

**KẾT QUẢ PHẪU THUẬT RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI MỌC LỆCH NGẪM
LIÊN QUAN THẦN KINH RĂNG DƯỚI CÓ SỬ DỤNG MÁY PIEZOTOME
TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ**

Văn Thị Sóc Nâu, Trần Thị Phương Đan, Lâm Nhựt Tân, Kim Ngọc Khánh Vinh*

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

**Email: vtsnau@gmail.com*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thần kinh răng dưới là cấu trúc dễ bị tổn thương trong quá trình nhổ răng khôn hàm dưới. Trong những năm gần đây, công nghệ Piezosurgery ngày càng được sử dụng phổ biến để hỗ trợ quá trình nhổ răng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, X quang, đánh giá kết quả điều trị răng khôn hàm dưới liên quan đến thần kinh răng dưới bằng phẫu thuật có sử dụng máy Piezotome. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 36 bệnh nhân có răng khôn hàm dưới liên quan đến thần kinh răng dưới được phẫu thuật có sử dụng máy Piezotome. Các đặc điểm lâm sàng (tình trạng viêm nhiễm, sự hiện diện trên cung hàm, độ há miệng, mức độ đau), đặc điểm trên phim X quang (tương quan với thần kinh răng dưới) và biến chứng sau phẫu thuật được ghi nhận để đánh giá kết quả. **Kết quả:** Trước phẫu thuật, có 27 răng (75%) có tình trạng viêm nhiễm, 26 răng (72,2%) đã xuất hiện trên cung hàm. Tương quan của răng khôn hàm dưới so với thần kinh răng dưới trên phim X quang phổ biến nhất là loại II (theo Qian Luo, 2017), chiếm 77,8%. Độ há miệng trung bình trước phẫu thuật, sau phẫu thuật 1 ngày, 3 ngày, 7 ngày lần lượt là $45,36 \pm 3,54\text{mm}$, $36,33 \pm 4,77\text{mm}$, $41,67 \pm 4,72\text{mm}$, $44,97 \pm 3,52\text{mm}$. 2,8% người bệnh đau nhiều vào ngày đầu hậu phẫu, đau giảm dần và 80.6 % người bệnh không còn đau ở ngày thứ 7 hậu phẫu. 1 người bệnh (2,8%) có tình trạng dị cảm sau phẫu thuật, biến mất ở ngày thứ 40. Không có biến chứng khác. **Kết luận:** Piezosurgery là một phương pháp nhổ răng hiệu quả trong các trường hợp răng khôn hàm dưới liên quan đến thần kinh răng dưới.

Từ khóa: Răng khôn hàm dưới, thần kinh răng dưới, Piezosurgery.

ABSTRACT

**THE OUTCOME OF IMPACTED MANDIBULAR THIRD MOLARS
RELATING TO INFERIOR ALVEOLAR NERVE REMOVAL SURGERY
USING PIEZOTOME AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND
PHARMACY HOSPITAL**

Van Thi Soc Nau, Tran Thi Phuong Dan, Lam Nhut Tan, Kim Ngoc Khanh Vinh*

Can Tho University of medicine and pharmacy

Background: Injury of the inferior alveolar nerve is one of the most concerned complications following mandibular third molars removal. Piezosurgery has been becoming more and more popular, especially in the mandibular third molars extraction procedure. **Objective:** To describe clinical, paraclinical features of mandibular third molars which were removed using Piezosurgery and evaluate the surgical outcomes. **Materials and methods:** Descriptive cross-sectional study was performed on 36 mandibular third molars which had close relationship to inferior alveolar nerve (according to cone beam computed tomography) were selected in this study. They were extracted using Piezosurgery. Clinical, paraclinical features and complications were recorded. **Results:** Before operation, 75% of mandibular third molars in this study were diagnosed with an infection condition, 72.7% of them have partially erupted. The most popular relationship type between mandibular third molars and inferior alveolar nerve was type II, 77.8% (according to Qian Luo classification). The average ranges of mouth opening before surgery, 1 day, 3 days and 7 days postoperatively were $45.36 \pm 3.54\text{mm}$, $36.33 \pm 4.77\text{mm}$, $41.67 \pm 4.72\text{mm}$, $44.97 \pm 3.52\text{mm}$

respectively. 2.8% of patients had moderate pain at the first day after procedure. 7 days postoperatively, 80.6% of patients felt no pain. Ipsilateral paresthesia was found in 1 patient after surgery and it disappeared 40 days later. There were no other complications recorded. **Conclusion:** Piezosurgery was an effective way for extraction mandibular third molars relating to inferior alveolar nerve.

Keywords: Mandibular third molar, inferior alveolar nerve, Piezosurgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng khôn là răng mọc sau cùng và kết hợp các yếu tố nguy cơ khác thường mọc lệch, ngầm sâu trong xương hàm [3], [4]. Phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới lệch, ngầm được xem là chọn lựa khi có biến chứng hoặc nhổ dự phòng. Các răng khôn có chân răng liên quan đến thần kinh răng dưới thường khó nhổ và điều lo ngại nhất là tổn thương thần kinh răng dưới. Nếu dây thần kinh răng dưới bị tổn thương hoặc đứt thì sẽ gây ra hậu quả tê môi cảm thời gian dài và đôi khi không thể hồi phục sẽ bị tê suốt đời [8]. Do đó, việc cải tiến ứng dụng các kỹ thuật cũng như thiết bị trong chẩn đoán và phẫu thuật nhổ các răng này nhằm hạn chế được tổn thương thần kinh là những yêu cầu đối với bác sĩ răng hàm mặt. Các phương pháp như nhổ răng không sang chấn, phương pháp Coronectomy (cắt thân răng)... với mục đích hạn chế tai biến thần kinh răng dưới đã được nghiên cứu và áp dụng vào lâm sàng [7], [10].

Nhằm mục đích an toàn cho thần kinh răng dưới trong phẫu thuật, chúng tôi thực hiện nghiên cứu kết quả phẫu thuật răng khôn hàm dưới mọc lệch ngầm có liên quan thần kinh răng dưới có sử dụng máy Piezotome tại Trường Đại học Y Dược Cần Thơ với mục tiêu: Xác định tỉ lệ răng khôn hàm dưới có liên quan thần kinh răng dưới. Đánh giá kết quả phẫu thuật răng khôn lệch ngầm có liên quan thần kinh răng dưới có sử dụng máy Piezotome.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân trong nghiên cứu này có răng khôn hàm dưới với chân răng liên quan đến thần kinh răng dưới được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 3/2021 đến tháng 6/2022.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân trên 18 tuổi có răng khôn hàm dưới lệch ngầm, chân răng liên quan thật sự với thần kinh răng dưới được chẩn đoán xác định bằng phim cắt lớp điện toán chòm tia hình nón theo Qian Luo ở mức độ I, II và III [11] được chỉ định phẫu thuật có sử dụng máy Piezotome. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có nhiễm trùng tại chỗ, dị ứng thuốc dùng trong phẫu thuật, bệnh nhân có bệnh lý đông cầm máu, phụ nữ mang thai và cho con bú.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- **Cỡ mẫu:** Cỡ mẫu thu được là 36 bệnh nhân với 36 răng phẫu thuật.

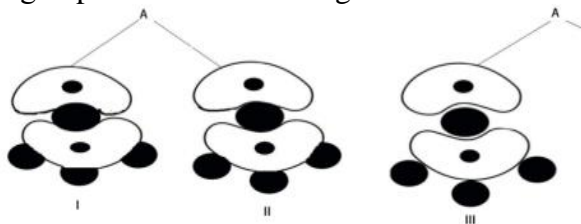
- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Đặc điểm chung của bệnh nhân: tuổi, giới tính, vị trí răng.

+ Đặc điểm lâm sàng: phần hàm, tình trạng răng phẫu thuật, sự hiện diện của răng trên miệng, đặc điểm x quang phân loại theo Qian Lou trên phim cắt lớp điện toán chòm tia hình nón.

- + Biến chứng và kết quả sau phẫu thuật: sưng, đau, khít hàm, dị cảm.
- + Chân đoán xác định vị trí chân răng khôn hàm dưới và thần kinh răng dưới trên phim cắt lớp điện toán chùm tia hình nón[9]:
 - I: Hơn ½ cấu trúc chân răng bị che lấp bởi ống thần kinh
 - II: Ít hơn ½ cấu trúc chân răng bị che lấp bởi ống thần kinh
 - III: Cấu trúc chân răng tiếp xúc với bờ trên ống thần kinh



Hình 1. Phân loại mối liên quan chân răng khôn hàm dưới và thần kinh răng dưới
Liên quan thật sự của chân răng khôn hàm dưới với thần kinh răng dưới ghi nhận 4 vị trí sau [9]:

1. Thần kinh răng dưới nằm về phía má so với chân răng
2. Thần kinh răng dưới nằm ở chóp chân răng
3. Thần kinh răng dưới nằm về phía lưỡi so với chân răng
4. Thần kinh răng dưới nằm giữa hai chân răng



Hình 2. Phân loại mối liên quan thật sự răng khôn hàm dưới và thần kinh răng dưới theo vị trí

Quy trình phẫu thuật:

Chụp phim panorama, chụp phim cắt lớp điện toán chùm tia hình nón.

Khám lâm sàng, giải thích, chuẩn bị bệnh nhân trước phẫu thuật.

Sát trùng vùng miệng, vô cảm: gây tê gai Spix và gây tê tại chỗ bằng thuốc tê Lidocaine 2%, nồng độ Adrenaline là 1: 100.000 của Septodon.

Tạo vạt tam giác, mở xương với mũi BS1, cắt răng theo chiều dọc bằng tay khoan chậm tốc độ 1200 vòng/phút với mũi khoan 702 đến hết buồng tủy.

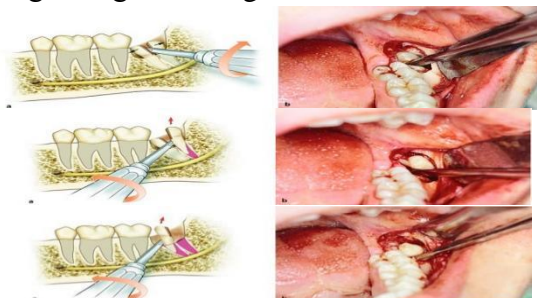


Dùng máy Piezotome cắt chia răng phần còn lại và cắt dây chằng nha chu: tay phẫu thuật với mũi Ninja và LC2.



Nhỏ răng, trường hợp có gãy lại phần chóp chân răng, thì dùng dụng cụ lấy chóp để lấy hết phần chóp chân răng ra.

Làm sạch ổ răng, căn gòn, hướng dẫn bệnh nhân tự chăm sóc hậu phẫu.



Toa thuốc 5 ngày gồm kháng sinh, kháng viêm, giảm đau.

Tái khám và theo dõi ghi nhận đầy đủ các biến số theo lộ trình nghiên cứu.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Nhập liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Trong 36 bệnh nhân đến phẫu thuật có 16 bệnh nhân nam (44,4%) và 20 bệnh nhân nữ (55,6%). Nhóm tuổi 18-26 chiếm tỉ lệ cao nhất (69,4%), thấp nhất là nhóm ≥ 36 tuổi chiếm 5,6%, có độ tuổi trung bình là $(24,94 \pm 5,74)$. Răng khôn phẫu thuật phần hàm phải có 16 răng (44,4%), phần hàm trái có 20 răng (55,6%).

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng răng khôn hàm dưới khi bệnh nhân đến khám

Đặc điểm lâm sàng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Không có biến chứng	9	25%
Viêm mô tế bào	6	16,7%
Viêm quanh thân răng, viêm lợi trùm	17	47,2%
Đặc điểm lâm sàng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Sâu mặt xa răng 7 hoặc răng 8 hoặc cả 2	3	8,3%
Khít hàm	0	0%
Tiêu xương tạo nang	1	2,8%
Tổng	36	100%

Nhận xét: Đặc điểm lâm sàng răng khôn hàm dưới khi bệnh nhân đến khám: chiếm tỉ lệ cao nhất 47,2% bệnh nhân bị viêm quanh thân răng, viêm lợi trùm, 25% bệnh nhân không triệu chứng và hầu như không có bệnh nhân nào gặp biến chứng khít hàm khi đến nhổ răng.

Bảng 2. Tình trạng hiện diện răng khôn hàm dưới trên lâm sàng

Tình trạng	R38		R48		Tổng		p*
	n	%	n	%	N	%	
Chưa xuất hiện	5	13,9	5	13,9	10	27,8	0,629
Xuất hiện 1 phần	11	30,6	14	38,9	25	69,4	
Xuất hiện toàn bộ	00	00	1	2,8	1	2,8	
Tổng	16	44,4	17	55,6	36	100	

*Chi-Square Test

Nhận xét: Các răng phẫu thuật xuất hiện một phần là 69,4%, chưa xuất hiện là 27,8%, sự khác biệt giữa hai phân hàm không có ý nghĩa thống kê, ($p>0,05$).

Trong 36 răng khôn phẫu thuật, trên X quang có 72,2% có hình ảnh gián đoạn ống răng dưới, 13,9% làm chệch hướng ống răng dưới và 13,9% làm chân răng bị tòi và phân đôi.

Bảng 3. Phân loại chân răng khôn hàm dưới với thân kinh răng dưới theo tác giả Qian Luo

Loại	R38		R48		Tổng		p**
	n	%	n	%	N	%	
I	5	13,9	2	5,6	7	19,4	0,14
II	8	22,2	9	25	17	47,2	
III	3	8,3	9	25	12	33,3	
Tổng	16	44,4	20	55,6	36	100	

**Fisher's Exact Test

Nhận xét: Phân loại chân răng khôn hàm dưới với thân kinh răng dưới trên phim cắt lớp điện toán chòm tia hình nón theo tác giả Qian Luo, loại II chiếm tỉ lệ cao nhất với 47,2%, và thấp nhất là loại I chiếm tỉ lệ 19,4%, khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa phân hàm bên trái và phải ($p>0,05$).

Bảng 4. Liên quan thật sự của chân răng khôn hàm dưới với thân kinh răng dưới trên phim cắt lớp điện toán chòm tia hình nón

Vị trí	R38		R48		Tổng		p**
	n	%	n	%	N	%	
Về phía má	3	8,3	8	22,2	11	30,6	0,179
Về phía chóp	5	13,9	7	19,4	12	33,3	
Về phía lưỡi	8	22,2	4	11,1	12	33,3	
Giữa hai chân răng	0	0,0	1	2,8	1	2,8	
Tổng	16	44,4	20	55,6	36	100	

**Fisher's Exact Test

Nhận xét: Liên quan giữa chân răng khôn và thân kinh về phía chóp và phía lưỡi có tỉ lệ bằng nhau là 33,3%, liên quan phía má là 30,6%, giữa hai chân răng là 2,8%, không có sự khác biệt giữa phân hàm bên trái và bên phải, ($p>0,05$).

3.2. Kết quả điều trị

Về kết quả điều trị, đau xuất hiện nhiều vào ngày đầu sau phẫu thuật, mức độ 7 là 2,8%, mức độ 6 là 2,8%, mức độ 1, 5 và không đau là 11,1%, mức độ 3 và 4 là 19,4%, mức độ 2 là 22,2%. Đến ngày 3 các mức độ đau giảm xuống, ngày 7 thì hầu hết các bệnh nhân không còn đau. Thời gian phẫu thuật trung bình là $40,94 \pm 9,75$ phút.

Bảng 5. So sánh trung bình độ há miệng sau phẫu thuật

TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC CẦN THƠ SỐ 55/2022- SỐ CHUYÊN ĐỀ HỘI NGHỊ QUỐC TẾ

	Chênh lệch độ há miệng	Trung bình chênh lệch (mm)	p***
So sánh độ há miệng giữa	Ngày 1 với trước phẫu thuật	-9,03 ± 4,12	<0,001
	Ngày 3 với trước phẫu thuật	-3,69 ± 3,19	<0,001
	Ngày 7 với trước phẫu thuật	-0,56 ± 0,50	<0,001
	Ngày 3 với ngày 1	5,33 ± 3,30	<0,001
	Ngày 7 với ngày 3	3,31 ± 2,94	<0,001

*** Paired Sample Test

Nhận xét: Độ há miệng ngày 1 giảm nhiều nhất so với trước phẫu thuật (-9,03 ± 4,12) mm, ngày 3 giảm so với trước phẫu thuật ít hơn (-3,69 ± 3,19) mm và há miệng gần như trước phẫu thuật vào ngày thứ 7. Độ há miệng tăng dần từ ngày 1 đến ngày 7 sau phẫu thuật cụ thể ngày 3 tăng so với ngày 1 là (5,33 ± 3,30) mm và ngày 7 so với ngày 3 là (3,31 ± 2,94) mm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ há miệng giữa trước và các ngày sau phẫu thuật, với p<0,001.

Sự sưng mắt cũng như giảm sưng của các số đo giữa các ngày theo dõi có khác biệt có ý nghĩa thống kê, với p<0,001. Độ chênh lệch về các số đo sưng mắt ngày 1 so với trước phẫu thuật là lớn nhất, giảm dần ở ngày 3 và ngày 7 sau phẫu thuật.

Bảng 6. So sánh trung bình về chênh lệch các số đo độ sưng mắt

So sánh trung bình chênh lệch về số đo độ sưng mắt		Trung bình chênh lệch (mm)	p***
Ngày 1 với trước phẫu thuật	AC	2,07 ± 1,07	<0,001
	AD	1,55 ± 0,77	<0,001
	BE	1,98 ± 1,04	<0,001
Ngày 3 với trước phẫu thuật	AC	1,53 ± 1,11	<0,001
	AD	1,00 ± 0,71	<0,001
	BE	1,39 ± 1,04	<0,001
Ngày 7 với trước phẫu thuật	AC	0,07 ± 0,09	<0,001
	AD	0,07 ± 0,07	<0,001
	BE	0,07 ± 0,09	<0,001
Ngày 3 với ngày 1	AC	-0,54 ± 0,29	<0,001
	AD	-0,55 ± 0,22	<0,001
	BE	-0,59 ± 0,27	<0,001
Ngày 7 với ngày 3	AC	-1,46 ± 1,05	<0,001
	AD	-0,93 ± 0,67	<0,001
	BE	-1,33 ± 0,98	<0,001

*** Paired Sample Test

Nhận xét: Trong nghiên cứu có 1 trường hợp (2,8%) có tình trạng dị cảm và mất cảm giác ở vùng môi phân hàm bên phẫu thuật kéo dài đến ngày 40 sau phẫu thuật.

Đánh giá tình trạng tổn thương răng cối lớn thứ 2: Không tổn thương.

Đánh giá tình trạng viêm ổ răng sau phẫu thuật: Không bị viêm ổ răng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu có 58,1% bệnh nhân đến khám là nam và 41,9% bệnh nhân là nữ. Sự phân bố không chênh lệch quá nhiều giữa 2 giới. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu

của Võ Thị Ngọc Hà (2019) [2], Hà Nhật Phương (2019) [7]. Bệnh có độ tuổi trung bình $23,68 \pm 3,44$, nhóm tuổi nhỏ hơn 25 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất, tương tự kết quả của Nguyễn Hoàng Nam (2014) [6], tuổi trung bình là $21,89 \pm 2,74$, nhóm tuổi (25-35 tuổi) có răng khôn hàm dưới lệch và có biến chứng chiếm tỉ lệ cao nhất. Do địa điểm và đối tượng tham gia khác nhau nên sự quan tâm dành cho sức khỏe răng miệng cũng khác nhau, đối tượng khi có biến chứng mới đi điều trị. Tỉ lệ mọc răng khôn hàm dưới gần như nhau ở 2 phân hàm, điều này thể hiện trong nghiên cứu: phân hàm bên trái là 44,4%, bên phải là 55,6%. Tương đồng với nghiên cứu của Phạm Hồng Loan (2014) [5], Lâm Nhựt Tân (2018) [8].

Trong 36 răng khôn hàm dưới liên quan thần kinh răng dưới thì có 26 (72,2%) có hình ảnh gián đoạn ống răng dưới, 13,9% làm chệch hướng ống răng dưới và 13,9% làm chân răng bị tối và phân đôi, tương đồng với nghiên cứu của Phan Huỳnh An và Lê Đức Lánh (52,04%) [1]. Có sự khác biệt về tỷ lệ xuất hiện 2 dấu hiệu là 34% và 3 dấu hiệu là 3,8% trong nghiên cứu của chúng tôi, so với nghiên cứu của Phan Huỳnh An và Lê Đức Lánh thì tỷ lệ xuất hiện trên 2 dấu hiệu là 16,6% [1]. Lí do dẫn đến sự khác biệt này là do cỡ mẫu, tiêu chí và dân số chọn mẫu. Mặt khác, chất lượng chụp phim toàn cảnh cũng là một yếu tố quan trọng cần được xem xét.

Theo nghiên cứu của chúng tôi trong tất cả các răng khôn được phẫu thuật, tỉ lệ răng khôn trên phim cắt lớp điện toán chòm tia hình nón có chân răng làm mất vỏ ống thần kinh (loại II theo Qian Lou) chiếm tỉ lệ cao nhất 63,9%, loại I chiếm 30,6%, loại III chiếm 5,6%, không có sự khác biệt giữa phân hàm bên trái và bên phải. Xét về vị trí của thần kinh liên quan với chân răng, kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận Liên quan về phía chóp và phía lưỡi có tỉ lệ bằng nhau là 33,3%, liên quan phía má là 30,6%, giữa hai chân răng là 2,8%, không có sự khác biệt giữa phân hàm bên trái và bên phải. Kết quả này của chúng tôi không tương đồng với nghiên cứu của Feras Yabroudi (2012)[9]. Nguyên nhân khác nhau có thể được lý giải do số lượng mẫu nhỏ, khác biệt về quốc gia và vùng lãnh thổ.

4.2. Kết quả phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới

Nghiên cứu ghi nhận 2 trường hợp xảy ra gãy chóp chân răng ở phân hàm bên trái (chóp răng gãy đã được lấy ra hoàn toàn), còn lại không có biến chứng chiếm 94,4%. Về thời gian phẫu thuật, trong nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận có sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Minh Khởi với thời gian phẫu thuật có sử dụng máy Piezotome trung bình là $35,27 \pm 8,6$ phút [3]. Do cơ chế hoạt động, đồng thời quy trình sử dụng phải thực hiện theo thứ tự các mũi cắt nên việc tháo và thay mũi cắt và cài đặt thông số từng mũi một phần làm mất thời gian.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận trung bình các số đo sung mặt tăng cao nhất vào ngày 1, giảm đi ở ngày 3 và gần như trở lại bình thường vào ngày 7 sau phẫu thuật. Sự sung mặt cũng như giảm sung của các số đo giữa các ngày theo dõi có khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,001$. Độ chênh lệch về các số đo sung mặt ngày 1 so với trước phẫu thuật là lớn nhất, giảm dần ở ngày 3 và ngày 7. Trung bình độ há miệng giảm nhiều nhất vào ngày 1, và há miệng bình thường tương đương trước phẫu thuật vào ngày 7 sau phẫu thuật. Sự thay đổi về độ há miệng này là có ý nghĩa thống kê.

Trong nghiên cứu có 1 ca (2,8%) có tình trạng dị cảm và mất cảm giác ở vùng môi phân hàm bên phẫu thuật kéo dài đến ngày 40 sau phẫu thuật. Có 2 (5,6%) trường hợp xảy ra loét niêm mạc nước phía ngoài ngách hành lang vùng răng phẫu thuật kéo dài đến ngày 7 sau phẫu thuật. Qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu về biến chứng sau phẫu thuật răng khôn hàm dưới cho thấy, vẫn tìm ẩn nguy cơ cao gây chấn thương thần kinh, đặc biệt đối với các răng

có chân răng liên quan đến dây thần kinh. Chính vì thế việc ứng dụng Piezotome vào phẫu thuật răng khôn giúp làm giảm mức độ sang chấn và biến chứng sau phẫu thuật đến mức thấp nhất.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân có độ tuổi trung bình: $24,94 \pm 5,74$. Phim chụp cắt lớp với chùm tia hình nón (Quian Luo): loại II có tỉ lệ cao nhất (47,2%). Thần kinh răng dưới về phía chóp và phía lưỡi đều có tỉ lệ: 33,3%. Sau phẫu thuật: đau, sưng nhiều nhất vào ngày 1, giảm dần đến ngày 7; độ há miệng tăng từ ngày 1 đến ngày 7. Có 1 ca (2,8%) dị cảm đến 40 ngày; không có viêm ổ răng, tổn thương mô mềm và chấn thương răng cối lớn thứ 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Huỳnh An, Lê Đức Lánh (2014), Liên quan giữa chân răng khôn và ống răng dưới đôi chiếu trên phim toàn cảnh và Cone Beam CT. *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 18(1), tr.310-315.
2. Võ Thị Ngọc Hà (2018), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X quang và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân có răng khôn hàm dưới lệch, ngậm bằng phẫu thuật tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hậu Giang năm 2017-2018*, Luận án chuyên khoa cấp II Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Cần Thơ.
3. Nguyễn Minh Khởi (2019), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X quang và đánh giá kết quả nhổ răng khôn hàm dưới bằng tay khoan quay và máy Piezotome tại Bệnh viện Trường Đại học Y dược Cần Thơ*, Luận Văn Thạc Sĩ, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Cần Thơ, tr.41-60.
4. Lê Đức Lánh (2011), *Phẫu Thuật Răng Miệng - Tập 1,2*, Nhà xuất bản Y học, tr.49 - 148.
5. Phạm Hồng Loan (2014), *Khảo sát mối liên quan giữa tư thế răng và biến chứng ở bệnh nhân nhổ răng khôn hàm dưới tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Răng hàm mặt, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Cần Thơ.
6. Nguyễn Hoàng Nam (2019), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X quang và đánh giá kết quả phẫu thuật cắt thân răng khôn hàm dưới mọc lệch/ngậm tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2018-2019*, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y dược Cần Thơ, Cần Thơ.
7. Hà Nhật Phương (2019), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X quang và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật răng khôn hàm dưới mọc lệch ngậm dựa vào sự thay đổi mô nha chu kế cận tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2017-2019*, Luận văn bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Cần Thơ.
8. Lâm Nhựt Tân (2018), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, x quang và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân có răng khôn hàm dưới lệch được phẫu thuật bằng kỹ thuật vật bao và vật tam giác tại trường Đại học Y Dược Cần Thơ, năm 2017-2018*, Luận án chuyên khoa cấp 2, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Cần Thơ, tr.3-20.
9. Feras Y., Steen S.P. (2012), Cone Beam Tomography (CBCT) as a Diagnostic Tool to Assess the Relationship between the Inferior Alveolar Nerve and Roots of Mandibular Wisdom Teeth. *Smile Dental Journal*, 7(3), pp.12-17.
10. Pritika S., et al. (2018), Comparison of surgical outcome after impacted third molar surgery using piezotome and a conventional rotary handpiece. *Contemporary Clinical Dentistry*, 9(2), pp. 318-324.
11. Qian L. , Wanglun D., Lan L., et al. (2018), Comparisons of the Computed Tomographic Scan and Panoramic Radiography Before Mandibular Third Molar Extraction Surgery. © *Med Sci Monit*; 24, pp.3340-3347.

(Ngày nhận bài: 23/9/2022 – Ngày duyệt đăng: 10/12/2022)