

viêm mủ nội nhãn, xuất huyết dịch kính, phù hoàng điểm dạng nang. Có thể nhận thấy trong nghiên cứu này, theo dõi trong 02 tháng chỉ có 5/42 mắt có biến chứng trong đó 3 mắt phù võng mạc nhẹ và 2 mắt tăng nhãn áp chiếm 11,3% còn lại 88,7% số mắt được đánh giá là thành công.

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật cố định thể thủy tinh nhân tạo không dùng chỉ khâu khá an toàn, mặc dù có một tỷ lệ tai biến, biến chứng nhất định nhưng ở mức độ nhẹ, có thể can thiệp dễ dàng, nhanh chóng mà vẫn giúp cải thiện thị lực tốt sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yamane S, Sato S, Maruyama-Inoue M, Kadonosono K. Flanged Intracocular Lens Fixation with Double-Needle Technique. *Ophthalmology*. 2017;124(8):1136-1142.
2. Kelkar A, Kelkar J, Kothari A, et al. Comparison of Two Modified Sutureless

- Techniques of Scleral Fixation of Intraocular Lens. *Ophthalmic Surg Lasers Imaging Retina*. 2018;49(10):e129-e134.
3. Stem MS, Wa CA, Todorich B, Woodward MA, Walsh MK, Wolfe JD. 27-Gauge Sutureless Intracocular Lens Fixation With Haptic Flanging: Short-Term Clinical Outcomes and a Disinsertion Force Study. *Retina Phila Pa*. 2019;39(11):2149-2154.
4. Kim S, Kim JT. The simply modified intracocular lens fixation using round flange (SMURF) technique for intracocular lens fixation. *Sci Rep*. 2021;11(1):3904.
5. Lê Đức Phương. Đánh giá kết quả cố định k nội nhãn vào củng mạc không khâu tại Bệnh viện Mắt TPHCM. In: Hội nghị dịch kính võng mạc lần thứ 10.; 2022:3.
6. Ishikawa H, Fukuyama H, Komuku Y, Araki T, Gomi F. Flanged intraocular lens fixation via 27-gauge trocars using a double-needle technique decreases surgical wounds without losing its therapeutic effect. *Acta Ophthalmol (Copenh)*. 2020;98(4):e499-e503.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA GHÉP NGÀ RĂNG TỰ THÂN SAU PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI LỆCH NGẪM

Nguyễn Thanh Nhân¹, Nguyễn Thị Bích Lý¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của ghép răng tự thân lên sự cải thiện độ sâu túi và mức mào xương ổ phía xa răng cối lớn thứ 2 kế cận sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới lệch ngằm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng với thiết kế nửa miệng được thực hiện trên 13 bệnh nhân có 4 răng khôn có chỉ định nhổ, trong đó hai răng khôn hàm dưới có mức độ khó và độ lệch tương đương nhau. Ở nhóm thử nghiệm, sau khi nhổ, răng khôn hàm trên sẽ được nghiền và xử lý để tạo mô ngà, sau đó ghép vào ổ răng khôn hàm dưới, còn ở nhóm chứng chỉ sử dụng spongel. Độ sâu túi nha chu tại vị trí phía ngoài xa và trong xa răng cối lớn thứ 2 (RCL2) hàm dưới được ghi nhận tại thời điểm trước phẫu thuật, sau phẫu thuật 1, 3 và 6 tháng. Mức mào xương ổ tính từ mào xương đến đường nối men xê măng mặt xa RCL2 được ghi nhận trên phim quanh chóp tại thời điểm sau phẫu thuật 7 ngày, 3 tháng và 6 tháng. **Kết quả:** Mức giảm độ sâu túi và sự cải thiện mức mào xương ổ ở nhóm thử nghiệm cao hơn nhóm chứng ở tất cả các thời điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. **Kết**

luận: Ngà răng tự thân là một vật liệu sinh học hiệu quả trong việc hỗ trợ cải thiện độ sâu túi và mức mào xương ổ phía xa răng cối lớn thứ 2 sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới lệch ngằm.

Từ khóa: phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới lệch ngằm, ngà răng tự thân, mức mào xương ổ, độ sâu túi nha chu.

SUMMARY

EVALUATE THE EFFICACY OF AN AUTOLOGOUS DENTIN GRAFT AFTER SURGICAL REMOVAL OF IMPACTED MANDIBULAR THIRD MOLAR

Objective: This study aims to evaluate the effect of autologous dentin graft on the improvement of periodontal pocket depth and alveolar crest level distal to the adjacent mandibular second molar after surgical removal of the impacted mandibular third molar.

Method: A randomized split-mouth clinical trial was performed on 13 patients with 4 wisdom teeth that were indicated for extraction, in which the mandibular third molar on both sides had a symmetrical orientation and the same difficulty level. In the experimental group, after extraction of the maxilla third molar, the extracted tooth was ground and processed. This graft was then placed into the mandibular third molar socket and covered with a hemostatic sponge, while in the control group it was filled with a hemostatic sponge. The depth of the distobuccal and the distolingual periodontal pocket of

¹Đại Học Y Dược TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Nhân

Email: nguyenthannhan323@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.12.2022

Ngày duyệt bài: 27.12.2022

the adjacent second molar were recorded pre-surgery and 1, 3, and 6 months post-surgery. The adjacent second molar's alveolar crest level was evaluated in periapical film at 7 days, 3 months, and 6 months after surgery. **Results:** There were a statistically significant difference in periodontal pocket depth reduction and alveolar crest level improvement between the experimental and control groups. **Conclusion:** Autologous dentin is an effective biomaterial in improving pocket depth and alveolar crest level at the distal second molar after surgical removal of the impacted mandibular third molar.

Keywords: surgical removal of impacted mandibular third molar, autologous dentin graft, alveolar bone height, periodontal pocket depth

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới mọc lệch là một trong những phẫu thuật thường gặp nhất trong thực hành nha khoa hằng ngày. Việc nhổ phẫu thuật răng khôn hàm dưới mọc lệch tạo những xâm lấn đáng kể vào mô xương xung quanh gây ảnh hưởng đến tình trạng mô nha chu răng kế cận. Nghiên cứu của Kugelberg cho thấy 2 năm sau khi phẫu thuật, 43,3% trường hợp có độ sâu túi phía xa RCL2 vượt quá 7 mm và 32,1% có khiếm khuyết trong xương trên 4 mm¹. Vì vậy cần có thêm các phương pháp hỗ trợ giúp tái cấu trúc lại các khiếm khuyết xương này.

Vật liệu ghép từ chính răng của bệnh nhân có thể giúp loại trừ nguy cơ lây nhiễm chéo và bị thải ghép. Ngà răng có thành phần hoá học gần giống với xương. Nó chứa một số yếu tố tăng trưởng và protein tạo dạng xương (Bone morphogenetic proteins - BMP) đóng vai trò quan trọng trong quá trình tạo xương². Ngà răng tự thân còn là một vật liệu ghép kinh tế vì có thể tận dụng các răng có chỉ định nhổ.

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu trên động vật và trong các lĩnh vực nha khoa như nha chu, phẫu thuật hàm mặt, cấy ghép và nhổ răng tiểu phẫu chứng minh hiệu quả của ghép ngà tự thân. Nghiên cứu của Sánchez-Labrador (2020) và Avi Kuperschlag (2020) cho thấy ghép ngà răng tự thân vào ổ răng khôn hàm dưới sau khi nhổ giúp cải thiện chiều cao mào xương ổ và giảm độ sâu túi nha chu phía xa RCL2^{3,4}. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của Giulia Mazzucchi (2022) cho thấy tại tháng thứ 6 sau phẫu thuật không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về sự cải thiện độ sâu túi và mức mào xương ổ giữa 2 nhóm có và không có ghép ngà tự thân⁵.

Ở Việt Nam đến nay vẫn chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả ghép ngà răng tự thân. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá hiệu quả của ghép ngà răng tự thân lên sự cải thiện độ sâu túi và mức mào xương ổ phía

xa RCL2 kế cận từ đó mong muốn tìm ra phương pháp điều trị hỗ trợ nhằm cải thiện độ sâu túi và mức mào xương ổ phía xa RCL2 kế cận sau phẫu thuật nhổ răng khôn lệch ngầm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Mẫu nghiên cứu. Chọn mẫu thuận tiện gồm 13 bệnh nhân đến khám và nhổ răng khôn lệch ngầm tại bộ môn Phẫu Thuật Miệng – khoa Răng Hàm Mặt – Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 12/2021 đến tháng 02/2022.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân trên 18 tuổi. Có răng khôn hàm dưới 2 bên lệch ngầm đối xứng nhau, cùng phân độ khó theo Pell – Gregory. Có răng khôn hàm trên nguyên vẹn và có chỉ định nhổ. Còn RCL2 hàm dưới. Đồng ý tham gia nghiên cứu sau khi được giải thích và tư vấn rõ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có chống chỉ định nhổ răng, có thai hoặc cho con bú, tiền sử dị ứng với thuốc tê hay các thuốc dùng trong nghiên cứu. Có dấu hiệu lâm sàng hoặc trên phim X quang gợi ý đến u liên quan hoặc gần răng khôn hàm dưới. Bệnh nhân không hợp tác trong cung cấp thông tin cần thiết, không thực hiện đầy đủ việc tư vấn đánh giá và tái khám định kỳ.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng, thiết kế nửa miệng.

Quy trình nghiên cứu:

Chuẩn bị trước nghiên cứu: một bác sĩ lâm sàng độc lập được huấn luyện định chuẩn để ghi nhận các biến số. Bác sĩ này không tham gia bất kỳ quá trình điều trị nào và không được biết bên nào là bên thử nghiệm hay bên chứng.

Trước phẫu thuật: bệnh nhân được chụp phim toàn cảnh và làm các xét nghiệm tiền phẫu. Sau khi thăm khám và đánh giá nếu đủ điều kiện tham gia nghiên cứu, bệnh nhân sẽ được thông báo và giải thích đầy đủ trước khi chấp nhận tham gia. Bệnh nhân bốc thăm ngẫu nhiên để chọn bên nào là bên thử nghiệm và thực hiện trước. Hai lần phẫu thuật cách nhau ít nhất 30 ngày. Lấy dấu làm máng hướng dẫn đo túi và chụp phim: máng dày 3 mm, phủ từ phía RCL2 đến răng cối nhỏ thứ 2 hàm dưới cùng bên, có rãnh hướng dẫn ở vị trí ngoài xa, trong xa RCL2 và có vùi 1 đoạn kẽm kích thước 5 mm (Hình 1).



Hình 1. Máng hướng dẫn đo túi và chụp phim

Sử dụng máng hướng dẫn ghi nhận độ sâu túi tại vị trí ngoài xa và trong xa RCL2 hàm dưới.

Trong phẫu thuật: Tất cả các bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều được phẫu thuật bởi cùng một phẫu thuật viên. Phẫu thuật nhổ răng khôn thuộc nhóm chứng sẽ được thực hiện theo quy trình chuẩn của bộ môn Phẫu thuật miệng, khoa Răng Hàm Mặt, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. Bệnh nhân được gây tê, nhổ răng khôn hàm trên sau đó gây tê và nhổ răng khôn hàm dưới. Ghi nhận thời gian nhổ răng khôn hàm trên (tính từ lúc bắt đầu đặt nạng đến khi răng được đưa ra ngoài ổ răng) và phẫu thuật răng khôn hàm dưới (tính từ khi bắt đầu rạch đến mũi khâu cuối cùng). Ở nhóm thử nghiệm, răng khôn hàm trên sau khi nhổ sẽ được xử lý làm vật liệu ghép: làm sạch răng, loại bỏ mô mềm; mài bớt men răng; thổi khô răng; sử dụng máy Smart Dentin Grinder™ nghiên cứu trong 3 giây và lọc trong 20 giây để các hạt thu được có kích thước trong khoảng 300 – 1200 μm; lặp lại quy trình đến khi răng được xay hoàn toàn; ngâm vật liệu ghép thu được trong dung dịch chứa natri hydroxide 0,5 M và ethanol 20% trong 10 phút; thấm khô vật liệu với gạc vô khuẩn rồi ngâm với dung dịch EDTA 17% trong 2 phút; thấm khô vật liệu ghép với gạc vô khuẩn rồi rửa với dung dịch PBS 2 lần, mỗi lần 1 phút; thấm khô vật liệu ghép thu được. Trong lúc này, phẫu thuật viên chính tiếp tục thực hiện phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới. Trước khi khâu đóng, ngà tự thân được đưa vào ổ răng và phủ spongel (Hình 3).

Sau phẫu thuật: Tất cả bệnh nhân sử dụng thuốc giống nhau: amoxicilline 500 mg, 15 viên, ngày uống 03 lần mỗi lần 1 viên; ibuprofen 400 mg và paracetamol 500 mg, mỗi loại 09 viên, ngày uống 03 lần, mỗi lần 01 viên. Sử dụng máng hướng dẫn để đo độ sâu túi ngoài xa và trong xa RCL2 tại tháng thứ 1, 3, 6 sau phẫu thuật. Chụp phim quanh chóp có sử dụng máng hướng dẫn vào thời điểm ngày thứ 7, tháng thứ 3, 6 sau phẫu thuật. Ghi nhận khoảng cách từ mào xương ổ phía xa RCL2 đến đường nối men – xê măng thông qua công thức tính tam suất:

$$= \frac{5 \times m}{k}$$

Mức mào xương (mm)

Trong đó m là khoảng cách từ mào xương ổ đến đường thẳng nối 2 điểm tiếp giáp men – xê măng phía gần và phía xa RCL2; k là độ dài của đoạn kẽm trên phim (Hình 4).

Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được phân tích bằng phần mềm thống kê STATA 16, phép kiểm có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

Y đức. Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh theo quyết định số 617/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 19/11/2021.



Hình 2. Máy nghiền ngà răng Smart Dentin Grinder™ (KometaBio)



Hình 3. Ngà răng sau khi được xử lý và ghép vào ổ răng



Hình 4. Cách xác định mức mào xương ổ

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Tuổi trung bình	23 ± 1,8 tuổi	
Giới tính	Nam	9 (69,2%)
	Nữ	4 (30,8%)
Phân loại độ khó	IIA	1 (7,7%)
	IIB	11 (84,6%)
	IIIB	1 (7,7%)
Thời gian phẫu thuật	Nhóm chứng	14,3 ± 2,6 phút
	Nhóm thử nghiệm	16,6 ± 2,8 phút

Có 13 bệnh nhân tham gia nghiên cứu trong đó có 9 bệnh nhân nam và 4 bệnh nhân nữ. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 23 tuổi, trong đó bệnh nhân trẻ nhất là 20 tuổi và lớn nhất là 25 tuổi. Về phân loại mức độ khó nhổ theo Pell – Gregory, mức độ IIB chiếm số lượng nhiều nhất với 84,62%, còn mức độ IIA và IIIB cùng chiếm 7,69%. Tổng thời gian thực hiện phẫu thuật ở nhóm thử nghiệm cao hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (kiểm định sắp hạng có dấu Wilcoxon, $p=0,007$).

Bảng 2. Sự thay đổi độ sâu túi

Vị trí Nhóm Thời gian	Ngoài xa (mm)			Trong xa (mm)		
	Chứng	Thử nghiệm	p	Chứng	Thử nghiệm	p
T0	5,23 ± 1,17	5,46 ± 0,97	0,274	4,23 ± 0,93	4,38 ± 0,96	0,502
T1	4,54 ± 0,97	3,92 ± 0,76	0,014*	3,62 ± 0,77	3,38 ± 0,77	0,461
T3	4,23 ± 0,73	3,69 ± 0,85	0,012*	3,46 ± 0,52	3,08 ± 0,76	0,096
T6	4,15 ± 0,80	3,38 ± 0,51	0,002*	3,31 ± 0,75	2,54 ± 0,78	0,002*
T0-T1	0,69 ± 0,48	1,54 ± 0,52	0,001*	0,62 ± 0,65	1,00 ± 0,58	0,096
T0-T3	1,00 ± 0,71	1,77 ± 0,44	0,002*	0,77 ± 0,73	1,31 ± 0,63	0,012*
T0-T6	1,08 ± 0,64	2,08 ± 0,64	<0,001*	0,92 ± 0,76	1,85 ± 0,69	0,001*

Kiểm định t bắt cặp; (*) Khác biệt có ý nghĩa thống kê

T0, T1, T3, T6 tương ứng các thời điểm trước phẫu thuật, sau phẫu thuật 1, 3, 6 tháng

Trước phẫu thuật độ sâu túi trung bình tại 2 vị trí xa và trong xa ở 2 nhóm gần như nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tại tháng thứ 1, 3, 6 sau phẫu thuật, độ sâu túi trung bình tại 2 vị trí ở nhóm thử nghiệm nhỏ hơn nhóm chứng. Ở vị trí ngoài xa, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê tại tất cả thời điểm. Ở vị trí trong xa sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở tháng thứ 6.

Mức độ giảm độ sâu túi tại thời điểm tháng thứ 1, 3, 6 sau phẫu thuật so với trước phẫu thuật ở nhóm thử nghiệm cao hơn ở nhóm chứng ở cả vị trí ngoài xa và trong xa. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3. Sự thay đổi mức mòn xương ổ

Nhóm Thời điểm	Chứng (mm)	Thử nghiệm (mm)	p
T0	5,41 ± 0,89	5,36 ± 0,76	0,814
T3	4,65 ± 0,83	3,21 ± 0,78	<0,001*
T6	4,04 ± 1,12	2,3 ± 0,78	<0,001*
T0-T3	0,75 ± 0,26	2,15 ± 1,03	0,001*
T0-T6	1,37 ± 0,63	3,06 ± 1,04	<0,001*

Kiểm định t bắt cặp;

(*) Khác biệt có ý nghĩa thống kê

T0, T3, T6 tương ứng các thời điểm trước phẫu thuật, sau phẫu thuật 3, 6 tháng

Tại thời điểm 7 ngày sau phẫu thuật, khoảng các từ mòn xương ổ đến đường nối men - xê măng ở 2 nhóm gần như nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tại thời điểm 3 và 6 tháng sau phẫu thuật, khoảng cách từ mòn xương ổ đến đường nối men - xê măng ở nhóm thử nghiệm nhỏ hơn so với nhóm chứng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Sự cải thiện mức mòn xương ổ tại tháng thứ 3 và tháng thứ 6 so với thời điểm 7 ngày sau phẫu thuật ở nhóm thử nghiệm cao hơn so với nhóm chứng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Quá trình lành thương phụ thuộc vào nhiều

yếu tố như cơ địa bệnh nhân (độ tuổi, giới tính, thể trạng bệnh nhân,...) và mức độ xâm lấn khi can thiệp (kỹ năng của phẫu thuật viên, mức độ khó nhỡ của răng khôn,...). Để hạn chế các biến số gây nhiễu, chúng tôi thực hiện thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng với thiết kế nửa miệng giúp loại bỏ các ảnh hưởng liên quan đến cơ địa bệnh nhân. Tất cả bệnh nhân đều được phẫu thuật bởi cùng một phẫu thuật viên, răng khôn giữa nhóm chứng và nhóm thử nghiệm có mức độ khó nhỡ như nhau để 2 bên có mức độ xâm lấn tương đương nhau. Ngoài ra, để giảm thiểu sai số, trong nghiên cứu chỉ sử dụng một loại cây đo túi. Khi đo túi sử dụng màng hướng dẫn để có thể đo cùng một vị trí giữa các thời điểm khác nhau. Sử dụng thanh kẽm để tính toán mức mòn xương ổ, hạn chế sai số do biến dạng hình ảnh trên phim. Một bác sĩ độc lập không được biết bên nào là bên thử nghiệm ghi nhận các biến số tại các thời điểm.

Các nghiên cứu khác trên thế giới sử dụng chính răng khôn hàm dưới để làm vật liệu ghép, như vậy sẽ kéo dài thời gian phẫu thuật đáng kể. Để hạn chế sự chênh lệch thời gian phẫu thuật giữa 2 nhóm, chúng tôi sử dụng răng khôn hàm trên của bệnh nhân để làm vật liệu ghép. Sau khi nhổ răng khôn hàm trên, chúng tôi gây tê ở hàm dưới và cho bệnh nhân cắn gòn khoảng 5 phút để chờ tê và cầm máu ổ răng hàm trên vừa nhổ. Tiếp theo phẫu thuật viên sẽ thực hiện phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới. Trong thời gian đó răng khôn hàm trên sẽ được mang đi xử lý để làm vật liệu ghép. Thời gian chuẩn bị vật liệu ghép mất khoảng 15 -17 phút, xấp xỉ tổng thời gian chờ tê và thời gian phẫu thuật. Cho nên thời gian xử lý vật liệu ghép không ảnh hưởng đến tổng thời gian thực hiện phẫu thuật ở nhóm thử nghiệm. Tuy nhiên thời gian phẫu thuật ở nhóm thử nghiệm vẫn kéo dài hơn so với nhóm chứng 2 - 3 phút do phẫu thuật viên cần thêm thời gian để đưa vật liệu vào ổ răng sau khi nhổ.

Chúng tôi đưa ra tiêu chí chọn mẫu là có răng khôn hàm dưới đối xứng 2 bên cho nên mức chênh lệch về độ sâu túi trước phẫu thuật là không đáng kể. Khi so sánh sự thay đổi về độ sâu túi tại các thời điểm, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự thay đổi về giá trị này diễn ra không giống nhau ở vị trí ngoài xa và trong xa, vị trí trong xa có mức độ giảm độ sâu túi ít hơn ngoài xa. Tuy nhiên, nhìn chung kết quả nghiên cứu cho thấy ở nhóm thử nghiệm độ sâu túi trung bình nhỏ hơn và mức giảm độ sâu túi nhiều hơn so với nhóm chứng. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu khác trên thế giới như của Giulia Mazzucchi (2022) và Avi Kuperschlag (2020). Trong nghiên cứu của Kuperschlag (2020), tại tháng thứ 12 sau phẫu thuật, độ sâu túi trung bình giữa 2 nhóm vẫn có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê^{3,4,5}.

Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của Giulia Mazzucchi (2022) chỉ ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức giảm độ sâu túi ở vị trí ngoài xa và trong xa tại tháng thứ 3⁵. Mohammed Nadershah (2019) thì chỉ ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa về mức độ giảm độ sâu túi, còn độ sâu túi trung bình giữa 2 nhóm không có sự khác biệt⁶. Có thể do đây là các nghiên cứu sơ bộ, cỡ mẫu nhỏ, số liệu thu được có phân phối không chuẩn nên mặc dù ghi nhận có sự khác biệt nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa. Nghiên cứu của tác giả Sánchez-Labrador (2020) ghi nhận mức độ giảm độ sâu túi xảy ra nhiều trong 3 tháng đầu sau phẫu thuật. Tại tháng thứ 6, kết quả chỉ ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức giảm độ sâu túi ở vị trí ngoài xa, tại vị trí trong xa sự khác biệt không có ý nghĩa³. Nguyên nhân có thể do khi phẫu thuật ít hoặc không xâm lấn ở phía trong cho nên sự lành thương ở 2 nhóm không có nhiều khác biệt.

Tại thời điểm 7 ngày sau phẫu thuật, khoảng cách từ mào xương ổ đến đường nối men – xê măng ở nhóm thử nghiệm nhỏ hơn nhóm chứng nhưng không đáng kể. Tại thời điểm tháng thứ 3 và thứ 6 sau phẫu thuật mức mào xương ổ ở nhóm thử nghiệm được cải thiện rõ rệt so với nhóm chứng. Sự cải thiện này có thể do ngà răng tự thân đã đóng vai trò trong quá trình lành thương xương. Nó hạn chế sự xâm nhập mô mềm và giúp giữ chỗ để xương có thời gian tái tạo sau nhổ răng. Tuy cách đánh giá mức mào xương ổ của các nghiên cứu trên thế giới có

phần khác nhau như tác giả Avi Kuperschlag (2020) đánh giá mức mào xương thông qua đo khoảng cách từ đỉnh mào xương ổ đến đường nối men – xê măng phía xa RCL2 trên phim toàn cảnh, Luis Sánchez-Labrador (2020) thì đo khoảng cách từ đỉnh mào xương đến ống thần kinh hàm dưới trên phim CBCT^{3,4}, nhưng nhìn chung các nghiên cứu này đều cho kết quả tương đồng, cho thấy nhóm có ghép ngà răng tự thân giúp cải thiện mức mào xương ổ nhiều hơn so với nhóm chứng. Nghiên cứu của Giulia Mazzucchi (2022) có cách ghi nhận mức mào xương tương tự chúng tôi, tuy nhiên tác giả này không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức mào xương ổ cũng như sự cải thiện mức mào xương giữa nhóm thử nghiệm và nhóm chứng⁵. Có thể do đây là nghiên cứu sơ bộ với cỡ mẫu nhỏ, cách chọn mẫu thuận tiện, số liệu phân phối không chuẩn nên phép kiểm cho kết quả không có ý nghĩa thống kê.

V. KẾT LUẬN

Ngà răng tự thân là một vật liệu sinh học hứa hẹn trong tái tạo khiếm khuyết mô nha chu phía xa răng cối lớn thứ 2 sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới lệch ngầm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kugelberg CF, Ahlstrom U, Ericson S, Hugoson A.** Periodontal healing after impacted lower third molar surgery. A retrospective study. *Int J Oral Surg.* 1985;29-40.
2. **Khanijou M, Zhang R, Boonsirisetth K, et al.** Physicochemical and osteogenic properties of chairside processed tooth derived bone substitute and bone graft materials. *Dent Mater J.* 2021;173-183.
3. **Sánchez-Labrador L, Martín-Ares M, Ortega-Aranegui R, López-Quiles J, Martínez-González JM.** Autogenous Dentin Graft in Bone Defects after Lower Third Molar Extraction: A Split-Mouth Clinical Trial. *Materials (Basel).* 2020:
4. **Kuperschlag A, Keršytė G, Kurtzman GM, Horowitz RA.** Autogenous Dentin Grafting of Osseous Defects Distal to Mandibular Second Molars After Extraction of Impacted Third Molars. *Compend Contin Educ Dent.* 2020;76-82; quiz 83.
5. **Mazzucchi G, Lollobrigida M, Lamazza L, et al.** Autologous Dentin Graft after Impacted Mandibular Third Molar Extraction to Prevent Periodontal Pocket Formation-A Split-Mouth Pilot Study. *Materials (Basel).* 2022:
6. **Mohammed Nadershah, Zahid TM.** Use of Autogenous Dentin Graft in Mandibular Third Molar Extraction Sockets: A Split-Mouth Randomized Double-Blind Study. *International Journal of Pharmaceutical Research & Allied Sciences.* 2019;73-79.