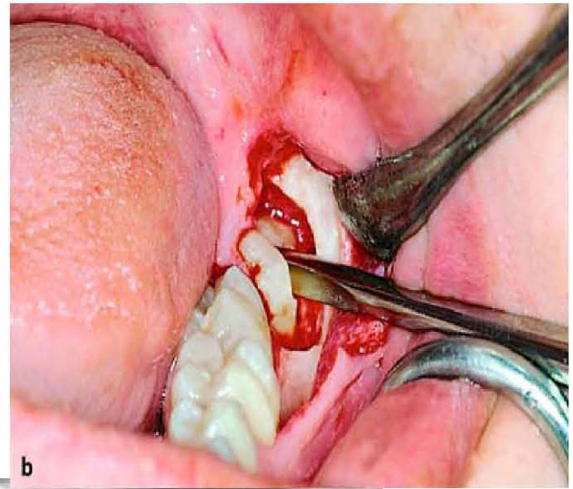


J.M. Korbendau D.D.S., M.S.  
X. Korbendau D.D.S.  
J.F. Andreani M.D.  
C. Dunglas D.D.S.

---

*Lâm Sàng*

# Tiểu Phẫu Răng Khôn



*Lâm sàng*

# Tiểu Phẫu Răng Khôn

**J.M. Korbendau** D.D.S., M.S.  
Associate Professor  
Faculty of Dentistry  
University Paris 5, France

**X. Korbendau** D.D.S.  
Private Practice  
Oral Surgery  
France

Contributors

**J.F. Andreani** M.D.  
Maxillofacial Surgeon  
Paris, France

**C. Dunglas** D.D.S.  
Qualified Orthodontist  
Assistant Professor  
Faculty of Dentistry  
University Paris 5, France



**Quintessence  
International**

**Paris, Chicago, Berlin, Tokyo, Copenhagen, London, Milan, Barcelona, Istanbul, São  
Paulo, New Delhi, Moscow, Prague, Warsaw**

**J.M. Korbendau** D.D.S., M.S.  
Associate Professor  
Faculty of Dentistry  
University Paris 5, France

**X. Korbendau** D.D.S.  
Private Practice  
Oral Surgery  
France

Contributors

**J.F.Andreani** M.D.  
Maxillofacial Surgeon  
Paris, France

**C.Dunglas** D.D.S.  
Qualified Orthodontist  
Assistant Professor  
Faculty of Dentistry  
University Paris 5, France

**First published in French in 2002 by Quintessence International, Paris**  
**L'extraction de la dent de sagesse**

© *Quintessence International, 2003*  
*11 bis, rue d'Aguesseau*  
*75008 Paris*  
*France*

*Translated into Vietnamese by:*  
*Huỳnh Văn Dương Chapter 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13.*  
*Vũ Hải Liêm chapter 3, 4.*  
*hvandung@yahoo.com*

# Acknowledgments

The computerized radiographic images and the CT examination presented in this text book were provided by Dr. Pascal Guinet, Alain Lacan, Philippe Katz and Danielle Pajoni.

Others are provided by David McGowan, Martin Dunitz, Karl R. Koerner, Fragiskos D. Fragiskos, Michael Miloro, G. E. Ghali, Peter E. Larsen, Peter D. Waite, U.J. Moore, D Wray.

We gratefully acknowledge their contribution and the quality of their documentation

# Mục lục

\*\*\*

## 1. Nhổ răng khôn: tại sao và khi nào? 1

Mô phôi học và sự mọc răng khôn

Tiên lượng sự phát triển và trực răng khôn

Những chỉ định nhổ răng khôn trong chỉnh hình

Sự tái phát của nhóm răng cửa trong chỉnh hình và ảnh hưởng của nó đối với răng khôn

## 2. Sự bất thường về phát triển răng khôn 7

Thuật ngữ

Nang răng

Quyết định điều trị

Viêm lợi trùm

Biến chứng

Nhiễm trùng lan toả

---

---

## Răng khôn hàm dưới

---

---

## 3. Chọn lựa đánh giá phim tia X 15

Phim toàn cảnh

Phim quanh chóp

Phim cắt lớp điện toán

## 4. Phân loại răng khôn trên phương diện lâm sàng 22

Hình dạng răng

Giải phẫu răng

## 5. Gây tê vùng: kỹ thuật và nguyên nhân thất bại 30

Gây tê thần kinh huyết răng dưới

Gây tê bổ xung

Gây tê gai spix bằng kỹ thuật khác

## **6. Quy trình kỹ thuật: những nguyên tắc cơ bản** **37**

Dụng cụ  
Đường rạch  
Bóc tách vạt niêm mạc màng xương  
Lấy xương  
Cắt răng  
Đánh giá xương ổ răng  
Khâu

## **7. Phẫu thuật lấy mầm răng** **51**

Chỉ định  
Tuổi bắt đầu điều trị  
Quy trình phẫu thuật

## **8. Tiểu phẫu răng khôn nghiêng gần** **58**

Đánh giá phim tia X  
Độ khó của phẫu thuật

## **9. Tiểu phẫu răng khôn nghiêng gần $90^{\circ}$** **67**

Đánh giá phim tia X  
Quy trình phẫu thuật  
Độ khó của phẫu thuật

## **10. Tiểu phẫu răng khôn mọc thẳng đứng** **75**

Đánh giá phim tia X  
Độ khó của phẫu thuật

## **11. Tiểu phẫu răng khôn mọc nghiêng xa** **81**

Đánh giá phim tia X  
Độ khó của phẫu thuật

---

---

## **Răng khôn hàm trên**

---

---

## **12. Tiểu phẫu răng khôn hàm trên** **86**

Đặc điểm lâm sàng  
Độ khó phẫu thuật  
Gây tê  
Quy trình phẫu thuật

### **13. Quản lý và chăm sóc bệnh nhân 96**

Lần hẹn đầu tiên

Khám lâm sàng

Những hướng dẫn trước khi phẫu thuật trong miệng

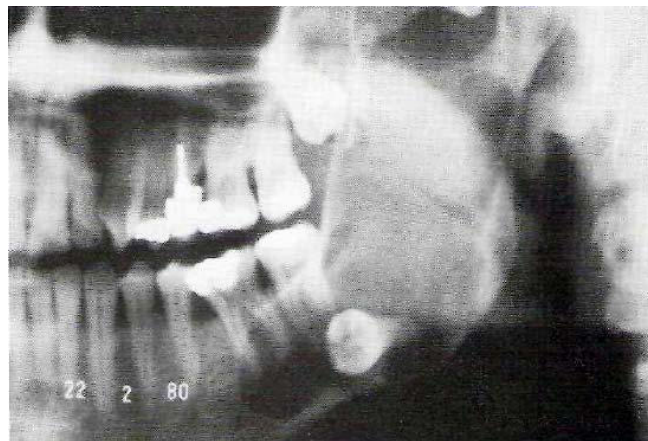
Các giai đoạn phẫu thuật

Theo dõi sự lành thương

### **14. Tài liệu tham khảo**



# **Nhổ răng khôn: tại sao và khi nào?**





## **Chương I: Nhổ răng khôn: tại sao và khi nào?**

Nhổ răng khôn là một trong những phương pháp điều trị trong nha khoa. Đã có nhiều nghiên cứu, báo cáo với mục đích tìm hiểu những nguyên nhân đưa đến việc nhổ một hay nhiều răng khôn.

Tổ chức National Institute of Health (NIH)- Hoa Kỳ- trong hội nghị quốc tế năm 1979, khi chưa có sự đồng thuận về thời điểm nhổ răng khôn, đã đưa ra những khuyến cáo về chỉ định nhổ răng như sau:

- Hiện diện tân sinh, nang hay u trong thành bao mầm R8.
- Viêm quanh R8 lặp lại nhiều lần.
- Sang thương sâu R không hồi phục.
- Làm tổn hại mô nha chu R7.
- Làm sâu mặt xa R7.

Y văn đã bàn nhiều về những kinh nghiệm chẩn đoán và điều trị các rối loạn phát triển liên quan đến R8, tuy nhiên thời điểm nhổ răng này khi bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng vẫn còn đang bàn cãi. Thực tế thì nhổ R8 dự phòng các tai biến ngày càng tăng, chiếm 18% đến 40% trường hợp nhổ R8 ở các nước phát triển (Liedholm et al; Lysel & Rohlin). Tuổi bệnh nhân nhổ R8 trung bình từ 20-29. Mục đích nhổ răng chính là:

- Giảm đi nguy cơ di chứng, tai biến phẫu thuật, và biến chứng cho các R kế bên ở người lớn.
- Tăng cường sức khỏe cho những người trẻ tuổi (đã qua tuổi trưởng thành).

Chất lượng của quy trình điều trị được xác định bởi những yếu tố sau:

- Tính chính xác của chỉ định nhổ răng dự phòng (1 hay nhiều R khôn).
- Giai đoạn thích hợp và kỹ thuật nhổ R được chọn lựa, năng lực phẫu thuật viên và kíp mổ.

Tuy nhiên, không thể đưa ra một hướng dẫn chuẩn xác chỉ định nhổ răng dự phòng, vì nguyên tắc điều trị (được đưa ra bởi các cộng đồng Bác sĩ lâm sàng, và các nhà khoa học) không thống nhất ở các nước khác nhau (Worral et al).

Hơn nữa, ngay cả các tổng quan y văn hiện thời không thể so sánh giữa các nguy cơ và lợi ích trong nhổ R8. Ngoài ra, quyết định nhổ R8 thường bởi một thầy thuốc, chỉ dựa vào một tấm phim X-quang trên một bệnh nhân đã qua tuổi dậy thì. Nên nhổ răng này vẫn có thể được xem là những quyết định chủ quan của các nhà lâm sàng.

Để có chẩn đoán chính xác, cần hiểu rõ và lượng giá được các giai đoạn mọc răng. Sau đó đánh giá độ ngậm, kẹt một phần, những sang thương nha chu R8 hay R7, và nguy cơ gây rối loạn sự phát triển các răng kế cạnh.

Theo Liedholm, ba yếu tố quan trọng cần xem xét khi quyết định nhổ R8 là:

- Tuổi bệnh nhân.
- Góc tạo bởi trục răng và mặt phẳng nhai, cũng như hướng mọc răng.
- Vị trí mọc răng.

Một số yếu tố khác cũng cần quan tâm là:

- Vệ sinh răng miệng.
- Chỉ số nha chu và sâu răng.

Theo Lielholm và Winter, về kiểu lệch của trục R, có thể được phân loại như sau:

- Đứng.
- Ngang.
- Xa.

Hơn nữa, các giai đoạn mọc răng cũng cần được đánh giá:

- Mọc hoàn toàn.
- Mọc khỏi xương nhưng vẫn còn mô mềm che phủ bên trên.
- Nằm hoàn toàn trong xương.

NIH (National Institute of Health) cho rằng:

- Phẫu thuật lấy R8 ngầm đạt kết quả tốt trên những bệnh nhân trẻ.
- Tuy nhiên, ở bệnh nhân thanh thiếu niên, chỉ định lấy toàn bộ mầm răng trước khi chân răng hình thành- thấy được trên phim tia X- thì không được khuyến cáo, vì nhiều nguy cơ tai biến phẫu thuật có thể xảy ra.
- Những R8 ngầm lệch xa có khuynh hướng gây nhiều biến chứng hơn so với những góc lệch khác.
- Những R8 với mô mềm bao phủ một phần hay hoàn toàn thì có khuynh hướng gây biến chứng nhiều hơn so với ngầm hoàn toàn trong xương.

Trong chính nha ngày nay, tỉ lệ chỉ định nhổ R8 dự phòng ngày càng tăng, điều này cần phải xem xét lại một cách khoa học.

Chỉ định nhổ răng trong chính hình thường là R8 hàm dưới. Nhiều báo cáo đã chứng minh mối liên hệ giữa việc phát triển gây lệch các răng trước hàm dưới và quá trình mọc R8 ở thanh thiếu niên, vì vậy nhổ bỏ răng này là cần thiết. Khi quyết định nhổ R8 dưới cũng có nghĩa rằng phải nhổ luôn R8 hàm trên để đưa về khớp cắn hạng I.

## **Mô phôi học và sự mọc R8**

Giống với các Răng khác ở người, R8 là răng mọc thêm vào sau khi các răng khác đã mọc hoàn chỉnh, nằm ở phía xa nhất. Nó có nguồn gốc từ lớp lamina nguyên phát, và có thể thấy nụ răng vào khoảng 4-5 tuổi. Calci hoá xảy ra khoảng 9-10 tuổi và thân răng hình thành xong vào khoảng 12-15 tuổi. Khi chuyển động mọc bắt đầu, răng tự thiết lập trục của nó. Khoảng trống cần thiết mọc răng tùy vào sự phát triển vùng sau cung hàm. Răng thấy trong miệng vào khoảng 17-21 tuổi. Trong quá trình mọc, nó tựa vào phía xa R7 đến khi đạt ở mặt phẳng nhai của cung hàm. Sự thành lập chân răng xong vào khoảng 18-25 tuổi.

R8 uốn cong theo phía xa R7 để mọc, và thường có một số rối loạn trong quá trình này. Mặt nhai của nó đâm vào dưới cổ R7, vì thế gây hiện tượng R8 ngầm một phần hay hoàn toàn.

Như là một quy luật, R8 hàm dưới thường lấp đầy khoảng trống tạo bởi vùng tam giác hậu hàm phía xa R7.

Ở hàm trên, xương có thể bảo đảm đủ hay không đủ chỗ cho R8 mọc, và do đó, nó có thể mọc đúng vị trí hay lệch ngoài. Và thường những thành phần mô mềm bên trên gây cản trở răng mọc đúng vị trí.

## **Tiên lượng sự phát triển và trục R8**

Hầu hết các nghiên cứu thấy rằng R8 mọc kẹt có nhiều cơ chế phức tạp. Không có báo cáo có ý nghĩa nào về mối liên quan giữa góc hàm dưới và hiện tượng kẹt R8.

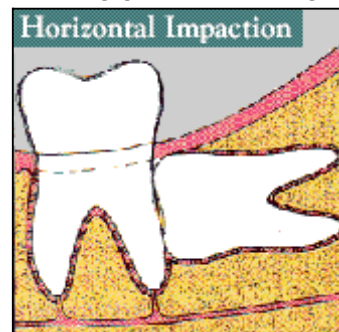
Trong giai đoạn sớm của quá trình calci hoá, R8 hàm dưới thường có hướng mọc gần trong. Sự đổi hướng sau này làm răng mọc đứng, xảy ra trong khoảng 14-16 tuổi (Richardson-1978).

Cũng theo Richardson, nếu sự phát triển thân hướng về đường giữa sẽ làm răng nằm ngang; nếu chân răng phát triển về phía xa thì thân R sẽ mọc đứng (hình 1-1).

Tóm lại, Có thể tiên lượng sự phát triển R8 vào khoảng 16 tuổi.

Theo Björk, có mối liên hệ giữa thiếu khoảng mọc R8 với ba yếu tố như sau:

- Hướng phát triển theo chiều ngang của lõi cầu xương hàm dưới.
- Giảm chiều dài thân xương hàm dưới.
- R mọc hướng về phía xa.



Hình 1-1

Theo Silling, tương quan xương hàm dưới và hàm trên theo hạng II, ngăn xương hàm dưới kết hợp với góc đóng hàm dưới thì có liên quan đến hiện tượng mọc kẹt R8. Ngược lại, tỉ lệ kẹt giảm đi khi quá sản xương hàm dưới (tương quan xương hạng III).

## **Những chỉ định nhổ R8 trong chỉnh hình**

Một số kỹ thuật điều trị răng miệng cần nhổ bỏ R8 trước và trong điều trị.

### **Tâm quan trọng của răng lệch xa**

Trong kỹ thuật chỉnh hình theo Tweed-Merrifield, cung răng được chia ra làm ba vùng; R7 và R8 nằm trong vùng sau. Điều kiện quan trọng để răng mọc được là *khoảng không gian cần thiết* cho R7 và R8 mọc trên cung hàm. **Khoảng cách có thể chấp nhận** (available space) là khoảng giữa bờ trước cạnh lên xương hàm dưới và mặt xa R6 đo tại vị trí song song với mặt phẳng nhai. **Khoảng cách cần thiết** (required space) là tổng khoảng cách gần xa R7 và R8 trên phim đo sọ (Cephalogram). Sự khác nhau của các chỉ số này xác định điều kiện răng có thể mọc lệch, và sự cần thiết phải nhổ R8.

Ở bệnh nhân đang phát triển, bắt đầu từ 8 tuổi, trung bình mỗi năm tăng thêm độ dài 1.5 mm ở mỗi cung hàm thì có thể đáp ứng được khoảng cách chấp nhận (available space) mọc răng, và có thể kết luận răng mọc được hay không vào khoảng 17 tuổi ở nam, và 15 tuổi ở nữ (Tweed). Khoảng không gian thêm vào này là kết quả của hiện tượng tiêu bờ trước vành cao xương hàm dưới trong quá trình phát triển (hình 1.2a-1.2b). Tuy nhiên, cũng theo Tweed, khoảng xương phía sau đủ để mọc răng ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố:

- Độ nghiêng gần của mặt nhai R6 hàm dưới.
- Độ tiêu bờ trước vành cao xương hàm dưới.
- Độ nghiêng răng cối.
- Giới .
- Tuổi



Hình 1-2a



Hình 1-2b

Ricketts năm 1970 đã đo khoảng gần xa tại vị trí mọc R8 trên phim đo sọ và phát hiện:

- Với xương hàm trên, khoảng cách từ mặt xa R6 đến mặt phẳng đứng qua cánh xương bướm, xuyên bờ sau khe bướm hàm cần được đo cẩn thận. Khoảng cách này bằng tuổi bệnh nhân cộng thêm 3mm với độ lệch +/- 2mm.
- Với xương hàm dưới, khả năng mọc R8 được đánh giá dựa trên khoảng cách giữa điểm Xi (điểm trung tâm vành cao XHD trên phim đo sọ) đến mặt xa R7, song song với mặt phẳng cắn. Turley và Chaconas đã xây dựng một đường cong nhằm xác định khả năng kẹt R8 liên quan đến khoảng cách chấp nhận. Cụ thể như sau:
  - 21 mm thì răng có thể mọc kẹt.
  - 25 mm thì răng có thể mọc kẹt một phần (bờ xa).
  - 30 mm thì răng có thể mọc hoàn toàn và thực hiện được chức năng.

### **Yêu cầu cắm ghép implant cho chỉnh hình**

Trong kỹ thuật chỉnh hình Tweed-Merrified, điều trị khớp cắn hạng II ở bệnh nhân đang phát triển bằng kỹ thuật cắm implant (phương pháp di xa răng cối hàm dưới trước khi bắt đầu gắn mắc cài) nhằm giảm tác dụng có hại. Điều này có thể làm R8 mọc kẹt. Sự hiện diện R8 giới hạn hiệu quả di xa R7 trong kỹ thuật này. Theo tác giả này, nhổ bỏ răng này góp phần tăng hiệu quả di xa R7 ra xa. Điều này cũng đúng đối với hàm trên.

### **Răng khôn và sự mất hài hòa răng**

Sự mất hài hòa răng nhìn chung có hai cơ chế sinh học:

- Trong quá trình phát triển, có hiện tượng giảm thể tích mật, liên quan đến loài và di truyền.
- Khoảng cách giữa răng và bờ xương bên dưới.

Yêu cầu nhổ răng tiền cối tùy vào kích thước cũng như sự phát triển các răng trước, độ nghiêng phía môi của răng cửa hàm dưới, sự bất xứng hệ xương quá nhiều, góc tạo bởi nền sọ hay mặt phẳng Frankfort và bờ dưới xương hàm dưới đo trên lâm sàng. Theo Schulhof, khoảng cách chấp nhận tăng 1 mm sẽ tăng nguy cơ kẹt R8 10%.

Ricketts (1979) và Richardson (1975) đã chứng minh rằng, tỉ lệ kẹt R8 tăng lên ở những trường hợp chỉnh hình không nhổ răng (như răng tiền cối), hay trong những trường hợp nhổ R4 so với nhổ R5.

Tuy nhiên, việc nhổ răng tiền cối không có nghĩa là chắc chắn R8 mọc hoàn chỉnh. Vì vậy, không có bằng chứng cho rằng nhổ răng tiền cối sẽ giải quyết vấn đề R8 kẹt.

Cuối cùng, quyết định nhổ nhiều R8 tùy vào R7 mọc bất thường hay không. (hình 1-3a;1-3b)



Hình 1-3b



Hình 1-3a

### **Vấn đề điều trị khớp cắn và R8**

Nhổ răng tiền cối hàm trên trong điều trị sai khớp cắn hạng II thì không nhất thiết phải nhổ tất cả các R8, vì nhổ R8 hàm dưới cũng có thể là đủ.

## **Sự tái phát của nhóm răng cửa trong chỉnh hình và ảnh hưởng của nó đối với R8**

Điều trị chỉnh hình nên lập kế hoạch sao cho tạo điều kiện tốt nhất giúp R8 mọc.

Điều trị mất hài hòa răng mặt, nếu có, và thiết lập khớp cắn chức năng không nhằm dự phòng hiện tượng lệch hay tái phát lệch răng, thường xảy ra ở răng cửa. Lệch lạc này còn có liên quan đến nhiều yếu tố khác nữa.

Theo tác giả Van der Linden, hiện tượng phát triển xương hàm dưới trễ có ảnh hưởng đến nhóm răng cửa, và nó xảy ra ngay cả trong lúc không hiện diện R8.

Björk cho rằng sự phát triển xương hàm dưới chủ yếu gây ra hiện tượng lệch lạc răng cửa dù xương hàm trên có phát triển theo một cách hoàn chỉnh.

Nhiều tác giả (Darqué và Langlade, Bolender, Deblock, Raberin, Brunner) cho rằng những yếu tố sau có thể ảnh hưởng đến chen chúc răng:

- Hướng răng mọc có liên quan trực tiếp đến kiểu xoay hướng hàm dưới trong quá trình phát triển; nếu xoay trước, góc tạo bởi thân xương hàm dưới và cạnh cao xương hàm dưới nhỏ, răng cửa hàm dưới sẽ chia ra trước, kèm hướng nghiêng gần của các răng khác. Điều này gây chen chúc nhóm răng cửa.
- Xương hàm dưới phát triển trễ, theo sau sự phát triển của xương vùng răng trước, xoay trước làm tăng thêm hiện tượng chen chúc răng.
- Xét về mặt phát triển cơ thần kinh, sự co kéo của môi ảnh hưởng đến vị trí răng cửa theo chiều dọc, làm tăng khoảng cách giữa các răng với nhau, vì thế cần có khoảng trống đủ cho răng thẳng hàng.
- Sự bất xứng răng mặt (bất cân xứng về tỉ lệ răng cửa hàm trên và dưới) cũng ảnh hưởng đến hiện tượng lệch lạc răng.
- Sự thay đổi khoảng cách xương hàm dưới từ R3 này sang R3 kia (thường giảm sau điều trị) làm giảm khoảng không cách chấp nhận.
- Sự sắp xếp R và khớp cắn không hoàn chỉnh sau điều trị chỉnh hình.
- Tốc độ lành mô nha chu, giảm ở người lớn tuổi, ảnh hưởng đến hiện tượng tái phát sau điều trị.

Bệnh căn học của chen chúc răng sau điều trị không hoàn toàn do sự phát triển của R8. Sự phát triển muộn, quay ra trước của xương hàm dưới, cơ môi cằm và một số các yếu tố khác nên được đánh giá kỹ trước khi quyết định nhổ R8.

Đa số các trường hợp, nhổ R8 không có triệu chứng lâm sàng ở bệnh nhân nhỏ hơn 16 tuổi thì không được khuyến cáo. Nên đánh giá một cách toàn diện để tiên lượng sự phát triển của bệnh nhân sau này.



## **Sự bất thường về phát triển răng khôn**

