

RĂNG HÀM MẶT

TÀI LIỆU SƯU TẦM – TỔNG HỢP – DỊCH

[Giới thiệu](#) [Information](#) [Mục lục](#)



BÁCH KHOA Y HỌC 2010

Biên soạn ebook : **Lê Đình Sáng**

ĐẠI HỌC Y KHOA HÀ NỘI

Trang web : www.ykhoaviet.tk

Email : Lesangmd@gmail.com, bachkhoayhoc@gmail.com

Điện thoại : 0973.910.357

THÔNG TIN

THÔNG BÁO VỀ VIỆC XUẤT BẢN BÁCH KHOA Y HỌC 2010 :

Theo yêu cầu và nguyện vọng của nhiều bạn đọc, khác với Bách Khoa Y Học các phiên bản trước, bên cạnh việc cập nhật các bài viết mới và các chuyên khoa mới, cũng như thay đổi cách thức trình bày, Bách Khoa Y Học 2010 được chia ra làm nhiều cuốn nhỏ, mỗi cuốn bao gồm một chủ đề của Y Học, như thế sẽ giúp bạn đọc tiết kiệm được thời gian tra cứu thông tin khi cần. Tác giả xin chân thành cảm ơn tất cả những ý kiến đóng góp phê bình của quý độc giả trong thời gian qua. Tất cả các cuốn sách của bộ sách Bách Khoa Y Học 2010 bạn đọc có thể tìm thấy và tải về từ trang web www.ykhoaviet.tk được Lê Đình Sáng xây dựng và phát triển.

ỦNG HỘ :

Tác giả xin chân thành cảm ơn mọi sự ủng hộ về mặt tài chính để giúp cho Bách Khoa Y Học được phát triển tốt hơn và ngày càng hữu ích hơn.

Mọi tấm lòng ủng hộ cho việc xây dựng một website dành cho việc phổ biến tài liệu học tập và giảng dạy Y Khoa của các cá nhân và Doanh nghiệp xin gửi về :

Tên ngân hàng : NGÂN HÀNG ĐẦU TƯ VÀ PHÁT TRIỂN VIỆT NAM

Tên tài khoản ngân hàng : Lê Đình Sáng

Số tài khoản : 5111-00000-84877

CẢNH BÁO :

TÀI LIỆU NÀY CHỈ MANG TÍNH CHẤT THAM KHẢO nhằm mục đích nâng cao hiểu biết về Y khoa. Tuyệt đối không được tự ý áp dụng các thông tin trong ebook này để chẩn đoán và tự điều trị bệnh, nhất là với những người không thuộc ngành Y . Tác giả ebook này không chịu bất cứ trách nhiệm gì liên quan đến việc sử dụng thông tin trong cuốn sách để áp dụng vào thực tiễn của bạn đọc. Đây là tài liệu sưu tầm từ nhiều tác giả khác nhau, nhiều cuốn sách khác nhau, chưa được kiểm chứng , vì thế mọi thông tin trong cuốn sách này đều chỉ mang tính chất tương đối . Cuốn sách này được phân phát miễn phí với mục đích sử dụng phi thương mại, bất cứ hành vi nào liên quan đến việc mua bán, trao đổi, chỉnh sửa, in ấn cuốn sách này vào bất cứ thời điểm nào đều là bất hợp lệ . Nội dung cuốn ebook này có thể được thay đổi và bổ sung bất cứ lúc nào mà không cần thông báo trước.

GIỚI THIỆU

Bộ sách này được Lê Sáng sưu tầm , biên dịch và tổng hợp với mục đích cung cấp một nguồn tài liệu tham khảo hữu ích cho các bạn sinh viên y khoa, và tất cả những ai có nhu cầu tìm hiểu, nghiên cứu, tra cứu , tham khảo thông tin y học.

Với tiêu chí là bộ sách mở , được xây dựng dựa trên nguồn tài liệu của cộng đồng , không mang mục đích vụ lợi, không gắn với mục đích thương mại hóa dưới bất kỳ hình thức nào , nên trước khi sử dụng bộ sách này bạn phải đồng ý với những điều kiện sau . Nếu không đồng ý , bạn không nên tiếp tục sử dụng sách :

Bộ sách này được cung cấp đến tay bạn , hoàn toàn dựa trên tinh thần tự nguyện của bạn. Không có bất kỳ sự thương lượng, mua chuộc, mời gọi hay liên kết nào giữa bạn và tác giả bộ sách này.

Mục đích của bộ sách để phục vụ công tác học tập cho các bạn sinh viên Y khoa là chính, ngoài ra nếu bạn là những đối tượng đang làm việc trong ngành Y cũng có thể sử dụng bộ sách như là tài liệu tham khảo thêm .

Mọi thông tin trong bộ sách đều chỉ có tính chính xác tương đối, thông tin chưa được kiểm chứng bởi bất cứ cơ quan Pháp luật, Nhà xuất bản hay bất cứ cơ quan có trách nhiệm liên quan nào . Vì vậy, hãy luôn cẩn trọng trước khi bạn chấp nhận một thông tin nào đó được cung cấp trong bộ sách này.

Tất cả các thông tin trong bộ sách này được sưu tầm, tuyển chọn, phiên dịch và sắp xếp theo trình tự nhất định . Mỗi bài viết dù ngắn hay dài, dù hay dù dở cũng đều là công sức của chính tác giả bài viết đó. **Lê Đình Sáng** chỉ là người sưu tầm và phiên dịch, nói một cách khác, người giúp chuyển tải những thông tin mà các tác giả bài viết đã cung cấp, đến tay các bạn .

Bộ sách này là tài liệu sưu tầm và dịch bởi một sinh viên Y khoa chứ không phải là một giáo sư – tiến sĩ hay một chuyên gia Y học dày dặn kinh nghiệm, do đó có thể có rất nhiều lỗi và khiếm khuyết không lường trước , chủ quan hay khách quan, các tài liệu bố trí có thể chưa hợp lý , nên bên cạnh việc thận trọng trước khi thu nhận thông tin , bạn cũng cần đọc kỹ phần mục lục bộ sách và phần hướng dẫn sử dụng bộ sách để sử dụng bộ sách này một cách thuận tiện nhất.

Tác giả bộ sách điện tử này không chịu bất cứ trách nhiệm nào liên quan đến việc sử dụng sai mục đích , gây hậu quả không tốt về sức khỏe, vật chất, uy tín ...của bạn và bệnh nhân của bạn .

Không có chuyên môn , không phải là nhân viên y tế , bạn không được phép tự sử dụng những thông tin có trong bộ sách này để chẩn đoán và điều trị. Từ trước tới nay, các thầy thuốc ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN chứ không phải là ĐIỀU TRỊ BỆNH. Mỗi người bệnh là một thực thể độc lập hoàn toàn khác nhau, do đó việc bê nguyên xi tất cả mọi thông tin trong bộ sách này vào thực tiễn sẽ là một sai lầm lớn . Tác giả sẽ không chịu bất cứ trách nhiệm gì do sự bất cẩn này gây ra.

Vì là bộ sách cộng đồng, tạo ra vì mục đích cộng đồng, do cộng đồng , bộ sách này có phát triển được hay không một phần rất lớn, không chỉ dựa vào sức lực, sự kiên trì của người tạo ra bộ sách này , thì những đóng góp, xây dựng, góp ý, bổ

sung, hiệu chỉnh của người đọc chính là động lực to lớn để bộ sách này được phát triển. Vì một mục tiêu trở thành một bộ sách tham khảo y khoa tổng hợp phù hợp với nhu cầu và tình hình thực tiễn trong lĩnh vực y tế nói riêng và trong cuộc sống nói chung . Tác giả bộ sách mong mỏi ở bạn đọc những lời đóng góp chân thành mang tính xây dựng, những tài liệu quý mà bạn muốn san sẻ cho cộng đồng , vì một tương lai tốt đẹp hơn. Đó là tất cả niềm mong mỏi mà khi bắt đầu xây dựng bộ sách này , tôi vẫn kiên trì theo đuổi .

Nội dung bộ sách này, có thể chỉ đúng trong một thời điểm nhất định trong quá khứ và hiện tại hoặc trong tương lai gần. Trong thời đại cách mạng khoa học công nghệ tiến nhanh như vũ bão như hiện nay, không ai biết trước được liệu những kiến thức mà bạn có được có thể áp dụng vào tương lai hay không . Để trả lời câu hỏi này, chỉ có chính bản thân bạn , phải luôn luôn không ngừng-TỰ MÌNH-cập nhật thông tin mới nhất trong mọi lĩnh vực của đời sống, trong đó có lĩnh vực y khoa. Không ai có thể, tất nhiên bộ sách này không thể, làm điều đó thay bạn.

Nghiêm cấm sử dụng bộ sách này dưới bất kỳ mục đích xấu nào, không được phép thương mại hóa sản phẩm này dưới bất cứ danh nghĩa nào. Tác giả bộ sách này không phải là tác giả bài viết của bộ sách , nhưng đã mất rất nhiều công sức, thời gian, và tiền bạc để tạo ra nó, vì lợi ích chung của cộng đồng. Bạn phải chịu hoàn toàn trách nhiệm với bất kỳ việc sử dụng sai mục đích và không tuân thủ nội dung bộ sách này nêu ra.

Mọi lý thuyết đều chỉ là màu xám, một cuốn sách hay vạn cuốn sách cũng chỉ là lý thuyết, chỉ có thực tế cuộc sống mới là cuốn sách hoàn hảo nhất, ở đó bạn không phải là độc giả mà là diễn viên chính. Và Bách Khoa Y Học cũng chỉ là một hạt thóc nhỏ, việc sử dụng nó để xào nấu hay nhân giống là hoàn toàn tùy thuộc vào bạn đọc. Và người tạo ra hạt thóc này sẽ vui mừng và được truyền thêm động lực để tiếp tục cố gắng nếu biết rằng chính nhờ bạn mà biết bao người không còn phải xếp hàng để chờ cứu trợ.

Mọi đóng góp liên quan đến bộ sách xin gửi về cho tác giả theo địa chỉ trên. Rất mong nhận được phản hồi từ các bạn độc giả để các phiên bản sau được tốt hơn.

Kính chúc bạn đọc, gia quyến và toàn thể người Việt Nam luôn được sống trong khỏe mạnh, cuộc sống ngày càng ấm no hạnh phúc.

Đô Lương, Nghệ An. Tháng 8/2010



ABOUT

ebook editor: Le Dinh Sang

Hanoi Medical University

Website: www.ykhoaviet.tk

Email: Lesangmd@gmail.com, bachkhoayhoc@gmail.com

Tel: 0973.910.357

NOTICE OF MEDICAL ENCYCLOPEDIA PUBLICATION 2010:

As the request and desire of many readers, in addition to updating the new articles and new specialties, as well as changes in presentation, Medical Encyclopedia 2010 is divided into many small ebooks, each ebook includes a subject of medicine, as this may help readers save time looking up informations as needed. The author would like to thank all the critical comments of you all in the recent past. All the books of the Medical Encyclopedia 2010 can be found and downloaded from the site www.ykhoaviet.tk ,by Le Dinh Sang construction and development.

DONATE

The author would like to thank all the financially support to help the Medical Encyclopedia are developing better and more-and-more useful.

All broken hearted support for building a website for the dissemination of learning materials and teaching Medicine of individuals and enterprises should be sent to:

Bank name: BANK FOR INVESTMENT AND DEVELOPMENT OF VIETNAM

Bank Account Name: Le Dinh Sang

Account Number: 5111-00000-84877

DISCLAIMER :

The information provided on My ebooks is intended for your general knowledge only. It is not a substitute for professional medical advice or treatment for specific

medical conditions. You should not use this information to diagnose or treat a health problem or disease without consulting with a qualified health professional. Please contact your health care provider with any questions or concerns you may have regarding your condition.

Medical Encyclopedia 2010 and any support from Lê Đình Sáng are provided 'AS IS' and without warranty, express or implied. Lê Sáng specifically disclaims any implied warranties of merchantability and fitness for a particular purpose. In no event will be liable for any damages, including but not limited to any lost or any damages, whether resulting from impaired or lost money, health or honour or any other cause, or for any other claim by the reader. Use it at Your risks !

FOR NON-COMMERCIAL USER ONLY .

YOU ARE **RESTRICTED** TO adapt, reproduce, modify, translate, publish, create derivative works from, distribute, and display such materials throughout the world in any media now known or hereafter developed with or without acknowledgment to you in Author's ebooks.

FOREWORD

These ebooks are Le Dinh Sang's collection, compilation and synthesis with the aim of providing a useful source of reference-material to medical students, and all who wish to learn, research, investigate to medical information.

Just a set of open-knowledge, based on community resources, non-profit purposes, not associated with commercial purposes under any kind, so before you use this books you must agree to the following conditions. If you disagree, you should not continue to use the book:

This book is to provide to you, completely based on your volunteer spirit. Without any negotiation, bribery, invite or link between you and the author of this book.

The main purpose of these books are support for studying for medical students, in addition to others if you are working in health sector can also use the book as a reference.

All information in the book are only relative accuracy, the information is not verified by any law agency, publisher or any other agency concerned. So always be careful before you accept a certain information be provided in these books.

All information in this book are collected, selected, translated and arranged in a certain order. Each artical whether short or long, or whether or unfinished work

are also the author of that article. Lê Đình Sáng was only a collectors in other words, a person to help convey the information that the authors have provided, to your hand. Remember the author of the articles, if as in this book is clearly the release of this information you must specify the author of articles or units that publish articles.

This book is the material collected and translated by a medical student rather than a professor – Doctor experienced, so there may be many errors and defects unpredictable, subjective or not offices, documents can be arranged not reasonable, so besides carefull before reading information, you should also read carefully the contents of the material and the policy, manual for use of this book .

The author of this e-book does not bear any responsibility regarding the use of improper purposes, get bad results in health, wealth, prestige ... of you and your patients.

7. Not a professional, not a health worker, you are not allowed to use the information contained in this book for diagnosis and treatment. Ever, the physician treating patients rather than treatment. Each person is an independent entity and completely different, so applying all information in this book into practice will be a big mistake. The author will not bear any responsibility to this negligence caused.

8. As is the community material, these books could be developed or not are not only based on their strength and perseverance of the author of this book , the contribution, suggestions, additional adjustment of the reader is great motivation for this book keep developed. Because a goal of becoming a medical reference books in accordance with general requirements and the practical situation in the health sector in particular and life.

9. The contents of this book, may only correct in a certain time in the past and the present or in the near future. In this era of scientific and technological revolution as sweeping as fast now, no one knew before is whether the knowledge that you have obtained can be applied in future or not. To answer this question, only yourself, have to always update-YOURSELF-for latest information in all areas of life, including the medical field. No one can, of course this book can not, do it for you.

10. Strictly forbidden to use this book in any bad purpose, not be allowed to commercialize this product under any mean and any time by any media . The author of this book is not the “inventor” of the book-articles, but has made a lot

of effort, time, and money to create it, for the advanced of the community. You must take full responsibility for any misuse purposes and does not comply with the contents of this book yet.

11. **All theories are just gray**, a thousand books or a book are only **theory**, the only facts of life are the most perfect book, in which you are not an audience but are the main actor. This Book just a small grain, using it to cook or fry breeding is completely depend on you. And the person who created this grain will begin more excited and motivated to keep trying if you know that thanks that so many people no longer have to queue to wait for relief.

12. All comments related to the books should be sent to the me at the address above. We hope to receive feedbacks from you to make the later version better.

13. We wish you, your family and Vietnamese people has always been healthy, happy and have a prosperous life.



MỤC LỤC

1. RĂNG VÀ BỘ RĂNG
2. SỰ PHÁT TRIỂN CỦA RĂNG
3. CHỨC NĂNG CỦA TUYẾN NƯỚC BỌT
4. BỆNH NHA CHU
5. SỰ MỌC RĂNG
6. RĂNG MIỆNG VỚI SỨC KHOẺ TOÀN THÂN
7. NỘI NHA
8. BỆNH SÂU RĂNG
9. BỆNH LÝ TỬY RĂNG VÀ VÙNG QUANH CHÓP
10. VIÊM NHIỄM VÙNG HÀM MẶT
11. PHÂN LOẠI MẤT RĂNG THEO KENNEDY VÀ KOURLIANDSKY

12. CÁC ĐẶC TÍNH CƠ BẢN CỦA CHẤT LẤY DẤU VÀ NHỮNG YÊU CẦU CHUNG CỦA CHẤT LẤY DẤU
 13. YÊU CẦU CHẤT LƯỢNG NHỰA ACRYLIC VÀ NGUYÊN TẮC SỬ DỤNG
 14. PHÂN LOẠI HÀM GIẢ
 15. NGUYÊN TẮC MÀI CÙI RĂNG
 16. Nhổ răng sữa
 17. KIỂM TRA KHỚP CÁN Ở TƯ THẾ LỒNG MÚI TỐI ĐA
 18. CHẤN THƯƠNG HÀM MẶT
 19. U XƯƠNG HÀM DO RĂNG
 20. BỆNH LÝ TUYẾN NƯỚC BỌT
 21. U LÀNH TÍNH MIỆNG - HÀM MẶT
 22. DỊ TẬT BẨM SINH HÀM MẶT
 23. RỐI LOẠN THÁI DƯƠNG HÀM
 24. UNG THƯ NIÊM MẠC MIỆNG
 25. SINH HỌC TỦY RĂNG TRONG NHA KHOA PHỤC HỒI
 26. PHÂN LOẠI CHẤT LẤY DẤU VÀ ALGINATE
 27. VIÊM NHIỄM MIỆNG - HÀM MẶT
 28. FLUOR VÀ RĂNG MIỆNG
 29. X-QUANG TRONG CHẤN THƯƠNG HÀM MẶT
 30. CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG BAN ĐẦU
 31. DỰ PHÒNG BỆNH RĂNG MIỆNG
 32. PHÁT TRIỂN XƯƠNG MẶT Ở TRẺ EM
 33. PHÂN LOẠI LỆCH LẠC THEO ANGLE
 34. CHỈ SỐ PONT VÀ IZARD
 35. CÂU HỎI THI LÝ THUYẾT
 1. MỘT SỐ VẤN ĐỀ RĂNG MIỆNG THƯỜNG GẶP Ở NGƯỜI CAO TUỔI
 2. TÀI LIỆU THAM KHẢO
-

1. RĂNG VÀ BỘ RĂNG

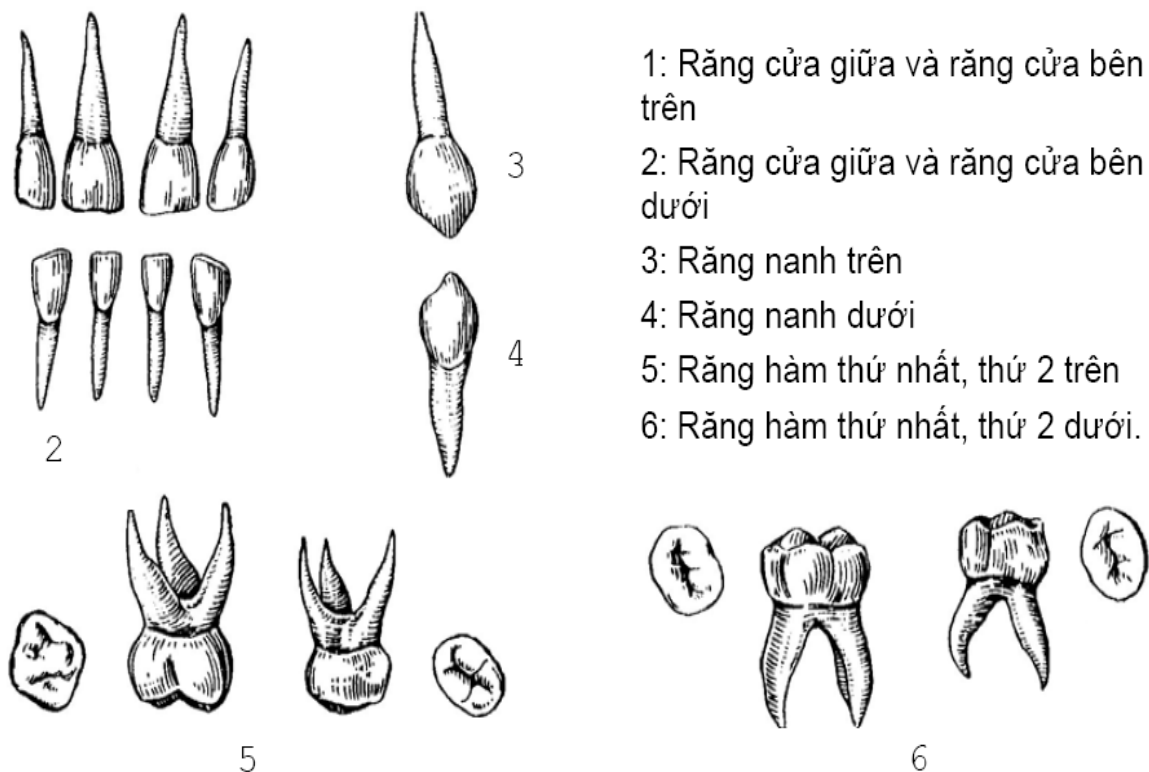
I. Các bộ răng

1. Bộ răng sữa

- Răng sữa có vai trò rất quan trọng trong
 - Tiêu hoá: nhai nghiền thức ăn.
 - Giữ khoảng cho răng vĩnh viễn.
 - Phát âm và thẩm mỹ.

- Đồng thời, kích thích sự phát triển của xương hàm nhất là sự phát triển chiều cao cung răng qua hoạt động nhai.
- Bộ răng sữa gồm 20 chiếc.

Ở mỗi phần tư hàm, có hai răng cửa (răng cửa giữa và răng cửa bên), một răng nanh và hai răng hàm (răng cối thứ nhất và răng cối thứ hai)



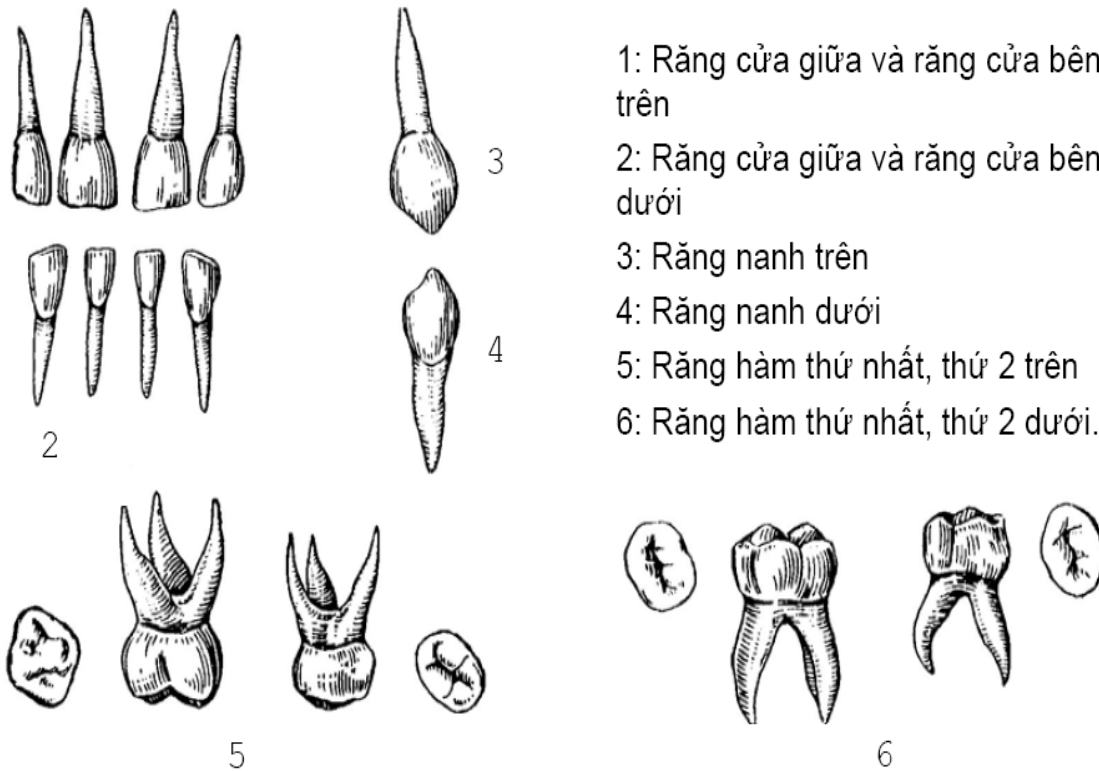
Hình 1: Răng sữa

- Tên răng Ký hiệu
 - Răng cửa giữa là răng sữa số 1
 - Răng cửa bên 2
 - Răng nanh 3
 - Răng hàm thứ nhất (cối 1) 4
 - Răng hàm thứ hai (cối 2) 5

2. Bộ răng vĩnh viễn

- Gồm 32 chiếc, ở mỗi phần tư hàm, có hai răng cửa (răng cửa giữa và răng cửa bên), một răng nanh, các răng này thay thế cho các răng sữa cùng tên tương ứng; hai răng hàm nhỏ (răng hàm nhỏ thứ nhất và răng hàm nhỏ thứ hai, thay thế cho các răng hàm sữa) và ba răng hàm lớn (răng hàm lớn thứ nhất, răng hàm lớn thứ hai và răng hàm lớn thứ ba; các răng này không

thay thế cho răng sữa nào cả, đặc biệt răng hàm lớn thứ nhất còn gọi là răng-sáu-tuổi mọc lên rất sớm, cùng tồn tại với các răng sữa nên rất dễ nhầm với răng sữa và không chăm sóc đúng mức).



Hình 1: Răng sữa

- Răng vĩnh viễn
 - 1: Răng cửa giữa và răng cửa bên trên
 - 2: Răng cửa giữa và răng cửa bên dưới
 - 3: Răng nanh trên
 - 4: Răng nanh dưới
 - 5: Răng hàm nhỏ thứ nhất, thứ hai trên
 - 6: Răng hàm nhỏ thứ nhất, thứ hai dưới
 - 7: Răng hàm lớn thứ nhất, thứ hai và răng khôn trên
 - 8: Răng hàm lớn thứ nhất, thứ hai và răng khôn dưới 1 3 5 7 2 6 4 8
- Ký hiệu
 - Răng cửa giữa là răng vĩnh viễn số 1
 - Răng cửa bên 2
 - Răng nanh 3
 - Răng hàm nhỏ thứ nhất (cối nhỏ 1) 4
 - Răng hàm nhỏ thứ hai (cối nhỏ 2) 5
 - Răng hàm lớn thứ nhất (cối lớn 1: răng-sáu-tuổi) 6

- Răng hàm lớn thứ hai (cối lớn 2: răng-mười-hai-tuổi) 7
- Răng hàm lớn thứ ba (cối lớn 3: răng khôn) 8

3. Bộ răng hỗn hợp

- Gồm răng sữa và răng vĩnh viễn cùng tồn tại trên cung hàm trong khoảng từ 6-12 tuổi.

II. Cách gọi tên răng theo Liên Đoàn Nha Khoa Quốc Tế (FDI) 10/1970

- Để gọi đầy đủ và gọn tên các răng theo vị trí phải trái, trên dưới, người ta dùng hai chữ số ký hiệu là xy:

1. Chữ số đầu (x) chỉ vùng

- Răng hai hàm được chia thành 4 vùng:

1.1. Đối với răng vĩnh viễn

- Vùng 1: cho tất cả các răng hàm trên bên phải.
- Vùng 2: cho tất cả các răng hàm trên bên trái.
- Vùng 3: cho tất cả các răng hàm dưới bên trái.
- Vùng 4: cho tất cả các răng hàm dưới bên phải.

1.2. Đối với răng sữa

- Vùng 5: cho tất cả các răng hàm trên bên phải.
- Vùng 6: cho tất cả các răng hàm trên bên trái.
- Vùng 7: cho tất cả các răng hàm dưới bên trái.
- Vùng 8: cho tất cả các răng hàm dưới bên phải.

2. Chữ số sau (y) chỉ loại răng

- Sơ đồ 1: Bốn vùng của răng vĩnh viễn Sơ đồ 2: Bốn vùng của răng sữa.

1								2								5								6							
8 7 6 5 4 3 2 1								1 2 3 4 5 6 7 8								5 4 3 2 1								1 2 3 4 5							
8 7 6 5 4 3 2 1								1 2 3 4 5 6 7 8								5 4 3 2 1								1 2 3 4 5							
4								3								8								7							

- Ví dụ:
 - Gọi tên răng hàm lớn thứ hai hàm trên bên phải vĩnh viễn là răng 17.
 - Gọi tên răng hàm thứ nhất hàm dưới bên trái sữa là răng 74.

III. Các phần của răng

- Răng có hai phần: Thân răng và chân răng, được phân cách bởi cổ răng giải phẫu.

1. Thân răng

- Là phần trông thấy được ở trên cổ răng giải phẫu,
- Thân răng có 5 mặt:
 - Mặt nhai (của răng hàm), rìa cắn (của nhóm răng cửa trước): qua đó, có sự tiếp xúc các răng hàm đối diện để cắn xé, nhai, nghiền thức ăn. Ở mặt nhai có các nướm (múi) răng, được phân cách nhau bởi các rãnh.
 - Mặt ngoài: còn gọi là mặt má (hàm lang) đối với răng hàm, mặt môi (tiền đình) đối với răng trước cửa.
 - Mặt trong: còn gọi là mặt vòm miệng đối với các răng hàm trên, mặt lưỡi đối với các răng hàm dưới. Hai mặt bên: mặt gần là mặt bên của răng nằm gần đường giữa, mặt xa là mặt bên của răng nằm xa đường giữa.

2. Chân răng

- Là phần được cắm vào xương ổ răng của xương hàm, được che phủ trên cùng bởi lợi bám ở cổ răng, tận cùng bằng chóp chân răng. Số lượng chân tùy loại răng và vị trí của nó:

2.1. Đối với răng vĩnh viễn

- Một chân: các răng cửa, răng nanh, các răng hàm nhỏ hàm dưới, răng hàm nhỏ thứ hai hàm trên.
- Hai chân: răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên (gồm một chân ngoài và một chân trong), răng hàm lớn thứ nhất và răng hàm lớn thứ hai hàm dưới (gồm một chân xa và một chân gần).
- Ba chân: răng hàm lớn thứ nhất và thứ hai hàm trên (gồm hai chân ngoài và một chân trong).
- Số chân bất thường: răng khôn và các trường hợp ngoại lệ ở các răng khác có số lượng chân thay đổi.

2.2. Đối với răng sữa

- Một chân: các răng cửa, răng nanh.
- Hai chân: các răng hàm (cối) dưới (gồm một chân xa và một chân gần).
- Ba chân: các răng hàm (cối) trên (gồm hai chân ngoài và một chân trong).

IV. Cấu trúc răng

- Răng được cấu tạo bởi ba thành phần: men, ngà và tủy răng.

1. Men răng

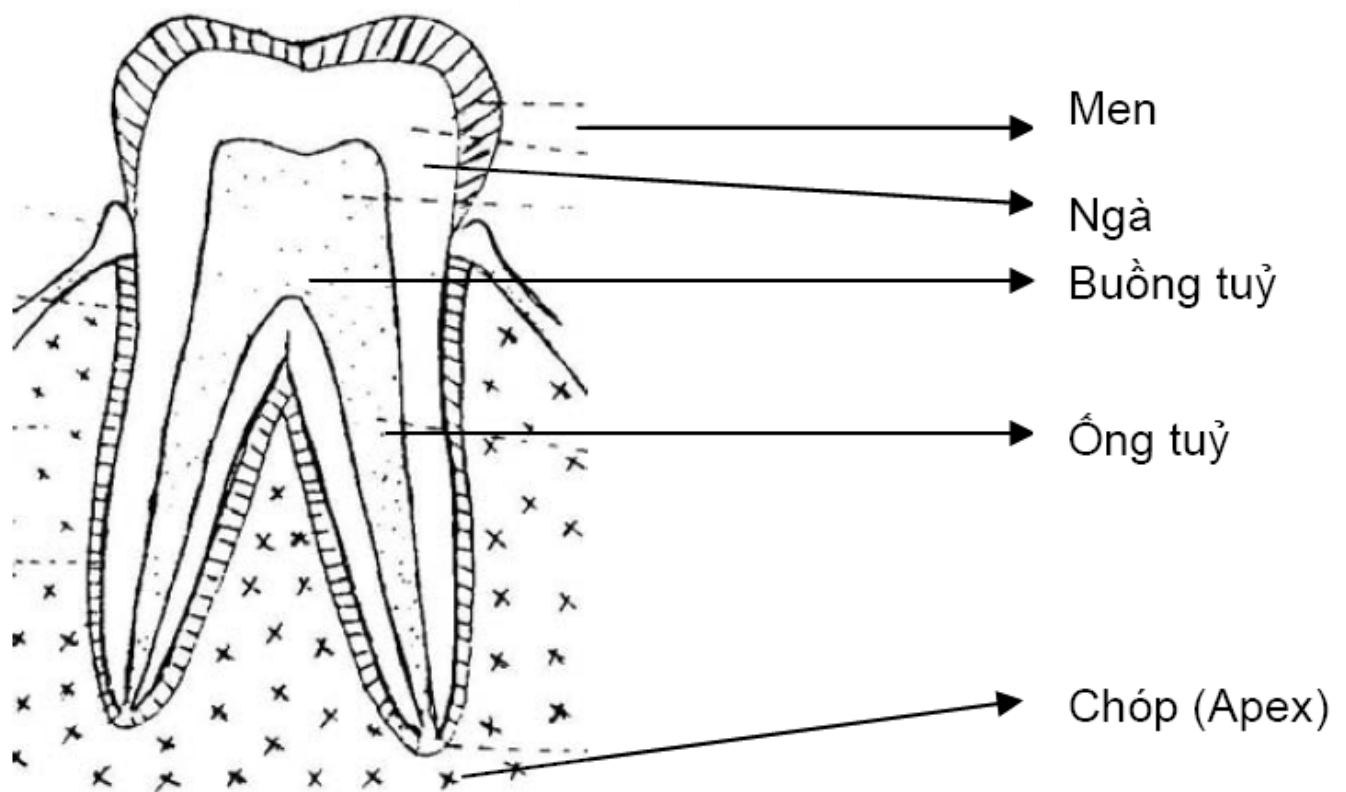
- Men răng là thành phần cứng nhất cơ thể, gồm 96% vô cơ, chủ yếu là Hydroxy apatit, 3% nước, 1% hữu cơ. Men bao phủ thân răng, hầu như không có cảm giác.

2. Ngà răng

- Ngà răng ít cứng hơn men răng, gồm 70% vô cơ, 30% hữu cơ và nước, ngà liên tục từ thân đến chân răng, tận cùng ở chóp răng (Apex), trong lòng chứa buồng tủy và ống tủy. Ngà có cảm giác vì chứa các ống thần kinh Tomes.

3. Tủy răng

- Tủy răng là mô lỏng lẻo trong buồng và ống tủy, là đơn vị sống chủ yếu của răng. Trong tủy có mạch máu, thần kinh, bạch mạch ...



Hình 3: Cấu trúc răng

V. Phân biệt răng sữa và răng vĩnh viễn

1. Thân răng

- Thân răng sữa thấp hơn răng vĩnh viễn, kích thước gần-xa lớn hơn chiều cao.
- Mặt nhai thu hẹp nhiều
- Cổ răng thụt lại nhiều và thu hẹp hơn.
- Lớp men và ngà mỏng hơn
- Màu răng sáng hơn, thành phần vô cơ ít hơn.
- Răng cửa và răng nanh sữa nhỏ và không thanh như răng vĩnh viễn: chiều gần-xa nhỏ hơn nhng chiều ngoài-trong phòng hơn.
- Răng hàm sữa lớn hơn răng hàm nhỏ vĩnh viễn, cần phân biệt kỹ với răng hàm lớn thứ nhất vĩnh viễn.

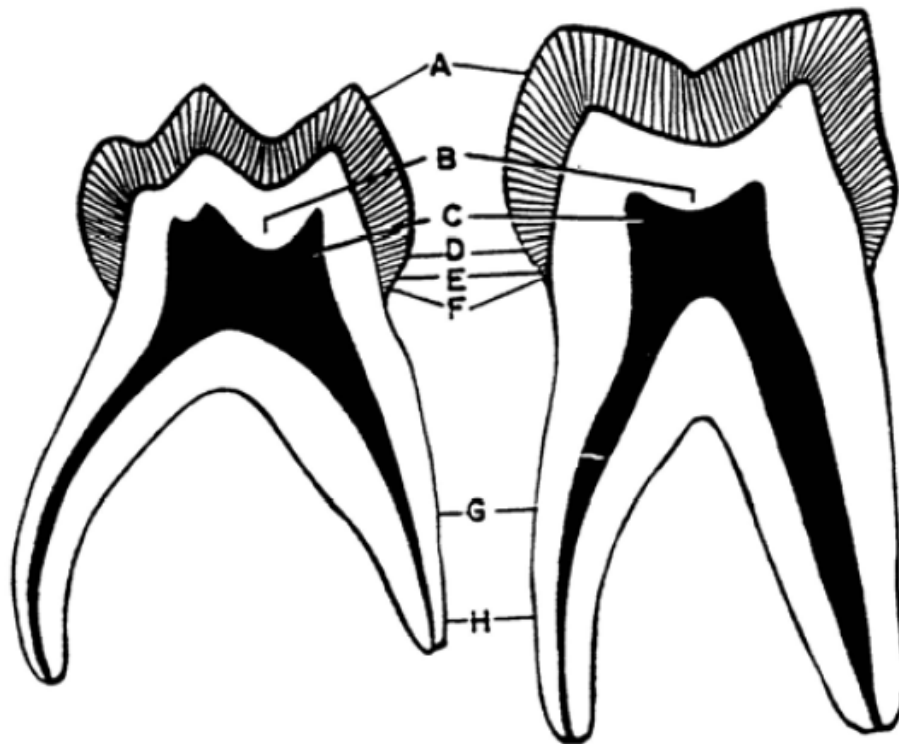
2. Tuỷ răng

- Tuỷ răng sữa lớn hơn nếu so theo tỉ lệ kích thước thân răng.
- Sừng tuỷ nằm gần đường nối men-ngà hơn.
- Có nhiều ống tuỷ phụ .

- Vì vậy, khi điều trị sâu răng sữa, cần lưu ý không làm tổn thương tủy; khi viêm tủy thì phản ứng rất nhanh và dễ bị hoại tử.

3. Chân răng

- Chân răng cửa và răng nanh sữa dài và mảnh hơn nếu so theo tỉ lệ với kích thước thân răng.
- Chân răng hàm sữa tách nhau ở gần cổ răng hơn và càng về phía chóp thì càng tách xa hơn. Vì vậy, chân răng sữa dễ bị gãy khi nhổ răng.



Hình 4: Sự khác biệt về hình thể giữa răng sữa và răng vĩnh viễn

- - A: chiều dày lớp men răng sữa mỏng hơn
 - B: chiều dày lớp ngà ở hố rãnh răng sữa tương đối dày hơn.
 - C : tỉ lệ buồng tủy răng sữa lớn hơn và sừng tủy nằm gần đường nối men ngà hơn.
 - D: gờ cổ răng sữa nhô cao.
 - E: trụ men răng sữa nghiêng về mặt nhai
 - F: cổ răng sữa thắt lại rõ rệt và thu hẹp hơn
 - G: chân răng sữa dài và mảnh hơn (so với kích thước thân răng).

- H: chân răng hàm sữa tách ra ở gần cổ răng hơn và càng gần về phía chóp thì càng tách xa hơn.

2. SỰ PHÁT TRIỂN CỦA RĂNG

Khi nhìn dưới kính hiển vi thì thấy khoang miệng được bao bọc bởi 2 - 3 lớp tế bào biểu mô, tiếp đến là lớp tổ chức liên kết có nguồn gốc từ mào thần kinh gọi là lớp ngoại trung bì. khi nhuộm kiềm và hematoxylin thì thấy tế bào gần như trống do tổ chức glycogen trong tế bào đã bị rửa trôi đi trong quá trình chuẩn bị mẫu. Tổ chức ngoại trung bì có hình con suốt ngăn cách nhau bởi một chất liệu Gelatin.

1. Dải biểu mô nguyên thủy:

Vào ngày thứ 37 của thai kỳ thì có một dải biểu mô dày bao quanh khoang miệng nguyên thủy đến chỗ tiếp giáp giữa khẩu cái cứng và khẩu cái mềm. Dải này có hình móng ngựa và nằm ở vị trí cung hàm trên và dưới tương lai (hình 4-1, 4-2 A và B). sự hình thành lớp biểu mô dày này là do hoạt động tăng sinh trong lớp biểu mô nhằm phân lớp tế bào. Dải biểu mô (còn được gọi là dải biểu mô nguyên thủy) sẽ nhanh chóng phân thành 2 lớp: lá tiền đình và lá răng.

1.1. Lá tiền đình:

Nếu cắt theo chiều đứng qua phần đầu của bào thai vào tuần lễ thứ 6 thì không thấy có một hành lang hay một rãnh nào phân chia má và cung hàm (hình 4-3). Tiền đình hình thành là do sự tăng sinh của lá tiền đình về phía tổ chức ngoại trung bì. Những tế bào này phình to ra một cách nhanh chóng và thái hóa để tạo thành một khe, trở thành tiền đình ở giữa má và cung hàm.

1.2. Lá răng:

Hoạt động tăng sinh ở bên trong lá răng dẫn đến việc tạo thành một chuỗi những tế bào biểu mô mọc vào phía lớp ngoại trung bì ở những vị trí tương ứng với mầm răng sữa tương lai. ở thời điểm này thì chỉ số gián phân và phát triển của những tế bào biểu mô thấp hơn nhiều so với lớp ngoại trung bì ở dưới, điều này gợi ý rằng sự phát triển về phía trong của lớp biểu mô có thể là do sự phát triển mạnh ra phía ngoài của lớp ngoại trung bì. Từ vị trí này mầm răng phát triển qua 3 giai đoạn: hình chồi, hình mũ và hình chuông. Những từ này nhằm miêu tả hình thể của mầm răng qua các giai đoạn phát triển mà không miêu tả những thay đổi chức năng trong quá trình phát triển của mầm răng như là sự biệt hóa tế

bào hay sự biến đổi về hình thể. Cũng phải ghi nhận rằng sự phát triển là một quá trình liên tục nên việc phân biệt rõ giới hạn giữa các giai đoạn là không thể thực hiện được.

1.2.1. Giai đoạn chồi:

Là giai đoạn mà những tế bào biểu mô đầu tiên xâm lấn vào lớp ngoại trung bì (Hình 4-5). Những tế bào biểu mô này ít thay đổi về hình thể và chức năng. Có những tế bào ngoại trung bì bao xung quanh chồi biểu mô này.

1.2.2. giai đoạn mũ (tăng sinh):

Khi chồi biểu mô tiếp tục tăng sinh, phát triển về phía trong tổ chức ngoại trung bì, thì mật độ tế bào ở nơi tiếp giáp lớp biểu mô cũng gia tăng theo. Quá trình này được xem như quá trình cô đặc của tổ chức ngoại trung bì, do những tế bào này mất dần khả năng sản xuất chất ngoại bào nên chúng không còn nằm tách rời nhau nữa (Hình 4-6). Ngay ở giai đoạn đầu phát triển răng thì chúng ta cũng đã có thể xác định được những thành phần hình thành răng và tổ chức quanh răng. Phần tổ chức biểu mô phát triển vào phía trong này có hình dạng giống với một cái mũ nằm trong một tổ chức ngoại trung bì cô đặc được gọi là cơ quan răng (dental organ), nhiệm vụ của cơ quan răng cuối cùng là tạo ra men răng.

Tổ chức ngoại trung bì cô đặc bao xung quanh cơ quan răng được gọi là nhú răng (dental papilla), có nhiệm vụ tạo nên ngà và tủy răng. Tổ chức ngoại trung bì cô đặc bao xung quanh nhú răng và cơ quan răng được gọi là túi răng (dental follicle), đóng vai trò trong hình thành tổ chức nâng đỡ răng. Do cơ quan răng nằm trên nhú răng có hình dáng giống như một cái mũ nên giai đoạn này của răng được gọi là giai đoạn mũ (Hình 4-7).

Như vậy mầm răng bao gồm cơ quan răng, nhú răng, túi răng. Và ở giai đoạn sớm của phát triển răng này, người ta có thể xác định được những cấu trúc sinh ra tổ chức răng (men, ngà, tổ chức quanh răng) như những thực thể riêng biệt.

1.2.3. Giai đoạn hình chuông (bell stage):

Mầm răng phát triển liên tục để hình thành nên một cơ quan răng giống hình chuông (Hình 4-8). Những biến đổi quan trọng trong quá trình phát triển bắt đầu từ cuối giai đoạn mũ và kéo dài trong suốt giai đoạn chuyển tiếp từ giai đoạn mũ đến giai đoạn chuông, mà nó được gọi là sự biệt hóa tế bào. Khối tế bào biểu mô tự biến đổi hình thể và chức năng để hình thành những thành phần riêng

biệt. Những tế bào ở trung tâm của cơ quan răng tiếp tục tổng hợp và bài tiết ra Glycosaminoglycans cho tổ chức ngoại bào nằm giữa những tế bào biểu mô. Glycosaminoglycans là thành phần ưa nước và vì vậy nó sẽ hút nước vào trong cơ quan răng, và những tế bào của cơ quan răng sẽ bị đẩy ra xa nhau. Tuy nhiên do những tế bào này vẫn còn dính liền với nhau bởi những sợi dây chằng (desmosome) cho nên chúng dần trở nên có hình sao, và trung tâm của cơ quan men được gọi là lưới hình sao (stellate reticulum).

ở ngoại vi của cơ quan răng, những tế bào hình khối tạo nên biểu mô răng ngoài (external dental epithelium). Những tế bào bao bọc xung quanh nhú răng biệt hóa thành 2 thành phần mô học chuyên biệt. Những tế bào nằm sát nhú răng có hình trụ ngắn và chứa nhiều glycogen (Hình 4-8B), tạo thành biểu mô răng trong (internal dental epithelium). Một số tế bào biểu mô nằm giữa lớp biểu mô răng trong và lớp lưới hình sao biệt hóa thành lớp trung gian (stratum intermedium), những tế bào của lớp này mang hoạt động men phosphatase kiềm rất cao (Hình 4-8C), mặc dù những tế bào của lớp này có hoạt động mô học khác với những tế bào của lớp biểu mô răng trong, nhưng 2 lớp này phải được xem như một đơn vị chức năng thống nhất chịu trách nhiệm hình thành men răng. Biểu mô răng trong gặp biểu mô răng ngoài ở mép của cơ quan răng, vùng chức năng này được gọi là đường vòng cổ.

1.2.4. Bướu men (enamel Knot), thừng men (enamel cord), ổ men (enamel niche):

Trong quá trình hình thành răng, có thể xuất hiện những cấu trúc tạm thời trên một vài mầm răng và ở những thời điểm không giống nhau.

Bướu men, là phần dày lên của biểu mô răng trong ở trung tâm của mầm răng. Bướu men thường nối với thừng men, là một dải tế bào chạy từ bướu men đến biểu mô răng ngoài, như phân chia cơ quan răng làm đôi (Hình 4-11). Chức năng của 2 cấu trúc này vẫn còn chưa được rõ, người ta chỉ biết rằng nó liên quan đến việc hình thành vị trí ban đầu của múi răng đầu tiên trong quá trình tạo thành thân răng.

Ổ men là một cấu trúc trong suốt trên tiêu bản mô phôi, cấu trúc này hình thành nên là do phiến răng không phải là một dải mà là một lá với những mặt lõm lấp đầy tổ chức liên kết. Vì vậy khi cắt qua vị trí này thì nó làm cho ta có cảm giác như mầm răng bám vào lớp biểu mô miệng bằng 2 dải riêng rẽ (Hình 4-12).

1.3. Siêu cấu trúc của mầm răng:

Siêu cấu trúc của mầm răng ở giai đoạn chuông (Hình 4-13) tương đối không phức tạp nhưng cần phải được tìm hiểu rõ để đánh giá những thay đổi siêu cấu trúc xảy ra ở giai đoạn chuẩn bị hình thành tổ chức cứng của răng, men, ngà răng. Cơ quan răng nằm trên màng đáy. những tế bào biểu mô răng ngoài có hình hộp với tỷ lệ nhân/ tương bào cao (tương bào ít). Tương bào chứa những Ribosome tự do, lưới nội mô rời rạc, một ít Mitochondri, vài sợi tonofilament rải rác. các tế bào nối với nhau một cách phức tạp. các tế bào của lớp lưới hình sao nối với nhau, nối với những tế bào biểu mô răng ngoài và nối với lớp trung gian bằng những mảng bám gọi là thể kết nối (desmosome). Tương bào của chúng chứa những bào quan thông thường, nhưng nằm rải rác hơn. Những tế bào của biểu mô răng trong có nhân nằm ở trung tâm và tương bào chứa những Ribosome tự do, hình ảnh rời rạc của lưới nội mô lờm chờm. Mitochondri nằm rải rác, một ít tonofilament, bộ máy Golgi nằm hướng về phía lớp trung gian, và nồng độ Glycogen cao.

1.4. Nhú răng ở giai đoạn chuông răng:

Nhú răng nằm cách cơ quan răng qua một lớp màng đáy và một lớp sợi không xoắn mảnh nằm dính vào được gọi là vùng không tế bào. Tuy nhiên tên gọi này đôi khi bị nhầm lẫn bởi vì vùng không tế bào của Weil cũng nằm dưới lớp nguyên bào tạo ngà ở tủy trưởng thành. Những tế bào của nhú răng dường như có cấu trúc ít phức tạp hơn những bộ phận khác do những tế bào trung bì ít biệt hóa hơn. một vài sợi collagen nằm ở khoảng ngoại bào. Túi răng nằm tách biệt hẳn khỏi nhú răng, với khoảng ngoại bào chứa nhiều sợi collagen hơn. những túi nguyên bào sợi nằm hướng về cơ quan răng và nhú lợi.

1.5. Sự tan rã của lá răng và hình thành thân răng:

Có hai sự kiện quan trọng khác xảy ra trong giai đoạn chuông răng:

- Lá răng, nối mầm răng với biểu mô miệng bị tan thành những đảo tế bào biểu mô, làm cho răng hoàn toàn bị tách biệt khỏi biểu mô miệng.

- Những nếp biểu mô răng trong giúp ta dự đoán được hình thể thân răng tương lai, cũng như những dạng của nó do những yếu tố khác nhau can thiệp vào quá trình này.

Những mảnh lá răng tan rã tạo thành những đám tế bào biểu mô nằm rải rác, những mảnh lá răng này thường thì sẽ tự thoái hóa và tiêu đi. Nếu nó vẫn không bị tiêu đi thì sẽ có thể phát triển thành những nang nhỏ (nang mọc răng) nằm trên lộ trình mọc răng và vì vậy sẽ cản trở quá trình mọc răng.

Việc tan rã lá răng có vai trò quan trọng, giúp răng tiếp tục phát triển trong xương hàm, cách ly hẳn khỏi khoang miệng.

1.6. thần kinh và mạch máu nuôi dưỡng trong quá trình phát triển của răng:

Phải chú ý đến sự cấp máu và thần kinh vì cách này hay cách khác nó đều liên quan đến quá trình kích ứng của răng. Người ta đã chứng minh được rằng những vùng rải rác trong tổ chức trung bì có gia tăng mật độ mạch máu là những vùng mầm răng sẽ phát triển.

Mạch máu nuôi dưỡng:

ở giai đoạn mũ răng, những bó mạch phát triển xung quanh mầm răng, ở trong túi răng và xuyên vào nhú răng. Số lượng những mạch máu trong nhú răng gia tăng trong suốt thời kỳ biệt hóa tế bào và đạt đến tối đa ở giai đoạn hình thành thân răng. Nhưng điều cần lưu ý ở đây là hệ thống mạch máu ở trong nhú răng tập trung thành từng nhóm ở vị trí mà thân răng sẽ hình thành. Theo thời gian, kích thước của nhu mô tủy giảm dần và hệ thống máu cung cấp sẽ giảm dần đi, cho phép nhu mô tồn tại độc lập.

Cơ quan răng, phát triển từ tổ chức biểu mô không có mạch máu, mặc dù có sự tập trung mạch máu cao ở trong túi răng nằm sát biểu mô răng ngoài.

Phân nhánh thần kinh:

Những dây thần kinh đầu tiên tiến đến mầm răng ngay từ ở giai đoạn mũ răng. Hướng phát triển của nó là đi đến túi răng. Những dây thần kinh phát triển và hình thành một đám rối thần kinh thật sự xung quanh mầm răng, nhưng nó chỉ thật sự xuyên đến nhú răng khi quá trình tạo ngà bắt đầu. Những nghiên cứu về mô phôi cho thấy không có dây thần kinh tự động tham gia vào đám rối này. điều này có nghĩa là chỉ có những dây thần kinh cảm giác là tham gia vào quá trình phát triển răng và cũng chỉ có dây cảm giác tham gia vào phân phối thần kinh cho tổ chức dây chằng quanh răng và tủy răng. Không có dây thần kinh đi đến cơ quan răng.

1.7. Sự hình thành răng vĩnh viễn:

Răng vĩnh viễn cũng phát triển từ lá răng. Mầm răng vĩnh viễn của răng cửa, nanh, hàm bé hình thành từ tổ chức tăng sinh ở bên trong của lá răng ở điểm nối với cơ quan răng của mầm răng sữa. Hoạt động tăng sinh mạnh này làm xuất hiện thêm một mũ biểu mô nữa do sự đáp ứng của tổ chức ngoại trung bì phía lưỡi của mầm răng sữa (Hình 4-15).

Những răng hàm lớn vĩnh viễn thì phát triển không giống như trên do không có mầm răng sữa mọc trước. Quả vậy, khi hàm đủ dài thì lá răng đào về phía sau vào trong lớp ngoại trung bì ở bên dưới lớp biểu mô lót của niêm mạc miệng. Sự phát triển về phía sau làm phát tán về phía sau lớp biểu mô của lá răng. Lớp biểu mô này kết hợp với kích ứng ngoại trung bì sẽ tạo thành mầm răng hàm lớn thứ nhất, thứ hai và thứ ba (Hình 4-16).

Như vậy phương thức hình thành răng sữa và răng vĩnh viễn thì tương tự nhau mặc dù về mặt thời gian thì khác nhau (Hình 4-17). Các răng sữa bắt đầu phát triển từ tuần lễ thứ 6 - 8 bào thai. Răng vĩnh viễn bắt đầu từ tuần lễ thứ 20 bào thai cho đến tháng thứ 10 sau sinh, ngoại trừ răng khôn thì bắt đầu muộn hơn từ 5 tuổi. Sự sai lạc trong quá trình phát triển sẽ dẫn đến thiếu răng hay hình thành răng thừa.

2. Sự hình thành tổ chức cứng hay giai đoạn hình thành thân răng:

Bước phát triển tiếp theo sau giai đoạn chuông răng là việc hình thành tổ chức cứng của răng: ngà răng (tổ chức liên kết cứng đặc biệt tạo thành hình thể răng) và men răng (hình 4 -18). Quá trình hình thành ngà răng luôn đi trước hình thành men răng, và là khởi điểm của giai đoạn hình thành thân răng (Hình 4 - 19). Sau khi hoàn tất giai đoạn chuông thì tất cả mọi tế bào của lớp biểu mô răng trong tiếp tục phân chia để cho phép mầm răng phát triển mạnh. Lớp ngà răng đầu tiên sẽ phát triển ở vị trí đỉnh múi răng, hoạt động gián phân dừng lại trong khi những tế bào biểu mô răng trong hình trụ nhỏ thì lại tiếp tục dài ra, trở thành hình ống với nhân tế bào nằm về phía lớp trung gian, cách xa dần nhú răng.

Khi những thay đổi hình thể này xảy ra trong những tế bào của lớp biểu mô răng trong, thì thay đổi cũng xảy ra trong vùng nhú răng kế cận. Những tế bào trung bì chưa biệt hóa sẽ phát triển nhanh về kích thước và sau đó biệt hóa thành nguyên bào tạo ngà, hình thành ngà răng. Sự gia tăng về mặt kích thước của những tế bào vùng nhú răng sẽ lấp đầy vùng không tế bào giữa nhú răng và lớp biểu mô răng trong. Những thực nghiệm về nuôi cấy mô đã chứng minh rằng sự biệt hóa của nguyên bào tạo ngà từ tổ chức ngoại trung bì chưa biệt hóa của nhú răng được khởi động do sự kích ứng của những tế bào biểu mô răng trong, nếu không có những tế bào biểu mô này thì ngà răng sẽ không được hình thành.

Do quá trình phát triển là liên tục, nên có sự trưởng thành liên tục của những tế bào biểu mô răng trong ở bên dưới múi răng cũng như sự biệt hóa liên tục của nguyên bào tạo ngà ở trong nhú lợi. Khi những nguyên bào tạo ngà biệt hóa sẽ tạo ra khung hữu cơ của ngà răng, đó là collagen và chất cơ bản, những chất này sau đó sẽ được khoáng hóa. Khi khung hữu cơ lắng đọng thì nguyên bào

tạo ngà sẽ di chuyển về hướng trung tâm của nhú răng, để lại phía sau một dải tương bào và ngà răng sẽ hình thành xung quanh dải tương bào này. với cách này sẽ hình thành nên ống ngà răng. Quá trình hình thành ngà sẽ được đề cập kỹ hơn trong chương 9.

Chỉ sau khi lớp ngà răng đầu tiên được thành lập, thì những tế bào của lớp biểu mô răng trong mới biệt hóa thêm để đảm bảo chức năng bài tiết và sản xuất khung hữu cơ nằm sát (kề) với lớp ngà răng mới hình thành. hầu như ngay lập tức khung hữu cơ này bị khoáng hóa một phần và trở thành lớp men của thân răng. Những tế bào tạo men (nguyên bào tạo men) di chuyển theo hướng xa dần lớp ngà. để lại phía sau nó một lớp men dày. chương 11 sẽ giải thích đầy đủ quá trình tạo men này.

Người ta thấy rằng nguyên bào tạo ngà biệt hóa dưới ảnh hưởng kích ứng của những tế bào biểu mô răng trong. Ngược lại quá trình hình thành men răng chỉ bắt đầu khi ngà răng đã được tạo thành. Đây là một ví dụ về sự kích ứng thuận nghịch.

Trước khi lớp ngà răng đầu tiên được hình thành, thì những tế bào của cơ quan răng, đặc biệt là lớp biểu mô mô răng trong được nuôi dưỡng từ 2 nguồn: những mạch máu từ nhú răng và những mạch máu nằm dọc xung quanh biểu mô răng ngoài. Khi ngà răng đã được hình thành, thì nó sẽ cắt đứt nguồn mạch máu nuôi dưỡng, làm giảm mạnh nguồn dinh dưỡng cho cơ quan răng. Sự giảm nguồn cung cấp dinh dưỡng này xảy ra vào thời điểm mà những tế bào biểu mô răng trong ở giai đoạn bài tiết men, nghĩa là nhu cầu về dinh dưỡng cao. để đáp ứng nhu cầu cao này thì lớp lưới hình sao sẽ bị tiêu đi nhanh chóng, giúp cho những nguyên bào tạo men tiến lại gần với hệ thống mạch máu nằm ở bên ngoài của biểu mô răng ngoài. Trong thời gian chờ đợi tiến lại gần hệ thống mạch máu trên thì nguyên bào tạo men phải thỏa mãn nhu cầu chuyển hóa của chúng bằng cách sử dụng Glycogen dự trữ trong tương bào của chúng hoặc có thể trong tổ chức ngoại bào của lớp lưới hình sao. Hình 4-19 tóm tắt quá trình hình thành tổ chức cứng, và bảng 4-1 cho ta mốc thời gian của giai đoạn hình thành thân răng.

5. Hình thành chân răng:

Chân răng cấu tạo bởi ngà răng. Người ta giải thích sự hình thành ngà răng theo 2 cách: sự biệt hóa của nguyên bào tạo ngà từ những tế bào của nhú răng dưới sự kích ứng của những tế bào biểu mô răng trong; những tế bào này tạo nên ngà thân răng. Những tế bào biểu mô cũng cần sự kích ứng của nguyên bào tạo ngà, mà những nguyên bào tạo ngà này cuối cùng sẽ tạo ra ngà chân răng. Những nguyên bào tạo ngà hình thành từ những tế bào đặc biệt của phần biểu mô răng

trong và răng ngoài, phát triển từ đường viền cổ của cơ quan răng để tạo thành 2 lớp tế bào được gọi là "lá biểu mô chân răng Hertwig". Lá tế bào biểu mô chân răng này phát triển xung quanh nhú răng, ở giữa nhú và túi răng cho đến khi nó vây quanh hoàn toàn trừ phần đáy của nhú răng. Vành của lá chân răng này, màng ngăn biểu mô, bao quanh lỗ chóp nguyên thủy. Khi những tế bào biểu mô răng trong của lá chân răng bao phủ dần phần nhú răng kéo dài, thì những tế bào ở ngoại vi của nhú răng cũng bắt đầu sự biệt hóa thành nguyên bào tạo ngà. Những tế bào này cuối cùng sẽ tạo ra ngà chân răng. đây chính là cách hình thành ngà chân răng của răng một chân (Hình 4-20).

Những răng nhiều chân được hình thành theo gần như cùng một cách. Để tưởng tượng sự hình thành nhiều chân răng, hãy tưởng tượng lá chân răng như một một chiếc váy phủ từ cơ quan men xuống, và từ chiếc váy này có 2 vật biểu mô mọc thông xuống hướng vào nhau, và chia ống chóp nguyên thủy thành 2 ống chóp răng. Và như vậy nếu như có 3 vật biểu mô thì sẽ có 3 lỗ chóp được tạo thành. sự sai lệch trong quá trình chia lỗ chóp này sẽ dẫn đến hình thành những ống tủy phụ ở vị trí các vật biểu mô gặp nhau.

Khi cắt qua chân răng thì khó có thể bắt gặp một vật biểu mô chân răng nguyên vẹn, mọc từ cổ cơ quan răng xuống đến lỗ chóp, do vật biểu mô sau khi hình thành thì sẽ nhanh chóng kích ứng quá trình hình thành chân răng và sau đó nó tự tan đi. Đối với răng hàm dưới thì chóp chân răng gần như đứng yên so với bờ dưới của hàm dưới, nghĩa là bờ dưới của lá biểu mô chân răng gần như đứng yên một chỗ. Quá trình hình thành chân răng mạnh đẩy thân răng mọc lên khỏi ổ răng trong xương hàm trong khi lá biểu mô chân răng không mọc sâu thêm xuống xương hàm. Do những thay đổi trong quá trình phát triển làm cho lá biểu mô chân răng bị giãn căng ra mặc dù trong bản thân nó luôn xảy ra hoạt động phân bào, cuối cùng thì vỡ thành những mảnh nhỏ dính với nhau xung quanh chân răng, hay gặp dưới dạng những đám tế bào biểu mô rải rác mà còn được gọi là tế bào biểu bì sót lại Malassez (Hình 4 - 22). Ở người trưởng thành thì những tế bào biểu bì sót lại này vẫn còn tồn tại ở bề mặt chân răng, trong dây chằng quanh răng. Mặc dù nó không hoạt động, nhưng nó sẽ là nguồn gốc của lớp biểu mô lót bên trong của những nang chân răng do viêm.

6. Sự mọc răng:

Răng phát triển ở trong ổ răng, trong xương hàm, nằm cách biệt hoàn toàn khỏi biểu mô miệng. Khi quá trình hình thành chân răng bắt đầu thì răng cũng bắt đầu mọc (di chuyển theo trục thẳng đứng) cho đến khi đạt đến mặt phẳng cắn. Cơ chế mọc răng sẽ được đề cập đến trong chương 15.

Để mọc, thì thân răng phải thoát khỏi xương ổ răng, chui qua niêm mạc miệng. Khi chuyển động mọc bắt đầu thì lớp men của thân răng vẫn còn được bao phủ bởi một lớp nguyên bào tạo men và những phần còn lại của cơ quan răng, đó là một vài lớp tế bào hình khối đồng dạng. Lớp nguyên bào tạo men hợp với những tế bào hình khối bên cạnh nó tạo nên lớp biểu mô răng thái hóa (reduced dental epithelium). Xương phủ trên răng sẽ dần bị tiêu đi để cho thân răng phá vỡ lớp niêm mạc miệng, lớp biểu mô răng thái hóa và lớp biểu mô niêm mạc miệng hợp nhất với nhau để tạo thành một bướu tế bào biểu mô đặc phủ lên thân răng. Những tế bào trung tâm của bướu biểu mô này sẽ thái hóa tạo thành ống biểu mô nối thân răng với khoang miệng (Hình 4-23). Bằng cách này răng mọc lên mà không bị tiếp xúc với tổ chức liên kết xung quanh và không bị chảy máu. trong khi mọc những tế bào của lớp biểu mô răng thái hóa sẽ mất đi nguồn dinh dưỡng và dần dần bị thái hóa trở thành tổ chức chết.

Khi răng xuyên qua niêm mạc miệng thì một yếu tố quan trọng khác cũng cần phải chú ý: lợi bám chặt vào răng có nguồn gốc từ những tế bào biểu mô của niêm mạc miệng và biểu mô răng thái hóa (Hình 4-24). Và sự bám dính này có một vai trò quan trọng.

7. Sự hình thành mô nâng đỡ:

trong quá trình hình thành răng thì mô nâng đỡ cũng phát triển. ở giai đoạn chuồng răng thì mầm răng bao gồm cơ quan răng, nhú răng, và túi răng, thành phần cuối cùng là lớp tế bào sợi vây quanh nhú răng và cơ quan răng. Từ túi răng tổ chức nâng đỡ của răng hình thành. khi lá chân răng tan rã thì những tế bào ngoại trung bì của túi răng sẽ xuyên qua những lỗ thủng biểu mô và áp vào lớp ngà răng mới được hình thành (Hình 4-25). ở đây những tế bào này sẽ biệt hóa thành những tế bào tạo xi măng (nguyên bào tạo xi măng). Chúng sản xuất ra một khung hữu cơ bao gồm collagen và những chất cơ bản, sau đó bị khoáng hóa, với những bó sợi collagen của dây chằng quanh răng sẽ đến neo vào. những tế bào của bó sợi dây chằng quanh răng biệt hóa từ túi răng (Hình 4-16).

Quá trình hình thành ngà răng

Ngà răng được tạo thành bởi nguyên bào tạo ngà, mà những tế bào biệt hóa này từ những tế bào ngoại trung bì của nhú răng dưới tác dụng kích ứng của những tế bào biểu mô răng trong. những nguyên bào tạo ngà sẽ tạo ra một khung hữu cơ để tiếp đó được khoáng hóa tạo nên ngà răng. Như vậy nhú răng là bộ phận có nhiệm vụ sản xuất ra ngà răng. Nhú răng sau cùng sẽ phát triển thành tủy răng, tuy nhiên thời điểm của hoạt động này phụ thuộc rất nhiều vào tiêu chuẩn sử dụng để định nghĩa tủy răng. Nếu như tủy răng được xem như chịu trách nhiệm

tạo thành ngà răng thì nhú răng trở thành tủy răng ở vào thời điểm mà quá trình hình thành ngà răng bắt đầu. Tuy nhiên nếu tủy răng được định nghĩa như tổ chức nằm trong buồng tủy thì nhú răng chuyển thành tủy răng chỉ sau khi ngà răng đã bao quanh buồng tủy.

1. Mẫu hình hình thành ngà răng:

Nếu không xem xét thời điểm nhú răng trở thành tủy răng thì sự hình thành ngà răng chỉ bắt đầu vào giai đoạn chuồng răng phát triển trong tổ chức mao mạch gần chóp của biểu mô răng trong xếp nếp (hình 9-1). Vị trí này mặc dù không phải là đỉnh múi răng trong tương lai nhưng nó sẽ là nơi phát triển khởi đầu của múi răng. Từ đây ngà răng hình thành sẽ lan xuống sườn múi (ví dụ: biểu mô răng trong xếp nếp) đến viền cổ cơ quan răng, và ngà răng dày lên cho đến khi tất cả ngà thân răng được hình thành. Đối với răng nhiều chân, hình thành ngà răng bắt đầu độc lập ở những vị trí đỉnh múi tương lai rồi lan xuống sườn múi cho đến khi sát nhập với múi lân cận.

Ngà chân răng tạo thành ở giai đoạn muộn hơn một ít và đòi hỏi có sự tăng sinh của tế bào biểu mô (lá biểu mô chân răng Hertwig) từ viền cổ của cơ quan răng xung quanh nhú răng để bắt đầu sự biệt hóa của nguyên bào chân răng. Sự hình thành thân răng đi trước mọc răng, cho đến khi chân răng đạt đến vị trí hoạt động, khoảng 2/3 chân răng. hoàn tất hình thành chân răng chỉ xảy ra ở răng sữa sau khi mọc 18 tháng, và răng vĩnh viễn khoảng 2 - 3 năm. trong suốt thời kỳ này răng vẫn chưa đóng chóp.

Tốc độ lắng đọng của ngà 1/3 trên chân răng vào khoảng 4 μm / ngày. và tốc độ chậm hơn đối với phần chân răng bên dưới. Tốc độ lắng đọng ở các răng thì khác nhau.

Ngà răng thì hình thành liên tục cho đến khi hoàn tất hình thể ngoài của răng. ngà răng này được xem là ngà răng sinh lý nguyên thủy. Ngà răng được tạo thành liên tục nhưng một khi đã hoàn tất hình thể răng thì tốc độ sẽ chậm lại. Lớp ngà răng được tạo ra sau này được gọi là ngà răng sinh lý thứ phát, và sự hình thành của nó dẫn đến thu hẹp dần kích thước buồng tủy.

2. Sự biệt hóa của nguyên bào tạo ngà:

Hiểu một cách chi tiết về sự biệt hóa của nguyên bào tạo ngà từ những tế bào ngoại trung bì không chỉ giúp chúng ta hiểu rõ sự phát triển bình thường mà còn là phản ứng sửa chữa của ngà khi mắc bệnh.

Sự biệt hóa thông thường của nguyên bào tạo ngà từ nhú răng đòi hỏi sự có mặt của những tế bào biểu mô hay những sản phẩm của nó. Vai trò kích ứng của biểu mô trong sinh ngà đã được nghi nhận từ lâu. và vì vậy khi miêu tả quá trình tạo ngà thường bắt đầu với việc miêu tả những thay đổi về hình thể trong của những tế bào biểu mô răng trong .Nên hiểu rõ rằng ngoài tác dụng kích ứng thì ngà răng hình thành hoàn toàn có nguồn gốc từ tổ chức liên kết.

Trước khi quá trình hình thành ngà răng bắt đầu thì những tế bào biểu mô răng trong có hình trụ và ngắn, phân bào nhanh để phù hợp với sự phát triển của mầm răng. Có một lớp màng đáy phân cách những tế bào này khỏi lớp biểu mô của nhú răng. Những tế bào nhú răng lúc này mới chỉ là những tế bào ngoại trung bì chưa biệt hóa nhỏ có nhân ở trung tâm và tương bào lỏng lẻo chứa ít thể tương bào nằm rải rác trong một trong một chất cơ bản tương đối kém định hình, chứa ít sợi Collagen. Sự phân bào xảy ra ở bên trong những tế bào biểu mô răng trong làm thay đổi hình dạng của nó từ hình trụ ngắn thành hình trụ dài, và nhân tế bào nằm hướng về phía xa nhú răng, ngược hướng với phân cực tế bào. đồng thời với những thay đổi ở bên trong tế bào biểu mô răng trong, thì cũng xảy ra những thay đổi ở nhú răng gần kề. Những tế bào ngoại trung bì gần vùng không tế bào nhanh chóng phình to ra, để trở thành tiền nguyên bào tạo ngà rồi sau đó thành nguyên bào tạo ngà khi tương bào của chúng tăng kích thước

Những tế bào này nằm cách khỏi lớp biểu mô răng trong bằng một vùng không tế bào.

Sự phát triển của mầm răng

Nguồn gốc của cung răng, bao hàm cả khung ngoại bào khoáng hóa, đã trải qua hơn 400 triệu năm tiến hóa. Phần lớn những động vật có vú đều có một hàm răng hỗn hợp (hàm răng với nhiều hình thể khác nhau: răng cửa, răng tiền cối, răng cối). Quá trình thay răng sữa bằng răng vĩnh viễn cũng đã xuất hiện ở những động vật có vú nguyên thủy, mặc dù có một sự khác biệt giữa các loài (mọc răng không hoàn toàn, răng mọc liên tục hoặc không) nhưng những giai đoạn đầu của quá trình sinh răng thì hoàn toàn giống nhau giữa các loài. Sự phát triển của mầm răng dường như tuân theo những cơ chế khống chế bảo tồn trong quá trình phát triển.

Tài liệu này dựa chủ yếu trên quá trình quan sát trên thực nghiệm ở bào thai chuột.

1. nguồn gốc bào thai của những tế bào răng:

Những nghiên cứu cổ điển trên ếch nhái đã chứng minh rằng những tế bào sinh răng (odontoblaste) có nguồn gốc từ mào đầu thần kinh. Những lý lẽ mô hóa học cũng ủng hộ cho cùng một nguồn gốc ở động vật có vú, và gần đây những dữ kiện thực nghiệm đã chứng minh nguồn gốc thần kinh của những tế bào tủy và quanh răng ở phôi chuột.

Những tế bào răng biểu mô của những động vật có vú có nguồn gốc từ ngoại bì.

2. Hình thể của cơ quan sinh răng:

Về mặt hình thể, quá trình tạo răng bắt đầu từ những giai đoạn đầu của quá trình phát triển sọ mặt.

Quá trình phát triển răng xảy ra ở những vùng đặc biệt của thượng bì miệng và của tổ chức trung bì xung quanh đó. Nó được chia làm nhiều giai đoạn: lá răng, mầm răng và chuông răng.

2.1. Lá răng:

Ở lớp thượng bì của cung hàm trên và dưới, xuất hiện những vùng dày lên khu trú, rồi tổ chức trung bì xung quanh tập trung tới. Ở những động vật không có kẽ răng thì những lá răng nẩy liên tục thành hình móng ngựa

2.2. Mầm răng:

Từ lá răng sinh ra chỗ phình tương đương với mầm biểu mô của những răng riêng biệt.

Mầm biểu mô sẽ nhanh chóng biệt hóa thành cơ quan men nối liền với biểu mô miệng bằng một ống biểu mô, gọi là dây dẫn răng (gubernaculum dentis). Cơ quan men bao gồm một lớp biểu mô răng trong, nằm liên tục với một lớp biểu mô răng ngoài, một lớp trung gian và một lớp lưới hình sao

Sự nén đặc của nhu mô tủy và của túi răng rõ dần lên.

Chỗ nối giữa lớp biểu mô răng trong và răng ngoài tạo thành một lưới biểu mô có hoạt động gián phân mạnh mẽ. Lưới này bao bọc và giới hạn tổ chức tủy răng sau này.

2.3. Chuông răng:

Cơ quan men biến đổi dần theo hình thể đặc trưng của mỗi răng. Lớp biểu mô răng trong tạo thành bởi nhiều hàng tế bào, được gọi là những tế bào tiền tạo men

Lớp biểu mô răng ngoài ban đầu tạo bởi những tế bào hình trụ, sau đó những tế bào này dẹt đi. Giữa những tế bào hình đa diện của lớp lưới hình sao là tổ chức giàu glycosaminoglycan.

Lớp trung gian được tạo bởi nhiều lớp tế bào có vảy.

Lưới biểu mô sinh túi Hertwig.

Những tế bào tủy gần như đồng dạng và chứa những tiền nguyên bào tạo ngà (preodontoblaste).

2.4. Điểm đặc biệt ở phôi người:

ở bào thai 6-7 tuần, lá răng chỉ là một dải ngoại bì dày lên, được gọi là dải biểu mô nguyên thủy, dải biểu mô này sẽ phát triển thành những mầm răng sữa. Những mầm răng cửa và tiền cối vĩnh viễn sẽ biệt hóa từ bờ trong (mặt lưới) của lá răng, sự biệt hóa này xảy ra chậm và bắt đầu từ tháng thứ 5 bào thai và kết thúc khoảng tháng thứ 10 sau khi sinh đối với răng cửa giữa. những mầm răng cối lớn sẽ biệt hóa trực tiếp từ lá răng. Răng 6 biệt hóa từ tháng thứ tư bào thai, răng 7 và 8 bắt đầu biệt hóa sau khi sinh.

2.5. Biệt hóa tế bào thân răng:

Sự biệt hóa tận cùng của nguyên bào tạo ngà (odontoblaste) nguyên bào tạo men xảy ra ở mỗi răng phụ thuộc vào đậm độ không gian đặt biệt. Nguyên bào tạo ngà và nguyên bào tạo men là những tế bào sau gián phân, có nhiệm vụ bài tiết ra ngà và men răng. Những tế bào này có đặc điểm là những tế bào phân cực và có chức năng đặc biệt

2.6. Lớp màng đáy của răng:

Ngay từ khi hình thành cung hàm dưới và cung hàm trên thì có một lớp màng đáy ngăn cách biểu mô miệng với tổ chức trung bì xung quanh.

Lớp màng đáy này tồn tại trong suốt giai đoạn tạo ngà cho đến giai đoạn đầu của thời kỳ biệt hóa tận cùng của tạo men bào.

Những tế bào biểu mô nằm trên lớp đáy này. những tế bào tủy ngoại vi (tiền tạo ngà bào) cũng tựa lên đó

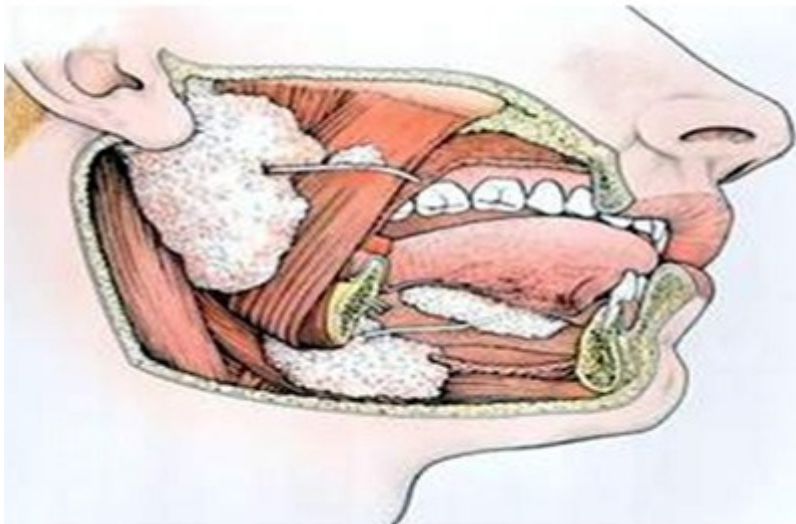
3. Động học tế bào trong quá trình tạo ngà:

Kích thước và hình thể thân răng phụ thuộc vào số lượng nguyên bào tạo men và tạo ngà sau gián phân và sự phân bố của chúng trong không gian. Phân tích về động học tế bào cho phép hiểu biết rõ hơn vai trò của sự phân bào trong

quá trình phát triển răng, cũng như những cơ chế tác động vào sự phối hợp động học tế bào của những tế bào biểu mô và tế bào tủy.

Trên bào thai chuột, sự hình thành lá răng không phải do sự gia tăng hoạt động gián phân. Trong quá trình hình thành lá răng, chu kỳ tế bào của tế bào biểu bì và ngoại trung bì chỉ trong khoảng 8-9 giờ. Hoạt động gián phân xảy ra mạnh ở giai đoạn mầm răng, sau đó giảm xuống. Trong quá trình sinh răng thì chu kỳ tế bào kéo dài dần ra đến 14 giờ ở giai đoạn chuôi răng

3. CHỨC NĂNG CỦA TUYẾN NƯỚC BỌT



Nước bọt do tuyến nước bọt tiết ra. Người ta có 3 cặp tuyến nước bọt chính là:

- Tuyến mang tai: nằm ở góc xương hàm ở 2 bên, là tuyến nước bọt lớn nhất.
- Tuyến dưới hàm: nằm ở sau miệng cạnh xương hàm.
- Tuyến dưới lưỡi: nằm ở sàn miệng phía trước.

Mỗi ngày các tuyến nước bọt tiết ra khoảng 800-1.500ml nước bọt cả ngày lẫn đêm, tuy nhiên về ban đêm tuyến nước bọt tiết ra rất ít.

Thành phần chính của nước bọt gồm có chất nhầy, các men tiêu hoá như amylase, các chất muối khoáng như muối của Na, K, Ca. Ngoài ra nước bọt còn chứa các protein, các chất sát khuẩn, urê, bạch cầu...

Công dụng của nước bọt:

- Nước bọt có tác dụng trong việc tiêu hoá thức ăn bằng cách phân huỷ chất bột nhờ men amylase.
- Làm ẩm ướt miệng, thấm ướt thức ăn khiến cho dễ nuốt.
- Sát khuẩn miệng nhờ các lysozyme và các kháng thể.

4. BỆNH NHA CHU

I. Định nghĩa

- Bệnh nha chu là bệnh phá hủy những cơ cấu thành phần nâng đỡ răng như nướu, dây chằng nha chu, Xê măng gốc răng và xương ổ răng.

II. Dịch tễ học bệnh nha chu

- Bệnh nha chu có liên quan với các bệnh khác ở miệng và toàn thân, cũng như sự liên quan với môi trường sống. Không có bệnh nha chu nào thuần túy, riêng biệt xuất hiện một cách ngẫu nhiên, mà bao giờ cũng là kết quả của một hay nhiều xáo trộn, mất cân bằng nào đó ở tại chỗ như: răng mọc lệch, sâu răng, răng giả... hoặc toàn thân như bệnh suy dinh dưỡng, đái đường, yếu tố di truyền...
- Ngoài ra, mô nha chu còn có mối liên hệ với răng, với khớp thái dương hàm, bộ máy nhai và hệ thống miễn dịch của cơ thể.
- Bệnh nha chu là một bệnh lưu hành phổ biến, chiếm một tỷ lệ khá cao trong cộng đồng và gặp ở tất cả các lứa tuổi, các vùng địa lý từ thành phố đến nông thôn, từ đồng bằng đến miền núi.
- Theo điều tra sức khoẻ răng miệng (SKRM) toàn quốc ở Việt Nam 1999 - 2000 của Trần Văn Trường và Lâm Ngọc Ấn, tỷ lệ viêm nướu của cả nước như sau:

Tuổi	Cả nước	T.P Hà Nội	T.P HCM	Cao Bằng
12	95%	84%	100%	88%
15	95,6%	96%	96%	92%
35-44	99,26%	92%	100%	100%

- Ở Huế, theo mẫu điều tra sức khỏe răng miệng của nhân dân thành phố năm 1990, tỷ lệ viêm nướu là 93, 57% ở lứa tuổi 12-15.
- Các nước trên thế giới tỷ lệ viêm nướu lứa tuổi 15-19 như sau:
 - Ấn Độ: năm 1989 là 96%
 - Nepal: năm 1986 là 99%
 - Thái Lan: năm 1981 là 100%
 - Úc: năm 1984 là 63%
 - Nhật: năm 1987 là 88%

III. Sơ lược cấu tạo giải phẫu và chức năng sinh lý của mô nha chu

- Mô nha chu là toàn bộ những cơ cấu nâng đỡ răng và giúp răng đứng vững trên cung hàm. Có 4 loại mô chủ yếu: nướu răng (lợi răng), dây chằng nha chu (màng nha chu), xê măng gốc răng, xương ổ răng.

1. Nướu răng

- Là phần của niêm mạc miệng, còn gọi là niêm mạc nhai, nướu bao bọc quanh xương ổ răng và răng, ôm sát cổ răng và trải dài từ cổ răng đến lần tiếp hợp niêm mạc di động (đáy hành lang miệng).
- Bình thường nướu có màu hồng nhạt, rắn chắc, bề mặt nướu có lốm tấm màu da cam.

Có thể chia nướu ra làm hai phần:

1.1. Nướu rời (nướu tự do)

- Là phần nướu viền bao quanh cổ răng như một chiếc nhẫn, không dính vào răng, được giới hạn với nướu dính bởi một rãnh nhỏ gọi là rãnh nướu rời. Nướu rời rộng chừng 1mm và làm thành vách mềm của khe nướu (sở dĩ gọi là nướu rời hay nướu tự do vì người ta có thể dùng cây thăm dò tách nướu rời ra khỏi mặt răng).
- Khe nướu là một rãnh nhỏ hẹp hình chữ V, là nơi tiếp xúc giữa nướu rời và mặt răng, khe nướu cũng bao quanh răng như nướu rời. Chiều sâu của khe nướu bình thường là 0 - 3,5mm (cách đánh giá trong điều tra dịch tễ học theo hệ thống CPITN của WHO, hệ thống PSR của Mỹ hoặc hệ thống BPE của Anh) lý tưởng là 0 mm. Đáy của khe nướu là nơi bám của biểu mô bám dính (EA). Biểu mô bám dính trải dài từ men răng (ở đáy khe nướu) đến lần tiếp hợp men - xê măng, bề rộng của dải biểu mô này khoảng 2,5mm. Khe nướu gồm 2 vách, vách mềm là nướu rời, vách cứng là bề mặt gốc răng, Trong khe nướu thường xuyên tiết ra một chất dịch để sát trùng và rửa sạch khe nướu. ở khe nướu, biểu mô vừa mỏng lại không được hóa sừng

cho nên độc tố vi khuẩn dễ xâm nhập vào mô liên kết của nướu rời và gây nên viêm nướu. Chính vì vậy, khe nướu giữ một vị trí quan trọng là điểm xuất phát cho nhiều hình thức viêm nướu.

- Gai nướu (nướu kẽ răng) là phần nướu giữa 2 răng có hình tháp. Gai nướu quá to hoặc không có gai nướu làm mất thẩm mỹ đồng thời gây ứ đọng thức ăn, tạo những hố hốc ở kẽ răng làm bệnh nha chu phát triển.

1.2. Nướu dính

- Là phần nướu kế tiếp phần nướu rời trải dài đến lần tiếp hợp nướu - niêm mạc di động. Bề rộng của nướu dính thay đổi từ 0,5 - 6mm. ở vùng khẩu cái không có ranh giới giữa nướu dính và niêm mạc. Nướu dính không di động, không thay đổi dưới sức nhai, áp sát vào răng, bám chặt vào xê măng và xương ổ răng.

2. Dây chằng nha chu

2.1. Định nghĩa

- Là một cấu trúc mô liên kết sợi bao bọc quanh gốc răng và nối gốc răng vào xương ổ răng. Dây chằng nha chu là sự kéo dài mô liên kết của nướu, liên lạc với tuỷ xương thông qua những ống nhỏ của phiến cứng. Chức năng là neo giữ răng trong xương ổ và duy trì mối quan hệ sinh lý giữa răng và xương ổ.

2.2. Cấu tạo

- Gồm chủ yếu là sợi collagen và sợi oxytalan xếp thành các bó sợi chính.
- Có 4 nhóm: Nhóm đỉnh xương ổ, nhóm ngang, nhóm nghiêng, nhóm chóp gốc răng
- Các tế bào: tế bào sợi, tế bào nội mô, tế bào tạo xê măng, tạo cốt bào, đại thực bào, tế bào biểu mô malassez.
- Dây thần kinh, mạch máu và mạch bạch huyết.

2.3. Chức năng

2.3.1. Chức năng vật lý:

- Dẫn truyền lực cắn nhai đến XOR và nối răng với xương ổ, thích ứng được với những cử động sinh lý của răng, giữ gìn mối quan hệ giữa nướu và răng, làm vỏ bọc che chở cho các mạch máu và dây thần kinh khỏi bị chấn thương bởi lực cơ học.

2.3.2. Chức năng dinh dưỡng và cảm giác:

- Nuôi dưỡng Xê măng gốc răng, XOR và nướu, các dây thần kinh tạo ra cảm giác định vị và xúc giác.

2.3.3. Chức năng cơ quan di truyền:

- Màng nha chu giữ vai trò là màng xương cho xê măng và xương ổ răng, những tế bào màng nha chu tham gia vào quá trình tiêu hủy xê măng và xương ổ răng.

3. Xê măng gốc răng

3.1. Định nghĩa

- Là một lớp xương do mô liên kết tạo ra bao bọc mặt ngoài gốc răng, có nguồn gốc trung bì.

3.2. Chức năng

- Là chỗ bám cho các dây chằng nha chu nối răng vào xương ổ.

3.3. Cấu tạo

- Xê măng gốc răng gồm 2 loại:

3.3.1. Xê măng gốc răng không có tế bào:

- Có ở cổ răng và ở 1/2 chân răng phía cổ răng. Lớp xê măng này mỏng trong suốt ngăn cách rõ rệt với ngà răng. Gồm nhiều lớp sắp xếp song song với nhau và song song với bề mặt gốc răng điều đó chứng tỏ Xê măng gốc răng được bồi đắp theo chu kỳ, rất chậm và kéo dài cả đời người.

3.3.2. Xê măng gốc răng có tế bào:

- Có ở vùng quanh chóp gốc, 1/2 chân răng phía chóp răng và nơi chia 2, chia 3 của răng nhiều chân và cũng được hình thành từng lớp một.
- Sự bồi đắp Xê măng gốc răng xảy ra liên tục sau khi răng đã mọc chạm răng đối kháng, góp phần cho quá trình mọc răng liên tục để bù đắp phần men răng bị mòn vì lực nhai. Trong quá trình mọc răng, phần chân răng nằm trong giảm dần, do đó làm suy yếu sự giữ vững của chân răng. Để bù đắp hiện tượng này Xê măng gốc răng có sự bồi đắp liên tục ở bề mặt gốc. Sự bồi đắp chủ yếu xảy ra ở chóp răng hoặc vùng chia của răng nhiều chân. Người ta cho rằng sự hư hại hoặc rối loạn cho sự thành lập Xê măng gốc răng là một trong những nguyên nhân gây ra túi nha chu và nó không còn giới hạn được sự di chuyển của biểu mô bám dính về mô chóp răng. Cho nên, vì một lý do nào đó ở tại chỗ (như sang chấn, cao răng, nhồi nhét thức

ăn, vệ sinh răng miệng kém...) hoặc toàn thân (như suy dinh dưỡng, thiếu vitamin A, D, lão...) làm cho sự thành lập Xê măng gốc răng bị trì trệ, xáo trộn. Sự bồi đắp Xê măng gốc răng ở từng vị trí có liên quan đến tuổi như: tuổi càng lớn sự bồi đắp men ở vùng cổ chậm lại, trong lúc ấy sự bồi đắp ở vùng chóp gốc lại tăng lên, tốc độ bồi đắp chậm lại ở tuổi già.

4. Xương ổ răng (XOR)

4.1. Định nghĩa

- Là phần của xương hàm, gồm một vách xương mỏng xếp bao cứng chung quanh gốc răng là nơi để các dây chằng nha chu bám vào.

4.2. Chức năng

- Giữ cho răng được vững chắc, sự vững chắc này phụ thuộc vào chiều cao của xương ổ. Xương ổ tồn tại cùng với răng, nếu răng bị nhổ bỏ hoặc không có răng xương ổ răng sẽ bị tiêu.
- Xương ổ răng là một nguồn dự trữ canxi cho cơ thể do đó nó cũng tham gia vào sự cân bằng canxi trong máu, vì thế xương ổ răng cũng bị ảnh hưởng bởi yếu tố toàn thân và nội tiết.
- Xương ổ răng là mô kém ổn định nhất so với các mô nha chu khác, chịu tác động của nhiều yếu tố trong đó yếu tố sang chấn là quan trọng. Tiêu xương ổ răng là một dấu chứng đáng buồn trong bệnh nha chu và thường là do nguyên nhân tại chỗ (như viêm nướu, chấn thương khớp cắn).

IV. Nguyên nhân

- Bệnh nha chu gồm 2 nguyên nhân: tại chỗ và tổng quát

1. Nguyên nhân tại chỗ

1.1. Nguyên nhân do vi khuẩn

- Vi khuẩn nằm trong mảng bám răng do vậy mọi sự tích tụ mảng bám vi khuẩn ở chung quanh răng và nhất là ở khe nướu chính là yếu tố khởi phát và kéo dài phản ứng viêm như:

1.1.1. Cao răng

- Được thành lập do sự vôi hóa mảng bám răng và nó cũng là chỗ dính lý tưởng cho các lớp mảng bám kế tiếp bám vào. Cao răng có thể là trên nướu hoặc dưới nướu hoặc cả trên và dưới nướu.

1.1.2. Nhồi nhét thức ăn

- Do hở khoảng tiếp cận giữa hai răng (xoang trám loại II sai hay phục hình sai hoặc do răng mọc lệch, nhổ răng không làm răng giả). Tạo sự lưu giữ các mảng bám vi khuẩn.

1.1.3. Có sự liên quan và ảnh hưởng bất thường của răng kế cận và răng đối diện (răng thiếu chức năng hoặc có những điểm vướng cộm ở mặt nhai hay cạnh cắn)

1.1.4. Thường xuyên sử dụng đường và các sản phẩm chế biến từ đường mà không giữ vệ sinh răng miệng đúng mức.

1.2. Sang chấn do khớp cắn

- Sang chấn sinh ra do khớp cắn bị lệch lạc, bị xáo trộn như: răng mọc lệch, trám răng và phục hình răng sai, nhổ răng không làm răng giả...Sang chấn khớp cắn dẫn đến tiêu xương ổ răng.
- Ngoài hai nguyên nhân kể trên còn có một số nguyên nhân tại chỗ khác như: thở miệng, kích thích từ hàm răng giả tháo lắp, lưỡi lớn, thẳng môi và má bám thấp,... Nhưng nói chung nguyên nhân trực tiếp chủ yếu vẫn là do tình trạng vệ sinh răng miệng kém gây tích tụ mảng bám vi khuẩn.

2. Nguyên nhân toàn thân

2.1. Rối loạn nội tiết

- Bệnh tiểu đường, bệnh thiếu năng tuyến thượng thận, phụ nữ mang thai, tuổi dậy thì, rối loạn cân bằng chuyển hóa.

2.2. Bệnh ác tính toàn thân như ung thư máu.

2.3. Những bệnh nhiễm khuẩn

- Viêm miệng và nướu do liên cầu, zona, giang mai giai đoạn hai, viêm miệng herpes.

2.4. Suy dinh dưỡng, tình trạng thiếu vitamin C trầm trọng.

2.5. Yếu tố miễn dịch

- Yếu tố nguy cơ: Khi nghiên cứu về vấn đề dịch tễ học của bệnh nha chu, người ta không thể bỏ qua yếu tố nguy cơ của bệnh như: tuổi, giới tính, chủng tộc, nghề nghiệp, tình trạng kinh tế, xã hội, địa dư, chế độ ăn uống, dinh dưỡng được xem là có liên quan đến mức độ trầm trọng của bệnh.

2.5.1. Tuổi

- Tăng về tỷ lệ và mức độ trầm trọng theo tuổi. Sự gia tăng này có thể là hậu quả của nhiều lần viêm hoặc là sự tăng dần về mức độ phá huỷ do vệ sinh răng miệng kém hay do sự thay đổi trong đáp ứng của cơ thể.
- Điều tra cơ bản SKRM quốc gia 1990 tỷ lệ người có túi nha chu nông là 29, 97% túi nha chu sâu là 2,36% ở nhóm tuổi 35 - 44. Trong lúc ấy, tỷ lệ túi nông là không đáng kể và tỷ lệ túi sâu là 0% ở lứa tuổi 12 - 15.
- Ở New Zealand (Tân Tây Lan) chỉ số nha chu (PI: periodontal index) tăng lên từ 0,89 ở tuổi 35 đến 1,21 ở tuổi 64
- Như vậy, bệnh nha chu tăng theo tuổi là rõ rệt ở Việt nam cũng như nhiều nước trên thế giới.

2.5.2. Giới tính

- Không có sự thay đổi về tần số và mức độ trầm trọng của bệnh viêm nha chu ở nam và nữ. Chỉ có sự khác biệt về tỷ lệ chảy máu nướu ở lứa tuổi 15 - 19 nữ cao hơn nam.
- Theo điều tra cơ bản năm 1984 của Bộ môn Nha chu - trường ĐHYD thành phố HCM thì ở tuổi 35 trở lên nam bị cao răng chảy máu nướu và tỷ lệ bệnh nha chu cao hơn nữ có lẽ do vệ sinh răng miệng kém hơn. Lứa tuổi 15 - 19 ở nữ chảy máu nướu nhiều hơn nam.

2.5.3. Yếu tố xã hội

- Người da đen có bệnh nặng hơn người da trắng. Tỷ lệ bệnh ở châu Á và châu Phi nhiều hơn ở châu Âu, châu Úc và Hoa kỳ. Điều này có thể giải thích do sự phát triển kinh tế của những nước này kém hơn.

2.5.4. Chế độ ăn uống và dinh dưỡng

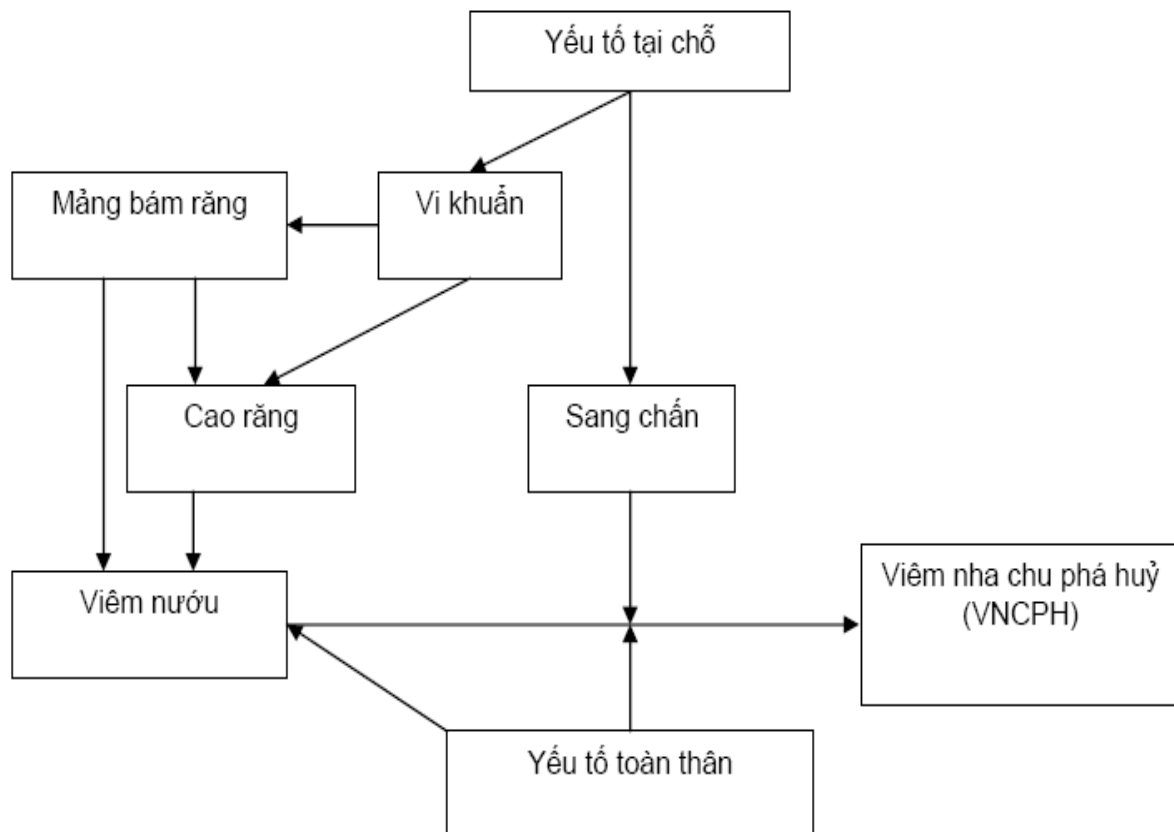
- Chế độ dinh dưỡng kém dẫn đến tốc độ phát triển và mức độ trầm trọng của bệnh viêm nha chu.

V. Sinh bệnh học của bệnh nha chu

- Bệnh nha chu là một bệnh nhiễm khuẩn ở mô nha chu, bệnh xảy ra khi có sự mất cân bằng giữa một bên là vi khuẩn tập trung với số lượng lớn và một bên là những cơ chế bảo vệ có ở mô nha chu.
- Sang chấn với những lực bất thường tác động trên răng cũng là nguyên nhân tại chỗ quan trọng. Sang chấn không gây ra viêm nhưng gây ra tiêu XOR và biến viêm nướu thành viêm nha chu.
- Ngoài ra những cơ chế bảo vệ tại chỗ cũng bị chi phối rất nhiều bởi yếu tố tổng quát cụ thể là các bệnh tổng quát như tiểu đường. Nguyên nhân tổng

quát sẽ thúc đẩy quá trình phát triển của bệnh từ viêm nướu nhẹ thành viêm nướu nặng hoặc từ viêm nướu thành viêm nha chu phá hủy.

- Yếu tố tại chỗ: Vi khuẩn, Mảng bám răng, Cao răng, Viêm nướu, Yếu tố toàn thân, Viêm nha chu phá hủy (VNCPH), Sang chấn



Sơ đồ sinh bệnh học bệnh nha chu

VI. Các hình thể lâm sàng bệnh nha chu

- Trong bài này chúng tôi chỉ đề cập đến những bệnh nha chu phổ biến nhất: viêm nướu, viêm nha chu phá hủy, viêm nha chu ở lứa tuổi thanh niên (suy nha chu).

1. Viêm nướu (gingivitis)

1.1. Đặc điểm của bệnh

- Bệnh có tính hoàn nguyên.
- Là một bệnh nha chu có sang thương khu trú ở nướu, các thành phần khác của mô nha chu không bị ảnh hưởng.

1.2. Triệu chứng lâm sàng

- Chảy máu nướu: khi thăm khám hoặc đánh răng nếu viêm nặng hơn có chảy máu tự phát.
- Màu sắc: nướu có màu đỏ đậm hoặc xanh xám.
- Vị trí, hình dạng và độ săn chắc của nướu: viêm nhẹ chỉ nướu viền và gai nướu sưng. Viêm nặng cả phần nướu dính cũng bị ảnh hưởng, viền nướu trở nên tròn bóng, các gai nướu căng phồng, nướu bờ không còn săn chắc.
- Đau: viêm cấp tính đau nhức, nếu viêm mãn chỉ có cảm giác ngứa ở nướu.
- Độ sâu của khe nướu: có sự gia tăng độ sâu của khe nướu do nướu bị phù nề và sưng tạo thành túi nướu (túi nha chu giả).
- Tăng tiết dịch nướu và dịch viêm.

1.3. Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt

- Chẩn đoán xác định dựa vào các triệu chứng lâm sàng.
- Chẩn đoán phân biệt: với viêm nha chu phá hủy có túi nha chu, răng lung lay, hình ảnh X-quang có tiêu xương ổ răng theo chiều ngang.

2. Viêm nha chu phá hủy (Periodontitis)

2.1. Đặc điểm của bệnh

- Là bệnh của toàn thể những mô nha chu gồm có nướu, dây chằng nha chu, XOR, Xê măng gốc răng. Đặc trưng của bệnh là sự mất bám dính từ ít đến nhiều và có thể phát hiện một cách dễ dàng trên lâm sàng và phim X-quang.
- Là một bệnh mãn tính xảy ra ở những người lớn trên 35 tuổi, không phân biệt giới tính.
- Là bệnh không hoàn nguyên.
- Bệnh diễn tiến theo chu kỳ (thời kỳ bộc phát xen lẫn thời kỳ yên nghỉ).

2.2. Triệu chứng lâm sàng

- Viêm nha chu phá hủy có tất cả các dấu chứng của viêm nướu như: nướu sưng đỏ, chảy máu và rỉ dịch.
- Ngoài ra răng lung lay và di chuyển cũng là một dấu chứng có sớm hoặc ở vào giai đoạn muộn của bệnh.
- Dấu chứng đặc hiệu là sự hình thành túi nha chu.

2.3. X-quang

- Có hình ảnh tiêu xương ổ răng ở đỉnh hay mào xương.

2.4 Cơ chế tạo thành túi nha chu

- Túi nha chu hình thành do sự di chuyển của biểu mô bám dính về phía chóp gốc răng đồng thời với sự tiêu xương ổ răng. Túi nha chu có hình chữ V trong túi có nhiều vi khuẩn.

2.5. Biến chứng của viêm nha chu phá hủy

- Áp xe nha chu.
- Viêm khớp răng, viêm tủy đảo ngược.
- Viêm mô tế bào, viêm xương hàm, viêm xoang hàm.

2.6. Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt

- Chẩn đoán xác định dựa vào các triệu chứng lâm sàng.
- Chẩn đoán phân biệt: Với viêm nha chu ở lứa tuổi thanh niên trên hình ảnh X-quang có tiêu xương ổ răng theo chiều dọc.

3. Viêm nha chu ở lứa tuổi thanh niên (suy nha chu) Periodontosis

3.1. Đặc điểm của bệnh

- Là một bệnh mãn tính hay gặp ở tuổi 12 - 26, tỷ lệ nữ mắc bệnh nhiều hơn nam gấp 3 lần.
- Xảy ra trên những bệnh nhân khỏe mạnh, có tình trạng vệ sinh răng miệng tốt, cao răng, mảng bám răng, sâu răng ít.
- Bệnh tác động lên các răng cối thứ nhất và các răng cửa có thể có thêm 1 hoặc 2 răng phụ kèm theo.
- Nguyên nhân tổng quát là chủ yếu còn nguyên nhân tại chỗ chỉ là yếu tố phụ giúp làm bệnh nặng thêm.

3.2. Triệu chứng lâm sàng

- Nướu răng không viêm mà teo.
- Có sự mất bám dính, răng lung lay và di chuyển bất thường, tạo khoảng hở giữa các răng, ở giai đoạn này bệnh nhân không đau, không chảy máu nướu. Sau đó, do những kích thích tại chỗ viêm bắt đầu xuất hiện và tiếp theo là sự hình thành túi nha chu, bệnh có những triệu chứng lâm sàng giống viêm nha chu phá hủy (bệnh nhân thường đến khám ở giai đoạn này).

3.3. X-quang

- Xương ổ răng tiêu theo chiều dọc hoặc vát.

3.4. Chẩn đoán

- Chẩn đoán xác định dựa vào các triệu chứng lâm sàng.
- Chẩn đoán phân biệt với viêm nha chu phá hủy, suy nha chu nướu teo và hình ảnh X-quang xương ổ răng tiêu theo chiều dọc

VII. Kế hoạch điều trị

- Cần đi từng bước có thứ tự và hợp lý với những biện pháp nhằm loại bỏ những triệu chứng và dấu chứng của bệnh, phục hồi sức khỏe cho mô nha chu. Tùy theo từng hình thể lâm sàng ta có kế hoạch điều trị cụ thể:

1. Viêm nướu

- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng
- Điều trị các sang thương cấp tính
- Cạo cao răng trên và dưới nướu
- Loại bỏ các vị trí gây tích lũy tập trung mảng bám răng: sửa chữa những yếu tố tại chỗ gây bất thường cho mô nha chu (miếng trám dư, phục hình sai..).
- Xử lý bề mặt gốc răng hay cạo láng gốc răng
- Điều trị tạm thời các răng sâu
- Nhổ những răng bất lợi hay không còn hy vọng điều trị bảo tồn.

2. Viêm nha chu phá hủy và suy nha chu

- Là bệnh không hoàn nguyên vì thế mục đích của việc điều trị là chặn đứng sự phát triển của bệnh.
- Kế hoạch cụ thể: bao gồm điều trị viêm nướu (từ bước 1 đến bước 7) phối hợp điều trị nha chu:
 - Cố định các răng lung lay và di chuyển
 - Mài điều chỉnh khớp cắn
 - Phẫu thuật nha chu
 - Phục hình các răng mất
 - Hẹn tái khám để điều trị duy trì (3 - 4 tháng một lần)

VIII. Dự phòng

- Mục đích của việc dự phòng bệnh nha chu là bảo vệ răng cho từng người hoặc cho nhiều người trong cộng đồng để răng tồn tại suốt đời càng nhiều răng càng tốt. Chúng ta biết, nguyên nhân của bệnh nha chu là mảng bám vi khuẩn, mảng bám gây ra viêm nướu và từ đó mới phát triển thành nhiều hình thức bệnh nha chu khác. Loại bỏ mảng bám để điều trị viêm nướu hay để phòng ngừa viêm nướu phải là mục tiêu chính của mọi biện pháp dự phòng bệnh nha chu.

1. Dự phòng cấp 0

- Phối hợp với các cấp chính quyền, các ngành nâng cao mức sống của nhân dân trong cộng đồng về mặt văn hóa xã hội kinh tế. Tuyên truyền phòng bệnh (chải răng kỹ sau khi ăn, chế độ dinh dưỡng thích hợp, không ăn vặt...).

2. Dự phòng cấp 1

- Khi bệnh chưa xảy ra
 - Giáo dục sức khỏe để cải thiện vệ sinh răng miệng: hướng dẫn phương pháp chải răng; cách dùng chỉ nha khoa, tăm xỉa răng, xoa nắn nướu.
 - Khám răng và cạo cao răng định kỳ, phát hiện sớm những tổn thương.
 - Trám răng sâu, sửa chữa những phục hình sai, miếng trám sai kỹ thuật, sửa chữa những thói quen xấu như mút tay, cắn chỉ.

3. Dự phòng cấp 2

- Khi bệnh đã xảy ra
 - Điều trị những dấu hiệu hoặc triệu chứng đầu tiên của bệnh nha chu nhằm ngăn chặn bệnh phát triển. Dự phòng cấp 2 cũng bao gồm việc giáo dục sức khỏe hướng dẫn vệ sinh răng miệng, cạo cao răng trên nướu và dưới nước và điều trị túi nha chu nông.
 - Khám răng định kỳ, kết hợp với chụp phim X-quang.

4. Dự phòng cấp 3

- Điều trị phục hồi tránh tái phát bao gồm: phẫu thuật nha chu, phục hình các răng đã mất, mài điều chỉnh khớp cắn.

5. SỰ MỌC RĂNG

I. Các giai đoạn phát triển răng

Giai đoạn phôi của hệ răng sữa bắt đầu vào tuần lễ thứ 6 đến thứ 8 trong bào thai và kéo dài đến khoảng tháng thứ 6 sau khi sinh. Giai đoạn phôi của răng vĩnh viễn bắt đầu từ tháng thứ 3 đến tháng thứ 5 và kéo dài đến tháng thứ 9 sau khi sinh, riêng mầm răng khôn đến 4 tuổi. Không có một cơ quan nào khác trong cơ thể người lại cần một thời gian dài như thế để đạt được hình thể sau cùng như hệ

răng.

1. Về phương diện hình thể

Răng trải qua các giai đoạn phát triển sau đây:

1.1. Lá răng

- Thể hiện bởi giai đoạn khởi đầu.

1.2. Giai đoạn mầm

- Là sự dày lên của lá răng, thể hiện sự tăng sinh và biệt hóa về phương diện hình thể.

1.3. Giai đoạn hình nón

- Thể hiện bởi sự tăng sinh, biệt hóa về phương diện mô học và hình thể. Giai đoạn này mầm răng được tổ chức gồm:
 - Lớp thượng bì men bên trong và lớp thượng bì men bên ngoài
 - Lớp tế bào hình sao (trung tâm của cơ quan tạo men)
 - Nhú răng có nguồn gốc từ trung mô (cơ quan tạo ngà và tủy)
 - Bao mầm răng có nguồn gốc từ trung mô

1.4. Giai đoạn hình chuông

- Thể hiện bằng sự đi sâu vào bên trong lớp trung mô của tế bào thượng bì men. Ở giai đoạn này xuất hiện lớp tế bào trung gian của cơ quan tạo men và những mầm răng vĩnh viễn cũng xuất hiện từ lá răng tiên phát hay còn gọi là răng của răng sữa (răng cửa, răng nanh, răng tiền cối vĩnh viễn).

1.5. Giai đoạn hình chuông tiến triển

- Phát họa đường nối men ngà và bờ tận của cơ quan tạo men tạo ra bao thượng bì chân răng Hertwig.

1.6. Giai đoạn bao thượng bì chân răng

- Lớp ngà chân răng đầu tiên lắng đọng và bao thượng bì chân răng bị mất sự liên tục. Những tế bào thượng bì còn sót gọi là tế bào thượng bì Malassez.

2. Về phương diện mô sinh học

- Từ khi hình thành cho đến khi mất đi, răng trải qua các giai đoạn phát triển sau đây:

2.1. Giai đoạn khởi đầu

- Giai đoạn này xảy ra trong một thời gian ngắn:
 - Lá răng hình thành vào tuần lễ thứ 6 trong bào thai
 - Hình thành lá răng tiên phát cho hệ răng sữa
 - Lá răng tiên phát hình thành 10 điểm ở mỗi hàm tương tương ứng với vị trí các mầm răng sữa sau này.
- Mầm răng bao gồm:
 - Cơ quan tạo men (nguồn gốc thượng bì niêm mạc miệng);
 - Nhú răng (trung mô);
 - Bao mầm răng (trung mô).
 - Các xáo trộn trong giai đoạn này có thể đưa đến sự thiếu răng hoặc thừa răng (vd: méliodent).

2.2. Giai đoạn tăng sinh

- Có sự tham gia đáng kể số lượng tế bào và kết quả của giai đoạn này là hình thành cơ quan tạo men. Các xáo trộn trong giai đoạn này đưa đến các bất thường về kích thước, tỷ lệ, số lượng và răng sinh đôi.

2.3. Giai đoạn biệt hóa tế bào về phương diện mô học

- Cuối giai đoạn hình chuồng, lớp thượng bì men bên trong của cơ quan tạo men ở phần mặt nhai, lớp tế bào này trưởng thành, hình thành tạo men bào. Các tế bào của nhú răng phân hóa tạo thành tạo ngà bào. Ranh giới giữa tạo men bào và tạo ngà bào phát họa nên đường nối men ngà .
- Sự xáo trộn trong giai đoạn này đưa đến các bất thường của men và ngà: ví dụ: không hình thành men hoặc hình thành men ít, hoặc men có thể tách dần ra khỏi đường nối men ngà (sinh men bất toàn. Hoặc tạo ra sự sinh ngà bất toàn. Ở lâm sàng khó phân biệt giữa sinh men bất toàn và sinh ngà bất thường mà chủ yếu dựa vào tia X: Trong sinh men bất toàn, buồng tủy và ống tủy chân răng có hình dạng bình thường, trong sinh ngà bất toàn, buồng tủy và ống tủy chân răng bít kín, chân răng ngắn và đầu chóp chân răng không nhọn.

2.4. Giai đoạn biệt hóa hình thể

- Là sự sắp xếp các tế bào để tạo nên hình dáng và kích thước của thân và chân răng. Giai đoạn biệt hóa về phương diện mô học và hình thể xảy ra cùng lúc. Bao tế bào thượng bì Hertwig hình thành bắt đầu từ chỗ lớp thượng bì men bên ngoài và bên trong gặp nhau và là kết quả của hoạt động phân chia tế bào ở vùng cổ răng , bao này lấn sâu vào lớp trung mô bên dưới là một màng gồm 2 lớp tế bào hình ống để xác định hình dáng

chân răng. Trong trường hợp răng một chân, bao này vẫn giữ dạng hình ống, trong trường hợp răng nhiều chân, bao này bị phân chia thành 2 hoặc nhiều ống, tùy thuộc số chân được tạo nên.

- Xáo trộn trong giai đoạn này đưa đến bất thường về hình dáng và kích thước (thí dụ, răng cửa bên có hình hạt gạo).

2.5. Giai đoạn lắng đọng chất căn bản

- Sau khi biệt hóa, tạo ngà bào bắt đầu tiết ra chất tiền ngà. Sự phát triển của chất tiền ngà ảnh hưởng đến các tế bào trưởng thành của lớp thượng bì men bên trong, kích thích các tế bào phát triển tạo thành tạo men bào vào tạo men bào bắt đầu lắng đọng chất căn bản. Sự lắng đọng chất men và ngà răng bắt đầu xảy ra ở các độ tuổi khác nhau, nhưng nhìn chung xảy ra theo một trình tự tương đối khá rõ ràng và theo từng nhóm:
 - Nhóm 1: trước khi sinh, các răng sữa, từ tháng thứ 4 đến tháng thứ 6 trong bào thai.
 - Nhóm 2: Khi sinh ra đến 5 tháng tuổi, gồm răng cối vĩnh viễn thứ nhất và các răng phía trước.
 - Nhóm 3: từ 1 tuổi rưỡi đến 3 tuổi, gồm răng cối vĩnh viễn thứ 2 và 2 răng cối nhỏ.
 - Nhóm 4: từ 7 đến 10 tuổi, gồm răng cối vĩnh viễn thứ 3.
- Mọi khiếm khuyết ở giai đoạn này được xếp loại vào sự khiếm khuyết về số lượng của men và ngà như thiếu sản men, ngà và men gốc răng.

II. Sự khác nhau về hình thể răng sữa và răng vĩnh viễn

1. Thân răng

- Thân răng sữa thấp hơn thân răng vĩnh viễn.
- Mặt nhai răng sữa thu hẹp nhiều hơn răng vĩnh viễn.
- Cổ răng sữa thụt lại nhiều và thu hẹp hơn răng vĩnh viễn.
- Lớp men và ngà ở răng sữa mỏng hơn răng vĩnh viễn.

2. Tủy răng

- Nếu so sánh theo tỷ lệ với kích thước thân răng thì tủy răng sữa lớn hơn.
- Sừng tủy răng sữa nằm gần đường nối men ngà hơn răng vĩnh viễn.
- Về phương diện mô học, có rất ít sự khác biệt giữa mô tủy răng sữa và răng vĩnh viễn.

3. Chân răng

- Chân các răng trước sữa dài và mảnh hơn khi so theo tỷ lệ với kích thước thân răng.
- Chân răng cối sữa tách nhau ra ở gần cổ răng và càng xa nhau khi đi về phía chóp chân răng, tạo chỗ cho mầm răng vĩnh viễn bên dưới.

4. Màu sắc

- Răng sữa có màu trắng đục trong khi răng vĩnh viễn có màu trắng ngà.

III. Sự mọc răng

- Sự mọc răng góp phần quan trọng trong việc hình thành khuôn mặt, giúp hoàn thiện sự phát âm và chức năng nhai
- Các mầm răng được hình thành từ trong xương hàm, lần lượt di chuyển và một phần thoát ra khỏi cung hàm, đó chính là phần thân răng nhìn thấy trong xoang miệng.
- Sự mọc răng bắt đầu từ khi thân răng được hình thành và tiếp diễn trong suốt đời của răng.
- Răng mọc lên được, một phần do chân răng cấu tạo dài ra, một phần do sự tăng trưởng của xương hàm. khi chân răng đã cấu tạo hoàn tất, răng vẫn tiếp tục mọc lên được, nhờ vào sự bồi đắp liên tục chất cement ở chóp chân răng.
- Mỗi răng có lịch thời gian mọc và vị trí nhất định trên cung hàm, nhờ vậy các răng ở hàm trên và dưới sắp xếp thứ tự và ăn khớp với nhau.
- Chân răng được cấu tạo dần dần và hoàn tất sau 3 năm kể từ thời điểm răng mọc (hiện tượng đóng chóp).

Tuổi đóng chóp = tuổi mọc răng + 3

Ví dụ: Răng số 6 mọc lúc 6 tuổi nên tuổi đóng chóp răng 6 là : $6 + 3 = 9$ tuổi.

- Có hai thời kỳ mọc răng:
 - Thời kỳ mọc răng sữa
 - Thời kỳ mọc răng vĩnh viễn

1. Thời kỳ mọc răng sữa

1.1 Vị trí và tầm quan trọng của răng sữa

- Răng sữa là bộ răng tồn tại ở giai đoạn quan trọng nhất của sự tăng trưởng và phát triển ở trẻ em. Răng sữa được hình thành từ tuần thứ 7 đến tuần thứ 10 của bào thai, được lắng đọng chất men và ngà (sự khoáng hóa) từ tháng 4 đến tháng thứ 6 sau khi sinh .

- Răng sữa mọc vào trong xoang miệng khoảng tháng thứ 6 sau khi sinh. Đến 2 hoặc 3 tuổi, trẻ em có đủ bộ răng sữa gồm 20 răng (10 răng hàm trên và 10 răng hàm dưới).
- Ngoài chức năng ăn nhai, phát âm, răng sữa đóng vai trò quan trọng trong việc phát triển của xương hàm và giữ đúng vị trí cho răng vĩnh viễn mọc lên sau này.
- Chân răng sữa tiêu dần khi đi đến tuổi thay, răng vĩnh viễn thay thế mọc dần lên thế vào vị trí răng sữa.
- Trẻ em từ 6-11 tuổi hiện diện cả răng sữa và răng vĩnh viễn trên cung hàm, gọi là răng hỗn hợp (denture mixte).

1.2. Tuổi mọc và thay răng sữa: răng hàm dưới thường mọc và thay sớm hơn răng hàm trên

Bảng 1: Tuổi mọc và thay răng sữa

TÊN RĂNG	TUỔI MỌC	TUỔI THAY
Hàm dưới		
- Răng cửa giữa	6 tháng	6 - 7 tuổi
- Răng cửa bên	7 tháng	7 - 8 tuổi
- Răng hàm sữa 1	12 tháng	9 – 10 tuổi
- Răng nanh	16 tháng	10 – 11 tuổi
- Răng hàm sữa thứ 2	24 tháng	11 tuổi
Hàm trên		
- Răng cửa giữa	7 tháng	7 tuổi
- Răng cửa bên	9 tháng	8 tuổi
- Răng hàm sữa 1	14 tháng	11 - 12 tuổi
- Răng nanh	18 tháng	11 - 12 tuổi
- Răng hàm sữa 2	24 tháng	12 tuổi

2. Thời kỳ mọc răng vĩnh viễn

2.1. Tuổi mọc răng vĩnh viễn

Bảng 2: Tuổi mọc răng vĩnh viễn

TÊN RĂNG	HÀM DƯỚI	HÀM TRÊN
- Răng cửa giữa	6-7 tuổi	7 tuổi
- Răng cửa bên	7-8 tuổi	8 tuổi
- Răng hàm nhỏ 1	9-10 tuổi	9-10 tuổi
- Răng nanh	10-11 tuổi	11 tuổi
- Răng hàm nhỏ 2	11-12 tuổi	12 tuổi
- Răng hàm lớn 1	6-7 tuổi	6-7 tuổi

2.2. Đặc điểm của răng vĩnh viễn

- Mầm răng vĩnh viễn, một số được hình thành trong thời kỳ bào thai, từ tháng thứ 3 đến tháng thứ 5, số còn lại hình thành sau khi sinh đến tháng thứ 9. Riêng mầm răng khôn lúc 4 tuổi
- Răng vĩnh viễn được lắng đọng chất men, ngà (sự khoáng hóa) bắt đầu từ lúc sinh ra đến 6 - 7 tuổi. Riêng mầm răng khôn lúc 10 tuổi
- Răng vĩnh viễn bắt đầu mọc để thay thế dần răng sữa khi trẻ được 6 tuổi.
- Khi trẻ 12 - 13 tuổi, tất cả răng sữa sẽ được thay thế bằng răng vĩnh viễn
- Lúc 17 - 21 tuổi có đủ bộ răng vĩnh viễn gồm 32 răng.

3. Các yếu tố ảnh hưởng đến sự mọc răng

3.1. Chiều cao và cân nặng

- Trẻ cao và mập, răng mọc sớm hơn trẻ thấp và gầy.

3.2. Giới tính

- Nữ mọc sớm hơn nam.

3.3. Kích thước xương hàm

- Hàm rộng, răng mọc sớm và thưa, hàm hẹp, răng mọc chậm và chen chúc

3.4. Răng sữa

- Răng sữa rụng sớm hoặc chậm sẽ làm chậm mọc răng vĩnh viễn.

3.5. Dinh dưỡng

- Dinh dưỡng kém sẽ làm răng mọc chậm (bệnh còi xương)

3.6. Viêm nhiễm xương hàm

- Xương hàm bị viêm nhiễm trong thời kỳ mọc răng sẽ làm răng mọc sớm

3.7. Yếu tố di truyền

4. Biến chứng mọc răng:

- Khi mọc răng ở trẻ em thường có những biểu hiện sau: sốt, ho, đi chảy, chảy nước bọt, quấy khóc, ngứa ở lợi răng.
 - Xử trí: dùng hạ sốt, an thần, vệ sinh răng miệng tốt.
- Đối với răng khôn (răng hàm lớn 3) khi mọc thường gây nhiều biến chứng, thường biểu hiện bằng tình trạng viêm quanh thân răng.
 - Xử trí: kháng sinh, giảm đau. Chuyển tuyến trên.

IV. Hình thái lâm sàng lệch lạc răng, điều trị, dự phòng

1. Sự chen chúc răng cửa

- Dấu hiệu chen chúc đầu tiên ở hệ răng hỗn hợp thường trùng với sự mọc răng vĩnh viễn. Thiếu chiều dài cung răng có thể biểu hiện bằng nhiều cách từ xoay răng cửa và lệch lạc nhẹ đến chen chúc răng cửa trầm trọng. Điều quan trọng là phân tích khoảng trống và xác định mức độ thiếu khoảng.

1.1. Chen chúc nhẹ

- Sự chen chúc nhẹ được coi là bình thường ở bệnh nhân không có mất chiều dài cung răng. Không cần điều trị, chỉ theo dõi.
- Nếu răng cửa bên mọc nghiêng về phía lưỡi, có thể điều trị đơn giản bằng cách mài mặt gần răng nanh sữa bằng đĩa giấy nhám với tay khoan thẳng hoặc bằng mũi khoan siêu tốc với mũi khoan chóp nhọn.

1.2. Chen chúc trung bình

- Chiều dài cung răng thiếu ở mức dưới 5mm. Trường hợp này thường do mất khoảng sau nhổ răng hoặc mất sớm răng sữa, cần được chuyển các nhà điều trị chuyên môn với những khí cụ cố định hoặc tháo lắp để di chuyển răng, lấy lại khoảng trống đã mất.

1.3. Chen chúc trầm trọng

- Mất chiều dài cung răng trên 5mm được coi là trầm trọng, cần được điều trị đặc biệt bằng cách nới rộng cung răng hoặc nhổ chọn lọc một số răng vĩnh viễn.

2. Sai lệch răng theo chiều trước sau

2.1. Cắn chéo răng trước

- Là tình trạng các răng cửa trên nằm phía trong (sau) các răng cửa dưới khi ngậm hàm, ở những bệnh nhân này môi trên bị lép (móm), nguyên nhân có thể do răng hoặc xương. Nếu nguyên nhân do xương thì cần có ý kiến của chuyên viên, nếu do răng và những trường hợp đơn giản (cắn chéo một vài răng) có thể can thiệp được bằng những khí cụ tháo lắp đơn giản như mặt phẳng nghiêng hoặc hàm nhựa với lò xo ngón tay...

2.2. Răng cửa đưa ra trước

- Là tình trạng các răng cửa trên hoặc các răng cửa dưới đưa ra phía trước mà người ta có thể gọi nôm na là "hô". Nguyên nhân có thể do răng hoặc xương, nếu do xương cần tham khảo chuyên viên, nếu do răng có thể điều trị bằng cách đẩy răng nghiêng về phía sau bằng những khí cụ tháo lắp có cung môi và những cung bù trừ hình chữ U.

3. Sai lệch răng theo chiều đứng

- Sai lệch răng theo chiều đứng thường biểu hiện ở giai đoạn răng hỗn hợp là cắn hở và cắn sâu.

3.1. Cắn hở

- Thường gặp nhất là do thói quen mút ngón tay làm cản trở sự mọc răng đầy đủ của các răng trước. Việc điều trị cơ bản là điều trị thói quen mút ngón tay ở giai đoạn răng sữa bằng cách làm các khí cụ ngăn cản thói quen mút ngón tay như tấm chặn ở khẩu cái, tấm cản này ngoài công dụng điều trị tật mút tay còn ngăn không cho lưỡi chèn vào giữa cung răng trên và dưới, hoặc nhấn vào cản ngón tay..

3.2. Cắn sâu

- Là tình trạng các răng trước mọc quá mức hoặc răng sau mọc không đầy đủ. Bình thường ở tư thế nghỉ, bờ cắn răng cửa trên cách đường môi trên khoảng 2mm, nếu khoảng cách này trên 2mm cần quan tâm đến sự mọc quá mức của răng trước hàm trên. Việc điều trị là phức tạp cần có sự can thiệp của các chuyên gia chỉnh hình.

6. RĂNG MIỆNG VỚI SỨC KHOẺ TOÀN THÂN

I. Mở đầu

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

II. Sự liên quan giữa răng miệng và bệnh toàn thân

1. Răng miệng và các bệnh nhiễm trùng

1.1. Bệnh sỏi

Là bệnh lây có tính chất toàn thân. Trong bệnh sỏi vi rút làm viêm miệng, một trong những dấu hiệu xuất hiện trước khi phát ban là nốt Koplich - có màu trắng xanh nằm xung quanh lỗ tiết của tuyến mang tai tương ứng với vùng răng 6 và 7 hàm trên.

1.2. Bệnh thủy đậu

Có những mụn sau đó vỡ ra để lại những vết loét, thường bệnh do vi rút.

1.3. Một số bệnh khác

Sốt phát ban, sốt xuất huyết, cúm làm cho niêm mạc môi khô, lưỡi nứt nẻ, đôi khi sốt cao làm tổn thương thành mạch gây chảy máu ở nướu.

1.4. Viêm quanh chóp răng mãn tính

Là những ổ nhiễm trùng có ảnh hưởng đến viêm màng ngoài tim, viêm khớp tay chân.

1.5. Viêm tuỷ răng cấp tính

Cũng như nhiễm trùng răng miệng còn có thể đưa đến nhiễm trùng huyết và viêm nghẽn tĩnh mạch sọ mặt, những bệnh ở đường tiêu hoá (hội chứng suy giảm hấp thu).

1.6. Bệnh viêm nha chu

Làm tăng nguy cơ mắc bệnh toàn thân như bệnh xơ vữa động mạch, tiểu

đường, sinh non và những xáo trộn khác.

2. Răng miệng với những trường hợp bị nhiễm độc

Khi tiếp xúc lâu với hoá chất, kim loại nặng..., con người có thể bị nhiễm độc chẳng hạn, người lái xe có thể bị nhiễm độc chì, những người thợ mỏ thiếc có thể bị nhiễm độc thuỷ ngân v.v... Người ta thấy rằng, những người bị nhiễm độc này đều xuất hiện các triệu chứng ở nướu và răng, như nướu không còn hồng nhạt và săn chắc nữa mà có màu đen, răng ngả màu...

3. Răng miệng và vitamin

3.1. Thiếu vitamin C

Vitamin C là một yếu tố giúp tăng sức đề kháng của cơ thể, chống sự nhiễm trùng, nhiễm độc. Thiếu vitamin C ảnh hưởng đến nướu răng và mô nha chu, cụ thể làm nướu răng dễ chảy máu.

- Nướu viêm không rõ ràng trong thời kỳ răng chưa mọc, còn khi răng đã mọc mà thiếu vitamin C nướu sưng tấy đỏ tía dễ loét và chảy máu nhất là ở vùng răng cửa trên.
- Răng lung lay do tiêu xương ổ, tiêu xê măng.
- Xương hàm mục (tiêu xương hàm).
- Niêm mạc má, vòm miệng khô đỏ
- Lưỡi trơn láng đỏ thẫm khô và đau nhức.
- Môi khô và nứt ở khoé miệng.

3.2. Thiếu vitamin A

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

- Chai nướu.
- Sâu răng.
- Thiếu sản men.
- Giảm sức đề kháng đối với các bệnh nhiễm khuẩn.

3.3. Thừa vitamin A

Sẽ có các triệu chứng chán ăn, buồn nôn, chảy máu, thiếu máu.

3.4. Thiếu vitamin D

Ảnh hưởng đến sự biến dưỡng can xi và cấu tạo các mô cứng.

- Thiếu vitamin D xương hàm bị biến dạng (hàm hô hoặc móm).
- Răng mọc chậm, rụng chậm, răng bị xô lệch vì xương hàm không đủ cứng để chịu đựng sức ép của lực nhai.
- Rối loạn thứ tự mọc răng.
- Tổ chức cứng của răng thiếu vững chắc.
- Răng ngắn và nhỏ hơn bình thường.
- Dễ thương về hình dáng, vị trí, kích thước.

3.5. Thừa vitamin D

- Đau nhức răng.
- Răng mọc sớm.
- Đau nhức xương hàm hoặc xương sườn.

3.6. Thiếu vitamin B

Sự thiếu vitamin B gây ảnh hưởng đến nướu, lưỡi, niêm mạc.

- Thiếu vitamin B1 (Thiamin clohydrat) gây rối loạn chuyển hoá albumin. Từ đó làm mức độ vững chắc của răng kém đi. Gây hiện tượng tê bì.
- Thiếu vitamin B2 (Riboflavin) gây viêm môi loét niêm mạc lưỡi và niêm mạc miệng.
- Thiếu vitamin B5 (axit pantothenic) làm giảm sự chống đỡ của niêm mạc khi nhiễm khuẩn và sự bảo vệ đối với tế bào biểu bì. Khi thiếu dễ gây viêm môi, viêm lưỡi và herpes miệng.
- Thiếu vitamin B12 gây thiếu máu, đau dây thần kinh. Vitamin B12 còn cần thiết trong thời kỳ dưỡng bệnh các bệnh nhiễm khuẩn.

3.7. Thiếu vitamin K

Gây chảy máu kéo dài, chảy máu tự nhiên.

4. Thiếu can xi, fluor

Cũng làm ảnh hưởng đến chất lượng của men, ngà răng. Người thiếu những chất này dễ bị mắc bệnh sâu răng. Ngược lại nồng độ fluor cao trong nước uống lại gây nên tình trạng thiếu sản men.

5. Răng miệng và các bệnh nội tiết

5.1. Rối loạn tuyến giáp

5.1.1. Thiếu năng tuyến giáp

- Xương sọ lớn về mặt trẻ con và ngớ ngẩn.
- Xương hàm nhỏ, xương hàm trên thường bị nhô ra phía trước.
- Răng mọc chậm và chen chúc,
- Răng sữa rụng chậm nên thường xảy ra hiện tượng cả hai hệ răng sữa và răng vĩnh viễn cùng hiện diện trên cung hàm.
- Tổ chức cứng của răng yếu, chóp chân răng mở rộng và bị tiêu nhiều.
- Xương dễ bị gãy .

5.1.2. Cường năng tuyến giáp

- Răng dễ bị sâu và sự tiến triển sâu răng rất nhanh.
- Răng mọc sớm và răng sữa rụng sớm.

5.2. Rối loạn tuyến cận giáp

Cũng dẫn đến rối loạn chuyển hoá canxi, từ đó ảnh hưởng đến chất lượng của thân răng.

5.2.1. Thiếu năng tuyến cận giáp

- Toàn bộ xương và răng phát triển chậm.

- Răng bị thiếu sản men.

5.2.2. Cường tuyến cận giáp

- Xương hàm bị phồng phì đại và mất chất vôi dẫn đến xốp.
- Răng bị gãy tự nhiên. X quang cho thấy hình ảnh như kính vỡ.
- Răng thường bị đá tuỷ răng.

5.3. Rối loạn tuyến yên

5.3.1. Thiếu năng tuyến yên

- Xương hàm dưới nhỏ hẹp dẫn đến cằm hụp, xương hàm trên ít ảnh hưởng hơn. Người bệnh có mặt choắt cằm nhỏ như miệng chuột.
- Răng mọc chậm và nhỏ hàm ếch nhỏ.

5.3.2. Cường tuyến yên

- Người bệnh to đầu ngón bấm sinh
- Xương hàm dưới phát triển quá mức do màng xương quanh hàm phát triển và sự tăng trưởng liên tục ở đầu chùy dẫn đến hàm dưới dài hơn hàm trên. Khớp cắn chéo (cung răng trên nằm trong cung răng dưới).
- Răng to và thưa.
- Môi to và dày.
- Mũi to.
- Lưỡi gà phì đại, trụ trước amidan và hàm ếch to hơn bình thường.
- Lưỡi to và dày gây nói nuốt khó.

5.4. Tuyến sinh dục (ở nữ)

- Thời kỳ có kinh nguyệt: tăng tiết nước bọt dễ bị viêm tuyến nước bọt. Có thể bị chốc mép, viêm niêm mạc miệng. Có mụn Herpes ở mép, viêm nướu...
- Thời kỳ thai nghén: răng dễ bị vỡ do thiếu canxi. Mọi tổn thương ở niêm mạc miệng và nướu có biểu hiện cao hơn thời kỳ kinh nguyệt.

- Thời kỳ tắt kinh: dễ bị khô miệng, viêm nướu, viêm quanh răng, vôi hoá ống tuỷ...

5.5. Tuyến tụy

Xáo trộn biến dưỡng trong sự cấu tạo chất Insulin gây ra bệnh tiểu đường.

- Nướu viêm, dễ chảy máu.
- Mô nha chu bị suy thoái răng lung lay và trồi lên.
- Miệng khô và hơi thở hôi.

5.6. Tuyến thượng thận

- Thiếu năng tuyến thượng thận làm chậm mọc răng.
- Cường năng tuyến thượng thận làm răng to trong bệnh Addison, mặt trong của má và mép môi có vết xám.

6. Răng miệng và các bệnh về máu (như hémophilie, hémogénie, leucose...) Cũng đều có triệu chứng ban đầu xuất hiện ở nướu, như nướu viêm và gai nướu sưng phồng, chảy máu tự phát, răng lung lay, miệng hôi, môi khô, lưỡi nứt nẻ...

7. Răng miệng và các bệnh về tim

Nhiều công trình nghiên cứu đã chứng minh rằng bệnh viêm màng ngoài tim (Osler) là do cầu trùng *Streptococcus viridans*, có rất nhiều ở các ổ nhiễm trùng răng miệng. Phải nhổ hoặc điều trị tuỷ, các răng có biến chứng tuỷ, viêm tuỷ hoặc lỗ sâu sát tuỷ.

8. Mối quan hệ với bệnh tai mũi họng

- Từ viêm xoang, viêm amygdal có thể gây ra bệnh lý ở răng và những mô xung quanh.

- Ngược lại do quan hệ chặt chẽ về giải phẫu nên một khi xuất hiện bệnh lý ở răng, ở xương hàm có thể gây ra bệnh viêm xoang hàm hay viêm đa xoang:

+ Viêm quanh chóp, viêm nha chu ở răng cối nhỏ, răng cối lớn hàm trên.

+ Tuỷ hoại tử của răng cối nhỏ, răng cối lớn hàm trên không được điều trị đúng, đẩy các chất nhiễm khuẩn qua chóp răng vào xoang

+ Trong khi nhổ đẩy chân răng vào trong xoang, hoặc làm thủng xoang.

+ Viêm xương hàm trên.

+ Gãy xương hàm trên, xương gò má gây tụ máu trong xoang...

- Viêm miệng, viêm họng có thể lan ra sau gây ra viêm họng.

- Biến chứng mọc răng khôn hàm dưới làm viêm thành trước họng, viêm mặt trong cảnh cao, lan đến vùng hạnh nhân gây áp xe.

9. Mối quan hệ với bệnh đường tiêu hoá

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

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

- Viêm ruột: có những đợt viêm nướu, viêm niêm mạc miệng, đôi khi có những đợt áp tơ.

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

10. Mối quan hệ với bệnh ở mắt

- Nhiễm khuẩn ở răng - miệng: có thể gây ra nhiễm trùng ở mắt.

- Chấn thương xương hàm trên gãy Lefort III gây biểu hiện rối loạn thị giác, liệt mắt, loạn thị, song thị, chảy nước mắt...

- Các u hạt ở chóp răng, nhất là răng nanh là những ổ nhiễm trùng dễ gây nhiễm trùng xa ở mắt (viêm màng bồ đào, nhãn cầu, áp xe mi mắt dưới...)

- Bệnh glôcôm cấp có biểu hiện đau nhức răng.

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

7. NỘI NHA

Mục tiêu của tạo hình và làm sạch ống tủy

Năm 1974 herbert schilder đề ra phương pháp tạo hình ống tủy theo 3 chiều không gian, nguyên tắc này đã mang lại những thành công lớn trong nội nha.

1. tạo hình ống tủy thành hình trụ tròn liên tục từ lỗ vào đến lỗ ra.
2. tạo hình ống tủy hẹp dần về phía chóp răng và nhỏ nhất ở phần chóp.
3. chuẩn bị tạo hình ống tủy trên nhiều mặt phẳng.
4. không làm di chuyển foramen.
5. giữ nguyên foramen nhỏ như thực tế.

Triệu chứng và chẩn đoán viêm tủy răng

Viêm tủy răng có thể do sâu răng không được chữa hay do viêm quanh răng ngược vào tủy, cần chẩn đoán đúng để điều trị tủy.

-
1. triệu chứng: trên lâm sàng phân làm 2 loại viêm tủy: viêm tủy cấp và viêm tủy mãn.

- viêm tủy cấp:

+triệu chứng chức năng:

đau răng.

không sốt.

+ triệu chứng thực thể:

lỗ sâu

gỗ

+ xquang:

- viêm tủy mãn:

+ triệu chứng chức năng:

hết đau

+ triệu chứng thực thể:

dò

gỗ đau

+ xquang: tiêu chóp

2. chẩn đoán:

- viêm tủy có hồi phục:

+ đau răng: cơn đau tự nhiên hoặc sau khi kích thích, cơn đau ngắn từ 3 - 5 phút.

+ khám: răng có lỗ sâu, chưa hở tủy.

+ thử tủy (+).

- viêm tủy không hồi phục:

+ đau răng: đau tự nhiên, từng cơn kéo dài từ 30 phút đến vài giờ. cường độ đau thường dữ dội, lan sang cả răng bên cạnh hoặc nửa mặt. trong trường hợp viêm tủy mãn thì đau ít hơn hoặc đau khi có kích thích.

+ khám: răng có lỗ sâu, có nhiều ngà mủn, đáy mềm, có thể có ánh hồng hoặc điểm hở tủy. ngoài ra có thể gặp các tổn thương khác như: rạn nứt răng, lõm hình chêm ở cổ răng, sâu răng cũ đã hàn, hoặc viêm quanh răng nặng (viêm tủy ngược dòng).

+ thử tủy (+).

- chẩn đoán phân biệt: sâu ngà sâu, viêm quanh cuống cấp.

kết luận: cần khai thác kỹ triệu chứng đau và khám lỗ sâu để phân biệt cho được viêm tủy cấp với các bệnh lý khác để có hướng điều trị thích hợp.

Phân loại viêm tủy và chỉ định điều trị

Có nhiều cách phân loại viêm tủy khác nhau theo triệu chứng lâm sàng, giải phẫu bệnh, điều trị.

1. phân loại viêm tủy:

- theo lâm sàng:

+ cấp

+ bán cấp

+ mãn

- theo giải phẫu bệnh:

+ viêm tủy xung huyết.

+ viêm tủy mủ.

+ viêm tủy hoại tử.

- theo điều trị:

+ viêm tủy hồi phục.

+ viêm tủy không hồi phục.

2. chỉ định điều trị:

- bảo tồn tủy: đối với viêm tủy xung huyết chưa có cơn đau.

- lấy tủy buồng: răng chưa kín cuống

- lấy tủy toàn bộ: các trường hợp còn lại

kết luận: sự liên hệ giữa triệu chứng lâm sàng và giải phẫu bệnh quyết định lựa chọn phương pháp điều trị.

Viêm quanh cuống cấp

viêm quanh cuống cấp hoặc mãn là hậu quả của viêm tủy răng và viêm quanh răng không được điều trị. viêm quanh cuống cấp có thể gây absces hoặc viêm tấy lan tỏa.

1. triệu chứng lâm sàng:

- răng đau tự nhiên và khi chạm vào răng đối diện.
- gõ dọc đau.
- răng lung lay.
- lợi xung quanh đỏ, mô lỏng lẻo bị phù nề.
- hạch dưới hàm: có thể có.
- người mệt sốt.

2. xquang: - vùng sáng quanh cuống răng, giới hạn không rõ.

- khoảng dây chằng quanh răng giãn rộng.

4. chẩn đoán phân biệt với viêm tủy răng:

trong viêm tủy răng thì:

- có cơn đau tự nhiên, các cơn có thể nhiều nhưng giữa các cơn đau thì hết hẳn.

- gõ không đau hoặc đau ít (khi viêm đã lan ra cuống răng).
- không sưng nề, không sốt
- xquang: viêm tủy thì vùng chóp bình thường
- thử điện: (-) hay ngưỡng (+) cao (#50)

5. nguyên tắc điều trị:

- mở tủy, trích absces.

kết luận: không được nhầm viêm tủy và viêm quanh cuống

Bệnh căn và bệnh sinh của viêm tủy răng

Viêm tủy hay gặp ở nước ta do sâu răng không được chữa tốt. viêm tủy cấp hay mãn đều có thể dẫn đến viêm quanh cuống.

bệnh căn của viêm tủy răng gồm có 3 nhóm: nhiễm khuẩn, yếu tố vật lý, yếu tố hoá học.

1. nhiễm khuẩn:

- toàn thân: ít gặp và cũng chưa được chứng minh.

- tại chỗ:

+ do sâu răng: vi khuẩn theo ống tomes vào tủy răng hoặc do một lỗ hở ở sừng tủy, buồng tủy.

+ do lõm hình chêm, răng rạn nứt, viêm quanh răng gây viêm tủy đảo ngược.

2. yếu tố vật lý:

- thay đổi áp xuất đột ngột: như khi đi máy bay, lặn sâu.

- tại chỗ:

+ do sang chấn làm mẻ, rạn răng.

+ mài răng mạnh và lâu quá, làm nóng răng. hay hàn răng bằng nhựa tự cứng làm nóng lỗ hàn cũng có thể gây viêm tủy.

3. yếu tố hóa học:

- toàn thân: các bệnh toàn thân như đái tháo đường, gut, nhiễm độc chì thủy ngân đều có thể gây chết tủy

- tại chỗ: khi dùng các chất sát khuẩn lỗ sâu mạnh.

Bệnh sinh: tại chỗ và toàn thân.

Bảng tóm tắt

	nguyên nhân toàn thân	nguyên nhân tại chỗ
nhiễm khuẩn	vi khuẩn từ máu hay từ bạch mạch đến tủy răng	sâu răng, mẻ, rạn, mòn cổ răng hình chêm, mòn bệnh lý, viêm quanh răng do điều trị
yếu tố vật lý	thay đổi độ cao khi đi máy bay thay đổi độ sâu khi lặn dưới nước	sau sang chấn, sang chấn nhẹ nhưng nhiều do điều trị răng chất hàn dẫn nhiệt, gây nóng lúc khô
yếu tố hóa học	nhiễm độc	thuốc điều trị răng vật liệu hàn: xi măng, nhựa tự cứng.

8. BỆNH SÂU RĂNG

I. Định nghĩa

Sâu răng là một bệnh ở tổ chức cứng của răng (men, ngà và cement), đặc trưng bởi sự khử khoáng làm tiêu dần các chất vô cơ, hữu cơ ở men răng, ngà răng tạo thành lỗ sâu và không hoàn nguyên được.

Có nhiều định nghĩa về bệnh sâu răng, dựa trên những nghiên cứu và nhận xét khác nhau về nguyên nhân cũng như tiến trình của bệnh, bệnh sâu răng có thể được định nghĩa như sau:

- Bệnh sâu răng là một quá trình động, diễn ra trong mảng bám vi khuẩn dính trên mặt răng, đưa đến mất cân bằng giữa mô răng với chất dịch chung quanh và theo thời gian, hậu quả là sự mất khoáng của mô răng (Fejerkov và Thylstrup).

- Là bệnh nhiễm trùng của mô răng biểu hiện đặc trưng bởi các giai đoạn mất và tái khoáng xen kẽ nhau (Silverston).

II. Dịch tễ học sâu răng

Sâu răng là một bệnh phổ biến ở nước ta cũng như các nước trên thế giới, bệnh mắc rất sớm và gặp ở mọi lứa tuổi, mọi giới, mọi dân tộc, mọi vùng địa lý khác nhau, mọi tầng lớp xã hội, trình độ văn hóa.

Sâu răng là một bệnh mang tính chất xã hội và có xu hướng tăng cùng với sự phát triển của nền kinh tế.

Năm 1969, ngân hàng dữ kiện sức khỏe răng miệng thế giới của Tổ chức sức khỏe thế giới (WHO / OMS) được thành lập, cho thấy ảnh hưởng của bệnh sâu răng trên thế giới có hai khuynh hướng trái ngược nhau. Tại các nước phát triển, sâu răng giảm rõ rệt từ mức cao xuống trung bình hay thấp, trong khi đó ở các nước đang phát triển sâu răng có khuynh hướng tăng từ thấp đến trung bình hay cao.

1. Tỷ lệ bệnh và chỉ số SMT

Để đo lường mức độ bệnh sâu răng, người ta dùng tỷ lệ % và chỉ số SMT, trong đó S là răng sâu, M là răng mất do sâu và T là răng trám, SMT là chỉ số chỉ áp dụng cho răng vĩnh viễn và không hoàn nguyên có nghĩa là chỉ số này ở một người chỉ có tăng chứ không có giảm. SMT ở từng người có thể ghi từ 0 đến 32, đối với nghiên cứu dịch tễ học, SMT của cộng đồng là tổng số SMT của từng cá thể chia cho số cá thể của cộng đồng. Đối với răng sữa, khi áp dụng chỉ số này sẽ được ký hiệu bằng chữ thường smt, trong đó s là răng sâu, m là răng nhổ và t là răng trám.

Trên thế giới, để so sánh quốc tế và giám sát xu hướng của bệnh sâu răng, người ta tính chỉ số SMT ở lứa tuổi 12 (số răng sâu mất trám trung bình ở một người) theo các mức độ:

- Rất thấp	: 0,0 - 1,1	Thí dụ : Trung Quốc
- Thấp	: 1,2 - 2,6	Cam pu chia, Mỹ, Nhật, Úc
- Trung bình	: 2,7 - 4,4	Bỉ, Canada, Thụy Điển
- Cao	: 4,6 - 6,6	Thái Lan, Na Uy

- Rất cao : > 6,6

Chi Lê

Ở Việt nam theo điều tra cơ bản sức khỏe răng miệng của toàn quốc năm 1990, tỉ lệ bệnh sâu răng ở các lứa tuổi và các vùng địa lý như sau:

Bảng 3: Tỷ lệ bệnh sâu răng theo tuổi và vùng địa lý

Lứa tuổi	Tỉ lệ chung	Hà Nội (1)	Huế (2)	TP HCM (1)	Cao Bằng (1)	Đà Lạt Lâm Đồng
12	57%	36%	41,2%	83,9%	60%	82,25%
15	60%	44%	43,7%	96%	62%	
35-44	72%	76%	64,2%	92%	68%	

Sau 10 năm, qua điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc năm 2000 (Số liệu của Trần văn Trường - Tạp chí Y Học Việt Nam số 10 / 2001), tỉ lệ sâu răng trên toàn quốc ở các lứa tuổi như sau:

- Răng sữa: 6 tuổi 83,7% , chỉ số smt 6,15.

- Răng vĩnh viễn:

+ 12 tuổi 56,6%, SMT 1,87

+ 15 tuổi 67,6% , SMT 2,16

Nhìn chung trên thế giới, những nước đang phát triển tỉ lệ sâu răng còn cao, những nước đã phát triển thì tỉ lệ sâu răng giảm rõ rệt nhờ các chương trình chăm sóc sức khỏe răng miệng cộng đồng, sự cải thiện về các dịch vụ nha khoa phòng ngừa.

2. Đặc điểm dịch tễ học của bệnh sâu răng

- Tỉ lệ sâu răng gia tăng theo tuổi ở cả hệ răng sữa lẫn răng vĩnh viễn.

Sự phân bố sâu răng cũng khác nhau giữa các răng và các mặt răng, sâu răng giảm dần từ răng cối lớn dưới, đến răng cối lớn trên, răng cối nhỏ, răng cửa trên, răng cửa dưới. Từ mặt nhai đến mặt tiếp cận, mặt ngoài, mặt trong.

- Sâu răng chịu ảnh hưởng của môi trường gia đình và trường học.

- Trình độ văn hoá càng cao thì tình trạng sức khỏe răng miệng được nâng cao, đặc biệt là kiến thức của người mẹ.

- Nền kinh tế - xã hội càng phát triển tỉ lệ bệnh càng gia tăng.

Ngoài ra, phí tổn chữa răng rất lớn, thí dụ ở Mỹ 9 tỉ USD / năm, ở Pháp 8 triệu Franc / năm, ở Việt Nam chưa tính được (Võ Thế Quang - Phòng bệnh sâu răng bằng Fluor - Nhà xuất bản Y học), đồng thời mất rất nhiều giờ công lao động.

Mặt khác, bệnh còn dẫn đến nhiều biến chứng ảnh hưởng đến sức khỏe chung, thẩm mỹ và dễ tái phát sau khi điều trị.

III. Nguyên nhân

Sâu răng gần như là một bệnh mắc phải do điều kiện môi trường, vì vậy các yếu tố tại chỗ là nguyên nhân cơ bản và chủ yếu của bệnh sâu răng còn nguyên nhân tổng quát chỉ là những yếu tố nguy cơ.

1. Nguyên nhân tại chỗ

Cần tối thiểu 4 yếu tố chính đồng thời tương tác với nhau để tạo nên sang thương sâu. Đó là: răng nhạy cảm, vi khuẩn (mảng bám), chất đường và thời gian (Keyes, 1969).

1.1. Răng

Điều hiển nhiên là phải có sự hiện diện của răng trong môi trường miệng, sau đó một số yếu tố làm tăng tính nhạy cảm của răng đối với sự khởi phát sâu răng ở mỗi cá thể như :

- Vị trí của răng trên cung hàm

+ Răng mọc lệch lạc, xoay dễ bị sâu hơn răng mọc thẳng hàng.

+ Nhóm răng hàm bị sâu nhiều hơn nhóm răng cửa.

- Đặc điểm hình thái học

+ Mặt nhai bị sâu nhiều nhất vì có nhiều rãnh lõm.

+ Mặt bên cũng dễ bị sâu vì men răng ở vùng cổ mỏng, giắt thức ăn.

+ Mặt trong, ngoài ít bị sâu hơn vì trơn láng.

- Thành phần cấu tạo của răng

Răng bị khiếm khuyết trong cấu tạo như thiếu sản men, ngà rất dễ bị sâu.

- Mòn răng

Răng bị mòn phần men cũng dễ bị sâu hơn (mòn răng có thể do chải răng sai phương pháp, móc răng giả, nghiến răng, ăn nhai lâu ngày...).

- Tuổi răng

Răng mới mọc kém cứng, dễ bị tác dụng của acid, với thời gian men răng được tái khoáng hoá làm chúng đề kháng hơn với acid.

1.2. Vi khuẩn

Đây là nguyên nhân cần thiết để khởi đầu cho bệnh sâu răng, tuy không có loại vi khuẩn đặc biệt gây sâu răng, nhưng không phải tất cả vi khuẩn trong miệng đều gây ra sâu răng. Vi khuẩn bao gồm lượng mảng bám, các chất biến dưỡng và độc tố của nó.

Tùy theo vai trò gây sâu răng, các vi khuẩn được chia làm hai nhóm :

- Vi khuẩn tạo acid

Các loại vi khuẩn này lên men carbohydrate tạo ra acid, làm pH giảm xuống < 5 , sự giảm pH liên tục có thể đưa đến sự khử khoáng trên bề mặt răng, làm mất vôi ở các mô cứng của răng, quá trình sâu răng bắt đầu xảy ra, nhóm này gồm :

+ *Lactobacillus acidophilus*: hiện diện với số lượng ít, nhưng lại tạo ra acid có pH thấp rất nhanh trong môi trường.

+ *Streptococcus mutans*: đây là tác nhân chủ yếu gây ra sự thành lập mảng bám, dính trên bề mặt răng và nếu có sự hiện diện cùng lúc hai yếu tố chất đường, thời gian thì sẽ có đủ điều kiện thuận lợi để khởi phát sang thương sâu; sau đó *L. acidophilus* làm sang thương tiến triển xuống bên dưới bề mặt.

+ *Actinomyces*: cũng có thể gây sâu răng.

- Vi khuẩn giải protein

Làm tiêu hủy chất căn bản hữu cơ sau khi mất vôi.

1.3. Thực phẩm

Là những thức ăn cần thiết mà cơ thể hấp thu vào để sống và hoạt động. Tuy nhiên, thực phẩm cũng là một yếu tố liên quan đến bệnh sâu răng, vì đó cũng là chất dinh dưỡng của vi khuẩn. Tùy theo loại thực phẩm, tính chất của thực phẩm và chế độ sử dụng nó, mà có thể sâu răng hoặc không.

- Carbohydrat

Các chất bột, đường là loại thực phẩm gây sâu răng nhiều nhất. Trong đó đường là loại thực phẩm chủ yếu gây sâu răng và làm gia tăng sâu răng, đặc biệt là loại đường sucrose, đây là chất ưa thích của vi khuẩn gây sâu răng, nó chuyển hoá thành acid và chính sự sinh acid này làm mất khoáng men. Điều quan trọng là khả năng gây sâu răng không phải do số lượng đường, mà do số lần sử dụng và thời gian đường bám dính trên răng. Đường trong trái cây, rau (xilitol, sorbitol) ít gây sâu răng hơn đường trong bánh kẹo. Tinh bột không phải là nguyên nhân đáng kể, vì trong nước bọt có enzyme amylase biến tinh bột thành đường rất chậm.

- Protid

Các loại Protid nguyên thủy ít gây sâu răng, ngược lại những loại protid được chế biến làm tăng sâu răng do tính chất bám dính của nó.

- Lipid

Các chất béo không gây sâu răng.

Những thực phẩm có tính chất xơ ít gây sâu răng, trong lúc những thực phẩm mềm dẻo, dính vào răng thì dễ gây sâu răng hơn.

Chế độ ăn đầy đủ, đúng bữa, không ăn vặt sẽ giảm được sâu răng.

1.4. Thời gian

Vi khuẩn gây sâu răng sau khi nhiễm vào môi trường miệng, tự nó sẽ không gây sâu răng được mà cần phải có chất đường giúp cho sự chuyển hoá của vi khuẩn, tuy nhiên sâu răng không phụ thuộc vào số lượng, số lần sử dụng đường mà phụ thuộc vào thời gian đường và mảng bám vi khuẩn tồn tại trên bề mặt răng, thời gian tồn tại càng lâu thì vi khuẩn chuyển hoá đường thành acid càng nhiều và acid tấn công gần như thường xuyên trên bề mặt răng làm mất khoáng men.

Tuy nhiên, quá trình mất khoáng có thể phục hồi hoặc giảm mức độ nhờ các thành phần khác nhau trong nước bọt, tốc độ tiết.

1.5. Nước bọt

Là môi trường hoạt động của các vi khuẩn trong miệng, nước bọt tiết càng nhiều càng giảm sâu răng (trung bình một ngày nước bọt tiết ra 1.500cc, khi ngủ lượng nước bọt tiết ra giảm đồng thời việc chải rửa vi khuẩn và chất carbohydrat ở mức tối thiểu, vì vậy sâu răng tăng trong giờ nghỉ).

Ngoài ra tính chất nước bọt lỏng hay quánh cũng ảnh hưởng đến bệnh sâu răng, nước bọt càng quánh thì sâu răng càng cao.

Nước bọt giữ vai trò :

- Trung hòa acid: trên bề mặt men răng luôn luôn xảy ra hai hiện tượng trái ngược nhau: sự tạo acid bởi vi khuẩn và sự trung hòa acid bởi nước bọt.
- Sát khuẩn: ngăn cản sự phát triển của vi sinh vật nhờ các chất lysozyme, lactoperoxidase, lactoferrin chứa trong nước bọt.
- Chải rửa: làm sạch răng thường xuyên, với sự phối hợp cử động của môi, má và lưỡi v.v..., làm chậm quá trình hình thành mảng bám.
- Tái khoáng hóa: nhờ thành phần calci, phosphate trong nước bọt có thể tích tụ ở men trong giai đoạn sớm của sang thương sâu răng, khả năng này sẽ tăng lên nếu có sự hiện diện của fluor.

2. Nguyên nhân tổng quát

Đây là những yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến sâu răng

2.1. Nòi giống (chủng tộc, dân tộc)

Theo quan niệm ngày xưa cho rằng có một vài chủng tộc có sức đề kháng tốt với sâu răng, nhưng ngày nay quan niệm đó không còn giá trị mà sâu răng tùy thuộc nhiều vào môi trường sống và vùng địa lý hơn là chủng tộc. Một số người thuộc chủng tộc ít sâu răng trở nên nhạy cảm với sâu răng khi di trú đến nơi có nền kinh tế phát triển, thói quen dinh dưỡng và nền văn hoá khác nơi họ sống trước đó. Thí dụ dân sống ở Bắc cực ít bị sâu răng hơn dân sống ở ôn đới, nhiệt đới (châu Âu, châu Á) vì để chống lạnh họ thường dùng thức ăn loại lipid hơn, nhưng khi di trú đến châu Âu, tình trạng sâu răng của họ cũng thay đổi theo nơi đó.

2.2. Di truyền

Hiện nay vẫn chưa được chứng minh rõ ràng. Tuy nhiên, người ta nhận thấy trẻ em ít bị sâu răng thường cha mẹ có răng tốt hoặc ngược lại và người ta cho rằng sâu răng có ảnh hưởng rất rõ với môi trường gia đình, do thói quen của trẻ được hình thành rất sớm và ảnh hưởng chủ yếu từ gia đình. Đặc biệt trong vấn đề giáo dục, dinh dưỡng và chăm sóc con của người mẹ.

2.3. Phái tính

Thông thường nam ít sâu răng hơn nữ, có thể do nữ ăn vặt nhiều hơn, mặt khác nữ còn chức năng thai nghén, cho con bú, rối loạn nội tiết...và nữ mọc răng sớm hơn nam.

2.4. Tuổi

Người ta nhận thấy bệnh sâu răng không phát triển đều đặn trong suốt đời, thường lứa tuổi từ 4-8 bị sâu nhiều, ở giai đoạn này những răng sữa bị phá hủy rất nhanh và nhiều. Từ 11 - 19 tuổi, các răng vĩnh viễn bắt đầu bị sâu nhiều.

2.5. Nghề nghiệp

Tuy chưa được chứng minh rõ ràng chỉ nhận thấy công nhân làm việc ở các nhà máy đường, xí nghiệp bánh kẹo dễ bị sâu răng.

2.6. Yếu tố nội tiết

Khi tuyến yên, tuyến cận giáp hoạt động kém sẽ ảnh hưởng đến sự thành lập men, gây nên tình trạng răng bị thiếu sản men, men răng bất toàn hoặc rối loạn nội tiết ở tuổi dậy thì, thai nghén...

2.7. Bệnh toàn thân

Những bệnh thời gian kéo dài như sỏi, thương hàn... dẫn đến vệ sinh răng miệng kém đưa đến sâu răng, hoặc ở bệnh nhân bị chứng khô miệng (xerostomia), xạ trị tuyến nước bọt, tiểu đường..., tỉ lệ sâu răng tăng.

2.8. Kinh tế - văn hoá - xã hội

Ảnh hưởng gián tiếp qua đời sống, sinh hoạt và nhận thức của con người, văn hoá càng cao thì nhận thức của con người được nâng cao về mọi mặt. Kinh tế phát triển mọi nhu cầu cũng gia tăng, đặc biệt là gia tăng mức tiêu thụ đường sẽ ảnh hưởng đến tỉ lệ bệnh sâu răng. Xã hội càng phát triển, các dịch vụ chăm sóc y tế, các chương trình phòng bệnh được quan tâm nhiều hơn...

IV. Sinh bệnh học

Có rất nhiều thuyết để giải thích cơ chế gây bệnh, trong đó thuyết sinh acid (thuyết hóa học vi khuẩn) của Miller (1882) được nhiều người chấp nhận nhất.

Theo Miller vi khuẩn tác động lên bột, đường sinh ra acid, làm pH trong môi trường miệng giảm xuống < 5 trong vòng 1 - 3 phút, sự giảm pH liên tục đưa đến sự khử khoáng của răng, quá trình sâu răng bắt đầu.

Từ thuyết của Miller, Keyes (1962) đã tóm tắt lại thành một sơ đồ gồm ba vòng tròn biểu thị cho vi khuẩn, răng (men răng), thức ăn (bột, đường), sau đó được bổ sung thêm yếu tố thời gian. Phải có đủ 4 yếu tố tác động hỗ tương, mới có sâu răng.

Đến 1975, người ta nhận thấy sâu răng không phải chỉ có đường và vi khuẩn S. mutans, mà còn chịu nhiều yếu tố khác chi phối, nên White thay vòng tròn chất bột đường bằng từ chất nền (substrate), bao hàm vai trò bảo vệ răng và trung hòa acid của nước bọt, vệ sinh răng miệng, kem đánh răng có fluor. Đặc biệt là độ pH của nước bọt và dòng chảy nước bọt quanh răng.

V. Giải phẫu bệnh

1. Đại thể

Lỗ sâu thông thường có hình cầu, phần men bị phá hủy ít hơn phần ngà (chất khoáng ở men > ngà), bờ lỗ sâu lởm chởm, đáy và thành lỗ sâu có ngà mềm. Lỗ sâu có thể to hoặc nhỏ, nông hoặc sâu.

2. Vi thể

2.1. Sâu men

Khi men răng bị phá hủy, dưới kính hiển vi điện tử thấy các trụ men bị cắt thành từng mảnh nhỏ, sau đó đến những trụ men bị tách rộng rồi đến men răng bình thường.

2.2. Sâu ngà

Khi phá hủy qua phần ngà, dưới kính hiển vi thấy lỗ sâu có bốn vùng :

- Vùng hoại tử

Ở vùng này các trụ men bị hư hại, có các mảnh vụn ngà răng, vi khuẩn trong miệng, lớp này thường bị che phủ bởi một lớp thức ăn.

- Vùng nhiễm trùng

Ống ngà bị xâm lấn bởi vi khuẩn, trong lòng ống ngà và chung quanh ống ngà đều có hiện tượng mất chất khoáng. Mô bị phá hủy không có khả năng hồi phục.

- Vùng bị ảnh hưởng

Giữa lớp này, lòng ống ngà bị xâm nhập bởi một số vi khuẩn, trong lòng

ống và chung quanh ống ngà hơi bị mất chất khoáng.

- Vùng xơ hóa

Lòng ống ngà bị bít lại bởi những phân tử chất khoáng, đây là bức tường ngăn cản sự xâm nhập của vi khuẩn và chỉ có ở răng còn sống.

VI. Hình thể lâm sàng và triệu chứng

1. Sâu men

Đây là hình thể đầu tiên của bệnh sâu răng, khác với các mô khác, men răng không có tế bào mạch máu, thần kinh, nên triệu chứng chủ quan chưa có. Triệu chứng khách quan:

- Tổn thương thường thấy ở hố và rãnh mặt nhai, hoặc chung quanh rìa miếng trám cũ.

- Men răng đổi màu trắng đục hoặc vàng nâu.

- Dùng thám châm khám thấy men răng lõm chỏm không còn trơn láng và mắc kẹt.

2. Sâu ngà

Là giai đoạn tiếp theo của sâu men không điều trị hoặc sâu ngay từ đầu

nếu lộ ngà (thiếu men vùng cổ răng, mòn ngót cement vùng chân răng). Ngà răng là mô có thần kinh và phần kéo dài của nguyên bào tạo ngà trong các ống ngà, nên dù mới chớm cũng có cảm giác đau với những kích thích vật lý, hóa học, cơ học.

2.1. Triệu chứng chủ quan

- Đau do kích thích (nóng, lạnh, chua, ngọt, thức ăn lọt vào, mài xoang...).

- Đau chấm dứt ngay sau khi hết kích thích, và tụt lại ở răng nguyên nhân không lan tỏa.

2.2. Triệu chứng khách quan

- Men, ngà răng chung quanh lỗ sâu đổi màu trắng đục, vàng hoặc hơi nâu.

- Khám bằng thám châm: bờ lỗ sâu lõm chỏm, thành và đáy lỗ sâu có lớp ngà mềm, nạo quanh lỗ sâu bệnh nhân có cảm giác đau.

- Gõ răng không đau.

3. Sâu men gốc răng (sâu cement)

Thường gặp ở người già do nướu bị co lại, nhất là ở 1/3 cổ (vì lớp cement mỏng), nên sâu cement dễ biến thành sâu ngà.

VII. Chẩn đoán

1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào triệu chứng lâm sàng: đau do kích thích, men răng đổi màu, đáy lỗ sâu có lớp ngà mềm...

2. Chẩn đoán gián biệt

Trên răng có thể có các tổn thương không do sâu cần phân biệt với tổn thương sâu như:

2.1. Thiếu sản men

- Có khi răng mới mọc.
- Thường đối xứng hoặc trên các răng mọc cùng thời kỳ.
- Đáy cứng, không có lớp ngà mềm.

2.2. Mòn góc cổ răng (lỗ hình chêm)

- Ở vùng cổ răng, mặt ngoài các răng 3, 4, 5 (do chải răng sai phương pháp), hoặc ở mặt trong và mặt ngoài của những răng mang móc hàm giả tháo lắp.
- Đáy cứng và trơn láng.

2.3. Sún răng ở trẻ em

Chỉ có ở hệ răng sữa và thường xảy ra ở trẻ trước tuổi đến trường, gặp trên các răng cửa, răng nanh hàm trên. Tổn thương lan theo chiều rộng, đáy cứng, không đau dù mất đến nửa thân răng.

VIII. Điều trị

1. Sâu men

Trước đây thường phá sạch các rãnh mặt nhai để trám dự phòng. Ngày nay nhờ những hiểu biết mới, men răng có khả năng tái khoáng hóa, nên sâu men không cần điều trị chỉ cần giữ gìn vệ sinh răng miệng và tăng cường sử dụng Fluor. Tuy nhiên, đối với trẻ có nguy cơ sâu răng cao như vệ sinh răng miệng kém, thường xuyên ăn chất đường (bánh kẹo, sữa, nước ngọt...) thì cần phải trám dự phòng bằng composite, glass ionomer cement (GIC).

2. Sâu ngà

Nguyên tắc trong điều trị sâu ngà là làm sạch lỗ sâu bằng cách nạo sạch ngà mềm, sát khuẩn và trám kín với vật liệu thích hợp (Eugenate, Amalgame, Composite, Glass Ionomer Cement), nhằm làm mất cảm giác đau cho bệnh nhân. Ngày nay với vật liệu hiện đại có thể trám răng mà không cần máy khoan răng, được gọi là kỹ thuật trám răng không sang chấn (A.R.T: Atraumatic Restorative Treatment), đây là một phương pháp trám răng với dụng cụ bằng tay và G.I.C, kỹ thuật rất thích hợp với trẻ em cũng như những nơi không có máy móc, bác sĩ chuyên khoa, điện...

IX. Tiến triển và biến chứng

Từ sâu ngà không điều trị, bệnh sâu răng sẽ tiến triển đến tủy gây viêm tủy cấp, sau đó tủy sẽ bị hoại tử dần đưa đến viêm tủy mãn rồi đến tủy chết, thối. Những chất hoại tử của tủy có thể thoát qua lỗ chóp chân răng gây nên những bệnh lý vùng quanh chóp, viêm tổ chức liên kết, viêm xương hàm..., hoặc tụ lại ở chân răng tạo nên u hạt, nang chân răng... Ngoài ra, vi khuẩn có thể gây những biến chứng ở xa như viêm xoang hàm, viêm nội tâm mạc (Osler)...

Thông thường, biến chứng của sâu răng không nguy hiểm, nhưng diễn tiến của bệnh sẽ trải qua nhiều đợt đau làm mất ăn, mất ngủ, ảnh hưởng đến sức khỏe, học tập và công việc.

X. Dự phòng

Sâu răng là một bệnh phổ biến, tỉ lệ mắc bệnh lại cao không chỉ ở số lượng người mà cả số răng sâu trung bình ở một người. Trong khi đó trang bị và người chưa có đủ mà phí tổn điều trị rất lớn, nên việc phòng bệnh cần được quan tâm. Tuy nhiên việc giữ gìn sức khỏe răng miệng đòi hỏi phải có sự hợp tác lâu dài và không ngừng giữa nha sĩ và bệnh nhân. Ngày nay việc dự phòng sâu răng không phải là khó, dựa vào nguyên nhân và cơ chế sinh bệnh, chúng ta đã biết rằng để sâu răng xảy ra cần bốn yếu tố cơ bản phải hiện hữu đồng thời:

- Một lượng đủ lớn vi khuẩn sinh sâu răng.
- Một răng dễ bị sâu (men răng xấu, hố rãnh...).
- Đường, bột .
- Thời gian tồn tại của đường, mảng bám trên răng.

Sâu răng không xảy ra, hoặc được phòng ngừa hoặc được ngăn chặn khi một trong bốn yếu tố trên không còn. Do vậy, bác sỹ nên hướng dẫn bệnh nhân các phương pháp hữu hiệu sau đây:

- Giảm số lượng vi khuẩn (tác nhân) bằng các biện pháp vệ sinh răng miệng.
- Giảm mặt răng dễ bị sâu (vật chủ) bằng cách tăng cường sử dụng Fluor.
- Giảm sự tiếp xúc thường xuyên với chất bột, đường (môi trường), tránh ăn vặt, hạn chế ăn bánh kẹo...

Cụ thể đối với cộng đồng, ta có các cấp dự phòng sau :

1. Cấp 0: khi bệnh chưa xảy ra

- Cải tạo môi trường nước uống có Fluor (đối với vùng thiếu Fluor, hàm lượng Fluor trong nước sinh hoạt $< 0,7$ ppm), bằng cách:

- + Fluor hóa nước công cộng với nồng độ 1/ triệu.
- + Fluor hóa nước trường học với nồng độ 4/ triệu.

- Nâng cao đời sống kinh tế, văn hóa để nâng cao nhận thức và bảo đảm chế độ dinh dưỡng cho toàn dân, cần nhất đối với phụ nữ mang thai, cho con bú và trẻ em.

2. Cấp 1: khi bệnh có khả năng xảy ra

- Triển khai chương trình nha khoa cộng đồng, chủ yếu giáo dục phòng bệnh.
- Triển khai chương trình nha học đường trên toàn quốc với các nội dung giáo dục nha khoa, súc miệng với NaF 0,2 % 1 tuần / lần, tổ chức khám và chữa răng tại trường, trám bít các hố rãnh.
- Hướng dẫn các biện pháp vệ sinh răng miệng chủ yếu là chải răng sạch sau khi ăn và trước khi ngủ, chải đúng phương pháp .
- Kiểm soát thực phẩm (giảm lượng carbohydrate, tránh ăn vặt)
- Tăng cường sử dụng Fluor dưới mọi hình thức :
 - + Chải răng với kem đánh răng có Fluor
 - + Súc miệng với NaF 0,2 % tuần / lần.
 - + Gel Fluor để bôi .

+ Uống viên Fluor với liều lượng như sau :

0 - 6 tháng : 0,25 mg F / ngày

6 - 18 tháng : 0,25 - 0,5 mg F / ngày

18 - 2 năm : 0,25 - 0,75 mg F / ngày

Sau 2 tuổi : 0,5 - 1,0 mg F / ngày

- Phục hình răng mất, chỉnh hình răng mọc lệch lạc.

3. Cấp 2: khi bệnh đã xảy ra

- Điều trị sớm sâu ngà.

- Khám răng định kỳ mỗi năm một lần để phát hiện sớm các tổn thương.

4. Cấp 3: khi đã tiến triển đến tủy

- Điều trị tủy ngay, không để các biến chứng nặng xảy ra.

- Nhổ những răng không thể điều trị bảo tồn để tránh tồn tại một ổ nhiễm trùng./.

9. BỆNH LÝ TỦY RĂNG VÀ VÙNG QUANH CHÓP

I. Bệnh lý tuỷ răng

1. Đại cương

- Tủy răng được cấu tạo bởi khối mô liên kết non giàu mạch máu và dây thần kinh. Tủy răng nằm trong hốc tủy được bao bọc xung quanh bởi lớp mô cứng của răng đó là ngà (ngoại trừ lỗ chóp chân răng). Đặc điểm của mạch máu tủy răng là mạch máu tận cùng, vào ra hốc tủy bởi lỗ chóp chân răng, nên khi tủy bị viêm thì dễ bị xung huyết đè nén gây đau nhức và dễ bị hoại tử.

- Bệnh lý tủy thông thường là biến chứng của sâu răng, nhưng chưa có một số liệu chính xác nào nói đến tỷ lệ bệnh tủy và bệnh vùng quanh chóp.

2. Bệnh căn

2.1. Nguyên nhân gây bệnh

- Có thể chia làm 3 nhóm
 - Do vi khuẩn: vi khuẩn và sản phẩm của vi khuẩn đi vào tủy qua ống ngà (sâu ngà) hoặc qua lỗ chóp chân răng (bệnh nha chu)
 - Nguyên nhân tự tạo: đó là do những lỗi về điều trị và kỹ thuật
 - Do chấn thương: chấn thương nhẹ liên tục và chấn thương mạnh gây gãy răng.

2.2. Đường xâm nhập vào tủy

- Có thể theo 3 đường
 - Xâm nhập trực tiếp qua ống ngà như trong sâu răng hay hóa chất đặt lên ngà
 - Sự khu trú của vi khuẩn ở trong máu đi đến tủy răng
 - Viêm tủy ngược dòng do viêm nha chu.

3. Hình thể lâm sàng và triệu chứng

3.1. Tủy viêm có khả năng hồi phục

- Triệu chứng chủ quan
 - Đau do kích thích như ăn ngọt, chua, lạnh
 - Thời gian đau ngắn khoảng vài giây
 - Thực chất cơn đau là đau nhói và khu trú
 - Bệnh nhân không có tiền sử của một cơn đau trước đây.
- Triệu chứng khách quan
 - Lỗ sâu nhiều ngà mềm, nạo hết ngà mềm có thể thấy ánh hồng của tủy hoặc lộ sừng tủy gây đau nhiều
 - Gõ và lung lay răng không đau
 - Thử nhiệt độ: lạnh gây đau

3.2. Tủy viêm không có khả năng phục hồi

- Có thể là cấp, bán cấp, kinh niên, có thể là một phần hay toàn phần. Trên lâm sàng viêm tủy cấp được xem như viêm tủy có triệu chứng và viêm tủy kinh niên được xem như viêm tủy không có triệu chứng.

3.2.1. Viêm tủy cấp

- Triệu chứng chủ quan
 - CƠN ĐAU TỰ PHÁT KÉO DÀI THƯỜNG HAY XẢY RA VÀO BAN ĐÊM NHẤT LÀ KHI BỆNH NHÂN NẰM XUỐNG
 - CƠN ĐAU CÓ THỂ DO KÍCH THÍCH NHƯ SỰ THAY ĐỔI NHIỆT ĐỘ, THỨC ĂN LỘ VÀO LỖ SÂU
 - CƠN ĐAU CÓ THỂ NHÓI HAY ÂM Ỗ, KHU TRÚ HAY LAN TỎA
 - ĐAU TỪNG CƠN HAY LIÊN TỤC.
- Triệu chứng khách quan
 - GỖ NGANG ĐAU NHIỀU, GỖ DỌC ĐAU NHẸ HOẶC KHÔNG ĐAU
 - KHÁM THẤY RĂNG SÂU LỘ TỦY HAY NỨO XUNG QUANH RĂNG ĐÓ CÓ TÚI NHA CHU
 - NHIỆT ĐỘ: NÓNG ĐAU, LẠNH GIẢM ĐAU
 - THỬ ĐIỆN CÓ GIÁ TRỊ NGHI NGỜ ĐỂ CHẨN ĐOÁN CHÍNH XÁC TÌNH TRẠNG
- Viêm tủy cấp triệu chứng có thể dai dẳng hay giảm bớt nếu dịch tiết được dẫn lưu (lấy thức ăn nhồi nhét trong lỗ sâu, rửa sạch...) nếu không điều trị sẽ dẫn đến viêm tủy kinh niên, hoại tử tủy.

3.2.2. Viêm tủy kinh niên

- Triệu chứng chủ quan: thường không có hoặc chỉ đau thoáng qua khi có kích thích
- Triệu chứng khách quan: tùy hình thể bệnh ta có:
 - Viêm tủy triển dưỡng
 - Do một kích thích cường độ nhẹ liên tục trên mô tủy giàu mạch máu, thường gặp ở những bệnh nhân trẻ
 - Bệnh nhân không có triệu chứng trừ một cơn đau nhẹ thoáng qua khi nhai
 - Khám có một nốt đỏ mọc giữa thân răng dùng thám châm chọc vào bệnh nhân đau ít đồng thời máu chảy ra nhiều.
 - Vô hóa ống tủy: Do chữa răng, điều trị nha chu (cạo lách gốc răng làm đứt tuần hoàn máu ở ống tủy phụ), mòn răng do sinh lý, mòn răng do cơ học, chấn thương hay một số yếu tố không rõ nguyên nhân làm cho tủy răng bị viêm. Răng không có triệu chứng nhưng có thể hơi đổi màu Thường nhận biết bởi phim tia X (do có sự tích tụ một số lượng lớn ngà thứ cấp suốt dọc hệ thống ống tủy)
 - Nội tiêu: Chỉ phát hiện trên phim tia X, thấy có sự lan tràn của mô tủy với sự phá hủy ngà răng. Trường hợp nặng có thể thấy đốm hồng xuyên qua men

3.2.3. Hoại tử tủy

- Do tủy viêm không hồi phục mà không điều trị, hoặc xảy ra tức khắc sau chấn thương mạnh. Tủy hoại tử có thể bán phần hay toàn phần
 - Triệu chứng chủ quan: không có
 - Triệu chứng khách quan: răng bị đổi màu sậm hơn, khoan mở tủy có thể có mùi hôi, gõ không đau, không có phản ứng với nhiệt điện.

4. Chẩn đoán

4.1. Xác định

- Dựa vào triệu chứng lâm sàng

4.2. Phân biệt

- Viêm quanh chóp cấp (răng trời và lung lay gõ dọc đau dữ dội) khác với viêm tủy cấp (răng bình thường gõ ngang đau)
- Sâu ngà (khoan răng có cảm giác ê buốt), viêm quanh chóp mãn (trên phim có một vùng thấu quang ở chóp chân răng) khác với hoại tử tủy (chóp chân răng bình thường, khoan răng không có cảm giác ê buốt).

5. Điều trị

5.1. Viêm tủy có khả năng hồi phục

- Phải loại bỏ các nguyên nhân sau: Có lỗ sâu lớn hay miếng trám Amalgam quá sâu gây đau, cần nạo hết phần sâu hoặc lấy hết Amalgam đã trám. Sau đó trám tạm bằng Zinc Oxide Eugenol hoặc che tủy với $\text{Ca}(\text{OH})_2$ và trám tạm bằng Zinc Oxide Eugenol trong nhiều tuần có thể làm giảm đau cho bệnh nhân. Sau nhiều tuần hết đau, răng có thể được trám vĩnh viễn.
- Hiện nay theo cách điều trị mới, nếu đúng là viêm tủy có khả năng phục hồi ta có thể trám luôn bằng Glass ionomer cement ở lớp dưới và lớp trên là Composite hoặc Amalgam.

5.2. Viêm tủy không có khả năng hồi phục

- Lấy tủy toàn phần: có thể gây tê lấy tủy hay đặt thuốc diệt tủy

5.3. Hoại tử tủy: lấy tủy toàn phần

6. Tiến triển

6.1. Viêm tủy có khả năng hồi phục

- Nếu chẩn đoán đúng và tủy được bảo vệ, tủy có thể trở về trạng thái bình thường, ngược lại nếu tủy không được bảo vệ thì triệu chứng có thể dai dẳng hoặc dẫn đến viêm tủy không có khả năng hồi phục.

6.2. Viêm tủy không có khả năng hồi phục

- Nếu không điều trị tủy sẽ bị hoại tử

6.3. Hoại tử tủy

- Nếu không điều trị vi khuẩn, độc tố và sản phẩm phân hủy Protein của tủy có thể đi ra khỏi chóp gây ra bệnh vùng quanh chóp.

II. Bệnh lý viêm quanh chóp

1. Nguyên nhân

- Do viêm tủy, nhiễm trùng tủy
- Do những sai lầm trong điều trị nội nha:
 - Khoan rửa ống tủy đẩy các chất dơ bẩn ra ngoài chóp
 - Trám ống tủy ra ngoài chóp răng
 - Đặt thuốc diệt tủy nhiều
 - Băng thuốc sát khuẩn nhiều
 - Lấy tủy, trám tủy sót
- Răng có tủy bình thường nhưng bị chấn thương khớp cắn do miếng trám cao hay do nghiêng răng
- Do vật lạ như xương cá, tăm xỉa răng, lông bàn chải nhét vào kẽ răng.

2. Triệu chứng

2.1. Viêm quanh chóp cấp

2.1.1. Triệu chứng chủ quan

- Răng có cảm giác trời cao, cắn đụng hàm răng đối diện đau
- Đau dữ dội và đau lan tỏa đến tai mắt thái dương.

2.1.2. Triệu chứng khách quan

- Răng rất đau khi gõ dọc, gõ ngang đau ít, sờ có thể hơi đau
- Răng lung lay nhiều hoặc ít
- Nướu răng bị viêm đỏ
- Tủy răng có thể sống hoặc chết (cần thử nhiệt và điện)
- X quang: dây chằng nha chu có thể bình thường hay hơi dày lên.

2.2. Áp xe quanh chóp cấp

- Là một trong những bệnh lý nha khoa nặng
 - Tiến triển ban đầu nhanh từ nhẹ đến sưng nhiều
 - Đau dữ dội khi gõ và sờ
 - Răng bị lung lay và trời cao hơn

- Trường hợp nặng bệnh nhân bị sốt
- X quang: trên phim vùng mô quanh chóp có thể bình thường

2.3. Viêm quanh chóp mãn tính

2.3.1. Triệu chứng chủ quan

- Thường rằng không có triệu chứng, chỉ xuất hiện lỗ dò ở nướu tương ứng với răng đau, mủ có thể thoát ra liên tục hoặc gián đoạn qua lỗ dò
- Triệu chứng toàn thân không có

2.3.2. Triệu chứng khách quan

- Răng bị đổi màu sậm
- Răng có thể hơi đau khi gõ và sờ
- X quang: có vùng thấu quang quanh chóp (có thể lớn hay nhỏ, lan tràn hay giới hạn rõ)
- Thử điện không có phản ứng

2.4. Áp xe tái phát

- Là trường hợp viêm quanh chóp mãn bất thành lành có triệu chứng.
- Triệu chứng giống với áp xe quanh chóp cấp, chỉ khác là áp xe tái phát xảy ra sau một tình trạng mãn tính.
- Áp xe tái phát có thể bộc phát tự nhiên, nhưng đa số là ngay sau khi điều trị tủy trên một răng được chẩn đoán là viêm quanh chóp mãn không có lỗ dò.
- X quang có thấu quang quanh chóp

3. Chẩn đoán

3.1. Chẩn đoán xác định

- Dựa vào triệu chứng lâm sàng

3.2. Chẩn đoán khác biệt

3.2.1. Viêm quanh chóp cấp: khác với

- Viêm tủy cấp tính: gõ ngang đau nhiều, răng không lung lay
- Áp xe quanh chóp cấp: răng chết tủy, còn viêm khớp cấp răng có thể chết tủy hoặc không.

3.2.2. Áp xe quanh chóp cấp

- Áp xe nha chu
 - Tủy đang còn sống

- Có túi nha chu khi thăm dò có dịch chảy ra, sưng ít và sưng gần cổ răng hơn
- Áp xe tái phát: X quang có vùng thấu quang quanh chóp răng

3.2.3. Viêm quanh chóp mãn

- Áp xe tái phát: X quang có 1 vùng thấu quang quanh chóp răng, kèm với những triệu chứng của áp xe quanh chóp cấp. Nang chân răng, u hạt: cần làm sinh thiết để xác định, nếu là nang chân răng có chứa những hạt Cholesterol, còn trong u hạt là tổ chức viêm mãn tính trong tủy răng.

4. Điều trị

4.1. Tại chỗ là chủ yếu

4.1.1. Viêm quanh chóp cấp

- Trường hợp tủy hoại tử: mở tủy để trống, sau đó điều trị nội nha
- Tủy còn sống: phải loại bỏ các nguyên nhân, ví dụ, điều trị chỉnh khớp cắn

4.1.2. Áp xe quanh chóp cấp

- Rạch áp xe theo đường trong miệng hoặc mở tủy để trống cho thoát mủ, sau đó tùy thuộc điều trị nội nha hay nhổ bỏ.

4.1.3. Viêm quanh chóp mãn: điều trị nội nha

4.2. Toàn thân

- Khi có triệu chứng toàn thân điều trị phối hợp kháng sinh, kháng viêm và giảm đau.

5. Tiến triển

- Từ viêm quanh chóp cấp nếu không điều trị sẽ đưa đến áp xe quanh chóp cấp, viêm quanh chóp mãn. Nếu tiếp tục không được điều trị vi khuẩn và độc tố của vi khuẩn sẽ lan tràn gây viêm mô tế bào, viêm xoang hàm, viêm xương hàm.

10. VIÊM NHIỄM VÙNG HÀM MẶT

1. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm nhiễm vùng hàm mặt là bệnh thường gặp do nhiều nguyên nhân khác nhau. Hay gặp hơn cả là các loại viêm nhiễm không đặc hiệu. Bệnh xuất

hiện và tiến triển theo mùa, mưa nóng ẩm (xuân - hạ) gặp nhiều hơn, mùa hanh khô (thu - đông) ít gặp hơn.

- Vùng hàm mắt có hệ thống mạch máu, thần kinh nuôi dưỡng phong phú, khi bị viêm nhiễm tại chỗ có phản ứng sưng nề nhanh, đồng thời đây cũng là điều kiện thuận lợi của cơ thể ngăn cản và chống nhiễm trùng lan tràn.
- Vùng hàm mắt liên quan chặt chẽ với sọ não, trực tiếp là nền sọ trước. Mạch máu nuôi dưỡng vùng hàm mắt chủ yếu là các nhánh của động mạch cảnh ngoài nhưng lại có vòng nối với động mạch cảnh trong qua động mạch gốc mắt trong. Cho nên nhiễm trùng vùng hàm mắt dễ lan tràn lên nền sọ gây viêm não, màng não. Đây là biến chứng nặng và rất nguy hiểm, có thể để lại những di chứng rất nặng nề về thần kinh.
- Nhiễm trùng vùng hàm mắt tuy không phải là bệnh tối nguy hiểm, nhưng hay có những biến chứng rất nặng nếu không được dự phòng và điều trị tích cực và có hiệu quả. Những biến chứng thường gặp là:
 - Viêm tấy lan tỏa rộng, tràn mủ xuống thấp, ra sau gây ngạt thở và nhiễm trùng trung thất.
 - Nhiễm trùng huyết.

Trong những năm gần đây, viêm nhiễm trùng vùng hàm mắt có xu hướng giảm cả về số lượng và mức độ nặng của bệnh. Nguyên nhân chủ yếu do được dự phòng tốt và điều trị sớm và tích cực của các tuyến. Mặt khác, do sự ra đời nhiều loại, nhiều thế hệ kháng sinh mới có tác dụng rộng và chống nhiễm trùng mạnh, bệnh nhân tự mua và sử dụng sớm nên đã ngăn chặn được nhiễm trùng lan tràn ở mắt.

2. VIÊM NHIỄM KHÔNG ĐẶC HIỆU VÙNG HÀM MẮT

- Viêm nhiễm không đặc hiệu vùng hàm mắt còn gọi là những viêm nhiễm thông thường, do các loại vi khuẩn thông thường gây nên. Vi khuẩn thường gặp trong viêm nhiễm vùng hàm mắt gồm có:
 - Tụ cầu khuẩn vàng và trắng
 - Liên cầu khuẩn tán huyết anpha, beta và cả không tan huyết, liên cầu khuẩn gâmm
 - Trực khuẩn perfringens, clostridium oedematiens, thoi xoắn khuẩn,,
 - Não mô cầu.
- Đây là những loại vi khuẩn có thể gặp ở bất kỳ vết thương nào trên cơ thể. Trong giai đoạn hiện nay, những vi khuẩn này có khả năng kháng thuốc rất mạnh, những loại kháng sinh thông thường ít tác dụng, nên thường phải dùng kháng sinh mạnh và phối hợp các loại kháng sinh mới đạt hiệu quả điều trị.

- Đường vào của vi khuẩn trong các loại viêm nhiễm thông thường vùng hàm mặt gồm có:
 - Qua da: những vết xây sát da do chấn thương, vết thương, nhiễm trùng qua nang chân lông, tuyến bã.
 - Từ những ổ nhiễm trùng liên quan đến răng và vùng quanh răng.
 - Qua đường máu: gặp ở những nhiễm trùng sâu trong các cơ quan tổ chức.

2.1. Viêm nhiễm phần mềm vùng hàm mặt.

2.1.1. Nguyên nhân.

Có thể chia ra hai loại nguyên nhân chính dẫn đến viêm nhiễm phần mềm vùng hàm mặt.

2.1.1.1. Nguyên nhân do răng

- Đây là nguyên nhân chính trong tất cả các viêm nhiễm vùng hàm mặt.
 - Nhiễm trùng vùng góc hàm dưới do biến chứng mọc răng số 8 (răng khôn).
 - Các ổ áp xe trong bệnh viêm quanh răng lan tràn vào tổ chức phần mềm vùng quanh xương hàm.
 - Viêm tủy, viêm quanh cuống (chóp chân răng).

2.1.1.2. Nguyên nhân không do răng.

- Do chấn thương, vết thương phần mềm.
- Do nhiễm trùng nang lông, tuyến bã.
- Do viêm hạch bạch huyết áp xe hóa.
- Do bội nhiễm các nang vùng dưới hàm: nang giáp móng, nang khe mang.
- Do viêm, áp xe hóa tuyến nước bọt, viêm mủ khớp thái dương hàm lan tràn ra tổ chức phần mềm xung quanh.
- Do viêm tai xương chũm xuất ngoại, viêm mủ amidal vỡ vào thành họng bên.

Tất cả những nguyên nhân trên sẽ gây viêm tấy lan tỏa hoặc áp xe khu trú, đều tạo nên một bệnh cảnh lâm sàng của nhiễm trùng vùng hàm mặt. Những trường hợp do bội nhiễm các khối u, các nang thì hình ảnh lâm sàng của viêm nhiễm trùng sẽ che lấp các triệu chứng của các bệnh chính.

2.1.2. Bệnh cảnh lâm sàng chung.

2.1.2.1. Triệu chứng toàn thân.

- Sốt: tùy theo mức độ viêm nhiễm, tùy sức đề kháng và phản ứng của cơ thể mà nhiệt độ từ 38-39°C, có khi lên đến 40°C kèm theo rét run từng cơn. Nếu sốt có kèm theo rét run cần đề phòng có thể bị nhiễm trùng huyết. Sốt kèm theo mạch nhanh, rối loạn nhịp tim.
- Thể trạng mệt mỏi đôi khi thần kinh ở trạng thái li bì, biểu hiện của nhiễm trùng nhiễm độc nặng. Nếu có viêm não, màng não, có dấu hiệu màng não (+), rối loạn ý thức không thường xuyên, dần dần đi vào hôn mê. Độ hôn mê được tính bằng thang điểm Glasgow.
- Rối loạn chức năng ăn nhai, nuốt, chủ yếu do đau, có thể do sưng nề chèn đẩy các cơ quan trong miệng.
- Rối loạn hô hấp: khó thở ở mức độ khác nhau gặp trong các trường hợp viêm tấy lan tỏa sàn miệng, viêm áp xe hóa thành họng bên và amidal. Đặc biệt những viêm tấy lan tỏa vùng dưới hàm xuống hai bên máng cảnh, tràn dịch - mủ vào trung thất gây khó thở kịch phát.
- Rối loạn về nhìn: thị lực giảm, có hiện tượng nhìn đôi trong các trường hợp viêm áp xe trong hốc mắt gây chèn đẩy nhãn cầu.
- Xét nghiệm máu: số lượng HC và HST giảm ở giai đoạn nặng, số lượng BC tăng, CTBC chuyển trái mạnh, tăng BC đa nhân trung tính. Tốc độ máu lắng (VSS) có thể tăng nhẹ. Chức năng thận, gan bình thường hoặc suy giảm tính chất cơ năng. Cấy máu có thể (+) nếu có nhiễm trùng huyết. Nếu nghi ngờ có nhiễm trùng huyết, cần cấy máu 3 lần vào các thời điểm sốt cao rét run.

2.1.2.2. Triệu chứng tại chỗ.

- Mặt sưng nề một phần hoặc toàn bộ, gây biến dạng, mắt khó mở khó nhắm. Da trên vùng viêm nhiễm căng bóng, đỏ hồng, đôi khi hơi tím nhạt hoặc trắng đục.
- Tăng cảm ngoài da có tính lan tỏa, nhưng có những điểm đau khu trú ở một vị trí cố định, đau hơn so với xung quanh, đau tăng khi ấn vào đúng vị trí là trung tâm viêm nhiễm ban đầu. Khi đã hình thành rõ các ổ mủ khu trú, các ổ áp xe thì mức độ đau tại chỗ sẽ giảm dần.
- Sờ nắn: có điểm đau, da ấn có vết lõm, vị trí có ổ mủ thường mềm hơn xung quanh, ấn lõm dễ hơn.
- Khám trong miệng: hạn chế há miệng, hạn chế vận động lưỡi, lưỡi bị đẩy lên cao, ra sau hoặc lệch sang một bên. Thành họng bên, nhất là trụ trước amidal có ổ mủ đẩy gốc lưỡi thành họng che lấp một phần đường thở. Hệ thống răng lợi có các dạng bệnh lý là nguyên nhân gây viêm nhiễm như:

răng số 8 mọc lệch, có lợi chùm góc hàm, răng sâu và viêm tủy răng, viêm quanh răng nặng có kèm theo các ổ áp xe ở bờ lợi.

Những triệu chứng lâm sàng trên không phải gặp ở tất cả các loại viêm nhiễm, tùy theo mức độ nặng nhẹ, tùy theo vị trí, tùy phản ứng tại chỗ và toàn thân của từng bệnh nhân mà các triệu chứng lâm sàng biểu hiện ở các mức độ khác nhau ở từng vị trí.

2.1.2.3. Dạng đặc biệt của viêm, nhiễm trùng vùng hàm mặt.

Viêm tấy lan tỏa (Phlegmon):

- Là dạng viêm nhiễm trùng lan rộng ở vùng hàm mặt, nó xảy ra phụ thuộc vào hai yếu tố chính.- Loại vi khuẩn gây bệnh: thường gặp là tụ cầu vàng, ít gặp liên cầu tan huyết hoặc trực khuẩn coli.
- Sức đề kháng của bệnh nhân: do sức đề kháng kém, vi khuẩn phát triển nhanh và lan tràn, hàng rào bảo vệ không thể ngăn chặn nên ở viêm nhiễm dễ dàng lan từ vùng này sang vùng khác, có khi lan rộng cả mặt.
- Viêm tấy lan tỏa là một thể lâm sàng nặng của viêm nhiễm trùng hàm mặt, điều trị rất khó khăn, thời gian kéo dài và rất tốn kém.

Đinh râu:

- “đinh râu” là một thuật ngữ có tính chất dân gian, nhất là đối với Việt Nam. Trước đây người ta cho rằng “đinh râu” xuất phát xung quanh miệng nơi có mọc râu (như môi, cằm). Điều này chỉ đúng một phần, khái niệm “đinh râu” cần được hiểu rộng và đúng bản chất của bệnh trên các mặt sau.
- Trước hết “đinh râu” là một dạng của viêm tấy lan tỏa vùng hàm mặt.
- Điểm nhiễm trùng của “Đinh râu” xuất phát từ nhiễm trùng nang chân lông, tuyến bã ở vùng mặt. Nơi nào có hai tổ chức này đều có thể là điểm xuất phát của “đinh râu” nhưng ở mặt dễ nhiễm trùng và bệnh nhân dùng tay cạy, nặn càng tạo điều kiện viêm nhiễm phát triển nhanh và lan rộng.
- Điểm xuất phát của “đinh râu” ở tổ chức da, lan tràn ra xung quanh chủ yếu qua hệ thống tĩnh mạch nông dưới da, cho nên tốc độ lan tỏa rất nhanh và thường có biến chứng nhiễm trùng huyết.
- Trên lâm sàng, “đinh râu” là loại viêm tấy lan tỏa đặc biệt: từ một điểm nhiễm trùng rất nhỏ ở mặt (không nhất thiết phải ở vùng có râu), lan nhanh ra xung quanh theo các hướng của hệ tĩnh mạch, tạo ra các dải viêm tấy đỏ, như hình sao, sau đó các dải viêm tấy này nhanh chóng liên kết với nhau tạo ra viêm lan tỏa nhanh và rộng. Đặc biệt “đinh râu” vi khuẩn

thường đi theo hệ thống tĩnh mạch xoang vào não gây viêm não màng não rất nhanh. Người ta nhận thấy mụn “đinh râu” càng ở cao càng nguy hiểm, mụn ở môi trên nguy hiểm hơn ở cằm, mụn ở mũi nguy hiểm hơn ở môi trên.

2.1.2.4. Tiến triển và biến chứng của viêm nhiễm vùng hàm mặt.

- Một ổ viêm nhiễm trùng nếu được điều trị tích cực, đúng phương pháp sẽ tiến triển thuận lợi, ổ viêm sẽ được khu trú thoái lui, hoặc được bao vây tạo thành ổ mủ có vỏ bao bọc không lan tràn ra xung quanh hay lan tràn vào các cơ quan khác. Triệu chứng toàn thân và tại chỗ sẽ giảm dần, sau khi trích dẫn lưu ổ mủ sẽ hồi phục và khỏi bệnh.
- Nếu kế hoạch được điều trị, hoặc xử trí không tích cực ổ viêm nhiễm sẽ phát triển lan tràn ra xung quanh tạo ra bệnh cảnh viêm tấy lan tỏa (Phlegmon), hình thành nhiều ổ mủ, rải rác, các ổ mủ này liên quan với nhau qua các khe kẽ tổ chức liên kết lỏng lẻo. Những tiến triển xấu như vậy việc điều trị sẽ khó khăn và phức tạp gấp bội.
- Những biến chứng thường gặp trong viêm nhiễm vùng hàm mặt:
 - Nhiễm trùng huyết: đây là biến chứng dễ gặp trong thời điểm hiện nay mặc dù có nhiều loại kháng sinh phổ rộng và mạnh, nhưng do sự kháng thuốc của vi khuẩn và điều trị không tích cực và hiệu quả ngay từ đầu. Bệnh nhân sốt cao, rét run liên tục, toàn thân biểu hiện nhiễm trùng nhiễm độc nặng, người mệt mỏi li bì, đau đầu... Toàn thân và tại chỗ tiến triển ngày càng nặng có thể dẫn đến tử vong.
 - Viêm não - màng não: là hậu quả của nhiễm trùng huyết: đau đầu tăng, nôn nhiều, dấu hiệu màng não (+), chọc dịch não tủy có mủ. Đây là biến chứng rất nặng nề và để lại di chứng về thần kinh tâm thần rất nặng.
 - Viêm đa cơ: khi toàn thân mất sức đề kháng, vi khuẩn khu trú ở các cơ lớn (như cơ mông to, cơ lưng, cơ tứ đầu đùi...) gây ra các ổ viêm, áp xe ở cơ, sau lan tràn ra xung quanh gây các ổ hoại tử lớn, tiên lượng rất nặng.
 - Tràn dịch, tràn mủ vào trung thất do sự lan tràn xuống thấp của các ổ mủ vùng sàn miệng, dưới hàm. Viêm, nhiễm trùng trung thất cũng là biến chứng rất nặng dễ gây tử vong.

2.2. Viêm xương tủy xương vùng hàm mặt.

2.2.1. Nguyên nhân

- viêm xương tủy hàm (cốt tủy viêm xương hàm) do 2 nhóm nguyên nhân chính:

2.2.1.1. Nguyên nhân do răng:

- Bệnh lý ở răng, vùng quanh răng, cuống răng lan tràn vào xương.
- Viêm tổ chức liên kết góc hàm do răng 38 - 48 xử trí nhổ răng không đúng thời điểm, gây tổn thương xương dẫn đến viêm xương.

2.2.1.2. Nguyên nhân không do răng:

- Chấn thương vết thương xương vùng hàm mặt.
- Nhiễm trùng các loại u (u lành, u ác tính) trong xương hàm.
- Viêm xương tủy hàm đường dưới.

2.2.2. Bệnh cảnh lâm sàng chung

- Viêm xương tủy hàm là loại viêm nhiễm vùng hàm mặt, cho nên biểu hiện lâm sàng cũng giống như viêm nhiễm tổ chức phần mềm, nhưng có những triệu chứng riêng liên quan đến xương.

2.2.2.1. Triệu chứng toàn thân

- Giống như triệu chứng của viêm nhiễm tổ chức phần mềm nhưng tiến triển thường âm ỉ và kéo dài hơn.

2.2.2.2. Triệu chứng tại chỗ:

- Sưng, nóng, đỏ, đau tổ chức phần mềm che phủ xương, có khi diễn ra tương đối rầm rộ, có khi âm ỉ kéo dài tùy theo từng nguyên nhân. Biểu hiện của một nhiễm trùng cấp hoặc bán cấp tại chỗ.
- Đau liên quan đến xương hàm và cung răng: đau liên tục âm ỉ nửa cung hàm, có khi lan ra toàn bộ hàm. Các răng liên quan lung lay hoặc xô lệch tùy theo mức độ phá hủy của xương, nhiều trường hợp răng rụng dần nhưng niêm mạc lợi không thể liền.
- Rò: rò qua bề huyết răng, qua tổ chức phần mềm bên ngoài. Rò ở một vị trí hoặc 2 - 3 vị trí dọc cung hàm, có khi lấy được mảnh xương chết. Rò lâu ngày có thể tiêu hủy nhiều xương dẫn đến gãy xương hàm.
- X quang: là hình ảnh tiêu hủy xương kết hợp với bồi đắp xương, đôi khi thấy mảnh xương chết.

2.3. Điều trị viêm nhiễm không đặc hiệu vùng hàm mặt.

2.3.1. Điều trị toàn thân.

- Chống nhiễm trùng: sử dụng kháng sinh thích hợp tùy theo mức độ nặng nhẹ của bệnh, loại vi khuẩn gây viêm nhiễm. Nếu có điều kiện, cần phải cấy trùng mủ (hoặc dịch) ở vùng nhiễm khuẩn, làm kháng sinh đồ để sử dụng kháng sinh phù hợp và có hiệu quả.
- Trong các trường hợp có nhiễm trùng huyết, cần điều trị tích cực và toàn diện để ngăn chặn những biến chứng có thể dẫn đến nguy hiểm. Dùng kháng sinh kết hợp liều cao cùng các thuốc tăng sức đề kháng của cơ thể. Hạ sốt, giảm đau, giảm sưng nề, truyền dịch nuôi dưỡng, các loại vitamin.

2.3.2. Điều trị tại chỗ:

- Điều trị tại chỗ cần thực hiện thích hợp và kịp thời đối với từng mức độ, tùy vị trí và giai đoạn của bệnh.
- Trước hết cần đánh giá mức độ nhiễm trùng tại chỗ, giai đoạn của viêm nhiễm, đã có ổ mủ chưa, vị trí ổ mủ ở sâu hay nông. Đặc biệt chú ý những ổ mủ ở sâu, vùng sàn miệng, dưới gốc hàm, thành họng bên, dưới góc hàm có nguy cơ lan tràn rộng.
- Trích rạch tháo mủ: là biện pháp điều trị tích cực nhằm loại bỏ ổ mủ, giảm nguy cơ lan rộng ra xung quanh. Cần chú ý dẫn lưu triệt để những ổ mủ ở sâu, nhiều ổ mủ rải rác dễ bỏ sót. Đường rạch tháo mủ phải đảm bảo hai yêu cầu vừa có thể dẫn lưu mủ tốt, vừa đảm bảo về mặt thẩm mỹ cho bộ mặt sau này.
- Những trường hợp viêm xương tủy hàm, sau khi được chẩn đoán chính xác trên X quang, có chỉ định phẫu thuật lấy tổ chức xương chết kết hợp xử trí các răng có liên quan. Mức độ can thiệp tùy theo tổn thương thực thể quan sát được khi phẫu thuật. Cần nhớ rằng, viêm xương tủy hàm cũng như các loại cốt tủy viêm khác có thể phải phẫu thuật nhiều lần mới loại bỏ hết tổ chức xương viêm rải rác ở nhiều vị trí.

2.3.3. Điều trị nguyên nhân

- Điều trị loại bỏ nguyên nhân có thể tiến hành song song hoặc sau hai loại điều trị trên tùy theo từng nguyên nhân.
- Điều trị răng nguyên nhân: chữa tủy, mổ nang cuống răng, nhổ răng số 8, nhổ chân răng... sau điều trị viêm tủy ổn định.
- Phẫu thuật các khối u phần mềm, xương hàm sau điều trị khỏi viêm nhiễm phần mềm.
- Điều trị các bệnh khác như: viêm tai xương chũm, viêm áp xe tuyến nước bọt, viêm mủ khớp hàm...

Điều trị viêm nhiễm không đặc hiệu vùng hàm mặt là một biện pháp tổng hợp, kết hợp điều trị toàn thân và tại chỗ, điều trị triệu chứng với điều trị nguyên nhân, trong đó điều trị toàn thân và tại chỗ đóng vai trò chủ yếu. Trong quá trình điều trị cần phải nhạy bén toàn diện, đề phòng và phát hiện những biến chứng sớm, kịp thời xử trí tích cực mới tránh được những tử vong đáng tiếc xảy ra.

3. VIÊM NHIỄM ĐẶC HIỆU VÙNG HÀM MẶT

- Viêm nhiễm đặc hiệu vùng hàm mặt là loại bệnh lý không phải do các loại vi khuẩn thông thường gây nên, mà do các loại mầm bệnh sau:
 - Do nấm: hay gặp là nấm *Actinomyces*, *candida* và xạ khuẩn. Xạ khuẩn là loại trung gian giữa vi khuẩn và nấm gây nên bệnh cảnh lâm sàng dễ lẫn với viêm nhiễm thông thường.
 - Do vi khuẩn lao: lao ở vùng hàm mặt rất ít gặp, có thể gặp lao ở lưỡi. Lao hạch vùng cổ, dưới hàm hay gặp hơn. Bệnh có thể điều trị ở chuyên khoa răng hàm mặt hoặc khoa lao. Lao hạch là bệnh có thể chữa khỏi hoàn toàn nhờ kháng sinh chống lao.
 - Do nhiễm vi khuẩn giang mai: đây là bệnh hoa liễu, có thể kết hợp phát sinh và phát triển ở niêm mạc miệng ở bệnh nhân giang mai. Các nốt loét niêm mạc miệng có thể xét nghiệm thấy trực khuẩn giang mai.

3.1. Bệnh nấm vùng hàm mặt.

3.1.1. Viêm nhiễm do nấm *actinomyces* (Actinomycose):

- Lâm sàng: có các ổ viêm bán cấp rải rác ở má, bờ xương hàm dưới, vùng dưới hàm.
 - Toàn thân: biểu hiện không rầm rộ của viêm nhiễm trùng cấp, chỉ có phản ứng sốt nhẹ, nếu có bội nhiễm vi khuẩn khác sẽ sốt cao hơn.
 - Tại chỗ: các ổ viêm ngay ở tổ chức dưới da sưng vồng lên như một nang bã đậu nhiễm trùng. Màu da trên ổ viêm đỏ tím, ấn mềm, xung quanh thâm nhiễm xơ cứng. Ổ nhiễm nấm giống như khối u được gọi là “củ nấm”. Ổ viêm này lan ra xung quanh do sự phát triển của các sợi nấm ngấm dưới da và tạo ra các ổ viêm mới ở cách xa ổ nguyên phát. Các ổ viêm này phảttiễn ăn ra nông gây rò có thể liền sẹo xấu, đồng thời lại phát triển ổ viêm khác xung quanh. Nếu bị bội nhiễm các vi khuẩn thông thường sẽ có đợt viêm cấp giống như viêm nhiễm không đặc hiệu. Đợt viêm cấp sẽ thuyên giảm nhanh do có rò sớm ra ngoài da.

- Xét nghiệm: soi tươi và cấy nấm để xác định chẩn đoán. Nên cấy nấm ít nhất 3 lần cách nhau 7 ngày để không bỏ sót vì nấm actinomyces cấy khó mọc ở các môi trường.
- Điều trị: dùng kháng sinh chống nấm theo kết quả cấy nấm. Nếu có bội nhiễm có thể dùng kháng sinh thông thường chống nhiễm trùng. Trích nạo ổ nấm là biện pháp hỗ trợ loại trừ trực tiếp nấm một phần, ít có giá trị điều trị như viêm nhiễm thông thường.

3.1.2. Bệnh nấm niêm mạc miệng: thấy ở niêm mạc má, môi, lưỡi. Đa số do nấm Candida, ít gặp do nấm Actinomyces.

- Lâm sàng: niêm mạc miệng có các nốt viêm loét mãn tính, xuất hiện rải rác không cùng một thời điểm. Các nốt loét có giả mạc che phủ. xung quanh thâm nhiễm đỏ. Khi ăn uống có chất cay, mặn, bệnh nhân cảm giác đau, sót. Các nốt loét thay nhau khỏi, đồng thời lại xuất hiện những nốt mới ở vị trí khác nhau bên cạnh hoặc bên đối diện.
- Xét nghiệm: soi tươi, cấy nấm để xác định chẩn đoán.
- Điều trị:
 - Dùng kháng sinh chống nấm khi có kết quả xét nghiệm. Kết hợp dùng kháng sinh chống nấm toàn thân với ngâm trong miệng.
 - Kháng sinh chống bội nhiễm thông thường. Các dung dịch súc miệng chống viêm, giảm đau khi có loét rộng niêm mạc miệng.

3.2. Lao hạch vùng dưới hàm.

Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi, trên bệnh nhân đã có tiền sử lao phổi hoặc cơ quan khác, cũng có thể gặp lao hạch nguyên phát.

- Lâm sàng: vùng dưới hàm, cổ xuất hiện hạch thành nhóm, to nhỏ không đều, mật độ khác nhau. Hạch không đau hoặc đau nhẹ. Nếu không được điều trị sẽ tiếp tục có thâm nhiễm hạch ở xung quanh, dính thành một chuỗi có kích thước khác nhau. Hạch có thể tiến triển, nhuyễn hóa thành tổ chức bã đậu, vỡ ra ngoài gây rò, tạo thành vòng sẹo ở cổ và dưới hàm gây co kéo.
- Xét nghiệm:
 - Làm phản ứng Mantoux.
 - Sinh thiết hoặc chọc hút tế bào chẩn đoán.
- Điều trị: có hai biện pháp kết hợp.
 - Dùng kháng sinh chống lao toàn thân theo phác đồ.
 - Phác đồ 2 tháng sử dụng 4 loại thuốc:
 - Streptomycin 15 mg/ kg cân nặng

- INH (Rimifon) 5 – 7 mg/ kg cân nặng
- Rifampixin 10 mg/ kg cân nặng
- Pyrazinamid 15 – 25 mg/ kg cân nặng
- Phác đồ 6 tháng sử dụng 2 loại thuốc:
 - INH (Rimifon) 5 – 7 mg/ kg cân nặng
 - Ethambutol 15 – 20 mg/ kg cân nặng
- Phẫu thuật loại bỏ hạch bị lao, tạo điều kiện liền sẹo chủ động và hỗ trợ cho điều trị toàn thân.

Tóm lại: Viêm, nhiễm trùng vùng hàm mặt là một loại bệnh lý rất đa dạng, do nhiều nguyên nhân gây nên. Tiến triển và tiên lượng của bệnh đa số là tốt, nhưng khi chẩn đoán, điều trị cũng cần đề phòng những biến chứng cấp tính có thể xảy ra. Cần áp dụng các biện pháp chẩn đoán, điều trị kết hợp và toàn diện để đem lại hậu quả tốt hơn.

11. PHÂN LOẠI MẤT RĂNG THEO KENNEDY VÀ KOURLIANDSKY

1. phân loại theo kennedy:

phân loại theo kennedy bổ xung bởi applegate:

loại I: mất răng sau 2 bên không giới hạn.

loại II: mất răng sau một bên không giới hạn.

loại III: mất răng một bên có giới hạn, nhưng những răng còn lại không thể gánh được lực nhai tác dụng lên hàm giả.

loại IV: mất nhóm răng trước, đường giữa cắt ngang khoảng mất răng .

loại V: mất răng một bên có giới hạn, nhưng răng trước kề khoảng mất răng không thể dùng làm răng trụ được (ví dụ như răng nanh).

loại VI: mất răng một bên có giới hạn, những những răng còn lại có thể gánh được lực nhai tác dụng lên hàm giả.

mỗi loại có 4 tiểu loại tùy theo nó kèm theo với một, hai, ba hay bốn khoảng mất răng, chỉ trừ loại IV là không có tiểu loại.

2. phân loại theo kourliandsky:

- cơ sở phân loại dựa vào số lượng điểm chạm giữa hai hàm:
- loại 1: mất răng nhưng hai hàm còn ít nhất 3 điểm chạm.
- loại 2: mất răng nhưng hai hàm còn ít nhất 2 điểm chạm.
- loại 3: mất răng, còn một điểm chạm.
- loại 4: mất răng không còn điểm chạm nào.

12. CÁC ĐẶC TÍNH CƠ BẢN CỦA CHẤT LẤY DẤU VÀ NHỮNG YÊU CẦU CHUNG CỦA CHẤT LẤY DẤU

có nhiều loại chất lấy dấu, từ loại cứng đến loại mềm, nhưng các đặc tính cơ bản và các yêu cầu chung như sau:

1. các đặc tính cơ bản:

- độ nhót: là sự chống lại việc lan toả của một chất lỏng dưới tác dụng của một lực. khi thôi tác dụng của lực chất đó không phục hồi hình dạng ban đầu.
- biến dạng đàn hồi: là khả năng co lại như cũ của vật liệu khi ngừng lực tác dụng.
- biến dạng vĩnh viễn: là độ biến dạng mãi mãi so với hình dạng ban đầu.
- sự thay đổi kích thước: là sự thay đổi độ dài của vật liệu sau khi lấy dấu một thời gian (thường là sau 24 giờ).
- giới hạn ghi dấu: là khả năng lấy dấu của một vật liệu khi 2 điểm sát nhau.
- độ đặc: được đo bằng đường kính của vật liệu khi ép giữa 2 tấm kính.
- độ cứng: để đánh giá vật liệu cao su. nó là sự chống lại sự lún sâu của đầu dụng cụ đo. đơn vị là shore a.
- sự kéo dãn đứt: là sự chịu đựng của vật liệu khi kéo dãn mà không đứt.

2. yêu cầu chung của chất lấy dấu:

- dễ bảo quản và bền lâu.
- không độc, không kích thích niêm mạc, mùi và màu dễ chịu.
- khi đông không toả nhiệt làm bỏng niêm mạc.
- dùng với ít trang thiết bị và đơn giản.
- thời gian là việc đủ để thao tác lấy dấu.
- tính đàn hồi tốt đòi hỏi: biến dạng đàn hồi lớn, biến dạng vĩnh viễn nhỏ, độ kéo giãn đứt cao.
- khả năng ghi dấu cao và ổn định kích thước sau khi lấy dấu 24 giờ.
- màu dễ quan sát.
- tương hợp với vật liệu đổ mẫu.
- giá cả phù hợp.

kết luận: lấy dấu chính xác quyết định chất lượng sản phẩm phục hình.

13. YÊU CẦU CHẤT LƯỢNG NHỰA ACRYLIC VÀ NGUYÊN TẮC SỬ DỤNG

Nhựa acrylic được sử dụng nhiều trong phục hình và các chuyên khoa khác như nắn chỉnh hàm

1. yêu cầu chất lượng nhựa:

- ổn định về khối lượng.
- độ cứng vừa đủ để không hư hỏng bề mặt hàm giả và cho phép làm bóng.
- chống gãy hàm nhờ khả năng chịu lực.
- thẩm mỹ: màu sắc giống lợi bệnh nhân.

- không độc, không phản ứng với nước bọt.
- kết nối tốt với các răng giả và kim loại nha khoa.
- dễ sử dụng.

2. nguyên tắc sử dụng: theo p. mariani có 6 qui tắc:

- qui tắc trộn: pha đúng tỷ lệ giữa bột và nước nhựa, trộn đều.
 - qui tắc sạch khi trộn: mẫu, múp cần thật sạch. khi trộn nhựa đeo găng tay là tốt nhất.
 - qui tắc luộc có chu trình: gồm 3 giai đoạn:
 - + giai đoạn 1: đun từ 200c đến 1000c trong vòng 2 giờ.
 - + giai đoạn 2: giữ ở 1000c trong 30 phút.
 - + giai đoạn 3: để nguội dần trong vòng 15 giờ.
 - qui tắc không được làm nóng hàm lại sau khi nhựa đã trùng hợp: khi mài đánh bóng không được làm hàm nóng quá.
 - qui tắc luộc lần 2: nếu vì lý do nào đó hàm giả phải luộc lại thì không được đun quá 750c và chỉ đun trong 4 giờ.
 - qui tắc hút nước và giữ nước: sau khi trùng hợp nhựa vẫn có khả năng hút nước hoặc mất nước do đó dễ biến dng. hàm giả chưa dùng phải ngâm vào nước cất.
- kết luận: nhựa acrylic là vật liệu nha khoa hay sử dụng nên nha sĩ và kỹ thuật viên phải nắm vững.

14. PHÂN LOẠI HÀM GIẢ

1. phân loại:

- hàm nhựa + bẻ móc.
- hàm khung, móc đúc.
- cấu trúc hỗn hợp
- hàm giả nền kim loại.

- hàm giả nền nhựa dẻo.

2. chỉ định cho từng loại hàm:

- hàm giả nền nhựa + bẻ móc: rẻ tiền, dùng làm hàm tạm.
- hàm khung + móc đúc: sinh lý cho tất cả các trường hợp mất răng lẻ tẻ.
- hàm giả hỗn hợp: dùng cho trường hợp đặc biệt.
- hàm giả nền kim loại: dùng cho trường hợp tầm cắn thấp, khớp cắn sâu.
- nền nhựa dẻo: sống hàm di động, đau.

kết luận: nên tăng cường sử dụng hàm khung với móc đúc.

15. NGUYÊN TẮC MÀI CÙI RĂNG

Hình thể cùi răng cho chụp kim loại hay kim loại cắn sứ phải đảm bảo 5 nguyên tắc:

- Tiết kiệm tổ chức răng.
- Bám giữ và ổn định của phục hình.
- Phục hình tồn tại lâu dài.
- Đường hoàn tất chính xác.
- Sức khỏe của tổ chức quanh răng.

Đôi khi ta phải hy sinh một trong những yêu cầu trên để đảm bảo các yêu cầu còn lại. Ví dụ: mài nhiều tổ chức răng để có thể đảm bảo sự bám dính tốt, tạo đủ chỗ cho vật liệu và đảm bảo phục hình tồn tại lâu dài, đảm bảo thẩm mỹ và vị trí đường hoàn tất chính xác. Mỗi trường hợp lâm sàng cần phải được đánh giá cẩn thận.

1. Tiết kiệm tổ chức răng:

Mài quá nhiều tổ chức sẽ để lại những hậu quả tai hại:

- Làm giảm khả năng bám giữ và khả năng chịu lực.

- Mài đến sát buồng tủy có thể gây nhạy cảm tủy với nhiệt, gây viêm tủy, thậm chí gây hoại tử tủy. Bảng 1-1 và 1-2 cho ta biết chiều dày trung bình của men - ngà của các răng. Các thông số này sẽ giúp chúng ta định hướng độ dày nên mài.

- Mài quá mức tổ chức răng như trong trường hợp chụp kim loại cần sứ sẽ không đảm bảo nguyên tắc tiết kiệm tổ chức, vì vậy ta nên làm một chụp bán phần. Về lâu dài chụp bao quanh toàn bộ sẽ bám dính tốt hơn và ổn định hơn. Tuy nhiên nhiều nghiên cứu hiện nay lại chứng minh ngược lại: việc nhiều nha sĩ thích làm chụp toàn bộ chẳng qua là do khi mài cùi sẽ đơn giản hơn, vì vậy ta chỉ nên chọn chụp toàn bộ khi chụp bán phần không đảm bảo bám dính tốt và thẩm mỹ.

Tránh mài quá nhiều tổ chức răng cũng không phải luôn là nguyên tắc bất biến trong mọi trường hợp. Đôi khi chúng ta cần tăng cường bằng những thành phần hỗ trợ để bảo vệ cho lớp men răng còn lại dù cho yêu cầu này sẽ dẫn đến việc mài thêm một ít tổ chức răng ở mặt nhai để bảo vệ cho múi răng bên dưới.

2. Bám giữ và ổn định của phục hình:

Trong thực hành, bám giữ và ổn định liên hệ với nhau chặt chẽ, không thể tách rời nhau. Bám giữ là những yếu tố chống lại lực làm bật hàm giả theo trục lắp hoặc theo trục cùi răng, lớp xi măng gắn chịu lực kéo và ma sát. Ổn định là những yếu tố ngăn sự chuyển động của hàm giả dưới tác dụng của lực xiên, ngang, hay theo trục răng; lớp xi măng gắn chịu lực nén là chủ yếu, nhưng cũng phải chịu lực kéo và ma sát.

Một phục hình chỉ có ý nghĩa khi nó gắn chặt vào các răng trụ. Bám giữ và ổn định phải đủ mạnh để chống lại được lực nhai làm bật phục hình ra. Vì vậy đã xuất hiện những khái niệm về lực nhai, độ mòn răng, độ lung lay của răng đối diện, chiều dày của xương ổ răng, kích thước cơ nhai. Trong thực hành thì cầu răng đòi hỏi độ bám dính và ổn định lớn hơn so với chụp răng 1 đơn vị.

Tùy theo hình thể của cùi răng mà nha sĩ dự đoán có thể gắn được phục hình hay không, nó là yếu tố quyết định sự bám dính và ổn định của phục hình, và cũng là yếu tố có thể chỉnh sửa được. Hình thể của răng trụ quyết định hướng dao diện răng trụ - phục hình so với lực tác dụng vào nó, và nó cũng có thể cho ta biết rằng lớp xi măng gắn sẽ chịu lực kéo, ma sát hay lực nén.

Xi măng gắn chịu đựng rất tốt với lực nén nhưng lại kém với lực ma sát và rất kém với lực kéo.

Sự bám dính của xi măng gắn chủ yếu dựa vào phần len sâu vào bề mặt tiếp xúc nhám nhở. Xi măng phosphat kẽm len lỏi kém vào bề mặt tiếp xúc nên gắn dính

kém. Xi măng polycarboxylate và xi măng thủy tinh tạo ra độ gắn kết tốt, nhưng khả năng chống lại lực kéo vẫn kém hơn khả năng chống lại lực nén. Với kỹ thuật dán - tẩy acid cho bề mặt kim loại và men hiện nay giúp ta đạt được hệ số bám dính cao. Tuy nhiên giá trị này vẫn còn quá thấp nếu không dựa vào hình thể của cùi răng.

Phần xi măng len vào bề mặt nhám nhỏ sẽ cản trở rất hiệu quả chuyển động trượt giữa phục hình - xi măng - răng khi lực tác động gần song song với lớp xi măng (hình 1-1b). Khả năng chống lại lực ma sát lớn hơn rất nhiều lực kéo làm bật hàm giả. Tất cả các lực tác dụng chéo góc lên hàm giả sẽ là 1 mô men hợp lực của lực tác động vuông góc và song song (hình 1-1C), và như vậy lớp xi măng sẽ chịu đồng thời 2 lực: lực ma sát và lực nén, và khả năng chịu đựng của lớp xi măng đối với trường hợp này sẽ tốt hơn là trường hợp chỉ có lực ma sát hay chỉ có lực kéo. Lực nén vuông góc với răng trụ sẽ không làm hàm giả di chuyển so với răng trụ, ngoại trừ trường hợp lực tác động đủ lớn đến mức làm vỡ lớp xi măng và biến dạng cấu trúc của hàm giả (hình 1-1 D), điều này rất hiếm xảy ra khi nhai.

16. Nhổ răng sữa

Khi nhổ răng trẻ em có một số điểm cần lưu ý sau:

- Miệng của trẻ nhỏ nên thao tác khó hơn.
- Xương trẻ em chứa nhiều chất hữu cơ hơn nên mềm và dễ gãy hơn người lớn.
- Xương non nên phần xương tủy lớn, nhiễm độc dễ lan tràn hơn.

Trước khi quyết định nhổ răng sữa, ta cần phải xem xét những yếu tố sau:

- Sự ăn khớp nhau của các răng.
- Sự tăng trưởng của các răng hàm, số chân răng.
- Độ mòn ngót của chân răng sữa.

1. Chỉ định nhổ răng sữa:

- Răng bị nhiễm trùng ở chân răng hoặc chề chân răng, nhổ để tránh gây thiếu sản men và absces xương ổ răng.

- Răng cản trở cho sự mọc răng vĩnh viễn.

- Răng bị tủy thối lâu ngày có thể tạo thành vùng nhiễm độc lan tràn xuống vùng mầm răng vĩnh viễn.

- Răng bị viêm cement cấp.

2. chống chỉ định nhổ răng sữa:

- Trẻ đang bị viêm lợi cấp vincent hay các loại viêm cấp tương tự.
- Bệnh tim bẩm sinh hoặc các bệnh về máu gây chảy máu kéo dài hay dễ bị nhiễm trùng sau nhổ. ở những bệnh nhân này chỉ nhổ khi có sự chuẩn bị kỹ càng: có sự hội chẩn của Bác sĩ chuyên khoa tim mạch và huyết học, truyền máu và dùng kháng sinh trước và sau khi nhổ.
- Khi trẻ đang bị thấp khớp cấp hay bệnh lý gan: cần cho trẻ dùng kháng sinh trước và sau khi nhổ răng.
- Khi trẻ đang bị bệnh truyền nhiễm (ví dụ như sởi) vì dễ xảy ra biến chứng do nhiễm độc ổ răng.
- Khi trẻ đang mang các khối u ác tính.
- Trong mùa sốt bại liệt cũng không nên nhổ cho trẻ.
- Trẻ bị đái đường, nếu cần nhổ thì phải có ý kiến của Bác sĩ chuyên khoa, cho trẻ chế độ ăn thích hợp, và kháng sinh trước sau nhổ.

4. Biến chứng có thể xảy ra khi nhổ răng sữa:

Các biến chứng có thể xảy ra tương tự như ở nhổ răng người lớn, tuy nhiên có một số điểm lưu ý sau:

- Trẻ em ít bị viêm ổ răng khô hơn.
- Có thể kẹp vỡ một phần rìa cắn của răng vĩnh viễn bên dưới do đưa kìm quá sâu xuống bên dưới.
- Nếu răng rơi vào thực quản thì coi như trẻ ăn phải xương, không nguy hiểm. Song nếu răng rơi vào khí quản thì phải cấp cứu ngay.
- Đôi khi nha sĩ là người đầu tiên phát hiện ra bệnh về máu khi trẻ bị chảy máu kéo dài sau nhổ răng lần đầu. Do đó nha sĩ cần phải thận trọng khi nhổ răng cho trẻ.

17. KIỂM TRA KHỚP CẨN Ở TƯ THẾ LỒNG MÚI TỐI ĐA

Bước đầu tiên của phân tích khớp cắn là nghiên cứu khớp cắn ở tư thế lồng múi tối đa, là liên quan chức năng giữa răng hàm trên và hàm dưới. Ta phải bắt đầu bằng kiểm tra khớp cắn tận cùng (là khớp cắn ở giai đoạn cuối cùng của quá trình khép hàm, trước khi đến tư thế lồng múi tối đa), sau đó là mối liên quan giữa các mặt nhai.

1. Khớp cắn tận cùng:

Để hiểu giai đoạn cuối cùng của quá trình khép hàm, chúng ta nghiên cứu tư thế nghỉ.

1.1. Tư thế nghỉ:

Là tư thế mà hàm dưới hoàn toàn nghỉ ngơi.

Tư thế nghỉ được xem như tư thế qui chiếu đặc biệt ở mỗi người. Đây chính là tư thế bắt đầu và kết thúc của chuyển động xương hàm dưới. Sau khi ngừng hoạt động thì hàm dưới trở lại tư thế nghỉ.

Khi khám lâm sàng thì bệnh nhân phải ngồi thẳng, thả lỏng người, thư giãn, thở đều, yêu cầu bệnh nhân phát âm một vài âm (ví dụ như âm “mơ”) để tạo ra tiếp xúc giữa hai môi mà không có co thắt cơ, các răng không tiếp xúc với nhau. Khoảng cách giữa hai mặt phẳng cắn được gọi là “khoảng tự do không cắn”.

Ở những răng trước, khoảng này được xác định dựa vào điểm giữa hai răng cửa. Điểm giữa hai răng cửa, còn gọi là điểm răng, nằm trên bình diện cắt của mặt phẳng đứng dọc giữa với ở bờ tự do của răng cửa dưới, thường nằm ở góc gần của răng cửa giữa dưới. Để thực hiện phân tích khớp cắn, chúng ta phải xem xét các tư thế và đường chuyển động của điểm răng trên những mặt phẳng khác nhau trong không gian. Trên mặt phẳng đứng dọc giữa, tư thế nghỉ được đánh dấu bằng điểm R trên biểu đồ của Posselt.

1.2. Đường đóng hàm:

Yêu cầu bệnh nhân cắn hai hàm lại, thì hàm dưới chuyển động từ tư thế nghỉ đến tư thế lồng múi tối đa (tư thế mà các răng tiếp xúc tối đa với nhau) (hình

1.1). Đoạn đường từ điểm giữa hai răng cửa (R) đến tư thế lồng múi tối đa (P.I.M) được gọi là đường đóng hàm.

- Trên mặt phẳng đứng dọc (sagital), đường đóng hàm là một đường hơi cong từ dưới lên trên từ sau ra trước.

- Trên mặt phẳng đứng ngang (frontal), đường đóng hàm là một đường thẳng

Nếu vào thời điểm bắt đầu tiếp xúc, đạt được ngay tư thế lồng múi tối đa, thì có nghĩa là tư thế thần kinh cơ hài hòa với tư thế lồng múi tối đa.

Đôi khi sau khi bắt đầu tiếp xúc, thì hàm dưới phải trượt về một bên mới có thể tới được tư thế lồng múi tối đa. Trong trường hợp này chúng ta phải quan sát để xác định hướng trượt sang bên.

Đôi khi sau khi làm cầu hay mào có thể làm rối loạn đường đóng hàm (Hình 1.3). Khi khép hàm từ điểm tiếp xúc ban đầu, hàm dưới bị trượt sang bên. Như vậy tư thế lồng múi tối đa không hài hòa với tư thế thần kinh cơ.

1.3. Tư thế lồng múi tối đa:

Là tư thế mà các răng trên hai cung hàm có nhiều điểm tiếp xúc nhất. Tư thế lồng múi tối đa được thiết lập nhờ vào sự tiếp xúc giữa các múi, hố (trũng), gờ bên.

2. Liên quan giữa các mặt nhai ở tư thế lồng múi tối đa:

Kiểm tra đồng thời trên miệng và trên giá khớp để xác định số lượng răng tiếp khớp. Người nha sĩ cần phải nắm vững kiến thức về giải phẫu khớp cắn ở tư thế lồng múi tối đa và phải có thói quen tưởng tượng mối liên quan giữa các mặt nhai trong không gian.

Từ lâu người ta sử dụng vị trí của răng 6 trên so với răng 6 dưới làm điểm mốc của một khớp cắn bình thường: Đỉnh múi gần ngoài của răng 6 trên nằm ngang mức với rãnh ngoài của răng 6 dưới. Trong trường hợp này thì mỗi răng tiếp khớp với hai răng của cung hàm đối diện, trừ răng cửa giữa dưới và răng 8 trên. Đây là yếu tố giúp ổn định các răng trên cung hàm

Nếu chúng ta áp dụng phân loại của Angle, thì chúng ta phải kiểm tra liên quan của các răng nanh theo chiều trước sau:

Loại I: Răng nanh trên nằm về phía xa nửa múi so với răng nanh dưới.

Loại II: Răng nanh trên nằm về phía gần.

Loại III: Răng nanh trên nằm lệch về phía xa so với loại I.

Sự ổn định của khớp cắn ở tư thế lồng múi tối đa được đảm bảo bởi liên quan răng nanh loại I (rất cần thiết cho chức năng hướng dẫn sang bên của răng nanh) và mối liên quan giữa các múi răng với diện nhai răng đối.

2.1. Diện nhai:

Diện nhai (table occlusale) là phần mặt nhai tạo bởi sườn trong của múi ngoài và múi trong răng cối

Gờ bên (crête marginale) hoặc hố nhai(fosse oclussale) của diện nhai sẽ tiếp khớp với múi răng đối diện .

2.2. Gờ bên:

Gờ bên là giới hạn gần và xa của mặt nhai, có hình tam giác, cùng với gờ bên của răng bên cạnh tạo thành cánh tựa của múi răng đối diện

Hai gờ bên của hai răng sát nhau cách nhau bởi một khe gọi là “khe nhai”. Những khe này có chức năng làm chuyển hướng thức ăn. Khe này cùng với điểm tiếp xúc giữa hai răng có tác dụng bảo vệ nhú lợi

2.3. Hố (trũng) giữa:

Hố giữa nằm ở chính giữa mặt nhai của răng hàm, sườn của hố tiếp khớp với múi răng đối diện, nhưng đáy của hố thì không tiếp khớp để thức ăn có thể thoát sang bên theo các rãnh mặt nhai.

2.3. Múi tựa (múi chịu):

ở tư thế lồng múi tối đa thì những múi tựa sẽ tiếp khớp với gờ bên hoặc hố giữa của răng đối diện.

Sự tiếp xúc của những múi tựa này với mặt nhai của răng đối phải ổn định, múi tựa thật sự là những trụ chống để duy trì chiều cao khớp cắn.

2.4. Điểm tựa khớp cắn:

ở tư thế lồng múi tối đa, đỉnh của múi tựa, có hình cầu, tiếp xúc với những mặt cong lồi của sườn múi răng đối diện ở những điểm hay những diện rất nhỏ: đó là những điểm tựa khớp cắn.

Trong khi nhai, những mặt cong này hoạt động như những dao cắt, và thức ăn thoát ra ngoài qua những rãnh chính và những rãnh phụ. Khi những mặt cong cắn

này mòn đi thì hiệu quả nhai sẽ giảm xuống tỷ lệ thuận với mức độ mòn. Nếu mặt cong mòn chỉ ở vài răng thì đây là dấu hiệu tăng chức năng ở những răng này.

2.5. Xác định múi tựa:

Để đơn giản hóa việc xác định múi tựa, chúng ta thực hiện khám làm hai thì:

- ở hàm dưới.
- ở hàm trên.

Chúng ta biết rằng có 3 nhóm múi tựa: hai ở hàm dưới và một ở hàm trên.

Nhóm 1: Múi ngoài của răng cối và tiền cối hàm dưới.

Múi ngoài của răng cối và tiền cối hàm dưới có hình thể cho phép nó đóng vai trò nâng đỡ khớp cắn. Đỉnh của múi ngoài cao hơn đỉnh của múi trong, và thường tròn hơn. Đỉnh múi nằm trên trục đứng đi qua chóp răng, vì vậy nó phải được xem là những múi quan trọng nhất trong việc ổn định khớp cắn ở tư thế lồng múi tối đa.

Nếu cung răng đều, thì ở tư thế lồng múi tối đa, đường đi qua đỉnh những múi ngoài hàm dưới sẽ nằm trên trung tâm diện nhai của răng hàm trên. Các điểm tựa khớp cắn cũng sẽ nằm trên đường này.

Những điểm tựa nhóm I tiếp khớp chủ yếu với gờ bên của răng hàm trên, chỉ có múi ngoài thứ hai của răng cối hàm dưới là tiếp khớp với hố giữa của răng cối hàm trên

Nhóm 2: Bờ cắn của răng nanh và răng cửa hàm dưới.

Đường đi qua đỉnh của múi ngoài răng hàm dưới có thể kéo dài đến đường giữa, đi qua bờ nhai của răng nanh và răng cửa dưới. Đường này tiếp khớp với mặt trong của các răng nanh và răng cửa trên

Trong khớp cắn Angle I, thì răng cửa và răng nanh dưới sẽ tiếp khớp với hai răng trên, trừ răng cửa giữa dưới chỉ tiếp khớp với răng cửa giữa trên.

Điểm tựa khớp cắn của răng cửa và răng nanh dưới rất quan trọng trong ổn định khớp cắn ở tư thế lồng múi tối đa cũng như hướng dẫn chuyển động ra trước và sang bên

Nhóm 3: Múi trong của răng cối và răng tiền cối hàm trên.

Múi trong của răng cối và tiền cối trên là những múi tựa, có chung những đặc điểm giống với những múi tựa răng dưới

Nếu cung răng đều, thì đường đi qua đỉnh những múi trong hàm trên sẽ tiếp khớp chính giữa diện nhai của răng đối hàm dưới

Như vậy, ở răng tiền hàm, sự ổn định khớp cắn được đảm bảo chủ yếu bởi múi tựa hàm dưới. Từ những hiểu biết trên ta rút ra một nguyên tắc là phải bảo tồn tối đa múi tựa răng dưới khi mài chỉnh khớp cắn.

18. CHẤN THƯƠNG HÀM MẶT

I. Mở đầu

- Trên thế giới, tỷ lệ chấn thương ngày càng cao; trong đó, chấn thương vùng hàm mặt chiếm tỷ lệ khá lớn (theo D. Gallas, riêng gãy xương hàm dưới chiếm 15% gãy xương chung) và thường liên quan đến chấn thương sọ não, gây tử vong cao.

- Ở nước ta, các loại tai nạn lao động trong sản xuất công nghiệp, tai nạn sinh hoạt, thể thao tăng nhanh về số lượng và tính chất nguy hiểm cho tính mạng đặc biệt là tai nạn giao thông (trong đó, tai nạn xe máy chiếm 70%). Chấn thương hàm mặt cũng gia tăng. Trước đây, trong chiến tranh, vết thương hàm mặt chiếm 7-10% tổng số vết thương và gãy xương hàm dưới nhiều gấp 2-3 lần gãy xương hàm trên (theo bệnh viện Việt Đức Hà Nội) nhưng gần đây, gãy khối xương tăng giữa mặt có chiều hướng gia tăng và tỷ lệ với tai nạn giao thông.

- Tình hình đó đặt ra cho ngành y tế nước ta một nhiệm vụ nặng nề. Người thầy thuốc tương lai cần nắm vững mục tiêu học tập để được trang bị cơ bản về kiến thức, kỹ năng và thái độ xử trí thích đáng, có thể chăm sóc tốt sức khỏe cho cộng đồng. Bài này chỉ giới thiệu về chấn thương phần mềm, gãy xương hàm trên và gãy xương hàm dưới.

II. Chấn thương phần mềm

1. Đặc điểm giải phẫu, sinh lý và bệnh học chấn thương phần mềm vùng hàm mặt

- Vùng hàm mặt có nhiều mạch máu và bạch huyết nên có điều kiện nuôi

dưỡng và bảo vệ tốt; vì vậy, vết thương thường chảy máu nhiều nhưng lại chóng hồi phục.

- Vùng hàm mặt có mạch máu nuôi dưỡng phong phú, có hốc miệng, mũi, mắt và tai, do đó ít có biến chứng hoại sinh hơi và vì thế vết thương vùng hàm mặt có thể khâu đóng kín thì đầu (trước 6 giờ) ngay cả vết thương đến muộn (sau 6 giờ) nếu làm sạch vết thương thật tốt cũng có thể khâu đóng kín được.

- Cơ bám da mặt một đầu bám vào xương, một đầu bám vào da nên vết thương có xu hướng bị toác rộng và mép vết thương bị quắp lại, co kéo làm thay đổi các mốc giải phẫu.

- Dây thần kinh mặt chi phối vận động các cơ bám da mặt dễ bị tổn thương trong chấn thương hoặc trong phẫu thuật điều trị.

- Vết thương ở mặt khi liền sẹo có thể bị co kéo làm thay đổi các mốc giải phẫu, ảnh hưởng rất nhiều đến chức năng ăn, nuốt, thở, nói và thẩm mỹ.

- Tuyến nước bọt và ống dẫn nếu bị đứt dễ gây dò nước bọt kéo dài và gây khó chịu cho bệnh nhân.

2. Phân loại vết thương phần mềm

2.1. Vết thương xây xước: chọt da, rướm máu gây đau rát.

2.2. Vết thương đụng dập: không rách da, xuất huyết dưới da gây đổi màu da tạm thời.

2.3. Vết thương rách da: tùy độ rộng và độ sâu có thể tổn thương mạch máu, thần kinh hoặc các tổ chức ở sâu.

2.4. Vết thương xuyên thủng: thường sâu, liên quan đến các hốc tự nhiên như mũi, miệng, xoang hàm...

2.5. Vết thương chọt (tọt): thường xé toác tổ chức.

2.6. Vết thương bỏng: phân độ như ngoại khoa.

2.7. Vết thương hoả khí và chiến tranh: thường bắn, nhiều dị vật, đôi khi các mảnh răng và xương trở thành tác nhân phá hoại tổ chức (hoả khí thứ phát).

3. Các yếu tố tiên lượng

Tiên lượng vết thương phần mềm thường dựa trên mức độ nặng nhẹ của các yếu tố:

3.1. Chảy máu

3.2. Phá huỷ tổ chức và rối loạn chức năng.

3.3. Sự thiếu hồng tổ chức

3.4. Ngoài ra, bệnh nhân được điều trị sớm hay muộn, sức đề kháng của cơ thể là những yếu tố rất quan trọng.

4. Nguyên tắc điều trị

4.1. Điều trị sớm, sơ cứu tốt.

4.2. Thăm dò kỹ, phát hiện và lấy hết dị vật.

4.3. Chải rửa thật sạch.

4.4. Cắt lọc thật tiết kiệm tổ chức.

4.5. Khâu kín thì đầu đảm bảo chức năng và thẩm mỹ.

5. Sơ cứu

Cần tiến hành ngay ở nơi xảy ra tai nạn, nhằm loại bỏ những nguy cơ đến tính mạng. Sơ cứu có ảnh hưởng rất lớn đến tính mạng bệnh nhân, sự tiến triển của vết thương và kết quả điều trị. Nội dung sơ cứu bao gồm:

5.1. Chống ngạt thở: hô hấp nhân tạo, lấy dị vật đường thở, vận chuyển bệnh nhân đúng tư thế: ngồi đầu cúi, nằm nghiêng hay nằm sấp.

5.2. Chống chảy máu: ép vết thương bằng tay, băng ép, khâu cầm máu.

5.3. Chống choáng: sớm bằng thuốc trợ tim, trợ hô hấp, sưởi ấm, truyền huyết thanh..., cầm máu tốt, tránh di chuyển bệnh nhân nhiều lần và phải bất động trước khi chuyển.

5.4. Chống nhiễm khuẩn: băng kín vết thương, kháng sinh phối hợp.

6. Đóng vết thương thì đầu

Sau khi lấy hết dị vật, chải sạch, cắt lọc và cầm máu, có thể tiến hành khâu đóng thì đầu tử mủ, đạt các yêu cầu:

6.1. Khâu đóng từng lớp tổ chức một, khâu mũi rời.

6.2. Không để lại khoảng chết có thể đọng dịch, máu...

6.3. Không làm sang chấn thêm tổ chức.

6.4. Nếu vết thương thông vào miệng, cần đóng kín niêm mạc trước.

6.5. Khâu da:

- Khâu da phải thẳng, đều; nếu vết thương căng có thể khâu Donati (xa xa gần gần) xen kẽ mũi rời.

- Nếu vết thương thẳng, không căng nên khâu trong da để bảo đảm thẩm mỹ.

- Để tránh biến dạng mặt, cần khâu các múi khoá hay các mũi móc như góc mắt, mí mắt, cánh mũi, khoé miệng, đường viền môi...

- Khi có thiếu hồng lớn, các mép không che kín vết thương hoặc quá căng, thông các hốc tự nhiên, lộ xương cần khâu định hướng để kéo các mép vết thương vào vị trí gần bình thường.

III. Gãy xương hàm trên

1. Đặc điểm xương hàm trên (XHT)

1.1. XHT gồm hai xương đối xứng nhau qua mặt phẳng dọc giữa, góp phần chính tạo nên khối xương tầng mặt giữa, nên khi chấn thương gãy xương hàm trên thường kèm theo chấn thương các xương tầng mặt giữa khác như xương chính mũi, xương lệ, xương gò má, xương xoăn dưới, xương lá mía.

1.2. Có sự liên quan mật thiết với hốc mắt, hốc mũi, xoang hàm và nền sọ. Nên khi bị chấn thương thường ảnh hưởng nặng nề đến các cơ quan giác quan, sọ não.

1.3. Là xương cố định, được che phủ phía trên bởi nền sọ và xương chính mũi, hai bên bởi xương gò má, cung tiếp xương thái dương và phía dưới bởi xương ổ răng, xương hàm dưới nên chỉ bị gãy khi có chấn thương trực tiếp và mạnh.

1.4. Là xương xốp, có nhiều mạch máu nuôi dưỡng, nên khi bị gãy thường chảy máu nhiều nhưng xương chóng liền, nên cần xử trí cấp cứu.

1.5. Có răng cắm vào xương ổ răng, quan hệ khớp cắn trung tâm với răng hàm dưới, là cơ sở tự nhiên giúp nắn chỉnh và cố định xương gãy.

2. Phân loại gãy xương hàm trên

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

Gãy toàn bộ: có hai loại, gãy dọc và gãy ngang.

2.1. Gãy dọc

- Lannelogue: đường gãy ở giữa, tách rời hai xương hàm trên, tạo kẽ hở giữa hai răng cửa giữa, niêm mạc khẩu cái bị rách.
- Richet: gãy dọc một bên qua răng cửa bên hoặc răng nanh.
- Bassereau: phối hợp Lannelogue và Richet chia xương hàm trên thành ba đoạn.
- Huet: đường gãy hình tam giác, đỉnh là mấu lên XHT, hai góc là hai răng nanh.
- Walther: gồm ba đường gãy dọc, một ở giữa, hai đường khác qua răng hàm nhỏ thứ nhất hoặc răng hàm nhỏ thứ hai, phối hợp với một đường gãy ngang (Le Fort I).

2.2. Gãy ngang (còn gọi là gãy Le Fort)

- Le Fort I (còn gọi là Guérin)

Đường gãy nằm ngang từ phần dưới hốc mũi, đi sang hai bên trên các chóp răng ra sau đến lồi củ XHT, 1/3 dưới chân bướm, ở giữa vỡ vách ngăn mũi và 1/3 xương lá mía.

- Le Fort II (tách rời sọ mặt giữa, dưới xương gò má)

Đường gãy bắt đầu giữa xương chính mũi, qua mấu lên XHT đến thành trong hốc mắt, tổn thương xương lệ, vào sàn ổ mắt rồi bờ dưới ổ mắt, sau đó chạy gần hay ngang qua lỗ dưới ổ mắt. Tiếp tục đi dưới xương gò má ra lồi củ XHT, đoạn này song song với LeFort I, phía sau gãy 1/3 giữa xương chân bướm, ở giữa gãy 1/3 giữa xương lá mía.

- Le Fort III (tách rời sọ mặt cao, trên xương gò má) với các đường gãy

Đường gãy bắt đầu trên xương chính mũi, ngang hay trên chỗ nối khớp xương trán, tách khớp mũi trán, đến mấu lên XHT, vào thành trong ổ mắt gãy xương lệ, xương giấy, rồi đến khe bướm, gãy 1/3 trên xương chân bướm

Tách rời khớp trán - gò má Tách rời cung tiếp - gò má Gãy 1/3 trên xương lá mía.



Hình 1: Các đường gãy Lefort Đường gãy Lefort I : _____ Đường gãy Lefort II :
Đường gãy Lefort III :

3. Lâm sàng gãy ngang toàn bộ xương hàm trên

3.1. Le Fort I

3.1.1. Triệu chứng lâm sàng

- Bệnh nhân choáng nhẹ
- Ăn nhai khó, nuốt vướng vì phần gãy sa xuống.
- Mặt biến dạng: môi trên sưng nề, bầm tím, miệng hở cửa, chảy máu mũi.
- Trong miệng: ngách lợi môi , lợi má bầm tím, có thể thấy xuất huyết hình móng ngựa ở vòm miệng sau vài ngày. Khi cắn, khối răng hàm chạm sớm, hở cửa.
- Ấn từ gai mũi trước đến XHT bệnh nhân đau chói.
- Dấu Guérin: ấn sau lồi củ XHT ở vùng chân bướm hàm bệnh nhân đau chói.
- Lắc cung hàm sẽ thấy di động toàn bộ (dấu hiệu "đeo hàm giả").

3.1.2. X-quang

Phát hiện đường gãy nhờ phim sọ thẳng và sọ nghiêng.

3.2. Le Fort II:

3.2.1. Triệu chứng lâm sàng:

- Bệnh nhân choáng
- Đau dọc đường gãy ở gốc mũi bờ dưới hốc mắt, nơi tiếp giáp xương gò má. Có thể bị tê mặt do tổn thương lỗ dưới ổ mắt, chảy máu mũi, nhai vướng đau.
- Xệ phần giữa mặt do khối răng cửa lún lên trên và lùi ra sau, bầm tím mi dưới, chảy nước mắt do chèn ép ống lệ thị.
- Trong miệng: sai khớp cắn do khối răng hàm bị đẩy xuống dưới và ra sau nên khi cắn, răng hàm chạm sớm. Ngách lợi vùng răng hàm bầm tím, ấn đau, ngách lợi tiếp giáp xương gò má có thể có hình bậc thang.
- Ấn đau góc trong, bờ dưới hốc mắt, gốc mũi, bờ dưới xương gò má, lồi củ XHT.

3.2.2. X- quang: Blondeau, Hirtz, phim sọ thẳng và sọ nghiêng.

3.3. Le Fort III

3.3.1. Triệu chứng lâm sàng

- Bệnh nhân choáng nặng
- Đau dọc đường gãy ở khớp mũi trán, trán-gò má, gò má-cung tiếp, chảy máu mũi, có thể chảy dịch não tủy
- Mặt phù nề, bầm tím quanh hốc mắt (dấu "đeo kính râm"), nhãn cầu có thể bị lồi hoặc sụp gây song thị.
- Trong miệng: sai khớp cắn khối răng hàm chạm sớm, hở vùng răng cửa, bầm tím vòm miệng.

- Có thể sờ thấy các đầu xương di lệch
- Toàn bộ khối xương mặt di động so với khối xương sọ.

3.3.2. X-quang: Blondeau, Hirtz, phim sọ thẳng, sọ nghiêng và cắt lớp vi tính(Scanner).

4. Chẩn đoán gãy ngang toàn bộ xương hàm trên

Dựa vào vị trí đường gãy, triệu chứng lâm sàng và X quang.

5. Điều trị

5.1. Nguyên tắc điều trị

- Ưu tiên cấp cứu tính mạng, chỉ điều trị chuyên khoa khi bệnh nhân đã thoát khỏi hẳn tình trạng nguy hiểm.
- Là một cấp cứu, cần điều trị sớm, không bỏ sót tổn thương, phục hồi tốt chức năng, thẩm mỹ, ngăn chặn biến chứng, tránh di chứng.
- Lưu ý chức năng các giác quan.

5.2. Các bước điều trị

5.2.1. Sơ cứu

- Toàn thân

+ Chống choáng

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

Điều trị chống choáng theo nguyên nhân.

Làm thông thoáng đường thở: ngạt thở thường do các nguyên nhân như dị vật (răng gãy, hàm giả, cục máu đông, dị vật từ bên ngoài...), lưỡi tụt ra sau, phù nề vùng sàn miệng lưỡi do máu tụ, mất phức hợp móng lưỡi (trong trường hợp vết thương hoá khí). Cần xử trí làm thông thoáng đường thở ngay bằng cách:

Để bệnh nhân nằm nghiêng để phòng máu cục, nước bọt, chất nôn vào đường thở, kiểm tra dị vật ở họng, thanh quản kể cả răng gãy, răng trật khớp, hàm giả bị vỡ.

Kéo lưỡi ra trước bằng cách khâu chỉ xoa qua lưỡi, cố định bằng canun

Mayo hay Guédel.

Phát hiện máu tụ ở sàn miệng, lưỡi, vòm miệng mềm lan rộng gây cản trở đường thở.

Kiểm tra thương tổn ở thanh khí quản, kiểm tra các nguyên nhân khác phối hợp gây kém thông khí (hôn mê, chấn thương lồng ngực...).

+ Cầm máu

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

Chống chảy máu mũi: đặt bắc mũi trước và bắc mũi sau

Khâu vết thương da mặt thắt động mạch(cảnh ngoài) nếu cần

Cầm máu những vết thương các nơi khác.

+ Chống nhiễm trùng

Cần dùng huyết thanh phòng uốn ván hoặc giải miễn cảm, kháng sinh phòng và điều trị nhiễm trùng.

+ Chống viêm, giảm đau

Tại chỗ

Nắn chỉnh bằng tay hoặc buộc chỉ thép qua một nhóm răng để kéo chỉnh theo khớp cắn trung tâm.

Cố định tạm thời bằng băng cầm đỉnh phối hợp bằng băng trán chằm.

+ Chuyển bệnh nhân lên tuyến trên để điều trị tiếp

Nếu bệnh đang ở tình trạng mất tri giác hoặc đang ở trong tình trạng đe dọa tính mạng thì phải để bệnh nhân trong tư thế nằm sấp mặt hoặc nghiêng đầu trong quá trình vận chuyển. Hút đờm dãi làm thông thoáng đường thở.

5.2.3. Điều trị chuyên khoa

- Nắn chỉnh bằng tay, bằng dây thép kéo, máng chỉnh hình, buộc chỉ thép vào răng hai hàm, tạo các móc Ivy cải tiến, liên hoàn Stout kéo chỉnh liên tục bằng cao su, kéo qua xông Nélaton luồn qua mũi họng, sử dụng bộ dụng cụ ngoài (Rudko). Phẫu thuật khi xương đã liền.

- Cố định bằng cung Tiguerstedt hay Ginested, bằng máng với bộ dụng cụ ngoài. Phẫu thuật treo xương hàm vào gò má, cung tiếp trong gãy Le Fort I, Le Fort II (Phẫu thuật Adams), hoặc treo xương hàm vào mấu mắt ngoài của xương trán trong Le Fort III (phẫu thuật Thomas). Thời gian cố định: 15-30 ngày.

IV. Gãy xương hàm dưới

1. Đặc điểm xương hàm dưới (XHD)

1.1. XHD là một xương lẻ, đối xứng, tạo nên tầng mặt dưới, nổi lên ở vùng cổ và mặt, có nhiều điểm nhô (cằm, góc hàm) nên rất dễ gãy (theo D. Galas, chiếm 60% gãy xương vùng mặt).

1.2. Có hệ cơ nhai bám tận, lực tác dụng đối kháng, nên sau khi gãy, XHD

thường bị biến dạng thứ phát.

1.3. Là xương di động, có răng cắm vào xương ổ răng, quan hệ khớp cắn trung tâm với răng hàm trên cố định, đó là cơ sở giúp nắm chỉnh và cố định xương gãy. Răng khôn hàm dưới có vai trò quan trọng trong gãy xương hàm dưới vùng góc hàm.

1.4. Là xương dẹt, mỏng, ngoài đặc, trong xốp, chỉ được nuôi dưỡng với động mạch răng dưới, nên khi gãy ít chảy máu nhưng chậm liền xương.

1.5. Có các điểm yếu dễ gãy: khớp cắn, góc hàm, lỗ cằm, lồng cầu ...

2. Phân loại gãy xương hàm dưới

2.1. Gãy từng phần

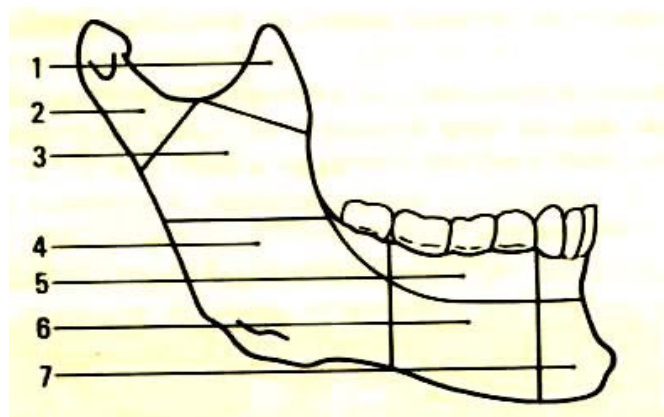
Gãy xương ổ răng, vỡ lồng cầu, mồm vết, bờ dưới XHD, xuyên thủng xương.

2.2. Gãy toàn bộ

- Một đường: gãy vùng giữa, vùng bên, vùng góc hàm, cành lên, lồng cầu.

- Hai đường: gãy đối xứng, không đối xứng.

- Ba đường, phức tạp.



Hình 2: Giải phẫu định khu xương hàm dưới

1: mồm vết. 2: lồng cầu. 3: cành lên. 4: góc hàm.

5: Xương ổ răng - răng. 6: cành ngang. 7: khớp cắn

3. Lâm sàng gãy toàn bộ xương hàm dưới một đường

3.1. Gãy vùng giữa (khớp cắn) Chiếm 12%

3.1.1. Vị trí

Đường gãy nằm giữa mặt xa hai răng nanh, hiếm khi đúng đường giữa mà thường nằm cạnh khớp cắn. Đường gãy có thể thẳng hay hình Lambda, tách rời lõm cắn.

3.1.2. Triệu chứng lâm sàng

- Sưng vùng cằm, bầm tím tụ máu, có thể rách da môi, cằm ấn đau, lợi, ngách lợi môi, sàn miệng bầm tím hay rách.
- Kể hai răng đường gãy đi qua giãn rộng, Răng có thể lung lay, gãy hoặc mất.
- Khớp cắn có thể sai ít hoặc bình thường do lực cơ cân bằng.
- Phát hiện đường gãy bằng cách đứng trước bệnh nhân, dùng hai tay, ngón cái đặt lên cung răng và ngón trỏ, ngón giữa đặt vào bờ dưới cạnh ngang, làm động tác di chuyển lên xuống ngược chiều sẽ thấy hai đoạn gãy di chuyển theo. Có thể dùng động tác bẻ nhẹ cung răng sang hai bên để lộ đường nứt.

3.1.3. X-quang

Phát hiện đường gãy nhờ phim Simpson, phim gốc răng.

3.2. Gãy vùng bên (cạnh ngang)

Chiếm 30%, lưu ý thường gãy kèm lõm cầu bên kia.

3.2.1. Vị trí

Từ mặt gần răng hàm nhỏ thứ nhất đến mặt xa răng hàm lớn thứ hai, đường gãy thường kéo xuống dưới và ra sau, thường đi cạnh hoặc ngang qua lỗ cằm.

3.2.2. Triệu chứng lâm sàng

- Bệnh nhân đau, không nhai được do vướng; nuốt vào phát âm khó.
- Mặt biến dạng, cằm hơi lệch về phía gãy, da vùng má có thể xây xát hay rách, sưng và tụ máu dưới da có thể lan rộng lên má, xuống cổ.
- Sờ bờ dưới và mặt ngoài XHD có bậc thang ấn đau chói.
- Trong miệng có biến dạng cung răng: đoạn ngắn về phía lưỡii cao hơn đoạn dài, đoạn dài lệch ra ngoài thấp hơn đoạn ngắn. Khi bệnh nhân ngậm miệng răng đoạn ngắn chạm răng hàm trên trước rồi đến răng đoạn dài (triệu chứng răng chạm khớp hai lần do tác động các cơ có lực đối kháng) răng có thể bị gãy, lung lay hay mất. Lợi, ngách lợi, sàn miệng có thể bị rách, chảy máu.

3.2.3. X-quang

Phát hiện đường gãy nhờ phim hàm chéch (Maxillaire Défilé), phim gốc răng, phim toàn cảnh (Panorama), phim sọ thẳng.

3.3. Gãy vùng góc hàm (Gonion)

Chiếm 18% vì vùng góc hàm là điểm yếu của xương hàm dưới.

3.3.1. Vị trí: từ mặt gần răng khôn đến góc hàm, đường gãy thường chéo xuống dưới và ra sau, vết thương thường kín trừ khi qua răng khôn tạo gãy hở.

3.3.2. Triệu chứng lâm sàng

- Bệnh nhân đau ít, nhai khó.
- Vùng góc hàm có sưng bầm tím ấn đau, mặt thường không biến dạng nếu có biến dạng thì hàm sẽ lệch về phía gãy.

- Khám trong miệng: khớp cắn thường không di lệch, ấn vào ngách lợi má vùng góc hàm, răng khôn, tam giác sau xương hàm dưới bệnh nhân đau.

- Phát hiện đường gãy bằng cách đứng sau lưng bệnh nhân, một tay cố định cằm lên, tay kia đặt ngón cái lên cung răng, các ngón khác ở bờ dưới XHD, làm động tác bẻ cằm ngang ra trước.

Trường hợp có di lệch, cằm lên bị kéo lên trên, ra trước và vào trong, cằm ngang bị kéo xuống dưới và ra sau.

3.3.3. X-quang

Phát hiện đường gãy nhờ phim hàm chéo (Maxillaire Défilé), phim gốc răng, phim sọ thẳng.

3.4. Gãy cằm lên

Rất hiếm gặp (7%)

3.4.1. Đường gãy

Có thể nằm ngang, dọc hay hình hoa thị.

3.4.2. Triệu chứng lâm sàng

- Bệnh nhân đau dọc đường gãy, khó há miệng, khó ăn nhai.

- Cằm hơi lệch về phía gãy, sưng nề bầm tím vùng cơ cắn.

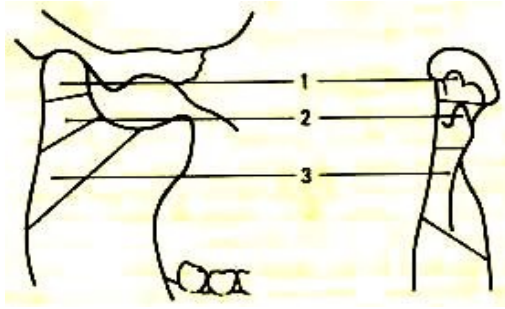
- Răng thường chạm khớp hai lần vì bên gãy thường bị kéo lên trên.

3.4.3. X-quang

Phát hiện đường gãy nhờ phim hàm chéo (Maxillaire Défilé), phim sọ thẳng.

3.5. Gãy lồi cầu

Nặng xảy ra, chiếm 32%, thường ở ba vị trí:



Hình 3: Gãy lồi cầu

1: chính lồi cầu

2: dưới lồi cầu cao

3: dưới lồi cầu thấp

3.5.1. Dưới lồi cầu thấp (Sous condylienne basse)

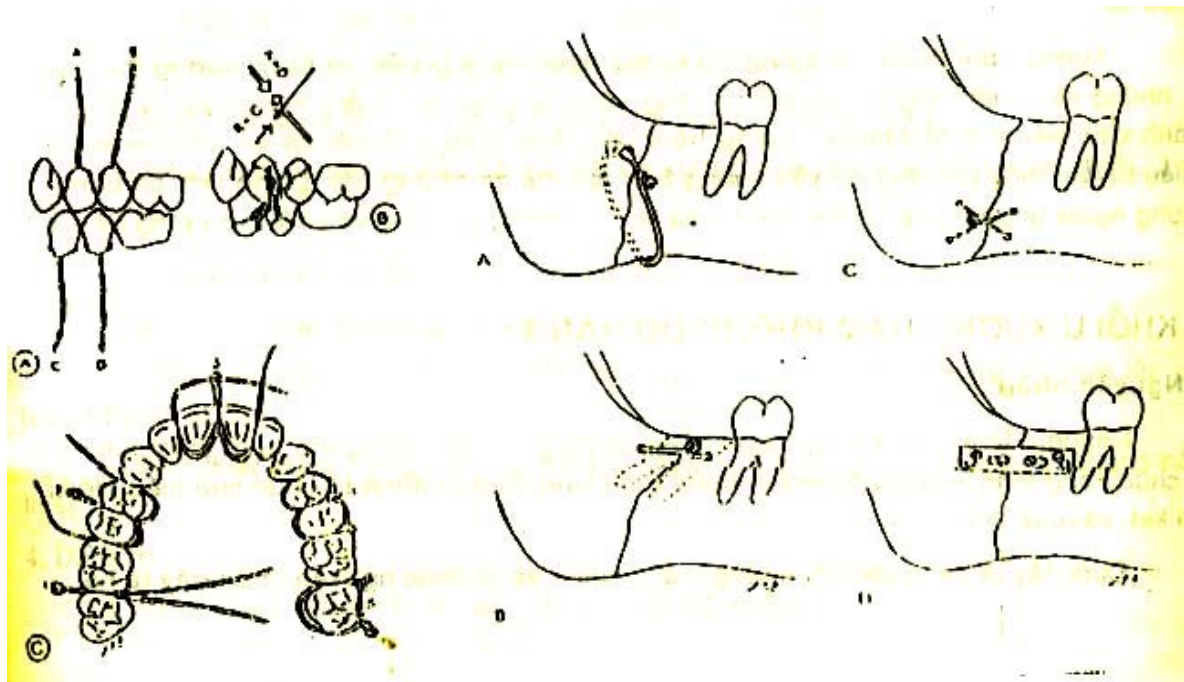
- Đường gãy nghiêng xuống dưới và ra sau nền cổ lồi cầu và ở ngoài khớp. Đoạn lồi cầu bị kéo lên trên ra trước, vào trong do tác động của cơ chân bướm ngoài nhưng di lệch ít, đoạn cành lên bị kéo lên trên, ra sau do tác động của cơ cắn.

- Khám

+ Dùng ngón tay trỏ ấn giữa nắp tai và lồi cầu, bệnh nhân sẽ đau chói trước nắp tai.

+ Dùng hai ngón tay út đặt trước ống tai ngoài hai bên, bảo bệnh nhân há ngậm miệng để so sánh cử động của hai lồi cầu.

Trong miệng: cung hàm lệch về phía gãy, răng chạm khớp hai lần.



Hình 4: Các phương pháp cố định gãy xương hàm

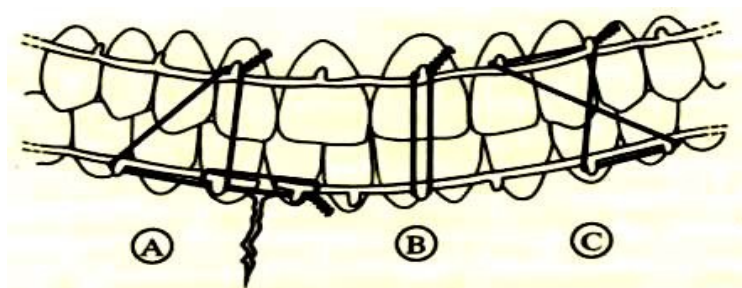
(A), (B): cố định răng hai hàm bằng chỉ thép, (C): nút Ivy

A, B, C: khâu kết hợp xương, D: nẹp vít

1 nẹp

2 nẹp

Hình 5: Kết hợp xương bằng các bản nẹp vít nhỏ



Hình 6: Phương pháp cố định hai hàm bằng cung Tigerstedt.

3.5.2. Dưới lồi cầu cao (Sous condylienne haute)

- Đường gãy nằm ngang cổ giải phẫu của lồi cầu ở trong khớp. Đầu lồi cầu bị trật vào trong xuống dưới và ra trước bởi tác động của các cơ chân bướm ngoài.
- Khám thấy mất cử động lồi cầu bên gãy, đau và tụ máu trước nắp tai, hở khớp cửa, hàm lệch về phía gãy, răng chạm khớp 2 lần, bên gãy chạm sớm.

3.5.3. Chính lồi cầu (condylienne vraie)

Triệu chứng lâm sàng giống gãy dưới lồi cầu cao, thường phối hợp gãy xương nhĩ, hàm chảo và cung tiếp xương thái dương.

X-quang phát hiện gãy lồi cầu nhờ phim Schuller, Zimmer, sọ thẳng.

4. Chẩn đoán gãy xương hàm dưới toàn bộ một đường

Dựa vào vị trí đường gãy, triệu chứng lâm sàng và X-quang.

5. Điều trị gãy xương hàm dưới

5.1. Nguyên tắc điều trị

- Là một cấp cứu trì hoãn, có thể điều trị trong điều kiện có sửa soạn, khi đã loại trừ các nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân.

- Phục hồi tốt chức năng ăn nhai, nói, nuốt.
- Lưu ý thẩm mỹ, tránh các biến chứng, di chứng.

5.2. Các bước điều trị

5.2.1. Sơ cứu

- Toàn thân: chống chóiang, thông khí, cầm máu, chống nhiễm khuẩn.
- Tại chỗ: nắn chỉnh cố định tạm thời bằng cách buộc chỉ thép liên kết các răng hai đầu gãy bằng nút số 8, nút hình bậc thang, nút Ivy..., cố định tạm thời hai hàm bằng băng cầm đỉnh và tăng cường băng trán chẩm.

5.2.2. Điều trị chuyên khoa

- Nắn chỉnh: bằng tay, lực kéo, bộ dụng cụ ngoài hay phẫu thuật.
- Cố định hai hàm bằng phương pháp Leblanc, Black và Ivy, phương pháp buộc liên hoàn Stout hay sử dụng cung Tiguerstedt, Ginested.
- Với bệnh nhân mất răng: cố định bằng máng chỉnh hình.
- Phẫu thuật trong các trường hợp khó điều trị chỉnh hình như gãy vụn, nhiều đoạn hoặc di lệch nhiều: kết hợp xương bằng nẹp vít, đóng đinh, phẫu thuật buộc vòng quanh XHD cho trẻ em có bộ răng hỗn hợp.
- Phối hợp kết hợp xương với cố định hai hàm từ 4-6 tuần, hoặc nẹp vít và cố định bằng thun trong vòng 10 ngày đầu.
- Nói chung, thời gian cố định từ 30-45 ngày.

19. U XƯƠNG HÀM DO RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG.

- U xương hàm do răng là bệnh lý của các khối u phần xương vùng hàm mặt.

1.1. Điểm tài liệu:

- Lần đầu tiên vào năm 1664: Scultet mô tả một u khu trú ở trong xương hàm. Tiếp theo có khá nhiều tác giả báo cáo về vấn đề này cả về lâm sàng và các phương pháp điều trị.
- Tuy nhiên các tác giả vẫn lẫn lộn giữa các khối u, nang xương hàm nguyên nhân do răng và không do răng.
- Cho đến năm 1884 – 1887: Mollazza trình bày các khối u ở xương hàm nguyên nhân do răng. Cách trình bày này được đa số các tác giả thời kỳ đó công nhận. Năm 1910: Leriche và Cotte phân loại sâu hơn. Các khối u này bắt nguồn từ mầm răng với loại biểu mô hỗn hợp vừa biểu mô vừa liên kết.
- Hai năm sau (1912), tác giả Coryllas đề nghị phân loại và gọi tất cả các khối u do răng là u men (Adamantiome). Năm 1912 – 1925 hai tác giả Delater và Bercher gọi chung các khối u xương hàm do răng là u phôi sản biểu mô liên kết. Cách gọi này nhấn mạnh đến bệnh sinh trong đó yếu tố biểu mô, yếu tố liên kết kích thích tạo nên u giữ vai trò chủ yếu.
- Năm 1932 Bercher và Codwella tổng hợp các công trình nghiên cứu, kế thừa kinh nghiệm của các tác giả trong thời gian dài đã đề nghị phân loại các khối u, nang xương hàm do răng phải dựa vào đặc tính bệnh lý và cơ chế bệnh sinh. Tuy vậy trên thế giới cho đến nay vẫn chưa thống nhất về danh pháp, cơ chế bệnh sinh của các khối u loại này.

1.2. Phân loại các khối u, nang xương hàm do răng theo Bercher và Codwella.

1.2.1. Khối u viêm nhiễm và tăng sản:

- Loại xơ biểu mô.
 - U hạt và nang chân răng (cuống răng).
 - U hạt và nang quanh răng trên răng sống.
 - Nang thân răng.
- Loại liên kết.
 - U lợi xơ (Épulis fibreux).
 - U lợi huỷ cốt bào.

1.2.2. Loạn sản phôi:

- Loạn phôi đơn phát triển có giới hạn.
 - U men đặc tạo răng (Adamantiome).
 - U lợi bẩm sinh.
- Loạn phôi phát triển không giới hạn:
 - U men thể nang.
 - Loạn phôi ung thư hoá.

1.2.3. U răng (Dentom).

- U răng ngoài răng.
- U răng trong răng.

2. Chẩn đoán các khối u xương hàm do răng.

- Nhìn chung để chẩn đoán các khối u loại này tương đối dễ, đặc biệt khi bệnh cảnh lâm sàng đã rõ ràng.
- Diễn biến của bệnh thường thầm lặng cả quá trình phát triển của u. Không đau tại chỗ, không ảnh hưởng toàn thân, không sốt và ít ảnh hưởng chức năng ăn nhai. Chỉ khi u nang bị bội nhiễm, có đường rò, ngách tiến đình bị phồng, xương bị phá huỷ nhiều mới ảnh hưởng, và lúc này có khi bệnh nhân mới tới khám. Khi khám có thể thấy thiếu một răng, có răng chết hoặc mọc sai vị trí, kết hợp với XQ khi đó có chẩn đoán khá chính xác.
- Để chẩn đoán u, thường chụp XQ chếch hàm, panorama, Blondeau, film cắn, có khi chỉ chụp phim một hoặc một nhóm răng khi nghĩ đến u hạt, nang cuống răng.
- Thực tế lâm sàng thường gặp dạng u nang sau: Nang thân răng, u men thể nang và u men đặc tạo răng. Còn các loại u khác hiếm gặp.

3. Một số u xương hàm do răng.

- Để trình bày cụ thể chúng ta lần lượt mô tả các khối u sau:
- U men thể nang.
- U men đặc tạo răng.
- Nang thân răng.

U MEN THỂ NANG

1. Đại cương.

- U men thể nang là một thể hay gặp nhất trong u lành tính xương hàm nguyên nhân do răng, nó chiếm quá 50% các u lành tính khu trú xương hàm.
- Là một u có nhiều tác giả nghiên cứu, thảo luận về GPBL, phân loại và điều trị. Riêng về tên gọi có rất nhiều tên gọi khác nhau, thống kê từ trước tới nay có trên 50 tên gọi với u này, thực chất u được phát triển từ tế bào tạo men răng hình sao (Ameloblastome).
- Đặc điểm của u.
 - Thường gặp ở tuổi thanh niên hay trung niên, tuy nhiên cũng có khi gặp ở tuổi thiếu niên và người già.
 - Đa số u khu trú ở thân xương hàm dưới.
 - Khi u ở giai đoạn cuối gây biến dạng mặt, có thể làm tự gãy xương hàm dưới.
 - Chẩn đoán dựa vào XQ và lâm sàng là chủ yếu.

2. Giải phẫu bệnh lý.

- Đại thể:
 - U men có hình dáng đại thể thay đổi, có thể là một khối gồ ghề như chùm nho, đôi khi chắc và trắng nhạt, rải rác có những hốc chứa dịch trong hơi nhày
 - Trong các trường hợp khác, có khoang trở nên rất to, dạng nang, khối u có thể chỉ là một buồng có chứa các dịch khác nhau, hoặc trong, hoặc dạng gel hoặc nâu nhạt, ít nhiều chảy máu và biến đổi bởi các hiện tượng viêm
 - Trong các dạng một nang duy nhất, việc quan sát là tìm chỗ dày của thành nang để bóc lấy nang . Nhìn chung các răng ngầm bên cạnh u thường nằm ngoài nang và không dính vào màng nang, nhưng u cũng có thể có vỏ bọc.
- Vi thể:
 - Các hình ảnh tế bào học được coi là điển hình của u men là tổ chức liên kết nằm kề với tế bào biểu mô, trong đó tế bào men là chủ yếu

3. Bệnh sinh.

- Cho đến nay cơ chế bệnh sinh của u men thể nang vẫn chưa được thống nhất và rõ ràng. Một số tác giả cho rằng, nướu răng thoái hoá mà thành, một số tác giả khác lại cho rằng do những mảnh thừa biểu mô Malassez tạo nên.

4. Tiên lượng.

- U men thể nang phát triển chậm từ vài năm đến hàng chục năm. Ở giai đoạn đầu không ảnh hưởng đến toàn thân, do vậy rất khó phát triển để điều trị sớm.
- Nếu không được điều trị, để đến muộn hoặc giai đoạn cuối, u có thể dẫn đến tự gãy xương hàm, nhiễm trùng và thực tế đã gặp có trường hợp thoái hoá ác tính. U hay tái phát khi điều trị phẫu thuật bảo tồn do nhiều nguyên nhân khác nhau.

5. Lâm sàng.

- Ở tuổi nào cũng gặp nhưng hay gặp ở tuổi trẻ.
- U thường phát triển chậm, vài năm đến hàng chục năm. Giai đoạn đầu không có dấu hiệu lâm sàng, có khi tình cờ chụp XQ phát hiện được u.
- Đa số u cư trú ở góc xương hàm dưới, lan lên cao đến lồi cầu và mồm vệt, có khi lan ra vùng cằm và sang bên đối diện.
- Giai đoạn đầu bệnh nhân không để ý và có khi cả quá trình bệnh không hoặc ít ảnh hưởng đến sức khoẻ toàn thân. Da và niêm mạc vị trí có u bình thường.
- Khi u phát triển to làm biến dạng khuôn mặt, phá huỷ xương và làm phòng xương hàm ở phía ngoài da và ngách tiền đình lợi (có dấu hiệu bóng bàn). Có khi thấy dấu ấn răng ở niêm mạc vị trí u bởi răng đối diện.
- Răng ở trên khối u thường lung lay, có khi tự rụng hoặc đã được nhổ bỏ (ổ nhổ không liền). Đôi khi thấy thiếu một răng thường là răng số 8 hoặc số 7. Sờ thấy u gồ ghề, có dịch hoặc dấu hiệu bóng bàn. Khi u bị bội nhiễm, nhiễm trùng sẽ gây phản ứng sốt.
- Tại chỗ: Loét phần niêm mạc, chảy máu làm bệnh nhân đau, rối loạn ăn uống, làm bệnh nhân gầy sút nhanh.
- U men thể nang ở hàm trên có khi thấy triệu chứng ở xoang hàm nhiều hơn. Lúc đầu u nhỏ, khi muộn làm phòng phía môi - nền mũi hoặc vòm miệng cứng. Khi đó u có thể thông với xoang hàm.
- XQ:
 - Chụp các tư thế chếch hàm, thẳng mặt, toàn cảnh (panorama) có hình ảnh nang một ổ hoặc nhiều ổ. Tổ chức xương bị phá huỷ rộng nhưng khu trú rõ.
 - Một 1/4 hình ảnh là nang một ổ lớn cư trú gọn với bờ xương còn rõ nét, thường có thêm một răng ngầm nằm ở phía dưới đáy u.
 - Gần 1/4 hình ảnh đặc biệt, không điển hình như hình tuyết rơi hoặc một đám lớn tiêu xương hay hiếm hơn là hình các gai xương và vỏ xương vỡ lổm chổm nham nhở.

- Quá 1/2 hình nang nhiều ổ, tổ chức bị phá huỷ rộng hình tổ ong.
- Chọc hút nang thường có dịch vàng, khi nang bội nhiễm, nhiễm trùng có mủ lẫn dịch màu nâu.
- Sinh thiết để chẩn đoán không cần thiết vì dễ gây bội nhiễm, khó phẫu thuật. Mặt khác, dựa vào lâm sàng và XQ chẩn đoán đã tương đối chính xác.

6. Điều trị: Duy nhất bằng phẫu thuật.

- Các hình thức phẫu thuật phải căn cứ vào tuổi tác của bệnh nhân, tình trạng khối u ở giai đoạn nào và các yếu tố khác.
- Có một số hình thức phẫu thuật thường áp dụng sau:

6.1. Phẫu thuật bảo tồn.

- Chỉ nạo sạch khối u, nếu có nhiều nang cần làm tỉ mỉ từ nang này qua nang khác, sau đó dùng đốt điện để cầm máu và làm triệt để u, có thể đổ đầy các hốc xương bằng bột xương đông khô tùy loại.
- Hình thức phẫu thuật này áp dụng trên bệnh nhân còn nhỏ tuổi, hoặc lớn tuổi nhưng u còn nhỏ chưa gây biến dạng khuôn mặt nhiều, bờ xương còn đủ chắc, răng chưa lung lay, chưa sai khớp cắn.

6.2. Cắt đoạn xương hàm.

- Được chỉ định khi u đã quá to, làm biến dạng mặt, bờ xương hàm quá mỏng có khả năng tự gãy xương hàm.
- Sau cắt đoạn xương hàm có thể tạo hình phục hồi ngay bằng cấy ghép xương tự thân bằng xương sườn, mào xương chậu, hoặc có điều kiện cấy ghép xương mào chậu, xương mác có cuống mạch nuôi bằng vi phẫu thuật.
- Nếu không tạo hình phẫu thuật ngay, sau cắt đoạn thường phải có phương tiện “giữ khoảng” phần xương còn lại để đúng khớp cắn, tổ chức phần mềm không bị co kéo, tạo điều kiện thuận lợi cho bước phẫu thuật sau.
- Để giữ khoảng có thể bằng nẹp vít hoặc đinh Kishner ngay sau cắt đoạn xương hoặc cho bệnh nhân dùng hàm giả hướng dẫn khớp cắn (hàm Wankewitz). Máng này được làm trước khi phẫu thuật. Sau phẫu thuật ổn định cần cho bệnh nhân đeo ngay.

NANG THÂN RĂNG

1. Đại cương.

- Nang thân răng thuộc nhóm các u nang xương hàm do răng. Tỷ lệ ít gặp hơn so với u men xương hàm và nang chân răng. Hay gặp nang bọc trên thân một chiếc răng, thường là răng vĩnh viễn mọc ngầm. Thực tế trên lâm sàng và XQ có thể gặp các dạng sau:
 - Trên mặt nhai của một răng sữa chưa mọc được.
 - Thân một răng vĩnh viễn chưa mọc được.
 - Thân một răng vĩnh viễn chưa mọc được mà trên đó không có răng sữa (răng số 6,7,8).
 - Đa số các tác giả quan sát thấy nang thân răng ở hàm trên nhiều hơn hàm dưới.

2. Giải phẫu bệnh lý.

- Thông thường màng nang mỏng, khi nhiễm trùng mạn tính mới dày lên và dính vào cổ răng, thân răng chìm sâu trong lòng nang. Ở phần xương hàm, màng nang dễ bóc tách và thành nhẵn, nhưng khi màng nang đã vượt ra tổ chức phần mềm thì lại dính, khó bóc tách nên phải cắt.
- Dịch trong nang tùy theo có bị nhiễm trùng hay không mà thấy dịch trong, quánh đặc sệt, đỏ, nâu, có khi như mủ.
- Về vi thể: Màng nang có 3 lớp.
 - Lớp ngoài là tổ chức xơ.
 - Lớp giữa là mô lỏng lẻo phôi thai.
 - Lớp trong là tổ chức biểu mô gồm một hoặc nhiều tế bào lát hoặc trụ, có khi có cả tế bào hình sao loại men.

3. Cơ chế bệnh sinh.

- Chưa thật rõ ràng nhưng người ta đề cập 3 vấn đề.

3.1. Nhiễm trùng.

- Về lâm sàng và về tổ chức học nang thân răng dễ nhiễm trùng. Do vậy người ta cho rằng nhiễm trùng là một nguyên nhân của nang thân răng.

3.2. Nang.

- Broca gọi nang thân răng là nang mầm răng và cho rằng sự hình thành là do các tế bào bị nhuyển đi để chuyển hoá thành nang.
- Malassez thì cho rằng từ một điểm nào đó của dây chằng quanh răng đã kinh qua một loạt thay đổi dẫn đến tình trạng nang ở một chỗ trước răng, chỗ này là quá trình thoái hoá hốc của lá răng. Khi thân răng bắt đầu mọc thì gặp nang đang hình thành ở phía trước, răng chui vào trong nang và sau

đó sau khi chân răng thành hình, những thớ của túi răng làm cho màng nang dính vào cổ răng.

3.3. Răng ngầm.

- Hoặc sự phát triển của nang đã làm ngừng trệ sự phát triển của răng, hoặc nang phát triển quanh một răng ngầm.

4. Lâm sàng.

- Hình ảnh lâm sàng của một răng vĩnh viễn mọc ngầm gây nang thân răng. Điển hình là nang thân răng mọc ngầm quanh răng nanh hàm trên.
- Thường biểu hiện qua hai giai đoạn:
 - Giai đoạn thầm lặng: Kéo dài hàng năm, lâm sàng không có biểu hiện gì đặc biệt, khám thấy thiếu một răng nanh hoặc răng nanh sữa vẫn còn tồn tại lung lay ít hoặc nhiều. XQ thấy có bóng răng tròn, rõ quanh một thân răng ngầm ở phía trên. Đôi khi rất khó phân biệt hình ảnh nang hay chỉ là một bọc quanh thân răng hay giãn ra.
 - Giai đoạn sau: Khi nang đã to biểu hiện bằng một khối u cứng làm phồng ngách lợi hoặc cả rãnh mũi – má nhưng vẫn không đau. Da niêm mạc bình thường, nếu vị trí nang phía hàm ếch cũng bị phồng. U dính chắc vào xương kích thước không lớn lắm, có thể bằng ngón tay hoặc bằng quả quýt.
- Khi nang tiếp tục to làm cho xương hàm bị đẩy và mỏng đi, khi đó sờ ở ngách lợi có dấu hiệu bóng bàn hoặc như sờ vào dịch nước (khi đã phá huỷ toàn bộ xương). XQ có hình nang và răng ngầm thân quay vào trong lòng nang.
- Nếu không phát hiện và điều trị kịp thời, nang dễ gây biến chứng bội nhiễm và nhiễm trùng sau đó gây rò. Tùy vị trí nang mà có biểu hiện lâm sàng ở vị trí đó, đường rò có thể vào ngách lợi, hàm ếch hoặc ra ngoài da.
- Ngoài thể lâm sàng điển hình như trên ta còn có thể gặp các thể khác:
 - Nang trên thân răng sữa làm răng mọc chậm đi. Thường là trên một răng sữa bất kỳ và chỉ có một nang. Tuy nhiên cũng có thể nhiều nang ở một bệnh nhân. Nang chù lên thân răng sữa, răng sữa này nhỏ như hạt đậu, màu xanh tím.
 - Nang trên thân răng vĩnh viễn mà trên không có răng sữa. Hay gặp ở trẻ em trên các răng số 6,7.
 - Nang quanh răng vĩnh viễn sau khi răng sữa ở trên bị nhiễm trùng. Hay gặp ở răng hàm nhỏ.
- Ngoài ra có thể gặp ở các răng khác nhưng ít hơn như:

- Nang răng nanh hàm dưới.
- Nang răng khôn hàm dưới: Trong đó răng khôn ở khá cao gần mồm vệt hay lồi cầu. Có khi có nhiều ổ nang làm XQ có thể nhầm với u men.
- Nang răng khôn hàm trên.
- Nang các răng thường.

5. Điều trị: Duy nhất bằng phẫu thuật.

- Dù ở giai đoạn thầm lặng hay đã rõ, khi lâm sàng và XQ đã cho chẩn đoán xác định thì phương pháp phẫu thuật nên được thực hiện ngay.
- Trong kỹ thuật phẫu thuật phải lấy bỏ toàn bộ màng nang và răng trong nang. Sau đó hoặc khâu kín hoặc dẫn lưu, hoặc lấp đầy bằng nhựa tự cứng hay xương đông khô đồng lợi tùy cơ sở điều trị.

U MEN ĐẶC TẠO RĂNG

1. Đại cương.

- U men đặc tạo răng hiếm gặp so với u men thể nang, có khuynh hướng liên kết phát triển có giới hạn, sau phẫu thuật ít hoặc không tái phát.
- U men đặc tạo răng có các tên khác nhau: Ombredan (u răng), Malassez (u có nhiều răng) và một số tác giả khác gọi là u hỗn hợp nguyên nhân do răng.

2. Giải phẫu bệnh lý.

- Khối u thường có hình ảnh của các răng có một hay nhiều chân, hay thành từng đám tụ vôi có hình thù và kích thước khác nhau. Tổ chức màng gắn các yếu tố này với nhau, ngoài là vỏ liên kết dính với vỏ xương, vỏ là tổ chức liên kết có khi không rõ rệt, có khi có cả những hình răng nhỏ nằm ở trong lòng ổ xương. Ngoài khối u, đôi khi còn có một hoặc nhiều răng thường, răng ngầm không tham gia vào khối u.
- Các hạt vôi và các răng hoặc tổ chức răng trong khối u thường rất nhiều răng, số răng này có tác giả mô tả hàng chục đến vài trăm cái.
- Về vi thể, tổ chức màng nối liền các tổ chức vôi và răng trong khối u, những yếu tố nụ răng ở thời kỳ phôi thai. Men và ngà ở các răng trong khối u thường có một hình thù không điển hình.

3. Lâm sàng.

- Thường gặp ở tuổi thiếu niên lúc mọc răng vĩnh viễn. Rất ít hoặc không gặp ở tuổi lúc mọc răng sữa hay người quá 20 tuổi.
- Nam và nữ gặp tương đương nhau. Vị trí u gặp cả hai hàm trên và dưới.
- U tiến triển thầm lặng, ít có triệu chứng và không ảnh hưởng toàn thân giai đoạn đầu. Xương hàm phòng ít, hơi gồ ghề ở ngách tiền đình - lợi, nhăn, niêm mạc phủ bình thường.
- Trên cung răng thường thấy tồn tại răng sữa, hoặc nhiều răng hoặc các răng mọc sai vị trí, cũng có khi răng vĩnh viễn biến dạng. U men đặc tạo răng thường khác với u men thể nang là u thường tiến ra cả hai lớp trong và ngoài của xương hàm. Thường bệnh nhân đến khám bệnh chỉ thấy người hơi khó chịu, ngách lợi vị trí u hơi gồ, đau ít. Đôi khi tình cờ khám trong khoang miệng và XQ mà phát hiện ra.
- XQ xác định có khối u men đặc tạo có giới hạn rõ, trong đó có những hình tròn hoặc nhiều cạnh mà mật độ giống răng. Có khi ở xung quanh khối u thấy hình một hay nhiều răng sai chỗ.
- Không được điều trị, u lớn hoặc gây bội nhiễm có mũ gây rò.

4. Điều trị: Duy nhất bằng phẫu thuật.

- Lấy bỏ toàn bộ u trong đó có các răng nhỏ.
- Sau phẫu thuật thường không hoặc ít tái phát.

20. BỆNH LÝ TUYẾN NƯỚC BỌT

DI DẠNG TUYẾN NƯỚC BỌT

1.1. Thiếu sản tuyến nước bọt:

Không có tất cả các tuyến nước bọt chính thì rất hiếm gặp. Hậu quả của không có tuyến nước bọt chính là giảm lượng nước bọt trầm trọng làm hàm răng bị hỏng rất nhanh. Không có tuyến mang tai một bên và thiếu sản tuyến mang tai bên đối diện thì hay gặp hơn.

Không có hoặc thiếu sản tuyến nước bọt có thể bắt gặp đơn độc hay nằm trong bệnh cảnh của một hội chứng dị dạng phức tạp: Lệch khớp hàm, thiếu sản mặt, đa dị sản ngoại bì di truyền. Đa dị sản ngoại bì di truyền (là loại bệnh lý bất thường thể trạng) dường như di truyền theo nhiễm sắc thể lặn và thường phối

hợp với giảm tiết nước bọt, giảm tiết mồ hôi, giảm mọc lông, răng nhỏ kết hợp với những dị dạng khuôn mặt, nhất là thiếu sản mào xương ổ răng.

1.2. Tuyến nước bọt lạc chỗ- dò và nang tuyến nước bọt bẩm sinh:

Được xem là lạc chỗ không hoàn toàn khi tuyến hay một phần của tuyến nằm vượt ngoài giới hạn giải phẫu thông thường, ví dụ tuyến mang tai kéo dài ra trước cơ cắn hay kéo dài đến gần Amydale, hay tuyến dưới hàm chui đến vùng trên móng. Tuyến nước bọt được xem là lạc chỗ hoàn toàn khi toàn bộ tuyến mang tai nằm trước cơ cắn hay toàn bộ tuyến dưới hàm nằm ở vùng cạnh Amydale.

Tuyến nước bọt thừa (tuyến nước bọt thừa nằm ở một vị trí bất thường) có thể gặp với nhiều vị trí khác nhau: cằm, tai giữa, xương chũm, khớp thái dương hàm, trong khoang miệng (má, lợi), hay gặp nhất là ở cổ vùng bờ trước của cơ ức đòn chũm, từ phần cao của cả cho đến khớp ức đòn. Tuyến nước bọt thừa có thể gặp trên lâm sàng dưới dạng dò bẩm sinh, đôi khi dưới dạng nang hay u.

Dò nước bọt bẩm sinh: rất hiếm gặp, bắt gặp từ khi mới sinh. Lâm sàng khám thấy dò nước bọt khi có kích thích tiết nước bọt qua lỗ dò trong miệng hay qua lỗ dò ở da. Điều trị bằng phẫu thuật.

Nang tuyến nước bọt thừa: nang có thể nhỏ hoặc rất to làm ta dễ nhầm với nang khe mang vùng cổ. Nó thường xuất hiện ở lứa tuổi lớn hơn với so với nang khe mang. Lâm sàng biểu hiện thành từng đợt sưng, viêm, đau. Chỉ chẩn đoán phân biệt được với nang khe mang bẩm sinh dựa vào xét nghiệm dịch nang thấy men Amylase.

Lỗ khuyết "Stafne": Cần đặc biệt chú ý đến thể vùi ở vỏ xương hàm dưới, phía trước góc hàm. Một tuyến nước bọt cho ta hình ảnh lỗ khuyết "Stafne". Đó là một hình thấu quang tròn hay hình oval, bao quanh bởi một vỏ nhẵn cản quang rõ. Thể vùi này có thể là toàn bộ (toàn bộ tuyến nằm trong xương hàm) hay có thể chỉ vùi một phần (một phần của tuyến nằm tràn ra ngoài ở dưới hàm, dưới lưỡi). Chẩn đoán dựa vào chụp tuyến nước bọt cản quang ở tư thế Hirtz (thấy thùy tuyến lạc chỗ cản quang nằm trong ổ khuyết xương hàm). Cần xem lại chỉ định phẫu thuật khi không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán (vùi toàn bộ tuyến trong xương nên hình ảnh chụp cản quang tuyến sẽ bị lấp trong xương, vì vậy cần phải phân biệt với nang dạng da, u máu, nang đơn độc và những u của xương hàm khác).

Điều trị bằng phẫu thuật và gửi giải phẫu bệnh, cho hình ảnh của tổ chức tuyến dạng thanh dịch với các ống tuyến bao quanh nang, đôi khi có thể có tổ chức hạt viêm.

VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT DO VIRUS

1. Quai bị:

Loại viêm tuyến nước bọt hay gặp nhất là quai bị, bởi vì ít người nào trong đời mà không bị một lần. Theo hiệp hội chống bệnh nhiễm trùng của Pháp thì mỗi năm có khoảng 300 000 người mắc quai bị. ở Việt Nam thì vẫn chưa có một thống kê nào.

Bệnh nguyên:

Tác nhân bệnh nguyên là Paramyxovirus với vòng ADN xoắn cân đối, có vỏ, ái tuyến và ái thần kinh, có khả năng gây miễn dịch và khả năng làm ngưng kết hồng cầu.

Virus được truyền do tiếp xúc trực tiếp hay do những hạt nước bọt bắn ra từ miệng bệnh nhân. Bệnh lưu hành theo từng địa phương ở vùng ôn đới, nhưng đôi khi nó cũng có thể phát triển thành những đợt dịch nhỏ vào mùa đông xuân, cao điểm là vào tháng giêng.

Bệnh hay gặp ở trẻ em và thanh niên, lứa tuổi hay bị nhất là 5 tuổi. Tỷ lệ mắc bệnh tương tự giữa nam và nữ, nhưng nam thì hay bị biến chứng hơn: viêm tinh hoàn, viêm màng não, viêm não, điếc...

Giai đoạn ủ bệnh là từ 18 - 21 ngày, và có thể lây cho người khác. giai phẫu bệnh học:

Vi khuẩn gây tổn thương tổ chức kẽ là chủ yếu, gây: phù nề, giãn mạch, thâm nhiễm lympho bào và tương bào. Có thể gây hoại tử nang tuyến ri rác, làm thay đổi quan điểm "quai bị là bệnh hồi phục hoàn toàn".

Lâm sàng:

Biểu hiện chính là sưng vùng quanh tai và đau. Thở lâm sàng hay gặp là thể quai bị trẻ em, chỉ ảnh hưởng đến tuyến nước bọt.

Giai đoạn xâm nhập kéo dài trong một thời gian ngắn 24 - 36 tiếng, đây là giai đoạn có khả năng lây nhiễm cao nhất. Lâm sàng: sốt cao, mạch nhanh, mệt mỏi, đau tai nhất là khi ăn, sờ vùng tuyến mang tai đôi khi cũng có thể gây đau (Thống điểm Rillet ở quanh tuyến: khớp thái dương hàm, xương chũm, góc hàm dưới), khô miệng và niêm mạc quanh ống stenson đỏ.

Khi xuất hiện những triệu chứng trên ở thời kỳ dịch lưà hành thì cần phải cách ly bệnh nhân.

VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT DO VI KHUẨN

CÓ nhiều dạng

1. Viêm tuyến mang tai mủ cấp người lớn:

Nguyên nhân: Nhiễm trùng ống tiết và tổ chức nhu mô thường là do:

- Nhiễm trùng ngược dòng từ những vi khuẩn miệng đi lên: là nguyên nhân hay gặp.
- Do nhiễm trùng máu.
- Do vi khuẩn lan từ những ổ nhiễm trùng lân cận vào: viêm khớp thái dương hàm, viêm xương hàm, viêm mô tế bào vùng mặt, viêm hạch mang tai....v.v.

Dù là nguyên nhân nào thì cũng cần có những yếu tố thuận lợi:

- Giảm hay mất bài tiết nước bọt sau những thủ thuật gây mất nước, sau những điều trị an thần kinh hay tăng năng giáp.
- Giảm khả năng miễn dịch do quá suy mòn hoặc sử dụng thuốc giảm miễn dịch.
- Rối loạn chức năng đề kháng với enzyme nước bọt do viêm tụy hoại tử chảy máu.

40% trường hợp là do staphylococcus aureus, Streptococcus viridans và S. hemolyticus. 8% trường hợp là do Pneumocoques và colibacilles. Viêm tuyến mang tai còn có thể do Listeria, nhiều trường hợp xuất hiện sau phẫu thuật đường tiêu hóa hay sau phẫu thuật ghép tạng. viêm tuyến sau bệnh mèo cào.

Lâm sàng: Bệnh xuất hiện đột ngột hay từ từ trên một thể trạng gầy yếu. Sưng, nóng, đỏ, đau rõ vùng tuyến mang tai, một hoặc cả 2 bên. Lỗ ống Stenon đỏ, cương máu và rỉ mủ. Có thể có viêm miệng đi kèm, đau nhiều nhất là khi nhai và khi há miệng, sờ đau.

Nhiễm trùng toàn thân: nhiệt tăng, mạch tăng, mệt mỏi, suy sụp.

Nếu không được điều trị thì dẫn đến abscess tuyến, biểu hiện bằng tình trạng toàn thân nặng nề, sưng to, khít hàm, đau tai và đôi khi dò mủ ở da.

Chẩn đoán: dựa vào chụp cản quang tuyến: hệ thống ống tiết giãn, ngắt quãng cho ta hình ảnh "hình củ cải". Nhu mô tuyến cản quang rõ và không đồng nhất. Có thể thấy hình ảnh nút niêm mạc, hẹp ống tiết hoặc sỏi tuyến.

Xét nghiệm máu thấy tăng bạch cầu đa nhân.

Nếu được nên lấy mủ ở ống Stenon để nuôi cấy và làm kháng sinh đồ.

Chẩn đoán phân biệt: viêm tuyến mang tai cấp do sỏi.

Giải phẫu bệnh: Các chủng vi khuẩn tan máu thường tấn công vào mạch máu xung quanh hệ thống ống tiết. Những Enzyme tiêu Protein tác động lên khoảng kẽ giữa những nang tuyến làm tiêu và abscess hóa. Viêm khoảng kẽ nặng nề. Viêm có thể dưới dạng xung huyết, tụ mủ hay hoại tử.

Điều trị: - Toàn thân: Dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ, có thể bằng đường uống hoặc tiêm.

Flucloxacilline đối với nhiễm trùng do Staphylococcus, Erythromycine hay Amoxycillin cho Streptococcus, Hemophilus, Bacteroides hoặc trực khuẩn Gram (-).

Có thể điều trị bổ xung bằng các loại kháng Enzyme như Aprotinine.

Rạch dẫn lưu qua da nếu có áp xe.

- Tại chỗ: giữ vệ sinh răng miệng, súc miệng bằng các dung dịch sát khuẩn.

2. Viêm tuyến mang tai mãn tính hồi viêm người lớn:

Đây không hoàn toàn là một thể lâm sàng mà thường là do hậu quả của những tổn thương tuyến nước bọt. Giảm tiết nước bọt là một tác nhân quan trọng gây khởi phát và làm kéo dài bệnh. Thường hay gặp ở phụ nữ, nam/nữ: 7,5/1.

Về bệnh nguyên: viêm tuyến mang tai mãn tính thường xuất hiện sau những bệnh lý gây ứ nước bọt lặp đi lặp lại (viêm ống stenon, giãn ống stenon), hội chứng Sjogren, viêm tuyến mang tai trẻ em không đáp ứng điều trị, hay sỏi tuyến nước bọt. Về vi khuẩn: thường là do Streptococcus hemolytic và staphylococcus.

Chẩn đoán dựa vào: sưng viêm tuyến lặp đi lặp lại, thường là một bên. đau vừa phải và tương đối khu trú. đầu ống stenon rỉ ra một ít dịch đục hoặc mủ.

Chụp cản quang tuyến đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán: cho thấy hệ thống ống tiết giãn không liên tục, đặc biệt trong tổ chức nhu mô thấy nhiều điểm giãn ở ống phân nhánh lần 2 và 3 (hình "cây trổ hoa" hay "đạn ghém súng săn").

Kiểm tra nước bọt cho phép xác định chủng gây bệnh và kháng sinh đồ.

Chẩn đoán phân biệt với viêm tuyến mang tai dị ứng mãn tính, sialodénose, khối u mang tai đang nhiễm trùng.

Giai phẫu bệnh học: ống tiết có nhiều điểm giãn, thâm nhiễm tế bào Lympho xung quanh nang tạo thành hốc, khối u mang tai lympho. Một số nang tuyến bị phá hủy, dị sản. X hóa tổ chức kẽ, sau cùng là tạo thành u mỡ.

Điều trị: Điều trị kháng sinh toàn thân chỉ áp dụng trong giai đoạn viêm cấp. phải rửa ống tuyến thường xuyên, một cách hệ thống với các dung dịch kháng sinh (rifamycin, framycetin).

Chiếu tia ngoài da: 600 Gy có tác dụng giảm bài tiết của tổ chức nhu mô, tuy nhiên nó chỉ có tác dụng tạm thời.

Điều trị phẫu thuật bằng nhiều phương pháp: hay dùng nhất là thắt ống stenon, mặc dù nguy cơ làm chặn dòng chảy nước bọt, chính vì vậy nó thường được bổ xung bằng phóng xạ 500 - 1200 Gy. Một phương pháp điều trị thay thế thắt ống đã được nghiên cứu trên thực nghiệm là bơm vào trong ống tiết một dung dịch axit amin, tuy nhiên phương pháp điều trị này vẫn cần được nghiên cứu thêm. Ngoài ra, một phương pháp khác là cắt dây thần kinh cận giao cảm (cắt dây thần kinh qua màng nhĩ) cũng đã thu được một số kết quả, phương pháp này tương tự như cắt thừng nhĩ. Biện pháp cuối cùng là cắt toàn bộ tuyến mang tai, tuy nhiên phương pháp này cũng tương đối khó thực hiện do đám rối thần kinh mặt đi trong nhu mô tuyến đang bị viêm mãn tính.

Tiên lượng bệnh tốt hơn khi bệnh khởi phát trước tuổi dậy thì.

3. Viêm tuyến nước bọt cấp tính ở trẻ em:

Khoang miệng trẻ mới sinh thường vô khuẩn, nhưng sẽ bị nhiễm khuẩn sau vài giờ. Khi đó nếu kháng thể của mẹ bị khiếm khuyết thì sẽ mắc viêm cấp tuyến nước bọt mang tai hoặc có thể là dưới hàm. viêm tuyến có thể một bên hay cả hai bên.

Dạng viêm tuyến nước bọt này sẽ lành nhanh chóng nếu dùng kháng sinh đầy đủ.

4. Viêm tuyến nước bọt mãn tính trẻ em:

Là bệnh lý tương đối hay gặp. Biểu hiện, tiên lượng và có thể cả sinh lý bệnh học tương đối khác với thể viêm tuyến ở người lớn.

Bệnh thường gặp ở trẻ 3-6 tuổi. Nam/ nữ: 3/2.

Bệnh nguyên vẫn còn mang tính suy đoán. Nhưng thường thấy ở những bệnh nhân có ổ nhiễm trùng trong miệng (sâu răng, viêm Amygdale dạng hốc). Vi khuẩn gây bệnh cũng thường là những vi khuẩn của môi trường miệng - họng: Streptococcus Hemolytiques, Staphylococcus thậm chí còn có thể thấy cả Pneumococcus. Tuy nhiên không có bằng chứng về mối liên quan giữa viêm tuyến mang tai với những ổ nhiễm trùng ở miệng. Bởi lẽ rằng viêm tuyến thì thường ảnh hưởng đến toàn bộ nhu mô tuyến mà không gây viêm ống tuyến. Có thể những nang tuyến bị hoại tử sót lại khi bị quai bị sẽ là vị trí cho vi khuẩn tập trung và gây viêm mãn tính. Những nghiên cứu gần đây trên kính hiển vi điện tử cũng đã khẳng định khả năng đa nguyên nhân, và có liên quan đến virus.

Lâm sàng: Thường bắt đầu bằng sưng tuyến mang tai đột ngột, khi ăn. Biểu hiện lâm sàng thường giống với quai bị nên hay làm chẩn đoán nhầm. Vùng mang tai sưng, đau, thường ở một bên, toàn bộ hay chỉ một phần tuyến. đau vừa phải, tăng lên khi há miệng hoặc khi nhai. Viêm đầu ống Stenon, nước bọt đục, có mủ, tăng độ pH. Viêm nhóm hạch cảnh.

Dấu hiệu toàn thân (sốt, mệt) thường không rõ. ít khi dẫn đến áp xe - dò.

Tổn thương dễ nhầm với quai bị, chỉ được nghĩ đến khi bệnh tiến triển lâu hàng tháng, với những đợt tái phát tiếp nhau. Mỗi đợt kéo dài 3- 10 ngày sau đó tự hết.

Chụp cản quang tuyến: cho thấy kích thước của hệ thống ống tiết vẫn bình thường. Riêng tổ chức nhu mô thì có nhiều điểm giãn cho ta hình ảnh "cây trở hoa" hay hình ảnh "những mảnh đạn ghém súng săn", những viên tròn cản quang này tồn tại ngay cả sau khi đã tháo thuốc. Chụp nhấp nháy đồ thì thường không đặc hiệu (cho hình ảnh viêm).

Cần soi tìm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ nước bọt từ ống Stenon.

Xét nghiệm máu thấy tăng bạch cầu trung tính, Amylase máu thay đổi không đáng kể.

Giải phẫu bệnh: Thâm nhiễm Lymphocyte - plasmocyte vào tổ chức kẽ. Mất biệt hóa ống tuyến ống tuyến và dị sản lớp Malpighi của tế bào ống tuyến. Dưới kính hiển vi điện tử thấy xuất hiện những hệ thống ống kích thước 15 - 25 nm trong tổ chức tương bào xung quanh nhân của những tế bào nội mạc tuyến mang tai. Những cấu trúc ống này phát triển từ lưới võng nội mô và nó có thể là biểu hiện không đầy đủ của một nhiễm trùng virus.

Điều trị: Dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ, thường hay dùng Ampicillin và Macrolide (spiramycin) bằng đường uống: 2g/ ngày. phải dùng kháng sinh tiếp tục nhiều tuần sau khi đã lành về lâm sàng. Rửa tuyến bằng bơm vào ống Stenon các dung dịch kháng sinh: rifamycin hay framycetin cũng mang lại những hiệu quả tốt. Rửa từ 3-4 lần mỗi lần cách nhau vài ngày, lặp lại trong vòng 4-6 tháng. điều trị theo phác đồ và phải kiên nhẫn thì mới đảm bảo đạt được lành bệnh vĩnh viễn (thường ở tuổi thiếu niên). Theo một số tác giả khoảng 80-90% bệnh nhân tự lành thương khi đến độ tuổi 13-15, điều này có thể là do yếu tố Hormon. ít khi phải tiến hành hành cắt tuyến.

5. Viêm tuyến nước bọt do lao:

Tương đối hiếm, tuy nhiên vẫn còn phổ biến hơn là do lậu và nấm.

Vi khuẩn lao thường gây viêm tuyến mang tai (70%) hơn là tuyến dưới hàm (25%) và tuyến nước bọt phụ. Thường là nhiễm trùng thứ phát, và thường là một bên, và ở thanh niên.

6. Viêm tuyến nước bọt do lậu:

7. Viêm tuyến nước bọt do nấm:

3. Viêm tuyến nước bọt do tia xạ:

4. Viêm tuyến nước bọt do điện Giải:

Thường gặp ở tuyến dưới hàm (90%), tuyến mang tai ít gặp hơn (10%). Nó gây gia tăng độ nhớt nước bọt, thít hẹp hay tắc những ống bài tiết tận cùng.

VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT TỰ MIỄN

5.1. Viêm tuyến nước bọt dị ứng:

Bệnh lý này không phải là hiếm gặp, mà là khó chẩn đoán xác định. Phản ứng dị ứng xảy ra chứng tỏ sự có mặt của Lympho bào và tương bào. Loại phản ứng này hay gặp ở tuyến nước bọt, đặc biệt là tuyến mang tai, là nơi tập trung bạch huyết cao. Yếu tố gây dị ứng thường là bụi, phấn hoa, một vài loại thức ăn, thuốc (phénylbutazone, nitrofurantoin).....

Dị ứng bụi và phấn hoa thường kèm với phì đại tuyến 2 bên. Viêm tuyến nước bọt do thức ăn được nghĩ đến nếu bệnh nhân có phì đại tuyến kết hợp với rối loạn tiêu hóa.

Viêm tuyến nước bọt dị ứng ngày càng hay gặp với những thuốc kháng viêm chế phẩm của Phenylbutazone, sau khi dùng thuốc 3 - 5 ngày thì xuất hiện sưng tuyến mang 2 bên, ít đau, giảm dần sau khi ngưng thuốc. Xét nghiệm máu thấy tăng bạch cầu trung tính và bạch cầu ưa axit. Sưng xuất hiện trở lại khi dùng thuốc.

Viêm tuyến nước bọt dị ứng do iod là thể kinh điển, đặc biệt sau khi dùng chất cản quang có iod.

Viêm tuyến nước bọt dị ứng cũng có thể gặp do nitrofurantoin, chloramphenicol, oxytetracyclin, thiouracil, thicinate.

Viêm tuyến nước bọt do dị ứng thủy ngân với tăng tiết nước bọt xuất hiện khi điều trị giang mai, có thể là do nhiễm độc.

Viêm tuyến nước bọt do nấm thường chẩn đoán nhầm với phì đại tuyến nước bọt do dị ứng, chẩn đoán phân biệt dựa vào test dị ứng với kháng nguyên và điều trị thử với nấm.

Chẩn đoán dựa vào: chụp cản quang tuyến cho thấy tuyến cản quang đậm, không đồng dạng, đôi khi có giãn nang tuyến đa dạng. xét nghiệm thấy tăng bạch cầu ưa axit trong máu và trong nước bọt. Test trong da với kháng nguyên nghi ngờ giúp khẳng định chẩn đoán.

5.2. Viêm tuyến nước bọt trong bệnh tự miễn:

Viêm tuyến có thể xuất hiện đơn độc, nhưng thường thì kết hợp với bệnh tạo keo.

Viêm tuyến nước bọt thường xuất hiện trong Lupus ban đỏ rải rác, sau đó là đến xơ cứng bì, viêm da cơ, viêm quanh động mạch. Viêm tuyến nước bọt trong hội chứng Sjogren thì cũng gần giống với viêm tuyến nước bọt do bệnh tự miễn.

Lâm sàng:

Thường gặp ở nữ, tuổi 30 - 40.

Phì đại tuyến mang tai 2 bên vừa phải.

Toàn thân: sốt, đau khớp, giảm tiết nước bọt.

Chẩn đoán: dựa vào sinh thiết, thường sinh thiết tuyến nước bọt phụ ở môi. Sinh thiết ở những vị trí khác và những xét nghiệm đặc hiệu khác phụ thuộc vào loại tổ chức liên kết nghi ngờ. Đối với viêm da cơ và xơ cứng bì thường không tìm thấy kháng thể kháng nhân.

Phân tích thành phần nước bọt thấy gia tăng chỉ số Natri đến 20 - 30 mEq/l (bình thường thì chỉ số này là 7 mEq/l) và chỉ số Clo

Xét nghiệm máu thấy tăng chỉ số kháng nguyên HLA-DR.

Điều trị: phức tạp, chủ yếu là điều trị bệnh nguyên.

5.3. Hội chứng Sjogren (viêm tuyến nước bọt cả biểu mô):

Ngày nay người ta chẩn đoán hội chứng Sjogren khi có xuất hiện tam chứng: sừng hóa kết mạc khô, giảm tiết nước bọt, và một bệnh lý hệ thống (thường là viêm đa khớp dạng thấp).

Theo điều tra ở các nước phát triển thì tỷ lệ mắc bệnh là khoảng 1/ 200. Thường gặp ở nữ (nữ/ nam: 9/1). Hay gặp ở lứa tuổi 40 - 60, hiếm khi gặp ở trẻ em.

Về bệnh nguyên thì hội chứng Sjogren là một bệnh của tuyến ngoại tiết, do mất điều hòa hệ thống tự miễn của các tuyến ngoại tiết. Phá hủy tuyến có chứa những tế bào trung gian (Lymphocytaire). Hội chứng "khô" có thể xuất hiện đầu tiên và đơn độc với: khô nước mắt và khô miệng. Có thể kết hợp với những bệnh tự miễn khác (thường là viêm đa khớp dạng thấp). Bệnh tự miễn thường kết hợp là viêm đa khớp dạng thấp (15% trường hợp). Hội chứng Sjogren xuất hiện trong

30% bệnh nhân Lupus ban đỏ rải rác, 70% xơ gan mật nguyên phát. Nó cũng có thể gặp trong viêm đa cơ, viêm quanh động mạch, viêm tuyến giáp Hashimoto, viêm gan mạn hoạt động.

NANG TUYẾN NƯỚC BỌT

1.1. Nang nhầy:

Nang nhầy thường phát triển từ sàn miệng do tắc tuyến nước bọt phụ hoặc đôi khi là tuyến dưới lưỡi. Người ta hay dùng thuật ngữ "nang nhái" để miêu tả nang nhầy bởi vì nang nhìn trong suốt, và tương đối lớn giống với bụng của con nhái. Nang thường nằm hẳn về một bên của phanh lưỡi. Nang thường tương đối lớn, làm ảnh đến động tác nuốt và thở. Đôi khi nang tự vỡ, để thoát ra một chất dịch nhầy quánh.

Khâu lộn túi là một phương pháp điều trị hiệu quả cho hầu hết các trường hợp nang nhái, mặc dù nó vẫn để lại một tỷ lệ tái phát nhỏ. Chính vì lý do này mà một số tác giả đã chủ trương mổ bóc nang cùng toàn bộ thành nang. Tuy nhiên, vì nang nhái thường bao quanh dây thần kinh lưỡi, nên thủ thuật bóc tách nang dễ gây tổn thương cho dây thần kinh này.

Những trường hợp nang nhái có kích thước lớn và xâm lấn sâu vào vùng dưới hàm hay vùng tam giác dưới cằm, thì dễ nhầm trên lâm sàng với nang móng lưỡi, nang thanh mạc hay nang dạng da. Chẩn đoán phân biệt với những loại nang này phải dựa vào chụp cộng hưởng từ. Cắt bỏ toàn bộ nang là phương pháp điều trị hiệu quả duy nhất bởi vì nang nhái thường gây những đợt nhiễm trùng lặp đi lặp lại. Cắt bỏ toàn bộ nang đòi hỏi có tay nghề cao vì nếu để sót lại tổ chức nang thì thường dẫn đến nguy cơ tái phát thành nhiều ổ nang nhái. Đường kẻ giữa xương hàm dưới và môi tạo ra một đường vào rộng rãi giúp cắt bỏ toàn bộ những nang nhái tái phát nhưng nó có nhược điểm là để lại sẹo không thẩm mỹ ngay giữa môi dưới.

1.2. Nang thoát nhầy:

Nang thoát nhầy có nguyên nhân do chấn thương, thường là chấn thương nhẹ và bệnh nhân quên đi. Chấn thương gây tổn thương ống dẫn của tuyến nước

bọt phụ làm thoát chất nhầy vào tổ chức xung quanh. Vị trí hay gặp là môi dưới. Nang biểu hiện dưới dạng một điểm sưng tròn, chắc giống với một tổn thương cứng ở môi. Nên cắt bỏ toàn bộ nang thoát nhầy và gửi giải phẫu bệnh để xác định chẩn đoán.

1.3. Nang biểu mô bạch huyết trên bệnh nhân HIV:

Gần đây, người ta đã ghi nhận sự xuất hiện của những tổn thương dạng nang của tuyến nước bọt chính như là một biểu hiện của nhiễm HIV. Chẩn đoán dựa vào sự xuất hiện của tổn thương dạng đa nang, thường ở tuyến mang tai. Và trong trường hợp có triệu chứng trên thì bệnh nhân được xếp vào nhóm có nguy cơ nhiễm HIV cao.

BỆNH TUYẾN NƯỚC BỌT DO THÂM NHIỄM

Tuyến nước bọt có thể bị tổn thương trong nhiều bệnh hệ thống khác nhau. Ở một vài bệnh nhân, sưng một hay nhiều tuyến nước bọt có biểu hiện dưới dạng giống khối u. Vì vậy, người Bác sĩ cần phải xét đến những nguyên nhân sau:

2.1. Thâm nhiễm mỡ (lipomatosis):

Tế bào mỡ là một thành phần bình thường của tuyến mang tai. Tỷ lệ mỡ tăng theo tuổi và độ béo của mỗi người.

2.2. Sưng tuyến nước bọt (Sialosis):

Thuật ngữ "Sialosis" bao hàm những trường hợp sưng tuyến nước bọt lan tỏa do nhiều nguyên nhân khác nhau. Thường gặp ở tuyến mang tai và lứa tuổi của bệnh nhân thường là 40 - 70. Trong một vài trường hợp, thì không tìm thấy nguyên nhân gây phì đại tuyến. Thường thì phì đại tuyến là do đái tháo đường, phù niêm, người nghiện rượu hay tác dụng phụ khi dùng một số thuốc (ví dụ: thuốc tác dụng giao cm, một số thuốc chống cao huyết áp thế hệ cũ đặc biệt là Guanethidine). Chẩn đoán dựa vào bệnh sử, và chẩn đoán xác định dựa vào sinh

thiết. Kiểm soát và loại bỏ yếu tố nguyên nhân có thể làm lui bệnh. Tuy nhiên, biến dạng thẩm mỹ thường tồn tại và bệnh nhân thường yêu cầu phẫu thuật cắt bớt tuyến nước bọt.

VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT DO SỎI

Sỏi tuyến nước bọt thì không phải là không hay gặp, đặc biệt là tuyến dưới hàm. Bệnh nhân sỏi tuyến thường bị đau tuyến khi ăn, khi nước bọt bài tiết ra bị chặn lại ở phía sau chỗ tắc. Sỏi cũng là một nguyên nhân gây nhiễm trùng tái phát. Chụp Xquang tuyến không chuẩn bị giúp chẩn đoán xác định sỏi, nhưng chỉ khoảng 40% sỏi tuyến mang tai và 20% sỏi tuyến dưới hàm là cản quang. Và trong trường hợp này Xquang cũng sẽ giúp chúng ta xác định vị trí tắc nghẽn.

Những viên sỏi đủ lớn để gây tắc ống tiết thì nên phẫu thuật lấy bỏ nếu không chúng sẽ dẫn đến viêm đau tuyến. Tán sỏi là một thủ thuật tương đối phổ biến, nhưng chỉ cần rạch mở ống đơn giản cũng có thể giúp sỏi tự thoát ra. Một phương pháp khác là lấy sỏi bằng ống nội soi mềm. Tuy nhiên, đối với những trường hợp sỏi lớn thì nên cắt bỏ toàn bộ tuyến.

21. U LÀNH TÍNH MIỆNG - HÀM MẶT

I. Đại cương

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

II. Các khối u lành tính

1. U máu

1.1. Lâm sàng

- U máu là u tạo bởi các mạch máu (động mạch, tĩnh mạch, mao mạch) tăng sinh. Có thể gặp u máu ở khắp nơi trên cơ thể nhưng ở vùng đầu, cổ, mặt nhiều hơn cả (theo J.M Friedman và MB Gormby, 50% trên vùng đầu cổ mặt. Theo Brooklyn 1973, trong các bệnh về hàm mặt, u máu là loại u lành hay gặp nhất, chiếm khoảng 10 - 15 % các ca phẫu thuật).
- Có nhiều loại u khác nhau, nhưng có chung một số triệu chứng lâm sàng như:
 - Màu đỏ hay màu tím.
 - Nổi gồ trên da hay niêm mạc, nếu ta bóp hay ấn u thì u xẹp, buông tay ra u lại phồng trở lại.
 - U không đau.
 - Nếu va chạm xây xát có thể gây chảy máu.
 - Khi xây xát, có thể nhiễm trùng phụ và làm chảy máu nhiều gây nguy hiểm. Tuy nhiên căn cứ vào giải phẫu bệnh lý và dấu hiệu lâm sàng ta có thể gặp vài thể u máu sau đây:

1.1.1. U máu phẳng (angiome plan):

- Là những nốt đỏ trên da mặt, đa số bẩm sinh hay có từ lúc nhỏ, tuy không có gì nguy hiểm nhưng ảnh hưởng đến thẩm mỹ. Khi ấn tay vào u rất đỏ đối thành màu trắng, buông tay u lại đỏ tím.

1.1.2. U máu gồ (angiome tubéreux):

- Gồ trên da từng chùm như chùm dâu.

1.1.3. U máu dưới da:

- Thường tạo thành các hang máu, chủ yếu do tĩnh mạch trở thành xơ, hang (caverneuse). Sự ứ đọng máu lâu ngày tạo thành các hạt sỏi trắng. Sờ u hơi chắc, thấy rõ các hạt sạn cứng rắn.
- Chụp X quang thấy rõ các hạt sạn.
- Chẩn đoán: Dựa vào màu sắc, sờ bóp u xẹp, có thể chọc hút ra máu.

1.2. Điều trị

- U máu phẳng có thể được cắt, ghép da hay dùng phương pháp áp lạnh bằng nitơ lỏng
- U máu gồ, u máu dưới da cũng có thể phẫu thuật cắt bỏ nếu u nhỏ, có ranh giới rõ. Nếu u to, ranh giới không rõ nguy hiểm nếu phẫu thuật, ta có thể tiêm gây xơ bằng thuốc tiêm xơ.

- Ở Việt Nam hay dùng huyết thanh mận ưu trương đun nóng lên 70 - 80°C và tiêm vào khối u. U máu cũng có thể điều trị bằng tia xạ.

2. U bạch mạch

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

2.1. Lâm sàng

- Có thể gặp ở lưỡi, ở má (da và niêm mạc), ở mắt và vùng dưới hàm, bên cổ, khác với u máu, u bạch mạch màu sắc da và niêm mạc trên u gần bình thường.
 - U bóp không xẹp.
 - U bạch mạch dễ bị nhiễm trùng phụ.
 - Thể bệnh hay gặp nhất là u bạch mạch nang (kystique) gặp ở vùng dưới hàm, cạnh cổ ở trẻ sơ sinh, vài tháng tuổi.
 - U phát triển nhanh, không nên chọc hút gây nhiễm trùng.

2.2. Chẩn đoán

- U sờ mềm, lùm bùm, bóp không xẹp, màu sắc da và niêm mạc trên u gần như bình thường.

2.3. Điều trị

- Có thể tiêm gây xơ hay phẫu thuật cắt bỏ u.

3. U xương

- Có thể là nguyên phát (từ tế bào tạo xương) hay thứ phát (từ tế bào tạo sụn hay tạo xơ) u phát triển chậm (hàng năm) làm mất cân đối mặt.
- Chụp phim X quang thấy xương nơi u đậm đặc.
- Chỉ mổ u xương theo lối đeo gọt bớt u theo yêu cầu thẩm mỹ.

4. U lợi răng

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

4.1. Lâm sàng có ba thể bệnh

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

- U lợi thể hạt: mềm màu đỏ sẫm.

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

4.3. Điều trị

- Phẫu thuật cắt bỏ u và có khi phải nhổ răng và bấm bỏ phần xương mà u xâm lấn.

5. U liên bào men

5.1. Lâm sàng

- Phát triển từ tế bào tạo men răng hình sao (améloblastome).

5.2. Giải phẫu bệnh lý u

- Có thể có sự kết hợp các tế bào khác làm thành năm thể bệnh:

5.2.1. U nguyên bào men thể nang

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

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

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

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

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

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

5.3. Điều trị

- Phẫu thuật nạo, hay cắt bỏ u cùng với một phần xương lành. U nguyên bào men dễ tái phát sau mổ. Có một số ca rất nhỏ trở thành u ác tính.

6. U hỗn hợp tuyến nước bọt

- U do sự phát triển của liên bào túi tuyến và ống tiết với các tổ chức liên kết đậm, đôi khi có cả sụn. Rất hay gặp, chiếm 50 % trong số các u tuyến mang tai.

6.1. Lâm sàng

- U hỗn hợp tuyến mang tai phát triển kéo dài trải qua ba giai đoạn:

6.1.1. Giai đoạn đầu: kéo dài vài năm.

- Triệu chứng chủ quan: không.
- Triệu chứng thực thể:
 - U tròn nhỏ khoảng 1cm.
 - Chắc đều, di động dễ lỏ ống sténon bình thường.
 - Không có hạch.

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

- Triệu chứng chủ quan:
 - U thấy rõ, mất cân đối mặt.
 - Không đau, không ảnh hưởng tới sức khỏe.
- Triệu chứng thực thể:
 - Nhìn: u to bằng nắm tay ở vùng mang tai (nếu là u tuyến dưới hàm thì nhỏ hơn) da căng, có chỗ gồ cao, màu sắc da bình thường.
 - Sờ: u có chỗ rắn, chỗ mềm, ranh giới rõ, u ở nông, di động được.

6.1.3. Giai đoạn thoái hóa ác tính

- Triệu chứng chủ quan: đau và liệt mặt.
- Triệu chứng thực thể: u rất to, da loét, u dính với tổ chức xung quanh.
- Với ở u này nếu chụp X quang sau khi bơm thuốc cản quang (sialographie) vào tuyến qua lỗ tiết, u tuyến mang tai có hình một bàn tay (là các ống tiết) ôm quả bóng (là u).

6.2. Điều trị

- Cần mổ sớm tránh tai biến liệt mặt. Nếu đã thoái hóa thì mổ cắt rộng, chịu liệt mặt và phải điều trị tia xạ, hay hóa trị liệu sau mổ.
- Chẩn đoán phân biệt các u lành kể trên với ung thư phần mềm hay phần xương.
- Các u lành không đau (trừ khi có nhiễm trùng kèm theo) không có hạch, thời gian tiến triển kéo dài, không hoặc rất ít ảnh hưởng đến sức khỏe và các bộ phận giải phẫu lân cận.

22. DỊ TẬT BẨM SINH HÀM MẶT

I. Đặc điểm dịch tễ học

- Những dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt, chủ yếu là những khe hở ở vùng mặt, gây biến dạng mặt làm tổn thương đến tâm lý, thẩm mỹ và chức năng, chiếm tỷ lệ cao nhất trong các loại dị tật chung của cơ thể (khoảng 10%).

- Ở Đức, từ 1925-1958, thống kê toàn thể trẻ sơ sinh thì dị tật chung (ở chân, tay, thần kinh, tim, mạch máu lớn và hàm mặt) chiếm 0,6 - 2%, trong đó 1/10 là khe hở bẩm sinh hàm mặt.

- Ở Tiệp Khắc, cứ 200 trẻ sơ sinh, có 1 trẻ dị tật bẩm sinh chung (theo Burian). Nói chung, trên thế giới cứ 1000 cháu mới sinh, thì có 1 cháu có dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt (tỷ lệ 10/00). Tỷ lệ này có khác nhau ở mỗi nước và ở các thời điểm khác nhau:

- Ở Đức : Trước thế chiến thứ II : 1/1000

Sau thế chiến thứ II : 1/450

- Tiệp khắc : Đầu thế kỷ 20 : 1/1000

Năm 1962 : 1/750 (theo Burian)

- Pháp : 1/ 942 (1927 theo Veau và Peron)

- Ở Mỹ : 1/ 700

- Nhật : 1/ 378 (Theo tài liệu thông báo của ngành Răng Hàm Mặt Mỹ 9/1969).

- Ở Việt Nam, theo Bác sĩ Nguyễn Huy Cận, Viện bảo vệ bà mẹ trẻ em, tỷ lệ cũng xấp xỉ 1/1000 (1996), BS Phạm Gia Đức: tỷ lệ 1/640 (1970). theo Mai Đình Hưng, Viện RHM Hà Nội, tỷ lệ 1/1211 (1980, theo Nguyễn Thị Bá Thanh -Viện phụ sản ở thành phố Hồ Chí Minh tỷ lệ 1/480 (1984).

Tóm lại, khe hở dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt là một bệnh khá phổ biến. Nếu dân số nước ta hiện nay là 80 triệu dân, tỷ lệ sinh đẻ là 3%, tỷ lệ dị tật bẩm sinh hàm

mặt là 1/1000, thì hàng năm có khoảng 2400 cháu nhỏ ra đời có dị tật bẩm sinh hàm mặt.

II. Cơ chế và nguyên nhân bệnh sinh

1. Nhắc lại khái niệm bào thai học

Trứng thụ tinh sẽ phân chia ngay và tiến triển qua các giai đoạn : Phôi dâu, phôi kết, bán phôi hai lá (khi xuất hiện túi ối và noãn hoàng), sau đó là giai đoạn bán phôi 3 lá (khi lá trung bì phôi xuất hiện giữa 2 lá nội và ngoại bì). Trong quá trình phát triển, bán phôi ngày càng nở rộng, lồi vào trong khoang màng ối và rãnh màng ối ngày càng bị hạ thấp xuống phía bụng. Kết quả là khúc đầu và khúc sau của bán

phôi ngày càng được phân biệt rõ, đó là giai đoạn khép mình phôi. Cùng với sự phát triển mạnh của não, tim, thành trước lồng ngực, cung mang. Mồm nguyên thủy cũng xuất hiện ở phần trên của cung mang I.

2. Cơ chế bệnh sinh

Để giải thích cơ chế bệnh sinh, người ta dùng thuyết nụ mầm của Rhatke(1832), Dursy (1869) và His (1888), vào năm 1930 Victor Veau bổ xung thêm bằng thuyết tường chìm (Mur plongeant).

Theo thuyết nụ mầm, vào tuần lễ thứ 3 của bào thai, lúc thai khoảng 10mm, ở cung mang I vì túi não I và tim phát triển nhanh, giữa 2 khối não và tim hiện ra 1 chỗ lõm gọi là mồm nguyên thủy, ở bờ chung quanh của mồm nguyên thủy chồi ra 5 nụ, được gọi chung là nụ mặt. Nụ trán xuất hiện bờ trên của mồm nguyên thủy, hai nụ hàm trên ở hai bên và hai nụ hàm dưới ở phần dưới của mồm nguyên thủy. Từ nụ trán xuất hiện những nụ mũi phải (MP) và mũi trái (MT), được ngăn cách bởi khe giữa, mỗi nụ mũi phải và trái lại tách làm đôi, thành nụ mũi trong và nụ mũi ngoài, hai nụ này được ngăn cách bởi rãnh khúu. Giữa nụ hàm trên và nụ mũi có xuất hiện khe ổ mắt mũi (khe OMM).

- Những nụ hàm trên cùng với nụ mũi trong phát triển và gắn dính với nhau, làm khép rãnh khúu, tạo thành lỗ mũi và môi bên hàm trên.

- Những nụ hàm trên và nụ mũi ngoài (MN) cùng phát triển và gắn dính với nhau lấp khe ổ mắt mũi, để lại rãnh gọi là rãnh mũi lệ, về sau cũng biến mất.

- Những nụ mũi trong phát triển và gắn dính với nhau ở đường giữa, tạo thành môi giữa hàm trên (nhân trung)

- Những nụ hàm trên và nụ hàm dưới cũng gắn dính với nhau tạo thành sự liên tục của má

Như vậy lỗ miệng là một khe có 2 môi: môi trên được cấu tạo bởi những nụ mũi trong và nụ hàm trên. Môi dưới được cấu tạo bởi hai nụ hàm dưới. Người ta gọi giai đoạn này là giai đoạn hình thành vòm miệng sơ phát gồm phần môi và xương ổ răng, từ lỗ khẩu cái trước (lỗ răng cửa) trở về trước.

Vào tuần thứ 8 khi bào thai khoảng 30mm, bắt đầu có sự hình thành vòm miệng thứ phát, gồm phần sau lỗ khẩu cái trước để ngăn cách hố miệng và hốc mũi. Vòm miệng thứ phát được hình thành xuất phát từ lỗ khẩu cái trước trở về phía sau (lưỡi gà).

Cũng từ thành của mầm nguyên thủy chồi ra 5 nụ:

- Một nụ đứng dọc từ giữa nụ trán rũ xuống (tức vách ngăn mũi sau này).

- Hai nụ ngang trước gọi là nụ khẩu cái, từ hai nụ hàm trên hai bên tiến ra đường giữa tự gắn liền với nhau, tạo thành vòm miệng cứng.

- Hai nụ ngang sau còn gọi là nụ chân bướm khẩu cái, cũng xuất phát từ nụ hàm trên 2 bên, tiến ra đường giữa gắn dính với nhau, tạo thành vòm miệng mềm và lưỡi gà.

Bờ sau của 2 nụ ngang trước gắn dính với bờ trước của 2 nụ ngang sau, tạo thành sự liên tục của vòm miệng.

Nếu vì một nguyên nhân nào đó (nội tại hoặc ngoại lai) tác động vào, làm ngưng trệ quá trình phát triển và gắn dính của các nụ mặt, sẽ dẫn đến các khe hở dị tật bẩm sinh hàm mặt tương ứng. Từ thuyết trên ta có thể có những loại khe hở sau:

- Khe hở môi bên hàm trên: nụ hàm trên không dính nụ mũi trong

- Khe hở môi giữa hàm trên: 2 nụ không dính nhau

- Khe hở chéo mặt: nụ mũi ngoài không dính nụ hàm trên

- Khe hở ngang mặt: nụ hàm trên không dính nụ hàm dưới

- Khe hở môi dưới: 2 nụ hàm dưới không dính nhau

- Khe hở vòm miệng cứng: 2 nụ ngang trước không dính

- Khe hở vòm miệng mềm: 2 nụ ngang sau không dính

Lưu ý :

- Có thể khe hở môi mà không có khe hở hàm, nhưng ngược lại thì không thể
- Có thể có khe hở vòm miệng mềm mà không có khe hở vòm miệng cứng, nhưng ngược lại thì không thể.

3. Nguyên nhân

Có hai loại nguyên nhân: ngoại lai và nội tại

Theo Dimitrieva (1964) liệt kê nguyên nhân sinh bệnh như sau :

3.1. Nguyên nhân ngoại lai

- Yếu tố lý học: cơ học, nhiệt, phóng xạ
- Yếu tố hóa học: thiếu oxy, suy dinh dưỡng, rối loạn nội tiết, nhiễm chất độc(Teratogen)
- Yếu tố sinh vật: virus, vi khuẩn và độc tố, ký sinh trùng.
- Yếu tố thần kinh

3.2. Nguyên nhân nội tại

- Yếu tố di truyền
- Sự không hoàn chỉnh về mặt sinh vật của tế bào sinh dục
- Ảnh hưởng của tuổi và nội giống

Theo Rosenthal, nguyên nhân ngoại lai chiếm 70% trường hợp (kể cả những yếu tố không biết), còn 30% là những yếu tố nội tại.

Ở Việt nam, theo khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện Việt Đức năm 1971 vấn đề sức khỏe của người mẹ chiếm tỷ lệ cao 71,4%. Trong đó bị cúm chiếm 67,1%/

Theo Gabka phân tích trên 2500 bệnh nhân khe hở môi và khe hở vòm miệng thấy:

- Không thấy nguyên nhân	:	23,2%
- Di truyền	:	15,1%
- Hoảng sợ chung	:	10,9%
- Mẹ trên 40 tuổi	:	6,7%
- Hay chảy máu khi mang thai	:	5,1%

- Nhiễm độc rau thai : 6,7%
 - Mắc bệnh do virus thời kỳ mang thai : 3,4%
- III. Lâm sàng

1.1. Phái tính: nữ ít hơn nam, theo Rosenthal tỷ lệ 2/3 (nữ/nam). Ở Việt nam (Bệnh viện Việt Đức) trong 1477 trường hợp nam chiếm 56,5%, nữ chiếm 43,5%

1.2. Phía khe hở: bên trái nhiều hơn bên phải (gấp 2,5 lần)

1.3. Độ lớn của khe hở: hiện nay thường dùng danh từ toàn bộ và không toàn bộ, để chỉ độ lớn của khe hở môi và vòm miệng. Năm 1964 Bethman và năm 1966

Burian có sử dụng lối chia độ: độ 1, độ 2, độ 3. Trong đó, độ 1 và độ 2: không toàn bộ; độ 3: toàn bộ

4. Các loại khe hở bẩm sinh vùng hàm mặt

Theo Kernahan và Stark (Mỹ 1958) có bốn loại lớn trong các khe hở bẩm sinh hàm mặt. Điểm cơ bản của phân loại này là phù hợp với bào thai học, lấy lỗ khẩu cái trước làm ranh giới, phần trước là vòm miệng tiên phát (nguyên phát) gồm môi và mấu hàm, phần sau là vòm miệng thứ phát gồm vòm miệng cứng và buồm hầu (vòm miệng mềm)

4.1. Khe hở sơ phát môi và hàm (Cheilo-Gnathoschisis):

4.1.1. Khe hở môi: khe hở ở phần môi đỏ và da, không tổn thương phần xương mấu hàm

- Mức độ nhẹ: môi đỏ có khuyết hướng lên trên, độ 1/3
- Mức độ trung bình: Khe hở liên quan đến môi đỏ và nửa phần da của môi trên, độ 2/3
- Mức độ nặng: môi trên toàn bộ bị chia từ môi đỏ đến hốc mũi, thường gọi là khe hở môi toàn bộ, độ 3/3. Trường hợp này có biến dạng cánh mũi.

4.1.2. Khe hở hàm: Phần xương trước lỗ răng cửa (lỗ khẩu cái trước)

- Mức độ nhẹ: vùng răng cửa bên hàm trên có vết hằn nhẹ
- Mức độ trung bình: có khe hở vùng xương ổ răng
- Mức độ nặng: khe hở xương đến lỗ răng cửa

4.2. Khe hở thứ phát vòm miệng cứng và buồm hầu (Uranostaphyloschisis)

4.2.1. Khe hở buồm hầu (vòm miệng mềm)

- Khe hở lưỡi gà
- Khe hở lưỡi gà và 1/3 giữa vòm miệng mềm
- Khe hở vòm miệng mềm toàn bộ

4.2.2. Khe hở vòm miệng cứng:

- Khe hở đến 1/3 sau
- Khe hở đến 1/3 giữa
- Khe hở vòm miệng đến lỗ răng cửa

4.3. Khe hở phối hợp môi và vòm miệng

4.4. Khe hở đặc biệt khác ít thấy trên mặt: khe hở môi trên giữa, khe hở môi dưới, khe hở ngang mặt, khe hở chéo mặt.

5. Chẩn đoán

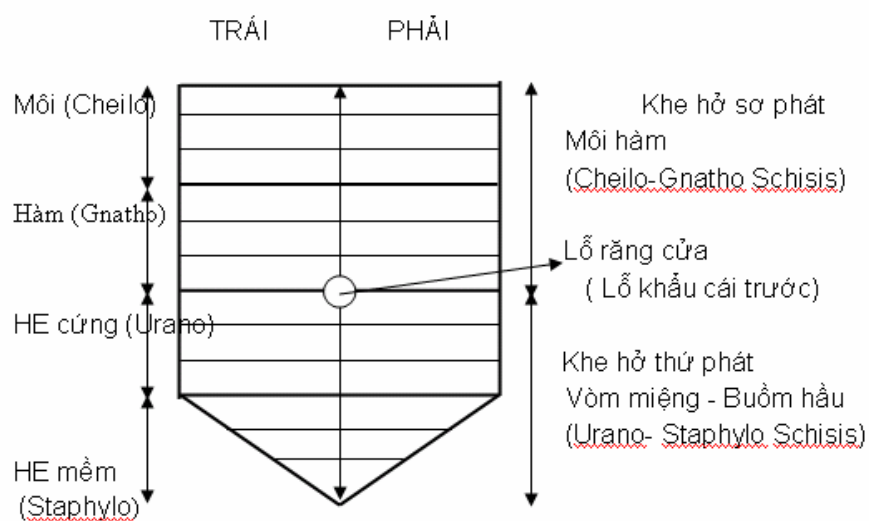
Để chẩn đoán đầy đủ và đúng cần phân tích và đánh giá những yếu tố sau:

5.1. Phía bên của khe hở: Một bên (phải hoặc trái), cả hai bên. Có khi người ta còn gọi là đơn hoặc kép

5.2. Mức độ nhiều hay ít của khe hở: Không toàn bộ, toàn bộ, hoặc độ 1, độ 2, độ 3

5.3. Sơ bộ nêu được một nguyên nhân có khả năng nhất.

Thí dụ, Khe hở môi toàn bộ nghi do virus cúm; khe hở môi độ một hai bên nghi do yếu tố di truyền...



Sơ đồ 2: Phân loại khe hở môi và vòm miệng theo Kernahan và Stark (Mỹ, 1958)

IV. Điều trị

1. Nguyên tắc cơ bản của điều trị khe hở môi và vòm miệng

Trong việc điều trị các bệnh nhân khe hở bẩm sinh hàm mặt, phải phối hợp nhiều chuyên khoa. Do đó, ngày nay có danh từ “Phức hợp điều trị bệnh nhân”. Trong đó chú ý cách thức điều trị, thời gian điều trị và sử dụng những kiến thức khoa học hiện đại nhất, phức hợp điều trị gồm:

1.1. Thời gian điều trị thích hợp

Việc “điều trị phức hợp” này kéo dài từ khi mới sinh, đến tuổi trưởng thành 20 - 25 tuổi, việc điều trị phẫu thuật có thể can thiệp vào lúc vài tháng tuổi, đến 1- 2 tuổi đối với khe hở môi và 2 - 5,6 tuổi đối với khe hở vòm miệng. Tuy nhiên, thời gian này còn tùy thuộc vào từng trường hợp lâm sàng và thể địa của bệnh nhân

1.2. Điều trị chỉnh hình

Có nghĩa là săn sóc và điều chỉnh để mang lại khớp cắn bình thường, qua các giai đoạn phát triển xương hàm. Điều trị này còn có tác dụng làm thay đổi 1 phần vẻ mặt và tiếng nói của bệnh nhân.

1.3. Điều trị phát âm

Là công việc khó khăn và phức tạp, bắt đầu từ lúc biết nói, trước lúc điều trị phẫu thuật. Sau điều trị phẫu thuật cần thiết phải tiếp tục điều trị phát âm cho đến tuổi trưởng thành

1.4. Điều trị phẫu thuật

Chủ yếu là các phương pháp mổ tạo hình môi và vòm miệng. Theo thời gian, phương pháp mổ khe hở môi và vòm miệng ngày càng phát triển và hiện nay các phương pháp mổ đã được cải tiến hoàn chỉnh như phương pháp Millard, Tennison, Barsky. Với các phương pháp này có thể đem lại cho bệnh nhân một vẻ thẩm mỹ khá hoàn hảo, tránh được phần nào sự mặc cảm về dị tật của người bệnh đối với xã hội

2. Giới thiệu các phương pháp phẫu thuật tạo hình môi

2.1. Nguyên tắc

2.1.1. Lấp kín được khe hở

2.1.2. Có hình thái bình thường về nhân trung, ranh giới da và làn môi đỏ; cung cupidon, hình dáng cánh mũi.

2.2. Các phương pháp mổ

2.2.1. Tạo hình bằng cách khâu giáp đơn thuần các bờ khe hở như phương pháp Veau, Rosenthal, Husson - Rose...

2.2.2. Tạo hình bằng cách khâu giáp phức hợp các bờ khe hở (tạo hình chữ Z) theo phương pháp Tennison, Millard...

V. Dự phòng

Khe hở dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt là một dị tật khá phổ biến, mà nguyên nhân rất khó xác định cụ thể, đây là loại dị tật bẩm sinh làm ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ, tâm lý và chức năng phát âm, ăn uống, làm cho người bị dị tật luôn luôn có mặc cảm với mọi người trong xã hội. Việc điều trị cũng rất phức tạp, tốn kém và không được hoàn toàn như ý. Vì vậy, việc dự phòng để làm giảm tỷ lệ dị tật là rất đáng quan tâm, đặc biệt là việc giáo dục và khuyến cáo cho phụ nữ ở độ tuổi sinh con, cần lưu ý những yếu tố có nguy cơ gây dị tật như vấn đề: tuổi sinh con, nghề nghiệp, môi trường sống, tình trạng dinh dưỡng lúc mang thai, tình trạng tâm lý...

Việc điều trị, chăm sóc sớm và đúng cách các dị tật bẩm sinh hàm mặt, cũng góp phần trong việc dự phòng những rối loạn nặng thêm của dị tật. Cụ thể:

1. Dự phòng cấp 0

- Nhà nước cần có những chương trình làm sạch lại môi trường, đặc biệt là những vùng dân cư đã nhiễm thuốc khai quang trong chiến tranh
- Quan tâm đến chế độ bảo hộ lao động, tránh tai nạn lao động, tránh những chất độc trong nhà máy công xưởng sản xuất, chú ý về các chất phóng xạ và nhiệt độ
- Vận động nhân dân thực hiện tốt luật hôn nhân và tuổi sinh con hợp lý
- Tổ chức và vận động các hội đoàn trong xã hội, cùng với ngành y tế giúp đỡ về vật chất, tinh thần và điều trị sớm, đúng cách cho người bị dị tật bẩm sinh hàm mặt

2. Dự phòng cấp 1

Tuyên truyền và giáo dục cho phụ nữ tuổi sinh con có ý thức phòng, tránh những yếu tố nguy cơ có thể dẫn đến dị tật bẩm sinh hàm mặt cho thai nhi: vấn đề tuổi sinh con, dinh dưỡng trong lúc mang thai, tình trạng tâm lý, sang chấn cơ học, an toàn trong lao động...

3. Dự phòng cấp 2

- Hướng dẫn cho người mẹ có con bị dị tật bẩm sinh hàm mặt biết cách cho bú, ăn tránh sặc, quan tâm đến dinh dưỡng cho cháu nhỏ.
- Điều trị kịp thời và đúng cách các trường hợp dị tật bẩm sinh hàm mặt, để phục hồi được phần nào về thẩm mỹ và chức năng cho người bị dị tật, tránh được phần nào mặc cảm tâm lý cho người bệnh và thân nhân.

4. Dự phòng cấp 3

- Mổ lại các trường hợp có sẹo xấu, thiếu chiều rộng, chiều cao của môi để đem lại thẩm mỹ hoàn thiện hơn cho người bệnh
- Dạy phát âm đúng sau các trường hợp phẫu thuật môi và vòm miệng./.

23. RỐI LOẠN THÁI DƯƠNG HÀM

BS. Hoàng Tử Hùng

1. Định nghĩa rối loạn thái dương hàm:

Rối loạn thái dương hàm là một thuật ngữ chung để chỉ những rối loạn liên quan đến các cơ nhai, đến khớp thái dương hàm hoặc cả hai.

2. Triệu chứng của rối loạn thái dương hàm: Triệu chứng chủ yếu là đau và loạn năng.

2.1. Đau:

Đau có thể xuất hiện ở thái dương hàm, ở các cơ nhai và cũng có thể ở những nơi khác xa hơn vùng hàm mặt như ở cổ, vai...

- Đau ở khớp thái dương hàm:

*Đau khớp thái dương hàm thường được cảm nhận là đau ở vùng trước tai (ngay vị trí của khớp). Thường đau ở một bên, có thể đau cả hai bên.

*Đau có liên quan trực tiếp đến vận động của khớp, tức vận động của hàm dưới. Khi hàm dưới vận động, đau tăng lên. Khi hàm dưới được nghỉ ngơi, cơn đau nhanh chóng giảm hoặc biến mất.

*Khi có sự phá hủy bề mặt các diện khớp (như trong viêm xương khớp thoái hóa)

làm biến đổi cấu trúc bình thường của khớp thái dương hàm, đau có nguồn gốc thực sự từ mô xương bên dưới, có thể đau liên tục, đau ngay cả khi không vận động hàm, và tăng lên khi có vận động hàm.

Đau ở cơ.

Triệu chứng biểu hiện ở cơ có nhiều mức độ, thay đổi từ cảm giác khó chịu, căng cơ, mỗi cơ cho đến cảm giác đau thật sự. Đôi khi trong một thời gian dài chỉ có biểu hiện của sự căng hay mỏi cơ mà không có đau.

- . Vị trí đau thuộc vào vị trí của cơ

- . Đau thường ở một bên, ít khi đau cả hai bên.

- . Có thể đau ở một hoặc nhiều cơ.

- . Đau có thể tự phát hoặc liên quan đến hoạt động chức năng (như khi ăn nhai), hoặc chỉ đau khi há lớn.

- . Đôi khi đau nhiều vào buổi sáng khi thức dậy, kèm theo há miệng hạn chế, đặc biệt xuất hiện ở những người có nghiến răng về đêm.

- . Đôi khi bệnh nhân có cảm giác mỏi và đau ở vùng vai gáy (thường một bên) do co thắt cơ thang. Đau khu trú ở vùng cổ sau, vùng cổ bên và ở sau vai. Đau cũng có thể lan đến mặt sau hoặc mặt trước cánh tay.

2.2. Loạn năng:

Loạn năng là sự rối loạn vận động chức năng của khớp thái dương hàm hay của các cơ hàm được thể hiện qua các dấu hiệu: tiếng kêu ở khớp, giới hạn vận động hàm dưới, lệch hàm khi há miệng. Có thể có sai khớp cắn cấp tính do hậu quả của rối loạn cơ. Có một số bệnh nhân có biểu hiện loạn năng nhưng không đau. Loạn năng liên quan trực tiếp đến vận động hàm dưới.

- . Tiếng kêu ở khớp thái dương hàm

Có nhiều loại tiếng kêu khác nhau được ghi nhận tại khớp:

- . Tiếng lụp cụp: chỉ gồm một tiếng kêu ngắn gọn. Cường độ có thể thay đổi từ mức độ kêu nhỏ (chỉ cảm nhận được bằng tay hơn là nghe thấy) cho đến tiếng kêu “pop” hay “cắc” rất lớn có thể nghe thấy được từ xa.

- . Tiếng lạo xạo: gồm nhiều tiếng kêu nhỏ, kéo dài trong suốt vận động, thường được mô tả như tiếng bước chân đi trên sỏi.

- . Giới hạn vận động hàm

Bệnh nhân cảm thấy khó khăn trong khi thực hiện các vận động bình thường của hàm dưới như há, đưa hàm sang bên (trong khi nhai) hoặc đưa hàm ra trước (để cắn xé thức ăn).

Biên độ vận động của hàm dưới bị giới hạn.

- . Lệch hàm khi há miệng

Có hai kiểu lệch hàm:

1. Há miệng zig zag: có sự lệch hàm dưới sang một bên khi há, nhưng khi tiếp tục há cho đến khi há tối đa, há dưới trở về lại đường giữa.
2. Há miệng lệch hẳn về một bên: hàm dưới lệch hẳn về một bên khi há và càng há càng lệch.

2.3. Các biểu hiện khác: ở tai như đau trong tai, ù tai, giảm thính lực, rối loạn thăng bằng; ở tuyến nước bọt như tuyến nước bọt dưới hàm có thể sưng một bên; ở mũi - hầu như cảm giác nóng bỏng, châm chích...; biểu hiện ở mắt như chảy nước mắt, đau sau hốc mắt... Các biểu hiện này thường thấy ở những bệnh nhân có vấn đề về tâm lý nhiều hơn (như lo âu, xúc cảm, thần kinh không ổn định, rối loạn thần kinh thực vật...).

3. Nguyên nhân của rối loạn thái dương hàm:

Các nguyên nhân của RLTDH có thể được phân loại như sau:

- . Chấn thương
- . Vi chấn thương mãn tính.
- . Khiếm khuyết cấu trúc.
- . Các bệnh lý của khớp như Viêm đa khớp dạng thấp...
- . Bệnh toàn thân do miễn dịch, tâm sinh hay do cơ chế sinh học thần kinh chưa hiểu rõ.

4. Điều trị:

Điều trị rối loạn thái dương hàm gồm điều trị triệu chứng và điều trị nguyên nhân. Hiện nay, hầu hết các chuyên gia trên thế giới đều đồng ý công việc điều trị gồm hai loại: điều trị không can thiệp thực thể và thực hiện các can thiệp trên bộ răng và hệ thống nhai.

- Điều trị không can thiệp thực thể bao gồm:

. Thuốc: Kháng viêm - Giảm đau

Dẫn cơ – An thần

. Tâm lý trị liệu: xoa nắn, chiếu tia hồng ngoại, chườm nóng, tập vận động hàm dưới...

. Máng nhai (*)

- Các can thiệp trên bộ răng và hệ thống nhai:

Thực hiện những can thiệp tác động trực tiếp lên bộ răng hay cấu trúc khớp thái dương hàm, bao gồm:

1. Mài điều chỉnh khớp cắn: Khi hai hàm răng có sự tiếp xúc không hài hòa, có những điểm vướng cộm gây cản trở trong quá trình ăn nhai, nuốt..., người thầy thuốc cần phải thực hiện động tác mài điều chỉnh để làm cho sự tiếp xúc răng

được đều và tốt hơn, làm cho vận động hàm dưới được trơn tru, dễ dàng hơn.

2. Nhổ răng
3. Phục hình
4. Chỉnh hình
5. Phẫu thuật.

Máng nhai: là một khí cụ được đặt giữa hai cung răng, thường được làm bằng nhựa trong suốt và có thể tháo lắp được. Máng nhai được làm riêng cho từng người. Tùy theo tình trạng bệnh mà bệnh nhân đeo máng vào ban ngày hoặc ban đêm. Máng nhai có tác dụng làm dẫn co, giảm đau, hết mỏi cơ; giúp giảm áp lực trên khớp thái dương hàm cũng như giúp bảo vệ các răng. Nói chung, máng nhai giúp cân bằng lại hệ thống nhai. Máng nhai phải được thực hiện bởi bác sĩ răng hàm mặt và được kiểm tra, theo dõi định kỳ vài tuần hay vài tháng.

24. UNG THƯ NIÊM MẠC MIỆNG

I. Đại cương

1. Ung thư (K) vùng hàm mặt thuộc nhóm ung như đầu và cổ

Theo phân loại ung thư trên cơ thể người của Hội chống ung thư thế giới năm 1970 ở Houston.

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

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

3. K niêm mạc miệng là một tổn thương nằm ở phần trên của cơ quan tiêu hóa. Dễ sang chấn tạo thành vòng xoắn bệnh lý làm cho tổn thương phát triển nhanh: tổn thương loét và sang chấn gây chảy máu, nhiễm trùng và loét. Có thể nói rằng ung thư niêm mạc miệng luôn gắn liền với chảy máu và nhiễm trùng.

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

5. K niêm mạc miệng thường là K biểu mô

Hay gặp ở người trung tuổi, tiến triển tương đối chậm so với các ung thư khác như sacôm hoặc K của tổ chức tạo máu.

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

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

8. Giải phẫu bệnh lý

Cách xếp loại TNM theo “Tổ chức quốc tế chống ung thư” UICC. K niêm mạc miệng: 90 % là ung thư biểu mô tế bào gai.

Hệ thống xếp loại K - TNM gồm:

8.1. T (Tumor - khối u)

T0: Không có triệu chứng lâm sàng và X quang phát hiện ung thư. T1: U khu trú ở nông, kích thước dưới 2 cm²

T2: Kích thước u trên 2 cm² mà không có thâm nhiễm xung quanh.

T3: Kích thước u trên 3- 4 cm² có thâm nhiễm da và ít ở vùng lân cận. T4: U lớn, đã xâm nhập các bộ phận lân cận.

8.2. N (Node - hạch vùng)

N0: không phát hiện được hạch. N1: hạch nhỏ di động cùng bên N2: hạch nhỏ di động 2 bên

N3: hạch to dính

8.3. M (Metastasis - di căn xa)

M0: không phát hiện được di căn M1: có di căn xa

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

II. Dịch tễ học

Ở Việt Nam, K niêm mạc miệng chiếm khoảng 1,7 % tổng số các loại K, nếu tính cả ung thư lưỡi và môi tỷ lệ là 3,7 % (theo số liệu của Viện K Hà Nội, từ năm

1967 -1971) theo số liệu của Nguyễn Văn Thụ từ 1957-1975, K niêm mạc miệng chiếm 18 %.

Ở nước ngoài: Mỹ 1968, K phần miệng chiếm 2,5 %, ở Pháp Viện Roussy 197: ung thư miệng chiếm 10 %.

Về giải phẫu bệnh lý: ở Việt Nam, K biểu mô chiếm 78,4 % và ở Pháp, K biểu mô chiếm 95 % (Frank).

III. Nguyên nhân gây ung thư

1. Nguyên nhân do hóa chất như sản phẩm cacbua, nấm mốc, thuốc lá, thuốc trừ sâu.
2. Nguyên nhân vật lý như tia X, phóng xạ, tia cực tím.
3. Di truyền.
4. Virus như Epstein Barr (EBV 1964) gây u lympho Burkitt và u vòm.
5. Yếu tố địa lí, tập quán, sức đề kháng của cơ thể.

IV. Triệu chứng

1. Cơ năng

Đau vùng tổn thương, đau ngày càng tăng. Ăn, nói khó khăn, chảy máu tự nhiên hoặc sau sang chấn. Răng lung lay ngày càng tăng.

Hội chứng tai mũi họng: Ngạt tắc mũi, chảy máu mũi; to, dày môi trên và đau nhức vùng xoang. Triệu chứng này thường xuyên xảy ra một bên.

Hội chứng ở mắt: Đau nhức mắt, lồi mắt, tắc lệ đạo, liệt, lác nhãn cầu.

2. Thực thể

2.1. Giai đoạn sớm

2.1.1. Thể loét: vết loét nông, mềm ở niêm mạc, hoặc ở lợi quan mặt răng, vết loét phát triển rộng và sâu xuống xương hàm, vết loét có đáy được phủ một lớp giả mạc hoặc tổ chức hoại tử, bờ nhám nhở, chạm vào dễ chảy máu.

2.1.2. Thể sùi: tổ chức sùi như hoa sup lơ, dính chặt đáy, kèm theo loét hoại tử, chạm vào dễ chảy máu.

2.1.3. Thể loét sùi: thường gặp ở các vị trí sau:

- Ở môi: đường viền da và niêm mạc.
- Ở niêm mạc má: ở giữa tương ứng cung răng, sau răng số 8.
- Ở sàn miệng - hai bên rãnh lưỡi.
- Lưỡi: bờ bên 2/3 trước và 1/3 sau.
- Vòm miệng: bờ bên, buồng hầu.

2.2. Giai đoạn muộn

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

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

Tổn thương ở xoang hàm, ngạt tắc mũi, đau nhức vùng xoang một bên, sập hàm ếch, mặt trước xương hàm trên phòng có thể thâm nhiễm da. Khám thành bên

mũi bị đẩy vào trong, có thể có tổ chức sùi qua lỗ thông ngách mũi giữa. Tổn thương ở xoang hàm có thể lan lên mắt gây các triệu chứng ở mắt, răng lung lay.

2.3. Di căn hạch

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

3. Triệu chứng cận lâm sàng

3.1. Nghiệm pháp xanh toluidin

Áp dụng cho những tổn thương nghi ngờ ác tính.

Tiến hành: bôi acid acetic 1% sau đó bôi xanh toluidin 1% chờ 10 giây đến 1 phút rửa lại bằng acid acetic 1%, kết quả mô có tổn thương bắt màu xanh.

Ưu điểm: xét nghiệm đơn giản, dùng để phát hiện sớm K niêm mạc miệng. Nhược điểm: một số tổn thương viêm cũng bắt màu xanh.

3.2. Xét nghiệm tế bào bề mặt

Xét nghiệm này rất quan trọng đối với việc chẩn đoán sớm K niêm mạc miệng. Cơ sở của phương pháp này là những tế bào tróc ra từ khối u có cùng tính chất với tế bào u lấy bằng phương pháp sinh thiết.

Ưu điểm: đơn giản, kết quả sớm, làm ở nhiều vị trí một lúc, hướng cho sinh thiết đúng vị trí, tỷ lệ cao 90 %.

Nhược điểm: không xét nghiệm được tổn thương ở sâu hoặc lấy phải tế bào viêm bề mặt, muốn có kết quả chính xác phải làm sinh thiết.

Tiến hành: gạt bề mặt tổn thương bằng cây đè lưỡi nạo lấy tế bào lớp dưới, quét tế bào nạo được lên phiến kính - cố định bằng cồn 90 độ, gửi giải phẫu bệnh.

3.3. Phẫu thuật sinh thiết

Phẫu thuật sinh thiết nhằm chẩn đoán xác định ung thư, trước hoặc sau khi điều trị, tùy theo tổn thương ở nông hoặc sâu có thể làm ngay trên ghế khám hoặc ở trong phòng mổ. Bệnh phẩm sinh thiết yêu cầu đủ rộng 1 cm x 0,5 cm, tốt nhất là lấy giữa ranh giới tổ chức lành và tổ chức ung thư.

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

3.4. X quang

Tùy từng bệnh nhân chọn các tư thế chụp phim: phim răng, tư thế mặt thẳng, hàm dưới chếch, Blondeau, Hirtz, Chụp Scanner (cắt lớp)

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

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

V. Chẩn đoán

Dựa vào kết quả lâm sàng, X quang, tế bào học cần phải xác định: Vị trí, kích thước u.

Tổ chức bị xâm lấn.

Tế bào ung thư loại nào. Xếp loại theo TNM.

Xếp theo giai đoạn.

VI. Điều trị

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

1. Phương pháp phẫu thuật

là phương pháp điều trị tốt nhất, nguyên tắc là

Phẫu thuật rộng, cắt bỏ toàn bộ u và tổ chức lân cận bị xâm lấn.

Phẫu thuật nạo vét hạch, cắt bỏ hết hạch dưới hàm, hạch dọc cơ ức đòn chũm.
Phẫu thuật sớm kết quả sống trên 5 năm hơn 50 %.

2. Phương pháp tia xạ

Tia xạ có tác dụng tốt với ung thư tổ chức liên kết và ung thư biểu mô ít biệt hóa, hay tái phát, đối với ung thư biểu mô tia ít tác dụng, thường chỉ áp dụng những bệnh nhân không phẫu thuật được hoặc phẫu thuật không triệt để, có 3 loại tia sau: X, tia điện từ, tia radium.

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

3. Phương pháp hóa trị liệu

Hóa trị liệu có nhược điểm là gây tổn thương cả tế bào lành. Gây giảm bạch cầu, viêm túi mật, rụng tóc v.v...

Hóa trị liệu được dùng trong những trường hợp: trước mổ để thu nhỏ u, không phẫu thuật được, phẫu thuật không triệt để, dùng hóa trị liệu có 3 đường: uống, động mạch, tĩnh mạch.

Thuốc thường dùng là: Cyclophosphamid (Endoxan), Triethyleamino-benzochinon (Trenion).

4. Điều trị miễn dịch

Nguyên tắc: làm tăng sinh sản tế bào lympho T, tăng khả năng miễn dịch cơ thể.

Hóa chất: LH1, Eshlem, vỏ BCG.

5. Phẫu thuật lạnh

Nguyên tắc dùng nhiệt độ thấp để diệt tế bào K. Dùng Ni tơ lỏng -196 độ C.

Kết quả tốt đối với ung thư da, hoặc K không còn khả năng phẫu thuật.

VII. Tiên lượng phụ thuộc vào:

Giai đoạn sớm hay muộn. Loại tế bào K.

Phương pháp điều trị.

Sức đề kháng của cơ thể.

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

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

25. SINH HỌC TỦY RĂNG TRONG NHA KHOA PHỤC HỒI

phudentist (*Hoàng Đạo Bảo Trâm (dịch)*)

Cho tới nay, chúng ta đã tích lũy được một khối lượng đáng kể kiến thức về cấu trúc và chức năng của ngà và tủy răng. Trong đó, một số kiến thức có ý nghĩa quan trọng về mặt lâm sàng. Bài này giới hạn trong những phần thuộc cấu trúc và tính chất sinh lý bình thường của tủy và ngà răng, từ đó dẫn tới những phản ứng của các mô này trong điều trị lâm sàng. Mặc dù, có một số chi tiết về cấu trúc bình thường được nhấn mạnh, song cần có kiến thức cơ bản về cấu trúc và sự phát triển của ngà và tủy để hiểu bài này.

Ở những nước mà nội nha được coi như một chuyên khoa, hay đặc biệt hơn là nội nha được tách riêng khỏi chương trình giảng dạy nha khoa phục hồi và nha khoa bảo tồn, người ta có xu hướng xếp loại các nghiên cứu ngà và tủy vào loại “nội nha”. Trong chẩn đoán đau và thử dự đoán lâm sàng trạng thái sinh lý và bệnh lý của ngà và tủy, các chuyên gia nội nha cần có kiến thức chi tiết về các mô này. Tuy nhiên, việc chẩn đoán này cũng mở rộng tới nha khoa phục hồi, bao gồm cả nha khoa can thiệp và nha khoa bảo tồn. Giai đoạn điều trị nha khoa phục hồi có nhiều liên quan, và nên như vậy, đến cấu trúc, chức năng, các phản ứng mô, và khả năng lành thương tiềm tàng của ngà và tủy. Mọi biện pháp dự phòng sâu

răng và các giai đoạn điều trị phục hồi nên được coi là “nội nha dự phòng”. Để đạt tới mục tiêu trên một cách tốt nhất, các nhà lâm sàng thực hiện các công việc liên quan đến ngà và tủy phải hiểu biết một cách tỉ mỉ cấu trúc răng bình thường; những thay đổi liên quan đến tuổi; phản ứng của mô đối với sâu răng, chấn thương, và các can thiệp phục hồi; hiệu quả của việc sử dụng các hóa chất và vật liệu khác nhau đối với các mô. Kiến thức về sinh học ngà–tủy, kết hợp với sự hiểu biết về vật liệu và các kỹ thuật sử dụng, sẽ mang lại một cơ sở tốt cho nha khoa phục hồi. Với kiến thức như vậy, nha sỹ sẽ có khả năng lựa chọn những vật liệu và phương pháp không gây phản ứng hoặc chỉ có những phản ứng tốt đối với các mô, nhằm bảo tồn một cách tối đa răng bị hư hại. Điều này cũng tạo cơ hội để những vấn đề sinh học mới tiếp cận nha khoa phục hồi.

CẤU TRÚC CƠ QUAN NGÀ–TỦY

Mặc dù có những khác biệt về cấu trúc và thành phần, tủy và ngà được nối tiếp thống nhất theo nghĩa, các phản ứng sinh lý và bệnh lý của mô này có ảnh hưởng đến mô kia. Sự kết hợp chặt chẽ này bao gồm cả các phản ứng đối với sâu răng và các can thiệp lâm sàng thông thường như tạo xoang, sửa soạn mão và các thủ thuật phục hồi khác. Hai mô này không chỉ có chung nguồn gốc phôi thai, mà chúng còn duy trì một quan hệ mật thiết trong suốt quãng đời của một răng sống. Bất cứ cái gì ảnh hưởng tới ngà sẽ có ảnh hưởng tới tủy và ngược lại. Khái niệm cơ quan ngà–tủy hay phức hợp ngà–tủy, do đó, đã được đặt ra và sử dụng rộng rãi. Tuy nhiên, khái niệm này có thể được xem là tham chiếu đối với những khác biệt về mặt hoá học giữa ngà và tủy.

Vì bài này tập trung vào nha khoa phục hồi, nên sẽ chỉ giới hạn ở phần thân và phần cổ của cơ quan ngà tủy, đây là phần có những khác biệt về cấu trúc và đặc điểm sinh lý khác biệt so với phần chân răng. Ngà quanh thân răng được bao phủ bởi men răng. Men răng hoạt động như một màng bán thấm, cho phép dịch, các nguyên tử, và những phần tử nhỏ đi qua. Ở men răng không có các phản ứng sống hay phản ứng tế bào, nhưng ở đây xảy ra các phản ứng sinh hóa, như trao đổi ion. Ở đây, chúng ta không đi vào chi tiết những trao đổi qua lại giữa pha lỏng mịn của men và ngà (với 12% là nước – tính theo trọng lượng), tuy nhiên chúng có vai trò quan trọng đặc biệt đối với quá trình phát triển sang thương sâu răng. Tất cả các thành phần của tủy răng, bao gồm tế bào, mạch máu và mạch bạch huyết, thần kinh, và dịch kẽ, đều có vai trò quan trọng trong các phản ứng đối với các can thiệp phục hồi. Tủy răng mới mọc có ít sợi. Phần lớn tế bào ở dạng chưa biệt hóa hoặc chưa trưởng thành. Chúng có nhiều ở răng mới mọc và có tiềm năng trở thành các tế bào chuyên biệt, ví dụ như tế bào dạng nguyên bào ngà. Dịch kẽ bao quanh các phần tử định hình (Hình 1). Dịch kẽ có thành phần tương tự bào tương, nhưng có ít protein hơn. Dịch kẽ là một nối tiếp trung gian quan

trọng giữa các tế bào, huyết tương, và dịch bạch huyết. Sinh lý tủy răng ở điều kiện bình thường, và đặc biệt là trong các phản ứng viêm, phụ thuộc vào hoạt động qua lại giữa các tế bào, mạch máu và mạch bạch huyết của tủy, dịch kẽ, và thần kinh. Các quá trình này có thể bị điều chỉnh bởi nhiều yếu tố, bao gồm cả việc giải phóng các neuropeptide từ thần kinh của tủy.

TẾ BÀO CỦA TỦY RĂNG

Tế bào nổi bật nhất trong cơ quan ngà-tủy là nguyên bào ngà. Một lớp đơn tế bào này xếp hàng quanh vùng ngoại vi của tủy, ngăn cách mô liên kết lỏng lẻo của tủy với tiền ngà. Mỗi nguyên bào ngà có một phần mở rộng vào ống ngà, gọi là đuôi nguyên bào ngà. Vì mật độ nguyên bào ngà cao ở phần thân răng, đặc biệt là ở sừng tủy, trông chúng có dạng giả tầng. Các nguyên bào ngà gắn kết với nhau nhờ các phức hợp nối.

Sau khi nguyên bào ngà tạo ngà nguyên phát và răng mọc lên, các nguyên bào ngà tiếp tục công việc tạo ngà với một tốc độ chậm. Ngà này được gọi là ngà thứ phát sinh lý, thường không phân biệt được loại ngà này với ngà nguyên phát thân răng. Cần phân biệt ngà thứ phát sinh lý với các khối ngà khu trú là ngà thứ ba, ngà sửa chữa, ngà phản ứng, ngà bị kích thích, ngà không đều, được hình thành trong các phản ứng với các dạng kích thích tại chỗ khác nhau, ví dụ như sang thương sâu răng hay can thiệp phục hồi. Các thuật ngữ này về cơ bản có ý chỉ cùng một dạng ngà thứ phát tại chỗ được hình thành sau khi răng mọc.

Việc phân biệt ngà do các nguyên bào ngà tạo ra và ngà hình thành bởi các tế bào dạng nguyên bào ngà mới xuất hiện sau khi răng mọc, hay các nguyên bào ngà thứ phát có thể có ý nghĩa quan trọng về lâm sàng. Ngà thứ ba khu trú được tạo nên bởi các nguyên bào ngà nguyên phát còn sống sót, sau các kích thích nhẹ, như mòn răng, được gọi là ngà phản ứng, còn ngà được tạo bởi các thể hệ nguyên bào ngà mới được gọi là ngà sửa chữa. Ngà răng tạo bởi tế bào dạng nguyên bào ngà thường có cấu trúc không đều, ít nhất là phần mô được hình thành sớm nhất ở mặt tiếp giáp với phần ngà sẵn có. Trên cùng một tiêu bản, có thể thấy cả ngà thứ phát sửa chữa và phản ứng.

Điểm quan trọng là các nguyên bào ngà nguyên phát duy trì khả năng tạo ngà trong suốt khoảng thời gian tồn tại của một răng sống, và khi chúng bị hủy hoại, các tế bào trung mô ở tủy có khả năng biệt hóa thành các tế bào dạng nguyên bào ngà mới. Các tế bào nguồn này tăng cường từ các tế bào dưới nguyên bào ngà và tế bào viêm. Thực tế, một phản ứng mô bệnh học ở giai đoạn sớm tạo nên những ảnh hưởng trên ngà răng, liên quan tới một dòng chảy tế bào đi vào vùng không có tế bào, nằm dưới nguyên bào ngà.

Quá trình tạo ngà thứ ba, ở mọi dạng, thể hiện cơ chế bảo vệ quan trọng và đặc tính tái tạo của cơ quan ngà-tủy. Khi nguyên bào ngà nguyên phát bị hủy hoại, các

tế bào chưa biệt hóa, là loại tế bào chiếm ưu thế ở tủy người trẻ, biệt hóa thành các nguyên bào ngà mới. Ngà răng được hình thành tại chỗ có thể thay đổi về cấu trúc và thành phần cấu tạo. Các ống ngà thường ít đều đặn hơn, độ khoáng hóa thấp hơn, và thành phần hữu cơ cao hơn so với ngà nguyên phát. Mặt tiếp giáp giữa ngà tạo bởi nguyên bào ngà nguyên phát và bởi tế bào dạng nguyên bào ngà có thể có ý nghĩa đặc biệt quan trọng vì các ống ngà ở hai phần này không thông thương trực tiếp với nhau và do đó làm thành một rào chắn ngăn cản sự xâm nhập của các yếu tố từ ngà vào tủy. “Hiệu ứng rào cản” này là một cơ chế bảo vệ quan trọng trong nha khoa phục hồi.

Nguyên bào ngà, là các tế bào tạo khuôn, thể hiện tất cả các đặc điểm về bào quan và sản xuất protein (collagen nguyên phát) và proteoglycan (chất cơ bản). Hoạt động của nguyên bào ngà được phản ánh bởi số lượng và các dạng bào quan có trong bào tương. Giàu lưới nội bào xù xì, hệ Golgi phát triển mạnh, rải rác có các ribosome, ty lập thể, túi tiết, và các vacuole là các cấu trúc đặc trưng đi cùng với hiện tượng tổng hợp protein. Người ta cũng thấy các vi quản và các sợi. Hiện tượng giải phóng các bể chứa ở màng tế bào là một bằng chứng về hoạt động tổng hợp collagen của nguyên bào ngà. Nhú nguyên bào ngà thiếu vắng phần lớn các bào quan thấy được ở phần thân tế bào. Đặc điểm siêu cấu trúc của nhú là các vi quản và các sợi. Đôi khi thấy ty lập thể và các cấu trúc dạng ribosome ở điều kiện bình thường. Khi quá trình tạo khuôn ngà quanh ống được thúc đẩy, ví dụ sau những can thiệp nào đó, có thể thấy xuất hiện các bào quan như lưới nội bào và ty lập thể ở nhú nguyên bào ngà. Phần nhú nguyên bào ngà ở vùng tiền ngà thể hiện các đặc tính phản ánh sự chuyển tiếp từ thân sang nhú, số lượng và các dạng bào quan thay đổi tùy thuộc hoạt động của vùng.

Mức độ mở rộng của nhú nguyên bào ngà là một đề tài gây tranh luận lâu nay. Thật khó mà hiểu được bằng cách nào các nguyên bào ngà có thể duy trì được sự sống của các nhú, khi mà chúng nằm trong các ống ngà thân răng với độ dài thường gặp tới hơn 3mm. Đã có nhiều nghiên cứu và bàn luận về nhú bào tương trong các ống ngà ở các răng đã hình thành đầy đủ. Phần lớn các nghiên cứu cho rằng các nhú bào tương chỉ nằm ở một phần ba chiều dài từ tiền ngà tới men ở răng bình thường của người lớn trẻ tuổi. Như vậy quan niệm này cho rằng những trao đổi thuộc mô sống chỉ diễn ra ở phần ba phía tủy của ngà thân răng. Các trao đổi diễn ra ở hai phần ba phía ngoài của ngà răng có thể (1) có bản chất sinh hóa thông qua quá trình lắng đọng muối khoáng trong các ống ngà hoặc (2) sự bồi đắp ngà quanh ống thông qua các thành phần được tiết vào khoảng quanh nguyên bào ngà ở các phần bào tương sống của nhú. Các thành phần này có thể phân tán ra xung quanh để hình thành khuôn sẽ được khoáng hóa sau này. Việc không có các nhú bào tương ở phần ngoài các ống ngà gợi ý rằng những cơ

chế dẫn truyền cảm giác của ngà không liên quan trực tiếp đến các nguyên bào ngà. Tuy nhiên, quan niệm về giới hạn của các nhú nguyên bào ngà này không loại trừ hầu hết các lý thuyết đã được chấp nhận rộng rãi, cho rằng sự dịch chuyển thủy động học của dịch là cơ sở của sự nhạy cảm ngà, vì phần ống ngà không chứa nhú bào tương vẫn lấp đầy bởi dịch mô.

Cần xét đến khả năng khác biệt về mức độ trưởng thành ngà quanh ống ở thân và chân răng. Ở chân răng, đặc biệt là ở vùng chóp gốc, nơi lớp ngà mỏng, thường tìm thấy ngà trong, là một dấu hiệu điển hình của tình trạng xơ hóa ngà ở người lớn tuổi. Ở thân răng, không thấy hiện tượng xơ hóa toàn bộ như vậy xảy ra, mà thường thấy những vùng xơ hóa khu trú ở gần các sang thương sâu răng. Sự xơ hóa này làm giảm tính thấm của ngà răng và là một cơ chế bảo vệ quan trọng trong nha khoa phục hồi.

Khoảng quanh nguyên bào ngà là vùng bị lấp đầy bởi dịch, nằm giữa ống ngà và màng bào tương của đuôi nguyên bào ngà. Dịch kẽ này tiếp tục nằm trên phần bào tương của nhú và theo dọc suốt chiều dài của ống ngà, bao quanh phần đuôi nguyên bào ngà bị kéo dài nằm lại ở phần ngà quanh tủy. Giữ vai trò quan trọng khi những thay đổi mô diễn ra ở ngà nguyên phát. Chính ở khoảng quanh nguyên bào ngà này, phần khuôn hữu cơ (chiếm tỷ lệ thấp) được hình thành từ các nguyên bào ngà và các nhú bào tương để tạo nên ngà quanh ống có độ khoáng hóa cao.

Nguyên bào ngà và nhú của nó có liên hệ mật thiết với thần kinh của tủy. Người ta thấy rằng các đầu tận thần kinh, như khớp khe, tận cùng ở thân các nguyên bào ngà. Có lẽ sự nhạy cảm ngà có mối liên quan chặt chẽ với các đầu tận thần kinh và sự hiện diện của chúng ở khoảng quanh bào tương. Thuyết thủy động học giúp giải thích sự dẫn truyền đau ở ngà. Thuyết này thừa nhận rằng những dịch chuyển nhỏ của dịch trong ống ngà khởi đầu những xung động thần kinh ở các sợi thần kinh.

Tế bào chiếm ưu thế trong vùng trung tâm tủy răng mới mọc là tế bào trung mô chưa biệt hóa và tế bào sợi. Số lượng bào quan nghèo nàn trong bào tương của nhiều tế bào cho thấy hoạt động trao đổi chất của chúng ở mức thấp. Các tế bào này có hình dạng không đều với những nhú bào tương dài nằm trong dịch kẽ của tủy. Hiếm thấy các sợi collagen, chủ yếu chỉ thấy chúng ở gần thần kinh và mạch máu. Trạng thái giàu tế bào và ít sợi này là đặc điểm đặc trưng của tủy răng, thay đổi theo thời gian. Ở răng người lớn tuổi, số lượng sợi tăng lên và số lượng tế bào giảm đi. Thay đổi này quan trọng về mặt lâm sàng bởi vì ở tủy người trẻ, các tế bào nguồn sẵn có trong tủy biệt hóa thành các dạng tế bào khác hoặc tham gia các quá trình sửa chữa, trong khi đó chúng lại kém hiệu quả hơn ở người có tuổi. Đi kèm với các thay đổi tế bào là các thay đổi có liên quan đến tuổi của mạch máu

và thần kinh của tủy răng.

Một loại tế bào khác của tủy răng có tầm quan trọng về mặt lâm sàng là đại thực bào. Có thể thấy chúng ở tủy bình thường, và có hiện tượng tăng số lượng tế bào này ở các vết thương tủy. Đôi khi cũng có thể tìm thấy bạch cầu đa nhân trung tính. Thường không thấy dưỡng bào ở tủy thường, trong viêm tủy, các tế bào này lại có mặt rất nhiều.

Khi quan sát tủy răng bằng các phương pháp hóa mô miễn dịch, có thể thấy những tế bào miễn dịch có đuôi gai làm nhiệm vụ vận chuyển các biểu hình (phenotype) có liên quan đến đại thực bào; một số tế bào này nằm gần nguyên bào ngà, số khác nằm gần trung tâm tủy hơn. Các tế bào này có thể kích thích tế bào lympho T tăng sinh. Chúng tăng số lượng trong quá trình viêm và tham gia các quá trình sửa chữa cũng như các phản ứng miễn dịch bảo vệ ở tủy.

SINH LÝ CƠ QUAN NGÀ-TỦY

Đứng về mặt chức năng, đặc biệt trong mối liên hệ với nha khoa phục hồi, ngà và tủy thống nhất với nhau và có thể coi là một mô hay một cơ quan. Dịch kẽ của tủy và của các ống ngà liên tục từ tiếp nối men-ngà và men-xê măng tới tận vùng trung tâm mô liên kết mềm của tủy. Do đó, trong điều kiện bình thường cũng như bệnh lý, hiệu ứng thủy động học và sự dịch chuyển dịch có vai trò quan trọng, có thể ảnh hưởng tới cơ quan ngà tủy. Chỉ cắt ở ngà, ví dụ như sửa soạn xoang hay làm mào, cũng sẽ gây những phản ứng của cả ngà và tủy.

Tuần hoàn tủy bình thường

Động mạch đi vào, tĩnh mạch và bạch mạch thoát ra khỏi tủy qua lỗ chóp. Các mạch cũng ra vào tủy qua các ống tủy phụ có thể gặp ở bất kỳ vị trí nào của chân răng, nhưng thường thấy nhiều nhất ở vùng chóp gốc. Các động mạch tương đối lớn chạy qua tủy chân để cấp máu cho tủy thân. Chúng phân nhánh và tận cùng bởi các mao mạch, nhiều nhất ở vùng dưới nguyên bào ngà ở tủy thân. Một đặc điểm quan trọng về mặt lâm sàng là nhiều mao mạch hầu như không có chức năng khi tủy ở trạng thái bình thường. Do sự hiện diện sẵn của các mao mạch, dòng máu tới các vùng đặc hiệu có thể tăng lên nhanh chóng; như vậy xung huyết tủy khu trú và lan tỏa có thể xảy ra gần như tức thì mà không cần quá trình tăng sinh các mao mạch mới.

Về cơ bản, cấu trúc mạch máu ở tủy giống như mạch máu ở các cơ quan khác, nhưng thành mạch mỏng cả về kích thước tuyệt đối, cũng như khi so sánh với kích thước đường kính của mạch. Đặc điểm cấu trúc quan trọng về mặt lâm sàng là thành biểu mô không liên tục (Hình 2) và mao mạch dạng cửa sổ. Đặc điểm này có chức năng sinh lý. Nó tạo điều kiện thuận lợi cho việc trao đổi chất dinh dưỡng và các sản phẩm cặn bã dịch mô kẽ và huyết tương. Trao đổi này đặc biệt quan trọng khi tủy tổn thương, bao gồm các quá trình can thiệp, chấn thương, và các

sang thương sâu rộng ảnh hưởng tới tủy. Các mạch bạch huyết vận chuyển dịch khỏi tủy và giữ vai trò quan trọng trong việc duy trì cân bằng về dịch.

Áp suất dịch kẽ

Áp suất dịch kẽ ở tủy tương đối cao và có vai trò quan trọng trong cảm giác đau đột ngột khi sửa soạn xoang chạm tới vùng ngà lạnh. Sự lộ ngà gây ra vận động đột ngột các thành phần trong ống ngà, dẫn tới việc hoạt hóa thần kinh gần nguyên bào ngà và gây đau. Dịch chảy từ tủy tới ngà hở phụ thuộc khả năng dẫn nước của dịch ngà. Cần đạt đến một ngưỡng nhất định để hoạt hóa các đầu tận thần kinh ở đầu trong các ống ngà, gần lớp nguyên bào ngà. Sự nhạy cảm ngà sẽ giảm khi sự dẫn dịch giảm vì bất cứ lý do nào, ví dụ như sự bồi đắp ngà quanh ống, bít kín ống ngà do lắng đọng khoáng, quá trình hút bám các thành phần hữu cơ, hay khoáng hóa quá mức ngà bề mặt. Ngà không ống hình thành ở mặt tiếp giáp giữa ngà nguyên phát, ngà thứ hai và ngà thứ ba cũng làm giảm mức độ dẫn dịch ngà.

Dẫn truyền thần kinh ở tủy và ngà

Các sợi thần kinh có myelin và không myelin đi vào tủy qua lỗ chóp gốc và qua các ống tủy phụ. Chủ yếu chúng đi theo các mạch máu, phân nhánh và hình thành mạng lưới các đầu tận ở vùng nguyên bào ngà - dưới nguyên bào ngà và khoảng quanh nguyên bào ngà thuộc ống ngà.

Các sợi A có myelin và các sợi C không myelin là các sợi thần kinh ly tâm bản thể dẫn truyền cảm giác đau. Hiếm gặp các sợi ly tâm không myelin thuộc hệ thần kinh giao cảm hơn. Các đầu tận của cả thần kinh cảm giác và giao cảm phần lớn đều tận hết ở thành mạch và tham gia điều hòa vận mạch. Chúng được hoạt hóa vào giai đoạn sớm của quá trình viêm, và trên thực tế, là yếu tố khởi mào cho sự giãn mạch, khởi đầu phản ứng bảo vệ đối với tổn thương bằng cách tăng thể tích tuần hoàn và khả năng xuyên mạch tại vùng bị ảnh hưởng. Người ta cũng nhắc tới một số peptid phản ứng thần kinh ở các đầu tận thần kinh của tủy, bao gồm neurokinin, chất P, và peptid calcitonin có liên quan đến gen (CGRP).

Cả sợi thần kinh giao cảm và cảm giác đều có ảnh hưởng tới tuần hoàn tủy. Số lượng sợi thần kinh và các neuropeptid giảm dần theo tuổi, điều này giải thích sự giảm nhạy cảm ở răng người lớn và người có tuổi. Người ta cũng mô tả những biến đổi siêu cấu trúc cũng như các thay đổi của một số neuropeptid ở mèo. Các nghiên cứu hóa mô miễn dịch cho thấy có sự giảm CGRP và chất P khi xảy ra thoái hóa và mất myelin ở sợi trục. Các thay đổi có liên quan đến tuổi này làm giảm nhạy cảm của tủy và chắc chắn có ảnh hưởng tới sự điều hòa tuần hoàn tủy.

Do thần kinh giữ vai trò trung tâm trong đáp ứng mô ở tủy, quá trình sửa chữa ở răng người lớn tuổi có vẻ ít hơn so với ở người trẻ. Thần kinh cũng có ảnh hưởng trên nguyên bào ngà và sự tạo ngà. Người ta cho rằng một số sợi thần kinh tận

hết trong ống ngà, cũng có thể là các nhánh của chính các sợi thần kinh tận hết ở thành mạch của tủy. Một hiệu ứng kép như vậy có thể là một cơ chế bảo vệ sẵn có tuyệt vời, phản xạ sợi trục. Có lẽ điều này cũng giải thích những khó khăn trong việc khu trú sự đau tủy.

Hoạt động thần kinh ở tủy có thể được biến đổi nhờ các dung dịch giảm đau và epinephrine, thông qua việc giảm sự giải phóng các neuropeptid. Thậm chí epinephrine ở chỉ co nướu có thể khuếch tán xuyên qua toàn bộ chiều dày ngà răng, ít nhất là in vitro. Eugenol, một chất được cho là có tác dụng làm dịu đau tủy, thể hiện tác dụng ức chế đối với hoạt động của thần kinh cảm giác. Nó cũng làm giảm phản ứng co mạch đối với epinephrine và các chất kích thích tuần hoàn khác.

Cảm giác đau trong một khoảng thời gian ngắn khi nha sỹ bắt đầu khoan qua lớp men và đi vào lớp ngà được ghi nhận, đặc biệt là ở người trẻ. Những cố gắng để mô tả các sợi thần kinh ở ngà ngoại vi tỏ ra không thành công, và trong một thời gian dài người ta tin rằng quan sát này là do phương pháp làm không đúng.

Người ta cũng cho rằng các nguyên bào ngà có khả năng hoạt động như một thụ thể cảm giác thông qua nhú nguyên bào ngà. Tuy nhiên, người ta cũng không chắc chắn việc cùng một tế bào lại có những chức năng chuyên biệt khác nhau là tạo ngà và nhận cảm giác. Hơn nữa, hiện nay người ta công nhận một cách rộng rãi là nhú nguyên bào ngà không vượt quá một phần ba khoảng cách từ thân tế bào tới men răng và cơ sở của các cảm giác ở ngà răng là các khái niệm về thủy động học của sự dịch chuyển chất dịch.

Một chi tiết được chú ý trong suốt 150 năm qua là sự dịch chuyển dịch ở ngà răng có thể dẫn truyền xung điện thần kinh và kích thích các đầu tận thần kinh của các nguyên bào ngà. Bằng chứng thực nghiệm về thuyết thủy động học giải thích cảm giác đau của ngà, là thuyết chiếm ưu thế và được phổ biến, được đưa ra từ một loạt nghiên cứu in vivo và in vitro do Brannstrom và cộng sự thực hiện. Người ta thấy rằng kích thích lạnh gây đau hơn kích thích nóng; bởi vì khi gặp lạnh, dòng chảy dịch hướng ra ngoài do có sự co lại của các thành phần của ống ngà. Trong khi đó, khi gặp nóng, các thành phần của ống ngà nở ra và dòng chảy hướng vào trong. Các chất ngăn cản sự tuôn chảy albumin huyết thanh qua ngà hở có thể làm giảm hoặc làm mất cảm giác đau của ngà.

Đặc điểm của đau tủy là đau thành cơn, kéo dài, với mức độ thay đổi, đôi khi nhức nhối dữ dội. Đau tủy cũng bị ảnh hưởng bởi các thay đổi áp lực dòng máu khi gặp nóng. Đau ngà điển hình được mô tả là cảm giác đau nhói, trong thời gian ngắn.

CẤU TRÚC VÀ SINH LÝ CỦA NGÀ RĂNG

Thành phần khoáng hóa của cơ quan ngà tủy là một mô chiếm từ 1 đến 2µm

đường kính ống ngà. Các ống ngà ở thân răng đi từ men đến ngà, có chiều dài từ 2,5 đến 3,5mm. Chúng chứa các nhú nguyên bào ngà hay phần kéo dài của các nhú, và dịch mô. Các ống ngà có một lớp khoáng hóa cao nằm gần như suốt dọc chiều dài, đó là ngà quanh ống. Ngà quanh ống được tạo thành như một cấu trúc nguyên phát ở phần lớn ngà quanh tủy; đây là cấu trúc có mức khoáng hóa cao được hình thành trong quá trình tạo ngà. Không thấy ngà quanh ống trong phần ngà gần tủy nhất ở răng mới mọc. Đặc điểm này quan trọng trong nha khoa phục hồi, bởi vì như vậy, ở các răng được sửa soạn sâu sẽ chứa thành phần bào tương nhiều hơn là khuôn ngà khoáng hóa. Trên thực tế, khoảng 80% sàn phía tủy của sửa soạn là các lỗ mở của ống ngà.

Có thể dễ dàng phân biệt ngà quanh ống với một thành phần khoáng hóa khác của ngà răng, đó là ngà gian ống. Ngà quanh ống chứa ít collagen, trong khi đó ngà gian ống có khuôn collagen dày đặc. Ngà gian ống bị đan chéo bởi nhiều phân nhánh có kích thước khác nhau của các ống ngà. Giữa các nhánh có các mối nối. Mật độ ống ngà và kiểu phân nhánh tùy thuộc từng khu vực ngà thân răng. Càng xa ống ngà, càng thấy phân nhánh nhiều hơn.

Ở những khu vực không thuộc phần ngà nguyên phát, tức là ở phần ngà gần tủy nhất của răng mới mọc, có sự phát triển dần dần của ngà quanh ống. Ở khối ngà chính, sự phát triển của ngà quanh ống là những thay đổi có liên quan đến tuổi hoặc vì những lý do khác, ví dụ như các điều trị phục hồi, sẽ dẫn đến sự bít kín các ống ngà. Hơn nữa, các sợi thần kinh đi một đoạn ngắn vào khoảng quanh nguyên bào ngà của nhiều ống ngà ở thân răng. Chúng có ý nghĩa đối với các phản ứng quá cảm ngà và cũng có chức năng điều hòa sự phát triển của ngà quanh ống. Thêm vào đó, khoảng quanh nguyên bào ngà cũng là vị trí thích hợp đối với bất cứ sự thay đổi sinh lý nào của ngà nguyên phát trong các điều trị phục hồi. Dịch mô trong ống ngà ở ngà quanh tủy giữ vai trò quan trọng khi có bất kỳ phản ứng sinh hóa nào xảy ra.

Các ống ngà bị bít kín, được gọi là ngà xơ, có phản ứng khác đối với việc xoi mòn so với ngà lành. Điều này dẫn đến những thay đổi ở mạng lưới collagen khi tiếp xúc với acid xoi mòn. Có thể thay đổi thời gian xoi mòn để tạo được một lớp lai collagen và resin thích hợp. Độ ẩm của lớp lai quan trọng đối với sự thẩm nhập resin vào lưới collagen. Trên lâm sàng không thể kiểm soát được độ ẩm vì có sự khác biệt về tỷ lệ ống ngà-gian ống ngà, về mức độ bít kín ống ngà trên cùng một bề mặt sửa soạn.

Độ thẩm thấu của ngà là một đặc điểm quan trọng có ảnh hưởng đến mức độ phản ứng của tủy trong nhiều tình huống lâm sàng. Độ thẩm thấu của ngà thay đổi theo tuổi của răng, mức độ khoáng hóa của ống ngà, những thay đổi mô của ngà, khu vực ngà, tỷ lệ ống ngà-gian ống ngà và mọi yếu tố làm giảm dòng chảy

dịch trong ống ngà. Như vậy chắc chắn là những khác biệt lớn về số lượng ống ngà và kiểu phân nhánh ở các vùng khác nhau của ngà thân răng cũng dẫn đến những khác biệt đáng kể về độ thẩm thấu.

Mặt tiếp giáp giữa ngà thứ phát sinh lý và ngà thứ ba có cấu trúc không đều và thường không có ống ngà, tạo nên một rào chắn. Rào chắn này, tương ứng với “khoảng hyalin” ở “vùng chết”, làm giảm, có khi làm mất luôn tính thấm của ngà do các ống ngà thuộc ngà nguyên phát không đi qua mặt ngà tiếp giáp. Loại phản ứng này quan trọng đối với việc bảo vệ tủy.

Số lượng ống ngà của một vùng tùy thuộc vị trí của vùng đó. Ở ngà thân răng, thay đổi từ 8000 đến 58000/mm². Những khác biệt này quan trọng trong việc đánh giá các phản ứng sinh học đối với điều trị phục hồi. Người ta thấy số lượng ống ngà thấp nhất ở vùng ngoại vi, đặc biệt là dưới các rãnh mặt nhai, và cao nhất ở vùng sừng tủy và bề mặt trần tủy. Mức độ ẩm của ngà hở cũng phụ thuộc vào tỷ lệ ống ngà-gian ống ngà. Trên cùng một diện tích, số lượng ống ngà mở càng cao thì ngà càng ẩm ướt. Tương quan này quan trọng đối với việc dán resin vào ngà.

Những thay đổi đáng chú ý về mật độ ống ngà có một số ý nghĩa về mặt lâm sàng. Ví dụ tỷ lệ ống ngà-gian ống ngà ở đáy xoang phía tủy khác biệt rõ ràng giữa xoang nông và xoang sâu dẫn đến khả năng gây tổn thương tủy khác nhau. Tỷ lệ này cũng chịu ảnh hưởng của tuổi răng, do quá trình bồi đắp ngà quanh ống làm thu hẹp hoặc bít kín luôn các ống ngà.

Các ống ngà phân nhánh một cách khác nhau, tùy thuộc vào vị trí, và có lẽ điều này có ảnh hưởng lớn tới một số thủ thuật lâm sàng, rõ rệt trong nha khoa dán. Ở ngà thân răng, sự phân nhánh đặc trưng nhất là ở vùng ngà ngoại vi, với độ dày 250μm, ở đây người ta thấy các nhánh tận có dạng chữ Y điển hình. Các nhánh tận có kích thước tương đối lớn, đường kính khoảng 0,5 đến 1μm. Một kiểu phân nhánh khác chiếm ưu thế ở ngà thân răng là các nhánh vi quản. Đường kính của chúng chỉ khoảng 50 đến 100nm và có lẽ có vai trò quan trọng đối với những thay đổi sinh lý ở ngà răng hơn là đối với việc tăng lực dán do quá trình thẩm nhập của resin. Ở ngà chân răng, các nhánh nhỏ, đường kính từ 300 đến 700nm, chiếm ưu thế, mật độ ống ngà thấp, ví dụ mật độ ống ngà ở vùng gần rãnh mặt nhai của răng cối và răng cối nhỏ tương tự hoặc thấp hơn so với vùng cổ răng.

Ngà vùng cổ răng, nơi tiếp nối men-xê măng, thường được xê măng che phủ, tuy nhiên ở một số răng cũng có thể không thấy xê măng ở vùng này. Khác biệt giữa ngà thân và ngà chân được mô tả tương đối rõ nét. Cấu trúc của xê măng và ngà phía dưới tiếp nối men-xê măng có thể tạo nên một dạng lớp lai kém chất lượng sau khi xoi mòn bằng acid do ít hoặc không có các ống ngà và các phân nhánh.

Điều này có thể dẫn đến việc hở miếng trám, bong cement, tích lũy mảng bám, và

phát triển sâu tái phát. Việc thiếu các ống ngà và phân nhánh ở hầu hết ngà ngoại vi vùng cổ răng và sự hiện diện của xê-măng không tế bào sẽ dẫn đến hậu quả là lớp lai tương đối mỏng và không có đủ các lưu vi cơ học cho vật liệu resin lót phục hồi hoặc xi măng gắn.

Khác biệt về độ khoáng hóa

Khối ngà quanh tủy ở thân răng có độ khoáng hóa tương đối đồng nhất. Có hai vùng kém khoáng hơn những nơi khác, đó là: ngà vỏ ở sát men răng và lớp ngà có độ dày khoảng từ 150 đến 200 μ m, lớp này cách ranh giới ngà-tiền ngà một khoảng cách không nhất định tùy thuộc vào tuổi của răng, tức là vào độ dày của lớp ngà thứ phát sinh lý. Lớp này chỉ có ở ngà thân răng và tồn tại suốt đời sống của răng. Các nhà lâm sàng cần lưu ý tới độ kém khoáng hóa tương đối của ngà vỏ trong các tổn thương sâu răng có khả năng phát triển qua tiếp nối men-xê măng.

Trên các lát cắt ở răng người trẻ, khử khoáng và nhuộm màu các glycosaminoglycan, có thể thấy vùng có độ nhiễm màu khác biệt tương ứng với vùng kém khoáng hóa gần lớp tiền ngà. Có hai vùng ngà nhiễm màu nhiều hơn các vùng khác. Vùng nhiễm màu ở ranh giới tiền ngà do khuôn ngà gian ống nhiễm màu đậm đặc, điều này phản ánh sự khoáng hóa vùng gian ống ngà trong quá trình tạo ngà thứ phát sinh lý. Mức độ nhiễm màu ở tiền ngà thay đổi, có lẽ nó phản ánh kiểu khoáng từng lớp. Vùng viền nhiễm màu, nằm ở phía ngoài lớp tiền ngà tương ứng với vùng phía ngoài kém khoáng hóa hơn, trên vi xạ đồ là một vùng tối. Các thành phần của ống ngà ở vùng này nhiễm màu đậm đặc, thể hiện hoạt động trong các ống ngà ở vùng ngà quanh ống khoáng hóa nhiều để tạo ngà thứ phát.

Như vậy, có hai mặt khoáng hóa ở ngà thân răng mới mọc, một mặt ở vị trí tiếp giáp ngà-tiền ngà liên quan đến sự hình thành ngà thứ hai và có thể là cả ngà thứ ba. Mặt khoáng hóa thứ hai không rõ nét như ở ranh giới ngà-tiền ngà, nằm phía ngoại vi hơn, phản ánh sự hình thành ngà quanh ống được coi như những cấu trúc thứ phát ở răng mới mọc. Cả hai đều quan trọng đối với những thay đổi mô ở ngà răng khi can thiệp điều trị. Ở răng người lớn, hai vùng nhiễm màu đậm đặc này gần nhau hơn, cho thấy rằng trong quá trình tạo ngà thứ hai sinh lý, sự khoáng hóa ngà quanh ống không bị tụt hậu nhiều so với khoáng hóa khuôn gian ống ở ranh giới tiền ngà.

Người ta không rõ về bản chất và ý nghĩa của dải kém khoáng hóa nằm ở phần ngà gần tủy thân. Có thể dải này thể hiện lớp ngà được hình thành trong khoảng thời gian 3 đến 4 năm sau khi quá trình tạo thân răng đã được hoàn tất nhưng còn nằm trong xương hàm và chưa mọc lên. Dải ngà gian ống kém khoáng hóa này cũng có đường kém khoáng hóa ở mức độ cao, ở phần ngà quanh ống, và

được coi là cấu trúc nguyên phát. Đây có thể là vùng đặc biệt dễ tổn thương ở ngà răng người trẻ khi can thiệp điều trị do tỷ lệ ống ngà-gian ống ngà cao. Nó cũng là có tỷ lệ nước cao và phản ứng một cách đặc biệt, khó kiểm soát trong việc tạo lớp lai trong các kỹ thuật phục hồi dán. Phần ngoại vi của vùng kém khoáng hóa này, thể hiện một mặt khoáng hóa ở ngà nguyên phát, có thể có ý nghĩa về mặt lâm sàng trong việc sử dụng các vật liệu phục hồi.

Sau khi răng đã mọc lên, ngà thứ cấp sinh lý được tạo từ từ, với độ khoáng hóa trung bình, không có kiểu ngà quanh ống khoáng hóa cao như ở ngà nguyên phát. Ngà quanh ống có thể được hình thành sau, như một thay đổi liên quan đến tuổi tác, hay là hậu quả của sâu răng và các can thiệp điều trị.

Các yếu tố tăng trưởng thể hiện ở khuôn ngà. Sự giải phóng các yếu tố này trong quá trình điều trị hay quá trình tiến triển tổn thương sâu răng có thể mang lại những hiệu ứng sinh học lớn trong việc lành thương nhờ hoạt động như các phần tử báo hiệu. Các yếu tố tăng trưởng cũng có thể được giải phóng trong quá trình khử khoáng khi sâu ngà. Sự hiện diện của các phần tử hoạt động sinh học này làm nổi bật mối liên quan mật thiết giữa hoạt động tế bào và khuôn do chúng tiết ra. Có lẽ các phần tử sinh học này có vai trò quan trọng trong việc điều hòa các phản ứng tùy đối với các tổn thương, sâu răng, sửa soạn cùi, điều trị phục hồi, chúng có thể tạo cơ sở cho các hoạt động sinh học để sửa chữa mô răng.

Các khoảng gian cầu là các đảo kém hoặc không được khoáng hóa ở ngà nguyên phát, có thể thấy chúng bất kỳ chỗ nào ở ngà thân răng, thường gặp ở gần các hố rãnh và ngay sát ngà vỏ. Chưa có kết luận về ý nghĩa của chúng trong điều trị phục hồi, song chúng có thể ảnh hưởng đến quá trình vận chuyển chất dinh dưỡng ở ngà răng hoặc tác động lên hoạt động và tiến triển sâu răng.

Ngà răng ở đỉnh múi và rìa cắn có một số đặc điểm cấu trúc đặc trưng có thể quan trọng trong nha khoa phục hồi, đặc biệt ở tổn thương xoang loại IV. Các vùng trung tâm của ngà răng không được khoáng hóa có thể có hình ảnh đồng nhất với vùng đỉnh múi-rìa cắn trên xạ đồ vi thể. Tùy thuộc vị trí lát cắt qua múi răng, có thể thấy vùng ngà khoáng hóa cao bị bao bọc bởi ngà kém khoáng hóa, ngay cả ở răng lành mạnh của người trẻ. Các đặc điểm cấu trúc đặc biệt này có thể diễn tả vết tích của sự di chuyển sừng tủy ở vùng rìa cắn và đỉnh múi. Đây là những biểu hiện đa dạng bình thường về cấu trúc, không liên quan đến những thay đổi trong mòn răng. Chúng có thể thể hiện những vùng dễ tổn thương trong khi xử lý các răng cửa bị gãy cũng như trong quá trình phát triển và điều trị các tổn thương xoang loại IV bởi sự hiện diện của một đường dẫn thuận lợi đến tủy răng.

NHỮNG ĐIỂM CẦN LƯU Ý

Các hoạt động sinh học trong nha khoa phục hồi đòi hỏi kiến thức về cấu trúc

bình thường và chức năng sinh lý của ngà và tủy, bao gồm cả các thay đổi liên quan đến tuổi. Bài viết này nêu bật một số đặc điểm được cho là có ý nghĩa về lâm sàng, bàn luận một cách ngắn gọn những thay đổi mô liên quan đến tổn thương, tuổi, mòn, và các quá trình bệnh lý ảnh hưởng đến ngà và tủy, xảy ra như là kết quả của các diễn tiến lâm sàng thường gặp, sẽ được đề cập một cách chi tiết hơn trong một loạt bài của báo.

26. PHÂN LOẠI CHẤT LẤY DẤU VÀ ALGINATE

có nhiều loại chất lấy dấu, alginate thuộc loại chất lấy dấu đàn hồi, hay sử dụng nhất, có độ chính xác cao.

1. phân loại:

- loại cứng:

+ thạch cao: dùng lấy dấu hàm toàn bộ hoặc hàm mất răng lẻ tẻ không có vùng lẹm.

+ eugenol - oxyt kẽm: lấy hàm toàn bộ không có vùng lẹm.

+ hợp chất nhiệt dẻo: lấy dấu cùi răng với khâu đồng, làm vành khít thìa cá nhân trong hàm toàn bộ.

- loại đàn hồi:

+ alginate: lấy dấu cho hàm mất răng từng phần, cho hàm chỉnh hình răng mặt.

+ agar - agar: lấy dấu hàm mất răng từng phần, lấy dấu răng giả cố định, lấy dấu cho mẫu thạch cao.

+ cao su polysulfat: lấy dấu làm răng giả cố định.

+ cao su poly siloxane: lấy dấu làm răng giả cố định.

+ cao su poly vinyl: lấy dấu làm răng giả cố định.

+ cao su poly ether: lấy dấu một đoạn ngắn 2-3 răng làm phục hình cố định.

2. alginate:

- là chất lấy dấu nhất hiện nay, được chế tạo từ rong biển.

- đóng gói: dạng bột. khi lấy dấu trộn bột với nước lã.

- ưu điểm: dễ sử dụng, rẻ tiền, độ chính xác tương đối.

- nhược điểm:

+ do độ chính xác không cao (so với silicone) nên thường dùng lấy dấu sơ khởi.

+ có sự thay đổi kích thước ở ngoài miệng do đó phải đổ mẫu ngay sau khi lấy dấu.

kết luận: alginate có thể lấy dấu chính xác nếu trộn đúng tỷ lệ nước / bột và đổ mẫu ngay.

27. VIÊM NHIỄM MIỆNG - HÀM MẶT

I. Đại cương

- Ở Việt Nam, viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt là loại bệnh thường gặp ở bất cứ lứa tuổi nào. Bệnh cảnh lâm sàng có thể nhẹ, nên việc chẩn đoán và điều trị đơn giản, tuy nhiên cũng có nhiều trường hợp chẩn đoán khó và điều trị phức tạp, thậm chí có thể dẫn đến những biến chứng nặng, nguy hiểm đến tính mạng nếu không chẩn đoán đúng và xử trí kịp thời. Có nhiều nguyên nhân dẫn đến viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt, nhưng ở bài này chúng ta chỉ kể đến nguyên nhân do răng, vì đây cũng là nguyên nhân hàng đầu gây nên viêm nhiễm ở vùng miệng - hàm mặt mà chúng ta thường gặp trong bệnh viện và ở cộng đồng.
- Mặc dù trong những năm gần đây với đà phát triển của nền kinh tế - xã hội, đời sống của nhân dân ngày càng được nâng cao về vật chất lẫn tinh thần, cùng với sự tiến bộ lớn về phòng bệnh và chữa bệnh răng miệng, song viêm

nhễm cấp và mãn tính do răng vẫn còn là vấn đề quan tâm lớn của các thầy thuốc chuyên khoa Răng - Hàm - Mặt và của toàn xã hội.

II. Nhắc lại giải phẫu

- Tổ chức tế bào là tổ chức liên kết lỏng lẻo, gồm những bó sợi keo, sợi chun, và những tế bào liên kết tự do, tất cả xen kẽ nhau. Những vùng tổ chức mỡ gồm có những tế bào mỡ rất lớn, hình cầu hay đa diện, làm thành những thùy hay đám, được ngăn cách bởi những vách tổ chức liên kết xơ. Những mạch máu nhỏ và hệ thống lâm ba trong vùng hợp thành tổ chức liên kết hoàn chỉnh. Hệ thống bám của cơ - cân vào mặt ngoài hay mặt trong xương hàm trên và hàm dưới, ngăn thành những vùng trong đó có tổ chức tế bào. Tổ chức tế bào này thông thương với nhau mặc dầu có những vách ngăn cân - cơ, do đó viêm nhiễm từ vùng này dễ lan rộng sang những vùng khác. Những vùng thường bị viêm nhiễm như: Vùng má, vùng sàn miệng, vùng cằm, vùng tuyến mang tai.

1. Vùng má ở trước bờ trước cơ cắn

- Gồm những cơ bám da mặt, giữa các cơ là những khoang tổ chức liên kết lỏng lẻo, nơi hay hình thành áp xe má. Tổ chức tế bào mỡ của má thông với hố thái dương và cung tiếp.

2. Vùng sàn miệng

- Hình thành bởi phần mềm đóng kín khoang miệng ở phía dưới gồm những vùng quan trọng nằm trên và dưới cơ hàm - móng như vùng dưới hàm (dưới hàm-móng), vùng dưới lưỡi (trên hàm-móng) và vùng dưới cằm.

3. Vùng cằm

- Đi từ cung tiếp đến bờ dưới xương hàm dưới, ở phía trước là bờ trước cơ cắn, ở phía sau là bờ sau cánh lên xương hàm dưới.
- Phía sau vùng cằm thông với vùng mang tai, phía trong với khoang bên hầu, phía trên với hố thái dương nông và sâu. Về phương diện giải phẫu, hố chân bướm hàm và hố dưới thái dương được mô tả thành từng thể riêng, nhưng vì cùng nằm chung trong một vùng sau hàm, thường bị viêm nhiễm do răng, nên về bệnh lý được mô tả chung là áp xe hố chân bướm-hàm.

4. Vùng mang tai

- Thành sau là bờ trước cơ ức-đòn-chũm và xương chũm.
- Thành trước là bờ sau của cánh lên xương hàm dưới.

- Thành trong: Giữa cân liên cơ chân bướm và dây chằng trâm - hàm có một khe làm thông vùng mang tai với khoang bên hầu, qua khe này tuyến mang tai kéo dài vào khoang bên hầu.
- Thành trên tương ứng với ống tai ngoài.
- Thành dưới là giải hàm đi từ cơ ức-đòn-chũm tới góc hàm, ngăn vùng mang tai và vùng dưới hàm.
- Các thành phần giải phẫu có trong vùng mang tai
 - Tuyến mang tai, ống Sténon, cơ cắn, xương hàm dưới, cơ chân bướm trong, thành hầu vùng amidan, cơ ức - đòn - chũm, cơ nhị thân, cơ trâm móng, dây chằng trâm móng, dây chằng trâm hàm, cơ trâm lưỡi, cơ trâm hầu.
 - Mạch máu và thần kinh mặt đi qua những thành phần nói trên.

III. Nguyên nhân

1. Do răng

- Trước hết là những biến chứng do sâu răng, viêm tủy, tiếp theo là viêm tổ chức quanh chóp răng. U hạt và nang răng hình thành quanh chóp răng sớm hay muộn cũng bị viêm, và từ đó viêm lan rộng đến tổ chức tế bào và phần mềm.
- Sang chấn răng (gây rạn nứt, đứt gãy, sai khớp, gãy) làm tủy răng bị chết sau đó bị nhiễm khuẩn.
- Tai nạn do mọc răng sữa, răng vĩnh viễn, nhất là răng khôn (mọc lệch, mọc ngầm).

2. Do viêm nha chu nhất là khi có túi mủ, vi khuẩn xâm nhập trực tiếp vào tổ chức tế bào

3. Do điều trị

- Điều trị tủy răng, đẩy tổ chức tủy nhiễm khuẩn qua chóp răng, hàn ống tủy răng chưa tốt.
- Lấy cao răng
- Nhổ răng: nhiễm khuẩn sau nhổ hoặc nhiễm khuẩn do sang chấn làm rách lợi, tổn thương xương ổ răng.
- Tai biến do làm răng hàm giả: mài răng làm tổn thương răng sống, tháo lắp hàm giả gây sang chấn.
- Tai nạn do chỉnh hình răng: lực kéo quá mạnh làm răng bị chết tủy.
- Phẫu thuật nha chu, phẫu thuật hàm mặt, phẫu thuật chỉnh hình.

4. Những nguyên nhân khác

- Viêm tủy xương hàm, vi khuẩn lan vào phần mềm.
- Gãy xương hàm, nhất là gãy hở thông với miệng hoặc đường gãy đi qua răng nhiễm khuẩn.
- Vết thương phần mềm hàm mặt làm rách nát tổ chức, vết thương chột, dị vật nằm trong tổ chức.
- Nhiễm khuẩn tuyến nước bọt: viêm tuyến nước bọt, sỏi tuyến, sỏi ống tiết nước bọt gây nhiễm khuẩn. Từ nhiễm khuẩn tuyến hay ống tiết nước bọt gây nhiễm khuẩn phần mềm tương ứng.
- Nhiễm khuẩn da và niêm mạc như viêm nang lông, viêm da, viêm miệng, nhọt ở mặt (nhiễm tụ cầu khuẩn nặng, đờn râu). Đờn râu có thể gây nhiễm khuẩn nặng.
- Nhiễm khuẩn amidan có thể gây áp xe khoang bên hầu hay quanh amidan.
- Viêm xoang hàm trên biến chứng gây viêm xương hàm và sau đó nhiễm khuẩn phần mềm. Tai nạn do kỹ thuật chọc xoang gây nhiễm khuẩn vào các vùng quanh hàm.
- Tai nạn do gây tê: thuốc tê, dụng cụ không vô khuẩn.

IV. Triệu chứng lâm sàng

1. Thể cấp tính

- Thường tiến triển qua hai giai đoạn

1.1. Viêm thanh dịch

- Đây là giai đoạn đầu của viêm mô tế bào (thường kéo dài từ 1 đến 3 ngày).

1.1.1. Về phương diện giải phẫu bệnh

- Có sự co tiểu động mạch tại vùng viêm, sự co mạch này chỉ thoáng qua rất ngắn.
- Tiếp theo là sự giãn mạch thứ phát, kéo dài làm tăng lưu lượng máu tại chỗ (huyết tương, bạch cầu xuyên mạch, thấm vào tổ chức liên kết xung quanh, tuần hoàn tại chỗ chậm lại, gây phù nề tại vùng viêm).

1.1.2. Về phương diện lâm sàng

- Tại chỗ
 - Đau tại răng nguyên nhân và lan ra xung quanh, bệnh nhân có cảm giác đau giật như mạch đập.
 - Lợi vùng răng đau: sưng đỏ, phù nề

- Tổ chức vùng này sưng nề làm đầy các rãnh tự nhiên, xóa các gờ xương, giới hạn không rõ, da căng đỏ, mật độ chỗ sưng cứng chắc, nhiệt độ tăng, hạn chế cử động của các cơ bám da.
 - Có thể gây biến dạng khuôn mặt, co cứng hàm tạm thời.
- Nếu ở sàn miệng thì làm cho lưỡi khó cử động.
- Toàn thân: Sốt nhẹ khoảng 38 – 39 °C, mạch nhanh, người mệt mỏi, có thể có hạch dưới hàm bên sưng .

1.2. Viêm mủ (áp xe)

- Đây là giai đoạn tiếp theo của viêm thanh dịch

1.2.1. Về phương diện giải phẫu bệnh

- Những ổ mủ được hình thành, mủ có màu vàng xanh, thối hoặc không, đặc, dính, lúc đầu các ổ mủ này rải rác sau gom tụ lại thành ổ mủ lớn, sự tụ mủ là do sự xung đột giữa vi khuẩn và hệ thống bảo vệ tế bào (trong ổ áp xe gồm có mảnh vụn tế bào, vi khuẩn, đại thực bào ...).

1.2.2. Về phương diện lâm sàng

- Tại chỗ
 - Vùng răng nguyên nhân vẫn đau.
 - Lợi xung quanh vùng răng đau đỏ, phù nề, có mủ chảy ra khi ta ấn vào
 - Vùng sưng đã khu trú rõ, da bề mặt căng bóng, có màu đỏ hay trắng,
 - Sờ vào chỗ sưng rất đau, không di động, dính vào bề mặt niêm mạc và sâu, khi ta ấn ngón tay vào thì để lại vết lõm, hoặc khi ta khám bằng hai ngón tay có dấu hiệu chuyển sóng (cảm giác có dịch bên dưới). Có thể vẫn còn co cứng hàm tạm thời.
- Toàn thân: Sốt nhẹ 38°C, người mệt, có thể có hạch dưới hàm cùng bên.

2. Thể mạn tính

2.1. Nguyên nhân

- Thường do vi khuẩn yếu, do điều trị không đúng hay dùng kháng sinh không hợp lý.

2.2. Lâm sàng

- Đây là một ổ mủ nhỏ, xung quanh là tổ chức hạt, được bao bọc ngoài cùng là lớp vỏ xơ keo.
- Được biểu hiện:

- Nổi hòn (hay một cục tròn, bầu dục) trên da, mật độ chắc, da phủ trên bề mặt nhẵn, màu sắc bình thường hoặc thâm tím, sờ không đau, dính vào da hoặc chỉ thấy một dải cứng nổi lên chạy dài từ ổ viêm đến răng nguyên nhân.
- Hoặc thấy một lỗ rò ra ngoài da, niêm mạc hay ngách lợi ở răng nguyên nhân thường xuyên chảy nước vàng hoặc mủ trắng không hôi.

V. Tiến triển

- Mủ có thể vỡ và dò ra ở da, niêm mạc, ngách lợi, vòm miệng, sàn miệng. Các triệu chứng lâm sàng biến mất, bệnh nhân có cảm giác khỏe, nhưng sau một thời gian lại tái phát lại hay dẫn đến các biến chứng.

VI. Biến chứng

- Nếu viêm mô tế bào cấp không được điều trị có thể dẫn đến những biến chứng sau:
 1. Viêm tấy lan tỏa Viêm lan tỏa cả một vùng tế bào rộng lớn.
 2. Viêm xương tủy hàm
 3. Viêm khớp, viêm màng tim, thận
 4. Viêm khớp thái dương hàm
 5. Viêm cơ nhai
 6. Nhiễm khuẩn máu
 7. Tử vong

VII. Các thể lâm sàng thường gặp

1. Viêm mô tế bào khu trú nông

- Nguyên nhân thường do răng và thương tổn tổ chức quanh răng, áp xe chỉ khu trú nông cạnh răng hay quanh xương hàm ở một vùng giải phẫu nhất định. Việc điều trị không phức tạp và chóng khỏi, tên gọi của thể viêm phụ thuộc vào tên gọi của vùng giải phẫu.

1.1. Áp xe quanh chóp (cuống) răng

- Áp xe quanh chóp răng còn gọi là áp xe ổ răng, thường bắt đầu tại vùng quanh chóp răng, nguyên nhân do tủy chết hay tủy hoại tử. Áp xe có thể hình thành ngay sau khi tủy bị thương tổn, hay sau một thời gian bị sang chấn, áp xe tụ quanh chóp nhưng có thể tiến triển dưới màng xương, trên màng xương, vào phần mềm.
- Lâm sàng

- Giai đoạn cấp tính có phản ứng toàn thân, sốt, sưng to quanh vùng chân răng đau.
- Trước khi hình thành áp xe, chỉ sưng tổ chức quanh răng, sờ thấy một mảng cứng, bệnh nhân rất đau. Khi mủ đã hình thành, xuyên qua màng xương vào phần mềm, niêm mạc tiền đình, thì có dấu hiệu chuyển sóng hay ấn lõm.
- Xử trí
 - Trong giai đoạn mới sưng cứng nên súc miệng nước ấm, đắp gạc ấm, dùng kháng sinh. Khi áp xe đã hình thành, phải rạch dẫn lưu áp xe ở điểm thấp nhất. Nếu áp xe dưới màng xương, phải rạch qua màng xương, nếu áp xe đã qua màng xương vào phần mềm, tiền đình hoặc mặt trong xương hàm thì chọn chỗ rạch dẫn lưu ở điểm chuyển sóng, rạch nông (đứt niêm mạc) sau đó luồn kẹp cầm máu đầu tù mở rộng ổ mủ. Tránh làm thương tổn những thành phần giải phẫu quan trọng.
 - Đối với răng cần cân nhắc, nếu không bảo tồn được hoặc do không thể rạch được qua xương thì chỉ định nhổ chỉ có nhổ mới dẫn lưu được mủ khu trú trong ổ răng, ngay cả nhổ nóng dưới sự bảo vệ của kháng sinh. Nhổ răng chậm, nhiễm khuẩn sẽ lan rộng vào tổ chức và có thể gây nên nhiễm độc toàn thân hoặc gây viêm xương.
 - Trong một số trường hợp đặc biệt, mủ đáng lẽ tiến triển ra da, thì lại luồn vào dưới niêm mạc xơ của lợi gây nên áp xe dưới lợi và sau đó mủ sẽ rò ra mặt ngoài hay mặt trong của xương hàm.

1.2. Áp xe quanh thân răng

- Áp xe quanh thân răng gặp ở bất cứ lứa tuổi nào, thông thường là ở tuổi thơ ấu, thanh thiếu niên, liên quan đến thời kỳ mọc răng. Răng khôn hàm dưới hay gây áp xe quanh thân răng. Triệu chứng điển hình là viêm hạch, co khít hàm, đau ở vùng răng số 8 dưới. Triệu chứng toàn thân: sốt, khó nuốt, sưng nề vùng dưới hàm và vùng amidan, bên hầu. Sờ các vùng này bệnh nhân rất đau.
- Khám tại chỗ, thường có lợi trùm che một phần hay toàn bộ mặt nhai. Thăm khám bằng thám trâm đầu tù có thể chạm vào mặt nhai dưới lợi. Sau khi đã qua triệu chứng viêm cấp, phải điều trị triệt để:
- Nếu răng khôn mọc ngầm hay mọc lệch, không thể mọc khỏi cung hàm thì chỉ định nhổ.
- Nếu răng khôn mọc thẳng hoặc cần dùng làm trụ cho cầu răng, hay nếu răng hàm lớn thứ 1, 2 bị sâu, viêm tủy, tiên lượng phải nhổ thì có thể chỉ

cắt lợi trùm và giữ răng khôn. Phải cắt bỏ toàn bộ lợi phủ, bộc lộ hoàn toàn mặt nhai. Sau khi cắt lợi trùm nhét gạc tẩm iốt, hay loại băng phẫu thuật, trong 7 ngày để lợi cắt liền sẹo và không phủ trở lại thân răng.

- Khi đã có chỉ định nhổ răng khôn thì không nên để kéo dài quá vì có thể gây viêm trở lại hoặc gây viêm xương. Nên nhổ ngay sau khi đã qua giai đoạn cấp tính.
- Thông thường răng khôn trên ít gây biến chứng, nhưng nếu gây biến chứng thì cách xử trí cũng như răng khôn dưới.

1.3. Áp xe tổ chức quanh răng

- Áp xe quanh răng cấp thường do viêm quanh răng mạn tính gây ra, có thể do răng chết tuỷ hoặc sang chấn khớp cắn. Nhiễm khuẩn bắt đầu từ lợi lan xuống một hoặc nhiều chân răng.
- Thời kỳ cấp tính thường bất chợt, với triệu chứng đau dữ dội, niêm mạc và màng xương quanh chân răng bị viêm, lợi bị bong ra.
- Xử trí: để giảm đau phải rạch dẫn lưu áp xe chỗ thấp nhất, hoặc chỗ có dấu hiệu chuyển sóng. Rạch qua tổ chức mềm, tới chân răng đã bị bộc lộ. Nếu chân răng đã bị bộc lộ quá 1/3 thì nên nhổ. Nếu răng còn chắc và xương ổ răng còn bình thường thì có thể bảo tồn. Chữa bảo tồn gồm có rạch dẫn lưu mủ, nạo sạch tổ chức hạt ở bề mặt chân răng.

1.4. Áp xe má

- Lâm sàng:
 - sưng ở thấp, dưới mép và không quá bờ nền xương hàm dưới.
 - Rãnh mũi - má sưng đầy.
- Răng nguyên nhân
 - Thường là răng hàm nhỏ, răng hàm lớn dưới và trên. Nếu là răng nanh thì sưng nề cả mi mắt dưới.
- Khám trong miệng:
 - Vùng tiền đình dưới sưng thành hình chùy, đầu sau thon nhỏ dần tới lợi trùm răng khôn, còn đầu chùy phình to thì chạm răng hàm nhỏ. Dấu hiệu đặc trưng của bệnh: khi ấn vào chỗ má sưng thì mủ xuất hiện dưới lợi trùm răng khôn. Vì ổ mủ tụ ở xa răng nguyên nhân (răng khôn) nên áp xe má còn gọi là áp xe di cư tiền đình dưới hay áp xe cơ mút - hàm.
- Tiến triển:
 - Từ răng (răng khôn) ổ nhiễm khuẩn có thể lan đến tiền đình miệng, qua chỗ bám sau của cơ mút vào vùng cơ cắn, qua mặt trong xương

hàm vào vùng trên móng, qua bờ sau cơ hàm - móng vào vùng dưới hàm.

- Xử trí:
 - Rạch dẫn lưu theo đường trong miệng hoặc ngoài miệng (ít dùng). Đường trong miệng: gây tê, rạch 1 - 2 cm vào chỗ phồng lớn nhất, qua niêm mạc, luồn kẹp cầm máu vào ổ mủ, mở rộng kẹp để mủ thoát ra, rồi dẫn lưu bằng lam cao su.
 - Đường ngoài miệng: gây tê dọc đường rạch. Rạch 1 - 2 cm, chỉ rạch qua lớp da để tránh thương tổn các nhánh của thần kinh mặt. Luồn kẹp để mở ổ mủ như trên.

1.5. Áp xe môi trên và môi dưới - cằm

- Hàm trên
 - Các răng cửa là răng bệnh lý. Áp xe tụ mủ ở nền mũi hay vách ngăn mũi.
- Hàm dưới
 - Mủ ở dưới cơ chỏm - cằm làm thành áp xe cằm. Mủ ở trên cơ chỏm - cằm làm sưng nề môi dưới. Khối răng cửa là răng bệnh lý.
- Xử trí: rạch dẫn lưu đường tiền đình trong miệng, điều trị bảo tồn hoặc nhổ răng nguyên nhân.

1.6. Áp xe vòm miệng

- Chân răng trong của răng hàm lớn và răng hàm nhỏ thường là răng nguyên nhân. Cũng có khi cả răng cửa bên. Vòm miệng không có tổ chức tế bào mà chỉ có niêm mạc xơ, cho nên áp xe tụ ở dưới màng xương, làm phồng niêm mạc lên như "mặt kính đồng hồ". Ở bờ lợi - thân răng cũng có thể hình thành áp xe dưới màng xương, nhất là ở trẻ em. Đó cũng là thể áp xe dưới lợi - màng xương.
- Xử trí: mở dẫn lưu. Trái với nguyên tắc cổ điển là mở dẫn lưu ở điểm phồng nhất, mà ở đây phải rạch song song với cổ răng, là nơi thấp nhất. Luồn kẹp, mở ổ mủ. Có thể dẫn lưu bằng mảnh gạc tẩm iốt vào đường rạch để tách 2 mép, làm thoát mủ. Rút gạc sau 48 giờ.

1.7. Áp xe vùng sàn miệng (viêm tấy sàn miệng Ludwig)

- Bệnh sinh
 - Thường do nhiễm khuẩn răng hàm lớn, nhất là răng khôn dưới, viêm xương, gãy xương hàm dưới, sỏi nước bọt, lan tràn áp xe từ các vùng

kế cận như áp xe vùng dưới lưỡi, áp xe vùng mang tai, áp xe tuyến dưới hàm, áp xe hạch.

- Vùng dưới hàm được xem như nơi gây nhiễm khuẩn quanh hàm, vì thông với các vùng xung quanh: dưới lưỡi, dưới cằm, hố thái dương, khoang bên hầu, vùng mang tai.
- Lâm sàng
 - Giai đoạn đầu:
 - Đau nhiều dưới góc hàm, mặt trong xương hàm dưới, nuốt đau, nước bọt chảy nhiều, có thể gây khít hàm. Sưng sớm ở dưới góc hàm, sau lan ra cả vùng.
 - Giai đoạn toàn phát:
 - Dấu hiệu ngoài miệng: sưng to vùng dưới hàm, góc hàm, lan xuống xương móng, phía trên lan lên má (phần dưới), phía trước đến vùng dưới cằm, phía sau đến vùng bên cổ. Lõm bờ xương hàm dưới bị xóa.
 - Sưng nề thành một khối với xương hàm, mật độ chắc, sau đó mềm, lún. Da có màu đỏ sẫm hay trắng, căng bóng. Ấn vào vùng dưới hàm và góc hàm rất đau.
 - Dấu hiệu trong miệng: khám trong miệng thường khó, vì co khít hàm nhiều. Có thể thấy niêm mạc và rãnh bên lưỡi vùng răng hàm lớn sưng nề xung huyết, sưng đầy sàn miệng, đẩy lưỡi lên trên và ra sau. Sờ thấy mềm lún hoặc chuyển sóng ở niêm mạc phần sau của sàn miệng, mặt trong xương hàm. Trụ trước amidan xung huyết. Niêm mạc phần trước sàn miệng bình thường.
 - Dấu hiệu chức năng: khít hàm, ăn nuốt khó, lưỡi cử động hạn chế. Đau tự phát vùng dưới hàm, lan ra sau, lên tai, đau khi nhai. Tình trạng toàn thân suy yếu, sốt cao, mạch nhanh, mất ngủ. Quá trình làm mủ thường tiến triển vào vùng dưới lưỡi, dưới cằm.
- Xử trí: mở dẫn lưu theo đường ngoài da.
 - Dẫn lưu bằng ống cao su, cố định vào da .
 - Phối hợp điều trị kháng sinh.

2. Viêm mô tế bào khu trú các vùng sâu

2.1. Áp xe vùng cơ cắn

- Bệnh sinh

- Nhiễm khuẩn của hai răng hàm lớn dưới và nhất là răng khôn. Cũng có khi do răng hàm lớn trên.
- Do kỹ thuật gây tê thần kinh răng dưới không vô khuẩn.
- Do gãy xương hàm dưới, nhất là khi đường gãy đi qua răng khôn bị nhiễm khuẩn.
- Mủ có thể tụ sâu giữa cơ cắn và xương, hay nông giữa cơ cắn và da.
- Lâm sàng
 - Đặc điểm của áp xe vùng cắn là khít hàm nhiều, đau và sưng. Những dấu hiệu lâm sàng rõ ràng nhất từ 3 - 7 ngày sau khi khởi bệnh.
 - Sưng cả ngoài và có thể cả trong miệng .
 - Ngoài miệng:
 - sưng từ góc hàm tới cung tiếp, cứng. Sưng lan xuống góc hàm tới vùng dưới hàm và đường giữa. Nếu áp xe nông giữa cơ cắn và da, thì sờ có dấu hiệu mềm lún hay chuyển sóng. Da căng, bóng, đỏ sẫm. Sưng có thể lan ra trước tới vùng má, lan ra sau tới vùng mang tai.
 - Trong miệng:
 - khó khám vì khít hàm. Nếu mủ tụ sâu giữa cơ cắn và cạnh lên xương hàm dưới, thì niêm mạc bờ trước cạnh lên nề, xung huyết, ấn lõm. Niêm mạc thành bên hầu trước amidan nề đỏ, còn sau amidan thì vẫn bình thường (phân biệt với áp xe thành bên hầu: sưng nề toàn bộ niêm mạc).
 - Vùng dưới lưỡi cũng có thể bị sưng.
 - Đau: có thể đau dữ dội, lan lên tai. Có thể khó nuốt.
 - Tình trạng nhiễm khuẩn toàn thân, sốt, mệt mỏi.
- Xử trí
 - Rạch dưới và song song với góc hàm khoảng 3 - 4cm. Vì sưng to vùng góc hàm nên khó xác định chính xác bờ xương và góc hàm, vì thế, khoảng cách đường rạch đối với xương nên lớn hơn bình thường một ít. Qua da, cơ bám da, luồn kẹp cầm máu lên trên, ra trước vào vùng cắn, nếu là ổ mủ sâu, thì luồn kẹp chạm xương, tách các thớ cắn cắn, đi sát xương để mở ổ mủ. Băng rộng kẹp, dẫn lưu mủ bằng ống cao su.
 - Đường trong miệng: chỉ định khi áp xe tiến triển vào sâu, giữa cơ cắn và cạnh lên phồng niêm mạc bờ trước cạnh lên. Gây tê dọc niêm mạc bờ trước cạnh lên. Rạch niêm mạc bờ trước cạnh lên, dài khoảng 2cm, từ trên xuống dưới về phía xương. Luồn kẹp cầm máu vào giữa mặt ngoài xương và cơ cắn để vào ổ mủ. Không chọc kẹp vào sâu

quá để không làm tổn thương màng xương và gây nhiễm khuẩn vào các vùng kế cận. Dẫn lưu bằng ống cao su hay mảnh cao su (cố định vào niêm mạc) Cần phải tránh làm thương tổn những thành phần quan trọng trên khi phẫu thuật dẫn lưu mủ.

2.2. Áp xe vùng mang tai

- Bệnh sinh
 - Do răng hàm dưới và có khi do răng hàm lớn trên.
 - Do viêm mủ tuyến mang tai (thường gặp).
 - Do viêm hạch trong tuyến mang tai.
 - Do lan tràn nhiễm khuẩn từ các vùng kế cận đến (như vùng cằm, thái dương...), hay do sang chấn trực tiếp gây cản lên xương hàm dưới.
- Lâm sàng
 - Triệu chứng khởi đầu ít rõ, sưng nề vùng mang tai, trước và dưới ống tai ngoài, sau đó sưng lan rộng cả bên mặt, làm cho nề mi và mắt bị khép lại.
 - Rãnh giữa bờ trước xương chũm và bờ sau vành lên bị sưng dày, ấn lõm và đau. Da vùng sưng căng, bóng, đỏ.
 - Khám trong miệng: khít hàm, xung huyết niêm mạc má, có khi sưng sau trụ thành bên hầu.
 - Có dấu hiệu nhiễm khuẩn toàn thân.
- Chẩn đoán phân biệt
 - Viêm tuyến mang tai và áp xe tuyến: mủ chảy qua ống Stenon khi ấn vào vùng mang tai.

2.3. Viêm mô tế bào tỏa lan (cellulite diffuse) hay phlegmon tỏa lan (phlegmon diffuse)

- Phlegmon tỏa lan là một thể viêm tổ chức tế bào cấp, có đặc điểm lan tỏa rất nhanh và hoại tử tổ chức không giới hạn, không gây áp xe tụ mủ rõ rệt, do độc tố mạnh của vi khuẩn tác động trên một cơ thể và tổ chức tại chỗ kém đề kháng

VIII. Chẩn đoán

- Viêm mô tế bào do răng thường không khó.

1. Hỏi tiền sử

- Thường trước đó đã có đau răng, viêm nha chu hay mới mọc răng.

2. Khám lâm sàng

- Thấy ở hàm răng tương ứng với vùng bị sưng có răng sâu lớn chết tủy, hay răng bị đổi màu do một lý do nào đó, răng có thể hơi lung lay, gõ dọc, ngang rất đau; hoặc răng khôn mới mọc, mà bị mọc lệch, hay bị lợi phủ lên trên.

3. Khám cận lâm sàng

- Chụp X Quang: có thể thấy răng khôn dưới ngàm, lệch, hoặc dưới chân răng nguyên nhân có những u hạt hay nang; tiêu xương ổ răng của một hay nhiều răng.

IX. Nguyên tắc điều trị

- Khám tỉ mỉ lâm sàng, cận lâm sàng, chỉ định điều trị là những quá trình liên quan mật thiết với nhau.

1. Khám lâm sàng

- Trong viêm mô tế bào do răng, khám lâm sàng có giá trị rất quan trọng để định bệnh đúng và chỉ định điều trị đúng. Tìm hiểu lịch sử bệnh, thường sẽ thấy bệnh liên quan đến một nguyên nhân cụ thể về răng, mô quanh răng.
- Khám thực thể ngoài miệng, trong miệng, định khu vùng sưng, vùng thâm nhiễm, những rối loạn chức năng nhai, nói, nuốt, khít hàm... mức độ thương tổn giải phẫu bệnh để xác định chẩn đoán .

2. Cận lâm sàng

- Cần làm những xét nghiệm chủ yếu

2.1. Cấy vi khuẩn

- Phân lập các loại vi khuẩn gây bệnh là rất quan trọng, nhất là trong trường hợp vi khuẩn kháng lại các loại thuốc kháng sinh thông thường, có thể phân lập các vi khuẩn hiếu khí, kỵ khí, cả nấm nếu có điều kiện.

2.2. Làm kháng sinh đồ

- Trong điều kiện có thể, ở các bệnh viện cùng với việc cấy vi khuẩn, cần làm kháng sinh đồ và xem đó như là một nguyên tắc thông thường trong quy tắc điều trị viêm nhiễm, vì mỗi loại vi khuẩn nhạy cảm với từng loại kháng sinh. Trong trường hợp không có điều kiện làm kháng sinh đồ thì nên dùng loại kháng sinh có phổ rộng và theo những nguyên tắc về sử dụng hợp lý thuốc kháng sinh.

- Việc sử dụng kháng sinh ngoài những nguyên tắc, cần phải dựa vào kinh nghiệm. Dùng kháng sinh kịp thời, đúng liều lượng là rất quan trọng để dập tắt quá trình viêm và ngăn ngừa các biến chứng.
- Về liều lượng, nguyên tắc chung là sử dụng liều mạnh, phối hợp, dựa vào kinh nghiệm và dấu hiệu tiến triển lâm sàng.

2.3. Cấy máu

- Cần làm trong tất cả những trường hợp nhiễm khuẩn nặng, nhất là trường hợp nghi ngờ là nhiễm khuẩn máu, người bệnh có dấu hiệu nhiễm độc, hoặc khi mọi phương pháp điều trị trước tỏ ra ít hiệu quả. Phải cấy máu trước khi điều trị kháng sinh.

2.4. Chụp X quang

- Cần thiết để xác định đúng rằng nguyên nhân. Nếu bệnh nhân há được miệng phải chụp phim ngoài miệng như chụp hàm chéch đối với răng hàm dưới.

3. Điều trị chung

- Trong trường hợp sốt cao hoặc trong trường hợp bệnh nhân đau không uống được nước, có thể đưa đến tình trạng mất nước, cần phải bù nước, vitamin, đường, theo đường tĩnh mạch.
- Dùng kháng sinh phải duy trì cho đến khi hết dấu hiệu lâm sàng (nếu là nhiễm khuẩn máu phải tiếp tục dùng kháng sinh và theo dõi, khi nào cấy máu âm tính thì mới chấm dứt).
- Dẫn lưu nên dùng ống cao su, mảnh cao su và nên băng lỏng để thoát dịch dễ dàng, thay băng khi dịch thấm bẩn băng, bơm rửa qua ống dẫn lưu hay đường rạch bằng các dung dịch: oxy già, nước muối sinh lý, dung dịch kháng sinh. Bơm rửa một hay nhiều lần trong ngày tùy theo mủ, dịch tiết nhiều hay ít cho đến khi hết dịch, mủ.

4. Vấn đề nhổ răng nguyên nhân

- Có những ý kiến khác nhau, có tác giả chủ trương nên nhổ ngay răng nguyên nhân gây ra viêm vì vừa loại trừ nguyên nhân, vừa dẫn lưu qua ổ răng. Tuy nhiên có nguy cơ gây nhiễm khuẩn lan tràn, mặt khác việc dẫn lưu qua ổ răng chỉ dễ đối với những viêm nhiễm tại chỗ, còn khi viêm nhiễm lan rộng thì rất hạn chế. Hơn nữa khi viêm nhiễm do các răng hàm lớn thường gây ra khít hàm nên không thể nhổ răng được. Vì vậy, việc nhổ răng ngay chỉ áp dụng được trong một số trường hợp.

- Để đề phòng nhiễm khuẩn lan tràn, nhiều khi rất nặng như nhiễm khuẩn huyết, viêm tắc tĩnh mạch... chỉ nên nhổ răng sau khi đã dùng kháng sinh 1-2 ngày và sau khi đã rạch dẫn lưu mủ, một mặt làm giảm đau cho người bệnh, mặt khác người bệnh có thể há miệng được để nhổ răng.

5. Việc bảo tồn răng

- Việc bảo tồn răng chỉ nên đặt ra với răng một chân như răng cửa, răng hàm nhỏ, trong điều kiện tổn thương chưa nặng lắm và có thể chữa tốt được, hoặc ở những cơ sở có điều kiện theo dõi và có phương tiện tốt. Còn nói chung với các răng hàm lớn, nhiều chân, răng gây ra biến chứng nghiêm trọng thì nên nhổ răng.

X. Điều trị

- Tùy theo giai đoạn lâm sàng mà ta có phương pháp điều trị thích hợp.

1. Giai đoạn viêm thanh dịch

- Điều trị nội khoa là chính, dùng kháng sinh, chống viêm, giảm đau; giữ vệ sinh răng miệng. Có thể khoan thủng buồng tủy để thoát mủ làm giảm áp lực tại vùng viêm.
- Khi triệu chứng viêm đã thuyên giảm ta mới tiến hành nhổ răng nguyên nhân hoặc giữ răng lại điều trị tùy theo răng và khả năng của người thầy thuốc.

2. Khi đã chuyển sang giai đoạn làm mủ

- Việc trước tiên là dẫn lưu mủ :có thể nhổ ngay răng nguyên nhân để dẫn lưu mủ hoặc xẻ dẫn lưu bằng đường trong miệng qua niêm mạc hay ngoài da tùy theo vị trí khu trú của ổ mủ.
- Kháng sinh, giảm viêm, giảm đau
- Vệ sinh răng miệng
- Giải quyết răng nguyên nhân : nhổ răng, chữa răng hoặc điều trị quanh răng.

3. Thể mãn tính

- Dẫn lưu ổ mủ, nhổ hay chữa răng nguyên nhân, nạo sạch đường rò.

XI. Dự phòng viêm mô tế bào

1. Tuyên truyền vệ sinh răng miệng cho cộng đồng
2. Khám định kỳ để phát hiện những bệnh về răng miệng
3. Điều trị các răng bị sâu, viêm lợi, viêm nha chu...

4. Những răng khôn mọc lệch, ngầm đã gây biến chứng cần phải nhổ để đề phòng viêm mô tế bào
5. Nếu phát hiện viêm mô tế bào cần được xử trí sớm để tránh những biến chứng nguy hiểm

28. FLUOR VÀ RĂNG MIỆNG

Trong thiên nhiên, Fluor luôn ở trạng thái kết hợp với một chất khác như calci, phosphate hoặc ở trạng thái hòa tan trong nước với một lượng nhỏ Fluor. Ở dạng thực phẩm, Fluor có trong cá biển, trà, rau, mề cốc (đậu, bắp...), trong xương răng của con người và động vật. Fluor có vai trò rất quan trọng trong việc phòng chống sâu răng, làm răng cứng chắc hơn. Tuy nhiên nếu sử dụng không đúng có thể sẽ dẫn đến tình trạng ngộ độc Fluor.

FLUOR VÀ MEN RĂNG

Men răng là tổ chức cứng nhất của cơ thể. Thành phần chủ yếu của men răng là apatit, chiếm đến 96%. Fluor là nguyên tố không mùi vị, có khả năng ngấm vào men răng, biến các apatit thành fluoroapatit, làm cho men răng cứng chắc hơn và ít bị hòa tan trong acid nên phòng được sâu răng.

Trẻ từ khi mới sinh cho đến 7-8 tuổi, nếu cơ thể hấp thu tốt Fluor qua nước uống, sữa, muối, viên Fluor... thì Fluor sẽ ngấm vào men răng. Sau 7-8 tuổi nếu dùng kem đánh răng hoặc nước súc miệng có pha Fluor thì các ion Fluor có thể ngấm thêm vào men răng cho đến 12-15 tuổi.

Như vậy Fluor chỉ có khả năng ngấm vào men răng tốt nhất trong khoảng từ 7-15 tuổi.

CÁC DẠNG FLUOR

Fluor ngấm vào men răng bằng hai đường:

- Fluor dùng toàn thân.
- Fluor dùng tại chỗ.

1. Fluor dùng toàn thân

Là loại Fluor hấp thu vào cơ thể bằng đường tiêu hóa như Fluor trong nước uống, muối ăn, Fluor viên, Fluor giọt...

Không được áp dụng cùng lúc nhiều biện pháp dùng Fluor toàn thân, mà chỉ dùng một biện pháp (hoặc uống nước Fluor hóa, hoặc ăn muối có Fluor, hoặc uống viên hay giọt có Fluor...).

Fluor hóa nước uống là một biện pháp ít tốn kém nhưng hữu hiệu và an toàn nhất để giảm sâu răng trong những nhóm dân cư lớn. Từ 10 năm nay, nước máy

của TPHCM đã có hàm lượng Fluor đúng tiêu chuẩn.

2. Fluor dùng tại chỗ

Gồm Fluor thoa trực tiếp vào men răng, kem đánh răng có Fluor, nước súc miệng có Fluor pha loãng 0,2% (mỗi tuần súc một lần), nước Fluor 0,05% (có thể súc hàng ngày). Nên thận trọng khi dùng Fluor tại chỗ đối với trẻ dưới 6 tuổi vì chưa kiểm soát được phản xạ nuốt, dễ gây ngộ độc.

Chú ý: Không sử dụng cùng lúc 2 biện pháp toàn thân.

Tốt nhất chỉ dùng 1 biện pháp toàn thân và 1 biện pháp tại chỗ.

BIỆN PHÁP XỬ TRÍ KHI VÔ Ý NUỐT PHẢI FLUOR

1. Triệu chứng quá liều Fluor

- Cảm thấy có vị mặn hoặc có mùi xà phòng.
- Nước miếng tiết ra nhiều.
- Buồn nôn, đau thắt vùng bụng.
- Nôn, tiêu chảy.
- Ra mồ hôi nhiều và khát nước.

2. Xử trí

- Cho uống thật nhiều sữa.
- Lấy ngón tay ấn vào đáy lưỡi gây phản xạ nôn, cho nôn càng nhiều càng tốt. Nôn đến khi nước trong mới thôi.
- Cho bệnh nhân đến bệnh viện cấp cứu ngay.

KẾT QUẢ DÙNG FLUOR ĐỐI VỚI SÂU RĂNG

1. Fluor toàn thân Giảm sâu răng

- Fluor hóa nước uống 60-65%.
- Fluor viên (hoặc giọt) 20-40%.

2. Fluor tại chỗ

- Áp dụng bôi trên răng 30-40%.
- Súc miệng 25-40%.
- Kem đánh răng 15-25%.

29. X-QUANG TRONG CHẨN THƯƠNG HÀM MẶT

Phim tia X đóng vai trò rất quan trọng trong việc chẩn đoán chấn thương vùng hàm mặt, đặc biệt khi hiện tượng phù nề sau chấn thương làm hạn chế việc khám lâm sàng trên bệnh nhân.

CÁC DẤU HIỆU TRÊN PHIM TIA X CỦA GÃY XƯƠNG MẶT :

* Dấu hiệu trực tiếp :

- Thấu quang thành đường vạch không đúng giải phẫu.
- Khuyết phần vỏ hoặc đường khớp xương gián đoạn.
- Các mảnh xương gãy gối lên nhau, tạo nên hiệu ứng “dày đặc gấp đôi”
- Mất cân xứng của mặt.

*Dấu hiệu gián tiếp :

- Nề mô mềm.
- Dịch trong một xoang cạnh mũi

Trong khảo sát gãy xương vùng hàm mặt, các chiều thể thông dụng thường được chỉ định :

Gãy tầng mắt giữa

- Water's
- Hirtz
- Face
- Profil
- Mũi nghiêng
- Occlusal hàm trên

Gãy tầng mắt dưới

- Face
- Chếch nghiêng hàm dưới
- Towne's

- Occlusal hàm dưới

Khảo sát khớp TDH

- Schüller
- Parma
- Moffat

Các phim khác

Phim toàn cảnh - (OPG)

Phim CT Scan...

30. CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG BAN ĐẦU

Bệnh răng miệng là bệnh phổ biến ở nước ta, tỷ lệ mắc bệnh khá cao. Theo điều tra sức khỏe răng miệng của toàn quốc năm 2000, tỷ lệ sâu răng sữa của trẻ từ 6 - 8 tuổi là 85%, tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn của trẻ 12 - 14 tuổi là 64%, 15 - 17 tuổi là 68,6%, tỷ lệ viêm nướu của thanh niên từ 15 - 17 tuổi 93,53%, tỷ lệ viêm nha chu của người trên 45 tuổi là 98,95% .Vì vậy, chúng ta không thể dùng biện pháp cá nhân, cụ thể là không thể chỉ có bác sĩ khám và chữa răng, cạo cao cho bệnh nhân bị đau răng và viêm lợi.... không thể chỉ giải quyết bằng cách đào tạo cán bộ, trang bị máy móc dụng cụ nha khoa ...để có thể làm giảm tỷ lệ bệnh, mà cần phải dùng biện pháp y tế cộng đồng để giải quyết bệnh răng miệng.

Song song với việc điều trị răng miệng và làm răng giả, chúng ta cần đẩy mạnh các biện pháp phòng bệnh răng miệng, mà chăm sóc sức khỏe răng miệng ban đầu là một khái niệm mang tính phòng bệnh và là một biện pháp y tế cộng đồng, đáp ứng được yêu cầu của cộng đồng, đem lại sức khỏe cho toàn dân với nguồn tài chính giới hạn đồng thời có thể thực hiện ở mọi mức độ xã hội (đã, đang và kém phát triển). Có làm được công tác chăm sóc răng miệng ban đầu chúng ta mới mong giải quyết một cách cơ bản, đúng đắn vấn đề răng miệng từ nay về sau.

I. Định nghĩa

Chăm sóc răng miệng ban đầu (CSRMBĐ) là sự định bệnh và dự phòng các bệnh răng miệng, sử dụng các kỹ thuật tại chỗ có sẵn đặt căn bản trên sự hợp tác toàn diện và sự tham gia của cộng đồng, dự phòng vấn đề răng miệng khẩn cấp trong cộng đồng, nhằm vào việc giảm đau và duy trì sức khỏe răng miệng tốt.

Chăm sóc sức khỏe răng miệng là tìm cách, tìm phương tiện phòng bệnh, nâng cao sức khỏe có sẵn và phấn đấu giảm số bệnh tật, chứ không chỉ giúp cho bệnh nhân khi bị đau.

II. Nguyên tắc của chăm sóc răng miệng ban đầu

1. Phân bố hợp lý

Trong cộng đồng không bao giờ mọi người có cùng mức độ về sức khỏe răng miệng, thông thường những người ở tầng lớp thấp, trình độ thấp ít có điều kiện và cơ hội chăm sóc sức khỏe, hoặc những cộng đồng mắc bệnh nhiều và có nhu cầu cao cũng ít được chăm sóc nhất, cho nên chăm sóc sức khỏe răng miệng ban

đầu là sử dụng nhân viên chăm sóc ngay tại nơi họ đang công tác và sinh sống, họ làm cầu nối giữa nhân dân với các cơ sở khám chữa bệnh, thay thế các bác sĩ thực hiện các biện pháp xử lý nha khoa đơn giản đồng thời họ kết hợp với hệ thống chăm sóc sức khoẻ chung nên được hỗ trợ. Vì vậy, mọi người đều có cơ hội được phục vụ sức khoẻ răng miệng như nhau từ mức thấp đến mức cao nhất.

2. Liên quan đến cộng đồng

Cần phải có sự tham gia của cộng đồng thì hoạt động chăm sóc răng miệng ban đầu mới thành công, muốn thế cần phải tạo lòng tin ở cộng đồng, phải hiểu tập quán của cộng đồng về sức khoẻ nói chung và sức khoẻ răng miệng nói riêng, phải đáp ứng được nhu cầu cụ thể của cộng đồng...thì mới chuyển biến được nhận thức tư tưởng của cộng đồng và có sự ủng hộ, đồng thời phải có sự hợp tác của lãnh đạo và các ban ngành đoàn thể chính sách, chi phí phù hợp cho cộng đồng.

3. Tập trung vào dự phòng và tăng cường sức khoẻ

Dự phòng và tăng cường sức khoẻ là khái niệm của chăm sóc sức khoẻ, nó không chỉ đơn thuần là vật chất (trang bị máy móc, dụng cụ, thuốc men...) mà còn về tinh thần (sự hiểu biết, niềm tin...).

Tăng cường sức khoẻ là một trong những chiến lược dự phòng quan trọng cung cấp thông tin, các chỉ dẫn, phương pháp..., để nhân dân biết cách xử lý đối với những vấn đề có lợi hay có hại cho sức khoẻ.

4. Kỹ thuật thích hợp

Chăm sóc răng miệng ban đầu sử dụng kỹ thuật thích hợp sẵn có của địa phương càng nhiều càng tốt. Thí dụ: trám răng không sang chấn (ART) thích hợp cho điều trị sâu răng giai đoạn sớm, chi phí thấp, thực hiện được ở mọi nơi, kỹ thuật đơn giản, cá nhân và cộng đồng có thể thanh toán được. Không cần kỹ thuật cao, trang thiết bị đắt tiền chỉ phục vụ cho một số người.

5. Phối hợp nhiều ngành

Chiến lược cải thiện sức khoẻ răng miệng phải quan tâm đến toàn cộng đồng vì vậy liên quan đến nhiều ngành, và sự phối hợp của nhiều ngành mới đưa đến thành công. Thí dụ: chương trình Fluor hoá nước máy cần sự phối hợp của Chính quyền, công nghệ môi trường, công ty cấp nước, vệ sinh y tế cộng đồng, hoá học, dinh dưỡng, tài chính. Chương trình Nha học đường cần sự phối hợp giữa hai ngành giáo dục và y tế.

III. Nội dung của chăm sóc răng miệng ban đầu

Dựa vào 8 nội dung quản lý sức khỏe toàn dân và 8 nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu trong tuyên ngôn Alma Ata, ngành RHM đã đề ra 8 nội dung chăm sóc răng ban đầu ở Việt Nam:

- Giáo dục nha khoa để bảo vệ răng, lợi phòng bệnh sâu răng, nha chu, ung thư.
- Ăn uống cân bằng và hợp lý (giảm kẹo dính, giảm ăn vặt).
- Sử dụng rộng rãi Fluor để phòng bệnh sâu răng.
- Dạy chải răng cho mẫu giáo, khám và điều trị định kỳ cho học sinh phổ thông cơ sở (nha học đường).
- Chữa bệnh thông thường như sâu răng, nha chu, cấp cứu hàm mất.
- Bảo đảm thuốc tối thiểu ở xã: thuốc cấp cứu, giảm đau.
- Cải tạo môi trường nước uống có Fluor.
- Khám định kỳ cho học sinh và nhân dân để phát hiện bệnh sớm.

8 nội dung trên, được thực hiện thành 2 mạng lưới:

1. Mạng lưới dự phòng bệnh răng miệng

Là nội dung quan trọng nhất nhằm hạn chế tối đa bệnh răng miệng xảy ra, các dịch vụ sức khỏe răng miệng (SKRM) dự phòng có mục đích loại trừ hoặc giảm thiểu bệnh răng miệng chấp nhận được trong cộng đồng gồm:

1.1. Fluor hoá nước uống nơi và khi có thể thực hiện được kết hợp Fluoride toàn thân và tại chỗ.

1.2. Trám bít hố rãnh bằng Sealant cho bệnh nhân có nguy cơ

1.3. Giáo dục sức khỏe răng miệng

- Nội dung: nhấn mạnh vào vai trò của mảng bám trong nguyên nhân các bệnh răng miệng, dạy về kiểm soát mảng bám, các thông tin về SKRM, dinh dưỡng, phát hiện bệnh sớm.

- Nhân sự: sử dụng nhân viên y tế cộng đồng, đào tạo người tại địa phương, tập huấn cho các thầy cô giáo ở các trường học...

- Để thực hiện mạng lưới dự phòng, biện pháp lớn hiện nay:

- + Phát triển mạng lưới nha học đường
- + Chương trình Fluor hoá phòng bệnh sâu răng
- + Kiểm soát chế độ ăn uống cân bằng hợp lý

2. Mạng lưới điều trị khẩn bệnh răng miệng

- Giảm đau
- Ngăn chặn nhiễm trùng và chuyển tuyến trên
- Cấp cứu chấn thương hàm mặt

Thực hiện được 8 nội dung này ở các tuyến cơ sở (trường học, xã, cơ quan, xí nghiệp...) là thực hiện được khẩu hiệu y tế gần dân và chăm sóc được hơn 80% dân số.

3. Nội dung chăm sóc răng miệng ban đầu tại Việt Nam

3.1. Giáo dục SKRM dự phòng bệnh sâu răng, nha chu và ung thư

- Nguyên nhân của các bệnh răng miệng, nhấn mạnh vai trò của mảng bám

- Các phương pháp vệ sinh răng miệng để loại trừ và kiểm soát mảng bám

- Vấn đề dinh dưỡng, chế độ ăn đối với bệnh răng miệng

- Triệu chứng chính của các bệnh răng miệng để phát hiện bệnh sớm

3.2. Tăng cường sử dụng Fluor ở mọi nơi khi có thể thực hiện được để dự phòng bệnh sâu răng

- Fluor hoá nước uống (khi nước ở nơi đó có nồng độ Fluor $< 0,7$ ppm)

- Súc miệng với NaF 0,2% 1tuần/1lần

- Sử dụng kem đánh răng có Fluor

- Muối ăn có Fluor

- Uống viên Fluor

3.3. Phát triển mạng lưới nha học đường và dạy chải răng cho nhà trẻ, mẫu giáo cao)

3.4. Điều trị một số bệnh thông thường: sâu răng (trám răng), viêm nướu (cạo

3.5. Lập tủ thuốc tối thiểu ở xã: thuốc cấp cứu, giảm đau

3.6. Khám răng định kỳ và lập hồ sơ nha bạ.

IV. Các hình thức tổ chức

1. Chương trình nha học đường

Đây là chương trình chăm sóc sức khoẻ răng miệng cho trẻ em tại trường, trường học là môi trường tốt nhất để làm công tác chăm sóc vì đa số trẻ em đều đi học, học sinh nghe lời cô giáo hơn phụ huynh lại có bạn bè làm gương tốt lẫn nhau. Chương trình này được nhiều nước trên thế giới thực hiện và có hiệu quả, cho nên công tác nha học đường với các nội dung giáo dục nha khoa, khám, chữa, nhổ răng và áp dụng các biện pháp dự phòng, sẽ vận động phong trào trẻ em tự bảo vệ răng đồng thời là tuyên truyền viên tốt trong gia đình và bạn bè. Thực hiện được chương trình này sẽ thuận lợi hơn ở bệnh viện và các cơ sở y tế vì “thầy thuốc tìm bệnh nhân”, vì uy tín của thầy cô giáo, vì ý thức tập thể, tinh thần thi đua của học sinh.

Ở Việt Nam, chương trình này hiện nay đã được triển khai rộng khắp và có những trường đào tạo cán bộ làm công tác này.

2. Chương trình phòng bệnh nha chu cộng đồng

Bệnh nha chu là bệnh nhiều người mắc trong hầu hết cộng đồng, bệnh gây đau đớn, giảm chức năng nhai, ảnh hưởng quan hệ xã hội và chi phí điều trị tốn kém.

Chăm sóc sức khoẻ nha chu bao gồm dự phòng, điều trị, sửa chữa và phục hồi, nhằm bảo tồn chức năng và thẩm mỹ của hàm răng trong suốt đời sống. Gồm 4 loại hình chăm sóc:

2.1. Điều trị khẩn: kết hợp điều trị khẩn bệnh răng miệng hay toàn thân.

2.2. Chăm sóc mức độ 1: giáo dục cộng đồng nhằm mục đích gia tăng kiến thức về sức khoẻ nha chu, cung cấp thông tin để mọi người tự phòng ngừa bệnh.

2.3. Chăm sóc mức độ 2: gồm chăm sóc mức độ 1 cộng với việc hỗ trợ bệnh nhân tự chăm sóc, có thể lấy cao răng trên nướu.

2.4. Chăm sóc mức độ 3: gồm mức độ 1,2, và giải quyết các vấn đề của bệnh nha chu như lấy cao răng trên nướu, dưới nướu, theo dõi, giám sát định kỳ.

2.5. Chăm sóc mức độ 4: gồm mức độ 1,2,3 và các biện pháp điều trị nha chu phức tạp do chuyên viên nha chu phụ trách

3. Chương trình phòng và phát hiện sớm ung thư vùng miệng-hàm mặt

Ung thư là một vấn đề thời sự hiện nay của y học hiện đại, ung thư đe dọa tính mạng và gây ám ảnh lo âu cho hàng triệu người trên thế giới. Ung thư miệng, hàm mặt là tổn thương dễ phát hiện sớm và có khả năng điều trị thành công vì vậy cần tổ chức chương trình phòng chống ung thư bằng các biện pháp :

3.1. Tuyên truyền và giáo dục cho cộng đồng những hiểu biết về ung thư vùng miệng, hàm mặt, những biện pháp dự phòng, theo dõi phát hiện tổn thương nghi ngờ ung thư (những vết loét ở niêm mạc má, môi, lưỡi, những mảng bạch sản, u nhú...).

3.2. Phổ biến và tổ chức cho các thầy thuốc ở tuyến cơ sở những biện pháp và kinh nghiệm phát hiện sớm những tổn thương nghi ngờ ung thư.

3.3. Xử trí sớm những tổn thương có thể thoái hoá ác tính hoặc những tổn thương tiền ung thư.

V. Điều hành chương trình chăm sóc răng ban đầu (CSRBD)

1. Lập kế hoạch

1.1. Thu thập thông tin

- Xác định tình trạng răng miệng , nhu cầu điều trị khẩn.

- Đánh giá nồng độ Fluor trong nước uống.

- Thu thập các yếu tố liên quan : kinh tế, xã hội, văn hoá, đời sống, phong tục, tập quán...

- Các điều kiện thông tin tuyên truyền.

1.2. Chọn thành viên của cộng đồng: nên chọn người tại địa phương để huấn luyện thành nhân viên sức khỏe cộng đồng sẽ phản ánh đúng tình hình của cộng đồng

1.3. Đề ra mục tiêu chính và mục tiêu phụ, nội dung và biện pháp thích hợp.

2. Tổ chức

2.1. Tuyển cơ sở: y tế địa phương, nhân viên không chuyên khoa

- Khám ban đầu và giáo dục sức khỏe răng miệng.
- Phòng bệnh, điều trị cấp cứu (giảm đau,...).
- Chăm sóc răng miệng phổ cập (cạo cao, nhổ răng lung lay,...).

2.2. Tuyển hỗ trợ 1: y tế quận, huyện, nhân viên chuyên khoa

- Giám sát hoạt động tuyển cơ sở.
- Phòng bệnh với kỹ thuật cao hơn.
- Điều trị răng miệng với ghế máy chuyên khoa.

2.3. Tuyển hỗ trợ 2: bệnh viện có chuyên viên RHM .

- Quản lý chương trình.
- Điều trị với kỹ thuật cao hơn.

3. Nguồn tài chính

Người lập kế hoạch cần biết:

- Nguồn tài chính cho chương trình là bao nhiêu? Ai cấp? Ai tài trợ?..
- Xác định đối tượng và vùng ưu tiên cần triển khai chương trình.
- Lập quỹ cho chương trình.
- Sử dụng, chi tiêu tiền bạc hợp lý và thận trọng.
- Vận động tài chính thêm ở các nhà hảo tâm, đoàn thể.

4. Những trở ngại cho chương trình

Sự thực hiện bất cứ một chương trình CSSK nào cũng có những yếu tố ảnh hưởng đến sự thành công hay thất bại, cho nên những trở ngại thường gặp đối với chương trình CSRBD là:

- Nhân dân chưa hiểu biết về sức khỏe răng miệng.
- Đánh giá sai tình hình sức khỏe răng miệng và nhu cầu điều trị.
- Cộng đồng không tham gia.
- Có sự ngăn cách giữa nhân viên y tế và người dân.

31. DỰ PHÒNG BỆNH RĂNG MIỆNG

I. Mở đầu

Bệnh răng miệng, trong đó chủ yếu là bệnh sâu răng và viêm nướu vẫn là những bệnh phổ biến nhất của nhân loại, đây là những loại bệnh mang tính dịch tễ. Ở Việt Nam tỉ lệ mắc bệnh còn cao và tăng dần theo tuổi.

Bảng 1: Điều tra cơ bản sức khỏe răng miệng quốc gia năm 1990

TUỔI	SÂU RĂNG	VIÊM NƯỚU
12	57%	95%
15	60%	95,6%
35-44	72%	99,26%

Trong những năm qua, được sự quan tâm chỉ đạo của Bộ Y tế, sự phối hợp chặt chẽ của Bộ Giáo dục - Đào tạo, sự hưởng ứng tích cực của chính quyền..., nhiều

chương trình chăm sóc và phòng bệnh cho cộng đồng đã được đặt ra, và phần đầu đạt được mục tiêu đề ra đến năm 2000 là:

- 50% trẻ 5 - 6 tuổi không bị sâu răng sữa.
- SMT < 2 ở lứa tuổi 12.
- 85% người 18 tuổi giữ được toàn bộ răng.
- 75% người 35 - 44 tuổi còn 20 răng.
- 50% số người trên 65 tuổi còn 20 răng.

Tuy nhiên, sau 10 năm thực hiện, qua cuộc điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc lần thứ 2 vào năm 2000 cho thấy sâu răng ở lứa tuổi 12 duy trì ở mức tương đối ổn định (56,6% ; SMT 1,87), nhưng ở lứa tuổi 15 và 35 - 44 thì tỉ lệ sâu răng gia tăng (67,6% ở 15 tuổi và 83,2% ở 35 - 44 tuổi). Tỉ lệ người có bệnh nha chu còn rất cao ở mức 96,7%, trong đó có 31,8% người có túi nha chu nông và sâu.

Mặt khác bệnh mắc rất sớm và gặp ở mọi giới, mọi lứa tuổi, nghề nghiệp, trình độ văn hóa, tầng lớp xã hội, dân tộc, mọi vùng địa lý khác nhau .

Ngoài ra bệnh còn ảnh hưởng đến năng suất lao động, kinh tế (quốc gia, cá nhân), còn dẫn đến những biến chứng ảnh hưởng đến sức khỏe toàn thân và thẩm mỹ.

Dự phòng bệnh răng miệng là một nội dung của chương trình chăm sóc răng ban đầu nhằm đem lại sức khỏe răng miệng cho mọi người với nguồn tài chính giới hạn, cho nên trong điều kiện kinh tế xã hội nước ta, trang thiết bị và cán bộ chuyên khoa còn hạn chế thì chiến lược y tế quốc gia được đặt trên nền tảng dự phòng, nhằm hạ thấp tỉ lệ bệnh răng miệng và đạt được mục tiêu đề ra đến năm 2010, giảm tỉ lệ bệnh răng miệng trên 50%..

II. Các biện pháp phòng bệnh răng miệng

Muốn phòng bệnh răng miệng có hiệu quả thì phải biết chọn biện pháp thích hợp. Đầu tiên là làm cho nhân dân hiểu được tác hại của các bệnh về răng miệng, có ý thức tự giữ gìn hoặc cộng tác với cán bộ y tế để được chăm sóc tốt răng miệng. Muốn đạt mục đích ấy thì trước tiên cần phải làm công tác giáo dục sức khỏe răng miệng .

1. Giáo dục sức khỏe răng miệng

1.1. Định nghĩa

Giáo dục sức khỏe răng miệng là một nghệ thuật truyền bá các kiến thức tổng quát về nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng, cách điều trị, dự phòng các bệnh răng miệng đến quần chúng, thay đổi tư tưởng và tập quán cũ nhằm cải thiện tốt sức khỏe răng miệng cho cộng đồng.

Giáo dục sức khỏe răng miệng là một biện pháp mà mọi người được hưởng đồng đều qua báo chí, truyền thanh, truyền hình ...không phân biệt tầng lớp xã hội, kinh tế, văn hóa ... Đây là một biện pháp dự phòng chủ động (nhân dân chủ động tham gia) nên cần có thời gian để người dân có thể thay đổi tập quán cũ, đồng thời trước khi giáo dục cần phải chú ý đến tập quán, phong tục, tín ngưỡng có thể làm cản trở việc từ bỏ thói quen cũ hoặc chấp nhận một thói quen mới, khả năng kinh tế, khả năng nhận thức, khả năng đáp ứng y tế đối với cộng đồng.

1.2 Mục tiêu

Mục tiêu chính của giáo dục sức khỏe răng miệng là cung cấp thông tin và kiến thức mới về sức khỏe răng miệng để nhân dân quan tâm và tham gia công tác phòng bệnh răng miệng, biến hành động chăm sóc thành hành động tự chăm sóc.

1.3 Nội dung

1.3.1 Phổ biến những kiến thức cơ bản về răng miệng

- Chức năng của răng (nhai, phát âm, thẩm mỹ).
- Thời gian mọc răng và thay răng cùng những biến chứng khi mọc răng. Hàm răng sữa của trẻ cần thiết cho ăn nhai, phát triển cơ thể, khuôn mặt, giữ cho răng vĩnh viễn mọc khỏi lệch lạc..., vì thế không nên xem thường việc săn sóc răng sữa.
- Nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng, của bệnh sâu răng và nha chu.
- Vai trò của mảng bám răng trong bệnh sâu răng và nha chu.
- Nguyên nhân, triệu chứng của ung thư vùng miệng.
- Tác hại của thuốc lá, trầu cau, rượu đối với ung thư vùng miệng.
- Cách phát hiện sớm các bệnh răng miệng (chấm đen trên răng, đau khi ăn uống nóng lạnh, chảy máu nướu, vết loét không lành sau 10 ngày điều trị kháng sinh, vết trắng, hồng, nâu ở niêm mạc miệng, vết sùi chảy máu không đau).

1.3.2 Phổ biến cách giữ gìn vệ sinh răng miệng đúng phương pháp

Vệ sinh răng miệng là tổng hợp những biện pháp hướng tới việc làm sạch xoang miệng đặc biệt là răng, nướu, bao gồm chải răng và súc miệng kỹ sau khi ăn, dùng tăm xỉa răng, chỉ nha khoa.

- Chải răng và súc miệng sau khi ăn

Là một công việc hết sức nhẹ nhàng mà hữu ích, nhưng vẫn còn nhiều người chưa quan tâm cho đó là công việc tầm thường không quan trọng. Thật ra đây là một biện pháp hữu hiệu nhất, dễ làm nhất, rẻ tiền nhất để giữ gìn vệ sinh răng miệng phòng bệnh sâu răng và nha chu.

Chải răng là để lấy đi những mảnh vụn thức ăn, màng bám làm giảm mức thấp nhất sự hiện diện của vi khuẩn, đồng thời còn xoa nắn lợi nhẹ nhàng và làm sạch vùng khe lợi.

Nếu chải răng đã trở thành một thói quen hàng ngày thì chải răng là một công việc không khó và không mất thời gian, chải răng thật kỹ sau khi ăn và trước khi ngủ tốt hơn chải nhiều lần mà cầu thả. Muốn chải răng có kết quả (sạch sẽ) cần phải chọn bàn chải và chải răng đúng phương pháp.

+ Chọn và giữ gìn bàn chải:

+ Chọn và giữ gìn bàn chải:

Bàn chải sau khi dùng rấy khô và để nơi thoáng, khi lông bàn chải bị tưa thì phải thay bàn chải khác

+ Phương pháp chải: có nhiều phương pháp nhưng phương pháp Bass dễ thực hiện và làm sạch được mảng bám ở cổ răng, rãnh nướu và kẽ răng, đồng thời kích thích nướu.

Mặt ngoài: Đặt lông bàn chải tại cổ răng, nghiêng một góc 45°, hướng về phía nướu (so với trục răng). Cử động tới lui nhẹ tại chỗ, vừa ép vừa đè cho lông bàn chải đi vào rãnh nướu và kẽ răng, sau đó hất xuống về phía mặt nhai. Mỗi vùng làm

5-6 lần rồi chuyển sang vùng khác.

Mặt trong cũng như trên

Mặt nhai chải tới lui hay xoay tròn

+ Thời gian chải: tốt nhất chải sau khi ăn, hoặc một lần (tối) hoặc 2 lần (sáng, tối)

- Tăm xỉa răng: chỉ dùng để khều thức ăn giắt ở kẽ răng, không dùng để xỉa tới

lui ở các kẽ răng vì sẽ rộng kẽ và mòn men răng.

- Chỉ nha khoa dùng để lấy thức ăn ở những kẽ sít

1.3.3. Phổ biến về vấn đề dinh dưỡng trong bệnh răng miệng

Dinh dưỡng (chất lượng, số lượng, số lần ăn) ảnh hưởng trực tiếp trên răng và vi khuẩn, làm gia tăng hoặc làm chậm các bệnh răng miệng.

Dinh dưỡng ảnh hưởng trước lúc mọc răng (cơ cấu, thành phần hóa học của răng), giai đoạn mọc răng và sau mọc răng (tạo môi trường nuôi dưỡng, hoạt động của vi khuẩn trên răng, gia tăng mảng bám).

Vì vậy, chúng ta cần hướng dẫn dinh dưỡng cho cộng đồng để dự phòng và kiểm soát bệnh răng miệng của bản thân và gia đình. Hướng dẫn cách ăn, chất dinh dưỡng và dạng thực phẩm.

- Chất dinh dưỡng

Các thực phẩm tốt cho sức khỏe toàn thân cũng như cho răng gồm :

+ Calci: có trong sữa, phôma, đậu nành, thận, các loại đậu, rau cải, bông cải xanh, tôm cua ...

+ Vitamin C: có trong cam, chanh, cà chua, các loại rau cải xanh.

+ Vitamin D: có trong cá biển

+ Carbohydrat: có trong gạo, bánh mì, đường

+ Protide: có trong các loại thịt, cá, trứng, đậu khô

Tuy các chất dinh dưỡng đều cần thiết cho sức khỏe toàn thân, nhưng chúng ta nên tăng cường ăn những chất dinh dưỡng có chứa nhiều Calci, vitamin C, vitamin D, protide, còn giảm ăn các loại carbohydrat.

- Cách ăn

Nên ăn đúng bữa, đúng lúc, đủ các loại dinh dưỡng, tránh ăn vặt nhiều lần trong ngày.

- Dạng thực phẩm

Nên ăn loại tự nhiên không nên ăn các loại được chế biến, thực phẩm tươi có nhiều chất xơ làm sạch răng, còn thực phẩm bám dính dễ gây sâu răng, viêm nướu.

1.3.4. Phổ biến các thói quen, tập quán có hại cho răng miệng

Một số thói quen xấu có thể gây ảnh hưởng đến răng như cắn nút chai, cắn chỉ, xỉa răng, bú đêm... hoặc ảnh hưởng đến sự phát triển xương hàm, khớp cắn như mút tay, thở miệng... Ăn trầu, hút thuốc lá vẫn có thể gây ung thư, vì vậy chúng ta cần phải giáo dục cho cộng đồng, hầu làm thay đổi các thói quen có hại cho răng miệng.

2. Tăng sức đề kháng của răng

Để tăng cường sức đề kháng của răng đối với các tác nhân gây sâu răng, chúng ta có thể sử dụng rộng rãi Fluor và các chất trám bít hố rãnh.

2.1. Sử dụng Fluor

Hiện nay Fluor được dùng rộng rãi trên thế giới để phòng ngừa bệnh sâu răng. Fluor là một chất dinh dưỡng giúp cho sự tăng trưởng, Fluor biến hydroxyapatit của men răng thành fluoroapatit giúp răng khó hòa tan trong axit, tăng tái khoáng hóa, ngăn cản sự bám dính của vi khuẩn... Fluor diệt vi khuẩn sâu răng đặc biệt ở pH thấp ($\text{pH} < 5,5$) Fluor có trong thực phẩm như cá, trà, bia... Fluor tác dụng tốt trên bề mặt lóng của men răng, Fluor có thể sử dụng dưới nhiều hình thức:

2.1.1. Toàn thân (ăn uống)

Fluor dùng toàn thân có lợi cho răng đang hình thành và răng đã mọc, Fluor ngấm vào men răng đồng thời vào máu và tiết qua các tuyến nước bọt, dịch nước để tắm các mặt răng. Để cung cấp fluor toàn thân ta có thể chọn 1 trong 4 cách sau:

- Fluor hóa nước máy (0,7 - 1 ppm) chi phí thấp, hiệu quả cao, an toàn, là một biện pháp sức khỏe cộng đồng công bằng nhất, không đòi hỏi sự hợp tác có ý thức của người được hưởng.

- Fluor hóa nước uống tại các trường học gấp 4 lần Fluor nước máy, sử dụng ở các trường ngoại ô nơi không có nước máy.

- Muối Fluoride: 250mg/1kg muối

- Viên Fluor (Sodium Fluoride: NaF hoặc Acide lated, Phosphate, Fluor: APF) được dùng ở những vùng có nồng độ fluor trong nước thấp hơn 0,3 ppm và uống từ lúc mới sinh đến 6 tuổi với liều lượng 0,05mg/kg/ngày hoặc:

0 - 2 Tuổi : 0,25 mg/ngày

3 Tuổi : 0,5 mg/ngày

4 Tuổi : 0,75 mg/ngày

5 - 6 Tuổi : 1 mg/ngày

Viên fluor được nhai trong vòng 30 giây để cho tiếp xúc với mặt răng rồi nuốt hoặc ngậm cho tan dần trong miệng.

2.1.2. Tại chỗ

Fluor dùng tại chỗ có tác dụng hữu hiệu cho người lớn và trẻ em trên răng đã mọc và có nhiều dạng sử dụng :

- Súc miệng với nước NaF 0,2 % 1 tuần 1 lần

- Thoa hoặc đeo máng có Gel Fluoride

- Kem đánh răng có Fluor

2.2. Trám bít hố rãnh

Đây là một phương pháp để dự phòng sâu răng ở hố rãnh, vì Fluor chỉ có tác dụng ngừa sâu răng ở mặt lóng của răng, do đó để làm giảm sâu răng ở hố rãnh, người ta phủ một loại vật liệu có tính chất bám dính tốt lên các trũng và rãnh của răng để làm mất đi yếu tố lưu giữ thức ăn. Tốt nhất là cho tất cả trẻ em, nhưng do giá thành cao nên chúng ta chỉ chọn những em có nguy cơ sâu răng và những răng có trũng, rãnh sâu, chủ yếu cho các răng cối sữa ở trẻ 3 - 4 tuổi và răng cối lớn thứ 1 ở trẻ 6 - 7 tuổi, răng cối nhỏ thứ 1, 2 và răng cối lớn thứ 2 ở trẻ 11 - 13 tuổi.

3. Kiểm soát mảng bám

Dự phòng và kiểm soát bệnh nha chu chủ yếu dựa vào việc làm sạch mảng bám. Khi kiểm soát mảng bám định kỳ, bác sĩ có thể chỉ cho bệnh nhân các vùng chải chưa sạch và hướng dẫn các biện pháp làm sạch hữu hiệu hơn, đồng thời loại trừ cao răng để điều trị viêm nướu ngay từ giai đoạn đầu.

4. Khám răng định kỳ

Hàng năm tổ chức khám rộng rãi cho cộng đồng, hoặc khuyến khích nhân dân nên đi kiểm tra răng miệng định kỳ, đặc biệt là trẻ em, nhằm phát hiện sớm tổn thương, đánh giá tình hình bệnh tật, và điều trị sớm hạn chế gây biến chứng .

32. PHÁT TRIỂN XƯƠNG MẶT Ở TRẺ EM

sự phát triển của xương mặt liên tục, nhưng không đồng nhất, có 4 giai đoạn:

1. thời kỳ mới đẻ - 6 tháng:

răng sữa mọc đúng lịch trình trên xương hàm là nhờ sự phát triển đúng tiến độ. cách cho bú trong giai đoạn này rất quan trọng. nếu bú sai ví dụ như bú bình sẽ dễ làm vẩu xương ổ răng trên và lùi hàm dưới.

2. thời kỳ 4 - 7 tuổi:

phát triển mạnh hai hàm, bắt đầu rụng răng sữa, mọc răng vĩnh viễn. mốc quan trọng là 6 tuổi, mọc răng 6 vĩnh viễn tạo nên quan hệ vùng răng hàm. 7 tuổi, thay các răng cửa vĩnh viễn, xác lập khớp cắn vùng răng cửa. thời kỳ này xác

lập khớp cắn đầu tiên, quyết định khớp cắn sâu, khớp cắn ngược, mọc lệch lạc. răng 5 sữa quan trọng trong thời kỳ này, nếu nó rụng sớm thì sẽ gây di chuyển răng 6 về phía gần, thiếu chỗ cho răng 4, 5 vĩnh viễn. răng nanh sữa giúp duy trì hướng dẫn nhai.

3. thời kỳ 11-14 tuổi:

hoàn chỉnh mọc răng vĩnh viễn. răng hàm nhỏ vĩnh viễn có chiều gần xa nhỏ hơn răng hàm sữa, phần hiệu số thừa đó gọi là khoảng dự trữ để điều chỉnh khớp cắn.

4. thời kỳ mọc răng khôn: kết thúc phát triển xương hàm

sau 12 tuổi răng vĩnh viễn thay đổi ít. răng khôn nếu mọc thiếu chỗ sẽ đẩy dồn những răng ở trước ra phía trước gây vẩu hàm trên, khấp khểnh hàm dưới.

kết luận: cần giúp răng mọc và thay đúng thời hạn.

giai đoạn hoạt động tích cực nhất ở trẻ gái là 11-12 tuổi, trẻ trai là 13-14 tuổi.

33. PHÂN LOẠI LỆCH LẠC THEO ANGLE

Có nhiều cách phân loại lệch lạc răng. Phân loại theo angle được sử dụng nhiều nhất.

Răng 6 là răng mọc đầu tiên trên cung hàm nên có ảnh hưởng lớn đến vị trí của các răng khác. Dựa vào liên quan giữa hai răng 6 trên - dưới theo chiều trước sau angle đã chia làm 3 loại khớp cắn:

Loại i: đỉnh múi ngoài gần răng 6 trên khớp với rãnh ngoài gần răng 6 dưới. Lệch lạc xảy ra ở phía trước những răng này.

Loại ii: đỉnh múi ngoài gần răng 6 trên nằm trước rãnh ngoài gần răng 6 dưới. Có thể do răng 6 trên lệch ra phía trước, hoặc do răng 6 dưới lùi ra sau. Trong loại ii có 2 tiểu loại:

tiểu loại 1: các răng cửa trên ngả ra trước.

tiểu loại 2: các răng cửa trên ngả ra sau.

Loại iii: đỉnh múi ngoài gần răng 6 trên nằm sau rãnh ngoài gần răng 6 dưới. Có thể do răng 6 trên lùi ra sau hoặc do răng 6 dưới lệch ra trước, răng cửa dưới nằm phía trước răng cửa trên.

cách phân loại này chỉ dựa vào tương quan giữa răng 6 trên với răng 6 dưới nên nhiều khi không chính xác (ví dụ khi răng hàm sữa mất sớm làm di chuyển răng 6), nhưng cách phân loại này đơn giản nên vẫn còn được sử dụng.

Kết luận: phân loại angle đơn giản nhưng cung cấp đầy đủ thông tin và sử dụng rộng rãi.

34. CHỈ SỐ PONT VÀ IZARD

Chỉ số pont và izard là hai chỉ số quan trọng trong chỉnh nha.

1. Chỉ số pont:

để so sánh giữa rộng của cung răng và cung xương.

ở hàm trên có sự liên quan giữa tổng số kích thước 4 răng cửa trên (tsrc) với:

- khoảng cách giữa hai răng hàm nhỏ thứ nhất (rộng 14-24)
- khoảng cách giữa hai răng hàm lớn thứ nhất (rộng 16-26)

rộng 14 - 24 =

rộng 16 - 26 =

chỉ số pont được dùng ở cung răng vĩnh viễn. Nó không có giá trị khi tổng số kích thước gần xa của 4 răng cửa quá lớn (> 35 mm) hoặc quá bé (< 25 mm)

2. Chỉ số izard:

mục đích tìm tương quan độ rộng cung mặt và cung răng.

là tỷ lệ giữa chiều rộng hàm trên và chiều rộng mặt.

chiều rộng nhất của cung răng (thường giữa 17 - 27 hoặc 18 - 28) bằng nửa chiều rộng nhất của hai cung zygoma.

dài nhất cung răng bằng nửa chiều sâu mặt.

Kết luận: chỉ số pont và izard cho ta chỉ định nong hàm rộng hay không.

35. CÂU HỎI THI LÝ THUYẾT

Câu 1 : triệu chứng lâm sàng thường gặp và các phương pháp điều trị gãy xương hàm dưới.

Câu 2 : Chỉ định, chống chỉ định và kỹ thuật cố định hai hàm điều trị gãy xương dưới bằng cung móc.

Câu 3 : các thể chụp X quang quy ước để chẩn đoán gãy xương hàm dưới. Chỉ định và kỹ thuật cố định hai hàm bằng nút buộc Ivy.

Câu 4 : nguyên nhân và phân loạn gãy xương tầng giữa mặt.

Câu 5 : triệu chứng lâm sàng chung của gãy xương tầng giữa mặt. Các phương pháp chụp X quang chẩn đoán gãy xương tầng giữa mặt.

Câu 6 : Nguyên tắc và phương pháp xử trí các vết thương xương vùng hàm mặt do hoả khí.

Câu 7 : đặc điểm lâm sàng các vết thương vùng hàm mặt do hoả khí.

Câu 8 : nguyên tắc xử trí vết thương vùng hàm mặt do hoả khí. Kỹ thuật xử trí ngạt thở do phù nề vùng thanh khí quản.

Câu 9 : Nguyên nhân và các phương pháp xử trí các loại ngạt thở trong vết thương vùng hàm mặt do hoả khí.

Câu 10 : đặc điểm lâm sàng và phương pháp xử trí cấp cứu chảy máu trong vết thương vùng hàm mặt do hoả khí.

Câu 11 : Nêu các nguyên nhân gây viêm nhiễm thông thường vùng hàm mặt.

Câu 12 : Lâm sàng và các phương pháp điều trị viêm tấy lan toả vùng hàm mặt.

Câu 13 : phương pháp trích rạch tháo mủ vùng hàm mặt : yêu cầu đường rạch, và kỹ thuật cụ thể.

Câu 14 : triệu chứng lâm sàng và phương pháp nắn chỉnh sai khớp thái dương hàm dưới mới.

Câu 15 : bệnh sinh của các khe hở môi, vòm miệng bẩm sinh.

Câu 16 : triệu chứng lâm sàng chung của khe hở môi, vòm miệng bẩm sinh.

Câu 17 : nguyên tắc chung, yêu cầu và tuổi phẫu thuật tạo hình khe hở môi, vòm miệng bẩm sinh.

Câu 18 : Lâm sàng và phương pháp nắn chỉnh điều trị sai khớp thái dương hàm dưới cấp tính theo phương pháp Nelaton.

Câu 19 : lâm sàng và phương pháp điều trị apxe vùng góc hàm cơ cắn.

Câu 20 : lâm sàng, chẩn đoán và điều trị viêm tuyến nước bọt dưới hàm do sỏi.

1. MỘT SỐ VẤN ĐỀ RĂNG MIỆNG THƯỜNG GẶP Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Phudentist (BS Huỳnh Lan Anh)

Do các cấu trúc răng miệng có những biến đổi suy thoái về hình thái và chức năng theo quá trình tích tuổi, nên một số vấn đề bệnh lý răng miệng sẽ thường gặp hơn, có những biểu hiện lâm sàng đặc hiệu và đòi hỏi một xử lý thích hợp với người bệnh cao tuổi.

1. SÂU RĂNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Tỉ lệ sâu răng mới nói chung giảm. Vị trí thường bị sâu răng là cổ răng và chân răng nơi tiếp giáp men-xê măng, trên hay dưới nướu, Dạng sâu răng này còn được gọi là sâu răng bò lan ở người cao tuổi. Trong các nguyên nhân gây sâu răng ở vùng cổ răng và chân răng có thể kể đến:

Mòn răng vì làm mất điểm tiếp giáp giữa các răng tạo điều kiện thuận lợi cho sự giắt thức ăn ở vùng kẽ răng.

Tụt nướu làm cổ răng và chân răng bị lộ ra và tiếp xúc với các kích thích cơ học và hoá học của môi trường miệng.

Tụt nướu làm cổ răng và chân răng bị lộ ra và tiếp xúc với các kích thích cơ học và hoá học của môi trường miệng.

Bệnh nha chu và một số nguyên nhân tại chỗ giúp cho sự tích tụ mảng bám, chẳng hạn như hàm giả tháo lắp nền nhựa dễ gây sâu ở vùng cổ răng mặt trong các răng.

Khả năng tự chăm sóc vệ sinh răng miệng kém dần và không được chỉ dẫn để sử dụng những biện pháp thích hợp.

Sâu răng vùng cổ và chân răng có những đặc điểm lâm sàng như sau:

Sâu răng có khuynh hướng lan về phía chân răng và các mặt kế cận.

Tổn thương ít sâu và không gây đau do ngà răng bị xơ hoá nên sâu răng khó thâm nhiễm và có đủ thời gian phản ứng ngà thứ cấp để bảo vệ tủy.

Tiến triển nhanh hay chậm của sâu răng tùy thuộc vào lưu lượng nước bọt và tình trạng vệ sinh răng miệng, cho nên cần phân biệt giữa 2 thể sâu răng:

- Sâu răng đã ngưng tiến triển: tổn thương màu nâu đen, có đáy cứng.

- Sâu răng đang hoạt động: tổn thương màu vàng nâu, có đáy mềm và phủ màng bám.

Nhiều xoang sâu ở người cao tuổi không cần điều trị trám răng. Nếu sâu răng đã ngưng hoạt động, có thể chỉ cần đắp gel Fluor tại chỗ và thực hiện biện pháp vệ sinh răng miệng thích hợp.

2. BỆNH NHA CHU Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Ngày nay, người ta biết bệnh nha chu là một bệnh do vi khuẩn, tiến triển từng cơn và theo từng vị trí trong miệng. Diễn biến của bệnh nha chu không được điều trị trong suốt một thời gian dài sẽ đưa đến sự tích lũy những hậu quả của bệnh, cho nên đến tuổi già thì tình trạng mô nha chu có thể đã suy yếu nhiều.

Ở người cao tuổi, bệnh nha chu xảy ra trong một bối cảnh đặc biệt vì liên quan đến:

Sự thay đổi môi trường miệng và thường xuyên dùng thuốc để điều trị bệnh toàn thân.

80 đến 90% người cao tuổi mang những bệnh mãn tính và phải dùng thuốc, trong số đó có những thuốc làm thay đổi môi trường miệng, xáo trộn cân bằng tập khuẩn miệng, tạo điều kiện thuận lợi cho sự phát triển một số chủng vi khuẩn có thể gây bệnh nha chu. Ngoài ra, nhiều loại thuốc có thể làm giảm lưu lượng và thay đổi thành phần của nước bọt và dịch nướu gây khô miệng và ảnh hưởng đến mô nha chu. Những biến đổi của hệ răng và mô nha chu, mang hàm giả là những yếu tố hỗ trợ cho sự phát triển các dạng bệnh nha chu.

Sự suy giảm đáp ứng miễn dịch.

Hai tình huống có thể xảy ra:

- Nếu hệ thống miễn dịch còn hiệu quả, các tế bào niêm mạc miệng bị thoái biến có thể tác dụng như antigen và gây phản ứng miễn dịch.
- Nếu hệ thống miễn dịch bị suy yếu thì mô nha chu khó đề kháng với sự tấn công của vi khuẩn. Tuy nhiên, cho đến nay vẫn chưa chứng minh được mối tương quan giữa tuổi và các biểu hiện nha chu liên quan đến suy giảm miễn dịch.

Các bệnh tự miễn có biểu hiện ở mô nha chu.

Tỉ lệ bệnh tiểu đường không lệ thuộc insulin gia tăng ở người cao tuổi và tiểu đường ngày nay được công nhận là một yếu tố nguy cơ của bệnh nha chu.

Các bệnh ngoài da dưới đây có nguyên nhân tự miễn và thường biểu hiện ở miệng dưới dạng viêm nướu tróc vảy.

Tuy môi trường miệng và mô nha chu có những biến đổi do tích tuổi, nhưng không bắt buộc đưa đến sự xuất hiện các bệnh nha chu ở người cao tuổi và hiện nay, các điều tra dịch tễ học cho thấy ở các nước công nghiệp hoá, bệnh nha chu ở người cao tuổi đang giảm dần do việc chăm sóc răng miệng ngày càng tốt hơn.

Tóm lại, không nên xem các biểu hiện của bệnh nha chu là tất yếu ở người cao tuổi. Mô nha chu có những biến đổi theo tuổi và các biện pháp vệ sinh răng miệng phải thích nghi với những biến đổi này (bàn chải kẽ răng, chỉ nha khoa, tăm nước, bàn chải tự động, xoa nướu, vệ sinh hàm giả ...). Mặt khác, nếu bệnh nha chu đã xảy ra thì mô nha chu vẫn có khả năng đáp ứng tốt với điều trị nha chu. Quan niệm cho rằng vì bệnh nhân đã cao tuổi nên cứ để bệnh nha chu tiến triển mà không can thiệp cho đến khi răng lung lay và tự rụng hiện nay đã lỗi thời.

1. SÂU RĂNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Tỉ lệ sâu răng mới nói chung giảm. Vị trí thường bị sâu răng là cổ răng và chân răng nơi tiếp giáp men-xê măng, trên hay dưới nướu, Dạng sâu răng này còn được gọi là sâu răng bò lan ở người cao t

TÀI LIỆU THAM KHẢO

BONNEFOY C.: Les xérostomies: Approche clinique et thérapeutique. Actualités odonto-stomatologiques, 1994, 185: 91–107 CASTEYDE J.P., NEBOT D.: Les troubles dus à l'occlusion chez la personne âgée. Actualités odonto-stomatologiques, 1997, 200: 713–731

CHERRUAU M., BUCH D.: Problématiques liées aux modifications de l'appareil manducateur avec l'âge, influence sur les traitements prothétiques. Actualités odonto-stomatologiques, 2001, 214: 177–188

CLERGEAU- GÚERITHAULT: Vieillissement physiologique et cavité buccale. Réalités cliniques 1991, 2: 171–177

GAUDY J.F.: Les modifications anatomiques de la cavité buccale chez le sujet âgé. Réalités cliniques 1991, 2: 231–238

JOURDE M.: Modifications des tissus parodontaux liées à l'âge. Actualités odonto-stomatologiques 2001, 214: 209–223 KANDELMAN D.: Le vieillissement de la population, un défi majeur pour les chirurgiens dentistes. Information Dentaire, 2001, 21: 1547–51

KRYGIER G.: Conséquences du vieillissement sur les maladies parodontales. Réalités cliniques 1991, 2: 219–229

LASFARGUES J.J.: L'abord des caries radiculaires chez la personne âgée. Réalités cliniques 1991, 2: 201–217

LUPI L., MULLER M.: Hygiène bucco-dentaire chez le sujet denté du troisième âge, 1997, 200: 701–711

PÉROL J., DE LATOUR M.: Sénescence et gencive humaine. Actualités odontostomatologiques, 1996, 195: 423–440

RAGOT J.P.: Vieillesse des glandes salivaires, bouches sèches des personnes âgées. Actualités odontostomatologiques 2001, 215: 345–366

THIBAULT J.C.: La pathologie de la muqueuse buccale chez la personne âgée. Réalités cliniques 1991, 2: 185–192

2. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Cẩn. 1998. Bài Giảng Nha Chu Học Tập 1, 2, 3. Bộ Môn Nha Chu Khoa RHM TP.HCM
2. Nguyễn Văn Cát. 2002. Bài Giảng Khớp cắn Học. Bộ Môn RHM Đại Học Y Hà Nội
3. Hoàng Tử Hùng. 2002. Giải Phẫu Răng. NXB Y Học TP.HCM.
4. Lê Hồng Liên. 2003. Giáo Trình Nhổ Răng Tiểu Phẫu. Trường ĐH Y Huế
5. Trần Thiện Lộc. 2003. Phục Hình Răng Tháo Lắp Toàn Hàm. NXB Y Học TP.HCM.
6. Trần Thiện Lộc. 2004. Phục Hình Răng Cố Định. NXB Y Học TP.HCM.
7. Trần Văn Quả. 2005. Giáo Trình Bệnh Lý Miệng. Trường ĐH Y Huế
8. Võ Thế Quang. 1978. Cấp Cứu RHM. NXB Y Học.
9. Trần Văn Trường. 2001. Bệnh Lý Miệng. NXB Y Học.
10. Trần Văn Trường. 2001. U Lành Tính Vùng Mặt. NXB Y Học.
11. Trần Văn Trường. 2001. Ung Thư Vùng Mặt. NXB Y Học.
12. Bộ Môn Chữa Răng Khoa RHM ĐH Y Dược TP HCM. 1998. Bài Giảng Bệnh Lý Răng.
13. Bộ Môn RHM Đại Học Y Hà Nội. Răng Hàm Mặt - NXBYH

54. Khoa RHM Đại Học Y Khoa Huế. 2001. Bài Giảng RHM Block 15
55. Khoa RHM Đại Học Y Khoa Huế. 2004. Giáo trình KAS
56. Khoa RHM Đại Học Y Khoa Huế. 2004. Giáo Trình Vật Liệu Và Thiết Bị Nha Khoa
57. Khoa RHM Đại Học Y Khoa Huế. 2004. Giáo Trình Mô Phỏng Lâm Sàng
58. Khoa RHM Đại Học Y Khoa Huế. 2004. Giáo Trình Kiểm Soát Lây Nhiễm Trong Nha Khoa

TIẾNG NƯỚC NGOÀI

59. Alsheneifi T., Hughes C.V. 2001. Reason For Dental Extraction In Children. *Pediatr-Dent*, 23(2). P. 109-112.
60. Abjean J, Korbendau J.M, 1977, L' Occlusion, Paris.
61. Archer W. H. 2004. Oral Surgery. W.B. Saunders Company.
62. Ash M.M, Ramfjord S.P. 2000. An Introduction To Functional Occlusion. Saunders.
63. Grant D.A, Stern I.B, Everett F.G. 2001. Orban's Periodontics. Mosby Company.
64. Gutmann. 2002. Problem Solving In Endodontics. Martin Dunitz
65. Jong. 2002. Community Dental Health. Mosby Company.
66. Kurlyandsky. 1978. Atlas Of Orthopaedic Stomatology. Moscow.
67. Langman J. 1984. Embryologie Médical, Traduit De L' Anglais Par Pages R. 4ème. Ed. Masson.
68. Low W., Schwartz S. 2000. The Effect Of Severe Caries On The Quality Of Life In Young Children. *Oral Health*. P. 13-14
69. Lyre W.R, Johnson O.N. 1990. Essentials Of Dental Radiography For Dental Assistants And Hygienists. Connecticut.

70. Sapp. 2001. Contemporary Oral And Maxillofacial Pathology. Mosby Company.

71. WHO. 1997. Oral Health Surveys. 4th Edition. Geneva.



Bạn hãy cười và thế gian sẽ cười với bạn. Bạn hãy khóc – và bạn khóc cô đơn.