

Phủ thuốc thử Schiff là bước quan trọng nhằm bộc lộ vùng đặc hiệu cần tìm trên tiêu bản. Chúng tôi so sánh thời gian phủ thường quy (khi mảnh mô chuyển màu hồng) với thời gian kéo dài 40 phút. Kết quả cho thấy vùng đặc hiệu ở cả hai mức thời gian đều dương tính hoặc dương tính yếu, không có âm tính. Tuy nhiên, khi phủ thuốc trong 40 phút, vùng nền cho tỷ lệ dương tính 66,7% và dương tính yếu 33,3%, gây khó khăn trong quan sát và đánh giá dưới kính hiển vi do vùng đặc hiệu ít khác biệt với vùng nền. Ngoài ra, 66,7% tiêu bản phủ 40 phút không đạt chất lượng. Vì vậy, chúng tôi khuyến cáo thời gian phủ thuốc thử Schiff nên dừng khi mảnh mô chuyển màu hồng để đạt tiêu bản rõ ràng và đảm bảo chất lượng.

4.4. Yếu tố nồng độ acid periodic 0,5% và 1%. Chúng tôi tiến hành đánh giá yếu tố ảnh hưởng của acid periodic đến chất lượng tiêu bản nhuộm PAS ở hai mức nồng độ là 0,5% và 1%. Kết quả cho thấy ở hai mức nồng độ trên, tiêu bản nhuộm PAS đều đạt chất lượng, không có sự khác biệt về chất lượng tiêu bản nhuộm PAS ở hai nồng độ acid periodic ($p > 0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của William M. Shanklin, Adel K. Afifi, Nabil A. Azzam các nồng độ acid periodic khác nhau (0,1-2,0%) mang lại kết quả tốt như nhau⁵. Do

đó, việc sử dụng các nồng độ acid periodic thấp hơn (0,5%) là khả thi và được ưa chuộng hơn

V. KẾT LUẬN

Yếu tố loại mô, nhiệt độ, thời gian biệt hoá acid periodic và thời gian phủ thuốc thử schiff ảnh hưởng đến kết quả nhuộm PAS. Chất lượng tiêu bản nhuộm PAS tốt nhất với các loại mô đại tràng, dạ dày, gan, thực quản,... Tiêu bản nhuộm PAS đạt chất lượng tốt nhất khi tiến hành nhuộm PAS trong điều kiện nhiệt độ 25°C, thời gian biệt hoá acid periodic 0,5% trong 7 phút, phủ thuốc thử schiff cho đến khi mảnh mô xuất hiện màu hồng và thời gian phủ không quá 30 phút.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Văn Dương.** Hướng Dẫn Quy Trình Kỹ Thuật Chuyên Ngành Giải Phẫu - Tế Bào Học. Nhà xuất bản Y học; 2016.
2. **Monika Vyas, Zuckerman JE, Andeen NK.** PAS (Periodic acid-Schiff). PathologyOutlines.com.
3. **Nguyễn Văn Hưng.** Giải Phẫu Bệnh vi Thể Lâm Sàng. Nhà xuất bản Y học; 2010.
4. **Zakout YMA, Salih MM, Ahmed HG.** The effect of fixatives and temperature on the quality of glycogen demonstration. Biotech Histochem. 2010;85(2): 93-98. doi:10.3109/10520290903126883
5. **Afifi AK, Shanklin WM, Azzam NA.** Application of the Periodic Acid-Schiff Procedure to Tissue Blocks. Stain Technol. Published online January 1, 1960. doi:10.3109/10520296009114755

HIỆU QUẢ CHE PHỦ CHÂN RĂNG VÀ GIẢM NHẠY CẢM NGÀ CỦA KHUNG DA KHÔNG TẾ BÀO SAU PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ TỤT NỨO

Nguyễn Mẹo¹, Đỗ Thu Hằng¹, Trần Bảo Ngọc¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả lâm sàng sau 6 tháng của khung da không tế bào có nguồn gốc từ lợn (PADM) trong phẫu thuật (PT) điều trị sang thương tụt nướu loại 1 (theo Cairo 2011) bằng kỹ thuật vật hình thang di chuyển về phía thân răng (CAF). **Kết quả:** Có sự giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) các giá trị RW, VAS ở cả hai nhóm sau 6 tháng phẫu thuật. Ở nhóm CAF + PADM, GT tăng rõ rệt sau phẫu thuật và tăng cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) so với nhóm CAF. HKT sau PT 6 tháng ở cả hai nhóm tăng không đáng kể ($p > 0,05$). **Kết luận:** Sau 6 tháng PT, CAF + PADM cho hiệu quả cải thiện độ che phủ chân răng và giảm nhạy cảm ngà tương tự như CAF tuy

nhien PADM góp phần cải thiện độ dày nướu giảm nguy cơ tái phát tụt nướu và suy giảm mô sừng hoá sau PT. **Từ khóa:** Tụt nướu, vật di chuyển về phía thân, khung da không tế bào có nguồn gốc từ lợn,

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF ROOT COVERAGE AND DENTIN HYPERSENSITIVITY REDUCTION USING ACELLULAR DERMAL MATRIX AFTER SURGICAL TREATMENT OF GINGIVAL RECESSION

Objective: Evaluation of the 6-month clinical effectiveness of the coronally advanced flap (CAF) technique combined with porcine-derived acellular dermal matrix (PADM) in the surgical treatment of Type 1 gingival recession (Cairo 2011). **Materials and Method:** A randomized controlled clinical study was conducted on 16 Type 1 gingival recession lesions (Cairo). The control group included 8 recession lesions treated with the CAF technique, while the test group comprised 8 recession lesions treated with CAF + PADM. Treatment effectiveness was assessed based

¹Đại học Y Dược TP. HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mẹo

Email: nguyennmeorhm@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.3.2025

Ngày duyệt bài: 24.4.2025

on clinical parameters, including recession depth (RD), recession width (RW), keratinized tissue height (HKT), gingival thickness (GT), and dentin hypersensitivity measured by the visual analog scale (VAS). These parameters were recorded preoperatively and 6 months postoperatively. **Results:** There was a statistically significant reduction ($p < 0.05$) in RW and VAS values in both groups after 6 months. In the CAF + PADM group, GT significantly increased postoperatively and was significantly higher compared to the CAF group ($p < 0.05$). However, the increase in HKT after 6 months was not statistically significant in either group ($p > 0.05$). **Conclusion:** After 6 months, CAF + PADM demonstrated similar improvements in root coverage and dentin hypersensitivity reduction compared to CAF alone. However, PADM contributed to an increase in gingival thickness, reducing the risk of recession relapse and keratinized tissue deterioration postoperatively.

Keywords: Gingival recession, Coronally Advanced Flap, Porcine Acellular Dermal Matrix.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tụt nướu là tình trạng viền nướu di chuyển về phía chóp so với đường nối men xê măng (CEJ)[1]. Nhu cầu điều trị tụt nướu nhằm mục tiêu phục hồi vị trí viền nướu, hỗ trợ quá trình vệ sinh răng miệng hiệu quả, cân bằng thẩm mỹ và giảm tình trạng nhạy cảm ngà có thể có trước đó. Trong các phương pháp phẫu thuật (PT) điều trị tụt nướu, kỹ thuật vạt di chuyển về phía thân răng (CAF) là kỹ thuật được sử dụng phổ biến vì tính tương đối đơn giản, dễ thực hiện và ít xâm lấn. CAF mang lại hiệu quả cao trong việc che phủ chân răng ngay sau PT, đồng thời giúp phục hồi màu sắc và hình thái nướu một cách hài hoà, tự nhiên[2]. Tuy vậy, khả năng duy trì kết quả che phủ chân răng thường không duy trì ổn định theo thời gian. Một số nghiên cứu cho rằng sự thiếu ổn định này có thể do giới hạn về độ dày và chiều cao nướu sừng hoá[3]. Sự phối hợp mảnh ghép trong điều trị tụt nướu có thể giúp làm tăng chiều cao và bề dày của nướu sừng hoá, cải thiện khả năng che phủ chân răng và ổn định vị trí nướu viền sau điều trị. Kỹ thuật CAF kết hợp với mô liên kết tự thân được xem là tiêu chuẩn vàng về mức tăng che phủ chân răng, tăng chiều cao nướu sừng hoá sau 6 đến 12 tháng. Tuy nhiên do các giới hạn trong việc thu nhận mảnh ghép tự thân và các biến chứng ở vùng PT thứ hai, việc sử dụng các mảnh ghép dị chủng đang ngày càng được phát triển với mong muốn đem đến các đặc tính tương đương với mảnh ghép tự thân hay đồng chủng.

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả lâm sàng của phẫu thuật CAF kết hợp với vật liệu ghép dị chủng là khung da không tế bào dị loại có nguồn gốc từ lợn (PADM)

trong việc điều trị các sang thương tụt nướu loại 1 (theo Cairo 2011). Mục tiêu cụ thể của nghiên cứu là đánh giá và so sánh hiệu quả che phủ chân răng và khả năng giảm nhạy cảm ngà giữa hai nhóm phẫu thuật CAF có và không có sử dụng PADM tại thời điểm trước PT và sau PT 6 tháng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Mẫu nghiên cứu: 8 bệnh nhân với 16 sang thương được khám và chẩn đoán tụt nướu từ tháng 7/2023 đến tháng 6/2024 tại phòng khám Chuyên Khoa Răng Hàm Mặt, Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.

Nghiên cứu chọn các trường hợp: Bệnh nhân đủ 18 tuổi trở lên; không có bệnh toàn thân, thai nghén; không hút thuốc lá; vệ sinh răng miệng tốt; có sang thương tụt nướu vùng răng trước và răng cối nhỏ hàm trên không kể cận, loại 1 theo Cairo, độ dày nướu sừng hoá không dưới 1 mm, chiều cao nướu sừng hoá ≥ 2 mm, độ sâu khe nướu ≤ 2 mm, chỉ số nướu = 0 theo Loe & Silness.; bệnh nhân than phiền về tình trạng ê buốt.

Nghiên cứu loại trừ trường hợp BN có bệnh toàn thân chống chỉ định PT, răng thực hiện nghiên cứu có: nề xương trên CBCT, tiền sử PT niêm mạc nướu hay mang phục hình cố định.

Vật liệu nghiên cứu: PADM với tên thương mại là Mucoderm® (Botiss, Đức).

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng.

Cỡ mẫu: được tính theo công thức sau, với mục tiêu so sánh giá trị trung bình giữa hai nhóm với hệ số đã biết:

$$n_1 \geq \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 (\sigma_1^2 + \sigma_2^2 / r)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

$$n_2 = n_1 \times r$$

Trong đó: $\alpha = 0.05 \rightarrow Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1.96$; $\beta = 0.2 \rightarrow Z_{1-\beta} = 0.84$

Tiêu chí tính cỡ mẫu: trung bình phần trăm che phủ chân răng (%RC) sau điều trị. Theo nghiên cứu của Sangiorgio (2017) cho nhóm CAF và Ahmedbeyli (2014)[4] cho nhóm CAF + vật liệu ghép, kết quả tính cỡ mẫu tối thiểu cho mỗi như sau:

- Dựa trên %RC: cỡ mẫu tối thiểu là 8.

Từ kết quả của hai tiêu chí trên, cần tối thiểu cho mỗi nhóm là 8 sang thương.

Biến số nghiên cứu: được trình bày tại bảng 1

Bảng 1: Các biến số nghiên cứu

Biến số	Tên biến số	Loại biến số	Giá trị biến số
Biến	Tuổi	Liên tục	Năm hiện tại – năm

số nền	sinh (tuổi)		
	Giới	Nhị giá	2 giá trị: Nam/Nữ
Biến số lâm sàng	Độ sâu tụt nướu (RD)	Liên tục	Khoảng cách từ CEJ đến vị trí cao nhất của viền nướu về phía chóp (mm)
	Độ rộng tụt nướu (RW)	Liên tục	Khoảng cách giữa hai giao điểm của viền nướu và CEJ (mm)
	Độ dày nướu (GT)	Liên tục	Độ dày nướu đo tại vị trí cách viền nướu 2 mm về phía chóp (mm)
	Chiều cao nướu sưng hoá (HKT)	Liên tục	Khoảng cách từ điểm cao nhất về phía chóp của viền nướu đến tiếp nối nướu-niêm mạc (mm)
	Mức độ nhạy cảm ngà theo thang đo VAS (VAS)	Liên tục	Đánh giá bằng phương pháp thối hơi. Bệnh nhân tự điền vào thang đo mức độ đau trực quan – đơn vị: Centimet (cm)

Quy trình thực hiện nghiên cứu:

Trước PT: Khám lâm sàng; xét nghiệm tiền
PT; chia nhóm nghiên cứu: nhóm CAF và nhóm
CAF + PADM.

Giai đoạn PT: Quy trình phẫu thuật cho cả
hai nhóm: Sát khuẩn, chích tê tại chỗ; Thiết kế
đường rạch theo kỹ thuật vạt hình thang di
chuyển về phía thân răng; Bóc tách và cắt tách
vạt, bộc lộ nền nhận mô; Xử lý mặt chân răng
bằng nạo Gracey, bơm rửa sạch bằng nước muối
sinh lý 0,9%; bơm gel EDTA 24% trong 2 phút;
bơm rửa; loại bỏ biểu mô gai nướu; Bơm
Emdogain® lên bề mặt sang thương. (Hình 1)



Hình 1: Quy trình PT cho cả hai nhóm (a) thiết kế vạt; (b) gây tê; (c) tạo vạt, loại bỏ biểu mô gai nướu; (d) xử lý mặt chân răng; (e) bơm gel EDTA và Emdogain®

Nhóm CAF: khâu đóng bằng chỉ Glycolon 6-0; (hình 2d, 2e)

Nhóm CAF + PADM: ngâm mảnh ghép trong nước muối sinh lý 0,9% trong 20 phút; tạo dạng mảnh ghép và khâu giữ vào vùng nhận ghép bằng chỉ Glycolon 6-0; khâu đóng vạt. (hình 2a, 2b, 2c, 2d, 2e)



Hình 2: Ngâm (a), tạo dạng (b), khâu giữ mảnh ghép (c); kiểm tra tính thụ động vạt (d); khâu đóng vạt (e)

Sau PT: Kê toa thuốc Amoxicillin 500mg (15 viên), Ibuprofen 400mg (9 viên), Paracetamol 500mg (9 viên), súc miệng bằng dung dịch Chlorhexidine gluconate 0,12% (Kin, 1 chai). Hẹn cắt chỉ sau 3 tuần và ghi nhận các chỉ số lâm sàng sau 6 tháng (T6).

Xử lý số liệu: Dữ liệu được thu thập, xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0.

Y đức: Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học theo quyết định số 646/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 06/07/2023 của Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thực hiện trên 8 bệnh nhân với tổng cộng 16 sang thương tụt nướu loại 1 theo Cairo, trong đó: nhóm CAF 8 sang thương, nhóm CAF + PADM 8 sang thương.

Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Đặc điểm dịch tễ. Nghiên cứu bao gồm 8 bệnh nhân từ 22 đến 38 tuổi với độ tuổi trung bình là $26,25 \pm 6,09$ tuổi, trong đó: 3 bệnh nhân nam (37,5%) và 5 bệnh nhân nữ (62,5%).

Khi so sánh giữa hai nhóm, phân bố giới tính khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Đặc điểm lâm sàng của mẫu nghiên cứu. Trước điều trị, các chỉ số nha chu lâm sàng gồm: RD, RW, GT, HKT, VAS giữa 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Hiệu quả che phủ chân răng

Độ sâu tụt nướu (RD) và độ rộng tụt nướu (RW)

Bảng 2: Hiệu quả và so sánh sự thay đổi RD và RW giữa hai nhóm sau 6 tháng

Thời điểm	RD (mm)			Thời điểm	RW (mm)		
	CAF (N = 8)	CAF + PADM (N = 8)	p(*)		CAF (N = 8)	CAF + PADM (N = 8)	p(*)
T ₀	2,0 (1,25 – 2,0)	2,0 (2,0 – 3,0)	0,113	T ₀	3,5 (3,13 – 3,88)	3,5 (2,5 – 4,38)	0,869

T ₆	1,0 (0,25 – 1,75)	0,5 (0 – 1,0)		T ₆	3,0 (0,25 – 3,38)	1,0 (0 – 2,88)	
p ^(**)	0,066	<0,001		p ^(**)	0,042	0,011	
T ₀ – T ₆	0,5 (0 – 1,75)	1,5 (1,0 – 3,0)	0,126	T ₀ – T ₆	0,75 (0 – 3,38)	2,0 (1,5 – 3,5)	0,18

(*): phép kiểm Mann-Whitney; (**): phép kiểm Wilcoxon Sign Rank

So sánh trong cùng nhóm, so với T₀, tại T₆: ở nhóm CAF + PADM, RD và RW giảm có ý nghĩa thống kê (p<0,05), tuy nhiên ở nhóm CAF, chỉ RW giảm có ý nghĩa thống kê (p<0,05), RD giảm không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

So sánh giữa hai nhóm: tại T₀, RD và RW giữa hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống

kê (p>0,05). Tại T₆, mức cải thiện RD và RW ở nhóm CAF + PADM cao hơn nhóm CAF, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Độ dày nướu (GT) và chiều cao nướu sừng hoá (HKT)

Bảng 3: Hiệu quả và so sánh sự thay đổi GT và HKT giữa hai nhóm sau 6 tháng

Thời điểm	GT (mm)			Thời điểm	HKT (mm)		
	CAF (N = 8)	CAF + PADM (N = 8)	p ^(#)		CAF (N = 8)	CAF + PADM (N = 8)	p ^(*)
T ₀	1,23 ± 0,26	1,30 ± 0,27	0,6	T ₀	4 (3,25 – 4)	3 (2,25 – 3,75)	0,153
T ₆	1,27 ± 0,16	1,59 ± 0,12	0,001	T ₆	3 (2 – 3,75)	4 (3 – 4)	
p ^(##)	0,757	0,044		p ^(**)	0,219	0,687	
T ₀ – T ₆	0,05 ± 0,39	0,29 ± 0,34	0,198	T ₀ – T ₆	-1,5 (-2 – 0)	0,5 (-1,5 – 2)	0,091

(*): phép kiểm Mann-Whitney; (**): phép kiểm Wilcoxon Sign Rank

(#): phép kiểm t; (##) phép kiểm t bắt cặp

So sánh trong cùng nhóm, so với T₀, tại T₆: chỉ số HKT ở cả hai nhóm có sự thay đổi khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Ở nhóm CAF + PADM, GT tăng có ý nghĩa thống kê (p<0,05) tuy nhiên ở nhóm CAF, GT thay đổi khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

So sánh giữa hai nhóm: tại T₀, GT và HKT khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Tại T₆ GT ở nhóm CAF + PADM cao hơn có ý nghĩa thống kê (p<0,05) so với nhóm CAF. Sự thay đổi HKT ở nhóm CAF + PADM cao hơn nhóm CAF, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Mức độ nhạy cảm ngà (VAS)

Bảng 4: Hiệu quả và so sánh sự thay đổi mức độ nhạy cảm ngà giữa hai nhóm sau 6 tháng

VAS (cm)	CAF (N=8)	PADM + CAF (N=8)	p ^(*)
T ₀	4,55 (1,33-6,85)	4,20 (0,8-8,78)	0,792
T ₆	1,25 (0 – 3,65)	0 (0 – 1,88)	
p ^(**)	0,018	0,028	
T ₀ – T ₆	1,95 (1,33-3,80)	4,0 (0,80-6,25)	0,246

(*): phép kiểm Mann-Whitney; (**): phép kiểm Wilcoxon Sign Rank

So sánh trong cùng nhóm, so với T₀, tại T₆: VAS giảm có ý nghĩa thống kê (p<0,05) ở cả hai nhóm.

So sánh giữa hai nhóm: tại T₀, VAS khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Tại T₆, mức cải thiện VAS ở nhóm CAF + PADM cao hơn nhóm CAF, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

IV. BÀN LUẬN

Về hiệu quả che phủ chân răng sau phẫu thuật CAF có hay không có PADM. Kỹ thuật CAF có hay không có sử dụng PADM có ý nghĩa trong việc nâng cao khả năng điều trị các sang thương tụt nướu cả về chiều ngang (RW) và chiều dọc (RD) sau 6 tháng. So với trước điều trị, nhóm CAF cho hiệu quả che phủ chân răng ưu thế về chiều ngang (RW) (p<0,05), kém hơn về chiều dọc (RD) (p>0,05). Ở nhóm có sử dụng PADM, cả hai chỉ số RD (p<0,001) và RW (p<0,05) đều cải thiện sau 6 tháng. Điều này cho thấy, việc sử dụng PADM có thể tăng khả năng ổn định kết quả điều trị, đặc biệt là về mặt cải thiện RD.

Khi so sánh giữa hai nhóm, không có sự khác biệt đáng kể nào về giá trị RD và RW ở thời điểm ban đầu (T₀, p> 0,05). Ở T₆, cả hai chỉ số đều cho sự cải thiện lớn hơn ở nhóm CAF + PADM so với nhóm CAF, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Nghiên cứu của Ahmedbeyli (2014) cho kết quả mức giảm RD ở nhóm sử dụng ADM cao hơn có ý nghĩa thống kê (p<0,05) so với nhóm không sử dụng [4]. Các kết quả này cho thấy sử dụng vật liệu ghép đồng loại hay dị loại đều có khả năng cho kết quả cải thiện RD cao hơn so với chỉ sử dụng vật, kết quả tích cực hơn hướng về vật liệu đồng loại.

Bên cạnh đó, GT tăng đáng kể ở nhóm CAF + PADM (p<0,05), tuy nhiên, ở nhóm CAF, giá trị GT thay đổi không có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Điều này phù hợp với các nghiên cứu

từ tổng quan của Halim (2023)[5], PADM góp phần làm tăng độ dày nướu, tăng cường sự ổn định của mô và giảm nguy cơ tụt nướu trong tương lai. Đánh giá về sự gia tăng chiều cao nướu sừng hoá, kết quả từ nghiên cứu này và một số nghiên cứu từ tổng quan của Halim (2023)[5] đồng thuận về mặt hạn chế gia tăng HKT khi sử dụng PADM sau 6 tháng. Tuy nhiên mô mềm quanh răng vẫn còn có sự thay đổi sau 12 tháng thậm chí tiếp tục cải thiện đến 2 năm do vậy cần tiếp tục theo dõi thêm kết quả điều trị để đánh giá hiệu quả dài hạn trong việc gia tăng HKT của PADM.

Tavelli (2019)[6] thực hiện đánh giá so sánh hiệu quả giữa CAF và vật đường hầm (TUN) có sử dụng PADM. Kết quả nghiên cứu cho thấy, không có khác biệt về hiệu quả cải thiện RD, RW, HKT khi sử dụng hai kỹ thuật vật CAF và TUN. Mặc dù TUN được xem là kỹ thuật ít xâm lấn hơn so với CAF, hạn chế lật vạt và các đường rạch dọc giúp duy trì nguồn dinh dưỡng tốt cho sự tăng trưởng mô mềm. Việc thay đổi kỹ thuật vạt không làm thay đổi kết quả cải thiện RD, RW, HKT sau điều trị. Tuy nhiên hiệu quả gia tăng độ dày nướu ở nhóm TUN cao hơn đáng kể so với nhóm CAF. Trong trường hợp cần thay đổi kiểu hình nướu đáng kể, việc lựa chọn loại kỹ thuật vạt là vấn đề đáng lưu tâm. Kỹ thuật TUN có thể được xem là một lựa chọn phù hợp cho trường hợp này.

Về hiệu quả giảm nhạy cảm ngà sau phẫu thuật CAF có hay không có PADM.

Tình trạng nhạy cảm ngà là một trong những nhu cầu của điều trị tụt nướu. Kết quả nghiên cứu cho thấy phẫu thuật điều trị tụt nướu sử dụng kỹ thuật CAF có hay không có sử dụng PADM cho hiệu quả giảm nhạy cảm ngà rõ rệt sau điều trị.

Tình trạng này chịu ảnh hưởng bởi khả năng che phủ chân răng hay diện tích bề mặt chân răng bộc lộ trước và sau điều trị. Theo Santamaria (2023)[7], cả hai nhóm phẫu thuật CAF sử dụng ADM dị loại và sử dụng mô liên kết đều làm giảm thành công tình trạng nhạy cảm ngà, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm ($p > 0,05$). Các kỹ thuật và vật liệu ghép khác nhau cho kết quả che phủ tương đương nhau cùng làm giảm thành công sự nhạy cảm ngà.

Mặc dù ở nhóm CAF, tại T6, RD không giảm rõ rệt nhưng RW cải thiện đáng kể. Điều này có thể là nguyên nhân cho việc giảm nhạy cảm đáng kể của BN sau điều trị. Vị trí viền nướu ở nhóm có sử dụng PADM, dường như được duy trì hiệu quả hơn, đây có thể là nguyên nhân cho sự

thay đổi giá trị VAS sau 6 tháng ở nhóm CAF + PADM cao hơn nhóm CAF mặc dù sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Do đó, việc lựa chọn sử dụng mảnh ghép cho các trường hợp răng tụt nướu có nhạy cảm ngà được xem là một yếu tố lựa chọn điều trị, đặc biệt trong các trường hợp BN nhạy cảm quá mức do tự phát hay do các sang thương cổ răng không sâu răng.

V. KẾT LUẬN

Trong giới hạn nghiên cứu này, việc sử dụng kỹ thuật CAF có và không có mảnh ghép PADM cho hiệu quả che phủ chân răng theo chiều ngang và chiều dọc đáng kể, đồng thời giúp làm giảm mức độ nhạy cảm ngà cho bệnh nhân. Cải thiện độ dày mô nướu là hiệu quả che phủ chân răng nổi bật khi sử dụng CAF kết hợp với vật liệu PADM. Việc sử dụng PADM trong phẫu thuật điều trị tụt nướu là một vật liệu phù hợp giúp nâng cao kết quả điều trị, điều chỉnh kiểu hình nướu và giảm nguy cơ tái phát sau phẫu thuật trong các trường hợp tụt nướu loại 1 (theo Cairo 2011). Tuy nhiên, cần có thêm các nghiên cứu sâu và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá tính ổn định lâu dài của mảnh ghép PADM.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Glossary of Periodontal Terms**
<https://members.perio.org/libraries/glossary?ssop=c=1.>: American Academy of Periodontology; [cited 6 December 2019].
2. **Cairo F, Rotundo R, Miller P, Prato G.** Root Coverage Esthetic Score: A System to Evaluate the Esthetic Outcome of the Treatment of Gingival Recession Through Evaluation of Clinical Cases. *Journal of periodontology*. 2009;80:705-10. doi: 10.1902/jop.2009.080565.
3. **Cairo F, Cortellini P, Piloni A, Nieri M, Cincinelli S, Amunni F, et al.** Clinical efficacy of coronally advanced flap with or without connective tissue graft for the treatment of multiple adjacent gingival recessions in the aesthetic area: a randomized controlled clinical trial. *Journal of clinical periodontology*. 2016; 43(10):849-56.
4. **Ahmedbeyli C, İpçi ŞD, Cakar G, Kuru BE, Yılmaz S.** Clinical evaluation of coronally advanced flap with or without acellular dermal matrix graft on complete defect coverage for the treatment of multiple gingival recessions with thin tissue biotype. *Journal of clinical periodontology*. 2014;41(3):303-10. doi: <https://doi.org/10.1111/jcpe.12211>.
5. **Halim FC, Sulijaya B.** Allogenic Acellular Dermal Matrix and Xenogeneic Dermal Matrix as Connective Tissue Graft Substitutes for Long-Term Stability Gingival Recession Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Eur J Dent*. 2023(EFirst).
6. **Tavelli L, Barootchi S, Di Gianfilippo R, Modarressi M, Cairo F, Rasperini G, et al.** Acellular dermal matrix and coronally advanced flap or tunnel technique in the treatment of

multiple adjacent gingival recessions. A 12-year follow-up from a randomized clinical trial. *Journal of clinical periodontology*. 2019;46(9):937-48. Epub 2019/06/27. doi: 10.1111/jcpe.13163. PubMed PMID: 31242333.

7. **Santamaria MP, Rossato A, Fernanda Ferreira Ferraz L, Maria Viana Miguel M, Venturoso Simões B, Pereira Nunes M, et al.**

Multiple gingival recessions associated with non-carious cervical lesions treated by partial restoration and modified coronally advanced flap with either connective tissue graft or xenogeneic acellular dermal matrix: A randomized clinical trial. *J Periodontol*. 2023;94(6):731-41. Epub 2023/01/14. doi: 10.1002/jper.22-0516. PubMed PMID: 36636760.

THỰC TRẠNG BỆNH NHÂN LỖ THÙNG VÒM MIỆNG TẠI BỆNH VIỆN E

Nguyễn Hồng Nhung^{1,2}, Chu Minh Quang²,
Hoàng Tuấn Hiệp², Đỗ Thị Thu Hằng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu về thực trạng các bệnh nhân lỗ thùng vòm miệng. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 60 bệnh nhân khe hở vòm miệng tại Bệnh viện E từ tháng 1 đến tháng 9 năm 2024. **Kết quả:** cho thấy tỷ lệ khe hở vòm miệng là 24% trong tổng số các bệnh nhân phẫu thuật nhân đạo. Bệnh nhân khe hở vòm miệng có tuổi trung bình là 10.85, bệnh nhân mới chiếm 55%, tỉ lệ bệnh nhân mổ lại là 45% với biến chứng lỗ thùng vòm miệng sau phẫu thuật thì đầu chiếm 38% và 7% là ngắn vòm miệng. Độ tuổi bệnh nhân có lỗ thùng vòm miệng chủ yếu là từ 6 – 12 tuổi với 43.5%, độ tuổi dưới 6 tuổi và trên 12 tuổi có tỷ lệ tương đương lần lượt là 26.1% và 30.4%. **Bàn luận:** Tỷ lệ bệnh nhân mổ lại cao với biến chứng chủ yếu là lỗ thùng vòm miệng và ở độ tuổi khá muộn sau phẫu thuật tạo hình khe hở vòm miệng thì đầu. Như vậy, cần đẩy mạnh công tác sàng lọc sớm và lập kế hoạch điều trị dài hạn cho bệnh nhân dị tật khe hở vòm miệng, đồng thời cải thiện tiếp cận y tế tại vùng khó khăn, tạo điều kiện cho bệnh nhân đến khám và điều trị bệnh đúng giai đoạn phát triển. **Từ khóa:** khe hở vòm miệng, lỗ thùng vòm miệng

SUMMARY

CURRENT SITUATION OF PATIENTS WITH PALATAL FISTULA AT E HOSPITAL

Objective: study on the current situation of patients with cleft palate. **Method:** Cross-sectional study on 60 patients with cleft palate at E Hospital from January to September 2024. **Results:** showed that the rate of cleft palate was 24% in the total number of patients undergoing humanitarian surgery. Patients with cleft palate had an average age of 10.85, new patients accounted for 55%, the rate of patients undergoing reoperation was 45% with complications of cleft palate after surgery, the head accounted for palatal fistula was 38% and 7% was short palate. The

age of patients with cleft palate was mainly from 6 to 12 years old with 43.5%, the age of under 6 years old and over 12 years old had the same rate of 26.1% and 30.4%, respectively. **Discussion:** The rate of reoperation is high with the main complication being palatal fistula and at a relatively late age after initial cleft palate surgery. Therefore, it is necessary to promote early screening and long-term treatment planning for patients with cleft palate, while improving medical access in disadvantaged areas, creating conditions for patients to come for examination and treatment at the right stage of development.

Keywords: cleft palate, palatal fistula

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị tật khe hở vòm miệng (KHVM) là một trong những dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt phổ biến nhất ở trẻ em, ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống của trẻ. Trên thế giới, tỷ lệ trẻ em mới sinh mắc phải loại dị tật này dao động từ 1/750 đến 1/1000 [1]. Ở Việt Nam, tỷ lệ mắc vào khoảng 1/1000-2/1000. Tại Việt Nam, ước tính mỗi năm có khoảng 3.000 trẻ em sinh ra bị khe hở môi - vòm miệng, tỷ lệ 1/500, trong đó khoảng 40% là khe hở vòm miệng [2]. Việc điều trị sớm, thông qua phẫu thuật tạo hình vòm miệng, là bước đầu tiên và rất quan trọng trong quá trình phục hồi chức năng ăn uống, cải thiện phát âm và giúp trẻ hòa nhập tốt hơn vào cộng đồng. Phẫu thuật tạo hình vòm miệng là một quy trình phẫu thuật phức tạp, đòi hỏi sự hiểu biết tỉ mỉ về giải phẫu học và sự khéo léo trong kỹ thuật để đảm bảo vòm miệng được phục hồi về cả chức năng và thẩm mỹ [3]. Phẫu thuật này không chỉ nhằm đóng kín khe hở vòm miệng mà còn phải phục hồi lại toàn bộ hệ thống cơ vòm họng, giúp trẻ có khả năng phát âm gần như bình thường và ăn uống một cách thuận tiện hơn. Mặc dù kỹ thuật phẫu thuật ngày càng tiến bộ, vẫn còn nhiều thách thức trong việc đảm bảo trẻ sau phẫu thuật có thể phát triển ngôn ngữ một cách tối ưu và tránh các biến chứng như lỗ thông mũi

¹Bệnh viện E

²Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Nhung

Email: dr.rosy245@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2025

Ngày duyệt bài: 25.4.2025