

tổn thương dạ dày lan tỏa bởi *Strongyloides stercoralis* là hiếm gặp nhưng nghiêm trọng. Việc chẩn đoán sớm thông qua sinh thiết, đặc biệt khi các xét nghiệm khác âm tính, là rất cần thiết. Điều trị bằng ivermectin vẫn là lựa chọn hàng đầu với hiệu quả cao, ngay cả ở những ca phức tạp. Ca lâm sàng này góp phần làm sáng tỏ hơn vai trò của *Strongyloides* trong các biến chứng tiêu hóa và nhấn mạnh sự cảnh giác cao trong chẩn đoán ở các khu vực lưu hành ký sinh trùng này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dhakal B, Dawadi S, Pathak B, Regmi B, Sitaula D, Pudasaini P, et al.** Upper Gastrointestinal Bleeding Induced by Gastric Ulcer Secondary to Strongyloidiasis: A Case Report. *JNMA J Nepal Med Assoc.* 2023;61:80–3.
2. **Corti M.** *Strongyloides stercoralis* in Immunosuppressed Patients. *Arch Clin Infect Dis [Internet].* 2016 Jan 1 [cited 2025 Feb 16];11(1). Available from: <https://brieflands.com/articles/archcid-20968>
3. **De la Cruz Mayhua JC, Rizvi B.** *Strongyloides Hyperinfection Causing Gastrointestinal Bleeding* and Bacteremia in an Immunocompromised Patient. *Cureus.* 13(6):e15902.
4. **Costa Silva R, Carvalho JR, Crespo R, Martins JR, Zózimo N, Tato Marinho R.** *Strongyloides stercoralis* Gastric Ulcer: A Rare Cause of Upper Gastrointestinal Bleeding. *GE - Port J Gastroenterol.* 2020 Aug 26;28(4):274–8.
5. **Rao S, Tsai H, Tsai E, Nakanishi Y, Bulat R.** *Strongyloides stercoralis* Hyperinfection Syndrome as a Cause of Fatal Gastrointestinal Hemorrhage. *ACG Case Rep J.* 2019 Mar;6(3):e00018.
6. **Csermely L, Jaafar H, Kristensen J, Castella A, Gorka W, Chebli AA, et al.** *Strongyloides hyper-infection causing life-threatening gastrointestinal bleeding.* *World J Gastroenterol WJG.* 2006 Oct 21;12(39):6401–4.
7. **Huu TN, Thu HM, Quy K, Thanh MV, Thi ND, Ngoc QPM, et al.** Coinfection of cytomegalovirus and strongyloidiasis presenting as massive gastrointestinal bleeding in an immunocompromised host: a case report. *Front Med [Internet].* 2024 Nov 20 [cited 2025 Feb 16];11. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/medicine/articles/10.3389/fmed.2024.1438689/full>

HIỆU QUẢ LÂM SÀNG CỦA FIBRIN GIÀU TIỂU CẦU KẾT HỢP XƯƠNG DỊ LOẠI TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM NHA CHU

Nguyễn Mẹo¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Viêm nha chu là một bệnh lý răng miệng phổ biến và là nguyên nhân hàng đầu gây mất răng. Mục tiêu của nghiên cứu là đánh giá hiệu quả lâm sàng của fibrin giàu tiểu cầu (A-PRF) kết hợp xương dị loại (XBSM) trong điều trị viêm nha chu. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu với thiết kế nửa miệng thực hiện trên 23 bệnh nhân (46 vị trí viêm nha chu có tiêu xương theo chiều dọc). Sàng thương nha chu được phân chia ngẫu nhiên vào 2 nhóm: nhóm can thiệp (A-PRF-XBSM + màng collagen + màng PRF) và nhóm chứng (XBSM + màng collagen). Đánh giá chỉ số mảng bám (PII), chỉ số nướu (GI), độ tụt nướu (GR), độ sâu túi nha chu (PD), mất bám dính lâm sàng (CAL) tại thời điểm ban đầu (T₀) và 3 tháng (T₃) sau điều trị. **Kết quả:** Tại thời điểm 3 tháng, nhóm can thiệp sử dụng A-PRF giảm độ sâu túi nha chu và cải thiện mất bám dính lâm sàng có ý nghĩa so với nhóm chứng không dùng A-PRF ($p < 0,05$). **Kết luận:** Sử dụng fibrin giàu tiểu cầu kết hợp xương dị loại giúp cải thiện độ sâu túi nha chu và mất bám dính lâm sàng trong điều trị viêm nha chu có tiêu xương

theo chiều dọc, điều này cho thấy tiềm năng lớn trong tái tạo mô nha chu. **Từ khóa:** viêm nha chu, fibrin giàu tiểu cầu, xương dị loại, hiệu quả lâm sàng

SUMMARY

THE CLINICAL EFFECTS OF ADVANCED PLATELET-RICH FIBRIN COMBINED WITH XENOGENIC BONE IN PERIODONTAL TREATMENT

Purpose: Periodontitis is a common oral disease and the leading cause of tooth loss. The aim of the study is to evaluate the clinical effects of advanced platelet-rich fibrin (A-PRF) and xenogenic bone substitute material (XBSM) in periodontal treatment. **Materials and methods:** 46 intrabony defects of 23 patients were randomly divided into 2 groups: test group (A-PRF-XBSM + collagen membrane + PRF membrane) and control group (XBSM + collagen membrane). The following clinical parameters were recorded at baseline (T₀) and 3 months (T₃) after surgery: plaque index (PII), gingival index (GI), gingival recession (GR) pocket depth (PD) and clinical attachment level (CAL). **Result:** Significantly greater mean reduction of PD and CAL gain was observed in test group in comparison with control group at 3 months ($p < 0,05$). **Conclusion:** The use of advanced platelet-rich fibrin and xenogenic bone improved periodontal pocket depth and clinical attachment loss, might provide potential advantages for periodontal tissue regeneration. **Keywords:** periodontitis, platelet-rich fibrin, xenogenic bone, clinical effects

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mẹo

Email: nguyenmeorhm@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2025

Ngày duyệt bài: 28.3.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm nha chu (VNC) là một bệnh nhiễm trùng mạn tính đa yếu tố do phức hợp các loài vi khuẩn tương tác với mô và tế bào của vật chủ gây giải phóng các chất trung gian gây viêm, dẫn đến sự phá hủy cấu trúc mô nha chu gồm nướu, xương ổ và dây chằng nha chu. Điều trị VNC gồm điều trị không phẫu thuật và điều trị phẫu thuật tùy thuộc vào tính chất, mức độ của bệnh, các yếu tố tại chỗ và toàn thân cũng như yêu cầu của bệnh nhân. Trong đó, tái tạo mô có hướng dẫn (GTR), có hoặc không kết hợp vật liệu ghép, sử dụng màng chắn ngăn tế bào biểu mô tăng sinh bám dính vào bề mặt chân răng trong giai đoạn lành thương, cho phép tế bào dây chằng nha chu (DCNC) và xương ổ răng hình thành xê măng mới và bám dính mô liên kết mới. Đây là phương pháp điều trị hứa hẹn vì tạo được khoảng trống cho sự di cư của tế bào dây chằng nha chu và ngăn hình thành biểu mô bám dính kéo dài, nhưng vẫn thiếu tính dẫn tạo tế bào và yếu tố gây biệt hóa tế bào.

Fibrin giàu tiểu cầu (FRF) là vật liệu sinh học thuộc thể hệ thứ hai của tiểu cầu cô đặc chứa những yếu tố tăng trưởng tự thân như PDGF, VEGF, TGF- β có tiềm năng thúc đẩy sự tăng sinh, biệt hóa và di cư của nguyên bào sợi nướu, tế bào DCNC và nguyên bào xương. Ngoài ra, sử dụng PRF thúc đẩy sự tăng sinh, di cư và biệt hóa tế bào gốc DCNC thành mô xương. Tuy nhiên tác động của PRF khi kết hợp với vật liệu thay thế xương dị loại lên tế bào gốc DCNC cho đến nay vẫn chưa được sáng tỏ; đây là nguồn tế bào quan trọng trong tái tạo mô nha chu.

Nghiên cứu lâm sàng sử dụng PRF riêng lẻ hay kết hợp với vật liệu sinh học khác như xương tự thân, đồng loại, dị loại và vật liệu tổng hợp cho kết quả khả quan so với không sử dụng PRF trong điều trị VNC có tiêu xương.¹⁻³ Sự kết hợp giữa GTR và PRF có khả năng thúc đẩy quá trình lành thương và tái tạo mô nha chu còn chưa được nghiên cứu trên lâm sàng. Vì vậy nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu đánh giá hiệu quả lâm sàng của PRF kết hợp vật liệu thay thế xương dị loại sau 3 tháng điều trị viêm nha chu có tiêu xương theo chiều dọc.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Mẫu nghiên cứu. Bệnh nhân VNC ở giai đoạn III mức độ B (AAP 2017), 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 tháng 4/2021.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- VNC ở giai đoạn III mức độ B đã điều trị giai đoạn I (lấy cao răng và xử lý mặt chân răng); PI < 1 sau điều trị giai đoạn I.

- Nướu sưng hóa mặt ngoài ≥ 2 mm.

- Có tối thiểu 2 vị trí ở 2 bên hàm của cùng cung răng:

- Tiêu xương vách răng theo chiều dọc với độ sâu túi (PD) ≥ 5 mm,

- Mất bám dính lâm sàng (CAL) ≥ 3 mm,

- Khiếm khuyết trong xương (IBD) vùng mặt bên thuộc dạng còn 2 và 3 vách, hình ảnh trên phim X quang ≥ 3 mm.

- Sức khoẻ tổng quát tốt (ASA I hoặc II).

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Hút thuốc lá hay các sản phẩm từ hút thuốc.

- Bệnh rối loạn về máu và miễn dịch.

- Đang mang thai hay cho con bú.

- Phẫu thuật nha chu trong vòng 6 tháng.

- Sang thương vùng chẻ, ngoại tiêu chân răng.

- Răng lung lay từ độ 2 trở lên.

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)⁴ về sự cải thiện CAL, cỡ mẫu tối thiểu là 14 BN mỗi nhóm.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

- Chọn mẫu thuận tiện, liên tiếp những bệnh nhân thỏa tiêu chí chọn mẫu.

- Nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên mù đôi có nhóm chứng với thiết kế nửa miệng. Trên một bệnh nhân vừa là nhóm không sử dụng A-PRF, vừa là nhóm thử nghiệm:

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

+ Nhóm chứng: XBSM + màng collagen.

- Để đảm bảo tính ngẫu nhiên, chúng tôi sử dụng phương pháp tung đồng tiền xu để áp nhóm nghiên cứu: Nếu mặt hình, vị trí bên phải (P) thuộc nhóm can thiệp, bên còn lại (T) là nhóm chứng và ngược lại.

Phương tiện, vật liệu nghiên cứu

- Dụng cụ khám: cây đo túi nha chu UNC15 (HuFriedy, Hoa Kỳ) 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 nghiệm 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, kích thước hạt 250-1000 μm (Geistlich Pharma, Wolhusen, CH, Thụy Sĩ).
 - Màng collagen có thể tiêu: màng tự tiêu Geistlich Bio-Gide Collagen® Thụy Sĩ.
 - Vật liệu nghiên cứu chỉ ở nhóm thử nghiệm:
 - A-PRF được tạo ra theo quy trình như sau:
 - Thu nhận máu ngoại vi vào ống A-PRF
 - Ly tâm với tốc độ 1300 vòng/phút, trong 14 phút để tạo khối gel A-PRF
 - Thu nhận khối gel A-PRF bằng kẹp vô trùng và dùng bộ dụng cụ ép để chuẩn bị màng A-PRF
 - Dùng kéo vô trùng để cắt nhuyễn màng A-PRF và trộn với XBSM



Hình 1: Quy trình tạo màng A-PRF

(Nguồn: nghiên cứu này)

Quy trình phẫu thuật nha chu

➤ Trước phẫu thuật

- Đo các biến số GR, PD, CAL trên lâm sàng: Trước tiên, làm máng mặt nhai cá nhân bằng nhựa (Stent) để tiêu chuẩn hóa vị trí cần đo, khoan rãnh trên Stent để chuẩn hóa vị trí cần đo. Đặt Stent vào đúng vị trí và tiến hành đo (hình 2).

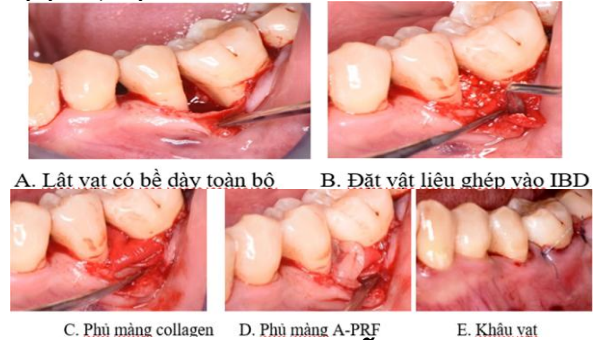


Hình 2: Cách xác định các thông số trên lâm sàng qua Stent

(Nguồn: nghiên cứu này)

➤ **Các bước phẫu thuật:** Việc thực hiện phẫu thuật diễn ra trong cùng 1 lần hẹn cho cả nhóm có sử dụng A-PRF và nhóm không sử dụng A-PRF với các bước như sau:

- 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, rạch đường giảm căng nếu cần thiết.
- Dùng bộ xử lý mặt chân răng lấy sạch cao răng, mảng bám dưới nướu, mô hạt viêm và biểu mô.
- Bơm rửa bằng nước muối sinh lý 0,9%.
- Giai đoạn ghép:
 - Nhóm can thiệp: ghép Bio-oss + A-PRF (cắt mảnh nhỏ) + màng collagen + màng A-PRF.
 - Nhóm chứng: ghép Bio-oss + màng collagen.
 - Đặt lại vạt tại vị trí ban đầu.
 - Khâu với chỉ không tiêu polypropylene (5-0) (SMI, Bỉ).



Hình 3: Các giai đoạn phẫu thuật (A → E)

(Nguồn: nghiên cứu này)

➤ Chăm sóc sau phẫu thuật

- Cho toa thuốc kháng sinh Amoxicilline 500 mg, 3 lần/ngày (1500 mg/ngày), trong 5 ngày. Kháng viêm Ibuprofen 400 mg, 3 lần/ngày (1200 mg/ngày), trong 5 ngày; Súc miệng bằng Chlorhexidine 0,12%, 2 lần/ngày, trong 2 tuần.
- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng thích hợp cho bệnh nhân.
- Cắt chỉ sau 14 ngày.
- Tái khám (tăng cường kiểm soát mảng bám nếu cần).

Biến số nghiên cứu. PII (chỉ số mảng bám), GI (chỉ số nướu), CAL (mất bám dính lâm sàng), PD (độ sâu túi), GR (tụt nướu). Đo lường trên lâm sàng ở thời điểm trước phẫu thuật (T_0), 3 tháng (T_3) sau phẫu thuật.

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 học Đại học Y Dược TPHCM, số 503/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 15/10/2019.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu gồm 23 BN (46 vị trí) với tuổi trung bình $43,83 \pm 12,14$ tuổi. Có 13 BN nam và 10 BN nữ trong nhóm nghiên cứu. Với tiêu chí chọn mẫu thích hợp, tất cả BN đều duy trì về sinh răng miệng đúng theo yêu cầu trong giai đoạn I ($PII < 1$). Tại thời điểm T_0 mặc dù có sự khác biệt các biến số lâm sàng về nha chu 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 3 tháng (T_3) 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_3	0,25 (0 – 0,5)	0,006	0,25 (0 – 0,75)	0,033	0 (-0,25 – 0,5)	0,278
GI	T_0	1 (0,75 – 1)		1 (0,25 – 1)		0 (-0,25 – 0,25)	0,962
	T_3	0 (0 – 0,25)	<0,001	0,25 (0 – 0,25)	<0,001	0 (0 – 0,25)	0,426
GR	T_0	-1 (-1 – 1)		0 (-1 – 1)		0,5 (-0,5 – 2)	0,163
	T_3	-1 (-2 – 0)	0,381	-0,5 (-2 – 0)	0,064	0 (-1 – 1)	0,568
PD	T_0	7 (6 – 9)		7 (6 – 8)		0 (-1 – 1)	0,600
	T_3	3,5 (3 – 4,5)	<0,001	4,5 (3,5 – 5,5)	<0,001	1 (0 – 1,5)	0,002
CAL	T_0	7 (7 – 9)		7,5 (6 – 9)		0 (-2,5 – 1)	0,355
	T_3	4 (3 – 5,5)	<0,001	6 (4,5 – 7,5)	0,069	1,5 (-0,5 – 2,5)	0,005

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). Trong từng nhóm, tại T_3 , chỉ số PII và GI của cả hai nhóm có sử dụng A-PRF và nhóm không sử dụng A-PRF giảm có ý nghĩa thống kê so với T_0 . So sánh giữa hai nhóm, mức độ khác biệt sau 3 tháng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Sự tụt nướu (GR). So sánh trong cùng nhóm theo thời gian, tại T_3 , chỉ số GR của cả hai nhóm khác biệt không ý nghĩa so với T_0 ($p > 0,05$). Tương tự, khi so sánh giữa hai nhóm, ở thời điểm T_3 , nhóm không sử dụng A-PRF có tụt nướu nhiều hơn so với nhóm có sử dụng A-PRF nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Độ sâu túi (PD). So sánh trong cùng nhóm, sau 3 tháng (T_3), chỉ số PD của cả hai nhóm đều giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) so với T_0 . So sánh giữa hai nhóm, tại thời điểm T_3 , PD của nhóm có sử dụng A-PRF giảm nhiều hơn so với nhóm không sử dụng A-PRF có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Mất bám dính lâm sàng (CAL). So sánh trong cùng nhóm, ở nhóm có sử dụng A-PRF có

sự cải thiện CAL vào tháng thứ 3 (T_3) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), nhóm không sử dụng A-PRF không có sự khác biệt này. So sánh giữa hai nhóm, tại thời điểm T_3 , CAL ở nhóm có sử dụng A-PRF cải thiện hơn so với nhóm không sử dụng A-PRF có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

IV. BÀN LUẬN

Chỉ số PII và GI là những chỉ số đơn giản nhưng phản ánh tốt về kết quả phẫu thuật tái tạo MNC và duy trì kết quả sau điều trị. Trong nghiên cứu này, các chỉ số PII và GI đều cải thiện trên nhóm có A-PRF và nhóm không dùng A-PRF sau 3 tháng có ý nghĩa ($p < 0,05$); so sánh giữa hai nhóm thì sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Cải thiện chỉ số PII và GI ở cả hai nhóm có sử dụng A-PRF và không sử dụng A-PRF sau 3 tháng cho thấy gia tăng mức độ nhận thức về sức khỏe răng miệng của BN và duy trì tốt tình trạng VSRM suốt thời gian nghiên cứu.

Tình trạng tụt nướu có thể ảnh hưởng đến thẩm mỹ, sự ổn định lâu dài vùng ghép, ảnh hưởng độ sâu túi. Sau 3 tháng phẫu thuật, tình trạng tụt nướu xảy ra trên nhóm không dùng A-PRF nhiều hơn so với nhóm có A-PRF, khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Trong nghiên cứu này, chúng tôi thực hiện phẫu thuật đặt lại vạt tại vị trí ban đầu, không thực hiện vạt di chuyển về phía thân răng để tăng chiều cao nướu. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi phản ánh đúng thực tế lâm sàng hoặc cũng có

thể do mô nướu trong mẫu nghiên cứu thuộc nhóm hình thái nướu mỏng. Nghiên cứu của Reynold (2003)⁵ cho thấy hầu hết các phẫu thuật lật vạt ghép xương hay vật liệu thay thế xương điều trị VNC có IBD đều xảy ra tình trạng tụt nướu 0,2-1,7 mm. Sự khác biệt mức độ tụt nướu giữa các nghiên cứu có thể tùy thuộc vị trí đặt màng PRF, thiết kế vạt, loại hình thái nướu, loại vật liệu ghép, hình dạng mặt chân răng và kỹ thuật phẫu thuật.

PD thể hiện độ sâu túi, đáy túi được giới hạn bởi bám dính mô liên kết, giảm PD là tạo bám dính mới. Đây là một bám dính liên kết bền vững chứ không phải là bám dính biểu mô kéo dài là một bám dính không bền vững. Giảm PD không những là kết quả mong đợi của tái tạo MNC mà còn là một biến số quan trọng trong việc chăm sóc cho BN của các nhà lâm sàng, vì biến số PD tác động trực tiếp việc chọn phương pháp điều trị và điều trị duy trì. Trong nghiên cứu này, sau 3 tháng, PD của cả hai nhóm đều giảm, khác biệt có ý nghĩa thống kê so với T0 ($p < 0,001$). So sánh mức độ giảm PD giữa hai nhóm tại thời điểm T3, nhóm có A-PRF có PD giảm nhiều hơn so với nhóm không dùng A-PRF, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này chứng tỏ sử dụng A-PRF kết hợp XBSM làm giảm PD có ý nghĩa so với nhóm không dùng A-PRF sử dụng XBSM trong điều trị VNC có tiêu xương theo chiều dọc. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, sự khác biệt giữa nhóm có A-PRF và nhóm không dùng A-PRF không thể quy cho do ảnh hưởng của tình trạng tụt nướu, do vấn đề kiểm soát màng bám hay tình trạng viêm nướu, vì tất cả những yếu tố này đã cho thấy sự khác biệt không có ý nghĩa giữa nhóm có A-PRF và nhóm không dùng A-PRF. Như vậy kết quả ghi nhận được trong nghiên cứu này có thể do hiệu quả thêm vào của A-PRF kết hợp XBSM trong quá trình lành thương: với mật độ cao, sợi fibrin làm tăng ổn định vết thương và kích thích tạo mạch máu mới. Các GFs PDGF-BB, VEGF và TGF- β 1 hiện diện tại vị trí phẫu thuật trên nhóm có A-PRF cao hơn nhóm không dùng A-PRF: các GFs này là những chất trung gian sinh học tự nhiên, điều hòa các hiện tượng sinh học như sự di cư, tăng sinh và biệt hóa tế bào. A-PRF đóng vai trò quan trọng trong quá trình sửa chữa và tái tạo mô, tăng lành thương do tăng tạo mạch và tái tổ chức khuôn sẹo trong quá trình lành thương.

Hiện nay tiêu chuẩn vàng để đánh giá sự thay đổi tình trạng nha chu đo lường cho nghiên cứu dọc là mất bám dính lâm sàng (CAL), thể hiện bám dính mới gồm xương, xê măng và DCNC mới. Trong nghiên cứu này, cải thiện CAL

ở nhóm có A-PRF khác biệt có ý nghĩa so với T0 ($p < 0,001$); trong khi ở nhóm không dùng A-PRF khác biệt không có ý nghĩa. Ngoài ra, sau 3 tháng phẫu thuật, CAL ở nhóm có A-PRF cải thiện nhiều hơn nhóm không dùng A-PRF, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Juneja (2015)⁶ (sau 6 tháng), Agarwal (2016)⁷ (sau 12 tháng), cho thấy sử dụng PRF kết hợp xương ghép đồng loại, dị loại và vật liệu tổng hợp trong điều trị VNC có IBD cho thấy cải thiện CAL rất có ý nghĩa. Khi so sánh với nhóm chứng, đa số nghiên cứu cho thấy biến số CAL cải thiện hơn so với nhóm chứng. Tuy nhiên nghiên cứu của Elgendy (2015)⁸ nhóm thử nghiệm sử dụng PRF kết hợp NCHA sự khác biệt không có ý nghĩa so với nhóm chứng sử dụng NCHA sau 6 tháng điều trị. Như vậy, kết quả khác nhau của các nghiên cứu có thể do chọn nhóm chứng, thời gian theo dõi, đặc tính của vật liệu ghép.

Lý do chính cải thiện CAL có thể do giảm viêm, tái hình thành các sợi collagen, bám dính mới trên bề mặt chân răng và tăng lấp khiếm khuyết xương. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chính sự đạt được bám dính mới ở nhóm có A-PRF nhiều hơn so với nhóm không dùng A-PRF nói lên sự khác biệt có ý nghĩa giữa sử dụng màng A-PRF kết hợp XBSM so với chỉ sử dụng XBSM. Màng PRF là vật liệu sinh học tự thân, chứa fibrin được polyme hóa trong cấu trúc phân tử, tiểu cầu, bạch cầu và cytokin. Sự trùng hợp fibrin chậm trong quá trình tạo A-PRF, tạo kết hợp nội sinh của các cytokin, tiểu cầu và chuỗi glycan trong lưới fibrin. Màng A-PRF tổ chức như một khung sợi dày đặc với lượng lớn bạch cầu tập trung trong cục máu đông, bạch cầu ảnh hưởng mạnh mẽ đến sự phóng thích GFs, điều hòa miễn dịch, hoạt động chống nhiễm trùng và biến đổi khung trong quá trình lành thương, đây là một khung tối ưu cho di cư các tế bào nội mạc mạch máu và nguyên bào sợi. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy mức độ cải thiện CAL có thể do trong nghiên cứu chúng tôi phối hợp sử dụng màng A-PRF cắt thành mảnh nhỏ trộn với XBSM, kết hợp phủ màng A-PRF và màng collagen lên vị trí ghép, màng A-PRF có vai trò như màng ngăn trong tái tạo mô có hướng dẫn.

V. KẾT LUẬN

Sử dụng fibrin giàu tiểu cầu kết hợp xương dị loại giúp giảm độ sâu túi nha chu và cải thiện mất bám dính lâm sàng sau 3 tháng điều trị, cho thấy tiềm năng lớn có thể ứng dụng trong điều trị tái tạo mô nha chu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chen L., Ding Y., Cheng G., et al.** (2021), "Use of the platelet-rich fibrin in the treatment of periodontal intrabony defects: a systemic review and meta-analysis", *Biomed Res Int*, 2021, pp. 6669168
2. **Miron R. J., Moraschini V., Fujioka-Kobayashi M., et al.** (2021), "Use of platelet-rich fibrin for the treatment of periodontal intrabony defects: a systematic review and meta-analysis", *Clin Oral Investig*, 25(5), pp. 2461-2478.
3. **Pepelassi E., Deligianni M.,** (2022), "The adjunctive use of leukocyte and platelet rich fibrin in periodontal endosseous and furcation defects: A systematic review and meta-analysis", *Materials* (Basel), 15(6), pp. 2088.
4. **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.
5. **Reynold A. M., Reidy A. M., Branch-May L. G., et al.** (2003), "The efficacy of bone replacement grafts in the treatment of periodontal osseous defects. A systematic review", *Ann Periodontol*, 8, pp. 227-265
6. **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 Dentascan", *Saint Int Dent J*, (1), pp. 22-27.
7. **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.
8. **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.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TỚI TÌNH TRẠNG SUY DINH DƯỠNG Ở NGƯỜI BỆNH CAO TUỔI ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA BỆNH NHIỆT ĐỚI - BỆNH VIỆN E NĂM 2023

Phạm Thị Hạnh¹, Phạm Thị Thanh Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định một số yếu tố liên quan đến tình trạng suy dinh dưỡng của người bệnh cao tuổi điều trị nội trú tại Khoa Bệnh Nhiệt Đới bệnh viện E năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, phỏng vấn trực tiếp 120 người bệnh cao tuổi điều trị nội trú tại bệnh viện E từ tháng 3 đến tháng 4 năm 2023. **Kết quả:** Yếu tố có liên quan với suy dinh dưỡng của người bệnh cao tuổi bao gồm giới tính, BMI và thời gian đã nằm viện ($p < 0.05$). **Kết luận:** Các nghiên cứu trong tương lai nên tập trung vào việc can thiệp và theo dõi dinh dưỡng cho người bệnh cao tuổi khi nhập viện.

Từ khóa: Suy dinh dưỡng, người cao tuổi, yếu tố liên quan.

SUMMARY

FACTORS ASSOCIATED WITH MALNUTRITION IN ELDERLY PATIENTS TREATED AT THE TROPICAL DISEASES DEPARTMENT - E HOSPITAL IN 2023

Objectives: The study aimed at describing factors related to malnutrition of geriatric patients at the tropical disease department of E hospital in 2023.

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Hạnh

Email: hanh.yhd@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2025

Ngày duyệt bài: 31.3.2025

Methods: A cross-sectional study was conducted in 120 the older adults at the tropical disease department of E hospital from March to April in 2023. Information was collected using a interview questionnaire and investigating the medical record. **Results:** Factors associated with malnutrition in elderly patients included gender, BMI and length of hospital stay ($p < 0.05$). **Conclusions:** Future studies should focus on nutritional interventions and monitoring for elderly patients upon hospital admission. **Keywords:** malnutrition, geriatric patients, associated factors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng là một vấn đề sức khỏe phổ biến ở người bệnh cao tuổi, đặc biệt trong quá trình điều trị, người bệnh có thể đối mặt với yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng [1,2,3]. Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở người bệnh cao tuổi điều trị nội trú có thể lên đến hơn 40%, gây tác động nghiêm trọng đến sức khỏe tổng thể, làm tăng nguy cơ nhiễm trùng, kéo dài thời gian nằm viện và giảm hiệu quả điều trị [3]. Hơn nữa, suy dinh dưỡng còn liên quan đến tỷ lệ mắc bệnh và tử vong cao hơn ở nhóm đối tượng này, đồng thời tạo ra gánh nặng đáng kể cho hệ thống y tế và công tác chăm sóc người cao tuổi [1,2,3]. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra các yếu tố liên quan đến tình trạng suy dinh dưỡng ở người bệnh cao tuổi. Trong đó, giới tính đóng vai trò quan trọng, khi nghiên cứu của Ozturk và cộng