

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TỤT NƯỚU BẰNG KỸ THUẬT GHÉP MÔ LIÊN KẾT DƯỚI BIỂU MÔ

*Nguyễn Thị Phương Thảo, Trần Tấn Tài
Khoa Răng Hàm Mặt, Đại học Y Dược Huế*

Tóm tắt

Mục tiêu: Khảo sát nguyên nhân và đặc điểm lâm sàng của tụt nướu, đánh giá kết quả điều trị tụt nướu bằng kỹ thuật ghép mô liên kết dưới biểu mô. **Đối tượng và phương pháp:** 30 bệnh nhân với 46 răng được chẩn đoán tụt nướu theo phân loại Miller, phương pháp nghiên cứu mô tả, tiền cứu, can thiệp lâm sàng không đối chứng. **Kết quả:** Nguyên nhân gây tụt nướu phổ biến là do viêm nhiễm (32,3%), nhóm răng tụt nướu nhiều nhất là răng cối nhỏ (41,3%), trong đó, răng tụt nướu Miller I chiếm tỷ lệ cao nhất (65,2%). Không gặp trường hợp biến chứng hậu phẫu nào, tỷ lệ tái che phủ chân răng theo chiều dọc đạt $80,8 \pm 8,4\%$, tỷ lệ chân răng được tái che phủ hoàn toàn là 69,6%. **Kết luận:** Ghép mô liên kết dưới biểu mô là một phương pháp hiệu quả và an toàn trên lâm sàng.

Từ khóa: Tụt nướu, Ghép mô liên kết dưới biểu mô.

Abstract

EVALUATION OF GINGIVAL RECESSION TREATMENT WITH SUBEPITHELIAL CONNECTIVE TISSUE GRAFT

*Nguyen Thi Phuong Thao, Tran Tan Tai
Faculty of Odonto-Stomatology, Hue University of Medicine and Pharmacy*

Objectives: The aims of this study were to investigate the aetiology and clinical characteristics of gingival recession, and to evaluate of treatment outcomes of gingival recession by subepithelial connective tissue graft. **Subjects and methods:** 30 patients diagnosed with 46 teeth diagnosed with gingival recession. A descriptive, prospective research and clinical interventions. **Results:** The popular aetiology leading to gingival recession was infection (32.3%), the most gingival recession was pre-molars (41,3%), in which, Miller I gingival recession occupies the highest percentage (65.2 %). No cases of postoperative complications, rate of root recoverage vertically reached $80.8 \pm 8.4\%$, the rate of root recoverage completely was 69.6%. **Conclusion:** Subepithelial connective tissue graft is an effective and safety method in clinic.

Key words: Gingival recession, Subepithelial connective tissue graft.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tụt nướu là tình trạng hở bề mặt chân răng do nướu di chuyển về phía chóp răng [6]. Tụt nướu là dấu hiệu báo trước cho sự mất xê măng chân răng hoặc xương ổ răng, lộ ngà, tăng nhạy cảm và giảm thẩm mỹ. Hiện nay, có nhiều phương pháp phẫu thuật điều trị tụt nướu, trong đó phải kể đến nhiều nhất là phẫu thuật ghép mô liên kết dưới biểu mô, sau đó là ghép nướu tự do tự thân và sử dụng vật

có chân nuôi [2]. Loại vật tổ chức liên kết dưới biểu mô là sự kết hợp ưu điểm của hai loại vật có chân nuôi và vật nướu tự do. Với những lý do trên, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu nhằm mục tiêu:

1. Khảo sát nguyên nhân và đặc điểm lâm sàng của tụt nướu.

2. Đánh giá kết quả điều trị tụt nướu bằng kỹ thuật ghép mô liên kết dưới biểu mô.

- Địa chỉ liên hệ: Trần Tấn Tài, email: taihangdr@yahoo.com.vn

DOI: 10.34071/jmp.2015.4+5.4

- Ngày nhận bài: 25/5/2015 * Ngày đồng ý đăng: 10/8/2015 * Ngày xuất bản: 12/11/2015

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 30 bệnh nhân với 46 răng được chẩn đoán tụt nướu, đến khám tại phòng khám Răng Hàm Mặt bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế trong khoảng thời gian từ tháng 5 năm 2013 đến tháng 4 năm 2014, đảm bảo tiêu chuẩn chọn bệnh và loại trừ dưới đây.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Tụt nướu loại I, II, III theo phân loại của Miller [10].

- Không có viêm nha chu mạn hay cấp tính (nếu có phải được điều trị ổn định trước).

- Vùng cho tổ chức (niêm mạc vòm miệng từ mặt xa răng nanh đến mặt xa răng cối lớn thứ nhất) có độ dày ít nhất 2,5 mm.

- Đồng ý tiến hành phẫu thuật.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Mắc bệnh toàn thân cấp tính hay mạn tính chưa được điều trị ổn định.

- Phụ nữ mang thai ba tháng đầu và ba tháng cuối.

- Hút thuốc lá trên 10 điếu/ngày.

- Răng tụt nướu lung lay.

- Bệnh tại chỗ khác như: viêm nhiễm cấp tính trong miệng, u, nang gây cản trở phẫu thuật.

- Răng có chỉ định nhổ do vỡ lớn, răng không có chức năng.

- Tiền sử dị ứng với thuốc tê và kháng sinh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu quan sát mô tả tiền cứu và can thiệp lâm sàng không đối chứng.

Chọn mẫu ngẫu nhiên không xác suất theo mẫu thuận tiện.

2.2.2. Các bước phẫu thuật (theo Langer B. và Langer L., 1985) [6]

- **Vùng cho tổ chức:** sát trùng và gây tê cách bờ nướu khoảng 5-7 mm, rạch một đường song song bờ nướu các răng cối nhỏ và răng cối lớn thứ nhất, cách bờ nướu 3 mm.

Rạch và bóc tách mô liên kết theo kiểu mở miệng túi ở vòm miệng: dùng lưỡi dao 15 bóc lớp tổ chức biểu mô và mô liên kết dày 1,5 mm. Tiếp

tục bóc lớp mô liên kết bên dưới bằng lưỡi dao 15 và cây bóc tách, bóc lớp dày đều nhau khoảng 1,5 mm đến 2 mm, nếu không đủ dày có thể bóc cả màng xương, mảnh mô sau khi lấy ra được rửa sạch bằng nước muối sinh lý rồi ngâm trong nước muối sinh lý.

Sau khi cố định mảnh ghép vào vùng nhận tổ chức và đóng vạt mô mềm, miệng túi sẽ được khâu bằng chỉ Prolene 5.0 hoặc chỉ Vicryl 5.0 bằng mũi rời hay mũi liên tục.

- **Vùng nhận tổ chức** (vùng tụt nướu): sau khi được sát trùng và gây tê, vùng nướu răng phẫu thuật sẽ được tạo vạt bao gồm hai đường rạch: *Đường rạch gai nướu* vuông góc với bề mặt niêm mạc, sâu khoảng 1mm, ngang mức đường nối men xi măng hoặc hơi quá về phía men răng. *Đường rạch rãnh nướu* đi quá về phía gần và phía xa một hoặc nửa răng và nối với đường rạch gai nướu. Bóc tách và lật vạt bán phần, hướng về chóp răng và cách mào xương lành 3mm.

Mảnh ghép đặt lên vùng nhận, che kín bề mặt chân răng hở và chõm lên nền mô liên kết, khâu treo cổ răng và khâu mũi rời với chỉ prolene 6.0 để cố định. Lật vạt phần mềm tại vị trí cũ, khâu mép vạt bằng chỉ prolene 6.0 mũi rời và khâu treo cổ răng.

Ép gạc nước muối lên vùng phẫu thuật 3 phút.

2.2.3. Thu thập thông tin sau phẫu thuật

Tái khám ở thời điểm 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng: đánh giá sau phẫu thuật

- Tỷ lệ % tái che phủ chân răng theo chiều dọc

- Tỷ lệ các răng được tái che phủ chân hoàn toàn

- Chiều cao và chiều rộng vùng tụt nướu.

2.3. Xử lý số liệu

Các số liệu thu thập được nhập vào máy bằng phần mềm Microsoft Access, xử lý bằng phần mềm Stata 10.0.

3. KẾT QUẢ

3.1. Nguyên nhân và đặc điểm lâm sàng tụt nướu

3.1.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân tham gia nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới tính

Giới	Tuổi Tuổi trung bình	< 35 tuổi		≥ 35 tuổi		Tổng số	
		n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Nữ	32,2	13	43,3	5	16,7	18	60
Nam	29,1	8	26,7	4	13,3	12	40
Chung	31,0	21	70	9	30	30	100

Tuổi trung bình bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 31, bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 60%, bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ ít hơn với 40%. Nhóm tuổi dưới 35 chiếm 70% bệnh nhân, nhiều hơn nhóm tuổi từ 35 trở lên với 30%.

Bảng 3.2. Phân bố lý do bệnh nhân đến khám

Lý do đến khám	n	%
Thăm mỹ	8	26,7
Ê buốt	11	36,7
Sợ tụt nướu tăng, sợ mất răng	4	13,3
Khác	7	23,3
Tổng số	30	100

Ê buốt là lý do phổ biến nhất khiến bệnh nhân đến khám với 36,7%, thăm mỹ và đến khám vì lý do khác chiếm tỷ lệ lần lượt là 26,7% và 23,3%, trong khi đó, lý do sợ tụt nướu tăng hay sợ mất răng chiếm tỷ lệ thấp nhất với 13,3%.

3.1.2. Nguyên nhân tụt nướu

Bảng 3.3. Phân bố nguyên nhân tụt nướu

Nguyên nhân	n	%
Chải răng theo chiều ngang	16	27,2
Viêm nhiễm	19	32,3
Răng lệch lạc	8	13,4
Thắng bám cao	6	10,2
Liên quan chính nha	2	3,4
Liên quan phục hình tháo lắp từng phần	1	1,7
Không tìm ra nguyên nhân cụ thể	7	11,8
Tổng số	59	100

Viêm nhiễm chiếm tỷ lệ cao nhất với 32,3%, tiếp theo là chải răng theo chiều ngang với 27,2%, trong khi yếu tố liên quan đến chính nha gặp ở 2 trường hợp (3,4%) thì có 1 bệnh nhân (1,7%) mang phục hình tháo lắp từng phần kèm theo tụt nướu.

3.1.3. Đặc điểm lâm sàng tụt nướu

Bảng 3.4. Phân bố răng tụt nướu theo nhóm răng

Nhóm răng	n	%
Răng cửa	10	21,7
Răng nanh	14	30,5
Răng cối nhỏ	19	41,3
Răng cối lớn	3	6,5
Tổng số	46	100

Nhóm răng cối nhỏ tụt nướu chiếm tỷ lệ cao nhất (41,3%), tiếp theo là nhóm răng nanh (30,5%) và răng cửa (21,7%), nhóm răng cối lớn chiếm tỷ lệ ít nhất (6,5%).

Bảng 3.5. Phân loại răng tụt nướu theo Miller

Mức độ	n	%
Miller I	30	65,2
Miller II	13	28,2
Miller III	3	6,6
Tổng số	46	100

Tỷ lệ răng tụt nướu loại I cao nhất (65,2%), sau đó đến loại II (28,2%), ít nhất là các răng tụt nướu loại III (6,6%).

3.2. Kết quả phẫu thuật

3.2.1. Biến chứng sau phẫu thuật

Trong 1 tuần hậu phẫu, không ghi nhận trường hợp bệnh nhân tái khám với nhiễm trùng hay chảy máu ở vùng nhận mô ghép hay vòm miệng.

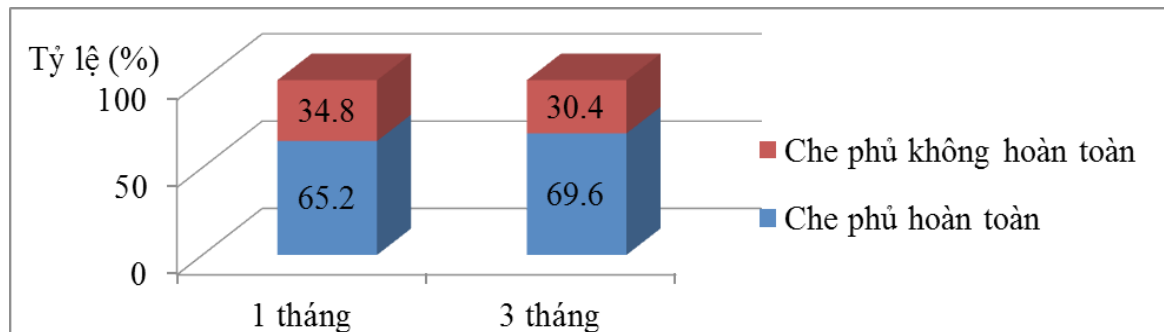
3.2.2. Tỷ lệ phần trăm tái che phủ chân răng theo chiều dọc

Bảng 3.6. Tỷ lệ phần trăm tái che phủ chân răng theo chiều dọc

Thời điểm	Sau phẫu thuật 1 tháng		Sau phẫu thuật 3 tháng	
	n	% (X±SD)	n	% (X±SD)
Miller I	30	78,6±7,1	30	82,8±7,4
Miller II	13	76,7±7,5	13	81,5±7,5
Miller II	3	43,9±9,4	3	57,7±9,1
Tổng số	46	75,8±8,8	46	80,8±8,4

Tỷ lệ tái che phủ chân răng ở thời điểm 1 tháng sau phẫu thuật là 75,8±8,8%, ở thời điểm 3 tháng là 80,8±8,4%.

3.2.3. Tỷ lệ các răng tụt nướu được tái che phủ chân răng hoàn toàn



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ các răng được tái che phủ chân răng hoàn toàn

Tỷ lệ các răng được tái che phủ chân răng hoàn toàn ở các thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng và 3 tháng lần lượt là 65,2% và 69,6%.

3.2.4. Thay đổi các chỉ số lâm sàng sau phẫu thuật

Bảng 3.5. Thay đổi các chỉ số lâm sàng sau phẫu thuật

Đặc điểm	Thời điểm	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật 1 tháng	Sau phẫu thuật 3 tháng
Chiều cao tụt nướu (mm)		3,0±1,1	0,7±0,8	0,6±0,7
Chiều rộng tụt nướu (mm)		2,8±0,7	0,8±0,6	0,7±0,6

Chiều cao và chiều rộng tụt nướu ở các thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng và 3 tháng giảm có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước phẫu thuật ($p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Về nguyên nhân và đặc điểm lâm sàng của tụt nướu

4.1.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân tham gia nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân là 31. Có 21 bệnh nhân trong khoảng từ 16 đến 34 tuổi với 32 răng và 9 bệnh nhân trong khoảng từ 35 đến 55 tuổi với 14 răng. Bệnh nhân trẻ bị tụt nướu và tham gia phẫu thuật nhiều hơn đáng kể ($p < 0,05$). Chúng tôi ghi nhận các trường hợp tụt nướu ở nhóm người trẻ hầu hết là tụt nướu loại I và II theo Miller (mô nha chu ở mặt bên chưa giảm chiều cao) nằm trong chỉ định phẫu thuật, còn ở nhóm người lớn hơn thì nhiều trường hợp tụt nướu là loại III nên khó phẫu thuật hoặc loại IV không có chỉ định phẫu thuật.

Nghiên cứu cũng ghi nhận, bệnh nhân nữ nhiều hơn nam giới, mặc dù sự khác biệt không có ý nghĩa ($p > 0,05$), có thể bệnh nhân nữ quan tâm, lo lắng nhiều hơn đến sức khỏe răng miệng. Một số nghiên cứu khác cũng có tỷ lệ bệnh nhân nữ lớn hơn bệnh nhân nam như của tác giả: Lê Trung Chánh: 72,2% nữ và 27,8% nam [1]; Lê Long Nghĩa với 72% nữ và 28% nam [3].

Bảng 3.2 cho thấy, lý do đến khám với tình trạng ê buốt chiếm tỷ lệ cao nhất với 36,7% ($p > 0,05$). Trong khi đó, vấn đề thẩm mỹ chiếm 26,7%, tỷ lệ này rơi vào những bệnh nhân cười hở nướu và bị tụt nướu ở nhóm răng phía trước. Ngoài ra, lý do sợ tụt nướu tăng hay sợ mất răng chiếm tỷ lệ thấp nhất, điều này chứng tỏ bệnh nhân vẫn chưa quan tâm nhiều đến tụt nướu cũng như hậu quả của nó. Đồng thời, theo bảng 3.2, nữ quan tâm đến thẩm mỹ nhiều hơn nam, mặc dù sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

4.1.2. Về nguyên nhân tụt nướu

Viêm nhiễm xuất hiện nhiều nhất trong tất cả các yếu tố nguyên nhân, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Chrysanthakopoulous A.N. kết luận viêm nướu là nguyên nhân thường gặp nhất dẫn đến tụt nướu, tác giả cho rằng quá trình viêm cục bộ đưa đến phá hủy mô liên kết, sự gia tăng phát triển của biểu mô trên nền mô liên kết dẫn tới tình trạng lún xuống của bề mặt biểu mô với biểu

hiện lâm sàng là tụt nướu [5].

4.1.3. Về đặc điểm lâm sàng của tụt nướu

- Phân bố răng tụt nướu theo nhóm răng: Trong quá trình khám bệnh, chúng tôi nhận thấy có nhiều bệnh nhân tụt nướu và mòn cổ các răng cối nhỏ, có lẽ do vị trí giải phẫu của răng cối nhỏ làm chúng dễ bong trụ men cổ răng và tụt nướu khi bệnh nhân chải răng ngang và mạnh, đồng thời, đây cũng là vị trí có các thặng bên bám vào, dễ co kéo nướu trong quá trình ăn nhai.

- Phân loại răng tụt nướu: Theo bảng 3.5, tụt nướu Miller I nhiều nhất, chiếm 65,2%, tiếp theo, tụt nướu Miller II với 28,2%, thấp nhất là tụt nướu Miller III với 6,6%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nghiên cứu của chúng tôi có cỡ mẫu nhỏ nên chưa thể suy rộng ra tỷ lệ các mức độ tụt nướu trong dân cư. Theo tác giả Miller, tụt nướu loại I và II có thể điều trị tái che phủ chân răng hoàn toàn [10].

4.2. Về kết quả điều trị tụt nướu

4.2.1. Biến chứng sau phẫu thuật

Đây là một phẫu thuật trong miệng nên có các nguy cơ nhiễm trùng, chảy máu như các phẫu thuật trong miệng khác, chúng tôi đánh giá hai nguy cơ này trong một tuần hậu phẫu. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào trở lại với tình trạng nhiễm trùng hay chảy máu ở vùng nhận mô ghép và vòm miệng. Nghiên cứu của Lê Long Nghĩa đã kết luận ghép mô liên kết dưới biểu mô là một phẫu thuật an toàn [3].

4.2.2. Tỷ lệ phần trăm tái che phủ chân răng theo chiều dọc

Theo bảng 3.6, kết quả tái che phủ chân răng là 75,8% ở thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng, ở thời điểm 3 tháng là 80,8%, đồng thời, sự khác biệt giữa 2 thời điểm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). So sánh hiệu quả che phủ chân răng với một số tác giả khác: Bouchard P. và cộng sự nghiên cứu trên một nhóm bệnh nhân người Pháp, theo dõi 6 tháng thấy hiệu quả che phủ chân răng là 69,2% [4], Tal H. và cộng sự báo cáo kết quả nghiên cứu trên một nhóm bệnh nhân Israel sau 12 tháng đạt kết quả che phủ 88,7% bề mặt chân răng hở [11], nghiên cứu của Harris R.J. đạt kết quả tái che phủ đến 91,1% [7], Lê Trung Chánh nghiên cứu trên 40 răng ở thời

điểm 6 sau phẫu thuật cho thấy tỷ lệ tái che phủ chân răng là $90,08 \pm 15,58\%$ [1], Lê Long Nghĩa báo cáo kết quả tái che phủ chân răng trung bình theo chiều dọc ở các thời điểm tái khám trong năm đầu từ 84,6% đến 86,9% [3]. Nhìn chung, nhiều tác giả báo cáo hiệu quả che phủ chân răng của phẫu thuật ghép mô liên kết từ 70% trở lên.

4.2.3. Tỷ lệ các răng tụt nướu được tái che phủ chân răng hoàn toàn

Tỷ lệ này cũng là một tiêu chí đánh giá hiệu quả của phương pháp phẫu thuật. Theo biểu đồ 3.1, ở các thời điểm theo dõi hậu phẫu 1 tháng và 3 tháng, tỷ lệ các răng được tái che phủ hoàn toàn lần lượt là 65,2% và 69,6%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Trong nghiên cứu này, hầu hết các trường hợp che phủ hoàn toàn bề mặt chân răng đều ở nửa thời gian sau của nghiên cứu. Bởi vậy, chúng tôi tin rằng khi được thực hiện bởi phẫu thuật viên có kinh nghiệm, đây sẽ là một phẫu thuật có hiệu quả cao. Một số nghiên cứu báo cáo tỷ lệ chân răng được tái che phủ hoàn toàn khá cao, Harris R.J. điều trị 50 răng thì có 29 răng (58%) tái che phủ chân răng hoàn toàn [8], nghiên cứu của Lê Long Nghĩa có trên 71% các chân răng được che phủ hoàn toàn ở các thời điểm thăm khám sau phẫu thuật [3].

4.2.4. Thay đổi chiều cao và chiều rộng tụt nướu sau phẫu thuật

Chiều cao và chiều rộng tụt nướu ở các thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng và 3 tháng giảm có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước phẫu thuật ($p < 0,05$). Kích thước hở chân răng theo chiều ngang cùng với hở chân răng theo chiều dọc giảm đáng kể ở các

thời điểm sau phẫu thuật so với trước phẫu thuật cho thấy đây là một phương pháp điều trị tụt nướu hiệu quả.

5. KẾT LUẬN

5.1. Nguyên nhân và đặc điểm lâm sàng của tụt nướu

- Nguyên nhân tụt nướu phổ biến nhất là do viêm nhiễm (32,3%).

- Phân bố răng tụt nướu theo nhóm răng: răng cửa: 41,3%; răng nanh: 30,5%; răng cửa: 21,7%; răng cối lớn: 6,5%.

- Phân loại răng tụt nướu: Miller I: 65,2%; Miller II: 28,2%; Miller III: 6,6%.

- Các chỉ số lâm sàng liên quan đến tụt nướu:

+ Chiều cao tụt nướu trung bình: $3,0 \pm 1,1$ mm.

+ Chiều rộng tụt nướu trung bình: $2,8 \pm 0,7$ mm.

5.2. Kết quả phẫu thuật

- Trong 1 tuần hậu phẫu, không có trường hợp gặp biến chứng như nhiễm trùng hay chảy máu tại vùng nhận mô ghép hay vòm miệng.

- Ở thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng và 3 tháng: Tỷ lệ tái che phủ chân răng theo chiều dọc lần lượt là $75,8 \pm 8,8\%$ và $80,8 \pm 8,4\%$. Tỷ lệ các răng tái che phủ chân răng hoàn toàn lần lượt là 65,2% và 69,6%.

- Chiều cao tụt nướu trước phẫu thuật là $3,0 \pm 1,1$ mm, sau phẫu thuật 1 tháng là $0,7 \pm 0,8$ mm, sau phẫu thuật 3 tháng là $0,6 \pm 0,7$ mm.

- Chiều rộng tụt nướu trước phẫu thuật là $2,8 \pm 0,7$ mm, sau phẫu thuật 1 tháng là $0,8 \pm 0,6$ mm, sau phẫu thuật 3 tháng là $0,7 \pm 0,6$ mm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Trung Chánh, Hoàng Tử Hùng, Trần Giao Hòa (2006), “Điều trị tụt nướu bằng phẫu thuật ghép mô liên kết: Kết quả lâm sàng thực hiện trên 40 răng”, *Tuyển tập công trình nghiên cứu khoa học Răng Hàm Mặt 2006*, tr. 84-92.
2. Trần Giao Hòa (2009), “Trụt nướu”, *Phẫu thuật tạo hình nha chu*, Nhà xuất bản Đại học Quốc gia thành phố Hồ Chí Minh, thành phố Hồ Chí Minh; 6(2), tr. 165-184.
3. Lê Long Nghĩa (2013), Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật che phủ chân răng hở bằng phương pháp ghép tổ chức liên kết dưới biểu mô, *Luận án tiến sĩ Y học*, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
4. Bouchard P., Etienne D., Ouhayoun J.P., Nilvéus R. (1994), “Subepithelial connective tissue grafts in the treatment of gingival recessions. A comparative study of 2 procedures”, *J Periodontol*, 65(10), pp. 36-929.
5. Chrysanthakopoulous A. N. (2011), “Aetiology and Severity of Gingival Recession in an Adult Population Sample in Greece”, *Dent Res J (Isfahan)*, 8(2), pp. 64-70.
6. Glickman I. (1972), “Changes in the consistency, surface texture, and position of the gingiva (Recession of gingival atrophy)”, *Clinical Periodontology*, fourth edition, W.B. Saunders Co, pp. 116-122.

7. Harris R.J. (2002), "Root coverage with connective tissue grafts: an evaluation of short and long-term results", *J Periodontol*, 73(9), pp. 9-1054.
8. Harris R.J. (2003), "Root coverage in molar recession: report of 50 consecutive cases treated with subepithelial connective tissue grafts", *J Periodontol*, 74(5), pp. 8-703.
9. Langer B., Langer L. (1985), "Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage", *Journal of Periodontology*, 56, pp. 715-720.
10. Miller P. (1985), "A classification of marginal tissue recession", *Int J Periodont Rest Dent*, 5, pp. 9-13.
11. Tal H., Moses O., Zohar R., Meir H., Nemcovsky C. (2002), "Root Coverage of Advanced Gingival Recession: A Comparative Study Between Acellular Dermal Matrix Allograft and Subepithelial Connective Tissue Graft", *J Periodontol*, 73, pp. 1405-1411.