

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CO LỢI CAIRO I BẰNG PHƯƠNG PHÁP TRƯỢT VẬT VỀ PHÍA THÂN RĂNG VÀ MÀNG KHUNG DA: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Nguyễn Phương Mai[✉], Lê Long Nghĩa, Nguyễn Ngọc Anh
Hoàng Bảo Duy

Trường Đại học Y Hà Nội

Co lợi là tình trạng lâm sàng đa nguyên nhân gây nên nhiều khó chịu cho bệnh nhân như ê buốt răng, dể thức ăn, ảnh hưởng đến thẩm mỹ ở vùng răng trước. Nghiên cứu về các phương pháp điều trị co lợi là một chủ đề thực tiễn và có nhiều ý nghĩa. Chúng tôi báo cáo ca lâm sàng bệnh nhân nam, 29 tuổi đến khám tại Trung tâm Kỹ thuật cao Khám chữa bệnh Răng hàm mặt, Trường Đại học Y Hà Nội với tình trạng co lợi phân loại Cairo I mặt ngoài vùng răng hàm nhỏ hàm trên bên phải. Bệnh nhân có sang chấn khớp cắn mạn tính và chải răng theo chiều ngang, chưa phát hiện dấu hiệu viêm nhiễm. Bệnh nhân được tiến hành trượt vật về phía thân răng kết hợp ghép màng sinh học khung da (ABCcolla® Collagen Matrix), mài chỉnh khớp cắn và loại bỏ thói quen xấu cho kết quả tốt về độ che phủ chân răng, chiều dày lợi và thẩm mỹ sau 5 tháng theo dõi.

Từ khóa: Co lợi, trượt vật về phía thân răng, ghép màng sinh học.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Co lợi là một tình trạng lâm sàng đa nguyên nhân.¹ Co lợi được định nghĩa là tình trạng lợi di chuyển về phía chóp răng, gây nên hở chân răng - một bề mặt kém nhẵn bóng hơn men răng, dễ lắng đọng mảng bám và cao răng, khiến các bệnh quanh răng tiến triển khó kiểm soát hơn.² Tình hình nghiên cứu mức độ co lợi trên thế giới gần đây cho thấy: tỷ lệ co lợi được đề cập trong nghiên cứu của Fragkioudakis và cộng sự (năm 2021) về thanh niên Hy Lạp có độ tuổi từ 18 - 30 tuổi là 53,8%;³ tại Ý một nghiên cứu của Romano và cộng sự (năm 2022) đưa ra số liệu có 57,2% số người tham gia nghiên cứu có tình trạng co lợi trên 1mm.⁴

Ở Việt Nam, theo một nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Huyền (năm 2015), tỷ lệ co lợi ở nhóm người trưởng thành đến khám tại Bệnh

viện Đại học Y Hà Nội là 81,1%.⁵ Co lợi gây nên nhiều than phiền cho người bệnh như vấn đề ê buốt răng, dể thức ăn và ảnh hưởng không nhỏ đến thẩm mỹ vùng răng trước.⁶

Nguyên nhân gây co lợi gồm:⁷⁻⁹

- Bệnh lý: Viêm lợi, viêm quanh răng.
- Sang chấn: sang chấn khớp cắn mạn tính, sang chấn cơ học do chải răng sai cách.
- Bất thường về giải phẫu: mô lợi mỏng, mô xương mỏng; bất thường vị trí, trục răng.
- Sau điều trị viêm quanh răng, chỉnh nha, phục hình.

Và 2 yếu tố thuận lợi chủ yếu được nhắc đến gồm tuổi và tình trạng hút thuốc lá.

Điều trị co lợi được chia thành 2 nhóm lớn gồm điều trị bảo tồn và điều trị phẫu thuật.¹⁰

Điều trị bảo tồn là các điều trị triệu chứng, thường tập trung vào vấn đề ê buốt hoặc dể thức ăn, bảo tồn mô lợi còn lại của bệnh nhân. Những trường hợp chống chỉ định phẫu thuật như có bệnh lý toàn thân cấp tính, bệnh lý toàn

Tác giả liên hệ: Nguyễn Phương Mai

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: phuongmairhm@gmail.com

Ngày nhận: 23/06/2025

Ngày được chấp nhận: 11/07/2025

thân mạn tính chưa được kiểm soát, cơ địa dị ứng cũng phù hợp với chỉ định điều trị bảo tồn.

Điều trị phẫu thuật là các điều trị tái tạo lại chiều cao mô lợi bị co. Điều trị phẫu thuật bao

gồm phẫu thuật vật tại chỗ có hoặc không có ghép mô.

Dưới đây là bảng phân tích ưu, nhược điểm của các phương pháp điều trị.¹⁰

Bảng 1. Ưu, nhược điểm của các phương pháp điều trị co lợi

	Ưu điểm	Nhược điểm
Điều trị bảo tồn	Thời gian điều trị nhanh Chi phí thấp	Cần điều trị lặp lại Kết quả không ổn định
Điều trị phẫu thuật vật đơn thuần	Phẫu thuật đơn giản hơn kết hợp ghép mô Thời gian phẫu thuật ngắn hơn Chi phí thấp	Không làm tăng chiều dày mô lợi và chiều cao lợi dính, kết quả kém ổn định
Điều trị phẫu thuật vật kết hợp ghép mô tự thân	Tỉ lệ thành công cao với khả năng đào thải mảnh ghép rất nhỏ Tăng chiều dày lợi và chiều cao lợi dính (ghép mô lợi tự do)	Phẫu thuật phức tạp, bệnh nhân phải chịu ít nhất 2 vùng phẫu thuật Thể tích mô ghép hữu hạn Chi phí cao
Điều trị phẫu thuật vật kết hợp ghép mô nhân tạo	Giảm số lượng vùng phẫu thuật và rút ngắn thời gian điều trị Tỉ lệ thành công cao Tăng chiều dày mô lợi	Tỉ lệ đào thải, hoại tử mảnh ghép cao hơn ghép mô tự thân Chi phí cao nhất trong các phương pháp điều trị

Các báo cáo về can thiệp trên bệnh nhân bị co lợi gần đây tại Việt Nam tập trung nhiều vào phương pháp ghép mô liên kết dưới biểu mô.¹¹⁻¹³ Tuy nhiên, chưa có các nghiên cứu về phương pháp ghép màng sinh học. Trong khi đó trên thế giới đã có rất nhiều nghiên cứu về phương pháp trượt vật kết hợp với ghép màng sinh học cho kết quả tốt.¹⁴⁻¹⁶

Trong bài viết này, chúng tôi báo cáo kết quả và đánh giá hiệu quả một trường hợp ca bệnh đến khám với tình trạng co lợi gây ê buốt vùng răng hàm nhỏ hàm trên bên phải được điều trị bằng phương pháp trượt vật về phía thân răng và ghép màng sinh học khung da. Đây là một phương pháp mới tiên tiến đang được áp dụng rộng rãi tại Việt Nam nhưng còn ít nghiên cứu. Với nhiều ưu điểm vượt trội như tỉ lệ che phủ

chân răng cao, tăng chiều dày mô lợi, giảm số lượng vùng phẫu thuật và tính phức tạp của phẫu thuật, rút ngắn thời gian điều trị, bệnh nhân sau điều trị có kết quả tốt với mức độ hài lòng cao.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nam, 29 tuổi, nghề nghiệp nhân viên văn phòng. Tiền sử toàn thân và tiền sử răng hàm mặt chưa phát hiện bất thường. Bệnh nhân có thói quen chải răng theo chiều ngang, chải răng 2 lần/ngày bằng bàn chải lông mềm và không hút thuốc lá. Bệnh nhân đến khám với vấn đề ê buốt vùng răng hàm nhỏ hàm trên bên phải, ê buốt xảy ra khi ăn đồ lạnh và hết ê buốt ngay khi dừng kích thích. Hình 1 đưa ra hình ảnh lâm sàng của bệnh nhân thời điểm đến khám.

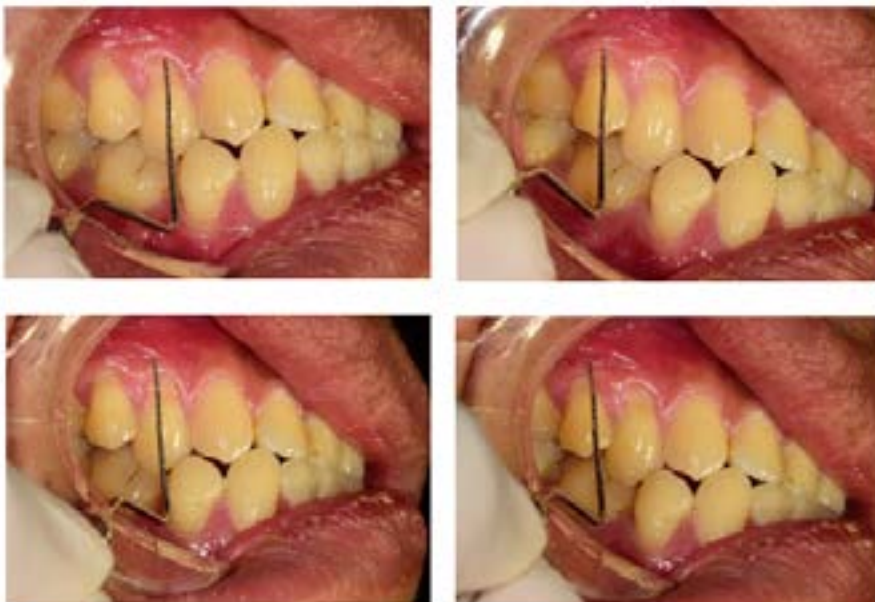


Hình 1. Ảnh trong miệng

Qua thăm khám phát hiện:

Cung 1, răng 14 có lợi Cairo I mặt ngoài với độ co lợi 3mm theo chiều dọc, răng 15 có lợi 2mm, không có co lợi vùng kẽ răng, không có túi nha chu, không chảy máu khi thăm khám, cổ

răng vị trí có lợi có diện mòn, ê buốt khi thăm khám, hết ê buốt khi hết kích thích. Chiều cao lợi dính ghi nhận được ở răng 14 là 2mm, răng 15 là 2mm. Độ dày lợi sừng hóa là 1mm. Răng 11 có mối trám composite hờ rìa, nhiễm màu.



Hình 2. Độ co lợi và chiều cao lợi sừng hóa răng 14,15

Cung 2: răng 21, 22 mỗi trám composite cũ hở rìa, nhiễm màu, sâu răng 26 phía gần.

Cung 3: Răng 36,37 sâu mặt ngoài, mất răng 35, răng 34 đã làm chụp sứ.

Cung 4: mất răng 45, răng 46,47 sâu mặt ngoài. Co lợi mặt ngoài răng 44,46 co lợi 2mm

Về khám khớp cắn, bệnh nhân có bộ răng khớp khểnh, cắn đối đầu vùng răng cửa, khớp cắn Angle hạng III hai bên. Xác định sang chấn khớp cắn bằng giấy cắn ghi nhận răng 14 có cản trở chuyển động sang bên.

Về cận lâm sàng, trên phim CT Conebeam, xương mặt ngoài các răng 14, 15, 16 tiêu tương ứng với mức độ co lợi.

Chẩn đoán xác định: Răng 14, 15, 16 nhạy cảm ngà do co lợi Cairo I và mòn cổ răng.

Chẩn đoán phân biệt với viêm tủy có hồi phục, bệnh nhân chỉ ê buốt khi có kích thích, không có cơn đau tự nhiên, khi hết kích thích bệnh nhân hết ê buốt.

Trong ca bệnh trên, các phương án điều trị có thể đưa ra là điều trị bảo tồn gồm bôi thuốc chống ê buốt, hàn cổ răng và điều trị phẫu thuật tái lập lại mô lợi.

Với điều trị bảo tồn bằng bôi thuốc chống ê buốt, thường kết quả chỉ tốt trong 1-3 tháng và phải bôi nhắc lại nhiều lần. Với điều trị hàn cổ răng, bề mặt diện mòn quá nông để có thể bám dính với chất hàn một cách chắc chắn, tình trạng co lợi của bệnh nhân có thể ngày càng tăng lên khó kiểm soát hơn.

Với chỉ định phẫu thuật tái tạo mô lợi, chúng tôi đưa ra phương án phẫu thuật trượt vạt về phía thân răng kết hợp ghép màng sinh học hoặc ghép mô tự thân, với ưu điểm vượt trội khi giúp cho người bệnh không phải chịu thêm một vùng phẫu thuật trong khoang miệng và rút ngắn thời gian can thiệp, ghép màng sinh học đã được tiến hành với sự đồng thuận của bệnh nhân.

Về chỉ định, phương pháp trượt vạt về phía thân răng áp dụng cho những trường hợp co lợi mặt ngoài phân loại Cairo I hoặc Cairo II với độ co lợi mức trung bình 3 - 4mm và chiều cao lợi dính $\geq 2\text{mm}$, ngách tiền đình đủ sâu, không có viêm nhiễm tại chỗ, có thể nhạy cảm ngà hoặc mòn cổ răng. Đặc biệt với mô lợi mỏng ($\leq 1\text{mm}$) chỉ định ghép mô liên kết hoặc ghép màng sinh học được đưa ra để tăng độ dày mô lợi và ổn định kết quả sau cùng.¹⁷

Các chống chỉ định với phương pháp điều trị này bao gồm:

- Tình trạng bệnh toàn thân cấp tính hoặc mạn tính chưa được kiểm soát.
- Tình trạng dị ứng với bất cứ vật liệu nào trong quá trình phẫu thuật.
- Có viêm nhiễm (viêm lợi, viêm quanh răng, viêm tủy) ở vùng phẫu thuật.
- Co lợi phân loại Cairo III.
- Co lợi phân loại Cairo I nhưng đã mất hoàn toàn lợi dính.

Qua các yếu tố trên, chỉ định điều trị phẫu thuật trượt vạt về phía thân răng và ghép màng sinh học cho ca bệnh này là phù hợp.

Bắt đầu tiến hành phẫu thuật, bệnh nhân được sát khuẩn ngoài mặt và trong miệng với Povidone Iodine, trải toan vô khuẩn cô lập phẫu trường. Vùng phẫu thuật được gây tê tại chỗ với Lidocain 2% có Adrenalin 1:100.000.

Trên bệnh nhân có co lợi nhiều răng cạnh nhau, đường rạch được thiết kế theo phương pháp phẫu thuật của Zucchelli.¹⁸ Lấy răng 14 làm trung tâm, vạt trượt về phía thân răng và có trục xoay hướng về răng 14 (mũi tên màu đen). Vạt sẽ di chuyển một đoạn bằng mức độ co lợi cộng 1mm. Cụ thể đường rạch phía xa răng 15 cách nhú lợi 3mm, đường rạch giữa răng 14, 15 và phía gần răng 14 cách nhú lợi 4mm.



Hình 3. Thiết kế vạt

Bóc tách vạt bán phần - toàn phần - bán phần theo phương pháp của Zucchelli.¹⁸ Sau khi bóc tách cần kiểm tra vạt đã di động đủ đến vị trí mới.



Hình 4. Kiểm tra độ di động của vạt

Bề mặt chân răng cần được xử lý bằng cả hai phương pháp cơ học và hóa học. Về cơ học, dùng cây nạo Gracey và mũi khoan trụ mịn để làm sạch mủn ngà cận bản, tăng thêm diện

tích mở ống ngà. Về hóa học, trong trường hợp này chúng tôi sử dụng thêm dung dịch EDTA 24% (*Straumann® PrefGel*) trong 2 phút để làm sạch sâu.



Hình 5. Làm sạch cơ học bằng mũi khoan

Chuẩn bị mảnh ghép trước khi ghép một cách chính xác. Diện tích mảnh ghép phải đảm bảo không quá rộng vì nếu quá rộng sẽ cản trở nuôi dưỡng từ chân vạt làm cho mảnh ghép bị đào thải. Nếu mảnh ghép quá nhỏ sẽ đem lại ít ý nghĩa cho cuộc phẫu thuật.



Hình 6. Làm sạch hóa học bằng EDTA 24% (Straumann® PrefGel)

Màng sinh học khung da (*ABCcolla® Collagen Matrix*) được ngâm trong nước muối sinh lý từ 5-10 phút cho mềm rồi đặt vào vị trí ghép, hai mũi khâu cố định màng 2 bên được thực hiện đầu tiên, sau đó là các mũi khâu cố định phía trên và phía dưới vùng phẫu thuật.



Hình 7. Khâu cố định vạt

Kết thúc phẫu thuật chúng tôi sử dụng một loại keo dán vết thương (*PeriAcryl® 90HV*) để ngăn chặn vi khuẩn và ổn định vùng can thiệp.

Bệnh nhân được kê đơn thuốc và hướng dẫn vệ sinh răng miệng đúng cách. Tái khám sau 3 ngày, 2 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 5 tháng cho kết quả lâm sàng khả quan, không có dấu hiệu đào thải mảnh ghép, tăng độ che phủ chân răng, cải thiện độ dày mô lợi và giảm ê buốt.

Những ca bệnh có cơ sở phân loại Cairo I được tiên lượng có tỉ lệ thành công cao khi

phẫu thuật do còn đủ mô vùng kế. Bệnh nhân ở độ tuổi trẻ, không hút thuốc lá và tuân thủ nghiêm ngặt chỉ dẫn chăm sóc sau phẫu thuật của bác sĩ. Nghề nghiệp của bệnh nhân không cần giao tiếp nhiều phù hợp với tiêu chí bất động mảnh ghép sau can thiệp.

Tiêu chí thất bại khó kiểm soát nhất trên bệnh nhân là vấn đề khớp cắn do răng 14 ở vị trí xoay, mọc trời và phan má bám ngay vùng can thiệp phẫu thuật chính có thể gây co kéo vạt khi vạt chưa ổn định.

III. BÀN LUẬN

Kết quả phẫu thuật được đánh giá tại các thời điểm 3 ngày, 2 tuần, 1 tháng, 3 tháng và thời điểm hiện tại được 5 tháng. Tiêu chí đánh giá mức độ thành công của phẫu thuật là khác nhau tại từng thời điểm.

Bảng 2. Tiêu chí đánh giá phẫu thuật đạt mức độ tốt ở các thời điểm

	Sau 3 ngày	Sau 2 tuần	Sau 1 tháng
Đau	Không đau hoặc đau nhẹ (0 - 3 điểm theo thang điểm VAS)	Không đau	Không đau
Sưng nề	Mức độ nhẹ hoặc trung bình, không biến dạng mặt	Không sưng	Không sưng
Chảy máu	Không	Không	Không
Viêm nhiễm	Không	Không	Không
Vật	Vật hồng, không có dấu hiệu di lệch hay lộ mảnh ghép	Vật hồng, không có dấu hiệu di lệch hay lộ mảnh ghép	Tích hợp hoàn toàn
Chức năng	Ảnh hưởng một phần nhỏ khả năng vận động môi má	Không ảnh hưởng đến vận động khoang miệng	Không ảnh hưởng đến vận động khoang miệng



Hình 8. Tái khám sau 2 tuần

Tại thời điểm 3 ngày, 2 tuần và 1 tháng, bệnh nhân không sưng nề, đau, chảy máu hay các dấu hiệu viêm nhiễm. Vật hồng, không lộ mảnh ghép. Chức năng của khoang miệng được đảm bảo. Quá trình lành thương bờ viền, màu sắc lợi vẫn đang tiếp tục diễn ra, vì vậy, nghiên cứu không đánh giá mức độ thẩm mỹ ở giai đoạn này.



Hình 9. Tái khám sau 1 tháng

Kết quả của phẫu thuật được đánh giá tại thời điểm 3 tháng và 5 tháng trên hai phương diện chức năng và thẩm mỹ. Về thẩm mỹ, nghiên cứu đánh giá trên thang đo thẩm mỹ của Cairo¹⁹ bao gồm 5 tiêu chí:

- Vị trí đường viền lợi.
- Hình dáng và độ lượn của đường viền lợi.

- Kết cấu mô mềm.
- Sự hài hòa của đường ranh giới lợi sừng hóa - niêm mạc di động với các răng khác.
- Màu sắc lợi.

Trên tổng số 10 điểm, kết quả thẩm mỹ sau phẫu thuật ở răng 14 và răng 15 đạt được 8 điểm. Số điểm càng cao thể hiện thẩm mỹ đạt được càng tốt.



Hình 10. Tái khám sau 3 tháng

là 100%.

Co lợi là một tình trạng lâm sàng chẩn đoán dễ nhưng điều trị khó. Đây là một tình trạng rất phổ biến trong cộng đồng. Có nhiều phương pháp điều trị co lợi đã được công bố. Ngoài việc hồi phục lại mô lợi đã mất, loại bỏ nguyên nhân là vô cùng quan trọng để tránh trường hợp tái phát sau phẫu thuật.

Về ưu điểm, phương pháp trượt vạt về phía thân răng kết hợp ghép màng sinh học có tỉ lệ thành công cao, giảm số lượng vùng phẫu thuật, thể tích mô ghép là vô hạn và rút ngắn thời gian phẫu thuật so với ghép mô tự thân. Màng sinh học sử dụng trong ghép mô với mục đích tăng độ dày của mô lợi.

Về nhược điểm, ghép màng sinh học có tỉ lệ đào thải mảnh ghép cao hơn so với ghép mô tự thân, có thể xảy ra phản ứng dị ứng hoặc hoại tử mảnh ghép. Những trường hợp co lợi quá nhiều, không có lợi dính, quá trình ghép lợi

Về chức năng, sau khi hồi phục phần mô lợi bị co, vấn đề ê buốt của bệnh nhân được giải quyết hoàn toàn. So với chỉ điều trị bảo tồn (bôi thuốc chống ê buốt, hàn cổ răng), hiệu quả chống ê buốt vượt trội và lâu dài hơn. Bệnh nhân cũng dễ dàng vệ sinh răng miệng và không có cản trở về phát âm hay các hoạt động khác của khoang miệng. Tỉ lệ che phủ chân răng ghi nhận được ở cả 2 răng sau 5 tháng



Hình 11. Tái khám sau 5 tháng

tự do để tái tạo lợi dính vẫn bắt buộc phải diễn ra. Chiều cao lợi dính tăng lên không đáng kể trong phẫu thuật này vì màng sinh học không có hoặc rất ít tác dụng tăng lợi dính. Bên cạnh đó, chi phí ghép màng sinh học cao hơn khá nhiều so với ghép mô tự thân.

Kiểm soát nguyên nhân và yếu tố nguy cơ là vô cùng quan trọng trong việc tránh tái phát tình trạng co lợi. Các yếu tố về sang chấn khớp cắn là khó kiểm soát vì khớp cắn thay đổi hàng ngày. Với những răng xoay lệch vị trí, nếu không thể chỉnh nha hay kiểm soát khớp cắn theo một lộ trình đều đặn, khả năng tái phát là khá cao. Trong trường hợp này, chúng tôi kiểm soát khớp cắn bằng sử dụng giấy cắn có độ mỏng 120 micron. Đây chưa phải là tiêu chuẩn vàng trong điều chỉnh khớp cắn và cần cải thiện thêm. Khớp cắn được kiểm soát ở các tư thế: lồng môi tối đa, trượt sang bên và trượt ra trước. Khớp cắn trượt sang bên trái và trượt

ra trước không có cản trở cản ở vùng răng can thiệp. Khớp cắn trượt sang bên phải, diện trượt tại răng 14 được mài chỉnh với giấy cắn dày 120 micron, hướng dẫn sang phải không có sự tham gia của răng 15. Yếu tố sang chấn do chải răng theo chiều ngang trên bệnh nhân này đã được kiểm soát hoàn toàn.

Theo kết quả nghiên cứu tổng quan của Ruth Naomi, collagen thúc đẩy tái tạo mô lợi trong quá trình điều trị co lợi. Do đó collagen tăng cường sự tái tạo mô lợi thông qua cơ chế chậm hoặc nhanh, không gây độc tế bào và không ghi nhận tác dụng phụ đáng kể.²⁰

Kết quả che phủ chân răng hoàn toàn sau 5 tháng phù hợp với nghiên cứu của Barakat (2020), cho thấy trượt vạt về phía thân răng kết khớp ghép màng sinh học có thể đạt tỷ lệ che phủ chân răng ~94,3%, tương đương với mô liên kết tự thân nhưng ít đau hơn và dễ ứng dụng lâm sàng hơn.²¹

Theo nghiên cứu tổng quan của Anu Bhatia, phẫu thuật trượt vạt có ghép mô tự thân hoặc mô collagen nhân tạo mang lại hiệu quả lâm sàng tốt hơn có ý nghĩa thống kê so với trượt vạt thông thường.¹⁴ Kết luận tương tự cũng được nhắc đến trong nghiên cứu tổng quan của Sourav Panda. Độ ổn định cao của ghép màng sinh học theo dõi trong hơn 12 tháng được ghi nhận.¹⁵

Theo nghiên cứu tổng quan hệ thống của Alsarhan, kết quả lâm sàng của vật liệu collagen không thua kém so với mô ghép tự thân. Cả hai phương pháp đều mang lại sự che phủ chân răng có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, tỷ lệ che phủ hoàn toàn chân răng của ghép màng sinh học thấp hơn ghép mô tự thân.¹⁶

Theo C.Vallecillo, ghép mô tự thân đạt được các giá trị cao hơn nhưng có thể nói rằng ghép mô collagen sinh học là một giải pháp thay thế hiệu quả.²²

Theo Zegarra-Caceres, kết quả điều trị co

lợi ở hai phương pháp ghép mô liên kết tự thân với ghép mô collagen dị chủng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong 6 - 9 tháng nhưng sau 12 tháng thì ghép mô tự thân có hiệu quả đáng kể và ổn định hơn.²³ Vì vậy, nghiên cứu của chúng tôi cần phải theo dõi lâu dài hơn.

Phẫu thuật trượt vạt về phía thân răng kết hợp với màng sinh học là một phương pháp điều trị tụt lợi có tính thực tiễn cao trong điều kiện lâm sàng tại Việt Nam. Phương pháp này giảm tính phức tạp của phẫu thuật so với các kỹ thuật sử dụng mô ghép tự thân (như mô liên kết dưới biểu mô). Việc không cần phải lấy mô ghép từ vùng khẩu cái giúp rút ngắn thời gian phẫu thuật, giảm đau sau mổ và đặc biệt là tăng khả năng chấp nhận điều trị ở bệnh nhân có lo ngại về các điều trị xâm lấn, vốn khá phổ biến tại Việt Nam - nơi nhận thức của cộng đồng về điều trị nha chu còn hạn chế. Thời gian hồi phục nhanh, ít biến chứng và kết quả thẩm mỹ khả quan cũng khiến kỹ thuật này phù hợp với bệnh nhân trẻ tuổi, có nhu cầu thẩm mỹ cao, đặc biệt là trong vùng răng trước hàm trên – nơi có lợi ảnh hưởng lớn đến giao tiếp và tâm lý. Phương pháp CAF kết hợp màng sinh học là một giải pháp trung gian hợp lý, giúp cân bằng giữa hiệu quả điều trị và tính khả thi trong điều kiện thực tế, phù hợp với xu hướng phát triển y học ít xâm lấn và cá thể hóa tại Việt Nam hiện nay. Tuy nhiên giá thành của phương pháp này còn cao, chưa phù hợp với thu nhập trung bình của người dân Việt Nam.

IV. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Điều trị co lợi là một điều trị khó và đem lại nhiều giá trị cho bệnh nhân. Cần nghiên cứu sâu hơn về các phương pháp mới ít xâm lấn trong tương lai để bệnh nhân cải thiện sức khỏe răng miệng dễ dàng hơn. Không thể phủ nhận những ưu điểm của phương pháp này nhưng phương pháp ghép màng sinh học cần được

theo dõi trong thời gian dài hơn.

Trượt vạt về phía thân răng và ghép màng sinh học nên được áp dụng cho những trường hợp co lợi Cairo I còn lợi dính $\geq 2\text{mm}$ sẽ cho kết quả tỉ lệ thành công cao. Yếu tố lựa chọn bệnh nhân phù hợp dựa trên nghề nghiệp cũng rất quan trọng vì bất động mảnh ghép sau phẫu thuật là bắt buộc. Với những nghề nghiệp phải giao tiếp quá nhiều sẽ làm tăng nguy cơ thất bại.

Hạn chế lớn nhất khi thực hiện điều trị này nằm ở tính phức tạp và chi phí của phẫu thuật. Rất ít bệnh nhân muốn điều trị vấn đề co lợi bằng phương pháp phẫu thuật vì lo sợ rủi ro của thuốc tê hay vấn đề kiểm soát đau. Hầu hết bệnh nhân cho rằng điều trị phẫu thuật là không cần thiết. Hơn nữa, chi phí điều trị phẫu thuật là khá cao để có thể tiếp cận với nhiều đối tượng bệnh nhân. Vì vậy, nghiên cứu các hướng điều trị tái tạo mô lợi bằng các phương pháp đơn giản hơn sẽ là xu hướng của tương lai và thách thức cho chuyên ngành Răng hàm mặt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kassab MM, Cohen RE. The etiology and prevalence of gingival recession. *J Am Dent Assoc* 1939. 2003; 134(2): 220-225. doi:10.14219/jada.archive.2003.0137.
2. Kassab MM, Cohen RE. Treatment of gingival recession. *J Am Dent Assoc* 1939. 2002; 133(11): 1499-1506; quiz 1540. doi:10.14219/jada.archive.2002.0080.
3. Fragkioudakis I, Tassou D, Sideri M, Vouros I. Prevalance and clinical characteristics of gingival recession in Greek young adults: A cross-sectional study. *Clin Exp Dent Res*. 2021; 7(5): 672-678. doi:10.1002/cre2.427.
4. Romano F, Perotto S, Baima G, et al. Estimates and multivariable risk assessment of mid-buccal gingival recessions in an Italian adult population according to the 2018 World Workshop Classification System. *Clin Oral Investig*. 2022; 26(7): 4769-4780. doi:10.1007/s00784-022-04441-w.
5. Nguyễn Thị Bích Huyền. *Tình trạng co lợi trên nhóm người trưởng thành đến khám sức khỏe tại khoa Răng hàm mặt Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*. Khóa luận tốt nghiệp Bác sĩ Y khoa. Trường Đại học Y Hà Nội; 2015. <https://thuvien.hmu.edu.vn/pages/cms/FullBookReader.aspx?Url=/pages/cms/TempDir/books/201710231100-85e6eb24-ca77-49a9-9296-9022fa150174//FullPreview&TotalPage=83&ext=jpg#page/11mode/2up>.
6. Pradeep K, Rajababu P, Satyanarayana D, Sagar V. Gingival Recession: Review and Strategies in Treatment of Recession. *Case Rep Dent*. 2012; 2012(1): 563421. doi:10.1155/2012/563421.
7. Jati AS, Furquim LZ, Consolaro A. Gingival recession: its causes and types, and the importance of orthodontic treatment. *Dent Press J Orthod*. 2016; 21(3): 18-29. doi:10.1590/2177-6709.21.3.018-029.oin.
8. Kanarakis I, Sandu D, Solomon SM, et al. Contemporary aspects regarding the etiology of gingival recessions. A review. *Romanian Journal of Oral Rehabilitation*. 2021; 13(2): 78-86.
9. Marschner F, Lechte C, Kanzow P, Hráský V, Pfister W. Systematic review and meta-analysis on prevalence and risk factors for gingival recession. *J Dent*. 2025; 155: 105645. doi:10.1016/j.jdent.2025.105645.
10. Imber JC, Kasaj A. Treatment of Gingival Recession: When and How? *Int Dent J*. 2021; 71(3): 178-187. doi:10.1111/idj.12617
11. Lê Trung Chánh, Hoàng Tử Hùng, Trần Giao Hòa. Điều trị tụt nướu bằng phẫu thuật ghép mô liên kết: Kết quả lâm sàng thực hiện trên 40 răng. In: *Tuyển Tập Công Trình Nghiên Cứu Khoa Học Răng Hàm Mặt 2006*. Nhà xuất bản Y học; 2006: 84-92.

12. Lê Long Nghĩa. *Nghiên Cứu Ứng Dụng Phẫu Thuật Che Chân Răng Hở Bằng Phương Pháp Ghép Tổ Chức Liên Kết Dưới Biểu Mô*. Luận án Tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2013. <https://thuvien.hmu.edu.vn/pages/cms/FullBookReader.aspx?Url=/pages/cms/TempDir/books/201804241423-b45d9ef3-4e80-4daf-9c87-0adf36e27492//FullPreview&TotalPage=157&ext=jpg#page/1/mode/2up>.

13. Nguyễn Thị Phương Thảo, Trần Tấn Tài. Evaluation of gingival recession treatment with subepithelial connective tissue graft. *Tạp Chí Dược Học*. 2015; 5(4_5): 29.

14. Bhatia A, Yadav VS, Tewari N, Kumar A, Sharma RK. Efficacy of modified coronally advanced flap in the treatment of multiple adjacent gingival recessions: a systematic review and meta-analysis. *Acta Odontol Scand*. 2021; 79(8): 562-572. doi:10.1080/00016357.2021.1908594.

15. Panda S, Khijmatgar S, Arbildo-Vega H, et al. Stability of biomaterials used in adjunct to coronally advanced flap: A systematic review and network meta-analysis. *Clin Exp Dent Res*. 2022; 8(1): 421-438. doi:10.1002/cre2.461.

16. AlSarhan MA, Al Jasser R, Tarish MA, AlHuzaimi AI, Alzoman H. Xenogeneic collagen matrix versus connective tissue graft for the treatment of multiple gingival recessions: A systematic review and meta-analysis. *Clin Exp Dent Res*. 2019; 5(5): 566-579. doi:10.1002/cre2.210.

17. Cardaropoli D, Tamagnone L, Roffredo A, Gaveglio L. Treatment of gingival recession defects using coronally advanced flap with a porcine collagen matrix compared to coronally advanced flap with connective tissue graft:

a randomized controlled clinical trial. *J Periodontol*. 2012; 83(3): 321-328. doi:10.1902/jop.2011.110215.

18. Zucchelli G. *Mucogingival Esthetic Surgery*. 1st ed.; 2013.

19. Cairo F, Rotundo R, Miller PD, Pini Prato GP. Root coverage esthetic score: a system to evaluate the esthetic outcome of the treatment of gingival recession through evaluation of clinical cases. *J Periodontol*. 2009; 80(4): 705-710. doi:10.1902/jop.2009.080565.

20. Naomi R, Ardhani R, Hafiyah OA, Fauzi MB. Current Insight of Collagen Biomatrix for Gingival Recession: An Evidence-Based Systematic Review. *Polymers*. 2020; 12(9): 2081. doi:10.3390/polym12092081.

21. Barakat H, Dayoub S. Treatment of miller type I and II gingival recession defects using three-dimensional porcine collagen matrix with coronally advanced flap: A randomized clinical split-mouth trial (a 1-year follow-up). *Indian J Dent Res Off Publ Indian Soc Dent Res*. 2020;31(2):209-216. doi:10.4103/ijdr.IJDR_897_18.

22. Vallecillo C, Toledano-Osorio M, Vallecillo-Rivas M, Toledano M, Rodriguez-Archilla A, Osorio R. Collagen Matrix vs. Autogenous Connective Tissue Graft for Soft Tissue Augmentation: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Polymers*. 2021; 13(11): 1810. doi:10.3390/polym13111810.

23. Zegarra-Caceres L, Orellano-Merluzzi A, Muniz FWMG, de Souza SLS, Faveri M, Meza-Mauricio J. Xenogeneic collagen matrix vs. connective tissue graft for the treatment of multiple gingival recession: a systematic review and meta-analysis. *Odontology*. 2024; 112(2): 317-340. doi:10.1007/s10266-023-00863-4

Summary

CAIRO I GINGIVAL RECESSION TREATMENT RESULTS BY USING CORONALLY ADVANCED FLAP AND COLLAGEN MATRIX GRAFT: A CASE REPORT

Gingival recession is a clinical condition resulting from various etiologies and risk factors. It often leads to significant patient discomfort, including dentin hypersensitivity, food impaction, and compromised aesthetics, particularly in the anterior region. Management of gingival recession is both necessary and clinically challenging. This report presents a clinical case involving a 29-year-old male patient who presented at the School of Dentistry, Hanoi Medical University, with a Cairo I gingival recession on the buccal surface of the right maxillary premolars. The patient exhibited signs of chronic occlusal trauma and reported a history of traumatic horizontal toothbrushing, no evidence of active infection was observed. Treatment included a coronally advanced flap procedure in combination with a collagen membrane graft (ABCcolla® Collagen Matrix), occlusal adjustment, and behavioral modification. At the three-month follow-up, the patient demonstrated favorable clinical outcomes in terms of root coverage, increased gingival thickness, and aesthetics.

Keywords: Gingival recession, coronally advanced flap, collagen matrix graft.