

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TỤT NƯỚU VÙNG RĂNG CỐI NHỎ HÀM TRÊN BẰNG PHẪU THUẬT GHÉP MÔ LIÊN KẾT DƯỚI BIỂU MÔ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THANH VŨ MEDIC BẠC LIÊU

Võ Minh Tân<sup>1</sup>, Tô Tuấn Dân<sup>2</sup>, Nguyễn Phúc Vinh<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Khoa Răng hàm mặt, Bệnh viện Đa khoa Thanh Vũ Medic Bạc Liêu

<sup>2</sup>Bộ môn răng trẻ em chính nha, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Tụt nướu vùng răng cối nhỏ hàm trên có thể gây mất thẩm mỹ, nhạy cảm ngà và khó kiểm soát mảng bám.

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị tụt nướu vùng răng cối nhỏ hàm trên bằng phẫu thuật ghép mô liên kết dưới biểu mô.

**Đối tượng, phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng trên 78 bệnh nhân, mỗi bệnh nhân có một răng cối nhỏ hàm trên được chọn làm răng nghiên cứu, điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Thanh Vũ Medic Bạc Liêu từ tháng 6/2025 đến tháng 5/2026. Các chỉ số nha chu được ghi nhận trước phẫu thuật và sau phẫu thuật 1, 3 và 6 tháng; đau sau phẫu thuật được đánh giá bằng thang điểm VAS vào ngày 1, 7 và 14.

**Kết quả:** Bệnh nhân từ 35 tuổi trở lên chiếm 70,5%; nữ chiếm 60,3%. Miller I chiếm 64,1% và Miller II chiếm 35,9%. Sau phẫu thuật, chiều cao tụt nướu nhìn thấy giảm từ  $0,7 \pm 0,5$  mm ở tháng 1 còn  $0,1 \pm 0,1$  mm ở tháng 6; nướu sưng hóa tăng từ  $3,2 \pm 0,7$  mm lên  $3,8 \pm 0,8$  mm; nướu dính tăng từ  $1,9 \pm 0,8$  mm lên  $2,7 \pm 0,9$  mm. Tỷ lệ che phủ nướu đạt  $78,2 \pm 12,8\%$  sau 1 tháng,  $93,6 \pm 3,8\%$  sau 3 tháng và  $97,4 \pm 3,2\%$  sau 6 tháng. Tỷ lệ không đau theo VAS tăng từ 21,8% ngày 1 lên 93,6% ngày 14.

**Kết luận:** Ghép mô liên kết dưới biểu mô cho thấy hiệu quả cao trong điều trị tụt nướu Miller I - II vùng răng cối nhỏ hàm trên sau 6 tháng theo dõi.

**Từ khóa:** Tụt nướu; răng cối nhỏ hàm trên; ghép mô liên kết dưới biểu mô; che phủ chân răng; phẫu thuật thẩm mỹ nha chu.

### ABSTRACT

#### TREATMENT OUTCOMES OF MAXILLARY PREMOLAR GINGIVAL RECESSION USING SUBEPITHELIAL CONNECTIVE TISSUE GRAFT AT THANH VU MEDIC BAC LIEU GENERAL HOSPITAL

Vo Minh Tan<sup>1</sup>, To Tuan Dan<sup>2</sup>, Nguyen Phuc Vinh<sup>2</sup>

**Background:** Maxillary premolar gingival recession may impair esthetics, induce dentin hypersensitivity and complicate plaque control.

**Objectives:** To describe clinical characteristics and evaluate treatment outcomes of maxillary premolar gingival recession using a subepithelial connective tissue graft.

**Methods:** An uncontrolled clinical interventional study was conducted in 78 patients, with one maxillary premolar selected as the study tooth per patient, treated at Thanh Vu Medic Bac Lieu General Hospital from June 2025 to May 2026. Periodontal parameters were assessed before surgery and at 1, 3 and 6 months after surgery; postoperative pain was assessed using a visual analogue scale (VAS) on days 1, 7 and 14.

Ngày nhận bài: 15/5/2026. Ngày chỉnh sửa: 13/6/2026. Chấp thuận đăng: 20/6/2026

Tác giả liên hệ: Phạm Vũ Thuật. Email: tuatphamdr09@gmail.com. ĐT: 0985155597

## Kết quả điều trị tụt nướu vùng răng cối nhỏ hàm trên...

**Results:** Participants aged 35 years or older accounted for 70.5%, and females for 60.3%. Miller class I and II defects accounted for 64.1% and 35.9%, respectively. Visible recession depth decreased from  $0.7 \pm 0.5$  mm at 1 month to  $0.1 \pm 0.1$  mm at 6 months; keratinized tissue increased from  $3.2 \pm 0.7$  mm to  $3.8 \pm 0.8$  mm; attached gingiva increased from  $1.9 \pm 0.8$  mm to  $2.7 \pm 0.9$  mm. Root coverage was  $78.2 \pm 12.8\%$ ,  $93.6 \pm 3.8\%$  and  $97.4 \pm 3.2\%$  at 1, 3 and 6 months. The proportion of participants without pain (VAS = 0) increased from 21.8% on day 1 to 93.6% on day 14.

**Conclusion:** Subepithelial connective tissue graft was effective for Miller class I - II maxillary premolar recession after 6 months of follow - up.

**Keywords:** Gingival recession; maxillary premolar; subepithelial connective tissue graft; root coverage; periodontal plastic surgery.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tụt nướu là sự di chuyển bờ nướu về phía chóp so với đường nối men-xê măng, làm lộ bề mặt chân răng. Tình trạng này thường gặp; tỷ lệ hiện mắc tăng theo tuổi và chịu ảnh hưởng của mảng bám - viêm nướu, chải răng sang chấn, kiểu hình nha chu mỏng, thiếu mô sừng hóa, vị trí răng lệch ngoài cung hàm, phục hình hoặc tổn thương cổ răng [1-3]. Lộ chân răng có thể gây nhạy cảm ngà, sâu hoặc mòn cổ răng, khó kiểm soát mảng bám và ảnh hưởng thẩm mỹ.

Ở vùng răng cối nhỏ hàm trên, tụt nướu có thể biểu hiện rõ khi cười hoặc cười nghiêng, đồng thời gây ê buốt khi ăn uống và chải răng. Trong tổn thương Miller độ I - II, mục tiêu điều trị là giảm chiều cao tụt nướu nhìn thấy, đạt che phủ chân răng, tăng thể tích mô mềm, duy trì hoặc cải thiện mô nướu sừng hóa và tạo điều kiện thuận lợi cho vệ sinh răng miệng lâu dài [4-7].

Ghép mô liên kết dưới biểu mô, thường phối hợp với vạt di chuyển về phía thân răng, là kỹ thuật sử dụng mô tự thân nhằm tăng độ dày mô mềm vùng nhận và hỗ trợ che phủ chân răng. Nhiều nghiên cứu cho thấy kỹ thuật này là một trong những lựa chọn có tính dự đoán tốt đối với tụt nướu đơn lẻ có chỉ định phù hợp [5-8]. Tuy nhiên, dữ liệu tại bệnh viện tuyến địa phương còn hạn chế. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị tụt nướu bằng ghép mô liên kết dưới biểu mô thông qua thay đổi tụt nướu nhìn thấy, mô sừng hóa, nướu dính, tỷ lệ che phủ chân răng và diễn tiến đau hậu phẫu.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên bệnh nhân từ đủ 18 tuổi có tụt nướu vùng răng cối nhỏ hàm trên đến

khám và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Thanh Vũ Medic Bạc Liêu từ tháng 6/2025 đến tháng 5/2026.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: tụt nướu Miller I - II tại răng cối nhỏ hàm trên; không viêm nha chu tiến triển hoặc viêm cấp tại răng nghiên cứu; có chỉ định phẫu thuật che phủ chân răng; khẩu cái cứng đủ mô để thu hoạch mảnh ghép [9]; và tự nguyện tham gia. Loại trừ: tiêu xương ổ răng theo chiều dọc hoặc ngang trên X-quang, mất răng kế cận trực tiếp, sang chấn khớp cắn chưa điều chỉnh, vệ sinh kém sau hướng dẫn, hút thuốc thường xuyên, chống chỉ định phẫu thuật nha chu hoặc thai kỳ. Phim X-quang chỉ dùng sàng lọc tiêu chuẩn chọn/loại trừ, không phân tích như biến kết cục.

#### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng. Cỡ mẫu tính cho một tỷ lệ, với tỷ lệ che phủ chân răng hoàn toàn kỳ vọng 93%,  $\alpha = 0,05$  và  $d = 0,06$ , cần ít nhất 70 bệnh nhân; thực tế gồm 78 bệnh nhân. Chọn mẫu thuận tiện, liên tiếp. Đơn vị phân tích là bệnh nhân; mỗi người chỉ đóng góp một răng, chọn răng can thiệp đầu tiên khi có nhiều răng đủ điều kiện để tránh phụ thuộc số liệu.

#### 2.3. Nội dung nghiên cứu

Biến số gồm tuổi, giới, lý do đến khám, vị trí răng, PII, GI, phân độ Miller, chỉ số mô nướu, tỷ lệ che phủ chân răng và đau hậu phẫu. Tỷ lệ che phủ nướu = [(chiều cao tụt nướu nhìn thấy ban đầu - chiều cao sau phẫu thuật)/chiều cao ban đầu]  $\times$  100. Đau do người bệnh tự đánh giá bằng VAS 0 - 10 vào ngày 1, 7 và 14; VAS = 0: không đau, 1 - 3: nhẹ, 4 - 6: vừa, 7 - 10: nặng [10-11].

Các chỉ số được đo bằng cây thăm dò Williams tại mặt ngoài răng nghiên cứu trước phẫu thuật và tại 1, 3, 6 tháng. Tụt nướu nhìn thấy đo từ đường nối men-xê măng đến bờ nướu; nướu sừng hóa từ bờ nướu đến

## Kết quả điều trị tụt nướu vùng răng cối nhỏ hàm trên...

đường nối nướu-niêm mạc; độ sâu khe nướu từ bờ nướu đến đáy khe; nướu dính = nướu sừng hóa - độ sâu khe. PII và GI ghi nhận theo Loe [12].

### 2.4. Quy trình can thiệp và xử lý số liệu

Trước phẫu thuật, bệnh nhân được lấy cao răng, hướng dẫn vệ sinh và điều trị sâu răng hoặc tổn thương cổ răng khi cần. Sau kiểm soát viêm, phẫu thuật gồm chuẩn bị vùng nhận, xử lý bề mặt chân răng, thu hoạch mô liên kết dưới biểu mô từ khâu cái, đặt và cố định mảnh ghép, rời di chuyển và khâu vạt che phủ tùy điều kiện lâm sàng [7-8,13]. Lựa chọn vùng cho mô, đóng vết thương và theo dõi được thực hiện nhằm hạn chế biến chứng và khó chịu tại khâu cái.

Theo dõi ngày 1, 7 và 14 ghi nhận sốt, VAS và các dấu hiệu lành thương; tại 1, 3 và 6 tháng đánh giá lại các chỉ số mô nướu và tỷ lệ che phủ chân răng.

Số liệu được xử lý bằng SPSS 18.0. Biến định tính trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm; biến

định lượng trình bày bằng trung bình và độ lệch chuẩn. Sử dụng Chi-square/Fisher-Freeman-Halton, Mann-Whitney U, Wilcoxon signed-rank, Cochran Q và McNemar khi phù hợp;  $p < 0,05$  được xem là có ý nghĩa thống kê. Tiêu chuẩn xếp loại kết quả được xác định trước phân tích: tốt khi không có dấu hiệu viêm nướu, tỷ lệ che phủ chân răng  $\geq 80\%$  và độ sâu thăm dò  $\leq 3$  mm; khá khi không có viêm nướu, tỷ lệ che phủ 60 đến  $< 80\%$  và độ sâu thăm dò  $\leq 3$  mm; kém khi có ít nhất một trong các tiêu chí gồm viêm nướu, tỷ lệ che phủ  $< 60\%$  hoặc độ sâu thăm dò  $> 3$  mm.

## III. KẾT QUẢ

### 3.1. Đặc điểm chung và đặc điểm ban đầu

Trong 78 bệnh nhân, nhóm  $\geq 35$  tuổi chiếm 70,5%, nữ chiếm 60,3%. Lý do đến khám thường gặp nhất là thẩm mỹ đơn thuần (30,8%), tiếp theo là phối hợp thẩm mỹ và nhạy cảm ngà (26,9%). Răng 15 gặp nhiều nhất (34,6%) (Bảng 1).

**Bảng 1:** Đặc điểm chung, lý do đến khám và vị trí răng nghiên cứu (n=78)

Đặc điểm	Phân nhóm	n	%
Tuổi	< 35 tuổi	23	29,5
Tuổi	$\geq 35$ tuổi	55	70,5
Giới	Nam	31	39,7
Giới	Nữ	47	60,3
Lý do đến khám	Thẩm mỹ	24	30,8
Lý do đến khám	Nhạy cảm ngà	20	25,6
Lý do đến khám	Sâu chân răng	3	3,8
Lý do đến khám	Chảy máu nướu	7	9,0
Lý do đến khám	Thẩm mỹ + nhạy cảm ngà	21	26,9
Lý do đến khám	Lý do phối hợp khác	3	3,9
Vị trí răng	R14	14	17,9
Vị trí răng	R15	27	34,6
Vị trí răng	R24	18	23,1
Vị trí răng	R25	19	24,4

Trước phẫu thuật, đa số bệnh nhân có mảng bám và viêm nướu nhẹ đến trung bình. Miller I chiếm 64,1% và Miller II chiếm 35,9%, phù hợp nhóm tổn thương có tiên lượng che phủ chân răng thuận lợi (Bảng 2).

## Kết quả điều trị tụt nướu vùng răng cối nhỏ hàm trên...

**Bảng 2:** Chỉ số GI, PII và phân độ Miller trước phẫu thuật (n=78)

Đặc điểm	Mức độ	n	%
Chỉ số mảng bám PII	Điểm 0	4	5,1
Chỉ số mảng bám PII	Điểm 1	43	55,1
Chỉ số mảng bám PII	Điểm 2	31	39,7
Chỉ số nướu GI	Điểm 0	5	6,4
Chỉ số nướu GI	Điểm 1	52	66,7
Chỉ số nướu GI	Điểm 2	20	25,6
Chỉ số nướu GI	Điểm 3	1	1,3
Phân độ Miller	Độ I	50	64,1
Phân độ Miller	Độ II	28	35,9

Các chỉ số tụt nướu và mô nha chu trước phẫu thuật không khác biệt có ý nghĩa theo giới. Chiều cao tụt nướu nhìn thấy ở nam và nữ đều khoảng  $3,5 \pm 0,7$  mm; nướu sừng hóa 2,7 - 2,8 mm; nướu dính 1,4 - 1,6 mm (Bảng 3).

**Bảng 3:** Một số chỉ số lâm sàng trước phẫu thuật theo giới tính

Chỉ số	Nam (n=31)	Nữ (n=47)	p
Chiều dài thân răng (mm)	12,0 (1,1)	12,0 (1,0)	0,557
Chiều dài chân răng (mm)	8,6 (0,5)	8,5 (0,3)	0,850
Tụt nướu không nhìn thấy (mm)	1,2 (0,4)	1,3 (0,5)	0,900
Tụt nướu nhìn thấy (mm)	3,5 (0,7)	3,5 (0,7)	0,834
Nướu sừng hóa (mm)	2,8 (0,6)	2,7 (0,5)	0,529
Nướu dính (mm)	1,6 (0,8)	1,4 (0,8)	0,716
Độ sâu khe nướu (mm)	1,2 (0,4)	1,3 (0,5)	0,519

Ghi chú: Số liệu trình bày trung bình (độ lệch chuẩn). “Chiều dài thân răng” là chiều dài thân răng lâm sàng. p: Mann-Whitney U.

### 3.2. Đặc điểm phẫu thuật và diễn tiến sau phẫu thuật

Tất cả trường hợp đều được ghép mô liên kết dưới biểu mô từ khâu cái và cố định mảnh ghép bằng các kỹ thuật khâu phù hợp với điều kiện lâm sàng

Diễn tiến hậu phẫu sớm thuận lợi (Bảng 4). Tỷ lệ không đau (VAS = 0) tăng từ 21,8% ngày 1 lên 93,6% ngày 14; không ghi nhận đau nặng. Giảm phù giảm từ 66,7% ngày 7 xuống 11,5% ngày 14. Hở xương chân răng hiếm gặp và không khác biệt giữa ngày 7 và 14.

**Bảng 4:** Diễn tiến hậu phẫu trong 14 ngày đầu, bao gồm mức độ đau theo thang điểm VAS

Đặc điểm	Ngày 1	Ngày 7	Ngày 14	p
Sốt: có	5 (5,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,125
Không đau (VAS = 0)	17 (21,8)	49 (62,8)	73 (93,6)	< 0,001
Đau nhẹ (VAS 1 - 3)	33 (42,3)	24 (30,8)	5 (6,4)	< 0,001

## Kết quả điều trị tụt nướu vùng răng cối nhỏ hàm trên...

Đặc điểm	Ngày 1	Ngày 7	Ngày 14	p
Đau vừa (VAS 4 - 6)	28 (35,9)	5 (6,4)	0 (0,0)	< 0,001
Đau nặng (VAS 7 - 10)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Giả mạc phủ: có	-	52 (66,7)	9 (11,5)	< 0,001
Nhạy cảm chân răng: có	-	24 (30,8)	21 (26,9)	-
Hở xương chân răng: có	-	5 (6,4)	4 (5,1)	1,000

Ghi chú: Số liệu n (%). “-”: không ghi nhận tại thời điểm tương ứng. VAS: Visual Analogue Scale; 0: không đau; 1-3: nhẹ; 4-6: vừa; 7-10: nặng. p: Cochran Q cho biến nhị phân lặp lại ở 3 thời điểm; McNemar cho biến đánh giá ở 2 thời điểm. “-” tại hàng nhạy cảm chân răng: chỉ mô tả theo hai thời điểm.

### 3.3. Kết quả sau 1, 3 và 6 tháng

Các chỉ số mô nha chu cải thiện theo thời gian (Bảng 5, Bảng 6). Chiều cao tụt nướu nhìn thấy giảm có ý nghĩa, trong khi nướu sưng hóa và nướu dính tăng dần đến tháng 6. Tỷ lệ che phủ nướu đạt  $97,4 \pm 3,2\%$  sau 6 tháng.

**Bảng 5:** Kết quả lâm sàng sau phẫu thuật tại 1, 3 và 6 tháng

Chỉ số	1 tháng	3 tháng	6 tháng	p 3-1 tháng	p 6-3 tháng
Chiều dài thân răng (mm)	9,4 (0,6)	8,8 (0,6)	8,6 (0,5)	< 0,001	< 0,001
Tụt nướu nhìn thấy (mm)	0,7 (0,5)	0,2 (0,1)	0,1 (0,1)	< 0,001	< 0,001
Nướu sưng hóa (mm)	3,2 (0,7)	3,7 (0,6)	3,8 (0,8)	< 0,001	< 0,001
Nướu dính (mm)	1,9 (0,8)	2,3 (0,9)	2,7 (0,9)	< 0,001	< 0,001
Độ sâu khe nướu (mm)	1,3 (0,4)	1,2 (0,5)	1,2 (0,4)	< 0,001	< 0,001
Tỷ lệ che phủ nướu (%)	78,2 (12,8)	93,6 (3,8)	97,4 (3,2)	< 0,001	< 0,001

Ghi chú: Số liệu trung bình (độ lệch chuẩn). “Chiều dài thân răng” là chiều dài thân răng lâm sàng. p 3-1 tháng và p 6-3 tháng: Wilcoxon signed-rank cho số liệu ghép cặp.

**Bảng 6:** Phân loại kết quả điều trị theo tiêu chuẩn tốt - khá - kém (n=78)

Mức kết quả	1 tháng	3 tháng	6 tháng
Tốt, n (%)	34 (43,6)	70 (89,7)	75 (96,2)
Khá, n (%)	42 (53,8)	6 (7,7)	3 (3,8)
Kém, n (%)	2 (2,6)	2 (2,6)	0 (0,0)

## IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, nhóm bệnh nhân  $\geq 35$  chiếm 70,5% và nữ giới chiếm 60,3%. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu cho thấy tụt nướu thường được ghi nhận nhiều ở nhóm tuổi lớn do tác động tích lũy của các yếu tố nguy cơ theo thời gian [1-3].

Về đặc điểm lâm sàng, Miller độ I chiếm 64,1% và Miller độ II chiếm 35,9%. Việc chỉ chọn các tổn thương Miller I - II là phù hợp với mục tiêu che phủ

chân răng vì đây là các tổn thương không có mất mô kẽ rõ rệt, thường có tiên lượng thuận lợi hơn đối với các thủ thuật phẫu thuật tạo hình nha chu [4]. Trước phẫu thuật, đa số bệnh nhân có PII và GI ở mức nhẹ đến trung bình. Nhân mạnh vai trò của điều trị ban đầu và hướng dẫn vệ sinh răng miệng trước khi can thiệp. Kiểm soát viêm là điều kiện nền tảng vì tình trạng viêm, mảng bám và các yếu tố tại chỗ có thể ảnh hưởng đến lành thương mô mềm cũng như khả năng duy trì kết quả sau phẫu thuật [2-3].

## **Kết quả điều trị tụt nướu vùng răng cối nhỏ hàm trên...**

Kết quả nổi bật là tỷ lệ che phủ chân răng tăng từ  $78,2 \pm 12,8\%$  ở tháng thứ nhất lên  $93,6 \pm 3,8\%$  ở tháng thứ ba và  $97,4 \pm 3,2\%$  ở tháng thứ sáu; chiều cao tụt nướu nhìn thấy giảm từ  $0,7 \pm 0,5$  mm xuống  $0,1 \pm 0,1$  mm. Việc kết quả tiếp tục cải thiện đến tháng thứ sáu có thể phản ánh sự ổn định dần của mô mềm tại vùng nhận. Tỷ lệ kết quả tốt tăng từ  $43,6\%$  sau 1 tháng lên  $96,2\%$  sau 6 tháng cũng hỗ trợ nhận định này. Tuy nhiên, cần thận trọng khi diễn giải mức che phủ rất cao vì mẫu chỉ gồm các tổn thương có tiên lượng thuận lợi, mỗi bệnh nhân có một răng nghiên cứu và không có nhóm so sánh.

Xu hướng cải thiện phù hợp với bằng chứng hiện có về ghép mô liên kết dưới biểu mô. Tổng quan hệ thống và phân tích mạng cho thấy ghép mô liên kết dưới biểu mô phối hợp vật di chuyển về phía thân răng là một lựa chọn có hiệu quả dự đoán tốt đối với tụt nướu đơn lẻ [5]. Kỹ thuật này sử dụng mô tự thân để che phủ chân răng [6]; các tổng quan và thử nghiệm đối chứng cũng ghi nhận vai trò của mô liên kết trong cải thiện che phủ chân răng và thể tích mô mềm ở chỉ định phù hợp [7-8]. Tuy nhiên, nghiên cứu không có nhóm vật di chuyển đơn thuần hoặc nhóm vật liệu thay thế, nên không thể kết luận kỹ thuật này ưu thế hơn các phương án khác.

Nướu sưng hóa tăng từ  $3,2 \pm 0,7$  mm ở tháng thứ nhất lên  $3,8 \pm 0,8$  mm ở tháng thứ sáu, trong khi nướu dính tăng từ  $1,9 \pm 0,8$  mm lên  $2,7 \pm 0,9$  mm. Sự gia tăng nướu sưng hóa và nướu dính cho thấy cải thiện chất lượng mô mềm quanh răng. Tuy nhiên, cần theo dõi dài hạn để đánh giá sự ổn định.

Diễn tiến hậu phẫu trong 14 ngày đầu nhìn chung thuận lợi. Tỷ lệ không đau tăng từ  $21,8\%$  ở ngày thứ nhất lên  $62,8\%$  ở ngày thứ bảy và  $93,6\%$  ở ngày thứ 14; không ghi nhận đau nặng ở bất kỳ thời điểm nào. Sốt chỉ gặp ở  $5,1\%$  trong ngày đầu và không còn ở các lần tái khám sau. Giả mạc phủ giảm từ  $66,7\%$  ngày thứ bảy xuống  $11,5\%$  ngày thứ 14, trong khi hở xương chân răng hiếm gặp. Các số liệu này gợi ý quá trình lành thương chấp nhận được ở cả vùng nhận và vùng cho mô. Tuy vậy, lấy mô khâu cái vẫn là giai đoạn có thể gây khó chịu; các tổng quan về vùng cho mô nhấn mạnh rằng độ dày mô, thiết kế đường rạch, kỹ thuật đóng vết thương và chăm sóc hậu phẫu có thể ảnh hưởng đến đau, chảy máu và biến chứng [9,13].

Kết quả VAS có ý nghĩa thực hành trong tư vấn người bệnh. Mặc dù  $35,9\%$  bệnh nhân đau vừa trong ngày đầu, mức đau giảm nhanh và hầu hết không còn đau sau 14 ngày. Điều này tương thích với các nghiên cứu về kết cục do người bệnh báo cáo sau các thủ thuật che phủ chân răng và lấy mô tự thân [10-11]. Tuy nhiên, VAS là thang đo chủ quan, chịu ảnh hưởng bởi ngưỡng đau và thuốc giảm đau. Nghiên cứu chưa ghi nhận loại thuốc, liều, số lần sử dụng hoặc mức hài lòng; các nghiên cứu sau nên thu thập đồng thời các chỉ số này và chất lượng sống liên quan sức khỏe răng miệng.

Hạn chế của nghiên cứu gồm không có nhóm chứng, chọn mẫu thuận tiện và thời gian theo dõi 6 tháng, cần theo dõi lâu dài để đánh giá độ ổn định kết quả điều trị.

### **V. KẾT LUẬN**

Ở 78 bệnh nhân có tụt nướu Miller I - II vùng răng cối nhỏ hàm trên, ghép mô liên kết dưới biểu mô cho kết quả thuận lợi sau 6 tháng: tỷ lệ che phủ nướu  $97,4 \pm 3,2\%$ , chiều cao tụt nướu nhìn thấy  $0,1 \pm 0,1$  mm, nướu sưng hóa và nướu dính tăng rõ theo thời gian. Đau hậu phẫu giảm nhanh trong 14 ngày đầu và không ghi nhận đau nặng. Kỹ thuật là lựa chọn hiệu quả trong phạm vi bệnh nhân được chọn lọc, kiểm soát viêm tốt và đủ điều kiện lấy mô ghép; cần nghiên cứu có nhóm chứng và theo dõi dài hạn để xác nhận độ ổn định.

### **Đạo đức nghiên cứu**

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ chấp thuận theo số 25.534.HV-ĐHYDCT; bệnh nhân được giải thích mục tiêu, lợi ích, nguy cơ và tự nguyện đồng ý tham gia.

### **Tuyên bố về xung đột lợi ích**

Các tác giả tuyên bố không có xung đột lợi ích liên quan đến nghiên cứu và bài báo này.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Yadav VS, Gumber B, Makker K, Gupta V, Tewari N, et al. Global prevalence of gingival recession: A systematic review and meta-analysis. *Oral Dis.* 2023;29(8):2993-3002.
2. Cortellini P, Bissada NF. Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions, and

## *Kết quả điều trị tụt nướu vùng răng cối nhỏ hàm trên...*

- diagnostic considerations. *J Periodontol.* 2018;89 Suppl 1:S204-S213.
3. Imber JC, Kasaj A. Treatment of gingival recession: When and how? *Int Dent J.* 2021;71(3):178-187.
  4. Miller PD Jr. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 1985;5(2):8-13.
  5. Chambrone L, Botelho J, Machado V, Mascarenhas P, Mendes JJ, et al. Does the subepithelial connective tissue graft in conjunction with a coronally advanced flap remain as the gold standard therapy for the treatment of single gingival recession defects? A systematic review and network meta-analysis. *J Periodontol.* 2022;93(9):1336-1352.
  6. Langer B, Langer L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. *J Periodontol.* 1985;56(12):715-720.
  7. Zucchelli G, Mounssif I. Periodontal plastic surgery. *Periodontol 2000.* 2015;68(1):333-368.
  8. Zucchelli G, Mounssif I, Mazzotti C, Stefanini M, Marzadori M, et al. Coronally advanced flap with and without connective tissue graft for the treatment of multiple gingival recessions: a comparative short- and long-term controlled randomized clinical trial. *J Clin Periodontol.* 2014;41(4):396-403.
  9. Reiser GM, Bruno JF, Mahan PE, Larkin LH. The subepithelial connective tissue graft palatal donor site: Anatomic considerations for surgeons. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 1996;16(2):130-137.
  10. Lee CT, Lange M, Jureidini A, Bittner N, Schulze-Späte U. Clinical and patient-reported outcomes after recession coverage using modified vestibular incision subperiosteal tunnel access with a volume-stable collagen matrix as compared to a coronally advanced flap with a subepithelial connective tissue graft. *J Periodontal Implant Sci.* 2022;52(6):466-478.
  11. Wessel JR, Tatakis DN. Patient outcomes following subepithelial connective tissue graft and free gingival graft procedures. *J Periodontol.* 2008;79(3):425-430.
  12. Löe H. The Gingival Index, the Plaque Index and the Retention Index Systems. *J Periodontol.* 1967;38(6):610-616.
  13. Tavelli L, Barootchi S, Stefanini M, Zucchelli G, Giannobile WV, et al. Wound healing dynamics, morbidity, and complications of palatal soft-tissue harvesting. *Periodontol 2000.* 2023;92(1):90-119.