

Thứ nhất, nếu không có quá trình theo dõi, kết quả sẽ không được khái quát hóa cho các giai đoạn đột quy bán cấp và mạn tính. Thứ hai, nghiên cứu cần mở rộng thêm một số yếu tố lâm sàng thường gặp có thể ảnh hưởng đến chức năng vận động và thăng bằng.

V. KẾT LUẬN

Khoảng thời gian từ khi nhập viện đến lần đầu tiên được VLTL là yếu tố ảnh hưởng đến khả năng vận động tự chủ và kiểm soát tư thế của người bệnh đột quy cấp tính tại thời điểm xuất viện. Trong khi đó tổng số ngày VLTL không ảnh hưởng đến điểm vận động tự chủ và kiểm soát tư thế khi xuất viện. Điều này cho thấy những người bị đột quy cấp được điều trị VLTL sớm hơn sẽ cải thiện tốt hơn khả năng vận động tự chủ và kiểm soát tư thế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wieloch T, Nikolich K.** Mechanisms of neural plasticity following brain injury. *Curr Opin Neurobiol.* 2006;16(3):258-64.
2. **MorreaCD M, Marchione P, Pili A, Laut A, Castiglia SF, Spallone A, et al.** Early versus

delayed rehabilitation treatment in hemiplegic patients with ischemic stroke: proprioceptive or cognitive approach? *Eur J Phys Rehabil Med.* 2016;52(1):81-9.

3. **Chippala P, Sharma R.** Effect of very early mobilisation on functional status in patients with acute stroke: a single-blind, randomized controlled trial. *Clin Rehabil.* 2016;30(7):669-75.
4. **Ha J, Churilov L, Linden T, Bernhardt J.** Bed rest or mobilization after rt-PA, a case-crossover study of factors influencing clinical decision making in stroke services. *Int J Stroke.* 2013;8(3):172-9.
5. **Scott, C. A., Li, L., & Rothwell, P. M. J. n.** (2022). Diverging temporal trends in stroke incidence in younger vs older people: a systematic review and meta-analysis. 79(10), 1036-1048.
6. **Bernhardt J, Churilov L, Elcudry F, Collier J, Chamberlain J, Langhorne P, et al.** Prespecified dose-response analysis for a very early rehabilitation trial (AVERT). *Neurology.* 2016;86(23):2138-45.
7. **Lynch E, Hillier S, Cadilhac D.** When should physical rehabilitation commence after stroke: a systematic review. *Int J Stroke.* 2014;9(4):468-78.
8. **Bernhardt J, English C, Johnson L, Cumming TB.** Early mobilization after stroke: early mobilization but limited evidence. *Stroke.* 2015;46(4):1141-6.

BIẾN CHỨNG CHẢY MÁU VÀ CÁCH XỬ TRÍ Ở BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI

Đặng Triệu Hùng¹, Phatsalin Chanthanit¹

TÓM TẮT

Biến chứng chảy máu sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới là một vấn đề thường gặp trong nha khoa, đòi hỏi các quy trình xử trí kịp thời và hiệu quả. Nghiên cứu mô tả chùm bệnh nhằm mô tả quy trình xử trí biến chứng chảy máu sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới ở 27 bệnh nhân sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới có biến chứng chảy máu tại Viện Đào tạo Răng - Hàm - Mặt, Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 7/2024 đến tháng 6/2025. **Kết quả:** Tất cả các trường hợp đều là chảy máu thông thường. Các biện pháp xử trí cơ bản như dùng kháng sinh, giảm đau/chống viêm, bơm rửa sạch sẽ và cầm gạc được áp dụng cho 100% bệnh nhân. Các biện pháp chuyên biệt hơn bao gồm chườm lạnh má (66,7%), dùng tranexamic acid (22,2%), nhét surgical (37,0%), khâu lại (7,4%) và đốt điện (3,7%). Quy trình xử trí phổ biến nhất (51,9%) là kết hợp các biện pháp cơ bản cùng với chườm lạnh má. Đáng chú ý, 100% các trường hợp đều cầm được máu thành

công, khẳng định hiệu quả của các quy trình xử trí hiện hành. **Kết luận:** Nghiên cứu này cung cấp cái nhìn sâu sắc về các chiến lược quản lý biến chứng chảy máu, góp phần chuẩn hóa và nâng cao chất lượng điều trị.

Từ khóa: Răng khôn hàm dưới, chảy máu sau nhổ răng, biến chứng, quy trình xử trí, chùm ca bệnh.

SUMMARY

POST-EXTRACTION BLEEDING COMPLICATIONS AND MANAGEMENT PROTOCOLS IN PATIENTS UNDERGOING MANDIBULAR THIRD MOLAR SURGERY

Post-extraction bleeding complications following mandibular third molar surgery are a common issue in dentistry, requiring timely and effective management protocols. This case series study aimed to describe the management protocols for post-extraction bleeding complications in 27 patients who underwent mandibular third molar surgery and experienced bleeding complications at the National Hospital of Odonto-Stomatology, Hanoi Medical University and Hanoi Medical University Hospital from July 2024 to June 2025. **Results:** All cases presented with conventional bleeding. Basic management measures such as systemic antibiotics, analgesics/anti-inflammatories, thorough irrigation, and gauze biting

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phatsalin Chanthanit

Email: nackphatsalin@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.12.2025

were applied to 100% of patients. More specific measures included cold compression to the cheek (66.7%), tranexamic acid administration (22.2%), Surgicel packing (37.0%), resuturing (7.4%), and electrocautery (3.7%). The most common management protocol (51.9%) combined basic measures with cold compression to the cheek. Notably, bleeding was successfully controlled in 100% of cases, confirming the effectiveness of current management protocols. **Conclusion:** This study provides in-depth insights into bleeding complication management strategies, contributing to the standardization and improvement of treatment quality.

Keywords: Mandibular third molar, post-extraction bleeding, complications, management protocols, case series.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới là một thủ thuật can thiệp phổ biến trong phẫu thuật răng miệng, được chỉ định cho nhiều trường hợp răng khôn mọc lệch, ngầm hoặc gây biến chứng.^{1,2} Tuy nhiên, do cấu trúc giải phẫu phức tạp của vùng răng khôn hàm dưới, phẫu thuật này luôn tiềm ẩn nguy cơ biến chứng, trong đó chảy máu sau phẫu thuật là một trong những vấn đề thường gặp nhất.^{3,4} Biến chứng chảy máu không chỉ gây khó chịu cho bệnh nhân mà còn có thể dẫn đến các tình trạng nghiêm trọng hơn nếu không được kiểm soát kịp thời và đúng cách.⁵

Biến chứng chảy máu sau phẫu thuật nhổ răng được định nghĩa là tình trạng chảy máu kéo dài quá 8 đến 12 giờ sau thủ thuật, tỷ lệ chảy máu sau nhổ răng khôn hàm dưới dao động từ 0,6% đến 1,5%, với nhiều mức độ khác nhau.⁵ Nguyên nhân có thể do yếu tố tại chỗ (chảy máu mô mềm, xương) hoặc toàn thân (rối loạn đông máu, sử dụng thuốc chống đông).⁵ Để đối phó với biến chứng này, nhiều kỹ thuật và phương pháp điều trị đã được đề xuất và áp dụng trong thực hành nha khoa.⁶

Tại Việt Nam, với sự gia tăng nhận thức về sức khỏe răng miệng, số lượng bệnh nhân cần nhổ răng khôn hàm dưới ngày càng nhiều. Việc chuẩn hóa và mô tả rõ ràng quy trình xử trí biến chứng chảy máu là vô cùng quan trọng để nâng cao hiệu quả điều trị và đảm bảo an toàn cho người bệnh. Tại các cơ sở tuyến trung ương như Viện Đào tạo Răng - Hàm - Mặt, Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, nơi tiếp nhận nhiều ca bệnh phức tạp, việc đánh giá các quy trình xử trí hiện hành là cần thiết.

Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu chính: *Mô tả quy trình xử trí biến chứng chảy máu sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới ở nhóm bệnh nhân tại Viện Đào tạo Răng - Hàm - Mặt, Đại học*

Y Hà Nội và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân 18-45 có chỉ định phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới có biến chứng chảy máu tại Viện Đào tạo Răng - Hàm - Mặt, Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 7/2024 đến tháng 6/2025; tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân dị ứng với bất kỳ thành phần nào của dung dịch thuốc tê; Bệnh nhân có thai hoặc đang cho con bú, không có khả năng hiểu và thực hiện theo sự hướng dẫn.

2.2. Thiết kế nghiên cứu. Mô tả chùm bệnh. Chọn mẫu thuận tiện bao gồm 27 bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Công cụ thu thập số liệu sử dụng bệnh án nghiên cứu được thiết kế sẵn. Số liệu được xử lý, phân tích và diễn giải bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.3. Biến số nghiên cứu. Nghiên cứu thu thập các biến số liên quan đến:

- Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu: Tuổi, giới tính, tiền sử bệnh nền, lý do vào viện, tiền sử dùng thuốc, nơi phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật theo phân loại Parant, vị trí răng khôn hàm dưới phẫu thuật, nhập viện sau phẫu thuật, số ngày nhập viện.

- Tình trạng toàn thân (triệu chứng cơ năng: mệt, đau tức ngực, đau đầu/chóng mặt, khó thở, mất ngủ; huyết áp; tình trạng da/nhiễm mạt; sốt; thiếu máu lâm sàng; sốc mất máu; nhiễm trùng toàn thân) và tình trạng tại chỗ (chảy máu, phân loại chảy máu, sưng tại chỗ, đau tại chỗ theo thang VAS, há miệng hạn chế, khó nuốt, áp xe, tụ máu/bầm tím, khít hàm, viêm mô tế bào/xương, viêm lợi, viêm huyết ổ răng, đau răng lân cận, biến chứng thần kinh).

- Mô tả quy trình xử trí biến chứng chảy máu:

+ Các biện pháp xử trí cụ thể: Dùng thuốc tranexamic acid, dùng kháng sinh toàn thân, dùng thuốc giảm đau/chống viêm, bơm rửa sạch sẽ, cầm gạc, chườm lạnh má, nhét surgicel, đốt điện, khâu lại, nút mạch, xử trí khác.

+ Kết hợp các biện pháp thành quy trình: Phân loại các quy trình xử trí khác nhau dựa trên sự kết hợp của các biện pháp cụ thể.

- Kết quả xử trí biến chứng: Cầm được máu; Không cầm được máu.

2.4. Quy trình nghiên cứu

- Lựa chọn đối tượng tham gia vào nghiên cứu;

- Thu thập thông tin của đối tượng nghiên cứu: Đặc điểm lâm sàng, đặc điểm phẫu thuật, đặc điểm biến chứng chảy máu, theo dõi tình

trạng toàn thân và tại chỗ, mô tả các biện pháp xử trí được áp dụng, đánh giá kết quả điều trị.

- Làm sạch, xử lý và phân tích số liệu, trình bày kết quả.

- Viết kết quả, hoàn thiện đề tài..

2.4. Phương pháp thu thập và phân tích dữ liệu. Thông tin được thu thập thông qua bệnh án nghiên cứu được thiết kế sẵn. Dữ liệu sau đó được nhập vào phần mềm SPSS 20.0 và phân tích bằng thống kê mô tả. Các biến định lượng được tính giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được Hội đồng chăm đề cương của Trường Đại học Y Hà Nội chấp thuận thông qua. Thông tin bệnh nhân được giữ bí mật, chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu, và bệnh nhân có quyền từ chối tham gia.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 07/2024 đến tháng 06/2025, chúng tôi đã thu thập dữ liệu từ 27 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Tuổi trung bình của các đối tượng trong mẫu nghiên cứu là $30,8 \pm 7,8$ tuổi. Nhóm 25-35 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (40,8%). Hai nhóm tuổi 18-24 và 36-45 có tỷ lệ bằng nhau, cùng chiếm 29,6%.

Giới tính: Tỷ lệ nữ giới (51,9%) cao hơn không đáng kể so với nam giới (48,1%).

Tiền sử bệnh nền: Đa số đối tượng (66,7%) khỏe mạnh. Trong số những người có bệnh nền (33,3%), đau dạ dày là phổ biến nhất (11,1%), tiếp theo là Hemophilia A (7,4%).

Tiền sử dùng thuốc: 100% đối tượng có tiền sử dùng kháng sinh toàn thân. 70,4% có tiền sử dùng corticoid toàn thân.

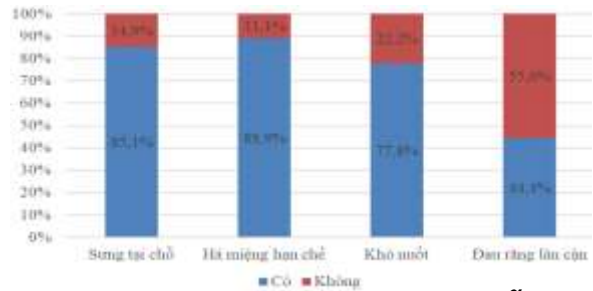
3.2. Tình trạng toàn thân và tại chỗ sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới có biến chứng chảy máu

Về tình trạng toàn thân:

- Triệu chứng cơ năng: Mất ngủ được ghi nhận ở 25,9% đối tượng. Các triệu chứng khác như mệt, đau tức ngực, đau đầu/chóng mặt, khó thở đều không xuất hiện (0%).

- Huyết áp: Tất cả 27 đối tượng (100%) đều duy trì huyết áp trong giới hạn bình thường.

Về tình trạng tại chỗ: Tất cả các trường hợp chảy máu được phân loại là chảy máu thông thường. 100% đối tượng có đau tại chỗ sau phẫu thuật, trong đó: 77,8% đau nhẹ (VAS 1-3), 22,2% đau vừa (VAS 4-6).



Biểu đồ 3.1. Tình trạng sưng tại chỗ, há miệng hạn chế, khó nuốt và đau răng lân cận (n=27)

Nhận xét: Phần lớn các đối tượng bị sưng sau phẫu thuật (85,1%); há miệng hạn chế (88,9%) và khó nuốt (77,8%). Các tình trạng tại chỗ khác: Đau răng lân cận được ghi nhận ở 44,4% đối tượng.

3.3. Mô tả quy trình xử trí biến chứng chảy máu sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới

Bảng 3.1. Các biện pháp xử trí biến chứng chảy máu sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới (n=27)

Các biện pháp xử trí	Tần số (n)	Tỷ lệ %
Dùng thuốc tranexamic acid	6	22,2
Dùng kháng sinh toàn thân	27	100,0
Dùng thuốc giảm đau, chống viêm	27	100,0
Bơm rửa sạch sẽ	27	100,0
Cắn gạc	27	100,0
Chườm lạnh má	18	66,7
Nhét surgicel	10	37,0
Đốt điện	1	3,7
Khâu lại	2	7,4

Nhận xét: Toàn bộ các đối tượng trong nghiên cứu (100%) đều được xử trí bằng kháng sinh toàn thân, thuốc giảm đau/chống viêm, bơm rửa sạch sẽ vùng phẫu thuật và cắn gạc. Bên cạnh đó, chườm lạnh má được áp dụng cho 66,7% đối tượng. Các can thiệp đặc hiệu hơn để cầm máu bao gồm dùng Tranexamic acid (22,2%) và nhét Surgicel (37,0%). Các biện pháp can thiệp trực tiếp tại chỗ như khâu lại vết thương (7,4%) và đốt điện (3,7%) ít phổ biến hơn. Không có trường hợp nào cần đến nút mạch.

Bảng 3.2. Phân bố các quy trình xử trí chảy máu sau nhổ răng khôn hàm dưới (n=27)

Quy trình xử trí	Tần số (n)	Tỷ lệ %
Bơm rửa sạch sẽ, cắn gạc, chườm lạnh má, Kháng sinh toàn thân, giảm đau chống viêm	14	51,9
Gây tê, Bơm rửa sạch sẽ, nhét	7	25,9

Surgicel, cắn gạc, Kháng sinh toàn thân, giảm đau chống viêm		
Gây tê, Bơm rửa sạch sẽ, nhét Surgicel, cắn gạc, thuốc cầm máu, Kháng sinh toàn thân, giảm đau chống viêm	1	3,7
Gây tê, Bơm rửa sạch sẽ, nhét Surgicel, khâu lại, cắn gạc, thuốc cầm máu, Kháng sinh toàn thân, giảm đau chống viêm	1	3,7
Bơm rửa sạch sẽ, cắn gạc, thuốc cầm máu, Kháng sinh toàn thân, giảm đau chống viêm	3	11,1
Gây tê, Bơm rửa sạch sẽ, đốt điện, nhét Surgicel, khâu lại, cắn gạc, thuốc cầm máu, Kháng sinh toàn thân, giảm đau chống viêm	1	3,7
Tổng	27	100,0

Nhận xét: Quy trình xử trí phổ biến nhất (51,9%) là sự kết hợp các biện pháp cơ bản như "Bơm rửa sạch sẽ, cắn gạc, chườm lạnh má, Kháng sinh toàn thân, giảm đau chống viêm". Quy trình thứ hai, chiếm 25,9% trường hợp, bao gồm gây tê, nhét Surgicel cùng các biện pháp cơ bản. Quy trình có sử dụng Tranexamic acid kết hợp bơm rửa, cắn gạc, kháng sinh và giảm đau/chống viêm chiếm 11,1%. Các quy trình phức tạp hơn, bao gồm gây tê, nhét Surgicel, khâu lại hoặc đốt điện, cùng với thuốc cầm máu, kháng sinh và giảm đau/chống viêm, chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ (3,7% mỗi loại), cho thấy chúng được dành cho những trường hợp chảy máu khó kiểm soát hơn.

Về kết quả xử trí biến chứng chảy máu sau phẫu thuật, toàn bộ các trường hợp (100%) đều cầm được máu thành công, không có trường hợp nào không cầm được máu (0%).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này đã mô tả chi tiết các quy trình xử trí biến chứng chảy máu sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới tại Viện Đào tạo Răng - Hàm - Mặt và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Kết quả cho thấy các trường hợp chảy máu trong nghiên cứu này đều là chảy máu thông thường, điều này có thể phản ánh quy trình sàng lọc tiền phẫu hiệu quả, giúp loại trừ các bệnh nhân có nguy cơ cao do rối loạn đông máu nặng hoặc các dị dạng mạch máu hoặc tổn thương thần kinh.^{7,8,9}

Quy trình xử trí cơ bản, bao gồm kháng sinh toàn thân, thuốc giảm đau/chống viêm, bơm rửa sạch sẽ và cắn gạc, được áp dụng cho tất cả bệnh nhân. Điều này cho thấy sự nhất quán trong các bước can thiệp ban đầu nhằm kiểm soát chảy máu và dự phòng nhiễm trùng. Việc

chườm lạnh má cũng là một biện pháp hỗ trợ phổ biến, giúp co mạch và giảm sưng.^{5,8}

Đối với các trường hợp chảy máu khó kiểm soát hơn, các biện pháp chuyên biệt như dùng Tranexamic acid và nhét Surgicel được tích hợp vào quy trình. Tranexamic acid, với cơ chế kháng tiêu sợi huyết, đã được chứng minh là hiệu quả trong kiểm soát chảy máu sau nhổ răng.⁶ Surgicel là vật liệu cầm máu tại chỗ thường được sử dụng để tạo cục máu đông và bảo vệ vết thương. Các can thiệp trực tiếp hơn như khâu lại hoặc đốt điện, mặc dù ít phổ biến hơn, cũng đóng vai trò quan trọng trong những trường hợp cần thiết, đặc biệt khi chảy máu xuất phát từ mạch nhỏ hoặc mô mềm khó cầm.^{5,8}

Kết quả đáng khích lệ là 100% các trường hợp chảy máu đều cầm được máu thành công. Điều này không chỉ thể hiện hiệu quả của các phương pháp điều trị đơn lẻ mà còn khẳng định sự phù hợp và hiệu quả của các quy trình xử trí tổng thể được áp dụng. Việc không có trường hợp nào cần đến nút mạch cho thấy các biện pháp cầm máu trong chòm ca bệnh này phần lớn có thể được quản lý bằng các biện pháp ít xâm lấn hơn.

Mặc dù nghiên cứu đã cung cấp những thông tin giá trị về quy trình xử trí, một số hạn chế cần được xem xét. Thiết kế mô tả chùm bệnh và cỡ mẫu tương đối nhỏ (n=27) hạn chế khả năng khái quát hóa kết quả cho toàn bộ quần thể. Việc không đi sâu vào đánh giá mức độ nặng của chảy máu hay thời gian cầm máu có thể bỏ lỡ một số chi tiết quan trọng về hiệu quả của từng quy trình. Trong tương lai, các nghiên cứu với thiết kế mạnh hơn (ví dụ: nghiên cứu đoàn hệ, thử nghiệm lâm sàng đối chứng) và cỡ mẫu lớn hơn sẽ cần thiết để đánh giá định lượng hiệu quả của từng biện pháp và quy trình xử trí, cũng như xác định các yếu tố dự báo thành công hay thất bại của việc cầm máu.

V. KẾT LUẬN

Quy trình xử trí biến chứng chảy máu sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới tại Viện Đào tạo Răng - Hàm - Mặt và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội bao gồm một tập hợp các biện pháp từ cơ bản đến chuyên biệt. Các biện pháp nền tảng như dùng kháng sinh, giảm đau/chống viêm, bơm rửa sạch sẽ và cắn gạc được áp dụng rộng rãi. Các biện pháp cầm máu chuyên biệt như dùng tranexamic acid, nhét surgicel, chườm lạnh má, khâu lại và đốt điện được tích hợp tùy theo tình hình lâm sàng. Đáng chú ý, 100% các trường hợp trong nghiên cứu đã được cầm máu thành công, khẳng định tính hiệu quả của các

quy trình xử trí hiện hành trong việc quản lý biến chứng chảy máu sau nhổ răng khôn hàm dưới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hà Việt Quan, Lâm Nhựt Tân, Nguyễn Thị Trúc Chi và cộng sự.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X-quang và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật răng khôn hàm dưới lệch, ngầm tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Hóc Môn năm 2023-2024. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2024;71(1):124-131.
2. **Nguyễn Hồng Nguyên, Hoàng Kim Loan, Nguyễn Thị Thúy Hạnh và cộng sự.** Một số yếu tố lâm sàng của răng khôn hàm dưới ở nhóm đối tượng có chỉ định nhổ răng. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;519(2):254-258.
3. **Nguyễn Trọng Đức và Nguyễn Trọng Nghĩa.** Nghiên cứu biến chứng và phân loại nhổ khó răng khôn hàm dưới ở sinh viên học viện quân y năm thứ 3, năm học 2022-2023. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;543(2):217-221.
4. **Phan Hải Đăng, Nguyễn Văn Lâm và Lâm Nhựt Tân.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X-quang và đánh giá kết quả phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới lệch kết hợp sử dụng dexamethasone dạng tiêm ở bệnh nhân tại Bệnh

viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, năm 2021-2022. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2023;54(1):181-188.

5. **Nagraj S.K., Prashanti E., Aggarwal H. and et al.** Interventions for treating post-extraction bleeding. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2018;(3)
6. **Dodson TB, Susarla SM.** Impacted wisdom teeth. BMJ clinical evidence. 2014;1302.
7. **Dammling C, Le J, Aljadeff L, Jones J, Ogilvie M, Morlandt A.** An unusual presentation of a neck mass—traumatic pseudoaneurysm following third molar surgery: a case report. J Diagn Treat Oral Maxillofac Pathol. 2023;7(8):87-93.
8. **Wahid O., Boujoual I. and Haitami S.** Study of the Complications and Post-Operative Consequences of Surgical Extractions of Mandibular Wisdom Teeth. Oral Health Dental Sci. 2023;7(2):1-5.
9. **Daware S.N., Balakrishna R., Deogade S.C. and et al.** Assessment of postoperative discomfort and nerve injuries after surgical removal of mandibular third molar: A prospective study. Journal of family medicine and primary care. 2021;10(4):1712-1717.

KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ THYROGLOBULIN Ở NGƯỜI BỆNH UNG THƯ TUYẾN GIÁP DẠNG NHÚ SAU PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN GIÁP TOÀN PHẦN

Nguyễn Phan Uyên Nhi¹, Nguyễn Xuân Cảnh², Võ Nguyên Trung³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này được thực hiện để khảo sát giá trị Thyroglobulin (Tg) sau phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn phần và mối liên quan giữa nồng độ Tg với các giai đoạn bệnh ung thư tuyến giáp (UTT) trên người bệnh ung thư tuyến giáp thể nhú (papillary thyroid carcinoma: PTC). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 160 người bệnh mắc PTC đã được phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn phần từ tháng 01/2023 đến tháng 7/2024 tại Bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** Tỷ lệ nữ mắc PTC cao gấp 7,94 lần nam giới, giai đoạn bệnh sau phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn phần chiếm tỉ lệ cao nhất (76,68%) là giai đoạn I; có 13,12% số người bệnh mắc kèm viêm giáp Hashimoto. Trung vị nồng độ Tg giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), từ 3,5 ng/mL sau phẫu thuật cắt tuyến giáp xuống còn 0,14 ng/mL sau điều trị Iot phóng xạ. Ở nhóm BN chỉ mắc PTC, nồng độ Tg cao hơn đáng kể (3,79 ng/mL) so với

nhóm mắc PTC có kèm viêm giáp Hashimoto (0,69 ng/mL), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nghiên cứu ghi nhận có mối tương quan thuận yếu giữa nồng độ Tg với di căn hạch với hệ số $r = 0,2$ và $p < 0,05$. **Kết luận:** Có mối tương quan thuận yếu giữa di căn hạch với nồng độ Tg ở thời điểm sau phẫu thuật. Không có mối liên quan nào giữa nồng độ Tg với giai đoạn bệnh UTT thể nhú sau phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn phần.

Từ khóa: Ung thư tuyến giáp thể nhú, Thyroglobulin, phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn phần.

SUMMARY

SURVEY OF THYROGLOBULIN CONCENTRATION IN PATIENTS WITH PAPILLARY THYROID CARCINOMA AFTER TOTAL THYROIDECTOMY

Objectives: This study aims to investigate serum Thyroglobulin (Tg) levels after total thyroidectomy and the relationship between serum Tg levels and thyroid cancer (TC) stages in patients with papillary thyroid carcinoma (PTC). **Methods:** Retrospective study of 160 papillary thyroid cancer patients after total thyroidectomy from 01/2023 to 07/2024 at Cho Ray Hospital. **Results:** The rate of women with PTC had 7.94 times higher than men. The stage of disease after total thyroidectomy with the highest rate is stage I (76.68%); 13.12% of patients have concomitant Hashimoto's thyroiditis (HT). Median serum Tg levels

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y – Dược Đà Nẵng

²Bệnh viện Chợ Rẫy

³Đại học Y – Dược Tp.Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Nguyên Trung

Email: nguyentrung27@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025