

MÔ TẢ BIẾN CHỨNG THƯỜNG GẶP VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT LOẠI BỎ RĂNG THỪA NGẦM VÙNG KHẨU CÁI TRƯỚC

Hoàng Kim Loan[✉], Trần Đông Bắc, Phạm Minh Hoàng

Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh trên 35 bệnh nhân có răng thừa ngầm vùng khẩu cái trước cho thấy đa phần các răng thừa ngầm thường nằm ở vị trí lỗ khẩu cái trước (51,2%) và phần lớn là mọc ngược (41,5%). Tỷ lệ biến chứng do răng thừa ngầm không cao, chỉ chiếm 29,3%. Trong đó, hay gặp nhất là lệch lạc răng cửa hàm trên (50%); chủ yếu xảy ra ở các răng thừa mọc ngược nằm ở lỗ khẩu cái trước. Tỷ lệ kết quả phẫu thuật thuận lợi chiếm đến 95,2% và ít bị ảnh hưởng bởi vị trí hay hướng mọc.

Từ khoá: Răng thừa vùng khẩu cái trước, biến chứng, kết quả phẫu thuật.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ mắc răng thừa trong một quần thể được báo cáo là từ 0,15% đến 3,9%. Trong đó, răng thừa ngầm vùng khẩu cái trước là loại răng thừa phổ biến nhất, xuất hiện ở 0,15% đến 1,9% dân số.¹ Răng thừa ngầm vùng khẩu cái trước thường nằm về phía khẩu cái và có hướng mọc đa dạng (thẳng, nằm ngang, đảo chiều), ở nhiều vị trí khác nhau và theo các chiều không gian (ngoài - trong, trên - dưới). Về giải phẫu, răng thừa ngầm vùng khẩu cái trước thường gần các cấu trúc giải phẫu quan trọng như ống mũi - khẩu cái, sàn mũi và chân răng cửa giữa/bên.²

Việc phẫu thuật lấy bỏ răng thừa ngầm là chỉ định thường quy trong thực hành Răng Hàm Mặt. Tuy nhiên, còn tiềm ẩn nhiều nguy cơ trong quá trình phẫu thuật liên quan đến răng liền kề và các cấu trúc giải phẫu đã được báo cáo như tổn thương ống mũi - khẩu cái, chân răng cửa, thủng sàn mũi, chảy máu hoặc nhiễm trùng nếu đánh giá trước phẫu thuật chưa đầy đủ.³ Chính vì vậy việc hiểu rõ về ảnh hưởng của

vị trí giải phẫu của răng thừa ngầm vùng khẩu cái trước đến các biến chứng tiền phẫu và kết quả phẫu thuật loại bỏ răng thừa ngầm vùng khẩu cái trước đóng vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán và lập kế hoạch điều trị.

Mặc dù kỹ thuật chụp cắt lớp vi tính chùm tia hình nón (CBCT) đã trở thành công cụ đắc lực trong chẩn đoán nha khoa, song tại Việt Nam, các nghiên cứu hệ thống nhằm mô tả mối liên quan giữa vị trí, hướng mọc của răng thừa ngầm vùng khẩu cái phía trước với các biến chứng lâm sàng và kết quả phẫu thuật vẫn còn tương đối hạn chế. Trong khi đó, y văn quốc tế đã chỉ ra rằng chính các đặc điểm hình ảnh này quyết định lựa chọn đường tiếp cận, mức độ mở xương, nguy cơ tổn thương cấu trúc giải phẫu lân cận và tiên lượng sau phẫu thuật.³⁻⁵

Vì vậy nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu: Mô tả các biến chứng thường gặp và kết quả phẫu thuật loại bỏ răng thừa ngầm vùng khẩu cái trước theo vị trí giải phẫu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Người bệnh có răng thừa ngầm vùng khẩu cái trước, được chỉ định phẫu thuật đến khám, điều trị tại Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đại

Tác giả liên hệ: Hoàng Kim Loan

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: kimloan@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 12/02/2026

Ngày được chấp nhận: 13/03/2026

học Y Hà Nội và Trung tâm kỹ thuật cao khám chữa bệnh Răng Hàm Mặt, Viện đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường đại học Y Hà Nội.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh có ít nhất 01 răng thừa ngằm vùng khẩu cái trước có chỉ định phẫu thuật.
- Có phim CT Cone Beam đạt tiêu chuẩn.
- Đủ điều kiện phẫu thuật nhổ răng thừa ngằm.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh có các bệnh lý về xương hàm trên, xương lá mía và xương khẩu cái.
- Người bệnh đã có phẫu thuật xương hàm trên.
- Phụ nữ mang thai, bệnh tâm thần.
- Hình ảnh trên phim CT Cone Beam không rõ ràng, biến dạng.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả chùm ca bệnh.

Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện. Tất cả người bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu.

Cỡ mẫu nghiên cứu

Toàn bộ các người bệnh được chẩn đoán có răng thừa ngằm vùng khẩu cái trước hàm trên, đã được phẫu thuật lấy bỏ tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt - Trường Đại học Y Hà Nội, trong khoảng thời gian từ 01/07/2024 đến 01/06/2025, và thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu, sẽ được đưa vào nghiên cứu.

Trong nghiên cứu này chúng tôi thu thập được 35 người bệnh, với 41 răng thừa ngằm vùng khẩu cái trước.

Các biến nghiên cứu

- Đặc điểm đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới, lý do đến khám, triệu chứng lâm sàng.
- Đặc điểm răng thừa ngằm trên CBCT: Hình dạng, số lượng, hướng mọc và vị trí của răng thừa ngằm vùng khẩu cái trước.
- Biến chứng tiền phẫu: Chạm mọc răng vĩnh viễn, lệch lạc răng cửa hàm trên, nang thân răng.
- Biến chứng trong phẫu thuật: Không lấy hết tổ chức răng, tổn thương tổ chức lân cận, răng vĩnh viễn lân cận, lỗ ống răng cửa, tổn thương mô mềm và các tai biến khác.
- Biến chứng sau phẫu thuật: Mức độ đau, Mức độ sưng, Chảy máu sau phẫu thuật, Tê bì vùng phẫu thuật, Ảnh hưởng đến phát âm, Khó há miệng sau phẫu thuật, Nhiễm trùng, Biến chứng khác (ghi rõ nếu có).
- Biến đầu ra: Tốt, Khá, Kém.

Nhóm nghiên cứu đã xây dựng thang đánh giá kết quả phẫu thuật với ba mức độ: Tốt, Khá, Kém. Thang đánh giá được xây dựng trên cơ sở khoa học được thiết lập qua việc sử dụng các công cụ đo lường đã được chuẩn hóa: Chỉ số lành thương của Laundry và Turn Bull, Thang điểm đau VAS, Mức sưng nề tại chỗ đánh giá theo phương pháp của Schultze - Mousgau, Chỉ số há miệng theo tiêu chuẩn đo khoảng cách liên răng cửa...

Bảng 1. Thang đánh giá kết quả phẫu thuật

Kết quả	Tốt	Khá	Kém
Đau trong ngày đầu (VAS 0 - 10)	Điểm đau ≤ 4	Điểm đau trong khoảng 5 - 7	Điểm đau ≥ 7
Sưng ngày thứ 3	Không sưng hoặc sưng dưới 3%	Sưng 3 - 6%	Sưng trên 6%

Kết quả	Tốt	Khá	Kém
Chảy máu sau phẫu thuật 24h	Hoàn toàn không chảy máu hoặc chỉ có nước bọt màu hồng nhạt	Có rỉ máu nhẹ, tự cầm sau khi cắn gạc 30 phút	Chảy máu kéo dài, không tự cầm, cần can thiệp y tế
Tê bì vùng phẫu thuật	Không	Tê bì tạm thời sau phẫu thuật (Trong vòng 24 giờ đầu)	Có
Khó há miệng sau phẫu thuật	Bình thường (> 35 mm)	Hạn chế (25 - 35 mm)	Hạn chế nặng (< 15 mm)
Biến chứng sau phẫu thuật	Không nhiễm trùng, không sưng đau kéo dài, không chảy máu kéo dài, không tổn thương răng vĩnh viễn lân cận, không tê bì.	Nhiễm trùng nhẹ, sưng và đau kéo dài nhưng kiểm soát được, chảy máu ít, không tổn thương răng vĩnh viễn lân cận.	Nhiễm trùng nặng, sưng đau kéo dài, chảy máu nghiêm trọng, tê bì sau phẫu thuật, sang chấn, chết tủy răng vĩnh viễn lân cận.
Xuất hiện biến chứng trong phẫu thuật	Không	Không	Có

Kết quả được đánh giá tốt khi đáp ứng đủ tất cả các tiêu chí tốt, kết quả khá khi đạt các tiêu chí từ khá trở lên, kết quả đánh giá kém khi chỉ có một tiêu chí kém.

Phương pháp thu thập thông tin

Công cụ thu thập thông tin:

- Phiếu thu thập thông tin.
- Thang điểm đánh giá mức độ lành thương và chảy máu.
- Phiếu khám lâm sàng.
- Máy chụp CT Cone Beam (Sirona Systems, Đức).

Quy trình tiến hành nghiên cứu

Bước 1: Thiết kế bệnh án nghiên cứu, tập huấn người tham gia thu thập số liệu.

Bước 2: Khám và sàng lọc người bệnh đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn, tiêu chuẩn loại trừ và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Bước 3: Hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng, chụp ảnh, chụp phim CBCT trên máy Sirona GALIEOS và thu thập thông tin hành chính.

Bước 4: Phân tích, đo đạc trên phim CBCT bởi 2 Bác sĩ chuyên khoa Răng Hàm Mặt có trên 3 năm kinh nghiệm thực hành lâm sàng độc lập để đảm bảo tính chính xác và khách quan.

Bước 5: Chẩn đoán chính xác và lập kế hoạch điều trị.

Bước 6: Tiến hành quá trình phẫu thuật lấy bỏ răng thừa ngầm bởi các Bác sĩ chuyên khoa Răng Hàm Mặt.

Bước 7: Chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật và đánh giá các chỉ số trên lâm sàng.

Bước 8: Hoàn thành phiếu thu thập thông tin.

Phương pháp xử lý số liệu

- Làm sạch số liệu trước khi phân tích.
- Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0.

- Hệ thống chẩn đoán hình ảnh: Tất cả các dữ liệu hình ảnh được thu thập duy nhất từ hệ thống máy CBCT GALILEOS (Sirona) tại cùng một cơ sở y tế với các thông số kỹ thuật đồng nhất.

Sai số và biện pháp không chế sai số

Sai số hệ thống

- Tất cả các dữ liệu hình ảnh được thu thập duy nhất từ hệ thống máy CBCT GALILEOS (Sirona) tại cùng một cơ sở y tế với các thông số kỹ thuật đồng nhất.

- Sử dụng duy nhất phần mềm chuyên dụng đi kèm hệ thống để tiến hành các phép đo trên không gian ba chiều, tránh các sai lệch do chuyển đổi định dạng hoặc thuật toán giữa các phần mềm khác nhau.

Sai số ngẫu nhiên

- Việc khảo sát hình ảnh và thực hiện các phép đo được thực hiện bởi các bác sĩ có kinh nghiệm chuyên môn cao. Tất cả nghiên cứu

viên đều trải qua quá trình tập huấn kỹ lưỡng về kỹ thuật và quy trình đo đạc trước khi tiến hành nghiên cứu chính thức.

- Áp dụng phương pháp đo lặp lại để kiểm tra độ tin cậy nội tại. Mỗi chỉ số được đo đạc 02 lần, cách nhau 02 tuần trong cùng điều kiện ánh sáng và thiết bị. Giá trị cuối cùng được tính bằng trung bình cộng của hai lần đo. Nếu có sự sai khác vượt ngưỡng cho phép giữa hai lần đo, một nghiên cứu viên thứ ba (giàu kinh nghiệm hơn) sẽ tham gia hội chẩn để thống nhất kết quả.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu được thực hiện trên một nhóm 35 bệnh nhân được chẩn đoán có răng thừa ngằm vùng khẩu cái trước, tổng cộng 41 răng thừa được ghi nhận. Tỷ lệ nam là 62,9% (22/35) và nữ là 37,1% (13/35).

1. Các yếu tố liên quan đến vị trí của răng thừa ngằm vùng khẩu cái trước

Bảng 2. Liên quan giữa vị trí mọc và hướng mọc

Vị trí mọc x Hướng mọc	Mọc thẳng	Mọc ngược	Mọc ngang (ngoài-trong)	Mọc ngang (gần-xa)	Tổng (n)
Lỗ khẩu cái trước	4 (19,0%)	8 (38,1%)	1 (4,8%)	8 (38,1%)	21
Nền mũi	4 (30,8%)	7 (53,8%)	2 (15,4%)	0 (0,0%)	13
Xoang hàm	0 (0,0%)	1 (50,0%)	0 (0,0%)	1 (50,0%)	2
Xương vổ	1 (20,0%)	1 (20,0%)	2 (40,0%)	1 (20,0%)	5

Từ kết quả của bảng 2 cho thấy khi phân tích vị trí của răng thừa ngằm vùng khẩu cái trước thì tỷ lệ cao nhất là các trường hợp răng thừa ngằm nằm ở lỗ khẩu cái trước (21 răng - 51,2%) và nền mũi (13 răng - 31,7%). Tuy nhiên, khi xét với hướng mọc ngang (gần - xa) tỷ lệ gặp răng thừa ngằm ở nền mũi lại không

ghi nhận được trường hợp nào (0%) trong khi ở lỗ khẩu cái trước lại gặp với tỉ lệ cao (38,1%).

Còn lại chiếm tỉ lệ ít hơn là răng thừa ngằm nằm ở vị trí xương vổ (5 răng - 12,2%) với tỉ lệ khá các tương đồng ở các hướng mọc. Thấp nhất là xoang hàm (2 răng - 4,9%) ở hai hướng mọc ngược và mọc ngang (gần - xa).

2. Biến chứng tiền phẫu và một số yếu tố liên quan

Bảng 3. Biến chứng của răng thừa (ST) theo hướng mọc

Biến chứng	Mọc thẳng (9)	Mọc ngược (17)	Mọc ngang (ngoài-trong) (5)	Mọc ngang (gần-xa) (10)	Tổng (n)
Chậm mọc răng vĩnh viễn	1 (33,3%)	1 (33,3%)	1 (33,3%)	0 (0,0%)	3
Không biến chứng	8 (27,6%)	10 (34,5%)	3 (10,3%)	8 (27,6%)	29
Lệch lạc răng cửa HT	0 (0,0%)	5 (83,3%)	1 (16,7%)	0 (0,0%)	6
Nang thân răng	0 (0,0%)	1 (33,3%)	0 (0,0%)	2 (66,7%)	3

Biến chứng thường thấy nhất là gây ra lệch lạc các răng cửa hàm trên ở răng mọc ngược (83,3%) và mọc ngang (ngoài - trong) (16,7%).

Còn lại tỉ biến chứng chậm mọc răng vĩnh viễn và nang thân răng là khá thấp (7,3%).

Bảng 4. Biến chứng của răng thừa ngầm liên quan vị trí mọc

Biến chứng của ST x Vị trí mọc	Lỗ khẩu cái trước	Nền mũi	Xương vỏ	Xoang hàm	Tổng (n)
Chậm mọc răng vĩnh viễn	1 (33,3%)	1 (33,3%)	1 (33,3%)	0 (0,0%)	3
Không biến chứng	14 (48,3%)	11 (37,9%)	3 (10,3%)	1 (3,4%)	29
Lệch lạc răng cửa HT	4 (66,7%)	1 (16,7%)	1 (16,7%)	0 (0,0%)	6
Nang thân răng	2 (66,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (33,3%)	3

Tỷ lệ gặp biến chứng của răng thừa ngầm ở lỗ khẩu cái trước là cao nhất với 7 răng (17,1%), thấp nhất là ở xoang hàm với 1 trường hợp (2,4%). Vị trí răng liên quan nền mũi và xương vỏ cùng ghi nhận được 2 trường hợp gặp biến chứng đều chiếm 4,8%. Biến chứng

lệch lạc răng cửa hàm trên là phổ biến nhất với 6 răng (14,6%), gặp nhiều nhất ở răng thừa ngầm tại lỗ khẩu cái trước (66,7%). Ít gặp hơn là biến chứng chậm mọc răng vĩnh viễn (7,3%) và nang thân răng (7,3%).

3. Kết quả phẫu thuật

Bảng 5. Kết quả phẫu thuật theo hướng mọc của răng thừa ngầm

Kết quả phẫu thuật	Mọc thẳng n (%)	Mọc ngược n (%)	Mọc ngang ngoài-trong n (%)	Mọc ngang gần-xa n (%)	Tổng số n (%)
Tốt	6 (20,0%)	13 (43,3%)	4 (13,3%)	7 (23,3%)	30 (73,2%)
Khá	3 (33,3%)	3 (33,3%)	1 (11,1%)	2 (22,2%)	9 (22,0%)
Kém	0 (0,0%)	1 (50,0%)	0 (0,0%)	1 (50,0%)	2 (4,8%)

Trong tổng số 41 răng thừa ngằm vùng khẩu cái trước có 30 răng đạt kết quả Tốt, chiếm tỷ lệ 73,2%. Trong đó, tỷ lệ số trường hợp đạt kết quả Tốt cao nhất là ở nhóm răng mọc ngược (43,3%). Ngược lại, nhóm mọc ngang ngoài

- trong có tỷ lệ đạt kết quả Tốt thấp nhất, chỉ chiếm 13,3%. Kết quả Kém chỉ xuất hiện ở 2 răng (4,8%), thuộc các trường hợp mọc ngược và mọc ngang gần - xa.

Bảng 6. Kết quả phẫu thuật theo mức độ liên quan với các cấu trúc giải phẫu lân cận

Kết quả phẫu thuật	Liên quan với lỗ khẩu cái trước	Liên quan với nền mũi	Liên quan với xương vò	Liên quan với xoang hàm	Tổng số
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Tốt	15 (50,0%)	11 (36,7%)	3 (10,0%)	1 (3,3%)	30 (73,2%)
Khá	6 (65,7%)	2 (22,2%)	1 (11,1%)	0 (0,0%)	9 (22%)
Kém	1 (50,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (50,0%)	2 (4,8%)

Dựa vào kết quả của bảng 6, cho thấy nhóm răng thừa ngằm có liên quan với lỗ khẩu cái trước có kết quả phẫu thuật tốt cao nhất (50%) và thấp nhất là răng thừa ngằm tại xoang hàm (3,3%). Tỷ lệ kết quả khá cao nhất là các trường hợp răng thừa tại vị trí lỗ khẩu cái trước (65,7%), số ít còn lại là răng thừa phân bố ở vùng nền mũi (22,2%) và xương vò (11,1%). Kết quả kém chỉ ghi nhận được 2 trường hợp (4,8%), khu trú tại nhóm răng thừa ngằm tại vị trí lỗ khẩu cái trước và xoang hàm.

IV. BÀN LUẬN

Vị trí giải phẫu của răng thừa ngằm vùng khẩu cái trước: Trong nghiên cứu này, xét thấy răng thừa ngằm vùng khẩu cái trước đa số nằm ở vùng lỗ khẩu cái trước và nền mũi với tỷ lệ chiếm hơn 80% các trường hợp ghi nhận được. Nghiên cứu của S Mukhopadhyay (2011) cũng thu được số liệu cho thấy trong tổng số mẫu nghiên cứu chiếm đến 71,8% là răng thừa ngằm nằm ở vùng lỗ khẩu cái trước.⁶

Về hướng mọc, hướng mọc ngược là hướng mọc chiếm tỷ lệ cao nhất (41,5%), tiếp theo là mọc ngang (36,5%) và mọc thẳng (22%). Đáng

chú ý, kết quả này có sự khác biệt so với các nghiên cứu của các tác giả khác, như trong một nghiên cứu trên 83 răng thừa ngằm vùng khẩu cái trước có 77,1% số răng thừa ngằm vùng khẩu cái trước mọc theo hướng thẳng đứng, tiếp theo là mọc ngược với 22,9%.⁷ Hay một nghiên cứu khác cũng chỉ ra hướng mọc chủ yếu cũng là theo hướng mọc thẳng chứ không phải mọc ngược hoặc mọc ngang với tỷ lệ lần lượt là 91%, 6%, 3%.⁸ Sự khác biệt này có thể do đặc thù mẫu nghiên cứu nhỏ hoặc khác biệt về đặc điểm nhân chủng học của quần thể bệnh nhân.

Ngoài ra nghiên cứu còn chỉ ra mối liên quan giữa hướng mọc và vị trí của răng thừa ngằm. Trong tổng số 17 răng thừa ngằm mọc ngược có tới 47,1% trường hợp là nằm ở vị trí lỗ khẩu cái trước và 41,2% nằm ở vị trí nền mũi. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi gợi ý rằng các răng thừa mọc ngược có xu hướng mọc ở vị trí lỗ khẩu cái trước hoặc nền mũi. Điều này phù hợp với nhận định của Burcin Avci và Sema Kaya (2025) về răng thừa ngằm vùng khẩu cái trước mọc ngược có xu hướng tiến gần hoặc nhô vào hốc mũi, liên quan đến biến chứng lệch vách ngăn mũi ở bệnh nhi.⁹

Biến chứng tiền phẫu do răng thừa: Biến chứng tiền phẫu xảy ra chủ yếu ở nhóm răng thừa mọc ngược tại vùng lỗ khẩu cái trước (58,3%). Ngược lại, răng thừa ngằm mọc ngang/mọc thẳng và nằm ở gần bản xương vò, xoang hàm và vùng nền mũi ít gặp biến chứng hơn. Kết quả này củng cố quan điểm của Sotiria Tyrologou và cộng sự (2005) khi cho rằng vị trí chủ yếu của biến chứng gây lệch lạc răng cửa hàm trên là ở vùng lỗ khẩu cái trước và vị trí mọc ngược với 39%.¹⁰

Biến chứng thường gặp nhất là trường hợp răng thừa ngằm gây lệch lạc răng cửa hàm trên chiếm tỷ lệ 50%. Biến chứng nang thân răng chỉ gặp với tỷ lệ khá nhỏ (7,3%). Kết quả trên của chúng tôi khá tương đồng với báo cáo của T von Arx (1992) về hiện tượng răng cửa giữa vĩnh viễn liền kề bị chậm mọc hoặc lệch lạc với tỷ lệ 34,5% và sự hình thành u nang quanh răng với 2,7% trong số 113 răng cửa giữa.¹¹ Một nghiên cứu khác cũng kết luận rằng việc cản trở sự mọc của răng cửa vĩnh viễn, khe hở đường giữa và sự dịch chuyển hoặc xoay của răng cửa hàm trên là những biến chứng thường gặp nhất.¹⁰

Nhìn chung, tỷ lệ biến chứng của răng thừa ngằm vùng khẩu cái trước hàm trên trong nghiên cứu này vẫn khá thấp (29,3%). Các so sánh trong nghiên cứu giữa nhóm hướng mọc và liên quan giải phẫu với từng biến chứng mặc dù ở cỡ mẫu nghiên cứu rất nhỏ nhưng cũng đã cho thấy vị trí và hướng mọc của các răng thừa ngằm gợi ý nguy cơ gặp biến chứng. Do đó, cần phát hiện, chẩn đoán và xử lý kịp thời để giảm thiểu các biến chứng gặp phải trên bệnh nhân có răng thừa ngằm vùng khẩu cái trước.

Kết quả phẫu thuật theo mối liên quan với vị trí của răng thừa ngằm vùng khẩu cái trước: Tỷ lệ phẫu thuật thành công vẫn duy trì ở mức cao trong mọi phân nhóm vị trí (95,2%) và hướng mọc (60 - 80%) Cho thấy phẫu thuật

nhỏ răng thừa ngằm vùng khẩu cái trước có tiên lượng thuận lợi trong nhóm nghiên cứu. Dù vậy, chúng tôi ghi nhận 2 trường hợp kết quả kém đều rơi vào nhóm răng thừa ngằm mọc ngược và mọc ngang (gần - xa) tại các vị trí phức tạp như lỗ khẩu cái trước và xoang hàm. Mặc dù do số lượng trường hợp trong nghiên cứu quá ít nên chưa thể kết luận chắc chắn, song điều này gợi ý rằng các răng thừa có vị trí giải phẫu sát các cấu trúc nhạy cảm (bó mạch thần kinh ống răng cửa, nền mũi, xoang hàm) có thể tiềm ẩn nhiều thách thức, dẫn đến khả năng kết quả kém thuận lợi hơn. So sánh với y văn, các báo cáo ca lâm sàng hiếm hoi về răng thừa ở vị trí bất thường (như trong ống khẩu cái trước hoặc mọc xuyên sàn mũi) cho thấy nguy cơ biến chứng đặc thù. Ví dụ, một răng thừa ngằm vùng khẩu cái trước mọc vào ống mũi có thể gây chảy mũi, viêm xoang, thậm chí thủng vách mũi hoặc rò thông mũi - miệng nếu không được xử trí đúng cách.¹² Khi răng thừa nằm trong ống khẩu cái trước, có nguy cơ ảnh hưởng bó mạch thần kinh ống răng cửa.¹³ Do đó, bác sĩ cần có kế hoạch tiếp cận thận trọng để bảo tồn cấu trúc giải phẫu và hạn chế biến chứng hậu phẫu.

HẠN CHẾ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu này còn tồn tại một số hạn chế nhất định. Thứ nhất, thiết kế nghiên cứu theo phương pháp mô tả chùm ca bệnh với cỡ mẫu rất nhỏ. Thứ hai, thời gian theo dõi ngắn. Thứ ba, địa điểm nghiên cứu chỉ giới hạn trong 2 cơ sở điều trị. Do đó làm giảm khả năng đại diện cho quần thể chung, chưa cho phép đánh giá đầy đủ các biến chứng muộn và giảm tính khái quát hoá.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy răng thừa ngằm vùng khẩu cái trước chủ yếu liên quan đến vị trí lỗ khẩu cái trước và nền mũi, thường có xu hướng mọc ngược.

Nhìn chung tỷ lệ gặp các biến chứng tiền phẫu của răng thừa ngằm vùng khẩu cái trước khá thấp. Chủ yếu là biến chứng gây chậm mọc và lệch lạc răng cửa hàm trên.

Kết quả nghiên cứu trong nhóm bệnh nhân này gợi ý rằng kết quả phẫu thuật răng thừa ngằm vùng khẩu cái hàm trên ở các vị trí giải phẫu khác nhau đều có tiên lượng thuận lợi. Với tỷ lệ thành công cao và ít biến chứng. Kể cả với những trường hợp răng thừa nằm ở vị trí bất lợi cho việc tiếp cận trong phẫu thuật thì tiên lượng tốt nếu có hướng xử trí phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Russell KA, Folwarczna MA. Mesiodens--diagnosis and management of a common supernumerary tooth. *J Can Dent Assoc.* 2003; 69(6): 362-366.
2. Nam OH, Lee HS, Kim MS, et al. Characteristics of Mesiodens and Its Related Complications. *Pediatr Dent.* 2015; 37(7): E105-109.
3. Barham M, Okada S, Hisatomi M, et al. Influence of mesiodens on adjacent teeth and the timing of its safe removal. *Imaging Sci Dent.* 2022; 52(1): 67-74. doi:10.5624/isd.20210218.
4. Rajab LD, Hamdan M a. M. Supernumerary teeth: review of the literature and a survey of 152 cases. *Int J Paediatr Dent.* 2002; 12(4): 244-254. doi:10.1046/j.1365-263x.2002.00366.x.
5. Tapia Contreras P, Jollán Peña F, Díaz Abarza S, et al. Minimally invasive intraoral removal of mesiodens via a transnasal, non-endoscopic approach: a systematic review on the purpose of 10 cases. *Oral Maxillofac Surg.* 2024; 28(3): 1047-1054. doi:10.1007/s10006-024-01242-1.
6. Mukhopadhyay S. Mesiodens: a clinical and radiographic study in children. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2011; 29(1): 34-38. doi:10.4103/0970-4388.79928.
7. Aren G, Erdem AP, Onur ÖD, et al. The prevalence of mesiodens in a group of non-syndromic Turkish children: a radiographic study. *Eur Oral Res.* 2018; 52(3): 162-166. doi:10.26650/eor.2018.456.
8. Ersin NK, Candan U, Alpoz AR, et al. Mesiodens in primary, mixed and permanent dentitions: a clinical and radiographic study. *J Clin Pediatr Dent.* 2004; 28(4): 295-298. doi:10.17796/jcpd.28.4.0k2w2734hp76x541.
9. Avci B, Kaya S. Impact of mesiodens on transverse jaw dimension and nasal septum deviation in pediatric patients: a retrospective CBCT study. *BMC Oral Health.* 2025; 25(1): 1449. doi:10.1186/s12903-025-06755-z
10. Tyrologou S, Koch G, Kurol J. Location, complications and treatment of mesiodentes--a retrospective study in children. *Swed Dent J.* 2005; 29(1): 1-9.
11. von Arx T. Anterior maxillary supernumerary teeth: a clinical and radiographic study. *Aust Dent J.* 1992; 37(3): 189-195. doi:10.1111/j.1834-7819.1992.tb00741.x.
12. Nagaveni N, Shashikiran N, Reddy VS. Surgical management of palatal placed, inverted, dilacerated and impacted mesiodens. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2009; 2(1): 30-32. doi:10.5005/jp-journals-10005-1038.
13. Kim YR, Lee YM, Huh KH, et al. Clinical and radiological features of malformed mesiodens in the nasopalatine canal: an observational study. *Dentomaxillofac Radiol.* 2024; 53(3): 189-195. doi:10.1093/dmfr/twae003.

Summary

COMPLICATIONS AND SURGICAL OUTCOMES IN THE REMOVAL OF IMPACTED SUPERNUMERARY TEETH IN THE ANTERIOR PALATE

This case series study involving 35 patients with impacted anterior palatal supernumerary teeth demonstrated that the majority were localized at the incisive foramen (51.2%), with an inverted orientation being the most prevalent (41.5%). The complication rate associated with these impacted teeth was relatively low at 29.3%. Among these, maxillary incisor displacement was the most frequent complication (50%), occurring primarily in cases of inverted supernumerary teeth situated at the incisive foramen. The rate of favorable surgical outcomes reached 95.2% and was minimally influenced by either anatomical position or eruption direction.

Keywords: Anterior palatal supernumerary teeth, complications, surgical outcomes.