

SO SÁNH LÂM SÀNG CHỈ SILK VÀ CHỈ POLYPROPYLENE SAU PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI LỆCH NGẪM

Lê Hùng Cường¹, Nguyễn Thị Thanh Tâm¹, Nguyễn Thị Bích Lý¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh tình trạng lành thương mô mềm, độ lỏng mũi khâu, mức độ đau khi cắt chỉ giữa hai nhóm sử dụng chỉ silk và chỉ polypropylene sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới lệch ngằm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên so sánh hai nhóm với thiết kế nửa miệng, được thực hiện trên 38 bệnh nhân có đồng thời hai răng khôn hàm dưới có mức độ khó và độ lệch tương đương nhau. Bệnh nhân bốc thăm để phân nhóm ngẫu nhiên và xác định loại chỉ silk hay polypropylene được sử dụng cho mỗi bên. Tình trạng lành thương mô mềm được đánh giá tại thời điểm ngày thứ 3 và thứ 7 sau phẫu thuật. Độ lỏng mũi khâu và mức độ đau khi cắt chỉ được đánh giá ghi nhận vào thời điểm ngày thứ 7 sau phẫu thuật. **Kết quả:** Nhóm chỉ polypropylene có tình trạng lành thương mô mềm tốt hơn nhóm chỉ silk ở cả hai thời điểm ngày thứ 3 và 7 sau phẫu thuật. Vào thời điểm ngày thứ 3, điểm lành thương mô mềm ở nhóm chỉ polypropylene ($6,32 \pm 1,32$) cao hơn nhóm chỉ silk ($5,68 \pm 0,70$), $p=0,029$. Vào thời điểm ngày thứ 7, điểm lành thương mô mềm ở nhóm chỉ polypropylene ($6,42 \pm 1,11$) cao hơn nhóm chỉ silk ($5,97 \pm 0,64$), $p=0,029$. So với nhóm chỉ silk, chỉ polypropylene có độ lỏng ít hơn ($0,51 \pm 0,60$ mm so với $2,70 \pm 0,69$ mm, $p<0,001$) và mức độ đau khi cắt chỉ thấp hơn ($3,58 \pm 4,25$ so với $8,29 \pm 8,00$, $p=0,003$). **Kết luận:** So với việc sử dụng chỉ silk trong phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới lệch ngằm, chỉ polypropylene giúp tình trạng lành thương mô mềm tốt hơn, độ lỏng mũi khâu ít hơn và mức độ đau khi cắt chỉ thấp hơn.

Từ khóa: phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới, chỉ khâu, silk, polypropylene, lành thương

SUMMARY

COMPARE CLINICAL EFFICACY OF SILK AND POLYPROPYLENE SUTURE AFTER SURGICAL REMOVAL OF IMPACTED MANDIBULAR THIRD MOLAR

Objective: To compare soft tissue healing, suture slack and suture removal pain between two groups silk and polypropylene after surgical removal of impacted mandibular third molar. **Method:** A randomized clinical trial comparing two groups with a split-mouth design was performed. Total number of 38 patients undergoing surgical extraction of two symmetrically impacted third molars with similar difficulty were involved in the study. Patients were

assigned to two groups and determine the type of silk or polypropylene suture used on each side. Soft tissue healing was scored at 3rd and 7th day postoperatively. Suture slack and removal pain were recorded on the 7th day postoperatively. **Results:** The polypropylene group had higher soft tissue healing score than silk group on both 3rd and 7th day postoperatively. At 3rd day, the soft tissue healing score in the polypropylene group (6.32 ± 1.32) was higher than the silk suture group (5.68 ± 0.70), $p=0.029$. At 7th day, the soft tissue healing score in the polypropylene group (6.42 ± 1.11) was higher than the silk group (5.97 ± 0.64), $p=0.029$. Compared to the silk, the polypropylene had less slack (0.51 ± 0.60 mm vs 2.70 ± 0.69 mm, $p<0.001$) and lower suture removal pain (3.58 ± 4.25 vs. 8.29 ± 8.00 , $p=0.003$). **Conclusion:** Compared to using silk, polypropylene helped soft tissue heal better, reduced suture slack and removal pain after surgical removal of impacted mandibular third molar.

Keywords: surgical removal of impacted mandibular third molar, suture, silk, polypropylene, healing

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khâu vết thương có vai trò quan trọng đối với kết quả của phẫu thuật, giúp kiểm soát chảy máu, giữ mép vết thương đúng vị trí và ổn định, tạo điều kiện cho quá trình lành thương. Quá trình lành thương trong môi trường miệng có nhiều đặc điểm khác biệt so với các vị trí khác trong cơ thể. Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến quá trình lành thương gồm: các yếu tố toàn thân như tuổi, dinh dưỡng, hormon, stress, thuốc, đái tháo đường, béo phì, hút thuốc lá,...; và các yếu tố tại chỗ như tình trạng tưới máu, cung cấp oxy mô, nhiễm trùng,...

Chỉ khâu có thể ảnh hưởng tiêu cực đến kết quả lành thương sau phẫu thuật, thông qua khả năng cho vi khuẩn bám dính và mức độ chấn thương mô trong quá trình khâu.⁶ Bất kể sử dụng chỉ tự nhiên hay tổng hợp, đơn sợi hay đa sợi, đều có khả năng tích tụ vi khuẩn, dẫn đến nguy cơ nhiễm trùng vết thương sau phẫu thuật⁵; điều này đặc biệt quan trọng đối với các phẫu thuật trong miệng, khi vết thương tiếp xúc liên tục với nước bọt, mảnh vụn thức ăn, dịch tiêu hoá và một hệ vi khuẩn phức tạp của môi trường miệng. Ngoài ra, các loại chỉ khâu khác nhau có ảnh hưởng tới quá trình lành thương khác nhau, điều này lại chưa có sự đồng nhất giữa các nghiên cứu để đưa ra hướng dẫn cụ thể cho việc chọn lựa chỉ khâu trong thực hành lâm sàng. Dragovic và cs (2020)² cho thấy chỉ đơn

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Bích Lý

Email: ntbly@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 6.3.2024

sợi ít bám dính vi khuẩn, ít tạo phản ứng viêm so với chỉ đa sợi. Tương tự kết quả trên, nghiên cứu của Asher và cs (2019)⁵ đưa ra khuyến cáo nên sử dụng chỉ nylon cho các phẫu thuật trong miệng. Tuy nhiên, nghiên cứu của Olivia Pons-Vicente và cs (2011)⁴ cho thấy không có sự khác biệt về số lượng khuẩn vi khuẩn giữa chỉ PTFE và chỉ silk.

Hiện nay, có rất nhiều loại chỉ khâu khác nhau với sự đa dạng về vật liệu, kích thước, thiết kế,... Trong đó, chỉ silk được sử dụng rất phổ biến cho các phẫu thuật trong miệng. Gần đây, nhiều thế hệ chỉ tổng hợp mới ra đời với nhiều đặc tính vượt trội, đang dần thay thế chỉ silk, đặc biệt trong lĩnh vực phẫu thuật nha chu và cấy ghép nha khoa. Trong đó, chỉ polypropylene được giới thiệu với nhiều ưu điểm như độ bền căng lớn, bề mặt nhẵn láng, ít chấn thương mô... Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu so sánh tình trạng lành thương mô mềm, độ lỏng mũi khâu, mức độ đau khi cắt chỉ giữa hai nhóm sử dụng chỉ silk và chỉ polypropylene sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới lệch ngầm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Mẫu nghiên cứu. Nghiên cứu thực hiện trên 38 bệnh nhân đến khám và nhổ răng khôn hàm dưới mọc lệch tại Bộ môn Phẫu thuật miệng, Khoa Răng Hàm Mặt, Đại học Y Dược TP.HCM từ tháng 7/2022 đến tháng 7/2023.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: (1) Bệnh nhân từ đủ 18 tuổi đến 35 tuổi; (2) Có đồng thời hai răng khôn hàm dưới đối xứng, cùng độ khó theo phân loại Pell – Gregory, lệch gần từ 45^o đến 90^o; (3) Không sử dụng kháng sinh tại chỗ hoặc toàn thân ít nhất 4 tuần trước phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Bệnh nhân có thai hoặc cho con bú; (2) Dị ứng với thuốc tê tại chỗ hay các thuốc dùng trong nghiên cứu; (3) Có dấu hiệu trên phim X quang gợi ý bệnh lý u, nang liên quan đến răng khôn hàm dưới.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên so sánh hai nhóm, thiết kế nửa miệng.

Cỡ mẫu. Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho trường hợp nghiên cứu so sánh hai số trung bình, dựa trên cỡ tác động:

$$N = \left(\frac{1+r}{r} \right) \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{d^2} + \frac{Z_{1-\alpha/2}^2}{2(1+r)}$$

Trong đó: Sai lầm loại I: $\alpha = 0,05$; sai lầm loại II: $\beta = 0,1$. Tỷ số mẫu giữa hai nhóm: $r = 1$.

Dựa trên kết quả nghiên cứu của Dragovic và cs (2020)², ước lượng $d = 0,8$.

Dự kiến tỉ lệ mất mẫu là 10%.

Từ đó, chúng tôi tính được cỡ mẫu là 38 răng cho mỗi nhóm, tương ứng 38 bệnh nhân.

Quy trình nghiên cứu

Trước phẫu thuật. Bệnh nhân được chụp phim toàn cảnh để đánh giá và so sánh độ khó của các răng khôn trên phim theo phân loại của Pell – Gregory. Bệnh nhân được thông báo, giải thích đầy đủ và ký phiếu chấp thuận nếu đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiến hành bốc thăm để phân nhóm ngẫu nhiên và xác định trình tự nhổ răng. Nhóm 1: bên phải sử dụng chỉ silk, bên trái sử dụng chỉ polypropylene; nhóm 2: ngược lại.

Trong phẫu thuật. Tất cả bệnh nhân đều được phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới bởi nghiên cứu viên, dưới sự giám sát của một phẫu thuật viên có kinh nghiệm, theo quy trình của Bộ môn Phẫu thuật miệng, Khoa Răng Hàm Mặt, Đại học Y Dược TP.HCM. Giữa hai bên chỉ có sự khác biệt về loại chỉ khâu được sử dụng. Phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới hai bên cách nhau tối thiểu 4 tuần.

Sau phẫu thuật. Tất cả bệnh nhân đều được kê toa thuốc Amoxicillin 500 mg, Ibuprofen 400 mg và Paracetamol 500 mg. Đánh giá lành thương mô mềm vào ngày thứ 3 và thứ 7 sau phẫu thuật. Đo độ lỏng mũi khâu và mức độ đau khi cắt chỉ vào ngày thứ 7 sau phẫu thuật.

Định nghĩa các biến số trong nghiên cứu. Điểm lành thương mô mềm: Thực hiện vào ngày thứ 3 và thứ 7 sau phẫu thuật nhổ răng khôn, sử dụng thang đánh giá lành thương mô mềm IPR của Hamzani và cs (2018)⁷. Tình trạng lành thương mô mềm tại mỗi thời điểm đánh giá được tính bằng tổng số điểm của 8 tiêu chí.

Bảng 1. Tiêu chuẩn đánh giá lành thương IPR theo Hamzani⁷

Giai đoạn	Tiêu chuẩn đánh giá	Điểm: 0	Điểm: 1
Giai đoạn viêm	Chảy máu: tự phát hoặc khi thăm khám	Có	Không
	Mô hạt	Có	Không
	Tụ máu	Có	Không
	Màu sắc mô mềm	Đỏ hơn hoặc trắng hơn mô đối diện	Tương tự mô đối diện
	Mép vết thương	Hở/ khối fibrin/ hoại tử	Kín/ đường fibrin nhỏ
	Chảy mủ	Có	Không
	Sưng VAS (0 – 100)	VAS (51 – 100)	VAS (0 – 50)
	Đau VAS (0 – 100)	VAS (51 – 100)	VAS (0 – 50)

Độ lỏng mũi khâu: Tiến hành đo tại mũi khâu ở phía xa răng cối lớn thứ 2 hàm dưới bằng thước kẹp vào ngày thứ 7 sau phẫu thuật.

Mức độ đau trong quá trình cắt chỉ: Sử dụng thang đánh giá trực quan VAS (100 mm), ngay sau khi hoàn thành cắt 2 mũi khâu vào ngày thứ 7 sau phẫu thuật. Bệnh nhân đánh dấu tại vị trí tương ứng mức độ đau trên thang VAS, với mức điểm 0 là "không đau" và mức điểm 100 là "đau dữ dội".

Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 20, phép kiểm có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 2. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Tuổi trung bình	21,74 ± 1,38 (tuổi)	
Giới tính (BN)	Nam	17 (44,7%)
	Nữ	21 (55,3%)
Phân nhóm (BN)	Nhóm 1	17 (44,7%)
	Nhóm 2	21 (55,3%)
Phân loại độ khó nhỏ theo Pell – Gregory (răng)	IA	6 (7,9%)
	IIA	32 (42,1%)
	IIB	26 (34,2%)
	IIIB	12 (15,8%)
Thời gian phẫu thuật	Nhóm silk	15,55 ± 3,88 (phút)
	Nhóm polypropylene	16,05 ± 3,84 (phút)

Bảng 2 trình bày các đặc điểm dịch tễ của mẫu nghiên cứu. Tổng số bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 38 người, trong đó có 17 nam và 21 nữ. Độ tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 21,74 ± 1,38. Theo kết quả bốc thăm phân nhóm, có 17 bệnh nhân thuộc nhóm 1 và 21 bệnh nhân thuộc nhóm 2. Về phân loại mức độ khó nhỏ theo Pell – Gregory, mẫu nghiên cứu gồm các trường hợp thuộc độ khó IIA, IIB, IIIB và IA theo tỉ lệ giảm dần. Thời gian phẫu thuật trung bình giữa hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (kiểm định t độc lập, $p=0,574$).

Bảng 3. Điểm lành thương mô mềm

Nhóm	Trung bình ± độ lệch chuẩn (trung vị)		p
	Ngày 3	Ngày 7	
Silk	5,68±0,70(6)	5,97±0,64 (6)	0,054 ^(b)
Polypropylene	6,32±1,32(6)	6,42±1,11 (6)	0,670 ^(b)
p	0,029 ^{(a)*}	0,029 ^{(a)*}	

^(a) Kiểm định Mann-Whitney: so sánh giữa hai nhóm

^(b) Kiểm định Wilcoxon: so sánh trong từng nhóm

(*) khác biệt có ý nghĩa thống kê

Bảng 3 thể hiện tình trạng lành thương mô mềm, nhóm chỉ polypropylene có điểm lành thương mô mềm IPR cao hơn nhóm chỉ silk ở cả hai thời điểm đánh giá, sự khác biệt này có ý

nghĩa thống kê ($p=0,029$). Trong mỗi nhóm, không có sự khác biệt về điểm lành thương mô mềm giữa ngày thứ 3 và thứ 7 sau phẫu thuật ($p=0,054$ và $p=0,670$).

Bảng 4. So sánh các tiêu chí đánh giá lành thương mô mềm giữa nhóm chỉ silk và nhóm chỉ polypropylene (giá trị p)

Tiêu chuẩn đánh giá	Giá trị p	
	Ngày 3	Ngày 7
Chảy máu tự phát hoặc khi thăm khám	1,000 ^(b)	0,493 ^(b)
Mô hạt	0,175 ^(a)	0,312 ^(a)
Tụ máu	1,000 ^(b)	-
Màu sắc mô mềm	<0,001 ^{(a)*}	<0,001 ^{(a)*}
Mép vết thương	0,009 ^{(a)*}	0,003 ^{(a)*}
Chảy mủ	-	-
Sưng	0,361 ^(a)	-
Đau	0,529 ^(a)	-

(a) Kiểm định Chi bình phương,

(b) Kiểm định chính xác Fisher,

(-) Không ghi nhận, (*) Có ý nghĩa thống kê

Bảng 4 thể hiện giá trị p khi so sánh cụ thể từng tiêu chí trong thang đánh giá lành thương giữa nhóm chỉ silk và nhóm chỉ polypropylene tại mỗi thời điểm. Kết quả cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm về màu sắc mô mềm ($p<0,001$) và mép vết thương ($p=0,009$ và $p=0,003$) ở cả hai thời điểm ngày thứ 3 và ngày thứ 7. Các tiêu chí khác không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. Độ lỏng mũi khâu

Nhóm	Trung bình ± độ lệch chuẩn (mm) (trung vị)
Silk	2,70 ± 0,69 (2,50)
Polypropylene	0,51 ± 0,60 (0,00)
p	<0,001

Kiểm định Mann - Whitney

Mũi khâu chỉ polypropylene có độ lỏng (0,51 ± 0,60 mm) ít hơn chỉ silk (2,70 ± 0,69 mm), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,001$).

Bảng 6. Mức độ đau khi cắt chỉ theo thang VAS

Nhóm	Trung bình ± độ lệch chuẩn (mm) (trung vị)
Silk	8,29 ± 8,00 (5,50)
Polypropylene	3,58 ± 4,25 (1,50)
p	0,003

Kiểm định Mann - Whitney

Mức độ đau khi cắt chỉ ở nhóm chỉ polypropylene thấp hơn nhóm chỉ silk (3,58 ± 4,25 so với 8,29 ± 8,00), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,003$).

IV. BÀN LUẬN

Quá trình hồi phục sau khi nhổ răng khôn

hàm dưới lệch ngầm phụ thuộc vào nhiều yếu tố đến từ bệnh nhân và quá trình phẫu thuật. Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện với thiết kế nửa miệng, nhờ đó sự phân bố các yếu tố liên quan đến bệnh nhân là giống nhau cho cả hai nhóm. Để giảm thiểu sai lệch thông tin, một trong những tiêu chí chọn mẫu của chúng tôi là bệnh nhân có đồng thời hai răng khôn hàm dưới đối xứng và có cùng độ khó theo phân loại Pell – Gregory. Bệnh nhân bốc thăm phân nhóm ngẫu nhiên và không được cung cấp thông tin về loại chỉ được sử dụng cho mỗi bên để tránh ảnh hưởng tâm lý làm sai lệch kết. Phẫu thuật nhổ cả hai răng khôn hàm dưới lệch ngầm được cùng một bác sĩ thực hiện, cùng phương pháp tiếp cận (theo quy trình của Bộ môn Phẫu thuật miệng, Khoa Răng Hàm Mặt, Đại học Y Dược TP.HCM), với thời gian tương đương nhau. Các tiêu chí đánh giá lâm sàng được thực hiện bởi một bác sĩ đã được huấn luyện định chuẩn.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng thang đánh giá IPR do Hamzani và cs⁷ giới thiệu năm 2018. Mỗi giai đoạn trong quá trình lành thương bao gồm viêm, tăng sinh và tái cấu trúc được đánh giá riêng với những tiêu chuẩn khác nhau. Vào cả hai thời điểm ngày thứ 3 và thứ 7 sau phẫu thuật, điểm lành thương mô mềm IPR ở nhóm chỉ silk thấp hơn nhóm chỉ polypropylene có ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Dragovic và cs^{2,3} thực hiện năm 2018 và 2020. Một nghiên cứu khác của Yaman và cs (2022)⁸ có kết quả khá quát hơn, khi cho thấy chỉ đơn sợi có điểm lành thương tốt hơn so với chỉ đa sợi. Như vậy, so với chỉ silk, sử dụng chỉ polypropylene giúp cải thiện tình trạng lành thương mô mềm sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới lệch ngầm, trong đó sự khác biệt rõ ràng nhất về màu sắc mô mềm và tình trạng mép vết thương.

Mũi khâu duy trì được sự khít sát với mép vết thương sẽ tạo điều kiện cho quá trình lành thương nguyên phát diễn ra. Luôn có tình trạng sưng nề mô mềm tại chỗ ở giai đoạn đầu của quá trình lành thương. Do đó, chỉ khâu cần phải có khả năng giãn ra khi mô mềm sưng nề để tránh làm tổn thương mô mềm, rách mép vạt. Hơn nữa, để mép vết thương có thể được giữ áp sát trong toàn bộ quá trình lành thương, chỉ khâu phải có khả năng co lại khi tình trạng sưng qua đi. Đây là đặc tính co giãn và đàn hồi, do bản chất vật liệu của chỉ khâu quy định. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận mũi khâu chỉ polypropylene có độ lỏng ít hơn chỉ silk, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Dragovic và cs (2020)².

Các tác giả còn đánh giá vào thời điểm ngày thứ 1 và ngày thứ 3 sau phẫu thuật, kết quả cho thấy chỉ silk có độ lỏng lớn hơn chỉ polypropylene ở tất cả các thời điểm.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá mức độ đau bằng thang đánh giá trực quan VAS 100 mm. Kết quả cho thấy mức độ đau khi cắt chỉ ở nhóm chỉ polypropylene thấp hơn nhóm chỉ silk, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Một số nghiên cứu khác cũng sử dụng thang đo này để đánh giá mức độ đau khi cắt chỉ sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới và có kết quả tương tự.^{2,3} Mức độ đau khi cắt chỉ liên quan mật thiết đến phản ứng viêm của mô mềm tại chỗ. Polypropylene loại chỉ đơn sợi, có bề mặt cực kỳ nhẵn láng, nhờ đó giảm thiểu tối đa chấn thương mô. Ngược lại, chỉ silk là loại chỉ tự nhiên, đa sợi, nên là một trong những loại chỉ gây ra phản ứng viêm tại chỗ lớn. Do đó, bệnh nhân đau nhiều hơn khi cắt chỉ ở các vết thương sử dụng loại chỉ này. Một số nghiên cứu mô học cho thấy chỉ silk thu hút nhiều tế bào viêm, gây phản ứng viêm mạnh và thẩm nhập nhiều vi khuẩn dọc theo sợi chỉ.^{1,2} Thậm chí, khảo sát dưới kính hiển vi cho thấy cấu trúc dạng bện của chỉ silk ngày càng lỏng lẻo, các sợi chỉ nhỏ có sự phân tán và vi khuẩn ngày càng có nhiều không gian để xâm nhập.¹

V. KẾT LUẬN

So với việc sử dụng chỉ silk trong phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới lệch ngầm, chỉ polypropylene giúp tình trạng lành thương mô mềm tốt hơn, độ lỏng mũi khâu ít hơn và mức độ đau khi cắt chỉ thấp hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Knut N. Leknes, Knut A. Selvig.** Tissue reactions to sutures in the presence and absence of anti-infective therapy. *Journal of Clinical Periodontology*. 2005;32(2):130-138.
2. **Miroslav Dragovic, Marko Pejovic, Jelena Stepic, et al.** Comparison of four different suture materials in respect to oral wound healing, microbial colonization, tissue reaction and clinical features - randomized clinical study. *Clinical Oral Investigations*. 2020;24(4):1527-1541.
3. **Miroslav Dragovic, Marko Pejovic, Jelena Stepic, et al.** Microbial adherence affinity and clinical characteristics of polypropylene versus silk sutures in oral surgery. *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo*. 2018;146(5-6):258-263.
4. **Olivia Pons-Vicente, Lidia López-Jiménez, María Angels Sánchez-Garcés, Sergi Sala-Pérez, Gay-Escoda C.** A comparative study between two different suture materials in oral implantology. *Clinical Oral Implants Research*. 2011;22(3):282-288.
5. **Ran Asher, Tali Chacartchi, Moshik Tandlich, Lior Shapira, David Polak.** Microbial accumulation on different suture materials

- following oral surgery: a randomized controlled study. *Clinical Oral Investigations*. 2019;23(2):559-565.
- Rino Burkhardt, Niklaus P. Lang.** Influence of suturing on wound healing. *Periodontology* 2000. 2015;68(1):270-281.
 - Yafit Hamzani, Gavriel Chaushu.** Evaluation of early wound healing scales/indexes in oral surgery: A literature review. *Clinical Implant Dentistry and Related Research*. 2018;20(6):1030-1035.
 - Yaman D, Paksoy T, Ustaoglu G, Demirci M.** Evaluation of bacterial colonization and clinical properties of different suture materials in dentoalveolar surgery. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2022;80(2):313-326.

SO SÁNH ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP ST CHÊNH LÊN VỚI TỔN THƯƠNG NHIỀU NHÁNH MẠCH VÀNH ĐƯỢC TÁI TƯỚI MÁU HOÀN TOÀN VÀ KHÔNG HOÀN TOÀN

Trần Nguyễn Phương Hải¹, Mai Trí Luận¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên được chụp mạch vành có tổn thương nhiều nhánh mạch vành chiếm tỉ lệ cao và có tiên lượng xấu. Tuy nhiên, các nghiên cứu cho thấy tỉ lệ bệnh nhân được tái tưới máu hoàn toàn còn dao động, tùy vào thời gian và vùng lãnh thổ thực hiện nghiên cứu. **Mục tiêu nghiên cứu:** So sánh đặc điểm lâm sàng và một số cận lâm sàng giữa bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên có bệnh mạch vành nhiều nhánh được điều trị tái tưới máu hoàn toàn và không hoàn toàn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang, tiến cứu mô tả có theo dõi dọc. Nghiên cứu được tiến hành trên 105 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên được tái thông mạch vành qua da tiên phát từ 04/2022 đến 06/2022 tại Khoa Tim mạch can thiệp và Khoa Nội tim mạch Bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 64,1 ± 11,5 tuổi, tỉ lệ nam/nữ = 2,28/1. Yếu tố nguy cơ tim mạch chiếm tỉ lệ cao nhất là rối loạn lipid máu (88,6%) và tăng huyết áp (73,3%). Bệnh nhân nhồi máu cơ tim thành dưới chiếm tỉ lệ cao nhất (42,9%), nhồi máu thành trước (37,1%), nhồi máu thành bên (13,3%) và nhồi máu vùng trước rộng (6,7%). Biến chứng thường gặp là phù phổi cấp (17,1%), block nhĩ thất độ 3 (12,3%). Nhánh động mạch vành thủ phạm thường gặp nhất là LAD (45,7%), sau đó là RCA (41,9%), LCx (11,3%), LMCA (0,9%). Thời điểm can thiệp mạch vành < 12 giờ sau khởi phát triệu chứng đau ngực chiếm 67,6%, từ 12 – 24 giờ chiếm 26,7% và sau 24 giờ chiếm 5,6%. Tỉ lệ bệnh nhân được tái tưới máu hoàn toàn chiếm 31,4% dân số nghiên cứu. Các đặc điểm lâm sàng (tuổi, giới, huyết áp, tần số tim, thời gian từ lúc khởi phát đến lúc được can thiệp cấp cứu, yếu tố nguy cơ tim mạch) và cận lâm sàng (HbA1C, Creatinine, hs-troponin I, LVEF, đặc điểm tổn thương) không có sự khác biệt giữa 2 nhóm tái tưới máu hoàn toàn và không hoàn toàn. **Kết luận:** Không có sự khác biệt về

đặc điểm lâm sàng và giải phẫu mạch vành giữa nhóm bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên với bệnh mạch vành nhiều nhánh chênh lên được tái tưới máu mạch vành hoàn toàn so với không hoàn toàn. **Từ khóa:** nhồi máu cơ tim ST chênh lên, tổn thương nhiều nhánh mạch vành, tái tưới máu hoàn toàn

SUMMARY

COMPARISON OF CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ACUTE ST-SEGMENT ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION WITH MULTIVESSEL CORONARY ARTERY INJURY UNDERGOING COMPLETE AND INCOMPLETE REVASCLARIZATION

Background: Patients with ST-elevation myocardial infarction (STEMI) undergoing coronary angiography with multivessel coronary artery injury face a challenging prognosis. However, the rates of complete reperfusion vary across studies, influenced by factors such as timing and regional disparities. **Objectives:** To compare clinical and paraclinical features among patients with STEMI and multivessel coronary artery disease treated with either complete or incomplete revascularization. **Materials and methods:** This cross-sectional, prospective, descriptive study with longitudinal follow-up involved 105 patients with ST-elevation acute myocardial infarction who underwent primary percutaneous coronary revascularization from April 2022 to June 2022 at the Department of Interventional Cardiology and the Department of Cardiovascular Internal Medicine, Cho Ray Hospital. **Results:** The average age was 64.1 ± 11.5 years, with a male/female ratio of 2.28/1. The highest prevalence of cardiovascular risk factors was dyslipidemia (88.6%) and hypertension (73.3%). Inferior myocardial infarction (42.9%) was most common, followed by anterior wall infarction (37.1%), lateral wall infarction (13.3%), and large anterior infarct (6.7%). Common complications included acute pulmonary edema (17.1%) and third-degree atrioventricular block (12.3%). The most frequent culprit coronary artery branch was LAD (45.7%), followed by RCA (41.9%), LCx (11.3%), and LMCA (0.9%). Receiving coronary intervention < 12 hours after chest pain onset accounted for 67.6%, 12

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nguyễn Phương Hải

Email: tnphuonghaibvcr@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 7.3.2024