

## **ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ X-QUANG SAI LỆCH KHỚP CẤP LOẠI II DO LÙI XƯƠNG HÀM DƯỚI Ở BỆNH VIỆN VIỆT NAM - CU BA 2010 - 2012**

**NGUYỄN THỊ THU PHƯƠNG  
VÕ TRƯỞNG NHƯ NGỌC, CAO THANH NGÀ  
Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt**

### **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Sai cắn loại II có tỷ lệ cao trong cộng đồng. Có nhiều nguyên nhân gây ra sai khớp cắn loại II, trong đó đa số các trường hợp điều trị là do lùi hàm dưới về phía sau[5]. Sai khớp cắn loại II nói chung và sai cắn loại II do lùi xương hàm dưới nói riêng không những ảnh hưởng tới thẩm mỹ mà còn ảnh hưởng tới khớp thái dương hàm và nha chu. Trong những năm qua đã có tiến bộ trong việc điều trị sai khớp cắn loại II, từ phương pháp đeo hàm tháo lắp đến phương pháp sử dụng khí cụ cố định. Ở Việt Nam đã bắt đầu có một số nghiên cứu mô tả việc điều trị theo phương pháp mới này, nhưng việc mô tả các đặc điểm lâm sàng và X-Quang của bệnh nhân sai khớp cắn loại II do lùi xương hàm dưới là hết sức cần thiết. Đây cũng chính là mục tiêu của nghiên cứu này.

### **TỔNG QUAN TÀI LIỆU**

Sai lệch khớp cắn theo chiều trước sau được Angle phân ra làm ba loại I, II, III dựa vào tương quan giữa răng hàm lớn thứ nhất hàm trên và hàm dưới khi hai hàm ở tư thế cắn trung tâm. Trong đó, sai khớp cắn loại II khi đỉnh múi ngoài gần răng hàm lớn thứ nhất hàm trên nằm ở phía gần so với rãnh giữa ngoài răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới ở Việt Nam, tỷ lệ lệch lạc khớp cắn rất cao.[1] Theo nghiên cứu của Đồng Khắc Thẩm, tỷ lệ sai khớp cắn trong cộng đồng là 83,25%[2]. Điều tra của Hoàng Bạch Dương về lệch lạc răng hàm lứa tuổi 12 ở trường cấp II Amsterdam Hà nội cho thấy tỷ lệ lệch lạc răng rất cao 91 %, trong đó sai cắn loại I là 39%, loại II 43%, loại III 9% [3]. Theo thống kê của bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà nội năm 2009, tỷ lệ lệch lạc khớp cắn loại II chiếm hơn

28% [2]. Trong một số nghiên cứu của nước ngoài, tỷ lệ sai khớp cắn loại II từ 6.6 đến 29% [4].

### PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là một nghiên cứu mô tả cắt ngang với đối tượng nghiên cứu là tất cả các bệnh nhân đến khoa Răng miệng bệnh viện Việt Nam –Cuba trong thời gian từ 6/2010 đến 10/2012 có yêu cầu khám và điều trị lệch lạc răng được chẩn đoán sai khớp cắn loại II Angle do lùi xương hàm dưới không có chỉ định phẫu thuật. Các tiêu chí lựa chọn bệnh nhân vào nghiên cứu bao gồm: (1) Độ tuổi: răng vĩnh viễn; (2) Khớp cắn loại II 1 bên hoặc 2 bên vùng răng hàm lớn thứ nhất hoặc vùng răng nanh hoặc cả 2 vùng răng hàm và nanh; (3) Các chỉ số Góc  $74^{\circ} \leq \text{SNB} < 78^{\circ}$ ; Góc  $4^{\circ} < \text{ANB} \leq 7^{\circ}$ ; Góc  $\text{SNA} = 82^{\circ} \pm 2$ . Các tiêu chí loại trừ ra khỏi nghiên cứu bao gồm bệnh nhân có rối loạn tâm thần, bệnh nhân không hợp tác, bệnh nhân mắc các dị tật bẩm sinh, hội chứng teo nửa mặt. Tổng số bệnh nhân đạt tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu là 30 và chúng tôi chọn hết vào mẫu nghiên cứu.

Các chỉ số đo lường trong nghiên cứu được thu thập thông qua hỏi bệnh nhân thu thập các thông tin nhân khẩu học và lý do đến khám, qua khám lâm sàng, lấy dấu ổ mẫu và phân tích mẫu, và chụp X-Quang đánh giá trên phim panorama và phim cephalometric. Kỹ thuật hoá đồ phim trên giấy chuyên dụng, kẻ các đường mốc và đo giá trị của các góc và khoảng cách để so sánh với trị số bình thường.

Đạo đức nghiên cứu: Bệnh nhân tự nguyện tham gia vào nghiên cứu sau khi được giải thích đầy đủ về mục tiêu, các phương pháp tiến hành nghiên cứu, cũng như những lợi ích và rủi ro có thể có khi tham gia nghiên cứu.

### KẾT QUẢ

#### 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu.

Trong 30 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có 19 bệnh nhân nữ (63.3%) và 11 nam (36.7%). Về độ tuổi thì tuổi trung bình là 17 (dao động từ 11 đến 37) trong đó số bệnh nhân dưới 18 tuổi chiếm gần 77%. Phần lớn bệnh nhân đến khám vì lý do do thẩm mỹ (90%) và các lý do khác là đau khớp thái dương hàm. 50% (15/30) trường hợp có nguyên nhân di truyền, 6,6% do thói quen xấu (2/30), 27 % do tương lực cơ môi tăng, 16,4% do khớp cắn đóng quá mức

#### 2. Đặc điểm lâm sàng.

##### 2.1. Ngoài mặt.

Trên một bệnh nhân có thể có một hoặc nhiều dấu hiệu lâm sàng. Biểu hiện lâm sàng tăng tương lực cơ cắn xuất hiện ở các bệnh nhân có tỷ lệ cao nhất (53,3%), tiếp theo dấu hiệu tăng mặt dưới ngắn (40%). Biểu hiện cười hở lợi và góc hàm dưới đóng chiếm tỷ lệ ít nhất (16,6 %), dấu răng in trên môi chiếm 23,3%

##### 2.2. Phân bố sai khớp cắn loại II.

Bảng 1: Phân bố tương quan răng nanh, răng hàm lớn thứ nhất

	Phải		Trái	
	n/N	%	n/N	%
Răng nanh	21/30	70%	15/30	50%
Răng hàm lớn thứ nhất	13/29	45%	15/29	52%
Cả răng nanh và răng hàm	12/30	40%	7/30	23%

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu tỷ lệ bệnh nhân có tương quan răng nanh loại II gặp nhiều nhất (70% ở bên phải và 50% ở bên trái). Tỷ lệ phân bố tương quan loại II ở cả răng nanh và răng hàm lớn thứ nhất là ít gặp nhất, 40% ở bên phải và 23% ở bên trái.

Trong 30 bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu gặp 16 bệnh nhân có sai khớp cắn loại II ở cả 2 bên, chiếm 53,3 %, và 14 bệnh nhân có sai khớp cắn loại II ở 1 bên, chiếm 46,7 %.

### 2.3. Mức độ thiếu khoảng:

Bảng 2. Mức độ thiếu khoảng ở hàm trên và dưới

	Hàm trên		Hàm dưới	
	n	%	N	%
0-5 mm	16	69%	16	64%
>5-9 mm	4	15%	4	16%
>9mm	7	26%	5	20%
Tổng	27	100%	25	100%

Ở hàm trên có 27/30 bệnh nhân có thiếu khoảng.. Mức độ thiếu khoảng dưới 5 mm chiếm tỷ lệ cao 63% ở hàm trên (19 bệnh nhân). Thấp nhất là độ thiếu khoảng từ >5 đến 9 mm, có 4 bệnh nhân.

Ở hàm dưới có 25/30 bệnh nhân bị thiếu khoảng. Mức độ thiếu khoảng dưới 5mm chiếm nhiều nhất 64%, có 16 bệnh nhân. Thiếu khoảng từ >5 đến 9 mm có 4 bệnh nhân, chiếm 16%.

### 3. Đặc điểm cận lâm sàng:

Bảng 3. Các chỉ số trên phim X-Quang trước điều trị.

	Trung bình	Độ lệch chuẩn
SNA ( $^{\circ}$ )	81,4	1,27
SNB ( $^{\circ}$ )	75,6	1,28
ANB ( $^{\circ}$ )	5,8	0,93
1-SN ( $^{\circ}$ )	108,6	11,27
1-1 ( $^{\circ}$ )	117,1	17,02
1-Pal ( $^{\circ}$ )	118,9	11,62
SN-MP ( $^{\circ}$ )	39,7	10,44
1-MP ( $^{\circ}$ )	98,5	8,39

Bảng 3 cho thấy góc SNA trong giới hạn bình thường  $81,4 \pm 1,27$ , góc SNB thấp hơn giá trị bình thường  $75,6 \pm 1,28$ , góc ANB lớn  $5,8 \pm 0,98$

Các giá trị đo lường trên phim cephalometric cho thấy: góc giữa xương hàm trên và nền sọ SNA nằm trong giới hạn bình thường ( $81,43 \pm 1,27$ ).

Góc giữa xương hàm dưới và nền sọ SNB thấp hơn giá trị bình thường ( $75,6 \pm 1,28$ ). Góc giữa xương hàm trên và xương hàm dưới ANB là loại II xương với giá trị >4 ( $5,8 \pm 0,93$ ). Góc liên răng cửa 1-1 nhọn ( $117,1 \pm 17,02$ )

### BÀN LUẬN

#### 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu.

Tỷ lệ nữ giới gấp 1,7 lần nam giới do nhu cầu thẩm mỹ của nữ giới luôn cao hơn nam giới và tâm lý các bậc phụ huynh luôn quan tâm đến vấn đề thẩm mỹ cho các bé gái hơn các bé trai..

Đề tài lựa chọn các bệnh nhân đã thay răng vĩnh viễn, độ tuổi trung bình là  $17 \pm 7.26$ , cao nhất là 37 tuổi và thấp nhất là 11 tuổi được chia thành hai nhóm trên và dưới 18 tuổi (tuổi ngừng phát triển)

Bệnh nhân có nhu cầu điều trị chỉnh nha với nhiều lý do khác nhau và mục đích điều trị cũng khác nhau, các bệnh nhân đến khám đều đặc biệt quan tâm đến vấn đề thẩm mỹ do bị vẩu răng cửa hàm trên, răng cửa dưới bị

quạp vào trong, các răng chen chúc, hai môi không khép kín, hoặc cằm bị lùi ra sau....Chỉ có 3 trường hợp vì lý do nha chu và đau khớp thái dương hàm

### 2. Nguyên nhân sai khớp cắn loại II do lùi xương hàm dưới.

Nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao nhất là do di truyền (50%). Việc chẩn đoán nguyên nhân do di truyền dựa vào khai thác tiền sử gia đình. Có 8 trường do tăng trương lực cơ môi, qua khám lâm sàng sờ thấy chắc và dày hơn bình thường và ở vùng răng cửa hàm dưới có hiện tượng tụt lợi do cơ môi ép vào vùng xương ổ răng làm tiêu xương. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Ngọc (2003) về hiệu quả của hàm chức năng trong điều trị sai khớp cắn loại II do lùi xương hàm dưới cũng nhận thấy điều này [6]. Khớp cắn đóng quá mức hay khớp cắn sâu kiểu nắp hộp chiếm 16,4%, trong đó có 1 trường hợp bệnh nhân có độ cắn chùm đến 9mm. Các trường hợp này có răng cửa hàm trên nghiêng về phía hàm ếch làm cản trở đường đóng cửa hàm dưới, ở tư thế lỏng môi tối đa hàm dưới phải trượt về phía sau, đồng nghĩa với việc xương hàm dưới phải lùi về phía sau. Thói quen xấu chiếm tỷ lệ thấp nhất (6,6%), cả hai trường hợp này đều còn ở lứa tuổi thấp 11 và 13 tuổi. Do nghiên cứu được thực hiện đối với các bệnh nhân đã mọc hết các răng vĩnh viễn nên nguyên nhân do thói quen xấu đã được giảm đi.

### 3. Đặc điểm lâm sàng.

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu tỷ lệ bệnh nhân có tương quan răng nanh loại II gặp nhiều nhất (70% ở bên phải và 50% ở bên trái). Nghiên cứu của Võ Thị Thúy Hồng năm 2011 về hình thái lâm sàng bệnh nhân lệch lạc khớp cắn loại II xương neo chặn với Microimplant điều trị tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội cũng có tỷ lệ răng nanh loại II theo Angle là 100% [7].

Tỷ lệ phân bố sai khớp cắn loại II ở mức độ 100% ở răng hàm gặp nhiều nhất, tỷ lệ phân bố tương quan loại II ở cả răng nanh và răng hàm lớn thứ nhất là ít gặp nhất, 40% ở bên phải và 23% ở bên trái.

Ở hàm trên có 27/30 bệnh nhân, hàm dưới có 25 bệnh nhân thiếu khoảng, tập trung chủ yếu từ 0-5mm, trong đó thấp nhất là 1mm và nhiều nhất là 11 mm. Ở hàm trên, với những bệnh nhân thiếu khoảng nhiều thường gặp răng nanh nằm ngoài cung hàm, có một trường hợp có răng cửa bên nằm ở phía hàm ếch. Ở hàm dưới có hai bệnh nhân có độ chen chúc là 11 mm, các bệnh nhân này thường có chen chúc ở nhóm răng cửa, các răng cửa xoay từ 45° đến 90°.

Các chỉ số trên phim cephalometric trước khi điều trị:

Bảng 3 cho thấy góc SNA = 81,43° ± 1.27 trong giới hạn bình thường so với 82 ± 2 (theo Steiner), như vậy tương quan của xương hàm trên với nền sọ là bình thường.

Góc SNB = 75,6° ± 1.28 thấp hơn giới hạn bình thường là 80° ± 2 theo Steiner. So sánh với nghiên cứu của J. W. P. Lau và U. Hagg nghiên cứu về các chỉ số đo sọ mặt của 105 người Trung Quốc có khớp cắn loại II/1 ở lứa tuổi 10- 15 có góc SNB = 77° ± 3,7 [8] thì nghiên cứu của chúng tôi có góc SNB thấp hơn, có thể do lứa tuổi được lựa chọn khác nhau. Còn so sánh với kết quả nghiên cứu của M.R.Freitas và cộng sự năm

2005 về chỉ số trên phim cephalometric của người Brazil da trắng có sai khớp cắn loại II/1 có góc SNB = 75,39° ± 3,23 [9] thì kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi là tương đương.

Góc ANB = 5,8° ± 0,925 thấp hơn so với nghiên cứu của J W P Lau và U Hagg (5.9 ± 2) [8], và của M.R.Freitas và cộng sự (6,19 ± 1,3) [10].

### KẾT LUẬN

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu tỷ lệ bệnh nhân có tương quan răng nanh loại II gặp nhiều nhất. Tỷ lệ phân bố sai khớp cắn loại II ở mức độ 100% ở răng hàm gặp nhiều nhất, tỷ lệ phân bố tương quan loại II ở cả răng nanh và răng hàm lớn thứ nhất là ít gặp nhất, 40% ở bên phải và 23% ở bên trái. Trên phim sọ nghiêng từ xa cho thấy góc SNA: 81,43° ± 1.27 trong giới hạn bình thường so với 82° ± 2 (theo Steiner), như vậy tương quan của xương hàm trên với nền sọ là bình thường. Góc SNB: 75,6° ± 1.28 thấp hơn giới hạn bình thường là 80° ± 2 theo Steiner. Góc ANB: 5,8° ± 0.925

### SUMMARY

Objective and methodology: Using cross-sectional descriptive method, the study was conducted in 30 orthodontic patients who were being treated with diagnosis of Class II Malocclusion due to retrognathic mandible. The objective of the study is to describe clinical and X-ray characteristics of Class II malocclusion due to retrognathic mandible at Vietnam-Cuba hospital in 2010-2012. Results: 53% had increased force of chin muscle, 40% had short lower facial layer, gummy smile and closed mandible angle had the smallest percentage of 16,6%; SNA: 81,4 ± 1,27, SNB: 75,6 ± 1,28, ANB is rather big: 5,8 ± 0,98... Conclusion: among study's participants, patients with Class II canine relation were account for the highest percentage. 100% - Class II malocclusion of molars was the most common. SNA angle of 81,43=0±1.27 was normal, SNB: 75,6° ± 1.28 was smaller than normal range. ANB: 5,8° ± 0.925.

**Keywords:** Class II malocclusion, dental-mandible deviations...

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Angle EH (1900), Treatment of malocclusion of the teeth and fractures of the maxillae. In: Angle's system, ed 6. Philadelphia: SS White Dental Mfg Co; 1900.
2. Đồng Khắc Thẩm (2000), "Khảo sát tình trạng khớp cắn ở người Việt Nam trong độ tuổi 17 - 27", Luận văn thạc sỹ y học, TP. HCM.
3. Hoàng Thị Bạch Dương (2000), "Điều tra về lệch lạc răng-hàm trẻ em lứa tuổi 12 ở trường cấp II Amsterdam Hà nội", Luận văn thạc sỹ y học, trường Đại học Y Hà nội.
4. Guilherme Janson, A.C.Brambilla, J.F.C. Henriques (2004), "Class II treatment success rate in 2- and 4-premolar extraction protocols", Am J Orthod Dentofacial Orthop 2004; 125:472-9.
5. Mai Thị Thu Thảo và cộng sự (2004), "Phân loại khớp cắn theo Angle", Chính hình răng mặt, Nhà xuất bản y học, tr. 67 - 75.
6. Nguyễn Thị Bích Ngọc (2003), "Nhận xét và đánh giá hiệu quả lâm sàng điều trị lệch lạc khớp cắn Angle II do lùi xương hàm dưới bằng hàm chức năng", Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú các bệnh viện, trường Đại học Y Hà nội