

KHẢO SÁT MỐI LIÊN QUAN GIỮA SỰ LÀNH THƯƠNG SAU PHẪU THUẬT RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI VỚI MỨC ĐỘ MỌC LỆCH - NGẦM

Trần Tấn Tài

Khoa Răng-Hàm-Mặt, Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt:

Đặt vấn đề: Răng khôn hàm dưới (RKHD) có tỉ lệ mọc lệch - ngầm cao nhất so với các răng khác, thường gây nhiều tai biến nhất trong quá trình mọc, ảnh hưởng không nhỏ đến cuộc sống của bệnh nhân. Phẫu thuật nhổ RKHD lệch - ngầm là một trong những phẫu thuật răng miệng thường gặp nhất, là một can thiệp xâm lấn gây tổn thương đáng kể cho xương và mô mềm, do đó khó tránh khỏi những biến chứng có thể xảy ra sau phẫu thuật. Hiểu rõ về mối liên quan giữa mức độ lệch - ngầm và sự lành thương sau phẫu thuật RKHD sẽ mang lại nhiều lợi ích đối với phẫu thuật viên cũng như bệnh nhân. Đề tài nhằm đánh giá mức độ lệch - ngầm của RKHD và tìm hiểu mối liên quan giữa sự lành thương sau phẫu thuật RKHD với mức độ lệch - ngầm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 40 bệnh nhân, tuổi trung bình $29,38 \pm 9,8$ có RKHD lệch - ngầm và gây biến chứng nhiều lần, có chỉ định nhổ răng. Tất cả đều được thăm khám, xác định mức độ lệch-ngầm, được phẫu thuật nhổ răng. Đánh giá lành thương thông qua các triệu chứng đau, sưng, há miệng hạn chế sau 2 ngày, 1 tuần và 2 tuần. **Kết quả:** Tương quan của răng khôn đối với cảnh cao và răng kế chủ yếu là loại I (45%) và loại II (35%), loại III chiếm tỉ lệ thấp nhất (20%). Chiều sâu tương đối của răng khôn trong xương chủ yếu là vị trí A (45%), vị trí B cũng chiếm tỉ lệ đáng kể (35%), vị trí C chiếm (20%). Tương quan của trục răng khôn đối với răng kế cận: răng mọc lệch gần (50%) và nằm ngang (30%), lệch về phía xa và ngoài (2,5% và 5%), răng mọc thẳng (12,5%). Tình trạng đau, sưng, há miệng hạn chế chỉ xảy ra 2 ngày đầu tiên ở nhóm I và II, nhóm III còn triệu chứng cho đến 1 tuần sau phẫu thuật.

Kết luận: Có mối tương quan giữa sự lành thương sau PTRK hàm dưới với mức độ lệch - ngầm. Mức độ lệch - ngầm càng lớn, mức độ đau, sưng, há miệng hạn chế càng cao.

Từ khóa: Răng khôn hàm dưới, lệch - ngầm.

Abstract:

STUDY OF CORRELATION BETWEEN HEALING AFTER IMPACTED THIRD MOLAR SURGERY AND THE DEGREE OF IMPACTION

Tran Tan Tai

Background: The mandibular third molar is the most common tooth to become impacted than other teeth, often causing more complications in the process of growing, influence to the lives of patients. Removal of wisdom teeth is one of the most common dental surgical procedures, is an invasive intervention caused significant injury to the bone and soft tissue, so hard to avoid possible complications after surgery. Understand the relationship between degree of impaction and healing after mandibular wisdom tooth surgery will bring many benefits to surgeons and patients. The purpose of this study is to evaluate the degree of impaction of mandibular third molar and explore the relationship between healing after mandibular wisdom tooth surgery with the degree of impaction. **Materials and method:** The study consisted of 40 patients, average age 29.38 ± 9.8 a impacted mandibular third molar and cause complications,

tooth extraction is indicated. All are to be attended to, determine the degree of impaction, wisdom tooth surgery. Evaluate the healing through pain, swelling, limited mouth open after 2 days, 1 week and 2 weeks. **Result:** Correlation of wisdom teeth to ramus and adjacent teeth mainly type I (45%) and type II (35%), type III accounted for the lowest rates (20%). Relative depth of wisdom teeth in the bone mainly position A (45%), B position also accounts for a significant proportion (35%), positions C (20%). Correlation of wisdom teeth axis to adjacent teeth: mesioangular impactions (50%) and horizontal (30%), distoangular impaction (2.5% and 5%), vertical impaction (12, 5%). Pain, swelling, limited mouth open only happen the first two days in groups I and II, group III of symptoms until a week after surgery. **Conclusion:** There is correlation between the degree of impaction and healing after mandibular wisdom tooth surgery. Degree of as much impaction, the level of pain, swelling, limited mouth open higher. **Key words:** mandibular third molar; impaction.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng khôn là răng mọc sau cùng trên cung hàm nên có thể bị thiếu chỗ để mọc một cách bình thường, vì thế sẽ dẫn đến mọc lệch, mọc ngầm. Răng khôn hàm dưới (RKHD) có tỉ lệ mọc lệch - ngầm cao nhất so với các răng khác, thường gây nhiều tai biến nhất trong quá trình mọc, ảnh hưởng không nhỏ đến cuộc sống của bệnh nhân. Do đó cần phải có chỉ định nhổ răng đúng và kịp thời [10]. Phẫu thuật nhổ RKHD lệch - ngầm được thực hiện để hạn chế những sang chấn có thể xảy ra cho xương hàm dưới, cho các răng kế cận, mô nha chu và các tổ chức lân cận. Đây là một trong những phẫu thuật răng miệng thường gặp nhất, là một can thiệp xâm lấn gây tổn thương đáng kể cho xương và mô mềm, do đó khó tránh khỏi những biến chứng có thể xảy ra sau phẫu thuật [8].

Hiểu rõ về mối liên quan giữa sự lành thương sau phẫu thuật RKHD với mức độ mọc lệch - ngầm sẽ mang lại nhiều lợi ích đối với phẫu thuật viên cũng như bệnh nhân. Đối với phẫu thuật viên, tiên lượng được những triệu chứng có thể xảy ra cùng với mức độ trầm trọng của chúng để có những biện pháp dự phòng, điều trị thích hợp [9]. Đồng thời từ đó có thể cung cấp những thông tin cần thiết cho bệnh nhân về những vấn đề đau, sưng, há miệng hạn chế có thể xảy ra, giúp bệnh nhân chuẩn bị tốt tâm lí, giảm đi phần nào sự căng thẳng lo âu cho bệnh nhân khi đồng ý tham gia

phẫu thuật và tạo điều kiện thuận lợi cho sự lành thương nhanh chóng. Vì những lí do trên chúng tôi tiến hành đề tài với hai mục tiêu:

1. *Đánh giá mức độ lệch - ngầm của răng khôn hàm dưới.*
2. *Mối liên quan giữa sự lành thương sau phẫu thuật răng khôn hàm dưới với mức độ mọc lệch - ngầm.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: bao gồm 40 bệnh nhân có RKHD lệch - ngầm và gây biến chứng nhiều lần, có chỉ định nhổ răng.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân mắc bệnh nội khoa toàn thân cấp tính và mạn tính.
- Bệnh nhân đang có tình trạng nhiễm trùng cấp tại vị trí răng khôn.
- Bệnh nhân không hợp tác trong việc cung cấp những thông tin cần thiết theo yêu cầu của nghiên cứu hay theo chỉ định của phẫu thuật viên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu lâm sàng tiến cứu có can thiệp, mô tả cắt ngang.

2.2.2. Tiến hành nghiên cứu

- Lập bệnh án nghiên cứu.
- Đánh giá mức độ lệch - ngầm của răng cần nhổ dựa trên phim X-Quang, thăm khám lâm sàng [3]. Mức độ lệch - ngầm của răng cần nhổ được đánh giá theo Pell và Gregory [6].

- Để thuận tiện cho việc khảo sát mối liên quan giữa sự lành thương sau phẫu thuật RKHD với mức độ lệch - ngàm, sau khi đánh giá mức độ lệch - ngàm trên 40 bệnh nhân, chúng tôi chọn được 32 bệnh nhân thỏa mãn sự phân nhóm theo phân loại mức độ lệch - ngàm của Pell và Gregory:

Nhóm I (14 bệnh nhân): Tương quan khoảng rộng xương loại I; Vị trí tương đối của răng ở trong xương là A1 hoặc A2; Tư thế trục răng ở vị trí gần góc, xa góc, lệch ngoài hay lệch trong; Răng mọc hoàn toàn, không kẹt xương.

Nhóm II (10 bệnh nhân): Tương quan khoảng rộng xương loại II; Vị trí tương đối của răng ở trong xương là B; Tư thế trục răng ở vị trí gần góc hoặc nằm ngang; Răng ngàm một phần dưới xương.

Nhóm III (8 bệnh nhân): Tương quan khoảng rộng xương loại III; Răng chìm hoàn toàn trong xương; Tư thế trục răng ở vị trí bất kì.

- Đo kích thước mặt bình thường và độ mở miệng tối đa [7].

2.2.3. Phẫu thuật nhổ răng

- Các bệnh nhân được chuẩn bị trước phẫu thuật: giải thích, cạo cao răng trường hợp cần thiết, xét nghiệm cận lâm sàng (CTM, Ts, Tc, Xquang).

- Đối tượng nghiên cứu ở 3 nhóm như đã

phân loại ở trên được áp dụng các phương pháp phẫu thuật khác nhau.

- Ghi toa thuốc kháng sinh, giảm đau cho các bệnh nhân sau phẫu thuật.

2.2.4. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật 2 ngày, 1 tuần, 2 tuần

- *Cảm nhận đau*: qua cảm nhận chủ quan của bệnh nhân ở 3 mức độ: ít, vừa, nhiều (theo thang điểm Likert).

- *Mức độ sưng mặt*: độ sưng mặt được tính như sau: giá trị thu được sau phẫu thuật trừ cho giá trị trước phẫu thuật. Có 3 mức độ:

+ Ít : có giá trị < 2 mm.

+ Vừa : có giá trị 2 mm đến 4 mm.

+ Nhiều: có giá trị > 4 mm.

- *Mức độ há miệng hạn chế*: mức độ há miệng hạn chế (HMHC) được tính như sau: giá trị thu được trước phẫu thuật trừ cho giá trị sau phẫu thuật. Có 3 mức độ:

+ Ít : có giá trị < 1 cm

+ Vừa : có giá trị từ 1 đến 2 cm

+ Nhiều: có giá trị > 2 đến 3 cm [1], [4].

2.3. Xử lý số liệu thống kê

Các số liệu thu thập được phân tích và xử lý theo phương pháp thống kê bằng phần mềm Medcalc phiên bản 11.3.1.0.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Kết quả về đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm nghiên cứu (n=40)	Tỉ lệ %
Tuổi	29,38 ± 9,8	
Giới		
Nam	15	37,5
Nữ	25	62,5
Nguyên nhân nhổ răng		
-Viêm quanh thân răng	33	82,5
-Sâu răng 37, 47	2	5
-Yêu cầu của chính hình	1	2,5
-Yêu cầu của bệnh nhân	4	10

3.2. Đánh giá mức độ lệch ngàm của răng khôn hàm dưới

3.2.1. Về các mức độ lệch - ngàm

Bảng 3.2. Kết quả phân loại các mức độ lệch - ngằm trên nhóm nghiên cứu

Trương quan của răng khôn đối với cạnh cao và răng kế		Chiều sâu tương đối của răng khôn trong xương		Vị trí của trục răng đối với cổ răng kế bên	
Phân loại	Số lượng (n=40)	Vị trí	Số lượng (n=40)	Vị trí trục răng	Số lượng (n=40)
Loại I	18 (45%)	Vị trí A1	3 (7,5%)	Lệch gần	20 (50%)
Loại II	14 (35%)	Vị trí A2	15 (37,5%)	Nằm ngang	12 (30%)
Loại III	8 (20%)	Vị trí B	14(35%)	Lệch xa	1 (2,5)
		Vị trí C	8(20%)	Mọc thẳng	5 (12,5%)
				Lệch ngoài	2 (%)

3.2.2. Về mức độ mọc ngằm

Bảng 3.3. Kết quả về mức độ mọc ngằm của răng trên nhóm nghiên cứu

Mức độ mọc ngằm	Số lượng (n=40)	Tỉ lệ %
Mọc hoàn toàn, không kẹt xương	18	45
Mọc một phần dưới xương	14	35
Ngằm hoàn toàn dưới xương	8	20

Kết quả cho thấy, răng mọc hoàn toàn, không kẹt xương chiếm đa số: 45%, tiếp đến là răng mọc một phần dưới xương: 35%, răng ngằm hoàn toàn dưới xương chiếm 20%.

3.3. Liên quan giữa sự lành thương sau phẫu thuật RKHD với mức độ lệch - ngằm

Bảng 3.4. Mức độ đau của các nhóm đối tượng ở từng thời điểm

Nhóm răng	Sau 2 ngày			Sau 1 tuần			Sau 2 tuần		
	Ít	Vừa	Nhiều	Ít	Vừa	Nhiều	Ít	Vừa	Nhiều
Nhóm I (n=14) (%)	10 (71,43)	4 (28,57)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Nhóm II (n=10) (%)	3 (30)	7 (70)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Nhóm III (n=8) (%)	0 (0)	0 (0)	8 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

So sánh giữa các nhóm:

- Nhóm I và nhóm III có sự khác biệt về tỉ lệ đau ít và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

- Nhóm I và nhóm III, nhóm II và nhóm III

có sự khác biệt về tỉ lệ đau nhiều và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Có mối liên quan giữa mức độ lệch - ngằm và tình trạng đau sau phẫu thuật RKHD ($p < 0,01$).

Bảng 3.5. Mức độ sưng mặt của các nhóm đối tượng ở từng thời điểm.

Nhóm răng	Sau 2 ngày			Sau 1 tuần			Sau 2 tuần		
	Ít	Vừa	Nhiều	Ít	Vừa	Nhiều	Ít	Vừa	Nhiều
Nhóm I (n=14) (%)	12 (85,71)	2 (14,29)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Nhóm II (n=10) (%)	2 (20)	8 (80)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Nhóm III (n=8) (%)	0 (0)	1 (12,5)	7 (87,5)	1 (12,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

So sánh giữa các nhóm:

+ Nhóm I và nhóm II, nhóm I và nhóm III có sự khác biệt về tỉ lệ sung ở mức độ ít và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

+ Nhóm I và nhóm II có sự khác biệt về tỉ lệ sung ở mức độ vừa và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

+ Nhóm I và nhóm III, nhóm II và nhóm III có sự khác biệt về tỉ lệ sung ở mức độ

ít và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Có mối liên quan giữa mức độ lệch - ngàm và tình trạng sung sau phẫu thuật RKHD ($p < 0,01$).

- 1 tuần sau phẫu thuật nhổ răng (PTNR): nhóm I và nhóm II lành thương tốt, không còn tình trạng sung, nhóm III vẫn còn 12,5 % sung ở mức độ ít.

Bảng 3.6. Mức độ há miệng hạn chế của bệnh nhân ở từng thời điểm

Nhóm răng	Sau 2 ngày			Sau 1 tuần			Sau 2 tuần		
	Ít	Vừa	Nhiều	Ít	Vừa	Nhiều	Ít	Vừa	Nhiều
Nhóm I (n=14) (%)	13 (92,86)	1 (7,14)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Nhóm II (n=10) (%)	3 (30)	7 (70)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Nhóm III (n=8) (%)	0 (0)	1 (12,5)	7 (87,5)	1 (12,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

So sánh giữa các nhóm:

+ Nhóm I và nhóm II, nhóm I và nhóm III có sự khác biệt về tỉ lệ HMHC ở mức độ ít và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

+ Nhóm I và nhóm II có sự khác biệt về tỉ lệ HMHC ở mức độ vừa và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

+ Nhóm I và nhóm III, nhóm II và nhóm III có sự khác biệt về tỉ lệ HMHC ở mức độ nhiều và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Có mối liên quan giữa mức độ lệch - ngàm và tình trạng HMHC sau phẫu thuật RKHD ($p < 0,01$).

- 1 tuần sau PTNR:

Nhóm I và nhóm II lành thương tốt, không còn tình trạng HMHC, nhóm III vẫn còn 12,5 % HMHC ở mức độ ít.

4. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Đa số bệnh nhân tham gia nhổ răng đều trẻ tuổi ($29,38 \pm 9,8$). Phần lớn bệnh nhân là nữ giới (62,5%). Nguyên nhân nhổ răng chủ

yếu là do tình trạng viêm quanh thân răng (82,5%), nhổ răng theo yêu cầu của bệnh nhân cũng là một nguyên nhân đáng chú ý (10%) so với các nguyên nhân còn lại chỉ chiếm một tỉ lệ nhỏ (bảng 3.1).

- Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Hidemichi Yuasa và cs [48], tuổi trung bình bệnh nhân nhổ răng là 27 tuổi, nguyên nhân nhổ răng chủ yếu là do tình trạng viêm nhiễm (chiếm tới 58% trong tổng số) và cũng có một tỉ lệ nhỏ là nhổ răng theo yêu cầu của bệnh nhân (6%).

4.2. Về mức độ lệch ngàm của răng khôn hàm dưới

- Tương quan của răng khôn đối với cạnh cao và răng kế chủ yếu là loại I (45%) và loại II (35%), loại III chiếm tỉ lệ thấp nhất (20%). Chiều sâu tương đối của răng khôn trong xương chủ yếu là vị trí A (45%), vị trí B cũng chiếm tỉ lệ đáng kể (35%), vị trí C chiếm (20%). Tương quan của trục răng khôn đối với răng kế cận: răng mọc lệch chủ yếu là lệch gần (50%) và nằm ngang (30%), răng lệch về phía xa và ngoài chiếm tỉ lệ nhỏ (2,5% và 5%),

răng mọc thẳng (12,5%), không có răng mọc lệch trong và lộn ngược. Nghiên cứu cũng cho thấy: răng mọc hoàn toàn, không kẹt xương chiếm đa số: 45%, tiếp đến là răng mọc một phần dưới xương: 35%, răng ngầm hoàn toàn dưới xương chiếm 20% (bảng 3.2).

- Theo nghiên cứu của Mai Đình Hưng, Lê Đức Lánh, Lương Văn Tomy (2001), tương quan của răng khôn đối với cảnh cao và răng kế chủ yếu là loại II (72,72%), loại III chiếm tỉ lệ thấp nhất (13,64%). Chiều sâu tương đối của răng khôn trong xương chủ yếu là vị trí B (63,64%), vị trí C chiếm tỉ lệ thấp nhất (2,27%). Tương quan của trục răng khôn đối với răng kế cận: răng mọc lệch chủ yếu là lệch gần (43,18%) và nằm ngang (34,09%), răng mọc lệch xa, lộn ngược và mọc thẳng (nhưng có túi viêm) chiếm tỉ lệ như nhau (6,82%) [2].

- Theo nghiên cứu của Hidemichi Yuasa và cs (2004), tương quan của răng khôn đối với cảnh cao và răng kế chủ yếu là loại II (72,55%), tỉ lệ thấp nhất là loại III (12,42%). Chiều sâu tương đối của răng khôn trong xương chủ yếu là vị trí B (52,29%), vị trí C chiếm tỉ lệ thấp nhất (20,26%). Răng mọc không hoàn toàn chiếm tỉ lệ chủ yếu (63,39%) [5].

- So với các nghiên cứu trên thì nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng về tương quan của răng khôn đối với cảnh cao và răng kế thì loại III chiếm tỉ lệ thấp nhất trong tổng số, chiều sâu tương đối của răng khôn trong xương vị trí C cũng chiếm tỉ lệ thấp nhất trong tổng số, tương quan của trục răng khôn đối với răng kế cận: răng mọc lệch chủ yếu là lệch gần và nằm ngang, răng mọc hoàn toàn không kẹt xương chiếm tỉ lệ chủ yếu.

Tuy nhiên cũng có một vài khác biệt về tỉ lệ % giữa loại I và II (tương quan của răng khôn đối với cảnh cao và răng kế), giữa vị trí A và B (chiều sâu tương đối của răng khôn trong xương). Điều này có thể do số lượng bệnh nhân của chúng tôi còn ít chưa đủ đại diện, do đó chúng tôi không có kết luận sâu hơn về vấn đề này.

4.3. Về liên quan giữa sự lành thương sau phẫu thuật RKHD với mức độ lệch - ngầm

4.3.1. Các nhóm đối tượng nghiên cứu

- Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 40 bệnh nhân, tuy nhiên để đánh giá một cách rõ ràng, cụ thể mối liên quan giữa sự lành thương sau phẫu thuật RKHD với mức độ lệch - ngầm, chúng tôi chọn được 32 bệnh nhân phân ra làm 3 nhóm như đã trình bày ở trên.

- Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm I chiếm tỉ lệ lớn nhất: 35%, nhóm II: 25%, nhóm III chiếm tỉ lệ nhỏ nhất: 20%. Cả 3 nhóm chỉ chiếm 80% trong tổng số bệnh nhân tham gia nghiên cứu vì không phải đối tượng nào cũng thỏa mãn tiêu chuẩn đặt ra.

4.3.2. Mối liên quan giữa sự lành thương sau phẫu thuật răng khôn hàm dưới với mức độ lệch - ngầm

4.3.2.1. Cảm nhận đau của bệnh nhân sau phẫu thuật

- Như chúng ta đã biết, đau là một trong những triệu chứng tiêu biểu nhận thấy được sau phẫu thuật nhổ RKHD. Cảm giác đau hiển nhiên là cảm giác chủ quan và không có một tiêu chuẩn cụ thể nào để đo lường [6]. Đã có rất nhiều phương pháp được đề xuất để đánh giá cường độ hay mức độ đau. Đa số các nghiên cứu trước thường sử dụng thang đánh giá tương đồng nhìn thấy được (thang VAS). Thang này có ưu điểm là đánh giá đau một cách khách quan, cho điểm đau chắc chắn, nhạy cảm và lặp lại được. Bên cạnh đó, một số tác giả khác lại dùng thang Likert để đánh giá đau [1], hay kết hợp giữa thang VAS và thang Likert. Ở nghiên cứu này chúng tôi sử dụng phương pháp đánh giá cảm nhận đau của bệnh nhân ở 3 mức độ: ít, vừa và nhiều. Cách đánh giá này cũng dựa trên cách đánh giá của thang Likert 7 điểm nhưng được đơn giản hóa, giúp bệnh nhân dễ hiểu và có thể ghi nhận mức độ đau của mình một cách dễ dàng.

- Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan giữa mức độ lệch - ngầm của

RKHD và tình trạng đau sau PTNR: mức độ lệch - ngằm càng lớn, mức độ đau càng cao.

- Mức độ đau trầm trọng liên quan đến độ sâu của răng và chỉ số về độ khó của răng cần nhổ xác định trước phẫu thuật, còn mức độ đau trung bình liên hệ với thông tin hay độ khó của răng xác định trước phẫu thuật [5]. Theo Waite PD và cs, đặc điểm quan trọng nhất trong việc xác định độ khó của phẫu thuật chính là đặc điểm giải phẫu của răng cần nhổ [10]. Do vậy có thể kết luận rằng cảm nhận đau của bệnh nhân sau phẫu thuật nhổ RKHD liên quan trực tiếp đến độ khó của phẫu thuật và đặc điểm giải phẫu (hay mức độ lệch - ngằm) của răng.

- So với các nghiên cứu trên thì nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng, tùy thuộc vào mức độ lệch - ngằm của răng mà các phẫu thuật viên sử dụng các biện pháp khác nhau trong quá trình nhổ răng nên gây ra những tổn thương thực thể khác nhau đối với vùng răng cần nhổ. Và từ đó gây ra những đáp ứng khác nhau tương ứng với mức độ tổn thương, cụ thể ở đây là những mức độ đau khác nhau.

4.3.2.2. Tình trạng sưng mặt của bệnh nhân sau phẫu thuật

- Đa số các nghiên cứu đánh giá mức độ sưng mặt của bệnh nhân sau phẫu thuật nhổ RKHD đều dựa trên hai phương pháp chủ yếu: đó là phương pháp đánh giá khách quan và phương pháp đánh giá chủ quan. Hầu hết các phương pháp đánh giá chủ quan (đánh giá theo thang Likert 5 điểm) như nghiên cứu của Conrad và cs (1999) cho rằng sưng nhiều nhất là vào ngày thứ 2 và thứ 3 sau phẫu thuật nhổ răng [4]. Nhìn chung đỉnh sưng thường đạt được trong khoảng từ 24 đến 72 giờ sau PTNR [1]. Vì vậy chúng tôi tiến hành đo độ sưng mặt vào ngày thứ 2 để có thông tin chính xác về mức độ sưng mặt nhiều nhất của bệnh nhân.

- Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy có mối liên hệ giữa mức độ lệch - ngằm với tình trạng sưng sau phẫu thuật RKHD. Mức độ lệch - ngằm càng lớn, mức độ sưng càng cao, và tình trạng sưng giảm dần theo

thời gian liên quan với mức độ lệch - ngằm. Chính vì những can thiệp thực thể khác nhau trên răng tương ứng với từng mức độ lệch - ngằm mà mức độ sưng thay đổi.

- Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Hidemichi Yuasa và cs (2004) khi cho rằng mức độ sưng mặt có liên hệ với tương quan giữa răng khôn đối với cảnh cao và răng kế (chiều ngang) [5].

4.3.2.3. Tình trạng há miệng hạn chế của bệnh nhân sau phẫu thuật

- Tình trạng HMHC sau PTNR được đánh giá dựa trên dấu hiệu hoàn toàn khách quan bằng cách đo độ há miệng trước và sau phẫu thuật. Tuy nhiên, mức độ HMHC đôi khi không được phản ánh chính xác vì bệnh nhân không chịu há miệng do đau hoặc sợ đau, hoặc do không chịu tập há miệng, tập ăn nhai. Do đó chúng tôi tiến hành khám bệnh nhân kỹ để loại khỏi nghiên cứu những bệnh nhân này.

- HMHC là một trong những biến chứng thường gặp sau phẫu thuật nhổ RKHD lệch - ngằm. Tình trạng này chịu ảnh hưởng bởi độ khó của răng cần nhổ và mức độ tổn thương mô quanh răng. Mức độ tổn thương mô quanh răng cũng phụ thuộc vào nhiều yếu tố như: độ lệch của trục răng, mối liên quan với bờ trước cảnh đứng xương hàm dưới và răng số 7, hình dạng chân răng...[7]. Vì vậy, có thể nói HMHC có liên quan đến mức độ lệch - ngằm của RKHD.

- Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có mối liên hệ giữa mức độ lệch - ngằm và tình trạng HMHC sau phẫu thuật RKHD. Mức độ lệch - ngằm càng lớn, mức độ HMHC càng cao, và tình trạng HMHC giảm dần theo thời gian liên quan với mức độ lệch - ngằm. Cụ thể: 1 tuần sau PTNR: tình trạng HMHC không còn ở cả 2 nhóm I và nhóm II, nhóm III: vẫn còn 12,5% bệnh nhân HMHC ở mức độ ít.

- Các thủ thuật xâm lấn như rạch niêm mạc, khoan xương, cắt xương là nơi khởi đầu của chuỗi phản ứng sinh hóa dẫn đến phản ứng viêm. Đối với phẫu thuật nhổ RKHD lệch -

ngâm, mức độ chấn thương tùy thuộc vào phần xương được cắt bỏ sau phẫu thuật, cấu trúc giải phẫu cũng như độ lệch - ngàm của răng được nhổ. Phẫu thuật nhổ RKHD ở các mức độ lệch - ngàm khác nhau thì sự can thiệp ở những mức độ khác nhau sẽ gây ra những tổn thương thực thể khác nhau, do đó đáp ứng của quá trình viêm cũng khác nhau, mà biểu hiện cụ thể ở đây chính là tình trạng lành thương.

Như vậy, có mối liên hệ giữa mức độ lệch - ngàm và sự lành thương (bao gồm đau, sưng, há miệng hạn chế) sau phẫu thuật RKHD. Răng có mức độ lệch - ngàm càng lớn thì mức độ đau, sưng, HMHC càng cao, và diễn biến của quá trình lành thương càng chậm.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 40 bệnh nhân về mối

liên quan giữa mức độ lệch - ngàm và sự lành thương sau PTRK hàm dưới, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Tương quan của răng khôn đối với cảnh cao và răng kế chủ yếu là loại I (45%) và loại II (35%), loại III chiếm tỉ lệ thấp nhất (20%).

- Chiều sâu tương đối của răng khôn trong xương chủ yếu là vị trí A (45%), vị trí B cũng chiếm tỉ lệ đáng kể (35%), vị trí C chiếm (20%).

- Tương quan của trục răng khôn đối với răng kế cận: răng mọc lệch gần (50%) và nằm ngang (30%), lệch về phía xa và ngoài (2,5% và 5%), răng mọc thẳng (12,5%),

- Có mối liên quan giữa sự lành thương sau PTRK hàm dưới với mức độ lệch - ngàm. Mức độ lệch - ngàm càng lớn, mức độ đau, sưng, há miệng hạn chế càng cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Minh Hân, Lê Đức Lánh, Lê Huỳnh Thiên Ân (2009), "Đánh giá tình trạng đau và sưng của bệnh nhân sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới mọc lệch", Tuyển tập công trình nghiên cứu khoa học Răng Hàm Mặt, tr. 157-170.
2. Mai Đình Hưng, Lê Đức Lánh, Lương Văn Tomy (2001), "Phẫu thuật sớm răng khôn hàm dưới mọc lệch - chìm", Tuyển tập công trình nghiên cứu khoa học Răng Hàm Mặt, tr. 80-84.
3. Chandler LP, Laskin DM. (1988), *Accuracy of radiographs in classification of impacted third molar teeth*, J Oral Maxillofac Surg. ;46(8):656-60.
4. Conrad S.M., Blakey G.H et al (1999), *Patients' perception of recovery after third molar Surgery*, J Oral Maxillofac Surg., 57(11), pp.1286-1295.
5. Hidemichi Yuasa, Masayuki Sugiura (2004), *Clinical postoperative findings after removal of impacted mandibular third molars: prediction of postoperative facial swelling and pain based on preoperative variables*, The British journal of oral maxillofacial surgery, 42(3), pp: 209-214.
6. Pell G.J., Gregory G.T. (1933), *Impacted third molars in classification and modified technique for removal*, Dent Digest, 39, pp.330.
7. Ruvo A.T., Shugar D.A. et al. (2005), *The impacted of delayed clinical healing after third molar surgery on health-related quality-of-life outcome*, J Oral Maxillofac Surg., 63(7), pp.929-935.
8. Sisk A. L. (1986), *Complications following removal of impacted third molars: The role of the experience of the surgeon*, Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 44(11), pp.855-859.