

HIỆU QUẢ CỦA KHỐI FIBRIN GIÀU TIỂU CẦU TRONG VIỆC KIỂM SOÁT ĐAU, SƯNG VÀ LÀNH THƯƠNG MÔ MỀM SAU NHỔ RĂNG CỐI LỚN HÀM DƯỚI Ở BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2

Vũ Anh Dũng^{1,2}, Nguyễn Phúc Vinh¹,
Lâm Nhựt Tân¹, Lê Ngọc Thanh Trúc¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả kiểm soát sưng, đau và lành thương mô mềm sau phẫu thuật nhổ răng cối lớn hàm dưới ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có sử dụng khối fibrin giàu tiểu cầu (PRF). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, không nhóm chứng được thực hiện trên 32 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có chỉ định nhổ răng cối lớn hàm dưới và sử dụng PRF sau phẫu thuật tại Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 8 năm 2024 đến tháng 3 năm 2025. Các chỉ số được theo dõi bao gồm mức độ đau (VAS), mức độ sưng nề mặt và mức độ lành thương mô mềm tại các thời điểm sau phẫu thuật (ngày 1, 3, 7, 21 và 42). **Kết quả:** Mức độ đau giảm dần từ ngày 1 đến ngày 7 sau phẫu thuật, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Kích thước phù nề mặt tăng nhẹ tại ngày 1, sau đó giảm dần và trở về gần mức trước phẫu thuật vào ngày 7. Các đặc tính mô mềm đạt kết quả tích cực từ ngày 7 và tiến triển rõ tại các mốc ngày 21 và 42. Điểm lành thương trung bình cũng cải thiện theo thời gian, với sự khác biệt có ý nghĩa giữa ngày 7 và các thời điểm ngày 21, 42 ($p < 0,001$). **Kết luận:** Việc ứng dụng PRF trong phẫu thuật nhổ răng cối lớn hàm dưới ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 giúp giảm đau hiệu quả, hạn chế sưng nề và thúc đẩy quá trình lành thương mô mềm, góp phần nâng cao chất lượng điều trị và chăm sóc hậu phẫu.

Từ khóa: Khối fibrin giàu tiểu cầu, nhổ răng cối lớn hàm dưới, đái tháo đường typ 2, lành thương mô mềm.

SUMMARY

THE EFFECTIVENESS OF PLATELET-RICH FIBRIN IN CONTROLLING PAIN, SWELLING AND SOFT TISSUE HEALING AFTER MANDIBULAR MOLAR EXTRACTION IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES

Objective: Evaluation of swelling, pain, and soft tissue healing after mandibular molar extraction using platelet-rich fibrin (PRF) in patients with type 2 diabetes. **Subjects and Methods:** A non-controlled clinical trial conducted on 32 patients with type 2 diabetes who underwent mandibular molar extraction with PRF application at Thong Nhat Hospital from August 2024 to March 2025. Postoperative parameters

were monitored, including pain level (VAS), facial swelling, and soft tissue healing at multiple time points (days 1, 3, 7, 21, and 42). **Results:** Pain levels decreased progressively from day 1 to day 7 after surgery, with statistically significant differences ($p < 0.001$). Facial swelling slightly increased on day 1, then gradually subsided and returned close to baseline by day 7. Soft tissue characteristics showed positive improvement from day 7 and progressed markedly by days 21 and 42. The mean healing scores also improved over time, with significant differences observed between day 7 and days 21 and 42 ($p < 0.001$). **Conclusion:** The use of PRF in mandibular molar extraction for patients with type 2 diabetes demonstrated effective pain reduction, minimized swelling, and enhanced soft tissue healing, contributing to improved postoperative outcomes and quality of care.

Keywords: Platelet-rich fibrin, mandibular molar extraction, type 2 diabetes, soft tissue healing.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là bệnh lý rối loạn chuyển hóa mạn tính phổ biến nhất toàn cầu, với tỷ lệ mắc đang gia tăng nhanh chóng và dự kiến sẽ đạt khoảng 800 triệu người vào năm 2045 [7]. Một trong những biến chứng quan trọng ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 là tình trạng chậm lành vết thương, do ảnh hưởng của tăng đường huyết kéo dài lên quá trình tái tạo mô và hệ miễn dịch. Điều này đặc biệt có ý nghĩa trong phẫu thuật răng miệng, khi quá trình lành thương sau nhổ răng ở bệnh nhân đái tháo đường có nguy cơ nhiễm trùng và tiêu xương ổ răng cao hơn bình thường [5],[6]. Khối fibrin giàu tiểu cầu (PRF) là một chế phẩm sinh học từ máu tự thân, chứa nhiều yếu tố tăng trưởng, bạch cầu và cytokine, có khả năng thúc đẩy quá trình phục hồi mô mềm và xương sau nhổ răng. Kỹ thuật sử dụng PRF, được phát triển bởi Choukroun từ năm 2001, hiện đang được ứng dụng rộng rãi trong nha khoa nhờ đặc tính an toàn, dễ thực hiện và hiệu quả sinh học cao [1],[4],[5]. Mặc dù có nhiều nghiên cứu chứng minh vai trò tích cực của PRF trong việc hỗ trợ lành thương trong nhổ răng, đặc biệt là răng khôn, các nghiên cứu về ứng dụng PRF trong điều trị cho bệnh nhân đái tháo đường và răng cối lớn nói chung còn hạn chế. Xuất phát từ thực tiễn lâm sàng và khoảng trống nghiên cứu,

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Thống Nhất

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Anh Dũng

Email: drdung1980@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2025

Ngày duyệt bài: 16.9.2025

chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Hiệu quả của khối fibrin giàu tiểu cầu trong việc kiểm soát sưng, đau và lành thương mô mềm sau nhổ răng cối lớn hàm dưới ở bệnh đái tháo đường týp 2" nhằm góp phần cung cấp thêm bằng chứng khoa học lâm sàng của PRF trong nhóm bệnh nhân đặc biệt này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân đái tháo đường týp 2 có chỉ định phẫu thuật nhổ răng cối lớn hàm dưới điều trị tại Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 8 năm 2024 đến tháng 3 năm 2025.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên.

Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật nhổ răng cối lớn hàm dưới (ngoại trừ răng khôn) như sâu răng không phục hồi được, bệnh nha chu nặng dẫn đến hủy xương, răng bị gãy không thể phục hồi hoặc giữ lại, răng thừa chen chúc, nhổ để tạo khoảng chỉnh nha hoặc chuẩn bị phục hình,...

Bệnh nhân có tiền sử được chẩn đoán và điều trị đái tháo đường týp 2, lần nhập viện hiện tại có chẩn đoán chính hoặc phụ trên bệnh án phù hợp với ICD-10 về đái tháo đường týp 2.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có bệnh lý tại chỗ vùng nhổ răng như viêm nướu, viêm quanh thân răng, viêm xương ổ răng, viêm xoang hàm cấp, u hoặc nang xương hàm, hoặc đã từng xạ trị vùng đầu mặt cổ gần đây.

Bệnh nhân có bệnh lý toàn thân cấp tính hoặc không ổn định với phân loại ASA > 2 (tim mạch, tăng huyết áp không kiểm soát, rối loạn đông máu, bệnh giai đoạn cuối, suy giảm miễn dịch, đang mang thai...)

Bệnh nhân đái tháo đường có đường huyết lúc đói ≥ 180 mg/dL hoặc đường huyết ngẫu nhiên ≥ 200 mg/dL trong trường hợp nhổ răng thường quy; hoặc đường huyết sau nghiệm pháp OGTT ≥ 234 mg/dL trong trường hợp nhổ răng cấp cứu [6].

Bệnh nhân không hợp tác, không có khả năng cung cấp thông tin hoặc từ chối tuân thủ điều trị và theo dõi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được theo công thức ước lượng 1 tỷ lệ, trong đó chúng tôi chọn trị số phân phối chuẩn $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ (mức sai lầm loại 1 là 5%), sai số tuyệt đối là 5% và $p = 0,02$ dựa theo nghiên cứu của Asoka S và cộng sự (2022) trên đối tượng đái tháo đường cho thấy tỷ lệ

chảy máu khi thăm khám ổ răng sau phẫu thuật nhổ răng có sử dụng PRF [5]. Từ công thức trên, cỡ mẫu ước tính tối thiểu là 31 bệnh nhân. Thực tế, chúng tôi thu thập được 32 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn.

Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm chung: Tuổi (<60, ≥ 60 , trung bình \pm độ lệch chuẩn), giới tính (nam, nữ), thời gian mắc bệnh đái tháo đường (<5 năm, 5-10 năm, >10 năm, trung bình \pm độ lệch chuẩn), lý do nhổ răng (sâu răng, bệnh nha chu, khác), vị trí răng được nhổ (R36, R37, R46, R47).

Kết quả điều trị:

Mức độ đau: Bệnh nhân tự đánh giá bằng thang đo thị giác (VAS) - một đoạn thẳng 10 cm, với hai đầu lần lượt là "không đau" và "đau dữ dội nhất". Bệnh nhân đánh dấu vị trí tương ứng với cảm nhận đau của mình, điểm số được tính bằng khoảng cách từ đầu "không đau" đến vị trí đánh dấu. Đánh giá được thực hiện vào ngày thứ 1, 3 và 7 sau phẫu thuật.

Mức độ sưng mặt: Các điểm mốc giải phẫu (khóe mắt ngoài, góc hàm, khóe miệng, bờ dưới nắp tai) được đánh dấu bằng bút không phai và giữ đến ngày thứ 7. Sưng được đo bằng thước dây chính xác từng mm, ở tư thế ngồi thư giãn, sao cho bờ xương hàm dưới song song với mặt đất. Đo trước phẫu thuật và vào các ngày 1, 3 và 7 sau mổ, với các khoảng cách:

+ Chiều ngang: từ bờ dưới nắp tai đến khóe miệng (AC) và đến đỉnh cằm (AD).

+ Chiều dọc: từ góc mắt ngoài đến góc hàm dưới (BE).

Tình trạng lành thương: Đánh giá sự lành thương mô mềm bằng thang điểm Landry R.G., gồm 5 mức (từ 1 đến 5 điểm), dựa trên các tiêu chí gồm màu mô, mức độ chảy máu khi thăm khám, mô hạt, có mũ hay không và mép vết thương. Đánh giá được thực hiện vào ngày thứ 7, 21 và 42 sau nhổ răng, xét riêng từng tiêu chí và tổng điểm chung [4].

Quy trình nhổ răng: Trước phẫu thuật, 20 ml máu tĩnh mạch được lấy từ bệnh nhân, cho vào ống nghiệm không chứa chất chống đông và ly tâm theo quy trình của Choukroun trong 8 phút ở 1300 vòng/phút để thu PRF. Sau khi lấy PRF từ lớp giữa, vật liệu này được sử dụng để đặt vào ổ răng sau khi nhổ. Quy trình nhổ răng gồm các bước chuẩn: súc miệng với chlorhexidine 0,2%, sát khuẩn vùng mổ bằng Povidone-iodine 10%, gây tê tại chỗ bằng lidocaine 2% có adrenalin 1:100.000, tạo vạt niêm mạc với ba đường rạch, lật vạt bộc lộ xương, nhổ răng bằng kỹ thuật chia chân, làm sạch ổ răng và bơm rửa với NaCl 0,9%. PRF

được đặt trực tiếp vào ổ răng trước khi khâu vạt bằng chỉ Vicryl 3.0 mũi đơn. Sau mổ, bệnh nhân được căn gác vô trùng, theo dõi tại chỗ 30-60 phút, kê toa thuốc giống nhau và hướng dẫn chế độ ăn lỏng 1-2 ngày đầu, sau đó ăn uống bình thường và súc miệng với chlorhexidine 0,2% trong 2 tuần.

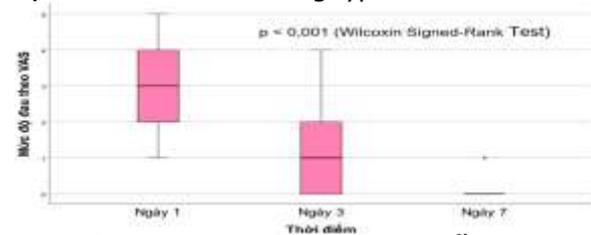
Phân tích dữ liệu: Số liệu nghiên cứu được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 27.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm, trong khi các biến định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn. Kiểm định Wilcoxon signed-rank được sử dụng để so sánh sự thay đổi của các biến định lượng tại các thời điểm theo dõi khác nhau. Mức ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$, kết quả phân tích được minh họa bằng bảng và biểu đồ.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu này đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Cần Thơ phê duyệt (số 24.373.HV/PCT-HĐĐĐ ngày 28/6/2024) và được tiến hành tuân thủ đầy đủ các quy định và nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hiện tại tuyển chọn được 32 bệnh nhân tham gia, với độ tuổi trung bình là

65,59 ± 10,66 tuổi, dao động từ 37 đến 92 tuổi, trong đó nam giới chiếm đa số với tỷ lệ 75,0%. Thời gian mắc đái tháo đường týp 2 trung bình của quần thể nghiên cứu là 6,33 ± 4,95 năm, chủ yếu dưới 10 năm (78,1%). Lý do nhổ răng phổ biến là bệnh nha chu (59,4%) và sâu răng (31,3%). Thứ tự vị trí răng được nhổ bỏ lần lượt là R37 (50,0%), R47 (25,0%), R36 (15,6%), R46 (9,4%). Kết quả đánh giá sau phẫu thuật cho thấy phương pháp phẫu thuật nhổ răng cối lớn hàm dưới có sử dụng PRF đạt hiệu quả tốt ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2.



Biểu đồ 1. Mức độ đau sau phẫu thuật

Nhận xét: Sau phẫu thuật, mức độ đau giảm dần theo thời gian, điểm VAS có xu hướng giảm rõ rệt. Cụ thể, trung vị điểm VAS ở ngày 1, ngày 3 và ngày 7 lần lượt là 3 (2-4), 1 (0-2) và 0. Phân tích cho thấy mức độ đau theo VAS giảm dần có ý nghĩa thống kê từ ngày 1 đến ngày 7 sau phẫu thuật ($p < 0,001$).

Bảng 1. Mức độ sưng mắt sau phẫu thuật

Kích thước	Trước phẫu thuật (mm)	Ngày 1 (mm)	p*	Ngày 3 (mm)	p‡	Ngày 7 (mm)	p†
Mức độ sưng mắt theo chiều ngang							
AC	120,3 ± 7,3	121,6 ± 7,5	<0,001	120,9 ± 7,5	0,121	120,4 ± 6,2	0,544
AD	153,1 ± 8,8	154,8 ± 8,8	0,021	154,1 ± 7,2	0,045	153,1 ± 6,2	0,442
Mức độ sưng mắt theo chiều dọc							
BE	108,8 ± 7,5	110,2 ± 7,5	<0,001	109,7 ± 8,1	0,097	109,2 ± 8,1	0,211

*†‡ lần lượt tại các thời điểm ngày 1, 3 và ngày 7 so với trước phẫu thuật (Paired Sample T Test)

Nhận xét: Kích thước mắt sau phẫu thuật có sự thay đổi đáng kể ở ngày 1, nhưng sau đó dần trở về mức ban đầu. Cụ thể, so với trước phẫu thuật, tại ngày 1, kích thước AC tăng từ 120,3 ± 7,3 mm lên 121,6 ± 7,5 mm ($p < 0,001$), AD tăng từ 153,1 ± 8,8 mm lên 154,8 ± 8,2 mm ($p = 0,021$) và BE tăng từ 108,8 ± 7,5 mm lên 110,2 ± 7,5 mm ($p < 0,001$). Tuy nhiên, đến ngày 3 và ngày 7, các giá trị này giảm dần và hầu hết không còn sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với trước phẫu thuật (tất cả $p > 0,05$, ngoại trừ kích thước AD ngày 3 với $p = 0,045$). Cụ thể, kích thước AC, AD, BE lần lượt là 120,9 ± 7,5 mm, 154,1 ± 7,2 mm, 109,7 ± 8,1 mm (ngày 3) và 120,4 ± 6,2 mm, 153,1 ± 6,2

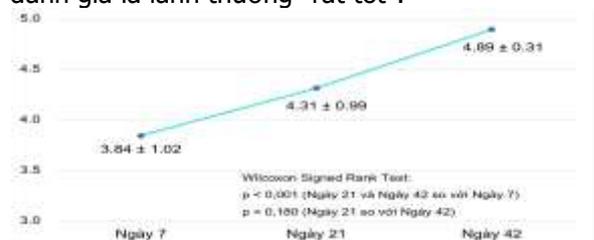
mm, 109,2 ± 8,1 mm (ngày 7).

Bảng 2. Mức độ lành thương sau phẫu thuật

Tiêu chí đánh giá	Ngày 7	Ngày 21	Ngày 42	
Màu sắc mô	25-50% đỏ	5(15,6)	0(0,0)	0(0,0)
	<25% đỏ	17(53,1)	3(9,4)	2(6,3)
	Hồng	10(31,3)	29(90,6)	30(93,8)
Chảy máu	Có	3(9,4)	1(3,1)	0(0,0)
	Không	29(90,6)	31(96,9)	32(100)
Mô hạt	Có	1(3,1)	0(0,0)	0(0,0)
	Không	31(96,9)	32(100)	32(100)
Mưng mủ	Có	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
	Không	32(100)	32(100)	32(100)
Mép vết thương	Không/mất biểu mô, lộ mô liên kết	1(3,1)	0(0,0)	0(0,0)
	Không lộ	31(96,9)	32(100)	32(100)

	mô liên kết			
Mức độ lành thương	Kém	3(9,4)	1(3,1)	0(0,0)
	Khá	3(9,4)	0(0,0)	0(0,0)
	Tốt	16(50,0)	2(6,3)	2(6,32)
	Rất tốt	10(31,3)	29(90,6)	30(93,8)

Nhận xét: Tiến trình lành thương sau phẫu thuật cho thấy sự cải thiện theo thời gian. Ở ngày 7, đa số bệnh nhân có mô hồng (31,3%) hoặc đỏ nhẹ < 25% (53,1%), một số ít còn chảy máu nhẹ (3,1%), mô hạt (3,1%) hoặc lành thương kém (9,4%). Đến ngày 21, tỷ lệ mô hồng tăng lên 90,6%, vết thương liền kín hoàn toàn, không còn chảy máu, mô hạt hay mưng mủ; 90,6% bệnh nhân được đánh giá là lành thương "rất tốt". Tại ngày 42, tỷ lệ mô hồng đạt 93,8%, tất cả vết thương đều liền kín và 93,8% được đánh giá là lành thương "rất tốt".



Biểu đồ 2. Mức độ lành thương

Nhận xét: Giá trị trung bình mức độ lành thương tăng dần theo thời gian, với $3,84 \pm 1,02$ vào ngày 7, $4,31 \pm 0,99$ vào ngày 21 và $4,89 \pm 0,31$ vào ngày 42. Phân tích cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa giữa ngày 7 và các ngày 21, 42 ($p < 0,001$), trong khi đó, không có sự khác biệt đáng kể giữa ngày 21 và ngày 42 ($p = 0,180$).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu hiện tại, 32 bệnh nhân đái tháo đường týp 2 đã được phẫu thuật nhỏ răng cối lớn hàm dưới có sử dụng PRF, các phát hiện chính cho thấy hiệu quả cao của phương pháp này trong thực hành lâm sàng. Phương pháp can thiệp giúp kiểm soát tốt tình trạng sưng, đau sau phẫu thuật, đồng thời thúc đẩy quá trình lành thương mô mềm diễn ra sớm và hiệu quả.

Nghiên cứu cho thấy mức độ đau sau phẫu thuật giảm rõ rệt theo thời gian, với điểm VAS trung bình giảm dần từ ngày 1 đến ngày 7 và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây, Alissa và cộng sự (2010) ghi nhận nhóm dùng PRF đau ít hơn rõ rệt so với nhóm chứng trong những ngày đầu [3]. Nghiên cứu của Kaur (2023) cho thấy cho thấy mức độ đau giảm theo thời gian và rõ rệt hơn ở nhóm có PRF so với nhóm lành thương tự nhiên [8]. Trong khi đó, Asoka và cộng sự (2021) ghi nhận hiệu quả giảm

đau của PRF nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng [5]. Điều cần lưu ý là bệnh nhân đái tháo đường có thể có ngưỡng chịu đau cao hơn do tổn thương thần kinh ngoại biên, ảnh hưởng đến cảm nhận đau. Nhìn chung, các bằng chứng hiện có tương đối đồng thuận về vai trò của PRF trong kiểm soát đau sau nhổ răng [4]. Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng ghi nhận kích thước mặt có xu hướng tăng nhẹ sau phẫu thuật, phản ánh tình trạng sưng nề mô mềm do viêm cấp tính, sau đó giảm dần và gần trở về mức ban đầu vào ngày 7. Diễn tiến này phù hợp với đáp ứng miễn dịch sinh lý, khi yếu tố viêm được kiểm soát và dịch mô được tái hấp thu. Mặc dù dữ liệu trên bệnh nhân đái tháo đường nhỏ răng cối lớn còn hạn chế, nhiều nghiên cứu về nhổ răng khôn đã chứng minh hiệu quả của PRF trong việc giảm phù nề, đặc biệt khi so sánh với nhóm không dùng PRF [1],[10].

Về tiến trình lành thương mô mềm, kết quả cho thấy sự cải thiện liên tục và rõ rệt theo thời gian, với mức độ lành thương tăng nhanh từ ngày 7 đến ngày 42, hầu hết bệnh nhân được đánh giá là lành thương "rất tốt". Điểm lành thương trung bình cũng tăng dần từ $3,84 \pm 1,02$ (ngày 7) lên $4,89 \pm 0,31$ (ngày 42) ($p < 0,001$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Asoka và đồng nghiệp, PRF giúp vết thương liền nhanh hơn và làm giảm rõ các biểu hiện viêm kéo dài trong giai đoạn hậu phẫu, quá trình lành thương mô mềm tốt hơn đáng kể so với nhóm chứng [5]. Tương tự, nghiên cứu của Kaur cũng ghi nhận hiệu quả thúc đẩy lành thương mô mềm kéo dài rõ rệt ở nhóm sử dụng PRF sau nhổ răng [8]. Về điểm lành thương trung bình, các thử nghiệm lâm sàng và tổng quan hệ thống cũng xác nhận bệnh nhân được sử dụng PRF có điểm lành thương cao hơn có ý nghĩa so với nhóm lành thương tự nhiên tại tất cả các thời điểm quan sát sau phẫu thuật nhỏ răng [4],[9]. Nhìn chung, cơ chế của những tác dụng này liên quan đến mạng lưới fibrin sinh học giàu yếu tố tăng trưởng (PDGF, TGF- β , VEGF...), cùng các cytokine, chemokine và protein có khả năng điều hòa viêm, kích thích tăng sinh nguyên bào sợi, hình thành vi mạch và giảm xâm nhập bạch cầu đa nhân trung tính tại vùng tổn thương, từ đó hỗ trợ tái tạo mô, thúc đẩy lành thương, giảm đau và phù nề sau phẫu thuật [2].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy khối fibrin giàu tiểu cầu là một lựa chọn hỗ trợ hiệu quả trong việc giảm đau, hạn chế sưng và thúc đẩy lành thương sau

nhỏ răng cối lớn hàm dưới ở nhóm bệnh nhân có nguy cơ lành thương kém như bệnh nhân đái tháo đường týp 2. Đây là một lựa chọn can thiệp có thể được tích hợp vào phác đồ điều trị nhằm tối ưu quá trình phục hồi và áp dụng rộng rãi trong thực hành nha khoa lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thị Thùy Ly, Tống Minh Sơn, Phạm Thanh Hải. Tình trạng lành thương mô mềm của bệnh nhân sau khi phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới có dùng khối fibrin giàu tiểu cầu (PRF). Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;503(1):196-199.
2. Phạm Thị Thanh, Nguyễn Thị Mai, Nguyễn Thị Ngọc Hà, Mai Thị Hiền, Nguyễn Đức Tu. Platelet-rich Plasma and Its Application in Clinical Trial. VNU Journal Of Science: Medical And Pharmaceutical Sciences. 2021;37(3):37-47.
3. Alissa R, Esposito M, Horner K, Oliver R. The influence of platelet-rich plasma on the healing of extraction sockets: an explorative randomised clinical trial. Eur J Oral Implantol. 2010 Summer;3(2):121-34.
4. Al-Maawi S, Becker K, Schwarz F, Sader R, Ghanaati S. Efficacy of platelet-rich fibrin in promoting the healing of extraction sockets: a

- systematic review. Int J Implant Dent. 2021 Dec 19;7(1):117.
5. Asoka S, Panneerselvam E, Pandya AR, Raja VBK, 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.
 6. Gazal G. Management of an emergency tooth extraction in diabetic patients on the dental chair. Saudi Dent J. 2020;32(1):1-6.
 7. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 10th ed. 2021.
 8. Kaur P. Assessment of effect of platelet-rich fibrin on extraction socket healing in diabetic patients. Int J Life Sci Biotechnol Pharma Res. 2023;12(2):419-422.
 9. Mozzati M, Galesio G, di Romana S, Bergamasco L, Pol R. Efficacy of plasma-rich growth factor in the healing of postextraction sockets in patients affected by insulin-dependent diabetes mellitus. J Oral Maxillofac Surg. 2014 Mar;72(3):456-62.
 10. Ozgul O, Senses F, Er N, Tekin U, Tuz HH, Alkan A, Kocygigit ID, Atil F. Efficacy of platelet rich fibrin in the reduction of the pain and swelling after impacted third molar surgery: randomized multicenter split-mouth clinical trial. Head Face Med. 2015 Nov 26;11:37.

HỒI PHỤC SỨC NGHE Ở BỆNH NHÂN ĐIẾC ĐỘT NGỘT CÓ KÈM ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2

Cao Hương Quỳnh^{1,2}, Trần Thị Liệu¹,
Nguyễn Tuấn Anh¹, Đỗ Bá Hưng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tổng quan hồi phục sức nghe ở bệnh nhân điếc đột ngột có kèm đái tháo đường Type 2. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tổng quan luận điểm (Scoping Review) dựa theo khung Arksey và O'Malley, sử dụng bảng kiểm PRISMA-SCR. Dữ liệu được trích từ PubMed, ScienceDirect, Google Scholar và Medline đến tháng 6 năm 2025. Các bài báo liên quan đến điếc đột ngột ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 được lựa chọn theo tiêu chuẩn rõ ràng. **Kết quả:** 15 nghiên cứu từ Nhật Bản, Trung Quốc và Hàn Quốc được phân tích. Đa số là nghiên cứu hồi cứu (60%), chủ yếu tập trung ở nhóm tuổi 46–62, có tiền sử đái tháo đường >5 năm. Phương pháp điều trị chính chủ yếu vẫn là sử dụng corticosteroid bằng các đường khác nhau như đường toàn thân qua tiêm truyền tĩnh mạch hoặc đường uống, đường xuyên nhĩ, một số nghiên cứu sử dụng

liệu pháp kết hợp và oxy cao áp. Đái tháo đường được xác định là yếu tố tiên lượng xấu đối với khả năng phục hồi thính lực. **Kết luận:** Hồi phục sức nghe ở bệnh nhân điếc đột ngột có kèm đái tháo đường type 2 có tỷ lệ chung là thấp hơn so với bệnh nhân điếc đột ngột nói chung, tỷ lệ hồi phục sức nghe cũng phụ thuộc vào khả năng kiểm soát đường huyết hiện tại cũng như trong quá khứ. Cần điều chỉnh phương pháp điều trị, ưu tiên liệu pháp tại chỗ để giảm tác dụng phụ. **Từ khóa:** điếc đột ngột, đái tháo đường Type 2, hồi phục sức nghe

SUMMARY

HEARING RECOVERY IN PATIENTS WITH SUDDEN SENSORINEURAL HEARING LOSS ACCOMPANIED BY TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Objective: To provide an overview of hearing recovery in patients with sudden sensorineural hearing loss (SSNHL) accompanied by Type 2 diabetes mellitus (T2DM). **Methods:** A scoping review was conducted based on the Arksey and O'Malley framework, using the PRISMA-SCR checklist. Data were extracted from PubMed, ScienceDirect, Google Scholar, and Medline up to June 2025. Articles related to SSNHL in patients with Type 2 diabetes were selected based on clearly defined criteria. **Results:** Fifteen studies from Japan, China, and South Korea were analyzed. The majority

¹Trường Đại Học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nội Tiết Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Bá Hưng

Email: dobahung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.8.2025

Ngày duyệt bài: 19.9.2025