

BÁC SĨ HẠNG III (RĂNG HÀM MẶT)

1. THÔNG TƯ SỐ 51/2017/TT-BYT NGÀY 29/12/2017

HƯỚNG DẪN PHÒNG, CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ

Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh năm 2009;

Căn cứ Nghị định số 75/2017/NĐ-CP ngày 20 tháng 6 năm 2017 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh,

Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Thông tư Hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ.

Điều 1. Phạm vi điều chỉnh và đối tượng áp dụng

Thông tư này hướng dẫn về phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ.

Thông tư này áp dụng đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan, tổ chức, cá nhân có liên quan.

Điều 2. Giải thích từ ngữ

Phản vệ là một phản ứng dị ứng, có thể xuất hiện ngay lập tức từ vài giây, vài phút đến vài giờ sau khi cơ thể tiếp xúc với dị nguyên gây ra các bệnh cảnh lâm sàng khác nhau, có thể nghiêm trọng dẫn đến tử vong nhanh chóng.

Dị nguyên là yếu tố lạ khi tiếp xúc có khả năng gây phản ứng dị ứng cho cơ thể, bao gồm thức ăn, thuốc và các yếu tố khác.

Sốc phản vệ là mức độ nặng nhất của phản vệ do đột ngột giãn toàn bộ hệ thống mạch và co thắt phế quản có thể gây tử vong trong vòng một vài phút.

Điều 3. Ban hành kèm theo Thông tư này các hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ sau đây

Hướng dẫn chẩn đoán phản vệ tại Phụ lục I.

Hướng dẫn chẩn đoán mức độ phản vệ tại Phụ lục II.

Hướng dẫn xử trí cấp cứu phản vệ tại Phụ lục III.

Hướng dẫn xử trí phản vệ trong một số trường hợp đặc biệt tại Phụ lục IV.

Hộp thuốc cấp cứu phản vệ và trang thiết bị y tế tại Phụ lục V.

Hướng dẫn khai thác tiền sử dị ứng tại Phụ lục VI.

Mẫu thẻ theo dõi dị ứng tại Phụ lục VII.

Hướng dẫn chỉ định làm test da tại Phụ lục VIII.

Quy trình kỹ thuật test da tại Phụ lục IX.

Sơ đồ chẩn đoán và xử trí phản vệ tại Phụ lục X.

Điều 4. Nguyên tắc dự phòng phản vệ

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, bác sĩ, nhân viên y tế phải bảo đảm các nguyên tắc dự phòng phản vệ sau đây:

Chỉ định đường dùng thuốc phù hợp nhất, chỉ tiêm khi không sử dụng được đường dùng khác.

Không phải thử phản ứng cho tất cả thuốc trừ trường hợp có chỉ định của bác sĩ theo quy định tại Phụ lục VIII ban hành kèm theo Thông tư này.

Không được kê đơn thuốc, chỉ định dùng thuốc hoặc dị nguyên đã biết rõ gây phản vệ cho người bệnh.

Trường hợp không có thuốc thay thế phù hợp mà cần dùng thuốc hoặc dị nguyên đã gây phản vệ cho người bệnh phải hội chẩn chuyên khoa dị ứng-miễn dịch lâm sàng hoặc do bác sĩ đã được tập huấn về phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ để thống nhất chỉ định và phải được sự đồng ý bằng văn bản của người bệnh hoặc đại diện hợp pháp của người bệnh.

Việc thử phản ứng trên người bệnh với thuốc hoặc dị nguyên đã từng gây dị ứng cho người bệnh phải được tiến hành tại chuyên khoa dị ứng-miễn dịch lâm sàng hoặc do các bác sĩ đã được tập huấn về phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ thực hiện.

Tất cả trường hợp phản vệ phải được báo cáo về Trung tâm Quốc gia về Thông tin Thuốc và Theo dõi phản ứng có hại của thuốc hoặc Trung tâm Khu vực Thành phố Hồ Chí Minh về Thông tin Thuốc và Theo dõi phản ứng có hại của thuốc theo mẫu báo cáo phản ứng có hại của thuốc hiện hành theo quy định tại Phụ lục V ban hành kèm theo Thông tư 22/2011/TT-BYT ngày 10 tháng 6 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế về quy định tổ chức và hoạt động của khoa Dược bệnh viện.

Bác sĩ, người kê đơn thuốc hoặc nhân viên y tế khác có thẩm quyền phải khai thác kỹ tiền sử dị ứng thuốc, dị nguyên của người bệnh trước khi kê đơn thuốc hoặc chỉ định sử dụng thuốc theo quy định tại Phụ lục VI ban hành kèm theo Thông tư này. Tất cả thông tin liên quan đến dị ứng, dị nguyên phải được ghi vào sổ khám bệnh, bệnh án, giấy ra viện, giấy chuyển viện.

Khi đã xác định được thuốc hoặc dị nguyên gây phản vệ, bác sĩ, nhân viên y tế phải cấp cho người bệnh thẻ theo dõi dị ứng ghi rõ tên thuốc hoặc dị nguyên gây dị ứng theo hướng dẫn tại Phụ lục VII ban hành kèm theo Thông tư này, giải thích kỹ và nhắc người bệnh cung cấp thông tin này cho bác sĩ, nhân viên y tế mỗi khi khám bệnh, chữa bệnh.

Điều 5. Chuẩn bị, dự phòng cấp cứu phản vệ

Adrenalin là thuốc thiết yếu, quan trọng hàng đầu, sẵn có để sử dụng cấp cứu phản vệ.

Nơi có sử dụng thuốc, xe tiêm phải được trang bị và sẵn sàng hộp thuốc cấp cứu phản vệ. Thành phần hộp thuốc cấp cứu phản vệ theo quy định tại mục I Phụ lục V ban hành kèm theo Thông tư này.

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải có hộp thuốc cấp cứu phản vệ và trang thiết bị y tế theo quy định tại mục II Phụ lục V ban hành kèm theo Thông tư này.

Bác sĩ, nhân viên y tế phải nắm vững kiến thức và thực hành được cấp cứu phản vệ theo phác đồ.

Trên các phương tiện giao thông công cộng máy bay, tàu thủy, tàu hỏa, cần trang bị hộp thuốc cấp cứu phản vệ theo hướng dẫn tại mục I Phụ lục V ban hành kèm theo Thông tư này.

Điều 6. Xử trí phản vệ

Adrenalin là thuốc quan trọng hàng đầu để tiêm bắp ngay cho người bị phản vệ khi được chẩn đoán phản vệ từ độ II trở lên.

Bác sĩ, y sĩ, điều dưỡng viên, hộ sinh viên, kỹ thuật viên phải xử trí cấp cứu phản vệ theo quy định tại Phụ lục III, Phụ lục IV ban hành kèm theo Thông tư này.

Đối với người có tiền sử phản vệ có sẵn adrenalin mang theo người thì người bệnh hoặc người khác không phải là nhân viên y tế được phép sử dụng thuốc trong trường hợp khẩn cấp để tiêm bắp cấp cứu khi không có nhân viên y tế.

Điều 7. Hiệu lực thi hành

Thông tư này có hiệu lực từ ngày 15 tháng 02 năm 2018.

Thông tư số 08/1999/TT-BYT ngày 4 tháng 5 năm 1999 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn phòng và cấp cứu sốc phản vệ hết hiệu lực kể từ ngày Thông tư này có hiệu lực thi hành.

Điều 8. Điều khoản tham chiếu

Trong trường hợp các văn bản quy phạm pháp luật và các quy định được viện dẫn trong Thông tư này có sự thay đổi, bổ sung hoặc thay thế thì áp dụng theo văn bản quy phạm pháp luật, quy định mới.

Điều 9. Trách nhiệm thi hành

Trách nhiệm của người đứng đầu, người phụ trách chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

Tổ chức thực hiện nghiêm Thông tư này tại cơ sở khám, chữa bệnh.

Ban hành hướng dẫn, quy chế, quy trình cụ thể để áp dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên cơ sở hướng dẫn của Thông tư này.

Đào tạo, tập huấn, phổ biến Thông tư này cho người hành nghề, nhân viên y tế thuộc cơ sở khám, chữa bệnh quản lý.

Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh chịu trách nhiệm tổ chức triển khai, kiểm tra, đánh giá việc thực hiện Thông tư này.

Chánh Văn phòng Bộ, Chánh Thanh tra Bộ, Tổng cục trưởng, Vụ trưởng, Cục trưởng thuộc Bộ Y tế, Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, thủ trưởng Y tế Bộ, ngành, cơ quan tổ chức, cá nhân có liên quan chịu trách nhiệm thực hiện Thông tư này.

Trong quá trình thực hiện, nếu có khó khăn, vướng mắc, đề nghị các đơn vị, địa phương phản ánh kịp thời về Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế để được hướng dẫn, xem xét và giải quyết./.

PHỤ LỤC I

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN PHẢN VỆ

(Ban hành kèm theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Chẩn đoán phản vệ:

1. Triệu chứng gợi ý

Nghĩ đến phản vệ khi xuất hiện ít nhất một trong các triệu chứng sau:

- Mày đay, phù mạch nhanh.
- Khó thở, tức ngực, thở rít.
- Đau bụng hoặc nôn.
- Tụt huyết áp hoặc ngất.
- Rối loạn ý thức.

Các bệnh cảnh lâm sàng:

1. Bệnh cảnh lâm sàng 1: Các triệu chứng xuất hiện trong vài giây đến vài giờ ở da, niêm mạc (mày đay, phù mạch, ngứa...) và có ít nhất 1 trong 2 triệu chứng sau:

- Các triệu chứng hô hấp (khó thở, thở rít, ran rít).
- Tụt huyết áp (HA) hay các hậu quả của tụt HA (rối loạn ý thức, đại tiện, tiểu tiện không tự chủ...).

2. Bệnh cảnh lâm sàng 2: Ít nhất 2 trong 4 triệu chứng sau xuất hiện trong vài giây đến vài giờ sau khi người bệnh tiếp xúc với yếu tố nghi ngờ:

- Biểu hiện ở da, niêm mạc: mày đay, phù mạch, ngứa.
- Các triệu chứng hô hấp (khó thở, thở rít, ran rít).
- Tụt huyết áp hoặc các hậu quả của tụt huyết áp (rối loạn ý thức, đại tiện, tiểu tiện không tự chủ...).
- Các triệu chứng tiêu hóa (nôn, đau bụng...).

3. Bệnh cảnh lâm sàng 3: Tụt huyết áp xuất hiện trong vài giây đến vài giờ sau khi tiếp xúc với yếu tố nghi ngờ mà người bệnh đã từng bị dị ứng:

- Trẻ em: giảm ít nhất 30% huyết áp tâm thu (HA tối đa) hoặc tụt huyết áp tâm thu so với tuổi (huyết áp tâm thu < 70mmHg).
- Người lớn: Huyết áp tâm thu < 90mmHg hoặc giảm 30% giá trị huyết áp tâm thu nền.

Chẩn đoán phân biệt:

- Các trường hợp sốc: sốc tim, sốc giảm thể tích, sốc nhiễm khuẩn.
- Tai biến mạch máu não

- Các nguyên nhân đường hô hấp: COPD, cơn hen phế quản, khó thở thanh quản (do dị vật, viêm).
- Các bệnh lý ở da: mày đay, phù mạch.
- Các bệnh lý nội tiết: cơn bão giáp trạng, hội chứng carcinoid, hạ đường máu.
- Các ngộ độc: rượu, opiat, histamin./.

PHỤ LỤC II

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN MỨC ĐỘ PHẢN VỆ

(Ban hành kèm theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Phản vệ được phân thành 4 mức độ như sau:

(lưu ý mức độ phản vệ có thể nặng lên rất nhanh và không theo tuần tự)

Nhẹ (độ I): Chỉ có các triệu chứng da, tổ chức dưới da và niêm mạc như mày đay, ngứa, phù mạch.

Nặng (độ II): có từ 2 biểu hiện ở nhiều cơ quan:

Mày đay, phù mạch xuất hiện nhanh.

Khó thở nhanh nông, tức ngực, khàn tiếng, chảy nước mũi.

Đau bụng, nôn, ỉa chảy.

Huyết áp chưa tụt hoặc tăng, nhịp tim nhanh hoặc loạn nhịp.

Nguy kịch (độ III): biểu hiện ở nhiều cơ quan với mức độ nặng hơn như sau:

Đường thở: tiếng rít thanh quản, phù thanh quản.

Thở: thở nhanh, khò khè, tím tái, rối loạn nhịp thở.

Rối loạn ý thức: vật vã, hôn mê, co giật, rối loạn cơ tròn.

Tuần hoàn: sốc, mạch nhanh nhỏ, tụt huyết áp.

Ngừng tuần hoàn (độ IV): Biểu hiện ngừng hô hấp, ngừng tuần hoàn./.

PHỤ LỤC III

HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ CẤP CỨU PHẢN VỆ

(Ban hành kèm theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Nguyên tắc chung

Tất cả trường hợp phản vệ phải được phát hiện sớm, xử trí khẩn cấp, kịp thời ngay tại chỗ và theo dõi liên tục ít nhất trong vòng 24 giờ.

Bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh viên, kỹ thuật viên, nhân viên y tế khác phải xử trí ban đầu cấp cứu phản vệ.

Adrenalin là thuốc thiết yếu, quan trọng hàng đầu cứu sống người bệnh bị phản vệ, phải được tiêm bắp ngay khi chẩn đoán phản vệ từ độ II trở lên.

Ngoài hướng dẫn này, đối với một số trường hợp đặc biệt còn phải xử trí theo hướng dẫn tại Phụ lục IV ban hành kèm theo Thông tư này.

II. Xử trí phản vệ nhẹ (độ I): dị ứng nhưng có thể chuyển thành nặng hoặc nguy kịch

Sử dụng thuốc methylprednisolon hoặc diphenhydramin uống hoặc tiêm tùy tình trạng người bệnh.

Tiếp tục theo dõi ít nhất 24 giờ để xử trí kịp thời.

III. Phác đồ xử trí cấp cứu phản vệ mức nặng và nguy kịch (độ II, III)

Phản vệ độ II có thể nhanh chóng chuyển sang độ III, độ IV. Vì vậy, phải khẩn trương, xử trí đồng thời theo diễn biến bệnh:

Ngừng ngay tiếp xúc với thuốc hoặc dị nguyên (nếu có).

Tiêm hoặc truyền adrenalin (theo mục IV dưới đây).

Cho người bệnh nằm tại chỗ, đầu thấp, nghiêng trái nếu có nôn.

Thở oxy: người lớn 6-10l/phút, trẻ em 2-4l/phút qua mặt nạ hở.

Đánh giá tình trạng hô hấp, tuần hoàn, ý thức và các biểu hiện ở da, niêm mạc của người bệnh.

Ép tim ngoài lồng ngực và bóp bóng (nếu ngừng hô hấp, tuần hoàn).

Đặt nội khí quản hoặc mở khí quản cấp cứu (nếu khó thở thanh quản).

Thiết lập đường truyền adrenalin tĩnh mạch với dây truyền thông thường nhưng kim tiêm to (cỡ 14 hoặc 16G) hoặc đặt catheter tĩnh mạch và một đường truyền tĩnh mạch thứ hai để truyền dịch nhanh (theo mục IV dưới đây).

Hội ý với các đồng nghiệp, tập trung xử lý, báo cáo cấp trên, hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa cấp cứu, hồi sức và/hoặc chuyên khoa dị ứng (nếu có).

IV. Phác đồ sử dụng adrenalin và truyền dịch

Mục tiêu: nâng và duy trì ổn định HA tối đa của người lớn ≥ 90 mmHg, trẻ em ≥ 70 mmHg và không còn các dấu hiệu về hô hấp như thở rít, khó thở; dấu hiệu về tiêu hóa như nôn mửa, ỉa chảy.

1. Thuốc adrenalin 1mg = 1ml = 1 ống, tiêm bắp:

Trẻ sơ sinh hoặc trẻ < 10kg: 0,2ml (tương đương 1/5 ống).

Trẻ khoảng 10 kg: 0,25ml (tương đương 1/4 ống).

Trẻ khoảng 20 kg: 0,3ml (tương đương 1/3 ống).

Trẻ > 30kg: 0,5ml (tương đương 1/2 ống).

Người lớn: 0,5-1 ml (tương đương 1/2-1 ống).

Theo dõi huyết áp 3-5 phút/lần.

Tiêm nhắc lại adrenalin liều như khoản 1 mục IV 3-5 phút/lần cho đến khi huyết áp và mạch ổn định.

Nếu mạch không bắt được và huyết áp không đo được, các dấu hiệu hô hấp và tiêu hóa nặng lên sau 2-3 lần tiêm bắp như khoản 1 mục IV hoặc có nguy cơ ngừng tuần hoàn phải:

Nếu chưa có đường truyền tĩnh mạch: Tiêm tĩnh mạch chậm dung dịch adrenalin 1/10.000 (1 ống adrenalin 1mg pha với 9ml nước cất = pha loãng 1/10). Liều adrenalin tiêm tĩnh mạch chậm trong cấp cứu phản vệ chỉ bằng 1/10 liều adrenalin tiêm tĩnh mạch trong cấp cứu ngừng tuần hoàn. Liều dùng:

Người lớn: 0,5-1 ml (dung dịch pha loãng 1/10.000=50-100 μ g) tiêm trong 1-3 phút, sau 3 phút có thể tiêm tiếp lần 2 hoặc lần 3 nếu mạch và huyết áp chưa lên. Chuyển ngay sang truyền tĩnh mạch liên tục khi đã thiết lập được đường truyền.

Trẻ em: Không áp dụng tiêm tĩnh mạch chậm.

Nếu đã có đường truyền tĩnh mạch, truyền tĩnh mạch liên tục adrenalin (pha adrenalin với dung dịch natriclorid 0,9%) cho người bệnh kém đáp ứng với adrenalin tiêm bắp và đã được truyền đủ dịch. Bắt đầu bằng liều 0,1 μ g/kg/phút, cứ 3-5 phút điều chỉnh liều adrenalin tùy theo đáp ứng của người bệnh.

Đồng thời với việc dùng adrenalin truyền tĩnh mạch liên tục, truyền nhanh dung dịch natriclorid 0,9% 1.000ml-2.000ml ở người lớn, 10-20ml/kg trong 10-20 phút ở trẻ em có thể nhắc lại nếu cần thiết.

Khi đã có đường truyền tĩnh mạch adrenalin với liều duy trì huyết áp ổn định thì có thể theo dõi mạch và huyết áp 1 giờ/lần đến 24 giờ.

Bảng tham khảo cách pha loãng adrenalin với dung dịch NaCl 0,9% và tốc độ truyền tĩnh mạch chậm

01 ống adrenalin 1mg pha với 250ml Nacl 0,9% (như vậy 1ml dung dịch pha loãng có 4 μ g adrenalin)

Cân nặng người bệnh (kg)	Liều truyền tĩnh mạch adrenalin khởi đầu (0,1 μ g/kg/phút)	Tốc độ (giọt/phút) với kim tiêm 1 ml=20 giọt
Khoảng 80	2ml	40 giọt
Khoảng 70	1,75ml	35 giọt
Khoảng 60	1,50ml	30 giọt
Khoảng 50	1,25ml	25 giọt
Khoảng 40	1ml	20 giọt
Khoảng 30	0,75ml	15 giọt
Khoảng 20	0,5ml	10 giọt
Khoảng 10	0,25ml	5 giọt

V. Xử trí tiếp theo

1. Hỗ trợ hô hấp, tuần hoàn: Tùy mức độ suy tuần hoàn, hô hấp có thể sử dụng một hoặc các biện pháp sau đây:

- a) Thở oxy qua mặt nạ: 6-10 lít/phút cho người lớn, 2-4 lít/phút ở trẻ em,
- b) Bóp bóng AMBU có oxy,
- c) Đặt ống nội khí quản thông khí nhân tạo có ô xy nếu thở rít tăng lên không đáp ứng với adrenalin,
- d) Mở khí quản nếu có phù thanh môn-hạ họng không đặt được nội khí quản,

đ) Truyền tĩnh mạch chậm: aminophyllin 1mg/kg/giờ hoặc salbutamol 0,1 μ g/kg/phút hoặc terbutalin 0,1 μ g/kg/phút (tốt nhất là qua bơm tiêm điện hoặc máy truyền dịch),

e) Có thể thay thế aminophyllin bằng salbutamol 5mg khí dung qua mặt nạ hoặc xịt họng salbutamol 100 μ g người lớn 2-4 nhát/lần, trẻ em 2 nhát/lần, 4-6 lần trong ngày.

2. Nếu không nâng được huyết áp theo mục tiêu sau khi đã truyền đủ dịch và adrenalin, có thể truyền thêm dung dịch keo (huyết tương, albumin hoặc bất kỳ dung dịch cao phân tử nào sẵn có).

3. Thuốc khác:

- Methylprednisolon 1-2mg/kg ở người lớn, tối đa 50mg ở trẻ em hoặc hydrocortison 200mg ở người lớn, tối đa 100mg ở trẻ em, tiêm tĩnh mạch (có thể tiêm bắp ở tuyến cơ sở).

- Kháng histamin H1 như diphenhydramin tiêm bắp hoặc tĩnh mạch: người lớn 25-50mg và trẻ em 10-25mg.

- Kháng histamin H2 như ranitidin: ở người lớn 50mg, ở trẻ em 1mg/kg pha trong 20ml Dextrose 5% tiêm tĩnh mạch trong 5 phút.

- Glucagon: sử dụng trong các trường hợp tụt huyết áp và nhịp chậm không đáp ứng với adrenalin. Liều dùng: người lớn 1-5mg tiêm tĩnh mạch trong 5 phút, trẻ em 20-30 μ g/kg, tối đa 1mg, sau đó duy trì truyền tĩnh mạch 5-15 μ g/phút tùy theo đáp ứng lâm sàng. Bảo đảm đường thở tốt vì glucagon thường gây nôn.

- Có thể phối hợp thêm các thuốc vận mạch khác: dopamin, dobutamin, noradrenalin truyền tĩnh mạch khi người bệnh có sốc nặng đã được truyền đủ dịch và adrenalin mà huyết áp không lên.

VI. Theo dõi

1. Trong giai đoạn cấp: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO₂ và tri giác 3-5 phút/lần cho đến khi ổn định.

2. Trong giai đoạn ổn định: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO₂ và tri giác mỗi 1-2 giờ trong ít nhất 24 giờ tiếp theo.

3. Tất cả các người bệnh phản vệ cần được theo dõi ở cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đến ít nhất 24 giờ sau khi huyết áp đã ổn định và đề phòng phản vệ pha 2.

4. Ngừng cấp cứu: nếu sau khi cấp cứu ngừng tuần hoàn tích cực không kết quả./.

PHỤ LỤC IV

HƯỚNG DẪN

XỬ TRÍ PHẢN VỆ TRONG MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP ĐẶC BIỆT

(Ban hành kèm theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Phản vệ trên đối tượng sử dụng thuốc đặc biệt

Phản vệ trên người đang dùng thuốc chẹn thụ thể Beta:

Đáp ứng của người bệnh này với adrenalin thường kém, làm tăng nguy cơ tử vong.

Điều trị: về cơ bản giống như phác đồ chung xử trí phản vệ, cần theo dõi sát huyết áp, truyền tĩnh mạch adrenalin và có thể truyền thêm các thuốc vận mạch khác.

Thuốc giãn phế quản: nếu thuốc cường beta 2 đáp ứng kém, nên dùng thêm kháng cholinergic: ipratropium (0,5mg khí dung hoặc 2 nhát đường xịt).

Xem xét dùng glucagon khi không có đáp ứng với adrenalin.

Phản vệ trong khi gây mê, gây tê phẫu thuật:

Những trường hợp này thường khó chẩn đoán phản vệ vì người bệnh đã được gây mê, an thần, các biểu hiện ngoài da có thể không xuất hiện nên không đánh giá được các dấu hiệu chủ quan, cần đánh giá kỹ triệu chứng trong khi gây mê, gây tê phẫu thuật như huyết áp tụt, nồng độ oxy máu giảm, mạch nhanh, biến đổi trên monitor theo dõi, ran rít mới xuất hiện.

Ngay khi nghi ngờ phản vệ, có thể lấy máu định lượng tryptase tại thời điểm chẩn đoán và mức tryptase nền của bệnh nhân.

Chú ý khai thác kỹ tiền sử dị ứng trước khi tiến hành gây mê, gây tê phẫu thuật để có biện pháp phòng tránh.

Lưu ý: một số thuốc gây tê là những hoạt chất ưa mỡ (lipophilic) có độc tính cao khi vào cơ thể gây nên một tình trạng ngộ độc nặng giống như phản vệ

có thể tử vong trong vài phút, cần phải điều trị cấp cứu bằng thuốc kháng độc (nhũ dịch lipid) kết hợp với adrenalin vì không thể biết được ngay cơ chế phản ứng là nguyên nhân ngộ độc hay dị ứng.

đ) Dùng thuốc kháng độc là nhũ dịch lipid tiêm tĩnh mạch như Lipofundin 20%, Intralipid 20% tiêm nhanh tĩnh mạch, có tác dụng trung hòa độc chất do thuốc gây tê tan trong mỡ vào tuần hoàn. Liều lượng như sau:

Người lớn: tổng liều 10ml/kg, trong đó bolus 100ml, tiếp theo truyền tĩnh mạch 0,2-0,5ml/kg/phút.

Trẻ em: tổng liều 10ml/kg, trong đó bolus 2ml/kg, tiếp theo truyền tĩnh mạch 0,2-0,5ml/kg/phút.

Trường hợp nặng, nguy kịch có thể tiêm 2 lần bolus cách nhau vài phút.

Phản vệ với thuốc cản quang:

Phản vệ với thuốc cản quang xảy ra chủ yếu theo cơ chế không dị ứng.

Khuyến cáo sử dụng thuốc cản quang có áp lực thẩm thấu thấp và không ion hóa (tỷ lệ phản vệ thấp hơn).

Các trường hợp đặc biệt khác

1. Phản vệ do gắng sức

Là dạng phản vệ xuất hiện sau hoạt động gắng sức.

Triệu chứng điển hình: bệnh nhân cảm thấy mệt mỏi, kiệt sức, nóng bừng, đỏ da, ngứa, mày đay, có thể phù mạch, khò khè, tắc nghẽn đường hô hấp trên, trụy mạch. Một số bệnh nhân thường chỉ xuất hiện triệu chứng khi gắng sức có kèm thêm các yếu tố đồng kích thích khác như: thức ăn, thuốc chống viêm giảm đau không steroid, rượu, phấn hoa.

Người bệnh phải ngừng vận động ngay khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên. Người bệnh nên mang theo người hộp thuốc cấp cứu phản vệ hoặc bơm tiêm adrenalin định liều chuẩn (EpiPen, AnaPen...). Điều trị theo Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư này.

Gửi khám chuyên khoa Dị ứng-miễn dịch lâm sàng sàng lọc nguyên nhân.

Phản vệ vô căn

Phản vệ vô căn được chẩn đoán khi xuất hiện các triệu chứng phản vệ mà không xác định được nguyên nhân.

Điều trị theo Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư này.

Điều trị dự phòng: được chỉ định cho các bệnh nhân thường xuyên xuất hiện các đợt phản vệ (> 6 lần/năm hoặc > 2lần/2 tháng).

Điều trị dự phòng theo phác đồ:

Prednisolon 60-100mg/ngày x 1 tuần, sau đó

Prednisolon 60mg/cách ngày x 3 tuần, sau đó

Giảm dần liều prednisolon trong vòng 2 tháng

Kháng H1: cetirizin 10mg/ngày, loratadin 10mg/ngày.../.

PHỤ LỤC V

HỘP THUỐC CẤP CỨU PHẢN VỆ VÀ TRANG THIẾT BỊ Y TẾ
(Ban hành kèm theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Thành phần hộp thuốc cấp cứu phản vệ:

STT	Nội dung	Đơn vị	Số lượng
1	Phác đồ, sơ đồ xử trí cấp cứu phản vệ (Phụ lục III, Phụ lục X)	bản	01
2	Bơm kim tiêm vô khuẩn		
	- Loại 10ml	cái	02
	- Loại 5ml	cái	02
	- Loại 1ml	cái	02
	- Kim tiêm 14-16G	cái	02
3	Bông tiệt trùng tẩm cồn	gói/hộp	01
4	Dây garo	cái	02
5	Adrenalin 1mg/1ml	ống	05
6	Methylprednisolon 40mg	lọ	02
7	Diphenhydramin 10mg	ống	05
8	Nước cất 10ml	ống	03

II. Trang thiết bị y tế và thuốc tối thiểu cấp cứu phản vệ tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

1. Oxy.
2. Bóng AMBU và mặt nạ người lớn và trẻ nhỏ.
3. Bơm xịt salbutamol.
4. Bộ đặt nội khí quản và/hoặc bộ mở khí quản và/hoặc mask thanh quản.
5. Nhũ dịch Lipid 20% lọ 100ml (02 lọ) đặt trong tủ thuốc cấp cứu tại nơi sử dụng thuốc gây tê, gây mê.
6. Các thuốc chống dị ứng đường uống.
7. Dịch truyền: natriclorid 0,9%./.

PHỤ LỤC VI

HƯỚNG DẪN KHAI THÁC TIỀN SỬ DỊ ỨNG

(Ban hành kèm theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Lưu ý khai thác thông tin trên thẻ dị ứng của người bệnh nếu có (xem mẫu thẻ theo quy định tại Phụ lục VII ban hành kèm theo Thông tư này)

STT	Nội dung	Tên thuốc, dị nguyên gây dị ứng	Có/ số lần	Không	Biểu hiện lâm sàng-xử trí
1	Loại thuốc hoặc dị nguyên nào đã gây dị ứng?				
2	Dị ứng với loại côn trùng nào?				
3	Dị ứng với loại thực phẩm nào?				
4	Dị ứng với các tác nhân khác: phấn hoa, bụi nhà, hóa chất, mỹ phẩm...?				
5	Tiền sử cá nhân có bệnh dị ứng nào? (viêm mũi dị ứng, hen phế quản...)				
6	Tiền sử gia đình có bệnh dị ứng nào? (Bố mẹ, con, anh chị em				

	ruột, có ai bị các bệnh dị ứng trên không).				
--	---	--	--	--	--

PHỤ LỤC VII

MẪU THẺ THEO DÕI DỊ ỨNG

(Ban hành kèm theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

(Mặt trước)

Bệnh viện			
Khoa/Trung tâm			
THẺ DỊ ỨNG			
Họ tên: Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/>			
Tuổi			
Số CMND hoặc thẻ căn cước hoặc số định danh công dân			
Dị nguyên/thuốc	Nghỉ ngơi	Chắc chắn	Biểu hiện lâm sàng
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bác sĩ xác nhận chẩn đoán ký:		ĐT	
Họ và tên:		Ngày cấp thẻ.....	

(Mặt sau)

Ba điều cần nhớ

1) Các dấu hiệu nhận biết phản vệ:

Sau khi tiếp xúc với dị nguyên có một trong những triệu chứng sau đây

- Miệng, họng: Ngứa, phù môi, lưỡi, khó thở, khàn giọng.
- Da: ngứa, phát ban, đỏ da, phù nề.
- Tiêu hóa: nôn, tiêu chảy, đau bụng.
- Hô hấp: khó thở, tức ngực, thở rít, ho.
- Tim mạch: mạch yếu, choáng váng.

2) Luôn mang adrenalin theo người.

3) Khi có dấu hiệu phản vệ:

“Tiêm bắp adrenalin ngay lập tức”

“Gọi 115 hoặc đến cơ sở khám, chữa bệnh gần nhất”

PHỤ LỤC VIII

HƯỚNG DẪN CHỈ ĐỊNH LÀM TEST DA

(Gồm test lấy da và test nội bì)

(Ban hành kèm theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Không thử phản ứng (test) cho tất cả các loại thuốc trừ những trường hợp có chỉ định theo quy định tại khoản 2 dưới đây.

Phải tiến hành test da trước khi sử dụng thuốc hoặc dị nguyên nếu người bệnh có tiền sử dị ứng với thuốc hoặc dị nguyên có liên quan (thuốc, dị nguyên cùng nhóm hoặc có phản ứng chéo) và nếu người bệnh có tiền sử phản vệ với nhiều dị nguyên khác nhau.

Khi thử test phải có sẵn các phương tiện cấp cứu phản vệ.

Việc làm test da theo quy định tại Phụ lục IX ban hành kèm theo Thông tư này.

Nếu người bệnh có tiền sử dị ứng với thuốc hoặc dị nguyên và kết quả test da (lấy da hoặc nội bì) dương tính thì không được sử dụng thuốc hoặc dị nguyên đó.

Nếu người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc hoặc dị nguyên và kết quả test lấy da âm tính với dị nguyên đó thì tiếp tục làm test nội bì.

Nếu người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc và kết quả test lấy da và nội bì âm tính với thuốc hoặc dị nguyên, trong trường hợp cấp cứu phải sử dụng thuốc (không có thuốc thay thế) cần cân nhắc làm test kích thích và/hoặc giải mãn cảm nhanh với thuốc tại chuyên khoa dị ứng hoặc các bác sĩ đã được tập

huân về dị ứng-miễn dịch lâm sàng tại cơ sở y tế có khả năng cấp cứu phản vệ và phải được sự đồng ý của người bệnh hoặc đại diện hợp pháp của người bệnh bằng văn bản.

Sau khi tình trạng dị ứng ổn định được 4-6 tuần, khám lại chuyên khoa dị ứng-miễn dịch lâm sàng hoặc các chuyên khoa đã được đào tạo về dị ứng-miễn dịch lâm sàng cơ bản để làm test xác định nguyên nhân phản vệ./.

PHỤ LỤC IX

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TEST DA

(Ban hành kèm theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

TEST LẤY DA

Giải thích cho người bệnh hoặc đại diện hợp pháp của người bệnh và ký xác nhận vào mẫu phiếu đề nghị thử test.

Chuẩn bị phương tiện (kim lấy da, bơm kim tiêm vô trùng, dung dịch histamin 1mg/ml, thước đo kết quả, hộp cấp cứu phản vệ, thuốc hoặc dị nguyên được chuẩn hóa).

Sát trùng vị trí thử test (những vị trí rộng rãi không có tổn thương da như mặt trước trong cẳng tay, lưng), đợi khô.

Nhỏ các giọt dung dịch cách nhau 3-5cm, đánh dấu tránh nhầm lẫn.

1 giọt dung dịch natriclorid 0,9% (chứng âm).

1 giọt dung dịch thuốc hoặc dị nguyên nghi ngờ.

1 giọt dung dịch histamin 1mg/ml (chứng dương).

Kim lấy da cắm vào giữa giọt dung dịch trên mặt da tạo một góc 45o rồi lấy nhẹ (không chảy máu), nếu là loại kim nhựa 1 đầu có hãm, chỉ cần ấn thẳng kim qua giọt dung dịch vuông góc với mặt da, dùng giấy hoặc bông thấm giọt dung dịch sau khi thực hiện kỹ thuật.

Đọc kết quả sau 20 phút, kết quả dương tính khi xuất hiện sẩn ở vị trí dị nguyên lớn hơn 3mm hoặc trên 75% so với chứng âm.

TEST NỘI BÌ

Giải thích cho bệnh nhân hoặc đại diện hợp pháp của bệnh nhân và ký xác nhận vào mẫu phiếu đề nghị thử test.

Chuẩn bị dụng cụ (dung dịch natriclorid 0,9%, bơm kim tiêm vô trùng loại 1ml, thước đo kết quả, hộp cấp cứu phản vệ, thuốc hoặc dị nguyên được chuẩn hóa).

Sát trùng vị trí thử test (những vị trí rộng rãi không có tổn thương da như mặt trước trong cẳng tay, lưng...), đợi khô.

Dùng bơm tiêm 1ml tiêm trong da các điểm cách nhau 3-5cm, mỗi điểm 0,02-0,05ml tạo một nốt phỏng đường kính 3mm theo thứ tự.

Điểm 1: dung dịch natriclorid 0,9% (chứng âm).

Điểm 2: dung dịch thuốc hoặc dị nguyên đã chuẩn hóa.

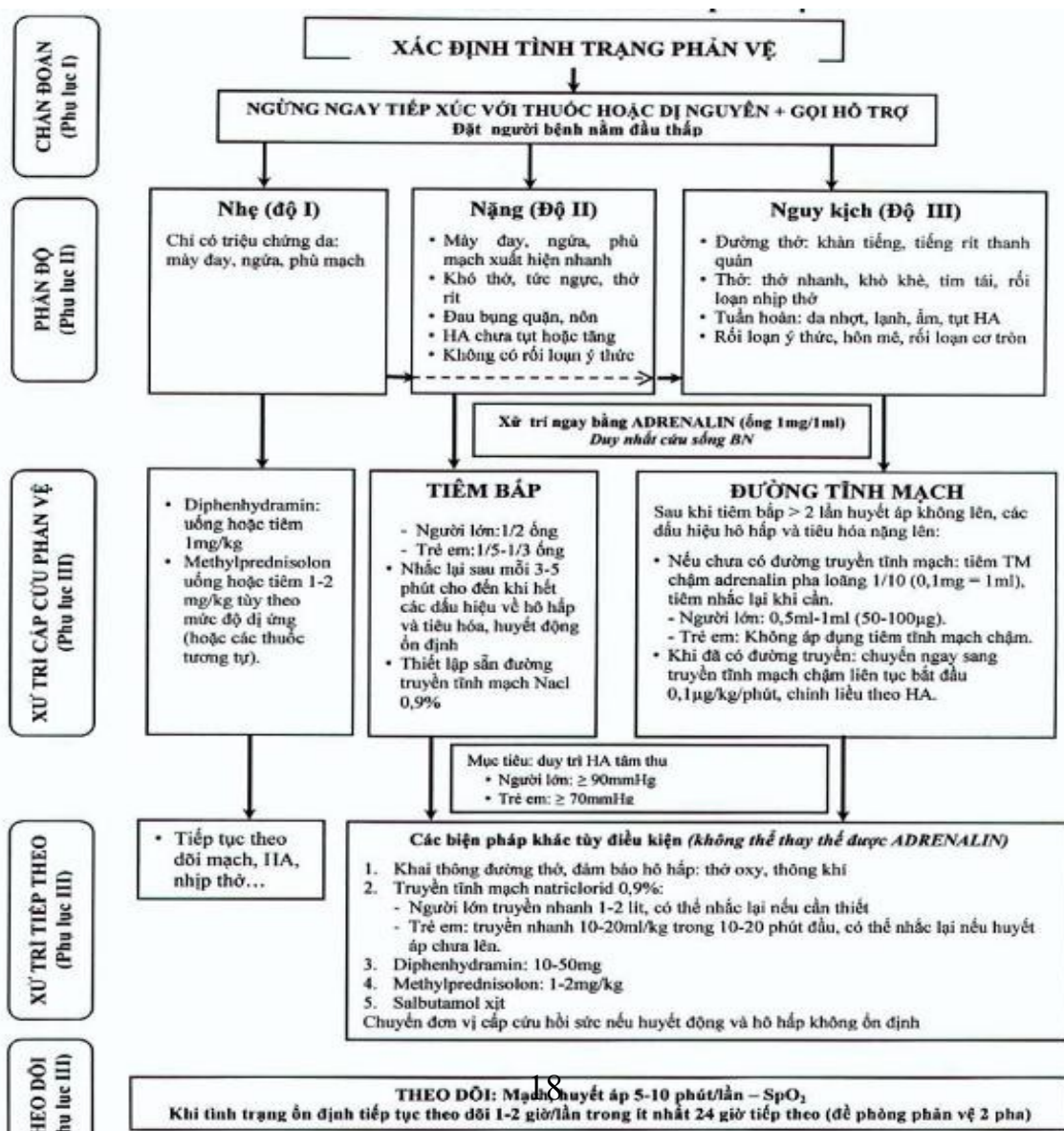
Đọc kết quả sau 20 phút, kết quả dương tính khi xuất hiện sẩn ở vị trí dị nguyên ≥ 3 mm hoặc trên 75% so với chứng âm./.

PHỤ LỤC X

SƠ ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ

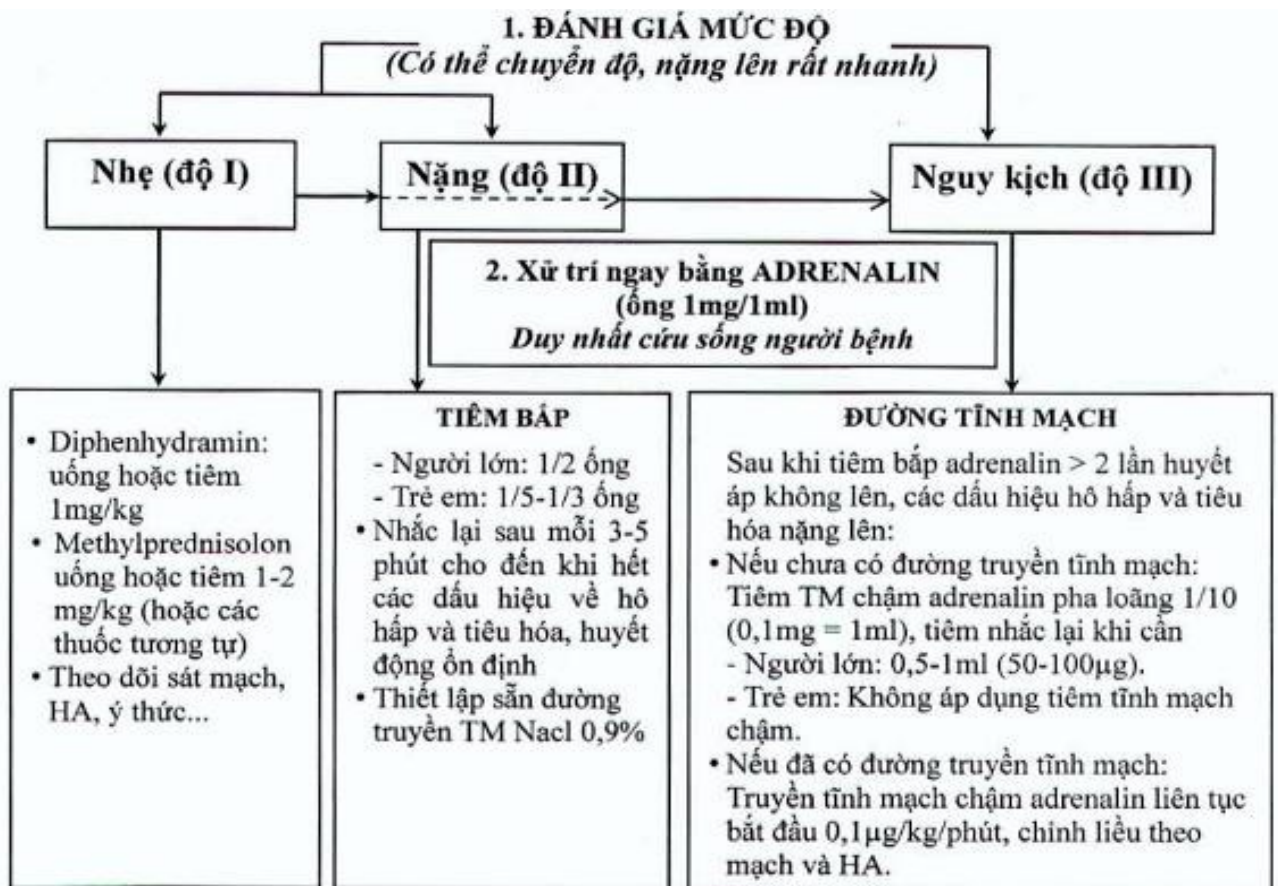
(Ban hành kèm theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Sơ đồ chi tiết về chẩn đoán và xử trí phản vệ



II. Sơ đồ tóm tắt về chẩn đoán và xử trí phản vệ

Ghi chú: Sơ đồ chi tiết về chẩn đoán và xử trí phản vệ và Sơ đồ xử trí cấp cứu ban đầu phản vệ đề nghị in trên khổ giấy lớn A1 hoặc A2 và dán hoặc treo tại vị trí thích hợp các nơi sử dụng thuốc của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh./.



2. BIẾN CHỨNG RĂNG KHÔN VÀ XỬ TRÍ

1. Đại cương

Quan điểm nhổ răng khôn từ trước đến nay còn khác nhau. Quan điểm thứ nhất cho rằng cần lấy bỏ răng khôn sớm nhất có thể, đặc biệt khi chúng không thể mọc thẳng hàng trên cung hàm một cách tự nhiên hay bằng chỉnh nha và phẫu thuật. Quan điểm thứ hai cho rằng việc lấy bỏ răng khôn phòng ngừa sẽ gây ra sự khó chịu quá mức cho bệnh nhân và cũng gây ra nguy cơ biến chứng tại chỗ cao hơn như tổn thương dây thần kinh, di chuyển răng vào xoang hàm, vỡ lồi củ xương hàm trên, mất nâng đỡ cho răng bên cạnh và chỉ khi có biến chứng răng ngầm mới được lấy bỏ bất chấp độ khó của phẫu thuật. Quan điểm thứ ba là chỉ nhổ phòng ngừa cho bệnh nhân nữ giới chưa lập gia đình hoặc có gia đình nhưng vẫn có ý định tiếp tục sinh con và với điều kiện những răng khôn này phải có nguy cơ gây biến chứng, còn đối với nam giới chỉ nhổ răng khôn khi có biến chứng ít nhất một lần. Việc đi theo quan điểm nào còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như: yêu cầu của bệnh nhân, sức khoẻ thể chất và tinh thần của bệnh nhân, năng lực và quan điểm của bác sĩ, văn hoá từng khu vực...

2. Biến chứng do răng khôn và xử trí

Biến chứng do mọc răng khôn thường xảy ra trước 25 tuổi. Tai biến thường biểu hiện nhiễm trùng khi túi quanh răng khôn thông với khoang miệng.

Ngoài nhiễm trùng, khi răng khôn mọc khó có thể gây ra các rối loạn thần kinh như đau, hoặc rối loạn về dinh dưỡng.

Trên lâm sàng thường biểu hiện một số trạng thái biến chứng do răng khôn hàm dưới như sau:

2.1. Chứng đau dây thần kinh vùng đầu lan toả hoặc khu trú

Răng ngầm có thể là nguyên nhân gây ra đau đầu hay các chứng đau dây thần kinh vùng đầu mặt của bệnh nhân. Lý do là răng ngầm mọc ra chèn vào các đầu dây thần kinh tậm.

Điều trị: nhiều bệnh nhân thấy các triệu chứng đau này giảm đi sau khi răng ngầm được lấy bỏ và thường liên quan đến răng ngầm mọc lạc chỗ.

2.2. Viêm quanh thân răng

Đây là viêm nhiễm cấp tính của mô mềm bao phủ quanh thân răng bán ngầm và túi thân răng khôn

2.2.1. Nguyên nhân

Do sang chấn của răng đối diện tới mô mềm phía trên răng khôn hoặc do lắng đọng thức ăn ở vùng dưới lợi trùm răng khôn.

2.2.2. Triệu chứng lâm sàng

- Đau nhiều tại vùng răng khôn, đau lan lên tai, khớp thái dương hàm, riêng với răng khôn hàm dưới có thêm đau vùng dưới hàm và góc hàm.

- Khít hàm và khó nuốt, xuất hiện hạch dưới hàm, sưng vùng quanh răng khôn, vùng sưng chạm vào răng đối diện gây đau khi ăn nhai.

- Ấn vùng quanh răng khôn rất đau và có thể có dịch mủ máu chảy ra.

- Nếu để muộn không điều trị gì viêm nhiễm sẽ tiến triển sang các vùng lân cận của vùng cổ mặt như áp xe vùng nông như áp xe quanh hàm ngoài, nặng hơn là áp xe vùng sâu và nặng nhất là viêm tấy lan tỏa.

Ngoài ra biến chứng của viêm quanh thân răng khôn không được điều trị đúng và kịp thời còn gây ra hiện tượng khá đặc biệt là áp xe di cư

- Viêm nhiễm thường lặp đi lặp lại nhiều lần và thường phải dùng kháng sinh bệnh nhân mới đỡ, những lần sau thường nặng dần lên.

2.2.3. Hướng xử trí

- Răng khôn mọc thẳng

+ Súc miệng nước muối ấm sạch miệng.

+ Lấy hết thức ăn đọng nếu có.

+ Bơm rửa sạch lợi trùm và vùng xung quanh thân răng khôn bằng nước muối 0,9%, oxy già 3 - 6% hằng ngày.

Thăm sạch vùng lợi đang sưng nề bằng gạc và chắm thuốc Eugenol, sindolor... hằng ngày.

+ Dùng kháng sinh toàn thân kết hợp thuốc chống sưng, chống viêm giảm đau, an thần một đợt

Khi hết đau và viêm, hẹn bệnh nhân tới cắt lợi trùm hoặc nhổ bỏ răng khôn tùy theo chỉ định. Ngoài ra, bệnh nhân thường kèm theo răng khôn trên cắn vào vùng lợi trùm răng khôn dưới. Do vậy, muốn giải quyết triệt để tình huống này và giúp bệnh nhân lành thương nhanh, bác sĩ cần tư vấn bệnh nhân nhổ thêm răng khôn trên. Thêm nữa, khi có răng khôn trên gây sang chấn cho lợi trùm răng khôn dưới mà uống kháng sinh không đỡ hoặc đỡ chậm, bác sĩ tư vấn nhổ răng khôn trên trước răng khôn dưới hoặc mài hạ thấp mặt nhai răng khôn trên sẽ giúp tình trạng viêm quanh thân răng khôn dưới cải thiện nhanh chóng.

Điều trị như trên, khi hết đau, viêm nhiễm sẽ tiến hành phẫu thuật nhổ răng khôn lệch.

2.3. Sâu răng số 7 và sâu chính răng khôn

- Nguyên nhân: Do thức ăn đọng lại dưới lợi chùm răng khôn và khe giữa răng số 7 và số 8.

- Điều trị:

+ Nếu sâu răng số 7 sẽ cần hàn răng hoặc điều trị tủy răng số 7 kết hợp với nhổ răng khôn (hình 21.5). Nếu bệnh nhân đau răng do viêm tủy hay viêm quanh cuống răng số 7 mà nguyên nhân do răng khôn mọc lệch gây sâu răng thì cần điều trị tủy răng số 7 trước đến khi hết đau sẽ nhổ răng khôn và cuối cùng là làm chụp răng số 7. Trong thời gian đợi làm chụp răng số 7, bệnh nhân cần ăn nhai mềm và bác sĩ có thể trao đổi với bệnh nhân để mài hạ thấp mặt nhai răng số 7.

+ Nếu sâu chính răng khôn thì giải pháp điều trị là nhổ răng khôn đó

2.4. Gây tiêu xương nâng đỡ của răng số 7

Nguyên nhân: Hiện tượng này xảy ra khi túi thân răng ngậm phát triển thành nang thân răng. Nang thân răng to dần gây tiêu xương của các răng lân cận. Một nguyên nhân khác, khi răng ngậm mọc vào vùng xương ô răng của răng lân cận tạo áp lực gây tiêu xương.

Điều trị: Nhổ răng khôn trước khi tổ chức xương nâng đỡ phía xa răng số 7 bị tiêu tránh lung lay răng và buốt răng số 7 sau nhổ răng số 8. Nếu đẽmụn sẽ gây ra bệnh lý quanh răng. Ngoài ra, bác sĩ có thể tiến hành ghép xương phục hồi lại tổ chức xương phía xa răng số 7 cho bệnh nhân.

2.5. Cản trở việc lắp hàm bán phần và toàn bộ

Điều trị: nhổ bỏ răng khôn loại bỏ yếu tố cản trở

2.6. Cản trở điều trị răng vĩnh viễn mọc ngầm

- Nguyên nhân: Răng khôn mọc lệch cản trở đường lên của răng vĩnh viễn mọc ngầm, gây ảnh hưởng tới chức năng và thẩm mỹ của bệnh nhân

- Điều trị: nhổ bỏ răng khôn và tiến hành kéo chỉnh nha răng vĩnh viễn bị cản trở nếu răng đó không tự mọc về cung.

2.7. Cản trở quá trình chỉnh nha

- Nguyên nhân:

+ Khi bệnh nhân có kế hoạch di chuyển răng hàm thứ nhất và thứ hai bằng kỹ thuật chỉnh nha, sự hiện diện của răng khôn có thể gây trở ngại cho việc điều trị.

+ Một số trường hợp chỉnh nha cần có neo chặn bằng miniscrew ở vùng tam giác hậu hàm, việc răng khôn xuất hiện ở vùng tam giác hậu hàm sẽ cản trở việc đặt miniscrew

- Điều trị: nhổ răng khôn.

2.8. Tham gia vào sự phát triển của các tình trạng bệnh lý khác

Sự xuất hiện đồng thời của răng khôn ngầm với các tình trạng bệnh lý khác ít phổ biến như sự xuất hiện của nang quanh thân răng, u men vùng góc hàm. Tổn thương nang thường phát triển quanh thân răng và biểu hiện trên Xquang là vùng mất cản quang với kích thước khác nhau.

Nang có thể rất lớn và có thể đẩy răng khôn ngầm hàm dưới tới bất kỳ vị trí nào của xương hàm dưới.

Điều trị: phẫu thuật lấy các tổ chức bệnh lý và lấy bỏ cả răng khôn kèm theo.

2.9. Gây tiêu chân răng lân cận dẫn tới phá huỷ cấu trúc răng đó

- Nguyên nhân: trong cơ chế tiêu chân răng sữa, túi thân răng tiếp xúc với chân răng sữa gây kích thích tiêu chân răng. Cơ chế này được giải thích do áp lực. Sự liên tục của quá trình tiêu chân răng được duy trì bởi sự tịnh tiến liên tục của quá trình mọc răng vĩnh viễn khi chiếm chỗ của phần chân răng sữa tiêu. Quá trình tiêu chân răng sữa chỉ xảy ra tốt khi hướng mọc răng vĩnh viễn đúng trục của chân răng sữa và răng vĩnh viễn không bị những cản trở khác trên đường mọc ra. Hiện tượng tiêu chân răng vĩnh viễn do răng ngầm cũng vậy, khi hướng mọc của răng vĩnh viễn ngầm tác động vào vùng chân răng vĩnh viễn đã mọc và gây ra hiện tượng tiêu chân răng. Hiện tượng này sẽ dừng lại khi răng ngầm được lấy bỏ hoặc chuyển hướng mọc của răng ngầm.

Sự tiêu chân răng xuất hiện ở những răng phía sau của hàm trên và hàm dưới, bắt đầu là sự tiêu chân răng phía xa dần dần phá huỷ toàn bộ răng.

- Điều trị: Nhổ bỏ răng khôn và điều trị bảo tồn răng bị tiêu chân răng hoặc nhổ bỏ nếu tình trạng tiêu chân răng nặng, không phục hồi.

2.10. Sang chấn mô mềm

- Nguyên nhân: Răng khôn có thể gây loét, sang chấn cho mô mềm đối diện và xung quanh nó như lưỡi. Đặc biệt sau nhổ răng khôn đối diện khiến cho mô mềm sưng to tạo điều kiện cho răng khôn còn lại cùng bên gây sang chấn.

- Điều trị: Nhổ bỏ răng khôn tổn thương loét do sang chấn sẽ khỏi sau vài ngày. Ngoài ra, trong trường hợp tổn thương loét nằm phía trên răng khôn, phải hết sức cẩn thận trong việc đưa ra chỉ định nhổ răng khôn trên hay dưới trước hoặc nhổ cả hai răng khôn trên và dưới để tránh gây tổn thương nặng hơn cho bệnh nhân.

2.11. Một số biến chứng khác

- Tai biến hạch

Viêm túi răng khôn thường kèm theo viêm hạch dưới hàm, góc hàm, hạch cạnh cổ có thể gây áp xe hạch.

- Tai biến phản xạ

+ Gây đau dây thần kinh răng dưới, thậm chí gây liệt mặt.

+ Gây viêm họng mạn tính do dịch mủ từ túi viêm thường xuyên thấm xuống họng.

+ Gây viêm xương tuỷ hàm.

+ Gây viêm niêm mạc da dày.

+ Gây biến chứng bệnh lý ở xa như sốt kéo dài, đau dây thần kinh số V, viêm nội tâm mạc, viêm khớp... do ổ nhiễm tại túi quanh răng khôn.

Tóm lại răng ngầm: có thể gây ra rất nhiều biến chứng và không ai đảm bảo răng ngầm không có triệu chứng gì sẽ không gây ra biến chứng trong tương lai. Việc lấy bỏ răng ngầm hay để lại cần được cân nhắc, xem xét với tất cả các khả năng có thể xảy ra.

BỆNH LÝ TUYẾN NƯỚC BỌT

PHẦN I. GIẢI PHẪU TUYẾN NƯỚC BỌT

Nguồn gốc nước bọt trong khoang miệng: Nước bọt được tiết ra bởi ba đôi tuyến chính đối xứng là tuyến nước bọt mang tai, tuyến dưới hàm, tuyến dưới lưỡi và rất nhiều những tuyến phụ rải rác ở niêm mạc vòm miệng.

Giải phẫu vùng mang tai hay ô mang tai: Ô mang tai hình lăng trụ tam giác trong đó có tuyến mang tai, một số mạch máu, dây thần kinh mặt (VII), và một số hạch được giới hạn ở mặt nông bởi bao cổ nông kết hợp với bao cơ cắn, cung gò má, xương chũm, cơ ức đòn chũm và dải hàm; ở mặt sâu bởi mặt ngoài của cơ ức đòn chũm và rèm trâm.

Giải phẫu tuyến nước bọt mang tai: Tuyến mang tai hình lăng trụ tam giác nằm trong ô mang tai và chia ra hai khúc kéo dài: một khúc ở vùng cơ cắn gọi là khúc cơ cắn đi cùng với ống Sténon đôi khi thành như một tuyến mang tai phụ và một khúc ở trong hay gọi là khúc hầu, có thể sờ thấy được trong miệng.

Hình ảnh đại thể tuyến nước bọt mang tai: Tuyến mang tai nặng khoảng 25 gram, mặt gồ nhiều thùy nhỏ, màu xám hồng, dễ chảy máu. Tuyến có hai thùy: thùy nông và thùy sâu.

Liên quan của dây VII với tuyến mang tai:

- Dây thần kinh mặt (VII), sau khi chui khỏi lỗ trâm - chũm, bắt chéo mặt ngoài của gai trâm, rồi chui vào tuyến mang tai giữa giữa thùy nông và sâu.

- Dây thần kinh nằm sát vào thùy sâu, đi xuống dưới ra trước và ra ngoài rồi phân chia ở mặt ngoài của tĩnh mạch cảnh ngoài thành những nhánh tận

Phân chia giải phẫu thần kinh VII trong tuyến mang tai:

Giữa hai thùy nông và sâu của tuyến mang tai, dây VII chia thành 2 ngành là:

- Ngành thái dương - mặt

- Ngành cổ - mặt

Chúng có nhiều chỗ nối với nhau và hợp thành đám rối mang tai.

Ngành thái dương mặt, phân chia các nhánh: Ngành này nối liền với dây tai thái dương và chia ra nhiều nhánh nhỏ cho các cơ da nông ở sọ mặt:

- Nhánh thái dương (temporal branch)

- Nhánh gò má (zygomatic branch)

- Nhánh má hay nhánh miệng trên (buccal branch)

Ngành thái dương mặt, nhánh thái dương chi phối cho:

-Cơ tai trước và các cơ ở mặt trước vành tai ngoài

-Các cơ trán lông mày, cơ tháp và cơ vòng mi.

Ngành thái dương mặt, nhánh gò má chi phối cho:

Các cơ gò má to và nhỏ, nâng cánh mũi và môi trên, cơ nanh, chéو mũi, nở lỗ mũi, cơ sim.

Ngành thái dương mặt, nhánh má hay nhánh miệng trên chi phối cho:

Cơ mút và nửa trên của cơ vòng môi

Ngành cổ mặt, phân chia các nhánh:

Ngành này nối liền với ngành tai của đám rối cổ rồi chia làm nhiều nhánh nhỏ ở gần góc hàm, hay thường ở trên và sau góc hàm một chút. Những nhánh tận cùng là:

- Nhánh bờ nền hay nhánh miệng dưới (marginal brach)

- Nhánh cằm (marginal brach)

- Nhánh cổ (cervical branch)

Ngành cổ mặt, nhánh bờ nền hay nhánh miệng dưới chi phối cho: Cơ cười và nửa dưới của cơ vòng môi

Ngành cổ mặt, nhánh cằm thuộc nhánh bờ nền chi phối cho:

Các cơ tam giác môi, vuông cằm, và chòm cằm

Ngành cổ mặt, nhánh cổ chi phối cho:

Cơ bám da, nhánh này nối liền với ngành ngang của đám rối cổ nông.

Dây thần kinh mặt nằm ép sát giữa hai thùy của tuyến mang tai được ví như "Dải dây đánh dấu trong một quyển sách"

Thành phần đưng trong vùng mang tai, ngoài thần kinh mặt còn có:

-Hạch mang tai nông trên bao cơ, hạch giữa dưới bao cơ và hạch sâu trong tuyến.

-Động mạch cảnh ngoài, động mạch thái dương nông, động mạch tai sau, động mạch ngang mặt.

-Tĩnh mạch cảnh ngoài, đám rối tĩnh mạch ngoài lời cầu, đám rối tĩnh mạch cơ cắn.

Phân lớp thành phần mạch máu thần kinh trong vùng mang tai:

- Lớp ngoài là thần kinh

- Lớp giữa là tĩnh mạch
- Lớp trong là động mạch

Ống tiết của tuyến nước bọt mang tai:

Ống tiết của tuyến là ống Sténon chạy trong má, ở ngoài cơ cắn, và đổ vào trong miệng tương ứng niêm mạc má mặt ngoài răng hàm lớn thứ nhất trên (răng 6 trên) (theo Rouvière).

Vùng dưới hàm hay ô dưới hàm, giới hạn giải phẫu:

Ô dưới hàm hình tam giác có ba thành và hai cực:

- Thành trong
- Thành trên ngoài
- Thành dưới ngoài
- Cực trước và cực sau.

Thành trong ô dưới hàm:

· Ở dưới xương móng; gồm lá uốn lên của bao cổ nông áp với bao cổ giữa, phủ những cơ dưới móng và dính vào bờ ngoài của sừng lớn xương móng.

· Ở trên xương móng; có những cơ nhị thân, trâm móng, hàm móng, móng lưỡi và ở mặt sau là phần hậu của đáy lưỡi.

Giới hạn ô dưới lưỡi và liên quan với ô dưới hàm:

Hai cơ móng lưỡi và hàm móng tách rời nhau từ dưới lên trên và tạo thành ô dưới lưỡi. Như vậy ô dưới hàm thông thương với ô dưới lưỡi ở mặt trong của bờ sau cơ hàm móng.

Tam giác Béclard, giới hạn:

- Bờ sau cơ móng-lưỡi,
- Bụng sau cơ nhị thân,
- Sừng lớn xương móng

Thành phần có mặt trong tam giác Béclard:

Dây thần kinh hạ thiệt (XII) bắt chéo từ sau ra trước mặt ngoài cơ móng- lưỡi, và cùng với tĩnh mạch lưỡi chính chui vào ô dưới lưỡi. Ở mặt ngoài cơ móng lưỡi có dây thần kinh hạ thiệt, ở mặt trong cơ có động mạch lưỡi.

Động mạch lưỡi tìm thấy ở tam giác Pirogoff, giới hạn bởi:

Gân trung gian cơ nhị thân ở dưới, dây thần kinh hạ thiệt ở trên và bờ sau cơ hàm móng ở đằng trước

Thành trên ngoài ô dưới hàm: Có hố dưới hàm của xương hàm dưới ở trước, và phần dưới cơ chân bướm trong dính vào góc hàm ở sau.

Thành dưới ngoài ô dưới hàm: Bao cổ nông tách ta thành hai lá gồm; lá sâu uốn lại, đi dưới tuyến, dính vào xương móng và lá nông đi thẳng, ngoài tuyến và dính vào bờ dưới xương hàm.

Cực sau ô dưới hàm: Phần dưới của khoang cạnh amidan mà ở đằng sau là vách giữa hàm-mang tai (cloison intermaxillaire-parotidien) hay còn gọi là dải hàm, phân chia ô dưới hàm với ô mang tai.

Cực trước ô dưới hàm: Hơi ở đằng sau bụng trước cơ nhị thân. Ở đây màng bọc cơ hàm móng hợp nhất với bao cổ nông.

Hình thái đại thể tuyến nước bọt dưới hàm:

-Tuyến dưới hàm nặng khoảng 7 gram, bề mặt phẳng, có những thùy nhỏ, màu hồng nhạt, áp vào ô dưới hàm.

-Bờ dưới tuyến vượt quá sừng lớn xương móng, bờ trên song song với cơ hàm móng với đằng sau là rãnh ổ răng lưỡi mà giữa rãnh này với tuyến có dây thần kinh lưỡi chạy qua

Thành phần đưng trong ô dưới lưỡi:

-Tuyến nước bọt dưới lưỡi dài và dẹt ngang, chiếm phần lớn ô dưới lưỡi, và chìm trong tổ chức mô lỏng lẻo.

-Ở mặt trong tuyến, giữa tuyến và đám cơ lưỡi, có ống Wharton, dây thần kinh lưỡi, dây hạ thiệt (XII) và các mạch máu dưới lưỡi.

Hình thái đại thể tuyến nước bọt dưới lưỡi:

-Tuyến dưới lưỡi dài khoảng 3cm, cao 1,5cm, rộng 7-8 mm, nặng 3gram, màu hồng nhạt giống tuyến dưới hàm.

-Nước bọt của tuyến được dẫn bằng 15-20 ống nhỏ mở ra ở vùng rãnh dưới lưỡi. Một số ống có thể tập trung lại và hợp thành ống Bartholin đổ vào niêm mạc gần lỗ ống Wharton, và đôi khi đổ ngay vào ống Wharton.

Các tuyến nước bọt phụ: phân bố vị trí

-Rải rác khắp bề mặt niêm mạc miệng, trừ vùng lợi, môi đỏ.

-Nhiều ở mặt trong môi, má đặc biệt ở xung quanh lỗ ống Sténon.

-Ở vòm miệng và lưỡi

Tuyến nước bọt phụ phân bố ở lưỡi:

-Nhiều tuyến nước bọt phụ ở đáy lưỡi, bờ bên và ở vùng đỉnh của V lưỡi; ở sát những nhú vòng quanh V lưỡi có những tuyến nhầy Von Ebner.

-Ở mỗi bên thặng lưỡi, ở mặt dưới của đầu lưỡi, có tuyến Blandin Nuhn là một loại tuyến nước bọt hỗn hợp.

PHẦN II. MÔ SINH VÀ THẦN KINH

Theo tính chất của nước bọt, có 3 nhóm tuyến:

- Tuyến nước bọt thuần khiết nhày.
- Tuyến nước bọt thuần khiết niêm mạc.
- Tuyến nước bọt hỗn hợp.

Tuyến nước bọt thuần khiết nhày:

-Dạng chùm hoặc ống chùm, được tạo thành bởi những tế bào dạng khối mà trong bào tương có chứa đựng những hạt cho thấy dấu hiệu của ptyalin, chất zymogen.

-Những tế bào này tiết ra một loại nước bọt nhày chứa đựng những muối protein và men ptyalin.

-Tuyến mang tai và những tuyến phụ vị giác Von Ebner thuộc loại này

Tuyến nước bọt thuần khiết niêm mạc:

Dạng ống chia nhánh, gồm những tế bào sáng giống tế bào hình đài ở niêm mạc ruột mà trong bào tương có chứa chất mucinogen dưới hình thái những giọt nhỏ hay thành nang, bắt màu với mucicarmin. Nước bọt niêm mạc chứa đựng rất nhiều mucin. Những tuyến nước bọt phụ ở môi và ở niêm mạc đáy lưỡi thuộc loại này.

Tuyến nước bọt hỗn hợp niêm mạc và nhày:

-Được tạo thành bởi sự kết hợp hai loại tế bào kể trên.

-Các tế bào chế nhày được sắp xếp thành hình "trăng lưỡi liềm" ở quanh nhóm tế bào niêm mạc, và được gọi là "liềm Giamizzi".

-Tuyến nước bọt dưới hàm, dưới lưỡi, má, Blandin Nuhn thuộc loại này

Lượng nước bọt trung bình 1 ngày và đóng góp của các tuyến: Nước bọt được tiết ra trong 24h trung bình từ 500ml đến 1500ml, trong đó:

- Tuyến mang tai khoảng 20%
- Tuyến dưới hàm khoảng 70%
- Còn lại 10% là tuyến dưới lưỡi và tuyến nước bọt phụ

Vai trò của nước bọt:

- Vai trò nội tiết

- Vai trò bảo vệ
- Vai trò tiêu hóa
- Vai trò bài tiết

Vai trò nội tiết của nước bọt:

- Hoạt động nội tiết gây giảm calci máu
- Bảo đảm sự tăng sản những tổ chức trung mô như sụn, xương răng, sợi đàn hồi, hệ thống lưới nội mô, tổ chức liên kết và sản xuất ra máu.

- Parolin là một hoocmon mang tai cần thiết cho dinh dưỡng của các tổ chức xương và sụn

Vai trò bảo vệ của nước bọt:

-Vai trò lý học của nước bọt được tăng cường bằng những động tác của lưỡi và má, lôi cuốn các mầm bệnh đi

-Vai trò hóa học của nước bọt tạo sự ổn định axit-kiềm do khả năng đệm trong môi trường miệng

-Tính chất huyết thanh nhờ kháng thể, enzym...

Vai trò tiêu hoá của nước bọt:

-Về lý học, nước bọt cần thiết cho sự nhai, nuốt bằng cách làm ướt, tan thức ăn và củng cố vị giác.

- Về hóa học, tác động của nước bọt qua trung gian chất ptyaline với những chất bột

Vai trò bài tiết của nước bọt:

- Giống như thận, nước bọt được kích thích bài tiết ra bởi vai trò của cơ mạch tổ

- Những chất ngoại lai đưa vào cơ thể được bài tiết qua nước bọt như indua, bromua, chiorat, bismuth, kháng sinh ...

PHẦN III. RỐI LOẠN TIẾT NƯỚC BỌT VÀ CÁC BỆNH VIÊM NHIỄM

Rối loạn tiết nước bọt: Còn gọi là loạn năng tuyến nước bọt, có hai loại chính đối lập nhau là chứng nhiều nước bọt và chứng giảm nước bọt. Ngoài ra còn có hội chứng Lucie Frey hay hội chứng dây thần kinh tai-thái dương

Chứng nhiều nước bọt:

- Chứng nhiều nước bọt là chảy nước bọt ra ngoài miệng do tăng khối lượng mà người ta cho là có khi tới 4-5 lít trong 24 giờ.

- Thông thường thì khi tăng khối lượng nước bọt, số trội ra có thể được nuốt vào dạ dày, hoặc là nhổ ra ngoài.

Chúng nhiều nước bọt: nguyên nhân

- a) Do kích thích thần kinh
- b) Do nhiễm độc và nhiễm khuẩn
- c) Do thuốc

Do kích thích thần kinh

- Ở trong miệng như khi mọc răng, sâu răng, viêm họng, gãy xương hàm ...
- Ở ngoài miệng như tổn thương hay u dị vật ở thực quản, co bóp tâm vị, loét dạ dày ...
- Ở trung tâm vỏ não, như viêm não, bại liệt toàn thân, parkinson ...

Do nhiễm độc và nhiễm khuẩn

- Trong nhiễm độc thủy ngân, ioduua kali, chì, pilocarpin, digitalin ...
- Trong đái tháo đường, Basedow và khi có thai cũng có tăng tiết
- Trong những bệnh nhiễm khuẩn, đôi khi chứng nhiều nước bọt là một trong những biểu hiện đầu tiên

Do thuốc

Jaborandi và alcaloit của nó là pilocarpin làm tăng tiết nước bọt. Cũng như ioduua kali gây sổ mũi, chảy nước mắt, chảy nước bọt nhiều và sung tuyến mang tai. Strophantin và ouabain cũng gây tăng tiết.

Triệu chứng lâm sàng

- Bọt phát cả lúc nghỉ ngơi và trong khi ngủ.
- Thở nhẹ, nước bọt quá tiết bị nuốt vào dạ dày.
- Thở nặng, không nuốt kịp phải nhổ luôn miệng, chảy liên tục ra má, mép. Ban đêm, nước bọt tràn ứa gây ho và có khi nghẹt thở vì nước bọt tràn vào đường hô hấp.

Biến chứng:

- Nuốt nhiều nước bọt quá có thể gây chướng hơi dạ dày, nôn nước bọt, khó tiêu. X quang thấy thực quản và dạ dày căng phồng hơi.
- Kéo dài có thể dẫn tới tình trạng mất nước và giảm cả khối lượng nước tiểu, mồ hôi.

Chẩn đoán phân biệt:

-Bệnh nhân suy nhược do bệnh lý toàn thân, không còn sức nuốt, ngủ nửa nằm, nửa ngồi, môi trở xuống để chảy nước bọt liên tục.

-Hoặc bệnh nhân bị nhiễm khuẩn đường miệng họng do đau quá hoặc khi ngủ, nước bọt cũng chảy qua miệng, môi ra ngoài

Điều trị:

-Thuốc thuộc chất ức chế phó giao cảm có tác dụng làm giảm tiết nước bọt như cồn belladon

-Valerian có tác dụng an thần cũng có tác dụng tốt.

-Gluconat canxi chống tiết nước bọt vì làm tăng canxi máu do vai trò chống acetylcholin.

-Trong trường hợp nặng, có thể dùng tia liệu pháp với liều nhẹ khoảng 600r hoặc dùng phẫu thuật giết đứt dây thần kinh tai thái dương.

Giảm nước bọt - Chứng khô miệng

Giảm nước bọt là giảm khối lượng trung bình của nước bọt được tiết ra, dẫn tới chứng khô miệng. Đó là những rối loạn đôi khi nghiêm trọng và xảy ra có thể do bẩm sinh không có tuyến nước bọt hoặc là triệu chứng tạm thời trong một số bệnh cấp tính hoặc là tình trạng kéo dài trong hội chứng Gougerot Sjögren Houwers, hội chứng Heerfordt và bệnh Mikulicz.

Triệu chứng cơ năng

Miệng bị khô có cảm giác như có chất dẻo hay nóng bỏng ở lợi, lưỡi, gây khó chịu, bứt rứt và vướng khi nói, nhai, nuốt, làm bệnh nhân phải luôn luôn kèm theo bình nước để nhấp. Rối loạn vị giác kèm theo kéo dài có thể dẫn tới mất vị giác.

Triệu chứng thực thể

-Khám miệng thấy hơi thở nặng, môi khô nứt nẻ, chốc mép hai bên, lưỡi đỏ, khô, có khi nhẵn, mất gai hoặc có những nứt kẽ ở bên bờ, niêm mạc miệng đỏ tươi, bóng hoặc mờ.

-Ngách lợi hay dưới lưỡi có vệt nước bọt đọng lại, quánh sùi hoặc thành từng sợi như vành dày trắng giữa lưỡi và hàm ếch.

-Lỗ ống Sténon và Wharton có thể không thấy hoặc khi xoa bóp tuyến, để chảy một cục như keo.

-Răng để lâu có thể bị sâu nhiều và tiêu quanh răng

Triệu chứng toàn thân

Tình trạng toàn thân thường bị ảnh hưởng do nhai, nuốt khó, và bệnh nhân luôn luôn khó chịu, bứt rứt

Chứng khô miệng: tiến triển

Các tuyến nước bọt lúc đầu có thể cương to như có tăng sản nhu mô nhằm bù trừ sự thiếu hụt của sự tiết ở các tuyến nang (acinis) hoặc do những cơn xung huyết. Sau đó tuyến dần dần xơ hóa, sờ cứng, rồi đi đến teo và không sờ thấy nữa.

Phân mức độ khô miệng:

- Thiếu nước bọt nặng hoặc nhẹ
- Khô miệng triệu chứng tạm thời
- Khô miệng kéo dài nguyên nhân ở tuyến

Thiếu nước bọt nặng hoặc nhẹ, nguyên nhân:

Tổn thương ở các tuyến nước bọt làm hạn chế hoặc mất hẳn sự bài tiết của một hay nhiều tuyến, nguyên nhân có thể do:

- Điều trị như cắt bỏ tuyến mang tai, đứt dây thần kinh tai thái dương, nạo vét hạch dưới hàm, tia liệu pháp.
- Cũng có thể do bệnh lý như viêm tuyến mang tai, dưới hàm trong quai bị. Hư tuyến mang tai, bất sản những tuyến chính, loạn năng các tuyến chính.

Khô miệng có thể gặp ở hội chứng:

Loạn sản ngoại bì di truyền của Touraine bao gồm bất sản tuyến nước bọt, khó mọc răng và chứng ít lông

Khô miệng triệu chứng tạm thời:

Ít gây biến đổi ở niêm mạc miệng và có thể phục hồi được như do tia liệu pháp, do thuốc chống tiết nước bọt dùng lâu dài gây nhiễm độc (belladon, atropin, thuốc chống histamin, thuốc phiện, an thần kinh, kháng sinh), do thiếu vitamin nghiêm trọng.

Khô miệng kéo dài do nguyên nhân ở tuyến:

Có thể xảy ra ở bệnh bẩm sinh tuyến nước bọt, bệnh thoái hóa chất nhầy, hoặc ở một bệnh mắc phải đặc biệt của tuyến nước bọt như trong hội chứng mất nước bọt, hội chứng Gougerot Houwers Sjögren, hội chứng Heerfordt, bệnh Mikulicz.

Sỏi tuyến nước bọt:

Bệnh chủ yếu gặp ở tuyến dưới hàm (85%), nhất là ở ống Wharton. Tuyến mang tai ít có sỏi hơn (10%) và cũng hay gặp ở trong ống. Tuyến dưới lưỡi và những tuyến phụ rất hiếm gặp (5%). Do đó khi nói đến sỏi tuyến nước bọt thường là để chỉ sỏi tuyến dưới hàm.

Sỏi tuyến nước bọt: cơ chế bệnh sinh, có 3 thuyết

- Thuyết cơ học

- Thuyết hoá học
- Thuyết nhiễm khuẩn
- *Thuyết cơ học cho rằng:

Do ứ đọng nước bọt vì ống tiết bị hẹp lại hoặc bị ép bởi một vật hay cơ quan bên ngoài, hoặc vì cơ thắt lỗ ống bị phản xạ ức chế, rồi thành sỏi, đã bị bác bỏ vì không đầy đủ. Người ta đã thí nghiệm buộc ống tiết nước bọt mà không gây sỏi mà chỉ làm teo tuyến thôi.

Thuyết hoá học cho rằng:

Sự kết tủa quanh một dị vật của các muối khoáng với nồng độ cao gây ra sỏi. Thuyết này chỉ nêu một khâu trong cả quá trình tạo ra sỏi vì thực ra thì đúng là trong nước bọt dưới hàm có nhiều canxi hơn trong nước bọt mang tai. Nhưng vì sao lại sinh ra sỏi thì chưa chứng minh được.

Thuyết nhiễm khuẩn của Galippe:

Cho rằng sỏi được tạo thành ở chung quanh những vi khuẩn, như trong sỏi mật. Nhưng tại sao chỉ ở một số ít người có sỏi trong khi vi khuẩn đầy rẫy trong miệng ở mọi người thì thuyết này khó giải thích.

Các giả thuyết khác về hình thành sỏi:

-Soderlund đặt giả thuyết có lẽ có thêm vai trò của các nấm Actinomyces vào nhiễm khuẩn để có thể gây ra sỏi. Nhưng Dechaumé và các cộng tác viên nghiên cứu 22 sỏi và không phát hiện được lần nào có nấm Actinomyces.

-Nhưng rõ ràng nhiễm khuẩn có vai trò nhất định vì trong hình chụp tuyến sau khi bơm lipiodol, bao giờ cũng thấy tuyến bị giãn toàn bộ dọc ống chứ không riêng gì ở đoạn trên sỏi.

Cơ chế hình thành sỏi theo diễn biến, được đơn giản hoá như sau:

- Sự co khít những thớ cơ tròn ở lỗ ống và sự giãn chùng các thớ dọc ở ống gây phản xạ giãn nở do đó làm ứ đọng nước bọt.

- Nhiễm khuẩn ống rồi nhiễm khuẩn tuyến, gây ra tổn thương ở màng biểu mô của ống có tróc vảy.

- Các chất mucopolysaccharit được giải phóng rồi kết tủa các chất carbonat-apatit để thành lập một hòn nguyên thủy. Hòn nguyên thủy này to dần do những lớp đồng tâm ép vào và trở thành sỏi.

Cấu tạo của sỏi nước bọt gồm:

Photphat tricanxi 75%

Carbonatcalci 11%

Muối có thể hòa tan 6%

Các chất hữu cơ 6%

Nước 2%

Sỏi tuyến nước bọt dưới hàm: dịch tế học

-Chủ yếu ở ống Wharton, đa số ở khúc trước của ống. Hiếm ở khúc giữa, khúc sau của ống, vùng bề ống, chỗ tập trung những ống nhỏ trong tuyến. Sỏi thực sự ở trong tuyến hiếm gặp

-Nam hơn 1 chút so với nữ, bất cứ ở tuổi nào

-Thường chỉ có một sỏi đơn, cũng có khi gặp nhiều sỏi

Sỏi tuyến nước bọt dưới hàm: mô bệnh học

-Sỏi thường là nhỏ bằng hạt đậu xanh, hạt lạc.

-Nếu nhiều sỏi có khi thành từng chuỗi.

-Sỏi màu vàng nhạt, gỗ ghê, bóp mạnh có thể mủn nát xung quanh để lại phần trung tâm rắn hơn.

-Sỏi thường hình tròn, dài, ôm theo hình ống tuyến, không ôm chặt kín mà thường có rãnh con để nước bọt có thể thoát qua phần nào.

-Sỏi ít cản quang, đôi khi không cản quang.

Sỏi tuyến nước bọt dưới hàm: tiến triển

-Sỏi bao giờ cũng gây nhiễm khuẩn ống Wharton và quanh ống biểu lộ có mủ chảy qua lỗ ống cương đỏ, ghồ to.

-Hình X quang có bơm Lipiodol thấy rõ ống Wharton giãn phình, to, không đều, đôi khi như chuỗi hạt, chỗ phình to, chỗ teo nhỏ.

-Bản thân tuyến dưới hàm dần dần cũng bị nhiễm khuẩn, rồi có thể tiến tới xơ hóa.

Sỏi tuyến nước bọt dưới hàm: dấu hiệu lâm sàng

-Lúc đầu sỏi dưới hàm có thể trầm lắng trong thời gian dài. Dần dần nó biểu lộ bằng những triệu chứng tắc nước bọt và nhiễm khuẩn.

-Dấu hiệu thoát vị nước bọt, cơn đau do sỏi.

-Tuyến dưới hàm sưng phồng to và lỗ ống Wharton nề đỏ.

-Vuốt dọc ống Wharton đôi khi thấy sỏi cứng, mủ đặc chảy ra

Dấu hiệu thoát vị nước bọt:

Triệu chứng Garel xảy ra trong bữa ăn, tự nhiên tuyến dưới hàm sưng phồng lên do sỏi làm tắc nước bọt ứ lại trong tuyến. Tự nhiên nước bọt lại thoát ra được, chảy tự nhiên và hết sưng tuyến. Không gây đau.

Cơn đau nước bọt hay cơn đau do sỏi:

- Là một tai biến cơ học, do sỏi di chuyển trong tuyến gây ra bởi những co thắt của thành ống đẩy sỏi đi.

- Giữa bữa ăn bệnh nhân thấy đau chói ở lưỡi và sàn miệng. Đồng thời thấy phồng khá to và rất nhanh vùng trên xương móng, đẩy cao niêm mạc dưới lưỡi. Đau dịu dần và hết khi tống được 1 tia nước bọt ra khỏi lỗ ống. Sưng bớt dần, đôi khi mấy giờ sau mới hết hẳn

Sỏi tuyến dưới hàm: biến chứng

- Viêm tấy vùng sàn miệng: Sàn miệng cương nề, sưng đỏ bên có sỏi, đôi khi lan tỏa cả sang bên đối diện vùng trước ống. Chỗ sỏi hay khu trú, nề đỏ, sưng hơn, lỗ ống nổi gồ, loét, có rỉ mủ đặc.

- Viêm tuyến dưới hàm: Đột nhiên, bệnh nhân thấy đau dữ dội vùng dưới hàm, có thể lan lên tai, nuốt thấy vướng, đau, có sốt nhẹ. Tuyến dưới hàm gồ, sưng, đau.

Sỏi tuyến dưới hàm: chẩn đoán

- Dựa trên tiền sử những cơn thoát vị và cơn đau nước bọt, và viêm xơ tuyến dưới hàm hoặc phlegmon sàn miệng.

- Chụp X quang: phim cản, phim CBCT thấy hình ảnh cản quang của sỏi.

Sỏi tuyến dưới hàm: chụp tuyến có bơm lipiodol

Thấy ống Wharton to có viêm giãn không đều, đường kính không đều có khi như chuỗi hạt hoặc có khi ống Wharton chỉ ngấm ở phía trước sỏi rồi tắc lại ở chỗ có sỏi hoặc qua được sỏi nhưng rất ít ở chỗ có sỏi biểu lộ bằng hình không ngấm thuốc.

Sỏi tuyến dưới hàm: chẩn đoán phân biệt

- Khi có viêm ống và quanh ống Wharton: phân biệt với viêm tấy sàn miệng Ludwig, có triệu chứng toàn thân nhiễm độc và hoại thư.

- Khi có viêm mạn tuyến dưới hàm: phân biệt với viêm quanh hạch, nhất là do lao. Quai bị, khối u dưới hàm.

Điều trị khi sỏi ở ống Wharton:

- Nếu sỏi nhỏ dùng thuốc lợi tiết nước bọt như cồn Jaborandi nồng độ 1/5 (XX giọt 3 lần mỗi ngày) có thể tống được sỏi ra.

- Phẫu thuật theo đường trong miệng có gây tê hoặc mê. Khu trú, cố định sỏi, rạch niêm mạc sàn miệng, bộc lộ ống, rạch dọc ống trên sỏi và lách bóc, lấy sỏi, bơm rửa ống, không cần khâu đóng.

Điều trị khi sỏi ở sâu, đầu tuyến hoặc trong tuyến:

- Khi tuyến còn khả năng bảo tồn, sỏi ở sâu trong ống hoặc đầu tuyến, lấy sỏi bằng nội soi qua ống tuyến.

- Khi tuyến đã bị viêm nhiễm nhiều lần và xơ hóa, sỏi trong nhu mô tuyến, thường có chỉ định cắt bỏ tuyến dưới hàm lấy sỏi.

Sỏi mang tai: dịch tế học

-Hiếm hơn nhiều (10%) so với sỏi dưới hàm và nếu gặp cũng thường ở ống Sténon (95%) chứ rất ít khi có sỏi trong tuyến.

-Người ta cho rằng ít gặp sỏi mang tai có lẽ vì nước bọt ở tuyến mang tai rất lỏng, ít mucin và các muối khoáng so với nước bọt dưới hàm.

-Gặp cả ở nam lẫn nữ không phân biệt giới tính và ở các lứa tuổi (trẻ em ít gặp hơn).

Sỏi mang tai: giải phẫu bệnh

Sỏi nhỏ, theo đường ống, có hình san hô thường chỉ có một sỏi, ít khi có nhiều sỏi. Cấu tạo hầu như chỉ có phosphat tricalci.

Sỏi mang tai: đặc điểm lâm sàng

-Biểu lộ bằng viêm ống và quanh ống Sténon, sau đó gây viêm tuyến. Cơn đau sỏi nước bọt thường không có.

-Viêm tuyến mang tai cấp có mũ đặc ở lỗ ống Sténon cương, hoặc áp xe nhỏ ở má

-Có thể sờ thấy trong miệng, dọc ống Sténon phát hiện sỏi

Sỏi mang tai: đặc điểm x quang

-X quang không chuẩn bị với phim đặt trong má, tia mềm và thời gian ngắn

-X quang có bơm lipiodol đôi khi thấy 1 chỗ khuyết nhỏ trên đường ống Sténon bị giãn không đều

Sỏi mang tai: điều trị

-Vệ sinh răng miệng tốt và dùng kháng sinh chống viêm

-PT lấy sỏi theo đường trong miệng nếu sỏi ở khúc trước và theo đường ngoài da nếu sỏi ở khúc sau

-Sỏi ở trong tuyến, không rõ vị trí và đã gây nhiễm khuẩn nhiều lần cho tuyến và ảnh hưởng tới toàn thân thì cắt tuyến bảo tồn dây VII

Sỏi dưới lưỡi: đặc điểm lâm sàng và x quang

-Rất hiếm (5% các ca sỏi nước bọt) và biểu lộ lâm sàng như sỏi ở khúc trước của ống Wharton với viêm nhiễm vùng sàn miệng.

-Chụp X quang không chuẩn bị có thể thấy 1 hoặc nhiều sỏi nhỏ không nằm thẳng hàng như ở trong ống Wharton, hình tam giác hoặc hình san hô.

-Chụp X quang có bơm lipiodol vào ống Wharton thấy rõ sỏi ở ngoài ống.

Sỏi dưới lưỡi: điều trị

Chỉ định điều trị như sỏi ống Wharton, phẫu thuật đường trong miệng. Chỉ cần rạch vào vùng sung có sỏi là giải phóng được sỏi. Nếu tái phát, có thể cắt bỏ tuyến dưới lưỡi.

Viêm nhiễm tuyến nước bọt do vi khuẩn (Sialadenitis): thể bệnh

-Viêm ống tiết nước bọt

-Viêm tuyến nước bọt cấp tính

-Viêm tuyến mang tai siêu cấp tính

-Viêm tuyến mang tai bán cấp tính ở trẻ em

-Viêm tuyến dưới lưỡi

-Viêm tuyến dưới hàm ở trẻ sơ sinh và trẻ em

-Viêm tuyến môi nứt nẻ có mũ

-Viêm tuyến nước bọt mãn tính

Viêm ống tiết nước bọt: đặc điểm và điều trị

- Do sỏi ống tuyến hoặc do dị vật, viêm niêm mạc miệng, ap-tơ cạnh lỗ ống

- Triệu chứng như sỏi, có cơn đau nước bọt do tắc, rời sung, đau tuyến. Lỗ ống Sténon đỏ, nề, chảy ra giọt mũ hoặc nứt xơ Kusmaul.

- X quang có bơm Lipiodol thấy ống giãn nhiều mà không có sỏi

- Điều trị bằng gây tê, vệ sinh răng miệng, xoa ép tuyến, thuốc lợi tiết nước bọt.

Viêm tuyến nước bọt cấp tính: đặc điểm và điều trị

- Do bệnh nội khoa như nhiễm khuẩn huyết, do lỵ, Rickettsia, tả...Do bệnh ngoại khoa, đặc biệt sau phẫu thuật lớn ở vùng bụng, vùng chậu

- Tuyến sung nề, niêm mạc miệng khô, lỗ ống tuyến nề, đỏ, có mũ lẫn nước bọt, có sốt. Có thể biến chứng nặng

- Điều trị bằng kháng sinh liều cao theo kháng sinh đồ, nâng cao thể trạng, lợi tiết nước bọt. Điều trị tại chỗ bằng chích tháo mũ.

Viêm tuyến nước bọt mạn tính:

Đặc điểm chung:

- Hay gặp nhất trong các loại viêm tuyến nước bọt, thấy ở người lớn và ở tuyến mang tai.

- Nguyên nhân không rõ rệt, khó phát hiện. Bệnh xuất hiện từ từ, trở thành mãn tính ngay, thỉnh thoảng có những đợt viêm nhiễm bán cấp.

- Bệnh không nặng nhưng dai dẳng, khó điều trị hiệu quả.

Viêm tuyến nước bọt mạn tính: đặc điểm lâm sàng

-Đợt bán cấp: sưng tức tuyến mang tai một hoặc hai bên, đau, lỗ ống Sténon nề đỏ có mũ loãng hoặc sợi nhầy mũ trong đó có phế cầu, tụ cầu và liên cầu khuẩn.

-Kéo dài 1-2 tuần rồi có hay không điều trị cũng hết dần, dễ trở lại từng đợt sưng sau vài tháng.

-Giữa hai đợt sưng tuyến mang tai chỉ hơi to, sờ chắc, không đau.

Viêm tuyến nước bọt mạn tính: đặc điểm x quang

-Hình X quang có bơm lipiodol thấy ống Sténon giãn to, đường kính không đều, có chỗ phình, có chỗ hẹp lại.

-Những ống nhỏ trong nhu mô có thể thấy rõ nhưng có hình lipiodol đọng lại ở cuối, trong các chùm nang tuyến phình ra, giống như cây hồng có quả.

-Lipiodol thoát ra chậm, biểu lộ rõ có viêm nhiễm ở nhu mô.

Viêm tuyến nước bọt mạn tính: đặc điểm giải phẫu bệnh

Về tổ chức học trong đợt bán cấp tính tổn thương khu trú ở những ống bài tiết. Ở giai đoạn mãn tính, có xơ hoá quanh ống, các chùm nang có biệt hoá cao độ với những tế bào cơ biểu mô và những đám bạch huyết như hạch.

Viêm tuyến nước bọt mạn tính: điều trị

- Bơm kháng sinh qua ống Sténon, bơm lipiodol để chụp X quang cũng có tác dụng sát khuẩn, đôi khi có vẻ làm nhẹ bệnh chút ít.

- Thuốc uống và tiêm toàn thân hầu như không có tác dụng tốt.

- Parolin có thể có tác dụng tốt. Tia xạ làm xơ hoá tuyến hoặc phẫu thuật giắt đứt dây thần kinh tai-thái dương làm hạn chế tiết nước bọt. Đôi khi phải phẫu thuật cắt bỏ tuyến mang tai với bảo tồn dây thần kinh mặt (VII).

Viêm tuyến nước bọt do virus: quai bị

Quai bị là một bệnh viêm nhiễm của trẻ em và thiếu niên, đặc hiệu, lây, có tính chất dịch, biểu lộ lâm sàng bằng viêm tuyến mang tai hai bên, không mưng mủ, do một virus rất khó nhìn, có hướng động kép cho các tế bào tuyến và trục thần kinh.

Quai bị: dịch tế học

Bệnh xuất hiện vào mùa xuân và mùa hè, hay gặp ở trẻ trai nhiều hơn trẻ gái. Truyền bệnh trực tiếp qua trung gian nước bọt, nhất là ở thời kì đầu của bệnh. Virus quai bị được cô lập bởi Johnson và Goodpasture từ 1934, nuôi cấy trên môi trường phôi.

Quai bị: thời kì nung bệnh, thời kì xâm nhập

- Thời kì nung bệnh kéo dài trầm lặng từ 18 đến 22 ngày.
- Thời kì xâm nhập tiến triển từ 12 đến 36 tiếng đồng hồ, với nhiệt độ tăng dần, khô miệng, đau miệng, đau tai, với ba điểm đau: ở vùng khớp thái dương hàm, ở mỏm xương chũm và ở góc hàm.

Quai bị: thời kì toàn phát

Thời kỳ toàn phát, sưng đau tuyến mang tai, mới đầu ở một bên, vài ngày sau lan sang cả hai bên, viêm nề với da trắng, bóng làm biến dạng mặt. Biến dạng che lấp sau rãnh góc hàm, đẩy dái tai ra ngoài, sau lan tới vùng dưới hàm và mi mắt. Sờ vùng sưng căng, hơi nóng, hơi đau, há miệng hạn chế ít nhiều. Niêm mạc miệng khô, đỏ, lỗ ống Sténon nề, gồ, đỏ, đôi khi có những vết nhỏ bầm tím viêm chung quanh. Nước bọt giảm tiết, bạch cầu đa nhân, lympho, đơn cầu và tế bào tuyến, sau ngày thứ 8 các tế bào biến dần rồi sau đó các lympho cũng biến mất.

Quai bị: cận lâm sàng

Mạch chậm ít. Xét nghiệm nước não tủy có phản ứng nhẹ hoặc có viêm màng não. Bạch cầu tăng nhẹ với lympho và đơn cầu tăng, Amylaza trong máu tăng (trung bình amylaza máu là 50 -100 đơn vị Somogyi).

Quai bị: tiến triển

Bệnh tiến triển khoảng 8 -10 ngày và tự rút êm lặng. Tuy vậy, có những biến chứng hay gặp ở các tuyến nội tiết, nhất là viêm tinh hoàn, được ghi nhận trong 25% trường hợp, có thể gây vô sinh do teo, vô tinh trùng. Hiếm hơn, có thể gặp biến chứng viêm buồng trứng, viêm vú, viêm tụy gây đái tháo đường, viêm tuyến giáp, viêm màng não.

Quai bị: chẩn đoán

- Chẩn đoán dương tính dựa vào yếu tố dịch tế, sốt nhẹ báo hiệu và sưng nề hai bên tuyến mang tai không mưng mủ.

- Chẩn đoán phân biệt với viêm tuyến mang tai cấp tính do vi khuẩn thường ở chỗ quai bị là cả hai bên tuyến cùng bị và không mưng mủ. Có khả năng viêm tuyến mang tai do quai bị tái phát hoặc mãn tính và được xác nhận bằng đo lường amylza máu, phản ứng huyết thanh với kháng thể đặc hiệu, test ở da có phản ứng khi tiêm trong da một hỗn dịch virus quai bị chết.

Quai bị: thể bệnh đặc biệt ở tuyến dưới hàm, dưới lưỡi, tuyến lệ

- Thể khu trú ở tuyến dưới hàm tương đối hay gặp nhất, có thể riêng lẻ hoặc xảy ra song song với tuyến mang tai. Cả vùng cổ hai bên sưng nề, lan tới xương đòn, vùng ngực trên, làm khuôn mặt như hình quả lê.

- Khu trú ở tuyến dưới lưỡi hiếm hơn, gây sưng nề vùng sàn miệng, đẩy lưỡi về đằng sau, hạn chế cử động.

- Khu trú ở tuyến lệ có thể xảy ra, gây sưng nề mạnh mi mắt, phù nề dưới kết mạc.

Quai bị: điều trị

- Điều trị thông thường gồm thuốc an thần, thuốc bổ, vệ sinh răng miệng, họng, nghỉ ngơi, đắp nóng và dụi lên mang tai.

- Ở thể nặng, như khi có viêm tinh hoàn, dùng kháng sinh, bất động vùng hạ bộ, đắp gạc nóng với thuốc dụi (laudanum). Có khi phải dùng thuốc nội tiết nữ diethylstilboestrol từ 2 đến 5mg. Ở thể nặng hơn, có khi phải dùng huyết thanh người đã miễn dịch mạnh.

Rò nước bọt

*Khái niệm

Rò nước bọt là một đường bệnh lý và thường gây thông thương nước bọt ra ngoài da. Thường hay gặp ở tuyến mang tai và ống sténon.

Rò nước bọt: nguyên nhân

- Thông thường do sang chấn, nhất là sau những vết thương do tai nạn ở mặt, vùng mang tai như dao đâm, mảnh kính, đạn.

- Cũng gặp rò tuyến mang tai sau viêm tuyến, hoặc sau phẫu thuật vùng mang tai và góc hàm hoặc có mụn nhọt ở da vùng đó gây rò.

Rò nước bọt: đặc điểm lâm sàng

-Tổn thương có thể từ mô tuyến, hoặc ở trên đường ống sténon.

-Sau sang chấn, do tai nạn hay phẫu thuật, thấy lỗ nhỏ có chảy nước bọt lỏng, trong hoặc hơi đục, nhất là trong bữa ăn chảy nhiều hơn quanh lỗ rò ra, có thâm nhiễm đỏ hoặc có vẩy phủ trên.

Rò nước bọt: đặc điểm x quang

Chụp X quang có tiêm lipiodol khu trú được đường rò do đứt ống sténon hay rò từ mô tuyến.

Rò nước bọt nhỏ: điều trị

-Chỉ cần dùng phương pháp đơn giản như đốt lỗ rò bằng acid trichloroacetic kết hợp với hạn chế tiết nước bọt bằng cồn belladon hoặc atropin.

-Nizeseo 1959, dùng vitamin D2 600.000 đơn vị trong 1ml, mỗi ngày 25giọt và truyền gluconatcanxi dung dịch 10% để làm tăng canxi trong máu, do đó làm giảm tiết nước bọt.

-Nếu có viêm tuyến hoặc ống kèm theo, làm nước bọt có mủ chảy qua đường rò, dùng kháng sinh tại chỗ bơm vào ống sténon.

Rò nước bọt lớn, hoặc tái phát: điều trị xạ trị

- Tia liệu pháp: từ 600-1500r (mỗi buổi 200 đến 300r), cách hai đến ba ngày một lần để làm xơ hoá tuyến.

Phẫu thuật điều trị rò nước bọt:

- a. Cắt lỗ rò, đường rò, khâu kín từng lớp.
- b. Phẫu thuật tạo đường hầm dẫn nước bọt vào trong miệng
- c. Hoặc giật đứt dây thần kinh tai thái dương để ngăn không cho tuyến tiết nước bọt.
- d. Hoặc trong điều kiện mới mắc phải, tốt nhất là phục hồi ống sténon bị đứt bằng nối vi phẫu.

Phẫu thuật tạo đường hầm dẫn nước bọt vào trong miệng: bằng chỉ thép

Dẫn lỗ rò ngoài da vào niêm mạc miệng bằng cách vòng một sợi dây kim loại nhỏ qua lỗ rò, xuyên qua má vào niêm mạc, rồi buộc hai đầu dây vào niêm mạc miệng để sợi dây cắt dần dần phần mềm ở má và hướng nước bọt chảy vào miệng.

Điều trị rò nước bọt bằng phẫu thuật cắt bỏ tuyến mang tai:

Chỉ định cắt bỏ tuyến mang tai rất hiếm, chỉ áp dụng khi lỗ rò khá to, nhiều lỗ rò, gây rối loạn, ảnh hưởng nhiều đến chức năng và đời sống bệnh nhân.

PHẦN IV. KHỐI U TUYẾN NƯỚC BỌT

U tuyến nước bọt, vị trí xuất hiện:

Khối u tuyến nước bọt có thể xuất hiện ở các tuyến nước bọt chính như tuyến mang tai, tuyến dưới hàm, tuyến dưới lưỡi và các tuyến nước bọt phụ ở niêm mạc môi (nhất là môi dưới), niêm mạc má xung quanh lỗ sténon, ở hàm ếch mềm và hàm ếch cứng, cạnh vùng lưỡi, vùng tam giác sau răng hàm và những nơi tuyến nước bọt lạc chỗ.

Tỷ lệ gặp u tuyến nước bọt theo vị trí:

Theo số liệu tại BV Việt Đức trong 10 năm (1964-1974): u tuyến mang tai chiếm 53,6%, u tuyến dưới hàm chiếm 24,5%, u sàn miệng 14,5% và u tuyến nước bọt phụ 7,4%.

U lành hay u ác tuyến nước bọt có thể phát triển từ 3 nguồn gốc khác nhau:

- Từ tổ chức tuyến gốc: đó là những u tuyến nước bọt thực sự
- Có loại u phát triển trong vùng tuyến nhưng từ tổ chức ngoài tuyến
- Sau cùng lại có u tuyến nước bọt di căn từ một ung thư khác.

Phân loại u tuyến nước bọt: theo WHO 2017

- U ác tuyến nước bọt (các loại ung thư biểu mô tuyến nước bọt)
- U lành tuyến nước bọt (u đa hình, u cơ biểu mô, u warthin ...)
- Các tổn thương biểu mô giống u
- Các tổn thương mô mềm lành tính (u mỡ, u máu...)
- Các u haematolymphoid

U LÀNH TUYẾN NƯỚC BỌT

U mỡ: theo Baudet có 3 thể bệnh

- U dưới cân nông: nằm giữa cân nông và tuyến
- U dưới tuyến sâu: nằm dưới tuyến, giữa đoạn nối vào họng
- U trong tuyến có bọc hay không có bọc: nằm giữa tuyến

U mỡ: lâm sàng và điều trị

- Lâm sàng: ranh giới rõ ràng, sờ nắm mềm, có khi mềm như một nang có nước ở trong.

- U mỡ mềm, cho nên không ép các bộ phận lân cận
- Điều trị: Nếu có bọc rõ ràng thì tách bóc dễ.

U máu vùng tuyến nước bọt: đặc điểm lâm sàng

- Ít gặp, bẩm sinh có từ bé

- Bắt đầu từ những mạch máu giữa các thùy, u cương to và đẩy tuyến nước bọt ra xa.

- Nếu khối u nằm sâu trong tuyến, tuyến mang tai một bên to ra và có dấu hiệu bóp xẹp. Sờ có thể có nhịp mạch đập.

- U máu phát triển chậm và có thể thoái triển, nhưng cũng có trường hợp khối u phát triển nhanh.

U máu vùng tuyến nước bọt: tiến triển và điều trị

-Nếu khối u không phát triển nữa, nên theo dõi và không mổ.

-Nhưng nếu có phát triển, điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ nếu là tuyến dưới hàm.

-Hoặc bằng tiêm xơ, tia xạ và cuối cùng bằng phẫu thuật sau khi nút mạch nếu là tuyến mang tai.

Nang tuyến nước bọt: đặc điểm lâm sàng

-Trương đôi hiếm, nếu gặp thì ở tuyến mang tai, chọc dò có nước vàng sánh.

-Có thể là nang lớn cystadenolympho hoặc giả nang. Cần chẩn đoán phân biệt với u lành thể nang.

-Dựa vào mô bệnh học đại thể, vi thể và xét nghiệm tế bào học chất chọc dò có thể chẩn đoán được.

Nang tuyến nước bọt: điều trị

Điều trị: nếu nang ở tuyến dưới hàm: cắt bỏ toàn bộ tuyến. Nếu nang ở tuyến mang tai, cần tách bóc kỹ tránh dây thần kinh mặt.

U Warthin: khái niệm

-Loại u lành này gặp ở tuyến mang tai, phát hiện bởi Albarran (1885), được Whartin mô tả (1929) và chiếm 10- 20 % u tuyến mang tai.

-Thấy 90% số ca ở nam giới khoảng 40- 70 tuổi.

-Thể hai bên chiếm khoảng: 7%.

U Warthin: đại thể

Đại thể: đa số u ở thùy nông tuyến mang tai, có thể có nhiều thùy. Vỏ bọc rõ, dễ bóc tách, vùng u mềm, đỏ sẫm, dễ mủn. Trong có hốc chứa chất dịch nâu sẫm.

U Warthin: vi thể gồm 2 lớp

-Lớp nông là tế bào hình trụ, nguyên sinh chất ái toan, nhân bầu dục, mang đặc tính bài tiết.

-Lớp sâu gồm tế bào đa cạnh, có tổ chức lympho gồm các trung tâm phát triển (tâm mầm) và các vùng viêm gồm bạch cầu, tương bào, tổ chức bào.

-Một số tác giả cho là thương tổn mắc phải, dạng viêm, số khác lại cho là do sự phát triển không bình thường của ống tuyến nước bọt có sự lộn chìm tổ chức lympho từ những cung mang hay hạch lympho lân cận.

U Warthin: lâm sàng và điều trị

-Lâm sàng: U lành, sưng thành khối, đôi khi mềm, di động dễ, thường nằm ở thùy nông của tuyến, tiến triển không có triệu chứng gì.

-Chụp MRI tuyến nước bọt thấy u có ranh giới rõ.

-Điều trị: phẫu thuật cắt bỏ u, hoặc phẫu thuật cắt thùy nông tuyến mang tai và u.

U hỗn hợp tuyến nước bọt - U đa hình: khái niệm

-U hay gặp nhất trong các u tuyến nước bọt và thường ở tuyến mang tai.

-Chiếm khoảng 50% các u tuyến nước bọt, hoặc 90% các u lành tuyến mang tai.

-Đặc điểm là lành tính, tiến triển chậm, dễ tái phát, và có thể biến thành ác tính nếu không được điều trị.

U hỗn hợp tuyến nước bọt: đại thể

-U có vỏ, thường 1 khối hoặc nhiều khối, đôi khi u khá to.

-Bổ đôi u thấy hình ảnh thay đổi; cấu trúc có thể trắng đồng đều, hoặc có vách, có nhiều thùy đôi khi trong hoặc trắng hồng, mụn, có các ổ chảy máu, một số lại có các nang nhỏ chứa chất kính.

U hỗn hợp tuyến nước bọt:

-U gồm tổ chức liên bào và chất đệm liên kết.

-Liên bào xuất phát từ liên bào túi tuyến hay ống tiết. Làm thành những nhân hay bè tế bào trụ khối, ái toan, ái kiềm, liên bào cơ. Đôi khi là những liên bào dị sản hoặc không biệt hoá.

-Chất đệm thay đổi thường có tính chất phù nề, gồm các thể trong hay thể nhày.

-Liên bào nằm giữa tổ chức đệm giống liên bào sụn để làm tương thể sụn giả, ít có nhân chia, không có tế bào dị hình.

U hỗn hợp tuyến nước bọt: Đặc điểm lâm sàng có 3 giai đoạn

- Giai đoạn đầu

- Giai đoạn toàn phát

- Giai đoạn cuối hay giai đoạn thoái hoá

U hỗn hợp tuyến nước bọt: giai đoạn đầu

Tự nhiên vùng dưới cằm tai hay trước nắp tai, hoặc phía trong góc hàm dưới nổi u tròn nhỏ, đường kính khoảng 1 cm, không đau, di động dễ, sờ chắc đều, da không dính đến u. Ấn u vào xương hàm có thể thấy cảm giác sụn trên xương (dấu hiệu Nelaton). Lỗ ống Sténon bình thường. Không sờ thấy hạch

U hỗn hợp tuyến nước bọt: giai đoạn toàn phát

-Sau 1 thời gian dài từ vài đến mười năm, u to dần nhưng không đau, không ảnh hưởng đến sức khoẻ. Bệnh nhân đến khám vì u làm biến dạng mặt. U to >2cm ở vùng mang tai. Da căng, có chỗ gồ cao, màu sắc da bình thường.

-Sờ u có ranh giới rõ, mật độ không đều: có chỗ rắn chắc, có chỗ mềm, vì vậy gọi là u hỗn hợp.

-Giai đoạn này bệnh nhân đến khám thường ở lứa tuổi 40-50.

U hỗn hợp tuyến nước bọt: giai đoạn cuối

Giai đoạn cuối và các triệu chứng thoái hoá: đột nhiên vài tháng trở lại, u ảnh hưởng đến sức khoẻ bệnh nhân và to ra, đau, lan lên tai và thái dương, ù tai. Sờ thấy u dính nhiều vào bề sâu. Da phần nào dính vào u có thể loét. Có thể có dấu hiệu liệt mặt. Những triệu chứng này gợi ý sự thoái hoá ác tính.

U hỗn hợp tuyến nước bọt: chụp Sialography

- Dùng kim luôn bơm từ 1,5-2ml lipiodol vào tuyến và chụp phim sẽ có hình ảnh tuyến với các ống tuyến và túi tuyến.

- Khi có u hỗn hợp, vùng có u thuốc cản quang không vào được, có các ống tuyến nước bọt giãn rộng và 1 vài ống bị cắt. Người ta ví như hình ảnh quả bóng nằm trong lòng bàn tay.

U hỗn hợp tuyến nước bọt: tiến triển

Tiến triển chậm, kéo dài, có khi vài chục năm tới tuổi già. Chuyển thành ác tính, có thể âm ỉ hoặc thấy xuất hiện triệu chứng đau tự nhiên. Liệt dây VII nhánh dưới, u to ra, dính ở sâu và với da có thể loét.

U hỗn hợp tuyến nước bọt các vùng khác:

-U hỗn hợp tuyến dưới hàm

-U hỗn hợp hàm ếch: là u hỗn hợp tuyến nước bọt phụ

-U hỗn hợp ở niêm mạc môi và má

-U hỗn hợp ở phần trước sàn miệng từ tuyến dưới lưỡi

-U còn có thể khu trú ở vùng tam giác sau hàm, bờ bên lưỡi hoặc nền lưỡi.

U hỗn hợp tuyến nước bọt: điều trị và tiên lượng

- Điều trị: không cần sinh thiết trước (Redon). Nên cắt rộng, khi u còn lành. Ở giai đoạn đầu ác tính hoá, cắt toàn bộ tuyến dưới hàm, hoặc cắt toàn bộ tuyến mang tai, giữ lại thần kinh VII.

- Tiên lượng: Tái phát nếu cắt không hết.

U ÁC TUYẾN NƯỚC BỌT

U ác tính tuyến nước bọt, hay ung thư tuyến nước bọt: dịch tế học

- Chiếm tỷ lệ ít so với ung thư nói chung, khoảng 3,8% - 17,2%.
- Trong phạm vi u tuyến nước bọt, tỉ lệ ung thư khoảng 25% - 34,3% ở tuyến mang tai. Với u tuyến dưới hàm tỉ lệ ung thư cao hơn (khoảng 56%)

Ung thư tuyến nước bọt, phân loại theo WHO 2017:

- 17 loại ung thư biểu mô (carcinoma)
- 1 loại ung thư liên kết (sarcoma)
- 1 loại sialoblastoma
- U ác tính không phân loại (Uncertain malignant potential)

Cylindrom tuyến nước bọt: Ung thư biểu mô dạng tuyến nang (adenoid cystic carcinoma)

ACC là u ác tính tiến triển chậm nhưng nguy hiểm và rất hay di căn xa đặc biệt là phổi và xương, với tiên lượng xấu.

Cylindrom tuyến nước bọt: dịch tế học

- Chiếm khoảng 10% trong tổng số các u tuyến nước bọt.
- Chiếm tỉ lệ khoảng 13,5% so với các ung thư tuyến nước bọt khác tùy theo báo cáo, có thể tới 33%.

Cylindrom tuyến nước bọt: mô bệnh học

-Có 3 điểm về tổ chức học rõ rệt được Malassez mô tả là những tế bào biểu mô, những "vật hình quả trứng", và chất đệm.

-Những tế bào biểu mô hình trụ, có những hốc, chứa đựng những vật hình quả trứng sáng chiết quang, dạng nhày, nhuộm màu mucicarmin.

-Chất đệm dạng nhày tách biệt với tế bào biểu mô, hợp thành những bè dày bao quanh hốc tuyến.

Cylindrom tuyến nước bọt: đặc điểm lâm sàng giai đoạn đầu

- Thường gặp ở người già 40-50 tuổi và đa số là phụ nữ. Vị trí thường gặp tùy từng tác giả thấy 50% ở các tuyến phụ, 20% ở tuyến mang tai, 30% ở tuyến dưới hàm.

- Tiến triển lúc đầu trầm lặng, xuất hiện 1 khối u dạng hòn, hoặc gồ ghề từng khối nhỏ, sờ hơi mềm, giới hạn rõ.

- Đau tại chỗ và xuyên lên tai, mũi, thái dương. Đôi khi đau dữ dội gây kém ăn, kém ngủ, mà thuốc giảm đau thông thường không có kết quả

Cylindrom tuyến nước bọt: đặc điểm lâm sàng giai đoạn sau

- Khi u đã to và dính, thâm nhiễm các tổ chức xung quanh và dễ lan vào xương hàm.

- Di căn vào hạch lân cận ít, nhưng rất dễ di căn xa, đặc biệt là phổi, và sau đó là xương, não...

- Sau khi phẫu thuật, theo dõi bệnh nhân ở vùng mổ, tại chỗ, và kiểm tra phổi dù không có triệu chứng. Đôi khi hình X quang với những "chùm bóng" rải rác khắp 2 phế trường, trong khi bệnh nhân không có triệu chứng ho, khó thở.

Cylindrom tuyến nước bọt: đặc điểm cận lâm sàng

- Các xét nghiệm cận lâm sàng không có gì đặc biệt, tốc độ máu lắng có thể cao. Chụp X quang sau khi bơm Lipiodol chỉ phát hiện có u ở tuyến, mà không có hình ảnh đặc hiệu.

- Chẩn đoán hình ảnh: siêu âm, MRI, CT scan, PET-CT

- Giải phẫu bệnh để chẩn đoán xác định

Cylindrom tuyến nước bọt: tiến triển

U tiến triển chậm, 6-10 năm. Di căn xa của Cylindrom, 90% là ở phổi, còn 10% ở xương và sọ

Cylindrom tuyến nước bọt: điều trị và tiên lượng

- Chủ yếu là phẫu thuật cắt bỏ triệt để, phối hợp xạ trị sau mổ (6000-8000r). Tuy Cylindrom rất nhạy cảm với tia xạ, nhưng tia đơn thuần không giải quyết được triệt để.

- Tiên lượng xấu nếu phẫu thuật không triệt để, vì dễ tái phát. Dù có di căn ở phổi, phẫu thuật cắt bỏ u tuyến cũng có kết quả khá.

Ung thư biểu mô tuyến nước bọt: khái niệm

- Ung thư biểu mô tuyến, thường gặp ở người già khoảng 40 tuổi hay hơn nữa và đa số là nam giới.

- Tuyến mang tai thường gặp nhất, rồi đến các tuyến nước bọt phụ mà đa số là ở hàm ếch, má, môi.

Ung thư biểu mô tuyến nước bọt: đặc điểm lâm sàng dạng chai

- Như một hòn nhỏ, cứng, không đều, dính với da và ở sâu, đau nhiều. Hay kèm theo liệt mặt nếu ở tuyến mang tai.

- Ở thể chai teo, thường co rút và dễ loét ngoài da.

- Ở thể chai đám, lan rộng bề mặt, giảm thính giác và thâm nhiễm dọc cổ làm hạn chế cử động.

- Hay gây di căn hạch cổ, dưới hàm, hạch cứng, di động, thành chuỗi, tiến triển chậm.

Ung thư biểu mô tuyến nước bọt: đặc điểm lâm sàng dạng nốt

-Tiến triển nhanh trong vòng 1 năm, giống như viêm nhiễm cấp. Chỉ trong vài tuần, u to nhanh, da đỏ tím, căng bóng. Đau nhiều, lan lên mặt, cổ, gáy. Liệt mặt xảy ra chậm hơn so với thể chai. Hạch nhiều, sớm.

-Da trên khối u loét nhanh và dễ gây chảy máu dữ dội do loét phá vỡ các mạch máu.

-Sức khỏe suy sụp nhanh và chết trong khoảng 1 năm do suy nhược, hoặc chảy máu dữ dội và nhiễm khuẩn theo đường hô hấp.

Ung thư biểu mô tuyến nước bọt: chẩn đoán hình ảnh

-Hình X quang chụp tuyến nước bọt sau khi bơm Lipiodol thấy mất hình các ống tiết nhỏ và nhu mô tuyến, chỉ còn lại những đám đọng thuốc lờ mờ, không đều, rải rác trong mô tuyến.

-Những ống nhỏ giãn hoặc chít lại từng đoạn.

-Ống sténon thường bị đứt quãng, ngấm thuốc không đều.

Ung thư biểu mô tuyến nước bọt: chẩn đoán phân biệt

-Ở giai đoạn đầu, chẩn đoán thường dễ lầm với u hỗn hợp, nhưng trong ung thư có đau, da sớm thâm nhiễm và có nhiều hạch dọc cổ, dưới hàm, nhỏ, di động.

-Ở giai đoạn cuối, khi u đã dính, thâm nhiễm, có hạch dọc cổ và dưới hàm, chẩn đoán dễ dàng, nên ít tác dụng về điều trị.

Ung thư biểu mô nhày dạng biểu bì (mucoepidermoid carcinoma): đặc điểm lâm sàng

-Thường gặp ở tuổi từ 10 đến 40, 34% ở giữa 27-30, đàn ông hay bị nhiều hơn.

-Hình thái lâm sàng là một u có vỏ bọc khu trú rõ ràng hoặc lan toả, màu xám, chứa đựng nước trong hay đục hoặc nước nang nhày, có khi chỉ có 1 nang lớn, có nước trong, nhày, hoặc là nhiều nang nhỏ tập trung.

- Tiến triển biến đổi hoặc như u hỗn hợp, hoặc như ung thư biểu mô, dính, đau, liệt mặt, có khi loét ra ngoài da và phá huỷ xương.

Ung thư biểu mô nhày dạng biểu bì: mô bệnh học

-Tổ chức học có những tế bào sáng, tiết chất nhày, tế bào biểu mô và các tế bào trung gian giống như từ biểu mô của ống bài tiết tách ra.

-Tiến triển ác tính rõ rệt, 34,5% trường hợp có di căn, phổi, xương.

Ung thư tuyến nước bọt có tế bào chùm nang - Ung thư tế bào túi tuyến (Acinic cell carcinoma): đặc điểm

-Về tổ chức học, có những tế bào sáng xuất phát từ ống tiết, có những tổ chức nang, không có hiện tượng nhân quái nhân chia.

-Thường khu trú ở tuyến mang tai nhiều nhất.

-Đàn bà hay bị nhiều hơn đàn ông.

-Tuổi có thể gặp từ 10-80 tuổi.

-Lâm sàng giống u hỗn hợp. Rất dễ tái phát.

Ung thư tế bào túi tuyến (Acinic cell carcinoma): điều trị

- Cần phẫu thuật cắt bỏ triệt để, rộng, và kèm theo nạo vét hạch.

- Sau phẫu thuật, dùng thêm xạ trị, kết quả lâu dài thường tốt, quá nửa sống trên 5 năm.

- Ung thư tuyến mang tai cần cắt bỏ toàn bộ tuyến, hy sinh cả dây thần kinh mặt, nạo vét hạch cổ, dưới hàm.

Sarcoma tuyến nước bọt: đặc điểm

-Hiếm gặp, chỉ khoảng 2-4% so với tổng số u tuyến nước bọt nói chung.

-Thường gặp các loại lymphosarcoma, fibrosarcoma, lymphoreticulosarcoma.

-Nói chung về lâm sàng giống u hỗn hợp hoặc u ác tính nói chung, tiến triển tương đối chậm, 1 vài năm.

-Điều trị là phẫu thuật cắt bỏ rộng và kèm theo xạ trị hậu phẫu.

U hỗn hợp thoái hoá ác tính (carcinoma ex pleomorphic adenoma):

-Thường hay gặp là u hỗn hợp tái phát sau mổ, hoặc u hỗn hợp có từ lâu bỗng đột nhiên phát triển to nhanh, sưng đau, dễ loét ra ngoài da.

-Ở tuyến mang tai, triệu chứng liệt mặt trong các khối u đều nghi ngờ có thể thoái hoá ác tính.

-Những triệu chứng khác giống như các loại ung thư kể trên và cách điều trị cũng tương tự, nghĩa là phẫu thuật rộng.

Chẩn đoán phân biệt khối u tuyến nước bọt: gồm

- Viêm nhiễm tuyến
- Phì đại tuyến
- Viêm hạch ở tuyến
- Nang tuyến
- Khối u thực sự

Chẩn đoán phân biệt khối u tuyến nước bọt: dựa vào

- Thường dựa vào bệnh sử và triệu chứng lâm sàng.
- Chẩn đoán hình ảnh: siêu âm, MRI, CT scan, sialography (chụp tuyến có bơm Lipiodol).
- Chẩn đoán xác định thường là phẫu thuật có xét nghiệm mô bệnh học.

GÃY XƯƠNG TẦNG GIỮA MẶT

Đại cương

- Gãy tầng mặt giữa chiếm 20-50% trong các trường hợp chấn thương vùng mặt, trong đó, gãy xương hàm trên (XHT) chiếm tỉ lệ 13-17,7%.

- Tại Việt Nam, gãy tầng mặt giữa chiếm tỉ lệ 56,88% trong tổng số các chấn thương mặt, trong này gãy XHT chiếm tỉ lệ 43,63%.

*Cấu tạo của khối xương tầng mặt giữa:

Khối xương tầng giữa của mặt được cấu tạo nên bởi 13 xương đối xứng từng đôi một và một xương lẻ là xương lá mía hay vách ngăn mũi. Xương hàm trên và xương gò má là xương lớn, bao giờ cũng phản ánh trung thành những thay đổi của khối mặt.

*13 xương tầng giữa mặt bao gồm: 2 xương hàm trên, 2 xương gò má, 2 xương lệ, 2 xương khâu cái, 2 xương cuốn dưới, 2 xương chính mũi và một xương lá mía.

*Đặc điểm của giải phẫu xương hàm trên:

-XHT là một xương cố định, mỏng do có xoang hàm

-XHT cấu tạo để chịu đựng lực va chạm từ dưới lên còn lực ngang dễ làm gãy hàm.

-XHT là một xương xốp có nhiều mạch máu nuôi dưỡng

-XHT có quan hệ với các hốc tự nhiên như hốc mắt, hốc mũi và các xoang và nền sọ.

*Đặc điểm cơ bám xương hàm trên ảnh hưởng đến đường gãy:

- Xương hàm trên khác với xương hàm dưới là không có các cơ nhai và cơ bám chắc mà chỉ có cơ chân bướm trong bám ở hố chân bướm - hàm.

- Di lệch gãy xương hàm trên không phải do cơ bám co kéo mà là di lệch do lực sang chẵn và do trọng lượng xương gây ra.

*Đặc điểm chịu lực của xương hàm trên ảnh hưởng đến đường gãy:

-XHT có ba trụ cứng là trụ nanh, trụ gò má và trụ chân bướm - hàm. XHT có các xà ngang như xà trên ở xương gò má trán - bờ trên ổ mắt, xà giữa ở bờ dưới ổ mắt và xà dưới ở cung ổ răng, vòm hàm ếch và gai bướm.

-Đường yếu được phân bố xung quanh những xà và trụ nói trên

I/ GÃY XƯƠNG HÀM TRÊN

Phân loại gãy xương hàm trên: gồm 2 loại, gãy một phần và gãy toàn bộ

1. Gãy một phần

- Gãy mỏm lên xương hàm trên
- Lún hố nanh
- Gãy bờ dưới ổ mắt và sàn ổ mắt
- Gãy xương ổ răng
- Gãy mỏm khẩu cái và vòm khẩu cái

1.1 Gãy mỏm lên xương hàm trên:

Do sang chẵn vào má mũi nên thường phối hợp với gãy xương sống mũi và làm tổn thương tới ống lệ. Góc trong mắt tím, chảy máu mũi, hơi lõm bờ dưới trong hốc mắt.

1.2 Lún hố nanh:

Do lực đập trực tiếp vào thành trước xoang hàm. Tùy theo tính chất thương tổn và liên quan đến xoang hàm mà mổ lấy bỏ xương vụn, đặt lại mảnh xương lớn hay mở dẫn lưu xoang. Có thể tổn thương dây thần kinh dưới ổ mắt.

1.3 Gãy bờ dưới ổ mắt và sàn ổ mắt:

- Vỡ sứt xương bờ dưới ổ mắt có thể nắn chỉnh, kết hợp xương, hoặc ghép xương.

- Vỡ lún xuống xoang (blow-out), tổ chức hốc mắt sẽ tụt xuống và mắc kẹt gây sưng thị và lõm mắt. Cần vá sàn để phục hồi chức năng và thẩm mỹ.

1.4 Gãy xương ổ răng:

Giữ lại xương gãy và cố định bằng cách buộc nẹp vào các răng lành bên cạnh. Xương ổ răng hàm trên dễ liền hơn hàm dưới. Chỉ lấy bỏ đi khi mảnh vỡ nhỏ hoặc bị bội nhiễm rời ra. Cần theo dõi kiểm tra tuỷ răng.

1.5 Gãy mỏm khẩu cái và vòm khẩu cái:

Nguyên nhân: Do trẻ em ngậm các vật nhỏ nhọn như bút chì, que kem, đũa, v.v... vấp ngã gây thủng hàm ếch làm thông thương giữa miệng và mũi, khi ăn uống thức ăn có thể lên mũi.

Cách phát hiện: Bảo bệnh nhân bịt mũi rồi thở qua mũi, hơi sẽ qua mũi rồi qua lỗ thủng xuống miệng.

Xử trí: Tùy theo tính chất quan trọng của lỗ thủng, niêm mạc hàm ếch có bị mất không mà chỉ khâu tại chỗ hay phải tạo hình bằng vật trượt hay vật quay lân cận để bịt kín lỗ thủng. Sau đó đặt gạc có thuốc sát khuẩn che vết thương ở vòm khẩu cái, dùng dây thép không gỉ buộc vào cố định răng hai bên để cố định gạc. Tháo bỏ gạc sau một tuần.

2. Gãy toàn bộ xương hàm trên: gồm

- Gãy dọc
- Gãy ngang

2.1 Gãy dọc XHT:

Đặc điểm: Ít gặp gãy dọc đơn thuần mà thường gãy phối hợp với gãy ngang, do một lực sang chấn từ dưới lên.

Phân loại

- Gãy Lannelongue: Gãy tách rời ở chính giữa.
- Gãy Walther: Gãy Guerin + Gãy Lannelongue + mỗi bên một đường gãy dọc qua vùng răng tiền hàm.
- Gãy Richet: Gãy rời hoàn toàn hàm trên một bên.
- Gãy Bassereau: Là gãy kiểu Guerin làm ba mảnh, mảnh giữa mang khối răng cửa.
- Gãy Huet: Gãy hình trái tim ở quân bài, đường gãy tách rời khối răng cửa, răng nanh đi lên dọc theo máu lên xương hàm trên.

2.2 Gãy ngang XHT:

*Phân loại

- a. Gãy Guerin hay gãy Le Fort I
- b. Gãy tách rời sọ mặt giữa, dưới xương gò má hay Le Fort II

c. Gãy tách rời sọ mặt cao, trên xương gò má hay Le Fort III

2.2.1 Gãy XHT Lefort I:

***Đặc điểm**

- Do một lực đánh mạnh vào vùng môi trên.

- Đường gãy bắt đầu ở phần dưới hốc mũi, sang cả hai bên đi ngang trên các cuống răng đi dưới và cách đường nối gò má hàm trên khoảng 1,5cm, cắt ngang qua lồi củ và 1/3 dưới xương chân bướm ngoài.

- Bên trong cũng gãy 1/3 dưới xương lá mía hay vách ngăn mũi.

***Triệu chứng thu được khi quan sát**

+ Ngoài miệng: Môi trên bầm tím, nề

+ Trong miệng: Bầm tím ngách lợi-môi, bầm tím hình móng ngựa ở hàm ếch xuất hiện muộn sau chấn thương vài ngày.

***Triệu chứng thu được khi sờ nắn**

- Đau từ gai mũi trước đến lồi củ xương, ấn vào máu chân bướm - hàm thấy đau chói.

- Dùng ngón tay cái và trở ôm mỗi bên cung răng hàm trên di động theo chiều ngang và trước sau, thấy dấu hiệu di động hàm giả.

- Hai dấu hiệu này dùng để phân biệt gãy Guerin với gãy xương ổ răng.

2.2.2 Gãy XHT Lefort II:

***Nguyên nhân**

Do lực sang chấn từ trước ra sau hoặc từ dưới lên trên mà điểm chạm ở vùng răng hay ổ răng hàm trên.

***Đặc điểm**

Đường gãy đi qua giữa xương chính mũi, cắt phần trên mỏm lên XHT, làm tổn thương thành trong hốc mắt, qua xương lệ ra ngoài cắt bờ dưới hốc mắt cạnh hoặc qua lỗ dưới ổ mắt rồi đi dưới xương gò má và đi ra sau qua lồi củ xương hàm, song song với đường gãy Guerin nhưng cao hơn, cắt qua 1/3 giữa xương chân bướm hàm.

***Triệu chứng thu được khi quan sát**

- Biến dạng mặt, phân giữa mặt xẹp, nề, tụ máu màng tiếp hợp mi dưới, tràn nước mắt do nề và hẹp ống lệ mũi.

- Bầm tím và đau dọc theo đường gãy ở nền mũi, bờ dưới ổ mắt ở chỗ tiếp giáp thóp gò má, mặt tê bì nếu dây thần kinh dưới ổ mắt bị chèn ép.

***Triệu chứng thu được khi sờ nắn**

+ Khớp cắn sai, sờ ngách lợi trên và ngách lợi sau răng hàm ở gần đầu máu chân bướm hàm đau chói.

+ Chỗ tiếp giáp tháp gò má ở ngách lợi trên có thể thấy di lệch hình bậc thang.

2.2.3 Gãy XHT Lefort III:

*Nguyên nhân

Do lực đập mạnh từ trước ra sau, hoặc từ cao xuống thấp, khối xương mặt lún xuống và đè vào khối sàng.

*Gãy XHT Lefort III: Gồm 04 đường gãy

Đường thứ nhất đi qua xương chính mũi nhưng ở cao sát đường nối trán-mũi, chạy dọc vách trong ổ mắt qua mỏm lên xương hàm trên, xương lệ xương giấy tới khe bướm rồi cắt qua 1/3 trên xương chân bướm ngoài.

Đường thứ hai chạy tiếp từ góc ngoài khe bướm qua vách ngoài ổ mắt tới máu mắt ngoài nơi tiếp nối giữa xương trán và gò má.

Đường thứ ba cắt rời xương cung tiếp.

Đường thứ tư ở trong qua 1/3 trên xương lá mía sát nền sọ, có thể ảnh hưởng đến lá sàng, rách màng não cứng và nước não tủy có thể qua đó chảy ra.

*Dấu hiệu ngoài mặt

-Phần trên mặt biến dạng, phù nề bầm tím quanh hốc mắt, mi, màng tiếp hợp hai bên, gọi là dấu hiệu "đeo kính râm hay ống nhòm".

-Kèm theo các rối loạn khác như lồm mắt, song thị nếu có gãy sàn ổ mắt.

-Sờ nắn nhẹ và toàn diện thấy những chỗ lồi lõm ở điểm gãy.

-Đau dọc đường nối trán - mũi, trán gò má, gò má cung tiếp.

* Dấu hiệu trong miệng

Khớp cắn sai, hở khớp răng cửa, bầm tím hàm ếch

3. Triệu chứng lâm sàng

*Triệu chứng lâm sàng ngoài mặt, quan sát thấy:

- Dấu hiệu VTPM, bầm tím quanh ổ mắt 2 bên

- Chảy máu mũi, có thể có chảy dịch não tủy.

- Mất cân xứng mặt: vẹo mũi, hoặc lồm mắt hình đĩa, là dấu hiệu điển hình của gãy tầng mặt giữa

- Tăng chiều dài tầng giữa mặt, có dấu hiệu hàm giả.

*Triệu chứng ở mắt: Tăng khoảng cách giữa 2 mắt, song thị, giảm thị lực, mắt xéch.

*Triệu chứng lâm sàng ngoài mắt, sờ thấy:

- Tê má, môi trên do chấn thương dây thần kinh dưới ổ mắt.
- Đau chói, lạo xạo xương, khuyết bậc thang
- Lung lay cả khối tháp hàm trên. Có dấu hiệu hàm giả hoặc không. Đây là dấu hiệu chắc chắn gãy xương hàm trên

*Triệu chứng lâm sàng trong miệng

- Bầm tím ngách tiền đình, hoặc dọc vòm
- Sai khớp cắn, gián đoạn cung răng hàm trên, lùi hàm trên ra sau.
- Bệnh nhân gãy xương hàm trên thường có khớp cắn hở 1 bên, hoặc chạm sớm vùng răng sau 2 bên

*Chỉ định chụp phim

- Blondeaux
- Hirtz
- CT Scan

4. Chấn thương phối hợp với gãy xương hàm trên:

- Chấn thương sọ não
- Chấn thương mắt
- Chấn thương tai mũi họng

*Thời điểm can thiệp điều trị gãy XHT nếu chấn thương hàm mặt có liên quan đến sọ não:

- Thời gian ngắt ngắn, không có dấu hiệu sọ não: điều trị gãy xương hàm vào ngày thứ tư.

- Có tổn thương sọ não: cần chờ đến ngày thứ 14 hoặc 17.

*Thời điểm can thiệp điều trị gãy XHT nếu bệnh nhân hôn mê:

- Hôn mê nặng xuất hiện ngay: chờ từ 14 đến 20 ngày, trừ phẫu thuật bụng.
- Hôn mê nặng không tỉnh kéo dài: cần chờ nhiều tuần.
- Hôn mê thứ phát: điều trị tổn thương sọ não, còn vết thương hàm mặt chờ hai, ba tuần.

*Kết luận của Freidel và Wertheimer về điều trị gãy XHT có tổn thương não:

Cần chờ đợi ba tuần dù lúc đó xương đã liền và nắn chỉnh có khó khăn. Còn những trường gãy khối xương tầng giữa mặt thông thường nên điều trị vào ngày thứ ba, thứ tư để cho mặt đã đỡ phù nề, dễ tạo hình phục hồi lại hình dáng khối mặt và chức năng của nó.

5. Điều trị

*Điều trị gãy xương hàm trên gồm hai bước:

- Bước 1: Nắn chỉnh
- + Nắn chỉnh bằng tay
- + Nắn chỉnh bằng lực kéo
- + Nắn chỉnh bằng phẫu thuật
- Bước 2: Cố định
- + Cố định bằng chỉnh hình
- + Cố định bằng phẫu thuật

5.1 Nguyên tắc điều trị nắn chỉnh gãy XHT:

XHT là một xương xấp được nuôi dưỡng rất tốt nên chóng liền vì vậy cần nắn chỉnh sớm hơn so với hàm dưới, sớm không có nghĩa là phải làm ngay mà là một vài ngày sau khi toàn thân đã ổn định, tại chỗ đã bớt phù nề, nhưng cũng không nên để muộn quá bảy ngày trừ trường hợp có tổn thương sọ não phối hợp.

5.2 Nắn chỉnh XHT gãy bằng tay:

Trường hợp vết thương còn mới, dễ nắn, có thể dùng tay, hoặc buộc chỉ thép vào một nhóm răng chắc như răng nanh và răng hàm để kéo.

*Nắn chỉnh XHT gãy bằng lực kéo: Trường hợp gãy dọc giữa có di lệch trong ngoài

XHT có thể bị lệch ra ngoài hay vào phía trong. Muốn nắn chỉnh lại, đầu tiên lấy mẫu hàm rồi làm nền hàm hay máng phủ các răng. Cắt nền hàm làm đôi theo đường gãy ở hàm ếch. Sau đó nối hai nửa nền hàm bằng một ốc nong, hằng ngày có thể vận ốc để kéo hàm vào hay nong ra cho đến khi đúng khớp cắn

Trường hợp gãy có di lệch theo chiều trước sau: Có thể buộc Ivy cải tiến hoặc buộc cung Arch bar có móc ở răng hàm nhỏ thứ hai, để mắc cao su kéo dần.

Trường hợp gãy có di lệch theo chiều ngang: Cần buộc nẹp có móc hai hàm để móc vòng cao su theo hướng yêu cầu, cố định hai hàm. Vì phải tựa vào hàm dưới để đảm bảo đúng khớp cắn, nhưng hàm dưới di động nên phải cố định hàm vào sọ bằng băng thạch cao, hay phẫu thuật treo Adams.

Trường hợp gãy lún ra sau:

- Gãy mê nội khí quản, dùng kẹp Rowe và Killey để kẹp XHT, kéo ra trước để đưa xương lún về vị trí cũ, kiểm tra bằng khớp cắn.

- Hoặc dùng ống cao su nelaton, tăng cường dây thép bên trong, luồn qua lỗ mũi vào tới họng rồi kéo ra ngoài miệng. Kẹp kéo nắn lại xương khối mặt.

Trường hợp gãy lún ra sau, nắn chỉnh bằng chỉnh hình:

Dụng lực kéo sọ-mặt, nắn chậm và dần dần.

Dụng cụ kéo gồm có:

- Một điểm tựa vào sọ hoặc sọ-mặt
- Một điểm tựa ở miệng là các cung, máng, nẹp.
- Bộ phận trung gian để kéo liên tục hoặc từng đợt

Nắn chỉnh bằng phẫu thuật: nguyên tắc

Khi vết thương đã cũ hoặc đến muộn, đường gãy bắt đầu liền lại, nếu nắn bằng chỉnh hình không kết quả mới phải dùng phẫu thuật tạo lại đường gãy cũ để nắn chỉnh.

5.3 Nắn chỉnh bằng phẫu thuật:

Đối với gãy Le Fort I

Rạch ở ngách lợi từ răng nanh bên phải sang trái, dùng lóc xương đẩy tổ chức mềm lên cao, dùng đục đục theo đường gãy cũ ở bờ bên sát nền mũi cho rời ra rồi nắn chỉnh lại.

Đối với gãy Le Fort II

Rạch ngách lợi từ răng nanh ra phía sau như đường rạch trong mỏ xoang hàm, rạch cả hai bên tìm đường gãy trụ hàm trên gò má và đục, rồi nắn chỉnh.

Đối với gãy Le Fort III

Không thể dùng đục cho gãy lại được, thường phải dùng phẫu thuật cắt xương ở nông để chỉnh hình hoặc dùng thủ thuật ghép độn để phục hồi phần nào sự biến dạng của mặt.

5.4 Cố định XHT gãy:

Nguyên tắc

- Gồm hai loại phương pháp chỉnh hình và phẫu thuật.
- Dù là bất động một hàm hay hai hàm đều phải dựa vào sọ là nơi cố định chắc chắn nhất

Cố định XHT gãy bằng chỉnh hình

Bộ dụng cụ cố định tĩnh gồm ba phần:

- Máng trong miệng
- Cái tựa sọ
- Hệ thống nối giữa hai bộ phận trên

Cố định XHT gãy: bằng phẫu thuật treo Adam's

- Nếu gãy Le Fort I, có thể treo vào máu mắt ngoài, hoặc treo vào gò má cung tiếp.

- Nếu gãy Le Fort II, III thì phải treo cao vào máu mắt ngoài thuộc xương trán.

Cố định XHT gãy: bằng phẫu thuật kết hợp xương dùng nẹp vít

Các bước phẫu thuật:

- Rạch bộc lộ vùng gãy xương
- Nắn chỉnh các đầu xương gãy theo đúng giải phẫu
- Uốn nẹp vít theo hình dạng của xương gãy
- Đặt nẹp vít cố định 2 đầu xương

Gãy XHT: tiến triển

- Xương gãy được nắn chỉnh đúng vị trí và cố định tốt, sẽ liền lại sau ba tuần.
- Nếu điều trị muộn, xương đã liền sai làm biến dạng mặt, sai khớp cắn, phải phá can để nắn chỉnh, nếu không sẽ ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ.

6. Biến chứng

Gãy XHT: biến chứng sớm

- Choáng: Hay gặp khi có kèm vết thương toàn thân hay sọ não.
- Chảy máu nhiều, cấp cứu nhét mèche mũi hoặc thậm chí nút mạch.
- Ngạt thở: Do sập khối sàng - hàm, phù nề khí đạo trên.

Gãy XHT: biến chứng muộn

- Viêm màng não do gãy mảnh sàng, chảy nước não tuỷ, qua đó vi khuẩn thâm nhập, viêm các xoang, viêm xương, uốn ván.
- Chậm liền xương do nắn chỉnh và cố định không đầy đủ và toàn thân suy nhược.
- Liền xương xấu làm biến dạng mặt ảnh hưởng tới chức năng và thẩm mỹ
- Rối loạn thần kinh: Tê bì, dị cảm vùng dưới ổ mắt và gò má-thái dương, đau, mất vị giác, mất khứu giác.

Gãy XHT: biến chứng mắt

Ngấn mi, hếch mi do mất tổ chức hoặc sẹo co. Tổn thương nhãn cầu có khi phải khoét bỏ, tổn thương túi lệ, lệ đạo làm tràn nước mắt, viêm túi lệ, tổn thương sàn ổ mắt gây rối loạn vận động nhãn cầu, lác, song thị, rối loạn thị trường, lồi mắt, lồi mắt.

II/ GÃY XƯƠNG GÒ MÁ

1. Đặc điểm giải phẫu xương gò má (XGM):

-XGM có hình tháp, 4 mỏm là mỏm trán, mỏm thái dương, mỏm hàm trên và mỏm bướm.

-Thân xương dày, vững chắc nên đường gãy chủ yếu rơi vào các đường nối khớp ở các mỏm.

-Mỏm thái dương của XGM tiếp khớp với mỏm gò má của xương thái dương tạo nên cung tiếp. XGM cũng tiếp khớp với cánh lớn xương bướm tạo nên 1 phần sàn ổ mắt và thành ngoài ổ mắt.

2. Đặc điểm dịch tễ học gãy xương gò má:

-Thường gặp ở người trưởng thành, nam giới tuổi trẻ.

-Có thể gãy XGM riêng lẻ hoặc phối hợp với gãy các xương khác của khối mặt.

-Là loại chấn thương gặp nhiều thứ nhì trong CTHM, sau gãy xương mũi.

-Nguyên nhân thường do bạo lực, hoặc tai nạn giao thông.

-Hiếm gặp gãy cả 2 bên gò má, thường gặp gãy bên trái nhiều hơn bên phải

3. Vị trí đường gãy trong gãy gò má cung tiếp:

- Đường 1: từ khe dưới ổ mắt - dọc sàn ổ mắt - bờ dưới ổ mắt (qua xoang hàm) trong hoặc ngoài bờ dưới ổ mắt

- Đường 2: khe dưới ổ mắt - xuống dưới qua mặt sau xương hàm trên, nối với đường 1 dưới trụ gò má

- Đường 3 : khe dưới ổ mắt - ra ngoài, lên trên - qua khớp trán gò má

- Đường 4 : qua mỏm gò má xương thái dương.

4. Phân loại gãy XGM:

*Theo Larsen & Thomsen chia làm 3 nhóm:

- Nhóm A: không di lệch

- Nhóm B: di lệch nhiều, cần nắn chỉnh và kết hợp xương

- Nhóm C: chỉ cần nắn chỉnh xương mà không cần cố định

*Phân loại gãy XGM theo Knight và North, có 6 nhóm:

- I: không có dấu hiệu di lệch xương
- II: lõm thân xương gò má
- III: gãy thân xương gò má nhưng không di lệch xoay
- IV: thân xương gò má xoay vào trong
- V: thân xương gò má xoay ra ngoài
- VI: gãy vụn xương, có nhiều đường gãy ngang thêm vào các đường gãy chính

5. Triệu chứng lâm sàng quan sát ngoài mắt:

- Gãy XGM có di lệch làm biến dạng mắt, lõm bẹt gò má, phù nề, bầm tím bên dưới gò má, quanh hốc mắt.

- Tụ máu dưới kết mạc mắt
- Chảy máu mũi.

*Triệu chứng mắt:

Gãy ở mấu mắt ngoài, XGM di chuyển xuống dưới hàm ảnh hưởng tới dây chằng mi mắt ngoài là dây treo nhãn cầu ở vị trí ngang, làm nhãn cầu hạ thấp xuống hoặc các cơ thẳng dưới và cơ chéo dưới bị kẹt vào đường gãy ở bờ dưới ổ mắt đều gây ra song thị

*Triệu chứng lâm sàng sờ nắn ngoài mắt:

-Sờ nắn quanh hốc mắt thấy dấu hiệu bậc thang ở bờ dưới ổ mắt và mấu mắt ngoài, ấn theo đường gãy sẽ thấy đau chói.

-Cung gò má bị đè bẹp vào trong làm kẹt mỡ vệt hàm dưới ảnh hưởng đến cơ thái dương, hạn chế há miệng.

-Đường gãy đi qua lỗ dưới ổ mắt gây chèn ép dây thần kinh dưới ổ mắt sẽ có hiện tượng dị cảm thần kinh.

*Triệu chứng lâm sàng trong miệng:

- Tụ máu ngách lợi vùng răng hàm bên gãy
- Đau chói ở vị trí trụ hàm trên gò má
- Khớp cắn đúng, chỉ bị sai khi có phối hợp với gãy XHT di lệch

*Nguyên tắc điều trị:

- Nếu gãy không có di lệch và không có biến chứng mắt thì không điều trị gì.
- Nếu có song thị thì nhất thiết phải nắn chỉnh lại xương đúng vị trí giải phẫu và phối hợp chuyên khoa mắt

*Gãy XGM muộn, nguyên tắc điều trị:

Khi bệnh nhân đến muộn, xương đã liền, phải đực cho gãy lại để nắn chỉnh, song thị có thể hết sau 10 tháng nếu nắn chỉnh đúng. Cần can thiệp sớm ngay khi đã đỡ nề.

*Gãy XGM, phương pháp điều trị nắn chỉnh bằng móc:

-Gây mê, dùng móc móc qua da hay niêm mạc, kéo từ từ XGM ra khỏi chỗ kẹt về vị trí cũ.

-Phương pháp này đơn giản, tránh phải rạch da, tránh làm tổn thương dây thần kinh mặt.

*Gãy XGM, các vị trí kết hợp xương:

-Ở máu mắt ngoài

-Ở bờ dưới ổ mắt tránh làm tổn thương dây thần kinh dưới ổ mắt.

-Ở trụ hàm trên gò má

-Ở cung tiếp

*Gãy XGM nát vụn, phương pháp điều trị:

Trường hợp có gãy nát vụn XGM, có liên quan đến xoang hàm, cần mở vào xoang, sau khi đã nắn chỉnh có thể qua xoang tạo một nền tựa cho XGM bằng cách nhét bấc vào xoang theo hình đèn xếp hoặc đặt vào xoang một bóng cao su có thể bơm hơi hay nước.

*Vỡ sàn ổ mắt: điều trị

- Gãy "blow-out" tổ chức hốc mắt sẽ tụt xuống xoang làm mắt khó vận động, song thị, lồi mắt.

- Điều trị bằng cách qua bờ dưới ổ mắt vào để nâng tổ chức hốc mắt lên và lót xương mào chậu mỏng, xương thành trước xoang hàm, hoặc lưới titan

III/ GÃY CUNG TIẾP

*Dấu hiệu lâm sàng

- Bầm tím vùng thái dương thấp, biến dạng, lồi hình nhát rìu trên cung tiếp, ấn đau chói.

- Há miệng hạn chế do vòng cung tiếp bị thu hẹp ảnh hưởng đến cơ thái dương

Điều trị

- Có thể dùng móc qua da kết hợp với nắn chỉnh bằng tay. Kết hợp xương.

- Nắn chỉnh theo Gillies bẫy dưới cân cơ thái dương. Sau khi nắn chỉnh xương gãy dễ bị sập xuống thì kết hợp xương.

GÃY XƯƠNG HÀM DƯỚI

1. Dịch tễ học gãy XHD:

- Gặp hơn 2-3 lần so với gãy xương tầng giữa mặt
- Nam : nữ = 3 : 1 do nam giới thường điều khiển phương tiện tham giao thông và hoạt động bạo lực
- Tuổi hay gặp nhất: 20 - 30 tuổi

2. Nguyên nhân gãy XHD:

- Tai nạn giao thông : 43 %
- Hoạt động bạo lực : 34 %
- Tai nạn sinh hoạt : 7 %
- Tai nạn lao động : 7 %
- Tai nạn khi chơi thể thao và các nguyên nhân khác : 4 %

3. Vị trí gãy XHD (tuỳ từng báo cáo):

- Gãy cạnh ngang : 29 %
- Gãy lồi cầu : 26 %
- Gãy góc hàm : 25 %
- Gãy vùng cằm: 17 %

- Gãy cành cao : 4 %
- Gãy mỏm vẹt : 1 %

4. Đặc điểm giải phẫu xương hàm dưới:

- XHD là một xương di động, khỏe, có nhiều đường cong theo các hướng khác nhau như cằm và góc hàm.

- XHD bao gồm 1 thân xương và 2 cành đứng, tận cùng của cành đứng là mỏm vẹt phía trước và lồi cầu phía sau, ngăn cách bởi khuyết sigma.

Đặc điểm mạch máu thần kinh xương hàm dưới:

XHD là một xương dẹt ngoài đặc trong xốp, ở giữa có ống răng dưới giống như một cái máng chứa động mạch huyết ở răng dưới và dây thần kinh răng dưới thoát ra ở lỗ cằm tương ứng với vùng giữa 2 chân răng hàm nhỏ nên khi gãy vào vị trí tương ứng với ống răng dưới có thể gây ra dấu hiệu Vincent (tê môi, cằm cùng bên).

Điểm yếu của xương hàm dưới:

- Vùng răng cửa
- Lỗ cằm
- Góc hàm
- Cổ lồi cầu

Nhóm cơ nâng hàm:

- Cơ kéo hàm lên trên và ra trước, có cơ cắn
- Cơ kéo hàm lên trên và ra sau, có cơ thái dương và cơ chân bướm trong.
- Cơ kéo sang bên có cơ chân bướm ngoài

Nhóm cơ hạ hàm:

Có các cơ trên móng và bụng trước cơ nhị thân

Khi gãy xương hàm dưới, do sự co kéo của các cơ nâng và hạ hàm, đoạn gãy bị di lệch.

5. Phân loại gãy XHD

* Phân loại gãy XHD Theo hình thái:

- Gãy kín, gãy hở, gãy lún, gãy vụn
- Gãy kiểu cành tươi, gãy bệnh lý
- Gãy nhiều đường, gãy teo
- Gãy gián tiếp, gãy phức tạp

*Phân loại gãy XHD theo vị trí:

Gãy cầm, gãy cành ngang

Gãy góc hàm, gãy cành cao

Gãy lồi cầu, gãy mỏm vẹt, gãy xương ổ răng

*Phân loại gãy góc hàm:

- Di lệch ngang thuận lợi và không thuận lợi

- Di lệch dọc thuận lợi và không thuận lợi

6. Triệu chứng lâm sàng:

6.1 Gãy vùng cầm

-Gồm có gãy chính giữa và cạnh giữa.

-Đường gãy chạy qua hai răng số 1 hoặc từ 1 đến 3.

-Đường gãy có thể thẳng nhưng thường là chéo sang bên hoặc chia thành hai chẽ tách rời lồi cầm. Đường gãy này có hình lamda

Hướng di lệch của gãy xương vùng cầm:

-Nếu chấn thương nhẹ thì xương và răng không bị di lệch vì hai đầu xương tựa vào nhau và lực co kéo của các cơ cân bằng.

-Nếu có di lệch thì theo chiều lên - xuống hoặc ngoài trong.

Dấu hiệu ngoài miệng

+ Tụ máu gây bầm tím vùng cầm, sưng nề và có thể kèm theo rách da môi cầm.

+ Ấn vùng cầm đau chói.

Gãy vùng cầm: dấu hiệu trong miệng

+ Bầm tím lợi và đáy ngách lợi, có thể cả sàn miệng rách niêm mạc lợi, kẽ răng nơi đường gãy đi qua rộng ra

+ Lung lay, gãy hoặc mất răng, khớp cắn sai ít.

Động tác khám tìm đường gãy vùng cầm:

Thầy thuốc đứng đối diện với bệnh nhân, dùng cả hai tay, ngón cái đặt ở bờ dưới hàm, các ngón trỏ và ngón giữa đặt trên mặt răng, di chuyển lên xuống ngược chiều sẽ thấy hai đoạn gãy di chuyển theo. Trường hợp gãy không di lệch thì dùng động tác bẻ nhẹ cung răng sang hai bên sẽ thấy rõ đường nứt.

6.2 Gãy cành ngang:

Đặc điểm gãy cành ngang: Từ răng hàm nhỏ thứ nhất đến góc hàm

-Thường hay gãy qua răng nanh vì chân răng dài và răng hàm nhỏ nơi có lỗ cầm.

-Đường gãy chéo xuống dưới và ra sau.

-Hai đoạn xương gãy hay di lệch. Đoạn ngắn bị kéo lên trên và lệch vào trong, đoạn dài lệch xuống dưới và ra ngoài.

Gãy cành ngang: dấu hiệu cơ năng

Đau, không nhai được, khó nuốt, và khó phát âm, dấu hiệu Vincent (tê môi cảm cùng bên) nếu gãy qua ống răng dưới.

Gãy cành ngang: dấu hiệu ngoài miệng

+ Mặt biến dạng, cảm hơn lệch về bên gãy, xây sát hoặc rách da, sưng nề, máu tụ dưới da, có thể lan rộng lên má và xuống cổ.

+ Sờ thấy khuyết hình bậc thang ở bờ dưới xương hàm, ấn đau chói.

Gãy cành ngang: dấu hiệu trong miệng khi há

+ Hạn chế há miệng

+ Biến dạng cung răng, đoạn ngắn đổ về phía lưỡi, đoạn dài bị kéo xuống thấp và lệch về bên gãy

+ Có thể rách lợi, răng lung lay hoặc gãy

+ Di động đoạn gãy dễ dàng

+ Nếu không di lệch thì phát hiện tổn thương bầm tím, ấn đau chói ngách lợi, bề cung răng để phát hiện đường gãy

Gãy cành ngang: dấu hiệu trong miệng khi ngậm

Khi ngậm miệng: Dùng hai gương vén môi má hoặc bằng tay sẽ thấy đoạn gãy ngắn chạm với hàm trên, còn đoạn dài bị kéo xuống gây ra hở khớp cắn cửa.

6.3 Gãy góc hàm: đặc điểm lâm sàng

-Đường gãy chéo xuống dưới và ra sau.

-Chấn thương nhẹ và đường gãy nằm giữa khoảng bám của cơ cắn và cơ chân bướm trong thì có thể không di lệch.

-Chấn thương mạnh có di lệch thì cành cao bị kéo lên trên ra trước và vào trong, còn cành ngang bị kéo xuống dưới và ra sau.

-Gãy góc hàm thường là gãy kín, nếu đường gãy qua ổ răng số 8 thì là gãy hở.

Gãy góc hàm: dấu hiệu cơ năng

Đau nhẹ, nhai kém hoặc không nhai được. Dấu hiệu Vincent có thể dương tính

Gãy góc hàm: dấu hiệu ngoài miệng

+ Sưng nề và bầm tím góc hàm

+ Ấn đau chói ở góc hàm

Gãy góc hàm: dấu hiệu trong miệng

+ Hạn chế há miệng

+ Trong hợp gãy không di lệch khớp cắn bình thường, cần di động xương để tìm đường gãy.

+ Nếu gãy có di lệch thì thấy khớp cắn sai, hàm lệch về bên gãy, khớp cắn chạm sớm bên gãy

6.4 Gãy cành cao: phân loại

- Đường gãy ngang: Ít di lệch, nếu chấn thương mạnh đoạn gãy trên bị kéo lên cao ra trước và vào trong do cơ chân bướm ngoài và cơ thái dương, đoạn dưới cũng bị kéo lên trên ra sau do cơ cắn và cơ chân bướm trong.

- Đường gãy dọc: Hay gặp hơn, đoạn trước bị cơ thái dương kéo lên trên và vào trong, đoạn sau bị kéo lệch ra ngoài do cơ chân bướm ngoài.

Gãy cành cao: đặc điểm lâm sàng

- Ít gặp vì xương ở đây ngắn vừa dày rộng lại được cơ cắn dày che phủ.

- Cơ năng: Đau khó há miệng, không nhai được

Gãy cành cao: dấu hiệu ngoài miệng

+ Sưng nề, bầm tím vùng cơ cắn

+ Đau dọc đường gãy ở bờ sau cành lên, cảm hơi lệch về phía đường gãy

Gãy cành cao: dấu hiệu trong miệng

Có dấu hiệu khớp cắn hai thì. Khi bảo bệnh nhân ngậm miệng lại thì khớp răng bên gãy chạm hàm trên trước do bên gãy bị ngắn lại sau đó khớp bên lành mới chạm sau.

Phim X quang khảo sát gãy xương hàm dưới:

- Panorama

- Phim mặt thẳng

- Phim hàm chéch

- CT scan

6.5 Gãy lồi cầu: phân loại theo Dechaume (1980)

- Gãy cổ lồi cầu thấp

- Gãy cổ lồi cầu cao

- Gãy đầu (chỏm) lồi cầu

Gãy cổ lồi cầu thấp: Dechaume (1980)

Đường gãy đi từ đáy khuyết sigma hướng chéo ra sau xuống dưới về phía bờ sau cành cao.

Gãy cổ lồi cầu cao: Dechaume (1980)

Đường gãy đi từ giữa khuyết sigma hướng ngang ra sau hoặc chéo lên trên. Lồi cầu di lệch lên trên, ra trước và vào trong hiếm khi di lệch ra sau. Cành cao bị kéo ra sau và lên trên.

Gãy đầu (chỏm) lồi cầu: Dechaume (1980)

+ Gãy ngang đầu lồi cầu

+ Gãy cực trong đầu lồi cầu

+ Vỡ đầu lồi cầu

Gãy lồi cầu: dấu hiệu ngoài miệng

+ Sung nề vùng trước nắp tai

+ Chảy máu ống tai ngoài

+ Hơi gò trước nắp tai

+ Có thể có dấu hiệu ổ khớp rỗng nếu mảnh lồi cầu bật ra khỏi bao khớp vào trong

Gãy lồi cầu: Tìm dấu hiệu đau chói trước nắp tai

Dùng ngón tay ấn giữa nắp tai và lồi cầu. Bệnh nhân ở tư thế há miệng, dùng tay ấn cảm từ trước ra sau và từ dưới lên trên để bệnh nhân ngậm miệng lại nhanh.

Tìm cử động của lồi cầu:

Đối diện với bệnh nhân, dùng hai ngón tay trỏ và ngón cái hai bên sờ thành trước ống tai ngoài trong khi bệnh nhân há, ngậm miệng liên tục để so sánh tìm dấu hiệu mất hoặc giảm cử động của lồi cầu.

Gãy lồi cầu: dấu hiệu trong miệng

Khớp cắn sai, cung hàm lệch về bên gãy và có dấu hiệu khớp cắn hai thì.

6.6 Gãy hai đường cành ngang không đối xứng: dấu hiệu ngoài miệng

+ Môi dưới sưng, tụ máu

+ Miệng há và trễ, chảy nước bọt lẫn máu

+ Cằm tụt xuống thấp và bị kéo ra sau

+ Ấn bờ dưới xương hàm hai bên, nơi đường gãy đi qua, thấy khuyết hình bậc thang và đau chói.

Gãy hai đường cạnh ngang không đối xứng: dấu hiệu trong miệng khi ngậm

Các đoạn gãy ở phía sau có thể đúng khớp nhưng thường đổ vào phía lưỡi, trong khi đoạn gãy phía trước mang các răng cửa bị kéo xuống dưới gây ra hở khớp răng cửa.

Gãy hai đường cạnh ngang không đối xứng: dấu hiệu trong miệng khi há

Vì đoạn xương vùng răng cửa bị hạ thấp và kéo ra sau nên lưỡi vận động khó, và khi nằm ngửa lưỡi có thể bị tụt ra sau gây ngạt thở.

6.7 Gãy cổ lồi cầu hai bên: dấu hiệu ngoài miệng

+ Đau trước nắp tai hai bên khi ấn trực tiếp và gián tiếp ở cằm.

+ Lồi cầu hai bên mất vận động, cằm hơi lùi ra sau.

Gãy cổ lồi cầu hai bên: dấu hiệu trong miệng

+ Hạn chế há miệng

+ Khớp cắn sai, khi ngậm miệng chỉ chạm răng hàm còn hở khớp cắn cửa.

+ Bệnh nhân không thể tự ngậm miệng kín và đúng khớp được.

Phim X quang khảo sát gãy lồi cầu:

- Panorama, phim mặt thẳng

- Schüller hai bên, phim Reverse Towne

- CT scan

6.8 Gãy 2 đường không đối xứng: định nghĩa

- Là một loại gãy hay gặp ở hàm dưới, gồm một đường gãy ở cạnh ngang bên này và một đường gãy góc hàm hoặc cổ lồi cầu bên kia.

- Nguyên nhân do hướng của lực truyền trong xương hàm dưới, thường 1 đường gãy là trực tiếp, 1 đường là gián tiếp.

Gãy 2 đường không đối xứng: dấu hiệu ngoài miệng

+ Biến dạng, sưng nề, tụ máu, VTPM

+ Ấn đau chói hai vị trí khác nhau và có khuyết bờ dưới cạnh ngang.

Gãy 2 đường không đối xứng: dấu hiệu trong miệng

- Khi há miệng, đoạn sau của bên gãy cạnh ngang bị kéo lên cao hơn và đổ vào phía lưỡi.

- Đoạn gãy giữa bị kéo xuống và phần răng cửa hơi ngả về phía môi.

- Trong khi đầu ngược lại bị kéo về phía lưỡi, hở khớp răng cửa.

6.9 Gãy vụn, gãy có thiếu hồng tổ chức: nguyên nhân và đặc điểm

- Thường do vết thương chiến tranh hoặc các sang chấn mạnh, do vật sắc nhọn có tốc độ cao hoặc tai nạn giao thông.

- VTPM rách nát, vết thương xương có nhiều đường gãy.

Gãy vụn, gãy có thiếu hồng tở chức: điều trị

-Cắt lọc phần mềm tiết kiệm, chỉ gấp bỏ những mảnh xương vụn đã hoàn toàn rời ra, nắn lại và cố định các mảnh xương to dù đã rời hẳn.

-Nếu đoạn gãy còn răng, dùng phương pháp chỉnh hình cố định bằng máng hay buộc cung Arch-bar, nếu không còn răng, dùng phẫu thuật.

-VTPM khâu đơn giản hoặc thiếu hồng thì tạo hình vạt da quay bên cạnh để che phủ xương.

6.10 Gãy xương hàm ở người không còn răng: đặc điểm

-Ở người mất toàn bộ răng hay gãy thân xương và góc hàm. Do thiếu răng nên các di lệch ít quan trọng.

-Điều trị bằng máng nhựa buộc vòng quanh xương. Nếu gãy cổ lồi cầu, cần dựa vào khớp cắn của hàm giả cố định cầm - đầu hai tuần sau đó tập nhai tránh cứng khớp.

6.11 Đặc điểm gãy xương hàm ở trẻ em:

- Xương hàm ở trẻ em thường gãy kiểu cành tươi.

- Trong lòng xương có mầm răng vĩnh viễn.

- Răng trên cung hàm là răng sữa hoặc hàm răng hỗn hợp.

- Xương hàm dưới có các trung tâm phát triển.

- Bệnh nhân thường không hợp tác điều trị

Nguyên tắc điều trị gãy xương hàm ở trẻ em:

- Cố định 1 hàm

- Chống chỉ định kết hợp xương.

7. Điều trị

Hai loại phương pháp điều trị là:

- Điều trị bằng chỉnh hình

- Điều trị bằng phẫu thuật

Mục đích của điều trị gãy xương hàm dưới:

- Phục hồi chức năng: Làm cho các đầu xương gãy liền lại đúng vị trí, bảo đảm chức năng của bộ máy nhai mà thước đo cụ thể là khớp cắn trung tâm đúng. Ăn, nói, nuốt, há, ngậm miệng và cảm giác bình thường.

- Phục hồi thẩm mỹ: Không để lại các biến dạng nổi bật trên mặt, các lồi lõm trên xương, các di chứng của các cơ quan trên mặt và sẹo xấu.

Yêu cầu của điều trị gãy XHD:

Có ba yêu cầu:

- Nắn chỉnh lại xương gãy
- Cố định xương gãy
- Ngăn ngừa các biến chứng xảy ra

Phương pháp chỉnh hình xương hàm gãy:

- Ngoài mặt: Dùng khí cụ nắn chỉnh ngoài
- Trong miệng: Dùng các cung nắn chỉnh như Tiguersted, nút Ivy, mini vít

Phương pháp phẫu thuật : Can thiệp cố định 2 đầu xương gãy theo giải phẫu

- Kết hợp xương bằng chỉ thép
- Kết hợp xương bằng nẹp vít

Các bước kỹ thuật kết hợp xương hàm gãy:

- Rạch bộc lộ vùng gãy xương
- Nắn chỉnh các đầu xương gãy theo đúng giải phẫu
- Uốn nẹp vít theo hình dạng của xương gãy
- Đặt nẹp vít cố định 2 đầu xương.

TAI BIẾN TRONG NHỔ RĂNG

1. Các tai biến toàn thân gặp phải trong quá trình nhổ răng

Bất kỳ bệnh nhân nào cũng có thể gặp phải tai biến khi bệnh nhân bị căng thẳng về tâm lý hoặc cảm xúc và có thể ngăn ngừa hầu hết các trường hợp xảy ra nếu quan tâm đúng mức và kiểm soát chặt chẽ các vấn đề liên quan đến cuộc phẫu thuật.

1.1. Phản ứng dị ứng

Một số loại thuốc dùng cho bệnh nhân trước nhổ răng có thể đóng vai trò kích thích kháng nguyên gây phản ứng dị ứng. Trong đó, phản ứng quá mẫn (sốc phản vệ) có thể gây ra tình trạng cấp tính, đe dọa tính mạng. Đây là phản ứng dị ứng do chủ yếu bởi kháng thể immunoglobulin E. Giống với tất cả các phản ứng dị ứng khác, phản ứng này đòi hỏi cơ thể phải tiếp xúc với một kháng nguyên mà hệ thống miễn dịch gặp phải trước đây. Tái phát hiện đối với kháng nguyên sẽ gây ra một loạt các phản ứng miễn dịch tại chỗ hay toàn thân hoặc cả hai, mức độ nghiêm trọng của phản ứng dị ứng khác nhau là do đáp ứng của cơ thể với sự thoái hoá của tế bào mast và sự giải phóng histamine với số lượng lớn.

Triệu chứng: biểu hiện ít nghiêm trọng nhất của phản ứng dị ứng là ngoài da. Các phản ứng ở da hoặc niêm mạc bao gồm ngứa, ban đỏ, nổi mào đay trên cơ thể (xuất hiện các hồng ban hơi gồ lên bề mặt da) và phù mạch (sung phòng mô trên diện

rộng kết hợp với ban đỏ rải rác). Mặc dù phản ứng da và niêm mạc không nguy hiểm nhưng chúng có thể là dấu hiệu đầu tiên của các phản ứng dị ứng nghiêm trọng hơn xảy ra ngay sau khi tiêm. Tổn thương da thường xuất hiện sau khoảng thời gian từ vài phút đến vài giờ. Tuy nhiên, sau khi tiếp xúc với kháng nguyên sự xuất hiện các triệu chứng này càng sớm sẽ càng đe dọa đến tính mạng nhiều hơn.

Nếu phản ứng dị ứng ảnh hưởng đến hô hấp thì nguy hiểm hơn và đòi hỏi sự can thiệp mạnh mẽ hơn, do cơ trơn phế quản bị kích thích gây co thắt phế quản làm không khí trong các đường dẫn khí nhỏ bị bít tắc gây thở khò khè (khó thở) và cuối cùng bệnh nhân có thể trở nên tím tái và cần phải sử dụng đến các cơ để hỗ trợ thở.

Phù thanh quản cũng có thể xuất hiện, bệnh nhân thường không thể nói hoặc chỉ phát ra các âm sắc cao độ do không khí đi qua thanh quản bị hạn chế, gây ra tắc nghẽn một phần hoặc toàn bộ đường thở. Nặng hơn, bệnh nhân sẽ tắc nghẽn hoàn toàn đường hô hấp trên, có thể gây tử vong nhanh nếu không được cấp cứu làm thông thoáng đường thở kịp thời.

Sốc phản vệ là phản ứng quá mẫn tối cấp nhất, thường xảy ra trong vài giây hoặc vài phút sau khi tiêm tĩnh mạch một lượng kháng nguyên (thuốc tét); khởi phát chậm hơn xảy ra sau khi uống thuốc hoặc thuốc bôi. Nhiều dấu hiệu và triệu chứng của sốc phản vệ xuất hiện nhưng quan trọng nhất là những dấu hiệu do rối loạn tim mạch và hô hấp.

Triệu chứng: Phản ứng phản vệ thường bắt đầu với một bệnh nhân phàn nàn về tình trạng bất ổn trong cơ thể hoặc cảm giác ngộp thở. Các biểu hiện ở da sớm xuất hiện: đỏ bừng mặt, nổi mề đay, ngứa mặt và thân. Buồn nôn và nôn, đau quặn bụng và tiểu không tự chủ, các triệu chứng về hô hấp cũng xuất hiện ngay sau, bệnh nhân khó thở và thở khò khè. Dấu hiệu xanh tím đầu móng tay và niêm mạc sẽ xuất hiện nếu bệnh nhân khó thở. Cuối cùng, xuất hiện tắc nghẽn toàn bộ đường thở, khiến bệnh nhân nhanh chóng bất tỉnh. Hệ tim mạch: ban đầu xảy ra nhịp tim nhanh và đánh trống ngực. Huyết áp có xu hướng không ổn định do giảm cung lượng tim thứ phát sau giãn mạch ngoại biên và xuất hiện rối loạn nhịp tim. Cung lượng tím có thể bị tổn hại ở mức độ nghiêm trọng gây mất trí nhớ và ngừng tím. Mặc dù có khả năng rối loạn chức năng tim mạch nghiêm trọng nhưng nguyên nhân gây tử vong ở bệnh nhân có sốc phản vệ chủ yếu gây tắc nghẽn thanh quản do phù dây thanh quản.

Phòng ngừa: Đối phó với bất kỳ tình trạng cấp cứu nào thì phòng ngừa là cách tốt nhất. Trong quá trình khám ban đầu và các lần tái khám sau đó, bệnh nhân nên được hỏi về tiền sử dị ứng thuốc. Hỏi bệnh nhân một cách cụ thể về các loại thuốc dự định sử dụng trong và sau quá trình phẫu thuật. Nếu bệnh nhân thông báo bị dị ứng với một loại thuốc cụ thể, nha sĩ cần hỏi thêm bệnh nhân về các triệu chứng bệnh nhân gặp phải và hiệu quả của các can thiệp trước đó. Nhiều bệnh nhân khai bị dị ứng với thuốc gây tê tại chỗ; tuy nhiên, trước khi đưa bệnh nhân chuyên gây mê thay thế,

cần đảm bảo chắc chắn bệnh nhân thực sự dị ứng với thuốc gây tê. Nhiều bệnh nhân báo cáo rằng họ có phản ứng dị ứng nhưng trên thực tế, họ chỉ tăng nhịp tim hoặc đánh trống ngực nhẹ thứ phát do nhạy cảm với epinephrine. Nếu bệnh nhân thực sự có tiền sử dị ứng, có thể yêu cầu chuyển bệnh nhân đến khoa dị ứng để thực hiện các xét nghiệm quá mẫn. Sau khi xác định rằng bệnh nhân bị dị ứng thuốc, thông tin sẽ được ghi lại trên hồ sơ của bệnh nhân để cảnh báo cho các bác sĩ sau này mỗi khi làm thủ thuật cần đến gây tê.

Điều trị: Phụ thuộc vào tình trạng xuất hiện các triệu chứng trên lâm sàng. Nếu phản ứng dị ứng chỉ giới hạn ở da hoặc niêm mạc nên dùng thuốc kháng histamine tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm bắp. Diphenhydramine hydrochloride 50mg hoặc chlorpheniramine maleate 10mg là những thuốc kháng histamine thường được sử dụng. Sau đó, duy trì thuốc kháng histamine tiếp tục ở dạng uống (diphenhydramine [Benadryl] 50mg hoặc chlorpheniramine amin [Chlor-Trimeton] 8mg) cứ sau 6 đến 8 giờ trong 24 đến 48 giờ để đảm bảo thuốc đã được loại bỏ khỏi cơ thể. Với bệnh nhân có phản ứng nổi mề đay nghiêm trọng, tiêm ngay lập tức (tĩnh mạch hoặc tiêm bắp) corticosteroid (100mg hydrocortison, 8mg dexamethasone hoặc 125mg methylprednisolone), sau đó dùng tiếp thuốc kháng histamine. Các dấu hiệu sinh tồn của bệnh nhân nên được theo dõi thường xuyên trong mỗi giờ; nếu bệnh nhân ổn định, cần được chuyển đến bác sĩ hoặc cơ sở cấp cứu để tiếp tục theo dõi. Nếu bệnh nhân bắt đầu cho thấy biểu hiện triệu chứng của đường hô hấp dưới (thở khò khè), cần phải: Gọi hỗ trợ khẩn cấp bên ngoài ngay lập tức, bệnh nhân nên được đặt nằm nghiêng và thở oxy đường mũi.

Nếu bệnh nhân bị khó thở nhưng tim mạch ổn định, có thể dùng hai liều salbutamol dạng xịt hoặc khí dung và có thể bổ sung thêm hai liều nữa nếu cải thiện triệu chứng. Nếu bệnh nhân có biểu hiện suy hô hấp nặng, tiêm bắp 0,3mL 1: 1000 dung dịch epinephrine. Epinephrine có tác dụng giãn, nếu các triệu chứng tái phát hoặc tiếp tục, có thể lặp lại liều trong vòng 5 phút. Sau đó tiếp tục tiêm thuốc kháng histamine (diphenhydramine hoặc chlorpheniramine) và corticosteroid, chuyển bệnh nhân ngay lập tức đến cơ sở cấp cứu gần nhất để tiếp tục điều trị. Nếu một bệnh nhân có dấu hiệu phù thanh quản, cho bệnh nhân thở oxy và tiêm bắp epinephrine (0,3mL dung dịch 1: 1000) càng nhanh càng tốt. Nếu bệnh nhân mất ý thức và thực hiện thủ thuật hô hấp nhân tạo thất bại, phải đặt nội khí quản hoặc phẫu thuật mở khí quản ngay lập tức

1.2. Đau ngực

Bệnh nhân thấy xuất hiện khó chịu ở ngực trong quá trình phẫu thuật nhỏ răng có thể nghĩ đến bệnh thiếu máu cục bộ cơ tim, cần nhanh chóng xác định nguyên nhân để có thể thực hiện các biện pháp thích hợp.

Triệu chứng: Thấy cảm giác co thắt, cảm giác nặng nề ở vùng ngực, đau thường bắt đầu ở một vị trí phía sau lưng, lan toả ra vai và cánh tay trái. Nếu bệnh nhân có tiền sử bệnh tim có thể nhận thấy sự đau thắt ngực. Đối với những bệnh nhân không có tiền sử đau ngực hoặc không mắc bệnh về tim mạch, cần yêu cầu mô tả chính xác vị trí đau và bất kỳ cảm giác gặp phải nào, đau có thay đổi theo thời gian và có liên quan đến thay đổi tư thế không. Phân biệt với cơn đau do dạ dày trào ngược lên thực quản, do vị trí ghé nên sẽ đỡ đau khi bệnh nhân ngồi dậy. Khó chịu gây ra bởi đau thần kinh liên sườn hoặc bệnh về phổi, triệu chứng sẽ thay đổi theo nhịp thở hoặc khi sử dụng nghiệm pháp ấn tay lên vùng ngực. Sự khó chịu ở ngực cũng có thể do bệnh nhân lo lắng...

Xử trí: Nếu nghi ngờ hoặc không loại trừ được sự khó chịu ở ngực là do thiếu máu cotim, các biện pháp nên được đưa ra là làm giảm áp lực cơ tim và tăng cung cấp oxy cho cơ tim.

- Dừng ngay cuộc phẫu thuật, ngay cả khi phẫu thuật chỉ hoàn thành một phần, trấn an bệnh nhân và theo dõi sát các triệu chứng, tiến hành cho bệnh nhân thở oxy và nitroglycerin ngậm dưới lưỡi hoặc uống.

- Ngậm dưới lưỡi nitroglycerin 0,4mg và lặp đi lặp lại (nếu cần thiết) cứ sau 5 phút, tới ba liều nếu huyết áp tâm thu ≥ 90 mmHg. Nếu các dấu hiệu sinh tồn vẫn bình thường, bệnh nhân thấy giảm dần sự khó chịu ở ngực thì tạm dùng nitroglycerin, gửi bệnh nhân đến cơ sở cấp cứu để theo dõi tiếp.

- Nếu mạch không đều, nhanh hoặc yếu hoặc hạ huyết áp, cần hội chẩn trợ giúp khẩn cấp từ bên ngoài trong lúc đặt bệnh nhân ở tư thế gần như nằm ngửa với hai chân cao, cùng lúc cho thở oxy và ngậm hoặc uống nitroglycerin. Lập đường truyền tĩnh mạch chậm dung dịch glucose 5% và nước muối sinh lý.

- Nếu bệnh nhân cảm thấy khó chịu không giảm sau 20 phút điều trị tích cực đúng phương pháp, cần phải nghĩ đến nhồi máu cơ tim, bệnh nhân đặc biệt dễ xuất hiện rối loạn nhịp tim nghiêm trọng hoặc ngừng tim. Do đó, các dấu hiệu sinh tồn cần được theo dõi thường xuyên, bệnh nhân có thể nhai và nuốt 325mg Aspirin, để làm giảm sự tiến triển của huyết khối do tác dụng kháng tiểu cầu của thuốc. Morphine sulfate (4 -6mg) có thể được dùng tiêm bắp hoặc tiêm dưới da để giúp giảm bớt sự khó chịu và lo lắng. Morphine cũng có tác dụng với bệnh nhân nghi đang bị phù phổi; tuy nhiên, cần thận trọng để tránh hạ huyết áp quá nhanh. Sau đó, chuyển bệnh nhân đến bệnh viện để điều trị tiếp bởi thuốc tan huyết khối, nong mạch vành hoặc ghép động mạch vành, giúp bảo tồn một phần hoặc toàn bộ cơ tim thiếu máu cục bộ.

1.3. Khó thở

Nhiều bệnh nhân có thể có tiền sử mắc các bệnh liên quan về hô hấp như hen phế quản hoặc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD). Các biện pháp phòng ngừa đặc

biệt nên được thực hiện để giúp ngăn ngừa sự xuất hiện của các tai biến. Nếu những bệnh nhân này không được điều trị kịp thời, tình hình có thể trở nên nguy hiểm đến tính mạng.

1.3.1. Hen phế quản

Có thể xuất hiện trên bệnh nhân có tiền sử hen phế quản. Lý do xuất hiện các triệu chứng có thể do bệnh nhân căng thẳng lo âu trước cuộc mổ.

Triệu chứng: Hầu hết bệnh nhân sẽ nhận thức được các triệu chứng báo hiệu sự khởi phát của cơn thắt phế quản. Bệnh nhân cảm thấy khó thở và muốn ngồi thẳng, tiếng thở khò khè, nhịp tim nhanh, sau đó xuất hiện các dấu hiệu sử dụng các cơ để trợ giúp hô hấp. Khi cơn thắt phế quản tiến triển, bệnh nhân có thể bị thiếu oxy và tím tái, cuối cùng mất ý thức.

Xử trí: Nhanh chóng dựng ghế đặt bệnh nhân thẳng đứng hoặc vị trí gần như thẳng đứng. Sau đó, cho bệnh nhân sử dụng thuốc giãn phế quản dạng xịt hoặc khí dung, trong thuốc có thể chứa epinephrine, isoproterenol, metaproterenol hoặc salbutamol. Cho bệnh nhân thở oxy đường mũi hoặc đường miệng. Trong các cơn hen thể nặng hoặc khi điều trị bằng khí dung không hiệu quả, epinephrine (0,3mL tỷ lệ 1:1000 pha loãng) có thể được tiêm dưới da hoặc tiêm bắp. Nếu bệnh nhân bị suy hô hấp nặng, nhanh chóng chuyển khoa cấp cứu để can thiệp hỗ trợ. Khó thở do hen phế quản hay do phản ứng dị ứng có thể rất khó chẩn đoán phân biệt nhưng cách xử trí bệnh nhân có biểu hiện hô hấp thì giống nhau trong cả hai trường hợp.

1.3.2. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (Chronic Obstructive Pulmonary Disease-COPD) Có thể gặp hiện tượng khó thở trên bệnh nhân có tiền sử hoặc đang mắc COPD. Nhiều người trong số những bệnh nhân này thậm chí luôn phải duy trì tư thế đứng để có thể thở. Ngoài ra, họ đã quen với việc có nồng độ CO₂ trong động mạch cao và sử dụng lượng oxy trong máu thấp (thiếu oxy).

Triệu chứng: Bệnh nhân dần cảm thấy khó thở khi nằm trên ghế răng, phải dựa vào cơ hô hấp để hỗ trợ thở (có biểu hiện co rút vùng hõm ức), nếu để tình trạng này kéo dài bệnh nhân sẽ suy hô hấp, biểu hiện tím tái da niêm mạc và cuối cùng có thể xảy ra ngừng thở.

Xử trí: Dừng ngay cuộc phẫu thuật. Cho ghế về tư thế thẳng đứng, nhịp hô hấp sẽ sớm cải thiện. Trong trường hợp bắt buộc phải thực hiện phẫu thuật, cần thận trọng và nên kết hợp sử dụng thuốc giãn phế quản liều dự phòng. Nếu ngừng thở xảy ra và bệnh nhân mất ý thức, cần chuyển ngay khoa Cấp cứu để được hỗ trợ

1.4. Thay đổi ý thức

1.4.1. Ngất phản xạ

Ngất phản xạ là sự mất ý thức thoáng qua do giảm lưu lượng tuần hoàn não gây giảm cấp oxy cho não, bệnh diễn biến đột ngột, không kéo dài và bệnh nhân có thể tự tỉnh lại hoàn toàn. Ngất có thể do cơ chế thần kinh (ngất phản xạ), ngất do tụt huyết áp và ngất do yếu tố bệnh tim mạch. Trong đó ngất do cơ chế thần kinh là thường hay gặp nhất trong thực hành nha khoa hằng ngày.

Nguyên nhân phổ biến nhất của sự mất ý thức này là do dây thần kinh phế vị (ngất phản xạ), thường xảy ra do sự căng thẳng trước khi bắt đầu thủ thuật. Ban đầu, sự căng thẳng làm tăng lượng catecholamine (bản chất là dopamin, epinephrin và norepinephrin) từ tuyến thượng thận để đáp ứng lại, tiếp theo đó xuất hiện cơ chế phản xạ ngược thứ phát gây giãn mạch, giảm sức cản máu ngoại vi, làm chậm nhịp tim và vã mồ hôi. Bệnh nhân cảm thấy nóng cơ thể, cũng như buồn nôn và đánh trống ngực. Khi máu tập trung ra ngoại vi, huyết áp động mạch giảm sẽ làm giảm tương ứng máu lên não, bệnh nhân xuất hiện cảm giác chóng mặt. Khi huyết áp xuống dưới mức cần thiết để duy trì ý thức, ngất sẽ xảy ra. Nếu thiếu máu não kéo dài, bệnh nhân có thể bị co giật. Cần phân biệt với ngất nhưng không phải do hiện tượng thiếu máu lên não như bệnh động kinh, các rối loạn chuyển hoá (hạ đường huyết), ngộ độc...

Xử trí: Ngất phản xạ này thường kết thúc nhanh chóng khi bệnh nhân được đặt ở tư thế nằm ngửa nâng cao chân (tư thế Trendelenburg). Vì vậy, cần nhanh chóng ngã ghế đặt bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa hoàn toàn hoặc tư thế nâng hai chân cao hơn vùng tim, đặt một chiếc khăn ẩm và mát lên trán. Nếu bệnh nhân có nhịp thở chậm và chậm phục hồi ý thức, cho bệnh nhân hít khí amoniac giúp tăng hô hấp. Nếu ý thức của bệnh nhân hồi phục chậm sau một phút, cần xem xét ngất do các nguyên nhân khác.

1.4.2. Tụt huyết áp tư thế đứng

Một nguyên nhân phổ biến khác gây mất ý thức thoáng qua là hạ huyết áp thể đứng. Xảy ra do lượng máu ở ngoại vi không kịp thu hồi qua cơ chế co mạch ngoại vi và tim chưa kịp tăng co bóp để ngăn ngừa thiếu máu não khi bệnh nhân thay đổi tư thế đột ngột (đứng thẳng). Thường gặp ở các bệnh nhân cao tuổi hoặc đang dùng thuốc điều trị tăng huyết áp nhóm lợi tiểu hay nhóm thuốc gây giãn mạch ngoại biên, sử dụng thuốc điều trị tâm thần, hay các loại thuốc ngăn tăng nhịp tim theo phản xạ như thuốc đối kháng giao cảm (ví dụ: propranolol).

Triệu chứng: Bệnh nhân cảm hoa mắt chóng mặt, đánh trống ngực hoặc ngất khi chuyển tư thế đột ngột, đặc biệt với các bệnh nhân đang dùng các thuốc kể trên.

Phòng ngừa: Bệnh nhân có nguy cơ hạ huyết áp tư thế thường có thể được kiểm soát bằng cách di chuyển chậm để về được tư thế đứng để có thể cho phép xảy ra quá trình bù tuần hoàn lên não. Nếu bệnh nhân đang sử dụng các thuốc gây nghiện (ma túy, heroin, morphin) kéo dài, có thể sử dụng thuốc có tác dụng đối kháng như naloxone, các bệnh nhân tụt huyết áp tư thế đứng mà nguyên nhân do tác dụng phụ

của các thuốc đang điều trị bệnh khác thì cần chuyển đến bác sĩ chuyên khoa để xin ý kiến và phối hợp điều trị.

1.5. Ngộ độc thuốc tê

Thuốc gây tê tại chỗ, khi được sử dụng đúng cách, thường an toàn và hiệu quả để kiểm soát đau trong phẫu thuật răng miệng. Tuy nhiên, như với tất cả các loại thuốc, ngộ độc xảy ra nếu thuốc gây tê được cung cấp một lượng lớn hoặc tạo ra nồng độ quá mức trong huyết thanh. Vì vậy, liều được sử dụng phải là lượng thuốc gây tê ít nhất.

Phòng ngừa: Tuổi bệnh nhân, cơ địa gây yếu, chức năng gan suy giảm và tiền sử có vấn đề với thuốc gây tê phải được xem xét khi gây tê. Yếu tố thứ hai cần xem xét trong việc ngăn chặn phản ứng quá liều gây ngộ độc là cách dùng thuốc. Phải tiêm chậm, tránh tiêm nội mạch (sử dụng bơm tiêm hút ngược) và sử dụng thuốc co mạch để làm chậm sự xâm nhập của thuốc gây tê cục bộ vào máu (thuốc gây tê tại chỗ trên bề mặt niêm mạc sẽ nhanh chóng xâm nhập vào hệ thống tuần hoàn). Sự lựa chọn thuốc tê là yếu tố quan trọng thứ ba cần xem xét để giúp giảm nguy cơ ngộ độc. Các thuốc gây tê tại chỗ sẽ khác nhau về độ hoà tan lipid, tính chất giãn mạch, liên kết protein và độc tính vốn có. Do đó, nha sĩ phải am hiểu về các loại thuốc gây tê khác nhau để đưa ra quyết định hợp lý khi lựa chọn loại thuốc nào và với số lượng bao nhiêu.

Triệu chứng: Các biểu hiện lâm sàng của quá liều thuốc tê là khác nhau, tùy thuộc vào mức độ quá liều và thời gian tồn tại của thuốc tê trong huyết thanh. Dấu hiệu của một phản ứng ngộ độc nhẹ là bệnh nhân xuất hiện nói nhiều, lo lắng hay chậm nói. Khi mức độ nghiêm trọng của quá liều tăng lên, bệnh nhân có thể biểu hiện nói lắp, run toàn thân. Các triệu chứng như nhức đầu, chóng mặt, mờ mắt và buồn ngủ cũng có thể xảy ra. Các biểu hiện nghiêm trọng nhất của ngộ độc là sự xuất hiện của co giật và ngừng tim.

Xử trí: Dừng ngay quá trình tiêm thuốc tê nếu chưa kết thúc. Theo dõi các dấu hiệu quan trọng, hướng dẫn bệnh nhân thở nhanh vừa phải có hoặc không dùng oxy, lập đường truyền tĩnh mạch. Nếu các dấu hiệu ngộ độc không nhanh chóng biến mất nên dùng liều diazepam chậm 2,5mg đến 5mg tiêm tĩnh mạch. Nếu co giật xảy ra, cần tránh để bệnh nhân cắn phải lưỡi, nếu có thể, sử dụng thuốc chống co giật diazepam truyền tĩnh mạch chậm cho đến khi cơn co giật dừng lại (liều thường dùng từ 5 đến 25mg). Gọi sự trợ giúp hoặc chuyển bệnh nhân đến cơ sở cấp cứu gần nhất.

2. Các tai biến tai cho trong quá trình nhổ răng

Trước quá trình nhổ răng, đặc biệt là nhổ răng phẫu thuật, bước đầu tiên luôn phải lập kế hoạch nhổ, đánh giá kỹ lưỡng về bệnh sử và tiền sử y khoa của bệnh nhân, khám và chụp Xquang toàn bộ khu vực phẫu thuật để nhận biết rõ chân răng được nhổ cũng như cấu trúc giải phẫu khu vực liên quan như xoang hàm trên hoặc ống thần

kinh răng dưới. Luôn phải có thói quen tìm kiếm sự hiện diện của hình thái hoặc dấu hiệu chân răng bất thường. Sau khi kiểm tra cẩn thận trên Xquang, bác sĩ phẫu thuật có thể cần thay đổi kế hoạch điều trị để ngăn chặn hoặc hạn chế mức độ của các biến chứng có thể được dự đoán bằng một bản kế hoạch mới và lên kế hoạch trước phẫu thuật. Đây không chỉ đơn giản là chuẩn bị một kế hoạch phẫu thuật chi tiết và dụng cụ cần thiết mà còn là kế hoạch kiểm soát đau và lo lắng của bệnh nhân cũng như quá trình hậu phẫu. Tiếp đó, giải thích, hướng dẫn trước phẫu thuật đầy đủ cho bệnh nhân để ngăn ngừa hoặc hạn chế tác động của phần lớn biến chứng xảy ra trong và sau quá trình nhổ răng. Phải tuân theo các nguyên tắc vô trùng, vi phạm các nguyên tắc này có thể dẫn đến tăng tỷ lệ mắc và mức độ nghiêm trọng của các biến chứng phẫu thuật. Phòng ngừa các biến chứng nên là một mục tiêu chính và khi biến chứng không may xảy ra, cách xử lý và kiểm soát khéo léo là điều cần thiết nhất của một phẫu thuật viên.

2.1.Chấn thương mô mềm

Chấn thương mô mềm trong khoang miệng hầu như luôn luôn là hậu quả của bác sĩ phẫu thuật thiếu chú ý vùng niêm mạc, dụng cụ chưa đầy đủ trong khi làm phẫu thuật, vội vã trong quá trình phẫu thuật hoặc sử dụng lực quá mức và không kiểm soát được lực.

2.1.1. Rách niêm mạc

Chấn thương mô mềm phổ biến nhất trong phẫu thuật miệng là rách niêm mạc trong quá trình phẫu thuật nhổ răng. Điều này thường do tạo vạt không đúng, khi bác sĩ phẫu thuật cố gắng tiếp cận khu vực phẫu thuật, vạt bị kéo căng dẫn đến rách, thường ở một đầu của vết mô.

Phòng ngừa: (1) Cần tạo một vạt có kích thước phù hợp để ngăn ngừa căng vạt quá mức trong quá trình phẫu thuật, (2) Sử dụng lực banh vạt có kiểm soát và (3) Phải rạch thêm đường rạch khi cần thiết.

Xử trí: Nếu rách vạt xảy ra, cần đặt lại vạt cẩn thận vào đúng vị trí sau khi phẫu thuật hoàn tất. Nếu trong quá trình làm thủ thuật, bác sĩ phẫu thuật hoặc trợ thủ thấy vạt bắt đầu rách nên tạm dừng phẫu thuật để thực hiện thêm đường rạch kéo dài niêm mạc hoặc tạo thêm một đường rạch giảm căng để có thể tiếp cận tốt hơn. Trong hầu hết các trường hợp này, khâu vết rách cẩn thận sẽ giúp lành thương hoàn toàn tuy hơi chậm. Nếu vết rách lớn chớm, bác sĩ phẫu thuật có thể phải cắt bỏ các bờ của vết rách để tạo ra một bề mặt nhẵn và phẳng trước khi đóng vạt. Bước này nên được thực hiện một cách thận trọng vì việc cắt bỏ quá nhiều mô dẫn sẽ làm căng vạt khi đóng và khả năng nhiễm trùng và hoại tử vạt có thể xảy ra hoặc có thể làm tổn thương lợi dính.

2.1.2.Thủng niêm mạc

Tai biến sang chấn mô mềm thứ hai cũng hay xảy ra là vô tình làm thủng mô mềm. Một dụng cụ như cây bẩy thẳng hoặc cây bóc tách có đầu nhọn có thể trượt khỏi điểm bẩy và đâm thủng hoặc rách mô mềm lân cận. Tai biến này là kết quả của việc sử dụng lực không kiểm soát và thiếu hỗ trợ của bàn tay trái.

Nếu vết thủng xảy ra ở niêm mạc, cần điều trị ngăn ngừa nhiễm trùng, theo dõi lành thương thứ phát. Nếu vết thương chảy máu quá nhiều, phải kiểm soát chảy máu bằng ấn gạc trực tiếp lên vết thương. Sau khi cầm máu, không nên khâu lỗ thủng, nếu có nhiễm trùng xảy ra, cần đặt dẫn lưu thoát.

2.1.3. Trầy xước hoặc bỏng môi

Nguyên nhân: Thường do thân của mũi khoan tỳ vào mô mềm hoặc do dụng cụ banh miệng tiếp xúc với mô mềm. Khi bác sĩ phẫu thuật tập trung vào đầu cắt của mũi khoan, trợ thủ cần chú ý đến vị trí của thân mũi khoan tiếp xúc với má và môi của bệnh nhân. Tuy nhiên, bác sĩ phẫu thuật cũng cần phải quan sát vị trí của tay khoan để giảm tai biến. Bỏng mô mềm có thể xảy ra nếu dụng cụ mới hấp sấy hoặc tiệt trùng nhiệt khô không được làm mát trước khi tiếp xúc với da hoặc niêm mạc của bệnh nhân.

Nếu một khu vực của niêm mạc miệng bị trầy xước hoặc bỏng, cần giữ cho khu vực bị sang chấn sạch sẽ bằng cách súc miệng thường xuyên. Thông thường các vết thương như vậy sẽ lành trong 4 đến 7 ngày (tùy thuộc vào độ sâu của tổn thương) mà không để lại sẹo. Nếu một vết trầy xước hoặc vết bỏng ở trên da, nha sĩ nên khuyên bệnh nhân bôi thuốc mỡ kháng sinh. Bệnh nhân phải bôi thuốc mỡ chỉ trên vùng bị trầy xước và không được bôi lên da lành vì thuốc mỡ có thể gây loét hoặc dị ứng. Trầy xước này thường mất 5 đến 10 ngày để chữa lành. Bệnh nhân nên giữ ẩm cho khu vực này với một lượng nhỏ thuốc mỡ liên tục trong ngày để ngăn ngừa sự đóng vảy làm chậm lành vết thương. Sẹo hoặc đổi màu vĩnh viễn của da bị ảnh hưởng có thể xảy ra nhưng thường được ngăn ngừa bởi chăm sóc vết thương đúng cách.

2.2. Tai biến tại răng nhỏ

2.2.1. Gãy chân răng

Vấn đề hay gặp nhất liên quan đến răng được nhổ là gãy chân răng. Chân răng dài, cong, phân kỳ và nằm trong xương dày đặc dễ bị gãy nhất. Các phương pháp chính để ngăn ngừa gãy chân răng là thực hiện nhổ răng theo các cách đã được dạy hoặc sử dụng phương pháp nhổ răng phẫu thuật và mở xương để giảm lực nhổ răng.

2.2.2. Di chuyển chân răng

Tai biến này thường gặp khi nhổ răng hàm trên, chân răng thường bị di chuyển hoặc biến mất vào vùng giải phẫu không thuận lợi là vùng xoang hàm trên.

Nguyên nhân: Một chân bị gãy của răng hàm trên được cố lấy bỏ bằng cây bẩy thẳng, nếu lực bẩy quá lớn thì chân răng có thể bị di chuyển vào xoang hàm trên. Các răng hoặc chân khác có thể di chuyển vào xoang hàm trên theo cách tương tự. Nếu một chân răng hoặc răng bị đẩy vào xoang hàm trên, bác sĩ phẫu thuật phải thực hiện một số đánh giá để xác định phương pháp điều trị thích hợp.

Đầu tiên, bác sĩ phẫu thuật phải xác định kích thước của chân bị dịch chuyển vào xoang. Nó có thể là một chóp răng dài vài milimet hoặc toàn bộ răng hoặc chân răng. Bác sĩ phẫu thuật tiếp theo phải đánh giá xem có bất kỳ nhiễm trùng nào của răng hoặc mô quanh răng không. Nếu răng không bị nhiễm trùng, việc kiểm soát sẽ đơn giản hơn so với việc răng đã bị nhiễm trùng cấp tính. Cuối cùng, bác sĩ phẫu thuật phải đánh giá tình trạng trước phẫu thuật của xoang hàm trên. Đối với bệnh nhân có xoang hàm khoẻ mạnh, việc kiểm soát một chân bị di chuyển vào sẽ đơn giản hơn so với khi xoang bị nhiễm trùng mạn tính. Nếu mảnh răng bị dịch chuyển là một chóp chân răng không viêm, dài 2 hoặc 3 mm và xoang cũng không bị nhiễm trùng từ trước, bác sĩ phẫu thuật nên cố gắng thử lấy bỏ chóp răng. Đầu tiên nên chụp Xquang chóp răng bị gãy để xác định vị trí và kích thước của nó. Tiếp đó, bác sĩ phẫu thuật nên tưới nước muối vào lỗ thủng nhỏ ở đỉnh huyết ổ răng và sau đó hút dung dịch tưới vào xoang qua lỗ thủng. Việc làm này với hy vọng hút được phần chóp bị gãy qua lỗ thủng. Bác sĩ phẫu thuật nên kiểm tra dung dịch hút ra và chụp Xquang để chắc rằng chóp răng đã được loại bỏ. Nếu kỹ thuật này không thành công, không nên thực hiện lại phương pháp này và chóp đó cần phải để lại trong xoang và theo dõi thêm. Thường một chóp chân răng nhỏ, không bị nhiễm trùng có thể tồn tại và không có khả năng gây ra bất kỳ biến chứng rắc rối nào. Cố gắng thực hiện thủ thuật trong tình huống này chỉ gây ra tai biến cho bệnh nhân nhiều hơn là để lại chóp chân răng trong xoang. Bệnh nhân phải được thông báo về quyết định và được hướng dẫn để theo dõi thường xuyên chân răng và xoang.

Tiến hành khâu đóng niêm mạc, kê kháng sinh và xịt thuốc đường mũi để giảm nguy cơ nhiễm trùng. Nếu chân răng bị nhiễm trùng hoặc bệnh nhân bị viêm xoang mạn tính, bệnh nhân nên được chuyển đến bác sĩ phẫu thuật hàm mặt để lấy bỏ chân răng thông qua phương pháp Caldwell-Luc (mở đường vào xoang từ phía bên) hoặc nội soi tiếp cận đáy răng chui ngược trở lại huyết răng, sau đó nha sĩ dùng cây bẩy chóp (root-tip) nhẹ nhàng lấy chân răng lên. Nếu lần cố gắng này không thành công nên dừng lại và chuyển bệnh nhân đến bác sĩ chuyên phẫu thuật. Thông thường để lấy bỏ chân răng như vậy, cần bắt buộc phải tạo và lật vạt phía lưỡi và nhẹ nhàng phẫu tích và quan sát tìm kiếm cho đến khi tìm thấy chân răng.

2.2.3. Răng rơi xuống vùng hầu họng

Đôi khi trong quá trình nhổ răng, thân răng hoặc răng giả có thể bị rơi trong vòm họng. Nếu điều này xảy ra, cho bệnh nhân cúi thấp xuống sàn càng nhiều càng tốt. Bệnh nhân nên được khuyến khích ho và nhổ răng ra ngoài. Mặc dù vậy, răng có

thể đã bị nuốt hoặc hít vào đường thở. Nếu bệnh nhân không bị ho hoặc suy hô hấp, rất có thể là răng đã bị nuốt và đã đi xuống thực quản vào dạ dày. Tuy nhiên, nếu bệnh nhân bị ho dữ dội hoặc khó thở, răng có thể bị hút qua dây thanh âm vào khí quản và từ đó vào phế quản chính. Trong cả hai trường hợp, bệnh nhân nên được chuyển đến khoa cấp cứu và chụp Xquang ngực và bụng để xác định vị trí cụ thể của răng. Nếu răng đã được hít vào đường thở, cần xử trí cấp cứu duy trì đường thở của bệnh nhân. Bô sung oxy có thể thích hợp nếu quan sát thấy dấu hiệu suy hô hấp, lấy răng bằng dụng cụ nội soi chuyên dụng.

Nếu răng đã bị nuốt phải, rất có khả năng nó sẽ đi qua đường tiêu hoá trong vòng 2 đến 4 ngày. Vì răng thường không bị lóm chồm hoặc sắc nhọn, việc vượt qua con đường này có thể không bị cản trở và cuối cùng sẽ được truyền ra ngoài cùng với phân. Tuy nhiên, có thể nên thận trọng khi đưa bệnh nhân đến phòng cấp cứu và chụp Xquang bụng để xác nhận rằng răng thực sự nằm trong đường tiêu hoá chứ không phải trong đường hô hấp.

2.2.4. Nhỏ nhầm răng

Đây là biến chứng mà mọi nha sĩ đều tin rằng không bao giờ có thể xảy ra nhưng ngạc nhiên là vẫn có thể gặp phải bất kỳ lúc nào nếu chủ quan. Đây thường là nguyên nhân phổ biến nhất của các vụ kiện nha sĩ. Nhỏ răng sai không bao giờ xảy ra nếu có sự chú ý khi lập kế hoạch và thực hiện thủ tục phẫu thuật.

Vấn đề này có thể là kết quả của sự quan tâm không đầy đủ để đánh giá trước phẫu thuật. Nếu chiếc răng được nhỏ rất cẩn thận, ít có khả năng nhỏ nhầm. Một lý do phổ biến gây nhỏ răng sai là nha sĩ hỗ trợ giúp nhỏ răng cho một nha sĩ khác, như khi yêu cầu loại bỏ răng cho mục đích chỉnh nha, đặc biệt là ở những bệnh nhân đang trong giai đoạn răng hỗn hợp và các bác sĩ chỉnh nha đã yêu cầu nhỏ răng bất thường. Lập kế hoạch trước phẫu thuật cẩn thận, liên lạc rõ ràng với nha sĩ giới thiệu và đánh giá lâm sàng chu đáo răng cần được nhỏ là những phương pháp chính để ngăn ngừa biến chứng này. Xử trí: Nếu nhỏ nhầm răng và bác sĩ phẫu thuật nhận ra lỗi này ngay lập tức nên nhanh chóng đặt lại răng vào huyết ổ răng. Nếu nhỏ răng là cho mục đích chỉnh nha, bác sĩ phẫu thuật nên liên hệ với bác sĩ chỉnh nha ngay lập tức và thảo luận về việc liệu chiếc răng bị loại bỏ có thể thay thế cho chiếc răng cần được loại bỏ. Nếu bác sĩ chỉnh nha tin rằng răng ban đầu phải được loại bỏ, việc nhỏ răng đúng nên được hoãn lại trong 4 hoặc 5 tuần cho đến khi đánh giá được sự tồn tại của răng cắm lại. Nếu răng nhỏ sai có lại được sự liên kết lại của vùng quanh răng, thì việc nhỏ răng theo kế hoạch ban đầu có thể tiến hành. Ngoài ra, bác sĩ phẫu thuật không nên nhỏ răng đối diện cho đến khi kế hoạch điều trị thay thế được thực hiện.

Nếu bác sĩ phẫu thuật không nhận ra rằng răng sai đã được nhỏ cho đến khi bệnh nhân quay trở lại thăm khám sau phẫu thuật, có thể làm rất ít để khắc phục vấn đề. Việc thay thế răng được nhỏ sau khi răng đã khô thì không thể thực hiện thành

công. Khi nhổ nhâm răng, điều quan trọng là phải thông báo cho bệnh nhân, cha mẹ hoặc người chăm sóc bệnh nhân (nếu bệnh nhân là trẻ vị thành niên) và bất kỳ nha sĩ nào khác có liên quan đến chăm sóc bệnh nhân, chẳng hạn như bác sĩ chỉnh nha. Trong một số tình huống, bác sĩ chỉnh nha có thể điều chỉnh kế hoạch điều trị để việc nhổ răng sai chỉ cần một sự thay đổi nhỏ của kế hoạch. Ngoài ra, nếu trường hợp không liên quan đến chỉnh nha, cần phục hồi lại răng đã mất bằng Implant để có thể khôi phục hoàn toàn tình trạng răng của bệnh nhân như trước khi nhổ răng.

2.3.Sang chân răng liền kề

Khi nha sĩ nhổ một chiếc răng, trọng tâm của sự chú ý là chiếc răng đó và áp dụng các lực để làm lung lay nó. Khi dồn toàn bộ sự chú ý tập trung vào chỉ chiếc răng này, khả năng bị thương ở răng kế cận sẽ tăng lên. Chấn thương thường được gây ra bởi việc sử dụng mũi khoan để mở xương hoặc chia cắt chân răng nên cần thận để tránh mở xương quá gần răng kế khi phẫu thuật nhổ răng.

2.3.1. Gãy vỡ hoặc biến dạng môi hàn hoặc chụp răng liền kề

Chấn thương phổ biến nhất đối với các răng lân cận là vỡ hoặc biến dạng phục hình hoặc làm hỏng răng nghiêm trọng trong khi bác sĩ phẫu thuật đang cố gắng bẫy răng. Nếu răng kế bên có một vết hàn lớn tồn tại, bác sĩ phẫu thuật nên cảnh báo bệnh nhân trước phẫu thuật về khả năng bị gãy vỡ hoặc bong môi hàn trong quá trình nhổ răng. Trong quá trình nhổ, nha sĩ phải sử dụng cây bẫy một cách thận trọng, được đưa hoàn toàn vào khoảng không gian giữa dây chằng nha chu và xương ổ răng. Nếu môi hàn chẳng may bị gãy vỡ, không được để vật liệu hàn rơi vào hốc răng trống. Bệnh nhân cần được thông báo nếu xảy ra gãy răng hoặc vỡ phục hình và cần phải phục hình thay thế. Răng ở phía trên đối diện cũng có thể bị tổn thương do các lực không được kiểm soát. Điều này thường xảy ra khi lực sử dụng lấy răng ra quá mức được. Chiếc răng đột nhiên được giải phóng khỏi huyệt ổ răng và đập vào răng đối diện làm sút mẻ hoặc gãy một nướm răng. Trường hợp này hay xảy ra khi nhổ răng dưới vì những răng này có thể cần lực kéo dọc lớn hơn cho việc lấy răng, đặc biệt là khi sử dụng kim sừng bò số 23 (cowhorn).

Phòng ngừa loại chấn thương này có thể được thực hiện bằng một số phương pháp. Phương pháp đầu tiên và quan trọng nhất là tránh sử dụng lực kéo quá mức. Phải tuân thủ quy trình nhổ răng, cần lung lay răng cho đến khi răng đứt các dây chằng, trật khỏi xương ổ, không nên nóng vội để rút răng ngay khi bắt đầu cuộc nhổ. Bác sĩ phẫu thuật hoặc trợ thủ luôn có xu hướng bảo vệ răng đối diện trong khi nhổ bằng cách giữ một ngón tay hoặc đầu ống hút vào chúng để hấp thụ bớt lực va chạm nếu răng chẳng may không kiểm soát được lực giải phóng răng ra theo hướng đó. Nếu chấn thương răng xảy ra, răng nên được mài nhẵn hoặc phục hồi lại và theo dõi mức độ tổn thương tùy do sang chân.

2.3.2.Lung luy răng liền kề

Việc sử dụng không đúng cách các dụng cụ nhổ răng có thể làm lung lay răng bên cạnh. Phòng ngừa tốt nhất bằng cách sử dụng lực một cách thận trọng với kim và bẫy. Nếu răng cần nhổ chen chúc và có các răng chồng lên nhau, như thường thấy ở vùng răng cửa hàm dưới, cần sử dụng một kim có mỏ kim mỏng như kim số 286 để nhổ răng. Nên tránh dùng kim có mỏ rộng hơn vì chúng sẽ gây sang chấn và làm lung lay răng bên cạnh. Tuy nhiên, nếu một chiếc răng liền kề bị lung lay nhiều hoặc bị trôi lên một phần, phải đặt lại răng vào vị trí thích hợp và cố định nó chờ quá trình lành thương. Tái kiểm tra khớp cắn để đảm bảo rằng răng không bị sang chấn khớp cắn sau này. Trong tình huống này, sẽ cố định răng bán cứng chắc bằng cách khâu cố định răng, sử dụng chỉ Silk và khâu qua mặt nhai vào lợi. Không nên cố định hoàn toàn bằng buộc chỉ thép vào dây cung cứng vì dễ dẫn tiêu chân răng mặt ngoài và dính khớp răng.

2.4. Sang chấn xương hàm

2.4.1. Gãy vỡ xương ổ răng

Việc nhổ răng đòi hỏi xương ổ răng xung quanh phải được giãn rộng để đường ra của răng không bị cản trở. Tuy nhiên, trong một số tình huống, thay vì giãn rộng, xương bị nứt gãy và khi lấy ra vẫn gắn vào răng.

Nguyên nhân: Rất có thể gây ra gãy vỡ xương ổ là do sử dụng lực quá mức khi nhổ, làm gãy bản xương. Nếu cần phải dùng lực quá mức để nhổ một chiếc răng, phải lật vạt và mổ xương có kiểm soát để có thể lấy răng ra hoặc trong trường hợp răng nhiều chân, nên cắt chia chân răng. Nếu nguyên tắc này không được tuân thủ và bác sĩ phẫu thuật tiếp tục sử dụng lực quá mức hoặc không kiểm soát được, gãy vỡ xương thường xảy ra.

Những nơi có khả năng gãy lớn nhất là mặt ngoài các răng hàm trên (đặc biệt là răng số 6 hàm trên), sàn xoang hàm trên, lồi củ và bản ngoài của răng cửa dưới. Tất cả những chấn thương xương này là do lực quá mức kim

Phòng ngừa: Phương pháp chính để ngăn ngừa các gãy xương này là thực hiện kiểm tra trước phẫu thuật cẩn thận bản xương cả về lâm sàng và Xquang. Bác sĩ phẫu thuật nên kiểm tra hình dạng, số lượng chân răng cần loại bỏ và đánh giá mối liên quan của chân răng với xoang hàm trên, đánh giá độ dày bản xương mặt ngoài nơi thường làm điểm tựa đặt bẫy. Nếu chân răng choãi rộng, nếu nằm sát xoang hoặc nếu bệnh nhân có lớp xương vỏ dày phía mặt ngoài, bác sĩ phẫu thuật nên thực hiện các biện pháp đặc biệt để ngăn ngừa nứt gãy xương. Bệnh nhân lớn tuổi là một yếu tố được xem xét vì xương người cao tuổi có khả năng đàn hồi kém hơn và do đó có nhiều khả năng bị gãy hơn là giãn rộng. Với việc xác định trước phẫu thuật sẽ có xác suất gãy xương cao, bác sĩ phẫu thuật nên xem xét thực hiện nhổ răng bằng kỹ thuật phẫu thuật mở.

Bằng cách sử dụng phương pháp này, bác sĩ phẫu thuật có thể loại bỏ một lượng xương ít hơn, kiểm soát tốt hơn, dẫn đến việc chữa lành nhanh hơn và thuận lợi hơn để phục hình sau này. Khi răng hàm nằm gần với xoang hàm, cần cắt chân răng thành hai hoặc ba phần, điều này giúp ngăn chặn việc gãy vỡ một phần của xoang hàm trên, cũng giúp ngăn ngừa thủng xoang hàm trên.

Xử trí: Xử trí gãy xương ổ răng có nhiều cách khác nhau, tùy thuộc vào loại và mức độ nghiêm trọng của gãy xương. Nếu mảnh xương dính cùng với răng, khâu cố định mô mềm để ngăn ngừa sự chậm lành. Phải mài chỉnh hoặc làm nhẵn bất kỳ cạnh sắc nhọn nếu có gây ra bởi gãy xương. Nếu các cạnh sắc nhọn như vậy tồn tại, bác sĩ phẫu thuật nên lật vạt bộc lộ xương và sử dụng mũi khoan mài nhẵn các cạnh sắc hoặc sử dụng kim cây dừa xương để loại bỏ các cạnh sắc. Thường bác sĩ phẫu thuật sẽ sờ tay vào bản trong để kiểm tra độ sắc sau khi chỉnh sửa, nếu còn chưa nhẵn thì phải tiếp tục chỉnh sửa. Thường trong khi nhổ răng, bác sĩ phẫu thuật nếu sử dụng ngón trỏ của bàn tay trái sẽ cảm nhận thấy xương nứt, gãy. Lúc này xương vẫn còn dính với lớp dưới niêm mạc và thường sẽ tồn tại nếu được tách bỏ khỏi chân răng, sử dụng một dụng cụ sắc bén như cây bóc tách số 9 để tách xương hàm khỏi chân răng. Xương và mô mềm sau khi được tách khỏi răng sẽ được khâu lại. Khi được điều trị theo cách này, khả năng xương sẽ lành lại thuận lợi hơn, hình dạng sống hàm và thể tích xương cũng tốt hơn so với khi bản xương bị mất đi cùng với răng trong quá trình nhổ. Vì vậy, nó là giá trị đặc biệt để cắt xương từ răng.

2.4.2. Gãy vỡ lồi củ xương hàm trên

Gãy một phần xương lớn ở vùng lồi củ là một tình huống cần đặc biệt quan tâm. Vùng lồi củ rất quan trọng cho việc lưu giữ ổn định tối ưu một hàm răng giả. Nếu một phần lớn của lồi củ này bị gãy vỡ cùng với răng hàm trên, sự ổn định của hàm giả có thể bị tổn hại. Một lỗ thông vào xoang hàm trên cũng có thể được tạo ra. Gãy lồi củ thường do nhổ răng số 8 hàm trên ngầm hoặc nhổ răng 7 trong trường hợp nó là chiếc răng cuối cùng. *Xử trí:* Nếu gãy vỡ lồi củ xảy ra trong quá trình nhổ răng, việc điều trị là tương tự như gãy xương khác. Bác sĩ phẫu thuật sẽ cảm nhận được bởi ngón tay của bàn tay trái, nếu xương vẫn gắn liền với lợi dính, thực hiện các biện pháp như trên để đảm bảo sự sống sót của xương bị gãy. Tuy nhiên, nếu lồi củ di động quá mức và không thể tách ra khỏi chân răng, bác sĩ phẫu thuật có một số lựa chọn. Đầu tiên là cố định răng định nhổ sang răng kế cận và trì hoãn quá trình nhổ răng từ 6 đến 8 tuần, cho phép thời gian để xương lành lại. Răng này sau đó sẽ được nhổ phẫu thuật. Tùy chọn thứ hai là cắt phần thân răng từ chân răng dính lồi củ và theo dõi phần lồi củ và phần chân răng lành lại. Sau 6 đến 8 tuần, bác sĩ phẫu thuật có thể loại bỏ chân răng theo cách thông thường. Nếu răng hàm đó bị nhiễm trùng trước khi phẫu thuật, hai kỹ thuật này nên được sử dụng thận trọng.

Nếu lồi củ gãy lớn và tách biệt hoàn toàn với mô mềm, các bước thông thường là làm mịn các cạnh sắc nhọn của xương còn lại, tái định vị và khâu vết thương cho

mô mềm còn lại. Bác sĩ phẫu thuật phải kiểm tra cẩn thận vấn đề thông xoang hàm và can thiệp điều trị khi cần thiết.

2.4.3. Gãy xương hàm dưới

Gãy xương hàm dưới trong quá trình nhổ răng là một biến chứng hiếm gặp; liên quan mật thiết với việc phẫu thuật nhổ răng hàm thứ ba ngầm.

Nguyên nhân: Gãy xương hàm thường là kết quả của việc áp dụng một lực vượt quá mức cần thiết để loại bỏ một chiếc răng và thường xảy ra trong quá trình sử dụng bẫy nha khoa. Đặc biệt, khi răng hàm thứ ba nằm ngầm sâu, chỉ một lực nhỏ có thể gây ra gãy xương. Gãy xương cũng có thể xảy ra trong quá trình lấy bó răng ngầm khác có biến chứng. Nếu gãy xương như vậy xảy ra, nó phải được điều trị bằng các phương pháp thường được áp dụng để điều trị gãy xương hàm. Do đó, bệnh nhân nên được chuyển đến bác sĩ phẫu thuật hàm mặt để cố định xương gãy.

2.5. Sang chấn các tổ chức lân cận

2.5.1. Chấn thương thần kinh

Các nhánh của dây thần kinh số V, chi phối cảm giác niêm mạc và da, là các cấu trúc thần kinh lân cận rất có thể bị tổn thương trong quá trình nhổ răng. Các nhánh liên quan thường xuyên nhất là nhánh cằm, lưỡi, miệng và mũi khẩu cái. Các dây thần kinh mũi khẩu cái và miệng thường bị cắt trong quá trình lật vạt bộc lộ để nhổ răng ngầm. Khu vực chi phối cảm giác của hai dây thần kinh này là tương đối hẹp và thường hồi phục khá nhanh. Do đó, các dây thần kinh mũi khẩu cái và dây thần kinh miệng có thể được phẫu thuật cắt bỏ mà không để lại di chứng lâu dài hoặc bận tâm nhiều đến. Phẫu thuật nhổ răng hàm nhỏ hàm dưới liên quan đến khu vực của dây thần kinh cằm và lỗ cằm nên phải được thực hiện hết sức cẩn thận. Nếu dây thần kinh bị tổn thương, bệnh nhân sẽ bị dị cảm hoặc tê môi và cằm, cảm giác bình thường sẽ trở lại sau vài ngày đến vài tuần. Nếu dây thần kinh cằm bị cắt đứt, khả năng lớn là chức năng thần kinh sẽ không thể hồi phục và bệnh nhân sẽ có trạng thái tê vĩnh viễn. Nên nếu phẫu thuật được thực hiện trong khu vực của dây thần kinh cằm, bác sĩ phẫu thuật phải nhận thức được khả năng tai biến do chấn thương đối với dây thần kinh này.

Nếu cảm thấy không đủ tự tin để thực hiện thủ thuật vùng này, bệnh nhân nên được chuyển đến bác sĩ chuyên phẫu thuật trong miệng. Nếu sử dụng vạt tam giác trong khu vực của dây thần kinh cằm, đường rạch dọc giảm căng phải được rạch càng xa về phía trước để tránh cắt đứt bất kỳ phần nào của dây thần kinh. Trong một số ít trường hợp, có thể thực hiện đường rạch dọc tại núm kẽ răng giữa răng nanh và răng hàm nhỏ thứ nhất.

Thần kinh lưỡi là nhánh tách ra từ dây thần kinh V3, nằm dưới niêm mạc và không có ống xương bao quanh nên rất khó xác định được trên phim Xquang. Thỉnh

thoảng, thần kinh lưỡi nằm trong vùng gói hậu hàm ngay sau răng khôn hàm dưới. Thần kinh lưỡi rất khó có khả năng hồi phục nếu tổn thương nghiêm trọng. Vì vậy, đường rạch phía xa răng khôn trong vùng gói hậu nha cần lưu ý để tránh dây thần kinh này nên đi lệch nhiều về phía má, hạn chế rạch rộng và bóc tách phía mặt lưỡi.

Cuối cùng, dây thần kinh răng dưới có thể bị tổn thương nếu có sang chân dọc theo ống thần kinh răng dưới. Nơi tổn thương phổ biến nhất là khu vực của răng hàm thứ ba. Phẫu thuật lấy các răng hàm thứ ba ngầm có thể làm tụ máu, chèn ép hoặc đứt dây thần kinh này. Đây là biến chứng hay gặp trong quá trình nhổ răng hàm thứ ba. Vì vậy, phải tư vấn cho bệnh nhân nguy cơ này trước phẫu thuật. Sau đó, bác sĩ phẫu thuật phải thực hiện mọi biện pháp phòng ngừa có thể để tránh làm tổn thương dây thần kinh trong quá trình nhổ răng.

Nếu các dây thần kinh răng dưới hay thần kinh lưỡi đã bị tổn thương, bác sĩ phẫu thuật nên chuyển bệnh nhân đến bác sĩ phẫu thuật hàm mặt để được tư vấn. Nên điều trị kịp thời vì nếu có chỉ định sửa chữa thần kinh, việc sửa chữa càng sớm thì cơ hội phục hồi chức năng thần kinh càng cao.

2.5.2. Chấn thương khớp thái dương hàm

Một vị trí có thể bị chấn thương trong quá trình nhổ răng hàm dưới là khớp thái dương hàm. Nhổ răng hàm dưới thường đòi hỏi một lực ấn đáng kể nên nếu khớp thái dương hàm không được hỗ trợ đầy đủ trong quá trình nhổ răng để giúp chống lại các lực, bệnh nhân có thể bị đau ở vùng này. Việc sử dụng một khối cản ở bên đối diện có thể tạo sự cân bằng lực đầy đủ giúp làm giảm chấn. Ngoài ra, trợ thủ phải biết giữ cố định xương hàm dưới, tránh để xương hàm di chuyển trong quá trình nhổ. Nếu bệnh nhân than phiền đau ở vùng khớp thái dương hàm ngay sau khi thực hiện phẫu thuật, bác sĩ phẫu thuật nên khuyến cáo bệnh nhân chườm nóng, hạn chế cử động hàm, ăn chế độ ăn mềm và có thể uống 600 đến 800mg ibuprofen mỗi 4 giờ trong vài ngày hoặc thay bằng 500 đến 1000mg acetaminophen nếu có tiền sử dạ dày.

2.6. Thủng xoang hàm

Việc nhổ các răng hàm trên có thể dẫn đến sự thông thương giữa xoang hàm trên và khoang miệng. Nếu lỗ thông này không lành hoặc được điều trị không phù hợp, nó có thể dẫn đến viêm xoang hàm hoặc hình thành lỗ rò xoang - miệng (OAF) Tỷ lệ thông xoang miệng (OAC) sau nhổ răng khôn hàm trên dao động từ 0,08% đến 0,25% nhưng cần lưu ý rằng OAC phổ biến hơn ở vị trí răng hàm đầu tiên, tiếp theo hay gặp ở vị trí răng hàm thứ hai và tất cả các bệnh nhân nên được cảnh báo về khả năng OAC và thậm chí OAF sau khi nhổ bỏ các răng hàm trên. Khi nhổ răng hàm trên gần sát với xoang, đặc biệt là khi viêm xoang và chân răng choãi rộng, tránh sử dụng lực quá mức và cần xem xét để chia chân trong quá trình nhổ.

Phòng ngừa: Phòng ngừa là phương pháp dễ dàng và hiệu quả nhất để tránh biến chứng. Xquang trước phẫu thuật phải được đánh giá cẩn thận về mối quan hệ răng-xoang mỗi khi nhổ răng hàm trên. Nếu xoang gần chân răng và chân răng bị choãi rộng, bác sĩ phẫu thuật nên tránh nhổ răng bằng kim bẩy nên thực hiện nhổ răng phẫu thuật chia cắt chân răng. Tránh dùng lực quá mức khi lấy răng.

Chẩn đoán: Chẩn đoán thủng xoang hàm có thể được thực hiện theo nhiều cách. Đầu tiên, kiểm tra răng sau khi đã được nhổ. Nếu một phần xương dính vào đầu chân răng, có thể nghĩ đến biến chứng thông giữa xoang và miệng, nếu ít hoặc không có xương bám vào chân răng hàm, vẫn chưa thể loại trừ. Một số tác giả sử dụng thử nghiệm xì mũi để chẩn đoán thủng xoang. Thử nghiệm này yêu cầu bệnh nhân bóp chặt mũi roi thở nhẹ qua mũi trong khi bác sĩ phẫu thuật quan sát khu vực nhổ răng. Nếu thủng xoang tồn tại, sẽ có luồng không khí đi qua huyết ổ răng và sủi bọt lẫn máu. Tuy nhiên, nếu không có thử nghiệm thổi mạnh như thế này có nguy cơ tạo ra một lỗ. Sau khi đã chẩn đoán xác định hoặc nghi ngờ lớn sự thủng xoang, bác sĩ phẫu thuật nên đoán kích thước gần đúng của lỗ thủng vì việc điều trị phụ thuộc vào kích thước của lỗ. Thường nếu không có xương đi ra cùng với chân răng, lỗ thủng có thể có đường kính từ 2mm trở xuống. Tuy nhiên, nếu một mảnh xương khá lớn xuất hiện cùng với chân răng, thì lỗ mở sẽ có kích thước đáng kể. Nếu lỗ thủng nhỏ (đường kính ≤ 2 mm), không cần điều trị phẫu thuật bổ sung, cần gạc để đảm bảo hình thành cục máu đông giúp cầm máu và lành thương trong ổ răng. Khuyến bệnh nhân tránh xì mũi, hắt hơi mạnh, hút ống hút và hút thuốc. Bác sĩ phẫu thuật không được thăm dò qua lỗ thủng vào xoang bằng dụng cụ sắc nhọn. Xương của xoang có thể mất mà không làm thủng niêm mạc xoang. Việc thăm dò huyết ổ răng với một dụng cụ như vậy có thể làm rách xoang. Nếu kích thước lỗ thủng vừa phải, có đường kính 2 đến 6mm, có thể khâu mũi khâu chữ X để hỗ trợ duy trì cục máu đông.

Kê thuốc kháng sinh như amoxicillin, cephalosporin, augmentin ... để ngăn ngừa phát triển viêm xoang hàm trên. Nếu đường kính lỗ thủng lớn, từ 7mm trở lên, phẫu thuật vạt xoay từ vòm miệng để đóng hoàn toàn huyết ổ răng, đặt gel cầm máu vào huyết ổ răng và theo dõi sát bệnh nhân. Viêm xoang có thể xuất hiện vài tuần, vài tháng hoặc thậm chí nhiều năm sau khi nhổ răng. Các triệu chứng đau và tăng áp lực xoang, nghẹt mũi, chảy mủ hoặc cảm giác lọt chặt lỏng từ miệng vào mũi. Khi khám, khu vực này có thể bị phù và ban đỏ với u hạt phình ra từ lỗ rò. Điều trị bao gồm kháng sinh phổ rộng, các thuốc thông mũi, thuốc nhỏ mũi xoang. Sau khi hết đợt nhiễm trùng cấp tính, có thể tiến hành lật vạt làm sạch xoang, cắt bỏ đường rò xoang, đóng kín xoang để nước bọt, không khí, thức ăn trong môi trường miệng không thể xâm nhập. Nếu bệnh nhân có hàm giả tháo lắp toàn hàm, khuyến bệnh nhân tạm thời không đeo hàm để không gây tỳ đè vào vùng viêm nhiễm, dễ bục vết mổ.

Tương tự như trong các trường hợp cấp cứu y khoa, cách tốt nhất để kiểm soát biến chứng phẫu thuật là phải ngăn chặn chúng xảy ra. Phòng ngừa các biến chứng

phẫu thuật tốt nhất phải đánh giá kỹ lưỡng trước phẫu thuật và lập kế hoạch điều trị toàn diện, sau đó thực hiện cẩn thận quy trình phẫu thuật. Chỉ khi những điều này được thực hiện thường xuyên, mới giúp giảm thiểu được các biến chứng. Tuy nhiên, ngay cả khi khám và lập kế hoạch cẩn thận đồng thời áp dụng các kỹ thuật nhỏ rằng đúng, các biến chứng vẫn thỉnh thoảng xảy ra. Nhưng nếu gặp các tình huống tai biến có thể dự đoán được này, nha sĩ đã lên kế hoạch cẩn thận thì có thể chủ động kiểm soát. Nha sĩ phải ghi nhớ rằng giới thiệu đến bác sĩ chuyên khoa là một lựa chọn luôn luôn phải được thực hiện nếu tiên lượng độ khó của phẫu thuật vượt quá khả năng của mình, đây không chỉ là đạo đức nghề nghiệp mà còn là cách khôn ngoan để hạn chế rủi ro.