

NHẬN XÉT HÌNH THÁI LÂM SÀNG BỆNH NHÂN LỆCH LẠC KHỚP CẢN LOẠI II XƯƠNG NEO CHẶN VỚI MICROIMPLANT ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN RHMTW HÀ NỘI

VÕ THỊ THÚY HỒNG

TÓM TẮT

Lệch lạc khớp cắn loại II có nhiều hình thái lâm sàng khác nhau và việc chọn lựa phương pháp điều trị phụ thuộc vào các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân. Nghiên cứu hình thái lâm sàng các bệnh nhân lệch lạc khớp cắn loại II được tiến hành trên 50 bệnh nhân được điều trị nắn chỉnh răng tại Bệnh Viện RHMTW HN từ năm 2007 đến nay. Các bệnh nhân được chẩn đoán lệch lạc khớp cắn loại II xương, điều trị nhổ răng kéo lùi khối răng cửa ra sau và neo chặn bằng hai phương pháp: neo chặn theo phương pháp truyền thống với TPA hoặc Nance và neo chặn với Microimplant. Các đặc điểm lâm sàng của các bệnh nhân được mô tả để giúp cho chẩn đoán và chọn lựa phương pháp điều trị được chính xác: độ cắn chìa, độ cắn phủ, mức độ lệch lạc khớp cắn được tính theo chỉ số PAR, các số đo đặc trưng trên phim Ceph được đo theo Steiner, Wits, Ricketts.

Từ khóa: khớp cắn loại I, lâm sàng, Microimplant.

SUMMARY

Treatment for class II malocclusion depends on characteristics of malocclusions. Characteristics of class II malocclusion in Vietnamese patients need to be described for diagnosis and treatment planning. 50 patients have been diagnosed skeletal class II malocclusion and have been treated in Orthodontic department of National Hospital of Odonto-

Stomatology since 2007. These patients have been extracted premolars and have been retracted en-mass incisors. One group uses anchorage with TPA and Nance and the others with microimplants. Characteristics of class II malocclusion in these patients as overjet, deepbite, curve spee, malocclusion by PAR, and cephalometric analysis by Steiner, Wits, Ricketts... are described.

Keywords: class II malocclusion, microimplants.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỉ lệ lệch lạc khớp cắn loại II chiếm tỉ lệ cao trong dân số bệnh nhân đến khám và điều trị, theo thống kê của khoa Nắn Chỉnh Răng Bệnh Viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội năm 2009 tỉ lệ này là >28%. Lệch lạc khớp cắn loại II có nhiều hình thái lâm sàng, việc chọn lựa khí cụ cũng như phương pháp điều trị phụ thuộc vào hình thái lâm sàng của từng bệnh nhân. Lệch lạc khớp cắn loại II xương là vấn đề khó trong điều trị đặc biệt ở các bệnh nhân đã qua giai đoạn phát triển để giải quyết sự mất cân xứng giữa xương hàm trên và xương hàm dưới. Sự ra đời của Microimplant đã giải quyết được nhiều vấn đề mà trước đây không giải quyết được như tạo được sự neo chặn tuyệt đối trong đóng khoảng nhổ răng, đánh lún khối răng cửa giải quyết được vấn đề khớp cắn sâu.

Để có chỉ định đúng trong việc chọn lựa phương pháp điều trị ví dụ như loại neo chặn và khí cụ dùng để neo chặn cần phải có các nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng của các bệnh nhân. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Nhận xét hình thái lâm sàng bệnh nhân vẩu hàm, lệch lạc khớp cắn loại II xương neo chặn với Microimplant điều trị tại Bệnh Viện RHMTW Hà Nội”.

ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng nghiên cứu.

Bệnh nhân được chẩn đoán vẩu hàm, lệch lạc khớp cắn loại II xương được điều trị tại Bệnh Viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội.

Tiêu chuẩn chọn lựa:

Bệnh nhân có khớp cắn loại I hoặc loại II theo Angle. Được chẩn đoán lệch lạc loại II xương: số đo góc ANB > 3.6° hoặc Wits > 2.1mm.

Có chỉ định nhổ răng kéo lùi khối răng cửa ra sau.

Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân không được chẩn đoán lệch lạc loại II xương.

Không có chỉ định nhổ răng kéo lùi khối răng cửa ra sau.

Bệnh nhân dị tật bẩm sinh hàm mặt, lệch lạc biến dạng xương hàm.

Bệnh nhân không hợp tác tham gia nghiên cứu.

Bệnh nhân có rối loạn về tâm thần.

2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả lâm sàng.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số bệnh nhân trong nghiên cứu là 55 bệnh nhân được chẩn đoán lệch lạc khớp cắn loại II xương dựa theo chỉ số ANB hoặc Wits trên phim Cephalometrics.

Tuổi trung bình nghiên cứu là 19.5, tuổi thấp nhất là 10 tuổi và cao nhất là 36.

1. Chọn lựa bệnh nhân cho nghiên cứu.

Bảng 1. Phân loại lệch lạc khớp cắn theo góc ANB:

ANB	Số BN	Tỉ lệ%
0.1°-3.6° CL I xương	1	1.8%
>3.6° CL II xương	54	91.2%
Tổng số	55	100%

Bảng 2: Phân loại lệch lạc khớp cắn theo Wits:

WITS: AO-BO	Số BN	Tỉ lệ%
<-4 mm CLIII xương	1	1.8%
-4mm đến 2.1mm CL I xương	9	16.4%
>2.1mm CL II xương	45	81.8%
Tổng số	55	100%

2. Các đặc điểm khớp cắn trên mẫu phân loại theo Angle và tính điểm theo chỉ số PAR.

Phân loại khớp cắn	Phân loại theo Angle bên T		Tổng
	CL1	CL2	
			19
Phân loại theo Angle bên P	CL1	8	33
	CL2	26	3
	CL3	2	3
Tổng số	19	36	55

Bảng 3: Phân loại lệch lạc khớp cắn theo Angle.

Mô tả đặc điểm KC theo chỉ số PAR					
	N	Thấp nhất	Cao nhất	TB	Độ lệch chuẩn
PAR index	55	12.00	52.00	28.8727	10.28853
Mức độ đều vùng R cửa trên	55	.00	12.00	5.3636	2.66224
Mức độ đều vùng R cửa dưới	55	.00	16.00	4.5818	3.13103
Overiet	55	.00	4.00	2.3818	1.19398
Overbite	55	.00	3.00	.8727	.66818
Middle	55	.00	1.00	.2182	.41682
Vùng R sau P	55	.00	4.00	1.0000	.79349
Vùng R sau T	55	.00	6.00	1.0545	1.02593

Bảng 4: Mô tả các đặc điểm khớp cắn theo chỉ số PAR:

Overbite	Số lượng BN	%
0 điểm (<1/3 thân R)	15	27.3
1 điểm (>1/3 thân R và <2/3 thân R)	33	33
2 điểm (>2/3 thân R)	6	6
3 điểm (> hoặc phủ toàn bộ thân R)	1	1
Tổng số	55	100

Bảng 5. Mô tả đặc điểm độ cắn phủ và độ cắn chia:

Overiet	Số lượng BN	%
0 điểm (0-3mm)	3	5.5
1 điểm (3.1-5mm)	10	18.2
2 điểm (5.1-7mm)	18	32.7
3 điểm (7.1-9mm)	11	20
4 điểm (>9mm)	13	23.6
Tổng số	55	100

3. Nhận xét các đặc điểm phân tích trên phim Ceph.

Bảng 6: Mô tả góc SNA, SNB, ANB theo Steiner

Góc SNA	Số bệnh nhân	%
<80°	13	23.6
80-84° (bình thường)	19	34.5
>84°	23	41.8
Tổng số	55	100

Góc SNB	Số bệnh nhân	%
<77°	31	56.4
77-83° (bình thường)	22	40
>83°	2	3.6
Tổng số	55	100

Góc ANB	Số bệnh nhân	%
<0° (Class III xương)	13	23.6
0-3.6° (Class I xương)	19	34.5
>3.6°-7° (Class II xương)	23	41.8
>7° (Class II xương)	16	29.1
Tổng số	55	100

Bảng 7: Chiều dài xương hàm trên và xương hàm dưới theo McNamara

		Chiều dài xương HD			Tổng số
		<BT	BT	>BT	
Chiều dài xương HT	<BT	14	0	0	14
	BT	17	24	0	41
	>BT	0	0	0	0
Tổng số		31	24	0	55

Sự khác biệt giữa XHT và XHD	Số bệnh nhân	%
<20mm	6	10.9
20-35mm	49	89.1
>35mm	0	0
Tổng số	55	100

Bảng 8. Mô tả các đặc điểm góc xương hàm dưới và các chỉ số về răng trên phim Cephalometrics.

	GoGn 32°	MdFH 26±4	MdPP 28±3
<Giá trị bình thường	10	2	11
Giá trị bình thường		23	25
>Giá trị bình thường	45	30	19
Tổng số bệnh nhân	55	55	55

	U1SN 103°±1°	U1AP ₀ 3±2mm	L1Apo 1±2mm	L1Md 95°	U1L1 125°-130°
<Giá trị bình thường	3 (55%)	0	1 (1.8%)	4 (7.3%)	52 (94.5%)
Giá trị bình thường	1 (1.8%)	0	14 (25.5%)	6 (10.9%)	2 (3.6%)
>Giá trị bình thường	51 (92.7%)	55 (100%)	40 (72.7%)	45 (81.8%)	1 (1.8%)
Tổng cộng	55 (100%)	55 (100%)	55 (100%)	55 (100%)	55 (100%)

BÀN LUẬN

Bảng 1 và bảng 2 cho thấy trong 55 BN, 1 trường hợp có góc ANB <3.6° (xương loại I) nhưng có WITS là xương loại II (5.7mm) và 1 trường hợp có WITS là xương loại III (-4.2mm) nhưng có góc ANB là 5.2°, (xương loại II), có 9BN có WITS là xương loại I nhưng góc ANB lớn từ 4.0° đến 8.2° và để khắc phục nhược điểm của góc ANB và chỉ số Wits, chúng tôi đo thêm khoảng cách AF và BF (từ điểm A và B hạ đường vuông góc với mặt phẳng Frankfort) các trường hợp này BN đều có AF-BF >2mm, trên lâm sàng các bệnh nhân có tuýp mặt nhỏ, góc mũi môi nhọn vì vậy chúng tôi vẫn chọn và đưa vào nhóm nghiên cứu và xếp vào loại sai khớp cắn loại II xương.

Bảng 3 cho thấy trong 55 bệnh nhân được chẩn đoán lệch lạc khớp cắn loại II xương, 100% bệnh nhân có khớp cắn loại II răng nanh, có 11 trường hợp có khớp cắn loại I răng hàm theo Angle, 15 trường hợp khớp cắn loại II răng hàm ở một bên và bên kia là khớp cắn loại I răng hàm theo Angle, 3 trường hợp một bên là khớp cắn loại III răng hàm và bên kia là khớp cắn loại I hoặc loại II răng hàm phân loại theo Angle. Chỉ có 26 trường hợp là lệch lạc khớp cắn loại II răng hàm ở cả hai bên phân loại theo Angle. Điều này cho thấy nếu chỉ dựa vào răng hàm để phân loại lệch lạc khớp cắn loại II thì không đủ cơ sở cho việc chẩn đoán và lập kế hoạch điều trị, cần phải dựa vào phân tích phim Cephalometrics.

Bảng 4 và 5 cho thấy khớp cắn trước điều trị của 55 bệnh nhân có điểm PAR trung bình là 28,87 điều này cho thấy mức độ lệch lạc của khớp cắn trước điều trị là lớn (khớp cắn lý tưởng có PAR từ 0-5 điểm, khớp cắn có điểm PAR từ 5-10 điểm thì có thể chấp nhận được về độ dàn đều). Phần lớn các bệnh nhân đều có độ cắn chòm (Overjet) lớn, trung bình là 2.38 điểm theo PAR, xấp xỉ khoảng 6mm. Độ cắn phủ (overbite) >1/3 thân răng chiếm tỉ lệ lớn 83.7%.

Bảng 6, 7, 8 cho thấy trên phim Ceph hầu hết các trường hợp có góc ANB lớn, các răng cửa hàm trên ngả ra trước nhiều, khoảng cách điểm A nhô ra trước nhiều so với đường Nperpendicular, góc liên răng cửa nhọn, điểm B lùi so với chuẩn. Vì vậy các bệnh nhân này bắt buộc phải chỉ định nhổ răng để kéo lùi khối răng cửa ra sau và cần phải có neo chặn tuyệt đối. 54.5 % (33 bệnh nhân) trong số 55 bệnh nhân nghiên cứu có góc mặt phẳng xương hàm dưới mở điều này cho thấy tiên lượng điều trị của các bệnh nhân này là khó, cần cẩn thận trong quá trình điều trị để tránh cho xương hàm dưới xoay xuống dưới và ra sau.

KẾT LUẬN

Lệch lạc khớp cắn loại II xương ở các bệnh nhân điều trị tại BV RHMTW HN có đặc điểm: tuýp mặt lõm, nhô môi trên, 100% răng nanh loại II theo phân loại Angle, phân tích phim cho thấy phần lớn các trường hợp mất cân xứng xương là do xương hàm dưới lùi, trong khi xương hàm trên ở vị trí bình thường, hướng phát triển mặt theo hướng mở (góc xương hàm dưới lớn), trục của răng hàm trên ngả môi nhiều, trục răng cửa hàm dưới bình thường hoặc ngả môi, góc liên răng cửa nhọn. Để chẩn đoán đúng và lập được kế hoạch điều trị thích hợp cho từng bệnh nhân, chúng ta phải dựa vào khám lâm sàng và bắt buộc phải dựa vào các phân tích trên phim Cephalometrics. Dựa vào các phân tích trên phim Ceph và phối hợp các phương pháp phân tích để tìm được nguyên nhân sự mất cân xứng, tiên lượng được quá trình điều trị cũng như chọn được kỹ thuật và phương pháp điều trị thích hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Trần Văn Trường (2002), "Nghiên cứu rối loạn khớp cắn", Phẫu thuật chỉnh hình biến dạng xương hàm mặt, nhà xuất bản Y Học, Hà Nội, tr 10-15.
2. Trần Văn Trường (2002), "XQuang trong xác định khớp cắn", Phẫu thuật chỉnh hình biến dạng xương hàm mặt, nhà xuất bản Y Học, Hà Nội, tr 15-24.
3. Mai Thu Thảo (2004), "Chỉnh hình can thiệp sai khớp cắn hạng II Angle", Chỉnh hình Răng Mặt, nhà xuất bản Y Học, tr 176-196.
4. Proffit W.R., Fields W.H., Ackerman J.L., Sinclair P.M., Thomas P.M., Camilla Tulock J.F. (2000), Contemporary orthodontics, Mosby, pp. 2-5, 80-84, 241-269, 272-276, 317-318, 367-370, 478-508.
5. Lai EH, Yao CC, Chang JZ, Chen I, Chen YJ (2008) "Three-dimensional dental model analysis of treatment outcomes for protrusive maxillary dentition: comparison of headgear, miniscrew, and miniplate skeletal anchorage", Vol 134(5), pp. 636-45.
6. Foley TF, Stirling DL, Hall-Scott J (1997) "The reliability of three sagittal reference planes in the assessment of Class II treatment". Am J Orthod Dentofacial Orthop. Sep;112(3):320-6; discussion 327-9