

DOI: 10.58490/ctump.2025i90.4047

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ KỸ THUẬT KHÂU ĐÓNG MỘT PHẦN
VÀ KHÂU ĐÓNG TOÀN BỘ TRONG PHẪU THUẬT NHỎ RĂNG KHÔN
HÀM DƯỚI PHÂN LOẠI IIA THEO PELL VÀ GREGORY
TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ NĂM 2023-2025**

Lê Trần Diễm Trinh^{1}, Trần Ngọc Phương Thảo²,
Phạm Việt Mỹ¹, Nguyễn Thị Phương Thảo¹*

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Trường Đại học Văn Lang

**Email: 22350111591@student.ctump.edu.vn*

Ngày nhận bài: 25/6/2025

Ngày phản biện: 14/8/2025

Ngày duyệt đăng: 25/8/2025

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Răng khôn hàm dưới thường mọc lệch hoặc ngầm, dễ gây viêm lợi, áp xe, viêm mô tế bào, viêm xương và nhiễm trùng huyết, cần phẫu thuật nhỏ răng khôn hàm dưới. Dù phổ biến, phẫu thuật này tiềm ẩn nhiều biến chứng (4,6-30,9%) như tổn thương mô lân cận, gãy xương hàm, sưng, đau, khít hàm, viêm ổ răng và nhiễm trùng. Do đó, lựa chọn phương pháp khâu phù hợp nhằm giảm biến chứng là cần thiết. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả kỹ thuật khâu đóng một phần và khâu đóng toàn bộ trong phẫu thuật nhỏ răng khôn hàm dưới. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang can thiệp lâm sàng có nhóm chứng trên 70 bệnh nhân có răng khôn hàm dưới phân loại IIA theo Pell và Gregory tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ 5/2023-3/2025. **Kết quả:** Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm khâu một phần ($14,83 \pm 1,6$ phút) nhanh hơn đáng kể nhóm khâu toàn bộ ($19,37 \pm 2,3$ phút) ($p < 0,001$). Nhóm khâu một phần cũng có mức độ đau thấp hơn rõ rệt ở ngày 1, 3 và 7 sau phẫu thuật ($p < 0,05$). Mức độ sưng mặt theo chiều ngang và dọc tăng đáng kể vào ngày 1 và 3, sau đó giảm dần đến gần như bình thường vào ngày 7 ($p < 0,001$); Sự khác biệt chiều dọc không còn ý nghĩa vào ngày 7 ($p = 0,084$). **Kết luận:** Các kết quả trên khẳng định hiệu quả của kỹ thuật khâu một phần trong việc rút ngắn thời gian phẫu thuật và giảm đau, sưng sau nhổ răng khôn hàm dưới mọc lệch phân loại IIA theo Pell và Gregory.

Từ khóa: Răng khôn hàm dưới mọc lệch, ngầm, phân loại Pell và Gregory, khâu đóng một phần, khâu đóng toàn bộ.

ABSTRACT

**EVALUATION OF PARTIAL CLOSURE AND COMPLETE CLOSURE
TECHNIQUES IN THE SURGICAL EXTRACTION OF MANDIBULAR
THIRD MOLARS CLASSIFIED AS TYPE IIA ACCORDING TO
PELL AND GREGORY AT THE CAN THO UNIVERSITY OF
MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL IN 2023-2025**

Le Tran Diem Trinh^{1}, Tran Ngoc Phuong Thao²,
Pham Viet My¹, Nguyen Thi Phuong Thao¹*

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Van Lang University

Background: Impacted mandibular wisdom teeth often cause complications such as gingivitis, abscesses, cellulitis, osteomyelitis, and sepsis, necessitating extraction. This common procedure carries a complication rate between 4.6% and 30.9%, including damage to adjacent teeth

and tissues, jaw fractures, swelling, pain, trismus, dry socket, and infections. Selecting an appropriate surgical method is crucial to minimize these risks. **Objectives:** To evaluate outcomes of partial versus complete closure techniques in mandibular wisdom tooth extraction. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study with clinical intervention and control group was conducted on 70 patients with Class II A mandibular wisdom teeth, according to Pell and Gregory classification, at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital from May 2023 to March 2025. **Results:** The mean operative time for the partial closure group (14.83 ± 1.6 minutes) was significantly shorter than that of the primary closure group (19.37 ± 2.3 minutes) ($p < 0.001$). The partial closure group also reported significantly lower pain scores on postoperative days 1, 3, and 7 ($p < 0.05$). Horizontal and vertical facial swelling significantly increased on days 1 and 3 postoperatively but gradually subsided to near baseline by day 7 ($p < 0.001$); vertical swelling difference was not statistically significant on day 7 ($p = 0.084$). **Conclusion:** These findings highlight the advantages of partial wound closure in reducing surgical time, postoperative pain, and facial swelling following the extraction of impacted mandibular third molars classified as Pell and Gregory class IIA.

Keywords: Impacted mandibular third molars, surgical treatment, Pell and Gregory classification, partial closure, complete closure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng khôn hàm dưới là chiếc răng mọc sau cùng trong bộ răng vĩnh viễn, thường xuất hiện trong khoảng độ tuổi từ 17-25. Do quá trình tiến hóa làm giảm kích thước cung hàm ở người hiện đại, răng khôn thường không có đủ không gian để mọc đúng vị trí, dẫn đến tình trạng mọc lệch, mọc ngầm hoặc mọc kẹt. Nhiều nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ răng khôn hàm dưới mọc ngầm dao động từ 3,08% đến 68,6% [1]. Gây nhiều biến chứng như viêm lợi trùm, sâu mặt xa răng cối lớn thứ hai với tỉ lệ lên đến 39% [2], viêm mô tế bào, áp xe, nhiễm trùng lan tỏa, hoặc thậm chí nhiễm trùng huyết. Vì vậy, nhổ răng khôn mọc lệch là thủ thuật thường gặp trong phẫu thuật miệng-hàm mặt.

Mặc dù phổ biến, thủ thuật này vẫn tiềm ẩn nhiều biến chứng, với tỉ lệ dao động từ 4,6-30,9% [3]. Đặc biệt, việc nhổ răng khôn mọc lệch hoặc ngầm thường gây tổn thương mô mềm và xương ổ răng, kéo theo phản ứng viêm hậu phẫu. Mức độ viêm phụ thuộc nhiều yếu tố, trong đó có kỹ thuật khâu vết thương. Có ba kỹ thuật khâu phổ biến sau nhổ răng khôn: Để hở hoàn toàn, khâu đóng một phần và khâu kín hoàn toàn. Kỹ thuật khâu một phần là giải pháp dung hòa, vừa cố định được vật niêm mạc bằng 1-2 mũi khâu, vừa tạo lối thoát dịch viêm, giúp giảm đau, sưng và khít hàm hiệu quả hơn khâu kín hoàn toàn, đồng thời khắc phục nhược điểm của việc để hở hoàn toàn [4].

Hiệu quả của kỹ thuật khâu một phần đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu quốc tế [5], [6], [7] nhưng tại Việt Nam vẫn còn thiếu các nghiên cứu đánh giá hệ thống về phương pháp này. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: So sánh kết quả hậu phẫu và thời gian phẫu thuật giữa hai kỹ thuật khâu đóng một phần và khâu đóng hoàn toàn trong phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân đến khám và điều trị có chỉ định nhổ răng khôn hàm dưới tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 5/2023-3/2025.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân ≥ 18 tuổi; Bệnh nhân có chỉ định nhổ răng khôn hàm dưới; Bệnh nhân có răng khôn hàm dưới loại IIA theo phân loại Pell và Gregory (1933);

Có sức khỏe toàn thân tốt, không sử dụng bất cứ loại thuốc nào ảnh hưởng đến sự chảy máu và lành thương sau phẫu thuật; Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Răng khôn có nhiễm khuẩn cấp tính hoặc bị viêm nha chu, vỡ lớn, chỉ còn chân răng; Bệnh nhân có dị ứng thuốc tê Lidocaine, Adrenaline; Có các tổn thương u, nang xung quanh vùng răng khôn cần nhổ; Bệnh nhân có thai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang can thiệp lâm sàng có nhóm chứng.

- **Cỡ mẫu:** 35 mẫu cho mỗi nhóm.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện, chọn những bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn chọn mẫu có chỉ định nhổ răng khôn hàm dưới mọc lệch tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2023-2025. Chọn ngẫu nhiên phương pháp khâu đóng dựa trên số thứ tự của bệnh nhân trong danh sách:

+ Nhóm I: Bệnh nhân số lẻ được tiến hành khâu đóng một phần.

+ Nhóm II: Bệnh nhân số chẵn được tiến hành khâu đóng toàn bộ.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Đặc điểm chung: Tuổi và giới tính.

+ Kết quả điều trị phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới mọc lệch phân loại IIA theo phân loại Pell và Gregory tại các thời điểm sau phẫu thuật 1 ngày, 3 ngày, 7 ngày:

Mức độ đau sau phẫu thuật theo thang NRS phân thành 4 nhóm (không đau, đau ít, đau nhiều, rất đau).

Mức độ sưng mặt theo chiều ngang (khoảng cách từ chân dài tai đến khớp miêng), mức độ sưng mặt theo chiều dọc (khoảng cách từ khớp mắt ngoài đến góc hàm dưới), sử dụng thước dây, tính bằng mm. So sánh trước phẫu thuật và sau phẫu thuật 1 ngày, 3 ngày, 7 ngày.

+ Các bước tiến hành: Thu thập thông tin bệnh nhân, thăm khám lâm sàng, chỉ định cận lâm sàng ghi nhận kết quả theo phiếu nghiên cứu. Các bệnh nhân được chia 2 nhóm theo danh sách, sau phẫu thuật tiến hành khâu đóng một phần hoặc khâu đóng toàn bộ. Sau đó theo dõi và đánh giá kết quả điều trị.



Hình 1. Phim X-quang răng khôn hàm dưới phân loại IIA theo Pell và Gregory

+ Các bước phẫu thuật: sát khuẩn, trải khăn lố; vô cảm vùng phẫu thuật; tạo vạt, bóc tách; mở xương; cắt thân răng; lấy răng ra khỏi ổ răng; kiểm tra ổ răng, bơm rửa; khâu đóng một phần hoặc khâu đóng toàn bộ dựa trên số thứ tự của bệnh nhân trong danh sách.

+ Hẹn bệnh nhân tái khám vào ngày 1, ngày 3, ngày 7 sau phẫu thuật để ghi nhận phiếu thu thập số liệu.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trong Nghiên cứu Y Sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, số phiếu chấp thuận: 23.313.HV/PCT-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng cộng 70 bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Chúng tôi ghi nhận nhóm tuổi 18-25 tuổi chiếm đa số (88,57%) trong đó nữ chiếm tỉ lệ cao hơn (62,86%) và nam (37,14%).

Bảng 1. 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 khâu một phần	14,83±1,6	12	20	<0,001
Nhóm khâu toàn bộ	19,37±2,3	16	25	

**T- test/Independent Samples Test*

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm Khâu một phần 14,83±1,6 phút nhanh hơn so với nhóm khâu toàn bộ 19,37±2,3 phút với sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê (p<0,001).

Bảng 2. Mức độ đau sau 1 ngày theo NRS

Nhóm nghiên cứu		Mức độ đau sau 1 ngày theo thang NRS			Tổng	p*
		Đau ít	Đau nhiều	Rất đau		
Nhóm khâu một phần	n	10	24	1	35	0,030
	%	83,3%	44,4%	25,0%	50,0%	
Nhóm khâu toàn bộ	n	2	30	3	35	
	%	16,7%	55,6%	75,0%	50,0%	
Tổng	n	12	54	4	70	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

**Chi-Square Test*

Nhận xét: Nhóm khâu một phần có tỉ lệ đau ít cao hơn đáng kể (83,3%) so với nhóm khâu toàn bộ (16,7%). Ngược lại, nhóm khâu toàn bộ có tỉ lệ bệnh nhân rất đau (75,0%) cao hơn nhóm khâu một phần (25,0%). Với sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê (p <0,05).

Bảng 3. Mức độ đau sau 3 ngày theo NRS

Nhóm nghiên cứu		Mức độ đau sau 3 ngày theo thang NRS			Tổng	p*
		Không đau	Đau ít	Đau nhiều		
Nhóm khâu một phần	n	9	24	2	35	0,047
	%	75,0%	49,0%	22,2%	50,0%	
Nhóm khâu toàn bộ	n	3	25	7	35	
	%	25,0%	51,0%	77,8%	50,0%	
Tổng	n	12	49	9	70	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

**Chi-Square Test*

Nhận xét: Nhóm khâu một phần có tỉ lệ không đau cao hơn đáng kể (75,0%) so với nhóm khâu toàn bộ (25,0%). Ngược lại, nhóm khâu toàn bộ có tỉ lệ bệnh nhân đau nhiều (77,8%) cao hơn nhóm khâu một phần (22,2%). Với sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê (p <0,05).

Bảng 4. Mức độ đau sau 7 ngày theo NRS

Nhóm nghiên cứu		Mức độ đau sau 7 ngày theo thang NRS		Tổng	p*
		Không đau	Đau ít		
Nhóm khâu một phần	n	25	10	35	
	%	69,4%	29,4%	50,0%	

Nhóm nghiên cứu		Mức độ đau sau 7 ngày theo thang NRS		Tổng	p*
		Không đau	Đau ít		
Nhóm khâu toàn bộ	n	11	24	35	0,001
	%	30,6%	70,6%	50,0%	
Tổng	n	36	34	70	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

**Chi-Square Test*

Nhận xét: Nhóm khâu một phần có tỉ lệ không đau cao hơn đáng kể (69,4%) so với nhóm khâu toàn bộ (30,6%). Ngược lại, nhóm khâu toàn bộ có tỉ lệ bệnh nhân vẫn còn đau (70,6%) cao hơn nhóm khâu một phần (29,4%). Với sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 5. Sự thay đổi mức độ sưng mắt theo chiều ngang

	1 ngày		3 ngày		7 ngày		
	Sự chênh lệch	p*	Sự chênh lệch	p*	Sự chênh lệch	p*	
Nhóm khâu một phần	1,06±0,55	0,000	2,07±0,55	0,000	0,06±0,32	0,002	
Nhóm khâu toàn bộ	2,09±0,85		2,30±0,91		0,33±0,38		
Tổng	1,57±0,88		2,69±0,97		0,20±0,37		

**T- test/Independent Samples Test*

Nhận xét: Ở ngày 1, nhóm khâu toàn bộ có mức độ sưng cao hơn đáng kể so với nhóm khâu một phần (2,09±0,85mm so với 1,06±0,55mm; $p < 0,001$). Sự khác biệt tiếp tục duy trì ở ngày 3 (2,30±0,91mm so với 2,07±0,55mm; $p < 0,001$) và ngày 7 (0,33±0,38mm so với 0,06±0,32mm; $p < 0,05$). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê tại cả ba thời điểm.

Bảng 6. Sự thay đổi mức độ sưng mắt theo chiều dọc

	1 ngày		3 ngày		7 ngày		
	Sự chênh lệch	p*	Sự chênh lệch	p*	Sự chênh lệch	p*	
Nhóm khâu một phần	0,91±0,58	0,000	1,91±0,58	0,000	0,91±0,58	0,084	
Nhóm khâu toàn bộ	1,81±0,98		3,01±1,13		0,91±0,58		
Tổng	1,36±0,88		2,46±1,05		0,91±0,58		

**T- test/Independent Samples Test*

Nhận xét: Ở ngày 1, nhóm khâu toàn bộ có độ sưng cao hơn đáng kể so với nhóm khâu một phần (1,81±0,98mm so với 0,91±0,58mm; $p < 0,001$). Tương tự, ở ngày 3, sự chênh lệch vẫn rõ rệt (3,01±1,13mm so với 1,91±0,58mm; $p < 0,001$). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê tại các thời điểm ngày 1 và ngày 3. Tuy nhiên, đến ngày 7, sự khác biệt không còn ý nghĩa thống kê ($p = 0,084$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tổng số 70 bệnh nhân nữ giới chiếm 62,86% cao hơn nam giới 37,14%, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Arandi [8] ghi nhận nữ giới chiếm tỉ lệ 57,12% cao hơn nam giới chiếm 42,88%. Điều này phản ánh yếu tố giải phẫu sinh lý nữ giới thường có kích thước xương hàm nhỏ hơn nam giới, tăng nguy cơ răng khôn mọc lệch, mọc kẹt, và nữ giới có xu hướng quan tâm sức khỏe răng miệng hơn, phát hiện các bất thường sớm hơn nam giới. Nhóm tuổi 18-25 chiếm đa số với tỉ lệ 88,57% kết quả này phù

hợp với nghiên cứu của Phạm Hải Đăng [9] ghi nhận độ tuổi dưới 25 tuổi chiếm 76,7%. Đây là độ tuổi mọc răng khôn, các triệu chứng lâm sàng đau, sưng, viêm lợi trùm, sâu răng cối lớn thứ hai biểu hiện rõ rệt, bệnh nhân có nhu cầu điều trị nhổ răng khôn cao hơn.

Nghiên cứu ghi nhận nhóm khâu một phần giúp rút ngắn thời gian phẫu thuật so với khâu toàn bộ ($14,83 \pm 1,6$ phút so với $19,37 \pm 2,3$ phút) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Điều này có thể giải thích do thao tác kỹ thuật khâu một phần ít mũi khâu hơn và không cần tái định hình hoàn toàn vạt niêm mạc.

Về mức độ đau, ngày thứ 1 tỉ lệ bệnh nhân đau ít ở nhóm khâu một phần là 83,3% cao hơn nhóm khâu toàn bộ 16,7% ngược lại tỉ lệ rất đau ở nhóm khâu một phần 25% ít hơn nhóm khâu toàn bộ 75%. Ngày thứ 3 tỉ lệ bệnh nhân không đau ở nhóm khâu một phần chiếm 75% trong khi nhóm khâu toàn bộ chiếm 25%, tỉ lệ đau nhiều ở nhóm khâu toàn bộ là 77,8%. Đến ngày thứ 7 tỉ lệ không đau ở nhóm khâu một phần là 69,4% so với ở nhóm khâu toàn bộ 30,6%. Sự khác biệt ở hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Vipin [10] các tác giả ghi nhận nhóm khâu một phần có chỉ số đau giảm đáng kể từ ngày 1 đến ngày 7 so với nhóm khâu kín toàn bộ ($p < 0,05$).

Đối với mức độ sưng mặt, kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm khâu toàn bộ có mức sưng mặt cao hơn rõ rệt ở ngày thứ nhất chênh lệch trung bình $2,09 \pm 0,85$ mm theo chiều ngang và $1,81 \pm 0,98$ mm theo chiều dọc, trong khi nhóm khâu một phần chênh lệch trung bình $1,06 \pm 0,55$ mm theo chiều ngang và $0,91 \pm 0,58$ mm theo chiều dọc. Đến ngày thứ 3 sự thay đổi mức độ sưng mặt theo chiều dọc chênh lệch đáng kể nhóm khâu toàn bộ $3,01 \pm 1,13$ mm ở nhóm khâu một phần là $1,91 \pm 0,58$ mm sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tuy nhiên đến ngày thứ bảy, sự khác biệt không còn rõ ràng và phần lớn bệnh nhân trở lại trạng thái bình thường. Các tác giả Rodrigues và cộng sự [11] cũng cho thấy sưng nhiều hơn đáng kể đo được từ góc hàm đến khoeo mắt ở nhóm khâu toàn bộ so với nhóm khâu một phần trong tất cả các giai đoạn hậu phẫu ($p < 0,05$). Từ góc độ sinh lý học, sự khác biệt về mức độ sưng có thể được lý giải bởi đặc điểm của từng kỹ thuật khâu. Khâu kín toàn bộ tạo ra một môi trường khép kín làm hạn chế dẫn lưu dịch viêm và huyết thanh tích tụ trong mô mềm. Chính sự tích tụ dịch này dẫn đến tăng áp lực mô tại chỗ, góp phần thúc đẩy phản ứng viêm cấp và gây phù nề rõ rệt hơn. Ngược lại, kỹ thuật khâu một phần cho phép duy trì dẫn lưu sinh lý, giảm áp lực nội mô, từ đó làm giảm phản ứng phù nề trong những ngày đầu sau mổ. Điều này đặc biệt có ý nghĩa ở các răng khôn phân loại IIA – nơi mà vị trí giải phẫu thường đòi hỏi phải tạo vạt lớn và khâu kín có nguy cơ gây căng vạt, dễ làm trầm trọng thêm tình trạng sưng.

V. KẾT LUẬN

Các kết quả trên khẳng định hiệu quả của kỹ thuật khâu một phần trong việc rút ngắn thời gian phẫu thuật và giảm đau, giảm sưng sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới mọc lệch phân loại IIA theo phân loại Pell và Gregory (1933). Tuy nhiên, nghiên cứu còn hạn chế về cỡ mẫu và thời gian theo dõi chưa dài. Cần thêm các nghiên cứu có thiết kế thử nghiệm ngẫu nhiên, mù đôi với cỡ mẫu lớn đa dạng phân loại hơn và đánh giá thêm các biến chứng để có kết luận toàn diện hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pinto A.C., Francisco H., Marques D., Martins J.N., Caramês J. Worldwide Prevalence and Demographic Predictors of Impacted Third Molars Systematic Review with Meta-Analysis. *Journal of clinical medicine*. 2024. 13(24), 7533, <https://doi.org/10.3390/jcm13247533>.

2. Syed K.B., Alshahrani F.S., Alabsi W.S., Hameed M.S., Mustafa A.B. Prevalence of Distal Caries in Mandibular Second Molar Due to Impacted Third Molar. *J Clin Diagn Res.* 2017. 11(3), 28-30, <https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/18582.9509>.
 3. Yamada S.I., Hasegawa T., Yoshimura N., Hakoyama Y., Nitta T., *et al.* Prevalence of and risk factors for postoperative complications after lower third molar extraction. *A multicenter prospective observational study in Japan.* 2022. 101(32), 89-99, <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000029989>.
 4. Mahat A.K., Yadav R. A Comparative Study of the Effect of Sutureless Versus Multiple Sutures Technique on Complications following Third Molar Surgery in Nepalese Subpopulation. *Int J Dent.* 2020. 476, <https://doi.org/10.1155/2020/9314762>.
 5. Alsaegh M.A., Abushweme D.A., Ahmed K.O., Ahmed S.O. The pattern of mandibular third molar impaction and its relationship with the development of distal caries in adjacent second molars among Emiratis: A retrospective study. *BMC Oral Health.* 2022. 22(1), 306, <https://doi.org/10.1186/s12903-022-02338-4>.
 6. Alkadi S., Stassen L. Effect of One-Suture and Sutureless Techniques on Postoperative Healing After Third Molar Surgery. *J Oral Maxillofac Surg.* 2019. 77(4), 703-716, <https://doi.org/10.1016/j.joms.2018.12.001>.
 7. Azab M., Ibrahim S., Khosravirad A. Efficacy of secondary vs primary closure techniques for the prevention of postoperative complications after impacted mandibular third molar extractions: A systematic review update and meta-analysis. *J Am Dent Assoc.* 2022. 153(10), 943-956, <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2022.04.007>.
 8. Arandi N.Z., Jarrar A. Association between mandibular third molar impactions and distal carious lesions on the adjacent second molars: A cross-sectional study. *J Int Med Res.* 2025. 53(3), 1-15, <https://doi.org/10.1177/03000605251324489>.
 9. Phạm Hải Đăng, Lâm Nhựt Tân. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X-quang và đánh giá kết quả phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới lệch kết hợp sử dụng Dexamethasone dạng tiêm ở bệnh nhân tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2021-2022. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ.* 2023. 1(54), 181-188, <https://doi.org/10.58490/ctump.2022i54.376>.
 10. Vipin A., Meenaxi U., Baliga S. Comparison Between Primary and Secondary Method of Closing Surgical Wound After Tooth Extraction: A Split-Mouth Study. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada.* 2021. 21, 1-7, <https://doi.org/10.1590/pboci.2021.073>.
 11. Rodrigues É.D.R., Martins-de-Barros A.V., Loureiro A.M.L.C., Carvalho M.D.V., Vasconcelos B. Comparison of two suture techniques on the inflammatory signs after third molars extraction- A randomized clinical trial. *PLoS One.* 2023. 18(6), 1-12, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0286413>.
-