

DOI: 10.58490/ctump.2025i89.3832

SO SÁNH KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT RĂNG CỎI LỚN HÀM DƯỚI Ở BỆNH NHÂN NGƯỜI CAO TUỔI CÓ VÀ KHÔNG CÓ SỬ DỤNG SỢI FIBRIN GIÀU TIỂU CẦU TẠI TỈNH BẾN TRE NĂM 2024- 2025

Phạm Thị Thanh An¹, Nguyễn Thanh Hòa², Trần Hà Phương Thảo^{1*}

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Mắt - Răng Hàm Mặt Cần Thơ

*Email: thpthao@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 30/5/2025

Ngày phản biện: 04/7/2025

Ngày duyệt đăng: 25/7/2025

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhổ răng cối lớn là một thủ thuật nha khoa phổ biến, tuy nhiên, ở người lớn tuổi, thủ thuật này đặt ra nhiều thách thức, trong những năm gần đây sử dụng fibrin giàu tiểu cầu ngày càng được sử dụng phổ biến để hỗ trợ quá trình lành thương sau nhổ răng. **Mục tiêu nghiên cứu:** So sánh kết quả điều trị của phương pháp nhổ răng cối lớn hàm dưới bằng phương pháp phẫu thuật có hoặc không có sử dụng sợi fibrin giàu tiểu cầu ở bệnh nhân cao tuổi tại Trung tâm Y tế huyện Giồng Trôm, Bến Tre năm 2024-2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng có nhóm chứng trên 40 bệnh nhân lớn tuổi nhổ răng cối lớn hàm dưới (trừ răng cối lớn thứ 3). **Kết quả:** Trong 40 răng được đánh giá răng 36 và răng 46 chiếm tỉ lệ cao nhất với 27,5%, tiếp đến là răng 37 với 25% và thấp nhất là răng 47 với 20%. Trong đó răng 2 chân chiếm 72,5%, răng 3 chân chiếm 27,5%. Mức độ sưng theo chiều dọc sau ngày 1 có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm. Đánh giá kết quả lành thương mô mềm sau 7 ngày theo bệnh lý mạn tính cho thấy có sự khác biệt rõ giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng. Trong đó tỉ lệ lành thương xếp mức độ tốt ở nhóm can thiệp cao hơn so với nhóm chứng. **Kết luận:** Lành thương mô mềm ở nhóm có sử dụng fibrin tốt hơn nhóm không sử dụng fibrin.

Từ khóa: Răng cối lớn, fibrin giàu tiểu cầu, người cao tuổi.

ABSTRACT

COMPARISON OF SURGICAL TREATMENT OUTCOMES OF MANDIBULAR MOLARS IN ELDERLY PATIENTS WITH AND WITHOUT THE USE OF PLATELET-RICH FIBRIN (PRF) IN BEN TRE PROVINCE IN 2024-2025

Phạm Thị Thanh An¹, Nguyễn Thanh Hòa², Trần Hà Phương Thảo^{1*}

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Can Tho Eye and Odonto-Maxillo-Facial Hospital

Background: Molar tooth extraction is a common dental procedure, yet it can pose significant challenges for older adults due to age-related physiological and pathological factors. In recent years, platelet-rich fibrin (PRF) has gained increasing attention as an adjunct to enhance post-extraction healing. **Objectives:** To compare the treatment outcomes of mandibular molar extractions performed with or without the application of platelet-rich fibrin in elderly patients at Giong Trom District Medical Center, Ben Tre in 2024-2025. **Materials and methods:** A controlled clinical intervention study was conducted on 40 elderly patients undergoing surgical extraction of mandibular first and second molars (excluding third molars). Patients were divided into two groups: one receiving PRF application in the extraction socket and the other serving as the control group. **Results:** Among the 40 evaluated teeth, tooth 36 and tooth 46 accounted for the highest proportions

(27.5% each), followed by tooth 37 (25%), while tooth 47 had the lowest frequency (20%). Two-rooted teeth represented 72.5% of the sample, and three-rooted teeth accounted for 27.5%. After the first postoperative day, vertical swelling was significantly reduced in the PRF group compared to the control group. Evaluation of soft tissue healing after 7 days, particularly among patients with chronic conditions, revealed a markedly better healing response in the PRF group. The proportion of cases demonstrating good healing was consistently higher in the intervention group compared to the control group. **Conclusions:** The application of platelet-rich fibrin significantly improves soft tissue healing following molar extractions in elderly patients compared to standard surgical methods without PRF.

Keywords: Molars, PRF, elderly person.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sau khi nhổ răng, tiềm ẩn nguy cơ chậm lành thương và mất xương ổ răng điều này đặc biệt hơn ở những người lớn tuổi. Nguy cơ này tăng lên ở nhóm này do các đặc tính về giải phẫu và sinh lý cơ thể bị suy giảm [1], [2]. Có nhiều cách để tăng cường quá trình lành vết thương của mô mềm và mô cứng cũng như duy trì thể tích của mô sau khi nhổ răng. Việc sử dụng màng PRF trong ổ răng sau nhổ răng đã được xác nhận là giúp chữa lành mô mềm và mô cứng cục bộ và làm giảm phản ứng đau sau nhổ răng thông thường và phẫu thuật nhổ răng. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra những ưu điểm của việc sử dụng các phương pháp như mảnh ghép, yếu tố tăng trưởng và màng sinh học tự tiêu hoặc không tiêu để bảo tồn ổ răng [1], [3]. Fibrin giàu tiểu cầu được ứng dụng khá phổ biến trong phẫu thuật răng miệng và hàm mặt trong các thủ thuật khác nhau như bảo tồn ổ răng, nâng xoang và nâng xương, thủ thuật che phủ chân răng và chữa lành vết thương với kết quả tốt. Tuy nhiên, phần lớn các nghiên cứu trước đây tập trung vào hiệu quả của PRF trong các tình huống cấy ghép xương, phẫu thuật hàm mặt hoặc nhổ răng khôn. Rất ít nghiên cứu đánh giá vai trò của kỹ thuật này trong trường hợp răng cối lớn bị nhổ vì lý do ngoài răng khôn, đặc biệt là ở người lớn tuổi – nhóm có nguy cơ chậm lành thương cao. Do đó, nghiên cứu này nhằm lấp đầy khoảng trống đó bằng cách đánh giá hiệu quả của việc sử dụng fibrin giàu tiểu cầu tự thân trong quá trình lành thương ổ răng sau khi nhổ răng cối lớn, giúp cung cấp thêm bằng chứng lâm sàng có giá trị cho ứng dụng thực tiễn [2], [4]. Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: So sánh kết quả điều trị của phương pháp nhổ răng cối lớn hàm dưới bằng phương pháp phẫu thuật có hoặc không có sử dụng sợi fibrin giàu tiểu cầu ở bệnh nhân cao tuổi tại Trung tâm Y tế huyện Giồng Trôm, Bến Tre năm 2024-2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân cao tuổi có chỉ định nhổ răng cối lớn bằng phương pháp phẫu thuật đến khám và điều trị tại Trung tâm Y tế huyện Giồng Trôm, từ tháng 6/2024 đến tháng 6/2025.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên. Bệnh nhân có răng cối lớn (ngoại trừ răng cối lớn thứ ba) hàm dưới được xác định không thể giữ lại vì các nguyên nhân bệnh lý, chấn thương hoặc nhổ bỏ để thay thế bằng dụng cụ nha khoa. Bệnh nhân khỏe mạnh (chỉ số thể trạng ASA ≤ 2). Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân bất kỳ sang thương dạng khối u (lành tính hoặc ác tính) trên lâm sàng hoặc hình ảnh học tại nơi nhổ răng hoặc gần với vị trí nhổ răng. Răng nha chu bệnh nhân có thai hoặc đang cho con bú, 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 viêm nhiễm

cấp tính tại chỗ vùng nhổ răng, đã xạ trị vùng hàm mặt. Bệnh nhân dị ứng với thuốc sử dụng trong và sau phẫu thuật. Bệnh nhân nghiện rượu, nghiện thuốc lá nặng. Bệnh nhân không tham gia tái khám cũng như không có đủ thông tin trong quá trình điều trị và theo dõi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- **Cỡ mẫu:** Chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện, những bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn và không nằm trong tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu. Với cỡ mẫu 20 ở mỗi nhóm. Tổng số mẫu nghiên cứu ở 2 nhóm là 40 bệnh nhân.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Tuổi: Chia thành 2 nhóm: 60-74 tuổi và ≥ 75 tuổi.

+ Giới tính: Chia thành 2 nhóm nam và nữ.

+ Bệnh lý mạn tính: Gồm 3 nhóm: Không, 1 bệnh, ≥ 2 bệnh.

+ Răng nhỏ: Gồm 4 nhóm: R36, R37, R46, R47.

+ Số lượng chân răng chia thành 3 nhóm: 2 chân, 3 chân, khác.

+ Nguyên nhân nhổ răng: Gồm 4 nhóm: Sâu răng, chấn thương, nhổ làm phục hình, khác.

+ Đánh giá mức độ sưng mặt: Theo chiều ngang: Sử dụng thước dây mềm đo khoảng cách từ bình tay tai đến khoe miệng. Theo chiều dọc: Sử dụng thước đo khoảng cách từ khoe mắt ngoài đến góc hàm. Ghi nhận kết quả trước phẫu thuật và ngày 1, 3 sau nhổ răng (đơn vị mm, làm tròn đến vạch mm gần nhất) [5].

+ Đánh giá lành thương mô mềm theo Landry R.G Lành thương được đánh giá theo thang điểm Landry cải tiến (1–5 điểm), dựa trên các tiêu chí: màu mô nướu, chảy máu khi sờ, mô hạt và mũ. Đánh giá được thực hiện vào các ngày 7 sau nhổ răng [5]: Rất kém: $\geq 50\%$ nướu đỏ, chảy máu, có mô hạt và mũ; Kém: $\geq 50\%$ nướu đỏ, chảy máu, có mô hạt, không mũ; Trung bình: 25-50% nướu đỏ, không chảy máu, không mô hạt, không mũ; Tốt: $< 25\%$ nướu đỏ, không chảy máu, không mô hạt, không mũ; Rất tốt: Nướu hồng, lành hoàn toàn, không dấu hiệu viêm.

- **Quy trình thực hiện:** Quy trình nghiên cứu được tiến hành qua bốn bước. Trước tiên, nhóm nghiên cứu lập phiếu thu thập số liệu. Sau đó, bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được tuyển chọn, giải thích về nghiên cứu và ký phiếu đồng ý tham gia. Tất cả bệnh nhân được khám, chụp X-quang toàn cảnh, làm các xét nghiệm cần thiết và tư vấn điều trị. Bệnh nhân được phân ngẫu nhiên thành hai nhóm bằng phương pháp bốc thăm chặn-lẻ: Nhóm can thiệp (có sử dụng fibrin giàu tiểu cầu - PRF đặt vào ổ răng sau nhổ) và nhóm chứng (không sử dụng PRF). Trước khi nhổ răng, bệnh nhân nhóm can thiệp được lấy 6 mL máu tĩnh mạch, cho vào ống vô trùng không có chất chống đông, sau đó ly tâm ở 3000 vòng/phút trong 10 phút để thu được PRF. Tiếp theo thực hiện nhổ răng tiểu phẫu ở 2 nhóm. Trước khi khâu đóng ổ răng ở nhóm can thiệp đặt PRF vào ổ răng và khâu đóng.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Thu thập thông tin bệnh nhân, thăm khám lâm sàng, chỉ định cận lâm sàng ghi nhận kết quả theo phiếu nghiên cứu. Các bệnh nhân được chia 2 nhóm có, không có sử dụng fibrin, sau đó theo dõi và đánh giá kết quả điều trị.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Dùng phần mềm SPSS 20.0 để xử lý số liệu.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ thông qua với số phiếu chấp thuận 24.371.HV-ĐHYDCT.

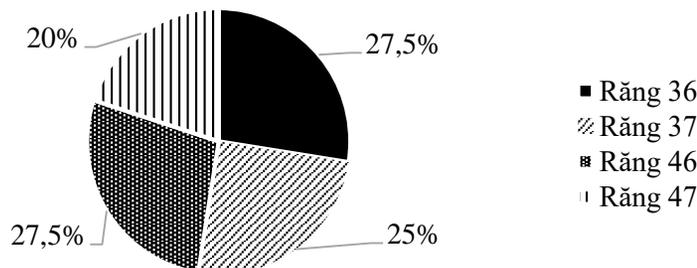
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Có 40 bệnh nhân từ 61 tuổi trở lên đã tham gia nghiên cứu. Tuổi trung bình của các đối tượng tham gia nghiên cứu là $70,6 \pm 5,66$ cao nhất là 89 tuổi thấp nhất là 61 tuổi. Trong đó có 21 nam (52,5%) và 19 nữ (47,5%).

Trong tổng số 40 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có 13 người không có bệnh mạn tính chiếm tỉ lệ 32,5%, có 21 người mắc 1 bệnh mạn tính chiếm tỉ lệ 52,5%, có 06 người mắc từ 2 bệnh mạn tính trở lên chiếm tỉ lệ 15%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1. Biểu đồ phân bố răng

Nhận xét: Trong 40 răng được đánh giá trong nghiên cứu của chúng tôi răng 36 và răng 46 chiếm tỉ lệ cao nhất với 27,5%, tiếp đến là răng 37 với 25% và thấp nhất là răng 47 với 20%.

Bảng 1. Số lượng chân răng

Số lượng chân răng	Nhóm can thiệp (n,%)	Nhóm chứng (n,%)	p*
2 chân	16 (55,2)	13 (44,8)	0,288
3 chân	4 (36,4)	7 (63,6)	

* Kiểm định Chi-Square

Nhận xét: Số lượng răng có 2 chân ở nhóm can thiệp là 16 (55,2%) răng, ở nhóm chứng là 13 (44,8%) răng. Số lượng răng có 3 chân ở nhóm can thiệp là 4 (36,4%) răng, ở nhóm chứng là 7 (63,6%) răng. Sự phân bố này chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p=0,288$ với kiểm định Chi-Square).

Bảng 2. Lý do nhổ răng

Nguyên nhân	Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ (%)
Sâu răng	22	55,0
Nha chu	7	17,5
Làm phục hình	11	27,5

Nhận xét: Sâu răng là lý do nhổ răng nhiều nhất với 22 (55%) bệnh nhân, tiếp theo là làm phục hình với 11 bệnh nhân chiếm 27,5%, sau cùng là do nha chu với 7 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 17,5%.

3.3. Kết quả nhổ răng có và không có kết hợp sử dụng fibrin giàu tiểu cầu

Bảng 3. Mức độ sưng ngày 1 và ngày 3 sau phẫu thuật

		Nhóm can thiệp (TB ± ĐLC)	Nhóm chứng (TB ± ĐLC)	p*
Độ sưng ngày 1	Ngang	$113,52 \pm 1,01$	$113,57 \pm 0,7$	0,857
	Đọc	$109,81 \pm 0,62$	$110,43 \pm 0,4$	0,001

		Nhóm can thiệp (TB ± ĐLC)	Nhóm chứng (TB ± ĐLC)	p*
Độ sưng ngày 3	Ngang	112,76 ± 1,08	112,7 ± 0,79	0,051
	p1**	< 0,001		
	Đọc	109,07 ± 0,59	107,45 ± 0,59	0,855
	p2**	< 0,001		

*Independent Sample Test

** Kiểm định Wilcoxon signed-rank

(p1, p2 lần lượt là tương quan mức độ sưng theo chiều ngang và chiều dọc ở ngày 3 so với ngày 1)

Nhận xét: Vào ngày 1 sau phẫu thuật, mức độ sưng theo chiều ngang giữa nhóm can thiệp (113,52 ± 1,01mm) và nhóm chứng (113,57 ± 0,7mm) không có sự khác biệt đáng kể (p=0,857). Tuy nhiên, theo chiều dọc, nhóm can thiệp có mức sưng thấp hơn rõ rệt (109,81 ± 0,62mm) so với nhóm chứng (110,43 ± 0,4mm), với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p=0,001). Đến ngày 3, cả hai nhóm đều giảm sưng đáng kể so với ngày 1 ở cả hai chiều (p1 và p2 < 0,001). Tuy nhiên, mức độ sưng theo chiều ngang giữa hai nhóm vẫn chưa đạt mức khác biệt có ý nghĩa (p=0,051), trong khi theo chiều dọc, sự khác biệt không còn rõ ràng (p=0,855).

Bảng 4. Mối tương quan giữa lành thương mô mềm ở nhóm can thiệp và nhóm chứng trên bệnh nhân có bệnh mạn tính sau 7 ngày

Bệnh mạn tính	Lành thương mô mềm	Nhóm can thiệp (n,%)	Nhóm chứng (n,%)	p*
Không	Khá	1 (16,67)	5 (83,33)	0,01
	Tốt	4 (57,14)	3 (42,86)	
1 bệnh	Khá	2 (25)	6 (75)	
	Tốt	9 (69,23)	4 (30,77)	
Trên hai bệnh	Khá	0	2 (100)	
	Tốt	4 (100)	0	

*Kiểm định Chi-Square

Nhận xét: Kết quả lành thương mô mềm sau một tuần ở nhóm can thiệp và nhóm chứng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,01. Đối với bệnh nhân có trên 2 bệnh mạn tính thì ở nhóm can thiệp tỉ lệ lành thương tốt chiếm 100%, trong khi nhóm chứng lành thương mức độ khá chiếm 100%. Đối với bệnh nhân có 1 bệnh lý mạn tính nhóm can thiệp lành thương tốt chiếm 69,23% trong khi nhóm chứng chỉ có 30,77%. Ở nhóm bệnh nhân không có bệnh mạn tính tỉ lệ tốt ở nhóm can thiệp vẫn cao hơn chiếm 57,14% trong khi nhóm chứng chiếm 42,86%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu có 40 bệnh nhân từ 61 tuổi trở lên đã tham gia nghiên cứu. Tuổi trung bình của các đối tượng tham gia nghiên cứu là 70,6 ± 5,66. Trong đó có 21 nam (52,5%) và 19 nữ (47,5%). Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Grzegorz Trybek (2016) [6], với độ tuổi trung bình là 67,8 ± 10,3 trong đó nam giới chiếm 54,2%, nữ chiếm 45,8%.

4.2. Đặc điểm lâm sàng

Trong số 40 được nhổ ở cả 2 nhóm, số lượng răng có 2 chân là 29 răng chiếm tỉ lệ 72,5%, số lượng răng có 3 chân là 11 răng chiếm tỉ lệ 27,5%. Theo nghiên cứu của

Kantilieraki (2019) răng cối lớn thứ nhất hàm dưới có 0,2% răng là răng một chân, 96,4% là răng hai chân và 3,3% là răng ba chân. Ở các răng cối lớn thứ hai hàm dưới, lần lượt là 12,2%, 82,8% và 4,9% là răng một chân, hai chân và ba chân [7].

Trong số 40 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có 22 bệnh nhân được nhổ răng với lý do sâu răng chiếm tỉ lệ 55% tiếp theo là làm phục hình với 11 bệnh nhân chiếm 27,5%, sau cùng là do nha chu với 7 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 17,5%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Passarelli (2020) [8], với Sâu răng (52,2%) là lý do nhổ răng phổ biến nhất. Theo nghiên cứu của của Rosette và cộng sự (2022) kết luận rằng sâu răng và viêm quanh chóp là lý do nhổ răng cao nhất [9].

4.3. Kết quả nhổ răng có và không có kết hợp sử dụng fibrin giàu tiểu cầu

Theo nghiên cứu của chúng tôi mức độ sưng ngày 1 theo chiều dọc ở nhóm can thiệp là $109,81 \pm 0,62$, ở nhóm chứng là $110,43 \pm 0,4$ có ý nghĩa thống kê với $p=0,001$, mức độ sưng ngày 3 theo chiều ngang ở nhóm can thiệp là $112,76 \pm 1,08$, ở nhóm chứng là $112,7 \pm 0,79$ với $p=0,051$. Tuy nhiên theo nghiên cứu của Lâm Cự Phong (2021) cho thấy mức độ sưng theo chiều ngang dựa trên các điểm mốc ngoài mặt của nhóm can thiệp có ý nghĩa thống kê tại thời điểm ngày thứ 3 sau phẫu thuật [5].

Kết quả lành thương mô mềm sau một tuần ở nhóm can thiệp và nhóm chứng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,01$. Đối với bệnh nhân có trên 2 bệnh mãn tính thì ở nhóm can thiệp tỉ lệ lành thương tốt chiếm 100%, trong khi nhóm chứng lành thương mức độ khá chiếm 100%. Đối với bệnh nhân có 1 bệnh lý mạn tính nhóm can thiệp lành thương tốt chiếm 69,23% trong khi nhóm chứng chỉ có 30,77%. Ở nhóm bệnh nhân không có bệnh mạn tính tỉ lệ tốt ở nhóm can thiệp vẫn cao hơn chiếm 57,14% trong khi nhóm chứng chiếm 42,86%. Kết quả này tương đồng với Mourão (2020) Trong tuần đầu tiên, ổ răng của nhóm thử nghiệm cho thấy mức độ lành vết thương cao hơn đáng kể (trung bình là $3,81 \pm 0,54$; $p=0,013$) so với ổ răng của nhóm đối chứng (trung bình là $3,18 \pm 0,65$) [10].

Quá trình lành vết thương nhanh chóng và không biến chứng luôn là mối quan tâm hàng đầu của các bác sĩ lâm sàng, vì việc đưa các yếu tố tăng trưởng vào ổ răng là một giả thuyết nổi tiếng. Fibrin giàu tiểu cầu là nguồn yếu tố tăng trưởng dồi dào, là vật liệu sinh học tiềm năng để tăng cường quá trình lành vết thương và tái tạo xương [11]. Fibrin giàu tiểu cầu bao gồm một tập hợp phức tạp các cytokine, chemokine và glycoprotein cấu trúc được vướng vào bên trong một mạng lưới fibrin được trùng hợp dần dần bao gồm yếu tố tăng trưởng có nguồn gốc từ tiểu cầu yếu tố tăng trưởng nội mạc mạch máu yếu tố tăng trưởng chuyển dạng, protein hình thái xương, các yếu tố đông máu, các phân tử kết dính và một số yếu tố sinh mạch khác kích thích hoạt hóa và phát triển các tế bào thúc đẩy quá trình chữa lành vết thương và tái tạo xương. Các yếu tố sinh hóa này được giải phóng vào môi trường vi mô tại chỗ cho phép hình thành mạch máu nhanh hơn và tái cấu trúc tốt hơn mạng lưới fibrin thành mô liên kết bền hơn góp phần cải thiện quá trình chữa lành vết thương ở mô mềm. Tiểu cầu và bạch cầu khi kích hoạt giải phóng các cytokine có khả năng kích thích các tế bào xương do đó góp phần vào việc tái tạo khoáng hóa mô [12]. Hầu hết các nghiên cứu đều nhất trí rằng fibrin giàu tiểu cầu có ảnh hưởng có lợi đến quá trình lành mô mềm và tái tạo xương, do đó có thể được sử dụng như một vật liệu ghép duy nhất vì nó dễ kiếm và không có rủi ro liên quan đến các vật liệu ghép khác. Tuy nhiên, dữ liệu mô học của con người về ảnh hưởng của fibrin giàu tiểu cầu đến quá trình lành mô mềm và tái tạo xương còn hạn chế, do đó, cần phải tiến hành nhiều cuộc điều tra hơn dưới dạng thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên trên nhiều bệnh nhân hơn.

V. KẾT LUẬN

Việc sử dụng fibrin giàu tiểu cầu (PRF) giúp giảm sưng sớm và thúc đẩy lành thương mô mềm sau nhổ răng cối lớn hàm dưới ở người cao tuổi. Hiệu quả này đặc biệt rõ rệt ở bệnh nhân có một hoặc nhiều bệnh lý mạn tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alzahrani A.A., Murriky A., Shafik S. Influence of platelet rich fibrin on post-extraction socket healing: A clinical and radiographic study. *Saudi Dent J.* 2017. 29(4), 149-155. DOI: 10.1016/j.sdentj.2017.07.003.
2. Asoka S., Panneerselvam E., Pandya A.R., Raja V.B.K., Ravi P. Effect of platelet-rich fibrin on extraction socket healing in diabetic patients - A split-mouth crossover study: A prospective clinical trial. *Natl J Maxillofac Surg.* 2022. 13(1), 39-43. DOI: 10.4103/njms.njms_422_21.
3. Lam P.C., Ly N.T.B., Ngoc N.T.B. Effect of Platelet-Rich Fibrin (PRF) on pain and swelling after surgical removal of impacted lower third molars. *Journal of Health Sciences.* 2021. 2(1), 102-109. DOI: 10.32508/stdjhs.v2i1.457.
4. Castro A.B., Van D.J., Temmerman A., Jacobs R., Quirynen M. Effect of different platelet-rich fibrin matrices for ridge preservation in multiple tooth extractions: A split-mouth randomized controlled clinical trial. *J Clin Periodontol.* 2021. 48(7), 984-995. DOI: 10.1111/jcpe.13463.
5. Phong L.C., Ngoc N.T.B., Ly N.T.B. Đánh giá hiệu quả của sợi huyết giàu tiểu cầu (PRF) lên tình trạng sưng, đau sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới lệch ngầm. *Health Sciences.* 2021. 2(1), 102-109. DOI: 10.15419/stdjhs.v2i1.457
6. Trybek G., Chruściel-Nogalska M., Machnio M., *et al.* Surgical extraction of impacted teeth in elderly patients. A retrospective analysis of perioperative complications - the experience of a single institution. *Gerodontology.* 2016. 33(3), 410-5. DOI: 10.1111/ger.12182.
7. Kantilieraki E., Delantoni A., Angelopoulos C., Beltes P. Evaluation of Root and Root Canal Morphology of Mandibular First and Second Molars in a Greek Population: A CBCT Study. *Eur Endod J.* 2019. 4(2), 62-68. DOI: 10.14744/ej.2019.19480.
8. Passarelli P.C., Pagnoni S., Piccirillo G.B., *et al.* Reasons for Tooth Extractions and Related Risk Factors in Adult Patients: A Cohort Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2020. 17(7). DOI: 10.3390/ijerph17072575.
9. Rosette F., Charles B., Essama E.B.L., Bohimbo E., Marie E.N. Coalesce research group international journal of dentistry and oral care what dental extraction tells us about the elderly in Yaoundé: Observational study in cameroon. 2022. 1-5.
10. Mourão C.F.D.A.B., de Mello-Machado R.C., Javid K, Moraschini V. The use of leukocyte-and platelet-rich fibrin in the management of soft tissue healing and pain in post-extraction sockets: A randomized clinical trial. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery.* 2020. 48(4), 452-457. DOI: 10.1016/j.jcms.2020.02.020.
11. Zuleika P., Saleh I., Murti K., *et al.* Platelet-rich Fibrin: A Systematic Review of Its Action", *Nature and Science of Medicine.* 2024. 7(4), 242-252. DOI: 10.4103/jnsm.jnsm_2_24.
12. Pavlovic V., Ciric M., Jovanovic V., Trandafilovic M., Stojanovic P. Platelet-rich fibrin: Basics of biological actions and protocol modifications. *Open Med (Wars).* 2021. 16(1), 446-454. DOI: 10.1515/med-2021-0259.