

HIỆU QUẢ LÂM SÀNG VÀ X QUANG CỦA FIBRIN GIÀU TIỂU CẦU CẢI TIẾN KẾT HỢP XƯƠNG DỊ LOẠI TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM NHA CHU CÓ KHIẾM KHUYẾT TRONG XƯƠNG

Nguyễn Mẹo¹, Nguyễn Thu Thủy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả lâm sàng và X quang của fibrin giàu tiểu cầu cải tiến (A-PRF) kết hợp xương dị loại (XBSM) trong điều trị khiếm khuyết trong xương do viêm nha chu sau 6 tháng.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu ngẫu nhiên có nhóm chứng thiết kế nửa miệng được thực hiện trên 23 bệnh nhân với 46 vị trí khiếm khuyết trong xương. Các vị trí được chia thành 2 nhóm: nhóm can thiệp sử dụng A-PRF kết hợp XBSM + màng collagen và nhóm chứng sử dụng XBSM + màng collagen. Các chỉ số nha chu lâm sàng (độ sâu túi, mức bám dính lâm sàng) và X-quang được đánh giá tại thời điểm ban đầu (T₀) và sau 6 tháng (T₆).

Kết quả: Sau 6 tháng, nhóm sử dụng A-PRF ghi nhận giảm độ sâu túi nha chu và cải thiện mức bám dính lâm sàng có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng ($p < 0,05$). Tuy nhiên không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm về mức tiêu mào xương ổ và mức lấp khiếm khuyết trên X quang.

Kết luận: A-PRF kết hợp xương dị loại cải thiện đáng kể chỉ số lâm sàng trong điều trị viêm nha chu có khiếm khuyết trong xương, tuy nhiên chưa thấy lợi ích vượt trội về tái sinh xương sau 6 tháng.

Từ khóa: viêm nha chu, fibrin giàu tiểu cầu, xương dị loại

SUMMARY

CLINICAL AND RADIOGRAPHIC OUTCOMES OF ADVANCED PLATELET-RICH FIBRIN IN COMBINATION WITH XENOGENEIC BONE SUBSTITUTE FOR THE TREATMENT OF PERIODONTAL INTRABONY DEFECTS

Objective: To evaluate the clinical and radiographic outcomes of advanced platelet-rich fibrin (A-PRF) combined with xenogeneic bone substitute material (XBSM) in the treatment of periodontal intrabony defects after 6 months.

Materials and Methods: A randomized controlled split-mouth study was conducted on 23 patients with 46 intrabony defect sites. The sites were

allocated into two groups: the test group received A-PRF combined with XBSM and a collagen membrane, while the control group received XBSM and a collagen membrane alone. Clinical periodontal parameters, including probing depth (PD) and clinical attachment level (CAL), as well as radiographic outcomes, were assessed at baseline (T₀) and after 6 months (T₆).

Results: At 6 months, the A-PRF group demonstrated a statistically significant reduction in probing depth and improvement in clinical attachment level compared to the control group ($p < 0.05$). However, no significant differences were observed between the two groups in terms of alveolar crestal bone loss and defect fill on radiographic evaluation.

Conclusion: The combination of A-PRF and xenogeneic bone substitute material significantly improved clinical periodontal parameters in the treatment of intrabony defects associated with periodontitis. However, no additional benefit in bone regeneration was observed after 6 months.

Keywords: periodontitis, platelet-rich fibrin, xenogeneic bone substitute

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm nha chu (VNC) là một bệnh lý răng miệng phổ biến và là nguyên nhân hàng đầu gây mất răng, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Việc điều trị phẫu thuật tái sinh mô nha chu tạo bằng kỹ thuật tái sinh mô có hướng dẫn là phương pháp thường được áp dụng. Tuy nhiên kết quả khó tiên đoán do thiếu tính dẫn tạo tế bào. Do vậy, để tăng hiệu quả tái tạo mô cần kết hợp với vật liệu sinh học tự thân fibrin giàu tiểu cầu cải tiến (A-PRF).

A-PRF là vật liệu sinh học giàu yếu tố tăng trưởng như PDGF, TGF- β và VEGF thúc đẩy sự tăng sinh, di cư và biệt hóa tế bào; qua đó thúc đẩy quá trình lành thương. Do vậy PRF kết hợp với vật liệu ghép thay thế xương dị loại (XBSM) tạo kết nối sinh học thuận lợi cho quá trình sinh xương.

Nghiên cứu này là phần tiếp nối của một phân tích trước đó đã báo cáo kết quả lâm sàng sau 3 tháng trên cùng quần thể bệnh nhân. Trong nghiên cứu hiện tại, chúng tôi mở rộng thời gian theo dõi đến 6 tháng và bổ sung đánh giá X-quang nhằm xác định tính ổn định của kết quả lâm sàng cũng như mức độ tái tạo mô cứng

¹ Bộ môn Nha chu, Khoa Răng Hàm Mặt, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thu Thủy

Email: ntthuy@ump.edu.vn

Mã bài: N646

Ngày nhận bài: 24.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 24.3.2026

Ngày duyệt bài: 24.4.2026

[1]. Vì vậy mục tiêu của nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả lâm sàng và X-quang của PRF kết hợp XBSM sau 6 tháng điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Mẫu nghiên cứu

Bệnh nhân VNC ở giai đoạn III mức độ B, thỏa mãn tiêu chí chọn mẫu, đến khám và điều trị tại Phòng khám chuyên khoa Răng Hàm Mặt, Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh từ tháng 10/2019 đến 4/2021.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- VNC giai đoạn III mức độ B đã điều trị giai đoạn I.

- Nướu sưng hóa mặt ngoài ≥ 2 mm.
- Độ sâu túi nha chu (PD) ≥ 5 mm.
- Mất bám dính lâm sàng (CAL) ≥ 3 mm.
- Khiếm khuyết trong xương (IBD) trên phim X quang ≥ 3 mm.

- BN có sức khỏe tổng quát tốt (ASA I hoặc II).

Tiêu chuẩn loại trừ

- Răng lung lay từ độ 2 trở lên.
- Bệnh rối loạn về máu và miễn dịch.
- Đang mang thai hay cho con bú.
- Phẫu thuật nha chu trong vòng 6 tháng.

Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được xác định với khoảng tin cậy 95%, $\alpha = 0,05$ và $\beta = 0,1$ (lực mẫu C = 0,9). Sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu gồm 2 mẫu độc lập, kiểm định 2 số trung bình theo dữ liệu từ nghiên cứu của Lekovic và cs (2011) [2] về sự cải thiện CAL, cỡ mẫu tối thiểu là 14 BN mỗi nhóm.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng với thiết kế nửa miệng:

+ Nhóm can thiệp: sử dụng A-PRF kết hợp XBSM + màng collagen.

+ Nhóm chứng: XBSM + màng collagen.

Phương tiện, vật liệu nghiên cứu

- Dụng cụ khám: cây đo túi nha chu và bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu.

- Dụng cụ tạo A-PRF: Máy ly tâm DUO Quattro (PRF Proces, Nice, Pháp); kim cánh bướm số 24G và ống hút chân không bằng thủy

tinh 10 ml (BD Vacutainer, Nhật); khuôn ép PRF (PRF box, PRF Process, Pháp).

Vật liệu nghiên cứu

• *Vật liệu nghiên cứu ở cả hai nhóm:*

- Vật liệu thay thế xương dị loại có nguồn gốc từ xương bò (XBSM): xương Bio-Oss (Geistlich Pharma, Wolhusen, CH, Thụy Sĩ).

- Màng collagen: màng tự tiêu (Geistlich Bio-Gide Collagen® Thụy Sĩ).

• *Vật liệu nghiên cứu chỉ ở nhóm thử nghiệm:*

- Thu nhận máu ngoại vi vào ống A-PRF.
- Ly tâm tốc độ 1300 vòng/phút, trong 14 phút để tạo khối A-PRF.
- Dùng bộ dụng cụ ép để tạo màng A-PRF.
- Dùng kéo vô trùng để cắt nhuyển màng A-PRF và trộn với XBSM.

Quy trình phẫu thuật nha chu

➤ Trước phẫu thuật

- Đo các biến số độ tụt nướu (GR), độ sâu túi (PD), mất bám dính lâm sàng (CAL) qua máng mặt nhai cá nhân bằng nhựa (stent) để tiêu chuẩn hóa vị trí cần đo.

- Đo các biến số trên phim X-quang bằng phần mềm trên CBCT với độ chính xác 1/100 mm (InVivo5, Hoa Kỳ). Các khoảng cách được tính bằng mm tại thời điểm T₀ và T₆ là:

• (A₀, A₆): khoảng cách từ đường nối men-xê măng đến đáy khiếm khuyết thời điểm T₀ và T₆.

• (B₀, B₆): tiêu mào xương ổ (ACR): khoảng cách CEJ đến mào xương ổ thời điểm T₀ và T₆.

• (C₀, C₆): độ sâu khiếm khuyết trong xương (IBD): khoảng cách từ mào xương ổ đến đáy khiếm khuyết thời điểm T₀ (A₀ - B₀); ở thời điểm T₆ (A₆ - B₆).

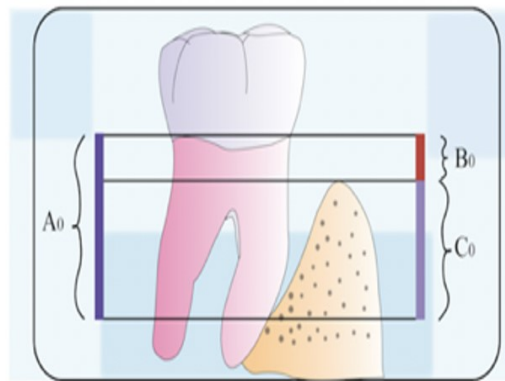
- Từ các số đo trên, tính:

• Biến số mức độ lấp khiếm khuyết (DF): là hiệu số (khoảng cách từ CEJ đến đáy khiếm khuyết). - Khoảng cách CEJ đến mào xương ổ thời điểm T₆ với T₀. $D_6 = A_0 - A_6$ (mm).

• Tỷ lệ phần trăm DF ở T₆: $\%DF = D_6 \times 100 / C_0$ (%).

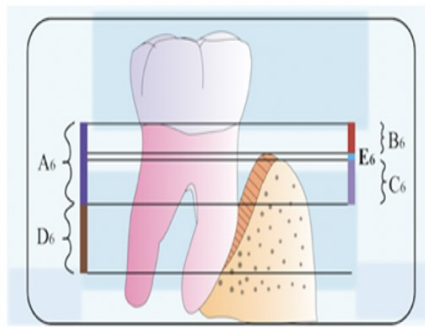
• Xác định biến số ACR: là sự khác biệt giữa các giá trị (khoảng cách từ CEJ đến mào xương ổ) ở thời điểm T₆ và T₀.

• Tiêu mào xương ổ (ACR) ở T₆: $E_6 = B_6 - B_0$ (mm) (Hình 1).



ĐO LƯỜNG TRƯỚC PHẪU THUẬT

A₀: CEJ đến đáy khiếm khuyết
 B₀: CEJ đến mào xương ổ
 C₀(A₀ - B₀): mào xương ổ đến đáy khiếm khuyết



ĐO LƯỜNG SAU PHẪU THUẬT

A₆: CEJ đến đáy khiếm khuyết
 B₆: CEJ đến mào xương ổ
 C₆(A₆ - B₆): mào xương ổ đến đáy khiếm khuyết
 D₆(A₀ - A₆): độ sâu khiếm khuyết ban đầu - độ sâu khiếm khuyết sau phẫu thuật
 E₆(C₀ - C₆): mào xương ổ ban đầu - mào xương ổ sau phẫu thuật

Hình 1: Minh họa mốc đo các biến số trên X quang
 (Nguồn: nghiên cứu này).

➤ Các bước phẫu thuật

- Gây tê bằng thuốc tê lidocaine hydrochloride 2% với 1/100000 Epinephrine (Septodont, Pháp).
- Cắt đường trong khe nướu bằng dao 15C (Swann-morton, Anh).
- Phẫu thuật lật vạt có bề dày toàn bộ đến 2 răng kế cận.
- Lấy sạch cao răng và mô hạt viêm.

- Bơm rửa nước muối sinh lý 0,9%.
- Giai đoạn ghép:
 - Nhóm can thiệp: ghép XBSM + A-PRF (cắt mảnh nhỏ) + màng collagen.
 - Nhóm chứng: ghép XBSM + màng collagen.
- Đặt vạt tại vị trí ban đầu.
- Khâu với chỉ không tiêu polypropylene (5-0) (SMI, Bỉ) (Hình 2).



A. Lật vạt có bề dày toàn bộ



B. Đặt vật liệu ghép vào IBD



C. Phủ màng collagen



D. Phủ màng A-PRF



E. Khâu vạt

Hình 2: Các giai đoạn phẫu thuật
 (Nguồn: nghiên cứu này).

➤ Chăm sóc hậu phẫu

- Cho toa thuốc kháng sinh Amoxicilline 500 mg, 3 lần/ngày, trong 5 ngày. Kháng viêm Ibuprofen 400 mg, 3 lần/ngày, trong 5 ngày. Súc miệng Chlorexidine 0,12%, 2 lần/ngày, trong 2 tuần.
- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.

- Cắt chỉ sau 14 ngày.

Biến số nghiên cứu

Biến số nha chu lâm sàng: đo chỉ số mảng bám (PII), chỉ số nướu (GI), CAL, PD, GR thời điểm trước phẫu thuật (T₀), 6 tháng (T₆) sau phẫu thuật.

Biến số X-quang:

- Độ sâu của khiếm khuyết trên X quang: tính bằng mm khoảng cách từ mào xương ổ răng đến đáy túi nha chu.

- Khoảng cách CEJ-AC (ACR): khoảng cách từ đường nối men-xê măng đến mào xương ổ răng.

- Lấp khiếm khuyết trên X quang (DF): sự khác biệt giữa các giá trị (khoảng cách từ CEJ đến đáy khiếm khuyết - khoảng cách từ CEJ đến mào xương ổ) ở thời điểm 6 tháng và lúc ban đầu.

Nghiên cứu này kế thừa cùng quần thể bệnh nhân và phương pháp từ phân tích trước đó tại thời điểm 3 tháng, với mục tiêu đánh giá bổ sung kết quả trung hạn [1].

Chi tiết quy trình nghiên cứu đã được mô tả trong công bố trước đó [1], trong nghiên cứu này chỉ trình bày tóm tắt các nội dung chính.

Phân tích thống kê

Số liệu được xử lý bằng phần mềm Stata 14.0.

Sử dụng phép kiểm Shapiro–Wilk để kiểm tra phân phối chuẩn. So sánh sự khác biệt nội bộ nhóm bằng kiểm định Dunn's post-hoc test hiệu chỉnh Bonferroni cho so sánh nhiều cặp. So sánh sự khác biệt giữa các nhóm bằng kiểm định Wilcoxon matched-pairs signed-rank.

Y Đức

Nghiên cứu được cấp chấp nhận của hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh Đại học Y Dược TPHCM, số 503/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 15/10/2019.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Sự thay đổi các chỉ số nha chu lâm sàng

Nghiên cứu 23 BN (46 vị trí) với tuổi trung bình $43,83 \pm 12,14$. Có 13 BN nam và 10 BN nữ trong nhóm nghiên cứu. Tại thời điểm T_0 mặc dù có sự khác biệt các biến số lâm sàng giữa hai nhóm, nhưng tất cả khác biệt đều không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 1: Các chỉ số nha chu lúc ban đầu (T_0) và 6 tháng (T_6) sau phẫu thuật.

		Thử nghiệm (n=23)		Chứng (n=23)		Khác biệt Chứng – Thử nghiệm	p2
			p1		p1		
PII	T_0	0,75 (0,25 – 1)		1 (0,25 – 1)		0 (-0,25 – 0,25)	0,580
	T_6	0 (0 – 0,25)	<0,001	0,25 (0 – 0,25)	<0,001	0 (0 – 0,25)	0,055
GI	T_0	1 (0,75 – 1)		1 (0,25 – 1)		0 (-0,25 – 0,25)	0,962
	T_6	0,25 (0 – 0,25)	<0,001	0 (0 – 0,25)	<0,001	0 (-0,25 – 0)	0,453
GR	T_0	-1 (-1 – 1)		0 (-1 – 1)		0,5 (-0,5 – 2)	0,163
	T_6	-1 (-2 – 0)	0,354	-0,5 (-2 – 0)	0,037	0 (-1 – 1)	0,89
PD	T_0	7 (6 – 9)		7 (6 – 8)		0 (-1 – 1)	0,600
	T_6	1,5 (1 – 2)	<0,001	2,5 (1,5 – 3,5)	<0,001	1 (0,5 – 1,5)	0,001
CAL	T_0	7 (7 – 9)		7,5 (6 – 9)		0 (-2,5 – 1)	0,355
	T_6	2 (1 – 3,5)	<0,001	3,5 (2,5 – 5,5)	<0,001	2 (-0,5 – 3)	0,002

Số liệu trình bày: Trung vị (khoảng tứ phân vị).

p1: So sánh sự khác biệt nội bộ nhóm bằng kiểm định Dunn's post-hoc test hiệu chỉnh Bonferroni cho so sánh nhiều cặp ($p < 0,05$).

p2: So sánh sự khác biệt giữa các nhóm bằng kiểm định Wilcoxon matched-pairs signed-rank ($p < 0,05$).

Chỉ số mảng bám (PII) và chỉ số nướu (GI)

Tại T_6 , chỉ số PII và GI của cả hai nhóm giảm có ý nghĩa thống kê so với T_0 . So sánh giữa hai nhóm, mức độ khác biệt sau 6 tháng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Sự tụt nướu (GR)

Khi so sánh giữa hai nhóm, ở thời điểm T_6 , nhóm không sử dụng A-PRF có tụt nướu nhiều

hơn so với nhóm có sử dụng A-PRF, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Độ sâu túi (PD) và mất bám dính lâm sàng (CAL)

Tại T_6 , chỉ số PD và CAL của cả hai nhóm đều giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) so với T_0 . So sánh giữa hai nhóm, ở T_6 , PD và CAL của nhóm có sử dụng A-PRF giảm nhiều hơn so với nhóm không sử dụng A-PRF có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

So với kết quả đã ghi nhận tại thời điểm 3 tháng, các chỉ số PD và CAL tiếp tục cải thiện tại thời điểm 6 tháng, cho thấy quá trình lành thương vẫn tiếp diễn [1].

2. Sự thay đổi các chỉ số trên X-Quang

Bảng 2: Các chỉ số trên X-quang lúc ban đầu và 6 tháng sau phẫu thuật.

		Thử nghiệm (n=23)		Chứng (n=23)		Khác biệt Chứng – Thử nghiệm	p2
			p1		p1		
ACR	T ₀	3,5 (1,7 – 4,67)		3,21 (2,17 – 4,22)		-0,14 (-1,29 – 0,52)	0,503
	T ₆	3,64 (2,23 – 4,59)	0,232	3,75 (2,88 – 4,45)	0,002	0,08 (-0,84 – 1,64)	0,831
IBD	T ₀	5,04 (3,48 – 6,67)		4,34 (3,45 – 5,25)		-0,08 (-1,77 – 0,85)	0,503
	T ₆	1,46 (1,02 – 2,38)	<0,001	1,59 (0,88 – 1,93)	<0,001	0,03 (-0,96 – 0,67)	0,693
DF		3,21 (2,07 – 4,84)		2,37 (1,46 – 4,11)		-0,12 (-2,49 – 1,14)	0,294
%DF		63,69 (47,73 – 81,56)		53,23 (35,46 – 73,84)		5,42 (-32,76 – 22,79)	0,236

Số liệu trình bày: Trung vị (khoảng tứ phân vị).

p1: So sánh sự khác biệt nội bộ nhóm bằng kiểm định Wilcoxon matched-pairs signed-rank.

p2: So sánh sự khác biệt giữa các nhóm bằng kiểm định Wilcoxon matched-pairs signed-rank.

Tiêu mào xương ổ (ACR)

So với thời điểm T₀, tháng thứ 6 (T₆), nhóm có sử dụng A-PRF có tiêu mào xương ổ (ACR), sự khác biệt không ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Ở nhóm không sử dụng A-PRF cũng có tiêu mào xương ổ (ACR) nhưng khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

So sánh giữa hai nhóm mức độ tiêu mào xương ổ nhóm không sử dụng A-PRF nhiều hơn nhóm có sử dụng A-PRF, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Lấp khiếm khuyết (DF)

Tại thời điểm T₀, khiếm khuyết trong xương khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm ($p>0,05$). Ở tháng thứ 6 (T₆), DF trên nhóm A-PRF và nhóm không A-PRF lần lượt là 63,69% và 53,23%, khác biệt có ý nghĩa thống kê so với thời điểm T₀ ($p<0,001$).

So sánh giữa hai nhóm cùng thời điểm, DF ở nhóm sử dụng A-PRF nhiều hơn so với nhóm không sử dụng A-PRF, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy PII và GI cải thiện ở cả hai nhóm sau 6 tháng, điều này cho thấy suốt quá trình điều trị bệnh nhân duy trì tốt tình trạng vệ sinh răng miệng. Tình trạng tụt nướu xảy ra trên nhóm không dùng A-PRF nhiều hơn nhóm có A-PRF có ý nghĩa. Arbildo (2017) [3] ghi nhận PRF kết hợp ghép xương cho thấy giảm tụt nướu, vì PRF với khung fibrin có tính dán dính cơ học như keo fibrin duy trì và ổn định vạt, tăng tạo mạch, giảm hoại tử và co vạt.

Độ sâu túi nha chu (PD) là biến số liên quan chặt chẽ đánh giá tình trạng bệnh lý mô nha chu, sau 6 tháng mức độ giảm PD ở nhóm A-PRF

nhiều hơn nhóm không dùng A-PRF, chứng tỏ A-PRF kết hợp XBSM làm giảm PD. Juneja (2015) [4] đánh giá hiệu quả sử dụng PRF kết hợp vật liệu thay thế xương cho thấy giảm PD sau 6 tháng so với nhóm không dùng PRF. Sezgin (2017) [5] sử dụng PRF kết hợp XBSM với nhóm dùng XBSM, cho thấy giảm PD ở hai nhóm, sự khác biệt không có ý nghĩa. Kết quả khác nhau giữa các nghiên cứu do khác về thiết kế nghiên cứu, tình trạng mô mềm, số vach khiếm khuyết.

A-PRF kết hợp XBSM cải thiện CAL sau 6 tháng, tương đồng nghiên cứu của Agarwal (2016) [6]. Elgendy (2015) [7] sử dụng PRF kết hợp vật liệu tổng hợp không có sự khác biệt có ý nghĩa. Kết quả khác nhau của các nghiên cứu có thể do chọn nhóm chứng, thời gian theo dõi, đặc tính của vật liệu.

Tiêu mào xương ổ là dấu chứng thường gặp sau phẫu thuật trong điều trị VNC. Nghiên cứu này, sau 6 tháng tiêu mào xương ổ trên nhóm không sử dụng A-PRF nhiều hơn nhóm có A-PRF, do đặc tính sinh học của A-PRF có thể giúp làm giảm tác động có hại lên tình trạng viêm sau phẫu thuật. Lekovic và cs (2011)[2] sử dụng PRF kết hợp XBSM, cho thấy có tiêu mào xương ổ có ý nghĩa so với T₀ ($p<0,05$). Mức độ tiêu mào xương ổ khác nhau giữa các nghiên cứu có thể do loại vật liệu ghép, cách sử dụng PRF, độ rộng của khiếm khuyết, thiết kế vạt.

Lấp khiếm khuyết (DF) là một trong những biến số quan trọng để đánh giá hiệu quả tái tạo mô nha chu. Thời gian thấy được những thay đổi của xương ổ răng trên phim X quang tối thiểu là 6 tháng. Kết quả nghiên cứu cho thấy mức DF trên nhóm có A-PRF nhiều hơn nhóm không dùng A-PRF, khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Chính sự tiêu chậm của XBSM có thể ngăn hoạt động tạo xương do khoảng trống không đủ cho sự hình thành xương mới, khi kết hợp với A-PRF cắt thành mảnh nhỏ, lượng XBSM được sử dụng sẽ giảm tạo khoảng thích hợp cho sự di cư của tế bào và tăng sinh tế bào

phù hợp với nghiên cứu của Lei (2020)[8] cũng cho thấy mức lấp xương tăng trên nhóm có sử dụng A-PRF. Như vậy A-PRF có thể có vai trò trong lành thương xương khi kết hợp với XBSM.

V. KẾT LUẬN

Trong giới hạn của nghiên cứu, A-PRF kết hợp XBSM giúp cải thiện đáng kể và duy trì ổn định các chỉ số lâm sàng nha chu sau 6 tháng. Tuy nhiên, chưa ghi nhận lợi ích vượt trội về tái tạo xương trên X-quang. Cần có các nghiên cứu với thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá đầy đủ tiềm năng tái sinh mô nha chu của phương pháp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Mạo.** Hiệu quả lâm sàng của fibrin giàu tiểu cầu kết hợp xương dị loại trong điều trị viêm nha chu. Tạp chí Y học Việt Nam. 2025; 549 (1): 299-304.
2. **Lekovic V., Milinkovic I., Aleksic Z., et al.** (2011), "Platelet rich fibrin and bovine porous bone mineral vs. platelet-rich fibrin in the treatment of intrabony periodontal defects", *J Periodontal Res*, 47(4), pp. 409-417.
3. **Arbildo H., Gamarra L., RoJas S., et al.** (2017), "Clinical effect of platelet rich fibrin in the treatment

- of periodontal intrabony defects. Systematic review and meta-analysis", *J Oral Res*, 6(5), pp. 127-135.
4. **Juneja G., Bharti V.,** (2015), "Treatment of periodontal intrabony defects with platelet rich fibrin and porous hydroxyapatite bone graft: A comparative clinical and radiographic study using Dentascanner", *Saint Int Dent J*, (1), pp. 22-27.
 5. **Sezgin Y., Uraz A., Taner I. L., et al.** (2017), "Effects of platelet rich fibrin on healing of intrabony defects treated with anorganic bovine bone mineral", *Braz Oral Res*, 31, pp. 15.
 6. **Agarwal A., Gupta N. D., Jain A., et al.** (2016), "Platelet rich fibrin combined with decalcified freeze-dried bone allograft for the treatment of human intrabony periodontal defects: a randomized split mouth clinical trial", *Acta Odontol Scand*, 74(1), pp. 36-43.
 7. **Elgendy A., Shady A., et al.** (2015), "Clinical and radiographic evaluation of nanocrystalline hydroxyapatite with or without platelet-rich fibrin membrane in the treatment of periodontal intrabony defects", *J Indian Soc Periodontol*, 19(1), pp. 61-68.
 8. **Lei L., Yu Y., Han J., et al.** (2020), "Qualification of growth factors in advanced platelet-rich fibrin and concentrated growth factors in advanced platelet-rich fibrin and concentrated growth factors and their clinical efficacy as adjunctive to the GTR procedure in periodontal intrabony defects", *J Periodontol*, 91(4), pp. 462-472.

ỨNG DỤNG XÉT NGHIỆM BÁN ĐỊNH LƯỢNG IgE ĐẶC HIỆU TRONG HUYẾT THANH NHẪM XÁC ĐỊNH DỊ NGUYÊN Ở BỆNH NHÂN VIÊM MŨI DỊ ỨNG

Phạm Kiên Hữu^{1*}, Hồ Trúc Giang², Huỳnh Nguyễn Thạch Thảo¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Biến đổi khí hậu và ô nhiễm không khí tác động mạnh đến mô hình dị nguyên, gây thách thức trong quản lý viêm mũi dị ứng (VMDU').

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ 20 dị nguyên thường gặp qua kết quả bán định lượng IgE đặc hiệu trong huyết thanh ở bệnh nhân (BN) VMDU'.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, hồi cứu (01/2022-01/2025) và tiền cứu (02/2025-05/2025) trên BN thực hiện xét nghiệm RIDA qLine Allergy Panel 1 Việt tại Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM.

Kết quả: Nhóm dị nguyên mạt bụi nhà và bụi cỏ là phổ biến với tỉ lệ: *D. farinae* (61,81%), *D. pteronyssinus* (61,11%), *B. tropicalis* (57,64%), bụi cỏ (24,31%). 66,66% BN dương tính với đa dị nguyên. Tỉ lệ dương tính với mạt *D. pteronyssinus* và *D. farinae* ở nam giới cao hơn nữ giới. Nhóm dương tính với mạt thường có độ tuổi trẻ hơn nhóm âm tính.

Kết luận: Nhóm dị nguyên mạt bụi nhà và bụi cỏ chiếm ưu thế. Mẫn cảm với đa dị nguyên chiếm đa số.

Từ khóa: viêm mũi dị ứng; dị nguyên; IgE đặc hiệu huyết thanh; mạt bụi nhà; đa mẫn cảm.

¹ Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

² Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Kiên Hữu

Email: huu.pk@umc.edu.vn

Mã bài: N647

Ngày nhận bài: 25.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 25.3.2026

Ngày duyệt bài: 4.5.2026