

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI  
BỘ MÔN RĂNG HÀM MẶT

BÀI GIẢNG  
**RĂNG HÀM MẶT**



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI  
BỘ MÔN RĂNG HÀM MẶT

*Bài giảng*  
**RĂNG HÀM MẶT**

*Đào tạo bác sĩ giai đoạn II*  
*(Tái bản lần thứ tư)*

**NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC**  
**HÀ NỘI - 2006**

## LỜI NÓI ĐẦU

Nhằm đáp ứng công cuộc cải cách giáo dục đại học, đào tạo theo học trình (crédit), bộ môn Răng Hàm Mặt Đại học Y Hà Nội soạn tập bài giảng này để giảng cho sinh viên y đi luân khoa răng hàm mặt.

Mục tiêu trung gian là:

1. Phổ biến, giáo dục sức khoẻ răng miệng cho cộng đồng.
2. Chẩn đoán, xử trí ban đầu các cấp cứu hay gặp trong RHM.
3. Chẩn đoán định hướng hai bệnh phổ biến nhất trong RHM là sâu răng và viêm quanh răng.
4. Phát hiện sớm và gửi đi chuyên khoa các bệnh ung thư miệng.
5. Chẩn đoán và xử trí ban đầu các chấn thương RHM và tai biến do nhổ răng.

Ngoài bài giới thiệu sơ lược về môn RHM, tập bài giảng có 13 bài, giảng lý thuyết trong 18 tiết, bao gồm các vấn đề thông thường và cơ bản nhất của RHM.

Tập bài giảng này cũng hữu ích cho các y bác sĩ đang hành nghề y để tham khảo.

Trình tự soạn bài theo kiểu mới, ba phần là bắt buộc: mục tiêu chuyên biệt của bài, nội dung chính và test đánh giá. Các phần không bắt buộc có thể có trong bài là: từ khoá, phương pháp giảng và học, danh mục tham khảo, ghi chú ngoại ngữ.

Chúng tôi hy vọng rằng tập bài giảng sẽ được in sẵn, mỗi khi sinh viên đi luân khoa RHM đã có trước tập sách để chuẩn bị bài trước. Khi đến lớp có thì giờ nghe giảng kỹ hơn và trao đổi đặt câu hỏi với thầy.

Chắc chắn các bài giảng còn nhiều thiếu sót. Chúng tôi rất cảm ơn các đồng nghiệp đóng góp ý kiến để lần sau khi tái bản chúng tôi sẽ hoàn thiện tập bài hơn.

**Thay mặt các tác giả**

**PGS. TS. MAI ĐÌNH HƯNG**

## MỤC LỤC

	<b>Trang</b>
Lời nói đầu	3
Giới thiệu sơ lược môn răng hàm mặt	7
	<i>PGS. TS. Mai Đình Hưng</i>
Bệnh sâu răng	8
	<i>PGS. TS. Mai Đình Hưng</i>
Bệnh lý tuỷ răng	14
	<i>BSCKII. Phạm Thị Tuyết Nga</i>
Viêm quanh cuống răng	19
	<i>BSCKII. Phạm Thị Tuyết Nga</i>
Bệnh học quanh răng	23
	<i>PGS. TS. Đỗ Quang Trung</i>
Chỉ định và chống chỉ định, nhổ răng – tai biến thường gặp do nhổ răng	36
	<i>ThS. Trần Ngọc Thành</i>
Liên quan giữa răng miệng và toàn thân	46
	<i>ThS. Trần Ngọc Thành</i>
Cấp cứu răng miệng hay gặp	50
	<i>PGS. TS. Mai Đình Hưng</i>
Dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt	55
	<i>PGS. TS. Mai Đình Hưng</i>
Các khối u lành tính hay gặp ở vùng miệng – mặt	60
	<i>BSCKII. Trần Minh Thịnh</i>
Ung thư niêm mạc miệng	65
	<i>BSCKI. Trần Minh Thịnh</i>
Chấn thương vùng hàm mặt	73
	<i>ThS. Lê Văn Sơn</i>
Viêm nhiễm thông thường vùng hàm mặt	78
	<i>ThS. Lê Văn Sơn</i>
Chăm sóc răng miệng ban đầu	83
	<i>BSCKII. Nguyễn Ngọc Diễm</i>

## **GIỚI THIỆU SƠ LƯỢC MÔN RĂNG HÀM MẶT**

Môn răng hàm mặt là môn học về răng miệng (denistry, stomatology) và các bệnh học hàm mặt (maxillo facial surgery pathology).

Trên thế giới môn răng miệng từ lâu đã là một ngành riêng biệt, có bệnh viện và trường đại học riêng bởi vì bệnh răng và miệng rất phổ biến.

Điều tra cơ bản toàn quốc năm 1991 ở lứa tuổi 12, miền Bắc 43%, miền Nam 76% trẻ sâu răng vì phòng bệnh yếu kém, trẻ càng lớn càng răng sâu nhiều; ở lứa tuổi 15, hai tỷ lệ trên là 47% và 82%.

Ở Thái Lan (1994) cứ 1 bác sĩ nha khoa phục vụ cho 13.000 dân, ở Nhật 1 bác sĩ nha khoa cho 2.000 dân, ở Việt Nam 1 bác sĩ nha khoa cho 56.000 dân. Cả nước ta hiện nay (1995) chỉ có khoa RHM thành phố Hồ Chí Minh là lớn nhất, hoạt động tương đối độc lập, đào tạo hàng năm khoảng 100 bác sĩ nha khoa và Bộ môn RHM Hà Nội (thuộc Đại học y) đào tạo hàng năm khoảng 20 - 30 bác sĩ nha khoa. Năm 1994 ở Nhật có 29 đại học Nha khoa.

2600 năm trước công nguyên, ở Ai Cập trong cuốn sách "Sono" (thầy thuốc) Hezyre được coi là thầy thuốc nha khoa đầu tiên vì đã mô tả nhổ răng.

Năm 659 sau công nguyên vào đời Tần ở Trung Quốc, trong cuốn sách "Yang" (thầy thuốc) đã sử dụng bột nhào bạc (pâte argentée) do Kung nghi ra để trám răng sâu. Về răng giả thì năm 1564 Ambroise Paré (Pháp) được coi là người cha của phẫu thuật nhổ răng và làm răng hàm giả.

Môn nha khoa ở Việt Nam (theo Tây y) được mở ra năm 1939 ở Bệnh viện Phủ Doãn cũ (Việt Đức bây giờ) một bộ phận đào tạo nha sĩ thuộc Trường y Đông Dương.

Ngoài các bệnh thông thường khác, môn răng miệng hay nha khoa phải đương đầu với hai bệnh phổ biến là sâu răng (dental caries) và viêm mô nha chu (periodontitis). Ở nước ta trong những năm tới do đời sống được nâng cao, nhân dân sử dụng nhiều đường, nước ngọt mà sự phòng bệnh chưa tốt sẽ làm tăng tỷ lệ sâu răng.

Ở các nước phát triển từ trước năm 1960 ngành nha khoa tập trung vào chữa và phục hồi răng sâu, công việc tốn kém mà ít kết quả cho cộng đồng. Sau đó và hiện nay họ tập trung vào phòng bệnh, kết quả là trong 20 năm trở lại đây tỷ lệ sâu răng ở các nước Bắc Âu, Anh v.v... đã giảm xuống hơn một nửa, ở Đan Mạch người ta tiên lượng sau năm 2000 sẽ có lớp thanh niên không có răng sâu.

Ở nước ta hiện nay phòng bệnh răng miệng là công tác trọng tâm của môn RHM, trong đó tập trung vào trẻ em bằng các hệ thống nha khoa học đường.

Hy vọng rằng trong thời gian tới với kế hoạch thành lập hai trường răng đầu tiên ở thành phố Hồ Chí Minh và thủ đô Hà Nội sẽ giúp đào tạo đủ số bác sĩ nha khoa để có thể đáp ứng kịp thời với yêu cầu của cộng đồng.

# BỆNH SÂU RĂNG

## I. MỤC TIÊU

1. Vẽ được sơ đồ căn nguyên bệnh sâu răng (White circle).
2. Chẩn đoán được vết trắng (White spot lesion) là thương tổn sớm của sâu răng và xử trí.
3. Chẩn đoán được 5 loại lỗ sâu theo Black để gửi đi hàn.
4. Giảng được cho cộng đồng về 5 nội dung chính trong công tác phòng bệnh sâu răng.

## II. NỘI DUNG

### 1. Căn nguyên bệnh sâu răng

Vài năm gần đây khoa học đạt nhiều tiến bộ giải thích bệnh căn sâu răng (SR) do đó các nước phát triển như Úc, Bắc Âu, Mỹ đã giảm được tỷ lệ người mắc SR còn khoảng 1/2. Thí dụ: năm 1994, chỉ số sâu mất trám ở trẻ 12 tuổi ở Úc là 1,5, ở Mỹ là 1,3. Cũng ở hai nước này trước năm 1980 chỉ số này là trên 3.

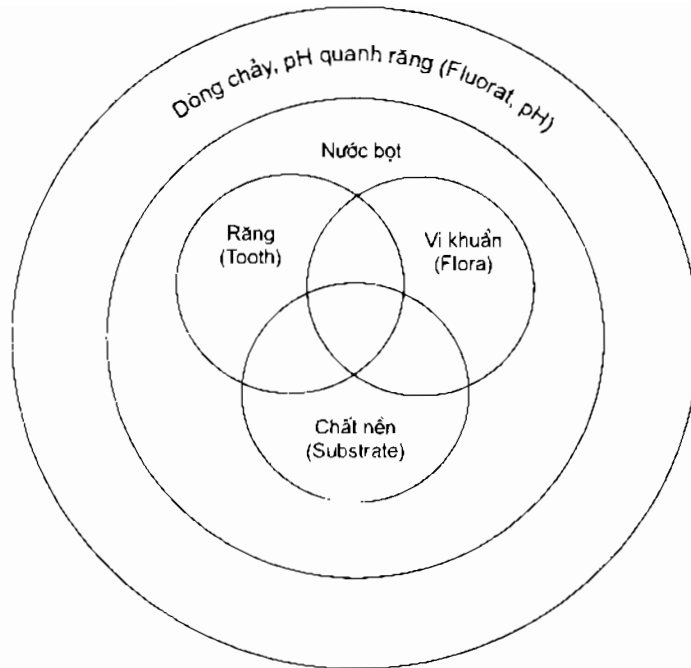
Trước năm 1970 giải thích bệnh căn SR, người ta chú ý nhiều đến chất đường và vi khuẩn *Streptococcus mutans* nên việc phòng bệnh SR tập trung vào chế độ ăn hạn chế đường, tiến hành vệ sinh kỹ răng miệng. Người ta giải thích SR bằng sơ đồ Key - kết quả phòng bệnh SR hạn chế. Ở thời kỳ này người ta còn quan niệm SR là một thương tổn không thể hồi phục và áp dụng kỹ thuật khoan rộng để phòng tái phát của Black (1976 còn dạy ở Úc).

Sau năm 1975 người ta làm sáng tỏ hơn căn nguyên bệnh SR và giải thích bằng sơ đồ White thay thế một vòng tròn của sơ đồ Key (chất đường) bằng vòng tròn chất nền (substrate) nhấn mạnh vai trò nước miếng (chất trung hoà - buffers) và pH của dòng chảy môi trường xung quanh răng. Người ta cũng thấy rõ hơn tác dụng của flour khi gặp apatit thường của răng kết hợp thành fluorid apatit rắn chắc chống được sự phân huỷ tạo thành thương tổn SR. Do đó trong khoảng 20 năm gần đây có sự đảo ngược về tình trạng SR ở hai nhóm quốc gia.

Những nước nghèo không được flour hoá nước uống, thiếu sự giáo dục nha khoa, chế độ ăn đường không đúng nên SR phát triển ngày càng tăng.

Trái lại ở các nước sản xuất kỹ nghệ cao, nhà nước coi chương trình fluor hoá nước uống, thuốc chải răng, giáo dục nha khoa là quốc sách nên bệnh SR giảm nhiều (còn khoảng 50%). Thí dụ: ở Đan Mạch 1994, chỉ số sâu mất trám (SMT) tuổi 12 là 1,2, trên 50% trẻ em trong miệng không có răng sâu.

Ở Úc cũng vậy - 50% thì giờ của bác sĩ răng miệng là làm công tác phòng bệnh.

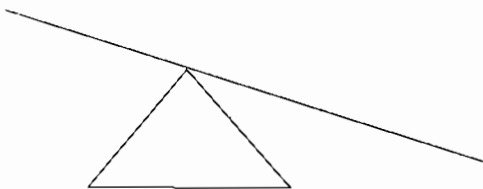


**Sơ đồ. Căn nguyên của sâu răng (1975)**

- Răng: Tuổi, fluorid, hình thái (morphology), dinh dưỡng, các vi tố (trace element), độ carbonat v.v...
- Vi khuẩn: *Streptococcus mutans*
- Chất nền: - Vệ sinh miệng sử dụng fluorid.  
 - PH vùng trao đổi quanh răng thấp 4,5 – 5 sẽ gây thương tổn dưới bề mặt.  
 - Khả năng trung hoà (đệm) của nước bọt.

**Sâu răng = Huỷ khoáng > Tái tạo khoáng (cơ chế hoá học và vật lý sinh học).**

**Mất ổn định (destabilising)**

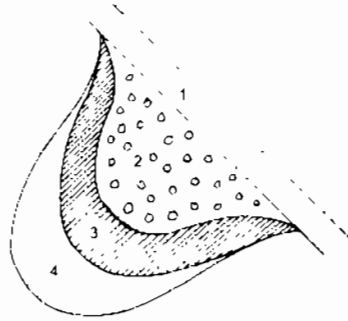


**Sự bảo vệ (protection)**

Mảng bám (vi khuẩn) kiểm soát được  
 Chế độ ăn đường nhiều lần (kiểm soát được)  
 Thiếu nước bọt hay nước bọt acid  
 Acid từ dạ dày tràn lên miệng  
 PH < 5

Nước bọt  
 Khả năng kháng acid của men  
 F<sup>-</sup> có ở bề mặt men răng (fluorid)  
 Trám bít hố rãnh  
 Độ Ca<sup>++</sup>, NPO<sup>-</sup><sub>4</sub> quanh răng  
 pH > 5,5

## 2. Vết trắng, thương tổn đầu tiên SR (White spot lesion)



Sâu răng bắt đầu bằng thương tổn gồm 4 lớp:

Lớp 1: men đổi màu trắng.

Lớp 2: thương tổn chính huỷ khoáng.

Lớp 3: vùng đen.

Lớp 4: vùng trong suốt.

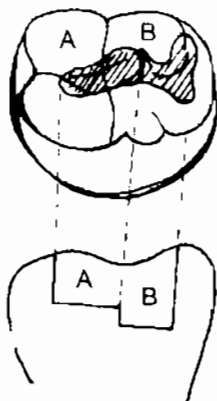
Khi ta thấy vết trắng ở thân răng, cổ răng là ở dưới nó bắt đầu huỷ chất khoáng. Nếu ngay giai đoạn này, hàng ngày ta bôi fluorid có thể hồi phục tổ chức và mất vết trắng.

## 3. Năm loại lỗ sâu răng theo Black (1908)

Black phân ra 5 loại lỗ SR theo vị trí giải phẫu đặt cơ sở cho việc khoan răng tạo lỗ hàn để hàn răng có kết quả vững chắc.

Ngày nay phân loại này giảm dần tác dụng khi nha khoa dần thay thế chất hàn kim loại (amalgam) bằng chất nhựa composit, ciment glass ionomer.

Loại I: sâu rãnh mặt nhai các răng hàm.

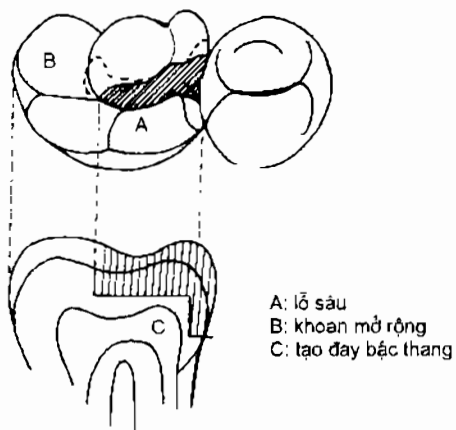


A: lỗ sâu

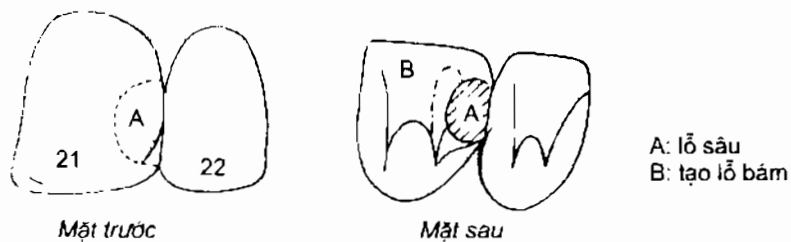
B: khoan rộng tạo thêm  
chỗ bám



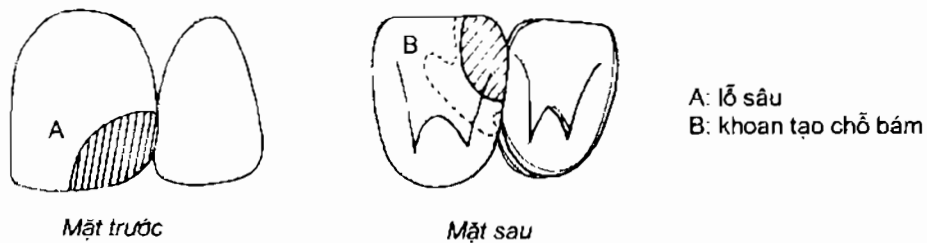
Loại II: sâu mặt nhai và mặt tiếp giáp của răng hàm



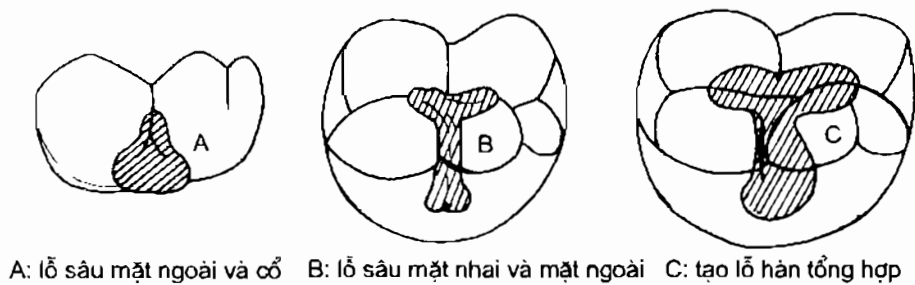
Loại III: sâu cạnh bên răng cửa



Loại IV: Sâu cạnh bên và rìa cắn răng cửa



Loại V: sâu cổ răng và rãnh mặt ngoài răng hàm



Chẩn đoán sâu răng trên lâm sàng dựa vào:

1. *Nhìn thấy lỗ sâu là thương tổn men và ngà*: nếu dùng que nạo ngà, lấy hết vụn bản thức ăn trong lỗ sâu ta thấy đáy lỗ sâu rộng hơn miệng lỗ sâu.
2. *Triệu chứng chủ quan là đau do kích thích*: ăn lọt thức ăn vào lỗ sâu (cơ học), ăn kem lạnh, uống nước nóng quá làm nổi cơn đau. Hết tác nhân kích thích sẽ hết đau. Nếu thấy răng có lỗ sâu mà đau tự nhiên thành cơn kéo dài khoảng mười phút rồi dịu dần là dấu hiệu  *nhiễm trùng tuỷ răng*.

#### 4. Phòng bệnh sâu răng

Muốn đẩy lùi bệnh SR để đến năm 2000 đạt được chỉ tiêu của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đề ra là SMT (chỉ số sâu mất trám) lứa tuổi 12 là dưới 3 thì các nước đều tiến hành chăm sóc răng miệng cho cả cộng đồng mà tập trung chủ yếu vào tuổi học sinh dưới 12 tuổi.

Có 4 chính sách lớn để phòng chống bệnh SR cho cộng đồng:

*Fluor hoá nước uống*: cho thêm flour vào nước máy thành phố với tỷ lệ 1,2 ppm (thành phố Hồ Chí Minh đã làm được 3 năm).

*Sản xuất và khuyến khích sử dụng thuốc chải răng có fluorid.*

Ăn đường ít lần trong ngày và chải răng ngay. Sâu răng không liên quan với lượng đường ăn vào mà do đường bám vào răng (chống ăn kẹo dính, chống uống nước ngọt nhiều lần).

*Tiến hành công tác nha khoa học đường*

Về nha học đường lại có 4 nội dung:

- Giáo dục răng miệng (dạy chải răng, ăn uống v.v...).
- Tổ chức súc miệng bằng nước pha fluor (0,2 g/L fluorid) súc miệng tuần 2 lần - nhỏ đi.
- Khám phát hiện sớm SR để hàn.
- Trám bít hố rãnh (sealant) để phòng SR

### III. PHƯƠNG PHÁP GIẢNG VÀ HƯỚNG DẪN HỌC

1. Sử dụng hình vẽ màu và mô hình
2. Sử dụng Overhead
3. Sinh viên có tài liệu để đọc trước
4. Đọc kỹ và vẽ sơ đồ White, 5 loại lỗ sâu.

## TEST ĐÁNH GIÁ (FORMATIVE TEST)

Đúng – Sai

- 1 Ở các nước giàu do ăn nhiều đường nên SR càng phát triển.
- 2 Tham gia gây bệnh SR là vi khuẩn *Streptococcus viridans*.
- 3 Khi thấy men đổi màu trắng thành vết phải gửi bác sĩ nha khoa để khoan và hàn.
- 4 Men và ngà răng tuy gồm đa số là chất vô cơ nhưng vẫn có sự trao đổi ion thường xuyên với miệng.
- 5 PH ở vùng quanh răng là 7 nếu ăn đường và cấy *Streptococcus* cũng sẽ làm răng sâu.
- 6 Nước bọt có khả năng làm chất đệm chống SR.
- 7 Theo Black có 5 loại lỗ sâu răng.
- 8 Sâu vỡ cạnh bên và rìa cắn răng cửa là loại III theo Black.
- 9 Răng có lỗ sâu, đau nhức ban đêm là sâu răng.
- 10 Với các chất hàn mới như glass ionomer cement vẫn phải tạo lỗ hàn theo Black.
- 11 Sáng dậy rửa mặt, chải răng, ăn sáng rồi đi làm.
- 12 Muốn đẩy lùi bệnh SR cần tập trung dạy cách giữ vệ sinh miệng bằng cách chải răng.
- 13 Chải răng bằng thuốc có fluorid rồi súc miệng thật kỹ.
- 14 Sâu răng là bệnh có thể phòng được.
- 15 Để phòng SR nên cấm trẻ em ăn kẹo.

# BỆNH LÝ TỤY RĂNG

## I. MỤC TIÊU

1. Xác định nguyên nhân gây viêm tủy răng
2. Chẩn đoán được viêm tủy có bảo tồn, viêm tủy không bảo tồn, hoại tử tủy
3. Xử trí cấp cứu giảm đau do viêm tủy cấp tính ở tuyến cơ sở sau đó chuyển chuyên khoa.

## II. NỘI DUNG

### 1. Những điểm cần chú ý về tổ chức và sinh lý tủy răng

- Tủy răng là một khối tổ chức liên kết mạch máu nằm trong một cái hốc ở giữa răng gọi là hốc tủy răng. Hình của tủy răng nói chung tương tự như hình thể ngoài của răng, nó gồm có tủy buồng và tủy chân, tủy buồng thông với tủy chân và thông với tổ chức liên kết quanh cuống bởi một lỗ cuống răng (apex).
- Tủy răng nằm trong một buồng cứng (buồng tủy và ống tủy và là mạch máu tận cùng khi vào răng qua một hay nhiều lỗ hẹp vùng cuống, cho nên khi có rối loạn, máu khó lưu thông, dinh dưỡng tủy răng bị ảnh hưởng.
- Dây thần kinh cảm giác từ dây V dễ bị ép ở trong buồng kín nên khi viêm tủy gây đau nhiều, mặt khác dây V dễ tạo phản xạ, nên khi đau ở răng dễ lan đi các nơi khác ở xung quanh.

### 2. Bệnh căn và bệnh sinh

Bệnh căn của tủy gồm 3 nhóm: nhiễm khuẩn, yếu tố vật lý, hoá học, mỗi loại lại chia ra nguyên nhân toàn thân và tại chỗ.

#### 2.1. Nguyên nhân nhiễm khuẩn

*Nhiễm khuẩn toàn thân:* nhiều tác giả đã nêu những bệnh án viêm tủy răng trong bệnh cúm, thương hàn, có trực khuẩn coli ở tủy răng sau khi bệnh nhân viêm ruột thừa, trực khuẩn Hansen ở tủy răng trong bệnh hủi. Nhưng vì ít gặp, khó chứng minh, nên có những tác giả không công nhận. Harndt cho rằng có viêm tủy răng khi có bệnh toàn thân là do trùng hợp ngẫu nhiên.

*Nhiễm khuẩn tại chỗ:*

- Do sâu răng, vi khuẩn theo ống Tomes vào tủy.
- Lỗ hình chêm, răng rạn cũng có thể gây viêm tủy răng.
- Viêm quanh răng có thể gây viêm tủy ngược.

## 2.2. Nguyên nhân là yếu tố vật lý

*Toàn thân:* người đi máy bay lúc thay đổi độ cao hay bị đau răng, tăng tốc nhanh khi đi máy bay, những công nhân lặn sâu cũng có thể đau răng.

*Tại chỗ:*

Những yếu tố cơ hay nhiệt độ cao có thể gây viêm tuỷ.

Sang chấn có thể làm mẻ rạn răng, cũng có thể gây viêm tuỷ răng lúc chữa răng nếu mài mạnh quá.

Sang chấn nhẹ nhưng liên tục cũng có thể gây viêm tuỷ răng (khớp cắn sang chấn, hàn cao).

Mài răng mạnh làm nóng răng dễ gây viêm tuỷ.

Nhiệt tăng ở lỗ hàn do cement và nhựa tự cứng lại cũng dễ gây viêm tuỷ.

## 2.3. Nguyên nhân là yếu tố hoá học

*Toàn thân:* các bệnh đái tháo đường, bệnh gout hay nhiễm độc chì, thủy ngân có thể gây hoại tử tuỷ răng. Về bệnh sinh có tác giả cho rằng tổn thương bắt đầu ở dây thần kinh, có người cho là tổn thương bắt đầu ở mạch máu tuỷ răng.

*Tại chỗ:* khi dùng chất sát khuẩn mạnh để sát khuẩn lỗ sâu như bạc nitrat, chlorofoc rượu, dễ gây viêm tuỷ.

## 3. Phân loại viêm tuỷ răng

- Viêm tuỷ:
  - + Viêm tuỷ có hồi phục
  - + Viêm tuỷ không hồi phục.
- Hoại tử tuỷ

Nếu dựa vào hình ảnh giải phẫu bệnh lý:

- + Sung huyết tuỷ: tương đương với viêm tuỷ có hồi phục.
- + Viêm thanh dịch, viêm mủ, viêm loét, viêm tăng sản: tương đương với viêm tuỷ không hồi phục.

## 4. Lâm sàng

### 4.1. Viêm tuỷ có hồi phục

*Triệu chứng*

- Đau tự nhiên thoáng qua từ 3 - 5 phút, đau tăng khi có kích thích như: nóng, lạnh, chua, ngọt, hết kích thích đau vẫn còn kéo dài một vài phút.
- Thăm khám lỗ sâu thấy có ngà mủn, đau nhưng chưa hở tuỷ.
- Thử tuỷ (lạnh, điện) dương tính.

### *Điều trị:*

- Mục đích là loại bỏ các kích thích tạo điều kiện cho lớp ngà bị ảnh hưởng vẫn được hồi phục.
- Phương pháp điều trị: chụp tuỷ răng, chất chụp có thể là  $\text{Ca}(\text{OH})_2$  hoặc eugenat.

Có 2 phương pháp chụp tuỷ: trực tiếp và gián tiếp.

- + Chụp tuỷ trực tiếp: là chụp trên chỗ tuỷ bị hở. Tuỷ do sâu mà bị hở không điều trị bảo tồn được, chỉ chụp tuỷ khi hở tuỷ lúc mài răng. Đặt chất chụp tuỷ rồi hàn tạm, sau 6 tháng chỗ tuỷ hở có thể kín lại do ngà thứ phát được tái tạo. Lúc ấy tháo hàn tạm xem lại chỗ hở, nếu thấy chỗ đó đã kín và tuỷ còn sống thì hàn vĩnh viễn (có lót đáy).
- + Chụp tuỷ răng gián tiếp: sau khi lấy ngà mủn còn sót một ít, nếu lấy hết sợ hở tuỷ thì chụp gián tiếp. Sau 6 tháng kiểm tra nếu không đau, tuỷ còn sống thì hàn vĩnh viễn (có lót đáy).
- Chống chỉ định: chụp tuỷ răng ở người trên 50 tuổi, người đang có bệnh nhiễm trùng cấp hoặc mạn tính (đái tháo đường, lao, bệnh ở tim, xương khớp).

## **4.2. Viêm tuỷ không hồi phục**

### *Triệu chứng:*

- Đau tự nhiên thành từng cơn, đau nhiều khi vận động mạnh và thường đau về đêm. Mỗi cơn đau kéo dài từ 30 phút đến 2 - 3 giờ, hết đau đột ngột. Đau tăng khi có kích thích nhất là lạnh và hết kích thích đau còn kéo dài vài phút. Đau dữ dội tại chỗ răng đau, nhưng có khi khuếch tán đau lan nửa mặt dưới hoặc nửa đầu.
- Thăm khám lỗ sâu bệnh nhân thấy đau, đôi khi có điểm hở tuỷ, nếu chạm phải tuỷ bệnh nhân đau nhiều.
- Gõ dọc răng đau nhẹ.
- Thử nghiệm tuỷ (lạnh, điện) dương tính.

*Chẩn đoán xác định:* dựa vào hỏi, triệu chứng lâm sàng và thử nghiệm tuỷ.

### *Chẩn đoán phân biệt:*

- Đau dây V: không tìm thấy nguyên nhân ở răng, các cơn đau rất giống nhau bao giờ cũng xuất phát từ một điểm (khoé mép, rãnh mũi má...), trong cơn đau bệnh nhân có thể thấy giập ở mặt.
- Viêm quanh cuống cấp tính: trong viêm quanh cuống cấp tính bệnh nhân có sốt, nổi hạch tại chỗ, cơn đau tự nhiên liên tục, răng chồi, lung lay, gõ đau, lợi sưng nề.

*Điều trị:* phải lấy toàn bộ tuỷ, sau đó hàn ống tuỷ.

- Nếu bệnh nhân đang đau do viêm tuỷ cấp tính phải đặt thuốc giảm đau tại chỗ như xylocain 5% hoặc Bonain. Khi bệnh nhân giảm đau mới tiến hành điều trị tiếp.

- Đối với răng một chân, dùng phương pháp gây tê lấy tuỷ sống rồi hàn ống tuỷ luôn.
- Đối với răng nhiều chân phải tiến hành đặt thuốc làm cho tuỷ chết. Bước tiếp theo mới tiến hành lấy tuỷ, sát khuẩn ống tuỷ, hàn ống tuỷ và cuối cùng là hàn vĩnh viễn, tạo hình lại thân răng.

### **4.3. Tuỷ hoại tử**

#### *Triệu chứng:*

- Không có biểu hiện về toàn thân và cơ năng khi tuỷ bị hoại tử.
- Răng đổi màu, màu xám đục ở ngà răng ánh qua lớp men răng.
- Khám thấy răng sâu, nứt hoặc gãy.
- Lợi xung quanh răng bình thường.
- Gõ răng không đau.
- Thử nghiệm tuỷ (lạnh, điện) âm tính, hoặc thăm khám vào răng không thấy đau.

#### *Điều trị tuỷ hoại tử:*

- Phải lấy tuỷ làm nhiều lần, không lấy tuỷ một lần vì sẽ đẩy tuỷ hoại tử xuống vùng cuống làm bội nhiễm cuống răng.
- Sau khi lấy sạch tuỷ, sát khuẩn ống tuỷ sạch, thì tiến hành hàn ống tuỷ, cuối cùng là hàn tạo lại hình thể thân răng.

### **III. PHƯƠNG PHÁP GIẢNG DẠY**

1. Theo phương pháp cổ điển.
2. Sử dụng Overhead.
3. Sinh viên có tài liệu để đọc trước.

## TEST ĐÁNH GIÁ

### Đúng – Sai

- 1 Nguyên nhân gây viêm tuỷ gồm 3 nhóm: nhiễm khuẩn, yếu tố vật lý và hoá học.
- 2 Bệnh nhân đau răng khi có kích thích, hết kích thích hết đau ngay là viêm tuỷ.
- 3 Cơn đau răng thường về đêm và đau tự nhiên là viêm tuỷ không hồi phục.
- 4 Điều trị viêm tuỷ không hồi phục là chụp tuỷ răng.
- 5 Khi bệnh nhân có viêm tuỷ cấp tính, phải đặt thuốc giảm đau sau đó mới tiến hành các biện pháp điều trị tiếp theo.
- 6 Chỉ chụp tuỷ răng trực tiếp trong trường hợp tuỷ hở do mài răng.
- 7 Đối với răng một chân, khi cần lấy tuỷ người ta tiến hành gây tê lấy tuỷ sống.
- 8 Trong viêm tuỷ bắt buộc phải lấy tuỷ làm nhiều lần.
- 9 Tuỷ hoại tử chỉ nên lấy tuỷ một lần.
- 10 Khi tuỷ hoại tử răng đổi màu xám đục.



# VIÊM QUANH CUỐNG RĂNG

## I. MỤC TIÊU

1. Xác định nguyên nhân gây viêm quanh cuống răng.
2. Chẩn đoán viêm quanh cuống bán cấp, cấp và mạn tính.
3. Xử trí cấp cứu giảm đau do viêm quanh cuống cấp ở tuyến cơ sở, sau đó gửi chuyên khoa.

## II. NỘI DUNG

Viêm quanh cuống răng thường do biến chứng của viêm tuỷ răng, nhất là của tuỷ hoại tử.

Viêm quanh cuống cũng có thể lan theo đường dây chằng tới.

### 1. Bệnh căn và bệnh sinh

*Do nhiễm khuẩn:* rất hay gặp

- Do viêm hoại tuỷ gây biến chứng viêm quanh cuống.
- Do viêm quanh răng, vi khuẩn từ tổ chức quanh răng lan vào vùng cuống.

*Do sang chấn:*

- Sang chấn mạnh thường gây viêm quanh cuống cấp tính.
- Sang chấn nhẹ, liên tục (khớp cắn sang chấn, hàn cao...) thường gây viêm quanh cuống mạn tính.

*Do điều trị răng:*

- Thấy thuốc đưa dụng cụ điều trị tuỷ đi quá xuống cuống răng.
- Lấy tuỷ hoại tử một lần đẩy tuỷ hoại tử ra vùng cuống gây bội nhiễm.
- Do dùng thuốc sát khuẩn có tính chất kích thích mạnh vùng cuống như trioxymethylen.

### 2. Các thể bệnh viêm quanh cuống

Viêm quanh cuống có thể là mạn tính, cấp tính hay bán cấp. Từ cấp tính có thể chuyển sang mạn tính, hoặc mạn tính tái phát cấp tính.

#### 2.1. Viêm quanh cuống răng bán cấp

*Triệu chứng:*

- Răng có thể đổi màu, màu xám đục ở ngà răng ánh qua lớp men.

- Gõ nhẹ dọc răng có đau ở vùng cuống răng.
- Răng hơi lung lay, lợi hơi đỏ nhất là ở vùng cuống răng.
- Thử nghiệm tuỷ (lạnh, điện) âm tính chứng tỏ tuỷ răng đã hoại tử, có thể thâm trám vào buồng tuỷ mà không thấy đau.
- Trên phim X quang thấy một vùng sáng ở quanh cuống răng, vùng dây chằng có thể rộng ra.

*Chẩn đoán:* dựa vào hỏi bệnh, khám răng và thử nghiệm tuỷ, phim X quang.

## **2.2. Viêm quanh cuống cấp tính**

*Triệu chứng:*

- Dấu hiệu ở răng rõ hơn và có dấu hiệu toàn thân. Bệnh nhân mệt mỏi, sốt, có thể có hạch ở vùng dưới hàm hoặc dưới cằm.
- Ở răng đau nhiều, đau tự nhiên, răng lung lay, khi chạm vào răng đối diện đau tăng lên.
- Lợi tương ứng răng đau đỏ, mô lỏng lẻo gần bị nề, răng bên cũng hơi lung lay.
- Dấu hiệu X quang có vùng sáng quanh cuống răng có khi lan cả sang vùng cuống răng bên. giới hạn không rõ rệt, vùng dây chằng rộng.
- Sau khi viêm khoảng 6 ngày, có mũ ở vùng quanh cuống răng, mũ thoát ra:
  - + Theo đường ống tuỷ.
  - + Theo đường dây chằng
  - + Hoặc qua xương ổ răng làm áp xe ở lợi hay ở mô lỏng lẻo.

*Biến chứng:*

- Viêm quanh cuống răng có thể gây áp xe vùng xung quanh, hoặc gây viêm hạch và vùng quanh hạch.
- Có khi gây viêm xương tuỷ.
- Biến chứng ở xa: nhiễm khuẩn ở vùng cuống răng có thể gây bệnh ở các cơ quan khác: tim, khớp.

*Chẩn đoán:* dựa vào hỏi bệnh, khám răng và vùng quanh răng, hạch, dấu hiệu toàn thân, phim X quang.

*Chẩn đoán phân biệt:*

- Viêm tuỷ răng, viêm tuỷ có cơn đau tự nhiên nhưng giữa cơn đau thì hết hẳn. Gõ dọc răng trong viêm tuỷ cấp tính có đau nhưng đau ít.
- Viêm quanh cuống: cơn đau liên tục, có lúc giảm nhưng không hết hẳn, gõ đau nhiều, răng chồi cao, răng lung lay.

### 2.3. Viêm quanh cuống mạn tính

- Răng đổi màu xám đục
- Gõ dọc ngang răng không đau hoặc đau ít.
- Có thể có lỗ rò ở lợi tương ứng vùng cuống răng.
- Thử nghiệm tuỷ (lạnh, điện) âm tính.
- Nếu có lỗ sâu, khi thăm khám không thấy đau.
- Chụp X quang có hình ảnh u hạt hoặc nang chân răng.

*U hạt*: u hạt là một phản ứng tăng sản ở vùng quanh cuống, biểu hiện tổn thương do kích thích nhẹ. U hạt có thể do nhiễm khuẩn từ tuỷ răng, hoặc từ túi lợi tới, cũng có thể do thuốc điều trị răng làm hoại tử vùng quanh cuống. U hạt bám vào cuống răng, có khi ở bên chân răng hoặc ở rãnh răng giữa hai chân răng, khi có ống tuỷ phụ ở đó. Xương ổ răng bị đẩy lùi, có khi xương ổ răng bị nhiễm khuẩn. Xương chân răng có thể bị tiêu, có thể bình thường hoặc tăng sản.

*Nang chân răng*: nang chân răng cũng do viêm mạn tính ở vùng cuống răng. Nang bám vào cuống răng, màng nang có 3 lớp, đáng chú ý nhất là lớp trong cùng có tế bào biểu bì do các tế bào malassez còn sót lại. Dịch trong nang màu vàng nhạt có các mảnh cholesterin vàng óng ánh. Nang lớn lên do sức ép của dịch trong nang. Trên phim X quang, khi còn nhỏ không phân biệt được u hạt và nang. Khi nang đã lớn, người ta thấy trên phim một vùng bầu dục ở giữa sáng, rìa đều và tối do tăng chất vô cơ ở xung quanh.

### 3. Điều trị viêm quanh cuống răng

- Mục đích là sát khuẩn ống tuỷ và hàn kín lại.
- Khi viêm bán cấp hay viêm cấp thì chỉ dẫn lưu rồi khi viêm trở thành mạn tính mới chữa răng hoặc nhổ răng tuỷ từng trường hợp.
- Điều trị bảo tồn tuỷ gồm các bước:
  - Mở rộng ống tuỷ.
  - Sát khuẩn ống tuỷ.
  - Hàn ống tuỷ.
  - Và cuối cùng tạo hình lại thân răng.
- Những răng vỡ to, ống tuỷ không thông, hoặc những răng có thể gây biến chứng thì nhổ răng để dẫn lưu.

## III. PHƯƠNG PHÁP GIẢNG VÀ HƯỚNG DẪN HỌC

- Theo phương pháp cổ điển
- Sử dụng Overhead
- Sinh viên có tài liệu để đọc trước.

## TEST ĐÁNH GIÁ

Đúng – Sai

- 1 Nguyên nhân viêm quanh cuống là do nhiễm khuẩn, sang chấn và do một số thuốc trong điều trị.
- 2 Răng có thể đổi màu xám đục trong viêm quanh răng bán cấp
- 3 Bệnh nhân mệt mỏi, sốt, nổi hạch dưới hàm trong viêm quanh cuống bán cấp.
- 4 Khi viêm quanh cuống răng cấp tính ta phải tiến hành điều trị tuỷ ngay.
- 5 Bệnh nhân đau liên tục, có cảm giác răng chồi cao, răng lung lay trong viêm quanh cuống cấp tính.
- 6 Trong viêm quanh cuống mạn tính, khám có thể thấy lỗ rò ở lợi tương ứng răng.
- 7 Khi viêm quanh cuống cấp hoặc bán cấp chỉ dẫn lữu. Khi viêm trở thành mạn tính mới điều trị tiếp.
- 8 Chụp X quang có hình ảnh dây chằng giãn rộng là viêm quanh cuống răng mạn tính.
- 9 Chụp X quang có hình ảnh u hạt là viêm quanh cuống mạn tính
- 10 Răng vỡ to, ống tuỷ không thông thì nên nhổ răng.

# **BỆNH HỌC QUANH RĂNG**

## **I. MỤC TIÊU**

1. Trình bày được hình thái giải phẫu học và sinh lý các tổ chức quanh răng.
2. Trình bày các yếu tố bệnh căn, bệnh sinh chính của bệnh quanh răng.
3. Trình bày được phân loại bệnh quanh răng và phân loại viêm quanh răng.
4. Mô tả được triệu chứng viêm quanh răng, các thể lâm sàng, viêm lợi và viêm quanh răng.
5. Trình bày được các bước điều trị và kế hoạch điều trị.
6. Chải răng đúng phương pháp và hướng dẫn được bệnh nhân chải răng đúng phương pháp.

## **II. NỘI DUNG**

### **Gồm 7 vấn đề:**

1. Hình thái giải phẫu và sinh lý vùng quanh răng.
2. Phân loại và dịch tễ học bệnh quanh răng.
3. Bệnh căn và bệnh sinh bệnh quanh răng.
4. Viêm lợi.
5. Viêm quanh răng.
6. Điều trị bệnh quanh răng.
7. Dự phòng bệnh quanh răng.

Bệnh quanh răng là bệnh rất thường gặp, đứng hàng thứ hai sau bệnh sâu răng, chiếm tỷ lệ cao trong các bệnh răng hàm mặt. Theo các tác giả châu Âu, bệnh quanh răng chiếm 35% dân số tuổi 18 trở lên. Nếu như tuổi thanh niên và trưởng thành bị mất răng do sâu răng thì từ 35 tuổi trở lên mất răng chủ yếu do viêm quanh răng. Bệnh quanh răng là bệnh của các tổ chức giữa răng trong xương hàm nó có tác dụng bảo vệ và cùng với răng thực hiện chức năng ăn nhai và phát âm. Nếu mất răng nhiều thì ảnh hưởng tới chức năng ăn nhai và bộ máy tiêu hoá, ảnh hưởng tới sự phát âm và thẩm mỹ. Vì vậy việc nghiên cứu các tổ chức quanh răng, chức năng sinh lý và ảnh hưởng trong các biểu hiện bệnh lý được nhiều nhà khoa học chuyên khoa và khoa học y học cơ bản rất quan tâm và đến nay đã đạt được nhiều thành tựu.

## 1. Hình thái giải phẫu và sinh lý vùng quanh răng

Vùng quanh răng lập thành một bộ phận hình thái và chức năng, cùng với răng tạo nên một cơ quan chức năng trong cơ thể. Thuật ngữ *paradonte* có nghĩa là toàn bộ những tổ chức bao bọc quanh răng. Vùng quanh răng cùng với răng có mối quan hệ gắn bó chức năng vì nó là một thành phần của bộ máy nhai.

Vùng quanh răng bao gồm: lợi, dây chằng quanh răng, xương răng và xương ổ răng.

### 1.1. Lợi

Là phần đặc biệt của niêm mạc miệng, liên quan trực tiếp với răng, bám vào cổ răng (xương và xương ổ răng). Gồm:

- Nhú lợi.
- Bờ lợi (viên lợi).
- Lợi dính.
- Ngách lợi.
- Rãnh lợi sinh lý.

Niêm mạc lợi giống niêm mạc hàm ếch cứng, là một tổ chức sợi niêm. Ở phía ngách lợi má, giữa niêm mạc lợi và niêm mạc di động của miệng có một đường ranh giới rõ rệt. Ta có thể phân biệt lợi tự do, lợi bám dính và nhú lợi giữa các răng. Giữa lợi tự do và răng là một rãnh nông, đáy của nó tạo bởi biểu mô bám dính là nơi bám của lợi vào răng, bình thường rãnh này sâu khoảng 0,5 - 1,5 mm gọi là túi lợi sinh lý. Có tác giả mô tả lợi tự do gồm 2 phần khác nhau về mặt sinh lý, đó là nhú lợi và viên lợi. Nhú lợi là phần lợi che kín các kẽ răng phía ngoài và phía trong. Đường viên lợi là phần lợi ôm thân răng ở mặt ngoài và trong, nó không dính vào răng, chiều cao khoảng 0,5 mm. Hình thể của nhú lợi và đường viên lợi phụ thuộc vào hình thể của răng, của chân răng và xương ổ răng.

Lợi dính là phần lợi bám dính vào chân răng và xương ổ răng. Mặt ngoài của lợi dính cũng như lợi tự do được phủ bằng một lớp biểu mô sừng hoá. Mặt trong có hai phần: phần bám vào chân răng khoảng 1,5mm và phần bám dính vào mặt ngoài xương ổ răng. Nó có màu hồng nhạt hơn màu của lợi tự do. Về mặt vi thể, lợi cấu tạo bởi lớp biểu mô và dưới là tổ chức liên kết. Màu của lợi phụ thuộc vào mật độ mao mạch dưới biểu mô và các hạt hắc tố.

### 1.2. Dây chằng quanh răng

Có nguồn gốc trung mô, cấu trúc chính là những bó sợi keo với chức năng cơ học của răng lợi và khe quanh răng tạo nên những dây chằng và được sắp xếp tùy theo chức năng của răng và vùng quanh răng; nó giữ răng trong ổ răng và vùng quanh răng. Tùy theo sự sắp xếp và hướng đi của các bó sợi mà người ta phân ra những nhóm sau:

*Nhóm cổ răng hay nhóm mào ổ răng:* gồm những bó sợi đi từ mào xương ổ răng đến xương răng gần cổ răng.

**Nhóm ngang:** gồm những bó sợi đi từ xương răng ở chân răng thẳng góc với trục của răng vào xương răng. Nhóm này chiếm số lượng nhiều nhất trong dây chằng quanh răng.

**Nhóm chéo:** gồm những bó đi từ xương ổ răng chéo xuống phía dưới chân răng bám vào xương răng. Nhóm này chiếm số lượng nhiều nhất trong dây chằng quanh răng.

**Nhóm cuống răng:** gồm những bó sợi đi từ xương răng ở cuống răng toả hình nan quạt để đến bám vào xương ổ răng vùng cuống răng.

**Nhóm giữa các chân răng:** đối với răng nhiều chân còn có những bó sợi đi từ kẽ răng hai hoặc ba chân đến bám vào vách của xương ổ răng nhiều chân ấy.

Giữa những bó sợi trên của dây chằng quanh răng là tổ chức liên kết lỏng lẻo, trong đó người ta thấy có tế bào tạo xương răng, tế bào xơ non, tế bào xơ già, tế bào liên kết dạng bào thai, những đám biểu bì gọi là những mảnh vụn biểu bì malassez. Ngoài ra còn có lưới rất giàu mạch máu, bạch mạch và thần kinh, theo Weski những lưới này tác dụng như một cái hãm nước.

### 1.3. Xương răng

Được hình thành trong quá trình hình thành chân răng, là một dạng đặc biệt của xương, trong đó thành phần hữu cơ và vô cơ chiếm tỷ lệ ngang nhau 1:1. Xương răng bao phủ chân răng dày nhất ở vùng cuống răng và mỏng nhất là vùng cổ răng. Zander nghiên cứu và đo bề dày xương răng giữa các vùng khác nhau của chân răng giữa người già và trẻ em như sau:

Bề dày của xương răng	Người 17 tuổi	Người 59 tuổi
Vùng cuống răng	0,200 mm	0,536 mm
Vùng giữa chân răng	0,072 mm	0,226 mm
Vùng cổ răng	0,055 mm	0,125 mm

Sự đắp dày thêm xương răng xảy ra từ từ và đều đặn theo tuổi, ngoài ra còn do các yếu tố khác như: kích thích của quá trình viêm, hoá chất vùng cuống răng và do chuyển hoá.

Về cấu trúc, xương răng gồm 2 loại: *xương răng không có tế bào* là lớp đầu tiên được tạo ra trong quá trình tạo ngà ở chân. Phủ lên chân răng bởi xương răng thứ phát hay *xương răng có tế bào*. Quá trình tạo xương răng có tế bào nhanh, những tế bào tạo xương răng non bám chắc và giữ lại tới lúc phát sinh lớp xương răng mới và tế bào răng được trưởng thành. Sự bồi đắp xương răng liên tục suốt đời ở cuống răng thì nhanh hơn ở cổ răng; những lớp được bồi đắp tạo điều kiện cho sự bám chắc của những dây chằng mới giữ cho bề rộng vùng quanh răng. Xương răng không có khả năng tiêu sinh và thay đổi cấu trúc như xương.

Về mặt chức phận, xương răng tham gia vào sự hình thành hệ thống cơ học nối liền răng với xương răng, cùng với xương ổ răng giữ bề rộng cần thiết cho vùng dây chằng quanh răng, bảo vệ ngà răng và tham gia sửa chữa ở một số trường hợp tổn thương ngà chân răng.

## **1.4. Xương ổ răng**

Là một bộ phận của xương hàm gồm lá xương thành trong huyết ổ răng và tổ chức xương chống đỡ xung quanh huyết răng. Lá xương thành trong mỏng, trên bề mặt có những bó sợi của dây chằng quanh răng bám vào. Trên phim X quang là một đường viền trắng giới hạn phía ngoài của vùng dây chằng quanh răng gọi là lá cứng (lamina dura). Lá cứng có nhiều lỗ, qua đó bó mạch và thần kinh đi từ xương hàm tới dinh dưỡng cho răng và vùng quanh răng và vùng quanh răng. Tổ chức xương chống đỡ xung quanh ổ răng phía ngách lợi, hàm ếch và lưỡi là tổ chức xương đặc gồm lớp vỏ, giữa lớp xương yỏ và lá xương thành trong huyết răng là xương xốp.

Xương ổ răng cũng có quá trình tiêu và bồi đắp. Nếu quá trình tiêu xương tương ứng với quá trình bồi đắp xương thì có sự cân bằng sinh lý. Trong trường hợp bệnh lý, quá trình tiêu xương mạnh và nhanh hơn nhiều so với quá trình bồi đắp dẫn đến tiêu xương ổ răng và xương tiếp tục bị phá huỷ.

## **1.5. Dinh dưỡng cho vùng quanh răng:**

Đa số động mạch đến từ động mạch gốc ở vùng cuống răng, sau đó được phân nhánh vào tuỷ răng qua lỗ cuống răng và vào vùng quanh răng. Ở khe quanh răng nó tạo nên mạng lưới dày đặc mạch máu như một cái sọt bao quanh chân răng. Mặt khác có các mạch máu từ phía tiền đình lợi cũng như phía hàm ếch, lưỡi, chạy hướng lên phía bờ lợi toả các nhánh vào phần lợi và các dây chằng vùng lợi răng cũng như xương thành ngoài bao quanh ổ răng. Ở các dây chằng chỉ có các nhánh mao tĩnh mạch nối với mạng mao mạch đảm bảo dinh dưỡng tổ chức phía mặt ngoài ổ răng.

Mạch bạch huyết bắt đầu từ những sợi cụt ở dưới biểu mô lẫn sợi thưa của màng quanh răng và của hạch bạch huyết của miệng đến những tĩnh mạch lớn. Nhiệm vụ chính của chúng là đưa những phức hợp cao phân tử kể cả độc tố đến những hạch bạch huyết mới được tạo nên những tế bào lympho, tế bào plasma lẫn kháng thể và cũng là nơi tập trung của những đại thực bào. Vòng tế bào lympho cũng được nối với mắt xích của những phản ứng miễn dịch.

## **2. Phân loại và dịch tễ học bệnh quanh răng**

Bệnh quanh răng được loài người biết từ lâu với đặc điểm được xác định là túi mủ chân răng; những phân loại về bệnh này có từ trước thế kỷ 19 và 20 và hệ thống thuật ngữ quốc tế cho đến nay vẫn chưa thống nhất.

Năm 1550 Paré là người đầu tiên mô tả bệnh của vùng quanh răng, sau đó là Fauchard năm 1746 là người đầu tiên xác định về mặt lâm sàng. Toriac (1839) đã đưa ra quan niệm viêm ổ răng mủ đặc trưng cho bệnh này "Pyorrhoea alveolaris". Cuối thế kỷ 19, một tác giả Liên Xô là Nexnhianop (khoảng năm 1885) xác định giải phẫu học vùng quanh răng là "Amphodont" còn định nghĩa về mặt chức năng cùng với khái niệm cận răng "Paradentosa" do Weski (1992) đưa ra. Năm 1884 Rhein đưa ra phân loại đầu tiên, tiếp đó là Hội răng miệng quốc tế đầu tiên vào năm 1931 (Fédération dentaire internationale) sau đó là Hội nghiên



cứu bệnh quanh răng ARPA. Từ đó đến nay nhiều hội nghị quốc tế và Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã thống nhất những phân loại chính và giải thích thuật ngữ.

Hiện nay người ta phân loại dựa theo yếu tố bệnh căn và quá trình bệnh lý, bao gồm:

- Viêm lợi: là viêm phần lợi trên xương ổ răng do bất cứ bệnh căn nào.
- Viêm quanh răng: là viêm lan rộng, ngoài phần lợi nó còn phá huỷ các dây chằng quanh răng, xương ổ răng và xương răng.
- Hư quanh răng là hiện tượng thoái hoá các tổ chức quanh răng mà không có viêm tiên phát.
- Teo vùng quanh răng là tiêu các tổ chức quanh răng do hậu quả mất tế bào và các sản phẩm của nó.

Về mặt dịch tễ học, bệnh quanh răng là bệnh thường gặp ở người lớn và cả ở trẻ em. Tùy theo mục đích nghiên cứu, sử dụng các phương pháp khác nhau và các loại chỉ số khác nhau cho việc chẩn đoán và điều trị hoặc nghiên cứu sâu về bệnh. Có rất nhiều chỉ số, nhưng có một số chỉ số thường dùng như:

- *Chỉ số vệ sinh miệng đơn giản* (oral hygiene index simplified, OHI - S của Greene và Vermillion, 1964) đánh giá tình trạng vệ sinh miệng của cá nhân và cộng đồng trong điều tra dịch tễ học khám 6 răng đại diện là 1 - 6, 2 - 1, 2 - 4, 3 - 6, 4 - 1 và 4 - 4. Khám phát hiện cao răng và mảng bám răng.
- *Chỉ số lợi* (gingival index, GI của Lop và Silness, 1965) đánh giá tình trạng lợi ở các răng 1 - 6, 2 - 1, 2 - 4, 3 - 6, 4 - 1 và 4 - 4 phát hiện tình trạng viêm lợi với các mức độ từ nhẹ đến nặng.
- *Chỉ số quanh răng* của Russell, 1956 - PI (Periodontal index, Russell, 1956) đánh giá tất cả tình trạng lợi của các răng về tình trạng lợi viêm và xương ổ răng bị phá huỷ với các mức độ từ nhẹ đến nặng.
- *Chỉ số nhu cầu điều trị* CPITN (community Periodontal index of treatment need của Ainamo, 1978 - 1982) chỉ số dựa vào sự đánh giá những răng biểu thị về tình trạng lợi viêm, độ sâu của túi quanh răng, sự có mặt của cao răng trên và dưới lợi. Chia hai hàm răng thành 6 vùng khám mỗi vùng một đến hai răng đại diện mà ở đó có tình trạng bệnh lý nặng nhất, nhằm mục đích đánh giá nhu cầu điều trị cộng đồng, hoạch định nhân lực và kinh phí trang thiết bị cho việc chăm sóc răng miệng cộng đồng.

### 3. Bệnh căn và bệnh sinh

Sự nghiên cứu bệnh căn của bệnh quanh răng đã có từ lâu và ngày nay vẫn còn đang tiếp tục, nhiều vấn đề hây còn chưa rõ ràng. Cùng với tiến bộ của các chuyên khoa có liên quan, những nghiên cứu về khía cạnh này càng đi sâu (ví dụ: vi sinh học, miễn dịch học, sinh hóa học...). Ngày nay người ta biết chắc rằng sự phát sinh bệnh viêm quanh răng phải có mặt các yếu tố bên ngoài cũng như bên trong.

### **3.1. Những ảnh hưởng bên ngoài**

Sự bất thường của hàm răng như răng mọc lệch lạc, khớp cắn sâu... sẽ ảnh hưởng tới vùng quanh răng bởi các yếu tố:

- Sự sắp xếp hàm răng không đều dẫn đến dễ phát sinh mảng bám vi khuẩn ở răng, lợi là nguồn gốc của sự phát triển viêm. Ở một số hàm răng lệch lạc ta gặp lợi bị phá huỷ do cơ học. Răng lệch lạc dẫn đến quá tải ở một số răng hoặc nhóm răng, nếu như đồng thời có viêm thì ở những răng đó tiêu xương ổ răng nhanh.
- Sang chấn khớp cắn phát sinh ở những hàm răng mọc lệch lạc, ở người có tật nghiến răng, người đeo hàm giả kênh hoặc răng hàm không thích hợp. Nếu bị sang chấn khớp cắn lại có viêm lợi thì sẽ làm tiêu xương ổ răng nhanh.
- Ngoài ra, người ta thấy phan môi bám cao đặc biệt bám tới đầu nhú lợi ở phía miệng (hàm ếch và lưỡi) thì sự co kéo cơ học khi ăn nhai, nói, làm bờ lợi cạnh đó bong ra gây tích tụ thức ăn thừa và mảng vi khuẩn vào vùng quanh răng.
- Ngách tiền đình nông thường gặp vùng răng cửa hàm dưới và đe dọa 4 răng cửa. Cũng như phan môi bám cao, ngách tiền đình nông làm co kéo bờ lợi của 4 răng cửa hàm dưới khi ăn nhai môi vận động, bờ lợi ôm cổ răng bị bong ra dễ lắng đọng thức ăn và vi khuẩn.
- Các chất hàn thừa xuống kẽ lợi ở răng có lỗ sâu loại II và loại V không dùng matric hoặc matric không ôm khít thân và cổ răng. Chất hàn kích thích lợi kẽ răng, là nơi dễ chứa mảng bám răng và gây viêm lợi.
- Những ảnh hưởng bên ngoài quan trọng nhất hiện nay là mảng bám răng, tiếp đó là cao răng. Vì mảng bám trên bề mặt răng và lợi không chải sạch là nơi tụ tập các loại vi khuẩn ái khí và yếm khí, chúng sinh sống và đào thải các sản phẩm và độc tố gây độc hại cho tổ chức lợi và quanh răng: cao răng là sự lắng đọng muối calci ở nước bọt, bám vào cổ răng và mặt răng nơi gần lỗ tiết tuyến nước bọt mang tai, dưới hàm, dưới lưỡi, nơi răng bị đau ít nhai đến, làm bờ lợi không ôm khít cổ răng, kích thích lợi gây viêm và quá trình viêm lan sâu xuống dưới.
- Mảng bám răng là màng mềm bám vào bề mặt răng và lợi. Đầu tiên là màng vô khuẩn từ glycoprotein của nước bọt, sau đó các loại vi khuẩn như cầu khuẩn, trực khuẩn bám vào tiếp theo có các sợi nấm và xoắn khuẩn. Các loại vi khuẩn ái khí và yếm khí ký sinh trên bề mặt mảng bám và trong quá trình sống chúng đào thải các sản phẩm và độc tố cùng với các vi khuẩn, gây độc cho tổ chức lợi và vùng quanh răng. Sau 24 giờ mảng bám có thể gây bệnh được nếu chúng ta không chải răng. Nhiều công trình nghiên cứu của Slots, Socransky... đã khẳng định rằng mảng bám là yếu tố bên ngoài quan trọng nhất trong bệnh sinh viêm lợi và viêm quanh răng.

### **3.2. Những ảnh hưởng nội tại**

Người ta thấy rằng các yếu tố nội tại cũng có ảnh hưởng tới bệnh sinh của bệnh quanh răng như suy dinh dưỡng, thiếu vitamin B, C và ảnh hưởng của các

bệnh toàn thân như đái tháo đường, bệnh máu, bệnh động kinh, tâm thần. Đặc biệt là sự thay đổi nội tiết tố ở tuổi dậy thì, thai nghén và cho con bú ảnh hưởng không nhỏ tới sự thay đổi ở lợi dễ gây viêm. Nhiều nghiên cứu thấy rằng có những người vệ sinh răng miệng rất tốt nhưng lại bị viêm lợi quanh răng nặng hơn là người vệ sinh răng miệng kém. cùng một khối lượng mảng bám như nhau nhưng ở người này thì gây bệnh còn ở người khác thì không. Như vậy ở mỗi cá thể thì sự miễn cảm và sự đáp ứng với các yếu tố gây bệnh khác nhau, đó là phản ứng miễn dịch của cơ thể hay là sức đề kháng của cơ thể đối với tác nhân gây bệnh là mảng bám vi khuẩn ở răng lợi. Phản ứng miễn dịch tại chỗ của cơ thể là tác nhân nội tại quan trọng nhất trong những yếu tố ảnh hưởng bên trong. Cho đến nay người ta cũng nghiên cứu sâu về khả năng dùng vaccin để phòng bệnh nhưng chưa có kết quả.

#### **4. Viêm lợi**

Viêm lợi là viêm khu trú ở lợi (bờ, nhú lợi, lợi dính) nhưng không ảnh hưởng tới xương ổ răng.

##### ***Nguyên nhân:***

Chủ yếu là do vi khuẩn ở mảng bám răng lợi thường là các loại cầu khuẩn và trực khuẩn, vi khuẩn sợi, do virus, do sang chấn và các tác nhân lý học và hoá học, do mọc răng, do sâu răng không được chữa...

##### ***Lâm sàng:***

Rất đa dạng, viêm phá huỷ nhú lợi, viêm lợi và lợi bám dính, có thể viêm đỏ, viêm thanh dịch, viêm loét, viêm phì đại và có các thể viêm đặc hiệu do lao và giang mai. Nếu viêm nặng thường đau và dễ chảy máu khi ăn nhai, khi chải răng, mút chíp và chảy máu tự nhiên, bệnh nhân ngại ăn thức ăn rắn, ngại vệ sinh răng miệng, đặc biệt là viêm lợi miệng Herpes.

##### ***Tiến triển của viêm lợi:***

Nếu bệnh nhân vệ sinh răng miệng tốt và chữa trị kịp thời, lợi sẽ hết viêm và trở lại bình thường. Nếu không điều trị triệt để bệnh dễ tái phát và bị viêm mạn tính và có không ít trường hợp tiến triển tới viêm quanh răng nếu quá trình viêm mạn tính và lan sâu xuống tổ chức quanh răng.

##### ***Điều trị:***

Trong thời gian viêm cấp tính, cần chữa tại chỗ: bơm rửa sạch bằng nước oxy già 3 - 6% hoặc tím gential 5% rồi chấm vào vùng viêm các thuốc làm săn niêm mạc như gential 1 - 2%, ATS 30%, ở viêm lợi loét hoại tử có thể người ta dùng bạc nitrat 1 - 5% chấm vào chỗ loét. Sau 1 - 2 ngày lấy cao răng và mảng bám răng. Hướng dẫn bệnh nhân giữ vệ sinh răng miệng, chải răng đúng kỹ thuật.

#### **5. Viêm quanh răng**

Đặc điểm là viêm lợi mạn tính có túi quanh răng, có tiêu xương ổ răng và bệnh phát triển mạn tính với những đợt cấp hay bán cấp, thường gặp ở người lớn tuổi.

### 5.1. Triệu chứng lâm sàng

*Thời kỳ đầu:* bệnh âm ỉ, kéo dài, bệnh nhân thấy viêm ở lợi và ngứa, chảy máu khi chải răng, thỉnh thoảng thấy răng lung lay, có người thấy răng cửa trên thưa dần và bị đẩy ra trước, miệng hôi, thường bệnh nhân tự điều trị. Khám thấy bệnh có thể ở một vùng hoặc cả hàm hoặc hai hàm lợi viêm mạn tính, thâm túi lợi sâu quá 1,5mm, răng lung lay nhẹ, chụp phim răng thấy có tiêu xương ổ răng. Trong thời kỳ này nếu điều trị tại chỗ và vệ sinh răng miệng tốt thì kết quả rất tốt.

*Thời kỳ viêm nặng:* thường gặp ở người lớn tuổi (40 - 50 tuổi) dấu hiệu ô ạt hơn và nặng hơn thời kỳ đầu, đặc biệt là miệng hôi nhiều, ấn lợi vùng răng bệnh thấy có mủ chảy ra, răng lung lay nhiều, đau nhiều răng và răng di chuyển nhiều; khám thấy lợi viêm mạn tính, túi quanh răng sâu 4 - 5 mm hoặc hơn, răng lung lay, lợi co hờ cổ và chân răng và răng bị di lệch.

Tóm lại ở thời kỳ này có đầy đủ những dấu hiệu điển hình của viêm quanh răng, đó là:

- Viêm lợi mạn tính.
- Túi quanh răng sâu, có mủ.
- Lợi co hờ cổ và chân răng.
- Tiêu xương ổ răng hỗn hợp: tiêu ngang và tiêu chéo.
- Răng lung lay và di chuyển.

*Tiến triển:* nếu không được điều trị sẽ dẫn đến biến chứng và mất răng hàng loạt. Điều trị kịp thời bệnh sẽ ổn định và phục hồi chức năng ăn nhai. Nhưng ở người viêm quanh răng nặng kèm bệnh toàn thân (như đái tháo đường) thì tiên lượng xấu, khó giữ răng được lâu.

*Biến chứng:*

- Túi mủ phát triển thành áp xe quanh răng, có thể khu trú ở quanh răng một răng hoặc nhiều răng, cần phải dẫn lưu ổ mủ.
- Viêm tủy răng ngược dòng do nhiễm trùng từ túi quanh răng lan tới cuống răng vào tủy răng.
- Viêm mô tế bào, viêm xoang hàm, viêm xương tủy hàm.

### 5.2. Các thể lâm sàng viêm quanh răng

- *Viêm quanh răng cấp tính ở người trẻ:* gặp ở tuổi thiếu niên và thanh niên. Thường viêm phá hủy (tiêu xương phía hàm ếch) vùng răng số 6 và vùng răng cửa giữa trên rất nhanh, răng lung lay và mất chức năng ăn nhai. Có thể lan toả cả hàm hoặc hai hàm, bệnh tiến triển nhanh, tiêu xương nhanh, biến chứng và trong vòng 2 - 5 năm sẽ rụng toàn bộ răng.
- *Viêm quanh răng tiến triển nhanh:* gặp ở tuổi trưởng thành từ 18 - 30 tuổi, viêm có thể khu trú một vùng hoặc cả hàm, có tiêu xương ngang và sâu, tiến triển nhanh.

- Viêm quanh răng mạn tính: gặp ở tuổi trung niên, tiến triển chậm từng đợt, thời gian dài. Nếu điều trị kịp thời thì còn giữ răng lâu dài.
- Viêm lợi loét hoại tử, viêm quanh răng, thể này nặng, cần điều trị tích cực.

### 5.3. Khám và lập kế hoạch điều trị

#### *Phân hành chính*

- Phân hỏi bệnh sử và tiền sử: cần hỏi lý do đến khám, các dấu hiệu, các thuốc và phương pháp đã được điều trị, các bệnh toàn thân có liên quan như đái tháo đường, bệnh tuyến giáp, tim mạch, bệnh máu... Nữ thì hỏi thêm kinh nguyệt, thai nghén, các thuốc điều trị và có dị ứng với thuốc? tiền sử bản thân, gia đình.

#### *Lâm sàng:*

- Khám:
  - + Tình trạng răng: sâu, nhỏ, hàn, khớp cắn.
  - + Tình trạng lợi: viêm, độ co lợi và hở cổ và chân răng. Túi lợi quanh răng sâu mấy mm, vùng nào, răng nào nặng nhất? Có mảng bám quanh răng?
  - + Độ lung lay và di lệch của răng.

*Cận lâm sàng:* X quang: chụp phim răng trong miệng và toàn cảnh đánh giá mức độ tiêu xương ổ răng và phân loại tiêu xương. Nếu có bệnh toàn thân cần cho làm thêm các xét nghiệm chuyên khoa như xét nghiệm máu, nước tiểu, sinh hoá...

*Lập kế hoạch điều trị bao gồm:* các chỉ định chữa răng sâu, nhổ răng đối với răng không còn chức năng và biến chứng, làm răng và hàm giả phục hồi chức năng ăn nhai; điều trị túi mù quanh răng. Lấy cao răng, mảng bám. Hướng dẫn bệnh nhân vệ sinh răng miệng, đặc biệt là chải răng đúng kỹ thuật và xoa nắn lợi.

### 6. Điều trị bệnh quanh răng

Muốn đạt kết quả tốt cần giải thích cho bệnh nhân hiểu để họ hợp tác với thầy thuốc tốt. Việc điều trị bệnh quanh răng cho đến nay chưa có phương pháp nào là đặc hiệu, mà còn là một phức hợp điều trị bao gồm nhiều phương pháp, theo các bước sau:

*Loại trừ các kích thích tại chỗ như:* lấy cao răng, mảng bám răng, chất bòn thừa, kênh, sửa lại hàm giả sai kỹ thuật, chữa các răng sâu, nhổ các răng và chân răng sâu mất chức năng và biến chứng, chỉnh sửa khớp cắn sang chấn.

*Điều trị viêm lợi, túi mù quanh răng bằng phương pháp bảo tồn và phẫu thuật, liên kết các răng lung lay.*

*Phục hồi lại những răng đã mất bằng hàm giả.*

*Hướng dẫn bệnh nhân vệ sinh răng miệng* đặc biệt là chải răng đúng kỹ thuật. Phương pháp chải răng có hiệu quả nhất hiện nay là dùng bàn chải mềm đặt vào cổ răng chéch phía chân răng một góc 45°, chải miết xuống phía mặt thân

răng và day day vào các kẽ răng chải đều tịnh tiến từ sau ra trước, chải các mặt trong, ngoài và mặt nhai, thời gian chải khoảng 2 - 3 phút.

*Trong giai đoạn cấp tính của bệnh*, hoặc áp xe quanh răng nhiều ổ cần phối hợp thuốc kháng sinh, giảm đau và vitamin. Súc miệng bằng nước oxy già 3% pha loãng hoặc dung dịch clohexidin gluconat 0,12%. Một số tác giả Liên Xô (cũ) còn dùng các thuốc chống dị ứng, đưa các loại bột nhào kháng sinh vào túi quanh răng, điện di ion liệu pháp các loại men và vitamin, uống Insadol và Protosan...

## **7. Phòng bệnh quanh răng**

Để cho hàm răng luôn khoẻ và đẹp, thực hiện chức năng ăn nhai, phát âm và thẩm mỹ tốt cần hiểu và biết dự phòng các bệnh viêm lợi và viêm quanh răng.

*Trong thời kỳ thai nghén* người mẹ cần ăn uống đủ chất để thai nhi phát triển tốt. Trẻ sơ sinh cần được nuôi dưỡng đầy đủ bằng sữa mẹ, có đủ calci giúp cho mầm răng phát triển và mọc thuận lợi. Phòng cho trẻ các bệnh đường mũi họng để khỏi thở bằng mồm ảnh hưởng tới cung răng. Trẻ em học cấp I, cấp II cần được hướng dẫn cách chải răng và giữ vệ sinh răng miệng. Được chữa các răng sâu và nắn chỉnh răng mọc lệch lạc.

*Tuổi dậy thì và thanh niên*: có sự thay đổi nội tiết tố và phát triển đột biến về thể chất nên dễ bị viêm lợi, cần giữ vệ sinh răng miệng cẩn thận, đặc biệt là chăm sóc răng ở nhà, chữa viêm lợi nếu có, nắn chỉnh răng mọc lệch hay khớp cắn không bình thường như khớp cắn ngược, răng vẩu... khám răng định kỳ 6 tháng một lần.

*Tuổi trưởng thành*: duy trì việc chăm sóc răng miệng ở nhà. Khám răng miệng định kỳ một năm hai lần. Chữa các răng sâu, chữa viêm lợi, viêm quanh răng kịp thời, chỉnh sửa sang chấn khớp cắn, những răng bị hỏng do sâu răng và viêm quanh răng cần làm răng hàm giả để phục hồi chức năng ăn nhai và giữ cho các răng còn lại chắc. Giữ vệ sinh răng miệng tốt và xoa nắn lợi hàng ngày, dùng bàn chải kẽ, chỉ nha khoa để làm sạch mặt bên răng và kẽ các răng.

## TEST ĐÁNH GIÁ

Đúng – Sai

- 1 Kể cho đủ các tổ chức quanh răng:  
a....  
b....  
c. Xương ổ răng  
d....
- 2 Khoanh tròn 1 câu đúng dưới đây.  
a. Độ cứng xương răng bằng xương  
b. Độ cứng xương răng bằng men răng  
c. Độ cứng xương răng bằng ngà răng  
d. Độ cứng xương răng theo tỷ lệ  $\frac{\text{hữu cơ}}{\text{vô cơ}} = \frac{1}{1}$
- 3 Khoanh tròn 1 câu đúng dưới đây.  
a. Lợi bám dính vào thân răng  
b. Lợi bám dính vào chân răng  
c. Lợi bám vào chân răng và một phần xương ổ răng  
d. Lợi bám dính vào cổ răng, một phần chân răng và xương ổ răng
- 4 Điền cho đủ các nhóm dây chằng quanh răng dưới đây:  
a. Nhóm dây chằng cổ răng  
b. ....  
c. ....  
d. Nhóm kẽ giữa các chân răng ở răng nhiều chân
- 5 Khoanh tròn câu đúng dưới đây:  
a. Xương ổ răng là xương đặc.  
b. Xương ổ răng là xương đặc.  
c. Xương ổ răng là xương đặc và xương xốp  
d. Xương ổ răng gồm lá cứng đặc và xương chống đỡ xốp.
- 6 Khoanh tròn 1 câu đúng nhất trong các yếu tố bệnh căn, bệnh sinh ngoại lai, yếu tố nào quan trọng nhất.

- a. Khớp cắn sang chấn
  - b. Màng bám răng
  - c. Răng mọc lệch
  - d. Cao răng
- 7 Trong các yếu tố nội tại, khoanh tròn yếu tố nào quan trọng nhất:
- a. Phản ứng miễn dịch tại chỗ của cơ thể
  - b. Thiếu vitamin C
  - c. Rối loạn nội tiết tuổi dậy thì và thai nghén
  - d. Suy dinh dưỡng
- 8 Điền cho đủ 4 loại bệnh viêm quanh răng trong phân loại:
- a. Viêm lợi
  - b. ....
  - c. ....
  - d. Teo vùng quanh răng
- 9 Khoanh tròn 1 câu đúng nhất trong những nguyên nhân viêm lợi dưới đây:
- a. Tác nhân vật lý, hoá học
  - b. Sang chấn
  - c. Vi khuẩn
  - d. Mọc răng
- 10 Kể cho đủ các thể viêm lợi:
- a. Viêm đỏ
  - b. ....
  - c. ....
  - d. ....
  - e. Viêm đặc hiệu
- 11 Điền đủ các triệu chứng điển hình của viêm răng quanh răng:
- a. Viêm lợi mạn tính
  - b. ....
  - c. Lợi co, hở cổ và chân răng
  - d. ....
  - e. ....



- 12 Khoanh tròn một biến chứng thường gặp của viêm quanh răng.
- Viêm mô tế bào, viêm xoang hàm, viêm xương tuỷ hàm
  - Áp xe quanh răng
  - Viêm tuỷ răng ngược dòng
  - Đi xa vào tim, não.
- 13 Kể đủ 4 thể lâm sàng viêm quanh răng
- Viêm quanh răng cấp tính ở người trẻ
  - ....
  - Viêm quanh răng mạn tính
  - ....
- 14 Khoanh tròn 1 câu đúng nhất trong khám cận lâm sàng viêm quanh răng.
- Xét nghiệm máu
  - Xét nghiệm nước tiểu
  - Chụp phim răng trong miệng và toàn cảnh
  - Chụp phim phổi
- 15 Kể cho đủ các bước điều trị viêm quanh răng.
- Loại trừ các kích thích tại chỗ
  - ....
  - ....
  - Hướng dẫn bệnh nhân vệ sinh răng miệng
- 16 Khoanh tròn câu đúng trong hướng dẫn bệnh nhân chải răng
- Chải răng
  - Chải chéo 45°
  - Chải xoay tròn
  - Chải chéo 45° và xoay tròn

# CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH NHỔ RĂNG - TAI BIẾN THƯỜNG GẶP DO NHỔ RĂNG

## I. MỤC TIÊU

1. Chỉ định được những trường hợp cần phải nhổ răng và chưa cần nhổ răng.
2. Chẩn đoán được những tai biến thường gặp do nhổ răng.
3. Xử trí được (tạm thời) các trường hợp chảy máu kéo dài và viêm ổ răng sau khi nhổ răng.

## II. NỘI DUNG CHÍNH

### 1. Đặt vấn đề

- Khi thăm khám răng, người thầy thuốc phải biết và phải trả lời được câu hỏi: có cần nhổ răng không? do đó việc biết và áp dụng những chỉ định và chống chỉ định nhổ răng này một cách linh hoạt phù hợp với từng bệnh nhân là điều hết sức quan trọng. Những chỉ định và chống chỉ định này mang tính tương đối.
- Việc quyết định nhổ răng cho bệnh nhân phải căn cứ vào những điểm cơ bản sau:
  - Tình trạng bệnh lý của răng.
  - Tình trạng sức khoẻ chung của người bệnh.
  - Khả năng của người thầy thuốc, trang thiết bị, dụng cụ và cơ sở vật chất khác.

### 2. Những chỉ định nhổ răng

#### 2.1. Đối với răng vĩnh viễn

- Nhổ những răng không còn chức năng ăn nhai.  
*Ví dụ:* vỡ quá 2/3 thân răng, chỉ còn chân răng, răng lung lay nhiều (độ 3, độ 4) (do bệnh nha chu, tiêu xương quá nhiều v.v...)
- Nhổ những răng bị viêm nhiễm mạn tính, đã điều trị nhiều lần (bằng phương pháp bảo tồn hay phẫu thuật) mà không có kết quả.
- Nhổ những răng gây ra biến chứng viêm tại chỗ (viêm xương, viêm mô tế bào, viêm xoang hàm v.v...).
- Nhổ răng theo yêu cầu của phục hình răng hay chỉnh hình răng mặt.

- Nhổ những răng ngầm, răng lệch, răng thừa đã gây ra biến chứng nhiều lần.
- Nhổ những răng bệnh lý, mà những răng này sẽ nằm trên đường đi của tia xạ trong việc điều trị một khối u nào đó vùng hàm mặt.

## **2.2. Đối với răng sữa**

- Nhổ những răng sữa đã đến tuổi thay răng.
- Nhổ những răng sữa bị viêm mạn tính điều trị nhiều lần không có kết quả.
- Nhổ những răng sữa mà những răng này cản trở đến việc mọc răng vĩnh viễn.

## **3. Chống chỉ định nhổ răng**

- Chưa nhổ răng cho những người đang bị bệnh cấp tính (như cảm, cúm, viêm phế quản v.v...), bệnh nội tiết, tim mạch, thần kinh và tâm thần, phụ nữ đang có kinh nguyệt, thai nghén v.v...
- Chưa nhổ răng cho những răng lệch, mà những răng này chưa hề gây ra biến chứng.
- Cấm không được nhổ răng trong thời gian bệnh nhân đang điều trị tia xạ một bệnh nào đó ở vùng hàm mặt.

## **4. Những tai biến trong quá trình nhổ răng**

### **4.1. Ngất xỉu (Lipothemie)**

*Nguyên nhân:* do bệnh nhân mệt mỏi, đau đớn, mất ngủ và sợ hãi.

*Ngất:* là một trạng thái mất tri giác một phần hay toàn bộ tạm thời do thiếu oxy trong não.

Từ nhẹ đến nặng người ta chia ra 3 trạng thái: xỉu, ngất xanh và ngất trắng.

*Xỉu:* là tình trạng mất một phần tri giác.

*Biểu hiện lâm sàng:*

- Ngáp
- Vẻ mặt hoảng hốt, lo sợ.
- Toát mồ hôi.
- Da xanh tái.
- Bệnh nhân xỉu dần đi.
- Mạch nhỏ, không đều.
- Nhịp thở chậm lại.

*Xử trí:*

- Cho bệnh nhân nằm đầu thấp, nơi thoáng khí và ấm.
- Nới rộng quần, áo.

- Xoa cồn vào mặt, thái dương, trán, hai bên cổ.
- Tiêm thuốc hồi sức và trợ tim:
  - + Campho 1 ống 5ml tiêm dưới da
  - + Coramin 1 ống 5ml tiêm dưới da
  - + Cafein 1ml, v.v...

***Ngất xanh (Syncope):***

***Biểu hiện lâm sàng:***

- Da mặt xanh tím (Cyanose).
- Nhịp thở, nhịp tim lúc đầu tăng, sau không đều và ngừng hẳn.
- Huyết áp tăng rồi hạ.

***Xử trí:***

- Hô hấp nhân tạo: khai thông đường hô hấp trên (lấy đờm rãi). Thực hiện phương pháp miệng - qua miệng: đặt bệnh nhân nằm ngửa, kê một cái gối dưới xương bả vai, lật đầu ra sau. Người cứu nạn quỳ gối cạnh đầu bệnh nhân, một tay lật đầu ra sau và kẹp mũi. Tay kia đỡ cằm và banh miệng ra. Miệng kề miệng thổi đến khi lồng ngực bệnh nhân nở ra. Thổi như vậy 12 lần một phút. Nếu không khai thông đường hô hấp được thì phải mở khí quản tối thiểu.
- Tiêm thuốc hồi sức.
- Thở oxy.

***Ngất trắng (Shock):*** Đây là tình trạng tim phổi đều ngừng hoạt động.

***Biểu hiện lâm sàng:***

Có thể xảy ra đột ngột, không một dấu hiệu báo động.

Bệnh nhân da xám, không tự chủ được.

Đồng tử giãn to.

Có thể có một vài triệu chứng trước khi ngất trắng.

- Xỉu, toát mồ hôi.
- Buồn nôn hoặc nôn.
- Mạch chậm, không đều.
- Huyết áp hạ.

Sau đó có thể xuất hiện.

- Mạch không bắt được.
- Không nghe được tiếng tim.
- Huyết áp không đo được.

*Xử trí:* cần nhanh chóng tái lập tuần hoàn và hô hấp cho bệnh nhân.

- Hô hấp nhân tạo.
- Cho thở oxy.
- Xoa bóp tim ngoài lồng ngực.
- Tiêm adrenalin 1/1000 0,2 - 0,3 ml vào thất trái.

#### **4.2. Gãy kim tiêm**

*Nguyên nhân:*

- Do bệnh nhân sợ hãi, giãy giụa.
- Do thầy thuốc làm thủ thuật thô bạo, không đúng phương pháp.

*Xử trí:*

- Nếu không thấy đầu kim gãy thì dùng gắp lấy ra.
- Nếu không trông thấy đầu kim gãy thì phải rạch phần mềm dưới sự hướng dẫn của X.quang, siêu âm.

#### **4.3. Choáng do thuốc tê**

*Nguyên nhân:*

- Do cơ địa người bệnh mẫn cảm với thuốc tê.
- Do dùng thuốc sai.

*Biểu hiện lâm sàng:* sau khi tiêm thuốc tê, bệnh nhân xuất hiện các triệu chứng như:

- Người mệt mỏi- xỉu đi.
- Da tái xanh.
- Vã mồ hôi.
- Mạch nhanh nhỏ.
- Buồn nôn hoặc nôn.
- Đồng tử giãn to.

*Xử trí:*

- Nới rộng quần áo.
- Cho bệnh nhân nằm đầu thấp, nơi thoáng khí và ấm
- Tiêm thuốc:
  - + Campho 1 ống 5ml dưới da
  - + Coramin 5ml dưới da
  - + Cafein 1ml

- Nếu nặng:
  - + Cho thở oxy
  - + Dùng thuốc kháng histamin
  - + Truyền dịch.

#### **4.4. Tai biến làm hại răng**

##### **Gãy vỡ thân răng**

*Nguyên nhân:*

- Do tổn thương răng quá lớn, răng đã điều trị nhiều lần...
- Do bệnh nhân giũa giũa, gọt tay người thầy thuốc khi đang làm thủ thuật.
- Do thầy thuốc nhổ răng thô bạo không đúng phương pháp.

*Xử trí:* (về nguyên tắc) phải lấy chân răng ra khỏi xương hàm.

- Nếu tiên lượng dễ thì dùng bẫy, kìm để lấy chân răng căn cứ vào tổn thương răng và X quang.
- Nếu tiên lượng khó: thì phải phẫu thuật bộc lộ xương ổ răng để lấy chân răng.

##### **Làm sai khớp hay lung lay răng bên cạnh**

*Nguyên nhân:* Do dùng bẫy không đúng.

*Xử trí:*

- Nếu răng lung lay còn nằm trong ổ răng, thì có thể cố định răng này bằng chỉ thép với những răng bên cạnh. Khuyến bệnh nhân tránh ăn nhai và phải theo dõi tuỷ răng còn sống hay chết để điều trị kịp thời.
- Nếu răng bị rơi ra khỏi ổ răng: thì cần phải cấy lại răng.

##### **Nhổ nhầm răng**

*Nguyên nhân:* Do người thầy thuốc không cẩn thận hoặc tìm không đúng răng bệnh lý.

*Xử trí:*

Cần nói cho bệnh nhân biết làm thủ thuật cấy lại răng nếu có các điều kiện sau:

- Răng nhổ ra còn nguyên vẹn.
- Xương ổ răng không bị vỡ, tổ chức phân mềm lành lặn.
- Bệnh nhân khoẻ.
- Nhổ mầm răng vĩnh viễn.

#### **4.5. Tổn thương xương hàm**

##### **Xương ổ răng và rách nát phần mềm quá nhiều**

*Nguyên nhân:* Do nhổ răng khó. Phải sử dụng đục, bẫy.... để lấy răng, hoặc do người thầy thuốc làm thô bạo.

### *Xử trí*

- Rửa sạch ổ răng bằng dung dịch NaCl 9‰, H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> 5 - 10v.
- Lấy hết những mảnh xương vụn ra khỏi ổ răng.
- Dùng nạo, kìm gặm xương làm nhẵn nhụi mặt xương.
- Khâu phục hồi phần mềm.
- Theo dõi và chăm sóc tổn thương sau nhổ răng.

### ***Gãy vỡ lồi củ xương hàm trên do nhổ răng số 8 hàm trên***

*Nguyên nhân:* Do bẩy quá mạnh ra phía sau. Nhất là khi chân răng bị cứng liền với ổ răng. Từ đó có thể dẫn đến xuất huyết của động mạch răng sau.

*Xử trí:* Lấy mảnh vỡ lồi củ.

### ***Tổn thương xoang hàm trên khi nhổ răng hàm nhỏ và lớn hàm trên***

*Nguyên nhân:*

- Do người thầy thuốc làm thô bạo trong quá trình nhổ răng.
- Do đặt bẩy không đúng.

*Các hình thái tổn thương:*

- Xoang bị thủng lành mạnh.
- Xoang bị thủng có bệnh từ trước.

*Chẩn đoán lâm sàng:*

- Đang nhổ răng thì thấy mất răng đó.
- Làm nghiệm pháp thổi.
- Chụp X quang.

*Xử trí:* Về nguyên tắc phải lấy bằng đũa chân răng ra khỏi xoang.

- Nếu còn nhìn thấy chân răng ta dùng kìm số 17 theo đường ổ răng để móc chân răng ra.
- Nếu trên X quang: chân răng nằm gần ổ răng thì dùng một miếng gạc cuộn đầy vào trong xoang. Gạc vào xoang sẽ mở rộng và ngoáy trong xoang. Rút gạc ra, có thể lồi theo chân răng.
- Nếu thất bại thì dùng phẫu thuật bộc lộ xoang để lấy chân răng và khâu phần mềm lại.

### ***Gãy xương hàm***

Do người thầy thuốc dùng lực quá mạnh để nhổ răng. Đặc biệt khi dùng búa đục để phá xương ổ răng mà không được người trợ thủ đỡ hàm. Khi phát hiện gãy xương hàm thì phải xử trí theo nguyên tắc nắn chỉnh và cố định xương hàm. Để phòng ngừa tai biến này, cần phải biết hạn chế lực trong quá trình nhổ răng.

#### **4.6. Tổn thương cơ**

*Nguyên nhân:*

- Quá trình nhổ răng làm tổn thương phần mềm.
- Thường do dụng cụ trượt đâm vào các tổ chức xung quanh như lợi, má, sàn miệng, lưỡi, môi v.v...

*Xử trí:*

- Nếu rách - thủng thì khâu phục hồi.
- Cho dùng kháng sinh.
- Chống viêm tại chỗ.

#### **4.7. Tổn thương dây thần kinh răng dưới và dây lưỡi**

Gặp khi nhổ răng hàm nhỏ, răng khôn hoặc răng hàm lớn hàm dưới. Để đề phòng cần sử dụng bẫy, nạo ổ răng một cách nhẹ nhàng. Tốt nhất là tránh đi xuống quá sâu vùng cuống răng để khỏi phạm phải những dây thần kinh này.

*Biểu hiện lâm sàng:* người bệnh đau nhức nhiều ở vùng xương hàm dưới hoặc tê ở lưỡi.

*Xử trí:*

- Cắt bỏ xương ổ răng.
- Dùng thuốc giảm đau toàn thân và tại chỗ.
- Các loại vitamin nhóm B liều cao.

#### **4.8. Răng rơi vào khí quản hoặc thực quản**

*Nguyên nhân:*

- Do kẹp răng không chặt.
- Tư thế bệnh nhân khi nhổ răng không đúng.

*Xử trí:*

- Nếu răng hoặc mảnh xương rơi vào thực quản thì nên để nguyên cần theo dõi phân. Có tác giả khuyên bệnh nhân ăn nhiều chất xơ như cọng măng tây, nhiều sợi có cellulose mà dịch vị không làm tan được, những sợi này sẽ lôi cuốn răng ra ngoài theo phân.
- Nếu răng hoặc mảnh xương rơi vào khí quản, thì đây là một tai nạn nghiêm trọng, cần nhanh chóng cứu chữa bệnh nhân. Người bệnh khó thở, nghẹt thở, ho dữ dội, việc xử trí không kịp thời sẽ có thể làm bệnh nhân tử vong. Cần thiết cho thở oxy và tiêm thuốc chống co thắt như atropin 1/4 mg tiêm dưới da sau đó mở khí quản tối thiểu.

#### **4.9. Trật khớp thái dương hàm**

Hay gặp ở những người bệnh có dây chằng khớp chùng, hoặc khi bệnh nhân há miệng quá to và lâu, hoặc do thấy thuốc đè lên quá mạnh...



Khi trật khớp thái dương hàm cần phải nắn chỉnh ngay để trả khớp thái dương hàm về vị trí giải phẫu.

*Cách tiến hành như sau:*

- Để bệnh nhân ngồi trên một ghế thấp, đầu thẳng, người trợ thủ giữ chặt đầu.
- Thầy thuốc đứng trước mặt bệnh nhân, hai chân kẹp hai đầu gối người bệnh.
- Hai ngón tay cái của thầy thuốc quán gạc đặt lên trên mặt nhai của răng hàm lớn hàm dưới, còn những ngón tay khác thì ôm chặt lấy xương hàm dưới, nơi góc hàm.
- Ấn mạnh hàm dưới từ trên xuống dưới rồi đẩy hàm ra sau.
- Khi có cảm giác hàm xô dịch và có tiếng đập lúc ấy xương chũy đã trở về vị trí cũ.
- Cố định hàm bằng băng quấn cằm - đầu từ 1 đến 2 tuần, khuyên bệnh nhân không nên há miệng to, ngáp to và hạn chế cử động.
- Nếu thất bại thì phải gây mê hoặc gây tê dây thần kinh cắn để nắn chỉnh.

#### **4.10. Nhiễm trùng xương ổ răng sau khi nhổ răng**

*Nguyên nhân:*

- Do giữ vệ sinh hốc miệng sau khi nhổ răng chưa tốt.
- Do rách nát phần mềm, vỡ xương ổ răng nhiều do nhổ răng khó.
- Do dụng cụ và người thầy thuốc không đảm bảo vô trùng khi nhổ răng.

*Hình thái lâm sàng: Có 2 loại (xem bảng dưới).*

Bản chất	Viêm khô	Viêm ổ răng có mũ
	Do rối loạn vận mạch, việc nuôi dưỡng xương ổ răng sau khi nhổ không được tốt	Do nhiễm trùng
Dấu hiệu lâm sàng	Cơ năng: đau nhức ổ răng Thực thể: ổ răng khô không có dịch Xương ổ răng có màu trắng xám Lợi không có dấu hiệu viêm	Cơ năng: có sốt khoảng 38°C - 39°C. Đau nhức vùng nhổ răng. Người mệt mỏi. Thực thể: huyết ổ răng có nhiều dịch rỉ viêm, hoặc mũ Lợi xung quanh nề đỏ
Xử trí	Tuyệt đối không nạo ổ răng chỉ cần rửa sạch ổ răng bằng dung dịch NaCl 9‰ ấm. Sau đó lau khô và cho 1 bậc ngấn 2 - 3 cm có nhúng một ít eugenol. Hướng dẫn vệ sinh răng miệng và xoa nắn lợi để phục hồi vận mạch.	Gây tê tại chỗ. Nạo huyết ổ răng. Hàng ngày bơm rửa sạch ổ răng bằng nước H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> 5 - 10v, và dung dịch NaCl 9‰ Dùng thuốc chống viêm tại chỗ (Sedativ, Sindolor, xanh methylen...). Kết hợp dùng kháng sinh giảm đau.

Ngoài ra có thể gặp viêm xương, viêm mô tế bào sau nhổ răng. Tuy vậy những trường hợp này rất ít gặp. Nếu gặp có thể xử trí như đã trình bày trong bài viêm nhiễm vùng hàm mặt.

#### **4.11. Chảy máu kéo dài sau nhổ răng**

*Nguyên nhân:*

- Do nhổ răng cho những người mắc bệnh máu (bệnh ưa chảy máu, bệnh bạch cầu).
- Do rách nát phần mềm, vỡ xương ổ răng nhiều.
- Do còn sót lại u hạt ở cuống răng đã nhổ.

*Xử trí:*

- Phải thăm khám cẩn thận tỉ mỉ để phát hiện nguyên nhân gây chảy máu kéo dài.
- Xử trí theo nguyên nhân.
- Nếu do còn sót u hạt: thì nạo huyết ổ răng lấy hết u hạt. Rửa sạch ổ răng và cho cắn gạc theo dõi.
- Nếu rách nát phần mềm và vỡ xương ổ răng nhiều thì rửa sạch ổ răng. Khâu phục hồi phần mềm. Có thể cho một miếng gelaspen vào ổ răng và cho cắn gạc chặt.
- Nếu nhổ răng cho những bệnh nhân bị bệnh máu thì cần rửa sạch ổ răng, cho 1 miếng gelaspen, nhét gạc tẩm iodofoc và cố định hàm. Sau đó kết hợp với chuyên khoa huyết học, xác định các yếu tố đông máu và điều trị theo chẩn đoán.

### **III. PHƯƠNG PHÁP GIẢNG VÀ HƯỚNG DẪN HỌC**

1. Sử dụng ảnh minh họa.
2. Sinh viên tự xem bài giảng trước.

## TEST ĐÁNH GIÁ

Đúng – Sai

- 1 Nhổ những răng bị viêm nhiễm mạn tính chưa được điều trị.
- 2 Nhổ những răng mà nó gây ra viêm xương, viêm mô tế bào.
- 3 Nhổ răng trước khi điều trị xương hàm bằng tia xạ.
- 4 Nhổ bớt răng để nắn chỉnh cung hàm ở người có hàm đẹp.
- 5 Nhổ răng lệch, ngầm chưa gây biến chứng.
- 6 Không được nhổ răng cho những người đang bị đái tháo đường.
- 7 Nhổ răng cho bệnh nhân đang điều trị tia xạ ở xương hàm.
- 8 Gãy vỡ thân răng là một trường hợp hay gặp trong nhổ răng.
- 9 Cần phải khai thông đường hô hấp cho những bệnh nhân bị ngất.
- 10 Cần phải xoa bóp tim ngoài lồng ngực và tiêm thuốc hồi sức ngay cho bệnh nhân bị ngất.
- 11 Cần phải kiểm tra kỹ răng cần nhổ.
- 12 Không cần lấy chân răng ra khỏi xoang miễn là đảm bảo vô trùng trong hốc miệng.
- 13 Bằng mọi cách để lấy răng ra khỏi ống tiêu hoá.
- 14 Cần mở khí quản ngay nếu răng rơi vào khí quản.
- 15 Xiu và ngất giống nhau về triệu chứng và điều trị.
- 16 Bệnh nhân há miệng to và lâu để người thầy thuốc nhổ răng là nguyên nhân gây trật khớp thái dương hàm.
- 17 Chăm giữ vệ sinh răng miệng tốt sau khi nhổ răng.
- 18 Khi đau nhức ổ răng cần phải nạo.
- 19 Cần phải phối hợp giữa điều trị toàn thân và tại chỗ khi bị viêm ổ răng có mủ.
- 20 Cần phải thăm khám kỹ bệnh nhân để phát hiện nguyên nhân chảy máu kéo dài sau nhổ răng.
- 21 Cần rửa sạch ổ răng và chèn gạc chặt trước khi gửi bệnh nhân lên tuyến cao hơn khi bị chảy máu sau nhổ răng.