

CLINICAL CHARACTERISTICS, PAIN LEVEL AFTER 2 HOURS IN PATIENTS AFTER THIRD MOLAR EXTRACTION SURGERY AT FACULTY OF ODONTO-STOMATOLOGY, UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY AT HO CHI MINH CITY

Du Thi Cam Quynh

Nguyen Tat Thanh University - 300A Nguyen Tat Thanh, Ward 13, Dist 4, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 04/07/2024

Revised: 08/08/2024; Accepted: 27/08/2024

ABSTRACT

Objective: Third molar extraction surgery is the most common surgery in dentistry. Most patients feel severe pain in the first 24 hours after surgery. Auricular acupuncture in Traditional Medicine has been proven to be effective in reducing pain in many surgeries. The study describes the clinical characteristics and pain levels after 2 hours in patients after third molar extraction surgery using auricular acupuncture method at the Department of Odonto-Stomatology.

Methods: Cross-sectional research design, combining quantitative and qualitative, surveying 60 patients at the Department of Odonto-Stomatology from December 2019 to July 2020.

Results: Research results on 60 patients with third molar extraction surgery at the Department of Odonto-Stomatology: The male/female ratio is 1:1.6. The average age is 22.82 ± 2.15 years. The ratio of teeth 38 is 48.33% and teeth 48 is 51.67%. 70% of third molar teeth are present in the mouth. Classification of lower third molar teeth according to Pell and Greory focuses mainly on groups IA, IIA and IC, 33.33%, 26.67%, 18.33% respectively. The average anesthesia time was 2.95 ± 0.75 . The average surgery time was 11.81 ± 3.2 . The average amount of anesthetic used (ml) was 3.19 ± 0.31 . The average VAS score after 2 hours was 3.15 ± 1.61 . 51.67% of patients had moderate to severe pain.

Conclusion: It is necessary to have a pain relief treatment plan after third molar extraction surgery using auricular acupuncture based on the clinical characteristics of the patient.

Keywords: Pain, third molar extraction.

*Corresponding author

Email address: Dtcquynh@ntt.edu.vn

Phone number: (+84) 938995646

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD8.1494>



ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, MỨC ĐỘ ĐAU SAU 2 GIỜ TRÊN NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT NHỎ RĂNG KHÔN TẠI KHOA RĂNG HÀM MẶT, ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH

Du Thị Cẩm Quỳnh

Trường Đại học Nguyễn Tất Thành - 300A Nguyễn Tất Thành, P. 13, Q. 4, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2024

Chỉnh sửa ngày: 08/08/2024; Ngày duyệt đăng: 27/08/2024

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phẫu thuật nhỏ răng khôn là phẫu thuật chiếm tỉ lệ cao nhất trong nha khoa. Đa số người bệnh cảm thấy đau dữ dội trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật. Nhĩ châm Y học cổ truyền đã được chứng minh có hiệu quả giảm đau trong nhiều phẫu thuật. Nghiên cứu mô tả đặc điểm lâm sàng, mức độ đau sau 2 giờ trên người bệnh sau nhổ răng khôn sử dụng phương pháp nhĩ châm tại khoa Răng Hàm Mặt.

Phương pháp: Thiết kế nghiên cứu cắt ngang, kết hợp định lượng và định tính, khảo sát 60 người bệnh tại khoa Răng Hàm Mặt từ tháng 12/2019 đến tháng 07/2020.

Kết quả: Qua nghiên cứu trên 60 người bệnh nhổ răng khôn tại khoa Răng Hàm Mặt: Tỉ lệ nam/nữ là 1:1.6. Độ tuổi trung bình là $22,82 \pm 2,15$. Tỷ lệ răng 38 là 48,33% và răng 48 là 51,67%. 70% răng khôn hàm dưới hiện diện trong miệng. Phân loại răng khôn hàm dưới theo Pell và Greory tập trung chủ yếu vào nhóm IA, IIA và IC, lần lượt là 33,33%, 26,67%, 18,33%. Thời gian gây tê trung bình là $2,95 \pm 0,75$. Thời gian phẫu thuật trung bình là $11,81 \pm 3,2$. Lượng thuốc tê sử dụng (ml) trung bình là $3,19 \pm 0,31$. Điểm VAS sau 2 giờ trung bình là $3,15 \pm 1,61$. 51,67% người bệnh mức độ đau trung bình nặng.

Kết luận: Cần có kế hoạch điều trị giảm đau sau phẫu thuật nhỏ răng khôn bằng nhĩ châm Y học cổ truyền dựa trên những đặc điểm lâm sàng của người bệnh.

Từ khóa: Đau, phẫu thuật nhỏ răng khôn.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nhỏ răng khôn là một trong những phương pháp phẫu thuật phổ biến nhất trong nha khoa nhằm giải quyết và phòng ngừa các biến chứng gây ra bởi răng khôn. Phẫu thuật nhỏ răng khôn là can thiệp có tính xâm lấn đáng kể vào mô xương và mô mềm xung quanh, có thể gây nhiễm khuẩn, đau, sưng mặt và khít hàm. Trong thực hành lâm sàng, đau sau phẫu thuật răng khôn là yếu tố quan trọng nhất, ảnh hưởng đến người bệnh. Khoảng 63% người bệnh cảm thấy đau dữ dội trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật [1]. Có nhiều phương pháp giảm đau sau

phẫu thuật đã được ghi nhận hiệu quả như các loại thuốc giảm đau kháng viêm, châm cứu,... Đặc biệt, phương pháp nhĩ châm Y học cổ truyền được chứng minh là phương pháp giảm đau đơn trị liệu hoặc kết hợp với thuốc giảm đau sau phẫu thuật [2]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 02 mục tiêu:

- *Mô tả đặc điểm lâm sàng của người bệnh điều trị nhổ răng khôn tại khoa Răng Hàm Mặt.*

- *Mô tả mức độ đau sau 2 giờ trên người bệnh sau phẫu thuật nhỏ răng khôn.*

*Tác giả liên hệ

Email: Dtcquynh@ntt.edu.vn

Điện thoại: (+84) 938995646

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD8.1494>

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Người bệnh từ 18 tuổi trở lên.
- Người bệnh tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Răng Hàm Mặt từ tháng 12/2019 đến tháng 07/2020.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Ước lượng một tỉ lệ trong quần thể với độ chính xác tuyệt đối (hay sai số cho phép) $d=0,05$; độ tin cậy 95%;

P: Tỷ lệ hiệu quả điều trị giảm đau sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới kết hợp màng fibrin giàu tiểu cầu. Theo nghiên cứu của Yun He (2017) $p = 0,87$ [3], tính được cỡ mẫu là 387

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

Mẫu thu thập được là 60 người bệnh.

Người bệnh được phẫu thuật nhổ răng khôn theo đúng quy trình kỹ thuật của khoa Răng Hàm Mặt.

Người bệnh được hướng dẫn chăm sóc hậu phẫu, vệ sinh răng miệng quy trình của khoa Răng Hàm Mặt.

2.5. Biến số nghiên cứu và tiêu chí đánh giá

- Giới tính: Nam, nữ
- Tuổi
- Phân hàm: Răng 38, răng 48
- Tình trạng mọc răng khôn hàm dưới:
 - + Chưa mọc: Thân răng khôn hàm dưới nằm dưới niêm mạc miệng, không phát hiện qua thăm khám.
 - + Đã mọc: Thân răng khôn hàm dưới đã mọc ra khỏi niêm mạc miệng.
- Độ khó trong phẫu thuật theo phân loại răng khôn hàm dưới Pell và Gregory: IA, IB, IC, IIA, IIB, IIC, IIIA, IIIB, IIIC. Trong đó:
 - + Tương quan cảnh đứng:
 - Loại I: Khoảng cách từ mặt xa răng cối lớn thứ 2 đến bờ trước cảnh đứng xương hàm dưới lớn hơn kích

thước gần xa của răng khôn. Đủ khoảng để răng khôn mọc theo hướng thích hợp.

Loại II: Khoảng cách từ mặt xa răng cối lớn thứ 2 đến bờ trước cảnh đứng xương hàm dưới nhỏ hơn kích thước gần xa của răng khôn. Răng khôn không thể mọc lên hoàn toàn.

Loại III: Khoảng cách từ mặt xa răng cối lớn thứ 2 đến bờ trước cảnh đứng xương hàm dưới rất nhỏ hoặc không có. Phần lớn hoặc toàn bộ răng khôn nằm trong cảnh đứng.

+ Độ sâu so với mặt nhai răng cối lớn thứ 2:

Vị trí A: Điểm cao nhất của răng khôn cao hơn hoặc ngang với mặt nhai răng cối lớn thứ 2.

Vị trí B: Điểm cao nhất của răng khôn nằm ở khoảng giữa mặt nhai và cổ răng cối lớn thứ 2.

Vị trí C: Điểm cao nhất của răng khôn nằm thấp hơn cổ răng cối lớn thứ 2.

-Thời gian gây tê (phút): Tính từ lúc bắt đầu gây tê cho đến khi người bệnh có biểu hiện tê môi

-Thời gian phẫu thuật nhổ răng khôn (phút): Tính từ khi bắt đầu phẫu thuật cho đến khi kết thúc phẫu thuật

- Mức độ đau sau phẫu thuật nhổ răng khôn: Thang điểm VAS 2 giờ

2.6. Phương pháp thu thập thông tin

Nghiên cứu viên phát phiếu khảo sát cho người bệnh sau phẫu thuật nhổ răng khôn; người bệnh tham gia phỏng vấn và tự điền trực tiếp vào phiếu khảo sát.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu định lượng được nhập bằng Microsoft excel, phân tích bằng phần mềm Stata/IC14.0.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Giấy chấp thuận nghiên cứu của Hội Đồng Đạo Đức trong Nghiên cứu y sinh Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh số 617/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 12/11/2019.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh

Trong nghiên cứu này, độ tuổi trung bình là $22,82 \pm 2,15$, lớn tuổi nhất là 28, nhỏ tuổi nhất là 19.

Nam giới là 23 người, tỉ lệ 38,33%; nữ giới là 37 người, tỉ lệ 61,67%

Bảng 1. Phân bố vị trí răng khôn hàm dưới

Vị trí	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Răng 38	29	48,33
Răng 48	31	51,67
Tổng	60	100,0

Trong nghiên cứu này, răng khôn hàm dưới được nhổ chủ yếu là bên phải (51,67%)

Bảng 2. Tình trạng răng hiện diện trong miệng

Tình trạng	Răng 38 n (%)	Răng 48 n (%)	Tổng (%)
Hiện diện trong miệng	23 (38,33)	19 (31,67)	42 (70,0)
Không hiện diện trong miệng	6 (10,0)	12 (20,0)	18 (30,0)
Tổng	29 (48,33)	31 (51,67)	60 (100,0)

$P = 0.13$ (kiểm định Chi – square)

Có 70% răng đã hiện diện trong khoang miệng. Sự khác nhau về sự hiện diện trong khoang miệng giữa bên trái và bên phải không có ý nghĩa thống kê ($P > 0.05$)

Bảng 3. Phân loại răng khôn hàm dưới theo Pell và Gregory

Loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
IA	20	33,33
IB	3	5,0
IC	11	18,33
IIA	16	26,67
IIB	3	5,0
IIC	7	11,67
Tổng	60	100,0

Trong nghiên cứu này, phân loại răng khôn hàm dưới theo Pell và Greory tập trung chủ yếu vào nhóm IA, IIA và IC. Lần lượt là 33,33%, 26,67%, 18,33%.

Bảng 4. Thời gian phẫu thuật nhổ răng khôn

	Trung bình ± độ lệch chuẩn
Thời gian gây tê (phút)	2,95 ± 0,75
Thời gian phẫu thuật (phút)	11,81 ± 3,2
Lượng thuốc tê sử dụng (ml)	3,19 ± 0,31

Trong nghiên cứu này, thời gian gây tê trung bình là $2,95 \pm 0,75$, thời gian lâu nhất 4 phút, thời gian nhanh nhất 2 phút

Thời gian phẫu thuật trung bình là $11,81 \pm 3,2$, thời gian lâu nhất 22 phút, thời gian nhanh nhất 07 phút.

Lượng thuốc tê sử dụng (ml) trung bình là $3,19 \pm 0,31$, lượng thuốc tê sử dụng nhiều nhất là 4,4 ml, lượng thuốc tê sử dụng ít nhất là 2.9 ml.

3.2. Mức độ đau sau phẫu thuật nhổ răng khôn

Trong nghiên cứu này, điểm VAS sau 2 giờ trung bình là $3,15 \pm 1,61$ (cao nhất là 5 điểm, thấp nhất là 2 điểm). Mức độ đau trung bình nặng (VAS 3 – 10) là 31 người bệnh (51.67%).

4. BÀN LUẬN

4.1. Bàn về kết quả đặc điểm lâm sàng của người bệnh

Tỉ lệ phân bố nam/nữ trong mẫu nghiên cứu 1:1,6. Tỉ lệ phân bố nam/nữ trong nghiên cứu tương đồng với các nghiên cứu trên thế giới [4], [5]. Tỉ lệ nữ ưu thế so với nam là do sự khác biệt của tốc độ tăng trưởng, hình thái xương hàm giữa nam và nữ [6].

Độ tuổi trung bình của nghiên cứu: $22,82 \pm 2,15$. Người trẻ nhất là 19 tuổi, người lớn tuổi nhất là 28 tuổi. Độ tuổi này tương đồng với các báo cáo nghiên cứu trên thế giới [4], [7]. Tuổi càng cao có liên quan đến nhiều biến chứng sau phẫu thuật. Theo Lê Đức Lánh (2012) phẫu thuật nhổ răng khôn ở người bệnh dưới 35 tuổi có nhiều thuận lợi, ít biến chứng vì người trẻ chịu đựng phẫu thuật tốt, hồi phục nhanh, ít ảnh hưởng đến hoạt động hằng ngày và thủ thuật dễ thực hiện, mô nha chu người trẻ lành thương tốt hơn [6]

Vị trí răng khôn hàm dưới được phẫu thuật trong nghiên cứu chủ yếu là bên phải (51,67%). Tuy nhiên không có sự khác biệt nhiều giữa bên trái và bên phải. Điều này cho thấy yếu tố cần can thiệp phẫu thuật là như nhau giữa hai bên, phụ thuộc vào mức độ mọc lệch và ảnh hưởng của răng khôn hàm dưới đối với người bệnh.

Trong nghiên cứu, có 70% răng khôn hàm dưới đã hiện diện hoàn toàn hoặc hiện diện một phần trong miệng. Phân loại răng khôn hàm dưới theo Pell và Greory tập trung chủ yếu vào nhóm IA, IIA và IC. Sự hiện diện của răng khôn hàm dưới ở trong miệng và phân loại răng khôn hàm dưới theo Pell và Greory giúp khám lâm sàng, đánh giá được mức độ khó trước khi phẫu thuật. Đồng thời trong quá trình phẫu thuật, răng khôn hàm dưới hiện diện trong miệng và phân loại IA, IIA, IC có mức độ tổn thương xương, mô xung quanh ít hơn [6].

Thời gian gây tê trung bình là $2,95 \pm 0,75$, thời gian lâu nhất 4 phút, thời gian nhanh nhất 2 phút. Thời gian

phẫu thuật trung bình (phút): $11,81 \pm 3,2$, nhanh nhất 07 phút, lâu nhất 22 phút. Thời gian phẫu thuật nghiên cứu của chúng tôi khác biệt với nghiên cứu của Lâm Nhật Tân (2019) thời gian phẫu thuật trung bình là $20,57 \pm 6,50$ phút [8]. Thời gian phẫu thuật phụ thuộc vào số lượng các yếu tố gây khó cho phẫu thuật, kinh nghiệm của phẫu thuật viên, máy móc, phương tiện và phương pháp phẫu thuật.

4.2. Bàn về kết quả mức độ đau sau phẫu thuật nhổ răng khôn

Đau là một cảm giác khó chịu, xuất hiện cùng lúc với sự tổn thương của các mô tế bào. Đau là kinh nghiệm được lượng giá bởi nhận thức chủ quan tùy theo từng người, từng cảm giác về mỗi loại đau [9]. Ngưỡng đau sau phẫu thuật nhổ răng khôn là khác nhau giữa nam nữ, độ tuổi, thời gian phẫu thuật, độ khó của răng khôn, kinh nghiệm trải qua của người bệnh, ...

Trong nghiên cứu này, chúng tôi tập trung mô tả mức độ đau sau phẫu thuật thông qua thang điểm đánh giá đau theo thang điểm VAS sau 2 giờ.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, điểm VAS sau 2 giờ trung bình là $3,15 \pm 1,61$ (cao nhất là 5 điểm, thấp nhất là 2 điểm). Mức độ đau trung bình nặng (VAS 3 – 10) là 31 người bệnh (51,67%).

Trong quá trình phẫu thuật, dưới tác dụng của gây tê vùng Lidocaine giúp giảm đau. Sau khi hết thuốc tê, mức độ đau tăng lên và dựa vào mức độ đau mà người bệnh sử dụng thuốc giảm đau.

Từ kết quả mức độ đau trung bình nặng trên người bệnh sau phẫu thuật ghi nhận được, chúng tôi kiến nghị một số phương pháp hiệu quả trong kiểm soát đau như các loại thuốc giảm đau kháng viêm, châm cứu (hào châm, điện châm, cứu, cây chỉ, thủy châm,...). Châm cứu có thể giảm đau thông qua cơ chế hệ thống thần kinh thực vật và hệ nội tiết. Trục hạ đồi – tuyến yên điều chỉnh bằng cách tiết ra các hormone như á phiện nội sinh và glucocorticoids [10], [11]. Đặc biệt, nhĩ châm trong Y học cổ truyền được sử dụng để giảm đau trong vòng 48 giờ, gần như không có tác dụng phụ [12], đã được chứng minh là phương pháp đơn trị liệu hoặc kết hợp với thuốc giảm đau sau phẫu thuật khớp háng, khớp gối, gãy xương hông, ... [2]. Việc sử dụng các phương pháp giảm đau không dùng thuốc ngày càng trở nên quan trọng do những hạn chế, tác dụng phụ của thuốc giảm đau tiêu chuẩn đối với người bệnh không thể dùng thuốc giảm đau do các bệnh kèm, dị ứng thuốc. Nhĩ châm là một phương pháp giảm đau hiệu quả, an toàn, tiện dụng và chi phí giá thành thấp trong kiểm soát cơn đau.

5. KẾT LUẬN

- Tỉ lệ nam/nữ là 1:1,6. Độ tuổi trung bình là $22,82 \pm 2,15$. Tỷ lệ răng 38 là 48,33% và răng 48 là 51,67%.

70% răng khôn hàm dưới hiện diện trong miệng. Phân loại răng khôn hàm dưới theo Pell và Greory tập trung chủ yếu vào nhóm IA, IIA và IC, lần lượt là 33,33%, 26,67%, 18,33%. Thời gian gây tê trung bình là $2,95 \pm 0,75$. Thời gian phẫu thuật trung bình là $11,81 \pm 3,2$. Lượng thuốc tê sử dụng (ml) trung bình là $3,19 \pm 0,31$.

- Điểm VAS sau 2 giờ trung bình là $3,15 \pm 1,61$. 51,67% người bệnh mức độ đau trung bình nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] W. L. He, F. Y. Yu, C. J. Li, J. Pan, R. Zhuang, and P. J. Duan, "A systematic review and meta-analysis on the efficacy of low-level laser therapy in the management of complication after mandibular third molar surgery," *Lasers Med Sci*, vol. 30, no. 6, pp. 1779–1788, 2015, doi: 10.1007/s10103-014-1634-0.
- [2] G. N. Asher et al., "Auriculotherapy for pain management: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials," *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, vol. 16, no. 10, pp. 1097–1108, Oct. 2010, doi: 10.1089/acm.2009.0451.
- [3] Y. He, J. Chen, Y. Huang, Q. Pan, and M. Nie, "Local Application of Platelet-Rich Fibrin During Lower Third Molar Extraction Improves Treatment Outcomes," *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, vol. 75, no. 12, pp. 2497–2506, 2017, doi: <https://doi.org/10.1016/j.joms.2017.05.034>.
- [4] R. P. White, D. A. Shugars, D. M. Shafer, D. M. Laskin, M. J. Buckley, and C. Phillips, "Recovery after third molar surgery: Clinical and health-related quality of life outcomes," *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, vol. 61, no. 5, pp. 535–544, 2003, doi: <https://doi.org/10.1053/joms.2003.50106>.
- [5] M. C. Bortoluzzi, A. Guollo, D. L. Capella, and R. Manfro, "Pain levels after third molar surgical removal: An evaluation of predictive variables," *Journal of Contemporary Dental Practice*, vol. 12, no. 4, pp. 239–244, 2011, doi: 10.5005/jp-journals-10024-1041.
- [6] Lê Đức Lánh, *Phẫu thuật trong miệng*, vol. 2. TP.HCM: Nhà xuất bản Y học, 2012.
- [7] F. R. L. Sato, L. Asprino, D. E. S. de Araújo, and M. de Moraes, "Short-Term Outcome of Postoperative Patient Recovery Perception After Surgical Removal of Third Molars," *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, vol. 67, no. 5, pp. 1083–1091, 2009, doi: <https://doi.org/10.1016/j.joms.2008.09.032>.
- [8] Lâm Nhật Tân, "Đặc điểm lâm sàng, X-quang và đánh giá hiệu quả điều trị bệnh nhân có răng khôn hàm dưới mọc lệch được phẫu thuật bằng kỹ thuật cắt dọc thân răng," *Y dược Cần Thơ*, vol. 17, pp. 134–141, 2019.
- [9] Phùng Tấn Cường, *Đau & bàn luận, nguyên nhân, chẩn đoán, điều trị*. Nhà xuất bản Y học, 2011.
- [10] J.-G. Lin and W.-L. Chen, "Acupuncture Analgesia: A Review of Its Mechanisms of Actions," *Am J Chin Med (Gard City N Y)*, vol. 36, no. 04, pp. 635–645, Jan. 2008, doi: 10.1142/S0192415X08006107.
- [11] J. Sims, "The mechanism of acupuncture analgesia: A review," *Complement Ther Med*, vol. 5, no. 2, pp. 102–111, 1997, doi: [https://doi.org/10.1016/S0965-2299\(97\)80008-8](https://doi.org/10.1016/S0965-2299(97)80008-8).
- [12] M. Murakami, L. Fox, and M. P. Dijkers, "Ear Acupuncture for Immediate Pain Relief—A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials," *Pain Medicine*, vol. 18, no. 3, pp. 551–564, Mar. 2017, doi: 10.1093/pm/pnw215.