TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HUẾ
HUE UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY

TẠP CHÍ

Y DƯỢC HỌC

JOURNAL OF MEDICINE AND PHARMACY

HỘI NGHỊ NGHIÊN CỨU KHOA HỌC SINH VIÊN
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HUẾ LẦN THỨ 2, THÁNG 5/2015

Số Đặc Biệt
2015

ISSN 1859-3836

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HUẾ
HUE UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY

TẠP CHÍ
Y DƯỢC HỌC
JOURNAL OF MEDICINE AND PHARMACY

HỘI NGHỊ NGHIÊN CỨU KHOA HỌC SINH VIÊN TRƯỜNG ĐHYD LẦN THỨ 2 THÁNG 5 2015

Số Đặc Biệt
2015

Huế, 5 - 2015

MỤC LỤC

STT	Tên đề tài	Trang
1	Tối ưu hóa công thức bào chế bột pha hỗn dịch chứa Sultamicillin *Formulation and evaluation of powder for sultamicillin oral suspension* *Chế Thị Diệu Ni, Nguyễn Hồng Trang*	7-13
2	Chỉ số Cornell/ST chênh trên điện tâm đồ trong tiên lượng biến chứng tăng huyết áp nguyên phát *Cornell/strain index in patient with primary hypertension* *Hoàng Anh Tiến, Nguyễn Thanh Phương, Hoàng Hữu Hải, Nguyễn Thanh Hiếu*	14-24
3	Nghiên cứu thành phần hoá học phân đoạn *n*-hexane của cây tốc thằng cáng (*Anodendron paniculatum* (roxb.) a.dc. - apocynaceae) *Chemical constituents of the n-hexane fraction of anodendron paniculatum* *Đào Trung Can, Hồ Nhật Tân Nguyên, Hồ Việt Đức, Nguyễn Thị Hoài*	25-30
4	Nghiên cứu đặc điểm thực vật và thành phần hoá học phân đoạn chloroform của cây Tốc thằng cáng (*Anodendron paniculatum* (roxb.) a.dc. – apocynaceae) *Botanical and chemical composition of the chloroform fraction of Anodendron paniculatum* *Hồ Nhật Tấn Nguyên, Đào Trung Can, Hồ Việt Đức, Nguyễn Thị Hoài*	31-37
5	Tổng hợp vật liệu Nitrophenyl Pluronic sử dụng trong bào chế màng polymer trị bỏng *Synthesis of Nitrophenyl Pluronic for the preparation of polymer membrance in burn treatment* *Đặng Thị Hoài Đông, Tôn Nữ Kiều My, Trần Hữu Dũng*	38-42
6	Kiến thức, thái độ về kỹ năng mềm của sinh viên Đại học Y Dược Huế năm 2014: *Knowledge attitudes toward soft skills of students of Hue University of Medicine and Pharmacy in 2014* *Lê Văn Tuyến, Hoàng Hữu Hải, Võ Thị Vân, Nguyễn Thị Thúy Hằng, Tôn Nữ Quỳnh Như, Nguyễn Phú Bình, Hoàng Anh Tiến*	43-50
7	Xây dựng phương pháp định lượng đồng thời paracetamol và diclofenac natri trong chế phẩm bằng phương pháp quang phổ đạo hàm *Simultaneous determination of paracetamol and diclofenac sodium in tablets by derivative spectrophotometry* *Lê Thị Ý Nhi, Nguyễn Hữu Tiến*	51-56
8	Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhồi máu cơ tim ST chênh lên ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 *Clinical and laboratory characteristics of ST elevation myocardial infarction in patients with type 2 diabetes* *Nguyễn Thị Thanh Chung, Hồ Anh Tuấn*	57-63
9	Nghiên cứu nguyên nhân, thể loại và đặc điểm lâm sàng của bệnh viêm tai giữa tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế *The etiology, category and clinical features of otitis media at Hue University Hospital* *Đặng Thanh, Nguyễn Phước Bảo Hưng*	64-70

10 Nghiên cứu tác dụng của tinh chất chè xanh (Polyphenon E) trên dòng tế bào ung thư tuyến tiền liệt bằng kỹ thuật đếm tế bào và Western Blot 71-76
Effects of green tea extract (polyphenon E) on prostate cancer cells determined by cell count assay and Western blot
Trương Đình Trí, Phù Thị Hoa

11 Xây dựng quy trình định lượng azithromycin trong chế phẩm bằng phương pháp vi sinh vật 77-80
Microbiological assay for the determination of azithromycin in pharmaceutical formulations
Nguyễn Hoài Bảo Châu, Đào Thị Cẩm Minh

12 Nghiên cứu đặc điểm thực vật và thành phần hoá học phân đoạn chloroform của cây Nhục từ gần (*Sarcosperma affinis* Gagnep. – Sapotaceae) 81-86
Plant characteristics and chemical constituents of chloroform fraction of Sarcosperma affinis gagnep. (Sapotaceae)
Nguyễn Hoàng Vũ, Lê Thị Bích Hiền

13 Nghiên cứu xây dựng quy trình bào chế kem dưỡng da Aloe Vera 87-95
Aloe vera skin care cream preparation
Nguyễn Trương Phương Thảo, Lê Thị Minh Nguyệt

14 Phân tầng nguy cơ huyết khối tắc mạch theo chỉ số CHA_2DS_2-VASc ở bệnh nhân rung nhĩ không có bệnh van tim 96-100
The value of the CHA_2DS_2-VASc score for refining stroke risk stratification in patients with nonvalvular atrial fibrillation
Trần Doãn Tú, Trần Thị Nga C, Thị Yến, Hoàng Thắng, Lê Thị Bích Thuận

15 Ảnh hưởng của các loại vạt sử dụng trong phẫu thuật răng khôn hàm dưới lệch 101-107
Influence of flap designs on the impacted mandibular third molar surgery
Trương Thị Thanh Trang, Trần Tấn Tài

16 So sánh invitro vi kẽ vùng chóp răng giữa hai phương pháp trám bít ống tủy một côn và lèn dọc 108-113
Invitro comparison of apical leakage following canal obturation with single cone and vertical compaction techniques
Đỗ Phan Quỳnh Mai, Hoàng Anh Đào

17 Sử dụng chỉ số Oswestry để đánh giá tình trạng chức năng của bệnh nhân đau thắt lưng trước và sau can thiệp phục hồi chức năng 114-118
The use of Oswestry disability index as a funtional status measure for low back pain patients before and after rehabilitation interventions
Phan Vũ Cao Quang, Hà Chân Nhân

18 Tình hình kiểm soát hen phế quản ở trẻ em theo GINA 2014 tại Khoa Nhi tổng hợp I, Trung tâm Nhi khoa Bệnh viện Trung ương Huế 119-123
Situation of asthma control in children according to GINA 2014 guideline at the Department of General Pediatrics I, Pediatric Center, Hue Central Hospital
Nguyễn Ngọc Phúc, Lê Thị Cúc

19 Nghiên cứu tình hình tăng huyết áp và các yếu tố liên quan của người dân trên 60 tuổi tại phường Thuỷ Biều, thành phố Huế 124-129
Hypertension and related factors of people over 60 years old at Thuy Bieu ward, Hue City
Đinh Thị Thu Thắm, Nguyễn Thị Hường

ẢNH HƯỞNG CỦA CÁC LOẠI VẠT SỬ DỤNG TRONG PHẪU THUẬT RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI LỆCH

Trương Thị Thanh Trang[1], Trần Tấn Tài[2]
(1) Lớp Răng Hàm Mặt 6, Trường Đại học Y Dược Huế
(2)Trường Đại học Y Dược Huế, Đại học Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá ảnh hưởng của các loại vạt (vạt bao, vạt tam giác, vạt hình thang) đến các biến chứng phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới lệch. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu bằng phương pháp mô tả, có can thiệp và theo dõi kết quả điều trị. Gồm 40 bệnh nhân không có bệnh toàn thân được chỉ định và yêu cầu nhổ răng khôn hàm dưới lệch. **Kết quả:** 40 bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới lệch trong độ tuổi 19-40, nữ nhiều hơn nam (65%). Không có biến chứng trầm trọng xảy ra, nhưng biến chứng sưng, đau, há miệng hạn chế gặp ở tất cả các bệnh nhân. Nhóm vạt hình thang có tỉ lệ đau, sưng, há miệng hạn chế ở mức độ vừa và nhiều cao hơn nhóm vạt bao và vạt tam giác nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05). **Kết luận:** Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tình trạng đau, sưng mặt và há miệng hạn chế ở các thời điểm sau phẫu thuật giữa các nhóm vạt. Vì vậy, việc quyết định sử dụng loại vạt nào trong quá trình phẫu thuật tùy thuộc vào tình trạng của răng khôn hàm dưới.

***Từ khóa:** phẫu thuật, răng khôn hàm dưới, lệch, loại vạt, biến chứng.*

Abstract

INFLUENCE OF FLAP DESIGNS ON THE IMPACTED MANDIBULAR THIRD MOLAR SURGERY

Truong Thi Thanh Trang[1], Tran Tan Tai[2]
Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Objective: To estimate the effects of flap design (envelope flaps, triangular flaps, trapezoidal flaps) on complications in surgical removal of impacted mandibular third molars. **Materials and Methods:** A descriptive study with intervening and follow-up treatment outcomes. Forty healthy patients who required removal of impacted mandibular third molar were included. **Results:** Forty patients between 19 and 40 years oldwho received surgical extraction of the mandibular third molars. All patients had complications such as swelling, pain,limited mouth opening but no other serious complications. The trapezoidal flap group had the highest ratio of postoperative pain, swelling,limited mouth opening than other groups, but the difference was not statistically significant (p>0.05). **Conclusion:** There were no significant differences regarding postoperative pain, swelling andlimited mouth opening between 3 flap groups. Therefore, the decision to use any kind of flaps during surgery may be based on the surgeon's preference.

***Key words:** surgery, mandibular third molar, impacted, flap designs, complication.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng khôn hàm dưới (RKHD) có tỉ lệ mọc lệch cao hơn so với các răng khác, thường gây ra nhiều biến chứng khi mọc. Phẫu thuật RKHD mọc lệch là một trong những phẫu thuật răng miệng thường gặp nhất trong nha khoa, là can thiệp xâm lấn gây tổn thương đáng kể cho xương và mô mềm, khó tránh khỏi biến chứng xảy ra sau phẫu thuật [1].

Các nghiên cứu trước đây tập trung chủ yếu vào các biến chứng trầm trọng, nhưng với kỹ thuật

*- Địa chỉ liên hệ: Trần Tấn Tài * Email: taihangdr@gmail.com*
*- Ngày nhận bài: 01/4/2015 * Ngày đồng ý đăng: 18/4/2015 * Ngày xuất bản: 02/05/2015*

và phương tiện hiện nay, biến chứng trầm trọng hiếm khi xảy ra. Do đó vấn đề lành thương, tình trạng sưng, đau, há miệng hạn chế được quan tâm hơn cả [7]. Ngoài tình trạng thực thể của chính răng khôn, các yếu tố kỹ thuật trong phẫu thuật có thể ảnh hưởng đến các biến chứng trên [2], [3], [5]. Trong đó, kỹ thuật tạo vạt có ảnh hưởng đến các biến chứng này hay không? Do đó chúng tôi thực hiện đề tài ***"Ảnh hưởng của các loại vạt sử dụng trong phẫu thuật răng khôn hàm dưới lệch"*** với các mục tiêu sau:

1. Mô tả các biến chứng thường gặp sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới lệch

2. Xác định mối liên quan giữa tình trạng hậu phẫu (đau, sưng, há miệng hạn chế) với các loại vạt khác nhau.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 40 bệnh nhân đến khám tại Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 4/2014 đến tháng 3/2015 có chỉ định và yêu cầu nhổ RKHD lệch.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu bằng phương pháp mô tả, có can thiệp và theo dõi kết quả điều trị

Thu thập số liệu

Tất cả bệnh nhân đều được khám và thu thập số liệu theo mẫu bệnh án thống nhất.

- Chụp phim hàm chếch (hoặc phim toàn cảnh), xét nghiệm công thức máu, Ts, Tc.

- Đo mức độ sưng mặt (mm): xác định bằng trung bình cộng của 2 kích thước: khoảng cách từ khóe miệng đến chân dái tai và khoảng cách từ góc mắt ngoài tới góc hàm.

- Đo độ há miệng tối đa (mm): khoảng cách từ rìa cắn giữa hai răng cửa thứ nhất hàm trên đến rìa cắn giữa hai răng cửa thứ nhất hàm dưới.

Trong phẫu thuật

Phẫu thuật được thực hiện bởi các bác sĩ chuyên khoa kinh nghiệm tại Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế theo kỹ thuật phẫu thuật cơ bản đang được áp dụng tại Bộ môn Nhổ răng – Tiểu phẫu cho tất cả các đối tượng nghiên cứu.

Đối tượng nghiên cứu chia thành 3 nhóm.

- **Nhóm I**: Sử dụng vạt bao

Vạt bao được tạo bởi 1 đường rạch quanh cổ răng khôn, mở rộng đường rạch đến mặt ngoài của các răng kế cận.

- **Nhóm II**: Sử dụng vạt tam giác

Vạt tam giác được tạo bởi 2 đường rạch: một cạnh từ góc xa- ngoài của răng lên đường chéo ngoài cành cao dài khoảng 1cm, một cạnh theo đường tách bóc quanh cổ răng khôn và răng kế bên.

- **Nhóm III**: Sử dụng vạt hình thang

Vạt hình thang được tạo bởi 3 đường rạch: một cạnh từ góc xa- ngoài của răng lên đường chéo ngoài cành cao dài khoảng 1cm, một cạnh quanh cổ răng khôn và cạnh còn lại từ góc gần- ngoài của răng khôn chéo 45° đi xuống ngách lợi.

Sau phẫu thuật: Ghi đơn thuốc giống nhau cho mọi bệnh nhân trong 5 ngày

- Cefalexin 500mg, 15 viên, ngày uống 3 lần, mỗi lần 1 viên

- Tinidazole 500mg, 10 viên, ngày uống 2 lần, mỗi lần 1 viên

- Paracetamol 500mg, 15 viên, ngày uống 3 lần, mỗi lần 1 viên

Đánh giá kết quả sau phẫu thuật

Thời điểm đánh giá: Sau 1 ngày, 3 ngày và 10 ngày

Tiêu chí đánh giá:

- Tuổi (<30 và >=30)

- Giới tính

- Biến chứng phẫu thuật như sốt, chảy máu kéo dài, viêm xương ổ răng, vết thương không lành.

- Cảm nhận đau ở từng thời điểm: được đánh giá thông qua cảm nhận chủ quan của bệnh nhân ở 3 mức độ: ít, vừa, nhiều (theo thang đo độ đau Likert 7 điểm) [1].

- Mức độ sưng mặt ở từng thời điểm: giá trị thu được ở từng thời điểm sau phẫu thuật trừ cho giá trị trước phẫu thuật. Tiêu chuẩn đánh giá chia làm 3 mức độ [1]:

+ Ít : có giá trị từ 0 đến 2 mm.
+ Vừa : có giá trị > 2 mm và < 4 mm.
+ Nhiều : có giá trị > 4 mm.

- Mức độ há miệng hạn chế ở từng thời điểm:

giá trị thu được ở từng thời điểm sau phẫu thuật trừ cho giá trị trước phẫu thuật. Tiêu chuẩn đánh giá chia làm 3 mức độ [9]:

+ Ít : có giá trị từ 0 đến 1 cm
+ Vừa : có giá trị từ >1 đến 2 cm
+ Nhiều : có giá trị từ >2 cm

2.3. Xử lý số liệu: Các số liệu thu thập được phân tích và xử lý bằng phần mềm Medcalc phiên bản 11.3.1.0.

3. KẾT QUẢ

3.1. Tuổi và giới

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới và nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Giới				Tổng	
	Nam		Nữ			
	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %
<30	13	32,5	25	62,5	38	95
>=30	1	2,5	1	2,5	2	5
Tổng	14	35,0	26	65,0	40	100

Tuổi trung bình của bệnh nhân đến khám và điều trị là 22,93 tuổi, cao nhất là 36 tuổi và thấp nhất là 19 tuổi. Đa số bệnh nhân là nữ giới, chiếm 65%.

3.2. Biến chứng sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới lệch ngầm

Bảng 3.2. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng sau phẫu thuật	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Đau	40	100
Sưng	40	100
Há miệng hạn chế	40	100
Chảy máu kéo dài	2	5
Viêm xương ổ răng	1	2,5
Các biến chứng khác	2	5

Các biến chứng đau, sưng, há miệng hạn chế gặp trên tất cả bệnh nhân. Biến chứng chảy máu kéo dài, viêm xương ổ răng và các biến chứng khác gặp trong nghiên cứu là áp xe nha chu răng 7, sưng nướu phía xa răng 7 chiếm tỉ lệ thấp (5%).

3.3. Liên quan giữa tình trạng hậu phẫu với các loại vạt khác nhau

Bảng 3.3. Mức độ đau của từng nhóm vạt sau phẫu thuật

Nhóm	Sau 1 ngày			Sau 3 ngày			Sau 10 ngày		
	Ít	Vừa	Nhiều	Ít	Vừa	Nhiều	Ít	Vừa	Nhiều
Nhóm I (n=13) (%)	8 (61,54)	4 (30,77)	1 (7,69)	11 (84,62)	1 (7,69)	1 (7,69)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Nhóm II (n=15) (%)	4 (26,67)	8 (53,33)	3 (20)	14 (93,33)	1 (6,67)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Nhóm III (n=12) (%)	2 (16,67)	6 (50)	4 (33,33)	8 (66,67)	4 (33,33)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
p	>0,05			>0,05			-		

Tình trạng đau hậu phẫu đạt mức độ cao nhất vào ngày thứ nhất, giảm dần vào ngày thứ ba, sau 10 ngày thì không còn.

Sau 1 ngày, nhóm vạt bao có tỉ lệ đau ở mức độ vừa và nhiều thấp hơn nhóm vạt tam giác và nhóm vạt tam giác có tỉ lệ này thấp hơn nhóm vạt hình thang. Sau 3 ngày, nhóm vạt hình thang vẫn có tỉ lệ đau vừa cao (33,33%).

Không có mối liên quan giữa tình trạng đau sau phẫu thuật và loại vạt (p>0,05).

Bảng 3.4. Mức độ sưng mặt theo từng loại vạt ở từng thời điểm sau phẫu thuật

	Sau 1 ngày			Sau 3 ngày			Sau 10 ngày		
	Ít	Vừa	Nhiều	Ít	Vừa	Nhiều	Ít	Vừa	Nhiều
Nhóm I (n=13) (%)	9 (69,23)	4 (30,77)	0 (0)	4 (30,77)	7 (53,85)	2 (15,38)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Nhóm II (n=15) (%)	9 (60)	6 (40)	0 (0)	5 (33,33)	7 (46,67)	3 (20)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Nhóm III (n=12) (%)	3 (25)	3 (58,33)	2 (16,67)	0 (0)	5 (41,67)	7 (58,33)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
p	>0,05			>0,05			-		

Tình trạng sưng hậu phẫu tăng mức độ từ ngày thứ nhất đến ngày thứ ba, sau 10 ngày thì không còn.

Tỉ lệ của mức độ sưng ít, vừa, nhiều giữa hai nhóm vạt bao và vạt tam giác không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê vào ngày thứ 1 và 3. Sau 1 ngày, nhóm vạt hình thang có mức độ sưng mặt ở mức độ vừa trở lên chiếm 75%, sau 3 ngày tỉ lệ đạt 100%, cao hơn so với hai nhóm kia.

Không có mối liên quan giữa tình trạng sưng mặt sau phẫu thuật và loại vạt ở từng thời điểm sau phẫu thuật (p>0,05).

Bảng 3.5. Tình trạng há miệng hạn chế theo từng loại vạt ở từng thời điểm

Nhóm	Sau 1 ngày			Sau 3 ngày			Sau 10 ngày		
	Ít	Vừa	Nhiều	Ít	Vừa	Nhiều	Ít	Vừa	Nhiều
Nhóm I (n=13) (%)	7 (53,85)	5 (38,46)	1 (7,69)	5 (38,46)	6 (46,15)	2 (15,38)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Nhóm II (n=24) (%)	5 (33,33)	8 (53,33)	2 (13,34)	3 (20,0)	9 (60,0)	3 (20,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Nhóm III (n=12) (%)	4 (33,33)	5 (41,67)	3 (25,0)	2 (16,67)	7 (58,33)	3 (25,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
p	>0,05			>0,05			-		

Tình trạng há miệng hạn chế gia tăng mức độ vừa và nhiều từ ngày thứ nhất đến ngày thứ ba. Sau 10 ngày, tình trạng há miệng hạn chế không còn.

Sau 1 ngày và 3 ngày, nhóm vạt tam giác và nhóm vạt hình thang cùng có mức há miệng hạn chế vừa và nhiều như nhau cao hơn nhóm vạt bao, nhưng nhóm vạt hình thang có há miệng hạn chế mức độ nhiều cao hơn (25%) so với nhóm vạt tam giác

Không có mối liên quan giữa các loại vạt và tình trạng há miệng hạn chế ở từng thời điểm sau phẫu thuật (p>0,05).

4. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi và giới

Bệnh nhân tham gia nghiên cứu ở độ tuổi từ 19 đến 40 tuổi, với tuổi trung bình là 22,93. Trong đó, cao nhất là 36 tuổi và thấp nhất là 19 tuổi, nhóm tuổi < 30 tuổi chiếm đa số 95%. Phần lớn bệnh nhân là nữ giới, tỉ lệ nữ gần gấp đôi nam, chiếm đến 65%. Nghiên cứu của Ozveri K.B và cs (2013) cho thấy đa số bệnh nhân nhổ răng khôn trong độ tuổi 18 đến 40, tuổi trung bình là 23,30 [9].

4.2. Biến chứng sau phẫu thuật nhổ răng khôn

Phẫu thuật nhổ RKHD là một can thiệp xâm lấn đáng kể cho xương và mô mềm, khó tránh khỏi các biến chứng xảy ra sau phẫu thuật. Theo Lago và cs (2007), các biến chứng trầm trọng như tổn thương thần kinh, mạch máu răng dưới, viêm xương ổ răng, gãy xương hàm ít khi xảy ra, trong khi các biến chứng ít trầm trọng như đau, sưng nề, há miệng hạn chế lại xảy ra thường xuyên và gây ảnh hưởng đến cuộc sống và tâm lý của bệnh nhân [8].

Kết quả nghiên cứu cho thấy, các biến chứng đau, sưng, há miệng hạn chế xuất hiện ở tất cả các bệnh nhân phẫu thuật răng khôn ở cả ba nhóm vạt. Viêm xương ổ răng có tỉ lệ 2,5% gặp ở nhóm vạt tam giác. Biến chứng chảy máu kéo dài chiếm 5% và biến chứng khác như áp xe nha chu răng 7, sưng nướu phía xa răng 7 (5%) gặp ở nhóm vạt tam giác và vạt hình thang. Cần chú ý đến các biến chứng về nha chu của răng kế cận sau phẫu thuật răng khôn.

Theo Briguglio và cs (2011), tình trạng viêm nhiễm sau phẫu thuật chiếm 2,2%, không có sự khác biệt có ý nghĩa về mối liên quan giữa các biến chứng hậu phẫu với thiết kế vạt nhưng có sự ảnh hưởng của các loại vạt đến tình trạng nha chu của răng 7 [3].

4.3. Liên quan giữa tình trạng hậu phẫu với các loại vạt khác nhau

4.3.1. Về mức độ đau sau phẫu thuật ở từng thời điểm

Đau là cảm giác chủ quan và không có tiêu chuẩn cụ thể để đo lường, cảm giác đau còn phụ thuộc vào ngưỡng đau của mỗi cá nhân, và chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố như tuổi, giới, sự lo lắng của bệnh nhân cũng như độ khó khi phẫu thuật. Theo y văn, có nhiều phương pháp để đánh giá mức độ đau như thang đánh giá tương đồng nhìn thấy được VAS [9], thang đánh giá đau theo mô tả. Ở nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng thang Likert 7 điểm từ "không đau" đến "đau không thể tưởng tượng nổi" [1] nhưng đơn giản hóa thành 3 mức độ giúp bệnh nhân dễ hiểu và ghi nhận cảm giác đau của mình dễ dàng.

Kết quả cho thấy: tình trạng đau hậu phẫu đạt mức độ cao nhất vào ngày thứ nhất, giảm dần vào ngày thứ ba, sau 10 ngày thì không còn. Khi so sánh giữa ba nhóm vạt, nhóm vạt bao có tỉ lệ đau ở mức độ vừa và nhiều thấp hơn nhóm thấp hơn nhóm vạt tam giác. Nhóm vạt tam giác có tỉ lệ này thấp hơn nhóm vạt hình thang. Những sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Vậy không có mối liên quan giữa tình trạng đau hậu phẫu và các loại vạt khác nhau ở từng thời điểm sau phẫu thuật.

Nghiên cứu của Ozveri K.B và cs (2013) cũng cho rằng không có sự liên quan giữa thiết kế vạt và tình trạng đau hậu phẫu theo thang đo độ đau VAS từ ngày thứ 1 đến ngày thứ 7 [9]. Phan Văn Hữu, Lê Đức Lánh (2011) lại cho rằng nhóm vạt tam giác có tỉ lệ có đau và tỉ lệ đau ở mức độ ít nhiều hơn nhóm vạt bao từ chiều ngày thứ nhất đến sáng ngày thứ hai sau phẫu thuật (p<0,05) nhưng không có sự khác biệt về tỉ lệ đau ở mức độ vừa và nhiều ở hai nhóm vạt [2].

4.3.2. Về mức độ sưng sau phẫu thuật ở từng thời điểm

Theo Ian Woo (2005), mức độ sưng sau phẫu thuật RKHD đạt cực đại từ 48 đến 72 giờ sau đó giảm dần [6], nhưng theo Van Gool và cs (1977) lại cho rằng thời điểm sưng cực đại xảy ra từ 24 đến 48 giờ [10].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi: Tình trạng sưng hậu phẫu tăng mức độ từ ngày thứ nhất đến ngày thứ ba, sau 10 ngày thì không còn. Không có sự khác biệt giữa các mức độ sưng giữa nhóm vạt bao và vạt tam giác. Nhóm vạt hình thang có mức độ sưng mặt ở mức độ vừa trở lên chiếm tỉ lệ cao 75% vào ngày 1, và 100% vào ngày 3, cao hơn so với hai nhóm vạt còn lại. Vậy nhóm vạt hình thang có mức độ sưng vừa và nhiều cao hơn 2 nhóm còn lại nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Sự khác biệt này xảy ra chủ yếu ở nhóm răng phẫu thuật tương đối khó (tổn thương xương và mô mềm nhiều), cụ thể là nhóm răng lệch ngang, ngầm loại B, C.

Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Erdogan và cs (2011) khi so sánh ảnh hưởng của vạt hình thang và vạt tam giác đến tình trạng sưng, có sự gia tăng mức độ sưng ở nhóm vạt hình thang nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa [5]. Nghiên cứu của Briguglio và cs (2011) cũng cho rằng không có sự liên quan về mức độ sưng sau phẫu thuật với thiết kế vạt và kết luận rằng việc sử dụng loại vạt nào là tùy phẫu thuật viên [3].

4.3.3. Về mức độ há miệng hạn chế sau phẫu thuật ở từng thời điểm

Há miệng hạn chế là một biến chứng thường gặp sau phẫu thuật nhổ răng khôn lệch, được xác định khi há miệng tối đa <40 mm. Theo Cerqueira và cs (2004), há miệng hạn chế lớn nhất vào 24h và có thể kéo dài hơn 7 ngày sau phẫu thuật nhổ răng khôn [4].

Kết quả nghiên cứu cho thấy: tình trạng há miệng hạn chế gia tăng mức độ vừa và nhiều từ ngày thứ nhất đến ngày thứ ba. Sau 10 ngày, tình trạng há miệng hạn chế không còn. Sau 1 ngày, nhóm vạt tam giác và nhóm vạt hình thang cùng có mức há miệng hạn chế vừa và nhiều như nhau (66,7%) cao hơn nhóm vạt bao (46,2%), nhưng nhóm vạt hình thang có há miệng hạn chế mức độ nhiều cao hơn (25%). Sau 3 ngày, nhóm vạt hình thang có tỉ lệ há miệng hạn chế vừa trở lên (83,3%) và nhóm vạt tam giác có tỉ lệ 80% cao hơn nhóm vạt bao (61,5%). Nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Vậy không có sự liên quan giữa thiết kế vạt và tình trạng há miệng hạn chế sau phẫu thuật.

Theo Kirk và cs (2007), thiết kế vạt không ảnh hưởng đến tình trạng há miệng hạn chế sau phẫu thuật [7]. Cũng tương tự, nghiên cứu của Sandhu và cs (2010) không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa về ảnh hưởng của vạt tam giác và vạt hình thang đến tình trạng há miệng hạn chế [11].

5. KẾT LUẬN

Theo dõi 10 ngày sau phẫu thuật, các biến chứng phẫu thuật răng khôn hàm dưới lệch như sưng, đau, há miệng hạn chế gặp ở tất cả bệnh nhân (100%). Các biến chứng chảy máu kéo dài, viêm xương ổ răng và liên quan đến nha chu R7 có tỉ lệ thấp.

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tình trạng đau, sưng mặt và há miệng hạn chế ở các thời điểm sau phẫu thuật giữa các nhóm vạt bao, vạt tam giác, vạt hình thang. Vậy, việc quyết định sử dụng loại vạt nào trong phẫu thuật răng khôn hàm dưới lệch phụ thuộc vào tình trạng của răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Minh Hân, Lê Đức Lánh, Lê Huỳnh Thiên Ân (2010), "Đánh giá tình trạng đau và sưng của bệnh nhân sau phẫu thuật nhổ răng không hàm dưới mọc lệch", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 14, tr 253 - 259
2. Phan Văn Hữu, Lê Đức Lánh (2011), "Ảnh hưởng của vạt bao và vạt tam giác đối với phẫu thuật răng khôn hàm dưới", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 15, tr 201-208.
3. Brigulio F., Zenobio E.G., et al. (2011), "Complications in surgical removal of impacted mandibular third molar in relation to flap design:

clinical and statistical evaluations", *Quintessence Int*, 42, pp. 445- 453.

4. Cerqueira P.R.F, Vasconcelos B.C.E (2004), "Comparative study of the effect of a tube drain in impacted lower third molar surgery", *J Oral Maxillofac Surg*, 62, pp. 57-61.
5. Erdogan O., Tath U., Damlar I. (2011), "Influence of two different flap designs on the sequelae of mandibular third molar surgery", *Oral Maxillofac Surg*, 15, pp. 147-152.
6. Ian Woo, Bach T Le (2005), "Management of complications of dental extraction", *The academy of dental therapeutics and stomatology*.
7. Kirk D.G., Liston P.N., et al. (2007), "Influence of two different flap designs on incidence of pain, swelling, limited mouth opening, and alveolar osteitis in the week following third molar surgery", *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 104, pp. e1- e6.
8. Lago – Mendez L., Diniz – Freitas M., et al. (2007), "Relationships between surgical difficulty and postoperative pain in lower third molar extractions", *J Oral Maxillofac Surg*, 65(5), pp. 979-983.
9. Ozveri K.B., Zeytinoglu M., Centigul E. (2013), "Comparison of 2 different flap techniques in the surgical removal of bilateral impacted mandibular third molars", *Turk J Med Sci*, 43, pp. 891- 898.
10. Van Gool A.V., Ten Bosch J.J. (1977), "Clinical consequences of complaints and complications after removal of the mandibular third molar", *Int J Oral Surg*, 6, pp. 29-37.
11. Sandhu A., Sandu S, Kaur T. (2010), "Comparison of two different flap designs in the surgical removal of bilateral impacted mandibular third molars", *Int J Oral Maxillofac Surg*, 39, pp. 1091- 1096.