

CLINICAL CHARACTERISTICS AND SURGICAL OUTCOMES OF MANDIBULAR THIRD MOLAR EXTRACTION IN CADETS AT THE VIETNAM MILITARY MEDICAL UNIVERSITY

Mai Van The¹, Lai Trong Bang², Truong Uyen Cuong^{3*}

¹Southern Branch, Vietnam Military Medical University - 84 Thanh Thai, Hoa Hung ward, Ho Chi Minh city, Vietnam

²Military Hospital 87 - 148 Nguyen Thien Thuat, Nha Trang ward, Khanh Hoa province, Vietnam

³Department of Dentistry, Military Hospital 103 - 261 Phung Hung, Ha Dong ward, Hanoi, Vietnam

Received: 21/04/2026

Revised: 20/05/2026; Accepted: 18/06/2026

ABSTRACT

Objective: To evaluate the clinical characteristics, radiographic features, and surgical outcomes of mandibular third molar extraction in cadets at the Vietnam Military Medical University.

Methods: A cross-sectional descriptive study with analytical components, combined with a prospective approach, was conducted on 90 patients undergoing surgery at Military Hospital 103. Clinical, radiographic, and postoperative outcome data were collected and analyzed using Stata 15.0 software.

Results: Common symptoms included pain (45.6%), food impaction (30%), and occlusal discrepancy (53.3%), with a high prevalence of gingivitis (90.6%). Radiographically, most third molars were mesioangularly impacted (78.9%), classified as depth A (76.7%), with bifurcated roots (73.3%), and predominantly located away from the inferior alveolar canal (93.4%). The mean surgical difficulty score was 7.0 ± 0.8 . Intraoperative complications included root fracture (7.8%) and flap tearing (24.4%), with no severe complications observed. Postoperative outcomes showed marked improvement: 91.1% of cases were rated as good at day 7, and 100% at day 30. Mouth opening progressively increased, and pain scores significantly decreased over time.

Conclusions: In young adults, mandibular third molars are predominantly mesioangularly impacted, presenting relatively high surgical difficulty; however, treatment outcomes are favorable with a low complication rate. Comprehensive preoperative assessment and appropriate surgical techniques are essential for optimizing clinical outcomes.

Keywords: Mandibular third molar, wisdom tooth extraction, surgical outcomes.

*Corresponding author

Email: Truonguyencuong103@gmail.com Phone: (+84) 983689987 DOI: 10.52163/yhc.v67i6.5517



ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI Ở SINH VIÊN HỌC VIỆN QUÂN Y

Mai Văn Thế¹, Lại Trọng Bằng², Trương Uyên Cường^{3*}

¹Phân hiệu phía Nam, Học viện Quân y - 84 Thành Thái, phường Hòa Hưng, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Bệnh viện Quân y 87 - 148 Nguyễn Thiện Thuật, phường Nha Trang, tỉnh Khánh Hòa, Việt Nam

³Khoa Răng, Bệnh viện Quân y 103 - 261 Phùng Hưng, phường Hà Đông, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 21/04/2026

Ngày chỉnh sửa: 20/05/2026; Ngày duyệt đăng: 18/06/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số đặc điểm lâm sàng, hình ảnh X quang và kết quả phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới ở sinh viên Học viện Quân y.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, kết hợp tiến cứu trên 90 bệnh nhân, được phẫu thuật tại Bệnh viện Quân y 103. Các chỉ số lâm sàng, X quang và kết quả hậu phẫu được thu thập và phân tích bằng phần mềm Stata 15.0.

Kết quả: Triệu chứng thường gặp gồm đau (45,6%), dắt thức ăn (30%) và sai lệch khớp cắn (53,3%), kèm viêm lợi (90,6%). Trên X quang, răng chủ yếu mọc lệch gần (78,9%), độ sâu loại A (76,7%), chân răng dạng chẻ (73,3%), đa số nằm xa ống răng dưới (93,4%). Điểm độ khó phẫu thuật trung bình $7,0 \pm 0,8$. Tai biến trong mổ gồm gãy chân răng (7,8%) và rách vạt (24,4%), không ghi nhận biến chứng nặng. Kết quả sau mổ cải thiện rõ: ngày 7 có 91,1% tốt và ngày 30 đạt 100% tốt; độ há miệng tăng dần, điểm đau giảm rõ rệt.

Kết luận: Răng khôn hàm dưới ở người trẻ chủ yếu mọc lệch gần, độ khó phẫu thuật cao nhưng kết quả điều trị thuận lợi và ít biến chứng. Đánh giá tiền phẫu đầy đủ và lựa chọn kỹ thuật phù hợp góp phần tối ưu hóa kết quả điều trị.

Từ khóa: Răng khôn hàm dưới, nhổ răng khôn, kết quả phẫu thuật.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng khôn hàm dưới (bao gồm R38 và R48, sau đây gọi chung là R8) là răng mọc muộn nhất trên cung hàm, thường xuất hiện ở lứa tuổi 18-25 khi xương hàm đã ngừng phát triển. Do thiếu khoảng phía sau răng số 7 và sự bất tương xứng giữa kích thước cung hàm và mầm răng, R8 dễ rơi vào tình trạng mọc lệch hoặc mọc ngầm. Các tình trạng này có thể gây ra nhiều biến chứng tại chỗ như viêm quanh thân răng, sâu mặt xa răng số 7, tiêu xương ổ răng, hoặc nặng hơn là nhiễm trùng lan tỏa và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh [1-2].

Phẫu thuật nhổ R8 là một trong những thủ thuật phổ biến trong phẫu thuật miệng - hàm mặt, tuy nhiên mức độ khó và nguy cơ biến chứng phụ thuộc vào nhiều yếu tố như vị trí mọc, độ sâu, hình thể chân răng và mối liên quan với các cấu trúc giải phẫu lân cận. Các nghiên cứu gần đây cho thấy việc đánh giá tiền phẫu toàn diện có vai trò quan trọng trong tiên lượng độ khó và giảm thiểu biến chứng sau phẫu thuật [3-4]. Đồng thời, các yếu tố liên quan đến bệnh nhân như tuổi và tình trạng toàn thân cũng có thể ảnh hưởng đến kết quả điều trị và quá trình hồi phục [5-6].

Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và kết quả phẫu thuật răng khôn hàm dưới, các dữ liệu trên nhóm đối tượng trẻ, khỏe mạnh và được theo dõi chặt chẽ

sau phẫu thuật còn hạn chế. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá một số đặc điểm lâm sàng, X quang và kết quả phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới ở sinh viên Học viện Quân y, góp phần cung cấp thêm bằng chứng cho thực hành lâm sàng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu từ tháng 5/2021 đến tháng 12/2023.

Các đối tượng được thu thập là sinh viên thuộc Hệ 2 và Hệ 4 của Học viện Quân y, không phân biệt giới tính và nơi sinh, dân tộc.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: có chẩn đoán răng khôn hàm dưới mọc lệch, ngầm; đủ điều kiện sức khỏe tiến hành phẫu thuật, và tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: răng khôn hàm dưới không mọc lệch, ngầm hay phẫu thuật với mục đích thẩm mỹ; đang có bệnh lý toàn thân cấp tính hoặc giai đoạn tiến triển nặng của bệnh mạn tính; bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp tiến cứu.

*Tác giả liên hệ

Email: Truonguyencuong103@gmail.com Điện thoại: (+84) 983689987 DOI: 10.52163/yhc.v67i6.5517

- Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện bằng cách chủ động chọn các bệnh nhân có đủ điều kiện chọn và đến thăm khám, phẫu thuật răng khôn hàm dưới tại Bệnh viện Quân y 103. Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi chọn được 90 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn.

- Chỉ số nghiên cứu: biến phụ thuộc là kết quả lâm sàng, X quang, kết quả phẫu thuật; biến độc lập gồm các yếu tố tuổi, giới tính...

- Đơn vị phụ trách điều trị: Bộ môn - Khoa Răng, Bệnh viện Quân y 103.

- Xử lý số liệu: sử dụng phần mềm STATA 15.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng số lượng (n) và tỷ lệ (%), các biến định lượng được mô tả bằng các giá trị trung bình và độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$).

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này được thông qua Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Quân y 103, số 3470/HĐĐĐ. Bệnh nhân được giải thích rõ ràng mục đích nghiên cứu và tự nguyện tham gia. Các thông tin và dữ liệu chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm tuổi và giới tính của đối tượng nghiên cứu (n = 90)

Đặc điểm		Tần suất	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	78	86,7
	Nữ	12	13,3
Tuổi	19-20 tuổi	21	23,3
	21-25 tuổi	69	76,7
	$\bar{X} \pm SD$ (tuổi)	22,1 $\pm$ 1,7	
	Min-max (tuổi)	19-25	

90 bệnh nhân đều là sinh viên quân y, trong đó có 78 là nam và 12 là nữ; tuổi từ 19-25 tuổi.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của răng khôn hàm dưới (n = 90)

Triệu chứng		Tần suất	Tỷ lệ (%)
Cơ năng	Cẩn niêm mạc má	19	21,1
	Dắt thức ăn	27	30,0
	Đau	41	45,6
	Triệu chứng khác	3	3,3
Tình trạng khớp cắn	Có sai lệch khớp cắn	48	53,3
	Khớp cắn tốt	42	46,7
Biến chứng của R8	Chưa có biến chứng	5	5,6
	Loét niêm mạc má (do cắn má)	8	8,9
	Rối loạn khớp cắn	2	2,2
	Sâu R7 + R8 + Viêm quanh thân R8	2	2,2
	Sâu R7 + Viêm quanh thân R8	18	20,0
	Sâu R8 + Viêm quanh thân R8	4	4,4
	Sâu cổ R7 đơn thuần	24	26,7
	Sâu R8 đơn thuần	5	5,6
	Viêm quanh thân R8 đơn thuần	22	24,4

Các triệu chứng thường gặp là đau (45,6%); có sai lệch khớp cắn (53,3%), dắt thức ăn (30%) và kèm theo mắc viêm lợi. Tỷ lệ chưa có biến chứng chỉ là 5,6% và trong số các biến chứng được ghi nhận, sâu cổ R7 đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhất (26,7%), tiếp theo là viêm quanh thân R8 (24,4%).

Bảng 3. Đặc điểm X quang của răng khôn hàm dưới (n = 90)

Đặc điểm		Tần suất	Tỷ lệ (%)
Vị trí trục răng đối với răng kề bên Lệch ngoài Lệch xa Ngang Khác (thẳng, lệch trong, ngược)	Lệch gần	71	78,9
	2	2,2	
	15	16,7	
	2	2,2	
	0	0	
Chiều đứng Loại B	Loại A	69	76,7
	21	23,3	
Hình thể chân răng Chụm Cong Khác (thẳng, dùi trống)	Chẽ	66	73,3
	23	25,6	
	1	1,1	
	0	0	
Quan hệ ống răng dưới với R8 Xa chân R8	Sát chân R8	6	6,6
	84	93,4	
Tương quan khoảng rộng răng và kích thước gần Loại I ($a \geq b$) Loại II ($a < b$)	Loại I ($a \geq b$)	76	84,4
	14	15,6	
Các chỉ số R8	Chiều cao răng (mm)	$\bar{X} \pm SD$	15,5 $\pm$ 0,4
		Trung vị (IQR)	15,5 (15,0-16,0)
		Min-max	14,5-17,0
	Chiều cao thân răng (mm)	$\bar{X} \pm SD$	7,1 $\pm$ 6,2
		Trung vị (IQR)	6,5 (6,0-6,5)
		Min-max	5,0-65,0
	Chiều dài chân (mm)	$\bar{X} \pm SD$	9,1 $\pm$ 0,4
		Trung vị (IQR)	9,0 (9,0-9,5)
		Min-max	8,0-10,0
	Kích thước gần - xa (mm)	$\bar{X} \pm SD$	10,2 $\pm$ 0,8
		Trung vị (IQR)	10,0 (10,0-10,5)
		Min-max	9,0-12,0
	Kích thước cổ răng (mm)	$\bar{X} \pm SD$	8,6 $\pm$ 0,6
		Trung vị (IQR)	8,5 (8,0-9,0)
		Min-max	7,0-9,5
	Số lượng chân răng (cái)	$\bar{X} \pm SD$	2,0 $\pm$ 0,0
		Trung vị (IQR)	2,0 (2,0-2,0)
		Min-max	2,0-2,0
	Quan hệ ống răng dưới với R8 (mm)	$\bar{X} \pm SD$	1,8 $\pm$ 0,3
		Trung vị (IQR)	2,0 (1,5-2,0)
		Min-max	1,0-2,0
	Điểm độ khó	$\bar{X} \pm SD$	7,0 $\pm$ 0,8
		Trung vị (IQR)	7,0 (6,0-7,0)
		Min-max	6,0-9,0

Qua đánh giá X quang, ống răng dưới xa chân R8 là 93,4%, chân R8 dạng chẽ là 73,3%, điểm độ khó theo Pederson chủ yếu là khó và rất khó, trung bình 7,0 $\pm$ 0,8 điểm.

Một số kết quả phẫu thuật:

Tiến hành điều trị, 100% bệnh nhân được phẫu thuật thường, trong đó phẫu thuật loại II theo phân loại Parant là 27 bệnh nhân (30%), loại III là 63 bệnh nhân (70%); có 25 (27,8%) sử dụng vật lười lê còn lại là vật khác. Quá trình phẫu thuật có gãy chân răng là 7 bệnh nhân (7,8%), rách vạt 22 bệnh nhân (24,4%) còn lại không có tai biến khác; 100% bệnh nhân không chảy máu và đau khớp thái dương hàm từ ngày thứ 2 sau phẫu thuật.

Bảng 4. Phương pháp tạo vạt theo hình thể chân răng

Hình thể	Vật khác (n = 25)		Vật lười lê (n = 65)		Răng được phẫu thuật (n = 90)	
	Tần suất	Tỷ lệ (%)	Tần suất	Tỷ lệ (%)	Tần suất	Tỷ lệ (%)
Chê	24	96,0	42	64,6	66	73,3
Chụm	0	0	23	35,4	23	25,6
Cong	1	4,0	0	0	1	1,1
p	< 0,001					

Ghi chú: Kiểm định Fisher's exact.

Lựa chọn phương pháp tạo vạt có khác biệt giữa các hình thể chân răng khác nhau ($p < 0,001$), trong đó vật lười lê thường áp dụng trong chân răng kê hoặc sử dụng vật khác, tuy nhiên ít khi sử dụng cho hình thể chân răng chụm.

Bảng 5. Biến chứng trong phẫu thuật và hình thể chân răng

Hình thể	Biến chứng				Không biến chứng (n = 61)	
	Gãy chân răng (n = 7)		Rách vạt (n = 22)			
	Tần suất	Tỷ lệ (%)	Tần suất	Tỷ lệ (%)	Tần suất	Tỷ lệ (%)
Chê	6	85,7	21	95,5	39	63,9
Chụm	0		1	4,5	22	36,1
Cong	1	14,3	0		0	0
p	< 0,001					

Ghi chú: Kiểm định Fisher's exact.

Biến chứng gặp nhiều với R8 có hình thể chân răng kê là 27 bệnh nhân, biến chứng ở R8 có chân răng chụm hoặc cong đều chỉ có 1 bệnh nhân. Biến chứng rách vạt ở R8 có chân răng kê hay gặp hơn biến chứng gãy chân răng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 6. Đánh giá kết quả phẫu thuật răng khôn hàm dưới (n = 90)

Kết quả	Ngày 2 sau mổ (1)		Ngày 7 sau mổ (2)		Ngày 30 sau mổ (3)	
	Tần suất	Tỷ lệ (%)	Tần suất	Tỷ lệ (%)	Tần suất	Tỷ lệ (%)
Khá	90	100,0	8	8,9	0	0
Tốt	0	0	82	91,1	90	100,0

Kết quả		Ngày 2 sau mổ (1)		Ngày 7 sau mổ (2)		Ngày 30 sau mổ (3)	
		Tần suất	Tỷ lệ (%)	Tần suất	Tỷ lệ (%)	Tần suất	Tỷ lệ (%)
Điểm VAS	0 điểm	0	0	58	64,4	89	98,9
	1 điểm	55	61,1	32	35,6	1	1,1
	2 điểm	24	26,7	0	0	0	0
	3 điểm	0	0	0	0	0	0
	4 điểm	11	12,2	0	0	0	0
p		$p_{1,2} < 0,001$; $p_{1,3} < 0,001$; $p_{2,3} < 0,001$					
Điểm đau (VAS)	$\bar{X} \pm SD$	1,6 $\pm$ 1,0		0,4 $\pm$ 0,5		0,0 $\pm$ 0,1	
	Min-max	0-4		0-1		0-1	
Há miệng (mm)	$\bar{X} \pm SD$	45,7 $\pm$ 2,1		47,9 $\pm$ 2,0		49,9 $\pm$ 1,9	
	Min-max	40-49		41-52		44-55	

Ghi chú: Kiểm định Wilcoxon signed-rank test.

Đánh giá điểm đau VAS tại ngày 2 sau mổ, ngày 7 sau mổ và ngày 30 sau mổ cho thấy mức đau thấp, ở ngày 2 sau mổ có mức đau vừa là 11 bệnh nhân chiếm 12,2%, các mốc theo dõi sau đó đều chỉ còn đau mức nhẹ và không đau. Sự khác biệt điểm đau ở 3 thời điểm theo dõi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Dưới sự đánh giá của chúng tôi, kết quả ngày 2 sau mổ có 100% khá, tiến triển tốt hơn rõ ràng ở ngày 7 sau mổ có 91,1% tốt và ngày 30 sau mổ là 100% tốt. Chỉ số há miệng tốt dần và điểm đau VAS giảm dần theo thời gian.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tập trung vào các bệnh nhân trẻ tuổi từ 19-25, cho thấy rằng khôn hàm dưới chủ yếu mọc lệch gần (78,9%) và có độ khó phẫu thuật tương đối cao theo thang điểm Pederson (7,0 $\pm$ 0,8 điểm). Kết quả này phù hợp với xu hướng chung đã được ghi nhận trong y văn, khi lệch gần là dạng hay gặp nhất do hạn chế khoảng phía sau răng số 7 và hướng phát triển sinh lý của răng khôn. Các tổng quan gần đây về yếu tố nguy cơ và chỉ định nhổ răng khôn cũng cho thấy các trường hợp cần can thiệp phẫu thuật thường tập trung ở các dạng mọc lệch, đặc biệt là lệch gần và mọc ngầm [3]. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng phân bố này có thể thay đổi tùy theo đặc điểm dân số và tiêu chuẩn chỉ định phẫu thuật.

Về tương quan giải phẫu trên phim X quang kỹ thuật số, phần lớn R8 trong nghiên cứu nằm xa ống răng dưới (93,4%), chỉ có tỷ lệ nhỏ tiếp xúc gần (6,6%). Yếu tố này có ý nghĩa lâm sàng quan trọng, vì mối liên quan chặt chẽ giữa chân răng và ống răng dưới đã được chứng minh là liên quan đến tăng nguy cơ tổn thương thần kinh sau phẫu thuật. Renton T và cộng sự (2020), trong một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, nhấn mạnh vai trò của đánh giá nguy cơ trước mổ và lựa chọn kỹ thuật phù hợp (như coronectomy) nhằm giảm thiểu tổn thương thần kinh trong các trường hợp nguy cơ cao [4]. Do đó, tỷ lệ thấp các trường hợp tiếp xúc gần trong nghiên cứu của chúng tôi có thể được xem là một yếu tố thuận lợi về mặt tiên lượng, mặc dù nghiên cứu chưa được thiết kế để đánh giá mối liên quan nhân quả giữa yếu tố này và biến chứng thần kinh.

Độ khó phẫu thuật trong nghiên cứu ở mức cao, điều này có thể liên quan đến đặc điểm đối tượng là người trẻ (19-25 tuổi), khi chân răng đã phát triển hoàn chỉnh và xương ổ răng có mật độ cao hơn so với giai đoạn sớm, làm tăng lực cản trong quá trình lấy răng. Các nghiên cứu gần đây cho thấy độ khó phẫu thuật là kết quả của sự tương tác giữa nhiều yếu tố, bao gồm vị trí mọc, độ sâu, hình thể chân răng và đặc điểm xương ổ răng, trong đó tuổi là một yếu tố cần được cân nhắc trong đánh giá tiền phẫu [5]. Kết quả này cũng phù hợp với tỷ lệ cao các trường hợp cần áp dụng kỹ thuật phẫu thuật loại III theo Parant trong nghiên cứu.

Mặc dù độ khó tương đối cao, kết quả hậu phẫu lại rất khả quan, với 100% bệnh nhân đạt kết quả tốt sau 30 ngày, kèm theo cải thiện rõ rệt về há miệng và giảm đau. Xu hướng này phù hợp với các nghiên cứu trước đó, trong đó các triệu chứng hậu phẫu như đau và hạn chế há miệng thường giảm đáng kể trong tuần đầu và tiếp tục cải thiện trong các tuần tiếp theo [7]. Một yếu tố có thể góp phần vào kết quả thuận lợi là đặc điểm đối tượng trẻ tuổi, vốn được cho là có khả năng tái tạo mô tốt hơn và ít bệnh lý toàn thân kèm theo. Tuy nhiên, do nghiên cứu không có nhóm so sánh theo độ tuổi, nhận định này chỉ nên được xem là giả thuyết cần kiểm chứng thêm.

Về tai biến phẫu thuật, tỷ lệ gãy chân răng (7,8%) và rách vạt (24,4%) trong nghiên cứu nằm trong khoảng được báo cáo gần đây. Một phân tích tổng hợp của Ali A và cộng sự (2023) cho thấy biến chứng sau nhổ R8 rất đa dạng, trong đó các biến cố nhẹ liên quan đến thao tác phẫu thuật có thể gặp với tần suất thay đổi tùy theo độ khó và kỹ thuật thực hiện [6]. Việc không ghi nhận các biến chứng nặng như chảy máu kéo dài hay tổn thương thần kinh cho thấy quy trình phẫu thuật trong nghiên cứu là an toàn trong bối cảnh lựa chọn bệnh nhân phù hợp. Ngoài các yếu tố giải phẫu, vai trò của phẫu thuật viên và quy trình điều trị cũng cần được xem xét. Một số nghiên cứu gợi ý rằng kinh nghiệm phẫu thuật viên và việc tuân thủ quy trình chuẩn có thể liên quan đến giảm biến chứng và cải thiện kết quả điều trị [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phẫu thuật được thực hiện tại cơ sở chuyên khoa với theo dõi hậu phẫu chặt chẽ, có thể là yếu tố góp phần vào kết quả thuận lợi.

Nghiên cứu này còn một số hạn chế. Thứ nhất, đối tượng nghiên cứu trẻ, cỡ mẫu nhỏ, và chưa đại diện cho cộng đồng rộng hơn. Thứ hai, thời gian theo dõi 30 ngày chưa đủ để đánh giá các biến chứng muộn. Thứ ba, nghiên cứu chưa phân tích sâu mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và kết quả phẫu thuật. Các nghiên cứu tiếp theo với thiết kế tiến cứu, cỡ mẫu lớn hơn và phân tích đa biến là cần thiết để làm rõ các yếu tố tiên lượng.

5. KẾT LUẬN

Răng khôn hàm dưới trong nhóm bệnh nhân trẻ tuổi chủ yếu mọc lệch gần, có độ khó phẫu thuật cao nhưng kết

quả điều trị tốt, phù hợp với xu hướng chung trong y văn và gợi ý rằng việc đánh giá tiền phẫu toàn diện, lựa chọn kỹ thuật phù hợp và kiểm soát tốt quy trình điều trị có thể tối ưu hóa kết quả ngay cả trong các trường hợp khó.

Chúng tôi trân trọng cảm ơn các cơ quan, đơn vị, các bác sĩ và sinh viên quân y đã tham gia, phối hợp và hỗ trợ chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Shital P, Saloni M, Faizan S et al. Impacted mandibular third molars: a retrospective study of 1198 cases to assess indications for surgical removal, and correlation with age, sex and type of impaction - a single institutional experience. *Journal of maxillofacial and oral surgery*, 2017, 16 (1): 79-84. doi: 10.1007/s12663-016-0929-z
- [2] Đinh Thị Thanh Thủy. Tình trạng răng khôn hàm dưới mọc lệch, ngấm ở các dạng hình thái mật theo chiều trước sau. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 2018, 2 (22): 55-61.
- [3] Susarla S.M, Dodson T.B. Risk factors for third molar extraction difficulty and complications. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics*, 2021, 33 (1): 107-118. doi: 10.1016/j.joms.2004.05.214
- [4] Renton T, Hankins M, Sproate C, McGurk M. A randomised controlled clinical trial to compare the incidence of injury to the inferior alveolar nerve as a result of coronectomy and removal of mandibular third molars. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 2020, 58 (4): 408-414. doi: 10.1016/j.bjoms.2004.09.002
- [5] Blondeau F, Daniel N.G. Extraction of impacted mandibular third molars: postoperative complications and their risk factors. *Journal of the Canadian Dental Association*, 2007, 73 (4): 325.
- [6] Ali A et al. Complications of mandibular third molar surgery: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 2023, 52 (2): 150-162. doi: 10.1016/j.joms.2006.11.013
- [7] Baqain Z.H, Karaky A.A, Sawair F et al. Frequency estimates and risk factors for postoperative morbidity after third molar removal. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 2021, 79 (6): 1214-1221. doi: 10.1016/j.joms.2008.06.047
- [8] Jerjes W, Upile T, Nhembe F et al. Experience versus complication rate in third molar surgery. *Head & Face Medicine*, 2022, 18 (1): 12-20. doi: 10.1186/1746-160x-2-14