

7. Värelä S, Omling E, Börjesson A, **et al** (2021). Resolution of hydronephrosis after pyeloplasty in children. *J Pediatr Urol*, 17(1): 102 e1-102 e7.
8. **Anderson J.C, and Hynes W** (1949). Retrocaval Ureter: A Case diagnosed pre-operatively and treated successfully by a Plastic Operation. *British Journal Of Urology*, 209 - 214.
9. **Van den Hoek J, de Jong A, Scheepe J et al** (2007). Prolonged follow-up after paediatric pyeloplasty: are repeat scans necessary? *BJU Int*, 100(5): 1150-2.
10. **Carpenter C.P, Tolley E, Tourville E et al** (2018). Hydronephrosis After Pyeloplasty: "Will It Go Away?". *Urology*, 121 158-163.

## LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG THIỂU MÁU TAN MÁU TỰ MIỄN Ở TRẺ EM TẠI KHOA HUYẾT HỌC LÂM SÀNG BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Mai Hương<sup>1</sup>, Nguyễn Hồng Sơn<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Hương Mai<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Thiếu máu tan máu tự miễn là tình trạng hồng cầu bị phá hủy sớm do sự xuất hiện của tự kháng thể trên bề mặt hồng cầu.<sup>1</sup> **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ em mắc thiếu máu tan máu tự miễn tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu khảo sát ở 46 trẻ mắc thiếu máu tan máu tự miễn tại khoa Huyết học lâm sàng – Bệnh viện Nhi Trung ương, sử dụng bệnh án nghiên cứu được xây dựng sẵn. **Kết quả:** 46 trẻ mắc thiếu máu tan máu tự miễn độ tuổi chủ yếu dưới 5 tuổi (80,4%) với tỷ lệ nam:nữ xấp xỉ 1:1. Các trẻ nhập viện trong tình trạng thiếu máu với đặc điểm niêm mạc nhợt 95,7%, da xanh 71,7% và tan máu trong lòng mạch với đặc điểm tiểu sẫm 87% và vàng da 69,9%. Đặc điểm thiếu máu của trẻ mắc thiếu máu tan máu tự miễn là thiếu máu hồng cầu bình thường mức độ trung bình và nặng chiếm 91,4% với nồng độ huyết sắc tố là 62,0 g/l. **Kết luận:** Thiếu máu tan máu tự miễn gặp cao nhất ở dưới 5 tuổi với đặc điểm giống với các bệnh thiếu máu do tan máu, tuy là bệnh hiếm gặp nhưng không nên bỏ sót, cần thăm khám lâm sàng cẩn thận, tỉ mỉ và xét nghiệm cận lâm sàng đầy đủ nhằm tránh bỏ sót.

**Từ khóa:** Trẻ em, thiếu máu tan máu tự miễn, lâm sàng, cận lâm sàng

### SUMMARY

#### CLINICAL, PARACLINICAL OF AUTOIMMUNE HEMOLYTIC ANEMIA IN CHILDREN IN CLINICAL HEMATOLOGY DEPARTMENT, NATIONAL HOSPITAL OF PEDIATRIC

Autoimmune hemolytic anemia (AIHA) is a rare immune disorder. It happens when your body mistakes red blood cells as foreign substances and attacks them. **Objectives:** To describe the clinical and subclinical characteristics of children with autoimmune hemolytic anemia at the National Hospital of Pediatric.

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhi Trung ương

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mai Hương

Email: huong.ntmai@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2023

Ngày duyệt bài: 7.9.2023

**Methods:** A survey study in 46 children with autoimmune hemolytic anemia at the Department of Clinical Hematology - National Hospital of Pediatric, using pre-built research medical records. **Results:** 46 children with autoimmune hemolytic anemia are mainly under 5 years old (80,4%) with a male:female ratio of approximately 1:1. The children admitted to the hospital were anemic with pallor 95,7%, pale skin 71,7% and hemolysis in the blood vessels with dark urine 87% and jaundice 69,9%. Anemia characteristics of children with autoimmune hemolytic anemia are moderate and severe normal red blood cell anemia accounting for 91,4% with hemoglobin concentration of 62,0 g/l. **Conclusion:** Autoimmune hemolytic anemia is most common in children under 5 years of age with characteristics similar to other hemolytic anemias, although it is a rare disease, it should not be missed, it requires careful clinical examination, the rate meticulous and complete laboratory testing to avoid omission.

**Keywords:** children, autoimmune hemolytic anemia, clinical, paraclinical

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu tan máu tự miễn là tình trạng hồng cầu bị phá hủy sớm do sự xuất hiện của tự kháng thể trên bề mặt hồng cầu.<sup>1</sup> Bệnh thiếu máu tan máu tự miễn là một rối loạn tương đối hiếm gặp.<sup>2</sup> Bệnh thiếu máu tan máu tự miễn liên quan đến rất nhiều chuyên khoa khác nhau như huyết học, miễn dịch và cả di truyền. Biểu hiện lâm sàng của thiếu máu tan máu tự miễn rất phong phú và đa dạng.<sup>3</sup> Các kỹ thuật xét nghiệm cận lâm sàng như công thức máu, sinh hoá máu, test Coombs, xét nghiệm tự kháng thể miễn dịch liên tục được cập nhật, giúp việc chẩn đoán xác định bệnh dễ dàng hơn. Tuy nhiên, bệnh tan máu tự miễn rất dễ bị chẩn đoán nhầm với các bệnh tan máu miễn dịch khác, đồng thời bệnh cũng có thể diễn biến nhanh chóng và cấp tính, gây thiếu máu nặng dẫn đến sốc, suy thận và tử vong vì vậy việc tiếp cận chẩn đoán sớm và chính xác là yêu cầu rất cần thiết. Trên thế giới đã có rất nhiều các nghiên cứu về bệnh thiếu máu tan máu tự miễn. Tuy nhiên các nghiên cứu

này thường áp dụng nhóm đối tượng người Châu Âu có thể trạng khác biệt. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về bệnh thiếu máu tan máu tự miễn, tuy nhiên các nghiên cứu này đã được tiến hành từ khá lâu. Vì vậy chúng tôi làm nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ em mắc thiếu máu tan máu tự miễn tại Bệnh viện Nhi Trung ương.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 46 trẻ được chẩn đoán mắc thiếu máu tan máu tự miễn, đáp ứng đủ theo tiêu chuẩn chẩn đoán dựa theo hướng dẫn chẩn đoán thiếu máu tan máu tự miễn của Hội huyết học Mỹ<sup>4</sup> bao gồm: test Coombs trực tiếp dương tính; thiếu máu các mức độ theo WHO<sup>5</sup> với nồng độ hemoglobin dưới 110 g/l và đặc điểm thiếu máu hồng cầu bình thường; tăng số lượng hồng cầu lưới trên 2%, biểu hiện tan máu: vàng da tăng Bilirubin trên 1mg%, tăng chủ yếu Bilirubin tự do, nước tiểu sẫm màu do có sự hiện diện của hemosiderin trong nước tiểu. Tiêu chuẩn loại trừ: test Coombs trực tiếp âm tính và/ hoặc bệnh nhân đã xác định mắc các bệnh lý miễn dịch toàn thân như Lupus ban đỏ hệ thống, xơ cứng bì, bệnh gan tự miễn, hội chứng Evans...

**2.2. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh với cách chọn mẫu thuận tiện.

**2.3. Công cụ nghiên cứu:** Bệnh án nghiên cứu được xây dựng dựa trên mục tiêu nghiên cứu và theo hướng dẫn chẩn đoán thiếu máu tan máu tự miễn của Hội huyết học Mỹ.<sup>4</sup>

**2.4. Xử lý số liệu:** phần mềm thống kê SPSS 20.0

**2.5. Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến hành sau khi đã được phê duyệt bởi hội đồng đạo đức của Bệnh viện Nhi Trung ương, quyết định số 2360/BVNTW-HĐĐĐ ngày 12 tháng 10 năm 2022.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=46)**

	Đặc điểm	n	%
Phân loại nhóm tuổi	≤ 5 tuổi	37	80,4
	5 – 10 tuổi	4	8,7
	≥ 10 tuổi	5	10,9
Giới tính	Nam	22	47,8
	Nữ	24	52,2

**Nhận xét:** Nhóm tuổi chủ yếu là dưới 5 tuổi (80,4%). Tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 1:1, giới nữ chiếm 52,2%.

**Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của trẻ mắc**

**thiếu máu tan máu tự miễn (n=46)**

	Đặc điểm	n	%
Số ngày diễn biến (ngày)	Trung vị (min – max)	5 (1 – 30)	
Số ngày diễn biến	Cấp (≤ 7 ngày)	34	75,6
	Mạn (> 7 ngày)	11	24,4
Tiểu sẫm	Có	40	87
	Không	6	13
Da xanh	Có	33	71,7
	Không	13	28,3
Vàng da	Có	32	69,6
	Không	14	30,4
Niêm mạc nhợt	Có	44	95,7
	Không	2	4,3
Gan to	Không	41	89,1
	Độ I	2	4,3
	Độ II	2	4,3
	Độ III	0	0
	Độ IV	1	2,2
Lách to	Không	41	89,1
	Độ I	2	4,3
	Độ II	2	4,3
	Độ III	0	0
Nhịp tim	Độ IV	1	2,2
	Nhanh	25	54,3
	Bình thường	21	45,7
Nhịp thở	Nhanh	0	0
	Bình thường	46	100

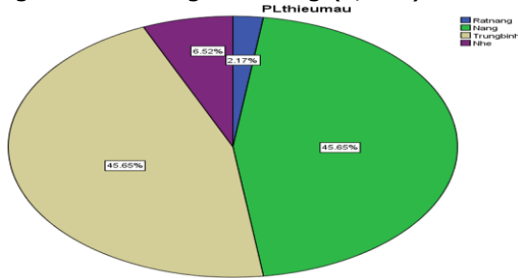
**Nhận xét:** Bệnh nhân thiếu máu tan máu tự miễn diễn biến thường cấp tính (75,6%) so với mạn tính (24,4%). Biểu hiện lâm sàng chủ yếu là thiếu máu: niêm mạc nhợt (95,7%), da xanh (71,7%) và biểu hiện của tan máu: tiểu sẫm (87%), vàng da (69,6%). Các ảnh hưởng của thiếu máu cấp tính biểu hiện sớm trên tim mạch với mạch nhanh so với tuổi (54,3%) và ít ảnh hưởng đến nhịp thở (0%). Các biểu hiện của thiếu máu mạn tính ít gặp gồm gan to (10,9%) và lách to (10,9%).

**Bảng 3. Đặc điểm huyết học của trẻ mắc thiếu máu tan máu tự miễn (n=46)**

Đặc điểm	Trung vị (min – max)
Số lượng hồng cầu (T/l)	2,0(0,9-3,4)
Hemoglobin (g/l)	62,0(25-104)
MCV (fl)	86,2(56,8-127,5)
MCH (pg)	30,2(24-486)
MCHC (g/l)	352,0(56,8-127,5)
Hồng cầu lưới (%)	6,8(2,1-30,2)
Số lượng tiểu cầu (G/l)	322,5(39,0-633,0)
Số lượng bạch cầu (G/l)	11,5(4,1-25,6)

**Nhận xét:** Các trẻ mắc thiếu máu tan máu tự miễn thường có nồng độ huyết sắc tố thấp là

62,0 g/l và số lượng hồng cầu thấp 2,0 T/l. Các trẻ này thường mắc thiếu máu đẳng sắc hồng cầu bình thường với thể tích trung bình hồng cầu (86,2 fL), lượng huyết sắc tố trung bình hồng cầu (30,2 pg) và nồng độ huyết sắc tố trung bình hồng cầu (352,0 g/l) bình thường. Các trẻ này thường mắc thiếu máu cấp tính dẫn đến lượng hồng cầu lưới trong máu tăng (6,8 %).



**Biểu đồ 1 : Phân loại thiếu máu ở những trẻ mắc thiếu máu tan máu tự miễn**

**Nhận xét:** Các trẻ mắc thiếu máu tan máu tự miễn thường thiếu máu mức nặng (45,7%) và trung bình (45,7%). Trong khi đó số trẻ thiếu máu mức nhẹ (6,5%) và rất nặng (2,1%) chiếm tỷ lệ thấp.

**Bảng 4. Đặc điểm sinh hóa của trẻ mắc thiếu máu tan máu tự miễn**

Đặc điểm	Trung vị (min – max)
Ure (mmol/l)	5,0 (0,9 – 14,0)
Creatinin (µmol/l)	38,2 (15 – 97,3)
GOT (UI/l)	41,7 (22,0 – 203,8)
GPT (UI/l)	18,3 (8,8 – 142,3)
Bilirubin toàn phần (µmol/l)	58,2 (13,4 – 340,1)
Bilirubin gián tiếp (µmol/l)	44,9 (10,6 – 317,2)

**Nhận xét:** Chức năng gan (GOT: 41,7 UI/l; GPT: 18,3 UI/l) và chức năng thận (Ure: 5,0 mmol/l; Creatinin: 38,2 µmol/l) ở trong giới hạn bình thường. Các bất thường về sinh hóa của bệnh nhân biểu hiện chủ yếu hậu quả của tan máu là tăng sản phẩm giá hóa của Hemoglobin là tăng Bilirubin (58,2 µmol/l) và chủ yếu là Bilirubin gián tiếp (44,9 µmol/l)

**IV. BÀN LUẬN**

Khảo sát 46 trẻ thiếu máu tan máu tự miễn đáp ứng đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu. Tỷ lệ nữ:nam xấp xỉ 1:1 tập trung chủ yếu dưới 5 tuổi chiếm 80,4 %. Kết quả này khác biệt với nhiều nghiên cứu trong nước trước đây về tỷ lệ nam:nữ như của Nguyễn Công Khanh và cộng sự (1993) hay của Nguyễn Thị Lan Anh và cộng sự (2001) với tỷ lệ nữ/nam xấp xỉ 2:1.<sup>6,7</sup> Tuy nhiên tỷ lệ này khá tương đồng với nghiên cứu gần đây của các tác giả Pháp (2004) tỷ lệ nam:nữ xấp xỉ

1:1.<sup>8</sup> Xét theo khía cạnh tuổi mắc bệnh, nghiên cứu tương đồng với các nghiên cứu trong nước và nước ngoài, với độ tuổi trung bình 3,8 tuổi (nghiên cứu của Nguyễn Thị Lan Anh và cộng sự) hay 3,1 tuổi (nghiên cứu của các tác giả Pháp).

Ghi nhận từ y văn cho thấy, thiếu máu tan máu tự miễn có các đặc điểm lâm sàng của thiếu máu tan máu nói chung.<sup>9</sup> Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh thường diễn biến cấp tính (dưới 7 ngày) với tỷ lệ 75,6%, trẻ vào viện với triệu chứng nổi bật của thiếu máu niêm mạc nhợt 95,7%, da xanh 71,7% và triệu chứng của tan máu trong lòng mạch nổi bật là tiểu sẫm 87% và vàng da 69,6%. Các biểu hiện mạn tính của bệnh như gan to 10,9% và lách to 10,9% chiếm tỷ lệ rất thấp. Các tác giả Pháp khi nghiên cứu 265 trẻ mắc thiếu máu tan máu tự miễn cũng ghi nhận trẻ mắc thiếu máu tan máu tự miễn cũng nhập viện chủ yếu do biểu hiện của thiếu máu cấp tính và tan máu trong lòng mạch, tỷ lệ lách to chiếm 31% và gan to chiếm 19%. Tuy nhiên nghiên cứu trên bao gồm cả nhóm các trẻ mắc thiếu máu tan máu tự miễn thứ phát sau Lupus ban đỏ hệ thống hay viêm gan tự miễn do vậy tỷ lệ gan to và lách to cũng có sự khác biệt.

Về đặc điểm huyết học của bệnh nhi, các trẻ mắc thiếu máu tan máu tự miễn thường có biểu hiện thiếu máu hồng cầu bình thường, mức độ thiếu máu chủ yếu là trung bình và nặng tỷ lệ lần lượt là 45,7% và 45,7%, với nồng độ huyết sắc tố là 62,0 g/l. Nghiên cứu cũng cho thấy sự gia tăng số lượng hồng cầu lưới trong máu ngoại vi trung bình 6,8%. Các chỉ số khác trong công thức máu của bệnh nhân trong giới hạn bình thường. Điều này cũng tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Lan Anh và cộng sự (2001)<sup>7</sup> cũng ghi nhận mức huyết sắc tố trung bình là 56,42 ± 5,7 g/l. Nghiên cứu của các tác giả Pháp cũng ghi nhận điều tương tự với mức huyết sắc tố trung bình là 64 g/L.<sup>8</sup> Theo Liesveld và cộng sự, tỷ lệ hồng cầu lưới ghi nhận ở bệnh nhân là 9%.<sup>10</sup>

Về đặc điểm sinh hóa của trẻ mắc thiếu máu tan máu tự miễn, nổi bật lên tình trạng tan máu trong lòng mạch với tăng bilirubin trong máu trong đó chủ yếu là bilirubin tự do với nồng độ bilirubin toàn phần và tự do trung bình lần lượt là 58,2 µmol/l và 44,9 µmol/l. Các chỉ số khác như chức năng gan, thận thường trong giới hạn bình thường. Điều này cũng phù hợp với các báo cáo của các tác giả Pháp với bilirubin tự do mức 66 µmol/l.<sup>8</sup>

**V. KẾT LUẬN**

Thiếu máu tan máu tự miễn có thể gặp ở trẻ

mọi lứa tuổi với tỷ lệ cao nhất ở nhóm dưới 5 tuổi, tỷ lệ nam:nữ xấp xỉ 1:1. Trẻ thường vào viện với các biểu hiện thiếu máu cấp tính 95,7% và dấu hiệu vàng da rõ 69,6%. Trẻ thường nhập viện trong tình trạng thiếu máu mức độ trung bình và nặng với nồng độ huyết sắc tố 62,0 g/l.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lâm Thị Mỹ.** Thiếu Máu Tan Máu Tự Miễn. Sách Giáo Khoa Nhi Khoa( Textbook of Pediatrics), Nhà xuất bản y học, Hà Nội; 2016; 1000-1003.
2. **Nguyễn Thị Mai Hương.** Phác đồ chẩn đoán điều trị huyết tán tự miễn ở trẻ em. Hướng Dẫn Chẩn Đoán và Điều Trị Bệnh Trẻ Em, Nhà xuất bản y học, Hà Nội; 2020; 459-463.
3. **Teachey DT, Lambert MP.** Diagnosis and management of autoimmune cytopenias in childhood. *Pediatr Clin North Am.* 2013;60(6): 1489-1511. doi:10.1016/j.pcl.2013.08.009
4. **Hill A, Hill QA.** Autoimmune hemolytic anemia. *Hematology.* 2018; 2018(1): 382-389. doi: 10.1182/asheducation-2018.1.382
5. **Organization WH.** Hemoglobin concentrations for the diagnosis of anemia and assessment of severity. *Vitamin and Mineral Nutrition*

Information System. Geneva: 2011. World Health Organ WHO/NMH/NHD/MNM/11.1. Published online 2017. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85839/WHO\\_NMH\\_NHD\\_MNM\\_11.1\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85839/WHO_NMH_NHD_MNM_11.1_eng.pdf)

6. **Nguyễn Công Khanh et al.** Thiếu máu tan máu tự miễn ở trẻ em. Luận văn thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội; 1993.
7. **Nguyễn Thị Lan Anh.** Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, huyết học và miễn dịch của thiếu máu tan máu tự miễn ở trẻ em. Luận văn thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội; 2002.
8. **Aladjidi N, Leverger G, Leblanc T, et al.** New insights into childhood autoimmune hemolytic anemia: a French national observational study of 265 children. *Haematologica.* 2011;96(5):655-663. doi:10.3324/haematol.2010.036053
9. **Nguyễn Thị Xuyên et al.** Thiếu máu tan máu miễn dịch. Hướng Dẫn Chẩn Đoán và Điều Trị Một Số Bệnh Thường Gặp ở Trẻ Em, Nhà xuất bản y học, Hà Nội; 2015; 579-585.
10. **Liesveld JL, Rowe JM, Lichtman MA.** Variability of the erythropoietic response in autoimmune hemolytic anemia: analysis of 109 cases. *Blood.* 1987;69(3):820-826.

## KẾT QUẢ NHỎ RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI CÓ SỬ DỤNG VẬT BAO VÀ VẬT TAM GIÁC

Nguyễn Quang Khải<sup>1</sup>, Đinh Thị Thái<sup>2</sup>, Hoàng Duy Hùng<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** So sánh kết quả sau phẫu thuật giữa hai nhóm có sử dụng vật bao và vật tam giác trong phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới mọc lệch ngầm phân loại theo Parant II tại khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Bạch Mai năm 2022-2023. **Phương pháp nghiên cứu:** 80 bệnh nhân đến nhổ răng khôn theo phân loại Parant II và III tại khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Bạch Mai năm 2022-2023 được bốc thăm ngẫu nhiên chia vào hai nhóm sử dụng vật bao và nhóm sử dụng vật tam giác. Các biến số nghiên cứu gồm tuổi; giới; đau; sưng nề; biên độ há miệng; chảy máu sau phẫu thuật. **Kết quả nghiên cứu:** Điểm đau trung bình ở nhóm sử dụng vật bao thấp hơn so với nhóm sử dụng vật tam giác. Mức độ sưng nề sau 2 ngày phẫu thuật của nhóm sử dụng vật bao thấp hơn so với nhóm sử dụng vật tam giác; không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm này khi đánh giá tại thời điểm 7 và 14 ngày. Biên độ há miệng của hai nhóm ở giới hạn bình thường và không có sự khác biệt

giữa hai nhóm ở thời điểm 7 và 14 ngày sau phẫu thuật. Sau 2 ngày phẫu thuật nhóm sử dụng vật bao có biên độ há miệng lớn hơn so với nhóm sử dụng vật tam giác. Không có sự khác biệt về mức độ chảy máu sau phẫu thuật và các tai biến trong nhổ răng của hai nhóm nghiên cứu. Thời gian phẫu thuật trung bình khi sử dụng vật bao thấp hơn so với nhóm sử dụng vật tam giác. **Kết luận:** Điểm đau trung bình và thời gian phẫu thuật ở nhóm vật bao thấp hơn so với nhóm vật tam giác. Mức độ sưng và biên độ há miệng của nhóm vật bao diễn biến tốt hơn sau 2 ngày phẫu thuật nhưng không có sự khác biệt sau 7 và 14 ngày phẫu thuật. Không có sự khác biệt về mức độ chảy máu sau phẫu thuật và các tai biến trong nhổ răng của hai nhóm nghiên cứu.

**Từ khóa:** Răng khôn hàm dưới, Parant II, Parant III, vật bao, vật tam giác.

### SUMMARY

#### THE RESULT OF LOWER WISDOM TEETH EXTRACTION USING ENVELOPE FLAP AND TRIANGULAR FLAP

**Objective:** Comparison of postoperative results between the two groups using envelope flap and triangular flap in the surgery to remove the wisdom teeth of the mandibular subluxation classified according to Parant II at the Department of Odonto-Stomatology, Bach Mai Hospital in 2022-2023. **Method:** 80 patients who came to have wisdom teeth

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Khải

Email: ngkhai33@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2023

Ngày duyệt bài: 8.9.2023