

NHẬN XÉT NGUYÊN NHÂN VÀ ĐẶC ĐIỂM CỦA KHỚP CẢN NGƯỢC VÙNG CỬA DO RĂNG

QUÁCH THỊ THUÝ LAN, MAI ĐÌNH HƯNG

ĐẶT VẤN ĐỀ

Lệch lạc răng hàm không chỉ ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ mà còn dễ tạo điều kiện cho các bệnh răng miệng khác phát triển.

Tỷ lệ lệch lạc răng hàm của người Việt Nam khá cao. Theo điều tra của Nguyễn Văn Cát và cộng tác viên tại viện Răng hàm mặt Hà Nội 1984 – 1985, 90% học sinh ở một số trường trung học cơ sở Hà Nội có lệch lạc răng ít hay nhiều. Khớp cắn ngược của một răng hoặc nhiều răng cửa chúng tỏ sự bất cân xứng ở vùng phía trước. Việc hiểu rõ đặc điểm lâm sàng và nguyên nhân gây lệch lạc khớp cắn sẽ giúp cho các bác sỹ chỉnh nha đưa ra kế hoạch điều trị đúng và lựa chọn đúng thời điểm điều trị. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Nhận xét nguyên nhân và đặc điểm lâm sàng, trên phim Cefalometrie của khớp cắn ngược vùng cửa do răng.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả các bệnh nhân có khớp cắn ngược vùng cửa đến khám tại khoa chỉnh hình răng miệng tại viện răng hàm mặt Hà Nội từ tháng 10/2002 đến tháng 10/2003, lựa chọn 30 bệnh nhân khám và điều trị tại khoa.

- Chỉ định: tuổi 8-20, trẻ có khớp cắn ngược vùng răng cửa có tương quan xương là loại I.

- Chống chỉ định:

- + Bệnh nhân có rối loạn tâm thần.
- + Bệnh nhân không hợp tác.
- + Bệnh nhân có dị tật bẩm sinh
- Thời gian nghiên cứu: một năm.

2. Phương pháp nghiên cứu:

Là phương pháp nghiên cứu mô tả.

Khám, chẩn đoán:

Khám: sử dụng các dụng cụ khám nha khoa: gương, gập, thăm chàm...

• Mặt:

- Xác định kiểu mặt nghiêng bình thường hay lõm.
- Tầng mặt dưới.
- Tương quan môi trên và môi dưới ở tư thế nghỉ.
- Góc xương hàm dưới.

• Trong miệng:

- Tình trạng răng:
 - + Răng xoay, răng ngầm, thừa.
 - + Các răng đang mọc.
 - + Mòn mặt răng.
- Tình trạng mô nha chu: lợi viêm, túi lợi tiêu xương mặt ngoài.

- Tương quan răng cửa trên và răng cửa dưới.

- Khớp cắn: tương quan răng 6.

• Chẩn đoán sơ bộ lâm sàng bệnh nhân.

Chọn thia lấy khuôn, lấy dấu răng bằng Alginate.

Đổ mẫu thạch cao: một mẫu lưu và một mẫu để làm hàm.

Phân tích mẫu:

- Tương quan răng 6 hàm trên và hàm dưới.
- Hình dáng cung răng hàm trên và hàm dưới.
- Độ cân xứng của cung răng.
- Tương quan răng cửa trên và răng cửa dưới.
- Xác định tương quan kích thước giữa răng và cung hàm
- Tình trạng các răng trên cung hàm: răng thiếu chỗ, răng nghiêng, răng xoay, răng thừa, răng lạc chỗ.
- Mòn mặt ngoài răng cửa trên.

Chụp phim:

- Panorama: Đánh giá:
 - Tình trạng mô nha chu.
 - Răng thừa ngầm.
 - Tình trạng răng, mầm răng.
- Cefalometrie: phân tích phim nhằm xác định các góc:

- SNA, SNB, MM

- I - Pal, I - MP

- N - S - Gn

- Go

Chụp 2 kiểu ảnh bệnh nhân thẳng, nghiêng.

3. Xử lý số liệu bằng phương pháp thống kê

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Các nguyên nhân gây khớp cắn ngược vùng cửa.

	Do xương	Do răng	Tổng
--	----------	---------	------

Số lượng	17	52	69
Tỷ lệ	24,6 %	75,4 %	100 %

Đa số là khớp cắn ngược do lệch lạc răng chiếm 75,4%. Chủ yếu là do những rối loạn trong quá trình mọc răng vĩnh viễn (giai đoạn chuyển từ hàm răng sữa sang hàm răng hỗn hợp).

Khớp cắn ngược do xương hàm chiếm 24,6%. Trong đó chủ yếu là do xương hàm trên lép và lùi, mà chúng tôi thường gặp nguyên nhân chủ yếu là di chứng của khe hở môi và vòm miệng. Số trường hợp vẩu xương hàm dưới thực sự chúng tôi chỉ gặp 5 trường hợp biểu hiện trên khám lâm sàng: góc hàm mở, cạnh ngang xương hàm dưới dốc xuống dưới ra sau, khuôn mặt dài, tầng mặt dưới dài và được chẩn đoán xác định trên film Cefalo. Những trường hợp này thường lệch lạc nặng, phải có sự phối hợp giữa khoa nắn hàm và khoa phẫu thuật hàm mặt.

2. Các trường hợp cắn ngược khác nhau được điều trị tại khoa nắn hàm:

Cắn ngược	Số trường hợp	Tỷ lệ
1 răng	7	23,3%
2 răng	16	53,3%
3 răng	1	3,3%
4 răng	5	16,7%
6 răng	1	3,3%
Tổng	30	100%

Thường hay gặp nhất là ngược 2 răng cửa.

Các trường hợp cắn ngược kèm theo các lệch lạc khác chúng tôi không tính vào bảng này. Chủ yếu ngược 2 răng cửa giữa hoặc 2 răng cửa bên.

3. Xếp loại Angle các trường hợp khớp cắn ngược được điều trị:

Phân loại Angle	Số trường hợp	Tỷ lệ
Angle I	22	73,3 %
Angle III	8	26,7 %
Tổng	30	100 %

Những trường hợp khớp cắn loại III do trượt hàm dưới ở cắn khít trung tâm, ở tương quan tâm, các răng cửa ở tư thế đầu chạm đầu; Angle I là chủ yếu. Trong nhóm nghiên cứu có 6 trường hợp sâu rìa gần răng 4, 5 hàm trên, làm giảm khoảng leeway, răng 6 di gần tạo nên khớp cắn loại I, hoặc răng 6 xoay nhẹ.

4. Đặc điểm khớp cắn ngược theo tuổi và giới ở 30 trường hợp điều trị tại khoa:

Tuổi	< 8	8 → 12	13 → 15	> 15	Tổng
Nam	2	10	0	0	12
Nữ	2	14	1	1	18

Đa số ở lứa tuổi 8 → 12 tuổi.

Như kết quả ở bảng 1, lứa tuổi đến chỉnh răng chủ yếu ≤ 12 tuổi, do vậy tuổi của 30 trường hợp khớp cắn ngược cũng thuộc vào khoảng tuổi này là đa số.

Tuổi bệnh nhân có ý nghĩa quan trọng trong điều trị chỉnh hình nói chung và trong điều trị khớp cắn ngược vùng cửa do lệch lạc răng nói riêng. Theo M. Langlade, sự tăng trưởng của con người chấm dứt ở nữ lúc 14 tuổi rưỡi, ở nam 18 tuổi rưỡi. Trong khớp cắn ngược, thường là xương hàm dưới phát triển chậm hơn sau 1 năm rưỡi so với bình thường, nghĩa là sự tăng trưởng có thể chấm dứt lúc 16 tuổi ở nữ và 20 tuổi ở nam. Trong

nghiên cứu này, chúng tôi thấy bệnh nhân nữ chiếm gấp đôi số bệnh nhân nam. Tất cả các bệnh nhân đều trên 7 tuổi, thời kỳ răng hỗn hợp và răng vĩnh viễn. Do đó chúng tôi không có điều kiện thực hiện điều trị chỉnh hình sớm; ở thời kỳ răng sữa, từ 3 → 6 tuổi. Đa số bệnh nhân từ 7 → 13 tuổi, khi đó bệnh nhân đã bắt đầu có ý thức về thẩm mỹ của mình nên sẽ hợp tác. Tuy nhiên những số liệu này chỉ có giá trị tương đối vì khoa nắn hàm Viện RHM Hà Nội chỉ nhận điều trị các bệnh nhân trẻ. Những bệnh nhân có tuổi từ 17 → 23 tuổi thường có khớp cắn ngược 1 hay 2 răng cửa kèm theo các loại lệch lạc khác mà chúng tôi không tính trong bài nghiên cứu này. Có thể giả thiết sự tăng trưởng ngừng muện ở các bệnh nhân khớp cắn ngược giải thích những sửa đổi còn đạt được lúc 17 tuổi.

5. Nguyên nhân gây khớp cắn ngược do lệch lạc răng ở 30 trường hợp được điều trị:

Nguyên nhân	Số lượng	Tỷ lệ
Răng thừa ở tiền đình	2	6,7 %
Sang chấn răng sữa, răng sữa sâu	9	30 %
Thói quen xấu	4	13,3 %
Răng cửa trên mọc cách sau cửa dưới một thời gian dài	8	26,7 %
Thiếu chiều dài cung răng	7	23,3 %
Tổng	30	100 %

Thói quen xấu chủ yếu là mút môi trên và làm điệu đưa hàm dưới ra trước khi nói, tạo điều kiện cho sự trượt nha. Cần giáo dục loại bỏ thói quen trong chương trình nha học đường.

Sang chấn răng sữa, và răng sữa sâu là nguyên nhân gây ra khớp cắn ngược do làm thay đổi sự phát triển của răng vĩnh viễn trong quá trình mọc. Nếu răng sữa chậm tiêu chân do sang chấn hoặc sâu sẽ gây ảnh hưởng đến quá trình mọc của răng vĩnh viễn.

Chiều dài cung răng do bất cân xứng giữa răng và hàm là nguyên nhân làm răng cửa mọc về phía lưỡi, thường gặp ở răng cửa bên hàm trên. Trong 30 trường hợp, chủ yếu khớp cắn ngược 2 răng cửa giữa, 2 răng cửa bên. Hai răng cửa bên mọc nghiêng nhiều về phía vòm miệng chủ yếu do răng cửa giữa to.

6. Tương quan môi ở các bệnh nhân khớp cắn ngược.

Do mũi của người Việt Nam thấp nên không thể đánh giá chính xác phần mềm qua đường thẩm mỹ Steiner: là một đường đi qua trung điểm của đường cong từ đỉnh mũi đến nền mũi và điểm Pog da, mặc dù đường này được rất nhiều nhà chỉnh nha sử dụng. Bởi nếu dùng đường thẩm mỹ này thì hầu hết người Việt Nam đều vẩu cả 2 hàm nên chúng tôi sử dụng 3 mặt phẳng:

- Mặt phẳng Frankfor là mặt phẳng đi qua điểm dưới ổ mắt và điểm cao nhất của ống tai ngoài.
- Mặt phẳng Pn là mặt phẳng đi qua Na da và vòng góc với mặt phẳng Frankfor và mặt phẳng dọc giữa gọi là mặt phẳng Prayfus.
- Mặt phẳng Po là mặt phẳng đi qua điểm dưới ổ mắt vòng góc với mặt phẳng Frankfor gọi là mặt phẳng Simon.

Bình thường môi trên chạm vào mặt phẳng Pn riêng phần môi đỏ bị cắt tối đa, môi trên ở mặt phẳng tran

giao mày còn môi dưới lùi sau môi trên, nằm 1/3 khoảng cách từ Pn đến Po.

Trong 30 bệnh nhân thấy rằng:

Tương quan 2 môi ở vị trí bình thường chiếm 22 trường hợp, tương ứng với những trường hợp ngược 1 răng hoặc 2 răng cửa.

Tương quan môi đảo ngược: 8 trường hợp.

+ Môi trên ở vị trí lùi sau, môi dưới ở vị trí bình thường: 6

+ Môi trên bình thường, môi dưới ở vị trí ra trước: 2

7. Hậu quả của khớp cắn ngược.

- Mòn mặt ngoài răng cửa trên: 4 / 30 trường hợp.

- Tụt lợi mặt ngoài răng cửa dưới: 6/30 trường hợp.

+ Chủ yếu ở R41,31 do răng cửa dưới mọc sớm hơn răng cửa trên một thời gian dài. ở những trường hợp khớp cắn ngược nặng nề, mức độ tụt lợi mặt ngoài răng cửa dưới, tiêu xương ở răng mặt ngoài của răng cửa dưới nhiều hơn. ở những trường hợp này do răng cửa dưới chịu một lực sang chấn khớp cắn lớn. Trong 30 trường hợp chúng tôi chưa thấy một trường hợp nào có răng cửa dưới lung lay do chấn thương cắn khít gây nên.

+ Mòn mặt ngoài 4 răng cửa trên, chúng tôi thường thấy mòn ở 1/3 rìa cắn. Mòn mặt ngoài răng cửa trên càng nhiều ở những trường hợp có overjet ít (độ cắn chia âm ít). Trong những trường hợp độ cắn chia âm nhiều (trường hợp vẩu xương hàm dưới, răng hàm dưới ngả trước nhiều, răng cửa trên lùi sau nhiều) ít thấy có sự mòn mặt ngoài răng cửa trên.

KẾT LUẬN

Qua 30 bệnh nhân khớp cắn ngược chúng tôi trực tiếp theo dõi điều trị bằng hàm tháo lắp và nghiên cứu hồi cứu hồ sơ bệnh án của tất cả các bệnh nhân đến khám và điều trị tại khoa nắn hàm Viện RHM Hà Nội tháng 10/2002 → 10/2003, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Về nguyên nhân gây khớp cắn ngược:

- Chủ yếu do lệch lạc răng mà các nguyên nhân hay gặp là do:

+ Răng sữa bị sang chấn, bị sâu gây rối loạn trong quá trình thay răng chuyển từ răng sữa → răng vĩnh viễn.

+ Răng cửa trên mọc sau răng cửa dưới một thời gian dài.

+ Thiếu chiều dài cung răng chủ yếu do sự bất cân xứng giữa răng và hàm.

- Các nguyên nhân do xương ít gặp, chủ yếu do lép hàm trên mà nguyên nhân hay gặp là di chứng của khe hở môi và hàm ếch.

• Về đặc điểm: Các bệnh nhân chúng tôi theo dõi điều trị đều có tương quan về xương loại I (dựa vào các chỉ số trên film Cefalometrie)

Khớp cắn ngược do răng: thường tương quan môi ít bị ảnh hưởng.

Trục răng cửa trên thường nghiêng về phía lưỡi, răng cửa dưới nghiêng về phía tiền đình

Thường gây mòn răng cửa trên và sang chấn vùng răng cửa dưới, mức độ trầm trọng tăng theo tuổi và mức độ lệch lạc khớp cắn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trương Văn Ngọc (1996), Bài giảng chỉnh hình răng mặt. Khoa răng hàm mặt Đại học Y dược Tp. HCM.

2. Lê Thị Nhân (1977), Thuật ngữ và một số cơ sở chẩn đoán lệch lạc răng hàm. RHM tập 1, 443 - 444.

3. Trần Hồng Nhung (1977), Vấn đề chẩn đoán và điều trị trong chỉnh hình răng và hàm. RHM tập 1, 502 - 514.

4. Mai Đình Hưng (7/1997), Bài giảng khớp cắn học. Bộ môn RHM trường Đại học Y Hà Nội.

5. Mc Namara J.A., Brudon W.L. (1993), Treatment of Classe III Malocclusion. Orthodontic and Orthopedic treatment in the mixed Dentition. Second edition, Needhan Press, 117 - 130.

6. Proffit W.R., Fields H.W. and al (1993), Mechanical Principle in orthodontic force control. Contemporary orthodontics 2nd edition, Mosby, 289 - 314.