

SÂU RĂNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Sâu răng là một bệnh ở tổ chức cứng của răng (men,ngà và cément), đặc trưng bởi sự khử khoáng làm tiêu dần các chất vô cơ, hữu cơ ở men răng, ngà răng tạo thành lỗ sâu và không hoàn nguyên được.

- Có nhiều định nghĩa về bệnh sâu răng, dựa trên những nghiên cứu và nhận xét khác nhau về nguyên nhân cũng như tiến trình của bệnh, bệnh sâu răng có thể được định nghĩa như sau:

- Bệnh sâu răng là một quá trình động, diễn ra trong mảng bám vi khuẩn dính trên mặt răng, đưa đến mất cân bằng giữa mô răng với chất dịch chung quanh và theo thời gian, hậu quả là sự mất khoáng của mô răng (Fejerkov và Thylstrup).

- Là bệnh nhiễm trùng của mô răng biểu hiện đặc trưng bởi các giai đoạn mất và tái khoáng xen kẽ nhau (Silverston).

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng:

- Sâu răng: đau khi có kích thích khi có ăn, uống: nóng, lạnh hoặc khi thức ăn lọt vào lỗ sâu. Hết đau khi hết kích thích.

- Viêm quanh chóp răng:

- Giai đoạn cấp tính: bệnh nhân mệt mỏi, sốt, đau nhiều ở răng nguyên nhân, răng có thể lung lay, nướu tương ứng đỏ, đau tăng khi chạm vào răng đối diện, có thể gây abscess xung quanh.

- Giai đoạn mãn tính: không có dấu hiệu toàn thân. Răng đổi màu xám đục, có thể có lỗ dò ở nướu. X quang có hình ảnh thấu quang chóp răng, dây chằng nha chu dần rộng.

2. Cận lâm sàng:

X quang quanh chóp, phim chéch nghiêng (maxillaire defilé)

Chẩn đoán phân biệt:

- Mòn ngót cổ răng: đáy nhẵn và cứng.
- Sún răng: đáy cứng và phát triển theo bề rộng.
- Thiếu sản men: đáy cứng và có từ khi răng mọc.
- Men răng đổi màu do nhiễm fluor.
- Viêm tủy răng có đờn đau tự phát.
- Viêm quanh răng: đau liên tục, răng hơi lung lay và trôi lên.
- Tủy chết: răng đổi màu, không đau khi kích thích.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

Trám răng.

2. Điều trị:

Dùng mũi khoan lấy hết mô sâu.

- Nếu sâu ngà sâu thì trám tạm theo dõi 1 tuần.

- Nếu sâu men hoặc sâu ngà nông thì trám bằng vật liệu trám GIC, hoặc composit hoặc amalgam tủy răng.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

TK sau 1 – 2 tuần nếu trám tạm hoặc ngay khi đau tự phát.

VIÊM TỦY RĂNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tủy răng là một bộ phận trong cùng của răng, là một tổ chức liên kết có nhiều mạch máu và dây thần kinh. Tủy có hình của răng và chia làm 2 phần:

- Phần trên là tủy thân.
- Phần dưới là tủy chân.

- Tủy được chứa trong một xoang kín, được che chở hết sức cẩn thận nên thường chỉ những thay đổi về tuần hoàn của mạch máu mới có thể ảnh hưởng đến tủy. Những thay đổi này, khi nhẹ và nhất thời chỉ gây nên các hư hại nhất thời, khi nặng và kéo dài có thể gây những hiện tượng sau: nhiễm khuẩn toàn thân hay nhiễm khuẩn tại chỗ, nếu có sự thiếu dinh dưỡng hay ngưng hoàn toàn, có hiện tượng tủy chết.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng:

Viêm tủy răng: đau tự nhiên thành cơn, thường đau về đêm. Mỗi cơn đau kéo dài từ 30 phút đến 2 – 3 giờ. Đau dữ dội tại chỗ răng nguyên nhân, có khi khuếch tán đau lan nửa mặt hoặc nửa đầu.

Thăm khám thấy có lỗ sâu răng, đôi khi có điểm lộ tủy, gõ răng (+), thử nghiệm tủy (+)

2. Cận lâm sàng:

X quang quanh chóp, phim chếc nghiêng (maxillaire de file)

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm tủy với viêm xoang hàm:
 - Viêm xoang có triệu chứng toàn thân: sốt, nhức đầu, sổ mũi có mùi hôi.
 - Viêm tủy toàn thân thường hay sốt nhẹ, không có sổ mũi đặc, nếu có thì mũi trong.
- Viêm tủy với đau dây thần kinh mặt:
 - Đau đột ngột, ngắn, không quá một phút, đau từng hồi, giật cơ ở mặt (Viêm tủy không có giật cơ ở mặt)
- Viêm tủy với bệnh ngà răng:
 - Bệnh ngà răng: đau khi có kích thích, hết kích thích hết đau. Viêm tủy có cơn đau tự phát.
- Viêm tủy với viêm quanh thân răng:
 - Viêm quanh răng không có lỗ sâu ở răng.
 - Răng như trôi lên và lung lay.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

Lấy tủy răng (nội nha).

2. Điều trị:

Viêm tủy răng: lấy tủy răng, trám bít ống tủy, sau đó trám tái tạo hình thể thân răng hoặc phục hình nếu răng vỡ lớn.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Tái khám theo lịch hẹn hoặc ngay khi đau, sưng.

VIÊM QUANH CHÓP RĂNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Có thể gọi là nhiễm trùng quanh chóp răng.
- Có thể gặp ở một răng sống (do miếng trám cao, nghiêng răng, cắn trúng sụn...) hay ở một răng tủy chết.
- Dây chằng nha chu bình thường nhưng gõ rất đau, không dám cắn mạnh, răng lung lay và trôi. Cơn đau liên tục có lúc giảm nhưng không hết hẳn.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng:

Bệnh cảnh lâm sàng tủy răng nguyên nhân:

- Viêm quanh chóp cấp
 - Dấu hiệu ngoài miệng: sưng, đau mô mềm liên quan với răng nguyên nhân như môi trên, má...
 - Dấu hiệu trong miệng: có sâu răng gây đau nhức niêm mạc vùng răng nguyên nhân sưng, đau, mềm.
 - Có thể có hạch ngoại vi.
 - Có thể há miệng đau hay giới hạn.
 - Có thể tiến triển thành abscess quanh chóp cấp, nặng nhất: là kết quả của viêm quanh chóp cấp ở giai đoạn tiến triển trên một răng đã hoại tử tủy, có tình trạng viêm có mũ và lan tràn.
- Viêm quanh chóp mãn (nhiễm trùng chóp, nang chóp)
 - Nhiễm trùng quanh chóp mãn thường do từ nhiễm trùng quanh chóp cấp chuyển sang.
 - Dấu hiệu trong miệng: có sâu răng gây đau nhức tái lại nhiều lần. Răng có thể đổi màu. Có thể có lỗ dò niêm mạc răng nguyên nhân.
 - Đau dữ dội khi gõ, sờ. Tiến triển nhanh từ nhẹ đến sưng dữ dội. Biểu hiện toàn thân: sốt, mệt mỏi, có thể nổi hạch dưới cằm hay dưới hàm, mặt có thể sưng (đôi khi không có dấu hiệu toàn thân).

2. Cận lâm sàng:

- X quang: tìm, phát hiện răng nguyên nhân. Có hình ảnh thấu quang quanh chóp răng hoặc giãn dây chằng nha chu răng.
- Xét nghiệm tiền phẫu (đối với viêm quanh chóp mãn: nhiễm trùng chóp hoặc nang chóp).

3. Chẩn đoán phân biệt:

Chẩn đoán phân biệt với viêm tủy cấp.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

Lấy tủy răng.

2. Điều trị: tủy thực tế lâm sàng và dựa vào X quang:

Có thể mở tủy răng nguyên nhân để hở.

- Viêm quanh chóp răng: lấy sạch tủy răng, sát khuẩn ống tủy, khi thấy ống tủy sạch thì mới tiến hành trám bít ống tủy, sau đó trám tái tạo hình thể thân răng hoặc phục hình nếu răng vỡ lớn.
- Viêm quanh chóp răng mãn:
 - Nếu khối thấu quang nhỏ hơn $\frac{1}{4}$ chiều dài thân răng, thân răng có thể chữa nội nha, giữ để trám hay làm phục hình và phẫu thuật cắt chóp.

- Nếu khối thấu quang vùng chóp lớn nhỏ răng nguyên nhân, nạo ổ mù.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Tái khám theo lịch hẹn hoặc ngay khi đau, sưng.
- Tái khám:
 - Nếu khối thấu quang nhỏ hơn $\frac{1}{4}$ chiều dài chân răng, thân răng có thể chữa nội nha, giữ để trám hay làm phục hình và phẫu thuật cắt chóp.
 - Nếu khối thấu quang vùng chóp lớn nhỏ răng nguyên nhân và nạo ổ mù.

RĂNG KHÔN LỆCH NGẦM DƯỚI XƯƠNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Răng khôn thường là răng mọc sau cùng trên cung răng ở người trưởng thành. Do là răng mọc sau cùng khi các răng vĩnh viễn khác và xương hàm đã phát triển gần như hoàn chỉnh, không tăng trưởng thêm và có độ cứng cao nên răng thường bị thiếu chỗ dẫn đến dễ bị lệch và ngằm trong hoặc dưới xương hàm.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng:

- Bệnh có răng khôn không mọc được, gây đau nhiều lần.
- Khám trong miệng răng khôn có thể mọc một phần hay chưa mọc.
- Nướu phủ hồng hay sưng đỏ, có thể có mũ trắng đục thoát ra khi ấn vùng răng khôn.
- Trường hợp đang sưng viêm có thể có hạch ngoại vi.
- Có thể há miệng đau hay giới hạn.

2. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm tiền phẫu, xét nghiệm bệnh nội khoa (nếu cần).
- X quang: chụp phim quanh chóp hoặc chéch nghiêng hoặc phim toàn cảnh cho thấy hình ảnh răng khôn lệch ngằm dưới xương.

3. Chẩn đoán phân biệt:

- U xương hàm.
- Nang do răng ngằm.
- U men.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

Phẫu thuật nhổ răng nguyên nhân

2. Điều trị:

- Trường hợp bệnh đang đau nhức:
 - Cấp toa: kháng sinh, kháng viêm, giảm đau.
 - Khi giảm đau, giảm sưng, miệng há to:
 - + Thực hiện cận lâm sàng: xét nghiệm máu, các xét nghiệm kiểm tra bệnh nội khoa (nếu có).
 - + Phẫu thuật răng khôn khi có điều kiện nội khoa, lâm sàng và cận lâm sàng cho phép.
 - + Chăm sóc hậu phẫu: chườm lạnh sau phẫu thuật, ăn mềm, nguội.
 - + Tái khám cắt chỉ sau 1 tuần.
- Trường hợp không đau nhức:
 - Thực hiện cận lâm sàng: các kết quả xét nghiệm máu trong giới hạn bình thường.
 - Phẫu thuật răng khôn lệch ngằm dưới xương.
 - Chăm sóc hậu phẫu: chườm lạnh sau phẫu thuật, ăn mềm, nguội.
 - Cấp toa: kháng sinh, kháng viêm, giảm đau.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Cắt chỉ sau 7 – 10 ngày.
- Tái khám ngay khi có dấu hiệu sưng, đau, chảy dịch, mũ.

RĂNG KHÔN LỆCH NGẦM TRONG XƯƠNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Răng khôn thường là răng mọc sau cùng trên cung răng ở người trưởng thành. Do là răng mọc sau cùng khi các răng vĩnh viễn khác và xương hàm đã phát triển gần như hoàn chỉnh, không tăng trưởng thêm và có độ cứng cao nên răng thường bị thiếu chỗ dẫn đến dễ bị lệch và ngậm trong hoặc dưới xương hàm.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng:

- Bệnh có răng khôn không mọc được, gây đau nhiều lần.
- Khám trong miệng không thấy răng khôn trên cung răng.
- Nướu phủ hồng hay sưng đỏ.
- Trường hợp đang sưng viêm có thể có hạch ngoại vi.
- Có thể há miệng đau hay giới hạn

2. Cận lâm sàng:

- Chụp X quang: chụp phim quanh chóp hoặc chếch nghiêng hoặc phim toàn cảnh hoặc CT Scan (nếu cần) cho thấy hình ảnh răng khôn lệch ngậm trong xương.

- Xét nghiệm máu: xét nghiệm máu tiền phẫu, các xét nghiệm phát hiện bệnh nội khoa (nếu có).

3. Chẩn đoán phân biệt:

- U xương hàm
- Nang do răng ngậm
- U men

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

Phẫu thuật nhổ răng nguyên nhân.

2. Điều trị:

- Phẫu thuật răng khôn lệch ngậm trong xương khi dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng cho phép.

- Chăm sóc hậu phẫu: chườm lạnh sau phẫu thuật, ăn mềm, nguội.
- Xuất viện khi giảm sưng, giảm đau vùng phẫu thuật.
- Tái khám cắt chỉ sau 1 tuần.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Cắt chỉ sau 7 – 10 ngày.
- Tái khám ngay khi có dấu hiệu sưng, đau, chảy dịch, mủ.

VIÊM NƯỚU DO VÔI RĂNG

I. ĐẠI CƯƠNG

-Viêm nướu là một hình thức rất phổ biến và nhẹ của bệnh (nha chu), mảng bám là nguyên nhân gây kích ứng, mủm đỏ và (viêm) sung nướu răng. Bởi vì bệnh viêm lợi có thể rất nhẹ, có thể không ý thức được rằng có điều kiện. Nhưng điều quan trọng để tránh có viêm nướu nặng và điều trị kịp thời. Viêm nướu có thể dẫn đến các bệnh về lợi nghiêm trọng hơn nhiều (nha chu) và cuối cùng mất răng.

- Nguyên nhân thường gặp nhất của viêm nướu là vệ sinh răng miệng kém. Thói quen sức khỏe răng miệng tốt, chẳng hạn như kiểm tra thường xuyên chuyên nghiệp và hằng ngày đánh răng và dùng chỉ nha khoa, có thể giúp ngăn ngừa viêm nướu.

II. CHẨN ĐOÁN

1. *Triệu chứng lâm sàng:*

- Nướu sưng.
- Viêm nướu đỏ.
- Dễ chảy máu.
- Quanh cổ răng có nhiều mảng bám, vôi răng.
- Hạch ngoại vi thường không sưng, hạch sưng trong trường hợp viêm nướu cấp tính.

2. *Cận lâm sàng:*

X quang: phim quanh chóp, phim toàn cảnh hoặc phim chéch nghiêng (défilé maxillaire).

3. *Chẩn đoán phân biệt:*

Viêm nha chu phá hủy có túi nha chu, răng lung lay, hình ảnh X-quang có tiêu xương ổ răng theo chiều ngang.

III. ĐIỀU TRỊ

1. *Nguyên tắc:*

Lấy sạch mảng bám, vôi răng.

2. *Điều trị:*

Cạo vôi răng, xử lý mặt gốc răng.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Chú ý hướng dẫn:

- Tái khám lấy vôi răng định kỳ 6 tháng/ lần.
- Chọn loại thức ăn nhiều chất xơ, vitamin.
- Hướng dẫn phương pháp chải răng.

ABCÈS NHA CHU

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm nướu là một hình thức rất phổ biến và nhẹ của bệnh (nha chu), mảng bám là nguyên nhân gây kích ứng, mủm đỏ và (viêm) sưng nướu răng. Bởi vì bệnh viêm lợi có thể rất nhẹ, có thể không ý thức được rằng có điều kiện. Nhưng điều quan trọng để tránh có viêm nướu nặng và điều trị kịp thời. Viêm nướu có thể dẫn đến các bệnh về lợi nghiêm trọng hơn nhiều (nha chu) và cuối cùng mất răng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng:

- Nướu sưng, đổi màu đỏ, abcès ở một răng tương ứng hoặc nhiều răng.
- Răng lung lay, đau nhức dữ dội, đau âm ỉ.
- Răng có nhiều vôi bám, không sâu răng.
- Đôi khi có sốt nhẹ.
- Tái phát nhiều lần.

2. Cận lâm sàng:

- X quang quanh chóp, panorex hoặc phim chéch nghiêng.
- XN máu tiền phẫu.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

Lấy sạch mảng bám, vôi răng.

2. Điều trị:

Rạch, nạo abcès, cạo vôi răng, hướng dẫn vệ sinh răng miệng.

- Nếu cấp tính, cấp toa: kháng sinh, kháng viêm, giảm đau, thuốc súc miệng.
- Sau khi triệu chứng cấp tính giảm:
 - + Cạo vôi răng và xử lý mặt gốc răng.
 - + Gây tê nạo ổ abcès nha chu lấy sạch mô hạt, mô hoại tử.
 - + Chữa tủy răng nếu chết tủy ngược dòng.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Tái khám sau 3 – 7 ngày.
- Cạo vôi răng định kỳ 6 tháng/ lần.

VIÊM MÔ TẾ BÀO DO TAI BIẾN RĂNG KHÔN

I. ĐẠI CƯƠNG

Răng khôn thường là răng mọc sau cùng trên cung răng ở người trưởng thành. Do là răng mọc sau cùng khi các răng vĩnh viễn khác và xương hàm đã phát triển gần như hoàn chỉnh, không tăng trưởng thêm và có độ cứng cao nên răng thường bị thiếu chỗ dẫn đến dễ bị lệch và ngậm trong hoặc dưới xương hàm.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng:

- Đau vùng răng khôn mới mọc.
- Má cùng bên sưng, tụ hoặc lan toả.
- Khít hàm hoặc há miệng hạn chế.
- Nhai, nuốt, nói khó.
- Lợi trùm sưng, ấn có mủ chảy ra.
- Sốt.

2. Cận lâm sàng:

- Chụp X quang: chụp phim quanh chóp hoặc chếch nghiêng hoặc phim toàn cảnh hoặc CT Scan (nếu cần) cho thấy hình ảnh răng khôn lệch ngậm trong xương.

- Xét nghiệm máu: xét nghiệm máu tiền phẫu, các xét nghiệm phát hiện bệnh nội khoa (nếu có).

3. Chẩn đoán phân biệt:

- U xương hàm.
- Nang do răng ngậm.
- U men.
- Viêm mô tế bào không do răng, do bệnh lý toàn thân hoặc suy giảm miễn dịch...

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

- Nội khoa rạch tháo mủ, điều trị tích cực, theo dõi nhiễm khuẩn huyết.
- PT nhổ răng nguyên nhân.

2. Điều trị:

- Sử dụng kháng sinh phù hợp, có thể phối hợp kháng sinh.
- Chống sưng viêm.
- Rạch tháo mủ khi ổ mủ hình thành, đặt mèche, chăm sóc vết thương trong miệng, ngoài mặt.
- Phẫu thuật nhổ răng nguyên nhân.
- Chăm sóc sau rạch, sau phẫu thuật:
 - + Rửa vết mổ mỗi ngày bằng NaCl 0,9 % hoặc povidine pha loãng 1/10.
 - + Rút mèche (nếu có).

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Cắt chỉ sau 7 – 10 ngày.
- Tái khám ngay khi có dấu hiệu sưng, đau, chảy dịch, mủ.

VIÊM MÔ TẾ BÀO LAN TỎA VÙNG HÀM MẶT

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm mô tế bào (VMTB) là một hiện tượng viêm lan tỏa ở mô chứ không giới hạn như áp xe. VMTB có thể tụ tại chỗ hay lan tỏa vùng mặt ở những nơi có mô tế bào.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng:

- Vùng mặt có khối sưng, da phù đỏ, căng, sờ nóng, đau nhức, lan ra vùng mắt, hoặc xuống cổ, sản miệng.
- Răng nguyên nhân có lỗ sâu, lung lay, gõ đau (hoặc có thể không do răng)
- Ngách hành lang sưng đỏ.
- Ngoài ra, bệnh nhân có triệu chứng khác liên quan đến vị trí lan tỏa như: khó thở, đau nhức mắt, đầu...
- Hạch ngoại vi (+).
- Thân nhiệt tăng.

2. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm tiền phẫu: bạch cầu tăng.
- Xét nghiệm các bệnh nội khoa nếu cần.
- Chụp X quang tìm răng nguyên nhân (nếu cần): hình ảnh không bình thường của răng nguyên nhân và vùng quanh răng nguyên nhân.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

- Nội khoa rạch tháo mủ, điều trị tích cực, theo dõi nhiễm khuẩn huyết.

2. Điều trị:

- Sử dụng kháng sinh phù hợp, có thể phối hợp kháng sinh.
- Chống sưng viêm.
- Giảm đau, hạ sốt.
- Rạch tháo mủ khi ổ mủ hình thành, đặt mèche, chăm sóc vết thương trong miệng, ngoài mặt.
- Phẫu thuật nhổ răng nguyên nhân (nếu có).
- Chăm sóc sau rạch, sau phẫu thuật:
 - + Rửa vết mổ mỗi ngày bằng NaCl 0,9 % hoặc povidine pha loãng 1/10.
 - + Rút mèche (nếu có).

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Cắt chỉ sau 7 – 10 ngày.
- Tái khám ngay khi có dấu hiệu sưng, đau, chảy dịch, mủ.

VIÊM TẤY LAN TỎA VÙNG SÀN MIỆNG - HÀM MẶT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm tấy lan tỏa vùng sàn miệng và hàm mặt là loại nhiễm trùng hàm mặt nguy hiểm, nặng, là thể viêm cấp có đặc điểm lan tỏa rất nhanh, hoại tử tổ chức không giới hạn, không gây abscess tụ mủ rõ rệt trong thời kỳ đầu. Do độc tố vi khuẩn cực mạnh tác động trên một cơ thể và tổ chức tại chỗ kém đề kháng.

Viêm tấy lan tỏa có thể gây nguy hiểm tính mạng trong một vài ngày.

- Bệnh sinh đa số trường hợp là do răng, nhất là răng cối dưới, răng khôn, viêm quanh chóp răng, viêm quanh thân răng, nhiễm khuẩn sau nhổ răng, gãy xương hàm, viêm xương tủy xương.

- Bệnh dễ xảy ra trên cơ địa mệt mỏi, yếu, đái tháo đường, HIV.....

- Vùng thường bị viêm là sàn miệng, vùng dưới hàm, hồ thái dương và các vùng sâu của mặt. Trong đó thể viêm tấy sàn miệng còn gọi là viêm Ludwig – Gensoul hay gặp và nguy hiểm nhất.

- Vi khuẩn: có độc tố cực mạnh, đa dạng cả vi khuẩn kỵ khí và ái khí. Sự phối hợp tác động của các loại vi khuẩn làm hoại tử tổ chức có mùi thối và có hơi.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng:

- Từ ổ nhiễm trùng tại chỗ như sâu răng, gãy hàm, viêm quanh chóp răng... Viêm tấy phát triển rất nhanh làm viêm tấy lan tỏa vùng sàn miệng, từ ngày thứ 2 – 4 hình thành các ổ hoại tử rải rác.

- Ngày thứ 5 – 6 hình thành dịch thối, hoại tử màu nâu sẫm dọc các mạch máu và cân cơ, có thể hình thành những ổ mủ nhỏ rải rác trong cân, cơ sưng to vùng sàn miệng và dưới hàm, hai bên hàm. Da và niêm mạc căng, xám nhạt và cứng dần như gỗ.

- Sung lan rộng xuống hai bên cổ, trên xương đòn làm biến dạng mặt, cổ, cằm.

- Miệng không ngậm lại được há và chảy nước bọt hôi thối.

- Lưỡi bị đẩy lên trên và ra sau: triệu chứng lưỡi đôi.

- Nhai nuốt khó khăn, rối loạn chức năng hô hấp, tiêu hóa.

- Khó thở do nề thanh môn, nhiễm độc hành tủy.

- Toàn thân có dấu hiệu nhiễm trùng, nhiễm độc, suy nhược, sốt cao, lúc đầu 39 – 40 0C, mạch nhanh nhỏ 120 – 140 lần/phút có thể có mạch nhiệt phân ly (mạch nhanh nhiệt độ không tăng).

Có thể có chèn ép thần kinh III, IV, VI kích thích màng não, nhiễm khuẩn máu, nhiễm độc toàn thân.

2. Cận lâm sàng:

- Công thức máu có bạch cầu tăng.

- Nước tiểu có protein niệu, trụ niệu.

- Chụp X quang: hàm dưới chéch, phim toàn cảnh hoặc CT Scan nếu cần khảo sát hai hàm để tìm răng nguyên nhân hoặc ổ nhiễm trùng tại chỗ.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

Cần điều trị khẩn cấp toàn thân và tại chỗ.

2. Điều trị:

- Toàn thân: Nâng thể trạng, hạ sốt, bù nước và điện giải NaCl , Glucose
 - Thuốc kháng sinh hoạt phổ rộng, liều cao. Phối hợp 3 – 4 loại tác dụng tốt trên cả 2 loại vi khuẩn ưa khí và kỵ khí.
 - Kháng viêm, chống sung.
 - Giảm đau, hạ sốt.
 - Sinh tố - muối khoáng...
 - Tại chỗ: Cần rạch mở rộng thật sớm và tích cực, loại bỏ các tổ chức hoại tử mũ dịch, làm thoáng tổ chức, bơm rửa ổ hoại tử bằng dung dịch sát khuẩn: H₂O₂ , Betadin...
 - Đặt ống dẫn lưu: 1 hoặc 2 ống.
 - Có thể phun Ozon vào vết mổ.
- Sau 2 – 3 ngày phẫu thuật bệnh tiến triển tốt, nhờ rằng nguyên nhân.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM:

- Bơm rửa liên tục hàng ngày cho đến khi hết bệnh.
- Nâng thể trạng, điều trị kháng sinh phối hợp liều cao đến khi hết bệnh.
- Tái khám sau xuất viện 1 tuần.

VIÊM LOÉT NIÊM MẠC MIỆNG, LƯỖI

I. ĐẠI CƯƠNG

Còn gọi là apthe niêm mạc miệng. Có vài yếu tố làm phát sinh lở miệng như: tâm lý căng thẳng (stress), hành kinh, thiếu vitamin nhóm B, khoáng chất, chấn thương... nguyên nhân chưa rõ.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng:

- Apthe thường xảy ra ở vùng niêm mạc lỏng lẻo, không bị sừng hóa như: niêm mạc má, môi, sàn miệng, mặt dưới lưỡi và không có giai đoạn mụn nước.
 - Vết loét 1 – 5 mm ở niêm mạc môi, má, lưỡi, nướu răng – hình tròn hoặc bầu dục, đáy lõm, màu vàng, xung quanh là quầng ban đỏ.
 - Đau dữ dội như bỏng, rát, đau tự phát hoặc khi bị kích thích như ăn, uống.
- Không gây triệu chứng toàn thân.

2. Cận lâm sàng:

- X quang: khi nghi ngờ là ổ dò của viêm quanh chóp mẫn.

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm miệng herpes

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

Nội khoa.

2. Điều trị:

- Có thể tự lành sau 1 tuần không để lại sẹo. Cá biệt có những trường hợp vết loét quá lớn có thể kéo dài hàng tháng mới lành.
- Điều trị tại chỗ:
 - Súc miệng bằng dung dịch kháng sinh như: Chlohexidine.
 - Cream bôi tại chỗ như: Kamistad gel, Arthodont, Metrogyl denta.
- Dùng thêm giảm đau và vitamine hỗ trợ.
- Chỉ sử dụng kháng sinh và kháng viêm khi có dấu hiệu bội nhiễm

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM:

Theo dõi tái phát.

VIÊM NƯỚU HOẠI TỬ CẤP

I. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm nướu hoại tử cấp tính là tình trạng phá hủy ở nướu xảy ra ít nhất một phần hay cả cung hàm.
- Còn được gọi bằng nhiều tên khác nhau: viêm nướu hay viêm miệng Vincent, bệnh Noma.
- Nếu viêm nướu hoại tử không được điều trị sẽ có khuynh hướng tái phát, dẫn tới phá hủy trầm trọng mô nâng đỡ răng và chuyển sang viêm nha chu hoại tử lở loét.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng:

- Tồn thương loét hoại tử nhanh ở nướu. Viêm lợi bị viêm đỏ. Nướu kẽ răng bị hoại tử bong ra. Vết loét phủ màng giả màu xám trắng, dễ tróc để lại vết loét rỉ máu.

- Có mùi hôi thối.
- Sốt cao, đau nhiều.

2. Cận lâm sàng:

- X quang quanh chóp, panorex hoặc phim chéch nghiêng.
- XN máu tiền phẫu.

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm nướu miệng Herpes cấp.
- Viêm nướu tróc vảy.
- Viêm nha chu mãn.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

Nội khoa.

2. Điều trị:

- Vệ sinh răng miệng, ngâm các dung dịch sát trùng: Chlohexidine, Eludril.
- Kháng sinh, kháng viêm, giảm đau, vitamin.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM:

- Tái khám sau 3 – 7 ngày.
- Cạo vôi răng định kỳ 6 tháng/ lần.
- Hướng dẫn phương pháp chải răng.

VIÊM MIỆNG HERPES

I. ĐẠI CƯƠNG

Là viêm miệng, viêm nướu do virus herpes type I gây nên, lây nhiễm qua dịch trong mụn nước tiếp xúc trực tiếp. Thường do tổn thương trên miệng, mặt.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng:

- Nhiễm herpes nguyên phát (còn gọi là Viêm miệng, lợi do herpes cấp tính): biểu hiện toàn thân nhiễm trùng, hầu hết xảy ra ở trẻ em.
- Nhiễm herpes ở môi (thường gặp): sốt, ớn lạnh, mụn nước ở môi, màu đỏ sậm.
- Nhiễm herpes ở niêm mạc miệng: xảy ra ở niêm mạc bị sừng hóa như: khâu cái cứng, lưng lưỡi, nướu sừng hóa.
 - Tại chỗ: Niêm mạc má lưỡi có nhiều mụn nước rải rác hoặc liên kết lại. Dễ vỡ trong 24h để lại vết loét bao quanh bởi một vùng ban đỏ.
 - Toàn thân: Sốt, khó chịu, đau ở miệng, lợi.

2. Cận lâm sàng:

Chẩn đoán xác định nhiễm herpes bằng tế bào học và cấy virus. Gần đây PCR có thể biểu hiện mức DNA trong mô, nhạy cảm hơn và nhanh hơn cấy virus.

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Apthe: apthe thường xảy ra ở vùng niêm mạc lỏng lẻo, không bị sừng hóa như: niêm mạc má, môi, sàn miệng, mặt dưới lưỡi và không có giai đoạn mụn nước, ngoài ra loét do apthe kích thước lớn hơn do herpes
 - Bệnh Rubella.
 - Bệnh sốt phát ban do các siêu vi khác.
 - Ban dị ứng.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

Nội khoa.

2. Điều trị:

- Dùng thuốc súc miệng: Chlohexidine hoặc Eludril
- Dùng thuốc kháng virus: Acyclovir.
- Dùng thuốc giảm đau.
- Dùng vitamin hỗ trợ.
- Bôi lên sang thương: Blue methylene
- Chỉ sử dụng kháng sinh và kháng viêm khi có dấu hiệu bội nhiễm

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM:

Theo dõi tái phát.

VIÊM XƯƠNG HÀM DO RĂNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm xương hàm do biến chứng răng đã gây ra abscess rồi viêm quanh ổ răng lan vào xương hàm, dò mủ ra ngách lợi, lan rộng vào xương và gây viêm cốt tủy: viêm xương cấp và mãn tính. Mãn tính với biểu hiện: dò ra mủ với lỗ dò sâu sát xương, chun lại và có tính chất hạt đùn ra ngoài lỗ dò như cái rốn, thỉnh thoảng chảy mủ đặc và kéo dài hàng năm.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng:

- Răng sâu tủy hoại tử, đau nhức nhiều lần, âm ỉ hoặc dữ dội.
- Nướu tương ứng sưng đau đỏ.
- Da má tương ứng sưng đỏ đau.
- Trường hợp mãn tính có lỗ dò mủ ra da.
- Sốt cao hoặc nhẹ tùy trường hợp.
- Mặt có khối sưng.
- Da thân đỏ, vùng trung tâm khối sưng thâm nhiễm, có lỗ dò mủ.
- Thường bệnh nhân không đau nhức.
- Hạch ngoại vi có thể sờ chạm hoặc không.
- Khám trong miệng tìm răng nguyên nhân: răng nguyên nhân có thể sâu hoặc không, gõ đau, lung lay.

2. Cận lâm sàng:

- X quang (phim quanh chóp, chéch nghiêng, Blondeau, toàn cảnh hoặc CT Scan nếu cần): tìm, phát hiện răng nguyên nhân. Có hình ảnh thấu quang + cản quang không đồng đều xương hàm vùng răng nguyên nhân.
- Xét nghiệm máu tiền phẫu: bạch cầu có thể tăng hoặc không tăng.
- Các xét nghiệm phát hiện bệnh nội khoa (nếu cần).

3. Chẩn đoán phân biệt:

Viêm xương tủy (nguyên nhân chung như nhiễm trùng huyết làm tổn thương lan rộng tới xương).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

PT nhổ răng nguyên nhân, nạo đường dò.

2. Điều trị:

- Nhổ răng nguyên nhân, nạo ổ mủ và thông đường dò.
- Đặt mèche thông từ ổ răng đến đường dò nếu thông nhau, thay mèche mỗi ngày với pommade tetracycline hoặc dầu mù u.
- Rút mèche khi không còn dịch viêm.
- Khâu lại vết thương vùng mặt.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM:

- Cắt chỉ sau 7 – 10 ngày.
- Tái khám ngay khi có dấu hiệu sưng, đau, chảy dịch, mủ.

VIÊM, SỎI TUYẾN NƯỚC BỌT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Nếu không kể u thì bệnh lý còn lại của tuyến nước bọt thường liên quan đến nhiễm trùng cấp hoặc mãn của tuyến mang tai, tuyến dưới hàm hay tuyến dưới lưỡi. Viêm hệ thống ống tuyến cũng có thể xảy ra sau các đợt cấp tính tắc nghẽn do sỏi.
- Trong miệng có nhiều tuyến nước bọt phụ nằm rải rác và có 3 cặp tuyến lớn như tuyến mang tai, dưới lưỡi, dưới hàm. Viêm tuyến nước bọt mang tai thường gặp.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng:

- Sưng và đau vùng tuyến mang tai. Da phủ bình thường hoặc đỏ.
- Nếu bệnh nhân khai sưng và đau vùng dưới hàm sau khi ăn thì chắc chắn do sỏi
- Miệng ống tuyến viêm đỏ, có thể rách hay sang chấn (do mắc cài chỉnh nha, do răng giả hay chấn thương).
- Sờ, vuốt dọc tuyến có thể có dịch nhầy, mủ, đôi khi có sỏi nhỏ.

2. Cận lâm sàng:

- Chụp X quang: phim quanh chóp để loại trừ khả năng nhiễm trùng do răng.
- X quang tuyến nước bọt (có thể chụp cản quang sialography), siêu âm.
- Xét nghiệm máu tiền phẫu (nếu sỏi): bạch cầu có thể tăng hoặc không tăng.
- Các xét nghiệm bệnh nội khoa (nếu cần).

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Quai bị.
- U hỗn hợp, phì đại tuyến mang tai.
- U ác tuyến nước bọt.
- Chít hẹp ống tuyến.
- Viêm cạnh cao xương hàm dưới, viêm hạch dưới hàm.
- Nang dạng da.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

Cố gắng điều trị dứt điểm nguyên nhân gây viêm.

2. Điều trị:

- Nếu viêm: bơm rửa ống tuyến (nhiều lần).
- Nếu sỏi: phẫu thuật lấy sỏi.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM:

- Tái khám theo hẹn mỗi 1 – 2 tuần để bơm rửa ống tuyến.
- Tái khám ngay khi có dấu hiệu sưng, đau, chảy dịch, mủ (hoặc dấu hiệu lạ khác).
- Tái khám sau 1 tuần, cắt chỉ (nếu có).
- Theo dõi tái phát.
- Tái khám theo hẹn mỗi 1 – 2 tuần để bơm rửa ống tuyến.

VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM VÙNG HÀM MẶT

I. ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương của riêng vùng hàm mặt đơn thuần hầu như không bao giờ đưa đến tử vong. Tuy nhiên, vết thương do sang chấn luôn luôn phá vỡ các cấu trúc giải phẫu học bình thường. Do đó, việc phục hồi hình dáng và chức năng vùng mặt, hàm đòi hỏi sự chú ý phẫu thuật ở mức độ cao, nắm vững giải phẫu học đầu – mặt – cổ rất quan trọng đối với cả sơ cứu ban đầu cũng như tạo hình về sau.

Phân loại:

a. Vết thương đụng dập: là loại vết thương gây nên do va chạm bởi một vật tù, không làm rách da. Vật đập vào da gây xuất huyết hoặc máu tụ dưới da. Không xuất huyết thường tự giới hạn và phản ánh ra ngoài bằng màu tím thấy rõ nhất sau 48 giờ. Từ từ, nó sẽ chuyển sang màu xanh lá cây, rồi vàng, mờ dần và cuối cùng tiêu biến đi trong tổ chức sâu.

b. Vết thương xây xát: là vết thương nông, do sự ma sát một vật cứng ráp trên mặt da làm chợt lớp da bên ngoài để lộ một diện tổ chức thô ráp, rướm máu. Mặt dù là tổn thương nông nhưng để lộ các đầu dây thần kinh trên mặt da nên thường gây đau rất.

c. Vết thương xuyên: là loại vết thương gây ra do một vật nhỏ sắc nhọn như: mũi dùi, dao, tên hoặc mảnh lựu đạn, v.v... Vết thương bao giờ cũng sâu và liên quan đến các hốc tự nhiên. Vết thương nhỏ hay lớn phụ thuộc vào vật gây ra nó.

d. Vết thương rách: là loại vết thương phần mềm hàm mặt thường gặp nhất. Nguyên nhân thường do các vật sắc nhọn bằng kim khí haowjc thủy tinh. Tùy theo vị trí, vết thương có thể liên quan đến mạch máu, thần kinh hoặc các cơ quan sâu bên dưới. Tùy theo mức độ, vết thương có thể rách ít hay nhiều, nông hay sâu.

e. Vết thương lóc da: được coi như là một trong những loại vết thương phần mềm làm cho khuôn mặt bị xấu xí, biến dạng nhiều nhất. vết thương ảnh hưởng đến tổ chức dưới da hoặc ở mức độ trên màng xương nhưng không mất tổ chức.

f. Vết thương thiếu hồng: vết thương gây mất đi một phần hoặc phá nát rộng tổ chức phần mềm.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng:

Rách da, chảy máu, sưng nề, bầm tím, đau nhức, trường hợp nặng có thể bệnh nhân bị choáng.

2. Cận lâm sàng:

- X quang kiểm tra xem có gãy xương kèm theo không.
- Xét nghiệm tiền phẫu.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

- Nguyên tắc chung trong điều trị vết thương phần mềm hàm mặt: Làm sạch vết thương, cắt lọc vết thương (nếu cần) và khâu đóng vết thương.
- Xử trí vết thương phần mềm cần phải được thực hiện cẩn thận, tỉ mỉ mới có thể tránh được những hậu quả đáng tiếc.
- Theo dõi và chăm sóc vết thương: thay băng rửa vết thương hàng ngày.

2. Điều trị:

- VẾT THƯƠNG ĐẾN SỚM TRƯỚC 72 GIỜ:

- Khâu đóng từng lớp tổ chức một, khâu mũi rời.
- Không để lại khoảng chết có thể đọng dịch, máu...
- Không làm sang chân thêm tổ chức.
- Nếu vết thương thông vào miệng, cần đóng kín niêm mạc trước.
- Khâu da:

+ Khâu da phải thẳng, đều; nếu vết thương căng có thể khâu Donati (xa xa gần gần) xen kẽ mũi rời.

+ Nếu vết thương thẳng, không căng nên khâu trong da để bảo đảm thẩm mỹ.

+ Để tránh biến dạng mặt, cần khâu các mũi khóa hay các mũi móc như góc mắt, mí mắt, cánh mũi, khước miệng, đường viền môi...

+ Khi có thiếu hồng lớn, các mép không che kín vết thương hoặc quá căng, thông các hốc tự nhiên, lộ xương cần khâu định hướng để kéo các mép vết thương vào vị trí gần bình thường.

- VẾT THƯƠNG ĐẾN MUỘN SAU 72 GIỜ:

- Vết thương sạch :

Nếu vết thương sạch không có dấu hiệu nhiễm trùng có thể khâu vết thương ngay (kỹ thuật khâu giống như trên)

- Vết thương nhiễm:

Nếu vết thương đến muộn bị nhiễm trùng thì tiến hành khâu vết thương hai thì (làm sạch vết thương, sử dụng kháng sinh, kháng viêm trước sau đó mới tiến hành khâu vết thương).

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Cắt chỉ sau 7 – 10 ngày.
- Tái khám ngay khi có dấu hiệu sưng, đau, chảy dịch, mủ.

GÃY XƯƠNG VÙNG HÀM MẶT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Các xương sọ và mặt hợp thành một vùng cấu trúc phức tạp nhất về xương của cơ thể.
- Phân tích một khối xương mặt bị gãy đòi hỏi không những phải có kiến thức về giải phẫu học mà còn đòi hỏi kiến thức về các kiểu gãy thông thường của khối mặt.
- Đứng về mặt giải phẫu học và chức năng, xương hàm dưới có thể được xem là xương phức tạp nhất trong cơ thể. Không những xương hàm dưới (XHD) có các răng và di động, ngay từ lúc sơ sinh xương đã phải chứa cấu trúc nguyên thủy của hai hệ răng sữa và vĩnh viễn.
- XHD phần nào có tính dẻo, dễ uốn nắn, do không phải chỉ di động quanh khớp thái dương hàm nhưng cũng còn do khuynh hướng của khớp thái dương hàm hấp thu một số lực trong chấn thương.
- Giống như mũi, XHD cũng có một vị trí nhô ở mặt nên là mục tiêu thuận lợi cho cả tai nạn xe cộ và ẩu đả, hành hung.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng:

- Gãy ngang xương hàm trên:
 - Dấu hiệu lâm sàng:
 - + Có thể bầm tím quanh 2 bên mắt.
 - + Có thể có dấu hiệu hàm giả trên.
 - + Có thể lép 1 hoặc 2 bên xương gò má.
 - + Có thể sai khớp cắn, hở vùng răng trước hoặc chạm sớm 1 bên.
 - Cận lâm sàng:
 - + Chụp X quang: phim Blodeau – Hirtz hoặc mặt thẳng hoặc CT Scan (nếu cần)
 - Có hình ảnh đường thấu quang ngang vùng chóp răng hàm trên.
 - + Xét nghiệm máu tiền phẫu.
- Gãy xương gò má cung tiếp:
 - Dấu hiệu lâm sàng:
 - + Có thể bầm tím 1 hoặc 2 bên mắt.
 - + Có thể lép 1 hoặc 2 bên xương gò má.
 - + Có thể sai khớp cắn, hở vùng răng trước hoặc chạm sớm 1 bên.
 - + Có thể lõm vùng cung tiếp 1 hoặc 2 bên.
 - Cận lâm sàng:
 - + Chụp X quang: phim Blondeau – Hirtz, mặt thẳng hoặc CT Scan (nếu cần)
 - Có hình ảnh mất liên tục bờ ổ mắt bên gãy xương, mờ xoang hàm bên gãy xương, mất liên tục cung tiếp bên gãy.
 - + Xét nghiệm máu tiền phẫu.
- Gãy xương hàm dưới:
 - Dấu hiệu lâm sàng:
 - + Đau và sưng nề vùng xương gãy.
 - + Có thể biến dạng xương hàm dưới.
 - + Có thể sai khớp cắn.

2. Cận lâm sàng:

+ Chụp X quang: phim quanh chóp vùng gãy xương hoặc phim chếch nghiêng hoặc phim toàn cảnh hoặc CT Scan (nếu cần).

Hình ảnh mất liên tục xương hàm dưới vùng gãy xương.

+ Xét nghiệm máu tiền phẫu.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

- Là một cấp cứu, cần điều trị sớm, không bỏ sót tổn thương, phục hồi tốt chức năng, thẩm mỹ, ngăn ngừa biến chứng, tránh di chứng.

- Các bước điều trị:

- Chống choáng.

- Cầm máu.

- Sử dụng thuốc.

2. Điều trị:

Các trường hợp cụ thể:

- Điều trị gãy ngang xương hàm trên:

- Là một cấp cứu, cần điều trị sớm, không bỏ sót tổn thương, phục hồi tốt chức năng, thẩm mỹ, ngăn ngừa biến chứng, tránh di chứng.

- Nắn chỉnh và cố định xương hàm trên:

- Nắn chỉnh bằng tay, bằng dây thép, máng chỉnh hình, buộc chỉ thép vào răng hai hàm, tạo các móc Ivy cải tiến (cố định liên hàm).

- Cố định bằng cách phẫu thuật treo xương hàm vào gò má, cung tiếp trong gãy Le Fort I, Le Fort II (phẫu thuật Adams), hoặc treo xương hàm vào máu mắt ngoài của xương trán trong Le Fort III (phẫu thuật Thomas). Thời gian cố định 15 – 30 ngày.

- Gãy xương gò má và cung tiếp

- Các bước điều trị giống gãy ngang xương hàm trên.

- Phần nắn chỉnh và cố định xương má và cung tiếp :

Phẫu thuật nên tiến hành ở ngày thứ 4 – 8 sau chấn thương khi đã hết phù nề. Trẻ em tiến hành sớm hơn.

* *Chú ý:* không nên để quá lâu vì xương gò má gãy cal xơ nhanh.

Nắn chỉnh để phục hồi lại đường viền và kích thước của ổ mắt, giải phóng chèn ép dây thần kinh dưới ổ mắt. Phục hồi lại các chức năng của nhãn cầu – mi mắt bằng việc phục hồi lại dây chằng mi mắt ngoài và sàn ổ mắt.

Có hai phương pháp điều trị:

- + Phương pháp 1: PT nắn chỉnh cố định bằng mèche, rút mèche sau 7 – 10 ngày.

- + Phương pháp 2: PT, cố định bằng nẹp vít.

Có thể cố định liên hàm kèm theo.

- Gãy xương hàm dưới:

- Các bước điều trị giống gãy ngang xương hàm trên.

- PT và (hoặc) cố định liên hàm:

- + Đặt cung thép cố định 2 hàm bằng thun từ 4 đến 6 tuần.

- + Phẫu thuật cố định đoạn gãy bằng nẹp vít.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Cắt chỉ sau 7 – 10 ngày.

- Tái khám ngay khi có dấu hiệu sưng, đau, chảy dịch, mù.

- Tái khám định kỳ mỗi tuần 1 lần trong 5 tuần liên tiếp.

U NHÚ VÙNG MIỆNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là loại u lành tính, xuất phát từ bề mặt biểu mô, rất hay gặp. Phát triển ra ngoài dưới dạng những nhú nhỏ, tạo thành một sang thương dạng cục hoặc dạng mảng, đơn độc hoặc nhiều ổ, có bề mặt gồ ghề không đều dạng mụn cóc hoặc bông cải.

- Ở Việt Nam, u nhú tập trung ở lứa tuổi trên 50 (chiếm 75 % trường hợp), thường gặp ở phái nữ, với tỉ lệ nữ/nam là 4/1. Yếu tố gây bệnh được ghi nhận rõ rệt ở những bệnh có thói quen nhai trầu, xỉa thuốc hàng chục năm.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng:

- Bệnh có thể phát hiện tình cờ có khối u nhỏ, không đau ở môi hay niêm mạc miệng.

- Niêm mạc phủ hồng, có thể có cuống hoặc không.
- Khám không có hạch ngoại vi.

2. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu tiền phẫu.
- Các xét nghiệm bệnh nội khoa (nếu cần).

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Nang nhầy ở nông màu nhạt hơn, trong hơn, cứng hơn và bóp không xẹp.
- U xơ mềm: di động dễ dàng hơn nang, nhạt màu hơn, mật độ mềm hơn.
- Verruca vulgaris (sần thô, mụn cóc): bệnh sử tương đối ngắn, kích thước nhỏ 1 – 2mm và rắn hơn u nhú. Về vi thể, Verruca vulgaris khác u nhú vì các tế bào thượng bì có các hốc bào tương, nhân có thể chứa virus và có vầng sáng bao quanh.

III. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị:

Phẫu thuật u.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM:

Tái khám sau 1 tuần, cắt chỉ.

Theo dõi tái phát.

NANG NHẦY VÙNG MIỆNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Thường hay gặp, xảy ra ở mọi lứa tuổi, tỉ lệ nam nữ như nhau.

- Nang có thể hình thành theo hai cách:
 - Do sự tắc nghẽn thực sự của ống dẫn tuyến nhầy, khi đó thành nang được lợp bởi tế bào biểu mô, được gọi là nang nhầy do tắc nghẽn.
 - Do chấn thương làm tổn thương tuyến và dịch nhầy thoát đọng ở tổ chức xung quanh. Nang chỉ được bao bọc bởi một lớp tổ chức xơ, được gọi là nang nhầy do thoát dịch.
- Nang xảy ra ở bất cứ vị trí nào trong miệng nhưng thường là ở môi dưới, khẩu cái, lưng lưỡi, sàn miệng cũng gặp nhưng ít hơn. Nang thường vỡ tự phát hay do chấn thương, chảy ra dịch nhầy, sau đó nhanh chóng thành lập lại.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng:

- Bệnh có thể phát hiện tình cờ có khối sưng nhỏ căng, không đau ở môi hay niêm mạc miệng.
 - Niêm phủ hồng, xanh tím thường không loét.
 - Chọc hút nang có thể rút ra dịch nhầy vàng trong.
 - Khám không có hạch ngoại vi.

2. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu tiền phẫu.
- Các xét nghiệm bệnh nội khoa (nếu cần).

3. Chẩn đoán phân biệt:

- U máu gỗ:
Nang nhầy ở nông màu nhạt hơn, trong hơn, cứng hơn và bóp không xẹp.
- U xơ mềm: di động dễ dàng hơn nang, nhạt màu hơn, mật độ mềm hơn.

III. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc:

Phẫu thuật lấy nang nhầy.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Tái khám sau 1 tuần, cắt chỉ.
- Theo dõi tái phát.

NANG NHÁI SÀN MIỆNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là nang nghẽn thực sự. Vị trí đặc hiệu ở một bên sàn miệng.
- Hình thành do sự tắc nghẽn ống dẫn của tuyến nước bọt dưới lưỡi hoặc của một tuyến nước bọt phụ ở sàn miệng do sỏi hoặc bởi một chất hữu cơ nào đó.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng:

Bệnh cảnh lâm sàng phụ thuộc kích thước, độ sâu tiến triển của nang.

- Nang nhái thể nông (khu trú ở sàn miệng):
 - Thường có kích thước 1 – 3cm đường kính, nằm ở 1 bên sàn miệng.
 - Nang có hình bầu dục với trục dài theo chiều trước sau, bề mặt nhẵn. Lỗ ống Wharton bị đẩy vào trong và bình thường.
 - Khi ở nông sát niêm mạc, nang có màu xanh nhạt hoặc đỏ tía. Tuy nhiên khi nang ở sâu hơn, khi đó bề dày tổ chức bên trên che mất độ trong của nang làm cho niêm mạc phủ trên nang có màu hồng bình thường.
 - Khi nang lớn, có thể lún sang đường giữa và đẩy lưỡi lên trên làm cản trở chức năng miệng.

Đôi khi nang bị vỡ và xẹp mất hoàn toàn nhưng sau đó nhanh chóng tái phát trở lại.

Bệnh sử có gia tăng kích thước ngay trước hoặc trong khi ăn có ý nghĩa chẩn đoán.

- Nang nhái thể lan sâu:
 - Khi tiến triển, nang nhái từ sàn miệng có thể qua cơ hàm móng lan phòng vùng dưới hàm.

2. Cận lâm sàng:

- Chụp X quang: phim Occlusal hàm dưới.
- Siêu âm vùng dưới hàm.
- Xét nghiệm máu tiền phẫu.
- Các xét nghiệm bệnh nội khoa (nếu cần).

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Nang dạng da sàn miệng.
- Ổ thể lan sâu, nang tròn nhẵn, hơi cứng, dễ chẩn đoán nhầm với nang dạng da sàn miệng.
- Viêm tuyến dưới hàm mãn tính.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

Cố gắng điều trị triệt để, tránh tái phát.

2. Điều trị:

- Nang nhái thể nông:
 - Lấy toàn bộ nang đường trong miệng:
 - Được chỉ định khi nang có kích thước nhỏ
 - Khâu lộn túi:
 - Được chỉ định khi nang lớn hoặc trong quá trình tách bóc lấy toàn bộ nang, bao nang bị vỡ.
- Đối với nang nhái thể lan sâu:

- Việc cắt bỏ nang dựa trên nguyên tắc cắt bỏ tuyến dưới lưỡi hơn là cắt bỏ bao nang vì bao nang được lợp bởi tổ chức xơ hoặc biểu mô dẹt hơn là biểu mô tuyến. Được chỉ định khi nang tiến triển lan phòng vùng dưới hàm hoặc tái phát sau phẫu thuật khâu lộn túi.

- Hai cấu trúc giải phẫu cần được bảo tồn trong quá trình cắt bỏ tuyến dưới lưỡi là ống Wharton và dây thần kinh lưỡi.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM:

- Cắt chỉ sau 7 – 10 ngày.
- Hướng dẫn bệnh nhân bơm rửa mỗi ngày nếu khâu lộn bao nang.
- Tái khám ngay khi có dấu hiệu sưng, đau, chảy dịch, mủ (hoặc dấu hiệu lạ khác).
- Theo dõi tái phát.

NANG XƯƠNG HÀM DO RĂNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Nang vùng xương hàm rất phổ biến, gây ra viêm mạn tính do biểu hiện mô răng còn sót lại.

- Nang là u giả lành tính, phát triển chậm làm dồn ép mô bên cạnh.
- Nang là xoang bệnh lý chứa chất lỏng và lót bởi lớp biểu mô.
- Dịch chứa trong nang lỏng hay sền sệt do tế bào mô bị hoại tử hay do sự phân tiết của tế bào bọc nang.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng:

- Có thể sưng phồng ngoài mặt ở vị trí liên quan với răng nguyên nhân, da phủ có màu sắc bình thường hoặc đỏ khi có bội nhiễm, sờ căng, không đau hoặc đau khi có bội nhiễm.
- Khám trong miệng tìm răng nguyên nhân: răng nguyên nhân có thể sâu hoặc không sâu, có thể đổi màu sắc.
- Ngách hành lang hoặc khẩu cái vùng răng nguyên nhân sưng phồng, niêm mạc phủ đỏ nhẹ hoặc hồng bình thường, sờ có dấu hiệu ping – pong, không đau hoặc đau nhẹ.

2. Cận lâm sàng:

- Chụp X quang (phim quanh chóp, chéch nghiêng, Blondeau, toàn cảnh hoặc CT scan nếu cần): tìm, phát hiện răng nguyên nhân, xác định kích thước nang (có khi cần giữ lại răng). Có hình ảnh thấu quang đồng nhất, đường viền cản quang xương hàm vùng răng nguyên nhân.
- Xét nghiệm máu tiền phẫu: bạch cầu có thể tăng hoặc không tăng.
- Các xét nghiệm bệnh nội khoa (nếu cần).

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Abcess quanh chóp:
 - Tùy hoại tử do sâu răng.
 - Răng nguyên vẹn nhưng chết tùy do chấn thương.
 - Vùng thấu quang liên hệ răng nội nha: nội nha thất bại hoặc có ống tùy phụ.
- Loạn sản cement quanh chóp:
 - Thường xảy ra ở người trung niên.
 - Hay gặp răng trước dưới.
 - Tùy còn sống, không đau nhức.
 - Không phòng vỏ xương.
 - + Cấu trúc giải phẫu
 - + Các loại nang khác và nang giả.
 - + Tân sinh – U men thể nang.
 - + U hạt tế bào khổng lồ.
 - + Cường tuyến cận giáp.
 - + Cherubism.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

Điều trị dứt điểm nguyên nhân gây tạo nang.

2. Điều trị:

Điều trị nguyên nhân:

Phương pháp 1:

- Nhổ răng nguyên nhân, nạo nang xương hàm.
- Đặt mèche pommade tetracycline hoặc dầu mù u, thay mèche hoặc rút dần 1/3 hoặc 1/2 mèche đến khi mèche sạch, rút mèche.
- Làm nắp đập bằng nhựa acrylic để đập nang đã mổ (nếu cần).
- Hướng dẫn bệnh nhân cách vệ sinh nắp đập và tái khám.

Phương pháp 2:

- Nhổ răng nguyên nhân, nạo nang xương hàm.
- Ghép xương, khâu kín.

* *Lưu ý:* Nếu xương quanh chân răng còn đủ để giữ lại răng thì điều trị nội nha trước khi phẫu thuật nang.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Cắt chỉ sau 7 – 10 ngày.
- Tái khám ngay khi có dấu hiệu sưng, đau, chảy dịch, mủ (hoặc dấu hiệu lạ khác).

ĐAU DÂY THẦN KINH V

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đau dây thần kinh số V là một loại đau rất đặc thù, trong cơn đau thường rất nặng, xảy ra đột ngột và thường kéo dài từ vài giây cho đến không quá một phút. Đau này thường là tự phát hoặc xuất phát từ một điểm đau như cò súng (trigger spot). Đau dây thần kinh số V thường xuất hiện một bên, một số ít 93 – 6% xuất hiện đau dây V hai bên. Những trường hợp đau hai bên không phải xuất hiện cùng một lúc mà đau một bên trong một thời gian dài rồi sau đó mới xuất hiện phía đối bên. Đau dây V thường xảy ra ở người trên 70 tuổi, được liên kết với những nguyên nhân và cơ chế sinh lý bệnh khác nhau.

- Đa số các bệnh nhân đau dây thần kinh V khi khám lâm sàng là hoàn toàn bình thường. Tuy nhiên cũng có một số trường hợp đau ở ½ mặt liên quan đến một số bệnh lý vùng góc cầu – tiểu não như xơ cứng rải rác, u màng não (meningiomas), u dây V (schwannomas), u nang thượng bì (epidermoid cyst)...

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng:

- Tiền sử có cơn đau ngắn kịch phát, như điện giật, như dao đâm, thoáng qua ở vùng phân bố của dây thần kinh sinh ba.
- Khởi đầu một bên một cách đột ngột và chấm dứt sau vài giây đến 2 phút.
- Đau khi nói chuyện, ăn nhai, khi hôn, uống nước, đánh răng.
- Thăm khám thần kinh bình thường.
- Giữa các cơn đau là thời kỳ tương đối không đau.

Chú ý: Đau ở bệnh nhân Zona, viêm xoang, tăng nhãn áp, đau răng.

2. Cận lâm sàng:

- X quang, siêu âm để chẩn đoán phân biệt đau do nguyên nhân khác.

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Đau thần kinh sau herpes: thường khai thác bệnh sử sẽ phát hiện tình trạng nhiễm.
- Đau đầu từng chuỗi: đau một bên mặt kèm theo chảy nước mắt, nước mũi, mồ hôi và các triệu chứng khác.
- Hội chứng SUNCT (short- lasting unilateral neuralgiform headache attacks): xảy ra ở nam giới trên 50 tuổi với các đặc điểm gần giống đau thần kinh V, thường khu trú quanh mắt hoặc vùng thái dương và dấu hiệu đặc trưng nhất là tình trạng đỏ mắt, chảy nước mắt kèm theo.
- Đau mặt không điển hình: triệu chứng tương tự đau thần kinh V, nhưng mức độ không dữ dội bằng, đồng thời không đáp ứng với Tegretol.
- Đau co thắt nửa mặt: nguyên nhân do thần kinh VII bị kích thích, thường đau và gây co giật các cơ một bên mặt, nhưng không dữ dội như đau thần kinh V.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

Cắt cơn đau.

2. Điều trị:

Chủ yếu điều trị nội khoa. Chỉ phẫu thuật cắt thần kinh khi không đáp ứng điều trị nội hoặc đã sử dụng đến liều tối đa được 1 thời gian.

- Carbamazepin 200mg (tegretol) tăng liều dần đến khi hết triệu chứng, duy trì liều 1 – 2 tuần, giảm liều dần.

- Liều khởi phát:
 - + 100 – 400mg, 1 – 2 lần/ngày.
 - + Liều tối đa 1200mg/ngày.
- Trường hợp điều trị Carbamazepin không hiệu quả ta có thể phối hợp Gabapentin (Neurotin) 300mg, 300 – 600mg/ngày.
- Thuốc hỗ trợ: MgB6 hoặc Vitamin 3B (B1, B6, B12).

VIÊM – LIỆT THẦN KINH MẶT NGOẠI BIÊN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Liệt mặt (facial paralysis) là liệt dây thần kinh mặt – liệt dây thần kinh VII, với biểu hiện mất hoặc giảm vận động những cơ ở nửa mặt (hữu hoặc tả hai bên mặt), có thể kèm theo các rối loạn: cảm giác, phản xạ, vận mạch và bài tiết tuyến lệ, tuyến nước bọt.
- Dây thần kinh VII từ các nhân ở cầu não, đi quanh nhân dây thần kinh VI, ra khỏi nhân não, xuyên suốt vòi Fallope (ống trong xương đá), đến mang tai. Tại đây nó chia nhánh chi phối vận động cho các cơ vùng mặt; Chi phối cảm giác, vị giác, thính giác, vận mạch, tuyến lệ, tuyến nước bọt.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng:

- Mắt bên liệt nhắm không kín.
 - Mờ nếp nhăn trán, cơ mặt bên liệt.
 - Mặt, miệng há lệch về bên lành.
- * Chú ý: Huyết áp/bệnh nhân tai biến mạch máu não.
Dấu hiệu thần kinh trung ương.

2. Cận lâm sàng:

Đo huyết áp, đo điện tim, XQ hoặc CT scan khi nghi ngờ do nguyên nhân từ bệnh lý do nguyên nhân từ não.

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Liệt mặt trung ương do chấn thương sọ não; Đột quỵ; Khối u (u não, u tủy, u lao, ung thư); Viêm tủy xám – Poliomyelitis hay gặp ở trẻ em; Xơ não tủy rải rác; Bệnh bại liệt tổn thương thân não.
- Đặc điểm chung: liệt dây mặt trung ương là liệt $\frac{1}{4}$ dưới của mặt, thường kèm liệt nửa người cùng bên. Không bao giờ tiến triển thành liệt cứng.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc: hết liệt mặt: thuốc, kết hợp đông y châm cứu, hội chẩn với chuyên khoa nội thần kinh nếu cần (hoặc chuyên khoa liên quan khác)

2. Điều trị:

- Kháng viêm: nhóm corticoid
- Vitamin nhóm B: B1, B6, B12 với B12 5000 đơn vị.
- Kết hợp châm cứu.
- Giữ ấm cơ thể.
- Phối hợp kháng sinh khi có nhiễm khuẩn.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Tái khám để tiếp tục châm cứu (nếu cần)
- Theo dõi tái phát.
- Phối hợp khám nội.