

§ KHÁM CẢN KHỚP Ở TƯ THẾ LỒNG MÚI TỐI ĐA

MỤC TIÊU

1. Trình bày được trình tự các giai đoạn khám khớp cắn ở lồng mũi tối đa (LMTĐ).
2. Định nghĩa được các tiếp xúc quá mức hay các tiếp xúc cắn khớp xấu ở vị trí lồng mũi tối đa.
3. Mô tả được phương pháp ghi dấu các điểm chịu cắn khớp ở vị trí LMTĐ - Đây là những điểm phải tôn trọng trong quá trình mài điều chỉnh cắn khớp sau này.

1. NHẮC LẠI CƠ SỞ HÌNH THÁI HỌC VÀ ĐỘNG HỌC

1.1. Đặc điểm hình thái học của vị trí lồng mũi tối đa

1.1.1. Phân loại khớp cắn

Theo phân loại của Angle, khớp cắn được chia làm ba loại: I, II và III dựa trên tương quan của các răng cối lớn I trên và dưới. Trên cơ sở của phân loại này, tương quan giữa các răng nanh trên và dưới cũng được xếp thành 3 loại:

Loại I : R3 trên ở vị trí xa nửa răng so với R3 dưới (Hình 8-4).

Loại II : R3 trên ở vị trí gần so với R3 dưới (Hình 8-5).

Loại III : R3 trên ở vị trí xa so với R3 dưới (Hình 8-6).



Hình 8-4. R3 trên ở vị trí xa nửa răng so với R3 dưới.



Hình 8-5. R3 trên ở vị trí gần so với R3 dưới.



Hình 8-6. R3 trên ở vị trí xa so với R3 dưới.

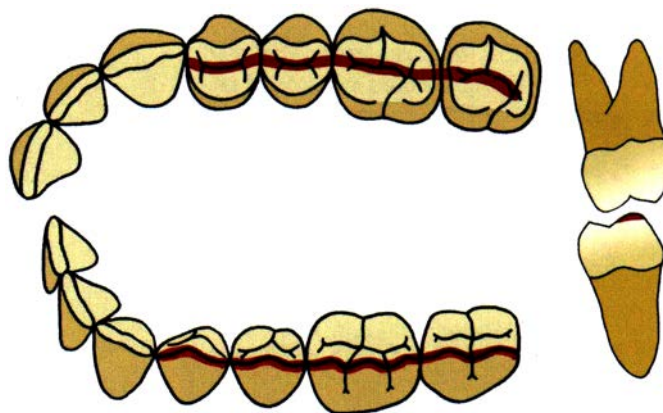
1.1.2. Phân loại nhóm múi chịu

Các múi chịu được phân ra làm ba nhóm, hai nhóm ở hàm dưới và một nhóm ở hàm trên (xem bài “Sự thành lập và đặc điểm khớp cắn bộ răng vĩnh viễn”, chương 3).

Nhóm 1 : Gồm các múi ngoài răng cối nhỏ và răng cối lớn hàm dưới. Các múi này ăn khớp vào vùng gờ bên hoặc trũng tam giác của răng đối diện, trừ các múi xa ngoài răng cối lớn hàm dưới ăn khớp với trũng giữa của răng đối diện. Các điểm chịu cắn khớp của nhóm này đóng vai trò quyết định đảm bảo cho sự ổn định cắn khớp ở tư thế LMTĐ. Ngoài phân chức năng các múi này trượt trên sườn hướng dẫn của múi hướng dẫn trong các vận động sang bên. Đây là nhóm múi chịu quan trọng nhất (Hình 8-7).

Nhóm 2 : Gồm bờ cắn của các răng cửa và răng nanh dưới, giữ vai trò chính trong chức năng hướng dẫn ra trước và trước bên (Hình 8-8).

Nhóm 3: Gồm các múi trong của răng cối nhỏ và răng cối lớn hàm trên. Các múi gần trong của các răng cối lớn trên ăn khớp vào trũng giữa của răng đối diện, các múi khác vào vùng gờ bên hoặc trũng tam giác răng đối diện (Hình 8-9).



Hình 8-7. Múi chịu nhóm 1 : gồm các múi ngoài răng cối nhỏ và răng cối lớn hàm dưới.

Hình 8-8. Múi chịu nhóm 2 :
gồm bờ cắn của các răng cửa
và răng nanh dưới.



Hình 8-9. Múi chịu nhóm 3:
gồm các múi trong của răng cối nhỏ
và răng cối lớn hàm trên.



Riêng sự tiếp khớp của các múi trong răng cối nhỏ trên với các răng dưới ở khớp cắn loại I Angle có thể có ba cách (Hình 8-10):

- Các múi trong răng cối nhỏ trên không tiếp xúc với bản nhai răng đối diện,
- Các múi trong răng cối nhỏ trên tiếp xúc với trung tâm giác xa của răng cối nhỏ dưới, đây là trường hợp thường gặp nhất,
- Múi trong răng cối nhỏ 2 trên tiếp xúc với vùng gờ bên của răng cối nhỏ 2 và răng cối lớn 1 dưới,

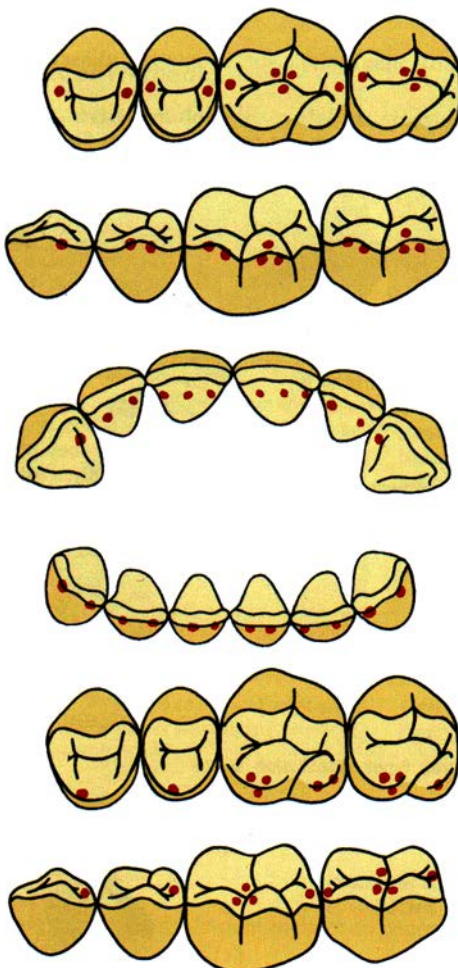
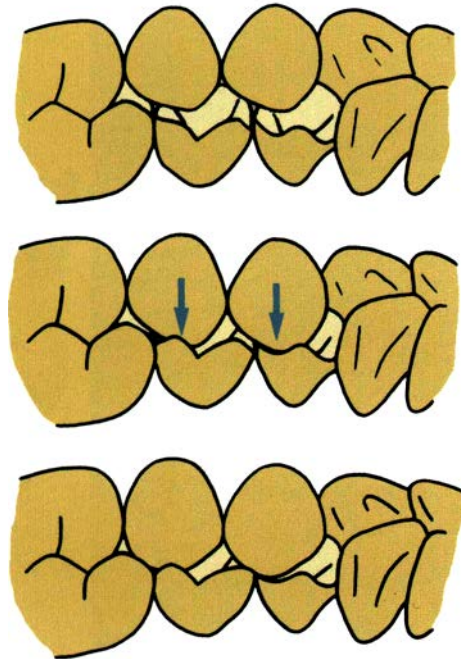
Như vậy, ở vùng răng cối nhỏ, sự ổn định cắn khớp được quyết định bởi các múi chịu của răng dưới (nhóm 1). Vì vậy trong thực hành điều trị cắn khớp, người ta thường lấy múi chịu của các răng dưới làm căn cứ.

Các múi chịu nhóm 3 đóng vai trò chính hướng dẫn vận động lui sau của hàm dưới (thường diễn ra trong động tác nuốt) và cũng góp phần giữ ổn định cắn khớp ở tư thế LMTĐ.

Trong trường hợp lý tưởng, sự tiếp xúc của các múi chịu với các răng đối diện là những tiếp xúc điểm, diễn ra đồng thời và cùng cường độ trên toàn bộ cung răng (Hình 8-11).

Hình 8-10. Ba cách tiếp khớp của các múi trong răng cối nhỏ trên với các răng dưới ở khớp cắn loại I Angle.

- a. Các múi trong răng cối nhỏ trên không tiếp xúc với răng dưới
- b. Các múi trong răng cối nhỏ trên tiếp xúc với trung tam giác xa của răng cối nhỏ dưới
- c. Các múi trong răng cối nhỏ trên tiếp xúc với vùng gờ bên của các răng dưới



Hình 8-11. Các điểm chịu/chặn cắn khớp lý tưởng ở lồng múi tối đa.

1.2. Đường đóng hàm (từ tư thế nghỉ sinh lý đến lồng mũi tối đa)

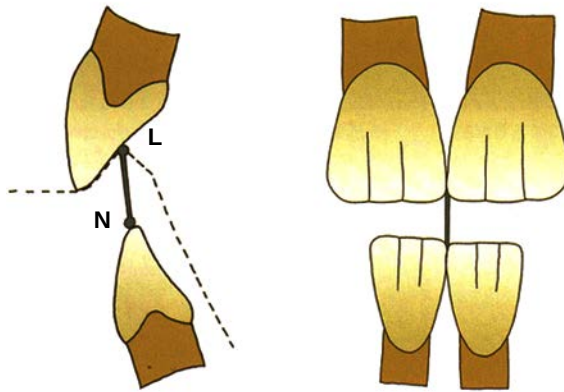
1.2.1. Tư thế nghỉ sinh lý của hàm dưới

Tư thế nghỉ của hàm dưới khi ngồi hoặc đứng thẳng được duy trì bởi các cơ và các cơ cấu khác bám vào hàm dưới. Tư thế nghỉ thể hiện sự cân bằng tương đối của các cơ: có sự co nhẹ của các cơ nâng hàm một cách cân xứng ở hai bên để duy trì hàm dưới ở vị trí này (cân bằng với tác dụng của trọng lực). Đây là vị trí mà các cơ hoạt động tối thiểu so với các vị trí chức năng khác của hàm dưới. (xem bài Kích thước dọc và tư thế nghỉ, chương 6).

Vì tư thế nghỉ sinh lý tùy thuộc vào tình trạng cơ, nên để đạt được tư thế nghỉ sinh lý, bệnh nhân phải ở trong tình trạng thoải mái, không căng thẳng hay xúc cảm quá mức. Sự sai lệch hàm dưới ở tư thế nghỉ thường là do cơ không đồng bộ giữa hai bên hàm. Có thể thực hiện miếng chặn răng cửa (jig), máng nền trước hoặc máng mặt nhai để tạo sự thư giãn cho các cơ, giúp hàm dưới đạt được tư thế nghỉ sinh lý.

1.2.2. Đường đóng hàm

Hành trình của hàm dưới từ tư thế nghỉ sinh lý đến điểm tiếp xúc đầu tiên gọi là đường đóng hàm, được thực hiện nhờ sự co đối xứng của tất cả cơ nâng hàm, chủ yếu là bó trước cơ thái dương. Bình thường đường đóng hàm là một đường hướng từ dưới lên trên và từ sau ra trước, từ vị trí nghỉ đến vị trí tiếp xúc mặt nhai đầu tiên. Vị trí tiếp xúc đầu tiên có thể ở tư thế lồng mũi hoặc gần với vị trí lồng mũi (vị trí trung tâm, vị trí cơ) do bộ nhớ cơ của tiếp xúc cắn khớp quyết định. Ở người có khớp cắn tốt, có sự hài hòa về cơ-thần kinh, vị trí lồng mũi tối đa đạt được khi có sự tiếp xúc đầu tiên trên đường đóng hàm (vị trí lồng mũi tối đa hài hòa với vị trí nghỉ sinh lý) (Hình 8-12).



Hình 8-12. Đường đóng hàm từ tư thế nghỉ sinh lý đến điểm tiếp xúc đầu tiên.

1.3. Khám các đường cong bù trừ

1.3.1. Đường cong Spee

Là đường nối đỉnh mũi ngoài các răng hàm dưới, tạo thành một đường cong lõm lên trên theo chiều trước sau, bắt đầu từ đỉnh mũi răng nanh qua các đỉnh mũi ngoài của răng cối nhỏ và răng cối lớn (Hình 8-13).

Đường cong Spee cùng với các gờ múi tạo nên những yếu tố cơ bản đảm bảo cho sự ổn định của cung răng và đảm bảo cho vận động trượt theo chiều trước - sau của hàm dưới được hài hòa. Khi có sự trôi, nghiêng hay di lệch của răng, đường cong Spee mất tính liên tục, đều đặn, có thể trở nên cong quá mức hay đảo ngược, có thể xuất hiện các cản trở cản khớp trong các vận động của hàm dưới.



Hình 8-13. Đường cong Spee

1.3.2. Đường cong Wilson

Là đường nối các đỉnh múi ngoài và trong của các răng sau cùng tên ở hai bên hàm, là một đường cong lõm lên trên trong mặt phẳng đứng ngang (Hình 8-14). Đường cong Wilson đều đặn đảm bảo cho các vận động sang bên của hàm dưới được hài hòa, cho phép lực nhai và các lực chức năng khác được dẫn truyền theo trục răng.



Hình 8-14. Đường cong Wilson

2. KỸ THUẬT KHÁM

2.1. Quan sát đường đóng hàm, xác định sự sai biệt trung tâm

Từ tư thế nghỉ, yêu cầu bệnh nhân cắn nhẹ các răng lại. Quan sát sự sai lệch vị trí giữa lòng múi tối đa và vị trí tiếp xúc đầu tiên trên đường đóng hàm. Nếu sự sai lệch ít (< 1 mm) thì không phải thay đổi khớp cắn ở tư thế lòng múi tối đa, có thể thực hiện mài chỉnh nhẹ các tiếp xúc sớm; nhưng nếu nhiều hơn 2 mm thì cần tìm nguyên nhân và có thể phải điều trị bằng các biện pháp điều chỉnh, chỉnh hình hoặc phục hình (Hình 8-15, 8-16).

Hình 8-15.

- A. Vị trí lồng mũi tối đa,
B. Vị trí tiếp xúc đầu tiên
trên đường đóng hàm: sai lệch ít
($< 1\text{ mm}$), không phải thay đổi
khớp cắn ở tư thế lồng mũi tối đa.



Hình 8-16.

- A. Vị trí lồng mũi tối đa,
B. Vị trí tiếp xúc đầu tiên trên đường đóng hàm:
sai lệch nhiều cần điều chỉnh khớp cắn ở tư thế
lồng mũi tối đa.



2.2. Nghe tiếng chạm khớp

Yêu cầu bệnh nhân ngậm miệng và bập nhẹ các răng với nhau ở tư thế lồng mũi, chú ý nghe tiếng chạm khớp khi hai hàm tiếp xúc nhau.

- Nếu tiếng chạm khớp trong và gọn: tư thế lồng mũi đạt được lập tức, không có sự trượt và có sự hài hòa về cơ-thần kinh.

- Nếu tiếng chạm khớp đục và không gọn: tư thế lồng mũi không đạt được lập tức do sự tiếp xúc giữa các răng không được thiết lập đồng thời: có vấn đề về cắn khớp, nghi ngờ có cản trở cắn khớp ở lồng mũi tối đa.

2.3. Khám sự lung lay răng

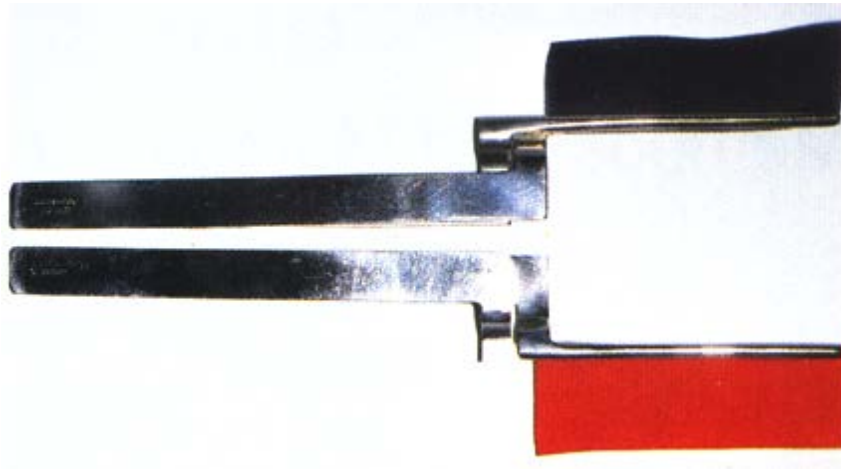
Khi nghi ngờ có cản trở cắn khớp (nghe tiếng chạm khớp đục và không gọn) thì cần tiến hành khám sự lung lay của các răng.

Phương pháp: áp nhẹ ngón tay lên mặt ngoài của răng nghi ngờ và cho bệnh nhân cắn nhẹ hai hàm lại với nhau ở LMTĐ, sẽ cảm nhận được sự rung nhẹ dưới ngón tay ở răng gây cản trở.

2.4. Ghi dấu các điểm chịu cắn khớp ở lồng mũi tối đa

2.4.1. Phương tiện

Để ghi các điểm chịu cắn khớp ở lồng mũi tối đa người ta sử dụng giấy cắn đồ hình chữ nhật hoặc chữ U và kẹp giấy cắn (kẹp Miller - Hình 8-17) hoặc dùng silicone ghi dấu cắn



Hình 8-17. Kẹp Miller và giấy cắn.

2.4.2. Phương pháp ghi dấu các điểm chịu cắn khớp bằng giấy cắn

- _ Lau khô mặt nhai của hai cung răng trên và dưới bằng bông gòn hoặc gạc.
- _ Đặt giấy cắn vào giữa hai cung răng sao cho đảm bảo phủ toàn bộ mặt nhai và bờ cắn của cung răng.
- _ Cho bệnh nhân cắn lại và sau đó, siết chặt răng. Có thể yêu cầu bệnh nhân cắn 2-3 lần.
- _ Lấy giấy cắn ra và quan sát các điểm chịu ở lồng mũi tối đa sau mỗi lần cắn.

2.4.3. Nhận xét kết quả

- Bình thường, ở tư thế lồng mũi tối đa, có sự tiếp xúc đều của các răng trên cung hàm (Hình 8-18).
- Khi có dấu in đậm hơn trên một cặp răng, đó là cản trở cắn khớp tại LMTĐ. Cản trở cắn khớp tại LMTĐ được gọi là tiếp xúc quá mức (Hình 8-19).
- Trường hợp dấu in của tiếp xúc cắn khớp là diện - diện thì đó là những tiếp xúc xấu ở LMTĐ, thường là hậu quả của tình trạng nghiến /siết chặt răng.

Hình 8-18. Ở tư thế lòng mũi tối đa, có sự tiếp xúc đồng đều của các răng.



Hình 8-19. Tiếp xúc quá mức trên răng 17.

2.4.4. Phương pháp ghi dấu điểm chịu cắn khớp bằng silicone:

- Vật liệu: silicone ghi dấu cắn (EXABITE II NDS-GC) (Hình 8-20)

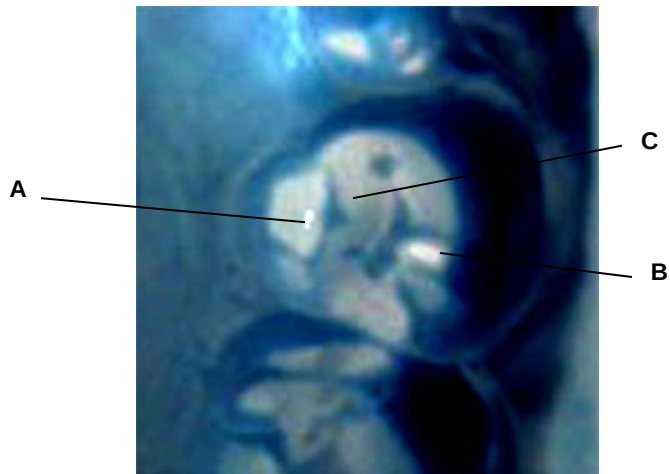


Hình 8-20. Silicone ghi dấu cắn.

- Phương pháp:

- Tập cho bệnh nhân cắn lại nhiều lần ở lòng mũi tối đa.
- Bơm silicone lên toàn bộ mặt nhai và rìa cắn các răng dưới.
- Yêu cầu bệnh nhân cắn lại ở lòng mũi tối đa.

- Sau khi silicone trùng hợp, lấy silicone ra và ghi nhận tiếp xúc.
- Nhận xét kết quả: Tiếp xúc được đánh giá theo 3 mức độ (Hình 8-21):
 - Lỗ thủng trên silicone: tiếp xúc mạnh.
 - Vùng trong suốt: tiếp xúc vừa.
 - Vùng trong mờ: tiếp xúc nhẹ.



Hình 8-21. Ba mức độ tiếp xúc:

- A. Lỗ thủng trên silicone: tiếp xúc mạnh/quá mức
- B. Vùng trong suốt: tiếp xúc vừa;
- C. Vùng trong mờ: tiếp xúc nhẹ.