

DOI: <https://doi.org/10.59294/HIUJS.KHHT.2024.029>

## CƠ CHẾ HÍT DÍNH CỦA PHỤC HÌNH THÁO LẮP TOÀN HÀM HÀM DƯỚI: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Trần Ngọc Quý Nhân, Đặng Thị Phương Thảo, Phan Trần Nhật Minh,  
Đương Ngọc Trác, Phạm Nguyễn Quân<sup>2</sup> và Trịnh Minh Trí\*  
Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

### TÓM TẮT:

**Đặt vấn đề:** Báo cáo ca lâm sàng này đề cập đến những vấn đề cần cân nhắc, kỹ thuật, ưu điểm và hạn chế liên quan đến việc thực hiện phục hình tháo lắp ở những ca sồng hàm tiêu nhiều. **Phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân nam, 86 tuổi đến với phòng khám HIU Clinic với tình trạng mất răng toàn hàm hàm trên và các răng sau hàm dưới. Hàm giả tháo lắp hàm trên không thẩm mỹ và thường xuyên rớt khi ăn nhai, nói, cười, không những không thể ăn uống ngon miệng mà còn ảnh hưởng tới tâm lý khi ông luôn cảm thấy tự ti về hàm răng của mình. Hàm dưới bám dính kém, lỏng lẻo khi sử dụng, cần sự trợ giúp của keo dán hàm, mòn mặt nhai làm ông không còn thích nghi với hàm cũ. Bệnh nhân mong muốn làm lại hàm giả mới để ăn nhai tốt hơn. Bệnh nhân còn nhiều chân răng hàm dưới, cụ thể là các chân răng 44, 43, 41, 33, 34, 35 nhưng vì lý do sức khỏe toàn thân không đảm bảo nên không thể nhổ chân răng. Qua nghiên cứu kỹ lưỡng tình trạng của bệnh nhân cùng sự tư vấn tận tình của giảng viên hướng dẫn, chúng tôi lựa chọn tạm thời làm phục hình tháo lắp toàn hàm. Bệnh nhân được điều trị qua các bước lâm sàng với kỹ thuật lấy dấu đóng miệng (closed-mouth technique) và sắp răng theo khoảng trung hòa (neutral zone) để để tạo sự hít dính cho hàm dưới. Bệnh nhân được tái khám 3 tháng sau điều trị để đánh giá chức năng của răng trụ đơn lẻ trong việc nhai và phát âm. **Kết luận:** Việc sử dụng kỹ thuật lấy dấu đóng miệng (closed-mouth technique) và sắp răng theo khoảng trung hòa (neutral zone) trong phục hình tháo lắp toàn hàm hàm dưới tăng sự lưu giữ cho phục hình sau cùng, giúp phục hồi thẩm mỹ và chức năng cho bệnh nhân.

**Từ khóa:** kỹ thuật lấy dấu đóng miệng, khoảng trung hòa, lão nha, phục hình tháo lắp toàn hàm, ca lâm sàng

## SUCTION MECHANISM OF MANDIBULAR COMPLETE DENTURE: CLINICAL CASE REPORT

Tran Ngoc Quy Nhan, Dang Thi Phuong Thao, Phan Tran Nhat Minh,  
Duong Ngoc Trac, Pham Nguyen Quan and Trinh Minh Tri

### ABSTRACT

**Background:** This clinical case report addresses the considerations, techniques, advantages, and limitations related to performing removable complete denture in cases of severely resorbed mandible. **Research methods:** An 86-year-old male patient came to HIU Clinic with edentulous maxillary and mandibular arches. The removable upper denture is not aesthetically pleasing and often falls off when chewing, speaking, or smiling. Not only does it prevent him from eating well, but it also affects his psychology as he always feels self-conscious about his teeth. The lower jaw has poor retention, loosens when used, requires the help of denture adhesive cream, and wear on the chewing surface makes him no longer able to adapt to the old jaw. The patient wishes to have a new denture rebuilt to chew better. The patient still has many lower tooth roots, specifically tooth roots 44, 43, 41, 33,

\*Tác giả liên hệ: ThS. Trịnh Minh Trí, Email: tritm@hiu.vn

(Ngày nhận bài: 20/03/2024; Ngày nhận bản sửa: 15/04/2024; Ngày duyệt đăng: 24/04/2024)

34, 35, but due to poor overall health, the tooth roots cannot be extracted. The patient was indicated upper and lower complete dentures. Conventional clinical steps were performed with the closed-mouth technique and teeth arrangement in the neutral zone to create suction effect for the lower denture. The patient was re-examined 3 months after treatment to evaluate the chewing and pronunciation function of the dentures. Conclusion: The use of closed-mouth technique and teeth arrangement in the neutral zone increases retention for the mandibular complete denture. This can restore aesthetic and functional recovery for patients.

**Keywords:** closed-mouth technique, neutral zone, geriatric, complete denture, clinical case

## 1. GIỚI THIỆU

Răng miệng đảm nhận các chức năng tiêu hóa, phát âm và hình thái học cá nhân, thể hiện nét thẩm mỹ, tâm lý, tình cảm, cá tính của từng người. Mất răng là một biến cố quan trọng, gây biến đổi tại chỗ và toàn thân, đặc biệt mất răng toàn bộ gây biến đổi trầm trọng về giải phẫu, tâm lý và rối loạn chức năng tiêu hóa, phát âm và thẩm mỹ, ảnh hưởng lớn đến sức khỏe, quan hệ giao tiếp và công tác của người bệnh. Phục hình tháo lắp toàn hàm là phương pháp điều trị hiệu quả trong việc thay thế răng đã mất, phục hồi chức năng răng miệng và nâng cao tính thẩm mỹ, đặc biệt ở những bệnh nhân mất răng toàn bộ. Tuy nhiên ở những bệnh nhân lớn tuổi với sống hàm tiêu nhiều, việc giữ dính của phục hình thường gặp trở ngại, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Báo cáo ca lâm sàng này đề cập đến những vấn đề cần cân nhắc, kỹ thuật, ưu điểm và hạn chế liên quan đến việc thực hiện phục hình tháo lắp ở những ca sống hàm tiêu nhiều.[1, 2].

## 2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Báo cáo ca lâm sàng này đề cập đến những vấn đề cần cân nhắc, kỹ thuật, ưu điểm và hạn chế liên quan đến việc thực hiện phục hình tháo lắp ở những ca sống hàm tiêu nhiều.



**Hình 1.** Hình ngoài mặt của bệnh nhân trước điều trị

Bệnh nhân nam, 86 tuổi đến với phòng khám HIU Clinic với tình trạng mất răng toàn hàm trên và các răng sau hàm dưới. (Hình 1) Hàm giả tháo lắp hàm trên không thẩm mỹ và thường xuyên rớt khi ăn nhai, nói, cười, không những không thể ăn uống ngon miệng mà còn ảnh hưởng tới tâm lý khi ông luôn cảm thấy tự ti về hàm răng của mình. Hàm dưới bám dính kém, lỏng lẻo khi sử dụng, cần sự trợ giúp của keo dán hàm, mòn mặt nhai làm ông không còn thích nghi với hàm cũ. Bệnh nhân

mong muốn làm lại hàm giả mới để ăn nhai tốt hơn. Qua khai thác tiền sử y khoa, bệnh nhân từng phẫu thuật đĩa đệm cột sống, phẫu thuật mắt, bị tai biến mạch máu não, không ghi nhận dị ứng thuốc, chưa ghi nhận tiền sử bất thường các thành viên trong gia đình. Bệnh nhân đã từng làm hàm giả toàn hàm trên và bán hàm dưới cách đây năm năm. Đến năm 2021, các răng trụ đặt móc hàm dưới bị sâu vỡ lớn, chỉ còn chân răng nên người bệnh đã đến phòng khám địa phương để làm lại phục hình tháo lắp toàn hàm trên và dưới và sử dụng cho tới hiện tại (Hình 2).

Khi tới thăm khám, bệnh nhân vẫn còn minh mẫn, tiếp xúc tốt, sinh hiệu ổn định. Qua thăm khám ngoài mặt ghi nhận được sự đối xứng qua đường giữa, tầng mặt dưới thấp hơn hai tầng mặt giữa và trên, da niêm hồng hào, có nhiều vết đồi mồi, môi khép kín tự nhiên khi ngậm miệng. Kích thước dọc ở tư thế nghỉ ghi nhận được 72mm, sau khi trừ đi khoảng nghỉ sinh lý ghi nhận được kích thước dọc là 70mm, trong khi kích thước dọc khi mang hàm giả cũ là 66mm. Thăm khám hạch ngoại vi sờ không chạm; khớp thái dương hàm hai bên cân xứng, không có tiếng kêu, không đau, chưa ghi nhận bất thường trong các vận động trượt hàm sang bên, ra trước; há ngậm ziczac, biên độ há miệng 32mm.



**Hình 2.** Tình trạng sống hàm trong miệng

Khám trong miệng ghi nhận được: niêm mạc môi, má, lưỡi, khẩu cái không đỏ, không loét, không đau; kích thước lưỡi lớn, tràn ra khoảng mắt răng, lưỡi lông đen; thẳng môi, thẳng má hàm trên bám cao, thẳng hàm dưới bám thấp, các lỗ ống tuyến nước bọt chưa ghi nhận bất thường, lưu lượng nước bọt ít, lỏng; không có torus hàm trên và hàm dưới, niêm mạc phủ sừng hàm trên hàm dưới hồng hào săn chắc, niêm mạc hàm trên phập phều ở sextant 2, hình dạng sống hàm trên oval và rộng, hàm dưới dạng tròn, rộng, độ cao sống hàm thấp ở cả hai hàm. Tiêu xương dọc ở tất cả các sextant và tiêu xương ngang ở sextant 2, 4, 6. Ngoài ra, không có lõi xương, gai xương hay bất thường các vấn đề khác.



**Hình 3.** Tình trạng hàm giả trong miệng

Đối với hàm giả cũ, khi cho bệnh nhân mang vào thì ghi nhận được đường giữa hàm giả cũ hàm trên trùng đường giữa mặt, đường giữa hàm giả hàm dưới lệch phải so với đường giữa hàm trên, độ cắn chia 2mm, cắn phủ 0mm, tình trạng nền hàm không hít, bấp bênh, không vững ổn, lưu giữ kém (Hình 3, 4).



**Hình 4.** Tình trạng hàm giả ngoài miệng

Bệnh nhân còn nhiều chân răng hàm dưới, cụ thể là các chân răng 44, 43, 41, 33, 34, 35 nhưng vì lý do sức khỏe toàn thân không đảm bảo nên không thể nhổ chân răng. Qua nghiên cứu kỹ lưỡng tình trạng của bệnh nhân cùng sự tư vấn tận tình của giảng viên hướng dẫn, chúng tôi lựa chọn tạm thời làm phục hình tháo lắp toàn hàm hàm dưới phủ lên. Sau khi lập bệnh án và lên kế hoạch điều trị cùng sự đồng ý hợp tác của người bệnh, chúng tôi tiến hành lấy dấu qua hàm giả cũ của bệnh nhân, gửi labo làm khay các nhân rồi chạy vành khí, lấy dấu sau cùng.





**Hình 5.** Dấu sau cùng hàm dưới

Đánh giá lại kích thước dọc cho bệnh nhân, do ảnh hưởng của thói quen đeo, cùng với sự mòn của răng nhựa theo thời gian, kích thước dọc bị rút ngắn xuống còn 66mm, gặp khó khăn trong việc thư giãn cơ để đưa hàm dưới về vị trí nghỉ sinh lý, kích thước dọc được đo chính xác khi chỉ đeo phục hình cũ hàm trên. Lần hẹn tiếp theo, ghi tương quan hai hàm: làm mỗi cơ, thư giãn cơ và các kỹ thuật hướng dẫn hàm dưới về vị trí tương quan trung tâm. (Hình 6) Bệnh nhân ngồi trên ghế nha khoa với đầu và lưng tựa trên mặt phẳng lưng ghế, mặt phẳng này tạo với mặt phẳng sàn nhà một góc 45 độ, hướng dẫn hàm dưới về vị trí và thực hiện các vận động cần thiết.



**Hình 6.** Điều chỉnh gò sấp và ghi tương quan

Sau khi kiểm tra sự khít sát của nền hàm, đánh dấu đường giữa, đường cười, đường viền môi ở tư thế nghỉ và vị trí răng nanh rồi cố định hai gò cắn, gửi labo để lên giá khớp và lên răng. Trong giai đoạn lên răng, việc chọn răng trước theo thẩm mỹ, phù hợp các yếu tố giới tính, tuổi tác và cá tính của mỗi bệnh nhân có ý nghĩa quan trọng. Điều quan trọng là lên răng theo khoảng trung hòa, điều này đảm bảo sự thăng bằng của hàm giả.

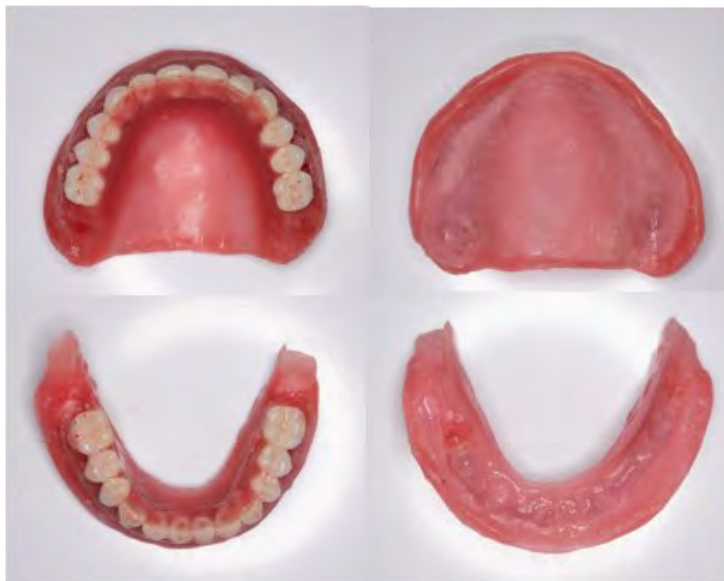


**Hình 7.** Điều chỉnh và sắp răng theo khoảng trung hòa

Lên răng đảm bảo các chức năng phát âm, nuốt, nhất là chức năng ăn nhai. Khi có hàm tạm đã lên răng, thử và đánh giá thẩm mỹ liên quan đến kích thước hình dáng, màu sắc; chức năng của hàm tạm trên miệng bệnh nhân. (Hình 7) Kiểm tra sự ổn định ở trạng thái tĩnh cũng như trạng thái động (há ngậm, nhai), chạm khớp ở vị trí khớp cắn trung tâm bằng giấy cắn (các điểm chạm đều), phát âm tốt. (Hình 8, 9).



**Hình 8.** Thử răng trong miệng



**Hình 9.** Sáp răng ngoài miệng

Đảm bảo sự lưu giữ của phục hình tháo lắp toàn hàm, cần đánh giá sự khít sát của phục hình. Ngoài ra, sự thẳng bằng của khớp cắn là một yếu tố quan trọng giúp hàm giả hoạt động chức năng được tốt. Khi hàm giả ở các vị trí chức năng, sự thẳng bằng sẽ hỗ trợ cho hàm giả không bị bong, rơi và do đó sẽ vững ổn.(Hình 10, 11).



**Hình 10.** Điều chỉnh khớp cắn và giao hàm





**Hình 11.** Hình ảnh ngoài mặt sau khi giao hàm

Chìa khóa để điều trị răng giả thành công nằm ở việc thực hiện chính xác kế hoạch điều trị được xây dựng bằng cách đánh giá bệnh sử toàn diện và thông qua thăm khám. Chúng tôi sử dụng các kỹ thuật lâm sàng trong lấy dấu và sắp răng giúp để cải thiện khả năng nâng đỡ, lưu giữ và thăng bằng của hàm giả dưới. [1-3] Về mặt lưu giữ, các cấu trúc biên giới hàm phía má (buccal shelf), biên giới hàm ở hõm hậu hàm (retromylohyoid fossa region), phần che phủ trên gòii hậu nha và điểm BTC (buccal-tongue contact) [4]. Sau khi hoàn thành sắp răng, cần kiểm tra lưỡi của bệnh nhân có ngang bằng với mũi trong của các răng sau hàm dưới. Sắp răng trong vùng trung hòa để chế tác phục hình tháo lắp toàn hàm nên được xem xét thường xuyên hơn là một cách tiếp cận cho các phương pháp điều trị phức tạp [5].

### 3. KẾT LUẬN

Việc sử dụng kỹ thuật lấy dấu đóng miệng (closed-mouth technique) và sắp răng theo khoảng trung hòa (neutral zone) trong phục hình tháo lắp toàn hàm hàm dưới tăng sự lưu giữ cho phục hình sau cùng, giúp phục hồi thẩm mỹ và chức năng cho bệnh nhân.

### LỜI CẢM ƠN

Các tác giả xin gửi lời cảm ơn tới các Ban chủ nhiệm khoa RHM, phòng khám HIU Clinic, giảng viên của Khoa Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng đã hỗ trợ cho bài nghiên cứu này.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] V. Devaki, P. Manonmani, K. Balu, and R. Aravind, “Clinical management of highly resorbed mandibular ridge without fibrous tissue,” *Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences*, vol. 4, no. 6, p. 149, 2012, doi: <https://doi.org/10.4103/0975-7406.100256>.

[2] J. Trainor, “Mandibular suction-effective denture and BPS: a complete guide,” *British Dental Journal*, vol. 215, no. 6, pp. 309–309, Sep. 2013, doi: <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2013.925>.



- [3] Abe J., Kenji Iwaki, Tetsuya Sudo, and Kyōko Kokubo, *Mandibular suction-effective denture “the professional: clinical and laboratory technique for class I/II/III with aesthetics*. Tokyo: Quintessence Publishing Co. Ltd, 2019.
- [4] A. Porwal and K. Sasaki, “Current status of the neutral zone: A literature review,” *The Journal of Prosthetic Dentistry*, vol. 109, no. 2, pp. 129–134, Feb. 2013, doi: [https://doi.org/10.1016/s0022-3913\(13\)60030-x](https://doi.org/10.1016/s0022-3913(13)60030-x).
- [5] P. Rehmann, A. K. Künkel, D. Weber, U. Lotzmann, and B. Wöstmann, “Do mandibular complete dentures made using a neutral zone technique improve speech?-A pilot study,” *Gerodontology*, vol. 34, no. 4, pp. 501–504, Jul. 2017, doi: <https://doi.org/10.1111/ger.12285>.