

BƯỚC ĐẦU NHẬN XÉT SỰ BIẾN ĐỔI KHỚP CẨN VÀ CHỨC NĂNG NHAI Ở BỆNH NHÂN CẮT ĐOẠN XƯƠNG HÀM DƯỚI ĐÃ ĐƯỢC GHEP XƯƠNG

ĐÀO NGỌC TRÂM

TÓM TẮT

Theo thống kê sơ bộ tại các khoa phẫu thuật hàm mặt trên cả nước mỗi năm có hàng trăm bệnh nhân bị khuyết hỏng xương hàm, do rất nhiều nguyên nhân. Nguyên nhân sau phẫu thuật để điều trị các bệnh lý hay gặp là do các bệnh lý nang và u lành tính, các bệnh lý ác tính của cả tổ chức biểu mô và liên kết, một tỷ lệ rất nhỏ chấn thương gây vụn do tai nạn giao thông hay hỏa khí.

Nghiên cứu thông qua đánh giá đặc điểm lâm sàng (bao gồm hỏi, khám, nghiên cứu mẫu trên càng nhai-càng cắn), trên phim X.q, test MAI (Mixing Ability Index) để đưa ra những nhận xét bước đầu về sự biến đổi khớp cắn và chức năng nhai của các bệnh nhân cắt đoạn xương hàm dưới đã được ghép xương.

Từ khóa: khớp cắn, chức năng nhai, cắt đoạn xương hàm dưới, ghép xương

SUMMARY

According to a statistic carried on many dental clinics, there are hundred of patients with jaw-bone defects every year, contributed by variety of causes. Some of them related to tumor diseases, benign or malignant symptoms of epithelial tissue, broken trauma (occupied a petty portion) caused by traffic accident or fire.

This research carried by evaluation of clinical report (including asking, examining, testing pattern on mastication and occlusion pincer), by X-ray test, MAI (Mixing Ability Index) test in order to give initial conclusion of the change in occlusion pincer and mastication performance of patient wear mandibular removable partial denture

Keywords: occlusion joint, masticatory function, resected mandibular, bone grafting

ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê sơ bộ tại các khoa phẫu thuật hàm mặt trên cả nước mỗi năm có hàng trăm bệnh nhân bị khuyết hỏng xương hàm, do rất nhiều nguyên nhân. Nguyên nhân hay gặp nhất là sau phẫu thuật để điều

trị các bệnh lý nang và u lành tính, các bệnh lý ác tính của cả tổ chức biểu mô và liên kết, một tỷ lệ rất nhỏ chấn thương gây vụn do tai nạn giao thông hay hỏa khí.

Đảm bảo chức năng nhai của bệnh nhân bao gồm: khớp thái dương hàm, các yếu tố thần kinh cơ, và khớp cắn. Chức năng nhai thể hiện khả năng nghiền nát, trộn lẫn thức ăn. [1]

Nghiên cứu đánh giá: hoạt động khớp thái dương hàm, hoạt động há ngậm miệng, vận động hàm dưới theo sơ đồ Posselt, trục các răng, đường cong bù trừ, hệ số nhai, chỉ số MAI, chế độ ăn, chức năng nhai theo thang điểm 100.

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 xương hàm dưới bị thiếu bằng hàm khung.

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 các răng còn lại.
 + Lấy mẫu: Gắn mẫu trên càng nhai hoặc càng cắn để đánh giá khớp cắn.
 + Chụp ảnh khuôn mặt các tư thế thẳng- nghiêng, há miệng tối đa..
 + Bệnh nhân làm test Mixing Ability Index

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1: Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi, giới, địa phương cư trú, nghề nghiệp, tiền sử bệnh toàn thân

Chỉ tiêu nghiên cứu		Số lượng	Tỷ lệ %
Tuổi	18 - 45 tuổi	24	85,71
	45 - 60 tuổi	3	10,72
	Trên 60 tuổi	1	3,57
Tổng		28	100
Giới	Nam	13	46,43
	Nữ	15	53,57
Tổng		28	100
Địa phương cư trú	Thành phố	8	28,57
	Miền núi	1	3,57
	Nông thôn	19	67,86
Tổng		28	100
Nghề nghiệp	Sinh viên, Cán bộ tri thức	7	25
	Làm ruộng	11	39,29
	Công nhân	8	28,57
	Nội trợ	2	7,14
Tổng		28	100
Tiền sử bệnh toàn thân	Có	0	0
	Không	28	100
Tổng		28	100

Theo kết quả bảng 1 các bệnh nhân ở độ tuổi 18-45 là nhiều nhất chiếm 85,71 %. Khác với nghiên cứu của các tác giả khác vì nguyên nhân mất răng của bệnh nhân này là do phẫu thuật cắt đoạn xương hàm dưới còn các nghiên cứu phục hình hàm khung khác là đối tượng bệnh nhân mất răng do sâu răng và viêm quanh răng. Nghiên cứu của Tống Minh Sơn và Nguyễn Thị Minh Tâm [4] thì tuổi trung bình của bệnh nhân trên 60 tuổi. Nghề nghiệp chủ yếu của các đối tượng là làm ruộng ở vùng nông thôn, điều này cũng phân nào lý giải nguyên nhân các bệnh nhân thường đến Viện khám và điều trị bệnh muộn khi khối u đã lớn phải điều trị bằng cắt đoạn xương hàm.

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo lý do làm hàm khung và thời gian làm phục hình sau mổ ghép xương

Thời gian	Lý do				
	Ăn nhai	Thẩm mỹ	Cả hai	N	%
< 6 tháng					
6 tháng ÷ 1 năm	1		1	2	7,14
1 ÷ 2 năm	4		1	5	17,86
2 năm - 5 năm	3	1	11	15	53,57
Trên 5 năm	1		5	6	21,43
Tổng	9		18	28	100

Theo bảng 2 lý do hay gặp nhất là do cả thẩm mỹ và ăn nhai, ở bệnh nhân sau phẫu thuật từ 2-5 năm. Các bệnh nhân thuộc nhóm nghiên cứu thường bị ảnh

hưởng thẩm mỹ khuôn mặt nên mặt bị lép rỗ. Các bệnh nhân thường làm phục hình muộn do các bệnh nhân ít được tư vấn về phục hình và cũng có thời gian để chờ bệnh lý phẫu thuật ổn định. [2], [5]

Bảng 3. Biểu chứng và chức năng sau mổ

Chỉ tiêu nghiên cứu		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Biểu chứng sau mổ	Có	1	3,57	
	Không	27	96,43	
Chức năng ăn nhai	Ăn mềm < 1 tháng	9	32,14	
	Ăn mềm 1 ÷ 2 tháng	18	64,29	
	Ăn mềm > 2 tháng	1	3,57	
Chức năng phát âm	Nói nhanh và to khó	21	75,00	
	Phát âm s, tr khó	2	7,14	
	Cả phát âm s, tr.. và nói nhanh, to khó	2	7,14	
	Bình thường	3	10,72	
Cử động lưỡi	Bình thường	24	85,71	
	Không quen	4	14,29	
Cử động há - ngậm miệng	Bình thường	21	0,75	
	Khi há chậm bên PT	7	0,25	
Hô hấp	Bình thường	27	96,43	
	Khó	1	3,57	
Bài tiết nước bọt	ít khi không ăn nhai	2	7,14	
	ít cả khi kích thích, ăn nhai	1	3,57	
	Bình thường	25	89,29	
Cảm giác vùng lỗ ống răng dưới, cảm - môi dưới	Mất hoặc giảm cảm giác	25	89,28	
	Bình thường	3	10,72	
Chấn thương mô mềm khi ăn nhai (cắn vào má, môi lưỡi)	Thỉnh thoảng	25	89,29	
	Thường xuyên	2	7,14	
	Không	1	3,57	
Tại vùng chân lấy xương	Cảm giác	Tê bì	9	32,14
		Bình thường	3	10,72
	Vận động	Yếu hơn	7	25,00
		Bình thường	5	17,86

Theo bảng 4 ta thấy sau phẫu thuật bệnh nhân thường gặp phải các vấn đề về phát âm: nói nhanh, to (75%) hoặc phát âm các âm s, tr (7,14%) khó khăn. Bệnh nhân cũng có bị chấn thương mô mềm: cắn vào môi, má, lưỡi (89,29%) trong quá trình ăn nhai. Ở chân lấy mô ghép bệnh nhân có cảm giác tê bì (32,14%), vận động bị yếu hơn (25%) [6]

Bảng 4: Thể trạng toàn thân và chế độ ăn hiện nay

Chế độ ăn	Thể trạng			Số lượng (n)	Tỷ lệ %
	Tốt	Trung bình	Gầy		
Tốt (tất cả các loại thức ăn)	4	2		6	21,43
Khá (không ăn thức ăn cứng ví dụ xương)		5	2	7	25,00
Trung bình (cà rốt, cần tây, thịt lợn, tôm cá)			15	15	53,57
Kém (các loại súp)				0	0,00
Số lượng (n)	4	7	17	28	
Tỷ lệ %	14,29	25,00	60,71	100	100

Theo bảng 4 chế độ ăn hiện nay của bệnh nhân hiện nay hay gặp nhất là trung bình là các loại thịt lợn, tôm cá là chủ yếu. Thịt bò dai hoặc thức ăn

cứng thì khó nhai.

Bảng 5: Các triệu chứng của khớp thái dương hàm

Chỉ tiêu nghiên cứu		Bệnh lành		Bên phẫu thuật	
		Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ
Tiếng kêu click lục cục	Có	5	17,86	6	21,43
	Không	23	82,14	22	78,57
Tổng		28	100	28	100
Biểu độ vận động của lõi cầu	Tăng	8	28,57	7	25,00
	Bình thường	19	67,86	17	60,71
	Giảm	1	3,57	4	14,29
Tổng		28	100	28	100

Đánh giá các triệu chứng của khớp thái dương hàm cho thấy có 17,86 % bệnh nhân có tiếng kêu ở ổ khớp, có 28,57 % bệnh nhân có biên độ vận động lõi cầu tăng, đây là các bệnh nhân có thời gian chờ ghép xương (xương mào chậu không có cứng mạch nuôi) dài, quá trình ăn nhai lệch hàm dài. [8]

Bảng 6: Các triệu chứng khi há miệng

Chỉ tiêu nghiên cứu			Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Há miệng tối đa	Hạn chế	Có	3	10,71
		Không	25	89,29
	Đau	Có	1	3,57
		Không	27	96,43
	Châm hơn bên lành	Có	3	10,71
		Không	25	89,29
	Lệch phần mềm sang bên lành	Có	24	85,71
		Không	4	14,29
	Lệch răng sang bên phẫu thuật	Có	25	89,29
		Không	3	10,71
Đường vận động theo sơ đồ Posselt	Zich Zác	Có	21	75,00
		Không	7	25,00

Khi bệnh nhân há miệng tối đa có hai vấn đề xảy ra rõ: cung hàm thì lệch sang bên phẫu thuật còn mô mềm thì lại lệch sang bên lành do hiện tượng cơ kéo mô, bên phẫu thuật bị căng làm cho tăng mặt dưới bị lệch rõ.

Bảng 7: Các đặc điểm về khớp cắn của bệnh nhân:

Chỉ tiêu nghiên cứu			Số lượng	Tỷ lệ
Tư thế trung tâm	Cần chòm	Tăng	8	28,57
		Bình thường	20	71,43
	Cần chia	Tăng	6	21,43
		Bình thường	22	78,57
	Răng nanh (nếu có)	Angles I	24	85,71
		Angles II	1	3,57
		Angles III	0	0,00
	Răng hàm lớn	Angles I	26	92,86
		Angles II	2	7,14
		Angles III	0	0,00
Điểm cản trở khi há miệng	Có	2	7,14	
	Không	26	92,86	
Các răng trời, nghiêng	Có	25	89,29	
	Không	3	10,71	
Kích thước dọc cắn khít	Tăng	5	17,86	
	Giảm	1	3,57	
	Bình thường	22	78,57	
Đường cong bù trừ	Wilson	Lệch lưỡi	9	32,14
		Bình thường	19	67,86
	Spee	Biến đổi	7	25,00
		Bình thường	21	75,00

Nhu cầu mài chỉnh khớp	Có	Vùng Răng hàm lớn	6	21,43
		Răng hàm nhỏ	2	7,14
		Răng nanh -cửa	3	10,71
		Không	19	67,86
Mặt phẳng khớp cắn	Biến đổi		9	32,11
	Không biến đổi		19	67,89

Trong các đặc điểm về khớp cắn của bệnh nhân thì kết quả chỉ ra rằng: có sự biến đổi lớn trục răng ở cạnh vùng mất răng, các răng còn lại bị nghiêng về phía lưỡi (đường cong Wilson lệch lưỡi 32,24%), mặt phẳng khớp cắn biến đổi: 32,11%. [7]

Bảng 8: Hệ số nhai của bệnh nhân

Hệ số nhai	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Dưới 25 %	1	3,57
25 ÷ 50%	12	42,86
50 - 75%	15	53,57
Trên 75%	0	0,00
Tổng	28	100

Theo kết quả của bảng 8 hệ số nhai của bệnh nhân nằm trong khoảng 50- 75 % là nhiều nhất nhưng chỉ chiếm 53,57 %. Các răng còn ở trên cung hàm nhưng không chạm khớp với răng đối diện thì cũng không được tính.

Bảng 9: Chức năng nhai của bệnh nhân thông qua test MAI ở bên hàm giả

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

Theo tiêu chí đánh giá tốt là khi phần mẩu của khối sấp được nhai và nghiền nát nhiều hơn phần chỉ có một mẩu nên loại tốt chiếm 25 %, loại kém khi mẩu nguyên thủy vẫn còn. Phần kém gặp ở những bệnh nhân mất nhiều răng hoặc biến đổi khớp cắn nhiều, chức năng nhai kém.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hoàng Tử Hùng (2005,)), "Cắn khớp học", Nhà xuất bản Y học, tr.15-21
- Nguyễn Hồng Lợi (1997), "Nang xương hàm do răng", *Luận án thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội*, tr. 35-40
- 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.
- Nguyễn Thị Minh Tâm (2001), Nhận xét phục hình mất nhóm răng sau bằng hàm khung, *Luận văn thạc sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội*, tr 38-45
- Lê Ngọc Tuyền (2005), "Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và giải phẫu bệnh lý odontoma", *Luận văn thạc sĩ y học*, tr. 42-47
- Trần Văn Trường (2002), "Nang và u lành tính vùng Miệng - Hàm - Mặt", *Giáo trình đại học, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội*, tr. 7-9.
- Albert C. F. Leung. (2003) "Dental implants in Reconstructed Jaws: Patients Evaluation of Funtional and Quality-of-Life Outcomes ", *The international Journal of Oral and Maxillofacial implants; Vol 18; pp: 127-134*
- Donald A et all, (1997) "A comparision of masticatory function in patients with or without reconstruction of the mandible " *Journal Head and Neck American*, July, pp: 287-296.