



**PHÁC ĐƠN ĐIỀU TRỊ
RĂNG HÀM MẶT**

Năm 2019

PHỤ LỤC

STT	TÊN BỆNH	ICD	Trang
1	Răng khôn mọc lệch	K01	1
2	Mất răng toàn bộ	K08.1	4
3	Mất răng từng phần	K08.1	7
4	Sâu răng sữa	K02	11
5	Viêm tủy răng sữa	K04	15
6	Viêm lợi liên quan đến mảng bám răng	K05	19
7	Viêm lợi loét hoại tử cấp tính	K05.0	22
8	Bệnh sâu răng	K02	25
9	Tổn thương mô cứng của răng không do sâu	K03	29
10	Viêm tủy răng	K04	32
11	Viêm quanh cuống răng	K04.5	36
12	Sai khớp cắn loại I	Z97.2	41
13	Sai khớp cắn loại II tiểu loại I do răng	Z97.2	45
14	Sai khớp cắn loại II tiểu loại II do răng	Z97.2	48
15	Cắn chéo	Z97.2	51
16	Nang thân răng	K09.0	56
17	Nang nhái sàn miệng	K11.6	59
18	Áp xe má	K12.2	62
19	Viêm tấy lan tỏa vùng hàm mặt	K12	65
20	Viêm tuyến nước bọt dưới hàm do sỏi	K11	68
21	U tuyến nước bọt dưới hàm	D11.7	71
22	U tuyến nước bọt vòm miệng	K11.1	73

23	Viêm quanh Implant	Z96.5	75
24	Chấn thương phần mềm vùng hàm mặt	K06.2	78
25	Gãy xương hàm dưới	K10	83
26	Gãy xương hàm trên	K10	86
27	Gãy xương gò má cung tiếp	K10	90

DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT

- MTA (Mineral Trioxide Aggregate): một hỗn hợp của xi măng Portland tinh chế và Bismuth oxit và cũng chứa một lượng nhỏ SiO₂, CaO, MgO, K₂SO₄, và Na₂SO₄.
- GIC (Glass Ionomer Cement): là một loại xi măng thủy tinh được sử dụng trong nha khoa phục hồi.
- Ca(OH)₂: Hydroxit Canxi.
- Góc ANB: Góc tương quan hàm trên - hàm dưới.
- Góc SNA: Góc xương hàm trên - nền sọ.
- Góc SNB: Góc xương hàm dưới - nền sọ.
- Chỉ số A-N Perp: Khoảng cách từ điểm A đến đường thẳng vuông góc với mặt phẳng Franfort đi qua điểm N.
- Chỉ số Pog-N Perp: Khoảng cách từ điểm Pog tới đường thẳng vuông góc với mặt phẳng Franfort đi qua điểm N.
- Điểm A: điểm sau nhất nằm trên đường vòng nối từ điểm gai mũi trước và bờ xương ổ răng của răng cửa giữa hàm trên.
- Điểm PoG: điểm trước nhất của xương cằm.
- Điểm N (Nasion): điểm trước nhất của đường khớp mũi - trán.
- NST: Nhiễm sắc thể.
- (Neurofibromatosis 1): U xơ thần kinh ngoại vi còn gọi là Bệnh Von Recklinghausen (Von Recklinghausen disease).
- NF-2 (Neurofibromatosis 2): U xơ thần kinh trung tâm.
- TNM (Tumour Node Metastasis): Phân loại khối u theo tính chất khối u, hạch, mức độ di căn.
- CT-Scanner (Computer Tomography Scanner): Chụp cắt lớp vi tính.
- PET-CT (Positron Emission Tomography - Computer Tomography): Chụp cắt lớp đồng vị phóng xạ phát Positron.
- MRI (Magnetic Resonance Imaging): Chụp phim cộng hưởng từ.

RĂNG KHÔN MỌC LỆCH

(ICD: K01)

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng mọc bất thường về trục, hướng và vị trí của răng khôn, làm cho răng không có chức năng ăn nhai và có thể gây biến chứng.

II. NGUYÊN NHÂN

- Thiếu khoảng trên xương hàm do sự bất tương xứng về kích thước giữa răng và xương hàm.
- Có yếu tố cản trở răng mọc ở vị trí đúng: lợi xơ, u xương hàm....

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

Có các biểu hiện răng mọc bất thường về trục, hướng, vị trí. Tùy trường hợp mà có thể có các dấu hiệu dưới đây:

- Răng lệch trục

Răng khôn hàm dưới thường có trục lệch gần hoặc lệch má ở các mức độ khác nhau.

Răng khôn hàm trên thường lệch phía ngoài.

- Răng có thể bị kẹt bởi cổ răng hàm lớn thứ hai, mặt nhai răng khôn có thể không chạm mặt phẳng cắn.

- Các dấu hiệu tổn thương răng kế cận: thường có tổn thương sâu cổ răng ở mặt xa răng hàm lớn thứ hai.

- Khi có biến chứng viêm quanh thân răng hoặc các viêm nhiễm khác thì có các biểu hiện:

+ Đau tự nhiên, khá dữ dội vùng góc hàm.

+ Có thể có sốt.

+ Bệnh nhân khó há miệng nhẹ, ăn nhai đau....

+ Vùng sau răng 7 lợi nề đỏ có thể lan ra trụ trước amidan và ngách tiền đình, có thể có viêm loét ở niêm mạc vùng lân cận.

+ Lợi ấn đau, chảy mủ.

+ Có thể thấy một hoặc hai nướu răng lộ ra khỏi lợi, bờ lợi có thể loét nhẹ.

+ Có hạch dưới hàm.

2. Cận lâm sàng:

- Phim X quang: phim sau huyệt ổ răng, Panorama, hàm dưới chéch, Conebeam CT...

- Có hình ảnh răng mọc lệch trục, hướng và vị trí.
- Có thể có hình ảnh tổn thương mất mô cứng mặt xa răng hàm lớn thứ hai.

3. Chẩn đoán phân biệt

Răng khôn mọc lệch luôn có các biểu hiện trên lâm sàng và X quang rõ rệt, vì vậy không cần chẩn đoán phân biệt.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

Khi đã xác định được răng khôn hàm dưới mọc lệch thì nên nhổ bỏ càng sớm càng tốt để không làm mất xương phía xa răng hàm lớn thứ hai.

Lấy được răng khôn ra khỏi huyết ổ răng mà không làm tổn thương răng kế cận. Trường hợp cần thiết, phải cắt thân răng hoặc phối hợp với chia tách chân răng.

Trong một số trường hợp phải tạo vạt niêm mạc và mở xương để lấy răng.

2. Điều trị cụ thể:

❖ Răng khôn lệch không có biến chứng

- Vô cảm.
- Tạo vạt nếu cần.
- Mở xương bộc lộ răng nếu cần.
- Cắt thân răng, và chia cắt chân răng nếu cần.
- Lấy răng ra khỏi huyết ổ răng bằng dụng cụ thích hợp.
- Kiểm soát huyết ổ răng.
- Khâu phục hồi niêm mạc hoặc cán gạc cầm máu.
- Hướng dẫn bệnh nhân dùng kháng sinh, chống viêm, giảm đau nếu cần.
- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng sâu nhổ răng và chế độ ăn.

❖ Răng khôn lệch đã có biến chứng

- Điều trị biến chứng viêm quanh thân răng cấp hoặc nhiễm trùng khác:
 - + Kháng sinh toàn thân.
 - + Bơm rửa túi quanh răng và chăm sóc tại chỗ khác....
- Sau khi hết giai đoạn nhiễm trùng cấp tính thì điều trị nhổ răng khôn lệch theo các bước đã trình bày ở mục IV.2.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng:

- Trường hợp chưa có biến chứng: nếu nhổ sớm thì có thể bảo vệ tốt được răng hàm lớn thứ hai tránh khỏi mất xương ở phía xa chân răng, sâu cổ răng....
- Trường hợp đã có biến chứng: nếu điều trị đúng quy trình thì có thể tránh được các biến chứng.

2. Biến chứng:

- Viêm quanh thân răng cấp.
- Tổn thương răng hàm lớn thứ hai.
- Áp xe vùng má, áp xe vùng cơ cắn, áp xe vùng dưới hàm, áp xe quanh hàm ngoài....
- Viêm tấy tỏa lan vùng hàm mặt.
- Nhiễm trùng huyết.

VI. PHÒNG BỆNH

Khám răng miệng định kỳ để phát hiện sớm và điều trị kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt, BHYT, 2015.

MẤT RĂNG TOÀN BỘ

(ICD: K08.1)

I. ĐỊNH NGHĨA

Mất răng toàn bộ là tình trạng mất toàn bộ răng trên cả hai cung hàm.

II. NGUYÊN NHÂN

- Sâu răng.
- Các tổn thương khác gây mất mô cứng của răng.
- Viêm quanh răng.
- Chấn thương.
- Răng bị nhỏ do có bệnh lý liên quan đến răng như u, nang xương hàm.

III. CHẨN ĐOÁN

- Dựa vào tình trạng mất răng trên cung hàm.
- Chụp phim X quang để đánh giá tình trạng xương hàm vùng mất răng.
- Xét nghiệm máu nếu cần.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

Làm phục hình răng phục hồi lại các răng mất để thiết lập lại chức năng ăn nhai và thẩm mỹ cho bệnh nhân. Khác nhau tùy theo phương pháp phục hình mất răng.

2. Điều trị cụ thể:

2.1. Điều trị tiền phục hình:

Bám gai xương ở sống hàm.

Điều trị các trường hợp phan môi, má bám thấp.

Làm sâu ngách tiền đình trong một số trường hợp ngách tiền đình nông.

2.2. Phục hình răng bằng Hàm giả tháo lắp:

- Có hai loại: hàm nhựa thường, hàm nhựa dẻo.
- Chỉ định: Tất cả các trường hợp mất răng toàn bộ.
- Chống chỉ định: Bệnh nhân dị ứng với nhựa nền hàm.

- Các bước:

- + Lấy dấu 2 hàm và đồ mẫu
- + Làm khay cá nhân (tại Labo).

- + Lấy dấu khay cá nhân và đồ mẫu.
- + Làm nền tạm, gói sáp.
- + Thử cắn và ghi tương quan 2 hàm.
- + Lên răng.
- + Thử răng.
- + Ép nhựa và hoàn thiện hàm (tại Labo).
- + Lắp hàm.
- + Hướng dẫn bệnh nhân cách sử dụng và bảo quản hàm giả.

2.3. Phục hình răng bằng Implant:

- Chỉ định: Tất cả các trường hợp mất răng toàn bộ.
- Chống chỉ định:
 - + Thiếu xương hàm vùng mất răng.
 - + Các bệnh toàn thân không cho phép.
 - + Có tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Các bước:
 - Làm hàm nhựa như phần 2.2.1.
 - Cấy tối thiểu 2 trụ Implant.
 - Sửa soạn các trụ Implant.
 - Sửa soạn nền hàm giả mang phần âm của cúc bám.
 - Lắp hàm giả.
 - Hướng dẫn bệnh nhân cách sử dụng

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng:

Tất cả các phương pháp phục hình đều có tác dụng phục hồi chức năng ăn nhai và thẩm mỹ.

2. Biến chứng:

- Sang thương niêm mạc miệng.
- Viêm quanh implant.

VI. PHÒNG BỆNH

- Hướng dẫn các biện pháp vệ sinh răng miệng, kiểm soát mảng bám để ngăn ngừa sâu răng và viêm quanh răng.

- Khám định kỳ để phát hiện sớm các bệnh của răng, quanh răng và điều trị kịp thời ngăn ngừa biến chứng gây mất răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt, BHYT, 2015.

MẤT RĂNG TỪNG PHẦN

(ICD: K08.1)

I. ĐỊNH NGHĨA

Mất răng từng phần là tình trạng mất một hoặc nhiều răng trên một hoặc cả hai cung hàm.

II. NGUYÊN NHÂN

- Sâu răng.
- Các tổn thương khác gây mất mô cứng của răng.
- Viêm quanh răng.
- Chấn thương.
- Thiếu răng bẩm sinh.
- Răng bị nhổ do có bệnh lý liên quan đến răng như u, nang xương hàm.

III. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào tình trạng thiếu răng trên cung hàm.

1. Chẩn đoán phân loại mất răng:

1.1. Theo Kennedy:

- Loại I: Mất răng hàm phía sau cả 2 bên không còn răng giới hạn.
- Loại II: Mất răng hàm phía sau 1 bên không còn răng giới hạn.
- Loại III: Mất răng hàm phía sau còn răng giới hạn phía xa.
- Loại IV: Mất nhóm răng cửa.
- Loại V: Còn lại 1 hoặc 2 răng hàm.
- Loại VI: Còn 1 hoặc 2 răng trước.

1.2. Theo Kourliandsky:

- Loại I: Còn ít nhất 3 điểm chạm.
- Loại II: Còn 2 điểm chạm.
- Loại III: Còn nhiều răng nhưng không có điểm chạm.

2. Cận lâm sàng:

- Chụp phim X quang để đánh giá tình trạng xương hàm vùng mất răng.
- Xét nghiệm máu nếu cần.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

Làm phục hình răng phục hồi lại các răng mất để thiết lập lại chức năng ăn nhai và thẩm mỹ cho bệnh nhân. Khác nhau tùy theo phương pháp phục hình mất răng.

2. Điều trị cụ thể:

2.1. Điều trị tiền phục hình:

- Lấy cao răng.
- Hàn các răng sâu.
- Hàn phục hồi các tổn thương mất mô cứng của răng nếu có.
- Mài chỉnh những răng có độ lẹm quá lớn theo khảo sát trên song song kế.
- Nhổ các chân răng còn sót lại.
- Bấm gai xương ở sống hàm.
- Điều trị các trường hợp thẳng môi, má bám thấp.
- Làm sâu ngách tiền đình trong một số trường hợp ngách tiền đình nông.

2.2. Phục hình răng bằng Hàm giả tháo lắp:

Có 3 loại Hàm khung kim loại, hàm nhựa thường, hàm nhựa dẻo.

a. Hàm giả nền nhựa:

- Chỉ định: Tất cả các trường hợp mất răng từng phần.
- Chống chỉ định: Bệnh nhân dị ứng với nhựa nền hàm.
- Các bước:
 - + Lấy dấu 2 hàm và đồ mẫu.
 - + Làm nền tạm, gói sáp.
 - + Thử cắn và ghi tương quan 2 hàm.
 - + So màu rang
 - + Lên răng.
 - + Thử răng.
 - + Ép nhựa và hoàn thiện hàm (tại Labo).
 - + Lắp hàm.
 - + Hướng dẫn bệnh nhân cách sử dụng và bảo quản hàm giả.

b. Hàm khung kim loại:

- Chỉ định: Tất cả các trường hợp mất răng từng phần.
- Chống chỉ định: Các răng mang móc không đủ vững chắc để làm tựa cho hàm giả.
- Các bước:

- + Lấy dấu hai hàm và đồ mẫu nghiên cứu.
- + Khảo sát mẫu hàm, xác định răng đặt móc, hướng lắp và khung sơ khảo trên song song kế.
- + Sửa soạn răng đặt móc và mài chỉnh tạo hướng lắp cho hàm khung nếu cần.
- + Lấy dấu và đồ mẫu làm việc.
- + So màu và chọn màu răng.
- + Thiết kế hàm khung trên mẫu thạch cao.
- + Đúc hàm khung bằng hợp kim.
- + Thử khung trên miệng bệnh nhân.
- + Ghi tương quan hai hàm.
- + Lên răng trên hàm khung.
- + Thử răng trên miệng bệnh nhân.
- + Ép nhựa.
- + Lắp hàm.
- + Hướng dẫn bệnh nhân cách sử dụng hàm giả.

2.3. Phục hình bằng cầu răng:

- Chỉ định: Tất cả các trường hợp mất răng từng phần còn giới hạn hai phía.
- Chống chỉ định
 - + Không còn đủ răng giới hạn 2 phía vùng mất răng.
 - + Các trụ cầu không đủ độ vững chắc.
 - + Khoảng mất răng quá dài.
 - + Răng trụ không đủ lực gánh nhíp cầu.
- Các bước:
 - + Sửa soạn các răng trụ mang cầu.
 - + Lấy dấu và đồ mẫu.
 - + So màu răng.
 - + Gắn răng tạm
 - + Đúc sườn kim loại và nung sứ.
 - + Gắn cầu răng trên miệng.

2.4. Phục hình răng bằng Implant:

- Chỉ định: Tất cả các trường hợp mất răng từng phần.

- Chống chỉ định:
- + Thiếu xương hàm vùng mất răng.
- + Các bệnh toàn thân không cho phép.
- + Có tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

- Các bước :

- + Sát khuẩn.
- + Vô cảm.
- + Bộc lộ xương hàm vùng cấy ghép.
- + Bơm rửa.
- + Đặt Implant.
- + Đặt mũ phủ Implant hoặc trụ liền thương.
- + Khâu đóng niêm mạc.

Hàm toàn bộ phủ:

- Chỉ định: Mất răng loại Kennedy V và VI.
- Kỹ thuật
- Các bước cơ bản giống hàm toàn bộ.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng:

Tất cả các phương pháp phục hình đều có tác dụng phục hồi chức năng ăn nhai và thẩm mỹ.

2. Biến chứng:

- Sang thương niêm mạc miệng.
- Sang chấn và tổn thương các răng mang móc, răng trụ cầu.
- Viêm quanh Implant.

VI. PHÒNG BỆNH

- Hướng dẫn các biện pháp vệ sinh răng miệng, kiểm soát mảng bám để ngăn ngừa sâu răng và viêm quanh răng.
- Khám định kỳ để phát hiện sớm các bệnh của răng, quanh răng và điều trị kịp thời ngăn ngừa biến chứng gây mất răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt, BHYT, 2015.

SÂU RĂNG SỮA

(ICD: K02)

I. ĐỊNH NGHĨA

Sâu răng sữa là một bệnh gây tổn thương mất mô cứng của răng do quá trình hủy khoáng gây ra bởi vi khuẩn ở mảng bám răng.

II. NGUYÊN NHÂN

Do các men của vi khuẩn ở mảng bám răng tác động lên các thức ăn có nguồn gốc Gluxit còn dính lại ở bề mặt răng, chuyển hóa thành axit. Khi môi trường có $\text{pH} < 5$ thì gây ra tổn thương hủy khoáng làm mất mô cứng của răng và gây ra sâu răng.

- Chúng vi khuẩn có khả năng gây sâu răng cao nhất trong nghiên cứu thực nghiệm là *Streptococcus mutans*. Một số chủng vi khuẩn khác như *Actinomyces*, *Lactobacillus*... cũng được xác định có khả năng gây ra sâu răng.

- Một số yếu tố nguy cơ làm tăng khả năng sâu răng

+ Men răng: Men răng thiếu sản hay men răng kém khoáng hóa dễ bị huỷ khoáng hơn và ảnh hưởng đến tiến triển của tổn thương sâu răng.

+ Hình thể răng: Các răng có hố rãnh sâu có nguy cơ sâu răng cao do sự tập trung của mảng bám răng và khó làm sạch mảng bám răng. Có một tỷ lệ cao các trường hợp sâu răng được bắt đầu từ hố rãnh tự nhiên của các răng. Ngoài ra một số bất thường về hình dạng răng như răng sinh đôi, răng dính, nướu phụ... cũng làm tăng nguy cơ gây sâu răng.

+ Vị trí răng: Răng lệch lạc, chen chúc làm tăng khả năng lưu giữ mảng bám vì thế dễ bị sâu răng hơn.

+ Nước bọt: Dòng chảy và tốc độ chảy của nước bọt là yếu tố làm sạch tự nhiên để loại bỏ các mảnh vụn thức ăn còn sót lại. Tạo một lớp màng mỏng trên bề mặt của răng từ nước bọt có vai trò như một hàng rào bảo vệ men răng khỏi pH nguy cơ. Ngoài ra nước bọt còn có vai trò đệm làm giảm độ toan của môi trường quanh răng và có tác dụng đề kháng với sâu răng. Nước bọt còn là nguồn cung cấp các chất khoáng, hỗ trợ quá trình tái khoáng để có thể phục hồi các tổn thương sâu răng sớm.

+ Chế độ ăn nhiều đường, thói quen ăn uống trước khi đi ngủ hay bú bình kéo dài đều làm tăng nguy cơ sâu răng.

+ Vệ sinh răng miệng đóng vai trò quan trọng nhất trong các yếu tố nguy cơ gây sâu răng, là yếu tố làm sạch cơ học giúp làm giảm hoặc mất các tác động gây sâu răng của các yếu tố gây sâu răng khác

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán các tổn thương sâu răng sớm:

- Các dấu hiệu lâm sàng ở giai đoạn này dựa vào một trong các dấu hiệu sau:

- + Vùng tổn thương sâu răng sớm xuất hiện các vết trắng đục hoặc nâu vàng, bề mặt men răng còn nguyên vẹn.
- + Vùng tổn thương sâu răng sớm xuất hiện các vết trắng đục khi thổi khô bề mặt
- + Vùng tổn thương là một vùng tối trên nền ánh sáng trắng của men răng bình thường khi chiếu đèn sợi quang học do hiện tượng tán xạ ánh sáng của tổn thương sâu răng.
- + Vùng tổn thương là một vùng thay đổi màu sắc trên nền phát huỳnh quang màu xanh lá cây của men răng bình thường khi sử dụng một nguồn sáng đặc biệt kích thích phát huỳnh quang của men răng.
- + Vùng tổn thương biểu hiện mức độ mất khoáng tương ứng với giá trị từ 10 đến 20 khi đo bằng thiết bị Laser huỳnh quang

- X quang: Không có dấu hiệu đặc trưng trên X quang.

2. Chẩn đoán sâu răng giai đoạn hình thành lỗ sâu:

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng và/ hoặc X quang.

- Triệu chứng cơ năng
- Có thể có hoặc không có triệu chứng cơ năng.
- Nếu có thì biểu hiện: Ê buốt ngà: ê buốt khi có các chất kích thích tác động vào vùng tổn thương như nóng, lạnh, chua, ngọt. Khi hết kích thích thì hết ê buốt.
- Triệu chứng thực thể
- Tổn thương mất mô cứng của răng có thể rất nhỏ chỉ xác định được khi thăm khám với dấu hiệu mất thấm châm hoặc biểu hiện rõ hình ảnh lỗ sâu với các đặc điểm sau:
 - Vị trí: mặt nhai các răng hàm sữa, mặt gần- xa, mặt ngoài và mặt trong các răng.
 - Kích thước: có thể nhỏ giới hạn trong một mặt răng hoặc lan rộng sang hai/ ba mặt.
 - Độ sâu: có thể chỉ tổn thương lớp men răng hoặc tổn thương đến lớp ngà răng.
 - Đáy: có thể mềm có nhiều ngà mủn hoặc đáy cứng tùy vào giai đoạn tiến triển của sâu răng.
- + Màu sắc: màu men ngà răng hoặc màu vàng nâu, đen.
- + Nghiệm pháp thử tuỷ.
- + Thổi bằng hơi: bệnh nhân thấy ê buốt và hết ê buốt khi ngừng thổi.
- + Thử lạnh: bệnh nhân thấy ê buốt và hết ê buốt khi ngừng thử.
- + Thử nóng: bệnh nhân thấy ê buốt và hết ê buốt khi ngừng thử.
- X quang: Có hình ảnh thấu quang vùng tổn thương sâu răng

3. Chẩn đoán phân biệt:

3.1. Các tổn thương sâu răng sớm chẩn đoán phân biệt với thay đổi màu sắc răng không do sâu răng dựa vào các triệu chứng dưới đây:

Triệu chứng	Sâu răng sữa giai đoạn sớm	Thay đổi màu sắc răng không do sâu
Màu sắc	Màu trắng đục, nâu vàng trên men răng.	Màu trắng đục, nâu vàng trên men, ngà răng
Vị trí	Hố rãnh mặt nhai, mặt gần xa, mặt ngoài hoặc mặt trong các răng hàm sữa. Mặt gần, xa, mặt ngoài hoặc mặt trong các răng cửa và răng nanh sữa.	- Toàn bộ mặt răng, có thể ở một răng do bị chấn thương gây chết tuỷ, hoặc trên nhiều răng thiếu sản men răng sữa, có tính chất đối xứng.
Ê buốt ngà	Không ê buốt ngà khi có kích thích	Không ê buốt ngà khi có kích thích.

3.2. Các tổn thương sâu răng đã hình thành lỗ sâu chẩn đoán phân biệt với viêm tuỷ răng, tuỷ hoại tử dựa vào các triệu chứng dưới đây:

Triệu chứng	Sâu răng	Viêm tuỷ răng	Tuỷ hoại tử
Đau, ê buốt tự nhiên	Không có đau tự nhiên	Đau tự nhiên từng cơn, đau nhiều về đêm	Không có đau tự nhiên
Đau, ê buốt khi ăn các chất kích thích như nóng, lạnh, chua, ngọt	Ê buốt ngà khi có kích thích nóng, lạnh, chua, ngọt. Hết kích thích thì hết ê buốt.	Đau khi tăng lên. Khi hết các chất kích thích, đau vẫn tiếp tục kéo dài thêm	Không đau, không ê buốt khi có kích thích
Tổn thương mô cứng răng	Có lỗ sâu	Lỗ sâu to, nhiều ngà mủn, làm sạch có thể thấy ánh hồng hoặc tuỷ hở	Có lỗ sâu, có tổn thương tổ chức cứng lộ ngà
Gõ dọc	Không đau	Đau nhẹ	Đau nhẹ
Gõ ngang	Không đau	Đau nhiều	Không đau
Thử tuỷ	Có đau, sớm hết đau khi hết kích thích	Đau nhiều và còn kéo dài thêm khi ngừng kích thích	Không đau

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tác:

- Đối với các trường hợp tổn thương sâu răng sớm thì cung cấp các yếu tố nhằm tăng cường quá trình tái khoáng, ngăn chặn hủy khoáng để phục hồi các tổn thương.
- Đối với các trường hợp đã tạo thành lỗ sâu thì phải lấy bỏ toàn bộ mô nhiễm khuẩn, bảo vệ tuỷ và hàn kín phục hồi mô cứng bằng các loại vật liệu thích hợp.

2. Điều trị cụ thể:

2.1. Tổn thương sâu răng sớm: Tăng cường tái khoáng.

- Liệu pháp Fluor: dùng Fluor có độ tập trung cao ở dạng gel, dung dịch hoặc véc ni áp lên bề mặt vùng tổn thương để tái khoáng.
- Bổ sung canxi, phot pho ở dạng gel lên bề mặt vùng tổn thương để tái khoáng.
- Hướng dẫn bệnh nhân chải răng với kem răng có Fluor.
- Hướng dẫn bệnh nhân ăn uống hợp lý, bổ sung thêm các khoáng chất để tái khoáng.

2.2. Tổn thương đã hình thành lỗ sâu:

Hàn kín lỗ sâu phục hồi mô cứng.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng:

- Các tổn thương sâu răng sớm: nếu thực hiện tốt việc tăng cường quá trình tái khoáng thì các tổn thương có thể tự phục hồi.
- Các trường hợp đã hình thành lỗ sâu: nếu hàn phục hồi tốt đúng quy trình thì hoàn toàn có thể phục hồi được mô cứng của răng ngăn ngừa được các biến chứng.

2. Biến chứng:

- Viêm tủy răng.
- Viêm quang cuống răng.

VI. PHÒNG BỆNH

- Áp dụng các biện pháp cơ học kiểm soát mảng bám răng như chải răng với kem Fluor và chỉ tơ nha khoa, máy tăm nước.
- Đối với các trường hợp có nguy cơ sâu răng cao thì áp dụng các chế phẩm có
- Độ tập trung Fluor cao do thầy thuốc thực hiện.
- Hướng dẫn chế độ ăn uống có tác dụng dự phòng sâu răng.
- Khám và kiểm tra răng miệng định kỳ để phát hiện và điều trị sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt, BHYT, 2015.

VIÊM TỦY RĂNG SỮA

(ICD: K04)

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm tủy răng sữa là tình trạng tổn thương nhiễm trùng mô tủy răng sữa, làm tăng áp lực nội tủy, chèn ép vào các tận cùng thần kinh gây ra triệu chứng đau và tổn thương mô tủy răng ở trẻ em.

II. NGUYÊN NHÂN

- Vi khuẩn: Thường xâm nhập vào tủy qua lỗ sâu. Phản ứng viêm thường xuất hiện khi các vi khuẩn gây sâu răng xâm nhập vào tủy qua các ống ngà hoặc hở sừng tủy.
- Chấn thương....

III. CHẨN ĐOÁN

1. Viêm tủy răng sữa có hồi phục:

Viêm tủy có hồi phục là tình trạng viêm mô tủy nhưng có khả năng hồi phục khi loại bỏ được các yếu tố bệnh nguyên.

1.1. Lâm sàng:

- Triệu chứng cơ năng

Đau: bệnh nhân có cảm giác đau tự nhiên, nhẹ thoáng qua, cơn đau ngắn. Khi ăn các chất kích thích nóng, lạnh, chua, ngọt... thì có cảm giác đau hoặc ê buốt tăng lên và sớm hết đau khi ngừng chất kích thích.

- Triệu chứng thực thể

+ Có tổn thương mô cứng của răng: có thể có lỗ sâu ở thân răng.

+ Thử tủy: bệnh nhân có cảm giác đau ê buốt và sớm hết đau, ê buốt khi loại bỏ chất kích thích thử tủy.

+ Răng không đổi màu

+ Gõ: gõ dọc không đau, gõ ngang vùng thân răng có thể có đau nhẹ.

2.2. Cận lâm sàng:

Xquang: có biểu hiện các tổn thương mô cứng.

2.3. Chẩn đoán phân biệt:

Chẩn đoán phân biệt với hai bệnh sâu ngà sâu và viêm tủy không hồi phục, dựa vào các dấu hiệu khác nhau dưới đây:

Triệu chứng	Viêm tủy có hồi phục	Sâu ngà sâu	Viêm tủy không hồi phục
Đau, ê buốt tự nhiên	Đau tự nhiên xuất hiện thoáng qua	Không có đau tự nhiên	Đau tự nhiên từng cơn, đau nhiều về đêm
Đau, ê buốt khi ăn các chất kích thích như nóng, lạnh, chua, ngọt	Có đau nhưng sau khi hết kích thích thì còn đau buốt nhẹ hoặc hết đau ngay.	Ê buốt ngà khi có kích thích nóng, lạnh, chua, ngọt. Hết kích thích thì hết ê buốt	Đau tăng lên. Khi hết các chất kích thích, đau vẫn tiếp tục kéo dài thêm.
Tổng thương mô cứng răng	Có lỗ sâu, có tổn thương tổ chức cứng lộ ngà	Có lỗ sâu.	Lỗ sâu to, nhiều ngà mủn, làm sạch có thể thấy ánh hồng hoặc tủy hở
Gõ dọc	Không đau	Không đau	Đau nhẹ
Gõ ngang	Có thể có đau nhẹ	Không đau	Đau nhiều
Thử tủy	Có đau, sớm hết đau khi hết kích thích	Có cảm giác ê buốt và hết ngay khi ngừng ê buốt	Đau nhiều và còn kéo dài thêm khi ngừng kích thích
X quang	Có hình ảnh tổng thương mô cứng: lỗ sâu	Có hình ảnh tổng thương mô cứng: lỗ sâu	Có hình ảnh tổng thương mô cứng: lỗ sâu sát tủy

2. Viêm tủy răng sữa không hồi phục:

Là tình trạng tổn thương viêm cấp mô tủy răng sữa ở trẻ em không còn khả năng hồi phục.

2.1. Lâm sàng:

- Triệu chứng cơ năng
- Đau tự nhiên, từng cơn với các đặc điểm dưới đây:
 - + Thời gian cơn đau: có thể kéo dài hàng giờ hoặc đôi khi chỉ ngắn vài phút, làm cho tính chất cơn đau gần như liên tục.
 - + Đau tăng khi kích thích bởi nóng, lạnh, chua, ngọt...hết kích thích đau vẫn còn kéo dài.
 - + Đau tăng khi thay đổi tư thế: cúi đầu, nằm, về đêm.
 - + Đau lan nửa hàm, đôi khi không xác định được vị trí đau.
- Triệu chứng thực thể:
 - + Tổn thương mô cứng của răng: có lỗ sâu, nhiều ngà mủn, làm sạch có thể thấy ánh hồng hoặc tủy hở.
 - + Gõ dọc: đau nhẹ.
 - + Gõ ngang: đau nhiều.
 - + Răng không đổi màu, không lung lay.

+ Thử tủy: đau nhiều và kéo dài khi đã loại bỏ yếu tố kích thích. Tuy vậy, ở trẻ em không có giá trị chắc chắn vì trẻ em đang đau sẽ rất cảnh giác và sợ hãi khi phản ứng lại với bất kì kích thích nào.

2.2. Cận lâm sàng:

X quang: Có hình ảnh tổn thương mô cứng thân răng.

2.3. Chẩn đoán phân biệt:

Chẩn đoán phân biệt với viêm tủy không hồi phục và viêm quanh cuống cấp, dựa vào các triệu chứng dưới đây:

Triệu chứng	Viêm tủy không hồi phục	Viêm tủy có hồi phục	Viêm quanh cuống cấp
Đau tự nhiên	Đau tự nhiên từng cơn, đau nhiều về đêm	Đau tự nhiên xuất hiện thoáng qua	Đau tự nhiên liên tục. Đau tăng khi chạm răng đối, cảm giác răng trôi cao
Đau, ê buốt khi ăn các chất kích thích như nóng, lạnh, chua, ngọt	Đau tăng khi có kích thích, kích thích đau còn kéo dài	Có đau nhưng sau khi hết kích thích thì còn đau buốt nhẹ hoặc hết đau ngay	Không đau
Tính chất cơn đau	Đau có tính lan toả	Đau tại răng	Đau khu trú rõ tại răng tổn thương
Dấu hiệu toàn thân	Không có phản ứng toàn thân	Không có phản ứng toàn thân	Sốt, có hạch tương ứng
Sưng lợi	Không sưng lợi và vùng cuống tương ứng	Không sưng lợi và vùng cuống tương ứng	Sưng nề, ấn đau ngách lợi và vùng cuống tương ứng
Gõ dọc	Đau nhiều	Không đau	Đau nhiều
Gõ ngang	Đau nhẹ	Không đau	Đau nhiều
Thử tủy	Đau nhiều và còn kéo dài thêm khi ngừng kích thích	Có đau, sớm hết đau khi hết kích thích	Không đau
X quang	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu sát tủy. Vùng cuống răng bình thường	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu. Vùng cuống răng bình thường	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu sát tủy. Có hình ảnh thấu quang vùng cuống

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Viêm tủy có hồi phục:

1.1. Nguyên tắc:

- + Loại bỏ các yếu tố nhiễm khuẩn
- + Bảo tồn tủy.
- + Bảo vệ tủy.
- + Hàn phục hồi tổn thương mô cứng.

1.2. Điều trị cụ thể:

- + Chuẩn bị xoang hàn.
- + Hàn lót bảo vệ tủy: Có thể dùng Canxi hydroxit...
- + Hàn phục hồi xoang hàn bằng Composite, GIC,...

2. Viêm tủy không hồi phục

2.1. Nguyên tắc:

- Làm sạch và tạo hình hệ thống ống tủy.
- Hàn kín hệ thống ống tủy và phục hồi tổn thương mô cứng.

2.2. Điều trị cụ thể:

- Vô cảm.
- Mở tủy.
- Sửa soạn hệ thống ống tủy.
- Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tủy.
- Hàn kín hệ thống ống tủy bằng vật liệu thích hợp.
- Hàn phục hồi mô cứng thân răng bằng vật liệu thích hợp.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

- Tiên lượng: Nếu thực hiện đúng quy trình thì có kết quả điều trị tốt.
- Biến chứng: Viêm quanh cuống răng cấp.

VI. PHÒNG BỆNH

Khám răng định kì để phát hiện và điều trị sớm các tổn thương sâu răng để ngăn ngừa biến chứng viêm tủy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt, BHYT, 2015.

VIÊM NƯỚU LIÊN QUAN ĐẾN MẢNG BÁM RĂNG (ICD: K05)

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm nướu liên quan đến mảng bám răng là tổn thương viêm mạn tính xảy ra ở mô mềm xung quanh răng, nguyên nhân do vi khuẩn trong mảng bám răng gây ra. Tổn thương khu trú ở nướu, không ảnh hưởng tới xương ổ răng và xương răng.

II. NGUYÊN NHÂN

Các bệnh nướu được phân chia làm hai nhóm là các bệnh nướu do mảng bám răng và các tổn thương nướu không do mảng bám răng. Trong bài này chúng tôi đề cập đến bệnh viêm nướu chỉ do mảng bám răng với hai nhóm nguyên nhân:

- Viêm nướu chỉ do mảng bám răng, không có các yếu tố tại chỗ khác phối hợp.
- Viêm nướu do mảng bám răng với các yếu tố tại chỗ phối hợp làm tăng sự tích tụ mảng bám răng, đó là:
 - + Hình thể răng bất thường, có nhú men răng gần chân răng.
 - + Đường nứt xi măng: Có những đường như bị nứt chạy ngay dưới đường ranh giới men xi măng.
 - + Chất hàn thừa, cầu, chụp răng sai quy cách.
 - + Tiêu chân răng vùng cổ răng do sang chấn hoặc tổn thương tủy.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định:

Chủ yếu dựa trên các triệu chứng lâm sàng.

1.1. Toàn thân: Không có biểu hiện gì đặc biệt.

1.2. Tại chỗ:

- Ngoài miệng: Có thể có hạch dưới hàm.
- Trong miệng: Sau trên 2 tuần tiến triển có các tổn thương ở lợi với những đặc điểm lâm sàng:
 - + Có mảng bám răng ở răng giáp bờ viền nướu có thể thấy bằng mắt thường hay chất nhuộm màu mảng bám răng.
 - + Thay đổi hình thể của lợi: Bờ nướu, nhú nướu sưng, phù nề, phì đại tạo nên túi nướu giả.
 - + Thay đổi màu sắc của nướu: nướu bình thường màu hồng nhạt chuyển sang màu đỏ nhạt hoặc đỏ sẫm.
 - + Độ săn chắc giảm: Bình thường nướu săn chắc, ôm sát cổ răng nhưng khi bị viêm thì giảm độ săn chắc và tính đàn hồi.

- + Chảy máu: Tự nhiên hay khi khám.
- + Tăng tiết dịch túi nước
- + Phục hồi nước sau khi làm sạch mảng bám răng.
- + Hình ảnh mô học là tổn thương viêm.
- + Không có mất bám dính quanh răng.
- + Không có túi lợi bệnh lý.
- + Biểu hiện viêm có thể ở một răng, một nhóm răng hoặc toàn bộ hai hàm.
- + Trường hợp viêm nướu do mảng bám răng với các yếu tố tại chỗ phối hợp làm tăng sự tích tụ mảng bám răng có thể thấy các nướu viêm khu trú ở các răng có hình thể răng bất thường, có nhú men răng gần chân răng, đường nứt xi măng, chất hàn thừa, cầu, chụp răng sai quy cách hoặc tiêu chân răng vùng cổ răng do sang chấn hoặc tổn thương tủy

1.3. Các biểu hiện cận lâm sàng:

X quang: Không có hình ảnh tiêu xương ổ răng.

2. Chẩn đoán phân biệt:

Chẩn đoán phân biệt với viêm quanh răng tiến triển chậm.

Triệu chứng	Viêm nướu do mảng bám răng	Viêm quanh răng tiến triển chậm
Có mảng bám răng	+	+
Thay đổi màu sắc nướu	+	+
Thay đổi hình thể nướu	+	+
Chảy máu nướu	+	+
Tăng tiết dịch nướu	+	+
Mất bám dính quanh răng	-	+
Túi lợi bệnh lý	-	+
Tiêu xương ổ răng	-	+

IV. ĐIỀU TRỊ

Điều trị bao gồm các bước sau:

- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng, đây là yếu tố rất quan trọng nhằm loại trừ mảng bám răng là nguyên nhân gây bệnh.
- Làm sạch các chất bám trên bề mặt răng như cao răng, mảng bám

- Dùng nước súc miệng có tác dụng kìm khuẩn hoặc sát khuẩn cho những người không thể làm sạch mảng bám răng bằng các biện pháp cơ học như bị tật,đang phẫu thuật vùng miệng, hàm mặt, mang khí cụ nắn chỉnh răng.
- Loại bỏ các yếu tố tại chỗ phối hợp làm tăng sự tích tụ mảng bám răng: sửa
- lại chỗ hàn, cầu chụp sai quy cách, hàn răng sâu..
- Phẫu thuật cắt, tạo hình lợi với những trường hợp nướu phì đại, xơ hóa.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng:

Nếu điều trị kịp thời mô lợi có thể phục hồi bình thường, tiên lượng tốt.

2. Biến chứng:

Nếu không được điều trị, viêm lợi có thể có các biến chứng sau:

- Áp xe nướu.
- Viêm quanh răng khu trú hoặc lan tỏa.

VI. PHÒNG BỆNH

Để phòng bệnh viêm lợi do mảng bám răng cần thực hiện các biện pháp dưới đây:

- Vệ sinh răng miệng đúng phương pháp: Chải răng sau khi ăn, dùng các biện pháp cơ học khác để làm sạch bề mặt răng, nhất là vùng khe giữa hai răng như chỉ tơ nha khoa, tăm nước.
- Duy trì chế độ dinh dưỡng đầy đủ, hợp lý để tăng sức đề kháng.
- Khám răng định kỳ: Nên 6 tháng khám kiểm tra định kỳ để phát hiện sớm các bệnh răng miệng và loại trừ cao răng, mảng bám răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt, BHYT, 2015.

VIÊM NƯỚU LOÉT HOẠI TỬ CẤP TÍNH (ICD: K05.0)

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm nướu loét hoại tử cấp tính là bệnh nhiễm khuẩn cấp tính ở nướu với các tổn thương đặc trưng là sự loét và hoại tử ở mô nướu.

II. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân gây viêm lợi loét hoại tử cấp tính là do sự bùng phát của các loại vi khuẩn gây bệnh trong miệng (VD: cầu khuẩn và xoắn khuẩn *Fusobacterium*, *Prevotella intermedia*, *Porphyromonas gingivalis*), sự bùng phát này hay gặp ở những người có nguy cơ cao.....

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định:

1.1. Các triệu chứng lâm sàng:

a. Toàn thân:

- Sốt.
- Người mệt mỏi.
- Biếng ăn.

b. Tại chỗ:

- Ngoài miệng: có thể có hạch dưới hàm.
- Trong miệng:

+ Tổn thương loét và hoại tử ở vùng viền lợi và nhú nướu: tổn thương loét hoại tử tiến triển nhanh bắt đầu ở nhú nướu và lan sang viền nướu, tạo vết lõm ở trung tâm, tổn thương hoại tử thường có hình đáy chén. Tổn thương có giới hạn rõ ràng và thường không lan tới nướu dính.

+ Giả mạc: trên vùng tổn thương hoại tử phủ một lớp màng màu trắng, được cấu tạo bởi bạch cầu, mô hoại tử, fibrin. Khi lớp giả mạc được lấy đi sẽ làm tổn thương chảy máu.

+ Đường viền ban đỏ: nằm giữa vùng hoại tử và mô nướu còn tương đối lành.

+ Chảy máu tự nhiên hoặc khi va chạm.

+ Đau nhức vừa phải khi bệnh tiến triển nặng thì đau nhiều hơn, đau tăng khi ăn nhai, kèm theo tăng tiết nước bọt.

+ Miệng rất hôi.

1.2. Các triệu chứng cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu: Bạch cầu tăng, máu lắng tăng...
- Cấy vi khuẩn:

- X quang: Không có tổn thương xương ổ răng.

2. Chẩn đoán phân biệt:

Viêm nướu loét hoại tử cấp cần phân biệt với viêm nướu miệng Herpes cấp.

	Viêm nướu loét hoại tử cấp tính	Viêm nướu miệng Herpes cấp
Nguyên nhân	Chưa rõ.	Do virus Herpes.
Đặc điểm	Gây hoại tử nướu.	Gây hồng ban, mụn nước.
Hình thái	Tổn thương lõm hình chén nước	Tổn thương dạng mụn, có màng giả
Vị trí	Thường ở gai và viền nướu.	Thấy ở nướu, niêm mạc miệng, môi.
Tuổi	Ít gặp ở trẻ em.	Thường gặp ở trẻ em.
Tiến triển	Thời gian tiến triển không xác định	Sau 7 đến 10 ngày tự khỏi.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Lần 1: Điều trị phải được giới hạn ở các vùng liên quan tới tình trạng cấp tính.

- Cách ly và làm khô tổn thương bằng gòn .
- Giảm đau tại chỗ.
- Lấy giả mạc và các cặn không dính ở bề mặt tổn thương.
- Làm sạch vùng tổn thương bằng nước ấm.
- Có thể lấy cao răng trên nướu nông bằng máy siêu âm.
- Cho bệnh nhân súc miệng bằng hỗn dịch nước oxy già ấm 2 giờ/1 lần theo công thức trộn một cốc nước ấm với Ôxy già 3% theo tỷ lệ 1:1.
- Cho bệnh nhân súc miệng Chlohexidine 0,12% , mỗi ngày 2 lần.
- Trường hợp viêm nướu loét hoại tử trung bình, nặng, có hạch và các triệu chứng toàn thân thì dùng kháng sinh phối hợp.
- Lưu ý:
 - Không được lấy cao răng dưới nướu hoặc nạo túi nướu vì có thể gây nhiễm khuẩn máu.
 - Các thủ thuật nhổ răng hoặc phẫu thuật quanh răng phải trì hoãn sau khi hết triệu chứng 4 tuần.
- Hướng dẫn bệnh nhân:
 - + Súc miệng bằng hỗn dịch nước Ôxy già ấm 2 giờ/1 lần theo công thức trộn một cốc nước ấm với Ôxy già 3% theo tỷ lệ 1:1.
 - + Súc miệng Chlohexidine 0,12%, mỗi ngày 2 lần.
 - + Không hút thuốc, không uống rượu, không ăn đồ gia vị.
 - + Hạn chế chải răng.
 - + Tránh gắng sức quá mức.

2. Lần 2: Thường sau 1-2 ngày. Việc điều trị lần này tùy thuộc vào tình trạng bệnh nhân và tình trạng tổn thương.

- Có thể lấy cao răng nhẹ nhàng bằng máy siêu âm. Tránh làm sang chấn các tổn thương đang hồi phục.

- Hướng dẫn bệnh nhân như lần 1.

3. Lần 3: Sau lần 2 từ 1 đến 2 ngày.

- Lấy cao răng và làm nhẵn mặt chân răng.

- Hướng dẫn bệnh nhân:

- + Ngừng xúc miệng nước Ôxy già.

- + Duy trì xúc miệng Chlohexidine 0,12% thêm 2 đến 3 tuần.

- + Thực hiện các biện pháp kiểm soát mảng bám răng.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

- Nếu được điều trị đúng phác đồ thì tình trạng bệnh mô nướu phục hồi tốt.

- Khi tiến triển đến giai đoạn nặng mô nướu bị hoại tử tạo cơ hội phá hủy các cấu trúc quanh răng khác.

VI. PHÒNG BỆNH

- Duy trì chế độ dinh dưỡng đầy đủ, hợp lý.

- Vệ sinh răng miệng đúng phương pháp.

- Khám răng định kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt, BHYT, 2015.

BỆNH SÂU RĂNG

(ICD: K02)

I. ĐỊNH NGHĨA

Sâu răng là tình trạng tổn thương mất mô cứng của răng do quá trình mất khoáng gây ra bởi vi khuẩn ở mảng bám răng.

II. NGUYÊN NHÂN

Do các men của vi khuẩn ở mảng bám răng tác động lên các thức ăn có nguồn gốc Gluxit còn dính lại ở bề mặt răng, chuyển hóa thành axit. Khi môi trường axit có pH < 5,5 thì gây ra tổn thương hủy khoáng làm mất mô cứng của răng và gây ra sâu răng.

+ Chủng vi khuẩn có khả năng gây sâu răng cao nhất trong nghiên cứu thực nghiệm là *Streptococcus mutans*. Một số chủng vi khuẩn khác như *Actinomyces*, *Lactobacillus*... cũng được xác định có khả năng gây ra sâu răng.

+ Một số yếu tố nguy cơ làm tăng khả năng sâu răng:

+ Men răng

Men răng thiếu sản hay men răng kém khoáng hóa dễ bị huỷ khoáng hơn và ảnh hưởng đến tiến triển của tổn thương sâu răng.

+ Hình thể răng

Các răng có hố rãnh sâu có nguy cơ sâu răng cao do sự tập trung của mảng bám răng và khó làm sạch mảng bám răng. Có một tỷ lệ cao các trường hợp sâu răng được bắt đầu từ hố rãnh tự nhiên của các răng.

+ Vị trí răng

Răng lệch lạc làm tăng khả năng lưu giữ mảng bám vì thế dễ bị sâu răng hơn.

+ Nước bọt

Dòng chảy và tốc độ chảy của nước bọt là yếu tố làm sạch tự nhiên để loại bỏ các mảnh vụn thức ăn còn sót lại. Tạo một lớp màng mỏng trên bề mặt của răng từ nước bọt có vai trò như một hàng rào bảo vệ men răng khỏi pH nguy cơ. Ngoài ra nước bọt còn có vai trò đệm làm giảm độ toan của môi trường quanh răng và có tác dụng đề kháng với sâu răng. Nước bọt còn là nguồn cung cấp các chất khoáng, hỗ trợ quá trình tái khoáng để có thể phục hồi các tổn thương sâu răng sớm.

+ Chế độ ăn nhiều đường, thói quen ăn uống trước khi đi ngủ hay bú bình kéo dài đều làm tăng nguy cơ sâu răng.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định:

1.1. Chẩn đoán các tổn thương sâu răng sớm:

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng.

- Các dấu hiệu lâm sàng:

- + Vùng tổn thương sâu răng sớm xuất hiện các vết trắng khi thổi khô bề mặt.
- + Thay đổi màu sắc vùng tổn thương khi chiếu đèn sợi quang học. Vùng tổn thương là một vùng tối trên nền ánh sáng trắng của men răng bình thường.
- + Có biểu hiện thay đổi chỉ số huỷ khoáng khi sử dụng đèn Laser huỳnh quang. Vùng tổn thương biểu hiện mức độ mất khoáng tương ứng với giá trị từ 10 đến 20 khi đo bằng thiết bị Laser huỳnh quang.
- X quang: Không có dấu hiệu đặc trưng trên X quang.

1.2. Chẩn đoán sâu răng giai đoạn hình thành lỗ sâu:

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng và/ hoặc X quang:

a. Triệu chứng cơ năng:

Buốt ngà: ê buốt khi có các chất kích thích tác động vào vùng tổn thương như nóng, lạnh, chua, ngọt. Khi hết kích thích thì hết ê buốt.

b. Triệu chứng thực thể:

- Tổn thương mất mô cứng của răng
- + Vị trí: có thể gặp ở tất cả các mặt của răng.
- + Độ sâu: < 4mm, chưa tổn thương đến tuỷ răng.
- + Đáy: có thể nhẵn bóng hay nhiều ngà mủn tuỷ vào giai đoạn tiến triển.
- + Màu sắc: thường sẫm màu, có màu nâu hoặc đen.
- + Kích thước: thường trong giới hạn một răng nhưng đôi khi lan sang răng bên cạnh với những lỗ sâu mặt bên.
- Trường hợp tổn thương mất mô cứng rất nhỏ, không biểu hiện rõ thành lỗ sâu thì khi dùng thám châm thăm khám có thể tìm thấy tổn thương với dấu hiệu mắc thám châm.
- Nghiệm pháp thử tuỷ
- + Thổi bằng hơi: bệnh nhân thấy ê buốt và hết ê buốt khi ngừng thổi.
- + Thử lạnh: bệnh nhân thấy ê buốt và hết ê buốt khi ngừng thử.
- + Thử nóng: bệnh nhân thấy ê buốt và hết ê buốt khi ngừng thử.
- X quang: Có hình ảnh thấu quang vùng tổn thương sâu răng.

2. Chẩn đoán phân biệt:

Các tổn thương sâu răng sớm chẩn đoán phân biệt với thay đổi màu sắc răng không do sâu răng dựa vào các triệu chứng dưới đây:

Triệu chứng	Sâu răng sớm giai đoạn sớm	Thay đổi màu sắc răng không do sâu
Màu sắc	Màu trắng đục, nâu vàng trên men răng.	Màu trắng đục, nâu vàng trên men, ngà răng
Vị trí	Hố rãnh mặt nhai, mặt gần xa, mặt ngoài hoặc mặt trong các răng hàm sữa. Mặt gần, xa, mặt ngoài hoặc mặt trong các răng cửa và răng nanh sữa.	- Toàn bộ mặt răng, có thể ở một răng do bị chấn thương gây chết tuỷ, hoặc trên nhiều răng thiếu sản men răng sữa, có tính chất đối xứng.
Ê buốt ngà	Không ê buốt ngà khi có kích thích	Không ê buốt ngà khi có kích thích.

Các tổn thương sâu răng đã hình thành lỗ sâu chẩn đoán phân biệt với viêm tuỷ răng, tuỷ hoại tử dựa vào các triệu chứng dưới đây:

Triệu chứng	Sâu răng	Viêm tuỷ răng	Tuỷ hoại tử
Đau, ê buốt tự nhiên	Không có đau tự nhiên	Đau tự nhiên từng cơn, đau nhiều về đêm	Không có đau tự nhiên
Đau, ê buốt khi ăn các chất kích thích như nóng, lạnh, chua, ngọt	Ê buốt ngà khi có kích thích nóng, lạnh, chua, ngọt. Hết kích thích thì hết ê buốt.	Đau khi tăng lên. Khi hết các chất kích thích, đau vẫn tiếp tục kéo dài thêm	Không đau, không ê buốt khi có kích thích
Tổng thương mô cứng răng	Có lỗ sâu	Lỗ sâu to, nhiều ngà mủn, làm sạch có thể thấy ánh hồng hoặc tuỷ hở	Có lỗ sâu, có tổn thương tổ chức cứng lộ ngà
Gõ dọc	Không đau	Đau nhẹ	Đau nhẹ
Gõ ngang	Không đau	Đau nhiều	Không đau
Thử tuỷ	Có đau, hết đau khi hết kích thích	Đau nhiều và còn kéo dài khi ngừng kích thích	Không đau
Xquang	Có hình ảnh tổng thương mô cứng: lỗ sâu	Có hình ảnh tổng thương mô cứng: lỗ sâu sát tuỷ	Có hình ảnh tổng thương mô cứng: lỗ sâu sát tuỷ

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

- Đối với các trường hợp tổn thương sâu răng sớm thì cung cấp các yếu tố nhằm tăng cường quá trình tái khoáng, ngăn chặn hủy khoáng để phục hồi các tổn thương.
- Đối với các trường hợp đã tạo thành lỗ sâu thì phải lấy bỏ toàn bộ mô nhiễm khuẩn, bảo vệ tuỷ và hàn kín phục hồi mô cứng bằng các loại vật liệu thích hợp.

2. Điều trị:

2.1. Tổn thương sâu răng sớm:

- Tái khoáng hóa
- + Liệu pháp Flour: dùng Fluor có độ tập trung cao ở dạng gel, dung dịch hoặc véc ni áp lên bề mặt vùng tổn thương để tái khoáng.
- + Hướng dẫn bệnh nhân chải răng với kem răng có Fluor.

2.2. Tổn thương đã hình thành lỗ sâu:

- Hàn kín lỗ sâu phục hồi mô cứng
- + Lấy ngà mủn.
- + Sửa soạn thành lỗ sâu.
- + Sửa soạn đáy lỗ sâu.
- + Hàn lót che phủ bảo vệ tuỷ.
- + Hàn kín phục hồi mô cứng: chọn vật liệu và màu sắc vật liệu.
- + Hoàn thiện.
- Hướng dẫn kiểm soát mảng bám răng để phòng sâu tái phát ở vùng ranh giới.
- Hẹn kiểm tra định kỳ.

V. BIẾN CHỨNG

- Viêm tủy răng.
- Viêm quang chóp răng.

VI. PHÒNG BỆNH

- Áp dụng các biện pháp cơ học kiểm soát mảng bám răng như chải răng với kem Fluor và chỉ tơ nha khoa.
- Trám bít hố rãnh ở các răng vĩnh viễn có nguy cơ sâu răng như các hố rãnh tự nhiên sâu khó kiểm soát mảng bám.
- Đối với các trường hợp có nguy cơ sâu răng cao thì áp dụng các chế phẩm có độ tập trung Fluor cao do thầy thuốc thực hiện.
- Hướng dẫn chế độ ăn uống có tác dụng dự phòng sâu răng.
- Khám và kiểm tra răng miệng định kỳ để phát hiện và điều trị sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt, BHYT, 2015.

TÔN THƯƠNG MÔ CỨNG CỦA RĂNG KHÔNG DO SÂU (ICD: K03)

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tổn thương mô cứng của răng bao gồm tổn thương men răng hoặc tổn thương cả men và ngà răng hoặc tổn thương cement mà không phải do sâu răng và thường do nhiều nguyên nhân khác nhau. Nếu không điều trị kịp thời thì các tổn thương này có thể dẫn tới viêm tủy răng.

II. NGUYÊN NHÂN

- Mòn răng
- Mòn răng - răng: Có thể là sinh lý hay bệnh lý như khớp cắn bất thường hoặc nghiến răng.
- Mài mòn: Là tác động của lực ma sát từ các tác nhân ngoại lai, có thể do chải răng quá mạnh, cắn các vật cứng, hoặc thứ phát sau mài mòn hóa học.
- Mòn hóa học: Do các hóa chất như trong hội chứng trào ngược dạ dày, làm ắc quy, tiếp xúc với khí ga, axit....
- Tiêu cổ răng: Do răng xoay trục hoặc cản trở cắn sang bên.
- Tại chỗ.
- Nhiễm khuẩn, sang chấn làm rối loạn chức năng nguyên bào tạo men có thể từ răng sữa.
- Điều trị tia xạ
- Tổn thương do rối loạn quá trình phát triển răng
- Do môi trường:
 - + Trước sinh: Mẹ mắc giang mai, Rubella hoặc nhiễm Fluor từ mẹ
 - + Khi sinh: Do tan máu bẩm sinh, thiếu Canxi, trẻ sinh non.
 - + Sau sinh: Thường gặp trong nhiễm khuẩn trầm trọng, nhiễm Fluor, thiếu dinh dưỡng...
- Do di truyền
 - + Tạo men không hoàn chỉnh bẩm sinh (bệnh chỉ xảy ra ở răng).
 - + Tổn thương phối hợp với các bệnh toàn thân: Hội chứng loạn sản ngoại bì, hội chứng Down.
- Nứt vỡ răng: Thường gặp do chấn thương.
- Tiêu chân răng
 - + Ngoại tiêu: Thường gặp do các kích thích trong thời gian ngắn như chấn thương, di chuyển răng trong chỉnh nha, các phẫu thuật vùng quanh răng hoặc điều trị vùng quanh răng.
 - + Nội tiêu: Có thể do chấn thương, nhiệt, viêm tủy mạn tính...

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

1.1. Mòn răng do cắn khớp: mòn từ rìa cắn răng cửa trước sau đó mòn đến múi chịu các răng hàm

- Tốc độ của ngà nhanh hơn tốc độ mòn men nên tổn thương có dạng hình lõm đáy chén
- Các tổn thương của hai răng đối đầu thường khớp khít vào nhau.
- Mức độ mòn nhiều gây nhạy cảm răng.
- Tổn thương mòn hóa học nằm ở các răng gần nhau nơi có axit phá hủy, làm bề mặt men trở nên trong suốt.
- Tiêu cổ răng là tổn thương lõm hình chêm ở cổ răng tại đường ranh giới xi măng- ngà.

1.2. Tổn thương do rối loạn phát triển răng:

- Men răng mỏng như thủy tinh, để lộ màu ngà răng (thiếu sản men).
- Men răng mềm, tính chất như phấn, nhanh chóng bị mòn để lộ ngà trên bề mặt (men răng kém khoáng hóa hoặc chưa trưởng thành).
- Răng có màu từ xám xanh đến nâu hổ phách (thiếu sản ngà, tạo ngà không hoàn chỉnh..).
- Nhiễm màu răng: răng có màu nâu đỏ do nhiễm porphyrin, màu từ vàng, nâu xám sậm hoặc xanh lơ, đỏ tía tùy mức độ nhiễm tetracycline...
- Nứt vỡ răng: khám răng có thể thấy đường rạn răng, đường nứt răng hoặc vỡ thân răng ...
- Tiêu chân răng: tiêu nhẹ không có triệu chứng, nếu tiêu nhiều gây đau, thăm khám thấy xuất hiện u hạt.

2. Cận lâm sàng:

- Tổn thương do rối loạn phát triển răng: Men răng có độ cản quang gần giống với ngà răng (men răng kém khoáng hóa..), thân răng hình cầu, chân răng hẹp, ngắn, tủy chân răng thường tắc (tạo ngà không hoàn chỉnh...).
- Tiêu chân răng: hình ảnh thấu quang hai bên chân răng (ngoại tiêu) hoặc trong ống tủy có hình cầu (nội tiêu).

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

Điều trị theo nguyên nhân và phục hồi tổ chức bị mất.

2. Sơ đồ/phác đồ điều trị:

Loại bỏ nguyên nhân gây tổn thương sau đó chọn lựa phương pháp phục hồi thích hợp.

3. Điều trị cụ thể:

- Mòn răng:

- + Sử dụng máng chống nghiêng cho bệnh nhân nghiêng răng, điều chỉnh các
- + điểm cản trở cắn và các điểm chạm sớm.
- + Thay đổi thói quen xấu trong chải răng.
- + Thay đổi chế độ ăn, loại bỏ thức ăn, đồ uống có axit.
- + Tiến hành phục hồi tổ chức răng đã mất bằng phương pháp phù hợp như hàn răng, làm chụp bọc, Inlay, Onlay...
- Tồn thương do rối loạn phát triển răng:
 - + Dự phòng các biến chứng như mòn răng, vỡ răng, hở tủy và đảm bảo tính thẩm mỹ bằng phương pháp phù hợp như hàn Composite, phục hình bằng chụp, Veneer, Inlay, Onlay.
 - + Điều trị biến chứng hở tủy nếu có.
 - + Có thể tiến hành tẩy trắng răng khi răng bị nhiễm màu.
 - + Nứt vỡ răng: phục hồi thân răng và điều trị tủy nếu hở tủy.
 - + Tiêu chân răng: loại bỏ u hạt, điều trị tủy, hàn phục hồi ...

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Mòn nhiều gây hở tủy và viêm tủy.

VI. PHÒNG BỆNH

- Thay đổi thói quen xấu gây mòn răng.
- Phục hồi thân răng để dự phòng bệnh tiến triển nặng thêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt, BHYT, 2015.

VIÊM TỦY RĂNG

(ICD: K04)

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm tủy là tình trạng tổn thương nhiễm trùng mô tủy răng, làm tăng áp lực nội tủy, chèn ép vào các tận cùng thần kinh gây ra triệu chứng đau và tổn thương mô tủy.

II. NGUYÊN NHÂN

- Vi khuẩn: thường xâm nhập vào tủy qua lỗ sâu. Phản ứng viêm thường xuất hiện khi các vi khuẩn gây sâu răng xâm nhập vào tủy qua ống ngà. Vi khuẩn cũng có thể xâm nhập vào mô tủy qua ống ngà nếu có hiện tượng mòn răng - răng, nứt, rạn vỡ....
- Nhân tố hóa học: các chất hoá học có thể tác động trực tiếp tới vùng hõ tủy hoặc có thể khuếch tán qua ngà răng đã thay đổi tính thấm sau hàn.
- Kích thích vật lý: áp lực, tốc độ, kích thước mũi khoan cũng như nhiệt độ trong quá trình tạo lỗ hàn ảnh hưởng đến mô tủy.
- Chấn thương khí áp: là hiện tượng đau tủy có thể xảy ra khi tăng hoặc giảm áp lực đột ngột.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Viêm tủy có hồi phục:

1.1. Chẩn đoán xác định:

a. Lâm sàng:

- Triệu chứng chức năng
- + Đau do kích thích ngọt, chua, lạnh
- + Thời gian đau ngắn khoảng vài giây
- + Cơn đau nhói hoặc khu trú
- + Không có tiền sử của cơn đau nào trước đây.
- Triệu chứng thực thể
- + Lỗ sâu nhiều, ngà mềm, lấy hết ngà mềm có thể thấy ánh hồng của tủy hoặc sung tủy gây đau nhiều.
- + Răng không đổi màu
- + Gõ không đau
- + Thử nhiệt độ: lạnh gây đau.

b. Cận lâm sàng:

- X quang: có biểu hiện các tổn thương mô cứng, khoảng dây chằng quanh răng bình thường.
- Thử nghiệm tủy: bình thường hoặc có thể nhạy cảm mức độ nhẹ.

1.2. Chẩn đoán phân biệt:

Viêm tủy có hồi phục chẩn đoán phân biệt với sâu ngà sâu và viêm tủy không hồi phục: Dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng.

2. Viêm tủy không hồi phục:

2.1. Chẩn đoán xác định:

❖ Viêm tủy cấp :

- Triệu chứng chức năng:
 - + Con đau tự phát kéo dài thường xảy ra vào ban đêm khi bệnh nhân nằm xuống.
 - + Có thể do kích thích khi thay đổi nhiệt độ, thực ăn lọt vào lỗ sâu
 - + Con đau có thể nhói hoặc âm ỉ, khu trú hoặc lan tỏa.
 - + Đau từng cơn hoặc liên tục.
- Triệu chứng thực thể:
 - + Gõ ngang đau nhiều, gõ dọc đau nhẹ hoặc không đau
 - + Khám thấy răng lộ tủy hoặc nướu sưng quanh đó có túi nha chu
 - + Nhiệt độ: nóng đau, lạnh không đau
 - + Thử điện: (+)

❖ Viêm tủy mãn :

- Triệu chứng chức năng:
 - Thường không có hoặc đau thoáng qua khi có kích thích
- Triệu chứng thực thể: tủy hình thể bệnh
 - + Viêm tủy triển dưỡng
 - + Do một kích thích cường độ nhẹ liên tục trên mô tủy giàu mạch máu, thường gặp ở bệnh nhân trẻ.
 - + Khám có một nấm đỏ mọc giữa thân răng dùng thám châm chọc bệnh nhân đau ít, chảy máu nhiều.
 - + X Quang nhận biết chính xác I do có sự tích tụ số lượng lớn ngà thứ cấp suốt dọc hệ thống ống tủy.
 - + Vôùi hoá ống tủy

+ Nội tiêu: Phát hiện X quang có sự lan tràn của mô tủy với sự phá hủy ngà. Trường hợp nặng : có thể thấy đốm hồng xuyên qua men

❖ Hoại tử tủy : bán phần và toàn phần.

Do viêm tủy không phục hồi mà không được điều trị hoặc xảy ra tức khắc sau chấn thương mạnh.

- Triệu chứng chức năng: không có

- Triệu chứng thực thể:

+ Răng đổi màu sậm hơn, khoan mở tủy có mùi hôi

+ Gõ không đau

+ Thử nhiệt điện (-)

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

Dựa vào triệu chứng lâm sàng:

- Viêm quang chóp cấp: răng trời, lung lay, gõ dọc đau dữ dội

- Viêm tủy cấp: răng bình thường , gõ ngang đau.

- Sâu ngà: khoan răng không có cảm giác ê buốt.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Viêm tủy có hồi phục:

Chụp tủy bằng Hydroxit canxi. Sau đó hàn kín phía trên bằng Eugenat cứng nhanh, GIC, composite.

- Sửa soạn xoang hàn:

+ Dùng mũi khoan thích hợp mở rộng bờ men, bộc lộ rõ xoang sâu.

+ Dùng mũi khoan thích hợp lấy bỏ mô ngà hoại tử.

+ Làm sạch xoang hàn bằng nước muối sinh lý.

+ Làm khô xoang hàn.

- Đặt Hydroxit canxi:

+ Dùng bay trám lấy Hydroxit canxi và đặt phủ kín đáy xoang hàn từng lớp từ 1-2mm.

+ Dùng gòn bông nhỏ lèn nhẹ và làm phẳng bề mặt Hydroxit canxi.

- Hàn phục hồi xoang hàn:

+ Dùng vật liệu thích hợp như Composite, GIC, Amalgam... phục hồi phần còn lại của xoang hàn.

+ Kiểm tra khớp cắn.

+ Hoàn thiện phần phục hồi Composite hoặc Amalgam.

2. Viêm tủy không hồi phục:

2.1. Điều trị tủy lấy tủy toàn bộ với nguyên tắc:

- Vô trùng.
- Làm sạch và tạo hình ống tủy.
- Hàn kín hệ thống ống tủy theo không gian ba chiều.

2.2. Các bước điều trị tủy:

Bước 1: Vô cảm khi tủy răng sống bằng gậy vùng hoặc gậy tê tại chỗ với Lylocaine 2%.

Bước 2: Mở tủy, lấy tủy buồng, tủy chân.

- + Dùng mũi khoan kim cương đầu tròn mở đường vào buồng tủy.
- + Dùng mũi khoan Endo Z để mở toàn bộ trần buồng tủy.
- + Lấy tủy buồng và tủy chân bằng châm gai.

Bước 3: Thăm dò số lượng, kích thước ống tủy bằng các dụng cụ thích hợp.

Bước 4: Xác định chiều dài làm việc của ống tủy.

Bước 5: Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tủy .

- + Tạo hình bằng các phương pháp tạo hình như: Stepback, Stepdown và phương pháp lai. Sử dụng các trâm xoay máy và trâm xoay cầm tay để tạo hình làm rộng hệ thống ống tủy.
- + Làm sạch hệ thống ống tủy bằng các dung dịch: nước muối sinh lý, Ôxy già 3%, Natri hypoclorid 2,5-5 %.

Bước 6: Chọn, thử côn gutta-percha chính.

Bước 7: Chụp X quang kiểm tra.

Bước 8: Hàn kín hệ thống ống tủy bằng các kỹ thuật lèn dọc, lèn ngang với gutta-percha nóng, nguội.

Bước 9: Hàn kín buồng tủy và phục hồi thân răng bằng vật liệu thích hợp.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

- Biến chứng gần: Viêm quang cuống, u hạt, nang chân răng.
- Biến chứng xa: Viêm xoang hàm, viêm nội tâm mạc.

VI. PHÒNG BỆNH

- Chẩn đoán và điều trị bệnh lý tủy kịp thời.
- Khám răng định kỳ 6 tháng 1 lần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt, BHYT, 2015.

VIÊM QUANH CUỐNG RĂNG

(ICD: K04.5)

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tổn thương viêm của các thành phần mô quanh cuống răng. Đây là tổn thương nhiễm khuẩn bao gồm cả các vi khuẩn ái khí và yếm khí, xâm nhập từ mô tủy viêm hoặc mô nha chu viêm, gây ra phản ứng viêm của các thành phần của mô quanh cuống răng.

II. NGUYÊN NHÂN

1. Do nhiễm khuẩn:

- Do viêm tủy, tủy hoại tử gây biến chứng viêm quanh cuống răng

Quá trình viêm tủy do các vi khuẩn xâm nhập từ lỗ sâu giải phóng hàng loạt các chất có độc tính vào mô quanh cuống bao gồm:

- + Nội độc tố và ngoại độc tố của vi khuẩn.
- + Các enzyme tiêu protein, phosphatase acid, β – glucuronidase và arylsulfatase.
- + Các enzyme tiêu cấu trúc sợi chun và sợi tạo keo.
- + Prostaglandin và interleukin 6 gây tiêu xương.
- + Do viêm quanh răng, vi khuẩn từ mô quanh răng xâm nhập vào vùng cuống răng.

2. Do sang chấn răng:

- Sang chấn cấp tính: sang chấn mạnh lên răng gây đứt các mạch máu ở cuống răng, sau đó có sự xâm nhập của vi khuẩn dẫn tới viêm quanh cuống, thường gây viêm quanh cuống cấp tính.
- Sang chấn mạn tính: các sang chấn nhẹ như sang chấn khớp cắn, núm phụ, sang chấn do tật nghiêng răng, do thói quen xấu như cắn chỉ, cắn đinh,... lặp lại liên tục và gây ra tổn thương viêm quanh cuống mạn tính.

3. Do sai sót trong điều trị:

- Do chất hàn thừa, chụp quá cao gây sang chấn khớp cắn.
- + Do sai sót trong điều trị tủy:
 - + Trong khi lấy tủy và làm sạch ống tủy đẩy chất bẩn ra vùng cuống gây bội nhiễm.
 - + Tắc ống tủy do các tác nhân cơ học như gãy dụng cụ hoặc do các tác nhân hữu cơ như tạo nút ngà mùn trong lòng ống tủy.
 - + Lạc đường gây thủng ống tủy.
 - + Xé rộng hoặc di chuyển lỗ cuống răng.
 - + Các tổ chức nhiễm khuẩn bị đẩy vào vùng cuống trong quá trình điều trị hoặc các dị vật như sợi cellulose từ côn giấy, bột tan từ găng tay,...

- + Các vi khuẩn trong khoang tủy kháng lại các chất sát trùng ống tủy ở các răng điều trị tủy lại.
- + Dùng thuốc sát khuẩn quá mạnh hoặc có tính kích thích mạnh vùng cuống như: Trioxymethylen.
- + Các chất hàn quá cuống là vị trí lưu vi khuẩn.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Viêm quanh cuống bán cấp:

1.1. Chẩn đoán xác định:

a. Lâm sàng:

- Toàn thân: Bệnh nhân cảm thấy khó chịu, đau đầu, sốt nhẹ < 38°C hoặc không sốt.
- Cơ năng: Đau âm ỉ, liên tục ở răng tổn thương, cảm giác răng chồi cao, đau tăng khi 2 hàm chạm nhau.
- Thực thể:
 - + Ít thấy sưng nề vùng da tương ứng với răng tổn thương. Có thể có hạch nhỏ di động
 - + Ngách lợi tương ứng răng tổn thương sưng nề nhẹ, đỏ, đầy, ấn đau.
 - + Răng đổi màu xám hoặc không.
 - + Tổn thương sâu răng ở các mặt răng.
 - + Răng lung lay độ 1, 2.
 - + Gõ dọc đau hơn gõ ngang.
 - + Thử nghiệm tủy: âm tính.

b. Cận lâm sàng:

X quang: có thể có hình ảnh mờ vùng cuống, giãn rộng dây chằng vùng cuống nhẹ.

2.3. Chẩn đoán phân biệt:

Chẩn đoán phân biệt với viêm quanh cuống cấp.

Triệu chứng	Viêm quanh cuống cấp	Viêm quanh cuống bán cấp
Dấu hiệu toàn thân	Mệt mỏi sốt cao có phản ứng hạch vùng	Khó chịu, đau đầu, sốt nhẹ < 38°C hoặc không sốt
Đặc điểm đau	Đau tự nhiên, đau âm ỉ, liên tục, răng lung lay trời cao	Đau âm ỉ liên tục ở răng tổn thương, cảm giác răng trời cao, đau tăng khi hai hàm chạm nhau.
Gõ dọc	Đau nhiều	Đau ít.

2. Viêm quanh cuống cấp:

2.1. Chẩn đoán xác định:

a. Lâm sàng:

- Toàn thân: Bệnh nhân mệt mỏi, sốt cao $\geq 38^{\circ}\text{C}$, có dấu hiệu nhiễm trùng như môi khô, lưỡi bẩn, có thể có phản ứng hạch ở vùng dưới hàm hoặc dưới cằm.
- Cơ năng
 - + Đau nhức răng: đau tự nhiên, liên tục dữ dội, lan lên nửa đầu, đau tăng khi nhai, ít đáp ứng với thuốc giảm đau, bệnh nhân có thể xác định rõ vị trí răng đau.
 - + Cảm giác chồi răng: răng đau chạm trước khi cắn làm bệnh nhân không dám nhai.
- Thực thể:
 - + Thường thấy vùng da ngoài tương ứng răng tổn thương sưng nề, đỏ, không rõ ranh giới, ấn đau, có hạch tương ứng, ấn đau.
 - + Răng có thể đổi màu hoặc không đổi màu,
 - + Khám thường thấy tổn thương do sâu chưa được hàn, hoặc răng đã được điều trị, hoặc những tổn thương khác không do sâu.
 - + Răng lung lay rõ, thường độ 2 hoặc 3.
 - + Gõ dọc răng đau dữ dội so với gõ ngang.
 - + Niêm mạc ngách lợi tương ứng vùng cuống răng sưng nề, đỏ, ấn đau, mô lỏng lẻo.
 - + Thử nghiệm tủy: âm tính với thử điện và nhiệt do tủy đã hoại tử.

b. Cận lâm sàng:

X quang: Có thể có hình ảnh mờ vùng cuống, ranh giới không rõ và giãn rộng dây chằng quanh cuống.

Xét nghiệm máu: Bạch cầu đa nhân trung tính tăng, máu lắng tăng....

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

Chẩn đoán phân biệt với viêm tủy răng cấp:

Triệu chứng	Viêm tủy cấp	Viêm quanh cuống cấp
Dấu hiệu toàn thân	Không có dấu hiệu toàn thân	Mệt mỏi sốt cao, có phản ứng hạch vùng
Đặc điểm đau	Đau tự nhiên, thành cơn, đau nhiều về đêm, đau tăng khi ăn nhai	Đau tự nhiên, âm ỉ, liên tục, răng lung lay, chồi cao
Gõ dọc	Đau ít	Đau nhiều
Thử tủy	(+)	(-)
X quang	Vùng cuống cho hình ảnh bình thường	Có hình ảnh giãn rộng dây chằng

3. Viêm quanh cuống mạn:

3.1. Chẩn đoán xác định:

a. Lâm sàng:

- Cơ năng: chỉ có tiền sử đau của các đợt viêm tủy cấp, viêm quanh cuống cấp hoặc áp xe quanh cuống cấp.
- Thực thể:
 - + Răng đổi màu, màu xám đục ở ngà răng ánh qua lớp men.
 - + Vùng ngách lợi tương ứng quanh cuống răng có thể hơi nề, có lỗ rò hoặc sẹo rò vùng cuống. Đôi khi lỗ rò không ở trong hốc miệng mà ở ngoài da hoặc nền mũi tùy vị trí nang và áp xe.
 - + Gõ răng không đau hoặc đau nhẹ ở vùng cuống răng. Thông thường các răng nguyên nhân gõ không đau. Dấu hiệu này chỉ (+) trong các đợt cấp hoặc bán cấp của thể mạn tính.
 - + Răng có thể lung lay khi tiêu xương ổ răng nhiều.
 - + Các thử nghiệm tủy âm tính.

b. Cận lâm sàng:

X quang: Đưa gutta-percha qua lỗ rò trong miệng có thể thấy hình ảnh nguồn gốc ổ mủ trên có hình ảnh u hạt hoặc nang chân răng.

U hạt: bấm vào cuống răng hoặc bên chân răng hoặc rãnh răng giữa hai chân răng.

Nang: bấm vào cuống răng.

Khó phân biệt khi còn nhỏ là u hạt hay nang

Khi nang lớn: Xquang một vùng bầu dục ở giữa sáng, rìa đều & tối do các chất vô cơ xung quanh.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị viêm quang cuống răng:

- Mục đích: sát khuẩn ống tủy và hàn kín lại.
- Viêm bán cấp hoặc viêm cấp: dẫn lưu
- Viêm mạn tính: điều trị tủy hoặc nhổ tủy trường hợp.

2. Điều trị tủy:

- Mở rộng ống tủy
- Sát khuẩn ống tủy
- Trám bít ống tủy
- Tạo hình lại thân răng

Với nhưng răng vỡ to hoặc ống tủy tắc hoặc những răng có thể gây biến chứng => nhổ để dẫn lưu

V. BIẾN CHỨNG VÀ TIÊN LƯỢNG

Những răng bị tổn thương vùng cuống răng nếu không được điều trị kịp thời và đúng phương pháp, bệnh có thể gây nhiều biến chứng phức tạp, gây ảnh hưởng không nhỏ tới sức khỏe người bệnh.

1. Biến chứng tại chỗ:

- Áp xe: Vùng xung quanh hoặc gây viêm hạch và vùng quanh hạch.
- Viêm xương tủy.

2. Biến chứng toàn thân:

Liên quan bệnh tim mạch, viêm thận, viêm khớp, gây đau ½ mặt giống như đau dây thần kinh V, ngoài ra có thể gây sốt kéo dài, rất khó chẩn đoán bởi các xét nghiệm cơ bản như công thức máu không thấy có thay đổi, cấy máu âm tính,...

VI. PHÒNG BỆNH

- Chẩn đoán và điều trị bệnh lý tủy kịp thời.
- Khám răng định kỳ 6 tháng 1 lần

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt, BHYT, 2015.

SAI KHỚP CẢN LOẠI I

(ICD: Z97.2)

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng sai khớp cắn mà ở tư thế cắn trung tâm, múi ngoài gần của răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm trên khớp với rãnh ngoài gần của răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm dưới, tương quan xương hai hàm bình thường, nhưng các răng phía trước lệch lạc ảnh hưởng tới thẩm mỹ và chức năng.

II. NGUYÊN NHÂN

1. Các rối loạn trong quá trình phát triển:

- Thiếu răng bẩm sinh.
- Bất thường hình thể răng.
- Thừa răng.
- Răng mọc lạc chỗ.
- Răng ngầm.

2. Di truyền:

Biểu hiện là sự bất cân xứng giữa kích thước cung hàm và kích thước răng.

3. Chấn thương:

- Tổn thương mầm răng vĩnh viễn.
- Mất răng sữa dẫn đến thay đổi vị trí mọc của răng vĩnh viễn.
- Chấn thương ảnh hưởng trực tiếp lên răng vĩnh viễn.

4. Các thói quen xấu:

- Mút ngón tay.
- Đẩy lưỡi.
- Thở miệng...

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định:

1.1. Lâm sàng:

a. Ngoài mặt: Mặt cân đối, kiểu mặt thẳng hoặc lồi. Môi có thể bình thường hoặc không khép kín.

b. Trong miệng:

- Tương quan răng hàm lớn thứ nhất là loại I theo Angle
- Tương quan răng nanh loại I hoặc II

- Có thể có biểu hiện các dạng lệch lạc răng:
- + Răng mọc chen chúc, răng mọc ngoài cung, hoặc xoay, hoặc kẹt.
- + Khe thưa giữa các răng với các mức độ khác nhau tùy trường hợp: Có thể do bất cân xứng kích thước răng và cung hàm, hoặc có răng thừa hoặc thiếu răng, hoặc có phanh môi bám thấp.
- Có thể có khớp cắn sâu.
- Độ cắn trùm tăng.
- Có thể đường cong spee sâu.
- Có thể có cắn hở.
- Có thể có cắn chéo.
- Có thể có vẩu răng hai hàm.
- Có thể thiếu răng trên cung hàm hoặc còn răng sữa quá tuổi thay.
- Có thể có răng mọc lạc chỗ.

1.2. Cận lâm sàng:

- Mẫu hàm thạch cao

Tương quan răng hàm lớn thứ nhất loại I.

- X quang
- Trên phim sọ nghiêng (Cephalometrics) +
- + Tương quan xương hai hàm loại I:
- + Số đo góc ANB: $0 < \text{góc ANB} < 2$.
- + Chỉ số Wits bình thường.
- Trên phim toàn cảnh Panorama

Có thể thấy hình ảnh răng thừa, răng ngầm, lệch lạc răng, thiếu răng, Odontoma...

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Lệch lạc răng do sai khớp cắn loại II: phân biệt dựa vào tương quan răng hàm lớn thứ nhất hai hàm trên lâm sàng, X quang.
- Lệch lạc răng do sai khớp cắn loại III: phân biệt dựa vào tương quan răng hàm lớn thứ nhất hai hàm trên lâm sàng, X quang.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

- Tạo lập lại tương quan hai hàm lý tưởng với tương quan răng nanh loại I.
- Cải thiện về thẩm mỹ.

- Đảm bảo độ ổn định.

2. Điều trị cụ thể:

2.1. Nhổ các răng có chỉ định nhổ:

- Các răng thừa.
- Trường hợp thiếu khoảng do mất cân xứng kích thước răng và hàm(thường là răng cối nhỏ)
- Răng ngầm.

2.2. Điều trị loại bỏ các nguyên nhân gây lệch lạc răng:

- Cắt bỏ phanh môi bám thấp
- Cắt bỏ phanh lưỡi bám bất thường
- Điều trị loại bỏ các thói quen xấu gây lệch lạc răng....

2.3. Điều trị lệch lạc răng và tạo lập tương quan hai hàm về mức tối ưu, khí cụ tháo lắp hoặc mắc cài:

Mắc cài:

- Gắn mắc cài
- Đi dây cung thích hợp
- Sắp xếp và làm đều các răng theo chiều đứng và chiều ngang tùy từng trường hợp:
 - + Trường hợp có răng chen chúc: Đóng khoảng sau khi nhổ răng và làm đều các răng
 - + Trường hợp có khe thưa: Đóng khe thưa hoặc tạo chỗ để làm phục hình răng nếu cần.
 - + Trường hợp có cắn sâu: làm trôi các răng phía sau, lún các răng phía trước, làm phẳng đường cong Spee.
 - + Trường hợp có cắn hở: Đóng khoảng hở liên hàm.
 - + Trường hợp có cắn chéo: Giải phóng điểm cản trở gây dịch chuyển chức năng, hoặc nong rộng hàm.
 - + Trường hợp hô hai hàm: Kéo lùi khối răng trước ra sau.
 - + Trường hợp có răng ngầm: Loại bỏ yếu tố cản trở, bộc lộ răng ngầm, gắn khí cụ và đưa răng về vị trí mong muốn.
 - + Trường hợp răng mọc lạc chỗ: Đưa răng về đúng vị trí hoặc đổi chỗ mà vẫn đảm bảo chức năng
 - + Trường hợp thiếu răng: Đóng khoảng hoặc tạo khoảng để làm phục hình.
- Hoàn thiện.
- Duy trì kết quả điều trị.

Khí cụ tháo lắp:

- Hàm Hawley
- Hawley có lò xo Z, lò xo ngón tay.
- Tấm chặn lưỡi.

Điều trị các bệnh đường hô hấp.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng:

- Sai khớp cắn loại I gây ảnh hưởng tới thẩm mỹ và chức năng. Nếu không được điều trị sớm còn có thể gây sang chấn các răng, sâu răng, viêm quanh răng...dẫn tới mất răng sớm.
- Nếu điều trị đúng phác đồ nói trên thì tiên lượng tốt.

2. Biến chứng:

- Sang chấn các răng(tiêu chân răng)
- Đau khớp thái dương hàm.
- Rối loạn khớp thái dương hàm.
- Mất răng sớm.

VI. PHÒNG BỆNH

- Cần khám định kỳ, phát hiện và điều trị sớm.
- Chăm sóc răng miệng trẻ em để giữ được các răng sữa đến

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt, BHYT, 2015.

SAI KHỚP CÁN LOẠI II TIỂU LOẠI I DO RĂNG

(ICD: Z97.2)

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng sai khớp cắn mà ở tư thế cắn trung tâm, múi ngoài gần của răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm trên khớp về phía gần so với rãnh ngoài gần của răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm dưới, và các răng trước hàm trên ngả trước nhưng tương quan xương hai hàm bình thường.

II. NGUYÊN NHÂN

- Di truyền.
- Chế độ ăn: thường xuyên sử dụng thức ăn mềm.
- Thói quen xấu
 - + Thở miệng.
 - + Đẩy lưỡi khi nuốt.
 - + Bú bình kéo dài trên hai năm.
 - + Mút môi dưới...
- Mất răng sữa sớm, đặc biệt là các răng hàm nhỏ thứ hai sữa.
- Một số trường hợp không xác định được nguyên nhân.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định:

1.1. Lâm sàng:

- a. Ngoài mặt: Bệnh nhân có kiểu mặt lồi khi nhìn nghiêng, góc mũi môi nhọn.
- b. Trong miệng:
 - Ở tư thế cắn trung tâm
 - + Tương quan răng hàm lớn thứ nhất hai hàm: múi ngoài gần của răng cối lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm trên khớp về phía gần so với rãnh ngoài gần của răng cối lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm dưới.
 - + Tương quan các răng trước hai hàm: các răng trước hàm trên ngả trước, tương quan răng nanh loại II.
 - Độ cắn chìa: có thể tăng.
 - Có thể có cắn sâu, hoặc có thể có cắn hở.
 - Có thể có răng chen chúc.
 - Cung răng trên: có thể bình thường hoặc hẹp.

- Đường cong Spee sâu.

1.2. Cận lâm sàng:

a. Mẫu hàm thạch cao:

- Tương quan răng hàm lớn thứ nhất loại II.
- Tương quan răng nanh loại II.
- Các răng cửa hàm trên ngả trước.
- Đường cong Spee sâu.

b. X quang phim sọ nghiêng (Cephalometrics):

- Tương quan xương hàm trên và xương hàm dưới loại I theo chiều trước sau.
- Các chỉ số về răng
- + Góc giữa trục của răng cửa hàm trên với mặt phẳng SN tăng.
- + Góc răng cửa hàm trên với mặt phẳng hàm trên tăng.
- Môi trên nhô ra trước so với đường thẩm mỹ E/S.

2. Chẩn đoán phân biệt:

Sai khớp cắn loại II tiêu loại I do xương: Phân biệt phải dựa vào phim X quang sọ nghiêng với các đặc điểm:

- Góc ANB tăng cao.(ANB > 40)
- Chỉ số Wits tăng cao.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

- Tạo lập lại tương quan hai hàm ở khớp cắn loại I, ít nhất phải đạt được tương quan răng nanh loại I.
- Cải thiện về thẩm mỹ.
- Đảm bảo độ ổn định.

2. Điều trị cụ thể:

Nghiên cứu mẫu hàm và lên kế hoạch điều trị

Loại bỏ thói quen xấu nếu có.

Khí cụ tháo lắp : hàm Hawley, tấm chặn lưỡi, điều trị bệnh đường hô hấp.

Nhổ răng: trong trường hợp cần khoảng để dịch chuyển về khớp cắn loại I thì thường phải nhổ răng cối nhỏ 2 hàm tùy theo tình trạng khớp cắn của bệnh nhân

Sử dụng khí cụ cố định

- + Gắn mắc cài hai hàm

- + Sắp xếp và làm thẳng các răng theo chiều ngang và chiều đứng
- + Đóng khoảng hở răng. Trong một số trường hợp cần neo chặn.
- + Hoàn thiện.

Điều trị duy trì: hàm Hawley hàm trên và hàm dưới hoặc Hawley hàm trên và duy trì cố định hàm dưới bằng dây cung hoặc đeo máng.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng:

Điều trị đúng phác đồ nói trên thì tiên lượng tốt.

2. Biến chứng: (nếu không điều trị)

- Sang chấn vùng quanh răng các răng cửa hàm trên, gây mất răng, ảnh hưởng đến thẩm mỹ và chức năng nếu không được điều trị.
- Đau khớp thái dương hàm, gây ra các bệnh về khớp thái dương hàm (nếu không điều trị)

VI. PHÒNG BỆNH

- Cần khám, phát hiện và điều trị sớm để loại bỏ các thói quen xấu gây ra sai khớp cắn loại II tiểu loại I do răng.
- Chế độ ăn phong phú có nhiều chất xơ và chất cứng.
- Phòng chống mất răng sữa sớm nhất là răng cối sữa thứ hai.
- Trường hợp mất răng hàm sữa sớm cần giữ khoảng bằng khí cụ thích hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt, BHYT, 2015.

SAI KHỚP CẢN LOẠI II TIỂU LOẠI II DO RĂNG (ICD: Z97.2)

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng sai khớp cắn mà ở tư thế cắn trung tâm, múi ngoài gần của răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm trên khớp về phía gần so với rãnh ngoài gần của răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm dưới, độ cắn chìa bình thường, tương quan xương hai hàm bình thường nhưng độ cắn phủ tăng.

II. NGUYÊN NHÂN

- Di truyền.
- Một số trường hợp không xác định được nguyên nhân.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định:

1.1. Lâm sàng:

a. Ngoài mặt: Bệnh nhân thường có kiểu mặt thẳng khi nhìn nghiêng.

b. Trong miệng

- Ở tư thế cắn trung tâm

+ Tương quan răng cối lớn thứ nhất hai hàm: múi ngoài gần của răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm trên khớp về phía gần so với rãnh ngoài gần của răng cối lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm dưới.

+ Tương quan các răng trước hai hàm: tương quan răng nanh loại II, các răng cửa có hình ảnh đặc trưng của khớp cắn nắp hộp với các răng cửa hàm trên ngả lưỡi hoặc hai răng cửa giữa ngả lưỡi và hai răng cửa bên ngả môi.

- Độ cắn chìa bình thường.
- Độ cắn phủ tăng, mức độ tăng cao tùy từng trường hợp.
- Đường cong spee tăng cao.
- Có thể có khớp khênh răng
- Có thể có cắn chéo các răng sau một bên hoặc cả hai bên.
- Cung răng hàm trên có thể bình thường hoặc hẹp.

1.2. Cận lâm sàng:

a. Mẫu hàm thạch cao

- Tương quan răng hàm lớn thứ nhất loại II.
- Tương quan răng nanh loại II.

- Các răng cửa hàm trên ngả trong hoặc hai răng cửa giữa ngả trong và hai răng cửa bên ngả ngoài.
- Đường cong Spee sâu.

b. X quang phim sọ nghiêng (Cephalometrics)

- Tương quan xương hàm trên và xương hàm dưới loại I theo chiều trước sau.
- Các chỉ số về răng:
 - + Trục của răng cửa hàm trên ngả lưỡi.
 - + Góc răng cửa hàm trên với mặt phẳng SN thấp.
 - + Góc răng cửa hàm trên với mặt phẳng hàm trên thấp.
 - + Góc liên răng cửa tăng.
- Chỉ số phần mềm: Góc mũi môi bình thường.

2. Chẩn đoán phân biệt:

Sai khớp cắn loại II tiểu loại II do xương: Phân biệt phải dựa vào phim X quang sọ nghiêng với các đặc điểm:

- Số đo góc ANB tang ($ANB > 40$).
- Chỉ số Wits tăng.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

- Tạo lập lại tương quan hai hàm lý tưởng nhất là khớp cắn loại I cả răng hàm lớn và răng nanh, nếu không thì ít nhất phải đạt được tương quan răng nanh loại I.
- Cải thiện về thẩm mỹ.
- Đảm bảo độ ổn định.

2. Điều trị cụ thể:

- Nghiên cứu mẫu hàm và lên kế hoạch điều trị.
- Nhổ răng nếu có chỉ định.
- Gắn mắc cài cố định hai hàm.
- Nâng khớp cắn nếu có chỉ định.
- Sắp xếp và làm thẳng các răng theo chiều ngang và chiều đứng.
- Đóng khoảng nhổ răng. Trong một số trường hợp cần tăng cường neo chặn.
- Hoàn thiện.
- Điều trị duy trì

Hàm Hawley hàm trên và hàm dưới hoặc hàm Hawley hàm trên và hàm duy trì cố định hàm dưới bằng dây cũng hoặc đeo máng duy trì

- Kết thúc điều trị.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng:

- Tình trạng khớp cắn loại II tiểu loại 2 do răng thường gây sang chấn các răng trước hai hàm, viêm quanh răng và có thể gây mất răng sớm, ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ.
- Nếu điều trị đúng phác đồ nói trên thì tiên lượng tốt.

2. Biến chứng (nếu không điều trị):

- Sang chấn các răng trước hai hàm.
- Đau khớp thái dương hàm.
- Rối loạn khớp thái dương hàm.

VI. PHÒNG BỆNH

Cần khám định kỳ, phát hiện và điều trị sớm

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt, BHYT, 2015.

CẢN CHÉO

(ICD: Z97.2)

I. ĐỊNH NGHĨA

Cản chéo là tương quan bất thường của một hoặc nhiều răng với một hoặc nhiều răng của cung răng đối theo hướng má - lưỡi hoặc môi - lưỡi.

II. NGUYÊN NHÂN

1. Cản chéo phía trước:

1.1. Do răng:

- Chấn thương răng sữa gây lệch lạc mầm răng vĩnh viễn về phía lưỡi.
- Lưu giữ răng sữa lâu, răng thay thế sẽ mọc về phía vòm miệng.
- Răng thừa.
- Thói quen cắn môi trên.
- Bệnh nhân khe hở môi đã phẫu thuật.
- Không đủ chiều dài cung răng.

1.2. Do xương:

- Di truyền.
- Kém phát triển phía trước của xương hàm trên.
- Tăng trưởng xương hàm dưới quá mức.
- Kết hợp kém phát triển phía trước của xương hàm trên và tăng trưởng quá mức của xương hàm dưới.

1.3. Do chức năng:

- Giả sai khớp cắn loại III.
- Thói quen đưa hàm dưới ra trước để lỏng mũi tối đa dẫn tới cản chéo phía trước.

2. Cản chéo phía sau

2.1. Do răng:

- Do răng sữa tồn tại lâu trên cung hàm.
- Mút ngón tay kéo dài.
- Khe hở môi - vòm miệng.

2.2. Do xương:

- Di truyền.
- Kém phát triển của xương hàm trên (a).
- Quá phát triển của xương hàm dưới (b).

- Kết hợp a+b.

2.3. Do chức năng:

- Cấn chéo một bên.
- Do cản trở của khớp cấn.
- Lệch hàm dưới trong chu trình chuyển động đóng hàm.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng. Có thể gặp cấn chéo phía trước hoặc cấn chéo phía sau hoặc phối hợp.

1.1. Cấn chéo phía trước:

1.1.1. Lâm sàng

a. Ngoài mặt

- Nhìn mặt nghiêng: có thể bình thường, hoặc thẳng, hoặc lõm ở tầng mặt giữa.
- Tầng mặt dưới: có thể có tỷ lệ bình thường hoặc giảm so với các tầng mặt khác.
- Có thể có đường sẹo khe hở môi đã phẫu thuật.

b. Trong miệng

- Ở vị trí cấn trung tâm, tương quan tâm
- + Hoặc tương quan loại I răng hàm lớn thứ nhất và răng nanh. Một hoặc một số răng có độ cấn chìa đảo ngược hoặc có giá trị bằng 0 trong mối tương quan hướng môi - lưỡi giữa các răng phía trước của hàm trên và hàm dưới.
- + Hoặc tương quan loại III răng hàm lớn thứ nhất và răng nanh. Một hoặc một số răng có độ cấn chìa đảo ngược trong mối tương quan hướng môi- lưỡi giữa các răng phía trước của hàm trên và hàm dưới.
- + Có thể có răng thừa vùng răng cửa hàm trên, có thể có răng cửa sữa khi đã tới tuổi thay, răng cửa hàm trên có thể mọc về phía vòm miệng.

1.1.2. Cận lâm sàng

a. Mẫu hàm thạch cao

Chu vi cung hàm trên giảm.

b. X quang

- Phim Cephalometrics: tương quan xương hai hàm loại I hoặc loại III. Đo các góc trên phim:

+ Góc SNA, SNB, ANB: có thể có giá trị bình thường, hoặc góc SNA có giá trị nhỏ hơn giá trị bình thường và góc SNB có giá trị bình thường, hoặc góc SNB có giá trị lớn hơn giá trị bình thường.

+ Góc ANB: có giá trị âm

+ Góc răng cửa hàm trên với mặt phẳng khẩu cái: có giá trị bình thường hoặc nhỏ hơn bình thường hoặc lớn hơn bình thường.

- Phim toàn cảnh

+ Có thể có hình ảnh răng lệch lạc, thiếu chỗ cho răng cửa hàm trên

+ Có thể thấy hình ảnh răng thừa vùng răng cửa hàm trên.

1.2. Căn chéo phía sau:

a. Lâm sàng

- Ngoài mặt

+ Nhìn mặt nghiêng: có thể bình thường, hoặc thẳng, hoặc lõm ở tầng mặt giữa.

+ Tầng mặt dưới: có thể có tỷ lệ bình thường hoặc giảm so với các tầng mặt khác.

+ Có thể có đường sẹo khe hở môi đã phẫu thuật.

- Trong miệng

+ Ở vị trí cắn trung tâm, tương quan tâm

+ Tương quan loại I, loại II hoặc loại III răng hàm lớn thứ nhất và răng nanh.

+ Căn chéo: có thể thấy ở một răng, một số răng, một nhóm răng, có thể thấy

+ một bên hoặc cả hai bên của cung răng.

+ Căn chéo phía sau đơn giản: Múi ngoài của răng sau hàm trên cắn khít về phía lưỡi so với múi ngoài của răng sau hàm dưới.

+ Căn chéo phía má hàm trên: hoàn toàn không cắn khít (cắn kéo).

+ Căn chéo phía vòm miệng hàm trên: hoàn toàn không cắn khít.

+ Có thể có răng hàm sữa khi đã tới tuổi thay.

+ Răng hàm vĩnh viễn có thể mọc về phía vòm miệng hoặc phía má.

b. Cận lâm sàng

- Mẫu hàm thạch cao.

+ Hình dạng cung răng: hình chữ A hoặc hình ô mê ga thắt hẹp hai bên.

+ Cung hàm: có thể cân xứng hoặc không cân xứng.

- + Kích thước rộng cung hàm: giảm.
- + Tương quan hai hàm: Mất tương quan bình thường míu - rãnh chiều má - lưỡi của các răng sau.
- + Mất cân xứng kích thước hai hàm.
- X quang, phim Cephalometrics: tương quan xương hai hàm loại I hoặc loại III. Đo các góc trên phim:
 - + Góc SNA, SNB, ANB: có thể có giá trị bình thường, hoặc góc SNA có giá trị nhỏ hơn giá trị bình thường và góc SNB có giá trị bình thường, hoặc góc SNB có giá trị lớn hơn giá trị bình thường.
 - + Góc ANB: có giá trị âm trong trường hợp tương quan xương loại III.
 - + Góc răng cửa hàm trên với mặt phẳng khẩu cái: có giá trị bình thường hoặc nhỏ hơn bình thường hoặc lớn hơn bình thường.
 - + Độ cắn chìa: có giá trị 0 hoặc âm.

2. Chẩn đoán thể lâm sàng: có 3 thể cắn chéo là cắn chéo do răng, cắn chéo do xương và cắn chéo do trượt chức năng.

2.1. Cắn chéo do răng:

- Các chỉ số về xương bình thường.
- Chỉ có các biểu hiện bất thường về răng.

2.2. Cắn chéo do xương:

- X quang: Tương quan xương hai hàm loại III, có thể có biểu hiện:
 - + Kém phát triển xương hàm trên, xương hàm dưới bình thường.
 - + Xương hàm trên bình thường, xương hàm dưới phát triển quá mức.
 - + Cả hai hàm bất thường.
- Trên mẫu thạch cao: có hẹp cung hàm trên so với hàm dưới hoặc ngược lại.

3. Chẩn đoán phân biệt:

Tình trạng cắn chéo luôn có các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng rõ rệt, vì vậy không cần chẩn đoán phân biệt với các rối loạn khớp cắn khác.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

Tạo lập lại các mối tương quan răng –răng, răng- xương, xương- xương, mô cứng- mô mềm theo khớp cắn đúng, đảm bảo sự ổn định và sinh lý của các mối tương quan trên.

2. Điều trị cụ thể:

- a. Giai đoạn hàm răng sữa: Loại bỏ nguyên nhân gây nên cắn chéo.

- Loại bỏ điểm chạm sớm
- Đeo khí cụ loại bỏ thói quen xấu
- Nhỏ răng thừa...

b. Giai đoạn hàm răng hỗn hợp, can thiệp nắn chỉnh răng bằng một hoặc phối hợp các phương pháp dưới đây:

- + Dùng cây đẽ lưỡi điều trị cắn chéo một răng.
- + Dùng mặt phẳng nghiêng răng cửa hàm dưới.
- + Dùng cánh tay đẩy đàn hồi (lò xo chữ Z...)
- + Dùng khí cụ có ốc nong.
- + Dùng khí cụ face mask với ốc nong nhanh.
- + Dùng khí cụ chụp cằm (Chin cup).
- + Dùng khí cụ frankel III...

c. Giai đoạn hàm răng vĩnh viễn

Can thiệp nắn chỉnh răng bằng một hoặc phối hợp các phương pháp dưới đây:

- + Khí cụ có ốc nới rộng.
- + Dùng khí cụ gắn chặt với chun cắn chéo.
- + Khí cụ Quad-helix...
- + Khi đến tuổi trưởng thành: có thể phối hợp với phẫu thuật trong các trường hợp cắn chéo do xương.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng:

- Nếu điều trị đúng phác đồ trên thì sẽ có kết quả tốt.
- Nếu không điều trị thì có thể ảnh hưởng đến thẩm mỹ và chức năng.

2. Biến chứng (nếu không điều trị):

- Gây ra các tổn thương ở răng và quanh răng như mòn răng, tiêu xương ổ răng, viêm quanh răng, sâu răng...
- Đau khớp thái dương hàm.
- Rối loạn chức năng khớp thái dương hàm.

VI. PHÒNG BỆNH

Khám răng miệng định kỳ để phát hiện các lệch lạc sớm và điều trị kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt, BHYT, 2015.

NANG THÂN RĂNG

(ICD: K09.0)

I. ĐỊNH NGHĨA

Nang thân răng là nang trong xương hàm, liên quan tới thân răng của răng ngầm hoặc răng thừa ngầm, nang bao bọc một phần hay toàn bộ thân răng. Lòng nang chứa dịch màu vàng chanh hoặc trắng đục do nhiễm khuẩn.

II. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân có thể do rối loạn trong quá trình phát triển và hình thành răng, có thể có các dạng:

- Dạng trong túi (intrafollicular): Do bất thường của bản thân biểu mô men thoái hóa hoặc do bất thường bề mặt men răng gây tích tụ dịch.
- Dạng ngoài túi (extrafollicular): Do sự có mặt và phát triển của các dòng tế bào khác trên biểu mô men thoái hóa như biểu mô sừng hóa, liên bào men... Ngoài ra, còn có thể do yếu tố viêm nhiễm: có giả thuyết cho rằng ổ viêm nhiễm ở cuống răng sữa có thể là nguyên nhân kích thích hình thành nang thân răng bao quanh mầm răng vĩnh viễn bên dưới.

1. Chẩn đoán xác định:

1.1. Lâm sàng:

Khi nang có kích thước nhỏ thường không có biểu hiện lâm sàng, được phát hiện tình cờ khi bệnh nhân được chụp X quang vì thiếu răng vĩnh viễn, răng sữa không rụng, răng kế cận nghiêng, xoay trục hoặc khi tiến hành các nhu cầu điều trị khác như phục hình, chỉnh nha.

Khi nang có kích thước lớn hơn có thể có các biểu hiện dưới đây:

- Phòng xương gây biến dạng mặt mà không đau nhức, nang lớn có dấu hiệu ping pong khi ấn.
- Lung lay răng kế cận với vị trí răng chưa mọc.
- Răng sữa tương ứng vẫn còn trên cung răng.
- Trong trường hợp nang thân răng ở xương hàm dưới có thể gây tê môi dưới do nang to chèn vào ống răng dưới.
- Niêm mạc trên chỗ phòng xương hoàn toàn bình thường, trường hợp nang to gây phòng xương nhiều, niêm mạc có thể bị loét do sang chấn khi ăn nhai.
- Nang to phá hủy xương rộng gây xô lệch và lung lay các răng lân cận.
- Trường hợp nang bội nhiễm thì có biểu hiện sưng đau chỗ phòng xương.

1.2. Cận lâm sàng:

X quang

- Có hình ảnh nang trong xương hàm liên quan tới răng ngầm. Thân răng ngầm nằm trong lòng nang.
- Có biểu hiện thiếu răng trên cung răng.

2. Chẩn đoán phân biệt:

- Nang chân răng: phân biệt dựa vào các dấu hiệu dưới đây:
 - + Có răng nguyên nhân tuỷ chết.
 - + Nang liên quan tới cuống răng.
 - + Không có biểu hiện thiếu răng trên cung răng.
- U men thể nang: phân biệt dựa vào các biểu hiện dưới đây:
 - + Có biểu hiện tiêu chân răng các răng liên quan.
 - + Kết quả giải phẫu bệnh lý.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

Phẫu thuật lấy bỏ toàn bộ nang và răng ngầm.

2. Điều trị cụ thể:

2.1. Phẫu thuật lấy bỏ nang và răng ngầm:

- Chỉ định: Nang có kích thước từ nhỏ đến trung bình.
- Kỹ thuật
 - + Vô cảm.
 - + Rạch niêm mạc, bóc tách bộc lộ xương.
 - + Mở xương, bộc lộ nang.
 - + Lấy nang và răng ngầm.
 - + Cầm máu bằng dao điện, có thể nhét mesche nếu nang lớn, rút mesche sau 48 giờ.
 - + Kiểm soát vùng phẫu thuật.
 - + Khâu đóng niêm mạc.

2.1. Phẫu thuật mở thông nang:

- Chỉ định: Nang kích thước lớn phá hủy xương nhiều.
- Kỹ thuật
 - + Vô cảm.
 - + Rạch niêm mạc, bóc tách bộc lộ xương.
 - + Mở xương, bộc lộ nang.

- + Cắt bỏ một phần vỏ nang.
- + Khâu lộn niêm mạc vỏ nang và mở thông lòng nang ra khoang miệng.
- + Kháng sinh.
- + Sau 1 tuần, làm máng bịt, hướng dẫn vệ sinh tại nhà.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng:

- Nếu điều trị đúng, phẫu thuật cắt nang và lấy răng ngầm sẽ có kết quả tốt, không tái phát.
- Trường hợp phẫu thuật mở thông nang, sau một thời gian nang thu hẹp thì có thể tiến hành phẫu thuật thì hai lấy bỏ nang và răng ngầm.

2. Biến chứng:

- Bội nhiễm.
- Nang to phá hủy xương hàm có thể gây ra gãy xương bệnh lý.

VI. PHÒNG BỆNH:

Khám răng miệng định kỳ để phát hiện răng ngầm hoặc phát hiện sớm nang thân răng và điều trị kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt, BHYT, 2015.

NANG NHÁI SÀN MIỆNG

(ICD: K11.6)

I. ĐỊNH NGHĨA

Nang nhái sàn miệng là nang nhầy, khu trú ở sàn miệng. Lòng nang chứa dịch nhầy có nguồn gốc từ tuyến nước bọt dưới lưỡi, hoặc tuyến dưới hàm, hoặc tuyến nước bọt phụ ở sàn miệng.

II. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh đến nay vẫn chưa rõ ràng, một số tác giả cho rằng cơ chế gây nang là do ống một tuyến nước bọt bị tắc, giãn phình.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định:

1.1. Lâm sàng:

- Có khối phòng ở sàn miệng, kích thước thường khoảng 1-3cm hoặc lớn hơn.
- Bề mặt khối phòng có màu tím nhạt giống bọng nhái, ranh giới rõ.
- Niêm mạc mỏng căng, có thể tự vỡ ra dịch nhày trong như lòng trắng trứng có albumin và mucin, dễ nhiễm khuẩn, hay tái phát.
- Nang phát triển từ từ, trường hợp to có thể lấn qua đường giữa, đẩy lệch lưỡi, ảnh hưởng chức năng.
- Thể lâm sàng hiếm gặp là nang nhái ở cổ, xảy ra khi nang xuyên qua cơ hàm móng và biểu hiện thành khối phòng ở vùng cổ.

1.2. Cận lâm sàng:

- X quang thường quy: không có dấu hiệu đặc trưng.
- Cộng hưởng từ (MRI): thấy khối giảm âm và giảm tỷ trọng ranh giới rõ.

2. Chẩn đoán phân biệt:

Nang nhái sàn miệng có các dấu hiệu lâm sàng khá điển hình và không cần chẩn đoán phân biệt.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

Phẫu thuật cắt bỏ nang.

2. Điều trị cụ thể:

Tùy từng trường hợp cụ thể mà có thể áp dụng một trong ba biện pháp điều trị dưới đây:

2.1. Phẫu thuật cắt bỏ nang:

- Chỉ định: Nang có kích thước nhỏ, không liên quan tới tuyến nước bọt dưới lưỡi.

- Kỹ thuật
- + Gây tê tại chỗ.
- + Rạch niêm mạc bộc lộ nang.
- + Tách bóc vỏ nang ra khỏi mô xung quanh và lấy toàn bộ nang.
- + Khâu đóng niêm mạc.
- + Kháng sinh.

2.2. Phẫu thuật cắt bỏ nang và tuyền nước bọt dưới lưỡi:

- Chỉ định: Nang có kích thước vừa phải và liên quan với tuyền nước bọt dưới lưỡi.
- Kỹ thuật
- + Phẫu thuật lấy bỏ nang
- + Phẫu thuật lấy bỏ tuyền nước bọt dưới lưỡi.
- + Kháng sinh.

2.3. Phẫu thuật mở thông nang:

- Chỉ định:
- + Nang có kích thước lớn gây chèn ép và ảnh hưởng đến chức năng.
- + Nang có kích thước lớn và tình trạng toàn thân của bệnh nhân không cho phép phẫu thuật kéo dài.
- Kỹ thuật
- + Gây tê tại chỗ.
- + Rạch niêm mạc trên nang theo hình múi cam.
- + Tách bóc lấy bỏ phần niêm mạc miệng hình múi cam giữa hai đường rạch.
- + Rạch vỏ nang.
- + Khâu nối từng bên mép vỏ nang với mép niêm mạc sàn miệng, để thông lòng nang ra khoang miệng.
- + Kháng sinh.
- + Hướng dẫn vệ sinh răng miệng

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG:

1. Tiên lượng:

Phẫu thuật cắt bỏ nang hoặc cắt bỏ nang và tuyền nước bọt dưới lưỡi, hoặc phẫu thuật mở thông nang, nếu thực hiện đúng kỹ thuật thì đều cho kết quả tốt, không tái phát.

2. Biến chứng:

Bội nhiễm: gây sưng tấy vùng sàn miệng và ảnh hưởng đến chức năng.

VI. PHÒNG BỆNH:

Khám sức khỏe răng miệng định kỳ để phát hiện nang sớm và điều trị kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt, BHYT, 2015.

ÁP XE MÁ

(ICD: K12.2)

I. ĐỊNH NGHĨA

Là áp xe khu trú ở vùng má, nguyên nhân thường do răng.

II. NGUYÊN NHÂN

- Do răng
- + Răng viêm quanh cuống không được điều trị.
- + Răng có viêm quanh răng không được điều trị.
- + Do biến chứng răng khôn.
- Do nguyên nhân khác
- + Do tai biến điều trị.
- + Do chấn thương.
- + Nhiễm trùng các vùng lân cận.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định:

1.1. Lâm sàng:

a. Toàn thân:

Có biểu hiện nhiễm trùng: sốt cao, mạch nhanh, hơi thở hôi....

b. Tại chỗ:

- Ngoài miệng
- + Vùng má có 1 khối sưng lớn, da trên khối sưng nóng đỏ hoặc tím, căng, nề, có thể thâm nhiễm lan rộng lên trên đến mi mắt dưới hoặc hố thái dương, ra sau tới vùng cơ cắn hoặc mang tai, xuống dưới tới vùng dưới hàm. Các rãnh tự nhiên trên mặt bị xóa.
- + Giai đoạn đầu khối có mật độ cứng, về sau ấn lõm hoặc có dấu hiệu chuyển sóng. Bệnh nhân đau dữ dội khi sờ vào.
- Trong miệng
- + Không có dấu hiệu khít hàm.
- + Niêm mạc má căng phồng, đầy ngách tiền đình, niêm mạc in dấu răng và có nhiều cận tơ huyết hoặc giả mạc.
- + Khi ấn tay vào khối sưng trong miệng thấy mềm, lún, chuyển sóng.
- + Răng nguyên nhân: có biểu hiện bệnh lý của răng nguyên nhân.

1.2. Cận lâm sàng:

- X quang thường quy

Có biểu hiện tổn thương răng nguyên nhân.

- CT Scanner: có khối thấu quanh ranh giới rõ ở vùng má.

2. Chẩn đoán phân biệt:

- Áp xe vùng cơ cắn: vị trí áp xe ở vùng cơ cắn và có dấu hiệu khít hàm.
- Áp xe vùng mang tai: vị trí áp xe ở vùng mang tai và dấu hiệu chảy mủ qua lỗ ống Stenon khi thăm khám.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

Dẫn lưu mủ và điều trị răng nguyên nhân.

2. Điều trị cụ thể:

2.1. Điều trị toàn thân:

Kháng sinh và nâng cao thể trạng, truyền tĩnh mạch nếu bệnh nhân ăn uống khó.

2.2. Điều trị tại chỗ:

a. Đường trong miệng:

- Chỉ định: khi áp xe tiến triển về phía niêm mạc miệng.
- Kỹ thuật
- + Vô cảm.
- + Rạch niêm mạc ở chỗ thấp nhất và phòng nhất của ổ áp xe.
- + Bộc lộ ổ áp xe và dẫn lưu mủ.
- + Bơm rửa.
- + Đặt dẫn lưu, bơm rửa qua dẫn lưu mỗi ngày.
- + Điều trị răng nguyên nhân.

b. Đường ngoài mặt:

- Chỉ định: khi áp xe tiến triển về phía dưới da vùng má.
- Kỹ thuật
- + Vô cảm.
- + Rạch da vùng dưới hàm.
- + Bóc tách da và mô dưới da.
- + Dùng kẹp Korche thâm nhập vào vùng áp xe để dẫn lưu mủ.

- + Bơm rửa.
- + Đặt dẫn lưu.
- + Điều trị răng nguyên nhân.

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng:

Nếu dẫn lưu mũ phối hợp với điều trị răng nguyên nhân thì có kết quả điều trị tốt.

2. Biến chứng:

Viêm tấy tỏa lan vùng mặt.

Nhiễm trùng huyết.

VI. PHÒNG BỆNH

Khám răng miệng định kỳ để phát hiện các răng sâu, tổn thương viêm quanh răng, mọc lệch để điều trị kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt, BHYT, 2015.

VIÊM TÂY LAN TỎA VÙNG HÀM MẶT

(ICD: K12)

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng viêm mô tế bào hoại tử lan rộng không giới hạn, với các biểu hiện nhiễm trùng, nhiễm độc nặng, diễn biến nhanh, nguy cơ tử vong cao nếu không được điều trị kịp thời.

II. NGUYÊN NHÂN

- Do răng
- + Răng viêm quanh cuống không được điều trị.
- + Răng có viêm quanh răng không được điều trị.
- + Do biến chứng răng khôn.
- Do nguyên nhân khác
- + Do tai biến điều trị.
- + Do chấn thương.
- + Nhiễm trùng các vùng lân cận.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định:

1.1. Lâm sàng:

a. Toàn thân

- Trong tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc nặng. Sốt cao hoặc nhiệt độ không tăng do tình trạng mạch nhiệt phân ly, mạch nhanh nhỏ, khó bắt.
- Người bệnh thường ở tình trạng lả, suy kiệt, vật vã.

b. Tại chỗ

Bệnh bắt đầu ở một vùng nhất định, sau đó lan nhanh sang tất cả các vùng khác của nửa mặt cùng bên, sàn miệng hoặc bên đối diện.

- Ngoài mặt
- + Mặt biến dạng, sưng to lan rộng ra các vùng má, vùng cơ cắn, vùng mang tai, vùng dưới hàm, vùng thái dương, có thể lan tới vùng cổ và ngực.
- + Mi mắt sưng nề che kín nhãn cầu.
- + Mất các rãnh tự nhiên ở mặt.
- + Da căng bóng nề, không kẹp được bằng tay, màu trắng nhợt hoặc hơi tím.
- + Ấn thấy có mật độ cứng, không có dấu hiệu chuyển sóng, có thể thấy lạo xạo hơi.

- Trong miệng
- + Khít hàm.
- + Sung nề vùng sàn miệng, má, thành bên họng.
- + Niêm mạc má, tiền đình nề, mang dấu răng, có cặn tơ huyết bản.
- + Nước bọt quánh, miệng có mùi hôi thối.
- + Có biểu hiện tổn thương răng nguyên nhân.

1.2. Cận lâm sàng:

- X quang
- + X quang thường quy: có biểu hiện tổn thương răng nguyên nhân.
- + Phim MRI, CT scanner: xác định chính xác vị trí, kích thước tổ chức bị viêm hoại tử.
- Xét nghiệm sinh hóa: Có albumin niệu, trụ niệu, bạch cầu cao.

2. Chẩn đoán phân biệt:

Viêm tấy tỏa lan vùng hàm mặt có các biểu hiện lâm sàng rõ và tiến triển nhanh, không cần chẩn đoán phân biệt.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

- Chống nhiễm trùng, nhiễm độc và nâng cao thể trạng.
- Rạch rộng và dẫn lưu mủ.
- Xử trí răng nguyên nhân.

2. Điều trị cụ thể:

a. Điều trị toàn thân

Đồng thời với việc phẫu thuật, phải điều trị chống sốc nhiễm trùng, nhiễm độc và nâng cao thể trạng, chuẩn bị lọc máu cho bệnh nhân nếu cần, kháng sinh, kháng viêm.

b. Phẫu thuật

- Vô cảm
- Rạch rộng, mở thông và dẫn lưu các ổ mủ.
- Bơm rửa.
- Đặt dẫn lưu tới tất cả các ổ mủ
- Xử trí răng nguyên nhân.

c. Chăm sóc sau phẫu thuật

- Bơm rửa qua dẫn lưu nhiều lần trong ngày.

- Thay những dẫn lưu bị tắc.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng:

Tiên lượng nặng. Nếu không điều trị kịp thời, bệnh tiến triển nhanh, có thể tử vong do nhiễm trùng, nhiễm độc, ngạt thở.

2. Biến chứng:

- Áp xe trung thất.
- Viêm tắc tĩnh mạch xoang hang.
- Nhiễm trùng huyết.

VI. PHÒNG BỆNH

Khám răng miệng định kỳ để phát hiện sớm và điều trị kịp thời các răng bệnh lý.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt, BHYT, 2015.

VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT DƯỚI HÀM DO SỎI (ICD: K11)

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng tổn thương viêm tuyến nước bọt có nguyên nhân do sỏi có thể ở vùng tuyến hoặc ống tuyến.

II. NGUYÊN NHÂN

- Sỏi ống tuyến nước bọt.
- Sỏi tuyến nước bọt.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định:

1.1. Lâm sàng:

a. Toàn thân:

- Có thể có sốt nếu viêm cấp.
- Có thể có hạch viêm dưới hàm cùng bên.

b. Cơ năng:

Triệu chứng Garel : Xảy ra trong bữa ăn , tuyến dưới hàm sưng phồng lên do sỏi làm tắc nước bọt , ứ lại trong tuyến . Khi nước bọt thoát ra được thì hết sưng tuyến và hết đau.

c. Tại chỗ

- Ngoài mặt

Sưng vùng dưới hàm: ranh giới rõ, nếu trong đợt cấp thì có biểu hiện sưng, nóng, đỏ, sờ đau. Nếu không phải đợt cấp thì da trên vùng sưng bình thường, sờ chắc, ít đau.

- Trong miệng
- + Lỗ ống Wharton nề đỏ.
- + Sờ có thể thấy sỏi ở vùng ống tuyến.
- + Khi vuốt dọc ống tuyến về phía miệng ống tuyến, có thể có mủ chảy ra.

1.2. Cận lâm sàng:

- X quang thường quy: có thể thấy hình ảnh sỏi ở tuyến hoặc ống tuyến.
- CT Scanner
- + Thấy vị trí, kích thước của sỏi.
- + Có hình ảnh phì đại tuyến dưới hàm.

- Chụp cản quang tuyến dưới hàm: có hình ảnh chuỗi ngọc trai điển hình với đặc điểm ống Wharton to, giãn nở không đều.

2. Chẩn đoán phân biệt:

U tuyến dưới hàm: không có triệu chứng Garel, không có sỏi.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

Phẫu thuật lấy sỏi và điều trị bảo tồn tuyến hoặc cắt bỏ tuyến hoặc v một phần tuyến.

2. Điều trị cụ thể:

a. Phẫu thuật lấy sỏi và điều trị bảo tồn tuyến

- Chỉ định
- + Sỏi ống tuyến.
- + Viêm tuyến nhưng tuyến chưa xơ hóa.
- Kỹ thuật
- + Vô cảm.
- + Xác định vị trí sỏi
- + Rạch niêm mạc dọc ống tuyến tại vị trí có sỏi.
- + Bộc lộ và lấy sỏi.
- + Kiểm soát vùng phẫu thuật.
- + Khâu đóng niêm mạc.
- + Kháng sinh, chống viêm.

b. Phẫu thuật lấy sỏi và cắt bỏ tuyến dưới hàm

- Chỉ định
- + Sỏi tuyến.
- + Tuyến viêm mạn gây xơ hóa.
- Kỹ thuật
- + Vô cảm.
- + Rạch da vùng dưới hàm.
- + Tách bóc, bộc lộ tuyến.
- + Cắt bỏ tuyến cùng sỏi.
- + Kiểm soát vùng phẫu thuật.
- + Đặt dẫn lưu.

- + Khâu phục hồi phần mềm.
- + Kháng sinh, kháng viêm, giảm đau.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng:

Viêm tuyến dưới hàm do sỏi ống tuyến được điều trị sớm bằng việc lấy sỏi ống tuyến sẽ bảo tồn được tuyến dưới hàm với kết quả điều trị tốt.

Viêm tuyến dưới hàm do sỏi ống tuyến nếu điều trị lấy bỏ sỏi muộn thì tuyến dưới hàm dễ viêm mạn xơ hóa, dẫn đến phải cắt bỏ tuyến.

Viêm tuyến dưới hàm do sỏi tuyến thì không thể điều trị bảo tồn tuyến.

2. Biến chứng:

Áp xe vùng dưới hàm.

Áp xe vùng sàn miệng.

VI. PHÒNG BỆNH

Khi phát hiện có sỏi ống tuyến Wharton thì phẫu thuật lấy bỏ sớm để phòng viêm tuyến.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt, BHYT, 2015.

U TUYẾN NƯỚC BỌT DƯỚI HÀM (ICD: D11.7)

I. ĐỊNH NGHĨA

Là khối u của tuyến nước bọt dưới hàm.

II. NGUYÊN NHÂN

Chưa rõ ràng.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định:

1.1. Lâm sàng:

a. Toàn thân

Chỉ có biểu hiện toàn thân rõ rệt khi u bội nhiễm.

b. Tại chỗ

- Cơ năng

+ Thường không đau hoặc đau ít.

+ Khi u to gây khó ăn uống, nuốt, nói....

- Thực thể

+ Khám thấy khối sưng vùng tuyến dưới hàm ranh giới rõ, mật độ chắc, di động cùng với tuyến, da trên u bình thường nếu không bội nhiễm

+ Trong miệng có thể sờ thấy u ở sàn miệng.

1.2. Cận lâm sàng:

- X quang: có bơm thuốc cản quang ống tuyến thấy hình ảnh bàn tay ôm bong trên phim mặt thẳng.

- CT-Scanner: thấy rõ ranh giới, kích thước, mật độ u nằm trong tuyến.

- Giải phẫu bệnh lý: sinh thiết có giá trị hơn chọc hút.

2. Chẩn đoán phân biệt:

- Hạch viêm dưới hàm: ranh giới phân biệt với tuyến.

- Viêm tuyến mạn tính: tuyến phì đại và xơ hóa.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

Cắt toàn bộ u và tuyến dưới hàm tương ứng.

2. Điều trị cụ thể:

Phẫu thuật cắt toàn bộ u và tuyến đường ngoài miệng

- Vô cảm (gây tê/ gây mê tùy trường hợp)
- Rạch da vùng dưới hàm.
- Bóc tách bộc lộ u và tuyến.
- Cắt toàn bộ u và tuyến dưới hàm tương ứng.
- Kiểm soát vùng phẫu thuật.
- Đặt dẫn lưu kín.
- Khâu phục hồi.
- Kháng sinh.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng:

U tuyến dưới hàm thường lành tính nên phẫu thuật triệt để đem lại kết quả điều trị tốt.

Ít tái phát và chuyển dạng ác tính.

2. Biến chứng:

U bội nhiễm có thể gây đau sốt ảnh hưởng chức năng ăn uống nói....

Các biến chứng của phẫu thuật cắt u và tuyến dưới hàm: tê lưỡi.....

VI. PHÒNG BỆNH

Khám chuyên khoa răng hàm mặt định kỳ để phát hiện sớm dấu hiệu của bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt, BHYT, 2015.

U TUYẾN NƯỚC BỌT VÒM MIỆNG (ICD: K11.1)

I. ĐỊNH NGHĨA

Là một u có nguồn gốc từ tế bào trụ ống tuyến của tuyến nước bọt phụ ở vòm miệng.

II. NGUYÊN NHÂN

Chưa rõ ràng.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định:

1.1. Lâm sàng:

a. Toàn thân: Không có biểu hiện toàn thân.

b. Tại chỗ

- Cơ năng: Đau ít, cảm giác vướng khi ăn nhai.

- Thực thể:

+ Ngoài mặt: Không có biểu hiện.

+ Trong miệng:

Có khối u vùng vòm miệng ranh giới rõ, gồ lên so với niêm mạc vòm miệng xung quanh, sờ mềm, màu sắc bình thường hoặc hơi đỏ.

b. Cận lâm sàng

- X quang thường qui: có thể thấy hình ảnh tiêu xương khẩu cái hoặc xâm lấn xoang hàm trên trên phim blondeau.

- CT Scanner: trên lát cắt coronal thấy hình ảnh phòng niêm mạc vòm miệng có thể xâm lấn xương và xoang hàm trên.

- Mô bệnh học: có hình ảnh u tuyến nước bọt.

2. Chẩn đoán phân biệt:

- Nang xương hàm trên: tổn thương có hình ảnh tiêu xương hàm trên ranh giới rõ xuất phát từ trong xương gây phòng niêm mạc vòm miệng. Trong một số trường hợp có liên quan với răng nguyên nhân.

- U xương hàm trên: ranh giới không rõ, mật độ chắc, tổn thương xuất phát từ xương trước.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

Cắt bỏ u cùng với tuyến nước bọt phụ.

2. Điều trị cụ thể:

- Vô cảm.
- Xác định ranh giới u.
- Cắt toàn bộ u bằng dao điện, cầm máu
- Kiểm soát vùng phẫu thuật, gửi giải phẫu bệnh
- Kháng sinh, kháng viêm, giảm đau.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng:

- Nếu phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ u khi u chưa xâm lấn xương hàm thì thường cho kết quả tốt.
- Nếu không điều trị u ở giai đoạn sớm, u có thể phát triển xâm lấn xương hàm và thoái hóa ác tính.

2. Biến chứng:

U chuyển dạng thành ác tính.

VI. PHÒNG BỆNH

Khám định kì chuyên khoa răng hàm mặt để phát hiện u ở giai đoạn sớm và điều trị kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt, BHYT, 2015.

VIÊM QUANH IMPLANT

(ICD: Z96.5)

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm quanh Implant là tình trạng viêm niêm mạc mô mềm, viêm và tiêu xương xung quanh Implant.

II. NGUYÊN NHÂN

- Vi khuẩn tích tụ trong màng bám.
- Các yếu tố gây tích tụ màng bám
- + Cement gắn cầu, mào trên Implant dư không được lấy hết
- + Phục hình sai quy cách.
- + Vị trí Implant không thích hợp.
- + Thiếu mô sừng hóa quanh Implant.
- + Lỏng kết nối trụ phục hình với trụ Implant....
- Quá tải lực nhai gây mất cân bằng vệ sinh cơ học từ đó gây tiêu xương quanh Implant.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định:

1.1. Lâm sàng:

- Niêm mạc xung quanh Implant nề, đỏ.
- Khi thăm khám có hiện tượng chảy máu,
- Có dịch tiết: Giai đoạn viêm nặng có thể có dịch tiết ở túi quanh Implant.
- Tăng độ sâu túi xung quanh Implant. (> 5mm)

1.2. Cận lâm sàng:

Xquang: Có biểu hiện mất xương xung quanh Implant.

2. Chẩn đoán phân biệt

Viêm quanh Implant chẩn đoán phân biệt với Viêm lợi quanh Implant, và dựa vào các triệu chứng dưới đây:

Triệu chứng	Viêm quanh Implant	Viêm lợi quanh Implant
Nướu sưng đỏ	+	+
Chảy máu nướu tự nhiên	+/-	+/-
Chảy máu nướu khi thăm khám	+	+
Tăng độ sâu túi quanh Implant	+	-
Dịch rỉ viêm	+	+/-
X quang: Tiêu xương quanh Implant	+	-

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc: mục đích

- Loại trừ chảy máu niêm mạc
- Loại bỏ tác nhân gây bệnh và ổ viêm nhiễm xung quanh Implant.
- Giảm độ sâu của túi quanh Implant, loại bỏ túi quanh Implant
- Ghép xương trong trường hợp tiêu nhiều xương quanh Implant, đề phòng mất xương.

2. Điều trị cụ thể:

- Tùy theo mức độ mất xương xung quanh Implant mà có thể có các mức độ xử trí khác nhau. Nếu xương chưa bị mất quá 2 mm thì việc điều trị có thể giới hạn ở mức độ lấy cao răng, mảng bám và kiểm soát mảng bám kết hợp làm sạch Abutment, chỉnh sửa cấu trúc phục hình nếu cần và hướng dẫn bệnh nhân tăng cường vệ sinh răng miệng.
- Có thể dùng các tác nhân kháng khuẩn toàn thân (Amoxicillin, Metronidazole, Tetracycline, Clindamycin) hoặc tại chỗ (sợi Tetracycline, tinh thể Monocycline và Gel Chlorhexidine) và dùng nước súc miệng chứa Chlohexidine.
- Nếu xương đã bị mất quá 2 mm nhưng vẫn chưa quá ½ chiều dài của Implant cần điều trị phẫu thuật lấy bỏ tổ chức viêm nhiễm xung quanh Implant, làm sạch bề mặt Implant và có thể tiến hành ghép xương để tái tạo tổ chức xương đã mất. Bề mặt Implant có thể được làm sạch bằng các chất hóa học (Gel Metronidazole), các phương pháp cơ học sử dụng bàn chải và bột đánh bóng, sử dụng lazer cũng cho kết quả tốt. Sau khi bề mặt Implant được làm sạch có thể tiến hành ghép xương nhằm khôi phục khối lượng xương đã mất. Nếu không ghép xương thì làm nhẵn bề mặt nhám của Implant đã bị bộc lộ nhằm giảm sự tích tụ mảng bám lên bề mặt Implant.

Nếu xương bị mất quá ½ chiều dài của Implant thì tốt nhất nên tháo Implant ra, phát triển xương tại chỗ và chờ để có thể đặt lại Implant mặc dù trên lý thuyết có thể ghép lại xương vào phần xương đã tiêu tuy nhiên trên thực tế tỷ lệ thành công của phương pháp này rất thấp.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng:

Đối với tình trạng viêm quanh Implant ở giai đoạn ban đầu có nguyên nhân do cấu trúc phục hình hoặc lực nhai quá tải thì tiên lượng điều trị rất khả quan, tuy nhiên đối với tình trạng viêm quanh Implant ở giai đoạn tiến triển trên bệnh nhân bị bệnh viêm quanh răng hoặc không xác định được nguyên nhân gây bệnh thì kết quả điều trị ít khả quan và bệnh vẫn có nguy cơ tiến triển dẫn đến việc phải tháo bỏ Implant.

2. Biến chứng:

Đào thải Implant.

VI. PHÒNG BỆNH

- Tuân thủ đúng quy trình phẫu thuật đặt Implant và phục hình răng.
- Hướng dẫn bệnh nhân tăng cường vệ sinh răng miệng, kiểm soát mảng bám răng.
- Khám định kỳ để phát hiện tổn thương sớm và điều trị kịp thời, nhất là ở các trường hợp nguy cơ cao như bệnh nhân có tiền sử viêm quanh răng, bệnh nhân mắc bệnh tiểu đường, hút thuốc lá, điều trị corticoid kéo dài,....
- Định kỳ bệnh nhân phải được khám và kiểm tra toàn bộ xương miệng và mô mềm quanh Implant

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt, BHYT, 2015.

CHẤN THƯƠNG PHẦN MỀM VÙNG HÀM MẶT

(ICD: K06.2)

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng mô mềm vùng hàm mặt bị tổn thương với một hoặc các biểu hiện như bầm tím, đung giập, rách, chảy máu, thiếu hồng mô....

II. NGUYÊN NHÂN

- Do tai nạn giao thông.
- Do tai nạn lao động.
- Do tai nạn sinh hoạt...

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định:

Chủ yếu dựa trên các triệu chứng lâm sàng , một số trường hợp có thể kết hợp cận lâm sàng.

1.1. Vết thương xây sát:

- Tổn thương nông trên mặt da đến lớp thượng bì với biểu hiện có vết xước, rớm máu, xây sát.
- Có thể có dị vật, có thể làm thay đổi màu sắc da nếu không được làm sạch.
- Bệnh nhân cảm thấy rất đau, rất do bong lớp thượng bì, hở đầu mút thần kinh.

1.2. Vết thương đung dập:

- Da có biểu hiện xuất huyết, tụ máu tại chỗ, có biểu hiện bầm tím, phù nề và biến dạng mô mềm.
- Bề mặt vết thương đung giập có thể màu tím hoặc vàng nếu bệnh nhân đến muộn.

1.3. Vết thương rách da:

- Rách da với các kích thước khác nhau. Vết rách có thể gọn hoặc nham nhở. Hai mép vết rách có thể đóng kín hoặc hở. Có thể có dị vật.
- Rách mô mềm dưới da: có thể có tổn thương rách cơ, tổn thương thần kinh, mạch máu, tuyến nước bọt....
- Có thể có rách niêm mạc.
- Chảy máu: tùy vị trí và mức độ tổn thương mà có chảy máu ở các mức độ khác nhau.

1.4. Vết thương xuyên thấu:

- Có tổn thương xuyên thấu đi từ da, qua các mô mềm dưới da và niêm mạc thông với các hốc tự nhiên vùng hàm mặt như: khoang miệng, hốc mũi, xoang hàm...

- Tùy theo vết thương xuyên thông vào vùng nào mà có triệu chứng liên quan kèm theo như: rách niêm mạc miệng và chảy máu miệng, rách niêm mạc mũi và chảy máu qua ngách mũi...
- Có thể có dị vật ở vùng vết thương.
- Cận lâm sàng: X quang: nếu tổn thương chảy máu xoang hàm thì có hình ảnh mờ xoang hàm...

1.5. Vết thương mắt mô:

- Mất da: với kích thước khác nhau tùy theo loại tổn thương.
- Mất mô dưới da: vết thương có thể gây mất cơ, để lại thiếu hồng mô.
- Tổn thương mạch máu: có thể có tổn thương mạch máu gây chảy máu với các mức độ khác nhau.
- Biểu hiện tổn thương thần kinh: có thể có dấu hiệu tê bì ở vùng da tương ứng nếu có tổn thương thần kinh.
- Rò nước bọt: nếu có tổn thương tuyến nước bọt hoặc ống tuyến.
- Dị vật vùng tổn thương: có thể có dị vật.
- Có biểu hiện co kéo làm biến dạng.

1.6. Vết thương hỏa khí:

- Tổn thương mô mềm: tùy từng trường hợp mà có thể có các mức độ tổn thương khác nhau như tổn thương da, mô mềm dưới da, mất mô....
- Đặc điểm tổn thương: đường vào nhỏ, đường ra to, mô bị tổn thương rộng kèm theo dị vật....
- X quang: có thể có hình ảnh các dị vật ở các vùng tổn thương.

1.7. Vết thương tuyến nước bọt:

- Rách da vùng tuyến nước bọt.
- Tổn thương nhu mô tuyến nước bọt, có thể có dấu hiệu chảy nước bọt qua vùng tổn thương.
- Tổn thương niêm mạc miệng tương ứng ống tuyến và ống tuyến, có dấu hiệu chảy nước bọt qua vùng tổn thương ống tuyến.

1.8. Vết thương bỏng:

- Da đỏ, có thể có vết chọt.
- Có phỏng nước vùng tổn thương.
- Có các biểu hiện nhiễm trùng nếu bệnh nhân đến muộn.

2. Chẩn đoán phân biệt:

Các tổn thương mô mềm vùng hàm mặt luôn có các triệu chứng rõ rệt vì vậy không cần chẩn đoán phân biệt.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

- Đánh giá hết tổn thương, tránh bỏ sót.
- Xử lý vết thương càng sớm càng tốt.
- Làm sạch tổn thương và loại bỏ hết dị vật.
- Cắt lọc tiết kiệm da và mô mềm dưới da.
- Cầm máu kỹ.
- Khâu phục hồi
- + Khâu kín từ trong ra ngoài đặc biệt lớp niêm mạc.
- + Khâu đúng vị trí giải phẫu, tránh để khoang ảo, không căng.
- + Khâu đóng ngay nếu vết thương sạch.

2. Điều trị cụ thể:

2.1. Vết thương xây sát:

- Vết thương nhỏ
- + Làm sạch bằng nước muối sinh lý, lấy bỏ dị vật.
- + Băng bằng mỡ kháng sinh có phủ Lidocaine.
- Vết thương lớn
- + Vô cảm: gây tê, trong một số trường hợp có thể gây mê.
- + Điều trị vết thương: lau rửa bằng gạc hoặc dùng bàn chải với xà phòng, thìa nạo....
- + Băng bằng mỡ kháng sinh có phủ Lidocaine.

2.2. Vết thương đụng dập:

- Nếu máu tụ đang hình thành: băng ép để cầm máu.
- Tụ máu đã cầm: Nếu tụ máu nhỏ thì theo dõi để tự tiêu. Nếu lớn thì phải phẫu thuật giải thoát máu tụ.
- Tụ máu chưa cầm: mở ra lấy máu tụ, cầm máu và băng ép.
- Tụ máu lâu, có xu hướng nhiễm trùng: rạch lấy bỏ máu tụ

2.3. Vết thương rách da:

- Làm sạch
- + Rửa vết thương: rửa bằng nước muối sinh lý dưới áp lực. Trường hợp vết thương bẩn dùng nước Ôxy già hoặc nước muối pha Betadin.
- + Lấy bỏ hết dị vật.

- + Tẩy rửa vết thương: vết thương có lẫn hóa chất, đặc biệt hóa chất có màu, cần tìm dung môi thích hợp để tẩy rửa.
- + Vết thương rộng lẫn nhiều dị vật hoặc bản: bệnh nhân được gây mê, dùng bàn chải phẫu thuật chải rửa để loại bỏ dị vật.
- Cắt lọc tiết niệu
- + Da: cắt xén mép da. Bảo tồn vạt da còn cuống.
- + Cơ: cắt bỏ phần cơ dập nát hoại tử.
- Cầm máu: lựa chọn các phương pháp sau
- + Kẹp mạch.
- + Đốt điện.
- + Khâu cầm máu.
- Khâu phục hồi
- + Yêu cầu: khâu đúng vị trí giải phẫu, từ trong ra ngoài, tránh để khoang ảo, không được căng, lớp niêm mạc phải kín tuyệt đối.
- + Phương pháp khâu: lựa chọn kiểu khâu, mũi rời, khâu vắt, trong da, xa gần....
- + Thời gian được đóng kín da: tương đối, nếu vết thương sạch đóng kín, nếu vết thương bẩn đóng thì hai.

2.4. Vết thương xuyên:

- Vết thương nhỏ, không chảy máu, không dị vật: không phẫu thuật, điều trị kháng sinh, chống phù nề, thay băng, theo dõi.
- Vết thương to, chảy máu nhiều, có dị vật: phẫu thuật làm sạch, cầm máu, đóng vết thương.

2.5. Vết thương mất mô:

- Vết thương nhỏ: bóc tách, khâu phục hồi.
- Mất mô rộng: tạo hình, đóng kín vùng thiếu hồng mô.

2.6. Vết thương hỏa khí:

Phẫu thuật cầm máu, loại bỏ dị vật, tạo hình đóng kín vết thương.

2.7. Vết thương tuyến nước bọt:

Tổn thương có thể ở nhu mô hoặc ống tuyến.

- Dò nước bọt ở nhu mô: khâu phục hồi.
- Dò ở ống tuyến: nối, hoặc dẫn lưu vào trong miệng.

2.8. Vết thương bỏng:

- Chườm lạnh, chống shock, bù nước, điện giải, dùng kháng sinh....

- Khi tổn thương đã ổn định tùy tình trạng mà có thể ghép da hoặc tạo hình phục hồi vết thương.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng:

- Điều trị sớm và đúng nguyên tắc sẽ cho kết quả tốt.
- Điều trị muộn và sai nguyên tắc có thể gây ra tai biến, di chứng trầm trọng, làm ảnh hưởng đến chức năng, thẩm mỹ.

2. Biến chứng:

- Nhiễm trùng vết thương.
- Rò nước bọt.
- Sẹo xấu ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ ...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt, BHYT, 2015.

GÃY XƯƠNG HÀM DƯỚI

(ICD:K10)

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tổn thương gãy, làm mất sự liên tục của xương hàm dưới.

II. NGUYÊN NHÂN

- Tai nạn giao thông.
- Tai nạn lao động.
- Tai nạn sinh hoạt.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định:

1.1. Triệu chứng lâm sàng gãy xương hàm dưới:

- Sung nề và tụ máu: Tùy theo vị trí, mức độ chấn thương mà dấu hiệu sưng nề và tụ máu có những mức độ nhiều ít khác nhau, có thể gặp ở ngoài hoặc trong miệng.
- Gián đoạn và đau chói bờ xương hàm dưới.
- Gián đoạn và di lệch cung răng.
- Sai khớp cắn.
- Lung lay răng và khối xương ổ răng.
- Có dấu hiệu di động của hai đầu xương gãy khi khám.
- Rối loạn vận động hàm dưới: há miệng hạn chế, lệch hàm sang bên khi há miệng.
- Dị cảm: thường biểu hiện tê môi dưới, da vùng cằm.
- Có thể có tràn khí dưới da : sờ nắn có cảm giác lép lép hơi, có thể gãy răng nơi đường gãy.

1.2. Cận lâm sàng:

X quang: Phim Panorama, phim mặt thẳng, phim hàm chéo, phim CT scanner....

Có hình ảnh đường gãy, di lệch xương hàm....

2. Chẩn đoán phân biệt:

Gãy xương hàm dưới luôn có các triệu chứng lâm sàng và X quang rõ rệt nên không cần chẩn đoán phân biệt.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

- Nắn chỉnh lại xương gãy, nhổ các răng gãy gãy cản trở nắn chỉnh

- Cố định xương gãy bằng nẹp vis, cố định khớp cần bằng cung thép nếu có sai lệch khớp cần.
- Ngăn ngừa các biến chứng xảy ra.
- Điều trị phải phục hồi chức năng và thẩm mỹ.

2. Điều trị cụ thể:

2.1. Điều trị không phẫu thuật bằng nắn chỉnh và cố định:

- Nắn chỉnh xương gãy
- + Nắn chỉnh bằng tay.
- + Nắn chỉnh bằng lực kéo.
- Cố định xương gãy
- + Cố định bằng phương pháp cố định ngoài miệng: Băng cầm đầu, các khí cụ tựa trên sọ.
- + Cố định trong miệng: cố định hai hàm bằng cung Tiguersted hoặc nút Ivy trong thời gian từ 4- 6 tuần
- Điều trị toàn thân: Kháng sinh, chống viêm, giảm đau, dinh dưỡng ăn mềm ăn bằng ống bơm

2.2. Điều trị bằng phẫu thuật:

- Kết hợp xương bằng chỉ thép
- + Bộc lộ ổ gãy.
- + Kiểm soát ổ gãy.
- + Nắn chỉnh và cố định, kiểm soát răng ngay ổ răng nếu cần thì nhổ răng để nắn chỉnh đúng đường gãy
- + Kết hợp xương bằng chỉ thép.
- + Cầm máu.
- + Khâu đóng phần mềm theo các lớp giải phẫu.
- Kết hợp xương bằng nẹp vít
- + Bộc lộ ổ gãy.
- + Kiểm soát ổ gãy.
- + Nắn chỉnh và cố định, có thể nhổ răng ngay đường gãy để nắn chỉnh đúng.
- + Kết hợp xương bằng nẹp vít.
- + Cầm máu.
- + Khâu đóng phần mềm theo các lớp giải phẫu.

- Điều trị toàn thân: Kháng sinh, chống viêm, giảm đau, dinh dưỡng, chườm lạnh sau phẫu thuật.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng:

- Điều trị sớm và đúng nguyên tắc sẽ cho kết quả tốt.
- Điều trị muộn và sai nguyên tắc có thể gây ra tai biến, di chứng trầm trọng, làm ảnh hưởng đến chức năng, thẩm mỹ.

2. Biến chứng:

- Nhiễm trùng.
- Khớp cắn sai.
- Hạn chế há miệng, cười méo miệng

VI. PHÒNG BỆNH

- Các biện pháp đề phòng tai nạn giao thông.
- Có các phương tiện bảo hộ trong các trường hợp tai nạn giao thông và lao động.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt, BHYT, 2015.

GÃY XƯƠNG HÀM TRÊN

(ICD: K10)

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tổn thương gãy, làm mất sự liên tục của xương hàm trên.

II. NGUYÊN NHÂN

- Tai nạn giao thông.
- Tai nạn lao động.
- Tai nạn sinh hoạt.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định:

1.1. Gãy một phần:

- Gãy ngành lên xương hàm trên
- + Bầm tím góc trong mắt, sờ thấy có điểm đau chói hoặc hơi lõm nơi tổn thương.
- + Chảy máu mũi.
- + Có thể có chảy nước mắt do tắc ống lệ.
- + X-quang: CT Scanner, mặt nghiêng, Blondeau. Thấy hình ảnh đường gãy vùng cành lên xương hàm trên.
- Gãy hoặc lún thành trước xoang hàm
- + Chảy máu mũi.
- + Bầm tím bờ dưới ổ mắt.
- + Có thể tê bì ở má bên tổn thương.
- + Ấn vào vùng hố nanh có điểm đau chói hoặc có thể thấy tiếng lạo xạo, dấu hiệu vỡ nhiều mảnh.
- + X quang: CT Scanner, Blondeau, Hirzt: Thấy hình ảnh tổn thương thành trước xoang, mờ xoang hàm.
- Gãy bờ dưới ổ mắt và sàn ổ mắt
- + Chảy máu mũi.
- + Xuất huyết kết mạc mi dưới.
- + Tê bì vùng má, có thể có dấu hiệu nhìn song thị.
- + Mắt lõm.
- + Sờ bờ dưới hốc mắt thấy điểm đau chói hoặc có thể thấy khuyết bậc thang.

- + X-quang: CT Scanner Blondeau: thấy hình ảnh tổn thương bờ dưới ổ mắt.
- Gãy mỏm khẩu cái và vòm khẩu cái
- + Chảy máu miệng, máu mũi, sặc khi ăn.
- + Bịt mũi khi bệnh nhân thở hơi thoát ra ở miệng.
- + X quang: CT Scanner: thấy hình ảnh tổn thương mỏm khẩu cái.

1.2. Gãy toàn bộ:

Bệnh nhân có thể bị choáng, hoặc kèm chấn thương sọ não. Tùy đường gãy mà có các biểu hiện tại chỗ khác nhau.

a. Gãy dọc:

- Lâm sàng
- + Chảy máu mũi, miệng.
- + Khớp cắn sai.
- + Khe giữa hai răng cửa giữa hoặc răng cửa bên rộng ra.
- + Dọc giữa vòm miệng thấy đường bầm tím hoặc rách niêm mạc.
- + Khám xương hàm trên thấy di động.
- X quang : CT Scanner, Blondeau, Belot hàm trên: có hình ảnh tổn thương dọc giữa hay dọc bên xương hàm trên.

b. Gãy ngang:

Có 3 thể gãy

- Gãy Lefort I

- + Bầm tím môi trên và rách lợi.
- + Khớp cắn sai, há miệng hạn chế.
- + Đau khi ấn dọc từ gai mũi trước đến lồi củ xương hàm trên.
- + Di động xương hàm trên khi khám, lắc lung lay khối xô răng hàm trên.
- + X-quang: CT Scanner, phim mặt thẳng và nghiêng: có hình ảnh đường gãy ngang qua trên cuống răng. Gãy 1/3 dưới chân bướm.

- Gãy Lefort II

- + Mặt sưng nề, tụ máu màng tiếp hợp và ổ mắt hai bên.
- + Chảy máu tươi qua mũi.
- + Khớp cắn sai.
- + Có dấu hiệu di động xương hàm trên, di động khối tháp xương hàm trên.

- + X quang: CT scanner, phim mặt thẳng và nghiêng, Blondeau: có hình ảnh
- + đường gãy qua giữa xương chính mũi qua mỏm lên xương hàm trên, qua xương lệ ra ngoài cắt bờ dưới hốc mắt cạnh hoặc qua lỗ dưới ổ mắt, cắt qua 1/3 giữa xương chân bướm ngoài. Có hình ảnh mờ xoang hàm.

- Gãy Lefort III

- + Mặt phù nề to, bầm tím quanh hốc mắt hai bên, tụ máu màng tiếp hợp, song thị.
- + Khớp cắn sai, tầng giữa mặt bị đẩy tụt và ra sau xuống dưới.
- + Có thể sờ thấy các đầu xương di lệch.
- + X quang: Tư thế mặt thẳng, nghiêng, Blondeau, Hitz hoặc C.T. Scanner : có hình ảnh đường gãy qua xương chính mũi sát chỗ nối trán – mũi đến mỏm lên xương hàm trên, cắt qua 1/3 trên xương chân bướm ngoài. Cắt rời xương tiếp gò má.

2. Chẩn đoán phân biệt:

Gãy xương hàm trên luôn có các triệu chứng lâm sàng và X quang rõ rệt nên không cần chẩn đoán phân biệt. Lưu ý: phát hiện các trường hợp có chấn thương sọ não kèm theo để xử trí thích hợp.

IV. ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG HÀM TRÊN

1. Nguyên tắc:

- Nắn chỉnh lại xương gãy.
- Cố định xương gãy.
- Ngăn ngừa các biến chứng xảy ra.
- Điều trị phải phục hồi chức năng và thẩm mỹ.

2. Điều trị cụ thể:

2.1. Điều trị bằng phẫu thuật treo xương hàm trên:

- Dùng bút chuyên dụng vẽ thiết kế các đường rạch trên da.
- Rạch da đuôi cung mày.
- Nắn chỉnh và cố định
- + Dùng dụng cụ thích hợp nắn chỉnh các đầu xương gãy về vị trí giải phẫu.
- + Cố định 2 hàm đúng khớp cắn bằng cung Tigeursted, hoặc nút Ivy, hoặc vít neo cắn.
- + Treo xương hàm trên vào máu ngoài ổ mắt
- Cầm máu.
- Khâu đóng phần mềm theo các lớp giải phẫu.

2.2. Điều trị bằng phẫu thuật kết hợp xương hàm trên bằng nẹp vít:

- Dùng bút chuyên dụng vẽ thiết kế các đường rạch trên da và niêm mạc.
- + Đường rạch ngách tiền đình hàm trên cách ranh giới lợi dính khoảng 3 mm để kết hợp xương ở trụ gò má và trụ hàm trên.
- + Đường rạch qua đuôi cung mày để kết hợp máu ngoài ổ mắt.
- + Đường dưới mi dưới để kết hợp bờ dưới ổ mắt.
- Nắn chỉnh và cố định.
- + Dùng dụng cụ thích hợp nắn chỉnh các đầu xương gãy về vị trí giải phẫu.
- + Cố định 2 hàm đúng khớp cắn bằng cung Tigeursted, hoặc nút Ivy, hoặc vít neo chặn.
- + Kết hợp xương hàm trên bằng nẹp vít
- Cầm máu.
- Khâu đóng phần mềm theo các lớp giải phẫu.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng:

- Điều trị sớm và đúng nguyên tắc sẽ cho kết quả tốt.
- Điều trị muộn và sai nguyên tắc có thể gây ra tai biến, di chứng trầm trọng, làm ảnh hưởng đến chức năng, thẩm mỹ.

2. Biến chứng:

- Nhiễm trùng.
- Khớp cắn sai.
- Hạn chế há miệng.

VI. PHÒNG BỆNH

- Các biện pháp đề phòng tai nạn giao thông.
- Có các phương tiện bảo hộ trong các trường hợp tai nạn giao thông và lao động.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt, BHYT, 2015.

GÃY XƯƠNG GÒ MÁ CUNG TIẾP

(ICD: K10)

I. ĐỊNH NGHĨA

Gãy xương gò má cung tiếp là tình trạng tổn thương gãy, gián đoạn xương gò má cung tiếp.

II. NGUYÊN NHÂN

- Tai nạn giao thông.
- Tai nạn lao động.
- Tai nạn sinh hoạt...

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định:

1.1. Lâm sàng:

- Sung nề, biến dạng mặt.
- Tụ máu quanh hốc mắt bên chấn thương.
- Ấn có điểm đau chói tương ứng điểm gãy.
- Sờ thấy dấu hiệu bậc thang, mất liên tục tại vị trí tương ứng điểm gãy.
- Há miệng hạn chế.
- Khớp cắn đúng.
- Có thể có dấu hiệu tê môi trên bên gãy.
- Có thể có dấu hiệu song thị.

1.2. Cận lâm sàng:

X quang: Phim Hirtz, Blondeau, CT Scanner, Conebeam CT.

Thấy có hình ảnh đường gãy và mức độ di lệch xương.

2. Chẩn đoán phân biệt:

Gãy xương gò má cung tiếp luôn có các triệu chứng lâm sàng và X quang rõ rệt nên không cần chẩn đoán phân biệt.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

- Nắn chỉnh lại xương gãy.
- Cố định xương gãy.
- Ngăn ngừa các biến chứng xảy ra.

- Điều trị phải phục hồi chức năng và thẩm mỹ.

2. Điều trị cụ thể:

Tùy từng trường hợp có thể điều trị nắn chỉnh không phẫu thuật hoặc phẫu thuật.

2.1. Điều trị nắn chỉnh không phẫu thuật:

- Áp dụng với các trường hợp gãy ít di lệch.
- Dùng dụng cụ thích hợp nắn chỉnh đưa các phần xương gãy về đúng vị trí giải phẫu, có thể nhét mesche trong xoang hàm để cố định đường gãy. Rút mesche sau 7 ngày.

2.2. Điều trị phẫu thuật:

- Áp dụng với các trường hợp gãy di lệch.
- Điều trị
 - + Rửa da và niêm mạc.
 - + Bộc lộ các đầu xương gãy.
 - + Kiểm soát và nắn chỉnh các đầu xương gãy về vị trí giải phẫu.
 - + Kết hợp xương bằng chỉ thép hoặc nẹp vít.
 - + Khâu đóng phần mềm theo các lớp giải phẫu.
 - + Điều trị kháng sinh toàn thân, chống viêm, giảm đau.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng:

Nếu được điều trị kịp thời và đúng kỹ thuật sẽ phục hồi đầy đủ chức năng và thẩm mỹ của mắt.

2. Biến chứng:

- Mất cảm giác ở vùng dây thần kinh dưới ổ mắt chi phối.
- Viêm xoang hàm.

VI. PHÒNG BỆNH

- Các biện pháp đề phòng tai nạn giao thông.
- Có các phương tiện bảo hộ trong lao động và sinh hoạt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt, BHYT, 2015.