

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành tài liệu chuyên môn “hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng hàm mặt”

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TUYÊN HÓA

- Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh ngày 23 tháng 11 năm 2009;
- Căn cứ Quyết định số 3108/QĐ-BYT ngày 28 tháng 7 năm 2015 của Bộ Y tế về việc ban hành Về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng hàm mặt”.
- Căn cứ Thông tư 19/2013/TT-BYT ngày 12/7/2013 của Bộ Y tế về hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện.
- Căn cứ Quyết định số 291/QĐ-UBND ngày 12/ 01/2006 của UBND tỉnh Quảng Bình về việc thành lập Bệnh viện Đa khoa huyện Tuyên Hóa;
- Căn cứ chức năng, quyền hạn của Giám đốc Bệnh viện Đa khoa Tuyên Hóa;
- Xét Biên bản của Hội đồng khoa học- kỹ thuật về nghiệm thu các tài liệu hướng dẫn chẩn đoán điều trị và các quy trình kỹ thuật
- Theo đề nghị của Trưởng phòng Kế hoạch – Tổng hợp.

QUYẾT ĐỊNH

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này là tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng hàm mặt”.

Điều 2. Tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng hàm mặt” được áp dụng tại khoa Ngoại - liên chuyên khoa bệnh viện đa khoa huyện Tuyên Hóa. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký./.

Điều 3. Khoa ngoại – liên chuyên khoa và các khoa phòng liên quan chịu trách nhiệm thi hành quyết định này.

Nơi nhận:

- Ban Giám đốc;
- Các khoa, phòng
- Lưu

GIÁM ĐỐC

Lâm Tuấn Phương

MỤC LỤC

1.RĂNG KHÔN MỘC LỆCH.....	3
2.SÂU RĂNG SỮA.....	5
3. VIÊM TỦY RĂNG SỮA	9
4. VIÊM LỢI LIÊN QUAN ĐẾN MẢNG BÁM RĂNG.....	14
5 . VIÊM QUANH RĂNG TIẾN TRIỂN CHẬM	16
6. VIÊM LỢI LOÉT HOẠI TỬ CẤP TÍNH	22
7. BỆNH SÂU RĂNG.....	25
8. VIÊM TỦY RĂNG.....	29
9. VIÊM QUANH CUỐNG RĂNG	33
10. NANG THÂN RĂNG.....	39
11. NANG NHÁI SÀN MIỆNG.....	41
12. ÁP XE MÁ	44
13. ÁP XE VÙNG DƯỚI HÀM.....	46
14. ÁP XE VÙNG SÀN MIỆNG	49
15. VIÊM TẤY LAN TỎA VÙNG HÀM MẶT	51
16. VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI DO VIRUS (QUAI BỊ)	54
17. VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI MẠN TÍNH.....	56
18. ĐAU DÂY THẦN KINH V	58
19. UNG THU' LƯỖI.....	62

1.RĂNG KHÔN MỘC LỆCH

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. NGUYÊN NHÂN

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

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

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

- Răng lệch trục
- + Răng khôn hàm dưới thường có trục lệch gần hoặc lệch má ở các mức độ khác nhau.
- + Răng khôn hàm trên thường lệch phía ngoài.
- Răng có thể bị kẹt bởi cổ răng hàm lớn thứ hai, mặt nhai răng khôn có thể không chạm mặt phẳng cắn.
- Các dấu hiệu tổn thương răng kế cận: thường có tổn thương sâu cổ răng ở mặt xa răng hàm lớn thứ hai.
- Khi có biến chứng viêm quanh thân răng hoặc các viêm nhiễm khác thì có các biểu hiện:
 - + Đau tự nhiên, khá dữ dội vùng góc hàm.
 - + Có thể có sốt.
 - + Bệnh nhân khó há miệng nhẹ, ăn nhai đau....
 - + Vùng sau răng 7 lợi nề đỏ có thể lan ra trụ trước amidan và ngách tiền đình, có thể có viêm loét ở niêm mạc vùng lân cận.
 - + Lợi ấn đau, chảy mủ.
 - + Có thể thấy một hoặc hai nướu răng lộ ra khỏi lợi, bờ lợi có thể loét nhẹ.
 - + Có hạch dưới hàm.

2. Cận lâm sàng

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

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

c. Chẩn đoán phân biệt

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

IV. TIÊU CHUẨN VÀO VIỆN

- Viêm mô lan tỏa tế bào vùng mặt do răng
- Bệnh nhân có bệnh nền: Tăng huyết áp, đái tháo đường, dùng thuốc kháng đông.....

V. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Khi đã xác định được răng khôn hàm dưới mọc lệch thì nên nhổ bỏ càng sớm càng tốt để không làm mất xương phía xa răng hàm lớn thứ hai.
- Lấy được răng khôn ra khỏi huyết ổ răng mà không làm tổn thương răng kế cận. Trường hợp cần thiết, phải cắt thân răng hoặc phối hợp với chia tách chân răng.
- Trong một số trường hợp phải tạo vạt niêm mạc và mở xương để lấy răng.

2. Điều trị cụ thể

a. Răng khôn lệch không có biến chứng

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

b. Răng khôn lệch đã có biến chứng

- Điều trị biến chứng viêm quanh thân răng cấp hoặc nhiễm trùng khác:
 - + Kháng sinh toàn thân.
 - + Bơm rửa túi quanh răng và chăm sóc tại chỗ khác....
- Sau khi hết giai đoạn nhiễm trùng cấp tính thì điều trị nhổ răng khôn lệch theo các bước đã trình bày ở mục 4.2.1.

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

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

2. Biến chứng

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

VI. PHÒNG BỆNH

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

2.SÂU RĂNG SỮA

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. NGUYÊN NHÂN

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

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

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

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

+ Hình thể răng: Các răng có hố rãnh sâu có nguy cơ sâu răng cao do sự tập trung của mảng bám răng và khó làm sạch mảng bám răng. Có một tỷ lệ cao các trường hợp sâu răng được bắt đầu từ hố rãnh tự nhiên của các răng. Ngoài ra một số bất thường về

hình dạng răng như răng sinh đôi, răng dính, nướu phụ... cũng làm tăng nguy cơ gây sâu răng.

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

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

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

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

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán các tổn thương sâu răng sớm

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

+ Vùng tổn thương sâu răng sớm xuất hiện các vết trắng đục hoặc nâu vàng, bề mặt men răng còn nguyên vẹn.

+ Vùng tổn thương sâu răng sớm xuất hiện các vết trắng đục khi thổi khô bề mặt.

+ Vùng tổn thương là một vùng tối trên nền ánh sáng trắng của men răng bình thường khi chiếu đèn sợi quang học do hiện tượng tán xạ ánh sáng của tổn thương sâu răng.

+ Vùng tổn thương là một vùng thay đổi màu sắc trên nền phát huỳnh quang màu xanh lá cây của men răng bình thường khi sử dụng một nguồn sáng đặc biệt kích thích phát huỳnh quang của men răng.

+ Vùng tổn thương biểu hiện mức độ mất khoáng tương ứng với giá trị từ 10 đến 20 khi đo bằng thiết bị Laser huỳnh quang

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

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

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

- Triệu chứng cơ năng

- Có thể có hoặc không có triệu chứng cơ năng.

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

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

3. Chẩn đoán phân biệt

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

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

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

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

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

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

2. Điều trị cụ thể

- a. Tổn thương sâu răng sớm: Tăng cường tái khoáng.

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

b. Tổn thương đã hình thành lỗ sâu

Hàn kín lỗ sâu phục hồi mô cứng.

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

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

2. Biến chứng

- Viêm tủy răng.
- Viêm quang cuống răng.

VI. PHÒNG BỆNH

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

3. VIÊM TỦY RĂNG SỮA

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. NGUYÊN NHÂN

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

III. CHẨN ĐOÁN

1. Viêm tủy răng sữa có hồi phục

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

a. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng

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

- Triệu chứng thực thể

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

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

+ Răng không đổi màu

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

b. Cận lâm sàng

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

c. Chẩn đoán phân biệt

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

Triệu chứng	Viêm tủy có hồi phục	Sâu ngà sâu	Viêm tủy không hồi phục
Đau, ê buốt tự nhiên	Đau tự nhiên xuất hiện thoáng qua.	Không có đau tự nhiên.	Đau tự nhiên từng cơn, đau nhiều về đêm.
Đau, ê buốt khi ăn các chất kích thích như nóng, lạnh, chua, ngọt...	Có đau nhưng sau khi hết kích thích thì còn đau buốt nhẹ hoặc hết đau	Ê buốt ngà khi có kích thích nóng, lạnh, chua, ngọt. Hết kích thích thì	Đau tăng lên. Khi hết các chất kích thích, đau vẫn tiếp tục kéo dài thêm.

	ngay.	hết ê buốt.	
Tổn thương mô cứng răng	Có lỗ sâu, Có tổn thương tổ chức cứng lộ ngà.	Có lỗ sâu.	Lỗ sâu to, nhiều ngà mủn, làm sạch có thể thấy ánh hồng hoặc tủy hở.
Gõ dọc	Không đau.	Không đau.	Đau nhẹ.
Gõ ngang	Có thể có đau nhẹ.	Không đau.	Đau nhiều.
Thử tủy	Có đau, sớm hết đau khi hết kích thích.	Có cảm giác ê buốt và hết ngay khi ngừng kích thích.	Đau nhiều và còn kéo dài thêm khi ngừng kích thích
X quang	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu.	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu.	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu sát tủy.

2. Viêm tủy răng sữa không hồi phục

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

a. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng

- Đau tự nhiên, từng cơn với các đặc điểm dưới đây:

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

+ Đau tăng khi kích thích bởi nóng, lạnh, chua, ngọt...hết kích thích đau vẫn còn kéo dài.

+ Đau tăng khi thay đổi tư thế: cúi đầu, nằm, về đêm.

+ Đau lan nửa hàm, đôi khi không xác định được vị trí đau.

- Triệu chứng thực thể:

+ Tổn thương mô cứng của răng: có lỗ sâu, nhiều ngà mủn, làm sạch có thể thấy ánh hồng hoặc tủy hở.

+ Gõ dọc: đau nhẹ.

+ Gõ ngang: đau nhiều.

+ Răng không đổi màu, không lung lay.

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

b. Cận lâm sàng

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

c. Chẩn đoán phân biệt

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

Triệu chứng	Viêm tủy không hồi phục	Viêm tủy có hồi phục	Viêm quanh cuống cấp
Đau tự nhiên	Đau tự nhiên từng cơn, đau nhiều về đêm.	Đau tự nhiên xuất hiện thoáng qua.	Đau tự nhiên liên tục. Đau tăng khi chạm răng đối, cảm giác răng trôi cao.
Đau, ê buốt khi ăn các chất kích thích như nóng, lạnh, chua, ngọt...	Đau tăng khi có kích thích, hết kích thích đau còn kéo dài.	Có đau nhưng sau khi hết kích thích thì còn đau buốt nhẹ hoặc hết đau ngay.	Không đau.
Tính chất cơn đau	Đau có tính lan tỏa.	Đau tại răng.	Đau khu trú rõ tại răng tổn thương.
Dấu hiệu toàn thân	Không có phản ứng toàn thân.	Không có phản ứng toàn thân.	Sốt, có hạch tương ứng.
Sung lợi	Không sung lợi và vùng cuống tương ứng.	Không sung lợi và vùng cuống tương ứng.	Sung nề, ấn đau ngách lợi và vùng cuống tương ứng.
Gõ ngang	Đau nhiều.	Có thể đau nhẹ.	Đau nhiều.
Gõ dọc	Đau nhẹ.	Không đau.	Đau nhiều.

Thử tủy	Đau nhiều và còn kéo dài thêm khi ngừng kích thích.	Có đau, sớm hết đau khi hết kích thích.	Không đau.
X quang	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu sát tủy. Vùng cuống răng bình thường.	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu. Vùng cuống răng bình thường.	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu sát tủy. Có hình ảnh thấu quang vùng cuống.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Viêm tủy có hồi phục

- Nguyên tắc

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

- Điều trị cụ thể

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

2. Viêm tủy không hồi phục

- Nguyên tắc

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

- Điều trị cụ thể

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

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

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

VI. PHÒNG BỆNH

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

4. VIÊM LỢI LIÊN QUAN ĐẾN MẢNG BÁM RĂNG

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. NGUYÊN NHÂN

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

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

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

Chủ yếu dựa trên các triệu chứng lâm sàng.

- Toàn thân: Không có biểu hiện gì đặc biệt.
- Tại chỗ

- Ngoài miệng: Có thể có hạch dưới hàm.
- Trong miệng: Sau trên 2 tuần tiến triển có các tổn thương ở lợi với những đặc điểm lâm sàng:

- + Có mảng bám răng ở răng giáp bờ viền lợi, có thể thấy bằng mắt thường hay chất nhuộm màu mảng bám răng.
- + Thay đổi hình thể của lợi: Bờ lợi, nhú lợi sưng, phù nề, phì đại tạo nên túi lợi giả.
- + Thay đổi màu sắc của lợi: Lợi bình thường màu hồng nhạt chuyển sang màu đỏ nhạt hoặc đỏ sẫm.
- + Độ săn chắc giảm: Bình thường lợi săn chắc, ôm sát cổ răng nhưng khi bị viêm thì giảm độ săn chắc và tính đàn hồi.
- + Chảy máu: Tự nhiên hay khi khám.
- + Tăng tiết dịch túi lợi.
- + Phục hồi lợi sau khi làm sạch mảng bám răng.
- + Hình ảnh mô học là tổn thương viêm.
- + Không có mất bám dính quanh răng.
- + Không có túi lợi bệnh lý.
- + Biểu hiện viêm có thể ở một răng, một nhóm răng hoặc toàn bộ hai hàm.
- + Trường hợp viêm lợi do mảng bám răng với các yếu tố tại chỗ phối hợp làm tăng sự tích tụ mảng bám răng có thể thấy các lợi viêm khu trú ở các răng có hình thể răng bất thường, có nhú men răng gần chân răng, đường nứt xi măng, chất hàn thừa, cầu, chụp răng sai quy cách hoặc tiêu chân răng vùng cổ răng do sang chấn hoặc tổn thương tùy.

c. Các biểu hiện cận lâm sàng

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

2. Chẩn đoán phân biệt

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

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

Tiêu xương ổ răng	-	+
-------------------	---	---

IV. ĐIỀU TRỊ

Điều trị bao gồm các bước sau:

- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng, đây là yếu tố rất quan trọng nhằm loại trừ mảng bám răng là nguyên nhân gây bệnh.
- Làm sạch các chất bám trên bề mặt răng như cao răng, mảng bám và các chất màu.
- Dùng nước súc miệng có tác dụng kìm khuẩn hoặc sát khuẩn cho những người không thể làm sạch mảng bám răng bằng các biện pháp cơ học như bị tật, đang phẫu thuật vùng miệng, hàm mặt, mang khí cụ nắn chỉnh răng.
- Loại bỏ các yếu tố tại chỗ phối hợp làm tăng sự tích tụ mảng bám răng: sửa lại chỗ hàn, cầu chụp sai quy cách, hàn răng sâu..
- Phẫu thuật cắt, tạo hình lợi với những trường hợp lợi phì đại, xơ hóa.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

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

2. Biến chứng

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

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

VI. PHÒNG BỆNH

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

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

5 . VIÊM QUANH RĂNG TIẾN TRIỂN CHẬM

I. ĐỊNH NGHĨA

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

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

II. NGUYÊN NHÂN

- Viêm quanh răng tiến triển chậm là bệnh đa yếu tố. Đó là kết quả của sự tương tác nhiều yếu tố phức tạp giữa vật chủ và các tác nhân nhiễm trùng. Sự tiến triển viêm quanh răng là do mất thăng bằng giữa một bên là sự thâm nhập của các vi khuẩn vào hệ thống bám dính và một bên là khả năng bảo vệ của cơ thể vật chủ.
- Viêm quanh răng tiến triển chậm liên quan với sự tích tụ của mảng bám vi khuẩn hay liên quan chặt chẽ với tình trạng vệ sinh răng miệng.
- Mặc dù khả năng miễn dịch của cơ thể có thể thay đổi nhưng viêm quanh răng tiến triển chậm hầu như không liên quan với các thiếu hụt miễn dịch và tình trạng toàn thân bất thường.
- Một số bệnh toàn thân như đái tháo đường, các thay đổi về nội tiết hoặc các thiếu hụt miễn dịch có thể làm biến đổi đáp ứng của vật chủ đối với mảng bám răng đang tồn tại, làm tăng thêm tiến triển viêm quanh răng và làm tăng mức độ và phạm vi phá hủy mô.
- Về mặt vi khuẩn, nhìn chung thì mảng bám dính ở vùng dưới lợi thường có các loài *Actinomyces* và khuẩn lạc chứa các vi khuẩn hình sợi gram dương và gram âm. Mảng bám không dính ở dưới lợi thì có các xoắn khuẩn và các trực khuẩn gram âm chiếm ưu thế.

III. CHUẨN ĐOÁN

1. Chuẩn đoán xác định

a. Lâm sàng

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

- Viêm lợi: là biểu hiện đặc trưng của viêm quanh răng tiến triển chậm. Viêm lợi là do tích tụ mảng bám răng. Viêm lợi với các biểu hiện là lợi thường sưng nề nhẹ đến trung bình và có biểu hiện biến đổi màu sắc từ hồng nhạt sang màu đỏ, lợi dính mất cấu trúc da cam. Có thay đổi hình thể bề mặt lợi như các bờ lợi không còn sắc hoặc tròn và nhú lợi dẹt xuống hoặc lõm, mất vùng lõm ở lợi ở phía trước hai răng liền kề. Trong một số trường hợp, do hậu quả viêm mức độ nhẹ kéo dài, làm cho lợi bờ xơ dày.

- Chảy máu lợi: có thể có chảy máu tự nhiên hoặc dễ chảy máu khi bị kích thích hay chảy máu khi thăm khám
- Dịch rỉ viêm: có thể có dịch rỉ viêm hoặc mủ ở túi lợi. Nếu trường hợp túi quanh răng bị bít kín lại thì mủ không thể dẫn lưu ra được và có thể hình thành áp xe quanh răng. Khi có áp xe quanh răng thì sẽ gây ra đau cho bệnh nhân.
- Mất bám dính quanh răng và tiêu xương ổ răng, hình thành túi lợi bệnh lý hay túi quanh răng với chiều sâu của túi lợi có thể thay đổi khác nhau.
- Lung lay răng: do có tiêu xương ổ răng nên làm cho các răng bị lung lay. Nếu mất nhiều xương và tiến triển kéo dài, có thể còn gây ra di lệch răng.
- Đau: Viêm quanh răng tiến triển chậm thường không gây đau. Đôi khi các chân răng đã bộc lộ nhạy cảm với nóng lạnh. Nhưng có thể có đau âm ỉ khu trú, và có khi lan đến hàm, hoặc có thể thấy lợi nhạy cảm hoặc ngứa. Trường hợp đau cấp do đã tạo thành áp xe quanh răng hoặc có sâu ở các chân răng gây viêm tủy răng.
- Tính chất khu trú: Bệnh viêm quanh răng tiến triển chậm thường có ở toàn bộ hai hàm mặc dù có một vài vùng có thể nặng hơn so với các vùng khác. Các vùng nặng hơn thường liên quan với việc kiểm soát mảng bám kém hơn như vùng kẽ chân răng hoặc các răng mọc sai vị trí.

b. Cận lâm sàng

Trên phim X quang có các biểu hiện là:

- Có tiêu xương ổ răng.
- Có thể có di lệch răng.
- Có thể thấy tổn thương mất xương ở vùng kẽ giữa các chân răng của các răng nhiều chân.
- Nếu có phối hợp với sang chấn khớp cắn thì có biểu hiện mất xương có góc và vùng dây chằng quanh răng rộng.

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

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

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Phải điều trị loại bỏ đau, nếu có đau.
- Phải trừ được viêm lợi và chảy máu lợi.
- Loại bỏ hoặc giảm túi quanh răng.
- Loại bỏ nhiễm khuẩn và làm ngừng hình thành mủ.

- Ngăn chặn sự phá hủy mô mềm và xương.
- Làm giảm lung lay răng bất thường.
- Loại trừ khớp cắn sang chấn và thiết lập khớp cắn tối ưu.
- Phục hồi lại các tổ chức đã bị phá hủy.
- Tạo lại đường viền lợi sinh lý để bảo vệ mô quanh răng.
- Ngăn ngừa tái phát bệnh.
- Giảm mất răng.

2. Phác đồ điều trị

- Bước 1: Pha điều trị mở đầu

- + Trong giai đoạn điều trị này, ưu tiên điều trị các cấp cứu về răng miệng như viêm tủy răng cấp, viêm quanh cuống răng cấp, viêm quanh thân răng cấp, áp xe lợi, áp xe quanh răng cấp.
- + Nhờ các răng không còn hy vọng chữa được và có giải pháp thay thế tạm thời nếu cần hoặc có thể thì hoãn tới một thời gian thuận lợi hơn.

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

- + Kiểm soát mảng bám răng.
- + Kiểm soát chế độ ăn uống, nhất là ở những bệnh nhân có sâu răng lan.
- + Lấy cao răng và làm nhẵn chân răng.
- + Sửa chữa các yếu tố kích thích là các chỗ hàn hoặc các cầu chụp răng hoặc hàm giả sai quy cách.
- + Hàn sâu răng, nhất là sâu ở mặt bên và sâu cổ răng.
- + Điều trị chống vi khuẩn: Bằng các biện pháp tại chỗ hoặc toàn thân, hoặc kết hợp cả hai.
- + Điều trị khớp cắn, loại bỏ khớp cắn sai.
- + Đặt nẹp hay máng tạm thời để cố định răng trong trường hợp các răng lung lay.

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

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

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

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

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

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

- + Đặt Implant.

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

- + Làm các phục hồi cuối cùng.

- + Làm hàm giả cố định hoặc tháo lắp.

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

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

- + Tình trạng lợi.

- + Tình trạng túi quanh răng và mức bám dính quanh răng.

- + Tình trạng xương ổ răng.

- + Tình trạng lung lay răng.

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

- + Gọi bệnh nhân đến khám lại theo định kỳ và kiểm tra về.

- + Mảng bám răng và cao răng.

- + Tình trạng lợi: tình trạng túi lợi và viêm lợi.

- + Tình trạng khớp cắn.

- + Mức độ lung lay răng.

- + Các thay đổi bệnh lý khác.

- + Chú ý hướng dẫn bệnh nhân về các biện pháp kiểm soát mảng bám răng.

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

3. Các biện pháp điều trị tại chỗ

a. Loại trừ các kích thích tại chỗ

- Lấy sạch cao răng và làm nhẵn chân răng

- Kiểm soát mảng bám răng

- + Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.

- + Chải răng.

+ Thực hiện các biện pháp làm sạch kẽ răng: Dùng chỉ tơ nha khoa, bàn chải kẽ răng, tăm đúng cách.

+ Phun nước để loại bỏ cặn thức ăn.

+ Kiểm soát mảng bám răng bằng phương pháp hóa học như dùng nước súc miệng Chlohexidine.

b. Loại trừ các yếu tố tại chỗ khác

- Hàn các răng sâu, nhất là các răng sâu ở mặt bên.

- Sửa lại các cầu chụp răng sai quy cách gây tích tụ mảng bám hoặc gây sang chấn.

- Sửa lại các hàm giả sai quy cách.

- Nhổ các chân răng, các răng lung lay quá mức, các răng có biểu hiện nhiễm trùng mà không cứu được.

- Sửa lại các chỗ hình thể răng dễ gây sang chấn khi ăn nhai.

- Xử trí các răng lệch lạc bằng cách nắn chỉnh răng hoặc nhổ bỏ.

- Liên kết các răng lung lay.

- Phẫu thuật cắt phanh môi, phanh má bám thấp.

c. Chống viêm

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

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

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

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

- Ở các vị trí khác nhau trong miệng thì mức độ tiến triển của bệnh không ngang nhau. Có chỗ duy trì tĩnh trong một thời gian dài. Trái lại, có khu vực lại tiến triển nhanh hơn. Các tổn thương tiến triển nhanh hơn này sinh thường xuyên hay gặp ở vùng kẽ răng và thường liên quan với vùng tích tụ mảng bám răng nhiều hơn và khó kiểm soát mảng bám răng như các vùng kẽ chân răng, các bờ phục hồi nhô ra, các vị trí răng sai tư thế, hoặc các vùng kẹt thức ăn.

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

VI. PHÒNG BỆNH

- Kiểm soát mảng bám răng:

- + Các biện pháp cơ học: Chải răng đúng cách, làm sạch kẽ răng bằng chỉ nha khoa, bàn chải kẽ..., làm sạch bằng phương tiện phun tưới.
- + Phương pháp hóa học: dùng nước súc miệng kháng khuẩn hàng ngày.
- Chế độ ăn uống cân bằng, sử dụng các thức ăn có lợi cho lợi.
- Khám răng định kỳ để phát hiện và điều trị kịp thời những tổn thương sớm vùng quanh răng.

6. VIÊM LỢI LOÉT HOẠI TỬ CẤP TÍNH

(Acute Necrotizing Ulcerative Gingivitis)

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. NGUYÊN NHÂN

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

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Các triệu chứng lâm sàng

a. Toàn thân

- Sốt.
- Người mệt mỏi.
- Biếng ăn.

b. Tại chỗ

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

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

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

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

+ Chảy máu tự nhiên hoặc khi va chạm.

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

+ Miệng rất hôi.

1.2. Các triệu chứng cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: Bạch cầu tăng, máu lắng tăng...

- Cấy vi khuẩn:

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

2. Chẩn đoán phân biệt

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

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

IV. TIÊU CHUẨN VÀO VIỆN:

- Hội chứng nhiễm trùng
- Ăn uống kém do vết loét đau nhức

V. ĐIỀU TRỊ

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

- Cách ly và làm khô tổn thương bằng gòn bông.
- Giảm đau tại chỗ.
- Lấy giả mạc và các cặn không dính ở bề mặt tổn thương.
- Làm sạch vùng tổn thương bằng nước ấm.
- Có thể lấy cao răng trên lợi nông bằng máy siêu âm.
- Cho bệnh nhân súc miệng bằng hỗn dịch nước oxy già ấm 2 giờ/1 lần theo công thức trộn một cốc nước ấm với Ôxy già 3% theo tỷ lệ 1:1.
- Cho bệnh nhân súc miệng Chlohexidine 0,12% , mỗi ngày 2 lần.
- Trường hợp viêm lợi loét hoại tử trung bình, nặng, có hạch và các triệu chứng toàn thân thì dùng kháng sinh phối hợp.

- Lưu ý:

- Không được lấy cao răng dưới lợi hoặc nạo túi lợi vì có thể gây nhiễm khuẩn máu.
- Các thủ thuật nhổ răng hoặc phẫu thuật quanh răng phải trì hoãn sau khi hết triệu chứng 4 tuần.
- Hướng dẫn bệnh nhân:
 - + Súc miệng bằng hỗn dịch nước Ôxy già ấm 2 giờ/1 lần theo công thức trộn một cốc nước ấm với Ôxy già 3% theo tỷ lệ 1:1.
 - + Súc miệng Chlohexidine 0,12%, mỗi ngày 2 lần.
 - + Không hút thuốc, không uống rượu, không ăn đồ gia vị.
 - + Hạn chế chải răng.
 - + Tránh gắng sức quá mức.

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

- Có thể lấy cao răng nhẹ nhàng bằng máy siêu âm. Tránh làm sang chấn các tổn thương đang hồi phục.
- Hướng dẫn bệnh nhân như lần 1.

3. Lần 3: Sau lần 2 từ 1 đến 2 ngày.

- Lấy cao răng và làm nhẵn chân răng.

- Hướng dẫn bệnh nhân:
- + Ngừng xúc miệng nước Ôxy già.
- + Duy trì xúc miệng Chlohexidine 0,12% thêm 2 đến 3 tuần.
- + Thực hiện các biện pháp kiểm soát mảng bám răng.

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

- Nếu được điều trị đúng phác đồ thì tình trạng bệnh mô lợi phục hồi tốt.
- Khi tiến triển đến giai đoạn nặng mô lợi bị hoại tử tạo cơ hội phá hủy các cấu trúc quanh răng khác.

VI. PHÒNG BỆNH

- Duy trì chế độ dinh dưỡng đầy đủ, hợp lý.
- Vệ sinh răng miệng đúng phương pháp.
- Khám răng định kỳ.

7. BỆNH SÂU RĂNG

(Tooth Decay/ Dental caries)

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. NGUYÊN NHÂN

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

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

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

+ Men răng

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

+ Hình thể răng

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

+ Vị trí răng

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

+ Nước bọt

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

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

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Chẩn đoán các tổn thương sâu răng sớm

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng.

- Các dấu hiệu lâm sàng:

+ Vùng tổn thương sâu răng sớm xuất hiện các vết trắng khi thổi khô bề mặt.

+ Thay đổi màu sắc vùng tổn thương khi chiếu đèn sợi quang học. Vùng tổn thương là một vùng tối trên nền ánh sáng trắng của men răng bình thường.

+ Có biểu hiện thay đổi chỉ số hủy khoáng khi sử dụng đèn Laser huỳnh quang. Vùng tổn thương biểu hiện mức độ mất khoáng tương ứng với giá trị từ 10 đến 20 khi đo bằng thiết bị Laser huỳnh quang.

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

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

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

a. Triệu chứng cơ năng

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

b. Triệu chứng thực thể

- Tổn thương mất mô cứng của răng

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

c. X quang: Có hình ảnh thấu quang vùng tổn thương sâu răng.

2. Chẩn đoán phân biệt

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

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

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

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

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

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

2. Điều trị

a. Tồn thương sâu răng sớm

- Tái khoáng hóa

+ Liệu pháp Flour: dùng Fluor có độ tập trung cao ở dạng gel, dung dịch hoặc véc ni áp lên bề mặt vùng tổn thương để tái khoáng.

+ Hướng dẫn bệnh nhân chải răng với kem răng có Fluor.

b. Tổn thương đã hình thành lỗ sâu

- Hàn kín lỗ sâu phục hồi mô cứng

+ Lấy ngà mủn.

+ Sửa soạn thành lỗ sâu.

+ Sửa soạn đáy lỗ sâu.

+ Làm sạch lỗ sâu.

+ Hàn lót che phủ bảo vệ tủy.

+ Hàn kín phục hồi mô cứng: chọn vật liệu và màu sắc vật liệu.

+ Hoàn thiện.

- Hướng dẫn kiểm soát mảng bám răng để phòng sâu tái phát ở vùng ranh giới.

- Hẹn kiểm tra định kỳ.

V. BIẾN CHỨNG

- Viêm tủy răng.

- Viêm quang cuống răng.

VI. PHÒNG BỆNH

- Áp dụng các biện pháp cơ học kiểm soát mảng bám răng như chải răng với kem Fluor và chỉ tơ nha khoa.

- Trám bít hố rãnh ở các răng vĩnh viễn có nguy cơ sâu răng như các hố rãnh tự nhiên sâu khó kiểm soát mảng bám.

- Đối với các trường hợp có nguy cơ sâu răng cao thì áp dụng các chế phẩm có độ tập trung Fluor cao do thầy thuốc thực hiện.

- Hướng dẫn chế độ ăn uống có tác dụng dự phòng sâu răng.

- Khám và kiểm tra răng miệng định kỳ để phát hiện và điều trị sớm.

8. VIÊM TỦY RĂNG

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. NGUYÊN NHÂN

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

III. CHẨN ĐOÁN

1. Viêm tủy có hồi phục

1.1. Chẩn đoán xác định

a. Lâm sàng

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

b. Cận lâm sàng

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

1.2. Chẩn đoán phân biệt

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

2. Viêm tủy không hồi phục

2.1. Chẩn đoán xác định

a. Lâm sàng

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

+ Đau tự nhiên, từng cơn.

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

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

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

- Triệu chứng thực thể

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

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

+ Mòn mặt răng: cũng có thể có.

+ Lỗ hình chêm ở cổ răng: có thể có.

+ Hở tủy răng.

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

+ Đường nứt ngấm màu bông xanh metylen.

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

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

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

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

b. Cận lâm sàng

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

2.2. Chẩn đoán phân biệt

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

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Viêm tủy có hồi phục

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

- Sửa soạn xoang hàn:

- + Dùng mũi khoan thích hợp mở rộng bờ men, bộc lộ rõ xoang sâu.
- + Dùng mũi khoan thích hợp lấy bỏ mô ngà hoại tử.
- + Làm sạch xoang hàn bằng nước muối sinh lý.
- + Làm khô xoang hàn.

- Đặt Hydroxit canxi:

- + Dùng que hàn lấy Hydroxit canxi hoặc MTA và đặt phủ kín đáy xoang hàn từng lớp từ 1-2mm.
- + Dùng gòn bông nhỏ lèn nhẹ và làm phẳng bề mặt Hydroxit canxi.

- Hàn phục hồi xoang hàn:

- + Dùng vật liệu thích hợp như Composite, GIC, Amalgam... phục hồi phần còn lại của xoang hàn.
- + Kiểm tra khớp cắn.
- + Hoàn thiện phần phục hồi Composite hoặc Amalgam.

2. Viêm tủy không hồi phục

a. Điều trị tủy lấy tủy toàn bộ với nguyên tắc

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

b. Các bước điều trị tủy

- Bước 1: Vô cảm khi tủy răng sống bằng gây vùng hoặc gây tê tại chỗ với Xylocain 2%.
- Bước 2: Mở tủy, lấy tủy buồng, tủy chân.
- + Dùng mũi khoan kim cương đầu tròn mở đường vào buồng tủy.
- + Dùng mũi khoan Endo Z để mở toàn bộ trần buồng tủy.

- + Lấy tủy buồng và tủy chân bằng châm gai.
- Bước 3: Thăm dò số lượng, kích thước ống tủy bằng các dụng cụ thích hợp.
- Bước 4: Xác định chiều dài làm việc của ống tủy.
- Bước 5: Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tủy.
- + Tạo hình bằng các phương pháp tạo hình như: Stepback, Stepdown và phương pháp lai. Sử dụng các trâm xoay máy và trâm xoay cầm tay để tạo hình làm rộng hệ thống ống tủy.
- + Làm sạch hệ thống ống tủy bằng các dung dịch: nước muối sinh lý, Ôxy già 3V, Natri hypoclorid 2,5-5 %.
- Bước 6: Chọn, thử côn gutta-percha chính.
- Bước 7: Chụp X quang kiểm tra.
- Bước 8: Hàn kín hệ thống ống tủy bằng các kỹ thuật lèn dọc, lèn ngang với gutta-percha nóng, nguội.
- Bước 9: Hàn kín buồng tủy và phục hồi thân răng bằng vật liệu thích hợp.

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

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

VI. PHÒNG BỆNH

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

9. VIÊM QUANH CUỐNG RĂNG

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. NGUYÊN NHÂN

1. Do nhiễm khuẩn

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

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

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

2. Do sang chấn răng

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

3. Do sai sót trong điều trị

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

III. CHẨN ĐOÁN

1. Viêm quanh cuống cấp

1.1. Chẩn đoán xác định

a. Lâm sàng

- Toàn thân: Bệnh nhân mệt mỏi, sốt cao $\geq 38^{\circ}\text{C}$, có dấu hiệu nhiễm trùng như môi khô, lưỡi bẩn, có thể có phản ứng hạch ở vùng dưới hàm hoặc dưới cằm.

- Cơ năng

+ Đau nhức răng: đau tự nhiên, liên tục dữ dội, lan lên nửa đầu, đau tăng khi nhai, ít đáp ứng với thuốc giảm đau, bệnh nhân có thể xác định rõ vị trí răng đau.

+ Cảm giác chồi răng: răng đau chạm trước khi cắn làm bệnh nhân không dám nhai.

- Thực thể

+ Thường thấy vùng da ngoài tương ứng răng tổn thương sưng nề, đỏ, không rõ ranh giới, ấn đau, có hạch tương ứng, ấn đau.

+ Răng có thể đổi màu hoặc không đổi màu.

+ Khám thường thấy tổn thương do sâu chưa được hàn, hoặc răng đã được điều trị, hoặc những tổn thương khác không do sâu.

+ Răng lung lay rõ, thường độ 2 hoặc 3.

+ Gõ dọc răng đau dữ dội so với gõ ngang.

+ Niêm mạc ngách lợi tương ứng vùng cuống răng sưng nề, đỏ, ấn đau, mô lỏng lẻo.

+ Thử nghiệm tủy: âm tính với thử điện và nhiệt do tủy đã hoại tử.

b. Cận lâm sàng

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

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

1.2. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt với viêm tủy răng cấp:

Triệu chứng	Viêm tủy cấp	Viêm quanh cuống cấp
Dấu hiệu toàn thân	Không có dấu hiệu toàn thân	Mệt mỏi, sốt cao, có phản ứng hạch vùng.
Đặc điểm đau	Đau tự nhiên, thành cơn, đau nhiều về đêm, đau tăng khi ăn nhai.	Đau tự nhiên, âm ỉ, liên tục, răng lung lay, chồi cao.
Gõ dọc	Đau ít	Đau nhiều
Thử tủy	(+)	(-)

X quang	Vùng cuống cho hình ảnh bình thường	Có hình ảnh giãn rộng dây chằng
---------	-------------------------------------	---------------------------------

2. Viêm quanh cuống bán cấp

2.1. Chẩn đoán xác định

a. Lâm sàng

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

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

2.2. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt với viêm quanh cuống cấp.

Triệu chứng	Viêm quanh cuống cấp	Viêm quanh cuống bán cấp
Dấu hiệu toàn thân	Mệt mỏi, sốt cao, có phản ứng hạch vùng.	Khó chịu, đau đầu, sốt nhẹ $< 38^{\circ}\text{C}$ hoặc không sốt.
Đặc điểm đau	Đau tự nhiên, âm ỉ, liên tục, răng lung lay, chồi cao.	Đau âm ỉ, liên tục ở răng tổn thương, cảm giác răng chồi cao, đau tăng khi 2 hàm chạm nhau.
Gõ dọc	Đau nhiều	Đau ít

3. Viêm quanh cuống mạn

3.1. Chẩn đoán xác định

a. Lâm sàng

- Cơ năng: chỉ có tiền sử đau của các đợt viêm tủy cấp, viêm quanh cuống cấp hoặc áp xe quanh cuống cấp.

- Thực thể:

+ Răng đổi màu, màu xám đục ở ngà răng ánh qua lớp men.

+ Vùng ngách lợi tương ứng quanh cuống răng có thể hơi nề, có lỗ rò hoặc sẹo rò vùng cuống. Đôi khi lỗ rò không ở trong hốc miệng mà ở ngoài da hoặc nền mũi tùy vị trí nang và áp xe.

+ Gõ răng không đau hoặc đau nhẹ ở vùng cuống răng. Thông thường các răng nguyên nhân gõ không đau. Dấu hiệu này chỉ (+) trong các đợt cấp hoặc bán cấp của thể mạn tính.

+ Răng có thể lung lay khi tiêu xương ổ răng nhiều.

+ Các thử nghiệm tủy âm tính.

b. Cận lâm sàng: X quang:

- Đưa gutta-percha qua lỗ rò trong miệng có thể thấy hình ảnh nguồn gốc ổ mủ trên phim X quang.

- Áp xe quanh cuống mạn tính: hình tiêu xương ranh giới không rõ.

- U hạt và nang: hình ảnh tiêu xương có ranh giới rõ.

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

3.2. Chẩn đoán phân biệt

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

IV. TIÊU CHUẨN VÀO VIỆN :

- hội chứng nhiễm trùng

- Dùng thuốc theo đơn nhưng không đáp ứng

V. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Loại trừ toàn bộ mô nhiễm khuẩn và hoại tử trong ống tủy.

- Dẫn lưu tốt mô viêm vùng cuống.

- Hàn kín hệ thống ống tủy, tạo điều kiện cho mô cuống hồi phục.

- Chỉ định phẫu thuật cắt cuống răng nếu tiên lượng điều trị nội nha không có kết quả.

2. Phác đồ điều trị

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

3. Điều trị cụ thể

a. Điều trị toàn thân

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

b. Điều trị nội nha

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

c. Điều trị phẫu thuật

- Sau điều trị nội nha có tổn thương quanh cuống không phục hồi do nhiều nguyên nhân khác nhau.
- Sau khi răng nguyên nhân và các răng liên quan được điều trị nội nha, theo dõi mà tổn thương cuống không tiến triển tốt, tiến hành điều trị phẫu thuật lấy đi toàn bộ lớp vỏ nang có hoặc không có cắt phần cuống răng nguyên nhân.
- Tiến hành hàn ngược cuống răng nếu có cắt cuống răng.

V. BIẾN CHỨNG VÀ TIÊN LƯỢNG

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

1. Biến chứng tại chỗ

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

2. Biến chứng toàn thân

Liên quan bệnh tim mạch, viêm thận, viêm khớp, gây đau $\frac{1}{2}$ mặt giống như đau dây thần kinh V, ngoài ra có thể gây sốt kéo dài, rất khó chẩn đoán bởi các xét nghiệm cơ bản như công thức máu không thấy có thay đổi, cấy máu âm tính,...

VI. PHÒNG BỆNH

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

10. NANG THÂN RĂNG

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. NGUYÊN NHÂN

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

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

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

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

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

- Phòng xương gây biến dạng mặt mà không đau nhức.
- Lung lay răng kế cận với vị trí răng chưa mọc.
- Răng sữa tương ứng vẫn còn trên cung răng.
- Trong trường hợp nang thân răng ở xương hàm dưới có thể gây tê môi dưới do nang to chèn vào ống răng dưới.
- Niêm mạc trên chỗ phòng xương hoàn toàn bình thường, trường hợp nang to gây phòng xương nhiều, niêm mạc có thể bị loét do sang chấn khi ăn nhai.

- Nang to phá hủy xương rộng gây xô lệch và lung lay các răng lân cận.
- Trường hợp nang bội nhiễm thì có biểu hiện sưng đau chỗ phòng xương.

1.2. Cận lâm sàng

X quang

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

2. Chẩn đoán phân biệt

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

IV. TIÊU CHUẨN VÀO VIỆN:

- Nang răng trên 1cm
- Có chỉ định phẫu thuật.

V. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Phẫu thuật lấy bỏ toàn bộ nang và răng ngầm.

2. Điều trị cụ thể

2.1 Phẫu thuật lấy bỏ nang và răng ngầm

- Chỉ định: Nang có kích thước từ nhỏ đến trung bình.
- Kỹ thuật
 - + Vô cảm.
 - + Rạch niêm mạc, bóc tách bọc lộ xương.
 - + Mở xương, bóc lộ nang.
 - + Lấy nang và răng ngầm.
 - + Kiểm soát vùng phẫu thuật.

+ Khâu đóng niêm mạc.

2.2. Phẫu thuật mở thông nang

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

- Kỹ thuật

+ Vô cảm.

+ Rạch niêm mạc, bóc tách bọc lộ xương.

+ Mở xương, bóc lộ nang.

+ Cắt bỏ một phần vỏ nang.

+ Khâu lộn niêm mạc vỏ nang và mở thông lòng nang ra khoang miệng.

+ Kháng sinh.

+ Sau 1 tuần, làm máng bịt.

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

- Nếu điều trị đúng, phẫu thuật cắt nang và lấy răng ngầm sẽ có kết quả tốt, không tái phát.

- Trường hợp phẫu thuật mở thông nang, sau một thời gian nang thu hẹp thì có thể tiến hành phẫu thuật thì hai lấy bỏ nang và răng ngầm.

2. Biến chứng

- Bội nhiễm.

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

VI. PHÒNG BỆNH:

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

11. NANG NHÁI SÀN MIỆNG

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. NGUYÊN NHÂN

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

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1 Lâm sàng

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

1.2. Cận lâm sàng

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

2. Chẩn đoán phân biệt

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

IV. TIÊU CHUẨN VÀO VIỆN:

- khối u trên 1cm
- có chỉ định phẫu thuật

v. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Phẫu thuật cắt bỏ nang.

2. Điều trị cụ thể

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

2.1. Phẫu thuật cắt bỏ nang

- Chỉ định: Nang có kích thước nhỏ, không liên quan tới tuyến nước bọt dưới lưỡi.
- Kỹ thuật
- + Gây tê tại chỗ.

- + Rạch niêm mạc bọc lộ nang.
- + Tách bóc vỏ nang ra khỏi mô xung quanh và lấy toàn bộ nang.
- + Khâu đóng niêm mạc.
- + Kháng sinh.

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

- Chỉ định: Nang có kích thước vừa phải và liên quan với tuyến nước bọt dưới lưỡi.
- Kỹ thuật
- + Phẫu thuật lấy bỏ nang: thực hiện theo mục 4.2.1.
- + Phẫu thuật lấy bỏ tuyến nước bọt dưới lưỡi.
- + Kháng sinh.

2.3. Phẫu thuật mở thông nang

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

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG:

1. Tiên lượng

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

2. Biến chứng

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

VI. PHÒNG BỆNH:

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

12. ÁP XE MÁ

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. NGUYÊN NHÂN

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

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

a. Toàn thân

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

b. Tại chỗ

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

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

1.2. Cận lâm sàng

- X quang thường quy

Có biểu hiện tổn thương răng nguyên nhân.

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

2 Chẩn đoán phân biệt

- Áp xe vùng cơ cắn: vị trí áp xe ở vùng cơ cắn và có dấu hiệu khít hàm.

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

IV. TIÊU CHUẨN VÀO VIỆN:

- hội chứng nhiễm trùng

- ảnh hưởng đến chức năng

V. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Dẫn lưu mủ và điều trị răng nguyên nhân.

2. Điều trị cụ thể

2.1 Điều trị toàn thân

Kháng sinh và nâng cao thể trạng.

2.2. Điều trị tại chỗ

a. Đường trong miệng

- Chỉ định: khi áp xe tiến triển về phía niêm mạc miệng.

- Kỹ thuật

+ Vô cảm.

+ Rạch niêm mạc ở chỗ thấp nhất và phòng nhất của ổ áp xe.

+ Bộc lộ ổ áp xe và dẫn lưu mủ.

+ Bơm rửa.

+ Đặt dẫn lưu.

+ Điều trị răng nguyên nhân.

b. Đường ngoài mặt

- Chỉ định: khi áp xe tiến triển về phía dưới da vùng má.

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

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

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

2. Biến chứng

- Viêm tấy tỏa lan vùng mặt.
- Nhiễm trùng huyết.

VI. PHÒNG BỆNH

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

13. ÁP XE VÙNG DƯỚI HÀM

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. NGUYÊN NHÂN

- Do răng
 - + Răng viêm quanh cuống không được điều trị.
 - + Răng có viêm quanh răng không được điều trị.
 - + Do biến chứng răng khôn.
- Do nguyên nhân khác

- + Do tai biến điều trị.
- + Do chấn thương.
- + Nhiễm trùng các vùng lân cận.
- + Sỏi tuyến nước bọt nhiễm khuẩn.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

a. Toàn thân

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

b. Tại chỗ

- Ngoài miệng

+ Vùng dưới hàm có 1 khối sưng lớn, da trên khối sưng nóng đỏ hoặc tím, căng, nề, có thể thâm nhiễm lan rộng lên trên phần thấp của má, phía trước lan đến vùng dưới cằm, phía sau lan đến vùng cổ bên, phía dưới lan xuống xương móng. Lồi bờ nền xương hàm dưới bị xóa.

+ Giai đoạn đầu khối có mật độ cứng, về sau ấn lõm hoặc có dấu hiệu chuyển sóng. Bệnh nhân đau dữ dội khi sờ vào.

- Trong miệng

+ Dấu hiệu khít hàm dữ dội.

+ Xung huyết, nề niêm mạc ngách tiền đình răng nguyên nhân.

+ Rãnh bên lưỡi, vùng xa của sàn miệng sưng nề, xung huyết.

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

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

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

1.2. Cận lâm sàng

- X quang thường quy

Có thể có hình ảnh tổn thương răng nguyên nhân.

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

2 Chẩn đoán phân biệt

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

- Viêm hạch mủ dưới hàm: bắt đầu dưới dạng nổi cục sưng đau, sau lan ra cả vùng, không có dấu hiệu khít hàm.
- Áp xe tuyến dưới lưỡi: dấu hiệu ngoài miệng ít, sàn miệng bên bệnh sưng cứng, khít hàm ít.

IV. TIÊU CHUẨN VÀO VIỆN

- hội chứng nhiễm trùng
- ảnh hưởng đến chức năng

V. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Dẫn lưu mủ và điều trị răng nguyên nhân.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị toàn thân:

Kháng sinh và nâng cao thể trạng.

2.2. Điều trị tại chỗ

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

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

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

2. Biến chứng

- Viêm tấy tỏa lan vùng mặt.
- Nhiễm trùng huyết.

VI. PHÒNG BỆNH

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

14. ÁP XE VÙNG SÀN MIỆNG

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. NGUYÊN NHÂN

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

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

a. Toàn thân

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

b. Tại chỗ

- Ngoài miệng

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

- Trong miệng

- + Có biểu hiện há miệng hạn chế.
- + Sưng nề sàn miệng bên răng nguyên nhân, lưỡi bị đẩy lệch về bên đối diện.
- + Niêm mạc sàn miệng đỏ xung huyết, có phủ màng giả trắng, không dính.

- + Mào dưới lưỡi sưng gồ như “mào gà”, sờ thấy có một gờ chắc, rất đau, dính vào mặt trong xương tương ứng với răng nguyên nhân.
- + Ấn có dấu hiệu mềm lún hay chuyển sóng, khó nuốt, khó nói, khó nhai. Cử động lưỡi khó và đau.
- + Răng nguyên nhân: có biểu hiện bệnh lý của răng nguyên nhân.

1.2. Cận lâm sàng

- X quang thường quy
- + Có biểu hiện tổn thương răng nguyên nhân.
- + Có thể thấy hình ảnh sỏi ống tuyến nước bọt dưới hàm.
- CT Scanner: có khối thấu quang ranh giới rõ ở vùng sàn miệng, và có thể thấy hình ảnh sỏi ống tuyến nước bọt dưới hàm.

2. Chẩn đoán phân biệt

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

IV. TIÊU CHUẨN VÀO VIỆN:

- hội chứng nhiễm trùng
- ảnh hưởng đến chức năng

V. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Dẫn lưu mủ và điều trị răng nguyên nhân.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị toàn thân

Kháng sinh và nâng cao thể trạng.

2.2. Điều trị tại chỗ

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

a. Đường trong miệng

- Chỉ định: khi áp xe tiến triển về phía niêm mạc miệng.
- Kỹ thuật
- + Vô cảm.

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

b. Đường ngoài mặt

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

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

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

2. Biến chứng

- Viêm tấy tỏa lan vùng mặt.
- Nhiễm trùng huyết.

VI. PHÒNG BỆNH

- Khám răng miệng định kỳ để phát hiện các răng sâu, tổn thương viêm quanh răng, răng khôn mọc lệch để điều trị kịp thời.
- Khi phát hiện sỏi ống tuyến nước bọt dưới hàm thì cần phẫu thuật lấy sỏi.

15. VIÊM TẤY LAN TỎA VÙNG HÀM MẶT

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. NGUYÊN NHÂN

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

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

a. Toàn thân

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

b. Tại chỗ

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

- Ngoài mặt

- + Mặt biến dạng, sưng to lan rộng ra các vùng má, vùng cơ cắn, vùng mang tai, vùng dưới hàm, vùng thái dương, có thể lan tới vùng cổ và ngực.
 - + Mi mắt sưng nề che kín nhãn cầu.
 - + Mất các rãnh tự nhiên ở mặt.
 - + Da căng bóng nề, không kẹp được bằng tay, màu trắng nhợt hoặc hơi tím.
 - + Ấn thấy có mật độ cứng, không có dấu hiệu chuyển sóng, có thể thấy lạo xạo hơi.
- Trong miệng**
- + Khít hàm.
 - + Sưng nề vùng sàn miệng, má, thành bên họng.
 - + Niêm mạc má, tiền đình nề, mang dấu răng, có cặn tơ huyết bản.
 - + Nước bọt quánh, miệng có mùi hôi thối.

+ Có biểu hiện tổn thương răng nguyên nhân.

1.2. Cận lâm sàng

- X quang

+ X quang thường quy: có biểu hiện tổn thương răng nguyên nhân.

+ Phim MRI, CT scanner: xác định chính xác vị trí, kích thước tổ chức bị viêm hoại tử.

- Xét nghiệm sinh hóa: Có albumin niệu, trụ niệu, bạch cầu cao.

2. Chẩn đoán phân biệt

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

IV. TIÊU CHUẨN VÀO VIỆN:

- hội chứng nhiễm trùng

- ảnh hưởng đến chức năng

- Viêm tiến triển nhanh

V. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Chống nhiễm trùng, nhiễm độc và nâng cao thể trạng.

- Rạch rộng và dẫn lưu mủ.

- Xử trí răng nguyên nhân.

2. Điều trị cụ thể

a. Điều trị toàn thân

Đồng thời với việc phẫu thuật, phải điều trị chống sốc nhiễm trùng, nhiễm độc và nâng cao thể trạng.

b. Phẫu thuật

- Vô cảm

- Rạch rộng, mở thông và dẫn lưu các ổ mủ.

- Bơm rửa.

- Đặt dẫn lưu tới tất cả các ổ mủ

- Xử trí răng nguyên nhân.

c. Chăm sóc sau phẫu thuật

- Bơm rửa qua dẫn lưu nhiều lần trong ngày.

- Thay những dẫn lưu bị tắc.

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

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

2. Biến chứng

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

VI. PHÒNG BỆNH

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

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

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. NGUYÊN NHÂN

Bệnh do virus thuộc nhóm Paramyxovirus gây ra.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

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

1.1 Lâm sàng

a. Thời kỳ ủ bệnh

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

- Có thể sốt.
- Khô miệng.

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

b. Thời kỳ toàn phát

- Sưng đau tuyến mang tai với các đặc điểm:

- + Lúc đầu sưng 1 bên, sau lan ra 2 bên.

- + Mới đầu khối sưng nhỏ, làm mất rãnh sau góc hàm, đẩy dải tai ra trước, sau to dần và lan ra cả vùng dưới hàm.

- Sờ vùng mang tai thấy cảm giác căng dạng “mật độ keo”, hơi nóng, hơi đau.

- Há miệng có thể hạn chế.

- Niêm mạc miệng khô, đỏ, giảm tiết nước bọt.

- Lỗ ống Stenon nề, đỏ, đôi khi có những vết nhỏ viêm bầm tím xung quanh và không có mủ nếu không có bội nhiễm.

1.2. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu: Bạch cầu giảm, bạch cầu ái toan tăng.

- X quang: không có giá trị chẩn đoán.

2. Chẩn đoán phân biệt:

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

IV. TIÊU CHUẨN VÀO VIỆN :

- hội chứng nhiễm trùng

- ảnh hưởng đến chức năng

V. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Nâng cao thể trạng.

- Chống bội nhiễm.

- Nghỉ ngơi, hạn chế vận động.

2. Điều trị cụ thể

- Thuốc an thần.

- Hạ sốt.

- Vệ sinh răng miệng.

- Nghỉ ngơi, nâng cao thể trạng.

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

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

2. Biến chứng

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

VI. PHÒNG BỆNH

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

17. VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI MẠN TÍNH

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. NGUYÊN NHÂN

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

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

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

1.1. Lâm sàng

a. Ngoài miệng

- Thường chỉ biểu hiện khi có đợt bán cấp: sưng, tức tuyến mang tai 1 hoặc cả 2 bên, đau nhiều.
- Giữa 2 đợt sưng, tuyến mang tai chỉ hơi to hơn bình thường, sờ chắc, không đau.

- Bệnh nhân chủ yếu thấy khó chịu nhất là lúc sáng dậy, nước bọt hơi mặn trong miệng.
- Tình trạng trên kéo dài khoảng 1 - 2 tuần, có điều trị hay không cũng hết dần. Sau vài tháng sưng đau trở lại.

b. Trong miệng

- Lỗ ống Stenon sưng đỏ.
- Xoa nắn tuyến có mủ loãng hoặc những sợi nhầy mủ, chứa phế cầu, tụ cầu và liên cầu khuẩn chảy theo lỗ ống Stenon vào miệng.

1.2. Cận lâm sàng

Hình ảnh Xquang có tiêm thuốc cản quang

- Ống Stenon giãn to, đường kính không đều, chỗ phình, chỗ chít hẹp.
- Những ống nhỏ trong nhu mô có thể thấy rõ, có những ổ đọng thuốc trong nang tuyến phình ra.

2 Chẩn đoán phân biệt

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

IV. TIÊU CHUẨN VÀO VIỆN:

- hội chứng nhiễm trùng
- ảnh hưởng đến chức năng

V. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

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

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị nội khoa:

a. Chỉ định: Khi tuyến chưa xơ hóa.

b. Điều trị bằng cách bơm rửa tuyến bằng thuốc kháng sinh, chống viêm, nước muối sinh lý.

2.2. Điều trị ngoại khoa

a. Chỉ định: Khi tuyến xơ hóa, không còn chức năng.

b. Điều trị bằng phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến mang tai, bảo tồn thần kinh VII.

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

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

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

2. Biến chứng

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

VI. PHÒNG BỆNH

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

18. ĐAU DÂY THẦN KINH V

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. NGUYÊN NHÂN

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

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

1.1.1. Toàn thân

Không có biểu hiện gì đặc biệt.

1.1.2. Cơ năng

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

b. Tính chất cơn đau

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

c. Thực thể

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

1.2. Cận lâm sàng

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

2. Chẩn đoán phân biệt

- Đau thần kinh sau Herpes: phân biệt dựa vào tiền sử có nhiễm Herpes.
- Đau đầu từng chuỗi (Cluster Headache): kèm theo đau một bên mặt còn có dấu hiệu chảy nước mắt, nước mũi, vã mồ hôi

- Đau co thắt nửa mặt (Hemifacial Spasm): đau do thần kinh VII bị kích thích, với tính chất đau kèm theo co giật các cơ một bên mặt, nhưng không dữ dội như đau thần kinh V.

IV. TIÊU CHUẨN VÀO VIỆN:

Cơn đau kéo dài dùng thuốc ngoại trú không đáp ứng

V. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

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

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị nguyên nhân

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

2.2. Điều trị triệu chứng

2.2.1. Nội khoa

- Chỉ định: trong các trường hợp không xác định được nguyên nhân thì điều trị nội khoa luôn là lựa chọn đầu tiên trước khi tiến hành điều trị ngoại khoa.
- Phác đồ điều trị
 - + Carbamazepine thường là lựa chọn đầu tiên khi điều trị đau thần kinh V, có thể thay thế bằng Oxcarbazepine hoặc gabapentin để giảm tác dụng phụ.
 - + Khởi đầu bằng một liều thấp, tăng dần đến liều đáp ứng. Sau khi đạt liều đáp ứng, duy trì trong 4 - 6 tuần, sau đó giảm dần về liều khởi đầu.
 - + Trường hợp thuốc lựa chọn không đáp ứng thì lựa chọn giải pháp điều trị khác.

2.2.2. Ngoại khoa

- Chỉ định: khi không xác định được nguyên nhân và điều trị nội khoa thất bại.
- Kỹ thuật: tùy trường hợp có thể áp dụng một trong các phương pháp dưới đây:

a. Phương pháp phá hủy rễ thần kinh V

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

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

- Phương pháp xuyên da: có 3 kỹ thuật
- + Phá hủy rễ thần kinh V bằng Glycerol.
- + Phá hủy rễ thần kinh V bằng bóng áp lực.
- + Phá hủy rễ thần kinh V bằng nhiệt đông.
- Phẫu thuật cắt rễ thần kinh.

b. Phương pháp phá hủy thần kinh ngoại vi

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

- Tiêm Alcohol

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

- Phẫu thuật cắt thần kinh V ngoại vi:

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

V. TIÊM LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiêm lượng

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

2. Biểu chứng

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

VI. PHÒNG BỆNH

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

19. UNG THƯ LƯỖI

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. NGUYÊN NHÂN

1. Nguyên nhân bên trong

- Di truyền.
- Nội tiết.

2. Nguyên nhân bên ngoài.

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

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

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

1.1. Lâm sàng

- Các dấu hiệu chỉ điểm đặc hiệu:
 - + Các tổn thương loét không lành kéo dài trên 2 tuần.
 - + Các tổn thương có chảy máu nào trong miệng mà không giải thích được
 - + Có tổn thương chai cứng
 - + Các tổn thương vết trắng (bạch sản), vết đỏ (hồng sản) hoặc đỏ trắng.
- Biểu hiện lâm sàng điển hình
 - + Tổn thương lưỡi có bờ lồi ở xung quanh và hoại tử ở trung tâm
 - + Tổn thương đám cứng trong mô mềm, thường ở bờ hoặc gốc lưỡi.
- Hạch vùng dưới hàm.
- Ở giai đoạn muộn, khối ung thư to gây chèn ép và rối loạn các chức năng.

1.2. Cận lâm sàng

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

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

- Các mức độ:

T	N	M
T0: Khối u không xác định được trên lâm sàng	N0: Không có hạch	M0: Chưa có di căn xa
T1: Khối u ĐK < 2cm	N1: Xác định được hạch đơn cùng bên <3cm	M1: Có biểu hiện di căn xa
T2: 2cm < Khối u < 4cm	N2:	-

	N2a: 3cm<Hạch đơn cùng bên<6cm. N2b: Nhiều hạch cùng bên nhưng không có hạch nào >6cm. N2c: Hạch hai bên đơn hoặc nhiều hạch nhưng không có hạch nào >6cm.	
T3: Khối u >4cm	N3: Bất kỳ hạch đơn hoặc đa KT >6cm	-

- Giai đoạn:

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

3. Chẩn đoán phân biệt

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

IV. TIÊU CHUẨN VÀO VIỆN:

Thể trạng suy kiệt

Đau không đáp ứng với thuốc giảm đau bằng đường uống

V. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

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

2. Điều trị cụ thể

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

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

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

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

2. Biến chứng

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

VI. PHÒNG BỆNH

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

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