

thương cột sống cổ, chấn thương chi hoặc không đứng được... không thể chụp được phim thường quy thì cần chỉ định chụp phim CLVT. Phim CLVT còn được chỉ định cho những trường hợp mà lâm sàng có nghi ngờ gãy nhưng phim X quang thường quy chưa phát hiện đường gãy, hoặc ở những vùng chông ảnh như cột sống cổ, lồng cầu...

Hiện nay tại Bệnh viện Trung ương Huế, khi bệnh nhân chấn thương do tai nạn giao thông vào nhập viện nếu có nghi ngờ chấn thương sọ mặt thì sẽ được chỉ định chụp CBCT để đánh giá toàn bộ hệ thống các xương vùng mặt nhằm tránh bỏ sót các vị trí đường gãy XHD cũng như các hệ thống xương khác của vùng mặt.

## V. KẾT LUẬN

Vị trí hay gặp nhất trong gãy xương hàm dưới là vùng cằm, gãy 2 đường là chủ yếu, chẩn đoán dựa vào lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh. Phim thường được sử dụng và có giá trị cao trong chẩn đoán là phim Panorama và cắt lớp vi tính chùm tia hình nón.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hán LV**, Nhận xét chấn thương xương hàm dưới do tai nạn giao thông. 2004, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Pickrell BB, Serebrakian AT, Maricevich RS (2017)** Mandible Fractures. Semin Plast Surg 31:100-107.
3. **Thanh VN**, Nhận xét đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bằng phẫu thuật gãy xương hàm dưới phức hợp nhiều đường tại Viện Răng Hàm Mặt Hà Nội. 2005, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Châu HLT**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X quang và kết quả phẫu thuật gãy phức tạp thân xương hàm dưới bằng kẹp vít nhỏ tại Bệnh viện Trung ương Huế. 2010, Trường Đại học Y Dược Huế.
5. **Olate S, de Assis AF, Pozzer L, et al. (2013)** Pattern and treatment of mandible body fracture. Int J Burns Trauma 3:164-8.
6. **Stanford-Moore G, Murr AH (2022)** Mandibular Angle Fractures. Facial Plast Surg Clin North Am 30:109-116.
7. **Sakr K, Farag IA, Zeitoun IM (2006)** Review of 509 mandibular fractures treated at the University Hospital, Alexandria, Egypt. Br J Oral Maxillofac Surg 44:107-11.
8. **Liên LH**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X quang và điều trị gãy xương hàm dưới do chấn thương tại Bệnh viện Trung ương Huế. 2001, Trường Đại học Y Khoa Huế.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI MỘC LỆCH NGÂM

Hà Ngọc Chiếu<sup>1</sup>, Nguyễn Đình Phúc<sup>2</sup>,  
Nguyễn Mạnh Cường<sup>3</sup>, Nguyễn Thị Phương Thảo<sup>4</sup>

### TÓM TẮT

Nhổ răng khôn phẫu thuật là một thủ thuật xâm lấn, dù ít hay nhiều cũng sẽ có những tai biến trước, trong và sau nhổ răng. Để có thể phòng tránh các tai biến như vậy, phẫu thuật viên cần phải có cái nhìn tổng quát về sự phân bố tổn thương bệnh lý và kế hoạch điều trị hợp lý. Mục tiêu của nghiên cứu này là mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của răng khôn hàm dưới lệch ngâm theo phân loại Parant II – III. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 64 răng của 48 bệnh nhân từ tháng 02 năm 2021 đến tháng 7 năm 2022 tại Trung tâm kỹ thuật cao Khám chữa bệnh Răng Hàm Mặt (nhà A7) – Trường Đại học Y Hà Nội. Kết quả: Chủ yếu răng khôn mọc lệch gần chiếm 76,6%; Khoảng cách giữa phía xa răng 7 đến bờ trước cành lên lớn hơn hoặc bằng kích thước

gần xa thân răng 8 chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 70,3%; Đa số răng chưa có biến chứng khi bệnh nhân đến thăm khám và điều trị.

**Từ khóa:** Răng khôn hàm dưới, Parant II-III

### SUMMARY

#### CHARACTERISTICS OF IMPACTED LOWER WISDOM TEETH WITH MESIAL ANGULATION

The surgical extraction of wisdom teeth is an invasive procedure that carries potential complications before, during, and after the extraction. To minimize these risks, it is essential for the surgeon to have a comprehensive understanding of the pathological features of the impacted teeth, as well as a reasonable treatment plan. The present study aimed to provide a detailed description of the clinical and radiographic characteristics of impacted mandibular third molars with mesial angulation, based on the Parant II-III classification. A descriptive cross-sectional study was conducted on 64 teeth extracted from 48 patients at the High-tech Dental Center (A7 building) of Hanoi Medical University between February 2021 and July 2022. **Result:** The majority of impacted teeth exhibited mesial angulation, with a prevalence rate of 76.6%. The distance between the distal aspect of Tooth 7 and the anterior border of the ascending ramus was greater

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam Cuba

<sup>3</sup>Trường Đại học Kỹ thuật Y Dược Đà Nẵng

<sup>4</sup>Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hà Ngọc Chiếu

Email: ngocchieu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 01.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 8.5.2023

than or equal to the mesiodistal dimension of Tooth 8, with the highest proportion being 70.3%. Most teeth did not exhibit any complications at the time of examination and treatment.

**Keywords:** mandibular third molars/ lower wisdom teeth, Parant II-III classification.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở Việt Nam, bệnh nhân có răng khôn mọc lệch ngậm chiếm tỷ lệ cao. Theo Nguyễn Anh Tùng (2007), tỷ lệ răng khôn hàm dưới mọc lệch, ngậm là 42,73% trên các bệnh nhân đến khám tại Viện Răng Hàm Mặt Quốc gia [1]. Chỉ định nhổ răng bằng phương pháp phẫu thuật trên những bệnh nhân này được áp dụng rộng rãi, đặc biệt với những trường hợp răng khôn lệch ngậm có biến chứng. Theo đó, bệnh nhân phải đối mặt với nhiều tai biến hơn so với phương pháp nhổ răng thông thường như: sưng đau kéo dài, nhiễm khuẩn, mất nhiều máu, chậm lành thương, ...

Nhổ răng khôn phẫu thuật là một thủ thuật xâm lấn, dù ít hay nhiều cũng sẽ có những tai biến trước, trong và sau nhổ răng. Những tai biến trong và sau nhổ răng có thể có nhiều mức độ phức tạp hay đơn giản khác nhau như: sưng, đau, chảy máu, viêm huyết ổ răng... Để có thể phòng tránh các tai biến như vậy, phẫu thuật viên cần phải có kế hoạch điều trị kỹ càng, sử dụng các phương pháp hỗ trợ điều trị với xu hướng sử dụng các kỹ thuật không dùng thuốc để hạn chế tối đa các tai biến sau nhổ răng. Với mong muốn bệnh nhân có được hiệu quả điều trị tốt nhất, nhằm giúp các nhà lâm sàng phân nào có cái nhìn tổng quát hơn về sự phân bố tổn thương bệnh lý cũng như định hướng cho quá trình chẩn đoán và điều trị, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: "*Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng răng khôn hàm dưới lệch ngậm theo phân loại Parant II - III tại Viện Đào tạo Răng hàm mặt - Trường Đại học Y Hà Nội.*"

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng.** Là những bệnh nhân đến khám và có chỉ định nhổ răng khôn hàm dưới tại Trung tâm kỹ thuật cao Khám chữa bệnh Răng Hàm Mặt (nhà A7) – Trường Đại học Y Hà Nội, với tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ như sau:

**\*Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Bệnh nhân có răng khôn hàm dưới mọc lệch theo phân loại Parant II và III.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

**\*Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có một trong các bệnh lý hoặc vấn đề sau:

- Bệnh nhân có các bệnh lý toàn thân trầm

trọng kèm theo như: Rối loạn đông máu, suy giảm miễn dịch, ung thư, huyết áp cao không kiểm soát, tiểu đường.

- Bệnh nhân có bệnh toàn thân chưa được điều trị ổn định.

- Bệnh nhân đang có viêm nhiễm cấp tính toàn thân, tại vùng răng hàm mặt

- Bệnh nhân là phụ nữ mang thai, đang thời kỳ kinh nguyệt

- Bệnh nhân không có trạng thái sức khỏe tinh thần ổn định để trả lời câu hỏi và hợp tác trong quá trình nghiên cứu.

- Bệnh nhân mắc HIV giai đoạn cuối hoặc Leucose cấp

- Bệnh nhân tim mạch đang dùng thuốc chống đông, máy tạo nhịp tim hoặc máy khử rung tim.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang

**Địa điểm và thời gian nghiên cứu.**

Những bệnh nhân có răng khôn hàm dưới theo phân loại Parant II và III, đến khám và điều trị tại Trung tâm kỹ thuật cao nhà A7 – Trường Đại học Y Hà Nội, từ tháng 02 năm 2021 đến tháng 07 năm 2022 đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn được chọn tham gia vào nghiên cứu.

**Cỡ mẫu:** đây là một nghiên cứu nằm trong nghiên cứu can thiệp đánh giá kết quả phẫu thuật răng khôn hàm dưới lệch ngậm có và không sử dụng Plasma. Cỡ mẫu là 64 răng khôn trên 48 bệnh nhân được lựa chọn với phương pháp chọn mẫu thuận tiện, có chủ đích.

**Thu thập số liệu:** Các bệnh nhân có răng khôn hàm dưới lệch ngậm theo phân loại Parant II hoặc III thuộc một trong các trường hợp sau:

- ✓ Răng lệch gần chân ngược chiều bầy
- ✓ Răng nằm sâu trong xương
- ✓ Răng lộn ngược
- ✓ Răng lệch ngoài
- ✓ Răng lệch xa, chân ngược chiều bầy
- ✓ Răng nhiều chân choãi rộng
- ✓ Hai chân cong ngược chiều bầy

Những bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được ghi nhận trong bệnh án nghiên cứu các thông tin như sau: thông tin chung, tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng và Xquang.

- Đánh giá trên khám lâm sàng:

- ✓ Răng cần nhổ là răng nào

- ✓ Mức độ lệch

- ✓ Ngậm hay đã mọc trong khoang miệng

- ✓ Điểm cao nhất của răng so với thân răng 7

- ✓ Có tổn thương tổ chức cứng hay không

- ✓ Có viêm lợi cấp hoặc mạn vùng quanh thân răng hay không

- Đánh giá trên phim X quang:
  - ✓ Số lượng chân răng
  - ✓ Hình dạng và độ cong của chân răng (thuôn, chụm, chوải rộng)
  - ✓ Kích thước gần xa của thân răng so với khoảng cách từ phía xa thân răng 7 đến bờ trước cành cao xương hàm dưới.
  - ✓ Mức độ tổn thương tổ chức cứng của răng 7

**2.3. Xử lý số liệu.** Các phiếu nghiên cứu và bệnh án nghiên cứu được kiểm tra, số liệu được mã hóa và nhập vào và xử lý trên phần mềm thống kê SPSS 16.0. Sử dụng T- test để so sánh các giá trị trung bình. So sánh các tỉ lệ và mối liên quan giữa các biến số với kiểm định Fisher's Exact hoặc  $\chi^2$ .

**2.4. Đạo đức nghiên cứu.** Đối tượng được tư vấn mọi vấn đề liên quan và đồng ý tham gia nghiên cứu và có quyền rút ra khỏi nghiên cứu bất kỳ lúc nào. Mọi thông tin do đối tượng cung cấp đều được giữ bí mật. Đề tài nghiên cứu chỉ nhằm mục đích phục vụ nghiên cứu khoa học từ đó góp phần bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho bệnh nhân không nhằm bất cứ mục đích nào khác.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm chung.** Nghiên cứu được thực hiện trên tổng số 64 răng của 48 bệnh nhân, trong đó nam chiếm 39,6% và nữ chiếm 60,4%. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 27, cao nhất là 49 và thấp nhất là 16 tuổi. Tuổi trung bình của bệnh nhân nữ có xu hướng cao hơn của bệnh nhân nam, lần lượt là  $27,2 \pm 8,3$  và  $26,6 \pm 7,3$ , sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

#### 3.2. Đặc điểm lâm sàng, Xquang

**Bảng 1. Đặc điểm về tư thế răng khôn (n = 64)**

Tư thế Giới	Lệch gần	Lệch xa	Mọc thẳng	Mọc ngầm	Tổng
Nam	16	0	3	3	22
	72,7%	0,0%	13,6%	13,6%	100,0%
Nữ	33	1	7	1	42
	78,6%	2,4%	16,7%	2,4%	100,0%
Tổng	49	1	10	4	64
p	0,345				

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tư thế mọc lệch gần của răng khôn hàm dưới chiếm tỷ lệ cao nhất (76,6%), thấp nhất là tư thế mọc lệch xa chiếm 1,6% và không có sự khác biệt giữa hai giới ( $p > 0,05$ ) theo T- test.

**Bảng 2. Đặc điểm về khoảng cách giữa phía xa răng 7 đến bờ trước cành lên**

**xương hàm dưới so với kích thước gần xa của thân răng 8 (n = 64)**

Tư thế mọc	Khoảng cách Lớn hơn hoặc bằng	Nhỏ hơn	Tổng
Lệch gần	34	15	49
	69,4%	30,6%	100,0%
Lệch xa	1	0	1
	100,0%	0,0%	100,0%
Mọc thẳng	8	2	10
	80,0%	20,0%	100,0%
Mọc ngầm	2	2	4
	50,0%	50,0%	100,0%
Tổng	45	19	64
	70,3%	29,7%	100,0%

Nhóm bệnh nhân có răng 8 mọc lệch xa có khoảng cách phía xa răng 7 đến bờ trước cành lên lớn hơn hoặc bằng kích thước gần xa răng 8 cao nhất là 100% và thấp nhất là nhóm răng 8 mọc ngầm với tỷ lệ 50%.

**Bảng 3. Đặc điểm về hình thể, số lượng chân răng (n = 64)**

Số lượng CR	Hình thể Thuôn	Chụm	Dạng	Tổng
Hai chân	2	50	10	62
	3,2%	80,6%	16,1%	100,0%
Ba chân	0	1	1	2
	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%
Tổng	2	51	11	64
	3,1%	79,7%	17,2%	100,0%

Về hình thể chân răng: răng chụm chiếm tỷ lệ cao nhất 79,7% và thấp nhất là hình thể chân răng thuôn 3,1%. Về số lượng chân răng: nhóm bệnh nhân có hai chân răng chiếm tỷ lệ cao nhất 62 răng.

**Bảng 4. Biến chứng do mọc răng khôn hàm dưới theo tư thế mọc (n = 64)**

Tư thế mọc	Biến chứng VQTR	Sâu răng	Không có BC	Tổng
Lệch gần	1	12	36	49
	2,0%	24,5%	73,5%	100,0%
Lệch xa	0	0	1	1
	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Mọc thẳng	0	2	8	10
	0,0%	20,0%	80,0%	100,0%
Mọc ngầm	0	0	4	4
	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Tổng	1	14	49	64
	1,6%	21,9%	76,6%	100,0%

Biến chứng sâu răng và viêm quanh thân răng do mọc răng khôn hàm dưới lần lượt là 21,9% và 1,6%. Tư thế mọc lệch gần có biến chứng cao nhất 13/64 bệnh nhân chiếm 20,3%, khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, độ tuổi trung bình là  $27 \pm 8$ , trong đó độ tuổi của nữ là  $27,2 \pm 8,3$  và của nam là  $26,6 \pm 7,3$ .

Răng khôn hàm dưới nên được nhổ ở độ tuổi 18-30 tuổi vì lúc này khoảng quanh răng còn rộng, tình trạng sức khỏe tốt, chân răng người trẻ tuổi chưa phát triển hoàn toàn, thuận lợi cho sự lành thương. Độ tuổi trung bình của nghiên cứu của chúng tôi là phù hợp trong lứa tuổi này. Các bệnh nhân đều ở lứa tuổi trẻ, với sức khỏe thuận lợi và khả năng chăm sóc, vệ sinh răng miệng tốt.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ cao hơn bệnh nhân nam (60,4%), có thể do sự quan tâm đến vấn đề nhổ răng 8 sớm ở nữ giới ngày càng tăng, đặc biệt là nhóm trong độ tuổi 20-35 tuổi (đây là giai đoạn mang thai tốt nhất ở nữ giới). Khám và loại trừ các vấn đề về sức khỏe răng miệng trước mang thai đang ngày càng được nữ giới quan tâm. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê vì nghiên cứu của tôi không đại diện cho một quần thể mà chỉ lựa chọn các đối tượng có răng khôn hàm dưới mọc theo Parant II, III của các bệnh nhân đến nhổ răng tại trung tâm Kỹ thuật cao nhà A7.

Trong nghiên cứu này, răng khôn mọc lệch gần chiếm số lượng nhiều nhất, chiếm 76,6%, còn lại là các trường hợp răng khôn mọc thẳng chiếm 15,6%; lệch xa chiếm 1,6%; mọc ngầm chiếm 6,3%. Tỷ lệ lệch gần bao giờ cũng cao nhất do quá trình mọc răng khôn hàm dưới chung thường liên bào với răng hàm lớn thứ nhất và răng hàm lớn thứ hai, hai răng này mọc trước kéo theo sự di chuyển của từng liên bào này ra phía trước trong khi khoảng mọc răng khôn hàm dưới thường bị thiếu do hai răng này chiếm chỗ.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ răng khôn hàm dưới mọc lệch gần chiếm tỷ lệ cao nhất, kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả Lê Ngọc Thanh và Khiếu Thanh Tùng với các tỷ lệ răng khôn hàm dưới lệch gần tương ứng là 68,7% và 62,5% [2],[3]. Nghiên cứu của Lê Bá Anh Đức và Vũ Đức Nguyễn cho kết quả 38,47% và 26,2% thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi [4],[5]. Nghiên cứu tổng quan của Santosh P (2015) cho thấy tỷ lệ răng khôn hàm dưới mọc lệch gần cũng chiếm tỷ lệ cao nhất (43,0%) [6], tuy nhiên tỷ lệ này vẫn thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi. Nguyên nhân là do nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện tại phòng phẫu thuật trong miệng, bệnh nhân được lựa chọn nhổ răng dưới gây tê tại chỗ và gây tê vùng. Còn nghiên cứu của các tác giả Vũ Đức

Nguyễn và Lê Bá Anh Đức tiến hành trên những răng khôn hàm dưới mọc lệch ngầm khó, được thực hiện dưới gây mê nội khí quản. Nghiên cứu của Santosh P được tổng hợp chủ yếu từ các nghiên cứu trên người châu Âu, những người được cho là có cung hàm rộng hơn người châu Á. Tuy nhiên, vẫn có đến 73% thanh niên ở Châu Âu có răng hàm lớn số ba hàm dưới mọc lệch [7].

Đặc điểm về khoảng cách giữa phía xa răng 7 đến bờ trước cành lên xương hàm dưới so với kích thước gần xa của thân răng 8. Khoảng cách giữa phía xa răng 7 đến bờ trước cành lên lớn hơn hoặc bằng kích thước gần xa răng số 8 chiếm số lượng lớn hơn (45 răng) là 70,3%. Tỷ lệ này phù hợp đối với nghiên cứu được thực hiện tại phòng phẫu thuật trong miệng và không chủ đích chọn các răng khôn hàm dưới khó như nghiên cứu của Khiếu Thanh Tùng (25 %) hay nghiên cứu được thực hiện trong phòng gây mê của Vũ Đức Nguyễn (11,9 %) [3],[5].

Về hình thể và số lượng chân răng, trong nghiên cứu này những răng nhiều chân, hình thể bất lợi: ba chân chụm, 3 chân dạng chiếm tỷ lệ ít nhất, mỗi loại 1,6%. Hai chân răng chụm chiếm tỷ lệ cao nhất 78,1%, tiếp đến là hai chân dạng chiếm 15,6%. Điều này là phù hợp đối với các phẫu thuật thực hiện trên ghề răng dưới gây tê vùng và gây tê tại chỗ. Hình thể chân răng của răng khôn hàm dưới mọc lệch, ngầm rất đa dạng, có trường hợp từ 1 chân, 2 chân, nhiều hơn 2 chân, tương quan các chân cũng có nhiều hình thái từ chụm đến dạng gây cản trở cho quá trình phẫu thuật. Vì vậy trước khi tiến hành phẫu thuật nên chụp phim Xquang và đánh giá kỹ để lựa chọn cách thức phẫu thuật cho phù hợp. Số liệu này khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Lê Bá Anh Đức, tác giả này cho thấy tỷ lệ chân răng chẻ lên tới 42,31% và tỷ lệ chân răng cong cũng lên tới 30,77% [4]. Ngoài ra, trong nghiên cứu của tác giả Vũ Đức Nguyễn thì tỷ lệ răng khôn hàm dưới gây khó khăn cho phẫu thuật cũng rất cao, chiếm tới 41,6% [5]. Có sự khác biệt này là do các tác giả trên lựa chọn đối tượng nghiên cứu là nhóm răng khôn hàm dưới khó, nên những yếu tố về chân răng sẽ khó khăn cho phẫu thuật hơn so với nghiên cứu của chúng tôi.

Biến chứng do mọc răng khôn hàm dưới thường gặp là viêm quanh thân răng, sâu răng. Tuy nhiên, kết quả của nghiên cứu này cho thấy đa số các trường hợp là không có biến chứng chiếm 76,6%, sau đó là sâu răng chiếm 21,9%, ít nhất là viêm quanh thân răng chiếm 1,6%. Có sự khác biệt khá lớn giữa nghiên cứu của chúng

tôi và các tác giả gần đây. Cụ thể như tỷ lệ biến chứng của răng khôn theo tác giả Khiếu Thanh Tùng là 75% [3]. Có thể là do thời điểm nghiên cứu khác nhau, kiến thức và kỹ năng chăm sóc răng miệng cũng như xu hướng nhổ răng khôn dự phòng trước khi có biến chứng ngày càng phát triển. Chính vì vậy tỷ lệ răng khôn hàm dưới được tiến hành nhổ sớm trước khi khiến bệnh nhân khó chịu ngày càng tăng lên.

Bệnh nhân đến với chúng tôi chủ yếu là nhổ răng để chỉnh nha, bệnh nhân có bệnh lý răng miệng khác, bệnh nhân chuẩn bị đi du học được khám và phát hiện thấy răng khôn hàm dưới lệch ngầm, sau khi nghe chúng tôi tư vấn những tai biến, biến chứng có thể xảy ra và cần nhổ dự phòng. Ngoài ra, biến chứng sâu răng số 7 cũng chiếm tỷ lệ cao vì nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ răng khôn lệch gần cao, răng khôn hàm dưới lệch gần có nguy cơ giắt thức ăn, lâu ngày gây viêm nhiễm và sâu răng số 7.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 48 bệnh nhân với 64 răng khôn hàm dưới lệch ngầm. Có 76,6% răng lệch gần, đa phần răng có hai chân với tỷ lệ chân chụm là 78,1%. Phần lớn bệnh nhân đến khi chưa có biến chứng. Tuy nhiên cần có nghiên cứu trên số lượng bệnh

nhân lớn hơn để có kết luận chính xác hơn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Anh Tùng** (2007). Nhận xét các dạng răng khôn hàm dưới mọc lệch, ngầm và xử trí. Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Lê Ngọc Thanh** (2005). Nhận xét đặc điểm lâm sàng, X quang và đánh giá kết quả phẫu thuật răng khôn hàm dưới mọc lệch, mọc ngầm. Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Phú Thăng, Khiếu Thanh Tùng** (2017). Đánh giá kết quả phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới mọc lệch ngầm theo Parant II có sử dụng máy siêu âm Piezotome. Tạp chí Y Dược học Lâm sàng.
4. **Lê Bá Anh Đức** (2014). Đánh giá hiệu quả của ghép huyết tương giàu yếu tố tăng trưởng sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới khó. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội, 40-43.
5. **Vũ Đức Nguyễn** (2010). Nhận xét đặc điểm lâm sàng, X quang và kết quả phẫu thuật răng khôn hàm dưới mọc lệch, ngầm khó dưới gây mê nội khí quản. Luận văn tốt nghiệp BS CKII, Đại học Y Hà Nội.
6. **Santosh P** (2015). Impacted Mandibular Third Molars: Review of Literature and a Proposal of a Combined Clinical and Radiological Classification. Annals of Medical and Health Sciences Research, 5(4): 229-234.
7. **Matsuyama J, Kinoshita-Kawano S, Hayashi-Sakai S, et al** (2015). Severe impaction of the primary mandibular second molar accompanied by displacement of the permanent second premolar. Case Rep Dent. 2015:582462.

## ĐẶC ĐIỂM HỘI CHỨNG LY GIẢI U Ở TRẺ BỆNH ÁC TÍNH ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Trần Văn Thành\*, Đào Thị Thanh An\*

### TÓM TẮT

**Tổng quan và mục tiêu:** Hội chứng ly giải u (HCLGU) là một tình trạng cấp cứu ung thư, đe dọa tính mạng trẻ mắc bệnh ác tính vì có thể dẫn đến rối loạn nhịp tim, co giật, suy thận và tử vong nếu không được dự phòng và điều trị thích hợp. Nghiên cứu này với mục tiêu khảo sát các đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị liên quan đến HCLGU ở trẻ bệnh ác tính mới được chẩn đoán, điều trị tại Bệnh viện Nhi Đồng 2. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả hàng loạt ca ở trẻ bệnh ác tính mới được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện Nhi Đồng 2 từ tháng 10/2021 đến tháng 5/2022. HCLGU được định nghĩa theo tiêu chuẩn của Cairo - Bishop [5]. Các số liệu được nhập vào Epidata và phân tích bằng phần

mềm STATA 14. **Kết quả:** Chúng tôi ghi nhận 174 trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu với tuổi trung bình lúc nhập viện là  $76,9 \pm 53,6$  tháng và tỷ lệ nam/nữ là 1,32/1. Có 35/174 ca (20,1%) được chẩn đoán HCLGU, trong đó 17 trường hợp (48,6%) xuất hiện tự phát trước hóa trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, HCLGU thường gặp nhất ở nhóm bạch cầu cấp dòng lympho với hơn 2/3 các trường hợp, kế tiếp là lymphoma không Hodgkin (17,2%). Khảo sát 157 trẻ không có HCLGU tại thời điểm chẩn đoán, ghi nhận tỷ lệ bệnh nhi được dự phòng bằng đa truyền dịch và allopurinol là 75 ca (47,8%), trong đó 17/75 trường hợp (22,7%) tiến triển HCLGU. Các trường hợp này được tiếp tục được điều trị đa truyền dịch, allopurinol, điều chỉnh rối loạn điện giải và theo dõi chặt chẽ. Một trường hợp cần chạy thận nhân tạo 6 lần, sau đó được người thân xin về và tử vong tại nhà do sốc nhiễm trùng. **Kết luận:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ HCLGU ở trẻ bệnh ác tính là 20,1%, chủ yếu xảy ra ở trẻ bạch cầu cấp dòng lympho và lymphoma không Hodgkin. Do còn nhiều hạn chế trong việc tiếp cận phương pháp điều trị tiên tiến, chẳng hạn như rasburicase, nên việc phân tầng nguy cơ sớm và

\*Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh  
 Chịu trách nhiệm chính: Đào Thị Thanh An  
 Email: daothithanhan@ump.edu.vn  
 Ngày nhận bài: 6.3.2023  
 Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023  
 Ngày duyệt bài: 5.5.2023