình;

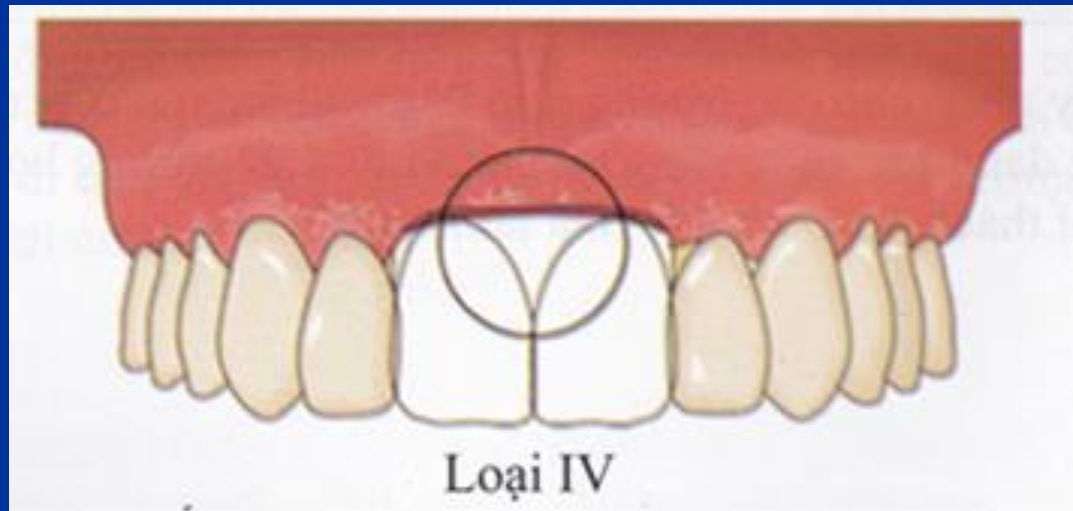


- Loại III: tương ứng với nhú lợi giảm trầm trọng;



1.6. Đánh giá tiêu xương và lợi vùng mất răng

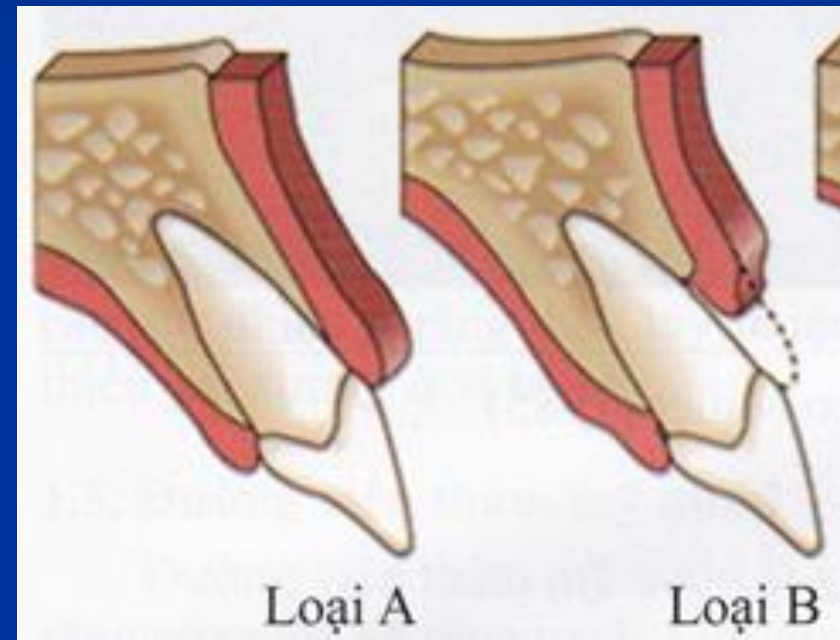
- Loại IV: tương ứng với mất hoàn toàn nhú lợi.



1.6. Đánh giá tiêu xương và lợi vùng mất răng

■ Mất xương và lợi theo chiều ngang:

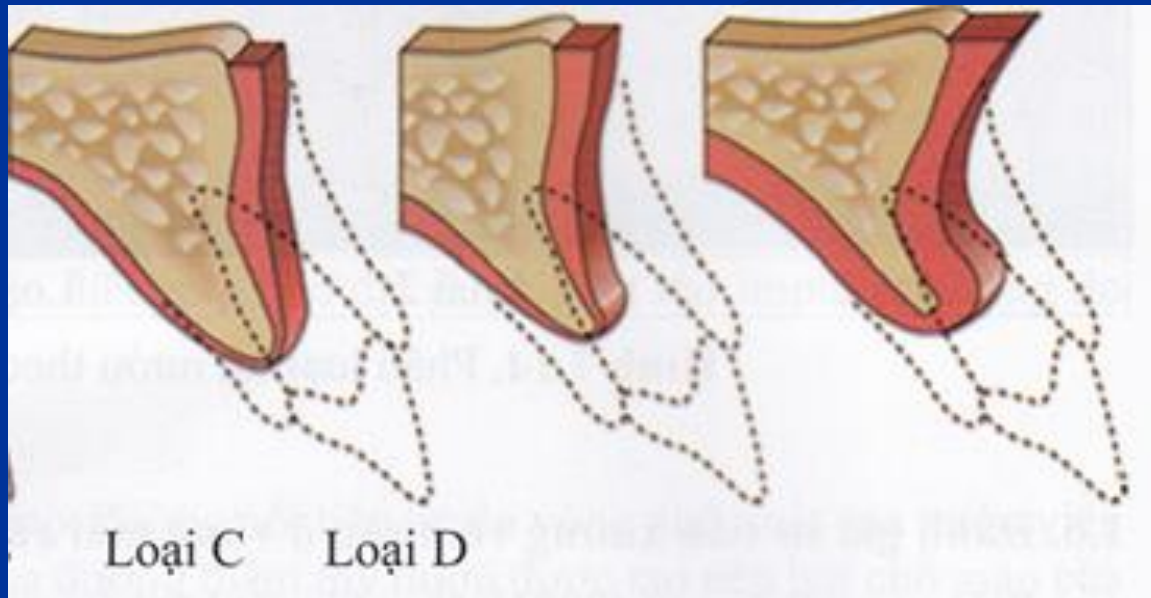
- Loại A: mô phía ngoài còn nguyên hoặc giảm nhẹ
- Loại B: mô phía ngoài giảm trung bình



1.6. Đánh giá tiêu xương và lợi vùng mất răng

- Loại C: tiêu trầm trọng mặt ngoài
- Loại D: tiêu tối đa mô mặt ngoài và thường có lượng niêm mạc bám dính giới hạn

➡ Cây ghép với loại C và D gặp khó khăn hơn.



1.6. Đánh giá tiêu xương và lợi vùng mất răng

Các bước điều trị theo phân loại trên:

■ Phân loại IA:

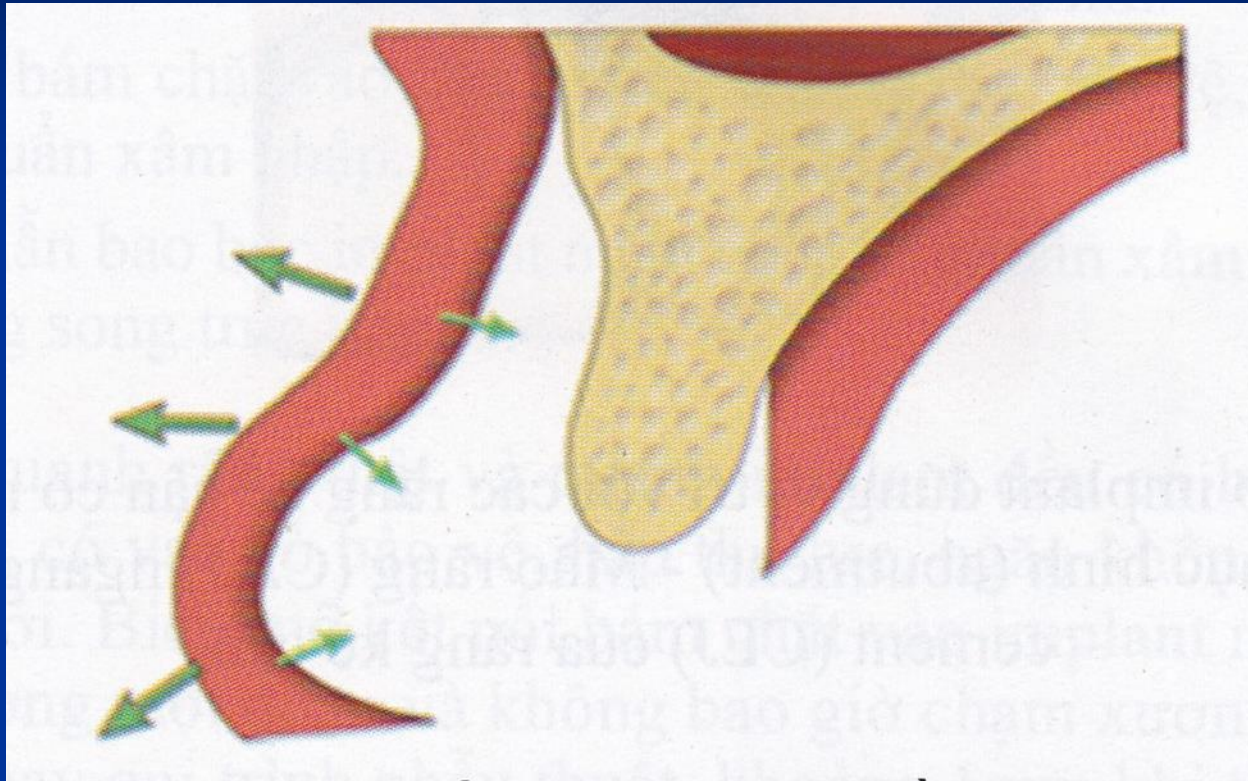
- Không phẫu thuật bổ sung, cấy ghép implant vào đúng vị trí
- Chọn qui trình phẫu thuật 1 thì có hoặc không lật vạt:
- Có thể đặt implant tức thì sau nhổ răng để giảm thời gian điều trị.

1.6. Đánh giá tiêu xương và lợi vùng mất răng

■ Phân loại II-B:

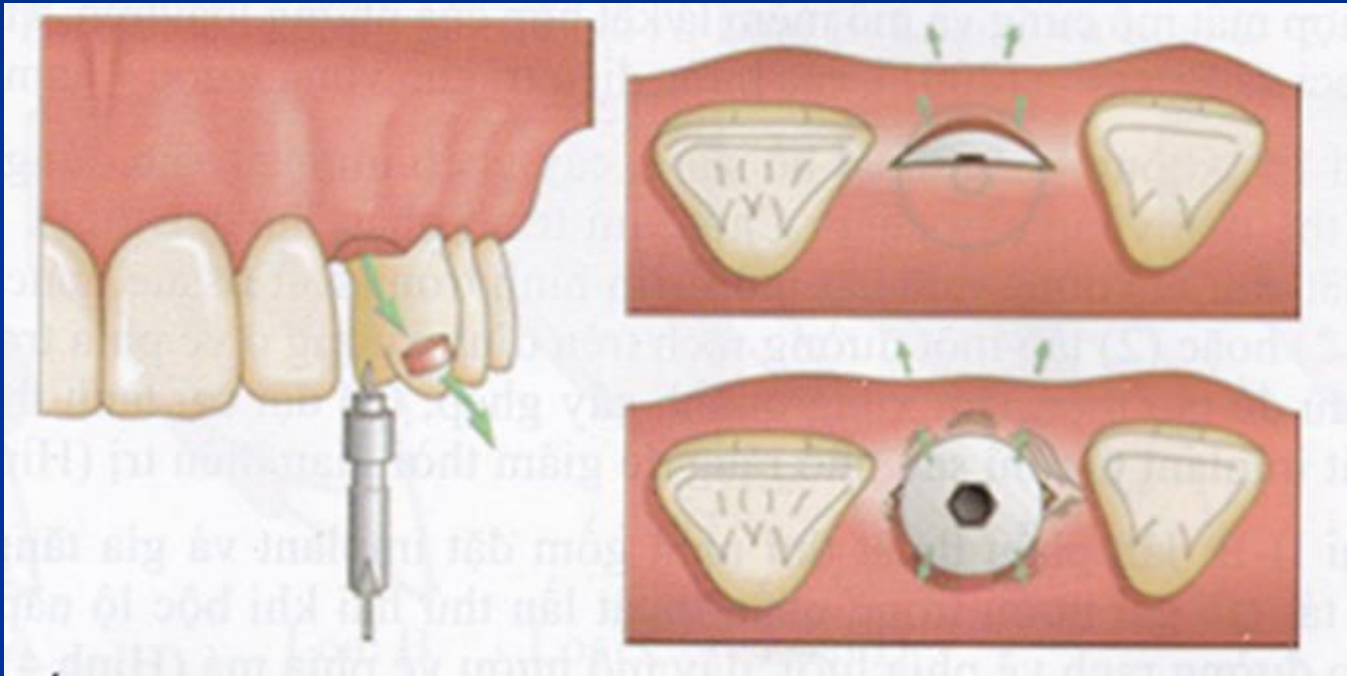
- Lần phẫu thuật thứ nhất đặt implant và gia tăng thể tích mô mềm
- Có thể tái tạo nhú lợi trong phẫu thuật lần thứ hai khi bộc lộ nắp lành thương bằng cách tạo đường rạch về phía lưỡi, đẩy mô lợi về phía môi

1.6. Đánh giá tiêu xương và lợi vùng mất răng



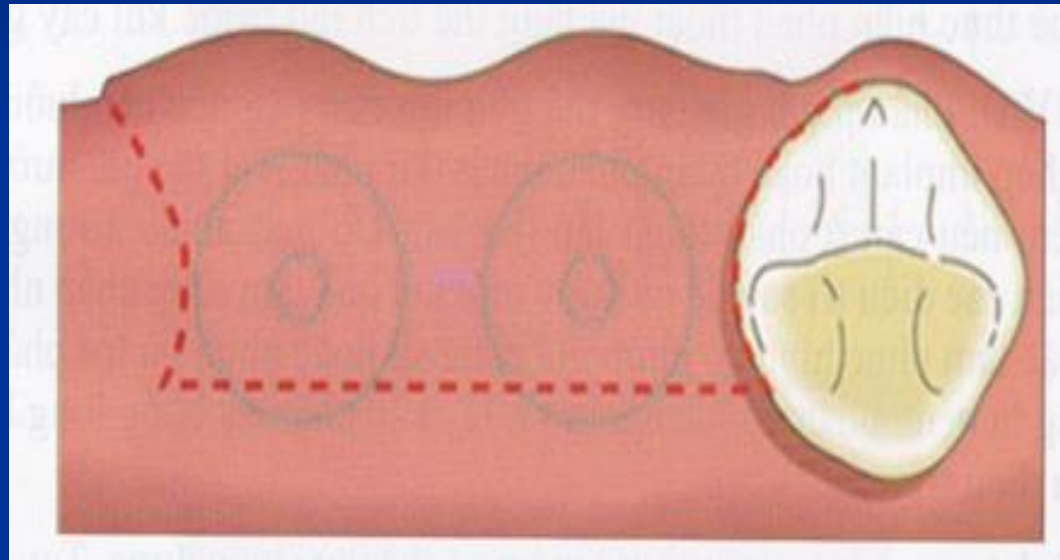
Tăng thể tích vùng cấy ghép theo chiều dọc và ngang bằng đường rạch về phía tiền đình gia tăng thể tích xương và mô mềm. Các mũi tên chỉ hướng gia tăng của xương và/hoặc mô mềm.

1.6. Đánh giá tiêu xương và lợi vùng mất răng



Cấy ghép implant không lật vạt, vị trí mũi cắt mô mềm hình tròn về phía trong so với vị trí implant nhằm gia tăng chiều dày mô mềm về phía má

1.6. Đánh giá tiêu xương và lợi vùng mất răng



Tái tạo gai lợi trong phẫu thuật lần hai khi bộc lộ nắp lành thương bằng cách tạo đường rạch về phía lưỡi, đẩy mô lợi về phía má khi điều trị với phân loại II-B

1.6. Đánh giá tiêu xương và lợi vùng mất răng

■ Phân loại III-C:

- Tăng thể tích xương bằng cách ghép xương khi thực hiện cấy ghép.
- Tái tạo nhú lợi và gia tăng thể tích mô mềm nếu cần ở phẫu thuật thì hai.
- Các thủ thuật nhằm đưa về loại II-B và IA
- Có thể thực hiện phẫu thuật gia tăng thể tích mô trước khi cấy ghép implant.

1.6. Đánh giá tiêu xương và lợi vùng mất răng

■ Phân loại IV-D:

- Phẫu thuật tăng thể tích xương và mô mềm trước khi cấy ghép implant hoặc ở lần phẫu thuật thứ nhất.
- Tái tạo nhú lợi và tăng thể tích mô mềm nếu cần ở phẫu thuật lần thứ hai.
- Cần ghép xương hoặc làm phục hình có lợi giả bằng sứ bù trừ phần mô bị mất.

2. Ảnh hưởng của mô mềm quanh implant

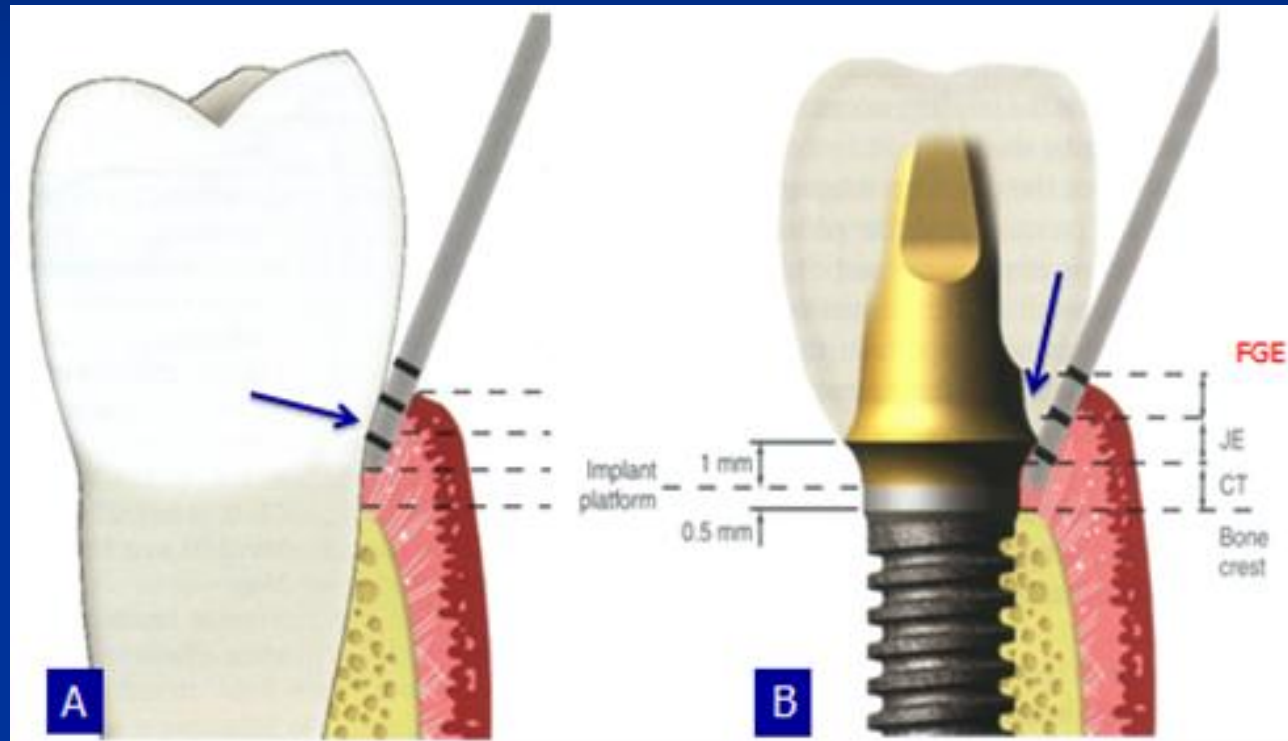
2.1. Sự bám dính mô mềm và khoảng sinh học quanh implant

- Mô mềm quanh implant (hay còn gọi là niêm mạc quanh implant) được hình thành trong quá trình lành thương kể từ khi đóng vạt niêm cốt mạc sau phẫu thuật đặt trụ implant (fixture) và trụ lành thương lợi.
- Quá trình lành thương của niêm mạc dẫn tới sự hình thành một bám dính mô mềm (bám dính xuyên niêm mạc) vào bề mặt implant.

2.1. Sự bám dính mô mềm và khoảng sinh học quanh implant

- Vùng liên kết giữa mô mềm và implant gọi là khoảng sinh học quanh implant
- Mô mềm quanh implant hình thành túi quanh implant, túi này có chiều sâu hơn so với túi lợi trên răng tự nhiên.
- Liên kết bám dính giữa biểu mô kết nối và mô liên kết lỏng lẻo nên dễ bị mất bám dính khi thăm khám túi quanh implant

2.1. Sự bám dính mô mềm và khoảng sinh học quanh implant



*Vị trí thám thám thăm dò quanh răng (A) và quanh implant (B)
FDE: Độ cao lợi tự do; JE: Hàng rào biểu mô; CT: Mô liên kết.*

2.1. Sự bám dính mô mềm và khoảng sinh học quanh implant

- Bám dính sinh học quanh implant cũng có tác dụng chống lại sự xâm nhập của vi khuẩn và độc tố vào lớp xương bên dưới tạo thuận lợi cho quá trình tích hợp xương và hạn chế quá trình tiêu xương sau khi lắp phục hình.
- Vật liệu làm trụ phục hình có vai trò quan trọng quyết định vị trí bám dính xuyên niêm mạc. Những trụ làm bằng oxit nhôm (Al_2O_3) tạo ra bám dính niêm mạc giống như trụ làm bằng titan

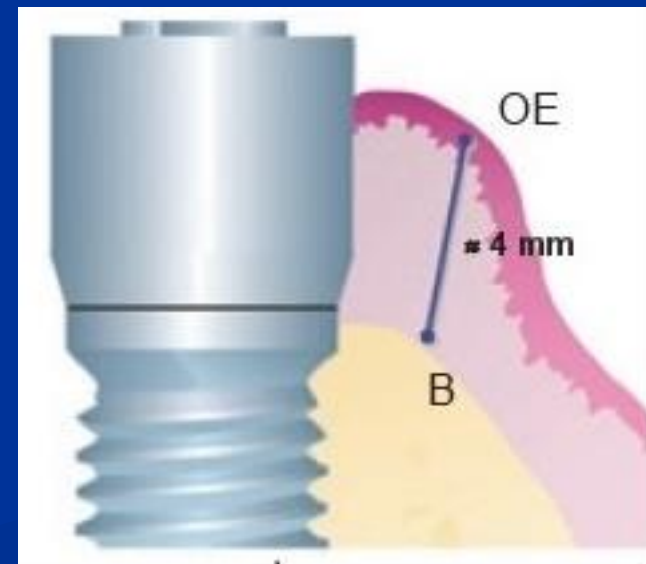
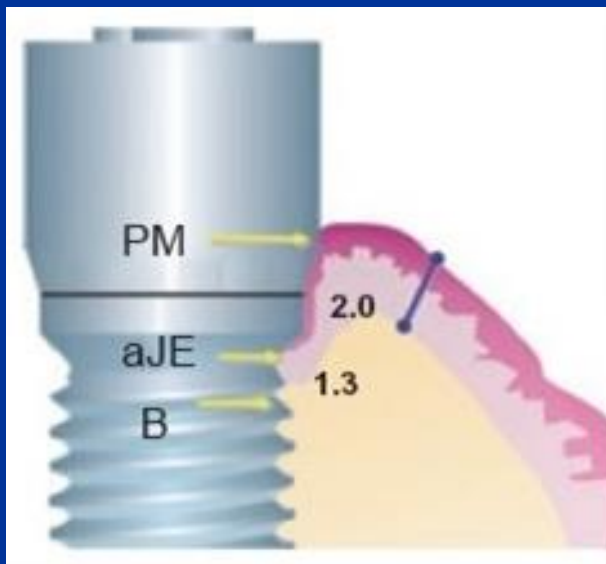
2.1. Sự bám dính mô mềm và khoảng sinh học quanh implant

■ Những trụ làm bằng hợp kim vàng hoặc ziconia:

- Tình trạng lành thương niêm mạc kém hơn
- Bám dính mô liên kết không hình thành ở phần trụ mà nằm ở vị trí sâu hơn về phía chóp.
- Có hiện tượng tiêu xương viền quanh implant làm bộc lộ phần titan của implant để hình thành bám dính mô liên kết.

2.2. Vai trò của mô mềm quanh implant

- Số lượng và chất lượng mô mềm tại vị trí cấy ghép implant có vai trò quan trọng trong việc giữ ổn định lâu dài cho implant và yêu cầu thẩm mỹ của nhóm răng trước.



Nhóm thử nghiệm chiều dày niêm mạc 2 mm có mức tiêu xương nhiều hơn để tạo chỗ cho bám dính mô mềm (mũi tên vàng).

2.2. Vai trò của mô mềm quanh implant

- Có nhiều đánh giá về ảnh hưởng của niêm mạc sừng hóa (keratinized) đến sự tiêu xương quanh implant.
- Warriner và CS (1995) đã báo cáo rằng niêm mạc xung quanh implant không sừng hóa làm tăng tính nhạy cảm đối với các tác nhân gây viêm.

2.2. Vai trò của mô mềm quanh implant

- Nhiều tác giả cho rằng việc có mô mềm sừng hóa quanh implant tạo điều kiện vệ sinh răng miệng và tăng sức đề kháng mảng bám
- Nghiên cứu của Đàm Văn Việt (2013), Vũ Anh Dũng (2017) cho thấy chiều dày và chiều rộng niêm mạc sừng hóa ảnh hưởng đến kích thước nhú lợi. Vùng có chiều rộng và chiều dày niêm mạc sừng hóa tăng sẽ hạn chế tiêu xương quanh implant.

2.2. Vai trò của mô mềm quanh implant

- Mô mềm quanh implant phải có màu sắc giống mô mềm răng kế cận.
- Niêm mạc quanh implant dày có ưu thế hơn niêm mạc mỏng: đặt implant ở vùng có niêm mạc sừng hóa sẽ kháng cự lại lực cơ học, vùng không có niêm mạc sẽ dẫn đến viêm quanh implant, tụt lợi.

2.2. Vai trò của mô mềm quanh implant

- Khoảng cách tối thiểu giữa các implant liền kề nhau là 3mm
- Khi đặt các implant kế nhau không bảo đảm đúng khoảng cách:
 - Gây chồng chéo chiều ngang khoảng sinh học
 - Tăng tiêu xương theo chiều đứng quanh implant
 - Ảnh hưởng đến thẩm mỹ vùng răng trước do tái tạo nhú lợi gặp khó khăn

2.2. Vai trò của mô mềm quanh implant

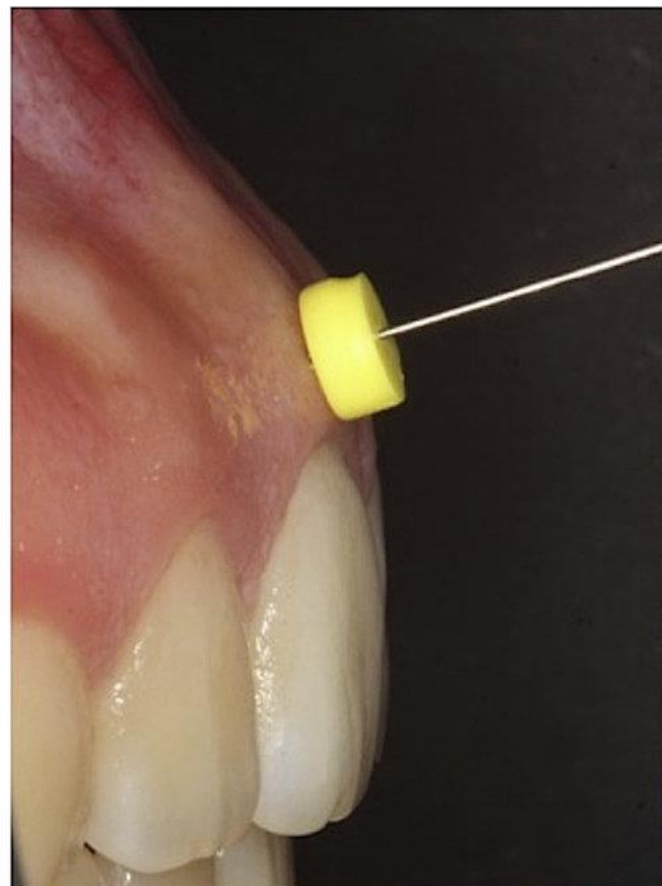
- Khi implant được đặt trong xương, phải đảm bảo có đủ chỗ cho biểu mô và mô liên kết, nếu không mô liên kết sẽ lún xuống cho đủ chiều dày và làm tiêu xương.
- Tương tự như trên răng thật, khi thực hiện cấy ghép implant cũng phải tôn trọng khoảng sinh học này.

2.2. Vai trò của mô mềm quanh implant

- Khả năng chống đỡ với lực cơ học kém hơn răng thật (do bám dính biểu mô vào implant ít hơn; bám dính liên kết là các sợi collagen song song với trục implant, ít mạch máu, ít tế bào).
- Mức độ bám dính phụ thuộc vào niêm mạc xung quanh implant, loại implant và kỹ thuật phẫu thuật.

Đo chiều dày lợi





2.2. Vai trò của mô mềm quanh implant

Cách đo chiều dày niêm mạc sừng hóa

- Thời điểm đo ngay trước khi tiến hành cấy ghép implant hay khi phẫu thuật thì 2 đặt trụ lành thương lợi
- Sử dụng cây đo túi lợi khi phẫu thuật lật vạt ở lần phẫu thuật đặt implant hay lúc đặt trụ liền thương (tính bằng mm).

2.2. Vai trò của mô mềm quanh implant

Cách đo chiều rộng niêm mạc sừng hóa

- Dùng thước đo chuyên dụng đo từ chính giữa sống hàm đến ranh giới của niêm mạc bám dính và niêm mạc di động (tính bằng mm)



a. Đo chiều dày niêm mạc sừng hóa

b. Đo chiều rộng niêm mạc sừng hóa

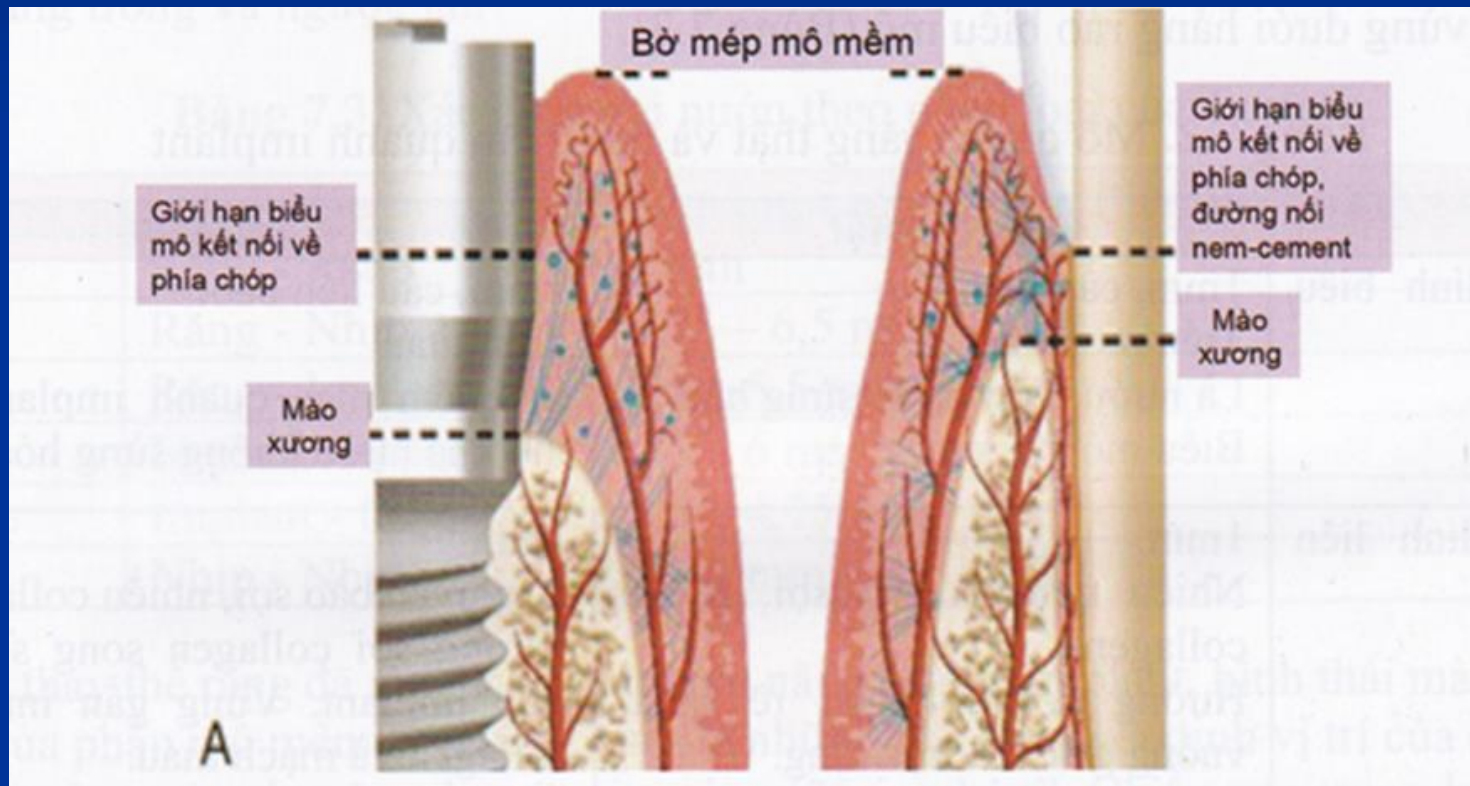
2.3. Cung cấp máu

- Nguồn cung cấp máu quanh implant bị hạn chế do không có dây chằng nha chu,
- Ở răng tự nhiên, mô liên kết trên mào xương ổ răng có sự phân bố tuần hoàn dồi dào, mạch máu nuôi dưỡng lợi có nguồn gốc từ xương ổ, dây chằng nha chu và niêm mạc miệng.

2.3. Cung cấp máu

- Do tuần hoàn máu kém hơn nên mô mềm quanh implant khó có khả năng bảo vệ chống lại các tác nhân ngoại lai như mảng bám vi khuẩn.
- Vì ít tế bào máu hơn nên ít có khả năng tái tạo hơn, khả năng bảo vệ kém.

2.3. Cung cấp máu

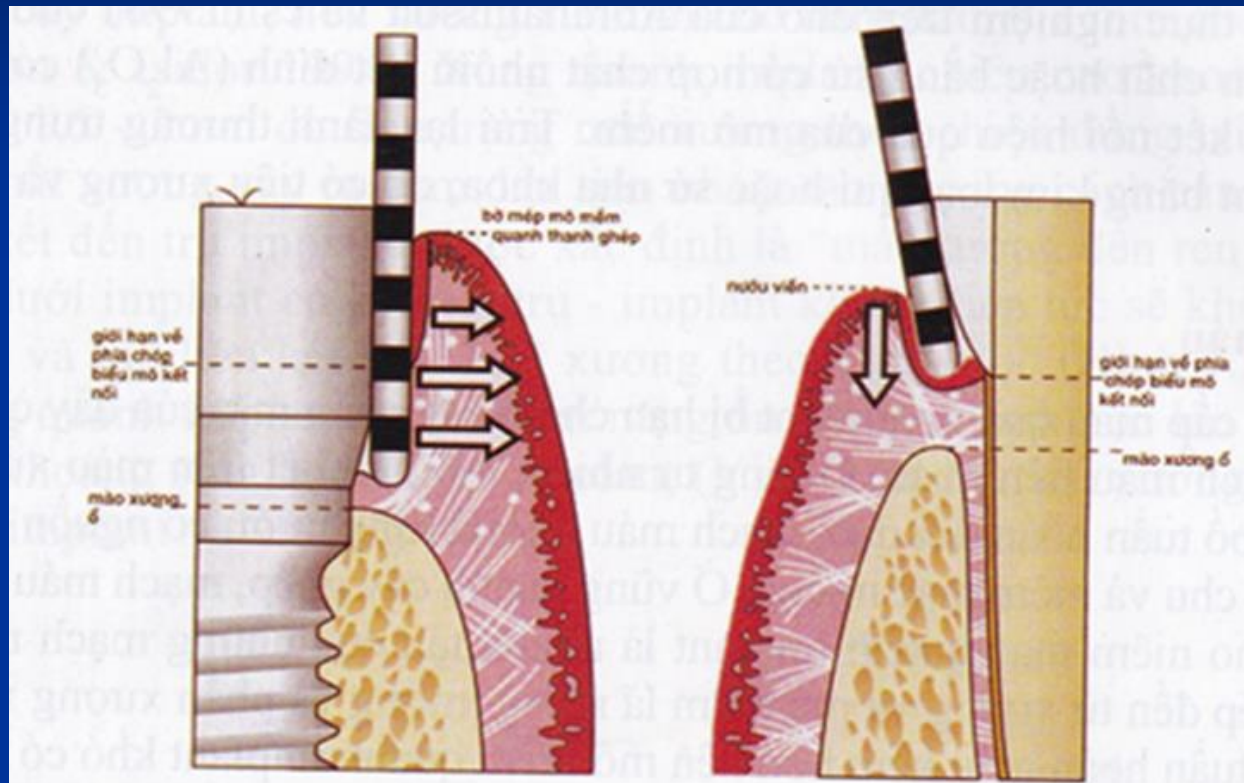


Mạch máu vùng mô mềm quanh implant

2.4. Túi quanh implant

- Túi quanh implant sâu hơn ở răng tự nhiên (2-4mm ở implant và 0,5-2mm ở răng).
- Liên kết bám dính giữa biểu mô kết nối và mô liên kết lỏng lẻo, không phải là một neo chặn nên dễ bị tách ra. Khi thăm dò, đầu thám châm làm di chuyển biểu mô kết nối và mô liên kết.

2.4. Túi quanh implant

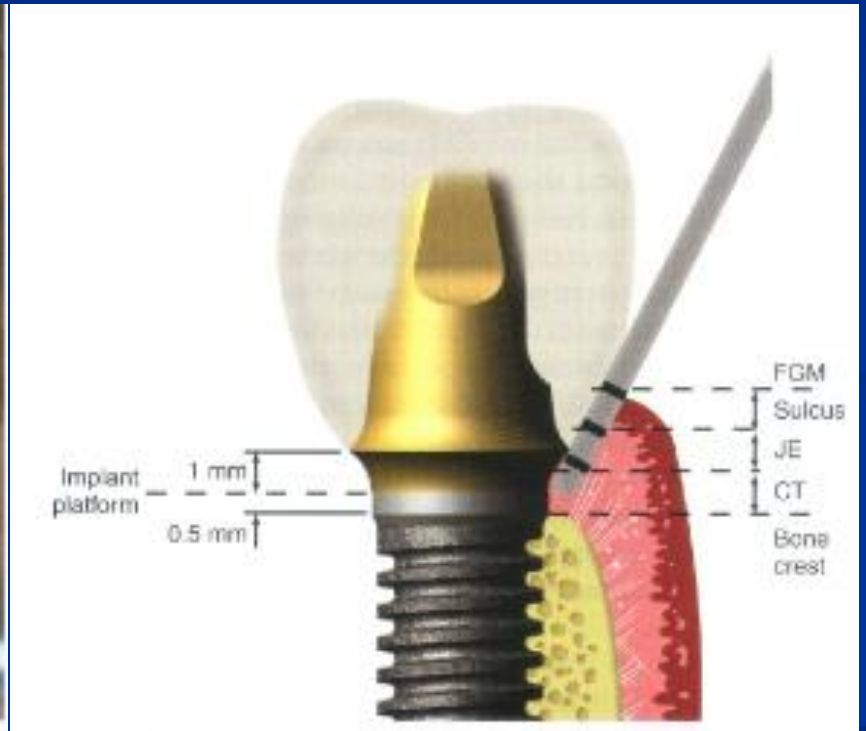


Vị trí thám thám thăm dò quanh răng (phải) và quanh implant (trái)

2.4. Túi quanh implant

- Đo độ sâu túi QI là một cách đánh giá tình trạng mô mềm QI
- Nên đo độ sâu túi với que thăm bằng nhựa có chia vạch tốt hơn que thăm bằng kim loại để tránh làm xước bề mặt của trụ phục hình.
- Khi đánh giá độ sâu túi có khó khăn khi đưa que thăm đến vị trí kết nối giữa implant và trụ phục hình..

2.4. Túi quanh implant



2.4. Túi quanh implant

- Khi thăm cần đưa que thăm dọc theo trục implant, tại vị trí kết nối implant và trụ phục hình cần xoay nhẹ đầu que thăm để que thăm đi xuống hết độ sâu túi QI.
- Việc đo túi QI có ý nghĩa trong chẩn đoán mức độ tiêu xương nếu sau mỗi lần khám thấy tăng độ sâu túi quanh implant.

2.4. Túi quanh implant

- Khi khăm túi QI nhiều sẽ làm mất bám dính giữa mô mềm và implant, làm sâu sát trụ phục hình và cổ implant, làm tăng nguy cơ lỏng động mảng bám và xâm nhập của vi khuẩn vào vùng xương QI
- Khảo sát độ sâu túi quanh implant phụ thuộc vào lực áp dụng trong quá trình thăm, kết quả thăm dò độ sâu túi có thể thay đổi ở mỗi lần thăm dò

2.4. Túi quanh implant

- Lang (2004) cho rằng thăm dò nên được thực hiện với một lực nhẹ (0,2 - 0,25 N) để tránh chấn thương mô
- Khi tổ chức xung quanh implant lành mạnh, chiều sâu túi thăm thường dao động trong khoảng 2 - 4 mm.



Xin chân thành cảm ơn