

# SỰ THAY ĐỔI CỦA CÁC CHỈ SỐ MÔ LỢI SAU PHẪU THUẬT GHÉP MÔ LIÊN KẾT ĐIỀU TRỊ RĂNG CO LỢI

LÊ LONG NGHĨA, NGUYỄN MẠNH HÀ,  
TRƯƠNG MẠNH DŨNG, TRỊNH THỊ THÁI HÀ

## TÓM TẮT

Tái che phủ các chân răng co lợi là một trong những phẫu thuật điều trị chính của chuyên ngành nha chu, khi che phủ các răng hở chân thì các kích thước của mô lợi có tăng hay không và tăng thế nào? Để trả lời câu hỏi này chúng tôi tiến hành nghiên cứu ghép mô liên kết dưới biểu mô che chân răng hở từ đầu năm 2009 đến tháng 6 năm 2012. **Mục tiêu:** Đánh giá sự thay đổi các chỉ số mô lợi đối với nhóm răng này. **Đối tượng:** 49 răng co lợi độ I, II, III. **Phương pháp:** thử nghiệm lâm sàng tiến cứu không đối chứng. **Kết quả:** Độ rộng lợi sừng hóa tăng từ 2,4 ± 1,8 mm ở thời điểm trước phẫu thuật lên 4,1 ± 1,6 mm ở thời điểm theo dõi 12 tháng. Độ rộng lợi sừng hóa của hai nhóm răng Miller I và Miller II tăng khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Độ rộng lợi dính tăng từ 1,5 ± 1,4 mm lên 3,1 ± 1,6 mm ở thời điểm 12 tháng sau phẫu thuật. Độ rộng lợi dính của hai nhóm răng Miller I và Miller II tăng khác biệt không có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Phẫu thuật ghép mô liên kết điều trị co lợi có hiệu quả tăng kích thước lợi sừng hóa và lợi dính. So sánh giữa hai nhóm răng co lợi Miller I và Miller II thì sự tăng lợi sừng hóa và lợi dính không có ý nghĩa thống kê.

**Từ khóa:** lợi sừng hóa, lợi dính, co lợi.

**Viết tắt:** Mean ± SD: Trung bình ± Độ lệch chuẩn.

## SUMMARY

Coverage of roots exposed by gingival recession is one of the surgical treatments of periodontology. In order to know whether gingival indices change or not after surgery, we accomplished a study to transplant autogenous connective tissue harvesting from palate to denuded tooth roots. Time of study from 2009 to 2012 June. **Objectives:** Evaluation of gingival indices such as keratinized gingiva and attached gingiva. **Subjects:** 49 gingival recession teeth ranging from class 1 to class 3. **Method:** Clinical trials without control group. **Result:** Keratinized gingiva increases from 2.4 ± 1.8 mm to 4.1 ± 1.6 mm after 1 year and attached gingiva increases from 1.5 ± 1.4 mm to 3.1 ± 1.6 mm after 1 year. There are no differences between Miller I and Miller II groups on increasing gingival indices.

**Keywords:** keratinized gingiva, attached gingiva, gingival recession.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Mô lợi là một thành phần quan trọng của mô quanh răng, kích thước mô lợi giảm sẽ làm hở chân răng, tiêu xương ổ răng, có thể mòn bề mặt chân răng, có thể tạo điều kiện cho vi khuẩn xâm nhập vào

mô quanh răng. Điều trị phục hồi lại mô lợi rất quan trọng cho sự khỏe mạnh của mô quanh răng. Trong các phương pháp làm tăng kích thước lợi thì phương pháp ghép mô liên kết dưới biểu mô được coi là phương pháp hiệu quả, bởi vậy chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài "Phẫu thuật che phủ các chân răng hở bằng phương pháp ghép tổ chức liên kết dưới biểu mô" nhằm 2 mục tiêu:

Đánh giá sự thay đổi của chỉ số lợi sừng hóa sau phẫu thuật.

Đánh giá sự thay đổi của chỉ số lợi dính sau phẫu thuật.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu:

#### Tiêu chuẩn chọn lựa:

Co lợi loại I, II, III theo phân loại của Miller[6].

Không có triệu chứng viêm nhiễm tại chỗ.

Răng không lung lay.

Không có sang chấn khớp cắn vùng cấy ghép.

Bệnh nhân hợp tác tốt với bác sỹ.

#### Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:

Mắc các bệnh toàn thân đang cấp tính.

Mắc bệnh tiểu đường không được kiểm soát.

Có bệnh tim mạch và huyết áp mà không thể chịu được phẫu thuật.

Hút thuốc lá.

Vùng cho tổ chức (niêm mạc vòm miệng từ răng nanh đến răng số 6) không đủ độ dày ít nhất 3 mm.

### 2. Phương pháp nghiên cứu:

Phương pháp nghiên cứu được sử dụng là thử nghiệm lâm sàng tiến cứu không đối chứng. Số lượng răng phẫu thuật được tính theo công thức [1]:

$$N = \frac{\left\{ Z_{1-\alpha/2} \sqrt{p_o(1-p_o)} + Z_{1-\beta/2} \sqrt{p_a(1-p_a)} \right\}^2}{(p_a - p_o)^2}$$

Trong đó:  $\alpha = 5\%$ . Lực mẫu  $1-\beta = 80\%$

$p_o = 92\%$  theo nghiên cứu của Yong-Moo Lee và cộng sự [11].

$p_a$  ước tính là 80%

N sẽ bằng 43. Trong nghiên cứu này chúng tôi phẫu thuật 49 răng.

**Các bước chính của phẫu thuật được thực hiện như sau:**

Vùng nhận tổ chức (vùng co lợi) được tạo vạt bao gồm hai đường rạch: đường rạch nhú lợi và đường rạch rãnh lợi. Đường rạch nhú lợi ngang mức với đường nối men-xương răng hoặc hơi quá về phía men răng, đường rạch nhú lợi vuông góc với bề mặt niêm mạc và không đi hết chiều dày của nhú lợi để tránh

co nhú lợi sau phẫu thuật, đường rạch nhú lợi sẽ quyết định vị trí đặt bờ rìa của mảnh ghép. Đường rạch rãnh lợi đi theo bờ lợi cổ răng và sát trong về phía mặt răng cho đến đáy rãnh lợi. Đường rạch rãnh lợi nối với đường rạch nhú lợi, đường rạch rãnh lợi đi quá về phía gần và phía xa 1 răng hoặc nửa răng để thuận lợi cho việc bóc vạt.

Dùng lưỡi dao số 15 và kẹp phẫu tích nhỏ không máu bóc vạt niêm mạc-mô liên kết dày 1,5mm (vạt dày bán phần) và để lại nền mô liên kết-màng xương. Bóc vạt hướng về phía chóp răng và đi quá rìa xương lành 3mm, có thể bóc quá ranh giới lợi-niêm mạc miệng nếu thấy cần thiết.

Vùng co lợi được nạo sạch tổ chức hạt, mảng bám, cao răng, phần mềm bám vào xương còn sót lại sau khi lật vạt. Vùng co lợi được đo kích thước bằng cây thăm dò nha chu theo hướng ngang và hướng đứng.

Vùng cho tổ chức: Là niêm mạc vòm miệng cứng từ mặt xa răng số 3 đến mặt xa răng số 6. Rạch và bóc tách lấy mô liên kết theo kiểu mở miệng túi ở vùng vòm miệng: dùng lưỡi dao 15 bóc lớp tổ chức biểu mô và mô liên kết dày 1,5mm. Tiếp tục bóc lớp mô liên kết bên dưới bằng lưỡi dao 15 và cây bóc tách, bóc một lớp dày đồng đều khoảng 1,5 mm, nếu không đủ dày có thể bóc cả màng xương, mảnh mô sau khi lấy ra được ngâm trong nước muối sinh lý. Miệng túi được khâu bằng chỉ polypropylene 5.0 mũi rời.

Vùng nhận mảnh ghép được chuẩn bị để nhận mảnh ghép như sau: Loại bỏ tổ chức viêm và tổ chức hạt, làm sạch nhẵn bề mặt chân răng bằng dụng cụ lấy cao răng siêu âm và mũi khoan hoàn tất. Bề mặt chân răng hở được làm phẳng ngang mức với xương ổ răng bằng mũi khoan hoàn tất. Bề mặt chân răng hở được bôi axit citric bão hòa trong 3 phút sau đó rửa sạch bằng nước muối sinh lý. Mảnh mô liên kết được đặt lên vùng nhận, khâu chỉ polypropylene 6.0 mũi rời và mũi treo quanh cổ răng để cố định mảnh ghép, lật vạt phần mềm tại chỗ phủ tối đa miếng ghép rồi khâu mép vạt lợi. ép gạc nước muối lên vùng phẫu thuật trong khoảng 3 phút để tránh khoảng chết phía dưới mảnh ghép và khoảng chết giữa mảnh ghép và vạt lợi. Phủ xi măng phẫu thuật lên vết thương.

**Hướng dẫn bệnh nhân tự chăm sóc sau phẫu thuật:** Để tránh va chạm có thể làm bong vạt lợi và mảnh ghép: bệnh nhân phải ăn mềm trong một tuần, không chải răng vào vùng phẫu thuật trong hai tuần đầu tiên, chỉ làm sạch nhẹ nhàng bằng tăm bông và nước betadin pha loãng với nước muối sinh lý phun rửa qua bơm tiêm, từ tuần thứ 2 bệnh nhân chải răng nhẹ nhàng bằng bàn chải rất mềm, chải vuốt xuôi từ phía lợi về phía răng.

**Hậu phẫu:** Bệnh nhân quay lại kiểm tra vào ngày thứ 2, 7, tháo băng nha chu ngày thứ 7, băng nha chu

thêm 5 ngày, cắt chỉ vào ngày thứ 12.

**Thuốc sau phẫu thuật:** bệnh nhân được chỉ định dùng kháng sinh, giảm đau, chống phù nề trong một tuần.

## KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

### 1. Sự thay đổi của kích thước lợi dính sau phẫu thuật:

Bảng 1: Sự thay đổi độ rộng lợi dính ở các thời điểm theo dõi sau phẫu thuật:

	Độ rộng lợi dính		
	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật 6 tháng	Sau phẫu thuật 12 tháng
n	49	46	35
Mean± SD(mm)	1,5±1,4	3,2±1,5	3,1±1,6
P(so với thời điểm trước phẫu thuật)		<0,01	<0,01
P(so với thời điểm 6 tháng)			>0,05

Nhận xét: Lợi dính được nhiều bác sỹ rằng hàm mặt cho răng có vai trò quan trọng bảo vệ sự khỏe mạnh của lợi, giúp bờ lợi không bị bong ra khi niêm mạc ngách tiền đình chuyển động trong các hoạt động ăn nhai nói nuốt [6, 8, 9]. Co lợi làm lợi dính giảm hoặc mất, sự thay đổi của lợi dính sau phẫu thuật điều trị co lợi là một yếu tố đánh giá quan trọng. Ở thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật lợi dính thay đổi này có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước phẫu thuật ( $p<0,01$ ). Thời điểm 12 tháng lợi dính trung bình là 3,1 mm thay đổi không đáng kể so với thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật ( $p>0,05$ ). Nhiều nghiên cứu của các tác giả khác cũng kết luận lợi dính tăng sau phẫu thuật ghép mô liên kết che chân răng hở: Muller HP và cộng sự [6] năm 1998 báo cáo theo dõi 1 năm trên nhóm bệnh nhân Đức có kết quả: lợi dính tăng trung bình 0,9 mm. Rahmani ME [8] năm 2006 theo dõi kết quả phẫu thuật trên 20 đối tượng nghiên cứu ở Iran thấy sau 6 tháng lợi dính trung bình tăng 2,25 mm. Saber FS [9] và cộng sự năm 2010 sau khi theo dõi 6 tháng với một nhóm bệnh nhân Ấn Độ thấy lợi dính trung bình tăng 1,6 mm. Daniel S. Thoma [2] sau khi thống kê kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác kết luận phẫu thuật ghép mô liên kết che chân răng hở của các tác giả khác nhau đều làm tăng kích thước lợi dính và đây là một ưu điểm so với các phương pháp phẫu thuật che chân răng hở sử dụng màng sinh học.

### 2. Sự thay đổi của kích thước lợi sừng hóa sau phẫu thuật. Bảng 2:

	Độ rộng lợi sừng hóa			
	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật 3 tháng	Sau phẫu thuật 6 tháng	Sau phẫu thuật 12 tháng
n	49	45	46	35
Mean± SD(mm)	2,4±1,8	4,2±1,5	4,2±1,5	4,1±1,6
P (so với trước phẫu thuật)		<0,01	<0,01	<0,01
P (so với sau phẫu)			>0,05	>0,05

thuật 3 tháng)				
----------------	--	--	--	--

Nhận xét: Kích thước lợi sừng hóa tính từ bờ viền lợi tới đường ranh giới lợi-niêm mạc miệng ở ngách lợi, co lợi làm giảm kích thước lợi sừng hóa, thậm chí không còn lợi sừng hóa, trường hợp không còn lợi sừng hóa thì bờ niêm mạc trên bề mặt chân răng là niêm mạc di động thường xuyên bị co kéo khi ăn nhai tạo điều kiện cho vi khuẩn xâm nhập nên bờ lợi thường đỏ nề, có triệu chứng viêm. Phẫu thuật ghép mô liên kết được nhiều tác giả cho rằng có hiệu quả cao trong việc phục hồi lại kích thước lợi sừng hóa. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì thời điểm theo dõi 12 tháng: kích thước lợi sừng hóa trung bình 4,1mm so với trước phẫu thuật 2,4mm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ . So sánh với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác: ví dụ Cairo F và cộng sự [2] năm 2008 thống kê kết quả của một số nghiên cứu phẫu thuật che chân răng hở thấy lợi sừng hóa tăng trung bình 1,3 mm ở các phẫu thuật ghép mô liên kết dưới biểu mô; Pierpaolo Cortellini [7] và cộng sự năm 2012 báo cáo kết quả phẫu thuật sau một năm: lợi sừng hóa tăng trung bình 3 mm, điều mà tác giả này nhấn mạnh là ông không di chuyển vạt về phía cổ răng khi khâu đóng vạt. Kích thước lợi sừng hóa sau phẫu thuật ghép mô liên kết che chân răng tăng bao nhiêu thì phụ thuộc vào: mức độ hở chân trước phẫu thuật, lợi dính còn ít hay nhiều, khi đóng vạt che chân răng có kéo vạt che hết mảnh mô liên kết ghép hay không, theo kinh nghiệm của chúng tôi thì khi đóng vạt phần mềm tại chỗ không nên kéo vạt che kín mảnh ghép, cứ để hở một phần mảnh mô liên kết, sau đó phần mô liên kết hở này sẽ biểu mô hóa và trở thành một phần lợi, do đó kích thước lợi sừng hóa sẽ tăng ở mức tối đa.

### 3. So sánh mức tăng lợi dính của hai nhóm răng Miller 1 và Miller 2: Bảng 3:

	Thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật		Thời điểm 12 tháng sau phẫu thuật	
	Miller 1	Miller 2	Miller 1	Miller 2
n	28	14	23	12
Mean±SD (mm)	1,7±0,9	2,1±1,2	1,8±1,0	1,9±1,2
p	>0,05		>0,05	

Nhận xét: Dựa theo bảng 3, nhóm răng Miller 2 sau phẫu thuật ở thời điểm 6 và 12 tháng tăng kích thước lợi dính nhiều hơn nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm răng Miller 2 thường là có vùng lợi dính trước phẫu thuật hẹp hơn nhóm răng Miller 1 nên sau phẫu thuật nhóm răng Miller 2 có mức tăng lợi dính cao hơn nhóm răng Miller 1 là điều dễ hiểu vì cả hai nhóm này đều có khả năng tái che phủ 100% bề mặt chân răng hở (theo Miller[5]).

### 4. So sánh mức tăng lợi sừng hóa giữa hai nhóm răng Miller 1 và Miller 2: Bảng 4:

	Thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật		Thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật		Thời điểm 12 tháng sau phẫu thuật	
	Miller 1	Miller 2	Miller 1	Miller 2	Miller 1	Miller 2
n	30	14	28	14	23	12
Mean ± SD(mm)	1,7±1,0	2,8±1,2	2,8±1,0	3,1±1,5	2,9±1,0	3,0±1,2
p	>0,05		>0,05		>0,05	

n	30	14	28	14	23	12
Mean ± SD(mm)	1,7±1,0	2,8±1,2	2,8±1,0	3,1±1,5	2,9±1,0	3,0±1,2
p	>0,05		>0,05		>0,05	

Nhận xét: Tương tự như tăng lợi dính, lợi sừng hóa của nhóm răng co lợi Miller 2 sau phẫu thuật tăng nhiều hơn nhóm Miller 1 nhưng không có ý nghĩa thống kê (dựa vào bảng 4). Tác giả Elzbieta Dembowska [4] so sánh hai nhóm răng Miller 1 và Miller 2 cũng kết luận như vậy.

### KẾT LUẬN

Độ rộng trung bình của lợi sừng hóa tăng có ý nghĩa thống kê ở các thời điểm khám 3, 6, 12 tháng so với trước phẫu thuật và ổn định ở các thời điểm hậu phẫu (tăng từ 2,4 mm lên trên 4,0 mm ở các thời điểm sau phẫu thuật). Mức độ tăng kích thước lợi sừng hóa ở hai nhóm răng Miller I và Miller II khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Độ rộng trung bình của lợi dính tăng lên có ý nghĩa thống kê ở các thời điểm khám 6 tháng và 12 tháng so với trước phẫu thuật, giữa thời điểm 6 và 12 tháng lợi dính khác biệt không có ý nghĩa thống kê (tăng từ 1,5 mm lên trên 3,0 mm ở thời điểm 6 và 12 tháng). Mức độ tăng kích thước lợi dính của hai nhóm răng Miller I và Miller II khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Dương Đình Thiện (2001): Dịch tễ học lâm sàng, tập II. Nhà xuất bản Y học.. 10-11.
- Cairo F, Pagliaro U, Nieri M. (2008): Treatment of gingival recession with coronally advanced flap procedures: a systematic review. J Clin Periodontol; 35 (Suppl. 8): 136-162.
- Daniel S. Thoma, et al (2009): A systematic review assessing soft tissue augmentation techniques. Clin. Oral Impl. Res. 20(Suppl. 4), 2009; 146-165.
- Elzbieta Dembowska, and Agnieszka Drozdziak, Szczecin (2007) Subepithelial connective tissue graft in the treatment of multiple gingival recession. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod;104:e1-e7.
- Miller-P (1985): A classification of marginal tissue recession. Int J Periodont Rest Dent; 5: 9-13.
- Muller HP, Eger T, Schorch A (1998): Gingival dimension after root coverage with free connective tissue grafts. J Periodontol; 25: 424-430
- Pierpaolo Cortellini & Giovanpaolo Pini Prato (2000): Coronally advanced flap and combination therapy for root coverage. Clinical strategies based on scientific evidence and clinical experience. Periodontology 2000, Vol. 59, 158-184.
- Rahmani ME, Lades MA. (2006): Comparative clinical evaluation of acellular dermal matrix allograft and connective tissue graft for the treatment of gingival recession. J Contemp Dent Pract. May 1;7(2):63-70.
- Saber FS (2010): Evaluation of alteration in mucogingival line location following use of subepithelial connective tissue graft. Indian J Dent Res ;21:174-8.
- Yong-Moo Lee, et al (2002): A 3-year longitudinal evaluation of subpedicle free connective tissue graft for gingival recession coverage. J Periodontol; 73: 1412-1418.