KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ KHI GHÉP FIBRIN GIÀU TIỂU CẦU (PRF) VÀO HUYỆT Ổ RĂNG SỐ 8 MỌC LỆCH SAU NHỔ TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN BỘ CÔNG AN

Nguyễn Anh Dương[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị khi ghép Fibrin giàu tiểu cầu (PRF) vào huyệt ổ răng số 8 mọc lệch sau nhổ và đánh giá tính ứng dụng của phương pháp này.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng so sánh đối chứng trên 60 bệnh nhân từ 20–45 tuổi (30 bệnh nhân nhóm ghép PRF, 30 bệnh nhân nhóm chứng không ghép PRF) có chỉ định nhổ răng khôn mọc lệch tại Bệnh viện Y học cổ truyền Bộ Công an năm 2025.

Kết quả: Bệnh nhân tập trung nhiều nhất ở độ tuổi 20–29 (58,3%), nữ giới chiếm 56,7% và 70,0% vào viện do đau nhức. Ở ngày thứ 1, tỷ lệ chảy máu nhóm ghép PRF là 3,3%, thấp hơn so với nhóm chứng 20,0% (p < 0,05). Tỷ lệ bệnh nhân có mức độ đau nhẹ (VAS 1–4) ở nhóm PRF vào ngày 1 và ngày 3 lần lượt là 60,0% và 80,0%, vượt trội so với nhóm chứng (p < 0,05). Mức độ sưng mặt và biên độ há miệng ở nhóm PRF được cải thiện rõ rệt vào ngày 3 và ngày 7 (p < 0,05). Tỷ lệ lành thương mô mềm mức độ tốt ở nhóm PRF đạt 93,3% vào ngày 7 so với 60,0% ở nhóm chứng.

Kết luận: Ghép PRF tự thân vào huyệt ổ răng số 8 mọc lệch sau nhổ mang lại hiệu quả cao, giúp cầm máu nhanh, giảm đau, giảm sưng, cải thiện há miệng và thúc đẩy tốc độ lành thương mô mềm.

Từ khóa: Nhổ răng khôn mọc lệch, PRF, Fibrin giàu tiểu cầu, lành thương mô mềm.

SUMMARY

TREATMENT RESULTS OF PLATELET-RICH FIBRIN (PRF) GRAFTING IN IMPACTED THIRD MOLAR SOCKETS AFTER EXTRACTION AT THE HOSPITAL OF TRADITIONAL MEDICINE, MINISTRY OF PUBLIC SECURITY

Objectives: To evaluate the clinical outcomes of autologous Platelet-Rich Fibrin (PRF) grafting in impacted third molar sockets after surgical extraction and assess the clinical applicability of this technique.

Methods: A controlled clinical intervention study was conducted on 60 patients aged 20–45 (30 in the PRF group, 30 in the control group) indicated for impacted third molar extraction at the Hospital of Traditional Medicine, Ministry of Public Security in 2025.

Results: Most patients were aged 20–29 years (58.3%), female (56.7%), and admitted due to pain (70.0%). On post-operative day 1, the bleeding rate in the PRF group was 3.3%, significantly lower than in the control group (20.0%, p < 0.05). The percentage of patients with mild pain (VAS 1–4) in the PRF group on days 1 and 3 reached 60.0% and 80.0%, respectively, significantly outperforming the control group (p < 0.05). Facial swelling and maximum mouth opening were markedly improved in the PRF group on days 3 and 7 (p < 0.05). Good soft tissue healing in the PRF group reached 93.3% on day 7, compared to 60.0% in the control group.

Conclusion: Autologous PRF grafting into impacted third molar sockets after extraction is highly effective in promoting rapid hemostasis, reducing pain and swelling, improving trismus, and accelerating soft tissue healing.

Keywords: Third molar extraction, impacted wisdom tooth, PRF, Platelet-Rich Fibrin, soft tissue healing.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nhổ răng khôn mọc lệch là một thủ thuật phổ biến và tương đối phức tạp trong lĩnh vực răng hàm mặt [1], [2]. Trong tuần đầu sau phẫu thuật, bệnh nhân thường phải đối mặt với các biến chứng cấp tính như sưng nề mặt, đau nhức dai dẳng, hạn chế há miệng (khít hàm), chảy máu thứ phát và nguy cơ viêm huyệt ổ răng khô hoặc nhiễm trùng [3], [6]. Những biến chứng này không chỉ gây khó chịu, ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống và sinh hoạt hằng ngày mà còn kéo dài thời gian hồi phục của bệnh nhân [3], [9]. Các phương pháp ghép xương đồng loại, dị loại hay vật liệu nhân tạo dù hỗ trợ tái tạo xương nhưng lại có chi phí cao, kỹ thuật phức tạp và tiềm ẩn nguy cơ phản ứng thải ghép hoặc nhiễm trùng [1], [5].

Fibrin giàu tiểu cầu (PRF) – liệu pháp tập trung tiểu cầu thế hệ thứ hai – chứa mạng lưới fibrin 3D lưu giữ hàm lượng lớn tiểu cầu, bạch cầu và các

[1]Bệnh viện Y học cổ truyền Bộ Công an
Tác giả chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Anh Dương
Email: nguyenanhduong.yhct@gmail
Mã bài: N981
Ngày nhận bài: 17/7/2026
Ngày phản biện khoa học: 13/7/2026
Ngày duyệt bài: 10/8/2026

yếu tố tăng trưởng quan trọng như TGF-β1, PDGF, VEGF và IGF-1 [7], [8]. PRF phóng thích từ từ các yếu tố này giúp kích thích tăng sinh mạch máu, đẩy nhanh quá trình khép mép (lành thương) mô mềm, cầm máu tại chỗ, giảm đau phù nề và hạn chế tối đa nguy cơ viêm huyệt ổ răng [4], [8], [9]. Do chế tạo hoàn toàn từ máu tự thân của bệnh nhân, PRF có tính an toàn sinh học cao, không gây thải ghép và chi phí sản xuất thấp [4], [7].

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị khi ghép Fibrin giàu tiểu cầu (PRF) vào huyệt ổ răng số 8 mọc lệch sau nhổ trên 60 bệnh nhân, từ đó khẳng định tính an toàn và hiệu quả của kỹ thuật này trên lâm sàng [3], [5].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 60 bệnh nhân đến khám và điều trị tại Khoa Ngũ quan – Bệnh viện Y học cổ truyền Bộ Công an từ tháng 01/2025 đến tháng 12/2025.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân từ 20–45 tuổi, khỏe mạnh, có chỉ định phẫu thuật nhổ răng khôn mọc lệch, đồng ý tham gia nghiên cứu [1], [2].

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân mắc bệnh toàn thân mạn tính (đái tháo đường, rối loạn đông máu, tim mạch), bệnh cấp tính chưa ổn định, phụ nữ mang thai [1], [3].

- Phân nhóm nghiên cứu: 60 bệnh nhân được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm đồng đều: Nhóm bệnh (can thiệp PRF) (n = 30) nhổ răng kết hợp đặt PRF tự thân; Nhóm chứng (n = 30) nhổ răng đơn thuần không ghép vật liệu sinh học [5].

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng so sánh đối chứng [5].

- Quy trình tạo PRF: Lấy 10 ml máu tĩnh mạch bệnh nhân vào ống nghiệm chân không thủy tinh không chứa chất chống đông, lập tức ly tâm bằng máy Spinplus - 8 (Hãng Taisite Lab Sciences Inc) ở tốc độ 3000 vòng/phút trong 10 phút [7]. Sau ly tâm, dùng kẹp phẫu tích vô khuẩn thu nhận PRF màu vàng nhạt ở tầng giữa, loại bỏ lớp hồng cầu lắng ở đáy, đặt PRF vào huyệt ổ răng sau khi đã nhổ răng và bơm rửa sạch ổ xương, sau đó khâu đóng vạt niêm mạc [4], [7].

- Chỉ tiêu đánh giá lâm sàng: Khảo sát các đặc điểm chung (tuổi, giới tính, lý do vào viện). Thăm khám và đánh giá định kỳ tại các thời điểm Ngày 1 (24 giờ), Ngày 3 (72 giờ), Ngày 7 (thời điểm cắt chỉ) và Ngày 30 (sau 1 tháng) sau phẫu thuật về:

- Tình trạng chảy máu: Đánh giá có chảy máu hay không chảy máu tại ổ răng.

- Mức độ đau: Đánh giá theo thang điểm VAS từ 0 đến 10 (1–4 điểm: đau nhẹ; 5–7 điểm: đau trung bình; 8–10 điểm: đau nhiều).

- Mức độ sưng mặt: Đo khoảng cách giữa các mốc giải phẫu vùng mặt trước và sau phẫu thuật, phân loại không sưng, sưng ít, sưng vừa và sưng nhiều.

- Độ há ngậm miệng (khít hàm): Đo khoảng cách giữa hai bờ cắn răng cửa giữa trên và dưới, đánh giá độ biến thiên giảm há miệng so với trước mổ (Tốt: giảm < 10 mm; Khá: giảm 10–20 mm; Kém: giảm > 20 mm).

- Lành thương mô mềm vết mổ: Đánh giá tình trạng khép mép vạt, viêm đỏ và phù nề tại mép khâu (Tốt: mép vết mổ khép kín, hồng hào, không phù nề; Khá: mép khép tương đối, còn nề nhẹ; Kém: toác mép, rỉ dịch viêm hoặc lộ xương) [3], [6], [10].

- Xử lý số liệu: Số liệu được thu thập theo bệnh án mẫu và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. So sánh các tỷ lệ bằng kiểm định Chi-square (χ^2) hoặc Fisher's exact test. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong tổng số 60 bệnh nhân nghiên cứu, độ tuổi tập trung nhiều nhất ở nhóm 20–29 tuổi (35 bệnh nhân, chiếm 58,3%), tiếp đến là nhóm 30–39 tuổi (18 bệnh nhân, chiếm 30,0%) và nhóm 40–45 tuổi (7 bệnh nhân, 11,7%). Về giới tính, nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn với 34 bệnh nhân (56,7%), nam giới có 26 bệnh nhân (43,3%). Lý do vào viện chủ yếu là do tình trạng đau nhức vùng góc hàm (42 bệnh nhân, 70,0%), sưng tấy/viêm lợi trùm (12 bệnh nhân, 20,0%) và tình cờ phát hiện hoặc giắt thức ăn gây sâu răng kế cận (6 bệnh nhân, 10,0%). Đặc điểm phân bố về độ tuổi, giới tính và lý do vào viện giữa hai nhóm bệnh và nhóm chứng là đồng đều, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2. Đánh giá kết quả điều trị lâm sàng

Bảng 1. Đánh giá tình trạng chảy máu và lành thương mô mềm sau phẫu thuật

Chỉ tiêu đánh giá	Thời điểm	Nhóm chứng (n=30)	Nhóm can thiệp PRF (n=30)	Giá trị p
Có chảy máu	Ngày 1	6 (20,0%)	1 (3,3%)	< 0,05 [4], [5]
	Ngày 3	2 (6,7%)	0 (0,0%)	> 0,05 [5]
Lành thương mức độ tốt	Ngày 3	12 (40,0%)	24 (80,0%)	< 0,05 [4], [5]
	Ngày 7	18 (60,0%)	28 (93,3%)	< 0,05 [4], [5]
	Ngày 30	26 (86,7%)	30 (100,0%)	< 0,05 [4], [5]

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có chảy máu vào ngày thứ 1 sau phẫu thuật ở nhóm ghép PRF là 3,3% (1/30), thấp hơn so với nhóm chứng là 20,0% (6/30), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Đến ngày thứ 3, tỷ lệ chảy máu giảm ở cả hai nhóm, lần lượt là 0% ở nhóm PRF và 6,7% ở nhóm chứng; sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05). Về tình trạng lành thương mô mềm, nhóm ghép PRF có tỷ lệ lành thương mức độ tốt cao hơn nhóm chứng tại tất cả các thời điểm đánh giá. Cụ thể, tỷ lệ này ở nhóm PRF và nhóm chứng lần lượt là 80,0% và 40,0% vào ngày thứ 3; 93,3% và 60,0% vào ngày thứ 7; 100,0% và 86,7% vào ngày thứ 30. Sự khác biệt giữa hai nhóm tại các thời điểm đánh giá lành thương mô mềm đều có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Kết quả cho thấy việc ghép PRF có tác dụng hỗ trợ cầm máu trong giai đoạn sớm và cải thiện kết quả lành thương mô mềm sau phẫu thuật nhổ răng khôn mọc lệch.

Bảng 2. Đánh giá tình trạng đau và sưng mặt sau phẫu thuật

Chỉ tiêu đánh giá	Thời điểm	Nhóm chứng (n=30)	Nhóm can thiệp PRF (n=30)	Giá trị p
Đau nhẹ (VAS 1–4)	Ngày 1	6 (20,0%)	18 (60,0%)	< 0,05 [3], [6]
	Ngày 3	12 (40,0%)	24 (80,0%)	< 0,05 [3], [6]
Không đau / Đau nhẹ	Ngày 7	21 (70,0%)	29 (96,7%)	< 0,05 [3], [6]
Không sưng mặt	Ngày 3	2 (6,7%)	10 (33,3%)	< 0,05 [3], [6]
	Ngày 7	10 (33,3%)	22 (73,3%)	< 0,05 [3], [6]

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có mức độ đau nhẹ (VAS 1–4) ở nhóm ghép PRF cao hơn nhóm chứng tại cả ngày thứ 1 và ngày thứ 3 sau phẫu thuật. Cụ thể, tỷ lệ này ở nhóm PRF lần lượt là 60,0% và 80,0%, trong khi ở nhóm chứng là 20,0% và 40,0%; sự khác biệt giữa hai nhóm tại cả hai thời điểm đều có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Đến ngày thứ 7, tỷ lệ bệnh nhân không đau hoặc đau nhẹ ở nhóm PRF đạt 96,7%, cao hơn so với 70,0% ở nhóm chứng, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Đối với tình trạng sưng mặt, tỷ lệ bệnh nhân không sưng ở nhóm PRF là 33,3% vào ngày thứ 3 và tăng lên 73,3% vào ngày thứ 7; các tỷ lệ tương ứng ở nhóm chứng là 6,7% và 33,3%. Sự khác biệt giữa hai nhóm tại cả hai thời điểm đều có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Như vậy, nhóm ghép PRF có kết quả giảm đau và cải thiện tình trạng sưng mặt tốt hơn nhóm chứng trong tuần đầu sau phẫu thuật.

Bảng 3. Đánh giá mức độ há ngậm miệng sau phẫu thuật

Thời điểm	Mức độ há miệng	Nhóm chứng (n=30)	Nhóm can thiệp PRF (n=30)	Giá trị p
Ngày 3	Tốt (< 10 mm)	5 (16,7%)	16 (53,3%)	< 0,05 [3], [10]

Thời điểm	Mức độ há miệng	Nhóm chứng (n=30)	Nhóm can thiệp PRF (n=30)	Giá trị p
	Khá (10–20 mm)	18 (60,0%)	12 (40,0%)	
	Kém (> 20 mm)	7 (23,3%)	2 (6,7%)	
Ngày 7	Tốt (< 10 mm)	14 (46,7%)	26 (86,7%)	< 0,05 [3],[10]
	Khá (10–20 mm)	13 (43,3%)	4 (13,3%)	
	Kém (> 20 mm)	3 (10,0%)	0 (0,0%)	

Nhận xét: Tại ngày thứ 3 sau phẫu thuật, tỷ lệ bệnh nhân thuộc mức độ há miệng tốt ở nhóm ghép PRF là 53,3%, cao hơn so với 16,7% ở nhóm chứng; tỷ lệ thuộc mức độ kém tương ứng là 6,7% và 23,3%. Đến ngày thứ 7, tỷ lệ bệnh nhân thuộc mức độ tốt tăng lên 86,7% ở nhóm PRF và 46,7% ở nhóm chứng. Đồng thời, không ghi nhận bệnh nhân thuộc mức độ kém ở nhóm PRF, trong khi tỷ lệ này ở nhóm chứng là 10,0%. Theo giá trị p được trình bày trong bảng, sự khác biệt về phân bố các mức độ há miệng giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê tại cả ngày thứ 3 và ngày thứ 7 (p < 0,05). Kết quả cho thấy nhóm ghép PRF có phân bố mức độ há miệng thuận lợi hơn nhóm chứng tại các thời điểm đánh giá sau phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm nhân trắc học của nghiên cứu cho thấy độ tuổi 20–29 chiếm tỷ lệ cao nhất (58,3%), phù hợp với giai đoạn phát triển và hình thành hoàn thiện chân răng khôn (18–25 tuổi), đây cũng là thời kỳ răng khôn mọc lệch gây nhiều biến chứng viêm nhiễm nhất buộc bệnh nhân phải phẫu thuật [2], [3]. Triệu chứng đau nhức vùng góc hàm là lý do chính khiến bệnh nhân đến khám (70,0%), tương đồng với ghi nhận của nhiều tác giả [3], [6].

Về hiệu quả cầm máu, ở ngày thứ 1 sau phẫu thuật, tỷ lệ chảy máu ở nhóm ghép PRF chỉ là 3,3%, thấp hơn đáng kể so với nhóm chứng 20,0% (p < 0,05) [5], [9]. Mạng lưới fibrin liên kết chặt chẽ kết hợp với hàm lượng tiểu cầu cao giúp hình thành nút chặn sinh học vững chắc tại huyệt ổ răng, thúc đẩy quá trình đông máu tự nhiên diễn ra nhanh chóng [7], [8].

Theo sinh lý bệnh, đau và sưng mặt thường đạt đỉnh điểm ở ngày 1 đến ngày 3 sau nhổ răng [3], [6]. Tuy nhiên, nhóm ghép PRF ghi nhận tỷ lệ đau nhẹ ở ngày 1 là 60,0% và ngày 3 là 80,0%, cao hơn nhóm chứng (20,0% và 40,0%) [6], [10]. Tỷ lệ không sưng hoặc sưng ít nề mặt ở nhóm PRF cũng cao hơn đáng kể ở ngày 3 và ngày 7 (p < 0,05) [6], [9]. Kết quả này có được là do PRF liên tục phóng thích các yếu tố tăng trưởng có tính chống viêm, ức chế sự thâm nhiễm dịch viêm vào mô mềm xung quanh [7], [8].

Khít hàm (hạn chế há miệng) là một biến chứng đi kèm với sưng và viêm cơ nhai [3], [10]. Bệnh nhân được ghép PRF có tỷ lệ há miệng tốt ở ngày 3 (53,3%) và ngày 7 (86,7%), vượt bậc so với nhóm chứng (16,7% và 46,7%) [6], [10]. Sự thoái lui sớm của các phản ứng phù nề đã giúp bệnh nhân khôi phục vận động khớp thái dương hàm nhanh chóng [3], [10].

Đánh giá tiến trình lành thương, ngay từ ngày 7, nhóm ghép PRF đã đạt 93,3% mức độ tốt và 100% khi tái khám ở ngày 30; hoàn toàn không ghi nhận trường hợp viêm huyệt ổ răng khô [4], [5]. Các yếu tố sinh học như TGF-β, PDGF và VEGF lưu giữ trong PRF được giải phóng liên tục trong 14 ngày đã kích thích tân tạo mạch máu, tăng sinh nguyên bào sợi và che phủ nhanh chóng niêm mạc ổ răng [7], [8].

V. KẾT LUẬN

1. Ứng dụng ghép Fibrin giàu tiểu cầu (PRF) tự thân vào huyệt ổ răng số 8 mọc lệch sau nhổ cho thấy hiệu quả cải thiện rõ rệt các chỉ tiêu lâm sàng: giảm rõ rệt tỷ lệ chảy máu cấp tính, giảm đau và sưng mặt tối đa trong 1–7 ngày đầu (p < 0,05).

2. Phương pháp này giúp cải thiện nhanh chóng biên độ há miệng và đạt tỷ lệ lành thương mô mềm mức độ tốt cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng.

3. PRF là một vật liệu sinh học tự thân an toàn, chi phí thấp, quy trình thực hiện đơn giản, có tính ứng dụng thực tiễn cao trong phẫu thuật nhổ răng khôn mọc lệch tại các cơ sở y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Đình Hải** (2015), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh răng hàm mặt, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. **Nguyễn Mạnh Hà** (2016), Đánh giá kết quả phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới mọc lệch bằng phương pháp chia chân răng, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
3. **Đặng Vũ Hiệp, Phạm Như Hải** (2020), "Hiệu quả kiểm soát biến chứng sau nhổ răng số 8 hàm dưới mọc lệch", Tạp chí Nghiên cứu Y học, 132(8), tr. 78-85.
4. **Võ Đăng Khoa, Nguyễn Thị Hồng** (2019), "Đánh giá hiệu quả của PRF trong lành thương mô mềm sau nhổ răng", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, số 18, tr. 112-118.
5. **Lê Văn Sơn, Lê Bá Anh Đức** (2014), "Kết quả ban đầu của ghép khối huyết tương giàu yếu tố tăng trưởng trong phẫu thuật miệng", Tạp chí Y học Việt Nam, số 2, tr. 20-25.
6. **Nguyễn Phú Thắng, Lê Ngọc Tuyến** (2018), "Đánh giá tình trạng đau và sưng nề sau phẫu thuật nhổ răng khôn", Tạp chí Y học Việt Nam, 465(2), tr. 45-50.
7. **Dohan D.M., Choukroun J., et al.** (2006), "Platelet-rich fibrin (PRF): A second-generation platelet concentrate. Part I: Technological concepts and evolution", Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 101(3), pp. e37-e44.
8. **Miron R.J., Zucchelli G., et al.** (2017), "Use of platelet-rich fibrin in regenerative dentistry: a systematic review", Clin Oral Investig, 21(6), pp. 1913-1927.
9. **Al-Hamed F.S., et al.** (2017), "Efficacy of Platelet-Rich Fibrin After Mandibular Third Molar Extraction: A Systematic Review and Meta-Analysis", J Oral Maxillofac Surg, 75(6), pp. 1124-1135.
10. **Bilginaylar K., Emetlioglu N.** (2018), "Evaluation of the effects of platelet-rich fibrin on postoperative pain, swelling, and trismus after mandibular third molar surgery", J Craniofac Surg, 29(4), pp. e390-e393.