

trị tân bổ trợ phác đồ FLOT tại Bệnh viện K cho kết quả khả quan như cải thiện các triệu chứng lâm sàng, tỉ lệ đáp ứng cao, giúp phẫu thuật thuận lợi hơn và tỉ lệ đạt diện cắt R0 cao.

LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi chân thành cảm ơn các bệnh nhân trong nghiên cứu vì đã đồng ý cho chúng tôi thu thập thông tin để hoàn thành nghiên cứu. Chúng tôi trân trọng cảm ơn Bệnh viện K đã chấp thuận cho chúng tôi thực hiện nghiên cứu này. Chúng tôi xin cam kết nghiên cứu hiện tại không có xung đột lợi ích từ kết quả nghiên cứu. Nghiên cứu nhằm mục đích đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị mới và đưa ra hướng điều trị tối ưu nhất cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2024;74(3):229-263.
2. Al-Batran, Homann N, Pauligk C, et al. Perioperative chemotherapy with fluorouracil plus leucovorin, oxaliplatin, and docetaxel versus fluorouracil or capecitabine plus cisplatin and epirubicin for locally advanced, resectable gastric or gastro-oesophageal junction adenocarcinoma (FLOT4): a randomised, phase 2/3 trial. *Lancet*. 2019; 393(10184): p. 1948-1957.
3. Xiong, Y.Cheng, L.Ma, et al. An updated meta-analysis of randomized controlled trial assessing the effect of neoadjuvant chemotherapy in advanced gastric cancer. *Cancer Invest*. 2014; 32(6): p. 272-84.
4. Al-Batran, D.Hofheinz, C.Pauligk, et al. Histopathological regression after neoadjuvant docetaxel, oxaliplatin, fluorouracil, and leucovorin versus epirubicin, cisplatin, and fluorouracil or capecitabine in patients with resectable gastric or gastro-oesophageal junction adenocarcinoma (FLOT4-AIO): results from the phase 2 part of a multicentre, open-label, randomised phase 2/3 trial. *Lancet Oncol*. 2016; 17(12): p. 1697-1708.
5. Z.Li, C. Koh, Z. Bu, et al. Neoadjuvant chemotherapy with FOLFOX: improved outcomes in Chinese patients with locally advanced gastric cancer. *J Surg Oncol*. 2012; 105(8): p. 793-9.
6. Cunningham, W.Allum, S.Stenning, et al. Perioperative chemotherapy versus surgery alone for resectable gastroesophageal cancer. *N Engl J Med*. 2016; 355(1): p. 11-20.
7. Schuhmacher, S. Gretscher, F.Lordick, et al. Neoadjuvant chemotherapy compared with surgery alone for locally advanced cancer of the stomach and cardia: European Organisation for Research and Treatment of Cancer randomized trial 40954. *J Clin Oncol*. 2010; 28(35): p. 5210-8.
8. Nguyễn Thị Hà, Phùng Thị Huyền, Đào Văn Tú. Kết quả bước đầu của phác đồ FLOT trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày lan rộng tại chỗ. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2020; 494(2):p. 191-195.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ VI KHUẨN Ở BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI THEO PARANT III SỬ DỤNG CHỈ KHÂU PHỦ TRICLOSAN

Lê Hoàng Mỹ Duyên¹, Đỗ Thị Thảo¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật răng khôn hàm dưới thường gây sưng, đau, hạn chế há miệng và tiềm ẩn nguy cơ nhiễm trùng do tích tụ vi khuẩn tại vùng huyết

ổ răng. Chỉ khâu là vật liệu cần thiết nhưng cũng là nơi lý tưởng để vi khuẩn bám dính. Việc sử dụng chỉ khâu phủ Triclosan được kỳ vọng làm giảm sự tập trung vi khuẩn, từ đó cải thiện các đặc điểm lâm sàng và giảm thiểu biến chứng sau phẫu thuật.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới lệch, ngầm theo Parant III có sử dụng chỉ khâu phủ chất kháng khuẩn Triclosan.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng trên 42 bệnh nhân nhổ răng khôn hàm dưới phân loại Parant III tại Cần Thơ từ 11/2024 đến 7/2026.

¹ Khoa Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Thảo

Email: dtthao@ctump.edu.vn

Mã bài: N737

Ngày nhận bài: 9.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2026

Ngày duyệt bài: 22.4.2026

Kết quả: Tỷ lệ phân lập vi khuẩn dương tính đạt 92,9% (39 ca), trong đó có 26,19% trường hợp nhiễm đa khuẩn; vi khuẩn Gram (+) và đặc biệt là *Streptococcus* chiếm ưu thế (82,1%). Bệnh nhân tự đánh giá cảm giác sưng và đau đạt đỉnh vào ngày thứ 1 sau phẫu thuật và giảm dần có ý nghĩa thống kê đến ngày thứ 7 (83,3% bệnh nhân hết đau hoàn toàn, $p < 0,001$). Các chỉ số sưng ngoài mặt AB, CD và độ há miệng thay đổi có ý nghĩa thống kê tại thời điểm ngày thứ 3 so với trước phẫu thuật ($p = 0,001$). Cụ thể, độ há miệng giảm từ $50,17 \pm 1,07$ mm xuống $48,71 \pm 1,05$ mm vào ngày thứ 3 ($p < 0,001$), sau đó phục hồi về mức $49,98 \pm 1,03$ mm sau 7 ngày ($p = 1,000$). Không ghi nhận trường hợp dị cảm, đau hoặc sưng dữ dội, cũng như các biến chứng muộn sau phẫu thuật.

Kết luận: Chỉ khâu phủ Triclosan không loại bỏ hoàn toàn vi khuẩn, với sự ưu thế của vi khuẩn Gram dương, chủ yếu là *Streptococcus*. Các triệu chứng lâm sàng như sưng, đau và hạn chế há miệng hồi phục gần như hoàn toàn.

Từ khóa: Răng khôn lệch ngầm, chỉ khâu phủ Triclosan, vi khuẩn.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND MICROBIOLOGICAL PROFILE IN PATIENTS UNDERGOING MANDIBULAR THIRD MOLAR SURGERY ACCORDING TO PARANT III USING TRICLOSAN-COATED SUTURES

Background: Surgical extraction of mandibular third molars commonly results in swelling, pain, and limited mouth opening, and carries a potential risk of infection due to bacterial accumulation within the extraction socket. Sutures are essential materials; however, they also provide an ideal surface for bacterial adhesion. The use of triclosan-coated sutures is expected to reduce bacterial colonization, thereby improving clinical outcomes and minimizing postoperative complications.

Objective: To evaluate the treatment outcomes of impacted mandibular third molar surgery classified as Parant III using triclosan-coated antibacterial sutures.

Materials and methods: A single-arm clinical trial was conducted on 42 patients undergoing surgical extraction of mandibular third molars classified as Parant III in Can Tho from November 2024 to July 2026.

Results: The bacterial isolation rate was 92.9% (39 cases), with 26.19% poly-microbial infections. Gram-positive bacteria, particularly *Streptococcus* spp., were predominant (82.1%). Self-reported swelling and pain peaked on postoperative day 1 and significantly decreased by day 7 (83.3% of patients were completely pain-free, $p < 0.001$). Extraoral swelling (lines AB, CD) and trismus showed statistically significant changes on day 3 compared to

baseline ($p = 0.001$). Specifically, mouth opening decreased from 50.17 ± 1.07 mm to 48.71 ± 1.05 mm on day 3 ($p < 0.001$) and recovered to 49.98 ± 1.03 mm after 7 days ($p = 1.000$). No cases of paresthesia, severe pain, or late postoperative complications were recorded.

Conclusion: Triclosan-coated sutures do not entirely eliminate bacteria, with a predominance of Gram-positive bacteria, mainly *Streptococcus*. Clinical symptoms including pain, swelling, and limited mouth opening recovered almost completely after 7 days.

Keywords: Impacted mandibular third molar; triclosan-coated sutures; bacteria.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới lệch, ngầm là một trong những can thiệp ngoại khoa phổ biến nhất trong chuyên ngành Răng Hàm Mặt. Tuy nhiên, quá trình hậu phẫu thường đi kèm với các triệu chứng khó chịu như sưng nề, đau nhức và hạn chế há miệng, gây ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân [1]. Bên cạnh đó, vùng ổ răng sau phẫu thuật luôn tiềm ẩn nguy cơ nhiễm trùng do sự tích tụ và phát triển của hệ vi khuẩn miệng. Trong phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới, chỉ khâu đóng vai trò thiết yếu giúp ổn định vật và hỗ trợ lành thương, nhưng bề mặt vật liệu này lại là nơi lý tưởng cho vi khuẩn bám dính. Sự hiện diện của vi sinh vật trên chỉ khâu không chỉ làm chậm quá trình lành thương mà còn tăng nguy cơ nhiễm trùng tại chỗ [2].

Để khắc phục, chỉ khâu phủ Triclosan - một chất kháng khuẩn phổ rộng - được sử dụng nhằm ức chế vi khuẩn ngay tại vị trí khâu. Loại chỉ này được chứng minh có hiệu quả ngăn chặn vi khuẩn Gram (+), đặc biệt là *Staphylococcus aureus* và *Staphylococcus epidermidis*, giúp giảm nhiễm trùng và hạn chế vi khuẩn bám dính [3]. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về vật liệu này trong phẫu thuật miệng còn hạn chế, trong khi hệ vi sinh và điều kiện chăm sóc hậu phẫu có đặc thù riêng. Vì vậy, nghiên cứu kết hợp đánh giá vi sinh và theo dõi lâm sàng là cần thiết để lựa chọn vật liệu khâu phù hợp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân có răng khôn hàm dưới mọc lệch, ngầm đến khám và điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 11/2024 đến tháng 7/2026.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên có răng khôn hàm dưới mọc lệch, ngầm theo Parant III đến khám và có chỉ định phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới tại khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. bệnh nhân còn răng cối lớn thứ 2 hàm dưới và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có bệnh lý toàn thân chưa điều trị ổn định, tiền sử dị ứng với thuốc tê hoặc thuốc sử dụng trong nghiên cứu, mang thai và cho con bú hoặc có tình trạng viêm cấp tính trong miệng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng.

- **Cỡ mẫu:** Nghiên cứu trên 42 răng khôn hàm dưới lệch, ngầm.

- **Nội dung nghiên cứu:** Thời gian phẫu thuật, biến chứng trong phẫu thuật, sưng, đau, dị cảm. Đánh giá đặc điểm vi khuẩn thông qua sự hiện diện mảng bám trên chỉ, số lượng vi khuẩn và định danh vi khuẩn trên chỉ khâu 7 ngày sau nhổ răng.

- **Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ chấp thuận thông qua với phiếu chấp thuận số: 24.381.HV/PCT-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- **Thời gian phẫu thuật:** Trong số 42 trường hợp thực hiện phẫu thuật nhổ răng khôn, thời gian phẫu thuật trung bình ghi nhận được là $30,43 \pm 7,78$ phút. Thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 17 phút và kéo dài nhất là 46 phút.

- **Tai biến trong phẫu thuật:** Đa số không có tai biến (95,2%). Tỷ lệ gặp tai biến gây chóp răng chiếm 4,8%. Không có trường hợp chấn thương mô mềm hay răng kế cận.

- **Dị cảm sau phẫu thuật:** Sau 1 ngày phẫu thuật, ghi nhận 4/42 trường hợp (9,5%) có biểu hiện dị cảm cùng bên phẫu thuật. Trong đó, 1 trường hợp (2,4%) tê 1/2 lưỡi, 1 trường hợp (2,4%) tê 1/2 môi và 2 trường hợp (4,8%) tê đồng thời 1/2 môi và 1/2 lưỡi. Phần lớn bệnh nhân (90,5%) không ghi nhận tình trạng dị cảm. Tại thời điểm 3 ngày, 7 ngày, 1 tháng, 3 tháng sau phẫu thuật, 100% bệnh nhân không biểu hiện dị cảm.

- **Tình trạng sưng, đau sau phẫu thuật:**

Bảng 3.1. Cảm giác sưng, đau sau phẫu thuật

Tình trạng Mức độ	Đau						Sưng					
	Ngày 1		Ngày 3		Ngày 7		Ngày 1		Ngày 3		Ngày 7	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mức 0	4	9,5	18	42,9	33	78,6	2	4,8	18	42,9	38	90,5
Mức 1	15	35,7	16	38,1	8	19	16	38,1	14	33,3	4	9,5
Mức 2	12	28,6	5	11,9	0	0	12	28,6	9	21,4	0	0
Mức 3	10	23,8	3	7,1	1	2,4	6	14,3	1	2,4	0	0
Mức 4	1	2,4	0	0	0	0	4	9,5	0	0	0	0
Mức 5	0	0	0	0	0	0	2	4,8	0	0	0	0
Tổng	42	100	42	100	42	100	42	100	42	100	42	100

Mức 0: Không cảm thấy đau / Không nhận thấy bất cứ tình trạng sưng nào

Mức 1: Không thấy đau nếu không để ý / Bệnh nhân thấy sưng nhẹ, không phát hiện nếu không nhìn kĩ

Mức 2: Cảm thấy đau dù tập trung làm việc khác / Bệnh nhân thấy sưng nhưng không ảnh hưởng đến ăn uống

Mức 3: Con đau cản trở hoạt động nhưng vẫn làm được / Sưng dễ nhận thấy, ảnh hưởng đến ăn uống

Mức 4: Con đau làm ngưng các hoạt động hằng ngày / Sưng rõ, cản trở ăn nhai nhưng chưa hạn chế há miệng

Mức 5: Con đau khiến bệnh nhân không thể sinh hoạt, phải nằm nghỉ / Sưng rất rõ, cản trở gây hạn chế há miệng

Nhận xét: Về tình trạng đau, ngày 1 ghi nhận tỷ lệ tại mức 0 là 9,5%, mức 1 là 35,7% và mức 2 là 28,6%. Đến ngày 3, tỷ lệ tại mức 0 đạt 42,9% và mức 1 là 38,1% và mức 2 chiếm 78,6% vào ngày 7. Đối với tình trạng sưng, ngày 1 có tỷ lệ sưng mức 1 đạt 38,1% và mức 2 là 28,6. Ngày 3 với mức 0 ghi nhận 42,9% và mức 1 là 33,3%, sau đó tỷ lệ tại mức 0 đạt 90,5% vào ngày 7.

Bảng 3.2. Sự thay đổi kích thước ngoài mắt (AB và CD) và độ há miệng theo thời gian

Thời điểm	Độ sưng mắt				Há miệng (trung bình ± độ lệch chuẩn) (mm)	
	AB (trung vị) (mm)		CD (trung bình ± độ lệch chuẩn) (mm)			
T0	102,00		106,36 ± 7,65		50,17 ± 6,96	
T3	105,00		109,36 ± 7,66		48,71 ± 6,81	
T7	102,00		106,60 ± 7,56		49,98 ± 6,66	
Thời điểm so sánh	ΔAB (mm)	p*	ΔCD (mm)	p**	Δ Há miệng (mm)	p**
T0-T3	+3,00	<0,001*	+3,00	<0,001	-1,45	<0.001
T3-T7	-3,00	<0,001*	-2,76	<0,001	+1,26	0.009
T0-T7	0	0.126	+0.24	0.505	-0.19	1.000

(AB: kích thước vùng mắt theo chiều dọc, từ góc ngoài ổ mắt (A) đến góc hàm (B); CD: kích thước vùng mắt theo chiều ngang, từ nắp bình tai (C) đến khóe mép (D); T0: trước phẫu thuật; T3: 3 ngày sau phẫu thuật; T7: 7 ngày sau phẫu thuật; T0-T3: thời điểm ngày thứ 3 sau phẫu thuật so với trước phẫu thuật; T3-T7: thời điểm ngày thứ 7 so với ngày thứ 3 sau phẫu thuật; T0-T7: thời điểm ngày thứ 7 sau phẫu thuật so với trước phẫu thuật; Δ : giá trị trung bình/trung vị thời điểm sau trừ giá trị trung bình/trung vị thời điểm trước)

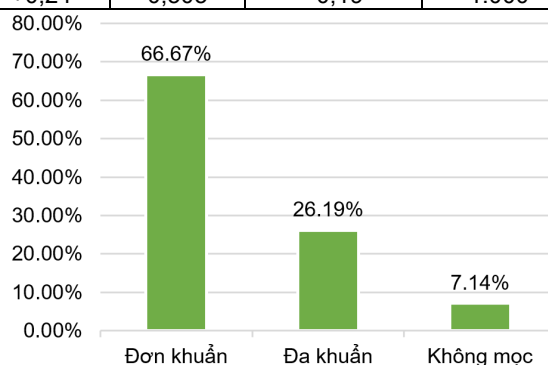
* Kiểm định Wilcoxon signed rank

** Kiểm định Repeated Measures ANOVA

Nhận xét: AB, CD thay đổi có ý nghĩa thống kê giữa các thời điểm. So với trước phẫu thuật, AB, CD tăng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) và giảm từ ngày 3 đến ngày 7 ($p < 0,001$). Sự khác biệt không có ý nghĩa giữa ngày 7 và trước phẫu thuật ($p = 0,126$). Độ há miệng giảm có ý nghĩa vào ngày 3 so với trước phẫu thuật ($p < 0,001$), tăng có ý nghĩa thống kê vào ngày 7 so với ngày 3 ($p = 0,009$). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa ngày 7 và trước phẫu thuật ($p = 1,000$).

- **Tỉ lệ hiện diện mảng bám:** Có 23 trường hợp (54,8%) ghi nhận hiện diện mảng bám trên chỉ khâu, trong khi 19 trường hợp (45,2%) không phát hiện mảng bám tại thời điểm 7 ngày sau phẫu thuật.

- **Số lượng khuẩn lạc:** Trong tổng số 42 trường hợp, có 39 mẫu hợp lệ (92,9%) và 3 mẫu thiếu (7,1%). Giá trị trung bình là $144,69 \pm 48,73$ CFU/mL, với trung vị 119,00 CFU/mL. Số lượng khuẩn lạc dao động từ 102 CFU/mL đến 234 CFU/mL.



Biểu đồ 3.1. Phân lập đơn khuẩn và đa khuẩn

Nhận xét: 66,67% đơn khuẩn, 26,19% đa khuẩn và 7,14% không có vi khuẩn mọc.

Bảng 3.3. Phân bố vi khuẩn theo nhóm

Nhóm vi khuẩn	n	%
<i>Streptococcus spp.</i>	35	70
<i>Staphylococcus spp.</i>	4	8
Gram âm khác	7	14
Gram dương khác	4	8
Tổng	50	100

Nhận xét: Nhóm *Streptococcus* chiếm 70,0%, trong đó nhóm *S. anginosus* chiếm 30,0%, tiếp theo là *S. mitis/oralis* 14,0% và *S. pneumoniae* 12,0%. Nhóm *Staphylococcus* chiếm 8,0%. Các vi khuẩn Gram âm khác chiếm 14,0%, trong khi các vi khuẩn Gram dương khác chiếm 8,0%.

IV. BÀN LUẬN

Thời gian để thực hiện phẫu thuật nhỏ rằng khôn hàm dưới lệch ngàm theo phân loại Parant III khoảng 30 phút. Với ca phẫu thuật ngắn nhất là 17 phút và lâu nhất là 46 phút. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Kim Loan (2025) [4]. Điều này phù hợp do rằng khôn hàm dưới phân loại Parant III có mức độ khó cao, cần nhiều thời gian để thực hiện.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tai biến trong phẫu thuật thấp (4,8% gãy chóp răng) thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Hoàng Kim

Loan (2025) (8,51% gãy chóp răng) [4]. Việc không xảy ra tổn thương mô mềm hay răng kế cận cho thấy quy trình phẫu thuật được kiểm soát an toàn. Tình trạng dị cảm vào ngày thứ nhất có tỷ lệ thấp (9,5%) và hoàn toàn biến mất từ ngày thứ 3. Nguyên nhân dị cảm có thể do viêm sau chích thuốc tê hoặc sự dịch chuyển của răng khi nhổ [5]. Tuy nhiên, do không có tổn thương thực thể các mô lân cận, có khả năng bệnh nhân nhầm lẫn dị cảm với tác dụng kéo dài của thuốc tê. Kết quả này khẳng định nguy cơ tổn thương thần kinh trong nghiên cứu là rất thấp và không để lại di chứng.

Kết quả nghiên cứu cho thấy các triệu chứng hậu phẫu có xu hướng đạt đỉnh sớm và cải thiện rõ rệt vào ngày thứ 7. Cụ thể, bệnh nhân tự đánh giá cảm giác sưng và đau đạt đỉnh vào ngày thứ 1 sau phẫu thuật và giảm dần đến ngày thứ 7, 78,6% bệnh nhân không còn đau. Diễn tiến này phù hợp với các nghiên cứu quan sát trước đó khi ghi nhận đau và sưng đạt đỉnh trong 48-72 giờ đầu và giảm dần sau một tuần [6]. Tỷ lệ bệnh nhân còn đau mức ≥ 2 ở ngày thứ 7 trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với một số báo cáo (66-74% chỉ còn đau nhẹ hoặc không đau vào ngày 7) [7], cho thấy mức độ hồi phục tương đối thuận lợi. Sự thay đổi kích thước ngoài mặt theo chiều đứng (AB), theo chiều ngang (CD) và độ há miệng có ý nghĩa thống kê ở giai đoạn ngày thứ 3 sau phẫu thuật và ngày thứ 7 sau phẫu thuật, đến ngày thứ 7 sau phẫu thuật kích thước ngoài mặt và độ há miệng hồi phục giống với trước khi phẫu thuật, chứng tỏ phản ứng viêm là tạm thời và hồi phục gần như hoàn toàn sau 7 ngày. Kết quả này tương ứng với cảm giác sưng do bệnh nhân tự đánh giá.

Sau 7 ngày phẫu thuật, 54,8% trường hợp ghi nhận có mảng bám trên chỉ khâu. Kết quả này cho thấy việc kiểm soát vệ sinh tại vùng phẫu thuật vẫn còn hạn chế dù bệnh nhân đã được hướng dẫn chăm sóc hậu phẫu. Trong môi trường khoang miệng ẩm và giàu vi sinh vật, chỉ khâu trở thành bề mặt thuận lợi cho sự bám dính và hình thành biofilm. Tỷ lệ này tương đồng với nhiều nghiên cứu khẳng định chỉ khâu là nơi tích tụ vi khuẩn nếu không được vệ sinh đúng cách [2]. Về mặt vi sinh, số lượng khuẩn lạc trung bình là $144,69 \pm 48,73$ CFU/mL, dao động từ 102-234 CFU/mL, phản ánh mật độ vi khuẩn ở mức vừa phải trong giai đoạn hậu phẫu sớm. *Streptococcus spp.* chiếm ưu thế (70%). Kết quả này phù hợp với đặc điểm hệ vi khuẩn thường

trú của khoang miệng, *Streptococcus* được xác định là một trong những loài vi khuẩn hiếu khí xuất hiện phổ biến nhất trong khoang miệng và trên các vật liệu khâu sau phẫu thuật, điều này làm tăng nguy cơ gây nhiễm trùng tại vị trí phẫu thuật nếu không được kiểm soát [2]. Mặc dù chỉ phủ Triclosan giúp giảm tổng lượng khuẩn lạc vi khuẩn hiếu khí nói chung, một nghiên cứu *in-vitro* của Venema và cộng sự cho thấy chỉ phủ Triclosan không tạo ra vùng ức chế vi khuẩn đối với loài *Streptococcus* [8]. Tỷ lệ *Staphylococcus spp.* (8%) và vi khuẩn Gram âm khác (14%) tương đối thấp cho thấy Triclosan hiệu quả trong việc giảm sự tích tụ của các loài vi khuẩn liên quan đến nhiễm trùng vị trí phẫu thuật như *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Escherichia coli* hay *Klebsiella pneumoniae* như trong một số nghiên cứu [2].

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới lệch, ngâm theo phân loại Parant III sử dụng chỉ khâu phủ Triclosan là phương pháp an toàn, với tỷ lệ tai biến thấp và chưa ghi nhận tổn thương muộn. Các triệu chứng đau, sưng và hạn chế há miệng đạt đỉnh trong những ngày đầu sau phẫu thuật và hồi phục gần như hoàn toàn sau 7 ngày. Mật độ vi khuẩn tại vị trí khâu ở mức vừa phải, trong đó *Streptococcus spp.* chiếm ưu thế, phù hợp với đặc điểm vi khuẩn thường trú khoang miệng. Chỉ khâu phủ Triclosan góp phần kiểm soát sự phát triển của một số vi khuẩn liên quan đến nhiễm trùng, mặc dù kiểm soát mảng bám sau phẫu thuật vẫn cần được chú trọng hơn.

LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả xin trân trọng cảm ơn Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ đã tạo điều kiện cho việc thực hiện nghiên cứu. Xin chân thành cảm ơn Bộ môn Vi sinh - Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và các bác sĩ đồng nghiệp đã hỗ trợ trong quá trình thu thập và xử lý số liệu. Đồng thời, xin cảm ơn tất cả các đối tượng đã tham gia và hợp tác trong quá trình nghiên cứu. Không có bất kỳ xung đột lợi ích nào liên quan đến kết quả của nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pérez-González JM, Esparza-Villalpando V, Martínez-Rider R, Noyola-Frías MÁ, Pozos-Guillén A. Clinical and radiographic characteristics

- as predictive factors of swelling and trismus after mandibular third molar surgery: a longitudinal approach. *Pain Res Manag*. 2018;2018:7938492.
2. Chaganti S, Kunthsam V, Velangini SY, Alzahrani KJ. Comparison of bacterial colonization on absorbable non-coated suture with triclosan- or chlorhexidine-coated sutures: a randomized controlled study. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2023;27(18):8371-8383.
 3. Chua RAHW, Lim SK, Chee CF. Surgical site infection and development of antimicrobial sutures: a review. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2022;26(3):828-845.
 4. Hoang LK, Truong MN, Nguyen HK. Một số yếu tố liên quan với kết quả điều trị phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới có mở xương tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt. *Tạp Chí Y Học Việt Nam*. 2025;552(3).
 5. Li Y, Ling Z, Zhang H, et al. Association of the inferior alveolar nerve position and nerve injury: a systematic review and meta-analysis. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(9):1782.
 6. Shruthi T, Shetty A, Akash K, Ahmed F, Shetty N, Singarapu R. Evaluation of effects of platelet-rich fibrin on treatment outcomes after impacted mandibular third molar surgery: a randomized controlled clinical study. *Natl J Maxillofac Surg*. 2022;13(Suppl 1):S46-S51.
 7. Gojaveva G, Tekin G, Kose N, Dereci O, Koşar Y, Çalışkan G. Evaluation of complications and quality of life of patient after surgical extraction of mandibular impacted third molar teeth. *BMC Oral Health*. 2024;24.
 8. Venema S, Abbas F, van de Belt-Gritter B, van der Mei HC, Busscher HJ, van Hoogmoed CG. In vitro oral biofilm formation on triclosan-coated sutures in the absence and presence of additional antiplaque treatment. *J Oral Maxillofac Surg*. 2011;69(4):980-985.

HIỆU QUẢ LÂM SÀNG CỦA SÓNG CAO TẦN XUNG CAN THIỆP HẠCH RỄ LƯNG TRONG ĐIỀU TRỊ ĐAU KIỂU RỄ THẦN KINH CỘT SỐNG

Phan Minh Trung¹, Hà Văn Lĩnh¹, Nghiêm Việt Dũng¹, Hà Văn Tuấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả lâm sàng của phương pháp can thiệp sóng cao tần xung (PRF) tác động vào hạch rễ lưng (DRG) trong điều trị đau kiểu rễ thần kinh cột sống.

Phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng không nhóm chứng được thực hiện trên 46 bệnh nhân có biểu hiện đau kiểu rễ thần kinh vùng cột sống cổ và thắt lưng cùng tại Bệnh viện Thanh Nhàn. Các bệnh nhân được can thiệp PRF vào hạch rễ lưng dưới hướng dẫn màn tăng sáng. Cường độ đau được đánh giá bằng thang điểm VAS, mức độ tàn tật đánh giá bằng chỉ số ODI và NDI, mức độ hài lòng đánh giá bằng chỉ số PGIC. Các thời điểm đánh giá gồm: trước can thiệp, 48 giờ, 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng sau can thiệp.

Kết quả: Điểm VAS trung bình giảm từ $5,84 \pm 1,17$ trước can thiệp xuống $1,00 \pm 1,31$ sau 6 tháng

($p < 0,05$). Sau 6 tháng, 52,2% bệnh nhân không còn đau, 43,5% đau nhẹ và chỉ 4,3% đau vừa ($p < 0,0001$). Điểm ODI trung bình giảm từ $44,1 \pm 12,5$ xuống $14,5 \pm 11,6$; điểm NDI giảm từ $40,7 \pm 14,3$ xuống $6,7 \pm 7,0$ ($p < 0,05$). Theo PGIC, 82,6% bệnh nhân ghi nhận mức cải thiện đau từ khá đến rất nhiều.

Kết luận: Sóng cao tần xung PRF tác động vào hạch rễ lưng là phương pháp can thiệp hiệu quả và an toàn trong điều trị đau kiểu rễ thần kinh cột sống, giúp giảm đau, cải thiện chức năng và nâng cao sự hài lòng của người bệnh. Phương pháp có thể được xem như một lựa chọn điều trị có giá trị ở các bệnh nhân không đáp ứng điều trị bảo tồn và chưa có chỉ định phẫu thuật.

Từ khóa: Sóng cao tần xung, Hạch rễ lưng, Đau kiểu rễ thần kinh cột sống, Can thiệp chống đau, VAS, ODI, NDI, PGIC.

SUMMARY

CLINICAL EFFICACY OF PULSED RADIOFREQUENCY ON THE DORSAL ROOT GANGLION FOR SPINAL RADICULAR PAIN

Objective: To evaluate the clinical efficacy of pulsed radiofrequency (PRF) targeting the dorsal root ganglion (DRG) in the interventional treatment of spinal radicular pain.

¹ Khoa Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Thanh Nhàn, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phan Minh Trung

Email: Drphanspine72@gmail.com

Mã bài: D119

Ngày nhận bài: 23.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 23.3.2026

Ngày duyệt bài: 23.4.2026