

- lâm sàng, cận lâm sàng và vai trò máy tạo nhịp hai buồng trong điều trị rối loạn nhịp chậm tại Bệnh Viện Chợ Rẫy", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 18, tr. 168-174.
5. **Antonio Lopez-Villegas, Daniel Catalan-Matamoros** (2018), "Health-related quality of life on telemonitoring for users with pacemakers 6 months after implant: the NORDLAND study, a randomized trial", BMC Geriatrics, 18.
  6. **Barros Rubens Tofano de** (2014), "Evaluation of patients' quality of life aspects after cardiac pacemaker implantation", Rev Bras Cir Cardiovasc, 29, pp. 37-44.
  7. **Erik O. Udo, Norbert M. van Hemel** (2013), "Long term quality-of-life in patients with bradycardia pacemaker implantation", International Journal of Cardiology, pp. 1-5.
  8. **Michele Brignole, Gonzalo Baron-Esquivias** (2013 Aug), "ESC guideline on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy: The task for on cardiac pacing and resynchronization therapy for of the European Society of Cardiology (ESC)", European Society of Cardiology(15(8):1070), pp. 118.
  9. **Muhammad Yamin, Simon Salim** (2019), "Cross-cultural adaptation and validation of the Indonesian version of SQUAREL on patients with permanent pacemaker: a cross-sectional study", BMC Research Notes, 12.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, X-QUANG PHÂN LOẠI RĂNG KHÔN THEO PELL VÀ GREGORY TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA CÁI NƯỚC

Lê Nguyên Lâm<sup>1</sup>, Võ Văn Biết<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt Vấn đề:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, X-quang răng khôn hàm dưới theo phân loại Pell, Gregory của bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Cái Nước. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, can thiệp lâm sàng Bệnh nhân có răng khôn hàm dưới mọc lệch, nghiêng gần có chỉ định phẫu thuật được đánh giá qua thăm khám lâm sàng và chụp phim X quang toàn cảnh với đặc điểm số đo góc hợp bởi đường thẳng đi qua trục răng khôn và trục răng cối lớn thứ hai kế cận (được xác định giữa mặt nhai và vùng kẽ chân răng) nằm trong khoảng từ lớn 10<sup>0</sup> đến 90<sup>0</sup> (phân loại răng khôn theo trục răng của Winter). Răng kế cận không bị mất, không bị vỡ lớn, không có miếng trám lớn và không mang khí cụ chỉnh nha...- Sức khỏe toàn thân đủ đáp ứng với phẫu thuật và xét nghiệm cận lâm sàng trong giới hạn bình thường cho phép tiến hành phẫu thuật.

**Kết quả:** Qua nghiên cứu trên 99 trường hợp răng khôn hàm dưới được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Cái Nước – Cà Mau: - 90,9% răng khôn hàm dưới hiện diện trong miệng. - Răng 38 chiếm tỷ lệ 55,6% và 48 chiếm 44,4%. - Răng ở vị trí II chiếm 92,9% và vị trí B là 83,8%. - Răng trong nghiên cứu có độ khó nhổ trung bình chiếm 77,8%. - Răng có liên quan với ống răng dưới trên X quang chiếm 30,3%. **Kết luận:** Sự đa dạng về vị trí, hình thể, kích thước, thường kẹt ở giữa răng 7 và cành lên xương hàm dưới hoặc ngấm sâu trong xương, chân răng bất thường về số lượng và hình thái ảnh hưởng rất nhiều đến phương pháp và kỹ thuật điều trị nhổ răng khôn.

**Từ khóa:** răng khôn hàm dưới, x-quang, lâm sàng

### SUMMARY

#### CLINICAL CHARACTERISTICS, X-RAY OF LOWER THIRD MOLAR ACCORDING PELL AND GREGORY CLASSIFICATION AT CAI NUOC GENERAL HOSPITAL

**Background:** Describe the clinical characteristics, X-ray of Lower third molar according to Pell, Gregory classification of patients who came for examination and treatment at Cai Nuoc General Hospital.

**Materials and methods:** Descriptive study, clinical intervention Patients with deviated, proximal lower wisdom teeth with indications for surgery were evaluated through clinical examination and panoramic X-ray film with The characteristic of the angle measure by the straight line passing through lower third molar and the adjacent second molar axis (determined between the occlusal surface and the root cleft) ranges from 10<sup>0</sup> to 90<sup>0</sup> (classified according to Winter's tooth axis). Adjacent teeth are not lost, do not have large breaks, do not have large fillings and do not wear orthodontic appliances... - The overall health is sufficient to respond to surgery and laboratory tests within normal limits to allow progress. surgery. **Results:** Study on 99 cases lower third molar of treated surgically at Cai Nuoc General Hospital - Ca Mau - 90.9% of Lower third molar are present in the mouth. - Teeth 38 accounted for 55.6% and 48 accounted for 44.4%. - Teeth in position II accounted for 92.9% and position B was 83.8%. - Teeth in the study had an average difficulty of extraction accounting for 77.8%. - Teeth related to the lower canal on radiographs accounted for 30.3%. **Conclusion:** Diversity in position, shape, size, often stuck between teeth 7 and branches up to the lower jaw bone or deep in the bone, abnormal roots in number and morphology greatly affect the methods and techniques of lower third molar extraction.

**Key words:** Lower third molar, x-ray, clinical.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng khôn hàm dưới là răng có tỷ lệ mọc kẹt

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa Khoa Cái Nước

Chịu trách nhiệm chính: Lê Nguyên Lâm

Email: lenguyenlam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 5.12.2022

Ngày duyệt bài: 14.12.2022

hiều nhất trên cung hàm và có thể gây ra nhiều biến chứng như: viêm quanh thân răng, sâu mặt xa răng 7, nang xương hàm, khít hàm. Phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới là một phẫu thuật thường gặp nhất trong thực hành nha khoa nhằm giải quyết và phòng ngừa các biến chứng gây ra bởi răng này, là can thiệp có tính xâm lấn đáng kể vào mô xương và mô mềm xung quanh, có thể gây nhiễm khuẩn, đau, sưng mặt và khít hàm. Vấn đề nhổ bỏ RKHD mọc lệch, ngầm có nguy cơ hay đã gây ra tai biến, biến chứng cần được tiến hành càng sớm càng tốt. Phẫu thuật răng khôn hàm dưới nhiều khi rất khó khăn vì RKHD lệch, ngầm thường đa dạng về vị trí, hình thể, kích thước, thường kẹt ở giữa răng 7 và cành lên xương hàm dưới hoặc ngầm sâu trong xương, mật độ xương ngày càng cứng chắc, chân răng cũng rất bất thường về số lượng và hình thái, bệnh nhân há miệng hạn chế. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng răng khôn hàm dưới của bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Bệnh viện Đa khoa Cái Nước.*

2. *Mô tả đặc điểm X quang răng khôn hàm dưới theo Pell, Gregory của bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Bệnh viện Đa khoa Cái Nước.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1 Đối tượng nghiên cứu

**2.1.1 Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên đến khám và điều trị phẫu thuật răng khôn hàm dưới tại Bệnh viện Đa khoa Cái Nước từ tháng 03 năm 2019 đến tháng 05 năm 2020.

### 2.1.2 Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên.
- Bệnh nhân có răng khôn hàm dưới mọc lệch, nghiêng gần có chỉ định phẫu thuật được đánh giá qua thăm khám lâm sàng và chụp phim X quang toàn cảnh với đặc điểm số đo góc hợp bởi đường thẳng đi qua trục răng khôn và trục răng cối lớn thứ hai kề cận (được xác định giữa mặt nhai và vùng chẻ chân răng) nằm trong khoảng từ lớn  $10^0$  đến  $90^0$  (phân loại răng khôn theo trục răng của Winter). Răng kế cận không bị mất, không bị vỡ lớn, không có miếng trám lớn và không mang khí cụ chỉnh nha...

- Sức khỏe toàn thân đủ đáp ứng với phẫu thuật và xét nghiệm cận lâm sàng trong giới hạn bình thường cho phép tiến hành phẫu thuật.

### 2.1.3 Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đang điều trị bệnh nha chu.
- Bệnh nhân viêm quanh thân răng cấp, viêm

xương ổ răng cấp.

- Bệnh nhân có bệnh rối loạn đông máu.
- Bệnh nhân đang sử dụng thuốc chống đông.
- Phụ nữ có thai.
- Bệnh nhân không đến tái khám định kỳ theo lịch hẹn.

## 2.2 Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1 Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả, can thiệp lâm sàng.

**2.2.2 Cỡ mẫu. Áp dụng công thức tính cỡ mẫu như sau:**

$$n = \frac{Z^2 \cdot \frac{p \cdot (1-p)}{c^2}}{1 - \frac{Z^2 \cdot \frac{p \cdot (1-p)}{c^2}}{c^2}}$$

p: tỷ lệ hiệu quả điều trị giảm đau sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới kết hợp màng fibrin giàu tiểu cầu. Theo nghiên cứu của Yun He (2017) thì  $p = 0,87^7$ . Kết quả thực tế thu được là 99 răng

**2.2.3 Phương pháp chọn mẫu.** Chọn mẫu thuận tiện.

### 2.2.4 Nội dung nghiên cứu

#### Đặc điểm lâm sàng răng khôn hàm dưới

- Phân hàm: chia 2 nhóm:
  - + Phân hàm 3
  - + Phân hàm 4
- Tình trạng mọc răng khôn hàm dưới:
  - + Chưa mọc: thân răng khôn hàm dưới nằm dưới niêm mạc miệng, không phát hiện qua thăm khám.

- + Đã mọc: thân răng khôn hàm dưới đã mọc ra khỏi niêm mạc miệng.

- Chỉ số mảng bám: theo Loe và Silness (1967), đánh giá tại các vị trí của răng: Xa - Ngoài, Xa - Trong, Giữa - Ngoài, Giữa - Trong của các răng thuộc sextant kế cận răng khôn hàm dưới cần phẫu thuật. Ghi nhận giá trị cao nhất cho từng răng của sextant kế cận.

- Chỉ số chảy máu nướu khi thăm dò.

Đánh giá trên 6 vị trí ở răng: ngoài gần, ngoài giữa, ngoài xa, trong gần, trong giữa, trong xa bằng cách đưa cây đo túi vào đến đáy túi nha chu, sau đó rút ra đợi 30 giây chia 2 nhóm:

- + Không chảy máu.

- + Có chảy máu.

- Độ sâu túi nha chu: đo khoảng cách từ bờ nướu viền đến đáy túi nha chu. Dùng cây thăm dò túi nha chu đo khoảng cách từ viền nướu đến đáy túi nha chu tại 4 vị trí trên răng khôn, ghi nhận độ sâu lớn nhất, chia 2 nhóm: + < 4mm và ≥ 4mm.

#### Đặc điểm X quang răng khôn hàm dưới:

- Phân loại răng khôn hàm dưới theo chiều ngang theo Pell, Gregory

+ Loại I: khoảng cách gần xa của răng khôn hàm dưới nhỏ hơn khoảng cách giữa cành đứng xương hàm dưới và mặt xa răng cối lớn thứ hai.

+ Loại II: khoảng cách gần xa của răng khôn hàm dưới lớn hơn khoảng cách giữa cành đứng xương hàm dưới và mặt xa răng cối lớn thứ hai.

+ Loại III: răng khôn hàm dưới ở trong cành đứng xương hàm dưới.

- Phân loại răng khôn hàm dưới theo độ sâu theo Pell và Gregory

+ Loại A: điểm cao nhất của răng khôn hàm dưới nằm ngang hay cao hơn mặt nhai răng cối lớn thứ hai.

+ Loại B: điểm cao nhất của răng khôn hàm dưới nằm ở khoảng giữa mặt nhai và cổ răng cối lớn thứ hai.

+ Loại C: điểm cao nhất RKHĐ nằm thấp hơn cổ răng cối lớn thứ hai.

- Mỗi liên quan giữa răng khôn hàm dưới với ống răng dưới:

+ Có liên quan: đường đi của dây thần kinh ngang qua chân răng khôn hàm dưới trên phim toàn cảnh.

+ Không liên quan: đường đi của dây thần kinh và chân răng nằm riêng biệt trên phim toàn cảnh.

- Mức độ khó nhổ của răng khôn hàm dưới theo thang điểm Mai Đình Hưng chia 3 mức độ:

+ Ít khó từ 1 đến 5 điểm.

+ Khó trung bình từ 6 đến 10 điểm.

+ Rất khó 11 đến 15 điểm.

**Phương pháp xử lý và phân tích số liệu**

- Dữ liệu trên bảng thu thập đã định sẵn.

- Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê y học SPSS 18.0.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1 Đặc điểm lâm sàng**

**Bảng 3.1: Phân bố vị trí răng khôn hàm dưới**

Vị trí	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Răng 38	55	55,6
Răng 48	44	44,4
<b>Tổng</b>	99	100

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu này, răng khôn hàm dưới được nhổ chủ yếu là bên trái (55,6%).

**Bảng 3.2: Tình trạng răng hiện diện trong miệng**

Tình trạng	Răng 38 n (%)	Răng 48 n (%)	Tổng n (%)
Hiện diện trong miệng	51 (51,5)	39 (39,4)	90 (90,9)
Không hiện diện trong miệng	4 (4,1)	5 (5)	9 (9,1)
<b>Tổng</b>	55(55,6)	44(44,4)	99(100)

p = 0,505 (Kiểm định Fisher's)

**Nhận xét:** Có 90,9% răng đã xuất hiện trong khoang miệng. Sự khác nhau về sự xuất hiện trong khoang miệng giữa bên trái và bên phải không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05)

**Bảng 3.3: Tình trạng mảng bám phân hàm được nhổ**

Mảng bám	Nam		Nữ		Tổng n (%)
	n	%	n	%	
0 điểm	3	3,0	5	5,1	8 (8,1)
1 điểm	25	25,3	55	55,5	80 (80,8)
2 điểm	2	2,0	9	9,1	11 (11,1)
<b>Tổng</b>	30	30,3	69	69,7	99 (100)

p = 0,654 (Kiểm định Fisher's)

**Nhận xét:** Chỉ số mảng bám ở mức 1 điểm cao nhất (80,8%). Sự khác nhau về mảng bám giữa nam và nữ không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

**Bảng 3.4. Tình trạng chảy máu nướu khi thăm khám**

Chảy máu	Nam		Nữ		Tổng	P
	n	%	n	%		
Có	5	5,1	11	11,1	16(16,2)	1
Không	25	25,2	58	58,6	83(83,8)	
<b>Tổng</b>	30	30,3	69	69,7	99(100)	

Kiểm định Fisher's

**Nhận xét:** Có 16,2% trường hợp chảy máu khi thăm khám. Sự khác nhau về chảy máu khi thăm khám giữa nam và nữ không có ý nghĩa.

**Bảng 3.5 Tình trạng túi nha chu của răng được nhổ**

Túi nha chu	Nam		Nữ		Tổng	p = 0,335 Fisher's
	n	%	n	%		
< 4mm	24	24,2	52	52,5	76	p = 0,335 Fisher's
≥ 4mm	2	2,0	12	12,1	14	
Răng ngầm	4	4,0	5	5,1	9	
<b>Tổng</b>	30	30,3	69	69,7	99	

**Nhận xét:** Túi nha chu các răng khôn hàm dưới được nhổ chủ yếu dưới 4mm (76,8%).

Sự khác nhau về độ sâu túi nha chu giữa nam và nữ không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

**Bảng 3.6: Tương quan theo chiều trên dưới của răng khôn**

Tương quan	Răng 38 n (%)	Răng 48 n (%)	Tổng n (%)	P
Loại A	3 (3)	4 (4,1)	7 (7,1)	0,07
Loại B	50 (50,5)	33 (33,3)	83 (83,8)	
Loại C	2(2)	7(7,1)	9 (9,1)	
<b>Tổng</b>	55 (55,5)	44 (44,5)	99 (100)	

Kiểm định Fisher's

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu này, tương quan theo chiều trên dưới chủ yếu là loại B (83,8%). Sự khác biệt về tương quan theo chiều

trên dưới giữa răng 38 và 48 không có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 3.7: Liên quan giữa chân răng và ống răng dưới trên phim**

Liên quan	Răng 38 n (%)	Răng 48 n (%)	Tổng n (%)
Có liên quan	14(14,1)	16(16,2)	30(30,3)
Không liên quan	41(41,4)	28(28,3)	59(69,7)
<b>Tổng</b>	<b>55(55,5)</b>	<b>44(44,5)</b>	<b>99(100)</b>

**Nhận xét:** Có 30,3% trường hợp có sự liên quan giữa chân răng khôn hàm dưới và kênh thần kinh răng dưới trên phim X quang.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1 Đặc điểm lâm sàng răng khôn hàm dưới

- Vị trí răng khôn hàm dưới được nhổ trong nghiên cứu chủ yếu là bên trái (55,6%). Tuy nhiên không có sự khác biệt nhiều giữa bên trái và bên phải. Điều này cho thấy nguy cơ sâu răng là như nhau giữa hai bên. Vị trí răng khôn hàm dưới được nhổ phụ thuộc vào mức độ mọc lệch và ảnh hưởng của răng khôn hàm dưới đối với bệnh nhân. Kết quả trong nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu Võ Thị Ngọc Hà (2018) có bên trái là 52%, bên phải 48%<sup>1</sup>.

- Hầu hết các răng khôn hàm dưới được phẫu thuật trong nghiên cứu đều đã mọc lên một phần hoặc hoàn toàn trong miệng (90,9%). Răng khôn hàm dưới mọc lên trong miệng giúp việc khám lâm sàng đánh giá được mức độ khó của răng khôn hàm dưới cần nhổ. Tuy nhiên, răng khôn hàm dưới mọc không hoàn toàn cũng là nguyên nhân dễ đưa đến các biến chứng của mọc răng khôn hàm dưới vì sẽ tạo các túi nha chu giả gây đọng vớt thức ăn và vi khuẩn. Đối với răng khôn hàm dưới mọc ngầm hoàn toàn thì việc phẫu thuật nhổ răng lại gặp nhiều khó khăn hơn như phải cắt xương nhiều hơn, có thể phải cắt răng thành nhiều phần nhỏ hơn để lấy ra và có nhiều nguy cơ biến chứng hơn.

- Tình trạng nha chu phân hàm răng khôn hàm dưới được nhổ: Trong nghiên cứu, chỉ số mảng bám của răng khôn hàm dưới được nhổ ở mức 1 điểm chiếm tỷ lệ cao nhất (80,8%), có nghĩa là mảng bám của răng khôn hàm dưới có thể phát hiện bằng cách dùng cây thăm dò rà trên bề mặt răng. Tình trạng mảng bám phản ánh một phần mức độ tập trung của vi khuẩn và nguy cơ gây ra các biến chứng ở mô nha chu. Chỉ số mảng bám với chủ yếu từ 1 điểm trở lên nói lên ý thức vệ sinh răng miệng của bệnh nhân chưa cao. Tuy nhiên, trên thực tế có những trường hợp rất quan tâm đến vấn đề vệ sinh răng miệng nhưng do chải răng không đúng

phương pháp và vị trí của răng khôn hàm dưới bất lợi cho việc vệ sinh nên chỉ số mảng bám vẫn còn cao.

Theo Qu và cộng sự (2017) thì sự hiện diện của răng khôn hàm dưới đã mọc là một trong những yếu tố nguy cơ gây ra sự tiến triển bệnh nha chu ở răng kế cận. Mặc dù việc nhổ răng dự phòng các răng khôn hàm dưới chưa gây biến chứng vẫn còn đang rất nhiều tranh cãi, nhưng cần có một quyết định sớm và việc nhổ răng nên được thực hiện trước khi có triệu chứng<sup>9</sup>.

##### 4.2 Đặc điểm Xquang răng khôn hàm dưới

- Tương quan theo chiều ngang của thân răng khôn hàm dưới chủ yếu là loại II (92,9%) tức là khoảng cách từ vành lên đến mặt xa răng cối lớn thứ hai nhỏ hơn so với chiều gần – xa của răng khôn. Điều này cho thấy khoảng rộng không đủ cho việc nhổ lấy răng ra một cách bình thường mà cần phải loại bỏ một phần xương hoặc chia nhỏ răng ra để hạn chế sang chấn và phòng tránh các biến chứng cho bệnh nhân. Tỷ lệ này cũng tương đồng với nghiên cứu của Võ Thị Ngọc Hà (2018) có loại II là 84%<sup>1</sup>; Nguyễn Thị Mai Hương (2018) có loại II là 89%<sup>2</sup>. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tương quan loại II chiếm đa số, điều đó cho thấy việc bẫy lấy răng ra một cách đơn thuần là không đủ, hầu như các răng khôn hàm dưới đều được phẫu thuật tạo vạt, mở xương và cắt răng mới có thể lấy ra.

- Tương quan về độ sâu răng khôn hàm dưới so với răng cối lớn thứ hai chủ yếu ở vị trí B (83%). Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Hương (2018) có vị trí B là 81%<sup>2</sup>. Vị trí của răng khôn hàm dưới càng sâu thì độ khó nhổ càng lớn, thao tác phẫu thuật càng khó, khả năng quan sát trực tiếp trên miệng cũng hạn chế và dễ ảnh hưởng đến răng cối lớn thứ hai. Tuy nhiên, nghiên cứu của Nguyễn Minh Khởi (2019) vị trí A chiếm 76,5%<sup>8</sup>.

Nghiên cứu của Eshghpour (2014) trên 2866 răng khôn hàm dưới mọc lệch thấy tương quan loại B chiếm tỷ lệ 63,85%<sup>6</sup>.

- Mức độ khó nhổ răng khôn: Răng khôn hàm dưới được đánh giá là có mức độ khó nhổ trung bình trong nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao nhất (77,8%). Nghiên cứu của Võ Thị Ngọc Hà thì răng có mức độ khó nhổ trung bình chiếm tỷ lệ 92%. Mức độ khó nhổ của răng khôn hàm dưới được đánh giá trên các tiêu chí như tương quan theo chiều ngang, chiều sâu, trục răng và hình dạng chân răng. Tuy nhiên, trên thực tế vẫn có các yếu tố khác ảnh hưởng đến độ khó nhổ của răng khôn hàm dưới như độ há miệng, tuổi, cân nặng... Việc xác định mức độ khó nhổ của răng

khôn hàm dưới giúp ta lập kế hoạch phẫu thuật phù hợp và tránh các biến chứng trong và sau phẫu thuật. Những đánh giá trên lâm sàng và X quang góp phần dự đoán thời gian phẫu thuật<sup>1</sup>. Nghiên cứu của Gintaras (2013) nhận thấy ở cùng mức độ mọc lệch, ngầm thì ở bệnh nhân lớn hơn 3 tuổi có độ khó nhổ cao hơn và đặc biệt khó ở bệnh nhân trên 5 tuổi. Đồng thời, tác giả của nhận thấy ở bệnh nhân có trọng lượng trên 85 kilogram thì gia tăng mức độ khó nhổ của răng khôn hàm dưới<sup>8</sup>.

## V. KẾT LUẬN

- 90,9% răng khôn hàm dưới hiện diện trong miệng.
- Răng 38 chiếm tỷ lệ 55,6% và 48 chiếm 44,4%.
- Răng ở vị trí II chiếm 92,9% và vị trí B là 83,8%.
- Răng trong nghiên cứu có độ khó nhổ trung bình chiếm 77,8%.
- Răng có liên quan với ống răng dưới trên X quang chiếm 30,3%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **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, ngầm bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hậu Giang, Luận văn Bác sĩ Chuyên Khoa Cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
2. **Nguyễn Thị Mai Hương (2018)**, Đánh giá kết quả phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới lệch

- ngầm có sử dụng Laser công suất thấp Luân án Bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Dược Huế.
3. **Nguyễn Minh Khởi (2019)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X quang và đánh giá kết quả phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới bằng tay khoan quay và máy piezotome ở bệnh nhân tại Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
  4. **Lê Thị Thu Trang, Tạ Tố Trân, Nguyễn Thị Bích Lý (2015)**, "So sánh hiệu quả của Amoxicillin theo hai phác đồ phòng ngừa và điều trị trong phẫu thuật răng khôn dưới", Y học Thành phố Hồ Chí Minh, Tập 19, Số 2, tr. 249 - 253.
  5. **Chang SW, Shin SY, Kum KY, Hong J (2009)**, "Correlation study between distal caries in the mandibular second molar, the eruption status of the mandibular third molar in the Korean population", Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, Vol. 108 (6), pp. 838 - 843.
  6. **Eshghpour M. (2014)**, "Pattern of mandibular third molar impaction: A cross-sectional study in northeast of Iran", Nigerian Journal of Clinical Practice, Vol. 17 (6), pp. 673 - 677.
  7. **He Y, Chen J, Huang Y, Pan Q, Nie M. (2017)**, "Local Application of Platelet-Rich Fibrin During Lower Third Molar Extraction Improves Treatment Outcomes", J Oral Maxillofac Surg, Vol. 75, pp. 2497 - 2506.
  8. **Gintaras J, Povilas Daugela (2013)**, "Mandibular Third Molar Impaction: Review of Literature and a Proposal of a Classification", Journal of Oral & Maxillofacial Research, Vol. 4, no 2, pp. 2 - 12.
  9. **Qu HL, Tian BM, Li K, Zhou LN, Li ZB, Chen FM. (2017)**, "Impact of asymptomatic visible third molars on the periodontal pathology of adjacent second molars: a cross-sectional study", Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Vol. 75 (10), pp. 2048 - 2057.

## CẢI THIỆN SỰ TỰ CHỦ Ở VỊ THÀNH NIÊN: KẾT QUẢ CHƯƠNG TRÌNH CAN THIỆP SỨC KHỎE TÂM THẦN HAPPY HOUSE TẠI CÁC TRƯỜNG TRUNG HỌC PHỔ THÔNG CỦA HÀ NỘI

Lã Linh Nga<sup>1,2</sup>, Trần Đức Thạch<sup>3</sup>, Lã Thị Bưởi<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thị Nga<sup>2</sup>, Nguyễn Thanh Hương<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả của chương trình can thiệp Happy House đối với sự tự chủ ở vị thành niên. **Phương pháp:** Thiết kế

thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng theo cụm trên học sinh lớp 10 thuộc 8 trường tại Hà Nội. Nhóm chứng (4 trường) tham gia chương trình giảng dạy thông thường. Nhóm can thiệp (4 trường) được tham gia 6 buổi can thiệp Happy House, mỗi tuần 1 buổi 90 phút trong 6 tuần. Sự tự chủ được đo lường bằng thang đo sự tự chủ CSE-V (đã được chuẩn hóa) tại thời điểm trước can thiệp, sau can thiệp 2 tuần và 6 tháng. Mô hình ảnh hưởng hỗn hợp được sử dụng để đánh giá hiệu quả can thiệp (mẫu phân tích có 1083 học sinh, 552 nhóm chứng và 531 nhóm can thiệp). **Kết quả:** Điểm sự tự chủ tăng lên có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng tại thời điểm sau can thiệp 2 tuần (khác biệt hiệu chỉnh 9,23; CI 3,58;14,87) và sau can thiệp 6 tháng (khác biệt hiệu chỉnh 8,50; CI 2,49;14,52). **Kết luận:** Kết

<sup>1</sup>Trung tâm Nghiên cứu và Ứng dụng KH Tâm lý-Giáo dục (PPRAC)

<sup>2</sup>Trường Đại học Y tế Công cộng

<sup>3</sup>Đại học Monash, Úc

Chịu trách nhiệm chính: Lã Linh Nga

Email: aoutlinhnga@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 5.12.2022

Ngày duyệt bài: 15.12.2022