

2. (PDF) **Retraction in Orthodontics - A Short Review**. ResearchGate. Published online October 22, 2024. Accessed December 8, 2024. https://www.researchgate.net/publication/351449192_Retraction_in_Orthodontics_-_A_Short_Review
3. **Boushell LW, Sturdevant JR.** 1 - Clinical Significance of Dental Anatomy, Histology, Physiology, and Occlusion. In: Ritter AV, Boushell LW, Walter R, eds. *Sturdevant's Art and Science of Operative Dentistry*. Elsevier; 2019:1-39. doi:10.1016/B978-0-323-47833-5.00001-0
4. **Sudhakar* SS, Shrinivasa KA, Shetty P, Antony G, M SS.** A comprehensive review on loops in orthodontics. *IP Indian Journal of Orthodontics and Dentofacial Research*. 7(3):191-207. doi:10.18231/j.ijodr.2021.033
5. **Kahl-Nieke B, Fischbach H, Schwarze CW.** Post-retention crowding and incisor irregularity: a long-term follow-up evaluation of stability and relapse. *Br J Orthod*. 1995;22(3):249-257. doi:10.1179/bjo.22.3.249
6. **Myser SA, Campbell PM, Boley J, Buschang PH.** Long-term stability: postretention changes of the mandibular anterior teeth. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2013;144(3):420-429. doi:10.1016/j.ajodo.2013.05.004
7. **Proffit WR, Fields HW Jr, Sarver DM.** *Contemporary Orthodontics*.; 2014.
8. **Thickness of labial alveolar bone overlying healthy maxillary and mandibular anterior teeth - PubMed.** Accessed December 28, 2024. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25377957/>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT NAM – CU BA HÀ NỘI NĂM 2024

Nguyễn Việt Anh¹, Lê Thu Trang¹, Phùng Thị Thu Hà²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng răng khôn hàm dưới (RKHD) ở người trưởng thành tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam – Cu Ba Hà Nội năm 2024. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang, mẫu nghiên cứu gồm 72 bệnh nhân có răng khôn hàm dưới đến khám tại Khoa Răng miệng, Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam – Cu Ba Hà Nội từ 1/2024 - 6/2024 được hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng. Các biến số nghiên cứu gồm tuổi, giới, phân bố vị trí RKHD, triệu chứng toàn thân, tại chỗ. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $30,65 \pm 10,63$ và không có sự khác biệt về giới tính. RKHD bên phải chiếm tỷ lệ 53,33%, RKHD bên trái chiếm 46,67%. Đa số bệnh nhân có triệu chứng đau RKHD với tỷ lệ 47,22%, triệu chứng mất thức ăn chiếm 52,78%. **Kết luận:** Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $30,65 \pm 10,63$ và nữ chiếm tỷ lệ cao hơn nam. Tỷ lệ RKHD bên phải và trái tương đương nhau. Bệnh nhân đến khám chủ yếu vì đau RKHD chiếm tỷ lệ 47,22%.

Từ khóa: răng khôn hàm dưới, lâm sàng.

SUMMARY

THE CLINICAL CHARACTERISTICS OF LOWER WISDOM TEETH IN ADULTS AT VIET NAM – CU BA FRIENDSHIP HOSPITAL HA NOI IN 2024

Objectives: To describe the clinical characteristics of lower wisdom teeth in adults at Viet Nam –Cu Ba Friendship Hospital Hanoi, in 2024. **Method:** 72 patients with lower wisdom teeth who

visited the Department of Dentistry, Viet Nam – Cu Ba Friendship Hospital Hanoi, were interviewed and clinically examined. The study variables included age, gender, lower wisdom teeth location distribution, and systemic and local symptoms. **Results:** The average age of the patients was 30.65 ± 10.63 , with no significant difference in gender. Tooth 48 accounted for 53.33%, and tooth 38 accounted for 46.67%. Most patients had pain symptoms (47.22%), and food impaction was present in 52.78%. **Conclusion:** The average age of patients was 30.65 ± 10.63 , with a higher proportion of females than males. The ratio of teeth 38 and 48 was similar. A high percentage of patients (47.22%) came for examination due to pain.

Keywords: Mandibular wisdom teeth, clinical.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng khôn hàm dưới (RKHD) là thuật ngữ để mô tả răng hàm lớn thứ 3 hàm dưới, là răng có thời gian hình thành và phát triển dài nhất so với tất cả các răng khác. RKHD thường mọc ở độ tuổi 18 đến 25, khi các răng còn lại đã ổn định vị trí trên cung hàm¹. Do nhiều nguyên nhân, RKHD có thể gây một số biến chứng tại vùng hàm mặt, ảnh hưởng tới sức khỏe và tinh thần của bệnh nhân. Do đó, RKHD thường được chỉ định nhổ bỏ trong điều trị nha khoa. Dựa vào đặc điểm về hình thể, vị trí, tư thế mọc và những liên quan giải phẫu, bác sỹ nha khoa có thể xác định mức độ nguy cơ và tiên lượng các biến chứng có thể xảy ra. Từ đó lập kế hoạch điều trị cụ thể với từng trường hợp lâm sàng, làm giảm nguy cơ tai biến, biến chứng, di chứng trong và sau điều trị. Nhằm nâng cao hiểu biết, nhận thức của mọi người, đặc biệt ở đối tượng người trưởng thành với những nguy cơ và biến chứng có thể xảy ra của RKHD cũng như góp phần vào

¹Trường Đại học Kinh doanh và Công nghệ Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam – Cu Ba, Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt – Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thu Trang

Email: tranghuy1219@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2025

Ngày duyệt bài: 25.3.2025

cơ sở dữ liệu nghiên cứu, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *"Mô tả một số đặc điểm lâm sàng răng khôn hàm dưới ở người trưởng thành tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam – Cu Ba Hà Nội năm 2024"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là người trưởng thành đủ từ 18 tuổi trở lên đến khám tại Khoa Răng miệng - Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam – Cu Ba Hà Nội.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân có RKHD trên lâm sàng.
- Bệnh nhân đồng ý và tự nguyện tham gia nghiên cứu.
- Phiếu thu thập thông tin của bệnh nhân đầy đủ dữ liệu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân không có RKHD trên lâm sàng.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: áp dụng cách chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên đến khám tại Khoa Răng miệng - Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam – Cu Ba Hà Nội trong khoảng thời gian nghiên cứu, đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ được đưa vào nghiên cứu.

Phương tiện nghiên cứu:

- Phiếu thu thập số liệu nghiên cứu.
- Bộ dụng cụ khám nha khoa: khay, gương, gắp, thám trầm.

Các bước tiến hành thu thập số liệu

- * Thu thập thông tin về
- Tên, tuổi, giới, địa chỉ.
- Lý do đến khám: đau, sưng, dặt thức ăn, các nguyên nhân khác.

- Bệnh sử, tiền sử.

*** Khám lâm sàng:**

- Xác định dấu hiệu cơ năng: Khai thác tiền sử răng miệng: sưng đau, mắc thức ăn, tiền sử mọc răng khôn, đã điều trị răng khôn chưa...

- Xác định các dấu hiệu thực thể: Khám ngoài mặt phát hiện tình trạng da - niêm mạc sưng, nóng, đỏ, sưng góc hàm, hạn chế há miệng. Khám trong miệng phát hiện tình trạng lợi trùm RKHD, sâu RKHD, viêm quanh thân RKHD.

2.3. Các biến số nghiên cứu: Các biến số nghiên cứu gồm tuổi, giới, vị trí RKHD, triệu chứng toàn thân và tại chỗ, một số biến chứng hay gặp.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được xử lý bằng thuật toán thống kê y học trên phần mềm SPSS 21.0. Trình bày bảng, biểu đồ thể hiện các kết quả nghiên cứu.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu tiến hành khi được thông qua bởi Hội đồng bảo vệ Khóa luận tốt nghiệp Trường Đại học Kinh doanh và Công nghệ Hà Nội và sự cho phép của Ban giám đốc Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam – Cu Ba Hà Nội. Các bệnh nhân được nghiên cứu hoàn toàn trên tinh thần tự nguyện. Thông tin do đối tượng cung cấp được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình	30,65 ± 10,63	
Giới tính	Nam	24
	Nữ	48
		33,33%
		66,67%

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 30,65 tuổi, cao nhất là 66, thấp nhất là 18. Tuổi trung bình của bệnh nhân nữ tương đương nam, lần lượt là 30,92 ± 11,02 và 30,48 ± 10,25.

Bảng 2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhóm I (từ 18 – 25 tuổi)	31	43,05
Nhóm II (từ 26 – 39 tuổi)	30	41,67
Nhóm III (trên 40 tuổi)	11	15,28
Tổng số	72	100

Bệnh nhân thuộc nhóm I chiếm tỷ lệ cao nhất với 43,05%, tiếp đến là nhóm II (chiếm 41,67%) và nhóm III (chiếm 15,28%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3. Phân bố số lượng RKHD theo vị trí

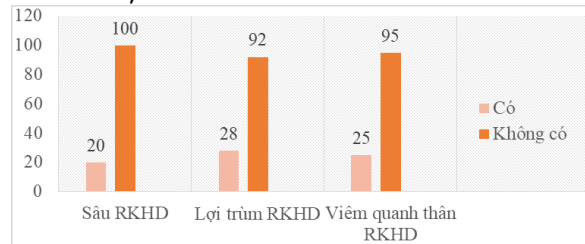
Vị trí	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hàm phải	64	53,33
Hàm trái	56	46,67
Tổng số	120	100

Trong nghiên cứu, sự phân bố RKHD ở bên hàm phải cao hơn bên hàm trái, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 4. Một số đặc điểm lâm sàng

	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng toàn thân		
Có sốt	0	0,00
Không sốt	72	100
Triệu chứng ngoài mặt		
Cân xứng	72	100
Bất cân xứng	0	0,00
Triệu chứng tại chỗ		
Sưng và đau	4	5,56
Chỉ sưng	13	18,05
Chỉ đau	34	47,22
Không sưng đau	21	29,16
Mắc thức ăn	38	52,78

Theo nghiên cứu, các bệnh nhân đến khám không có triệu chứng toàn thân, khuôn mặt tương đối cân xứng. Các bệnh nhân đến khám vì có các triệu chứng tại chỗ, trong đó triệu chứng hay gặp nhất là mẫn ngứa ở vị trí RKHD, chiếm tỷ lệ 52,78%, tiếp theo là triệu chứng đau RKHD chiếm tỷ lệ 47,22%. Nhóm bệnh nhân có triệu chứng vừa ngứa và đau chiếm tỷ lệ thấp nhất với 5,56%.



Biểu đồ 1. Một số biến chứng tại chỗ của RKHD

Về những biến chứng do RKHD: trong nghiên cứu của chúng tôi, biến chứng viêm lợi trùm có tỷ lệ cao nhất, gặp ở 28 răng (chiếm tỷ lệ 23,33%), tiếp theo là biến chứng viêm quanh thân RKHD với 25 răng (chiếm tỷ lệ 20,83%) và biến chứng sâu RKHD gặp ở 20 răng (chiếm tỷ lệ 16,67%).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, độ tuổi trung bình của bệnh nhân đến khám là 30,65 tuổi, trong đó độ tuổi của nữ là $30,92 \pm 11,02$ và của nam là $30,48 \pm 10,25$. RKHD nên được nhổ ở độ tuổi 18 – 30 tuổi vì lúc này khoảng quanh răng còn rộng, tình trạng sức khỏe tốt, chân răng ở người trẻ chưa phát triển hoàn toàn, thuận lợi cho sự lành thương. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp trong lứa tuổi này. Trong nghiên cứu, bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ cao hơn bệnh nhân nam (66,67%), có thể do sự quan tâm đến vấn đề điều trị sớm răng khôn ở nữ giới ngày càng tăng, đặc biệt là nhóm trong độ tuổi 20 – 35, sự quan tâm đến sức khỏe của nữ giới nhiều hơn ở nam giới nên tỷ lệ nữ đến khám nhiều hơn và giới nữ có xu hướng đến khám sớm hơn do mức độ chịu đựng và ngưỡng đau thấp hơn so với giới nam. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê vì nghiên cứu của chúng tôi không đại diện cho một quần thể mà chỉ lựa chọn các đối tượng có RKHD đã mọc trên lâm sàng đến khám tại Khoa Răng Miệng, Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam – Cu Ba Hà Nội.

Độ tuổi trung bình ở nghiên cứu của chúng tôi tương tự của các nghiên cứu của tác giả Dương Thị Ngọc². Tuy nhiên nghiên cứu của

chúng tôi cao so với nghiên cứu của Maryam Tofangchiha³, Aleksandra Jaron⁴. Điều này có thể lý giải do cỡ mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn, khác nhau về độ tuổi lựa chọn mẫu nghiên cứu, cho thấy bệnh nhân còn đến khám muộn, chỉ khi đau hoặc có biến chứng nhiều lần mới đi khám và điều trị.

Bảng 5. So sánh về độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu với các tác giả

Nghiên cứu	Cỡ mẫu	Tuổi trung bình
Maryam Tofangchiha và cộng sự (2020)	589	25,73
Aleksandra Jaron và cộng sự (2021)	1583	26,95
Dương Thị Ngọc (2024)	90	31,99
Lã Thu Trang và cộng sự (2024)	72	30,65

RKHD có thể mọc ở các độ tuổi khác nhau, nhưng nhiều nghiên cứu đã xác định thời gian mọc thường từ 18 - 25 tuổi. Việc lựa chọn các nhóm tuổi cũng không hoàn toàn thống nhất giữa các tác giả. Nhưng phần lớn các tác giả dùng mốc 25 tuổi để xác định. Vì từ 18 - 25 tuổi và giai đoạn mọc RKHD, giai đoạn này thường xảy ra những biến chứng do mọc RKHD, do rằng trong giai đoạn này bắt đầu nhú ra khỏi cung hàm và túi bao răng đã mở thông trong miệng. Ở độ tuổi trên 25 là giai đoạn sau mọc răng, ở độ tuổi này những răng không phải là răng ngầm thì hầu như đã mọc lên hoàn toàn. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chia thành 3 nhóm tuổi theo nghiên cứu của Lê Anh Chiến⁵. Theo kết quả nghiên cứu, nhóm tuổi từ 18 - 25 có tỷ lệ cao nhất chiếm 43,05%, lớn hơn lứa tuổi 26 – 39 chiếm 41,67% và tỷ lệ lứa tuổi trên 40 thấp nhất với 15,28%. Điều này khá tương đồng với kết quả nghiên cứu phẫu thuật RKHD của Mc Ardle và Renton⁶. Đây là độ tuổi lý tưởng để phẫu thuật nhổ RKHD vì lúc này tình trạng sức khỏe tốt, chân răng chưa phát triển hoàn toàn, khoảng dây chằng quanh răng rộng, chưa xuất hiện nhiều biến chứng gây khó khăn hơn cho quá trình phẫu thuật. Một yếu tố nữa dẫn tới tỷ lệ đến khám ở nhóm tuổi I lớn nhất do yếu tố nhận thức xã hội ngày càng cao, các kênh truyền thông về sức khỏe phát triển mạnh, cùng với đó là yếu tố tăng trưởng kinh tế, làm cho mọi người ngày càng quan tâm tới thẩm mỹ và sức khỏe răng miệng sớm hơn.

Kết quả nghiên cứu về sự phân bố của RKHD có 64 RKHD bên phải chiếm tỷ lệ 53,33%, 56 RKHD bên trái chiếm tỷ lệ 46,67%. Điều này cho thấy rằng RKHD bên phải và bên trái có tỷ

lệ mọc như nhau. Kết quả phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Aleksandra Jaron⁴. Thực chất về cấu tạo góc hàm hai bên là như nhau, kích thước các răng đối xứng có thể coi là như nhau. Và cả hai răng đều nằm ở trong môi trường miệng cũng chịu một chế độ vệ sinh bên có thể coi tỷ lệ hình thái và biến chứng của hai bên như nhau.

Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy tất cả 72 bệnh nhân đều không có triệu chứng toàn thân khi đến khám và đặc điểm ngoài mặt tương đối cân xứng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân có triệu chứng đau RKHD khi thăm khám trên lâm sàng. Đây là dấu hiệu thường gặp trong quá trình mọc răng và là lý do đến khám của 34 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 47,22%, tỷ lệ này tương tự với kết quả của tác giả Nguyễn Hồng Nguyên⁷ với tỷ lệ 43,40% bệnh nhân bị đau. Do biến chứng của RKHD chủ yếu là viêm nhiễm và sâu răng là nguyên nhân chủ yếu thúc đẩy bệnh nhân đi khám. Đau thường do nhét thức ăn vào kẽ giữa RKHD và răng 7, đau trong biến chứng nhiễm trùng: viêm lợi trùm, viêm quanh thân răng 7 và RKHD do bệnh nhân không thể làm sạch kẽ răng khi có RKHD mọc lệch, đau do sâu RKHD hoặc sâu mặt xa răng 7. Ngoài nguyên nhân đau được ghi nhận trên lâm sàng, đôi khi cũng phải quan sát trên phim X quang để xác định. Tiếp đó là triệu chứng sưng với 13 bệnh nhân chiếm 18,05%, có 4 bệnh nhân đến khám với lý do vừa sưng vừa đau chiếm tỷ lệ 5,56%. Vì R8HD mọc ở vị trí trong cùng của cung hàm nên thức ăn mắc vào thường khó lấy được ra hết đó là nguyên nhân lợi bị sưng và chảy máu. Lợi của các răng hàm mọc trước R8HD cũng dễ bị tổn thương.

Về triệu chứng mất thức ăn, trên 72 bệnh nhân chúng tôi thấy có 38 bệnh nhân có triệu chứng trên chiếm tỷ lệ 52,78% và có 34 bệnh nhân không có triệu chứng này. Tỷ lệ này cao hơn hẳn so với nghiên cứu của Nguyễn Hồng Nguyên⁷ với 16,8%, nghiên cứu của Hoàng Thị Linh⁸ có tỷ lệ 18%. Nguyên nhân có thể cách chọn mẫu, chúng tôi lựa chọn bệnh nhân đến khám tại Khoa răng miệng, Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam – Cuba Hà Nội có các RKHD đã xuất hiện trên cung hàm, RKHD đã trải qua thời gian tồn tại trong khoang miệng, trong quá trình mọc lên của RKHD có những bất thường gây ra độ nghiêng của răng, tạo khoảng cách giữa RKHD và răng 7, RKHD mọc lệch sẽ dễ gây mất thức ăn và khó vệ sinh răng miệng, dẫn đến viêm nhiễm.

Về biến chứng lợi trùm RKHD, trong số 72 bệnh nhân đến khám, có 21 bệnh nhân có lợi trùm, chiếm 29,16%. Kết quả này gần tương

đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hồng Nguyên⁷ do có cùng cách chọn đối tượng nghiên cứu. Tuy nhiên lại cao hơn so với nghiên cứu của Hoàng Thị Linh⁸ có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn.

Bảng 6. So sánh một số đặc điểm lâm sàng của R8HD với các tác giả

Nghiên cứu	Cỡ mẫu	Đau	Sưng	Mất thức ăn	Lợi trùm RKHD
Nguyễn Hồng Nguyên và cộng sự (2022)	226	43,40%	-	16,80%	32,56%
Hoàng Thị Linh (2023)	50	50,00%	20,00%	18,00%	18,00%
Lã Thu Trang và cộng sự (2024)	72	47,22%	18,06%	47,22%	29,16%

V. KẾT LUẬN

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $30,65 \pm 10,63$ và nữ chiếm tỷ lệ cao hơn nam. Tỷ lệ RKHD bên phải và trái tương đương nhau. Bệnh nhân đến khám chủ yếu vì đau RKHD chiếm tỷ lệ 47,22%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Thanh Hải, Dương Văn Bảo** (2021). Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh X quang của bệnh nhân có răng khôn hàm dưới mọc ngầm tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2021. Tạp chí Y học Việt Nam, 515, 213 – 219.
2. **Dương Thị Ngọc** (2024), Kết quả phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới loại Parant II và III tại Viện Y học Phòng không không quân, Luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y dược, Đại học Quốc gia Hà Nội.
3. **Maryam Tofangchiha, H. Zahra và cộng sự** (2020). Radiographic Position of Impacted Mandibular Third Molars and Their Association with Pathological Conditions. International Journal of Dentistry.
4. **Aleksandra Jaron, Grzegorz Trybek** (2021). The Pattern of Mandibular Third Molar Impaction and Assessment of Surgery Difficulty: A Retrospective Study of Radiographs in East Baltic Population. J. Environ. Res. Public Health, 18(11).
5. **Lê Anh Chiên** (2011), Nhận xét hình thái mọc răng khôn hàm dưới trên phim Panorama, Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ y khoa, Đại học Y Hà Nội.
6. **Mc Ardle, Renton** (2012), The effects of NICE guidance on the management of patients with third molar teeth, British Dental Journal, 213(5), 1 – 7.
7. **Nguyễn Hồng Nguyên, Hoàng Kim Loan, Nguyễn Thị Thúy Hạnh** (2022), Một số yếu tố lâm sàng của răng khôn hàm dưới ở nhóm đối tượng có chỉ định nhổ răng, Tạp chí Y học Việt Nam, 519, 254-258.
8. **Hoàng Thị Linh** (2023), Đặc điểm lâm sàng và hình thái trên phim CTGB của người bệnh có răng khôn hàm dưới gây biến chứng. Luận văn Thạc sỹ Y học. Trường Đại học Y dược, Đại học Quốc gia Hà Nội.