

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT LÀM DÀI THÂN RĂNG
LÂM SÀNG TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ
NĂM 2019 - 2021**

Trần Thị Trúc Uyên, Phan Thùy Ngân, Lê Quan Liêu, Trương Nhật Khuê
Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
Email: uyentran.rhm@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật làm dài thân răng là một phẫu thuật nha chu giúp bộc lộ thân răng ở những răng bị mất chất dưới nướu. Số nghiên cứu về phương pháp này ở Việt Nam còn ít. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng các răng có chỉ định làm dài thân răng. Đánh giá kết quả phẫu thuật làm dài thân răng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả có can thiệp trên 37 bệnh nhân có răng sâu và/hoặc gãy dưới nướu được chỉ định phẫu thuật làm dài thân răng lâm sàng tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. **Kết quả:** Các răng hàm trên chiếm đa số (75,7%). Các răng cối nhỏ chiếm tỷ lệ cao nhất – 48,6%. Đa số bệnh nhân (59,5%) đến khám vì sâu răng. Tỷ lệ răng bị mất chất dưới nướu do sâu răng là 83,8%. Giá trị trung bình trước phẫu thuật của GI là $1,24 \pm 0,86$, của PD (mm) là $2,51 \pm 0,65$. Chỉ số GI trung bình giảm dần từ $1,24 \pm 0,86$ trước phẫu thuật xuống còn $0,59 \pm 0,55$ 1 tháng sau phẫu thuật và $0,29 \pm 0,46$ ở mốc 3 tháng. Độ sâu túi PD (mm) trung bình giảm dần từ $2,51 \pm 0,65$ mm trước phẫu thuật xuống $1,51 \pm 0,56$ mm sau 1 tháng và ở mức $1,21 \pm 0,42$ mm ở thời điểm 3 tháng. Sự khác biệt các chỉ số GI, PD ở thời điểm ban đầu so với ở các mốc 1 tháng và 3 tháng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). **Kết luận:**

Phẫu thuật làm dài thân răng lâm sàng giúp bộc lộ các răng bị mất chất dưới nướu, giảm độ sâu túi và cải thiện tình trạng nướu răng.

Từ khóa: phẫu thuật làm dài thân răng, chỉ số nướu, độ sâu túi.

ABSTRACT

THE EVALUATION OF TREATMENT RESULTS OF CROWN LENGTHENING SURGERY AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL IN 2019 - 2021

*Tran Thi Truc Uyen**, Phan Thuy Ngan, Le Quan Lieu, Truong Nhut Khue

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Crown lengthening surgery is a periodontal surgery which helps lengthen the clinical crown of a tooth damaged subgingivally. There are few studies about this kind of surgery in Viet Nam. **Objectives:** To survey clinical features of teeth indicated for crown lengthening surgery and to evaluate treatment results of this type of surgery. **Materials and methods:** A descriptive study with intervention on 37 patients with subgingivally damaged teeth indicated for crown lengthening surgery at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital. **Results:** Upper teeth accounted for 75.7% of the teeth in the study. Premolars were the most popular type of teeth (48.6%). Caries was the biggest reason for the patients to have their teeth examined (59.5%). Most of the teeth were damaged subgingivally by caries (83.8%). At baseline, the mean GI and PD value were 1.4 ± 0.86 and 2.51 ± 0.65 , respectively. The mean GI decreased from 1.24 ± 0.86 at baseline to 0.59 ± 0.55 after 1 month and to 0.29 ± 0.46 after 3 months. The mean PD fell after 1 month and 3 month as well, to reach the value of 1.51 ± 0.56 and 1.21 ± 0.42 , respectively. The differences between mean GI and PD at baseline and 1 month, 3 months after surgery were statistically significant ($p < 0.05$). **Conclusion:** Crown lengthening surgery helps lengthen the clinical crown of a tooth damaged subgingivally, reduce probing depth and improve gingival condition.

Keywords: crown lengthening surgery, gingival index, probing depth.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bộ răng có vai trò rất quan trọng đối với con người. Không những có tác động đến quá trình phát âm, ảnh hưởng đến thẩm mỹ, các răng còn góp phần vào chức năng ăn nhai của mỗi cá nhân. Chính vì thế, việc bảo tồn răng có ý nghĩa rất lớn.

Điều trị phục hình răng là phục hồi chức năng và thẩm mỹ tối đa cho bệnh nhân, giúp bảo tồn răng, đồng thời cũng là dự phòng cho sức khỏe toàn diện của hệ thống nhai. Để đạt kết quả tối ưu, khoảng mất răng càng ngắn càng tốt, nghĩa là điều trị bảo tồn được đặt ra trước nhất khi một răng bị tổn thương mất chất nhiều, kể cả trường hợp răng bị mất gần hết thân răng hoặc chỉ còn lại chân răng do sâu răng hay chấn thương mà thông thường trước đây có chỉ định nhổ.

Trong những năm gần đây phẫu thuật nha chu trước phục hình được các tác giả quan tâm nghiên cứu nhiều hơn [4], [5], [6]. Phẫu thuật làm dài thân răng lâm sàng là một phẫu thuật nha chu được thực hiện nhằm tăng diện tích bám dính tối ưu cho phục hình từ đó phục hình vẫn vững ổn mà không làm hại đến mô nha chu.

Phẫu thuật làm dài thân răng có chỉ định cho các răng mất gần hết hay mất một phần thân răng lâm sàng và các răng có phần hư hỏng lún xuống dưới nướu, đôi khi xuống dưới mào xương ổ.

Để góp phần hiểu biết thêm và nâng cao hiệu quả phẫu thuật làm dài thân răng lâm sàng, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu này với hai Mục tiêu nghiên cứu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng của các răng có chỉ định làm dài thân răng.

2. Đánh giá kết quả phẫu thuật làm dài thân răng lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân từ 18 tuổi có răng có chỉ định phẫu thuật làm dài thân răng lâm sàng tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Thời gian tiến hành từ 02/2019 đến 04/2021.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Răng một chân sâu và/hoặc gãy vỡ có bờ giới hạn đến mào xương ổ <3mm còn khả năng mang giữ phục hình cố định.

- Tỷ lệ thân/chân răng ước tính sau phẫu thuật nhỏ hơn hoặc bằng 1.

- Bệnh nhân có đủ điều kiện sức khỏe, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Răng gãy ở vị trí 1/3 giữa và 1/3 chóp chân răng.

- Răng lung lay mức độ II trở lên (Miller, 1950).

- Răng bị viêm nha chu (túi nha chu \geq 5mm).

- Bệnh nhân đang mang thai.

- Bệnh nhân có bệnh lý toàn thân: bệnh tim mạch, suy giảm miễn dịch, các bệnh rối loạn nội tiết tố chưa điều trị ổn định: tiểu đường...; bệnh nhân có rối loạn về máu, bệnh bạch cầu; các bệnh nhiễm trùng khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả có can thiệp lâm sàng.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Chọn mẫu thuận tiện bao gồm 37 bệnh nhân, mỗi bệnh nhân 1 răng có chỉ định phẫu thuật làm dài thân răng lâm sàng tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ trong thời gian từ tháng 02/2019 đến tháng 04/2021.

Nội dung nghiên cứu:

- Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu: tuổi, giới tính, lý do đến khám.

- Đặc điểm lâm sàng của răng cần phẫu thuật: vị trí răng, loại răng, nguyên nhân mất chất, các chỉ số nha chu của răng cần phẫu thuật: chỉ số mảng bám – Plaque Index (PI), chỉ số nướu – Gingival Index (GI), độ sâu túi (mm) – Probing Depth (PD), độ mất bám dính lâm sàng (mm) – Clinical Attachment Loss (CAL) [8], [9].

- Kết quả phẫu thuật: các chỉ số nha chu sau phẫu thuật 1 tháng, 3 tháng.

Các bước tiến hành nghiên cứu

- Bước 1:

+ Khám lâm sàng

+ Chụp X quang quanh chóp, xét nghiệm máu

+ Làm bệnh án

- Bước 2: Chuẩn bị trước phẫu thuật gồm

+ Lấy vôi răng & hướng dẫn vệ sinh răng miệng trước phẫu thuật 1 tuần

+ Điều trị nội nha

- Bước 3: Tiến trình phẫu thuật

+ Sát khuẩn ngoài mặt, trong miệng với Povidine 10%.

+ Gây tê tại chỗ với Lidocain 2% có Adrenaline 1:100000.

+ Đường rạch đầu tiên: dùng lưỡi dao số 15 bắt đầu trong khe nướu đến đụng đến mào xương quanh răng điều trị, bảo tồn được toàn bộ mô sừng hóa. Nếu đánh giá thấy việc can thiệp trên một răng có thể gây mất thẩm mỹ viền nướu thì mở rộng điều chỉnh sang các răng lân cận cho cân xứng.

+ Đường rạch tiếp theo: 2 đường rạch giảm căng, thẳng đứng ở hai bên vạt đã dự tính, ở mô nướu rạch theo bờ vạt, ở niêm mạc xương ổ thì rạch sâu cho phép di chuyển được vạt mà không bị nếp gấp hoặc cuộn vạt.

+ Dùng cây bóc tách để tách vạt dày bọc lộ xương chừng vài mm đến đường nối niêm mạc – nướu. Cắt tách vạt mỏng để lại màng xương có mô liên kết nướu che phủ. Dùng lưỡi dao 15c để thực hiện, tránh nguy cơ phạm vào xương và làm rách vạt.

+ Lấy sạch phần mô mềm còn lại quanh răng điều trị bằng cây nạo Gracey.

+ Đo khoảng cách từ vị trí: đường gãy, sang thương sâu răng, đường hoàn tất phục hình dự kiến tới mào xương ổ bằng cây đo túi để xác định lượng xương ổ cần thiết cắt bỏ.

+ Dùng mũi khoan tròn kim cương cắt bỏ xương và dùng cây dũa xương để tạo hình bờ viền xương.

+ Vạt được đặt về phía chóp chân răng, khâu cố định vạt vào màng xương theo vị trí mới đã được định trước bằng các mũi khâu đệm ngang.

+ Khâu kín vạt với mũi khâu thông thường.

- Bước 4: Chăm sóc hậu phẫu

+ Cho bệnh nhân uống thuốc kháng sinh, kháng viêm, giảm đau.

+ Hướng dẫn bệnh nhân súc miệng với dung dịch Clohexidine 0,12% ngày 2-3 lần trong 2 tuần

+ Không chải răng vùng phẫu thuật.

+ Cắt chỉ sau 1 tuần.

+ Hẹn tái khám sau 1 tháng, 3 tháng.

Phương pháp xử lý số liệu

Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 18.0. Sử dụng kiểm định Paired-Samples T Test để kiểm định sự khác biệt các chỉ số nha chu ở thời điểm 1 tháng, 3 tháng so với trước phẫu thuật.

Đạo đức trong nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân đều được giải thích về kế hoạch điều trị và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu. Các thông tin cá nhân của bệnh nhân được đảm bảo giữ bí mật.

Trước phẫu thuật

Sau phẫu thuật



Hình 1: Hình ảnh trước và sau phẫu thuật

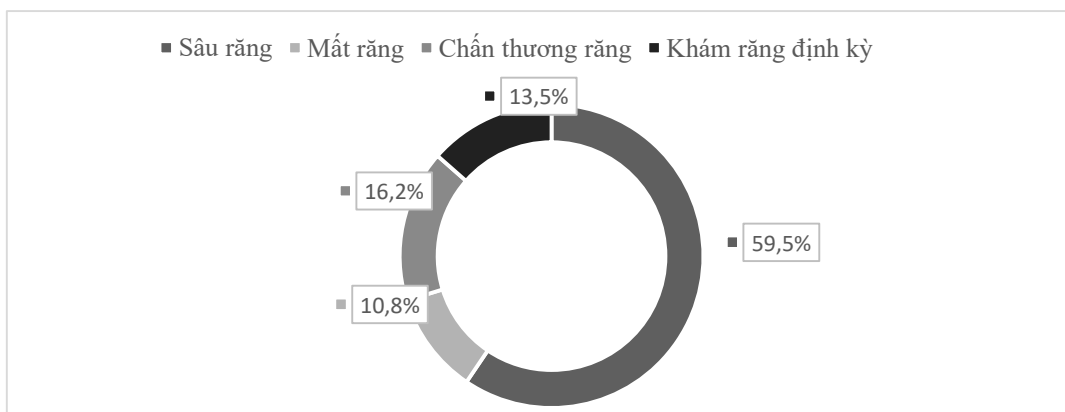
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
18 – 30	25	67,6
31 – 45	7	18,9
Trên 45	5	13,5
Tổng	37	100

Nhận xét: Bệnh nhân trong độ tuổi 18 – 30 chiếm tỷ lệ cao nhất (67,6%). Bệnh nhân trên 45 tuổi có tỷ lệ thấp nhất (13,5%).



Biểu đồ 1: Phân bố bệnh nhân theo lý do đến khám

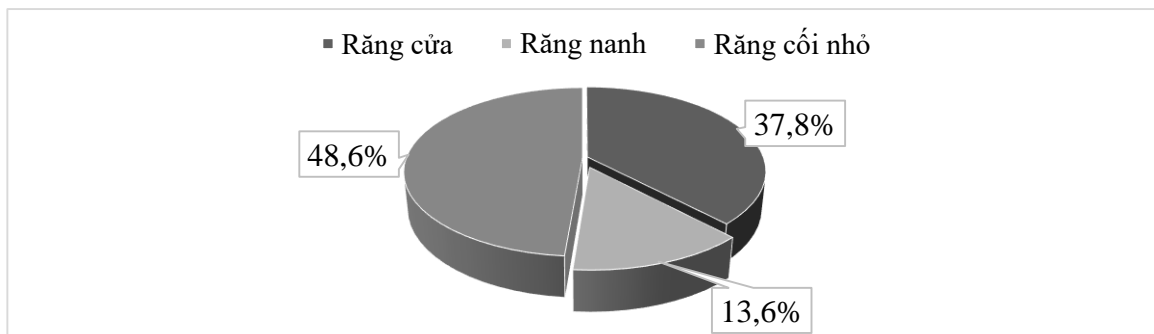
Nhận xét: Đa số bệnh nhân (59,5%) đến khám vì đau răng. Các lý do đến khám còn lại là mất răng, chấn thương răng và khám răng định kỳ lần lượt chiếm tỷ lệ là 10,8%, 16,2% và 13,5%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 2. Phân bố răng theo vị trí

Vị trí	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hàm trên	28	75,7
Hàm dưới	9	24,3
Tổng	37	100

Nhận xét: Đa số (75,7%) các răng trong nghiên cứu là răng hàm trên.



Biểu đồ 2: Phân bố răng theo loại răng

Nhận xét: Gần một nửa (48,6%) số răng trong nghiên cứu là răng cối nhỏ. Các răng cửa chiếm hơn một phần ba (37,8%) mẫu nghiên cứu. Các răng nanh chỉ chiếm 13,6%.

Bảng 3. Phân bố răng theo nguyên nhân gây mất chất

Nguyên nhân	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Sâu răng	31	83,8
Chấn thương	6	16,2
Tổng	37	100

Nhận xét: Nguyên nhân gây mất chất chính của các răng trong nghiên cứu là sâu răng (83,8%). Nguyên nhân còn lại là chấn thương chiếm tỷ lệ thấp 16,2%.

Bảng 4. Giá trị trung bình của các chỉ số nha chu trước phẫu thuật

Chỉ số	PI	GI	PD (mm)	CAL (mm)
Giá trị	1,22 ± 0,63	1,24 ± 0,86	2,51 ± 0,65	1,38 ± 0,68

Nhận xét: Trước phẫu thuật, trung bình chỉ số mảng bám và chỉ số nướu của các răng trong mẫu nghiên cứu lần lượt là 1,22 và 1,24. Trung bình độ sâu túi và độ mất bám dính lâm sàng các răng này lần lượt là 2,51mm và 1,38mm.

3.3. Đánh giá kết quả phẫu thuật

Bảng 5. Giá trị trung bình các chỉ số nha chu tại các thời điểm theo dõi

Thời điểm	Trước phẫu thuật	Sau 1 tháng	Sau 3 tháng	p*
PI	1,22 ± 0,63	1,01 ± 0,45	0,78 ± 0,53	0,000
GI	1,24 ± 0,86	0,59 ± 0,55	0,29 ± 0,46	0,000
PD (mm)	2,51 ± 0,65	1,51 ± 0,56	1,21 ± 0,42	0,000
CAL (mm)	1,38 ± 0,68	1,14 ± 0,54	0,78 ± 0,48	0,000

*Kiểm định Paired-Samples T Test

Nhận xét: Chỉ số nướu GI giảm từ 1,24 ± 0,86 trước phẫu thuật xuống 0,59 ± 0,55 1 tháng sau phẫu thuật và đạt mức 0,29 ± 0,46 ở mốc 3 tháng. Độ sâu túi PD (mm) giảm dần từ 2,51 ± 0,65 mm trước phẫu thuật xuống còn 1,51 ± 0,56 mm sau 1 tháng và chỉ ở mức 1,21 ± 0,42 mm ở thời điểm 3 tháng. Sự khác biệt giá trị trung bình các chỉ số nha chu ở các mốc 1 tháng, 3 tháng so với trước phẫu thuật có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Bệnh nhân trong độ tuổi 18 – 30 chiếm tỷ lệ cao nhất (67,6%). Trong khi đó, tỷ lệ bệnh nhân trên 45 tuổi ở mức thấp nhất trong 3 nhóm (13,5%). Điều này có thể là do nghiên cứu được tiến hành tại bệnh viện của một trường đại học nên lượng sinh viên, học viên – những người trẻ, thường trong độ tuổi 18 – 30 – đến khám và điều trị bệnh răng miệng khá đông. Từ đó, các đối tượng trong độ tuổi này dễ dàng được phát hiện tình trạng răng sâu hoặc gãy vỡ dưới nướu để đưa vào mẫu nghiên cứu.

Hơn phân nửa (59,5%) số bệnh nhân đến khám vì lý do sâu răng, bên cạnh đó cũng có 10,8% số người đến vì lý do mất răng. Điều này một mặt phản ánh tỷ lệ sâu răng cao ở nước ta, một mặt cũng cho thấy đa phần người bệnh đến khi đã có những biểu hiện trên lâm sàng như lỗ sâu, mất răng hay các triệu chứng đau nhức do biến chứng của sâu răng như viêm tủy răng, viêm quanh chóp răng. Trong khi đó, tỷ lệ người đến khám định kỳ chỉ đạt ở mức thấp, chưa đến một phần năm (13,5%). Tỷ lệ này cần được nâng cao thông qua các hoạt động tuyên truyền, giáo dục sức khỏe răng miệng nhằm giúp phát hiện sớm các vấn đề về răng miệng, phòng ngừa bệnh và điều trị sớm để đạt kết quả tốt hơn.

Phần lớn các răng trong nghiên cứu là răng hàm trên (75,7%). Các răng hàm dưới chỉ chiếm khoảng một phần tư mẫu nghiên cứu (24,3%). Bên cạnh đó, trong nghiên cứu này, các răng cửa chiếm tỷ lệ khá cao (37,8%). Các sự chênh lệch này có thể được lý giải do các răng trên cũng như các răng cửa nếu bị sâu hoặc gãy dưới nướu sẽ dễ bị người đối diện chú ý khi giao tiếp hơn dẫn đến việc các bệnh nhân sẽ có nhu cầu cấp thiết hơn khi điều trị các răng này.

Sâu răng là nguyên nhân chính gây mất chất ở các răng trong nghiên cứu này với tỷ lệ 83,8%. Nguyên nhân do chấn thương chỉ chiếm 16,2%. Sự khác biệt này có thể là một hệ quả của tỷ lệ sâu răng cao trên 80% ở nước ta [3].

Chỉ số nướu GI trung bình trước phẫu thuật của các răng trong mẫu là 1,24, cao hơn so với nghiên cứu của Ayubian (2010) [1] với 0,70 nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Vaziri (2015) [10] với 1,35.

Độ sâu túi PD (mm) trung bình của các răng nghiên cứu trước phẫu thuật là 2,51mm, cao hơn so với các nghiên cứu của Ayubian (2010) [1], Vaziri (2015) [10], Deas (2004) [2] và Lanning (2003) [7] với lần lượt các mức 2,44mm, 2,32mm, 2,29mm và 2,50mm.

4.2. Đánh giá kết quả phẫu thuật

Giá trị trung bình của GI đều giảm ở các mốc theo dõi sau phẫu thuật. Từ 1,24 trước phẫu thuật xuống dưới 1 ở các lần theo dõi sau 1 tháng (0,59) và 3 tháng (0,29). Điều tương tự cũng được ghi nhận ở các nghiên cứu của Ayubian (2010) với 0,70 ban đầu giảm xuống còn 0,37 sau phẫu thuật 2 tháng [1]. Nghiên cứu của Vaziri (2015) cũng cho kết quả tương tự với mức 1.35 trước phẫu thuật và 1,05 ở các mốc theo dõi 1 tháng và 3 tháng [10]. Như vậy, các nghiên cứu đều cho thấy sự cải thiện tình trạng nướu ở các răng sau phẫu thuật làm dài thân răng lâm sàng. Có được kết quả này là nhờ sự điều chỉnh nướu và xương trong quá trình phẫu thuật giúp bộc lộ phần mô răng ban đầu nằm dưới nướu, từ đó việc vệ sinh răng, nướu được dễ dàng hơn.

Độ sâu túi PD (mm) cũng giảm qua các mốc theo dõi. Từ 2,51mm ban đầu xuống còn 1,51mm sau 1 tháng và 1,21 sau 3 tháng. Trong nghiên cứu của Vaziri (2015), độ sâu túi cũng giảm, từ 2,32mm xuống 1,52mm và 1,17mm lần lượt sau 1 tháng và 3 tháng sau phẫu thuật [10]. Còn trong nghiên cứu của Deas (2004), PD giảm từ 2,29mm ban đầu xuống 1,71mm sau 1 tháng nhưng sau đó tăng lên mức 1,86mm ở mốc 3 tháng [2]. Ayubian (2010) thì ghi nhận mức giảm PD từ 2,44mm xuống 1,87mm sau phẫu thuật 2 tháng [1]. Mặc dù có sự khác nhau đôi chút về thời gian theo dõi hoặc sự tăng giảm của PD, nhìn chung các nghiên cứu đều ghi nhận sự giảm độ sâu túi ở các răng sau phẫu thuật làm dài thân răng lâm sàng. Độ sâu túi giảm giúp việc vệ sinh được dễ dàng, mô răng, nướu trở nên lành mạnh.

V. KẾT LUẬN

Đa số các răng được chỉ định làm dài thân răng lâm sàng là các răng hàm trên, đặc biệt là các răng cửa. Nguyên nhân gây mất chất chính ở các răng này là sâu răng.

Phẫu thuật làm dài thân răng lâm sàng giúp các răng mất chất dưới nướu được bộc lộ thêm diện tích mô răng, giảm độ sâu túi và cải thiện tình trạng nướu răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ayubian, N. (2018). Evaluation of dimensional changes of supraosseous gingiva following crown lengthening. *J Adv Periodontol Implant Dent*, 2(2), 61-65.
2. Deas, D. E., Moritz, A. J., McDonnell, H. T., Powell, C. A., & Mealey, B. L. (2004). Osseous surgery for crown lengthening: A 6-month clinical study. *J Periodontol*, 75(9), 1288-1294.

3. Do, L. G., Spencer, A. J., Roberts-Thomson, K. F., Trinh, H. D., & Nguyen, T. T. (2011). Oral health status of Vietnamese adults: findings from the National Oral Health Survey of Vietnam. *Asia Pac J Public Health*, 23(2), 228-236.
4. Domínguez, E., Pascual-La Rocca, A., Valles, C., Carrió, N., Montagut, L., Alemany, A. S., & Nart, J. (2020). Stability of the gingival margin after an aesthetic crown lengthening procedure in the anterior region by means of a replaced flap and buccal osseous surgery: a prospective study. *Clin Oral Investig*, 24(10), 3633-3640.
5. González-Martín, O., Carbajo, G., Rodrigo, M., Montero, E., & Sanz, M. (2020). One-versus two-stage crown lengthening surgical procedure for aesthetic restorative purposes: A randomized controlled trial. *J Clin Periodontol*, 47(12), 1511-1521.
6. Kalsi, H. J., Bomfim, D. I., Hussain, Z., Rodriguez, J. M., & Darbar, U. (2019). Crown lengthening surgery: an overview. *Prim Dent J*, 8(4), 48-53.
7. Lanning, S. K., Waldrop, T. C., Gunsolley, J. C., & Maynard, J. G. (2003). Surgical crown lengthening: evaluation of the biological width. *J Periodontol*, 74(4), 468-474.
8. Löe, H. (1967). The gingival index, the plaque index and the retention index systems. *J Periodontol*, 38(6), 610-616.
9. Nield-Gehrig, J. S. (2012). *Fundamentals of periodontal instrumentation & advanced root instrumentation*. Lippincott Williams & Wilkins, 256-261.
10. Vaziri, F., Haerian, A., Lotfi Kamran, M. H., & Abrishami, M. (2015). Evaluation of the effect of surgical crown lengthening on periodontal parameters. *J Dent Mater Tech*, 4(3), 143-148.

(Ngày nhận bài: 19/6/2021 – Ngày duyệt đăng: 09/8/2021)
