

NHẬN XÉT TÌNH TRẠNG MẤT RĂNG HÀM SỮA SỚM VÀ ẢNH HƯỞNG TRÊN CUNG RĂNG LƯA TUỔI TỪ 7-10 TẠI TRƯỜNG TIỂU HỌC TÂN MAI - HOÀNG MAI - HÀ NỘI

TRẦN THỊ AN HUY, PHẠM THANH HẢI

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét tình trạng và nguyên nhân mất răng hàm sữa sớm của học sinh 7-10 tuổi Trường tiểu học Tân Mai –Hoàng Mai –Hà Nội. Mô tả ảnh hưởng của mất răng hàm sữa sớm trên cung răng, từ đó dự kiến cho răng hàm nhỏ mọc sau này.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang không can thiệp. Khám 711 học sinh 7-10 tuổi chọn ra các em có mất răng hàm sữa sớm (MRHSS). Những trường hợp mất răng hàm sữa sớm được lấy mẫu răng, đánh giá trên mẫu sự thu hẹp khoảng và tương quan răng hàm lớn thứ nhất, sự xoay, lệch của răng hàm nhỏ. Trường hợp có thu hẹp khoảng được chụp phim panorama tiên lượng cho răng mọc.

Kết quả: Tỷ lệ mất răng hàm sữa sớm: 20,96%. Nguyên nhân mất răng hàm sữa sớm chủ yếu là do sâu răng chiếm 95,97%. Khoảng cách hai răng hàm sữa ở bên cung răng có mất răng hàm sữa sớm ($12,93 \pm 2,34$ mm ở hàm trên; $13,90 \pm 2,44$ mm ở hàm dưới) thu hẹp hơn bên không có mất răng hàm sữa sớm ($15,08 \pm 1,55$ mm ở hàm trên; $16,45 \pm 1,96$ mm ở hàm dưới). Tỷ lệ mọc lệch, kẹt, của răng hàm nhỏ vĩnh viễn ở nhóm mất răng hàm sữa sớm 22,15% trong đó răng 5 lệch kẹt nhiều hơn răng 4. Tỷ lệ thiếu chỗ cho răng hàm nhỏ vĩnh viễn mọc sau này là 63,24%.

Kết luận: Mất răng hàm sữa sớm làm thu hẹp khoảng, sai khớp cắn, làm thiếu chỗ hoặc lệch lạc cho răng vĩnh viễn mọc sau này.

Từ khóa: Mất răng hàm sữa sớm, mất khoảng.

STATUS OF PREMATURE DECIDUOUS MOLAR LOSS AND ITS EFFECT ON THE DENTAL ARCH AND ORTHOTHER TEETHS OF CHILDRENS 7-10 YEARS AT TÂN MAI PRIMARY SCHOOL-HOÀNG MAI-HÀ NỘI

SUMMARY

Objective: The aim of present study was to evaluate the prevalence and causes of premature loss of deciduous molar of premature loss of primary molar of childrens 7-10 years at Tân Mai primary school -Hoàng Mai-Hà Nội. Describe the effect of premature loss of primary molar on the dental archs, from that estimated the eruption of premolar.

Methods: Cross-sectional descriptive study. These childrens with premature loss of deciduous molar were

selected from 711 children school from 7 to 10 years of age. Study casts were examined and taked alginate impression. Evaluated the space loss, relationship first molars, rotation, crowding and unerupted of other teeth. In case with space loss, taking panoramic radiographs to prognosis for premolar eruption.

Results: The prevalence of premature loss of primary molar: 20.96%. Mainly causes premature loss of primary molars was decay (95.97%). Changing of pace in premature loss side measured by two primary molars space (12.93 ± 2.34 mm on maxillary; 13.90 ± 2.44 mm on mandibular) was significant less than the side without loss teeth (15.08 ± 1.55 mm on mandibular). 22.15% premolar erupted crowding, unerupted (second premolar was more than first premolar). 63.24%: lack of space for premolars eruption.

Conclusion: Premature loss of deciduous molar cause space deficiency, malocclusion, crowding teeth.

Keywords: Premature loss of deciduous molar, space loss.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng sữa được coi là răng “tạm” vì chúng tồn tại trong miệng một thời gian ngắn. Tuy nhiên, răng sữa có vai trò quan trọng trong tiêu hóa, phát âm, thẩm mỹ, đặc biệt còn có vai trò trong sự phát triển toàn bộ hệ thống nhai sau này. Mất răng hàm sữa sớm ảnh hưởng đến sự phát triển thể chất, ăn nhai mà còn là một trong những nguyên nhân gây ra lệch lạc răng vĩnh viễn, sai khớp cắn, lệch đường giữa ...

Tình hình mất răng hàm sữa sớm ở nước ta còn khá phổ biến. Kiến thức nha khoa về giữ gìn răng sữa của bố mẹ trẻ còn thiếu thường để răng sữa sâu không còn khả năng điều trị nên phải nhổ sớm. Để tìm hiểu thực trạng tình hình mất răng sữa sớm và hậu quả của nó chúng tôi nghiên cứu đề tài này với 2 mục tiêu:

1. Nhận xét tình trạng và nguyên nhân mất răng hàm sữa sớm của học sinh 7-10 tuổi Trường tiểu học Tân Mai –Hoàng Mai –Hà Nội.

2. Mô tả ảnh hưởng của mất răng hàm sữa sớm trên cung răng, từ đó dự kiến răng hàm nhỏ mọc sau này.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

711 học sinh tuổi 7-10 Trường tiểu học Tân Mai-

Hoàng Mai –Hà Nội đã mọc đủ răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất, đã loại trừ những học sinh có dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt, đang chỉnh nha hoặc không hợp tác.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 3/2008 -11/2008. Tại Trường Đại học Răng Hàm Mặt –Hà Nội và Trường tiểu học Tân Mai - Hoàng Mai – Hà Nội

3. Phương pháp nghiên cứu:

-Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, có can thiệp.

$$pq$$

-Cơ mẫu: $n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{d^2}{d^2 \times DE}$
 (Trong đó n: cỡ mẫu, $Z^2_{(1-\alpha/2)}$: hệ số tin cậy =1,96, p: ước lượng phần trăm học sinh mất răng hàm sữa sớm theo nghiên cứu trước: 30%, q: tỷ lệ học sinh không MRHSS; 70%, d: độ chính xác mong muốn, DE: hệ số thiết kế nghiên cứu = 2,2, tính được n=711 học sinh).

4. Phương pháp thu thập số liệu

-Phòng vấn trực tiếp học sinh và phiếu thu thập thông tin cho gia đình về tình hình mất răng hàm sữa sớm của trẻ (thời điểm và nguyên nhân). Loại trừ trường hợp không cung cấp đủ thông tin.

- Khám lâm sàng:

+ Xác định răng hàm sữa mất sớm: Là răng hàm sữa mất cả thân và chân trước thời gian thay răng bình thường.

+ Xác định tên răng hàm sữa mất sớm, vị trí cung răng có MRHSS.

+ Xác định tương quan răng hàm lớn thứ nhất theo Angle I,II,III.

- Lấy dấu hai hàm bằng Alginat có cần sáp sau đó đổ mẫu thạch cao. Phân tích trên mẫu: Đo khoảng hai răng hàm sữa (từ mặt gần răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất đến mặt xa răng nanh) bằng thước trượt điện tử cả cung hàm có và không MRHSS. Xác định tương quan răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất. Đánh giá tình trạng răng hàm nhỏ vĩnh viễn mọc.

- Chụp X- quang panorama trường hợp MRHSS có thu hợp khoảng.

5. Phân tích số liệu:

Được xử lý bằng phần mềm SPSS 11.5 và Epi – Info 6.04

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

* Giới: Trong tổng số 711 học sinh được khám, tỷ lệ học sinh nam và nữ là tương đương nhau (50,21% và 49,79%). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

* Tuổi: 7 tuổi: 152 học sinh (23,91%), 8 tuổi: 190 học sinh (26,72%), 9 tuổi: 199 học sinh (27,99%), 10 tuổi là 170 học sinh (23,91%). Tỷ lệ học sinh ở các lứa tuổi là gần tương đương.

2. Tình trạng và nguyên nhân mất răng hàm sữa sớm

Bảng 1. Tỷ lệ mất răng hàm sữa sớm

Mất răng hàm sữa sớm	Số lượng	Tỷ lệ
Có MRHSS	149	20,96
Không MRHSS	562	79,04
Tổng số	711	100

Nhận xét: Số học sinh mất răng hàm sữa sớm chiếm tỷ lệ 20,96%. So với kết quả nghiên cứu của Alamoudi

năm 1999 [6] kết quả nghiên cứu của chúng tôi là cao hơn. Tỷ lệ MRHSS phụ thuộc vào tuổi, địa bàn dân cư, chủng tộc, tình trạng vệ sinh răng miệng.

Bảng 2. Phân bố tỷ lệ mất răng hàm sữa sớm theo giới.

Giới	Số lượng	Tỷ lệ
Nam	67	44,97
Nữ	82	55,03
Tổng số	149	100,0

Trong tổng số 149 học sinh MRHSS, nữ chiếm tỷ lệ 44,97% nam là 55,03%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3. Tỷ lệ mất răng hàm sữa sớm theo tuổi

Tuổi	Không MRHSS		Có MRHSS		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
7	133	18,71	19	2,67	152	21,38
8	154	21,66	36	5,06	190	26,72
9	142	19,96	57	8,03	199	27,99
10	133	18,71	37	5,20	170	23,91
Tổng	562	79,04	149	20,96	711	100,0

Tỷ lệ MRHSS ở nhóm 9 tuổi cao nhất (8,03%) và thấp nhất ở nhóm 7 tuổi (2,67%). Mất răng hàm sữa sớm tỷ lệ thuận với thời gian răng sữa tồn tại trên cung hàm.

Bảng 4. Nguyên nhân mất răng hàm sữa sớm.

Nguyên nhân MRHSS	Số lượng	Tỷ lệ%
Do sâu răng	143	95,97
Không đo sâu răng	6	4,03
Tổng số	149	100,0

Tỷ lệ MRHSS do sâu răng là 95,97%. Việc kiểm soát được sâu răng sẽ hạn chế được MRHSS.

3. Ảnh hưởng của mất răng hàm sữa sớm trên cung răng, từ đó dự kiến răng hàm nhỏ mọc sau này.

Bảng 5. Tương quan khớp cắn răng hàm lớn thứ nhất ở nhóm MRHSS và không MRHSS bên phải

MRHSS	Tương quan khớp cắn RHL thứ nhất						Tổng	
	Loại I		Loại II		Loại III		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Không	478	85,05	61	10,85	23	4,10	562	100,0
Có	82	55,03	33	22,15	34	22,82	149	100,0
Tổng	560	78,76	94	13,22	57	8,02	711	100,0

Trong nhóm không MRHSS thì tỷ lệ tương quan RHL thứ nhất loại I chiếm tỷ lệ cao nhất (84,05%) và thấp nhất là loại III (4,10%). Trong nhóm MRHSS thì tỷ lệ tương quan RHL thứ nhất loại I chiếm tỷ lệ cao nhất (55,03%) loại II và loại III (22,15%, 22,82%).

Bảng 6. Tương quan khớp cắn răng hàm lớn thứ nhất ở nhóm MRHSS và không MRHSS bên trái

MRHSS	Tương quan khớp cắn RHL thứ nhất						Tổng	
	Loại I		Loại II		Loại III		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Không	470	83,63	67	11,92	25	4,45	562	100,0
Có	84	56,38	30	20,13	35	23,49	149	100,0
Tổng	554	77,92	97	13,64	60	8,44	711	100,0

Trong nhóm không MRHSS thì tỷ lệ tương quan RHL thứ nhất loại I chiếm tỷ lệ cao nhất (83,63%) và thấp nhất là loại III (4,45%). Trong nhóm MRHSS thì tỷ lệ tương quan RHL thứ nhất loại I chiếm tỷ lệ cao nhất (56,38%) loại II và loại III (20,13% và 23,49%)

Bảng 7. Tình trạng mọc của răng hàm nhỏ trên nhóm MRHSS

Tình trạng răng hàm nhỏ	Số lượng	Tỷ lệ
Chưa mọc	68	45,64
Mọc đúng	48	32,21
Lệch, kẹt	33	22,15
Tổng	149	100,0

Trong 149 học sinh MRHSS có 45,64% chưa mọc răng ; 32,21% mọc đủ chỗ ; 22,15% mọc lệch, kẹt .

Bảng 8. Phân bố mọc lệch, kẹt của răng hàm nhỏ trên nhóm MRHSS theo vị trí răng

Răng mọc lệch, kẹt	Số lượng	Tỷ lệ
Răng 4	9	27,27
Răng 5	23	69,70
Răng 4+5	1	3,03
Tổng	33	100,0

Trong 33 học sinh có răng mọc lệch, kẹt và sai vị trí được phân bố như sau. Tỷ lệ răng hàm nhỏ mọc lệch, kẹt ở răng 5 cao nhất chiếm 69,70%; răng 4 chiếm 27,27%. Sự khác biệt giữa học sinh có răng 4 và 5 mọc lệch, kẹt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Răng 5 mất càng sớm sự thiếu chỗ càng tăng. Vậy quyết định nhổ răng sữa khi nào cần phải cân nhắc để hạn chế hậu quả của MRHSS.

Bảng 9 Khoảng cách hai răng hàm sữa hàm trên.

	Trung bình (mm)	Nhỏ nhất (mm)	Lớn nhất (mm)	p
Bên không MRHSS	15,08 ± 1,55	10,77	17,62	<0.01
Bên có MRHSS	12,93 ± 2,34	8,8	15,94	

Kết quả đo khoảng cách giữa hai răng hàm sữa hàm trên (răng 54 và 55; răng 64 và 65): Có sự thu hẹp khoảng cách hai răng hàm sữa ở hàm trên, sự khác biệt về khoảng giữa bên MRHSS và bên không MRHSS ở hàm trên có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 10 Khoảng cách hai răng hàm sữa hàm dưới.

	Trung bình (mm)	Nhỏ nhất (mm)	Lớn nhất (mm)	p
Bên không MRHSS	16,45 ± 1,96	11,16	20,49	<0.01
Bên có MRHSS	13,90 ± 2,44	8,8	18,94	

Khoảng cách giữa hai răng hàm sữa hàm dưới (răng 74 và 75, răng 84 và 85). Có sự thu hẹp khoảng cách hai răng hàm sữa ở hàm dưới, sự khác biệt về khoảng giữa bên MRHSS và bên không MRHSS ở hàm dưới có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp kết quả nghiên cứu của Đào Thị Hằng Nga [2].

Bảng 11. Tính khoảng cho răng hàm nhỏ mọc

Đánh giá khoảng	Số lượng	Tỷ lệ
Đủ chỗ	25	36,76
Thiếu chỗ	43	63,24
Tổng	68	100

Đo trên mẫu hàm và chụp phim 68 em MRHSS chưa mọc răng hàm nhỏ thay thế để ước tính mức độ đủ chỗ, thiếu chỗ cho răng hàm nhỏ mọc sau này. Tỷ lệ thiếu chỗ cho răng hàm nhỏ vĩnh viễn mọc chiếm tỷ lệ cao là 63,24%.

KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ:

1. Kết luận:

* Mất răng hàm sữa sớm chiếm tỷ lệ cao 29,96%, nam, nữ là tương đương, cao nhất ở nhóm 9 tuổi. Nguyên nhân MRHSS chủ yếu do sâu răng chiếm 95,97%.

* Mất răng hàm sữa sớm làm tăng tỷ lệ sai khớp cắn, cụ thể:

Tỷ lệ tương quan răng hàm lớn thứ nhất loại II và II ở bên phải của nhóm MRHSS (21,15% và 22,82%) cao hơn nhóm không MRHSS (10,85% và 4,10%).

Tỷ lệ tương quan răng hàm lớn thứ nhất loại II và II ở bên phải của nhóm MRHSS (21,15% và 22,82%) cao hơn nhóm không MRHSS (10,85% và 4,10%).

Tỷ lệ mọc lệch, kẹt, sai vị trí của răng hàm nhỏ vĩnh viễn ở nhóm mất răng hàm sữa sớm là 22,15%, trong đó răng 5 mọc lệch kẹt nhiều hơn răng 4.

Khoảng cách 2 răng hàm sữa ở bên cung răng có MRHSS ($12,93 \pm 2,34$ mm ở hàm trên; $13,90 \pm 2,44$ mm ở hàm dưới) thu hẹp hơn so với bên không MRHSS ($15,08 \pm 1,55$ mm hàm trên; $16,45 \pm 1,96$ mm hàm dưới).

Tỷ lệ thiếu chỗ cho răng hàm nhỏ vĩnh viễn mọc sau này cao 63,24%.

2. Khuyến nghị:

Cần cung cấp kiến thức về vai trò của răng hàm sữa và tác hại khi mất răng hàm sữa sớm cho bố mẹ học sinh. Giáo dục nha khoa cho học sinh về cách vệ sinh răng miệng. Điều trị sâu răng sớm, khi nhổ sớm răng hàm sữa phải dùng hàm giữ khoảng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Mai Đình Hưng (2004) "Quá trình phát triển và mọc răng" Sinh lý răng và bộ máy nhai, Bài giảng cho sinh viên đại học, tr 6-7.
- Đào Thị Hằng Nga (2004), Nhận xét tình hình mất răng hàm sữa sớm và những hậu quả lệch lạc răng ở học sinh 9 -10 tuổi trường Đông Thái – Hà Nội, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú bệnh viện, tr. 12-19,49-45.
- Trần Hồng Nhung (1977) "Nguyên nhân lệch lạc răng và hàm" Răng hàm Mặt tập I, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr.494-496.
- Mai Thu Thảo, Đoàn Quốc Huy, Phan Thị Xuân Lan (2004) "Phân loại khớp cắn theo Edward H. Angle", Chính hình răng mặt, Nhà xuất bản Y học thành phố Hồ Chí Minh.
- Trần Văn Trường, Lâm Ngọc Ân, Trịnh Đình Hải (2002), Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc, Nhà xuất bản Y học, trang 37.
- Alamoudi N (1999) "The prevalence of crowding, attrition, midline discrepancies and premature tooth loss in the primary dentition of children in Jeddah, Saudi Arabia", Jclin Pediatr Dent, Volume 24, pp.53-58. 66.
- Davey K.W (1967) "Effect of premature loss of primary molars on the antero – posterior position of maxillary first permanent molars and other maxillary teeth", J Dent Child, Volumer 34, pp.406-416.
- Hoffding J, Kisling E (1978) "Premature loss of primary teeth, part I its overall effect on occlusion and space in the permanent dentition", ASDC J Dent Child, Volume 45, pp.279-283.
- Inoue N, Kuo C.H, Ito G, Shiono K, Kuragonos S, Kamagai J, Seino Y, Yuyama Y, Takagi O, Taura K(1983), "Influence of tooth to denture- base discrepancy on space closure following premature loss of deciduous teeth", Am J Orthod, 83(5), pp.428-32.