

# ĐẶC ĐIỂM HÌNH THÁI MỌC CỦA RĂNG HÀM LỚN THỨ BA HÀM DƯỚI TRÊN LÂM SÀNG VÀ X-QUANG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐẾN KHÁM TẠI KHOA RĂNG HÀM MẶT, BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÀ ĐÔNG

Lưu Văn Tường<sup>1</sup>, Cao Đoàn Duy<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Hạnh<sup>1</sup>  
Trương Đình Khởi<sup>1</sup>, Dương Đức Long<sup>2</sup>, Phạm Lê Hương Linh<sup>3</sup>  
Nguyễn Thị Minh Huyền<sup>1</sup> và Đinh Diệu Hồng<sup>1,✉</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Trường Đại học Kinh doanh và Công nghệ Hà Nội

Nghiên cứu nhận xét đặc điểm lâm sàng, X-quang răng hàm lớn thứ ba hàm dưới của người bệnh đến khám tại Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đa khoa Hà Đông. Đối tượng là 115 răng hàm lớn thứ ba hàm dưới của người bệnh đến khám và điều trị tại Khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Đa khoa Hà Đông từ tháng 11/2023 đến tháng 4/2024 với các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang với phương pháp chọn mẫu thuận tiện có chủ đích. Sau khi tiến hành khám và kiểm tra trên phim X-quang, đánh giá tình trạng mọc, vị trí trục răng hàm lớn thứ ba hàm dưới đối với răng hàm lớn thứ hai, độ sâu răng hàm lớn thứ ba hàm dưới so với mặt nhai răng hàm lớn thứ hai, tương quan răng hàm lớn thứ ba hàm dưới với khoảng rộng xương hàm. Kết quả cho thấy, răng hàm lớn thứ ba hàm dưới mọc lệch gần chiếm tỷ lệ cao nhất (42,6%), răng hàm lớn thứ ba hàm dưới ở vị trí A (68,7%) chiếm tỷ lệ cao hơn hẳn hai vị trí B (28,7%) và vị trí C (2,6%). Khoảng rộng xương loại II chiếm tỷ lệ cao nhất (81,7%).

**Từ khoá:** Răng hàm lớn thứ ba hàm dưới, X-quang.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng hàm lớn thứ ba thường mọc muộn, trong khoảng 17 - 25 tuổi, khi các răng khác đã ổn định. Do thiếu chỗ mọc, răng hàm lớn thứ ba thường mọc lệch hoặc ngầm, đặc biệt là răng hàm lớn thứ ba hàm dưới, gây ra nhiều biến chứng như viêm quanh thân răng, sâu hay tiêu xương mặt xa răng hàm lớn thứ hai, tổn thương mô mềm, hoặc hình thành nang hoặc u.<sup>1,2</sup> Quan điểm về xử trí răng hàm lớn thứ ba không đồng nhất: một số ý kiến cho rằng nên

nhổ sớm để phòng ngừa biến chứng, trong khi quan điểm khác lại lo ngại về ảnh hưởng của phẫu thuật nhổ răng.<sup>3,4</sup> Việc thăm khám lâm sàng và X-quang giúp đánh giá mức độ biến chứng, tiên lượng và lập kế hoạch điều trị phù hợp. Phát hiện sớm bất thường giúp giảm nguy cơ và nâng cao sức khỏe răng miệng. Trên thế giới và Việt Nam đã có các nghiên cứu về mối liên quan giữa hình thái răng hàm lớn thứ ba và biến chứng, nhưng kết quả còn khác nhau tùy đối tượng và điều kiện nghiên cứu.<sup>5,6</sup> Nhằm bổ sung thông tin và lập kế hoạch điều trị hiệu quả hơn, đề tài “Đặc điểm hình thái mọc của răng hàm lớn thứ ba hàm dưới của người bệnh đến khám tại Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đa khoa Hà Đông” được tiến hành với mục tiêu

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: 13/02/2025

chính: Nhận xét đặc điểm lâm sàng và X-quang răng hàm lớn thứ ba hàm dưới của người bệnh đến khám tại Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đa khoa Hà Đông.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu là các răng hàm lớn thứ ba hàm dưới của người bệnh đến khám và điều trị tại Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đa khoa Hà Đông từ tháng 11/2023 đến tháng 4/2024.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** i) Răng hàm lớn thứ ba hàm dưới của các người bệnh đến khám tại Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đa khoa Hà Đông, ii) Đồng ý và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Các răng hàm lớn thứ ba hàm dưới không toàn vẹn hình thái ngoài của thân răng.

### 2. Phương pháp

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

Cỡ mẫu:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \cdot \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

- n: Cỡ mẫu nghiên cứu.
- $Z_{1-\alpha/2}^2$ : Hệ số tin cậy. Với  $\alpha = 0,05$  ta có  $Z_{1-\alpha/2} = 1,962$ .
- p: Tỷ lệ răng thứ ba hàm dưới gây biến chứng (lấy p = 0,49 theo kết quả trong nghiên cứu của Lê Ngọc Thanh 2005).<sup>7</sup>
- d: Khoảng sai lệch cho phép giữa tỷ lệ thu được từ mẫu và tỷ lệ của quần thể, ta lấy d = 0,0914.

Cỡ mẫu được tính theo công thức là 115 răng hàm lớn thứ ba hàm dưới với phương pháp chọn mẫu thuận tiện có chủ đích.

#### Các bước tiến hành

**Bước 1:** Chuẩn bị công cụ nghiên cứu.

**Bước 2:** Hồi bệnh:

- Hành chính: Họ và tên, tuổi, giới tính, địa chỉ, số điện thoại.

- Lý do đến khám: Sưng đau, dất thức ăn, sâu răng khôn hàm dưới, sâu răng hàm lớn thứ hai, dự phòng, khác.

**Bước 3:** Khám lâm sàng.

Tình trạng mọc:

- Đã mọc: Đã thấy toàn bộ thân răng hàm lớn thứ ba hàm dưới trên cung hàm.

- Mọc một phần: Nhìn thấy một phần thân răng hàm lớn thứ ba hàm dưới trên cung hàm.

- Ngầm hoàn toàn: Không nhìn thấy thân răng hàm lớn thứ ba hàm dưới trên cung hàm.

**Bước 4:** Kiểm tra trên phim X-quang.

- Vị trí trục răng hàm lớn thứ ba hàm dưới đối với răng hàm lớn thứ hai: theo phân loại Winter.

+ 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 RHLHD nghiêng má).

+ Lệch lưỡi (trục RHLHD nghiêng lưỡi).

+ Đảo ngược ( $101^\circ - -81^\circ$ ).

- Đo góc lệch của trục răng hàm lớn thứ ba hàm dưới so với trục của răng hàm lớn thứ hai trên phim bằng cách:

+ Chồng phim lên giấy trong, cố định phim và giấy trong lên bảng sáng đọc phim.

+ Xác định mặt phẳng nhai của răng hàm lớn thứ ba hàm dưới, xác định mặt phẳng nhai của răng hàm lớn thứ hai.

+ Xác định trục của răng hàm lớn thứ ba hàm dưới, trục của răng hàm lớn thứ hai. Ở các răng phát triển đầy đủ, đã chia chẻ chân răng, trục dọc được xác định bằng cách nối điểm giữa của mặt nhai và điểm giữa đoạn chia chân răng. Ở các răng chân không chia, trục dọc được xác định bằng cách nối điểm giữa mặt nhai và điểm giữa chân răng ở  $\frac{2}{3}$  chiều dài răng. Ở các răng đang phát triển chưa đóng chóp, trục dọc được xác định bằng cách nối

điểm giữa mặt nhai và mặt cắt ngang chân răng (và song song với mặt nhai) lớn nhất hiện có.

+ Đo góc giữa trục của răng hàm lớn thứ ba hàm dưới và trục của răng hàm lớn thứ hai.

- Độ sâu răng hàm lớn thứ ba hàm dưới so với mặt nhai răng hàm lớn thứ hai:

+ Vị trí A: Khi điểm cao nhất của thân răng hàm lớn thứ ba nằm ngang mức hay cao hơn mặt nhai RHL thứ hai.

+ Vị trí B: Khi điểm cao nhất của thân răng hàm lớn thứ ba nằm giữa mặt nhai và cổ RHL thứ hai.

+ Vị trí C: Khi điểm cao nhất của thân răng hàm lớn thứ ba nằm thấp hơn cổ RHL thứ hai.

- Khoảng rộng xương: Tương quan giữa khoảng cách gần – xa thân răng hàm lớn thứ ba hàm dưới và khoảng cách từ mặt xa răng hàm lớn thứ hai đến bờ trước cành lên xương hàm dưới: (a) khoảng cách giữa điểm A (giao điểm của mặt phẳng nhai với bờ trước của cành lên xương hàm dưới) và điểm B (giao điểm của đường thẳng đi qua điểm xa nhất răng hàm lớn thứ hai vuông góc với mặt nhai).

+ Loại I: Khoảng a (khoảng cách từ mặt xa răng hàm lớn thứ hai đến bờ trước cành lên XHD) bằng hoặc lớn hơn b (khoảng cách gần – xa thân RKHD).

+ Loại II: Khi  $a < b$ .

+ Loại III: RKHD hoàn toàn chìm trong xương hàm.

**Bước 5:** Thu thập các thông tin trên vào phiếu khám nghiên cứu.

**Bước 6:** Tổng hợp dữ liệu nghiên cứu, sau đó tiến hành xử lý và phân tích số liệu, đưa ra nhận xét và bàn luận theo các mục tiêu nghiên cứu.

**Xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý với Excel và phân tích bằng SPSS 20.

### 3. Đạo đức nghiên cứu

Tất cả các đối tượng được chọn làm mẫu trong nghiên cứu đều được giải thích về mục đích nghiên cứu.

Nghiên cứu được thực hiện khi có sự cho phép của Ban giám đốc, Khoa Răng Hàm Mặt, phòng kế hoạch tổng hợp Bệnh viện Đa khoa Hà Đông.

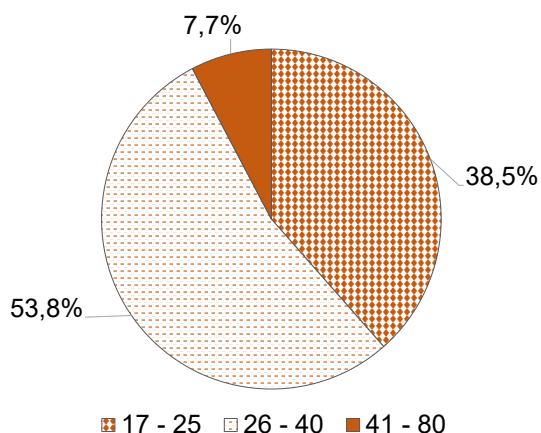
Thông tin do đối tượng cung cấp được giữ bí mật.

Các số liệu, thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích học tập và nghiên cứu khoa học, không phục vụ cho mục đích nào khác.

Phương pháp nghiên cứu là hỏi bệnh, khám lâm sàng, phân tích phim X-quang không làm ảnh hưởng tới thể chất, tinh thần, sức khỏe của đối tượng nghiên cứu.

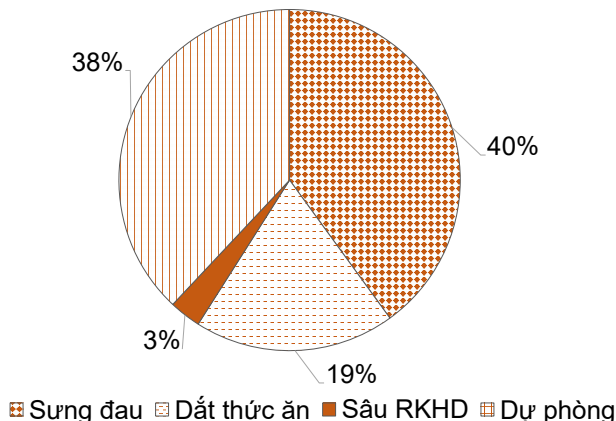
## III. KẾT QUẢ

Trong tổng số 115 răng hàm lớn thứ ba hàm dưới được nghiên cứu xuất hiện trên 65 người bệnh.



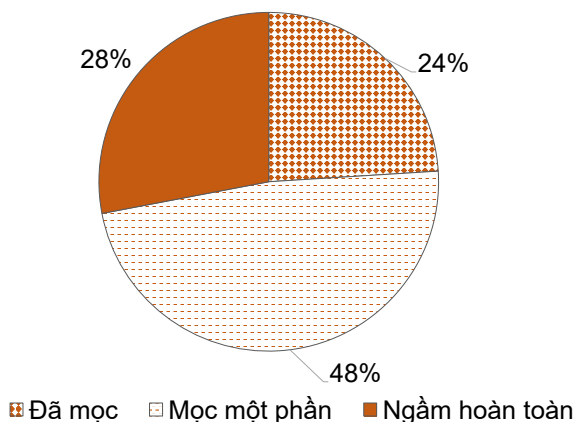
**Biểu đồ 1. Phân bố nhóm tuổi của người bệnh tham gia nghiên cứu**

Người bệnh nhóm tuổi từ 26 – 40 chiếm tỷ lệ cao nhất (53,8%). Người bệnh nhóm tuổi từ 41 – 80 chiếm tỷ lệ thấp nhất (7,7%).



**Biểu đồ 2. Phân bố lý do đến khám của người bệnh tham gia nghiên cứu**

Răng hàm lớn thứ ba hàm dưới được thăm khám với lý do sưng đau chiếm tỷ lệ cao nhất (40,3%); tiếp đến là lý do dự phòng (38,06%); thấp nhất là do sâu chính răng hàm lớn thứ ba hàm dưới được thăm khám (2,98%).

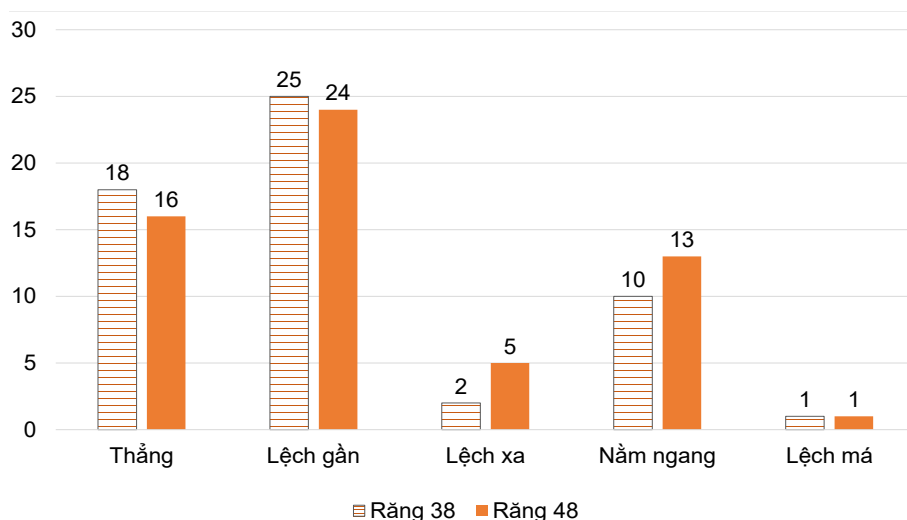


**Biểu đồ 3. Phân bố số lượng răng hàm lớn thứ ba hàm dưới theo tình trạng mọc trên lâm sàng**

Răng hàm lớn thứ ba hàm dưới mọc một phần chiếm tỷ lệ cao nhất (47,82%); tiếp đến là răng hàm lớn thứ ba hàm dưới ngầm hoàn toàn (27,83%); thấp nhất là răng hàm lớn thứ ba hàm dưới đã mọc (24,35%).

Trong 115 trường hợp răng hàm lớn thứ ba hàm dưới đã nghiên cứu, tỷ lệ răng 38 và 48 ở

các nhóm răng: thẳng, lệch gần, lệch xa, nằm ngang, lệch má có sự khác nhau. Răng hàm lớn thứ ba hàm dưới mọc lệch gần chiếm tỷ lệ cao nhất (42,6%). Răng hàm lớn thứ ba hàm dưới mọc lệch lười và đảo ngược không phát hiện trong mẫu nghiên cứu.



**Biểu đồ 4. Phân bố hình thái mọc của răng hàm lớn thứ ba hàm dưới so với trục răng hàm lớn thứ hai**

**Bảng 1. Phân bố tương quan răng hàm lớn thứ ba hàm dưới với mặt xa răng hàm lớn thứ hai và bờ trước cành lên xương hàm dưới**

Tương quan khoảng rộng xương	n	Tỷ lệ %
Loại I	17	14,8
Loại II	94	81,7
Loại III	4	3,5
Tổng	115	100

Qua nghiên cứu trên phim X-quang, khoảng rộng xương loại II chiếm tỷ lệ cao nhất (81,7%);

tiếp đến là loại I (14,8%); thấp nhất là loại III (3,5%).

**Bảng 2. Phân bố tương quan răng hàm lớn thứ ba hàm dưới với mặt nhai răng hàm lớn thứ hai**

Tương quan theo độ sâu	n	Tỷ lệ %
Vị trí A	79	68,7
Vị trí B	33	28,7
Vị trí C	3	2,6
Tổng	115	100

Qua nghiên cứu trên phim X-quang, răng hàm lớn thứ ba hàm dưới ở vị trí A chiếm tỷ lệ cao nhất (68,7%).

#### IV. BÀN LUẬN

Răng hàm lớn thứ ba 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. Việc lựa chọn các nhóm tuổi cũng không hoàn toàn thống nhất giữa các tác giả. Trong nghiên cứu của tôi, độ tuổi người bệnh được xác định từ 17 – 80 tuổi và chia làm 3 nhóm: nhóm 17 – 25 tuổi, nhóm 26 – 40 tuổi, nhóm 41 – 80 tuổi. Biểu đồ 1 cho thấy: Tỷ lệ người bệnh tới khám răng hàm lớn thứ ba hàm dưới ở nhóm tuổi 26 – 40 là 53,8%, chiếm tỷ lệ cao nhất. Điều này được giải thích do trong giai đoạn đầu mọc răng hàm lớn thứ ba từ 17 – 25 tuổi, răng có thể chưa xuất hiện hoặc xuất hiện một phần trong khoang miệng mà chưa đạt đến trạng thái ổn định, người bệnh thường có tâm lý trì hoãn việc thăm khám khi chưa có các biến chứng lâm sàng rõ rệt. Tới giai đoạn 26 – 40 tuổi khi răng đã xuất hiện ở vị trí cố định trên cung hàm hoặc không mọc được thêm do thiếu chỗ, các biến chứng bắt đầu xuất hiện nhiều hơn do răng trải qua quá trình ăn nhai và nhồi nhét thức ăn nếu vị trí mọc không đúng. Đây là giai đoạn tuổi sinh sản ở nữ nên nội tiết tố thay đổi cũng ảnh hưởng tới sức khỏe răng miệng, đặc biệt là các biến chứng liên quan đến răng hàm lớn thứ ba hàm dưới. So sánh kết quả với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quang Khải (2023) trên 80 bệnh nhân có răng hàm lớn thứ ba hàm dưới được phân loại theo Parant II: nhóm tuổi 18 – 24 là độ tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 50%, cao hơn nghiên cứu của chúng tôi.

Biểu đồ 2 cho thấy lý do phổ biến nhất khiến bệnh nhân khám răng hàm lớn thứ ba hàm dưới là sưng đau (40,3%). Kết quả này lại trái với nghiên cứu của Nguyễn Viết Hiếu (2023) khi sâu răng mới là lý do chiếm tỷ lệ cao nhất, sự khác biệt này là do đối tượng nghiên cứu khác nhau.<sup>9</sup> Biểu đồ 3 cho thấy đa số răng hàm lớn thứ ba hàm dưới chỉ mọc được một phần, điều này được lý giải bởi các yếu tố như thiếu khoảng cung hàm, hướng mọc không thuận lợi

và đặc điểm giải phẫu răng cũng như xương hàm. Trong nhiều trường hợp, răng khôn bắt đầu mọc nhưng không thể tiếp tục trôi lên hoàn chỉnh do thiếu không gian hoặc bị cản trở bởi răng hàm lớn thứ hai, điều này dẫn đến trạng thái mọc một phần. Đây cũng là trạng thái dễ dẫn đến các biến chứng như viêm quanh thân răng, sâu răng và tổn thương răng lân cận.

Không giống như các răng khác trên cung hàm, răng hàm lớn thứ ba hàm dưới có thể mọc ở các tư thế khác nhau. Biểu đồ 4 cho thấy răng hàm lớn thứ ba hàm dưới mọc lệch gần chiếm tỷ lệ cao nhất (42,6%), tiếp đến là răng mọc thẳng (29,6%). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của các tác giả khác.<sup>9,10</sup> Sự khác nhau về tỷ lệ do mẫu nghiên cứu khác nhau và cách thức nghiên cứu giữa các tác giả. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tiêu chuẩn chọn mẫu lấy tất cả những răng hàm lớn thứ ba hàm dưới mà bệnh nhân có nhu cầu thăm khám, trong đó bao gồm cả những răng hàm lớn thứ ba hàm dưới đã gây biến chứng và răng hàm lớn thứ ba hàm dưới chưa gây biến chứng. Các kiểu mọc lệch và nằm ngang thường liên quan đến các biến chứng như viêm quanh thân răng (pericoronitis), sâu răng ở mặt xa răng hàm lớn thứ hai, và sự tiêu xương ổ răng ở răng kế cận, là những vấn đề thường gặp, đặc biệt khi không điều trị kịp thời.

Bảng 1 cho thấy răng hàm lớn thứ ba hàm dưới ở khoảng rộng xương loại II chiếm tỷ lệ cao nhất (81,7%), loại III (răng khôn hàm dưới chìm hoàn toàn trong xương) chiếm tỷ lệ rất thấp (3,5%). Kết quả này tương đồng với các tác giả khác. Điều này cho thấy do răng hàm lớn thứ ba hàm dưới là răng mọc cuối cùng, vào giai đoạn xương hàm dưới dừng phát triển theo chiều gần xa, nên răng hàm lớn thứ ba hàm dưới không đủ chỗ để mọc. Dựa vào khoảng rộng xương trên X-quang giúp bác sỹ đánh giá tổng quát, đặc biệt liên quan đến ống thần kinh

hàm dưới, từ đó đưa ra được kế hoạch điều trị cũng như phẫu thuật hợp lý, cụ thể.

Dựa vào kết quả tương quan độ sâu răng hàm lớn thứ ba hàm dưới so với mặt nhai răng hàm lớn thứ hai ở bảng 2, nhận thấy rằng hàm lớn thứ ba hàm dưới ở vị trí A (68,7%) chiếm tỷ lệ cao hơn hẳn hai vị trí B (28,7%) và vị trí C (2,6%). Kết quả này tương đồng với các tác giả khác.<sup>11,12</sup> Vị trí A và B chiếm tỷ lệ cao hơn do ở hai vị trí này răng hàm lớn thứ ba hàm dưới có thể xuất hiện trong khoang miệng, trải qua quá trình ăn nhai và biến chứng mà người bệnh có thể nhìn thấy được, điều này thúc đẩy người bệnh tới khám hơn là những răng hàm lớn thứ ba hàm dưới ở vị trí C mà họ không thể nhìn thấy. Bên cạnh đó, hai vị trí A và B còn chịu ảnh hưởng bởi chế độ vệ sinh răng miệng nên dễ xảy ra biến chứng hơn.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, người bệnh đến khám với lý do sưng đau răng hàm lớn thứ ba hàm dưới chiếm tỷ lệ cao nhất với đa số trường hợp mọc được một phần. Trong đó, răng hàm lớn thứ ba hàm dưới mọc lệch gần chiếm tỷ lệ cao nhất, thấp nhất là lệch má. Răng hàm lớn thứ ba hàm dưới ở vị trí A (68,7%) chiếm tỷ lệ cao hơn hẳn hai vị trí B (28,7%) và vị trí C (2,6%). Khoảng rộng xương loại II chiếm tỷ lệ cao nhất (81,7%), loại III (răng hàm lớn thứ ba hàm dưới chìm hoàn toàn trong xương) chiếm tỷ lệ rất thấp (3,5%). Thật vậy, thông qua đánh giá những đặc điểm lâm sàng và hình ảnh X-quang, việc theo dõi và xử lý các trường hợp răng hàm lớn thứ ba mọc bất thường, đồng thời cung cấp cơ sở để định hướng các chiến lược điều trị và dự phòng trong thực hành nha khoa.

## VI. KHUYẾN NGHỊ

Răng hàm lớn thứ ba hàm dưới mọc lệch chiếm tỷ lệ cao và dễ gây biến chứng, cần phát hiện sớm và theo dõi chặt chẽ để có kế hoạch điều trị phù hợp. Nhiều biến chứng chỉ được

phát hiện qua X-quang, do đó thăm khám răng hàm lớn thứ ba nên được phổ cập sớm. Hình thái mọc đa dạng có liên quan đến biến chứng, cần thêm nghiên cứu lớn hơn và sử dụng Cone Beam CT để đánh giá chính xác và hỗ trợ lâm sàng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Prasanna Kumar D, Sharma M, Vijaya Lakshmi G, et al. Pathologies Associated with Second Mandibular Molar Due to Various Types of Impacted Third Molar: A Comparative Clinical Study. *J Maxillofac Oral Surg.* 2022;21(4):1126-1139. doi:10.1007/s12663-021-01517-0
2. Nguyễn Phú T. *Phẫu Thuật Miệng II. Tập 2.* Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam; 2022.
3. Błochowiak K, Aleksandrak P, Kropielnicki K, et al. Extraction of asymptomatic impacted third molars – a review. *European Journal of Clinical and Experimental Medicine.* 2019;17(1):71-78.
4. Sayed N, Bakathir A, Pasha M, et al. Complications of Third Molar Extraction. *Sultan Qaboos Univ Med J.* 2019;19(3):e230-e235. doi:10.18295/squmj.2019.19.03.009
5. Al-Madani SO, Jaber M, Prasad P, et al. The Patterns of Impacted Third Molars and Their Associated Pathologies: A Retrospective Observational Study of 704 Patients. *J Clin Med.* 2024;13(2):330. doi:10.3390/jcm13020330
6. Hadziabdic N, Dzankovic A, Maktouf M, et al. The Clinical and Radiological Evaluation of Impacted Third Molar Position, Crown and Root Morphology. *Acta Med Acad.* 2023;52(2):77-87. doi:10.5644/ama2006-124.407
7. Lê Ngọc T. Nhận xét đặc điểm lâm sàng mọc ngầm và đánh giá xquang răng khôn hàm dưới mọc lệch, mọc ngầm. 2005.
8. Nguyễn Viết Hiếu, Phạm Văn Linh, Phan Thế Phước Long, và cs. Đánh giá kết quả điều trị nhổ răng khôn hàm dưới có ghép xương đồng loại kết hợp màng chân bì. *Tạp chí Y Dược*



*học Cần Thơ*. 2023;(63):30-36. doi:10.58490/ctump.2023i63.1461

9. Kim Ngọc Khánh Vinh, Trần Thị Phương Đan, Lâm Nhật Tân . Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng răng khôn hàm dưới liên quan thần kinh răng dưới trong phẫu thuật cắt thân răng. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2023;64.

10. 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

11. Kumar VR, Yadav P, Kahsu E, et al. Prevalence and Pattern of Mandibular Third Molar Impaction in Eritrean Population: A Retrospective Study. *J Contemp Dent Pract*. 2017;18(2):100-106. doi:10.5005/jp-journals-10024-1998

12. Nguyễn Thị Tường Vân, Nguyễn Lâm, Nguyễn Điền Trúc Ly, và cs. Nghiên cứu tư thế của răng khôn hàm dưới lệch ngàm trên phim toàn cảnh và một số bệnh lý liên quan. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2024;(72):157-164. doi:10.58490/ctump.2024i72.2336

## Summary

### MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF MANDIBULAR WISDOM TEETH IN CLINICAL AND X-RAY ANALYSIS OF PATIENTS AT DEPARTMENT OF DENTISTRY AND MAXILLOFACIALITY, HA DONG GENERAL HOSPITAL

This study evaluated clinical morphology, radiographic characteristics of lower wisdom teeth of patients who visited the Department of Dentistry and Maxillofacial Surgery, Ha Dong General Hospital from November 2023 to April 2024. 115 mandibular wisdom teeth were examined at the hospital with inclusion and exclusion criteria. The study design was a cross-sectional with a purposeful convenience sampling method. Dental examination was conducted including interpretation of X-ray assessing the growth status and mandibular wisdom tooth position, position of depth of mandibular wisdom tooth relative to 2nd molars, mandibular wisdom tooth position correlation with jaw width. The results showed wisdom teeth in the mandible deviate up to 42.6%, the mandibular wisdom tooth in position A (68.7%) is much higher than the two positions B (28.7%) and position C (2.6%). The bone width type II is the highest rate (81.7%).

**Keywords:** Mandibular wisdom teeth, radiography.