CAN THIỆP SỚM SAI KHỚP CẮN HẠNG II VÀ LỆCH HÀM DO CẮN KÉO RĂNG CỐI LỚN 1 BÊN

*Vũ Mỹ Linh**

TÓM TẮT:

Can thiệp sớm vẫn còn là vấn đề gây bàn cãi rất nhiều trong Chỉnh hình răng mặt. Tuy nhiên, khi những lệch lạc về răng có khả năng gây ảnh hưởng đến sự phát triển xương hàm cần được can thiệp sớm để tránh các hậu quả nặng nề về thẩm mỹ và chức năng, cũng như giúp đơn giản hóa công việc điều trị chỉnh nha.Ca lâm sàng bên dưới là một trường hợp cắn kéo răng cối một bên có nguy cơ lệch mặt đã được điều trị kịp thời, sử dụng các khí cụ Bioprogressive.

ABSTRACT

Early intervention is still controversial in orthodontics. However, when the malocclusion has negative influence on jaw growth, early intervention is recommended to prevent esthetic and functional consequences, as well as facilitate future orthodontic treatment. The following case demonstrates prompt management of a unilateral scissor bite in the molar section causing facial asymmetry, using Bioprogressive technique.

TỔNG QUAN:

Theo quan điểm của Ricketts về điều trị sớm, việc định nghĩa hay chấp nhận thuật ngữ sớm không chỉ mang ý nghĩa trái ngược với từ muộn theo thời gian, ở đây sớm mang ý nghĩa xảy ra kịp thời ngay trước thời điểm thông thường hay cần thiết. Và theo Ricketts muộn có nghĩa là xảy ra sau thời điểm thích hợp cho việc điều trị. Việc chọn lựa thời điểm điều trị bao gồm nhiều yếu tố và 1 yếu tố quan trọng trong số đó là việc dự đoán tương quan xương và răng trong tương lai có thể trở nên khó hơn để chỉnh sửa hay không.[1,2,3,4]

Việc phát hiện và can thiệp sớm các trường hợp lệch mặt hay mặt bất đối xứng do sai lệch khớp cắn dẫn đến nghiêng mặt phẳng nhai rất có ý nghĩa trong việc phòng tránh tình trạng bất đối xứng mặt trầm trọng ảnh hưởng đến thẩm mỹ lúc trưởng thành. Lệch nghiêng mặt phẳng nhai theo chiều ngang là 1 yếu tố quan trọng góp phần định vị xương hàm dưới trong quá trình phát triển lồi cầu, khớp thái dương hàm.[5] Mục tiêu của điều trị sớm còn liên quan đến việc giải quyết các vấn đề về chức năng bao gồm chức năng nhai, chức năng vận động của khớp thái dương hàm làm ảnh hưởng đến quá trình phát triển sọ mặt.[5,6]

CA LÂM SÀNG:

Thông tin bệnh nhân, lý do đến khám:

Bệnh nhân T.T.B, nam, 10 tuổi đến khám vì vì răng hàm mọc lệch (Nha sĩ trước yêu cầu đợi thay hết răng vĩnh viễn nhưng gia đình không an tâm).

Dữ kiện chẩn đoán: Hình 1, 2, 3, 4 và Bảng 1

Hình 1: Hình ngoài mặt

*BS Nha khoa Mỹ Linh Email: linhvumy@gmail.com

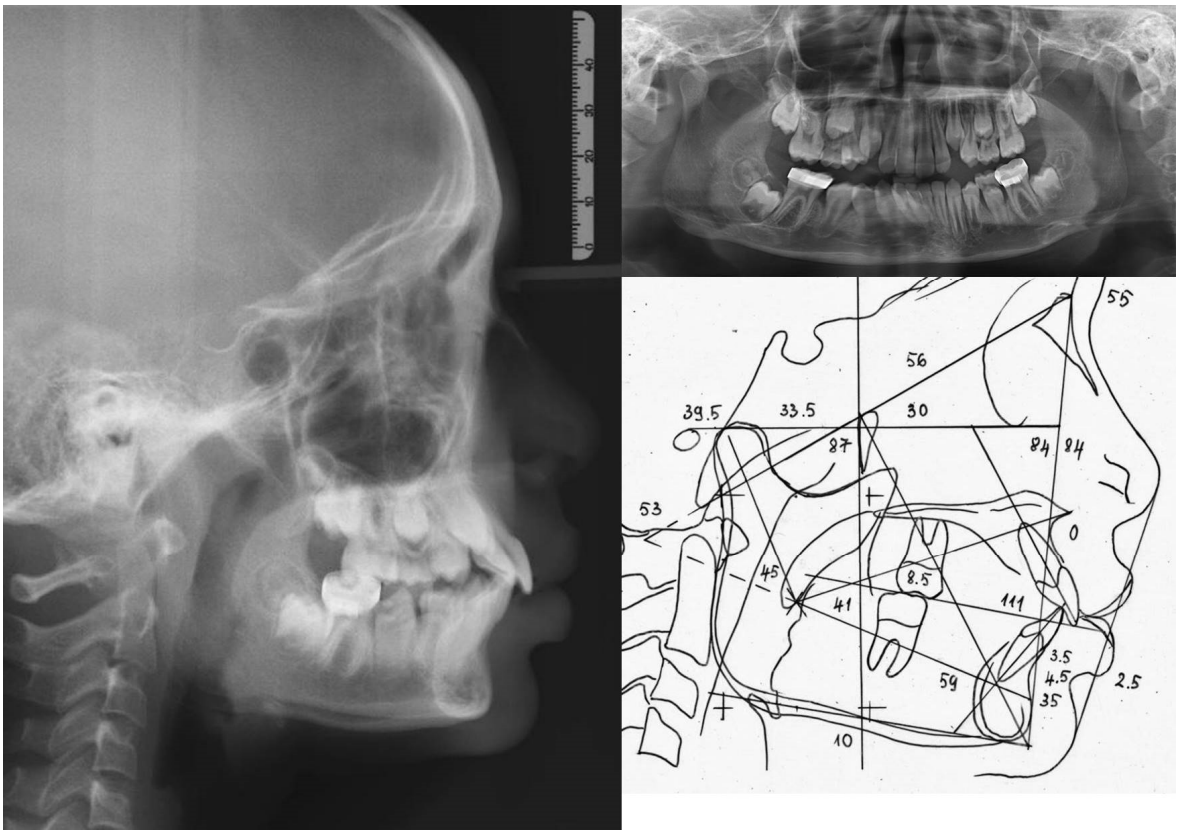
Hình 2: Hình trong miệng

Tóm tắt chẩn đoán:

- Bệnh nhân đang tăng trưởng (CS2).
- Mặt nhìn thẳng và nhìn nghiêng bình thường.
- Kiểu mặt ngắn, chiều cao tầng dưới mặt thấp.
- Hạng I xương, khuynh hướng hạng III xương do hướng tăng trưởng hàm dưới ra trước rất mạnh (Bảng 1).
- Hạng II R6 và R3 bên phải 100%, hạng II R6 và R3 bên trái 50%.
- Cằm lệch phải so với đường giữa mặt 1mm.
- Đường giữa răng cửa dưới lệch phải 2mm
- R16 và R26 xoay gần.

Kế hoạch điều trị:

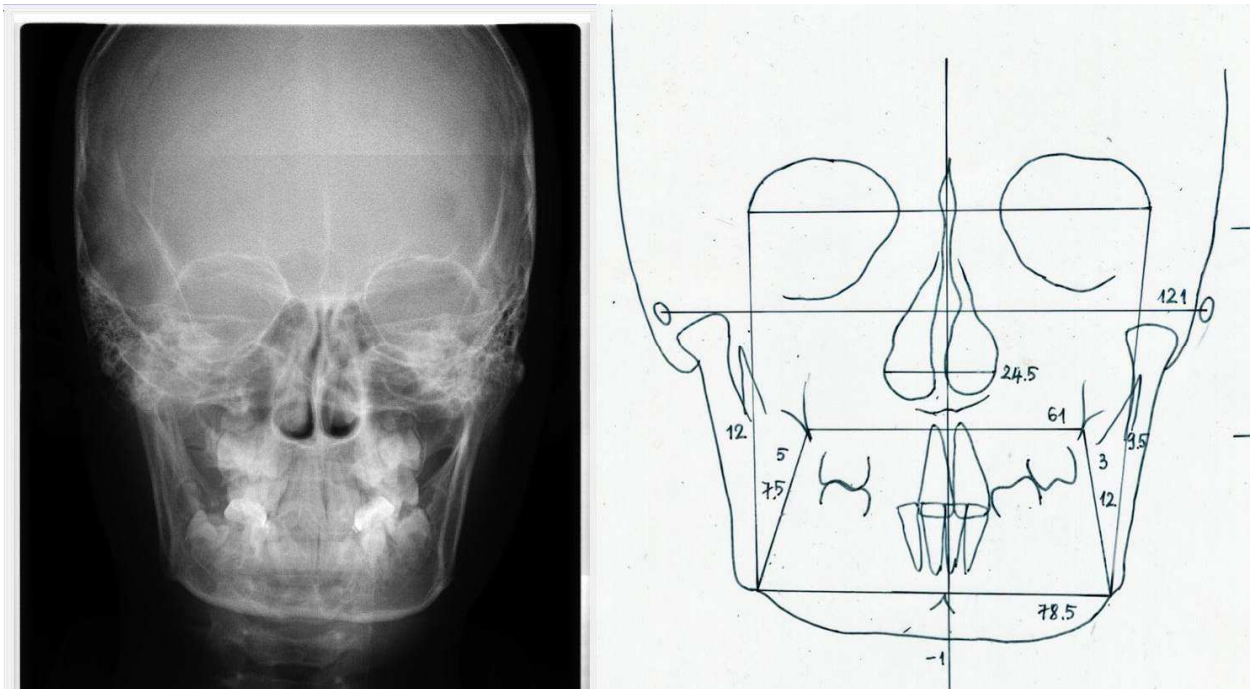
- Giải cắn kéo R26, 36, ngăn hàm dưới tiếp tục lệch sang phải, sử dụng 3D Wilson lingual arch hàm dưới và Quad-Helix hàm trên.
- Xoay R16 và R26 bằng Quad Helix
- Giữ khoảng Leeway hàm trên và hàm dưới.
- Đưa về khớp cắn Angle 1 R6 và R3 sử dụng thun hạng II.



Hình 3: Phim sọ nghiêng & vẽ nét chẩn đoán

Bảng 1: Bệnh nhân T.T.B: thông số đo sọ phân tích Rickett

	Thông số	Norm (10 tuổi)	T0		Thông số	Norm (10 tuổi)	T0
Nền sọ	Chiều dài nền sọ trước	56 ± 2,5	56	Hàm trên	Độ lồi mặt	1,8 ± 2	0
	Góc uốn nền sọ	27 ± 3	30		Vị trí điểm A	63 ± 3	55
	Chiều dài nền sọ sau (Po – ptV)	39,5 ± 2,2	39.5		Chiều sâu hàm trên	90 ± 3	84
Số đo chiều cao	Chiều cao toàn bộ mặt	60 ± 3	53	Hàm dưới	Góc trục mặt	90 ± 3	87
	Chiều cao tầng mặt dưới	46 ± 3	41		Góc mặt (Độ sâu mặt)	87,3 ± 3	84
Răng	Góc gian R cửa	126 ±10	111		Góc mặt phẳng hàm dưới	25,5 ± 3	10
	Độ nghiêng R cửa dưới	22°	35		Góc cung hàm dưới		45
	Độ nhô R cửa dưới	1 ± 2,5	4.5		Chiều dài thân XHD	66,6 ± 4	59
	Độ trồi R cửa dưới	1,2	3.5	Mô mềm	Độ nhô môi dưới	0	2.5
	R6 trên - ptV	13 ± 3	8.5				



Hình 4: T.T.B: Phim sọ thẳng và vẽ nét chẩn đoán

Phim sọ thẳng (hình 4) cho thấy xương hàm dưới lệch sang phải với sự bất cân xứng lồi cầu 2 bên và vị trí cằm lệch phải.

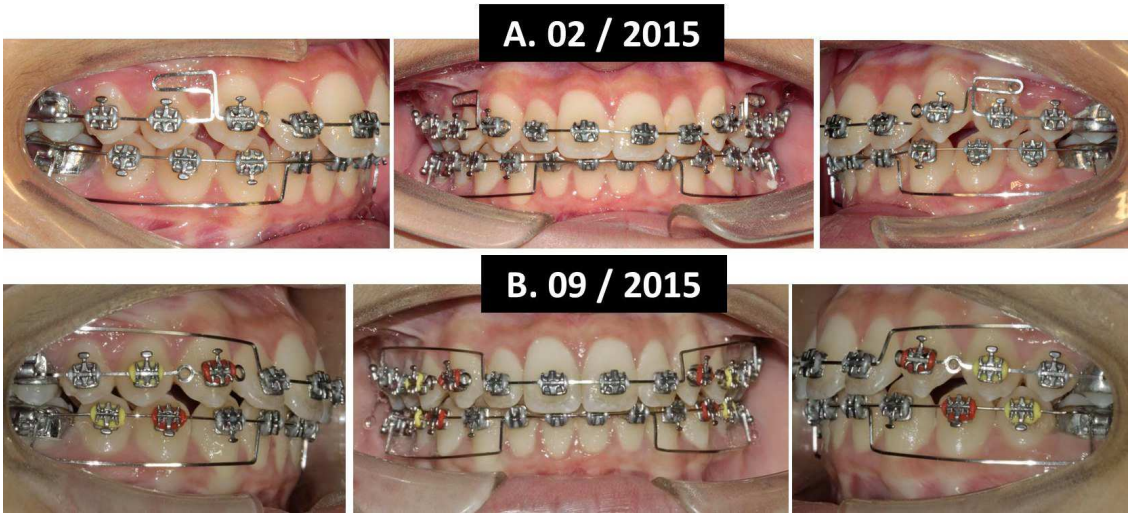
Quá trình điều trị:

- 3D - Wilson lingual arch ở hàm dưới dựng răng 36 nghiêng ra ngoài
- Quad Helix hàm trên. Utility arch hàm dưới
- Thun liên hàm hạng II để đưa về khớp cắn hạng I R6 và R3

Hình 5: Đặt 3D - Wilson lingual arch hàm dưới

Hình 6: 3D - Wilson lingual arch hàm dưới

Hình 7: Diễn tiến điều trị 9/2013



Hình 8: Diễn tiến điều trị 2/2015 & 9/2015

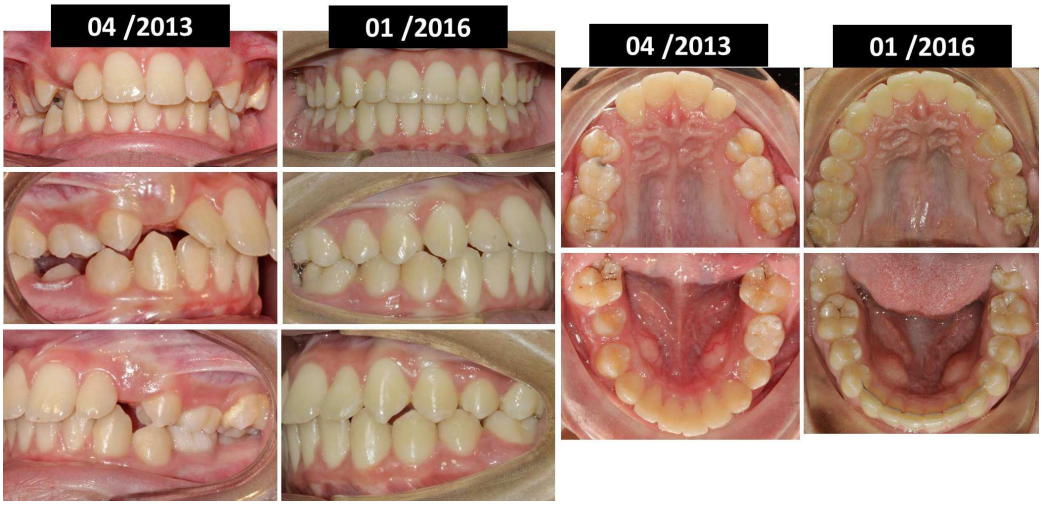
Sau khi dựng trục R36, dùng Utility-arch leveling làm phẳng đường cong Spee để tránh loe thêm răng cửa dưới ra ngoài (hình 7).

Quad Helix ở hàm trên để giữ khoảng Leeway đồng thời xoay xa R16 và R26 cũng như tăng torque âm R26 để phối hợp chỉnh cắn kéo (hình 7).

Sau khi giải cắn kéo phần hàm 2 và xoay xa R16 và 26 , tự động hàm dưới trở về vị trí đúng, đường giữa hàm trên và hàm dưới trùng nhau , tương quan răng 6 và răng 3 ở cả 2 bên đã gần vào hạng I, chỉ cần dùng thun liên hàm hạng II để đưa về khớp cắn hạng I R6 và R3 (hình 8).

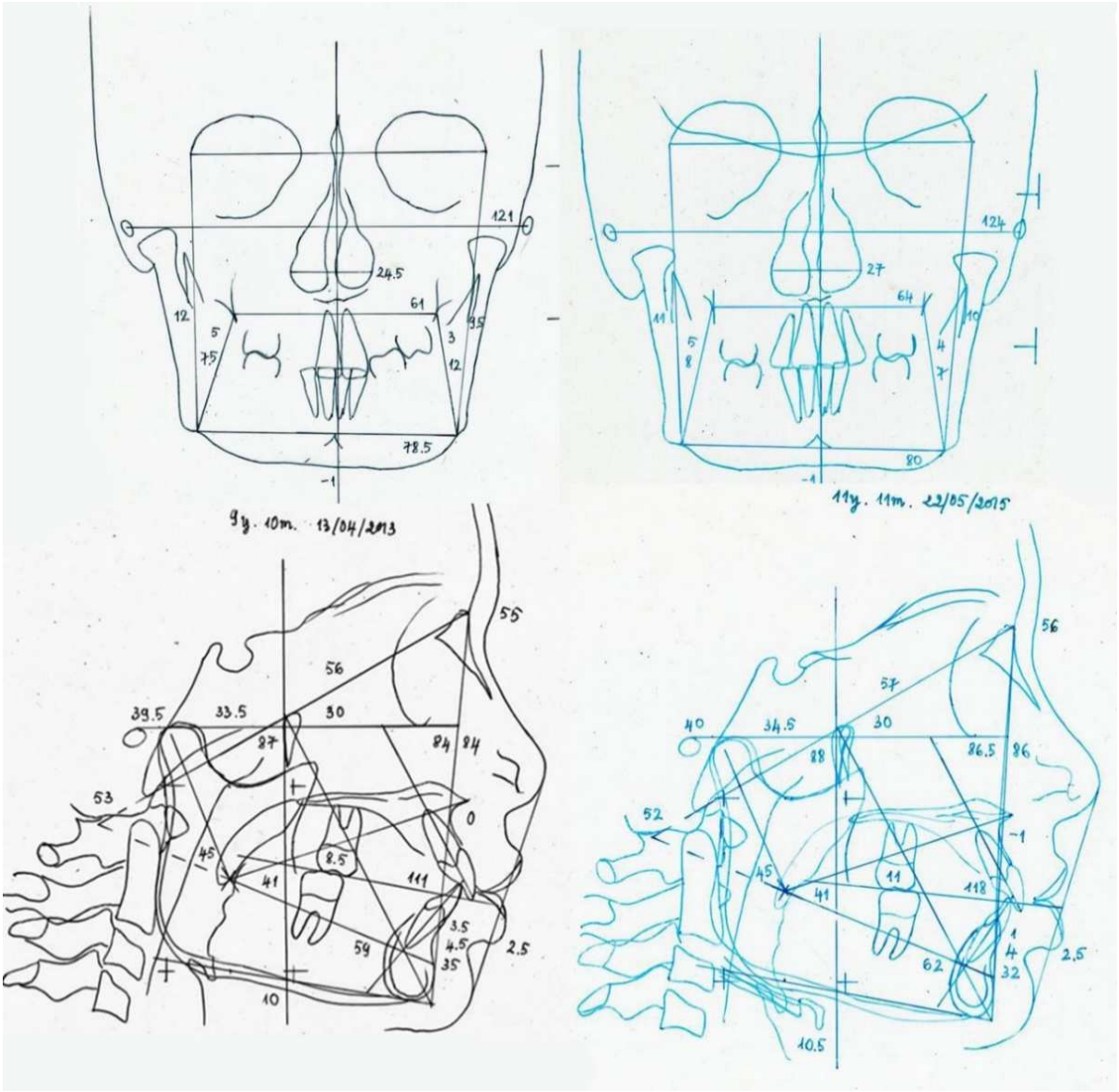
KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ:

Hình 9: Hình ngoài mặt: T0(4/2013): trước điều trị, T1(1/2016): kết thúc điều trị,



Hình 10: Hình trong miệng: T0: trước điều trị, T1: kết thúc điều trị.

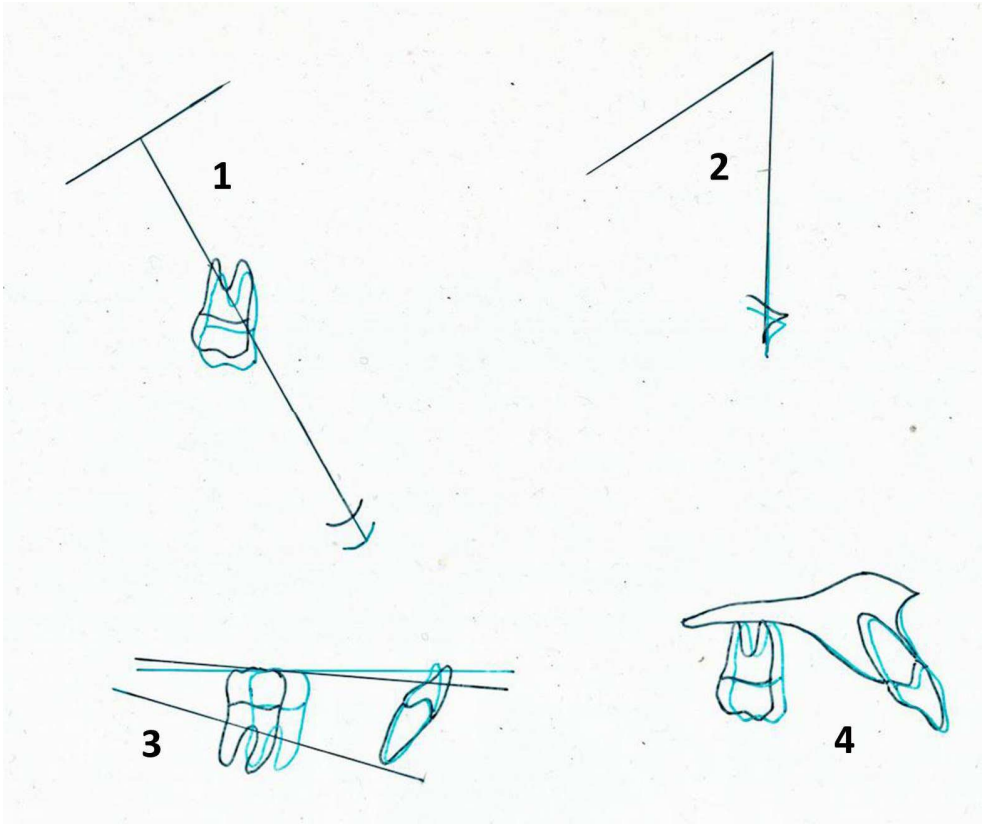
Hình 11: Phim sọ thẳng trước (T0) và sau (T1) điều trị



Hình 12: Vẽ nét T0-T1

Bảng 2: Bệnh nhân T.T.B: Thông số đo sọ phân tích Rickett T0-T1

	Thông số	T0	T1		Thông số	T0	T1
Nền sọ	Chiều dài nền sọ trước (mm)	56	57	**Hàm trên**	Độ lồi mặt (mm)	0	-1
	Góc uốn nền sọ (°)	30	30		Vị trí điểm A (°)	55	56
	Chiều dài nền sọ sau (mm)	39.5	40		Độ sâu hàm trên (°)	84	86
Số đo chiều cao	Chiều cao toàn bộ mặt (°)	53	52	**Hàm dưới**	Góc trục mặt (°)	87	88
	Chiều cao tầng mặt dưới (°)	41	41		Góc mặt (Độ sâu mặt) (°)	84	86.5
Răng	Góc gian R cửa (°)	111	118		Góc mặt phẳng hàm dưới(°)	10	10.5
	Độ nghiêng R cửa dưới (°)	35	32		Góc cung hàm dưới (°)	45	45
	Độ nhô R cửa dưới (mm)	4.5	4		Chiều dài thân XHD (mm)	59	62
	Độ trồi R cửa dưới (mm)	3.5	1	**Mô mềm**	Độ nhô môi dưới /E-line (mm)	2.5	2.5
	R6 trên - ptV (mm)	8.5	11				



Hình 13: Chồng phim Ricketts trước (màu đen) & sau (màu xanh) điều trị ; 1. BaNa tại Các; 2. BaNa tại Na; 3. XiPm tại Pm; 4. ANS-PNS tại ANS

BÀN LUẬN:

- Bệnh nhân cắn kéo răng hàm 1 bên làm lệch hàm sang phải và đây là bệnh nhân dạng mặt ngắn, góc mặt phẳng hàm dưới rất vuông, trương lực cơ cắn rất mạnh, nếu không can thiệp sớm do bệnh nhân chỉ nhai được 1 bên sẽ dẫn đến nghiêng mặt phẳng nhai và hàm dưới lệch sang phải ngày càng tăng dẫn đến lệch mặt.
- Trong trường hợp này không dùng thun liên hàm để giải cắn kéo vì khi đeo thun liên hàm 1 bên sẽ làm trồi răng 26 làm tăng nguy cơ lệch mặt phẳng nhai.
- Sau điều trị, xương hàm dưới và cằm của bệnh nhân trở về vị trí cân xứng sinh lý (hình 11, 12).
- Ngoài ra khi để khớp cắn bên phải bệnh nhân gài khớp hạng II R6 và R3 100% đến khi mọc đủ răng vĩnh viễn sẽ làm cho quá trình điều trị phức tạp hơn.

KẾT LUẬN:

Cần can thiệp sớm khi có những lệch lạc về răng có thể ảnh hưởng đến sự phát triển của xương hàm dưới gây lệch mặt và ảnh hưởng đến thẩm mỹ của gương mặt. Ngoài ra, quá trình điều trị khi can thiệp sớm cũng đơn giản hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO :

1. Robert M.Ricketrs D.D.S, M.S. Orthodontic treatment in the growing patient . 1998 American Institute for Bioprogressive Education.
2. Interview Dr. Robert M. Ricketts on Early Treatment , Part 1. JCO 1979; Vol 13: Number 01 :23-28
3. Interview Dr. Robert M. Ricketts on Early Treatment , Part 2. JCO 1979; Vol 13: Number 02:115-127
4. Interview Dr. Robert M. Ricketts on Early Treatment , Part 3. JCO 1979; Vol 13: Number 03:180-199
5. Kyoko Ishizaki, Koichi Suzuki, Tomofumi Mito, Eliana Midori Tanaka and Sadao Sato. Morphologic, functional, and occlusal characterization of mandibular lateral displacement malocclusion. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2010;137:454.e1-454.e9.
6. Ruel W.Bench, Carl F.Gugino, James J.Hilgers. Bio-Progressive Therapy, Part 8: Bio-Progressive Mixed Dentition Treatment. JCO 1978; Vol 12 : Number 04:279-298