

# So sánh kết quả lâm sàng sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới lệch ngầm bằng vật tam giác và vật hình phẩy

Nguyễn Hà Quốc Trung<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Hoàng Yến<sup>1</sup>, Trần Tấn Tài<sup>1\*</sup>  
(1) Khoa Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế

## Tóm tắt

**Đặt vấn đề:** Phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới là một loại phẫu thuật phổ biến. Các biến chứng sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới như sưng, đau, há miệng hạn chế gây ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống bệnh nhân. Các phương pháp để làm giảm các biến chứng và cải thiện tình trạng lành thương là trọng tâm của nhiều nghiên cứu. **Mục tiêu:** So sánh tình trạng lành thương và biến chứng sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới giữa hai loại vật tam giác và vật hình phẩy. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thử nghiệm lâm sàng với thiết kế nửa miệng. 30 bệnh nhân khỏe mạnh được phẫu thuật lần lượt hai răng khôn hàm dưới có cùng độ lệch, ngầm như nhau với vật tam giác và vật hình phẩy. **Kết quả:** Vật hình phẩy có mức độ đau, sưng và độ há miệng hạn chế ít hơn vật tam giác vào ngày thứ 1 và ngày thứ 2 sau phẫu thuật, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Vào ngày thứ 7, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai loại vật đối với mức độ sưng, đau và há miệng hạn chế ( $p > 0,05$ ). **Kết luận:** Vật hình phẩy cho thấy hiệu quả trong việc giảm mức độ sưng, đau, há miệng hạn chế sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới tốt hơn so với vật tam giác.

**Từ khóa:** phẫu thuật răng khôn hàm dưới, thiết kế nửa miệng, vật hình phẩy, vật tam giác.

## Abstract

# Comparison of triangle flap and comma-shaped flap of clinical results after third molar surgery

Nguyen Ha Quoc Trung<sup>1</sup>, Nguyen Thi Hoang Yen<sup>1</sup>, Tran Tan Tai<sup>1\*</sup>  
(1) Odonto-Stomatology Faculty, University of Medicine and Pharmacy, Hue University

**Background:** The extraction of the mandibular third molar is a common oral surgical procedure. Postoperative complications after third molar surgery such as swelling, pain, and trismus have a considerable influence on the quality of life in patients. Methods to alleviate these complications have been the focus of a lot of studies. **Aim:** To evaluate the surgical wound and postoperative complications after third molar surgery by comparing two different flaps: triangle flap and comma-shaped flap. **Materials and Methods:** a clinical trial with a split-mouth design. Thirty healthy patients were subjected to surgical extraction of both impacted mandibular third molars, located in a similar clinical and radiographic position. Two different flaps are used: triangle flap and comma-shaped flap. **Result:** The parameters of pain, swelling, and trismus in the comma-shaped flap group were greater than in the triangle flap group on postoperative days 1 and 2, with a statistically significant difference ( $p < 0.05$ ). On day 7, no significant interference was found between the 2 groups for all parameters of pain, swelling, and trismus ( $p > 0.05$ ). **Conclusion:** The comma-shaped flap is better than the triangle flap concerning postoperative pain, swelling, and trismus.

**Key word:** Lower third molar surgery, split-mouth design, comma-shaped flap, triangle flap.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới là một phẫu thuật khá phổ biến, chiếm tỷ lệ cao trong các trường hợp phẫu thuật miệng, là một can thiệp thường xuyên gây nên các tình trạng đau, sưng nề, há miệng hạn chế, chảy máu, nhiễm khuẩn, viêm ổ răng ứ đọng, khô... đồng thời gây tổn thương mô nha chu cũng như là một trong những nguyên nhân của sự mất bám dính ở mặt xa

răng 7, hay sự hình thành và tồn tại các túi nha chu ở răng 7 sau nhổ răng số 8. Điều này đã được nhiều nhà nghiên cứu trên thế giới kết luận (1,2).

Ngày nay, với sự hỗ trợ của trang thiết bị hiện đại, các tai biến nghiêm trọng trong phẫu thuật xảy ra ít hơn, do đó vấn đề mà các nhà chuyên môn quan tâm hiện nay là các biến chứng và sự lành thương xảy ra với mức độ khác nhau sau phẫu thuật (3). Trước đây, nhiều

phương pháp để làm giảm bớt các biến chứng này đã được nghiên cứu, bao gồm các kiểu thiết kế vạt khác nhau như vạt bao, vạt tam giác, vạt hình thang cùng biến thể của chúng...(3), (4), sử dụng các kỹ thuật khâu đóng như khâu kín hoặc khâu kín một phần (6), sử dụng các thuốc: thuốc giảm đau, corticosteroid, kháng sinh...(7). Các phương pháp khác được ứng dụng hỗ trợ bao gồm biện pháp vật lý trị liệu như liệu pháp chườm lạnh - chườm nóng, gần đây là ứng dụng PRF (Platelet Rich Fibrin) và laser mang lại hiệu quả cao (8). Tuy nhiên, việc ứng dụng PRF và laser trong phẫu thuật nhổ răng khôn đòi hỏi phải có chi phí cao để đầu tư trang thiết bị.

Nhiều tác giả cho rằng thiết kế vạt trong phẫu thuật nhổ răng khôn đóng một vai trò quan trọng, cải thiện tình trạng của bệnh nhân sau phẫu thuật. Một số loại vạt được sử dụng theo thói quen cho đến tận ngày nay như vạt bao, vạt tam giác, vạt hình thang ... vẫn chưa đạt được hiệu quả tốt nhất (9,10). Ở Việt Nam, vạt tam giác là một trong các loại vạt được sử dụng phổ biến trong phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới với đường rạch được tạo bởi một cạnh từ góc xa - ngoài của răng lên đường chéo ngoài cành cao và một cạnh theo đường bóc tách quanh cổ của răng khôn đến răng cối dưới kế bên. Tuy loại vạt này có nhiều ưu điểm nhưng tồn tại một số khuyết điểm như làm tổn thương mô nướu cổ răng kế cận và khó may khi răng kế cận có thân thấp, lệch chỗ hay có chụp mào (1). Vào năm 2002, Nageshwar đã giới thiệu một loại vạt mới với tên gọi vạt hình phẩy được mô tả là một đường rạch có dạng hình phẩy, bắt đầu từ phía xa của đáy ngách hành lang đi ra trước đến điểm dưới chân răng cối lớn thứ hai, từ điểm này tạo một đường cong lồi về phía gần và kết thúc ở góc xa ngoài của thân răng cối lớn thứ hai, đường rạch tiếp tục vòng quanh mặt xa của răng này. Tác giả cho rằng kiểu thiết kế loại vạt này tương đối dễ thực hiện, tạo được đường rạch trên xương, cho phép nhìn rõ toàn bộ phẫu trường đồng thời không ảnh hưởng đến tam giác hậu hàm cũng như gân cơ cắn (11). Theo nghiên cứu của Nageshwar (2002) (11) và sau này của Shaikh AA (2018) bước đầu cho thấy kết quả hậu phẫu tốt, tuy nhiên các nghiên cứu này vẫn chưa đầy đủ, số liệu vẫn còn hạn chế. Hơn nữa vẫn chưa có một công trình nào được thực hiện tại Việt Nam do vậy chưa thật sự khẳng định được tính hiệu quả của loại vạt trên so với các loại vạt truyền thống mà ở đây là vạt tam giác.

Với những lý do trên, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu với mục tiêu: so sánh kết quả lâm sàng sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới lệch ngầm giữa hai loại vạt, vạt hình phẩy và vạt tam giác.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 30 bệnh nhân khỏe mạnh, có chỉ định và nhu cầu phẫu thuật cả hai răng 38 và 48. Răng 38 và 48 cùng độ lệch và ngầm như nhau (được đánh giá qua phim Xquang và khám lâm sàng). Tất cả bệnh nhân có tình trạng vệ sinh răng miệng tốt, không có các triệu chứng như đau, sưng mặt, há miệng hạn chế do bất kỳ nguyên nhân nào trong vòng 10 ngày trước phẫu thuật. Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

#### Thiết kế nghiên cứu

Thử nghiệm lâm sàng với thiết kế nửa miệng, mù đơn (nghiên cứu trên cùng 1 bệnh nhân có 2 răng lệch như nhau sử dụng hai kỹ thuật tạo vạt khác nhau)

#### Quy trình thu thập số liệu

##### Trước phẫu thuật:

- Khám lâm sàng, giải thích các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật răng khôn hàm dưới lệch, ngầm.

- Thực hiện xét nghiệm thường quy, chụp phim toàn cảnh hoặc phim hàm chéo.

Ghi nhận những thông tin hành chính: họ tên, tuổi, giới tính, địa chỉ trong phiếu "thu thập dữ liệu".



Hình 1. Vạt tam giác



Hình 2. Vạt hình phẩy

**Trong phẫu thuật**

- Bệnh nhân được đánh dấu các điểm mốc trên mặt và ghi nhận các số đo trước phẫu thuật: khoảng cách chân dài tai - khớp miệng, góc hàm - khớp mắt ngoài, độ há miệng tối đa.

- Tất cả các bệnh nhân đều được phẫu thuật theo đúng qui trình kĩ thuật tại Phòng khám Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế, bởi cùng một Bác sĩ trong nhóm nghiên cứu.

**Cách chọn kĩ thuật tạo vạt trong phẫu thuật**

Kĩ thuật tạo vạt được chọn một cách ngẫu nhiên theo thiết kế nửa miệng, trong lần phẫu thuật đầu tiên. Sau đó bệnh nhân được phẫu thuật răng bên đối diện và tạo vạt với kĩ thuật còn lại cách lần phẫu thuật trước bốn tuần.

- Đối với nhóm tạo vạt tam giác: Một đường rạch từ góc xa - ngoài của răng khôn lên đường chéo ngoài cạnh cao. Một đường rạch quanh cổ của răng khôn và răng kế cận.

- Đối với nhóm tạo vạt hình phẩy: một đường rạch có dạng hình phẩy, bắt đầu từ phía xa của đáy ngách hành lang đi ra trước đến điểm dưới chân răng cối lớn thứ hai, từ điểm này tạo một đường cong lồi về phía gần và kết thúc ở góc xa ngoài của thân răng cối lớn thứ hai, đường rạch tiếp tục vòng quanh hết mặt xa của răng cối lớn thứ hai này.

**Sau phẫu thuật**

- Tất cả các bệnh nhân sau phẫu thuật nhổ răng đều được kê đơn thuốc giống nhau trong năm ngày gồm: Cefalexin 500 mg, ngày uống 3 lần, mỗi lần 1 viên; Alphachymotrypsin 4,2 mg, ngày uống 2 lần,

mỗi lần 2 viên; Paracetamol 500 mg, ngày uống 3 lần, mỗi lần 1 viên.

- Bệnh nhân được dặn dò làm theo hướng dẫn chăm sóc sau phẫu thuật nhổ răng, hẹn tái khám vào ngày thứ 1, ngày thứ 2 và ngày thứ 7 sau phẫu thuật.

**2.2. Các biến số nghiên cứu**

- Mức độ đau sau phẫu thuật: Do bệnh nhân tự đánh giá bằng cách sử dụng thang điểm cường độ đau dạng số (Numerical Rating Scale - NRS), đánh giá vào thời điểm ngày thứ 1, ngày thứ 2 và ngày thứ 7 sau phẫu thuật.-Độ lồi má (mm): Khoảng cách từ khớp mắt ngoài đến góc hàm và từ khớp miệng đến chân dài tai được xác định bằng thước dây mềm vào trước phẫu thuật, ngày thứ 1, ngày thứ 2 và ngày thứ 7 sau phẫu thuật.-Mức độ sưng sau phẫu thuật (%): Là tỷ lệ % chênh lệch độ lồi má sau và trước phẫu thuật.

- Há miệng tối đa (mm): khoảng cách giữa bờ cắn răng cửa giữa hàm trên và răng cửa giữa hàm dưới, vào trước phẫu thuật, ngày thứ 1, ngày thứ 2 và ngày thứ 7 sau phẫu thuật.

- Độ há miệng tối đa (%): là tỷ lệ % chênh lệch há miệng tối đa sau và trước phẫu thuật.

**2.3. Xử lý số liệu**

- Sử dụng phép thống kê mô tả để ghi nhận tình trạng đau, sưng và há miệng hạn chế sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới

- Sử dụng t-test bắt cặp để so sánh sự khác biệt về mức độ đau, sưng và há miệng hạn chế sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới giữa hai kĩ thuật tạo vạt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

**3. KẾT QUẢ**

**3.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu**

**Bảng 1.** Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Giới tính	Số bệnh nhân (%)	Tuổi (Trung bình (TB) ± Độ lệch chuẩn (ĐLC))
Nam	7 (23,3)	22,57 ± 2,37
Nữ	23 (76,7)	22,22 ± 2,66
Tổng	30 (100)	22,30 ± 2,56

Tuổi trung bình của bệnh nhân phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới là 22,30 ± 2,56.

Nữ giới phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới chiếm tỉ lệ 76,7% cao hơn tỉ lệ nam giới là 23,3%.

**3.2. So sánh kết quả lâm sàng sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới lệch ngầm giữa 2 loại vạt**

**Bảng 2.** So sánh mức độ đau sau phẫu thuật của hai kĩ thuật tạo vạt

Thời điểm	Loại vạt	Vật tam giác	Vật hình phẩy	P
		Mức độ đau (TB ± ĐLC)	Mức độ đau (TB ± ĐLC)	
Ngày thứ 1		4,77 ± 1,22	3,17 ± 1,18	0,001
Ngày thứ 2		3,03 ± 1,47	2,17 ± 1,27	0,010
Ngày thứ 7		0,00 ± 0,41	0,07 ± 0,25	0,157

Kết quả nghiên cứu cho thấy kĩ thuật tạo vạt hình phễu có mức độ đau ít hơn kĩ thuật tạo vạt tam giác vào ngày thứ 1 và ngày thứ 2 sau phẫu thuật, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Mức độ đau vào ngày thứ 7 sau phẫu thuật giữa hai kĩ thuật tạo vạt khác nhau không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

**3.3. So sánh mức độ sưng sau phẫu thuật của hai kĩ thuật của hai kĩ thuật tạo vạt**

**Bảng 3.** So sánh mức độ sưng sau phẫu thuật của hai kĩ thuật tạo vạt

Loại vạt	Vạt tam giác		P
	Mức độ sưng (TB ± ĐLC)	Vạt hình phễu	
Thời điểm	Mức độ sưng (TB ± ĐLC)	Mức độ sưng (TB ± ĐLC)	
Ngày thứ 1	3,65 ± 1,56	2,72 ± 1,18	0,001
Ngày thứ 2	5,51 ± 2,41	4,20 ± 1,27	0,001
Ngày thứ 7	0,08 ± 0,22	0,00 ± 0,00	0,068

Kết quả nghiên cứu cho thấy kĩ thuật tạo vạt hình phễu có mức độ sưng ít hơn kĩ thuật tạo vạt tam giác vào ngày thứ 1 và ngày thứ 2 sau phẫu thuật, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Mức độ sưng vào ngày thứ 7 sau phẫu thuật giữa hai kĩ thuật tạo vạt khác nhau không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

**3.4. So sánh mức độ há miệng hạn chế sau phẫu thuật của hai kĩ thuật tạo vạt**

**Bảng 4.** So sánh mức độ há miệng hạn chế sau phẫu thuật của hai kĩ thuật tạo vạt

Loại vạt	Vạt tam giác		P
	Mức độ há miệng hạn chế (TB ± ĐLC)	Vạt hình phễu	
Thời điểm	Mức độ há miệng hạn chế (TB ± ĐLC)	Mức độ há miệng hạn chế (TB ± ĐLC)	
Ngày thứ 1	23,09 ± 11,8	17,24 ± 6,98	0,005
Ngày thứ 2	13,56 ± 6,51	9,37 ± 5,61	< 0,001
Ngày thứ 7	0,48 ± 1,22	0,30 ± 1,19	0,260

Kết quả nghiên cứu cho thấy kĩ thuật tạo vạt hình phễu có mức độ há miệng hạn chế ít hơn kĩ thuật tạo vạt tam giác vào ngày thứ 1 và ngày thứ 2 sau phẫu thuật, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Mức độ há miệng hạn chế vào ngày thứ 7 sau phẫu thuật giữa hai kĩ thuật tạo vạt khác nhau không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

**4. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu**

Mức độ sưng, đau, há miệng hạn chế sau can thiệp phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới phụ thuộc vào nhiều yếu tố như mức độ chấn thương khi can thiệp, độ khó nhổ của phẫu thuật và đáp ứng của cơ thể mỗi người (2). Mức độ chấn thương khi can thiệp phụ thuộc vào độ khó của răng cần nhổ và kĩ năng chuyên môn của phẫu thuật viên; đáp ứng của cơ thể mỗi người khác nhau, nó tùy thuộc vào độ tuổi, giới tính, cơ địa của từng người (13). Do đó để giảm tối đa những yếu tố ảnh hưởng và giúp cho việc đánh giá chính xác hơn mức độ sưng, đau, há miệng hạn chế giữa 2 nhóm sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới chúng tôi thực hiện nghiên cứu với thiết kế nửa miệng. Với thiết kế nghiên cứu này thì sự phân bố bệnh nhân theo tỉ lệ nam : nữ, độ tuổi, răng khôn có cùng độ lệch, ngậm như nhau cho cả 2 nhóm (bảng 1). Hơn nữa, tất cả bệnh nhân đều được phẫu thuật bởi cùng một phẫu thuật viên có kinh nghiệm tại khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. Ngoài ra, để so sánh giữa 2 nhóm được chính xác hơn thì giữa 2 lần phẫu thuật trên cùng

một bệnh nhân có thời gian phục hồi hoàn toàn trước khi tiến hành phẫu thuật răng khôn bên còn lại. Thiết kế nghiên cứu này giống với các nghiên cứu của Saravana Kumar (2013), Saraswat (2018), Ashiq A. (2019), Anisuzzaman (2019) hay Malhotra (2020) (4,14–17)

**4.2. So sánh các biến chứng sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới giữa kĩ thuật tạo vạt tam giác và vạt hình phễu**

Sưng, đau, há miệng hạn chế là các biến chứng hay gặp nhất sau phẫu thuật răng khôn hàm dưới lệch, ngậm (18). Nguyên nhân thường liên quan đến độ khó của phẫu thuật, các chấn thương trong quá trình phẫu thuật như tạo vạt, khoan cắt xương để tiếp cận được với răng cần phẫu thuật (2).

Thiết kế nửa miệng trong nghiên cứu đã giúp đồng nhất được một số yếu tố như yếu tố cơ địa, đặc điểm lâm sàng, mức độ khó nhổ của răng khôn, chăm sóc hậu phẫu..., nhờ vậy hạn chế được các yếu tố gây nhiễu. Do đó kết quả có được tập trung vào ảnh hưởng của từng kĩ thuật tạo vạt đến mức độ sưng, đau, há miệng hạn chế sau phẫu thuật.

Về thời điểm đánh giá mức độ sưng, đau và há



miệng hạn chế, Nguyễn Thị Minh Hân (2010) ghi nhận đau nhiều nhất xảy ra trong vòng 24 giờ đầu sau phẫu thuật, sưng nhiều nhất vào ngày thứ 1 và thứ 2 sau phẫu thuật (19). Theo Osunde O.D. (2012), mức độ đau và há miệng hạn chế xảy ra cao nhất vào ngày thứ 1 sau phẫu thuật, mức độ sưng nhiều nhất vào ngày thứ 2 sau phẫu thuật (13). Nhiều nghiên cứu khác đều ghi nhận sự suy giảm mức độ đau, sưng và há miệng hạn chế diễn ra trong vòng một tuần đầu sau phẫu thuật (4,14–17). Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá đồng thời 3 yếu tố bao gồm sưng, đau và há miệng hạn chế. Để phù hợp với diễn tiến của mỗi yếu tố, chúng tôi đánh giá tình trạng sưng, đau và há miệng hạn chế vào ngày thứ 1, ngày thứ 2 và ngày thứ 7 sau phẫu thuật. Lựa chọn như vậy giúp chúng tôi có thể dễ dàng hơn trong việc đánh giá sự khác biệt giữa nhóm tạo vật tam giác và nhóm tạo vật hình phẩy. Hơn nữa, đây là thời điểm gây trở ngại nhiều nhất cho bệnh nhân, tái đánh giá ở những thời điểm này có thể giúp theo dõi sát bệnh nhân, xử trí kịp thời những biến chứng sau phẫu thuật nếu có.

#### **4.3. So sánh mức độ đau sau phẫu thuật của hai kỹ thuật tạo vật**

Y vẫn ghi nhận nhiều phương pháp để đánh giá tình trạng đau sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu chúng tôi sử dụng thang điểm cường độ đau dạng số (Numerical Rating Scale - NRS). Ưu điểm của thang này là giúp cho bệnh nhân tự đánh giá mức độ đau một cách chính xác và khách quan hơn. Các nghiên cứu trên thế giới cũng thường sử dụng thang đánh giá này như Nageshwar (2002), Malhotra (2020) (11,17).

Điểm số NRS cho tình trạng đau trước phẫu thuật ở tất cả các bệnh nhân bằng 0 để không có ảnh hưởng đến điểm số đau sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu này, việc chọn kỹ thuật tạo vật có ảnh hưởng đến mức độ đau trong 2 ngày đầu sau phẫu thuật. Nhóm tạo vật hình phẩy có mức độ đau ít hơn nhóm tạo vật tam giác vào ngày thứ 1 và thứ 2 sau phẫu thuật, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Tuy nhiên, vào ngày thứ 7 sau phẫu thuật, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ) giữa hai kỹ thuật tạo vật. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nageshwar (2002), Saravana (2013) (11,16).

#### **4.4. So sánh mức độ sưng sau phẫu thuật của hai kỹ thuật tạo vật**

Độ sưng mắt được đánh giá bằng cách tính hiệu số độ lồi má sau và trước phẫu thuật. Phương pháp đánh giá này rõ ràng là không chính xác như phương pháp chụp cắt lớp vi tính hay cộng hưởng từ để tạo các phép đo chính xác về thể tích mô mềm,

nhưng đây là một phương pháp đơn giản, tiết kiệm chi phí và thời gian nhằm cung cấp dữ liệu số xác định sự thay đổi của mô mềm.

Kết quả nghiên cứu cho thấy mức độ sưng ở nhóm tạo vật hình phẩy thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm tạo vật tam giác vào ngày thứ 1 và ngày thứ 2 sau phẫu thuật. Mặc dù mức độ sưng vào ngày thứ 7 sau phẫu thuật giữa hai kỹ thuật tạo vật không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê nhưng ghi nhận mức độ sưng ở nhóm tạo vật hình phẩy có giá trị thấp hơn. Một số nghiên cứu trước đó có kết quả tương đồng như nghiên cứu của của Nageshwar (2002), Saravana Kumar (2013) (11,16).

#### **4.5. So sánh mức độ há miệng hạn chế sau phẫu thuật của hai kỹ thuật tạo vật**

Trong nghiên cứu này, ở nhóm tạo vật hình phẩy độ há miệng hạn chế ít hơn nhóm tạo vật tam giác vào ngày thứ 1 và ngày thứ 2 sau phẫu thuật, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Vào ngày thứ 7 sau phẫu thuật, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 kỹ thuật tạo vật về độ há miệng hạn chế. Kết quả nghiên cứu này tương tự với các nghiên cứu của Nageshwar (2002), Saravana Kumar (2013), Ashiq A. (2019) (4,11,16).

Một số tác giả khác đã đánh giá ảnh hưởng của việc tạo vật đối với các biến chứng sau phẫu thuật nhờ răng khôn hàm dưới. Saraswat (2018) đã nghiên cứu trên 40 bệnh nhân để so sánh về kết quả sau phẫu thuật nhờ răng khôn hàm dưới giữa hai kỹ thuật tạo vật hình phẩy và kỹ thuật của Ward cho thấy vật hình phẩy có ý nghĩa thống kê (14). Một nghiên cứu khác tương tự được đưa ra bởi Anisuzzaman vào năm 2019 với cỡ mẫu lớn hơn 100 cho kết quả tương đồng (15). Lợi ích của kỹ thuật tạo vật hình phẩy được tác giả đưa ra bao gồm: nhìn rõ được phẫu trường từ đó có thể xử dụng các kỹ thuật mở xương, khoan cắt phần răng răng lệch ngầm; dễ dàng đặt vật lại đúng vị trí chỉ với từ 1 đến 2 mũi khâu; Đường rạch luôn nằm trên phần xương lành và không liên quan đến khối mỡ má cũng như gân cơ thái dương (11).

Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi gợi ý rằng kỹ thuật tạo vật hình phẩy có hiệu quả hơn kỹ thuật tạo vật tam giác trong việc làm giảm đau, sưng và há miệng hạn chế sau phẫu thuật nhờ răng khôn hàm dưới. Lý do có thể giải thích cho mức độ đau, sưng và há miệng hạn chế thấp hơn ở nhóm được tạo vật hình phẩy là do đường rạch hạn chế đi qua các cân cơ và một số mạch máu, thần kinh quan trọng so với vật tam giác. Do hạn chế được sự tổn thương của các cân cơ, mạch máu và thần kinh nên vật hình phẩy giảm thiểu các biến chứng sau nhổ răng. Tuy nhiên, hạn chế của kỹ thuật tạo vật

hình thấy là đòi hỏi phẫu thuật viên phải có thời gian để làm quen với một loại vật mới để đảm bảo sự thành công cho cuộc phẫu thuật.

## 5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kỹ thuật tạo vật hình thấy hiệu quả tốt hơn vật hình tam giác

trong 2 ngày đầu (giai đoạn lành thương sớm). Do kết quả cho thấy tại thời điểm 7 ngày không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai loại vật. Vì vậy, chúng tôi kiến nghị sử dụng kỹ thuật tạo vật hình thấy trong phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới để cải thiện tình trạng lành thương và giảm biến chứng sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Đức Lánh. Phẫu thuật trong miệng (tập 2), NXB Y học Thành Phố Hồ Chí Minh, 2011, tr. 87-136.
2. McGrath C, Comfort MB, Lo ECM, Luo Y. Changes in life quality following third molar surgery - the immediate postoperative period, *British Dental Journal*, 2003, 194(5), pp. 265-268.
3. Phan Văn Hữu, Lê Đức Lánh. Ảnh hưởng của vật bao và vật tam giác đối với phẫu thuật răng khôn hàm dưới, *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, 2011, 15(2), tr. 201-207.
4. Ali A, Shah S, Shah A. Comparison of comma incision with Ward's incision in third molar extraction in terms of postoperative sequel - A clinical study, *National Journal of Maxillofacial Surgery*, 2019, 10(2), pp. 200-205.
5. Goldsmith SM, Silva RKD, Tong DC, Love RM. Influence of a pedicle flap design on acute postoperative sequelae after lower third molar removal, *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 2012, 41, pp. 371-375.
6. Pedersen A. Interrelation of complaints after removal of impacted mandibular third molars, *International Journal of Oral Surgery*, 1985, 14(3), pp. 241-244.
5. Cù Hoàng Anh, Phạm Thị Hương Loan, Lê Đức Lánh. Hiệu quả giảm đau của Meloxicam và Acetaminophen sau phẫu thuật răng khôn hàm dưới lệch, *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, 2007, 11, tr. 174-182.
6. Freudlsperger C, Deiss T, Bodem J, Hoffmann J. Influence of Lower Third Molar Anatomic Position on Postoperative Inflammatory Complications, *Journal of Oral Maxillofacial Surgery*, 2012, 70(6), pp. 1280-1285.
7. Blanco G, Lora D, Marzola C. The Different Types of Flaps in the Surgical Relations of the Third Impacted Molars-Literature Review". *Dentistry*, 2017, 07(04), pp. 2-10.
8. Trương Thị Thanh Trang, Trần Tấn Tài. Ảnh hưởng của các loại vật sử dụng trong phẫu thuật răng khôn hàm dưới lệch, *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế*, 2015, tr. 101- 108
9. Nageshwar. Comma incision for impacted mandibular third molars. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 2002, 60(12), pp. 1506-1509.
10. Shaikh AA, Shafique S, Shahid H. Trismus; Comparison After Removal Of Impacted Third Molar In Patients Visiting Oral Surgery Department In Hyderabad, *The Professional Medical Journal*, 2018, 25(2), pp. 226-231.
11. Osunde OD, Adebola RA, and Saheeb BD. A comparative study of the effect of suture-less and multiple suture techniques on inflammatory complications following third molar surgery. *Intenational Journal of Oral Maxillofacial Surgery*, 2012, 41(10), pp. 1275-1279.
12. Saraswat DN. Comparison between Comma Incision and Standard Incision in Impacted Mandibular Third Molar Surgeries, *International Journal of Science and Research*, 2018, 8(8), pp. 455-460.
13. Anisuzzaman MM, Alam MK, Afrin A. Comparative Study Between Standard Ward's Incision and Coma Shaped Incision and its Postoperative Outcome on Impacted Mandibular Third Molars Extraction in Bangladeshi Population, *Association of Support to Oral Health Research*, 2019, 19(1), pp. 1-8.
14. Saravana KB. To Compare Standard Incision and Comma Shaped Incision and Its Influence on Post-Operative Complications in Surgical Removal of Impacted Third Molars. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 2013, 7(7), pp. 1514-1518.
15. Malhotra DA, Khare DVV, Gulia DSK, Dayalan DN, Manish D, Tiwari DRV, A Comparative Evaluation Of Ward's Incision And Comma-Shaped Incision In Mandibular Impacted Third Molar Extraction, *Journal Of Critical Reviews*, 2020, 7(09), pp. 2827-2831.
16. Oginni F, Ugboko V, Assam E, Ogunbodede E. Postoperative complaints following impacted mandibular third molar surgery in Ile-Ife, Nigeria", *journal of the South African Dental Association*, 2002, 57(7), pp. 264-265.
17. Nguyễn Thị Minh Hân, Lê Đức Lánh, Lê Huỳnh Thiên Ân, Đánh giá về tình trạng đau và sưng của bệnh nhân sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới mọc lệch, *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, 2010, 14(1), tr. 253-259.