

# **CHUYÊN KHOA RĂNG HÀM MẶT**

**BS. Nguyễn Khắc Tuấn**

# GÃY XƯƠNG GÒ MÁ- CUNG TIẾP

## I. PHÂN LOẠI :

Theo Knight-North chia làm 6 nhóm :

1. Gãy xương không di lệch
2. Gãy cung tiếp
3. Gãy thân XGM không bị xoay
4. Gãy thân XGM xoay vào trong
5. Gãy thân XGM xoay ra ngoài
6. Gãy nhiều đường

## II. LÂM SÀNG:

### 1. Triệu chứng :

- Gãy XGM có di lệch làm biến dạng mắt
- Sờ đường gãy hình bậc thang, tiếng lạo xạo
- Đau nhói khi ấn vào điểm gãy
- Tụ máu kết mạc, tụ máu quanh mắt

### 2. Ảnh hưởng chức năng :

- Khít hàm
- Khớp cắn sai khi có phối hợp gãy xương hàm trên, hàm dưới
- Thi giác: Vỡ XGM có thể kèm vỡ sàn ổ mắt, rách bao quanh ổ mắt, kẹt cơ thẳng

và chéo dưới gây hậu quả :

- Rối loạn vận động nhãn cầu
- Lõm mắt
- Song thị
- Sa góc mắt sau chấn thương
- Dây V<sub>2</sub> có thể bị tổn thương làm mất hoặc giảm cảm giác vùng má, vùng bên cánh mũi , môi trên , tê các R hàm trên, có thể hẹp ổ mắt hoặc sàn ổ mắt.
- Xoang hàm :có thể vỡ thành trước xoang, rách nm xoang, viêm xoang sau chấn thương do nhiễm trùng máu tụ .

### 3. Ảnh hưởng thẩm mỹ :

- Mất cân xứng của mặt
- Lõm mắt

## III. CẬN LÂM SÀNG:

XQUANG : Blondeau, Hirtz, Waters, CT-Scan

## IV. ĐIỀU TRỊ

### 1. Nguyên tắc điều trị :

- Điều trị bảo tồn : Chỉ định bn gãy không di lệch
- Nắn chỉnh xương gãy : Cas gãy ít di lệch dung móc limberg và Spatule nắn chỉnh xương gãy

- Nắn chỉnh xương gãy và gạc tẩm thuốc : Chỉ định ở bn trong sơ cứu gãy XGM-CT nhằm mục đích cầm máu.
- Nắn chỉnh xương gãy và cố định bằng chỉ thép, miniplate : Chỉ định ở bệnh nhân gãy di lệch nhiều, gãy nhiều mảnh.
- Nắn chỉnh cố định bằng xuyên đinh kischer : Cas gãy XGM khối

## 2. Đường mổ :

- Gãy hở : Thực hiện qua đường rách da từ trước
- Gãy kín :
  - Gãy bờ dưới ổ mắt :
    - Đường sát mi dưới : Sub ciliary
    - Đường bờ dưới ổ mắt : Low infraorbital
  - Gãy bờ ngoài ổ mắt :
    - Rạch theo đuôi lông mày :Lateral eyebrow
    - Rạch theo nếp mi trên : Upperey lid incision
    - Rạch theo nếp chân chim đuôi mắt : Crow's foot
  - Gãy cung gò má : Đường vào ngay trên ổ gãy hoặc đường vòng Coronal
  - Gãy má hàm- gò má : Đường rạch rãnh tiền đình miệng

## 3. Săn sóc hậu phẫu , theo dõi sau điều trị :

- Hậu phẫu :
  - Bệnh nhân nằm đầu cao tránh phù nề
  - Kháng sinh, kháng viêm chống phù nề
  - Thay băng hàng ngày
  - Cắt chỉ ngày 6,7
  - Chụp XQ : Blondeau, Hirtz kiểm tra trước khi xuất viện
  - Chụp chân dung sau mổ so sánh trước mổ
- Khám lại và theo dõi :
  - Khám định kỳ 1,3,6 tháng
  - Theo dõi :
    - Chức năng vận động nhãn cầu, độ khít hàm, dây V<sub>2</sub>, thị giác
    - Vết mổ
    - Chức năng thẩm mỹ
    - Theo dõi viêm xoang hàm sau chấn thương.

## NHIỄM KHUẨN TỔ CHỨC MỀM QUANH XƯƠNG HÀM

Nhiễm khuẩn mô mềm quanh xương hàm gặp bất kì lứa tuổi nào, thường gặp độ tuổi 20-40. Bệnh cảnh và khả năng bệnh tăng khi cơ thể suy yếu, mệt mỏi, vệ sinh răng miệng kém

### I. NGUYÊN NHÂN

1. Thương tổn răng và khớp răng: sâu răng tủy hoại tử, chân răng sót nhiễm trùng
2. Viêm quanh răng
3. Biến chứng do mọc răng: chủ yếu do R8
4. Nhổ răng: Nhiễm khuẩn sau nhổ, tổn thương XOR
5. Nang xương hàm, nang chân răng, nang răng mọc ngầm nhiễm khuẩn
6. Viêm tủy xương hàm
7. Gãy xương hàm: nhất là gãy hở thông với miệng, đường gãy đi qua răng NK, VTPM
8. NK tuyến nước bọt: viêm tuyến, sỏi tuyến nước bọt
9. NK da, niêm mạc: viêm nang, viêm da, nhọt mặt, viêm miệng nhất là thể loét
10. NK Amygdales có thể gây abscess khoang bên hầu
11. Viêm xoang hàm biến chứng gây viêm xương hoặc NK phần mềm
12. Tai nạn do gây tê: thuốc tê, kim, dụng cụ không vô khuẩn

### II GIẢI PHẪU BỆNH

Qua các giai đoạn:

- Viêm mô tế bào thanh dịch
- Abscess
- Viêm tấy plegmon
- Viêm mô tế bào mạn

### III YẾU TỐ LIÊN QUAN

Phần lớn quá trình NK quanh XH liên quan đến R và quanh R. Quá trình NK phát triển tại chỗ hoặc lan tỏa còn liên quan đến các yếu tố:

- Chiều dày và cấu trúc xương
- Vị trí giải phẫu
- Vi khuẩn: không có VK đặc hiệu, chủ yếu là tụ cầu, liên cầu có thể thấy 1 số VK khác như trực khuẩn gram (-), xoắn khuẩn vincent, một số vi khuẩn kỵ khí perfringens, peptococci...

### IV. LÂM SÀNG:

- **Triệu chứng chung**: Sưng - nóng - đỏ - đau là biểu hiện trên cơ thể viêm nói chung ngoài ra còn các biểu hiện cục bộ của viêm nhiễm những vùng GP nhất định. Nó còn tùy thuộc nguyên nhân gây bệnh và khả năng chống đỡ của bệnh nhân

- **Tại chỗ**:

- + Biến dạng mặt một hoặc vài vùng GP liên quan
- + Khít hàm hoặc há miệng hạn chế

- + Các biểu hiện tại chỗ của nguyên nhân gây bệnh
- + Miệng bản hôi
- + Liệt nhẹ hay tê các vùng liên quan
- + Khó ăn, nuốt, nói, thở

**- Toàn thân:**

- + Sốt
- + Dấu hiệu nhiễm trùng, nhiễm độc
- + Cơ thể suy nhược

**V. CẬN LÂM SÀNG**

- XN máu: PTCSHH,CRP
- Cây VK,làm KSD
- Cây máu: cần làm trong tất cả các cas nặng
- XQuang

**VI KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ :**

**1. Nguyên tắc chung**

- Phát hiện nguyên nhân có kế hoạch điều trị càng sớm càng tốt
- Kháng sinh, kháng viêm ,giảm đau, nâng cao thể trạng, KSD, chích rạch dẫn lưu, cuối cùng giải quyết nguyên nhân và vệ sinh răng miệng

**2.Điều trị cụ thể:** Tìm nguyên nhân, thời gian mà có mục tiêu điều trị cụ thể cho từng giai đoạn khác nhau:

- Bệnh nhân đến 1-2 ngày đầu: Điều trị KS mạnh, nâng cao thể trạng , VSRM, giải quyết nguyên nhân kịp thời
- Bệnh nhân đến muộn : Điều trị KS , rạch abces dẫn lưu mủ, làm KSD , giải quyết nguyên nhân, nâng cao thể trạng, vệ sinh tại chỗ
- Bệnh nhân viêm lan tỏa: KS mạnh phổ rộng phối hợp xẻ dẫn lưu thông thoáng nhiều chỗ rộng liên tục, làm KSD , nâng cao thể trạng , truyền dịch, giải quyết nguyên nhân

# TAI BIẾN MỌC RĂNG KHÔN

## I. HÌNH THỂ LÂM SÀNG

Biểu hiện đầu tiên bởi tình trạng viêm quanh thân răng có thể chia làm 3 thể lâm sàng

### 1. Viêm quanh thân răng xung huyết

- Vào tuổi mọc R8 bn có những cơn đau ở vùng sau R7 đau tăng khi ăn nhai,nuốt đau
- Khám trong miệng : vùng lợi che phủ R8 đang mọc có tình trạng xung huyết,nề lên .Có thể nhìn thấy một phần thân R8 đã nhú lên , ấn vào khối sưng có chất dịch vàng lẫn ít máu rỉ ra
- Tình trạng này không ĐT có thể khỏi sau 5-8 ngày nếu R8 mọc được và dễ tái phát , nặng hơn nếu r8 không mọc được

### 2. Viêm mủ quanh thân R8 (cấp)

- Đau, sốt cao, đau nửa mặt cùng bên
- Viêm nhiễm lan sang trụ trước Amidan làm bệnh nhân nuốt đau, ăn kém
- Hạch vùng góc hàm, há miệng hạn chế
- Trong miệng : Lợi che phủ R8 đang mọc căng phồng, ấn có cảm giác lũng nhùng bên dưới, thấy mủ chảy ra

### 3. Viêm quanh thân R8 mt

- Bệnh nhân thường không thấy đau ,chỉ có cảm giác ngứa, ê buốt
- Há miệng hạn chế kéo dài
- Trong miệng : Lợi phủ ở R8 có màu đỏ thâm,ít nê, bờ, dễ chảy máu , nhồi nhét thức ăn ở kẽ răng

## II CLS

- XQ hàm chéo, phim góc răng
- XN máu : PTCSHH,CRP ,cấy máu trong cas nặng

## III BIẾN CHỨNG

- Viêm mô tế bào
- Viêm xương
- Nang chân R ,nang thân R8
- Viêm tấy sàn miệng
- Viêm tắc TM xoang hang
- Nhiễm trùng huyết

## IV ĐIỀU TRỊ

### 1. Điều trị bảo tồn R8

- Nếu xét thấy R8 đủ điều kiện thuận lợi để mọc(R8 mọc thẳng,đủ chỗ mọc,không lung lay,vệ sinh miệng tốt) ĐT bảo tồn bằng PT cắt lợi trùm,mặt R8 phải được thoát hoàn toàn

### 2. Nhổ răng

- Nếu thấy R8 không đủ điều kiện để mọc nên nhổ răng ngay và để giữ an toàn R7

3. Kháng sinh ,kháng viêm ,vitamin

# GÃY XƯƠNG HÀM DƯỚI

## I. PHÂN LOẠI :

- Gãy 1 phần : Gãy XOR, gãy bờ dưới XH, gãy mõm vệt, thủng xương
- Gãy toàn bộ xương :
  - Gãy một đường đơn giản
  - Gãy hai hay nhiều đường phức tạp
- Gãy mất đoạn (làm gián đoạn XH)

## II. LÂM SÀNG :

### 1. Khám trong miệng :

- Hỏi : có tiền sử chấn thương , đau hay mất cảm giác vùng cằm nếu răng dưới bị đứt , chèn ép, Có thể liệt mặt do gãy lồi cầu chèn ép vào dây VII
- Các triệu chứng chức năng : đau ở hàm dưới , giới hạn cử động hàm dưới, khó há ngậm miệng, khó nhai, nuốt, nói
- Có điểm chảy máu hay tụ máu ở hàm dưới
- Ở gđ đầu có thể thấy biến dạng , ở gđ muộn phù nề có thể che lấp một phần hay toàn bộ
- Dấu hiệu lạo xạo, cắn hai thì
- Sờ dọc theo bờ XH có điểm đau chói đôi khi thấy mất liên tục, bậc thang
- Cas gãy ít di lệch khi ta dồn ép XH có thể gây đau

### 2. Khám trong miệng:

- Chảy máu đường gãy (gãy hở)
- Có thể thấy vết thương rách niêm mạc hay tiền đình miệng có thể có máu tụ sàn miệng
- Lưng lay một nhóm R
- Khớp cắn sai
- Há miệng hạn chế
- Cas gãy không di lệch có thể phát hiện bằng lay 2 đầu đoạn gãy
- Tụt lưỡi

## III.CLS :

XQuang có vai trò quan trọng trong chẩn đoán nhất là trong cas gãy ít di lệch:

- Phim toàn cảnh (panorama) ,phim mặt thẳng, mặt nghiêng, hàm chéch có giá trị trong từng cas cụ thể
- Một số cas có thể dùng phim răng, phim cắn, hirtz, CT-scanner

## IV.Điều trị

### 1. Gãy vùng mõm vệt:

- Cas gãy ít di lệch chỉ cần điều trị bằng giảm đau, chống viêm kết hợp với hướng dẫn của thầy thuốc
- Gãy di lệch vừa phải, làm sai khớp cắn chỉ cần bất động 2 hàm trong 15 ngày
- Gãy di lệch nhiều cản trở cử động khớp hàm nên PT lấy bỏ hoặc kết hợp bằng



nẹp vis trước khi nắn chỉnh

## 2. Gãy cành lên:

- Điều trị phụ thuộc vào hướng đường gãy :

- Gãy theo chiều đứng hoặc ngang di lệch ít chỉ cần bất động 2 hàm trong 4-6 tuần
- Gãy di lệch nhiều cần PT nắn chỉnh để kết hợp xương: KHX bằng nẹp vis không cần cố định hàm, KHX bằng chỉ thép cố định 2 hàm trong 3 tuần

- Đường PT : ở góc hàm , trong miệng hay kết hợp cả hai

## 3. Gãy vùng góc hàm: Thường đường gãy chéo xuống dưới ra sau

- Gãy ít di lệch cần cố định 4-6 tuần

- Gãy di lệch nhiều phải PT : Thường đi đường trong miệng nắn chỉnh, KHX bằng chỉ thép hoặc nẹp vis ở đường chéo ngoài. Cố định hàm trong 4 tuần. Tuy nhiên nếu sau nắn chỉnh cố định bằng nẹp vis hai đầu gãy cài tốt không cần cố định hàm

## 4. Gãy vùng cành ngang:

- Gãy ít di lệch chỉ cần CĐ hai hàm trong 4-6 tuần

- Gãy di lệch nhiều PT nắn chỉnh KHX: KHX bằng chỉ thép CĐ hai hàm trong 4 tuần

- Đường mổ phía trong hay ngoài miệng

- Ở người mất răng hay trẻ em có thể CĐ bằng máng nhựa hoặc buộc vòng quanh xương hàm

## 5. Gãy xương ổ răng:

- Mảnh gãy lớn thì CĐ bằng cung chỉ thép dựa vào răng

- Mảnh gãy nhỏ di động có thể lấy bỏ

## 6. Gãy vùng lồi cầu:

- Điều trị bảo tồn được chỉ định:

- Gãy lồi cầu một bên không hay di lệch ít ( gập góc <30 hoặc chồm lên nhau <5mm)
- Gãy lồi cầu trung tâm
- Thức ăn lỏng , CĐ hai hàm trong 10-14 ngày, tập há chủ động trong 2 tuần rồi kết hợp tập há chủ động

- Điều trị phẫu thuật được chỉ định:

- Lồi cầu gãy ngoài bao có kéo dài xuống cành cao XH thường dùng nẹp vis
- Lấy bỏ lồi cầu khi lồi cầu gãy trong bao , vỡ vụn ,di lệch nhiều

7. Gãy nhiều mảnh: Tùy cas có thể kết hợp lại với nhau rồi cố định liên hoàn bằng nẹp vis .

8. Gãy mất đoạn : Tiến hành PT giữa chỗ bằng đinh, nẹp vis hay ghép xương 1 thì

## V. BIẾN CHỨNG DI CHỨNG

- Nhiễm trùng
- viêm xương
- Sai lệch khớp cắn
- Khớp giả
- Can lệch
- Cứng khớp
- Biến dạng mặt
- Teo xương hàm

# GÃY XƯƠNG HÀM TRÊN

## I. PHÂN LOẠI GÃY XHT :

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

- Gãy toàn bộ : Gãy dọc và gãy ngang

### 1. Gãy dọc :

- Lanelogue

- Richet

- Bassereau

- Huet

- Walther

### 2. Gãy ngang :

- Lefort I

- Lefort II

- Lefort III

## II. LS gãy ngang XHT :

### -Lefort I :

1. LS :

- Choáng nhẹ, ăn nhai khó, nuốt vướng

- Mặt biến dạng : Môi trên bầm tím, miệng hở cửa, chảy máu mũi

- Trong miệng : Ngách lợi môi má bầm tím, xuất huyết hình móng ngựa

- Ấn gai mũi trước đến XHT bệnh nhân đau chói

- Dấu Guerin : Ấn sau lồi củ XHT vùng chân bướm hàm bệnh nhân đau chói

- Dấu hiệu hàm giả

2. CLS: XQ sọ thẳng , nghiêng, Blondeau

### -Lefort II :

1. LS :

- Bệnh nhân choáng

- Đau dọc đường gãy ở góc mũi, bờ dưới mắt, nơi tiếp giáp XGM

- Có thể tê mặt, chảy máu mũi, nhai vướng đau

- Xẹp phần giữa mặt, bầm tím mi dưới, chảy nước mắt

- Ấn đau góc trong, bờ dưới hốc mắt, góc mũi, bờ dưới XGM, lồi củ

XHT

- Trong miệng : Sai khớp cắn, khi cắn R hàm chạm sớm

- Ngách lợi vùng R hàm bầm tím, ấn đau

- Ngách lợi tiếp giáp XGM có thể hình bậc thang

2. CLS: CT- Scanner, Blondeau, Hirtz, Sọ thẳng, nghiêng

### -Lefort III :

1. LS :

- Thường có choáng nặng
- Đau dọc đường gãy ở khớp mũi trán, trán- gò má, gò má-cung tiếp
- Có thể sờ thấy đầu xương di lệch, chảy máu mũi
- Dấu hiệu đeo kính râm , song thị
- Trong miệng : Sai khớp cắn, R hàm chạm sớm

2. CLS: CT-Scan, Blondeau, Hirtz, Sọ thẳng nghiêng

**III. CHẨN ĐOÁN :**

- Vị trí đường gãy
- Triệu chứng LS
- XQuang

**IV. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ :**

- Ưu tiên cấp cứu tính mạng, chỉ điều trị CK khi bn thoát khỏi nguy hiểm tính mạng
- Là một cấp cứu cần điều trị sớm
- Lưu ý các chức năng giác quan

**V. CÁC BƯỚC ĐIỀU TRỊ :**

**1. Sơ cứu :**

.Toàn thân :

- Chống choáng theo nguyên nhân chảy máu, chấn thương
- Làm thông thoáng đường thở
- Cầm máu
- Thuốc kháng sinh, chống viêm ,giảm đau

. Tại chỗ:

- Nắn chỉnh bằng tay
- Buộc chỉ thép qua một nhóm R để kéo chỉnh theo khớp cắn trung tâm
- Cố định tạm thời bằng băng cầm-đỉnh phối hợp trán-chẩm

**2. Điều trị chuyên khoa :**

- Nắn chỉnh: Bằng tay, dây thép, máng chỉnh hình, buộc chỉ thép vào R hai hàm, tạo các móc Ivy cải tiến, liên hoàn Stout kéo chỉnh liên tục bằng cao su
- Chỉnh hình bằng cung Tiguersted hay Ginested bằng máng với bộ dụng cụ ngoài
- Phẫu thuật:
  - ✓ Lefort I, II : PT ADAMS
  - ✓ Lefort III : PT THOMAS
- Thời gian cố định : 15-30 ngày.

# PHẪU THUẬT NANG XƯƠNG HÀM DO RĂNG

## I. ĐẠI CƯƠNG :

- Là loại nang rất hay gặp ở xương hàm . Hàm trên cao gấp 4 lần hàm dưới, vùng hay gặp nhất là nhóm răng cửa hàm trên
- Cơ chế : Sự nhiễm trùng vùng chóp răng kích thích các tế bào biểu mô Malassez còn sót ở vùng này phát triển tại vùng nang

## II. LÂM SÀNG :

**1. GD thâm lạng :** Nang còn nhỏ nằm sau trong xương, không có tính chất chủ quan hay khách quan, chỉ phát hiện tình cờ qua chụp phim

### 2. GD biến dạng sinh học :

- Nang phát triển lớn làm biến dạng xương hàm, ngách lợi lưỡi gò
- Niêm mạc phủ bên ngoài có thể bình thường hay xung huyết
- XQ ( phim góc răng), belot, face, maxillaile defile, panorama.....) có hình sáng đườn viền căng quang rõ

**3. GD lộ rõ ra ngoài :** Khi xương tiêu nhiều chỉ còn màng xương, ngách lợi căng phồng, sờ sẽ có cảm giác bóng nhựa, chọc hút dễ, dịch nang có màu vàng lợn cợn các hạt cholesterines

**4. GD tự vỡ :** Dò dịch mũ ra ngách tiền đình, qua lỗ dò ta có thể dùng dụng cụ dò nang. Lúc này bệnh cảm thấy mặt ít biến dạng hơn

## III. KỸ THUẬT :

Hiện nay có 2 phương pháp :

- PP Partsch I ( pp khâu lộn túi) : Là 1 cửa sổ thông hố nanh với miệng để làm mất áp lực nội nang, tạo điều kiện cho xương phát triển đẩy lồng nang lên

- PP Partsch II ( pp lấy bỏ toàn bộ nang ) :

### 1. Chuẩn bị các răng liên quan :

Phạm vi 2 răng

- Cần xác định các răng liên quan và các răng có tổn thương chóp lân cận
- Các răng lung lay nhiều do mất nhiều xương giữ răng ( quá 1/3 chóp ) nhổ bỏ. Những răng có thể giữ được cần điều trị bệnh nha trước phẫu thuật. Răng cắt chóp sẽ thực hiện trong quá trình phẫu thuật nang

### 2. PT PARTSCH I :

#### 2.1. Những nang nhỏ :

- **Thì 1:** Lật vạt
  - + Rạch đường thước thợ, đường rạch nằm ngoài diện mở xương
  - + Bóc tách vạt nm màng xương ra khỏi xương
- **Thì 2:** Mở xương bộc lộ nang
  - + Phần xương phủ mặt ngoài nang còn mỏng có khi mới lật vạt đã thấy bọc nang
  - + Nếu còn tấm xương chắc dùng đục mở lỗ nhỏ, dùng kim gặm xương, mở rộng
- **Thì 3:** Mở nang
- **Thì 4:** Cắt chóp răng
  - + Nếu bảo tồn răng nguyên phân phải tiến hành cắt chóp
  - + Tìm cách phủ mặt cắt chóp bằng màng nang còn lại
  - + Răng n/n không bảo tồn được thì nhổ sau khi lật vạt
- **Thì 5:** Phủ vạt nm vào ổ nang
  - + Giữa nhãn bờ xương
  - + Bóc tách kéo vạt nm màng xương phủ vào nang
  - + Nhét méche iodoform

## **2.2. Cas nang lớn :** Phạm vi 3 răng trở lên

- Lật vạt hình tam giác, hình thang
- Bộc lộ nang
- Cắt bỏ phần nang đã được bộc lộ, phần trên được dành lại một ít để khâu lộn ra ngoài với vạt nm mang xương

## **2.3. Ưu và nhược điểm :**

- Ít sang chấn, đơn giản, dễ làm, không gây tổn thương vùng giải phẫu nguy hiểm

- Thích hợp với những nang nhiễm trùng
- Nhược điểm sẵn sóc sau mổ kéo dài, lành thương chậm

## **3. PT PARSCH II :**

- Lật vạt
- Mở xương
- Bóc lấy toàn bộ nang
- Cắt chóp răng
- Bơm rửa và đóng kín vết mổ

Ưu và nhược điểm :

- Gây sang chấn nhất là nang lớn, nằm gần vùng giải phẫu nguy hiểm
- Với các nang quá to >3cm cục máu đông không lấp kín ổ nang dễ nhiễm trùng. Nên với nang lớn nên phối hợp nhét méche và không nên khâu kín.

## **IV. HẬU PHẪU :**

### **1. Sau mổ PARSCH I,II có nhét méche**

- Rút meche iodoform sau 2 tuần
- Làm nút bịt bằng nhựa đậy kín ổ răng
- Cứ 2 tuần một lần mài nhỏ bớt nút nhựa theo tốc độ dày ở đáy lỗ nang
- Bỏ hẳn nút bịt khi đáy nang đã đầy sát miệng lỗ mổ

### **2. Sau mổ PARSCH II và khâu kín :**

- Băng ép sau mổ để tránh chảy máu
- Cắt chỉ sau 7 ngày
- Nếu có dấu hiệu nhiễm trùng : cắt bỏ 1-2 mũi khâu, tháo dịch mũ, đặt méche iodoform và rút sau 2 ngày
- Dùng KHÁNG SINH, KHÁNG VIÊM, GIẢM ĐAU

## ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM HÀM MẶT

### I. Nguyên tắc:

- Làm sạch vết thương
- Cắt lọc
- Khâu vết thương

1. Làm sạch VT: Dùng nước muối sinh lý hoặc dd sát khuẩn để rửa. Cas VT lóc da dập nát đặc biệt có dị vật việc làm sạch khó khăn có thể gây tê, gây mê để thực hiện

2. Cắt lọc :Vùng mặt vẫn đề thẩm mỹ rất quan trọng ,tuần hoàn vùng mặt phong phú nên cắt lọc phải hết sức tiết kiệm

3. Khâu VT:

- Đối với VTHM có thể khâu kín khi VT sạch ngay cả sau 24-48h ít sợ nhiễm trùng
- Cas VT nhiễm khuẩn phải khâu thì 2
- Cas VT rách đơn giản chỉ khâu đơn thuần
- Cas VT lóc da thiếu hồng tổ chức cần sử dụng PP tạo hình

### II. Xử lý VT theo hình thái :

#### 1. VT đụng dập :

- ✓ Không có hematoma : Điều trị nội khoa
- ✓ Có hematoma :
  - Một số cas tự tiêu, một số cas hình thành vỏ bao cần giải quyết lấy máu tụ bằng hút kim lớn hoặc rạch lấy máu tụ tùy giai đoạn
  - Máu tụ nếu không xử lý sẽ nhiễm trùng, hình thành sẹo biến dạng da vĩnh viễn

#### 2. VT xây xát :

- Rửa sạch bằng dd sát trùng Betadine
- Cas có dị vật nhỏ vùi sâu cần lấy triệt để bằng bàn chải dưới gây tê hoặc mê, tránh chải mạnh vào lớp bì sâu gây sẹo vĩnh viễn
- Cas dị vật nằm sâu nên sử dụng dao mổ lấy dị vật

#### 3. VT xuyên :

Việc xử lý đơn giản trừ cas có tổn thương cấu trúc bên dưới

#### 4. VT rách :

Sau khi rửa sạch và cắt lọc cot thể khâu kín vết rách, rách sâu cần khâu nhiều lớp khâu chỉ( catgut, vicryl- silk, nylon )

#### 5. VT thiếu hồng :

Tùy mức độ thiếu hồng mà sử dụng vạt tại chỗ ( Vạt quay, vạt trượt),vạt lân cận hoặc vạt từ xa để tạo hình thiếu hồng

## **PLEGMON LAN RỘNG NỬA MẶT (PLEGMON HEMIFACIAL)**

Viêm tấy lan tỏa nửa mặt có đặc điểm là các vùng nông của mặt (vùng cằm, vùng mang tai) và các vùng sâu (khoang chân bướm hàm, hố TD) đều bị thâm nhiễm.

Nhiễm khuẩn lan tràn nửa mặt các tổ chức thâm nhiễm bởi thanh dịch hoại thư, mủ không khu trú mà rải rải trong tổ chức, thường có hơi

### **I. NGUYÊN NHÂN**

- Thường do NK răng (răng hàm dưới), tai nạn mọc R8, một phần ít do nhọt ở mặt, gãy XHT hở, dị vật

### **II. TRIỆU CHỨNG**

Bắt đầu ở 1 vùng nhất định sau đó lan nhanh sang tất cả các vùng khác của nửa mặt có những dấu hiệu điển hình :

- Ngoài miệng :
  - + Sung to thành khối bao gồm nửa mặt : vùng má, vùng cằm, mang tai, dưới hàm , vùng thái dương
  - + Mi mắt sưng nề che kín nhãn cầu.
  - + Các rãnh ở mặt bị xóa ,lồi cung tiếp mắt.
  - + Da tím ,ấn có độ căng hay lạo xạo dưới da.
- Trong miệng :
  - + Khít hàm dữ dội
  - + Niêm mạc má ,tiền đình nề mang dấu R
  - + Nước bọt quanh miệng hôi thối
- Toàn thân :
  - + Suy sụp, nhiễm độc , nhiễm trùng nặng
  - + Đái ít, nước tiểu có albumin, trụ niệu
  - + Bn suy kiệt, mê sảng

### **III. CLS**

- XN : PTCSHH, CRP
- XN nước tiểu
- Cây mủ, kháng sinh đồ
- Chụp XQuang

### **IV TIỀN TRIỄN – BIẾN CHỨNG**

- Quá trình hoại tử có thể xâm lấn rộng tổ chức mềm vào xương dẫn đến xương chết, xuống trung thất gây viêm trung thất ,lên nền sọ gây viêm tấy TM xoang hang hoặc NK huyết

### **V. ĐIỀU TRỊ**

- Mở rộng cấp cứu tất cả các vùng bị tổn thương
  - Kháng sinh chống NK , nhiễm độc toàn thân, nâng cao thể trạng
  - PT : Rạch mở tất cả các vùng bị thâm nhiễm ,dẫn lưu và bơm rửa tổ chức bằng các dung dịch và thuốc sát khuẩn
  - KT: Gây tê dọc đường rạch hoặc gây mê nếu thể trạng cho phép
- Đường rạch :

- + Đường dưới hàm : Mở rộng vùng dưới hàm và bên hầu
- + Đường thái dương : Cho vùng thái dương
- + Đường trên và dưới cung tiếp
- + Đường quanh hố mắt : góc trong mắt , bờ trên , dưới hố mắt



- + Đường trong miệng : tiến đình trên , dưới , bờ trước càn lên
- Luân kẹp Kocher để mở rộng và thông các vùng
- Đặt ống cao su dẫn lưu từng vùng riêng biệt hay phối hợp
- Sau xé bươm rửa liên tục
- DT kháng sinh mạnh phổ rộng, liều cao
- Trợ lực ,an thần, nâng cao thể trạng

## U RĂNG (ODONTOMA)

Là u lành tính bao gồm các cấu trúc R như men, ngà, tủy, cement . U răng là loại u hỗn hợp vì có nguồn gốc từ biểu mô lẫn trung mô.

### **I. LÂM SÀNG :**

- U thường phát triển trong thời kỳ thiếu niên và thường phát hiện trước tuổi trưởng thành
  - Xảy ra ở hai hàm, không phân biệt giới
  - Thường gặp ở vùng R nanh và R hàm
- Dấu hiệu lâm sàng tùy thuộc vào kích thước, vị trí
- U Răng thường không có kích thước lớn, khi u còn nhỏ và ở trong lòng XH thường không gây bất kỳ triệu chứng cơ năng hoặc lâm sàng nào chỉ tình cờ phát hiện trên XQ
  - U kích thước vừa và lớn thường được phát hiện trên LS nhưng không phân biệt các u lành tính XH khác
  - U làm phòng xương, bề mặt tròn đều nhẵn, cứng như xương, không đau, R trên u thay đổi vị trí. Đôi khi sự thiếu một R vĩnh viễn duy nhất ở vị trí giữa khối sưng có thể gợi ý cho u răng bên dưới
  - Thông thường bệnh nhân đi khám vì biến dạng mặt hoặc bội nhiễm sưng đau sau đó để lại một lỗ dò vùng ngách lợi

### **II. CLS :**

XQuang hình ảnh đặc trưng có giá trị cao

- U răng kết hợp : Là một khối cản quang đậm đặc kt từ vài mm đến vài cm hình dáng thay đổi, thường có dạng tròn . Có ý nghĩa đặc biệt khi toàn thể khối cản quang có hình như một chùm với hình ảnh cản quang riêng biệt có hình dáng R nhưng nhỏ hơn và thường dị dạng
- U luôn bao bọc bởi đường viền cản quang rõ, đôi khi u răng phát triển trong một vùng thấu quang bao bọc quanh một thân R ngầm có hình dáng và kích thước bình thường được gọi u răng dạng nang (cystic odontoma). Cas này có thể xem là 1 u men răng (ameloblastic odontoma )
- U răng phức hợp cũng có đầy đủ các thành phần của R nhưng không có hình dáng R. U là một khối cản quang không đều xung quanh bao bọc bởi đường viền và kích thước bình thường tương tự với một R ngầm có hình dáng và kích thước bình thường

### **III. ĐIỀU TRI :**

Trừ cas đặc biệt , hầu hết đi đường trong miệng, nếu nhỏ ta có thể tách bóc lấy trọn u thành một khối. Cas u lớn có thể lấy từng phần của u, sau đó dùng elevator bấm sát thành xương bóc tách lấy toàn bộ bao của u cả phần cứng lẫn phần mềm.

## PT BUỒU LỢI- PHÌ ĐẠI LỢI

### I. BUỒU LỢI ( ÉPULIS ) :

#### 1. Lâm sàng

- Thường khu trú ở vùng viền nướu cổ răng cối nhỏ trên
- Có thể gặp ở mọi lứa tuổi, nữ > nam. Sự có thai là một yếu tố thuận lợi cho épulis xuất hiện và phát triển. Những yếu tố tại chỗ như sâu răng, nha chu viêm cũng có tác dụng kích thích sự phát triển của épulis.
- U phát triển ở bờ nướu, từ kẽ răng to dần và có hình giọt nước và hình thành cuống khi u to khoảng 1 cm

2.CLS : Xn máu : PTCSHH, CRP, QT, APTT

#### 3.PHẪU THUẬT :

- Gây tê tại chỗ
- Dùng dao điện cắt vòng quanh cuống u cách u chừng 1 cm đến tận xương
- Nếu u ăn sâu vào ổ răng hay vào xương thì cần nạo sạch và đốt điện để chống sót u. Nhiều khi còn cần nhổ răng để có thể lấy hết tổ chức u và nạo sạch ổ răng.

### II. PHÌ ĐẠI LỢI ( HYPERTROPHIE GINGIVALE )

#### 1. Lâm sàng :

- Khu trú trên mào sống hàm người không còn răng. Ở người còn răng phì đại lợi phát triển từ viền cổ răng, to dần và lấn che mất một phần hay cả thân răng
- Phì đại lợi ở người già không còn răng gây mào sống hàm di động
- Phì đại lợi ở thanh thiếu niên che lấp răng, làm di chuyển răng và thưa kẽ răng

2.CLS: Xét nghiệm máu : PTCSHH, CRP, QT, APTT

#### 3. Phẫu thuật :

- Đối với mào sống hàm di động : cắt hình quả trám, khâu kín hai mép vết mổ
- Đối với phì đại lợi còn răng, cắt vòng tới quá viền cổ răng . Rồi dùng băng nha chu băng lại

## NANG NHÁI SÀN MIỆNG

### I. ĐỊNH NGHĨA

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

### II. NGUYÊN NHÂN

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

### III. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Chẩn đoán xác định

##### 1.1 Lâm sàng

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

##### 1.2. Cận lâm sàng

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

#### 2. Chẩn đoán phân biệt

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

### IV. ĐIỀU TRỊ

#### 1. Nguyên tắc

- Phẫu thuật cắt bỏ nang.

#### 2. Điều trị cụ thể

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

## 2.1. Phẫu thuật cắt bỏ nang

- Chỉ định: Nang có kích thước nhỏ, không liên quan tới tuyến nước bọt dưới lưỡi.

- Kỹ thuật

+ Gây tê tại chỗ.

+ Rạch niêm mạc bộc lộ nang.

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

+ Khâu đóng niêm mạc.

+ Kháng sinh.

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

- Chỉ định: Nang có kích thước vừa phải và liên quan với tuyến nước bọt dưới lưỡi.

- Kỹ thuật

+ Phẫu thuật lấy bỏ nang

+ Phẫu thuật lấy bỏ tuyến nước bọt dưới lưỡi.

+ Kháng sinh.

## 2.3. Phẫu thuật mở thông nang

- Chỉ định

+ Nang có kích thước lớn gây chèn ép và ảnh hưởng đến chức năng.

+ Nang có kích thước lớn và tình trạng toàn thân của bệnh nhân không cho phép phẫu thuật kéo dài.

- Kỹ thuật

+ Gây tê tại chỗ.

+ Rạch niêm mạc trên nang theo hình múi cam.

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

+ Rạch vỏ nang.

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

+ Kháng sinh.

## V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG:

### 1. Tiên lượng

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

## 2. Biến chứng

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

## **VI. PHÒNG BỆNH:**

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

## NANG TUYẾN NƯỚC BỌT DƯỚI HÀM VÀ DƯỚI LƯỠI

### I. ĐỊNH NGHĨA

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

### II. NGUYÊN NHÂN

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

### III. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Chẩn đoán xác định

##### 1.1 Lâm sàng

- Có khối phòng ở vùng dưới hàm hoặc sàn miệng, kích thước thường khoảng 1-3cm hoặc lớn hơn.
- Bề mặt khối phòng có màu tím nhạt, ranh giới rõ.
- Niêm mạc mỏng căng, có thể tự vỡ ra dịch nhày trong như lòng trắng trứng có albumin và mucin, dễ nhiễm khuẩn, hay tái phát.
- Thở lâm sàng hiếm gặp là nang to đi từ vùng sàn miệng lấn qua cơ hàm móng và biểu hiện thành khối phòng ở vùng cổ.

##### 1.2. Cận lâm sàng

- X quang thường quy: có thể thấy sỏi ở tuyến hoặc ống tuyến.
- Cộng hưởng từ (MRI): thấy khối giảm âm và giảm tỷ trọng ranh giới rõ.

#### 2. Chẩn đoán phân biệt

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

### IV. ĐIỀU TRỊ

#### 1. Nguyên tắc

Phẫu thuật cắt bỏ nang.

#### 2. Điều trị cụ thể

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

##### 2.1. Phẫu thuật cắt bỏ nang và tuyến nước bọt dưới hàm hoặc dưới lưỡi

- Chỉ định: Nang có kích thước từ nhỏ đến trung bình.

- Kỹ thuật
- + Gây tê tại chỗ.
- + Rạch niêm mạc bọc lộ nang.
- + Tách bóc vỏ nang ra khỏi mô xung quanh và lấy toàn bộ nang và tuyến nước bọt dưới hàm hoặc dưới lưỡi.
- + Khâu đóng niêm mạc.
- + Kháng sinh.

## 2.2. Phẫu thuật mở thông nang

- Chỉ định

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

- Kỹ thuật
- + Gây tê tại chỗ.
- + Rạch niêm mạc trên nang theo hình múi cam.
- + Tách bóc lấy bỏ phần niêm mạc miệng hình múi cam giữa hai đường rạch.
- + Rạch vỏ nang.
- + Khâu nối từng bên mép vỏ nang với mép niêm mạc sàn miệng, để thông lòng nang ra khoang miệng.
- + Kháng sinh.

## V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

### 1. Tiên lượng

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

### 2. Biến chứng

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

## VI. PHÒNG BỆNH

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



# **ÁP XE VÙNG DƯỚI HÀM**

## **I. ĐỊNH NGHĨA**

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

## **II. NGUYÊN NHÂN**

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

## **III. CHẨN ĐOÁN**

### **1. Chẩn đoán xác định**

#### **1.1. Lâm sàng**

##### **a. Toàn thân**

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

##### **b. Tại chỗ**

- Ngoài miệng

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

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

- Trong miệng

+ Dấu hiệu khít hàm dữ dội.

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

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

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

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

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

## 1.2. Cận lâm sàng

- X quang thường quy: Có thể có hình ảnh tổn thương răng nguyên nhân.

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

## 2 Chẩn đoán phân biệt

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

- Viêm hạch mủ dưới hàm: bắt đầu dưới dạng nổi cục sưng đau, sau lan ra cả vùng, không có dấu hiệu khít hàm.

- Áp xe tuyến dưới lưỡi: dấu hiệu ngoài miệng ít, sàn miệng bên bệnh sưng cứng, khít hàm ít.

## **IV. ĐIỀU TRỊ**

### 1. Nguyên tắc

Dẫn lưu mủ và điều trị răng nguyên nhân.

### 2. Điều trị cụ thể

#### 2.1. Điều trị toàn thân:

Kháng sinh và nâng cao thể trạng.

#### 2.2. Điều trị tại chỗ

- Rạch dẫn lưu mủ theo đường ngoài mặt.

- Kỹ thuật

- + Vô cảm.

- + Rạch da vùng dưới hàm.

- + Bóc tách da và mô dưới da.

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

- + Bơm rửa.

- + Đặt dẫn lưu.

- + Điều trị răng nguyên nhân.

## **V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

### **1. Tiên lượng**

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

### **2. Biến chứng**

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

## **VI. PHÒNG BỆNH**

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

## **ÁP XE VÙNG SÀN MIỆNG**

### **I. ĐỊNH NGHĨA**

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

### **II. NGUYÊN NHÂN**

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

### **III. CHẨN ĐOÁN**

#### **1. Chẩn đoán xác định**

##### **1.1. Lâm sàng**

##### **a. Toàn thân**

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

##### **b. Tại chỗ**

- Ngoài miệng

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

- Trong miệng

- + Có biểu hiện há miệng hạn chế.
- + Sưng nề sàn miệng bên răng nguyên nhân, lưỡi bị đẩy lệch về bên đối diện.
- + Niêm mạc sàn miệng đỏ xung huyết, có phủ màng giả trắng, không dính.
- + Mào dưới lưỡi sưng gồ như “mào gà”, sờ thấy có một gờ chắc, rất đau, dính vào mặt trong xương tương ứng với răng nguyên nhân.
- + Ấn có dấu hiệu mềm lún hay chuyển sóng, khó nuốt, khó nói, khó nhai. Cử động lưỡi khó và đau.

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

## 1.2. Cận lâm sàng

- X quang thường quy

+ Có biểu hiện tổn thương răng nguyên nhân.

+ Có thể thấy hình ảnh sỏi ống tuyến nước bọt dưới hàm.

- CT Scanner: có khối thấu quang ranh giới rõ ở vùng sàn miệng, và có thể thấy hình ảnh sỏi ống tuyến nước bọt dưới hàm.

## 2. Chẩn đoán phân biệt

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

- Áp xe nông quanh hàm trong (dưới lưỡi, dưới niêm mạc): áp xe nông ngay chân răng nguyên nhân. Sàn miệng bình thường.

- Phlegmon sàn miệng: sưng, thâm nhiễm toàn bộ sàn miệng hai bên, tình trạng toàn thân suy yếu, nhiễm khuẩn, nhiễm độc.

## IV. ĐIỀU TRỊ

### 1. Nguyên tắc

Dẫn lưu mủ và điều trị răng nguyên nhân.

### 2. Điều trị cụ thể

#### 2.1. Điều trị toàn thân

Kháng sinh và nâng cao thể trạng.

#### 2.2. Điều trị tại chỗ

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

##### a. Đường trong miệng

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

- Kỹ thuật

+ Vô cảm.

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

+ Bộc lộ ổ áp xe và dẫn lưu mủ.

+ Bơm rửa.

+ Đặt dẫn lưu.

+ Điều trị răng nguyên nhân.

b. Đường ngoài mặt

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

## V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

### 1. Tiên lượng

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

### 2. Biến chứng

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

## VI. PHÒNG BỆNH

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

- Khi phát hiện sỏi ống tuyến nước bọt dưới hàm thì cần phẫu thuật lấy sỏi.

## **VIÊM TÁY LAN TỎA VÙNG HÀM MẶT**

### **I. ĐỊNH NGHĨA**

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

### **II. NGUYÊN NHÂN**

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

### **III. CHẨN ĐOÁN**

#### **1. Chẩn đoán xác định**

##### **1.1. Lâm sàng**

###### **a. Toàn thân**

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

###### **b. Tại chỗ**

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

- Ngoài mặt
  - + Mặt biến dạng, sưng to lan rộng ra các vùng má, vùng cơ cắn, vùng mang tai, vùng dưới hàm, vùng thái dương, có thể lan tới vùng cổ và ngực.
  - + Mi mắt sưng nề che kín nhãn cầu.
  - + Mất các rãnh tự nhiên ở mặt.
  - + Da căng bóng nề, không kẹp được bằng tay, màu trắng nhợt hoặc hơi tím.

+ Ấn thấy có mật độ cứng, không có dấu hiệu chuyển sóng, có thể thấy lạo xạo hơi.

- Trong miệng:

+ Khít hàm.

+ Sưng nề vùng sàn miệng, má, thành bên họng.

+ Niêm mạc má, tiền đình nề, mang dấu răng, có cặn tơ huyết bản.

+ Nước bọt quánh, miệng có mùi hôi thối.

+ Có biểu hiện tổn thương răng nguyên nhân.

## 1.2. Cận lâm sàng

- X quang:

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

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

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

## 2. Chẩn đoán phân biệt

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

## IV. ĐIỀU TRỊ

### 1. Nguyên tắc

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

- Rạch rộng và dẫn lưu mủ.

- Xử trí răng nguyên nhân.

### 2. Điều trị cụ thể

#### a. Điều trị toàn thân

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

#### b. Phẫu thuật

- Vô cảm

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

- Bơm rửa.

- Đặt dẫn lưu tới tất cả các ổ mủ



- Xử trí răng nguyên nhân.

c. Chăm sóc sau phẫu thuật

- Bơm rửa qua dẫn lưu nhiều lần trong ngày.

- Thay những dẫn lưu bị tắc.

## **V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

### 1. Tiên lượng

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

### 2. Biến chứng

- Áp xe trung thất.

- Viêm tắc tĩnh mạch xoang hang.

- Nhiễm trùng huyết.

## **VI. PHÒNG BỆNH**

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

# **LIÊN KẾT CÓ ĐỊNH RĂNG LUNG LAY**

## **BẰNG NẸP KIM LOẠI**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật điều trị cố định các răng lung lay do các nguyên nhân khác nhau bằng nẹp kim loại liên kết các răng.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Các răng lung lay do các bệnh quanh răng.
- Các răng lung lay do chấn thương.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.
- Răng lung lay xen kẽ giữa các vùng mất răng.
- Răng lung lay đơn lẻ.

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt
- Trợ thủ.

#### **2. Phương tiện**

##### 2.1. Phương tiện và dụng cụ:

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Bộ khám: gương gấp, thám châm.

##### 2.2. Thuốc và vật liệu:

- Cồn
- Thuốc tê
- Thìa lấy dấu
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu
- Vật liệu gắn....

#### **3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo qui định.
- Phim Xquang đánh giá tình trạng răng và quanh răng.

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

#### **3. Các bước tiến hành**

##### **3.1 Sửa soạn trên miệng.**

- Xác định các răng cần liên kết.
- Sửa soạn các vị trí đặt nẹp trên các răng nếu cần.
- Lấy dấu bằng vật liệu thích hợp.
- Đồ mẫu bằng thạch cao.
- Thiết kế nẹp trên mẫu thạch cao.

##### **3.2 Đúc nẹp**

Thực hiện tại Labo.

##### **3.3 Đặt nẹp và cố định nẹp.**

- Đặt nẹp vào các vị trí đã thiết kế ban đầu.
- Kiểm tra độ sát khít, độ ổn định và khớp cắn.
- Chỉnh sửa nẹp cho phù hợp.
- Cố định nẹp trên các răng đã sửa soạn bằng cement.
- Hướng dẫn người bệnh kiểm soát mảng bám răng.

### **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

#### **1. Trong quá trình thực hiện kỹ thuật**

#### **2. Sau khi điều trị**

- Viêm lợi và viêm quanh răng:
  - + Điều trị viêm lợi và viêm quanh răng.
  - + Hướng dẫn người bệnh cách kiểm soát mảng bám răng.

# **LIÊN KẾT CÓ ĐỊNH RĂNG LUNG LAY**

## **BẰNG DÂY CUNG KIM LOẠI VÀ COMPOSITE**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật điều trị các răng lung lay do các nguyên nhân khác nhau bằng cách liên kết các răng bằng dây kim loại và cố định dây bằng composite.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Các răng lung lay do các bệnh quanh răng.
- Các răng lung lay do chấn thương.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.
- Răng lung lay xen kẽ giữa các vùng mất răng.

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt
- Trợ thủ

#### **2. Phương tiện**

##### 2.1. Phương tiện và dụng cụ:

- Ghế máy nha khoa,
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Đèn quang trùng hợp....

##### 2.2. Thuốc và vật liệu:

- Composite các loại, etching, keo dán.
- Chêm gỗ, dây cung liên kết bằng thép không gỉ.
- Bột đánh bóng, bông gạc...

#### **3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo qui định.
- Phim Xquang đánh giá tình trạng răng và quanh răng.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Làm sạch bề mặt các răng bằng các dụng cụ và vật liệu thích hợp.
- Chọn và sửa soạn dây cung.
- Xoi mòn bề mặt men răng vùng đặt và cố định các dây bằng acid phosphoric 37%.
- Rửa sạch.
- Đặt chêm gỗ vào khoảng giữa các kẽ răng.
- Cách ly các răng và làm khô bề mặt răng.
- Phủ keo dán lên bề mặt răng và chiếu đèn quang trùng hợp.
- Đặt composite lên mặt trong của các răng vùng đã sửa soạn.
- Đặt dây cung vào mặt trong các răng ở vị trí phù hợp.
- Phủ dây cung bằng composite.
- Cố định dây cung bằng chiếu đèn quang trùng hợp.
- Lấy chêm gỗ ra khỏi kẽ răng.
- Chỉnh sửa bề mặt Composite cho phù hợp.
- Hướng dẫn người bệnh kiểm soát mảng bám răng.

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **Sau quá trình điều trị**

Viêm lợi và viêm quanh răng: Điều trị viêm lợi và viêm quanh răng.

# **ĐIỀU TRỊ TỦY RĂNG VÀ HÀN KÍN HỆ THỐNG ống TỦY BẰNG GUTTA-PERCHA NGUỘI.**

## **I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là kỹ thuật điều trị tủy để bảo tồn răng ở đó tủy răng được thay thế bằng một loại vật liệu hàn ống tủy đặc biệt để phòng ngừa hiện tượng tái nhiễm trùng tủy răng..
- Gutta percha nguội là vật liệu được sử dụng để hàn kín hệ thống ống tủy theo 3 chiều không gian có sử dụng bộ lèn ngang.

## **II. CHỈ ĐỊNH**

- Răng viêm tủy không hồi phục.
- Răng tủy hoại tử.
- Răng viêm quanh cuống.

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Các bệnh lý tủy ở các răng sữa.
- Các bệnh lý tủy ở các răng vĩnh viễn chưa đóng cuống
- Răng có chỉ định nhổ.

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

### **2. Phương tiện**

#### **2.1. Phương tiện và dụng cụ:**

- Ghế máy nha khoa
- Máy siêu âm, đầu siêu âm nội nha
- Máy đo chiều dài ống tủy
- Bộ khám: Khay, gương, gắp, thám trâm...
- Bộ dụng cụ điều trị nội nha
- Bộ cách ly cô lập răng
- Bộ lèn ngang trong nội nha .

## 2.2. Thuốc và vật liệu:

- Thuốc tê
- Thuốc sát khuẩn
- Dung dịch bơm rửa ống tủy
- Vật liệu điều trị nội nha...

## 3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

## 4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

## V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

### 1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra, đối chiếu hồ sơ bệnh án theo quy định
- Xem lại các phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

### 2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần điều trị

### 3. Thực hiện kỹ thuật

#### 3.1. Vô cảm

Nếu tủy răng sống thì vô cảm bằng gây tê tại chỗ hoặc/và gây tê vùng bằng Lidocaine 2%.

#### 3.2. Cách ly răng

Sử dụng đê cao su

#### 3.3. Mở tủy

- Dùng mũi khoan thích hợp mở đường vào buồng tủy
- Dùng mũi khoan thích hợp để mở toàn bộ trần buồng tủy.

#### 3.4. Sửa soạn hệ thống ống tủy

- Lấy sạch tủy ở buồng tủy và ống tủy.
- Xác định miệng ống tủy và số lượng ống tủy:
  - + Dùng thám trâm nội nha để tìm miệng ống tủy,

- + Trường hợp không thể phát hiện miệng ống tủy, dùng siêu âm tạo rãnh ở sàn tủy và thám trám nội nha để tìm.
- + Dựa vào miệng ống tủy và các rãnh ở sàn ống tủy để xác định số lượng ống tủy.
- Xác định chiều dài làm việc của các ống tủy:
- Thăm dò ống tủy bằng trâm số 10.
- Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tủy:
- + Sử dụng các file cầm tay hoặc/ và máy để tạo hình hệ thống ống tủy.
- + Bơm rửa hệ thống ống tủy bằng dung dịch Natri hypochlorid 2,5-5%, hoặc nước muối sinh lý...
- Dùng đầu siêu âm phối hợp xen kẽ với các file và dung dịch bơm rửa để làm sạch hệ thống ống tủy, dùng chất bôi trơn và làm mềm thành ống tủy.

### 3.5. Hàn kín hệ thống ống tủy

- Chọn cây lèn ngang với các kích thước phù hợp:
- + Chọn cây lèn vừa khít và ngắn hơn chiều dài làm việc ống tủy 1-2mm.
- Chọn côn gutta-percha chính:
- + Chọn và đặt 1 côn gutta-percha chuẩn phù hợp với file đã tạo hình sau cùng
- + Kiểm tra côn gutta-percha trong ống tủy trên Xquang.
- + Rút côn gutta-percha ra khỏi ống tủy.
- Đặt và lèn côn Gutta percha vào ống tủy:
- + Đưa xi măng trám bít vào thành ống tủy ở 1/3 ống tủy về phía cuống răng.
- + Đặt Gutta-percha chính vào ống tủy.
- + Lèn Gutta bằng cây lèn ngang.
- + Đặt côn phụ vào khoảng trống được tạo ra bởi cây lèn, dùng cây lèn tiếp theo để lèn.
- + Lặp lại nhiều lần đặt và lèn Gutta đến khi cây lèn chỉ còn đi được 1/3 trên ống tủy.



- + Lấy bỏ Gutta-percha thừa trong buồng tủy sát đến miệng ống tủy bằng nhiệt.
- + Lèn 1/3 trên ống tủy bằng cây plugger đã được hơi nóng.
- Đặt và lèn Gutta các ống tủy còn lại:

Lặp lại các bước đặt và lèn Gutta như đã trình bày ở trên lần lượt ở ừng ống tủy còn lại.

- Kiểm tra kết quả hàn hệ thống ống tủy bằng Xquang.

### 3.6. Hàn phục hồi thân răng

Hàn kín buồng tủy và phục hồi thân răng bằng vật liệu thích hợp.

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Trong quá trình điều trị**

- Thủng sàn tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA, hoặc Canxi hydroxide, hoặc GIC.
- Thủng thành ống tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA, hoặc Canxi hydroxide, hoặc GIC.
- Gãy dụng cụ trong ống tủy: lấy dụng cụ gãy.

### **2. Sau điều trị**

Viêm quanh cuống răng: điều trị viêm quanh cuống

# **ĐIỀU TRỊ TỦY RĂNG VÀ HÀN KÍN HỆ THỐNG ỐNG TỦY BẰNG GUTTA-PERCHA NGUỘI CÓ SỬ DỤNG TRÂM XOAY CẦM TAY**

## **I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là kỹ thuật dùng trâm xoay cầm tay để tạo hình hệ thống ống tủy
- Gutta percha nguội là vật liệu được sử dụng để hàn kín hệ thống ống tủy theo 3 chiều không gian có sử dụng bộ lèn ngang.

## **II. CHỈ ĐỊNH**

- Viêm tủy không hồi phục
- Tủy hoại tử
- Viêm quanh cuống răng

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Răng sữa
- Răng vĩnh viễn chưa đóng cuống
- Răng có chỉ định nhổ

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

### **2. Phương tiện**

#### **2.1. Dụng cụ:**

- Ghế máy nha khoa
- Máy siêu âm, đầu siêu âm nội nha
- Máy đo chiều dài ống tủy
- Bộ khám: khay, gương, gắp, thám trâm...
- Dụng cụ điều trị nội nha
- Bộ cách ly cô lập răng
- Bộ lèn nội nha A-D...

#### **2.2. Thuốc và vật liệu:**

- Thuốc tê

- Thuốc sát khuẩn
- Dung dịch bơm rửa
- Vật liệu điều trị nội nha...

### **3. Người bệnh:**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

### **4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

- Kiểm tra, đối chiếu hồ sơ bệnh án theo quy định
- Xem lại các phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

### **2. Kiểm tra người bệnh:**

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần điều trị

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

#### **3.1. Vô cảm**

Nếu tủy răng sống thì vô cảm bằng gây tê tại chỗ hoặc/và gây tê vùng bằng Lidocain 2%.

#### **3.2. Cách ly răng**

Sử dụng đê cao su

#### **3.3. Mở tủy**

- Dùng mũi khoan thích hợp mở đường vào buồng tủy
- Dùng mũi khoan thích hợp để mở toàn bộ trần buồng tủy.

#### **3.4. Sửa soạn hệ thống ống tủy**

- Lấy sạch tủy ở buồng tủy và ống tủy.
- Xác định miệng ống tủy và số lượng ống tủy bằng các dụng cụ thích hợp.
- Xác định chiều dài làm việc của các ống tủy.
- Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tủy bằng các trâm xoay cầm tay

- + Dùng trâm tay số 10 hoặc 15 để thăm dò ống tủy.
- + Sử dụng các trâm xoay cầm tay để tạo hình và làm rộng hệ thống ống tủy.
- + Bơm rửa hệ thống ống tủy bằng dung dịch Natri hypoclorid 2,5-5%, hoặc nước muối sinh lý

### 3.5. Hàn kín hệ thống ống tủy

- Chọn cây lèn ngang với các kích thước phù hợp:
- Chọn cây lèn vừa khít và ngắn hơn chiều dài làm việc ống tủy 1-2mm.
- Chọn côn gutta-percha chính:
  - + Chọn và đặt 1 côn gutta-percha chuẩn phù hợp với file đã tạo hình sau cùng
  - + Kiểm tra côn gutta-percha trong ống tủy trên Xquang.
  - + Rút côn gutta-percha ra khỏi ống tủy.
- Đặt và lèn côn Gutta percha vào ống tủy:
  - + Đưa xi măng trám bít vào thành ống tủy ở 1/3 ống tủy về phía cuống răng.
  - + Đặt Gutta-percha chính vào ống tủy.
  - + Lèn Gutta bằng cây lèn ngang.
  - + Đặt côn phụ vào khoảng trống được tạo ra bởi cây lèn, dùng cây lèn tiếp theo để lèn.
  - + Lặp lại nhiều lần đặt và lèn Gutta đến khi cây lèn chỉ còn đi được 1/3 trên ống tủy.
  - + Lấy bỏ Gutta-percha thừa trong buồng tủy sát đến miệng ống tủy bằng nhiệt.
  - + Lèn 1/3 trên ống tủy bằng cây plugger đã được hơi nóng.
- Đặt và lèn Gutta các ống tủy còn lại:
 

Lặp lại các bước đặt và lèn Gutta như đã trình bày ở trên lần lượt ở từng ống tủy còn lại.
- Kiểm tra kết quả hàn hệ thống ống tủy bằng Xquang.

### 3.6. Hàn phục hồi thân răng

Hàn kín buồng tủy và phục hồi thân răng bằng vật liệu thích hợp.

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Trong quá trình điều trị**

- Thủng sàn tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA, hoặc Canxi hydroxide, hoặc GIC.
- Thủng thành ống tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA, hoặc Canxi hydroxide, hoặc GIC.
- Gãy dụng cụ trong ống tủy: lấy dụng cụ gãy.

### **2. Sau điều trị**

Viêm quanh cuống răng: điều trị viêm quanh cuống.

# **PHẪU THUẬT NỘI NHA CÓ CẮT BỎ CHÂN RĂNG VÀ MỘT PHẦN THÂN RĂNG**

## **I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật lấy bỏ chân răng bệnh lý không có khả năng bảo tồn sau điều trị nội nha ở răng nhiều chân nhằm bảo tồn phần còn lại của răng đã được điều trị nội nha thành công.

## **II. CHỈ ĐỊNH**

- Răng có túi lợi bệnh lý độ III ở một chân răng mà không thể điều trị bảo tồn được.
- Chân răng điều trị nội nha không thành công: gãy hoặc nứt chân răng, ống tủy tắc hoặc gãy dụng cụ không lấy ra được...

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh mắc các bệnh toàn thân đang trong giai đoạn tiến triển.
- Răng lung lay độ III.
- Vách xương ổ răng không đảm bảo cho sự vững chắc của chân răng còn lại.

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

- Bác sỹ răng hàm mặt,
- Trợ thủ.

### **2. Phương tiện**

#### **2.1. Phương tiện và dụng cụ**

- Ghế máy răng
- Mũi khoan kim cương các loại, mũi khoan mở xương
- Bộ dụng cụ tiêu phẫu thuật trong miệng

#### **2.2. Thuốc và vật liệu**

- Thuốc tê:
- Thuốc sát khuẩn
- Dung dịch bơm rửa
- Vật liệu cầm máu

- Bông gạc vô khuẩn

### **3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

### **4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần điều trị.

### **3. Các bước kỹ thuật**

- Gây tê vùng và tại chỗ.
- Tạo vạt niêm mạc màng xương.
- Bóc tách vạt để bộc lộ xương ổ răng.
- Bộc lộ chân răng cần cắt: dùng mũi khoan lấy đi phần xương phía ngoài còn lại của chân răng cần cắt.
- Chia cắt chân răng và phần thân răng tương ứng: Dùng mũi khoan trụ cắt dọc phần thân răng tới vùng chèn chân răng.
- Dùng bẫy hoặc kìm để lấy thân răng và chân răng.
- Dùng mũi khoan hoàn thiện làm nhẵn bề mặt vạt vừa cắt.
- Khâu đóng kín vạt.

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu: cầm máu
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và vệ sinh tại chỗ
- Tình trạng ổn định của chân và thân răng còn lại.

# **PHẪU THUẬT NHỎ RĂNG LẠC CHỖ**

## **I. ĐẠI CƯƠNG**

- Răng lạc chỗ có thể ngấm trong xương hoặc xuất hiện trên cung hàm nhưng sai vị trí. Trong bài này chỉ đề cập tới các trường hợp răng lạc chỗ đã mọc.
- Răng lạc chỗ thường ảnh hưởng tới thẩm mỹ, khó kiểm soát mảng bám răng và còn là nguyên nhân gây lệch lạc răng và gây rối loạn khớp cắn.

## **II. CHỈ ĐỊNH**

- Răng lạc chỗ không có chỉ định nắn chỉnh.
- Răng lạc chỗ gây biến chứng hoặc có nguy cơ gây biến chứng.

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật nhỏ răng.
- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

### **2. Phương tiện**

#### **1.1. Dụng cụ**

- Ghế máy nha khoa.
- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

#### **1.2. Thuốc**

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Dung dịch bơm rửa.
- Vật liệu cầm máu.
- Băng, gạc vô khuẩn.

#### **1.3. Người bệnh**

- Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.



#### **1.4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang xác định tình trạng răng.
- Xét nghiệm cơ bản.

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

- Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

#### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn
- Vô cảm: Tùy trường hợp cụ thể mà có thể gây tê hoặc gây mê.
- Phẫu thuật lấy răng thừa:
  - + Tách nẹp niêm mạc và dây chằng quanh răng bằng cây bóc tách.
  - + Dùng bẫy tách chân răng với xương ổ răng.
  - + Dùng kim thích hợp lấy răng ra khỏi ổ răng.
  - + Kiểm soát huyết ổ răng.
  - + Sửa chữa và tạo hình xương ổ răng nếu cần.
  - + Cầm máu.

### **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

#### **1. Trong khi làm thủ thuật**

- Sốc: điều trị chống sốc.
- Chảy máu: Cầm máu.
- Gãy chân răng: lấy chân răng.
- Sang chấn răng liền kề: Tùy mức độ có thể chỉ theo dõi hoặc cố định.

#### **2. Sau khi làm thủ thuật**

- Chảy máu: Cầm máu.
- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

# **PHẪU THUẬT NHỎ RĂNG NGÂM**

## **I. ĐẠI CƯƠNG**

- Răng ngầm là răng không mọc ra được hoặc là một răng thừa.
- Các răng ngầm có thể là nguyên nhân của nang thân răng hoặc các biến chứng khác.

## **II. CHỈ ĐỊNH**

- Răng ngầm gây cản trở các răng khác mọc.
- Răng ngầm gây lệch lạc răng phải nhổ để nắn chỉnh.
- Răng ngầm có nang thân răng.
- Răng ngầm chèn ép thần kinh gây đau.
- Răng ngầm gây tổn thương răng kế cận.
- Răng ngầm lạc chỗ gây rối loạn chức năng.

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.
- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

### **2. Phương tiện**

#### **2.1. Dụng cụ**

- Ghế máy nha khoa.
- Bộ dụng cụ tiêu phẫu thuật trong miệng.

#### **2.2. Thuốc và vật liệu**

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Dung dịch bơm rửa.
- Vật liệu cầm máu..

- Vật liệu ghép xương
- Bông, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu.

### **2.3. Người bệnh**

- Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

### **2.4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang xác định tình trạng răng ngầm.
- Xét nghiệm cơ bản.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

- Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần điều trị.

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn
- Vô cảm: Tùy trường hợp cụ thể mà có thể gây tê hoặc gây mê.
- Phẫu thuật lấy răng ngầm:
  - + Tạo vật niêm mạc màng xương thích hợp để mở xương và lấy răng.
  - + Mở xương: dùng dụng cụ thích hợp mở xương bộc lộ răng ngầm.
  - + Chia cắt răng ngầm: dùng mũi khoan cắt răng và chia tách chân răng để đưa răng ra khỏi xương hàm nếu cần.
  - + Dùng dụng cụ thích hợp lấy răng và các chân răng đã chia tách ra khỏi xương.
  - + Kiểm soát vùng phẫu thuật.
  - + Ghép xương nếu cần.
  - + Khâu đóng vết.

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Trong khi làm thủ thuật**

- Sốc: điều trị chống sốc.
- Chảy máu: Cầm máu.

- Tổn thương xương và các cấu trúc lân cận: Tùy từng trường hợp mà chọn giải pháp điều trị thích hợp.

## **2. Sau khi làm thủ thuật**

- Chảy máu: Cầm máu.
- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

# **PHẪU THUẬT NHỎ RĂNG KHÔN MỌC LỆCH HÀM TRÊN**

## **I. ĐẠI CƯƠNG**

Răng khôn hàm trên mọc lệch thường không có chức năng ăn nhai và còn có thể gây ra các biến chứng. Vì vậy khi xác định được răng khôn mọc lệch thì nên nhổ sớm.

## **II. CHỈ ĐỊNH**

Răng khôn hàm trên mọc lệch.

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật nhỏ răng.
- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

- Bác sỹ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

### **2. Phương tiện**

#### **2.1 Dụng cụ**

- Ghế máy nha khoa.
- Bộ dụng cụ tiêu phẫu thuật trong miệng .
- Bộ dụng cụ mở xương.
- Kim bẫy thích hợp

#### **2.2 Thuốc và vật liệu**

- Thuốc tê: Loại có Adrenaline và không Adrenaline.
- Thuốc sát khuẩn
- Vật liệu cầm máu.
- Dung dịch bơm rửa.
- Băng gạc vô khuẩn.

### **3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị

### **4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Chụp phim X-quang để xác định mức độ răng kẹt.

## **V. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ, bệnh án.**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần nhổ.

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn.
- Gây tê tại chỗ, trong một số trường hợp phối hợp gây tê vùng.
- Rạch niêm mạc: trong một số trường hợp cần tạo vạt thì thực hiện theo các bước sau:

+ Rạch niêm mạc nếp niêm mạc.

+ Bóc tách vạt niêm mạc để bộc lộ răng.

- Lấy răng ra khỏi huyết ổ răng bằng dụng cụ thích hợp.
- Kiểm soát huyết ổ răng.
- Khâu đóng phần mềm trong trường hợp có tạo vạt.
- Cấn gạc.

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Trong phẫu thuật**

- Sốc: Chống sốc
- Chảy máu: cầm máu.

### **2. Sau phẫu thuật**

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân

# **PHẪU THUẬT NHỎ RĂNG KHÔN MỌC LỆCH CÓ CẮT THÂN, CHIA CHÂN RĂNG**

## **I. ĐẠI CƯƠNG**

Trong các trường hợp răng khôn mọc lệch, thường gặp răng khôn lệch gài có thân răng bị kẹt dưới cổ răng hàm lớn liền kề. Vì vậy phải cắt thân răng để lấy răng ra khỏi huyết ổ răng và tránh tổn thương răng liền kề.

Trường hợp chân răng dị dạng hoặc nhiều chân thì cần phải cắt và chia tách chân răng lấy hết chân răng ra khỏi huyết ổ răng.

## **II. CHỈ ĐỊNH**

Răng khôn mọc lệch có phần thân răng bị kẹt dưới thân răng liền kề và răng có nhiều chân hoặc chân dị dạng.

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật nhỏ răng.
- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

- Bác sỹ Răng hàm mặt
- Trợ thủ nha khoa.

### **2. Phương tiện**

#### **2.1 Dụng cụ**

- Ghế máy nha khoa.
- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.
- Bộ dụng cụ mở xương
- Bộ dụng cụ cắt răng.
- Kim bẫy thích hợp

#### **2.2 Thuốc và vật liệu**

- Thuốc tê: Loại có Adrenaline và không Adrenaline.
- Thuốc sát khuẩn
- Vật liệu cầm máu.

- Kim và chi khâu.
- Dung dịch bơm rửa.
- Bông gạc vô khuẩn

### **3. Người bệnh**

- Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị

### **4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Chụp phim X-quang để xác định mức độ răng kẹt.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần nhổ.

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn.
- Gây tê tại chỗ, trong một số trường hợp phối hợp gây tê vùng.
- Rạch niêm mạc: trong một số trường hợp cần tạo vạt thì thực hiện theo các bước sau:
  - + Rạch niêm mạc màng xương.
  - + Bóc tách vạt niêm mạc để bộc lộ vùng xương ổ răng
    - Mở xương: Trong một số trường hợp cần mở xương, dùng mũi khoan mở xương ổ răng bộc lộ phần thân răng cắt bỏ.
    - Cắt thân răng: Dùng mũi khoan cắt ngang qua cổ răng hoặc thân răng để lấy bỏ phần thân răng sao cho phần còn lại có thể lấy dễ dàng ra khỏi ổ răng.
    - Lấy phần thân ra khỏi huyết ổ răng.
    - Cắt và chia tách chân răng.
    - Lấy phần chân răng ra khỏi huyết ổ răng bằng dụng cụ thích hợp.
    - Kiểm soát huyết ổ răng.
    - Khâu đóng phần mềm trong trường hợp có tạo vạt.
    - Cấn gạc.

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**



## **1. Trong phẫu thuật**

- Sốc: Chống sốc
- Chảy máu: cầm máu.

## **2. Sau phẫu thuật**

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân.

# **PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ ĐA CHẤN THƯƠNG VÙNG HÀM MẶT**

## **I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật điều trị bằng phẫu thuật đối với những người bệnh bị đa chấn thương vùng hàm mặt nguyên nhân tai nạn giao thông, tai nạn lao động... Đây là kỹ thuật phẫu thuật phức hợp bao gồm điều trị vết thương phần mềm, gãy xương hàm trên, gãy xương hàm dưới...

## **II. CHỈ ĐỊNH**

Đa chấn thương vùng hàm mặt

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bệnh toàn thân không cho phép gây mê và phẫu thuật

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

- Bác sỹ Răng hàm mặt đã được đào tạo về chấn thương chỉnh hình hàm mặt hoặc phẫu thuật hàm mặt.
- Kíp phẫu thuật.
- Kíp gây mê.

### **2. Phương tiện và dụng cụ**

#### **2.1. Dụng cụ:**

- Bộ phẫu thuật phần mềm.
- Bộ phẫu thuật xương.

#### **2.2 Phương tiện và thuốc:**

- Kim chỉ khâu
- Nẹp vít kết hợp xương.
- Chỉ thép...
- Cung Tigeursted.
- Vít neo chặn...
- Thuốc gây tê có Adrenalin...

### **3. Người bệnh**

Người bệnh và/ hoặc người giám hộ được giải thích và đồng ý điều trị

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang: Panorama, mặt thẳng, blondeau, hirtz, CT scanner, conbeamCT... xác định tổn thương xương.

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra đối chiếu hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh:** Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ của người bệnh.

#### **3. Các bước thực hiện quy trình**

3.1. Sát khuẩn

3.2 Vô cảm: Gây mê nội khí quản.

3.3 Thực hiện theo các quy trình tùy theo các tổn thương:

- Buộc cung Tigeursted hoặc các nút Ivy hoặc đặt vít neo chặn hai hàm để cố định hai hàm đung khớp cắn.
- Két hợp xương hàm trên (nếu có)
- Két hợp xương gò má, cung tiếp (nếu có)
- Két hợp xương hàm dưới (nếu có)
- Phẫu thuật điều trị các vết thương phần mềm (nếu có)...

### **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

#### **1. Trong phẫu thuật**

Chảy máu: Cầm máu.

#### **2. Sau phẫu thuật**

- Chảy máu: cầm máu
- Tụ máu: Lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng; Điều trị kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết thương tại chỗ.

# **ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM VÙNG HÀM MẶT CÓ THIẾU HỒNG TỐ CHỨC**

## **I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật điều trị tạo hình đóng khuyết hồng phần mềm vùng hàm mặt do chấn thương.

## **II. CHỈ ĐỊNH**

Khuyết hồng phần mềm hàm mặt do chấn thương.

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Tình trạng toàn thân không cho phép điều trị

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

- Bác sỹ Răng hàm mặt đã đào tạo về phẫu thuật hàm mặt.
- Kíp phẫu thuật.
- Kíp gây mê.

### **2. Phương tiện**

#### **2.1. Phương tiện và dụng cụ**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm.
- Bơm, kim tiêm....

#### **2.2. Thuốc và vật liệu**

- Thuốc tê.
- Kim, chỉ khâu....

### **3. Người bệnh**

Người bệnh và/hoặc người giám hộ được giải thích và đồng ý phẫu thuật

### **4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh:** đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

3.1 Sát khuẩn

3.2 Vô cảm: Gây tê hoặc gây mê nội khí quản.

3.3 Sửa soạn vùng khuyết hồng

- Cắt lọc các mép khuyết hồng.
- Lấy bỏ triệt để các dị vật.
- Dùng dụng cụ thích hợp sửa soạn bề mặt các thành và nền khuyết hồng.
- Rửa sạch bằng nước muối sinh lý.
- Cầm máu.

3.4 Tạo hình đóng kín khuyết hồng

- Đánh giá tình trạng khuyết hồng.
- Lựa chọn phương pháp tạo hình đóng kín khuyết hồng:
  - + Tách bóc và khâu đóng tại chỗ.
  - + Dùng vật tại chỗ.
  - + Dùng vật tự do.
- Tạo hình đóng kín khuyết hồng bằng 1 trong 3 phương pháp trên hoặc phối hợp.
- Băng vô khuẩn.

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Trong phẫu thuật**

Chảy máu: Cầm máu.

### **2. Sau phẫu thuật**

- Chảy máu: Cầm máu.
- Tụ máu: Lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

# **ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM VÙNG HÀM MẶT KHÔNG THIẾU HÔNG TỔ CHỨC**

## **I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật điều trị phục hồi các tổn thương mô mềm vùng hàm mặt do chấn thương.

## **II. CHỈ ĐỊNH**

Vết thương phần mềm hàm mặt

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Tình trạng toàn thân không cho phép điều trị

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

- Bác sỹ Răng hàm mặt đã đào tạo về Phẫu thuật hàm mặt.
- Kíp phẫu thuật.
- Kíp gây mê.

### **2. Phương tiện**

#### **2.1. Phương tiện và dụng cụ**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm.
- Bơm, kim tiêm....

#### **2.2. Thuốc và vật liệu**

- Thuốc tê.
- Nước muối sinh lý, dung dịch ôxy già 3 thể tích...
- Kim, chỉ khâu....

### **3. Người bệnh**

Người bệnh và/hoặc người giám hộ được giải thích và đồng ý phẫu thuật.

### **4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

## **1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

**2. Kiểm tra người bệnh:** Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

## **3. Thực hiện kỹ thuật**

### 3.1 Sát khuẩn

3.2 Vô cảm: Gây tê hoặc gây mê nội khí quản.

### 3.3 Làm sạch vết thương

- Làm sạch vết thương bằng nước muối sinh lý.
- Dùng dụng cụ thích hợp lấy bỏ dị vật nếu có.

### 3.4 Sửa soạn vết thương

- Cắt lọc tiết kiệm mép vết thương.
- Cắt lọc tiết kiệm các mô dập nát.
- Bơm rửa vết thương.

### 3.5 Khâu đóng vết thương

- Vết thương đung dập, xây xát không rách da thì không cần khâu.
- Vết thương rách da và dưới da: khâu đóng 1 lớp.
- Vết thương sâu:
  - + Cầm máu.
  - + Khâu đóng các lớp theo giải phẫu.
- Vết thương có tổn thương mạch máu, tuyến nước bọt...:
  - + Cầm máu.
  - + Khâu phục hồi nhu mô tuyến và bao tuyến....
  - + Đặt dẫn lưu nếu cần
  - + Khâu đóng các lớp theo giải phẫu.

### 3.6 Băng vết thương

- Phủ 1 lớp mỡ kháng sinh
- Đặt băng vô khuẩn

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

## **1. Trong quá trình điều trị**

Chảy máu: Cầm máu.

## **2. Sau quá trình điều trị**

- Chảy máu: Cầm máu.
- Tụ máu: Lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: Kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.



## **CÓ ĐỊNH TẠM THỜI SƠ CỨU GÃY XƯƠNG HÀM**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật điều trị sơ cứu ban đầu cho người bệnh bị gãy xương hàm nhằm hạn chế chảy máu, tránh choáng do đau... đưa người bệnh ra khỏi tình trạng cấp cứu, tạo điều kiện thuận lợi cho giai đoạn điều trị tiếp theo bằng cách cố định tạm thời xương gãy.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Gãy xương hàm do chấn thương.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

- Bác sỹ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

#### **2. Phương tiện và dụng cụ**

##### **2.1. Phương tiện và thuốc:**

- Thuốc tê.
- Chỉ thép.
- Băng cuộn và gạc vô trùng...

##### **2.2. Dụng cụ:**

- Kìm (pince) buộc chỉ thép.
- Kéo cắt chỉ thép...

#### **3. Người bệnh**

Người bệnh hoặc /và người giám hộ được giải thích và đồng ý điều trị

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra đối chiếu hồ sơ bệnh án.**

**2. Kiểm tra người bệnh:** Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

**3. Các bước thực hiện quy trình.**

3.1. Sát khuẩn.

3.2. Vô cảm: Gây tê tại chỗ vùng gãy xương

3.3. Thực hiện các bước kỹ thuật:

- Đặt người bệnh nằm nghiêng đầu.
- Lấy hoặc hút sạch máu và dịch tiết trong miệng.
- Dùng tay hoặc dụng cụ thích hợp nắn chỉnh hai đầu xương gãy về vị trí giải phẫu.
- Dùng chỉ thép buộc liên kết, cố định các răng hai bên đầu đường gãy.
- Băng cố định cầm-đỉnh bằng băng và gạc vô trùng.
- Theo dõi các dấu hiệu sống
- Khi người bệnh ổn định chuyển điều trị chuyên khoa.

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Chảy máu: cầm máu.

# **PHẪU THUẬT TẠO ĐƯỜNG DẪN TRONG MIỆNG**

## **ĐIỀU TRỊ RỖ TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Rò tuyến nước bọt mang tai là tổn thương gặp sau chấn thương hoặc sau phẫu thuật vùng mang tai làm rách, đứt ống tuyến hoặc tổn thương nhu mô tuyến.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Rò tuyến nước bọt mang tai

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật

### **IV. CHUẨN BỊ.**

#### **1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên đã được đào tạo về phẫu thuật Hàm mặt
- Kíp phẫu thuật

#### **2. Phương tiện**

Bộ phẫu thuật phần mềm

#### **3. Người bệnh**

Người bệnh và/hoặc người giám hộ được giải thích và đồng ý điều trị

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ**

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

#### **3. Vô cảm: gây mê nội khí quản.**

#### **4. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát khuẩn vùng phẫu thuật.
- Rạch niêm mạc má tương ứng Răng hàm lớn thứ nhất và thứ hai hàm trên.
- Dùng kẹp Kocher luồn qua đường rạch niêm mạc đến chỗ dò nước bọt.
- Luồn 1 ống dẫn lưu theo kẹp Kocher dẫn lưu nước bọt vào khoang miệng.

- Cố định ống dẫn lưu và lưu giữ ống dẫn lưu.
- Đóng đường rò ngoài da
- Rút dẫn lưu sau 1 tháng.

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Trong phẫu thuật**

Chảy máu: cầm máu bằng dao điện.

### **2. Sau phẫu thuật**

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: chăm sóc tại chỗ vết mổ và điều trị kháng sinh toàn thân.

# **PHẪU THUẬT MỞ XOANG HÀM ĐỂ LẤY CHÓP RĂNG HOẶC RĂNG NGẦM**

## **I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật mở xoang hàm là phẫu thuật mở mặt trước của xoang hàm để lấy các chóp răng và răng ngầm nằm trong xoang là nguyên nhân gây viêm xoang.

## **II. CHỈ ĐỊNH**

- Viêm xoang hàm mạn tính do răng ngầm
- Chóp răng , chân răng hoặc răng lộn vào trong xoang

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Tình trạng toàn thân và tại chỗ không cho phép.

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên đã được đào tạo về phẫu thuật Hàm mặt
- Kíp phẫu thuật

### **2. Phương tiện**

Bộ phẫu thuật phân xương và máy khoan chuyên dụng.

### **3. Người bệnh**

Người bệnh và/hoặc người giám hộ được giải thích và đồng ý điều trị.

### **4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Film Xquang xác định vị trí răng hoặc chóp răng trong xoang.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

### **3. Vô cảm: gây mê nội khí quản**

### **4. Thực hiện kỹ thuật**

- Rạch niêm mạc: Rạch niêm mạc gác tiền đình hàm trên vật hình thang từ răng nanh đến răng hàm lớn thứ nhất.

- Bóc tách vạt niêm mạc: Dùng dụng cụ thích hợp tách niêm mạc màng xương, bộc lộ mặt trước xoang hàm. Lưu ý không làm tổn thương thần kinh dưới ổ mắt

- Mở cửa sổ thành trước xoang hàm: Dùng khoan cắt xương thành trước xoang với kích thước 2x3cm.

- Lấy chóp răng hoặc răng ra khỏi xoang:

+ Xác định vị trí chóp răng, chân răng hoặc răng ngầm trong xoang.

+ Dùng dụng cụ thích hợp lấy chóp răng, chân răng hoặc răng ngầm rakhỏi xoang

- Bơm rửa xoang bằng nước muối sinh lý.

- Trường hợp niêm mạc xoang thoái hóa, viêm nhiễm nặng sẽ lấy toàn bộ niêm mạc xoang và dẫn lưu xoang qua gác mũi dưới cùng bên.

- Khâu đóng niêm mạc gác tiền đình

- Kiểm soát huyết ổ răng và khâu đóng kín huyết ổ răng bằng vạt niêm mạc tại chỗ.

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Trong phẫu thuật**

Chảy máu: cầm máu

### **2. Sau phẫu thuật**

- Chảy máu: Cầm máu

- Nhiễm khuẩn: Điều trị kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ tại chỗ.

# **PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM XOANG HÀM DO RĂNG**

## **I. ĐẠI CƯƠNG**

Viêm xoang hàm là bệnh lý do nhiều nguyên nhân gây ra, trong đó có nguyên nhân do răng.

Phẫu thuật điều trị viêm xoang hàm do răng là kỹ thuật mở xoang để lấy bỏ toàn bộ niêm mạc xoang hàm đã bị viêm nhiễm, kiểm soát xoang hàm và đặt dẫn lưu. Trong một số trường hợp có thể phải xử lý răng nguyên nhân.

## **II. CHỈ ĐỊNH**

Viêm xoang hàm mạn tính do răng.

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Tình trạng toàn thân và tại chỗ không cho phép

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên đã được đào tạo về phẫu thuật hàm mặt
- Kíp phẫu thuật

### **2. Phương tiện**

Bộ phẫu thuật phần xương và máy khoan chuyên dụng

### **3. Người bệnh**

- Người bệnh và/hoặc người giám hộ được giải thích và đồng ý điều trị.
- Trong một số trường hợp phải điều trị nội nha răng nguyên nhân trước phẫu thuật.

### **4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Film Xquang đánh giá tình trạng xoang và răng nguyên nhân.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ**

### **2. Kiểm tra người bệnh**

### **3. Vô cảm: gây mê nội khí quản**

### **4. Thực hiện kỹ thuật**

- Rạch niêm mạc: Rạch niêm mạc ngách tiền đình hàm trên vạt hình thang từ răng nanh đến răng hàm lớn thứ nhất.
- Bóc tách vạt niêm mạc: Dùng dụng cụ thích hợp tách niêm mạc màng xương, bóc lộ mặt trước xoang hàm. Lưu ý không làm tổn thương thần kinh dưới ổ mắt
- Mở cửa sổ thành trước xoang hàm: Dùng khoan cắt xương thành trước xoang với kích thước 2x3cm.
- Lấy toàn bộ niêm mạc xoang hàm: Dùng dụng cụ thích hợp bóc tách lấy bỏ toàn bộ niêm mạc xoang hàm
- Trường hợp cần thiết thì xử lý răng nguyên nhân:
  - + Nạo cuống răng
  - + Cắt cuống răng
  - + Nhổ răng.
- Bơm rửa xoang bằng nước muối sinh lý.
- Dẫn lưu xoang qua ngách mũi dưới cùng bên.
- Khâu đóng niêm mạc ngách tiền đình

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Trong phẫu thuật**

Chảy máu: cầm máu

### **2. Sau phẫu thuật**

- Chảy máu: Cầm máu
- Nhiễm khuẩn: Điều trị kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ tại chỗ.



## TRẬT KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM

Có nhiều thể:

- Sai khớp đơn giản.
- Sai khớp không nắn được.
- Sai khớp tái phát.

Trong phạm vi cấp cứu, chúng tôi chỉ đề cập đến thể bệnh sai khớp đơn giản ra trước.

### A. Nguyên nhân.

- Thường gặp sau khi há miệng to quá do ngáp, cười, nôn hoặc nhổ răng khôn hoặc do há miệng to khi thăm khám trong miệng, soi họng, soi thanh quản.
- Thường gặp ở phụ nữ và người già.

### B. Giải phẫu bệnh:

- Lồi cầu đi quá lồi cũ cung gò má và không lùi lại được nữa.
- Mỏm vẹt có thể bị chẹt vào xương má.
- Sụn khớp: Sụn khớp di chuyển theo lồi cầu.
- Dây chằng 2 bên bình thường. Dây chằng sau bị căng thẳng.
- Bao khớp không bị tổn thương.

### C. Lâm sàng.

a. Sai khớp 2 bên:

- Nước bọt chảy nhiều.
- Nuốt, nhai, phát âm khó.
- Lõm ở trước gờ hình tai, lồi cầu nằm lồi lên ở phía trước, không cử động.
- XHD bị đẩy ra trước, má hóp.

b. Sai khớp 1 bên.

- Hàm lệch về bên lành (dấu hiệu căn bản).
- Má phía bên lành bị lõm,
- Má phía bên sai khớp căng.
- Lõm ở phía sai khớp, trước gờ hình tai và lồi cầu lồi lên, không cử động.

**D. XQ:** Parma, hàm chếch, toàn cảnh

### E. Chẩn đoán phân biệt:

- Sai khớp ra trước: hàm lệch về phía bên lành.
- Gãy hàm: Hàm lệch bên gãy.
- Dính khớp THD một bên: hàm lệch về phía bên dính khớp nhưng bệnh tiến triển

lâu.

- Gãy dưới lồi cầu cao: Lồi cầu có thể cùng bị đẩy ra trước và vào trong nhưng không cử động trong lúc há và ngậm miệng.

### F. Nắn sai khớp.

1. Có thể phóng bế với Novocain 1% bằng cách tiêm 2ml vào lõm trước gờ hình tai.

2. Bệnh nhân ngồi trên ghế chữa răng hoặc một ghế thấp hơn, đầu tựa thật chắc ra sau. BS đứng trước mặt bệnh nhân, hai chân dang ra, đặt 2 ngón tay cái lên mặt nhai răng hàm, các ngón khác giữ bờ dưới xương hàm dưới (ấn gạc vào ngón tay cho đỡ đau).

3. Ấn mạnh hàm dưới xuống thấp, trong vài phút để thắng được sức co của các cơ lên, và khi ấy, lồi cầu sẽ xuống thấp dưới lồi cầu thái dương của xương cung gò má.

4. Khi thấy răng hàm đã tụt xuống đến mức cần thiết thì đẩy hàm ra sau. Lồi cầu có thể trở lại vị trí cũ nhờ đã tránh được lồi cầu thái dương. Khớp cắn trở lại bình thường.

\* Nếu sau khớp 2 bên, lần lượt nắn một bên trước rồi nắn phía bên kia sau

## **NĂN SAI KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật điều trị nhằm tái lập lại mối quan bình thường giữa lồi cầu xương hàm dưới với hõm khớp của xương thái dương

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Sai khớp thái dương hàm

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên: Bác sỹ răng hàm mặt
- Kíp phẫu thuật.

#### **2. Phương tiện**

##### **2.1. Phương tiện và dụng cụ. Ghế**

ngồi có tựa lưng, tựa đầu

##### **2.2. Thuốc và vật liệu**

- Băng chun
- Gạc vô khuẩn
- Thuốc tê....

#### **3. Người bệnh**

Người bệnh và/ hoặc người giám hộ được giải thích và đồng ý điều trị

#### **4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

#### **2. Kiểm tra người bệnh**

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ

#### **3. Các bước kỹ thuật**

##### **3.1 Sát khuẩn.**

### 3.2. Chuẩn bị người bệnh:

- Để người bệnh ngồi trên ghế thấp, đầu-lưng thẳng, tựa chắc hoặc được giữ chắc.
- Bác sĩ đứng trước người bệnh.
- Xoa nắn vùng cơ cắn hai bên.

### 3.3. Nắn khớp thái dương hàm:

- Nắn cả hai bên một lần:

+ Bác sĩ đặt hai ngón tay cái có quấn gạc lên trên mặt nhai các răng hàm, hàm dưới, các ngón tay còn lại giữ chặt góc hàm và bờ dưới cành ngang.

+ Dùng sức ấn mạnh hai ngón tay cái lên mặt răng hạ lồi cầu xuống thấp, sau đó đẩy hàm ra sau để đưa lồi cầu về đúng vị trí trong hõm khớp thái dương.

- Nắn từng bên một:

+ Dùng cả hai ngón tay cái quấn gạc đặt lên mặt nhai răng hàm một bên.

Các ngón tay còn lại giữ chặt bờ dưới cành ngang.

+ Dùng sức ấn mạnh hai ngón tay cái lên mặt răng hạ lồi cầu xuống thấp, sau đó đẩy hàm ra sau để đưa lồi cầu về đúng vị trí.

+ Khi một bên đã vào khớp cần giữ chắc và tiếp tục đẩy cằm sang bên kia và ra sau, lồi cầu sẽ trở về vị trí cũ dễ dàng.

### 3.4. Cố định hàm dưới:

- Dùng băng chun băng cằm – đỉnh để cố định hàm dưới.
- Cố định trong thời gian 1 tuần.

## VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**Trong khi làm thủ thuật:** Choáng do đau: tạm dừng và điều trị chống choáng.

## CHẢY MÁU SAU NHỔ RĂNG

Là một tai biến khá thường gặp sau nhổ răng có thể chia làm 2 loại:

Chảy máu ngay sau khi nhổ răng.

Chảy máu vài giờ sau hay vài ngày sau nhổ răng.

### A. Chẩn đoán:

#### 1. Lâm sàng:

Máu vẫn tiếp tục rỉ rỉ chảy hoặc có thể thấy rõ một vòi máu nhỏ của một động mạch. Khi nhổ nước bọt thấy có máu, cắn chặt bông gạc thì bớt nhưng khi bỏ gạc ra, máu lại tiếp tục chảy.

##### a. Tại chỗ:

- Do sót chân răng, mảnh xương vỡ, chất trám những dị vật khác (vôi, răng ...)
- + Do rách nướu, trạng thái viêm cấp hay mãn của răng đã nhổ.
- + Do dùng lưỡi đá vào ổ răng, cắn gòn không đủ thời gian.
- + Do nhét muối vào ổ răng, dùng tăm xỉa.

##### b. Toàn thân:

+ Bệnh nhân đang được điều trị với thuốc chống đông máu hoặc những thuốc làm ức chế sự ngưng tập của tiểu cầu.

+ Các loại sốt phát ban.

+ Bệnh CHA.

+ Các bệnh về máu: Hemophili, giảm tiểu cầu.

#### 2. Cận lâm sàng:

##### a. Xét nghiệm::

- TS

- Tiểu cầu ( )

- TQ

- aPTT

b. X quang: Cận chóp, chéch nghiêng, toàn cảnh.

### B. ĐIỀU TRỊ:

#### 1. Điều trị đặc hiệu:

- Trong chảy máu sau nhổ răng, ta phải luôn luôn tìm kiếm một trong những nguyên nhân tại chỗ kể trên trước khi nghĩ tới một yếu tố toàn thân.

- Điều trị tại chỗ là chủ yếu, cần thiết và thông thường là đủ.

- Chụp film tia X để tìm xem còn sót chân răng hoặc mảnh xương ổ răng gãy còn sót hoặc tổ chức hạt ở vùng quanh chóp răng đã nhổ.

- Xem lại ổ răng.

+ Gây tê

+ Lấy hết cục máu đông cũ.

+ Bơm rửa nạo thật sạch ổ răng, nạo bỏ chân răng gãy còn sót mảnh xương ổ răng bị gãy hoặc tổ chức hạt.

+ Thấm khô ổ răng.

- Đặt Spongene vào ổ răng và trên cùng một miếng gạc bảo bệnh nhân cắn chặt khoảng 30 phút.

- Theo dõi bệnh nhân 1 giờ sau khi can thiệp.

## **2. Điều trị hỗ trợ:**

- Dicynon.

- Vitamin K1

## **3. Điều trị biến chứng.**

- Nếu không có kết quả, sau khi nạo sạch ổ răng, dùng bấc rộng cỡ 5mm vô trùng hoặc tấm Idoform, nhét từng lớp vào ổ răng, nhét sâu xuống tận đáy ổ răng hoặc cho cắn gạc lên trên hoặc khâu kín ổ răng lại rồi cắn cục gạc lên trên.

- Nếu bệnh nhân vẫn bị chảy máu, có thể do rối loạn vài yếu tố đông máu trong cơ thể.

Trong trường hợp này cần phối hợp với bác sĩ y hoặc chuyên viên huyết học để điều trị.

## **C. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM:**

- Dặn bệnh nhân nếu còn chảy máu thì quay trở lại.

- Và hẹn tái khám trong những trường hợp chảy máu trầm trọng.

## **ĐAU DÂY THẦN KINH V**

Thường gặp ở phụ nữ trên 40 tuổi.

### **A. Lâm sàng:**

- Đau bất ngờ: Dữ dội, rất ngắn, khởi hoàn toàn, cơn đau như dao đâm, điện giật. Đau dữ dội đến nỗi bệnh nhân ngồi im lặng, ôm nửa mặt. Đau từ 15s giây đến 1 phút. Sau cơn đau trở lại bình thường.

- Khi sắp hết cơn đau: có sự tham gia của dây thần kinh VII và giao cảm.

Các cơ vành môi, cơ mi mắt giật, ít khi toàn bộ cơ nửa mặt. Tóm lại cơn đau qua 3 giai đoạn: cảm giác dây V, vận động dây VII và giao cảm.

- Cơn đau luôn bắt đầu từ một điểm ngoại vi của một trong 3 nhánh của dây thần kinh V.

- Cơn đau do kích thích: Ho, lạnh, chạm phải một vùng ở da hoặc niêm mạc.

- Không có triệu chứng khách quan: Ấn vào các điểm Walleix không thấy đau.

### **B. Điều trị:**

#### *a. Cần tránh:*

- Dùng thuốc giảm đau gây nghiện.

- Nhổ răng theo yêu cầu bệnh nhân.

#### *b. Thuốc:*

- Tegretol 200mg (400-600mg/ngày).

- Châm cứu.

- Tiêm ngấm ở điểm khởi phát đau hoặc các nhánh ngoại vi của dây với Novocain 1% hoặc ở thân dây thần kinh.

- Nếu nặng, có thể tiêm cồn vào phần ngoại vi (các dây dưới ở mắt, cằm gai Spix) có tác dụng nhưng không bền.

- Thất bại: Nghĩ đến phương pháp phẫu thuật.

## THÙNG XOANG HÀM SAU NHỔ RĂNG

Do trượt tay khi nạy mạnh quá hoặc do thiếu điểm tựa, do nạo xương ổ răng đã bị viêm hoặc do xoang to quá để dự phòng cần chụp X Quang trước khi nhổ những răng cối nhỏ hoặc lớn có nghi ngờ.

### 1. Lâm sàng:

- Thăm dò ổ răng đã nhổ với một que đầu tù xê đi sâu từ 4-6cm vào trong xương hàm. Chú ý phân biệt với nang răng (sẽ chảy nước vàng chanh, có tinh thể Cholesterol hoặc mỡ).

- Bệnh nhân có cảm giác có không khí và nước vào trong ổ răng và chảy máu mũi về phía bị thủng. Hoặc nếu bệt mũi và thở mạnh, không khí sẽ ra theo ổ răng, có tiếng kêu rít nhỏ.

**2. XQuang:** Cận chóp, Blondeau

**3. Xử trí:** Có 2 trường hợp.

#### **a. Nếu xoang hàm lành:**

\* *Nếu răng trước khi nhổ không bị nhiễm trùng:*

- Cần tránh:

+ Bịt mũi và thở mạnh sẽ làm nhiễm trùng xoang hàm là lỗ thủng to hơn.

+ Hỉ mũi mạnh, không xúc miệng mạnh ít nhất 7 ngày.

+ Nạo ổ răng.

+ Nhét gạc trong ổ răng.

- Cần làm:

+ Khâu kín lỗ thủng: Tách bóc vạt viêm mạc nướu để che kín vết thương.

+ Kháng sinh 5-7 ngày.

+ Nhỏ thuốc sát trùng mũi, hầu.

\* *Nếu ăng trước khi nhổ có bị nhiễm trùng:*

- Không khâu nướu, đặt vào ổ răng vào viên Penicilin – Thrombin – Gelactin.

- Kháng sinh 5 -7 ngày.

- Nhổ những răng nhiễm trùng ở lân cận.

#### **b. Nếu xoang hàm đã bị nhiễm trùng:**

Nếu bệnh nhân không biết xoang có bị nhiễm trùng hay không, khi ấy không thể chụp tia X hoặc chọc dò để chẩn đoán được nữa mà phải xử trí như xoang đã bị nhiễm trùng.

\* *Xử trí:*

- Đặt vài viên Penicilin – Thrombin – Gelactin. Khâu kín ổ răng.

- Xông mũi, vệ sinh mũi.

- Kháng sinh 5 -7 ngày.

Nếu sau 8-10 ngày, lỗ thủng vẫn còn, phải chờ 1-2 tháng sau đó.



+ Nếu xoang không nhiễm trùng: Dùng phương pháp tạo hình các hạt niêm mạc để che kín lỗ thủng.

+ Nếu xoang vẫn còn nhiễm trùng: Điều trị để giảm bớt mủ, nạo xoang.

## **VIÊM TUỖ RĂNG CẤP**

### **1. Lâm sàng:**

- Đau tự nhiên, tăng lên do những nguyên nhân làm cương tụ máu như: tư thế nằm, đau về đêm, làm việc nặng nhọc.
- Kích thích vùng đau.
- Cơn đau cắt đầu nhanh, dữ dội, lan các răng kế cận hoặc vùng phân bố của dây thần kinh V.
- Cơn đau kèm theo các dấu hiệu của thần kinh giao cảm như: đỏ mắt, chảy nước mắt, mũi.
- Khám thấy có một R có lỗ sâu hoặc có não chụp kim loại, hoặc đã trám.
- Đau khi gõ ngang không đau khi gõ dọc.

### **2. X Quang: Cận chóp**

### **3. Xử trí:**

- Đặt Arsenic và lấy tuỷ sau vài ngày.
- Lấy tuỷ ngay sau khi gây tê tại chỗ (thường áp dụng cho răng 1 chân).

## VIÊM NHIỄM TUYẾN NƯỚC BỌT DO SỎI

Sỏi tuyến dưới hàm chiếm 85%, tuyến mang tai 10%, tuyến dưới hàm 5%.

### SỎI DƯỚI HÀM

Thường gặp ở ống Wharton, ở nam và ở nữ, bất kỳ lứa tuổi nào.

**I. Lâm sàng:** Sỏi dưới hàm trầm lắng một thời gian dần dần biểu lộ bằng triệu chứng bắt nước bọt và nhiễm khuẩn.

- Thoát vị nước bọt.

- Cơn đau nước bọt: “giữa bữa ăn bệnh nhân thấy đau chói ở lưỡi, sàn miệng, thấy phồng to, nhàn vùng trên xương móng đẩy cao niêm mạc dưới lưỡi, đau dịu dần và hết khi tống được một tia nước bọt ra khỏi lỗ ống.

- Tuyến dưới hàm sưng phồng to, lỗ ống Wharton nề đỏ. Gõ dọc ống Wharton đôi khi thấy sỏi. Vuốt dọc ống Wharton đôi khi có mủ chảy ra.

- Nhiễm khuẩn:

+ Viêm tấy vùng sàn miệng.

+ Viêm tuyến dưới hàm điều trị kháng sinh triệu chứng giảm dần có thể dẫn tới viêm mạn.

### II. Chẩn đoán:

- Tiền sử dụng cơn thoát vị và cơn đau nước bọt, viêm xơ tuyến dưới hàm hoặc Phlegmon sàn miệng.

- Chọc kim vào đụng sỏi.

- XQ: Tư thế Belot thấy sỏi Wharton ở phần trước, tư thế Bonneau thấy sỏi ở tuyến và phần sau ống Wharton. XQ tuyến dưới hàm có bơm thuốc cản quang.

- SA: Vùng tuyến

### III. Chẩn đoán khác:

- Thoái vị và cơn đau nước bọt >< phản xạ dẫn ống.

- Viêm ống, quanh ống Wharton >< viêm tấy Ludwig.

- Viêm tuyến dưới hàm mạn >< viêm quanh hạch do lao.

**IV. Điều trị:** Vệ sinh răng miệng tốt, dùng kháng sinh nếu có viêm nhiễm.

1. Sỏi ở ống Wharton: Sỏi nhỏ dùng thuốc lợi tiết nước bọt, phẫu thuật theo đường trong miệng: kẹp cố định sỏi, rạch ngang hoặc dọc ống lấy sỏi không cần khâu phục hồi.

2. Sỏi ở sâu đầu tuyến hoặc trong tuyến: Khó lấy qua đường trong miệng đôi khi phải dùng đường ngoài da. Cắt bỏ tuyến dưới hàm khi không còn khả năng điều trị phục hồi bảo tồn chức năng: tuyến viêm nhiễm nhiều lần và xơ hoá rõ ràng thì cắt bỏ.

# **CHUYÊN KHOA MẮT**

**Bs. Trần Văn Nhơn**

**Bs. Lê Văn Đào**

## **PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH UMI MẮT**

### **I. Triệu chứng;**

#### 1. Chủ quan:

- Cộm, xốn, vướng do u chà vào mắt.
- U lớn nhanh gây mất tầm mỹ.
- Đôi khi chảy máu hoặc dịch tiết.

#### 2. Khách quan:

- Kích thước u.
- Tính chất: bờ, màu sắc, độ dính, bề mặt trơn láng hay lồi sùi lở loét, dễ gây chảy máu, dẫn mao mạch.
- Mật độ u: chắc, mềm, cứng, xô chai...
- Mất một vùng lông mi hay bờ mi bị xoa.

### **II. Chẩn đoán phân biệt;**

- Nốt viêm hoặc mảng viêm.
- Dị ứng.
- Phì đại tuyến.

### **III. Nguyên nhân:**

- Bẩm sinh.
- Kích thích cơ học hoặc hóa chất.
- Loạn sản hoặc viêm mãn tính.

### **IV. Cận lâm sàng:**

- Công thức máu.
- TS-Tc.
- Glycemie (nếu cần).

### **V. Điều trị:**

#### 1. Những tổn thương lành tính:

- U nhú TB vẩy
- Mụn cơm thường
- Mụn cơm Nơ-vi
- Nốt ruồi
- Dày sừng bã nhờn
- Tăng sản giả Epithelioma
- Tăng sản tuyến bã nhờn
- Nang vùi biểu bì
- Ban vàng ( Xanthelasma)
- U tuyến mồ hôi
- Dày sừng quang hóa

- Sùng da, sùng ga
- U bã da mi
- U bã cục lệ
- U kết mạc : papilloma, u bì, bì mỡ, sắc tố, u hạt sinh mủ, u sợi thân kinh

## **2. Những tổn thương ác tính:**

- Carcinoma TB đáy.
- Carcinoma TB gai.
- Carcinoma tuyến ba nhỡn.
- Sarcome Kaposi.
- U hắc tố của da.
- U hắc tố nốt ruồi son ác tính.
- U di căn.
- U lympho kết mạc.

## **3. Cắt u:**

- U lành: cắt trọn u gửi Giải phẫu bệnh.
- U nghi ác tính: cắt u + 1-2mm mô lân cận gửi Giải phẫu bệnh.

## **4. Khâu da hoặc khâu kết mạc:**

### **5. Ghép kết mạc:**

- Nếu u to mất nhiều kết mạc.

### **6. Cắt sụn + tạo hình bờ mi:**

- Cắt <1/3 bờ mi: Nối bờ mi trực tiếp.
- Cắt >1/3 và <2/3: Nối bờ mi + tạo hình góc ngoài
- Cắt >2/3: Phải ghép sụn.

### **7. Thuốc sau mổ u mi:**

1. Cephalexine 500mg 15 viên

Ngày uống 3 lần, lần 1 viên

2. Paracetamol 500mg 9 viên

Ngày uống 3 lần, lần 3 viên

3. Alphachymotrypsine Choay 25 U.C.Hb 20 viên

Ngày uống 2 lần, lần 2 viên

4. Col.Tobrex 0,3% 1 lọ

Nhỏ MP, MT ngày 6 lần, lần 1 giọt

– **Lưu ý:** Trường hợp Kyst, nốt ruồi, u nhỏ... không cần cho bệnh nhân sử dụng thuốc kháng sinh uống.

### **VI. Theo dõi:**

- U đã cắt hết và tạo hình đúng giải phẫu học.
- Đánh giá về thẩm mỹ.

- Kết quả giải phẫu bệnh.
- Tái phát hoặc di căn

## **PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH MỘNG THỊ MẮT**

### **1. ĐỊNH NGHĨA:**

- Tầng sinh kết mạc nhãn cầu ở góc trong hoặc góc ngoài từ rìa hướng vào trung tâm giác mạc.
- Xuất hiện mô sợi mạch từ kết mạc xâm lấn vào lớp nông giác mạc.

### **2. DỊCH TỄ:**

- Khí hậu nóng ẩm, nắng gió bụi, đông dân cư, nhiệt đới xích đạo.
- Nam > nữ.
- Tập trung ở tuổi 44, đỉnh cao 50-60.
- Ấn Độ > châu Âu.
- Châu Phi > Arabs da màu.
- Sắc tố da: da màu ít hơn.

### **3. NGUYÊN NHÂN:**

Rối loạn chức năng tế bào mầm ở vùng rìa làm rào cản giữa kết mạc và giác mạc bị phá vỡ.

### **4. PHÂN LOẠI:**

#### *4.1. Dựa vào mức độ xâm lấn vào giác mạc*

- Độ 1: đầu mộng xâm lấn giác mạc 1-2 mm
- Độ 2: đầu mộng xâm lấn giác mạc 2-4 mm
- Độ 3: đầu mộng xâm lấn giác mạc > 4 mm

#### *4.2. Dựa hình thái học:*

- Mộng teo: thấy rõ mạch máu thượng củng mạc
- Mộng trung gian: thấy 1 phần mạch máu thượng củng mạc
- Mộng thân dày: không thấy rõ mạch máu thượng củng mạc

#### *4.3. Dựa vào tính chất tái phát:*

- Mộng tái phát
- Mộng nguyên phát

### **5. LÂM SÀNG:**

- Kích thích mắt: nóng rát, sợ ánh sáng, cảm giác dị vật, chảy nước mắt.
- Đau khi có loét giác mạc nhỏ quanh đầu mộng.
- Mờ đục giác mạc phía chu biên
- Thay đổi phim nước mắt
- Loạn thị
- Hạn chế vận nhãn 1 phần

### **6. NGUY CƠ TÁI PHÁT: vài tuần - 6 tháng sau mổ**

- Tuổi: trẻ



- Mộng trung gian hoặc mộng thân dày
- Môi trường: làm việc ngoài trời nhiều nắng, gió, bụi...

## **7. CHẨN ĐOÁN:**

### *7.1. Chẩn đoán xác định:*

Bằng mắt thường hoặc trên sinh hiển vi

### *7.2. Chẩn đoán phân biệt*

- Viêm kết mạc với các bọt nước nhỏ.
- Ung thư tế bào vảy ở vùng rìa.
- Mộng mỡ.
- **u** lympho kết mạc.
- **u** biểu mô Bowen.
- **u** dạng bì vùng rìa.
- **u** nhú.
- Viêm thượng củng mạc.

## **8. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ:**

### *8.1. Nội khoa:*

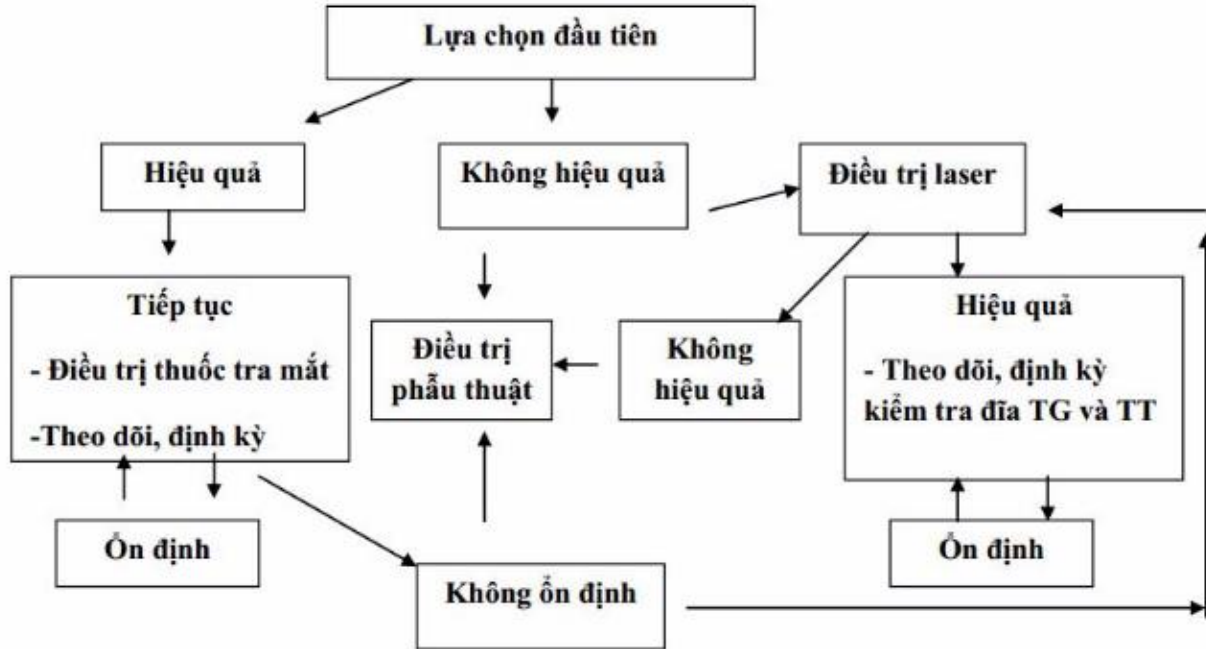
Nhỏ Indomethacin, Dexamethason.

### *8.2. Phẫu thuật:*

- Cắt mộng đơn thuần
- Cắt mộng + ghép kết mạc tự thân

## PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH GLAUCOM

Phác đồ điều trị



Nếu người bệnh không có điều kiện theo dõi hoặc điều trị thuốc lâu dài hoặc cơ sở y tế không có máy laser điều trị thì cần chỉ định điều trị phẫu thuật sớm.

Điều trị cụ thể

Điều trị nội khoa bằng thuốc hạ nhãn áp.

+ Thuốc ức chế men Carbonic Anhydrase.

Brinzolamide 1%; Dorzolamide 2% – tra mắt ngày 2-3 lần.

Acetazolamid 250 mg – uống 2- 4 viên/ ngày. Chỉ định trước mổ và khi cần cấp cứu hạ NA.

Acetazolamid 500mg/5 ml – tiêm tĩnh mạch 1 ống khi NA rất cao, không hạ được bằng thuốc tra mắt và uống.

+ Thuốc ức chế  $\beta$ -giao cảm.

+ Thuốc cường phó giao cảm.

+ Thuốc chế phẩm từ Prostaglandin.

+ Thuốc cường  $\alpha$  và  $\beta$  – giao cảm.

+ Thuốc cường  $\alpha_2$  – giao cảm.

+ Thuốc phối hợp cố định.

Timolol + Chế phẩm từ Prostaglandin: tra mắt ngày 1 lần vào buổi tối.

Timolol + Ức chế men Carbonic Anhydrase: tra mắt ngày 2 lần.

Timolol + Cường phó giao cảm: tra mắt ngày 2 lần.

Timolol + Cường  $\alpha_2$  – giao cảm: tra mắt ngày 2 lần.

+ *Thuốc toàn thân:*

Glycerol 50% – Chỉ định trước mổ và khi nhãn áp không hạ được bằng thuốc tra mắt và uống. Người lớn: uống 1gr-2 gr/ kg/ lần. Trẻ em: uống 1gr-1,5gr/ kg cân nặng/ lần.

Mannitol 10%, 20% – Chỉ định trước mổ và khi nhãn áp rất cao, không hạ được bằng thuốc tra mắt và uống. Tiêm TM 1,5g – 2g/ kg.

*Nguyên tắc lựa chọn thuốc hạ nhãn áp.*

Thuốc có tác dụng làm giảm NA: đạt và duy trì NA đích ổn định lâu dài, giao động NA trong ngày không quá 5 mmHg; Dung nạp tốt; Tối thiểu tác dụng không mong muốn; Tiện sử dụng (ít lần tra, giá thành hợp lý).

*Nguyên tắc chỉ định điều trị thuốc.*

Bắt đầu bằng một thuốc với nồng độ thấp nhất. Nếu chưa đạt hiệu quả hoặc gây tác dụng không mong muốn cần thay một thuốc nhóm khác. Nếu vẫn không đạt hiệu quả cần bổ sung thêm thuốc nhóm khác hoặc dùng thuốc phối hợp cố định.

Trong 1-2 ngày đầu khi NA tăng quá cao có thể dùng kết hợp thuốc tra và uống hạ NA Acetazolamid 250 mg với liều trung bình cho người lớn là 500mg/ngày.

Hướng dẫn cho người bệnh chia khoảng thời gian dùng thuốc hợp lý, các thuốc tra cách nhau ít nhất là 15 phút.

*Điều trị phẫu thuật*

Chỉ định:

+ Sau điều trị tích cực bằng thuốc và laser mà nhãn áp không đạt nhãn áp đích hoặc điều chỉnh không ổn định, chức năng thị giác tiếp tục biến đổi.

+ Người bệnh không có điều kiện điều trị bằng thuốc.

+ Người bệnh không có điều kiện đi lại khám theo dõi.

+ Người bệnh không tuân thủ chế độ điều trị thuốc theo chỉ dẫn của bác sĩ.

Các phẫu thuật điều trị glôcôm góc mở.

+ Phẫu thuật lỗ rò.

+ Phẫu thuật cắt củng mạc sâu không xuyên thủng.

Kỹ thuật: Đọc chi tiết trong “Quy trình kỹ thuật”.

*Điều trị phối hợp*

Điều trị chuyên khoa về các bệnh toàn thân.

Thuốc có tác dụng bảo vệ thần kinh hứa hẹn nhiều triển vọng trong điều trị glôcôm hiện đang trong giai đoạn thử nghiệm lâm sàng.

Thuốc dẫn mạch, tăng tuần hoàn nuôi dưỡng thị thần kinh như ginko biloba, cavinton, duxil....

### **Tiến triển và biến chứng**

Glôcôm góc mở nguyên phát thường xuất hiện âm thầm, gây tổn thương cả hai mắt, nhưng thường một mắt nặng hơn mắt bên kia. Bệnh tiến triển chậm, lần lượt qua từng giai đoạn, nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời sẽ dẫn đến mù lòa.

Phòng ngừa mù lòa do glôcôm gây nên

Glôcôm góc mở là một bệnh nguy hiểm gây mù lòa không có khả năng điều trị hồi phục. Tuy nhiên có thể phòng ngừa mù lòa do bệnh glôcôm gây nên bằng cách khám phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm, điều trị kịp thời trong các đối tượng nguy cơ cao và theo dõi, quản lý người bệnh lâu dài theo quy trình để kiểm soát được diễn biến bệnh.

## **PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH ĐỤC THỦY TINH THỂ THEO PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT NGOÀI BAO**

### **I. CHUẨN BỊ TRƯỚC MỔ**

1. Bệnh nhân bị đục T3 , thị lực  $\leq 1/10$  (bn T1  $\geq 1/10$  phải có hội chẩn)
2. Xét nghiệm đầy đủ: CÔNG THỨC MÁU, TS-TC, đường máu,
3. Khám toàn thân tổng trạng cho phép: huyết áp, tim phổi
4. Thuốc tiền phẫu
  - Acetazolamide 0,25g: 2 viên
  - Kaleoride 0,6g 1 viên

### **II. TIỀN PHẪU :**

- Vệ sinh mắt mổ và nhỏ thuốc Col Oflovid 1 giờ trước mổ
- Nhỏ thuốc giãn đồng tử mắt mổ 30' trước mổ , lặp lại sau 15'
- Cho bn đi vệ sinh nếu cần
- TEST thuốc tê và ghi kết quả vào hồ sơ
- Nhỏ thuốc tê và sát trùng da quanh mắt mổ bằng betadine 10%, nhỏ trong mắt betadine 5%
- Gây tê hậu cầu hoặc quanh cầu bằng Xylocaine 2% 5ml
- Kiểm tra nhãn cầu , nếu còn liếc thì tiêm tê bổ xung trước khi đưa bn vào phòng mổ

### **III. PHẪU THUẬT:**

- Cho bn nằm thoải mái trên bàn mổ
- Sát trùng lại mắt mổ bằng betadine 10% và 5%
- Trải khăn mổ vô trùng
- Dán băng keo mi mắt
- Đặt vành mi
- Đặt chỉ cơ trực trên - cố định chỉ
- Mở vạt kết mạc - đốt cầm máu
- Tạo đường hầm củng mạc cách rìa 1,5 - 2mm , dài 6 -8mm tùy theo độ lớn của nhân
- Phá bao trước theo pp khui hộp hoặc liên tục bằng kim 26
- Mở tiền phòng qua đường hầm CM
- Lấy nhân
- Rửa hút chất nhân
- Đặt Iol hậu phòng bằng hơi hoặc chất nhầy
- Rửa hút nhầy nếu có và tái tạo tiền phòng
- Kiểm tra vết mổ , nếu không kín thì khâu đường hầm 1=3 nút chỉ nylon 10,0
- Bơm 0,1 ml Vancomycine hoặc cefuroxime tiền phòng
- Đốt vạt kết mạc
- Chích dexamethasone 0,5 ml dưới kết mạc

- Lau sạch mắt
- Tra mắt thuốc mỡ Oflovid hoặc Tobradex
- Băng mắt

#### **IV. SAU KHI MỔ**

##### **Cấp thuốc cho BN và hướng dẫn cách sử dụng:**

- Col Tobradex 01 lọ: nhỏ mắt mỡ 08 lần /ngày
- Col Dexacol 01 lọ :nhỏ mắt mỡ 06 lần /ngày sau khi nhỏ hết Col Tobradex
- Col Nacl 9 %o 01 lọ : rửa mắt sau khi ngủ dậy hoặc khi mắt mỡ có nhiều chất tiết
- Paracetamol 0,5 g 04 viên: 01 viên x 2 lần/ngày (uống)

#### **V. THEO DÕI HẬU PHẪU**

- Khám ngày hôm sau, theo dõi tình trạng vết mổ, giác mạc, tiền phòng, IOL, nhãn áp
- Tuần sau: Đo thị lực, tình trạng vết mổ, giác mạc, tiền phòng, IOL, nhãn áp.
- Tái khám sau đó mỗi 3 hoặc 6 tháng hoặc khi thấy bất thường

# **CHUYÊN KHOA TAI MŨI HỌNG**

**BS. Nguyễn Thị Quỳnh Châu  
BS. Nguyễn Thanh Tùng**

## CHẨN THƯƠNG MŨI XOANG

### 1. Mở đầu

Chỉ khu trú vào chấn thương làm vỡ xương chính mũi và xương hàm trên.

### 2. Triệu chứng và thể lâm sàng

*Gãy xương chính mũi*

- Tháp mũi biến dạng.
- Sờ có chỗ mất liên tục và đau chói.
- Có dấu lạo xạo xương và có tràn khí dưới da.
- Vách ngăn thường vẹo sang một bên.

*Vỡ xương gò má*

- Mặt sưng nề, biến dạng, kết mạc mắt xuất huyết.
- Bờ dưới ổ mắt mất liên tục, cung gò má mất liên tục, đôi khi có dấu tràn khí dưới da. Trước bệnh nhân vỡ xương gò má phải khám kỹ: thị lực, vận nhãn, khớp cắn.

### 3. Cận lâm sàng

- Chụp mũi nghiêng trong trường hợp nghi ngờ gãy xương chính mũi: xương chính mũi bị mất liên tục và di lệch.
- Chụp Blondeau và Hirtz rộng: thấy mất liên tục bờ dưới ổ mắt, thân xương gò má, cung Zygoma.
- Chụp CT Scan nếu cần.

### 4. Điều trị

*Điều trị nội khoa*

- Cho bệnh nhân nằm đầu cao.
- Kháng sinh toàn thân phổ rộng, 1 trong các loại sau: Cephalosporine thế hệ I hoặc II chích hoặc uống (Cephadroxil, Zinnat, Ceclor...)

*Ngoại khoa*

- Gãy xương chính mũi
  - Nâng xương chính mũi nếu gãy có di lệch nhiều và tháp mũi ít sưng nề.
  - Loại trừ tụ máu vách ngăn. Nếu có phải rạch dẫn lưu tránh áp xe vách ngăn sau này.
  - Nếu tháp mũi sưng nề nhiều: điều trị nội khoa 3 ngày, tái khám và sẽ nâng xương chính mũi nếu cần thiết.
  - Cho bệnh nhân nằm đầu cao.
  - Tái khám sau 1 – 2 tuần, sau đó 1 – 2 tháng.
- Gãy xương gò má:
  - Gãy có di lệch nhưng không phức tạp: nâng xương gò má bằng móc Ginestet sớm.



- Gãy có di lệch nhưng phức tạp, phù nề nhiều: điều trị nội khoa và phẫu thuật chỉnh hình xương gò má bằng phương pháp kết hợp xương càng sớm càng tốt.
- Gãy xương gò má không di lệch hoặc chỉ di lệch ít: điều trị nội khoa.

***Điều trị sau mổ:***

- Nằm đầu cao.
- Kháng sinh toàn thân, phổ rộng, loại tiêm: Cefalosporine, cefotaxim, claforam, Cefuroxim.
- Giảm đau: Paracetamol 60mg/kg/ ngày.
- Kháng viêm, chống phù nề: trong 3 – 4 ngày.
  - Depersolone 30 mg. 1 ống x 2/ ngày (TMC) hoặc Solumedrol 40 mg, 1 ống x 2/ ngày (TMC).
  - Hoặc dùng loại enzym như: Alphachymotrypsin 1 -2 viên x 3 lần/ ngày.
- Chọc xoang hay hút máu tụ trong xoang qua nội soi nếu cần thiết
  - Chụp lại Xquang sau 4 tuần.

## **DI VẬT ĐƯỜNG ĂN**

### **1. Triệu chứng:**

- Tiền sử hóc dị vật.
- Nuốt đau, nuốt vướng, nuốt nghẹn.
- Không ăn uống được.
- Cổ sưng, ấn đau, lọc cọc thanh quản cột sống cổ ( $\pm$ ).
- Hội chứng nhiễm trùng.

### **2. Cận lâm sàng**

#### **2.1 Xquang:**

- Cổ nghiêng:
  - Có thể có cản quang của dị vật.
  - Khoảng Henké dày, mực nước hơi.
  - Mất độ cong sinh lý cột sống cổ.
- Tim phổi thẳng.

#### **2.2 Xét nghiệm**

- CTM, QT, ApTT.
- ECG ở người > 40 tuổi.
- Nước tiểu: đường, đạm.

#### **2.3 CT Scan: Dị vật khó xác định**

### **3. Xử trí**

**3.1 Hóc dị vật đơn giản:** soi gấp dị vật qua gương soi hạ họng – thanh quản.

**3.2 Soi thực quản gấp dị vật.**

#### **3.3 Nặng**

- **Hồi sức:**
  - Kháng sinh: (Cefotaxim hay Cefuroxime: 1 lọ x 2 (TB). Metronidazol 0,5g 100ml 1 chai x 2 lọ (TTM)- XX giọt/l.
  - Kháng viêm: Solumedrol 40mg (hoặc Depersolon 30mg) 1 ống x 2 (TMC).
  - Truyền dịch: Lactat – Ringer 500ml (TTM). Glucose 5% 500ml (TTM).
  - Giảm đau: Perfalgan 1g/100ml x 1 lọ (TMC).

\*\*\* Sau đó chuyển bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định

## **VIÊM XOANG CẤP TÍNH**

### **1. ĐỊNH NGHĨA**

Là quá trình viêm cấp xảy ra tại niêm mạc các xoang

### **2. TRIỆU CHỨNG**

<b>Cơ năng</b>	<b>Khám</b>	<b>Nội soi</b>
- Sốt - Nhức đầu - Sổ mũi - Nghẹt mũi - Hắt hơi	Niêm mạc mũi sưng huyết, có xuất tiết	Các lỗ thông xoang phù nề, xuất tiết

### **3. CẬN LÂM SÀNG**

- X- quang: Niêm mạc xoang có phản ứng viêm.
- Công thức máu: Bạch cầu tăng nhẹ.
- Nội soi: Các lỗ thông xoang phù nề, xuất tiết.

### **4. THỂ LÂM SÀNG**

*Viêm xoang nguyên nhân từ mũi:*

<b>Điều trị</b>	<b>Thuốc</b>
- Kháng sinh (dùng một trong các loại sau). - Thường dùng trong 15 ngày	<ul style="list-style-type: none"><li>• Amoxicillin (clamoxyl) 0.5g: 2v x 2 lần/ ngày.</li><li>• Amox + a. clavu (augmentin, curam, moxclav) 0.625g: 1v x 2 lần/ ngày.</li><li>• Cefadroxil (biodroxil) 0.5g 2v x 2 lần/ ngày.</li><li>• Cefuroxim (Zinnat. Ceroxim...) 0.25g/ ngày.</li></ul> - Khi có nhiễm kỵ khí: Metronidazol (uống hoặc chích) flagyl 0.25g 22/ngày, hoặc 500mg/100ml x 2 ngày.
Kháng viêm	Chống viêm loại enzyme: Alphachy motrypshe hoặc Lyszoyme (như noflux 90mg) 2v x 2 lần/ ngày trong 5 ngày.
Chống sung huyết và chảy mũi	Actifed 1v x 2,3 lần/ ngày
Kháng Histamin	Cetirizine 10mg (zyrtec, cetrin) 1v/ ngày hoặc loratadine (clarityne, alertin) hoặc Fexofenadine

	(telfast, alerfast) 60mg 1v x 2 lần trong ngày hay Pheremine 4mg (Allerfar) 1v x 2 lần / ngày
Giảm đau	Paracetamol (panadol, Efferalagan) 0.5g 1v x 2 lần/ ngày trong 3 ngày.

*Viêm xoang hàm do răng (răng 5, 6, 7 hàm trên)*

- Điều trị: Nhổ răng, chọc rửa xoang

<b>Điều trị</b>	<b>Thuốc</b>
- Kháng sinh (dùng một trong các loại sau). - Thường dùng trong 15 ngày	Giống như trên, nhưng kèm thêm Metronidazol như Flagy 0.5g 1v x 4 trong 10 ngày, hoặc Rodogyl 1v x 4 trong 10 ngày.
Kháng viêm	Chống viêm loại enzyme Alphachy motrypsine hoặc Lyszyme (như noflux 90mg) 2v x 2 lần/ ngày trong 5 ngày.
Giảm đau	Paracetamol (panadol, Efferalagan) 0.5g 1v x 2 lần/ ngày trong 3 ngày.

## VIÊM XOANG MÃN TÍNH

### 1. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng viêm tại niêm mạc mũi xoang kéo dài, tái đi tái lại nhiều lần làm phù nề, bí tắc lỗ thông xoang.

### 2. CÁC THỂ LÂM SÀNG

*Viêm xoang hàm mãn*

Triệu chứng	Khám	CLS	CTM XQ
- Nghẹt mũi. - Sổ mũi nhày vàng hoặc xanh có khi kèm nhức đầu.	Khe giữa phù nề, có nhày	Mờ xoang dạng niêm mạc dày hoặc có mực nước hơi	CTScanner Nội soi mũi

- **Điều trị:**

Điều trị	Thuốc
Kháng sinh (Dùng một trong các loại sau)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amoxicillin (clamoxyl) 0.5g: 2v x 2 lần/ngày.</li> <li>• Amox + a.clavu (augmentin, curam, moxiclav) 0.625 g: 1v x 2,3 lần/ngày.</li> <li>• Cefadroxil (biodroxil) 0.5g 2v x 2/ngày.</li> <li>• Cefuroxim (Zinnat, ceroxim...) 0.25g – 0.5g 1v x 2 lần/ngày.</li> <li>- Khi có nhiễm kị khí: + Metronidazol: Flagyl 0.25g 2 v x 2 lần/ngày hoặc chích 500mg/100ml x 2 lần/ngày.</li> </ul>
Chống dị ứng	Cetirizine 10 mg (zyrtee, cetrin) 1 v/ngày hoặc loratadine (clarityne, alertin) hoặc Fexofenadine (telfast, alerfast) 60mg 1v x 2 lần trong ngày hay Pheramine 4mg (Allerfar) 1v x 2 lần/ngày.
Chọc rửa XH	Cách 2 ngày một lần

*Viêm xoang trán*

Triệu chứng	Khám	CLS	CTM XQ
Nhức đầu, chảy mũi	Khe giữa phù nề có nhày	Mờ xoang trán	CTScanner nội soi mũi xoang

- **Điều trị:**

Điều trị	Thuốc
Kháng sinh	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amoxicillin (clamoxyl) 0.5g: 2v x 2 lần/ngày.</li> </ul>

(Dùng một trong các loại sau)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amox + a.clavu (augmentin, curam, moxiclav) 0.625 g: 1v x 2,3 lần/ngày.</li> <li>• Cefadroxil (biodroxil) 0.5g 2v x 2/ngày.</li> <li>• Cefuroxim (Zinnat,ceroxim...) 0.25g – 0.5g 1v x 2 lần/ngày.</li> <li>- Khi có nhiễm kị khí: + Metronidazol: Flagyl 0.25g 2 v x 2 lần/ngày hoặc chích 500mg/100ml x 2 lần/ngày.</li> </ul>
Kháng viêm	Chống viêm lại enzym: Amphachymotrypsine hoặc Lisozyme (như Noflux 90 mg) 2v x 2 lần trong 5 ngày.
Kháng histamin (dùng một trong các loại sau)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pheramin 4mg: 1v x 2 lần/ngày.</li> <li>- Cetirizin (Zirtec, Cetrin) 10 mg: 1v/ngày.</li> <li>- Loradin (Clarytin, Alertin) 10mg: 1v/ngày.</li> </ul>
Chống sung huyết và chảy mũi	Actifed 1 v x 2, 3 lần/ngày trong 10 ngày.
Giảm đau	Paracetamol (panadol, Efferalagan) 0.5g 1v x 2 lần/ngày trong 3 ngày.
Khí dung mũi	Dexacol và melyptol mỗi ngày.

*Viêm xoang sàng:*

Triệu chứng	Khám	Cận lâm sàng
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nghẹt mũi</li> <li>- Nhức đầu</li> <li>- Mỏi gáy</li> <li>- Sổ mũi</li> <li>- Nhảy họng</li> </ul>	Khe giữa và khe trên có nhày	Mờ xoang sàn CTM X quang Nội soi mũi xoang .....

- Điều trị: Như viêm xoang trán, ngoài ra có làm thêm phương pháp Proeetz.

*Viêm xoang bướm*

Triệu chứng	Khám	Xquang	CT scan	Nội soi
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Đau đầu</li> <li>- Mỏi gáy, mỏi vai</li> <li>- Sổ mũi</li> <li>- Nhảy vướn họng, hay khịt mũi, đờng hắng.</li> </ul>	Thành họng nhày, khe trên có mũ nhày.	Khó xác định	Mờ xoang bướm	Có dịch nhày khe trên

### *Viêm xoang thoái hoá polype*

<b>Triệu chứng</b>	<b>Khám</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Nghẹt mũi ngày càng tăng.</li><li>- Nhức đầu</li><li>- Mất khứu</li><li>- Sổ mũi, hắt hơi</li></ul>	Cuốn giữa quá phát, niêm mạc nhợt Khe giữa có Polype (trong, mỏng nước, bóng, nhẵn)

### **3. ĐIỀU TRỊ**

Chủ yếu là ngoại khoa : ( Chuyển viện tuyến trên )

- Phương pháp mổ tùy bệnh tích phát hiện được qua nội soi và CTscanner
  - + Viêm xoang hàm và sàng trước: Mở khe mũi giữa và bóng sàng.
  - + Viêm xoang sàng trước và sau: Nạo sàng.
  - + Viêm xoang trần: Mở ngách trán.
  - + Viêm xoang bướm: Mở thông xoang bướm.

## VIÊM MŨI MÃN TÍNH

### 1. ĐỊNH NGHĨA

Là quá trình viêm xảy ra tại niêm mạc mũi kéo dài trên 2 tuần hoặc tái đi tái lại nhiều lần.

### 2. TRIỆU CHỨNG:

- Cơ năng: Nghẹt mũi, đôi khi có chảy mũi đặc vàng hoặc xanh, ho dai dẳng.
- Khám: Niêm mạc mũi đỏ sậm, xuất tiết nhầy đục.

### 3. CẬN LÂM SÀNG.

- X-quang: Các xoang có phản ứng niêm mạc nhẹ.
- CTM.
- Nội soi: Phù nề niêm mạc, có nhầy đặc vàng hoặc xanh.

### 4. THỂ LÂM SÀNG:

*Viêm mũi quá phát:*

Là quá trình viêm tại niêm mạc mũi kéo dài với những cơn sung huyết niêm mạc tái diễn.

- Triệu chứng: Nghẹt mũi là chính, ho húng hắng.
  - Khám: Niêm mạc sung huyết đỏ, cuộn dưới phình to, xuất tiết nhầy.
  - Điều trị:
    - Tại chỗ: Xông mũi Dexacol và Melyptol.
    - Toàn thân:
      - ✓ Chống sung huyết: Adrenoxyl 1v x 2 trong 5 ngày. Cẩn thận với những người có bệnh lý tim mạch.
      - ✓ Chống viêm: Alphachy motrypsine 2v x 2,3 lần/ ngày.
- Điều trị nội không hiệu quả: Có chỉ ngoại khoa như cắt bán phần cuộn dưới.

*Viêm mũi xuất tiết:*

- Là tình trạng viêm mũi tái diễn nhiều lần làm các tuyến nhầy phát triển quá mức.
- Triệu chứng: Nghẹt mũi, sổ mũi, ho dai dẳng.
- Khám: Niêm mạc đỏ sậm, có xuất tiết nhầy.
- Điều trị:
  - Tại chỗ: Nhỏ mũi bằng NaCl 9%, xông mũi với Dexacol và Melyptol.
  - Toàn thân:



Toàn thân	Tại chỗ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chống viêm loại enzyme: Alphachy motrypshe hoặc lysozyme 2v x 2,3 lần / ngày trong 5 ngày.</li> <li>- Chống sung huyết và chảy mũi Adrenorxyl 1v x 2,3 lần/ ngày.</li> <li>- Kháng Histamin: Cetirizine 10mg 1v/ ngày hoặc loratadine hoặc Fexofenadine (telfast, alerfast) 60mg 1v x 2 lần trong ngày.</li> <li>- Giảm đau: Paracetamol (panadol, Efferalagan) 0.5g 1v x 2 lần/ ngày trong 3 ngày.</li> <li>- Kháng sinh: Nếu dịch mũi màu xanh phải cho thêm kháng sinh (dung trong 1 các loại sau): <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Amoxicillin (Clamoxyl) 0.5g: 2v x 2 lần/ ngày.</li> <li>+ Amox + a. clavu (augmentin, curam, moxiclav) 0.625g: 1v x 2,3 lần/ ngày.</li> <li>+ Cefadroxil (biodroxil) 0.5g 2v x 2 lần/ ngày.</li> <li>+ Cefuroxim (Zinnat) 0.25g 1v x 2 lần/ ngày.</li> <li>+ Cefaclor (ceclor) 0.25g hoặc 0.375g: 1v x 2 lần/ ngày.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Xông mũi: Dexatifo và melyptol trong 5 ngày</p>

*Viêm mũi teo:*

Là quá viêm tại niêm mạc mũi kéo dài và nặng ở một số cơ địa làm teo niêm mạc mũi.

*Triệu chứng:*

- Giai đoạn đầu:
  - Nghẹt mũi, xì mũi vàng xanh lẫn vảy mũi.
  - Khám: Sàn mũi có mũ nhầy, cuốn dưới đỏ, đầu cuốn giữa khô có vảy màu nâu.
- Giai đoạn 2:
  - Mũi có mùi hôi tanh, xì ra mũi lẫn vảy vành xanh. Bệnh nhân cảm thấy nghẹt mũi, mắt khướu, đôi khi nhức đầu.
  - Khám: Lấy hết vảy mũi thấy hốc mũi rộng, niêm mạc nhợt nhạt, teo dính vào xương.

*Điều trị:*

- Dùng kháng sinh: Nếu BC tăng (> 10.000) hoặc bệnh  $\geq$  5 ngày bằng 1 trong các loại thuốc:
  - Amoxicillin (Clamoxyl) 0.5g: 2v x 2 lần/ ngày.

- Amox + a. clavu (augmentin, curam, moxiclav) 0.625g: 1v x 2,3 lần/ ngày.
- Cefadroxil (biodroxil) 0.5g 2v x 2 lần/ ngày.
- Cefuroxim (Zinnat) 0.25g 1v x 2 lần/ ngày.
- Cefaclor (ceclor) 0.25g hoặc 0.375g: 1v x 2 lần/ ngày.
- Có thể phối hợp với bactrim (trimethoprimBP + sulfamethoxazoleBP) 0.96g: 1 x 2 lần/ ngày.
- Rửa mũi bằng NaCl 0.9%.
- Lấy vảy mũi.
- Điều trị ngoại khoa khi điều trị nội khoa thất bại: Làm hẹp hốc mũi bằng độn dưới niêm mạc vách ngăn và sàn mũi bằng mảnh xương tự than hoặc silicon ( Chuyên bệnh viện tai mũi họng thành phố Hồ Chí Minh )

## **VIÊM MŨI CẤP**

### **1. ĐỊNH NGHĨA:**

Là quá trình viêm cấp xảy ra tại mũi, làm niêm mạc mũi sung huyết.

### **2. TRIỆU CHỨNG:**

<b>Cơ năng</b>	<b>Thực thể</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Sốt nhẹ</li><li>- Ngứa mũi</li><li>- Hắt hơi</li><li>- Chảy mũi</li><li>- Nghẹt mũi</li><li>- Nhức đầu</li><li>- Người mệt mỏi</li></ul>	Niêm mạc mũi sung huyết, cuốn mũi cương tụ, xuất tiết.

### **3 CẬN LÂM SÀNG:**

- Công thức máu: Bạch cầu có thể tăng.
- X-quang: Các xoang sang.
- Nội soi: Niêm mạc sung huyết, cuốn mũi phù nề, xuất tiết.

### **4 XỬ TRÍ:**

<b>Toàn thân</b>	<b>Tại chỗ</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Chống viêm: Loại enzyme hoặc lysozyme: Alphachymotryspin 2v x 2 lần/ ngày trong 5 ngày.</li><li>- Chống sung huyết và chảy máu mũi: Adrenoxyl.</li><li>- Kháng Histamin: Cetirizin, Ioratadin 10mg 1v/ ngày.</li><li>- Giảm đau: Paracetamol (như panadol, eferagal), 0.5g 1g x 2 trong 3 ngày.</li></ul>	Xông mũi: Dexacol và melyptol trong 5 ngày

Dùng kháng sinh: Nếu BC tăng (lớn hơn 10.000) hoặc người bệnh > 5 ngày bằng: (Một trong các loại thuốc).

- Amoxycylin (clamoxyl) 0.5g x 2 lần/ ngày.
  - Amox + A. Clavu (Augmentin,): 0.625 g x 2–3 lần/ngày.
- Cefaclor (Ceclor) 0,25g hoặc 0,375g 1v x 2 lần/ ngày.

## VIÊM MŨI DỊ ỨNG

### 1. ĐỊNH NGHĨA

Là phản ứng toàn thân giữa kháng nguyên, kháng thể sinh ra hóa chất trung gian histamine và serotonin biểu hiện bằng quá trình viêm ở mũi.

### 2. TRIỆU CHỨNG:

Cơ năng	Thực thể
<ul style="list-style-type: none"><li>- Ngứa mũi.</li><li>- Hắt hơi</li><li>- Sổ mũi</li><li>- Nghẹt mũi</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Niêm mạc nhợt nhạt, xuất tiết nhầy</li></ul>

### 3. THỂ LÂM SÀNG:

- VMDU quanh năm: Xảy ra quanh năm.
- VMDU theo mùa: Xảy ra theo mùa rõ rệt

### 4. CẬN LÂM SÀNG:

- Công thức máu: bình thường IgE trong máu tăng.
- Dịch mũi có nhiều tế bào ái toan.
- X-quang: Không có gì bất thường
- Nội soi: N/mas nhợt nhạt, xuất tiết nhầy trong.

### 5. ĐIỀU TRỊ

Điều trị nội khoa là chủ yếu

- Giải mẫn cảm: Làm phản ứng nội bì để xác định kháng nguyên, sau đó chích giải mẫn cảm.
- Điều trị triệu chứng: Dùng 1 trong các thuốc Pheramin 4mg, polaramin... hoặc cetirizin 10mg (Zyrtec, cetrin) 1v/ ngày, loratadine (clarityne, alertin) hoặc fexofenadine (Telfast, alerfast) 60mg 1v x 2lần/ ngày.
- Điều trị tại chỗ:
  - Xông mũi bằng Corticoide.
  - Xịt mũi bằng Corticoide (Flixonase, Rhinocort, pivalon).
- Kháng sinh khi có bội nhiễm:
  - Amoxicillin (clamoxyl) 0.5g: 2v x 2 lần/ ngày.
  - Amox + a. clavu (augmentin, curam, moxiclav) 0.625g: 1v x 2 lần/ ngày.
  - Cefadroxil (biodroxil) 0.5g 2v x 2 lần/ ngày.
  - Cefuroxim (Zinnat. Ceroxim...) 0.25g – 0.5g/ ngày.

## **VIÊM THANH QUẢN MÃN TÍNH**

### **1. ĐỊNH NGHĨA**

Triệu chứng chức năng chính: Khàn tiếng kéo dài, không có xu hướng tự khỏi và phụ thuộc vào quá trình viêm thông thường, không đặc hiệu.

### **2. TRIỆU CHỨNG**

#### **Cơ năng:**

- Khàn giọng kéo dài từng đợt
- Tăng tiết nhày, nhất là buổi sáng
- Cảm giác ngứa, khô rát.

#### **Thực thể:**

- Tiết nhày đọng 1/3 trước và 1/3 giữa của dây thanh.
- Tổn thương dây thanh
  - Nhẹ: niêm mạc dây thanh: sung huyết đỏ.
  - Nặng: quá sản dây thanh như: sợi dây thừng, niêm mạc hồng, mất bóng.

### **3. THỂ LÂM SÀNG**

- Viêm thanh quản mãn tính, xuất tiết thông thường.
- Viêm thanh quản quá phát.
- Bạch quản TQ
- Viêm TQ nghề nghiệp
- Lộn thanh thất giả
- Viêm TQ mãn tính ở trẻ em

### **4. ĐIỀU TRỊ**

- Điều trị nguyên nhân:
  - Điều trị ổ viêm nhiễm ở mũi, xoang, họng.
  - Tránh: hơi hoá chất, bụi.
  - Nói ít, nói nhỏ, ngưng ca hát.
- Điều trị tại chỗ: khí dung họng
- Điều trị toàn thân: Kháng sinh, kháng viêm nếu cần
- Luyện giọng

## **VIÊM THANH QUẢN CẤP Ở TRẺ EM**

### **1. ĐỊNH NGHĨA**

Là tình trạng viêm cấp ở thanh nhiệt, sụn phễu, thanh nhiệt, dây thanh, niêm mạc hạ thanh môn, có thể kể cả khí quản.

#### **Thể lâm sàng**

- Viêm thanh thiệt cấp (Supraglottitis hay Epiglottitis).
- Viêm thanh khí quản co rít (Spasmodic Laryngotracheitis).

#### **Dịch tễ**

- Tuổi: 2 – 6 tuổi.
- Mùa: Lạnh hoặc khi giao mùa
- Khởi phát đột ngột
- Vệ sinh dinh dưỡng kém

### **2. TRIỆU CHỨNG**

- Khó nuốt: Bỏ ăn, chảy nước miếng.
- Khàn tiếng: Có thể nhẹ đến mất tiếng.
- Khó thở: Kiểu thanh quản (Xem khó thở thanh quản)
- Các triệu chứng khác có thể không đầy đủ: sốt cao, viêm họng mãn, ho (ông ồng), thở có tiếng rít.
- Lưu ý khi khám:
  - Không cố gắng đè lưỡi
  - Nên thực hiện soi thanh quản ở phòng mổ
  - Chẩn đoán phân biệt với hen phế quản (Thể viêm thanh quản co rít).
  - Viêm màng não (thể viêm thanh thiệt cấp).

### **3. ĐIỀU TRỊ**

Kháng sinh	- Nếu BC tăng ( $> 10.000$ ) hoặc bệnh $\geq 5$ ngày bằng: (một trong các loại thuốc). + Amoxicillin (Clanoxyl) + Cefadroxil (Biodoxil) 0.5g 2v x 2 /ngày. + Amox + A.clavu (Augmentin, Curan, Moxiclav) + Cefaclor (Ceclor) + Cefuroxim (Zinnat, Ceroxim)
Kháng viêm	Corticoid (Dexamethasone, Prednison, Depersolone, Solumedrol) 0.5 – 1.5mg/kg/ngày – chích hoặc uống.
Hạ sốt	Paracetamol, tùy theo bệnh nhi có thể uống hoặc nhét hậu môn. <ul style="list-style-type: none"><li>- Nhỏ hơn 3 tháng: 40mg/ngày.</li><li>- 1 – 2 tuổi: 80 – 120mg/ngày.</li><li>- 3 – 6 tuổi: 160 – 320mg/ ngày</li></ul>

An thần	Diazepam 5 mg
Chăm sóc	<ul style="list-style-type: none"><li>- Lau mát.</li><li>- Nằm đầu cao thở oxy</li><li>- Khó thở nặng, có thể nằm phòng chăm sóc đặc biệt &amp; mở khí quản.</li></ul>

## **VIÊM HỌNG – AMIDAN CẤP**

### **1. ĐỊNH NGHĨA**

Viêm niêm mạc ở họng trong đó có lớp liên bào, có tuyến nhầy, có nang lympho, các nang này có thể ở rải rác hoặc tập trung từng khối.

### **2. VIÊM HỌNG ĐỎ**

#### **Triệu chứng**

- Cơ năng: Sốt cao 39°C đột ngột kèm ớn lạnh, nhứt đầu, đau rát họng, khát nước, đau mình mẩy, tiếng nói trong.
- Thực thể: Đỏ toàn bộ niêm mạc họng màn hầu, trụ trước và trụ sau Amidan, thành sau họng.
- Cận lâm sàng: Bạch cầu không tăng.

#### **Thể lâm sàng**

- Viêm họng cúm: Sốt cao, nhứt đầu, đau cơ, sung huyết thành họng.
- Viêm họng do virus APC ở trẻ em: Sổ mũi, viêm họng đỏ, viêm màn tiếp hợp, hạch cổ sưng.
- Viêm họng đỏ do vi trùng (liên cầu): Viêm họng đỏ, thấp khớp, bạch cầu tăng, sung hạch cổ.
- Viêm họng mũi ở trẻ em nhỏ (Viêm VA): sốt cao, co giật, nghẹt mũi, nôn, bệnh kéo dài.

#### **Điều trị**

- Điều trị triệu chứng là chính.
- Chống sốt: Paracetamol 20 – 30 mg/kg/ngày.
- Súc họng.
- Khí dung họng

### **3. VIÊM HỌNG BỤA TRẮNG (Viêm họng do vi trùng)**

Bệnh thường do liên cầu

#### **Triệu chứng**

- Khởi phát: ớn lạnh, đau mình, sốt, nhứt đầu, rát họng.
- Toàn phát: sốt 38 - 39°C, đau rát họng, đau nhói lên tai.
- Khám họng:
  - + Hai amidan sưng to, đỏ, có giả mạc (chỉ khu trú ở amidan).
  - + Trụ trước và sau amidan, lưỡi gà, màn hầu sung huyết.
  - + Hạch góc hàm to, đau.
- Cận lâm sàng: bạch cầu từ 10.000 – 12.000

#### **Điều trị:**

- @ Kháng sinh rất công hiệu: bệnh rút lui sau 24 giờ.
- Ampicilline.
- Hoặc amoxicilline + acid clavulanic 50mg/kg/ngày hay cefaclor.
- Súc họng.



- Khí dung.
- Cắt amidan trong trường hợp amidan tái phát nhiều lần.

## CHẤN THƯƠNG MŨI

### 1. Định nghĩa:

Chấn thương mũi là tình trạng va chạm cơ học vào tháp mũi, tạo nên những thương tổn tháp mũi nêu có.

### 2. Triệu chứng

- Chảy máu mũi (thường là triệu chứng chính).
- Đau khi sờ vào tháp mũi nhất là chỗ gãy.
- Sung nề biến dạng tháp mũi.
- Da bị tổn thương (trầy xước, tím bầm, rách).
- Trần khí dưới da (hiếm, khi bệnh nhân cố xì mũi)
- Soi mũi trước hốc mũi có thể động máu đông:
  - Vách ngăn phình to (tụ máu)
  - Vách ngăn bị lệch (trật khớp).
  - Niêm mạc vách ngăn bị rách.

### 3. Cận lâm sàng

Xquang mũi nghiêng: có hình ảnh gãy xương chính mũi.

### 4. Thể lâm sàng

- Chấn thương phần mềm tháp mũi.
- Chấn thương gãy xương chính mũi:
  - Không rách da.
  - Có rách da.

### 5. Thái độ xử trí

#### 5.1 Chấn thương phần mềm tháp mũi

Đơn thuần → Nội khoa

Rách da → Xử lý sạch vết thương

- Cầm máu
- Khâu vết thương + nội khoa

#### 5.2 Chấn thương gãy xương chính mũi

- Đơn thuần → Nâng xương chính mũi + nội khoa

- Rách da → Xử lý sạch vết thương :

- \* Cầm máu
- \* Khâu vết thương + nội khoa

- Kèm tổn thương cơ quan kế cận như ở mắt, xoang hàm → Phẫu thuật

#### 5.3 Nắn xương càng sớm càng tốt

- Trên 2 tuần phải phá can xương rồi mới nắn lại được

#### 5.4 **Điều trị :**

- Kháng sinh :
- + Uống : cephalixin , cephadroxil , ciproxacin
- + Tiêm : cefotaxim , cefuroxim
- Kháng viêm : solumedron
- Giảm đau : Paracetamol
- Tiêm hoặc uống thuốc chống dị ứng để giảm xuất tiết khi đặt Mèche

## **APXE QUANH AMIDAN**

### **1. ĐỊNH NGHĨA**

Ap – xe quanh amidan là sự sưng mủ của tổ chức liên kết lỏng lẻo ở bên ngoài bọc amidan.

### **2. TRIỆU CHỨNG**

#### **Giai đoạn đầu**

Khởi đầu bằng đau họng vài ngày rồi bớt nhưng không hết hẳn, sau đó, đau họng trở lại, đau lan lên tai, nhiệt độ 38 - 39°C, bộ mặt nhiễm trùng.

#### **Giai đoạn khởi phát:**

- **Cơ năng:**

- + Đau là chính, thường bệnh nhân nghiêng đầu về một bên cho đỡ đau.
- + Chảy nước bọt.
- + Giọng ngậm hạt thị.
- + Hơi thở hôi.

- **Toàn thân:**

+ Nhiệt độ 39° C, vẻ mặt nhiễm trùng, vẻ bơ phờ, mệt nhọc nhiều.

- **Thực thể:**

- + Há miệng hạn chế
- + Họng đỏ, một bên đỏ bầm và sưng to, 1/2 màn hầu và 1/3 trên trụ trước sưng phồng, lưỡi gà sưng, amidan sưng vừa bị đẩy vào trong, sau và trước.
- + Chọc hút: có mủ.

### **3. Điều trị**

#### **Điều trị nội**

<b>Toàn thân</b>	<b>Tại chỗ</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Chống Viêm Loại Enzym: Garzen, Dornase 10mg Hoặc Noflux 90mg 2v X 2 – 3 Lần/Ngày Trong 5 Ngày.</li><li>- Chống sung huyết và chảy mũi: Actifed.</li><li>- Kháng Histamin: Cetirizine (Zirtec, Cetrin) 10mg: 1 – 2v/ngày.</li><li>- Giảm đau: Paracetamol 0.5mg 1 v x 2,3 trong 3 ngày.</li></ul>	Xông mũi: Dexacol và Melyptol trong 5 ngày.

- Dùng kháng sinh: Nếu Bc tăng (> 10.000) hoặc bệnh ≥ 5 ngày bằng: (một trong các loại thuốc).

- + Amoxicillin (Clanoxyl)
- + Cefadroxil (Biodoxil) 0.5g 2v x 2 /ngày.
- + Amox + A.clavu (Augmentin, Curan, Moxiclav)
- + Cefaclor (Ceclor)
- + Cefuroxim (Zinnat, Ceroxim)

**Điều trị ngoại:**

- Rạch dẫn lưu ổ mũ, đặt mèche dẫn lưu.
- Cắt Amidan sau 3 tháng.

## CHẢY MÁU MŨI

### 1. Định nghĩa

Chảy máu mũi là tất cả các trường hợp chảy máu từ mũi, vòm xoang họng hoặc mũi trước.

### 2. Nguyên nhân

- Khối u: Hốc mũi, xoang cạnh mũi hay vòm.
- Nhiễm trùng mũi.
- Các bệnh xuất huyết.
- Chấn thương vùng mặt.
- Cao huyết áp.
- Chảy máu mũi vô căn.

### 3. Cận lâm sàng

- CTM, Hct, tiểu cầu, QT, APTT.
- Xquang, nội soi mũi xoang, xác định vị trí và cầm máu.
- CTScanner.

### 4. Xử trí

4.1 Chảy máu mũi vừa: Thành dòng (Từ 50 ml → 150 ml).

- Hút mũi, tìm điểm chảy máu.
- Đặt bấc (mèche) mũi trước.
- Hoặc đốt điện cầm máu dưới NSMX.

4.2 Chảy máu mũi nặng

- Nhét bấc mũi trước hoặc mũi sau.
- Phẫu thuật đốt ĐM bướm khẩu cái qua nội soi hoặc phẫu thuật thắt ĐM hàm trong (Chuyên tuyến trên)
- Phẫu thuật thắt ĐM sàng hoặc ĐM cạnh ngoài tùy theo hệ thống ĐM bị tổn thương (Chuyên tuyến trên)

4.3 Điều trị toàn thân và theo dõi

- Theo dõi tổng trạng, nằm đầu nghiêng.
- Hồi sức: Truyền dịch, truyền máu nếu cần.
- Kháng sinh toàn thân khi đã nhét bấc mũi.

Kháng sinh (1 trong các loại sau)	Cephalosporine thế hệ I, II hoặc III tùy theo tình trạng bệnh lý. Cefotaxim, Claforan, Cefuroxim 20 mg – 100mg/kg/ngày
--------------------------------------	--

- An thần.
- Điều trị nguyên nhân.

## DI VẬT MŨI

### I. ĐẠI CƯƠNG

- Di vật mũi là sự hiện diện vật lạ trong hốc mũi có thể gây tắc nghẽn, tổn thương mũi. Đây là cấp cứu tai mũi họng
- Nguyên nhân do trẻ nhét vật lạ, đồ chơi vào mũi. Di vật thường là đồ chơi nhỏ, mảnh giấy, viên bi, cục pin nhỏ, cục nam châm nhỏ, hạt nút, hạt đậu...

### II. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Công việc chẩn đoán

##### 1.1. Hỏi bệnh

- Hoàn cảnh xuất hiện trẻ đang nhét vật lạ vào mũi.
- Thời điểm bắt đầu xuất hiện triệu chứng.
- Sơ cứu.

##### 1.2. Khám lâm sàng

- Nghẹt mũi
- Triệu chứng mũi: thường xuất hiện một bên mũi
  - o Có mùi hôi.
  - o Đau mũi.
  - o Chảy dịch hoặc mủ.
  - o Không hít thở được.
  - o Không nhận biết mùi.
  - o Chảy máu mũi.
- Triệu chứng khác: Thở miệng, sốt
- Khám mũi: thấy dị vật nằm ở 1 bên mũi bằng banh mũi và đèn clar hoặc qua nội soi khi dị vật nằm sâu trong mũi.
- Tìm biến chứng:
  - o Viêm mũi xoang.
  - o Viêm tai giữa.
  - o Dị vật di chuyển rồi vào khí quản gây ngạt thở.
  - o Viêm mô tế bào quanh hốc mắt.
  - o Đau, sưng mắt.
- 1.3. Cận lâm sàng: Xquang mũi nghiêng khi nghi ngờ dị vật cản quang trên lâm sàng.

**2. Chẩn đoán xác định:** Triệu chứng lâm sàng và khám mũi thấy dị vật nằm ở 1 bên mũi.

#### 3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm mũi xoang.
- Viêm hô hấp trên.
- Viêm mũi dị ứng.

### III. ĐIỀU TRỊ

#### 1. Nguyên tắc điều trị

- Soi lấy dị vật sớm.
- Điều trị biến chứng.

**2. Tiêu chuẩn nhập viện:** phải nhập viện để gây mê lấy dị vật khi có một trong các tiêu chuẩn sau

- Dị vật mũi nằm sâu trong mũi.
- Dị vật có móc.
- Dị vật xuyên thấu.
- Trẻ không hợp tác.
- Chảy máu mũi ở lần lấy dị vật đầu tiên.



## **VIÊM TAI GIỮA MẠN TRẺ EM**

### **1. ĐỊNH NGHĨA**

Viêm tai giữa (VTG) mạn tính là tình trạng viêm nhiễm mạn tính không chỉ trong khoang tai giữa mà còn lan đến sào bào, thượng nhĩ và xương chũm, thời gian chảy mủ tai đã kéo dài trên 3 tháng.

### **2. PHÂN LOẠI**

-Viêm tai giữa mạn tính ở trẻ em có hai loại chính là viêm tai giữa tiết nhầy mủ và viêm tai giữa mủ.

-Trong viêm tai giữa tiết nhầy mủ, bệnh tích khu trú ở niêm mạc

-Trong viêm tai giữa mủ bệnh tích vượt khỏi niêm mạc và làm thương tổn đến xương, loại sau nặng hơn loại trước.

### **3. VIÊM TAI GIỮA TIẾT NHẦY MỦ**

#### **3.1. Nguyên nhân**

Nguyên nhân của viêm tai giữa tiết nhầy mủ là do mũi, do xoang, do vòm mũi họng (VA), ngoài ra bệnh tích ở niêm mạc sào bào, niêm mạc thượng nhĩ hay làm cho chảy tai kéo dài. Bệnh tích khu trú ở vòi Eustache, ở hòm nhĩ, ở sào bào.

#### **3.2. Chẩn đoán**

##### **3.2.1. Chẩn đoán xác định**

###### *3.2.1.1. Lâm sàng*

- Bệnh nhân không đau tai, không ù tai, không chóng mặt, thính lực gần như bình thường.

- Bệnh nhân chỉ có chảy dịch tai: dịch chảy khá nhiều, và tăng lên mỗi khi bệnh nhân bị viêm mũi, sổ mũi.

- Chất dịch chảy ra màu vàng nhạt hoặc trong, đặc quánh, kéo dài thành sợi, không tan trong nước, không thối, giống như tiết nhầy ở mũi.

- Lỗ thủng ở góc tư dưới trước của màng nhĩ, hình quả trứng, có khi lên đến rốn cán búa. Phần còn lại của màng nhĩ màu xám nhạt, mỏng, không bị viêm.

###### *3.2.1.2. Cận lâm sàng*

- Công thức máu

- Nội soi tai

- Xquang Schuller

###### *3.2.1.3. Thử lâm sàng*

- Viêm tai giữa mạn tính màng nhĩ đóng kín:

- Viêm tai keo (glue ear):

##### **3.2.2. Chẩn đoán phân biệt**

- Bệnh viêm tai khô do thể tạng: trong bệnh này màng nhĩ hoàn toàn bình thường và vòi Eustache không bị tắc.

- Sẹo xơ do viêm tai mủ: có những biến dạng của màng nhĩ rõ rệt lỗ thủng và sẹo mỏng, mảng vôi hóa...

### **3.3. Điều trị**

#### **3.3.1. Nguyên tắc điều trị**

Cần điều trị phối hợp sẵn sóc tại chỗ và điều trị nguyên nhân. Trong trường hợp cần thiết phẫu thuật mở thương nhĩ để dẫn lưu.

### **3.3.2. Sơ đồ/ Phác đồ điều trị**

- Điều trị tại chỗ: làm thuốc tai.
- Điều trị bệnh lý mũi họng kèm theo.
- Phẫu thuật khi bệnh lý kéo dài, đối với trẻ em nên mổ sớm phòng ngừa giảm thính lực.

### **3.3.3. Điều trị cụ thể**

- Điều trị cục bộ:

Hút rửa tai khi có mủ và dùng một số thuốc nhỏ tai, giữ tai khô.

Phương pháp kể trên cho kết quả tốt nhưng không bền. Sau một thời gian ổn định tai sẽ chảy trở lại, do đó phải củng cố kết quả bằng cách điều trị nguyên nhân.

- Điều trị nguyên nhân:

+ Nguyên nhân của bệnh là ở mũi và ở vòm mũi họng. Ở mũi chúng ta phải giải quyết viêm mũi xoang, quá phát cuốn mũi...

+ Nạo V.A.

- Điều trị bằng phẫu thuật:

Ở trẻ em nhỏ bị viêm tai tiết nhầy mủ kéo dài, nhất là sau khi đã điều trị bằng những phương pháp kể trên nhưng không có kết quả, nên làm phẫu thuật mở thương nhĩ dẫn lưu.

## VIÊM TAI GIỮA CẤP TÍNH TRẺ EM

### 1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm tai giữa (VTG) cấp tính là tình trạng viêm nhiễm trong khoang tai giữa. thời gian kéo dài dưới 3 tháng.

### 2. NGUYÊN NHÂN

- Viêm vòm mũi họng, quá trình viêm vào tai bằng con đường vòi Eustache là chủ yếu
- Bệnh cục bộ như viêm mũi, viêm xoang, viêm V.A, u vòm mũi họng, hoặc nút mũi sau để quá lâu
- Rách màng nhĩ do chấn thương cũng là một nguyên nhân gây viêm tai giữa cấp tính.

### 3. CHẨN ĐOÁN

#### 3.1. Chẩn đoán xác định

##### 3.1.1. Lâm sàng

##### Giai đoạn đầu:

- Bệnh nhân thường là em bé đang bị sổ mũi, ngạt mũi, đột nhiên bị đau tai nhiều kèm theo sốt cao 40 0C.
- Khám màng nhĩ thấy một vùng sung huyết đỏ ở góc sau hoặc ở dọc theo cán búa, hoặc ở màng Shrapnell.

##### Giai đoạn toàn phát:

- Mủ bắt đầu xuất hiện trong hòm nhĩ, có hai trường hợp:  
*a. Màng nhĩ chưa vỡ:* Mủ bị tích trong hòm nhĩ như trong một áp xe và gây ra những triệu chứng chức năng, toàn thân và thực thể rõ rệt.

##### \* Triệu chứng chức năng:

- Đau tai mỗi ngày một tăng, đau rất nhiều, đau sâu trong tai
- Nghe kém
- Những triệu chứng phụ như ù tai, cảm giác đầy tai, tự thính, chóng mặt...

##### \* Triệu chứng toàn thân:

- Trẻ em nhỏ sốt cao có thể vật vã, co giật

##### \* Triệu chứng thực thể:

- Toàn bộ màng nhĩ bị nề và đỏ, không nhìn thấy tam giác sáng
- màng nhĩ căng phồng có nhiều mạch máu đỏ tỏa ra từ cán búa
  - Xương chũm có vẻ bình thường, nhưng nếu ấn vào đáy bệnh nhân sẽ kêu đau.

##### *b. Màng nhĩ vỡ*

Khi màng nhĩ đã vỡ và mủ chảy ra ngoài thì các triệu chứng sẽ thay đổi.

- BN không đau tai nữa, nhiệt độ trở lại bình thường, bệnh nhân ăn được ngủ được.

##### • Triệu chứng thực thể:

Ống tai ngoài đầy mủ, không có mùi, lúc đầu chỉ là mủ loãng vàng nhạt sau biến thành mủ vàng đặc

##### 3.1.2. Cận lâm sàng

- Nội soi tai: mức dịch, bóng khí...

- Thính lực đồ: Nghe kém kiểu dẫn truyền.
- X quang Schuller:

### **3.2. Chẩn đoán phân biệt**

- Viêm màng nhĩ đơn thuần: màng nhĩ đỏ, sung huyết, bệnh nhân không nghe kém, không có triệu chứng toàn thân.
- Nhọt ống tai ngoài:
- Zona tai:
- Viêm tai giữa mạn tính đợt cấp

## **4. ĐIỀU TRỊ**

### **4.1. Nguyên tắc điều trị**

Đây là bệnh lý cấp tính ảnh hưởng đến toàn thân và đe dọa nhiều biến chứng nguy hiểm nên cần phối hợp điều trị kháng sinh, kháng viêm phối hợp dẫn lưu tại chỗ.

### **4.2. Sơ đồ điều trị**

- Điều trị toàn thân + Màng nhĩ chưa thủng Chích rạch màng nhĩ.
- Điều trị toàn thân + Màng nhĩ đã thủng Làm thuốc tai.
- Điều trị bệnh lý mũi họng kèm theo.
- Điều trị phòng ngừa biến chứng.

### **4.3. Điều trị cụ thể**

Tùy theo màng nhĩ có thủng hay chưa, cách điều trị có khác nhau.

#### **4.3.1. Màng nhĩ chưa thủng**

##### *a. Điều trị bằng thuốc tại chỗ*

- Dùng một số thuốc nhỏ tai có tác dụng giảm sung huyết tại chỗ: Polymycin...

##### *b. Chích rạch màng nhĩ*

#### **4.3.2. Màng nhĩ đã thủng**

- Làm thuốc tai
- Nếu thấy lỗ thủng đóng lại nhưng bệnh nhân sốt và đau tai thì phải chích rạch lại để dẫn lưu.

#### **4.3.3. Điều trị toàn thân**

- Kháng sinh phổ rộng thuộc nhóm Beta lactam, Cephalosporin, Macrolid... tốt nhất vẫn theo kháng sinh đồ. Trong khi dùng kháng sinh, nên chụp X quang xương chũm để phát hiện viêm xương chũm tiềm tàng.
- Thuốc kháng viêm Corticoid, kháng viêm dạng men.
- Hạ sốt, giảm đau

## **ÁP XE ỐNG TAI NGOÀI**

### **1. Định nghĩa**

Là tình trạng viêm nhiễm khu trú ở một vị trí của ống tai ngoài, thường gặp một bên, hay gặp vào mùa hè và do tụ cầu khuẩn.

### **2. Nguyên nhân**

- Do ngoáy tai bằng vật cứng, bẩn, gây xước da ống tai.
- Do viêm ở nang lông hay tuyến bã.

### **3. Chẩn đoán**

- Triệu chứng cơ năng:
  - + Đau tai là triệu chứng nổi bật, đau ngày càng tăng dữ dội, đau tăng khi nhai, ngáp, đau nhiều về đêm.
  - + Nghe kém tiếng trâm, thường kèm theo ù tai.
  - + Có thể sưng tấy ở nắp tai hoặc sau tai.
  - + Sốt nhẹ hoặc sốt cao khi viêm tấy lan tỏa.
- Triệu chứng thực thể:
  - + Ấn nắp tai hoặc kéo vành tai gây đau rõ rệt.
  - + Ống tai mới đầu thấy gờ đỏ, chạm vào rất đau. Sau đó to dần và che lấp một phần ống tai, xung quanh tấy đỏ, ở giữa mọng mủ trắng. Nhọt ống tai ngoài có thể tự khỏi nhưng hay tái phát.

### **4. Điều trị**

- Tại chỗ: chườm nóng giảm đau. Nếu mới tấy đỏ thì chấm Betadin ở đầu nhọt. Khi đã nung mủ trắng thì dùng dao nhọn hay que nhọn chích nhọt, tháo mủ và sát khuẩn.
- Toàn thân: Kết hợp kháng sinh, giảm đau.

### **5. Phòng bệnh**

- Giữ vệ sinh ống tai, dùng tăm bông sạch lau khô sau khi tắm hoặc bơi.
- Không sử dụng những vật sắc, nhọn ngoáy tai khi ngứa...

## VIÊM SỤN VÀNH TAI

### 1. Định nghĩa

Là tình trạng ứ thanh dịch giữa sụn và màng sụn hoặc viêm sụn hoại tử, nếu không được điều trị kịp thời sẽ để lại di chứng ảnh hưởng tới thẩm mỹ và chức năng của vành tai.

### 2. Nguyên nhân

Có thể do tụ máu, dịch vành tai, nhưng thường do nhiễm tụ cầu, sau sang chấn (gãi gây xước) hay sau chấn thương (đụng, đập).

### 3. Chẩn đoán

- Ban đầu chỉ thấy ngứa rát, hơi đau nơi bị xây xước (thường ở phần trên vành tai) sau đó có biểu hiện nóng, sưng, đỏ.
- Khi viêm tấy thành mũ đau tăng rõ, sưng ngày càng tăng, sờ nóng, làm mất các nếp sụn ở vành tai.
- Viêm sụn hoại tử: đau dữ dội, sưng tấy căng mọng lan rộng cả một phần của vành tai làm mất các hố và nếp của vành tai, cả mặt trước lẫn mặt sau vành tai.
- Nếu không được xử trí tốt sụn bị hoại tử, sưng tấy hoá mũ và vỡ mũ làm cho vành tai bị co rúm ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ.

### 4. Điều trị

- Toàn thân: tùy theo mức độ và toàn trạng của bệnh nhân để sử dụng kháng sinh. Đối với viêm sụn hoại tử cần dùng kháng sinh phối hợp và liều cao, lưu ý cho kháng sinh chống vi khuẩn kỵ khí.
- Tại chỗ:
  - + Khi mới viêm tấy da vành tai, , chườm nóng, sát khuẩn vết xước bằng Betadin.
  - + Để chống viêm, hoại tử sụn có thể chấm nitrat bạc, acid boric, đặt bắc tẩm Betadin hay kháng sinh tại chỗ.
  - + Cần theo dõi sát diễn biến của bệnh, dùng kháng sinh đầy đủ, tránh hoại tử sụn gây hẹp co rúm vành tai.
  - + Khi đã viêm mũ, hoại tử sụn: phải trích rạch rộng tháo mũ, nạo bỏ hết các mảnh sụn hoại tử và tạo hình da vành tai.

## VIÊM XƯƠNG CHŨM CẤP TÍNH TRẺ EM

### 1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm xương chũm cấp tính là tình trạng viêm các thông bào xương chũm trong xương thái dương. Tình trạng này luôn kèm theo một viêm tai giữa cấp tính và có thể là một bước

tiến triển nặng hơn của một viêm tai giữa mạn tính.

### 2. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân thường do các loại vi trùng: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* và *Streptococci* nhóm A (GAS). Ngoài ra có thể còn do: *Pseudomonas aeruginosa*, vi khuẩn gram âm và kỵ khí.

### 3. CHẨN ĐOÁN

#### 3.1. Chẩn đoán xác định

##### 3.1.1. Lâm sàng

- Triệu chứng toàn thân: sốt, có thể sốt cao hoặc không cao; ăn kém; mệt mỏi; bú/rút hoặc quấy khóc.
- Triệu chứng cơ năng: chảy mủ tai; nghe kém; đau tai, sưng nề, viêm tấy đỏ sau tai, đẩy vành tai ra trước, có dấu phập phều sau tai.
- Triệu chứng thực thể: màng nhĩ viêm đỏ, phồng, có hình ảnh vú bò.

##### 3.1.2. Cận lâm sàng

- Nội soi tai : tình trạng viêm tai giữa.
- X-quang Schuller: vách thông bào dày không rõ + có chỗ thành những hốc rỗng do mất vách ngăn giữa các thông bào.
- CT scan xương thái dương: hình ảnh đọng dịch và mất các thông bào.
- Công thức máu: Bạch cầu/máu tăng do tình trạng nhiễm trùng, tăng tỉ lệ trung tính.

#### 3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Phân loại với viêm tai cấp tính có mủ*
- Viêm tai xương chũm mạn tính hồi viêm*
- Viêm hạch sau tai*

### 4. ĐIỀU TRỊ

#### 4.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị nội: kháng sinh phổ rộng, liều cao ngay từ đầu.
- Phẫu thuật kịp thời nếu cần để tránh biến chứng.

#### 4.2. Sơ đồ điều trị

- Bệnh nhân được khám, soi tai, chụp X.quang/ CT scan để chẩn đoán chính xác bệnh viêm xương chũm cấp tính.
- Điều trị nội khoa tích cực với kháng sinh phổ rộng, kháng viêm, giảm đau.
- Phẫu thuật khi túi mủ đã hình thành, hoặc bệnh tích xương đã nặng (mất vách ngăn tế bào), khi các triệu chứng toàn thân và chức năng kéo dài: sốt, mệt nhọc, mất ngủ, đau đầu, điếc...

#### 4.3. Điều trị cụ thể

##### 4.3.1. Điều trị nội khoa

- Kháng sinh mạnh, phổ rộng: Cephalosporin thế hệ 2, 3.
  - Kháng viêm.
- Steroid: có thể sử dụng tiêm trong 3-5 ngày đầu sau đó chuyển sang dạng uống và giảm liều dần:
- + MaziPredone (Depersolone 0,03g)  
Trẻ em: 1-2mg/kg/ngày
  - + Methylprednisolone (Solumedrol 40mg)  
Trẻ em: 1-2mg /kg/ngày
  - + Medrol 4-16mg, Prednisolone 5mg
  - Giảm đau hạ sốt: Paracetamol

#### **4.3.2. Điều trị ngoại khoa**

- Mở sào bào dẫn lưu mủ và làm sạch mô viêm, tạo sự thông thương giữa tai giữa và các tế bào chũm.

### **5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

**Biến chứng:** các biến chứng thường gặp:

- Cốt tủy viêm xương thái dương với hội chứng nhiễm khuẩn rất nặng.
- Viêm mê nhĩ .
- Liệt VII hoặc liệt VI.
- Các biến chứng nội sọ: viêm màng não, áp xe não hoặc viêm tĩnh mạch bên.



# MỤC LỤC

## A. CHUYÊN KHOA RĂNG HÀM MẶT

(BS. Nguyễn Khắc Tuấn)

BỆNH LÝ	THỨ TỰ
1. Gãy xương gò má-cung tiếp	2
2. Nhiễm khuẩn tổ chức mô mềm quanh xương hàm	4
3. Tai biến mọc răng khôn	6
4. Gãy xương hàm dưới	8
5. Gãy xương hàm trên	11
6. Phẫu thuật nang xương hàm do răng	13
7. Điều trị vết thương phần mềm hàm mặt	14
8. Plegmon lan rộng nửa mặt	15
9. U răng	18
10. Pt bướu lợi- phì đại lợi	19
11. Nang nhái sàn miệng	20
12. Nang tuyến nước bọt dưới hàm và dưới lưỡi	23
13. Áp xe vùng dưới hàm	25
14. Áp xe vùng sàn miệng	28
15. Viêm tấy lan tỏa vùng hàm mặt	30
16. Liên kết cố định răng lung lay bằng nẹp kim loại	34
17. Liên kết cố định răng lung lay bằng dây cung kim loại và composite	36
18. Điều trị tuỷ răng và hàn kín hệ thống ống tuỷ bằng gutta-percha nguội.	38
19. điều trị tuỷ răng và hàn kín hệ thống ống tuỷ bằng gutta-percha nguội có sử dụng trục xoay cầm tay	42
20. Phẫu thuật nội nha có cắt bỏ chân răng và một phần thân răng	46
21. Phẫu thuật nhổ răng lạc chỗ	48
22. Phẫu thuật nhổ răng ngầm	50
23. Phẫu thuật nhổ răng khôn mọc lệch hàm trên	53
24. Phẫu thuật nhổ răng khôn mọc lệch có cắt thân, chia chân răng	55
25. Phẫu thuật điều trị đa chấn thương vùng hàm mặt	
26. Điều trị vết thương phần mềm vùng hàm mặt có thiếu hồng tổ chức	58
27. Điều trị vết thương phần mềm vùng hàm mặt không thiếu hồng tổ chức	62
28. Cố định tạm thời sơ cứu gãy xương hàm	65
29. Phẫu thuật tạo đường dẫn trong miệng điều trị rò tuyến nước bọt mang tai	67

BỆNH LÝ	THỨ TỰ
30. Phẫu thuật mở xoang hàm để lấy chóp răng hoặc răng ngầm	69
31. Phẫu thuật điều trị viêm xoang hàm do răng	71
32. Trật khớp thái dương hàm	73
33. Nắn sai khớp thái dương hàm	75
34. Chảy máu sau nhổ răng	77
35. Đau dây thần kinh V	79
36. Thủng xoang hàm sau nhổ răng	80
37. Viêm nhiễm tuyến nước bọt do sỏi	83

## **B. CHUYÊN KHOA MẮT**

**BS. Trần Văn Nhơn.**

**BS. Lê Văn Đào**

BỆNH LÝ	THỨ TỰ
1. Phác đồ điều trị bệnh umi mắt	85
2. Phác đồ điều trị bệnh mộng thịt mắt	88
3. Phác đồ điều trị bệnh glaucom	90
4. Phác đồ điều trị bệnh đục thủy tinh thể theo phương pháp phẫu thuật ngoài bao	93

### C. CHUYÊN KHOA TAI MŨI HỌNG

**BS. Nguyễn Thị Quỳnh Châu**

**BS. Nguyễn Thanh Tùng**

BỆNH LÝ	THỨ TỰ
1. Chấn thương mũi xoang	96
2. Dị vật đường ăn	98
3. Viêm xoang cấp tính	99
4. Viêm xoang mãn tính	102
5. Viêm mũi mãn tính	104
6. Viêm mũi cấp	107
7. Viêm mũi dị ứng	108
8. Viêm thanh quản mãn tính	109
9. Viêm thanh quản cấp ở trẻ em	110
10. Viêm họng – amidan cấp	112
11. Chấn thương mũi	114
12. Áp xe quanh amidan	116
13. Chảy máu mũi	118
14. Dị vật mũi	119
15. Viêm tai giữa mạn trẻ em	121
16. Viêm tai giữa cấp tính trẻ em	123
17. Áp xe ống tai ngoài	125
18. Viêm sụn vành tai	126
19. Viêm xương chũm cấp tính trẻ em	127