

KẾT QUẢ LÂM SÀNG CỦA CHỈ PTFE VÀ CHỈ SILK TRONG PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI LỆCH NGẪM

Phạm Trần Tuyết Sương¹, Nguyễn Văn Lâm¹,
Nguyễn Hoàng Nam¹, Võ Thành Cảnh^{1,2}, Lý Gia Huy³

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh hiệu quả lâm sàng giữa chỉ khâu PTFE và chỉ Silk trong phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới lệch ngằm, tập trung vào các tiêu chí đau, sưng mặt và lành thương mô mềm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, có nhóm chứng, chia nửa miệng trên 34 bệnh nhân có chỉ định nhổ răng khôn hàm dưới mọc lệch hai bên tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và phòng khám Nha khoa Hoa Sứ trong thời gian nghiên cứu từ tháng 7 năm 2024 đến tháng 5 năm 2025. **Kết quả:** Tổng cộng có 34 bệnh nhân đã hoàn thành nghiên cứu, độ tuổi trung bình là $25,15 \pm 5,71$ tuổi, nữ giới chiếm ưu thế (64,7%). Không có sự khác biệt đáng kể giữa các răng mọc khôn lệch ngằm hai bên ($p > 0,05$). Sau phẫu thuật, mức độ đau giảm dần theo thời gian ở cả hai nhóm. Tại ngày 1, tỷ lệ không đau ở nhóm PTFE là 41,2% so với 35,3% ở nhóm Silk. Đến ngày 7, hầu hết bệnh nhân không còn cảm giác đau, với 94,1% ở nhóm PTFE và 88,2% ở nhóm Silk, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Mức độ sưng mặt được đánh giá qua ba khoảng cách, ghi nhận tăng cao nhất vào ngày 1, giảm dần đến ngày 7 và không còn chênh lệch đáng kể giữa hai nhóm tại mọi thời điểm ($p > 0,05$), tuy nhiên nhóm PTFE cho xu hướng ít sưng hơn. Về lành thương mô mềm, nhóm chỉ PTFE đạt điểm cao hơn rõ rệt vào ngày 3 (trung bình $4,0 \pm 0,9$ so với $3,3 \pm 0,8$ ở nhóm Silk; $p < 0,05$), cho thấy tốc độ phục hồi mô sớm tốt hơn. Đến ngày 7, cả hai nhóm đều đạt mức lành thương cao, không còn sự khác biệt có ý nghĩa ($p > 0,05$). **Kết luận:** Chỉ PTFE cho hiệu quả vượt trội trong thúc đẩy lành thương mô mềm sau phẫu thuật nhổ răng khôn so với chỉ Silk, đồng thời kiểm soát tốt đau và sưng, là lựa chọn đáng cân nhắc trong thực hành lâm sàng. **Từ khóa:** Chỉ PTFE, chỉ Silk, nhổ răng khôn, lành thương mô mềm, đau, sưng.

SUMMARY

CLINICAL OUTCOMES OF PTFE AND SILK SUTURES IN THE SURGICAL EXTRACTION OF IMPACTED MANDIBULAR THIRD MOLARS

Objective: To compare the clinical effectiveness of PTFE versus silk sutures in the surgical extraction of impacted mandibular third molars, focusing on postoperative pain, facial swelling, and soft tissue

healing. **Subjects and Methods:** A controlled, split-mouth study was conducted on 34 patients requiring bilateral impacted mandibular third molar extractions at Can Tho University of Medicine and Pharmacy hospital and Hoa Su Dental clinic from July 2024 to May 2025. **Results:** A total of 34 patients completed the study, the mean age was 25.15 ± 5.71 years, and predominance of females (64.7%). There were no statistically significant differences between the bilaterally impacted mandibular third molars ($p > 0.05$). Postoperative pain levels decreased over time in both groups. On day 1, the percentage of patients reporting no pain was 41.2% in the PTFE group versus 35.3% in the Silk group. By day 7, the majority of patients were pain-free, with 94.1% in the PTFE group and 88.2% in the Silk group, however, the difference was not statistically significant ($p > 0.05$). Facial swelling, evaluated using three linear measurements, peaked on day 1, gradually decreased by day 7, and showed no significant differences between groups at any time point ($p > 0.05$), although the PTFE group tended to have less swelling. Regarding soft tissue healing, the PTFE group showed significantly higher healing scores on day 3 (mean 4.0 ± 0.9 vs. 3.3 ± 0.8 in the Silk group; $p < 0.05$), indicating faster early tissue recovery. By day 7, both groups achieved high healing scores, with no significant difference ($p > 0.05$). **Conclusion:** PTFE sutures demonstrated superior performance in promoting early soft tissue healing compared to silk sutures, while providing comparable control of postoperative pain and swelling. PTFE may be considered a favorable alternative in clinical practice for impacted third molar surgery.

Keywords: PTFE suture, silk suture, third molar extraction, soft tissue healing, pain, swelling.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phản ứng lành thương sau nhổ răng là một quá trình sinh lý tất yếu giúp phục hồi cấu trúc và chức năng mô bị tổn thương, quá trình này diễn ra theo ba giai đoạn cơ bản gồm viêm, tăng sinh và tái tạo. Môi trường khoang miệng, với đặc thù ẩm ướt, nhiều vi khuẩn và thường xuyên chịu tác động cơ học, khiến quá trình lành thương tại đây trở nên phức tạp và dễ gặp biến chứng hơn các vùng khác trong cơ thể. Nhiều yếu tố có thể ảnh hưởng đến tiến trình lành thương sau nhổ răng [4],[10]. Trong đó, chỉ khâu có vai trò thiết yếu trong việc ổn định vết thương, hỗ trợ cầm máu, giữ đúng vị trí mô và tạo điều kiện thuận lợi cho sự lành thương. Tuy nhiên, chính chỉ khâu cũng có thể làm chậm quá trình hồi phục do gây chấn thương mô trong quá trình khâu hoặc do phản ứng không mong muốn

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Phòng khám Nha khoa Hoa Sứ Vũng Tàu

³Trường Đại học Gia Định

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Trần Tuyết Sương

Email: tuyetsuongrhm34@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 14.11.2025

với vật liệu chỉ khâu [7]. Ngoài ra, sự lựa chọn loại chỉ khâu cũng ảnh hưởng đáng kể đến kết quả điều trị [3]. Hiện nay, chỉ Silk vẫn được sử dụng phổ biến nhờ giá thành thấp và thao tác thuận tiện, nhưng có thể gây phản ứng mô nhiều hơn so với các loại chỉ tổng hợp mới. Trong khi đó, chỉ Polytetrafluoroethylene (PTFE), một loại chỉ đơn sợi tổng hợp, được cho là có nhiều ưu điểm như bề mặt nhẵn, độ bền cao, ít gây tổn thương mô và tích tụ vi khuẩn và có thể mang lại kết quả lành thương tốt hơn [5]. Tuy nhiên, các bằng chứng hiện tại về hiệu quả điều trị của các loại chỉ này chưa rõ ràng, đặc biệt trong bối cảnh thực hành tại Việt Nam. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Kết quả lâm sàng của chỉ PTFE và chỉ Silk trong phẫu thuật nhốt răng khôn hàm dưới lệch ngầm" nhằm so sánh hiệu quả của hai loại chỉ phổ biến này trong lâm sàng nha khoa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân có răng khôn hàm dưới lệch ngầm hai bên được chỉ định phẫu thuật tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và phòng khám Nha khoa Hoa Sứ trong thời gian nghiên cứu từ tháng 7 năm 2024 đến tháng 5 năm 2025.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên. Bệnh nhân có hai răng khôn hàm dưới mức độ mọc lệch ngầm tương đương có được xác định trên lâm sàng và bằng phim X-quang toàn cảnh. Bệnh nhân khỏe mạnh thuộc ASA-PS loại I và II.

Bệnh nhân đồng ý phẫu thuật và tham gia nghiên cứu sau khi giải thích và tư vấn rõ các yêu cầu và điều kiện nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có tình trạng hệ thống hay tại chỗ vùng nhốt răng như tăng huyết áp nặng, các vấn đề về tim mạch, suy gan và/hoặc suy thận và các bệnh lý toàn thân khác chưa ổn định, đang có thai hoặc đang cho con bú. đang có viêm nhiễm cấp tính tại chỗ vùng răng khôn hàm dưới lệch ngầm, có dấu hiệu trên hình ảnh học gợi ý bệnh lý u, nang liên quan đến răng khôn hàm dưới, há miệng hạn chế (< 30 mm).

Bệnh nhân sử dụng kháng sinh tại chỗ hoặc toàn thân ít nhất 4 tuần trước phẫu thuật.

Bệnh nhân bị dị ứng với thuốc sử dụng trong và sau phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, có nhóm chứng, chia nửa miệng.

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được theo công thức kiểm định 2 số trung bình độc lập, trong đó chúng tôi

chọn mức sai sót α và lực cỡ mẫu $(1-\beta)$ lần lượt là 0,05 và 95% $\rightarrow Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ và $\frac{\mu_1 - \mu_2}{\sigma_2} 0,842$. Ngoài ra, hệ số ảnh hưởng ($ES = \frac{\mu_1 - \mu_2}{\sigma_2}$) được tính toán dựa trên nghiên cứu của Lê Hùng Cường và cộng sự (2024) ghi nhận điểm lành thương mô mềm trung bình đo được vào ngày thứ 7 $\rightarrow \mu_1 = 6,42$; $\mu_2 = 5,97$ và $\sigma_2 = 0,64$ [1]. Từ công thức trên, tính được cỡ mẫu tối thiểu là 32. Thực tế, chúng tôi chọn được 34 bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Phân nhóm theo số thứ tự của bệnh nhân trong danh sách nghiên cứu. Bệnh nhân có số thứ tự chẵn, răng khôn bên trái được khâu bằng chỉ PTFE, còn răng bên phải được khâu bằng chỉ Silk. Ngược lại, đối với bệnh nhân có số thứ tự lẻ.

Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm chung: Tuổi (≤ 25 tuổi, > 25 tuổi, trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn), giới tính (nam, nữ), phân loại răng khôn hàm dưới theo theo Pell và Gregory (chiều dọc: A, B, C, chiều ngang: I, II, III), phân loại răng khôn hàm dưới theo Winter (thẳng đứng, lệch gần, lệch xa, nằm ngang, lệch trong - lệch ngoài, dạng khác), phân loại mức độ khó nhốt theo Montero (nhóm nông, nhóm sâu).s

Đánh giá kết quả phẫu thuật:

- Mức độ đau sau phẫu thuật: Đánh giá bằng thang điểm số NRS (0-10 cm), tại các thời điểm sau phẫu thuật 1, 3 và 7 ngày. Phân thành không đau (0-0,5 cm), đau nhẹ (0,6-4,4 cm), đau vừa (4,5-7,4 cm), đau nặng (7,5-10 cm).

- Mức độ sưng mặt (mm): Đo khoảng cách AC (từ chân dài tai đến khóe miệng), AD (từ chân dài tai đến đỉnh cằm) và BE (từ góc hàm đến khóe mắt ngoài) tại các thời điểm trước mổ, ngày 1, 3 và 7 sau mổ. Tính trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn.

- Đánh giá lành thương: Áp dụng thang điểm IPR (Hamzani và cộng sự, 2018) gồm 8 tiêu chí [5], tổng điểm đánh giá vào ngày 3 và 7 sau mổ. So sánh điểm trung bình từng tiêu chí và tổng điểm giữa hai nhóm chỉ khâu.

Bảng 1. Tiêu chuẩn đánh giá lành thương IPR giai đoạn viêm

Tiêu chí	Điểm 0	Điểm 1
Chảy máu	Có	Không
Mô hạt	Có	Không
Tụ máu	Có	Không
Màu sắc mô nướu	Đỏ hoặc trắng hơn mô đối diện	Tương tự mô đối diện
Mép vết thương	Hở/có khối fibrin/hoại tử	Kín/có sợi fibrin nhỏ
Chảy mủ	Có	Không
Sưng	VAS > 5	VAS 1-5
Đau	VAS > 5	VAS 1-5

Phân tích dữ liệu: Dữ liệu được mã hóa và phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 27.0.

Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm, trong khi các biến định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. Đối với biến định lượng có phân phối chuẩn, sử dụng Independent Samples T Test để so sánh giữa hai nhóm độc lập, sử dụng Paired Samples T Test để so sánh giữa hai thời điểm trong cùng một nhóm. Đối với các biến định tính, khi bảng tần số nhỏ hoặc xuất hiện ô có tần suất thấp, áp dụng Fisher Exact Test hoặc Fisher-Freeman-Halton Exact Test, nếu kích thước mẫu đủ lớn và phân bố tần suất phù hợp, sử dụng Chi-Square Test. Mức ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu. Quá trình nghiên cứu được tiến hành dưới sự giám sát và chấp thuận của Hội đồng đạo đức nghiên cứu y sinh học, trường Đại học Y Cần Thơ (mã số 24.376.HV/PCT-HĐĐĐ ngày 28 tháng 06 năm 2024), đảm bảo tuân thủ đầy đủ các quy định đạo đức trong nghiên cứu y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng cộng có 34 bệnh nhân tham gia nghiên cứu và được theo dõi đầy đủ đến thời điểm kết thúc. Trong số đó, nữ giới chiếm ưu thế với 64,7%, so với nam giới là 35,3%. Tuổi trung bình của quần thể nghiên cứu là $25,15 \pm 5,71$ tuổi, trong đó nhóm tuổi 18-25 chiếm đa số (55,9%). Về mặt số đặc điểm răng khôn, phân loại Pell và Gregory, theo chiều dọc, loại A chiếm tỷ lệ cao nhất với 76,5% ở răng 38 và 79,4% ở răng 48. Theo chiều ngang, loại I chiếm ưu thế với 82,4% ở răng 38 và 76,5% ở răng 48. Theo phân loại Winter, hướng mọc lệch gần chiếm tỷ lệ cao nhất, lần lượt là 70,6% ở răng 38 và 67,6% ở răng 48, tiếp theo là mọc thẳng đứng với tỷ lệ lần lượt là 20,6% và 23,6%. Các hướng mọc lệch xa và nằm ngang ít gặp hơn. Phân tích thống kê cho thấy các đặc điểm răng khôn hàm dưới mọc lệch gần hai bên là tương đồng nhau ở quần thể nghiên cứu ($p > 0,05$).

Bảng 2. Mức độ đau sau phẫu thuật

Mức độ đau	Chỉ Silk, n (%)	Chỉ PTFE, n (%)	Giá trị p
Ngày 1			
Không đau	12 (35,3)	14 (41,2)	0,650 ^a
Đau nhẹ	15 (44,1)	15 (44,1)	
Đau vừa	7 (20,6)	5 (14,7)	
Ngày 3			
Không đau	16 (47,1)	18 (52,9)	0,716 ^b
Đau nhẹ	17 (50,0)	16 (47,1)	
Đau vừa	1 (2,9)	0 (0,0)	
Ngày 7			
Không đau	30 (88,2)	32 (94,1)	0,475 ^c

Đau nhẹ	4 (11,8)	2 (5,9)	
Đau vừa	0 (0,0)	0 (0,0)	

^aFisher Freeman Halton Exact test, ^bChi Square Test, ^cFisher Exact test

Nhận xét: Mức độ đau giảm dần theo thời gian ở cả hai nhóm chỉ khâu. Ngày 1 sau phẫu thuật, tỷ lệ không đau ở nhóm PTFE và Silk lần lượt là 41,2% và 35,3%, đau nhẹ đều chiếm 44,1%, còn lại là đau vừa. Đến ngày 3, tỷ lệ không đau tăng lên 52,9% (PTFE) và 47,1% (Silk), chỉ có 2,9% ở nhóm Silk bị đau vừa. Ngày 7, hầu hết bệnh nhân không còn đau (PTFE là 94,1% và Silk là 88,2%), không ghi nhận đau vừa. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm tại mọi thời điểm ($p > 0,05$).

Bảng 3. Mức độ sưng mặt sau phẫu thuật

Mức độ sưng mặt	Chỉ Silk TB $\pm$ ĐLC	Chỉ PTFE TB $\pm$ ĐLC	Giá trị p
Khoảng cách AC			
Trước phẫu thuật	113,9 $\pm$ 5,9	114,0 $\pm$ 6,1	0,876
Ngày 1 sau phẫu thuật	116,9 $\pm$ 6,2	116,1 $\pm$ 5,9	0,625
Ngày 3 sau phẫu thuật	115,3 $\pm$ 5,5	115,0 $\pm$ 5,2	0,539
Ngày 7 sau phẫu thuật	114,4 $\pm$ 5,1	114,1 $\pm$ 4,6	0,475
Khoảng cách AD			
Trước phẫu thuật	156,0 $\pm$ 9,3	155,9 $\pm$ 10,6	0,934
Ngày 1 sau phẫu thuật	160,1 $\pm$ 9,7	159,9 $\pm$ 10,2	0,871
Ngày 3 sau phẫu thuật	158,8 $\pm$ 9,1	158,0 $\pm$ 9,4	0,695
Ngày 7 sau phẫu thuật	156,3 $\pm$ 8,8	156,0 $\pm$ 9,0	0,747
Khoảng cách BE			
Trước phẫu thuật	111,4 $\pm$ 6,5	111,5 $\pm$ 7,1	0,978
Ngày 1 sau phẫu thuật	113,9 $\pm$ 7,4	113,4 $\pm$ 6,7	0,754
Ngày 3 sau phẫu thuật	112,5 $\pm$ 6,2	112,0 $\pm$ 5,9	0,544
Ngày 7 sau phẫu thuật	111,7 $\pm$ 6,2	111,5 $\pm$ 6,0	0,867

Independent Sample T test

Nhận xét: Mức độ sưng mặt được đánh giá qua ba khoảng cách (AC, AD, BE) tại các thời điểm trước phẫu thuật, sau phẫu thuật ngày 1, ngày 3 và ngày 7. Cả hai nhóm đều có giá trị trung bình tăng cao nhất vào ngày 1, giảm dần ở ngày 3 và gần trở lại mức ban đầu vào ngày 7. So sánh giữa hai nhóm tại từng thời điểm cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tuy nhiên, nhóm chỉ PTFE có xu

hướng sưng mặt ít hơn so với nhóm Silk trong quá trình theo dõi.

Bảng 4. Mức độ lành thương sau phẫu thuật

Điểm lành thương	Chỉ Silk TB ± ĐLC	Chỉ PTFE TB ± ĐLC	Giá trị p
Ngày 3	6,27 ± 0,95	6,93 ± 1,07	0,044 ^a
Ngày 7	6,51 ± 1,23	7,29 ± 1,34	0,032 ^a
Giá trị p	0,102 ^b	0,097 ^b	

^aIndependent Sample T test, ^bPaired Samples T Test

Nhận xét: Điểm lành thương trung bình tại ngày 3 sau phẫu thuật là 6,27 ± 0,95 ở nhóm chỉ Silk và 6,93 ± 1,07 ở nhóm chỉ PTFE. Đến ngày 7, điểm lành thương tăng lên ở cả hai nhóm, lần lượt là 6,51 ± 1,23 và 7,29 ± 1,34, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê tại cả hai thời điểm ($p < 0,05$). Xét theo từng nhóm, điểm lành thương giữa đều tăng vào ngày so với ngày 3, tuy nhiên sự chênh lệch là không đáng kể ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, 34 bệnh nhân được nhổ răng khôn hàm dưới lệch ngầm hai bên và khâu vết thương bằng hai loại chỉ khâu (Silk và PTFE). Kết quả phân tích cho thấy cả hai loại chỉ đều cho hiệu quả kiểm soát tốt tình trạng đau, sưng và thúc đẩy lành thương sau phẫu thuật. Tuy nhiên, chỉ PTFE cho thấy kết quả vượt trội hơn so với chỉ Silk ở một số chỉ số. Cụ thể, điểm lành thương trung bình vào ngày 3 sau phẫu thuật cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm chỉ, trong khi mức độ đau và sưng mặt ở nhóm này có xu hướng thấp hơn tại hầu hết các thời điểm theo dõi, dù không đạt mức ý nghĩa thống kê.

Kết quả nghiên cứu cho thấy mức độ đau và sưng mặt tăng nhẹ vào ngày 1, giảm dần vào ngày 3 và gần trở về mức ban đầu vào ngày 7 ở cả hai nhóm. Nhóm PTFE có xu hướng đau và sưng ít hơn so với Silk tại mọi thời điểm, nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Dragovic và cộng sự (2020), khi chỉ đơn sợi tổng hợp như Polypropylene cho phản ứng mô mềm thấp hơn chỉ Silk [3]. Dilan và các đồng nghiệp (2023) cũng ghi nhận chỉ Silk gây đau nhiều hơn trong 12-24 giờ đầu và giữ mảng bám nhiều hơn chỉ PET vào ngày hậu phẫu thứ hai [2]. Tại Việt Nam, Lê Hùng Cường và cộng sự (2024) cũng báo cáo chỉ Polypropylene ít gây đau hơn chỉ Silk khi cắt chỉ [1]. Việc không đạt ý nghĩa thống kê trong nghiên cứu hiện tại có thể do cỡ mẫu giới hạn, thời gian theo dõi ngắn hoặc các yếu tố can thiệp như kỹ thuật và chăm sóc sau mổ.

Về khả năng lành thương, chúng tôi ghi

nhận chỉ PTFE cho thấy hiệu quả phục hồi mô mềm vượt trội so với chỉ Silk. Mặc dù chỉ Silk được sử dụng rộng rãi nhờ dễ thao tác, nhưng nhiều nghiên cứu đã khuyến cáo không nên xem đây là lựa chọn ưu tiên trong phẫu thuật miệng. Các vật liệu như Nylon, Polyester, Polyglycolic acid hay Polypropylene - vốn có cấu trúc tổng hợp đơn sợi hoặc đa sợi - thường gây viêm ít hơn và thúc đẩy lành thương tốt hơn [7]. Dragovic và cộng sự phát hiện chỉ đơn sợi tổng hợp có mức độ viêm thấp và khả năng lành thương cao hơn, trong khi chỉ Silk gây phản ứng viêm mạnh, giữ vi khuẩn nhiều và có mức lành mô kém nhất [3]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Lê Hùng Cường và cộng sự ghi nhận chỉ Polypropylene giúp lành thương tốt hơn đáng kể so với Silk sau phẫu thuật nhờ rằng khôn lệch ngầm ($p = 0,029$) [1]. Các phân tích mô học trước đây cho thấy chỉ Silk có mật độ bạch cầu đa nhân trung tính cao hơn và làm chậm quá trình hình thành nguyên bào sợi cũng như tân mạch tại vị trí khâu [8],[9]. Ngoài ra, chỉ Silk còn liên quan đến nguy cơ tích tụ mảng bám và nhiễm trùng [2]. Về cơ chế, chỉ PTFE với cấu trúc đơn sợi, bề mặt mịn, không thấm dịch và không gây mao dẫn giúp hạn chế xâm nhập vi khuẩn, giảm viêm tại chỗ và thúc đẩy quá trình chuyển sang pha phục hồi nhanh hơn [9]. Ngược lại, chỉ Silk đa sợi dễ giữ mảng bám và dịch viêm, có thể kéo dài phản ứng viêm và làm chậm hồi phục [1]. Nhìn chung, dữ liệu từ nghiên cứu hiện tại và các tài liệu trước đó đều ủng hộ vai trò của chỉ PTFE và các loại chỉ tổng hợp trong giảm biến chứng và cải thiện lành thương sau nhổ răng khôn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy cả hai loại chỉ Silk và PTFE đều kiểm soát tốt tình trạng đau và sưng sau nhổ răng khôn lệch ngầm, không ghi nhận biến chứng nghiêm trọng nào trong suốt quá trình theo dõi, tuy nhiên chỉ PTFE cho kết quả lành thương mô mềm tốt hơn. Dựa trên các bằng chứng hiện có, nên cân nhắc sử dụng chỉ PTFE hoặc các loại chỉ đơn sợi tổng hợp khác trong các phẫu thuật nhổ răng khôn nhằm cải thiện tiến trình phục hồi mô mềm và hạn chế viêm nhiễm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Hùng Cường, Nguyễn Thị Thanh Tâm, Nguyễn Thị Bích Lý. So sánh lâm sàng chỉ silk và chỉ polypropylene sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới lệch ngầm. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;536(1B):311-315.
2. Dilan OZ, Levent C, Volkan K, et al. Evaluation

- of the effects of silk and polyethylene terephthalate sutures on postoperative complications in impacted lower third molar surgery. *J Mater Sci Mater Med.* 2023;34(11):51.
3. **Dragovic M, Pejovic M, Stepic J, et al.** Comparison of four different suture materials in respect to oral wound healing, microbial colonization, tissue reaction and clinical features-randomized clinical study. *Clin Oral Investig.* 2020;24(4):1527-1541.
 4. **Farina R, Trombelli L.** Wound healing of extraction sockets. *J Endodontic Topics.* 2011; 25(1):16-43.
 5. **Faris A, Khalid L, Hashim M, et al.** Characteristics of suture materials used in oral surgery: systematic review. *Int Dent J.* 2022;72(3):278-287.
 6. **Hamzani Y, Chaushu G.** Evaluation of early wound healing scales/indexes in oral surgery: A literature review. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2018;20(6):1030-1035.
 7. **Javed F, Al-Askar M, Almas K, Romanos GE, Al-Hezaimi K.** Tissue reactions to various suture materials used in oral surgical interventions. *ISRN Dent.* 2012;2012:762095.
 8. **Leknes KN, Røystrand IT, Selvig KA.** Human gingival tissue reactions to silk and expanded polytetrafluoroethylene sutures. *J Periodontol.* 2005;76(1):34-42.
 9. **Naykodi TB, Shinde AK.** A comparative evaluation of human gingival tissue response to silk & M - polytetrafluoroethylene sutures – a clinicohistological study. *J Evolution Med Dent Sci.* 2021;10(17):1213-1218.
 10. **Udeabor SE, Heselich A, Al-Maawi S, Alqahtani AF, Sader R, Ghanaati S.** Current knowledge on the healing of the extraction socket: a narrative review. *Bioengineering (Basel).* 2023;10(10):1145.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG DUANE

Đặng Thanh Dũng¹, Nguyễn Văn Huy¹,
Vũ Thị Quế Anh², Trần Thị Thu Hằng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị hội chứng Duane tại bệnh viện Mắt Trung Ương. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp mô tả không đối chứng trên một loạt ca bệnh được chẩn đoán hội chứng Duane. Lựa chọn cỡ mẫu thuận tiện phù hợp với tiêu chuẩn nghiên cứu. **Kết quả:** Trong số 14 bệnh nhân nghiên cứu, tuổi phẫu thuật trung bình là 11.7 tuổi, thấp nhất là 4 tuổi, cao nhất là 30 tuổi. Lác kèm hạn chế vận nhãn gây ra tư thế đầu bất thường gặp ở 92.86% số bệnh nhân. Các rối loạn vận nhãn đặc trưng như co rút nhãn cầu gặp ở 100% bệnh nhân, overshoot gặp ở 64.3%. Tất khúc xạ thường gặp là viễn thị nhẹ đến trung bình, với 14.29% số bệnh nhân có tình trạng nhược thị đều được điều trị nhược thị trước phẫu thuật. Độ lác trung bình trước phẫu thuật 16.7 PD lăng kính, mắt bị bệnh gặp nhiều hơn ở mắt trái 66.67% so với 33.33% ở mắt phải. Phương pháp phẫu thuật chủ yếu là phẫu thuật lùi cơ trực trong hay cơ trực ngoài, có hay không kết hợp chẻ cơ trực ngoài hình chữ Y (Y-splitting). 100% có kết quả điều chỉnh độ lác và tư thế đầu bất thường tốt sau phẫu thuật sau 3 và 6 tháng theo dõi. Điều trị rối loạn overshoot bằng kỹ thuật Y splitting cho kết quả tốt ở 88.9% bệnh nhân. Điều trị co rút nhãn cầu cho kết quả mức trung bình khi mà phẫu thuật chỉ giảm

mức độ nặng chứ không làm hết hoàn toàn triệu chứng. Tất cả số bệnh nhân tham gia nghiên cứu hài lòng với kết quả điều trị. **Kết luận:** Hội chứng Duane là một hội chứng lác bẩm sinh hiếm gặp do bất thường phân bố thần kinh vận nhãn, với biểu hiện tư thế đầu bất thường và các rối loạn vận nhãn đặc trưng, điều trị phẫu thuật cho thấy hiệu quả tốt trong điều chỉnh những bất thường này với biến chứng trong và sau phẫu thuật thấp.

Từ khóa: Hội chứng Duane, rối loạn phân bố thần kinh sọ bẩm sinh, phẫu thuật lác

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND TREATMENT OUTCOMES OF DUANE RETRACTION SYNDROME

Purpose: This study was conducted to describe the clinical characteristics and evaluate the treatment outcomes of Duane retraction syndrome at the Vietnam National Eye Hospital. **Methods:** A non-controlled interventional descriptive study was performed on a series of patients diagnosed with Duane retraction syndrome. A convenient sample size was selected in accordance with the study criteria. **Results:** Among 14 patients included, the mean age at surgery was 11.7 years (range: 4–30 years). Strabismus with limitation of ocular motility causing abnormal head posture was observed in 92.86% of patients. Characteristic motility disorders such as globe retraction were found in 100% of cases, while overshoots occurred in 64.3%. The most common refractive error was mild to moderate hyperopia, and 14.29% of patients had amblyopia, all of whom received amblyopia treatment prior to surgery. The mean preoperative deviation was 16.7 prism diopters, with the left eye more frequently affected (66.67%)

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thanh Dũng

Email: thanhdung4398@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 20.11.2025