

7. **Phạm Văn Hùng (2024)**, Một số đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng và nội soi viêm mũi xoang cấp ở trẻ em tại bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, tạp chí Y học Dự phòng, 34, tr.89-96.
8. **Tăng Xuân Hải (2024)**, Đặc điểm lâm sàng và vi khuẩn trong viêm mũi xoang cấp tính ở trẻ em tại bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, tạp chí Tai Mũi Họng, 69, tr.7-14.
9. **Nguyễn Thị Khánh Vân (2019)**, Đặc điểm lâm sàng và vi khuẩn học ở trẻ em dưới 15 tuổi viêm mũi xoang tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương, tạp chí Y học Việt Nam, 479, tr.95-97.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI CÓ MỞ XƯƠNG TẠI VIỆN ĐÀO TẠO RĂNG HÀM MẶT

Hoàng Kim Loan¹, Trương Mạnh Nguyên¹, Nguyễn Hữu Khánh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới có chỉ định mở xương tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt năm 2023 - 2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 42 bệnh nhân với 50 răng khôn hàm dưới mọc lệch ngầm, có chỉ định phẫu thuật nhổ răng có mở xương, từ tháng 7 năm 2023 đến tháng 7 năm 2024 tại Trung tâm kỹ thuật cao khám chữa bệnh Răng Hàm Mặt, Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt và Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Kết quả:** Về biến chứng trong phẫu thuật, tỷ lệ gãy chóp chân răng chiếm 8% và tỷ lệ vỡ bản trong xương ổ răng chiếm 2%, không ghi nhận biến chứng lung lay RHL thứ hai. Về thời gian phẫu thuật, tỷ lệ RKHD có thời gian phẫu thuật 30-60 phút chiếm 64%, tỷ lệ RKHD có thời gian phẫu thuật <30 phút chiếm 34% và tỉ lệ RKHD có thời gian phẫu thuật >60 phút chiếm 2%. Sau phẫu thuật, 38,1% bệnh nhân đau có dữ dội (mức 3) và 82% chảy máu sau phẫu thuật 24h; chỉ số sưng nề trung bình sau phẫu thuật 24h là $17,4 \pm 5,3$ mm. Tỷ lệ không hình thành xương mới ở mặt xa RHL thứ hai là 44,0% và 38,0% có tiêu xương ở mặt xa RHL thứ hai sau 3 tháng; tỷ lệ có hình thành xương mới ở mặt xa RHL thứ hai sau 3 tháng phẫu thuật là 18%. **Kết luận:** Phẫu thuật mở xương để nhổ RKHD mọc lệch ngầm mặc dù có một vài biến chứng xảy ra, nhưng không ghi nhận những biến chứng nguy hiểm và đây vẫn là một phương pháp điều trị nhổ RKHD mọc lệch ngầm an toàn. Tuy nhiên cần tiến hành thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá được chính xác hơn tỷ lệ và các biến chứng xa của phương pháp điều trị trên nhóm bệnh nhân này. **Từ khóa:** Răng khôn hàm dưới, mở xương.

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF MANDIBULAR WISDOM TEETH EXTRACTION WITH BONE REMOVAL AT THE SCHOOL OF DENTISTRY

Objectives: This study aimed to evaluate the outcomes of mandibular wisdom tooth extraction requiring bone removal at the School of Dentistry in

2023–2024. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 42 patients with 50 impacted mandibular wisdom teeth indicated for surgical extraction with bone removal, from July 2023 to July 2024 at School of Dentistry, and the Department of Odonto-Stomatology, Hanoi Medical University Hospital. **Results:** Regarding intraoperative complications, the rate of fractured tooth apex was 8%, and the rate of lingual bone plate fracture was 2%. No cases of second molar mobility were noted. In terms of surgical duration, 64% of extractions lasted 30–60 minutes, 34% lasted under 30 minutes, and 2% lasted over 60 minutes. Postoperatively, 38.1% of patients experienced severe pain (level 3), and 82% had bleeding within 24 hours. The average swelling index 24 hours after surgery was 17.4 ± 5.3 mm. The rate of no new bone formation at the distal aspect of the second molar was 44%, and 38% showed bone resorption at the distal side of the second molar after 3 months. New bone formation at the distal side of the second molar after 3 months was observed in 18% of cases. **Conclusions:** Although removing bone to extract impacted mandibular wisdom teeth can lead to certain complications, no serious complications were observed, and this method remains a safe approach. However, larger-scale studies are required to more accurately assess the prevalence and long-term complications of this treatment method. **Keywords:** Mandibular third molar, bone removal.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng khôn hàm dưới (RKHD) là răng mọc cuối cùng trên cung hàm. Vì đặc điểm về thời gian và thời điểm mọc muộn nên thường bị thiếu chỗ, gây tình trạng mọc lệch, ngầm trong xương hàm. Theo nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Phú¹ và cộng sự ở trung tâm kỹ thuật cao khám chữa bệnh Răng Hàm Mặt, Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội, tỷ lệ RKHD mọc lệch ngầm chiếm 84,4%. Theo nghiên cứu của Santos² và cộng sự đã chỉ ra tỷ lệ răng khôn hàm dưới lệch ngầm là 79,6%. Chỉ định nhổ răng khôn bằng phương pháp phẫu thuật có mở xương được áp dụng rộng rãi.¹ Theo đó, bệnh nhân phải đối mặt với nhiều biến chứng hơn so với phương pháp nhổ răng thông thường.^{3,4} Theo nghiên cứu của Pravin Lambade⁵ và cộng

¹Trường Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Kim Loan
Email: kimloan@hmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 3.3.2025
Ngày phản biện khoa học: 10.4.2025
Ngày duyệt bài: 9.5.2025

sự (2023), tỷ lệ phẫu thuật mở xương chiếm tới 60,6%, trong đó tỷ lệ răng ở mức độ khó trung bình và rất khó (mức II và mức III) chiếm đa số (99,2%).

Nhổ RKHD có phẫu thuật mở xương là một thủ thuật xâm lấn, dù ít hay nhiều cũng sẽ có những tai biến trước, trong và sau nhổ.⁴ Nhằm góp phần tiên lượng những biến chứng trong và sau khi phẫu thuật cũng như để nâng cao kết quả điều trị, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu "Đánh giá kết quả phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới có chỉ định mở xương tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt năm 2023-2024".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

* Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên (hoặc dưới 18 tuổi có sự đồng ý của người giám hộ) có răng khôn hàm dưới mọc lệch, hoặc ngấm một phần hay toàn bộ, có chỉ định phẫu thuật nhổ răng có mở xương.

- Bệnh nhân đồng ý và tự nguyện, hợp tác tham gia nghiên cứu, đồng ý chụp phim CT Cone-beam 02 lần (1 lần trước phẫu thuật và 1 lần sau khi phẫu thuật 3 tháng). Phim CT Cone-beam của người bệnh đạt tiêu chuẩn.

* Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có các bệnh toàn thân chưa cho phép phẫu thuật: dị ứng, tim mạch, huyết áp, bệnh về máu, đái tháo đường, đang dùng thuốc ức chế miễn dịch v.v ...

- Bệnh nhân đang trong giai đoạn thai kỳ hoặc có chống chỉ định tiếp xúc với tia X.

- Bệnh nhân có các răng đang viêm nhiễm cấp tính.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Trung tâm kỹ thuật cao khám chữa bệnh Răng Hàm Mặt, Viện đào tạo Răng Hàm Mặt và Khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

- Thời gian: Từ tháng 7 năm 2023 đến tháng 7 năm 2024.

2.2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.3. Cơ mẫu. Chúng tôi đã sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện có chủ đích toàn bộ bệnh nhân đến khám tại Trung tâm kỹ thuật cao khám chữa bệnh Răng Hàm Mặt, Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt và Khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện Đại học Y Hà Nội, được chẩn đoán răng khôn hàm dưới lệch ngấm có chỉ định mở xương trong khoảng thời gian từ tháng 7 năm 2023 đến tháng 7 năm 2024. Thực tế chúng tôi

đã nghiên cứu trên 50 răng khôn hàm dưới có chỉ định mở xương của 42 bệnh nhân.

2.2.4. Các bước phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới có mở xương

- Đặt đường truyền, máy theo dõi huyết áp... nếu có chỉ định
- Thực hiện vô khuẩn, gây tê
- Tạo vạt, mở xương
- Cắt thân răng toàn bộ hoặc bán phần, lấy từng phần chân răng khi có chỉ định
- Lấy bỏ túi thân răng, kiểm soát huyết ố răng, loại bỏ gai xương nếu có
- Khâu đóng
- Cắn gạc trong ít nhất 30 phút
- Kê đơn thuốc, dặn dò vệ sinh, tái khám kiểm tra

2.2.5. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu chỉ được tiến hành khi nhận được sự đồng ý của Hội đồng thông qua đề cương, Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội

- Bệnh nhân hoàn toàn tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Các thông tin, hình ảnh trước mổ và sau mổ của bệnh nhân trong báo cáo khoa học đều được đảm bảo bí mật và có sự đồng ý của bệnh nhân.

- Bệnh nhân tham gia nghiên cứu có quyền rút khỏi nghiên cứu khi nào.

- Nghiên cứu chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho bệnh nhân, không nhằm mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong số 42 đối tượng tham gia, có 24 đối tượng là nữ với tỷ lệ là 57,1%; 18 đối tượng là nam chiếm tỷ lệ 42,9%. Độ tuổi trung bình là $24,9 \pm 6,5$, đối tượng lớn tuổi nhất là 41 và đối tượng nhỏ tuổi nhất là 16. Nhóm tuổi từ 16-25 là phổ biến nhất với tỷ lệ 66,7%.

Bảng 3.1. Biến chứng trong phẫu thuật nhổ RKHD (n=50)

Biến chứng \ Răng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không có	45	84,0
Lung lay RHL thứ hai	0	0
Gãy chóp chân răng	4	8,0
Vỡ bản trong xương ổ răng	1	2,0
Tổng số	50	100

Nhận xét: Trong tổng số 50 RKHD được nhổ, chúng tôi ghi nhận có 2 biến chứng là gãy chóp chân răng và vỡ bản trong xương ổ răng. Trong đó biến chứng gãy chóp chân răng chiếm 8% và biến chứng vỡ bản trong xương ổ răng chiếm 2%, còn lại đa số RKHD không có biến chứng (90%). Biến chứng lung lay răng bên

canh không ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi (0%).

Bảng 3.2. Đặc điểm mức độ đau sau phẫu thuật 24h (n=42)

Mức độ	Răng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không đau		1	2,4
Đau nhẹ		9	21,4
Đau vừa phải		9	21,4
Đau dữ dội		16	38,1
Rất nghiêm trọng		4	9,5
Đau quá mức		3	7,1
Tổng số		42	100

Nhận xét: Trong tổng số 42 đối tượng tham gia nghiên cứu, bệnh nhân đau dữ dội sau phẫu thuật 24h chiếm tỷ lệ cao nhất với 38,1%. Tiếp theo là đau vừa phải và đau nhẹ với tỷ lệ 21,4%. Lần lượt sau đó là đau rất nghiêm trọng (9,5%), đau quá mức (7,1%) và không đau (2,4%).

Bảng 3.3. Đặc điểm thời gian phẫu thuật (n=50)

Thời gian (phút)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<30	17	34
30-60	32	64
>60	1	2
Tổng số	50	100

Nhận xét: Đa số thời gian phẫu thuật là 30-60 phút (64%), tiếp theo là thời gian phẫu thuật <30 phút chiếm 34% và thời gian phẫu thuật >60 phút chiếm 2%.

Bảng 3.4. Chỉ số sưng nề sau phẫu thuật 24h (n=42)

Giá trị nhỏ nhất (mm)	Giá trị lớn nhất (mm)	Mean $\pm$ SD (mm)	Trung vị (IQR) (mm)
8	26	17,4 $\pm$ 5,3	16,5 (13-22)

Nhận xét: Trong 42 đối tượng tham gia nghiên cứu, độ sưng nề sau phẫu thuật 24h có chỉ số trung bình là 17,4 $\pm$ 5,3 mm, độ sưng nhỏ nhất là 8 mm và độ sưng lớn nhất là 26 mm, trung vị là 16,5 mm.

Bảng 3.5. Mức độ co khíet hàm sau phẫu thuật 24h (n=42)

Mức độ khíet hàm	Giá trị nhỏ nhất (mm)	Giá trị lớn nhất (mm)	Mean $\pm$ SD (mm)	Trung vị (IQR) (mm)
Độ há miệng trước phẫu thuật	32	57	43,9 $\pm$ 7,3	43 (38-50)
Độ há miệng sau phẫu thuật	27	53	40,1 $\pm$ 7,2	38,5 (27-53)
Chênh lệch	0	13	3,8 $\pm$ 2,3	3 (2-5)

Nhận xét: Đo mức độ co khíet hàm ở 42 đối tượng tham gia nghiên cứu, chúng tôi nghiên cứu trên 3 chỉ số: độ há miệng trước phẫu thuật,

độ há miệng sau phẫu thuật và chênh lệch giữa hai mức độ này. Ở độ há miệng trước phẫu thuật, giá trị trung bình là 43,9 $\pm$ 7,3 mm, độ há miệng lớn nhất và nhỏ nhất lần lượt là 57 mm và 32 mm, trung vị là 43 mm. Ở độ há miệng sau phẫu thuật, giá trị trung bình là 40,1 $\pm$ 7,2 mm, độ há miệng lớn nhất và nhỏ nhất lần lượt là 53 mm và 27mm, giá trị trung vị là 38,5 mm. Ở chỉ số chênh lệch giữa hai mức độ há miệng, giá trị trung bình là 3,8 $\pm$ 2,3 mm, giá trị lớn nhất là 13 mm và nhỏ nhất là 0 mm, giá trị trung vị là 3 mm.

Bảng 3.6. Mức độ chảy máu sau phẫu thuật 24h (n=50)

Mức độ chảy máu	Răng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có		41	82
Không		9	18
Tổng số		50	100

Nhận xét: Trong số 50 RKHD được phẫu thuật mở xương, có 42 răng tương ứng với 82% chảy máu sau phẫu thuật 24h, tỷ lệ này lớn hơn nhiều so với 9 răng không chảy máu chiếm 18%.

Bảng 3.7. Mức độ hình thành xương mặt xa RHL thứ 2 sau 3 tháng (n=50)

Mức độ	Răng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có hình thành xương mới mặt xa RHL thứ hai		9	18
Không hình thành xương mới RHL thứ hai		22	44
Tiêu xương mặt xa RHL thứ hai		19	38
Tổng số		50	100

Nhận xét: Trong 50 RKHD được phẫu thuật mở xương, tỷ lệ không hình thành xương mới ở mặt xa RHL thứ hai sau 3 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (44%), tiếp đến là tiêu xương mặt xa RHL thứ hai sau 3 tháng với 38% và cuối cùng là có hình thành xương mới ở mặt xa RHL thứ hai sau 3 tháng phẫu thuật chiếm 18%.

IV. BÀN LUẬN

***Về đặc điểm biến chứng trong phẫu thuật.** Trong tổng số 50 RKHD được nhổ, chúng tôi ghi nhận có 2 biến chứng là gãy chóp chân răng và vỡ bản trong xương ổ răng. Trong đó biến chứng gãy chóp chân răng chiếm 8% và biến chứng vỡ bản trong xương ổ răng chiếm 2%, còn lại đa số RKHD không có biến chứng (90%), không ghi nhận biến chứng lung lay răng. Đa số RKHD được thực hiện ít xảy ra biến chứng là do thủ thuật mở xương làm bộc lộ rõ hơn hình thể răng, do đó việc nhổ răng sẽ hạn chế các biến chứng, tuy nhiên vẫn có một tỷ lệ nhỏ các biến chứng như gãy chóp chân răng và vỡ bản trong xương ổ răng.

* Về đặc điểm thời gian phẫu thuật.

Trong tổng số 50 RKHD được phẫu thuật mở xương, đa số thời gian phẫu thuật là 30-60 phút (64%), tiếp theo là thời gian phẫu thuật <30 phút chiếm 34%, còn lại là thời gian phẫu thuật >60 phút chiếm 2%. Trong nghiên cứu của Phan Hải Đăng (2022)⁶, thời gian phẫu thuật trung bình là $34,83 \pm 11,58$ phút. Tuy nhiên cũng có sự chênh lệch với kết quả nghiên cứu của tác giả Jeong-Kui Ku (2020)⁷ có thời gian phẫu thuật trung bình là $17,48 \pm 6,56$. Sự chênh lệch về kết quả là do nghiên cứu của tác giả Jeong-Kui Ku được tiến hành theo dõi trên một chuyên gia phẫu thuật nên thời gian phẫu thuật sẽ nhanh và ít có sự chênh lệch giữa các lần phẫu thuật.

*** Về đặc điểm mức độ đau sau phẫu thuật 24h.** Trong tổng số 42 đối tượng tham gia nghiên cứu, bệnh nhân đau dữ dội (mức 3) sau phẫu thuật 24h chiếm tỷ lệ cao nhất với 38,1%. Cao thứ hai là đau vừa phải (mức 2) và đau nhẹ (mức 1) với tỷ lệ 21,4%. Lần lượt sau đó là đau rất nghiêm trọng (mức 4) (9,5%), đau quá mức (mức 5) (7,1%) và không đau (mức 0) (2,4%). So sánh với nghiên cứu của Phạm Hải Đăng (2022)⁶ có tỷ lệ đau ít (mức 1) chiếm đa số (52,1%) và nghiên cứu của Hà Việt Quan (2024)⁸ có tỷ lệ đau nhẹ (mức 1) chiếm đa số (71,6%), ta có thể lý giải là do đối tượng nghiên cứu có chỉ định mở xương với RKHD độ khó trung bình và rất khó, điều này dẫn đến tình trạng bệnh nhân đau ở mức cao hơn. Đồng thời do thang điểm đánh giá mức độ đau được thực hiện thông qua câu trả lời của bệnh nhân sau phẫu thuật nên sẽ có sai số giữa các nghiên cứu.

*** Về đặc điểm chỉ số sưng nề sau phẫu thuật 24h.** Trong 42 đối tượng tham gia nghiên cứu, độ sưng nề sau phẫu thuật 24h có chỉ số trung bình là $17,4 \pm 5,3$ mm, độ sưng nhỏ nhất là 8 mm và độ sưng lớn nhất là 26 mm, trung vị là 16,5 mm. Mức độ sưng của nghiên cứu này là lớn hơn khi so sánh với nghiên cứu của Hà Việt Quan (2024)⁸ với giá trị trung bình là $11,39 \pm 0,54$ và nghiên cứu của Phạm Hải Đăng (2022)⁶ với giá trị trung bình là $11,39 \pm 0,58$. Điều này có thể giải thích là do nghiên cứu mở xương tác động tới mô cứng nhiều, dẫn đến tình trạng sưng lớn hơn so với các nghiên cứu khác.

*** Về đặc điểm mức độ co khít hàm sau phẫu thuật 24h.** Đo mức độ co khít hàm ở 42 đối tượng tham gia nghiên cứu, chúng tôi nghiên cứu trên 3 chỉ số: độ há miệng trước phẫu thuật, độ há miệng sau phẫu thuật và chênh lệch giữa hai mức độ này. Ở độ há miệng trước phẫu thuật, giá trị trung bình là $43,9 \pm 7,3$ mm, độ há miệng lớn nhất và nhỏ nhất lần lượt là 57 mm và 32

mm, trung vị là 43 mm. Ở độ há miệng sau phẫu thuật, giá trị trung bình là $40,1 \pm 7,2$ mm, độ há miệng lớn nhất và nhỏ nhất lần lượt là 53mm và 27mm, giá trị trung vị là 38,5mm. Ở chỉ số chênh lệch giữa hai mức độ há miệng, giá trị trung bình là $3,8 \pm 2,3$ mm, giá trị lớn nhất là 13mm và nhỏ nhất là 0mm, giá trị trung vị là 3 mm.

Ở mức độ co khít hàm và sau phẫu thuật, giá trị gần xấp xỉ với nghiên cứu của tác giả Phạm Hải Đăng (2022)⁶ với mức độ há miệng trước phẫu thuật là $49,79 \pm 5,46$ và mức độ há miệng sau phẫu thuật là $46,49 \pm 5,73$; nghiên cứu của tác giả Hà Việt Quan (2024)⁸ cũng cho kết quả tương tự với độ há miệng trước phẫu thuật là $50,22 \pm 4,76$ và mức độ há miệng sau phẫu thuật là $46,11 \pm 4,43$. Độ há miệng sau phẫu thuật giảm có thể là do bệnh nhân bị đau, sưng, chảy máu cũng như các biến chứng khác (vỡ vỏ xương).

*** Về mức độ chảy máu sau phẫu thuật 24h.** Trong số 50 RKHD được phẫu thuật mở xương, có 41 răng tương ứng với 82% chảy máu sau phẫu thuật 24h, tỷ lệ này lớn hơn nhiều so với 9 răng không chảy máu chiếm 18%. Do phẫu thuật mở xương nên tình trạng chảy máu sau 24h xuất hiện với tỷ lệ lớn.

*** Về mức độ hình thành xương mặt xa RHL thứ 2 sau 3 tháng.** Trong 50 RKHD được phẫu thuật mở xương, tỷ lệ không hình thành xương mới ở mặt xa RHL thứ hai sau 3 tháng cao nhất (44%), cao thứ hai là tiêu xương mặt xa RHL thứ hai sau 3 tháng với 38% và cuối cùng là có hình thành xương mới ở mặt xa RHL thứ hai sau 3 tháng phẫu thuật chiếm 18%. Tỷ lệ không hình thành xương mới cao có thể giải thích là do phẫu thuật mở xương xâm lấn nhiều tới mô cứng nên thời gian lành thương lâu. Theo Hassan Assiri Ahmed⁹, độ tuổi 29-39 có tốc độ lành thương xương nhanh hơn, so sánh với nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ nhóm tuổi 16-25 tuổi chiếm đa số, do đó tỷ lệ không hình thành xương cũng chiếm tỷ lệ cao.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật mở xương để nhổ RKHD mọc lệch ngầm mặc dù có một vài biến chứng xảy ra, nhưng không ghi nhận những biến chứng nguy hiểm và đây vẫn là một phương pháp điều trị nhổ RKHD mọc lệch ngầm an toàn. Tuy nhiên cần tiến hành thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá được chính xác hơn tỷ lệ và các biến chứng xa của phương pháp điều trị trên nhóm bệnh nhân này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Mạnh Phú, Nguyễn Thị Phương

- Thảo, Đinh Thị Thái, et al.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng răng khôn hàm dưới mọc lệch theo Parant II-III. VMJ. 2023;525(1B). doi:10.51298/vmj.v525i1B.5098.
2. **Santos KK, Lages FS, Maciel CAB, et al.** Prevalence of Mandibular Third Molars According to the Pell & Gregory and Winter Classifications. J Maxillofac Oral Surg. 2022;21(2):627-633. doi:10.1007/s12663-020-01473-1.
 3. **Nguyễn Quang Khải, Nguyễn Phú Thắng.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng răng khôn hàm dưới mọc lệch theo Parant II. VMJ. 2022;520(2). doi:10.51298/vmj.v520i2.4173.
 4. **Hà Ngọc Chiêu, Nguyễn Đình Phúc, Nguyễn Mạnh Cường, et al.** Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng răng khôn hàm dưới mọc lệch ngầm. VMJ. 2023;526(2). doi:10.51298/vmj.v526i2.5584.
 5. **Lambade P, Dawane P, Mali D.** Assessment of Difficulty in Mandibular Third Molar Surgery by Lambade-Dawane-Mali's Index. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2023;81(6):772-779. doi:10.1016/j.joms.2023.02.013.
 6. **Phạm Hải Đăng, Nguyễn Văn Lâm, Lâm Nhựt Tân.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, xquang 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. ctump. 2022;(54):181-188. doi:10.58490/ctump.2022i54.376
 7. **Ku JK, Chang NH, Jeong YK, et al.** Development and validation of a difficulty index for mandibular third molars with extraction time. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg. 2020;46(5):328-334. doi:10.5125/jkaoms.2020.46.5.328.
 8. **Hà Việt Quan, Lâm Nhựt Tân, Nguyễn Thị Trúc Chi, et al.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X-quang và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật răng khôn hàm dưới lệch, ngầm tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Hóc Môn năm 2023-2024. ctump. 2024; (71): 124-131. doi:10.58490/ctump. 2024i71.2352.
 9. **Ahmed HA, López-López J, Egidio-Moreno S, et al.** A. Mandibular Third Molar Impaction and Bone Change Distal to the Second Molar: A Panoramic Radiographic Study. J Clin Med. 2024;13(3):906. doi:10.3390/jcm13030906.

KẾT CỤC THAI KỲ CỦA SẢN PHỤ MANG THAI TO TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH VINH LONG

Hồ Thị Thu Hằng^{1,2}, Nguyễn Thị Kim Quyên³, Trần Thái Thanh Tâm²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phụ nữ mang thai to có nguy cơ cao gặp phải các biến chứng bất lợi như sinh mổ và biến chứng ở mẹ hoặc trẻ sơ sinh. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đặc điểm kết cục thai kỳ của sản phụ mang thai to tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Long. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tất cả các sản phụ đến sinh ở tuần thứ 37 trở lên của thai kỳ tại khoa Sản, bệnh viện Đa Khoa tỉnh Vĩnh Long từ tháng 9/2022 đến tháng 06/2023 thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và đồng ý tham gia nghiên cứu. **Kết quả:** Tỷ lệ sinh mổ ở nhóm thai to cao gấp 2,4 lần so với nhóm thai bình thường. Các nguyên nhân chủ yếu là: Đau vết mổ cũ, mổ chủ động, suy thai và chuyển dạ đình trệ. Tỷ lệ băng huyết sau sinh và rách tầng sinh môn IIIa của nhóm thai to chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhóm thai bình thường sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Kết luận:** Tỷ lệ mổ chủ động còn tương đối cao, tỷ lệ băng huyết sau sinh và rách tầng sinh môn IIIa tăng dần khi cân nặng của trẻ sơ sinh tăng.

Từ khóa: thai to, băng huyết, rách tầng sinh môn, kết cục.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF PREGNANCY OUTCOMES OF PREGNANT WOMEN WITH MACROSOMIA AT VINH LONG GENERAL HOSPITAL

Background: Women with macrosomic pregnancies are at higher risk of adverse outcomes such as cesarean delivery and maternal or neonatal complications. **Objectives:** Characteristics of pregnancy outcomes of pregnant women with macrosomia at Vinh Long General Hospital. **Materials and methods:** All pregnant women who gave birth at the 37th week of pregnancy or later at the Obstetrics Department, Vinh Long General Hospital from September 2022 to June 2023 met the sampling criteria and agreed to participate in the study. **Results:** The rate of cesarean section in the large fetus group was 2.4 times higher than that in the normal fetus group. The main causes were: old surgical wound pain, elective surgery, fetal distress and delayed labor. The rate of postpartum hemorrhage and grade IIIa perineal tear in the large fetus group was higher than that in the normal fetus group, the difference was statistically significant with $p < 0.05$. **Conclusion:** The rate of elective cesarean section is still relatively high, the rate of postpartum hemorrhage and grade IIIa perineal tear increases as the weight of the newborn increases.

Keywords: macrosomia, postpartum hemorrhage, perineal tear, outcome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mang thai và sinh con là một hành trình thiêng liêng, đầy ngọt ngào những cũng ẩn chứa

¹Sở Y tế Vĩnh Long

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

³Bệnh Viện Triều An

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thái Thanh Tâm

Email: tttam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.4.2025

Ngày duyệt bài: 8.5.2025