

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP ĐIỀU TRỊ RĂNG CỦA NGÀM HÀM TRÊN THÀNH CÔNG BẰNG KHÍ CỤ CHỈNH HÌNH VỚI DÂY THUN VÀ PHẪU THUẬT

TRẦN XUÂN HUY, NGÔ TIỂU HẰNG, TRẦN THỊ HUỖNH MAI, TRẦN KHÁNH PHƯƠNG

Khoa RHM Bệnh viện An giang

TÓM TẮT:

Điều trị thành công trường hợp răng cửa giữa hàm trên bên trái xoay 90 độ, lật ngược về phía ngách lợi và ngầm toàn bộ dưới nướu ở em bé trai 10 tuổi bằng phẫu thuật kết hợp khí cụ chỉnh hình tháo lắp hàm trên có dây thun nhằm kéo nắn chỉnh răng ngầm, vặn và lệch tại khoa RHM BVĐKTTAG cho thấy khả năng có thể dùng dây thun kéo răng ngầm rời vị trí ngầm trong xương hàm sau đó nắn chỉnh chúng về vị trí bình thường vốn có của nó trên cung răng là một phương pháp chỉnh răng an toàn, hiệu quả và tiện lợi ở lứa tuổi 7 đến 14

ABSTRACT:

A 10 year old Vietnamese male with an upward vestibularly and 90 degree tortously impacted upper first left incisor was successfully treated with an upper removable appliance and an elastic string incorporated to provide orthodontic traction force. This case report indicates the possibility of using elastic force as a safe, effective and comfortable way for orthodontic traction for 7 to 14 year old children.

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Việc mọc răng lệch lạc trên hàm có ảnh hưởng nhất định về chức năng, thẩm mỹ, tâm lý kể cả sự thay đổi thực thể khuôn mặt do sự phát triển lệch lạc của xương hàm trong giai đoạn phát triển. Con đường vặn vẹo và thời gian mọc răng kéo dài hơn trong quá trình mọc răng bình thường do nhiều nguyên nhân khác nhau và gây ra nhiều lệch lạc cho bộ răng vĩnh viễn sau này, trong đó đáng kể nhất là tồn tại một chiếc răng sữa không được thay đúng hạn theo tiến trình thay răng bình thường hoặc một chiếc răng sữa bị sang chấn gây mất răng sớm và nướu bị xơ hóa cản trở sự mọc của răng vĩnh viễn tương ứng được coi là nguyên nhân chính gây răng mọc ngầm, mọc lệch. Tỷ lệ răng ngầm khoảng 0.27% - 2.4% số dân trên thế giới [2], răng cửa ngầm rất hiếm 1/10.000 [4], việc phát hiện răng ngầm thường là quá trễ vì ít hoặc không có triệu chứng thực thể xảy ra trong suốt thời gian trước đó cho đến khi có các tổn thương của răng lân cận hoặc hình ảnh trên phim XQ và khi răng vĩnh viễn đã mọc đầy đủ (>14 tuổi), răng kế cận đổ về khoảng trống quá gần (<2mm) sẽ không có chỗ cho răng ngầm này mọc đúng vị trí để có thể chỉnh răng mà phải phẫu thuật loại bỏ nó cùng các biến chứng

về sau, đồng thời áp dụng phương pháp phục hình răng nhằm tái tạo lại *một phần* thẩm mỹ và chức năng cho vùng răng phía trước [7].

Răng cửa ngầm nếu không được can thiệp điều trị kịp thời có thể gây chèn ép làm tiêu ngót chóp răng cửa lân cận, chết tủy răng, viêm xương hàm, nang xương hàm, sự nghiêng đổ các răng lân cận về phía khoảng trống tương ứng của răng ngầm chẳng những gây mất tính cân đối của cung hàm, của khung mặt về mặt thẩm mỹ mà còn làm sai cắn khít và giảm sức nhai.

TƯỜNG TRÌNH CA BỆNH :

Bệnh nhân T.T. D 10 tuổi, học sinh, đến khám tại khoa RHM Bệnh viện Đa khoa Trung tâm AG với lý do không thấy răng cửa giữa hàm trên bên trái trên hàm trong khi các răng lân cận đã thay hơn 03 năm trước đồng thời răng cửa 2 bên lệch về khoảng trống, tạo kẽ hở rất mất cân đối khi bé cười nói nên trông rất xấu. Khám lâm sàng và hỏi về tiền sử bệnh, phát hiện thêm rằng lúc hơn 5 tuổi bé bị đụng đập mặt vào vật cứng khi nô đùa, lúc ấy răng cửa giữa sữa hàm trên bên trái (răng 6.1) bị lún vào trong xương hàm và hơn 02 tháng sau đó đã được nhổ đi vì có biến chứng nhiễm trùng, viêm tấy hàm mặt do nguyên nhân của răng này, phim XQ toàn cảnh xác định rõ răng cửa giữa hàm trên bên trái (răng 2.1) nằm trong xương hàm 10mm cách bờ xương ổ răng tại vị trí mất răng 6.1 trục răng lệch 80-90 độ hướng dưới trên và xoay trong ngoài một góc 90 độ, phù hợp với vị trí một u gờ trên nướu cận thẳng môi và ngách lợi hàm trên. Chẩn đoán xác định đây là trường hợp răng cửa hàm trên bên trái mọc ngầm lệch lạc phức tạp do sự cản trở quá trình mọc răng của mô xương và nướu bị xơ hóa sớm do sang chấn trong độ tuổi thay răng.

Chúng tôi thiết lập kế hoạch điều trị bằng 3 giai đoạn sau:

* Giai đoạn 1: Khám tổng quát, các xét nghiệm cơ bản, không phát hiện bất thường về tình trạng sức khỏe toàn thân có khả năng tiến hành can thiệp phẫu thuật rạch tách nướu tại vị trí ngách lợi-thẳng môi trên, khoan phần xương che một phần thân răng 2.1 đến cổ răng, cột cố định một dây thép d=0.1mm không rỉ vào cổ răng và khâu mép nướu , để hở thân răng.

* Giai đoạn 2: Một tháng sau, dùng dây thun d=0.1 mm cột từ móc ở cổ răng 2.1 đến móc trên cung thép hướng dẫn mặt ngoài cung răng hàm trên của một khí cụ tháo lắp được lắp trên hàm, với lực kéo nhẹ có kiểm soát và điều chỉnh thích hợp mỗi tuần, nhằm hỗ trợ răng trôi ra khỏi xương hàm và chuyển hướng xuống cung răng. Sau 3 tháng toàn bộ thân thoát khỏi nướu lành tốt, không lung lay, không ê buốt, màu men ngà bình thường, thân răng còn ở vị trí xoay trong ngoài, khoảng hở răng 1.1 – 2.2 hẹp 4 mm



* Giai đoạn 3 : Thực hiện một khí cụ tháo lắp có cung hướng dẫn đẩy R1.1 về phải và R2.2 về trái tạo khoảng hở thích hợp với kích thước ngang của răng 2.1, chỉnh xoay và ép răng 2.1 từ từ trở về vị trí vốn có trên cung răng. Hơn 5 tháng sau răng 2.1 trôi 10 mm, di chuyển xuống dưới 12 mm, xoay 90 độ, màu răng bình thường, không lung lay, nướu lành tốt ôm toàn bộ cổ răng, bé ăn uống, vệ sinh răng miệng không có trở ngại nào, chụp phim toàn cảnh kiểm tra xương hàm, chân răng , chóp và lỗ chóp chân răng và các răng lân cận đều bình thường.

Tóm lại sau 9 tháng điều trị, răng 2.1 đã ở vị trí đạt được 95% so với răng bình thường trên cung răng hàm trên.

BÀN LUẬN:

Răng ngầm, xoay, lật ngược do sự cản trở của mô xương và nướu bị xơ hóa sau sang chấn sớm trên răng sữa trong quá trình mọc răng là hiếm xảy ra và là một trong những trường hợp phức tạp khi nhà chuyên môn quyết định dùng phương pháp chỉnh hình để điều trị. Chủ động can thiệp phẫu thuật chẳng những giải phóng răng ngầm là biện pháp duy nhất cần thiết mà còn tạo thuận lợi cho việc sử dụng giải pháp chỉnh hình răng tiếp theo.

Khám thực thể về tình trạng sức khỏe chung, tình trạng răng miệng, tiền sử bệnh, phim XQ toàn cảnh, xác định chính xác nguyên nhân bệnh sinh nhằm giúp nhà chuyên môn chọn được kế hoạch và phương pháp điều trị thích hợp là một phần quan trọng trong kết quả điều trị này. Được sự đồng thuận và sự phối hợp chặt chẽ của cha mẹ, của trẻ, của Bác sĩ trong suốt quá trình điều trị đã hạn chế thấp nhất các biến chứng có thể xảy ra cho xương hàm, răng, mô nha chu, răng lân cận và quan trọng là nếu ngược lại sẽ là sự thất bại của phương pháp được áp dụng.

Một trường hợp tương tự được tác giả Thosa NR và Vibhute P. (Dept. of Pedodontic and preventive Dentistry, Sharad Pawar College-India) báo cáo sử dụng dây thun móc vào hệ thống mắc cài được dán lên thân răng ngầm và các răng lân cận để kéo răng [4]. Một tác giả khác là Larry CF Li (Đại học Hongkong-PR China), sử dụng 2 thanh nam châm từ, một mắc

lên thân răng ngầm, một mắc lên cung thép của khí cụ tháo làm lực kéo [6], đều cho kết quả tương tự, nhưng kỹ thuật áp dụng cầu kỳ hơn và tốn nhiều chi phí hơn.

Tuy nhiên, kỹ thuật được áp dụng trong trường hợp này là khá đơn giản, vật liệu sử dụng không hiếm, không cầu kỳ, chi phí ít, có thể áp dụng cho tất cả các trường hợp tương tự ở các răng cửa, hàm trên và hàm dưới.

Các Bác sĩ RHM ở các cơ sở điều trị tuyến Huyện, thị, Tỉnh trong điều kiện có khó khăn về trang thiết bị chỉnh nha vẫn có thể áp dụng phương pháp này nhằm giảm bớt chi phí điều trị và thời gian cho gia đình bệnh nhân, thậm chí ảnh hưởng đến việc học hành của trẻ khi phải điều trị ở tuyến trên.

Thời gian điều trị khá ngắn, hiệu quả như mong đợi, phù hợp tự nhiên, không ảnh hưởng đến việc ăn uống và việc vệ sinh răng miệng hàng ngày.

KẾT LUẬN:

Phối hợp phẫu thuật và chỉnh răng bằng khí cụ chỉnh hình tháo lắp có dây thun để kéo chỉnh một răng cửa mọc ngầm, xoay, lật ngược trong trường hợp nêu trên là một phương pháp an toàn, hiệu quả, hợp tự nhiên và chi phí thấp.

Tài liệu tham khảo

1. Kramer RM, Williams AC. The incidence of impacted teeth: a survey at Harlem Hospital. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1970;29:237-41.
- Grover PS, Lorton L. The incidence of unerupted permanent teeth and related clinical cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1985;59:420-5.
2. J Contemp Dent Pract. 2007 Sep 1; 8(6):72-81. Epub 2007 Sep Maxillary canine impactions related to impacted central incisors: two case reports..
3. Eur J Paediatr Dent. 2008 Mar; 9(1):43-7. Orthodontic treatment for an unerupted and severely rotated maxillary central incisor. A case report.
4. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2006 Jun; 24(2):100-3 Surgical and orthodontic treatment of an impacted permanent central incisor: a case report.
5. Tzong PT. J Am Dent Assoc 2002;133:61-6. Surgical repositioning of an impacted dilacerated incisor in mixed dentition. #
6. Ned Tijdschr Tandheelkd. 2008 May; 115(5):252-8. Orthodontic traction of impacted canine using magnet: a case report
7. Chawla HS, Kapur A. Orthodontic management of faciolingual horizontally impacted maxillary central incisor. J Indian Soc Pedod Prev Dent 2009;27:65-9