

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA NHỮNG BỆNH NHÂN CÓ HAI RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI CHỈ ĐỊNH NHỎ TẠI VIỆN ĐÀO TẠO RĂNG HÀM MẶT - TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI VÀ KHOA RĂNG HÀM MẶT - BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Đặng Đức Mạnh Hải^{1,✉}, Võ Trương Như Ngọc¹, Hoàng Kim Loan¹,
Lê Long Nghĩa¹, Nguyễn Ngọc Anh¹, Đàm Văn Việt²

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

Răng khôn hàm dưới hay thiếu chỗ mọc gây ra tình trạng mọc lệch, ngầm nên phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới là phẫu thuật thường gặp và phổ biến nhất trong phẫu thuật miệng. Đây là thủ thuật xâm lấn, dễ gây biến chứng trước, trong và sau mổ. Việc đánh giá lâm sàng kỹ lưỡng giúp lập kế hoạch điều trị phù hợp, hạn chế rủi ro. Nghiên cứu mô tả cắt ngang đặc điểm lâm sàng của răng khôn hàm dưới được chỉ định nhổ theo phân loại Parant độ II và III, thực hiện trên 34 bệnh nhân với 68 răng tại Viện đào tạo Răng Hàm Mặt – Trường Đại học Y Hà Nội và Khoa Răng Hàm Mặt - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội (01/7/2024 - 30/6/2025). Kết quả cho thấy tuổi trung bình đối tượng nghiên cứu là 24,1, hướng mọc lệch gần chiếm tỷ lệ cao nhất (89,7%). Biến chứng thường gặp gồm tiêu xương (35,3%), sâu mặt xa răng hàm lớn thứ hai (17,6%) và ngoại tiêu chân răng hàm lớn thứ hai (4,4%). Nữ giới có xu hướng gặp biến chứng nhiều hơn. Kết quả cho thấy răng khôn lệch gần dễ gây biến chứng, tầm quan trọng của việc thăm khám và nhổ răng dự phòng, đặc biệt ở người trẻ.

Từ khóa: Răng khôn hàm dưới, phân loại Parant II-III.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng khôn hàm dưới hay thiếu chỗ gây ra tình trạng mọc lệch, ngầm nên phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới là phẫu thuật thường gặp và phổ biến nhất trong phẫu thuật miệng. Trên thế giới, phẫu thuật nhổ răng khôn cũng được xếp vào một trong những phẫu thuật chiếm tỉ lệ nhiều nhất.¹

Tỉ lệ răng khôn hàm dưới mọc kẹt chiếm tỉ lệ cao nhất (46,4%) trên đối tượng người châu Á.² Ở Việt Nam, theo Nguyễn Trọng Đức thì tỉ lệ răng khôn hàm dưới mọc lệch ngầm khoảng hơn 73% trên các sinh viên học viện Quân y năm thứ ba, năm học 2022 - 2023.³ Trong số

các răng khôn hàm dưới thì răng khôn mọc lệch gần chiếm tỉ lệ cao nhất với tỉ lệ khoảng 70% theo tác giả Nguyễn Quang Khải năm 2023.⁴ Độ khó của phẫu thuật nhổ răng khôn liên quan tới độ tuổi và hình thái của răng.⁵

Với mong muốn bệnh nhân có được kế hoạch điều trị, tiên lượng tốt nhất, giúp nhà lâm sàng có một cái nhìn bao quát, sự phân bố của các tổn thương bệnh lý liên quan đến hình thái, hướng mọc của răng khôn hàm dưới trước khi tiến hành nhổ răng phẫu thuật. Chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu “Mô tả đặc điểm lâm sàng của răng khôn hàm dưới trên những bệnh nhân có hai răng khôn hàm dưới chỉ định nhổ theo phân loại Parant II và III tại Viện đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội và khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội thời gian từ 01/7/2024 đến 30/6/2025”.

Tác giả liên hệ: Đặng Đức Mạnh Hải

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: manhhai.dentist@gmail.com

Ngày nhận: 24/06/2025

Ngày được chấp nhận: 07/07/2025

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

+ Bệnh nhân có hai răng khôn hàm dưới mọc lệch, có chỉ định nhổ, tương đồng về kiểu phẫu thuật theo Parant II hoặc III.

+ Được phẫu thuật tại Trung tâm kỹ thuật cao khám chữa bệnh Răng Hàm Mặt, Viện đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội và Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội thời gian từ 01/7/2024 đến 30/6/2025.

+ Bệnh nhân tự nguyện hợp tác tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

+ Bệnh nhân có kèm theo những bệnh toàn thân mạn tính chưa ổn định như: rối loạn về máu, rối loạn tâm thần kinh.

+ Bệnh nhân đang có bệnh lý về khớp thái dương hàm.

+ Bệnh nhân đang có thai.

+ Bệnh nhân dưới 18 tuổi nếu chưa có sự đồng ý của người giám hộ.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu là 68 chiếc răng khôn hàm dưới trên 34 bệnh nhân có hai răng khôn hàm dưới mọc lệch theo phân loại Parant II-III. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại trung tâm kỹ thuật cao khám chữa bệnh Răng Hàm Mặt - Viện Đào Tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội và khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Thời gian nghiên cứu từ 01/7/2024 đến 30/6/2025.

Phương pháp thu thập thông tin

Những bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn tương đồng về kiểu phẫu thuật theo Parant II hoặc III sẽ được ghi nhận trong bệnh án nghiên cứu các thông tin như sau: thông tin chung, tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng và X-quang. Đánh giá trên khám lâm sàng: Đã có biến chứng hay chưa? Mức độ lệch, biến chứng tại răng hàm lớn thứ hai, ngầm hay đã mọc trong khoang miệng.

Công cụ thu thập thông tin:

Phiếu thu thập số liệu (bệnh án), phim X-quang CT Cone Beam, Panorama, bộ khay khám: gương, gắp, thám trâm nha khoa.

Thu thập số liệu:

Các bệnh nhân có hai răng khôn hàm dưới lệch ngầm theo phân loại Parant II hoặc III thuộc một trong các trường hợp sau: răng lệch gần, chân ngược chiều bẫy, răng nằm sâu trong xương, răng lộn ngược, răng lệch ngoài, răng lệch xa, chân ngược chiều bẫy, răng nhiều chân choãi rộng, hai chân cong ngược chiều bẫy. Biến nghiên cứu: tuổi, giới, lý do đến khám, biến chứng tại răng hàm lớn thứ hai hàm dưới, trục răng.

Phương pháp phân tích số liệu

Các phiếu nghiên cứu và bệnh án nghiên cứu được kiểm tra, số liệu được mã hóa và nhập vào và xử lý bằng thuật toán thống kê trên phần mềm SPSS 16.0. Trình bày bằng, biểu đồ thể hiện các kết quả nghiên cứu.

3. Đạo đức nghiên cứu

Tuân thủ các nguyên tắc vệ sinh vô trùng khi tiến hành phẫu thuật. Đối tượng được tư vấn mọi vấn đề liên quan và đồng ý tham gia nghiên cứu và có quyền rút ra khỏi nghiên cứu bất kỳ lúc nào. Mọi thông tin do đối tượng cung cấp đều được giữ bí mật. Đề tài nghiên cứu chỉ

nhằm mục đích phục vụ nghiên cứu khoa học, góp phần bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho bệnh nhân không nhằm bất cứ mục đích nào khác. Đề tài nghiên cứu được thông qua hội đồng đề cương và hội đồng đạo đức số 1806/GCN-HMUIRB ngày 28/4/2025.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tổng số 68 răng của 34 bệnh nhân trong đó nam/ nữ tỉ lệ 1:1.

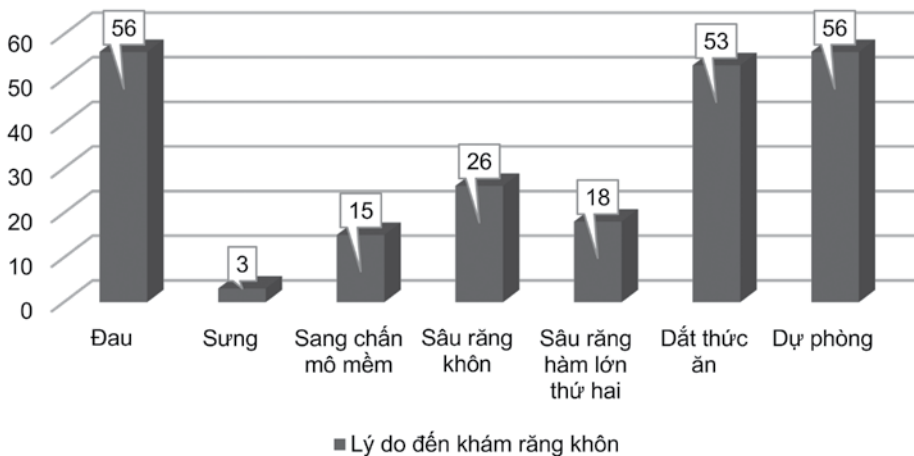
Bảng 1. Đặc điểm tuổi, giới tính của đối tượng nghiên cứu.

Biến số	Nam n (%)	Nữ n (%)	Tổng n (%)	
Tuổi	< 18	2 (11,8%)	0 (0%)	2 (5,9%)
	18 - 24	10 (58,8%)	15 (88,2%)	25 (73,5%)
	25 - 30	3 (17,6%)	1 (5,9%)	4 (11,8%)
	> 30	2 (11,8%)	1 (5,9%)	3 (8,8%)
	Mean (SD)	21,8 (5,7)	26,3 (8,5)	24,1 (7,6)

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 24.1. Trong đó thấp nhất là 16 tuổi và cao nhất là 45 tuổi. Tuổi trung bình của bệnh nhân nữ có xu hướng cao hơn bệnh nhân nam. Nhóm tuổi

chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai giới là 18 - 24 tuổi, chiếm 58,8% ở nam, 88,2% ở nữ.

2. Đặc điểm lâm sàng răng khôn hàm dưới



Biểu đồ 1. Biểu đồ phân bố lý do đến khám nhổ răng khôn của bệnh nhân.

Lý do đến khiến bệnh nhân phải đến khám để nhổ răng nhiều nhất là đau, dứt thức ăn và dự phòng.

Bảng 2. Đặc điểm biến chứng tại răng hàm lớn thứ hai hàm dưới theo giới do răng khôn mọc lệch

		Giới tính		Tổng
		Nam n (%)	Nữ n (%)	
Sâu phía xa răng hàm lớn thứ hai	Có	3 (17,6)	4 (23,5)	7 (20,5)
	Không	14 (82,4)	13 (76,5)	27 (79,5)
Ngoại tiêu chân răng hàm lớn thứ hai	Có	3 (17,6)	0 (0)	3 (8,8)
	Không	14 (82,4)	17 (100)	31 (91,2)
Tiêu xương	Có	11 (64,7)	12 (70,8)	23 (67,6)
	Không	6 (35,3)	5 (29,4)	11 (32,3)
Viêm quanh răng hàm lớn thứ hai	Có	1 (5,9)	4 (23,5)	5 (14,7)
	Không	16 (94,1)	13 (76,5)	29 (85,3)
Túi viêm quanh thân răng hàm lớn thứ hai	Có	2 (11,8)	4 (23,5)	6 (17,6)
	Không	15 (88,2)	13 (76,5)	28 (82,4)

Nữ giới có xu hướng bị sâu phía xa, viêm quanh răng hàm lớn thứ hai hàm dưới, và túi viêm quanh thân răng nhiều hơn nam giới. Nam giới là nhóm duy nhất bị tiêu chân răng trong

nghiên cứu. Tiêu xương là tình trạng phổ biến nhất ở cả hai giới chiếm tỉ lệ ở nam và nữ lần lượt là 64,7% và 70,8%. Sâu phía xa răng hàm lớn thứ hai cũng hay gặp chiếm tỉ lệ 20,5%.

Bảng 3. Biến chứng mọc răng khôn hàm dưới theo tư thế mọc

	Trục lệch			Tổng
	Gần	Má	Xa	
	61	3	4	
Sâu phía xa răng hàm lớn thứ hai	12 (19,7%)	0 (0%)	0 (0%)	12 (17,6%)
Ngoại tiêu chân hàm lớn thứ hai	3 (4,9%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (4,4%)
Tiêu xương	22 (36,1%)	1 (33,3%)	1 (25%)	24 (35,3%)
Viêm quanh răng hàm lớn thứ hai	4 (6,6%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (5,9%)
Túi VQTR	5 (8,2%)	1 (33,3%)	1 (25%)	7 (10,3%)
Không BC	30 (49,2%)	1 (33,3%)	2 (50%)	33 (48,5%)

Tiêu xương là biến chứng phổ biến nhất, chiếm hơn 35,3% tổng số ca. Sâu phía xa và ngoại tiêu chân răng hàm lớn thứ hai chỉ gặp ở răng khôn

lệch gần chiếm tỉ lệ lần lượt là 17,6% và 4,4%. Trục răng lệch má và lệch xa ít gặp hơn (về số lượng), nhưng vẫn có nguy cơ gây tiêu xương và túi viêm.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm về tuổi và giới tính

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, độ tuổi trung bình là 24,1 tuổi, trong đó độ tuổi trung bình của nữ giới là 26,3 tuổi và của nam là 21,8 tuổi. Răng khôn hàm dưới nên được nhổ ở độ tuổi 18 đến 30 tuổi, vì lúc này khoảng quanh răng còn rộng, tình trạng sức khỏe tốt, chân răng người trẻ tuổi chưa phát triển hoàn toàn, thuận lợi cho sự lành thương. Độ tuổi trung bình của nghiên cứu chúng tôi là phù hợp trong lứa tuổi này và tỷ lệ tuổi từ 18 - 24 chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai giới (73,5% tổng số), cao hơn với nghiên cứu của Khiếu Thanh Tùng và Nguyễn Quang Khải là 35,9%, 50% phản ánh nhóm dân số trẻ, có thể là sinh viên, học viên hoặc người mới ra trường.^{4,6} Các bệnh nhân ở tuổi trẻ hơn, với sức khỏe thuận lợi và khả năng chăm sóc, vệ sinh răng miệng tốt. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân nam và bệnh nhân nữ chiếm tỉ lệ ngang nhau khá tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Phú Thắng năm 2017, có thể do sự hiểu biết, sự quan tâm về vấn đề răng khôn hiện tại phổ biến trong cộng đồng về vấn đề nhổ răng không còn xa lạ.⁷ Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân nữ đến nhổ răng ở độ tuổi từ 18 - 24 chiếm tỉ lệ cao nhất, chiếm 15/17 số bệnh nhân nữ. Điều này có thể giải thích rằng nhóm bệnh nhân nữ muốn nhổ dự phòng nhiều và chú ý sức khỏe hơn, đặc biệt là dự phòng cho thời điểm lập gia đình được nữ giới quan tâm.

Đặc điểm về lý do đến khám nhổ răng khôn của bệnh nhân

Lý do đến khiến bệnh nhân phải đến khám để nhổ răng nhiều nhất là đau, dất thức ăn tương đồng với nghiên cứu của Trần Thiện Tiến với lý do đến khám tương tự.⁸ Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhổ răng dự phòng biến chứng cũng là lý do phổ biến bên cạnh việc đau và dất thức ăn. Bệnh nhân thường đến khám do một bên

răng đã có biến chứng, sau khi được tư vấn, họ thường lựa chọn nhổ dự phòng bên còn lại. Hiện tại, kiến thức, thái độ, hiểu biết của người bệnh về vấn đề răng khôn được nâng cao. Qua đó, việc nhổ răng khôn dự phòng các biến chứng được xem như là một thủ thuật thường quy, đem lại lợi ích cho bệnh nhân.

Đặc điểm về tư thế mọc răng khôn

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ răng khôn hàm dưới mọc lệch gần chiếm tỷ lệ cao nhất 89,7%. Kết quả này cao hơn với các nghiên cứu trước đây của Hà Ngọc Chiêu, Nguyễn Phú Thắng và Khiếu Thanh Tùng với các tỷ lệ tương ứng là 49%, 71,2% và 62,5%.^{6,7,9} Hướng lệch gần thường gặp nhất có thể được giải thích bởi sự phát triển sớm của răng hàm lớn thứ nhất và răng hàm lớn thứ hai, vốn có chung thừng liên bào với răng khôn. Khi hai răng này mọc sớm, thừng liên bào bị kéo ra phía trước, trong khi khoảng trống phía sau để răng khôn mọc thường bị giới hạn. Do đó, răng khôn không đủ không gian để mọc đúng hướng và có xu hướng mọc nghiêng về phía trước, gây ra tình trạng mọc lệch gần. Tổng quan nghiên cứu của Santosh P (2015), Genç (2022) cho thấy răng khôn hàm dưới mọc lệch gần cũng chiếm tỉ lệ cao nhất, lần lượt là 43% và 42% trong số các hướng mọc lệch, người châu Á cũng có tỉ lệ răng khôn mọc lệch nhiều hơn so với các chủng tộc khác trên thế giới.^{10,11}

Tư thế mọc lệch gần có tỉ lệ biến chứng cao nhất (31/68 răng), cao hơn kết quả nghiên cứu của Hà Ngọc Chiêu (20,3%) nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Phú Thắng (67,8%).⁹ Sự khác biệt này có thể giải thích bởi thời điểm thu thập dữ liệu khác nhau, tỷ lệ răng mọc lệch gần trong mẫu của chúng tôi cao hơn và số ca biến chứng được phát hiện cũng nhiều hơn so với nghiên cứu của Hà Ngọc Chiêu.

Tiêu xương ổ răng là biến chứng hay gặp nhất chiếm tỉ lệ 35,3% trường hợp bệnh nhân và gặp ở tất cả các tư thế mọc răng (gần, xa, má) xuất hiện trong nghiên cứu tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Phú Thắng với tỉ lệ tiêu xương 35,6%.⁷

Ngoại tiêu chân răng hàm lớn thứ hai chỉ xảy ra ở răng khôn lệch gần nguyên nhân đến từ áp lực mọc răng khôn hướng về phía gần hoặc do viêm nhiễm kéo dài.

Sâu phía xa cũng là biến chứng hay gặp xuất hiện ở răng khôn lệch gần chiếm tỉ lệ 17,6% tương đồng với các nghiên cứu của Hà Ngọc Chiêu 21,9%.⁹ Tỉ lệ răng khôn biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi là 51,5% thấp hơn so với tác giả Khiếu Thanh Tùng 75%.⁶ Có thể do khác thời điểm nghiên cứu, kiến thức, kỹ năng chăm sóc răng miệng và hiểu biết về nhổ răng khôn để dự phòng biến chứng được nâng cao. Chính vì vậy tỉ lệ răng khôn được nhổ dự phòng trước khi bệnh nhân có biến chứng ngày càng tăng lên.

Các đối tượng trong nghiên cứu chủ yếu là bệnh nhân trẻ, nhổ răng khi có biến chứng hoặc để dự phòng biến chứng trong tương lai hoặc bệnh nhân có chỉ định nhổ để chỉnh nha. Biến chứng tiêu xương chiếm tỉ lệ cao do trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ răng khôn mọc lệch gần cao, răng khôn hàm dưới mọc lệch gần có nguy cơ giắt thức ăn, lâu ngày gây viêm nhiễm và tiêu xương phía xa răng hàm lớn thứ hai hàm dưới.

V. KẾT LUẬN

Độ tuổi từ 18 - 24 hay nhổ răng khôn nhất chiếm 25/34 bệnh nhân. Răng khôn mọc lệch gần hay gặp nhất và có tỉ lệ biến chứng cao nhất. Biến chứng tiêu xương, sâu răng hàm lớn thứ hai hàm dưới là biến chứng hay gặp nhất chiếm tỉ lệ lần lượt là 35,3% và 17,6%. Tuy nhiên, cần có nghiên cứu trên số lượng

bệnh nhân lớn hơn để có kết luận chính xác hơn. Qua nghiên cứu cho thấy, răng khôn hàm dưới mọc lệch gần là tình trạng phổ biến và đi kèm với tỷ lệ biến chứng cao. Do đó, cần được thăm khám kỹ lưỡng và cân nhắc việc nhổ bỏ dự phòng vào thời điểm thích hợp nhằm hạn chế nguy cơ cho người bệnh.

LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả xin gửi lời chân thành cảm ơn Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội và khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã tạo điều kiện thuận lợi cho việc thực hiện nghiên cứu này. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong quá trình thực hiện và công bố kết quả nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Renton T, Egbuniwe O. Chapter 31 - Posttraumatic Trigeminal Nerve Neuropathy. In: Tubbs RS, Rizk E, Shoja MM, Loukas M, Barbaro N, Spinner RJ, eds. *Nerves and Nerve Injuries*. Academic Press; 2015: 469-491.
2. Pinto AC, Francisco H, Marques D, Martins JNR, Caramês J. Worldwide Prevalence and Demographic Predictors of Impacted Third Molars-Systematic Review with Meta-Analysis. *Journal of clinical medicine*. 2024; 13(24): 7533.
3. Nguyễn TĐ, Nguyễn TN. Nghiên Cứu Đặc Điểm Lâm Sàng Răng Khôn Hàm Dưới Ở Sinh Viên Học Viện Quân Y Năm Thứ 3, Năm Học 2022-2023. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 10/17 2024; 543(2)doi: 10.51298/vmj.v543i2.11398.
4. Nguyễn QK, Nguyễn PT. Đặc Điểm Lâm Sàng, Cận Lâm Sàng Răng Khôn Hàm Dưới Mọc Lệch Theo Parant li. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 02/17 2023; 520(2)doi:10.51298/vmj.v520i2.4173.
5. Gbotolorun OM, Arotiba GT, Ladeinde AL. Assessment of factors associated with surgical difficulty in impacted mandibular third molar

extraction. *Journal of oral and maxillofacial surgery: official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*. Oct 2007; 65(10): 1977-83. doi:10.1016/j.joms.2006.11.030.

6. Thắng NP. Đánh giá kết quả phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới mọc lệch ngàm theo Parant II có sử dụng máy siêu âm Piezotome. *Tạp chí Y dược học lâm sàng*. 2017; Số 08: 35.

7. Thắng NP. Nhận xét các biến chứng thường gặp do răng khôn hàm dưới ở người trưởng thành *Tạp chí Y học thực hành*. 2017 ;Số 07:59.

8. Thiện Tiến T, Thị Thái Hà T, Kim Loan H, Thị Thanh Tâm Đ. Thực Trạng Ngoại Tiêu Răng Hàm Lớn Thứ Hai Hàm Dưới Do Răng Khôn Hàm Dưới Lệch Gân Trên Phim Ct Conbeam.

Tạp chí Y học Việt Nam. 11/13 2022; 519(2) doi:10.51298/vmj.v519i2.3674.

9. Hà Ngọc Chiêu NTPT. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng răng khôn hàm dưới mọc lệch ngàm. *Tạp chí y học Việt Nam*. 2023;

10. Santosh P. Impacted Mandibular Third Molars: Review of Literature and a Proposal of a Combined Clinical and Radiological Classification. *Annals of medical and health sciences research*. Jul-Aug 2015; 5(4): 229-34. doi:10.4103/2141-9248.160177.

11. Genç BGÇ, Orhan K, Hıncal E. Maxillary and Mandibular Third Molars Impaction with Associated Pathologies in a North Cyprus Population: A Retrospective Study. *Applied Sciences*. 2022; 12(11): 5756.

Summary

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH BILATERAL MANDIBULAR THIRD MOLARS INDICATED FOR EXTRACTION AT THE SCHOOL OF DENTISTRY – HANOI MEDICAL UNIVERSITY AND THE ODONTO-STOMATOLOGY DEPARTMENT – HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Mandibular third molars often lack sufficient space to erupt, leading to impaction or misalignment. As a result, wisdom tooth extraction has become a common procedure in oral surgery. This is an invasive procedure with potential complications before, during, and after surgery. Thorough clinical evaluation is essential for appropriate treatment planning and risk reduction. This cross-sectional study describes the clinical characteristics of mandibular third molars indicated for extraction based on Parant classifications II and III. It was conducted on 34 patients with 68 third molars at School of Dentistry – Hanoi Medical University and Odonto-Stomatology Department - Hanoi Medical University Hospital from July 1, 2024, to June 30, 2025. The result shows that average patient age was 24.1 years old. Mesioangular impaction accounted for the highest proportion (89.7%). Common complications included bone loss (35.3%), distal caries of the second molar (17.6%), and external root resorption (4.4%). Female patients were more likely to experience complications than males. The findings indicate that mesioangular third molars are most prone to complications, emphasizing the importance of examination and prophylactic extraction, especially in younger patients.

Keywords: Mandibular third molar, lower wisdom teeth, parant II-III classification.