

SỰ THAY ĐỔI MÔ NHA CHU KÉ CẬN SAU PHẪU THUẬT RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI MỘC LỆCH, NGÀM

*Hà Nhật Phương**, *Trương Nhật Khuê*
Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
*Email: hanhatphuong08@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật răng khôn hàm dưới là loại phẫu thuật miệng phổ biến, được thực hiện thường xuyên trên lâm sàng. Tình trạng răng khôn mọc lệch, ngầm có thể gây ra nhiều biến chứng cho mô nha chu kế cận cả trước và sau phẫu thuật. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá sự thay đổi mô nha chu của các răng kế cận sau phẫu thuật răng khôn hàm dưới mọc lệch, ngầm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng trên 86 bệnh nhân, đánh giá các chỉ số của mô nha chu kế cận PII, GI, PD dựa trên khám lâm sàng và chiều cao xương ổ phía xa răng 7 trên phim quanh chóp. Các chỉ số được ghi nhận ở thời điểm trước phẫu thuật và sau phẫu thuật 3 tháng và 6 tháng. **Kết quả:** Các chỉ số nha chu giảm có ý nghĩa thống kê từ thời điểm trước phẫu thuật đến sau phẫu thuật 3 tháng và 6 tháng. Chỉ số PII giảm từ $1,29 \pm 0,26$ còn $0,70 \pm 0,16$, chỉ số GI giảm $1,06 \pm 0,21$ còn $0,67 \pm 0,24$, độ sâu túi PD giảm trung bình $0,85\text{mm}$. Chiều cao xương ổ phía xa răng 7 tăng trung bình $0,11\text{mm}$. **Kết luận:** Có sự cải thiện tình trạng nha chu của các răng kế cận, đặc biệt là răng 7 sau phẫu thuật răng khôn hàm dưới mọc lệch, ngầm.

Từ khóa: Phẫu thuật răng khôn hàm dưới, tình trạng nha chu.

ABSTRACT

THE PERIODONTAL STATUS OF ADJACENT MOLARS AFTER SURGICAL EXTRACTION THE MANDIBULAR THIRD MOLAR

Ha Nhat Phuong, *Truong Nhat Khue*
Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Extraction mandibular third molar is a clinical common surgery. The impacted third molar can cause the complication for periodontal status of the adjacent molars even pre-surgical or post-surgical stage. **Objectives:** To evaluate the change in periodontal status of adjacent molars after surgical extraction the mandibular third molar. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study in 86 patients, to evaluate the periodontal status PII, GI, PD by clinically and the adjacent second molar's alveolar bone height in periapical film. All measures were recorded at the time of surgery, postoperative 3 months and 6 months. **Results:** The values of periodontal status were significantly reduced after 3 months and 6 months compared to baseline

data. The PII index decreased from 1.29 ± 0.26 to 0.70 ± 0.16 , the GI index from 1.06 ± 0.21 to 0.67 ± 0.24 , the PD decreased by 0.85mm and the adjacent second molar's alveolar bone height increased by 0.11mm on average. **Conclusion:** There was a significant improvement of the periodontal status of the adjacent molar, especially the second molar after impacted mandibular third molar surgery.

Keywords: Impacted mandibular third molar surgery, periodontal status.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng cối lớn thứ ba hàm dưới (răng khôn hàm dưới) là một răng mọc trễ trên miệng ở độ tuổi 18-25 trong khi các răng khác đã hoàn thiện và phát triển. Lúc này các răng đã mọc đủ chỗ trên miệng và xương hàm đã phát triển đến một mức nhất định không thể phát triển thêm được nữa. Điều này dẫn đến tình trạng răng khôn hàm dưới không đủ chỗ để mọc và tùy thuộc vào nhiều yếu tố mà quyết định sự hình thành và chiều hướng mọc của răng trên lâm sàng. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy tỷ lệ các răng khôn mọc lệch, ngàm rất cao so với các răng mọc đúng vị trí. Tình trạng răng khôn mọc lệch, ngàm có thể gây ra nhiều biến chứng như: viêm quanh thân răng, viêm mô tế bào, tiêu chân răng số 7, u nang, lệch lạc răng, làm tăng nguy cơ gãy góc hàm xương hàm dưới gây ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe cũng như chất lượng cuộc sống của bệnh nhân [3].

Hiện nay phẫu thuật răng khôn hàm dưới là loại phẫu thuật miệng phổ biến, được thực hiện thường xuyên trên lâm sàng. Đây là một loại can thiệp ngoại khoa nhằm loại bỏ sự có mặt của răng khôn, tuy nhiên phẫu thuật này cũng có khả năng gây ra những tổn thương lên mô nha chu của vùng răng lân cận, đặc biệt là răng 7. Một số ảnh hưởng lên tình trạng nha chu sau phẫu thuật có thể kể đến như: tăng độ mất bám dính của nướu răng 7 gây tụt nướu làm lộ chân răng, quá trình khoan cắt không cẩn thận có thể làm tổn thương xương hoặc răng 7, làm gia tăng độ sâu túi nha chu phía xa răng 7, làm trầm trọng hơn tình trạng mảng bám và viêm nướu của các răng kế cận, ... [1], [10].

Tuy nhiên nếu thực hiện tốt, việc chẩn đoán và lập kế hoạch điều trị cẩn thận, quá trình phẫu thuật đúng kỹ thuật, đúng chỉ định và chăm sóc hậu phẫu tốt thì sẽ mang lại những ảnh hưởng tích cực lên mô nha chu của vùng răng lân cận. Với mục tiêu nhằm đánh giá các ảnh hưởng của phẫu thuật răng khôn hàm dưới mọc lệch, ngàm lên vùng mô nha chu lân cận từ đó có thể thấy được các mặt tiêu cực hoặc các tác động tích cực của việc phẫu thuật răng khôn nhằm đem lại các kế hoạch điều trị tốt hơn, giảm thiểu các sang chấn hơn cho bệnh nhân nên chúng tôi thực hiện nghiên cứu với các mục tiêu chính sau:

1. Đánh giá sự thay đổi tình trạng nha chu trước và sau phẫu thuật 3 tháng và 6 tháng.
2. Đánh giá sự thay đổi chiều cao xương ổ phía xa răng 7 trước và sau phẫu thuật 3 tháng và 6 tháng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân có răng khôn hàm dưới mọc lệch, ngàm có chỉ định nhổ bằng phương pháp phẫu thuật đến khám và điều trị tại bệnh viện trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên đến khám và điều trị tại bệnh viện trường Đại học Y Dược Cần Thơ có chỉ định phẫu thuật răng khôn hàm dưới mọc lệch, ngàm với đặc điểm số đo góc hợp bởi đường thẳng đi qua mặt nhai răng khôn và mặt nhai răng 7 là $>30^{\circ}$.

- Tình trạng sức khỏe của bệnh nhân cho phép thực hiện phẫu thuật và hiện không sử dụng bất kỳ thuốc nào có ảnh hưởng đến sự chảy máu và lành thương sau phẫu thuật.

- Răng khôn và các răng vùng lân cận không bị mất, không sâu vỡ lớn, không có miếng trám lớn, không bọc mào, không mang khí cụ chỉnh nha, ...

- Các kết quả xét nghiệm cận lâm sàng nằm trong giới hạn bình thường cho phép thực hiện phẫu thuật.

- Bệnh nhân đã được giải thích kỹ về nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu, cam kết hợp tác tốt trong quá trình nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đang điều trị các bệnh về nha chu trong thời gian nghiên cứu.

- Bệnh nhân có răng khôn hàm dưới mọc lệch nhưng có tiền sử dị ứng thuốc tê hoặc mắc các bệnh toàn thân như tim mạch, tiểu đường, máu khó đông, các rối loạn đông cầm máu chưa kiểm soát.

- Bệnh nhân có răng khôn hàm dưới mọc lệch nhưng sâu vỡ lớn.

- Bệnh nhân có răng khôn hàm dưới mọc lệch nhưng các răng vùng lân cận đã nhỏ hoặc sâu vỡ lớn.

- Bệnh nhân không thực hiện theo các yêu cầu của nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, can thiệp lâm sàng không đối chứng.

Cỡ mẫu: 86 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, chọn những bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn chọn mẫu có chỉ định phẫu thuật răng khôn hàm dưới mọc lệch, nằm tại bệnh viện trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ 5/2017 đến 7/2019.

Nội dung nghiên cứu:

- Chỉ số mảng bám (PII) của Loe và Silness (1967) [2] nhằm đánh giá độ dày mảng bám trên bề mặt răng, được chia làm 4 mức độ:

0: không hiện diện mảng bám.

1: mất thường không nhìn thấy mảng bám nhưng phát hiện được khi dùng đầu cây thăm dò túi nha chu cạo trên bề mặt răng từ khe nướu.

2: mảng bám thấy được bằng mắt thường.

3: mảng bám, vụn thức ăn tích tụ nhiều.

- Chỉ số nướu (GI) của Loe và Silness (1963) [2] đánh giá 4 mức độ của viêm nướu:

0: nướu bình thường.

1: nướu viêm nhẹ, nướu đổi màu, hơi phù, không chảy máu khi thăm khám.

2: nướu viêm trung bình, nướu đỏ, phù, chảy máu khi thăm khám.

3: nướu viêm nặng, nướu đỏ, phù, lở loét, chảy máu tự phát.

- Chỉ số độ sâu túi (PD) [2]: là khoảng cách từ đáy túi đến bờ viền nướu tự do.

Đo độ sâu của túi bằng cây đo túi UNC-15 từ đáy túi đến bờ viền nướu tự do tại 4 vị trí trên mỗi răng: ngoài xa, ngoài giữa, ngoài gần và trong giữa. Độ sâu túi trung bình của mỗi răng bằng tổng độ sâu túi của bốn vị trí quanh răng chia cho 4.

- Khoảng cách từ đường nối men-xê măng đến mào xương ổ răng [5]: được xác định trên phim quanh chóp theo kỹ thuật chụp song song, được tính theo đơn vị milimet từ đường nối men-xê măng phía xa răng 7 đến đỉnh mào xương ổ phía xa răng 7.

Phương pháp thu thập số liệu:

Khám lâm sàng, ghi nhận các chỉ số nha chu của các răng kế cận, độ sâu túi răng 7 (PD) và chiều cao mào xương ổ phía xa răng 7 được đánh giá qua phim quanh chóp chụp theo kỹ thuật song song, được đo bằng phương pháp vẽ nét trên giấy bóng mờ với thước kẹp có độ chính xác 0,02mm.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: bằng phần mềm SPSS 18.0.

- Thống kê mô tả trung bình và độ lệch chuẩn cho các biến định lượng (chỉ số mảng bám, chỉ số viêm nướu, độ sâu túi nha chu, ...).

- Dùng phép kiểm định t bất cặp và Wilcoxon để phân tích các biến định lượng (chỉ số mảng bám, chỉ số nướu trước và sau phẫu thuật, ...)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu gồm 86 bệnh nhân có răng khôn cần phẫu thuật trong đó 53 bệnh nhân nữ (61,6%) và 33 bệnh nhân nam (38,4%). Nhóm tuổi 18-25 chiếm đa số 73,3%, nhóm tuổi >25 chiếm 26,7%.

Bảng 1. Chỉ số mảng bám (PII) của mô nha chu kế cận vào các thời điểm trước phẫu thuật, sau phẫu thuật 3 tháng và 6 tháng

Thời gian Răng	Trước PT	p(1)	Sau PT 3 tháng	p(2)	Sau PT 6 tháng	p(3)
Răng 4	0,87 ± 0,44	<0,001	0,55 ± 0,33	0,191	0,49 ± 0,31	<0,001
Răng 5	0,94 ± 0,47	<0,001	0,68 ± 0,38	0,001	0,51 ± 0,33	<0,001
Răng 6	1,62 ± 0,51	<0,001	1,18 ± 0,37	<0,001	0,93 ± 0,38	<0,001
Răng 7	1,72 ± 0,55	<0,001	1,29 ± 0,53	<0,001	0,88 ± 0,40	<0,001
Trung bình	1,29 ± 0,26	<0,001	0,93 ± 0,18	<0,001	0,70 ± 0,16	<0,001

(1), (2), (3) lần lượt là kiểm định t bất cặp giữa trước phẫu thuật và sau phẫu thuật 3 tháng; sau phẫu thuật 3 tháng và 6 tháng; sau phẫu thuật 6 tháng và trước phẫu thuật.

- Sau phẫu thuật 3 và 6 tháng, chỉ số mảng bám trung bình của các răng kế cận lần lượt là 0,93 ± 0,18 và 0,70 ± 0,16, giảm so với trước khi thực hiện phẫu thuật 1,29 ± 0,26.

- Chỉ số mảng bám trung bình của các răng kế cận giảm có ý nghĩa thống kê khi so sánh giữa trước phẫu thuật và sau phẫu thuật 3 tháng, sau phẫu thuật 3 tháng và 6 tháng, sau phẫu thuật 6 tháng và trước phẫu thuật (p <0,001).

Bảng 2. Chỉ số nướu (GI) của mô nha chu kế cận vào các thời điểm trước phẫu thuật, sau phẫu thuật 3 tháng và 6 tháng

Thời gian Răng	Trước PT	p(1)	Sau PT 3 tháng	p(2)	Sau PT 6 tháng	p(3)
Răng 4	0,72 ± 0,39	0,005	0,55 ± 0,33	0,601	0,53 ± 0,35	<0,001
Răng 5	0,79 ± 0,38	0,008	0,64 ± 0,34	0,273	0,57 ± 0,40	<0,001
Răng 6	1,02 ± 0,38	0,085	0,92 ± 0,37	0,007	0,76 ± 0,41	<0,001
Răng 7	1,70 ± 0,40	<0,001	1,15 ± 0,39	<0,001	0,83 ± 0,39	<0,001
Trung bình	1,06 ± 0,21	<0,001	0,81 ± 0,18	<0,001	0,67 ± 0,24	<0,001

(1), (2), (3) lần lượt là kiểm định t bất cặp giữa trước phẫu thuật và sau phẫu thuật 3 tháng; sau phẫu thuật 3 tháng và 6 tháng; sau phẫu thuật 6 tháng và trước phẫu thuật.

- Chỉ số nướu răng 4 và răng 5 ở thời điểm 3 tháng và 6 tháng có giảm nhưng không có ý nghĩa thống kê (p >0,05). Chỉ số nướu răng 6 thời điểm 3 tháng giảm so với trước khi

thực hiện phẫu thuật nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Chỉ số nướu của răng 7 giảm có ý nghĩa thống kê ở thời điểm 3 tháng và 6 tháng sau phẫu thuật.

- Chỉ số nướu trung bình của các răng kế cận giảm có ý nghĩa thống kê khi so sánh giữa trước phẫu thuật và sau phẫu thuật 3 tháng, sau phẫu thuật 3 tháng và 6 tháng, sau phẫu thuật 6 tháng và trước phẫu thuật ($p < 0,001$).

Bảng 3. Độ sâu túi (PD) của răng cối lớn thứ hai kế cận vào các thời điểm trước phẫu thuật, sau phẫu thuật 3 tháng và 6 tháng

Thời gian Vị trí	Trước PT	p(1)	Sau PT 3 tháng	p(2)	Sau PT 6 tháng	p(3)
X-N	3,77 ± 0,98	<0,001*	3,09 ± 0,78	<0,001**	2,50 ± 0,69	<0,001*
X-T	3,44 ± 0,83	<0,001*	2,91 ± 0,73	<0,001**	2,53 ± 0,73	<0,001*
G-N	2,77 ± 0,68	<0,001**	2,49 ± 0,72	<0,001**	2,03 ± 0,67	<0,001**
G-T	2,51 ± 0,71	<0,001**	2,06 ± 0,66	0,754**	2,06 ± 0,65	<0,001**
Trung bình	3,13 ± 0,58	<0,001*	2,63 ± 0,42	<0,001*	2,28 ± 0,37	<0,001*

(1), (2), (3) lần lượt là kiểm định giữa trước phẫu thuật và sau phẫu thuật 3 tháng; sau phẫu thuật 3 tháng và 6 tháng; sau phẫu thuật 6 tháng và trước phẫu thuật.

* Kiểm định t bắt cặp; ** Kiểm định Wilcoxon

- Sau phẫu thuật 3 tháng, độ sâu túi tại các vị trí X-N, X-T, G-N, G-T giảm có ý nghĩa thống kê so với trước khi thực hiện phẫu thuật ($p < 0,001$).

- Sau phẫu thuật 6 tháng, độ sâu túi tại các vị trí X-N, X-T, G-N giảm có ý nghĩa thống kê so với trước khi thực hiện phẫu thuật ($p < 0,001$). Ở vị trí G-T, độ sâu túi sau phẫu thuật 3 tháng và 6 tháng không có sự khác biệt đáng kể ($p > 0,05$).

- Độ sâu túi trung bình răng 7 kế cận giảm dần từ trước phẫu thuật đến sau phẫu thuật 3 tháng và 6 tháng với các giá trị lần lượt là $3,13 \pm 0,58$; $2,63 \pm 0,42$ và $2,25 \pm 0,37$. Sự khác biệt giữa các thời điểm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 4. Khoảng cách từ mào xương ổ răng đến đường nối men xê măng phía xa của răng 7 kế cận trên phim X quang vào các thời điểm trước phẫu thuật, sau phẫu thuật 3 tháng và 6 tháng

Thời gian Khoảng cách	Trước PT	p(1)	Sau PT 3 tháng	p(2)	Sau PT 6 tháng	p(3)
XO-MXM	3,59 ± 0,99	0,001	3,52 ± 1,07	0,063	3,48 ± 1,11	0,002

(1), (2), (3) lần lượt là kiểm định t bắt cặp giữa trước phẫu thuật và sau phẫu thuật 3 tháng; sau phẫu thuật 3 tháng và 6 tháng; sau phẫu thuật 6 tháng và trước phẫu thuật.

- Sau phẫu thuật 3 tháng, khoảng cách từ mào xương ổ răng đến đường nối men xê măng giảm từ $3,59 \pm 0,99$ mm ở thời điểm trước phẫu thuật còn $3,52 \pm 1,07$ mm. Sự khác biệt trước và sau phẫu thuật 3 tháng có ý nghĩa thống kê ($p = 0,001$).

- Sau phẫu thuật 6 tháng, khoảng cách từ mào xương ổ đến đường nối men xê măng giảm còn $3,48 \pm 1,11$ mm, khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh với trước phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi nhằm đánh giá hiệu quả của phẫu thuật răng khôn hàm dưới mọc lệch, ngậm lên tình trạng mô nha chu. Đối tượng nghiên cứu được lựa chọn là những răng khôn hàm dưới mọc lệch gần vì đây là hướng mọc thường gặp và gây ra nhiều biến chứng nhất trên lâm sàng.

Theo tổng hợp từ nhiều nghiên cứu của Glória J.C.R. (2018) [8] thì răng khôn mọc lệch gần $>30^{\circ}$ có nguy cơ gây sâu răng 7 nhiều nhất, như lệch 31° - 108° có tỷ lệ sâu 68,2%, lệch 42° - 73° có tỷ lệ sâu 76,1% và lệch $>41^{\circ}$ có tỷ lệ sâu 86,8%. Vì lý do đó nghiên cứu của chúng tôi chọn mẫu là những bệnh nhân có răng khôn hàm dưới lệch gần $>30^{\circ}$, nhằm mục đích giới hạn phạm vi khảo sát là những răng có nguy cơ cao với răng 7 kế cận.

4.2. Sự thay đổi mô nha chu kế cận sau phẫu thuật răng khôn hàm dưới lệch, ngầm

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự cải thiện chỉ số mảng bám và chỉ số nướu trước và sau phẫu thuật 3 tháng và 6 tháng, và cao hơn nhiều ở răng 7 so với các răng còn lại. Sự cải thiện chỉ số mảng bám và chỉ số nướu ở các răng kế cận, đặc biệt là răng 7 sau phẫu thuật răng khôn hàm dưới có thể được lý giải do răng 8 mọc kẹt gây nhồi nhét thức ăn ở phía xa răng 7, làm khó khăn cho việc vệ sinh răng miệng. Việc loại bỏ răng khôn giúp loại bỏ các nguy cơ nhồi nhét thức ăn cũng như vệ sinh răng miệng được thực hiện dễ dàng hơn, cùng với đó sự chải rửa tự nhiên của nước bọt cũng tác động phần nào lên tình trạng mảng bám. Ngoài ra, việc tái khám định kỳ sau 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng cũng giúp cho bệnh nhân nâng cao ý thức và cải thiện tình trạng vệ sinh răng miệng. Điều này cũng được ghi nhận ở các nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Nam (2013) [5], Nguyễn Tôn Việt (2012) [7] và Nguyễn Thị Hải Trinh (2017) [6]. Chỉ số mảng bám và viêm nướu ở răng 7 cũng có sự cải thiện đáng kể ở hầu hết các nghiên cứu ngoài nước như: tình trạng mảng bám giảm sau 90 ngày phẫu thuật RKHD của tác giả Korkmaz Y.T. (2015) [9], sau 6 tháng ở cả hai bên phân hàm phải và trái của tác giả Petsos H. (2019) [11], nghiên cứu của Hong-Lei Qu. (2017) [12] cũng cho thấy tình trạng mảng bám của răng 7 sau khi đã nhổ răng 8 thấp hơn các trường hợp còn răng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự giảm độ sâu túi tại răng 7 ở các thời điểm 3 tháng và 6 tháng sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê, tương tự kết quả của Nguyễn Hoàng Nam (2013) [5] và Nguyễn Tôn Việt (2012) [7]. Sự thay đổi nhiều nhất ở các vị trí xa ngoài và xa trong là các vị trí chịu ảnh hưởng nhiều nhất của răng khôn mọc lệch và kể cả chính can thiệp phẫu thuật răng khôn cũng gây ảnh hưởng đáng kể cho độ sâu túi tại các vị trí này do các thao tác lật vạt, cắt xương và khâu đóng, có thể làm thay đổi độ sâu túi giả do nướu sưng phồng. Do đó nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn thời điểm 3 tháng và 6 tháng nhằm đánh giá độ sâu túi để tránh các yếu tố nhiễu do quá trình hồi phục của mô mềm sau nhổ răng.

Theo kết quả của nghiên cứu, khoảng cách từ mào xương ổ răng đến đường nối men xê măng phía xa răng 7 giảm ở thời điểm 3 tháng và 6 tháng sau phẫu thuật. Điều này đồng nghĩa với việc chiều cao xương ổ phía xa răng 7 tăng sau quá trình phẫu thuật. Kết quả này tương tự Nguyễn Hoàng Nam (2013) [5] khi tác giả ghi nhận có sự tăng lên của chiều cao mào xương ổ răng khi được chụp phim kiểm tra theo kỹ thuật song song. Lê Hoàng Long (2015) [4] cũng cho kết quả tương tự 2 tháng sau phẫu thuật với phim CT cone beam. Tuy nhiên cũng có một số nghiên cứu cho kết quả trái chiều, nghiên cứu của Phạm Nguyễn Quỳnh Anh (2009) [1] cho thấy sự phá hủy xương gia tăng ở cả hai loại vạt bao và vạt tam giác ở thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật. Nghiên cứu của Peng K.Y. (2001) [10], có sự gia tăng phá hủy xương ở mào xương phía xa răng 7 khi chụp phim theo kỹ thuật song song, với lượng xương mất trung bình 5,51mm. Sau 4 năm theo dõi, tác giả ghi nhận sự phá hủy xương ít hơn ở những bệnh nhân trẻ tuổi, còn ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi tình trạng mảng bám và túi nha chu sâu càng làm tăng thêm sự trầm trọng của khối lượng xương mất. Sự khác biệt trong nghiên cứu của chúng tôi so với các nghiên cứu trên có thể được lý giải theo

hiều nguyên nhân. Nghiên cứu của Phạm Nguyễn Quỳnh Anh (2009) [1] được theo dõi trong thời gian ngắn 3 tháng, là khoảng thời gian mà xương đang có sự phục hồi. Đồng thời mẫu của nghiên cứu này nhỏ với 24 bệnh nhân nên tính khái quát chưa cao. Thêm vào đó phương pháp mà tác giả sử dụng để đánh giá là phim toàn cảnh có khuyết điểm là độ phóng đại và hình ảnh không sắc nét, làm giảm giá trị thông tin chẩn đoán do đó có thể ảnh hưởng đến kết quả. Nghiên cứu của Peng K.Y. (2001) [10] theo dõi với thời gian lâu hơn trong 4 năm, tuy nhiên điểm khác biệt lớn nhất là đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi nhóm tuổi chiếm đa số là 18-25 với 73,3% và đa số là sinh viên do đó có thể kiến thức vệ sinh răng miệng được trang bị tốt hơn, trong khi đó ở nghiên cứu trên độ tuổi trung bình của người tham gia là 47,5. Đồng thời tất cả đối tượng tham gia đều được chẩn đoán có tình trạng viêm nha chu mạn tính, do đó kết quả của nghiên cứu có thể bị tác động một phần bởi tình trạng bệnh nha chu sẵn có của BN.

Từ các kết quả trên cho thấy hiện nay vẫn còn nhiều tranh cãi trái chiều về việc tăng hay giảm chiều cao của mào xương ổ phía xa răng 7 sau phẫu thuật răng khôn. Lượng xương này chịu tác động của nhiều yếu tố. Tình trạng mọc lệch, ngậm của răng khôn trước phẫu thuật, các biến chứng hay tình trạng vệ sinh răng miệng và độ sâu túi cũng ảnh hưởng khối lượng xương phía xa răng 7. Các thao tác trong quá trình phẫu thuật như lật vạt, khoan cắt xương cũng có thể làm giảm chiều cao xương. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá chiều cao xương phía xa bằng cách chụp phim quanh chóp với kỹ thuật song song, sau đó sử dụng phương pháp vẽ nét trên giấy bóng mờ kết hợp với đo đặc bằng thước kẹp có độ chính xác 0,02mm nhằm làm giảm thiểu các sai lệch và cho kết quả có độ chính xác cao. Sự cải thiện chiều cao mào xương ổ trong nghiên cứu này có thể được giải thích do độ tuổi của đối tượng nghiên cứu còn trẻ, chủ yếu <25 tuổi nên mức độ lành thương tốt hơn. Ngoài ra đa phần các răng khôn hàm dưới đã hiện diện trên lâm sàng và gây ra tình trạng viêm trước phẫu thuật dẫn đến sự mất khoáng làm cho các cấu trúc xương này trở nên thấu quang hơn, đưa đến sự khuyết hồng trên phim X quang. Ở các thời điểm 3 tháng và 6 tháng, lúc này các yếu tố nguy cơ đã được loại bỏ, đồng thời xương đã lành thương và tái khoáng dần làm cho các cấu trúc của xương trở nên cản quang hơn.

V. KẾT LUẬN

Chỉ số mảng bám trung bình trước phẫu thuật $1,29 \pm 0,26$ giảm sau 3 tháng $0,93 \pm 0,18$ và sau 6 tháng $0,70 \pm 0,16$. Chỉ số nướu trung bình trước phẫu thuật $1,06 \pm 0,21$ giảm còn $0,81 \pm 0,18$ sau 3 tháng và $0,67 \pm 0,24$ sau 6 tháng. Độ sâu túi răng 7 giảm từ $3,13 \pm 0,58$ mm trước phẫu thuật còn $2,25 \pm 0,37$ mm sau phẫu thuật 6 tháng.

Khoảng cách từ đường nối men xê măng đến mào xương ổ phía xa răng 7 giảm từ $3,59 \pm 0,99$ mm còn $3,48 \pm 1,11$ mm sau phẫu thuật 6 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Nguyễn Quỳnh Anh (2009), *Ảnh hưởng của vạt bao và vạt tam giác lên mô nha chu răng 7 sau phẫu thuật nhổ răng 8 hàm dưới lệch*, luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Răng Hàm Mặt, trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
2. Hà Thị Bảo Đan (2015), *Nha chu học, tập 1*, Nhà xuất bản Y học, TP. Hồ Chí Minh.
3. Nguyễn Mạnh Hà (2015), *Phẫu thuật trong miệng, tập 2*, Nhà xuất bản Giáo Dục Việt Nam, Hà Nội.

4. Lê Hoàng Long (2015), *Nhận xét kết quả điều trị phẫu thuật nhổ sớm răng khôn hàm dưới tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội năm 2014-2015*, luận văn Thạc sĩ Y học, trường Đại học Y Hà Nội.
5. Nguyễn Hoàng Nam (2013), *Tình trạng mô nha chu các răng cối kế cận sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới lệch ngậm*, luận văn Thạc sĩ Y học, trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
6. Nguyễn Thị Hải Trinh (2017), *Tình trạng mô nha chu các răng cối kế cận sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới mọc lệch*, luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Răng Hàm Mặt, trường Đại học Y Dược Huế.
7. Nguyễn Tôn Việt (2012), *Tình trạng mô nha chu sau phẫu thuật răng khôn hàm dưới mọc lệch ở sextant kế cận*, luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Răng Hàm Mặt, trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
8. Gloria JCR, Martins CC, Armond ACV, Galvao EL, Dos Santos CRR, Falci SGM (2018), “Third molar and their relationship with caries on the distal surface of second molar: a meta-analysis”, *J Oral Maxillofac Surg*, 17(2), pp. 129 – 141.
9. Korkmaz YT, Mollaoglu N, Ozmeric N (2015), “Does laterally rotated flap design influence the short-term periodontal status of second molars and postoperative discomfort after partially impacted third molar surgery?”, *J Oral Maxillofac Surg*, 72(6), pp. 1031 – 1041.
10. Peng KY, Tseng YC, Shen EC, Chiu SC, Fu E, Huang YW (2001), “Mandibular second molar periodontal status after third molar extraction”, *J Periodontol*, 72(12), pp. 1647 – 51.
11. Petsos H, Korte J, Eickholz P, Hoffmann T, Borchard R (2019), “Effect of the surgeon’s dominant hand on postoperative periodontal status of adjacent molars after removal of lower third molars”, *J Oral Maxillofac Surg*, 77(5), pp. 912 – 919.
12. Qu HL, Tian BM, Li K, Zhou LN, Li ZB, Chen FM (2017), “Effect of asymptomatic visible third molars on the periodontal health of adjacent second molars: a cross-sectional study”, *J Oral Maxillofac Surg*, 75(10), pp. 2048 – 2057.

(Ngày nhận bài: 21/9/2019 - Ngày duyệt đăng: 15/6/2020)
