

LIÊN QUAN GIỮA RĂNG MIỆNG VÀ TOÀN THÂN

I. MỤC TIÊU

1. Phát hiện được các dấu hiệu ban đầu ở miệng khi mắc các bệnh nhiễm trùng (sởi, phát ban, thủy đậu, cúm), nhiễm độc (chì, thủy ngân), thiếu vitamin, bệnh nội tiết, bệnh máu.
2. Chẩn đoán được viêm xoang do răng và "giả" đau răng do viêm xoang.
3. Chẩn đoán được nhiễm trùng mắt do răng và "giả" đau răng do một số bệnh mắt.

II. NỘI DUNG

1. Đặt vấn đề

Cơ thể là một khối thống nhất. Giữa các cơ quan trong cơ thể khi hoạt động đều có sự phối hợp qua lại lẫn nhau. Một khi xuất hiện bệnh lý ở một cơ quan này thì có thể ít nhiều ảnh hưởng đến một hay nhiều cơ quan khác. Bệnh lý ở răng hàm mặt cũng như bệnh lý ở cơ quan khác cũng không tách rời quy luật trên.

2. Đối với bệnh nhiễm trùng

Một số bệnh thường được nhắc đến là:

2.1. Bệnh sởi

Là bệnh lây có tính chất toàn thân. Tuy vậy một trong những dấu hiệu xuất hiện trước khi phát ban là nốt Koplich - có màu trắng xanh nằm xung quanh lỗ tiết của tuyến mang tai (Stenon) tương ứng với vùng răng 6,7 hàm trên.

2.2. Một số bệnh khác như

Sốt phát ban, thủy đậu, cúm làm cho niêm mạc môi khô, lưỡi nứt nẻ. Đôi khi sốt cao làm tổn thương thành mạch gây chảy máu ở lợi.

2.3. Một số bệnh ở răng - miệng như:

Viêm quanh răng mạn tính, biến chứng của viêm tuỷ răng, viêm niêm mạc miệng v.v... có thể gây ra những bệnh ở đường tiêu hoá, (hội chứng suy giảm hấp thu), bệnh ở khớp, ở tim v.v...

3. Đối với những trường hợp bị nhiễm độc

Khi tiếp xúc lâu với hoá chất, kim loại nặng v.v... con người có thể bị nhiễm độc chẳng hạn: người lái xe có thể bị nhiễm độc chì, những người thợ mỏ thiếc,

thủy ngân v.v... có thể bị nhiễm độc thủy ngân v.v.. Người ta thấy rằng, những người bị nhiễm độc này đều xuất hiện các triệu chứng ở lợi, ở răng, như lợi không còn sần chắc hồng nhạt nữa mà có màu đen, răng ngả màu v.v..

4. Đối với người thiếu vitamin

4.1. Thiếu vitamin C

- Chảy máu lợi
- Bệnh nhân dễ bị viêm lợi do sức đề kháng giảm.

4.2. Thiếu vitamin A

- Niêm mạc miệng dễ bị hoại tử - bong các lớp niêm mạc.
- Miệng khô.

4.3. Thiếu vitamin D

- Xương hàm bị biến dạng (vấu...).
- Răng mọc chậm.
- Tổ chức cứng của răng thiếu vững chắc.

4.4. Thiếu vitamin B₁

- Gây rối loạn chuyển hoá albumin. Từ đó làm mức độ vững chắc của răng kém đi.
- Gây hiện tượng tê bì.

5. Thiếu một số chất như calci, fluo

Cũng làm ảnh hưởng đến chất lượng của men, ngà răng. Người thiếu những chất này dễ mắc bệnh sâu răng.

6. Đối với người bị bệnh nội tiết

6.1. Người bị bệnh thiếu năng tuyến giáp: làm răng mọc chậm, tổ chức cứng của răng yếu, dễ bị gãy xương.

6.2. Người cường năng tuyến giáp: răng dễ bị vỡ.

6.3. Rối loạn tuyến cận giáp: cũng dẫn đến rối loạn chuyển hoá calci - từ đó ảnh hưởng đến chất lượng của thân răng.

6.4. Cường tuyến yên: người có bệnh to đầu ngón bấm sinh (acromegalie) có môi dày, thêu xuống, mũi to, răng to và thưa. Lưỡi gà phì đại, trụ trước amidan và hàm ếch to hơn bình thường.

6.5. Thiếu năng tuyến yên: người bệnh có mặt choắt, miệng nhỏ như miệng chuột, răng và hàm ếch nhỏ.

6.6. Tuyên sinh dục (ở nữ):

Ở thời kỳ có kinh nguyệt: tăng tiết nước bọt dễ bị viêm tuyến nước bọt. Có thể bị chốc mép, viêm niêm mạc miệng. Có mụn herpes ở mép, viêm lợi v.v. ..

Ở thời kỳ thai nghén: răng dễ bị vỡ do thiếu calci. Mọi tổn thương ở niêm mạc có biểu hiện rõ hơn thời kỳ kinh nguyệt.

Ở thời kỳ tắt kinh: dễ bị khô miệng, viêm lợi, viêm quanh răng v.v...

7. Đối với bệnh máu

(Như bệnh ưa chảy máu, bệnh bạch cầu...) cũng đều có triệu chứng ban đầu xuất hiện ở lợi, như tự nhiên chảy máu lợi, răng lung lay, miệng hôi, môi khô, lưỡi nứt nẻ...

8. Mối quan hệ với bệnh tai mũi họng

Từ viêm xoang, viêm amidan có thể gây ra bệnh lý ở răng và những mô xung quanh. Ngược lại do quan hệ chặt chẽ về giải phẫu nên một khi xuất hiện bệnh lý ở răng hàm nhỏ, răng hàm lớn hàm trên có thể gây ra bệnh viêm xoang hàm hay viêm đa xoang.

9. Mối quan hệ với bệnh đường tiêu hoá

9.1. Rối loạn tiêu hoá: có thể biểu hiện ở lưỡi, như lưỡi có màng trắng xám (lưỡi bẩn).

9.2. Viêm dạ dày: lưỡi có màng vàng nhạt. miệng khô.

9.3. Viêm ruột: có những đợt viêm lợi, viêm niêm mạc miệng.

9.4. Ngược lại có bệnh lý ở răng và vùng quanh răng thì gây ra: tiêu hoá kém, hấp thụ giảm, viêm đường tiêu hoá.

10. Mối quan hệ với bệnh ở mắt

10.1. Nhiễm khuẩn ở răng - miệng: có thể gây ra nhiễm trùng ở mắt và chấn thương xương ở mặt (Lefort III) gây rối loạn thị giác.

10.2. Bệnh glacom cấp có biểu hiện đau nhức răng

Trên đây là một số bệnh có liên quan đến bệnh RHM. Không thể nói là đã đầy đủ và rõ ràng, nhưng một phần nào đó đã khẳng định rằng: khi thăm khám bệnh lý ở răng - hàm - mặt cần phải quan tâm đến bệnh lý ở các cơ quan khác trong cơ thể và ngược lại. Có như vậy việc dự phòng và điều trị mới mang lại hiệu quả cao.

III. PHƯƠNG PHÁP GIẢNG

- Chiếu đèn phim dương bản
- Phát tài liệu cho sinh viên trước và khuyến khích để sinh viên cho những dẫn chứng cụ thể khác.

TEST ĐÁNH GIÁ

Đúng – Sai

- 1 Khi thấy bệnh lý ở niêm mạc miệng thì cần phải tìm hiểu nguyên nhân.
- 2 Muốn răng – lợi được tốt cần phải ăn uống đảm bảo dinh dưỡng, muối khoáng, vitamin và các yếu tố vi lượng khác (calci, fluo...).
- 3 Không cần xử trí gì khi bị viêm niêm mạc miệng.
- 4 Bệnh đái tháo đường không gây ra viêm lợi, nha chu.
- 5 Từ biến chứng của bệnh lý răng có thể gây ra bệnh lý ở tai, mũi – họng.
- 6 Từ viêm xoang hàm trên dẫn đến viêm quanh cuống và viêm quanh răng ở những răng tương ứng.
- 7 Khi có chỉ định phẫu thuật mắt cần phải thăm khám răng – lợi.
- 8 Khám tại mũi họng là một việc làm không thể thiếu được khi phẫu thuật bệnh hàm mặt.
- 9 Cần phải giữ vệ sinh răng miệng cho người có bệnh về máu.
- 10 Cần làm sạch môi trường miệng trong kế hoạch điều trị bệnh nhân bị đái tháo đường.

CẤP CỨU RĂNG MIỆNG HAY GẶP

I. MỤC TIÊU

1. Chẩn đoán được viêm tuỷ răng để gửi đi nha sĩ.
2. Chẩn đoán được gãy, lung lay răng và xử trí cấp cứu.
3. Chẩn đoán được áp xe lợi, viêm tấy quanh xương hàm do răng để chích rạch hay gửi chuyên khoa.
4. Chẩn đoán được chảy máu lợi, và chảy máu ổ răng sau khi nhổ răng để xử trí ban đầu.
5. Chẩn đoán và sơ cứu được chấn thương rách phần mềm miệng - mặt và gãy xương hàm.

II. NỘI DUNG

1. Đại cương

Các cấp cứu răng miệng hay gặp phải kể đến đau răng (do viêm tuỷ), ngã làm gãy vỡ hay lung lay, rụng răng ra ngoài, sưng tấy lợi hay vùng miệng hàm do biến chứng răng. Chảy máu lợi và ổ răng là sơ cứu các chấn thương.

Các vấn đề đã được giảng trong các bài viêm tuỷ, viêm nhiễm vùng hàm mặt. Tai biến do nhổ răng và chấn thương vùng hàm mặt sẽ được nhắc lại các điểm chính. Riêng phần sang chấn răng sẽ được giảng kỹ hơn.

2. Viêm tuỷ răng và xử trí cấp cứu

Chẩn đoán:

- *Đau dữ dội từng cơn* (đau như diên đại - rage de dent) nhất là ban đêm. Bệnh nhân có thể nhận biết được đau từ răng nào. Đau lan toả theo hướng các dây thần kinh răng lên vùng thái dương.
- *Khám:* ở vùng đau trong miệng có răng với lỗ sâu, thăm khám thấy lỗ sâu đã phá huỷ gần hết lớp ngà, chạm vào đáy lỗ sâu gây rất đau cho bệnh nhân.
- *Diễn biến:* đau do viêm tuỷ cấp tính kéo dài vài ngày sẽ dịu đi do tuỷ chết dần từng phần và chuyển sang viêm mạn tính khiến bệnh nhân lơ là không đi chữa răng, hậu quả dẫn đến viêm quanh cuống răng và viêm áp xe rò mủ.

Xử trí:

- Cho thuốc giảm đau: dùng một trong 3 loại sau đây:
 - + Paracetamol 500mg, uống 2 - 4 viên/ngày.
 - + Glafenine 200 mg, uống 2 - 4 viên/ngày.
 - + Ketoprofene (Bi - Profénid) 150mg, uống 2 - 4 viên/ngày.
- Thấm xylocain 5% nhét vào lỗ sâu răng.
- Gửi bệnh nhân đến nha sĩ.

3. Sang chấn răng

Răng bị sang chấn do va đập hay ngã tùy theo mức độ có các thể lâm sàng sau đây:

Gãy ngang, gãy dọc, lung lay hay rời khỏi ổ răng.

3.1. Gãy ngang

- Thường gặp ở người trẻ do ngã, và đập làm gãy ngang răng cửa, hoặc nhai phải sụn làm mẻ các múi răng hàm.
- Nếu diện gãy chưa phạm vào tuỷ răng thì được chữa như một lỗ sâu ngà, men răng: hàn bằng composit.
- Đường gãy phạm vào tuỷ răng: lúc này tuỷ bị hở ra môi trường miệng, nhiễm trùng dẫn tới viêm tuỷ và tuỷ sẽ hoại tử.

Tuỷ vị trí đường gãy và tình trạng đóng cuống răng đã hoàn thành hay chưa mà nha sĩ sẽ xử trí khác nhau.

Để cấp cứu, lấy bỏ phần gãy nếu có thể sau khi đã tê hay bôi bằng loại thuốc tê benzocain 20%. Ta cũng có thể dùng thuốc tê tiêm xylocain 2 - 5% để bôi.

Với nha sĩ:

- Nếu răng đã đóng kín cuống (hay chóp), đường gãy ngang hoặc trên mức cổ răng về phía thân: phần chân răng sẽ được lấy tuỷ và hàn kín ống tuỷ ngay để sau này có thể làm răng trụ.
- Nếu răng chưa đóng kín cuống, đường gãy cũng như trên: tuỷ chỉ được lấy một phần, phần gần chóp được bảo vệ bằng thuốc Dycal (hydroxyt calci) để chờ đến khi răng đóng xong cuống sẽ lấy hết tuỷ sau.
- Nếu đường gãy nằm ở 1/3 chân răng về phía chóp thường phải chữa tuỷ và mổ nạo bỏ phần cuống răng.

3.2. Gãy dọc thân và chân răng: thường gặp ở răng hàm, người già vì răng khô và giòn.

Với răng một chân thì phải nhổ bỏ.

Với răng nhiều chân có thể lấy bỏ một phần (phần nhỏ), chữa tuỷ, rồi hàn hay bọc răng lại bằng chụp kim loại.

3.3. Xử trí cấp cứu sang chấn răng khi răng rơi ra khỏi ổ

- Tiêm phòng uốn ván cho người bệnh.
- Rửa sạch răng và ổ răng.
- Cắm răng trở lại ổ.
- Buộc cố định răng cắm lại với các răng lân cận bằng chỉ thép (số 8, hình thang) hay nẹp thép trong 3 tuần.

4. Áp xe lợi do răng và viêm tấy lan toả

4.1. Áp xe

áp xe lợi có thể do viêm nha chu, thường nằm ở ngang mức chân răng. Nếu do viêm quanh chóp răng thường nằm sâu về phía ngách tiền đình.

Nếu thấy áp xe đã tụ mủ (sau 3 - 5 ngày), tiêm phong bế xung quanh xylocain 2% hay bôi benzocain 20% và chích rạch tháo mủ. Chích ngang song song với ngách tiền đình.

4.2. Viêm tấy lan toả

- Dù nằm ở ngoài má, vùng dưới hàm hay trong miệng ngách tiền đình và sàn miệng đều cần chích rạch kết hợp với điều trị kháng sinh trước và sau khi chích rạch.
- Sau khi đã chọc dò, hút ra mủ và xác định được ổ mủ. Đường rạch vùng dưới hàm là song song với bờ dưới xương hàm dưới (cách má 1cm).
- Vùng mặt rạch ngắn theo hình rẻ quạt lấy nắp tai làm gốc để tránh cắt đứt dây thần kinh mặt.
- Trong miệng theo nếp ngang tiền đình.

5. Chảy máu lợi và ổ răng

5.1. Chảy máu lợi

Ngoại trừ các trường hợp chảy máu do có thương tổn bệnh lý ở lợi như: u lợi, ung thư niêm mạc lợi v.v... thường chảy máu lợi là do viêm lợi, và viêm nha chu.

Lợi bị viêm ở quanh cổ răng màu đỏ, sưng nề khi khê chạm (chải răng) là chảy máu, có khi chíp miệng cũng ra máu. Tuy việc chảy máu này không phải là cấp cứu tức thì nhưng vì kéo dài nên có khi làm bệnh nhân xanh xao, thiếu máu.

Xử trí tại chỗ bằng cách lấy cao răng, bôi eugenol, rửa bằng nước oxy già 10 thể tích.

5.2. Chảy máu ổ răng sau nhổ răng

Đây là một cấp cứu thường gặp. Sau khi nhổ răng chừng vài ba giờ mà máu vẫn chảy từ chỗ nhổ răng. Bệnh nhân lo sợ và khó chịu, vẻ mặt xanh xao.

- Khám tại chỗ ta thấy từ ổ răng hay viền lợi máu chảy rì rì.
- Xử trí: cần nạo sạch ổ răng, bỏ hết cục máu đông cũ. Nếu đáy ổ răng mà thấy còn tổ chức hạt là đúng nguyên nhân.
- Nguyên nhân gây chảy máu cũng có thể do rách lợi hay vỡ xương ổ răng. Nếu rách lợi cần khâu. Nếu vỡ xương ổ răng có mảnh xương vụn cần lấy ra. Sau đó ta đặt gạc cho bệnh nhân cắn lại. Nếu có gạc cầm máu thì nhét vào ổ răng. Cho bệnh nhân ngồi chờ sau 15 phút thay gạc nếu máu ngừng chảy là tốt.

6. Xử trí ban đầu vết thương phần mềm và gãy xương hàm

Phương tiện giao thông phát triển cộng với sự yếu kém quản lý đường phố, tai nạn ở nước ta hiện nay cao hơn gấp nhiều lần các nước khác. Vết thương vùng miệng, hàm mặt chiếm tỷ lệ cao.

Xử trí ban đầu

Cầm máu: nếu máu không phụt thành tia thì sau khi rửa sạch vết thương, băng ép chặt máu sẽ cầm. Nếu máu phụt thành tia, phải dùng kẹp để kẹp cầm máu và buộc hay khâu chữ X.

Làm thông đường thở: các vết thương gãy hàm, có các dị vật hay lưỡi tụt lấp họng cần cấp cứu làm thông đường thở: móc sạch dị vật, khâu kéo và cố định lưỡi ra trước (có thể dùng kim băng đã khử trùng nếu không có kim chỉ khâu).

Lau rửa sạch vết thương: với các vết thương phần mềm trên mặt vì có sự cung cấp máu dồi dào và vì lý do thẩm mỹ nên dù tới muộn sau 6 giờ vẫn được khâu. Việc khâu đóng của phẫu thuật viên chuyên khoa thành công hay thất bại phụ thuộc vào việc lau rửa tốt vết thương lúc sơ cứu. Lau rửa sạch hết đất, dị vật bẩn bằng nước vô trùng, xà phòng và bàn chải mềm.

Cố định sơ cứu xương gãy: trong các túi cấp cứu, thường có băng quấn cầm đầu để cố định khi có gãy xương hàm trong khi chuyển chuyên khoa.

Bệnh nhân được tiêm thuốc giảm đau nhưng không gây ngủ để có điều kiện theo dõi chấn thương sọ não.

III. PHƯƠNG PHÁP DẠY VÀ HỌC

1. Sử dụng sơ đồ hình vẽ trên Overhead.
2. Giải thích bằng các công thức tóm tắt.
3. Sinh viên đọc tài liệu trước khi nghe giảng.

TEST ĐÁNH GIÁ

Đúng – Sai

- 1 Đau dữ dội từng cơn vào ban đêm là triệu chứng viêm tuỷ.
- 2 Răng đau do viêm tuỷ kéo dài vài ngày, dịu đi rồi hết đau là khỏi bệnh.
- 3 Răng cửa gãy ngang cổ răng phải nhổ bỏ.
- 4 Răng hàm gãy dọc hay chéo thân răng, ấy bỏ mảnh vỡ là đủ.
- 5 Răng do sang chấn rời ra khỏi ổ không thể cắm lại vào ổ răng được.
- 6 Áp xe sung tấy vùng ngách tiền đình do răng chỉ cần tiêm kháng sinh là đủ.
- 7 Trong viêm, chích áp xe lợi theo đường song song với ngách tiền đình lợi.
- 8 Viêm tấy lan toả vùng dưới hàm được chích đúng dọc theo cơ ức đòn chũm.
- 9 Viêm lợi chảy máu chỉ cần uống vitamin C.
- 10 Chảy máu sau nhổ răng cần nạo sạch ổ răng và yêu cầu bệnh nhân cắn chặt gạc.
- 11 Vết thương phân mềm ở mặt giống các nơi khác trên cơ thể (chỉ chẳng hạn) không được khâu sau đúng 6 giờ.

DI TẬT BẨM SINH VÙNG HÀM MẶT

I. MỤC TIÊU

1. Vẽ được bốn loại khe hở môi, vòm miệng bẩm sinh trên sơ đồ.
2. Biết kế hoạch điều trị chung theo thời gian một bệnh nhân khe hở môi - vòm miệng.
3. Vẽ được môi trên và mũi bình thường với các mốc giải phẫu cơ bản.
4. Vẽ được đường rạch mổ môi cho khe hở.

II. NỘI DUNG

1. Đặt vấn đề

Di tật bẩm sinh vùng hàm mặt đa số là khe hở bẩm sinh vì vùng đầu mặt cổ trong quá trình phát triển bào thai là sự gặp nhau và gắn liền của các nụ mầm. Nếu vì nguyên nhân bệnh lý nào đó các nụ mầm này không gắn được vào nhau sẽ để lại các khe hở bẩm sinh.

Khe hở bẩm sinh vùng hàm mặt mà chủ yếu là khe hở môi - vòm miệng có tỷ lệ 1/1000 trẻ sơ sinh. Trong khoa hàm mặt, số bệnh nhân tới điều trị khe hở môi - vòm miệng chiếm khoảng 20%.

2. Sự hình thành vùng miệng - mặt và khe hở bẩm sinh

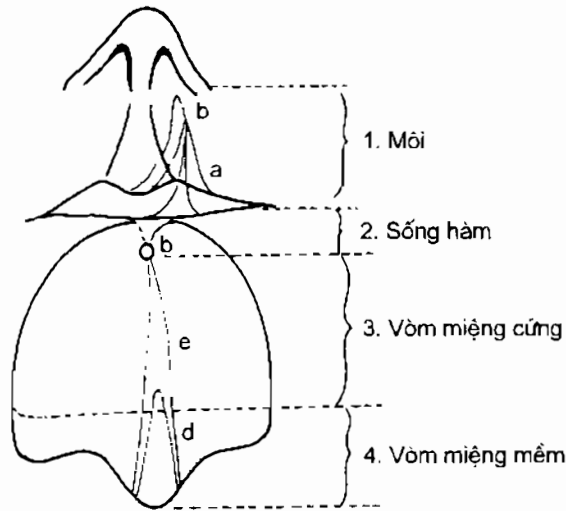
Vào tuần lễ thứ ba, khi bào thai to khoảng 10mm ở phần đầu xung quanh một chỗ lõm được gọi là miệng nguyên thủy (stomadeum) lõm lên năm nụ: một nụ trán, hai nụ hàm trên và hai nụ hàm dưới.

Từ nụ trán lại phát triển xuống dưới hai nụ cho hai bên phải và trái, rồi lại từng bên tách đôi thành nụ mũi trong và nụ mũi ngoài.

Môi trên và phàm hàm trên phía trước, lỗ răng cửa là sự gặp nhau của các nụ hàm trên từ hai bên tiến vào giữa và nụ mũi trong phát triển từ trên xuống. Nụ mũi ngoài thì uốn cong thành cánh mũi. Giai đoạn này gọi là sự hình thành vòm miệng tiên phát.

Vào tuần lễ thứ tám, khi bào thai to khoảng 30mm có sự hình thành vòm miệng thứ phát do các nụ khẩu cái phát triển, từ nụ hàm trên trong hốc miệng để ngăn cách hố mũi.

3. Vẽ sơ đồ bốn loại hở môi - vòm miệng



- a. Khe hở môi một bên không toàn bộ
- b. Khe hở môi – sống hàm tới lỗ răng cửa quen gọi là khe hở môi toàn bộ
- c. Khe hở vòm miệng mềm
- d. Khe hở vòm miệng toàn bộ

Qua sơ đồ ta thấy lỗ răng cửa là ranh giới nếu tính từ nhẹ đến nặng.

- *Khe hở môi sống hàm* tính từ trước ra sau: khe hở môi đỏ, khe hở tới gần nền mũi, khe hở tới nền mũi và chạy tới lỗ răng cửa.
- Ngược lại *khe hở vòm miệng* lại tính từ sau ra trước: nhẹ là khe hở lưỡi gà, vòm miệng mềm rồi khe chạy hết vòm miệng tới lỗ răng cửa.
- *Khe hở môi - vòm miệng toàn bộ* là thể nặng nhất đối với khe hở một bên là thông suốt từ trước ra sau: người ta thấy khe hở bên trái nhiều hơn bên phải hơn hai lần.
- *Khe hở môi - vòm miệng cả hai bên* chiếm khoảng 10%, là thể bệnh rất nặng - mổ tạo hình phức hồi rất khó khăn vì sự biến dạng và thiếu hụt tổ chức.

4. Điều trị khe hở môi - vòm miệng

Được coi là sự phối hợp của phẫu thuật viên, bác sĩ chỉnh nha, thầy giáo dạy phát âm, các bác sĩ tai mũi họng, tâm thần và các nhà xã hội học.

Việc điều trị ngày nay tuân theo thời gian biểu như sau:

Trong 4 tuần đầu: chăm sóc sơ sinh đặc biệt chú ý đến sự thông thương miệng mũi để mắc bệnh viêm đường hô hấp.

Sau một tháng: làm các hàm bịt và nắn để tạm thời bịt sự thông thương và nắn chỉnh các đoạn hàm quá di lệch (nhất là với khe hở môi vòm miệng hai bên).

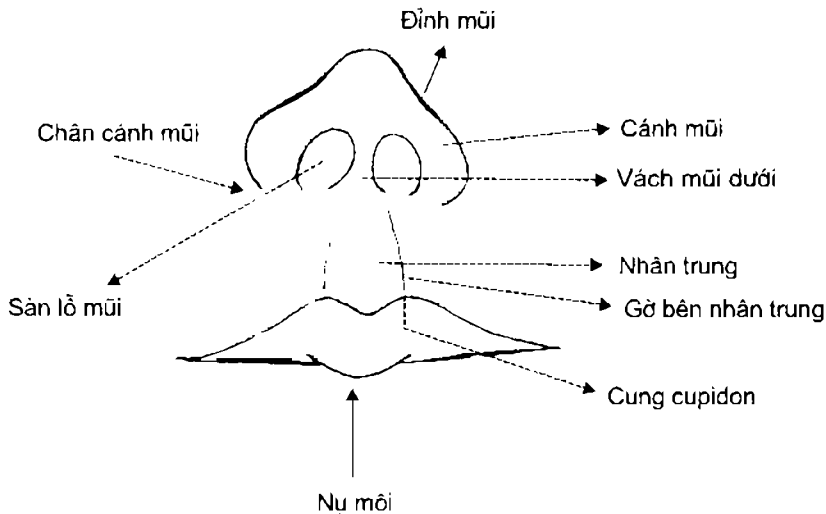
Khi trẻ từ 4 - 6 tháng: được trên 5 kg thể trọng và huyết sắc tố trên 60% sẽ được mổ tạo hình môi lần đầu.

Khi trẻ 12 - 24 tháng: có thể mổ tạo hình vòm miệng mềm theo Schueckendicir để kịp thời tập nói đúng. Sau đó theo hàm nắn và luyện phát âm.

Từ tuổi: có thể mổ tạo hình vòm miệng cứng.

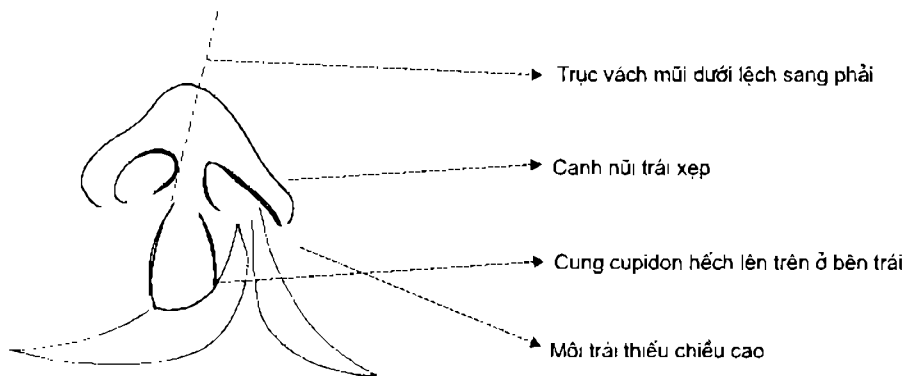
Sau 15 tuổi: sửa lại môi, mũi và làm hàm giả.

5. Vẽ hình môi trên và mũi bình thường với các điểm mốc giải phẫu quan trọng



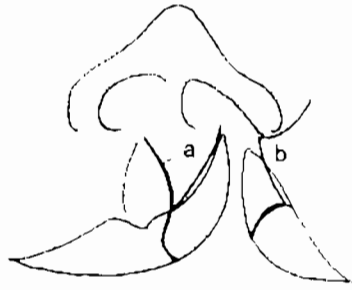
6. Khe hở môi một bên, biến dạng giải phẫu

Khi có khe hở, cơ vòng môi bị chia hai. Nếu khe hở bên trái, phần môi phải với nhân trung có cấu trúc gần bình thường tuy có bị kéo lệch: trục vách ngăn mũi lệch sang phải, cung cupidon phía bên trái kéo hếch lên trên. Môi bên trái kém phát triển, thiếu khuyết bề cao. Cánh mũi bên trái xẹp, chân cánh mũi đi lệch xuống dưới và ra ngoài.



Khe hở môi toàn bộ trái

7. Phương pháp tạo hình chữa khe hở môi một bên sử dụng vạt xoay - đẩy của R.Millard (1956)



Đường rạch theo nguyên tắc tạo hình chữ Z để tạo thành hai vạt.

- Vạt xoay (a) một tam giác đỉnh vạt quay xuống dưới.
- Vạt đẩy (b) nằm bên môi bệnh là một tam giác đỉnh quay lên trên.
- Phần môi đỏ và ngách tiền đình được tạo hình bằng phương pháp chữ Z.
- Phần cơ được bộc lộ riêng và khâu kỹ nối hai bên với nhau theo hướng cơ vòng môi bình thường.



Seo sau khi môi được khâu phục hồi

III. PHƯƠNG PHÁP GIẢNG DẠY VÀ HƯỚNG DẪN TỰ HỌC

- a. Xem ảnh bệnh nhân qua ảnh và phim đèn chiếu.
- b. Vẽ trên bảng hay Overhead.
- c. Xem thao tác mổ trên mô hình bằng chất dẻo.

TEST ĐÁNH GIÁ

Đúng – Sai

- 1 Vùng miệng – mặt trước tạo thành bởi bốn nụ mắt.
- 2 Vòm miệng tiên phát là phần mềm gồm môi đỏ và môi.
- 3 Khe hở môi – vòm miệng là bệnh bẩm sinh của hai thành phần môi và vòm miệng cứng.
- 4 Khe hở môi – vòm miệng là bệnh bẩm sinh của trẻ, khe hở môi phải đợi đến 3 tuổi mới mổ.
- 5 Khe hở vòm miệng được mổ khi 4 tuổi.
- 6 Khe hở môi toàn bộ bên trái làm vách ngăn mũi sẹo sang trái.
- 7 Cung cupidon có hình dấu ^.
- 8 Mổ tạo hình khe hở môi một bên theo phương pháp R Milliard căn bản là tạo hình chữ Z.
- 9 Phần cơ vòng môi không cần khâu kỹ.

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

I. MỤC TIÊU

1. *Chẩn đoán được sáu khối u lành tính hay gặp ở vùng miệng - mặt*
 - U máu (hémangiome)
 - U bạch mạch (lymphangiome)
 - U xương (osteome)
 - U lợi răng (epulics)
 - U liên bào (améloblastome)
 - U hỗn hợp tuyến nước bọt (T. mixte salivaire)
2. *Biết hướng xử trí để gửi bệnh nhân đến các tuyến chuyên khoa phẫu thuật hàm mặt.*
3. *Phân biệt được các loại u này với khối u ác tính.*

II. NỘI DUNG

1. Đặt vấn đề

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

2. U máu

Lâm sàng:

U máu: là u tạo bởi các mạch máu (động mạch, tĩnh mạch, mao mạch) tăng sinh. Ta có thể gặp u máu ở khắp nơi trên cơ thể, nhưng ở vùng đầu, cổ mặt nhiều hơn cả (theo J.M Friedman và MB Gormby - 50% trên vùng đầu cổ mặt - (Brooklyn 1973). Trong các bệnh thuộc khoa hàm mặt u máu là loại u lành tính hay gặp nhất (khoảng 10 - 15% các ca phẫu thuật).

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

- Màu đỏ hay tím.
- Nổi gồ trên da hay niêm mạc, nếu ta bóp hay ấn u thì u xẹp, buông tay ra u lại phồng trở lại.
- U không đau.

- Nếu va chạm, xây xát có thể gây chảy máu.
- Khi xây xát, có thể nhiễm trùng thứ phát và làm chảy máu nhiều gây nguy hiểm. Tuy nhiên căn cứ vào giải phẫu bệnh lý và dấu hiệu lâm sàng ta có thể gặp vài thể u máu sau đây:

U máu phẳng (angiomeplan): là những nốt đỏ trên da mặt, đa số bẩm sinh hay có từ lúc nhỏ, tuy không có gì nguy hiểm nhưng ảnh hưởng đến thẩm mỹ. Khi ấn tay vào u vết đỏ đổi thành màu trắng, buông tay u lại đỏ tím.

U máu gồ (angiometubéreux): gồ trên da từng chùm như chùm dâu.

U dưới máu da: thường tạo thành các hang máu, chủ yếu do tĩnh mạch trở thành xơ, hang (caverneuse). Sự ứ đọng máu lâu ngày tạo thành các hạt sỏi trắng (phlebolithe). Sờ u hơi chắc, thấy rõ các hạt sạn cứng rắn.

Chụp X quang thấy rõ các hạt sạn.

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

Điều trị:

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

3. U bạch mạch

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

Lâm sàng:

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

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

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

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

4. U xương

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

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

5. U lợi răng

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

Lâm sàng có ba thể bệnh:

U lợi xơ: mặt nhẵn, mật độ u đều, xương bình thường.

U lợi sùi: màu đỏ sẫm, sùi, sờ mềm, hay chảy máu, u phát triển từ lợi ở kẽ hai răng, trên phim X quang thấy có dấu hiệu tiêu xương giữa hai huyệt ổ răng. Thường gặp trên phụ nữ có thai, thường sau khi đẻ u tự biến đi.

U lợi thể hạt: mềm, màu đỏ sẫm.

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

Điều trị: bằng phẫu thuật cắt bỏ u và có khi phải nhổ răng và bấm bỏ phần xương mà u xâm lấn.

6. U liên bào men

Lâm sàng phát triển từ tế bào tạo men răng hình sao.

Về giải phẫu bệnh lý u có thể có sự kết hợp các tế bào khác làm thành năm thể bệnh.

U nguyên bào men thể nang

- Bệnh nhân ở tuổi thanh niên hay trung niên.
- Thường gặp ở ngành ngang xương hàm dưới.
- U phát triển dần ngày càng to làm biến dạng mặt.
- Sờ u có triệu chứng bóng nhựa (bóp u thấy như bóp quả bóng nhựa, bóng bàn - xẹp một vết lõm, nếu bóp nhẹ dưới tay thấy phồng trở lại).
- Răng trên u lung lay.
- Phim X quang: hình ảnh nhiều nang.
- Chọc hút ra dịch vàng: có hạt cholesterin.

U xơ nguyên bào men: có thêm tế bào xơ, u phát triển chậm

U men tuyến (adeno - améloblastome) hay gặp ở hàm dưới vùng răng nanh.

U răng xơ nguyên bào men (fibro - odonto - améloblastome).

U răng nguyên bào men (odonto - améloblastome) hay u men đặc.

Phim X quang là một khối cản quang có hình nhiều răng dính vào nhau. Chẩn đoán u nguyên bào men dựa vào triệu chứng lâm sàng nêu trên và phim X quang.

Điều trị: phẫu thuật nạo, hay cắt bỏ u cùng với một phần xương lành. U nguyên bào men dễ tái phát sau mổ.

Có một số ca rất nhỏ trở thành u ác tính.

7. U hỗn hợp tuyến nước bọt

Rất hay gặp, chiếm 50% trong số các u tuyến mang tai.

U do sự phát triển của liên bào túi tuyến và ống tiết với các tổ chức liên kết đệm, đôi khi có cả sụn.

Lâm sàng: u hỗn hợp tuyến mang tai phát triển kéo dài trải qua ba giai đoạn.

- Giai đoạn đầu: kéo dài vài năm.

Triệu chứng chủ quan: không

Triệu chứng thực thể:

- U tròn nhỏ khoảng 1 cm.
- Chắc đều, di động dễ, lỗ ống stemon bình thường.
- Không có hạch.

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

Triệu chứng chủ quan:

- U thấy rõ, mất cân đối mặt.
- Không đau, không ảnh hưởng tới sức khoẻ.

Triệu chứng thực thể:

- Nhìn: u to bằng nắm tay ở vùng mang tai (nếu là u tuyến dưới hàm thì nhỏ hơn) da căng, có chỗ gồ cao, màu sắc da bình thường.
- Sờ: u có chỗ rắn, chỗ mềm ranh giới rõ, u ở nông di động được.

- Giai đoạn thoái hoá ác tính:

Triệu chứng chủ quan: đau và liệt mặt.

Triệu chứng thực thể: u rất to, da loét, u dính với tổ chức xung quanh.

Với u này nếu chụp X quang sau khi bơm thuốc cản quang vào tuyến qua lỗ tiết, u tuyến mang tai có hình một bàn tay (là các ống tiết) ôm quả bóng (là u).

Điều trị: cần mổ sớm tránh tai biến liệt mặt. Nếu đã thoái hoá thì mổ cắt rộng, chịu liệt mặt và phải điều trị tia xạ hay hoá trị liệu sau mổ.

8. Chẩn đoán phân biệt u lành kể trên với ung thư phần mềm hay phần xương

Các u lành không đau (trừ khi có nhiễm trùng phụ) không có hạch, thời gian tiến triển kéo dài, không hoặc rất ít ảnh hưởng đến sức khoẻ và các bộ phận giải phẫu lân cận.

III. PHƯƠNG PHÁP GIẢNG VÀ HƯỚNG DẪN HỌC

1. Sử dụng ảnh minh hoạ.
2. Dùng Overhead.
3. Sinh viên có bài giảng này trước.

TEST ĐÁNH GIÁ

Đúng – Sai

- | | |
|----|--|
| 1 | U máu ít thấy ở vùng mặt – miệng. |
| 2 | Bớt đỏ trên da không phải là u máu. |
| 3 | U máu bóp xẹp và đổi màu. |
| 4 | Các hạt sỏi trắng thường thấy ở u máu thể gỗ. |
| 5 | U bạch mạch hay gặp ở người lớn tuổi. |
| 6 | U lợi hay gặp ở nam giới |
| 7 | U răng nguyên bào men có triệu chứng bóng nhựa. |
| 8 | U hỗn hợp tuyến nước bọt sờ mềm, ấn đau. |
| 9 | U hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai trải qua ba giai đoạn. |
| 10 | U lợi có loét và sùi, gây đau. |
| 11 | Phẫu thuật cắt bỏ các u lành sớm là hướng điều trị đúng. |

UNG THƯ NIÊM MẠC MIỆNG

I. MỤC TIÊU

1. Nêu các tổn thương sớm của ung thư niêm mạc miệng.
2. Biết cách tiến hành xét nghiệm tổn thương nghi ngờ ác tính.
3. Chẩn đoán được ung thư niêm mạc miệng.
4. Nêu được phác đồ điều trị thích hợp.

II. NỘI DUNG

1. Đại cương

1.1. Ung thư vùng hàm mặt thuộc nhóm ung thư đầu và cổ theo phân loại ung thư trên cơ thể người của Hội chống ung thư thế giới năm 1970 ở Houston.

- Ung thư vùng hàm mặt bao gồm: Ung thư niêm mạc miệng, ung thư xương hàm, ung thư tuyến nước bọt, ung thư da, ung thư của tổ chức tạo máu. Trong đó ung thư niêm mạc má là hay gặp nhất.

1.2. Ung thư niêm mạc miệng là một tổn thương lộ ra ngoài nên dễ nhận thấy, dễ chẩn đoán và điều trị.

1.3. Ung thư niêm mạc miệng là một tổn thương nằm ở phần trên của cơ quan tiêu hoá. Vì vậy dễ sang chấn tạo thành vòng xoắn bệnh lý làm cho tổn thương phát triển nhanh: tổn thương loét + sang chấn → chảy máu → nhiễm trùng → loét. Có thể nói rằng ung thư niêm mạc miệng luôn gắn liền với chảy máu và nhiễm trùng.

1.4. Ung thư niêm mạc miệng liên quan mật thiết với các cơ quan lân cận, như xoang hàm, mũi, mắt, thần kinh.

1.5. Ung thư niêm mạc miệng thường là ung thư biểu mô hay gặp ở người trung tuổi, tiến triển tương đối chậm so với các thể ung thư khác như sarcom hoặc ung thư của tổ chức tạo máu.

1.6. Ung thư niêm mạc miệng giai đoạn đầu triệu chứng nghèo nàn, bệnh nhân thường đến muộn ở giai đoạn T3, T4 rất khó khăn cho điều trị và tiên lượng.

1.7. Ung thư niêm mạc miệng thường chẩn đoán dễ dựa vào lâm sàng và tế bào học... kết quả điều trị tùy thuộc từng bệnh nhân, tùy giai đoạn, và loại tế bào ung thư.

1.8. Giải phẫu bệnh lý

Cách xếp loại TNM theo "Tổ chức Quốc tế Chống Ung thư" UICC.

Ung thư niêm mạc miệng: 90% là ung thư biểu mô tế bào gai.

Hệ thống xếp loại ung thư - TNM gồm:

T: (Tumor - khối u)

T₀: không có triệu chứng lâm sàng và X quang phát hiện ung thư.

T₁: u khu trú ở nông, kích thước dưới 2 cm².

T₂: kích thước u trên 2cm² và không có thâm nhiễm xung quanh.

T₃: kích thước u trên 3 - 4cm² có thâm nhiễm da và ít ở vùng lân cận.

T₄: u lớn, đã xâm phạm các bộ phận lân cận.

N: (Node - hạch vùng)

N₀: không phát hiện được hạch

N₁: hạch nhỏ di động cùng bên

N₂: hạch nhỏ di động hai bên.

N₃: hạch dính

M: (Metastasis - di căn xa)

M₀: không phát hiện được di căn

M₁: có di căn xa

Nếu làm giải phẫu bệnh lý hạch thấy tế bào ung thư ghi thêm N+

2. Dịch tễ học

- Ở Việt Nam - ung thư niêm mạc miệng chiếm khoảng 1,7% tổng số các loại ung thư, nếu tính cả ung thư lưỡi và môi tỷ lệ là 3,7% (theo số liệu của Viện Ung thư Hà Nội, từ năm 1967 - 1971) theo số liệu của Nguyễn Văn Thụ từ 1957 - 1975, ung thư niêm mạc miệng chiếm 18%.
- Ở nước ngoài: Mỹ 1968 ung thư phần miệng chiếm 2,5%. Ở Pháp Viện Roussy 1957: ung thư miệng chiếm 10%.
- Về giải phẫu bệnh lý: ở Việt Nam ung thư biểu mô chiếm 78,4% và ở Pháp: ung thư biểu mô chiếm 95% (Frank).

3. Nguyên nhân gây ung thư

3.1. Nguyên nhân hoá chất

Như sản phẩm carbua, nấm mốc, thuốc lá, thuốc trừ sâu.

3.2. Nguyên nhân vật lý: tia X, phóng xạ, tia cực tím.

3.3. Yếu tố di truyền

3.4. Yếu tố virus

Ngày nay người ta nói nhiều đến yếu tố virus Epstein barr (EBV 1964) gây u lympho Burkitt và u vòm.

3.5. Yếu tố địa lý, tập quán, sức đề kháng của cơ thể

4. Triệu chứng

4.1. Cơ năng

- Đau vùng tổn thương, đau ngày càng tăng.
- Ăn, nói khó khăn.
- Chảy máu tự nhiên hoặc sau sang chấn.
- Răng lung lay ngày càng tăng.
- Hội chứng tai mũi họng:

Ngạt tắc mũi, chảy máu mũi

To, dày môi trên

Đau nhức vùng xoang

Triệu chứng này thường xảy ra một bên.

- Hội chứng ở mắt:

Đau nhức mắt

Lồi mắt

Tắc lệ đạo

Liệt nhãn cầu, lác.

4.2. Thực thể

Giai đoạn sớm:

- Thể loét: vết loét nông, mềm ở niêm mạc, hoặc ở lợi quanh mặt răng, vết loét phát triển rộng và sâu xuống xương hàm, vết loét có đáy được phủ một lớp giả mạc hoặc tổ chức hoại tử, bờ nhám nhở, chạm vào dễ chảy máu.
- Thể sùi: tổ chức sùi như hoa súp lơ, dính chặt đáy, kèm theo loét hoại tử, chạm vào dễ chảy máu.
- Thể loét sùi thường gặp ở các vị trí sau:
 - Ở môi: đường viền da và niêm mạc
 - Ở niêm mạc má: ở giữa tương ứng cung răng, sau răng số 8.
 - Ở sàn miệng - hai bên rãnh lưỡi.
 - Lưỡi: bờ bên 2/3 trước và 1/3 sau.
 - Vòm miệng: bờ bên, buồng hàm 3.

Giai đoạn muộn:

Tổn thương ở niêm mạc lan ra tổ chức lân cận như xương hàm, xoang hàm, hố chân bướm hàm.

Tổn thương ở xương hàm, u lan ra phá huỷ xương tạo u xương hàm, ranh giới không rõ, thâm nhiễm da, hạn chế há miệng, ngách lợi phồng, sùi, loét, răng lung lay, miệng hôi thối, tổ chức sùi loét dễ chảy máu.

Tổn thương ở xoang hàm, ngạt tắc mũi, chảy máu mũi, đau nhức vùng xoang một bên, sập hàm ếch, mặt trước xương hàm trên phồng có thể thâm nhiễm da. Khám thành bên mũi bị đẩy vào trong, có thể có tổ chức sùi qua lỗ thông ngách mũi giữa. Tổn thương ở xoang hàm có thể lan lên mắt gây các triệu chứng ở mắt, răng lung lay.

Di căn hạch:

- Hạch dưới hàm, di động hoặc dính là nơi hay di căn nhất.
- Hạch cạnh cổ dọc theo bờ trước cơ ức đòn chũm.
- Hạch thượng đòn.

4.3. Triệu chứng cận lâm sàng

Nghiệm pháp xanh toluidin

- Áp dụng cho những tổn thương nghi ngờ ác tính.
- Tiến hành: bôi acid acetic 1%, sau đó bôi xanh toluidin 1% chờ 10 giây đến 1 phút rửa lại bằng acid acetic 1%, kết quả mô có tổn thương bắt màu xanh.
- Ưu điểm: xét nghiệm đơn giản, dùng để phát hiện sớm ung thư niêm mạc miệng.
- Nhược điểm: một số tổn thương viêm cũng bắt màu xanh.

Xét nghiệm tế bào bề mặt

- Xét nghiệm này rất quan trọng đối với việc chẩn đoán sớm ung thư niêm mạc miệng. Cơ sở của phương pháp này là những tế bào tróc ra từ khối u có cùng tính chất với tế bào u lấy bằng phương pháp sinh thiết.
- Ưu điểm: đơn giản, kết quả sớm, làm ở nhiều vị trí một lúc, hướng cho sinh thiết đúng vị trí, tỷ lệ đúng cao 90%.
- Nhược điểm: không xét nghiệm được tổn thương ở sâu hoặc lấy phải tế bào viêm bề mặt, muốn có kết quả xác định phải làm sinh thiết.
- Tiến hành: gạt bề mặt tổn thương bằng cây đũa lưỡi nạo lấy tế bào lớp dưới, quét tế bào nạo được lên phiến kính - cố định bằng cồn 90°, gửi giải phẫu bệnh.

Phẫu thuật sinh thiết:

- Phẫu thuật sinh thiết nhằm chẩn đoán xác định ung thư, trước hoặc sau khi điều trị, tùy theo tổn thương ở nông hoặc sâu có thể làm ngay trên ghế

khám hoặc ở trong phòng mổ. Bệnh phẩm sinh thiết yêu cầu đủ rộng 1cm x 0,5 cm, tốt nhất là lấy giữa ranh giới tổ chức lành và tổ chức ung thư.

- Bệnh phẩm được ngâm vào cồn 90° để cố định và gửi chuyên khoa giải phẫu bệnh.

X quang

- Tuỳ từng bệnh nhân chọn các tư thế chụp phim
- Chụp phim răng.
- Tư thế mặt thẳng.
- Tư thế hàm dưới chéch.
- Blondcan, Blondieau, Hirtz
- Chụp Scanner (cắt lớp).

Các xét nghiệm cần thiết cho cơ quan nghi ngờ có di căn.

Các xét nghiệm thông thường: về máu, nước tiểu, X quang tim phổi v.v... để đánh giá toàn trạng của bệnh nhân.

5. Chẩn đoán

Dựa vào kết quả lâm sàng, X quang, tế bào học cần phải xác định:

- Vị trí, kích thước u.
- Tổ chức bị xâm lấn.
- Tế bào ung thư loại nào.
- Xếp loại theo TNM.
- Xếp theo giai đoạn.

6. Điều trị

Tuỳ theo từng bệnh nhân, ở giai đoạn nào, ung thư loại tế bào gì mà lựa chọn các phương pháp thích hợp.

6.1. Phương pháp phẫu thuật:

Là phương pháp điều trị tốt nhất, với nguyên tắc là:

- Phẫu thuật rộng, cắt toàn bộ u và tổ chức lân cận bị xâm lấn.
- Phẫu thuật nạo vét hạch, cắt bỏ hết hạch dưới hàm, hạch dọc cơ ức đòn chũm.
- Phẫu thuật sớm kết quả sống trên 5 năm trên 50%.

6.2. Phương pháp tia xạ

Tia xạ có tác dụng tốt với ung thư tổ chức liên kết và ung thư biểu mô ít biệt hoá, hay tái phát, đối với ung thư biểu mô tia ít tác dụng, thường chỉ áp dụng cho

những bệnh nhân không phẫu thuật được hoặc phẫu thuật không triệt để, có 3 loại tia sau:

- Tia X
- Tia điện từ
- Tia radium

Tia điều trị có thể gây loét da, hoặc tiêu xương, bạch cầu giảm, hồng cầu giảm. Vì vậy điều trị tia phải theo dõi sát và chọn phương pháp điều trị thích hợp.

6.3. Phương pháp hoá trị liệu

- Hoá trị liệu có nhược điểm là gây tổn thương cả tế bào lành. Gây giảm bạch cầu, viêm túi mật, rụng tóc v.v...
- Hoá trị liệu được dùng trong những trường hợp: trước mổ để thu nhỏ u, không phẫu thuật được, phẫu thuật không triệt để, dùng hoá trị liệu có ba đường: uống, động mạch, tĩnh mạch.
- Thuốc thường dùng là:
 - + Cyclophosphamid (Endoxan)
 - + Triethyleamino - benzochinon (Trenion)

6.4. Điều trị miễn dịch

- Nguyên tắc: làm tăng sinh sản tế bào lympho T, tăng khả năng miễn dịch của cơ thể.
- Hoá chất LH₁, Eshlem, vò BCG.

6.5. Phẫu thuật lạnh

- Nguyên tắc dùng nhiệt độ thấp để diệt tế bào ung thư.
- Dùng nitơ lỏng - 196°C.
- Kết quả tốt đối với ung thư da, hoặc ung thư không còn khả năng phẫu thuật.

7. Tiên lượng

Phụ thuộc vào:

- Giai đoạn sớm hay muộn.
- Loại tế bào ung thư.
- Phương pháp điều trị.
- Sức đề kháng của cơ thể.

Đề phát hiện sớm: trước một tổn thương nghi ngờ ác tính cần phải làm ngay các xét nghiệm cần thiết để chẩn đoán.

Trên thế giới ung thư vùng miệng hàm mặt điều trị sống trên 5 năm là 35%.

TEST ĐÁNH GIÁ

Đúng – Sai

- 1 Loại tế bào ung thư nào hay gặp trong ung thư niêm mạc miệng.
 - A. Ung thư tổ chức liên kết
 - B. Ung thư tổ chức biểu mô
 - C. Ung thư tổ chức tạo máu
 - D. Ung thư tế bào gai có hoặc không có cầu sừng.
- 2 Đặc điểm lâm sàng nào điển hình nhất ở ung thư niêm mạc miệng
 - A. Sùi, loét niêm mạc
 - B. Chảy máu + biến dạng xương hàm
 - C. Răng lung lay + chảy máu + nhiễm trùng
- 3 Những dấu hiệu nào xuất hiện sớm trong ung thư niêm mạc
 - A. Vết loét, sùi
 - B. Răng lung lay
 - C. Biến dạng xương hàm
 - D. Hạch dưới hàm
- 4 Vết loét nào khả năng là tổn thương ung thư niêm mạc
 - A. Vết loét trợt
 - B. Vết loét, đáy mềm
 - C. Vết loét + răng lung lay
 - D. Vết loét, đáy cứng, bờ nhám nhở
- 5 Thái độ nào đúng, trước một vết loét nghi ngờ ác tính
 - A. Chấm thuốc
 - B. Kháng sinh
 - C. Chấm thuốc + kháng sinh
 - D. Xét nghiệm tế bào bề mặt
- 6 Những dấu hiệu nào hay gặp trong ung thư niêm mạc miệng
 - A. Răng lung lay
 - B. Biến dạng mặt
 - C. Ngạt tắc mũi
 - D. Loét lợi + răng lung lay

- 7 Dấu hiệu điển hình của ung thư niêm mạc lan ra xoang hàm
- A. Chảy máu mũi
 - B. Ngạt tắc mũi hai bên
 - C. Đau nhức vùng xoang
 - D. Chảy máu mũi + ngạt tắc mũi một bên
- 8 Phương pháp chẩn đoán nào để phát hiện ung thư niêm mạc miệng
- A. Lâm sàng
 - B. Lâm sàng + X quang
 - C. Sinh thiết
 - D. Lâm sàng + sinh thiết + X quang
- 9 Nhóm hạch nào ung thư niêm mạc miệng hay di căn nhất
- A. Hạch sau tai
 - B. Hạch mang tai
 - C. Hạch dưới hàm
 - D. Hạch bờ trước cơ ức đòn chũm
- 10 Cách điều trị đúng nhất với ung thư niêm mạc miệng.
- A. Phẫu thuật
 - B. Tia xạ
 - C. Hoá chất
 - D. Phẫu thuật + nạo vét hạch

CHẤN THƯƠNG VÙNG HÀM MẶT

I. MỤC TIÊU

1. Chẩn đoán sơ bộ chấn thương phần mềm và phần xương vùng hàm mặt.
2. Xử trí sơ và cấp cứu chấn thương vùng hàm mặt.

II. NỘI DUNG GIẢNG DẠY

1. Đặc điểm vùng hàm mặt

- Vùng hàm mặt liên quan rất gần với sọ não, mắt, họng nên chấn thương vùng hàm mặt thường kèm theo tổn thương với các chuyên khoa trên.
- Cơ bám da mặt một đầu bám vào xương, một đầu bám vào da nên vết thương có xu hướng bị toác rộng và mép vết thương bị quắp lại, co kéo làm thay đổi các mốc giải phẫu.
- Mạch máu nuôi dưỡng phong phú, có hốc miệng, mũi, mắt và tai, do đó ít có biến chứng hoại thư sinh hơi và vì thế vết thương vùng hàm mặt có thể khâu đóng kín thì đầu (trước 6 giờ) ngay cả vết thương đến muộn (sau 6 giờ) nếu làm sạch vết thương thật tốt.
- Tuyến nước bọt và ống dẫn nếu bị đứt dễ gây rò nước bọt kéo dài và gây khó chịu cho bệnh nhân.
- Sẹo sau mổ ở mặt dễ bị co kéo làm thay đổi các mốc giải phẫu, ảnh hưởng thẩm mỹ.
- Xương hàm trên là xương cố định liền với khối xương sọ bởi các khớp bất động, là xương xốp, liên quan rất gần với xoang hàm, hốc mũi, hố mắt và nền sọ, ít có cơ đối kháng bám. Khi bị gãy xương này thường gây chảy máu nhiều và di lệch của các đoạn gãy là do trọng lực và lực sang chấn.
- Xương hàm dưới là xương di động nhờ có khớp thái dương hàm và nhiều cơ đối kháng bám (nhóm cơ nâng hàm và nhóm cơ hạ hàm) nên khi bị gãy thường di lệch nhiều.

2. Nguyên tắc chung khi khám và xử trí chấn thương vùng hàm mặt

2.1. Khám xét toàn thân để tránh bỏ sót tổn thương

2.2. Khám tổn thương vùng hàm mặt bằng nhìn, sờ nắn, đối chiếu so sánh để đánh giá thương tổn phần mềm, môi miệng, mũi, mắt và xương hàm.

2.3. Chụp X quang vùng mặt bằng các phim Blondeau, Hirtz, hàm chéo

(Schuller), hàm thẳng (panorama) để phát hiện dị vật, tổn thương xương, khớp thái dương hàm, ngày nay còn chụp CT scan.

2.4. Xử trí cấp cứu các tình trạng đe dọa tính mạng bệnh nhân

2.4.1. Ngạt thở: thường do các nguyên nhân như:

- Dị vật (răng gãy, hàm giả, cục máu đông, dị vật từ bên ngoài...).
- Lưỡi tụt ra sau.
- Phù nề vùng sàn miệng, lưỡi do máu tụ.
- Mất phức hợp móng - lưỡi (trong trường hợp vết thương hoả khí).
- Cần xử trí làm thông đường thở ngay bằng cách hút sạch đường mũi, miệng, lấy bỏ dị vật, khâu kéo lưỡi ra ngoài. Trong trường hợp khó thở do phù nề vùng hạ họng, thanh quản thì phải đặt nội khí quản hoặc mở khí quản.

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

Cầm máu:

- Khâu cầm máu tại chỗ
- Đặt bác mũi trước và bác mũi sau.
- Thất động mạch cảnh ngoài nếu cầm máu tại chỗ không kết quả.

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

Điều trị chống choáng theo nguyên nhân.

2.4.4. Chóng nhiễm trùng: cần dùng huyết thanh phòng uốn ván hoặc giải miễn cảm, kháng sinh phòng và điều trị nhiễm trùng.

2.5. Chuyển bệnh nhân lên tuyến trên để điều trị tiếp, nếu bệnh nhân đang ở tình trạng mất tri giác hoặc đang ở trong tình trạng đe dọa tính mạng thì phải để bệnh nhân trong tư thế sấp mặt hoặc nghiêng đầu trong quá trình vận chuyển. Hút đờm dãi làm thông thoáng đường thở.

2.6. Xử trí tại chỗ: xử trí vết thương vùng hàm mặt nhằm phục hồi chức năng và thẩm mỹ. Do vậy cần cắt lọc tiết kiệm, lấy sạch dị vật, phục hồi đúng các mốc giải phẫu. Nguyên tắc khi đóng vết thương là phải khâu kín từ sâu ra nông, từ niêm mạc ra ngoài da và xử trí phần xương trước khi khâu đóng phần mềm.

3. Chấn thương phần mềm

3.1. Dụng giập

Do các vật đầu tù va chạm, không rách da, gây tụ máu bầm tím dưới da. Loại tổn thương thường là tự khỏi, tuy nhiên để làm nhanh quá trình tan máu và phù nề ta có thể dùng các thuốc phụ như:

- α chymotrypsin, Maxilase và các chế phẩm có steroid và không steroid. Trong trường hợp tụ máu do vỡ các mạch máu nếu khối máu tụ do dần hoặc không tự tiêu được thì phải mổ ổ máu tụ để lấy đi cục máu đông và cầm máu.

3.2. Xây xát

Thường là trợt da, da rớm máu. Nếu vết thương sạch thì rửa bằng nước oxy già, thuốc tím và bôi mỡ kháng sinh. Nếu vết thương xây xát có nhiều dị vật bám đặc biệt là dị vật có chất màu như than đá thì phải tẩy sạch và lấy bỏ dị vật dưới gây tê hoặc gây mê. Chải sạch vết thương bằng bàn chải với xà phòng trung tính, dùng thìa nạo lấy bỏ dị vật, dùng bơm tiêm to xối sạch vào vết thương nhằm loại bỏ các dị vật nằm ở sâu. Vì nếu không lấy bỏ hết dị vật, khi vết thương lành, sẽ để lại các mảng và chấm sắc tố lan vào toàn bộ chiều dày của da, ảnh hưởng rất lớn về thẩm mỹ.

3.3. Vết thương rách

- *Vết thương nông*: rửa sạch bằng oxy già 5 thể tích hoặc thuốc tím 1/5000, lấy bỏ dị vật, dùng dao tách hai mép vết thương và khâu kín.
- *Vết thương thấu miệng*:
 - + Tẩy rửa hốc miệng, lấy dị vật.
 - + Khâu đóng kín niêm mạc trước, rửa sạch vết thương bằng oxy già, khâu đóng cơ rồi khâu đóng da.

3.4. Vết thương thiếu rộng tổ chức

- Mất rộng tổ chức má - môi thì thực hiện khâu viền mép vết thương bằng cách khâu cặp niêm mạc với da.
- Khuyết da rộng không kéo mép vết thương để khâu được, cơ kéo ảnh hưởng đến thẩm mỹ thì phải sử dụng các vật da quay tại chỗ có chân nuôi tạo hình chữ Z hoặc ghép da tự do.

4. Gãy xương hàm trên

4.1. Phân loại

Gãy một phần:

- Gãy xương ổ răng
- Gãy ngành lên xương hàm trên.
- Gãy bờ dưới ổ mắt.

Gãy toàn bộ:

Gãy dọc: gãy tách rời hai xương hàm trên.

Gãy ngang: phân loại theo Lefort.

- *Leford I*: đường gãy dưới hốc mũi đi qua hai bên, ngang mức cuống các răng hàm trên qua lỗ củ xương hàm trên và 1/3 dưới chân bướm.
- *Leford II*: đường gãy qua giữa xương chính mũi, qua thành trước xương hàm trên (dưới lỗ dưới ổ mắt) dưới xương gò má qua lỗ củ xương hàm trên và 1/3 giữa chân bướm.
- *Leford III*: gãy tách rời sọ mặt, gồm các đường gãy sau:
 - Gãy qua chỗ nối xương chính mũi và xương trán.
 - Gãy qua thành trong ổ mắt, xương lệ, xương giấy tới khe bướm và 1/3 trên chân bướm.
 - Gãy qua vách ngoài ổ mắt (chỗ nối xương trán và xương gò má) cung tiếp gò má.
 - Gãy 1/3 trên xương lá mía.

4.2. Lâm sàng

Triệu chứng toàn thân: bệnh nhân có thể bị choáng nhẹ hoặc nặng tùy thuộc vào tổn thương sọ não kèm theo.

Triệu chứng tại chỗ:

- *Gãy Leford I*: Bầm tím môi trên và ngách lợi, khớp cắn sai, há miệng hạn chế. Đau khi ấn dọc từ gai mũi trước đến lỗ củ xương hàm trên. Dùng ngón tay trở và ngón cái cầm phía trong và ngoài các răng cửa hàm trên hoặc đẩy nhẹ thấy khối xương di động rõ ràng.
- *Gãy Leford II*:
 - Mặt sưng nề, tụ máu màng tiếp hợp, tụ máu ổ mắt hai bên, chảy máu tươi qua mũi (do máu từ trong xoang hàm chảy ra).
 - Khớp cắn sai.
 - Có dấu hiệu di động bất thường của hàm trên qua tầng giữa xương hàm trên.
- *Gãy Leford III*: thường có choáng nặng.
 - Mặt phù nề to, bầm tím ổ mắt hai bên (dấu hiệu đeo kính dâm), tụ máu màng tiếp hợp, song thị.
 - Có thể sờ thấy các đầu xương di lệch.
 - Khớp cắn sai, tầng giữa mặt bị đẩy tụt ra sau và xuống dưới.

4.3. Xquang

Chụp các phim Blondeau, mặt nghiêng, Hirtz, Waters để phát hiện các đường gãy và mức độ di lệch.

4.4. Điều trị

- *Cấp cứu*: như nguyên tắc chung đã nói trên.
- *Điều trị thực thụ*:

- Nếu gãy xương hàm trên có tổn thương sọ não kèm theo thì xử trí gãy xương hàm trên khi tổn thương sọ não đã ổn định.
- *Nếu gãy xương ở răng*: buộc cố định bằng chỉ thép, màng nhựa...
- Nếu gãy toàn bộ: nắn, cố định xương hàm trên đúng khớp cắn bằng cách treo xương hàm trên với cung tiếp hoặc mấu ngoài xương trán và cố định hai hàm bằng cung Tigerstedt có móc kéo bằng các vòng cao su. Không được cố định hai hàm khi bệnh nhân đang hôn mê, chảy máu trong miệng, lúc vận chuyển bệnh nhân theo đường máy bay hoặc đường biển.

TEST ĐÁNH GIÁ

Đúng – Sai

- 1 Vết thương phần mềm vùng hàm mặt có thể đóng kín được
- 2 Khó thở do phù nề vùng hạ họng thanh quản giải quyết bằng cách lấy bỏ dị vật, khâu kéo lướri da ngoài mà không cần đặt nội khí quản hoặc mở khí quản.
- 3 Cần phải cầm máu tại chỗ trước khi thắt động mạch cảnh ngoài.
- 4 Không cần xử trí gì vết thương ở mặt chỉ là xây xát.
- 5 Khâu vết thương ở mặt theo nguyên tắc là khâu từ sâu ra nông, từ niêm mạc ra ngoài da.
- 6 Gãy Lefort I hay còn gọi là gãy tách rời sọ mặt.
- 7 Cần cố định hai hàm trước khi chuyển bệnh nhân lên tuyến trên đặc biệt là bệnh nhân đang bị hôn mê.
- 8 Cần chụp phim Blondeau, Hirtz để chẩn đoán gãy xương hàm dưới.
- 9 Bầm tím ở mắt và song thị là triệu chứng của gãy Lefort I.
- 10 Nắn xương gãy đúng khớp cắn và cố định bằng cách treo lên xương sọ trong gãy xương hàm trên.

VIÊM NHIỄM THÔNG THƯỜNG VÙNG HÀM MẶT

I. MỤC TIÊU

1. Biết nguyên nhân gây viêm nhiễm vùng hàm mặt.
2. Chẩn đoán và xử trí áp xe vùng má và vùng cơ cắn.
3. Chẩn đoán sớm và hướng điều trị một bệnh nhân bị viêm tấy toả lan vùng sàn miệng.

II. NỘI DUNG

1. Nguyên nhân gây viêm nhiễm vùng hàm mặt

1.1. Viêm nhiễm vùng hàm mặt nguyên nhân do răng

Biến chứng của sâu răng: sâu răng không được điều trị sẽ dẫn đến viêm tuỷ răng và gây hoại tử. Môi trường tuỷ hoại tử là điều kiện thuận lợi để vi khuẩn kỵ khí và ưa khí phát triển. Nguồn nhiễm trùng này sẽ lan qua lỗ cuống răng để gây viêm xương hàm và viêm nhiễm phần mềm.

Viêm quanh răng: vi khuẩn từ mũ túi lợi quanh răng sẽ lan qua xương ổ răng để gây viêm nhiễm phần mềm.

Biến chứng mọc răng: trong thời kỳ mọc răng có sự xáo trộn của xương hàm, và tiêu chân răng sữa, chuẩn bị mọc răng vĩnh viễn do đó có nhiều khe kẽ để vi khuẩn xâm nhập vào xương gây viêm xương. Đặc biệt khi mọc răng khôn nhất là răng khôn hàm dưới, do đặc điểm là răng mọc phía sau cùng của xương hàm và là răng mọc chậm nhất (lúc 18 - 20 tuổi) do đó răng này dễ bị mọc lệch, lợi trùm hoặc ngâm trong xương hàm nên dễ gây nhiễm trùng.

1.2. Viêm nhiễm vùng hàm mặt nguyên nhân không do răng

- *Nhiễm khuẩn máu:* nhiễm khuẩn qua đường máu và khu trú ở xương hàm đặc biệt là xương hàm trên và gây cốt tuỷ viêm.
- Nhiễm khuẩn từ các khối u lành và ác tính trong xương hàm.
- *Gãy xương hàm hở.*
- Chấn thương phần mềm và xương vùng hàm, mặt.
- *Tai biến do nhổ răng:* nhổ sót chân răng, giập nát tổ chức nhiều, thủ thuật không được vô trùng.

2. Áp xe vùng má

Vùng má được giới hạn bởi: phía trước là rãnh mũi - má và môi má, phía sau là bờ dưới ổ mắt và phía dưới là bờ dưới xương hàm dưới.

2.1. Nguyên nhân

Hay gặp là nhiễm trùng từ các răng hàm nhỏ của hàm trên và hàm dưới, ngoài ra cũng có thể gặp áp xe di cư mà nguyên nhân từ răng khôn hàm dưới (mủ từ túi viêm quanh thân răng khôn đi dọc gờ chéo ngoài của xương hàm dưới và tụ lại ở cơ mút gây áp xe vùng má).

2.2. Lâm sàng

Triệu chứng: toàn thân bệnh nhân mệt mỏi, sốt cao 38 - 39°C, có phản ứng viêm hạch dưới hàm. Tại chỗ: những ngày đầu thấy sưng nóng, đỏ, đau vùng má, rãnh tự nhiên bị xoá. Khi viêm đã tụ mủ thì bệnh nhân đỡ đau.

Khám trong miệng thấy: niêm mạc má phồng đỏ. Có thể thấy rằng nguyên nhân là một răng hàm nhỏ bị viêm quanh cuống hoặc răng khôn đang mọc có viêm quanh thân răng. Khi mủ đã tụ, sờ thấy có dấu hiệu chuyển sóng bằng cách dùng ngón tay trỏ và ngón cái để phía trong miệng và ngoài da bóp để tìm dấu hiệu này.

2.3. Điều trị

Những ngày đầu cho kháng sinh toàn thân, giảm đau, chống viêm. Nếu có điều kiện thì mở tháo trống tụ răng nguyên nhân.

Khi chọc dò có mủ thì chích dẫn lưu áp xe. Tốt hơn hết là dẫn lưu áp xe qua đường trong miệng: rạch niêm mạc má trên chỗ phồng nhất song song với cung răng. Sau đó dùng kẹp Kocher chọc vào ổ mủ ban rộng để tháo mủ. Tùy thuộc răng nguyên nhân có thể bảo tồn được hay không mà quyết định nhổ bỏ hoặc để lại. Nếu để lại răng nguyên nhân thì phải giữ điều trị răng như một răng bị viêm quanh cuống.

3. Áp xe vùng cơ cắn

Vùng cơ cắn được giới hạn bởi: phía trước là vùng má, phía sau là vùng mang tai, phía trên là bờ dưới cung tiếp - gò má, phía dưới là góc hàm và bờ dưới xương hàm dưới.

3.1. Nguyên nhân

Hầu hết do biến chứng từ răng khôn, đặc biệt là biến chứng do mọc răng khôn.

3.2. Lâm sàng

- *Triệu chứng:* toàn thân: bệnh nhân sốt cao, ăn uống khó, mệt mỏi, đau nhức, mất ngủ. Tại chỗ: sưng, nóng, đỏ, đau vùng cơ cắn. Sưng có thể lan ra vùng mang tai, má, dưới hàm.

- *Khám trong miệng*: thấy há miệng hạn chế hoặc khít hàm hoàn toàn. Niêm mạc bờ trước cành cao xương hàm dưới phồng, sờ đau. Có thể thấy răng nguyên nhân là răng hàm lớn hàm dưới bị viêm quanh cuống hoặc răng khôn hàm dưới đang mọc bị viêm quanh thân răng, mọc lệch hoặc ngầm.
- Cần chụp phim hàm thẳng hoặc hàm chéo để tìm răng nguyên nhân.
- Khi viêm đã tự khỏi, thường là ngày thứ 7 - 10 các triệu chứng toàn thân và tại chỗ dịu đi, lúc này sẽ có thể thấy dấu hiệu chuyển sống và chọc dò có mủ.

3.3. Điều trị

- Chống nhiễm trùng: cho kháng sinh liều cao, chống viêm.
- Chích rạch dẫn lưu áp xe: có thể đi vào ổ áp xe theo 2 đường.
 - + Đường trong miệng: (khi áp xe nằm ở bó sâu cơ cắn) rạch niêm mạc dọc bờ trước cành cao xương hàm dưới, dùng kẹp Kocher luồn mặt ngoài cành cao và mặt trong cơ cắn để vào ổ áp xe.
 - + Đường ngoài miệng: rạch da song song và cách bờ dưới xương hàm dưới 2cm. Dùng kẹp Kocher luồn mặt ngoài cành cao xương hàm dưới để vào ổ mủ, tháo rộng.
- Nhổ bỏ răng nguyên nhân.

4. Viêm tấy toả lan vùng sàn miệng (angine de ludwig)

Đây là viêm hoại tử lan rộng, không có giới hạn ở vùng sàn miệng. Nhiễm khuẩn gồm hai loại ưa khí và kỵ khí phối hợp do đó tình trạng toàn thân rất nặng và tiên lượng xấu. Hầu hết các nhiễm khuẩn từ các chân răng hàm lớn hàm dưới lan qua xương hàm vào vùng sàn miệng.

4.1. Lâm sàng

Triệu chứng toàn thân:

- Bệnh nhân trong những ngày đầu sốt rất cao 39 - 40°C sau đó xuất hiện tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc nặng. Mạch nhiệt độ có thể phân ly; bệnh nhân thao cuồng, vật vã khó thở, khó nuốt.
- Các xét nghiệm cho thấy bạch cầu tăng cao đặc biệt là đa nhân trung tính, urê máu tăng, đường máu tăng, tốc độ máu lắng tăng cao, có thể có albumin niệu và đường niệu. Cây máu có thể dương tính.

Triệu chứng tại chỗ:

- Sưng to vùng dưới hàm sàn miệng một bên sau đó lan nhanh sang bên đối diện. Mặt hình quả lê, da đỏ, căng, chắc. Sờ có thể thấy dấu hiệu lạo xạo hơi dưới da (do hoại thư sinh hơi).
- Trong miệng: miệng ở tư thế nửa há (há không được to, ngậm không được kín), lưỡi bị đẩy gồ lên cao và tụt ra sau gây khó thở, khó nuốt và khó nói. Nước bọt chảy nhiều, mùi hôi thối. Trong miệng có thể thấy răng

nguyên nhân hay gặp là răng hàm lớn hàm dưới bị chết tuỷ, viêm quanh cuống. Vùng sưng có thể lan rộng xuống cổ, ngực, lên vùng cơ cổ, mang tai, thái dương.

4.2. Tiên lượng

Rất nặng, bệnh nhân có thể tử vong do khó thở cấp, nhiễm trùng máu, áp xe não, viêm tắc tĩnh mạch xoang hang hoặc viêm trung thất.

4.3. Điều trị

Toàn thân:

- Chống nhiễm trùng: dùng kháng sinh liều cao, phối hợp giữa nhóm β - lactamin và nhóm aminosid có thể cho thêm metronidazol (Flagyl, Klion).
- Chống viêm: nhóm steroid hoặc các men như Maxilase.
- Chống trụy mạch: dịch truyền.
- Chống ngạt thở bằng đặt nội khí quản hoặc mở khí quản.

Tại chỗ:

- Rạch dẫn lưu rộng, càng sớm càng tốt, rạch da từ góc hàm bên này sang bên kia kiểu móng ngựa. Làm thông thương giữa các vùng với nhau. Bơm rửa sạch bằng oxy già 5 - 10 thể tích.
- Đặt dẫn lưu to qua đường rạch và bơm rửa nhiều lần trong ngày bằng huyết thanh mặn đẳng trương, oxy già hoặc dung dịch Dakin.
- Nhổ răng nguyên nhân.

Phát hiện và điều trị sớm các biến chứng như: viêm trung thất, viêm tắc tĩnh mạch xoang hang...

III. PHƯƠNG PHÁP GIẢNG DẠY

1. Ảnh minh họa
2. Overhead
3. Sinh viên có bài trước.

TEST ĐÁNH GIÁ

Đúng – Sai

- 1 Viêm quanh cuống răng là nguyên nhân gây viêm nhiễm vùng hàm mặt.
- 2 Thời kỳ khớp răng hỗn hợp dễ gây viêm nhiễm vùng hàm mặt nhất.
- 3 Răng khôn hàm dưới ít gây biến chứng viêm nhiễm vùng hàm mặt.
- 4 Áp xe vùng má chỉ cần điều trị kháng sinh là đủ.
- 5 Áp xe vùng má trên rạch dẫn lưu đường ngoài miệng.
- 6 Khi áp xe vùng cơ cắn không thấy dấu hiệu há miệng hạn chế.
- 7 Dẫn lưu áp xe vùng cơ cắn cần rạch ngay trên vùng cơ cắn.
- 8 Không thấy dấu hiệu nhiễm trùng, nhiễm độc trong viêm tấy toả lan vùng sàn miệng.
- 9 Tác thờ là nguyên nhân gây tử vong của viêm tấy toả lan vùng sàn miệng.
- 10 Dẫn lưu viêm tấy toả lan vùng sàn miệng chờ đến khi viêm tự mủ.

CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG BAN ĐẦU

I. MỤC TIÊU

1. Hướng dẫn được các biện pháp phòng bệnh răng miệng.
2. Chẩn đoán được các bệnh răng miệng thông thường.
3. Phát hiện sớm các trường hợp ung thư vùng miệng để gửi chuyển khoa.
4. Xử trí được kỳ đầu các trường hợp cấp cứu.
5. Biết thực hiện công tác chăm sóc răng miệng ban đầu ở tuyến mình.
6. Phối hợp tổ chức được các công tác chăm sóc răng miệng ban đầu ở địa phương.

II. NỘI DUNG

1. Những vấn đề cơ bản

1.1. Định nghĩa

Chăm sóc răng miệng là những hoạt động để giúp đỡ, giữ gìn, tái lập sức khỏe răng miệng cho một cộng đồng.

1.2. Nội dung

Bao gồm 3 hoạt động

Giáo dục nha khoa: là những thông tin cho cá nhân, tập thể biết vai trò của sức khoẻ toàn thân, những biện pháp giữ gìn vệ sinh răng miệng, các cách để phòng các bệnh răng miệng, nhằm động viên các cá thể và tập thể thực hiện và biến nó thành thói quen.

Hoạt động phòng bệnh: nhằm hướng dẫn các biện pháp để ngăn chặn sự xuất hiện và phát triển của các bệnh răng miệng.

Hoạt động điều trị: nhằm mục đích phát hiện sớm bệnh răng miệng, ngăn ngừa bệnh nặng lên, sửa chữa tổn thương do bệnh gây ra, lập lại hiệu quả chức năng của hệ thống răng miệng.

1.3. Mục tiêu

Phòng bệnh răng miệng.

Phòng bệnh vùng quanh răng.

Phòng bệnh ung thư vùng miệng.

1.4. Mạng lưới làm công tác chăm sóc răng miệng ban đầu tuyến cơ sở

Tuyến cơ sở:

Phòng nha khoa tại trường học

Phòng khám đa khoa khu vực

Y tế tuyến xã

Y tế cơ quan

Tuyến chỉ đạo:

Tuyến huyện, tỉnh, trung ương làm để rút kinh nghiệm chỉ đạo, giám sát tổng kết.

1.5. Mục tiêu năm 2000

- 1990 - 1995: 15% học sinh phổ thông cơ sở (PTCS) (khoảng 2 triệu học sinh) được chăm sóc răng miệng ban đầu.
- Giảm tỉ lệ sâu răng xuống 30%.
- Giảm tỉ lệ viêm lợi xuống 40%.
- Năm 2000: 80% học sinh PTCS được chăm sóc răng miệng là chỉ tiêu lý tưởng nhất và tốt đẹp nhất.

2. Giáo dục nha khoa

Các nội dung giáo dục cho cá nhân:

- Giáo dục chải răng.
- Giáo dục cách dùng chỉ tơ nha khoa.
- Giáo dục cách tự kiểm tra và chủ động khám kiểm tra.

Các nội dung giáo dục cho tập thể.

- Tránh ăn nhiều đường, ăn vặt, ăn đường trước khi đi ngủ.
- Không nghiện ăn trầu, hút thuốc lá, nghiện rượu.
- Chải răng ít nhất ngày một lần trước khi đi ngủ.
- Ủng hộ việc fluor hoá nước uống.
- Tự kiểm tra răng hàng ngày, kiểm tra răng miệng 6 tháng một lần.
- Lấy cao răng 6 tháng một lần.

Hình thức giáo dục:

- Tổ chức những chiến dịch vận động sức khoẻ răng miệng.
- Giáo dục tại các trường phổ thông cơ sở.
- Giáo dục tại phòng khám sản.

Trước và sau khi đẻ:

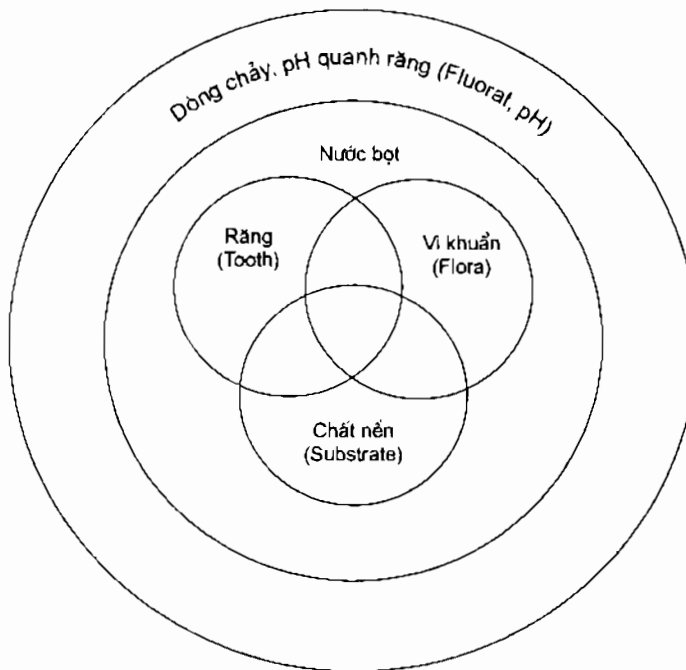
- Hướng dẫn chế độ ăn cho sản phụ trước và sau khi đẻ
- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng cho sản phụ
- Hướng dẫn chế độ ăn cho trẻ sơ sinh.
- Hướng dẫn cách vệ sinh răng miệng cho trẻ sơ sinh, cho bà mẹ.
- Phát hiện những bất thường về răng miệng.

3. Các biện pháp phòng bệnh răng miệng

3.1. Các biện pháp phòng bệnh sâu răng

Sâu răng là một bệnh rất phổ biến trong xã hội nó được coi là tai hoạ thứ ba của loài người, sau các bệnh ung thư và tim mạch.

Gần đây khoa học đã giải thích được nguyên nhân và cơ chế bệnh sâu răng như sau:



Sơ đồ White: căn nguyên của sâu răng

Răng: hình thái, dinh dưỡng, các vi tố, mức độ khoáng hoá.

Vi khuẩn: chủ yếu là *Streptococcus mutans*

Chất nền: vệ sinh răng miệng, sử dụng thuốc.

pH: vùng trao đổi quanh răng, pH: 4,5 – 5 gây tổn thương bề mặt.

Nước bọt: khả năng trung hoà đệm của nước bọt chống sâu răng.

Dựa trên cơ sở đã nắm được nguyên nhân và cơ chế sinh bệnh sinh sâu răng, khoa học đã tìm ra được các biện pháp phòng bệnh sâu răng dựa trên 3 hướng sau:

3.1.1. Giảm mảng bám vi khuẩn

- Phương pháp cơ học: chải răng đúng lúc, đúng cách, dùng chỉ tơ nha khoa để làm sạch kẽ răng.
- Phương pháp hoá học: súc miệng bằng dung dịch kháng sinh clorhexidin 1%.
- Phương pháp sinh học: dùng vaccin phòng sâu răng:

3.1.2. Tăng cường sức đề kháng của răng

Sử dụng thuốc có tác dụng:

- Tăng cường sức đề kháng của men răng
- Kháng khuẩn, nồng độ cao có tác dụng diệt khuẩn.

Các cách sử dụng thuốc:

- *Dùng thuốc toàn thân* có tác dụng đối với cả răng đang hình thành và răng đã mọc. Bốn cách chính để cung cấp thuốc toàn thân:

(1) Thuốc hoá nước cộng đồng

Điều chỉnh nồng độ thuốc đến tối ưu cho sức khoẻ của răng: nhà máy nước Thủ Đức thành phố Hồ Chí Minh điều chỉnh nồng độ thuốc là $0,7 \pm 0,1$ ppm (bắt đầu năm 1991) sau 3 năm giảm tỉ lệ SR ở trẻ 12 tuổi là 30%.

Các ưu điểm của biện pháp:

- Rẻ tiền, hữu hiệu và công bằng nhất đối với một nhóm người rộng lớn.
- An toàn.
- Không đòi hỏi sự hợp tác của người sử dụng.
- Lợi ích của thuốc hoá nước uống sẽ kéo dài suốt đời nếu dùng liên tục.
- Giảm phí tổn chữa răng.
- Giảm tỉ lệ sâu răng.

(2) Thuốc hoá nước ở trường học: dùng ở những vùng không có hệ thống nước máy.

(3) Dùng thuốc để bổ sung cho chế độ ăn hàng ngày. Dùng cho những vùng có nồng độ thuốc trong nước thấp. Dùng cho trẻ từ 0 đến 16 tuổi.

(4) Thuốc hoá muối ăn:

- Các biện pháp dùng thuốc tại chỗ bôi trực tiếp thuốc lên răng đã mọc có các cách sau:
 - Dùng kem đánh răng có thuốc.
 - Súc miệng bằng dung dịch thuốc natri 2% tuần một lần.

- Dùng các dung dịch đánh răng có thuốc.

Thay đổi hoặc kiểm soát các thói quen ăn uống:

- Hướng dẫn chế độ dinh dưỡng cân bằng và hợp lý.
- Hướng dẫn sử dụng đường đúng lúc, tránh ăn vặt ăn đường trước khi đi ngủ.
- Khuyến khích giảm dùng thức ăn có đường.

3.1.3. *Trám bít các hố rãnh*: là biện pháp tốt nhất để phòng sâu răng ở các hố rãnh, làm ngừng sâu răng chớm phát triển hay các tổn thương nhỏ ở các hố rãnh của răng.

3.2. Các biện pháp phòng bệnh vùng quanh răng

Nguyên nhân gây bệnh vùng quanh răng:

- Nguyên nhân chính:
 - Vi khuẩn ở mảng bám răng.
 - Yếu tố miễn dịch.
- Nguyên nhân phụ: yếu tố sang chấn.

Các biện pháp phòng bệnh:

- Giảm mảng bám vi khuẩn bằng các cách:
 - + Lấy sạch cao răng.
 - + Đánh răng đúng phương pháp, đúng lúc và dùng chỉ tơ nha làm sạch kẽ răng.
 - + Làm mất các bẫy mảng bám răng (các lỗ sâu mặt bên hàn sai, cầu chụp răng sai qui cách v.v...).
- Sửa chữa và làm giảm các yếu tố sang chấn.
- Nhổ hoặc cố định các răng lung lay.

3.3. Phòng các bệnh ung thư vùng miệng

Đặc điểm của ung thư vùng miệng:

- Chiếm tỉ lệ cao trong các loại ung thư.
- Tổn thương ung thư vùng miệng khu trú ở những vùng dễ khám dễ phát hiện, nếu được chú ý. Nếu phát hiện sớm điều trị sớm có thể khỏi với tỉ lệ cao.
- Ung thư vùng miệng khu trú ở những vùng có nhiều mạch máu, bạch mạch nên di căn sớm.
- Ung thư vùng miệng thường gặp ở những người tuổi từ trung niên trở lên, những người nghiện thuốc lá.

Các biện pháp phòng ung thư vùng miệng:

Tuyên truyền giáo dục: dùng thông tin đại chúng phổ biến cho nhân dân những hiểu biết thông thường về ung thư vùng miệng, giải thích tác hại của thuốc

lá, rượu đối với ung thư vùng miệng. Hướng dẫn các biện pháp tự kiểm tra vùng miệng thường xuyên.

Các biện pháp phát hiện sớm những tổn thương nghi ngờ ung thư và tổn thương ung thư giai đoạn đầu:

Để phát hiện sớm các tổn thương ung thư vùng miệng cần phổ biến cho các cán bộ làm công tác chuyên khoa RHM ở tuyến cơ sở các kinh nghiệm khám, phát hiện về mặt lâm sàng các tổn thương ung thư giai đoạn đầu.

Cần đào tạo và tổ chức thực hiện những biện pháp phát hiện tổn thương ung thư đơn giản và hiệu quả ở các phòng khám cơ sở.

Phát hiện bằng cách nhuộm tế bào.

- Dùng xanh toluidin 1%
- Kỹ thuật: 3 bước như sau:
 - + Lau rửa sạch tổn thương bằng acid acetic 1% hoặc súc miệng bằng nước sạch.
 - + Bôi dung dịch xanh toluidin 1% trong thời gian 10 giây đến 1 phút.
 - + Súc miệng kỹ bằng nước sạch hoặc rửa kỹ bề mặt tổn thương bằng acid acetic 1%.
- Quan sát tính bắt màu xanh sẫm là dương tính.
- Tổn thương bắt màu xanh nhạt hoặc không bắt màu là âm tính.

Phát hiện bằng phương pháp tế bào học là phương pháp đơn giản, vô hại, có thể thực hiện được ở các phòng khám và cho hướng chẩn đoán nhanh.

Kỹ thuật: Dùng cây hàn thìa hoặc cây đẽ lưỡi bằng gỗ, nạo trên tổn thương nghi ngờ ung thư, phết lên lam kính sạch, rải mỏng, cố định bằng cách để khô hoặc bằng cồn rồi gửi labô tổ chức học để đọc kết quả.

4. Hoạt động điều trị

- Quản lý tình trạng sức khoẻ răng miệng.
- Khám định kỳ.
- Sơ cứu kỳ đầu các trường hợp cấp cứu.
- Lấy cao răng, nhổ răng lung lay.
- Điều trị răng sâu ngà.

5. Nội dung hoạt động chăm sóc răng miệng ban đầu ở các tuyến xã, nha học đường, phòng khám đa khoa

Hoạt động ở cơ sở nha học đường

Giáo dục nha khoa

- Mẫu giáo: hướng dẫn chải răng.
- Phổ thông cơ sở: đưa vào chương trình chính khoá các bài giảng hướng dẫn và phòng bệnh răng miệng và giáo dục ý thức tự giác chăm sóc răng miệng.

Phòng bệnh:

- Chải răng sau bữa ăn tại trường phổ thông cơ sở.
- Súc miệng phòng sâu răng bằng dung dịch NF 2%o tuần một lần.
- Trám bít các hố rãnh ở răng.

Điều trị:

- Khám định kỳ, phát hiện sớm, điều trị đều đặn cho học sinh.
- Nhổ răng sữa đến tuổi thay, lấy cao răng, điều trị răng chớm sâu.

Hoạt động tại tuyến xã

- Chăm sóc răng miệng cho trẻ em tại trường.
- Giáo dục nha khoa cho nhân dân trong xã.
- Phòng bệnh vùng quanh răng.
- Sơ cứu kỳ đầu.
- Lấy cao răng, nhổ răng lung lay.

Hoạt động tại phòng khám đa khoa khu vực

- Quản lý tình hình bệnh răng miệng cho nhân dân trong vùng.
- Chỉ đạo và phối với y tế xã kiểm tra, hướng dẫn thực hiện công tác nha học đường tại khu vực.
- Thực hiện chương trình phòng bệnh vùng quanh răng.
- Thực hiện công tác điều trị chủ động.
- Xử lý kỳ đầu các trường hợp cấp cứu.
- Khám chữa các bệnh răng miệng thông thường.
- Phát hiện sớm các tổn thương nghi ngờ ung thư.
- Đánh giá hiệu quả, bồi dưỡng cán bộ của phòng khám kèm công tác chăm sóc răng miệng ban đầu.

Hoạt động của tuyến huyện, tỉnh

- Chỉ đạo hướng dẫn, giúp đỡ tuyến dưới thực hiện công tác chăm sóc răng miệng ban đầu.
- Thực hiện thí điểm để rút kinh nghiệm chỉ đạo toàn huyện, tỉnh.
- Tổng kết, đánh giá hiệu quả của công tác chăm sóc răng miệng ban đầu, bồi dưỡng, đào tạo cán bộ.

III. PHƯƠNG PHÁP GIẢNG DẠY

- Phương pháp cổ điển có sử dụng tranh ảnh
- Overhead.
- Có sử dụng tài liệu để đọc trước.

TEST ĐÁNH GIÁ

Đúng – Sai

- 1 Chăm sóc răng miệng ban đầu (CSRMBĐ) là việc làm của các trung tâm y tế đầu ngành.
- 2 CSRMBĐ chủ yếu là điều trị các bệnh răng miệng.
- 3 Để phòng bệnh sâu răng không nên dùng các thức ăn có đường.
- 4 Dùng các loại hoa quả ngọt dễ gây sâu răng.
- 5 Mỗi ngày nên đánh răng một lần và đánh vào buổi sáng.
- 6 Súc miệng bằng dung dịch Naf 5% tuần một lần để phòng sâu răng.
- 7 Dùng vaccin phòng sâu răng hiện nay là biện pháp tốt nhất.
- 8 Để giảm tỉ lệ mắc bệnh sâu răng cho nhân dân chỉ cần áp dụng các biện pháp phòng bệnh cho trẻ dưới 12 tuổi.
- 9 Thuốc chỉ có tác dụng phòng sâu răng cho các răng chưa mọc.
- 10 Khám răng định kỳ mỗi tháng một lần là việc cần thiết cho mọi lứa tuổi.
- 11 Nhổ răng sữa đúng lúc là một trong các biện pháp phòng bệnh
- 12 Dùng thuốc đánh răng có thuốc có tác dụng phòng sâu răng nhưng lại làm đổi màu răng.
- 13 Nên dùng các bàn chải đánh răng thật mềm để không làm mòn men răng.
- 14 Thuốc lá là yếu tố có thể gây ung thư vùng miệng.
- 15 Ung thư vùng miệng là bệnh có thể phòng được.

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

BÀI GIẢNG RĂNG HÀM MẶT

Chịu trách nhiệm xuất bản

HOÀNG TRỌNG QUANG

Biên tập: BS. HẢI YẾN

Sửa bản in: BS. HẢI YẾN

Trình bày bìa: CHU HÙNG

Kt vi tính: HUỆ CHI

In 1000 cuốn, khổ 19 x 27cm tại Xưởng in Nhà xuất bản Y học.
Số đăng ký kế hoạch xuất bản: 23 - 2006/CXB/33 - 271/YH
In xong và nộp lưu chiểu quý II năm 2006.

Tìm đọc

❖ *Nang và u lành tính vùng miệng - hàm - mặt*

❖ *U ác tính vùng miệng - hàm - mặt*

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

Địa chỉ: 352 Đội Cấn - Ba Đình - Hà Nội

Tel: 04.7625922 - 7625934 - 7.627819 - Fax: 04.7625923

E-mail: Xuatbanyhoc@fpt.vn

Website: www.cimsi.org.vn/nhaxuatbanyhoc

GIÁ: 14.000Đ



Y017 211