

6. Anna Asp, Carin Wallquist, Anette Rickenlund, et al. (2014), "Cardiac remodelling and functional alterations in mild-to-moderate renal dysfunction: Comparison with healthy subjects". *Clinical Physiology and Functional Imaging*, 35, pp.
7. Nguyễn Thị Lý (2017). Nghiên cứu một số đặc điểm hình thái, chức năng tim bằng siêu âm

Doppler ở bệnh nhân sau ghép thận. Thạc sĩ y học, Nội chung, Học viện Quân Y.

8. S. R. Ommen, R. A. Nishimura, C. P. Appleton, et al. (2000), "Clinical utility of Doppler echocardiography and tissue Doppler imaging in the estimation of left ventricular filling pressures: A comparative simultaneous Doppler-catheterization study". *Circulation*, 102(15), pp. 1788-94.

MỘT SỐ YẾU TỐ LÂM SÀNG CỦA RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI Ở NHÓM ĐỐI TƯỢNG CÓ CHỈ ĐỊNH NHỔ RĂNG

Nguyễn Hồng Nguyên¹, Hoàng Kim Loan²,
Nguyễn Thị Thúy Hạnh³, Bùi Tiến Đạt¹, Đoàn Ngọc Ánh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng răng khôn hàm dưới của người bệnh có chỉ định nhổ RKHD khi đến khám răng miệng tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2021-2022. **Đối tượng và phương pháp:** là người bệnh được chỉ định nhổ RKHD tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ nữ giới có vấn đề về RKHD nhiều hơn nam giới chiếm 57,1%, độ tuổi trung bình là 27 tuổi ($27 \pm 4,7$) và nhóm tuổi > 25 chiếm tỷ lệ cao với 63,7%. Lý do tới khám phổ biến nhất là lý do sưng đau (chiếm 44,2%). Tình trạng có lợi trùm chiếm 61,1% trong tổng số các đối tượng. Tình trạng có chảy máu lợi chiếm 17,3% trong tổng số các đối tượng. Khả năng bị đau ở nhóm 18 - 25 tuổi cao gấp 1,86 lần so với nhóm >25 tuổi ($p < 0,05$). Khả năng mắc sâu răng của nhóm 18 - 25 tuổi thấp hơn 0,37 lần khả năng sâu răng của nhóm tuổi > 25 tuổi ($p < 0,05$). **Kết luận:** Lý do sưng đau vùng răng khôn hàm dưới chiếm tỷ lệ nhiều nhất. Tỷ lệ RKHD mọc lệch ở nữ giới cao hơn nam giới. Tỷ lệ xuất hiện nguy cơ và biến chứng của RKHD tăng lên theo tuổi.

Từ khóa: răng khôn hàm dưới (RKHD), tuổi mọc răng khôn, biến chứng răng khôn, răng khôn mọc kẹt.

SUMMARY

SOME CLINICAL FACTORS OF THE LOWER WISDOM TOOTH IN THE GROUP FOR INDICATIONS FOR EXTRACT

Objectives: To describe the clinical characteristics of the lower wisdom teeth of patients with indications for extraction of RKHD when visiting the dental clinic at the Institute of Odonto-Stomatology and Hanoi Medical University Hospital in 2021-2022. **Subjects and methods:** the patient was assigned to extract

RKHD at the Institute of Odonto-Stomatology and Hanoi Medical University Hospital. Cross-sectional descriptive study. **Results:** The percentage of women with RA problems was higher than that of men, accounting for 57.1%, the average age was 27 years old (27 ± 4.7) and the age group > 25 accounted for a high rate with 63.7%. The most common reason for going to the doctor was pain (44.2%). The most beneficial status accounted for 61.1% of the total subjects. Bleeding gums accounted for 17.3% of the total subjects. The likelihood of pain in the group of 18-25 years old was 1.86 times higher than that of the group >25 years old ($p < 0.05$). The likelihood of tooth decay of the 18-25 year old group was 0.37 times lower than the caries risk of the age group > 25 years old ($p < 0.05$). **Conclusion:** The reason for swelling and pain in the lower wisdom teeth area accounts for the most proportion. The rate of deviated RKHD is higher in women than in men. The prevalence of risks and complications of RKHD increases with age.

Keywords: Lower wisdom teeth, age of wisdom teeth eruption, complications of wisdom teeth, Impacted wisdom tooth.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

So với các răng khác, răng khôn hàm dưới (RKHD) có thời gian hình thành muộn hơn, lâu hơn và nằm ở vị trí liên quan với nhiều cấu trúc giải phẫu quan trọng. Chính vì mọc sau cùng nên khoảng mọc răng thường hẹp, RKHD thường có xu hướng mọc ngầm, kẹt, mọc lệch do thiếu chỗ, gây nên nhiều biến chứng tại chỗ và toàn thân. Việc điều trị RKHD phần lớn là nhổ răng. Tuy nhiên, do RKHD liên quan tới các cấu trúc giải phẫu lân cận phức tạp (ống thần kinh răng dưới, thành bên hầu họng...) nên nhổ RKHD là một phẫu thuật khó và có thể gây biến chứng.

Cùng với sự phát triển của tri thức và công nghệ internet, bệnh nhân có thể dễ dàng tiếp cận những thông tin, ý kiến đa chiều về thủ thuật nhổ răng khôn cũng như là những nguy cơ và biến chứng trước và sau nhổ răng. Do đó, sẽ có nhiều bệnh nhân bị tâm lý và lo lắng, lo âu khi

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt-Trường đại học Y Hà Nội

³Viện Y Học Dự Phòng - Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Nguyên

Email: nguyennghuyen1221@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 26.9.2022

Ngày duyệt bài: 11.10.2022

đứng trước quyết định nhổ răng khôn.

Xác định tình trạng lo âu của người bệnh trước phẫu thuật đã được thực hiện trong nhiều nghiên cứu trong nước và thế giới. Theo Jjala (2010), lo lắng trước phẫu thuật nhổ RKHD được tìm thấy với tỉ lệ lên đến 80%. Tại Anh, 82% bệnh nhân có lo lắng trước phẫu thuật. Theo một nghiên cứu của Iran về trải nghiệm của những bệnh nhân ở một trường nha khoa cho biết 58% có lo lắng về răng miệng khi được thăm khám.

Tìm hiểu tâm lý cũng như tình trạng lo lắng của bệnh nhân đóng vai trò quan trọng góp phần tạo nên sự thành công trong điều trị bệnh. Cần nhắc những nguy cơ và biến chứng đó, người bệnh cũng sẽ cân nhắc có nên quyết định việc nhổ RKHD hay không?

Trên thế giới, đã có nhiều nghiên cứu về ảnh hưởng của tâm lý bệnh nhân đối với việc điều trị nha khoa và sự lành thương sau nhổ RKHD. Theo Nadeem Jeddy và cộng sự (2018) nghiên cứu cho thấy sự lo lắng về răng miệng chiếm tỷ lệ phổ biến và rộng rãi ở cả hai giới tính.

Ở Việt Nam, các công trình nghiên cứu về vấn đề này còn ít. Vì vậy, để góp phần làm rõ hơn về ảnh hưởng của tâm lý xã hội và lâm sàng tới quyết định nhổ RKHD, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng răng khôn hàm dưới của người bệnh có chỉ định nhổ RKHD khi đến khám răng miệng tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2021-2022.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Là người bệnh được chỉ định nhổ RKHD tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân nam và nữ tuổi từ 18 đến 40 tuổi.
- Bệnh nhân đồng ý và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có rối loạn về đông máu.

Bảng 3.1: Phân bố đối tượng có RKHD theo Tuổi – Giới

Tuổi \ Giới	Nam		Nữ		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
18 – 25 tuổi	36	43,3	47	56,6	83	36,7
>25 tuổi	61	42,7	82	57,3	143	63,3
Tổng số	97	42,9	129	57,1	226	100

Nhận xét: Dựa vào bảng 3.1 có thể thấy được tỷ lệ bệnh nhân nam giới là 42,9%, nữ giới là 57,1%. Nhóm đối tượng >25 tuổi chiếm 63,3%, cao gần gấp 2 lần nhóm đối tượng có độ tuổi từ 18-25 tuổi.

Tỷ lệ nam/nữ ở hai nhóm tuổi 18- 25 (43,3/56,6) và nhóm >25 (42,7/57,3) là xấp xỉ nhau. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

- Bệnh nhân có vấn đề về tâm thần.

- Bệnh nhân đang mang thai.

Bệnh nhân đang điều trị tia xạ vùng hàm mặt.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.1 Các bước tiến hành nghiên cứu: Do rất ít nghiên cứu về quyết định nhổ răng của người bệnh trên nhóm người bệnh có chỉ định nhổ, nên để tính toán cỡ mẫu, nhóm nghiên cứu đã tiến hành nghiên cứu thử trong vòng 1 tuần trước khi nghiên cứu chính thức nhằm điều chỉnh bộ câu hỏi và ước tính tỷ lệ không đồng ý nhổ răng của nhóm có chỉ định nhổ RKHD. Điều chỉnh cỡ mẫu cho công thức điều chỉnh cỡ mẫu hữu hạn. Từ đó tính được cỡ mẫu nghiên cứu này là 217 đối tượng, làm tròn là 220 đối tượng. Thực tế đã phỏng vấn được 226 đối tượng.

Sau khi đối tượng nghiên cứu đã tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu thì việc nghiên cứu sẽ được tiến hành phỏng vấn trực tiếp dựa trên bộ câu hỏi phỏng vấn.

2.2.2 Xử lý số liệu: Số liệu được nhập liệu và xử lý, phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Một số đặc điểm về nhóm đối tượng nghiên cứu. Tổng số đối tượng tham gia nghiên cứu là 226 người. Tỷ lệ nhóm nữ giới nhiều hơn nam giới chiếm 57,1% trong tổng số các đối tượng, độ tuổi trung bình là 27 tuổi ($27 \pm 4,7$) trong đó đối tượng nghiên cứu có biên độ tuổi rộng từ 18 – 40 tuổi. Nhóm tuổi > 25 chiếm tỷ lệ cao với 63,7%.

Trong số những đối tượng tham gia nghiên cứu thì tỷ lệ tình trạng hôn nhân hoặc có người yêu chiếm tỷ lệ 69,9 %. Về trình độ học vấn tất cả các đối tượng đều có trình độ học vấn là THCS trở lên, trong đó nhóm có trình độ Đại học/Cao đẳng/Trung cấp chiếm tỷ lệ cao nhất với 85,4%.

Đa số các đối tượng ở khu vực thành thị (chiếm 85%) có điều kiện tiếp xúc với các cơ sở y tế dễ dàng. Phần lớn các đối tượng là tự chủ về mặt kinh tế (chiếm 81%).

Bảng 3.2: Phân bố lý do tới khám của đối tượng theo Tuổi

Lý do khám	18- 25 tuổi		>25 tuổi		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
Sưng đau RKHD	51	61,4	49	34,3	100	44,2
Sâu răng	7	8,4	41	28,7	48	21,2
Dắt thức ăn	11	13,3	27	18,9	38	16,8
Chỉnh nha	12	14,5	7	4,9	19	8,4
Khác	2	2,4	19	13,3	21	9,3
Tổng số	83	100	143	100	226	100

Nhận xét: Lý do đến khám vì sưng đau chủ yếu gặp ở nhóm tuổi từ 18 – 25 tuổi (61,4%) cao hơn nhóm > 25 tuổi với 34,4%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Lý do sâu răng tăng mạnh ở nhóm >25 tuổi (chiếm 28,7%) so với nhóm 18-25 tuổi là 8,4%. Đi kèm với đó là lý do dắt thức ăn cũng tăng ở

nhóm đối tượng >25 tuổi chiếm 18,9% so với nhóm từ 18 – 25 tuổi (chiếm 13,3%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Ngược lại lý do chỉnh nha lại tăng mạnh ở nhóm tuổi từ 18-25 tuổi (chiếm 14,5%) so với nhóm >25 tuổi (4,9%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.3 Đặc điểm lâm sàng RKHD của người bệnh có chỉ định nhổ RKHD

Bảng 3.3: Phân bố tình trạng lâm sàng vùng RKHD của đối tượng theo nhóm Tuổi

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu	Nhóm tuổi		p	OR (95% CI)
	18-25	>25		
Sưng vùng RKHD: Có Không	36 (43,4) 47 (56,6)	37 (25,9) 106 (74,1)	0,007 ^x	2,19 (1,24 – 3,89) 1
Đau vùng RKHD: Có Không	44 (53) 39(47)	54 (37,8) 89 (62,2)	0,026 ^x	1,86 (1,08 – 3,22) 1
Chảy máu lợi: Có Không	16 (19,3) 67 (80,7)	23 (16,1) 120 (83,9)	0,540 ^x	1,25 (0,62 – 2,52) 1
Lợi trùm RKHD: Có Không	55 (66,3) 28 (33,7)	83 (58) 60 (42)	0,222 ^x	1,42 (0,81 – 2,49) 1
Hướng mọc: Thẳng Lệch	21 (25,3) 62 (74,7)	65 (45,5) 78 (54,5)	0,003 ^x	0,41 (0,22 – 0,74) 1
Dắt thức ăn: Có Không	68 (81,9) 15 (18,1)	124 (86,7) 19 (13,3)	0,332 ^x	0,7 (0,33 – 1,45) 1
Sâu rang: Có Không	33 (39,8) 50 (60,2)	92 (64,3) 51 (35,7)	0,000 ^x	0,37 (0,21 – 0,64) 1

Nhận xét: Nhóm tuổi 18 – 25 khám thấy có hiện tượng sưng nề vùng RKHD chiếm tỷ lệ cao (43,4%) hơn đối tượng có độ tuổi >25 tuổi (25,9). Khả năng bị sưng vùng RKHD của nhóm 18 - 25 tuổi cao gấp 2,19 lần so với nhóm từ >25 tuổi ($p < 0,05$).

Ở những đối tượng tới khám thấy có 43,4% thấy có đau vùng RKHD khi thăm khám, trong đó nhóm nhóm tuổi 18 – 25 chiếm tỷ lệ 53% cao hơn đối tượng có độ tuổi từ >25 tuổi (37,8%). Khả năng bị đau ở nhóm 18 - 25 tuổi cao gấp 1,86 lần so với nhóm >25 tuổi ($p < 0,05$).

Ở nhóm RKHD mọc lệch chiếm 61,9% và mọc thẳng chiếm 38,1% trong tổng số các đối tượng đến khám. Tỷ lệ nhóm RKHD mọc thẳng ở nhóm 18 - 25 tuổi chiếm 25,3% thấp hơn nhóm >25 tuổi (45,5%) Khả năng RKHD mọc thẳng ở nhóm tuổi 18 – 25 thấp hơn 0,41 lần so với nhóm tuổi > 25 ($p < 0,05$).

Nhóm đối tượng có sâu răng chiếm 55,3% các đối tượng tới khám. Trong đó nhóm 18 – 25 tuổi chiếm 39,8% thấp hơn nhóm > 25 tuổi là 64,3%. Khả năng mắc sâu răng của nhóm 18 - 25 tuổi thấp hơn 0,37 lần khả năng sâu răng của nhóm tuổi > 25 tuổi ($p < 0,05$).

Tình trạng có dắt thức ăn chiếm 85% trong tổng số các đối tượng, trong đó nhóm > 25 tuổi chiếm 86,7% và nhóm 18 – 25 chiếm 81,9% là xấp xỉ nhau.

Tình trạng có lợi trùm chiếm 61,1% trong tổng số các đối tượng, trong đó nhóm > 25 tuổi chiếm 58% và nhóm 18 – 25 chiếm 66,3%.

Tình trạng có chảy máu lợi chiếm 17,3% trong tổng số các đối tượng, trong đó nhóm > 25 tuổi chiếm 16,1% và nhóm 18 – 25 chiếm 19,3%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu ở trên 226 đối tượng tới khám có RKHD có chỉ định nhổ cho thấy tỷ lệ giới tính của nữ giới lớn hơn của nam giới (theo tỷ lệ 57,1%

nữ và 42,9% nam giới). Kết quả này phù hợp với một số tác giả khác như là Quek S L và cộng sự đã nghiên cứu trên 1000 đối tượng ở độ tuổi từ 20 – 40 tuổi cũng cho ra tỷ lệ nữ giới 56% và nam giới 44%¹

Về độ tuổi trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu là $27 \pm 4,7$ tuổi, nhỏ nhất là 18 tuổi và lớn nhất là 40 tuổi. Chúng tôi nhận thấy số đối tượng đến khám ở nhóm tuổi >25 tuổi chiếm đa số (63,7%) và nhóm tuổi từ 18 – 25 chiếm 36,7%.

Lý do sưng đau vùng răng khôn hàm dưới chiếm tỷ lệ nhiều nhất (44,2%), lý do sâu răng đứng thứ hai với 21,2%, tiếp theo lý do dặt thức ăn 16,8%, và lý do chỉnh nha là 8,4%. Kết quả này có tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Krishnan và cộng sự tỷ lệ bệnh nhân đến với lý do viêm quanh thân răng là 54%, lý do sâu răng là 22%, chỉnh nha là 2%².

Tỷ lệ RKHD mọc kẹt khác nhau ở các quần thể nghiên cứu dao động từ 9,5% đến 68% theo các tác giả khác nhau. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ RKHD mọc thẳng là 38,1% và mọc lệch là 61,9%. Nữ giới có tỷ lệ RKHD mọc lệch (55,7%) cao hơn nam giới (44,3%). Tỷ lệ RKHD có lợi trùm là 61,1% và không có lợi trùm là 38,9%. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Lina Alfadil với tỷ lệ mọc thẳng là 32% mọc lệch gần là 40,5%, nằm ngang là 23%³. Một số tác giả khác cho ra kết quả thấp hơn như là Passi và cộng sự nghiên cứu thấy tỷ lệ RKHD mọc kẹt khoảng 26,4% hoặc của tác giả Hashemipour nghiên cứu quần thể phía Đông Nam của Iran là 44,3%⁴.

Tình trạng mọc thẳng và mọc lệch cũng có sự khác biệt ở hai nhóm tuổi 18 – 25 tuổi và > 25 tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ RKHD mọc thẳng ở nhóm 18 – 25 tuổi là 25,3% trong khi đó nhóm > 25 tuổi là 45,5%. Tỷ lệ lợi trùm RKHD của nhóm từ 18 – 25 tuổi (66,3%) cao hơn so với nhóm > 25 tuổi (58%), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Điều này có thể được giải thích rằng tuổi 18 – 25 là tuổi mà RKHD mọc và chưa hoàn thành việc đóng chóp, và đang di chuyển về vị trí chức năng nếu không bị kẹt hoặc thiếu khoảng mọc. Do vậy tỷ lệ RKHD mọc thẳng ở nhóm từ 18 – 25 tuổi thường thấp hơn nhóm > 25 tuổi.

Tỷ lệ xuất hiện nguy cơ và biến chứng của RKHD tăng lên theo tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, biến chứng sưng đau ở nhóm tuổi > 25 tuổi cao gấp 2 lần (CI: 1,24 – 3,89; $p < 0,05$) so với nhóm từ 18 – 25 tuổi. Biến chứng sâu răng ở nhóm tuổi từ 18 – 25 tuổi thấp hơn và bằng 0,37 lần (CI: 0,21 – 0,64; $p < 0,05$) so với

nhóm > 25 tuổi. Mặc dù tỷ lệ dặt thức ăn ở nhóm tuổi từ 18 – 25 là 81,9% thấp hơn so với nhóm > 25 tuổi là 86,7% nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tỷ lệ chảy máu lợi vùng RKHD giữa hai nhóm 18 – 25 tuổi và > 25 tuổi lần lượt là 19,3% và 16,1%, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Đồng quan điểm, tác giả Chuang cũng cho rằng có sự khác biệt về tình trạng mọc răng và các nguy cơ, biến chứng tăng lên theo độ tuổi tăng dần⁵. Theo tác giả tỷ lệ sâu răng của nhóm > 25 tuổi là 18% lớn hơn nhóm ≤ 25 tuổi là 9% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tỷ lệ bệnh nha chu vùng RKHD và mức độ ảnh hưởng của RKHD với răng hàm lớn thứ hai hàm dưới của nhóm > 25 tuổi lớn hơn nhóm ≤ 25 tuổi ($p < 0,05$). Điều này có thể được giải thích rằng biến chứng của nhóm tuổi từ 18 – 25 chủ yếu là do biến chứng mọc răng khôn hàm dưới, còn nhóm tuổi > 25 tuổi là biến chứng dặt thức ăn, khó vệ sinh dẫn đến các biến chứng viêm nhiễm, sâu răng gây khó chịu cho người bệnh.

Tuy nhiên có một số đối tượng đến không phải vì cảm thấy khó chịu bởi răng khôn hàm dưới ví dụ như là sưng đau vùng RKHD hoặc vì sâu răng khôn và các răng kế cận nó... Những trường hợp này được gọi là răng khôn không có triệu chứng. Tỷ lệ RKHD mọc kẹt không triệu chứng là khác nhau ở mỗi quần thể, mỗi sắc tộc và bị ảnh hưởng bởi cả tuổi, giới tính. Trong nghiên cứu của chúng tôi, lý do đến khám vì sưng đau RKHD là 44,2% và sâu răng là 21,2%, chỉnh nha là 8,4%. Tuy nhiên khi khám lâm sàng thì thu nhận được kết quả có 56,6% đối tượng không cảm thấy đau vùng RKHD và 44,7% không có sâu răng khôn và răng lân cận. Khi một thời nào đó gây nên hiện tượng sưng đau, sâu răng, viêm quanh thân răng... thì khi đó nó không còn được gọi là răng khôn không triệu chứng⁶. Theo tác giả Kandasami, một lý do thường được dùng để nhổ RKHD không triệu chứng là lý do nhổ răng chỉnh nha khi các bác sĩ muốn điều trị sự lệch lạc và chen chúc các khối răng phía trước⁷.

V. KẾT LUẬN

Lý do sưng đau là lý do khiến người bệnh tới bệnh viện để khám và xử lý răng khôn hàm dưới nhiều nhất. Tỷ lệ RKHD mọc thẳng ở nhóm từ 18 – 25 tuổi thường thấp hơn nhóm > 25 tuổi Tỷ lệ xuất hiện nguy cơ và biến chứng của RKHD tăng lên theo tuổi. Biến chứng của nhóm tuổi từ 18 – 25 chủ yếu là do biến chứng mọc răng khôn hàm dưới, còn nhóm tuổi > 25 tuổi là biến chứng dặt

thức ăn, khó vệ sinh dẫn đến các biến chứng viêm nhiễm, sâu răng gây khó chịu cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Quek SL, Tay CK, Tay KH, Toh SL, Lim KC.** Pattern of third molar impaction in a Singapore Chinese population: a retrospective radiographic survey. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2003;32(5):548-552.
2. **Krishnan B, Sheikh MHE, Rafa EG, Orafi H.** Indications for removal of impacted mandibular third molars: a single institutional experience in Libya. *J Maxillofac Oral Surg.* 2009;8(3):246-248. doi:10.1007/s12663-009-0060-5
3. **Alfadil L, Almajed E.** Prevalence of impacted third molars and the reason for extraction in Saudi Arabia. *The Saudi Dental Journal.* 2020;32(5):262-268. doi:10.1016/j.sdentj.2020.01.002
4. **Hashemipour MA, Tahmasbi-Arashlow M, Fahimi-Hanzaei F.** Incidence of impacted mandibular and maxillary third molars: a radiographic study in a Southeast Iran population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2013;18(1):e140-145. doi:10.4317/medoral.18028
5. **Chuang SK, Perrott DH, Susarla SM, Dodson TB.** Age as a risk factor for third molar surgery complications. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007;65(9):1685-1692. doi:10.1016/j.joms.2007.04.019
6. **Mettes TDG, Ghaemini H, Nienhuijs MEL, Perry J, van der Sanden WJM, Plasschaert A.** Surgical removal versus retention for the management of asymptomatic impacted wisdom teeth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(6):CD003879. doi:10.1002/14651858.CD003879.pub3
7. **Kandasamy S, Rinchuse DJ, Rinchuse DJ.** The wisdom behind third molar extractions. *Aust Dent J.* 2009;54(4):284-292. doi:10.1111/j.1834-7819.2009.01152.x

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, X-QUANG VÀ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ KHỚP GIẢ THÂN XƯƠNG CÁNNG TAY SAU PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Vũ Trường Thịnh^{1,2}, Nguyễn Mạnh Tiến²,
Đàm Minh Đức¹, Bùi Tuấn Nghĩa¹,
Hoàng Huy Phan¹, Trần Minh Long Triều¹, Trương Trung Văn³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, X-quang và đánh giá hiệu quả điều trị của bệnh nhân khớp giả thân xương cánh tay sau phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu và tiến cứu trên 48 bệnh nhân có biến chứng khớp giả xương cánh tay sau điều trị phẫu thuật hoặc thủ thuật trước đó, đến khám và điều trị phẫu thuật tại Khoa Chấn thương chỉnh hình Bệnh viện Việt Đức từ 04/2016 đến 03/2019. **Kết quả:** đa phần các bệnh nhân là nam giới trong độ tuổi lao động. Gãy kín thường gặp hơn gãy hở, khớp giả phì đại phổ biến hơn khớp giả xơ teo. Đau và hạn chế vận động là các triệu chứng chính. Hầu hết các bệnh nhân bị khớp giả chỉ sau 1 lần can thiệp hoặc phẫu thuật. Sau phẫu thuật, 70,8% bệnh nhân hết đau. Tỷ lệ bệnh nhân có xương cánh tay thẳng trục trên X-quang trước và sau mổ tăng từ 16,7% lên 97,9%. 89,6% liền xương đạt mức tốt, chỉ có 1/48 trường hợp duy nhất không liền xương. **Kết luận:** Đa phần bệnh nhân khớp giả xương cánh tay là nam giới độ tuổi lao động,

có chấn thương trước đó là gãy kín 1/3 dưới xương cánh tay. 75% loại khớp giả là phì đại. Tất cả bệnh nhân đã điều trị phẫu thuật hoặc thủ thuật trước đó, trong đó 72,9% nẹp vít, nhưng các triệu chứng đau, hạn chế vận động và gập góc chi còn ảnh hưởng nhiều. Sau phẫu thuật kết hợp xương, 89,6% trường hợp có kết quả rất tốt và không bệnh nhân nào có biến chứng sau đó.

Từ khóa: khớp giả, gãy thân xương cánh tay, phẫu thuật.

SUMMARY

CLINICAL, RADIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT EFFECT OF HUMERAL PSEUDARTHROSIS AFTER SURGERY AT VIET DUC HOSPITAL

Purposes: Describe the clinical, radiological characteristics and evaluate the effectiveness of treatment of patients with humeral pseudarthrosis after surgery. **Subjects and methods:** a retrospective and prospective cross-sectional study on 48 patients with humeral pseudarthrosis complications after previous surgical treatment or procedures, who came to the clinic for examination and surgical treatment at the Department of Trauma and Orthopedics, Viet Duc Hospital from April 2016 to March 2019. **Results:** Most of the patients were men of working age. Closed fractures are more common than open fractures, and hypertrophic pseudarthrosis is more common than atrophic pseudarthrosis. Pain and limited range of motion are the main symptoms.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Trung tâm y tế huyện Sông Lô, Vĩnh Phúc

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Trường Thịnh

Email: drtruongthinhctch@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2022

Ngày duyệt bài: 10.10.2022