

## GHÉP MÔ LIÊN KẾT DƯỚI BIỂU MÔ ĐỂ CHE CHÂN RĂNG HỒ

LÊ LONG NGHĨA<sup>1</sup>, NGUYỄN NGỌC ANH<sup>1</sup>,  
NGUYỄN THỊ THU VÂN<sup>1</sup>, CAO HOÀNG YẾN<sup>1</sup>,  
NGUYỄN VIỆT ĐÀ ĐÔI<sup>1</sup>, HOÀNG BẢO DUY<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Phẫu thuật ghép mô liên kết dưới biểu mô đã được sử dụng trên thế giới thập kỷ 80 của thế kỷ trước, tuy nhiên ở Việt Nam phẫu thuật này rất ít được đề cập đến. Ứng dụng của phương pháp này là điều trị có lợi. Phương pháp này có nhiều ưu điểm hơn các phương pháp khác, có thể điều trị cho răng có lợi nhiều, không phụ thuộc vào vùng mô lân cận tại chỗ.

Từ khóa: Ghép mô liên kết dưới biểu mô, có lợi.

### SUMMARY

#### SUB-EPITHELIAL CONNECTIVE TISSUE GRAFT FOR ROOT COVERAGE

Sub-epithelial connective tissue graft has been used around the world since the 1980s, but in Vietnam this surgery is rarely mentioned. The application of this method is in gingival recession treatment. This method has many advantages over other methods, which can be used to treat heavy recession teeth, regardless of the local tissue nearby.

Key word: sub-epithelial connective tissue graft, gingival recession.

### 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Niêm mạc lợi và niêm mạc vòm miệng là niêm mạc nhai bởi vậy niêm mạc vòm miệng được coi là nguồn cung mô ghép cho lợi. Có hai phương pháp ghép mô lợi tự thân để điều trị có lợi là ghép lợi tự do tự thân và ghép mô liên kết dưới biểu mô. Phương pháp ghép mô liên kết dưới biểu mô có ưu điểm hơn so với ghép lợi tự thân là cấp máu cho mảnh ghép tại răng có lợi tốt hơn so với ghép lợi tự do

và vết thương tại vòm miệng được đóng kín giúp bệnh nhân dễ chịu và không chảy máu.

### 2. NỘI DUNG

Theo phương pháp của Laureen Langer và Burton Langer có cải tiến theo Bruno JF.

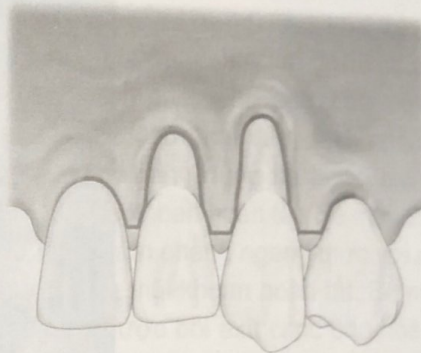
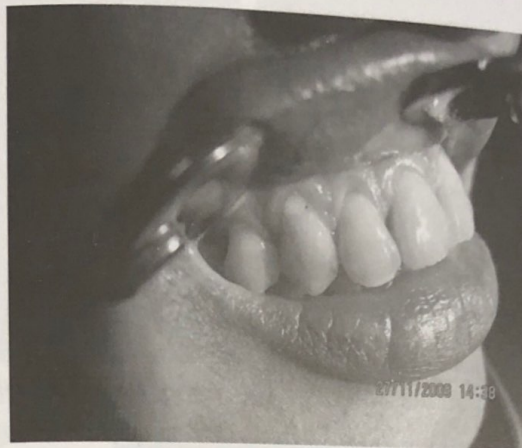
Trang bị dụng cụ và thuốc phẫu thuật bao gồm: Bộ dụng cụ tiểu phẫu (cán dao, kéo, kẹp kim khâu), cây thăm dò nha chu, bộ dụng cụ khám (gương, gắp, thám trầm), lưỡi dao 15, chỉ khâu vicryl 5.0 và chỉ prolene 5.0.

1. Bộ môn Nha Chu - Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt  
Phản biện khoa học: TS. Nguyễn Đức Thắng

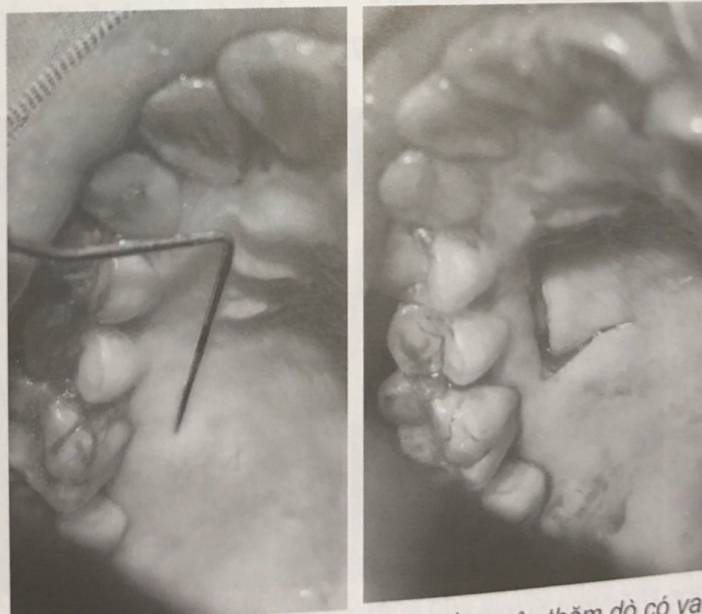
Các bước phẫu thuật được thực hiện như sau:

Ví dụ trường hợp bệnh nhân bị hở chân răng 12, 13, 14. Sát trùng và gây tê tại chỗ.

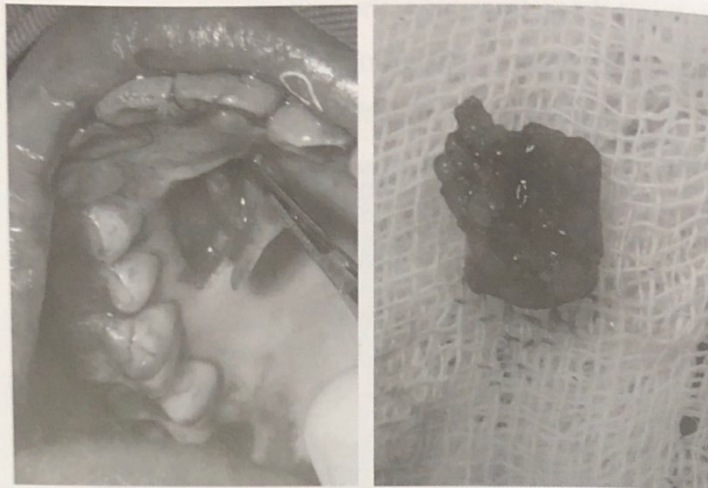
Hình 4: Bệnh nhân bị hở chân răng 12,13,14.



Bệnh nhân được rạch và lật vạt bán phần (vạt bao) kéo dài từ nửa mặt ngoài răng 14 đến nửa mặt ngoài răng 11. Đường rạch theo hình vẽ minh họa.



Xác định vị trí và chiều dài các đường rạch bằng cây thăm dò có vạch



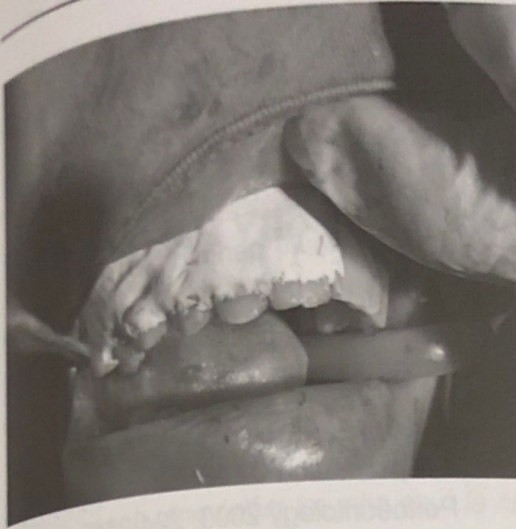
Rạch và bóc tách mô liên kết-màng xương bên trong



Khâu đóng vạt vùng vòm miệng bằng chỉ polypropylene 5.0 mũi rời



Mảnh ghép được khâu treo quanh cổ răng và khâu mũi rời để cố định và vạt phần mềm được khâu che tối đa mảnh ghép



Che phủ vết thương bằng xi măng phẫu thuật

Vùng nhận tổ chức (vùng co lợi) được tạo vạt bao gồm hai đường rạch (minh họa ở hình trên): 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 vát 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 gần răng số 6. Sát trùng và gây tê tại chỗ. Đo kích thước và xác định vị trí đường rạch. Rạch và bóc tách lấy mô liên kết theo kiểu mở miệng túi ở vùng hàm ếch đã đánh dấu: 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 1,5mm, nếu không đủ dày có thể bóc cả màng xương, miếng ghép sau khi lấy ra được đặt lên gác nước muối sinh lý. Miếng túi được khâu bằng chỉ polypropylene 5.0 mũi rời và khâu treo sau khi phẫu thuật vùng nhận mảnh ghép kết thúc.

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 gác 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 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. 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.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bruno, J.F. (1994) Connective tissue graft technique assuring wide root coverage. *International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry* 14, 127-137.
2. Bjorn, H. (1963) Free transplantation of gingival propria. *Svensk Tandlakare Tidskrift* 22, 684-685.
3. Cohen, E.S. (1994) *Atlas of Cosmetic and Reconstructive Periodontal Surgery*. Philadelphia: Lea and Febiger.
4. Clark RAF. (1996). Wound repair. Overview and general considerations.

In: Clark RAF, editor. *The Molecular and Cellular Biology of Wound Repair*, 2nd edn. New York, NY: Plenum Press, 3-50.

5. Ellegaard, B., Karring, T., & Loe, H. (1974) New periodontal attachment procedure based on retardation of epithelial migration. *Journal of Clinical Periodontology* 1, 75-88.
6. Giuseppe Polimeni, Andreas V. Xiropaidis and Ulf M. E. Wikesjo. (2000) *Periodontology* 2000: 224-241.
7. Hiatt WH, Stallard RE, Butler ED, Badgett B. (1968). Repair following mucoperiosteal flap surgery with full gingival retention. *J Periodontol*: 39: 11-16.
8. Holbrook, T., & Ochsenbein, C. (1983) Complete coverage of the denuded root surface with a one stage gingival graft. *International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry* 3(3), 9-27.