

LIÊN QUAN GIỮA HÌNH THÁI MỌC VÀ CÁC BIẾN CHỨNG CỦA RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI TRÊN NGƯỜI BỆNH TẠI KHOA RĂNG HÀM MẶT, BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÀ ĐÔNG

Lưu Văn Tường¹, Cao Đoàn Duy¹, Nguyễn Thị Hạnh¹
Trương Đình Khởi¹, Dương Đức Long², Phạm Lê Hương Linh³
Nguyễn Thị Minh Huyền¹ và Đinh Diệu Hồng^{1,✉}

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Kinh doanh và Công nghệ Hà Nội

Nghiên cứu được đánh giá ở 65 người bệnh đến khám tại Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đa khoa Hà Đông với 115 răng khôn hàm dưới nhằm xác định mối liên quan giữa hình thái mọc của răng khôn hàm dưới (RKHD) với các biến chứng trên lâm sàng và X-quang. Kết quả cho thấy RKHD lệch gần làm tăng nguy cơ gây biến chứng gấp 4,94 lần; RKHD nằm ngang làm tăng nguy cơ gây biến chứng cao gấp 27,87 lần. RKHD ở vị trí B, C làm tăng nguy cơ gây biến chứng cao gấp 6,735 lần. Khoảng rộng xương phía xa RHL thứ hai loại II làm tăng nguy cơ gây biến chứng cao gấp 13,722 lần. Như vậy, hình thái mọc của RKHD có liên quan mật thiết và làm tăng nguy cơ gây nên các biến chứng trên lâm sàng và X-quang.

Từ khóa: Răng khôn hàm dưới, biến chứng của răng khôn.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng khôn (răng hàm lớn thứ 3) là răng mọc cuối cùng trên cung hàm, thường mọc trong giai đoạn từ 17 - 25 tuổi, khi các răng vĩnh viễn khác trên cung hàm đã mọc ổn định. Là răng mọc muộn nhất nên thường thiếu chỗ, dẫn tới răng khôn thường mọc lệch gây nên các biến chứng như giắt thức ăn, sưng đau, viêm nhiễm và gây khó chịu cho người bệnh.^{1,2} Tùy thuộc vào sự xuất hiện biến chứng tương ứng ở những dạng hình thái mọc khác nhau của răng khôn như mọc lệch, ngầm, kẹt mà có những quan điểm khác nhau trong việc chỉ định thời điểm nhổ răng khôn. Có quan điểm cho rằng nên nhổ răng khôn sớm để phòng ngừa các biến chứng

và ngược lại có quan điểm khác cho rằng việc nhổ răng khôn để phòng ngừa biến chứng là không cần thiết do gây nên sự khó chịu, hoặc có tình trạng nặng nề hơn từ cuộc phẫu thuật nhổ răng khôn.³ Do vậy, việc phân tích nhằm xác định mối liên quan giữa hình thái mọc của RKHD và các biến chứng sẽ giúp các bác sĩ lâm sàng có thêm bằng chứng khoa học trong việc chỉ định cũng như lựa chọn thời điểm can thiệp phẫu thuật nhổ răng khôn hợp lý. Trên thế giới cũng như tại Việt Nam, một số nghiên cứu về hình thái mọc RKHD và mối liên hệ với các biến chứng do RKHD gây ra đã được thực hiện trong nhiều năm qua.⁴⁻⁷ Các nghiên cứu này đã đưa ra các kết quả khác nhau tùy theo đối tượng và địa điểm nghiên cứu. Với mong muốn cung cấp bức tranh rõ nét hơn về mối liên hệ này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: đánh giá sự liên quan giữa hình thái mọc với các biến chứng của răng khôn hàm

Tác giả liên hệ: Đinh Diệu Hồng

Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Email: dieuhong.ump@vnu.edu.vn

Ngày nhận: 25/12/2024

Ngày được chấp nhận: 03/02/2025

dưới trên lâm sàng và X-quang trên người bệnh đến khám và điều trị tại Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đa khoa Hà Đông.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Người bệnh có RKHD tới khám tại Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện đa khoa Hà Đông.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh có RKHD có hình thái nguyên vẹn trên lâm sàng và trên X-quang; đồng ý và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Trường hợp RKHD có tổn thương làm mất tính toàn vẹn về hình thái; người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 11/2023 đến tháng 04/2024.

Phương pháp chọn mẫu: Chúng tôi thực hiện chọn mẫu thuận tiện có chủ đích, chọn toàn bộ đối tượng có đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào trong nghiên cứu.

Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu thực

Thẳng ($-10^{\circ} - 10^{\circ}$)

Lệch gần ($11^{\circ} - 80^{\circ}$)

Lệch xa ($-10^{\circ} - -80^{\circ}$)

Nằm ngang ($81^{\circ} - 100^{\circ}$)

Lệch má (trục RKHD nghiêng má)

Lệch lưỡi (trục RKHD nghiêng lưỡi)

Đảo ngược ($101^{\circ} - -81^{\circ}$)

hiện tại Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đa khoa Hà Đông.

Các bước tiến hành và biến số nghiên cứu

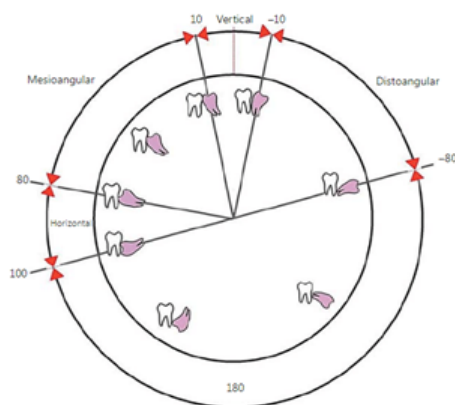
Khám và thu thập số liệu

Khám phát hiện các biến chứng do RKHD và chỉ định người bệnh chụp phim X-quang toàn cảnh.

- Các biến chứng do RKHD được mô tả bao gồm: Viêm quanh thân răng khôn (dựa vào phân loại viêm quanh thân RKHD của Neville BW (2023)).⁸ Sâu mặt xa răng hàm lớn (RHL) thứ hai và sâu RKHD (dựa vào tiêu chuẩn của hệ thống WHO.⁹ Đối với những trường hợp có mỗi hàn ở phía xa RHL thứ hai hoặc mỗi hàn ở RKHD sẽ tính là sâu răng). Tiêu xương phía xa hoặc tiêu chân RHL thứ hai (kiểm tra trên phim X-quang). Sang chấn mô mềm (loét mô mềm đối diện và xung quanh RKHD như niêm mạc má, lưỡi). Nang hoặc u (kiểm tra trên phim X-quang).

- Đánh giá trên phim X-quang toàn cảnh:

+ Vị trí trục RKHD đối với RHL thứ hai: theo phân loại Winter¹⁰:



Hình 1. Minh họa giá trị trục RKHD theo phân loại Winter¹¹

+ Độ sâu RKHD so với mặt nhai RHL thứ hai¹²: Vị trí A (khi điểm cao nhất của RKHD ngang mức hoặc cao hơn mặt nhai RHL thứ hai); vị trí B (khi điểm cao nhất của RKHD nằm

giữa mặt nhai và cổ RHL thứ hai) và vị trí C (khi điểm cao nhất của RKHD thấp hơn cổ RHL thứ hai).

+ Tương quan giữa khoảng cách gần – xa

thân RKHD (khoảng b) và khoảng cách từ mặt xa RHL thứ hai đến bờ trước cành lên xương hàm dưới (XHD) - (khoảng a)¹³: Loại I là $a \geq b$; loại II là $a < b$ và loại III là RKHD hoàn toàn chìm trong xương.

Xử lý số liệu: Số liệu được nhập, xử lý và phân tích tỷ suất chênh OR (hồi quy logistic đơn biến giữa các biến chứng của RKHD với đặc điểm hình thái mọc răng) bằng phần mềm SPSS 20.0.

3. Đạo đức nghiên cứu

Tất cả đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ về mục đích nghiên cứu và đồng ý tham gia

nghiên cứu. Các số liệu, thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích học tập và nghiên cứu khoa học và không phục vụ mục đích nào khác. Phương pháp nghiên cứu không làm ảnh hưởng tới thể chất, tinh thần và sức khỏe của đối tượng nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu thực hiện trên 65 người bệnh gồm 29 nam (44,6%) và 36 nữ (55,4%) với 115 RKHD ghi nhận. Trong đó, 82/115 răng có gây biến chứng trên lâm sàng và X-quang (chiếm 71,3%) và 33/115 răng không có biến chứng (chiếm 28,7%).

Bảng 1. Mối liên quan giữa vị trí trục RKHD với nguy cơ biến chứng

| Trục | Biến chứng | | OR | 95%CI | p |
|-----------|------------|-------|-------|--------------|--------|
| | Có | Không | | | |
| Thẳng | 15 | 19 | 1 | | |
| Lệch gần | 39 | 10 | 4,94 | 1,87 – 13,03 | 0,001* |
| Lệch xa | 6 | 1 | 7,6 | 0,8 – 70,2 | 0,074* |
| Nằm ngang | 22 | 1 | 27,87 | 3,4 – 231,1 | 0,002* |
| Lệch má | 0 | 2 | 0 | | |
| Lệch lười | 0 | 0 | 0 | | |
| Đảo ngược | 0 | 0 | 0 | | |

RKHD lệch gần làm tăng nguy cơ gây biến chứng cao gấp 4,94 lần (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$); RKHD nằm ngang làm tăng nguy cơ gây biến chứng cao gấp 27,87

(sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$). Không có trường hợp RKHD lệch lười và đảo ngược.

Bảng 2. Mối liên quan giữa độ sâu RKHD với nguy cơ biến chứng

| Độ sâu | Biến chứng | | OR | 95%CI | p |
|----------|------------|-------|-------|----------------|--------|
| | Có | Không | | | |
| Vị trí A | 49 | 30 | 1 | | |
| Vị trí B | 33 | 3 | 6,735 | 1,898 – 23,891 | 0,003* |
| Vị trí C | | | | | |

RKHD ở vị trí B, C làm tăng nguy cơ gây biến chứng cao gấp 6,735 lần (sự khác biệt có

ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$).

Bảng 3. Mối liên quan giữa khoảng rộng xương RKHD với nguy cơ biến chứng

| Khoảng rộng xương | Biến chứng | | OR | 95%CI | p |
|-------------------|------------|-------|--------|---------------|----------|
| | Có | Không | | | |
| Loại I | 4 | 13 | 1 | | |
| Loại II | 76 | 18 | 13,722 | 4 – 47,079 | < 0,001* |
| Loại III | 2 | 2 | 3,25 | 0,34 – 31,074 | 0,306 |

RKHD ở khoảng rộng xương loại II làm tăng nguy cơ gây biến chứng cao gấp 13,722 lần (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$); RKHD ở khoảng rộng xương loại III làm tăng

nguy cơ gây biến chứng cao gấp 3,25 lần, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 4. Biến chứng viêm quanh thân răng khôn với một số đặc điểm hình thái

| Đặc điểm | Viêm quanh thân răng khôn | | OR | 95%CI | p |
|---|---------------------------|----|-------|----------------|--------|
| | Không | Có | | | |
| <i>1. Trục RKHD so với trục RHL thứ hai</i> | | | | | |
| Thẳng | 21 | 13 | 1 | | |
| Lệch gần | 26 | 23 | 1,429 | 0,586 – 3,482 | 0,432 |
| Lệch xa | 1 | 6 | 9,692 | 1,045 – 89,879 | 0,046* |
| Nằm ngang | 11 | 12 | 1,762 | 0,604 – 5,144 | 0,3 |
| Lệch má | 2 | 0 | 0 | | |
| <i>2. Độ sâu RKHD so với mặt nhai RHL thứ hai</i> | | | | | |
| Vị trí A | 41 | 38 | 1 | | |
| Vị trí B | 18 | 15 | 0,899 | 0,398 – 2,031 | 0,798 |
| Vị trí C | 2 | 1 | 0,538 | 0,047 – 6,194 | 0,62 |
| <i>3. Chiều rộng thân RKHD so với khoảng rộng xương</i> | | | | | |
| Loại I | 14 | 3 | 1 | | |
| Loại II | 44 | 50 | 5,303 | 1,429 – 19,676 | 0,013* |
| Loại III | 3 | 1 | 1,556 | 0,117 – 20,610 | 0,738 |

RKHD lệch xa làm tăng nguy cơ gây biến chứng răng cao gấp 9,692 lần; RKHD có khoảng rộng xương loại II làm tăng nguy cơ gây

biến chứng viêm quanh thân răng khôn cao gấp 5,303 (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,013 < 0,05$).

Bảng 5. Biến chứng tiêu xương phía xa RHL thứ hai và một số đặc điểm hình thái

| Đặc điểm | Tiêu xương phía xa RHL thứ hai | | OR | 95%CI | p |
|---|--------------------------------|----|--------|-----------------|----------|
| | Không | Có | | | |
| <i>1. Trục RKHD so với trục RHL thứ hai RHL thứ hai</i> | | | | | |
| Thẳng | 32 | 2 | 1 | | |
| Lệch gần | 18 | 31 | 27,556 | 5,9 – 128,8 | < 0,001* |
| Lệch xa | 7 | 0 | 0 | | |
| Nằm ngang | 2 | 21 | 168 | 21 – 1286 | < 0,001* |
| Lệch má | 2 | 0 | 0 | | |
| <i>2. Độ sâu RKHD so với mặt nhai RHL thứ hai RHL thứ hai</i> | | | | | |
| Vị trí A | 54 | 25 | 1 | | |
| Vị trí B Vị trí C | 7 | 29 | 8,949 | 3,454 – 23,182 | < 0,001* |
| <i>3. Chiều rộng thân RKHD so với khoảng rộng xương</i> | | | | | |
| Loại I | 13 | 4 | 1 | | |
| Loại II | 46 | 48 | 3,391 | 1,030 – 11, 163 | 0,045* |
| Loại III | 2 | 2 | 3,25 | 0,34 – 31,074 | 0,306 |

RKHD lệch gần làm tăng nguy cơ gây biến chứng tiêu xương phía xa RHL thứ hai cao gấp 27,556; RKHD nằm ngang làm tăng nguy cơ gây biến chứng tiêu xương phía xa RHL thứ hai cao gấp 168 lần; RKHD ở vị trí B, C làm tăng nguy cơ gây biến chứng tiêu xương phía xa RHL thứ hai cao gấp 8,949 lần; RKHD có khoảng rộng xương loại II gây biến chứng tiêu xương phía xa RHL thứ hai cao gấp 3,391 lần (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,045 < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Sự liên quan giữa vị trí trục RKHD với các biến chứng của răng khôn hàm dưới

Bảng 1 cho thấy: RKHD lệch gần làm tăng nguy cơ gây biến chứng gấp 4,94 lần; RKHD nằm ngang làm tăng nguy cơ gây biến chứng gấp 27,87 lần. Kết quả tương tự cũng xuất hiện

trong nghiên cứu của Hà Ngọc Chiêu và Polat HB.^{4,5} RKHD lệch gần, nằm ngang sẽ tạo áp lực lên RHL thứ hai, gây tiêu tổ chức cứng của RHL thứ hai và xương xung quanh răng. Độ lệch còn ảnh hưởng tới khả năng dể thức ăn dẫn đến viêm nhiễm quanh răng, sâu răng. Tuy nhiên, do thời gian nghiên cứu hạn chế, cỡ mẫu còn nhỏ nên những biến chứng của RKHD như tình trạng răng không lệch lười và đảo ngược không gặp trong nghiên cứu.

Khi phân tích về mối liên quan giữa độ sâu RKHD với các biến chứng của răng khôn hàm dưới thì qua bảng 2 cho thấy RKHD ở vị trí B, C làm tăng nguy cơ gây biến chứng cao gấp 6,735 lần. Tuy nhiên, nghiên cứu của Phạm Công Minh cho kết quả vị trí A có tỷ lệ biến chứng cao nhất.¹⁴ Sự khác biệt này có thể đến từ sự khác biệt về cỡ mẫu (nghiên cứu của Phạm Công Minh chỉ trên 59 RKHD gây biến

chứng) và do trong nghiên cứu của chúng tôi RKHD có thể có nhiều biến chứng.

Phân tích về mối liên quan về khoảng rộng xương với các biến chứng của răng khôn hàm dưới thì bảng 3 cho thấy RKHD ở khoảng rộng xương loại II làm tăng nguy cơ gây biến chứng gấp 13,722 lần. Kết quả này tương đồng với nhận xét của Bùi Thanh Ngoan.¹⁵ Điều này được giải thích do sự kém phát triển của xương hàm dưới khiến RKHD không đủ chỗ mọc, đâm vào RHL thứ hai, tạo ra một áp lực gây tiêu tổ chức cứng RHL thứ hai, tiêu xương ổ răng, gây giắt thức ăn dẫn đến sâu răng, viêm quanh răng.

Bảng 4 cho thấy RKHD lệch xa làm tăng nguy cơ gây biến chứng viêm quanh thân răng khôn cao gấp 9,692. RKHD lệch gần làm tăng nguy cơ gây biến chứng viêm quanh thân răng khôn gấp 1,429 lần; RKHD gây biến chứng viêm quanh thân răng khôn gấp 1,762 lần răng thẳng. Kết quả răng lệch xa gây biến chứng viêm quanh thân răng khôn cao nhất cũng xuất hiện trong nghiên cứu của Ali và Zhou.^{2,16} Tuy nhiên, trong các kết quả của hai tác giả này, RKHD lệch gần và nằm ngang gây biến chứng viêm quanh thân răng khôn thấp hơn RKHD mọc thẳng. Sự khác biệt này có thể đến từ sự khác biệt về cỡ mẫu (nghiên cứu của Ali trên 393 RKHD trong khi của chúng tôi chỉ có 115 RKHD). Các tác giả lý giải do RKHD mọc thẳng nhô cao hẳn khỏi lợi và tiếp xúc với răng khôn hàm trên đối diện nhiều hơn. Hơn nữa, vị trí RKHD lệch gần, nằm ngang có bề mặt lộ lên khỏi lợi thường là mặt xa của những răng này, là bề mặt nhẵn, ít bề mặt tiếp xúc với mô mềm quanh răng. Do đó, những RKHD mọc lệch gần, nằm ngang này ít tích tụ thức ăn hơn và ít nguy cơ biến chứng viêm quanh thân răng khôn hơn khi so sánh với những chiếc răng thẳng đứng. Khoảng rộng xương loại II làm tăng nguy cơ gây biến chứng viêm quanh thân răng khôn cao gấp 5,303 lần (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê

với). RKHD ở độ sâu B và C làm tăng nguy cơ gây biến chứng viêm quanh thân răng khôn lần lượt chỉ bằng 0,899 và 0,538 lần so với RKHD ở độ sâu A (sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê). Tỷ lệ tương tự cũng xuất hiện trong nghiên cứu của Zhou, Galvao và Ali.^{2,16} Điều này có thể đến từ việc RKHD ở vị trí A thường sẽ nhô lên cao hơn so với vị trí B và C, từ đó làm răng khả năng xảy ra sự tiếp xúc mô mềm xung quanh răng và là nguyên nhân gây viêm quanh răng.

Ở bảng 5 cho thấy RKHD lệch gần làm tăng nguy cơ gây biến chứng tiêu xương phía xa RHL thứ hai cao gấp 27,556 lần (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê). RKHD nằm ngang làm tăng nguy cơ gây biến chứng tiêu xương phía xa RHL thứ hai cao gấp 168 lần. Điều này do quá trình mọc của RKHD lệch gần, nằm ngang chèn ép vùng xương ổ của răng lân cận, tạo áp lực gây tiêu xương. RKHD ở vị trí B, C làm tăng nguy cơ gây biến chứng tiêu xương phía xa RHL thứ hai cao gấp 8,949 lần. Điều này do RKHD ở vị trí B, C là các vị trí chưa thể mọc hoàn toàn trên cung hàm, gây chèn ép tới các tổ chức xương xung quanh. Đồng thời do xu hướng mọc nghiêng ra trước theo chiều gần xa của các răng sau dẫn tới gây tiêu xương phía xa RHL thứ hai. RKHD ở khoảng rộng xương loại II làm tăng nguy cơ gây biến chứng tiêu xương phía xa RHL thứ hai cao gấp 3,391. Lý giải cho kết quả này do khoảng rộng xương phía trên mặt nhai RKHD không đủ chỗ để mọc, chính vì vậy RKHD có xu hướng mọc lệch theo hướng phía gần gây tiêu xương phía xa RHL thứ hai.

V. KẾT LUẬN

Hình thái mọc của RKHD có liên quan mật thiết với các biến chứng trên lâm sàng và trên X-quang; RKHD lệch gần làm tăng nguy cơ gây biến chứng gấp 4,94 lần; nằm ngang làm tăng nguy cơ gây biến chứng cao gấp 27,87 lần; ở vị trí B, C làm tăng nguy cơ gây biến chứng cao gấp 6,735 lần; khoảng rộng xương loại II làm

tăng nguy cơ gây biến chứng cao gấp 13,722 lần; RKHD lệch gần, nằm ngang làm tăng nguy cơ gây biến chứng tiêu xương phía xa RHL thứ hai cao gấp 27,556 lần.

Từ kết quả trên, chúng tôi nhận thấy những đối tượng đang ở độ tuổi mọc RKHD nên được tiến hành chụp phim X-quang định kỳ để tiên lượng biến chứng và có kế hoạch điều trị phù hợp dự phòng những biến chứng nặng do RKHD gây nên. Ngoài ra, kiến nghị có những nghiên cứu sâu hơn với cỡ mẫu lớn hơn để đảm bảo độ tin cậy của nghiên cứu và phát hiện thêm những kết quả mới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, et al. *Oral and Maxillofacial Pathology*. Fourth edition. Elsevier; 2016.
2. Ye ZX, Qian WH, Wu YB, et al. Pathologies associated with the mandibular third molar impaction. *Sci Prog*. 2021;104(2):368504211013247. doi:10.1177/00368504211013247
3. Miyazaki R, Sukegawa S, Nakagawa K, et al. Risk Factors for Delayed-Onset Infection after Mandibular Wisdom Tooth Extractions. *Healthcare*. 2023;11(6):871. doi:10.3390/healthcare11060871
4. Polat HB, Ozan F, Kara I, et al. Prevalence of commonly found pathoses associated with mandibular impacted third molars based on panoramic radiographs in Turkish population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2008;105(6):e41-47. doi:10.1016/j.tripleo.2008.02.013
5. Hà Ngọc Chiêu, Nguyễn Đình Phúc, Nguyễn Mạnh Cường, và cs. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng răng khôn hàm dưới mọc lệch ngầm. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;526(2). doi:10.51298/vmj.v526i2.5584
6. Nguyễn Quang Khải, Nguyễn Phú Thắng. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng răng khôn hàm dưới mọc lệch theo Parant II. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;520(2):225-228.
7. Nguyễn Hải Niên, Phạm Hữu Thiên. Đặc điểm hình thái răng số 8 mọc lệch và biến chứng tới răng số 7 hàm dưới trên phim panorama. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021;500(1). doi:10.51298/vmj.v500i1.308
8. Neville BW. *Oral and Maxillofacial Pathology*. Edition 5. Elsevier; 2023.
9. Petersen PE, Baez RJ, World Health Organization. *Oral Health Surveys: Basic Methods*. 5th ed. World Health Organization; 2013.
10. Haddad Z, Khorasani M, Bakhshi M, et al. Radiographic Position of Impacted Mandibular Third Molars and Their Association with Pathological Conditions. *Int J Dent*. 2021;2021:8841297. doi:10.1155/2021/8841297
11. Lei Y, Chen X, Wang Y, et al. A Lightweight Knowledge-Distillation-Based Model for the Detection and Classification of Impacted Mandibular Third Molars. *Appl Sci*. 2023;13(17):9970. doi:10.3390/app13179970
12. Nguyễn Phú Thắng. *Phẫu Thuật Miệng II*. Nhà xuất bản Y học; 2019:86-121.
13. Lưu Văn Tường, Bùi Mai Anh, Hoàng Thị Linh, và cs. Mối tương quan giữa đặc điểm lâm sàng và hình thái trên phim CONEBEAM CT của bệnh nhân có răng khôn hàm dưới gây biến chứng. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;539(2). doi:10.51298/vmj.v539i2.9866
14. Minh PC. Nhận xét các biến chứng thường gặp do răng khôn hàm dưới. Trường Đại học Y Hà Nội; 2014.
15. Ngoan BT. Nhận xét mối liên quan giữa hình thái mọc và các biến chứng của răng khôn hàm dưới. Trường Đại học Y Hà Nội; 2011.
16. Ali S, Nazir A, Shah SAA, et al. Dental caries and pericoronitis associated with impacted mandibular third molars - A clinical and radiographic study. *Pakistan Oral & Dental Journal*. 2014;34(2).

Summary

RELATIONSHIP BETWEEN MORPHOLOGIC ERUPTION AND COMPLICATIONS OF MANDIBULAR WISDOM TEETH IN PATIENTS AT FACULTY OF DENTISTRY, HA DONG GENERAL HOSPITAL

The study was evaluated in 65 individuals who was examined at Faculty of Dentistry, Ha Dong General Hospital with 115 mandibular wisdom teeth (MWT) to determine the relationship between the erupted morphology of MWT and its clinical complications. The results indicated that mesial-angular and horizontal wisdom teeth increased the risk of complications by 4.94 times and 27.87 times respectively. The symptoms of MWT are growth up by 6.735 times at B and C positions. Distal bone space of the second molars with type II spread the complications by 13.722 times. Hence, erupted morphology is closely related to the clinical complications of MWT.

Keywords: Mandibular wisdom teeth, Wisdom tooth complications.