

LỜI NÓI ĐẦU

Bệnh răng miệng là bệnh phổ biến tại nước ta và trên thế giới, gây ảnh hưởng lớn đến sức khoẻ con người và sự phát triển chung về văn hoá – kinh tế - xã hội. Bảo vệ sức khoẻ và dự phòng bệnh răng miệng là một nhiệm vụ quan trọng của ngành y tế.

Nhằm trang bị cho sinh viên y khoa về kiến thức, kỹ năng cơ bản và thái độ cần thiết để đáp ứng được nhu cầu y tế địa phương và quốc gia trong giai đoạn hiện nay, Khoa Răng Hàm Mặt Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế đã sử dụng giáo trình Răng Hàm Mặt làm tài liệu giảng dạy đào tạo bác sỹ đa khoa hệ sáu năm và hệ bốn năm, đồng thời làm tài liệu tham khảo cho một số đối tượng khác.

Giáo trình này đã được tập thể giảng viên của khoa đã biên soạn, chỉnh sửa và bổ sung. Nội dung giáo trình thống nhất với cuốn “Sách Xanh” của Bộ Y Tế xuất bản 2006, xác định các kiến thức, thái độ và kỹ năng cần đạt khi tốt nghiệp bác sỹ y khoa.

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Ban Giám Đốc Đại học Huế, Ban Giám Hiệu, Phòng Đào Tạo Đại Học và toàn thể cán bộ giảng dạy Khoa Răng Hàm Mặt Trường Đại Học Y Dược Huế, đã giúp đỡ chúng tôi hoàn thành giáo trình này.

Chúng tôi xin hoan nghênh tiếp thụ mọi ý kiến đóng góp của các đồng nghiệp và các bạn sinh viên để giáo trình này ngày càng hoàn thiện hơn.

Trưởng Ban Biên tập
Trưởng Khoa Răng Hàm Mặt
TS.BSCKII NGUYỄN TOẠI

BAN BIÊN TẬP

- | | |
|------------------------------------|------------------------|
| 1. TS.BSCKII Nguyễn Toại | Giảng viên chính (GVC) |
| 2. ThS.BSCKI Lê Hồng Liên | GVC |
| 3. ThS.BSCKI Nguyễn Thúc Quỳnh Hoa | GVC |
| 4. ThS.BSCKI Trần Thanh Phước | GVC |
| 5. ThS.BSCKI Vũ Thị Bắc Hải | GVC |

CHỦ BIÊN: TS.BSCKII NGUYỄN TOẠI

Giảng viên chính

NHỮNG NGƯỜI BIÊN SOẠN:

ThS.BSCKI LÊ HỒNG LIÊN

Giảng viên chính

ThS.BSCKI NGUYỄN THỨC QUỲNH HOA

Giảng viên chính

ThS.BSCKI TRẦN THANH PHƯỚC

Giảng viên chính

ThS.BSCKI VŨ THỊ BẮC HẢI

Giảng viên chính

Chương I

RĂNG VÀ BỘ RĂNG

Mục tiêu học tập

1. Phân biệt và gọi chính xác tên từng răng theo danh pháp quốc tế.
2. Mô tả các phần và cấu trúc của răng.
3. Phân biệt được răng sữa và răng vĩnh viễn.

1. CÁC BỘ RĂNG

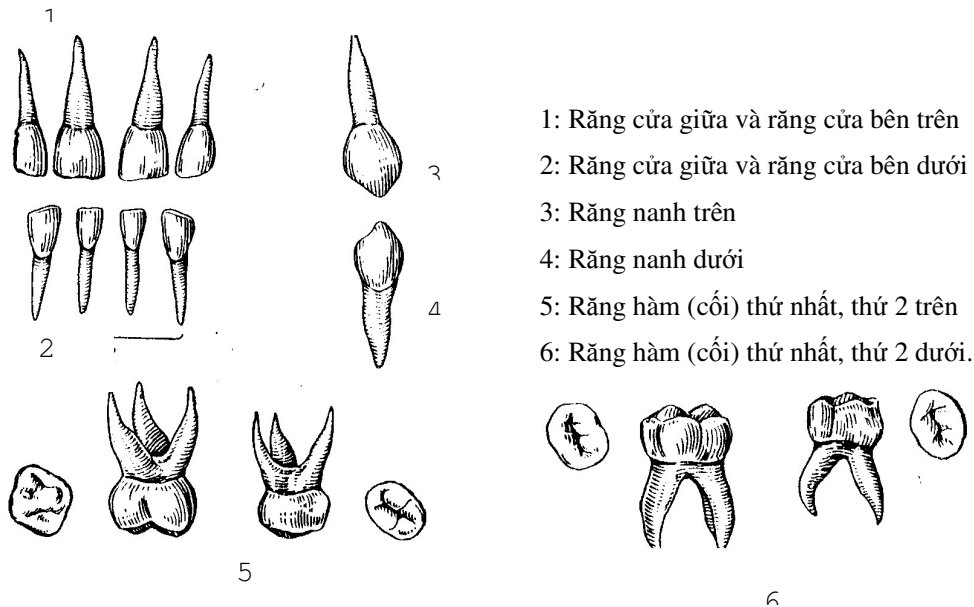
1.1. Bộ răng sữa

Răng sữa có vai trò rất quan trọng trong:

- Tiêu hoá: nhai nghiền thức ăn.
- Giữ khoảng cho răng vĩnh viễn.
- Phát âm và thẩm mỹ.
- Đồng thời, kích thích sự phát triển của xương hàm nhất là sự phát triển chiều cao cung răng qua hoạt động nhai.

Bộ răng sữa gồm 20 chiếc.

Ở mỗi phần tư hàm, có hai răng cửa (răng cửa giữa và răng cửa bên), một răng nanh và hai răng hàm / cối (răng cối thứ nhất và răng cối thứ hai)

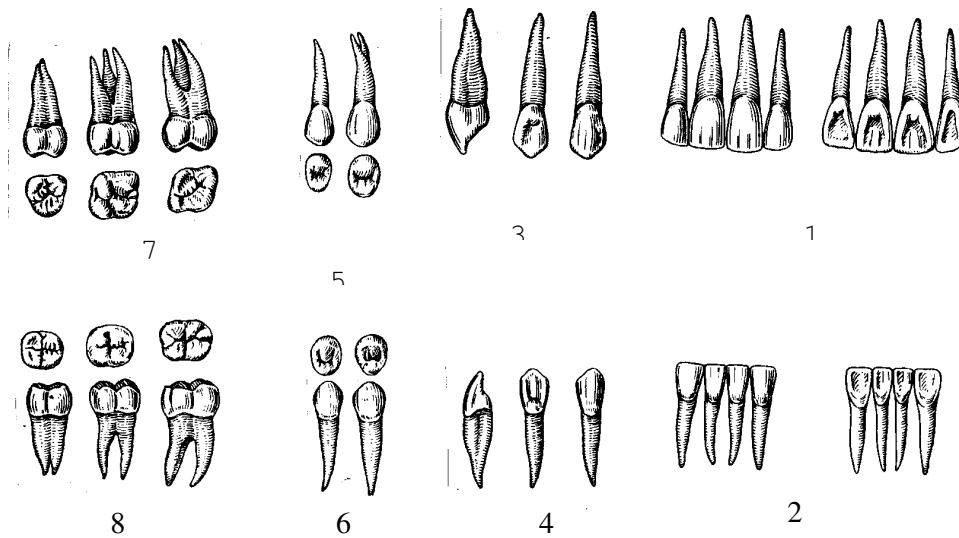


Hình 1.1: Răng sữa

Tên răng	Ký hiệu
Răng cửa giữa là răng sữa số	1
Răng cửa bên	2
Răng nanh	3
Răng hàm thứ nhất (cối 1)	4
Răng hàm thứ hai (cối 2)	5

1.2. Bộ răng vĩnh viễn

Gồm 32 chiếc, ở mỗi phân tư hàm, có hai răng cửa (răng cửa giữa và răng cửa bên), một răng nanh, các răng này thay thế cho các răng sữa cùng tên tương ứng; hai răng hàm nhỏ (răng hàm nhỏ thứ nhất và răng hàm nhỏ thứ hai, thay thế cho các răng hàm sữa) và ba răng hàm lớn (răng hàm lớn thứ nhất, răng hàm lớn thứ hai và răng hàm lớn thứ ba; các răng này không thay thế cho răng sữa nào cả, đặc biệt răng hàm lớn thứ nhất còn gọi là răng-sáu-tuổi mọc lên rất sớm, cùng tồn tại với các răng sữa nên rất dễ nhầm với răng sữa và không chăm sóc đúng mức).



Hình 1.2: Răng vĩnh viễn

- 1: Răng cửa giữa và răng cửa bên trên
- 2: Răng cửa giữa và răng cửa bên dưới
- 3: Răng nanh trên
- 4: Răng nanh dưới
- 5: Răng hàm (cối) nhỏ thứ nhất, thứ hai trên
- 6: Răng hàm (cối) nhỏ thứ nhất, thứ hai dưới
- 7: Răng hàm (cối) lớn thứ nhất, thứ hai và răng khôn trên
- 8: Răng hàm(cối) lớn thứ nhất, thứ hai và răng khôn dưới

Tên răng	Ký hiệu
Răng cửa giữa là răng vĩnh viễn số	1
Răng cửa bên	2
Răng nanh	3
Răng hàm nhỏ thứ nhất (cối nhỏ 1)	4
Răng hàm nhỏ thứ hai (cối nhỏ 2)	5
Răng hàm lớn thứ nhất (cối lớn 1: răng-sáu-tuổi)	6
Răng hàm lớn thứ hai (cối lớn 2: răng-mười-hai-tuổi)	7
Răng hàm lớn thứ ba (cối lớn 3: răng khôn)	8

1.3. Bộ răng hỗn hợp

Gồm răng sữa và răng vĩnh viễn cùng tồn tại trên cung hàm trong khoảng từ 6-12 tuổi.

2. CÁCH GỌI TÊN RĂNG THEO LIÊN ĐOÀN NHA KHOA QUỐC TẾ (FDI) 10/1970

Để gọi đầy đủ và gọn tên các răng theo vị trí phải trái, trên dưới, người ta dùng hai chữ số ký hiệu là xy:

2.1. Chữ số đầu (x) chỉ vùng

Răng hai hàm được chia thành 4 vùng:

2.1.1. Đối với răng vĩnh viễn

- Vùng 1: cho tất cả các răng hàm trên bên phải.
- Vùng 2: cho tất cả các răng hàm trên bên trái.
- Vùng 3: cho tất cả các răng hàm dưới bên trái.
- Vùng 4: cho tất cả các răng hàm dưới bên phải.

2.1.2. Đối với răng sữa

- Vùng 5: cho tất cả các răng hàm trên bên phải.
- Vùng 6: cho tất cả các răng hàm trên bên trái.
- Vùng 7: cho tất cả các răng hàm dưới bên trái.
- Vùng 8: cho tất cả các răng hàm dưới bên phải.

2.2. Chữ số sau (y) chỉ loại răng

1	2	5	6
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	5 4 3 2 1	1 2 3 4 5
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	5 4 3 2 1	1 2 3 4 5
4	3	8	7

Sơ đồ 1.1: Bốn vùng của răng vĩnh viễn

Sơ đồ 1.2: Bốn vùng của răng sữa.

Ví dụ: Gọi tên răng hàm lớn thứ hai hàm trên bên phải vĩnh viễn là răng 17.

Gọi tên răng hàm thứ nhất hàm dưới bên trái sữa là răng 74.

3. CÁC PHẦN CỦA RĂNG

Răng có hai phần: Thân răng và chân răng, được phân cách bởi cổ răng giải phẫu (đường men-ximăng).

3.1. Thân răng là phần trông thấy được ở trên cổ răng giải phẫu, thân răng có 5 mặt:

3.1.1. Mặt nhai (của răng hàm), rìa cắn (của nhóm răng cửa trước): qua đó, có sự tiếp xúc các răng hàm đối diện để cắn xé, nhai, nghiền thức ăn. Ở mặt nhai có các nướm (múi) răng, được phân cách nhau bởi các rãnh.

3.1.2. Mặt ngoài: còn gọi là mặt má (hành lang) đối với răng hàm (cối), mặt môi (tiền đình) đối với răng trước cửa.

3.1.3. Mặt trong: còn gọi là mặt vòm miệng đối với các răng hàm trên, mặt lưỡi đối với các răng hàm dưới.

3.1.4. Hai mặt bên: mặt gần là mặt bên của răng nằm gần đường giữa, mặt xa là mặt bên của răng nằm xa đường giữa.

3.2. Chân răng

Là phần được cắm vào xương ổ răng của xương hàm, được che phủ trên cùng bởi lợi bám ở cổ răng, tận cùng bằng chóp chân răng. Số lượng chân tùy loại răng và vị trí của nó.

3.2.1. Đối với răng vĩnh viễn

- Một chân: các răng cửa, răng nanh, các răng hàm (cối) nhỏ hàm dưới, răng hàm (cối) nhỏ thứ hai hàm trên.
- Hai chân: răng hàm (cối) nhỏ 1 hàm trên (gồm một chân ngoài và một chân trong), răng hàm (cối) lớn 1 và răng hàm (cối) lớn 2 hàm dưới (gồm một chân xa và một chân gần).
- Ba chân: răng hàm (cối) lớn thứ nhất và thứ hai hàm trên (gồm hai chân ngoài và một chân trong).
- Số chân bất thường: răng khôn và các trường hợp ngoại lệ ở các răng khác có số lượng chân thay đổi.

3.2.2. Đối với răng sữa

- Một chân: các răng cửa, răng nanh.
- Hai chân: các răng hàm (cối) dưới (gồm một chân xa và một chân gần).
- Ba chân: các răng hàm (cối) trên (gồm hai chân ngoài và một chân trong).

4. CẤU TRÚC RĂNG

Răng được cấu tạo bởi ba thành phần: men, ngà và tủy răng.

4.1. Men răng

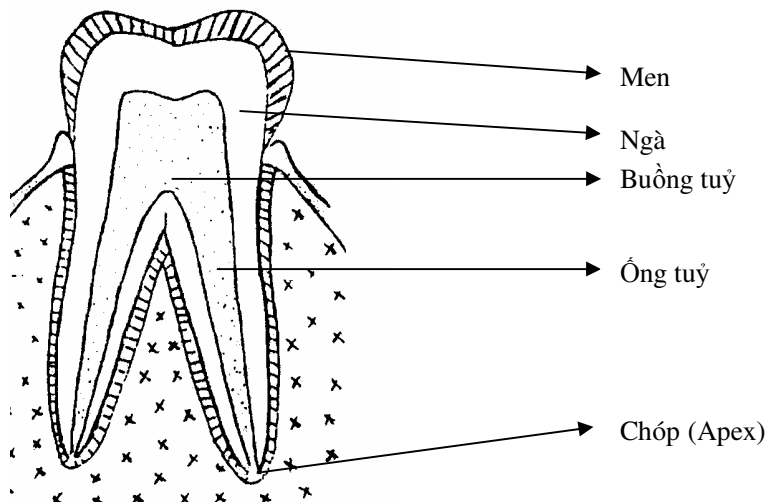
Men răng là thành phần cứng nhất cơ thể, gồm 96% vô cơ, chủ yếu là Hydroxy apatit, 3% nước, 1% hữu cơ. Men bao phủ thân răng, hầu như không có cảm giác.

4.2. Ngà răng

Ngà răng ít cứng hơn men răng, gồm 70% vô cơ, 30% hữu cơ và nước, ngà liên tục từ thân đến chân răng, tận cùng ở chóp răng (apex), trong lòng chứa buồng tủy và ống tủy. Ngà có cảm giác vì chứa các ống thần kinh Tomes. Phủ mặt ngoài ngà chân răng là ximăng chân răng, được hình thành cùng với sự hình thành chân răng, là chỗ bám của dây chằng nha chu.

4.3. Tủy răng

Tủy răng là mô lỏng lẻo trong buồng và ống tủy, là đơn vị sống chủ yếu của răng. Trong tủy có mạch máu, thần kinh, bạch mạch...



Hình 1.3: Cấu trúc răng

5. PHÂN BIỆT RĂNG SỮA VÀ RĂNG VĨNH VIỄN

5.1. Thân răng

- Thân răng sữa thấp hơn răng vĩnh viễn, kích thước gần-xa lớn hơn chiều cao.
- Mặt nhai thu hẹp nhiều
- Cổ răng thụt lại nhiều và thu hẹp hơn.
- Lớp men và ngà mỏng hơn
- Màu răng sáng hơn, thành phần vô cơ ít hơn.
- Răng cửa và răng nanh sữa nhỏ và không thanh như răng vĩnh viễn: chiều gần-xa nhỏ hơn nhưng chiều ngoài-trong rộng hơn.
- Răng hàm (cối) sữa lớn hơn răng hàm (cối) nhỏ vĩnh viễn, cần phân biệt kỹ với răng hàm (cối) lớn thứ nhất vĩnh viễn.

5.2. Tủy răng

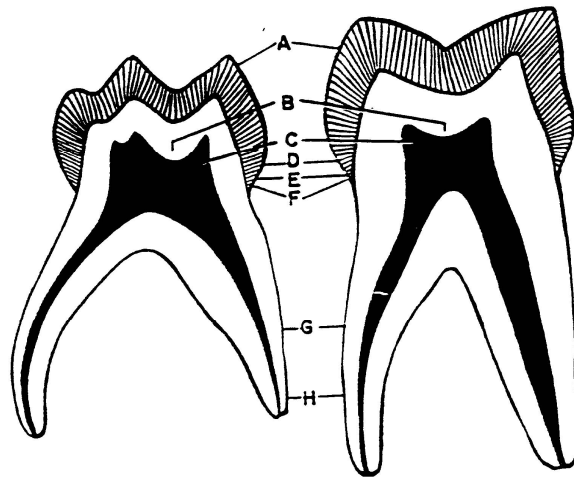
- Tủy răng sữa lớn hơn nếu so theo tỉ lệ kích thước thân răng.
- Sừng tủy nằm gần đường nối men-ngà hơn.
- Có nhiều ống tủy phụ.

Vì vậy, khi điều trị sâu răng sữa, cần lưu ý không làm tổn thương tủy; khi viêm tủy thì phản ứng rất nhanh và dễ bị hoại tử.

5.3. Chân răng

- Chân răng cửa và răng nanh sữa dài và mảnh hơn nếu so theo tỉ lệ với kích thước thân răng.
- Chân răng hàm sữa tách nhau ở gần cổ răng hơn và càng về phía chóp thì càng tách xa hơn.

Vì vậy, chân răng sữa dễ bị gãy khi nhổ răng.



Hình 1.4: Sự khác biệt về hình thể giữa răng sữa và răng vĩnh viễn

- A: chiều dày lớp men răng sữa mỏng hơn
- B: chiều dày lớp ngà ở hố rãnh răng sữa tương đối dày hơn.
- C : tỉ lệ buồng tủy răng sữa lớn hơn và sừng tủy nằm gần đường nối men ngà hơn.
- D: gờ cổ răng sữa nhỏ cao.
- E: trụ men răng sữa nghiêng về mặt nhai
- F: cổ răng sữa thụt lại rõ rệt và thu hẹp hơn
- G: chân răng sữa dài và mảnh hơn (so với kích thước thân răng).
- H: chân răng hàm sữa tách ra ở gần cổ răng hơn và càng gần về phía chóp thì càng tách xa hơn.

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Ở tuổi 12, có bao nhiêu răng vĩnh viễn ?

- A. 20
- B. 24
- C. 26
- D. 28
- E. 32

Câu 2. Ký hiệu của răng hàm (cối) sữa thứ nhất hàm dưới bên trái là :

- A. 54
- B. 65
- C. 74
- D. 85
- E. 55

Câu 3. Chữ số ký hiệu vị trí của răng hàm trên vĩnh viễn bên phải là:

- A. 1
- B. 2
- C. 3
- D. 4
- E. 5

Câu 4. 74 là ký hiệu của răng:

- A. răng hàm (cối) sữa thứ nhất hàm trên bên phải
- B. răng hàm (cối) sữa thứ hai hàm trên bên phải
- C. răng hàm (cối) sữa thứ nhất hàm dưới bên trái
- D. răng hàm (cối) sữa thứ hai hàm dưới bên trái
- E. răng hàm (cối) sữa thứ nhất hàm dưới bên phải

Câu 5. Răng hàm (cối) sữa thứ nhất hàm trên có:

- A. Hai chân: 1 trong, 1 ngoài
- B. Hai chân: 1 xa, 1 gần
- C. Ba chân: 1 trong, 2 ngoài
- D. Ba chân: 2 trong, 1 ngoài
- E. Ba chân: 2 xa, 1 gần.

Câu 6. Răng hàm (cối) lớn thứ nhất vĩnh viễn hàm dưới có:

- A. Hai chân: 1 trong, 1 ngoài
- B. Ba chân: 1 trong, 2 ngoài
- C. Hai chân: 1 xa, 1 gần
- D. Ba chân: 2 trong, 1 ngoài
- E. Ba chân: 2 xa, 1 gần.

Câu 7. Thành phần cấu tạo của ngà răng:

- A. 96% vô cơ, 4% hữu cơ và nước.
- B. 70% vô cơ, 30% hữu cơ và nước
- C. 50% vô cơ, 50% hữu cơ và nước.
- D. 30% vô cơ, 70% hữu cơ và nước
- E. 4% vô cơ, 96% hữu cơ và nước.

Câu 8. Răng hàm (cối) sữa có đặc điểm:

- A. Nhỏ hơn răng vĩnh viễn thay nó
- B. Sừng tủy nằm xa đường nối men-ngà
- C. Các chân răng tách xa nhau ở phía chóp
- D. Tủy nhỏ hơn răng vĩnh viễn
- E. Ít ống tủy phụ

Câu 9. Viêm tủy răng sữa có phản ứng rất nhanh và dễ bị hoại tử hơn răng vĩnh viễn vì:

- A. Thân răng thấp hơn răng vĩnh viễn
- B. Ít ống tủy phụ
- C. Sừng tủy nằm xa đường nối men-ngà
- D. Tủy lớn hơn
- E. Răng sữa ít thành phần vô cơ hơn

Câu 10. Răng sữa nào có kích thước lớn hơn răng vĩnh viễn thay thế nó:

- A. Răng cối
- B. Răng nanh
- C. Các răng cửa trên
- D. Răng cửa bên
- E. Răng cửa giữa

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Hoàng Tử Hùng (2002), Giải Phẫu Răng, NXB Y Học TP.HCM.
2. Nguyễn Toại (2003), Giáo Trình Nha Khoa Hình Thái, Khoa RHM Trường ĐH Y Huế

Chương 2

SỰ MỌC RĂNG VÀ DỰ PHÒNG LỆCH LẠC RĂNG

Mục tiêu

1. Trình bày được sự hình thành và phát triển răng, phân biệt được sự khác biệt về cấu tạo mô học và hình thái giữa răng sữa và răng vĩnh viễn
2. Nêu được tuổi mọc và thay răng sữa, tuổi mọc răng vĩnh viễn, chẩn đoán được các biến chứng mọc răng và sự lệch lạc răng
3. Giải thích và tư vấn được cho người bệnh và gia đình cách dự phòng lệch lạc răng.

1. CÁC GIAI ĐOẠN PHÁT TRIỂN RĂNG

Giai đoạn phôi của hệ răng sữa bắt đầu vào tuần lễ thứ 6 đến thứ 8 trong bào thai và kéo dài đến khoảng tháng thứ 6 sau khi sinh. Giai đoạn phôi của răng vĩnh viễn bắt đầu từ tháng thứ 3 đến tháng thứ 5 và kéo dài đến tháng thứ 9 sau khi sinh, riêng mầm răng khôn đến 4 tuổi. Không có một cơ quan nào khác trong cơ thể người lại cần một thời gian dài như thế để đạt được hình thể sau cùng như hệ răng.

1.1. Về phương diện hình thể

Răng trải qua các giai đoạn phát triển sau đây:

1.1.1. Lá răng

Thể hiện bởi giai đoạn khởi đầu.

1.1.2. Giai đoạn mầm

Là sự dày lên của lá răng, thể hiện sự tăng sinh và biệt hóa về phương diện hình thể.

1.1.3. Giai đoạn hình nón

Thể hiện bởi sự tăng sinh, biệt hóa về phương diện mô học và hình thể. Giai đoạn này mầm răng được tổ chức gồm:

- Lớp thượng bì men bên trong và lớp thượng bì men bên ngoài
- Lớp tế bào hình sao (trung tâm của cơ quan tạo men)
- Nhú răng có nguồn gốc từ trung mô (cơ quan tạo ngà và tủy)
- Bao mầm răng có nguồn gốc từ trung mô

1.1.4. Giai đoạn hình chuông

Thể hiện bằng sự đi sâu vào bên trong lớp trung mô của tế bào thượng bì men. Ở giai đoạn này xuất hiện lớp tế bào trung gian của cơ quan tạo men và những mầm răng vĩnh viễn cũng xuất hiện từ lá răng tiên phát hay còn gọi là răng của răng sữa (răng cửa, răng nanh, răng tiền cối vĩnh viễn).

1.1.5. Giai đoạn hình chuông tiến triển

Phát họa đường nối men ngà và bờ tận của cơ quan tạo men tạo ra bao thượng bì chân răng Hertwig.

1.1.6. Giai đoạn bao thượng bì chân răng

Lớp ngà chân răng đầu tiên lắng đọng và bao thượng bì chân răng bị mất sự liên tục. Những tế bào thượng bì còn sót gọi là tế bào thượng bì Malassez.

1.2. Về phương diện mô sinh học

Từ khi hình thành cho đến khi mất đi, răng trải qua các giai đoạn phát triển sau đây:

1.2.1. Giai đoạn khởi đầu

Giai đoạn này xảy ra trong một thời gian ngắn:

- Lá răng hình thành vào tuần lễ thứ 6 trong bào thai
- Hình thành lá răng tiên phát cho hệ răng sữa
- Lá răng tiên phát hình thành 10 điểm ở mỗi hàm tương ứng với vị trí các mầm răng sữa sau này.

Mầm răng bao gồm: Cơ quan tạo men (nguồn gốc thượng bì niêm mạc miệng); Nhú răng (trung mô); Bao mầm răng (trung mô). Các xáo trộn trong giai đoạn này có thể đưa đến sự thiếu răng hoặc thừa răng (vd: mésoident).

1.2.2. Giai đoạn tăng sinh

Có sự tham gia đáng kể số lượng tế bào và kết quả của giai đoạn này là hình thành cơ quan tạo men. Các xáo trộn trong giai đoạn này đưa đến các bất thường về kích thước, tỷ lệ, số lượng và răng sinh đôi.

1.2.3. Giai đoạn biệt hóa tế bào về phương diện mô học

Cuối giai đoạn hình chuồng, lớp thượng bì men bên trong của cơ quan tạo men ở phần mặt nhai, lớp tế bào này trưởng thành, hình thành tạo men bào. Các tế bào của nhú răng phân hóa tạo thành tạo ngà bào. Ranh giới giữa tạo men bào và tạo ngà bào phát họa nên đường nổi men ngà.

Sự xáo trộn trong giai đoạn này đưa đến các bất thường của men và ngà: ví dụ: không hình thành men hoặc hình thành men ít, hoặc men có thể tách dần ra khỏi đường nổi men ngà (sinh men bất toàn. Hoặc tạo ra sự sinh ngà bất toàn. Ở lâm sàng khó phân biệt giữa sinh men bất toàn và sinh ngà bất thường mà chủ yếu dựa vào tia X: Trong sinh men bất toàn, buồng tủy và ống tủy chân răng có hình dạng bình thường, trong sinh ngà bất toàn, buồng tủy và ống tủy chân răng bít kín, chân răng ngắn và đầu chóp chân răng không nhọn.

1.2.4. Giai đoạn biệt hóa hình thể

Là sự sắp xếp các tế bào để tạo nên hình dáng và kích thước của thân và chân răng. Giai đoạn biệt hóa về phương diện mô học và hình thể xảy ra cùng lúc. Bao tế bào thượng bì Hertwig hình thành bắt đầu từ chỗ lớp thượng bì men bên ngoài và bên trong gặp nhau và là kết quả của hoạt động phân chia tế bào ở vùng cổ răng, bao này lún sâu vào lớp trung mô bên dưới là một màng gồm 2 lớp tế bào hình ống để xác định hình dáng chân răng. Trong trường hợp răng một chân, bao này vẫn giữ dạng hình ống, trong trường hợp răng nhiều chân, bao này bị phân chia thành 2 hoặc nhiều ống, tùy thuộc số chân được tạo nên.

Xáo trộn trong giai đoạn này đưa đến bất thường về hình dáng và kích thước (thí dụ, răng cửa bên có hình hạt gạo).

1.2.5. Giai đoạn lắng đọng chất căn bản

Sau khi biệt hóa, tạo ngà bào bắt đầu tiết ra chất tiền ngà. Sự phát triển của chất tiền ngà ảnh hưởng đến các tế bào trưởng thành của lớp thượng bì men bên trong, kích thích các tế bào phát triển tạo thành tạo men bào vào tạo men bào bắt đầu lắng đọng chất căn bản. Sự lắng đọng chất men và ngà răng bắt đầu xảy ra ở các độ tuổi khác nhau, nhưng nhìn chung xảy ra theo một trình tự tương đối khá rõ ràng và theo từng nhóm:

- Nhóm 1: trước khi sinh, các răng sữa, từ tháng thứ 4 đến tháng thứ 6 trong bào thai.
- Nhóm 2: Khi sinh ra đến 5 tháng tuổi, gồm răng cối vĩnh viễn thứ nhất và các răng phía trước.
- Nhóm 3: từ 1 tuổi rưỡi đến 3 tuổi, gồm răng cối vĩnh viễn thứ 2 và 2 răng cối nhỏ.
- Nhóm 4: từ 7 đến 10 tuổi, gồm răng cối vĩnh viễn thứ 3.

Mọi khiếm khuyết ở giai đoạn này được xếp loại vào sự khiếm khuyết về số lượng của men và ngà như thiếu sản men, ngà và men gốc răng.

2. SỰ KHÁC NHAU VỀ HÌNH THỂ RĂNG SỮA VÀ RĂNG VĨNH VIỄN

2.1. Thân răng

- Thân răng sữa thấp hơn thân răng vĩnh viễn.
- Mặt nhai răng sữa thu hẹp nhiều hơn răng vĩnh viễn.
- Cổ răng sữa thất lại nhiều và thu hẹp hơn răng vĩnh viễn.
- Lớp men và ngà ở răng sữa mỏng hơn răng vĩnh viễn.

2.2. Tủy răng

- Nếu so sánh theo tỷ lệ với kích thước thân răng thì tủy răng sữa lớn hơn.
- Sừng tủy răng sữa nằm gần đường nối men ngà hơn răng vĩnh viễn.
- Về phương diện mô học, có rất ít sự khác biệt giữa mô tủy răng sữa và răng vĩnh viễn.

2.3. Chân răng

- Chân các răng trước sữa dài và mãnh hơn khi so theo tỷ lệ với kích thước thân răng.
- Chân răng cối sữa tách nhau ra ở gần cổ răng và càng xa nhau khi đi về phía chóp chân răng, tạo chỗ cho mầm răng vĩnh viễn bên dưới.

2.4. Màu sắc

Răng sữa có màu trắng đục trong khi răng vĩnh viễn có màu trắng ngà.

3. SỰ MỌC RĂNG

- Sự mọc răng góp phần quan trọng trong việc hình thành khuôn mặt, giúp hoàn thiện sự phát âm và chức năng nhai
- Các mầm răng được hình thành từ trong xương hàm, lần lượt di chuyển và một phần thoát ra khỏi cung hàm, đó chính là phần thân răng nhìn thấy trong xoang miệng.
- Sự mọc răng bắt đầu từ khi thân răng được hình thành và tiếp diễn trong suốt đời của răng.
- Răng mọc lên được, một phần do chân răng cấu tạo dài ra, một phần do sự tăng trưởng của xương hàm. khi chân răng đã cấu tạo hoàn tất, răng vẫn tiếp tục mọc lên được, nhờ vào sự bồi đắp liên tục chất cement ở chóp chân răng.
- Mỗi răng có lịch thời gian mọc và vị trí nhất định trên cung hàm, nhờ vậy các răng ở hàm trên và dưới sắp xếp thứ tự và ăn khớp với nhau.
- Chân răng được cấu tạo dần dần và hoàn tất sau 3 năm kể từ thời điểm răng mọc (hiện tượng đóng chóp).

Tuổi đóng chóp = tuổi mọc răng + 3

Ví dụ: Răng số 6 mọc lúc 6 tuổi nên tuổi đóng chóp răng 6 là: 6 + 3 = 9 tuổi.

- Có hai thời kỳ mọc răng:
 - + Thời kỳ mọc răng sữa
 - + Thời kỳ mọc răng vĩnh viễn

3.1. Thời kỳ mọc răng sữa

3.1.1 Vị trí và tầm quan trọng của răng sữa

- Răng sữa là bộ răng tồn tại ở giai đoạn quan trọng nhất của sự tăng trưởng và phát triển ở trẻ em. Răng sữa được hình thành từ tuần thứ 7 đến tuần thứ 10 của bào thai, được lắng đọng chất men và ngà (sự khoáng hóa) từ tháng 4 đến tháng thứ 6 sau khi sinh .
- Răng sữa mọc vào trong xoang miệng khoảng tháng thứ 6 sau khi sinh. Đến 2 hoặc 3 tuổi, trẻ em có đủ bộ răng sữa gồm 20 răng (10 răng hàm trên và 10 răng hàm dưới).
- Ngoài chức năng ăn nhai, phát âm, răng sữa đóng vai trò quan trọng trong việc phát triển của xương hàm và giữ đúng vị trí cho răng vĩnh viễn mọc lên sau này.

- Chân răng sữa tiêu dần khi đi đến tuổi thay, răng vĩnh viễn thay thế mọc dần lên thế vào vị trí răng sữa.

- Trẻ em từ 6-11 tuổi hiện diện cả răng sữa và răng vĩnh viễn trên cung hàm, gọi là răng hỗn hợp (denture mixte).

3.1.2. Tuổi mọc và thay răng sữa: răng hàm dưới thường mọc và thay sớm hơn răng hàm trên

Bảng 2.1: Tuổi mọc và thay răng sữa

Tên Răng	Tuổi Mọc	Tuổi Thay
Hàm dưới		
- Răng cửa giữa	6 tháng	6 - 7 tuổi
- Răng cửa bên	7 tháng	7 - 8 tuổi
- Răng hàm (cối) sữa 1	12 tháng	9 - 10 tuổi
- Răng nanh	16 tháng	10 - 11 tuổi
- Răng hàm (cối) sữa 2	24 tháng	11 tuổi
Hàm trên		
- Răng cửa giữa	7 tháng	7 tuổi
- Răng cửa bên	9 tháng	8 tuổi
- Răng hàm (cối) sữa 1	14 tháng	11 - 12 tuổi
- Răng nanh	18 tháng	11 - 12 tuổi
- Răng hàm (cối) sữa 2	24 tháng	12 tuổi

3.2. Thời kỳ mọc răng vĩnh viễn

3.2.1. Tuổi mọc răng vĩnh viễn

Bảng 2.2: Tuổi mọc răng vĩnh viễn

Tên Răng	Hàm dưới	Hàm trên
- Răng cửa giữa	6-7 tuổi	7 tuổi
- Răng cửa bên	7-8 tuổi	8 tuổi
- Răng hàm (cối) nhỏ 1	9-10 tuổi	9-10 tuổi
- Răng nanh	10-11 tuổi	11 tuổi
- Răng hàm (cối) nhỏ 2	11-12 tuổi	12 tuổi
- Răng hàm (cối) lớn 1	6-7 tuổi	6-7 tuổi
- Răng hàm (cối) lớn 2	11-13 tuổi	12-13 tuổi
- Răng hàm (cối) lớn 3 (Răng khôn)	17-21 tuổi	17-21 tuổi

3.2.2. Đặc điểm của răng vĩnh viễn

- Mầm răng vĩnh viễn, một số được hình thành trong thời kỳ bào thai, từ tháng thứ 3 đến tháng thứ 5, số còn lại hình thành sau khi sinh đến tháng thứ 9. Riêng mầm răng khôn lúc 4 tuổi

- Răng vĩnh viễn được lắng đọng chất men, ngà (sự khoáng hóa) bắt đầu từ lúc sinh ra đến 6 - 7 tuổi. Riêng mầm răng khôn lúc 10 tuổi

- Răng vĩnh viễn bắt đầu mọc để thay thế dần răng sữa khi trẻ được 6 tuổi.

- Khi trẻ 12 - 13 tuổi, tất cả răng sữa sẽ được thay thế bằng răng vĩnh viễn

- Lúc 17 - 21 tuổi có đủ bộ răng vĩnh viễn gồm 32 răng.

3.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến sự mọc răng

- Chiều cao và cân nặng
Trẻ cao và mập, răng mọc sớm hơn trẻ thấp và gầy.
- Giới tính
Nữ mọc sớm hơn nam.
- Kích thước xương hàm
Hàm rộng, răng mọc sớm và thưa, hàm hẹp, răng mọc chậm và chen chúc
- Răng sữa
Răng sữa rụng sớm hoặc chậm sẽ làm chậm mọc răng vĩnh viễn.
- Dinh dưỡng
Dinh dưỡng kém sẽ làm răng mọc chậm (bệnh còi xương)
- Viêm nhiễm xương hàm
Xương hàm bị viêm nhiễm trong thời kỳ mọc răng sẽ làm răng mọc sớm
- Yếu tố di truyền

3.4. Biểu chứng mọc răng

- Khi mọc răng ở trẻ em thường có những biểu hiện sau: sốt, ho, đi chảy, chảy nước bọt, quấy khóc, ngứa ở lợi răng.
Xử trí: dùng hạ sốt, an thần, vệ sinh răng miệng tốt.
- Đối với răng khôn (răng hàm / cối lớn 3) khi mọc thường gây nhiều biến chứng, thường biểu hiện bằng tình trạng viêm quanh thân răng.
Xử trí: kháng sinh, giảm đau, chuyên chuyên khoa.

4. HÌNH THÁI LÂM SÀNG LỆCH LẠC RĂNG, ĐIỀU TRỊ, DỰ PHÒNG

4.1. Sự chen chúc răng cửa

Dấu hiệu chen chúc đầu tiên ở hệ răng hỗn hợp thường trùng với sự mọc răng vĩnh viễn. Thiếu chiều dài cung răng có thể biểu hiện bằng nhiều cách từ xoay răng cửa và lệch lạc nhẹ đến chen chúc răng cửa trầm trọng. Điều quan trọng là phân tích khoảng trống và xác định mức độ thiếu khoảng.

4.1.1. Chen chúc nhẹ

- Sự chen chúc nhẹ được coi là bình thường ở bệnh nhân không có mất chiều dài cung răng. Không cần điều trị, chỉ theo dõi.
- Nếu răng cửa bên mọc nghiêng về phía lưỡi, có thể điều trị đơn giản bằng cách mài mặt gần răng nanh sữa bằng đĩa giấy nhám với tay khoan thẳng hoặc bằng mũi khoan siêu tốc với mũi khoan chóp nhọn.

4.1.2. Chen chúc trung bình

Chiều dài cung răng thiếu ở mức dưới 5mm. Trường hợp này thường do mất khoảng sau nhổ răng hoặc mất sớm răng sữa, cần được chuyển các nhà điều trị chuyên môn với những kỹ cụ cố định hoặc tháo lắp để di chuyển răng, lấy lại khoảng trống đã mất.

4.1.3. Chen chúc trầm trọng

Mất chiều dài cung răng trên 5mm được coi là trầm trọng, cần được điều trị đặc biệt bằng cách nở rộng cung răng hoặc nhổ chọn lọc một số răng vĩnh viễn.

4.2. Sai lệch răng theo chiều trước sau

4.2.1. Cắn chéo răng trước

Là tình trạng các răng cửa trên nằm phía trong (sau) các răng cửa dưới khi ngậm hàm, ở những bệnh nhân này môi trên bị lép (móm), nguyên nhân có thể do răng hoặc xương. Nếu nguyên nhân do xương thì cần có ý kiến của chuyên viên, nếu do răng và những trường hợp đơn giản (cắn chéo một vài răng) có thể can thiệp được bằng những khí cụ tháo lắp đơn giản như mặt phẳng nghiêng hoặc hàm nhựa với lò xo ngón tay...

4.2.2. Răng cửa đưa ra trước

Là tình trạng các răng cửa trên hoặc các răng cửa dưới đưa ra phía trước mà người ta có thể gọi nôm na là "hô". Nguyên nhân có thể do răng hoặc xương, nếu do xương cần tham khảo chuyên viên, nếu do răng có thể điều trị bằng cách đẩy răng nghiêng về phía sau bằng những khí cụ tháo lắp có cung môi và những cung bù trừ hình chữ U.

4.3. Sai lệch răng theo chiều đứng

Sai lệch răng theo chiều đứng thường biểu hiện ở giai đoạn răng hỗn hợp là cắn hở và cắn sâu.

4.3.1. Cắn hở

Thường gặp nhất là do thói quen mút ngón tay làm cản trở sự mọc răng đầy đủ của các răng trước. Việc điều trị cơ bản là điều trị thói quen mút ngón tay ở giai đoạn răng sữa bằng cách làm các khí cụ ngăn cản thói quen mút ngón tay như tấm chặn ở khẩu cái, tấm cản này ngoài công dụng điều trị tật mút tay còn ngăn không cho lưỡi chèn vào giữa cung răng trên và dưới, hoặc nhấn rào cản ngón tay...

4.3.2. Cắn sâu

Là tình trạng các răng trước mọc quá mức hoặc răng sau mọc không đầy đủ. Bình thường ở tư thế nghỉ, bờ cắn răng cửa trên cách đường môi trên khoảng 2mm, nếu khoảng cách này trên 2mm cần quan tâm đến sự mọc quá mức của răng trước hàm trên. Việc điều trị là phức tạp cần có sự can thiệp của các chuyên gia chỉnh hình.

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Sự mọc răng được bắt đầu khi:

- A. Trẻ 6 tháng
- B. Trẻ 6 tuổi
- C. Khi răng đã cấu tạo hoàn tất xong
- D. Khi thân răng được hình thành xong
- E. Khi chân răng được cấu tạo gần xong

Câu 2: Tuổi đóng chóp chân răng bằng tuổi mọc răng cộng với:

- A. 2
- B. 3
- C. 4
- D. 5
- E. 6

Câu 3: Yếu tố chính giúp răng tiếp tục mọc lên sau khi chân răng đã cấu tạo hoàn tất:

- A. Sự tăng trưởng của xương hàm
- B. Sự phát triển của thân răng
- C. Sự bồi đắp liên tục chất cément ở chóp chân răng
- D. Chân răng tiếp tục cấu tạo dài ra
- E. Răng điều chỉnh theo chiều gần-xa

Câu 4: Vai trò quan trọng khác của răng sữa ngoài chức năng ăn nhai, phát âm:

- A. Cấu tạo mầm răng vĩnh viễn
- B. Bảo vệ mầm răng vĩnh viễn
- C. Giữ vị trí cho mầm răng vĩnh viễn
- D. Giúp sự khoáng hoá mầm răng vĩnh viễn
- E. Cản trở sự mọc lên của răng vĩnh viễn

Câu 5: Mầm răng sữa được hình thành lúc:

- A. Tuần thứ 3- 5 thai kỳ
- B. Tháng thứ 3-5 thai kỳ
- C. Tuần thứ 7-10 thai kỳ
- D. Tháng thứ 7-10 thai kỳ
- E. Sau khi sinh

Câu 6: Mầm răng sữa được khoáng hoá lúc:

- A. Tháng thứ 7-10 thai kỳ
- B. Tuần thứ 7-10 thai kỳ
- C. Tháng thứ 4-6 thai kỳ
- D. Tuần thứ 4-6 Thai kỳ
- E. Sau khi sinh

Câu 7: Răng hàm sữa thứ nhất hàm dưới thường được thay thế bằng răng cối nhỏ vĩnh viễn lúc:

- A. 7-8 tuổi
- B. 8 tuổi
- C. 9-10 tuổi
- D. 13 tuổi
- E. 14 tuổi

Câu 8: Mầm răng khôn được hình thành vào lúc:

- A. Tháng thứ 3- 5 thai kỳ
- B. Tháng thứ 9 sau sinh
- C. Lúc 4 tuổi
- D. Lúc 10 tuổi
- E. Lúc 18 tuổi

Câu 9: Răng hàm (cối) lớn thứ nhất mọc vào lúc:

- A. 4-5 tuổi
- B. 6-7 tuổi
- C. 8-9 tuổi
- D. 10-11 tuổi
- E. 11-12 tuổi

Câu 10: Khi răng hàm sữa thứ hai phần hàm dưới trái đến tuổi thay, răng vĩnh viễn mọc lên thay thế nó là:

- A. Răng 34
- B. Răng 44
- C. Răng 35
- D. Răng 45
- E. Răng hàm vĩnh viễn thứ hai

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Hoàng Tử Hùng (2001), Mô Phôi Răng Miệng, NXB Y Học TP.HCM.
2. Trần Thanh Phước (2003), Giáo Trình Chính Hình Răng Miệng, Bộ môn RHM Trường ĐH Y Huế

Chương 3

BỆNH SÂU RĂNG

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được nguyên nhân chủ yếu gây bệnh và yếu tố nguy cơ.
2. Giải thích được cơ chế gây bệnh.
3. Chẩn đoán được các thể bệnh và liệt kê các biến chứng của bệnh sâu răng.
4. Nêu được nguyên tắc điều trị và các biện pháp dự phòng.

1. ĐỊNH NGHĨA

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

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

- Bệnh sâu răng là một quá trình động, diễn ra trong mảng bám vi khuẩn dính trên mặt răng, đưa đến mất cân bằng giữa mô răng với chất dịch chung quanh và theo thời gian, hậu quả là sự mất khoáng của mô răng (Fejerkov và Thylstrup).
- Là bệnh nhiễm trùng của mô răng biểu hiện đặc trưng bởi các giai đoạn mất và tái khoáng xen kẽ nhau (Silverston).

2. DỊCH TỄ HỌC SÂU RĂNG

Sâu răng là một bệnh phổ biến ở nước ta cũng như các nước trên thế giới, bệnh mắc rất sớm và gặp ở mọi lứa tuổi, mọi giới, mọi dân tộc, mọi vùng địa lý khác nhau, mọi tầng lớp xã hội, trình độ văn hóa.

Sâu răng là một bệnh mang tính chất xã hội và có xu hướng tăng cùng với sự phát triển của nền kinh tế.

Năm 1969, ngân hàng dữ kiện sức khỏe răng miệng thế giới của Tổ chức sức khỏe thế giới (WHO / OMS) được thành lập, cho thấy ảnh hưởng của bệnh sâu răng trên thế giới có hai khuynh hướng trái ngược nhau. Tại các nước phát triển, sâu răng giảm rõ rệt từ mức cao xuống trung bình hay thấp, trong khi đó ở các nước đang phát triển sâu răng có khuynh hướng tăng từ thấp đến trung bình hay cao.

2.1. Tỷ lệ bệnh và chỉ số SMT

Để đo lường mức độ bệnh sâu răng, người ta dùng tỉ lệ % và chỉ số SMT, trong đó S là răng sâu, M là răng mất do sâu và T là răng trám, SMT là chỉ số chỉ áp dụng cho răng vĩnh viễn và không hoàn nguyên có nghĩa là chỉ số này ở một người chỉ có tăng chứ không có giảm. SMT ở từng người có thể ghi từ 0 đến 32, đối với nghiên cứu dịch tễ học, SMT của cộng đồng là tổng số SMT của từng cá thể chia cho số cá thể của cộng đồng. Đối với răng sữa, khi áp dụng chỉ số này sẽ được ký hiệu bằng chữ thường smt, trong đó s là răng sâu, m là răng nhỏ và t là răng trám.

Trên thế giới, để so sánh quốc tế và giám sát xu hướng của bệnh sâu răng, người ta tính chỉ số SMT ở lứa tuổi 12 (số răng sâu mất trám trung bình ở một người) theo các mức độ:

- | | | |
|------------|-------------|---------------------------|
| - Rất thấp | : 0,0 - 1,1 | Thí dụ: Trung Quốc |
| - Thấp | : 1,2 - 2,6 | Cam pu chia, Mỹ, Nhật, Úc |

- Trung bình : 2,7 - 4,4 Bi, Canada, Thụy Điển
- Cao : 4,6 - 6,6 Thái Lan, Na Uy
- Rất cao : > 6,6 Chi Lê

Ở Việt nam theo điều tra cơ bản sức khỏe răng miệng của toàn quốc năm 1990, tỉ lệ bệnh sâu răng ở các lứa tuổi và các vùng địa lý như sau:

Bảng 3.1: Tỷ lệ bệnh sâu răng theo tuổi và vùng địa lý

Lứa tuổi	Tỉ lệ chung (1)	Hà Nội (1)	Huế (2)	TP HCM (1)	Cao Bằng (1)	Đà Lạt Lâm Đồng (3)
12	57%	36%	41,2%	83,9%	60%	82,25%
15	60%	44%	43,7%	96%	62%	
35-44	72%	76%	64,2%	92%	68%	

Sau 10 năm, qua điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc năm 2000 (Số liệu của Trần Văn Trường - Tạp chí Y Học Việt Nam số 10 / 2001), tỉ lệ sâu răng trên toàn quốc ở các lứa tuổi như sau:

- Răng sữa: 6 tuổi 83,7% , chỉ số smt 6,15.
- Răng vĩnh viễn:
 - + 12 tuổi 56,6%, SMT 1,87
 - + 15 tuổi 67,6% , SMT 2,16

Nhìn chung trên thế giới, những nước đang phát triển tỉ lệ sâu răng còn cao, những nước đã phát triển thì tỉ lệ sâu răng giảm rõ rệt nhờ các chương trình chăm sóc sức khỏe răng miệng cộng đồng, sự cải thiện về các dịch vụ nha khoa phòng ngừa.

2.2. Đặc điểm dịch tễ học của bệnh sâu răng

- Tỉ lệ sâu răng gia tăng theo tuổi ở cả hệ răng sữa lẫn răng vĩnh viễn.

Sự phân bố sâu răng cũng khác nhau giữa các răng và các mặt răng, sâu răng giảm dần từ răng cối lớn dưới, đến răng cối lớn trên, răng cối nhỏ, răng cửa trên, răng cửa dưới. Từ mặt nhai đến mặt tiếp cận, mặt ngoài, mặt trong.

- Sâu răng chịu ảnh hưởng của môi trường gia đình và trường học.
- Trình độ văn hoá càng cao thì tình trạng sức khỏe răng miệng được nâng cao, đặc biệt là kiến thức của người mẹ.
- Nền kinh tế - xã hội càng phát triển tỉ lệ bệnh càng gia tăng.

Ngoài ra, phí tổn chữa răng rất lớn, thí dụ ở Mỹ 9 tỉ USD / năm, ở Pháp 8 triệu Franc / năm, ở Việt Nam chưa tính được (Võ Thế Quang - Phòng bệnh sâu răng bằng Fluor - Nhà xuất bản Y học), đồng thời mất rất nhiều giờ công lao động.

Mặt khác, bệnh còn dẫn đến nhiều biến chứng ảnh hưởng đến sức khỏe chung, thẩm mỹ và dễ tái phát sau khi điều trị.

3. NGUYÊN NHÂN

Sâu răng gần như là một bệnh mắc phải do điều kiện môi trường, vì vậy các yếu tố tại chỗ là nguyên nhân cơ bản và chủ yếu của bệnh sâu răng còn nguyên nhân tổng quát chỉ là những yếu tố nguy cơ.

3.1. Nguyên nhân tại chỗ

Cần tối thiểu 4 yếu tố chính đồng thời tương tác với nhau để tạo nên sang thương sâu. Đó là: răng nhạy cảm, vi khuẩn (mảng bám), chất đường và thời gian (Keyes, 1969).

3.1.1. Tính nhạy cảm của răng

Điều hiển nhiên là phải có sự hiện diện của răng trong môi trường miệng, sau đó một số yếu tố làm tăng tính nhạy cảm của răng đối với sự khởi phát sâu răng ở mỗi cá thể như:

- Vị trí của răng trên cung hàm
- + Răng mọc lệch lạc, xoay dễ bị sâu hơn răng mọc thẳng hàng.
- + Nhóm răng hàm bị sâu nhiều hơn nhóm răng cửa.
- Đặc điểm hình thái học
- + Mặt nhai bị sâu nhiều nhất vì có nhiều rãnh lõm.
- + Mặt bên cũng dễ bị sâu vì men răng ở vùng cổ mỏng, giắt thức ăn.
- + Mặt trong, ngoài ít bị sâu hơn vì trơn láng.
- Thành phần cấu tạo của răng

Răng bị khiếm khuyết trong cấu tạo như thiếu sản men, ngà rất dễ bị sâu.

- Mòn răng

Răng bị mòn phần men cũng dễ bị sâu hơn (mòn răng có thể do chải răng sai phương pháp, mọc răng giả, nghiến răng, ăn nhai lâu ngày...).

- Tuổi răng

Răng mới mọc kém cứng, dễ bị tác dụng của acid, với thời gian men răng được tái khoáng hoá làm chúng đề kháng hơn với acid.

3.1.2. Vi khuẩn

Đây là nguyên nhân cần thiết để khởi đầu cho bệnh sâu răng, tuy không có loại vi khuẩn đặc biệt gây sâu răng, nhưng không phải tất cả vi khuẩn trong miệng đều gây ra sâu răng. Vi khuẩn bao gồm lượng mảng bám, các chất biến dưỡng và độc tố của nó.

Tùy theo vai trò gây sâu răng, các vi khuẩn được chia làm hai nhóm:

- Vi khuẩn tạo acid

Các loại vi khuẩn này lên men carbohydrate tạo ra acid, làm pH giảm xuống < 5 , sự giảm pH liên tục có thể đưa đến sự khử khoáng trên bề mặt răng, làm mất vôi ở các mô cứng của răng, quá trình sâu răng bắt đầu xảy ra, nhóm này gồm:

- + *Lactobacillus acidophilus*: hiện diện với số lượng ít, nhưng lại tạo ra acid có pH thấp rất nhanh trong môi trường.
- + *Streptococcus mutans*: đây là tác nhân chủ yếu gây ra sự thành lập mảng bám, dính trên bề mặt răng và nếu có sự hiện diện cùng lúc hai yếu tố chất đường, thời gian thì sẽ có đủ điều kiện thuận lợi để khởi phát sang thương sâu; sau đó *L. acidophilus* làm sang thương tiến triển xuống bên dưới bề mặt.
- + *Actinomyces*: cũng có thể gây sâu răng.

- Vi khuẩn giải protein

Làm tiêu hủy chất căn bản hữu cơ sau khi mất vôi.

3.1.3. Thực phẩm

Là những thức ăn cần thiết mà cơ thể hấp thu vào để sống và hoạt động. Tuy nhiên, thực phẩm cũng là một yếu tố liên quan đến bệnh sâu răng, vì đó cũng là chất dinh dưỡng của vi khuẩn. Tùy theo loại thực phẩm, tính chất của thực phẩm và chế độ sử dụng nó, mà có thể sâu răng hoặc không.

- Carbohydrat

Các chất bột, đường là loại thực phẩm gây sâu răng nhiều nhất. Trong đó đường là loại thực phẩm chủ yếu gây sâu răng và làm gia tăng sâu răng, đặc biệt là loại đường sucrose, đây là

chất ưa thích của vi khuẩn gây sâu răng, nó chuyển hoá thành acid và chính sự sinh acid này làm mất khoáng men. Điều quan trọng là khả năng gây sâu răng không phải do số lượng đường, mà do số lần sử dụng và thời gian đường bám dính trên răng. Đường trong trái cây, rau (xilitol, sorbitol) ít gây sâu răng hơn đường trong bánh kẹo. Tinh bột không phải là nguyên nhân đáng kể, vì trong nước bọt có enzyme amylase biến tinh bột thành đường rất chậm.

- Protid

Các loại Protid nguyên thủy ít gây sâu răng, ngược lại những loại protid được chế biến làm tăng sâu răng do tính chất bám dính của nó.

- Lipid

Các chất béo không gây sâu răng.

Những thực phẩm có tính chất xơ ít gây sâu răng, trong lúc những thực phẩm mềm dẻo, dính vào răng thì dễ gây sâu răng hơn.

Chế độ ăn đầy đủ, đúng bữa, không ăn vặt sẽ giảm được sâu răng.

3.1.4. Thời gian

Vi khuẩn gây sâu răng sau khi nhiễm vào môi trường miệng, tự nó sẽ không gây sâu răng được mà cần phải có chất đường giúp cho sự chuyển hoá của vi khuẩn, tuy nhiên sâu răng không phụ thuộc vào số lượng, số lần sử dụng đường mà phụ thuộc vào thời gian đường và mảng bám vi khuẩn tồn tại trên bề mặt răng, thời gian tồn tại càng lâu thì vi khuẩn chuyển hoá đường thành acid càng nhiều và acid tấn công gần như thường xuyên trên bề mặt răng làm mất khoáng men.

Tuy nhiên, quá trình mất khoáng có thể phục hồi hoặc giảm mức độ nhờ các thành phần khác nhau trong nước bọt, tốc độ tiết.

3.1.5. Nước bọt

Là môi trường hoạt động của các vi khuẩn trong miệng, nước bọt tiết càng nhiều càng giảm sâu răng (trung bình một ngày nước bọt tiết ra 1.500cc, khi ngủ lượng nước bọt tiết ra giảm đồng thời việc chải rửa vi khuẩn và chất carbohydrat ở mức tối thiểu, vì vậy sâu răng tăng trong giờ nghỉ).

Ngoài ra tính chất nước bọt lỏng hay quánh cũng ảnh hưởng đến bệnh sâu răng, nước bọt càng quánh thì sâu răng càng cao.

Nước bọt giữ vai trò:

- Trung hòa acid: trên bề mặt men răng luôn luôn xảy ra hai hiện tượng trái ngược nhau: sự tạo acid bởi vi khuẩn và sự trung hòa acid bởi nước bọt.

- Sát khuẩn: ngăn cản sự phát triển của vi sinh vật nhờ các chất lysozyme, lactoperoxidase, lactoferrin chứa trong nước bọt.

- Chải rửa: làm sạch răng thường xuyên, với sự phối hợp cử động của môi, má và lưỡi v.v..., làm chậm quá trình hình thành mảng bám.

- Tái khoáng hóa: nhờ thành phần calci, phosphate trong nước bọt có thể tích tụ ở men trong giai đoạn sớm của sang thương sâu răng, khả năng này sẽ tăng lên nếu có sự hiện diện của fluor.

3.2. Nguyên nhân tổng quát

Đây là những yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến sâu răng

3.2.1. Nòi giống (chủng tộc, dân tộc)

Theo quan niệm ngày xưa cho rằng có một vài chủng tộc có sức đề kháng tốt với sâu răng, nhưng ngày nay quan niệm đó không còn giá trị mà sâu răng tùy thuộc nhiều vào môi trường sống và vùng địa lý hơn là chủng tộc. Một số người thuộc chủng tộc ít sâu răng trở nên nhạy cảm với sâu răng khi di trú đến nơi có nền kinh tế phát triển, thói quen dinh dưỡng và nền văn hoá khác nơi họ sống trước đó. Thí dụ dân sống ở Bắc cực ít bị sâu răng hơn dân sống ở ôn

đới, nhiệt đới (châu Âu, châu Á) vì để chống lạnh họ thường dùng thức ăn loại lipid hơn, nhưng khi di trú đến châu Âu, tình trạng sâu răng của họ cũng thay đổi theo nơi đó.

3.2.2. Di truyền

Hiện nay vẫn chưa được chứng minh rõ ràng. Tuy nhiên, người ta nhận thấy trẻ em ít bị sâu răng thường cha mẹ có răng tốt hoặc ngược lại và người ta cho rằng sâu răng có ảnh hưởng rất rõ với môi trường gia đình, do thói quen của trẻ được hình thành rất sớm và ảnh hưởng chủ yếu từ gia đình. Đặc biệt trong vấn đề giáo dục, dinh dưỡng và chăm sóc con của người mẹ.

3.2.3. Phái tính

Thông thường nam ít sâu răng hơn nữ, có thể do nữ ăn vặt nhiều hơn, mặt khác nữ còn chức năng thai nghén, cho con bú, rối loạn nội tiết...và nữ mọc răng sớm hơn nam.

3.2.4. Tuổi

Người ta nhận thấy bệnh sâu răng không phát triển đều đặn trong suốt đời, thường lứa tuổi từ 4-8 bị sâu nhiều, ở giai đoạn này những răng sữa bị phá hủy rất nhanh và nhiều. Từ 11 - 19 tuổi, các răng vĩnh viễn bắt đầu bị sâu nhiều.

3.2.5. Nghề nghiệp

Tuy chưa được chứng minh rõ ràng chỉ nhận thấy công nhân làm việc ở các nhà máy đường, xí nghiệp bánh kẹo dễ bị sâu răng.

3.2.6. Yếu tố nội tiết

Khi tuyến yên, tuyến cận giáp hoạt động kém sẽ ảnh hưởng đến sự thành lập men, ngà gây nên tình trạng răng bị thiếu sản men, men ngà bất toàn hoặc rối loạn nội tiết ở tuổi dậy thì, thai nghén...

3.2.7. Bệnh toàn thân

Những bệnh thời gian kéo dài như sỏi, thương hàn... dẫn đến vệ sinh răng miệng kém đưa đến sâu răng, hoặc ở bệnh nhân bị chứng khô miệng (xerostomia), xạ trị tuyến nước bọt, tiểu đường..., tỉ lệ sâu răng tăng.

3.2.8. Kinh tế - văn hoá - xã hội

Ảnh hưởng gián tiếp qua đời sống, sinh hoạt và nhận thức của con người, văn hoá càng cao thì nhận thức của con người được nâng cao về mọi mặt. Kinh tế phát triển mọi nhu cầu cũng gia tăng, đặc biệt là gia tăng mức tiêu thụ đường sẽ ảnh hưởng đến tỉ lệ bệnh sâu răng. Xã hội càng phát triển, các dịch vụ chăm sóc y tế, các chương trình phòng bệnh được quan tâm nhiều hơn...

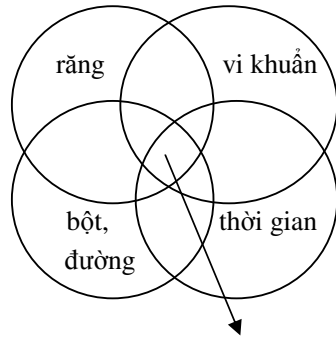
4. SINH BỆNH HỌC

Có rất nhiều thuyết để giải thích cơ chế gây bệnh, trong đó thuyết sinh acid (thuyết hóa học vi khuẩn) của Miller (1882) được nhiều người chấp nhận nhất.

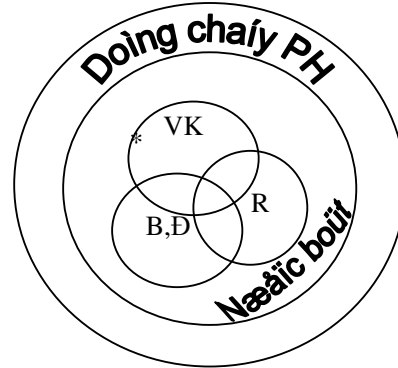
Theo Miller, vi khuẩn tác động lên bột, đường sinh ra acid, làm pH trong môi trường miệng giảm xuống < 5 trong vòng 1 - 3 phút, sự giảm pH liên tục đưa đến sự khử khoáng của răng, quá trình sâu răng bắt đầu.

Từ thuyết của Miller, Keyes (1962) đã tóm tắt lại thành một sơ đồ gồm ba vòng tròn biểu thị cho vi khuẩn, răng (men răng), thức ăn (bột, đường), sau đó được bổ sung thêm yếu tố thời gian. Phải có đủ 4 yếu tố tác động hỗ tương, mới có sâu răng.

Đến 1975, người ta nhận thấy sâu răng không phải chỉ có đường và vi khuẩn *S. mutans*, mà còn chịu nhiều yếu tố khác chi phối, nên White thay vòng tròn chất bột đường bằng từ chất nền (substrate), bao hàm vai trò bảo vệ răng và trung hòa acid của nước bọt, vệ sinh răng miệng, kem đánh răng có fluor. Đặc biệt là độ pH của nước bọt và dòng chảy nước bọt quanh răng.



Sâu răng
Sơ đồ 3.1: Keyes

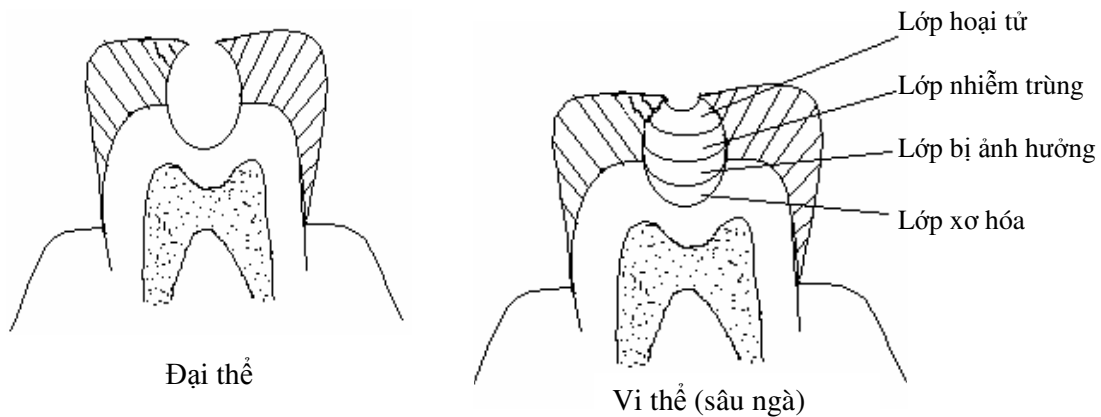


Sơ đồ 3.2: White

5. GIẢI PHẪU BỆNH

5.1. Đại thể

Lỗ sâu thông thường có hình cầu, phần men bị phá hủy ít hơn phần ngà (chất khoáng ở men > ngà), bờ lỗ sâu lõm chồm, đáy và thành lỗ sâu có ngà mềm. Lỗ sâu có thể to hoặc nhỏ, nông hoặc sâu.



Hình 3.1: Giải phẫu bệnh sâu răng

5.2. Vi thể

5.2.1. Sâu men

Khi men răng bị phá hủy, dưới kính hiển vi điện tử thấy các trụ men bị cắt thành từng mảnh nhỏ, sau đó đến những trụ men bị tách rộng rồi đến men răng bình thường.

5.2.2. Sâu ngà

Khi phá hủy qua phần ngà, dưới kính hiển vi thấy lỗ sâu có bốn vùng:

- Vùng hoại tử

Ở vùng này các trụ men bị hư hại, có các mảnh vụn ngà răng, vi khuẩn trong miệng, lớp này thường bị che phủ bởi một lớp thức ăn.

- Vùng nhiễm trùng

Ổng ngà bị xâm lấn bởi vi khuẩn, trong lòng ổng ngà và chung quanh ổng ngà đều có hiện tượng mất chất khoáng. Mô bị phá hủy không có khả năng hồi phục.

- Vùng bị ảnh hưởng

Giữa lớp này, lòng ổng ngà bị xâm nhập bởi một số vi khuẩn, trong lòng ổng và chung quanh ổng ngà hơi bị mất chất khoáng.

- Vùng xơ hóa

Lòng ổng ngà bị bít lại bởi những phân tử chất khoáng, đây là bức tường ngăn cản sự xâm nhập của vi khuẩn và chỉ có ở răng còn sống.

6. HÌNH THỂ LÂM SÀNG VÀ TRIỆU CHỨNG

6.1. Sâu men

Đây là hình thể đầu tiên của bệnh sâu răng, khác với các mô khác, men răng không có tế bào mạch máu, thần kinh, nên triệu chứng chủ quan chưa có. Triệu chứng khách quan:

- Tổn thương thường thấy ở hố và rãnh mặt nhai, hoặc chung quanh rìa miếng trám cũ.

- Men răng đổi màu trắng đục hoặc vàng nâu.

- Dùng thám trâm khám thấy men răng lồi chồm không còn trơn láng và mắc kẹt.

6.2. Sâu ngà

Là giai đoạn tiếp theo của sâu men không điều trị hoặc sâu ngay từ đầu nếu lộ ngà (thiếu men vùng cổ răng, mòn ngót cement vùng chân răng). Ngà răng là mô có thần kinh và phần kéo dài của nguyên bào tạo ngà trong các ổng ngà, nên dù mới chớm cũng có cảm giác đau với những kích thích vật lý, hóa học, cơ học.

6.2.1. Triệu chứng chức năng

- Đau do kích thích (nóng, lạnh, chua, ngọt, thức ăn lọt vào, mài xoang...).

- Đau chấm dứt ngay sau khi hết kích thích và tụ lại ở răng nguyên nhân không lan tỏa.

6.2.2. Triệu chứng thực thể

- Men, ngà răng chung quanh lỗ sâu đổi màu trắng đục, vàng hoặc hơi nâu.

- Khám bằng thám trâm: bờ lỗ sâu lồi chồm, thành và đáy lỗ sâu có lớp ngà mềm, nạo quanh lỗ sâu bệnh nhân có cảm giác đau.

- Gõ răng không đau.

6.3. Sâu cổ răng: sâu xi măng (cement)

Thường gặp ở người già do nước bị co lại, nhất là ở 1/3 cổ, vùng ranh giới men-xi măng. Vì lớp xi măng mỏng nên sâu xi măng dễ biến thành sâu ngà.

7. CHẨN ĐOÁN

7.1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào triệu chứng lâm sàng: đau do kích thích, men răng đổi màu, đáy lỗ sâu có lớp ngà mềm...

7.2. Chẩn đoán phân biệt

Trên răng có thể có các tổn thương không do sâu cần phân biệt với tổn thương sâu như:

7.2.1. Thiếu sản men

- Có khi răng mới mọc.

- Thường đối xứng hoặc trên các răng mọc cùng thời kỳ.

- Đáy cứng, không có lớp ngà mềm.

7.2.2. Mòn ngót cổ răng (lỗ hình chêm)

- Ở vùng cổ răng, mặt ngoài các răng 3, 4, 5 (do chải răng sai phương pháp), hoặc ở mặt trong và mặt ngoài của những răng mang móc hàm giả tháo lắp.

- Đáy cứng và trơn láng.

7.2.3. Sún răng ở trẻ em

Chỉ có ở hệ răng sữa và thường xảy ra ở trẻ trước tuổi đến trường, gặp trên các răng cửa, răng nanh hàm trên. Tồn thương lan theo chiều rộng, đáy cứng, không đau dù mất đến nửa thân răng.

8. ĐIỀU TRỊ

8.1. Sâu men

Trước đây, thường phá sạch các rãnh mặt nhai để trám dự phòng. Ngày nay, nhờ những hiểu biết mới, men răng có khả năng tái khoáng hóa, nên sâu men không cần điều trị chỉ cần giữ gìn vệ sinh răng miệng và tăng cường sử dụng Fluor. Tuy nhiên, đối với trẻ có nguy cơ sâu răng cao như vệ sinh răng miệng kém, thường xuyên ăn chất đường (bánh kẹo, sữa, nước ngọt...) thì cần phải trám dự phòng bằng composite, glass ionomer cement (GIC).

8.2. Sâu ngà

Nguyên tắc trong điều trị sâu ngà là làm sạch lỗ sâu bằng cách nạo sạch ngà mềm, sát khuẩn và trám kín với vật liệu thích hợp (Eugenate, Amalgame, Composite, Glass Ionomer Cement), nhằm làm mất cảm giác đau cho bệnh nhân. Ngày nay với vật liệu hiện đại có thể trám răng mà không cần máy khoan răng, được gọi là kỹ thuật trám răng không sang chấn (A.R.T: Atraumatic Restorative Treatment), đây là một phương pháp trám răng với dụng cụ bằng tay và G.I.C, kỹ thuật rất thích hợp với trẻ em cũng như những nơi không có máy móc, bác sĩ chuyên khoa, điện...

9. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Từ sâu ngà không điều trị, bệnh sâu răng sẽ tiến triển đến tủy gây viêm tủy cấp, sau đó tủy sẽ bị hoại tử dẫn đến viêm tủy mãn rồi đến tủy chết, thối. Những chất hoại tử của tủy có thể thoát qua lỗ chóp chân răng gây nên những bệnh lý vùng quanh chóp, viêm tổ chức liên kết, viêm xương hàm..., hoặc tụ lại ở chân răng tạo nên u hạt, nang chân răng... Ngoài ra, vi khuẩn có thể gây những biến chứng ở xa như viêm xoang hàm, viêm nội tâm mạc (Osler)...

Thông thường, biến chứng của sâu răng không nguy hiểm, nhưng diễn tiến của bệnh sẽ trải qua nhiều đợt đau làm mất ăn, mất ngủ, ảnh hưởng đến sức khỏe, học tập và công việc.

10. DỰ PHÒNG

Sâu răng là một bệnh phổ biến, tỉ lệ mắc bệnh lại cao không chỉ ở số lượng người mà cả số răng sâu trung bình ở một người. Trong khi đó trang bị và người chưa có đủ mà phí tổn điều trị rất lớn, nên việc phòng bệnh cần được quan tâm. Tuy nhiên việc giữ gìn sức khỏe răng miệng đòi hỏi phải có sự hợp tác lâu dài và không ngừng giữa nha sĩ và bệnh nhân. Ngày nay việc dự phòng sâu răng không phải là khó, dựa vào nguyên nhân và cơ chế sinh bệnh, chúng ta đã biết rằng để sâu răng xảy ra cần bốn yếu tố cơ bản phải hiện hữu đồng thời:

- Một lượng đủ lớn vi khuẩn sinh sâu răng.
- Một răng dễ bị sâu (men răng xấu, hố rãnh...).
- Đường, bột.
- Thời gian tồn tại của đường, mảng bám trên răng.

Sâu răng không xảy ra, hoặc được phòng ngừa hoặc được ngăn chặn khi một trong bốn yếu tố trên không còn. Do vậy, bác sĩ nên hướng dẫn bệnh nhân các phương pháp hữu hiệu sau đây:

- Giảm số lượng vi khuẩn (tác nhân) bằng các biện pháp vệ sinh răng miệng.

- Giảm mặt răng dễ bị sâu (vật chủ) bằng cách tăng cường sử dụng Fluor.
- Giảm sự tiếp xúc thường xuyên với chất bột, đường (môi trường), tránh ăn vặt, hạn chế ăn bánh kẹo...

Cụ thể đối với cộng đồng, ta có các cấp dự phòng sau :

10.1. Cấp 0: khi bệnh chưa xảy ra

- Cải tạo môi trường nước uống có Fluor (đối với vùng thiếu Fluor, hàm lượng Fluor trong nước sinh hoạt < 0,7 ppm), bằng cách:
 - + Fluor hóa nước công cộng với nồng độ 1/ triệu.
 - + Fluor hóa nước trường học với nồng độ 4/ triệu.
- Nâng cao đời sống kinh tế, văn hóa để nâng cao nhận thức và bảo đảm chế độ dinh dưỡng cho toàn dân, cần nhất đối với phụ nữ mang thai, cho con bú và trẻ em.

10.2. Cấp 1: khi bệnh có khả năng xảy ra

- Triển khai chương trình nha khoa cộng đồng, chủ yếu giáo dục phòng bệnh.
- Triển khai chương trình nha học đường trên toàn quốc với các nội dung giáo dục nha khoa, súc miệng với NaF 0,2 % 1 tuần / lần, tổ chức khám và chữa răng tại trường, trám bít các hố rãnh.
- Hướng dẫn các biện pháp vệ sinh răng miệng chủ yếu là chải răng sạch sau khi ăn và trước khi ngủ, chải đúng phương pháp.
- Kiểm soát thực phẩm (giảm lượng carbohydrate, tránh ăn vặt)
- Tăng cường sử dụng Fluor dưới mọi hình thức:
 - + Chải răng với kem đánh răng có Fluor
 - + Súc miệng với NaF 0,2 % tuần / lần.
 - + Gel Fluor để bôi.
 - + Uống viên Fluor với liều lượng như sau:

0 - 6 tháng	: 0,25 mg F / ngày
6 - 18 tháng	: 0,25 - 0,5 mg F / ngày
18 - 2 năm	: 0,25 - 0,75 mg F / ngày
Sau 2 tuổi	: 0,5 - 1,0 mg F / ngày
- Phục hình răng mất, chỉnh hình răng mọc lệch lạc.

10.3. Cấp 2: khi bệnh đã xảy ra

- Điều trị sớm sâu ngà.
- Khám răng định kỳ mỗi năm một lần để phát hiện sớm các tổn thương.

10.4. Cấp 3: khi đã tiến triển đến tủy

- Điều trị tủy ngay, không để các biến chứng nặng xảy ra.
- Nhỏ những răng không thể điều trị bảo tồn để tránh tồn tại một ổ nhiễm trùng./.

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Chỉ số SMT ở lứa tuổi 12 của Việt Nam năm 2000 là 1,87 được đánh giá là:

- Rất thấp
- Thấp
- Trung bình
- Cao
- Rất cao

Câu 2. Yếu tố nào sau đây làm tăng tính nhạy cảm của răng đối với sự khởi phát sâu răng:

- A. Răng nhiễm tetracycline
- B. Răng đã mọc lâu trên cung hàm
- C. Răng nhiễm Fluor
- D. Răng có nhiều cao răng
- E. Răng dị dạng

Câu 3. Loại vi khuẩn nào sau đây làm pH giảm nhanh trong môi trường miệng:

- A. Streptococcus mutans
- B. Lactobacillus acidophilus
- C. Actinomyces
- D. Streptococcus sanguis
- E. Vi khuẩn giải protein

Câu 4. Thực phẩm nào không gây sâu răng:

- A. Thịt tươi
- B. Dầu mỡ
- C. Tinh bột
- D. Thịt hộp
- E. Trái cây

Câu 5. Nước bọt có khả năng tái khoáng hóa sang thương sâu răng sớm nhờ:

- A. Lysozyme lactoferine.
- B. Làm sạch răng thường xuyên
- C. Ca⁺⁺
- D. Nước bọt tiết nhiều
- E. Nước bọt lỏng

Câu 6. Theo White, yếu tố nào sau đây chi phối sâu răng đặc biệt nhất:

- A. Fluor
- B. Vi khuẩn
- C. Đường
- D. Nước bọt
- E. Chất nền

Câu 7. Triệu chứng đau trong sâu ngà có đặc điểm sau:

- A. Đau từng cơn
- B. Đau ngừng khi hết kích thích
- C. Đau liên tục
- D. Đau kéo dài ít phút sau khi hết kích thích
- E. Đau như mạch đập

Câu 9. Tổn thương sâu men thường thấy ở:

- A. Hố rãnh mặt nhai
- B. Mặt trong răng cửa giữa
- C. Mặt ngoài răng cối trên
- D. Mặt trong răng cối dưới
- E. Múi răng

Câu 9. Sâu ngà cần phải điều trị chủ yếu bằng cách:

- A. Vệ sinh răng miệng
- B. Súc miệng với Fluor
- C. Lấy tủy
- D. Trám kín lỗ sâu
- E. Che tủy.

Câu 10. Biến chứng nào xảy ra sớm nhất nếu không điều trị sâu ngà:

- A. Tủy chết
- B. Viêm tủy mãn
- C. Viêm tủy cấp
- D. Tủy hoại tử
- E. Viêm quanh chóp

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

Nguyễn Thúc Quỳnh Hoa (2005), Giáo Trình Chữa Răng Nội Nha, Khoa RHM Trường ĐH Y Huế

Chương 4

BỆNH LÝ TỦY RĂNG VÀ VÙNG QUANH CHÓP

Mục tiêu học tập

1. Liệt kê được các nguyên nhân gây viêm tủy và bệnh vùng quanh chóp răng
2. Nêu được các triệu chứng lâm sàng, nguyên tắc điều trị viêm tủy và bệnh vùng quanh chóp răng.

1. BỆNH LÝ TỦY RĂNG

1.1. Đại cương

Tủy răng được cấu tạo bởi khối mô liên kết non giàu mạch máu và dây thần kinh. Tủy răng nằm trong hốc tủy được bao bọc xung quanh bởi lớp mô cứng của răng đó là ngà (ngoại trừ lỗ chóp chân răng). Đặc điểm của mạch máu tủy răng là mạch máu tận cùng, vào ra hốc tủy bởi lỗ chóp chân răng, nên khi tủy bị viêm thì dễ bị xung huyết đè nén gây đau nhức và dễ bị hoại tử.

Bệnh lý tủy thông thường là biến chứng của sâu răng, nhưng chưa có một số liệu chính xác nào nói đến tỷ lệ bệnh tủy và bệnh vùng quanh chóp.

1.2. Bệnh căn

1.2.1. Nguyên nhân gây bệnh

Có thể chia làm 3 nhóm

- Do vi khuẩn: vi khuẩn và sản phẩm của vi khuẩn đi vào tủy qua ống ngà (sâu ngà) hoặc qua lỗ chóp chân răng (bệnh nha chu)
- Nguyên nhân tự tạo: đó là do những lỗi về điều trị và kỹ thuật
- Do chấn thương: chấn thương nhẹ liên tục và chấn thương mạnh gây gãy răng.

1.2.2. Đường xâm nhập vào tủy

Có thể theo 3 đường

- Xâm nhập trực tiếp qua ống ngà như trong sâu răng hay hóa chất đặt lên ngà
- Sự khu trú của vi khuẩn ở trong máu đi đến tủy răng
- Viêm tủy ngược dòng do viêm nha chu.

1.3. Hình thể lâm sàng và triệu chứng

1.3.1. Tủy viêm có khả năng hồi phục

- Triệu chứng chức năng
- + Đau do kích thích như ăn ngọt, chua, lạnh
- + Thời gian đau ngắn khoảng vài giây
- + Thực chất cơn đau là đau nhói và khu trú
- + Bệnh nhân không có tiền sử của một cơn đau trước đây.

- Triệu chứng thực thể
- + Lỗ sâu nhiều ngà mềm, nạo hết ngà mềm có thể thấy ánh hồng của tủy hoặc lộ sừng tủy gây đau nhiều
- + Gõ và lung lay răng không đau
- + Thử nhiệt độ: lạnh gây đau

1.3.2. Tủy viêm không có khả năng phục hồi

Có thể là cấp, bán cấp, kinh niên, có thể là một phần hay toàn phần. Trên lâm sàng viêm tủy cấp được xem như viêm tủy có triệu chứng và viêm tủy kinh niên được xem như viêm tủy không có triệu chứng.

1.3.2.1. Viêm tủy cấp

- Triệu chứng chức năng
- + Con đau tự phát kéo dài thường hay xảy ra vào ban đêm nhất là khi bệnh nhân nằm xuống
- + Con đau có thể do kích thích như sự thay đổi nhiệt độ, thức ăn lọt vào lỗ sâu
- + Con đau có thể nhói hay âm ỷ, khu trú hay lan tỏa
- + Đau từng cơn hay liên tục.

- Triệu chứng thực thể

- + Gõ ngang đau nhiều, gõ dọc đau nhẹ hoặc không đau
- + Khám thấy răng sâu lộ tủy hay nướu xung quanh răng đó có túi nha chu
- + Nhiệt độ: nóng đau, lạnh giảm đau
- + Thử điện có giá trị nghi ngờ để chẩn đoán chính xác tình trạng

Viêm tủy cấp triệu chứng có thể dai dẳng hay giảm bớt nếu dịch tiết được dẫn lưu (lấy thức ăn nhồi nhét trong lỗ sâu, rửa sạch...) nếu không điều trị sẽ dẫn đến viêm tủy kinh niên, hoại tử tủy.

1.3.2.2. Viêm tủy kinh niên

- Triệu chứng chức năng: thường không có hoặc chỉ đau thoáng qua khi có kích thích
- Triệu chứng thực thể: tùy hình thể bệnh ta có:
 - + Viêm tủy triển dưỡng
 - + Do một kích thích cường độ nhẹ liên tục trên mô tủy giàu mạch máu, thường gặp ở những bệnh nhân trẻ
 - + Bệnh nhân không có triệu chứng trừ một cơn đau nhẹ thoáng qua khi nhai
 - + Khám có một nắm đỏ mọc giữa thân răng dùng thám châm chọc vào bệnh nhân đau ít đồng thời máu chảy ra nhiều.
 - + Vô hóa ống tủy: Do chữa răng, điều trị nha chu (cạo lóng gốc răng làm đứt tuần hoàn máu ở ống tủy phụ), mòn răng do sinh lý, mòn răng do cơ học, chấn thương hay một số yếu tố không rõ nguyên nhân làm cho tủy răng bị viêm.

Răng không có triệu chứng nhưng có thể hơi đổi màu

Thường nhận biết bởi phim tia X (do có sự tích tụ một số lượng lớn ngà thứ cấp suốt dọc hệ thống ống tủy)

+ Nội tiêu

Chỉ phát hiện trên phim tia X, thấy có sự lan tràn của mô tủy với sự phá hủy ngà răng. Trường hợp nặng có thể thấy đốm hồng xuyên qua men

1.3.2.3. Hoại tử tủy

Do tủy viêm không hồi phục mà không điều trị, hoặc xảy ra tức khắc sau chấn thương mạnh. Tủy hoại tử có thể bán phần hay toàn phần

- Triệu chứng chức năng: không có

- Triệu chứng thực thể: răng bị đổi màu sậm hơn, khoan mở tủy có thể có mùi hôi, gõ không đau, không có phản ứng với nhiệt điện.

1.4. Chẩn đoán

1.4.1. Xác định

Dựa vào triệu chứng lâm sàng

1.4.2. Phân biệt

- Viêm quanh chóp cấp (răng trời và lung lay gõ dọc đau dữ dội) khác với viêm tủy cấp (răng bình thường gõ ngang đau)

- Sâu ngà (khoan răng có cảm giác ê buốt), viêm quanh chóp mãn (trên phim có một vùng thấu quang ở chóp chân răng) khác với hoại tử tủy (chóp chân răng bình thường, khoan răng không có cảm giác ê buốt).

1.5. Điều trị

1.5.1. Viêm tủy có khả năng hồi phục

Phải loại bỏ các nguyên nhân sau: Có lỗ sâu lớn hay miếng trám Amalgam quá sâu gây đau, cần nạo hết phần sâu hoặc lấy hết Amalgam đã trám. Sau đó trám tạm bằng Zinc Oxide Eugenol hoặc che tủy với Ca(OH)_2 và trám tạm bằng Zinc Oxide Eugenol trong nhiều tuần có thể làm giảm đau cho bệnh nhân. Sau nhiều tuần hết đau, răng có thể được trám vĩnh viễn.

Hiện nay theo cách điều trị mới, nếu đúng là viêm tủy có khả năng phục hồi ta có thể trám luôn bằng Glass ionomer cement ở lớp dưới và lớp trên là Composite hoặc Amalgam.

1.5.2. Viêm tủy không có khả năng hồi phục

Lấy tủy toàn phần: có thể gây tê lấy tủy hay đặt thuốc diệt tủy

1.5.3. Hoại tử tủy: lấy tủy toàn phần

1.6. Tiên triển

1.6.1. Viêm tủy có khả năng hồi phục

Nếu chẩn đoán đúng và tủy được bảo vệ, tủy có thể trở về trạng thái bình thường, ngược lại nếu tủy không được bảo vệ thì triệu chứng có thể dai dẳng hoặc dẫn đến viêm tủy không có khả năng hồi phục.

1.6.2. Viêm tủy không có khả năng hồi phục

Nếu không điều trị tủy sẽ bị hoại tử.

1.6.3. Hoại tử tủy

Nếu không điều trị vi khuẩn, độc tố và sản phẩm phân hủy Protein của tủy có thể đi ra khỏi chóp gây ra bệnh vùng quanh chóp.

2. BỆNH LÝ VIÊM QUANH CHÓP

2.1. Nguyên nhân

- Do viêm tủy, nhiễm trùng tủy
- Do những sai lầm trong điều trị nội nha:
 - + Khoan rửa ống tủy đẩy các chất dơ bẩn ra ngoài chóp
 - + Trám ống tủy ra ngoài chóp răng
 - + Đặt thuốc diệt tủy nhiều
 - + Băng thuốc sát khuẩn nhiều
 - + Lấy tủy, trám tủy sót
- Răng có tủy bình thường nhưng bị chấn thương khớp cắn do miếng trám cao hay do nghiêng răng.
- Do vật lạ như xương cá, tăm xia răng, lông bàn chải nhét vào kẽ răng.

2.2. Triệu chứng

2.2.1. Viêm quanh chóp cấp

2.2.1.1. Triệu chứng chức năng

- Răng có cảm giác trời cao, cắn đụng hàm răng đối diện đau
- Đau dữ dội và đau lan tỏa đến tai mắt thái dương.

2.2.1.2. Triệu chứng thực thể

- Răng rất đau khi gõ dọc, gõ ngang đau ít, sờ có thể hơi đau
- Răng lung lay nhiều hoặc ít
- Nướu răng bị viêm đỏ
- Tủy răng có thể sống hoặc chết (cần thử nhiệt và điện)
- X quang: dây chằng nha chu có thể bình thường hay hơi dày lên.

2.2.2. Áp xe quanh chóp cấp

Là một trong những bệnh lý nha khoa nặng

- Tiến triển ban đầu nhanh từ nhẹ đến sung nhiều
- Đau dữ dội khi gõ và sờ
- Răng bị lung lay và trời cao hơn
- Trường hợp nặng bệnh nhân bị sốt
- X quang: trên phim vùng mô quanh chóp có thể bình thường

2.2.3. Viêm quanh chóp mãn tính

2.2.3.1. Triệu chứng chức năng

- Thường răng không có triệu chứng, chỉ xuất hiện lỗ dò ở nướu tương ứng với răng đau, mũ có thể thoát ra liên tục hoặc gián đoạn qua lỗ dò

- Triệu chứng toàn thân không có

2.2.3.2. Triệu chứng thực thể

- Răng bị đổi màu sậm

- Răng có thể hơi đau khi gõ và sờ

- X quang: có vùng thấu quang quanh chóp (có thể lớn hay nhỏ, lan tràn hay giới hạn rõ)

- Thử điện không có phản ứng

2.2.4. Áp xe tái phát

- Là trường hợp viêm quanh chóp mãn bất thành lành có triệu chứng.

- Triệu chứng giống với áp xe quanh chóp cấp, chỉ khác là áp xe tái phát xảy ra sau một tình trạng mãn tính.

- Áp xe tái phát có thể bộc phát tự nhiên, nhưng đa số là ngay sau khi điều trị tủy trên một răng được chẩn đoán là viêm quanh chóp mãn không có lỗ dò.

- X quang có thấu quang quanh chóp

2.3. Chẩn đoán

2.3.1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào triệu chứng lâm sàng

2.3.2. Chẩn đoán khác biệt

2.3.2.1. Viêm quanh chóp cấp: khác với

- Viêm tủy cấp tính: gõ ngang đau nhiều, răng không lung lay

- Áp xe quanh chóp cấp: răng chết tủy, còn viêm khớp cấp răng có thể chết tủy hoặc không.

2.3.2.2. Áp xe quanh chóp cấp

- Áp xe nha chu

+ Tủy đang còn sống

+ Có túi nha chu khi thăm dò có dịch chảy ra, sung ít và sung gần cổ răng hơn

- Áp xe tái phát: X quang có vùng thấu quang quanh chóp răng

2.3.2.3. Viêm quanh chóp mãn

- Áp xe tái phát: X quang có 1 vùng thấu quang quanh chóp răng, kèm với những triệu chứng của áp xe quanh chóp cấp.

- Nang chân răng, u hạt: cần làm sinh thiết để xác định, nếu là nang chân răng có chứa những hạt cholesterol, còn trong u hạt là tổ chức viêm mãn tính trong tủy răng.

2.4. Điều trị

2.4.1. Tại chỗ là chủ yếu

2.4.1.1. Viêm quanh chóp cấp

- Trường hợp tủy hoại tử: mở tủy để trống, sau đó điều trị nội nha

- Tủy còn sống: phải loại bỏ các nguyên nhân, ví dụ, điều trị chỉnh khớp cắn

2.4.1.2. Áp xe quanh chóp cấp

Rạch áp xe theo đường trong miệng hoặc mở tủy để trống cho thoát mủ, sau đó tùy thuộc điều trị nội nha hay nhổ bỏ.

2.4.1.3. Viêm quanh chóp mãn: điều trị nội nha

2.4.2. Toàn thân

Khi có triệu chứng toàn thân điều trị phối hợp kháng sinh, kháng viêm và giảm đau.

2.5. Tiên triển

Từ viêm quanh chóp cấp nếu không điều trị sẽ đưa đến áp xe quanh chóp cấp, viêm quanh chóp mãn. Nếu tiếp tục không được điều trị vi khuẩn và độc tố của vi khuẩn sẽ lan tràn gây viêm mô tế bào, viêm xoang hàm, viêm xương hàm./.

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Nguyên nhân nhân gây viêm tủy cấp là:

- A. Sâu men.
- B. Viêm nướu.
- C. Sâu ngà.
- D. Thiếu sản men.
- E. Vô i hoá ống tủy.

Câu 2. Viêm tủy không có khả năng hồi phục có thể gây nên:

- A. Áp xe nha chu.
- B. Áp xe tái phát.
- C. Viêm quanh chóp răng mãn tính.
- D. Viêm nướu.
- E. Viêm quanh chóp răng cấp tính.

Câu 3. Khi bị viêm tủy thường dễ bị hoại tử vì:

- A. Mạch máu tủy nhỏ nên nuôi dưỡng ít.
- B. Chóp răng đóng kín.
- C. Tủy răng là một khối mô liên kết non.
- D. Tủy răng bị bao phủ bởi một lớp dày men và ngà.
- E. Tủy răng nằm trong 1 xoang cứng, kín và mạch máu tủy là mạch máu tận cùng.

Câu 4. Triệu chứng của viêm tủy có khả năng hồi phục là:

- A. Đau âm ỉ.
- B. Đau do kích thích và kéo dài vài giây sau khi hết kích thích.
- C. Đau tự phát.
- D. Đau do kích thích và hết đau khi hết kích thích.
- E. Đau do mạch đập.

Câu 5. Viêm tủy kinh niên có dấu chứng:

- A. Đau dữ dội.
- B. Gõ ngang đau.
- C. Đau thoáng qua khi có kích thích.
- D. Gõ dọc đau nhiều.
- E. Đau âm ỉ liên tục.

Câu 6. Chẩn đoán viêm tủy cấp, chỉ cần dựa vào:

- A. Triệu chứng chức năng
- B. Phim X quang.
- C. Khám đáy lỗ sâu và nạo ngà mềm
- D. Gõ dọc.
- E. Thử điện và nhiệt.

Câu 7. Viêm quanh chóp cấp khác với viêm tuỷ cấp ở điểm:

- A. Đau tự phát.
- B. Đau liên tục.
- C. Cảm giác răng trôi và lung lay.
- D. Gõ ngang đau.
- E. Đau dữ dội.

Câu 8. Điều trị viêm tuỷ cấp cần phải:

- A. Che tuỷ.
- B. Lấy tuỷ toàn phần.
- C. Đặt dung dịch Eugenol.
- D. Dùng thuốc kháng sinh.
- E. Lấy tuỷ buồng.

Câu 9. Triệu chứng chức năng nổi bật của viêm quanh chóp cấp là:

- A. Đau tự phát.
- B. Đau lan toả.
- C. Răng có cảm giác trôi, cắn đau.
- D. Đau dữ dội.
- E. Đau kéo dài.

Câu 10. Viêm tuỷ nếu không điều trị sẽ tiến triển theo tuần tự:

- A. Áp xe quanh chóp cấp.
- B. Viêm quanh chóp răng mãn tính.
- C. Tuỷ chết.
- D. Viêm quanh chóp răng cấp tính
- E. Tuỷ hoại tử.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

Bộ Môn Chữa Răng Khoa RHM ĐH Y Dược TP HCM. (1998), Bài Giảng Bệnh Lý Răng

Chương 5

BỆNH NHA CHU

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được cấu tạo giải phẫu, chức năng sinh lý mô nha chu.
2. Phân tích được nguyên nhân, cơ chế sinh bệnh của bệnh nha chu.
3. Mô tả được những triệu chứng lâm sàng của các hình thể bệnh nha chu.
4. Nêu được phương pháp điều trị và các bước dự phòng bệnh nha chu.

1. ĐỊNH NGHĨA

Bệnh nha chu là bệnh phá hủy những cơ cấu thành phần nâng đỡ răng như nướu, dây chằng nha chu, ximăng gốc răng và xương ổ răng.

2. DỊCH TỄ HỌC BỆNH NHA CHU

Bệnh nha chu có liên quan với các bệnh khác ở miệng và toàn thân, cũng như sự liên quan với môi trường sống. Không có bệnh nha chu nào thuần túy, riêng biệt xuất hiện một cách ngẫu nhiên, mà bao giờ cũng là kết quả của một hay nhiều xáo trộn, mất cân bằng nào đó ở tại chỗ như răng mọc lệch, sâu răng, răng giả... hoặc toàn thân như bệnh suy dinh dưỡng, đái tháo đường, yếu tố di truyền...

Ngoài ra, mô nha chu còn có mối liên hệ với răng, với khớp thái dương hàm, bộ máy nhai và hệ thống miễn dịch của cơ thể.

Bệnh nha chu là một bệnh lưu hành phổ biến, chiếm một tỷ lệ khá cao trong cộng đồng và gặp ở tất cả các lứa tuổi, các vùng địa lý từ thành phố đến nông thôn, từ đồng bằng đến miền núi.

Theo điều tra sức khỏe răng miệng (SKRM) toàn quốc ở Việt Nam 1999 - 2000 của Trần Văn Trường và Lâm Ngọc Ân, tỷ lệ viêm nướu của cả nước như sau:

Tuổi	Cả nước	T.P Hà Nội	T.P HCM	Cao Bằng
12	95%	84%	100%	88%
15	95,6%	96%	96%	92%
35-44	99,26%	92%	100%	100%

- Ở Huế, theo mẫu điều tra sức khỏe răng miệng của nhân dân thành phố năm 1990, tỷ lệ viêm nướu là 93, 57% ở lứa tuổi 12-15.

- Các nước trên thế giới tỷ lệ viêm nướu lứa tuổi 15-19 như sau:

Ấn Độ: năm 1989 là 96%

Nepal: năm 1986 là 99%

Thái Lan: năm 1981 là 100%

Úc: năm 1984 là 63%

Nhật: năm 1987 là 88%

3. SƠ LƯỢC CẤU TẠO GIẢI PHẪU VÀ CHỨC NĂNG SINH LÝ CỦA MÔ NHA CHU

Mô nha chu là toàn bộ những cơ cấu nâng đỡ răng và giúp răng đứng vững trên cung hàm. Có bốn loại mô chủ yếu: nướu răng (lợi răng), dây chằng nha chu (màng nha chu), ximăng gốc răng, xương ổ răng (XOR).

3.1. Nướu răng

- Là phần của niêm mạc miệng, còn gọi là niêm mạc nhai, nướu bao bọc quanh xương ổ răng và răng, ôm sát cổ răng và trải dài từ cổ răng đến lần tiếp hợp niêm mạc di động (đáy hành lang miệng).

- Bình thường nướu có màu hồng nhạt, rắn chắc, bề mặt nướu có lấm tấm màu da cam.

Có thể chia nướu ra làm hai phần:

3.1.1. Nướu rời (nướu tự do)

Là phần nướu viền bao quanh cổ răng như một chiếc nhẫn, không dính vào răng, được giới hạn với nướu dính bởi một rãnh nhỏ gọi là rãnh nướu rời. Nướu rời rộng chừng 1mm và làm thành vách mềm của khe nướu (sở dĩ gọi là nướu rời hay nướu tự do vì người ta có thể dùng cây thăm dò tách nướu rời ra khỏi mặt răng).

- Khe nướu là một rãnh nhỏ hẹp hình chữ V, là nơi tiếp xúc giữa nướu rời và mặt răng, khe nướu cũng bao quanh răng như nướu rời. Chiều sâu của khe nướu bình thường là 0 - 3,5mm (cách đánh giá trong điều tra dịch tễ học theo hệ thống CPITN của WHO, hệ thống PSR của Mỹ hoặc hệ thống BPE của Anh) lý tưởng là 0 mm. Đáy của khe nướu là nơi bám của biểu mô bám dính (EA). Biểu mô bám dính trải dài từ men răng (ở đáy khe nướu) đến lần tiếp hợp men- ximăng, bề rộng của dải biểu mô này khoảng 2,5mm. Khe nướu gồm 2 vách, vách mềm là nướu rời, vách cứng là bề mặt gốc răng, Trong khe nướu thường xuyên tiết ra một chất dịch để sát trùng và rửa sạch khe nướu. ở khe nướu, biểu mô vừa mỏng lại không được hóa sừng cho nên độc tố vi khuẩn dễ xâm nhập vào mô liên kết của nướu rời và gây nên viêm nướu. Chính vì vậy, khe nướu giữ một vị trí quan trọng là điểm xuất phát cho nhiều hình thức viêm nướu.

- Gai nướu (nướu kẽ răng) là phần nướu giữa 2 răng có hình tháp. Gai nướu quá to hoặc không có gai nướu làm mất thẩm mỹ đồng thời gây ứ đọng thức ăn, tạo những ổ hốc ở kẽ răng làm bệnh nha chu phát triển.

3.1.2. Nướu dính

Là phần nướu kế tiếp phần nướu rời trải dài đến lần tiếp hợp nướu - niêm mạc di động. Bề rộng của nướu dính thay đổi từ 0,5 - 6mm. ở vùng khẩu cái không có ranh giới giữa nướu dính và niêm mạc. Nướu dính không di động, không thay đổi dưới sức nhai, áp sát vào răng, bám chặt vào ximăng và xương ổ răng.

3.2. Dây chằng nha chu

3.2.1. Định nghĩa

Là một cấu trúc mô liên kết sợi bao bọc quanh gốc răng và nối gốc răng vào xương ổ răng. Dây chằng nha chu là sự kéo dài mô liên kết của nướu, liên lạc với tuỷ xương thông qua những ống nhỏ của phiến cứng. Chức năng là neo giữ răng trong xương ổ và duy trì mối quan hệ sinh lý giữa răng và xương ổ.

3.2.2. Cấu tạo

- Gồm chủ yếu là sợi collagen và sợi oxytalan xếp thành các bó sợi chính.

Có 4 nhóm: Nhóm đỉnh xương ổ, nhóm ngang, nhóm nghiêng, nhóm chóp gốc răng

- Các tế bào: tế bào sợi, tế bào nội mô, tế bào tạo ximăng, tạo cốt bào, đại thực bào, tế bào biểu mô Malassez.

- Dây thần kinh, mạch máu và mạch bạch huyết.

3.2.3. Chức năng

- Chức năng vật lý: Dẫn truyền lực cắn nhai đến XOR và nối răng với xương ổ, thích ứng được với những cử động sinh lý của răng, giữ gìn mối quan hệ giữa nướu và răng, làm vỏ bọc che chở cho các mạch máu và dây thần kinh khỏi bị chấn thương bởi lực cơ học.

- Chức năng dinh dưỡng và cảm giác: Nuôi dưỡng ximăng gốc răng, XOR và nướu, các dây thần kinh tạo ra cảm giác định vị và xúc giác.

- Chức năng cơ quan di truyền: Màng nha chu giữ vai trò là màng xương cho ximăng và xương ổ răng, những tế bào màng nha chu tham gia vào quá trình tiêu hủy ximăng và xương ổ răng.

3.3. Ximăng gốc răng

3.3.1. Định nghĩa

Là một lớp xương do mô liên kết tạo ra bao bọc mặt ngoài gốc răng, có nguồn gốc trung bì.

3.3.2. Chức năng

Là chỗ bám cho các dây chằng nha chu nối răng vào xương ổ.

3.3.3. Cấu tạo

Ximăng gốc răng gồm 2 loại:

- Ximăng gốc răng không có tế bào:

Có ở cổ răng và ở 1/2 chân răng phía cổ răng. Lớp ximăng này mỏng trong suốt ngăn cách rõ rệt với ngà răng. Gồm nhiều lớp sắp xếp song song với nhau và song song với bề mặt gốc răng điều đó chứng tỏ ximăng gốc răng được bồi đắp theo chu kỳ, rất chậm và kéo dài cả đời người.

- Ximăng gốc răng có tế bào:

Có ở vùng quanh chóp gốc, 1/2 chân răng phía chóp răng và nơi chia 2, chia 3 của răng nhiều chân và cũng được hình thành từng lớp một.

Sự bồi đắp ximăng gốc răng xảy ra liên tục sau khi răng đã mọc chạm răng đối kháng, góp phần cho quá trình mọc răng liên tục để bù đắp phần men răng bị mòn vì lực nhai. Trong quá trình mọc răng, phần chân răng nằm trong giảm dần, do đó làm suy yếu sự giữ vững của chân răng. Để bù đắp hiện tượng này ximăng gốc răng có sự bồi đắp liên tục ở bề mặt gốc. Sự bồi đắp chủ yếu xảy ra ở chóp răng hoặc vùng chia của răng nhiều chân. Người ta cho rằng sự hư hại hoặc rối loạn cho sự thành lập ximăng gốc răng là một trong những nguyên nhân gây ra túi nha chu và nó không còn giới hạn được sự di chuyển của biểu mô bám dính về mô chóp răng. Cho nên, vì một lý do nào đó ở tại chỗ (như sang chấn, cao răng, nhồi nhét thức ăn, vệ sinh răng miệng kém...) hoặc toàn thân (như suy dinh dưỡng, thiếu vitamin A, D, lao...) làm cho sự thành lập ximăng gốc răng bị trì trệ, xáo trộn. Sự bồi đắp ximăng gốc răng ở từng vị trí có liên quan đến tuổi như: tuổi càng lớn sự bồi đắp men ở vùng cổ chậm lại, trong lúc ấy sự bồi đắp ở vùng chóp gốc lại tăng lên, tốc độ bồi đắp chậm lại ở tuổi già.

3.4. Xương ổ răng

3.4.1. Định nghĩa

Là phần của xương hàm, gồm một vách xương mỏng xốp bao cứng chung quanh gốc răng là nơi để các dây chằng nha chu bám vào.

3.4.2. Chức năng

Giữ cho răng được vững chắc, sự vững chắc này phụ thuộc vào chiều cao của xương ổ. Xương ổ tồn tại cùng với răng, nếu răng bị nhổ bỏ hoặc không có răng xương ổ răng sẽ bị tiêu.

- Xương ổ răng là một nguồn dự trữ canxi cho cơ thể do đó nó cũng tham gia vào sự cân bằng canxi trong máu, vì thế xương ổ răng cũng bị ảnh hưởng bởi yếu tố toàn thân và nội tiết.

- Xương ổ răng là mô kém ổn định nhất so với các mô nha chu khác, chịu tác động của nhiều yếu tố trong đó yếu tố sang chấn là quan trọng. Tiêu xương ổ răng là một dấu chứng đáng buồn trong bệnh nha chu và thường là do nguyên nhân tại chỗ (như viêm nướu, chấn thương khớp cắn).

4. NGUYÊN NHÂN

Bệnh nha chu gồm 2 nguyên nhân: tại chỗ và tổng quát

4.1. Nguyên nhân tại chỗ

4.1.1. Nguyên nhân do vi khuẩn

Vi khuẩn nằm trong mảng bám răng do vậy mọi sự tích tụ mảng bám vi khuẩn ở chung quanh răng và nhất là ở khe nướu chính là yếu tố khởi phát và kéo dài phản ứng viêm như:

- Cao răng

Được thành lập do sự vôi hóa mảng bám răng và nó cũng là chỗ dính lý tưởng cho các lớp mảng bám kế tiếp bám vào. Cao răng có thể là trên nướu hoặc dưới nướu hoặc cả trên và dưới nướu.

- Nhồi nhét thức ăn

Do hở khoảng tiếp cận giữa hai răng (xoang trám loại II sai hay phục hình sai hoặc do răng mọc lệch, nhổ răng không làm răng giả). Tạo sự lưu giữ các mảng bám vi khuẩn.

- Có sự liên quan và ảnh hưởng bất thường của răng kế cận và răng đối diện (răng thiếu chức năng hoặc có những điểm vướng cộm ở mặt nhai hay cạnh cắn)

- Thường xuyên sử dụng đường và các sản phẩm chế biến từ đường mà không giữ vệ sinh răng miệng đúng mức.

4.1.2. Sang chấn do khớp cắn

- Sang chấn sinh ra do khớp cắn bị lệch lạc, bị xáo trộn như: răng mọc lệch, trám răng và phục hình răng sai, nhổ răng không làm răng giả...Sang chấn khớp cắn dẫn đến tiêu xương ổ răng.

- Ngoài hai nguyên nhân kể trên còn có một số nguyên nhân tại chỗ khác khác như: thở miệng, kích thích từ hàm răng giả tháo lắp, lưỡi lớn, thẳng môi và má bám thấp... Nhưng nói chung, nguyên nhân trực tiếp chủ yếu vẫn là do tình trạng vệ sinh răng miệng kém gây tích tụ mảng bám vi khuẩn.

4.2. Nguyên nhân toàn thân

4.2.1. Rối loạn nội tiết

Bệnh tiểu đường, bệnh thiếu năng tuyến thượng thận, phụ nữ mang thai, tuổi dậy thì, rối loạn cân bằng chuyển hóa.

4.2.2. Bệnh ác tính toàn thân như ung thư máu.

4.2.3. Những bệnh nhiễm khuẩn

Viêm miệng và nướu do liên cầu, zona, giang mai giai đoạn hai, viêm miệng herpes.

4.2.4. Suy dinh dưỡng, tình trạng thiếu vitamin C trầm trọng.

4.2.5. Yếu tố miễn dịch

Yếu tố nguy cơ: Khi nghiên cứu về vấn đề dịch tễ học của bệnh nha chu, người ta không thể bỏ qua yếu tố nguy cơ của bệnh như: tuổi, giới tính, chủng tộc, nghề nghiệp, tình trạng kinh tế, xã hội, địa dư, chế độ ăn uống, dinh dưỡng được xem là có liên quan đến mức độ trầm trọng của bệnh.

- Tuổi: tăng về tỷ lệ và mức độ trầm trọng theo tuổi. Sự gia tăng này có thể là hậu quả của nhiều lần viêm hoặc là sự tăng dần về mức độ phá huỷ do vệ sinh răng miệng kém hay do sự thay đổi trong đáp ứng của cơ thể.

Điều tra cơ bản SKRM quốc gia 1990 tỷ lệ người có túi nha chu nông là 29, 97% túi nha chu sâu là 2,36% ở nhóm tuổi 35 - 44. Trong lúc ấy, tỷ lệ túi nông là không đáng kể và tỷ lệ túi sâu là 0% ở lứa tuổi 12 - 15.

Ở New Zealand (Tân Tây Lan) chỉ số nha chu (PI: periodontal index) tăng lên từ 0,89 ở tuổi 35 đến 1,21 ở tuổi 64

Như vậy, bệnh nha chu tăng theo tuổi là rõ rệt ở Việt nam cũng như nhiều nước trên thế giới.

- Giới tính

Không có sự thay đổi về tần số và mức độ trầm trọng của bệnh viêm nha chu ở nam và nữ. Chỉ có sự khác biệt về tỷ lệ chảy máu nướu ở lứa tuổi 15 - 19 nữ cao hơn nam.

Theo điều tra cơ bản năm 1984 của Bộ môn Nha chu - trường ĐHYD thành phố HCM thì ở tuổi 35 trở lên nam bị cao răng chảy máu nướu và tỷ lệ bệnh nha chu cao hơn nữ có lẽ do vệ sinh răng miệng kém hơn. Lứa tuổi 15 - 19 ở nữ chảy máu nướu nhiều hơn nam.

- Yếu tố xã hội

Người da đen có bệnh nặng hơn người da trắng. Tỷ lệ bệnh ở châu Á và châu Phi nhiều hơn ở châu Âu, châu Úc và Hoa kỳ. Điều này có thể giải thích do sự phát triển kinh tế của những nước này kém hơn.

- Chế độ ăn uống và dinh dưỡng

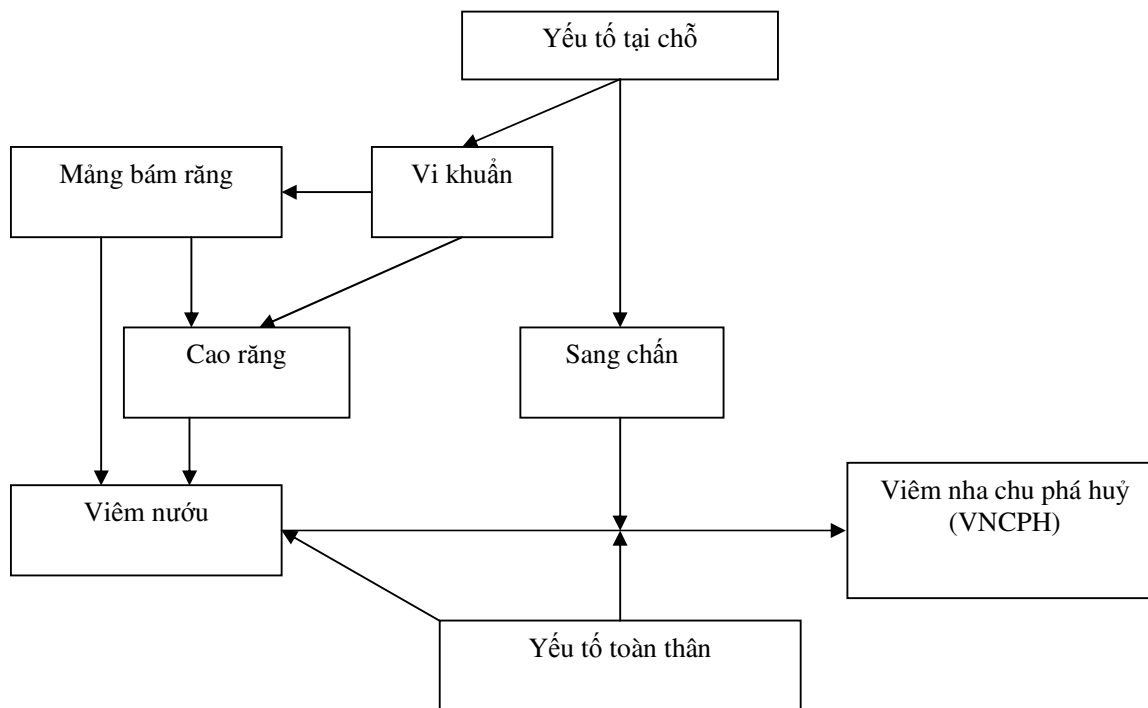
Chế độ dinh dưỡng kém dẫn đến tốc độ phát triển và mức độ trầm trọng của bệnh viêm nha chu.

5. SINH BỆNH HỌC CỦA BỆNH NHA CHU

- Bệnh nha chu là một bệnh nhiễm khuẩn ở mô nha chu, bệnh xảy ra khi có sự mất cân bằng giữa một bên là vi khuẩn tập trung với số lượng lớn và một bên là những cơ chế bảo vệ có ở mô nha chu.

- Sang chấn với những lực bất thường tác động trên răng cũng là nguyên nhân tại chỗ quan trọng. Sang chấn không gây ra viêm nhưng gây ra tiêu XOR và biến viêm nướu thành viêm nha chu.

- Ngoài ra những cơ chế bảo vệ tại chỗ cũng bị chi phối rất nhiều bởi yếu tố tổng quát cụ thể là các bệnh tổng quát như tiểu đường. Nguyên nhân tổng quát sẽ thúc đẩy quá trình phát triển của bệnh từ viêm nướu nhẹ thành viêm nướu nặng hoặc từ viêm nướu thành viêm nha chu phá hủy.



Sơ đồ 5.1: Sinh bệnh học bệnh nha chu

6. CÁC HÌNH THỂ LÂM SÀNG BỆNH NHA CHU

Trong bài này chúng tôi chỉ đề cập đến những bệnh nha chu phổ biến nhất: viêm nướu, viêm nha chu phá hủy, viêm nha chu ở lứa tuổi thanh niên (suy nha chu).

6.1. Viêm nướu (gingivitis)

6.1.1. Đặc điểm của bệnh

- Bệnh có tính hoàn nguyên.
- Là một bệnh nha chu có sang thương khu trú ở nướu, các thành phần khác của mô nha chu không bị ảnh hưởng.

6.1.2. Triệu chứng lâm sàng

- Chảy máu nướu: khi thăm khám hoặc đánh răng nếu viêm nặng hơn có chảy máu tự phát.
- Màu sắc: nướu có màu đỏ đậm hoặc xanh xám.
- Vị trí, hình dạng và độ săn chắc của nướu: viêm nhẹ chỉ nướu viền và gai nướu sưng. Viêm nặng cả phần nướu dính cũng bị ảnh hưởng, viền nướu trở nên tròn bóng, các gai nướu căng phồng, nướu bờ không còn săn chắc.
- Đau: viêm cấp tính đau nhức, nếu viêm mãn chỉ có cảm giác ngứa ở nướu.

- Độ sâu của khe nướu: có sự gia tăng độ sâu của khe nướu do nướu bị phù nề và sưng tạo thành túi nướu (túi nha chu già).

- Tăng tiết dịch nướu và dịch viêm.

6.1.3. Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt

- Chẩn đoán xác định dựa vào các triệu chứng lâm sàng.

- Chẩn đoán phân biệt: với viêm nha chu phá huỷ có túi nha chu, răng lung lay, hình ảnh X-quang có tiêu xương ổ răng theo chiều ngang.

6.2. Viêm nha chu phá huỷ (Periodontitis)

6.2.1. Đặc điểm của bệnh

- Là bệnh của toàn thể những mô nha chu gồm có nướu, dây chằng nha chu, XOR, ximăng gốc răng. Đặc trưng của bệnh là sự mất bám dính từ ít đến nhiều và có thể phát hiện một cách dễ dàng trên lâm sàng và phim X-quang.

- Là một bệnh mãn tính xảy ra ở những người lớn trên 35 tuổi, không phân biệt giới tính.

- Là bệnh không hoàn nguyên.

- Bệnh diễn tiến theo chu kỳ (thời kỳ bộc phát xen lẫn thời kỳ yên nghỉ).

6.2.2. Triệu chứng lâm sàng

- Viêm nha chu phá huỷ có tất cả các dấu chứng của viêm nướu như: nướu sưng đỏ, chảy máu và rỉ dịch.

- Ngoài ra răng lung lay và di chuyển cũng là một dấu chứng có sớm hoặc ở vào giai đoạn muộn của bệnh.

- Dấu chứng đặc hiệu là sự hình thành túi nha chu.

6.2.3. X-quang

Có hình ảnh tiêu xương ổ răng ở đỉnh hay mào xương.

6.2.4 Cơ chế tạo thành túi nha chu

Túi nha chu hình thành do sự di chuyển của biểu mô bám dính về phía chóp gốc răng đồng thời với sự tiêu xương ổ răng. Túi nha chu có hình chữ V trong túi có nhiều vi khuẩn.

6.2.5. Biến chứng của viêm nha chu phá huỷ

- Áp xe nha chu.

- Viêm khớp răng, viêm tủy đảo ngược.

- Viêm mô tế bào, viêm xương hàm, viêm xoang hàm.

6.2.6. Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt

- Chẩn đoán xác định dựa vào các triệu chứng lâm sàng.

- Chẩn đoán phân biệt: Với viêm nha chu ở lứa tuổi thanh niên trên hình ảnh X-quang có tiêu xương ổ răng theo chiều dọc.

6.3. Viêm nha chu ở lứa tuổi thanh niên (Suy nha chu: Periodontosis)

6.3.1. Đặc điểm của bệnh

- Là một bệnh mãn tính hay gặp ở tuổi 12 - 26, tỷ lệ nữ mắc bệnh nhiều hơn nam gấp 3 lần.

- Xảy ra trên những bệnh nhân khỏe mạnh, có tình trạng vệ sinh răng miệng tốt, cao răng, mảng bám răng, sâu răng ít.
- Bệnh tác động lên các răng cối thứ nhất và các răng cửa có thể có thêm 1 hoặc 2 răng phụ kèm theo.
- Nguyên nhân tổng quát là chủ yếu còn nguyên nhân tại chỗ chỉ là yếu tố phụ giúp làm bệnh nặng thêm.

6.3.2. Triệu chứng lâm sàng

- Nướu răng không viêm mà teo.
- Có sự mất bám dính, răng lung lay và di chuyển bất thường, tạo khoảng hở giữa các răng, ở giai đoạn này bệnh nhân không đau, không chảy máu nướu. Sau đó, do những kích thích tại chỗ viêm bắt đầu xuất hiện và tiếp theo là sự hình thành túi nha chu, bệnh có những triệu chứng lâm sàng giống viêm nha chu phá hủy (bệnh nhân thường đến khám ở giai đoạn này).

6.3.3. X-quang

Xương ổ răng tiêu theo chiều dọc hoặc vát.

6.3.4. Chẩn đoán

- Chẩn đoán xác định dựa vào các triệu chứng lâm sàng.
- Chẩn đoán phân biệt với viêm nha chu phá hủy, suy nha chu nướu teo và hình ảnh X-quang xương ổ răng tiêu theo chiều dọc

7. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ

Cần đi từng bước có thứ tự và hợp lý với những biện pháp nhằm loại bỏ những triệu chứng và dấu chứng của bệnh, phục hồi sức khỏe cho mô nha chu. Tùy theo từng hình thể lâm sàng ta có kế hoạch điều trị cụ thể:

7.1. Viêm nướu

- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng
- Điều trị các sang thương cấp tính
- Lấy cao răng trên và dưới nướu
- Loại bỏ các vị trí gây tích lũy tập trung mảng bám răng: sửa chữa những yếu tố tại chỗ gây bất thường cho mô nha chu (miếng trám dư, phục hình sai...).
- Xử lý bề mặt gốc răng hay Lấy lán gốc răng
- Điều trị tạm thời các răng sâu
- Nhỏ những răng bất lợi hay không còn hy vọng điều trị bảo tồn.

7.2. Viêm nha chu phá hủy và suy nha chu

Là bệnh không hoàn nguyên vì thế mục đích của việc điều trị là chặn đứng sự phát triển của bệnh.

Kế hoạch cụ thể: bao gồm điều trị viêm nướu (từ bước 1 đến bước 7) phối hợp điều trị nha chu:

- Cố định các răng lung lay và di chuyển
- Mài điều chỉnh khớp cắn

- Phẫu thuật nha chu
- Phục hình các răng mất
- Hẹn tái khám để điều trị duy trì (3 - 4 tháng một lần)

8. DỰ PHÒNG

Mục đích của việc dự phòng bệnh nha chu là bảo vệ răng cho từng người hoặc cho nhiều người trong cộng đồng để răng tồn tại suốt đời càng nhiều răng càng tốt. Chúng ta biết, nguyên nhân của bệnh nha chu là mảng bám vi khuẩn, mảng bám gây ra viêm nướu và từ đó mới phát triển thành nhiều hình thức bệnh nha chu khác. Loại bỏ mảng bám để điều trị viêm nướu hay để phòng ngừa viêm nướu phải là mục tiêu chính của mọi biện pháp dự phòng bệnh nha chu.

8.1. Dự phòng cấp 0

Phối hợp với các cấp chính quyền, các ngành nâng cao mức sống của nhân dân trong cộng đồng về mặt văn hóa xã hội kinh tế. Tuyên truyền phòng bệnh (chải răng kỹ sau khi ăn, chế độ dinh dưỡng thích hợp, không ăn vặt...).

8.2. Dự phòng cấp 1

Khi bệnh chưa xảy ra

- Giáo dục sức khỏe để cải thiện vệ sinh răng miệng: hướng dẫn phương pháp chải răng; cách dùng chỉ nha khoa, tăm xỉa răng, xoa nắn nướu.
- Khám răng và Lấy cao răng định kỳ, phát hiện sớm những tổn thương.
- Trám răng sâu, sửa chữa những phục hình sai, miếng trám sai kỹ thuật, sửa chữa những thói quen xấu như mút tay, cắn chỉ.

8.3. Dự phòng cấp 2

Khi bệnh đã xảy ra

- Điều trị những dấu hiệu hoặc triệu chứng đầu tiên của bệnh nha chu nhằm ngăn chặn bệnh phát triển. Dự phòng cấp 2 cũng bao gồm việc giáo dục sức khỏe hướng dẫn vệ sinh răng miệng, Lấy cao răng trên nướu và dưới nước và điều trị túi nha chu nông.
- Khám răng định kỳ, kết hợp với chụp phim X-quang.

8.4. Dự phòng cấp 3

Điều trị phục hồi tránh tái phát bao gồm: phẫu thuật nha chu, phục hình các răng đã mất, mài điều chỉnh khớp cắn.

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Theo điều tra sức khỏe răng hàm mặt toàn quốc ở Việt Nam năm 1999 - 2000, viêm nướu là một bệnh phổ biến gặp nhiều nhất ở lứa tuổi:

- 12.
- 15.
- 12 - 15.
- 35 - 44.
- 15 - 19.

Câu 2. Dây chằng nha chu:

- A. Là tổ chức mô liên kết có nguồn gốc trung bì.
- B. Gồm các sợi Collagen dễ bị đứt do lực cắn nhai.
- C. Thành phần chính là các tế bào và mạch máu.
- D. Chức năng cột răng vào xương ổ.
- E. Chức năng nuôi dưỡng men răng và ximăng chân răng.

Câu 3. Đặc tính của nướu dính là:

- A. Dai và chắc.
- B. Di động được.
- C. Dính chặt vào men răng và ximăng chân răng.
- D. Có màu hồng không dính vào men răng, tạo nên khe nướu.
- E. Bề rộng của nướu dính không thay đổi.

Câu 4. Nguyên nhân chủ yếu của bệnh nha chu:

- A. Cao răng trên nướu.
- B. Cao răng dưới nướu.
- C. Mảng bám răng.
- D. Chế độ ăn nhiều đường.
- E. Sức khoẻ bệnh nhân suy giảm.

Câu 5. Các yếu tố nguy cơ của bệnh nha chu gồm:

- A. Bệnh tiểu đường.
- B. Yếu tố miễn dịch.
- C. Bệnh lao.
- D. Chế độ ăn uống và dinh dưỡng.
- E. Tình trạng thiếu vitamin C.

Câu 6. Dấu chứng chủ yếu của viêm nha chu phá hủy:

- A. Răng lung lay và di chuyển.
- B. Có mũ.
- C. Đau âm ỷ kéo dài.
- D. Có túi nha chu.
- E. Cao răng dưới nướu nhiều.

Câu 7. Dấu chứng chủ yếu để chẩn đoán phân biệt giữa viêm nướu và viêm nha chu là:

- A. Cao răng dưới nướu.
- B. Chảy máu nướu.
- C. Đau nhức nhiều và có mũ.
- D. Tụt nướu.
- E. Có túi nha chu.

Câu 8. Bệnh suy nha chu

- A. Thường xảy ra ở lứa tuổi 35 - 44.
- B. Là giai đoạn tiếp theo của bệnh viêm nha chu phá hủy.
- C. Chịu ảnh hưởng của yếu tố dinh dưỡng.
- D. Do nguyên nhân toàn thân là chủ yếu.
- E. Do nguyên nhân tại chỗ gây nên là chủ yếu.

Câu 9. Điều trị bệnh nha chu việc đầu tiên phải làm là:

- A. Lấy cao răng.
- B. Nạo túi nha chu.
- C. Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.
- D. Điều trị các sang thương cấp tính.
- E. Lấy cao răng và điều trị các sang thương cấp tính.

Câu 10. Dự phòng khi bệnh chưa xảy ra bao gồm:

- A. Lấy cao răng.
- B. Chụp phim X quang để phát hiện những tổn thương sớm.
- C. Điều trị sớm các sang thương cấp tính để tránh các biến chứng.
- D. Phẫu thuật nạo túi nha chu.
- E. Phục hình các răng mất.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Nguyễn Cần (1998), Bài Giảng Nha Chu Học Tập 1, 2, 3. Bộ Môn Nha Chu Khoa RHM TP.HCM
2. Vũ Thị Bắc Hải (2003), Giáo Trình Nha Chu, Bộ môn RHM Trường ĐH Y Huế

Chương 6

VIÊM NHIỄM MIỆNG - HÀM MẶT

Mục tiêu học tập

1. Nêu được nguyên nhân, các giai đoạn lâm sàng và biến chứng của viêm mô tế bào ở vùng hàm mặt.
2. Trình bày được xử trí ban đầu và nguyên tắc điều trị các trường hợp viêm mô tế bào thông thường.
3. Thực hiện được các biện pháp dự phòng.

1. ĐẠI CƯƠNG

Ở Việt Nam, viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt là loại bệnh thường gặp ở bất cứ lứa tuổi nào. Bệnh cảnh lâm sàng có thể nhẹ, nên việc chẩn đoán và điều trị đơn giản, tuy nhiên cũng có nhiều trường hợp chẩn đoán khó và điều trị phức tạp, thậm chí có thể dẫn đến những biến chứng nặng, nguy hiểm đến tính mạng nếu không chẩn đoán đúng và xử trí kịp thời. Có nhiều nguyên nhân dẫn đến viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt, nhưng ở bài này chúng ta chỉ kể đến nguyên nhân do răng, vì đây cũng là nguyên nhân hàng đầu gây nên viêm nhiễm ở vùng miệng - hàm mặt mà chúng ta thường gặp trong bệnh viện và ở cộng đồng.

Mặc dù trong những năm gần đây với đà phát triển của nền kinh tế - xã hội, đời sống của nhân dân ngày càng được nâng cao về vật chất lẫn tinh thần, cùng với sự tiến bộ lớn về phòng bệnh và chữa bệnh răng miệng, song viêm nhiễm cấp và mãn tính do răng vẫn còn là vấn đề quan tâm lớn của các thầy thuốc chuyên khoa Răng - Hàm - Mặt và của toàn xã hội.

2. NHẮC LẠI GIẢI PHẪU

Tổ chức tế bào là tổ chức liên kết lỏng lẻo, gồm những bó sợi keo, sợi chun, và những tế bào liên kết tự do, tất cả xen kẽ nhau. Những vùng tổ chức mỡ gồm có những tế bào mỡ rất lớn, hình cầu hay đa diện, làm thành những thùy hay đám, được ngăn cách bởi những vách tổ chức liên kết xơ. Những mạch máu nhỏ và hệ thống lâm ba trong vùng hợp thành tổ chức liên kết hoàn chỉnh. Hệ thống bám của cơ - cân vào mặt ngoài hay mặt trong xương hàm trên và hàm dưới, ngăn thành những vùng trong đó có tổ chức tế bào. Tổ chức tế bào này thông thương với nhau mặc dầu có những vách ngăn cân - cơ, do đó viêm nhiễm từ vùng này dễ lan rộng sang những vùng khác. Những vùng thường bị viêm nhiễm như: Vùng má, vùng sàn miệng, vùng cắn, vùng tuyến mang tai.

2.1. Vùng má ở trước bờ trước cơ cắn

Gồm những cơ bám da mặt, giữa các cơ là những khoang tổ chức liên kết lỏng lẻo, nơi hay hình thành áp xe má. Tổ chức tế bào mỡ của má thông với hố thái dương và cung tiếp.

2.2. Vùng sàn miệng

Hình thành bởi phần mềm đóng kín khoang miệng ở phía dưới gồm những vùng quan trọng nằm trên và dưới cơ hàm - móng như vùng dưới hàm (dưới hàm-móng), vùng dưới lưỡi (trên hàm-móng) và vùng dưới cằm.

2.3. Vùng cắn

Đi từ cung tiếp đến bờ dưới xương hàm dưới, ở phía trước là bờ trước cơ cắn, ở phía sau là bờ sau cãnh lên xương hàm dưới.

Phía sau vùng cắn thông với vùng mang tai, phía trong với khoang bên hầu, phía trên với hố thái dương nông và sâu. Về phương diện giải phẫu, hố chân bướm hàm và hố dưới thái dương được mô tả thành từng thể riêng, nhưng vì cùng nằm chung trong một vùng sau hàm, thường bị viêm nhiễm do răng, nên về bệnh lý được mô tả chung là áp xe hố chân bướm-hàm.

2.4. Vùng mang tai

- Thành sau là bờ trước cơ ức-đòn-chũm và xương chũm.
- Thành trước là bờ sau của cánh lên xương hàm dưới.
- Thành trong: Giữa cân liên cơ chân bướm và dây chằng trâm - hàm có một khe làm thông vùng mang tai với khoang bên hầu, qua khe này tuyến mang tai kéo dài vào khoang bên hầu.
- Thành trên tương ứng với ống tai ngoài.
- Thành dưới là giải hàm đi từ cơ ức-đòn-chũm tới góc hàm, ngăn vùng mang tai và vùng dưới hàm.
- Các thành phần giải phẫu có trong vùng mang tai.
- + Tuyến mang tai, ống Sténon, cơ cắn, xương hàm dưới, cơ chân bướm trong, thành hầu vùng amidan, cơ ức - đòn - chũm, cơ nhị thân, cơ trâm móng, dây chằng trâm móng, dây chằng trâm hàm, cơ trâm lưỡi, cơ trâm hầu.
- + Mạch máu và thần kinh mặt đi qua những thành phần nói trên.

3. NGUYÊN NHÂN

3.1. Do răng

- Trước hết là những biến chứng do sâu răng, viêm tủy, tiếp theo là viêm tổ chức quanh chóp răng. U hạt và nang răng hình thành quanh chóp răng sớm hay muộn cũng bị viêm, và từ đó viêm lan rộng đến tổ chức tế bào và phần mềm.
- Sang chấn răng (gây rạn nứt, đụng giập, sai khớp, gãy) làm tủy răng bị chết sau đó bị nhiễm khuẩn.
- Tai nạn do mọc răng sữa, răng vĩnh viễn, nhất là răng khôn (mọc lệch, mọc ngầm).

3.2. Viêm nha chu nhất là khi có túi mủ, vi khuẩn xâm nhập trực tiếp vào tổ chức tế bào

3.3. Do điều trị

- Điều trị tủy răng, đẩy tổ chức tủy nhiễm khuẩn qua chóp răng, hàn ống tủy răng chưa tốt.
- Lấy cao răng
- Nhổ răng: nhiễm khuẩn sau nhổ hoặc nhiễm khuẩn do sang chấn làm rách lợi, tổn thương xương ổ răng.
- Tai biến do làm răng hàm giả: mài răng làm tổn thương răng sống, tháo lắp hàm giả gây sang chấn.
- Tai nạn do chỉnh hình răng: lực kéo quá mạnh làm răng bị chết tủy.
- Phẫu thuật nha chu, phẫu thuật hàm mặt, phẫu thuật chỉnh hình.

3.4. Những nguyên nhân khác

- Viêm tủy xương hàm, vi khuẩn lan vào phần mềm.
- Gãy xương hàm, nhất là gãy hở thông với miệng hoặc đường gãy đi qua răng nhiễm khuẩn.

- Vết thương phần mềm hàm mặt làm rách nát tổ chức, vết thương chột, dị vật nằm trong tổ chức.
- Nhiễm khuẩn tuyến nước bọt: viêm tuyến nước bọt, sỏi tuyến, sỏi ống tiết nước bọt gây nhiễm khuẩn. Từ nhiễm khuẩn tuyến hay ống tiết nước bọt gây nhiễm khuẩn phần mềm tương ứng.
- Nhiễm khuẩn da và niêm mạc như viêm nang lông, viêm da, viêm miệng, nhọt ở mặt (nhiễm tụ cầu khuẩn nặng, đinh râu). Đinh râu có thể gây nhiễm khuẩn nặng.
- Nhiễm khuẩn amidan có thể gây áp xe khoang bên hầu hay quanh amidan.
- Viêm xoang hàm trên biến chứng gây viêm xương hàm và sau đó nhiễm khuẩn phần mềm. Tai nạn do kỹ thuật chọc xoang gây nhiễm khuẩn vào các vùng quanh hàm.
- Tai nạn do gây tê: thuốc tê, dụng cụ không vô khuẩn.

4. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

4.1. Thể cấp tính

Thường tiến triển qua hai giai đoạn

4.1.1. Viêm thanh dịch

Đây là giai đoạn đầu của viêm mô tế bào (thường kéo dài từ 1 đến 3 ngày).

- Về phương diện giải phẫu bệnh

+ Có sự co tiểu động mạch tại vùng viêm, sự co mạch này chỉ thoáng qua rất ngắn.

+ Tiếp theo là sự giãn mạch thứ phát, kéo dài làm tăng lưu lượng máu tại chỗ (huyết tương, bạch cầu xuyên mạch, thấm vào tổ chức liên kết xung quanh, tuần hoàn tại chỗ chậm lại, gây phù nề tại vùng viêm.

- Về phương diện lâm sàng

+ Tại chỗ

Đau tại răng nguyên nhân và lan ra xung quanh, bệnh nhân có cảm giác đau giật như mạch đập.

Lợi vùng răng đau: sưng đỏ, phù nề

Tổ chức vùng này sưng nề làm đầy các rãnh tự nhiên, xóa các gờ xương, giới hạn không rõ, da căng đỏ, mật độ chỗ sưng cứng chắc, nhiệt độ tăng, hạn chế cử động của các cơ bám da.

Có thể gây biến dạng khuôn mặt, co khí hàm tạm thời.

Nếu ở sàn miệng thì làm cho lưỡi khó cử động.

+ Toàn thân: Sốt nhẹ khoảng 38 – 39 ° C, mạch nhanh, người mệt mỏi, có thể có hạch dưới hàm bên sưng.

4.1.2. Viêm mủ (áp xe)

Đây là giai đoạn tiếp theo của viêm thanh dịch

- Về phương diện giải phẫu bệnh

Những ổ mủ được hình thành, mủ có màu vàng xanh, thối hoặc không, đặc, dính, lúc đầu các ổ mủ này rải rác sau gom tụ lại thành ổ mủ lớn, sự tụ mủ là do sự xung đột giữa vi khuẩn và hệ thống bảo vệ tế bào (trong ổ áp xe gồm có mảnh vụn tế bào, vi khuẩn, đại thực bào...).

- Về phương diện lâm sàng

+ Tại chỗ

Vùng răng nguyên nhân vẫn đau.

Lợi xung quanh vùng răng đau đỏ, phù nề, có mủ chảy ra khi ta ấn vào

Vùng sung đã khu trú rõ, da bề mặt căng bóng, có màu đỏ hay trắng,

Sờ vào chỗ sung rất đau, không di động, dính vào bề mặt nông và sâu, khi ta ấn ngón tay vào thì để lại vết lõm, hoặc khi ta khám bằng hai ngón tay có dấu hiệu chuyển sóng (cảm giác có dịch bên dưới). Có thể vẫn còn co khít hàm tạm thời.

+ Toàn thân

Sốt nhẹ 38°C, người mệt, có thể có hạch dưới hàm cùng bên.

4.2. Thể mạn tính

4.2.1. Nguyên nhân

Thường do vi khuẩn yếu, do điều trị không đúng hay dùng kháng sinh không hợp lý.

4.2.2. Lâm sàng

Đây là một ổ mủ nhỏ, xung quanh là tổ chức hạt, được bao bọc ngoài cùng là lớp vỏ xơ keo. Được biểu hiện:

- Nổi hòn (hay một cục tròn, bầu dục) trên da, mật độ chắc, da phủ trên bề mặt nhẵn, màu sắc bình thường hoặc thâm tím, sờ không đau, dính vào da hoặc chỉ thấy một dải cứng nổi lên chạy dài từ ổ viêm đến răng nguyên nhân.

- Hoặc thấy một lỗ rò ra ngoài da, niêm mạc hay ngách lợi ở răng nguyên nhân thường xuyên chảy nước vàng hoặc mủ trắng không hôi.

5. TIẾN TRIỂN

Mủ có thể vỡ và dò ra ở da, niêm mạc, ngách lợi, vòm miệng, sàn miệng. Các triệu chứng lâm sàng biến mất, bệnh nhân có cảm giác khỏi, nhưng sau một thời gian lại tái phát lại hay dẫn đến các biến chứng.

6. BIẾN CHỨNG

Nếu viêm mô tế bào cấp không được điều trị có thể dẫn đến những biến chứng sau:

- Viêm tấy lan tỏa: Viêm lan tỏa cả một vùng tế bào rộng lớn.
- Viêm xương tủy hàm
- Viêm khớp, viêm màng tim, thận
- Viêm khớp thái dương hàm
- Viêm cơ nhai
- Nhiễm khuẩn máu
- Tử vong

7. CÁC THỂ LÂM SÀNG THƯỜNG GẶP

7.1. Viêm mô tế bào khu trú nông

Nguyên nhân thường do răng và thương tổn tổ chức quanh răng, áp xe chỉ khu trú nông cạnh răng hay quanh xương hàm ở một vùng giải phẫu nhất định. Việc điều trị không phức tạp và chóng khỏi, tên gọi của thể viêm phụ thuộc vào tên gọi của vùng giải phẫu.

7.1.1. Áp xe quanh chóp (cuống) răng

Áp xe quanh chóp răng còn gọi là áp xe ổ răng, thường bắt đầu tại vùng quanh chóp răng, nguyên nhân do tủy chết hay tủy hoại tử. Áp xe có thể hình thành ngay sau khi tủy bị thương tổn, hay sau một thời gian bị sang chấn, áp xe tụ quanh chóp nhưng có thể tiến triển dưới màng xương, trên màng xương, vào phần mềm.

- Lâm sàng

Giai đoạn cấp tính có phản ứng toàn thân, sốt, sưng to quanh vùng chân răng đau.

Trước khi hình thành áp xe, chỉ sưng tổ chức quanh răng, sờ thấy một mảng cứng, bệnh nhân rất đau. Khi mũ đã hình thành, xuyên qua màng xương vào phần mềm, niêm mạc tiền đình, thì có dấu hiệu chuyển sóng hay ấn lõm.

- Xử trí

Trong giai đoạn mới sưng cứng nên súc miệng nước ấm, đắp gạc ấm, dùng kháng sinh. Khi áp xe đã hình thành, phải rạch dẫn lưu áp xe ở điểm thấp nhất. Nếu áp xe dưới màng xương, phải rạch qua màng xương, nếu áp xe đã qua màng xương vào phần mềm, tiền đình hoặc mặt trong xương hàm thì chọn chỗ rạch dẫn lưu ở điểm chuyển sóng, rạch nông (đứt niêm mạc) sau đó luôn kẹp cầm máu đầu tù mở rộng ổ mũ. Tránh làm thương tổn những thành phần giải phẫu quan trọng.

Đối với răng cần cân nhắc, nếu không bảo tồn được hoặc do không thể rạch được qua xương thì chỉ định nhổ chỉ có nhổ mới dẫn lưu được mũ khu trú trong ổ răng, ngay cả nhổ nóng dưới sự bảo vệ của kháng sinh. Nhổ răng chậm, nhiễm khuẩn sẽ lan rộng vào tổ chức và có thể gây nên nhiễm độc toàn thân hoặc gây viêm xương.

Trong một số trường hợp đặc biệt, mũ đáng lẽ tiến triển ra da, thì lại luồn vào dưới niêm mạc xơ của lợi gây nên áp xe dưới lợi và sau đó mũ sẽ rò ra mặt ngoài hay mặt trong của xương hàm.

7.1.2. Áp xe quanh thân răng

Áp xe quanh thân răng gặp ở bất cứ lứa tuổi nào, thông thường là ở tuổi thơ ấu, thanh thiếu niên, liên quan đến thời kỳ mọc răng. Răng khôn hàm dưới hay gây áp xe quanh thân răng. Triệu chứng điển hình là viêm hạch, co khít hàm, đau ở vùng răng số 8 dưới. Triệu chứng toàn thân: sốt, khó nuốt, sưng nề vùng dưới hàm và vùng amidan, bên hầu. Sờ các vùng này bệnh nhân rất đau.

Khám tại chỗ, thường có lợi trùm che một phần hay toàn bộ mặt nhai. Thăm khám bằng thám trâm đầu tù có thể chạm vào mặt nhai dưới lợi. Sau khi đã qua triệu chứng viêm cấp, phải điều trị triệt để:

- Nếu răng khôn mọc ngầm hay mọc lệch, không thể mọc khỏi cung hàm thì chỉ định nhổ.

- Nếu răng khôn mọc thẳng hoặc cần dùng làm trụ cho cầu răng, hay nếu răng hàm lớn thứ 1, 2 bị sâu, viêm tủy, tiên lượng phải nhổ thì có thể chỉ cắt lợi trùm và giữ răng khôn. Phải cắt bỏ toàn bộ lợi phủ, bộc lộ hoàn toàn mặt nhai. Sau khi cắt lợi trùm nhét gạc tẩm iốt, hay loại băng phẫu thuật, trong 7 ngày để lợi cắt liền sẹo và không phủ trở lại thân răng.

Khi có chỉ định nhổ răng khôn thì không nên để kéo dài quá vì có thể gây viêm trở lại hoặc gây viêm xương. Nên nhổ ngay sau khi đã qua giai đoạn cấp tính.

Thông thường răng khôn trên ít gây biến chứng, nhưng nếu gây biến chứng thì cách xử trí cũng như răng khôn dưới.

7.1.3. Áp xe tổ chức quanh răng

Áp xe quanh răng cấp thường do viêm quanh răng mạn tính gây ra, có thể do răng chết tuỷ hoặc sang chấn khớp cắn. Nhiễm khuẩn bắt đầu từ lợi lan xuống một hoặc nhiều chân răng.

Thời kỳ cấp tính thường bất chợt, với triệu chứng đau dữ dội, niêm mạc và màng xương quanh chân răng bị viêm, lợi bị bong ra.

Xử trí: để giảm đau phải rạch dẫn lưu áp xe chỗ thấp nhất, hoặc chỗ có dấu hiệu chuyển sống. Rạch qua tổ chức mềm, tới chân răng đã bị bộc lộ. Nếu chân răng đã bị bộc lộ quá 1/3 thì nên nhổ. Nếu răng còn chắc và xương ổ răng còn bình thường thì có thể bảo tồn. Chữa bảo tồn gồm có rạch dẫn lưu mũ, nạo sạch tổ chức hạt ở bề mặt chân răng.

7.1.4. Áp xe má

Lâm sàng: sung ở thấp, dưới mép và không quá bờ nền xương hàm dưới. Rãnh mũi - má sung đầy.

Răng nguyên nhân thường là răng hàm nhỏ, răng hàm lớn dưới và trên. Nếu là răng nanh thì sung nề cả mi mắt dưới.

Khám trong miệng: vùng tiền đình dưới sung thành hình chùy, đầu sau thon nhỏ dần tới lợi trùm răng khôn, còn đầu chùy phình to thì chạm răng hàm nhỏ. Dấu hiệu đặc trưng của bệnh: khi ấn vào chỗ má sung thì mũ xuất hiện dưới lợi trùm răng khôn. Vì ổ mũ tụ ở xa răng nguyên nhân (răng khôn) nên áp xe má còn gọi là áp xe di cư tiền đình dưới hay áp xe cơ mút - hàm.

Tiến triển: từ răng (răng khôn) ổ nhiễm khuẩn có thể lan đến tiền đình miệng, qua chỗ bám sau của cơ mút vào vùng cơ cắn, qua mặt trong xương hàm vào vùng trên móng, qua bờ sau cơ hàm - móng vào vùng dưới hàm.

Xử trí: rạch dẫn lưu theo đường trong miệng hoặc ngoài miệng (ít dùng). Đường trong miệng: gây tê, rạch 1 - 2 cm vào chỗ phồng lớn nhất, qua niêm mạc, luôn kẹp cầm máu vào ổ mũ, mở rộng kẹp để mũ thoát ra, rồi dẫn lưu bằng lam cao su.

Đường ngoài miệng: gây tê dọc đường rạch. Rạch 1 - 2 cm, chỉ rạch qua lớp da để tránh thương tổn các nhánh của thần kinh mặt. Luôn kẹp để mở ổ mũ như trên.

7.1.5. Áp xe môi trên và môi dưới - cằm

- Hàm trên

Các răng cửa là răng bệnh lý. Áp xe tụ mũ ở nền mũi hay vách ngăn mũi.

- Hàm dưới

Mũ ở dưới cơ chỏm - cằm làm thành áp xe cằm. Mũ ở trên cơ chỏm-cằm làm sung nề môi dưới. Khối răng cửa là răng bệnh lý.

Xử trí: rạch dẫn lưu đường tiền đình trong miệng, điều trị bảo tồn hoặc nhổ răng nguyên nhân.

7.1.6. Áp xe vòm miệng

Chân răng trong của răng hàm lớn và răng hàm nhỏ thường là răng nguyên nhân. Cũng có khi cả răng cửa bên. Vòm miệng không có tổ chức tế bào mà chỉ có niêm mạc xơ, cho nên áp xe tụ ở dưới màng xương, làm phồng niêm mạc lên như "mặt kính đồng hồ". Ổ bờ lợi - thân răng cũng có thể hình thành áp xe dưới màng xương, nhất là ở trẻ em. Đó cũng là thể áp xe dưới lợi - màng xương.

Xử trí: mở dẫn lưu. Trái với nguyên tắc cổ điển là mở dẫn lưu ở điểm phồng nhất, mà ở đây phải rạch song song với cổ răng, là nơi thấp nhất. Luôn kẹp, mở ổ mũ. Có thể dẫn lưu bằng mảnh gạc tẩm iốt vào đường rạch để tách 2 mép, làm thoát mũ. Rút gạc sau 48 giờ.

7.1.7. Áp xe vùng sàn miệng (viêm tấy sàn miệng Ludwig)

- Bệnh sinh

Thường do nhiễm khuẩn răng hàm lớn, nhất là răng khôn dưới, viêm xương, gãy xương hàm dưới, sỏi nước bọt, lan tràn áp xe từ các vùng kề cận như áp xe vùng dưới lưỡi, áp xe vùng mang tai, áp xe tuyến dưới hàm, áp xe hạch.

Vùng dưới hàm được xem như nơi gây nhiễm khuẩn quanh hàm, vì thông với các vùng xung quanh: dưới lưỡi, dưới cằm, hố thái dương, khoang bên hầu, vùng mang tai.

- Lâm sàng

Giai đoạn đầu: đau nhiều dưới góc hàm, mặt trong xương hàm dưới, nuốt đau, nước bọt chảy nhiều, có thể gây khít hàm.

Sung sớm ở dưới góc hàm, sau lan ra cả vùng.

Giai đoạn toàn phát: dấu hiệu ngoài miệng: sưng to vùng dưới hàm, góc hàm, lan xuống xương móng, phía trên lan lên má (phần dưới), phía trước đến vùng dưới cằm, phía sau đến vùng bên cổ. Lồi bờ xương hàm dưới bị xóa.

Sung nề thành một khối với xương hàm, mật độ chắc, sau đó mềm, lún. Da có màu đỏ sẫm hay trắng, căng bóng. Ấn vào vùng dưới hàm và góc hàm rất đau.

Dấu hiệu trong miệng: khám trong miệng thường khó, vì co khít hàm nhiều. Có thể thấy niêm mạc và rãnh bên lưỡi vùng răng hàm lớn sưng nề xung huyết, sung đầy sàn miệng, đẩy lưỡi lên trên và ra sau. Sờ thấy mềm lún hoặc chuyển sóng ở niêm mạc phần sau của sàn miệng, mặt trong xương hàm. Trụ trước amidan xung huyết. Niêm mạc phần trước sàn miệng bình thường.

Dấu hiệu chức năng: khít hàm, ăn nuốt khó, lưỡi cử động hạn chế. Đau tự phát vùng dưới hàm, lan ra sau, lên tai, đau khi nhai. Tình trạng toàn thân suy yếu, sốt cao, mạch nhanh, mất ngủ.

Quá trình làm mũ thường tiến triển vào vùng dưới lưỡi, dưới cằm.

Xử trí: mở dẫn lưu theo đường ngoài da.

Dẫn lưu bằng ống cao su, cố định vào da.

Phối hợp điều trị kháng sinh.

7.2. Viêm mô tế bào khu trú các vùng sâu

7.2.1. Áp xe vùng cơ cắn

- Bệnh sinh

Nhiễm khuẩn của hai răng hàm lớn dưới và nhất là răng khôn. Cũng có khi do răng hàm lớn trên.

Do kỹ thuật gây tê thân kinh răng dưới không vô khuẩn.

Do gãy xương hàm dưới, nhất là khi đường gãy đi qua răng khôn bị nhiễm khuẩn.

Mủ có thể tụ sâu giữa cơ cắn và xương, hay nông giữa cơ cắn và da.

- Lâm sàng

Đặc điểm của áp xe vùng cắn là khít hàm nhiều, đau và sưng. Những dấu hiệu lâm sàng rõ ràng nhất từ 3 - 7 ngày sau khi khởi bệnh.

Sưng cả ngoài và có thể cả trong miệng.

Ngoài miệng: sưng từ góc hàm tới cung tiếp, cứng. Sưng lan xuống góc hàm tới vùng dưới hàm và đường giữa. Nếu áp xe nông giữa cơ cắn và da, thì sờ có dấu hiệu mềm lún hay chuyển sóng. Da căng, bóng, đỏ sẫm. Sưng có thể lan ra trước tới vùng má, lan ra sau tới vùng mang tai.

Trong miệng: khó khám vì khít hàm. Nếu mũ tụ sâu giữa cơ cắn và cành lên xương hàm dưới, thì niêm mạc bờ trước cành lên nề, xung huyết, ấn lõm. Niêm mạc thành bên hầu trước amidan nề đỏ, còn sau amidan thì vẫn bình thường (phân biệt với áp xe thành bên hầu: sưng nề toàn bộ niêm mạc).

Vùng dưới lưỡi cũng có thể bị sưng.

Đau: có thể đau dữ dội, lan lên tai. Có thể khó nuốt.

Tình trạng nhiễm khuẩn toàn thân, sốt, mệt mỏi.

- Xử trí

Rạch dưới và song song với góc hàm khoảng 3 - 4cm. Vì sưng to vùng góc hàm nên khó xác định chính xác bờ xương và góc hàm, vì thế, khoảng cách đường rạch đối với xương nên lớn hơn bình thường một ít. Qua da, cơ bám da, luân kẹp cầm máu lên trên, ra trước vào vùng cắn, nếu là mở ổ mũ sâu, thì luân kẹp chạm xương, tách các thớ cắn cắn, đi sát xương để mở ổ mũ. Băng rộng kẹp, dẫn lưu mũ bằng ống cao su.

Đường trong miệng: chỉ định khi áp xe tiến triển vào sâu, giữa cơ cắn và cành lên phòng niêm mạc bờ trước cành lên.

Gây tê dọc niêm mạc bờ trước cành lên.

Rạch niêm mạc bờ trước cành lên, dài khoảng 2cm, từ trên xuống dưới về phía xương. Luân kẹp cầm máu vào giữa mặt ngoài xương và cơ cắn để vào ổ mũ. Không chọc kẹp vào sâu quá để không làm tổn thương màng xương và gây nhiễm khuẩn vào các vùng kế cận.

Dẫn lưu bằng ống cao su hay mảnh cao su (cố định vào niêm mạc)

Cần phải tránh làm thương tổn những thành phần quan trọng trên khi phẫu thuật dẫn lưu mũ.

7.2.2. Áp xe vùng mang tai

- Bệnh sinh

Do răng hàm dưới và có khi do răng hàm lớn trên.

Do viêm mũ tuyến mang tai (thường gặp).

Do viêm hạch trong tuyến mang tai.

Do lan tràn nhiễm khuẩn từ các vùng kế cận đến (như vùng cắn, thái dương...), hay do sang chấn trực tiếp gây cành lên xương hàm dưới.

- Lâm sàng

Triệu chứng khởi đầu ít rõ, sưng nề vùng mang tai, trước và dưới ống tai ngoài, sau đó sưng lan rộng cả bên mặt, làm cho nề mi và mắt bị khép lại.

Rãnh giữa bờ trước xương chũm và bờ sau cành lên bị sưng dày, ấn lõm và đau. Da vùng sưng căng, bóng, đỏ.

Khám trong miệng: khít hàm, xung huyết niêm mạc má, có khi sưng sau trụ thành bên hầu.

Có dấu hiệu nhiễm khuẩn toàn thân.

- Chẩn đoán phân biệt

Viêm tuyến mang tai và áp xe tuyến: mũ chảy qua ống Stenon khi ấn vào vùng mang tai.

7.2.3. Viêm mô tế bào tỏa lan (cellulite diffuse) hay phlegmon tỏa lan (phlegmon diffuse)

Phlegmon tỏa lan là một thể viêm tổ chức tế bào cấp, có đặc điểm lan tỏa rất nhanh và hoại tử tổ chức không giới hạn, không gây áp xe tụ mũ rõ rệt, do độc tố mạnh của vi khuẩn tác động trên một cơ thể và tổ chức tại chỗ kém đề kháng

8. CHẨN ĐOÁN

Viêm mô tế bào do răng thường không khó.

8.1. Hỏi tiền sử

Thường trước đó đã có đau răng, viêm nha chu hay mới mọc răng.

8.2. Khám lâm sàng

Thấy ở hàm răng tương ứng với vùng bị sưng có răng sâu lớn chết tủy, hay răng bị đổi màu do một lý do nào đó, răng có thể hơi lung lay, gõ dọc, ngang rất đau; hoặc răng khôn mới mọc, mà bị mọc lệch, hay bị lợi phủ lên trên.

8.3. Khám cận lâm sàng

Chụp X Quang: có thể thấy răng khôn dưới ngằm, lệch, hoặc dưới chân răng nguyên nhân có những u hạt hay nang; tiêu xương ổ răng của một hay nhiều răng.

9. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

Khám tỉ mỉ lâm sàng, cận lâm sàng, chỉ định điều trị là những quá trình liên quan mật thiết với nhau.

9.1. Khám lâm sàng

Trong viêm mô tế bào do răng, khám lâm sàng có giá trị rất quan trọng để định bệnh đúng và chỉ định điều trị đúng. Tìm hiểu lịch sử bệnh, thường sẽ thấy bệnh liên quan đến một nguyên nhân cụ thể về răng, mô quanh răng.

Khám thực thể ngoài miệng, trong miệng, định khu vùng sưng, vùng thâm nhiễm, những rối loạn chức năng nhai, nói, nuốt, khít hàm... mức độ thương tổn giải phẫu bệnh để xác định chẩn đoán.

9.2. Cận lâm sàng

Cần làm những xét nghiệm chủ yếu

9.2.1. Cây vi khuẩn

Phân lập các loại vi khuẩn gây bệnh là rất quan trọng, nhất là trong trường hợp vi khuẩn kháng lại các loại thuốc kháng sinh thông thường, có thể phân lập các vi khuẩn hiếu khí, kỵ khí, cả nấm nếu có điều kiện.

9.2.2. Làm kháng sinh đồ

Trong điều kiện có thể, ở các bệnh viện cùng với việc cấy vi khuẩn, cần làm kháng sinh đồ và xem đó như là một nguyên tắc thông thường trong quy tắc điều trị viêm nhiễm, vì mỗi loại vi khuẩn nhạy cảm với từng loại kháng sinh. Trong trường hợp không có điều kiện làm kháng sinh đồ thì nên dùng loại kháng sinh có phổ rộng và theo những nguyên tắc về sử dụng hợp lý thuốc kháng sinh.

- Việc sử dụng kháng sinh ngoài những nguyên tắc, cần phải dựa vào kinh nghiệm. Dùng kháng sinh kịp thời, đúng liều lượng là rất quan trọng để dập tắt quá trình viêm và ngăn ngừa các biến chứng.

- Về liều lượng, nguyên tắc chung là sử dụng liều mạnh, phối hợp, dựa vào kinh nghiệm và dấu hiệu tiến triển lâm sàng.

9.2.3. Cấy máu

Cần làm trong tất cả những trường hợp nhiễm khuẩn nặng, nhất là trường hợp nghi ngờ là nhiễm khuẩn máu, người bệnh có dấu hiệu nhiễm độc, hoặc khi mọi phương pháp điều trị trước tỏ ra ít hiệu quả. Phải cấy máu trước khi điều trị kháng sinh.

9.2.4. Chụp X quang

Cần thiết để xác định đúng răng nguyên nhân. Nếu bệnh nhân há được miệng phải chụp phim ngoài miệng như chụp hàm chéch đôi với răng hàm dưới.

9.3. Điều trị chung

Trong trường hợp sốt cao hoặc trong trường hợp bệnh nhân đau không uống được nước, có thể đưa đến tình trạng mất nước, cần phải bù nước, vitamin, đường, theo đường tĩnh mạch.

Dùng kháng sinh phải duy trì cho đến khi hết dấu hiệu lâm sàng (nếu là nhiễm khuẩn máu phải tiếp tục dùng kháng sinh và theo dõi, khi nào cấy máu âm tính thì mới chấm dứt).

Dẫn lưu nên dùng ống cao su, mảnh cao su và nên băng lỏng để thoát dịch dễ dàng, thay băng khi dịch thấm bản băng, bơm rửa qua ống dẫn lưu hay đường rạch bằng các dung dịch: oxy già, nước muối sinh lý, dung dịch kháng sinh. Bơm rửa một hay nhiều lần trong ngày tùy theo mũ, dịch tiết nhiều hay ít cho đến khi hết dịch, mũ.

9.4. Vấn đề nhổ răng nguyên nhân

Có những ý kiến khác nhau, có tác giả chủ trương nên nhổ ngay răng nguyên nhân gây ra viêm vì vừa loại trừ nguyên nhân, vừa dẫn lưu qua ổ răng. Tuy nhiên có nguy cơ gây nhiễm khuẩn lan tràn, mặt khác việc dẫn lưu qua ổ răng chỉ để đối với những viêm nhiễm tại chỗ, còn khi viêm nhiễm lan rộng thì rất hạn chế. Hơn nữa khi viêm nhiễm do các răng hàm lớn thường gây ra khít hàm nên không thể nhổ răng được. Vì vậy, việc nhổ răng ngay chỉ áp dụng được trong một số trường hợp.

Để đề phòng nhiễm khuẩn lan tràn, nhiều khi rất nặng như nhiễm khuẩn huyết, viêm tắc tĩnh mạch... chỉ nên nhổ răng sau khi đã dùng kháng sinh 1- 2 ngày và sau khi đã rạch dẫn lưu mũ, một mặt làm giảm đau cho người bệnh, mặt khác người bệnh có thể há miệng được để nhổ răng.

9.5. Việc bảo tồn răng

Việc bảo tồn răng chỉ nên đặt ra với răng một chân như răng cửa, răng hàm nhỏ, trong điều kiện tổn thương chưa nặng lắm và có thể chữa tốt được, hoặc ở những cơ sở có điều kiện theo dõi và có phương tiện tốt. Còn nói chung với các răng hàm lớn, nhiều chân, răng gây ra biến chứng nghiêm trọng thì nên nhổ răng.

10. ĐIỀU TRỊ

Tùy theo giai đoạn lâm sàng mà ta có phương pháp điều trị thích hợp.

10.1. Giai đoạn viêm thanh dịch

Điều trị nội khoa là chính, dùng kháng sinh, chống viêm, giảm đau; giữ vệ sinh răng miệng. Có thể khoan thùng buồng tủy để thoát mủ làm giảm áp lực tại vùng viêm.

Khi triệu chứng viêm đã thuyên giảm ta mới tiến hành nhổ răng nguyên nhân hoặc giữ răng lại điều trị tùy theo răng và khả năng của người thầy thuốc.

10.2. Giai đoạn làm mủ

Việc trước tiên là dẫn lưu mủ: có thể nhổ ngay răng nguyên nhân để dẫn lưu mủ hoặc xẻ dẫn lưu bằng đường trong miệng qua niêm mạc hay ngoài da tùy theo vị trí khu trú của ổ mủ.

Kháng sinh, giảm viêm, giảm đau

Vệ sinh răng miệng

Giải quyết răng nguyên nhân: nhổ răng, chữa răng hoặc điều trị quanh răng.

10.3. Thể mãn tính

Dẫn lưu ổ mủ, nhổ hay chữa răng nguyên nhân, nạo sạch đường rò.

11. DỰ PHÒNG VIÊM MÔ TẾ BÀO

- Tuyên truyền vệ sinh răng miệng cho cộng đồng
- Khám định kỳ để phát hiện những bệnh về răng miệng
- Điều trị các răng bị sâu, viêm lợi, viêm nha chu...
- Những răng khôn mọc lệch, ngầm đã gây biến chứng cần phải nhổ để đề phòng viêm mô tế bào
- Nếu phát hiện viêm mô tế bào cần được xử trí sớm để tránh những biến chứng nguy hiểm

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Nguyên nhân hàng đầu gây nên viêm nhiễm ở vùng miệng-hàm mặt là:

- A. Chấn thương vùng hàm mặt
- B. Viêm nha chu
- C. Sai lầm trong điều trị
- D. Do răng
- E. Nhiễm khuẩn tuyến nước bọt

Câu 2: Nguyên nhân nào gây nên viêm mô tế bào do răng?

- A. Chấn thương hàm mặt
- B. Gãy hở xương hàm.
- C. Viêm tuyến nước bọt cấp.
- D. Viêm quanh răng
- E. Viêm tủy xương hàm

Câu 3. Viêm mô tế bào thanh dịch về phương diện giải phẫu bệnh thấy:

- A. Không có tiểu động mạch
- B. Có tiểu động mạch thoáng qua
- C. Có tiểu động mạch kéo dài.
- D. Có tiểu động mạch sau giãn mạch
- E. Có tiểu động mạch gây ứ máu tại chỗ

Câu 4. Sung trong viêm mô tế bào tụ mủ có các đặc điểm sau đây:

- A. Màu sắc da bình thường.
- B. Lan tỏa ra xung quanh
- C. Ấn vào thấy cứng chắc.
- D. Ấn vào để lại dấu lõm
- E. Không rõ giới hạn giữa tổ chức lành và viêm.

Câu 5. Áp xe quanh cuống răng thường:

- A. Gây biến dạng khuôn mặt.
- B. Bắt đầu từ vùng quanh chóp răng.
- C. Bắt đầu từ vùng trên màng xương.
- D. Bắt đầu từ phần mềm.
- E. Do viêm tủy răng cấp tính.

Câu 6. Áp xe vùng mang tai có thể do:

- A. Răng hàm (cối) lớn hàm trên
- B. Răng tiền hàm (tiền cối), răng hàm (cối) lớn hàm trên
- C. Răng tiền hàm (tiền cối), răng hàm (cối) lớn hàm dưới
- D. Răng hàm (cối) lớn hàm dưới
- E. Do răng hàm (cối) lớn dưới, có khi do răng hàm (cối) lớn trên.

Câu 7. Viêm tấy sàn miệng (Ludwig) có dấu hiệu lâm sàng sau đây:

- A. Chỉ sưng một bên sàn miệng
- B. Há miệng bình thường
- C. Ăn, nuốt, thở bình thường
- D. Sưng lan tràn cả hai bên sàn miệng
- E. Lưỡi cử động bình thường

Câu 8. Trong điều trị viêm nhiễm vùng miệng-hàm mặt do răng, việc bảo tồn răng chỉ đặt ra đối với:

- A. Răng nhiều chân gây ra biến chứng nghiêm trọng
- B. Răng một chân, tổn thương chưa nặng lắm có thể chữa được ở cơ sở.
- C. Răng nhiều chân, tổn thương chưa nặng lắm có thể chữa được ở cơ sở.
- D. Răng nhiều chân chưa gây ra biến chứng nghiêm trọng
- E. Răng một chân chưa gây ra biến chứng nghiêm trọng

Câu 9. Điều trị viêm mô tế bào thanh dịch cần làm gì trước:

- A. Không làm gì.
- B. Cho kháng sinh, chống viêm, giảm đau.
- C. Xẻ dẫn lưu
- D. Nhổ ngay răng nguyên nhân
- E. Chọc thăm dò.

Câu 10. Các phương pháp dự phòng viêm mô tế bào ở cộng đồng phương pháp nào dễ làm và hiệu quả nhất:

- A. Khám định kỳ để phát hiện viêm mô tế bào.
- B. Điều trị răng sâu
- C. Nhổ các răng có thể gây biến chứng
- D. Tuyên truyền vệ sinh răng miệng
- E. Điều trị, viêm lợi, cao răng.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

Trần Văn Quả (2005), Giáo Trình Phẫu Thuật Hàm Mặt, Khoa RHM Trường ĐH Y Huế

Chương 7

CHẤN THƯƠNG HÀM MẶT

Mục tiêu học tập

1. Chẩn đoán đúng các loại vết thương phần mềm và gãy xương hàm thường gặp.
2. Trình bày được nguyên tắc điều trị.
3. Sơ cứu, xử trí bước đầu vết thương phần mềm và các trường hợp gãy xương hàm đơn giản.

1. MỞ ĐẦU

- Trên thế giới, tỷ lệ chấn thương ngày càng cao; trong đó, chấn thương vùng hàm mặt chiếm tỷ lệ khá lớn (theo D. Gallas, riêng gãy xương hàm dưới chiếm 15 % gãy xương chung) và thường liên quan đến chấn thương sọ não, gây tử vong cao.

- Ở nước ta, các loại tai nạn lao động trong sản xuất công nghiệp, tai nạn sinh hoạt, thể thao tăng nhanh về số lượng và tính chất nguy hiểm cho tính mạng đặc biệt là tai nạn giao thông (trong đó, tai nạn xe máy chiếm 70 %). Chấn thương hàm mặt cũng gia tăng. Trước đây, trong chiến tranh, vết thương hàm mặt chiếm 7-10 % tổng số vết thương và gãy xương hàm dưới nhiều gấp 2-3 lần gãy xương hàm trên (theo bệnh viện Việt Đức Hà Nội) nhưng gần đây, gãy khối xương tăng giữa mặt có chiều hướng gia tăng và tỷ lệ với tai nạn giao thông.

- Tình hình đó đặt ra cho ngành y tế nước ta một nhiệm vụ nặng nề. Người thầy thuốc tương lai cần nắm vững mục tiêu học tập để được trang bị cơ bản về kiến thức, kỹ năng và thái độ xử trí thích đáng, có thể chăm sóc tốt sức khỏe cho cộng đồng. Bài này chỉ giới thiệu về chấn thương phần mềm, gãy xương hàm trên và gãy xương hàm dưới .

2. CHẤN THƯƠNG PHẦN MỀM

2.1. Đặc điểm giải phẫu, sinh lý và bệnh học chấn thương phần mềm vùng hàm mặt

- Vùng hàm mặt có nhiều mạch máu và bạch huyết nên có điều kiện nuôi dưỡng và bảo vệ tốt; vì vậy, vết thương thường chảy máu nhiều nhưng lại chóng hồi phục.

- Vùng hàm mặt có mạch máu nuôi dưỡng phong phú, có hốc miệng, mũi, mắt và tai, do đó ít có biến chứng hoại sinh hơi và vì thế vết thương vùng hàm mặt có thể khâu đóng kín thì đầu (trước 6 giờ) ngay cả vết thương đến muện (sau 6 giờ) nếu làm sạch vết thương thật tốt cũng có thể khâu đóng kín được.

- Cơ bám da mặt một đầu bám vào xương, một đầu bám vào da nên vết thương có xu hướng bị toác rộng và mép vết thương bị quắp lại, co kéo làm thay đổi các mốc giải phẫu.

- Dây thần kinh mặt chi phối vận động các cơ bám da mặt dễ bị tổn thương trong chấn thương hoặc trong phẫu thuật điều trị.

- Vết thương ở mặt khi liền sẹo có thể bị co kéo làm thay đổi các mốc giải phẫu, ảnh hưởng rất nhiều đến chức năng ăn, nuốt, thở, nói và thẩm mỹ.

- Tuyến nước bọt và ống dẫn nếu bị đứt sẽ tạo dò nước bọt kéo dài, gây khó chịu cho bệnh nhân.

2.2. Phân loại vết thương phần mềm

- Vết thương xây xát: chọt da, rướm máu gây đau rát.

- Vết thương đung dập: không rách da, xuất huyết dưới da gây đổi màu da tạm thời.

- Vết thương rách da: tùy độ rộng và độ sâu có thể tổn thương mạch máu, thần kinh hoặc các tổ chức ở sâu.
- Vết thương xuyên thủng: thường sâu, liên quan đến các hốc tự nhiên như mũi, miệng, xoang hàm...
- Vết thương chột (tịt): thường xé toác tổ chức.
- Vết thương bỏng: phân độ như ngoại khoa.
- Vết thương hoá khí và chiến tranh: thường bắn, nhiều dị vật, đôi khi các mảnh răng và xương trở thành tác nhân phá hoại tổ chức (hoả khí thứ phát).

2.3. Các yếu tố tiên lượng

Tiên lượng vết thương phần mềm thường dựa trên mức độ nặng nhẹ của các yếu tố:

- Chảy máu
- Phá huỷ tổ chức và rối loạn chức năng.
- Sự thiếu hồng tổ chức
- Ngoài ra, bệnh nhân được điều trị sớm hay muộn, sức đề kháng của cơ thể là những yếu tố rất quan trọng.

2.4. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị sớm, sơ cứu tốt.
- Thăm dò kỹ, phát hiện và lấy hết dị vật.
- Chải rửa thật sạch.
- Cắt lọc thật tiết kiệm tổ chức.
- Khâu kín thì đầu đảm bảo chức năng và thẩm mỹ.

2.5. Sơ cứu

Cần tiến hành ngay ở nơi xảy ra tai nạn, nhằm loại bỏ những nguy cơ đến tính mạng. Sơ cứu có ảnh hưởng rất lớn đến tính mạng bệnh nhân, sự tiến triển của vết thương và kết quả điều trị. Nội dung sơ cứu bao gồm:

- Chống ngạt thở: hô hấp nhân tạo, lấy dị vật đường thở, vận chuyển bệnh nhân đúng tư thế: ngòai đầu cúi, nằm nghiêng hay nằm sấp.
- Chống chảy máu: ép vết thương bằng tay, băng ép, khâu cầm máu.
- Chống choáng: sớm bằng thuốc trợ tim, trợ hô hấp, sưởi ấm, truyền huyết thanh..., cầm máu tốt, tránh di chuyển bệnh nhân nhiều lần và phải bất động trước khi chuyển.
- Chống nhiễm khuẩn: băng kín vết thương, kháng sinh phối hợp.

2.6. Đóng vết thương thì đầu

Sau khi lấy hết dị vật, chải sạch, cắt lọc và cầm máu, có thể tiến hành khâu đóng thì đầu tỉ mỉ, đạt các yêu cầu:

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

- Khâu da:

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

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

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

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

3. GÃY XƯƠNG HÀM TRÊN

3.1. Đặc điểm xương hàm trên (XHT)

- XHT gồm hai xương đối xứng nhau qua mặt phẳng dọc giữa, góp phần chính tạo nên khối xương tầng mặt giữa, nên khi chấn thương gãy xương hàm trên thường kèm theo chấn thương các xương tầng mặt giữa khác như xương chính mũi, xương lệ, xương gò má, xương xoăn dưới, xương lá mía.

- Có sự liên quan mật thiết với hốc mắt, hốc mũi, xoang hàm và nền sọ. Nên khi bị chấn thương thường ảnh hưởng nặng nề đến các cơ quan giác quan, sọ não.

- Là xương cố định, được che phủ phía trên bởi nền sọ và xương chính mũi, hai bên bởi xương gò má, cung tiếp xương thái dương và phía dưới bởi xương ổ răng, xương hàm dưới nên chỉ bị gãy khi có chấn thương trực tiếp và mạnh.

- Là xương xốp, có nhiều mạch máu nuôi dưỡng, nên khi bị gãy thường chảy máu nhiều nhưng xương chóng liền, nên cần xử trí cấp cứu.

- Có răng cắm vào xương ổ răng, quan hệ khớp cắn trung tâm với răng hàm dưới, là cơ sở tự nhiên giúp nắn chỉnh và cố định xương gãy.

3.2. Phân loại gãy xương hàm trên

Gãy một phần: gãy xương ổ răng, gãy mỏm lên, gãy bờ dưới xương ổ mắt, góc trong mắt, lún hố nanh, gãy mỏm và vòm khẩu cái.

Gãy toàn bộ: có hai loại, gãy dọc và gãy ngang.

3.2.1. Gãy dọc

- Lannelogue: đường gãy ở giữa, tách rời hai xương hàm trên, tạo khe hở giữa hai răng cửa giữa, niêm mạc khẩu cái bị rách.

- Richet: gãy dọc một bên qua răng cửa bên hoặc răng nanh.

- Bassereau: phối hợp Lannelogue và Richet chia xương hàm trên thành ba đoạn.

- Huot: đường gãy hình tam giác, đỉnh là mỏm lên XHT, hai góc là hai răng nanh.

- Walther: gồm ba đường gãy dọc, một ở giữa, hai đường khác qua răng hàm nhỏ thứ nhất hoặc răng hàm nhỏ thứ hai, phối hợp với một đường gãy ngang (Le Fort I).

3.2.2. Gãy ngang (còn gọi là gãy Le Fort)

- Le Fort I (còn gọi là Guérin)

Đường gãy nằm ngang từ phần dưới hốc mũi, đi sang hai bên trên các chóp răng ra sau đến lồi củ XHT, 1/3 dưới chân bướm, ở giữa vỡ vách ngăn mũi và 1/3 xương lá mía.

- Le Fort II (tách rời sọ mặt giữa, dưới xương gò má)

Đường gãy bắt đầu giữa xương chính mũi, qua máu lên XHT đến thành trong hốc mắt, tổn thương xương lệ, vào sàn ổ mắt rồi bờ dưới ổ mắt, sau đó chạy gần hay ngang qua lỗ dưới ổ mắt. Tiếp tục đi dưới xương gò má ra lồi củ XHT, đoạn này song song với LeFort I, phía sau gãy 1/3 giữa xương chân bướm, ở giữa gãy 1/3 giữa xương lá mía.

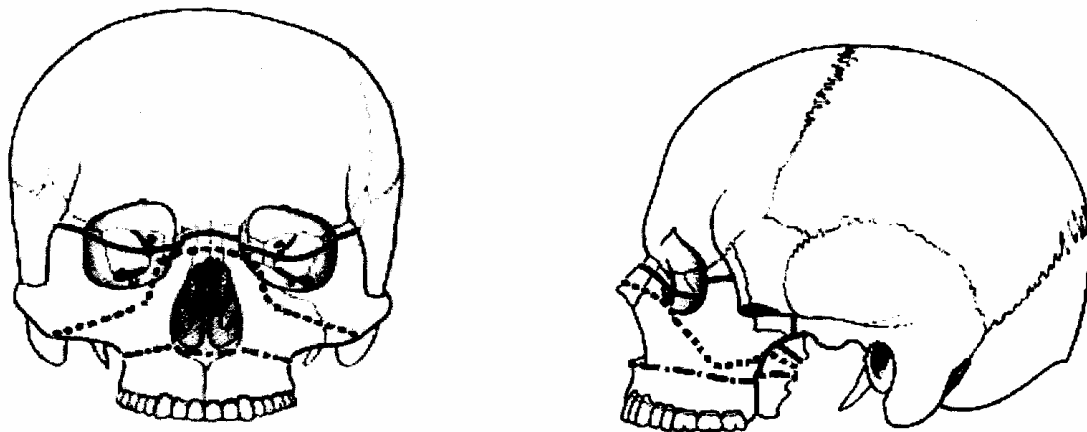
- Le Fort III (tách rời sọ mặt cao, trên xương gò má) với các đường gãy

Đường gãy bắt đầu trên xương chính mũi, ngang hay trên chỗ nối khớp xương trán, tách khớp mũi trán, đến máu lên XHT, vào thành trong ổ mắt gãy xương lệ, xương giấy, rồi đến khe bướm, gãy 1/3 trên xương chân bướm

Tách rời khớp trán - gò má

Tách rời cung tiếp - gò má

Gãy 1/3 trên xương lá mía.



Hình 7.1: Các đường gãy Lefort [11]

Lefort I : - . - . - . - .

Lefort II :

Lefort III : _____

3.3. Lâm sàng gãy ngang toàn bộ xương hàm trên

3.3.1. Le Fort I

- Triệu chứng lâm sàng

+ Bệnh nhân choáng nhẹ

+ Ăn nhai khó, nuốt vướng vì phần gãy sa xuống.

+ Mặt biến dạng: môi trên sưng nề, bầm tím, miệng hở cửa, chảy máu mũi.

+ Trong miệng: ngách lợi môi, lợi má bầm tím, có thể thấy xuất huyết hình móng ngựa ở vòm miệng sau vài ngày. Khi cắn, khối răng hàm chạm sớm, hở cửa.

+ Ấn từ gai mũi trước đến XHT bệnh nhân đau chói.

+ Dấu Guérin: ấn sau lồi củ XHT ở vùng chân bướm hàm bệnh nhân đau chói.

+ Lắc cung hàm sẽ thấy di động toàn bộ (dấu hiệu "đeo hàm giả").

- X quang: Phát hiện đường gãy nhờ phim sọ thẳng và sọ nghiêng.

3.3.2. Le Fort II

- Triệu chứng lâm sàng:

+ Bệnh nhân choáng

+ Đau dọc đường gãy ở góc mũi bờ dưới hốc mắt, nơi tiếp giáp xương gò má. Có thể bị tê mặt do tổn thương lỗ dưới ổ mắt, chảy máu mũi, nhai vướng đau.

+ Xẹp phần giữa mặt do khối răng cửa lún lên trên và lùi ra sau, bầm tím mi dưới, chảy nước mắt do chèn ép ống lệ thị.

+ Trong miệng: sai khớp cắn do khối răng hàm bị đẩy xuống dưới và ra sau nên khi cắn, răng hàm chạm sớm. Ngách lợi vùng răng hàm bầm tím, ấn đau, ngách lợi tiếp giáp xương gò má có thể có hình bậc thang.

+ Ấn đau góc trong, bờ dưới hốc mắt, góc mũi, bờ dưới xương gò má, lồi củ XHT.

- X quang: Blondeau, Hirtz, phim sọ thẳng và sọ nghiêng.

3.3.3. Le Fort III

- Triệu chứng lâm sàng

+ Bệnh nhân choáng nặng

+ Đau dọc đường gãy ở khớp mũi trán, trán-gò má, gò má-cung tiếp, chảy máu mũi, có thể chảy dịch não tủy

+ Mặt phù nề, bầm tím quanh hốc mắt (dấu "đeo kính râm"), nhãn cầu có thể bị lõm hoặc sụp gây song thị.

+ Trong miệng: sai khớp cắn khối răng hàm chạm sớm, hở vùng răng cửa, bầm tím vòm miệng.

+ Có thể sờ thấy các đầu xương di lệch

+ Toàn bộ khối xương mặt di động so với khối xương sọ.

- X quang: Blondeau, Hirtz, phim sọ thẳng, sọ nghiêng và cắt lớp vi tính (CT Scanner).

3.4. Chẩn đoán gãy ngang toàn bộ xương hàm trên

Dựa vào vị trí đường gãy, triệu chứng lâm sàng và X quang.

3.5. Điều trị

3.5.1. Nguyên tắc điều trị

- Ưu tiên cấp cứu tính mạng, chỉ điều trị chuyên khoa khi bệnh nhân đã thoát khỏi hẳn tình trạng nguy hiểm.

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

- Lưu ý chức năng các giác quan.

3.5.2. Các bước điều trị

3.5.2.1. Sơ cứu

- Toàn thân

+ Chống choáng

Choáng hay gặp là choáng mất máu, choáng chấn thương và choáng nặng trong trường hợp chấn thương vùng hàm mặt kèm chấn thương sọ não hoặc đa chấn thương.

Điều trị chống choáng theo nguyên nhân.

Làm thông thoáng đường thở: ngạt thở thường do các nguyên nhân như dị vật (răng gãy, hàm giả, cục máu đông, dị vật từ bên ngoài...), lưỡi tụt ra sau, phù nề vùng sàn miệng lưỡi do máu tụ, mất phức hợp móng lưỡi (trong trường hợp vết thương hở khí). Cần xử trí làm thông thoáng đường thở ngay bằng cách:

Để bệnh nhân nằm nghiêng để phòng máu cục, nước bọt, chất nôn vào đường thở, kiểm tra dị vật ở họng, thanh quản kể cả răng gãy, răng trật khớp, hàm giả bị vỡ.

Kéo lưỡi ra trước bằng cách khâu chỉ xoa qua lưỡi, cố định bằng canun Mayo hay Guédel.

Phát hiện máu tụ ở sàn miệng, lưỡi, vòm miệng mềm lan rộng gây cản trở đường thở.

Kiểm tra thương tổn ở thanh khí quản, kiểm tra các nguyên nhân khác phối hợp gây kém thông khí (hôn mê, chấn thương lồng ngực...).

+ Chăm máu

Chảy máu nhiều có thể từ vết thương, đứt động mạch lớn hoặc vỡ xương nhiều mảnh.

Chống chảy máu mũi: đặt bấc mũi trước và bấc mũi sau

Khâu vết thương da mặt thắt động mạch (cảnh ngoài) nếu cần

Cầm máu những vết thương các nơi khác.

+ Chống nhiễm trùng

Cần dùng huyết thanh phòng uốn ván hoặc giải miễn cảm, kháng sinh phòng và điều trị nhiễm trùng.

+ Chống viêm, giảm đau tại chỗ

Nắn chỉnh bằng tay hoặc buộc chỉ thép qua một nhóm răng để kéo chỉnh theo khớp cắn trung tâm.

Cố định tạm thời bằng băng cầm định phối hợp băng băng trán chằm.

+ Chuyển bệnh nhân lên tuyến trên để điều trị tiếp

Nếu bệnh đang ở tình trạng mất tri giác hoặc đang ở trong tình trạng đe dọa tính mạng thì phải để bệnh nhân trong tư thế nằm sấp mặt hoặc nghiêng đầu trong quá trình vận chuyển. Hút đờm dãi làm thông thoáng đường thở.

3.5.2.3. Điều trị chuyên khoa

- Nắn chỉnh bằng tay, bằng dây thép kéo, máng chỉnh hình, buộc chỉ thép vào răng hai hàm, tạo các móc Ivy cải tiến, liên hoàn Stout kéo chỉnh liên tục bằng băng cao su, kéo qua xông Nélaton luồn qua mũi họng, sử dụng bộ dụng cụ ngoài (Rudko). Phẫu thuật khi xương đã liền.

- Cố định bằng cung Tiguerstedt hay Ginested, bằng máng với bộ dụng cụ ngoài. Phẫu thuật treo xương hàm vào gò má, cung tiếp trong gãy Le Fort I, Le Fort II (Phẫu thuật Adams), hoặc treo xương hàm vào mắt ngoài của xương trán trong Le Fort III (phẫu thuật Thomas). Thời gian cố định: 15-30 ngày.

4. GÃY XƯƠNG HÀM DƯỚI

4.1. Đặc điểm xương hàm dưới (XHD)

- XHD là một xương lẻ, đối xứng, tạo nên tầng mặt dưới, nổi lên ở vùng cổ và mặt, có nhiều điểm nhô (cằm, góc hàm) nên rất dễ gãy (theo D. Galas, chiếm 60% gãy xương vùng mặt).

- Có hệ cơ nhai bám tận, lực tác dụng đối kháng, nên sau khi gãy, XHD thường bị biến dạng thứ

phát.

- Là xương di động, có răng cắm vào xương ổ răng, quan hệ khớp cắn trung tâm với răng hàm trên cố định, đó là cơ sở giúp nắn chỉnh và cố định xương gãy. Răng khôn hàm dưới có vai trò quan trọng trong gãy xương hàm dưới vùng góc hàm.

- Là xương dẹt, mỏng, ngoài đặc, trong xốp, chỉ được nuôi dưỡng với động mạch răng dưới, nên khi gãy ít chảy máu nhưng chậm liền xương.

- Có các điểm yếu dễ gãy: khớp cắn, góc hàm, lỗ cằm, lồi cầu...

4.2. Phân loại gãy xương hàm dưới

4.2.1. Gãy từng phần

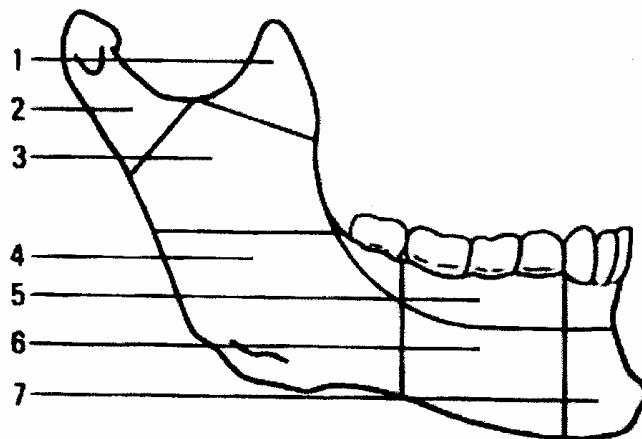
Gãy xương ổ răng, vỡ lồi cầu, mỏm vẹt, bờ dưới XHD, xuyên thủng xương.

4.2.2. Gãy toàn bộ

- Một đường: gãy vùng giữa, vùng bên, vùng góc hàm, cạnh lên, lồi cầu.

- Hai đường: gãy đối xứng, không đối xứng.

- Ba đường, phức tạp.



Hình 7.2: Giải phẫu định khu xương hàm dưới

1: mỏm vẹt. 2: lồi cầu. 3: cạnh lên. 4: góc hàm.

5: Xương ổ răng - răng. 6: cạnh ngang. 7: khớp cằm

4.3. Lâm sàng gãy toàn bộ xương hàm dưới một đường

4.3.1. Gãy vùng giữa (khớp cằm)

Chiếm 12%

- Vị trí

Đường gãy nằm giữa mặt xa hai răng nanh, hiếm khi đúng đường giữa mà thường nằm cạnh khớp cắn. Đường gãy có thể thẳng hay hình lambda, tách rời lồi cằm.

- Triệu chứng lâm sàng

+ Sung vùng cằm, bầm tím tụ máu, có thể rách da môi, cằm ấn đau, lợi, ngách lợi môi, sàn miệng bầm tím hay rách.

+ Kẽ hai răng đường gãy đi qua giãn rộng, Răng có thể lung lay, gãy hoặc mất.

- + Khớp cắn có thể sai ít hoặc bình thường do lực cơ cân bằng.
- + Phát hiện đường gãy bằng cách đứng trước bệnh nhân, dùng hai tay, ngón cái đặt lên cung răng và ngón trỏ, ngón giữa đặt vào bờ dưới cành ngang, làm động tác di chuyển lên xuống ngược chiều sẽ thấy hai đoạn gãy di chuyển theo. Có thể dùng động tác bẻ nhẹ cung răng sang hai bên để lộ đường nứt.

- X quang

Phát hiện đường gãy nhờ phim Simpson, phim góc răng.

4.3.2. Gãy vùng bên (cành ngang)

Chiếm 30%, lưu ý thường gãy kèm lồi cầu bên kia.

- Vị trí

Từ mặt gần răng hàm nhỏ thứ nhất đến mặt xa răng hàm lớn thứ hai, đường gãy thường kéo xuống dưới và ra sau, thường đi cạnh hoặc ngang qua lỗ cằm.

- Triệu chứng lâm sàng

- + Bệnh nhân đau, không nhai được do vướng; nuốt vào phát âm khó.
- + Mặt biến dạng, cằm hơi lệch về phía gãy, da vùng má có thể xây xát hay rách, sưng và tụ máu dưới da có thể lan rộng lên má, xuống cổ.
- + Sờ bờ dưới và mặt ngoài XHD có bậc thang ấn đau chói.
- + Trong miệng có biến dạng cung răng: đoạn ngắn về phía lưỡi cao hơn đoạn dài, đoạn dài lệch ra ngoài thấp hơn đoạn ngắn. Khi bệnh nhân ngậm miệng răng đoạn ngắn chạm răng hàm trên trước rồi đến răng đoạn dài (triệu chứng răng chạm khớp hai lần do tác động các cơ có lực đối kháng) răng có thể bị gãy, lung lay hay mất. Lợi, ngách lợi, sàn miệng có thể bị rách, chảy máu.

- X quang

Phát hiện đường gãy nhờ phim hàm chéch (Maxillaire Défilé), phim góc răng, phim toàn cảnh (Panorama), phim sọ thẳng.

4.3.3. Gãy vùng góc hàm (Gonion)

Chiếm 18% vì vùng góc hàm là điểm yếu của xương hàm dưới.

- Vị trí: từ mặt gần răng khôn đến góc hàm, đường gãy thường chéo xuống dưới và ra sau, vết thương thường kín trừ khi qua răng khôn tạo gãy hở.

- Triệu chứng lâm sàng

- + Bệnh nhân đau ít, nhai khó.
- + Vùng góc hàm có sưng bầm tím ấn đau, mặt thường không biến dạng nếu có biến dạng thì hàm sẽ lệch về phía gãy.
- + Khám trong miệng: khớp cắn thường không di lệch, ấn vào ngách lợi má vùng góc hàm, răng khôn, tam giác sau xương hàm dưới bệnh nhân đau.
- + Phát hiện đường gãy bằng cách đứng sau lưng bệnh nhân, một tay cố định cành lên, tay kia đặt ngón cái lên cung răng, các ngón khác ở bờ dưới XHD, làm động tác bẻ cành ngang ra trước.

Trường hợp có di lệch, cành lên bị kéo lên trên, ra trước và vào trong, cành ngang bị kéo xuống dưới và ra sau.

- X quang

Phát hiện đường gãy nhờ phim hàm chéch (Maxillaire Défilé), phim gốc răng, phim sọ thẳng.

4.3.4. Gãy cành lên

Rất hiếm gặp (7%)

- Đường gãy

Có thể nằm ngang, dọc hay hình hoa thị.

- Triệu chứng lâm sàng

+ Bệnh nhân đau dọc đường gãy, khó há miệng, khó ăn nhai.

+ Cảm hơi lệch về phía gãy, sưng nề bầm tím vùng cơ cắn.

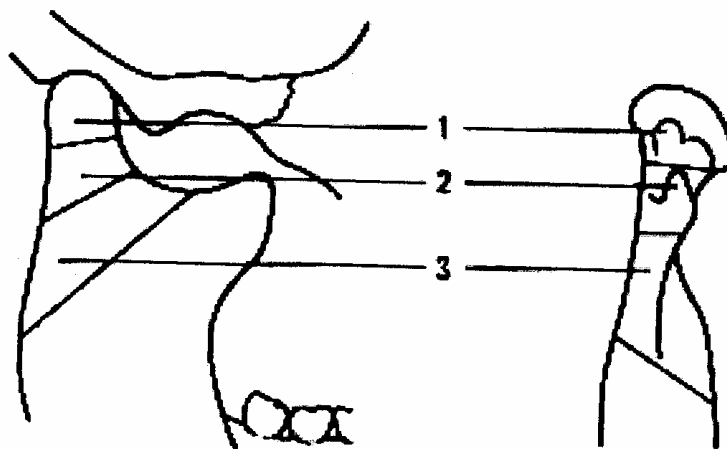
+ Răng thường chạm khớp hai lần vì bên gãy thường bị kéo lên trên.

- X quang

Phát hiện đường gãy nhờ phim hàm chéch (Maxillaire Défilé), phim sọ thẳng.

4.3.5. Gãy lồi cầu

Nặng xảy ra, chiếm 32%, thường ở ba vị trí:



Hình 7.3: Gãy lồi cầu

1: chính lồi cầu

2: dưới lồi cầu cao

3: dưới lồi cầu thấp

4.3.5.1. Dưới lồi cầu thấp (Sous condylienne basse)

- Đường gãy nghiêng xuống dưới và ra sau nên cổ lồi cầu và ở ngoài khớp. Đoạn lồi cầu bị kéo lên trên ra trước, vào trong do tác động của cơ chân bướm ngoài nhưng đi lệch ít, đoạn cành lên bị kéo lên trên, ra sau do tác động của cơ cắn.

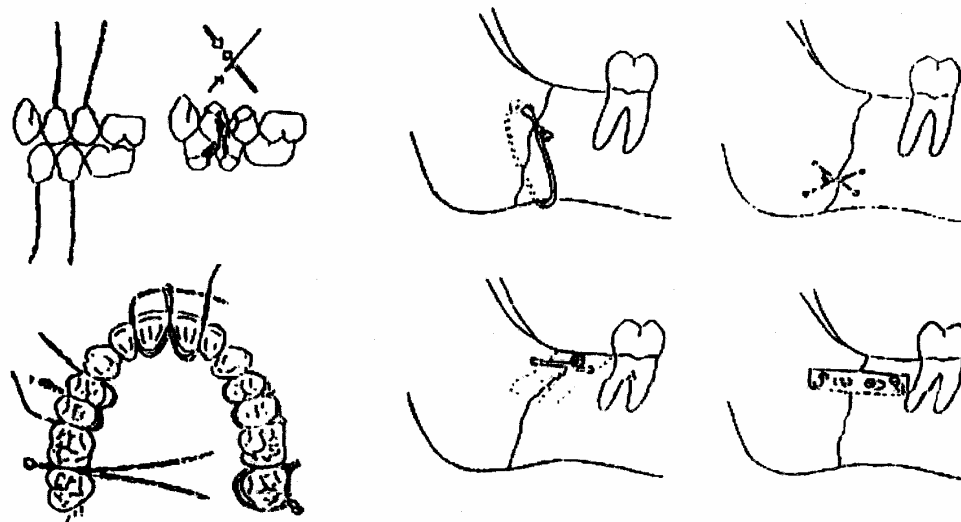
- Khám

+ Dùng ngón tay trở ấn giữa nắp tai và lồi cầu, bệnh nhân sẽ đau chói trước nắp tai.

+ Dùng hai ngón tay út đặt trước ống tai ngoài hai bên, bảo bệnh nhân há ngậm miệng để so

sánh cử động của hai lồi cầu.

+ Trong miệng: cung hàm lệch về phía gãy, răng chạm khớp hai lần.



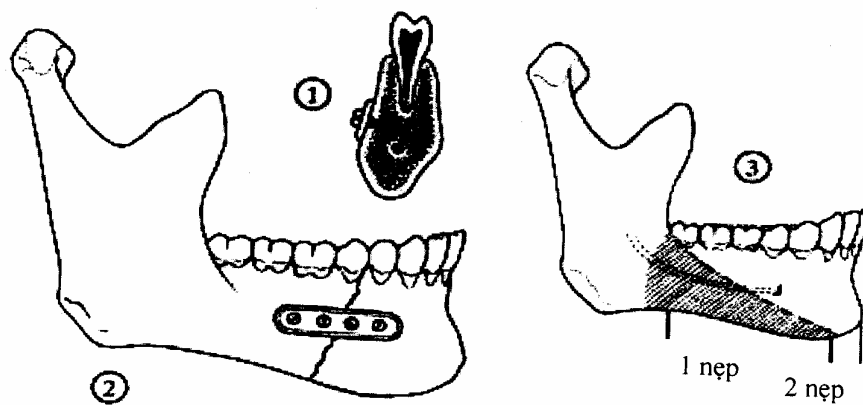
A

B

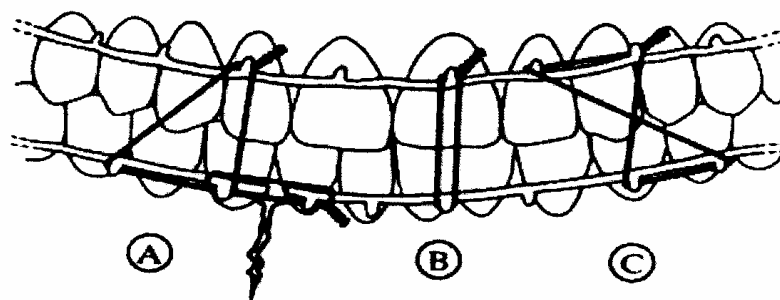
Hình 7.4: Các phương pháp cố định gãy xương hàm [11]

A: cố định răng hai hàm bằng chỉ thép theo Leblanc và Black Ivy

B: kết hợp xương bằng chỉ thép và nẹp vít



Hình 7.5: Kết hợp xương bằng các bản nẹp vít nhỏ [11].



Hình 7.6: Phương pháp cố định hai hàm bằng cung Tigerstedt [11]

4.3.5.2. Dưới lồi cầu cao (Sous condylienne haute)

- Đường gãy nằm ngang cổ giải phẫu của lồi cầu ở trong khớp. Đầu lồi cầu bị trật vào trong xuống dưới và ra trước bởi tác động của các cơ chân bướm ngoài.
- Khám thấy mất cử động lồi cầu bên gãy, đau và tụ máu trước nắp tai, hở khớp cửa, hàm lệch về phía gãy, răng chạm khớp 2 lần, bên gãy chạm sớm.

4.3.5.3. Chính lồi cầu (condylienne vraie)

Triệu chứng lâm sàng giống gãy dưới lồi cầu cao, thường phối hợp gãy xương nhĩ, hõm chảo và cung tiếp xương thái dương.

X-quang phát hiện gãy lồi cầu nhờ phim Schuller, Zimmer, sọ thẳng.

4.4. Chẩn đoán gãy xương hàm dưới toàn bộ một đường

Dựa vào vị trí đường gãy, triệu chứng lâm sàng và X-quang.

4.5. Điều trị gãy xương hàm dưới

4.5.1. Nguyên tắc điều trị

- Là một cấp cứu trì hoãn, có thể điều trị trong điều kiện có sửa soạn, khi đã loại trừ các nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân.
- Phục hồi tốt chức năng ăn nhai, nói, nuốt.
- Lưu ý thẩm mỹ, tránh các biến chứng, di chứng.

4.5.2. Các bước điều trị

- Sơ cứu
- + Toàn thân: chống chóng mặt, thông khí, cầm máu, chống nhiễm khuẩn.
- + Tại chỗ: nắn chỉnh cố định tạm thời bằng cách buộc chỉ thép liên kết các răng hai đầu gãy bằng nút số 8, nút hình bậc thang, nút Ivy..., cố định tạm thời hai hàm bằng băng cầm đinh và tăng cường băng trán cằm.
- Điều trị chuyên khoa
- + Nắn chỉnh: bằng tay, lực kéo, bộ dụng cụ ngoài hay phẫu thuật.
- + Cố định hai hàm bằng phương pháp Leblanc, Black và Ivy, phương pháp buộc liên hoàn Stout hay sử dụng cung Tiguerstedt, Ginested.
- + Với bệnh nhân mất răng: cố định bằng máng chỉnh hình.
- + Phẫu thuật trong các trường hợp khó điều trị chỉnh hình như gãy vụn, nhiều đoạn hoặc di lệch nhiều: kết hợp xương bằng nẹp vít, đóng đinh, phẫu thuật buộc vòng quanh XHD cho trẻ em có bộ răng hỗn hợp.
- + Phối hợp kết hợp xương với cố định hai hàm từ 4-6 tuần, hoặc nẹp vít và cố định băng thun trong vòng 10 ngày đầu.
- + Nói chung, thời gian cố định từ 30-45 ngày.

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Nguyên nhân chủ yếu của chấn thương hàm mặt hiện nay:

- A. Đánh nhau
- B. Tai nạn sinh hoạt
- C. Tai nạn giao thông
- D. Thể thao
- E. Tai nạn lao động

Câu 2. Sơ cứu toàn thân trong chấn thương hàm mặt là:

- A. Loại bỏ nguy cơ ảnh hưởng tính mạng
- B. Chải rửa vết thương thật sạch
- C. Khâu vết thương đúng phương pháp
- D. Tạo hình thẩm mỹ
- E. Lấy hết dị vật

Câu 3. Gãy xương hàm trên là một cấp cứu vì:

- A. Chảy máu nhiều
- B. Thường gãy răng và xương ổ răng
- C. Thường gãy kèm xương chính mũi
- D. Thường gãy kèm xương gò má
- E. Chấn thương trực tiếp và mạnh

Câu 4. Gãy Le Fort II là:

- A. Tách rời sọ mặt thấp, dưới xương gò má
- B. Tách rời sọ mặt giữa, dưới xương gò má
- C. Tách rời sọ mặt cao, dưới xương gò má
- D. Tách rời sọ mặt giữa, trên xương gò má
- E. Tách rời sọ mặt cao, trên xương gò má

Câu 5. Dấu Guérin có trong gãy xương hàm trên loại:

- A. Le Fort I
- B. Le Fort II
- C. Le Fort III
- D. Lanelogue
- E. Richet

Câu 6. Sơ cứu tại chỗ gãy xương hàm trên (XHT) là:

- A. Treo XHT vào xương gò má
- B. Treo XHT vào máu mắt ngoài
- C. Nắn chỉnh bằng tay, cố định băng cầm-đỉnh
- D. Cố định cung Tiguerstedt
- E. Cố định theo Stout

Câu 7. Xương hàm dưới dễ gãy vì:

- A. Là xương di động
- B. Có nhiều điểm nhô nổi lên giữa cổ và mặt
- C. Có hệ cơ nhai bám tận với lực đối kháng
- D. Có răng cắm vào xương ổ răng
- E. Chỉ được nuôi dưỡng bởi động mạch răng dưới

Câu 8. Vị trí gãy đường giữa xương hàm dưới:

- A. Giữa mặt xa hai răng nanh
- B. Giữa mặt hai răng cửa giữa
- C. Giữa mặt gần hai răng cửa bên
- D. Giữa mặt gần hai răng nanh
- E. Giữa mặt xa hai răng cửa bên

Câu 9. Phim thường được chỉ định trong gãy vùng bên xương hàm dưới:

- A. Hàm chéch
- B. Schuller
- C. Mặt nghiêng
- D. Mặt thẳng
- E. Parma

Câu 10. Gãy xương hàm dưới là cấp cứu trì hoãn vì:

- A. Có di lệch thứ phát
- B. Không kèm chấn thương sọ não
- C. Ít chảy máu, liền can chậm
- D. Không liên quan với cơ quan giác quan
- E. Cần ưu tiên thẩm mỹ.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Võ Thế Quang (1973), Phẫu Thuật Miệng-Hàm Mặt , NXB Y Học.
2. Bộ Môn RHM ĐH Y Hà Nội (2001), Bài Giảng Răng Hàm Mặt, NXB Y Học

Chương 8

DỊ TẬT BẨM SINH HÀM MẶT

Mục tiêu

1. Trình bày được đặc điểm dịch tễ học, cơ chế bệnh sinh và nguyên nhân của dị tật bẩm sinh hàm mặt.
2. Nêu được các dạng lâm sàng, phân loại và nguyên tắc điều trị cơ bản của khe hở môi - vòm miệng (KHM-VM)
3. Tư vấn được cho bệnh nhân và người nhà biết cách chăm sóc trước phẫu thuật, thời gian và cơ sở phẫu thuật.

I. ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC

- Những dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt, chủ yếu là những khe hở ở vùng mặt, gây biến dạng mặt làm tổn thương đến tâm lý, thẩm mỹ và chức năng, chiếm tỷ lệ cao nhất trong các loại dị tật chung của cơ thể (khoảng 10%).

- Ở Đức, từ 1925-1958, thống kê toàn thể trẻ sơ sinh thì dị tật chung (ở chân, tay, thần kinh, tim, mạch máu lớn và hàm mặt) chiếm 0,6 - 2%, trong đó 1/10 là khe hở bẩm sinh hàm mặt.

- Ở Tiệp Khắc, cứ 200 trẻ sơ sinh, có 1 trẻ dị tật bẩm sinh chung (theo Burian).

Nói chung, trên thế giới cứ 1000 cháu mới sinh, thì có 1 cháu có dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt (tỷ lệ 10/00). Tỷ lệ này có khác nhau ở mỗi nước và ở các thời điểm khác nhau:

- Ở Đức : Trước thế chiến thứ II : 1/1000
Sau thế chiến thứ II : 1/450
- Tiệp khắc : Đầu thế kỷ 20 : 1/1000
Năm 1962 : 1/750 (theo Burian)
- Pháp : 1/ 942 (1927 theo Veau và Peron)
- Ở Mỹ : 1/ 700

- Nhật : 1/ 378 (Theo tài liệu thông báo của ngành Răng Hàm Mặt Mỹ 9/1969).

- Ở Việt Nam, theo Nguyễn Huy Cận, Viện bảo vệ bà mẹ trẻ em, tỷ lệ cũng xấp xỉ 1/1000 (1996), Phạm Gia Đức: tỷ lệ 1/640 (1970). Theo Mai Đình Hưng, Viện RHM Hà Nội, tỷ lệ 1/1211 (1980, theo Nguyễn Thị Bá Thanh, Viện phụ sản thành phố Hồ Chí Minh tỷ lệ 1/480 (1984).

Tóm lại, khe hở dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt là một bệnh khá phổ biến. Nếu dân số nước ta hiện nay là 80 triệu dân, tỷ lệ sinh đẻ là 3%, tỷ lệ dị tật bẩm sinh hàm mặt là 1/1000, thì hàng năm có khoảng 2400 cháu nhỏ ra đời có dị tật bẩm sinh hàm mặt.

2. CƠ CHẾ VÀ NGUYÊN NHÂN BỆNH SINH

2.1. Nhắc lại khái niệm bào thai học

Trứng thụ tinh sẽ phân chia ngay và tiến triển qua các giai đoạn: Phôi dâu, phôi kết, bán phôi hai lá (khi xuất hiện túi ối và noãn hoàng), sau đó là giai đoạn bán phôi 3 lá (khi lá trung bì phôi xuất hiện giữa 2 lá nội và ngoại bì). Trong quá trình phát triển, bán phôi ngày càng nở rộng, lồi vào trong khoang màng ối và rãnh màng ối ngày càng bị hạ thấp xuống phía bụng. Kết quả là khúc đầu và khúc sau của bán phôi ngày càng được phân biệt rõ, đó là giai đoạn khép mình phôi. Cùng với sự phát triển mạnh của não, tim, thành trước lồng ngực, cung mang. Mềm nguyên thủy cũng xuất hiện ở phần trên của cung mang I.

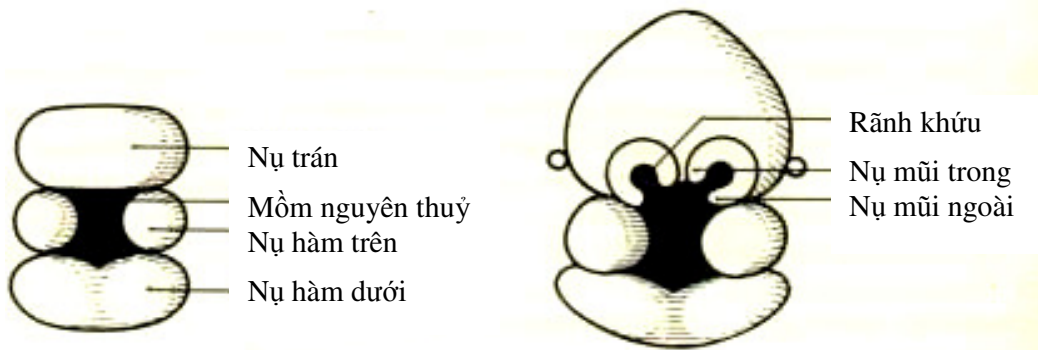
2.2. Cơ chế bệnh sinh

Để giải thích cơ chế bệnh sinh, người ta dùng thuyết nụ mầm của Rhatke(1832), Dursy (1869) và His (1888), vào năm 1930 Victor Veau bổ xung thêm bằng thuyết tường chìm (Mur plongeant).

Theo thuyết nụ mầm, vào tuần lễ thứ 3 của bào thai, lúc thai khoảng 10mm, ở cung mang I vì túi não I và tim phát triển nhanh, giữa 2 khối não và tim hiện ra 1 chỗ lõm gọi là mầm nguyên thủy, ở bờ chung quanh của mầm nguyên thủy chồi ra 5 nụ, được gọi chung là nụ mặt. Nụ trán xuất hiện bờ trên của mầm nguyên thủy, hai nụ hàm trên ở hai bên và hai nụ hàm dưới ở phần dưới của mầm nguyên thủy. Từ nụ trán xuất hiện những nụ mũi phải (MP) và mũi trái (MT), được ngăn cách bởi khe giữa, mỗi nụ mũi phải và trái lại tách làm đôi, thành nụ mũi trong và nụ mũi ngoài, hai nụ này được ngăn cách bởi rãnh khứ. Giữa nụ hàm trên và nụ mũi có xuất hiện khe ổ mắt mũi (khe OMM).

- Những nụ hàm trên cùng với nụ mũi trong phát triển và gắn dính với nhau, làm khép rãnh khứ, tạo thành lỗ mũi và môi bên hàm trên.
- Những nụ hàm trên và nụ mũi ngoài (MN) cùng phát triển và gắn dính với nhau lấp khe ổ mắt mũi, để lại rãnh gọi là rãnh mũi lệ, về sau cũng biến mất.
- Những nụ mũi trong phát triển và gắn dính với nhau ở đường giữa, tạo thành môi giữa hàm trên (nhân trung)
- Những nụ hàm trên và nụ hàm dưới cũng gắn dính với nhau tạo thành sự liên tục của má

Như vậy lỗ miệng là một khe có 2 môi: môi trên được cấu tạo bởi những nụ mũi trong và nụ hàm trên. Môi dưới được cấu tạo bởi hai nụ hàm dưới. Người ta gọi giai đoạn này là giai đoạn hình thành vòm miệng sơ phát gồm phần môi và xương ổ răng, từ lỗ khẩu cái trước (lỗ răng cửa) trở về trước.



Hình 8.1: Sự hình thành vòm miệng sơ phát (Formation du palais primaire) [26]

Vào tuần thứ 8 khi bào thai khoảng 30mm, bắt đầu có sự hình thành vòm miệng thứ phát, gồm phần sau lỗ khẩu cái trước để ngăn cách hố miệng và hốc mũi. Vòm miệng thứ phát được hình thành xuất phát từ lỗ khẩu cái trước trở về phía sau (lưỡi gà).

Cũng từ thành của mầm nguyên thủy chồi ra 5 nụ:

- Một nụ đứng dọc từ giữa nụ trán rũ xuống (tức vách ngăn mũi sau này).
- Hai nụ ngang trước gọi là nụ khẩu cái, từ hai nụ hàm trên hai bên tiến ra đường giữa tự gắn liền với nhau, tạo thành vòm miệng cứng.
- Hai nụ ngang sau còn gọi là nụ chân bướm khẩu cái, cũng xuất phát từ nụ hàm trên 2 bên, tiến ra đường giữa gắn dính với nhau, tạo thành vòm miệng mềm và lưỡi gà.

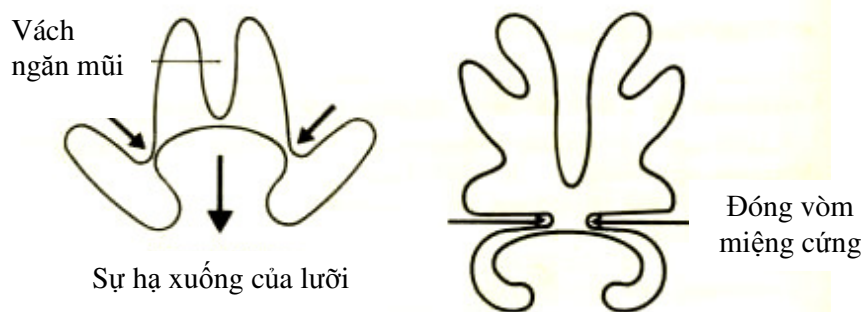
Bờ sau của 2 nụ ngang trước gắn dính với bờ trước của 2 nụ ngang sau, tạo thành sự liên tục của vòm miệng.

Nếu vì một nguyên nhân nào đó (nội tại hoặc ngoại lai) tác động vào, làm ngưng trệ quá trình phát triển và gắn dính của các nụ mặt, sẽ dẫn đến các khe hở dị tật bẩm sinh hàm mặt tương ứng. Từ thuyết trên ta có thể có những loại khe hở sau:

- Khe hở môi bên hàm trên: nụ hàm trên không dính nụ mũi trong
- Khe hở môi giữa hàm trên: 2 nụ không dính nhau
- Khe hở chéo mặt: nụ mũi ngoài không dính nụ hàm trên
- Khe hở ngang mặt: nụ hàm trên không dính nụ hàm dưới
- Khe hở môi dưới: 2 nụ hàm dưới không dính nhau
- Khe hở vòm miệng cứng: 2 nụ ngang trước không dính
- Khe hở vòm miệng mềm: 2 nụ ngang sau không dính

Lưu ý:

- Có thể khe hở môi mà không có khe hở hàm, nhưng ngược lại thì không thể
- Có thể có khe hở vòm miệng mềm mà không có khe hở vòm miệng cứng, nhưng ngược lại thì không thể.



Hình 8.2: Sự hình thành của vòm miệng thứ phát (Formation du palais secondaire) [26]

2.3. Nguyên nhân

Có hai loại nguyên nhân: ngoại lai và nội tại

Theo Dimitrieva (1964) liệt kê nguyên nhân sinh bệnh như sau :

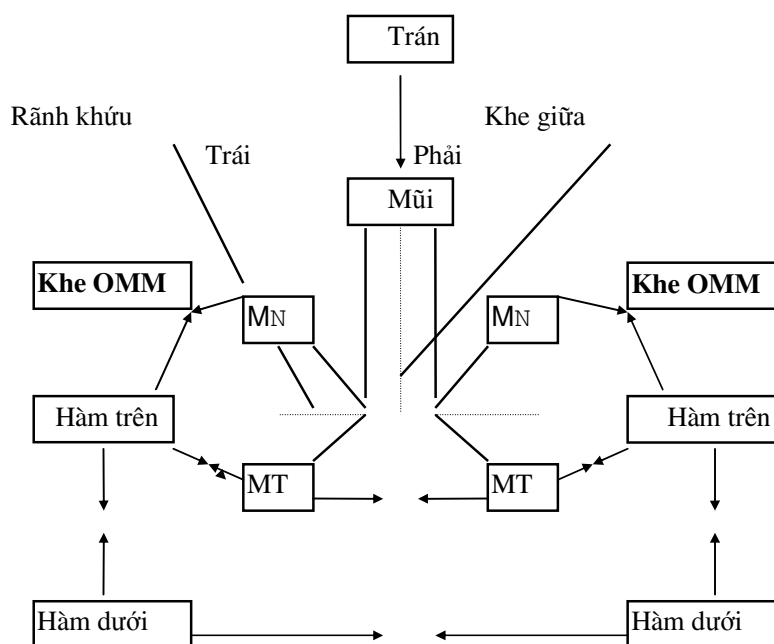
2.3.1. Nguyên nhân ngoại lai

- Yếu tố lý học: cơ học, nhiệt, phóng xạ
- Yếu tố hóa học: thiếu oxy, suy dinh dưỡng, rối loạn nội tiết, nhiễm chất độc (Teratogen)
- Yếu tố sinh vật: virus, vi khuẩn và độc tố, ký sinh trùng.
- Yếu tố thần kinh

2.3.2. Nguyên nhân nội tại

- Yếu tố di truyền
- Sự không hoàn chỉnh về mặt sinh vật của tế bào sinh dục
- Ảnh hưởng của tuổi và nòi giống

Theo Rosenthal, nguyên nhân ngoại lai chiếm 70% trường hợp (kể cả những yếu tố không biết), còn 30% là những yếu tố nội tại.



Sơ đồ 8.1: Sự hình thành vòm miệng sơ phát

Ở Việt nam, theo khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện Việt Đức năm 1971 vấn đề sức khỏe của người mẹ chiếm tỷ lệ cao 71,4%. Trong đó bị cúm chiếm 67,1%

Gabka phân tích trên 2500 bệnh nhân khe hở môi và khe hở vòm miệng thấy:

- Không thấy nguyên nhân	:	23,2%
- Di truyền	:	15,1%
- Hoảng sợ chung	:	10,9%
- Mẹ trên 40 tuổi	:	6,7%
- Hay chảy máu khi mang thai	:	5,1%
- Nhiễm độc rau thai	:	6,7%
- Mắc bệnh do virus thời kỳ mang thai	:	3,4%

3. LÂM SÀNG

3.1. Phân tích và phân loại

- Phái tính: nữ ít hơn nam, theo Rosenthal, tỷ lệ 2/3 (nữ/nam). Ở Việt nam (Bệnh viện Việt Đức) trong 1477 trường hợp nam chiếm 56,5%, nữ chiếm 43,5%.

- Phía khe hở: bên trái nhiều hơn bên phải (gấp 2,5 lần)

- Độ lớn của khe hở: hiện nay thường dùng danh từ toàn bộ và không toàn bộ, để chỉ độ lớn của khe hở môi và vòm miệng. Năm 1964, Bethman và năm 1966, Burian có sử dụng lối chia độ: độ 1, độ 2, độ 3. Trong đó, độ 1 và độ 2: không toàn bộ; độ 3: toàn bộ

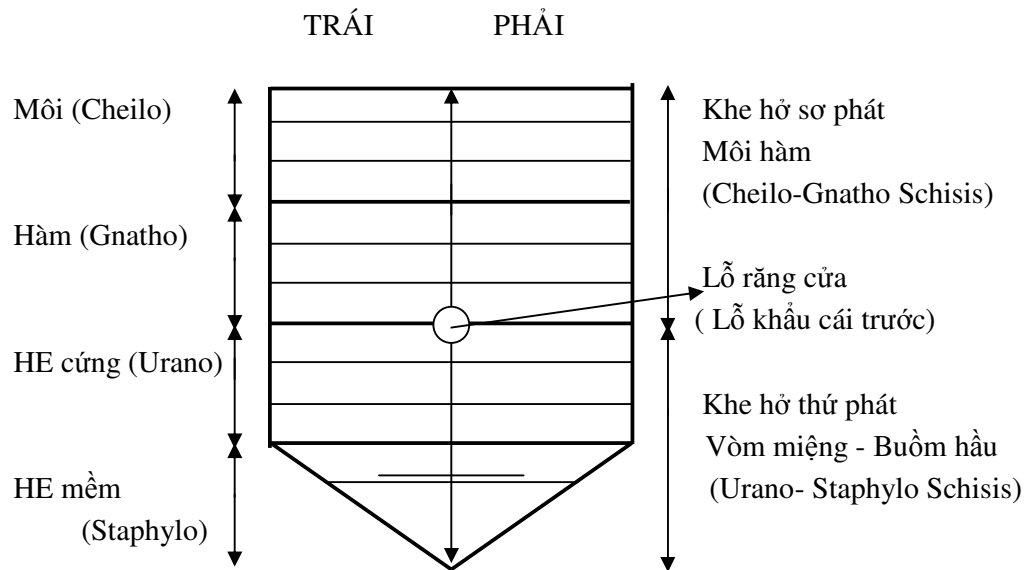
3.2. Các loại khe hở bẩm sinh vùng hàm mặt

Theo Kernahan và Stark (Mỹ 1958) có bốn loại lớn trong các khe hở bẩm sinh hàm mặt. Điểm cơ bản của phân loại này là phù hợp với bào thai học, lấy lỗ khẩu cái trước làm ranh giới, phần trước là vòm miệng tiên phát (nguyên phát) gồm môi và máu hàm, phần sau là vòm miệng thứ phát gồm vòm miệng cứng và buồm hầu (vòm miệng mềm)

3.2.1. Khe hở sơ phát môi và hàm (Cheilo-Gnatho Schisis):

- Khe hở môi: khe hở ở phần môi đỏ và da, không tổn thương phần xương máu hàm

- + Mức độ nhẹ: môi đỏ có khuyết hướng lên trên, độ 1/3
 - + Mức độ trung bình: Khe hở liên quan đến môi đỏ và nửa phần da của môi trên, độ 2/3
 - + Mức độ nặng: môi trên toàn bộ bị chia từ môi đỏ đến hốc mũi, thường gọi là khe hở môi toàn bộ, độ 3/3. Trường hợp này có biến dạng cánh mũi.
 - Khe hở hàm: Phần xương trước lỗ răng cửa (lỗ khẩu cái trước)
 - + Mức độ nhẹ: vùng răng cửa bên hàm trên có vết hằn nhẹ
 - + Mức độ trung bình: có khe hở vùng xương ổ răng
 - + Mức độ nặng: khe hở xương đến lỗ răng cửa
- 3.2.2. Khe hở thứ phát vòm miệng cứng và buồm hầu (Urano-Staphylo Schisis)
- Khe hở buồm hầu (vòm miệng mềm)
 - + Khe hở lưỡi gà
 - + Khe hở lưỡi gà và 1/3 giữa vòm miệng mềm
 - + Khe hở vòm miệng mềm toàn bộ
 - Khe hở vòm miệng cứng:
 - + Khe hở đến 1/3 sau
 - + Khe hở đến 1/3 giữa
 - + Khe hở vòm miệng đến lỗ răng cửa
- 3.2.3. Khe hở phối hợp môi và vòm miệng
- 3.2.4 Khe hở đặc biệt khác ít thấy trên mặt: khe hở môi trên giữa, khe hở môi dưới, khe hở ngang mặt, khe hở chéo mặt.



Sơ đồ 8.2: Phân loại khe hở môi và vòm miệng theo Kernahan và Stark (Mỹ, 1958)

3.3. Chẩn đoán

Để chẩn đoán đầy đủ và đúng cần phân tích và đánh giá những yếu tố sau:

- Phía bên của khe hở: Một bên (phải hoặc trái), cả hai bên. Có khi người ta còn gọi là đơn hoặc kép
- Mức độ nhiều hay ít của khe hở: Không toàn bộ, toàn bộ, hoặc độ 1, độ 2, độ 3
- Sơ bộ nêu được một nguyên nhân có khả năng nhất.

Thí dụ, Khe hở môi toàn bộ nghi do virus cúm; khe hở môi độ một hai bên nghi do yếu tố di truyền...

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc cơ bản của điều trị khe hở môi và vòm miệng

Trong việc điều trị các bệnh nhân khe hở bẩm sinh hàm mặt, phải phối hợp nhiều chuyên khoa. Do đó, ngày nay có danh từ “Phức hợp điều trị bệnh nhân”. Trong đó chú ý cách thức điều trị, thời gian điều trị và sử dụng những kiến thức khoa học hiện đại nhất, phức hợp điều trị gồm:

4.1.1. Thời gian điều trị thích hợp

Việc “điều trị phức hợp” này kéo dài từ khi mới sinh, đến tuổi trưởng thành 20 - 25 tuổi, việc điều trị phẫu thuật có thể can thiệp vào lúc vài tháng tuổi, đến 1- 2 tuổi đối với khe hở môi và 2 - 5,6 tuổi đối với khe hở vòm miệng. Tuy nhiên, thời gian này còn tùy thuộc vào từng trường hợp lâm sàng và thể địa của bệnh nhân

4.1.2. Điều trị chỉnh hình

Có nghĩa là săn sóc và điều chỉnh để mang lại khớp cắn bình thường, qua các giai đoạn phát triển xương hàm. Điều trị này còn có tác dụng làm thay đổi 1 phần vẻ mặt và tiếng nói của bệnh nhân.

4.1.3. Điều trị phát âm

Là công việc khó khăn và phức tạp, bắt đầu từ lúc biết nói, trước lúc điều trị phẫu thuật. Sau điều trị phẫu thuật cần thiết phải tiếp tục điều trị phát âm cho đến tuổi trưởng thành

4.1.4. Điều trị phẫu thuật

Chủ yếu là các phương pháp mổ tạo hình môi và vòm miệng. Theo thời gian, phương pháp mổ khe hở môi và vòm miệng ngày càng phát triển và hiện nay các phương pháp mổ đã được cải tiến hoàn chỉnh như phương pháp Millard, Tennison, Barsky. Với các phương pháp này có thể đem lại cho bệnh nhân một vẻ thẩm mỹ khá hoàn hảo, tránh được phần nào sự mặc cảm về dị tật của người bệnh đối với xã hội

4.2. Giới thiệu các phương pháp phẫu thuật tạo hình môi

4.2.1. Nguyên tắc

- Lấp kín được khe hở
- Có hình thái bình thường về nhân trung, ranh giới da và làn môi đỏ; cung Cupidon, hình dáng cánh mũi.

4.2.2. Các phương pháp mổ

- Tạo hình bằng cách khâu giáp đơn thuần các bờ khe hở như phương pháp Veau, Rosenthal, Husson - Rose...
- Tạo hình bằng cách khâu giáp phức hợp các bờ khe hở (tạo hình chữ Z) theo phương pháp Tennison, Millard...

5. DỰ PHÒNG

Khe hở dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt là một dị tật khá phổ biến, mà nguyên nhân rất khó xác định cụ thể, đây là loại dị tật bẩm sinh làm ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ, tâm lý và chức năng phát âm, ăn uống, làm cho người bị dị tật luôn luôn có mặc cảm với mọi người trong xã hội. Việc điều trị cũng rất phức tạp, tốn kém và không được hoàn toàn như ý. Vì vậy, việc dự phòng để làm giảm tỷ lệ dị tật là rất đáng quan tâm, đặc biệt là việc giáo dục và khuyến cáo cho phụ nữ ở độ tuổi sinh con, cần lưu ý những yếu tố có nguy cơ gây dị tật như vấn đề: tuổi sinh con, nghề nghiệp, môi trường sống, tình trạng dinh dưỡng lúc mang thai, tình trạng tâm lý...

Việc điều trị, chăm sóc sớm và đúng cách các dị tật bẩm sinh hàm mặt, cũng góp phần trong việc dự phòng những rối loạn nặng thêm của dị tật. Cụ thể:

5.1. Dự phòng cấp 0

- Nhà nước cần có những chương trình làm sạch lại môi trường, đặc biệt là những vùng dân cư đã nhiễm thuốc khai quang trong chiến tranh
- Quan tâm đến chế độ bảo hộ lao động, tránh tai nạn lao động, tránh những chất độc trong nhà máy công xưởng sản xuất, chú ý về các chất phóng xạ và nhiệt độ
- Vận động nhân dân thực hiện tốt luật hôn nhân và tuổi sinh con hợp lý
- Tổ chức và vận động các hội đoàn trong xã hội, cùng với ngành y tế giúp đỡ về vật chất, tinh thần và điều trị sớm, đúng cách cho người bị dị tật bẩm sinh hàm mặt

5.2. Dự phòng cấp 1

Tuyên truyền và giáo dục cho phụ nữ tuổi sinh con có ý thức phòng, tránh những yếu tố nguy cơ có thể dẫn đến dị tật bẩm sinh hàm mặt cho thai nhi: vấn đề tuổi sinh con, dinh dưỡng trong lúc mang thai, tình trạng tâm lý, sang chấn cơ học, an toàn trong lao động...

5.3. Dự phòng cấp 2

- Hướng dẫn cho người mẹ có con bị dị tật bẩm sinh hàm mặt biết cách cho bú, ăn tránh sặc, quan tâm đến dinh dưỡng cho cháu nhỏ.
- Điều trị kịp thời và đúng cách các trường hợp dị tật bẩm sinh hàm mặt, để phục hồi được phần nào về thẩm mỹ và chức năng cho người bị dị tật, tránh được phần nào mặc cảm tâm lý cho người bệnh và thân nhân.

5.4. Dự phòng cấp 3

- Mổ lại các trường hợp có sẹo xấu, thiếu chiều rộng, chiều cao của môi để đem lại thẩm mỹ hoàn thiện hơn cho người bệnh
- Dạy phát âm đúng sau các trường hợp phẫu thuật môi và vòm miệng./.

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Tỷ lệ DTBS hàm mặt trung bình trên thế giới là

- A. 1%
- B. 1‰
- C. 10%
- D. 15 ‰
- E. 20 ‰

Câu 2: Trong các bệnh virus, bệnh nào có khả năng gây dị tật bẩm sinh cao nhất:

- A. Sởi
- B. Thủy đậu
- C. Cúm
- D. Sốt xuất huyết
- E. Viêm gan B

Câu 3: Khe hở DTBS hàm mặt thường gặp nhất là:

- A. Khe hở môi bên hàm trên
- B. Khe hở môi dưới
- C. Khe hở môi giữa
- D. Khe hở chéo mặt
- E. Khe hở ngang mặt

Câu 4: Khe hở vùng mặt nào sau đây hiếm gặp:

- A. Khe hở môi trên
- B. Khe hở hàm ếch mềm
- C. Khe hở môi dưới
- D. Khe hở hàm ếch cứng
- E. Khe hở phối hợp môi- hàm ếch

Câu 5: Theo Rosenthal, tỷ lệ DTBS hàm mặt giữa Nữ và nam (nữ/nam) là:

- A. 1/3
- B. 2/3
- C. 3/3
- D. 4/3
- E. 5/3

Câu 6: Chẩn đoán khe hở môi toàn bộ hai bên, có nghĩa là cả 2 bên đều bị tổn thương:

- A. Môi đỏ
- B. Môi đỏ và một phần da
- C. Môi đỏ và cả phần da đến hốc mũi
- D. Môi da đến hốc mũi và cả xương ổ răng
- E. Môi đỏ, phần da đến hốc mũi và cả xương ổ răng

Câu 7: Các phương pháp điều trị các khe hở môi - hàm ếch bao gồm:

- A. Chính hình xương hàm, răng
- B. Dạy phát âm
- C. Chăm sóc và nuôi dưỡng
- D. Phẫu thuật
- E. Tất cả đúng

Câu 8. Theo thuyết "Nụ mầm", khe hở môi bên hàm trên là do thiếu sự ráp nối giữa hai nụ mũi trong.

- A. Đúng
- B. Sai

Câu 9. Trong thực tế lâm sàng, nếu có khe hở cung răng thì luôn kèm theo khe hở môi.

- A. Đúng
- B. Sai

Câu 10. Phẫu thuật khe hở hàm ếch là một phẫu thuật phức tạp, chảy nhiều máu, hậu phẫu khó khăn. Vì vậy, tốt nhất nên phẫu thuật lúc 15 tuổi trở lên.

- A. Đúng
- B. Sai

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Trần Thuý Nga (2001), Nha Khoa Trẻ Em, NXB Y Học TP.HCM.
2. Bộ Môn RHM Đại Học Y Hà Nội (1979), Răng Hàm Mặt Tập 1, 2, 3, NXB Y Học

Chương 9

CÁC KHỐI U LÀNH TÍNH HAY GẶP Ở VÙNG MIỆNG - HÀM MẶT

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được triệu chứng các khối u lành tính hay gặp ở vùng miệng - hàm mặt.
2. Phân biệt được với khối u ác tính.
3. Chuyển bệnh nhân kịp thời đến các tuyến có chuyên khoa phẫu thuật hàm mặt.

1. ĐẠI CƯƠNG

Vùng miệng - hàm mặt có thể có các u lành tính như u mạch máu, u xương v.v... và các u lành tính đặc hiệu khác như u lợi, u nguyên bào men (chỉ có ở xương hàm), u hỗn hợp tuyến nước bọt.

2. CÁC KHỐI U LÀNH TÍNH

2.1. U máu

2.1.1. Lâm sàng

U máu là u tạo bởi các mạch máu (động mạch, tĩnh mạch, mao mạch) tăng sinh. Có thể gặp u máu ở khắp nơi trên cơ thể nhưng ở vùng đầu, cổ, mặt nhiều hơn cả (theo J.M Friedman và MB Gormby, 50% trên vùng đầu cổ mặt. Theo Brooklyn 1973, trong các bệnh về hàm mặt, u máu là loại u lành hay gặp nhất, chiếm khoảng 10 - 15 % các trường hợp phẫu thuật).

Có nhiều loại u khác nhau, nhưng có chung một số triệu chứng lâm sàng như:

- Màu đỏ hay màu tím.
- Nổi gồ trên da hay niêm mạc, nếu ta bóp hay ấn u thì u xẹp, buông tay ra u lại phồng trở lại.
- U không đau.
- Nếu va chạm xây xát có thể gây chảy máu.
- Khi xây xát, có thể nhiễm trùng phụ và làm chảy máu nhiều gây nguy hiểm.

Căn cứ vào giải phẫu bệnh lý và dấu hiệu lâm sàng ta có thể gặp vài thể u máu sau đây:

- U máu phẳng (angiome plan): là những nốt đỏ trên da mặt, đa số bẩm sinh hay có từ lúc nhỏ, tuy không có gì nguy hiểm nhưng ảnh hưởng đến thẩm mỹ. Khi ấn tay vào u rất đỏ đổi thành màu trắng, buông tay u lại đỏ tím.
- U máu gồ (angiome tubéreux): gồ trên da từng chùm như chùm dâu.
- U máu dưới da: thường tạo thành các hang máu, chủ yếu do tĩnh mạch trở thành xơ, hang (caverneuse). Sự ứ đọng máu lâu ngày tạo thành các hạt sỏi trắng. Sờ u hơi chắc, thấy rõ các hạt sạn cứng rắn.

Chụp X quang thấy rõ các hạt sạn.

Chẩn đoán: Dựa vào màu sắc, sờ bóp u xẹp, có thể chọc hút ra máu.

2.1.2. Điều trị

- U máu phẳng có thể được cắt, ghép da hay dùng phương pháp áp lạnh bằng nitơ lỏng
- U máu gồ, u máu dưới da cũng có thể phẫu thuật cắt bỏ nếu u nhỏ, có ranh giới rõ. Nếu u to, ranh giới không rõ nguy hiểm nếu phẫu thuật, ta có thể tiêm gây xơ bằng thuốc tiêm xơ.
- Ở Việt Nam hay dùng huyết thanh mận ưu trương đun nóng lên 70 - 80°C và tiêm vào khối u. U máu cũng có thể điều trị bằng tia xạ.

2.2. U bạch mạch

Ít gặp hơn u máu (khoảng 1/3 nếu tính chung với u máu).

2.2.1. Lâm sàng

Có thể gặp ở lưỡi, ở má (da và niêm mạc), ở mặt và vùng dưới hàm, bên cổ, khác với u máu, u bạch mạch màu sắc da và niêm mạc trên u gần bình thường.

- U bóp không xẹp.
- U bạch mạch dễ bị nhiễm trùng phụ.
- Thể bệnh hay gặp nhất là u bạch mạch nang (kystique) gặp ở vùng dưới hàm, cạnh cổ ở trẻ sơ sinh, vài tháng tuổi.
- U phát triển nhanh, không nên chọc hút gây nhiễm trùng.

2.2.2. Chẩn đoán

U sờ mềm, lũng búng, bóp không xẹp, màu sắc da và niêm mạc trên u gần như bình thường.

2.2.3. Điều trị

Có thể tiêm gây xơ hay phẫu thuật cắt bỏ u.

2.3. U xương

Có thể là nguyên phát (từ tế bào tạo xương) hay thứ phát (từ tế bào tạo sụn hay tạo xơ) u phát triển chậm (hàng năm) làm mất cân đối mặt.

- Chụp phim X quang thấy xương nơi u đậm đặc.
- Chỉ mổ u xương theo lối đèo gọt bớt u theo yêu cầu thẩm mỹ.

2.4. U lợi răng

U có liên quan về bệnh sinh mật thiết với sự thay đổi kích tố nữ ở tuổi thiếu niên và phụ nữ mang thai.

2.4.1. Lâm sàng có ba thể bệnh

- U lợi xơ: mặt nhẵn, mật độ u đều, xương bình thường.
- U lợi sùi: màu đỏ sẫm, sùi, sờ mềm, hay chảy máu, u phát triển từ lợi ở kẽ hai răng, trên phim X quang thấy có dấu hiệu tiêu xương giữa hai huyết ổ răng. Thường gặp trên phụ nữ có thai, thường sau khi đẻ u tự biến đi.
- U lợi thể hạt: mềm màu đỏ sẫm.

2.4.2. Chẩn đoán u lợi dễ dựa vào hình thể và vị trí u.

2.4.3. Điều trị

Phẫu thuật cắt bỏ u và có khi phải nhổ răng và bấm bỏ phần xương mà u xâm lấn.

2.5. U liên bào men

2.5.1. Lâm sàng

Phát triển từ tế bào tạo men răng hình sao (améloblastome).

2.5.2. Giải phẫu bệnh lý u

Có thể có sự kết hợp các tế bào khác làm thành năm thể bệnh:

- U nguyên bào men thể nang
- + Bệnh nhân ở tuổi thanh niên hay trung niên.
- + Thường gặp ở ngành ngang xương hàm dưới.
- + U phát triển dần ngày càng to làm biến dạng mặt.
- + Sờ u có triệu chứng bóng nhựa (bóp u thấy như bóp quả bóng nhựa, bóng bàn - xẹp một vết lõm, nếu bóp nhẹ dưới tay thấy phồng trở lại.

- + Răng trên u lung lay.
- + Phim X. quang: hình ảnh nhiều nang.
- + Chọc hút ra dịch vàng có hạt cholesterin
- U xơ nguyên bào men: có thêm tế bào xơ, u phát triển chậm.
- U men tuyến (adéno - améloblastome) hay gặp ở hàm dưới vùng răng nanh.
- U răng xơ tuyến bào men (fibro - odonto - améloblastome).
- U răng nguyên bào men (odonto - améloblastome) hay u men đặc.

Phim X. quang là một khối cản quang có hình nhiều răng dính vào nhau.

Chẩn đoán u nguyên bào men dựa vào triệu chứng lâm sàng và phim X. quang.

2.5.3. Điều trị

Phẫu thuật nạo, hay cắt bỏ u cùng với một phần xương lành. U nguyên bào men dễ tái phát sau mổ. Có một số ca rất nhỏ trở thành u ác tính.

2.6. U hỗn hợp tuyến nước bọt

U do sự phát triển của liên bào túi tuyến và ống tiết với các tổ chức liên kết đệm, đôi khi có cả sụn. Rất hay gặp, chiếm 50 % trong số các u tuyến mang tai.

2.6.1. Lâm sàng

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

2.6.1.1. Giai đoạn đầu: kéo dài vài năm.

- Triệu chứng chức năng: không.
- Triệu chứng thực thể:
 - + U tròn nhỏ khoảng 1cm.
 - + Chắc đều, di động dễ lỏ ống sténon bình thường.
 - + Không có hạch.

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

- Triệu chứng chức năng:
 - + U thấy rõ, mất cân đối mặt.
 - + Không đau, không ảnh hưởng tới sức khỏe.
- Triệu chứng thực thể:
 - + 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.
 - + Sờ: u có chỗ rắn, chỗ mềm, ranh giới rõ, u ở nông, di động được.

2.6.1.3. Giai đoạn thoái hóa ác tính

- Triệu chứng chức năng: 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).

2.6.2. Điều trị

- Cần mổ sớm tránh tai biến liệt mặt. Nếu đã thoái hóa thì mổ cắt rộng, chịu liệt mặt và phải điều trị tia xạ, hay hóa trị liệu sau mổ.
- Chẩn đoán phân biệt các u lành kể trên với ung thư phần mềm hay phần xương.

- Các u lành không đau (trừ khi có nhiễm trùng kèm theo) không có hạch, thời gian tiến triển kéo dài, không hoặc rất ít ảnh hưởng đến sức khỏe và các bộ phận giải phẫu lân cận./.

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu 1. U máu phẳng là:

- A. Những u màu đỏ nổi trên mặt da
- B. Ấn vào không đổi thành màu trắng
- C. Đa số xuất hiện khi lớn tuổi
- D. Là những nốt đỏ trên mặt da
- E. Không ảnh hưởng đến thẩm mỹ.

Câu 2. U máu gồ:

- A. Là những nốt đỏ trên mặt da
- B. Ấn vào không xẹp
- C. Sờ không có mạch đập
- D. Gồ trên da từng chùm như chùm dâu
- E. Không ảnh hưởng đến thẩm mỹ

Câu 3. U máu dưới da:

- A. Chủ yếu do tĩnh mạch trở thành xơ, hang
- B. Không có sự ứ đọng máu
- C. Không tạo thành sỏi
- D. U rắn chắc
- E. Không có các hạt sạn cứng

Câu 4. U bạch mạch:

- A. Gặp nhiều hơn u máu
- B. Thường gặp ở da
- C. Thường gặp ở da và niêm mạc
- D. Thường gặp ở vùng má
- E. Ít bị nhiễm trùng

Câu 5. U lợi răng thường có các biểu hiện sau:

- A. U lợi xơ
- B. U lợi huỷ cốt bào
- C. Không liên quan đến sự thay đổi kích tố nữ
- D. X quang không thấy dấu hiệu tiêu xương.
- E. Ít gặp ở phụ nữ có thai.

Câu 6. U men đặc tạo răng thường xảy ra ở lứa tuổi sau:

- A. Mọc răng sữa
- B. Mọc răng vĩnh viễn
- C. Bẩm sinh
- D. Sau 20 tuổi
- E. Tuổi già.

Câu 7. U men thể nang tiến triển có đặc tính nào sau đây:

- A. Phát triển có giới hạn
- B. Phát triển không giới hạn
- C. Không tự thoái hóa ác tính
- D. Khó tái phát nếu cắt bỏ không hết.
- E. Không cho di căn xa khi có thoái hóa

Câu 8. U men đặc là một khối u cứng trong đó:

- A. Toàn là các răng dị dạng.
- B. Toàn là tổ chức men răng.
- C. Toàn là tổ chức men và ngà.
- D. Toàn là tổ chức men, ngà và các răng dị dạng.
- E. Toàn là tổ chức ngà răng.

Câu 9. Điều trị u men thể nang phải:

- A. Nhổ răng và dẫn lưu dịch nang.
- B. Nhổ răng và nạo vét tổ chức nang.
- C. Phẫu thuật nạo vét tổ chức nang và men
- D. Phẫu thuật cắt bỏ rộng ra xung quanh khối u.
- E. Phẫu thuật cắt bỏ rộng và nạo các hạch nghi ngờ.

Câu 10. U hỗn hợp tuyến nước bọt có tính chất sau:

- A. Rất ít gặp
- B. Chiếm 50% trong số các u tuyến mang tai
- C. Chiếm 70% trong số các u tuyến mang tai
- D. Chiếm 90% trong số các u tuyến mang tai
- E. Không phải do sự phát triển của liên bào túi tuyến và ống tiết với các tổ chức liên kết đệm, đôi khi có cả sụn.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Lê Hồng Liên (2003), Giáo Trình Nhổ Răng Tiêu Phẫu, Bộ môn RHM Trường ĐH Y Huế
2. Trần Văn Trường (2001), U Lành Tính Vùng Mặt, NXB Y Học.

Chương 10

UNG THƯ NIÊM MẠC MIỆNG

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được các tổn thương sớm của ung thư niêm mạc miệng.
2. Làm được các xét nghiệm đơn giản đối với một tổn thương nghi ngờ ác tính.
3. Chẩn đoán được ung thư niêm mạc miệng.

1. ĐẠI CƯƠNG

- Ung thư (K) vùng hàm mặt thuộc nhóm ung như đầu và cổ

Theo phân loại ung thư trên cơ thể người của Hội đồng ung thư thế giới năm 1970 ở Houston, K vùng hàm mặt bao gồm: K niêm mạc miệng, K xương hàm, K tuyến nước bọt, K da, K của tổ chức tạo máu. Trong đó K niêm mạc má là hay gặp nhất.

- K niêm mạc miệng là một tổn thương lộ ra ngoài nên dễ nhận thấy, dễ chẩn đoán và điều trị.

- K niêm mạc miệng là một tổn thương nằm ở phần trên của cơ quan tiêu hóa., dễ sang chấn tạo thành vòng xoắn bệnh lý làm cho tổn thương phát triển nhanh: tổn thương loét và sang chấn gây chảy máu, nhiễm trùng và loét. Có thể nói rằng ung thư niêm mạc miệng luôn gắn liền với chảy máu và nhiễm trùng.

- K niêm mạc miệng liên quan mật thiết với các cơ quan lân cận như xoang hàm, mũi, mắt, thần kinh.

- K niêm mạc miệng thường là K biểu mô

Hay gặp ở người trung tuổi, tiến triển tương đối chậm so với các ung thư khác như sacôm hoặc K của tổ chức tạo máu.

- K niêm mạc miệng giai đoạn đầu triệu chứng nghèo nàn, bệnh nhân thường đến muộn ở giai đoạn T3, T4 rất khó khăn cho điều trị và tiên lượng.

- K niêm mạc miệng thường chẩn đoán dễ dựa vào lâm sàng và tế bào học ... kết quả điều trị tùy thuộc từng bệnh nhân, tùy giai đoạn, và loại tế bào K.

- Giải phẫu bệnh lý

K niêm mạc miệng chủ yếu là ung thư biểu mô tế bào gai (90 %).

Xếp loại giải phẫu bệnh lý ung thư theo hệ thống TNM của Tổ chức quốc tế chống ung thư (UICC), gồm:

+ T (Tumor - khối u)

T0: Không có triệu chứng lâm sàng và X quang phát hiện ung thư.

T1: U khu trú ở nông, kích thước dưới 2 cm

T2: Kích thước u trên 2 cm mà không có thâm nhiễm xung quanh.

T3: Kích thước u trên 3- 4 cm có thâm nhiễm da và ít ở vùng lân cận.

T4: U lớn, đã xâm nhập các bộ phận lân cận.

+ N (Node - hạch vùng)

N0: không phát hiện được hạch.

N1: hạch nhỏ di động cùng bên

N2: hạch nhỏ di động 2 bên

N3: hạch to dính

+ M (Metastasis - di căn xa)

M0: không phát hiện được di căn

M1: có di căn xa

Nếu làm giải phẫu bệnh lý hạch thấy tế bào ung thư ghi thêm N+

2. DỊCH TỄ HỌC

Ở Việt Nam, K niêm mạc miệng chiếm khoảng 1,7 % tổng số các loại K, nếu tính cả ung thư lưỡi và môi tỷ lệ là 3,7 % (theo số liệu của Viện K Hà Nội, từ năm 1967-1971); theo số liệu của Nguyễn Văn Thụ từ 1957-1975, K niêm mạc miệng chiếm 18 %.

Ở nước ngoài: Mỹ 1968, K vùng miệng chiếm 2,5 %, Viện Roussy ở Pháp 1957: ung thư miệng chiếm 10 %.

Về giải phẫu bệnh lý: ở Việt Nam, K biểu mô chiếm 78,4 %; ở Pháp, K biểu mô chiếm 95% (Frank).

3. NGUYÊN NHÂN GÂY UNG THƯ

- Nguyên nhân do hóa chất như sản phẩm cacbua, nấm mốc, thuốc lá, thuốc trừ sâu.
- Nguyên nhân vật lý như tia X, phóng xạ, tia cực tím.
- Di truyền.
- Virus như Epstein Barr (EBV 1964) gây u lympho Burkitt và u vòm.
- Yếu tố địa lí, tập quán, sức đề kháng của cơ thể.

4. TRIỆU CHỨNG

4.1. Chức năng

Đau vùng tổn thương, đau ngày càng tăng. Ăn, nói khó khăn, chảy máu tự nhiên hoặc sau sang chấn. Răng lung lay ngày càng tăng.

Hội chứng tai mũi họng: ngạt tắc mũi, chảy máu mũi; to, dày môi trên và đau nhức vùng xoang. Triệu chứng này thường xuyên xảy ra một bên.

Hội chứng ở mắt: đau nhức mắt, lồi mắt, tắc lệ đạo, liệt, lác nhãn cầu.

4.2. Thực thể

4.2.1. Giai đoạn sớm

- Thể loét: vết loét nông, mềm ở niêm mạc, hoặc ở lợi quanh răng, vết loét phát triển rộng và sâu xuống xương hàm, vết loét có đáy được phủ một lớp giả mạc hoặc tổ chức hoại tử, bờ nham nhỡ, chạm vào dễ chảy máu.
- Thể sùi: tổ chức sùi như hoa súp lơ, dính chặt đáy, kèm theo loét hoại tử, chạm vào dễ chảy máu.
- Thể loét sùi: thường gặp ở các vị trí sau:

- + Ổ môi: đường viền da và niêm mạc.
- + Ổ niêm mạc má: ở giữa tương ứng cung răng, sau răng số 8.
- + Ổ sàn miệng - hai bên rãnh lưỡi.
- + Lưỡi: bờ bên 2/3 trước và 1/3 sau.
- + Vòm miệng: bờ bên, buồm hầu.

4.2.2. Giai đoạn muộn

Tổn thương ở niêm mạc lan ra tổ chức lân cận như xương hàm, xoang hàm, hố chân bướm hàm.

Tổn thương ở xương hàm, u lan ra phá hủy xương tạo u xương hàm, ranh giới không rõ, thâm nhiễm da, hạn chế há miệng, ngách lợi phồng, sùi loét, răng lung lay, miệng hôi thối, tổ chức sùi loét dễ chảy máu.

Tổn thương ở xoang hàm, ngạt tắc mũi, đau nhức vùng xoang một bên, sập hàm ếch, mặt trước xương hàm trên phồng có thể thâm nhiễm da. Khám thành bên mũi bị đẩy vào trong, có thể có tổ chức sùi qua lỗ thông ngách mũi giữa. Tổn thương ở xoang hàm có thể lan lên mắt gây các triệu chứng ở mắt, răng lung lay.

4.2.3. Di căn hạch

Hạch dưới hàm, di động hoặc dính là nơi hay di căn nhất. Hạch cạnh cổ dọc theo bờ trước cơ ức đòn chũm và hạch thượng đòn.

4.3. Triệu chứng cận lâm sàng

4.3.1. Nghiệm pháp xanh toluidin

Áp dụng cho những tổn thương nghi ngờ ác tính.

Tiến hành: bôi acid acetic 1% sau đó bôi xanh toluidin 1% chờ 10 giây đến 1 phút rửa lại bằng acid acetic 1%, kết quả mô có tổn thương bắt màu xanh.

Ưu điểm: xét nghiệm đơn giản, dùng để phát hiện sớm K niêm mạc miệng.

Nhược điểm: một số tổn thương viêm cũng bắt màu xanh.

4.3.2. Xét nghiệm tế bào bề mặt

Xét nghiệm này rất quan trọng đối với việc chẩn đoán sớm K niêm mạc miệng. Cơ sở của phương pháp này là những tế bào tróc ra từ khối u có cùng tính chất với tế bào u lấy bằng phương pháp sinh thiết.

Ưu điểm: đơn giản, kết quả sớm, làm ở nhiều vị trí một lúc, hướng cho sinh thiết đúng vị trí, tỷ lệ cao 90 %.

Nhược điểm: không xét nghiệm được tổn thương ở sâu hoặc lấy phải tế bào viêm bề mặt, muốn có kết quả chính xác phải làm sinh thiết.

Tiến hành: gạt bề mặt tổn thương bằng cây đè lưỡi nạo lấy tế bào lớp dưới, quét tế bào nạo được lên phiến kính - cố định bằng cồn 90 độ, gửi giải phẫu bệnh.

4.3.3. Phẫu thuật sinh thiết

Phẫu thuật sinh thiết nhằm chẩn đoán xác định ung thư, trước hoặc sau khi điều trị, tùy theo tổn thương ở nông hoặc sâu có thể làm ngay trên ghế khám hoặc ở trong phòng mổ. Bệnh phẩm sinh thiết yêu cầu đủ rộng 1 cm x 0,5 cm, tốt nhất là lấy giữa ranh giới tổ chức lành và tổ chức ung thư.

Bệnh phẩm được ngâm vào cồn 90 độ để cố định và gửi chuyên khoa giải phẫu bệnh.

4.3.4. X quang

Tùy từng bệnh nhân chọn các tư thế chụp phim: phim răng, tư thế mặt thẳng, hàm dưới chếch, Blondeau, Hirtz, Chụp Scanner (cắt lớp).

4.3.5. Các xét nghiệm cần thiết cho cơ quan nghi ngờ có di căn.

4.3.6. Các xét nghiệm thông thường: về máu, X quang tim phổi v.v... để đánh giá toàn trạng của bệnh nhân.

5. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào kết quả lâm sàng, X quang, tế bào học cần phải xác định:

- Vị trí, kích thước u.
- Tổ chức bị xâm lấn.
- Tế bào ung thư loại nào.
- Xếp loại theo TNM.
- Xếp theo giai đoạn.

6. ĐIỀU TRỊ

Tùy theo từng bệnh nhân, ở giai đoạn nào, K loại tế bào gì mà lựa chọn các phương pháp thích hợp.

6.1. Phương pháp phẫu thuật

Là phương pháp điều trị tốt nhất, nguyên tắc là

- Phẫu thuật rộng, cắt bỏ toàn bộ u và tổ chức lân cận bị xâm lấn.
- Phẫu thuật nạo vét hạch, cắt bỏ hết hạch dưới hàm, hạch dọc cơ ức đòn chũm.
- Phẫu thuật sớm kết quả sống trên 5 năm hơn 50 %.

6.2. Phương pháp tia xạ

Tia xạ có tác dụng tốt với ung thư tổ chức liên kết và ung thư biểu mô ít biệt hóa, hay tái phát, đối với ung thư biểu mô tia ít tác dụng, thường chỉ áp dụng những bệnh nhân không phẫu thuật được hoặc phẫu thuật không triệt để, có 3 loại tia sau: X, tia điện từ, tia radium.

Tia điều trị có thể gây loét da, hoặc tiêu xương, bạch cầu giảm, hồng cầu giảm. Vì vậy, điều trị tia phải theo dõi sát và chọn phương pháp điều trị thích hợp.

6.3. Phương pháp hóa trị liệu

Hóa trị liệu có nhược điểm là gây tổn thương cả tế bào lành. Gây giảm bạch cầu, viêm túi mật, rụng tóc v.v...

Hóa trị liệu được dùng trong những trường hợp: trước mổ để thu nhỏ u, không phẫu thuật được, phẫu thuật không triệt để, dùng hóa trị liệu có 3 đường: uống, động mạch, tĩnh mạch.

Hiện nay, các loại thuốc thường dùng là: Cyclophosphamid (Endoxan), Triethyleamino-benzochinon (Trenion).

6.4. Điều trị miễn dịch

Nguyên tắc: làm tăng sinh sản tế bào lympho T, tăng khả năng miễn dịch cơ thể.

Hóa chất: LH1, Eshlem, vỏ BCG.

6.5. Phẫu thuật lạnh

Nguyên tắc dùng nhiệt độ thấp để diệt tế bào K.

Dùng Ni tơ lỏng -196°C .

Kết quả tốt đối với ung thư da, hoặc K không còn khả năng phẫu thuật.

7. TIÊN LƯỢNG

Tiên lượng phụ thuộc vào:

- Giai đoạn sớm hay muộn.
- Loại tế bào K.
- Phương pháp điều trị.
- Sức đề kháng của cơ thể.

Để phát hiện sớm: trước một tổn thương nghi ngờ ác tính cần phải làm ngay các xét nghiệm cần thiết để chẩn đoán.

Trên thế giới K vùng miệng hàm mặt điều trị sống trên 5 năm là 35 %

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu 1. K niêm mạc là một tổn thương:

- A. Lộ ra bên ngoài nên dễ nhận thấy
- B. Chìm trong tổ chức khó nhận thấy
- C. Không liên quan đến cơ quan tiêu hóa
- D. Không liên quan đến cơ quan lân cận
- E. Không di căn

Câu 2. Xét nghiệm dùng để phát hiện sớm ung thư niêm mạc miệng là:

- A. Chụp X quang
- B. Xét nghiệm tế bào bề mặt
- C. Nghiệm pháp xanh Toluidin
- D. Phẫu thuật sinh thiết
- E. Siêu âm.

Câu 3. K niêm mạc thường di căn vào hạch nào nhất:

- A. Hạch thượng đòn
- B. Hạch cổ
- C. Hạch dưới hàm
- D. Hạch bờ trước cơ ức đòn chũm
- E. Hạch dưới lưỡi.

Câu 4. Triệu chứng chức năng của K niêm mạc:

- A. Đau vùng tổn thương, đau giảm dần
- B. Đau vùng tổn thương, đau tăng dần
- C. Không đau
- D. Không ảnh hưởng đến ăn, nói
- E. Không chảy máu tự nhiên

Câu 5. Triệu chứng thực thể của K niêm mạc giai đoạn sớm thể loét:

- A. Vết loét cứng ở niêm mạc
- B. Vết loét không ăn sâu xuống dưới
- C. Vết loét phát triển rộng và ăn sâu xuống dưới hàm dễ chảy máu
- D. Vết loét không có đáy
- E. Vết loét không chảy máu

Câu 6. Tính chất của thể sùi trong bệnh ung thư niêm mạc miệng là một:

- A. Tổ chức sùi như hoa súp lơ, không dính đáy
- B. Tổ chức sùi như hoa súp lơ, không kèm loét
- C. Tổ chức sùi như hoa súp lơ, không dễ chảy máu
- D. Tổ chức sùi như hoa súp lơ, dính chặt đáy
- E. Tổ chức sùi như hoa súp lơ, dính chặt đáy, dễ chảy máu

Câu 7. Thể loét sùi thường gặp ở các vị trí sau:

- A. Ở môi, niêm mạc môi trên.
- B. Ở niêm mạc má: trước răng số 8 .
- C. Ở sàn miệng, sau rãnh lưỡi
- D. Ở lưỡi, bờ bên 2/3 trước và 1/3 sau
- E. Ở vòm miệng, chủ yếu là hàm ếch mềm

Câu 8. Điều trị K niêm mạc phương pháp tốt nhất là:

- A. Kháng sinh, chống viêm
- B. Tia xạ
- C. Hóa trị liệu
- D. Phẫu thuật
- E. Điều trị miễn dịch

Câu 9. Xét nghiệm tế bào bề mặt để chẩn đoán sớm K niêm mạc là:

- A. Lấy ở lớp sâu của tổn thương.
- B. Lấy ở ranh giới tổn thương.
- C. Lấy ở lớp dưới của tổn thương.
- D. Lấy ở bề mặt của tổn thương
- E. Lấy cả tổ chức lành và bệnh lý.

Câu 10. Phẫu thuật để làm sinh thiết K niêm mạc, bệnh phẩm lấy được phải:

- A. Nhỏ hơn 0.5 cm
- B. Rộng 1cm x 0.5 cm
- C. Lấy ở chính giữa tổn thương
- D. Lấy ở bề mặt tổn thương
- E. Lấy ở ngoài tổn thương.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Trần Văn Quả (2005), Giáo Trình Phẫu Thuật Hàm Mặt, Khoa RHM Trường ĐH Y Huế
2. Trần Văn Trường (2002), U Ác Tính Vùng Miệng-Hàm Mặt, NXB Y Học.

Chương 11

CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG BAN ĐẦU

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được định nghĩa và ý nghĩa của chăm sóc răng miệng ban đầu.
2. Liệt kê được các nội dung chăm sóc răng miệng ban đầu.
3. Phối hợp tổ chức được các hoạt động chăm sóc răng miệng tại cơ sở.

Bệnh răng miệng là bệnh phổ biến ở nước ta, tỷ lệ mắc bệnh khá cao. Theo điều tra sức khoẻ răng miệng của toàn quốc năm 2000, tỷ lệ sâu răng sữa của trẻ từ 6 - 8 tuổi là 85%, tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn của trẻ 12 - 14 tuổi là 64%, 15 - 17 tuổi là 68,6%, tỷ lệ viêm nướu của thanh niên từ 15 - 17 tuổi 93,53%, tỷ lệ viêm nha chu của người trên 45 tuổi là 98,95% . Vì vậy, chúng ta không thể dùng biện pháp cá nhân, cụ thể là không thể chỉ có bác sĩ khám và chữa răng, lấy cao cho bệnh nhân bị đau răng và viêm lợi (nướu)... không thể chỉ giải quyết bằng cách đào tạo cán bộ, trang bị máy móc dụng cụ nha khoa... để có thể làm giảm tỷ lệ bệnh, mà cần phải dùng biện pháp y tế cộng đồng để giải quyết bệnh răng miệng.

Song song với việc điều trị răng miệng và làm răng giả, chúng ta cần đẩy mạnh các biện pháp phòng bệnh răng miệng, mà chăm sóc sức khoẻ răng miệng ban đầu là một khái niệm mang tính phòng bệnh và là một biện pháp y tế cộng đồng, đáp ứng được yêu cầu của cộng đồng, đem lại sức khoẻ cho toàn dân với nguồn tài chính giới hạn đồng thời có thể thực hiện ở mọi mức độ xã hội (đã, đang và kém phát triển). Có làm được công tác chăm sóc răng miệng ban đầu chúng ta mới mong giải quyết một cách cơ bản, đúng đắn vấn đề răng miệng từ nay về sau.

1. ĐỊNH NGHĨA

Chăm sóc răng miệng ban đầu (CSRMBĐ) là sự định bệnh và dự phòng các bệnh răng miệng, sử dụng các kỹ thuật tại chỗ có sẵn đặt căn bản trên sự hợp tác toàn diện và sự tham gia của cộng đồng, dự phòng vấn đề răng miệng khẩn cấp trong cộng đồng, nhằm vào việc giảm đau và duy trì sức khoẻ răng miệng tốt.

Chăm sóc sức khoẻ răng miệng là tìm cách, tìm phương tiện phòng bệnh, nâng cao sức khoẻ có sẵn và phân đầu giảm số bệnh tật, chứ không chỉ giúp cho bệnh nhân khi bị đau.

2. NGUYÊN TẮC CỦA CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG BAN ĐẦU

2.1. Phân bố hợp lý

Trong cộng đồng không bao giờ mọi người có cùng mức độ về sức khoẻ răng miệng, thông thường những người ở tầng lớp thấp, trình độ thấp ít có điều kiện và cơ hội chăm sóc sức khoẻ, hoặc những cộng đồng mắc bệnh nhiều và có nhu cầu cao cũng ít được chăm sóc nhất, cho nên chăm sóc sức khoẻ răng miệng ban đầu là sử dụng nhân viên chăm sóc ngay tại nơi họ đang công tác và sinh sống, họ làm cầu nối giữa nhân dân với các cơ sở khám chữa bệnh, thay thế các bác sĩ thực hiện các biện pháp xử lý nha khoa đơn giản đồng thời họ kết hợp với hệ thống chăm sóc sức khoẻ chung nên được hỗ trợ. Vì vậy, mọi người đều có cơ hội được phục vụ sức khoẻ răng miệng như nhau từ mức thấp đến mức cao nhất.

2.2. Liên quan đến cộng đồng

Cần phải có sự tham gia của cộng đồng thì hoạt động chăm sóc răng miệng ban đầu mới thành công, muốn thế cần phải tạo lòng tin ở cộng đồng, phải hiểu tập quán của cộng đồng về sức khoẻ nói chung và sức khoẻ răng miệng nói riêng, phải đáp ứng được nhu cầu cụ thể của cộng đồng...thì mới chuyển biến được nhận thức tư tưởng của cộng đồng và có sự ủng hộ, đồng

thời phải có sự hợp tác của lãnh đạo và các ban ngành đoàn thể chính sách, chi phí phù hợp cho cộng đồng.

2.3. Tập trung vào dự phòng và tăng cường sức khoẻ

Dự phòng và tăng cường sức khoẻ là khái niệm của chăm sóc sức khoẻ, nó không chỉ đơn thuần là vật chất (trang bị máy móc, dụng cụ, thuốc men...) mà còn về tinh thần (sự hiểu biết, niềm tin...).

Tăng cường sức khoẻ là một trong những chiến lược dự phòng quan trọng cung cấp thông tin, các chỉ dẫn, phương pháp..., để nhân dân biết cách xử lý đối với những vấn đề có lợi hay có hại cho sức khoẻ.

2.4. Kỹ thuật thích hợp

Chăm sóc răng miệng ban đầu sử dụng kỹ thuật thích hợp sẵn có của địa phương càng nhiều càng tốt. Thí dụ: trám răng không sang chấn (ART) thích hợp cho điều trị sâu răng giai đoạn sớm, chi phí thấp, thực hiện được ở mọi nơi, kỹ thuật đơn giản, cá nhân và cộng đồng có thể thanh toán được. Không cần kỹ thuật cao, trang thiết bị đắt tiền chỉ phục vụ cho một số người.

2.5. Phối hợp nhiều ngành

Chiến lược cải thiện sức khoẻ răng miệng phải quan tâm đến toàn cộng đồng vì vậy liên quan đến nhiều ngành, và sự phối hợp của nhiều ngành mới đưa đến thành công. Thí dụ: chương trình Fluor hoá nước máy cần sự phối hợp của Chính quyền, công nghệ môi trường, công ty cấp nước, vệ sinh y tế cộng đồng, hoá học, dinh dưỡng, tài chính. Chương trình Nha học đường cần sự phối hợp giữa hai ngành giáo dục và y tế.

III. NỘI DUNG CỦA CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG BAN ĐẦU

Dựa vào 8 nội dung quản lý sức khoẻ toàn dân và 8 nội dung chăm sóc sức khoẻ ban đầu trong tuyên ngôn Alma Ata, ngành RHM đã đề ra 8 nội dung chăm sóc răng ban đầu ở Việt Nam:

- Giáo dục nha khoa để bảo vệ răng, lợi phòng bệnh sâu răng, nha chu, ung thư.
- Ăn uống cân bằng và hợp lý (giảm kẹo dính, giảm ăn vặt).
- Sử dụng rộng rãi Fluor để phòng bệnh sâu răng.
- Dạy chải răng cho mẫu giáo, khám và điều trị định kỳ cho học sinh phổ thông cơ sở (nha học đường).
- Chữa bệnh thông thường như sâu răng, nha chu, cấp cứu hàm mặt.
- Bảo đảm thuốc tối thiểu ở xã: thuốc cấp cứu, giảm đau.
- Cải tạo môi trường nước uống có Fluor.
- Khám định kỳ cho học sinh và nhân dân để phát hiện bệnh sớm.

8 nội dung trên, được thực hiện thành 2 mạng lưới:

3.1. Mạng lưới dự phòng bệnh răng miệng

Là nội dung quan trọng nhất nhằm hạn chế tối đa bệnh răng miệng xảy ra, các dịch vụ sức khoẻ răng miệng (SKRM) dự phòng có mục đích loại trừ hoặc giảm thiểu bệnh răng miệng chấp nhận được trong cộng đồng gồm:

3.1.1. Fluor hoá nước uống nơi và khi có thể thực hiện được kết hợp Fluoride toàn thân và tại chỗ.

3.1.2. Trám bít hố rãnh bằng Sealant cho bệnh nhân có nguy cơ

3.1.3. Giáo dục sức khoẻ răng miệng

- Nội dung: nhấn mạnh vào vai trò của mảng bám trong nguyên nhân các bệnh răng miệng, dạy về kiểm soát mảng bám, các thông tin về SKRM, dinh dưỡng, phát hiện bệnh sớm.

- Nhân sự: sử dụng nhân viên y tế cộng đồng, đào tạo người tại địa phương, tập huấn cho các thầy cô giáo ở các trường học...

- Để thực hiện mạng lưới dự phòng, biện pháp lớn hiện nay:

+ Phát triển mạng lưới nha học đường

+ Chương trình Fluor hoá phòng bệnh sâu răng

+ Kiểm soát chế độ ăn uống cân bằng hợp lý

3.2. Mạng lưới điều trị khẩn bệnh răng miệng

- Giảm đau

- Ngăn chặn nhiễm trùng và chuyển tuyến trên

- Cấp cứu chấn thương hàm mặt

Thực hiện được 8 nội dung này ở các tuyến cơ sở (trường học, xã, cơ quan, xí nghiệp...) là thực hiện được khẩu hiệu y tế gần dân và chăm sóc được hơn 80% dân số.

3.3. Nội dung chăm sóc răng miệng ban đầu tại Việt Nam

3.3.1. Giáo dục SKRM dự phòng bệnh sâu răng, nha chu và ung thư

- Nguyên nhân của các bệnh răng miệng, nhấn mạnh vai trò của mảng bám răng

- Các phương pháp vệ sinh răng miệng để loại trừ và kiểm soát mảng bám răng.

- Vấn đề dinh dưỡng, chế độ ăn đối với bệnh răng miệng

- Triệu chứng chính của các bệnh răng miệng để phát hiện bệnh sớm

3.3.2. Tăng cường sử dụng Fluor ở mọi nơi khi có thể thực hiện được để dự phòng bệnh sâu răng

- Fluor hoá nước uống (khi nước ở nơi đó có nồng độ Fluor < 0,7 ppm)

- Súc miệng với NaF 0,2% 1tuần/1lần

- Sử dụng kem đánh răng có Fluor

- Muối ăn có Fluor

- Uống viên Fluor

3.3.3. Phát triển mạng lưới nha học đường và dạy chải răng cho nhà trẻ, mẫu giáo

3.3.4. Điều trị một số bệnh thông thường: sâu răng (trám răng), viêm nướu (lấy cao)

3.3.5. Lập tủ thuốc tối thiểu ở xã: thuốc cấp cứu, giảm đau

3.3.6. Khám răng định kỳ và lập hồ sơ nha bạ.

4. CÁC HÌNH THỨC TỔ CHỨC

4.1. Chương trình nha học đường

Đây là chương trình chăm sóc sức khoẻ răng miệng cho trẻ em tại trường, trường học là môi trường tốt nhất để làm công tác chăm sóc vì đa số trẻ em đều đi học, học sinh nghe lời cô giáo hơn phụ huynh lại có bạn bè làm gương tốt lẫn nhau. Chương trình này được nhiều nước trên thế giới thực hiện và có hiệu quả, cho nên công tác nha học đường với các nội dung giáo dục nha khoa, khám, chữa, nhổ răng và áp dụng các biện pháp dự phòng, sẽ vận động phong trào trẻ em tự bảo vệ răng đồng thời là tuyên truyền viên tốt trong gia đình và bạn bè. Thực hiện được chương trình này sẽ thuận lợi hơn ở bệnh viện và các cơ sở y tế vì “ thầy thuốc tìm bệnh nhân “, vì uy tín của thầy cô giáo, vì ý thức tập thể, tinh thần thi đua của học sinh.

Ở Việt Nam hiện nay, chương trình này đã được triển khai rộng khắp và có những trường đào tạo cán bộ làm công tác này.

4.2. Chương trình phòng bệnh nha chu cộng đồng

Bệnh nha chu là bệnh nhiều người mắc trong hầu hết cộng đồng, bệnh gây đau đớn, giảm chức năng nhai, ảnh hưởng quan hệ xã hội và chi phí điều trị tốn kém.

Chăm sóc sức khỏe nha chu bao gồm dự phòng, điều trị, sửa chữa và phục hồi, nhằm bảo tồn chức năng và thẩm mỹ của hàm răng trong suốt đời sống. Gồm 4 loại hình chăm sóc:

- Điều trị khẩn: kết hợp điều trị khẩn bệnh răng miệng hay toàn thân.
- Chăm sóc mức độ 1: giáo dục cộng đồng nhằm mục đích gia tăng kiến thức về sức khỏe nha chu, cung cấp thông tin để mọi người tự phòng ngừa bệnh.
- Chăm sóc mức độ 2: gồm chăm sóc mức độ 1 cộng với việc hỗ trợ bệnh nhân tự chăm sóc, có thể lấy cao răng trên nước.
- Chăm sóc mức độ 3: gồm mức độ 1,2, và giải quyết các vấn đề của bệnh nha chu như lấy cao răng trên nước, dưới nước, theo dõi, giám sát định kỳ.
- Chăm sóc mức độ 4: gồm mức độ 1,2,3 và các biện pháp điều trị nha chu phức tạp do chuyên viên nha chu phụ trách

4.3. Chương trình phòng và phát hiện sớm ung thư vùng miệng-hàm mặt

Ung thư là một vấn đề thời sự hiện nay của y học hiện đại, ung thư đe dọa tính mạng và gây ám ảnh lo âu cho hàng triệu người trên thế giới. Ung thư miệng, hàm mặt là tổn thương dễ phát hiện sớm và có khả năng điều trị thành công vì vậy cần tổ chức chương trình phòng chống ung thư bằng các biện pháp:

- Tuyên truyền và giáo dục cho cộng đồng những hiểu biết về ung thư vùng miệng, hàm mặt, những biện pháp dự phòng, theo dõi phát hiện tổn thương nghi ngờ ung thư (những vết loét ở niêm mạc má, môi, lưỡi, những mảng bạch sản, u nhú...).
- Phổ biến và tổ chức cho các thầy thuốc ở tuyến cơ sở những biện pháp và kinh nghiệm phát hiện sớm những tổn thương nghi ngờ ung thư.
- Xử trí sớm những tổn thương có thể thoái hoá ác tính hoặc những tổn thương tiền ung thư.

5. ĐIỀU HÀNH CHƯƠNG TRÌNH CHĂM SÓC RĂNG BAN ĐẦU (CSRBD)

5.1. Lập kế hoạch

5.1.1. Thu thập thông tin

- Xác định tình trạng răng miệng, nhu cầu điều trị khẩn.
- Đánh giá nồng độ Fluor trong nước uống.
- Thu thập các yếu tố liên quan: kinh tế, xã hội, văn hoá, đời sống, phong tục, tập quán...
- Các điều kiện thông tin tuyên truyền.

5.1.2. Chọn thành viên của cộng đồng: nên chọn người tại địa phương để huấn luyện thành nhân viên sức khỏe cộng đồng sẽ phản ảnh đúng tình hình của cộng đồng

5.1.3. Đề ra mục tiêu chính và mục tiêu phụ, nội dung và biện pháp thích hợp.

5.2. Tổ chức

5.2.1. Tuyển cơ sở: y tế địa phương, nhân viên không chuyên khoa

- Khám ban đầu và giáo dục sức khỏe răng miệng.
- Phòng bệnh, điều trị cấp cứu (giảm đau...).
- Chăm sóc răng miệng phổ cập (lấy cao, nhổ răng lung lay...).

5.2.2. Tuyển hỗ trợ 1: y tế quận, huyện, nhân viên chuyên khoa

- Giám sát hoạt động tuyến cơ sở.
- Phòng bệnh với kỹ thuật cao hơn.
- Điều trị răng miệng với ghế máy chuyên khoa.

5.2.3. Tuyển hỗ trợ 2: bệnh viện có chuyên viên RHM.

- Quản lý chương trình.
- Điều trị với kỹ thuật cao hơn.

5.3. Nguồn tài chính

Người lập kế hoạch cần biết:

- Nguồn tài chính cho chương trình là bao nhiêu? Ai cấp? Ai tài trợ?...
- Xác định đối tượng và vùng ưu tiên cần triển khai chương trình.
- Lập quỹ cho chương trình.
- Sử dụng, chi tiêu tiền bạc hợp lý và thận trọng.
- Vận động tài chính thêm ở các nhà hảo tâm, đoàn thể.

5.4. Những trở ngại cho chương trình

Sự thực hiện bất cứ một chương trình chăm sóc sức khoẻ nào cũng có những yếu tố ảnh hưởng đến sự thành công hay thất bại, cho nên những trở ngại thường gặp đối với chương trình CSRMBĐ là:

- Nhân dân chưa hiểu biết về sức khoẻ răng miệng.
- Đánh giá sai tình hình răng miệng và nhu cầu điều trị.
- Cộng đồng không tham gia.
- Có sự ngăn cách giữa nhân viên y tế và người dân.

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Sử dụng nhân viên chăm sóc ngay tại nơi họ đang công tác và sinh sống thuộc nguyên tắc nào sau đây:

- A. Liên quan đến cộng đồng
- B. Phân bố hợp lý
- C. Tăng cường sức khỏe
- D. Kỹ thuật thích hợp
- E. Phối hợp nhiều ngành

Câu 2. Để tăng cường sức khỏe cho cộng đồng cần:

- A. Trang bị máy móc hiện đại
- B. Trang bị dụng cụ đầy đủ
- C. Trang bị thuốc men đầy đủ
- D. Giáo dục sức khỏe răng miệng
- E. Tạo niềm tin cho cộng đồng

Câu 3. Để tạo lòng tin ở cộng đồng, chúng ta cần phải:

- A. Đáp ứng được nhu cầu cụ thể của cộng đồng
- B. Phải hiểu thói quen của cộng đồng
- C. Phải nắm được mô hình sức khỏe của cộng đồng
- D. Có sự hợp tác của lãnh đạo và các ngành
- E. Có sự ủng hộ của đoàn thể

Câu 4. Trong giáo dục sức khỏe răng miệng, để phòng bệnh sâu răng và nha chu, cần nhấn mạnh điều gì?

- A. Chế độ ăn
- B. Dinh dưỡng
- C. Triệu chứng sớm của bệnh
- D. Vai trò của mảng bám răng
- E. Vệ sinh răng miệng

Câu 5. Trường hợp nào sau đây nằm trong mạng lưới điều trị khẩn bệnh răng miệng:

- A. Trám bít hố rãnh
- B. Trám răng sâu ngà
- C. Lấy cao răng
- D. Cấp đơn thuốc
- E. Giảm đau

Câu 6. Để thực hiện mạng lưới dự phòng bệnh răng miệng, biện pháp lớn hiện nay:

- A. Phát triển mạng lưới nha học đường
- B. Đào tạo gấp nhân viên y tế cộng đồng
- C. Tăng cường đào tạo bác sĩ răng hàm mặt
- D. Trám bít hố rãnh
- E. Tổ chức khám răng định kỳ

Câu 7. Hướng dẫn bệnh nhân tự chăm sóc sức khỏe nha chu cho bản thân thuộc loại thuộc loại hình chăm sóc mức độ nào:

- A. 1
- B. 2
- C. 3
- D. 4
- E. Khẩn

Câu 8. Để điều hành chương trình chăm sóc răng ban đầu cần phải làm gì trước tiên:

- A. Lập kế hoạch
- B. Tìm nguồn tài trợ
- C. Tổ chức khám điều tra
- D. Huấn luyện nhân viên sức khỏe cộng đồng
- E. Đánh giá nồng độ fluor

Câu 9. Tổ chức tuyến cơ sở nhằm chăm sóc răng ban đầu gồm nội dung nào sau đây:

- A. Điều trị răng miệng với ghế máy chuyên khoa
- B. Lấy cao, nhổ răng lung lay
- C. Fluor hóa nước công cộng
- D. Trám bít hố rãnh
- E. Lấy cao, trám răng, nhổ răng

Câu 10. Để lập kế hoạch cho chương trình chăm sóc răng ban đầu, ta không cần thu thập thông tin nào sau đây:

- A. Điều kiện của trạm xá
- B. Điều kiện thông tin tuyên truyền
- C. Điều kiện kinh tế, đời sống
- D. Xác định tình trạng bệnh
- E. Xác định nhu cầu điều trị khẩn

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Nguyễn Toại, Nguyễn Thúc Quỳnh Hoa, Lê Quý Thảo (2003), Giáo Trình Nha Cộng Đồng, Bộ môn RHM Trường ĐH Y Huế
2. Bộ Môn Nha Cộng Đồng Khoa Răng Hàm Mặt Đại Học Y Dược TP HCM (1995), Bài Giảng Nha Cộng Đồng

Chương 12

DỰ PHÒNG BỆNH RĂNG MIỆNG

Mục tiêu học tập

1. Áp dụng được một trong các biện pháp phòng bệnh
2. Hướng dẫn vệ sinh răng miệng đúng phương pháp trong điều kiện cụ thể.

1. MỞ ĐẦU

Bệnh răng miệng, trong đó chủ yếu là bệnh sâu răng và viêm nướu (lợi) vẫn là những bệnh phổ biến nhất của nhân loại, đây là những loại bệnh mang tính dịch tễ. Ở Việt Nam, tỉ lệ mắc bệnh còn cao và tăng dần theo tuổi.

Bảng 12.1: Điều tra cơ bản sức khỏe răng miệng quốc gia năm 1990-2000

TUỔI	SÂU RĂNG	VIÊM NƯỚU (LỢI)
12	57%	95%
15	60%	95,6%
35-44	72%	99,26%

Trong những năm qua, được sự quan tâm chỉ đạo của Bộ Y tế, sự phối hợp chặt chẽ của Bộ Giáo dục và Đào tạo, sự hưởng ứng tích cực của chính quyền..., nhiều chương trình chăm sóc và phòng bệnh cho cộng đồng đã được đặt ra. Mục tiêu phấn đấu đến năm 2000-2010 là:

- 50% trẻ 5 - 6 tuổi không bị sâu răng sữa.
- SMT < 2 ở lứa tuổi 12.
- 85% người 18 tuổi giữ được toàn bộ răng.
- 75% người 35 - 44 tuổi còn 20 răng.
- 50% số người trên 65 tuổi còn 20 răng.

Tuy nhiên, sau 10 năm thực hiện, qua cuộc điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc lần thứ 2 vào năm 2000 cho thấy sâu răng ở lứa tuổi 12 duy trì ở mức tương đối ổn định (56,6% ; SMT 1,87), nhưng ở lứa tuổi 15 và 35 - 44 thì tỉ lệ sâu răng gia tăng (67,6% ở 15 tuổi và 83,2% ở 35 - 44 tuổi). Tỉ lệ người có bệnh nha chu còn rất cao ở mức 96,7%, trong đó có 31,8% người có túi nha chu nông và sâu.

Mặt khác bệnh mắc rất sớm và gặp ở mọi giới, mọi lứa tuổi, nghề nghiệp, trình độ văn hóa, tầng lớp xã hội, dân tộc, mọi vùng địa lý khác nhau .

Ngoài ra bệnh còn ảnh hưởng đến năng suất lao động, kinh tế (quốc gia, cá nhân), còn dẫn đến những biến chứng ảnh hưởng đến sức khỏe toàn thân và thẩm mỹ.

Dự phòng bệnh răng miệng là một nội dung của chương trình chăm sóc răng ban đầu nhằm đem lại sức khỏe răng miệng cho mọi người với nguồn tài chính giới hạn, cho nên trong điều kiện kinh tế xã hội nước ta, trang thiết bị và cán bộ chuyên khoa còn hạn chế thì chiến lược y tế quốc gia được đặt trên nền tảng dự phòng, nhằm hạ thấp tỉ lệ bệnh răng miệng và đạt được mục tiêu đề ra đến năm 2010, giảm tỉ lệ bệnh răng miệng trên 50%.

2. CÁC BIỆN PHÁP PHÒNG BỆNH RĂNG MIỆNG

Muốn phòng bệnh răng miệng có hiệu quả thì phải biết chọn biện pháp thích hợp. Đầu tiên là làm cho nhân dân hiểu được tác hại của các bệnh về răng miệng, có ý thức tự giữ gìn

hoặc cộng tác với cán bộ y tế để được chăm sóc tốt răng miệng. Muốn đạt mục đích ấy thì trước tiên cần phải làm công tác giáo dục sức khỏe răng miệng.

2.1. Giáo dục sức khỏe răng miệng

2.1.1. Định nghĩa

Giáo dục sức khỏe răng miệng là một nghệ thuật truyền bá các kiến thức tổng quát về nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng, cách điều trị, dự phòng các bệnh răng miệng đến quần chúng, thay đổi tư tưởng và tập quán cũ nhằm cải thiện tốt sức khỏe răng miệng cho cộng đồng.

Giáo dục sức khỏe răng miệng là một biện pháp mà mọi người được hưởng đồng đều qua báo chí, truyền thanh, truyền hình..., không phân biệt tầng lớp xã hội, kinh tế, văn hóa... Đây là một biện pháp dự phòng chủ động (nhân dân chủ động tham gia) nên cần có thời gian để người dân có thể thay đổi tập quán cũ, đồng thời trước khi giáo dục cần phải chú ý đến tập quán, phong tục, tín ngưỡng có thể làm cản trở việc từ bỏ thói quen cũ hoặc chấp nhận một thói quen mới, khả năng kinh tế, khả năng nhận thức, khả năng đáp ứng y tế đối với cộng đồng.

2.1.2 Mục tiêu

Mục tiêu chính của giáo dục sức khỏe răng miệng là cung cấp thông tin và kiến thức mới về sức khỏe răng miệng để nhân dân quan tâm và tham gia công tác phòng bệnh răng miệng, biến hành động chăm sóc thành hành động tự chăm sóc.

2.1.3. Nội dung

2.1.3.1 Phổ biến những kiến thức cơ bản về răng miệng

- Chức năng của răng (nhai, phát âm, thẩm mỹ).
- Thời gian mọc răng và thay răng cùng những biến chứng khi mọc răng. Hàm răng sữa của trẻ cần thiết cho ăn nhai, phát triển cơ thể, khuôn mặt, giữ cho răng vĩnh viễn mọc khỏi lệch lạc..., vì thế không nên xem thường việc săn sóc răng sữa.
- Nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng, của bệnh sâu răng và nha chu.
- Vai trò của mảng bám răng trong bệnh sâu răng và nha chu.
- Nguyên nhân, triệu chứng của ung thư vùng miệng.
- Tác hại của thuốc lá, trầu cau, rượu đối với ung thư vùng miệng.
- Cách phát hiện sớm các bệnh răng miệng (chấm đen trên răng, đau khi ăn uống nóng lạnh, chảy máu nướu, vết loét không lành sau 10 ngày điều trị kháng sinh, vết trắng, hồng, nâu ở niêm mạc miệng, vết sùi chảy máu không đau...).

2.1.3.2. Phổ biến cách giữ gìn vệ sinh răng miệng đúng phương pháp

Vệ sinh răng miệng là tổng hợp những biện pháp hướng tới việc làm sạch xoang miệng đặc biệt là răng, nướu (lợi), bao gồm chải răng và súc miệng kỹ sau khi ăn, dùng tăm xỉa răng, chỉ nha khoa.

- Chải răng và súc miệng sau khi ăn

Là một công việc hết sức nhẹ nhàng mà hữu ích, nhưng vẫn còn nhiều người chưa quan tâm cho đó là công việc tầm thường không quan trọng. Thật ra, đây là một biện pháp hữu hiệu nhất, dễ làm nhất, rẻ tiền nhất để giữ gìn vệ sinh răng miệng phòng bệnh sâu răng và nha chu.

Chải răng là để lấy đi những mảnh vụn thức ăn, mảng bám làm giảm mức thấp nhất sự hiện diện của vi khuẩn, đồng thời còn xoa nắn lợi nhẹ nhàng và làm sạch vùng khe lợi .

Nếu chải răng đã trở thành một thói quen hàng ngày thì chải răng là một công việc không khó và không mất thời gian, chải răng thật kỹ sau khi ăn và trước khi ngủ tốt hơn chải nhiều lần mà cầu thả. Muốn chải răng có kết quả (sạch sẽ) cần phải chọn bàn chải và chải răng đúng phương pháp.

+ Chọn và giữ gìn bàn chải: Bàn chải sau khi dùng rấy khô và để nơi thoáng, khi lông bàn chải bị tưa thì phải thay bàn chải khác

+ Phương pháp chải: có nhiều phương pháp nhưng phương pháp Bass dễ thực hiện và làm sạch được mảng bám ở cổ răng, rãnh nướu và kẽ răng, đồng thời kích thích nướu.

Mặt ngoài: Đặt lông bàn chải tại cổ răng, nghiêng một góc 45°, hướng về phía nướu (so với trục răng). Cử động tới lui nhẹ tại chỗ, vừa ép vừa đề cho lông bàn chải đi vào rãnh nướu và kẽ răng, sau đó hất xuống về phía mặt nhai. Mỗi vùng làm 5-6 lần rồi chuyển sang vùng khác.

Mặt trong cũng như trên

Mặt nhai chải tới lui hay xoay tròn

+ Thời gian chải: tốt nhất chải sau khi ăn, hoặc một lần (tối) hoặc 2 lần (sáng, tối)

- Tắm xia răng: chỉ dùng để khều thức ăn giắt ở kẽ răng, không dùng để xia tới lui ở các kẽ răng vì sẽ rộng kẽ và mòn men răng.

- Chỉ nha khoa dùng để lấy thức ăn ở những kẽ sít

2.1.3.3. Phổ biến về vấn đề dinh dưỡng trong bệnh răng miệng

Dinh dưỡng (chất lượng, số lượng, số lần ăn) ảnh hưởng trực tiếp trên răng và vi khuẩn, làm gia tăng hoặc làm chậm các bệnh răng miệng.

Dinh dưỡng ảnh hưởng trước lúc mọc răng (cơ cấu, thành phần hóa học của răng), giai đoạn mọc răng và sau mọc răng (tạo môi trường nuôi dưỡng, hoạt động của vi khuẩn trên răng, gia tăng mảng bám).

Vì vậy, chúng ta cần hướng dẫn dinh dưỡng cho cộng đồng để dự phòng và kiểm soát bệnh răng miệng của bản thân và gia đình. Hướng dẫn cách ăn, chất dinh dưỡng và dạng thực phẩm.

- Chất dinh dưỡng

Các thực phẩm tốt cho sức khỏe toàn thân cũng như cho răng gồm :

+ Calci: có trong sữa, phôma, đậu nành, thận, các loại đậu, rau cải, bông cải xanh, tôm cua ...

+ Vitamin C: có trong cam, chanh, cà chua, các loại rau cải xanh.

+ Vitamin D: có trong cá biển

+ Carbohydrat: có trong gạo, bánh mì, đường

+ Protide: có trong các loại thịt, cá, trứng, đậu khô

Tuy các chất dinh dưỡng đều cần thiết cho sức khỏe toàn thân, nhưng chúng ta nên tăng cường ăn những chất dinh dưỡng có chứa nhiều calci, vitamin C, vitamin D, protide, còn giảm ăn các loại carbohydrat.

- Cách ăn

Nên ăn đúng bữa, đúng lúc, đủ các loại dinh dưỡng, tránh ăn vặt nhiều lần trong ngày.

- Dạng thực phẩm

Nên ăn loại thực phẩm tự nhiên, không nên ăn các loại được chế biến, thực phẩm tươi có nhiều chất xơ làm sạch răng, còn thực phẩm bám dính dễ gây sâu răng, viêm nướu.

2.1.3.4. Phổ biến các thói quen, tập quán có hại cho răng miệng

Một số thói quen xấu có thể gây ảnh hưởng đến răng như cắn nút chai, cắn chỉ, xia răng, bú đêm... hoặc ảnh hưởng đến sự phát triển xương hàm, khớp cắn như mút tay, thở miệng... Ăn trà, hút thuốc lá vẫn có thể gây ung thư. Vì vậy, chúng ta cần phải giáo dục cho cộng đồng hầu làm thay đổi các thói quen có hại cho răng miệng.

2.2. Tăng sức đề kháng của răng

Để tăng cường sức đề kháng của răng đối với các tác nhân gây sâu răng, chúng ta có thể sử dụng rộng rãi Fluor và các chất trám bít hố rãnh.

2.2.1. Sử dụng Fluor

Hiện nay Fluor được dùng rộng rãi trên thế giới để phòng ngừa bệnh sâu răng. Fluor là một chất dinh dưỡng giúp cho sự tăng trưởng, Fluor biến hydroxyapatit của men răng thành fluoroapatit giúp răng khó hòa tan trong axit, tăng tái khoáng hóa, ngăn cản sự bám dính của vi khuẩn... Fluor diệt vi khuẩn sâu răng đặc biệt ở pH thấp (pH < 5,5) Fluor có trong thực phẩm như cá, trà, bia... Fluor tác dụng tốt trên bề mặt lóng của men răng. Fluor có thể sử dụng dưới nhiều hình thức:

- Toàn thân (ăn uống)

Fluor dùng toàn thân có lợi cho răng đang hình thành và răng đã mọc, Fluor ngấm vào men răng đồng thời vào máu và tiết qua các tuyến nước bọt, dịch nước để tắm các mặt răng. Để cung cấp fluor toàn thân ta có thể chọn 1 trong 4 cách sau:

+ Fluor hóa nước máy (0,7 - 1 ppm) chi phí thấp, hiệu quả cao, an toàn, là một biện pháp sức khỏe cộng đồng công bằng nhất, không đòi hỏi sự hợp tác có ý thức của người được hưởng.

+ Fluor hóa nước uống tại các trường học gấp 4 lần Fluor nước máy, sử dụng ở các trường ngoài ô nơi không có nước máy.

+ Muối Fluoride: 250mg/1kg muối

+ Viên Fluor (Sodium Fluoride: NaF hoặc Acide lated, Phosphate, Fluor: APF) được dùng ở những vùng có nồng độ fluor trong nước thấp hơn 0,3 ppm và uống từ lúc mới sinh đến 6 tuổi với liều lượng 0,05mg/kg/ngày hoặc:

0 - 2 Tuổi	: 0,25 mg/ngày
3 Tuổi	: 0,5 mg/ngày
4 Tuổi	: 0,75 mg/ngày
5 - 6 Tuổi	: 1 mg/ngày

Viên fluor được nhai trong vòng 30 giây để cho tiếp xúc với mặt răng rồi nuốt hoặc ngậm cho tan dần trong miệng.

- Tại chỗ

Fluor dùng tại chỗ có tác dụng hữu hiệu cho người lớn và trẻ em trên răng đã mọc và có nhiều dạng sử dụng:

+ Súc miệng với nước NaF 0,2 % 1 tuần 1 lần

+ Thoa hoặc đeo máng có Gel Fluoride

+ Kem đánh răng có Fluor

2.2.2. Trám bít hố rãnh

Đây là một phương pháp để dự phòng sâu răng ở hố rãnh, vì Fluor chỉ có tác dụng ngừa sâu răng ở mặt lóng của răng, do đó để làm giảm sâu răng ở hố rãnh, người ta phủ một loại vật liệu có tính chất bám dính tốt lên các trùng và rãnh của răng để làm mất đi yếu tố lưu giữ thức ăn. Tốt nhất là cho tất cả trẻ em, nhưng do giá thành cao nên chúng ta chỉ chọn những em có nguy cơ sâu răng và những răng có trùng, rãnh sâu, chủ yếu cho các răng cối sữa ở trẻ 3 - 4 tuổi và răng cối lớn (hàm) thứ 1 ở trẻ 6 - 7 tuổi, răng cối nhỏ thứ 1, 2 và răng cối lớn thứ 2 ở trẻ 11 - 13 tuổi.

2.3. Kiểm soát mảng bám

Dự phòng và kiểm soát bệnh nha chu chủ yếu dựa vào việc làm sạch mảng bám. Khi kiểm soát mảng bám định kỳ, bác sĩ có thể chỉ cho bệnh nhân các vùng chải chưa sạch và hướng dẫn

các biện pháp làm sạch hữu hiệu hơn, đồng thời loại trừ cao răng để điều trị viêm nướu ngay từ giai đoạn đầu.

2.4. Khám răng định kỳ

Hàng năm tổ chức khám rộng rãi cho cộng đồng, hoặc khuyến khích nhân dân nên đi kiểm tra răng miệng định kỳ, đặc biệt là trẻ em, nhằm phát hiện sớm tổn thương, đánh giá tình hình bệnh tật, và điều trị sớm hạn chế gây biến chứng.

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Giáo dục sức khỏe răng miệng là một biện pháp dự phòng:

- A. Khó thực hiện
- B. Thụ động
- C. Chủ động
- D. Không công bằng
- E. Phân biệt tầng lớp xã hội văn hóa

Câu 2: Để phát hiện sớm ung thư niêm mạc miệng, cần hướng dẫn cho cộng đồng biết phải đi khám ngay khi có vết loét ở niêm mạc miệng:

- A. Đau dữ dội
- B. Chảy máu
- C. Không lành sau 10 ngày điều trị kháng sinh
- D. Có bờ sùi
- E. Không lành sau 15 ngày điều trị kháng sinh

Câu 3. Trước khi mọc răng, dinh dưỡng ảnh hưởng đến:

- A. Thời gian mọc răng
- B. Thành phần hóa học của răng
- C. Thời gian hình thành mầm răng
- D. Hình thái học của răng
- E. Cấu tạo tủy răng

Câu 4. Calci có nhiều trong:

- A. Thịt
- B. Trứng
- C. Sữa
- D. Đậu khuôn
- E. Cá biển

Câu 5. Chải răng cần:

- A. Chải nhiều lần trong ngày
- B. Chải mạnh
- C. Chải một lần vào buổi sáng thật kỹ
- D. Chải sau khi ăn
- E. Chải sau khi ngủ dậy

Câu 6. Chải răng là một biện pháp giữ gìn vệ sinh răng miệng:

- A. Nhẹ nhàng và hữu hiệu
- B. Rẽ tiền nhưng ít hiệu quả
- C. Khó thực hiện và ít tác dụng
- D. Phức tạp nhưng hiệu quả
- E. Dễ làm nhưng mất thời gian

Câu 7. Fluor được sử dụng dưới dạng tại chỗ là:

- A. Súc miệng với NaF
- B. Viên Fluor
- C. Fluor hóa nước máy
- D. Muối ăn có Fluor
- E. Fluor hóa nước trường học

Câu 8. Trám bít hố rãnh là một biện pháp dự phòng sâu răng ưu tiên cho răng cối lớn vĩnh viễn thứ nhất ở độ tuổi:

- | | |
|---------------|-----------------|
| A. 2 - 3 tuổi | D. 8 - 9 tuổi |
| B. 5- 6 tuổi | E. 10 - 11 tuổi |
| C. 6 - 7 tuổi | |

Câu 9. Để dự phòng bệnh nha chu cần đi khám ngay khi thấy triệu chứng:

- | | |
|------------------|---------------|
| A. Tụt nướu | D. Áp xe nướu |
| B. Chảy máu nướu | E. Miệng hôi |
| C. Răng lung lay | |

Câu 10. Sử dụng viên fluor khi nguồn nước có nồng độ fluor:

- | | |
|--------------|-----------|
| A. < 0,7ppm | D. 0,3ppm |
| B. 0,7ppm | E. 0,1ppm |
| C. < 0,3 ppm | |

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Nguyễn Toại, Nguyễn Thúc Quỳnh Hoa, Lê Quý Thảo (2003), Giáo Trình Nha Cộng Đồng, Bộ môn RHM Trường ĐH Y Huế
2. Bộ Môn Nha Cộng Đồng Khoa Răng Hàm Mặt Đại Học Y Dược TP HCM (1995), Bài Giảng Nha Cộng Đồng

Chương 13

LIÊN QUAN GIỮA SỨC KHOẺ RĂNG MIỆNG VỚI SỨC KHOẺ TOÀN THÂN

Mục tiêu

1. Phát hiện được các dấu hiệu ban đầu ở miệng khi mắc các bệnh nhiễm trùng, nhiễm độc, thiếu vitamin, bệnh nội tiết, bệnh máu.

2. Chẩn đoán được viêm xoang do răng và giả đau răng do viêm xoang.

3. Chẩn đoán được nhiễm trùng mắt do răng và đau răng do một số bệnh mắt.

1. MỞ ĐẦU

Cơ thể là một khối thống nhất, giữa các cơ quan trong cơ thể khi hoạt động đều có sự phối hợp qua lại lẫn nhau. Một khi xuất hiện bệnh lý ở cơ quan này thì có thể ít nhiều ảnh hưởng đến một hay nhiều cơ quan khác. Bệnh lý ở răng hàm mặt cũng như bệnh lý ở cơ quan khác cũng không tách rời quy luật trên.

2. SỰ LIÊN QUAN GIỮA RĂNG MIỆNG VÀ BỆNH TOÀN THÂN

2.1. Răng miệng và các bệnh nhiễm trùng

2.1.1. Bệnh sởi

Là bệnh lây có tính chất toàn thân. Tại chỗ, vi rút sởi gây viêm miệng. Một trong những dấu hiệu xuất hiện trước khi phát ban toàn thân là những nốt Koplich màu trắng xanh nằm xung quanh lỗ tiết của tuyến mang tai (ống Stenon tương ứng với vùng răng 6 và 7 hàm trên).

2.1.2. Bệnh thủy đậu

Có những mụn sau đó vỡ ra để lại những vết loét, thường bệnh do vi rút.

2.1.3. Một số bệnh khác

Sốt phát ban, sốt xuất huyết, cúm làm cho niêm mạc môi khô, lưỡi nứt nẻ, đôi khi sốt cao làm tổn thương thành mạch gây chảy máu ở nướu.

2.1.4. Viêm quanh chóp răng mãn tính

Là những ổ nhiễm trùng có ảnh hưởng đến viêm màng ngoài tim, viêm khớp tay chân.

2.1.5. Viêm tuỷ răng cấp tính

Cũng như nhiễm trùng răng miệng còn có thể đưa đến nhiễm trùng huyết và viêm nghẽn tĩnh mạch sọ mặt, những bệnh ở đường tiêu hoá (hội chứng suy giảm hấp thu).

2.1.6. Bệnh viêm nha chu

Làm tăng nguy cơ mắc bệnh toàn thân như bệnh xơ vữa động mạch, tiểu đường, sinh non và những xáo trộn khác.

2.2. Răng miệng với những trường hợp bị nhiễm độc

Khi tiếp xúc lâu với hoá chất, kim loại nặng..., con người có thể bị nhiễm độc; chẳng hạn, người lái xe có thể bị nhiễm độc chì, những người thợ mỏ thiếc có thể bị

nhiễm độc thủy ngân v.v... Người ta thấy rằng, những người bị nhiễm độc này đều xuất hiện các triệu chứng ở nướu (lợi) và răng, như nướu không còn hồng nhạt và săn chắc nữa mà có màu đen, răng ngả màu...

2.3. Răng miệng và vitamin

2.3.1. Thiếu vitamin C

Vitamin C là một yếu tố giúp tăng sức đề kháng của cơ thể, chống sự nhiễm trùng, nhiễm độc. Thiếu vitamin C ảnh hưởng đến nướu răng và mô nha chu, cụ thể làm nướu răng dễ chảy máu.

- Nướu viêm không rõ ràng trong thời kỳ răng chưa mọc, còn khi răng đã mọc mà thiếu vitamin C nướu sưng tấy đỏ tía dễ loét và chảy máu nhất là ở vùng răng cửa trên.
- Răng lung lay do tiêu xương ổ, tiêu xê măng.
- Xương hàm mục (tiêu xương hàm).
- Niêm mạc má, vòm miệng khô đỏ
- Lưỡi trơn láng đỏ thẫm khô và đau nhức.
- Môi khô và nứt ở khoé miệng.

2.3.2. Thiếu vitamin A

- Niêm mạc miệng dễ bị hoại tử.
- Bong các lớp niêm mạc.
- Miệng khô.
- Chai nướu.
- Sâu răng.
- Thiếu sản men.
- Giảm sút sức đề kháng đối với các bệnh nhiễm khuẩn.

2.3.3. Thừa vitamin A

Sẽ có các triệu chứng chán ăn, buồn nôn, chảy máu, thiếu máu.

2.3.4. Thiếu vitamin D

Ảnh hưởng đến sự biến dưỡng can xi và cấu tạo các mô cứng.

- Thiếu vitamin D xương hàm bị biến dạng (hàm hô hoặc móm).
- Răng mọc chậm, rụng chậm, răng bị xô lệch vì xương hàm không đủ cứng để chịu đựng sức ép của lực nhai.
- Rối loạn thứ tự mọc răng.
- Tổ chức cứng của răng thiếu vững chắc.
- Răng ngắn và nhỏ hơn bình thường.
- Dễ thương về hình dáng, vị trí, kích thước.

2.3.5. Thừa vitamin D

- Đau nhức răng.
- Răng mọc sớm.

- Đau nhức xương hàm hoặc xương sườn.

2.3.6. Thiếu vitamin B

Thiếu vitamin B gây ảnh hưởng đến nướu, lưỡi, niêm mạc.

- Thiếu vitamin B1 (Thiamin clohydrat) gây rối loạn chuyển hoá albumin. Từ đó làm mức độ vững chắc của răng kém đi. Gây hiện tượng tê bì.

- Thiếu vitamin B2 (Riboflavin) gây viêm môi loét niêm mạc lưỡi và niêm mạc miệng.

- Thiếu vitamin B5 (axit pantothenic) làm giảm sự chống đỡ của niêm mạc khi nhiễm khuẩn và sự bảo vệ đối với tế bào biểu bì. Khi thiếu dễ gây viêm môi, viêm lưỡi và herpes miệng.

- Thiếu vitamin B12 gây thiếu máu, đau dây thần kinh. Vitamin B12 còn cần thiết trong thời kỳ dưỡng bệnh các bệnh nhiễm khuẩn.

2.3.7. Thiếu vitamin K

Gây chảy máu kéo dài, chảy máu tự nhiên.

2.4. Thiếu can xi, fluor

Cũng làm ảnh hưởng đến chất lượng của men, ngà răng. Người thiếu những chất này dễ bị mắc bệnh sâu răng. Ngược lại nồng độ fluor cao trong nước uống lại gây nên tình trạng thiếu sản men.

2.5. Răng miệng và các bệnh nội tiết

2.5.1. Rối loạn tuyến giáp

- Thiếu năng tuyến giáp

+ Xương sọ lớn về mặt trẻ con và ngó ngắn.

+ Xương hàm nhỏ, xương hàm trên thường bị nhô ra phía trước.

+ Răng mọc chậm và chen chúc,

+ Răng sữa rụng chậm nên thường xảy ra hiện tượng cả hai hệ răng sữa và răng vĩnh viễn cùng hiện diện trên cung hàm.

+ Tổ chức cứng của răng yếu, chóp chân răng mở rộng và bị tiêu nhiều.

+ Xương dễ bị gãy .

- Cường năng tuyến giáp

+ Răng dễ bị sâu và sự tiến triển sâu răng rất nhanh.

+ Răng mọc sớm và răng sữa rụng sớm.

2.5.2. Rối loạn tuyến cận giáp

Dẫn đến rối loạn chuyển hoá canxi, từ đó ảnh hưởng đến chất lượng của thân răng.

- Thiếu năng tuyến cận giáp

+ Toàn bộ xương và răng phát triển chậm.

+ Răng bị thiếu sản men.

- Cường tuyến cận giáp

+ Xương hàm bị phỏng phì đại và mất chất vôi dẫn đến xốp.

+ Răng bị gãy tự nhiên. X quang cho thấy hình ảnh như kính vỡ.

+ Răng thường bị đá tuỷ răng.

2.5.3. Rối loạn tuyến yên

- Thiếu năng tuyến yên

+ Xương hàm dưới nhỏ hẹp dẫn đến cắn huyệt, xương hàm trên ít ảnh hưởng hơn. Người bệnh có mặt choắt cằm nhỏ như miệng chuột.

+ Răng mọc chậm và nhỏ hàm ếch nhỏ.

- Cường tuyến yên

+ Người bệnh to đầu ngón bả sinh

+ Xương hàm dưới phát triển quá mức do màng xương quanh hàm phát triển và sự tăng trưởng liên tục ở đầu chùy dẫn đến hàm dưới dài hơn hàm trên. Khớp cắn chéo (cung răng trên nằm trong cung răng dưới).

+ Răng to và thưa.

+ Môi to và dày.

+ Mũi to.

+ Lưỡi gà phì đại, trụ trước amidan và hàm ếch to hơn bình thường.

+ Lưỡi to và dày gây nói nuốt khó.

2.5.4. Tuyến sinh dục (ở nữ)

- Thời kỳ có kinh nguyệt: tăng tiết nước bọt dễ bị viêm tuyến nước bọt. Có thể bị chốc mép, viêm niêm mạc miệng. Có mụn herpes ở mép, viêm nướu...

- Thời kỳ thai nghén: răng dễ bị vỡ do thiếu canxi. Mọi tổn thương ở niêm mạc miệng và nướu có biểu hiện cao hơn thời kỳ kinh nguyệt.

- Thời kỳ tắt kinh: dễ bị khô miệng, viêm nướu, viêm quanh răng, vôi hoá ống tuỷ...

2.5.5. Tuyến tụy

Xáo trộn biến dưỡng trong sự cấu tạo chất Insulin gây ra bệnh tiểu đường.

- Nướu viêm, dễ chảy máu.

- Mô nha chu bị suy thoái răng lung lay và trôi lên.

- Miệng khô và hơi thở hôi.

2.5.6. Tuyến thượng thận

- Thiếu năng tuyến thượng thận làm chậm mọc răng.

- Cường năng tuyến thượng thận làm răng to trong bệnh Addison, mặt trong của má và mép môi có vết xám.

2.6. Răng miệng và các bệnh về máu (như hémophilie, hémogénie, leucose...)

Cũng đều có triệu chứng ban đầu xuất hiện ở nướu, như nướu viêm và gai nướu sưng phồng, chảy máu tự phát, răng lung lay, miệng hôi, môi khô, lưỡi nứt nẻ...

2.7. Răng miệng và các bệnh về tim

Nhiều công trình nghiên cứu đã chứng minh rằng bệnh viêm màng ngoài tim (Osler) là do cầu trùng Streptococcus viridans, có rất nhiều ở các ổ nhiễm trùng răng miệng. Phải nhổ hoặc điều trị tuỷ, các răng có biến chứng tuỷ, viêm tuỷ hoặc lỗ sâu sát tuỷ.

2.8. Mối quan hệ với bệnh tai mũi họng

- Từ viêm xoang, viêm amygdal có thể gây ra bệnh lý ở răng và những mô xung quanh.
- Ngược lại do quan hệ chặt chẽ về giải phẫu nên một khi xuất hiện bệnh lý ở răng, ở xương hàm có thể gây ra bệnh viêm xoang hàm hay viêm đa xoang:
 - + Viêm quanh chóp, viêm nha chu ở răng cối nhỏ, răng cối lớn hàm trên.
 - + Tuỷ hoại tử của răng cối nhỏ, răng cối lớn hàm trên không được điều trị đúng, đẩy các chất nhiễm khuẩn qua chóp răng vào xoang
 - + Trong khi nhổ đẩy chân răng vào trong xoang, hoặc làm thủng xoang.
 - + Viêm xương hàm trên.
 - + Gãy xương hàm trên, xương gò má gây tụ máu trong xoang...
- Viêm miệng, viêm họng có thể lan ra sau gây ra viêm họng.
- Biến chứng mọc răng khôn hàm dưới làm viêm thành trước họng, viêm mặt trong cánh cao, lan đến vùng hạnh nhân (amygdale) gây áp xe.

2.9. Mối quan hệ với bệnh đường tiêu hoá

- Rối loạn tiêu hoá: có thể biểu hiện ở lưỡi, như lưỡi có màng trắng xám (lưỡi bẩn).
- Viêm dạ dày: lưỡi có màng vàng nhạt, miệng khô.
- Viêm ruột: có những đợt viêm nướu, viêm niêm mạc miệng, đôi khi có những đợt áp tơ.
- Ngược lại có bệnh lý ở răng và vùng quanh răng thì gây ra: tiêu hoá kém, hấp thụ giảm, viêm đường tiêu hoá.

2.10. Mối quan hệ với bệnh ở mắt

- Nhiễm khuẩn ở răng - miệng: có thể gây ra nhiễm trùng ở mắt.
- Chấn thương xương hàm trên gãy Lefort III gây biểu hiện rối loạn thị giác, liệt mắt, loạn thị, song thị, chảy nước mắt...
- Các u hạt ở chóp răng, nhất là răng nanh là những ổ nhiễm trùng dễ gây nhiễm trùng xa ở mắt (viêm màng bồ đào, nhãn cầu, áp xe mi mắt dưới...)
- Bệnh glôcôm cấp có biểu hiện đau nhức răng.

Trên đây là một số bệnh có liên quan đến bệnh răng hàm mặt. Không thể nói là đã đầy đủ và rõ ràng, nhưng một phần nào đó đã khẳng định rằng: khi thăm khám bệnh lý ở răng hàm mặt cần phải quan tâm đến bệnh lý ở các cơ quan khác trong cơ thể và ngược lại. Có như vậy, việc dự phòng và điều trị mới mang lại hiệu quả cao.

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Trong bệnh sỏi vi rút gây ra:

- A. Những vùng loét hoại tử ở miệng.
- B. Hiện tượng nướu mất gai.
- C. Lưỡi nứt nẻ.
- D. Viêm miệng.
- E. Vết loét ở nướu có nhiều giả mạc.

Câu 2. Viêm màng ngoài tim có thể do ảnh hưởng của bệnh:

- A. Viêm tủy răng cấp tính.
- B. Viêm nha chu.
- C. Nhiễm độc thủy ngân. mãn tính
- D. Nhiễm độc chì.
- E. Viêm quanh chóp răng

Câu 3. Thiếu vitamin C có thể dẫn đến:

- A. Thiếu sản men.
- B. Răng dị dạng.
- C. Niêm mạc má, vòm miệng khô đỏ.
- D. Nướu chai đỏ bóng.
- E. Răng mọc chậm.

Câu 4. Tình trạng thừa vitamin D sẽ gây ra:

- A. Đau nhức xương hàm hoặc xương sườn.
- B. Răng dị dạng về hình dáng.
- C. Răng rụng chậm.
- D. Răng bị thiếu sản men.
- E. Xương hàm bị biến dạng.

Câu 5. Thiếu năng tuyến giáp ảnh hưởng đến xương hàm và răng:

- A. Xương hàm dưới nhỏ, xương hàm trên to.
- B. Xương hàm dưới nhỏ, xương hàm bình thường.
- C. Răng nhỏ và thưa.
- D. Răng to và chen chúc.
- E. Răng mọc chậm và chen chúc.

Câu 6. Răng mọc chậm thường thấy trong bệnh.

- A. Thiếu năng tuyến giáp, tuyến cận giáp và tuyến yên.
- B. Thiếu năng tuyến yên, tuyến cận giáp và thượng thận.
- C. Rối loạn tuyến thượng thận, tuyến tụy và tuyến yên.
- D. Rối loạn tuyến tụy, tuyến yên và tuyến thượng thận.
- E. Thiếu năng tuyến yên, tuyến giáp và tuyến thượng thận.

Câu 7. Cường tuyến yên sẽ dẫn đến tình trạng:

- A. Răng to và chen chúc.
- B. Tồn tại cả hai hệ răng sữa và vĩnh viễn trên cung hàm.
- C. Răng dễ gãy, có hình ảnh như kính vỡ.
- D. Răng to và thưa.
- E. Răng mọc sớm.

Câu 8. Xương hàm dưới nhỏ, xương hàm trên ít ảnh hưởng (chứng cắn hụt) thường thấy trong:

- A. Thiếu năng tuyến yên.
- B. Thiếu năng tuyến giáp.
- C. Thiếu năng tuyến cận giáp.
- D. Cường tuyến yên.
- E. Cường tuyến cận giáp.

Câu 9. Vết loét do aphte có thể kết hợp với một số bệnh lý toàn thân:

- A. Viêm ruột
- B. Viêm dạ dày
- C. Thiếu vitamin D
- D. Do nhiễm độc kim loại
- E. Thiếu vitamin A

Câu 10. Viêm nướu có thể do:

- A. Rối loạn tiêu hoá
- B. Viêm dạ dày
- C. Viêm ruột
- D. Viêm đa xoang
- E. Viêm họng

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

Khoa RHM Đại Học Y Khoa Huế (2004), Giáo trình KAS

ĐÁP ÁN CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

CHƯƠNG	CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Chương 1	D	C	A	C	C	C	B	C	D	A
Chương 2	D	B	C	C	C	E	E	C	B	C
Chương 3	B	B	B	B	C	D	B	A	D	C
Chương 4	C	E	E	B	C	A	C	B	C	C
Chương 5	D	D	A	C	D	D	E	D	C	A
Chương 6	D	D	B	D	B	E	D	B	B	D
Chương 7	C	A	A	B	A	C	B	A	A	C
Chương 8	B	C	A	C	B	D	D	B	A	B
Chương 9	D	D	A	C	A	B	B	D	E	B
Chương 10	A	C	C	B	C	E	D	D	D	B
Chương 11	A	D	A	D	E	A	B	A	B	A
Chương 12	C	C	B	C	D	A	A	C	B	C
Chương 13	D	E	C	A	E	E	D	A	A	C

MỤC LỤC

Lời nói đầu

Mục lục

Chương 1. Răng và bộ răng	Trang 1
Chương 2. Sự mọc răng và dự phòng lệch lạc răng	7
Chương 3. Bệnh sâu răng	14
Chương 4. Bệnh lý tủy răng và vùng quanh chóp	24
Chương 5. Bệnh nha chu	31
Chương 6. Viêm nhiễm miệng - hàm mặt	42
Chương 7. Chấn thương hàm mặt	54
Chương 8. Dị tật bẩm sinh hàm mặt	67
Chương 9. Các khối u lành tính hay gặp ở vùng miệng - hàm mặt	75
Chương 10. Ung thư niêm mạc miệng	80
Chương 11. Chăm sóc răng miệng ban đầu	86
Chương 12. Dự phòng bệnh răng miệng	92
Chương 13. Liên quan giữa sức khỏe răng miệng và sức khỏe toàn thân	98

Đáp án câu hỏi tự lượng giá

Tài liệu tham khảo

TÀI LIỆU THAM KHẢO

I. TÀI LIỆU TIẾNG VIỆT

1. Bộ Y Tế (2006), Kiến Thức - Thái Độ - Kỹ Năng Cần Đạt Khi Tốt Nghiệp Bác Sĩ Đa Khoa. NXB Y Học Hà Nội.
2. Nguyễn Cần (1998), Bài Giảng Nha Chu Học Tập 1, 2, 3. Bộ Môn Nha Chu Khoa RHM TP.HCM
3. Vũ Thị Bắc Hải (2003), Giáo Trình Nha Chu, Bộ môn RHM Trường ĐH Y Huế
4. Nguyễn Thúc Quỳnh Hoa (2005), Giáo Trình Chữa Răng Nội Nha, Khoa RHM ĐH Y Huế
5. Hoàng Tử Hùng (2001), Mô Phôi Răng Miệng, NXB Y Học TP.HCM.
6. Hoàng Tử Hùng (2002), Giải Phẫu Răng, NXB Y Học TP.HCM.
7. Lê Hồng Liên (2003), Giáo Trình Nhổ Răng Tiểu Phẫu, Bộ môn RHM Trường ĐH Y Huế
8. Trần Thuý Nga (2001), Nha Khoa Trẻ Em, NXB Y Học TP.HCM.
9. Trần Thanh Phước (2003), Giáo Trình Chính Hình Răng Miệng, Bộ môn RHM ĐH Y Huế
10. Trần Văn Quả (2005), Giáo Trình Phẫu Thuật Hàm Mặt, Khoa RHM Trường ĐH Y Huế
11. Võ Thế Quang (1973), Phẫu Thuật Miệng - Hàm Mặt, NXB Y Học.
12. Nguyễn Toại, Nguyễn Thúc Quỳnh Hoa, Lê Quý Thảo (2003), Giáo Trình Nha Cộng Đồng, Bộ môn RHM Trường ĐH Y Huế
13. Nguyễn Toại (2003), Giáo Trình Nha Khoa Hình Thái, Bộ môn RHM Trường ĐH Y Huế
14. Trần Văn Trường (2001), U Lành Tính Vùng Mặt, NXB Y Học.
15. Trần Văn Trường (2002), U Ác Tính Vùng Miệng-Hàm Mặt, NXB Y Học.
16. Bộ Môn RHM ĐH Y Hà Nội (2001), Bài Giảng Răng Hàm Mặt, NXB Y Học
17. Bộ Môn Chữa Răng Khoa RHM ĐH Y Dược TP HCM. (1998), Bài Giảng Bệnh Lý Răng.
18. Bộ Môn Nha Cộng Đồng Khoa RHM ĐH Y Dược TPHCM (1995), Bài Giảng Nha Cộng Đồng.
19. Bộ Môn RHM Đại Học Y Hà Nội (1979), Răng Hàm Mặt Tập 1, 2, 3, NXB Y Học
20. Khoa RHM Đại Học Y Khoa Huế (2004), Giáo trình KAS

TIẾNG NƯỚC NGOÀI

21. Alsheneifi T., Hughes C.V. (2001), Reason For Dental Extraction In Children, *Pediatr-Dent*, 23(2), P. 109-112.
22. Archer W. H. (2004), *Oral Surgery*, W.B. Saunders Company.
23. Grant D.A, Stern I.B, Everett F.G. (2001), *Orban's Periodontics*, Mosby Company.
24. Gutmann (2002), *Problem Solving In Endodontics*, Martin Dunitz
25. Jong (2002), *Community Dental Health*, Mosby Company.
26. Langman J. (1984), *Embryologie Médical, Traduit De L' Anglais Par Pages R. 4ème. Ed. Masson.*
27. Low W., Schwartz S. (2000), The Effect Of Severe Caries On The Quality Of Life In Young Children, *Oral Health*.
28. Sapp (2001), *Contemporary Oral And Maxillofacial Pathology*, Mosby Company.

HOÀN THIỆN GIÁO TRÌNH

THÔNG TIN VỀ TÁC GIẢ CỦA GIÁO TRÌNH

Họ và tên: Nguyễn Toại

Sinh năm: 1952

Cơ quan công tác: Khoa Răng Hàm Mặt ĐH Y Dược Huế.

e-mail: nguyentoai04@yahoo.com

PHẠM VI VÀ ĐỐI TƯỢNG SỬ DỤNG GIÁO TRÌNH

- Ngành có thể tham khảo: BS đa khoa, Bs gia đình, BS Y học dự phòng, CN điều dưỡng...

- Các trường: đại học, cao đẳng, trung cấp Y

- Các từ khóa để tra cứu:

+ răng hàm mặt

+ sâu răng

+ nha chu

+ tủy răng

+ Viêm nhiễm miệng - hàm mặt

+ Chấn thương hàm mặt

+ Dị tật bẩm sinh hàm mặt

+ Ung thư niêm mạc miệng

+ Chăm sóc răng miệng ban đầu

+ Dự phòng bệnh răng miệng

- Kiến thức trước khi học môn này: y cơ sở và bệnh lý.

- Xuất bản: 2008-NXB Y học

ẢNH CHỦ BIÊN

