

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TỤT NƯỞU RĂNG CỎI NHỎ HÀM TRÊN BẢNG PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT GHEP MÀNG CHÂN BÌ TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ NĂM 2018-2020

Võ Hải Thắng^{1*}, Trương Nhựt Khuê¹, Phan Thị Thùy Ngân¹, Lê Nguyễn Trí Nhân²

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Trường Đại học Nam Cần Thơ

*Email: Dr.vhthang@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Mục đích cuối cùng của điều trị tụt nướu chính là cải thiện được độ che phủ bề mặt chân răng tụt nướu sau khi phẫu thuật. Màng chân bì được sử dụng trong nghiên cứu như là một vật liệu thay thế cho ghép mô liên kết trong điều trị tụt nướu. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả điều trị tụt nướu của phương pháp phẫu thuật ghép màng chân bì che phủ bề mặt chân răng còi nhỏ hàm trên tụt nướu tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tất cả bệnh nhân nam và nữ đã được chọn, trong độ tuổi 18-37 có tụt nướu răng còi nhỏ hàm trên. Tổng số răng tụt nướu là 32 răng tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 6 năm 2018 đến tháng 6 năm 2020. **Kết quả:** Tổng cộng có 32 vị trí răng tụt nướu được ghép màng chân bì. Độ che phủ trung bình vào cuối tháng thứ 3 là $93,58 \pm 5,27\%$ và độ che phủ trung bình vào cuối tháng thứ 6 là $91,30 \pm 6,23\%$. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy rằng phương pháp phẫu thuật ghép màng chân bì có thể được sử dụng để điều trị tụt nướu răng còi nhỏ hàm trên.

Từ khóa: Tụt nướu, trụt nướu, màng chân bì, ghép khung biểu bì, che phủ chân răng, ghép mô liên kết

ABSTRACT

ASSESSMENT TREATMENT RESULTS FOR GINGIVAL RECESSON OF MAXILLARY PREMOLARS WITH METHOD OF PUROS DERMIS MATRIX ALLOGRAFT GRAFT SURGERY AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL FROM 2018 TO 2020

Vo Hai Thang^{1*}, Truong Nhut Khue¹, Phan Thi Thuy Ngan¹, Le Nguyen Chi Nhan²

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Nam Can Tho University

Background: Predictable root coverage is the major therapeutic endpoints in the treatment of gingival recession. Puros Dermis Allograft tissue matrix has been used as a substitute for connective tissue graft. **Objectives:** The aim of this study was to evaluate the effectiveness of a Puros Dermis Allograft graft for root coverage procedures. **Materials and methods:** Both male and female patients were selected, aged 18-37 years presenting with problems due to the exposure of recession defects when smiling. A total of gingival recession is 32 sites at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital from June 2018 to June 2020. **Results:** A total of 32 sites were treated and a mean coverage of (93.58% and 91.30%) was obtained at the end of the 3rd and 6th month respectively. **Conclusion:** The study showed that Puros dermis matrix graft surgery can be used to treat gingival recession for the maxillary molar.

Keywords: Gingival recession, defective gingival, Puros Dermis Allograft, Acellular dermal matrix graft, root coverage, connective tissue graft.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các mục tiêu điều trị chính trong phẫu thuật niêm mạc nướu là điều chỉnh các vấn đề thẩm mỹ, nhạy cảm và/hoặc tổn thương sâu vào bề mặt chân răng. Một số kỹ thuật như ghép nướu rời, vạt đặt lại sang bên, vạt đặt lại phía thân răng và vạt đặt lại về phía thân răng

cải tiến đã được đề xuất để điều chỉnh các biến dạng niêm mạc nướu này [10].

Sullivan và Atkins (1968) [9] đã mô tả kỹ thuật che phủ bề mặt chân răng bị lộ bằng cách sử dụng phương pháp ghép nướu rời. Tuy nhiên, sự tích hợp mô của mảnh ghép trên bề mặt chân răng là không thể dự đoán được, do đó tỉ lệ độ che phủ chân răng hoàn toàn đạt được không cao. Hơn nữa, thủ thuật liên quan đến vị trí phẫu thuật, tạo ra một khu vực bị tổn thương lớn trên vòm miệng dẫn đến sự khó chịu đáng kể sau phẫu thuật cho người bệnh.

Gần đây, một số tác giả đã sử dụng một mảnh ghép biểu bì đồng chủng (màng chân bì) để thay thế cho mô liên kết ở khẩu cái để tăng kích thước mô nướu sừng hóa và ứng dụng vật liệu này trong kỹ thuật cấy ghép [3], [4]. Lớp biểu bì đồng chủng được xử lý bằng cách loại bỏ tất cả các tế bào [7]. Harris (1998) [7] đã báo cáo việc sử dụng mảnh ghép biểu bì có cấu tạo ba chiều này với vật đặt lại về phía thân răng để điều trị tụt nướu. Khung biểu bì liên tục tích hợp vào mô chủ, duy trì tính toàn vẹn cấu trúc của mô và tái lưu thông qua các kênh mạch máu được bảo tồn. Màu sắc đạt được cũng được báo cáo là tương đương với màu ghép mô liên kết. Để đánh giá kết quả của phẫu thuật này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị tụt nướu vùng răng cối nhỏ hàm trên bằng phương pháp phẫu thuật ghép màng chân bì tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2018-2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân có vấn đề thẩm mỹ do hiện diện của tụt nướu trong khi cười đến khám và điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 01 năm 2018 đến tháng 6 năm 2020.

Bệnh nhân đồng ý với phác đồ nghiên cứu và tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Sự hiện diện của ít nhất một vị trí răng một chân răng bị tụt nướu vùng răng cối nhỏ hàm trên với tụt nướu cấp I hoặc cấp II theo phân loại Miller [1].

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có bệnh toàn thân, viêm nướu/nha chu cấp tính và mãn tính, người đang hút thuốc lá.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng nhằm đánh giá kết quả can thiệp theo mô hình trước-sau.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: $n=32$ vị trí tụt nướu răng cối nhỏ hàm trên.

Phương pháp thu thập mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu:

Phân loại tụt nướu theo Miller là tụt nướu Miller I và tụt nướu Miller II [1].

Nhóm tuổi từ 18 đến 37 tuổi.

Đặc điểm mô ban đầu (mm): được đo bằng cây thăm dò nha chu Williams có chia vạch từ 1 đến 15 mm.

- Nướu sừng hóa: phần niêm mạc miệng biệt hóa ôm cổ răng, một phần chân răng và xương ổ răng.
- Nướu dính: phần bám dính vào chân răng ở phía trên và xương ổ răng ở phía dưới.
- Nướu viền: phần nướu không dính vào cement răng, ôm sát cổ răng.
- Tụt nướu nhìn thấy: phần nướu sừng hóa di chuyển về phía chóp làm tụt nướu chân răng tính từ đường nối men-cement đến đỉnh nướu viền.
- Tụt nướu không nhìn thấy: phần nướu sừng hóa di chuyển về phía chóp làm tụt

nướu chân răng tính từ đỉnh nướu viền đến đáy nướu viền và xuất hiện khi có tụt nướu nhìn thấy.

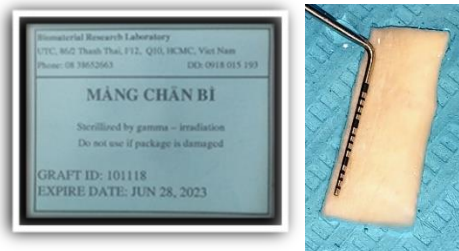
- Mất bám dính lâm sàng bao gồm tụt nướu nhìn thấy và tụt nướu không nhìn thấy.

Độ sâu thăm dò nướu viền (mm) được đo bằng cây thăm dò nha chu Williams có chia vạch từ 1 đến 15 mm.

Viêm nướu là tình trạng nướu khi thăm khám bằng cây thăm dò nha chu và phân loại tình trạng nướu theo chỉ số Gingival Index.

Tỉ lệ tái che phủ chân răng (%) = $\frac{\text{chiều cao tụt nướu nhìn thấy sau phẫu thuật/chiều cao tụt nướu nhìn thấy ban đầu}}{\text{chiều cao tụt nướu nhìn thấy ban đầu}} \times 100$.

Màng chân bì là màng collagen, dùng cho ghép mô mềm.



Hình 1: Sản phẩm màng chân bì

(Nguồn: Nhà Sản Xuất Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch, Việt Nam).

Quy trình phẫu thuật điều trị tụt nướu vùng răng cối nhỏ hàm trên

Bước 1: Sát trùng và gây tê tại chỗ vùng nướu răng phẫu thuật

- Sát trùng trong miệng, vùng phẫu thuật và ngoài mặt bằng dung dịch Betadin 10%.
- Gây tê cận chóp tại vùng răng phẫu thuật bằng thuốc tê lidocain 2%, chất co mạch epinephrine 1:100.000, 1.8 ml/ 1 ống thuốc tê, Hàn Quốc sản xuất.

Bước 2: Vùng nhận tổ chức

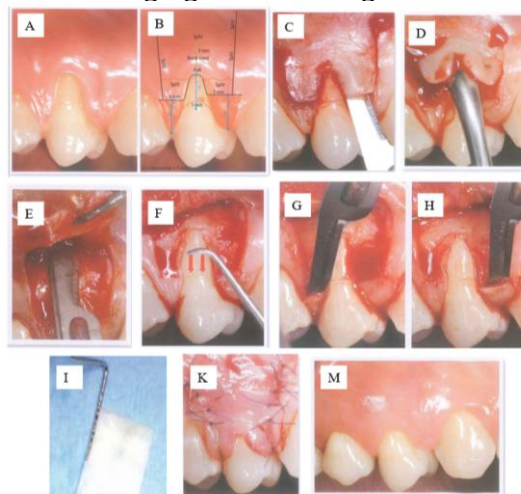
- Rạch và chia cắt vạt ở mô nướu vùng răng bị tụt nướu

Dùng dao và lưỡi dao 15c thực hiện đường rạch:

Hai đường rạch ngang nhú nướu.

Hai đường rạch dọc giảm căng chéo khoảng 30 độ về phía ngách hành lang.

- Dùng lưỡi dao 15c chia tách vạt bán phần (lưỡi dao đi giữa vùng mô liên kết dưới biểu mô) đến hết phần mô liên kết dưới biểu mô vùng nướu dính. Nếu vạt chưa giảm căng có thể bóc tách thêm niêm mạc vùng ngách hành lang.



Hình 2: Minh họa các bước phẫu thuật ghép màng sinh học collagen.

A. Răng 14 tụt nướu, B. Thiết kế vạt hình thanh đặt lại về phía thân răng, C. Đường rạch tạo vạt, D. Bóc tách vạt, E. Chia tách giảm căng, F. Xử lý bề mặt chân răng, G-H. Loại bỏ biểu mô gai nướu gần và xa, I. Màng ghép sinh học, K. Khâu đóng vạt sau khi đặt màng sinh học, M. Kết quả che phủ chân răng sau phẫu thuật.)

(Nguồn: Zucchille (2012) [10]).

- Xử lý bề mặt chân răng: Cây nạo Gracey 15/16 xử lý bề mặt chân răng tụt nướu.
- Bom rửa sạch bề mặt chân răng với nước muối vô trùng để loại bỏ mủn ngà ra khỏi bề mặt chân răng.

- Dùng lưỡi dao 15c cắt loại bỏ các biểu mô vùng gai nướu vùng phẫu thuật.

Bước 3: Vùng cho tổ chức

- Màng chân bì được ngâm trong nước muối sinh lý thời gian 10-20 phút. Chờ đưa vào vùng nhận mảnh ghép

Bước 4: Vùng nhận mảnh ghép được chuẩn bị để nhận mảnh ghép

- Đo chiều cao và chiều rộng vùng nhận mảnh ghép bằng cây đo nha chu Williams (sau khi chuẩn bị hoàn tất vùng nhận mảnh ghép).

- Điều chỉnh mảnh ghép màng chân bì cho phù hợp vùng nhận mảnh ghép.

- Đặt màng chân bì vào vùng nhận mảnh ghép.

- Khâu đóng vạt trượt về phía thân răng với các mũi khâu chữ O, mũi khâu treo đơn với chỉ không tan Nylon 5/0.

- Theo dõi chảy máu sau khi phẫu thuật 30 phút, đảm bảo máu không còn chảy vì dễ ổn định cục máu đông, chuẩn bị cho sự lành thương tốt.

Tiêu chí đánh giá thành công sau 3 tháng và 6 tháng [2]

Bảng 1. Tiêu chí đánh giá thành công sau 3 tháng

Tiêu chí	Tốt	Khá	Kém		
Tái che phủ chân răng (%)	≥ 80	$<80-\leq 60$	≥ 80	$<80-\leq 60$	<60
Viêm nướu	Không	Không	Có		

Bảng 2. Tiêu chí đánh giá thành công sau 6 tháng

Tiêu chí	Tốt	Khá	Kém		
Tái che phủ chân răng (%)	≥ 80	$<80-\leq 60$	≥ 80	$<80-\leq 60$	<60
Viêm nướu	Không	Không	Có		
Độ sâu thâm dò nướu viền (mm)	≤ 3	≤ 3	≥ 3		

Phương pháp xử lý số liệu: Dữ liệu định lượng được ghi lại bằng phần mềm Excel 2010 và phân tích bằng phần mềm SPSS 18.0 với các thuật toán kiểm định chi bình phương để so sánh các tỷ lệ, thuật toán Wilcoxon cho thấy các giá trị trung bình, độ lệch chuẩn với mức alpha được xem là 0,05 và $P < \alpha$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu trên 10 bệnh nhân với tổng cộng có 32 vị trí tụt nướu răng cối nhỏ hàm trên có mức phân loại tụt nướu Miller I và II được điều trị với màng chân bì. Các bệnh nhân tham gia nghiên cứu nằm trong độ tuổi từ 18 đến 37 tuổi, chúng tôi ghi nhận kết quả như sau:

Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Bảng 3. Phân loại vị trí răng theo giới tính

Vị trí răng		Vị trí răng 14	Vị trí răng 15	Vị trí răng 24	Vị trí răng 25	Tổng số
Giới tính	Nam	7	7	7	7	28
	Nữ	1	1	1	1	4

Nhận xét: Có 28 vị trí răng răng cối nhỏ theo giới tính nam và 4 vị trí răng cối nhỏ theo giới tính nữ.

Bảng 4. Phân loại số lượng vị trí tụt nướu theo bệnh nhân

Số vị trí tụt nướu	1 vị trí	2 vị trí	3 vị trí	4 vị trí	Tổng số
Số bệnh nhân	0	4	0	6	10

Nhận xét: Có 4 bệnh nhân có 2 vị trí tụt nướu và có 6 bệnh nhân có 4 vị trí tụt nướu.

3.1. Đặc điểm ban đầu mô răng và mô nha chu

Bảng 5. Đặc điểm ban đầu mô răng và mô nha chu

Đặc điểm ban đầu	Nướu sưng hóa (mm±SD)	Nướu dính (mm±SD)	Nướu viền (mm±SD)	Tụt nướu nhìn thấy (mm±SD)	Tụt nướu không nhìn thấy (mm±SD)	Mất bám dính lâm sàng (mm±SD)
Trung bình	2,50±0,92	1,44±0,80	1,06±0,25	1,88±0,55	1,06±0,25	2,94±0,59

Nhận xét: Trung bình nướu sưng hóa ban đầu 2,50±0,92mm, nướu dính 1,44±0,80mm, nướu viền 1,06±0,25mm, độ tụt nướu nhìn thấy 1,88±0,55mm, độ tụt nướu không nhìn thấy 1,06±0,25mm và mất bám dính lâm sàng 2,94±0,59mm.

3.2. Kết quả sau can thiệp che chân răng tụt nướu ở răng cối nhỏ hàm trên**3.2.1 Kết quả che phủ trung bình sau điều trị**

Bảng 6. Kết quả che phủ trung bình chân răng tụt nướu sau điều trị tháng thứ 3 và tháng thứ 6 so với ban đầu

Thời gian	Ban đầu (mm±SD)	3 tháng (mm±SD)	6 tháng (mm±SD)
Nướu sưng hóa	2,50±0,92	4,17±0,98	4,13±0,99
Nướu dính	1,44±0,80	3,17±0,98	3,13±0,97
Độ sâu khe nướu	1,06±0,25	1,0±0,0	1,00±0,0
Tụt nướu nhìn thấy	1,88±0,55	0,11±0,08	0,17±0,11
Tụt nướu không nhìn thấy	1,06±0,25	0,0±0,0	0,0±0,0
Mất bám dính lâm sàng	2,94±0,59	0,11±0,08	0,17±0,11
p ban đầu so với 3 và 6 tháng phẫu thuật		<0,05	<0,05
p 3 tháng so với 6 tháng phẫu thuật			<0,05

(*p*: Wilcoxon test, *SD*: độ lệch chuẩn)

Nhận xét: Kết quả che phủ trung bình chân răng tụt nướu sau điều trị ở các thời điểm sau phẫu thuật 3 tháng, 6 tháng có thay đổi tăng lên so với thời điểm ban đầu có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả che phủ trung bình chân răng tụt nướu sau điều trị ở thời điểm sau phẫu thuật 6 tháng có thay đổi giảm xuống so với thời điểm 3 tháng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). hay nói cách khác tỉ lệ che phủ chân răng tụt nướu từ thời điểm sau phẫu thuật 3 tháng cho đến 6 tháng đạt kết quả chưa ổn định.

3.2.2 Tỷ lệ thành công sau điều trị

Bảng 7. Tỷ lệ che phủ chân răng tụt nướu sau điều trị so với ban đầu (%)

Thời gian	Ban đầu	3 tháng (%±SD)	6 tháng (%±SD)
Mức độ che phủ (%) sau điều trị	0%	93,58±5,27%	91,30±6,23%
p ban đầu so với 3 và 6 tháng phẫu thuật		<0,05	<0,05
p 3 tháng so với 6 tháng phẫu thuật			<0,05

(*p*: Wilcoxon test, *SD*: độ lệch chuẩn)

Nhận xét: Tỷ lệ che phủ chân răng tụt nướu sau điều trị các thời điểm sau phẫu thuật 3 tháng, 6 tháng có thay đổi tăng lên so với thời điểm ban đầu có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ che phủ chân răng tụt nướu sau điều trị thời điểm sau phẫu thuật 6 tháng có thay đổi giảm xuống so với thời điểm 3 tháng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). hay nói cách khác tỷ lệ che phủ chân răng tụt nướu từ thời điểm sau phẫu thuật 3 tháng cho đến 6 tháng đạt kết quả chưa ổn định.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm mô răng và nha chu

Vị trí tụt nướu răng cối nhỏ

Dựa vào bảng 1 các vị trí tụt nướu răng cối nhỏ thứ nhất bằng với các vị trí tụt nướu răng cối nhỏ thứ hai với 16 vị trí tụt nướu răng. Nguyên nhân răng cối nhỏ thứ nhất bằng với răng cối nhỏ thứ hai do mỗi bệnh nhân có từng cặp răng cối nhỏ theo mỗi phân hàm và khi thăm khám có tụt nướu răng cối nhỏ thứ nhất thì có tụt nướu răng cối nhỏ thứ hai và có tính chất đối xứng qua đường giữa mặt.

Mất bám dính

Mất bám dính là sự mất kết nối giữa mô quanh răng (dây chằng và xương ổ) với bề mặt chân răng, mất bám dính dẫn đến vấn đề truyền lực từ răng vào xương hàm bị giảm hoặc không truyền lực được đồng thời xương ổ và dây chằng giảm khả năng giữ chắc răng trong ổ răng, tùy theo mức độ mất bám dính mà răng giảm chức năng nhai cắn nhiều hoặc ít hoặc không còn chức năng. Mất bám dính tính từ cổ răng giải phẫu tới vị trí bám của nướu ở đáy rãnh nướu, nói cách khác mất bám dính nói lên mức độ tổn thương của mô nha chu trên bề mặt răng. Trong các điều trị nha chu, phục hồi lại bám dính hoặc không thể phục hồi hoàn toàn thì thu hẹp mất bám dính là một mục tiêu quan trọng, dựa vào bảng 5 mất bám dính là $2,94 \pm 0,59$ mm.

Chiều sâu tụt nướu răng cối nhỏ

Sự thay đổi của chiều cao tụt nướu sau phẫu thuật là chỉ số quan trọng để đánh giá mức độ thành công của phẫu thuật che phủ chân răng, nếu sau phẫu thuật mà chân răng không lộ ra nữa thì phẫu thuật được coi là thành công 100%. Dựa vào bảng 5 thì tụt nướu nhìn thấy răng cối nhỏ hàm trên là $1,88 \pm 0,55$ mm và tụt nướu không nhìn thấy là $1,06 \pm 0,25$ mm.

4.2. Kết quả sau can thiệp che chân răng tụt nướu ở răng cối nhỏ hàm trên vào tháng thứ 03 và tháng thứ 06

Dựa theo bảng 6 và bảng 7, ban đầu, tụt nướu trung bình là $1,88 \pm 0,55$ mm, độ sâu túi thăm dò trung bình là $1,06 \pm 0,25$ mm và mức độ gắn kết lâm sàng trung bình là $2,94 \pm 0,59$ mm đã được ghi lại.

Vào cuối 03 tháng, tụt nướu trung bình giảm từ $1,88 \pm 0,55$ mm xuống $0,11 \pm 0,08$ mm,

độ sâu túi thăm dò cũng giảm từ $1,06 \pm 0,25\text{mm}$ xuống $1 \pm 0,0\text{mm}$ và mức độ mất gắn kết lâm sàng giảm từ $2,94 \pm 0,59\text{mm}$ xuống $1,11 \pm 0,08\text{mm}$, chiếm tỷ lệ che phủ chân răng tụt nướu là $93,58 \pm 5,27\%$.

Vào cuối 06 tháng, tụt nướu trung bình đã giảm từ $1,88 \pm 0,55\text{mm}$ xuống $0,17 \pm 0,11\text{mm}$, độ sâu túi thăm dò giảm từ $1,06 \pm 0,25\text{mm}$ xuống $1,00\text{mm}$ và mức độ mất gắn kết lâm sàng giảm từ $2,94 \pm 0,59\text{mm}$ xuống $1,17 \pm 0,11\text{mm}$, chiếm tỉ lệ che phủ chân răng tụt nướu là $91,30 \pm 6,23\%$. Trên phân tích đã giảm đáng kể tụt nướu và tăng độ bám dính lâm sàng sau 3 tháng, nhưng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 03 tháng đến 06 tháng hay tình trạng chưa ổn định từ tháng thứ 3 đến tháng thứ 6.

Ozenci I (2015) so sánh 2 phương pháp tạo vạt dùng màng chân bì ghép nướu thì kết quả nghiên cứu của Ozenci I sau 12 tháng đạt kết quả là 93,81% cao hơn nghiên cứu của chúng tôi là 91,30%. Nguyên nhân có thể do nghiên cứu của chúng tôi chọn mẫu tụt nướu răng cối nhỏ hàm trên, đây là một vị trí khó khi thực hiện phẫu thuật. Esteves J (2015) [5] và cộng sự báo cáo kết quả nghiên cứu trên một nhóm bệnh nhân theo dõi sau 12 tháng đạt kết quả che phủ 88,92% bề mặt chân răng tụt nướu, Godavarthi L 2016 là 89,79% [6].

V. KẾT LUẬN

Ghép mô liên kết là tiêu chuẩn vàng để điều trị tụt nướu, nhưng nhược điểm của phương pháp này là tạo ra vị trí phẫu thuật thứ 2 để lấy mảnh ghép. Ghép màng chân bì là phương pháp thay thế hiệu quả vì cải thiện mức độ tụt nướu sau phẫu thuật, có thể dự đoán được mức độ che phủ và khắc phục được nhược điểm của ghép mô liên kết là không tạo ra vị trí phẫu thuật thứ hai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Giao Hòa (2018), *Phẫu thuật tạo hình nha chu*, Nhà xuất bản Đại học quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh, tr 47-50.
2. Lê Long Nghĩa (2013), *Nghiên cứu ứng dụng che chân răng tụt nướu bằng phương pháp ghép tổ chức liên kết dưới biểu mô*, Luận án tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội, tr 45-46.
3. Batista E.L., Jr, Batista F.C., Novars A.B. (2001), Jr Management of soft tissue ridge deformities with acellular dermal matrix. Clinical approach and outcome after 6 months of treatment. *J. Periodontol*, 72, pp 265–273.
4. Callan P.P. (1996), Use of acellular dermal matrix allograft material in dental implant treatment. *Dent Surg Products*, 9, pp 14–17.
5. Esteves J. and *et al* (2015), Efficacy of Human Chorion Membrane Allograft for Recession Coverage: A Case Series. *J Periodontol*, 86(8), pp 941-4.
6. Godavarthi L, Murthy KR, Pavankumar S. (2016), A Comparison of Acellular Dermal Matrix Allograft and Periosteal Pedicle Graft Covered by Coronally Advanced Flap in the Treatment of Gingival Recession: 1-Year Follow-Up Study. *Int J Periodontics Restorative Dent*, 36(4), pp 67-75.
7. Harris R.J. (1998), Root coverage with a connective tissue with partial thickness double pedicle graft and an acellular dermal matrix: A clinical and histological evaluation of a case report. *J. Periodontol*, 69, pp 1305–1311.
8. Ozenci I, Ipci SD, Cakar G, Yilmaz S. (2015), Tunnel technique versus coronally advanced flap with acellular dermal matrix graft in the treatment of multiple gingival recessions. *J Clin Periodontol*, 42(12), pp 1135-42.
9. Sullivan HC, Atkins JH. (1968), Free autogenous gingival grafts I. Principles of successful grafting. *Periodontics*, 6, pp 121–9.
10. Zucchelli G. (2012), *Mucogingival Esthetic Surgery*. Quintessenza Edizioni, pp 4-10

(Ngày nhận bài: 02/08/2020 - Ngày duyệt đăng: 16/09/2020)