**MỤC LỤC**

Nội dung Trang

[RĂNG KHÔN MỌC LỆCH 1](#_Toc529439490)

[MẤT RĂNG TOÀN BỘ 4](#_Toc529439491)

[MẤT RĂNG TỪNG PHẦN 7](#_Toc529439492)

[SÂU RĂNG SỮA 12](#_Toc529439493)

[VIÊM TỦY RĂNG SỮA 18](#_Toc529439494)

[VIÊM LỢI LIÊN QUAN ĐẾN MẢNG BÁM RĂNG 24](#_Toc529439495)

[VIÊM QUANH RĂNG TIẾN TRIỂN CHẬM 28](#_Toc529439496)

[VIÊM LỢI LOÉT HOẠI TỬ CẤP TÍNH 35](#_Toc529439497)

[BỆNH SÂU RĂNG 39](#_Toc529439499)

[TỔN THƯƠNG MÔ CỨNG CỦA RĂNG KHÔNG DO SÂU 45](#_Toc529439501)

[VIÊM TỦY RĂNG 49](#_Toc529439502)

[VIÊM QUANH CUỐNG RĂNG 54](#_Toc529439503)

[NANG THÂN RĂNG 61](#_Toc529439504)

[NANG NHÁI SÀN MIỆNG 64](#_Toc529439505)

[NANG TUYẾN NƯỚC BỌT DƯỚI HÀM VÀ DƯỚI LƯỠI 67](#_Toc529439506)

[ÁP XE VÙNG CƠ CẮN 70](#_Toc529439507)

[ÁP XE MÁ 73](#_Toc529439508)

[ÁP XE VÙNG DƯỚI HÀM 76](#_Toc529439509)

[ÁP XE VÙNG SÀN MIỆNG 79](#_Toc529439510)

[ÁP XE VÙNG MANG TAI 82](#_Toc529439511)

[ÁP XE THÀNH BÊN HỌNG 85](#_Toc529439512)

[VIÊM TẤY LAN TỎA VÙNG HÀM MẶT 89](#_Toc529439513)

[VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI DO VIRUS 92](#_Toc529439514)

[VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI MẠN TÍNH 95](#_Toc529439515)

[VIÊM TUYẾ N NƯỚC BỌT DƯỚI HÀM DO SỎI 98](#_Toc529439516)

[ĐAU DÂY THẦN KINH V 101](#_Toc529439517)

[CHẤN THƯƠNG PHẦN MỀM VÙNG HÀM MẶT 106](#_Toc529439518)

[DÍNH KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM 112](#_Toc529439519)

# RĂNG KHÔN MỌC LỆCH

1. **ĐỊNH NGHĨA**

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

1. **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….
2. **CHẨN ĐOÁN**
3. Lâm sàng

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

* + Răng lệch trục

+Răng khôn hàm dưới thương có trục lệch gần hoặc lệch má ở các mức độ khác nhau.

+Răng khôn hàm trên thương 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: thương 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 núm răng lộ ra khỏi lợi, bờ lợi có thể loét nhẹ.

+Có hạch dưới hàm.

1. Cận lâm sàng
	* Phim X quang: phim sau huyệt ổ răng, Panorama, hàm dưới chếch, Conebeam CT…
	* Có hình ảnh răng mọc lệch trục, hướng và vị trí.
	* Có thể có hình ảnh tổn thương mất mô cứng mặt xa răng hàm lớn thứ hai. c. Chẩn đoán phân biệt

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

**IV. ĐIỀU TRỊ**

1. Nguyên tắc
	* Khi đã xác định được răng khôn hàm dưới mọc lệch thì nên nhổ bỏ càng sớm càng tốt để không làm mất xương phía xa răng hàm lớn thứ hai.
	* Lấy được răng khôn ra khỏi huyệt 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
3. Răng khôn lệch không có biến chứng
4. 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 huyệt ổ răng bằng dụng cụ thích hợp.
	* Kiểm soát huyệt 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.
5. 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. TIÊN 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.

# MẤT RĂNG TOÀN BỘ

1. **ĐỊNH NGHĨA**

 Mất răng toàn bộ là tình trạng mất toàn bộ răng trên cả hai cung hàm.

1. **NGUYÊN NHÂN**
	* Sâu răng.
	* Các tổn thương khác gây mất mô cứng của răng.
	* Viêm quanh răng.
	* Chấn thương.
	* Răng bị nhổ do có bệnh lý liên quan đến răng như u, nang xương hàm.
2. **CHẨN ĐOÁN**
	* Dựa vào tình trạng mất răng trên cung hàm.
	* Chụp phim X quang để đánh giá tình trạng xương hàm vùng mất răng.
	* Xét nghiệm máu nếu cần.
3. **ĐIỀU TRỊ**
4. Nguyên tắc

 Làm phục hình răng phục hồi lại các răng mất để thiết lập lại chức năng ăn nhai và thẩm mỹ cho bệnh nhân. Khác nhau tùy theo phương pháp phục hình mất răng.

1. Điều trị cụ thể
2. Điều trị tiền phục hình
	* Bấm gai xương ở sống hàm.
	* Điều trị các trường hợp phanh môi, má bám thấp.
	* Làm sâu ngách tiền đình trong một số trường hợp ngách tiền đình nông.
3. Phục hình răng bằng Hàm giả tháo lắp

Có hai loại: hàm nhựa thương, hàm nhựa dẻo.

* + Chỉ định: Tất cả các trường hợp mất răng toàn bộ.
	+ Chống chỉ định: Bệnh nhân dị ứng với nhựa nền hàm.
	+ Các bước:

+Lấy dấu 2 hàm và đổ mẫu.

+Làm thìa cá nhân (tại Labo).

+Lấy dấu thìa cá nhân và đổ mẫu.

+Làm nền tạm, gối sáp.

+Thử cắn và ghi tương quan 2 hàm.

+Lên răng.

+Thử răng.

+Ép nhựa và hoàn thiện hàm (tại Labo).

+Lắp hàm.

+Hướng dẫn bệnh nhân cách sử dụng và bảo quản hàm giả.

1. Phục hình răng bằng Implant
	* Chỉ định: Tất cả các trường hợp mất răng toàn bộ.
	* Chống chỉ định

+Thiếu xương hàm vùng mất răng.

+Các bệnh toàn thân không cho phép.

+Có tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

* + Các bước

+Làm hàm nhựa như phần 2.2.1.

+Cấy tối thiểu 2 trụ Implant.

+Sửa soạn các trụ Implant.

+Sửa soạn nền hàm giả mang phần âm của cúc bấm.

+Lắ p hà m giả.

+Hướng dẫn bệnh nhân cá ch sử dụ ng.

**V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

1. Tiên Lượng

 Tất cả các phương pháp phục hình đều có tác dụng phục hồi chức năng ăn nhai và thẩm mỹ.

1. Biến chứng
	* Sang thương niêm mạc miệng.
	* Viêm quanh implant.

**VI. PHÒNG BỆNH**

* Hướng dẫn các biện pháp vệ sinh răng miệng, kiểm soát mảng bám để ngăn ngừa sâu răng và viêm quanh răng.
* Khám định kỳ để phát hiện sớm các bệnh của răng, quanh răng và điều trị kịp thời ngăn ngừa biến chứng gây mất răng.

# MẤT RĂNG TỪNG PHẦN

1. **ĐỊNH NGHĨA**

 Mất răng từng phần là tình trạng mất một hoặc nhiều răng trên một hoặc cả hai cung hàm.

1. **NGUYÊN NHÂN**
	* Sâu răng.
	* Các tổn thương khác gây mất mô cứng của răng.
	* Viêm quanh răng.
	* Chấn thương.
	* Thiếu răng bẩm sinh.
	* Răng bị nhổ do có bệnh lý lên quan đến răng như u, nang xương hàm.
2. **CHẨN ĐOÁN**

 Dựa vào tình trạng thiếu răng trên cung hàm.

1. Chẩn đoán phân loại mất răng

1. Theo Kennedy
	* Loại I: Mất răng hàm phía sau cả 2 bên không còn răng giới hạn.
	* Loại II: Mất răng hàm phía sau 1 bên không còn răng giới hạn.
	* Loại III: Mất răng hàm phía sau còn răng giới hạn phía xa.
	* Loại IV: Mất nhóm răng cửa.
	* Loại V: Còn lại 1 hoặc 2 răng hàm.
	* Loại VI: Còn 1 hoặc 2 răng trước.
2. Theo Kourliandsky
	* Loại I: Còn ít nhất 3 điểm chạm.
	* Loại II: Còn 2 điểm chạm.
	* Loại III: Còn nhiều răng nhưng không có điểm chạm.

2. Cận lâm sàng

* Chụp phim X quang để đánh giá tình trạng xương hàm vùng mất răng.
* Xét nghiệm máu nếu cần.

**IV. ĐIỀU TRỊ**

1. Nguyên tắc

 Làm phục hình răng phục hồi lại các răng mất để thiết lập lại chức năng ăn nhai và thẩm mỹ cho bệnh nhân. Khác nhau tùy theo phương pháp phục hình mất răng.

1. Điều trị cụ thể
	1. Điều trị tiền phục hình
	2. -Lấy cao răng.
		* Hàn các răng sâu.
		* Hàn phục hồi các tổn thương mất mô cứng của răng nếu có.
		* Mài chỉnh những răng có độ lẹm quá lớn theo khảo sát trên song song kế.
		* Nhổ các chân răng còn sót lại.
		* Bấm gai xương ở sống hàm.
		* Điều trị các trường hợp phanh môi, má bám thấp.
		* Làm sâu ngách tiền đình trong một số trường hợp ngách tiền đình nông.
	3. Phục hình răng bằng Hàm giả tháo lắp
		* Có 3 loại Hàm khung kim loại, hàm nhựa thương, hàm nhựa dẻo.
2. Hàm giả nền nhựa
	* Chỉ định: Tất cả các trường hợp mất răng từng phần.
	* Chống chỉ định: Bệnh nhân dị ứng với nhựa nền hàm.
	* Các bước

+Lấy dấu 2 hàm và đổ mẫu.

+Làm nền tạm, gối sáp.

+Thử cắn và ghi tương quan 2 hàm.

+Lên răng.

+Thử răng.

+Ép nhựa và hoàn thiện hàm (tại Labo).

+Lắp hàm.

+Hướng dẫn bệnh nhân cách sử dụng và bảo quản hàm giả.

1. Hàm khung kim loại
	* Chỉ định: Tất cả các trường hợp mất răng từng phần.
	* Chống chỉ định: Các răng mang móc không đủ vững chắc để làm tựa cho hàm giả.
	* Các bước

+Lấy dấu hai hàm và đổ mẫu nghiên cứu.

+Khảo sát mẫu hàm, xác định răng đặt móc, hướng lắp và khung sơ khảo trên song song kế.

+Sửa soạn răng đặt móc và mài chỉnh tạo hướng lắp cho hàm khung nếu cần.

+Lấy dẫu và đổ mẫu làm việc.

+So mầu và chọn mầu răng.

+Thiết kế hàm khung trên mẫu thạch cao.

+Đúc hàm khung bằng hợp kim.

+Thử khung trên miệng bệnh nhân.

+Đo tương quan hai hàm.

+Lên răng trên hàm khung.

+Thử răng trên miệng bệnh nhân.

+Ép nhựa.

+Lắp hàm.

+Hướng dẫn bệnh nhân cách sử dụng hàm giả.

2.3. Phục hình bằng cầu răng

* Chỉ định: Tất cả các trường hợp mất răng từng phần còn giới hạn hai phía.
* Chống chỉ định

+Không còn đủ răng giới hạn 2 phía vùng mất răng.

+Các trụ cầu không đủ độ vững chắc.

+Khoảng mất răng quá dài.

+Răng trụ không đủ lực gánh nhịp cầu.

* Các bước

+Sửa soạn các răng trụ mang cầu.

+Lấy dấu và đổ mẫu.

+So mầu răng.

+Đúc sườn kim loại và nướng sứ.

+Gắn cầu răng trên miệng.

2.4. Phục hình răng bằng Implant

* Chỉ định: Tất cả các trường hợp mất răng từng phần.
* Chống chỉ định

+Thiếu xương hàm vùng mất răng.

+Các bệnh toàn thân không cho phép.

+Có tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

* Các bước

+Sát khuẩn.

+Vô cảm.

+Bộc lộ xương hàm vùng cấy ghép.

+Bơm rửa.

+Đặt Implant.

+Đặt mũ phủ Implant hoặc trụ liền thương.

+Khâu đóng niêm mạc.

* 4.2.5. Hàm toàn bộ phủ
* Chỉ định: Mất răng loại Kennedy V và VI.
* Kỹ thuật
* Các bước cơ bản giống hàm toàn bộ.

**V.TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

1. Tiên LƯỢNG

 Tất cả các phương pháp phục hình đều có tác dụng phục hồi chức năng ăn nhai và thẩm mỹ.

1. Biến chứng
	* Sang thương niêm mạc miệng.
	* Sang chấn và tổn thương các răng mang móc, răng trụ cầu.
	* Viêm quanh Implant.

**VI. PHÒNG BỆNH**

* + Hướng dẫn các biện pháp vệ sinh răng miệng, kiểm soát mảng bám để ngăn ngừa sâu răng và viêm quanh răng.
	+ Khám định kỳ để phát hiện sớm các bệnh của răng, quanh răng và điều trị kịp thời ngăng ngừa biến chứng gây mất răng.

# SÂU RĂNG SỮA

1. **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.

1. **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 pH< 5 thì gây ra tổn thương hủy khoáng làm mất mô cứng của răng và gây ra sâu răng.

* + Chủng vi khuẩn có khả năng gây sâu răng cao nhất trong nghiên cứu thực nghiệm là *Streptococus 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 thiểu sản hay men răng kém khoáng hóa dễ bị huỷ 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 thương về hình dạng răng như răng sinh đôi, răng dính, núm phụ... cũng làm tăng nguy cơ gây sâu răng.

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

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

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

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

**III. CHẨN ĐOÁN**

1. Chẩn đoán các tổn thương sâu răng sớm

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

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

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

+Vùng tổn thương là một vùng tối trên nền ánh sáng trắng của men răng bình thương 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 thương 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.

1. 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 mắc thám châm hoặc biểu hiện rõ hình ảnh lỗ sâu với các đặc điểm sau:
	+ Vị trí: mặt nhai các răng hàm sữa, mặt gần- xa, mặt ngoài và mặt trong các răng.
	+ Kích thước: có thể nhỏ giới hạn trong một mặt răng hoặc lan rộng sang hai/ ba mặt.
	+ Độ sâu: có thể chỉ tổn thương lớp men răng hoặc tổn thương đến lớp ngà răng.
	+ Đáy: có thể mềm có nhiều ngà mủn hoặc đáy cứng tùy vào giai đoạn tiến triển của sâu răng.

+Mầu sắc: màu men ngà răng hoặc màu vàng nâu, đen.

+Nghiệm pháp thử tuỷ.

+Thổi bằng hơi: bệnh nhân thấy ê buốt và hết ê buốt khi ngừng thổi.

+Thử lạnh: bệnh nhân thấy ê buốt và hết ê buốt khi ngừng thử.

+Thử nóng: bệnh nhân thấy ê buốt và hết ê buốt khi ngừng thử.

* + X quang: Có hình ảnh thấu quang vùng tổn thương sâu răng.
1. Chẩn đoán phân biệt
2. 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 thiểu 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.  |

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

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

**IV. ĐIỀU TRỊ**

1. Nguyên tắc
	* Đối với các trường hợp tổn thương sâu răng sớm thì cung cấp các yếu tố nhằm tăng cường quá trình tái khoáng, ngăn chặn hủy khoáng để phục hồi các tổn thương.
	* Đối với các trường hợp đã tạo thành lỗ sâu thì phải lấy bỏ toàn bộ mô nhiễm khuẩn, bảo vệ tuỷ và hàn kín phục hồi mô cứng bằng các loại vật liệu thích hợp.
2. Điều trị cụ thể
3. 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.
4. Tổn thương đã hình thành lỗ sâu

Hàn kín lỗ sâu phục hồi mô cứng.

**V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

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

**VI. PHÒNG BỆNH**

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

# VIÊM TỦY RĂNG SỮA

1. **ĐỊNH NGHĨA**

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

1. **NGUYÊN NHÂN**
	* Vi khuẩn: Thương xâm nhập vào tủy qua lỗ sâu. Phản ứng viêm thương xuất hiện khi các vi khuẩn gây sâu răng xâm nhập vào tủy qua các ống ngà hoặc hở sừng tủy.
	* Chấn thương….
2. **CHẨN ĐOÁN**

1. Viêm tủy răng sữa có hồi phục

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

* Triệu chứng cơ năng

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

* Triệu chứng thực thể

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

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

+Răng không đổi màu

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

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

c. Chẩn đoán phân biệt

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Triệu chứng**  | **Viêm tủy có hồi phục**  | **Sâu ngà sâu**  | **Viêm tủy không hồi phục**  |
| Đau, ê buốt tự nhiên  |  Đau tự nhiên xuất hiện thoáng qua.  |  Không có đau tự nhiên.  |  Đau tự nhiên từng cơn, đau nhiều về đêm.  |
| Đau, ê buốt khi ăn các chất kích thích như nóng,lạnh, chua, ngọt…  | Có đau nhưng sau khi hết kích thích thì còn đau buốt nhẹ hoặc hết đau ngay.  | Ê buốt ngà khi có kích thích nóng, lạnh, chua, ngọt. Hết kích thích thì hết ê buốt.  | Đau tăng lên. Khi hết các chất kích thích, đau vẫn tiếp tục kéo dài thêm.  |
| Tổn thương mô cứng răng  | Có lỗ sâu, Có tổn thương tổ chức cứng lộ ngà.  | Có lỗ sâu.  | Lỗ sâu to, nhiều ngà mủn, làm sạch có thể thấy ánh hồng hoặc tủy hở.  |
| Gõ dọc  | Không đau.  | Không đau.  | Đau nhẹ.  |
| Gõ ngang  | Có thể có đau nhẹ.  | Không đau.  | Đau nhiều.  |
| Thử tủy  | Có đau, sớm hết đau khi hết kích thích.  | Có cảm giác ê buốt và hết ngaykhi 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 trồi cao.  |
| Đau, ê buốt khi ăn các chất kích thích như nóng, lạnh, chua, ngọt…  | Đau tăng khi có kích thích, hết kích thích đau còn kéo dài.  | Có đau nhưng sau khi hết kích thích thì còn đau buốt nhẹ hoặc hết đau ngay.  | Không đau.  |
| Tính chất cơn đau  | Đau có tính lan tỏa.  | Đau tại răng.  | Đau khu trú rõ tại răng tổn thương.  |
| Dấu hiệu toàn thân  | Không có phản ứng toàn thân.  | Không có phản ứng toàn thân.  | Sốt, có hạch tương ứng.  |
| Sưng lợi  | Không sưng lợi và vùng cuống tương ứng.  | Không sưng lợi và vùng cuống tương ứng.  | Sưng nề, ấn đau ngách lợi và vùng cuống tương ứng.  |
| Gõ ngang  | Đau nhiều.  | Có thể đau nhẹ.  | Đau nhiều.  |
| Gõ dọc  | Đau nhẹ.  | Không đau.  | Đau nhiều.  |
| Thử tủy  | Đau nhiều và còn kéo dài thêm khi ngừng kích thích.  | Có đau, sớm hết đau khi hết kích thích.  | Không đau.  |
| X quang  | Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu sát tủy. Vùng cuống răng bình thương.  | Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu. Vùng cuống răng bình thương. | 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,…

1. 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 tuỷ.

+Hàn kín hệ thống ống tủy bằng vật liệu thích hợp.

+Hàn phục hồi mô cứng thân răng bằng vật liệu thích hợp.

1. **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.

# 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 thương, 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 cá c triệ u chứnglâm sà ng.

1. Toàn thân: Không có biểu hiện gì đặc biệt.
2. 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 thương 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 thương màu hồng nhạt chuyển sang màu đỏ nhạt hoặc đỏ sẫm.

Độ săn chắc giảm: Bình thương 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 thương, có nhú men răng gần chân răng, đường nứt xi măng, chất hàn thừa, cầu, chụp răng sai quy cách hoặc tiêu chân răng vùng cổ răng do sang chấn hoặc tổn thương tủy.

c. Các biểu hiện cận lâm sàng

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

2. Chẩn đoán phân biệt

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

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

1. **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 mầu.
	+ 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.
1. **TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**
2. Tiên Lượng

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

1. 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 đú ng phương phá p: 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 đầ y đủ, hợ p lý để tăng sức đề kháng.
* Khám răng định kỳ: Nên 6 tháng khám kiểm tra định kỳ để phát hiên sớm các bệnh răng miệng và loại trừ cao răng, mảng bám răng.

# VIÊM QUANH RĂNG TIẾN TRIỂN CHẬM

1. **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 chằ ng quanh răng và xương răng.

 Viêm quanh răng tiến triển chậm thương 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.

1. **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 bấ t thương.
	* 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 huỷ mô.
	* Về mặt vi khuẩn, nhìn chung thì mảng bám dính ở vùng dưới lợi thương 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.
2. **CHẨN ĐOÁN**

1. Ch ẩn 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 hiệ n là lợi thương sưng nề nhẹ đến trung bình và có biểu hiện biến đổi mầu sắc từ hồ ng nhạ t 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, mấ t vù ng lõ m ở lợ i ở phía trƣớ c hai răng liề n 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 chả y má u 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 á p xe quanh răng thì sẽ gây ra đau cho bệ nh nhân.
* Mất bám dính quanh răng và tiêu xương ổ răng, hình thành túi lợi bệnh lý hay túi quanh răng vớ i chiều sâu của túi lợi có thể thay đổi khá c nhau. -Lung lay răng: do có tiêu xương ổ răng nên là m cho cá c răng bị lung lay. Nế u mấ t nhiều xương và tiến triển ké o dà i, có thể còn gây ra di lệch răng.
* Đau: Viêm quanh răng tiến triển chậm thương 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 đế n hà m, hoặ c 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 thương 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 thương liên quan với việc kiểm soát mả ng bá m kém hơn như vùng chẽ chân răng hoặc các răng mọc sai vị trí. b. Cận lâm sàng

 Trên phim X quang có cá c biể u hiệ n là:

* Có tiêu xương ổ răng.
* Có thể có di lệch răng.
* Có thể thấy tổn thương mất xương ở vùng chẽ giữa các chân răng của các răng nhiề u chân.
* Nếu có phối hợp với sang chấn khớp cắn thì có biểu hiện mất xương có góc và vùng dây chằng quanh răng rộ ng.

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

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

**IV. ĐIỀU TRỊ**

1. Nguyên tắc
	* Phải điều trị loại bỏ đau, nếu có đau.
	* Phải trừ được viêm lợi và chảy máu lợi.
	* Loại bỏ hoặc giảm túi quanh răng.
	* Loại bỏ nhiễm khuẩn và làm ngừng hình thành mủ.
	* Ngăn chặn sự phá huỷ mô mềm và xương.
	* Làm giảm lung lay răng bất thương.
	* Loại trừ khớp cắn sang chấn và thiết lập khớp cắn tối ƣu.
	* Phục hồi lại các tổ chức đã bị phá huỷ.
	* Tạo lại đường viền lợi sinh lý để bảo vệ mô quanh răng.
	* Ngăn ngừa tái phát bệnh.
	* Giảm mất răng.
2. Phác đồ điều trị
	* Bước 1: Pha điều trị mở đầu

+Trong giai đoạn điều trị này, ƣu 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.

+Nhổ 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

1. Loại trừ các kích thích tại chỗ
	* Lấy sạch cao răng và làm nhẵn chân răng
	* Kiểm soát mảng bám răng +Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.

+Chải răng.

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

+Phun Nước để loại bỏ cặn thức ăn.

+Kiểm soát mảng bám răng bằng phương pháp hoá học như dùng Nước xúc miệng Chlohexidine.

1. 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.
2. 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.

1. Phẫu thuật: trong một số trường hợp có thể phải phẫu thuật để loại bỏ túi quanh răng.
2. **TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**
	* Tốc độ tiến triển chậm vì vậy các biểu hiện lâm sàng trở nên rõ rệt ở tuổi từ 35 trở lên. Tốc độ tiến triển có thể khá khác nhau.
	* Ở các vị trí khác nhau trong miệng thì mức độ tiến triển của bệnh không ngang nhau. Có chỗ duy trì tĩnh trong một thời gian dài. Trái lại, có khu vực lại tiến triển nhanh hơn. Các tổn thương tiến triển nhanh hơn nảy sinh thương xuyên hay gặp ở vùng kẽ răng và thương liên quanh với vùng tích tụ mảng bám răng nhiều hơn và khó kiểm soát mảng bám răng như các vùng chẽ 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.
3. **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.

# VIÊM LỢI LOÉT HOẠI TỬ CẤP TÍNH

# (Acute Necrotizing Ulcerative Gingivitis)

1. **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.

1. **NGUYÊN NHÂN**

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

1. **CHẨ N ĐOÁ N**
2. Chẩn đoán xác định

1.1. Các triệu chứng lâm sàng

1. Toàn thân
2. -Sốt.
	* Người mệt mỏi.
	* Biếng ăn.
3. 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 thương có hình đáy chén. Tổn thương có giới hạn rõ ràng và thương 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 hợi 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 virut *Herpes*.  |
| 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  | Thương ở nhú và viền lợi.  | Thấy ở lợi, niêm mạc miệng, môi.  |
| Tuổi  | Ít gặp ở trẻ em.  | Thương gặp ở trẻ em.  |
| Tiến triển  | Thời gian tiến triển không xác định.  | Sau 7 đến 10 ngày tự khỏi.  |

**IV. ĐIỀ U 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 xúc 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 xúc miệng Chlohexidine 0,12% , mỗi ngày 2 lần.
	* Trường hợp viêm lợi loét hoại tử trung bình, nặng, có hạch và các triệu chứng toàn thân thì dùng kháng sinh phối hợp.
	* Lưu ý:
	* Không được lấy cao răng dưới lợi hoặc nạo túi lợi vì có thể gây nhiễm khuẩn máu.
	* Các thủ thuật nhổ răng hoặc phẫu thuật quanh răng phải trì hoãn sau khi hết triệu chứng 4 tuần.
	* Hướng dẫn bệnh nhân:

+Xúc miệng bằng hỗn dịch Nước Ôxy già ấm 2 giờ/1 lần theo công thức trộn một cốc Nước ấm với Ôxy già 3% theo tỷ lệ 1:1.

+Xúc miệng Chlohexidine 0,12%, mỗi ngày 2 lần.

+Không hút thuốc, không uống rượu, không ăn đồ gia vị.

+Hạn chế chải răng.

+Tránh gắng sức quá mức.

1. Lần 2: Thương 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.
2. 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.

1. **TIÊN 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.
2. **PHÒNG BỆNH**
	* Duy trì chế độ dinh dưỡng đầy đủ, hợp lý.
	* Vệ sinh răng miệng đúng phương pháp.
	* Khám răng định kỳ.

# 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.

* Chủng vi khuẩn có khả năng gây sâu răng cao nhất trong nghiên cứu thực nghiệm là *Streptococus 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 thiểu sản hay men răng kém khoáng hóa dễ bị huỷ 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. 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 mầu sắc vùng tổn thương khi chiếu đền sợi quang học. Vùng tổn thương là một vùng tối trên nền ánh sáng trắng của men răng bình thương.

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

* + - X quang: Không có dấu hiệu đặc trưng trên X quang.
	1. Chẩn đoán sâu răng giai đoạn hình thành lỗ sâu Dựa vào các triệu chứng lâm sàng và/ hoặc X quang: a. Triệu chứng cơ năng

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

Tổn thương mất mô cứng của răng

+Vị trí: có thể gặp ở tất cả các mặt của răng.

+Độ sâu: < 4mm, chưa tổn thương đến tuỷ răng.

+Đáy: có thể nhẵn bóng hay nhiều ngà mủn tuỷ vào giai đoạn tiến triển.

+Mầu sắc: thương sẫm màu, có màu nâu hoặc đen.

+Kích thước: thương 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 tuỷ

+Thổi bằng hơi: bệnh nhân thấy ê buốt và hết ê buốt khi ngừng thổi.

+Thử lạnh: bệnh nhân thấy ê buốt và hết ê buốt khi ngừng thử.

+Thử nóng: bệnh nhân thấy ê buốt và hết ê buốt khi ngừng thử.

* + - c. X quang: Có hình ảnh thấu quang vùng tổn thương sâu răng.
1. 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 thiểu 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 tuỷ răng, tuỷ 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 tuỷ và hàn kín phục hồi mô cứng bằng các loại vật liệu thích hợp.
2. Điều trị
3. Tổn thương sâu răng sớm

-Tái khoáng hóa

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

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

1. 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 tuỷ.

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

+Hoàn thiện.

* + Hướng dẫn kiểm soát mảng bám răng đề 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.

## TỔN THƯƠNG MÔ CỨNG CỦA RĂNG KHÔNG DO SÂU

1. **ĐỊNH NGHĨA**

 Là tổn thương mô cứng của răng bao gồm tổn thương men răng hoặc tổn thương cả men và ngà răng hoặc tổn thương xương răng mà không phải do sâu răng và thương do nhiều nguyên nhân khác nhau. Nếu không điều trị kịp thời thì các tổn thương này có thể dẫn tới viêm tuỷ răng.

1. **NGUYÊN NHÂN**
	* Mòn răng
	* Mòn răng - răng: Có thể là sinh lý hay bệnh lý, tác nhân nội tại thương là trụ men của các răng đối diện, do khớp cắn bất thương hoặc nghiến răng.
	* Mài mòn: Là tác động của lực ma sát từ các tác nhân ngoại lai, có thể do chải răng quá mạnh, cắn các vật cứng, hoặc thứ phát sau mài mòn hóa học.
	* Mòn hóa học: Do các hóa chất như trong hội chứng trào ngƣợc dạ dày, làm ắc quy, tiếp xúc với khí ga, axit....
	* Tiêu cổ răng: Do răng xoay trục hoặc cản trở cắn sang bên.
	* Tổn thương do rối loạn quá trình phát triển răng -Tại chỗ.
	* Nhiễm khuẩn, sang chấn làm rối loạn chức năng nguyên bào tạo men có thể từ răng sữa.
	* Điều trị tia xạ
	* Do môi trường

+Trước sinh: Mẹ mắc giang mai, *Rubella* hoặc nhiễm Fluor từ mẹ.

+Khi sinh: Do tan máu bẩm sinh, thiếu Canxi, trẻ sinh non.

+Sau sinh: Thương gặp trong nhiễm khuẩn trầm trọng, nhiễm Fluor, thiếu dinh dƣỡng...

* + Do di truyền

+Tạo men không hoàn chỉnh bẩm sinh (bệnh chỉ xảy ra ở răng).

+Tổn thương phối hợp với các bệnh toàn thân: Hội chứng loạn sản ngoại bì, hội chứng Down.

* + Nứt vỡ răng: Thương gặp do chấn thương.
	+ Tiêu chân răng

+Ngoại tiêu: Thương gặp do các kích thích trong thời gian ngắn như chấn thương, di chuyển răng trong chỉnh nha, các phẫu thuật vùng quanh răng hoặc điều trị vùng quanh răng.

+ Nội tiêu: Có thể do chấn thương, nhiệt, viêm tủy mạn tính...

1. **CHẨN ĐOÁN**

1.Lâm sàng

1. Mòn răng: mòn từ rìa cắn răng cửa trước sau đó mòn đến múi chịu các răng hàm
	* Tốc độ của ngà nhanh hơn tốc độ mòn men nên tổn thương có dạng hình lõm đáy chén
	* Các tổn thương của hai răng đối đầu thương khớp khít vào nhau.
	* Mức độ mòn nhiều gây nhạy cảm răng
	* Tổn thương mòn hóa học nằm ở các răng gần nhau nơi có axit phá hủy, làm bề mặt men trở nên trong suốt.
	* Tiêu cổ răng là tổn thương lõm hình chêm ở cổ răng tại đường ranh giới xi măng- ngà.
2. Tổn thương do rối loạn phát triển răng
	* Men răng mỏng như thủy tinh, để lộ màu ngà răng (thiểu sản men).
	* Men răng mềm, tính chất như phấn, nhanh chóng bị mòn để lộ ngà trên bề mặt (men răng kém khoáng hóa hoặc chưa trƣởng thành).

Răng có màu từ xám xanh đến nâu hổ phách (thiểu sản ngà, tạo ngà không hoàn chỉnh..).

* + Nhiễm màu răng: răng có màu nâu đỏ do nhiễm porphyrin, màu từ vàng, nâu xám sậm hoặc xanh lơ, đỏ tía tùy mức độ nhiễm tetracycline…
	+ Nứt vỡ răng: khám răng có thể thấy đường rạn răng, đường nứt răng hoặc vỡ thân răng ...
	+ Tiêu chân răng: tiêu nhẹ không có triệu chứng, nếu tiêu nhiều gây đau, thăm khám thấy xuất hiện u hạt.

2. Cận lâm sàng

* Tổn thương do rối loạn phát triển răng: Men răng có độ cản quang gần giống với ngà răng (men răng kém khoáng hóa..), thân răng hình cầu, chân răng hẹp, ngắn, tủy chân răng thương tắc (tạo ngà không hoàn chỉnh…).
* Tiêu chân răng: hình ảnh thấu quang hai bên chân răng (ngoại tiêu) hoặc trong ống tủy có hình cầu (nội tiêu).

**IV. ĐIỀU TRỊ**

1. Nguyên tắc

 Điều trị theo nguyên nhân và phục hồi tổ chức bị mất.

1. Sơ đồ/phác đồ điều trị

 Loại bỏ nguyên nhân gây tổn thương sau đó chọn lựa phương pháp phục hồi thích hợp.

1. Điều trị cụ thể
	* Mòn răng:

+Sử dụng máng chống nghiến cho bệnh nhân nghiến răng, điều chỉnh các điểm cản trở cắn và các điểm chạm sớm.

+Thay đổi thói quen xấu trong chải răng.

+Thay đổi chế độ ăn, loại bỏ thức ăn, đồ uống có axit.

+Tiến hành phục hồi tổ chức răng đã mất bằng phương pháp phù hợp như hàn răng, làm chụp bọc, Inlay, Onlay…

* + Tổn thương do rối loạn phát triển răng:

+Dự phòng các biến chứng như mòn răng, vỡ răng, hở tủy và đảm bảo tính thẩm mỹ bằng phương pháp phù hợp như hàn Composite, phục hình bằng chụp, Veneer, Inlay, Onlay.

+ Điều trị biến chứng hở tủy nếu có.

+Có thể tiến hành tẩy trắng răng khi răng bị nhiễm màu.

+Nứt vỡ răng: phục hồi thân răng và điều trị tủy nếu hở tủy.

+Tiêu chân răng: loại bỏ u hạt, điều trị tủy, hàn phục hồi …

1. **TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

 Mòn nhiều gây hở tủy và viêm tủy.

1. **PHÒNG BỆNH**
	* Thay đổi thói quen xấu gây mòn răng.
	* Phục hồi thân răng để dự phòng bệnh tiến triển nặng thêm.

## VIÊM TỦY RĂNG

1. **ĐỊNH NGHĨA**

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

1. **NGUYÊN NHÂN**
	* Vi khuẩn: thương xâm nhập vào tủy qua lỗ sâu. Phản ứng viêm thương xuất hiện khi các vi khuẩn gây sâu răng xâm nhập vào tủy qua ống ngà.Vi khuẩn cũng có thể xâm nhập vào mô tủy qua ống ngà nếu có hiện tượng mòn răng - răng, nứt, rạn vỡ….
	* Nhân tố hóa học: các chất hoá học có thể tác động trực tiếp tới vùng hở 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.
2. **CHẨN ĐOÁN**
3. 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 thương 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 thương ngƣợc lại. -Triệu chứng thực thể +Có lỗ sâu.

+Có tổn thương tổ chức cứng lộ ngà.

+Lỗ hở 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 thương.
	+ Thử nghiệm tủy: bình thương 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.

1. 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 thương lan lên nửa đầu, nửa mặt cùng bên, bệnh nhân thương chỉ khu trú được vùng đau chứ không xác định được răng đau.

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

* + Triệu chứng thực thể

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

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

+Mòn mặt răng: cũng có thể có.

+Lõm hình chêm ở cổ răng: có thể có.

+Hở tuỷ răng.

+Gõ ly tâm từng núm 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 ngƣợc 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 tuỷ 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.

1. Viêm tủy không hồi phục
2. Điều trị tủy lấy tuỷ 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.
3. Các bước điều trị tủy
	* Bước 1: Vô cảm khi tuỷ răng sống bằng gây vùng hoặc gây tê tại chỗ với Xylocain 2%.
	* Bước 2: Mở tuỷ, lấy tuỷ buồng, tuỷ 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 tuỷ bằng các dụng cụ thích hợp.
	+ Bước 4: Xác định chiều dài làm việc của ống tuỷ.

Bước 5: Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tuỷ .

+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 tuỷ 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.
1. **TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**
	* Biến chứng gần: Viêm quang cuống, u hạt, nang chân răng.
	* Biến chứng xa: Viêm xoang hàm, viêm nội tâm mạc.
2. **PHÒNG BỆNH**
	* Chẩn đoán và điều trị bệnh lý tủy kịp thời.
	* Khám răng địnhkỳ 6 tháng 1 lần.

## VIÊM QUANH CUỐNG RĂNG

1. **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.

1. **NGUYÊN NHÂN**
2. 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, ß – glucuronidase và arylsulfatase.

+Các enzyme tiêu cấu trúc sợi chun và sơi 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.
1. 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, thương 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.
2. 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

1. Lâm sàng
	* + Toàn thân: Bệnh nhân mệt mỏi, sốt cao ≥ 38˚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

+Thương 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 thương 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, thương 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.

1. Cận lâm sàng
	* + X quang: Có thể có hình ảnh mờ vùng cuống, ranh giới không rõ và dãn 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 tuỷ 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 thương | Có hình ảnh dãn rộng dây chằng  |

2.Viêm quanh cuống bán cấp

2.1.Chẩn đoán xác định

1. Lâm sàng
	* + Toàn thân: Bệnh nhân cảm thấy khó chịu, đau đầu, sốt nhẹ < 38˚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.

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

2.2. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt với viêm quanh cuống cấp.

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

1. Viêm quanh cuống mạn

3.1. Chẩn đoán xác định

1. 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 thương 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.

1. Cận lâm sàng: X quang:
	* Đưa gutta-percha qua lỗ rò trong miệng có thể thấy hình ảnh nguồn gốc ổ mủ trên phim X quang.
	* Áp xe quanh cuống mạn tính: hình tiêu xương ranh giới không rõ .
	* U hạt và nang: hình ảnh tiêu xương có ranh giới rõ.
	* Không thể chẩn đoán phân biệt chính xác các thể bệnh nếu không có sinh thiết.

3.2.Chẩn đoán phân biệt

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

**IV. ĐIỀU TRỊ**

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

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

1. 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 ngƣợc cuống răng nếu có cắt cuống răng.

**V. BIẾN CHỨNG VÀ TIÊN LƯỢNG**

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

1. Biến chứng tại chỗ

* Áp xe: Vùng xung quanh hoặc gây viêm hạch và vùng quanh hạch.
* Viêm xương tủy. 2. Biến chứng toàn thân

 Liên quan bệnh tim mạch, viêm thận, viêm khớp, gây đau ½ mặt giống như đau dây thần kinh V, ngoài ra có thể gây sốt kéo dài, rất khó chẩn đoán bởi các xét nghiệm cơ bản như công thức máu không thấy có thay đổi, cấy máu âm tính,…

**VI. PHÒNG BỆNH**

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

## NANG THÂN RĂNG

1. **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.

1. **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 thương của bản thân biểu mô men thoái hóa hoặc do bất thương 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. Lâm sàng

Khi nang có kích thước nhỏ thương 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:
		- Phồng 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 phồng xương hoàn toàn bình thương, trường hợp nang to gây phồng 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 phồng xương.
	1. Cận lâm sàng

 1. 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.
1. Chẩn đoán phân biệt
	* + Nang chân răng: phân biệt dựa vào các dấu hiệu dưới đây:

+Có răng nguyên nhân tuỷ chết.

+Nang liên quan tới cuống răng.

+Không có biểu hiện thiếu răng trên cung răng.

* + - U men thể nang: phân biệt dựa vào các biểu hiện dưới đây:

+Có biểu hiện tiêu chân răng các răng liên quan.

+Kết quả giải phẫu bệnh lý.

**IV. ĐIỀU TRỊ**

1. Nguyên tắc

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

1. Điều trị cụ thể
	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 bộc lộ xương.

+Mở xương, bộc lộ nang.

+Lấy nang và răng ngầm.

+Kiểm soát vùng phẫu thuật.

+Khâu đóng niêm mạc.

* 1. Phẫu thuật mở thông nang
		+ Chỉ định: Nang kích thước lớn phá hủy xương nhiều.
		+ Kỹ thuật

+Vô cảm.

+Rạch niêm mạc, bóc tách bộc lộ xương.

+Mở xương, bộc lộ nang.

+Cắt bỏ một phần vỏ nang.

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

+Kháng sinh.

+Sau 1 tuần, làm máng bịt.

**V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

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

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

1. 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.

# NANG NHÁI SÀN MIỆNG

1. **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.

1. **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.

1. **CHẨN ĐOÁN**
2. Chẩn đoán xác định
	1. Lâm sàng
		* Có khối phồng ở sàn miệng, kích thước thương khoảng 1-3cm hoặc lớn hơn.
		* Bề mặt khối phồng có màu tím nhạt giống bụng nhái, ranh giới rõ.
		* Niêm mạc mỏng căng, có thể tự vỡ ra dịch nhày trong như lòng trắng trứng có albumin và mucin, dễ nhiễm khuẩn, hay tái phát.
		* Nang phát triển từ từ, trường hợp to có thể lấn qua đường giữa, đẩy lệch lưỡi, ảnh hưởng chức năng.
		* Thể 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.
	2. Cận lâm sàng
		* X quang thương quy: không có dấu hiệu đặc trưng.
		* Cộng hưởng từ (MRI): thấy khối giảm âm và giảm tỷ trọng ranh giới rõ.
3. Chẩn đoán phân biệt

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

**IV. ĐIỀU TRỊ**

1. Nguyên tắc

-Phẫu thuật cắt bỏ nang.

1. Điều trị cụ thể

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

* 1. Phẫu thuật cắt bỏ nang
		+ Chỉ định: Nang có kích thước nhỏ, không liên quan tới tuyến Nước bọt dưới lưỡi.
		+ Kỹ thuật

+Gây tê tại chỗ.

+Rạch niêm mạc bộc lộ nang.

+Tách bóc vỏ nang ra khỏi mô xung quanh và lấy toàn bộ nang.

+Khâu đóng niêm mạc.

+Kháng sinh.

* 1. 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.

* 1. 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.

1. 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.

## NANG TUYẾN NƯỚC BỌT DƯỚI HÀM VÀ DƯỚI LƯỠI

1. **ĐỊNH NGHĨA**

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

1. **NGUYÊN NHÂN**

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

1. **CHẨN ĐOÁN**
2. Chẩn đoán xác định
	1. Lâm sàng
		* Có khối phồng ở vùng dưới hàm hoặc sàn miệng, kích thước thương khoảng 1-3cm hoặc lớn hơn.
		* Bề mặt khối phồng có màu tím nhạt, ranh giới rõ.
		* Niêm mạc mỏng căng, có thể tự vỡ ra dịch nhày trong như lòng trắng trứng có albumin và mucin, dễ nhiễm khuẩn, hay tái phát.
		* Thể lâm sàng hiếm gặp là nang to đi từ vùng sàn miệng lấn qua cơ hàm móng và biểu hiện thành khối phồng ở vùng cổ.
	2. Cận lâm sàng
		* X quang thương quy: có thể thấy sỏi ở tuyến hoặc ống tuyến.
		* Cộng hưởng từ (MRI): thấy khối giảm âm và giảm tỷ trọng ranh giới rõ.
3. Chẩn đoán phân biệt

 Nang tuyến Nước bọt dưới hàm và dưới lưỡi có các dấu hiệu lâm sàng khá điển hình và không cần chẩn đoán phân biệt.

**IV. ĐIỀU TRỊ**

1. Nguyên tắc

Phẫu thuật cắt bỏ nang.

1. Điều trị cụ thể

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

* 1. Phẫu thuật cắt bỏ nang và tuyến Nước bọt dưới hàm hoặc dưới lưỡi -Chỉ định: Nang có kích thước từ nhỏ đến trung bình.
		+ Kỹ thuật

+Gây tê tại chỗ.

+Rạch niêm mạc bộc lộ nang.

+Tách bóc vỏ nang ra khỏi mô xung quanh và lấy toàn bộ nang và tuyến Nước bọt dưới hàm hoặc dưới lưỡi.

+Khâu đóng niêm mạc.

+Kháng sinh.

* 1. Phẫu thuật mở thông nang
		+ Chỉ định

 Nang có kích thước lớn gây chèn ép, ảnh hưởng đến chức năng và tình trạng toàn thân của bệnh nhân không cho phép phẫu thuật kéo dài.

* + - Kỹ thuật

+Gây tê tại chỗ.

+Rạch niêm mạc trên nang theo hình múi cam.

+Tách bóc lấy bỏ phần niêm mạc miệng hình múi cam giữa hai đường rạch.

+Rạch vỏ nang.

+Khâu nối từng bên mép vỏ nang với mép niêm mạc sàn miệng, để thông lòng nang ra khoang miệng.

+Kháng sinh.

**V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

1.Tiên Lượng

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

2. Biến chứng

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

**VI. PHÒNG BỆNH**

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

## ÁP XE VÙNG CƠ CẮN

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Là áp xe khu trú ở vùng cơ cắn, nguyên nhân thương do răng.

**II. NGUYÊN NHÂN**

* Do răng

+Răng viêm quanh cuống không được điều trị.

+Răng có viêm quanh răng không được điều trị.

+Do biến chứng răng khôn.

* Các nguyên nhân khác

+ Do tai biến điều trị.

+Do chấn thương.

+Nhiễm trùng các vùng lân cận.

**III. CHẨN ĐOÁN**

1. Chẩn đoán xác định 1.1. Lâm sàng

a. Toàn thân

Có biểu hiện nhiễm trùng: sốt cao, mạch nhanh, hơi thở hôi…. b. Tại chỗ

* + Ngoài miệng

+Vùng cơ cắn có 1 khối sưng lớn, da trên khối sưng nóng đỏ hoặc tím, căng, nề, có thể thâm nhiễm lan rộng lên trên đến mi mắt dưới hoặc hố thái dương, ra sau

tới vùng mang tai, xuống dưới tới vùng dưới hàm. Các rãnh tự nhiên trên mặt bị xóa.

+Nếu khối áp xe ở vị trí nông, nằm trên cơ cắn có thể sờ thấy dấu hiệu chuyển sóng.

+Bệnh nhân đau dữ dội khi sờ vào.

* + Trong miệng

+Bệnh nhân có khít hàm dữ dội, thương chỉ há được tối đa 0,5cm..

+Niêm mạc ngách tiền đình nề, xung huyết dọc theo bờ trước cành lên xương hàm dưới.

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

1.2. Cận lâm sàng

* + X quang thương quy

+Có biểu hiện tổn thương răng nguyên nhân.

* + CT Scanner: có khối thấu quanh ranh giới rõ ở vùng cơ cắn.

2. Chẩn đoán phân biệt

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

**IV. ĐIỀU TRỊ**

1. Nguyên tắc

Dẫn lưu mủ và điều trị răng nguyên nhân.

Điều trị cụ thể

* 1. Điều trị toàn thân

Kháng sinh và nâng cao thể trạng.

* 1. Điều trị tại chỗ

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

1. Đường trong miệng
	* Chỉ định: khi áp xe tiến triển ra dưới niêm mạc bờ trước cành lên xương hàm dưới. - Kỹ thuật +Vô cảm.

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

+Bộc lộ ổ áp xe và dẫn lưu mủ.

+Bơm rửa.

+Đặt dẫn lưu.

+Điều trị răng nguyên nhân: thương là nhổ răng nguyên nhân.

1. Đường ngoài mặt
	* Chỉ định: khi áp xe tiến triển ra phía da hoặc vào sâu phía trong cơ cắn (lan lên trên hoặc ra phía sau xương hàm dưới).
	* Kỹ thuật

+Vô cảm.

+Rạch da vùng dưới hàm, cong theo đường bờ nền.

+Bóc tách da và mô dưới da.

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

+Bơm rửa.

+Đặt dẫn lưu.

+Điều trị răng nguyên nhân: thương là nhổ răng nguyên nhân..

**V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

1.Tiên Lượng

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

2. Biến chứng

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

**VI. PHÒNG BỆNH**

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

## ÁP XE MÁ

**I. ĐỊNH NGHĨA**

 Là áp xe khu trú ở vùng má, nguyên nhân thương 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 thương quy

 Có biểu hiện tổn thương răng nguyên nhân.

* + CT Scanner: có khối thấu quanh ranh giới rõ ở vùng má.

2 Chẩn đoán phân biệt

* Áp xe vùng cơ cắn: vị trí áp xe ở vùng cơ cắn và có dấu hiệu khít hàm.
* Áp xe vùng mang tai: vị trí áp xe ở vùng mang tai và dấu hiệu chảy mủ qua lỗ ống Stenon khi thăm khám.

**IV. ĐIỀU TRỊ**

1. Nguyên tắc

Dẫn lưu mủ và điều trị răng nguyên nhân.

1. Điều trị cụ thể
	1. Điều trị toàn thân

Kháng sinh và nâng cao thể trạng.

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 phồng 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.

1. 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.

# ÁP XE VÙNG DƯỚI HÀM

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Là áp xe khu trú ở vùng dưới hàm, nguyên nhân thương 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 thương.

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

1.2. Cận lâm sàng

* + X quang thương quy

 Có thể có hình ảnh tổn thương răng nguyên nhân.

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

2 Chẩn đoán phân biệt

* Áp xe tuyến dưới hàm: dấu hiệu chảy mủ qua lỗ ống Wharton khi thăm khám.
* Viêm hạch mủ dưới hàm: bắt đầu dưới dạng nổi cục sưng đau, sau lan ra cả vùng, không có dấu hiệu khít hàm.
* Áp xe tuyến dưới lưỡi: dấu hiệu ngoài miệng ít, sàn miệng bên bệnh sưng cứng, khít hàm ít.

**IV. ĐIỀU TRỊ**

1. Nguyên tắc

Dẫn lưu mủ và điều trị răng nguyên nhân.

1. Điều trị cụ thể
	1. Điều trị toàn thân:

Kháng sinh và nâng cao thể trạng.

* 1. 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.

1. 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.

## ÁP XE VÙNG SÀN MIỆNG

**I. ĐỊNH NGHĨA**

 Là áp xe khu trú ở vùng sàn miệng, nguyên nhân thương 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 sựng 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 thương 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 thương.
* Phlegmon sàn miệng: sưng, thâm nhiễm toàn bộ sàn miệng hai bên, tình trạng toàn thân suy yếu, nhiễm khuẩn, nhiễm độc.

**IV. ĐIỀU TRỊ**

1. Nguyên tắc

Dẫn lưu mủ và điều trị răng nguyên nhân.

1. Điều trị cụ thể
	1. Điều trị toàn thân

Kháng sinh và nâng cao thể trạng.

* 1. Điều trị tại chỗ

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

1. 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 phồng nhất của ổ áp xe.

+Bộc lộ ổ áp xe và dẫn lưu mủ.

+Bơm rửa.

+Đặt dẫn lưu.

+Điều trị răng nguyên nhân.

1. Đường ngoài mặt
	* Kỹ thuật

+Vô cảm.

+Rạch da vùng dưới cằm.

+Bóc tách da và mô dưới da.

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

+Bơm rửa.

+Đặt dẫn lưu.

+Điều trị răng nguyên nhân.

**V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

1.Tiên Lượng

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

2. Biến chứng

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

**VI. PHÒNG BỆNH**

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

##  ÁP XE VÙNG MANG TAI

1. **ĐỊNH NGHĨA**

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

1. **NGUYÊN NHÂN**
	* Viêm tuyến mang tai

+Viêm mủ tuyến mang tai.

+Sỏi tuyến Nước bọt nhiễm khuẩn.

* + Do răng

+Răng viêm quanh cuống không được điều trị.

+Răng có viêm quanh răng không được điều trị.

+Do biến chứng răng khôn.

* + Do nguyên nhân khác

+Do chấn thương.

+Nhiễm trùng các vùng lân cận.

+Viêm hạch vùng mang tai.

1. **CHẨN ĐOÁN**

1. Chẩn đoán xác định 1.1. Lâm sàng

1. Toàn thân
	* + Có biểu hiện nhiễm trùng: sốt cao, mạch nhanh, hơi thở hôi….
		+ Có thể có hạch vùng lân cận cùng bên.
2. Tại chỗ
	* + Ngoài miệng

+Có khối sưng nề hoặc cứng vùng mang tai, trước hoặc dưới ống tai ngoài.

+Theo thời gian, sưng sẽ lan rộng, có thể lan cả nửa mặt, làm cho nề mi mắt và mắt bị khép lại.

+Da trên khối sưng căng bóng, đỏ, sờ vào đau.

+Rãnh giữa bờ trước xương chũm và bờ sau cành lên bị sưng đầy, ấn lõm và đau.

+Bệnh nhân có thể bị hạn chế há miệng.

* + - Trong miệng

+Với bệnh nhân có hạn chế há miệng chúng ta rất khó khám trong miệng.

+Niêm mạc má xung huyết.

+Có thể có sưng sau trụ thành bên hầu.

+Miệng lỗ ống Stenon nề, vuốt dọc tuyến ngoài má thấy mủ chảy qua miệng ống.

1.2. Cận lâm sàng

Phim MRI, CT scanner

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

2 Chẩn đoán phân biệt

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

**IV. ĐIỀU TRỊ**

1. Nguyên tắc

Dẫn lưu mủ và điều trị nguyên nhân.

1. Điều trị cụ thể
	1. Điều trị toàn thân

Kháng sinh và nâng cao thể trạng.

* 1. Điều trị tại chỗ

Rạch dẫn lưu mủ.

-Kỹ thuật

+Vô cảm.

+Rạch da bờ trước ống tai ngoài, từ cung tiếp xuống gần góc hàm hoặc rạch da dưới và quanh góc hàm.

+Bóc tách da và mô dưới da.

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

+Bơm rửa.

+Đặt dẫn lưu.

+Điều trị nguyên nhân

**V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

1. Tiên Lượng

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

1. Biến chứng
	* Viêm tấy tỏa lan vùng mặt.
	* Nhiễm trùng huyết.

**VI. PHÒNG BỆNH**

* Khám răng miệng định kỳ để phát hiện các răng sâu, tổn thương viêm quanh răng, mọc lệch để điều trị kịp thời.
* Khi phát hiện sỏi tuyến mang tai thì phẫu thuật lấy sỏi.

## ÁP XE THÀNH BÊN HỌNG

**I. ĐỊNH NGHĨA**

 Là áp xe khu trú ở thành bên họng, do lan rộng áp xe các vùng lân cận mà thương có nguyên nhân do răng.

**II. NGUYÊN NHÂN**

* Do răng

+Răng viêm quanh cuống không được điều trị.

+Răng có viêm quanh răng không được điều trị.

+Do biến chứng răng khôn.

* Do nguyên nhân khác +Do tai biến điều trị.

+Do chấn thương.

+Áp xe các vùng lân cận.

**III. CHẨN ĐOÁN**

1. Chẩn đoán xác định 1.1. Lâm sàng

a. Toàn thân

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

b.Tại chỗ

* Ngoài miệng

+Nếu mủ tụ ở vùng trước trâm thì thấy sưng đau dọc cơ ức đòn chũm.Khởi đầu vùng dưới hàm ,góc hàm có 1 khối sưng lớn, da trên khối sưng nóng đỏ hoặc tím, căng, nề, có thể thâm nhiễm lan rộng lên vùng mang tai.Lồi bờ nền xương hàm dưới bị xóa.

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

* Trong miệng

+Khít hàm nhiều.

+Sưng nền phần trước thành bên hầu, đẩy amidan và vòm miệng vào giữa.

Do thành bên hầu bị sưng nề nên bệnh nhân thương có khó thở.

+Niêm mạc hầu đỏ, căng, đau do mủ tụ ở giữa cơ chân bƣớm trong và cơ khít hầu trên.

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

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

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

c.Dấu hiệu cơ năng

* + Khó nuốt, kể cả khi bệnh nhân uống Nước.
	+ Đau do căng mủ, đau lan lên tai, xuống vùng dưới hàm.
	+ Khó thở do sưng bít 1 phần hầu, nề thanh quản.

1.2. Cận lâm sàng

* + X quang thương quy

Có biểu hiện tổn thương răng nguyên nhân.

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

2. Chẩn đoán phân biệt

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

**IV. ĐIỀU TRỊ**

1. Nguyên tắc

Dẫn lưu mủ và điều trị răng nguyên nhân.

1. Điều trị cụ thể
	1. Điều trị toàn thân

Kháng sinh và nâng cao thể trạng.

* 1. Điều trị tại chỗ

 Chích dẫn lưu mủ qua đường trong miệng hoặc đường ngòai miệng hoặc phối hợp cả hai.

1. Đường trong miệng
	* Chỉ định: khi áp xe tiến triển về phía niêm mạc thành bên họng.
	* Kỹ thuật

+Vô cảm.

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

+Bộc lộ ổ áp xe và dẫn lưu mủ.

+Bơm rửa.

+Đặt dẫn lưu.

+Điều trị răng nguyên nhân.

1. Đường ngoài mặt
	* Chỉ định: khi áp xe tiến triển về phía dưới da vùng cổ và dưới hàm.
	* Kỹ thuật

+Vô cảm.

+Rạch da bờ trước cơ ức đòn chũm: đường rạch từ góc hàm tới 1/3 giữa của vùng dưới hàm.

+Bóc tách da và mô dưới da.

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

+Bơm rửa.

+Đặt dẫn lưu.

+Điều trị răng nguyên nhân.

**V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

1. Tiên Lượng
	* Nếu dẫn lưu mủ phối hợp với điều trị răng nguyên nhân thì có kết quả điều trị tốt.
	* Nếu điều trị không kịp thời hoặc không đúng có thể gây biến chứng nguy hiểm, thậm chí dẫn đến tử vong.
2. Biến chứng
	* Viêm tấy tỏa lan vùng mặt.
	* Liệt hô hấp do nề thành quản cấp, phải tiến hành mở khí quản.
	* Chảy máu do nhiễm khuẩn xâm lấn, làm tổn thương các mạch máu lớn (động mạch cảnh, tĩnh mạch cảnh trong), phải tiến hành thắt mạch.
	* Viêm tắc tĩnh mạch xoang hang, viêm màng não mủ.
	* Áp xe trung thất.
	* Nhiễm trùng huyết.

**VI. PHÒNG BỆNH**

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

## VIÊM TẤY LAN TỎA VÙNG HÀM MẶT

1. **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.

1. **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.

1. **CHẨN ĐOÁN**

1. Chẩn đoán xác định 1.1. Lâm sàng

1. 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 thương ở tình trạng lả, suy kiệt, vật vã.
2. 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 bẩn.

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

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

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

2. Chẩn đoán phân biệt

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

**IV. ĐIỀU TRỊ**

1. Nguyên tắc
	* Chống nhiễm trùng, nhiễm độc và nâng cao thể trạng.
	* Rạch rộng và dẫn lưu mủ.
	* Xử trí răng nguyên nhân.
2. Điều trị cụ thể

a.Điều trị toàn thân

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

* Vô cảm
* Rạch rộng, mở thông và dẫn lưu các ổ mủ.
* Bơm rửa.
* Đặt dẫn lưu tới tất cả các ổ mủ
* Xử trí răng nguyên nhân.

c.Chăm sóc sau phẫu thuật

* Bơm rửa qua dẫn lưu nhiều lần trong ngày.
* Thay những dẫn lưu bị tắc.

**V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

1. Tiên Lượng

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

1. 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.

## VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI DO VIRUS

**(QUAI BỊ)**

1. **ĐỊNH NGHĨA**

 Quai bị là bệnh viêm tuyến Nước bọt mang tai thương 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.

1. **NGUYÊN NHÂN**

 Bệnh do virus thuộc nhóm Paramyxo virus gây ra.

1. **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

1. 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.
2. 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 dái 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: thương biểu hiện viêm tuyến mang tai ở một bên và có mủ ở miệng ống Stenon, không có tính chất dịch tễ.

**IV. ĐIỀU TRỊ**

1. Nguyên tắc
	* Nâng cao thể trạng.
	* Chống bội nhiễm.
	* Nghỉ ngơi, hạn chế vận động.
2. Điều trị cụ thể

-Thuốc an thần.

* + Hạ sốt.
	+ Vệ sinh răng miệng.
	+ Nghỉ ngơi, nâng cao thể trạng.

**V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

1. Tiên Lượng

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

1. Biến chứng
	* Viêm tinh hoàn: là biến chứng hay gặp.
	* Viêm buồng trứng: hiếm gặp.

**VI. PHÒNG BỆNH**

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

## VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI MẠN TÍNH

1. **ĐỊNH NGHĨA**

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

1. **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 chứngSjogren.
2. **CHẨN ĐOÁN**
3. 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

* + Thương chỉ biểu hiện khi có đợt bán cấp: sưng, tƣ́ c tuyế n mang tai 1 hoặc cả 2 bên, đau nhiều.
	+ Giữa 2 đợt sưng, tuyến mang tai chỉ hơi to hơn bình thương, sờ chắc, không đau.

Bệnh nhân chủ yếu thấy khó chịu nhất là lúc sáng dậy, nước bọt hơi mặ n trong miệng.

* + Tình trạng trên kéo dài khoảng 1 - 2 tuầ n, 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 loã ng hoặc những sợ i nhầ y mủ, chƣ́ a 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 giã n to, đường kính không đều, chỗ phình, chỗ chít hẹp.
	+ Những ống nhỏ trong nhu mô có thể thấ y 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 tễ.

**IV. ĐIỀU TRỊ**

1. Nguyên tắc
	* Nâng cao thể trạng.
	* Chống bội nhiễm.
	* Nghỉ ngơi, hạn chế vận động.
2. Điều trị cụ thể 2.1. Điều trị nội khoa:
3. Chỉ định: Khi tuyến chưa xơ hóa.
4. Điều trị bằng cách bơm rửa tuyến bằng thuốc kháng sinh, chống viêm, Nước muối sinh lý.

2.2. Điều trị ngoại khoa

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

1. 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.TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

1. Tiên Lượng

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

1. 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.

## VIÊM TUYẾ N NƯỚC BỌT DƯỚI HÀM DO SỎI

1. **ĐỊNH NGHĨA**

Là tình trạng tổn thương viêm tuyến Nước bọt có nguyên nhân do sỏi có thể ở vùng tuyến hoặc ống tuyến.

1. **NGUYÊN NHÂN**
	* Sỏi ống tuyến nước bọ t.
	* Sỏi tuyến nước bọ t.
2. **CHẨN ĐOÁN**

1. Chẩn đoán xác định

 1.1. Lâm sàng

1. Toàn thân
	* + Có thể có sốt nếu viêm cấp.
		+ Có thể có hạch viêm dưới hàm cùng bên.
2. Cơ năng

 Triệ u chứng Garel : Xảy ra trong bữa ăn , tuyến dưới hàm sưng phồng lên do sỏi làm tắc Nước bọt , ứ lại trong tuyến . Khi nước bọt thoát ra được thì hết sưng tuyến và hế đau.

c. Tại chỗ

* + - Ngoài mặt

+Sưng vùng dưới hàm: ranh giới rõ, nếu trong đợt cấp thì có biểu hiện sưng, nóng, đỏ, sờ đau. Nếu không phải đợt cấp thì da trên vùng sưng bình thương, nắn chắc, ít đau.

* + - Trong miệng

+ Lỗ ống Wharton nề đỏ.

+Sờ có thể thấy sỏi ở vùng ống tuyến.

+Khi vuốt dọc ống tuyến về phía miệng ống tuyến, có thể có mủ chảy ra.

1.2. Cận lâm sàng

* + - X quang thương quy: có thể thấy hình ảnh sỏi ở tuyến hoặc ống tuyến.
		- CT Scanner

+Thấy vị trí, kích thước của sỏi.

+Có hình ảnh phì đại tuyến dưới hàm.

-Chụp cản quang tuyến dưới hàm: có hình ảnh chuỗi ngọc trai điển hình với đặc điểm ống Wharton to, giãn nỡ không đều.

2 Chẩn đoán phân biệt

-U tuyến dưới hàm: không có triệu chứng Garel, không có sỏi.

**IV. ĐIỀU TRỊ**

1. Nguyên tắc

Phẫu thuật lấy sỏi và điều trị bảo tồn tuyến hoặc cắt bỏ tuyến.

1. Điều trị cụ thể
2. Phẫu thuật lấy sỏi và điều trị bảo tồn tuyến
	* Chỉ định

+Sỏi ống tuyến.

+Viêm tuyến nhưng tuyến chưa xơ hóa.

* + Kỹ thuật

+Vô cảm.

+Xác định và cố định vị trí sỏi bằng chỉ phẫu thuật.

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

+Bộc lộ và lấy sỏi.

+Kiểm soát vùng phẫu thuật.

+Cắt bỏ chỉ cố định sỏi.

+Khâu đóng niêm mạc.

+Kháng sinh, chống viêm.

1. Phẫu thuật lấy sỏi và cắt bỏ tuyến dưới hàm
	* Chỉ định

+Sỏi tuyến.

+Tuyến viêm mạn gây xơ hóa.

* + Kỹ thuật

+Vô cảm.

+Rạch da vùng dưới hàm.

+Tách bóc, bộc lộ tuyến.

+Cắt bỏ tuyến cùng sỏi.

+Kiểm soát vùng phẫu thuật.

+Đặt dẫn lưu.

+Khâu phục hồi phần mềm.

+Kháng sinh.

**V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

1. Tiên Lượng
	* Viêm tuyến dưới hàm do sỏi ống tuyến được điều trị sớm bằng việc lấy sỏi ống tuyến sẽ bảo tồn được tuyến dưới hàm với kết quả điều trị tốt.

Viêm tuyến dưới hàm do sỏi ống tuyến nếu điều trị lấy bỏ sỏi muộn thì tuyến dưới hàm dễ viêm mạn xơ hóa, dẫn đến phải cắt bỏ tuyến.

* + Viêm tuyến dưới hàm do sỏi tuyến thì không thể điều trị bảo tồn tuyến.
1. Biến chứng
	* Áp xe vùng dưới hàm.
	* Áp xe vùng sàn miệng.

**VI. PHÒNG BỆNH**

 Khi phát hiện có sỏi ống tuyến Wharton thì phẫu thuật lấy bỏ sớm để phòng viêm tuyến.

## ĐAU DÂY THẦN KINH V

1. **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.

1. **NGUYÊN NHÂN**
	* Thương 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...

1. **CHẨN ĐOÁN**
2. Chẩn đoán xác định
	1. Lâm sàng
		1. Toàn thân

Không có biểu hiện gì đặc biệt.

* + 1. Cơ năng
1. Đau kịch phát kéo dài một vài giây đến vài phút, xảy ra chủ yếu vào buổi sáng, hiếm khi về đêm.
2. Tính chất cơn đau
	* + Thương 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 thương 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. 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
	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: thương thực hiện dưới gây mê.

+Phẫu thuật bộc lộ khối u.

+Cắt bỏ khối u, giải phóng dây thần kinh V.

+Cầm máu và kiểm sóat vùng phẫu thuật.

+Đặt dẫn lưu.

+Khâu phục hồi theo các lớp giải phẫu.

* 1. Điều trị triệu chứng
		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 thương 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.

* + 1. 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:
1. Phương pháp phá hủy rễ thần kinh V

 Phá huỷ rễ thần kinh có thể là phá huỷ một phần (phá hủy chọn lọc) hoặc phá huỷ 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.
1. Phương pháp phá hủy thần kinh ngoại vi

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

* + Tiêm Alcohol

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

* + Phẫu thuật cắt thần kinh V ngoại vi:

+Xác định vị trí vùng khởi phát và nhánh thần kinh V cần cắt bỏ.

+Vô cảm.

+Phẫu thuật bộc lộ nhánh thần kinh.

+Cắt bỏ đoạn nhánh dây V.

+Cầm máu.

+Khâu phục hồi.

**V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

1. Tiên Lượng
	* Các trường hợp xác định được nguyên nhân: cho kết quả điều trị tốt.
	* Các trường hợp không xác định được nguyên nhân.
	* Điều trị nội khoa: dễ tái phát.
	* Điều trị ngoại khoa: kết quả điều trị thương tốt, tuy nhiên vẫn có tỷ lệ tái phát nhất định.
2. Biến chứng
	* Dị cảm.
	* Mất cảm giác xúc giác vùng dây V chi phối.

**VI. PHÒNG BỆNH**

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

## CHẤN THƯƠNG PHẦN MỀM VÙNG HÀM MẶT

1. **ĐỊNH NGHĨA**

 Là tình trạng tổn thương mô mềm vùng hàm mặt do chấn thương với một hoặc các biểu hiện như bầm tím, đụng giập, rách, chảy máu, thiếu hổng mô.…

1. **NGUYÊN NHÂN**
	* Do tai nạn giao thông.
	* Do tai nạn lao động.
	* Do tai nạn sinh hoạt…
2. **CHẨ N ĐOÁ N**
3. Chẩ n đoá n xá c định

Chủ yếu dựa trên các triệ u chứng lâm sàng , một số trường hợp có thể kết hợp cận lâm sàng.

* 1. Vết thương xây sát
		+ Tổn thương nông trên mặt da đến lớp thượng bì với biểu hiện có vết xước, rớm máu, xây xát.
		+ Có thể có dị vật, có thể làm thay đổi màu sắc da nếu không được làm sạch.
		+ Bệnh nhân cảm thấy rất đau, rát do bong lớp thƣợng bì, hở đầu mút thần kinh.
	2. Vết thương đụng dập
		+ Da có biểu hiện xuất huyết, tụ máu tại chỗ, có biểu hiện bầm tím, phù nề và biến dạng mô mềm.
		+ Bề mặt vết thương đụng giập có thể màu tím hoặc vàng nếu bệnh nhân đến muộn.

1.3 Vết thương rách da

* + - Rách da với các kích thước khác nhau. Vết rách có thể gọn hoặc nham nhở. Hai mép vết rách có thể đóng kín hoặc hở. Có thể có dị vật.
		- Rách mô mềm dưới da: có thể có tổn thương rách cơ, tổn thương thần kinh, mạch máu, tuyến Nước bọt….
		- Có thể có rách niêm mạc.
		- Chảy máu: tùy vị trí và mức độ tổn thương mà có chảy máu ở các mức độ khác nhau.
	1. Vết thương xuyên
		+ Có tổn thương xuyên thấu đi từ da, qua các mô mềm dưới da và niêm mạc thông với các hốc tự nhiên vùng hàm mặt như: khoang miệng, hốc mũi, xoang hàm…
		+ Tùy theo vết thương xuyên thông vào vùng nào mà có triệu chứng liên quan kèm theo như: rách niêm mạc miệng và chảy máu miệng, rách niêm mạc mũi và chảy máu qua ngách mũi…
		+ Có thể có dị vật ở vùng vết thương.
		+ Cận lâm sàng: X quang: nếu tổn thương chảy máu xoang hàm thì có hình ảnh mờ xoang hàm…
	2. Vết thương mất mô
		+ Mất da: với kích thước khác nhau tùy theo loại tổn thương.
		+ Mất mô dưới da: vết thương có thể gây mất cơ, để lại thiếu hổng mô.
		+ Tổn thương mạch máu: có thể có tổn thương mạch máu gây chảy máu với các mức độ khác nhau.
		+ Biểu hiện tổn thương thần kinh: có thể có dấu hiệu tê bì ở vùng da tương ứng nếu có tổn thương thần kinh.
		+ Rò Nước bọt: nếu có tổn thương tuyến Nước bọt hoặc ống tuyến.
		+ Dị vật vùng tổn thương: có thể có dị vật.

Có biểu hiện co kéo làm biến dạng.

* 1. Vết thương hỏa khí
		+ Tổn thương mô mềm: tùy từng trường hợp mà có thể có các mức độ tổn thương khác nhau như tổn thương da, mô mềm dưới da, mất mô….
		+ Đặc điểm tổn thương: đường vào nhỏ, đường ra to, mô bị tổn thương rộng kèm theo dị vật….
		+ X quang: có thể có hình ảnh các dị vật ở các vùng tổn thương.
	2. Vết thương tuyến Nước bọt
		+ Rách da vùng tuyến Nước bọt.
		+ Tổn thương nhu mô tuyến Nước bọt, có thể có dấu hiệu chảy Nước bọt qua vùng tổn thương.
		+ Tổn thương niêm mạc miệng tương ứng ống tuyến và ống tuyến, có dấu hiệu chảy Nước bọt qua vùng tổn thương ống tuyến.
	3. Vết thương bỏng Da đỏ, có thể có vết chợt.
		+ Có phỏng Nước vùng tổn thương.
		+ Có các biểu hiện nhiễm trùng nếu bệnh nhân đến muộn.
1. Chẩn đoán phân biệt

 Các tổn thương mô mềm vùng hàm mặt luôn có các triệu chứng rõ rệt vì vậy không cần chẩn đóan phân biệt.

**IV. ĐIỀ U TRỊ**

1. Nguyên tắc
	* + Đánh giá hết tổn thương, tránh bỏ sót.
		+ Xử lý vết thương càng sớm càng tốt.
		+ Làm sạch tổn thương và loại bỏ hết dị vật.
		+ Cắt lọc tiết kiệm da và mô mềm dưới da.
		+ Cầm máu kỹ.
		+ Khâu phục hồi

+Khâu kín từ trong ra ngoài đặc biệt lớp niêm mạc.

+Khâu đúng vị trí giải phẫu, tránh để khoang ảo, không căng.

+Khâu đóng ngay nếu vết thương sạch.

1. Điều trị cụ thể
	1. Vết thương xây sát
		* Vết thương nhỏ

+Làm sạch bằng Nước muối sinh lý, lấy bỏ dị vật.

+Băng bằng mỡ kháng sinh có phủ Lidocaine.

* + - Vết thương lớn

+Vô cảm: gây tê, trong một số trường hợp có thể gây mê.

+Điều trị vết thương: lau rửa bằng gạc hoặc dùng bàn chải với xà phòng, thìa nạo….

+Băng bằng mỡ kháng sinh có phủ Lidocaine.

* 1. Vết thương đụng dập
		+ Nếu máu tụ đang hình thành: băng ép để cầm máu.
		+ Tụ máu đã cầm: Nếu tụ máu nhỏ thì theo dõi để tự tiêu. Nếu lớn thì phải phẫu thuật lấy máu tụ.

Tụ máu chưa cầm: mở ra lấy máu tụ, cầm máu và băng ép.

* + - Tụ máu lâu, có xu hướng nhiễm trùng: rạch lấy bỏ máu tụ
	1. Vết thương rách da
		+ Làm sạch

+Rửa vết thương: rửa bằng Nước muối sinh ly dưới áp lực. Trường hợp vết thương bẩn dùng Nước Ôxy già hoặc Nước muối pha Betadin.

+Lấy bỏ hết dị vật.

+Tẩy rửa vết thương: vết thương có lẫn hóa chất, đặc biệt hóa chất có màu, cần tìm dung môi thích hợp để tẩy rửa.

+Vết thương rộng lẫn nhiều dị vật hoặc bẩn: bệnh nhân được gây mê, dùng bàn chải phẫu thuật chải rửa để loại bỏ dị vật.

* + - Cắt lọc tiết kiệm

+Da: cắt xén mép da. Bảo tồn vạt da còn cuống.

+Cơ: cắt bỏ phần cơ dập nát hoại tử. -Cầm máu: lựa chọn các phương pháp sau +Kẹp mạch.

+Đốt điện.

+Khâu cầm máu.

* + - Khâu phục hồi

+Yêu cầu: khâu đúng vị trí giải phẫu, từ trong ra ngoài, tránh để khoang ảo, không được căng, lớp niêm mạc phải kín tuyệt đối.

+Phương pháp khâu: lựa chọn kiểu khâu, mũi rời, khâu vắt, trong da, xa gần….

+Thời gian được đóng kín da: tương đối, nếu vết thương sạch đóng kín, nếu vết thương bẩn đóng thì hai.

* 1. Vết thương xuyên
		+ Vết thương nhỏ, không chảy máu, không dị vật: không phẫu thuật, điều trị kháng sinh, chống phù nề, thay băng, theo dõi.
		+ Vết thương to, chảy máu nhiều, có dị vật: phẫu thuật làm sạch, cầm máu, đóng vết thương.
	2. Vết thương mất mô
		+ Vết thương nhỏ: bóc tách, khâu phục hồi.

Mất mô rộng: tạo hình, đóng kín vùng thiếu hổng mô.

* 1. Vết thương hỏa khí

Phẫu thuật cầm máu, loại bỏ dị vật, tạo hình đóng kín vết thương.

* 1. Vết thương tuyến Nước bọt

Tổn thương có thể ở nhu mô hoặc ống tuyến.

* + - Dò Nước bọt ở nhu mô: khâu phục hồi.
		- Dò ở ống tuyến: nối, hoặc dẫn lưu vào trong miệng.
	1. Vết thương bỏng
		+ Chƣờm lạnh, chống shock, bù Nước, điện giải, dùng kháng sinh….
		+ Khi tổn thương đã ổn định tùy tình trạng mà có thể ghép da hoặc tạo hình phục hồi vết thương.

**V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

1. Tiên Lượng
	* Điều trị sớm và đúng nguyên tắc sẽ cho kết quả tốt.
	* Điều trị muộn và sai nguyên tắc có thể gây ra tai biến, di chứng trầm trọng, làm ảnh hưởng đến chức năng, thẩm mỹ.
2. Biến chứng
	* Nhiễm trùng vết thương.
	* Rò Nước bọt.
	* Sẹo xấu ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ …

## DÍNH KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM

1. **ĐỊNH NGHĨA**

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

1. **NGUYÊN NHÂN**
	* + Chấn thương

+Tai nạn giao thông.

+Tai nạn lao động.

+Tai nạn sinh hoạt…

* + - Rối loạn sự phát triển của lồi cầu, lồi cầu quá phát hay giảm phát.
		- Viêm khớp thái dương hàm.
		- Viêm tuyến mang tai, biến chứng của viêm tai giữa…
1. **CHẨN ĐOÁN**

3.1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

* + - Toàn thân thể trạng gầy yếu do hạn chế há miệng ăn nhai kém -Ăn uống khó.
		- Mặt ở tư thế thẳng mặt bất cân xứng cằm lệch về một bên, giảm phát tầng dưới mặt.
		- Mặt ở tư thế nghiêng cằm tụt ra sau (dấu hiệu cằm mỏ chim).
		- Hạn chế há miệng. Tùy mức độ dính có thể hạn mức độ há miệng từ 1 tới 2 cm hay khít hàm hoàn toàn.

Sờ khớp thái dương hàm thấy lồi cầu hạn chế vận động hoặc thành khối dính với cung tiếp không vận động.

* + - Khớp cắn sâu.

1.2. Cận lâm sàng

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

Có hình ảnh tổn thương khớp ở bốn mức độ:

* Độ 1

+ Lồi cầu có thể biến dạng.

+Còn hình ảnh khe khớp.

* Độ 2

+Có hình ảnh dính một phần của khớp.

+Còn hình ảnh khe khớp nhưng hẹp hơn độ I.

* Độ 3: Có hình ảnh cầu xương giữa lồi cầu và hõm khớp.
* Độ 4: Có hình ảnh xương dính liền một khối với nền sọ.

2 Chẩn đoán phân biệt

 Dính khớp thái dương hàm luôn có các triệu chứng lâm sàng và X quang rõ rệt nên không cần chẩn đoán phân biệt.

**IV. ĐIỀU TRỊ**

1. Nguyên tắc
	* + Phục hồi được sự vận động của khớp.
		+ Phục hồi được chức năng ăn nhai.
2. Điều trị cụ thể
	1. Điều trị bảo tồn

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

* 1. Điều trị bằng phẫu thuật.

Tùy từng trường hợp, có thể áp dụng một trong hai phương pháp dưới đây: a. Tạo hình khớp có ghép sụn sườn tự thân.

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

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

* Rạch da.
* Cắt bỏ khối dính và tạo hình ổ khớp.
* Cố định hai hàm.
* Đặt vật lồi cầu sao cho chỏm khớp nằm đúng vị trí, dùng vít cố định lồi cầu vào phần cành cao xương hàm dưới đã được chuẩn bị.
* Điều trị kháng sinh toàn thân, chống viêm, giảm đau, dinh dƣỡng.

**V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

1. Tiên Lượng

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

1. Biến chứng

-Dính lại khớp.

 -Sai khớp cắn.

**VI. PHÒNG BỆNH**

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