

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG CHẢY MÁU, ĐAU VÀ LÀNH THƯƠNG SAU NHỔ Ở NGƯỜI BỆNH ĐANG SỬ DỤNG THUỐC KHÁNG TIỂU CẦU TẠI VIỆN ĐÀO TẠO RĂNG HÀM MẶT VÀ BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Hoàng Ngọc Lan^{1,✉}, Hoàng Mai Anh²
Nguyễn Hùng Hiệp², Vũ Thanh Thương¹

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu quan sát tiến cứu có phân tích với mục tiêu đánh giá kết quả nhổ răng trên người bệnh sử dụng thuốc kháng tiểu cầu tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt và Bệnh viện Bạch Mai năm 2025 - 2026. Tổng cộng 38 người bệnh sử dụng thuốc kháng tiểu cầu có chỉ định nhổ răng, trong 24 giờ đầu sau nhổ, 57,9% người bệnh chảy máu nhẹ tự cầm, 18,4% cần can thiệp cầm máu bổ sung. Không ghi nhận sự khác biệt về tình trạng chảy máu giữa các nhóm thuốc kháng tiểu cầu ($p > 0,05$). Số lượng răng nhổ là yếu tố nguy cơ làm tăng chảy máu cần can thiệp ($OR = 6,39$; $p = 0,012$). Điểm đau VAS giảm từ $4,02 \pm 0,62$ xuống $0,91 \pm 1,05$ vào ngày thứ 7. Điểm Landry và EHS trung bình lần lượt là $10,53 \pm 0,95$ và $5,55 \pm 0,77$. Trong phạm vi nghiên cứu này, không ghi nhận biến cố chảy máu nghiêm trọng ở người bệnh duy trì thuốc kháng tiểu cầu khi nhổ răng và được áp dụng các biện pháp cầm máu tại chỗ phù hợp.

Từ khóa: Thuốc kháng tiểu cầu, nhổ răng, chảy máu sau nhổ, lành thương.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuốc kháng tiểu cầu đóng vai trò quan trọng trong dự phòng và điều trị các bệnh lý tim mạch do huyết khối và sau can thiệp mạch vành qua da đặt stent.¹ symptoms or angiographic disease Cùng với sự gia tăng tuổi thọ dân số và tỷ lệ mắc các bệnh tim mạch, đặc biệt tại Việt Nam, số lượng người bệnh sử dụng các thuốc kháng tiểu cầu như Aspirin, Clopidogrel hoặc điều trị kháng tiểu cầu kép (Dual Antiplatelet Therapy - DAPT) ngày càng tăng.^{2,3} Ngoài tác dụng ức chế chức năng tiểu cầu, làm tăng nguy cơ chảy máu trong và sau thủ thuật, việc ngừng thuốc kháng tiểu cầu trước can thiệp có thể làm gia tăng nguy cơ hình thành huyết khối, dẫn

đến các biến cố tim mạch nghiêm trọng như nhồi máu cơ tim, đột quỵ hoặc tắc stent mạch vành. Do đó, cân bằng giữa nguy cơ chảy máu và nguy cơ huyết khối là thách thức quan trọng đối với bác sĩ nha khoa khi lập kế hoạch điều trị cho nhóm người bệnh này.^{1,2}

Trong những năm gần đây, nhiều nghiên cứu quốc tế đã cho thấy việc duy trì thuốc kháng tiểu cầu trong quá trình nhổ răng có thể không làm gia tăng đáng kể nguy cơ chảy máu nghiêm trọng khi các biện pháp cầm máu tại chỗ được thực hiện phù hợp.^{4,5} Các hướng dẫn hiện hành của các hiệp hội tim mạch và nha khoa cũng có xu hướng khuyến cáo tiếp tục duy trì thuốc kháng tiểu cầu đối với các thủ thuật nha khoa ít xâm lấn nhằm hạn chế nguy cơ biến cố huyết khối nghiêm trọng.⁶ Tuy nhiên, nguy cơ chảy máu sau nhổ răng vẫn có thể khác nhau tùy thuộc vào loại thuốc sử dụng, điều trị kháng tiểu

Tác giả liên hệ: Hoàng Ngọc Lan

Bệnh viện Bạch Mai

Email: ngocclandental@gmail.com

Ngày nhận: 03/06/2026

Ngày được chấp nhận: 25/06/2026

cầu đơn trị hay kép, số lượng răng nhỏ, mức độ phức tạp của thủ thuật cũng như các đặc điểm toàn thân của người bệnh.^{5,7}

Trong những năm gần đây, nhiều nghiên cứu quốc tế đã đánh giá tính an toàn của nhổ răng mà không ngừng thuốc kháng tiểu cầu khi áp dụng các biện pháp cầm máu tại chỗ. Tuy nhiên, tại Việt Nam, các nghiên cứu về vấn đề này còn tương đối hạn chế. Hầu hết các nghiên cứu trong nước chủ yếu tập trung vào nhóm bệnh nhân dùng thuốc chống đông máu hoặc chỉ mô tả một số khía cạnh riêng lẻ, chưa đánh giá đồng thời tình trạng chảy máu, mức độ đau, khả năng lành thương và các yếu tố liên quan sau nhổ răng.^{8,9} Đặc biệt, chưa có nghiên cứu nào được thực hiện tại hai cơ sở lớn là Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt và Bệnh viện Bạch Mai, nơi tiếp nhận số lượng lớn bệnh nhân tim mạch cần thủ thuật nha khoa. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá tình trạng chảy máu, mức độ đau, khả năng lành thương và một số yếu tố liên quan sau nhổ răng ở người bệnh đang sử dụng thuốc kháng tiểu cầu tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt và Bệnh viện Bạch Mai năm 2025 - 2026.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Người bệnh có chỉ định nhổ răng đang sử dụng thuốc kháng tiểu cầu (Aspirin, Clopidogrel hoặc phối hợp) tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt và Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9/2025 đến tháng 12/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Người bệnh từ 18 tuổi trở lên, đang sử dụng ít nhất một loại thuốc kháng tiểu cầu (Aspirin liều ≤ 100 mg/ngày, Clopidogrel 75 mg/ngày, hoặc kết hợp) liên tục trong tối thiểu 7 ngày trước khi thực hiện thủ thuật, không ngừng thuốc, có ít nhất một răng có chỉ định nhổ theo hướng dẫn của Bộ Y tế, và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Người bệnh đang dùng đồng thời thuốc chống đông máu, có rối loạn đông máu bẩm sinh hoặc mắc phải, suy gan, suy thận nặng, phụ nữ có thai, bệnh nhân có vấn đề sức khỏe tâm thần, không thể kiểm soát hành vi hoặc tự chăm sóc cá nhân.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu quan sát tiến cứu có phân tích.

Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng cho một tỷ lệ:

$$n = Z^2 \frac{p \cdot (1 - p)}{d^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu cần có; Z = 1,96 với khoảng tin cậy 95% ($\alpha = 0,05$); p là tỷ lệ bệnh nhân không chảy máu sau nhổ răng theo nghiên cứu của Katz là 95,65%;¹⁰ d là sai số mong muốn, chọn d = 0,07 để phù hợp với quy mô nghiên cứu thực tế. Theo công thức trên, cỡ mẫu tối thiểu tính được là 33 đối tượng. Dự phòng thêm 10% đối tượng có thể bị mất mẫu hoặc thiếu dữ liệu trong quá trình nghiên cứu, cỡ mẫu tối thiểu cần tuyển chọn là 36 đối tượng.

Cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, có chủ đích. Nghiên cứu lựa chọn toàn bộ người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt và Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9/2025 đến tháng 12/2025. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận 38 người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

Các bước tiến hành nghiên cứu

Quy trình nghiên cứu được tóm tắt trong Sơ đồ 1. Người bệnh đang sử dụng thuốc kháng tiểu cầu có chỉ định nhổ răng được sàng lọc theo tiêu chuẩn nghiên cứu. Sau khi đồng ý

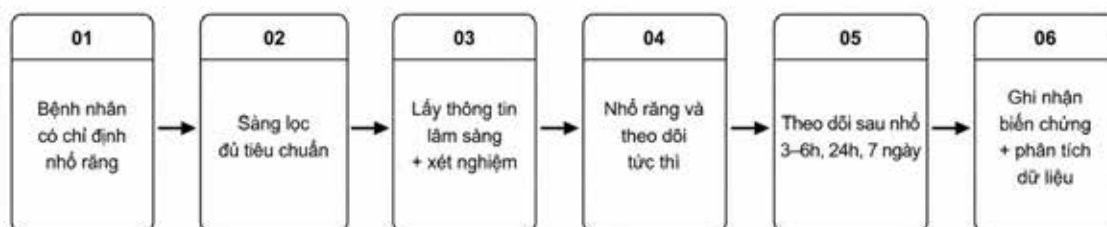
tham gia nghiên cứu, các thông tin về đặc điểm nhân khẩu học, bệnh sử, loại thuốc kháng tiểu cầu, đặc điểm răng cần nhổ và các yếu tố liên quan được thu thập theo phiếu nghiên cứu thống nhất. Thủ thuật nhổ răng được thực hiện bởi các bác sĩ có kinh nghiệm ít nhất 5 năm theo quy trình chuyên môn được chuẩn hóa tại khoa, được đào tạo và thống nhất về quy trình nghiên cứu. Tình trạng chảy máu trong 24 giờ đầu sau nhổ được đánh giá qua phỏng vấn trực tiếp vào ngày hôm sau bởi một điều tra viên được đào tạo với 3 mức độ

(1) Không chảy máu: không ghi nhận tình trạng chảy máu kéo dài sau nhổ răng;

(2) Chảy máu nhẹ: rỉ máu hoặc chảy máu nhẹ nhưng không cần can thiệp chuyên môn bổ sung;

(3) Chảy máu cần can thiệp: tình trạng chảy máu kéo dài hoặc tái phát cần có biện pháp cầm máu bổ sung.

Mức độ đau được bệnh nhân tự đánh giá theo thang VAS (0-10 điểm) tại các thời điểm 6 - 12 giờ, 24 giờ và ngày thứ 7 sau nhổ. Đánh giá lành thương ổ răng vào ngày thứ 7 được thực hiện trực tiếp tại viện bởi bác sĩ đã được hiệu chuẩn trước nghiên cứu, sử dụng thang điểm của Landry và EHS với điểm số càng cao phản ánh tình trạng lành thương mô mềm càng tốt.



Sơ đồ 1. Quy trình tiến hành nghiên cứu

Xử lý số liệu

Số liệu sau khi được làm sạch, được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm, so sánh bằng kiểm định Chi-square hoặc Fisher's exact test khi thích hợp. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn và so sánh giữa các nhóm bằng kiểm định t-test độc lập. Hồi quy logistic đa biến được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan đến chảy máu cần can thiệp sau nhổ răng. Hồi quy tuyến tính đa biến được

sử dụng để xác định các yếu tố ảnh hưởng đến điểm đau VAS sau nhổ răng. Mức ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y học sau khi được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học cấp Cơ sở Bệnh viện Bạch Mai thông qua, số 277/ BM-HĐĐĐ ban hành ngày 17/12/2025. Tất cả người bệnh được giải thích đầy đủ và ký cam kết tham gia tự nguyện. Tất cả thông tin cá nhân đều được bảo mật tuyệt đối.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 38)

Đặc điểm	Số lượng n (%)
Tuổi (năm)	
≤ 60 tuổi	13 (34,2)
> 60 tuổi	25 (65,8)
Giới tính	
Nam	21 (55,3)
Nữ	17 (44,7)
Loại thuốc kháng tiểu cầu	
Aspirin	19 (50,0)
Clopidogrel	7 (18,4)
DAPT	12 (31,6)
Kỹ thuật nhổ răng	
Nhổ thường	27 (71,1)
Nhổ phức tạp	11 (28,9)
Số lượng răng nhổ	
1 răng	18 (47,4)
2 răng	14 (36,8)
≥ 3 răng	6 (15,8)
Tổng	38 (100,0)

Nhận xét: Trong tổng số 38 người bệnh tham gia nghiên cứu, nhóm tuổi trên 60 chiếm đa số với 25 bệnh nhân (65,8%), trong khi nhóm từ 60 tuổi trở xuống có 13 (34,2%). Về giới tính, nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn với 21 (55,3%) so với 17 nữ giới (44,7%). Về loại thuốc kháng tiểu cầu, Clopidogrel chiếm số lượng ít nhất, 7 bệnh nhân (18,4%). Về kỹ thuật nhổ răng, đa

số trường hợp được thực hiện nhổ thường với 27 bệnh nhân (71,1%), trong khi nhổ phức tạp chiếm 28,9% (11 bệnh nhân). Về số lượng răng nhổ trong một lần can thiệp, gần một nửa bệnh nhân được nhổ 1 răng (47,4%), 14 bệnh nhân nhổ 2 răng (36,8%) và chỉ 6 bệnh nhân nhổ từ 3 răng trở lên (15,8%).

2. Tình trạng chảy máu trong 24 giờ đầu

Bảng 2. Tình trạng chảy máu trong 24 giờ đầu theo loại thuốc kháng tiểu cầu và số răng nhỏ (n = 38)

Yếu tố	Không chảy máu n (%)	Chảy máu nhẹ n (%)	Cần can thiệp n (%)	Tổng n (%)	p
Loại thuốc					
Aspirin (n = 19)	6 (31,6)	9 (47,4)	4 (21,0)	19 (100,0)	0,459
Clopidogrel (n = 7)	0 (0,0)	6 (85,7)	1 (14,3)	7 (100,0)	
DAPT (n = 12)	3 (25,0)	7 (58,3)	2 (16,7)	12 (100,0)	
Số răng nhỏ					
1 răng (n = 18)	8 (44,4)	10 (55,6)	0 (0,0)	18 (100,0)	< 0,001
2 răng (n = 14)	1 (7,1)	11 (78,6)	2 (14,3)	14 (100,0)	
≥ 3 răng (n = 6)	0 (0,0)	1 (16,7)	5 (83,3)	6 (100,0)	
Tổng	9 (23,7)	22 (57,9)	7 (18,4)	38 (100,0)	

Kiểm định Chi-square được sử dụng cho các biến đáp ứng điều kiện áp dụng. Fisher's exact test được sử dụng đối với các biến có tần số kỳ vọng nhỏ.

Nhận xét: Phần lớn người bệnh xuất hiện chảy máu nhẹ tự cầm trong 24 giờ đầu (57,9%). Tỷ lệ cần can thiệp cầm máu bổ sung là 18,4%. Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tình trạng chảy máu giữa 3 nhóm thuốc kháng

tiểu cầu (p = 0,459). Tỷ lệ chảy máu cần can thiệp tăng rõ rệt theo số lượng răng nhỏ có ý nghĩa thống kê với 0% ở nhóm 1 răng, 14,3% nhóm 2 răng và 83,3% ở nhóm ≥ 3 răng (p < 0,001).

3. Đánh giá mức độ đau sau nhổ răng

Bảng 3. Điểm đau VAS theo kỹ thuật nhổ răng tại các thời điểm theo dõi

Thời điểm đánh giá	Nhổ thường (TB ± ĐLC)	Nhổ phức tạp (TB ± ĐLC)	Phép kiểm	p
VAS 6-12 giờ	3,80 ± 0,50	4,65 ± 0,54	t-test	< 0,001
VAS 24 giờ	2,34 ± 0,54	3,29 ± 0,50	t-test	< 0,001
VAS ngày thứ 7	1,01 ± 1,20	0,76 ± 0,78	t-test	0,453

Nhận xét: Nhóm nhổ phức tạp có mức độ đau cao hơn nhóm nhổ thường một cách có ý nghĩa thống kê tại thời điểm 6 - 12 giờ (4,65 ± 0,54 so với 3,80 ± 0,50; p < 0,001) và 24 giờ

(3,29 ± 0,50 so với 2,34 ± 0,54; p < 0,001). Đến ngày thứ 7, cả hai nhóm đều giảm đau rõ rệt và không còn khác biệt có ý nghĩa thống kê.

4. Kết quả lành thương ngày thứ 7

Bảng 4. Điểm lành thương EHS và Landry theo kỹ thuật nhổ răng (ngày 7)

Thang điểm	Nhổ thường (TB ± ĐLC)	Nhổ phức tạp (TB ± ĐLC)	Chung (TB ± ĐLC)	p
EHS (1-6 điểm)	5,41 ± 0,89	5,91 ± 0,30	5,55 ± 0,77	0,103
Landry (0-14 điểm)	10,56 ± 0,93	10,45 ± 1,04	10,53 ± 0,95	0,749

Kiểm định Mann-Whitney U.

Nhận xét: Điểm lành thương EHS trung bình đạt 5,55 ± 0,77/6 điểm và Landry 10,53 ± 0,95/14 điểm. Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm lành thương giữa hai

nhóm kỹ thuật nhổ (p > 0,05).

5. Phân tích các yếu tố liên quan đến kết quả nhổ răng

Bảng 5. Hồi quy logistic đơn biến các yếu tố nguy cơ chảy máu cần can thiệp trong 24 giờ đầu

Yếu tố nguy cơ	OR (95% CI)	p-value	Nhận xét
Số lượng răng nhổ	6,39 (1,48 - 27,62)	0,012	Tăng nguy cơ chảy máu
Điều trị DAPT	0,84 (0,12 - 5,84)	0,850	Không làm tăng nguy cơ
Kỹ thuật nhổ phức tạp	-	1,000	Không ghi nhận liên quan

Nhận xét: Số lượng răng nhổ là yếu tố nguy cơ độc lập duy nhất có ý nghĩa thống kê đối với chảy máu cần can thiệp với OR (95% CI) =

6,39 (1,48 - 27,62), p = 0,012. Điều trị DAPT và kỹ thuật nhổ phức tạp không làm tăng nguy cơ chảy máu có ý nghĩa thống kê.

Bảng 6. Hồi quy tuyến tính đa biến các yếu tố ảnh hưởng đến điểm đau VAS 6 - 12 giờ

Biến độc lập	β	Sai số chuẩn	t	p-value
Hằng số	3,566	0,697	5,114	<0,001
Kỹ thuật nhổ phức tạp	0,961	0,193	4,977	<0,001
Số lượng răng nhổ	0,152	0,064	2,381	0,023
Điều trị DAPT	0,012	0,189	0,062	0,951
Tuổi	-0,002	0,010	-0,158	0,875

Nhận xét: Kỹ thuật nhổ phức tạp ($\beta = 0,961$; p < 0,001) và số lượng răng nhổ ($\beta = 0,152$; p = 0,023) là hai yếu tố độc lập làm tăng mức độ đau sau nhổ răng có ý nghĩa thống kê. Điều trị DAPT và tuổi không ảnh hưởng đáng kể đến

điểm đau VAS.

IV. BÀN LUẬN

Chảy máu sau nhổ răng là mối quan tâm hàng đầu khi thực hiện các thủ thuật nha khoa

trên người bệnh đang sử dụng thuốc kháng tiểu cầu.⁵ Trong nghiên cứu này, phần lớn người bệnh xuất hiện chảy máu nhẹ tự cầm trong 24 giờ đầu và không ghi nhận trường hợp nào xảy ra tình trạng chảy máu nghiêm trọng. Đồng thời, không ghi nhận biến cố chảy máu nghiêm trọng ở những người bệnh duy trì thuốc kháng tiểu cầu và được áp dụng các biện pháp cầm máu tại chỗ thích hợp. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Katz và và AlAgil J khi chỉ ra rằng phần lớn các trường hợp chảy máu đều được kiểm soát bằng các biện pháp cầm máu tại chỗ và không ghi nhận biến cố nghiêm trọng.^{5,7} Những bằng chứng này cũng có quan điểm hiện nay rằng nguy cơ huyết khối do ngừng thuốc thường nghiêm trọng hơn nguy cơ chảy máu có thể kiểm soát được sau nhổ răng.^{5-7,10}

Nghiên cứu không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tình trạng chảy máu giữa các nhóm sử dụng Aspirin, Clopidogrel và điều trị kháng tiểu cầu kép (DAPT), phù hợp với các nghiên cứu trước đây của AlAgil J và cộng sự khi thấy điều trị kháng tiểu cầu kép không làm tăng đáng kể nguy cơ chảy máu sau nhổ răng khi các biện pháp cầm máu tại chỗ được thực hiện đúng cách.⁵ Sự tương đồng giữa các nghiên cứu có thể được giải thích bởi việc áp dụng thường quy các biện pháp cầm máu tại chỗ sau nhổ răng. Mặc dù, thuốc kháng tiểu cầu làm giảm khả năng kết tập tiểu cầu, quá trình cầm máu vẫn có thể được kiểm soát hiệu quả nhờ các biện pháp kiểm soát chảy máu và hướng dẫn chăm sóc hậu phẫu phù hợp.^{8,9} Đây có thể là lý do khiến đa số các trường hợp chảy máu chỉ ở mức độ nhẹ và không tiến triển thành biến cố nghiêm trọng.

Một phát hiện đáng chú ý khác là số lượng răng nhổ trong một lần can thiệp có liên quan chặt chẽ đến nguy cơ chảy máu, tương đồng với nghiên cứu của Krishnan và cộng sự.¹¹ Kết quả hồi quy logistic cho thấy số lượng răng nhổ

là yếu tố nguy cơ độc lập đối với chảy máu cần can thiệp (OR = 6,39; p = 0,012). Điều này có thể được giải thích bởi diện tích tổn thương mô mềm và xương ổ răng tăng lên khi thực hiện nhiều vị trí nhổ trong cùng một lần điều trị, làm gia tăng nguy cơ rỉ máu kéo dài.^{5,10,11} Kết quả này phù hợp với nguyên tắc diện tích tổn thương mô mềm và xương ổ răng càng lớn thì nhu cầu hình thành và duy trì cục máu đông càng cao.⁸ Do đó, số lượng răng nhổ có thể là yếu tố phản ánh mức độ sang chấn phẫu thuật và có ảnh hưởng thực tế đến nguy cơ chảy máu nhiều hơn bản thân loại thuốc kháng tiểu cầu đang sử dụng.

Kết quả nghiên cứu cho thấy mức độ đau giảm dần theo thời gian ở tất cả các đối tượng nghiên cứu, phản ánh quá trình hồi phục sinh lý bình thường của ổ răng sau nhổ. Nhóm nhổ phức tạp có mức độ đau cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm nhổ thường tại thời điểm 6 - 12 giờ và 24 giờ sau thủ thuật. Kết quả này phù hợp với cơ chế bệnh sinh của đau sau nhổ răng, khi các thủ thuật có can thiệp lật vạt, lấy xương hoặc chia cắt răng thường gây tổn thương mô mềm và phản ứng viêm tại chỗ nhiều hơn.^{12,13} Sự tương đồng với các nghiên cứu trước đây cho thấy mức độ đau sau nhổ răng chủ yếu phụ thuộc vào mức độ sang chấn mô trong quá trình can thiệp hơn là các đặc điểm toàn thân của người bệnh. Việc điểm đau giảm rõ rệt vào ngày thứ 7 phản ánh quá trình hồi phục mô mềm thuận lợi và đáp ứng viêm hậu phẫu được kiểm soát tốt.¹⁴

Phân tích hồi quy tuyến tính đa biến cho thấy kỹ thuật nhổ phức tạp và số lượng răng nhổ là hai yếu tố độc lập làm gia tăng mức độ đau sau nhổ răng, đồng thời không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa điều trị DAPT và điểm đau VAS. Kết quả này cho thấy trong nghiên cứu hiện tại, mức độ đau sau nhổ răng có liên quan chủ yếu đến mức độ sang chấn mô trong quá trình can thiệp.^{13,14}

Quá trình lành thương sau nhổ răng diễn ra thuận lợi ở hầu hết các trường hợp nghiên cứu với sự cải thiện điểm EHS và điểm Landry. Các chỉ số này phản ánh sự tái biểu mô hóa và phục hồi mô mềm diễn ra tốt ở đa số người bệnh.¹⁴ Nghiên cứu chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về khả năng lành thương mô mềm giữa các nhóm kỹ thuật nhổ răng tại thời điểm đánh giá ngày thứ 7. Một số nghiên cứu trước đây cũng ghi nhận rằng mức độ sang chấn trong phẫu thuật có thể ảnh hưởng rõ đến đau sau nhổ răng nhưng không nhất thiết làm thay đổi đáng kể tiến trình lành thương khi việc chăm sóc hậu phẫu được thực hiện đầy đủ.¹⁵

Một điểm đáng chú ý là việc chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa duy trì thuốc kháng tiểu cầu và quá trình lành thương.¹⁶ Điều này phù hợp với hiểu biết hiện nay về cơ chế tác dụng của thuốc kháng tiểu cầu, vốn chủ yếu tác động lên chức năng kết tập tiểu cầu mà không ức chế trực tiếp các quá trình tăng sinh nguyên bào sợi, hình thành mô hạt hoặc tái tạo biểu mô.^{1,2,6} Do đó, việc tiếp tục sử dụng thuốc kháng tiểu cầu theo chỉ định tim mạch không làm chậm quá trình hồi phục mô mềm sau nhổ răng.^{16,17}

Tuy nhiên, nghiên cứu còn một số hạn chế. Thứ nhất, cỡ mẫu tương đối nhỏ và được lựa chọn theo phương pháp thuận tiện, có thể làm hạn chế khả năng khái quát hóa kết quả. Đặc biệt, số trường hợp chảy máu cần can thiệp chỉ có 7 ca nên chưa bảo đảm số lượng biến cố tối thiểu cho các phân tích hồi quy. Điều này có thể ảnh hưởng đến độ ổn định của các ước lượng và làm khoảng tin cậy rộng hơn. Thứ hai, thời gian theo dõi chỉ kéo dài đến ngày thứ 7 sau nhổ răng nên chưa đánh giá được các biến chứng muộn. Thứ ba, nghiên cứu chưa phân tích ảnh hưởng của các yếu tố toàn thân khác như đái tháo đường, tăng huyết áp hoặc tình trạng nha chu đến kết quả điều trị. Do đó, cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, thiết kế đa trung tâm và thời gian theo dõi dài hơn

để khẳng định đầy đủ tính an toàn của việc nhổ răng trên người bệnh đang sử dụng thuốc kháng tiểu cầu.

V. KẾT LUẬN

Trong phạm vi nghiên cứu này, chưa ghi nhận biến cố chảy máu nghiêm trọng ở người bệnh đang sử dụng thuốc kháng tiểu cầu khi nhổ răng và được áp dụng các biện pháp cầm máu tại chỗ phù hợp. Tình trạng chảy máu, mức độ đau và khả năng lành thương sau nhổ răng nhìn chung ở mức chấp nhận được. Số lượng răng nhổ là yếu tố có liên quan đến nguy cơ chảy máu cần can thiệp sau nhổ răng, trong khi chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa điều trị kháng tiểu cầu kép hoặc kỹ thuật nhổ phức tạp với tình trạng chảy máu trong nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Passacquale G, Sharma P, Perera D, Ferro A. Antiplatelet therapy in cardiovascular disease: Current status and future directions. *Br J Clin Pharmacol.* 2022; 88(6): 2686-2699. doi:10.1111/bcp.15221.
2. Fischer Q, Pham V, Seret G, Bami P, Picard F, Varenne O. Antiplatelet therapy for treatment of coronary artery disease in older patients. *Arch Cardiovasc Dis.* 2024; 117(6): 441-449. doi:10.1016/j.acvd.2024.02.008.
3. Nguyễn ĐH, Phạm NN, Nguyễn TNV, Võ TK. Tình hình sử dụng thuốc chống kết tập tiểu cầu trong điều trị bệnh nhồi máu cơ tim cấp tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2021. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2022; 513(2). doi:10.51298/vmj.v513i2.2476.
4. Tatarciuc D, Trandafirescu MF, Ghica DC, et al. Local Hemostasis as the Critical Enabler for Safe Antithrombotic Therapy in Dentistry- Navigating Future Frontiers and Innovative Concepts. *J Clin Med.* 2026; 15(5): 1823. doi:10.3390/jcm15051823.

5. AlAgil J, AlDaamah Z, Khan A, Omar O. Risk of postoperative bleeding after dental extraction in patients on antiplatelet therapy: systematic review and meta-analysis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2024; 137(3): 224-242. doi:10.1016/j.oooo.2023.10.006.
6. American Dental Association. Oral Anticoagulant and Antiplatelet Medications and Dental Procedures. September 28, 2022. Accessed June 3, 2026. <https://www.ada.org/resources/ada-library/oral-health-topics/oral-anticoagulant-and-antiplatelet-medications-and-dental-procedures>.
7. Katz MS, Benidamou R, Ooms M, et al. Influence of antiplatelet medication and anticoagulation therapy after dental extractions on hospitalization: a retrospective 10-year study. *BMC Oral Health.* 2024; 24(1): 1485. doi:10.1186/s12903-024-05275-6.
8. Loan HK, Nguyễn TM, Khánh NH. Kết quả điều trị phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới có mô xương tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2025; 550(2). doi:10.51298/vmj.v550i2.14188.
9. Boundy S, Hùng ĐT. Kết quả nhổ răng khôn gây tê tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2022; 521(2). doi:10.51298/vmj.v521i2.4095.
10. Katz MS, Mahlow ON, Benidamou R, et al. Evaluation of postoperative bleeding risk after dental extractions in patients on antithrombotic medication: A comparison of machine learning and clinical experience. *Clin Oral Investig.* 2025; 29(11): 531. doi:10.1007/s00784-025-06590-0.
11. Krishnan NA, Kumar SV, Nair AH, et al. Evaluation of Bleeding Time after Dental Extractions during Uninterrupted Single or Dual Antiplatelet Treatment - A Comparative Study. *Ann Maxillofac Surg.* 2024; 14(2): 137-140. doi:10.4103/ams.ams_31_24.
12. Karpe T, Sanober A, Nasyam FA, Soumya S, Seethamsetty S, Sarepally G. To Study the Impact of Tooth Sectioning on Postoperative Pain, Swelling and Trismus After Surgical Extraction of Impacted Mandibular Third Molars. *Cureus.* 15(12): e51207. doi:10.7759/cureus.51207.
13. Dignam P, Elshafey M, Jeganathan A, Foo M, Park JS, Ratnaweera M. Prevalence and Factors Influencing Post-Operative Complications following Tooth Extraction: A Narrative Review. *Int J Dent.* 2024; 2024:7712829. doi:10.1155/2024/7712829.
14. Cao Z, Zhao C, Wang R, et al. Postoperative pain and influencing factors after prophylactic extraction of impacted mandibular third molars: a multicenter prospective cohort study. *BMC Oral Health.* 2025; 25(1): 827. doi:10.1186/s12903-025-05974-8.
15. Lu Z, Bingquan H, Jun T, Fei G. Effectiveness of concentrated growth factor and laser therapy on wound healing, inferior alveolar nerve injury and periodontal bone defects post-mandibular impacted wisdom tooth extraction: A randomized clinical trial. *Int Wound J.* 2024; 21(1): e14651. doi:10.1111/iwj.14651.
16. Sammartino G, Gasparro R, Spagnuolo G, Miniello A, Blasi A, Marenzi G. Influence of the Antithrombotic Therapy in the Healing of Simple Post-Extraction Sockets: A Randomized Clinical Trial. *J Clin Med.* 2022; 11(13). doi:10.3390/jcm11133654.
17. Wang J, Lin J, Song X, et al. Differential effects of clopidogrel and/or aspirin on the healing of tooth extraction wound bone tissue. *Front Physiol.* 2024; 15:1387633. doi:10.3389/fphys.2024.1387633.

Summary

ASSESSMENT OF BLEEDING, PAIN AND WOUND HEALING AFTER TOOTH EXTRACTION IN PATIENTS ON ANTIPLATELET THERAPY AT SCHOOL OF DENTISTRY AND BACH MAI HOSPITAL

This prospective analytical observational study aimed to evaluate the outcomes of tooth extraction in patients receiving antiplatelet therapy at the School of Dentistry and Bach Mai Hospital during 2025 – 2026. A total of 38 patients on antiplatelet medications with indications for tooth extraction were enrolled. Within the first 24 hours after extraction, 57.9% of patients experienced mild self-limiting bleeding, while 18.4% required additional hemostatic intervention. No significant differences in bleeding outcomes were observed among the different antiplatelet therapy groups ($p > 0.05$). The number of extracted teeth was identified as a significant risk factor for bleeding requiring intervention ($OR = 6.39$; $p = 0.012$). The mean Visual Analog Scale (VAS) pain score decreased from 4.02 ± 0.62 immediately after extraction to 0.91 ± 1.05 on postoperative day 7. The mean Landry Wound Healing Index and Early Healing Score (EHS) were 10.53 ± 0.95 and 5.55 ± 0.77 , respectively. These findings suggest that no major bleeding events were observed in this study when antiplatelet therapy was maintained and appropriate local hemostatic measures were applied..

Keywords: Antiplatelet therapy, tooth extraction, post-extraction bleeding, wound healing.