

NHẬN XÉT VỀ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN TRONG ĐIỀU TRỊ PHỤC HÌNH TOÀN HÀM

NGUYỄN PHÚ HÒA

Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội

ĐẶT VẤN ĐỀ

Phục hình mất răng toàn bộ nhằm phục hồi các chức năng ăn nhai, phát âm và thẩm mỹ trả lại sinh hoạt tốt nhất cho người bệnh về các phương diện thể chất, tinh thần và xã hội.

Trong điều kiện dân số có tuổi thọ đang tăng lên, nhu cầu về phục hình nói chung và phục hình toàn hàm nói riêng ở nước ta sẽ có xu hướng cao lên trong những năm sắp tới. Một phục hình toàn hàm đảm bảo về chức năng và thẩm mỹ có giá trị to lớn đối với chất lượng cuộc sống của người mang hàm. Tuy vậy, việc thực hiện một hàm giả toàn phần cho bệnh nhân luôn luôn là một thách thức, ngay cả đối với những nhà thực hành lâm sàng lâu năm.

Hiện nay trên thế giới, có rất nhiều phương pháp được sử dụng nhằm nâng cao hiệu quả của phục hình toàn hàm như phương pháp cấy ghép implant, phương pháp lưu giữ điện tử giúp hàm giả bám dính tốt hơn.

Tuy nhiên, trong điều kiện nước ta hiện nay, phục hình tháo lắp nhựa toàn bộ vẫn là chủ yếu. Trên thực tế, có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến sự thành công của việc thực hiện hàm giả toàn bộ và tầm quan trọng của các yếu tố này thay đổi đa dạng tùy theo từng trường hợp cụ thể.

Chính vì những lý do trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với các mục tiêu sau:

1. Nhận xét đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân.
2. Nhận xét các yếu tố ảnh hưởng đến sự bám dính của hàm giả.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng.

Gồm 25 bệnh nhân (20 nam, 5 nữ, tuổi từ 43 - 87) có chỉ định làm hàm giả toàn bộ ở khoa phục hình Viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội.

2. Phương pháp nghiên cứu:

Chúng tôi tiến hành phương pháp nghiên cứu tiền cứu.

2.1. Tiếp xúc bệnh nhân và khám lâm sàng để thu thập các thông tin.

2.1.1. Tính cách của bệnh nhân

- Tính cách của bệnh nhân đến làm hàm giả lần đầu tiên và các bệnh nhân đã có hàm giả rồi.

- Chúng tôi phân loại tính cách bệnh nhân thuộc 2 nhóm trên theo Gibert Y và cộng sự (21).

2.1.2. Khám ngoài miệng, trong miệng:

Đánh giá đặc điểm hình thái, cấu trúc giải phẫu, môi trường miệng và tình trạng mô tế bào.

2.1.3. Tình trạng hàm giả cũ

2.1.4. Thu thập và xử lý số liệu thông kê: theo

chương trình epi-infor 6.0

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Tuổi:

Đa số bệnh nhân đến làm hàm giả toàn bộ tháo lắp đều lớn tuổi.

Tuổi trung bình là 68.

Cao nhất là 85 tuổi, thấp nhất là 47 tuổi.

Trong đó nhóm tập trung từ 55 – 85 chiếm tỷ lệ cao 8,286%. Phân bố theo bảng 1

Bảng 1: Phân bố bệnh nhân theo giới và tuổi

Nhóm tuổi	Giới					
	Nam		Nữ		Tổng cộng	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
45 – 54	0		1	7,14	1	7,14
55 – 64	3	21,42			3	21,42
65 – 74	4	28,56	1	7,14	5	35,7
≥ 75	4	28,56	1	7,14	5	35,7

2. Giới:

Đa số bệnh nhân là nam giới chiếm 78,54%; nữ giới chiếm 21,42%.

Kết quả khám lâm sàng trình bày qua bảng phục lục 2 và 3.

3.1. Mức độ tiêu xương hàm trên

Bảng 2: Mức độ tiêu xương hàm trên

Tiêu xương Sóng hàm	Nhiều		Trung bình		Ít	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Vùng răng cửa	2	20	6	60	2	2
Vùng răng hàm	1	10	8	80	1	10
Lỗi cùng	0	0	6	60	4	40

Có hai trường hợp sóng hàm vùng cửa tiêu nhiều nhưng vòm miệng còn ở mức trung bình, vùng lồi cùng có độ nhô so với rãnh chân bướm – hàm: có điều kiện thuận lợi cho sự ổn định và bám dính hàm giả, hàm trên.

Có 1 trường hợp nhóm hàm tiêu nhiều nhưng lồi cùng thấp cần khắc phục trong kỹ thuật làm hàm giả toàn bộ.

Đặc điểm vòm miệng

Đa số bệnh nhân có vòm miệng sâu (70%), đều thuận lợi cho hàm trên bám dính.

Có 3 trường hợp (30%) vòm miệng thuộc loại nông, ta cần khắc phục trong kỹ thuật làm hàm giả toàn bộ đạt kết quả tốt.

Không có bệnh nhân nào có lồi rấn ở vòm miệng.

Bảng 3: Mức độ tiêu xương sóng hàm dưới

Tiêu xương Sóng hàm	Nhiều		Trung bình		Ít		Cộng
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	

Vùng răng cửa	1	10	7	70	2	20	100
Vùng răng hàm	2	20	5	50	3	30	100

Có 1 trường hợp tiêu xương hàm dưới vùng cửa.

Có 2 trường hợp tiêu xương sống hàm vùng nhóm hàm nhưng tam giác sau hàm còn nổi rõ nên không khó khăn bám dính.

Đa số bệnh nhân tiêu xương sống hàm nhóm cửa và nhóm hàm trung bình và ít.

Các yếu tố giải phẫu khác ảnh hưởng đến sự bám dính của hàm giả dưới.

- Đường chéo trong: hầu hết các bệnh nhân làm hàm giả toàn bộ dưới có đường chéo trong rõ, có một trường hợp có đường chéo trong không rõ.

- Đường chéo ngoài có 70% là rõ, còn 30% không rõ.

- Tam giác sau hàm: có 80% là rõ, còn 20% không rõ.

- Lỗi củ cắm và gai xương trên sống hàm không thấy có.

Bảng 4: Hình thái tiêu xương và hình dáng cung hàm:

	Hình thái tiêu xương				Hình dáng cung hàm			
	Hình đồi	Hình nấm	Sắc cạnh	Phẳng	Elíp	Chữ U	Parabol	Biến dạng
Hàm trên	9	1	0	0	10	0	0	0
Hàm dưới	7	3	0	0	9	1	1	0

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có hình thái tiêu xương hình đồi, đều thuận lợi cho phục hình.

Không có bệnh nhân nào tiêu phẳng.

Hình dáng cung hàm đa số hình Elíp. Có 1 bệnh nhân hình chữ U đều tạo thuận lợi cho việc làm hàm giả

Bảng 5: Quan hệ sống hàm trên và sống hàm dưới ở tương quan trung tâm:

Quan hệ giữa hai sống hàm	Phía trong	Vừa bằng	Phía ngoài
Vùng răng cửa	1	3	6
Vùng răng hàm phải	0	2	8
Vùng răng hàm trái	0	2	8

Nhận xét: - Đa số bệnh nhân có sống hàm trên ở ngoài sống hàm dưới.

- Có 2 bệnh nhân có sống hàm trên vừa bằng sống hàm dưới.

- Có 1 bệnh nhân có sống hàm trên ở trong sống hàm dưới.

Bảng 6: Phanh môi, dây chằng phanh lưỡi:

	Hàm trên		Hàm dưới	
	Phanh môi	Dây chằng	Phanh lưỡi	Dây chằng
Bám sát đỉnh sống hàm	0	0	1	1
Bám trung bình	8	7	5	6
Bám xa điểm sống hàm	2	3	4	3

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có dây chằng, phanh môi hàm trên thuận lợi hơn hàm dưới. Hàm dưới có một trường hợp có dây chằng phanh lưỡi bám gần sát sống hàm, gây bất lợi cho làm hàm giả.

Đa số các bệnh nhân có dây chằng, phanh lưỡi, phanh môi ít ảnh hưởng đến sự bám dính.

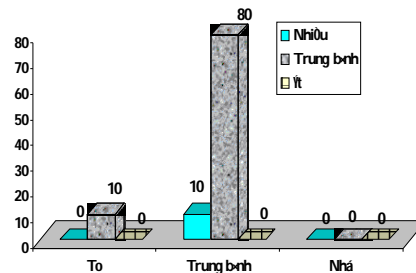
3.2. Các yếu tố khác ảnh hưởng tới sự bám dính của hàm giả

Trương lực cơ môi và cơ nhai:

Trương lực cơ môi đa số là trung bình (92,85%), có 1 trường hợp có trương lực cơ môi giảm 7,14. Môi trên trễ, khi lên răng cần chú ý rìa cắn, để cao hơn so với môi trên.

Trương lực cơ nhai đều ở mức trung bình, không có bệnh nhân nào trương lực cơ tăng hoặc giảm.

Biểu đồ 1: Đặc điểm lưỡi



Có 1 trường hợp lưỡi to, lưỡi hoạt động bình thường.

Đặc điểm lưỡi to gây bất lợi cho sự ổn định của hàm giả dưới. Đa số bệnh nhân lưỡi trung bình và hoạt động lưỡi trung bình. Có một trường hợp lưỡi trung bình nhưng hoạt động nhiều. Do đó bệnh nhân phải có thời gian để tập.

Bảng 7: Đặc điểm nước bọt:

Số lượng Chất lượng	Nhiều		Trung bình		ít	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Loãng	2	14,28	0	0	0	0
Đặc	0	0	12	85,71	0	0

Không có trường hợp nào giảm tiết nước bọt.

Đa số trường hợp có độ nước bọt trung bình và đặc vừa phải, thuận lợi cho việc bám dính hàm giả.

Đặc điểm niêm mạc miệng:

Niêm mạc miệng của tất cả trường hợp đều không có biểu hiện bệnh lý. Hàm trên có một trường hợp niêm mạc dày bám chắc vào sống hàm thuận lợi cho việc chịu nén của hàm giả lên niêm mạc.

Đa số bệnh nhân có độ dày niêm mạc trung bình, bám chắc vào sống hàm. Tạo điều kiện lưu giữ của hàm giả lên sống hàm.

Không có trường hợp nào có mào lợi.

4. Đánh giá hàm giả mới khi lắp trên bệnh nhân

4.1. Đánh giá sự bám dính của hàm giả:

Đánh giá độ khít của biên giới nền hàm:

- Hàm trên: đa số các trường hợp đều tạo vành khít.

- Hàm dưới: đa số các trường hợp đều tạo vành khít, có 1 trường hợp không tạo vành khít.

Sự bám dính của hàm giả khi nhắc hàm giả khỏi sống hàm và khi bệnh nhân phát âm:

Khi dùng lực nhắc hàm ra ta thấy lực mút của hàm trên lớn hơn hàm dưới.

- Hàm trên có độ mút khi há miệng và khi phát âm hàm không rời.

- Hàm dưới độ mút đều kém hơn hàm trên, có một trường hợp có độ mút kém hơn vì yếu tố giải phẫu tiêu sống hàm vùng góc lợi má.

Bảng 8: Hàm giả dưới khi lưỡi hoạt động:

	Hàm dưới			
	Bong		Không bong	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Đưa lưỡi sang phải	1	10	9	90
Đưa lưỡi sang trái	1	10	9	90

Đưa lưỡi lên trên	1	10	9	90
-------------------	---	----	---	----

Hàm dưới khi lưỡi hoạt động có một trường hợp bị bong do sự bám dính kém, do yếu tố giải phẫu tiêu xương hàm dưới nhiều. Do đó bệnh nhân này phải luyện tập trong thời gian dài.

4.2. Chiều cao khớp cắn:

Bảng 9: Khoảng tự do giữa hai hàm khi hàm ở tư thế nghỉ:

Khoảng tự do giữa hai hàm	Hàm toàn bộ				
	< 2mm	2mm	3 mm	4 mm	> 4 mm
Hàm trên	0	1	3	0	0
Hàm dưới	0	2	2	0	0
Hai hàm	0	1	4	1	0
Cộng	0	4	9	1	0

Khoảng tự do giữa hai hàm khi hàm ở tư thế nghỉ không có trường hợp nào có chiều cao khớp cắn quá cao hoặc quá thấp.

4.3. Sự chạm khít các răng khi hàm ở tư thế tương quan trung tâm:

Bảng 10: Điểm chạm ở tương quan trung tâm:

Điểm chạm ở TQTT	HGTB	Hàm trên		Hàm dưới		Hai hàm		Cộng
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Có nhiều điểm chạm ở cả hai bên		4	28,57	4	28,57	6	42,85	
Có ít điểm chạm ở cả hai bên		0	0	0	0	0	0	
Chỉ có điểm chạm ở một bên		0	0	0	0	0	0	

Tất cả các trường hợp đều có sự chạm khít giữa các răng ở tương quan trung tâm.

4.4. Sự ổn định của hàm giả khi chuyển động chức năng:

Điểm chạm thẳng bằng:

Tất cả các trường hợp làm hàm giả khi chuyển động chức năng ra trước và sang bên đều đủ 3 điểm chạm, đảm bảo sự ổn định khi nhai.

4.5. Thẩm mỹ:

Bảng 11: Mức độ ưng ý của bệnh nhân về thẩm mỹ của hàm giả:

Hàm toàn bộ	Thẩm mỹ		
	Tốt	Trung bình	Xấu
Hàm trên	4	0	0
Hàm dưới	3	1	0
Hai hàm	6	0	0
Tổng cộng	13	1	0

- Tốt: bệnh nhân hài lòng: môi má vừa không phồng, lép. Rãnh mũi má rõ. Rìa cắn trên vừa. Màu sắc hình thể phù hợp.

- Trung bình (tạm được): Mọi tiêu chí trên ở mức tương đối.

- Xấu: Thẩm mỹ kém.

Bảng 12: Kết quả điều trị ngay lắp hàm và sau 3 tháng:

Kết quả	Ngày sau lắp				Sau 6 tháng	
	Số BN lắp hàm		Số kiểm tra		Số lượng	Tỷ lệ %
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %		
Tốt	13	92,85	12	92,3	12	92,85
Trung bình	1	7,15	1	7,7	1	7,7

Kém	0	0	0	0	0	0
Cộng	14	100	13	100	13	100

Kết quả bảng 12 cho thấy: Ngay sau khi lắp hàm kết quả được đánh giá là tốt là 13 trường hợp chiếm 92,85%, có 1 trường hợp được đánh giá mức trung bình chiếm 7,15%.

Do bệnh nhân mất răng hàm dưới lâu, tiêu xương hàm dưới nhiều độ bám dính kém hơn, khi ăn nhai và phát âm kém.

Sau 3 tháng có 13 trường hợp đến kiểm tra, trong số này có 1 trường hợp độ bám dính hàm dưới kém hơn, do không có độ mút, còn 12 trường hợp khác được đánh giá là tốt tỷ lệ 92,85%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Văn Trường, Lâm Ngọc Ân (2002), "Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc ở Việt Nam-2002", tr 51-57
2. Taddéi C, Lê Hồ Phương Trang, Jean Nonclercq (2003), "Phục hình tháo lắp toàn hàm căn bản về kỹ thuật lâm sàng và labo", Nhà xuất bản y học TP HCM
3. Bishop M., Lamb D.J. (1997), "A Comparison Of Two Methods For Recording The Retruded Jaw Relation In Edentulous Subjects", *Eur. J.Prostodont. Restor. Dent* 5(1), pp. 11-15.
4. Boucher C.O. (1970), "Related Factors Of Complete Denture Construction", *Swenson's Complete Denture*, pp. 3-320.
5. Taddéi C., Nonclercq J., Schlienger A. (1998), "La Chaine Prothétique En Prothèse Complète", Les