

DOI: 10.58490/ctump.2024i79.2862

**ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, X QUANG VÀ SO SÁNH KẾT QUẢ  
PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN HÀM TRÊN MỌC LỆCH  
BẰNG MÁY PIEZOTOME VÀ TAY KHOAN THẲNG**

**Vũ Đức Chí<sup>1\*</sup>, Đỗ Thị Thảo<sup>2</sup>, Trịnh Minh Trí<sup>2</sup>**

1. Bệnh viện Vũng Tàu

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

\*Email: Nhakhoasaigonhl@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/5/2024

Ngày phản biện: 16/7/2024

Ngày duyệt đăng: 25/8/2024

**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Có rất ít các nghiên cứu đánh giá hiệu quả của các thiết bị phẫu thuật dựa trên nguyên tắc áp điện và siêu âm đối với hàm trên. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, X quang và so sánh kết quả phẫu thuật nhổ răng khôn hàm trên mọc lệch bằng máy Piezotome và tay khoan thẳng tại Bệnh viện Vũng Tàu 2023-2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu can thiệp lâm sàng có nhóm chứng trên 70 bệnh nhân được phẫu thuật nhổ răng khôn hàm trên mọc lệch tại Bệnh viện Vũng Tàu, chia 2 nhóm sử dụng máy Piezotome và bằng tay khoan thẳng. **Kết quả:** Tuổi trung bình 2 nhóm là  $43,97 \pm 15,42$  và  $43,89 \pm 14,75$ , nữ (65,7%), lý do vào viện thường gặp sưng đau (100%) và vất thức ăn (57,14%), răng khôn mọc bên trái (64,3%). Về đặc điểm lâm sàng, đa số đau vừa và đau nhiều lúc đầu, sưng nề vùng răng nhưng thường không gây sưng nề vùng mặt và không sâu hoặc tiêu xương răng 7. Đa phần bệnh nhân có độ sâu của răng khôn theo Archer loại A (52,9%) và loại B (44,3%), hướng nghiêng theo Shiller loại M (50%) và loại V (47,1%), tương quan với đáy xoang hàm trên theo Jung & Cho loại I (33,3%) và loại II (61,4%), độ khó của răng từ ít (57,1%) đến trung bình (40%) theo Carvalho RW. Về kết quả điều trị, đa phần không có biến chứng phẫu thuật, bệnh nhân sử dụng máy Piezotome giảm đau tốt hơn trong và sau nhổ răng, nhưng thời gian phẫu thuật lâu hơn. **Kết luận:** Bệnh nhân có sử dụng máy Piezotome giảm đau tốt hơn trong và sau nhổ răng, nhưng thời gian phẫu thuật lâu hơn. Piezotome là một lựa chọn tốt cho bệnh nhân răng khôn kể cả hàm trên.

**Từ khóa:** Nhổ răng, răng khôn hàm trên, hàm trên, Piezotome, khoan tay thẳng.

**ABSTRACT**

**STUDY OF THE CLINICAL CHARACTERISTICS, X-RAY FEATURES  
AND COMPARISON OF SURGICAL OUTCOMES OF EXTRACTING  
DEVIATED MAXILLARY THIRD MOLAR USING PIEZOTOME  
AND STRAIGHT HANDPIECE**

**Vu Duc Chi<sup>1\*</sup>, Do Thi thao<sup>2</sup>, Trinh Minh Tri<sup>2</sup>**

1. Vung Tau Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

**Background:** There are very few studies evaluating the effectiveness of surgical devices based on piezoelectric and ultrasonic principles for the maxilla. **Objectives:** To describe the clinical and radiographic characteristics and compare the surgical outcomes of extracting deviated maxillary third molar using Piezotome versus a straight handpiece at Vung Tau Hospital in 2023-2024. **Materials and methods:** We conducted a clinical interventional study with a control group on 70 patients who underwent extraction of upper impacted wisdom teeth at Vung Tau Hospital, divided into two groups using the Piezotome and conventional straight handpiece. **Results:** The

average age of the two groups was  $43.97 \pm 15.42$  and  $43.89 \pm 14.75$ , with females accounting for 65.7%. The most common reasons for hospital admission were swelling and pain (100%) and food impaction (57.14%), with the majority of impacted wisdom teeth located on the left side (64.3%). Clinically, most patients experienced moderate to severe pain initially, had swelling in the tooth area but usually did not exhibit facial swelling and did not have deep pockets or bone resorption of the second molar. The majority of patients had the depth of the wisdom tooth classified as Archer type A (52.9%) and type B (44.3%), with the inclination according to Shiller classified as M type (50%) and V type (47.1%). The relationship with the maxillary sinus floor according to Jung & Cho was type I (33.3%) and type II (61.4%), with tooth extraction difficulty ranging from low (57.1%) to moderate (40%) according to Carvalho RW. In terms of treatment outcomes, most patients did not experience surgical complications. Patients using the Piezotome reported better pain reduction during and after extraction, although the surgical time was longer. **Conclusion:** Patients using the Piezotome experienced better pain reduction during and after extraction, but the surgical time was longer. The Piezotome is a good option for impacted wisdom tooth extraction for both the maxilla.

**Keywords:** Tooth extraction, maxillary third molar, maxilla, Piezotome, straight handpiece.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng cối lớn thứ ba hay còn gọi là răng khôn là răng mọc cuối cùng, thực tế cho thấy việc mọc răng khôn gây không ít trở ngại và khó khăn cũng như răng khôn thường sẽ có những sự lệch lạc, bất thường và gây ra nhiều biến chứng cho bệnh nhân. Loại bỏ răng khôn là phẫu thuật thường xuyên nhất được thực hiện trong thực hành nha khoa. Trong đó, sự lệch lạc của răng khôn hàm trên ít được quan sát thấy hơn ở hàm dưới với tỷ lệ được báo cáo là từ 9,5% đến 39%, cao hơn ở hàm trên [1]. Ngày nay, phẫu thuật áp điện được sử dụng rộng rãi và có sẵn các thiết bị khác nhau và được nhiều tác giả đồng thuận rằng đây là thiết bị an toàn và hữu hiệu trong các điều trị phẫu thuật. Có rất nhiều các nghiên cứu đánh giá hiệu quả của các thiết bị phẫu thuật dựa trên nguyên tắc áp điện và siêu âm đối với hàm dưới nhưng đối với hàm trên lại rất hạn chế. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện với các mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, X quang và so sánh kết quả phẫu thuật nhổ răng khôn hàm trên mọc lệch bằng máy Piezotome và tay khoan thẳng.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1 Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân có răng khôn hàm trên mọc lệch, có chỉ định nhổ, đến khám và điều trị tại Bệnh viện Vũng Tàu năm 2023-2024.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân trên 18 tuổi không có các bệnh lý toàn thân; Có răng khôn hàm trên lệch theo Shiller (1979) và có tương quan với răng cối lớn thứ hai liền kề phân loại Archer (1975); Có chỉ định nhổ răng khôn hàm trên theo yêu cầu phục hình, chỉnh hình, đau nhức do mọc răng, hoặc có nguy cơ tổn thương cấu trúc khác.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Sức khỏe toàn thân không đủ đáp ứng với phẫu thuật: dị ứng thuốc tê, bệnh tim mạch, động kinh, đái tháo đường không kiểm soát tốt, phụ nữ có thai, rối loạn đông máu,... Có các sang thương tại chỗ ở mô mềm hay xương như u máu, u bạch mạch, u và nang do răng hay không do răng; Dùng thuốc điều trị bệnh loãng xương hay xạ trị vùng đầu cổ; Mất răng 7 liền kề.

### 2.2 Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng từ tháng 4 năm 2023 đến tháng 5 năm 2024.

- **Cỡ mẫu:** Thực tế chúng tôi lấy được 70 răng, chia 2 nhóm gồm nhóm 1 là 35 bệnh nhân được phẫu thuật nhổ răng khôn bằng máy Piezotome và nhóm 2 là 35 bệnh nhân phẫu thuật bằng tay khoan thẳng.

- **Nội dung nghiên cứu:**

Đặc điểm chung: Tuổi, giới tính.

Đặc điểm lâm sàng: Mức độ đau theo thang điểm VAS, tình trạng sưng nề vùng răng (có/không), sưng nề vùng mặt (có/không), sâu mặt xa răng 7 (có/không), tiêu mặt xa răng 7 (có/không).

Đặc điểm trên phim X-quang panorex của răng khôn hàm trên:

+ Tương quan độ sâu của răng khôn hàm trên theo Archer (1975) gồm 3 giá trị: loại A, loại B và loại C.

+ Tương quan chiều hướng nghiêng của răng khôn hàm trên theo Shiller (1979) gồm các nhóm V, M, D, H và I.

+ Tương quan chóp răng khôn hàm trên và đáy xoang hàm trên theo Jung & Cho (2015) chia 3 nhóm: loại I, loại II và loại III.

+ Số lượng chân răng quan sát được trên phim: 1 chân, 2 chân, 3 chân, 4 chân.

+ Ước lượng độ khó của răng: Theo Carvalho RW (2018) chia 3 nhóm: khó ít, trung bình và khó nhiều.

Đánh giá kết quả điều trị: Gãy chóp / chân răng chia 6 nhóm (không gãy, gãy 1 chóp, gãy 2 chóp, gãy 3 chóp, chóp răng rơi vào xoang và khác), Thời gian điều trị (phút), mức độ đau theo thang điểm VAS.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Phiếu thu thập số liệu, dụng cụ thăm khám lâm sàng, hình ảnh X-quang, máy Piezotome Solo, mũi khoan xương HP10, 702. Các bệnh nhân được phẫu thuật nhổ răng khôn hàm trên mọc lệch bằng máy Piezotome, theo dõi và đánh giá kết quả điều trị.

- **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 học của trường Đại học Y Dược Cần Thơ thông qua với số phiếu chấp thuận 23.347.HV-ĐHYDCT. Quyết định giao đề tài số 1450/QĐ-ĐHYDCT ngày 12/04/2023.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi thu thập được 70 bệnh nhân có răng khôn hàm dưới mọc lệch, phần lớn đối tượng ở nhóm tuổi 46-60 tuổi (62,9% ở cả 2 nhóm), tuổi trung bình nhóm 1 là  $43,97 \pm 15,42$  tuổi và ở nhóm 2 là  $43,89 \pm 14,75$  ( $p = 0,981$ ), tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 1/2.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm		Nhóm 1 Piezotome	Nhóm 2 Khoan tay	p
Mức độ đau	1. Không đau	2 (5,7)	0 (0)	0,009*
	2. Đau nhẹ	5 (14,3)	7 (20)	
	3. Đau vừa	20 (57,1)	9 (25,7)	
	4. Đau nhiều	8 (22,9)	19 (54,3)	
	5. Đau không chịu nổi	0 (0)	0 (0)	
Tình trạng sưng nề vùng răng	Có	28 (80)	29 (82,9)	0,759**
	Không	7 (20)	6 (17,1)	
Tình trạng sưng nề vùng mặt	Có	9 (25,7)	5 (14,3)	0,232**
	Không	26 (74,3)	30 (85,7)	

Đặc điểm		Nhóm 1 Piezotome	Nhóm 2 Khoan tay	p
Sốt	Có	1 (2,9)	0 (0)	1**
	Không	34 (97,1)	35 (100)	
Sâu mặt xa răng 7	Có sâu	12 (34,3)	3 (8,6)	0,009**
	Không sâu	23 (65,7)	32 (91,4)	
Tiêu xương mặt xa răng 7	Có tiêu xương	13 (37,1)	0 (0)	<0,001**
	Không tiêu xương	22 (62,9)	35 (100)	

\*Fisher-Freeman-Halton Exact Test, \*\*Fisher's Exact Test

Nhận xét: Về đặc điểm lâm sàng, hầu hết đau vừa và đau nhiều lúc đầu, trong đó nhóm 1 tỷ lệ đau nhiều (22,9%) và đau vừa (57,1%) so với nhóm 2 tỷ lệ đau nặng (54,3%) và đau vừa (25,7%) với  $p=0,009$ . Đa số bệnh nhân có sưng nề vùng răng (80% ở nhóm 1 và 82,9% ở nhóm 2,  $p=0,759$ ) nhưng không gây sưng nề vùng mặt (74,3% ở nhóm 1 và 85,7% ở nhóm 2,  $p=0,232$ ). Chỉ có 1 bệnh nhân sốt trong nghiên cứu. Bệnh nhân nhóm 1 có tỷ lệ sâu và tiêu xương răng 7 cao hơn đáng kể so với nhóm 2 (34,3% và 37,1% so với 8,6% và 0%,  $p<0,05$ ).

Bảng 2. Đặc điểm trên phim panorex của răng khôn hàm trên

Đặc điểm		Nhóm 1 Piezotome	Nhóm 2 Khoan tay	p
Tương quan vị trí của răng				
Tương quan độ sâu của răng khôn hàm trên	Loại A	21 (61,8)	16 (45,7)	0,148
	Loại B	12 (35,3)	19 (54,3)	
	Loại C	1 (2,9)	0 (0)	
Tương quan chiều hướng ngiên của răng khôn hàm trên	Loại V	18 (51,4)	15 (42,9)	0,811
	Loại M	16 (45,7)	19 (54,2)	
	Loại D	1 (2,9)	1 (2,9)	
	Loại H	0 (0)	0 (0)	
Tương quan chóp răng khôn hàm trên và đáy xoang hàm trên	Loại I	10 (28,6)	13 (37,1)	0,953
	Loại II	22 (62,9)	21 (60)	
	Loại III	3 (8,5)	1 (2,9)	
Đánh giá chân răng trên phim cận chóp				
Số lượng chân răng quan sát được trên phim	1 chân	2 (5,7)	2 (5,7)	0,068
	2 chân	7 (20)	16 (45,7)	
	3 chân	25 (71,4)	17 (48,6)	
	4 chân	1 (2,9)	0 (0)	
Ước lượng độ khó của răng	Khó ít: 5-10 điểm	21 (60)	19 (54,2)	0,901
	Khó Trung bình: 11-13 điểm	13 (37,1)	15 (42,9)	
	Khó nhiều: 14-18 điểm	1 (2,9)	1 (2,9)	

Fisher-Freeman-Halton Exact Test

Nhận xét: Chúng tôi nhận thấy có sự tương đồng về các đặc điểm trên phim panorex của răng khôn hàm trên ở cả 2 nhóm. Trong đó, đa số mặt nhai răng khôn hàm trên nằm giữa mặt phẳng cắn và đường cổ răng 7, cụ thể theo phân loại theo Archer là loại A (61,8% ở nhóm 1 và 45,7% ở nhóm 2), loại B (35,3% ở nhóm 1 và 54,3% ở nhóm 2). Hầu hết bệnh nhân có mặt nhai răng khôn hàm trên thẳng góc hoặc nghiêng gần so với mặt nhai của răng 7 liền kề tương ứng loại V (51,4% ở nhóm 1 và 42,9% ở nhóm 2) và loại M (45,7% ở nhóm

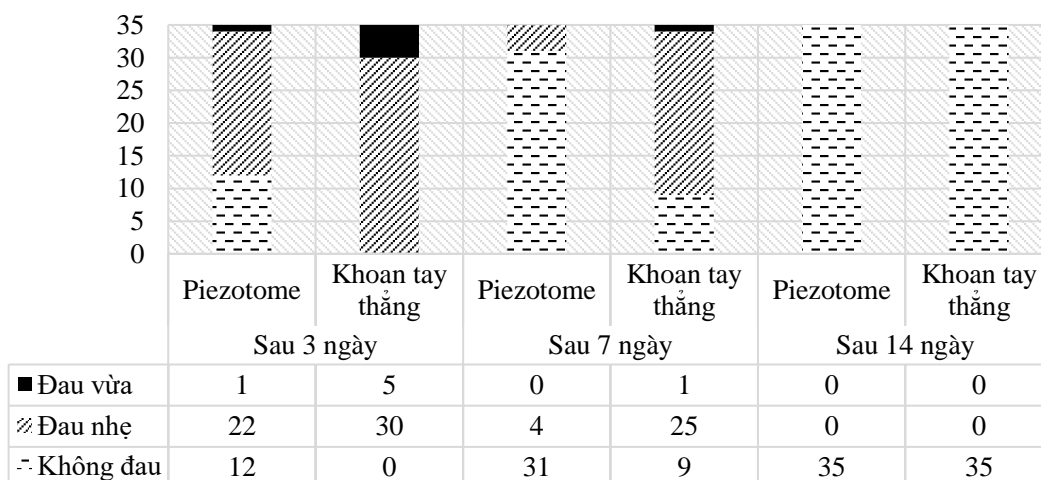
1 và 42,9 ở nhóm 2) theo Shiller, chỉ có 2 bệnh nhân có răng khôn nghiêng xa (loại D) và không có bệnh nhân nào có răng khôn nằm ngang (loại H) hoặc quay đầu (loại I). Về tương quan chóp răng khôn hàm trên và đáy xoang hàm trên theo phân loại Jung & Cho, phần lớn các bệnh nhân có loại II (62,9% ở nhóm 1 và 60% ở nhóm 2), loại I (28,6% ở nhóm 1 và 37,1% ở nhóm 2) và chỉ có 4/70 bệnh nhân loại III. Đánh giá chân răng trên phim cận chóp, chủ yếu quan sát được từ 2 đến 3 chân răng trên phim, trong khi đa số các bệnh nhân có độ khó của răng từ ít (40/70 bệnh nhân) đến trung bình (28/70 bệnh nhân) theo Carvalho RW.

Bảng 3. Đánh giá trong quá trình phẫu thuật

Đặc điểm		Nhóm 1 Piezotome	Nhóm 2 Khoan tay	p
Gãy chóp / chân răng	Không gãy	34 (97,1)	35 (100)	1*
	Gãy 1 chóp	1 (2,9)	0 (0)	
	Gãy 2 chóp	0 (0)	0 (0)	
	Gãy 3 chóp	0 (0)	0 (0)	
	Chóp răng rơi vào xoang	0 (0)	0 (0)	
	Khác	0 (0)	0 (0)	
Thông xoang	Có	0 (0)	1 (2,9)	1**
	Không	35 (100)	34 (97,1)	
Mức độ đau	Không đau	2 (5,8)	0 (0)	<0,001*
	Đau nhẹ	22 (62,9)	6 (17,1)	
	Đau vừa	10 (28,4)	26 (74,3)	
	Đau nhiều	1 (2,9)	3 (8,6)	
Thời gian điều trị		26,29 ± 5,47	23,71 ± 3,05	0,019***

\*Fisher-Freeman-Halton Exact Test, \*\*Fisher's Exact Test, \*\*\*Independent Samples Test

Nhận xét: Cả 2 nhóm hầu như không có biến chứng xảy trong quá thực hiện thủ thuật, ngoại trừ 1 trường có gãy 1 chóp răng. Tuy nhiên, mức độ đau trong lúc nhổ răng ở nhóm 1 ít hơn có ý nghĩa so với nhóm 2, thời gian phẫu thuật trung bình ở nhóm 2 ít hơn đáng kể so với nhóm 1 (23,71 ± 3,05 phút so với 26,29 ± 5,47 phút, p=0,019).



- Không đau ▨ Đau nhẹ ■ Đau vừa

Biểu đồ 1. Mức độ đau sau phẫu thuật

Nhận xét: Đánh giá mức độ đau sau phẫu thuật, ghi nhận bệnh nhân nhóm 1 có sự cải thiện triệu chứng tốt hơn so với nhóm 2 ở thời điểm 3 ngày và 7 ngày sau nhổ răng. Tất cả các đối tượng tham gia đều hết đau sau 2 tuần điều trị.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn đối tượng có độ tuổi 46-60 tuổi (62,9% ở cả 2 nhóm), không có bệnh nhân nào trên 60 tuổi, tuổi trung bình nhóm 1 là  $43,97 \pm 15,42$  tuổi và ở nhóm 2 là  $43,89 \pm 14,75$  tuổi ( $p = 0,981$ ), tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 1/2, răng khôn bên trái và phải có tỷ lệ xấp xỉ bằng nhau. Kết quả tương tự được ghi nhận trong một nghiên cứu trên 3299 răng khôn hàm trên mọc lệch ghi nhận độ tuổi trung bình  $31,98 \pm 13,24$ , nữ giới chiếm 59%, răng khôn bên trái chiếm 51% [3]. Theo tác giả Pourmand và cộng sự [2] nghiên cứu trên 1212 bệnh nhân răng khôn hàm trên, ghi nhận độ tuổi trung bình chỉ 24,7 tuổi, 46% nữ giới trong đó có đến 81% bệnh nhân có độ 18-40 tuổi, sự khác biệt này do nghiên cứu trên bao gồm cả các bệnh nhân không cần điều trị phẫu thuật so với nghiên cứu của chúng tôi chỉ có các đối tượng răng khôn hàm trên có chỉ định phẫu thuật.

Về đặc điểm lâm sàng, hầu hết đau vừa và đau nhiều lúc đầu, đa số bệnh nhân có sưng nề vùng răng (80% ở nhóm 1 và 82,9% ở nhóm 2,  $p=0,759$ ) nhưng không gây sưng nề vùng mặt (74,3% ở nhóm 1 và 85,7% ở nhóm 2,  $p=0,232$ ) và chỉ có 1 bệnh nhân sốt. Tương tự như chúng tôi theo Beriat [4] khảo sát trên 30 bệnh nhân răng khôn hàm trên ghi nhận triệu chứng thường gặp là sưng và đau mặt. Về sâu và tiêu xương mặt xa răng 7, chúng tôi nhận thấy tình trạng này có sự tương đồng với xương hàm dưới, khi có đến 76.3% trường hợp không có tình trạng sâu và tiêu xương mặt xa răng 7 liền kề do răng khôn hàm dưới lệch, ngàm [5]. Răng khôn mọc lệch thường không có đủ chỗ để phát triển một cách bình thường. Điều này dẫn đến việc răng khôn tạo ra áp lực lên các răng lân cận, xương hàm và mô nướu kèm với sự cọ xát vào các răng khác hoặc xương gây ra viêm, sưng và đau cho bệnh nhân. Ngoài ra răng khôn mọc lệch có thể tạo khe hẹp tích tụ mảng bám và vi khuẩn, phát triển sâu răng, viêm nướu và viêm nha chu dẫn đến tiêu xương kề cận [6].

Về đặc điểm trên phim panorex trong nghiên cứu, đa phần bệnh nhân có tương quan độ sâu của răng khôn hàm trên theo Archer loại A (52,9%) và loại B (44,3%), chiều hướng nghiêng theo Shiller đa số là loại M (50%) và loại V (47,1%), liên quan với xoang hàm trên theo phân loại Jung & Cho hầu hết là loại I (33,3%) và loại II (61,4%). Các nghiên cứu trước đây cũng cho kết quả khá tương đồng với chúng tôi, theo Yurdabakan [7] báo cáo phân loại Archer loại A thường gặp nhất 75.5%, răng khôn hàm trên mọc thẳng chiếm đến 80,2% và phân loại Jung & Cho loại I (43.5%), loại II (16.1%), loại III (18.5%). Nghiên cứu của Eiji Iwata<sup>3</sup> với phân loại Archer đa phần loại A (51%) và loại B (29,2%). Đặc điểm độ sâu và nghiêng của răng khôn hàm trên là một yếu tố quan trọng quyết định độ khó phẫu thuật nhổ răng, do sự phát triển chậm của răng khôn so với các răng khác kèm với sự thiếu không gian mọc răng ở hàm trên dẫn đến tình trạng răng mọc sai vị trí. Đặc điểm giải phẫu quan trọng khác của răng khôn hàm trên là sự tương quan với xoang hàm trên, chân răng càng gần xoang hoặc xâm lấn vào xoang (tương ứng theo phân loại Jung & Cho từ loại III trở lên) làm tăng nguy cơ thủng xoang khi nhổ răng [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi đa phần có phân loại tương quan răng khôn và xoang hàm trên theo Jung & Cho phần lớn là loại I và II. Điều này khá phù hợp với đánh giá mức độ khó của răng theo Carvalho RW với đa số đối tượng có độ khó từ ít (40/70 bệnh nhân) đến trung bình (28/70 bệnh nhân).

Hầu hết các bệnh nhân phẫu thuật răng khôn hàm trên mọc lệch không có biến chứng xảy ra trong quá thực hiện thủ thuật ở cả 2 nhóm. Về mức độ đau trong lúc nhổ răng bệnh nhân

có sử dụng máy Piezotome đau ít hơn, tuy nhiên thời gian phẫu thuật trung bình lâu hơn so với nhóm sử dụng khoan tay thẳng ( $26,29 \pm 5,47$  phút so với  $23,71 \pm 3,05$  phút,  $p=0,019$ ). Đánh giá mức độ đau sau phẫu thuật, ghi nhận bệnh nhân sử dụng máy Piezotome có sự cải thiện triệu chứng tốt hơn so với nhóm sử dụng tay khoan thẳng ở thời điểm 3 ngày và 7 ngày sau nhổ răng. Tất cả các đối tượng tham gia đều hết đau sau 2 tuần nhổ răng. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự các nghiên cứu được thực hiện ở răng khôn hàm dưới, trong đó phương pháp phẫu thuật nhổ răng khôn sử dụng máy Piezotome cho thấy hiệu quả giảm đau tốt, an toàn trong và sau nhổ răng, nhưng thời gian phẫu thuật lại kéo dài hơn phương pháp truyền thống [8]. Điều này cho thấy rằng Piezotome là một lựa chọn tốt cho bệnh nhân răng khôn kể cả hàm trên.

Nghiên cứu của chúng tôi có cỡ mẫu hạn chế, mẫu nghiên cứu được chọn thuận tiện tất cả các bệnh nhân đến khám và được phẫu thuật ngay sau đó, điều này dẫn đến một số đặc điểm lâm sàng chưa có sự tương đồng ở 2 nhóm, từ đó có thể ảnh hưởng đến kết quả đánh giá điều trị.

## V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân răng khôn hàm trên mọc lệch hầu hết đau vừa và đau nhiều lúc đầu, đa số bệnh nhân có sưng nề vùng răng nhưng không gây sưng nề vùng mặt, phần lớn không sâu và tiêu xương mặt xa răng 7. Về đặc điểm trên phim panorex, đa phần bệnh nhân có tương quan độ sâu của răng khôn hàm trên theo Archer loại A và loại B, chiều hướng nghiêng của răng khôn hàm trên theo Shiller đa số là loại M và loại V, tương quan chóp răng khôn hàm trên và đáy xoang hàm trên theo Jung & Cho hầu hết là loại I và loại II. Đa phần các bệnh nhân không có biến chứng khi phẫu thuật, bệnh nhân có sử dụng máy Piezotome cho thấy hiệu quả giảm đau tốt hơn trong và sau nhổ răng, tuy nhiên thời gian phẫu thuật lâu hơn so với nhóm sử dụng khoan tay thẳng. Piezotome là một lựa chọn tốt cho bệnh nhân răng khôn kể cả hàm trên.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Elsey M. Rock W. Influence of orthodontic treatment on development of third molars. *The British journal of oral & maxillofacial surgery*. 2000. 38(4), 350-353, doi:10.1054/bjom.2000.0307.
  2. Pourmand P.P. Sigron G.R. Mache B. Stadlinger B. Locher M.C. The most common complications after wisdom-tooth removal: part 2: a retrospective study of 1,562 cases in the maxilla. *Swiss Dent J*. 2014. 124(10), 1047-51, doi:10.5167/UZH-102762.
  3. Iwata E. Hasegawa T. Kobayashi M. et al. Can CT predict the development of oroantral fistula in patients undergoing maxillary third molar removal? *Oral Maxillofac Surg*. Mar 2021. 25(1), 7-17, doi:10.1007/s10006-020-00878-z.
  4. Beriat GK. Beriat N. Yalcinkaya E. Ectopic molar tooth in the maxillary sinus: a case report. *Clin Dent Res*. 2011. 35(2), 35-40.
  5. Nguyễn Quang Khải. Nguyễn Phú Thắng. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng răng khôn hàm dưới mọc lệch theo Parant II. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022. 520(2), doi:https://doi.org/10.51298/vmj.v520i2.4173.
  6. Dodson T.B. Susarla S.M. Impacted wisdom teeth. *BMJ Clin Evid*. Aug 29 2014. 2014.
  7. Yurdabakan Z.Z. Okumus O. Pekiner F.N. Evaluation of the maxillary third molars and maxillary sinus using cone-beam computed tomography. *Niger J Clin Pract*. Aug 2018. 21(8), 1050-1058, doi:10.4103/njcp.njcp\_420\_17.
  8. Srivastava P. Shetty P. Shetty S. Comparison of surgical outcome after impacted third molar surgery using piezotome and a conventional rotary handpiece. *Contemporary clinical dentistry*. 2018. 9(Suppl 2), S318-S324, doi:10.4103/ccd.ccd\_354\_18.
-