

NHẬN XÉT TÌNH HÌNH MẤT RĂNG HÀM SỮA SỚM VÀ NHỮNG HẬU QUẢ LỆCH LẠC RĂNG Ở HỌC SINH LỨA TUỔI 9- 10 TRƯỜNG TIỂU HỌC ĐÔNG THÁI, HÀ NỘI

ĐÀO THỊ HẰNG NGA

Viện Đào Tạo Răng hàm mặt, Trường Đại học Y Hà Nội

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Răng sữa có các vai trò quan trọng như: tiêu hoá, phát âm, thẩm mỹ, kích thích tăng trưởng xương hàm, giữ khoảng cho răng vĩnh viễn...

Ở nước ta, tỷ lệ sâu răng ở trẻ em còn cao, việc điều trị răng sâu cho trẻ chưa kịp thời[1]. Theo điều tra sức khoẻ răng miệng toàn quốc năm 2002 của Trần Văn Trường và cộng sự [2] thì tỷ lệ sâu răng sữa là 84,9% - trong đó có 94% trường hợp không được điều trị. Hơn nữa, sự thiếu quan tâm của các bậc cha mẹ đến hàm răng sữa của trẻ và ý thức vệ sinh răng miệng kém của trẻ làm cho tình trạng sâu răng trầm trọng hơn, nhanh chóng bị viêm tuỷ, viêm quanh cuống và cuối cùng là nhổ răng sớm.

Việc mất răng sữa sớm, nhất là răng hàm sữa gây nên những ảnh hưởng không nhỏ đối với trẻ cụ thể là: sự phát triển thể chất, sức khoẻ không đảm bảo, sự lệch lạc của các răng vĩnh viễn, sai lệch khớp cắn răng vĩnh viễn...[3], [4], [5].

Với mong muốn góp phần tìm hiểu sâu hơn thực trạng tình hình mất răng sữa sớm và những hậu quả của nó cũng như nâng cao nhận thức của nhân dân trong việc chăm sóc răng miệng, chúng tôi chọn đề tài này với hai mục tiêu:

1. Nhận xét tỷ lệ, nguyên nhân mất răng hàm sữa sớm.
2. Nhận xét những đặc điểm lâm sàng: mất khoảng, lệch lạc răng của các răng vĩnh viễn đã mọc.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP:

1. Đối tượng:

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

200 học sinh lứa tuổi 9-10 (khối lớp 3-4) trường tiểu học Đông Thái - Hà Nội.

Đã mọc đủ răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất.

Đã mọc đủ 4 răng cửa vĩnh viễn.

1.2 Tiêu chuẩn loại trừ:

Những học sinh có dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt: khe hở môi, khe hở hàm ếch.

Học sinh có bệnh toàn thân và không hợp tác.

2. Phương pháp:

Điều tra cắt ngang.

2.1 Khám và lấy dấu, đồ mẫu:

Khám: tương quan răng 6 ở hai bên, vị trí răng sữa đã mất sớm. Nguyên nhân mất răng: do sâu răng, sún, sang chấn. Các răng khác: xoay, thừa, lạc chỗ và các răng đang mọc. Tình trạng mô nha chu, lợi viêm.

Lấy mẫu răng hai hàm và sắp cắn khớp răng ở tư thế trung tâm cho 59 em có mất răng hàm sữa sớm, đồ 1 mẫu thạch cao.

2.2 Phân tích mẫu:

Dụng cụ:

Thước mi-ca thẳng có đơn vị tính chiều dài cm, mm.

Thước kẹp Palme hai đầu nhọn có ốc điều chỉnh độ rộng, hẹp.

▪ *Tiến hành đánh giá:*

2.Sự thu hẹp khoảng:

Xác định vị trí RHS mất sớm, đếm số lượng, vị trí khoảng bị thu hẹp.

Đo khoảng bị thu hẹp ở bên có mất răng hàm sữa sớm và khoảng tương ứng ở bên không mất răng bằng

thước kẹp Palme: từ mặt gần RHL vĩnh viễn thứ nhất đến rìa gần răng nanh sữa.

Tình trạng xoay, lệch của RHL vĩnh viễn thứ nhất: nghiêng gần, hoặc toàn bộ răng tịnh tiến về phía gần. Răng xoay vào trong, ra ngoài.

Tương quan khớp cắn RHL vĩnh viễn thứ nhất:

Mẫu đề ở khớp cắn trung tâm có sấp khớp, dùng bút chì đánh dấu: trục núm ngoài gần RHL thứ nhất HT, rãnh ngoài RHL thứ nhất HD, đường giữa của hai răng cửa giữa HT và HD.

Xác định tương quan theo phân loại Angle I, II, III

Tình trạng RHN vĩnh viễn: chưa mọc hay đã mọc: đủ chỗ, kẹt, thiếu chỗ.

Quan hệ các răng vĩnh viễn đã mọc HT, HD theo chiều ngang, chiều đứng:

Đánh giá sự cân đối của cung răng: răng cùng số đối xứng với nhau qua đường dọc giữa.

Quan hệ theo chiều ngang:

Xác định sự lệch của đường giữa HT (hoặc HD)

Nhóm răng cửa nghiêng bên nào.

Khớp cắn ở RHL thứ nhất: cắn chéo hoặc không

Quan hệ theo chiều đứng: Đo độ cắn trùm: Đặt thước kẻ vuông góc từ rìa cắn răng cửa trên tới mặt ngoài răng cửa dưới, vạch một đường đánh dấu tương ứng trên mặt ngoài răng cửa dưới. Độ cắn trùm là khoảng cách được đo từ vạch này tới rìa cắn răng cửa dưới.

Tiêu chí đánh giá: đặc điểm dịch tễ: tuổi, giới, nguyên nhân mất răng, các đặc điểm lâm sàng: tương quan khớp cắn răng 6, thu hẹp khoảng, răng vĩnh viễn xoay lệch, lệch đường giữa, cắn sâu vùng cửa.

KẾT QUẢ

1. Tỷ lệ học sinh có mất răng hàm sữa sớm (MRHSS):

Mẫu nghiên cứu bao gồm 200 học sinh: 98 nam, 102 nữ. Số học sinh có MRHSS là 59, chiếm tỉ lệ 29,5%.

Phân bố tỷ lệ mất răng hàm sữa sớm theo giới:

	Số lượng	Tỷ lệ(%)
Nam	31	52,54
Nữ	28	47,46
Tổng số	59	100

2. Phân bố mất răng hàm sữa sớm theo vị trí răng:

Tên răng	HD		HT	
	RHS thứ nhất	RHS thứ hai	RHS thứ nhất	RHS thứ hai
Số lượng	26	48	8	20
Tỷ lệ	25,49%	47,06%	7,84%	19,61%

Tỷ lệ mất sớm RHS thứ hai HD cao nhất, rồi đến RHS thứ nhất HD, RHS thứ hai HT, RHS thứ nhất HT.

Sự chênh lệch này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Sự khác biệt về tỷ lệ MRHSS giữa HT và HD là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

3. Nguyên nhân mất răng hàm sữa sớm:

Nguyên nhân	Do sâu răng	Do chấn thương	Tổng số
Số lượng	57	2	59
Tỷ lệ	96,61%	3,39%	100%

Sự khác biệt về nguyên nhân gây MRHSS là rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

4. Tương quan khớp cắn răng 6 ở nhóm có MRHSS:

Loại tương quan	Bên phải		Bên trái	
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ
Loại I	16	27,12%	20	33,9%
Loại II	12	20,34%	11	18,64%
Loại III	31	52,54%	28	47,46%
Tổng số	59	100%	59	100%

Sự chênh lệch về tỷ lệ giữa tương quan loại I với loại II và loại III ở từng bên khác nhau rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

5. Tương quan khớp cắn răng 6 ở nhóm không MRHSS:

	Số lượng	Tỷ lệ
Loại I	114	80,85%
Loại II	20	14,18%
Loại III	7	4,97%
Tổng số	141	100%

6. Tình trạng thu hẹp khoảng:

	Số cung răng có MRHSS	Số cung răng bị thu hẹp khoảng	Số cung răng không bị thu hẹp khoảng
HT	27 (100%)	22 (81,48%)	5 (18,52%)
HD	68 (100%)	60 (88,24%)	8 (11,76%)

7. Sự xoay, lệch của các răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất:

	Số cung răng có MRHSS	Số RHL thứ nhất bị xoay, lệch	Số RHL thứ nhất bình thường
HT	27 (100%)	21 (77,78%)	6 (22,22%)
HD	68 (100%)	40 (58,82%)	28 (41,18%)

8. Tình trạng răng hàm nhỏ vĩnh viễn đã mọc:

Trong 59 trường hợp có MRHSS, có 14 trường hợp đã mọc răng hàm nhỏ vĩnh viễn, trong đó có 12 trường hợp răng này bị xoay lệch hoặc kẹt.

	RHN bị lệch, xoay hoặc kẹt	RHN bình thường	Tổng số
Số lượng	12	2	14
Tỷ lệ	85,71%	14,29%	100%

Sự khác biệt giữa hai tỷ lệ này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$

9. Lệch đường giữa:

	Lệch		Không lệch	
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ
Có MRHSS	11	18,64%	48	81,36%
Không MRHSS	29	20,57%	112	74,43%

Sự chênh lệch về tỷ lệ lệch đường giữa ở hai nhóm là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

10. Độ cắn sâu vùng răng cửa ở nhóm có MRHSS:

	Số lượng	Tỷ lệ
Độ cắn sâu ≤ 2 mm	33	55,93%
Độ cắn sâu > 2 mm	24	40,68%
Cắn ngược hoặc đối đầu	2	3,39%

Sự chênh lệch của các tỷ lệ này là khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

BÀN LUẬN:

1. Tỷ lệ học sinh có MRHSS:

Có 59 trường hợp học sinh bị MRHSS trong số 200 học sinh được khám, chiếm tỷ lệ 29,5%. Đây là một tỷ lệ khá cao, nó phản ánh tình trạng sâu răng sữa ở trẻ em rất phổ biến cũng như sự thiếu quan tâm chăm sóc của bố mẹ tới hàm răng sữa của trẻ. Điều này phù hợp với

nghiên cứu của Alamoudi năm 1999 [3] trên 502 trẻ, thì có 154 trường hợp có mất răng hàm sữa sớm, chiếm tỷ lệ 30,67%.

2. Phân bố MRHSS theo vị trí răng:

Số lượng RHS thứ 2 bị mất sớm nhiều hơn RHS thứ nhất, RHS ở HD bị mất nhiều hơn ở HT. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Dechkunakorn, Chaiwat và Sawaengkit năm 1990 tại Băng Cốc [5].

Điều này có thể được giải thích là MRHSS phần lớn do nguyên nhân sâu răng. Trong khi đó kiểu phân bố sâu răng ở hệ răng sữa là RHS thứ 2 có tỷ lệ sâu cao hơn RHS thứ 1 và RHS HD dễ sâu hơn RHS HT do có sự khác biệt về cấu trúc giải phẫu bề mặt răng mặc dù RHS thứ 1 mọc trước RHS thứ 2 [1].

3. Nguyên nhân MRHSS:

Có 57/59 trường hợp học sinh bị MRHSS là do sâu răng, chiếm tỷ lệ 96,61%.

Như vậy, MRHSS chủ yếu là do nguyên nhân sâu răng, qua đó chúng ta thấy có thể hạn chế được việc mất răng sữa sớm nếu kiểm soát tốt sâu răng [1], [2].

4. Tương quan khớp cắn răng 6:

Có thể nói tương quan loại I xuất hiện một cách phổ biến, tần suất xuất hiện tương quan loại III rất thấp ở nhóm không MRHSS.

Ở nhóm có MRHSS tỷ lệ tương quan răng 6 loại II và loại III cao hơn hẳn so với tương quan loại I.

Như vậy, việc MRHSS làm cho răng 6 bị di chuyển về phía gần, kết hợp với sự xoay lệch nhất là khi răng này đang ở giai đoạn mọc tích cực làm cho tương quan khớp cắn răng 6 bị thay đổi. Nếu mất sớm RHS ở HD, tương quan sẽ là từ loại I chuyển sang loại III hoặc làm nặng hơn tương quan loại III vốn có. Nếu mất sớm RHS ở HT, tương quan sẽ là từ loại I chuyển sang loại II hoặc làm nặng thêm loại II vốn có [3], [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ RHS ở HD bị mất sớm cao hơn so với RHS ở HT, điều này phù hợp với tỷ lệ tương quan khớp cắn loại III cao hơn loại II ở nhóm có MRHSS.

5. Sự thu hẹp khoảng:

Với kết quả thu được, rõ ràng là việc MRHSS gây nên sự di chuyển về phía khoảng trống của các răng bên cạnh, đặc biệt là RHL thứ nhất đã làm thu hẹp khoảng sẵn có, làm giảm chu vi và chiều dài cung răng, thiếu chỗ cho các răng vĩnh viễn mọc sau này [3], [5].

6. Sự xoay, lệch của các răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất:

Tình trạng xoay, lệch của RHL vĩnh viễn thứ nhất sau khi MRHSS chiếm tỷ lệ phổ biến, ở HT là 77,78%, ở HD là 58,82%.

Lý do là hầu hết các em bị MRHSS khi đang ở trong giai đoạn RHL vĩnh viễn thứ nhất mọc tích cực nên dễ bị xoay, lệch.

7. Tình trạng răng hàm nhỏ vĩnh viễn đã mọc:

Có 14 trường hợp học sinh đã mọc RHN vĩnh viễn, trong đó có 12 trường hợp RHN bị xoay, lệch hoặc kẹt, chiếm tỷ lệ 85,71%. Có sự khác biệt rõ ràng giữa tỷ lệ mọc thẳng và mọc kẹt với $p < 0,01$. Những trường hợp đã mọc RHN vĩnh viễn này đều là những trường hợp đã bị mất sớm RHS sau 7 tuổi, kết hợp với sự tiêu xương ở vùng xương ổ răng do làm thúc đẩy sự mọc răng vĩnh viễn.

8. Phân bố lệch đường giữa ở hai nhóm có và không có MRHSS:

Lệch đường giữa có thể là do lệch lạc nhóm răng cửa HT hoặc nhóm răng cửa HD.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy chênh lệch về tỷ lệ lệch đường giữa ở hai nhóm học sinh không có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%. Điều này có nghĩa là việc MRHSS có lẽ ít gây ảnh hưởng tới việc có hay không đường giữa bị lệch.

9. Độ cắn sâu vùng răng cửa (nhóm có MRHSS):

Khớp cắn sâu vùng răng cửa ở nhóm có MRHSS cũng gặp khá nhiều, 40,68%, do việc MRHSS làm mất tầm cao khớp cắn của các răng phía sau, đặc biệt là những trường hợp MRHSS cả hai bên. Điều này càng làm cho việc điều trị sau này phức tạp hơn [3], [4], [5].

KẾT LUẬN

- Tỷ lệ, nguyên nhân MRHSS:

Tỷ lệ học sinh có MRHSS lứa tuổi 9-10 ở trường tiểu học Đông Thái khá nhiều: 29,5%.

Nguyên nhân MRHSS:

Do sâu răng: 96,61%

Do sang chấn 3,39%

- Những hậu quả lệch lạc răng do MRHSS được thể hiện:

Tương quan khớp cắn răng 6:

Làm tăng tỷ lệ loại II và loại III hơn so với nhóm không bị MRHSS.

Có sự thu hẹp khoảng rõ ràng ở bên cung răng có MRHSS ở cả HT và HD, làm giảm chiều dài và chu vi cung răng.

Sự xoay lệch của các RHL vĩnh viễn thứ nhất diễn ra phổ biến.

Tình trạng các răng hàm nhỏ vĩnh viễn đã mọc: tỷ lệ mọc lệch, kẹt là 85,71%

- Kiến nghị:

Giáo dục kiến thức nha khoa là rất cần thiết ngay từ đầu cho trẻ nhỏ và cho cha mẹ: cách vệ sinh răng miệng; thói quen ăn uống để có hàm răng khỏe mạnh; loại bỏ các thói quen xấu; giáo dục về tuổi mọc răng, thay răng, lợi ích của hàm răng sữa; cách phát hiện những thương tổn sâu răng; điều trị các bệnh đường hô hấp trên...

Cần phát hiện và điều trị sớm sâu răng sữa cho trẻ em, vì sâu răng là nguyên nhân chính gây nên mất răng sữa sớm. Muốn vậy, trẻ phải được đi khám nha khoa định kỳ.

Khi đã bị mất răng sữa sớm, nên làm bộ giữ khoảng phòng ngừa sự di lệch răng đặc biệt là RHL vĩnh viễn thứ nhất.

Nếu đã xảy ra sự thu hẹp khoảng, cần can thiệp nới khoảng để có đủ chỗ cho các răng hàm nhỏ vĩnh viễn. Điều này sẽ làm giảm bớt chi phí về thời gian và tiền bạc cũng như độ phức tạp của việc điều trị sau này.

SUMMARY:

EVALUATION OF EARLY PRIMARY MOLAR TEETH LOSS AND ITS CONSEQUENCE IN 9 – 10 YEARS OLD PUPILS IN ĐÔNG THÁI, HÀ NỘI

INTRODUCTION: The premature loss of primary molars results in the loss of space in the arch, malocclusions...PURPOSE: 1. Evaluate the rate, etiology of early primary teeth loss. 2. Evaluate the space loss, malocclusions of permanent teeth. MATERIALS AND METHODS: examine 200 of 9 – 10 years old pupils, study models were made from alginate impression taken for pupils with early primary teeth loss, analysis the model to

determine the space changes, malocclusions of the permanent teeth. RESULTS: 29.5% pupils have early primary molar teeth loss; most of them caused by caries(96.61%); space loss in the upper arch is 60 (88.24%), in the lower arch is 22 (81.48%); malocclusions on the right: Angle I: 27.12%, Angle II: 20.34%, Angle III: 52.54% and on the left: Angle I: 33.9%, Angle II: 18.64%, Angle III: 47.46%. CONCLUSIONS: The early loss of the primary molar is mostly by caries. There is significant space change and malocclusion after the teeth loss.

Keywords: early primary molar teeth loss, space loss, malocclusions

Những chữ viết tắt

MRHSS: Mất răng hàm sữa sớm.

HT: Hàm trên.

HD: Hàm dưới.

RHL: Răng hàm lớn.

RHN: Răng hàm nhỏ.

RHS: Răng hàm sữa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thuý Nga, Phan Thị Thanh Yên, Phạm ái Hùng, Đặng Thị Nhân Hoà (2001): "Sâu răng ở trẻ em". Nha khoa trẻ em - NXB Y học. Tr 162-163.

2. Trần Văn Trường (2002): "Điều tra sức khoẻ răng miệng toàn quốc" - NXB Y học.

3. Alamoudi N (1999): "The prevalence of crowding, attrition, midline discrepancies and premature tooth loss in the primary dentition of children in Jeddah, Saudi Arabia". J Clin Pediatr Dent. Volume 24. pp 53-58.

4. Czecholinski J A, Kahl B, Schwarzewc (1994): "Early deciduous tooth loss- the mature or immature eruption of their permanent successors". Fortschr Kieferorthop. Volume 55. pp 54-60.

5. Dechkenakorn S, Chaiwat J, Sawaengkit P (1990): "Congenital absence and loss of teeth in an orthodontic patient group". J Dent Assoc Thai. Volume 40. pp 165-176.