

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ PHỤC HÌNH BẰNG HÀM KHUNG CHO CÁC BỆNH NHÂN SAU CẮT ĐOẠN XƯƠNG HÀM DƯỚI ĐÃ ĐƯỢC GHÉP XƯƠNG

ĐÀO NGỌC TRÂM

TÓM TẮT

Phục hình cho bệnh nhân mất răng có kèm khuyết hồng xương hàm theo cách phân loại truyền thống được dùng từ lâu thì có: Phục hình cố định và phục hình tháo lắp. Phục hình cố định là phục hình gắn trên các trụ implant, phục hình tháo lắp bao gồm: Hàm khung, hàm nhựa, hàm tựa trên implant.

Phục hình tháo lắp vừa là duy trì các chức năng của cơ thể vừa là phục hình tạm trong thời gian chờ đủ điều kiện để làm phục hình cố định.

Hàm khung là loại hàm giả tháo lắp từng phần có phần chính là một khung sườn đúc, răng giả được gắn vào khung nhờ nền nhựa Acrylic.

Nghiên cứu tiến hành làm phục hình hàm khung cho các bệnh nhân sau cắt đoạn xương hàm dưới đã được ghép xương để phục hồi răng và tổ chức xương hàm còn khuyết thiếu. Bước đầu đánh giá trên 28 bệnh nhân về các tiêu chí: hiệu quả chức năng ăn nhai, phát âm, thẩm mỹ, ảnh hưởng của hàm đối với răng trụ và tổ chức quanh răng trụ, chất lượng của hàm. Đánh giá dựa trên bảng câu hỏi, khám lâm sàng, chụp phim X quang và test MAI (Mixing Ability Index)

Từ khoá: hàm khung, phục hình, cắt đoạn xương hàm dưới, ghép

SUMMARY

Conventionally, rehabilitation for patients whose teeth lost with defect in jaw-bone contains fixed and removable type. Fixed prosthesis is implant-supported type. Removable prosthesis contains metal frame work, plastics and supported implant.

Removable prosthesis not only maintains normal functions of mouth. A patient need removable type as a temporary prosthesis before undergoing fixed rehabilitation treatment.

Frame work is a removable artificial jaw. It contains a casting metal frame. Denture fixed on the frame by acrylics base.

This research make frame work rehabilitation for patents who underwent mandibular resection with bone grafting to restore teeth and lost mandible organization. 28 patients participated to examine these criteria: masticatory performance, pronunciation, esthetics, abutments, quality of prosthesis

Method applied are question table, clinical examination, X-ray photography and MAI (Mixing Ability Index) test

Keywords: frame work denture, prosthesis, resected mandibular, bone grafting.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Phục hình cho bệnh nhân mất răng có kèm khuyết hồng xương hàm được chia thành loại: có hướng dẫn hoạt động của xương hàm dưới (hầu hết là các trường hợp bệnh nhân chưa được ghép xương) hoặc chỉ đơn thuần là phục hình răng giả và bù tổ chức xương, phần mềm bị khuyết thiếu. Nếu áp dụng theo cách phân loại truyền thống được dùng từ lâu thì có: Phục hình cố định và phục hình tháo lắp. Phục hình cố định là phục hình gắn trên các trụ implant, phục hình tháo lắp bao gồm: Hàm khung, hàm nhựa, hàm tựa trên implant.

Phục hình tháo lắp vừa là duy trì các chức năng của cơ thể vừa là phục hình tạm trong thời gian chờ đủ điều kiện để làm phục hình cố định.

Vai trò phục hình vùng hàm mặt đã được nhắc đến từ rất lâu đời: những phương pháp đơn giản như dùng vải tẩm hóa chất để che các khuyết hồng đến làm các răng và phục hồi khuyết hồng được chế tạo bằng phương pháp thủ công: xương gà voi, gỗ ở thời Ai Cập cổ đại. Cùng với sự tiến bộ của các ngành khoa học cơ bản đặc biệt là luyện kim, nhựa, sứ... phục hình đã có những tiến bộ rõ rệt [1]

Hàm khung là loại hàm giả tháo lắp từng phần có phần chính là một khung sườn đúc, răng giả được gắn vào khung nhờ nền nhựa Acrylic.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân cắt đoạn xương hàm dưới đã được ghép xương tự thân.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân đã được ghép xương sau ít nhất 6 tháng: khi tình trạng xương ghép và các vùng khác ổn định qua khám lâm sàng và chụp phim X- quang kiểm tra.

- Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có chỉ định cắt toàn bộ xương hàm dưới.

- Bệnh nhân không hợp tác nghiên cứu

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Viện Đào tạo Răng hàm Mặt- Trường Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội.

- Thời gian: từ tháng 6 năm 2008 đến tháng 6 năm 2013.

Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu dịch tễ học: Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng mở: Một nhóm bệnh nhân được làm phục hình răng giả, mô mềm và phần xương hàm dưới bị thiếu bằng hàm khung lên răng bằng nhựa Acrylic

Phương pháp nghiên cứu y học:

+ Hỏi: Bệnh nhân về tiền sử phẫu thuật, răng miệng và tình trạng hiện tại: ăn, phát âm

+ Khám lâm sàng- chụp phim X quang đánh giá tình trạng spong hàm được tạo bởi vùng ghép xương, niêm mạc trên spong hàm, niêm mạc miệng, răng và tổ

chức quanh răng của răng dự định làm răng trụ và các răng còn lại trụ

+ Lấy mẫu: Gắn mẫu trên càn nhai hoặc càn cắn để đánh giá khớp cắn. Gắn mẫu trên song song kế để khảo sát thiết kế hàm khung.

+ Lấy khuôn làm thia cá nhân sau đó lấy khuôn lần 1 thực hiện đúc khung tại labo, lấy khuôn lần 2 sau khi có khung. Lắp hàm, đánh giá ngay tại thời điểm lắp, sau 1 tháng, 6 tháng, 12 tháng, 18 tháng theo các tiêu chí về hàm, răng trụ.

+ Chụp ảnh khuôn mặt các tư thế thẳng- nghiêng, há miệng tối đa.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1. Nguyên nhân mất răng:

Nguyên nhân		Cắt đoạn xương hàm dưới vùng mất răng												Sâu răng (mất răng vùng khác)		
		U men		Nang răng		U xương xơ		U máu		U ác tính liên kết		U răng		Gây vụn TNGT, hòa khí	Hàm dưới	Hàm trên
		LS	GPB	LS	GPB	LS	GPB	LS	GPB	LS	GPB	LS	GPB			
18 - 45 tuổi	N	21	21			1	1	1	1	1	1			1	1	
	%	75	75			3,57	3,57	3,57	3,57	3,57	3,57			3,57	3,57	
45 - 60 tuổi	N	2	2													
	%	7,14	7,14													
Trên 60 tuổi	N													1	1	
	%													3,57	3,57	
Tổng số (n)		23	23			1	1	1	1	1	1			2	1	
Tỷ lệ (%)		82,14	82,14			3,57	3,57	3,57	3,57	3,57	3,57			7,14	3,57	

Về nguyên nhân mất răng do cắt đoạn do u men chiếm tới 75 %, điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của Lê Trọng Tuyển [4] với u men là u hay gặp nhất. Nghiên cứu cũng có 1 bệnh nhân bị mất răng do vết thương hỏa khí trong chiến tranh.

Bảng 2. Các vấn đề Điều trị tiên phục hình

Chi tiêu nghiên cứu	Số lượng (N)	Tỷ lệ %
Lấy cao răng, điều trị viêm lợi	22	78,57
Hàm răng sâu, điều trị tủy	3	10,71
Tạo vật xoay, cắt seو giảm căng	3	10,71
Làm phục hình	Ở vùng mất răng khác	3
	Nâng cao khớp cắn	1
Nhổ chân răng, răng cố chỉ định	2	7,14

Theo bảng 2 trong số 28 bệnh nhân có 22 bệnh nhân, chiếm 78,57% phải lấy cao răng điều trị viêm lợi, điều này cho thấy vấn đề chăm sóc răng miệng và đi khám răng miệng của các bệnh nhân kém. Những bệnh nhân này đều hầu hết ở độ tuổi dưới 45 nên tỷ lệ mắc bệnh viêm quanh răng chưa nhiều. Có 3 bệnh nhân (chiếm 10,71%) được phẫu thuật mô lợi để tạo hình spong hàm, tránh di động làm mất ổn định hàm giả.

Bảng 3. Quy trình lấy khuôn để làm phục hình với phương thức ghép xương:

Phương thức ghép xương		Ghép xương mào chậu không cuống mạch nuôi		Ghép xương sườn không cuống mạch nuôi		Ghép xương mác vi phẫu				Không ghép	Tổng số N	Tỷ lệ %	
						Đơn		Chập đôi					
		Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ				
Lấy khuôn lần 1	Silicone và thia thường	2	7,14			11	39,29	1	3,57	3	10,71	17	60,71
	Silicone và thia cá nhân	10	35,71	1	3,57							11	39,29
Lấy khuôn lần 2	Phân đoạn đơn thuần bằng Silicone	1	3,57			3	10,71			2	7,14	6	21,43
	Phân đoạn + khoảng phục hình với Silicone đặc	10	35,71			7	25	1	3,57	1	3,57	19	67,86
	Phân đoạn + khoảng phục hình với hợp chất nhiệt dẻo	1	3,57			2	7,14					3	10,71
Tổng													

Theo bảng 3 đối với bệnh nhân ghép xương mào chậu không có cuống mạch nuôi thì cách lấy khuôn lần 1 đã số là dùng thia cá nhân với chất lấy khuôn là silicone còn ở những bệnh nhân ghép xương mác có cuống mạch nuôi thì lại đã số dùng thia đúc sẵn với silicone. Đối với lấy khuôn lần hai thì không có sự khác biệt giữa phương pháp lấy khuôn với các bệnh nhân được ghép xương bằng các phương pháp khác nhau.

Bảng 4. Phân bố nổi chính, vật giữ gián tiếp, kiểu yên hàm khung, lên răng và hợp kim đúc khung:

Phương thức ghép xương		Ghép xương mào chậu tự do		Ghép xương sườn		Ghép xương mác vi phẫu		Không ghép	
		Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ
Đặc điểm nghiên cứu	Tấm bản lưới	2	16,67	0	0	11	91,67	3	100
	Thanh lưới kép	10	83,33	1	100	1	8,33	0	0
Kiểu vật giữ gián tiếp	Tựa phụ mặt nhai + tựa gót răng	10	83,33	1	100	11	91,67	3	100
	Tựa gót răng	0	0,00	0		0		0	0
	Tựa mặt nhai					1	8,33	0	0
	Móc răng ở khoảng mắt răng biến thế	2	8,33	0		0		0	0
Kiểu yên hàm khung	Dạng thanh đơn	10	83,33	1	100	8	66,67	1	33,33
	Dạng thanh đan	2	16,67	0	0	1	8,33	1	33,33
	Dạng lưới	0	0	0	0	3	25	1	33,33
Phương tiện lên răng	Càng nhai	12	100	1	100	12	100	2	66,67
	Càng cắn	0	0	0	0	0	0	1	33,33
Chiều dài cung răng giả	Lên đến 1/2 gần răng + đối diện	12	100	1	100	12	100	2	66,67
	Thường	0	0	0	0	0	0	1	33,33
Hợp kim đúc khung	Thường	10	83,33	1	100	11	91,67	2	66,67
	Ti tan	2	16,67	0	0	1	8,33	1	33,33

Theo bảng 4. không có sự khác biệt về vật giữ gián tiếp vì tất cả bệnh nhân đều phải tăng cường vật giữ gián tiếp là tựa mặt nhai RHL+RHN+ R cửa. Về nổi chính thì có sự khác nhau giữa bệnh nhân ghép xương mào chậu không có cuống mạch nuôi (thanh lưới kép chiếm 83,33 %) và ghép xương mác có cuống mạch nuôi (bản lưới chiếm 91,67%). Tốt nhất trong phục hình hàm khung cho các bệnh nhân cắt đoạn xương hàm dưới là dùng tấm bản lưới [7] nhưng ở đối tượng này do trực răng bị ngã về phía lưới quá nhiều nên không thiết kế được, thanh lưới kép là lựa chọn ưu tiên vì vẫn đảm bảo được sự lưu giữ, nâng đỡ và chống xoay tốt hơn thanh lưới.

Bảng 5. Sự lưu giữ của hàm khung:

Kết quả	Tốt		Trung bình		Kém		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Lắp hàm	28	100	0	0,00	0	0,00	28	100
1 tháng	28	100	0	0,00	0	0,00	28	100
6 tháng	27	96,43	1	3,57	0	0,00	28	100
1 năm	26	100,0	1	0,00	0	0,00	27	100
18 tháng	26	96,3	1	3,70	0	0,00	27	100
2 năm	24	96,00	1	4,00	0	0,00	25	100

Theo kết quả bảng 3.5 sự lưu giữ của hàm khung ở giai đoạn lắp hàm là 100 %, vì ở giai đoạn này nếu hàm không đảm bảo sự lưu giữ là do thiết kế hoặc đúc khung tại labo thì sẽ phải làm lại hàm. So sánh với nghiên cứu của Tống Minh Sơn [2] là, Nguyễn Thị Minh Tâm [3] là tương đương. Sau 2 năm kết quả lưu giữ của hàm vẫn duy trì ở mức tốt.

Bảng 6. Khớp cắn của hàm khung:

Kết quả	Tốt		Trung bình		Kém		Tổng số	
	N	%	n	%	N	%	N	%
Lắp hàm	25	89,29	3	10,71	0	0,00	28	100

1 tuần	25	89,29	3	10,71	0	0,00	28	100
1 tháng	25	89,29	3	10,71	0	0,00	28	100
6 tháng	23	82,14	5	17,86	0	0,00	28	100

Tuy có sự lên răng ở cả càng cắn và càng nhai nhưng kết quả khớp cắn ở các giai đoạn kiểm tra vẫn đạt mức tốt. tỷ lệ trên 80 %. Lý do có những trường hợp khớp cắn không tốt là gặp ở những bệnh nhân có sự lệch trục răng, biến đổi đường cong Spee, Wilson nhưng không có điều kiện chỉnh răng trước phục hình.

Bảng 7. Khả năng ăn nhai của bệnh nhân khi mang hàm khung:

Thời gian	Kết quả		Tốt		Trung bình		Kém		Tổng số (BN)
	n	%	n	%	N	%	N	%	
1 tháng	15	53,58	10	35,71	3	10,71	28	100	
6 tháng	15	53,58	10	35,71	3	10,71	28	100	
1 năm	15	53,58	10	35,71	3	10,71	28	100	
18 tháng	11	39,29	14	50,00	3	10,71	28	100	
2 năm	11	39,29	14	50,00	3	10,71	24	100	

Theo kết quả bảng 3.7 khả năng ăn nhai của bệnh ở mức tốt đạt trên 50 % ở thời điểm sau 1 năm, sau 2 năm chỉ còn 39,29 do có hiện tượng có cảm giác hàm bập bênh không khít sát. So sánh với các nghiên cứu khác thì có kết quả cao hơn, Điều này hợp lý vì các nghiên cứu khác thực hiện phục hình hàm khung trên bệnh nhân mất răng do nguyên nhân sâu răng và viêm quanh răng, tình trạng sống hàm tốt, không có sự hẹp khoảng phục hình. [9]. So sánh với các phục hình tựa trên implant thì chức năng ăn nhai không bằng nhưng giai đoạn phục hình không gây khó khăn cho bệnh nhân và sự ổn định lâu dài thì tốt hơn. [6], [8]

Bảng 8. Thẩm mỹ hàm khung

Thời gian	Kết quả		Tốt		Trung bình		Kém		Tổng số
	n	%	n	%	N	%	N	%	
Lắp hàm	23	82,14	4	14,29	1	3,57	28	100	

1 tháng	23	82,14	4	14,29	1	3,57	28
6 tháng	23	82,14	4	14,29	1	3,57	28
1 năm	23	82,14	3	10,71	2	2,57	26

Theo kết quả bảng 3.8 về thẩm mỹ hàm khung chỉ đạt tốt trên 80 % do bệnh nhân thường mất răng ở 1/2 cung hàm nên bắt buộc phải có chỉ định móc ở vùng răng cửa. [5]

Bảng 9: Chức năng nhai của bệnh nhân thông qua test MAI

Nhìn khối sáp nhai	Số lượng (N)	Tỷ lệ %
Tốt	7	25,00
Trung bình	15	53,57
Kém	6	21,43
Tổng	28	100

Vi tiêu chí đánh giá test MAI là tốt nếu phần trộn lẫn nhiều hơn phần nguyên mẫu nên phần tốt vẫn chiếm 25%, kém là khi vẫn còn nhiều phần sáp nguyên mẫu không trộn chiếm 21,43 %.

KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Phục hình hàm khung cho các bệnh nhân mất răng do cắt đoạn xương hàm dưới bước đầu khẳng định có kết quả tốt. Các bệnh nhân ghép xương vi phẫu tạo các điều kiện thuận lợi để làm phục hình: thời gian cắt đoạn và ghép xương là 1, bệnh nhân không phải có thời gian không có phục hình lâu dẫn đến sai lệch khớp cắn nhiều; sống hàm do vùng xương ghép cao hơn sàn miệng hoặc ngang bằng và có nhiều tổ chức lợi dính. Các bệnh nhân chỉ cắt một phần xương cũng cho kết quả ăn nhai, phát âm, thẩm mỹ tốt.

Từ nghiên cứu: kiến nghị: một là công tác chăm sóc khám sức khỏe định kỳ và tuyên truyền cần đẩy mạnh để phát hiện bệnh sớm; hai là: áp dụng rộng rãi kỹ thuật ghép xương vi phẫu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mai Đình Hưng (2006): "Hàm khung", *Bài giảng sau đại học Trường Đại học Y Hà Nội*, tr. 1-9; 30-33.
2. Tống Minh Sơn (2007), "Đánh giá hiệu quả điều trị mất răng loại Kennedy I và II bằng hàm khung", Luận án tiến sĩ Y học, *Trường Đại học Y Hà Nội*, tr.65-108.
3. Nguyễn Thị Minh Tâm (2001), Nhận xét phục hình mất nhóm răng sau bằng hàm khung, Luận văn thạc sỹ, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
4. Lê Ngọc Tuyến (2005), "Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và giải phẫu bệnh lý odontoma", *Luận văn thạc sỹ y học*, tr. 42-47
5. Alan B, Carr, Glen P. Mc Givneet, Mc Crackens, "Removable Partial Prosthodontics". tenth edition, *Mosby*, Chapter 10, pp: 173-198.
6. Jacob RF, King GE. (1980), "Partial denture framework design for bone- grafted mandibles restored with osseointegrated implants". *J Prosthet Dent*. Feb 43 (2): 212-7
7. John Beumer (2010) "Maxillofacial Rehabilitation: Prosthodontic and Surgical Management of Cancer-Related, Acquired, and Congenital Defects of the Head and Neck, Principles of RPD Design in Patients with Defects of the Maxilla and Mandible", Quintessence, Third Edition, pp. 89-101.
8. Neal Garrett, PhD, Eleni D. Roumanas, DDS, Keith E. Blackwell et all. (2006) "Efficacy of conventional and implant – supportedmandibularresectionprotheses: Studyoverview and treatmentoutcomes. "The Journal of ProstheticDentistry, 2006, july, Volume 96, number 1, p: 13-24.
9. Wagner B, Kern M (2000), " Clinical evaluation of removable partial dentures 10 years after insersion: success rate hygienic problems, and technical failures" *Clin Oral Invest* 4, pp. 74-80