

Đánh giá kết quả điều trị tụt nướu răng cối nhỏ vĩnh viễn hàm trên bằng phương pháp vạt trượt về phía thân răng kết hợp ghép mô liên kết dưới biểu mô

Nguyễn Tấn Phúc^{1*}, Đỗ Thị Thảo¹, Trần Huỳnh Trung¹

¹ Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

***Tác giả liên hệ**

Nguyễn Tấn Phúc
Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
Điện thoại: 0939497999
Email:
22350111588@student.ctump.edu.vn

Thông tin bài đăng

Ngày nhận bài: 04/08/2025
Ngày phản biện: 05/08/2025
Ngày duyệt bài: 25/08/2025

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tụt nướu là hiện tượng mô nướu thu hẹp kích thước về phía chân răng, mục tiêu của điều trị tụt nướu là đạt được độ che phủ chân răng, tăng độ dày nướu, đem đến sự ổn định của bờ nướu theo thời gian. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát đặc điểm lâm sàng của tụt nướu răng cối nhỏ vĩnh viễn hàm trên và đánh giá kết quả điều trị tụt nướu răng cối nhỏ vĩnh viễn hàm trên bằng phương pháp phẫu thuật vạt trượt về phía thân răng kết hợp ghép mô liên kết dưới biểu mô. **Đối tượng và phương pháp:** 30 răng cối nhỏ vĩnh viễn hàm trên được chẩn đoán tụt nướu theo Cairo loại 1, phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, can thiệp lâm sàng không đối chứng. **Kết quả:** Bệnh nhân trong nghiên cứu có độ tuổi trung bình là $28,67 \pm 9,31$. Về giới tính, nghiên cứu của chúng tôi có sự phân bố tương đối đồng đều giữa nam và nữ. Kết quả phân tích cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các chỉ số lâm sàng trước phẫu thuật tại răng cối nhỏ thứ nhất và thứ hai trong nhóm nghiên cứu. Tỷ lệ tái che phủ chân răng đạt 94,12 % thời điểm 03 tháng sau phẫu thuật, tỷ lệ chân răng được tái che phủ hoàn toàn là 66,33% ở thời điểm 03 tháng sau phẫu thuật. Không gặp trường hợp có biến chứng hậu phẫu, các chỉ số lâm sàng đều cải thiện ở thời điểm sau phẫu thuật 03 tháng. **Kết luận:** Điều trị tụt nướu răng cối nhỏ vĩnh viễn hàm trên bằng phương pháp vạt trượt về phía thân răng kết hợp ghép mô liên kết dưới biểu mô là một phương pháp hiệu quả cao và an toàn trên lâm sàng. **Từ khóa:** Tụt nướu răng, vạt trượt về phía thân răng, ghép mô liên kết dưới biểu mô.

Treatment of gingival recession on permanent maxillary maxillary premolars by coronally advanced flap with a connective tissue graft

ABSTRACT: Background: Gingival recession is a phenomenon in which the gingival tissue narrows in size towards the tooth root. The goal of gingival recession treatment is to achieve root coverage, increase gingival thickness, and stabilize the gingival margin over time. **Objectives:** To investigate clinical characteristics of gingival recession in permanent maxillary premolars and to evaluate the results of treatment of gingival recession in permanent maxillary premolars by means of flap surgery towards the tooth body combined with subepithelial connective tissue grafting. **Subjects and methods:** 30 maxillary permanent premolars were diagnosed with gingival recession according to Cairo type 1, cross-sectional descriptive research method, non-controlled clinical intervention. **Results:** Patients in the study had an average age of 28.67 ± 9.31 years. Regarding

Bản quyền © 2025 Tạp chí Khoa học sức khỏe

gender, our study had a relatively even distribution between men and women. The analysis results showed that there was no statistically significant difference between preoperative clinical indices at the first and second premolars in the study group. The rate of root re-coverage was 94.12% at 3 months after surgery, the rate of completely re-covered roots was 66.33% at 3 months after surgery. There were no cases of postoperative complications, clinical indicators all improved at 3 months after surgery. **Conclusion:** Treatment of maxillary permanent premolars by coronally advanced flap with connective tissue grafting is a highly effective and safe method in clinical practice. **Keywords:** *Gingival recession, Coronally advanced flap, Subepithelial connective tissue graft.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tụt nướu là sự dịch chuyển của bờ viền nướu về phía chóp so với đường nối men răng - xi măng (CEJ) [1]. Khi có tụt nướu, tình trạng lộ bề mặt chân răng có thể liên quan đến tình trạng tăng nhạy cảm ngà răng, sâu răng và khó chịu về mặt thẩm mỹ [2]. Hơn nữa, tụt nướu không được điều trị có xu hướng tiến triển theo thời gian, đòi hỏi phải điều trị bằng phẫu thuật [3]. Nhiều kỹ thuật khác nhau đã được đề xuất để điều trị tụt nướu; Zucchelli & Mounssifs phân loại các thủ thuật phẫu thuật là các thủ thuật vật xoay (vật trượt bên, vật xoay,...); các thủ thuật vật tiên tiến (vật di chuyển về phía thân răng, vật di chuyển về phía thân răng bán nguyệt); các thủ thuật ghép mô mềm tự do (ghép biểu mô, ghép mô liên kết dưới biểu mô) hoặc các kỹ thuật đường hầm [4]. Hiện nay, phương pháp điều trị tiêu chuẩn vàng để che phủ chân răng với độ ổn định lâu dài là ghép mô liên kết cộng với vật di chuyển về phía thân răng, đảm bảo độ dày nướu răng thích hợp [5]. Mô liên kết tự thân hoạt động như một khung sinh học và được coi là vật liệu tốt nhất để điều trị tình trạng tụt nướu [5]. Nó tăng cường sự ổn định của vật trên bề mặt thân răng đồng thời tăng độ dày mô và chiều rộng mô sừng hóa [6]. Nghiên cứu này của chúng tôi nhằm mục tiêu:

1. Khảo sát đặc điểm lâm sàng của tụt nướu răng cối nhỏ vĩnh viễn hàm trên
2. Đánh giá kết quả điều trị tụt nướu răng cối nhỏ vĩnh viễn hàm trên bằng kỹ thuật vật

trượt di chuyển về phía thân răng kết ghép mô liên kết dưới biểu mô.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 30 răng cối nhỏ vĩnh viễn hàm trên được chẩn đoán tụt nướu theo Cairo loại 1, đến khám tại phòng khám Răng Hàm Mặt bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ trong khoảng thời gian từ tháng 5 năm 2022 đến tháng 3 năm 2025, đảm bảo tiêu chuẩn chọn bệnh và loại trừ dưới đây.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Răng cối hổ vĩnh viễn hàm trên.
- Tụt nướu loại I theo phân loại của Cairo (2011) [7].
- Không có viêm nha chu mạn hay cấp tính.
- Đồng ý tiến hành phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Mắc các bệnh toàn thân chưa được điều trị ổn định.
- Phụ nữ mang thai ba tháng đầu và ba tháng cuối.
- Hút thuốc lá trên 10 điếu/ngày.
- Bệnh nhân có các viêm nhiễm cấp tính trong miệng.
- Tiền sử dị ứng với thuốc tê và kháng sinh.

Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang và can thiệp lâm sàng không đối chứng.
- Chọn mẫu thuận tiện các răng cối nhỏ vĩnh viễn hàm trên có tụt nướu.

Cỡ mẫu nghiên cứu

Số lượng vị trí tụt nướu được tính theo công thức ước lượng tỷ lệ một trung bình.

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

$p = 0,986$ tương ứng với mức che phủ thân răng trung bình là 98,6% của phương pháp vạt trượt về phía thân răng kết hợp ở mô liên kết trong nghiên cứu của McGuire MK và cộng sự năm 2009 [8].

$Z(1-\alpha/2) = 1,96$ là hệ số tin cậy với độ tin cậy 95%, xác suất sai lầm loại 1: $\alpha = 5\%$; chọn mức sai số $d = 0,05$.

Ta tính được $n = 22$, chọn cỡ mẫu là 30 răng cối nhỏ vĩnh viễn hàm trên có tụt nướu loại I theo Cairo.

Các bước tiến hành phẫu thuật (theo Zucchelli năm 2014 [9])

- Vùng nhận tổ chức: Thực hiện vạt hình thang trượt về phía thân răng bằng dao 15c. Xử lý bề mặt chân răng: cây nạo Gracey mini five 15/16 xử lý bề mặt chân răng tụt nướu, chừa lại 1mm xê – măng quanh xương viền không xử lý. Bơm rửa sạch bề mặt chân răng bằng gel EDTA 24% trong 2 phút sau khi dùng cây nạo Gracey mini five 15/16. Bơm rửa sạch bề mặt chân răng với nước muối vô

trùng để loại bỏ mủn ngà sau khi nạo xử lý bề mặt chân răng. Dùng lưỡi dao 15c và kéo vi phẫu cắt bỏ các biểu mô vùng gai nướu kẽ răng giữa 2 răng kế cận.

- Vùng cho tổ chức: Vùng cho tổ chức thực hiện kỹ thuật lấy mô ghép biểu mô – liên kết sau đó loại bỏ biểu mô. Vùng thu hoạch mảnh ghép niêm mạc vòm miệng cứng từ mặt xa răng số 3 đến mặt xa răng số 6. Biểu mô được loại bỏ bằng lưỡi dao sắc bén đặt song song với bề mặt mô. Khâu phẫu trường khâu cái bằng mũi chữ X với chỉ nylon 5/0.

- Kích thước mảnh mô liên kết có chiều cao phủ lên xương ổ 1mm và phủ ngay đường nối men-xê măng, chiều rộng phủ đủ chiều rộng của đường rạch chiều ngang, chiều dày 01mm. Mảnh ghép được khâu bằng hai mũi rời ở đáy khe nướu bằng chỉ Nylon 5/0 để cố định tại vùng nhận.

- Mảnh mô liên kết được đặt lên vùng nhận và được khâu bằng mũi rời ở đáy gai nướu bằng chỉ Polyglycolic acid (PGA) 6/0 để cố định tại vùng nhận. Vạt trượt tạo từ ban đầu sẽ che miếng ghép, khâu hai đường giảm căng bằng khâu mũi rời chỉ nylon 5/0, khâu treo gai nướu bằng chỉ Nylon 5/0.



Hình 1: Hình ảnh phẫu thuật trên bệnh nhân nghiên cứu

a. Trước phẫu thuật, b. Thiết kế vạt CAF, c. Lật và bóc tách vạt, d. loại bỏ biểu mô gai nướu và xử lý bề mặt chân răng bằng gel edta 24%, e. Loại bỏ biểu mô, mô mở ở biểu mô - mô liên kết và cắt tỉa mô liên kết theo kích thước thích hợp, f. Đặt mô liên vào vị trí nhận mảnh ghép và khâu lại, g. Khâu vạt, h. Sau 3 tháng phẫu thuật.

Thu thập thông tin sau phẫu thuật

Tái khám và thu thập các chỉ số ở thời điểm 2 tuần, 1 tháng, 3 tháng sau phẫu thuật

- Chiều cao khoảng tụt nướu nhìn thấy (RD): khoảng cách từ điểm chính giữa đường nối men – xi măng (CEJ) đến điểm chính giữa của viền nướu, tính bằng milimet.

- Độ sâu khe nướu (PD): tính từ đỉnh nướu viền đến đáy khe nướu, tính bằng milimet.

- Mức độ mất bám dính lâm sàng (CAL): tổng chiều cao tụt nướu nhìn thấy và chiều cao tụt nướu không nhìn thấy. Tính bằng milimet.

- Độ cao nướu sừng hoá (KTW): khoảng cách từ đỉnh bờ nướu viền đến đường nối nướu niêm mạc, tính bằng milimet.

- Độ dày nướu (GT): Để đo trực tiếp độ dày của nướu, vị trí được gây tê bằng thuốc xịt Lidocain 10% và một trám nội nha (số 15) được đưa vào vuông góc từ điểm giữa tiền đình ở đỉnh 3 mm của viền nướu, xuyên qua các mô mềm cho đến khi cảm nhận được bề mặt cứng. Nút chặn được sử dụng làm điểm tham chiếu và phép đo chính xác được ghi lại

với sự trợ giúp của thước cặp vernier kỹ thuật số có nút chặn [10], [11].

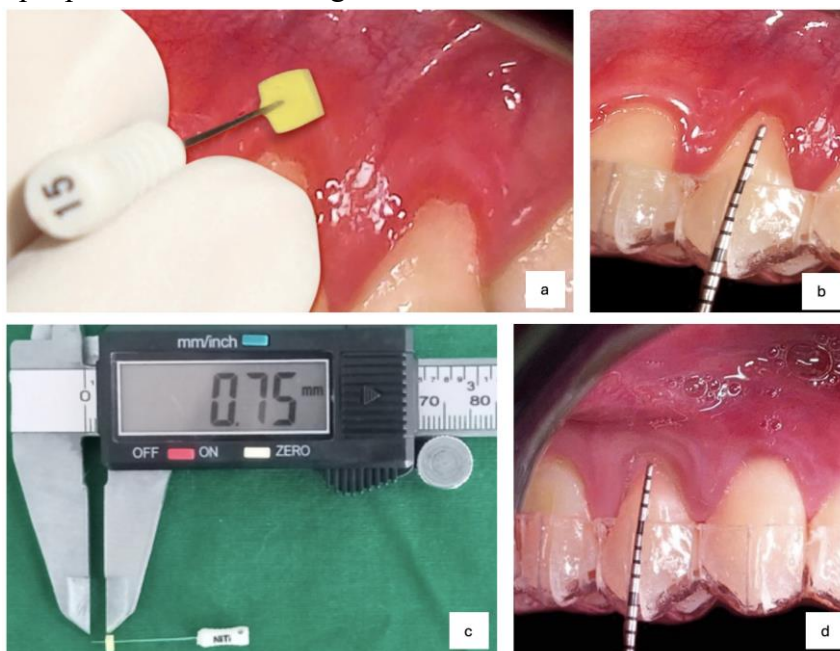
Các chỉ số chiều sâu khe nướu, chiều cao nướu dính, nướu sừng hoá, tụt nướu không nhìn thấy, mất bám dính lâm sàng được tính bằng milimet và được đo bằng cây thăm dò nha chu Williams cùng với một máng nhựa cứng để đảm bảo móc đo vào các thời điểm trước phẫu thuật và sau phẫu thuật 3, 6 tháng [10], [11].

Dùng máy ảnh để chụp ảnh vị trí tụt nướu răng cối nhỏ hàm trên trước và sau phẫu thuật với cây thăm dò nha chu Williams, máng nhựa đánh dấu móc đo cá nhân và thước cặp vernier kỹ thuật số có nút chặn [10], [11].

Cách tính tái che phủ vị trí tụt nướu răng hàm trên

- Tỷ lệ tái che phủ chân răng (RC) = $[(RD \text{ trước phẫu thuật} - RD \text{ sau phẫu thuật}) / RD \text{ trước phẫu thuật}] \times 100$, đơn vị %

- Tỷ lệ che phủ thân răng hoàn toàn (CRC): $[\text{Răng bị CRC} / \text{tất cả răng được điều trị}] \times 100$, đơn vị %



Hình 2: Hình ảnh minh họa đo chỉ số lâm sàng ở bệnh nhân nghiên cứu

a: Đo độ dày nướu bằng trám nội nha số 15 có nút chặn; b, d: độ tụt nướu có khay nhựa làm mốc vị trí đo; c: đo độ dày nướu được đánh dấu bằng nút chặn ở trên trám nội nha bằng thước đo kỹ thuật số

Xử lý số liệu

Nhập dữ liệu bằng phần mềm Microsoft

Excel 2025 và xử lý bằng phần mềm SPSS 18.0.

Bản quyền © 2025 Tạp chí Khoa học sức khỏe

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu Y Dược Cần Thơ với số 23.309.HV/PCT-HĐĐĐ.
được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học

KẾT QUẢ

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới tính

	Nam	Nữ	Tổng số	<i>p</i>
Giới tính	16	14	30	1
Tuổi	25,25 ± 5,44	32,57 ± 11,22	28,67 ± 9,31	0,0032

Kiểm định *Paired-Samples T Test*

Nhận xét: Ở nam tụt nướu nhiều hơn nữ giới khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tuổi trung bình ở cả nam và nữ là $28,67 \pm 9,31$, tuổi trung bình ở nam là $25,25 \pm 5,44$ thấp hơn ở nữ là $32,57 \pm 11,22$ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.2. Các chỉ số lâm sàng trước phẫu thuật của tụt nướu răng cối nhỏ thứ nhất và răng cối nhỏ thứ hai vĩnh viễn hàm trên

	Răng cối nhỏ thứ 1 (n=15)	Răng cối nhỏ thứ 2 (n=15)	<i>p</i>
	Trung bình ± độ lệch chuẩn Mm ± SD		
RD	2,58 ± 0,37	2,73 ± 0,47	0,35
PD	1,24 ± 0,16	1,26 ± 0,17	0,774
CAL	3,83 ± 0,47	3,99 ± 0,51	0,361
KTW	2,05 ± 0,48	2,13 ± 0,70	0,705
GT	1,12 ± 0,22	1,12 ± 0,20	0,925

Kiểm định *Paired-Samples T Test*

Nhận xét: Tất cả các chỉ số lâm sàng ở răng cối nhỏ thứ nhất và răng cối nhỏ thứ hai ở nhóm ghép mô liên kết khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kết quả phẫu thuật

Biến chứng sau phẫu thuật

Nghiên cứu không ghi nhận trường hợp bệnh nhân tái khám với chảy máu hay nhiễm trùng ở vùng nhận mô ghép hay vòm miệng ở thời điểm 1 tuần hậu phẫu.

Các chỉ số lâm sàng trước phẫu thuật và sau phẫu thuật

Bảng 3.3. So sánh các chỉ số lâm sàng trước phẫu thuật và sau phẫu thuật

	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật 3 tháng	<i>p</i>
	Trung bình ± độ lệch chuẩn Mm ± SD		
RD	2,66 ± 0,42	0,17 ± 0,26	< 0,0001
PD	1,25 ± 0,16	1,88 ± 0,20	< 0,0001
CAL	3,91 ± 0,48	2,05 ± 0,31	< 0,0001

KTW	2,09 ± 0,59	2,14 ± 0,59	< 0,0001
GT	1,12 ± 0,21	1,61 ± 0,23	< 0,0001

Kiểm định Paired-Samples T Test

Nhận xét: Khoảng tụt nướu nhìn thấy (RD) và mức độ mất bám dính lâm sàng (CAL) ở thời điểm sau phẫu thuật 03 tháng giảm có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước phẫu thuật ($p < 0,0001$). Chiều sâu khe nướu (PD), chiều cao nướu sừng hoá (KTW) và độ dày nướu (GT) ở thời điểm sau phẫu thuật 03 tháng tăng có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước phẫu thuật ($p < 0,0001$).

Bảng 3.11. Tỷ lệ tái che phủ chân răng (RC) và tỷ lệ chân răng được che phủ hoàn toàn (CRC) ở thời điểm 03 tháng sau phẫu thuật

	CAF + CTG	
	RC (%)	CRC (%)
	Trung bình ± độ lệch chuẩn	
03 tháng	94,12 ± 8,72	63,33

Nhận xét: Tỷ lệ tái che phủ chân răng sau phẫu thuật ở điểm 03 tháng đạt 94,12 % với tỷ lệ che phủ chân răng hoàn toàn đạt 63,33%.

BÀN LUẬN

Về đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

Đặc điểm chung của bệnh nhân tụt nướu răng cối nhỏ hàm trên

Nghiên cứu được thực hiện trên 30 răng có độ tuổi trung bình là $28,67 \pm 9,31$, trong đó tuổi trung bình ở nam là $25,25 \pm 5,44$ và ở nữ là $32,57 \pm 11,22$. Kết quả này cho thấy nhóm nghiên cứu có độ tuổi tương đối trẻ, chủ yếu tập trung trong khoảng 20–30 tuổi. So sánh với các nghiên cứu trước, có thể thấy một số khác biệt đáng chú ý. Cụ thể, nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Thảo và cộng sự tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế ghi nhận tuổi trung bình là 31, cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [12]. Ngược lại, nghiên cứu của Trần Bảo Ngọc và cộng sự tại phòng khám Chuyên khoa Răng Hàm Mặt – Đại học Y Dược TP.HCM ghi nhận tuổi trung bình là 26,25, thấp hơn chúng tôi [13]. Những sai biệt này có thể lý giải bởi sự khác nhau về đặc điểm dân số học từng địa phương, thời điểm thu thập dữ liệu và tiêu chí chọn mẫu.

Đặc biệt, độ tuổi trẻ trong nghiên cứu của chúng tôi có thể phản ánh xu hướng chủ động can thiệp sớm ở nhóm bệnh nhân trẻ – những

người có nhu cầu thẩm mỹ cao, ý thức chăm sóc sức khỏe răng miệng tốt, đồng thời cũng là nhóm có khả năng hồi phục mô nha chu tốt hơn nhờ hệ thống miễn dịch và khả năng tái tạo mô chưa bị suy giảm đáng kể. Đây cũng là yếu tố thuận lợi giúp tiên lượng điều trị tích cực hơn so với nhóm bệnh nhân lớn tuổi.

Về giới tính, nghiên cứu của chúng tôi có sự phân bố tương đối đồng đều với 16 răng ở nam và 14 răng ở nữ. Tuy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), nhưng vẫn ghi nhận tỷ lệ nam nhiều hơn. Kết quả này trái ngược với một số nghiên cứu khác như của Nguyễn Thị Phương Thảo (60% nữ, 40% nam) [12] hay Lê Long Nghĩa (72% nữ, 28% nam) [14], trong đó nữ giới chiếm ưu thế. Sự khác biệt về giới có thể bắt nguồn từ sự đa dạng trong đặc điểm dân số tại từng địa điểm nghiên cứu, hoặc mức độ nhận thức và nhu cầu thẩm mỹ khác nhau giữa các giới. Tuy nhiên, từ dữ liệu nghiên cứu hiện tại, có thể thấy rằng tình trạng tụt nướu răng cối nhỏ vĩnh viễn hàm trên không đặc trưng riêng cho một giới nào – cả nam và nữ đều có nguy cơ và nhu cầu điều trị tương đương, phản ánh tính phổ biến và mức độ ảnh hưởng rộng rãi của bệnh lý này trong cộng đồng.

Về đặc điểm chung của răng cối nhỏ vĩnh viễn hàm trên tụt nướu

Kết quả phân tích cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các chỉ số lâm sàng trước phẫu thuật tại răng cối nhỏ thứ nhất và thứ hai trong nhóm nghiên cứu, với tất cả giá trị p đều lớn hơn 0,05. Cụ thể, RD trung bình tại răng thứ nhất là $2,58 \pm 0,37$ mm và tại răng thứ hai là $2,73 \pm 0,47$ mm ($p = 0,35$). Các chỉ số khác như PD, CAL, KTW và GT cũng có giá trị tương đương giữa hai vị trí, lần lượt là PD $\approx 1,25$ mm, CAL $\approx 3,91$ mm, KTW $\approx 2,09$ mm và GT $\approx 1,12$ mm.

Trong quá trình thăm khám, chúng tôi ghi nhận tình trạng tụt nướu xuất hiện ở cả hai răng cối nhỏ vĩnh viễn hàm trên với mức độ tổn thương tương tự nhau. Kết quả này có thể được lý giải bởi một số yếu tố giải phẫu và thói quen sinh hoạt. Cụ thể, răng cối nhỏ là nhóm răng nằm ở vị trí chuyển tiếp giữa nhóm răng trước và răng sau – thường dễ bị tác động bởi các lực chải răng ngang với lực mạnh liên quan đến thói quen chải răng phổ biến ở người Việt Nam. Việc chải răng không đúng kỹ thuật trong thời gian dài có thể dẫn đến mòn cổ răng và tổn thương mô mềm, gây ra hiện tượng tụt nướu. Bên cạnh đó, sự hiện diện của các thắng niêm mạc bám gần vùng cổ răng cũng là yếu tố góp phần làm tăng nguy cơ tụt nướu do hiện tượng cơ kéo cơ học trong quá trình ăn nhai và vận động môi má. Sự đồng nhất giữa hai vị trí răng trong nhóm CTG cũng phù hợp với các nghiên cứu trước. Kumar và cộng sự (2017) ghi nhận không có sự khác biệt giữa các vị trí can thiệp ở bệnh nhân điều trị bằng CTG và PRF với RD trung bình khoảng 2,5 mm và CAL dao động từ 3,8–4,0 mm [15]. Ngoài ra, nghiên cứu của Pereira và cộng sự (2023) thực hiện trên các răng vùng trước cũng xác nhận RD ban đầu đồng đều giữa hai bên ($3,5 \pm 0,8$ mm), dù vùng khảo sát khác biệt [16].

Ý nghĩa lâm sàng của sự tương đồng ban đầu là rất quan trọng: nó đảm bảo sự công bằng

giữa hai vùng khảo sát trong nghiên cứu. Nhờ đó, bất kỳ sự thay đổi nào về hiệu quả che phủ chân răng, chiều cao mô sừng hóa hay độ dày nướu sau can thiệp đều có thể được quy cho phương pháp điều trị chứ không phải sai khác ban đầu của tổn thương. Điều này củng cố giá trị nội tại và tính mạnh khoa học của nghiên cứu.

VỀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TỤT NƯỚU

Biến chứng sau phẫu thuật

Phẫu thuật ghép nướu là một phẫu thuật trong miệng nên cũng có các nguy cơ nhiễm trùng, chảy máu như các phẫu thuật trong miệng khác. Nghiên cứu này đánh giá hai nguy cơ nhiễm trùng và chảy máu ở vùng nhận và vom miệng trong một tuần hậu phẫu. Trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận bệnh nhân nào với tình trạng nhiễm trùng hay chảy máu ở vùng nhận mô ghép và vom miệng. Nghiên cứu của Bherwani và cộng sự đã kết luận phương pháp phẫu thuật vạt trượt về phía thân răng kết hợp ghép mô liên kết dưới biểu mô là một phẫu thuật an toàn [9].

Thay đổi các chỉ số lâm sàng sau phẫu thuật

Khoảng tụt nướu nhìn thấy (RD) và mức độ mất bám dính lâm sàng (CAL) ở thời điểm 03 tháng sau phẫu thuật giảm có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước phẫu thuật ($p < 0,05$), chứng minh hiệu quả che phủ nướu vượt trội của kỹ thuật.

Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu quốc tế. Nghiên cứu của Zucchelli và cộng sự (2014) ghi nhận CAF + CTG giúp giảm RD từ 2,7 mm xuống 0,2 mm sau 6 tháng, với tỷ lệ CRC đạt khoảng 82% [4]. Aroca và cộng sự (2013) cũng báo cáo hiệu quả tương tự, khi RD giảm từ 2,9 mm xuống còn 0,3 mm với tỷ lệ CRC 84% [17]. Những kết quả trên củng cố vai trò của mô liên kết trong tăng độ dày mô mềm và ổn định vùng cổ răng về lâu dài. Phân tích tổng hợp bởi Chambrone và cộng sự (2008) đã chỉ ra rằng CAF + CTG mang lại cải thiện CAL bình quân từ 1,5–2,0 mm sau 6 tháng và là tiêu chuẩn vàng đối với tụt nướu

Miller I–II [18]. Trong khi đó, tổng quan của Oates và cộng sự (2003) khẳng định rằng, trong các phương pháp phẫu thuật tụt nướu, kết hợp CTG với vật trượt luôn cho kết quả phục hồi CAL tốt hơn so với CAF đơn thuần, với khoảng chênh lệch trung bình từ 0,8 đến 1,2 mm [19]. Điều này hoàn toàn phù hợp với dữ liệu thu thập được từ nghiên cứu hiện tại. Có thể thấy, mức giảm CAL gần 2 mm không chỉ cải thiện thẩm mỹ mà còn hỗ trợ phục hồi sinh học quanh chân răng

Chiều cao nướu sừng hoá (KTW) và độ dày nướu (GT) ở điểm 3 tháng sau phẫu thuật tăng có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước phẫu thuật ($p < 0,05$).

Điểm đáng chú ý là kết quả của nghiên cứu này ủng hộ quan sát lâm sàng trước đó rằng CTG không chỉ giúp che phủ chân răng hiệu quả mà còn kích thích tăng bề rộng nướu sừng hoá, điều vốn được xem là giới hạn của nhiều kỹ thuật đơn thuần chỉ dịch chuyển vật. Zucchelli và cộng sự (2014) ghi nhận KTW tăng trung bình 0,2–0,3 mm sau 6 tháng với kỹ thuật CAF + CTG, tương đồng với mức cải thiện của chúng tôi [4]. Ngoài yếu tố thẩm mỹ, sự gia tăng KTW còn mang lại lợi ích chức năng rõ rệt. Vùng nướu sừng hoá rộng rãi hơn giúp cải thiện sức bền mô quanh răng, giảm nguy cơ tụt nướu tái phát khi vệ sinh răng miệng hoặc mang lực nhai.

Sự gia tăng GT sớm sau ghép CTG đã được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu trước đó. Trong một thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng, Zucchelli và cộng sự (2014) ghi nhận GT trung bình đạt khoảng 1,65 mm sau 3 tháng và vẫn duy trì trên 1,5 mm ở tháng thứ 6, tương tự kết quả của chúng tôi [4]. Điều này xác nhận vai trò của CTG như một "mô nền sinh học" giúp gia tăng và ổn định độ dày mô quanh răng – yếu tố có liên quan mật thiết đến tỷ lệ che phủ chân răng toàn phần và độ bền vững lâu dài.

Chiều sâu khe nướu (PD) ở điểm 03 tháng sau phẫu thuật tăng có ý nghĩa thống kê so với

thời điểm trước phẫu thuật ($p < 0,05$). Mức tăng PD sau 3 tháng có thể được lý giải bởi quá trình hồi phục mô nướu sau phẫu thuật, bao gồm hiện tượng phù nề nhẹ và hình thành mô liên kết mới tại vùng tiếp nhận mảnh ghép. Việc giảm nhẹ PD từ 3 tháng đến 6 tháng cho thấy quá trình lành thương tiếp tục tiến triển theo hướng ổn định và củng cố mô liên kết quanh cổ răng. Các kết quả này phù hợp với báo cáo của Chambrone và cộng sự trong một phân tích tổng hợp hệ thống, khi so sánh các kỹ thuật ghép mô liên kết có vật trượt, PD có xu hướng tăng nhẹ ở giai đoạn sớm sau phẫu thuật và sau đó giảm dần về ngưỡng ổn định sau 6 tháng đến 1 năm theo dõi, cho thấy hiệu quả lâu dài của kỹ thuật này trong duy trì độ sâu khe nướu ở mức sinh lý chấp nhận được (khoảng 1,5–2 mm) [18]. Tương tự, nghiên cứu của Cairo và cộng sự cũng ghi nhận sự thay đổi nhỏ về PD sau phẫu thuật ở cả hai nhóm sử dụng vật trượt kết hợp với mảnh ghép tự thân và mảnh ghép dị dạng, song sự khác biệt không có ý nghĩa lâm sàng rõ rệt, khẳng định vai trò của CAF + CTG trong kiểm soát các chỉ số mô mềm quanh răng sau phẫu thuật [20].

Tỉ lệ tái che phủ chân răng (RC) và tỉ lệ chân răng được che phủ hoàn toàn (CRC) ở thời điểm 03 tháng sau phẫu thuật

Sau 3 tháng phẫu thuật, RC trung bình đạt $94,12 \pm 8,72\%$, với 63,33% răng đạt được CRC. Kết quả này nhất quán với nghiên cứu của Zucchelli và cộng sự (2014), ghi nhận RC trung bình sau 6 tháng ở nhóm CAF + CTG đạt 92,3%, với CRC là 60% ở nhóm răng cửa dưới tụt nướu độ I–II [4]. Về mặt lâm sàng, CRC >50% sau 03 tháng được xem là một kết quả tích cực trong điều trị tụt nướu loại I bằng kỹ thuật CAF + CTG. Bên cạnh hiệu quả về mặt che phủ, kỹ thuật này còn mang lại độ ổn định mô mềm cao, hạn chế nguy cơ tái tụt nướu về sau, đặc biệt trong vùng răng cối nhỏ – nơi thường gặp nhiều thử thách về mô nền và khả năng giữ mô ghép.

KẾT LUẬN

Vạt trượt về phía thân răng kết hợp ghép mô liên kết dưới biểu mô là một phương pháp điều trị tụt nướu hiệu quả ở răng cối nhỏ vĩnh viễn hàm trên thuộc Cairo loại I thời điểm 03 tháng sau phẫu thuật. Cần thêm thời gian theo dõi để đánh giá mức độ che phủ cũng như hiệu quả lâu dài của phương pháp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Balice G., Paolantonio M., Serroni M., De Ninis P., Rexhepi I., Frisone A., et al. (2024), Treatment of multiple RT1 gingival recessions using a coronally advanced flap associated with L-PRF or subgingival connective tissue graft from maxillary tuberosity: a randomized, controlled clinical trial, *Dentistry Journal*, 12(4).
2. Jati A.S., Furquim L.Z., Consolaro A. (2016), Gingival recession: its causes and types, and the importance of orthodontic treatment, *Dental Press Journal of Orthodontics*, 21(3), pp. 18–29.
3. Chambrone L., Tatakis D.N. (2016), Long-term outcomes of untreated buccal gingival recessions: a systematic review and meta-analysis, *Journal of Periodontology*, 87(7), pp. 796–808.
4. Zucchelli G., Mounssif I. (2015), Periodontal plastic surgery, *Periodontology 2000*, 68(1), pp. 333–368.
5. Cairo F., Nieri M., Pagliaro U. (2014), Efficacy of periodontal plastic surgery procedures in the treatment of localized facial gingival recessions: a systematic review, *Journal of Clinical Periodontology*, 41 Suppl 15, pp. S44–62.
6. Chambrone L., Tatakis D.N. (2015), Periodontal soft tissue root coverage procedures: a systematic review from the AAP Regeneration Workshop, *Journal of Periodontology*, 86(2 Suppl), pp. S8–51.
7. Cairo F., Nieri M., Cincinelli S., Mervelt J., Pagliaro U. (2011), The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study, *Journal of Clinical Periodontology*, 38(7), pp. 661–666.
8. McGuire M.K., Scheyer E.T., Schupbach P. (2009), Growth factor-mediated treatment of recession defects: a randomized controlled trial and histologic and microcomputed tomography examination, *Journal of Periodontology*, 80(4), pp. 550–564.
9. Bherwani C., Kulloli A., Kathariya R., Shetty S., Agrawal P., Gujar D., et al. (2014), Zucchelli's technique or tunnel technique with subepithelial connective tissue graft for treatment of multiple gingival recessions, *Journal of the International Academy of Periodontology*, 16(2), pp. 34–42.
10. Chandra V., Bains V.K., Jhingran R., Srivastava R., Madan R. (2022), Comparative evaluation of platelet-rich fibrin versus connective tissue grafting in treatment of gingival recession using pouch and tunnel technique: a randomized clinical study, *Contemporary Clinical Dentistry*, 13(3), pp. 217–226.
11. Albatul W., Qasem T., Tolibah Y.A. (2023), Liquid platelet-rich fibrin in root surface biomodification during gingival recession treatment: randomized, controlled, split-mouth, clinical trial, *Clinical and Experimental Dental Research*, 9(5), pp. 772–782.
12. Nguyễn Thị Phương Thảo, Trần Tấn Tài (2020), Đánh giá kết quả điều trị tụt nướu bằng kỹ thuật ghép mô liên kết dưới biểu mô, *Tạp chí Y Dược học – Trường Đại học Y Dược Huế*, 28+29, pp. 29–35.
13. Trần Bảo Ngọc, Đỗ Thu Hằng, Nguyễn Mẹo (2024), Đánh giá hiệu quả lâm sàng sau 3 tháng của khung da không tế bào trong phẫu thuật điều trị tụt nướu – nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 543(3).
14. Lê Long Nghĩa (2013), Surgical research applications using subepithelial connective tissue graft for recovering exposed tooth root surface, Hanoi Medical University, p. 184.
15. Kumar A., Bains V.K., Jhingran R., Srivastava R., Madan R., Rizvi I., et al. (2017), Patient-centered microsurgical management of gingival recession using coronally advanced flap with either platelet-rich fibrin or connective tissue graft: a comparative analysis, *Contemporary Clinical Dentistry*, 8(2), pp. 293–304.
16. Pereira M.A., Medikeri R.S., Waingade M. (2023), A split-mouth randomised controlled trial comparing the clinical effects of MVISTA with chorion

- membrane or connective tissue graft in multiple gingival recessions, *The Saudi Dental Journal*, 35(2), pp. 178–184.
17. Aroca S., Molnár B., Windisch P., Gera I., Salvi G.E., Nikolidakis D., et al. (2013), Treatment of multiple adjacent Miller class I and II gingival recessions with a modified coronally advanced tunnel (MCAT) technique and a collagen matrix or palatal connective tissue graft: a randomized, controlled clinical trial, *Journal of Clinical Periodontology*, 40(7), pp. 713–720.
 18. Chambrone L., Chambrone D., Pustiglioni F.E., Chambrone L.A., Lima L.A. (2008), Can subepithelial connective tissue grafts be considered the gold standard procedure in the treatment of Miller Class I and II recession-type defects?, *Journal of Dentistry*, 36(9), pp. 659–671.
 19. Oates T.W., Robinson M., Gunsolley J.C. (2003), Surgical therapies for the treatment of gingival recession: a systematic review, *Annals of Periodontology*, 8(1), pp. 303–320.
 20. Cairo F., Pagliaro U., Nieri M. (2008), Treatment of gingival recession with coronally advanced flap procedures: a systematic review, *Journal of Clinical Periodontology*, 35(8 Suppl), pp. 136–162.