

DOI: 10.58490/ctump.2024i77.2793

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT THÂN RĂNG KHÔN  
HÀM DƯỚI LỆCH GẦN TẠI BỆNH VIỆN EMCAS  
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2023**

*Thân Trọng Nguyễn\*, Trần Thị Phương Đan, Trần Ngọc Phương Thảo*

*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*

*\*Email: trongnguyen.than@gmail.com*

*Ngày nhận bài: 16/5/2024*

*Ngày phản biện: 19/6/2024*

*Ngày duyệt đăng: 02/8/2024*

**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Các nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị răng khôn hàm dưới lệch gần bằng phẫu thuật cắt thân răng vẫn còn nhiều điểm bất tương đồng tại Việt Nam. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt thân răng khôn hàm dưới lệch gần tại Bệnh viện EMCAS Thành phố Hồ Chí Minh năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng trên 33 bệnh nhân có nhu cầu hoặc chỉ định nhổ răng khôn hàm dưới lệch gần đến khám và điều trị tại Bệnh viện EMCAS Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 04/2023 đến tháng 09/2023. **Kết quả:** Nghiên cứu có 33 bệnh nhân nhóm cắt thân răng và 33 bệnh nhân nhóm lấy toàn bộ răng. Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm cắt thân răng  $8,6 \pm 2,2$  phút lâu hơn so với nhóm lấy toàn bộ răng  $7,1 \pm 2,0$  phút ( $p < 0,05$ ). Nhóm  $\leq 25$  tuổi có khoảng di chuyển của chân răng sau phẫu thuật cắt thân răng 6 tháng ( $4,5 \pm 1,9$ ) dài hơn so với nhóm  $> 25$  tuổi ( $3,1 \pm 1,4$ ) ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ xương bao phủ hoàn toàn bề mặt chân răng sau phẫu thuật cắt thân răng 6 tháng chiếm 21,2%. Ngoài ra, đặc điểm lâm sàng sau 24 giờ và khoảng cách từ mào xương mặt xa răng 7 đến CEJ sau 6 tháng phẫu thuật cắt thân răng chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm. **Kết luận:** Nhóm cắt thân răng có thời gian phẫu thuật trung bình lâu hơn khi so sánh với nhóm lấy toàn bộ răng. Sau phẫu thuật cắt thân răng 6 tháng, nhóm  $\leq 25$  tuổi có khoảng di chuyển của chân răng dài hơn so với nhóm  $> 25$  tuổi. Tỷ lệ xương bao phủ hoàn toàn bề mặt chân răng chiếm 21,2% sau 6 tháng theo dõi.

**Từ khóa:** Răng khôn, răng khôn hàm dưới lệch gần, cắt thân răng.

**ABSTRACT**

**EVALUATE OUTCOMES OF CORONECTOMY OF IMPACTED LOWER  
MANDIBULAR THIRD MOLAR AT EMCAS HOSPITAL,  
HO CHI MINH CITY IN 2023**

*Than Trong Nguyen\*, Tran Thi Phuong Dan, Tran Ngoc Phuong Thao*

*Can Tho University of Medicine and Pharmacy*

**Background:** Studies assessing the outcomes of treatment for impacted lower mandibular third molar through surgical extraction still present several discrepancies in Vietnam. **Objectives:** To evaluate outcomes of coronectomy of impacted lower mandibular third molar at EMCAS hospital in Ho Chi Minh city 2023. **Materials and methods:** A clinical trial was conducted with a study group of 33 patients who had indications or desires for extraction of impacted lower mandibular third molar and received treatment at EMCAS hospital, Ho Chi Minh City from 04/2023 to 09/2023. **Results:** The study included 33 patients in the coronectomy group and 33 patients in the total removal group. The average surgical time for the coronectomy group was  $8.6 \pm 2.2$  minutes, which was longer compared to the total removal group at  $7.1 \pm 2.0$  minutes ( $p < 0.05$ ). The root movement range 6 months after

coronectomy surgery in the  $\leq 25$  years old group ( $4.5 \pm 1.9$ ) was greater than in the  $> 25$  years old group ( $3.1 \pm 1.4$ ) ( $p < 0.05$ ). The percentage of bone fully covering the root surface 6 months after coronectomy surgery was 21.2%. Additionally, clinical characteristics 24 hours postoperatively and the distance from the distal bone crest of the 7th tooth to the CEJ 6 months post coronectomy surgery did not show statistically significant differences between the groups. **Conclusions:** The coronectomy group had a longer average surgical time compared to the total removal group. Six months post-coronectomy surgery, the  $\leq 25$ -year-old group showed longer root resorption compared to the  $> 25$ -year-old group. The complete root coverage rate was 21.2% after 6 months of follow-up.

**Keywords:** Third molars, impacted lower mandibular third molar, coronectomy.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới (RKHD) lệch gần là thủ thuật được sử dụng nhiều trong thực hành phẫu thuật miệng, nguyên nhân chủ yếu do sự tiến hóa của con người khiến khung xương hàm nhỏ lại và răng khôn không còn đủ chỗ để mọc trên cung hàm [1]. Tuy nhiên, việc loại bỏ hoàn toàn răng này có thể dẫn đến một số biến chứng không mong muốn do phẫu thuật, trong đó thường được nhắc đến là ảnh hưởng đến kênh răng dưới với tỷ lệ được báo cáo trong các y văn lên đến 4% [2]. Để hạn chế một số biến chứng có thể xảy ra, cắt thân răng là một thủ thuật khác ngoài nhổ răng toàn bộ, được chứng minh trong các nghiên cứu mang tính an toàn và hầu như không có biến chứng lâu dài nghiêm trọng nếu bác sỹ phẫu thuật tôn trọng những nguyên tắc cơ bản về phẫu thuật cắt thân răng dựa trên những luận điểm sinh học đã được chứng minh [3]. Tuy nhiên, các nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị của phương pháp này vẫn còn nhiều điểm bất tương đồng tại Việt Nam. Nhằm góp phần làm rõ vấn đề trên, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt thân răng khôn hàm dưới lệch gần tại Bệnh viện EMCAS Thành phố Hồ Chí Minh năm 2023.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân có nhu cầu hoặc chỉ định nhổ răng RKHD lệch gần đến khám và điều trị tại Bệnh viện EMCAS Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 04/2023 đến tháng 09/2023.

#### - Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Bệnh nhân từ 18 tuổi đến 40 tuổi.

Có ít nhất một RKHD lệch gần thỏa các tiêu chí sau:

+ Về hướng mọc: Lệch gần hoặc nằm ngang theo phân loại của Archer (1975) và Kruger (1984).

+ Về vị trí mặt nhai so với răng 7: Hạng A theo phân loại của Pell và Gregory (1933).  
Đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng.

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:**

Chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện, lấy tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn có nhu cầu hoặc chỉ định nhổ răng RKHD lệch gần đến khám và điều trị tại Bệnh viện EMCAS Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 04/2023 đến tháng 09/2023.

Bệnh nhân được tư vấn ưu nhược điểm của hai phương pháp điều trị bằng lời nói và phiếu thông tin dành cho người tham gia nghiên cứu. Sau đó, bệnh nhân tự lựa chọn phương pháp phẫu thuật. Quá trình chọn mẫu tiếp diễn cho đến khi đủ số lượng cỡ mẫu cho mỗi nhóm.

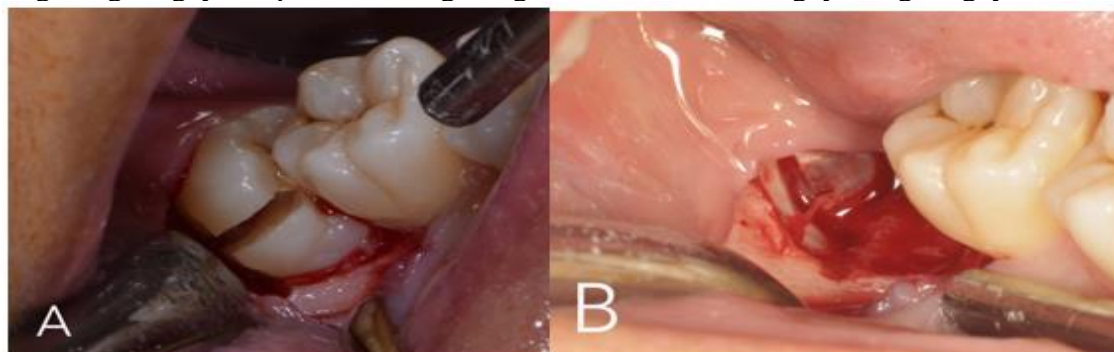
Thực tế chúng tôi đã chọn được 33 bệnh nhân cho nhóm cắt thân răng (CTR) và 33 bệnh nhân cho nhóm lấy toàn bộ răng (LTBR).

**- Nội dung nghiên cứu:**

+ Trước nghiên cứu: Ghi nhận thông tin về tuổi, giới tính của bệnh nhân.

+ Trong phẫu thuật: Thực hiện theo trình tự: Sát trùng, gây tê gai Spix và mặt ngoài.

Tạo vạt L tại vùng răng khôn, bóc tách vạt toàn phần. Dùng mũi khoan loại bỏ xương mặt ngoài, dùng mũi khoan trụ khoan khoảng 2/3 theo chiều ngoài trong của răng, hướng về phía lưỡi, tạo một góc 45 độ so với trục ngang của răng. Khi cắt, thân răng có thể được cắt thành nhiều mảnh nhỏ để giảm lực lên phần chân răng còn lại. Dùng nạy tách rời phần thân và phần chân răng, để lại chân răng sao cho bề mặt chân răng còn lại nằm dưới bờ xương 3-4 mm. Không đụng đến tủy răng và kiểm tra độ lung lay của chân răng. Nếu chân răng bị lung lay thì xem như phương pháp thất bại, chân răng phải được nhổ đồng thời và loại bệnh nhân khỏi nhóm nghiên cứu. Rửa sạch ổ răng bằng nước muối sinh lý. Khâu đóng kín ổ răng bằng chỉ silk 3.0. Kê toa thuốc: Amoxicilline 500mg uống, 1 viên/lần x 3 lần/ngày trong vòng 5 ngày, Ibuprofen 400mg uống, 1 viên/lần x 3 lần/ngày trong 3 ngày [4].



Hình 1. (A) Đường cắt ngang và dọc trên thân răng 8. (B) Sau khi tách lấy thân răng ra ngoài

+ Sau phẫu thuật: Đặc điểm lâm sàng sau phẫu thuật 24 giờ (mức độ đau theo thang điểm VAS, độ sưng mặt theo chiều dọc, chiều ngang, độ há miệng), thời gian phẫu thuật (phút) và biến chứng sau phẫu thuật của hai nhóm phương pháp. Khoảng cách từ mào xương mặt xa răng 7 đến CEJ (tại ba vị trí phía xa, ngoài xa, trong xa), khoảng di chuyển của chân răng (hiệu số khoảng cách từ chóp chân RKHD đến vị trí CEJ phía xa răng 7 trước và sau phẫu thuật 6 tháng) và sự hình thành xương bao phủ bề mặt chân răng để lại của nhóm CTR sau phẫu thuật 6 tháng.

**- Phương pháp thu thập số liệu:** Bệnh nhân đến khám với nhu cầu muốn nhổ răng khôn hàm dưới sẽ được khám và chụp phim CBCT. Nếu thỏa tiêu chí chọn mẫu, bệnh nhân sẽ được bác sĩ tư vấn rõ ràng và giải thích cặn kẽ về ưu điểm và nhược điểm của hai phương pháp điều trị. Bác sĩ sẽ cung cấp đầy đủ thông tin về nghiên cứu cho bệnh nhân và mời bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu. Nếu bệnh nhân đồng ý thì bệnh nhân ký tên vào "Phiếu chấp thuận tham gia nghiên cứu".

Bệnh nhân sẽ được phân vào một trong hai nhóm điều trị theo phương pháp chọn mẫu nêu trên. Sau đó bệnh nhân sẽ được tiến hành các thủ tục hành chính cần thiết, xét nghiệm đông máu cơ bản (công thức máu, đông cầm máu) và hẹn ngày đến ngày phẫu thuật.

Nhân lực tham gia nghiên cứu này bao gồm: Một bác sĩ (một là người thực hiện nghiên cứu này), một tiếp tân bệnh viện, một điều dưỡng và một kỹ thuật viên chẩn đoán hình ảnh. Tất cả đều được huấn luyện để tham gia nghiên cứu.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Dùng phần mềm SPSS 26.0 để xử lý số liệu.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh của trường Đại học Y Dược Cần Thơ thông qua với số phiếu chấp thuận 23.349.HV-ĐHYDCT. Địa điểm triển khai nghiên cứu được duyệt thực hiện tại Bệnh viện EMCAS Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 04/2023 đến tháng 09/2023.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Thực tế, từ tháng 04/2023 đến tháng 04/2024, chúng tôi chọn được 33 bệnh nhân cho nhóm CTR (13 nam, 20 nữ với nhóm > 25 tuổi chiếm 54,5%) và 33 bệnh nhân cho nhóm LTBR (16 nam, 17 nữ với nhóm ≤ 25 tuổi chiếm 54,5%) thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

Bảng 1. So sánh đặc điểm lâm sàng sau phẫu thuật 24 giờ giữa hai nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm CTR TB ± ĐLC	Nhóm LTBR TB ± ĐLC	Tất cả BN TB ± ĐLC	p
Mức độ đau	1,4 ± 1,3	1,6 ± 1,5	1,5 ± 1,4	0,54 (*)
Độ lõm má theo chiều dọc	104,5 ± 7,5	105,3 ± 7,2	104,9 ± 7,3	0,65 (**)
Độ lõm má theo chiều ngang	107,7 ± 9,3	109,8 ± 7,1	108,7 ± 8,2	0,31 (**)
Độ há miệng	39,3 ± 10,1	39,0 ± 9,3	39,1 ± 9,6	0,90 (**)

(\*) T-test/Mann-Whitney U test

(\*\*) Paired t-test

Nhận xét: Trung bình mức độ đau, độ lõm má theo chiều dọc, chiều ngang và độ há miệng sau phẫu thuật 24 giờ của nhóm CTR đều cải thiện hơn so với nhóm LTBR, tuy nhiên chưa ghi nhận sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Bảng 2. Thời gian phẫu thuật trung bình giữa hai nhóm nghiên cứu

	Thời gian phẫu thuật (phút)			p (*)
	Trung bình (TB ± ĐLC)	Ngắn nhất	Dài nhất	
Nhóm CTR	8,6 ± 2,2	5,3	16,3	0,01
Nhóm LTBR	7,1 ± 2,0	4,0	11,3	
Tất cả BN	7,8 ± 2,2	4,0	16,3	-

(\*) T-test/Mann-Whitney U test

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm CTR 8,6 ± 2,2 phút lâu hơn so với nhóm LTBR 7,1 ± 2,0 phút với sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,01$ ).

Bảng 3. Biến chứng sau phẫu thuật của hai nhóm nghiên cứu

Biến chứng	Nhóm CTR n (%)	Nhóm LTBR n (%)	Tất cả BN n (%)	p (*)
Không biến chứng	31 (93,9)	29 (87,9)	60 (90,9)	0,67
Nhiễm trùng	2 (6,1)	3 (9,1)	5 (7,6)	
Tê môi	0 (0)	1 (3)	1 (1,5)	
Tổng	33 (100)	33 (100)	66 (100)	-

(\*) Fisher's test

Nhận xét: Kết quả bảng 3 cho thấy tỷ lệ không biến chứng sau phẫu thuật của nhóm CTR 93,9% cao hơn so với nhóm LTBR 87,9%, trong đó chỉ ghi nhận 2 trường hợp nhiễm trùng 6,1%. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Bảng 4. Khoảng cách từ mào xương mặt xa răng 7 đến CEJ sau phẫu thuật 6 tháng ở hai nhóm nghiên cứu

Vị trí	Nhóm CTR TB ± ĐLC	Nhóm LTBR TB ± ĐLC	Tất cả BN TB ± ĐLC	p (*)
Xa	3,5 ± 1,3	3,3 ± 1,6	3,4 ± 1,5	0,56
Ngoài xa	3,2 ± 1,4	2,8 ± 1,8	3,0 ± 1,6	0,35
Trong xa	2,5 ± 1,2	2,3 ± 1,4	2,4 ± 1,3	0,57

(\*) T-test

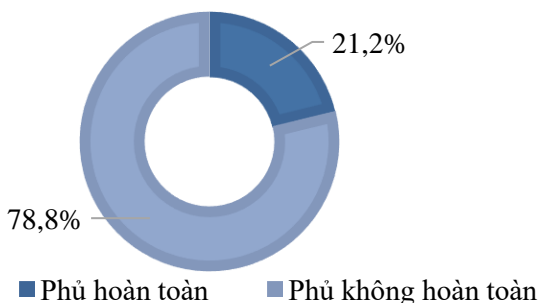
Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho biết khoảng cách từ mào xương mặt xa răng 7 đến CEJ sau phẫu thuật 6 tháng tại ba vị trí khảo sát ở nhóm CTR đều lớn hơn so với nhóm LTBR, nhưng chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Bảng 5. Khoảng di chuyển của chân răng sau phẫu thuật 6 tháng của nhóm 1

Khoảng cách từ chóp chân RKHD đến CEJ phía xa răng 7	≤ 25 tuổi TB ± ĐLC	> 25 tuổi TB ± ĐLC	Tổng TB ± ĐLC	p (*)
Trước PT (N=33)	17,8 ± 1,4	18,4 ± 2,0	18,1 ± 1,8	0,39
Sau PT (N=33)	13,3 ± 1,2	15,2 ± 1,8	14,4 ± 1,8	0,01
Khoảng di chuyển (n=33)	4,5 ± 1,9	3,1 ± 1,4	3,8 ± 1,8	0,02

(\*) T-test

Nhận xét: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm ≤ 25 tuổi có khoảng di chuyển của chân răng sau phẫu thuật 6 tháng ( $4,5 ± 1,9$ ) dài hơn so với nhóm > 25 tuổi ( $3,1 ± 1,4$ ), sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).



Biểu đồ 1. Sự hình thành xương bao phủ bề mặt chân răng để lại của nhóm 1

Nhận xét: Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 7/33 trường hợp (chiếm 21,2%) có xương bao phủ hoàn toàn bề mặt chân răng sau phẫu thuật 6 tháng.

#### IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm lâm sàng sau phẫu thuật, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận trung bình mức độ đau, độ lồi má theo chiều dọc, chiều ngang và độ há miệng sau phẫu thuật 24 giờ của nhóm CTR đều thấp hơn so với nhóm LTBR, tuy nhiên chưa ghi nhận sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê. Điều này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Nam (2019) cho biết hầu hết bệnh nhân đau từ trung bình đến nhẹ và giảm dần đến không đau, độ sưng mặt theo chiều dọc, chiều ngang thay đổi lần lượt 2,1mm, 2,9mm, 8,8mm sau phẫu thuật 24 giờ, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) [4]. Nhìn chung, nhờ rằng bằng phương pháp CTR giảm thiểu được mức độ đau và ít tác động mạnh đến các cơ nhai, cơ nâng hàm và cơ hạ hàm. Do đó sau phẫu thuật, mức độ đau và độ sưng mặt giảm dần, đồng thời các cơ nhanh chóng hồi phục theo thời gian.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm CTR lâu hơn nhóm LTBR với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, có thể giải thích do phẫu thuật CTR đòi hỏi sự chính xác cao khi cắt thân răng nhằm tránh gây lung lay phần chân răng để lại. Đây chính là mấu chốt quan trọng trong thành công của phương pháp CTR, hơn nữa phương pháp này cần đến hai đường cắt (ngang và dọc) và phải bảo đảm các bờ của chân răng nằm dưới bờ xương tối thiểu 3mm sau khi lấy thân răng ra khỏi ổ [5]. Đánh giá biến chứng sau phẫu thuật cho thấy tỷ lệ không biến chứng của nhóm CTR cao hơn so với nhóm LTBR, trong đó chỉ ghi nhận 2 trường hợp nhiễm trùng. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê. Trong nghiên cứu đánh giá có hệ thống của Pitros P. (2020) cũng ghi nhận tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật nhóm CTR thấp hơn so với nhóm LTBR (3% so với 3,5%), trong đó tỷ lệ nhiễm trùng của hai nhóm lần lượt là 2,9% và 5,4%, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) [6]. Đây là một biến chứng liên quan mật thiết đến quá tải nhiệt trong quá trình khoan phẫu thuật và thường gặp trong trường hợp phẫu thuật viên ít kinh nghiệm. Do đó, hướng dẫn bệnh nhân tự chăm sóc sau nhổ răng là một yếu tố cần lưu ý giúp quá trình lành thương diễn ra tốt hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi cho biết khoảng cách từ mào xương mặt xa răng 7 đến CEJ sau phẫu thuật 6 tháng tại ba vị trí khảo sát ở nhóm CTR đều lớn hơn so với nhóm LTBR, nhưng chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả về sự thay đổi khoảng cách này trong nghiên cứu của Pang S.L. (2024) tại vị trí phía xa, ngoài xa, trong xa lần lượt là 1,3, 1,3 và 1,3 của nhóm CTR và tương ứng với nhóm LTBR lần lượt là 1,1, 1,1 và 1,3, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ) [7]. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi, mặc dù sự thay đổi trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nhưng không đáng kể. Cả nghiên cứu của chúng tôi và của Pang S.L. cho thấy sự thay đổi khoảng cách này giữa hai nhóm phương pháp không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, điều này chứng tỏ cả hai phương pháp đều có sự lành thương và sự cải thiện mức xương sau phẫu thuật 6 tháng là như nhau.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm  $\leq 25$  tuổi có khoảng di chuyển của chân răng sau phẫu thuật 6 tháng dài hơn so với nhóm  $> 25$  tuổi, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Pang S.L. (2024) với khoảng di chuyển răng nhóm  $\leq 25$  tuổi dài hơn nhóm  $> 25$  tuổi ( $1,33 \pm 0,89$  so với  $1,23 \pm 0,90$ ) tuy nhiên sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ) [7]. Lý do dễ hiểu là lứa tuổi trẻ có lỗ tủy xu hướng mở rộng hơn và vì vậy tốc độ di chuyển nhanh hơn và thời gian cần bịt kín sẽ lâu hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 7/33 trường hợp (chiếm 21,2%) có xương bao phủ hoàn toàn bề mặt chân răng sau phẫu thuật 6 tháng. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Kohara K. (2015) ghi nhận 25,7% chân răng có xương bao phủ trong khoảng 1-2 năm và con số này lên tới 82,2% trong khoảng 2-3 năm [8]. Như vậy, nhiều khả năng chân răng để lại sẽ được bít kín hoàn toàn sau khoảng 2 năm. Đây được xem là yếu tố quan trọng để chân răng dừng di chuyển, tạo điều kiện để chân răng biến thành một răng ngầm mới. Các trường hợp còn lại trong nghiên cứu của chúng tôi có khả năng tiếp tục trôi, một số sẽ được phủ kín xương và dừng lại, và có thể một số khác sẽ lộ lên trên môi trường miệng sau khoảng thời gian dài.

## V. KẾT LUẬN

Nhóm CTR có thời gian phẫu thuật trung bình lâu hơn khi so sánh với nhóm LTBR. Sau phẫu thuật CTR 6 tháng, nhóm  $\leq 25$  tuổi có khoảng di chuyển của chân răng dài hơn so với nhóm  $> 25$  tuổi. Tỷ lệ xương bao phủ hoàn toàn bề mặt chân răng chiếm 21,2% sau 6 tháng theo dõi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Renton T., Hankins M., Sproate C., McGurk M. A randomised controlled clinical trial to compare the incidence of injury to the inferior alveolar nerve as a result of coronectomy and removal of mandibular third molars. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2005.43(1), 7-12, doi: 10.1016/j.bjoms.2004.09.002.
2. Pogrel M.A., Lee J.S., Muff D.F. Coronectomy: a technique to protect the inferior alveolar nerve. *J Oral Maxillofac Surg.* 2004.62(12), 1447–1452, doi: 10.1016/j.joms.2004.08.003.
3. Milic T., Raidoo P., Gebauer D. Antibiotic prophylaxis in oral and maxillofacial surgery: a systematic review. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2021.59(6), 633-642.
4. Nguyễn Hoàng Nam, Trương Nhật Khuê, Nguyễn Minh Thiên, Vũ Hoàng Uyên, Nguyễn Thị Hồng Vân. Kết quả phẫu thuật cắt thân răng khôn hàm dưới mọc lệch/ngâm có liên quan thần kinh xương ổ dưới. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ.* 2019.22-23-24-25, 1-6.
5. Phan Huỳnh An, Lê Đức Lánh. Liên quan giữa chân răng khôn và ống răng dưới đối chiếu trên phim toàn cảnh và Cone Beam CT. *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh.* 2014.18(1), 310-315.
6. Pitros P., O'Connor N., Tryfonos A., Lopes V. A systematic review of the complications of high-risk third molar removal and coronectomy: development of a decision tree model and preliminary health economic analysis to assist in treatment planning. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2020.58(9), e16-e24, doi: 10.1016/j.bjoms.2020.07.015.
7. Pang S.L., Yeung W.K.A., Hung K.F., Hui L., Chung H.Z.J., et al. Third Molar Coronectomy vs Total Removal in Second Molar Periodontal Healing. *Int Dent J.* 2024.74(2), 246-252, doi: 10.1016/j.identj.2023.08.006.
8. Kohara K., Kurita K., Kuroiwa Y., Goto S., Umemura E. Usefulness of mandibular third molar coronectomy assessed through clinical evaluation over three years of follow-up. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2015.44(2), 259-266, doi: 10.1016/j.ijom.2014.10.003.