

NHỎ RĂNG

1. Chỉ định:

- o Nhỏ những răng không còn chức năng nhai.
 - + Quá 2/3 thân răng
 - + Chỉ còn chân răng
 - + Răng lung lay nhiều (do bệnh nha chu, tiêu xương quá nhiều)
- o Răng bị viêm nhiễm mạn tính đã điều trị nhiều lần không kết quả
- o Răng gây biến chứng viêm tại chỗ (viêm xương, viêm mô tế bào, V. xoang hàm)
- o Theo yêu cầu của phục hình răng hay chỉnh hình răng mặt.
- o Răng ngầm, răng lệch, răng thừa gây biến chứng nhiều lần.
- o Răng biến chứng trước khi xạ trị.
- o Răng sữa đến tuổi thay.
- o Răng sữa cản trở việc mọc răng vĩnh viễn.

2. Chống chỉ định:

- o Người đang bị bệnh cấp tính (cảm cúm, viêm phế quản...), bệnh nội tiết, tim mạch, thần kinh tâm thần.
- o Phụ nữ đang có kinh, thai nghén.
- o Răng ngầm lệch không gây biến chứng.
- o Đang điều trị tia xạ một bệnh nào đó ở vùng mặt.

3. Điều trị:

* Cận lâm sàng:- Chụp phim răng cần nhỏ.

-XN: Công thức máu, rối loạn đông cầm máu, sinh hóa máu (glucose, ure, creatinine, SGOT, SGPT.)

Thuốc:

- o Kháng sinh:
- o Kháng viêm:
- o Giảm đau:

4. Tiên lượng:

- o Mất răng, Sai khớp cắn
- o Giảm chức năng nhai, Đau khớp thái dương hàm .

GÃY XƯƠNG GÒ MÁ, XƯƠNG HÀM DƯỚI

1. Nguyên nhân: Đa phần do tai nạn giao thông, tai nạn lao động.

2. Chẩn đoán:

2.1 Dấu hiệu lâm sàng

- o Tổn thương xương ngoài mặt vùng xương gầy ít hay nhiều
- o Mất liên tục xương gầy
- o Đau chói ngay chỗ gãy khi ấn vào
- o Sai khớp cắn
- o Há miệng hạn chế

2.2 Cận lâm sàng :

- Xquang : Mặt thẳng, Blondeau, hirtz, XHD phải, XHD trái
- XN: công thức máu, nước tiểu toàn phần

3. Điều trị:

3.1. Tại chỗ:

- o Khâu băng ép cầm máu bù dịch nếu cần
- o Cố định tạm thời theo phương pháp IVY
- o Cố định liên hàm bằng khung thép
- o Gãy phức tạp: phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít

3.2. Toàn thân:

- Kháng sinh
- Kháng viêm
- Giảm đau
- Dịch truyền

4. Tiên lượng:

- o Nhẹ: trở lại bình thường
- o Nặng: lệch xương, biến dạng mặt, sai khớp cắn

NHIỄM TRÙNG XƯƠNG HÀM

1. Viêm xương hàm

1.1. Chẩn đoán:

- o Răng tại chỗ lung lay hay đã nhỏ mà ổ răng không lành còn tổ chức hạt phát triển.
- o Nướu, ngách hành lang nề đỏ, sờ đau mềm không còn cứng như những tổ chức xương lành.
- o Sưng nề ngoài mặt, há miệng hạn chế.
- o Sốt nhẹ 38-39c

1.2. Cận lâm sàng:

- Xquang: .Mặt thẳng, Blondeau, hirtz, XHD phải, XHD trái
- Xét nghiệm: Công thức máu, rối loạn đông cầm máu, sinh hóa máu (glucose, ure, creatinine, SGOT, SGPT.), Ion đồ.

b. Xử trí:

- o Nhổ răng nguyên nhân
- o Kháng sinh

2. Viêm tủy xương hàm:

2.1. Chẩn đoán:

- o Sốt cao 40-41C, mệt mỏi, đau vật vã.
- o Sưng nề ngoài mặt, da căng bóng đỏ, há miệng hạn chế
- o Cả vùng răng nguyên nhân, răng lân cận lung lay
- o Hàm trên: Lan vào xoang hàm
- o Hàm dưới: Sưng tấy cả vùng sàn miệng

2.2 cận lâm sàng:

- Xquang: Hình ảnh xương mờ đôi khi thấy toàn bộ xương hàm dưới bị xâm nhiễm như tuyết rơi.
- Xét nghiệm: Công thức máu, rối loạn đông cầm máu, sinh hóa máu (glucose, ure, creatinine, SGOT, SGPT.), Ion đồ

b. Điều trị:

- Cấp:
 - o Xử lý răng nguyên nhân , rạch áp xe dẫn lưu mủ
 - o Kháng sinh, kháng viêm liều cao, giảm đau

- Mãn tính:

- o Phẫu thuật cắt bỏ đường dò, lấy sạch các mảnh xương chết
- o Kháng sinh , kháng viêm, giảm đau.

THŨNG XOANG HÀM

1. Nguyên nhân:

- Chấn thương
- Rách xoang bị viêm: Xoang bị viêm niêm mạc xoang phù nề
- Do răng ngầm: phẫu thuật lấy răng làm thủng xoang hàm
- Chân răng nằm trong xoang

2. Chẩn đoán:

a. Lâm sàng:

- Bệnh nhân mở miệng bịt mũi rồi bảo bệnh nhân hỉ mạnh hơi ra mũi gây áp lực lên mũi làm áp lực ép vào trong xoang hàm bọt màu hồng chảy ra từ ổ răng
- Bệnh nhân ngậm miệng không bịt mũi bảo bệnh nhân dồn hơi lên miệng thấy máu chảy ra ở mũi.
- Nhổ răng tương ứng với xoang mũi chảy ra ổ răng

b. Cận lâm sàng:

- Xquang: blondeau.
- Xét nghiệm: Công thức máu, rối loạn đông cầm máu, sinh hóa máu (glucose, ure, creatinine, SGOT, SGPT.), Ion đồ

3. Xử trí:

- Lỗ thủng nhỏ hơn 3mm: điều trị nội khoa
- Lỗ thủng 3-5mm: đặt meche tẩm Indoform vào ổ răng, khô ổ răng.
- Lỗ thủng >5mm: Phẫu thuật tạo hình đóng kính lỗ xoang
- Kháng sinh, kháng viêm, giảm đau

VIÊM TẤY LAN TỎA SÀN MIỆNG

1. Định nghĩa:

Đây là viêm hoại tử lan rộng không có giới hạn ở vùng sàn miệng có thể lan rộng xuống vùng trên xương móng, cổ, ngực...

Nhiễm khuẩn gồm hai loại ái khí và kỵ khí do đó tình trạng toàn thân rất nặng và tiên lượng xấu. Hầu hết các nhiễm khuẩn từ vùng răng cối hàm dưới lan qua xương hàm vào vùng sàn miệng.

2. Chẩn đoán:

2.1. Triệu chứng toàn thân:

- + Những ngày đầu sốt cao, 39-40c, sau đó xuất hiện tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc nặng.
- + Mạch nhiệt có thể phân ly
- + Bệnh nhân vật vã, thở khó, nuốt khó

2.2. Triệu chứng tại chỗ:

- + Sưng to vùng dưới hàm, sàn miệng, một bên sau đó lan nhanh sang bên đối diện, mặt hình quả lê, da đỏ thẫm hay nâu tím căng chắc, lan rất nhanh trong vòng vài ngày sờ ngoài mềm, đôi khi có tiếng lạo xạo do hoại thư sinh hơi dưới da.
- + Trong miệng: Miệng ở tư thế nửa há(há không được to, ngậm không được kín), lưỡi bị đẩy lên cao và tụt ra sau gây khó thở khó nuốt khó nói. Nước bọt chảy nhiều, mùi hôi thối.

2.3. Cận lâm sàng:

- Siêu âm vùng dưới hàm-sàn miệng .
- X quang: Mặt thẳng, XHD phải, XHD trái
- Xét nghiệm: Công thức máu, rối loạn đông cầm máu, sinh hóa máu (glucose, ure, creatinine, SGOT, SGPT.), Ion đồ

3. Điều trị:

3.1. Toàn thân: Nâng tổng trạng bù nước và điện giải

Thuốc: Kháng sinh
Kháng viêm
Giảm đau

3.2. Tại chỗ

- + Rạch dẫn lưu rộng càng sớm càng tốt, làm thông thương các vùng với nhau,

bơm rửa nhiều lần trong ngày bằng dung dịch NaCl 9%.

+ Nhổ răng nguyên nhân.

4. Tiên lượng:

Rất nặng nếu điều trị không tốt

Các biến chứng:

+ Nhiễm trùng huyết

+ Viêm tắc tĩnh mạch xoang hang

+ Viêm trung thất .

VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT

1. Nguyên nhân:

- Virus
- Vi khuẩn
- Sỏi : Rất thường gặp ở tuyến dưới hàm và ống Wharton, tuyến mang tai hiếm gặp hơn. Nếu có sỏi ở ống stenon.

2. Chẩn đoán:

a. Lâm sàng:

- o Sưng nề mặt vùng tương ứng với tuyến nước bọt
- o Lổ ống tuyến đỏ, phù nề ấn chảy mủ. Nếu đến muộn có bệnh cảnh của viêm mô tế bào lan tỏa.

Đối với nguyên nhân do sỏi:

- o Sưng, đau liên quan đến bữa ăn
- o Đôi khi sờ thấy sỏi trên đường đi ống tuyến

b. Cận lâm sàng:

- o X quang: phim cắn cánh, phim chéch nghiêng phải, trái
- o Siêu âm: thường phát hiện sỏi kẹt nơi ống tuyến

3. Điều trị:

- o Tại chỗ:
 - + Rửa thoát mủ
 - + phẫu thuật lấy sỏi.
- o Toàn thân:
 - + Kháng sinh liều cao
 - + Kháng viêm
 - + Giảm đau
 - + Dịch truyền

SÂU RĂNG - VIÊM TỬY RĂNG

VIÊM QUANH CHÓP RĂNG

I/ TRIỆU CHỨNG:

- Sâu răng: đau khi có kích thích như ăn, uống nóng, lạnh hoặc khi thức ăn lọt vào lỗ sâu, hết đau khi hết kích thích.
- Viêm tủy răng: đau tự nhiên thành cơn, thường đau về đêm. Mỗi cơn đau kéo dài từ 30 phút đến 2-3 giờ. Đau dữ dội tại chỗ răng nguyên nhân, có khi khuếch tán đau lan nửa mặt hoặc nửa đầu.
- Khám thấy có lỗ sâu răng, đôi khi có lộ tủy, gõ răng (+), thử nghiệm tủy (+).
- Viêm quanh chóp răng:
 - Giai đoạn cấp tính: bệnh nhân mệt mỏi, sốt, đau nhiều ở răng nguyên nhân, răng có thể lung lay, nướu tương ứng đỏ, đau tăng khi chạm vào răng đối diện. có thể gây abscess xung quanh.
 - Giai đoạn mãn tính: không có dấu hiệu toàn thân. Răng đổi màu xám đục, có thể có lỗ dò ở nướu. Xquang có hình ảnh thấu quang chóp răng, dây chằng nha chu giãn rộng.

II/. **CẬN LÂM SÀNG:** Xquang: quanh chóp, xương hàm

III/ HƯỚNG XỬ TRÍ:

- Sâu răng: trám răng.
- Viêm tủy răng: lấy tủy răng, trám bít ống tủy, sau đó trám tái tạo hình thể thân răng hoặc phục hình nếu răng vỡ lớn.
- Viêm quanh chóp răng: lấy sạch tủy răng, sát khuẩn ống tủy, khi thấy ống tủy sạch thì mới tiến hành trám bít ống tủy, sau đó trám tái tạo hình thể thân răng hoặc phục hình nếu răng vỡ lớn.

Phối hợp thuốc khi viêm tủy hoặc viêm quanh chóp răng:

Kháng sinh, Thuốc giảm đau, kháng viêm:

ABCÈS NHA CHU

I/ TRIỆU CHỨNG:

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

II/ HƯỚNG XỬ TRÍ:

A/ Toàn thân: kháng sinh , kháng viêm, giảm đau.

B/ Tại chỗ

- Súc miệng bằng dung dịch chlohexidine.
- Bôi gel Arthodont hoặc Metrogyl denta

Sau khi triệu chứng cấp tính giảm:

- 1/ Cạo vôi răng + nạo lách mặt chân răng
- 2/ Gây tê nạo ổ abcès nha chu lấy sạch mô hạt, mô hoại tử.
- 3/ Chữa tủy răng nếu chết tủy .

C/ Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.

VIÊM MÔ TẾ BÀO DO TAI BIẾN RĂNG KHÔN

I. TRIỆU CHỨNG:

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

II. CẬN LÂM SÀNG:

- Xét nghiệm: Công thức máu, rối loạn đông cầm máu, sinh hóa máu (glucose, ure, creatinine, SGOT, SGPT.), Ion đồ
- Xét nghiệm: nước tiểu toàn phần
- Xquang xương hàm cùng bên

III. XỬ TRÍ:

1. Dùng kháng sinh
2. Dùng kháng viêm
3. Dùng giảm đau hạ sốt:
4. Nâng đỡ thể trạng
5. Điều trị nguyên nhân:
 - Rạch tháo mủ, có thể rạch một hoặc nhiều đường tùy mức độ lan tỏa
 - Nhổ răng nguyên nhân.

VIÊM MIỆNG APHTE

I. MÔ TẢ SANG THƯƠNG:

- Vết loét 1 – 5 mm ở niêm mạc môi, má, lưỡi, nướu răng – hình tròn hoặc bầu dai, đáy lõm, màu vàng, xung quanh là quầng ban đỏ.
 - Đau dữ dội như bỏng, rát, đau tự phát hoặc khi bị kích thích như ăn, uống.
- Không gây triệu chứng toàn thân.

Nguyên nhân chưa rõ, có vài yếu tố làm phát sinh lở miệng như: tâm lý căng thẳng (stress), hành kinh, thiếu vitamin nhóm B, khoáng chất...

II. XỬ TRÍ:

Có thể tự lành sau 1 tuần không để lại sẹo. Cá biệt có những trường hợp vết loét quá lớn có thể kéo dài hàng tháng mới lành.

- Điều trị tại chỗ:

- + Súc miệng bằng dung dịch kháng khuẩn
- + Cream bôi tại chỗ
- + Dùng giảm đau
- + Vitamine hỗ trợ
- + Chỉ sử dụng kháng sinh và kháng viêm khi có dấu hiệu bội nhiễm

VIÊM NƯỚU HOẠI TỬ CẤP

I. TRIỆU CHỨNG:

- Tổn thương loét hoại tử nhanh ở nướu. Viêm lợi bị viêm đỏ. Nướu kẽ răng bị hoại tử bong ra. Vết loét phủ màng giả màu xám trắng, dễ tróc để lại vết loét rỉ máu.
- Có mùi hôi thối
- Sốt cao, đau nhiều.

II. CẬN LÂM SÀNG:

- Xét nghiệm: Công thức máu, rối loạn đông cầm máu, sinh hóa máu (glucose, ure, creatinine, SGOT, SGPT.), Ion đồ
- XN: nước tiểu toàn phần

III. XỬ TRÍ:

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

VIÊM MIỆNG HERPES

- Nhiễm Herpes nguyên phát (còn gọi là Viêm miệng, lợi do Herpes cấp tính): biểu hiện toàn thân nhiễm trùng, hầu hết xảy ra ở trẻ em.
- Nhiễm Herpes ở môi (thường gặp): sốt, ớn lạnh, mụn nước ở môi, màu đỏ sậm.
- Nhiễm Herpes ở niêm mạc miệng: xảy ra ở niêm mạc bị sùng hóa như: khẩu cái cứng, lưng lưỡi, nướu sùng hóa.

Δ≠ với Apthe: apthe thường xảy ra ở vùng niêm mạc lỏng lẻo, không bị sùng hóa như: niêm mạc má, môi, sàn miệng, mặt dưới lưỡi và không có giai đoạn mụn nước; ngoài ra loét do apthe kích thước lớn hơn do herpes.

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

I. TRIỆU CHỨNG:

- Tại chỗ: Niêm mạc môi má lưỡi có nhiều mụn nước rải rác hoặc liên kết lại. Dễ vỡ trong 24h để lại vết loét bao quanh bởi một vùng ban đỏ.
- Toàn thân: Sốt, khó chịu, đau ở miệng, lợi.

II. XỬ TRÍ:

- Dùng thuốc súc miệng:
- Dùng thuốc kháng virus:
- Dùng thuốc giảm đau:
- Dùng Vitamin hỗ trợ:
- Dùng Bleu Methyline: Bôi lên sang thương.
- Chỉ sử dụng kháng sinh và kháng viêm khi có dấu hiệu bội nhiễm

NANG XƯƠNG HÀM

1. Nguyên nhân:

1.1 Nang do răng: Nang thân răng tiên phát

Nang thân răng.

Nang chân răng

1.2 Nang không do răng:

Nang khe, nang giữa răng 2-3 hàm trên, nang mũi khẩu cái, nang ống răng cửa.

2. Chẩn đoán:

2.1 Dấu hiệu lâm sàng

- o Dò mủ ra niêm mạc vùng xương tương ứng
- o Phòng xương mặt trong hoặc mặt ngoài xương hàm hoặc cả hai mặt
- o Các răng tương ứng bị đẩy lệch
- o Thường không đau hoặc đau ít

2.2 Cận lâm sàng :

- Xquang : Mặt thẳng, Blondeau, hirtz, xương hàm dưới,
- CT Scanner: Vùng thấu quang mật độ đồng nhất, có giới hạn rõ, liên quan đến một hoặc nhiều răng nguyên nhân
- XN: công thức máu, sinh hóa máu, ion đồ, nước tiểu toàn phần

3. Điều trị:

3.1. Tại chỗ:

Phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn nang

3.2. Toàn thân:

- Kháng sinh
- Kháng viêm
- Giảm đau
- Dịch truyền

U NANG TUYẾN NƯỚC BỌT

U vùng tuyến mang tai có thể u lành tính, cũng có thể u ác tính. Vùng này là nơi thần kinh mặt phân nhánh cho các nhánh má, nhánh thái dương, nhánh hàm dưới, nhánh má. Vì vậy nếu u vùng này ác tính có thể gây các biến chứng như liệt mặt, mắt nhắm không kín, méo miệng...

Một khối u tuyến mang tai là do những tăng sinh bất thường trong mô tuyến mà sự tăng sinh này là lành tính hoặc là ác tính ngoài ra cũng có thể sự tăng sinh của mô hạch trong tuyến hoặc cũng có phì đại tuyến, phì đại cơ cắn hay là sự tăng sinh mạch máu... vì vậy cần chẩn đoán phân biệt.

Đối với 1 u tuyến cần khai thác được bệnh sử như Thời điểm phát hiện? Tiến triển bệnh, có đau tự phát hay không? Khối u phát triển chậm, không đau thường là u lành tính? Khối u phát triển nhanh, gây đau hay gây liệt mặt thường là u ác tính? Có ảnh hưởng vấn đề nuốt hay không?

Nhìn, khám và so sánh hai bên và ghi nhận: tình trạng da phủ bên ngoài, vị trí, kích thước, mật độ, sự di động của khối u hoặc hạch vùng tuyến mang tai.

1. Lâm sàng:

U hỗn hợp tuyến mang tai phát triển kéo dài trải qua ba giai đoạn:

1.1. Giai đoạn đầu: kéo dài vài năm.

- Triệu chứng chủ quan: không.
- Triệu chứng thực thể:
 - o U tròn nhỏ khoảng 1cm.
 - o Chắc đều, di động dễ lỗ ống sténon bình thường.
 - o Không có hạch.

1.2. Giai đoạn toàn phát: bệnh nhân trung niên (40 - 50 tuổi).

- Triệu chứng chủ quan:
 - o U thấy rõ, mất cân đối mặt.
 - o Không đau, không ảnh hưởng tới sức khỏe.
- Triệu chứng thực thể:
 - o Nhìn: u to bằng nắm tay ở vùng mang tai (nếu là u tuyến dưới hàm thì nhỏ hơn) da căng, có chỗ gồ cao, màu sắc da bình thường.
 - o Sờ: u có chỗ rắn, chỗ mềm, ranh giới rõ, u ở nông, di động được.

1.3. Giai đoạn thoái hóa ác tính

- Triệu chứng chủ quan: đau và liệt mặt.
- Triệu chứng thực thể: u rất to, da loét, u dính với tổ chức xung quanh. • Với ở u này nếu chụp X quang sau khi bơm thuốc cản quang (sialographie) vào tuyến qua lỗ tiết, u tuyến mang tai có hình một bàn tay (là các ống tiết) ôm quả bóng (là u).

2. Cận lâm sàng:

Siêu âm: cho biết vị trí, kích thước, bản chất khối u, đồng nhất hay nhiều nhân.

Chọc hút thử tế bào: là thử nghiệm chẩn đoán có giá trị và nên sử dụng thường quy trước khi điều trị (độ tin cậy từ 58-96%). Kết quả có giá trị khi dương tính, nếu kết quả âm tính không cho phép loại trừ u ác tính.

CT scan và MRI: có độ nhạy 100% trong việc xác định khối u tuyến nước bọt. Các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh này giúp đánh giá kích thước, vị trí, giới hạn, bờ, sự xâm lấn, tương quan của khối u với các cấu trúc lân cận. Tuy nhiên kỹ thuật này không giúp phân biệt chính xác khối u lành hay ác tính.

Sinh thiết: Không sinh thiết trước mổ vì có thể gây tổn thương dây VII. Việc sinh thiết trước mổ có thể được chỉ định trước khi xạ trị những khối u không thể cắt bỏ và kèm theo lở loét da, liệt dây VII.

Sinh thiết lạnh nên được thực hiện lúc phẫu thuật với độ chính xác khoảng 93%

3. Chẩn đoán

Chẩn đoán xác định khối u dựa trên kết quả sinh thiết ngay trong cuộc mổ, và sẽ quyết định hướng điều trị phù hợp.

4. Điều trị

4.1. Tại chỗ

- U ở thùy nông tuyến mang tai: cắt thùy nông và bảo tồn dây VII
- U ở thùy sâu tuyến mang tai: cắt bỏ hoàn toàn tuyến và bảo tồn dây VII
- Nếu chỉ cắt bỏ u (trừ U Whartin và hạch trong tuyến) tỉ lệ tái phát sẽ hơn 80%
- Có thể cắt u và cắt rộng một phần thùy nông nếu u nhỏ, giới hạn ở cực trên hay cực dưới thùy nông tuyến mang tai.

4.2. Toàn thân:

- Kháng sinh
- Kháng viêm
- Giảm đau
- Dịch truyền