

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ BỆNH VỀ RĂNG HÀM MẶT

Mục lục

1. RĂNG KHÔN MỘC LỆCH.....	7
I. ĐỊNH NGHĨA	7
II. NGUYÊN NHÂN.....	7
III. CHẨN ĐOÁN	7
IV. ĐIỀU TRỊ	8
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	8
VI. PHÒNG BỆNH	9
2. MẤT RĂNG TOÀN BỘ	10
I. ĐỊNH NGHĨA	10
II. NGUYÊN NHÂN.....	10
III. CHẨN ĐOÁN	10
IV. ĐIỀU TRỊ	10
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	11
VI. PHÒNG BỆNH	11
3. MẤT RĂNG TỪNG PHẦN.....	13
I. ĐỊNH NGHĨA	13
II. NGUYÊN NHÂN.....	13
III. CHẨN ĐOÁN	13
IV. ĐIỀU TRỊ	13
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	16
VI. PHÒNG BỆNH	16
4. SÂU RĂNG SỬA.....	17
I. ĐỊNH NGHĨA	17
II. NGUYÊN NHÂN.....	17
III. CHẨN ĐOÁN	18
IV. ĐIỀU TRỊ	20
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	21
VI. PHÒNG BỆNH	21
5. VIÊM TỦY RĂNG SỬA	22
I. ĐỊNH NGHĨA	22
II. NGUYÊN NHÂN.....	22
III. CHẨN ĐOÁN	22

IV. ĐIỀU TRỊ	25
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	26
VI. PHÒNG BỆNH	26
6. VIÊM LỢI LIÊN QUAN ĐẾN MẢNG BÁM RĂNG.....	27
I. ĐỊNH NGHĨA	27
II. NGUYÊN NHÂN.....	27
III. CHẨN ĐOÁN	27
IV. ĐIỀU TRỊ	28
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	29
VI. PHÒNG BỆNH	29
7. VIÊM QUANH RĂNG TIẾN TRIỂN CHẬM	30
I. ĐỊNH NGHĨA	30
II. NGUYÊN NHÂN.....	30
III. CHẨN ĐOÁN	30
IV. ĐIỀU TRỊ	31
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	34
VI. PHÒNG BỆNH	35
8. VIÊM LỢI LOÉT HOẠI TỬ CẤP TÍNH (Acute Necrotizing Ulcerative Gingivitis)36	
I. ĐỊNH NGHĨA	36
II. NGUYÊN NHÂN.....	36
III. CHẨN ĐOÁN	36
IV. ĐIỀU TRỊ.....	37
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	38
VI. PHÒNG BỆNH	38
9. BỆNH SÂU RĂNG.....	39
I. ĐỊNH NGHĨA	39
II. NGUYÊN NHÂN	39
III. CHẨN ĐOÁN	40
IV. ĐIỀU TRỊ	42
V. BIẾN CHỨNG	43
10. TỔN THƯƠNG MÔ CỨNG CỦA RĂNG KHÔNG DO SÂU.....	44
I. ĐỊNH NGHĨA	44
II. NGUYÊN NHÂN.....	44
III. CHẨN ĐOÁN	45
IV. ĐIỀU TRỊ	46
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	46

VI. PHÒNG BỆNH	46
11. VIÊM TỦY RĂNG.....	47
I. ĐỊNH NGHĨA	47
II. NGUYÊN NHÂN.....	47
III. CHẨN ĐOÁN	47
IV. ĐIỀU TRỊ	49
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	50
VI. PHÒNG BỆNH	50
12. VIÊM QUANH CUÔNG RĂNG	51
I. ĐỊNH NGHĨA	51
II. NGUYÊN NHÂN.....	51
III. CHẨN ĐOÁN	52
IV. ĐIỀU TRỊ	55
V. BIẾN CHỨNG VÀ TIÊN LƯỢNG	56
VI. PHÒNG BỆNH	56
13. SAI KHỚP CÁN LOẠI I.....	57
I. ĐỊNH NGHĨA	57
II. NGUYÊN NHÂN.....	57
III. CHẨN ĐOÁN	57
IV. ĐIỀU TRỊ	58
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	60
VI. PHÒNG BỆNH	60
14. SAI KHỚP CÁN LOẠI II DO QUÁ PHÁT XƯƠNG HÀM TRÊN.....	61
I. ĐỊNH NGHĨA	61
II. NGUYÊN NHÂN.....	61
III. CHẨN ĐOÁN	61
IV. ĐIỀU TRỊ	62
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	64
VI. PHÒNG BỆNH	64
15. SAI KHỚP CÁN LOẠI II DO KÉM PHÁT TRIỂN XƯƠNG HÀM DƯỚI	65
I. ĐỊNH NGHĨA	65
II. NGUYÊN NHÂN.....	65
III. CHẨN ĐOÁN	65
IV. ĐIỀU TRỊ	67
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	68
VI. PHÒNG BỆNH	68

16. SAI KHỚP CÁN LOẠI II DO XƯƠNG HAI HÀM.....	69
I. ĐỊNH NGHĨA	69
II. NGUYÊN NHÂN.....	69
III. CHẨN ĐOÁN	69
IV. ĐIỀU TRỊ	71
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	72
VI. PHÒNG BỆNH	73
17. SAI KHỚP CÁN LOẠI II TIỂU LOẠI I DO RĂNG	74
I. ĐỊNH NGHĨA	74
II. NGUYÊN NHÂN.....	74
III. CHẨN ĐOÁN	74
IV. ĐIỀU TRỊ	75
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	76
VI. PHÒNG BỆNH	76
18. SAI KHỚP CÁN LOẠI II TIỂU LOẠI II DO RĂNG.....	77
I. ĐỊNH NGHĨA	77
II. NGUYÊN NHÂN.....	77
III. CHẨN ĐOÁN	77
IV. ĐIỀU TRỊ	78
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	79
VI. PHÒNG BỆNH	79
19. GIẢ KHỚP CÁN LOẠI III.....	80
I. ĐỊNH NGHĨA	80
II. NGUYÊN NHÂN.....	80
III. CHẨN ĐOÁN	80
IV. ĐIỀU TRỊ	81
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	82
VI. PHÒNG BỆNH	82
20. KHỚP CÁN HỔ.....	83
I. ĐỊNH NGHĨA	83
II. NGUYÊN NHÂN.....	83
III. CHẨN ĐOÁN	83
IV. ĐIỀU TRỊ	85
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	86
VI. PHÒNG BỆNH	87
21. CÁN CHÉO	88

I. ĐỊNH NGHĨA	88
II. NGUYÊN NHÂN.....	88
III. CHẨN ĐOÁN	89
IV. ĐIỀU TRỊ	91
V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	92
VI. PHÒNG BỆNH	93
22. SAI KHỚP CẦN LOẠI III DO KÉM PHÁT TRIỂN XƯƠNG HÀM TRÊN	94
I. ĐỊNH NGHĨA	94
II. NGUYÊN NHÂN.....	94
III. CHẨN ĐOÁN	94
VI. ĐIỀU TRỊ	96
V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	97
VI. PHÒNG BỆNH	97
23. KHE HỖ MÔI	98
I. ĐỊNH NGHĨA	98
II. NGUYÊN NHÂN.....	98
III. CHẨN ĐOÁN	98
IV. ĐIỀU TRỊ	99
V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	99
VI. PHÒNG BỆNH	100
24. KHE HỖ VÒM MIỆNG.....	101
I. ĐỊNH NGHĨA	101
II. NGUYÊN NHÂN.....	101
III. CHẨN ĐOÁN	101
IV. ĐIỀU TRỊ	102
V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	103
VI. PHÒNG BỆNH	103
25. NANG THÂN RĂNG.....	104
I. ĐỊNH NGHĨA	104
II. NGUYÊN NHÂN.....	104
IV. ĐIỀU TRỊ	105
V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	106
VI. PHÒNG BỆNH:	106
26. NANG NHÁI SÀN MIỆNG.....	107
I. ĐỊNH NGHĨA	107
II. NGUYÊN NHÂN.....	107

III. CHẨN ĐOÁN	107
IV. ĐIỀU TRỊ	107
V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG:	108
VI. PHÒNG BỆNH:	109
27. NANG TUYẾN NƯỚC BỌT DƯỚI HÀM VÀ DƯỚI LƯỖI.....	110
I. ĐỊNH NGHĨA	110
II. NGUYÊN NHÂN.....	110
III. CHẨN ĐOÁN	110
IV. ĐIỀU TRỊ	110
V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	111
VI. PHÒNG BỆNH	111
28. NANG KHE MANG.....	112
I. ĐỊNH NGHĨA	112
II. NGUYÊN NHÂN.....	112
III. CHẨN ĐOÁN	112
IV. ĐIỀU TRỊ	112
V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	113
VI. PHÒNG BỆNH	113
29. ÁP XE VÙNG CƠ CĂN.....	114
I. ĐỊNH NGHĨA	114
II. NGUYÊN NHÂN.....	114
III. CHẨN ĐOÁN	114
IV. ĐIỀU TRỊ	115
V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	116
VI. PHÒNG BỆNH	116
30. ÁP XE MÁ	117
I. ĐỊNH NGHĨA	117
II. NGUYÊN NHÂN.....	117
III. CHẨN ĐOÁN	117
IV. ĐIỀU TRỊ	118
V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	119
VI. PHÒNG BỆNH	119
31. ÁP XE VÙNG DƯỚI HÀM.....	120
I. ĐỊNH NGHĨA	120
II. NGUYÊN NHÂN.....	120
III. CHẨN ĐOÁN	120

IV. ĐIỀU TRỊ	121
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	122
VI. PHÒNG BỆNH	122
32. ÁP XE VÙNG SÀN MIỆNG	123
I. ĐỊNH NGHĨA	123
II. NGUYÊN NHÂN.....	123
III. CHẨN ĐOÁN	123
IV. ĐIỀU TRỊ	124
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	125
VI. PHÒNG BỆNH	125
33. ÁP XE VÙNG MANG TAI	126
I. ĐỊNH NGHĨA	126
II. NGUYÊN NHÂN.....	126
III. CHẨN ĐOÁN	126
IV. ĐIỀU TRỊ	127
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	128
VI. PHÒNG BỆNH	128
34. ÁP XE THÀNH BÊN HỌNG.....	129
I. ĐỊNH NGHĨA	129
II. NGUYÊN NHÂN.....	129
III. CHẨN ĐOÁN	129
IV. ĐIỀU TRỊ	130
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	131
VI. PHÒNG BỆNH	131
35. VIÊM TẤY LAN TỎA VÙNG HÀM MẶT.....	133
I. ĐỊNH NGHĨA	133
II. NGUYÊN NHÂN.....	133
III. CHẨN ĐOÁN	133
IV. ĐIỀU TRỊ	134
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	135
VI. PHÒNG BỆNH	135
36. U MEN XƯƠNG HÀM (Ameloblastoma).....	136
I. ĐỊNH NGHĨA	136
II. NGUYÊN NHÂN.....	136
III. CHẨN ĐOÁN	136
IV. ĐIỀU TRỊ	137

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	137
VI. PHÒNG BỆNH	138
37. U RĂNG	139
I. ĐỊNH NGHĨA	139
II. NGUYÊN NHÂN.....	139
III. CHẨN ĐOÁN	139
IV. ĐIỀU TRỊ	139
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	140
VI. PHÒNG BỆNH	140
38. U XƯƠNG RĂNG.....	141
I. ĐỊNH NGHĨA	141
II. NGUYÊN NHÂN.....	141
III. CHẨN ĐOÁN	141
IV. ĐIỀU TRỊ	141
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	142
VI. PHÒNG BỆNH	142
39. U MÁU Ở TRẺ EM (Hemangiomas).....	143
I. ĐỊNH NGHĨA	143
II. NGUYÊN NHÂN.....	143
III. CHẨN ĐOÁN	143
IV. ĐIỀU TRỊ	144
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	145
VI. PHÒNG BỆNH	145
40. U BẠCH MẠCH (Lymphangioma)	146
I. ĐỊNH NGHĨA	146
II. NGUYÊN NHÂN.....	146
III. CHẨN ĐOÁN	146
IV. ĐIỀU TRỊ	146
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	147
VI. PHÒNG BỆNH	147
41. U XƠ THẦN KINH.....	148
I. ĐỊNH NGHĨA	148
II. NGUYÊN NHÂN.....	148
III. CHẨN ĐOÁN	148
IV. ĐIỀU TRỊ	148
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	149

VI. PHÒNG BỆNH	149
42. VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI DO VIRUS (QUAI BỊ)	150
I. ĐỊNH NGHĨA	150
II. NGUYÊN NHÂN.....	150
III. CHẨN ĐOÁN	150
IV. ĐIỀU TRỊ	151
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	151
VI. PHÒNG BỆNH	151
43. VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI MẠN TÍNH	152
I. ĐỊNH NGHĨA	152
II. NGUYÊN NHÂN.....	152
III. CHẨN ĐOÁN	152
IV. ĐIỀU TRỊ	153
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	153
VI. PHÒNG BỆNH	154
44. VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT DƯỚI HÀM DO SỎI	155
I. ĐỊNH NGHĨA	155
II. NGUYÊN NHÂN.....	155
III. CHẨN ĐOÁN	155
IV. ĐIỀU TRỊ	156
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	157
VI. PHÒNG BỆNH	157
45. U HỖN HỢP TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI.....	158
I. ĐỊNH NGHĨA	158
II. NGUYÊN NHÂN.....	158
III. CHẨN ĐOÁN	158
IV. ĐIỀU TRỊ	159
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	159
VI. PHÒNG BỆNH	160
46. U TUYẾN NƯỚC BỌT DƯỚI HÀM	161
I. ĐỊNH NGHĨA	161
II. NGUYÊN NHÂN.....	161
III. CHẨN ĐOÁN	161
IV. ĐIỀU TRỊ	161
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	162
VI. PHÒNG BỆNH	162

47. U TUYẾN NƯỚC BỌT VÒM MIỆNG	163
I. ĐỊNH NGHĨA	163
II. NGUYÊN NHÂN.....	163
III. CHẨN ĐOÁN	163
IV. ĐIỀU TRỊ	163
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	164
VI. PHÒNG BỆNH	164
48. ĐAU DÂY THẦN KINH V	165
I. ĐỊNH NGHĨA	165
II. NGUYÊN NHÂN.....	165
III. CHẨN ĐOÁN	165
IV. ĐIỀU TRỊ	166
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	168
VI. PHÒNG BỆNH	168
49. UNG THƯ LƯỠI.....	169
I. ĐỊNH NGHĨA	169
II. NGUYÊN NHÂN.....	169
III. CHẨN ĐOÁN	169
IV. ĐIỀU TRỊ	171
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	172
VI. PHÒNG BỆNH	172
50. UNG THƯ SÀN MIỆNG.....	173
I. ĐỊNH NGHĨA	173
II. NGUYÊN NHÂN.....	173
III. CHẨN ĐOÁN	173
IV. ĐIỀU TRỊ	175
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	176
VI. PHÒNG BỆNH	176
51. UNG THƯ TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI.....	177
I. ĐỊNH NGHĨA	177
II. NGUYÊN NHÂN.....	177
III. CHẨN ĐOÁN	177
IV. ĐIỀU TRỊ	179
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	179
VI. PHÒNG BỆNH	180
52. VIÊM QUANH IMPLANT	181

I. ĐỊNH NGHĨA	181
II. NGUYÊN NHÂN.....	181
III. CHẨN ĐOÁN	181
IV. ĐIỀU TRỊ	182
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	183
VI. PHÒNG BỆNH	183
53. CHẤN THƯƠNG PHẦN MỀM VÙNG HÀM MẶT	184
I. ĐỊNH NGHĨA	184
II. NGUYÊN NHÂN.....	184
III. CHẨN ĐOÁN	184
IV. ĐIỀU TRỊ.....	186
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	188
54. GẦY XƯƠNG HÀM DƯỚI.....	189
I. ĐỊNH NGHĨA	189
II. NGUYÊN NHÂN.....	189
III. CHẨN ĐOÁN	189
IV. ĐIỀU TRỊ	189
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	191
VI. PHÒNG BỆNH	191
55. GẦY XƯƠNG HÀM TRÊN	192
I. ĐỊNH NGHĨA	192
II. NGUYÊN NHÂN.....	192
III. CHẨN ĐOÁN	192
IV. ĐIỀU TRỊ GẦY XƯƠNG HÀM TRÊN.....	194
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	195
VI. PHÒNG BỆNH	195
56. GẦY XƯƠNG GÒ MÁ CUNG TIẾP.....	196
I. ĐỊNH NGHĨA	196
II. NGUYÊN NHÂN.....	196
III. CHẨN ĐOÁN	196
IV. ĐIỀU TRỊ	196
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	197
VI. PHÒNG BỆNH	197
57. ĐÍNH KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM.....	198
I. ĐỊNH NGHĨA	198
II. NGUYÊN NHÂN.....	198

III. CHẨN ĐOÁN	198
IV. ĐIỀU TRỊ	199
V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG	200
VI. PHÒNG BỆNH	200
TÀI LIỆU THAM KHẢO	201

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 SiO_2 , CaO , MgO , K_2SO_4 , và Na_2SO_4 .

- 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 Frankfort đi qua điểm N.

- Chỉ số Pog-N Perp: Khoảng cách từ điểm Pog tới đường thẳng vuông góc với mặt phẳng Frankfort đi qua điểm N.

- Điểm A: điểm sau nhất nằm trên đường vòng nổi 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.

- NF-1 (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.

1. RĂNG KHÔN MỘC LỆCH

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 huyết ổ răng, Panorama, hàm dưới chếc, 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.

c. 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

a. 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 cắn gạc cầm máu.
- Hướng dẫn bệnh nhân dùng kháng sinh, chống viêm, giảm đau nếu cần.

b. 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 4.2.1.

V. TIỀN 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.

- Tồn 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.

2. MẤT RĂNG TOÀN BỘ

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 nhổ 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

a. Điều trị tiền phục hình

- Bám gai xương ở sống hàm.
- Điều trị các trường hợp phanh môi, má bám thấp.
- Làm sâu ngách tiền đình trong một số trường hợp ngách tiền đình nông.

b. 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 thìa cá nhân (tại Labo).

- + Lấy dấu thìa 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.

c. 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 bấm.
 - + 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.

3. MẤT RĂNG TỪNG PHẦN

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

a. 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.

b. 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.
- Bám gai xương ở sống hàm.
- Điều trị các trường hợp phan hôi 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.
 - + 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.

- Chông 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 kẻ.
- + Sửa soạn răng đặt móc và mài chỉnh tạo hướng lắp cho hàm khung nếu cần.
- + Lấy dấu và đồ mẫu làm việc.
- + So mẫu và chọn mẫu răng.
- + Thiết kế hàm khung trên mẫu thạch cao.
- + Đúc hàm khung bằng hợp kim.
- + Thử khung trên miệng bệnh nhân.
- + Đo 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.

- Chông 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 nhịp cầu.

- Các bước

- + Sửa soạn các răng trụ mang cầu.
- + Lấy dấu và đồ mẫu.
- + So mẫu răng.
- + 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.
- 4.2.5. Hàm toàn bộ phủ
 - Chỉ định: Mất răng loại Kennedy V và VI.
 - Kỹ thuật
 - Các bước cơ bản giống hàm toàn bộ.

V. TIỀN 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.

4. SÂU RĂNG SỮA

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.

- 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 hủy 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, núm 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 tủy.
- + 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

a. 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 tủy, hoặc trên nhiều răng do 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.

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

Triệu chứng	Sâu răng	Viêm tủy răng	Tủy 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,	Ê buốt ngà khi có kích thích nóng, lạnh,	Đau tăng lên. Khi hết các chất kích thích, đau vẫn tiếp	Không đau, không ê buốt khi có kích

ngọt...	chua, ngọt. Hết kích thích thì hết ê buốt.	tục kéo dài thêm.	thích.
Tổn thương mô cứng răng	Có lỗ sâu.	Lỗ sâu to, nhiều ngà mủn, làm sạch có thể thấy ánh hồng hoặc tủy 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 tủy	Có đau, sớm hết đau khi hết kích thích.	Đau nhiều và còn kéo dài thêm khi ngừng kích thích.	Không đau.
X quang	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu.	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu sát tủy.	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu sát tủy.

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 tủy và hàn kín phục hồi mô cứng bằng các loại vật liệu thích hợp.

2. Điều trị cụ thể

a. 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.

b. 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.

- 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.

5. VIÊM TỦY RĂNG SỮA

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.

a. 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.

b. Cận lâm sàng

X quang: có biểu hiện các tổn thương mô cứng.

c. 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.
Tổn 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 kích thích.	Đau nhiều và còn kéo dài thêm khi ngừng kích thích
X quang	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu.	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu.	Có hình ảnh tổn 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.

a. 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.

b. Cận lâm sàng

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

c. 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, hết 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 tỏa.	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 ngang	Đau nhiều.	Có thể đau nhẹ.	Đau nhiều.
Gõ dọc	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

- Nguyên tắc
- + Loại bỏ các yếu tố nhiễm khuẩn

- + Bảo tồn tủy.
- + Bảo vệ tủy.
- + Hàn phục hồi tổn thương mô cứng.
- Điều trị cụ thể
- + Chuẩn bị xoang hàn.
- + Hàn lót bảo vệ tủy: Có thể dùng Canxi hydroxit, hoặc MTA...
- + Hàn phục hồi xoang hàn bằng Composite, GIC,...

2. Viêm tủy không hồi phục

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

6. VIÊM LỢI LIÊN QUAN ĐẾN MĂNG BÁM RĂNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm lợi 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 lợi, không ảnh hưởng tới xương ổ răng và xương răng.

II. NGUYÊN NHÂN

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

- Viêm lợi chỉ do mảng bám răng, không có các yếu tố tại chỗ khác phối hợp.
- Viêm lợi 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.
 - + Chết 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.

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

b. 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 lợi, có thể thấy bằng mắt thường hay chất nhuộm màu mảng bám răng.
 - + Thay đổi hình thể của lợi: Bờ lợi, nhú lợi sung, phù nề, phì đại tạo nên túi lợi giả.
 - + Thay đổi màu sắc của lợi: Lợi bình thường màu hồng nhạt chuyển sang màu đỏ nhạt hoặc đỏ sẫm.

+ Độ săn chắc giảm: Bình thường lợi 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 lợi.

+ Phục hồi lợi 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 lợi do mảng bám răng với các yếu tố tại chỗ phối hợp làm tăng sự tích tụ mảng bám răng có thể thấy các lợi 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.

c. 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 lợi do mảng bám răng	Viêm quanh răng tiến triển chậm
Có mảng bám răng	+	+
Thay đổi màu sắc lợi	+	+
Thay đổi hình thể lợi	+	+
Chảy máu lợi	+	+
Tăng tiết dịch lợi	+	+
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 và các chất màu.

- 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 mất, 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 lợi 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 lợi.

- 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.

7. VIÊM QUANH RĂNG TIẾN TRIỂN CHẬM

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm quanh răng tiến triển chậm là hậu quả của sự lan rộng quá trình viêm khởi đầu ở lợi tới tổ chức quanh răng, gây phá hủy xương ổ răng, dây chằng quanh răng và xương răng.

Viêm quanh răng tiến triển chậm thường tiến triển nhiều năm, kéo dài nên còn được gọi là viêm quanh răng ở người lớn hoặc viêm quanh răng do viêm mạn tính.

II. NGUYÊN NHÂN

- Viêm quanh răng tiến triển chậm là bệnh đa yếu tố. Đó là kết quả của sự tương tác nhiều yếu tố phức tạp giữa vật chủ và các tác nhân nhiễm trùng. Sự tiến triển viêm quanh răng là do mất thăng bằng giữa một bên là sự thâm nhập của các vi khuẩn vào hệ thống bám dính và một bên là khả năng bảo vệ của cơ thể vật chủ.

- Viêm quanh răng tiến triển chậm liên quan với sự tích tụ của mảng bám vi khuẩn hay liên quan chặt chẽ với tình trạng vệ sinh răng miệng.

- Mặc dù khả năng miễn dịch của cơ thể có thể thay đổi nhưng viêm quanh răng tiến triển chậm hầu như không liên quan với các thiếu hụt miễn dịch và tình trạng toàn thân bất thường.

- Một số bệnh toàn thân như đái tháo đường, các thay đổi về nội tiết hoặc các thiếu hụt miễn dịch có thể làm biến đổi đáp ứng của vật chủ đối với mảng bám răng đang tồn tại, làm tăng thêm tiến triển viêm quanh răng và làm tăng mức độ và phạm vi phá hủy mô.

- Về mặt vi khuẩn, nhìn chung thì mảng bám dính ở vùng dưới lợi thường có các loài *Actinomyces* và khuẩn lạc chứa các vi khuẩn hình sợi gram dương và gram âm. Mảng bám không dính ở dưới lợi thì có các xoắn khuẩn và các trực khuẩn gram âm chiếm ưu thế.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

a. Lâm sàng

Trên lâm sàng có các thay đổi viêm mạn tính ở lợi và sự có mặt của các túi quanh răng.

- Viêm lợi: là biểu hiện đặc trưng của viêm quanh răng tiến triển chậm. Viêm lợi là do tích tụ mảng bám răng. Viêm lợi với các biểu hiện là lợi thường sưng nề nhẹ đến trung bình và có biểu hiện biến đổi màu sắc từ hồng nhạt sang màu đỏ, lợi dính mất cấu trúc da cam. Có thay đổi hình thể bề mặt lợi như các bờ lợi không còn

sắc hoặc tròn và nhú lợi dẹt xuống hoặc lõm, mất vòm ngôn ở lợi ở phía trước của hai răng liền kề. Trong một số trường hợp, do hậu quả viêm mức độ nhẹ kéo dài, làm cho lợi bờ xơ dày.

- Chảy máu lợi: có thể có chảy máu tự nhiên hoặc dễ chảy máu khi bị kích thích hay chải răng khi thăm khám

- Dịch rỉ viêm: có thể có dịch rỉ viêm hoặc mủ ở túi lợi. Nếu trường hợp túi quanh răng bị bít kín lại thì mủ không thể dẫn lưu ra được và có thể hình thành áp xe quanh răng. Khi có áp xe quanh răng thì sẽ gây ra đau cho bệnh nhân.

- Mất bám dính quanh răng và tiêu xương ổ răng, hình thành túi lợi bệnh lý hay túi quanh răng với chiều sâu của túi lợi có thể thay đổi khác nhau.

- Lung lay răng: do có tiêu xương ổ răng nên là m cho các răng bị lung lay. Nếu mất nhiều xương và tiến triển kéo dài, có thể còn gây ra di lệch răng.

- Đau: Viêm quanh răng tiến triển chậm thường không gây đau. Đôi khi các chân răng đã bộc lộ nhạy cảm với nóng lạnh. Nhưng có thể có đau âm ỉ khu trú, và có khi lan đến hàm, hoặc có thể thấy lợi nhạy cảm hoặc ngứa. Trường hợp đau cấp do đã tạo thành áp xe quanh răng hoặc có sâu ở các chân răng gây viêm tủy răng.

- Tính chất khu trú: Bệnh viêm quanh răng tiến triển chậm thường có ở toàn bộ hai hàm mặc dù có một vài vùng có thể nặng hơn so với các vùng khác. Các vùng nặng hơn thường liên quan với việc kiểm soát mảng bám kém hơn như vùng chèn kẽ răng hoặc các răng mọc sai vị trí.

b. Cận lâm sàng

Trên phim X quang có các biểu hiện là :

- Có tiêu xương ổ răng.

- Có thể có di lệch răng.

- Có thể thấy tổn thương mất xương ở vùng chèn kẽ giữa các chân răng của các răng liền kề.

- Nếu có phối hợp với sang chấn khớp cắn thì có biểu hiện mất xương có góc và vùng dây chằng quanh răng rộng.

2. Chẩn đoán phân biệt: Viêm quanh răng tiến triển chậm phân biệt với viêm quanh răng tiến triển nhanh bắt đầu ở người lớn.

- Dựa vào bệnh sử và đáp ứng với điều trị.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Phải điều trị loại bỏ đau, nếu có đau.

- Phải trừ được viêm lợi và chảy máu lợi.
- Loại bỏ hoặc giảm túi quanh răng.
- Loại bỏ nhiễm khuẩn và làm ngừng hình thành mủ.
- Ngăn chặn sự phá huỷ mô mềm và xương.
- Làm giảm lung lay răng bất thường.
- Loại trừ khớp cắn sang chấn và thiết lập khớp cắn tối ưu.
- Phục hồi lại các tổ chức đã bị phá huỷ.
- Tạo lại đường viền lợi sinh lý để bảo vệ mô quanh răng.
- Ngăn ngừa tái phát bệnh.
- Giảm mất răng.

2. Phác đồ điều trị

- Bước 1: Pha điều trị mở đầu

+ Trong giai đoạn điều trị này, ưu tiên điều trị các cấp cứu về răng miệng như viêm tủy răng cấp, viêm quanh cuống răng cấp, viêm quanh thân răng cấp, áp xe lợi, áp xe quanh răng cấp.

+ Nhờ các răng không còn hy vọng chữa được và có giải pháp thay thế tạm thời nếu cần hoặc có thể thì hoãn tới một thời gian thuận lợi hơn.

- Bước 2: Điều trị pha 1 (Pha bệnh căn)

+ Kiểm soát mảng bám răng.

+ Kiểm soát chế độ ăn uống, nhất là ở những bệnh nhân có sâu răng lan.

+ Lấy cao răng và làm nhẵn chân răng.

+ Sửa chữa các yếu tố kích thích là các chỗ hàn hoặc các cầu chụp răng hoặc hàm giả sai quy cách.

+ Hàn sâu răng, nhất là sâu ở mặt bên và sâu cổ răng.

+ Điều trị chống vi khuẩn: Bằng các biện pháp tại chỗ hoặc toàn thân, hoặc kết hợp cả hai.

+ Điều trị khớp cắn, loại bỏ khớp cắn sai.

+ Đặt nẹp hay máng tạm thời để cố định răng trong trường hợp các răng lung lay.

- Bước 3: Đánh giá đáp ứng với điều trị pha 1

Hẹn bệnh nhân đến khám lại và đánh giá kết quả sau điều trị các yếu tố bệnh căn. Cần kiểm tra lại các tình trạng dưới đây:

- + Chiều sâu túi lợi và tình trạng viêm lợi.
- + Tình trạng mảng bám răng và cao răng.
- + Sâu răng.

- Bước 4: Điều trị pha 2 (Pha phẫu thuật)

Ở lần điều trị này thực hiện các biện pháp điều trị phẫu thuật, có thể bao gồm các loại phẫu thuật dưới đây:

+ Phẫu thuật quanh răng, có thể là nạo lợi, phẫu thuật cắt lợi, phẫu thuật vạt, hoặc các loại phẫu thuật khác.

- + Đặt Implant.

- Bước 5: Điều trị pha 3 (Pha phục hồi)

- + Làm các phục hồi cuối cùng.
- + Làm hàm giả cố định hoặc tháo lắp.

- Bước 6: Đánh giá đáp ứng với các thủ thuật phục hồi.

Khám tình trạng quanh răng, ghi nhận các biểu hiện về đáp ứng quanh răng với các thủ thuật phục hồi, bao gồm:

- + Tình trạng lợi.
- + Tình trạng túi quanh răng và mức bám dính quanh răng.
- + Tình trạng xương ổ răng.
- + Tình trạng lung lay răng.

- Bước 7: Điều trị pha 4 (Pha duy trì)

- + Gọi bệnh nhân đến khám lại theo định kỳ và kiểm tra về.
- + Mảng bám răng và cao răng.
- + Tình trạng lợi: tình trạng túi lợi và viêm lợi.
- + Tình trạng khớp cắn.
- + Mức độ lung lay răng.
- + Các thay đổi bệnh lý khác.
- + Chú ý hướng dẫn bệnh nhân về các biện pháp kiểm soát mảng bám răng.

+ Điều trị ngay khi có các biểu hiện tái phát viêm quanh răng và loại bỏ các yếu tố bệnh nguyên mới xuất hiện.

3. Các biện pháp điều trị tại chỗ

a. Loại trừ các kích thích tại chỗ

- Lấy sạch cao răng và làm nhẵn chân răng
- Kiểm soát mảng bám răng
- + Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.
- + Chải răng.
- + Thực hiện các biện pháp làm sạch kẽ răng: Dùng chỉ tơ nha khoa, bàn chải kẽ răng, tăm đúng cách.
- + Phun nước để loại bỏ cặn thức ăn.
- + Kiểm soát mảng bám răng bằng phương pháp hoá học như dùng nước súc miệng Chlohexidine.

b. Loại trừ các yếu tố tại chỗ khác

- Hàn các răng sâu, nhất là các răng sâu ở mặt bên.
- Sửa lại các cầu chụp răng sai quy cách gây tích tụ mảng bám hoặc gây sang chấn.
- Sửa lại các hàm giả sai quy cách.
- Nhổ các chân răng, các răng lung lay quá mức, các răng có biểu hiện nhiễm trùng mà không cứu được.
- Sửa lại các chỗ hình thể răng dễ gây sang chấn khi ăn nhai.
- Xử trí các răng lệch lạc bằng cách nắn chỉnh răng hoặc nhổ bỏ.
- Liên kết các răng lung lay.
- Phẫu thuật cắt phanh môi, phanh má bám thấp.

c. Chống viêm

Các biện pháp bảo tồn: dùng thuốc bôi tại chỗ. Các thuốc bôi tại chỗ có tác dụng giảm đau, kích thích tái tạo mô, sát khuẩn và chống viêm.

d. Phẫu thuật: trong một số trường hợp có thể phải phẫu thuật để loại bỏ túi quanh răng.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

- Tốc độ tiến triển chậm vì vậy các biểu hiện lâm sàng trở nên rõ rệt ở tuổi từ 35 trở lên. Tốc độ tiến triển có thể khá khác nhau.

- Ở các vị trí khác nhau trong miệng thì mức độ tiến triển của bệnh không ngang nhau. Có chỗ duy trì tĩnh trong một thời gian dài. Trái lại, có khu vực lại tiến triển nhanh hơn. Các tổn thương tiến triển nhanh hơn này sinh thường xuyên hay gặp ở vùng kẽ răng và thường liên quan với vùng tích tụ mảng bám răng nhiều hơn

và khó kiểm soát mảng bám răng như các vùng kẽ chân răng, các bờ phục hồi nhô ra, các vị trí răng sai tư thế, hoặc các vùng kẹt thức ăn.

- Ở các vị trí không kiểm soát được mảng bám răng, bệnh có thể tiếp tục tiến triển và dẫn tới mất răng.

VI. PHÒNG BỆNH

- Kiểm soát mảng bám răng:

+ Các biện pháp cơ học: Chải răng đúng cách, làm sạch kẽ răng bằng chỉ nha khoa, bàn chải kẽ..., làm sạch bằng phương tiện phun tưới.

+ Phương pháp hóa học: dùng nước súc miệng kháng khuẩn hàng ngày.

- Chế độ ăn uống cân bằng, sử dụng các thức ăn có lợi cho lợi.

- Khám răng định kỳ để phát hiện và điều trị kịp thời những tổn thương sớm vùng quanh răng.

8. VIÊM LỢI LOÉT T HOẠI TỬ CẤP TÍNH (Acute Necrotizing Ulcerative Gingivitis)

I. ĐỊNH NGHĨA

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

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 lợi: tổn thương loét hoại tử tiến triển nhanh bắt đầu ở nhú lợi và lan sang viền lợi, 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 lợi 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 lợi 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...
- Cây vi khuẩn:
- X quang: Không có tổn thương xương ổ răng.

2. Chẩn đoán phân biệt

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

	Viêm lợi loét hoại tử cấp tính	Viêm lợi miệng Herpes cấp
Nguyên nhân	Chưa rõ .	Do virus <i>Herpes</i> .
Đặc điểm	Gây hoại tử lợi i.	Gây hồng ban, mụn nước.
Hình thái	Tổn thương lõm hình chén nước.	Tổn thương dạng mụn , có màng giả.
Vị trí	Thường ở nhú và viền lợi i.	Thấy ở lợi i, 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 bông.
- Giảm đau tại chỗ.
- Lấy giả mạc và các cận không dính ở bề mặt tổn thương.
- Làm sạch vùng tổn thương bằng nước ấm.
- Có thể lấy cao răng trên lợi 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 lợi 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 lợi hoặc nạo túi lợi 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:

- + Xúc 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.

- + Xúc 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 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. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

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

- Khi tiến triển đến giai đoạn nặng mô lợi 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.

9. BỆNH SÂU RĂNG (Tooth Decay/ Dental caries)

I. ĐỊNH NGHĨA

Sâu răng là tình trạng 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 axit có

pH < 5,5 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 hủy 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

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.

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 mất 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.

- c. 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 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 tủy, hoặc trên nhiều răng do 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 tủy răng, tủy hoại tử dựa vào các triệu chứng dưới đây:

Triệu chứng	Sâu răng	Viêm tủy răng	Tủy 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 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 tủy 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 tủy	Có đau, sớm hết đau khi hết kích thích.	Đau nhiều và còn kéo dài thêm khi ngừng kích thích.	Không đau.
X quang	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu.	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu sát tủy.	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu sát tủy.

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 tủy và hàn kín phục hồi mô cứng bằng các loại vật liệu thích hợp.

2. Điều trị

a. 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.

b. 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.

+ Làm sạch lỗ sâu.

+ Hàn lót che phủ bảo vệ tủy.

+ 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 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.
- 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.

10. TỖN THƯƠNG MÔ CỨNG CỦA RĂNG KHÔNG DO SÂU

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 xương răng 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, tác nhân nội tại thường là trụ men của các răng đối diện, do 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.
 - Tổn thương do rối loạn quá trình phát triển răng
 - Tại chỗ.
 - Nhiễm khuẩn, sang chấn làm rối loạn chức năng nguyên bào tạo men có thể từ răng sữa.
- Điều trị tia xạ
- 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

a. Mòn răng: 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.

b. 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 nghiền cho bệnh nhân nghiền 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...

- Tổn 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.

11. VIÊM TỦY RĂNG

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 cơ năng
 - + Viêm tủy có hồi phục có thể không biểu hiện triệu chứng.
 - + Nếu có thường là các triệu chứng đặc thù: nhạy cảm với các kích thích nóng lạnh, không khí. Chỉ kéo dài vài giây hoặc vài chục giây sau khi loại bỏ kích thích.
 - + Kích thích nóng đáp ứng ban đầu có thể chậm nhưng cường độ nhạy cảm tăng lên khi nhiệt độ tăng. Đối với các kích thích lạnh thì thường ngược lại.
- Triệu chứng thực thể
 - + Có lỗ sâu.
 - + Có tổn thương tổ chức cứng lộ ngà.
 - + Lỗ hõ tủy do tai nạn trong điều trị.
 - + Răng không đổi màu.
 - + Gõ không 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

a. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng: Đau với các tính chất dưới đây:

+ Đau tự nhiên, từng cơn.

+ Thời gian cơn đau: Có thể kéo dài hàng giờ hoặc đôi khi chỉ ngắn trong vòng vài phút, hoặc rất ngắn làm cho tính chất cơn đau gần như liên tục.

+ Tính chất lan truyền: Cơn đau thường lan lên nửa đầu, nửa mặt cùng bên, bệnh nhân thường chỉ khu trú được vùng đau chứ không xác định được răng đau.

+ Đau khi có các tác nhân kích thích tác động và kéo dài sau khi đã hết tác nhân kích thích.

- Triệu chứng thực thể

+ Lỗ sâu trên mô cứng của răng: răng có thể có lỗ sâu giai đoạn tiến triển, đáy nhiều ngà mềm, ngà mủn, có thể có điểm hở tủy.

+ Vết rạn nứt răng: có thể có sau sang chấn mạnh.

+ Mòn mặt răng: cũng có thể có.

+ Lỗ hình chêm ở cổ răng: có thể có.

+ Hở tủy răng.

+ Gõ lý tâm từng nướu răng hoặc thực hiện nghiệm pháp cắn bệnh nhân đau.

+ Đường nứt ngấm màu bông xanh metylen.

+ Răng có hiện tượng gián đoạn dẫn quang qua đường nứt khi chiếu đèn.

+ Có thể không thấy lỗ sâu có biểu hiện viêm quanh răng toàn bộ, một răng hay một nhóm răng gây viêm tủy ngược dòng.

+ Gõ răng chỉ nhạy cảm khi có viêm lan tỏa tới vùng cuống và dây chằng quanh răng.

- + Thử nghiệm tủy: dương tính, ngưỡng thấp, kéo dài đáp ứng sau thử nghiệm.

b. Cận lâm sàng

- X quang: có thể có lỗ sâu mặt bên, mặt nhai, sâu tái phát dưới chất hàn sát hoặc thông với mô tủy, vùng cuống có phản ứng nhẹ, dây chằng hơi giãn rộng. Cũng có thể nhìn thấy hình ảnh nứt vỡ răng liên quan với buồng tủy.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm tủy có hồi phục.
- Viêm quanh cuống răng cấp.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Viêm tủy có hồi phục

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

- 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 que hàn lấy Hydroxit canxi hoặc MTA 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

a. 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.

b. Các bước điều trị tủy

- Bước 1: Vô cảm khi tủy răng sống bằng gây vùng hoặc gây tê tại chỗ với Xylocain 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 3V, 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.

12. VIÊM QUANH CUỐNG RĂNG

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 nghiến 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, chụm 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 mủn 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 cấp

1.1. 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 dẫn rộng dây chằng quanh cuống.

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

1.2. 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 dẫn rộng dây chằng

2. Viêm quanh cuống bán cấp

2.1. Chẩn đoán xác định

a. Lâm sàng

- Toàn thân: Bệnh nhân cảm thấy khó chịu, đau đầu, sốt nhẹ $< 38^{\circ}\text{C}$ 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.

2.2. 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, âm ỉ, liên tục, răng lung lay, chồi cao.	Đau âm ỉ, liên tục ở răng tổn thương, cảm giác răng chồi cao, đau tăng khi 2 hàm chạm nhau.
Gõ dọc	Đau nhiều	Đau ít

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 phim X quang.

- Áp xe quanh cuống mạn tính: hình tiêu xương ranh giới không rõ .
- U hạt và nang: hình ảnh tiêu xương có ranh giới rõ.
- Không thể chẩn đoán phân biệt chính xác các thể bệnh nếu không có sinh thiết.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

Không thể chẩn đoán phân biệt chính xác các thể bệnh nếu không có sinh thiết.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Loại trừ toàn bộ mô nhiễm khuẩn và hoại tử trong ống tủy.
- Dẫn lưu tốt mô viêm vùng cuống.
- Hàn kín hệ thống ống tủy, tạo điều kiện cho mô cuống hồi phục.
- Chỉ định phẫu thuật cắt cuống răng nếu tiên lượng điều trị nội nha không có kết quả.

2. Phác đồ điều trị

Những răng bị viêm quanh cuống cấp hoặc bán cấp: dẫn lưu buồng tủy. Sau đó dùng kháng sinh có tác dụng với vi khuẩn yếm khí và Gram (-), kết hợp với giảm đau, nâng cao thể trạng để tiến hành điều trị nội nha.

3. Điều trị cụ thể

a. Điều trị toàn thân

Đối với các thể bệnh đau (viêm quanh cuống cấp, áp xe quanh cuống cấp) phải điều trị bằng kháng sinh toàn thân, đặc biệt trong trường hợp áp xe quanh cuống cấp có viêm mô tế bào.

b. Điều trị nội nha

- Làm sạch và tạo hình hệ thống ống tủy.
- Đặt Ca(OH)_2 trong ống tủy để trung hòa mô viêm vùng cuống, sát khuẩn hệ thống ống tủy.
- Hàn kín hệ thống ống tủy.
- Phục hồi thân răng

c. Điều trị phẫu thuật

- Sau điều trị nội nha có tổn thương quanh cuống không phục hồi do nhiều nguyên nhân khác nhau.

- Sau khi răng nguyên nhân và các răng liên quan được điều trị nội nha, theo dõi mà tổn thương cuống không tiến triển tốt, tiến hành điều trị phẫu thuật lấy đi toàn bộ lớp vỏ nang có hoặc không có cắt phần cuống răng nguyên nhân.

- Tiến hành hàn ngược cuống răng nếu có cắt cuống răng.

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.

13. SAI KHỚP CĂN LOẠI I

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

- Tồn thương màng 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 thừa 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...

2. 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

a. Nhổ các răng có chỉ định nhổ

- Các răng thừa.
- Trường hợp thiếu khoảng do mất cân xứng kích thước răng và hàm.
- Răng ngầm không có chỉ định nắn chỉnh.

b. 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....

c. Điều trị lệch lạc răng và tạo lập tương quan hai hàm về mức tối ưu

- 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 thừa: Đóng khe thừa 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 vẩu 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.

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.
- 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 tuổi thay.

14. SAI KHỚP CẢN LOẠI II DO QUÁ PHÁT XƯƠNG HÀM TRÊN

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, nhưng tương quan xương hàm trên nhô ra trước so với cấu trúc nền sọ, xương hàm dưới ở vị trí bình thường.

II. NGUYÊN NHÂN

- Di truyền
- Thói quen xấu: thở miệng, bú bình kéo dài không được điều trị sớm.
- Không rõ nguyên nhân.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định:

1.1. Lâm sàng

a. Ngoài mặt

- 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 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.

- + Tương quan răng nanh loại II một bên hoặc hai bên theo phân loại Angle.

- Độ cắn chìa có thể tăng.
- Trục các răng cửa hàm dưới thường ngả trước nhiều và trời cao để bù trừ sự mất cân xứng xương hai hàm.
- Thường có khớp cắn sâu.
- Cung hàm trên có thể bình thường hoặc hẹp.
- Đường cong Spee sâu.
- Có thể có các triệu chứng của thói quen xấu gây ra sai khớp cắn loại II.

1.2. Cận lâm sàng

a. Trên mẫu hàm thạch cao

- Tương quan răng hàm lớn thứ nhất loại II.
- Tương quan răng nanh loại II.
- Độ cắn chìa tăng.

b. X quang phim sọ nghiêng (Cephalometrics)

- Tương quan xương hai hàm loại II
- + Số đo góc ANB tăng.
- + Chỉ số Wits tăng.
- Xương hàm trên nhô ra trước so với nền sọ
- + Số đo góc SNA tăng.
- + Chỉ số A-N Perp tăng.
- Xương hàm dưới bình thường
- + Số đo góc SNB nằm trong giá trị bình thường.
- + Chỉ số Pog-NPerp bình thường.
- + Góc trục mặt bình thường.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Sai khớp cắn loại II do răng: Phân biệt dựa vào phim X quang sọ nghiêng với đặc điểm tương quan xương hai hàm là loại I.

- Sai khớp cắn loại II do xương hàm dưới: Phân biệt dựa vào phim X quang sọ nghiêng Cephalometrics với các đặc điểm:

- + Số đo góc SNA bình thường,
- + Chỉ số A-Nper bình thường.
- + Số đo góc SNB giảm.
- + Chỉ số Pog-Nper tăng.

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

- + Số đo góc SNA tăng.
- + Số đo góc SNB giảm.
- + Chỉ số A-Nperp tăng.
- + Chỉ số Pog-Nper tăng.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Tạo lập lại tương quan hai hàm lý tưởng nhất là lý tưởng nhất là tương quan xương loại I, 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

a. Bệnh nhân còn trong thời kỳ tăng trưởng

- Ngăn chặn sự phát triển của xương hàm trên bằng khí cụ Headgear tùy theo các trường hợp :

+ Sử dụng Headgear kéo cao nếu bệnh nhân có khớp cắn hở, kiểu mặt dài.

+ Sử dụng Headgear kéo thấp nếu bệnh nhân có khớp cắn sâu.

+ Sử dụng Headgear kéo phối hợp nếu độ cắn phủ bình thường.

+ Lực kéo Headgear mỗi bên: 350- 450gram.

+ Thời gian đeo Headgear trong ngày: ít nhất 14 h/ngày.

+ Thời gian điều trị với Headgear: thường khoảng 6 tháng đến 12 tháng.

- Đánh giá lại tương quan xương hai hàm trên phim X quang.

- Tạo lập lại tương quan răng hai hàm:

+ Gắn mắc cài hai hàm.

+ Sắp xếp và làm thẳng các răng theo chiều ngang và chiều đứng.

+ Hoàn thiện.

+ Điều trị duy trì.

b. Bệnh nhân đã hết thời kỳ tăng trưởng

- Điều trị bù trừ (ngụy trang)

+ Nhỏ răng tạo khoảng

+ Sắp xếp kéo lùi các răng trước.

+ Điều chỉnh tương quan răng hai hàm cho tới khi đạt khớp cắn loại I, ít nhất phải đạt được tương quan răng nanh loại I.

+ Hoàn thiện.

+ Điều trị duy trì.

- Phẫu thuật chỉnh hình xương hàm trên: áp dụng trong các trường hợp nặng không thể điều trị bù trừ bằng nắn chỉnh răng đơn thuần.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

- Tình trạng khớp cắn loại II do quá phát xương hàm trên 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

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

VI. PHÒNG BỆNH

- Cần khám, phát hiện và điều trị sớm loại bỏ các thói quen xấu.
- Điều trị sớm khi bệnh nhân còn trong thời kỳ tăng trưởng.

15. SAI KHỚP CẢN LOẠI II DO KÉM PHÁT TRIỂN XƯƠNG HÀM DƯỚI

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, xương hàm dưới lùi phía sau so với cấu trúc nền sọ, xương hàm trên ở vị trí bình thường.

II. NGUYÊN NHÂN

- Di truyền.
- Do có tiền sử chấn thương xương hàm dưới lúc còn nhỏ gây kém phát triển xương hàm dưới.
- Do một số hội chứng bẩm sinh làm xương hàm dưới kém phát triển:
 - + Pierre-Robin,
 - + Treacher Collins...
- Không rõ nguyên nhân.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định:

1.1. Lâm sàng

a. Ngoài mặt

- Kiểu mặt lõm khi nhìn nghiêng.
- Cằm lùi sau.
- Rãnh môi cằm thường sâu.

b. Trong miệng

- Ở tư thế cắn trung tâm
 - + Tương quan răng hàm 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 hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm dưới.
 - + Tương quan răng nanh loại II một bên hoặc hai bên theo phân loại Angle.
- Trục răng cửa hàm dưới ngã trước nhiều và trời cao.
- Đường cong spee sâu.
- Độ cắn chìa có thể tăng hoặc bình thường.

- Thường có khớp cắn sâu.
- Có thể có khắp khênh răng.

1.2. Cận lâm sàng

a. Trên mẫu hàm thạch cao

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

b. X quang phim sọ nghiêng (Cephalometrics)

- Xương hàm dưới lùi so với nền sọ
- + Số đo góc SNB giảm.
- + Số đo góc ANB tăng.
- + Chỉ số Wits tăng.
- + Chỉ số Pog- NPerp tăng.
- + Số đo góc trục mặt giảm.
- Xương hàm trên ở vị trí bình thường
- + Số đo góc SNA bình thường.
- + Chỉ số A-NPerp bình thường.
- Môi dưới lùi so với đường thẩm mỹ E.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Sai khớp cắn loại II do răng: Phân biệt dựa vào phim X quang sọ nghiêng (Cephalometrics) với đặc điểm tương quan xương hai hàm loại I.

- Sai khớp cắn loại II do quá phát xương hàm trên: Phân biệt dựa vào phim X quang sọ nghiêng (Cephalometrics) với các đặc điểm:

- + Số đo góc SNA tăng.
- + Chỉ số A-Nperp tăng.

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

- + Số đo góc SNA tăng.
- + Số đo góc SNB giảm.
- + Chỉ số A-Nperp tăng.

- + Chỉ số Pog-Nper tăng.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Tạo lập lại tương quan hai hàm lý tưởng nhất là lý tưởng nhất là tương quan xương loại I, 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

2.1 Bệnh nhân đang trong thời kỳ tăng trưởng

Đưa hàm dưới ra trước bằng khí cụ chức năng tháo lắp hoặc gắn chặt.

- Điều trị với khí cụ chức năng tháo lắp:

- + Sử dụng khí cụ Monoblock, hoặc khí cụ Twinblock...

- + Thời gian đeo khí cụ chức năng: ít nhất 14 h/ngày.

+ Thời gian điều trị với khí cụ chức năng: thường khoảng một năm, cho tới khi đạt tương quan xương hai hàm loại I trên X quang phim sọ nghiêng (Cephalometrics).

- Điều trị bằng khí cụ chức năng gắn chặt:

- + Gắn mắc cài hai hàm.

+ Sắp xếp và làm thẳng các răng theo chiều đứng (làm phẳng đường cong Spee) và theo chiều ngang.

+ Sử dụng khí cụ chức năng Forsus, hoặc Twinforce... gắn lên dây cung khi đã kết thúc giai đoạn làm đều và xếp thẳng hàng các răng.

+ Duy trì điều trị với khí cụ chức năng trong thời gian 6-9 tháng sau khi đã đạt được khớp cắn răng nanh loại I.

- + Hoàn thiện.

- + Duy trì kết quả.

2.2. Bệnh nhân đã hết thời kỳ tăng trưởng

- Điều trị bù trừ (ngụ trang)

- + Nhỏ răng tạo khoảng

- + Sắp xếp kéo lùi các răng trước.

+ Điều chỉnh tương quan răng hai hàm cho tới khi đạt khớp cắn loại I, ít nhất phải đạt được tương quan răng nanh loại I.

+ Hoàn thiện.

+ Điều trị duy trì.

- Phẫu thuật chỉnh hình xương hàm dưới: áp dụng trong các trường hợp nặng không thể điều trị bù trừ bằng nắn chỉnh răng đơn thuần.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

- Tình trạng khớp cắn loại II do quá phát xương hàm trên 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

- Sang chấn các răng trước hai hàm.

- Đau khớp thái dương hàm.

- Rối loạn khớp thái dương hàm.

VI. PHÒNG BỆNH

- Cần khám, phát hiện và điều trị sớm loại bỏ các thói quen xấu.

- Điều trị sớm khi bệnh nhân còn trong thời kỳ tăng trưởng.

-

16. SAI KHỚP CẮN LOẠI II DO XƯƠNG HAI HÀM.

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, tương quan xương hàm trên nhô ra trước và xương hàm dưới lùi phía sau so với cấu trúc nền sọ.

II. NGUYÊN NHÂN

- Do di truyền.
- Do các thói quen xấu kéo dài không được điều trị ở giai đoạn sớm:
 - + Thở miệng.
 - + Bú bình...
- Không rõ nguyên nhân.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

a. Ngoài mặt

- Kiểu mặt lõm khi nhìn nghiêng.
- Góc mũi môi nhọn.
- Cằm lùi sau.

b. Trong miệng

- Ở tư thế cắn trung tâm
 - + Tương quan răng hàm 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 hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm dưới.
 - + Tương quan răng nanh loại II.
- Độ cắn chìa tăng.
- Đường cong spee sâu.
- Có thể có hẹp hàm trên, cắn chéo các răng sau.
- Có thể có cắn hở.
- Có thể có răng chen chúc hoặc có khe thưa tùy từng trường hợp.

- Có thể có cắn sâu phối hợp.

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.
- Độ cắn chìa tăng.

b. X quang phim sọ nghiêng (Cephalometrics)

- Tương quan xương hai hàm loại II
- + Số đo góc ANB tăng.
- + Chỉ số Wits tăng.
- Xương hàm trên nhô ra trước so với nền sọ
- + Số đo góc SNA tăng.
- + Chỉ số A-N Perp tăng.
- Xương hàm dưới lùi sau
- + Số đo góc SNB giảm.
- + Chỉ số Pog- NPerp tăng.
- + Số đo góc trục mặt giảm.

2. Chẩn đoán phân biệt

a. Sai khớp cắn loại II do răng: Phân biệt dựa vào phim X quang sọ nghiêng với đặc điểm tương quan xương hai hàm là loại I.

b. Sai khớp cắn loại II xương do nguyên nhân hàm trên đơn thuần: Phân biệt dựa vào phim X quang sọ nghiêng Cephalometrics với các đặc điểm:

- Xương hàm trên nhô ra trước
- + Số đo góc SNA tăng.
- + Chỉ số A-Nper tăng.
- Xương hàm dưới ở vị trí bình thường
- + Số đo góc SNB bình thường.
- + Chỉ số Pog-Nper bình thường.

c. Sai khớp cắn loại II xương do nguyên nhân hàm dưới đơn thuần: Phân biệt dựa vào phim X quang sọ nghiêng Cephalometrics với các đặc điểm:

- Xương hàm trên ở vị trí bình thường

- + Số đo góc SNA bình thường.
- + Chỉ số A-Nper bình thường.
- Xương hàm dưới ở vị trí bình thường
- + Số đo góc SNB giảm.
- + Chỉ số Pog-Nper tăng.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Tạo lập lại tương quan hai hàm lý tưởng nhất là lý tưởng nhất là tương quan xương loại I 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

2.1 Bệnh nhân còn trong thời kỳ tăng trưởng

Tạo lập lại tương quan xương bằng cách phối hợp điều trị ngăn chặn sự tăng trưởng của xương hàm trên và kích thích sự tăng trưởng của xương hàm dưới.

a. Ngăn chặn sự phát triển của xương hàm trên bằng khí cụ Headgear tùy theo các trường hợp

- Sử dụng Headgear kéo cao nếu bệnh nhân có khớp cắn hở, kiểu mặt dài.
- Sử dụng Headgear kéo thấp nếu bệnh nhân có khớp cắn sâu.
- Sử dụng Headgear kéo phối hợp nếu độ cắn phủ bình thường.
- Lực kéo Headgear mỗi bên: 350- 450gram.
- Thời gian đeo Headgear trong ngày: ít nhất 14 h/ngày.
- Thời gian điều trị với Headgear: thường khoảng 6 tháng đến 12 tháng.

b. Đưa hàm dưới ra trước bằng khí cụ chức năng tháo lắp hoặc gắn chặt

- Điều trị với khí cụ chức năng tháo lắp
 - + Sử dụng khí cụ Monoblock, hoặc khí cụ Twinblock...
 - + Thời gian đeo khí cụ chức năng: ít nhất 14 h/ngày.
 - + Thời gian điều trị với khí cụ chức năng: thường khoảng một năm, cho tới khi đạt tương quan xương hai hàm loại I trên X quang phim sọ nghiêng (Cephalometrics).
- Điều trị bằng khí cụ chức năng gắn chặt

- + Gắn mắc cài hai hàm.
 - + Sắp xếp và làm thẳng các răng theo chiều đứng (làm phẳng đường cong Spee) và theo chiều ngang.
 - + Sử dụng khí cụ chức năng Forsus, hoặc Twinforce... gắn lên dây cung khi đã kết thúc giai đoạn làm đều và xếp thẳng hàng các răng.
 - + Duy trì điều trị với khí cụ chức năng trong thời gian 6-9 tháng sau khi đã đạt được khớp cắn răng hàm lớn thứ nhất loại I.
- c. Đánh giá lại tương quan xương hai hàm trên phim X quang.
- d. Hoàn thiện.
- e. Duy trì kết quả.

2.2. Bệnh nhân đã qua thời kỳ tăng trưởng

- Điều trị bù trừ bằng nhổ răng
 - + Nhổ hai răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên, trong một số trường hợp có thể nhổ thêm hai răng hàm nhỏ thứ hai hàm dưới.
 - + Gắn mắc cài hai hàm
 - + Tùy từng trường hợp chọn loại neo chặn phù hợp.
 - + 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.
- Phẫu thuật chỉnh hình xương hai hàm: áp dụng trong các trường hợp nặng không thể điều trị bù trừ bằng nắn chỉnh răng đơn thuần.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

- Tình trạng khớp cắn loại II do quá phát xương hàm trên 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

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

VI. PHÒNG BỆNH

- Cần khám, phát hiện và điều trị sớm loại bỏ các thói quen xấu.
- Điều trị sớm khi bệnh nhân còn trong thời kỳ tăng trưởng.
-

17. SAI KHỚP CĂN LOẠI II TIỂU LOẠI I DO RĂNG

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 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.
 - + 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.

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.
- + 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

- Loại bỏ thói quen xấu nếu có.
- Nhổ răng: trong trường hợp cần khoảng để dịch chuyển về khớp cắn loại I thì thường phải nhổ răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên và răng hàm nhỏ thứ hai hàm dưới.
- Sử dụng khí cụ gắn chặt
 - + Gắn mắc cài hai hàm.

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

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

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

2. Biến chứng

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

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 hàm sữa thứ hai.
- Trường hợp mất răng hàm sữa sớm cần giữ khoảng bằng khí cụ thích hợp.

18. SAI KHỚP CĂN LOẠI II TIỂU LOẠI II DO RĂNG

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 hàm 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 hàm 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 khắp 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 tăng,

- 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.

- Nhỏ 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 nhỏ răng. Trong một số trường hợp cần tăng cường neo chặn.

- Hoàn thiện.

- Điều trị 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

- 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.

19. GIẢ KHỚP CẢN LOẠI III

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng sai khớp cắn mà để đạt được sự lồng múi tối đa thì hàm dưới phải trượt ra phía trước dẫn đến tương quan hai hàm là khớp cắn loại III, múi ngoài gần của răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm trên khớp về phía xa so với rãnh ngoài gần của răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm dưới.

II. NGUYÊN NHÂN

- Điểm chạm khớp sớm mà gây trượt hàm dưới ra trước khi cắn.
- Thói quen xấu: đưa hàm dưới ra trước khi cắn.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

a. Ngoài mặt

- Nhìn mặt nghiêng: kiểu mặt thẳng, hoặc lõm.
- Tầng mặt dưới: chiều cao tầng mặt dưới có thể bình thường hoặc giảm.

b. Trong miệng

- Ở vị trí khớp cắn lồng múi tối đa
 - + Tương quan răng hàm lớn thứ nhất và răng nanh: Tương quan loại III
 - + Độ cắn chìa đảo ngược: có giá trị âm.
 - + Có biểu hiện cắn chéo: Có thể thấy ở vùng răng cửa hoặc thấy ở một bên cả vùng răng cửa và răng hàm.
- Ở vị trí tương quan tâm: Tương quan răng hàm lớn thứ nhất loại I.
- Khi hàm dưới chuyển động đóng:
 - + Hàm dưới có thể đổi hướng ra trước hoặc sang bên khi gặp điểm chạm sớm,
 - + Hàm dưới có thể đưa về được tương quan bình thường nhưng do thói quen đưa ra trước tạo ra tương quan răng hàm lớn thứ nhất loại III.

1.2. Cận lâm sàng

a. Mẫu hàm thạch cao

Khi răng hai hàm đạt lồng múi tối đa: Tương quan loại III ở răng hàm lớn thứ nhất và răng nanh.

b. X quang: Phim Cephalometrics

- Tương quan xương hai hàm: thường là loại I.
- Số đo góc ANB: có giá trị âm
- Răng cửa trên ngả lưỡi
- Răng cửa dưới ngả môi

2. Chẩn đoán phân biệt

a. Khớp cắn loại III do xương: Phân biệt dựa vào các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.

- Lâm sàng
 - + Ổ tương quan tâm là khớp cắn loại III.
 - + Không có điểm chạm sớm gây trượt hàm dưới ra trước.
 - + Không có biểu hiện trượt hàm dưới ra trước.
- X quang: Tương quan xương hai hàm loại III.

b. Khớp cắn ngược do răng

- Các chỉ số về xương bình thường
- Chỉ có biểu hiện khớp cắn ngược vùng răng cửa
- Không có điểm chạm sớm hoặc trượt hàm dưới ra trước

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Tạo lập lại tương quan hai hàm, lý tưởng nhất là tương quan xương loại I và 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.

a. Loại bỏ điểm chạm sớm

- Xác định các điểm chạm sớm gây trượt hàm dưới
 - + Lấy mẫu hai hàm,
 - + Vào càn nhai
 - + Xác định, đánh dấu điểm chạm sớm
- Mài chỉnh các điểm chạm sớm đã xác định.

b. Loại bỏ thói quen xấu làm trượt hàm dưới ra trước

- Hướng dẫn bệnh nhân tư thế đúng khi đóng hàm dưới.
- Trong một số trường hợp phải sử dụng khí cụ.

c. Thiết lập lại tương quan răng khớp cắn loại I

- Gắn mắc cài hai hàm.
- Sắp xếp và làm thẳng các răng theo chiều ngang và chiều đứng
- Có thể kết hợp với chun kéo loại III
- Nâng khớp cắn để điều chỉnh khớp cắn chéo phía trước
- Có thể sử dụng khí cụ nong hàm nếu hẹp hàm trên: khí cụ Quad Helix , khí cụ có ốc nong nhanh....

d. Hoàn thiện

e. Duy trì kết quả điều trị.

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

- Sai khớp cắn giả loại III nếu không được điều trị sớm thì tình trạng sai khớp cắn nặng lên và dẫn đến sai khớp cắn loại III.
- Nếu điều trị đúng phác đồ trên thì sẽ có kết quả tốt.

2. Biến chứng

- Gây cắn chéo thực sự vùng răng phía sau.
- Sang chấn răng và mô quanh 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 và điều trị thói quen xấu gây lệch lạc răng, phát hiện sớm các bất thường về khớp cắn và điều trị kịp thời.

20. KHỚP CẢN HỖ

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng các răng đối diện trên cung răng không có độ cắn trùm lên nhau theo mặt phẳng đứng khi hai hàm ở tư thế khớp cắn trung tâm, khớp cắn hở có thể xảy ra ở phía trước hoặc phía sau hoặc phối hợp.

II. NGUYÊN NHÂN

1. Loại cắn hở do răng

- Do thói quen xấu bất lợi cho hàm răng
 - + Thói quen mút ngón tay kéo dài: Trẻ em có thói quen mút tay kéo dài sau 4 tuổi.
 - + Thói quen đẩy lưỡi: Khi lưỡi đặt ở vị trí ra trước và giữa các răng cửa trên và răng cửa dưới thường xuyên sẽ gây ra khớp cắn hở.
- Do các bệnh gây trở ngại đường thở qua mũi
 - + Thở miệng do viêm amidan.
 - + Thở miệng do VA.
 - + Thở miệng do thói quen và do các bệnh lý khác ...
- Cản trở mọc răng: Do cứng khớp, răng không mọc đủ chiều cao thân răng.

2. Loại cắn hở do xương hàm

- Sự phát triển bất thường của xương hàm trên.
- Sự phát triển bất thường của xương hàm dưới.
- Sự phát triển bất thường của cả xương hàm trên và xương hàm dưới.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Khớp cắn hở do răng

a. Hỏi bệnh

Có thói quen xấu như tật đẩy lưỡi, mút ngón tay, thở miệng...

b. Lâm sàng

- Ngoài mặt: không có triệu chứng đặc trưng.
- Trong miệng

+ Có biểu hiện các răng đối diện không tiếp xúc nhau theo chiều đứng ở tư thế cắn trung tâm:

+ Có thể có thể có cắn hở ở một hoặc nhiều răng ở vùng các răng trước nhưng các răng sau có tiếp xúc.

+ Có thể có biểu hiện cắn hở ở vùng các răng phía sau, nhưng các răng trước có tiếp xúc.

+ Có thể có biểu hiện cắn hở cục bộ ở cả vùng răng trước và răng sau.

+ Răng cửa trên có thể ngả trước.

+ Có thể có hẹp cung răng trên.

+ Có thể răng chưa mọc hết chiều cao thân răng.

c. Cận lâm sàng

- Mẫu hàm thạch cao

+ Không có sự tiếp xúc của các răng đối diện tại vùng răng có khớp cắn hở.

+ Có thể giảm chiều rộng cung răng hàm trên trong trường hợp kém phát triển cung răng trên do thói quen đẩy lưỡi.

- X quang

+ Phim sọ nghiêng (Cephalometrics): có hình ảnh cắn hở, góc xương hàm dưới bình thường.

+ Phim toàn cảnh: có thể thấy hình ảnh răng bị cứng khớp không mọc hết chiều cao thân răng.

1.2. Khớp cắn hở do xương hàm

1.2.1. Lâm sàng

a. Ngoài mặt

- Kiểu mặt dài.

- Tầng mặt dưới: tăng.

b. Trong miệng

- Có cắn hở

+ Cắn hở ở vùng răng phía trước, hoặc

+ Cắn hở ở vùng răng sau, hoặc

+ Cắn hở ở cả vùng răng trước và sau.

- Cung răng trên: thường có biểu hiện hẹp.

1.2.2. Cận lâm sàng

- Mẫu hàm thạch cao
- + Không có sự tiếp xúc của các răng đối diện tại vùng răng có khớp cắn hở.
- + Thường giảm chiều rộng cung răng hàm trên.
- Phim sọ nghiêng (Cephalometrics)
- + Góc mặt phẳng hàm dưới (GoGn-SN): lớn.
- + Góc ANB: có thể tăng (trường hợp tương quan xương hàm loại II) hoặc giảm (trường hợp tương quan xương hàm loại III).

2. Chẩn đoán phân biệt

Khớp cắn hở 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

Đóng khớp cắn hở, tạo tương quan hai hàm tối ưu.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Khớp cắn hở do răng

a. Giai đoạn sớm của răng hỗn hợp, từ 6-8 tuổi

- Loại bỏ thói quen xấu
- + Loại bỏ thói quen mút ngón tay: Quần băng dính chống thấm nước vào ngón tay, hoặc dùng khí cụ chống mút ngón tay.
- + Loại bỏ thói quen đẩy lưỡi: dùng khí cụ rào chặn lưỡi, hoặc hướng dẫn trẻ tập lưỡi.
- + Loại bỏ thói quen thở miệng: Điều trị các bệnh lý liên quan gây trở ngại thở đường mũi, hoặc phối hợp dùng khí cụ chống thở miệng.

b. Giai đoạn muộn của răng hỗn hợp (sau 8 tuổi) và giai đoạn răng vĩnh viễn

- Điều trị loại bỏ thói quen xấu như giai đoạn sớm.
- Kết hợp điều trị với khí cụ gắn chặt
- + Gắn mắc cài hai hàm.
- + Đặt dây cung thích hợp.
- + Sử dụng chun liên hàm theo chiều đứng đóng cắn hở.
- + Có thể phối hợp làm trôi và làm lún các răng.
- Làm chụp thân răng bị cứng khớp cho đạt được khớp cắn bình thường nếu cắn hở do răng cứng khớp.

2.2. Khớp cắn hở do xương hàm

a. Bệnh nhân đang trong thời kỳ tăng trưởng

- Sử dụng khí cụ có máng cắn phía sau tạo lực tác động làm lún các răng sau, làm cho xương hàm dưới xoay ra trước và lên trên làm đóng cắn hở, đồng thời hạn chế sự phát triển của xương hàm theo chiều đứng.

- Sử dụng khí cụ Headgear kéo cao làm lún các răng hàm trên, làm cho xương hàm dưới xoay ra trước và lên trên đóng cắn hở.

b. Bệnh nhân trưởng thành

Khi bệnh nhân đã ở tuổi trưởng thành, thì tùy mức độ cắn hở do xương mà có thể áp dụng phương pháp điều trị khác nhau.

- Mức độ nhẹ hoặc trung bình có thể bù trừ được

+ Gắn mắc cài hai hàm.

+ Đặt dây cung thích hợp.

+ Sử dụng chun liên hàm theo chiều đứng đóng cắn hở.

+ Sử dụng vít neo chặn làm lún và làm trôi các răng.

- Mức độ nặng không thể bù trừ được

+ Gắn mắc cài hai hàm.

+ Đặt dây cung thích hợp.

+ Sắp xếp lại các răng để chuẩn bị cho phẫu thuật.

+ Phẫu thuật chỉnh hình có thể xương hàm trên hoặc xương hàm dưới hoặc cả hai để đóng cắn hở.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

- Cắn hở do răng: nếu điều trị đúng phác đồ trên thì sẽ có kết quả tốt. Nếu không điều trị kịp thời thì có thể chuyển thể thành cắn hở do xương và điều trị phức tạp hơn.

- Cắn hở do xương: điều trị phức tạp hơn. Tuy vậy, thực hiện đúng phác đồ trên thì đa số các trường hợp có kết quả tốt, nhưng vẫn có một tỷ lệ tái phát.

2. Biến chứng

- 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 sớm và điều trị kịp thời.

21. CẢN CHÉO

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 lòng 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 phía bên của xương hàm trên (a).
- Quá phát triển phía bên của xương hàm dưới (b).
- Kết hợp a+b.

2.3. Do chức năng

- Cắn chéo một bên.
- Do cản trở của khớp cắn.
- 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 cắn chéo phía trước hoặc cắn chéo phía sau hoặc phối hợp.

1.1. Cắn 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 cắn 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 cắn 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 cắn 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 căn 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 ở 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 mũi - hố 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 hoặc bình thường.

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.

a. Cắn chéo do răng

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

b. 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 dây đê lưỡi điều trị cắn chéo một răng.
- + Dùng mặt phẳng nghiêng răng cửa hàm dưới.
- + Dùng cánh tay đẩy đàn hồi.
- + 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 nong.
- + 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

- 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.

22. SAI KHỚP CẢN LOẠI III DO KÉM PHÁT TRIỂN XƯƠNG HÀM TRÊN

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 xa so với rãnh ngoài gần của răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm dưới, xương hàm trên lùi phía sau so với cấu trúc nền sọ, xương hàm dưới ở vị trí bình thường.

II. NGUYÊN NHÂN

- Di truyền: Xương hàm trên kém phát triển.
- Dị tật bẩm sinh khe hở môi - vòm miệng làm kém phát triển xương hàm trên.
- Một số bệnh gây cốt hóa sớm xương hàm trên: hội chứng Crouzon...

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

a. Ngoài mặt: Bệnh nhân có kiểu mặt lõm.

b. Trong miệng

- Toàn bộ cung răng trên lùi ra phía sau so với hàm dưới.
- Các răng trước
 - + Có khớp cắn ngược.
 - + Răng cửa trên ngả về phía môi
 - + Răng cửa dưới ngả lưỡi.
- Tương quan răng hàm lớn thứ nhất hai hàm: loại III.
- Tương quan răng nanh hai hàm: loại III.
- Có thể có cắn chéo vùng răng sau.
- Có thể có cắn hở.
- Có thể có các lệch lạc răng khác.

1.2. Cận lâm sàng

a. Mẫu hàm thạch cao

- Tương quan răng hàm lớn thứ nhất và răng nanh: loại III.
- Độ cắn chìa âm.

b. X quang

- Phim sọ nghiêng (Cephalometrics)
 - + Tương quan xương hai hàm loại III.
 - + Số đo góc SNA: nhỏ hơn giá trị bình thường.
 - + Số đo góc SNB có giá trị bình thường.
 - + Số đo góc ANB: có giá trị âm.
 - + Chỉ số Wits: giảm.
 - + Chỉ số A-Nperp: giảm.
 - + Chỉ số Pog-Nperp: bình thường.
 - + Số đo góc răng cửa hàm trên với mặt phẳng khẩu cái: có giá trị lớn hơn bình thường.
 - + Số đo góc răng cửa dưới với mặt phẳng hàm dưới: nhỏ hơn giá trị bình thường.

2. Chẩn đoán phân biệt

a. Sai khớp cắn loại III quá phát xương hàm dưới: phân biệt dựa vào các triệu chứng lâm sàng và X quang.

- Lâm sàng
 - + Hàm trên: bình thường.
 - + Hàm dưới: nhô quá mức.
- X quang: phim Cephalometrics
 - + Số đo góc SNA bình thường.
 - + Chỉ số A-Nperp bình thường.
 - + Số đo góc SNB tăng.
 - + Chỉ số Pog-Nperp tăng.

b. Sai khớp cắn loại III do kém phát triển xương hàm trên và quá phát xương hàm dưới: phân biệt dựa vào các triệu chứng lâm sàng và X quang.

- Lâm sàng
 - + Hàm trên: lùi.
 - + Hàm dưới: nhô quá mức.
- X quang: phim Cephalometrics
 - + Số đo góc SNA giảm.

- + Chỉ số A-Nperp giảm.
- + Số đo góc SNB tăng.
- + Chỉ số Pog-Nperp tăng.

VI. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Tạo lập lại tương quan hai hàm, lý tưởng nhất là tương quan xương loại I và 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

a. Bệnh nhân đang trong thời kỳ tăng trưởng

Can thiệp kích thích tăng trưởng xương hàm trên ra trước bằng khí cụ Face mask:

- Khí cụ ngoài mặt tựa vào trán và cằm để kéo và kích thích xương hàm trên tăng trưởng ra trước.
- Lực kéo là 300-500g mỗi bên.
- Phối hợp dùng ốc nong để nong rộng hàm nếu có hẹp hàm trên.
- Thời gian đeo: khoảng 14 giờ /ngày và kéo dài từ 6 tháng đến 12 tháng.

b. Bệnh nhân hết thời kỳ tăng trưởng

- Can thiệp nắn chỉnh răng bù trừ bằng khí cụ gắn chặt
 - + Có thể nhổ bớt răng: thường nhổ răng hàm nhỏ thứ hai hàm trên và răng hàm nhỏ thứ nhất hàm dưới.
 - + Gắn mắc cài hai hàm.
 - + Đeo dây cung thích hợp.
 - + Dịch chuyển các răng để có được tương quan hai hàm ở mức tối ưu. Có thể phối hợp sử dụng chun liên hàm loại III.
- Can thiệp phẫu thuật chỉnh hình xương: Trong các trường hợp kém phát triển xương hàm trên nặng không thể điều trị bù trừ bằng nắn chỉnh răng đơn thuần được thì phải kết hợp chỉnh hình xương hàm trên.
 - Hoàn thiện.
 - Duy trì kết quả điều trị.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

- Sai khớp cắn loại III do kém phát triển xương hàm trên là loại sai khớp cắn nặng, ảnh hưởng nhiều đến chức năng và thẩm mỹ.

- Nếu điều trị kịp thời và đúng phác đồ trên thì sẽ có kết quả tốt.

2. Biến chứng

- Sang chấn răng và mô quanh 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, theo dõi sự tăng trưởng của xương và điều trị kịp thời.

23. KHE HỖ MÔI

I. ĐỊNH NGHĨA

Khe hở môi là khuyết tật bẩm sinh, làm tách rời cấu trúc môi bao gồm da, cơ vòng môi, niêm mạc môi từ làn môi đỏ đến nền mũi. Có thể ở một bên hoặc cả hai bên.

II. NGUYÊN NHÂN

- Nguyên nhân ngoại lai: các yếu tố tác động xảy ra trong quá trình hình thành và phát triển trong giai đoạn đầu của thời kỳ bào thai:

- + Vật lý: phóng xạ, tia X, nhiệt học, cơ học...
- + Hóa học: thuốc trừ sâu, dioxin, chì, carbon...
- + Sinh học: virus, xoắn khuẩn, các loại vi khuẩn khác...
- + Thần kinh: stress tâm lý.

- Nguyên nhân nội tại

- + Di truyền.
- + Khiếm khuyết nhiễm sắc thể.
- + Ảnh hưởng của tuổi và nòi giống.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán có khe hở môi

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng

- Cơ năng
 - + Khó khăn hoặc không bú được.
 - + Ăn uống hay sặc khi khe hở môi kết hợp khe hở vòm miệng.
 - + Rối loạn phát âm.
- Thực thể

Có khe hở ở môi.

2. Chẩn đoán mức độ khe hở

Dựa vào lâm sàng mà có thể chẩn đoán khe hở môi một bên, hai bên, toàn bộ hoặc không toàn bộ. Trong đó:

- Khe hở không toàn bộ: là khe hở bắt đầu từ làn môi đỏ, không tách rời hết chiều cao môi đến nền mũi.

- Khe hở toàn bộ: là khe hở bắt đầu từ làn môi đỏ, tách rời hết chiều cao môi đến nền mũi.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Đóng kín khe hở.
- Phục hồi cấu trúc giải phẫu môi.
- Phục hồi chức năng và thẩm mỹ sau phẫu thuật.

2. Điều trị cụ thể

a. Điều trị giai đoạn trước phẫu thuật: Điều trị nắn chỉnh trước phẫu thuật.

b. Điều trị phẫu thuật

- Điều kiện phẫu thuật
 - + Cân nặng: từ 6kg trở lên.
 - + Xét nghiệm máu: đủ điều kiện cho phép.
- Các bước phẫu thuật
 - + Thiết kế đường rạch da và niêm mạc môi hai bên bờ khe hở theo phương pháp đã lựa chọn.
 - + Rạch da và niêm mạc môi theo đường thiết kế.
 - + Bóc tách mép vết mổ hai bên bờ khe hở theo 3 lớp: da, cơ và niêm mạc
 - + Bóc tách giảm căng niêm mạc nhánh tiền đình bên khe hở.
 - + Khâu phục hồi môi theo 3 lớp: niêm mạc, cơ và da
 - + Băng.
 - + Kháng sinh, giảm đau sau phẫu thuật.

c. Điều trị sau phẫu thuật

- Hướng dẫn và điều trị rối loạn phát âm.
- Điều trị nắn chỉnh lệch lạc răng.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

- Điều trị đúng thời điểm, đúng kỹ thuật sẽ phục hồi môi cả về giải phẫu và chức năng tốt.
- Nếu điều trị muộn thì sẽ khó khăn trong phẫu thuật đóng khe hở môi và ảnh hưởng tới các giai đoạn điều trị tiếp theo.

2. Biến chứng

- Sặc khi ăn uống.
- Viêm nhiễm đường hô hấp.
- Hạn chế phát triển thể chất.

VI. PHÒNG BỆNH

Tuyên truyền, phổ biến kiến thức cho các bà mẹ trong độ tuổi sinh đẻ cần lưu ý trong giai đoạn đầu của thời kỳ mang thai tránh tiếp xúc các yếu tố phơi nhiễm có thể gây khuyết tật khe hở vòm miệng.

24. KHE HỞ VÒM MIỆNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Khe hở vòm miệng là khuyết tật bẩm sinh, làm tách rời cấu trúc vòm miệng bao gồm xương vòm miệng, khối cơ nâng vòm hầu, cơ căng màn hầu và niêm mạc.

II. NGUYÊN NHÂN

- Nguyên nhân ngoại lai: các yếu tố tác động xảy ra trong quá trình hình thành và phát triển trong giai đoạn đầu của thời kỳ bào thai:

- + Vật lý: phóng xạ, tia X, nhiệt học, cơ học...
- + Hóa học: thuốc trừ sâu, dioxin, chì, carbon...
- + Sinh học: virus, xoắn khuẩn, các loại vi khuẩn khác...
- + Thần kinh: stress tâm lý.
- Nguyên nhân nội tại:
 - + Di truyền.
 - + Khiếm khuyết nhiễm sắc thể.
 - + Ảnh hưởng của tuổi và nòi giống.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán có khe hở vòm miệng

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng

- Cơ năng
 - + Sặc khi bú hoặc khi ăn.
 - + Trường hợp trẻ đã biết nói thì có biểu hiện nói ngọng.
- Thực thể
 - Có khe hở ở vòm miệng.

2. Chẩn đoán mức độ khe hở

Dựa vào lâm sàng tùy theo mức độ khe hở mà có thể chẩn đoán khe hở vòm miệng một bên, hai bên, toàn bộ hoặc không toàn bộ.

a. Khe hở một bên: thành khe hở bên lành liên tục với vách ngăn chính mũi.

- Khe hở không toàn bộ
 - + Khe hở lưỡi gà.
 - + Khe hở vòm miệng mềm.

- + Khe hở toàn bộ: khe hở bao gồm cả vòm miệng mềm và vòm miệng cứng.
- b. Khe hở hai bên: vách ngăn mũi không liên tục với thành khe hở.
 - Khe hở toàn bộ.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Đóng kín khe hở.
- Phục hồi hệ thống cơ căng và nâng vòm miệng.
- Đẩy lùi vòm miệng ra sau.
- Phục hồi chức năng sau phẫu thuật.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Phẫu thuật đóng khe hở vòm miệng

- Điều kiện phẫu thuật
 - + Cân nặng: từ 10kg trở lên.
 - + Xét nghiệm máu: đủ điều kiện cho phép.
- Các bước phẫu thuật
 - + Thiết kế đường rạch niêm mạc theo phương pháp đã lựa chọn.
 - + Rạch niêm mạc theo đường thiết kế.
 - + Bóc tách lớp niêm mạc vòm miệng, bảo tồn bó mạch khẩu cái sau.
 - + Bóc tách lớp niêm mạc nền mũi.
 - + Khâu phục hồi theo từng lớp niêm mạc mũi, khối cơ căng màn hầu, niêm mạc vòm miệng

2.2. Điều trị rối loạn phát âm

a. Thời gian điều trị: Tiến hành sau khi mổ đóng khe hở vòm miệng.

b. Kế hoạch điều trị

- Đánh giá chức năng màn hầu.
- Yêu cầu điều trị:
 - + Đạt được khẩu hình đúng.
 - + Phát âm đúng.
 - + Đề xuất các can thiệp bổ sung.

c. Cách thức điều trị

- Tập luyện phát âm.

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

- Điều trị đúng thời điểm, đúng kỹ thuật sẽ phục hồi vòm miệng cả về giải phẫu và chức năng tốt.

- Nếu điều trị muộn thì sẽ khó khăn trong phẫu thuật đóng khe hở vòm miệng và điều trị rối loạn phát âm.

2. Biến chứng

- Sặc khi ăn uống.
- Viêm nhiễm đường hô hấp.
- Hạn chế phát triển thể chất.

VI. PHÒNG BỆNH

Tuyên truyền, phổ biến kiến thức cho các bà mẹ trong độ tuổi sinh đẻ cần lưu ý trong giai đoạn đầu của thời kỳ mang thai tránh tiếp xúc các yếu tố phơi nhiễm có thể gây khuyết tật khe hở vòm miệng.

25. NANG THÂN RĂNG

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.
- 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 bọc lộ xương.

+ Mở xương, bóc lộ nang.

+ Lấy nang và răng ngầm.

+ Kiểm soát vùng phẫu thuật.

+ Khâu đóng niêm mạc.

2.2. Phẫu thuật mở thông nang

- Chỉ định: Nang kích thước lớn phá hủy xương nhiều.

- Kỹ thuật

+ Vô cảm.

+ Rạch niêm mạc, bóc tách bọc 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.

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.

26. NANG NHÁI SÀN MIỆNG

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 phồng ở sàn miệng, kích thước thường khoảng 1-3cm hoặc lớn hơn.
- Bề mặt khối phồng 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.
- Thở lâm sàng hiếm gặp là nang nhái ở cổ, xảy ra khi nang xuyên qua cơ hàm móng và biểu hiện thành khối phồng 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 tuyến nước bọt dưới lưỡi

- Chỉ định: Nang có kích thước vừa phải và liên quan với tuyến nước bọt dưới lưỡi.

- Kỹ thuật

- + Phẫu thuật lấy bỏ nang: thực hiện theo mục 4.2.1.
- + Phẫu thuật lấy bỏ tuyến 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.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG:

1. Tiên lượng

Phẫu thuật cắt bỏ nang hoặc cắt bỏ nang và tuyến 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.

27. NANG TUYẾN NƯỚC BỌT DƯỚI HÀM VÀ DƯỚI LƯỠI

I. ĐỊNH NGHĨA

Nang tuyến nước bọt dưới hàm và dưới lưỡi là nang nhầy, có thể khu trú ở vùng dưới hàm hoặc 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 tuyến nước bọt bị tắc, giãn phình.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1 Lâm sàng

- Có khối phòng ở vùng dưới hàm hoặc sàn miệng, kích thước thường khoảng 1-3cm hoặc lớn hơn.
- Bề mặt khối phòng có màu tím nhạt, ranh giới rõ.
- Niêm mạc mỏng căng, có thể tự vỡ ra dịch nhầy trong như lòng trắng trứng có albumin và mucin, dễ nhiễm khuẩn, hay tái phát.
- Thở lâm sàng hiếm gặp là nang to đi từ vùng sàn miệng lấn qua cơ hàm móng và biểu hiện thành khối phòng ở vùng cổ.

1.2. Cận lâm sàng

- X quang thường quy: có thể thấy sỏi ở tuyến hoặc ống tuyến.
- Cộng hưởng từ (MRI): thấy khối giảm âm và giảm tỷ trọng ranh giới rõ.

2. Chẩn đoán phân biệt

Nang tuyến nước bọt dưới hàm và dưới lưỡi 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 và tuyến nước bọt dưới hàm hoặc dưới lưỡi

- Chỉ định: Nang có kích thước từ nhỏ đến trung bình.

- 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 và tuyến nước bọt dưới hàm hoặc dưới lưỡi.
- + Khâu đóng niêm mạc.
- + Kháng sinh.

2.2. Phẫu thuật mở thông nang

- Chỉ định

Nang có kích thước lớn gây chèn ép, ảnh hưởng đến chức năng 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.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Phẫu thuật cắt bỏ nang và tuyến nước bọt dưới hàm hoặc 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 dưới hàm, ảnh hưởng đến chức năng.

VI. PHÒNG BỆNH

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

28. NANG KHE MANG

I. ĐỊNH NGHĨA

Nang khe mang được hình thành do sự vùi kẹt của biểu mô. Nang thường nằm ở vùng cổ bên sát bờ trước cơ ức đòn chũm.

II. NGUYÊN NHÂN

Là nang phát triển ở vùng cổ bên, được tạo nên bởi sự vùi kẹt của biểu mô khe mang trong thời kỳ bào thai.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1 Lâm sàng

- Có khối phồng ở vùng cổ bên, kích thước thường từ 1-10cm.
- Nang có hình tròn hay bầu dục, ranh giới rõ, mật độ căng và đàn hồi, di động.
- Nang thường phát triển chậm.

1.2. Cận lâm sàng

X quang(MRI): Khối cản quang vùng cổ bên ranh giới rõ.

2. Chẩn đoán phân biệt

Nang tuyến nước bọt dưới hàm: Phân biệt dựa vào các triệu chứng lâm sàng và kết quả mô bệnh học.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ nang.

2. Điều trị cụ thể

Phẫu thuật cắt bỏ nang.

- Vô cảm.
- Rạch da vùng cổ bên.
- Dùng dụng cụ thích hợp tách bóc vào nang.
- Tách bóc vỏ nang ra khỏi mô xung quanh và lấy toàn bộ nang.
- Cầm máu.
- Đặt dẫn lưu kín.
- Khâu đóng theo các lớp giải phẫu.

- Kháng sinh.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Phẫu thuật cắt bỏ nang khe mang, nếu thực hiện đúng kỹ thuật thì đều cho kết quả tốt, không tái phát.

2. Biến chứng

- Bội nhiễm: gây sưng tấy vùng cổ bên và dưới hàm, ảnh hưởng đến chức năng.

- Rò cạnh cổ.

VI. PHÒNG BỆNH

Khám chuyên khoa răng hàm mặt định kỳ để phát hiện nang sớm và điều trị kịp thời.

29. ÁP XE VÙNG CƠ CĂN

I. ĐỊNH NGHĨA

Là áp xe khu trú ở vùng cơ căn, 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.
- Các 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 cơ căn 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 mang tai, xuống dưới tới vùng dưới hàm. Các rãnh tự nhiên trên mặt bị xóa.
 - + Nếu khối áp xe ở vị trí nông, nằm trên cơ căn có thể sờ thấy dấu hiệu chuyển sóng.
 - + Bệnh nhân đau dữ dội khi sờ vào.
- Trong miệng
 - + Bệnh nhân có khít hàm dữ dội, thường chỉ há được tối đa 0,5cm..
 - + Niêm mạc ngách tiền đình nề, xung huyết dọc theo bờ trước cạnh lên xương hàm dưới.

- + 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 thối quanh ranh giới rõ ở vùng cơ cắn.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Áp xe vùng má: vị trí áp xe ở vùng má và không có dấu hiệu khít hàm dữ dội.
- Áp xe vùng mang tai: vị trí áp xe ở vùng mang tai, có chảy mủ qua lỗ ống Stenon khi thăm khám và không có khít hàm.
- Viêm xương vùng góc hàm hoặc cạnh lên xương hàm dưới: Ban đầu có thể làm mủ vùng cơ cắn. Trên X quang có thể thấy hình ảnh xương chết.

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.

2.2. Điều trị tại chỗ

Rạch dẫn lưu mủ có thể theo đường trong miệng hoặc ngoài mặt.

a. Đường trong miệng

- Chỉ định: khi áp xe tiến triển ra dưới niêm mạc bờ trước cạnh lên xương hàm dưới.
- 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.
- + Điều trị răng nguyên nhân: thường là nhổ răng nguyên nhân.

b. Đường ngoài mặt

- Chỉ định: khi áp xe tiến triển ra phía da hoặc vào sâu phía trong cơ cắn (lan lên trên hoặc ra phía sau xương hàm dưới).

- Kỹ thuật

- + Vô cảm.
- + Rạch da vùng dưới hàm, cong theo đường bờ nền.
- + Bóc tách da và mô dưới da.
- + Dùng kẹp Kocher thâm nhập vào vùng áp xe để dẫn lưu mủ.
- + Bơm rửa.
- + Đặt dẫn lưu.
- + Điều trị răng nguyên nhân: thường là nhổ răng nguyên nhân..

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Nếu dẫn lưu mủ 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, răng khôn mọc lệch để điều trị kịp thời.

30. ÁP XE MÁ

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 căn 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 thối 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.

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 nông nhất của ổ áp xe.
 - + Bộc lộ ổ áp xe và dẫn lưu mủ.
 - + Bơm rửa.
 - + Đặt dẫn lưu.
 - + 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. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Nếu dẫn lưu mủ 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.

31. ÁP XE VÙNG DƯỚI HÀM

I. ĐỊNH NGHĨA

Là áp xe khu trú ở vùng dưới hàm, 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.
 - + Sỏi tuyến nước bọt nhiễm khuẩn.

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 dưới hàm có 1 khối sưng lớn, da trên khối sưng nóng đỏ hoặc tím, căng, nề, có thể thâm nhiễm lan rộng lên trên phần thấp của má, phía trước lan đến vùng dưới cằm, phía sau lan đến vùng cổ bên, phía dưới lan xuống xương móng. Lồi bờ nền xương hàm dưới 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
 - + Dấu hiệu khít hàm dữ dội.
 - + Xung huyết, nề niêm mạc ngách tiền đình răng nguyên nhân.
 - + Rãnh bên lưỡi, vùng xa của sàn miệng sưng nề, xung huyết.

- + Khi ấn tay vào khối sưng ở phía sau sàn miệng, mặt trong xương hàm thấy mềm, lún, chuyển sóng.

- + Trụ trước amidan xung huyết, phần trước của sàn miệng bình thường.

- + Răng nguyên nhân: có biểu hiện bệnh lý của răng nguyên nhân.

1.2. Cận lâm sàng

- X quang thường quy

Có thể có hình ảnh tổn thương răng nguyên nhân.

- CT Scanner: có khối thấu quang ranh giới rõ ở vùng dưới hàm.

2 Chẩn đoán phân biệt

- Áp xe tuyến dưới hàm: dấu hiệu chảy mủ qua lỗ ống Wharton khi thăm khám.

- Viêm hạch mủ dưới hàm: bắt đầu dưới dạng nổi cục sưng đau, sau lan ra cả vùng, không có dấu hiệu khít hàm.

- Áp xe tuyến dưới lưỡi: dấu hiệu ngoài miệng ít, sàn miệng bên bệnh sưng cứng, khít hàm ít.

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.

2.2. Điều trị tại chỗ

- Rạch dẫn lưu mủ theo đường ngoài mặt.

- Kỹ thuật

- + Vô cảm.

- + Rạch da vùng dưới hàm.

- + Bóc tách da và mô dưới da.

- + Dùng kẹp Kocher thâm nhập vào vùng áp xe để dẫn lưu mủ.

- + Bơm rửa.

- + Đặt dẫn lưu.

- + Điều trị răng nguyên nhân.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Nếu dẫn lưu mủ 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, răng khôn mọc lệch để điều trị kịp thời.

32. ÁP XE VÙNG SÀN MIỆNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Là áp xe khu trú ở vùng sàn miệng, 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.
- Các nguyên nhân khác
 - + Do tai biến điều trị.
 - + Do chấn thương.
 - + Nhiễm trùng các vùng lân cận
 - + Sỏi tuyến nước bọt nhiễm khuẩn.

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

Có thể sưng nề vùng dưới cằm, phần trước vùng dưới hàm, da trên khối sưng nóng đỏ hoặc tím, căng, nề.

- Trong miệng

- + Có biểu hiện há miệng hạn chế.
- + Sưng nề sàn miệng bên răng nguyên nhân, lưỡi bị đẩy lệch về bên đối diện.
- + Niêm mạc sàn miệng đỏ xung huyết, có phủ màng giả trắng, không dính.
- + Mào dưới lưỡi sưng gồ như “mào gà”, sờ thấy có một gờ chắc, rất đau, dính vào mặt trong xương tương ứng với răng nguyên nhân.
- + Ấn có dấu hiệu mềm lún hay chuyển sóng, khó nuốt, khó nói, khó nhai. Cử động lưỡi khó và đau.

- + 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.
- + Có thể thấy hình ảnh sỏi ống tuyến nước bọt dưới hàm.
- CT Scanner: có khối thấu quang ranh giới rõ ở vùng sàn miệng, và có thể thấy hình ảnh sỏi ống tuyến nước bọt dưới hàm.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Áp xe tuyến dưới hàm: dấu hiệu chảy mủ qua lỗ ống Wharton khi thăm khám.
- Áp xe nông quanh hàm trong (dưới lưỡi, dưới niêm mạc): áp xe nông ngay chân răng nguyên nhân. Sàn miệng bình thường.
- Phlegmon sàn miệng: sưng, thâm nhiễm toàn bộ sàn miệng hai bên, tình trạng toàn thân suy yếu, nhiễm khuẩn, nhiễm độc.

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.

2.2. Điều trị tại chỗ

Rạch dẫn lưu mủ theo đường trong miệng hoặc ngoài mặt.

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.
- + Điều trị răng nguyên nhân.

b. Đường ngoài mặt

- Kỹ thuật
- + Vô cảm.
- + Rạch da vùng dưới cằm.
- + Bóc tách da và mô dưới da.
- + Dùng kẹp Kocher thâm nhập vào vùng áp xe để dẫn lưu mủ.
- + Bơm rửa.
- + Đặt dẫn lưu.
- + Điều trị răng nguyên nhân.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Nếu dẫn lưu mủ 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, răng khôn mọc lệch để điều trị kịp thời.
- Khi phát hiện sỏi ống tuyến nước bọt dưới hàm thì cần phẫu thuật lấy sỏi.

33. ÁP XE VÙNG MANG TAI

I. ĐỊNH NGHĨA

Là áp xe khu trú ở vùng mang tai, nguyên nhân thường do viêm mủ tuyến mang tai.

II. NGUYÊN NHÂN

- Viêm tuyến mang tai
 - + Viêm mủ tuyến mang tai.
 - + Sỏi tuyến nước bọt nhiễm khuẩn.
- 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 chấn thương.
 - + Nhiễm trùng các vùng lân cận.
 - + Viêm hạch vùng mang tai.

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....
- Có thể có hạch vùng lân cận cùng bên.

b. Tại chỗ

- Ngoài miệng
 - + Có khối sưng nề hoặc cứng vùng mang tai, trước hoặc dưới ống tai ngoài.
 - + Theo thời gian, sưng sẽ lan rộng, có thể lan cả nửa mặt, làm cho nề mi mắt và mắt bị khép lại.
 - + Da trên khối sưng căng bóng, đỏ, sờ vào đau.
 - + Rãnh giữa bờ trước xương chũm và bờ sau vành lên bị sưng đầy, ấn lõm và đau.

- + Bệnh nhân có thể bị hạn chế há miệng.
- Trong miệng
- + Với bệnh nhân có hạn chế há miệng chúng ta rất khó khám trong miệng.
- + Niêm mạc má xung huyết.
- + Có thể có sưng sau trụ thành bên hầu.
- + Miệng lỗ ống Stenon nề, vuốt dọc tuyến ngoài má thấy mủ chảy qua miệng ống.

1.2. Cận lâm sàng

Phim MRI, CT scanner

- Xác định chính xác vị trí, kích thước và số lượng của ổ mủ.
- Có thể có sỏi hoặc dị vật ở vùng tuyến mang tai.

2 Chẩn đoán phân biệt

- Áp xe vùng cơ cắn: sưng vùng cơ cắn, khít hàm nhiều.
- Áp xe hạch vùng mang tai: không có mủ chảy qua ống Stenon khi ấn vào vùng mang tai.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Dẫn lưu mủ và điều trị nguyên nhân.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị toàn thân

Kháng sinh và nâng cao thể trạng.

2.2. Điều trị tại chỗ

Rạch dẫn lưu mủ.

- Kỹ thuật
- + Vô cảm.
- + Rạch da bờ trước ống tai ngoài, từ cung tiếp xuống gần góc hàm hoặc rạch da dưới và quanh góc hàm.
- + Bóc tách da và mô dưới da.
- + Dùng kẹp Kocher thâm nhập vào vùng áp xe để dẫn lưu mủ.
- + Bơm rửa.
- + Đặt dẫn lưu.

- + Điều trị nguyên nhân

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Nếu dẫn lưu mủ phối hợp với điều trị 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.
- Khi phát hiện sỏi tuyến mang tai thì phẫu thuật lấy sỏi.

34. ÁP XE THÀNH BÊN HỌNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Là áp xe khu trú ở thành bên họng, do lan rộng áp xe các vùng lân cận mà thường có nguyên nhân 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.
 - + Áp xe các vùng lân cận.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

a. Toàn thân

Có biểu hiện nhiễm trùng huyết: sốt cao, rét run, tim đập nhanh, đau đầu, vật vã mất ngủ, hơi thở hôi....

b. Tại chỗ

- Ngoài miệng
 - + Nếu mổ tụ ở vùng trước trâm thì thấy sung đau dọc cơ ức đòn chũm. Khởi đầu vùng dưới hàm ,góc hàm có 1 khối sưng lớn, da trên khối sưng nóng đỏ hoặc tím, căng, nề, có thể thâm nhiễm lan rộng lên vùng mang tai. Lồi bờ nền xương hàm dưới bị xóa.
 - + Giai đoạn đầu khối có mật độ cứng, về sau ấn lõm hoặc có dấu hiệu chuyển lỏng. Bệnh nhân đau dữ dội khi sờ vào.
- Trong miệng
 - + Khít hàm nhiều.
 - + Sưng nề phần trước thành bên hầu, đẩy amidan và vòm miệng vào giữa. Do thành bên hầu bị sưng nề nên bệnh nhân thường có khó thở.

+ Niêm mạc hầu đỏ, căng, đau do mụn ở giữa cơ chân bướm trong và cơ khí hầu trên.

+ Nếu đặt 1 ngón tay ở thành bên hầu, các ngón khác đặt sau và dưới góc hàm có thể phát hiện thấy mềm lún hoặc có dấu hiệu chuyển sóng.

+ Nếu mụn ở sau vùng trâm: bệnh cảnh lâm sàng tương tự như nhiễm khuẩn máu. Bệnh nhân ít khi bị khí hàm, sưng bên ngoài cũng ít hơn so với áp xe ở trước trâm. Trong miệng thấy sưng thành bên hầu.

+ Răng nguyên nhân: có biểu hiện bệnh lý của răng nguyên nhân.

c. Dấu hiệu cơ năng

- Khó nuốt, kể cả khi bệnh nhân uống nước.

- Đau do căng mụn, đau lan lên tai, xuống vùng dưới hàm.

- Khó thở do sưng bít 1 phần hầu, nề thanh quản.

1.2. Cận lâm sàng

- X quang thường quy

Có biểu hiện tổn thương răng nguyên nhân.

- CT Scanner: có khối thấu quang ranh giới rõ ở vùng thành bên họng.

2. Chẩn đoán phân biệt

Viêm tấy amidan: amidan sưng đỏ, xung huyết, không có khí hàm.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Dẫn lưu mụn và điều trị răng nguyên nhân.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị toàn thân

Kháng sinh và nâng cao thể trạng.

2.2. Điều trị tại chỗ

Chích dẫn lưu mụn qua đường trong miệng hoặc đường ngoài miệng hoặc phối hợp cả hai.

a. Đường trong miệng

- Chỉ định: khi áp xe tiến triển về phía niêm mạc thành bên họng.

- Kỹ thuật

+ Vô cảm.

- + Rạch niêm mạc ở chỗ thấp nhất và nông nhất của ổ áp xe.
- + Bộc lộ ổ áp xe và dẫn lưu mủ.
- + Bơm rửa.
- + Đặt dẫn lưu.
- + Điều trị răng nguyên nhân.

b. Đường ngoài mặt

- Chỉ định: khi áp xe tiến triển về phía dưới da vùng cổ và dưới hàm.
- Kỹ thuật
- + Vô cảm.
- + Rạch da bờ trước cơ ức đòn chũm: đường rạch từ góc hàm tới 1/3 giữa của vùng dưới hàm.
- + Bóc tách da và mô dưới da.
- + Dùng kẹp Kocher thâm nhập vào vùng áp xe để dẫn lưu mủ.
- + Bơm rửa.
- + Đặt dẫn lưu.
- + Điều trị răng nguyên nhân.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

- Nếu dẫn lưu mủ phối hợp với điều trị răng nguyên nhân thì có kết quả điều trị tốt.
- Nếu điều trị không kịp thời hoặc không đúng có thể gây biến chứng nguy hiểm, thậm chí dẫn đến tử vong.

2. Biến chứng

- Viêm tấy tỏa lan vùng mặt.
- Liệt hô hấp do nề thành quản cấp, phải tiến hành mở khí quản.
- Chảy máu do nhiễm khuẩn xâm lấn, làm tổn thương các mạch máu lớn (động mạch cảnh, tĩnh mạch cảnh trong), phải tiến hành thắt mạch.
- Viêm tắc tĩnh mạch xoang hang, viêm màng não mủ.
- Áp xe trung thất.
- Nhiễm trùng huyết.

VI. PHÒNG BỆNH

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

35. VIÊM TÂY LAN TỎA VÙNG HÀM MẶT

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.

+ Sưng 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.

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.

36. U MEN XƯƠNG HÀM

(Ameloblastoma)

I. ĐỊNH NGHĨA

U men xương hàm là u có nguồn gốc từ liên bào tạo men, là u lành tính nhưng có tính chất phá hủy và có thể chuyển dạng thành ác tính.

II. NGUYÊN NHÂN

Phát sinh từ liên bào tạo men còn vùi kẹt ở trong xương hàm.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

a. Giai đoạn đầu: Bệnh tiến triển trong xương hàm, không có triệu chứng và được phát hiện tình cờ khi chụp X quang xương hàm.

b. Giai đoạn u to làm phòng xương hàm

- Ngoài mặt

Mặt biến dạng, sờ không đau, khối u không đều sờ có chỗ cứng, chỗ mềm.

- Trong miệng

U làm phòng xương hàm, làm đầy ngách lợi, thời kỳ đầu niêm mạc và răng trên u bình thường, ấn cứng. Khi u đã phá hủy tới vỏ xương thì ấn có dấu hiệu bóng nhựa. Khi u đã phá hủy hầu hết xương có các dấu hiệu dưới đây:

+ Các răng trên vùng u có biểu hiện di lệch.

+ Niêm mạc trên vùng u có thể bị loét do sang chấn hoặc có các dấu răng.

+ Trường hợp u bị bội nhiễm: có cảm giác đau, niêm mạc và da trên u đỏ, các răng trên u lung lay nhiều. Bệnh nhân có sốt và xuất hiện hạch vùng ngoại vi.

+ Hiếm gặp u men ở hàm trên. Nếu gặp thì có thể có thấy triệu chứng mũi xoang.

1.2. Cận lâm sàng

- X quang

Có hình ảnh tổn thương phá hủy xương hàm dạng nang có thể một hoặc nhiều buồng, ranh giới không rõ. Có thể có hình ảnh tiêu chân răng các răng liên quan.

- Mô bệnh học

Thấy hình ảnh tổn thương đặc trưng của u men. Dựa vào hình ảnh mô bệnh học, u men được phân loại thành các thể dưới đây:

- + U men thể nang: Ameloblastoma.
- + U men dạng tuyến: Adeno-Ameloblastoma.
- + U men - xơ: Fibro-Ameloblastoma.
- + U men dạng nhày: Myxo-Ameloblastoma.
- + U men máu: Angio-Ameloblastoma.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Nang xương hàm

+ Nang thân răng: trên X quang có hình ảnh tổn thương xương hàm có ranh giới rõ, và liên quan đến thân răng ngầm nằm trong nang.

+ Nang chân răng: liên quan với răng nguyên nhân nhưng trên X quang không có hình ảnh tiêu chân răng.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Phẫu thuật cắt bỏ triệt để toàn bộ khối u để tránh tái phát.

2. Điều trị cụ thể

- Trường hợp u có kích thước nhỏ, chưa phá hủy nhiều xương

+ Phẫu thuật cắt bỏ u, giữ lại bờ nền xương hàm.

+ Phục hình răng để phục hồi chức năng ăn nhai.

- Trường hợp u có kích thước lớn, phá hủy nhiều xương

+ Phẫu thuật cắt bỏ u và đoạn xương hàm.

+ Phục hồi đoạn xương cắt bỏ bằng kỹ thuật ghép xương hàm.

+ Phục hình răng để phục hồi chức năng ăn nhai.

- Trong một số trường hợp có thể tiến hành phẫu thuật mở thông u men để chuẩn bị cho phẫu thuật cắt bỏ triệt để.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

- Nếu phẫu thuật không triệt để, lấy bỏ toàn bộ u thì có nguy cơ tái phát cao.

- Nếu không được điều trị thì u gây phá hủy xương hàm nhanh chóng, có thể gây gãy xương bệnh lý và xâm lấn mô mềm xung quanh. U men còn có nguy cơ chuyển dạng ác tính.

- Nếu phẫu thuật triệt để lấy bỏ toàn bộ u thì sẽ có tiên lượng tốt.

VI. PHÒNG BỆNH

Khám chuyên khoa răng hàm mặt định kỳ để phát hiện tổn thương sớm và điều trị kịp thời.

37. U RĂNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Là khối u xuất hiện ở xương hàm có nguồn gốc từ tế bào tạo ngà, tạo men và tạo xương chân răng.

II. NGUYÊN NHÂN

Do sự tăng sinh của biểu mô của răng hay cơ quan tạo men.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

- Ngoài miệng
 - + Không thấy có biểu hiện lâm sàng đặc hiệu.
 - + Nếu có bội nhiễm thì sẽ gây sưng nề mô mềm tương ứng vùng ngoài mặt.
- Trong miệng
 - + Niêm mạc miệng bình thường
 - + Có thể phát hiện thiếu răng vĩnh viễn tại cung hàm có u: thường là răng cửa trên, răng hàm nhỏ hoặc hàm lớn hàm dưới.
 - + U làm xương hàm gồ nhẹ ở mặt trong hoặc ngoài.

1.2. Cận lâm sàng

- X quang thường quy
Panorama
 - + U cản quang, ranh giới rõ.
 - + Có nhiều răng nhỏ giống hoặc không giống hình thể răng.
 - + Có thể thấy răng mọc ngầm liên quan
- CT Scanner: Xác định kích thước u và những liên quan với mô xung quanh.

2. Chẩn đoán phân biệt

- U xương răng: hình ảnh X quang không có những tổ chức như răng.
- Khối canxi hóa : nằm trong xương không liên quan đến răng.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Phẫu thuật cắt bỏ triệt để toàn bộ khối u.

2. Điều trị cụ thể

Phẫu thuật cắt u và lấy răng ngầm.

- Vô cảm.
- Rạch niêm mạc đường ngách tiền đình.
- Mở xương.
- Bộc lộ u.
- Cắt u lấy toàn bộ khối u.
- Bộc lộ răng ngầm.
- Lấy răng ngầm.
- Khâu đóng vết mổ theo lớp giải phẫu.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Phát hiện sớm, phẫu thuật lấy toàn bộ u sẽ cho kết quả tốt.

2. Biến chứng

- Nhiễm trùng, viêm xương hàm.
- Biến dạng xương hàm.

VI. PHÒNG BỆNH

Khám kiểm tra định kỳ phát hiện u và răng ngầm.

38. U XƯƠNG RĂNG

I. ĐỊNH NGHĨA

U xương răng là khối u lành tính ở xương hàm có nguồn gốc từ ngoại trung mô.

II. NGUYÊN NHÂN

Ít được biết đến, u phát sinh từ tế bào ngoại trung mô ở vùng trung mô ở vùng quanh răng, đó là tế bào tạo xương răng.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

a. Cơ năng

Xuất hiện các cơn đau như viêm tủy ở răng nguyên nhân.

b. Thực thể

- Ngoài mặt

- + Thường không có triệu chứng đặc hiệu.

- + Khi u phát triển to có thể có bội nhiễm viêm sung tấy đỏ ngoài mặt và gây viêm xương và rò ra ngoài da

- + Khi u phát triển gây viêm xương có thể thấy đường dò mủ ngoài mặt tương ứng.

- Trong miệng

- + Khi u còn nhỏ ít có triệu chứng.

- + Có thể có khối phòng xương , gianh giới không rõ.

- + Hoặc có dò mủ tương ứng vùng răng nguyên nhân.

- + Có biểu hiện bệnh lý ở răng nguyên nhân. Thử tủy thường dương tính.

1.2. Cận lâm sàng

- X quang thường quy

Thường là một khối cản tương đối đồng nhất, hình tròn liền với 1 hay nhiều chân răng, xung quanh vùng cản quang là vùng sang mỏng, bờ rõ ràng.

- CT Scanner: Xác định kích thước u và những liên quan với mô xung quanh.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Phẫu thuật lấy bỏ toàn bộ u và răng.

2. Điều trị cụ thể

Phẫu thuật cắt u

- Vô cảm.
- Rạch niêm mạc tiền đình vùng u.
- Tách bóc bọc lộ khối u.
- Cắt bỏ khối u.
- Kiểm soát vùng phẫu thuật.
- Khâu phục hồi.
- Kháng sinh.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Nếu điều trị phẫu thuật lấy bỏ được toàn bộ u thì kết quả tốt.

2. Biến chứng

- Loét, nhiễm trùng, hoại tử u.
- Ảnh hưởng thẩm mỹ.

VI. PHÒNG BỆNH

- Khám kiểm tra răng hàm mặt định kỳ để phát hiện u.
- Thiết lập kế hoạch điều trị toàn diện cho bệnh nhân.

39. U MÁU Ở TRẺ EM

(Hemangiomas)

I. ĐỊNH NGHĨA

U máu trẻ em là u mạch máu do tăng sinh các tế bào nội mô mạch máu, thường xuất hiện trong những tuần đầu sau khi sinh, phát triển nhanh chóng trong những tháng đầu, sau đó dừng phát triển và thoái triển.

II. NGUYÊN NHÂN

- Do virus: nhiễm virus có thể làm tổn thương các tế bào nội mô, kích thích phát triển khối u.
- Do nội tiết: người ta thấy nồng độ cao bất thường của estradiol-17 trong huyết thanh cũng như cho rằng estrogen kích thích phát triển khối u
- Do mất điều hòa giữa yếu tố sinh mạch và ổn định mạch vì vậy tăng sinh các tế bào nội mô
- Do u xuất phát từ các tế bào của nhau thai, các nguyên bào mạch có thể biệt hóa bất thường thành kiểu cấu trúc vi mạch nhau thai bên trong tổ chức của u máu.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào lâm sàng và tiến triển u. Trong một số trường hợp dựa vào chẩn đoán hình ảnh và mô bệnh học.

1.1. Lâm sàng

a. Tính chất u

- U ở lớp nông

Xuất hiện ban đầu như một nốt nhỏ, mảng đỏ, lúc đầu nhẵn, về sau gồ lên có màu sáng hơn giống như quả dâu tây.

- U ở lớp sâu dưới da

U gồ lên, không có mạch đập, ấn không xẹp, sờ chắc, ở dưới một lớp da bình thường. Da trên u có màu xanh nhạt hoặc tím. Có thể thấy các tĩnh mạch, mao mạch giãn trên bề mặt u.

- Thể hỗn hợp

Biểu hiện là mảng da đỏ xuất hiện đầu tiên. Sau đó thành phần u dưới da phát triển nhô lên và vượt quá ranh giới vùng da đỏ, giống quả trứng trần.

U thường đơn lẻ, đôi khi có 2 đến 3 u. Trong một số trường hợp hiếm gặp có thể gặp hàng chục đến hàng trăm u dạng phát ban, có thể phối hợp với u máu ở các tạng như ở gan.

b. Vị trí u: Hay gặp ở vùng đầu cổ. Ít gặp hơn ở vùng thân và các chi.

c. Kích thước u: Đa dạng, thường dưới 3 cm. Có khi u chỉ nhỏ như đầu kim hoặc u rất to.

d. Trong một số trường hợp có thể phối hợp với các dị dạng khác.

e. Tiến triển

- U xuất hiện: trong những tuần đầu sau khi sinh.

- Giai đoạn tăng sinh: U phát triển nhanh trong những tháng tiếp theo. Nếu điều trị nội khoa hoặc laser thì u thoái triển nhanh hơn.

- Giai đoạn ổn định: u ngừng phát triển.

- Giai đoạn thoái triển: hầu hết các trường hợp u máu trẻ em thoái triển sau giai đoạn ngừng phát triển, thường để lại sẹo. Trong một số trường hợp không để lại dấu vết.

1.2. Cận lâm sàng

- Chẩn đoán hình ảnh: Siêu âm, CT, MRI chỉ sử dụng trong các trường hợp khó phát hiện bằng lâm sàng.

- Mô bệnh học: khối mao mạch rắn chắc, được lót bởi các tế bào nội mô, với tốc độ gián phân cao khi u ở thời kỳ tăng sinh. Ở giai đoạn thoái lui thì giảm gián phân và tăng tỷ lệ tế bào nội mô chết và tổ chức mạch máu được thay thế bằng tổ chức xơ, mỡ.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Lựa chọn phương pháp điều trị u máu phụ thuộc vào các yếu tố: vị trí u máu, giai đoạn phát triển, các biến chứng có thể xảy ra của u máu nếu không điều trị, yếu tố thẩm mỹ, cân nhắc giữa nguy cơ và lợi ích của mỗi phương pháp.

2. Điều trị cụ thể

Có 3 lựa chọn để xử lý u máu trẻ em tùy từng trường hợp cụ thể:

a. Theo dõi không can thiệp

Đa số các trường hợp u tự thoái lui mà không cần điều trị gì.

b. Điều trị nội khoa: Có thể sử dụng liệu pháp Corticoid hoặc Propanolon.

- Liệu pháp Corticoid: Chọn một trong hai cách dùng dưới đây:

+ Đường uống: Prednisolon 1-2 mg/kg cân nặng, kéo dài 1 tháng (trong thời kỳ tăng sinh), giảm liều dần. Cần phối hợp với bác sỹ nhi khoa để theo dõi tác dụng phụ của thuốc.

+ Đường tiêm: Triamcinolon 1-2 mg/kg cân nặng, tiêm thẳng vào u, 1 lần/2 tháng.

- Propranolol: liều dùng 2-3mg/kg/ngày. Hiện nay còn đang ở giai đoạn nghiên cứu.

c. Phẫu thuật

- Chỉ định

+ U có nguy cơ trở ngại các chức năng

+ U có biến chứng.

+ Điều trị di chứng u máu thoái lui.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

- Đa phần các trường hợp u máu ở trẻ em tiến triển tốt.

- Trong một số trường hợp u máu ở sâu, gây rối loạn chức năng hoặc biến chứng thì việc điều trị khá phức tạp.

2. Biến chứng

- Nhiễm trùng.

- Chảy máu.

- Gây rối loạn chức năng.

VI. PHÒNG BỆNH

- Khám kiểm tra trẻ em trong những tuần đầu sau khi sinh phát hiện u máu để có kế hoạch theo dõi và điều trị kịp thời.

40. U BẠCH MẠCH

(Lymphangioma)

I. ĐỊNH NGHĨA

U bạch mạch là một dị dạng bẩm sinh (Congenital Malformation) của mạch bạch huyết lành tính thường gặp ở vùng đầu - cổ, hay gặp ở các trẻ em.

II. NGUYÊN NHÂN

Không xác định được nguyên nhân, thực chất là một dị dạng bẩm sinh mạch bạch huyết.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

Có khối u ở vùng mũi, má, trên mặt, vùng dưới hàm, bên cổ với các đặc điểm sau:

- Màu da, niêm mạc trên u gần như bình thường.
- U có ranh giới không rõ, bóp không xẹp, không đau.
- U hay bị bội nhiễm.
- U có thể gây rối loạn chức năng như nuốt vướng, nuốt khó, cảm giác khó thở ... nếu u nằm trong vùng họng - miệng.

1.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm: có vùng giảm âm, ranh giới không rõ.
- CT Scanner: có hình ảnh khối u ranh giới không rõ.

2. Chẩn đoán phân biệt

- U máu: Da và niêm mạc trên u sẫm màu, bóp xẹp, đôi khi sờ thấy mạch đập.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Gây xơ hóa và phẫu thuật cắt bỏ khối u.

2. Điều trị cụ thể

Điều trị qua 2 giai đoạn

- Điều trị làm xơ hóa khối u.

+ Vô cảm.

+ Dùng kim chuyên dụng cho các thủ thuật mạch máu (angiocatheter) đâm xuyên qua da và o cá c nang.

+ Hút dịch chứa trong nang càng sạch càng tốt.

+ Bơm thuốc c gây xơ hóa và o nhiều vị trí của khối u để là m xơ hóa toàn bộ khối u.

- Phẫu thuật cắt bỏ khối u

+ Vô cảm.

+ Rạch da hoặc niêm mạc.

+ Tách bóc bóc lộ khối u.

+ Cắt bỏ khối u.

+ Kiểm soát vùng phẫu thuật.

+ Đặt dẫn lưu.

+ Khâu phục hồi.

+ Kháng sinh.

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

- Nếu không điều trị u, có thể gây biến dạng mặt.

- Nếu điều trị phẫu thuật lấy bỏ được toàn bộ u thì kết quả tốt. Nếu u to, phẫu thuật không triệt để, thì u tiếp tục phát triển.

2. Biến chứng

- Biến dạng mặt.

- Bội nhiễm.

VI. PHÒNG BỆNH

Khám kiểm tra trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ để phát hiện sớm và điều trị kịp thời.

41. U XƠ THẦN KINH

I. ĐỊNH NGHĨA

U xơ thần kinh là bệnh di truyền trội trên nhiễm sắc thể, ảnh hưởng đến thần kinh, da và xương.

II. NGUYÊN NHÂN

Do đột biến gen trên NST 17.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

a. Tiêu chuẩn chẩn đoán NF-1

- ≥ 2 tuổi thấy u xơ thần kinh hay 1 đám rối u xơ thần kinh.
- ≥ 6 tuổi thường thấy dát cà phê sữa có đường kính lớn hơn 5mm (trước dậy thì), lớn hơn 15mm (sau dậy thì).
- Dát tăng sắc tố ở nách hoặc bẹn.
- U thần kinh đệm mắt.
- Có từ 2 nốt Lisch trở lên.
- Thương tổn đặc trưng ở xương: loạn sản xương bướm hay mỏng màng xương dài có hoặc không kèm khớp giả.
- Gia đình có người thuộc thể hệ gần nhất của bệnh nhân (bố mẹ, anh chị em ruột, con đẻ) trước đó đã được chẩn đoán NF-1.

b. Tiêu chuẩn chẩn đoán NF-2 (1 hoặc 2 tiêu chuẩn)

- U dây thần kinh sọ số 8 đối xứng thấy trên chẩn đoán hình ảnh (CT Scan, MRI).
- Gia đình có người thuộc thể hệ gần nhất của bệnh nhân trước đó đã được chẩn đoán NF-2 kèm theo u dây thần kinh sọ số 8 một bên và/hoặc 2 trong: u xơ thần kinh (Neurofibroma), u màng não (Meningioma), u thần kinh đệm (Glioma), u Schwann (Schwannoma).

2. Cận lâm sàng

- CT Scan: thấy hình ảnh u thần kinh ở sọ não hay cột sống cổ.
- MRI để phát hiện U thần kinh đệm mắt.
- Đèn Wood: phát hiện các dát cà-phê sữa không điển hình.
- Đèn Slit: tiến hành ở những bệnh nhân trên 6 tuổi để phát hiện nốt Lisch.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Phẫu thuật cắt 1 phần u.

2 Điều trị cụ thể:

- Vô cảm.
- Rạch da theo chu vi phần u dự định cắt bỏ.
- Bóc tách bóc lộ toàn bộ phần u dự định cắt bỏ.
- Cắt bỏ u.
- Kiểm soát vùng phẫu thuật.
- Đặt dẫn lưu.
- Khâu phục hồi vết mổ theo lớp giải phẫu.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Không điều trị được triệt để.

2. Biến chứng

- Gây mất thẩm mỹ, người bệnh sẽ khó hòa nhập xã hội.
- Một số trường hợp có thể gây chèn ép vào các bộ phận khác.

VI. PHÒNG BỆNH

- Khám kiểm tra định kỳ phát hiện triệu chứng.
- Tư vấn trước và sau sinh với những u bẩm sinh.
- Thiết lập kế hoạch điều trị toàn diện cho bệnh nhân.

42.VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI DO VIRUS (QUAI BỊ)

I. ĐỊNH NGHĨA

Quai bị là bệnh viêm tuyến nước bọt mang tai thường gặp ở trẻ em và thanh thiếu niên do virus gây ra, bệnh có thể lây truyền trực tiếp qua trung gian nước bọt và có tính chất dịch tễ.

II. NGUYÊN NHÂN

Bệnh do virus thuộc nhóm Paramyxovirus gây ra.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán xác định dựa vào các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và tính chất dịch tễ.

1.1 Lâm sàng

a. Thời kỳ ủ bệnh

Giai đoạn đầu không có triệu chứng lâm sàng và có thể kéo dài từ 2-3 tuần, sau đó xuất hiện một số triệu chứng dưới đây:

- Có thể sốt.
- Khô miệng.
- Đau vùng mang tai, đau rõ nhất ở 3 điểm là trước nắp tai, mỏm xương chũm và góc hàm.

b. Thời kỳ toàn phát

- Sưng đau tuyến mang tai với các đặc điểm:
 - + Lúc đầu sưng 1 bên, sau lan ra 2 bên.
 - + Mới đầu khối sưng nhỏ, làm mất rãnh sau góc hàm, đẩy dải tai ra trước, sau to dần và lan ra cả vùng dưới hàm.
- Sờ vùng mang tai thấy cảm giác căng dạng “mật độ keo”, hơi nóng, hơi đau.
- Há miệng có thể hạn chế.
- Niêm mạc miệng khô, đỏ, giảm tiết nước bọt.
- Lỗ ống Stenon nề, đỏ, đôi khi có những vết nhỏ viêm bầm tím xung quanh và không có mủ nếu không có bội nhiễm.

1.2. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu: Bạch cầu giảm, bạch cầu ái toan tăng.
- X quang: không có giá trị chẩn đoán.

2. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm tuyến nước bọt do vi khuẩn: thường biểu hiện viêm tuyến mang tai ở một bên và có mủ ở miệng ống Stenon, không có tính chất dịch tễ.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Nâng cao thể trạng.
- Chống bội nhiễm.
- Nghỉ ngơi, hạn chế vận động.

2. Điều trị cụ thể

- Thuốc an thần.
- Hạ sốt.
- Vệ sinh răng miệng.
- Nghỉ ngơi, nâng cao thể trạng.

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Bệnh tiến triển khoảng 8-10 ngày và tự khỏi.

2. Biến chứng

- Viêm tinh hoàn: là biến chứng hay gặp.
- Viêm buồng trứng: hiếm gặp.

VI. PHÒNG BỆNH

- Tiêm vắc xin phòng quai bị cho trẻ em.
- Cách ly người bệnh, ngăn ngừa lây nhiễm ra cộng đồng.

43. VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI MẠN TÍNH

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm tuyến nước bọt mạn tính là loại viêm tuyến nước bọt thường gặp ở người lớn do nhiều nguyên nhân, hay gặp nhất là do vi khuẩn.

II. NGUYÊN NHÂN

- Vi khuẩn.
- Sỏi tuyến mang tai.
- Bệnh có thể được coi là biến chứng của hội chứng tổn thương tái phát do phản xạ, dị ứng, nội tiết của tuyến nước bọt.
- Do những thâm nhiễm nguyên thủy tuyến mang tai của hội chứng Sjogren.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán xác định dựa vào các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và tính chất dịch tể.

1.1. Lâm sàng

a. Ngoài miệng

- Thường chỉ biểu hiện khi có đợt bán cấp: sưng, tấy tuyến mang tai 1 hoặc cả 2 bên, đau nhiều.
- Giữa 2 đợt sưng, tuyến mang tai chỉ hơi to hơn bình thường, sờ chắc, không đau.
- Bệnh nhân chủ yếu thấy khó chịu nhất là lúc sáng dậy, nước bọt hơi mặn trong miệng.
- Tình trạng trên kéo dài khoảng 1 - 2 tuần, có điều trị hay không cũng hết dần. Sau vài tháng sưng đau trở lại.

b. Trong miệng

- Lỗ ống Stenon sưng đỏ.
- Xoa nắn tuyến có mủ loãng hoặc nhầy nhầy, chảy ra phía ngoài, tấy đỏ và liên tục chảy theo lỗ ống Stenon vào miệng.

1.2. Cận lâm sàng

Hình ảnh Xquang có tiêm thuốc cản quang

- Ống Stenon giãn to, đường kính không đều, chỗ phì đại, chỗ thắt hẹp.

- Nhồi ng ồ ng nhỏ trong nhu mô có thể thấy rõ , có những ổ động thuốc trong nang tuyến n phình ra.

2 Chẩn đoán phân biệt

Viêm tuyến nước bọt mang tai do virus (quai bị): dựa vào dấu hiệu không có mủ chảy ra ở lỗ ống Steno và tính chất dịch tế.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Nâng cao thể trạng.
- Chống bội nhiễm.
- Nghỉ ngơi, hạn chế vận động.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị nội khoa:

- a. Chỉ định: Khi tuyến chưa xơ hóa.
- b. Điều trị bằng cách bơm rửa tuyến bằng thuốc kháng sinh, chống viêm, nước muối sinh lý.

2.2. Điều trị ngoại khoa

- a. Chỉ định: Khi tuyến xơ hóa, không còn chức năng.
- b. Điều trị bằng phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến mang tai, bảo tồn thần kinh VII.

- Kỹ thuật
 - + Vô cảm.
 - + Rạch da theo đường Redon vùng mang tai.
 - + Bóc tách bóc lộ thần kinh VII.
 - + Cắt toàn bộ tuyến mang tai.
 - + Kiểm soát vùng phẫu thuật
 - + Đặt dẫn lưu kín.
 - + Khâu phục hồi.
 - + Kháng sinh.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Nếu phát hiện sớm, điều trị nội khoa sẽ cho kết quả tốt.

2. Biến chứng

- Áp xe tuyến mang tai
- Viêm tấy lan tỏa.

VI. PHÒNG BỆNH

Khám chuyên khoa răng hàm mặt định kỳ để phát hiện viêm tuyến mang tai sớm và điều trị kịp thời.

44. VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT DƯỚI HÀM DO SỎI

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, nắn 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.

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 và cố định vị trí sỏi bằng chỉ phẫu thuật.

- + Rạch niêm mạc dọc ống tuyến tại vị trí có sỏi.

- + Bộc lộ và lấy sỏi.

- + Kiểm soát vùng phẫu thuật.

- + Cắt bỏ chỉ cố định sỏi.

- + 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.

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.

45. U HỖN HỢP TUYẾN TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI

I. ĐỊNH NGHĨA

U hỗn hợp tuyến mang tai là u lành tính, nằm ở vùng tuyến mang tai, có thể trong hay ngoài tuyến. U phát triển chậm, dễ tái phát và có thể chuyển dạng thành ác tính.

II. NGUYÊN NHÂN

U có nguồn gốc từ biểu mô ống tuyến và cơ biểu mô.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1 Lâm sàng

- Giai đoạn đầu u
 - + Mặt bình thường, không biến dạng.
 - + Vùng dưới da tai, trước cẳng tai hoặc phía trong góc hàm xuất hiện 1 khối nhỏ, đường kính nhỏ hơn 1cm, không đau, di động dễ, sờ chắc đều, da không dính với u. Ấn u vào xương hàm có thể cảm thấy như sụn trên xương (dấu hiệu u Nelaton).
 - + Khám lỗ ống Stenon thấy bình thường.
 - + Không sờ thấy hạch ngoại vi.
- Giai đoạn toàn phát
 - + U to dần, không đau.
 - + U ở vùng mang tai, làm biến dạng mặt. Màu sắc da phía trên u bình thường.
 - + Sờ u thấy ranh giới rõ, mật độ không đều, có chỗ rắn chắc, có chỗ mềm.
- Giai đoạn muộn
 - + U phát triển nhanh và gây đau.
 - + U dính với mô xung quanh, ranh giới không rõ và có thể có loét trên bề mặt u.
 - + Có thể có hạch ở vùng mang tai, dưới hàm và máng cảnh.

1.2. Cận lâm sàng

- X quang
 - + Chụp tuyến có bơm chất cản quang vào ống tuyến: thấy ống tuyến giãn rộng, các nhánh của ống tuyến bao quanh u giống hình ảnh quả bóng trong lòng bàn tay.

- + CT Scanner, MRI: thấy rõ hình ảnh khối u.

- Xét nghiệm mô bệnh học

- + U gồm mô tổ chức liên bào và chất đệm liên kết, có thể xuất phát từ liên bào, túi tuyến hay ống tiết, làm thành những nhân hay những tế bào trụ khối, ái toan, ái kiềm, tế bào liên bào cơ. Đôi khi là những liên bào dị sản hoặc không biệt hóa.

- + Chất đệm thay đổi, thường có tính chất phù nề, gồm các điện thể trong hay thể nhầy

- + Tế bào liên bào nằm giữa tổ chức đệm giống nguyên bào sụn là mà ta có thể nhầm là thể sụn giả.

- + Ít có nhân chia, không có tế bào dị hình.

- + Tùy tuổi mà ta có thể thấy nhiều liên bào hay tổ chức đệm, ít liên bào.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Nang tuyến nước bọt mang tai: siêu âm có hình ảnh có dịch trong lòng nang.

- U thần kinh vùng mang tai: phân biệt dựa vào kết quả giải phẫu bệnh lý.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Phẫu thuật cắt bỏ u và tuyến nước bọt mang tai, bảo tồn thần kinh VII.

2. Điều trị cụ thể

- Phẫu thuật u và tuyến nước bọt mang tai

- + Vô cảm.

- + Rửa da.

- + Bộc lộ u và tuyến.

- + Xác định các nhánh của dây thần kinh VII.

- + Cắt bỏ toàn bộ u và tuyến mang tai, bảo tồn các nhánh dây thần

- + kinh VII.

- + Cầm máu.

- + Đặt dẫn lưu.

- + Khâu phục hồi theo giải phẫu.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

- Nếu phát hiện sớm, phẫu thuật triệt để thì sẽ có kết quả tốt.

- Nếu phẫu thuật không triệt để, thì u dễ tái phát và có thể chuyển dạng thành ác tính.

2. Biến chứng

- Chuyển dạng thành ác tính.
- Liệt dây VII.

VI. PHÒNG BỆNH

Khám chuyên khoa răng hàm mặt định kỳ để phát hiện u sớm và điều trị kịp thời.

46. U TUYẾN NƯỚC BỌT DƯỚI HÀM

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.
- 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.

47. U TUYẾN NƯỚC BỌT VÒM MIỆNG

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.

1.2. Cận lâm sàng

- X quang thường quy: 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.
- Kiểm soát vùng phẫu thuật.
- Kháng sinh.

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.

48. ĐAU DÂY THẦN KINH V

I. ĐỊNH NGHĨA

Đau dây thần kinh V hay dây tam thoa là chứng đau nửa mặt với đặc trưng là các cơn đau ngắn, dữ dội, xuất hiện tự nhiên hoặc do kích thích.

II. NGUYÊN NHÂN

- Thường không xác định rõ được nguyên nhân gây đau dây V.
- Trong một số trường hợp, có thể do:
 - + Chèn ép dây thần kinh V.
 - + Rối loạn khử myelin nguyên phát: bệnh xơ cứng rải rác.
 - + Dây thần kinh V bị xâm nhập vào vùng rễ thần kinh V hay hạch Gasser trong một số bệnh: Carcinoma, Sarcoidosis...

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

1.1.1. Toàn thân

Không có biểu hiện gì đặc biệt.

1.1.2. Cơ năng

a. Đau kịch phát kéo dài một vài giây đến vài phút, xảy ra chủ yếu vào buổi sáng, hiếm khi về đêm.

b. Tính chất cơn đau

- Thường khu trú một bên mặt.
- Vùng đau là vùng chi phối một nhánh hoặc nhiều nhánh thần kinh V.
- Đau khởi phát đột ngột, với tính chất đau buốt, như dao đâm, như cháy bỏng, hay như điện giật.
- Cường độ đau dữ dội.
- Đau khởi phát từ vùng bị kích thích như ăn nhai, đánh răng, rửa mặt...
- Giữa các cơn đau là khoảng im lặng, hoàn toàn không có triệu chứng.
- Tuy nhiên, một vài bệnh nhân có thể có đau đầu âm ỉ vào những thời điểm khác.
- + Không kèm theo dấu hiệu rối loạn cảm giác.

- + Kiểu đau là cố định trên mỗi bệnh nhân.
- + Ngoài ra có thể kèm theo những dấu hiệu do bệnh lý nguyên nhân gây nên.

c. Thực thể

- Trong một số trường hợp, có thể xác định được các tổn thương là yếu tố kích thích.
- Trong cơn đau, khi sờ nắn vùng mặt bên đau làm cơn đau tăng lên dữ dội.

1.2. Cận lâm sàng

- X quang thường quy: có thể thấy hình ảnh khối u chèn ép dây V.
- Chụp cộng hưởng từ: có thể phát hiện hình ảnh u thân kinh dây VIII hoặc hình ảnh các khối u chèn ép dây V.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Đau thần kinh sau Herpes: phân biệt dựa vào tiền sử có nhiễm Herpes.
- Đau đầu từng chuỗi (Cluster Headache): kèm theo đau một bên mặt còn có dấu hiệu chảy nước mắt, nước mũi, vã mồ hôi
- Đau co thắt nửa mặt (Hemifacial Spasm): đau do thần kinh VII bị kích thích, với tính chất đau kèm theo co giật các cơ một bên mặt, nhưng không dữ dội như đau thần kinh V.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Trong các trường hợp phát hiện được nguyên nhân thì phải điều trị loại bỏ nguyên nhân gây đau.
- Trong các trường hợp không xác định được nguyên nhân thì điều trị triệu chứng.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị nguyên nhân

- Chỉ định: Trong các trường hợp xác định được nguyên nhân gây đau dây V.
- Kỹ thuật: Trường hợp dây V bị chèn ép thì phải phẫu thuật cắt bỏ các khối u (phẫu thuật giải áp thần kinh V):
 - + Vô cảm: thường thực hiện dưới gây mê.
 - + Phẫu thuật bộc lộ khối u.
 - + Cắt bỏ khối u, giải phóng dây thần kinh V.
 - + Cầm máu và kiểm soát vùng phẫu thuật.

- + Đặt dẫn lưu.
- + Khâu phục hồi theo các lớp giải phẫu.

2.2. Điều trị triệu chứng

2.2.1 Nội khoa

- Chỉ định: trong các trường hợp không xác định được nguyên nhân thì điều trị nội khoa luôn là lựa chọn đầu tiên trước khi tiến hành điều trị ngoại khoa.

- Phác đồ điều trị

+ Carbamazepine thường là lựa chọn đầu tiên khi điều trị đau thần kinh V, có thể thay thế bằng Oxcarbazepine hoặc gabapentin để giảm tác dụng phụ.

+ Khởi đầu bằng một liều thấp, tăng dần đến liều đáp ứng. Sau khi đạt liều đáp ứng, duy trì trong 4 – 6 tuần, sau đó giảm dần về liều khởi đầu.

+ Trường hợp thuốc lựa chọn không đáp ứng thì lựa chọn giải pháp điều trị khác.

2.2.2 Ngoại khoa

- Chỉ định: khi không xác định được nguyên nhân và điều trị nội khoa thất bại.

- Kỹ thuật: tùy trường hợp có thể áp dụng một trong các phương pháp dưới đây:

a. Phương pháp phá hủy rễ thần kinh V

Phá hủy rễ thần kinh có thể là phá hủy một phần (phá hủy chọn lọc) hoặc phá hủy hoàn toàn (microsurgical rhizotomy).

+ Phá hủy rễ thần kinh V một phần: có một số phương pháp sau:

- Phương pháp xuyên da: có 3 kỹ thuật

+ Phá hủy rễ thần kinh V bằng Glycerol.

+ Phá hủy rễ thần kinh V bằng bóng áp lực.

+ Phá hủy rễ thần kinh V bằng nhiệt đông.

- Phẫu thuật cắt rễ thần kinh.

b. Phương pháp phá hủy thần kinh ngoại vi

Phá hủy thần kinh ngoại vi có thể thực hiện bằng tiêm Alcohol hoặc phẫu thuật cắt thần kinh V ngoại vi.

- Tiêm Alcohol

+ Tiêm Alcohol vào các vị trí: lỗ cằm, lỗ dưới ổ mắt, gai Spix, bờ trên ổ mắt: sử dụng Alcohol loại 100%, gây tê trước khi tiêm lượng Alcohol khoảng 1ml.

- Phẫu thuật cắt thần kinh V ngoại vi:
- + Xác định vị trí vùng khởi phát và nhánh thần kinh V cần cắt bỏ.
- + Vô cảm.
- + Phẫu thuật bộc lộ nhánh thần kinh.
- + Cắt bỏ đoạn nhánh dây V.
- + Cầm máu.
- + Khâu phục hồi.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

- Các trường hợp xác định được nguyên nhân: cho kết quả điều trị tốt.
- Các trường hợp không xác định được nguyên nhân.
- Điều trị nội khoa: dễ tái phát.
- Điều trị ngoại khoa: kết quả điều trị thường tốt, tuy nhiên vẫn có tỷ lệ tái phát nhất định.

2. Biến chứng

- Dị cảm.
- Mất cảm giác xúc giác vùng dây V chi phối.

VI. PHÒNG BỆNH

Khám sức khỏe định kỳ để phát hiện sớm các nguyên nhân gây đau và điều trị kịp thời.

49. UNG THU' LƯỠI

I. ĐỊNH NGHĨA

Là ung thư biểu mô phát sinh ở niêm mạc lưỡi, thường từ rìa bên lưỡi sau đó lan ra mặt trên lưỡi, gốc lưỡi và sàn miệng.

II. NGUYÊN NHÂN

1. Nguyên nhân bên trong

- Di truyền.
- Nội tiết.

2. Nguyên nhân bên ngoài.

- Tác nhân vật lý
 - + Bức xạ ion hoá.
 - + Bức xạ cực tím.
- Tác nhân hoá học
 - + Thuốc lá.
 - + Người có thói quen ăn trầu thuốc.
- Chế độ ăn uống và ô nhiễm thực phẩm
 - + Các chất bảo quản thực phẩm.
 - + Các thực phẩm hun khói, dưa khú...
 - + Các nấm mốc từ gạo, lạc...
- Ung thư nghề nghiệp. Những người thường tiếp xúc với hóa chất, chất phóng xạ, Dioxin, thuốc trừ sâu diệt cỏ....
- Tác nhân sinh học: Virus gây ung thư.

III. CHẨN ĐOÁN

1 Chẩn đoán xác định

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng, X quang và giải phẫu bệnh lý.

1.1. Lâm sàng

- Các dấu hiệu chỉ điểm đặc hiệu:
 - + Các tổn thương loét không lành kéo dài trên 2 tuần.
 - + Các tổn thương có chảy máu nào trong miệng mà không giải thích được
 - + Có tổn thương chai cứng

- + Các tổn thương vết trắng (bạch sản), vết đỏ (hồng sản) hoặc đỏ trắng.
- Biểu hiện lâm sàng điển hình
- + Tổn thương lưỡi có bờ lồi ở xung quanh và hoại tử ở trung tâm
- + Tổn thương đám cứng trong mô mềm, thường ở bờ hoặc gốc lưỡi.
- Hạch vùng dưới hàm.
- Ở giai đoạn muộn, khối ung thư to gây chèn ép và rối loạn các chức năng.

1.2. Cận lâm sàng

- X quang
- + X quang thường quy: có thể thấy hình ảnh u xâm lấn phá hủy xương.
- + CT Scanner và MRI: thấy hình ảnh u xâm lấn các mô mềm và xương lân cận
- + theo 3 chiều.
- + PET-CT: có thể phát hiện các tổn thương ung thư di căn.
- Siêu âm: có thể phát hiện các tổn thương di căn xa.
- Giải phẫu bệnh lý: thấy hình ảnh tế bào ung thư biểu mô.

2. Chẩn đoán giai đoạn: Sử dụng hệ thống TNM.

- Các mức độ:

T	N	M
T0: Khối u không xác định được trên lâm sàng	N0: Không có hạch	M0: Chưa có di căn xa
T1: Khối u ĐK < 2cm	N1 : Xác định được hạch đơn cùng bên <3cm	M1 : Có biểu hiện di căn xa
T2 : 2cm <Khối u<4cm	N2 : N2a : 3cm<Hạch đơn cùng bên<6cm. N2b: Nhiều hạch cùng bên nhưng không có hạch nào >6cm. N2c: Hạch hai bên đơn hoặc nhiều hạch nhưng không có hạch nào >6cm.	-
T3: Khối u >4cm	N3 : Bất kỳ hạch đơn hoặc đa KT >6cm	-

- Giai đoạn :

Giai đoạn	T	N	M
I	T1	N0	M0
II	T2	N0	M0
III	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
	T3	N0,N1	M0
IV	T4	N0,N1	M0
	Bất kỳ T	N2,N3	M0
	Bất kỳ T	Bất kỳ N	M1

3. Chẩn đoán phân biệt

- Áp tơ (Aphthe): thường là các vết loét nhỏ và tự khỏi sau 1 tuần.
- Ecpet (Herpes) : thường có nhiều vết loét nhỏ và cũng tự khỏi sau 1 tuần.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Phẫu thuật cắt bỏ rộng tổn thương ung thư phối hợp với nạo vét hạch vùng cổ.
- Có thể phối hợp với xạ trị và hóa trị liệu.

2. Điều trị cụ thể

- Phẫu thuật
 - + Phẫu thuật cắt rộng lấy bỏ toàn bộ tổn thương ung thư tới mô lành.
 - + Phẫu thuật nạo vét lấy bỏ hạch vùng cổ.
 - + Tái tạo vùng khuyết hồng bằng vật phần mềm và/ hoặc xương có cuống mạch
 - + hoặc vật từ xa với nối mạch vi phẫu.
- Xạ trị: thường áp dụng xạ trị để hỗ trợ điều trị ung thư lưỡi sau phẫu thuật.
- Hóa trị liệu: có thể sử dụng trước phẫu thuật và phối hợp điều trị sau phẫu thuật.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Nếu phẫu thuật rộng cắt bỏ toàn bộ khối ung thư sớm thì tiên lượng sẽ tốt hơn. Tùy theo phẫu thuật ở giai đoạn nào của tổn thương ung thư mà thời gian sống của bệnh nhân kéo dài sau 5 năm khác nhau. Theo một số tác giả nước ngoài:

Giai đoạn	Thời gian sống sau 5 năm
I	57 – 84 %
II	49 – 70 %
III	25 – 59 %
IV	7 – 47 %

2. Biến chứng

- Bội nhiễm.
- Chảy máu.
- Di căn: tùy loại ung thư mà có thể di căn vào phổi, não, trung thất.

VI. PHÒNG BỆNH

- Tuyên truyền tránh các yếu tố nguy cơ ung thư: hút thuốc, ăn trầu, tiếp xúc phóng xạ, hóa chất...

- Khám chuyên khoa răng hàm mặt để phát hiện các tổn thương sớm và điều trị kịp thời.

50. UNG THƯ SÀN MIỆNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Là ung thư biểu mô phát sinh ở vùng niêm mạc, thường ở phần trước của vùng sàn miệng giữa mặt trong cung răng và mặt dưới lưỡi. Ung thư sàn miệng phát triển nhanh và xâm lấn vào mô xung quanh.

II. NGUYÊN NHÂN

1. Nguyên nhân bên trong

- Di truyền.
- Nội tiết.

2. Nguyên nhân bên ngoài.

- Tác nhân vật lý
 - + Bức xạ ion hoá.
 - + Bức xạ cực tím.
- Tác nhân hoá học
 - + Thuốc lá.
 - + Người có thói quen ăn trầu thuốc.
- Chế độ ăn uống và ô nhiễm thực phẩm
 - + Các chất bảo quản thực phẩm.
 - + Các thực phẩm hun khói, dưa muối...
 - + Các nấm mốc từ gạo, lạc...
- Ung thư nghề nghiệp. Những người thường xuyên tiếp xúc với hóa chất, chất phóng xạ, Dioxin, thuốc trừ sâu diệt cỏ....
- Tác nhân sinh học: Virus gây ung thư.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng, X quang và giải phẫu bệnh lý.

1.1. Lâm sàng

- Các dấu hiệu chỉ điểm đặc hiệu
 - + Các tổn thương loét không lành kéo dài trên 2 tuần.
 - + Các tổn thương có chảy máu nào trong miệng mà không giải thích được

- + Có tổn thương chai cứng
- + Các tổn thương vết trắng (bạch sản), vết đỏ (hồng sản) hoặc đỏ trắng.
- Biểu hiện lâm sàng điển hình
- + Tổn thương sàn miệng có bờ lồi ở xung quanh và hoại tử ở trung tâm
- + Vết loét nhỏ ở sâu trong các rãnh tự nhiên vùng sàn miệng
- + Tổn thương đám cứng trong mô mềm
- Hạch vùng dưới hàm.
- Ở giai đoạn muộn, khối ung thư to gây chèn ép và rối loạn các chức năng.

1.2. Cận lâm sàng

- X quang
- + X quang thường quy: có thể thấy hình ảnh u xâm lấn phá hủy xương.
- + CT Scanner và MRI: thấy hình ảnh u xâm lấn các mô mềm và xương lân cận
- + theo 3 chiều.
- + PET Scan: có thể phát hiện các tổn thương ung thư di căn.
- Siêu âm: có thể phát hiện các tổn thương di căn xa.
- Xét nghiệm tế bào, sinh thiết: thấy hình ảnh tế bào ung thư biểu mô.

2. Chẩn đoán giai đoạn: Sử dụng hệ thống TNM.

- Các mức độ:

T	N	M
T0: Khối u không xác định được trên lâm sàng	N0: Không có hạch	M0: Chưa có di căn xa
T1: Khối u ĐK < 2cm	N1 : Xác định được hạch đơn cùng bên <3cm	M1 : Có biểu hiện di căn xa
T2 : 2cm <Khối u<4cm	N2 : N2a : 3cm<Hạch đơn cùng bên<6cm. N2b: Nhiều hạch cùng bên nhưng không có hạch nào >6cm. N2c: Hạch hai bên đơn hoặc nhiều hạch nhưng không có hạch nào >6cm.	-
T3: Khối u >4cm	N3 : Bất kỳ hạch đơn hoặc đa KT >6cm	-

- Giai đoạn :

Giai đoạn	T	N	M
I	T1	N0	M0
II	T2	N0	M0
III	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
	T3	N0,N1	M0
IV	T4	N0,N1	M0
	Bất kỳ T	N2,N3	M0
	Bất kỳ T	Bất kỳ N	M1

3 .Chẩn đoán phân biệt

- Áp tơ sàn miệng: thường là các vết loét nhỏ và tự khỏi sau 1 tuần.
- Herpes sàn miệng: thường có nhiều vết loét nhỏ và cũng tự khỏi sau 1 tuần.
- Săng giang mai:xét nghiệm thấy xoắn khuẩn giang mai.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Phẫu thuật cắt bỏ rộng tổn thương ung thư phối hợp với nạo vét hạch vùng cổ.
- Có thể phối hợp với xạ trị và hóa trị liệu.

2. Điều trị cụ thể

- Phẫu thuật
 - + Phẫu thuật cắt rộng lấy bỏ toàn bộ tổn thương ung thư tới mô lành.
 - + Phẫu thuật nạo vét lấy bỏ hạch vùng cổ.
 - + Tái tạo vùng khuyết hồng bằng vật phần mềm và/ hoặc xương có cuống mạch
 - + hoặc vật từ xa với nối mạch vi phẫu.
- Xạ trị: thường áp dụng xạ trị để hỗ trợ điều trị ung thư sàn miệng sau phẫu thuật.

- Hóa trị liệu: có thể sử dụng trước phẫu thuật và phối hợp điều trị sau phẫu thuật.

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Nếu phẫu thuật rộng cắt bỏ toàn bộ khối ung thư sớm thì tiên lượng sẽ tốt hơn. Tùy theo phẫu thuật ở giai đoạn nào của tổn thương ung thư mà thời gian sống của bệnh nhân kéo dài sau 5 năm khác nhau. Theo một số tác giả nước ngoài:

Giai đoạn	Thời gian sống sau 5 năm
I	57 – 84 %
II	49 – 70 %
III	25 – 59 %
IV	7 – 47 %

2. Biến chứng

- Bội nhiễm.
- Chảy máu.
- Di căn: tùy loại ung thư mà có thể di căn vào phổi, não, trung thất.

VI. PHÒNG BỆNH

- Tuyên truyền tránh các yếu tố nguy cơ ung thư: hút thuốc, ăn trầu, tiếp xúc phóng xạ, hóa chất...

- Khám chuyên khoa răng hàm mặt để phát hiện các tổn thương sớm và điều trị kịp thời.

51. UNG THƯ TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI

I. ĐỊNH NGHĨA

Ung thư tuyến nước bọt mang tai là một ung thư biểu mô của tuyến, nang tuyến hoặc u hỗn hợp tuyến mang tai thoái hóa ác tính.

II NGUYÊN NHÂN

1. Nguyên nhân bên trong

- Di truyền.
- Nội tiết

2. Nguyên nhân bên ngoài

- Tác nhân vật lý
 - + Bức xạ ion hoá.
 - + Bức xạ cực tím.
- Tác nhân hoá học
 - + Thuốc lá.
 - + Người có thói quen ăn trầu thuốc.
- Chế độ ăn uống và ô nhiễm thực phẩm
 - + Các chất bảo quản thực phẩm.
 - + Các thực phẩm hun khói, dưa khú...
 - + Các nấm mốc từ gạo, lạc...
- Ung thư nghề nghiệp. Những người thường xuyên tiếp xúc với hóa chất, chất phóng xạ, Dioxin, thuốc trừ sâu diệt cỏ....
- Tác nhân sinh học: Virus gây ung thư.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng, X quang và giải phẫu bệnh lý.

1.1. Lâm sàng

- Các dấu hiệu chỉ điểm đặc hiệu
 - + Đau liên tục vùng mặt bên bệnh.
 - + Liệt mặt.
 - + Loét sùi vùng tuyến mang tai.

- Biểu hiện lâm sàng điển hình
- + U vùng tuyến mang tai.
- + U to gây biến dạng mặt.
- + U dính với mô xung quanh.
- + Da bề mặt sùi loét.
- Hạch vùng dưới hàm, cạnh cổ.
- Ở giai đoạn muộn, khối ung thư to gây chèn ép và rối loạn các chức năng.

2.2. Cận lâm sàng

- X quang
- + X quang thường quy: có thể thấy hình ảnh u xâm lấn phá hủy tuyến mang tai.
- + CT Scanner và MRI: thấy hình ảnh u xâm lấn các mô mềm và xương lân cận
- + theo 3 chiều.
- + PET-CT: có thể phát hiện các tổn thương ung thư di căn.
- Siêu âm: có thể phát hiện các tổn thương di căn xa.
- Giải phẫu bệnh lý: thấy hình ảnh tế bào ung thư biểu mô tuyến.

2. Chẩn đoán giai đoạn: Sử dụng hệ thống TNM.

- Các mức độ:

T	N	M
T0: Khối u không xác định được trên lâm sàng	N0: Không có hạch	M0: Chưa có di căn xa
T1: Khối u ĐK < 2cm	N1 : Xác định được hạch đơn cùng bên <3cm	M1 : Có biểu hiện di căn xa
T2 : 2cm <Khối u<4cm	N2 : N2a : 3cm<Hạch đơn cùng bên<6cm. N2b: Nhiều hạch cùng bên nhưng không có hạch nào >6cm. N2c: Hạch hai bên đơn hoặc nhiều hạch nhưng không có hạch nào >6cm.	-
T3: Khối u >4cm	N3 : Bất kỳ hạch đơn hoặc đa KT >6cm	-

- Giai đoạn :

-

Giai đoạn	T	N	M
I	T1	N0	M0
II	T2	N0	M0
III	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
	T3	N0,N1	M0
IV	T4	N0,N1	M0
	Bất kỳ T	N2,N3	M0
	Bất kỳ T	Bất kỳ N	M1

3. Chẩn đoán phân biệt

- U hỗn hợp tuyến mang tai: không đau, không liệt mặt, u di động.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Phẫu thuật cắt bỏ rộng tổn thương ung thư phối hợp với nạo vét hạch vùng cổ.

- Có thể phối hợp với xạ trị và hóa trị liệu.

2. Điều trị cụ thể

- Phẫu thuật

+ Phẫu thuật cắt rộng lấy bỏ toàn bộ tổn thương ung thư bao gồm cả tuyến mang tai tới mô lành.

+ Phẫu thuật nạo vét lấy bỏ hạch vùng cạnh cổ, dưới hàm cùng bên.

+ Tái tạo vùng khuyết hổng bằng vật phân mềm tại chỗ hoặc vật từ xa với nối mạch vi phẫu.

- Xạ trị: thường áp dụng xạ trị để hỗ trợ điều trị ung thư tuyến mang tai sau phẫu thuật.

- Hóa trị liệu: có thể sử dụng trước phẫu thuật và phối hợp điều trị sau phẫu thuật.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Nếu phẫu thuật rộng cắt bỏ toàn bộ khối ung thư sớm thì tiên lượng sẽ tốt hơn. Tùy theo phẫu thuật ở giai đoạn nào của tổn thương ung thư mà thời gian sống của bệnh nhân kéo dài sau 5 năm khác nhau. Theo một số tác giả nước ngoài:

Giai đoạn	Thời gian sống sau 5 năm
I	57 – 84 %
II	49 – 70 %
III	25 – 59 %
IV	7 – 47 %

2. Biến chứng

- Bội nhiễm.
- Chảy máu.
- Di căn: tùy loại ung thư mà có thể di căn vào phổi, não, trung thất.

VI. PHÒNG BỆNH

- Tuyên truyền tránh các yếu tố nguy cơ ung thư: hút thuốc, ăn trầu, tiếp xúc phóng xạ, hóa chất...
- Khám chuyên khoa răng hàm mặt để phát hiện các tổn thương sớm và điều trị kịp thời.

52. VIÊM QUANH IMPLANT

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. NGUYÊN NHÂN

- Vi khuẩn trong mảng bám.
- Các yếu tố gây tích tụ mảng bám
 - + Cement gắn cầu, chụp trên Implant dư thừa quanh trụ Implant.
 - + Phục hình sai quy cách.
 - + Vị trí Implant không thích hợp.
 - + Thiếu mô lợi sừng hóa quanh Implant.
 - + Lỏng kết nối trụ phục hình với trụ Implant....
- Quá tải lực nhai gây mất cân bằng về 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 quanh Implant 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.

1.2. Cận lâm sàng

X quang: 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
Lợi nề đỏ	+	+
Chảy máu lợi tự nhiên	+/-	+/-
Chảy máu lợi khi thăm khám	+	+
Tăng độ sâu túi quanh Implant	+	-
Dịch rỉ viêm	+	+/-
X quang: Tiêu xương quanh Implant	+	-

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Loại bỏ tác nhân gây bệnh và ổ viêm nhiễm xung quanh Implant.
- Giảm độ sâu của túi quanh Implant.
- Ghép xương trong trường hợp tiêu nhiều xương quanh Implant.

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 $\frac{1}{2}$ 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 laser 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 $\frac{1}{2}$ 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,....

53. CHẤN THƯƠNG PHẦN MỀM VÙNG HÀM MẶT

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng tổn thương mô mềm vùng hàm mặt do chấn thương với một hoặc các biểu hiện như bầm tím, sưng 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, rát 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 nhám nhừ. 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

- 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 mất 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 chột.
- 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 lấy 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 bẩn: bệnh nhân được gây mê, dùng bàn chải phẫu thuật chải rửa để loại bỏ dị vật.
- Cắt lọc tiết kiệm
 - + Da: cắt xén mép da. Bảo tồn vật 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 gân....
 - + 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. TIỀN 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 ...

54. GỠ XƯƠNG HÀM DƯỚI

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

- Sưng 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.

- Giãn đoạn và đau chói bờ xương hàm dưới.
- Giãn 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.

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.
- 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 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.

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.
 - + 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.
 - + 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.

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.

55. GỠY XƯƠNG HÀM TRÊN

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 cành 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.
 - + Mất 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 nghách 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.
- + 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.

+ 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 nổi 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

a. 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 chặn.
- + Treo xương hàm trên vào máu ngoài ổ mắt
- Cầm máu.

- Khâu đóng phần mềm theo các lớp giải phẫu.

b. 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 TIỀN 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.

56. GỠ XƯƠNG GÒ MÁ CUNG TIẾP

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

- Sưng 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.

a. 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.

b. 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.

57. ĐÍNH KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM

I. ĐỊNH NGHĨA

Đính khớp thái dương hàm là tình trạng hạn chế hoặc mất vận động của khớp do sự xơ hóa, vôi hóa các thành phần của khớp như lồng cầu, ổ chảo, hõm khớp, dây chằng ngoài bao khớp.

II. NGUYÊN NHÂN

- Chấn thương
- + Tai nạn giao thông.
- + Tai nạn lao động.
- + Tai nạn sinh hoạt...
- Rối loạn sự phát triển của lồng cầu, lồng cầu quá phát hay giảm phát.
- Viêm khớp thái dương hàm.
- Viêm tuyến mang tai, biến chứng của viêm tai giữa...

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

- Toàn thân thể trạng gầy yếu do hạn chế há miệng ăn nhai kém
- Ăn uống khó.
- Mặt ở tư thế thẳng mặt bất cân xứng cằm lệch về một bên, giảm phát tăng dưới mặt.
- Mặt ở tư thế nghiêng cằm tụt ra sau (dấu hiệu cằm mỏ chim).
- Hạn chế há miệng. Tùy mức độ dính có thể hạn mức độ há miệng từ 1 tới 2 cm hay khít hàm hoàn toàn.
- Sờ khớp thái dương hàm thấy lồng cầu hạn chế vận động hoặc thành khối dính với cung tiếp không vận động.
- Khớp cắn sâu.

1.2. Cận lâm sàng

X quang: Panorama, mặt thẳng, CT scanner, Conebeam CT.

Có hình ảnh tổn thương khớp ở bốn mức độ:

- Độ 1

- + Lỗi cầu có thể biến dạng.
- + Còn hình ảnh khe khớp.
- Độ 2
- + Có hình ảnh dính một phần của khớp.
- + Còn hình ảnh khe khớp nhưng hẹp hơn độ I.
- Độ 3: Có hình ảnh cầu xương giữa lõi cầu và hõm khớp.
- Độ 4: Có hình ảnh xương dính liền một khối với nền sọ.

2 Chẩn đoán phân biệt

Dính khớp thái dương hàm 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

- Phục hồi được sự vận động của khớp.
- Phục hồi được chức năng ăn nhai.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị bảo tồn

Các trường hợp dính khớp ở mức độ 1: Hướng dẫn bệnh nhân tập há miệng bằng dụng cụ banh miệng, tập vận động xương hàm dưới.

2.2. Điều trị bằng phẫu thuật.

Tùy từng trường hợp, có thể áp dụng một trong hai phương pháp dưới đây:

a. Tạo hình khớp có ghép sụn sườn tự thân.

- Rạch da.
- Cắt bỏ khối dính và tạo hình ổ khớp.
- Cố định hai hàm.
- Lấy xương sụn sườn.
- Ghép xương sụn.
- Đặt dẫn lưu kín có áp lực, khâu đóng theo lớp.
- Điều trị kháng sinh toàn thân.

b. Tạo hình khe khớp và sử dụng vật liệu thay thế.

- Rạch da.
- Cắt bỏ khối dính và tạo hình ổ khớp.

- Cố định hai hàm.
- Đặt vật lồi cầu sao cho chỏm khớp nằm đúng vị trí, dùng vít cố định lồi cầu vào phần cảnh cao xương hàm dưới đã được chuẩn bị.
- Điều trị kháng sinh toàn thân, chống viêm, giảm đau, dinh dưỡng.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Nếu thực hiện đúng quy trình thì có khả năng phục hồi được sự vận động của khớp và chức năng ăn nhai cho bệnh nhân.

2. Biến chứng

- Dính lại khớp.
- Sai khớp cắn.

VI. PHÒNG BỆNH

- Dự phòng ngăn ngừa các chấn thương.
- Phát hiện và điều trị sớm tổn thương lồi cầu sau chấn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

A. Tiếng Việt

1. *Atlas Giải Phẫu Học*, tr.25-28, Bộ môn giải phẫu, Học viện Quân Y.
2. Trần Cao Bính (2001), “Nhận xét đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị tại Viện Răng hàm mặt Hà Nội năm 1999-2001”, tr. 30-35, Luận án Thạc sỹ Y học năm 2001.
3. Trương Cam Công, Phạm Phan Địch, Nguyễn Văn Ngọc, Đỗ Kính (1977), “Mô học”, tr.436, *Phôi thai học đại cương*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. Hà Hồng Diệp (1999), “Nghiên cứu một số chỉ số sọ mặt ở người Việt Nam”, tr.48 – 84, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại Học Y Hà Nội.
5. Trương Mạnh Dũng (1998), “Tình hình chấn thương hàm mặt tại Viện Răng hàm mặt Hà Nội trong 11 năm (1988-1998)”, *Tạp chí Y học Việt Nam số 10-11*.
6. Nguyễn Thế Dũng (1996), Lâm sàng và điều trị gãy xương hàm dưới do va đập, , tr.45-52, *Luận án Phó Tiến sỹ Y học*, Đại học Y Hà Nội.
7. Nguyễn Văn Dỹ (2003), “Phẫu thuật nhỏ răng khôn hàm dưới mọc lệch ngầm”, tr. 1-10, *Bài giảng nhỏ răng phẫu thuật*.
8. Nguyễn Hoàng Đức (1979), *Chấn thương vùng hàm mặt tập 2*, tr.208-210, Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
9. Nguyễn Quốc Đức (1998), “Gãy xương hàm dưới thời bình, Đánh giá kết quả điều trị tại Viện Răng hàm mặt Hà Nội”, tr.20-25, Luận văn Thạc sỹ Y học năm 1998.
10. *Giải Phẫu Người Tập 1* (2002), tr.69 – 85, Bộ môn Giải phẫu, Trường Đại Học Y Hà Nội.
11. Nguyễn Khắc Giảng (1978), “Nhân hai trường hợp gãy rời phần dưới tầng mặt thuộc xương hàm trên theo Lefort 1 không điển hình trong cấp cứu răng hàm mặt”, tr.73-83, *Tài liệu nghiên cứu Răng hàm mặt, Tập 1, năm 1978*.
12. Trịnh Đình Hải (2013), “Bệnh học quanh răng”, Bài giảng dành cho sinh viên Răng Hàm Mặt, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam.
13. Nguyễn Dương Hồng, Phan Huy Phát (1961), “Máng nhựa để cố định xương hàm gãy”, tr.62-65, *Nội san Răng miệng hàm mặt số 01 năm 1961*.
14. Đỗ Xuân Hợp (1971), *Giải phẫu đại cương: Giải phẫu đầu mặt cổ*, tr.90 – 433, Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học.

15. Nguyễn Văn Huy (2001), *Giải phẫu lâm sàng xương hàm dưới*, tr. 367-369, Tài liệu dịch, Nhà xuất bản Y học năm 2001.
16. Mai Đình Hưng (1999), “X quang Răng hàm mặt”, *Tài liệu dịch* 1999.
17. Mai Đình Hưng (1977), “Phẫu thuật nhổ răng khôn và răng ngầm” , tr. 228-232, *Răng hàm mặt tập I*.
18. Vũ Khoái (1977), “Kỹ thuật thực hành hàm giả cố định” , tr.348-352, *Răng hàm mặt tập I*, Nhà xuất bản Y học.
19. Trần Văn Liệu (1996), “Góp phần nghiên cứu lâm sàng và phẫu thuật gãy xương hàm dưới”, tr.36-47, Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ chuyên khoa cấp II.
20. Trần Thiện Lộc (2002), *Bài giảng phục hình răng cố định*, , tr.114-117, Nhà xuất bản Y học.
21. Trần Thiện Lộc, Nguyễn Thị Bích Thủy, Nguyễn Thị Kim Dung (2002), *Bài giảng phục hình răng cố định*, tr.20-22, Nhà xuất bản Y học.
22. Trần Thiện Lộc, Lê Hồ Phương Trang, Nguyễn Thị Cẩm Bình, Nguyễn Hiếu Hạnh (2003), *Phục hình răng tháo lắp toàn hàm*, Nhà xuất bản Y học.
23. TS.BS Trần Thuý Nga (2001), “Điều trị tủy”, tr.252, *Nha khoa trẻ em*, Nhà xuất bản y học thành phố Hồ Chí Minh.
24. TS.BS. Trần Thuý Nga (2001), “Sâu Răng ở Trẻ em” , tr.156, *Nha khoa trẻ em*, Nhà xuất bản y học thành phố Hồ Chí Minh.
25. Lê Thi Nhàn (1977), “Mấy nét về sự phát triển xương vùng mặt” , tr.423 - 433, *Răng Hàm Mặt Tập I*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
26. Nguyễn Huy Phan (1963), “110 trường hợp gãy xương hàm do chấn thương, chẩn đoán và điều trị”, tr.36-39, Tài liệu nghiên cứu Răng hàm mặt số 04/1963.
27. Nguyễn Tấn Phong (2001), “Xử trí chấn thương tầng dưới sọ mặt, phẫu thuật, điều trị chấn thương sọ mặt”, tr.66-69, Nhà xuất bản Y học năm 2001.
28. Võ Thế Quang (1992), *Chấn thương hàm mặt, cấp cứu Răng hàm mặt*, tr.62-115, Tái bản lần thứ 3, Nhà xuất bản Y học Chi nhánh TP. Hồ Chí Minh năm 1992.
29. Võ Thế Quang (1973), *Phẫu thuật miệng và hàm mặt*, tr.222-235, *Tài liệu dịch Gãy xương hàm dưới*, tr.228-229, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội 1973.
30. Nguyễn Quang Quyền (1996), “Đầu mặt cổ”, tr.96-105, *Bài giảng giải phẫu học tập I*, Tái bản lần thứ 6, Nhà xuất bản Y học chi nhánh TP. Hồ Chí Minh.

31. Răng Hàm Mặt Tập III (1980), tr.208 - 233, Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học.
32. Lê Văn Sơn (1998), “Chấn thương vùng hàm mặt”, tr.68-75, *Bài giảng Răng hàm mặt*, Nhà xuất bản Y học 1998.
33. Tống Minh Sơn (1996), “Xử trí phục hình các tổn thương bệnh lý nhóm răng cửa”, tr.36, Luận văn thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
34. Mai Thu Thảo (2004), “Chỉnh hình can thiệp sai khớp cắn hạng II Angle”, tr.176-196, *Chỉnh hình Răng Mặt*, Nhà xuất bản Y học.
35. Mai Thu Thảo, Nguyễn Văn Lâm, Phan Thị Xuân Lan (2004), "Khớp cắn bình thường theo quan niệm của Andrews", tr. 76-83, *Chỉnh hình Răng Mặt*, Nhà xuất bản Y học.
36. Nguyễn Thụ (1992), “Sốc chấn thương”, tr.231-240, *Bách khoa thư bệnh học tập 1*, Trung tâm biên soạn từ điển bách khoa Việt Nam, 1992.
37. Hồ Thùy Trang, Phan Xuân Lan (2004), “Phim sọ nghiêng dùng trong chỉnh hình răng mặt”, tr. 84-105, *Chỉnh hình Răng Mặt*, Nhà xuất bản Y học.
38. Hồ Thùy Trang (2004), “Phân tích Steiners” , tr. 106-112, *Chỉnh hình Răng Mặt*, Nhà xuất bản Y học.
39. Lê Xuân Trung (1991), “Chấn thương sọ não”, tr.116-119, *Bách khoa thư bệnh học tập 1*, Nhà xuất bản Y học năm 1991.
40. Đỗ Quang Trung (2008), “Viêm lợi”, *Bài giảng dành cho sinh viên chuyên khoa*. Đại học Y Hà Nội.
41. Trần Văn Trường (1973), “Chấn thương Răng hàm mặt, cấp cứu Răng miệng hàm mặt”, tr.176-188, Tài liệu dịch, GS. Vale Rian Popexcu, GS. Xtiebe Gsalepurexcu, Nhà xuất bản Y học năm 1973.

B.Tiếng Anh

42. Abyholm F.E, Bergland O, and Semb G. (1981), “Secondary Bone Grafting of Alveolar Cleft”, Vol 15: 127 - 140, *Plast Reconstr Surg Journal*.
43. Allan G.F (2007), “Getting The Most Out of Panoramic Radiographic Interpretation” , pp.1 - 6, *Panoramic Radiology*.
44. Andrews L. (1972), “The six keys to normal occlusion”, Vol. 6, pp. 296-309, *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics*.
45. Angle E. H. (1899), “Classification of malocclusion”, Vol. 41, pp. 248-264, *Dental Cosmos*.
46. Anthony W. S and Associates (1977), “Alveolar and Anterior Palatal

- Clefts”, Chapter 55: 2753 - 2767, *Plastic and Reconstructive Surgery*, Mc Carthy.
47. Archer. (1988) Volume II, “Chapter 18 Fractures of the Facial Bones and their treatment”, pp. 3031- 3064, *Oral and Maxillofacial Surgery*, W.B. Saunders Company 1988.
 48. Arup R (2003), ”Cleft of The Lip and Palate”, *Texbook of General and Oral*, Chapter 16: 131 - 139.
 49. Baker S; Wolf SA (1993), “History of facial fracture treatment”, *Facial Fractures*, Theme Medical Publishes in New York 1993, pp.15-19.
 50. Bishara S. (2001). *Textbook of Orthodontics*, pp. 224-225.
 51. Challes C Alling III (1988), “Chapter 6 Mandibular Fractures Maxillofacial Trauma”, pp. 238-285, Philadelphia 1988.
 52. Charles C Alling III Rockin D. (1984), “Hemorrhage and Shock Oral and Maxillofacial Surgery”, pp.229- 254, *Chapter 12 the CV Mosby Company* 1984.
 53. Dingman R.O Navig. P. (1976), *Surgery of Faccial Fractures*, Philadelphia 1976. WB. Saunders Co.
 54. Edgrton M.T historical aspects. “The Mouth, Tongue, Jaw and Salivary Gland”, pp.1228- 1229, *Text book of surgery, Edition 14th* by WB Saunders Company 1991.
 55. Fermin Carranza, “Diagnosis, prognosis and treatment plan”, *Clinical periodontics*, Philadelphia, 1996.
 56. Fermin Carranza, “Slowly progressive periodontitis”, pp.201-312, *Clinical periodontics*, Philadelphia, 1996.
 57. Ferrari J.L and Sadoun M (1995), "Classification des cramique dentaires", pp.17-26, Cah Prothese.
 58. Gordon. W. Pedersen (1988), “Chapter 10: Management of oroacial”, *Trauma Oral*, pp.221- 265.
 59. Graber T.M., Swain B.F. (1985), “Othodontics: Current principles and techniques”, pp. 4-10, 501-523, 544, 880-898, Mosby.
 60. Gustav O.Kruger (1984), “Chapter 18 Fractures of the jaws, Oral and Maxillofacial surgery” , pp.364-421, The C.V Mosby Company 1984.
 61. Hughp Brindlay (1988), “Chapter 5: Maxillofacial Fracture Fixtion Prostheses Methods and Device”, pp.164- 238, Macillfaccial Trauma

Philadelphia 1988.

62. Iain A Pretty, "Carries detection and diagnosis". *Novel technologies - Dental Health Unit*, 3A Skelton House, Lloyd street north, Manchester science park, Manchester M15GSH, UK.
63. J. Nonclercp, C. Taddei(1999), "Prothese partielle", pp. 41-50, *Faculte de Chirurgie Dentaire*, Universite Louis Pasteur.
64. J.F.Lasser (2000), "Les couronnes Ceramo-Metalliques", pp. 1-25, *Couronnes ceramo-metalliques*.
65. Kenneth Dolan, (1988), "Chapter 3: Imaging, Radiographic Patterns of Mandibular Fracture", pp.58-70, *Maxillofacial Trauma*, Philadelphia 1988.
66. Khaled M. Abughazleh, (1998), "Mandibular fractures", University of Illinois Grand Round, October 19, 1998.
67. Kurth H Thoma, (1963), "Chapter 19: Fractures of Mandible", pp.367 -571, *Oral Surgery, Volume I*, Mosby Company 1963.
68. Kutin G, Hawes R., "Posterior crossbite in the deciduous and mixed dentition", 56:491-504, *Am J Orthod*, 1969.
69. Langberg BJ, Arai K, Miner RM, "Transverse skeletal and dental asymmetry in adults with unilateral lingual posterior crossbite", 127:6-15, *Am J Orthod Dento Orthop*, 2005.
70. Lars Andersson, Karl-Eric Kahnberg, M. Anthony Pogrel (2010), "Surgical Management of third Molars", pp. 47-81, *Oral and Maxillofacial Surgery*.
71. Leo J. Miserendino, Schilder H. (1994), "Instruments. Materials and Devices", pp. 377-431, *Pathway of the pulp Stephe Cohen*, Richard C. Burns.
72. Luhrt HG. (1992), "Specification, Indication, and Clinical Applications of Luhr Vitalium maxillo facial systems", pp.79-115, *J. Granio FacSing* 1992.
73. Manson J.D, Eley BM, "Acute necrotizing ulcerative gingivitis", 1995:252-259, *Outline of periodontics*, Wright.
74. Mariotti, A (1999), "Dental plaque-induced gingival diseases", pp.4, 7-19, *Annals of Periodontology*.
75. Mc Namara James A., Peterson. John E.Jr., Alexander G.R. (1996), "Three-dimensional diagnosis and management of class II malocclusion in the mixed dentition", pp 114-137, *Seminars in orthodontics*, Vol 2, No (2).
76. Nanda R. (2005), *Biomechanics and Esthetic Strategies in Clinical Orthodontics*, pp. 156-160.

77. Nanda R., Kapila S. (2010), *Current therapy in Orthodontics*, pp.160-178.
78. Ngan P, Hu AM, Fields HW, "Treatment of Class III problems begins with differential diagnosis of anterior crossbite", pp.386-395, 1997, *Pediatr Dent* 19.
79. Noel Claffey (2003), "Plaque induced gingival disease", pp. 198-204, *Clinical periodontology and implant in dentistry, 4th edition*, Blackwell Munksgaard Publishing Company.
80. Okayasu K, Wang HL, "Decision tree for the management of periimplant diseases", pp. 256-261, *Implant Dent.* 2011 Aug;20(4).
81. Pederson (1998), "Surgical removal of teeth", pp. 184-213, *Oral Surgery*.
82. Petesson (2003), "Principles of management of impacted teeth", pp. 219-254, *Oral and Maxillofacial surgery, Fourth edition*.
83. Proffit W.R., Henry W. Fields., David M. Sarver. (2007), *Contemporary orthodontics*, pp. 2-11, 28-71, 80-84, 201-219, 234-269, 272-276, 287-299, 511-548, Mosby.
84. Ranta R, "Treatment of unilateral posterior crossbite: Comparison of the quad-helix and removable plate", pp.102-104, 1988, *J Dent Child* 55.
85. Ravindra Nanda (2005), "Biomechanics and Esthetic strategies in clinical orthodontics", pp. 38-73, Mosby.
86. Robert Bruce. D.D.S, MS and Raymond J. Fonseca, DMD. (1991), "Chapter 16 Mandibular fractures", pp.390-391, *Oral and Maxillofacial Trauma*, WB. Saunders Company Philadelphia, London, Toronto, Tokyo 1991.
87. Robert V. Waler (1991), "Management of Head and Neck injuries", pp.302-305, *Mandibular Fracture*, W.B Saunders Company Philadelphia, London, Toronto, Montreal, Sydney, Tokyo 1991.
88. Romeo E, Lops D, Chiapasco M, et al, "Therapy of peri-implantitis with resective surgery. A 3-year clinical trial on rough screw-shaped oral implants. Part II: Radiographic outcome", pp.179-187, *Clin Oral Implants Res.* 2007;18.
89. Roos-Jansaker AM, Renvert H, Lindahl C, et al, "Surgical treatment of periimplantitis using a bone substitute with or without a resorbable membrane: A prospective cohort study", pp.625-632, *J Clin Periodontol.* 2007;34.
90. Salvi GE, Persson GR, Heitz-Mayfield LJ, et al, "Adjunctive local antibiotic therapy in the treatment of peri-implantitis II: Clinical and radiographic

outcomes” , pp.281-285, *Clin Oral Implants Res.* 2007;18.

91. Sandikcioglu M, Hazar S., “Skeletal and dental changes after maxillary expansion in the mixed dentition”, pp.321-327,1997, *Am J Orthod Dentofac Orthop* 111.
92. Sarver DM, Johnston MW, “Skeletal changes in vertical and anterior displacement of the maxilla with bonded rapid palatal expansion appliances” , pp.462-466.1989, *Am J Orthod Dentofac Orthop* 95.
93. Shapiro PA, Kokich VG, “Treatment alternatives for children with severe maxillary hypoplasia”, pp.141-147,1984, *Eur J Orthod* 6.
94. Shillingburg H.T (1982), “Base fondamentales de Prothese Fixe”, pp. 419-441, Editions cdp Paris 1982.
95. Shillingburg H.T, Sumiya Hobo, Lowell D.Whitsett (1981), “All-Ceramic Restorations”, pp .433-454, *Fundamentals of fixed Prosthodontics*.
96. Shillingburg H.T, Sumiya Hobo, Lowell D.Whitsett (1981), “Metal-Ceramic Restorations”, pp. 455-483, *Fundamentals of fixed Prosthodontics*.
97. Trejo PM, Bonaventura G, Weng D,et al, “Effect of mechanical and antiseptic therapy on peri-implant mucositis: An experimental study in monkeys”, pp.294-304, *Clin Oral Implants Res.* 2006;17.
98. Trevisi H., Trevisi R. (2011), “State-of-the-art Orthodontics”, pp. 27-31; 86-98.
99. Usha Carounanidy and R Sathyanarayanan, “Dental caries”, pp.87-100, *A complete changeover (part II) - changeover in the diagnosis and prognosis, J.conserv Dent .2009 Jul- sep, 12(3)*, Copyright journal of conservative dentistry.
100. William R. P., Henry W. F. (2007), *Contemporary Orthodontics - 5th edition*, pp. 140; 402-415; 517-520.