

**TÀI LIỆU ÔN TẬP BÁC SĨ RĂNG HÀM MẶT TRONG
XÉT TUYỂN VIÊN CHỨC BỆNH VIỆN ĐA KHOA
TỈNH TRÀ VINH NĂM 2023**

RĂNG KHÔN MỌC LỆCH

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. NGUYÊN NHÂN

Thiếu khoảng trên xương hàm do sự bất tương xứng về kích thước giữa răng và xương hàm.

Có yếu tố cản trở răng mọc ở vị trí đúng: lợi xơ, u xương hàm....

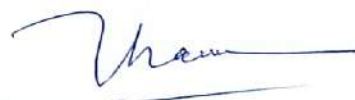
III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

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

- Răng lệch trục
 - + Răng khôn hàm dưới thường có trục lệch gần hoặc lệch má ở các mức độ khác nhau.
 - + Răng khôn hàm trên thường lệch phía ngoài.
- Răng có thể bị kẹt bởi cổ răng hàm lớn thứ hai, mặt nhai răng khôn có thể không chạm mặt phẳng cắn.
- Các dấu hiệu tổn thương răng kế cận: thường có tổn thương sâu cổ răng ở mặt xa răng hàm lớn thứ hai.
- Khi có biến chứng viêm quanh thân răng hoặc các viêm nhiễm khác thì có các biểu hiện:
 - + Đau tự nhiên, khá dữ dội vùng góc hàm.
 - + Có thể có sốt.
 - + Bệnh nhân khó há miệng nhẹ, ăn nhai đau....
 - + Vùng sau răng 7 lợi nề đỏ có thể lan ra trụ trước amidan và ngách tiền đình, có thể có viêm loét ở niêm mạc vùng lân cận.
 - + Lợi ấn đau, chảy mủ.
 - + Có thể thấy một hoặc hai nướu răng lộ ra khỏi lợi, bờ lợi có thể loét nhẹ.
 - + Có hạch dưới hàm.

3.2. Cận lâm sàng



Phim X quang: phim sau huyết ổ răng, Panorama, hàm dưới chếch, Conebeam CT...

- Có hình ảnh răng mọc lệch trục, hướng và vị trí.
- Có thể có hình ảnh tổn thương mất mô cứng mặt xa răng hàm lớn thứ

hai.

3.3. Chẩn đoán phân biệt

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

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

- Khi đã xác định được răng khôn hàm dưới mọc lệch thì nên nhổ bỏ càng sớm càng tốt để không làm mất xương phía xa răng hàm lớn thứ hai.
- Lấy được răng khôn ra khỏi huyết ổ răng mà không làm tổn thương răng kế cận. Trường hợp cần thiết, phải cắt thân răng hoặc phối hợp với chia tách chân răng.
- Trong một số trường hợp phải tạo vạt niêm mạc và mở xương để lấy răng.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Răng khôn lệch không có biến chứng

- Vô cảm.
- Tạo vạt nếu cần.
- Mở xương bộc lộ răng nếu cần.
- Cắt thân răng, và chia cắt chân răng nếu cần.
- Lấy răng ra khỏi huyết ổ răng bằng dụng cụ thích hợp.
- Kiểm soát huyết ổ răng.
- Khâu phục hồi niêm mạc hoặc cắn gạc cầm máu.
- Hướng dẫn bệnh nhân dùng kháng sinh, chống viêm, giảm đau nếu cần.

4.2.2. Răng khôn lệch đã có biến chứng

- Điều trị biến chứng viêm quanh thân răng cấp hoặc nhiễm trùng khác:
 - + Kháng sinh toàn thân.
 - + Bơm rửa túi quanh răng và chăm sóc tại chỗ khác....
- Sau khi hết giai đoạn nhiễm trùng cấp tính thì điều trị nhổ răng khôn lệch theo các bước đã trình bày ở mục 4.2.1.

Man

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

- Trường hợp chưa có biến chứng: nếu nhổ sớm thì có thể bảo vệ tốt được răng hàm lớn thứ hai tránh khỏi mất xương ở phía xa chân răng, sâu cổ răng....

- Trường hợp đã có biến chứng: nếu điều trị đúng quy trình thì có thể tránh được các biến chứng.

5.2. Biến chứng

- Viêm quanh thân răng cấp.

- Tổn thương răng hàm lớn thứ hai.

- Áp xe vùng má, áp xe vùng cơ cắn, áp xe vùng dưới hàm, áp xe quanh hàm ngoài....

- Viêm tấy tỏa lan vùng hàm mặt.

- Nhiễm trùng huyết.

VI. PHÒNG BỆNH

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



NANG NHÁI SÀN MIỆNG

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. NGUYÊN NHÂN

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

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

3.1.1. Lâm sàng

+Có khối phồng ở sàn miệng, kích thước thường khoảng 1-3cm hoặc lớn hơn.

+Bề mặt khối phồng có màu tím nhạt giống bọng nhái, ranh giới rõ.

+Niêm mạc mỏng căng, có thể tự vỡ ra dịch nhầy trong như lòng trắng trứng có albumin và mucin, dễ nhiễm khuẩn, hay tái phát.

+Nang phát triển từ từ, trường hợp to có thể lấn qua đường giữa, đẩy lệch lưỡi, ảnh hưởng chức năng.

+Thể lâm sàng hiếm gặp là nang nhái ở cổ, xảy ra khi nang xuyên qua cơ hàm móng và biểu hiện thành khối phồng ở vùng cổ.

3.1.2. Cận lâm sàng

+X quang thường quy: không có dấu hiệu đặc trưng.

+Cộng hưởng từ (MRI): thấy khối giảm âm và giảm tỷ trọng ranh giới rõ.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

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

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

+Phẫu thuật cắt bỏ nang.

4.2. Điều trị cụ thể

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



4.2.1. Phẫu thuật cắt bỏ nang

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

- Kỹ thuật

- Gây tê tại chỗ.
- Rạch niêm mạc bộc lộ nang.
- Tách bóc vỏ nang ra khỏi mô xung quanh và lấy toàn bộ nang.
- Khâu đóng niêm mạc.
- Kháng sinh.

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

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

- Kỹ thuật

- Phẫu thuật lấy bỏ nang: thực hiện theo mục 4.2.1.
- Phẫu thuật lấy bỏ tuyến nước bọt dưới lưỡi.
- Kháng sinh.

4.2.3. Phẫu thuật mở thông nang

- Chi định

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

- Kỹ thuật

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

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng



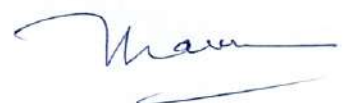
Phẫu thuật cắt bỏ nang hoặc cắt bỏ nang và tuyền nước bọt dưới lưỡi, hoặc phẫu thuật mở thông nang, nếu thực hiện đúng kỹ thuật thì đều cho kết quả tốt, không tái phát.

5.2. Biến chứng

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

VI. PHÒNG BỆNH

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



ÁP XE MÁ

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. NGUYÊN NHÂN

+Do răng

- Răng viêm quanh cuống không được điều trị.
- Răng có viêm quanh răng không được điều trị.
- Do biến chứng răng khôn.

+ Do nguyên nhân khác

+ Do tai biến điều trị.

+ Do chấn thương.

+ Nhiễm trùng các vùng lân cận.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

3.1.1. Lâm sàng

3.1.1.1. Toàn thân

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

3.1.1.2. Tại chỗ

+Ngoài miệng

- Vùng má có 1 khối sưng lớn, da trên khối sưng nóng đỏ hoặc tím, căng, nề, có thể thâm nhiễm lan rộng lên trên đến mi mắt dưới hoặc hố thái dương, ra sau tới vùng cơ cắn hoặc mang tai, xuống dưới tới vùng dưới hàm. Các rãnh tự nhiên trên mặt bị xóa.

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

+ Trong miệng

- Không có dấu hiệu khít hàm.

- Niêm mạc má căng phồng, đầy ngách tiền đình, niêm mạc in dấu răng và có nhiều cặn tơ huyết hoặc giả mạc.

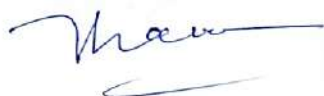
- Khi ấn tay vào khối sưng trong miệng thấy mềm, lún, chuyển sóng.

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

3.1.2. Cận lâm sàng

- X quang thường quy: Có biểu hiện tổn thương răng nguyên nhân.

- CT Scanner: có khối thối quanh ranh giới rõ ở vùng má.



3.2. Chẩn đoán phân biệt

+Áp xe vùng cơ cắn: vị trí áp xe ở vùng cơ cắn và có dấu hiệu khít hàm.

+Áp xe vùng mang tai: vị trí áp xe ở vùng mang tai và dấu hiệu chảy mủ qua lỗ ống Stenon khi thăm khám.

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

Dẫn lưu mủ và điều trị răng nguyên nhân.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1 Điều trị toàn thân

Kháng sinh và nâng cao thể trạng.

4.2.2. Điều trị tại chỗ

4.2.2.1. Đường trong miệng

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

+Kỹ thuật

- Vô cảm.
- Rạch niêm mạc ở chỗ thấp nhất và phòng nhất của ổ áp xe.
- Bộc lộ ổ áp xe và dẫn lưu mủ.
- Bơm rửa.
- Đặt dẫn lưu.
- Điều trị răng nguyên nhân.

4.2.2.2. Đường ngoài mặt

+Chỉ định: khi áp xe tiến triển về phía dưới da vùng má.

+Kỹ thuật

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

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

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

5.2. Biến chứng

+Viêm tấy tóa lan vùng mặt.

+Nhiễm trùng huyết.

VI. PHÒNG BỆNH

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



ÁP XE VÙNG DƯỚI HÀM

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. NGUYÊN NHÂN

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

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

3.1.1. Lâm sàng

3.1.1.1. Toàn thân

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

3.1.1.2. Tại chỗ

+Ngoài miệng

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

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

+ Trong miệng

- Dấu hiệu khít hàm dữ dội.
- Xung huyết, nề niêm mạc ngách tiền đình răng nguyên nhân.
- Rãnh bên lưỡi, vùng xa của sàn miệng sưng nề, xung huyết.
- Khi ấn tay vào khối sưng ở phía sau sàn miệng, mặt trong xương hàm thấy mềm, lún, chuyển sóng.



- Trụ trước amidan xung huyết, phần trước của sàn miệng bình thường.
- Răng nguyên nhân: có biểu hiện bệnh lý của răng nguyên nhân.

3.1.2. Cận lâm sàng

- X quang thường quy

Có thể có hình ảnh tổn thương răng nguyên nhân.

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

3.2. Chẩn đoán phân biệt

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

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

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

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

Dẫn lưu mủ và điều trị răng nguyên nhân.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Điều trị toàn thân:

Kháng sinh và nâng cao thể trạng.

4.2.2. Điều trị tại chỗ

+Rạch dẫn lưu mủ theo đường ngoài mặt.

+Kỹ thuật

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

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

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

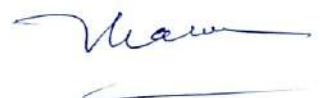
5.2. Biến chứng

+Viêm tấy tóa lan vùng mặt.

+Nhiễm trùng huyết.

VI. PHÒNG BỆNH

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



VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT DƯỚI HÀM DO SỎI

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. NGUYÊN NHÂN

+Sỏi ống tuyến nước bọt.

+Sỏi tuyến nước bọt.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

3.1.1. Lâm sàng

3.1.1.1. Toàn thân

+Có thể có sốt nếu viêm cấp.

+Có thể có hạch viêm dưới hàm cùng bên.

3.1.1.2. Cơ năng

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

3.1.1.3. Tại chỗ

+ Ngoài mặt

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

+ Trong miệng

- Lỗ ống Wharton nề đỏ.

- Sờ có thể thấy sỏi ở vùng ống tuyến.

- Khi vuốt dọc ống tuyến về phía miệng ống tuyến, có thể có mù chảy ra.

3.1.2. Cận lâm sàng

- X quang thường quy: có thể thấy hình ảnh sỏi ở tuyến hoặc ống tuyến.

- CT Scanner

- Thấy vị trí, kích thước của sỏi.

+ Có hình ảnh phì đại tuyến dưới hàm.

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

3.2. Chẩn đoán phân biệt

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

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

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

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Phẫu thuật lấy sỏi và điều trị bảo tồn tuyến

+Chỉ định

- Sỏi ống tuyến.
- Viêm tuyến nhưng tuyến chưa xơ hóa.

+Kỹ thuật

- Vô cảm
- Xác định và cố định vị trí sỏi bằng chỉ phẫu thuật. Rạch niêm mạc dọc ống tuyến tại vị trí có sỏi.
- Bộc lộ và lấy sỏi.
- Kiểm soát vùng phẫu thuật. Cắt bỏ chỉ cố định sỏi.
- Khâu đóng niêm mạc.
- Kháng sinh, chống viêm.

4.2.2. Phẫu thuật lấy sỏi và cắt bỏ tuyến dưới hàm

+Chỉ định

- Sỏi tuyến.
- Tuyến viêm mạn gây xơ hóa. -

- Kỹ thuật

- Vô cảm.
- Rạch da vùng dưới hàm.
- Tách bóc, bộc lộ tuyến.
- Cắt bỏ tuyến cùng sỏi.
- Kiểm soát vùng phẫu thuật.
- Đặt dẫn lưu.



- Khâu phục hồi phần mềm.
- Kháng sinh.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

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

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

+Viêm tuyến dưới hàm do sỏi tuyến thì không thể điều trị bảo tồn tuyến.

5.2. Biến chứng

+ Áp xe vùng dưới hàm.

+ Áp xe vùng sàn miệng.

VI. PHÒNG BỆNH

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



U TUYẾN NƯỚC BỌT DƯỚI HÀM

I. ĐỊNH NGHĨA

Là khối u của tuyến nước bọt dưới hàm.

II. NGUYÊN NHÂN

Chưa rõ ràng.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

3.1.1. Lâm sàng

3.1.1.1. Toàn thân

Chỉ có biểu hiện toàn thân rõ rệt khi u bội nhiễm.

3.1.1.2. Tại chỗ

+Cơ năng

- Thường không đau hoặc đau ít.
- Khi u to gây khó ăn uống, nuốt, nói....

+Thực thể

- Khám thấy khối sưng vùng tuyến dưới hàm ranh giới rõ, mật độ chắc, di động cùng với tuyến, da trên u bình thường nếu không bội nhiễm
- Trong miệng có thể sờ thấy u ở sàn miệng.

3.1.2. Cận lâm sàng

+X quang: có bơm thuốc cản quang ống tuyến thấy hình ảnh bàn tay ôm bong trên phim mặt thẳng.

+CT-Scanner: thấy rõ ranh giới, kích thước, mật độ u nằm trong tuyến.

+Giải phẫu bệnh lý: sinh thiết có giá trị hơn chọc hút.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

+Hạch viêm dưới hàm: ranh giới phân biệt với tuyến.

+Viêm tuyến mạn tính: tuyến phì đại và xơ hóa.

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

Cắt toàn bộ u và tuyến dưới hàm tương ứng.

4.2. Điều trị cụ thể

Phẫu thuật cắt toàn bộ u và tuyến đường ngoài miệng



- +Vô cảm.
- +Rạch da vùng dưới hàm.
- Bóc tách bộc lộ u và tuyến.
- Cắt toàn bộ u và tuyến dưới hàm tương ứng.
- Kiểm soát vùng phẫu thuật.
- Đặt dẫn lưu kín.
- Khâu phục hồi.
- Kháng sinh.

V. TIN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

+U tuyến dưới hàm thường lành tính nên phẫu thuật triệt để đem lại kết quả điều trị tốt.

+Ít tái phát và chuyển dạng ác tính.

5.2. Biến chứng

+ U bội nhiễm có thể gây đau sốt ảnh hưởng chức năng ăn uống nói....

+ Các biến chứng của phẫu thuật cắt u và tuyến dưới hàm: tê lưỡi.....

VI. PHÒNG BỆNH

Khám chuyên khoa răng hàm mặt định kỳ để phát hiện sớm dấu hiệu của bệnh.



CHẤN THƯƠNG PHẦN MỀM VÙNG HÀM MẶT

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. NGUYÊN NHÂN

- +Do tai nạn giao thông.
- +Do tai nạn lao động.
- +Do tai nạn sinh hoạt...

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

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

3.1.1. Vết thương xây sát

- Tổn thương nông trên mặt da đến lớp thượng bì với biểu hiện có vết xước, rớm máu, xây sát.
- Có thể có dị vật, có thể làm thay đổi màu sắc da nếu không được làm sạch.
- Bệnh nhân cảm thấy rất đau, rát do bong lớp thượng bì, hở đầu mút thần kinh.

3.1.2. Vết thương đụng dập

- Da có biểu hiện xuất huyết, tụ máu tại chỗ, có biểu hiện bầm tím, phù nề và biến dạng mô mềm.
- Bề mặt vết thương đụng giập có thể màu tím hoặc vàng nếu bệnh nhân đến muộn.

3.1.3. Vết thương rách da

- Rách da với các kích thước khác nhau. Vết rách có thể gọn hoặc nham nhở. Hai mép vết rách có thể đóng kín hoặc hở. Có thể có dị vật.
- Rách mô mềm dưới da: có thể có tổn thương rách cơ, tổn thương thần kinh, mạch máu, tuyến nước bọt....
- Có thể có rách niêm mạc.
- Chảy máu: tùy vị trí và mức độ tổn thương mà có chảy máu ở các mức độ khác nhau.



3.1.4. Vết thương xuyên

- Có tổn thương xuyên thấu đi từ da, qua các mô mềm dưới da và niêm mạc thông với các hốc tự nhiên vùng hàm mặt như: khoang miệng, hốc mũi, xoang hàm...

- Tùy theo vết thương xuyên thông vào vùng nào mà có triệu chứng liên quan kèm theo như: rách niêm mạc miệng và chảy máu miệng, rách niêm mạc mũi và chảy máu qua ngách mũi...

- Có thể có dị vật ở vùng vết thương.

- Cận lâm sàng: X quang nếu tổn thương chảy máu xoang hàm thì có hình ảnh mờ xoang hàm...

3.1.5. Vết thương mất mô

- Mất da: với kích thước khác nhau tùy theo loại tổn thương.

- Mất mô dưới da: vết thương có thể gây mất cơ, để lại thiếu hồng mô.

- Tổn thương mạch máu: có thể có tổn thương mạch máu gây chảy máu với các mức độ khác nhau.

- Biểu hiện tổn thương thần kinh: có thể có dấu hiệu tê bì ở vùng da tương ứng nếu có tổn thương thần kinh.

- Rò nước bọt: nếu có tổn thương tuyến nước bọt hoặc ống tuyến.

- Dị vật vùng tổn thương: có thể có dị vật.

- Có biểu hiện co kéo làm biến dạng.

3.1.6. Vết thương hòa khí

- Tổn thương mô mềm: tùy từng trường hợp mà có thể có các mức độ tổn thương khác nhau như tổn thương da, mô mềm dưới da, mất mô....

- Đặc điểm tổn thương: đường vào nhỏ, đường ra to, mô bị tổn thương rộng kèm theo dị vật....

- X quang: có thể có hình ảnh các dị vật ở các vùng tổn thương.

3.1.7. Vết thương tuyến nước bọt

- Rách da vùng tuyến nước bọt.

- Tổn thương nhu mô tuyến nước bọt, có thể có dấu hiệu chảy nước bọt qua vùng tổn thương.

- Tổn thương niêm mạc miệng tương ứng ống tuyến và ống tuyến, có dấu hiệu chảy nước bọt qua vùng tổn thương ống tuyến.



3.1.8. Vết thương bỏng

- +Da đỏ, có thể có vết chọt.
- +Có phỏng nước vùng tổn thương.
- +Có các biểu hiện nhiễm trùng nếu bệnh nhân đến muộn.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

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

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

- +Đánh giá hết tổn thương, tránh bỏ sót.
- +Xử lý vết thương càng sớm càng tốt.
- +Làm sạch tổn thương và loại bỏ hết dị vật.
- +Cắt lọc tiết kiệm da và mô mềm dưới da.
- +Cầm máu kỹ.
- +Khâu phục hồi
- + Khâu kín từ trong ra ngoài đặc biệt lớp niêm mạc.
- + Khâu đúng vị trí giải phẫu, tránh để khoang ảo, không căng.
- + Khâu đóng ngay nếu vết thương sạch.

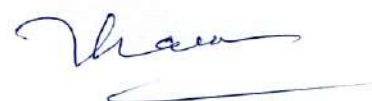
4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Vết thương xây sát

- Vết thương nhỏ
 - + Làm sạch bằng nước muối sinh lý, lấy bỏ dị vật.
 - + Băng bằng mỡ kháng sinh có phủ Lidocaine.
- Vết thương lớn
 - + Vô cảm: gây tê, trong một số trường hợp có thể gây mê.
 - + Điều trị vết thương: lau rửa bằng gạc hoặc dùng bàn chải với xà phòng, thìa nạo....
 - + Băng bằng mỡ kháng sinh có phủ Lidocaine.

4.2.2. Vết thương đụng dập

- Nếu máu tụ đang hình thành: băng ép để cầm máu.



- Tụ máu đã cầm: Nếu tụ máu nhỏ thì theo dõi để tự tiêu. Nếu lớn thì phải phẫu thuật lấy máu tụ.

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

- Tụ máu lâu, có xu hướng nhiễm trùng: rạch lấy bỏ máu tụ

4.2.3. Vết thương rách da

- Làm sạch

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

+ Lấy bỏ hết dị vật.

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

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

- Cắt lọc tiết kiệm

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

+ Cơ: cắt bỏ phần cơ dập nát hoại tử.

- Cầm máu: lựa chọn các phương pháp sau

+ Kẹp mạch.

+ Đốt điện.

+ Khâu cầm máu.

- Khâu phục hồi

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

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

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

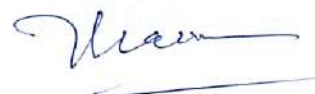
4.2.4. Vết thương xuyên

- Vết thương nhỏ, không chảy máu, không dị vật: không phẫu thuật, điều trị kháng sinh, chống phù nề, thay băng, theo dõi.

- Vết thương to, chảy máu nhiều, có dị vật: phẫu thuật làm sạch, cầm máu, đóng vết thương.

4.2.5. Vết thương mắt mô

- Vết thương nhỏ: bóc tách, khâu phục hồi.



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

4.2.6. Vết thương hòa khí

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

4.2.7. Vết thương tuyến nước bọt

Tổn thương có thể ở nhu mô hoặc ống tuyến.

- Dò nước bọt ở nhu mô: khâu phục hồi.
- Dò ở ống tuyến: nối, hoặc dẫn lưu vào trong miệng.

4.2.8. Vết thương bỏng

+Chườm lạnh, chống shock, bù nước, điện giải, dùng kháng sinh....

+Khi tổn thương đã ổn định tùy tình trạng mà có thể ghép da hoặc tạo hình phục hồi vết thương.

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

+Điều trị sớm và đúng nguyên tắc sẽ cho kết quả tốt.

+Điều trị muộn và sai nguyên tắc có thể gây ra tai biến, di chứng trầm trọng, làm ảnh hưởng đến chức năng, thẩm mỹ.

5.2. Biến chứng

+Nhiễm trùng vết thương.

+Rò nước bọt.

+Sẹo xấu ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ ...



GẤY XƯƠNG HÀM DƯỚI

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tổn thương gãy, làm mất sự liên tục của xương hàm dưới.

II. NGUYÊN NHÂN

- +Tai nạn giao thông.
- +Tai nạn lao động.
- +Tai nạn sinh hoạt.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

3.1.1. Triệu chứng lâm sàng gãy xương hàm dưới

- Sưng nề và tụ máu: Tùy theo vị trí, mức độ chấn thương mà dấu hiệu sưng nề và tụ máu có những mức độ nhiều ít khác nhau, có thể gặp ở ngoài hoặc trong miệng.
- Giãn đoạn và đau chói bờ xương hàm dưới.
- Giãn đoạn và di lệch cung răng.
- Sai khớp cắn.
- Lung lay răng và khối xương ổ răng.
- Có dấu hiệu di động của hai đầu xương gãy khi khám.
- Rối loạn vận động hàm dưới: há miệng hạn chế, lệch hàm sang bên khi há miệng.
- Dị cảm: thường biểu hiện tê môi dưới, da vùng cằm.
- Có thể có tràn khí dưới da : sờ nắn có cảm giác lép lép hơi.

3.1.2. Cận lâm sàng

X quang: Phim Panorama, phim mặt thẳng, phim hàm chéo, phim CT scanner....
Có hình ảnh đường gãy, di lệch xương hàm....

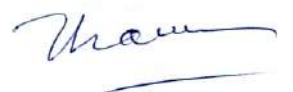
3.2. Chẩn đoán phân biệt

Gãy xương hàm dưới luôn có các triệu chứng lâm sàng và X quang rõ rệt nên không cần chẩn đoán phân biệt.

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

- +Nắn chỉnh lại xương gãy.
- +Cố định xương gãy.



+Ngăn ngừa các biến chứng xảy ra.

+Điều trị phải phục hồi chức năng và thẩm mỹ.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Điều trị không phẫu thuật bằng nắn chỉnh và cố định

- Nắn chỉnh xương gãy

+ Nắn chỉnh bằng tay.

+ Nắn chỉnh bằng lực kéo.

- Cố định xương gãy

+ Cố định bằng phương pháp cố định ngoài miệng: Băng cầm đầu, các khí cụ tựa trên sọ.

+ Cố định trong miệng: cố định hai hàm bằng cung Tigersted hoặc nút Ivy trong thời gian từ 4- 6 tuần

- Điều trị toàn thân: Kháng sinh, chống viêm, giảm đau, dinh dưỡng.

4.2.2. Điều trị bằng phẫu thuật.

- Kết hợp xương bằng chì thép

+ Bộc lộ ổ gãy.

+ Kiểm soát ổ gãy.

+ Nắn chỉnh và cố định.

+ Kết hợp xương bằng chì thép.

+ Cầm máu.

+ Khâu đóng phần mềm theo các lớp giải phẫu.

- Kết hợp xương bằng nẹp vít

+ Bộc lộ ổ gãy.

+ Kiểm soát ổ gãy.

+ Nắn chỉnh và cố định.

+ Kết hợp xương bằng nẹp vít.

+ Cầm máu.

+ Khâu đóng phần mềm theo các lớp giải phẫu.

- Điều trị toàn thân: Kháng sinh, chống viêm, giảm đau, dinh dưỡng.



V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

+Điều trị sớm và đúng nguyên tắc sẽ cho kết quả tốt.

+Điều trị muộn và sai nguyên tắc có thể gây ra tai biến, di chứng trầm trọng, làm ảnh hưởng đến chức năng, thẩm mỹ.

5.2. Biến chứng

+Nhiễm trùng.

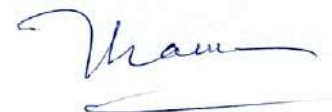
+Khớp cắn sai.

+Hạn chế há miệng.

VI. PHÒNG BỆNH

- Các biện pháp đề phòng tai nạn giao thông.

- Có các phương tiện bảo hộ trong các trường hợp tai nạn giao thông và lao động.



GÃY XƯƠNG HÀM TRÊN

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tổn thương gãy, làm mất sự liên tục của xương hàm trên.

II. NGUYÊN NHÂN

- +Tai nạn giao thông.
- +Tai nạn lao động.
- +Tai nạn sinh hoạt.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

3.1.1. Gãy một phần

- Gãy cành lên xương hàm trên

+ Bầm tím góc trong mắt, sờ thấy có điểm đau chói hoặc hơi lõm nơi tổn thương.

+ Chảy máu mũi.

+ Có thể có chảy nước mắt do tắc ống lệ.

+ X-quang: CT Scanner, mặt nghiêng, Blondeau. Thấy hình ảnh đường gãy vùng cành lên xương hàm trên.

- Gãy hoặc lún thành trước xoang hàm

+ Chảy máu mũi.

+ Bầm tím bờ dưới ổ mắt.

+ Có thể tê bì ở má bên tổn thương.

+ Ấn vào vùng hố nanh có điểm đau chói hoặc có thể thấy tiếng lạo xạo, dấu hiệu vỡ nhiều mảnh.

+ X quang: CT Scanner, Blondeau, Hirzt: Thấy hình ảnh tổn thương thành trước xoang, mờ xoang hàm.

- Gãy bờ dưới ổ mắt và sàn ổ mắt

+ Chảy máu mũi.

+ Xuất huyết kết mạc mi dưới.

+ Tê bì vùng má, có thể có dấu hiệu nhìn song thị.

+ Mắt lõm.

+ Sờ bờ dưới hốc mắt thấy điểm đau chói hoặc có thể thấy khuyết bậc thang.

+ X-quang: CT Scanner Blondeau: thấy hình ảnh tổn thương bờ dưới ổ mắt.

- Gãy mồm khẩu cái và vòm khẩu cái

+ Chảy máu miệng, máu mũi, sặc khi ăn.



+ Bịt mũi khi bệnh nhân thở hơi thoát ra ở miệng.

+ X quang: CT Scanner: thấy hình ảnh tổn thương mòm khẩu cái.

3.1.2. Gãy toàn bộ

Bệnh nhân có thể bị choáng, hoặc kèm chấn thương sọ não. Tùy đường gãy mà có các biểu hiện tại chỗ khác nhau.

3.1.2.1. Gãy dọc

+Lâm sàng

+ Chảy máu mũi, miệng.

+Khớp cắn sai.

+ Khe giữa hai răng cửa giữa hoặc răng cửa bên rộng ra.

+ Dọc giữa vòm miệng thấy đường bầm tím hoặc rách niêm mạc.

+ Khám xương hàm trên thấy di động.

+X quang : CT Scanner, Blondeau, Belot hàm trên: có hình ảnh tổn thương dọc giữa hay dọc bên xương hàm trên.

3.1.2.2. Gãy ngang

Có 3 thể gãy

- Gãy Lefort I

+ Bầm tím môi trên và nghách lợi.

+ Khớp cắn sai, há miệng hạn chế.

+ Đau khi ấn dọc từ gai mũi trước đến lồi củ xương hàm trên.

+ Di động xương hàm trên khi khám.

+ X-quang: CT Scanner, phim mặt thẳng và nghiêng: có hình ảnh đường gãy ngang qua trên cuống răng. Gãy 1/3 dưới chân bướm.

- Gãy Lefort II

+ Mặt sưng nề, tụ máu màng tiếp hợp và ổ mắt hai bên.

+ Chảy máu tươi qua mũi.

+ Khớp cắn sai.

+ Có dấu hiệu di động xương hàm trên.

+ X quang: CT scanner, phim mặt thẳng và nghiêng, Blondeau: có hình ảnh

đường gãy qua giữa xương chính mũi qua mòm lên xương hàm trên, qua xương lệ ra ngoài cắt bờ dưới hốc mắt cạnh hoặc qua lỗ dưới ổ mắt, cắt qua 1/3 giữa xương chân bướm ngoài. Có hình ảnh mờ xoang hàm.



- Gãy Lefort III

+ Mặt phù nề to, bầm tím quanh hốc mắt hai bên, tụ máu màng tiếp hợp, song

thị.

+ Khớp cắn sai, tầng giữa mặt bị đẩy tụt và ra sau xuống dưới.

+ Có thể sờ thấy các đầu xương di lệch.

+ X quang: Tư thế mặt thẳng, nghiêng, Blondeau, Hizt hoặc C.T. Scanner : có hình ảnh đường gãy qua xương chính mũi sát chỗ nối trán – mũi đến mòm lên xương hàm trên, cắt qua 1/3 trên xương chân bướm ngoài. Cắt rời xương tiếp gò má.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

Gãy xương hàm trên luôn có các triệu chứng lâm sàng và X quang rõ rệt nên không cần chẩn đoán phân biệt. Lưu ý : phát hiện các trường hợp có chấn thương sọ não kèm theo để xử trí thích hợp.

IV. ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG HÀM TRÊN

4.1. Nguyên tắc

+Nắn chỉnh lại xương gãy.

+Cố định xương gãy.

+Ngăn ngừa các biến chứng xảy ra.

+Điều trị phải phục hồi chức năng và thẩm mỹ.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Điều trị bằng phẫu thuật treo xương hàm trên.

+Dùng bút chuyên dụng vẽ thiết kế các đường rạch trên da.

+Rạch da đuôi cung mày.

+Nắn chỉnh và cố định

+ Dùng dụng cụ thích hợp nắn chỉnh các đầu xương gãy về vị trí giải phẫu.

+ Cố định 2 hàm đúng khớp cắn bằng cung Tigeursted, hoặc nút Ivy, hoặc vít neo chặn.

+ Treo xương hàm trên vào máu ngoài ổ mắt

- Cầm máu.

+Khâu đóng phần mềm theo các lớp giải phẫu.

4.2.2. Điều trị bằng phẫu thuật kết hợp xương hàm trên bằng nẹp vít

+Dùng bút chuyên dụng vẽ thiết kế các đường rạch trên da và niêm mạc.



- + Đường rạch ngách tiền đình hàm trên cách ranh giới lợi dính khoảng 3 mm để kết hợp xương ở trụ gò má và trụ hàm trên.
- + Đường rạch qua đuôi cung mày để kết hợp máu ngoài ổ mắt.
- + Đường dưới mi dưới để kết hợp bờ dưới ổ mắt.
- Nắn chỉnh và cố định.
 - + Dùng dụng cụ thích hợp nắn chỉnh các đầu xương gãy về vị trí giải phẫu.
 - + Cố định 2 hàm đúng khớp cắn bằng cung Tigeursted, hoặc nút Ivy, hoặc vít neo chặn.
 - + Kết hợp xương hàm trên bằng nẹp vít
- Cầm máu.
- Khâu đóng phần mềm theo các lớp giải phẫu.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng


- +Điều trị sớm và đúng nguyên tắc sẽ cho kết quả tốt.
- +Điều trị muộn và sai nguyên tắc có thể gây ra tai biến, di chứng trầm trọng, làm ảnh hưởng đến chức năng, thẩm mỹ.

5.2. Biến chứng

- +Nhiễm trùng.
- +Khớp cắn sai.
- +Hạn chế há miệng.

VI. PHÒNG BỆNH

- Các biện pháp đề phòng tai nạn giao thông.
- Có các phương tiện bảo hộ trong các trường hợp tai nạn giao thông và lao động.



GÃY XƯƠNG GÒ MÁ CUNG TIẾP

I. ĐỊNH NGHĨA

Gãy xương gò má cung tiếp là tình trạng tổn thương gãy, gián đoạn xương gò má cung tiếp.

II. NGUYÊN NHÂN

- +Tai nạn giao thông.
- +Tai nạn lao động.
- +Tai nạn sinh hoạt...

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

3.1.1. Lâm sàng

- +Sung nề, biến dạng mặt.
- +Tụ máu quanh hốc mắt bên chân thương.
- +Án có điểm đau chói tương ứng điểm gãy.
- +Sờ thấy dấu hiệu bậc thang, mất liên tục tại vị trí tương ứng điểm gãy.
- +Há miệng hạn chế.
- +Khớp cắn đúng.
- +Có thể có dấu hiệu tê môi trên bên gãy.
- +Có thể có dấu hiệu song thị.

3.1.2 Cận lâm sàng

X quang: Phim Hirtz, Blondeau, CT Scanner, Conebeam CT.
Thấy có hình ảnh đường gãy và mức độ di lệch xương.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

Gãy xương gò má cung tiếp luôn có các triệu chứng lâm sàng và X quang rõ rệt nên không cần chẩn đoán phân biệt.

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

- +Nắn chỉnh lại xương gãy.
- +Cố định xương gãy.
- +Ngăn ngừa các biến chứng xảy ra.
- +Điều trị phải phục hồi chức năng và thẩm mỹ.



4.2. Điều trị cụ thể

Tùy từng trường hợp có thể điều trị nắn chỉnh không phẫu thuật hoặc phẫu thuật.

4.2.1. Điều trị nắn chỉnh không phẫu thuật

+ Áp dụng với các trường hợp gãy ít di lệch.

+ Dùng dụng cụ thích hợp nắn chỉnh đưa các phần xương gãy về đúng vị trí giải phẫu.

4.2.2. Điều trị phẫu thuật

- Áp dụng với các trường hợp gãy di lệch.

- Điều trị

+ Rửa da và niêm mạc.

+ Bộc lộ các đầu xương gãy.

+ Kiểm soát và nắn chỉnh các đầu xương gãy về vị trí giải phẫu.

+ Kết hợp xương bằng chỉ thép hoặc nẹp vít.

+ Khâu đóng phần mềm theo các lớp giải phẫu.

+ Điều trị kháng sinh toàn thân, chống viêm, giảm đau.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

Nếu được điều trị kịp thời và đúng kỹ thuật sẽ phục hồi đầy đủ chức năng và thẩm mỹ của mắt.

5.2. Biến chứng

- Mất cảm giác ở vùng dây thần kinh dưới ổ mắt chi phối.

- Viêm xoang hàm.

VI. PHÒNG BỆNH

- Các biện pháp đề phòng tai nạn giao thông.

- Có các phương tiện bảo hộ trong lao động và sinh hoạt

Người biên soạn



BS. CKII Phạm Thanh Bình



PHÊ DUYỆT

TS. BS Trần Kiến Vũ