



**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH**

CÂU LẠC BỘ Y HỌC VÀ ĐỜI SỐNG

CHUYÊN ĐỀ :

BỆNH RĂNG-HÀM-MẶT



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH
CÂU LẠC BỘ Y HỌC VÀ ĐỜI SỐNG

CHUYÊN ĐỀ

BỆNH

RĂNG-HÀM-MẶT

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

Lời nói đầu

Câu lạc bộ Y Học và Đời Sống Trường Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh ra đời năm 2000 với buổi sinh hoạt đầu tiên ngày 08 - 01.

Trong mỗi buổi, ngoài phần trình bày và trả lời các câu hỏi, báo cáo viên còn cung cấp cho người tham dự những bài viết tương đối đầy đủ về những thông tin có liên quan.

Sau 3 năm, với 150 buổi sinh hoạt, Câu lạc bộ đã tích lũy được hơn 100 bài viết về nhiều đề tài. Để góp phần phổ biến một cách có hệ thống những thông tin bổ ích này, chúng tôi tập hợp các bài viết trong một bộ sách chuyên đề.

Chúng tôi xin cảm ơn các giảng viên của trường, các bác sĩ ở các bệnh viện đã giúp cho Câu lạc bộ thực hiện nhiệm vụ đưa thông tin y học đến nhiều người. Chúng tôi cũng cảm ơn những người tham dự đã giúp Câu lạc bộ hoạt động có hiệu quả. Mong rằng những quyển sách này có ích cho bạn đọc.

Trong lần xuất bản đầu tiên này, chắc chắn bộ sách không tránh khỏi thiếu sót. Chúng tôi mong nhận được ý kiến đóng góp của bạn đọc gần xa.

Hiệu Trưởng,
GS. TS. NGUYỄN ĐÌNH HỐI

CẬP NHẬT KIẾN THỨC VỀ HÔI MIỆNG: NGUYÊN NHÂN, CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

Thạc sĩ TRẦN THỊ KIM CÚC

Bộ môn Bệnh học Miệng - Khoa Răng Hàm Mặt

Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Bác sĩ HUỖNH ANH LAN

Trưởng Bộ môn Bệnh học Miệng - Khoa Răng Hàm Mặt

Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

I. MỞ ĐẦU.

Mùi hôi từ hơi thở trước đây được xem là một vấn đề tế nhị, khó nói ra. Ngày nay khi được bàn luận công khai hơn thì người ta mới khám phá ra đó là mối quan tâm rất lớn của những người mắc phải và thậm chí ở một vài người, nó đã trở thành một nỗi đau dai dẳng vì nó thật sự là một cản trở đáng kể cho sự thành công trong giao tiếp xã hội.

Điều đáng ngạc nhiên là các nha sĩ lại ít có kinh nghiệm xử lý vấn đề này vì đa số các chương trình đào tạo nha khoa không giới thiệu về hôi miệng một cách có hệ thống và toàn diện, có lẽ vì cho đó không thuộc phạm vi chuyên khoa. Ngoài ra những hiểu biết khoa học và một số phương tiện chẩn đoán và đánh giá khách quan xung quanh vấn đề này chỉ mới được phát triển trong thời gian gần đây.

Bài tổng quan này nhằm giúp các nha sĩ cập nhật kiến thức về bệnh học, các yếu tố liên quan, các phương pháp chẩn đoán và cách xử lý đối với chứng hôi miệng. Đồng thời, dựa trên một điều tra thăm dò thực hiện trên bệnh nhân và sinh viên thực tập tại khoa Răng Hàm Mặt, Đại học Y Dược, chúng tôi sơ bộ đánh giá về tầm cỡ của vấn đề và thử đề nghị một qui trình để chẩn đoán và điều trị hôi miệng phù hợp với tình hình thực hành nha khoa hiện nay ở nước ta.

II- CẬP NHẬT KIẾN THỨC VỀ HÔI MIỆNG.

1. Định nghĩa.

Thuật ngữ “hơi thở hôi” hay “hôi miệng” được dùng để chỉ mùi hôi từ hơi thở (bad breath, halitosis, fetor oris, oral malodorous) không phân biệt nguồn gốc của mùi hôi từ đâu. Phân loại hiện nay được xem là toàn diện và phù hợp với lâm-sàng là phân loại của Miyazaki, phân biệt:

a. Hôi miệng thật (genuine halitosis): mùi hôi từ hơi thở của bệnh nhân có thật và trên mức người khác có thể chấp nhận được. Trong loại này có thể phân biệt hôi miệng sinh lý và hôi miệng bệnh lý với nhiều nguyên nhân khác nhau. Đa đa số bệnh nhân hôi miệng rơi vào loại này.

Một số tình trạng hôi miệng thoáng qua và không thường xuyên, không được xem là hôi miệng và không cần điều trị chẳng hạn như: hôi miệng do ăn hay uống những thực phẩm nặng mùi (thịt, cá,

fromage, hành, tỏi, mắm, gia vị, cà phê...), cảm giác hôi miệng vào buổi sáng khi mới ngủ dậy, do chất bọt tích tụ trên lưỡi qua đêm, và biến mất sau khi chải răng và ăn sáng, hôi miệng do khô miệng tạm thời sau khi nói nhiều, vận động mạnh, bị căng thẳng hay lo lắng ...

b. Hôi miệng giả (pseudo-halitosi): bệnh nhân cho là mình bị hôi miệng nhưng người khác không ngửi được mùi hôi.

c. Chứng sợ hôi miệng (halitophobia): bệnh nhân bị ám ảnh là mình bị hôi miệng và đó trở thành một vấn đề tâm lý.

Từ phân loại lâm sàng nêu trên, tác giả sẽ suy ra các nguồn gốc của hôi miệng và xử lý theo nhiều phương pháp điều trị khác nhau.

Trên thực tế người không bị hôi miệng mà vẫn cảm thấy mình bị mắc chứng này không nhiều bằng những người bị hôi miệng mà không biết, vì bản thân mình không cảm nhận được mùi hôi và những người thân xung quanh cũng không dám đề cập đến vấn đề “tế nhị” này. Điều này được giải thích là cơ thể con người rất khó cảm nhận mùi của chính mình (self) vì thần kinh khứu giác và não bộ không phân biệt được mùi đó là mùi hôi hay không mà chỉ biết đó là một mùi quen thuộc .

Vì sự cảm nhận về hôi miệng có những khó khăn như vậy cho nên dù đó là một vấn đề được biết

đến từ mấy ngàn năm trước nhưng cho đến nay vẫn chưa có dữ liệu dịch tễ học để đánh giá tầm cỡ của vấn đề này trong xã hội do chưa có phương pháp chẩn đoán khách quan và chính xác. Tuy nhiên khi ý thức về hôi miệng càng ngày càng cao thì có vẻ như số người cảm thấy mình mắc chứng hôi miệng càng nhiều và hiện nay ở một số nước nó đã trở thành một vấn đề thời sự.

Ước tính là khoảng từ 5 đến 10% dân số bị hôi miệng bệnh lý thường xuyên và hầu như tất cả mọi người đều thỉnh thoảng có mắc phải tình trạng hôi miệng sinh lý. Ở Hoa Kỳ, kết quả các điều tra khác nhau cho biết có từ 25 đến 85 triệu người có vấn đề này. Năm 1996, một điều tra tại các phòng nha ở Hoa Kỳ cho thấy 41% nha sĩ gặp trung bình 6 bệnh nhân hôi miệng mỗi tuần và 90% thì gặp phải ít nhất 1 bệnh nhân mỗi tuần. Một phần tư số người trên 60 tuổi đã từng bị nói là mình hôi miệng và 43% nghĩ là mình mắc chứng hôi miệng. Ở Nhật Bản, nơi có truyền thống văn hoá, rất nhạy cảm với hôi miệng, 24% những người trên 30 tuổi nghĩ là mình bị hôi miệng và tỷ lệ người thật sự bị hôi miệng là 23% dân số.

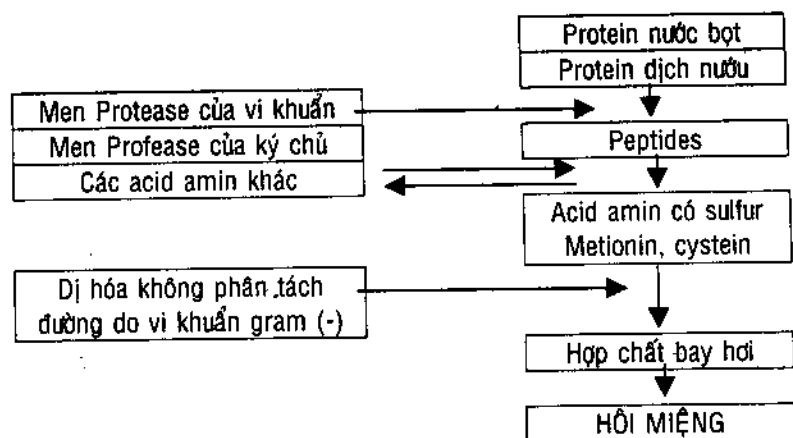
Ở Hoa Kỳ, tổng số tiền dùng để mua thuốc súc miệng vào năm 1992 là 850 triệu USD, ngày nay nó đã tăng lên đến 10 tỷ USD cho tất cả các sản phẩm đa dạng có tác dụng chống hôi miệng (kẹo ngậm, kẹo cao su, thuốc súc miệng, kem đánh răng, thuốc xịt...).

Đứng trên lĩnh vực nha khoa, từ 30 năm nay, các bài báo cáo khoa học đề cập đến vấn đề này đã xuất hiện thường xuyên trong y văn thế giới. Đã có bốn hội thảo quốc tế chuyên đề hôi miệng được tổ chức tại Jerusalem, Louvain, Vancouver và Los Angeles. Có nhiều bệnh viện chuyên trị hôi miệng được xây dựng (mal odor hay bad breath clinic) và một hội nghiên cứu khoa học quốc tế về hôi miệng (ISBROD : International Society for Breath odor Research).

Đối với ngành nha khoa Việt Nam, đây còn là một vấn đề chưa quen thuộc, tuy nhiên ý thức được tính thời sự của nó, khoa Răng Hàm Mặt đã có 4 bài dịch về đề tài này đăng trong các số mới nhất của tạp chí cập nhật nha khoa và đã có nhiều bài trả lời trên báo cho độc giả hỏi về vấn đề này. Một vài phòng khám Răng Hàm Mặt tư nhân cũng đã trang bị máy đo hôi miệng nhằm đáp ứng yêu cầu điều trị của bệnh nhân.

2. Sinh bệnh học của hôi miệng.

Nguyên nhân chính của hôi miệng là những hợp chất dễ bay hơi được tổng hợp do sự chuyển hóa các chất bã hiện diện trong xoang miệng (mảnh vụn thức ăn, tế bào bị bong tróc, xác vi khuẩn...) dưới tác dụng của một số vi khuẩn kỵ khí, gram (-), theo qui trình dưới đây. Sự chuyển hóa này dễ xảy ra hơn trong môi trường kiềm.



Các tác nhân chính của hôi miệng được công nhận hiện nay là các vi khuẩn, các hợp chất bay hơi và lớp bọt trên lưng lưỡi:

a. Các vi khuẩn gây hôi miệng .

Rất nhiều vi khuẩn tham gia trong qui trình gây mùi hôi trong miệng, đa số là vi khuẩn gram (-), kỵ khí và không chuyển hóa bằng cách phân tách đường (saccharolytic catabolism). Những vi khuẩn này thường là vi khuẩn có liên quan với bệnh nha chu viêm chẳng hạn như : *Porphyromonas gingivalis* (P.g), *Prevotella intermedia*, *Fusobacterium nucleatum*, *Bacteroides forsythus* (B.f), *Treponema denticola* (T.d), *Pepto-streptococcus micros*, *Prevotella loeschii*, *Porphyromonas endodontalis*, các enterobacteriaceae như *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia*, *Enterobacter cloacae*. Một số trong các vi khuẩn này (P.g, T.d, B.f) sản xuất một loại men

tương tự trypsine thủy phân được một peptide tổng hợp là Benzoil - DL - Arginine - 2 - Naphtylamide (B.A.N.A) do đó sẽ được phát hiện nhờ test B.A.N.A (Perioscan của Oral B).

b. Các hợp chất có mùi hôi.

Trong số các hợp chất rất đa dạng này, được đề ý và nghiên cứu nhiều nhất là các hợp chất bay hơi có sulfur (gọi tắt là VSC : volatile sulfur compounds). Các VSC này được phóng thích từ sự phân rã các acid amin cystein và methionin của protein nước bọt, tế bào và mảnh vụn thức ăn do vi khuẩn gram (-) kỵ khí theo qui trình dị hóa không phân tách đường. Các VSC chính là : hydrogen sulfur (H_2S), methylmercaptan ($CH-SH$), sulfur dimethyl (CH_3-S-CH_3) và disulfur methyl ($CH_3-S-S-CH_3$).

Ngoài các hợp chất chứa sulfur còn có các hợp chất có mùi khác như các diamin (putrescein và cadaverin) có từ sự phân rã các peptides chứa arginine và lysine, các acid hữu cơ (acid acetic, propionic...) và các hợp chất cồn dễ bay hơi (indole và scatole). Các VSC không những là tác nhân chính gây hôi miệng mà còn gây tổn hại cho mô nha chu vì làm tăng tính thấm thấu của niêm mạc, sự thoái biến collagen, sự phóng thích oxy từ các bạch cầu đa nhân, làm tăng sự thâm nhập của các chất kích thích phản ứng viêm (PGE_2 , endotoxin...) và làm giảm sự tổng hợp ADN và các protein.

c. Lưỡi là vị trí chính sản sinh VSC.

Mặt lưng của lưỡi với những gai lưỡi và khe rãnh là một nơi tích tụ nhiều vi khuẩn và mảnh vụn thức ăn hình thành lớp bọt lắng đọng ở phần sau của lưỡi gần đáy lưỡi. Chính lớp bọt này là nơi sản sinh ra các khí có mùi hôi. Một nghiên cứu của Bosy và CS đã chứng minh là lớp bọt lưỡi dày hơn và lượng VSC nhiều hơn ở người bị nha chu viêm so với người không bị nha chu viêm. Một nghiên cứu của Yaegaki cho thấy khi nạo sạch lưỡi, thể tích VSC giảm xuống 50%. Cho đến nay có thể nói là yếu tố có ảnh hưởng trực tiếp nhất trên lượng VSC là lớp bọt của lưng lưỡi.

3. Các nguồn gốc và nguyên nhân phát sinh hôi miệng.

Hôi miệng có rất nhiều nguyên nhân, có thể qui vào các nguồn gốc chính sau đây:

a. Mùi hôi từ miệng và lưỡi.

Mùi hôi phát sinh từ trong miệng trong 85% các trường hợp hôi miệng. Ngoài sự hiện diện của bọt lưỡi là yếu tố liên quan thường gặp nhất (41%), các bệnh nha chu giữ vai trò quan trọng thứ nhì: viêm nướu (31%) và nha chu viêm (28%). Tuy thực tế lâm sàng cho thấy không phải tất cả các bệnh bị nha chu viêm đều hôi miệng nhưng các nghiên cứu đều xác định là lượng VSC tăng theo tỷ lệ thuận với mức độ trầm trọng của nha chu viêm có nghĩa là các triệu

chứng của bệnh nha chu (chảy máu nướu, túi nha chu) càng nặng thì càng hôi miệng hơn. Bên cạnh đó còn phải kể đến một số bệnh trạng có thể gây hôi miệng như: viêm nướu lở loét hoại tử, sâu răng, giắt thức ăn ở kẽ răng, mang hàm giả tháo lắp, phục hình cố định bị hở, miếng trám dư hay hở để tích tụ thức ăn, chân răng nhiễm trùng, viêm ổ răng, viêm lợi trùm, viêm miệng áp tơ, thông xoang hàm...

Tình trạng khô miệng ở bệnh nhân bị xạ trị vùng đầu cổ, ở bệnh nhân bị hội chứng Gougerot-Sjogren, hay do dùng một số thuốc có tác dụng giảm tiết nước bọt (có đến 20 họ thuốc có nghĩa là khoảng 300 thứ thuốc có thể gây khô miệng) đều có thể gây hôi miệng. Sự mất cân bằng của tập khuẩn miệng (do uống kháng sinh lâu ngày hay do khô miệng) có thể dẫn đến một sự biến đổi các thành phần của tập khuẩn và sự phát triển trội của một số vi khuẩn hay vi nấm có mùi. Tình trạng đa sâu răng, sâu chân răng cũng dễ đi kèm với hôi miệng vì ngoài sự tích tụ mảnh vụn thức ăn, nó còn liên quan đến sự giảm tiết nước bọt hay giảm tác dụng kháng khuẩn của nước bọt.

b. Mùi hôi từ mũi-hầu, xoang hàm họng.

Nếu mùi hôi vẫn có khi bệnh nhân ngậm miệng và thở ra bằng mũi thì có thể phát sinh từ mũi hầu. Nếu mùi hôi chỉ có vào buổi sáng và lưỡi không đóng bọt thì nguyên nhân do sự tích tụ dịch tiết ở mũi. Ở

trẻ nhỏ khi mùi hôi xuất phát từ mũi phải nghĩ đến dị vật bị kẹt trong lỗ mũi. Trong trường hợp mùi hôi có nguồn gốc ở mũi, bệnh nhân thường có triệu chứng viêm mũi dị ứng, nghẹt mũi, khịt mũi, chảy hắt... Nếu bệnh nhân có tiền sử viêm xoang dai dẳng và bị hôi miệng vào buổi sáng và kéo dài sau đó thì nên nghi ngờ nguồn gốc từ xoang hàm.

Nguồn gốc từ họng bị nghi ngờ khi bệnh nhân bị viêm amidan mủ hay hốc và khạc ra những viên sạn amidan màu trắng, dai và rất hôi.

c. Mùi hôi từ hệ hô hấp.

Nếu bệnh nhân khạc đàm hay khó thở thì có thể nghi ngờ nguồn gốc mùi hôi từ hệ hô hấp.

d. Mùi hôi từ hệ tiêu hoá.

Khác với những gì người ta thường nghĩ, chỉ 1% các trường hợp hôi miệng phát sinh từ hệ tiêu hoá. Nên nghĩ đến nguồn gốc này khi hôi miệng đi kèm với triệu chứng đau dạ dày, ợ chua, viêm thanh quản hay tái phát và vô căn...

đ. Các bệnh hệ thống gây hôi miệng.

Rất nhiều bệnh hệ thống có thể gây hôi miệng chẳng hạn như bệnh tiểu đường (hơi thở mùi acêton), rối loạn tiêu hóa, bệnh gan, bệnh nội tiết, bệnh di truyền, bệnh tâm thần... Vì thế mọi triệu chứng toàn thân (tăng/giảm cân, dễ mệt, mất ngủ, biếng ăn...) đều phải được lưu ý để xem liên quan với hôi miệng.

4. Chẩn đoán hôi miệng.

Có rất nhiều phương pháp và phương tiện để chẩn đoán hôi miệng, dựa trên hai cách tiếp cận hoặc chủ quan hoặc khách quan

a. Chẩn đoán hôi miệng bằng khứu giác

- Bệnh nhân tự đánh giá mức độ hôi miệng của mình: hai test cổ điển là test liếm cổ tay (wristlick), nạo lưỡi bằng muỗng plastic nhỏ (spoon test). Nếu có thể cho người thân cùng đánh giá thì có thể tăng mức độ chính xác của chẩn đoán.

- Chuyên viên đánh giá mức độ hôi miệng: phép đo hôi miệng bằng cách tác động lên giác quan (organoleptic measurement) hiện nay được xem là phương pháp tin cậy nhất và dễ tin cậy nhất và dễ thực hiện nhất. Chuyên viên và bệnh nhân được ngăn cách một số tấm chắn có đục lỗ để cho một ống plastic trong xuyên qua, bệnh nhân thở ra ống này và chuyên viên sẽ đánh giá theo một thang điểm có 6 mức độ : không hôi, nghi ngờ, hôi nhẹ, hôi vừa, rất hôi, hôi không chịu nổi.

Hiện nay phương pháp chủ quan tuy khó định lượng nhưng có ưu điểm rất lớn là có thể chính xác và cho phép đánh giá phần nào nguồn gốc của mùi hôi, không đòi hỏi trang thiết bị đặc biệt. Theo tác giả thì chỉ có một trở ngại lớn nhất là ngày càng khó tìm chuyên viên chịu làm việc này!

b. Chẩn đoán bằng phương pháp khách quan.

♦ *Phương pháp vi sinh học:* phát hiện và đánh giá lượng vi khuẩn và vi nấm bằng phương pháp cấy, phết hay dùng probe ADN, ARN đặc hiệu cho các vi khuẩn sinh mùi hôi, hay dùng test BANA phát hiện các vi khuẩn p.g., T.d., B.f.

♦ *Phương pháp khí sắc ký :* (gas chromatography). Có loại khí sắc kế rất tinh vi để phân loại và đánh giá nồng độ các khí gây hôi miệng nhưng thường đắt tiền, cần chuyên viên để sử dụng và do đó chỉ dùng cho nghiên cứu. Gây đây máy đo hôi miệng điện tử, Halimeter (Interscan Corp, USA) cho phép định lượng các VSC trong hơi thở, đặc biệt có thể xác định nồng độ H_2S tính theo ppb (parts per billion). Một nồng độ dưới 100 ppb được xem là bình thường, từ 300-400 ppb trở lên là có mùi hôi khó chịu. Tuy máy này không thật sự cần thiết để chẩn đoán hôi miệng nhưng có thể giúp ích để thuyết phục bệnh nhân và đánh giá những cải thiện sau khi điều trị.

Mũi điện tử có sự hỗ trợ của vi tính (artificial nose) để phân biệt các mùi khác nhau nhờ có cảm giác thụ quan (sensor) đặc hiệu cho mỗi mùi là phương tiện chẩn đoán hôi miệng còn đang trong vòng nghiên cứu.

5. Điều trị hôi miệng.

Điều trị hôi miệng tùy thuộc vào nguyên nhân và nguồn gốc gây ra hôi miệng, nhưng trong mọi

tình huống đều nhằm mục tiêu đầu tiên là làm giảm lượng VSC và vi khuẩn sinh mùi hôi trong miệng bằng biện pháp cơ học và hóa học.

a. Biện pháp cơ học:

Do bệnh nhân tự làm, bao gồm chải răng, dùng chỉ nha khoa để làm sạch kẽ răng, cạo lưỡi, nhai kẹo cao su.

Trong số các biện pháp này, **cạo lưỡi được xem là biện pháp vệ sinh cá nhân có hiệu quả cao nhất** để làm giảm lượng vi khuẩn và làm giảm các VSC. Theo Christensen vì cạo lưỡi có khả năng làm giảm VSC xuống 50%, do đó nên trở thành một thói quen vệ sinh răng miệng hằng ngày ở người trưởng thành. Hiện nay có nhiều hình dạng cây cạo lưỡi : từ một thanh plastic hay kim loại đến bàn chải nhỏ, những vòng tròn có cán. Cây cạo lưỡi phải gọn để không gây phản xạ nôn lúc đưa sâu vào trong miệng và phải lấy đi các mảnh vụn bám trên lưng lưỡi. Nhai kẹo cao su làm tăng tiết nước bọt và do đó giúp cho tác dụng che mùi tạm thời, và chính đường trong kẹo mới là một yếu tố quan trọng để chống hôi miệng qua tác dụng làm giảm pH trong miệng.

– Do chuyên môn làm : Điều trị nha chu : cạo vôi, nạo túi, xử lý bề mặt chân răng, bơm rửa túi nha chu bằng dung dịch sát trùng. Kiểm tra các miếng trám và phục hình trong miệng bệnh nhân và điều trị lại nếu cần.

b. Biện pháp hóa học:

Có nhiều tác nhân kháng khuẩn có hiệu quả chống hôi miệng. Chlorhexidine được xem là phân tử tốt nhất để chống hôi miệng hiện nay, nhưng các dung dịch chứa ion kim loại, đặc biệt là zinc, có một ái lực rất mạnh với VSC, ngoài ra chlorure de cetylpyridinium, triclosan phối hợp với oxy già và zinc cũng làm giảm VSC một cách đáng kể. Hiện nay các tác nhân kháng khuẩn được đưa vào những sản phẩm rất đa dạng để chống hôi miệng. Ngoài các dung dịch súc miệng, hiện nay còn có các dạng thuốc xịt miệng, xịt lưỡi, gel bôi lưỡi, kem đánh răng, kẹo cao su,... có khi bán trộn gói (breath rx, therabreath...) để dùng phối hợp với những biện pháp cơ học. Các nghiên cứu vẫn còn tiếp tục trong lĩnh vực này nhằm phát hiện những hoạt chất ngày càng đặc hiệu hơn để chống hôi miệng.

III. HÔI MIỆNG VÀ THỰC HÀNH NHA KHOA.

1. Đánh giá tình trạng hôi miệng ở bệnh nhân và sinh viên RHM.

Trong thực hành hàng ngày, nha sĩ chúng tôi cũng thường phải khổ sở về tình trạng hôi miệng ở một số bệnh nhân có vấn đề răng miệng, nhưng thỉnh thoảng đó lại là lý do chính đưa bệnh nhân tìm đến nha sĩ và giải quyết vấn đề này có khi không phải là dễ. Gần đây, bệnh nhân có vẻ bớt dè dặt và đề cập đến vấn đề một cách thoải mái hơn, và

cũng rất kiên trì điều trị có lẽ vì ý thức về hôi miệng đã được nâng cao, (qua các quảng cáo trên truyền hình...) đặc biệt ở giới trẻ.

Chúng tôi thử thăm dò ý thức về tình trạng hôi miệng ở sinh viên và bệnh nhân là hai đối tượng có thể có sự khác biệt về trình độ nhận thức cũng như về tình trạng sức khoẻ răng miệng, qua một điều tra bằng bảng câu hỏi được phát ở khu điều trị I khoa Răng Hàm Mặt.

Tổng số người thăm dò: 243 người, trong đó 122 sinh viên và 121 bệnh nhân. 52,6% trả lời là mình tự cảm thấy vấn đề này, 17,7% trả lời là bị các người khác nói là hôi miệng. Trong số người trả lời có hôi miệng, nam chiếm tỷ lệ 38,28% và nữ là 61,72%. Đối với đa số đó chỉ là tình trạng thường bị lúc mới ngủ dậy, thỉnh thoảng mới bị. Chỉ có 8,59% cho là tình trạng đó thường xuyên, thành vấn đề thật sự. Trong các yếu tố liên quan : 41,41% có chảy máu nướu, 36,72% có bị khô miệng và 35,16% có lưỡi bẩn. Trong các tình trạng bệnh lý khác đi kèm, bệnh mũi, họng và xoang hàm chiếm 33,59%, bệnh tiêu hóa chiếm 21,09%. Đa số (54,32%) tìm cách tự khắc phục vấn đề bằng biện pháp vệ sinh răng miệng, chỉ có 14,81% tìm đến nha sĩ. Các biện pháp chống hôi miệng được áp dụng là chải răng (97,66%), chải hay cạo lưỡi (42,97%), sử dụng chỉ kẽ răng (32,41%), dùng thuốc súc miệng (23,44%).

Qua điều tra thăm dò này còn có thể thấy hôi miệng là một vấn đề tùy thuộc vào nhận thức của cá nhân, vì thế tỷ lệ sinh viên trả lời có vấn đề này, ngang bằng với nhóm bệnh nhân, mặc dù do tuổi trẻ hơn và có tình trạng răng miệng tốt hơn, đáng lẽ sinh viên ít bị hơn. Điều này còn có nghĩa là trong tương lai vấn đề này sẽ trở thành ngày càng được lưu ý hơn cùng với sự phát triển kinh tế xã hội chứ sẽ không giảm đi khi tình trạng sức khỏe răng miệng được nâng cao. Đồng thời qua thăm dò cũng thấy là đa số tuy có thực hiện các biện pháp vệ sinh răng miệng nhưng chưa phải thật đúng cách để có thể giải quyết vấn đề, và vai trò của nha sĩ thì không được xem là chủ yếu mặc dù nguyên nhân từ trong miệng là chính.

2. Đề nghị phác đồ điều trị thích hợp với điều kiện thực hành nha khoa hiện nay.

Hôi miệng là một vấn đề đa yếu tố nên muốn điều trị tương đối triệt để cần được sự tiếp cận một cách toàn diện qua các bước lâm sàng sau đây:

a. Trao đổi với bệnh nhân nhằm:

- Xác định hôi miệng thật hay giả.
- Xác định các đặc điểm của hôi miệng : thời gian, yếu tố liên quan, bệnh toàn thân, các biện pháp đã và đang sử dụng ...

b. Khám răng miệng:

- Khám mô mềm : chú ý tình trạng mô nha chu, lưỡi, niêm mạc miệng, họng, amidan.

– Khám răng : chú ý sâu răng, nhiễm trùng chân răng, kẽ răng, phục hình, cầu răng... nếu cần phải có phim tia X để phát hiện lỗ sâu mặt bên, túi nha chu...

– Xác định nguồn gốc hôi miệng có phải từ hốc miệng hay không, và từ đâu trong miệng. Trên thực tế, vì nói chung tình trạng răng miệng của bệnh nhân thường kém nên đa số trường hợp hôi miệng có nguyên nhân từ trong miệng và có khi chỉ xuất phát từ một điểm giắt kẽ răng, một chân răng nhiễm trùng hay một phục hình bị hở ...

Nếu phát hiện thêm vấn đề liên quan đến chuyên khoa khác: Tai Mũi Họng, tiêu hóa, nội tiết, tâm thần... thì khuyên bệnh nhân đi khám phối hợp điều trị.

c. Điều trị răng miệng:

Sau khi giải thích cho bệnh nhân, các điều trị nha khoa để làm sạch môi trường miệng một cách toàn diện là một bước cần thiết trong mọi tình huống.

d. Hướng dẫn các biện pháp vệ sinh răng miệng thật kỹ cho bệnh nhân tự thực hiện:

– Chải răng đúng cách, phù hợp với tình trạng răng và mô nha chu.

– Sử dụng chỉ kẽ răng.

– Sử dụng tăm nước nếu có thể, đặc biệt hữu ích cho người cao tuổi và người có bệnh nha chu viêm.

- Cạo lưỡi vài lần trong ngày trước khi chải răng, vì hương liệu bạc hà trong kem đánh răng có thể gây phản xạ nôn. Khuyến bệnh nhân nín thở để tránh phản xạ nôn, đưa cây cạo lưỡi ra phía sau, càng gần rãnh tận cùng của lưỡi càng tốt. Cây cạo lưỡi phải có hình dạng thích hợp với lưng lưỡi và lấy bọt một cách có hiệu quả, đồng thời không làm tổn thương bề mặt lưỡi. Cạo lưỡi phải chú ý không cạo mạnh và không quá nhiều lần vì các nghiên cứu cho thấy là làm như vậy có thể gây xuất huyết nhẹ và gây tổn thương niêm mạc. Có thể dùng gel kháng khuẩn phối hợp với cạo lưỡi. Hiện nay cây cạo lưỡi đạt hiệu quả cao là loại có độ cong phù hợp với giải phẫu học của mặt lưng lưỡi, và có gắn lông bàn chải ngắn, tuy nhiên trên thị trường Việt Nam phổ biến nhất vẫn là dải kim loại (ít hiệu quả, dễ gây tổn thương).

- Dùng các dung dịch súc miệng. Súc miệng sau mỗi lần chải răng, cho tiếp xúc đủ lâu với phần sau của lưng lưỡi và họng. Nên chọn dung dịch súc miệng căn cứ trên hoạt chất kháng khuẩn hơn là mùi thơm dễ chịu. Chlorhexidin là phân tử có hiệu quả nhất trên các vi khuẩn gây hôi miệng, nhưng các dung dịch ion kim loại nhất là các dung dịch chứa zinc có ái lực đặc biệt với VSC và có tác dụng chống mảng bám. Lưu ý các thuốc có dung môi alcohol có thể làm se niêm mạc và gây khô miệng. Một số dung dịch hiện có trên thị trường Việt Nam : Oral B

(cetylpyridinium chlorid, CPC, alcool), Colgate Plax (triclosan), Listerine, (chỉ có thymol) Lander (CPC, alcol free), Givalex (hexetidín), P/S (zinc sulfat), nước oxy già pha loãng cũng có tác dụng làm giảm tập khuẩn kỵ khí trong miệng. Các thuốc xịt (spray) có chất kháng khuẩn và hương liệu khá tiện dụng nhưng đắt tiền và thường làm khô miệng.

– Làm tăng lưu lượng nước bọt : uống nước nhiều, nhai kẹo cao su có hương liệu bạc hà, quế ...

d. Giải thích và động viên bệnh nhân

Cần giải thích cho bệnh nhân biết là các chất làm thơm miệng chỉ có tác dụng làm che lấp mùi hôi chứ không tác động lên vi khuẩn và VSC. Đồng thời các phân tử sát trùng hiệu quả nhất cũng chỉ làm giảm lượng VSC trong khoảng 3,4 giờ. Cho nên việc chủ yếu là sau khi đã làm sạch môi trường phải kiên trì thực hiện các biện pháp vệ sinh răng miệng thích hợp với tình trạng hôi miệng của bản thân thì mới duy trì được kết quả lâu bền, cũng như mọi chăm sóc vệ sinh răng miệng khác. Đặc biệt nhấn mạnh là cạo lưỡi mỗi ngày có thể làm giảm lượng VSC xuống một nửa.

IV. KẾT LUẬN.

Hôi miệng là một vấn đề thuộc phạm vi hành nghề nha khoa, vì 80 đến 90% trường hợp hôi miệng có nguồn gốc từ trong miệng. Mặt khác nó đang trở thành một vấn đề ngày càng lưu ý trong giao tiếp xã

hội. Cũng chính vì vậy hôi miệng là một lĩnh vực nghiên cứu nhiều hứa hẹn cho nha sĩ để phát triển hành nghề, cho các nhà sản xuất và kinh doanh, vì nó có thể trở thành một mỏ vàng với nhiều mặt hàng rất đa dạng, và đối với các chương trình phòng bệnh thì nó là một cách tiếp cận mới để động viên cho việc chăm sóc răng miệng. Đó thật sự là một vấn đề của mỗi người và của mọi người, của nha sĩ, của bệnh nhân và những người xung quanh.



PHỤC HÌNH RĂNG KHÌ NÀO ? NHƯ THẾ NÀO ?

Bác sĩ TRẦN THIÊN LỘC

*Trưởng Bộ môn Phục Hình - Khoa Răng Hàm Mặt
Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh*

Khoa răng hàm mặt (Odonto-Stomatologie-Maxillofacial) là một ngành khoa học và nghệ thuật thực hành đem lại sự tốt đẹp cho con người. Ngành có nhiều chuyên khoa để giảm bớt sự đau đớn, điều trị những bệnh tật ở vùng răng hàm mặt, duy trì, phục hồi chức năng của hệ nhai và sự thẩm mỹ của vùng hàm mặt.

Một cá nhân nếu biết thực hành vệ sinh răng miệng, thường xuyên đi khám răng miệng và điều trị sớm những bệnh răng miệng thì tình trạng răng miệng sẽ tốt đẹp. Nếu không được chữa trị thì răng sẽ bị mất dần.

Những nguyên nhân đưa đến mất răng gồm có:

- Bệnh sâu răng không được chữa trị.
- Bệnh nha chu không được chữa trị.
- Những chấn thương vùng hàm mặt.
- Những bệnh tật của xương hàm.

- Những răng mọc lệch lạc cần phải nhổ vì lý do thẩm mỹ hay vì yêu cầu chỉnh hình răng.

- Những răng thiếu bẩm sinh.

Mất răng nếu không được phục hồi sẽ đưa đến những hậu quả sau đây :

** Hậu quả tại chỗ:*

- Các răng còn lại hai bên bị xô lệch, răng đối diện trôi lên.

- Đường cong Spee và khớp cắn thay đổi theo chiều hướng xấu.

- Bệnh sâu răng nha chu, chấn thương cắn khít phát sinh đưa đến mất thêm những răng khác.

- Xương ổ răng nơi răng mất bị tiêu nhanh.

- Hình dạng mặt bị thay đổi do rối loạn cắn khít.

** Hậu quả toàn thân:*

- Tiêu hóa rối loạn do sự nhai nghiền thức ăn không tốt

- Các răng còn lại phải dùng nhiều nên mòn nhanh, nghiêng ngả làm rối loạn khớp cắn, có thể gây ra hội chứng S.A.D.A.M. (đau khớp thái dương hàm và cơ nhai)

- Phát âm thay đổi

- Hô hấp có thể bị ảnh hưởng (lưỡi bị nâng lên).

Do đó, nhiệm vụ của người bác sĩ Răng Hàm Mặt là phải phục hồi lại sớm những khoảng trống

mất răng để phục hồi lại các chức năng nhai, phát âm, thẩm mỹ và phòng bệnh. Việc thay thế một răng mất cũng quan trọng như việc chữa một răng bị bệnh.

Chuyên khoa phục hình răng có mục đích phục hồi lại các răng mất một cách tốt đẹp và có chức năng. Sự thành công trong điều trị phụ thuộc vào các yếu tố :

- Tính ổn định và sự thăng bằng về tâm lý và thể trạng của bệnh nhân, trước vật lạ phải mang trong miệng.

- Phương pháp, kỹ thuật điều trị, trang thiết bị và vật liệu phục hình

- Tài năng của người bác sĩ gồm năng khiếu và sự rèn luyện

** Khoa phục hình răng gồm có hai phân khoa :*

- Phục hình răng tháo lắp (Prosthodontics removable).

- Phục hình răng cố định (Prosthodontics fixed).

Phục hình răng tháo lắp là loại phục hình răng thay thế những răng mất bằng những răng giả mà bệnh nhân mang hàm răng giả này có thể tháo ra và lắp vào trong miệng được.

Phục hình răng tháo lắp gồm có hai loại:

- Phục hình răng tháo lắp từng phần.

- Phục hình răng tháo lắp toàn phần và toàn bộ.

Phục hình răng cố định là loại phục hình răng được thực hiện để bao bọc những thân răng bị yếu, để thay thế những thân răng bị mất hay để phục hồi những răng đã bị mất hoàn toàn và loại phục hình này được gắn chặt vào răng bệnh nhân, mà bệnh nhân không thể tháo ra được.

Phục hình răng cố định được làm bằng kim loại, sứ, nhựa, composite.

Muốn phục hồi răng tốt cần đạt được các mục tiêu:

- Chức năng.
- Thẩm mỹ.
- Bền vững.
- Phòng bệnh.

Để đạt được những mục tiêu này, người bác sĩ điều trị cần hiểu biết về giải phẫu, sinh lý răng và hệ nhai, vật liệu phục hình, có cái nhìn toàn diện về hệ nhai và toàn cơ thể, có được một chẩn đoán đúng đắn để lựa chọn loại phục hình thích hợp cho từng trường hợp và từng cá nhân, có tay nghề vững vàng, khéo léo.

Ngoài ra cũng phải kể đến sự cộng tác của người kỹ thuật viên phục hình răng trong phần công việc ở labo, trang thiết bị, nguyên vật liệu, thuốc men cũng góp phần quan trọng trong việc thực hiện một phục hình răng hoàn hảo.

BỆNH NHA CHU

Tiến sĩ NGUYỄN CẦN

Bộ môn Nha Chu - Khoa Răng Hàm Mặt

Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

I. ĐẠI CƯƠNG VỀ BỆNH NHA CHU:

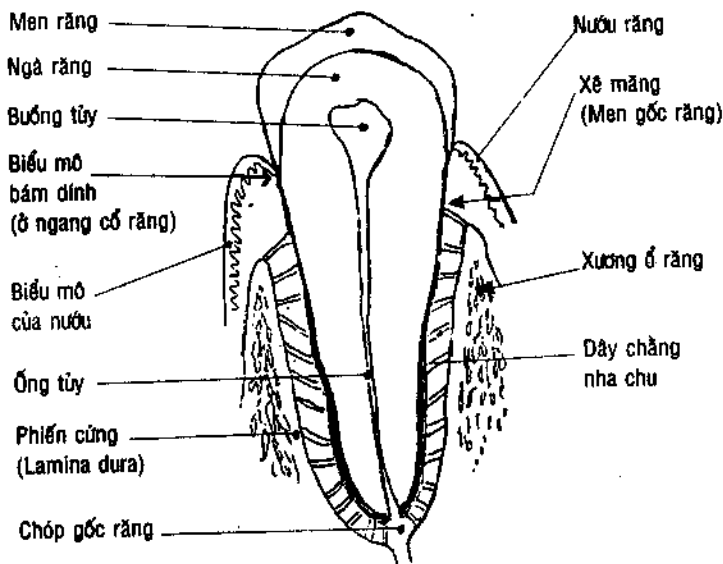
Bệnh nha chu còn được gọi là bệnh quanh răng. Là bệnh liên quan đến các bộ phận nâng đỡ răng như: nướu răng (hay lợi răng), phần xương hàm bao quanh gốc răng (còn được gọi là xương ổ răng), lớp men bao bọc gốc răng (men gốc răng) và cuối cùng là hệ thống các dây chằng nối răng vào với xương ổ răng. Những dây chằng này còn được gọi là dây chằng nha chu (*hình 1*).

Cần phân biệt bệnh nha chu và bệnh sâu răng.

Bệnh sâu răng xảy ra trên thân răng tạo thành lỗ hay xoang gọi là lỗ sâu răng. Lỗ sâu răng lớn có thể gây viêm tủy răng. Viêm tủy răng gây đau răng sau đó có thể làm cho tủy chết hay hoại tử.

Bệnh nha chu là một bệnh do nhiễm vi khuẩn ở miệng, tác động đến các cấu trúc nâng đỡ răng như nêu ở trên. Bệnh nha chu có thể chỉ khu trú ở nướu được gọi là viêm nướu. Nếu viêm nhiễm lan sâu vào các cấu trúc khác bên trong gây ra phá hủy (mất bám dính) thì được gọi là viêm nha chu.

MÔ NHA CHU



Hình 1 : Thiết đồ răng cắt dọc với mô răng và mô nha chu

II- MÔ NANG ĐỖ RĂNG HAY MÔ NHA CHU:

1. Nướu:

Nướu răng (hay lợi răng) gồm có hai phần : nướu tự do và nướu dính (*hình 1, 2*). Nướu bình thường có màu hồng hoặc đỏ ôm sát vào răng và xương ổ răng.

Nướu tự do (hay nướu rời) cao độ 1mm có thể di động chút ít, nơi tiếp xúc với mặt răng có thể nhìn thấy được gọi là đường viền nướu hoặc bờ tự do của nướu hoặc rìa nướu (*hình 2*).

Giữa răng và nướu tự do là một khoảng hình chữ V gọi là khe nướu. Đáy của khe nướu là nơi mà nướu dính liền vào răng gọi là biểu mô bám dính (*hình 2*). Khe nướu là nơi dễ chứa những mảnh vụn thức ăn và vi khuẩn cho nên nướu thường bị viêm. Ta có bệnh viêm nướu.

Sát bên dưới nướu tự do là phần nướu dính.

Nướu dính bám rất chắc vào răng và xương ổ răng, không di động được.

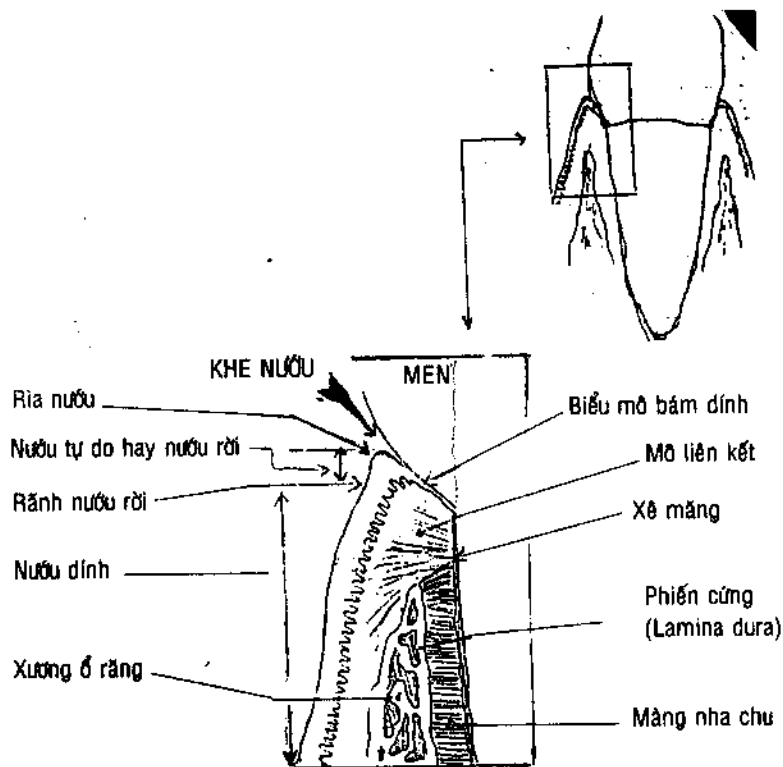
Ở giữa hai răng, nướu tự do nhô lên thành hình tháp 3 mặt. Đó là gai nướu hay nhú nướu.

Bề mặt của nướu là một lớp biểu mô tầng hoá. Bên trong là mô liên kết (*hình 2*).

2. Xương ổ răng:

Chỉ được gọi là xương ổ răng phần xương hàm bao bọc quanh gốc răng. Đó là một loại xương xốp nằm giữa 2 vách xương dầy. Phần xương dầy ở kề cận mặt gốc răng được gọi là phiến cứng (*lamina dura*) (*hình 2*) phiến cứng này có nhiều lỗ nhỏ để cho các mạch máu, mạch bạch huyết và các dây thần kinh đi qua.

Xương ổ răng dễ bị thay đổi: tiêu huỷ hay tái tạo tùy trường hợp, tùy vào sự phát triển của bệnh nha chu, tùy vào sự tác động ở bên ngoài như sang chấn chẳng hạn. Trong bệnh nha chu, xương ổ răng bị tiêu huỷ dần dần làm cho răng trở nên lung lay.



Hình 2 : Cấu tạo (chi tiết) của mô nha chu

3. Xê măng: (hình 1 và 2)

Xê măng là một lớp mỏng gần giống như xương bao bọc toàn thể mặt gốc răng, chỉ trừ ở vùng chóp gốc nơi có các mạch máu và dây thần kinh chui vào tủy răng. Xê măng chứa khoảng 45% chất vô cơ và khoảng 55% chất hữu cơ. Sở dĩ xê măng được kể là thành phần nâng đỡ răng là bởi vì có các dây chằng nha chu bám chặt vào đấy.

4. Dây chằng nha chu: (hình 1)

Đó là một hệ thống sợi gồm phần lớn là những sợi collagen (sợi hổ, sợi keo) có chức năng nối liền răng vào xương ổ.

Dây chằng nha chu chia thành nhiều nhóm như: nhóm đỉnh xương ổ, nhóm ngang, nhóm nghiêng và nhóm ở chóp răng. Nhóm nghiêng là nhóm chiếm đa số. Nhóm ở chóp góc toả ra hình nan quạt.

Dây chằng nha chu chiếm gần hết khoảng cách giữa răng và xương ổ tạo nên một màng gọi là màng nha chu. Đó là một môi trường mô liên kết, ngoài hệ thống sợi collagen dày đặc là chủ yếu, còn có những thành phần khác như: các mạch máu và dây thần kinh, những tế bào của mô liên kết, các tạo cốt bào, các tế bào tạo men gốc răng, các tế bào sợi v.v...

III. PHÂN LOẠI BỆNH NHA CHU.

Bệnh nha chu có thể chia làm hai loại:

1. Viêm nướu hay viêm lợi: là bệnh nhiễm khuẩn chỉ có tác động ở nướu răng hay lợi răng trong vùng mô liên kết (hình 2). Nguyên nhân chủ yếu là những vi khuẩn thông thường ở miệng. Vi khuẩn thường tập trung nhiều ở mảng bám (chất bẩn màu trắng bám quanh răng) hoặc ở cao răng (vôi răng) ở những người giữ gìn vệ sinh răng miệng kém.

Triệu chứng viêm nướu là: Nướu đỏ hơn bình thường, dễ chảy máu, không đau hoặc ít đau.

Viêm nướu thường kéo dài (mãn tính) rất lâu, không làm răng lung lay và có thể chữa trị được, bằng cách đánh chải răng sạch mỗi ngày và đi cạo cao răng (nếu cần, vì có những người ít không đáng kể). Nên nhớ rằng lỗ sâu răng, các răng trám hoặc phục hình không đúng kỹ thuật có thể tạo ra chỗ tập trung, tích lũy vi khuẩn làm cho người bệnh không đánh chải răng đúng vệ sinh được, do đó viêm nướu vẫn được duy trì và có thể là điều kiện để tiến triển thành nha chu.

2. Viêm nha chu hay viêm quanh răng là bệnh nặng hơn viêm nướu do có sự phá hủy ở các mô sâu bên trong, đặc biệt là tiêu xương ổ (tức phần xương hàm bao bọc quanh răng) và làm cho răng lung lay. Nếu viêm nha chu ở giai đoạn đầu, tiêu xương ít và được điều trị kịp thời, một răng hay nhiều răng có thể giữ lại được. Nếu tiêu xương nhiều, răng lung lay nhiều có thể phải nhổ, có thể di chuyển nghiêng ngả, ăn nhai khó khăn, .v.v...

** Viêm nha chu có những đặc điểm sau đây:*

- Luôn luôn có viêm nướu kèm theo.
- Nướu răng mất bám dính vào răng tạo ra những "túi mủ" hay còn gọi là "túi nha chu".
- Tiêu xương ổ như đã nêu trên.

** Nguyên nhân của viêm nha chu như sau:*

- Vi khuẩn đặc hiệu, tức là những vi khuẩn gây bệnh có thể từ bên ngoài, có thể của chủ thể (nhưng

có điều kiện tăng nhanh về số lượng). Một vài loại vi khuẩn đặc hiệu đã được phát hiện chắc chắn là nguyên nhân gây viêm nha chu như sau : *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Bacteroides forsythus*, *Porphyromonas gingivalis* và còn có nhiều loại vi khuẩn khác mà thế giới hiện còn đang xác định thêm.

Tuy nhiên, sự hiện diện của vi khuẩn – dù nhiều hay ít – cũng chưa chắc gây ra viêm nướu nặng hoặc viêm nha chu. Hiện nay người ta đã biết những đáp ứng của chủ thể (người bệnh) miễn dịch hay không miễn dịch có vai trò làm cho viêm nha chu nặng thêm hoặc tiến triển nhanh.

Vào khoảng hai thập niên gần đây, người ta cũng đã phát hiện một số bệnh tổng quát hoặc một số điều kiện toàn thân có thể làm phát sinh và phát triển nhiễm khuẩn nha chu, đặc biệt là viêm nha chu. Sau đây là một số phát hiện đã được xác định:

- Tình trạng mang thai ở người nữ thường đưa đến viêm nướu hoặc sưng nướu rất dễ chảy máu. Nguyên nhân là số vi khuẩn tăng mạnh vì chúng sử dụng estrogen và progesteron (đang tăng) thay thế cho vitamin K là chất tăng trưởng của chúng.

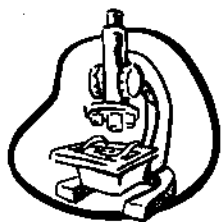
- Bệnh tiểu đường làm tăng tỷ lệ viêm nha chu. Nguyên nhân là biến chứng ở các mạch máu nhỏ (ở nướu) và sự hình thành ra những AGES (advanced glycalysation end - products), v.v... Hiện nay ở nước

ta đã có nghiên cứu về tác động ngược lại của điều trị viêm nha chu làm giảm các mức độ đường huyết.

– Người hút thuốc lá bị giảm tuần hoàn ở nướu...

Tóm lại, mười năm trở lại đây đã có nhiều tiến bộ trong lĩnh vực nha chu học khiến cho công việc điều trị bệnh nha chu dễ dàng hơn, kiểm soát nhiễm khuẩn tốt hơn. Thậm chí điều trị nha chu ngoài việc đem đến cho bệnh nhân sự thoải mái yêu đời hơn còn có thể góp phần điều trị các bệnh toàn thân như ở bệnh tiểu đường vừa nêu.

Công việc dự phòng và điều trị bệnh nha chu không khó, chỉ cần chú ý đến vệ sinh răng miệng, loại trừ những chỗ ẩn náu của vi khuẩn, kiểm soát tốt nhiễm khuẩn ở miệng. Kết quả có thể nói là tức thì !



CÁCH CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG CHO TRẺ EM

Tiến sĩ TRẦN THÚY NGÀ

Trưởng Bộ môn Răng trẻ em - Khoa Răng Hàm Mặt

Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Trẻ em là nguồn nhân lực quý giá nhất của chúng ta. Một việc rất quan trọng mà cha mẹ có thể làm được cho con mình là chuẩn bị cho trẻ bước xuất phát trên con đường dẫn đến một sức khỏe răng miệng hoàn hảo.

Răng của đa số trẻ sẽ phát triển chắc và khỏe. Cha mẹ có thể giúp cho trẻ tiếp tục giữ răng chắc và khỏe bằng cách tạo cho trẻ những thói quen về răng miệng lành mạnh trong những năm tháng đầu đời của trẻ.

Răng sữa đóng vai trò quan trọng trong việc ăn nhai, phát âm và vẻ mặt của trẻ.

Đồng thời, cũng đóng vai trò giữ chỗ trên xương hàm cho các răng vĩnh viễn.

Sau đây là một số thông tin có ích về hệ răng sữa.

I. CÁCH CHĂM SÓC VÀ GIỮ GÌN VỆ SINH RĂNG MIỆNG CHO PHỤ NỮ MANG THAI :

Lúc mang thai, phụ nữ có những thay đổi về tình trạng sức khỏe răng miệng :

- **Chế độ dinh dưỡng cân bằng** : (gồm ba nhóm thức ăn cơ bản : gạo, thịt và trái cây, rau quả): răng của trẻ bắt đầu hình thành từ tháng thứ 3 đến tháng thứ 6 trong bụng mẹ. Bất kỳ cái gì bà mẹ ăn vào, cũng sẽ ảnh hưởng đến các răng đang trong giai đoạn phát triển này của trẻ. Điều quan trọng là bà mẹ cần ăn một lượng đầy đủ các chất dinh dưỡng, nhất là sinh tố A,C và D, chất đạm, chất khoáng (can xi và phốt pho) để răng của trẻ được cấu tạo bình thường. Tất cả thức ăn nào tốt cho sức khỏe chung đều tốt cho sức khỏe răng. Một chế độ ăn cân bằng thường cung cấp một lượng các chất dinh dưỡng đầy đủ để nuôi bà mẹ và cháu bé. Can xi là chất chủ yếu cần thiết cho sự phát triển răng, chứa nhiều trong các loại cá (cá xương), sữa và các sản phẩm từ sữa, rau cải. Bác sĩ răng hàm mặt hoặc bác sĩ y khoa sẽ viết toa, thêm các chất hỗ trợ cho bà mẹ, nếu chế độ ăn của bà mẹ không cung cấp đầy đủ các chất dinh dưỡng cần thiết.

- **Chế độ ăn ngọt** : Ăn nhiều đồ ngọt và nhiều lần trong ngày, cùng chênh mảng vẹ sinh răng miệng gây sâu răng nhiều. Quan niệm cho rằng răng sâu thêm hoặc rụng đi sau mỗi một lần mang thai là một quan niệm không đúng. Nhiều phụ nữ tin rằng lúc còn ở trong bụng mẹ, đứa trẻ sẽ lấy can xi từ răng người mẹ để cấu tạo nên xương và răng của mình. Thực ra, chế độ ăn đầy đủ của mẹ sẽ cung cấp nhu cầu can xi cho trẻ. Nếu không được cung cấp đầy

đủ, đứa trẻ sẽ lấy các chất cần thiết để cấu tạo răng từ xương, chứ không phải từ răng của mẹ. Sau khi trẻ được sinh ra, chính thói quen ăn ngọt của bà mẹ sẽ tạo cho trẻ thói quen thích vị ngọt hơn (do việc nếm nếm thức ăn).

- **Viêm nướu do thai nghén** : Lượng kích thích tố tăng trong thời gian mang thai, làm tăng quá mức phản ứng của người phụ nữ đối với các độc tố, được tạo ra bởi các vi khuẩn trong mảng bám răng (mảng vi khuẩn không thấy được, bám chặt lên bề mặt răng) làm nướu sưng đỏ, nhạy cảm và dễ chảy máu, gọi là tình trạng viêm nướu do thai nghén. Loại bỏ mảng bám ra khỏi bề mặt răng bằng cách chải răng và sử dụng chỉ nha khoa thật cẩn thận, đi khám răng định kỳ đều đặn, sẽ giúp nướu của các bà mẹ được khỏe mạnh trong lúc mang thai.

- **Hậu quả của thuốc và các bệnh mắc phải**: Thuốc (Tetracyclin) và các bệnh mắc phải trong lúc mang thai (sởi, giang mai...) có ảnh hưởng lên cấu tạo răng của trẻ (thay đổi hình dạng và màu sắc răng). Sử dụng Tetracyclin có thể làm sạm màu răng con của bạn. Tránh dùng thuốc và chỉ sử dụng khi cần thiết và phải có toa của bác sĩ.

- **Giữ gìn vệ sinh răng miệng**: kiểm soát mảng bám cả cha và mẹ, bằng cách chải răng sau mỗi bữa ăn hoặc tối thiểu hai lần một ngày, và sử dụng chỉ nha khoa tối thiểu một lần một ngày. Không bắt buộc dùng thuốc súc miệng.

- **Khám và điều trị răng miệng:** Thời gian tốt nhất để các phụ nữ mang thai đi khám và điều trị răng miệng là từ tháng thứ tư đến tháng thứ sáu. Khi đi khám răng miệng, cần báo cho bác sĩ rằng hàm mất biết là đang mang thai, dự định sẽ mang thai hoặc là có thể mình đã mang thai. Điều này sẽ giúp các bác sĩ trong việc quyết định phương pháp điều trị tốt nhất cho các bạn và cho đứa con chưa sinh ra của bạn.

II. CÁCH CHĂM SÓC VÀ GIỮ GÌN VỀ SINH RĂNG MIỆNG CHO TRẺ EM:

* **Hệ răng sữa :** Gồm 20 cái, bắt đầu hình thành và cấu tạo từ trong bào thai và tiếp tục sau khi sinh ra. Răng đầu tiên mọc lúc 6 tháng tuổi, sau đó trung bình cứ 4 tháng trẻ sẽ mọc các chiếc răng tiếp theo và có đủ hệ răng sữa lúc 2 - 2 ½ tuổi.

* **Hiện tượng mọc răng :** Một số trẻ khó ở khi mọc chiếc răng đầu tiên, và có thể vẫn tiếp tục sự khó ở này mỗi khi mọc thêm các răng khác trong số 20 răng sữa. Trẻ sẽ bứt rứt khó chịu, dễ kích động khi mọc răng, thường cho ngón tay hay bất kỳ vật gì có trong tay vào miệng để cắn, chảy nước miếng, khó chiều hoặc không chịu ăn. Nướu đỏ, có thể sưng lên và nếu ấn vào có cảm giác cứng và nhọn.

Trong khi răng mọc lên, trẻ có thể sốt, ban ngày bứt rứt không yên, ban đêm không ngủ, nhiễm

trùng, phát ban hoặc tiêu chảy. Nên đưa trẻ đi khám bác sĩ nhi khoa khi có các dấu hiệu này.

Làm dịu trẻ tạm thời bằng cách cho một vật nhẹ, mềm gì đó để trẻ cắn lên (như vòng mọc răng, núm vú cao su hay bàn chải đánh răng). Thức ăn mềm, xốp thích hợp cho trẻ lúc này vì cần nhai nhẹ. Nếu trẻ đau nhiều, nên cho uống Paracetamol để giảm đau.

*** *Nang hoặc bثور máu do mọc răng* :** Khi răng bắt đầu mọc, mô nướu tách ra và bị kéo lại. Đôi khi, có một ít máu chảy vào trong các mô, tạo nên một chỗ phồng lên hay bị bầm nhỏ trên nướu gọi là nang hoặc bثور máu do mọc răng. Thường thì không cần điều trị, khi răng mọc lên sẽ khỏi. Không nên cắt hay chọc vì có thể gây nhiễm trùng. Đưa trẻ đi khám, nếu răng không mọc lên trong vòng một tháng.

*** *Mút ngón tay* :** Bú là phản xạ bình thường của trẻ, giúp cơ và xương hàm phát triển. Khi còn bé, trẻ đưa vào miệng tất cả những vật gì có trong tay, kể cả các ngón tay để mút. Thói quen mút các vật này sẽ biến mất khi trẻ đến tuổi đi học. Nếu vẫn tiếp tục mút ngón tay sau khi răng cửa vĩnh viễn mọc lên (7-8 tuổi) sẽ gây nên những vấn đề về thẩm mỹ cần can thiệp chỉnh hình (như hô răng cửa trên, lùi răng cửa dưới...).

*** *Núm vú giả* :** Núm vú giả cũng có thể gây nên những vấn đề như mút ngón tay, nếu bú trong thời

gian dài. Thường thì có khuynh hướng thích núm vú giả làm từ silicone. Nên kiểm soát núm vú giả thường xuyên và vứt bỏ nếu có dấu hiệu mòn, rạn nứt hay rách. Không nhúng các đầu vú vào đồ ngọt như mật ong, mứt..., vì có thể dẫn đến đa sâu răng hoặc nhúng vào đồ mặn, có thể khiến thận của trẻ phải làm việc quá mức.

*** Thức ăn cho trẻ :** Thức ăn bao gồm sữa, ngũ cốc và nước trái cây đã đủ cho trẻ không nên thêm đường hay mật vào. Do nhu cầu năng lượng gia tăng của cơ thể, ngoài ba bữa ăn chính trẻ có thể ăn thêm ba bữa phụ. Tránh không cho trẻ ăn vặt cả ngày, nhất là các thức ăn nước uống chứa nhiều đường, dính vào răng (như bánh ngọt, kẹo ...).

*** Sâu răng do cách nuôi trẻ (do bú bình) :** Sâu răng trầm trọng có thể xảy ra ở trẻ bú bình (sữa hay các chất ngọt khác) thường xuyên, nhất là trước và trong khi ngủ. Khi ngủ, sự tiết nước bọt giảm, vì vậy tác dụng chải rửa trên răng và niêm mạc miệng cũng giảm. Sữa còn đọng lại trong miệng bị các vi khuẩn làm lên men, biến đổi thành acid lactic gây sâu nhiều răng. Không để trẻ ngậm bình hay vú mẹ trong lúc ngủ. Nếu trẻ cần bú mới ngủ, nên cho trẻ bú nước lã và lấy bình ra khi trẻ đã ngủ.

Khuyến khích việc cho trẻ bú mẹ, tuy nhiên nếu tiếp tục cho trẻ bú mẹ sau một tuổi, nhất là trẻ ngậm vú mẹ mỗi khi đòi hỏi, để ru ngủ và trong khi ngủ sẽ gây ra dạng sâu răng trầm trọng như bú bình.

* **Thuốc** : Để có vị dễ chịu cho trẻ em, nhiều loại thuốc chứa lượng đường cao. Sử dụng thường xuyên và dài hạn các loại thuốc này (như khi trẻ bị suyễn), nhất là trước khi ngủ, có thể gây sâu răng. Khi trẻ phải dùng thuốc trong một thời gian dài, nếu có thể nên yêu cầu bác sĩ viết toa các tên thuốc không chứa đường. Làm sạch răng trẻ sau khi sử dụng thuốc và trước khi đi ngủ.

* **Tránh sử dụng Tetracyclin** : Không cho trẻ dưới mười tuổi sử dụng bất kỳ loại Tetracyclin nào, vì sẽ nhuộm sạm màu răng vĩnh viễn của trẻ.

• **Cách chăm sóc, giữ gìn răng miệng cho trẻ:**

Tránh lây nhiễm:

Sâu răng và nha chu là hai bệnh răng miệng phổ biến do vi khuẩn, nên sẽ lây từ răng này qua răng khác (trong cùng một miệng), và từ miệng người này qua miệng người khác. Trong miệng trẻ sơ sinh không có vi khuẩn gây sâu răng. Khi răng bắt đầu mọc, vi khuẩn sẽ được truyền từ mẹ (hoặc người nuôi dưỡng) sang cho trẻ, qua trung gian của việc hôn hít, nếm thức ăn hay làm sạch núm vú giả bằng cách mút trong miệng trước khi cho vào miệng của trẻ. Bà mẹ chải răng thật kỹ, chế độ ăn chứa lượng đường thấp sẽ làm giảm lượng vi khuẩn sâu răng trong miệng, vì vậy làm giảm hay chậm khả năng truyền vi khuẩn này sang cho trẻ.

** Để loại trừ sự lây nhiễm:*

– Không nên nhai hay cắn thức ăn rồi đút cho trẻ

– Không nên cho trẻ sử dụng chung muỗng, thìa với người bị sâu răng.

– Không cho trẻ sử dụng chung bàn chải đánh răng.

Cách giữ gìn vệ sinh răng miệng cho trẻ:

** Trước khi trẻ có răng (6 tháng tuổi):*

– Cho trẻ uống vài muỗng nước ngay sau khi bú (và ợ).

– Dùng gạc hay vải ướt quấn quanh ngón tay lau sạch và xoa nắn nướu, lưỡi cho trẻ sau khi cho trẻ bú hay ăn.

** Sau khi trẻ có răng:*

– Cho trẻ uống vài muỗng nước ngay sau khi bú hay ăn. Rồi dùng gạc hay vải ướt quấn quanh ngón tay lau sạch răng (đừng quên mặt trong của răng) và xoa nắn nướu, lưỡi cho trẻ sau khi cho trẻ bú hay ăn.

– Trẻ 1 tuổi (khi trẻ có 8 răng cửa): Có thể dùng bàn chải đánh răng có lông mềm có kích thước nhỏ.

– Trẻ dưới 3 tuổi: Nên cẩn thận khi sử dụng kem đánh răng trẻ em có fluor.

– Trẻ hơn 3 tuổi : Sử dụng kem đánh răng trẻ em có fluor, với lượng kem phết lên bàn chải độ bằng hạt đậu. Chỉ nha khoa làm sạch mặt bên răng.

** Cách chải răng:*

– Đặt lông bàn chải hướng về phía đường viền nướu một góc 45° so với răng, lắc nhẹ bàn chải. Chải từng nhóm răng, mỗi nhóm độ 2 – 3 răng, chải ba mặt răng: ngoài (mặt nhìn thấy khi há miệng), trong (phía lưỡi), và mặt nhai.

– Cha mẹ cần tiếp tục chải răng cho trẻ đến 9 – 10 tuổi, vì trẻ không có kỹ năng để tự chải răng một cách hiệu quả trước độ tuổi này.

** Kem đánh răng:*

Thường thì trẻ không thích kem đánh răng. Đừng lo lắng, vì chính bàn chải, chứ không phải kem đánh răng, làm sạch được các mảng bám trên răng. Nếu kem đánh răng được sử dụng và trẻ thích, cha mẹ phải cẩn thận không cho trẻ nuốt kem đánh răng. Nên sử dụng một lượng rất ít kem đánh răng khi sử dụng cho trẻ (kích thước hạt đậu nhỏ, hay một lớp thật mỏng trên bàn chải kích cỡ trẻ em). Kem đánh răng fluor làm răng thêm rắn chắc.

Các tư thế cần chú ý khi chải răng cho trẻ:

** Trẻ nhỏ:*

– Một người:

- ♦ Bế trẻ trong vòng tay.
- ♦ Cho trẻ nằm giữa nhà.
- ♦ Cho trẻ ngồi lên đùi, mặt quay ra ngoài.

- Hai người:

♦ Ngồi đối diện chạm gối.

* Trẻ lớn:

- Thực hiện đứng sau lưng trẻ, cùng nhìn về phía gương.

Khám răng miệng

Đưa trẻ theo cùng mỗi khi cha mẹ hay anh chị của trẻ khi khám răng định kỳ (dù trẻ không có vấn đề răng miệng). Những lần đi cùng cha mẹ như vậy sẽ giúp trẻ có những hình ảnh tốt đẹp và thói quen đi khám răng định kỳ. Bác sĩ răng hàm mặt có thể cố vấn cho cha mẹ về sự phát triển răng của trẻ cũng như đây là những dịp để nêu câu hỏi thắc mắc. Nếu thấy trên răng trẻ có lỗ sâu (hay nghi là sâu), hoặc nếu trẻ bị chấn thương hay đau ở răng, ở miệng, nên liên hệ với bác sĩ răng hàm mặt. Cho trẻ đến nha sĩ lần đầu tiên khi trẻ 6 tháng tuổi, để:

- Phát hiện các vấn đề sức khỏe toàn thân có liên quan đến răng miệng.

- Phát hiện các dạng sâu răng đặc biệt do cách nuôi cho trẻ ăn (sâu răng do bú bình).

- Áp dụng kịp thời các biện pháp phòng ngừa sâu răng cho cá nhân.

Không nên chờ đến khi trẻ có răng sâu hay đau răng mới đến nha sĩ.

Các thói quen có ảnh hưởng xấu cho sức khỏe răng miệng:

- Mút ngón tay:

Mút ngón tay hay ngậm vú giả kéo dài có thể làm cho răng trên nhô ra trước. Tập cho trẻ bỏ các thói quen này càng sớm càng tốt (trước khi thay răng cửa vĩnh viễn).

- Khen thưởng và quả phạt:

Không bao giờ sử dụng các thức ăn có chất ngọt như kẹo, chocolates, kem làm phần thưởng cho trẻ khi chúng thực hiện các việc tốt ngược lại, cũng đừng hăm dọa trẻ sẽ đưa đi bác sĩ răng hàm mặt vì trẻ không ngoan.

Chấn thương răng miệng:

Trẻ ở độ tuổi tập đi và chạy, thường bị ngã đập vào mặt hay răng. Loại chấn thương vào mặt này thường có biểu hiện trầm trọng hơn là bản thân của chấn thương do có máu và nước mắt. Dùng gạc ướt làm sạch để thấy rõ ranh giới của vết thương. Các chấn thương thường gặp:

- Vết bầm do cắn phải môi hay lưỡi.

- Răng bị vỡ một mảnh

- Răng bị đẩy vào trong nướu hay lòi ra ngoài.

- Răng rơi ra ngoài hoàn toàn: nếu là răng sữa, thì không cắm răng lại.

Đưa trẻ đến khám tại các bác sĩ răng hàm mặt.

Phòng ngừa sâu răng:

Ngoài việc giữ gìn vệ sinh răng miệng, còn có hai cách sau đây bảo vệ răng của trẻ khỏi bị sâu :

- Trám bít hố rãnh: bác sĩ răng hàm mặt sẽ phủ chất trám lên mặt nhai và các mặt có hố rãnh khác của răng để bít lại

- Đặt fluor tại chỗ: ở những trẻ có nguy cơ sâu răng, bác sĩ răng hàm mặt sẽ phết dung dịch hay gel fluor lên răng (hai lần một năm).

III. NHỮNG HƯỚNG DẪN VỀ VỆ SINH RĂNG MIỆNG CHO TRẺ EM:

- Làm sạch răng bằng cách chải răng và sử dụng chỉ tơ nha khoa hai lần một ngày.

Trong đó, tối thiểu cha mẹ cần chải răng giúp trẻ thật kỹ một lần (ngay khi mọc chiếc răng đầu tiên).

- Sử dụng bàn chải nhỏ có lông mềm và một lượng thật ít kem đánh răng có fluor.

- Ăn thêm các bữa ăn phụ với các chất dinh dưỡng rất quan trọng đối với trẻ. Nhưng tránh ăn quá nhiều đường.

- Cần thận khi sử dụng bình bú ở trẻ để tránh sâu răng (cho nước lã vào bình khi trẻ ngậm bình để ngủ).

- Đưa trẻ đi khám răng miệng đều đặn định kỳ càng sớm càng tốt, lần đầu tiên vào lúc trẻ vừa 6 tháng tuổi (mọc chiếc răng đầu tiên).

LÀM THẾ NÀO GIỮ CHO RĂNG VÀ HÀM KHÔNG BỊ LỆCH ?

TIẾN SĨ ĐỒNG KHẮC THẨM

Trưởng Bộ môn Chính hình Răng Mặt - Khoa Răng Hàm Mặt
Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

I. ĐẠI CƯƠNG VỀ CUNG RĂNG BÌNH THƯỜNG VÀ CUNG RĂNG LỆCH:

A. Cung răng bình thường (theo Andrews): Gồm có 6 điều kiện :

1. Tương quan hạng I vùng răng cối thứ nhất:

Múi ngoài gần của răng 6 hàm trên khớp với rãnh ngoài gần của răng 6 hàm dưới. Gờ bên xa của răng 6 khớp với gờ bên gần của răng 7 hàm dưới. Múi trong gần răng 6 hàm trên tiếp xúc với trũng giữa của răng 6 hàm dưới.

2. Độ nghiêng gần xa của thân răng:

Phần phía nướu của trụ thân răng luôn ở về phía xa so với phần bờ cắn hay phần mặt nhai. Độ nghiêng này thay đổi tùy theo răng.

3. Độ nghiêng ngoài trong của thân răng:

Răng cửa giữa và răng cửa bên của hàm trên có phần bờ cắn ở về phía ngoài so với phần nướu của thân răng. Đối với các răng khác độ nghiêng này ngược lại.

Độ nghiêng ngoài trong của các thân răng hàm trên không thay đổi, nhưng ở hàm dưới, độ nghiêng

vào trong này tăng từ răng nanh (3) tới răng hàm thứ hai (7).

4. Không có răng xoay.

5. Không có khe hở giữa các răng.

6. Đường cong Spee phẳng hay cong nhẹ ($\leq 1,5\text{mm}$)

Đường cong Spee nối liền các đỉnh mũi của răng nanh, răng cối nhỏ và răng cối lớn.

Để đơn giản, chúng ta có thể hình dung cung răng như sau:

- Răng khít nhau.
- Răng không lệch.
- Răng không chen chúc.
- Độ nghiêng gần xa và ngoài trong đúng.

Ngoài ra, cung răng hàm trên và hàm dưới khi khớp nhau phải đạt điều kiện:

- Độ cắn phủ vùng răng cửa của hàm trên với hàm dưới vào khoảng 3 mm.
- Độ cắn chìa của răng cửa hàm trên so với răng cửa hàm dưới ở vào khoảng 3 mm.

B. Cung răng lệch:

Cung răng lệch không hội đủ điều kiện như cung răng bình thường. Trên đó, một hoặc nhiều răng có thể bị lệch, xoay, nghiêng (gần hay xa), ngầm. Các răng này cũng có thể chen chúc hay không khít nhau.

Sự tương quan của hai cung răng trên và dưới có thể tạo ra các tình trạng:

– Hô.

– Móm.

– Răng hai hàm không khớp nhau, răng có thể mọc thành nhiều hàng.

Khi trẻ bị hô hay móm, chúng ta phải phân biệt sự lệch này do răng hay do xương hàm. Nếu do răng, việc điều trị các lệch lạc này sẽ dễ hơn nguyên nhân do xương.

Đôi khi, 2 cung răng của một cá nhân không bị lệch và khớp rất đều nhưng nó gây tình trạng bất hài hòa của nét mặt. Đó là trường hợp hô hai hàm.

♦ *Các tình trạng lệch lạc của răng và hàm có thể phòng ngừa được không ?*

Chúng ta có thể phòng ngừa được phần lớn các lệch lạc do răng nếu quyết tâm và biết được các nguyên nhân gây ra.

II. NGUYÊN NHÂN GÂY LỆCH VÀ CÁCH PHÒNG NGỪA:

Các nguyên nhân thông thường là :

- Dinh dưỡng kém và thức ăn quá cứng hay quá lỏng.
- Mất răng sữa sớm.

- Các tật xấu: chêm lưỡi giữa hai cung răng trên và dưới khi nuốt, mút tay, cắn môi.

- Sự tiến hóa của nhân loại.

- Di truyền.

1. Vấn đề dinh dưỡng và tính chất thức ăn:

Thực phẩm có vai trò rất quan trọng trong sự phát triển của cơ thể trẻ. Ngoài tính chất dinh dưỡng để tránh còi xương và suy dinh dưỡng, thức ăn còn phải có tính cứng rắn vừa đủ.

Trẻ suy dinh dưỡng có xương hàm phát triển kém. Sự bất hài hòa giữa răng và hàm dẫn tới sự chen chúc các răng trên cung hàm (do hàm nhỏ).

Sự lạm dụng thức ăn lỏng cũng như thức ăn quá cứng sẽ gây tổn hại chức năng nhai và lệch lạc răng. Thức ăn lỏng không kích thích được sự phát triển của răng hàm, sự bất hài hòa giữa răng và hàm lại xảy ra. Thức ăn quá cứng làm răng mòn quá nhiều và xương hàm dưới phát triển lớn. Sự lạm dụng các chất đường, bột cũng là nguyên nhân gây sâu răng rất quan trọng do tính bám dính của chúng rất lâu trên răng.

2. Mất răng sữa sớm:

Mất răng sữa sớm là nguyên nhân thường gặp gây lệch cung răng và xương hàm tại Việt Nam.

Răng sữa có nhiệm vụ quan trọng trong việc nhai, giữ chỗ cho răng vĩnh viễn, giữa chiều cao khớp

cắn. Mất răng sữa sớm gây ảnh hưởng nhiều tới việc nhai của trẻ. Trẻ có thể kém phát triển cơ thể nói chung và xương hàm nói riêng. Không có răng sữa để hướng dẫn, các răng vĩnh viễn mọc trước sẽ di gần hoặc chiếm chỗ của các răng mọc sau tạo tình trạng chen chúc của cung răng và biến dạng của xương hàm. Khi bị mất nhiều răng, chiều cao khớp cắn bị giảm khiến khớp răng cửa trên và dưới cắn sâu. Hậu quả là hàm trên phát triển nhiều và hàm dưới kém phát triển. Bệnh nhân bị hô.

Vì vậy, chú trọng giữ vệ sinh răng miệng là cần thiết. Trẻ phải được nhắc nhở đánh răng ngay sau các bữa ăn. Phải đưa trẻ đi khám răng một lần vào mỗi 6 tháng. Răng sữa bị sâu phải được trám ngay. Tránh nhổ răng sữa sớm.

3. Tật xấu:

Sự phòng ngừa tật xấu phải bắt đầu từ lúc trẻ còn bú. Lúc cho em bé bú bình, tránh dùng bình sữa quá nặng, núm vú quá cứng lại bị đè ép lên miệng khi bé không chịu bú. Ngoài ra, cũng tránh không chích một lỗ ở giữa núm vú.

Không chú ý các chi tiết trên, chúng ta có thể tạo cho trẻ phản xạ nuốt khác thường, tật chêm lưỡi ở hai cung răng trên và dưới. Lực đẩy bất thường của lưỡi ở mặt sau các răng cửa làm trẻ bị hô 2 hàm và cắn hở vùng răng cửa.

Ta cũng nên tránh việc cho trẻ bú núm vú khô (núm vú giả) quá lâu (quá 4 – 5 tuổi). Lúc đã ngậm

quá lâu, trẻ sẽ có nhu cầu thay thế khi bị ngưng ngang. Trẻ sẽ mút tay thay thế. Tật xấu này làm cho hàm trên của trẻ sẽ bị hô và răng cửa hàm dưới bị chen chúc.

Tật cắn môi cũng là nguyên nhân thường gặp ở các bệnh nhân đi chỉnh hình. Tật này có thể phối hợp tật đẩy lưỡi. Nó tạo ra độ cắn chìa lớn ở vùng răng cửa: bệnh nhân bị hô răng.

Để phòng ngừa và điều trị các lệch lạc có nguyên nhân từ các tật xấu, điều kiện tiên quyết là bệnh nhân phải chấm dứt với các thói quen xấu. Việc này đòi hỏi sự hợp tác của bệnh nhân, sự kiên trì của phụ huynh. Tránh không dùng biện pháp mạnh mà phải giải thích rõ các tai hại của tật xấu cho bệnh nhân. Riêng trường hợp chêm lưỡi giữa hai cung răng, bệnh nhân phải được huấn luyện lại cách nuốt gồm ba động tác: lưỡi chạm vào vòm khẩu, 2 hàm răng cắn khít lại, môi ngậm kín. Chỉ khi bệnh nhân không thể tự giải quyết được, bác sĩ Răng Hàm Mặt sẽ thực hiện các khí cụ giúp loại bỏ tật xấu để tránh biến dạng về hàm mặt sau này.

4. Sự tiến hóa của nhân loại.

Từ giai đoạn Homo Erectus tới giai đoạn Homo Sapien, răng và hàm của con người thay đổi rất nhiều. Từ xương hàm rất lớn với tổng cộng 40 răng trên 2 hàm, con người ngày nay có xương hàm nhỏ hơn, thậm chí hơn với bộ răng chỉ còn 32 răng (có khi 28 răng). Tuy kích thước răng có giảm, số lượng răng

cũng giảm theo thời gian, nhưng người đương đại có tỷ lệ răng lệch trên cung hàm tăng. Giải thích sự kiện này, các nhà nghiên cứu cho rằng sự thay đổi này do con người ngày nay ăn thức ăn đã chế biến và mềm hơn so với thói quen ăn sống của người cổ. Họ cũng đã thấy rằng các nhóm người từ các làng quê khi di cư về thành phố để sống sẽ có tỷ lệ răng lệch do thiếu chỗ trên cung hàm tăng cao hơn các nhóm vẫn sống ở tại địa phương cũ. Nhận xét trên cho thấy tính chất mềm hay cứng của thức ăn cũng góp phần tạo nên tỷ lệ chen chúc, lệch răng của con người.

5. Di truyền:

Các thể hệ trước có thể truyền cho các thể hệ sau kích thước, hình dáng của xương hàm và của răng. Con có thể giống cha, cháu có thể giống ông. Trong phạm vi răng hàm mặt, tính di truyền thể hiện ở mức độ phát triển nhiều ít của xương hàm trên và dưới, kích thước của răng. Trong những trường hợp này, việc điều trị phải bắt đầu sớm (trước 9 tuổi). Nhưng ngoài yếu tố di truyền, các yếu tố ngoại lai cũng góp phần ảnh hưởng lên sự phát triển của cung răng và xương hàm.

III. HẬU QUẢ CỦA SỰ LỆCH LẠC:

1. Chức năng nhai:

Răng lệch làm giảm chức năng nhai. Ngoài ra, sự nghiêng ngả, chen chúc của răng làm gia tăng sự nhồi nhét, bám dính thức ăn, do đó bệnh nhân dễ bị

sâu răng và nha chu hơn. Sâu răng hay nha chu sẽ dẫn tới mất răng nếu không được chăm sóc kịp thời. Một răng khi bị mất sẽ kéo theo 2 răng kế bên nghiêng về khoảng trống, và gây mất thăng bằng của hệ thống răng. Cung răng lệch ảnh hưởng tới sự cân xứng và sự phát triển bình thường của hai hàm trên dưới.

2. Thẩm mỹ:

Một cá nhân có hàm răng kém thẩm mỹ sẽ cảm thấy thiếu tự tin trong giao tiếp.

IV. KẾT LUẬN:

Răng và hàm liên quan mật thiết. Răng lệch dẫn tới cung răng bị biến dạng. Cung răng trên và dưới không khớp nhau ảnh hưởng tới sự phát triển của xương hàm trên và dưới. Sự phòng ngừa và điều trị kịp thời tình trạng lệch lạc của răng và hàm sẽ loại bỏ được sự biến dạng của hệ thống hàm mặt. Cung răng ngay ngắn và khớp cắn lý tưởng sẽ điều chỉnh sự phát triển hài hòa của hệ thống hàm mặt.



MỘT THOÁNG FLUOR

Thạc sĩ PHẠM ÁI HÙNG

Bộ môn Răng trẻ em - Khoa Răng Hàm Mặt
Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

1. Fluor là gì.

Fluor có rất nhiều trong đá, đất và trong nước tự nhiên (biển, sông, suối...). Và có trong hầu hết mọi loại thức ăn, thực phẩm.

Fluor có trong cơ thể chúng ta chủ yếu trong mô cứng: trong men răng và xương chiếm 99% tổng lượng Fluor.

2. “Phủ định” của “phủ định”.

“Bị tấn công” và “được hồi phục”. Ngay sau khi mọc ra trong môi trường miệng, răng phải chịu sự tấn công của các chất acid được tạo ra từ sự lên men chất bột, đường ... sau mỗi lần ăn.

Răng bị tấn công bởi các “kẻ thù” có tính “chanh chua” sau:

- Acid sinh ra từ vi khuẩn lên men chất bột, đường (tồn đọng sau khi ăn).

- Thức ăn, thức uống có tính acid

- ♦ “Bị tấn công” (sự mất khoáng): các chất acid trên có khả năng xuyên thấm rất dễ dàng vào mô

răng làm các chất khoáng của mô răng mất đi (hoà tan chất răng). Phản ứng này chủ yếu và rất đặc thù là xảy ra ngay dưới bề mặt răng, chứ không phải ngay lớp bề mặt.

♦ “Được hồi phục” (sự tái khoáng hoá): sự tái thành lập tinh thể men răng với các chất khoáng bị mất đi sau khi xảy ra quá trình trên nhằm làm mô răng trở lại tình trạng khoẻ mạnh. Không những thế, men răng tái tạo này có cấu trúc vững bền hơn và đề kháng sâu răng tốt hơn men bình thường (men răng mới mọc hoặc chưa bị sâu răng tấn công). Fluor tham gia và tạo thuận lợi cho phản ứng này.

Hai hiện tượng đầy kịch tính này “âm thầm”, “lặng lẽ” nhưng không kém phần quyết liệt xảy ra nối tiếp nhau trong suốt cuộc đời “ăn” và “uống” của con người.

3. “Sâu” mà không phải “sâu”.

Qua bao tháng năm của thời gian, cứ sau mỗi lần ăn uống – rõ ràng “lỗi tại tôi mọi đảng”, các chất acid làm “tiêu hao” lớp răng bên dưới: sâu răng đã xảy ra nhưng trên lâm sàng chỉ là những vết có màu “trắng đục”, có thể nhìn thấy bằng mắt thường. Người ta gọi đó là sâu răng giai đoạn sớm. Không được chú ý trong đa số người.

Và nếu sự mục ruỗng này tiếp tục, ngày nào đó lớp bề mặt không còn chịu đựng được nữa, sự “sụp

đổ” là tất yếu: có sự hình thành một “lỗ” sâu thật sự, cái từ mà lâu nay người ta vẫn hay dùng khi nhìn thấy trên răng và gọi một cách hình tượng là “sâu răng”. Đây là giai đoạn muộn nhưng thường thì cho đến lúc này người ta mới cho là mình bị sâu răng.

Những nhà khoa học phát hiện ra rằng: nếu mới chớm sâu răng thôi – tức là giai đoạn đầu tiên của căn bệnh này, thì các tổn thương “tiền lỗ” giai đoạn sớm có thể hồi phục một cách tự nhiên. Lớp men răng “mọc ruỗng” bên dưới chẳng những trở lại bình thường mà còn được gia cố chắc chắn hơn: nếu có sự hiện diện của fluor các cuộc “tấn công” của sâu răng hoàn toàn có thể bị chặn đứng (ngưng lại) hoặc làm chậm lại.

Có thể xem sâu răng như là một quá trình chuyển biến “chất” và “lượng”. Sau những chu kỳ “mất khoáng” – “tái khoáng”, hoặc sâu răng ngừng lại – răng nguyên vẹn hoặc sâu răng trầm trọng hơn – lỗ càng “sâu”.

4. Fluor và “điều gì đã xảy ra?”.

Fluor chống sâu răng bằng cách tiếp xúc với răng qua các nguồn cung cấp fluor sau:

- Nước máy có fluor hoá.
- Kem đánh răng.
- Nước súc miệng có fluor.
- Nước bọt.

- Qua thức ăn, thực phẩm và nước (tự nhiên cũng như chế biến).

- Các sản phẩm, vật liệu, thuốc fluor chuyên dùng trong nha khoa.

Fluor thâm nhập vào răng từ lúc mầm răng nằm trong xương hàm: men răng "có vũ trang" - đề kháng tốt hơn so với không có fluor.

Giúp hồi phục (hoặc tái khoáng hóa): Fluor như một chất phụ gia làm gia tăng độ cứng của khối "bê-tông" - tinh thể men, với các thành phần chất khoáng tự nhiên sẵn có. Phản ứng này xảy ra sau sự mất khoáng, rất quan trọng vì làm hạn chế được sự trầm trọng của tổn thương, thậm chí làm ngưng hoàn toàn. Phát hiện này là cơ sở cho việc phòng ngừa và điều trị bằng fluor tại chỗ.

Tác động đến tận "gốc rễ" của sâu răng: ảnh hưởng trực tiếp lên vi khuẩn gây sâu răng.

Fluor dùng trong nha khoa nhằm hai mục đích:

- Phòng ngừa sâu răng.

- Giúp "tái thiết" men răng có biểu hiện trên lâm sàng của tổn thương sâu răng giai đoạn sớm.

Fluor được cho vào trong các sản phẩm sau: nước uống, kem đánh răng, nước súc miệng, các loại thuốc có fluor và trong gel, vec-ni (dùng trong nha khoa).

Để fluor làm tròn nhiệm vụ "người bảo vệ": sự tiếp xúc liên tục với nồng độ thấp (như từ nước uống,

kem đánh răng) là biện pháp có hiệu quả nhất, thông dụng nhất trong phòng ngừa sâu răng. Những phương pháp mạnh mẽ hơn bằng cách sử dụng các sản phẩm fluor khác chỉ cần thiết khi nào cá nhân sống trong vùng không có fluor hóa hoặc khi cá nhân đó có nguy cơ sâu răng cao.

5. “Fluor” là lẽ sống đời “răng”.

Vả lại đã là con người thì ai cũng phải “ăn” để mà “sống”, chúng ta vẫn thích cho răng “tiếp xúc” với các loại bột, đường... suốt đời và số lượng sử dụng ngày càng có khuynh hướng tăng dần theo điều kiện kinh tế xã hội. Vì vậy, tỷ lệ sâu răng sẽ ngày một tăng lên và hậu quả là gây phiền phức: đau răng hoặc xấu nhất là mất răng, ăn uống kém, mất thời gian, tiền bạc...

Thế nhưng, hãy “quảng gánh lo đi” vì: Fluor trong nước uống và trong kem đánh răng là hai biện pháp thông dụng nhất làm giảm sâu răng và nếu xảy ra cũng bị hạn chế hoặc ngừng lại. Tùy theo điều kiện, hoàn cảnh địa dư, kinh tế, xã hội ... hai dạng fluor này là tương đối dễ tiếp cận nhất.

Fluor hóa nước (cho fluor vào trong nước máy với nồng độ tối ưu) là một biện pháp rất đáng tin cậy, an toàn và hiệu quả nhất giúp fluor thấm nhập vào men răng trong giai đoạn răng đang phát triển (làm men răng cứng hơn) và “quanh quẩn” quanh răng sau khi mọc (tăng cường phản ứng tái khoáng hóa).

Xa xỉ hơn một chút, kem đánh răng cũng là một biện pháp có hiệu quả tương tự.

Fluor tăng cường chỉ nên dùng với sự trợ giúp, theo dõi hoặc thực hiện bởi nhà chuyên môn (dung dịch súc miệng, các loại dung dịch có fluor nồng độ cao, gel, vec-ni, các loại thuốc có fluor ...)

6. "Lời thầy lời thuốc".

- "*Hãy nhớ ra, nhưng đừng súc miệng quá sạch khi chải răng*": Nên thay đổi phương pháp dùng kem đánh răng và chải răng, thường xuyên dùng súc miệng sạch sau khi đánh răng mà chỉ nên nhổ phần lớn kem ra thôi, nhất là lần trước khi đi ngủ.

- Trẻ em từ 6 tháng đến 16 tuổi cần dùng hoặc cho tiếp xúc răng và fluor hằng ngày.

- Fluor hóa nước là biện pháp an toàn nhất và kinh tế nhất để phòng ngừa sâu răng.

- Dù hệ thống nước máy có fluor hóa hoặc không, trẻ em cũng cần chải răng mỗi ngày hai lần, với chỉ một ít kem đánh răng (cỡ hạt đậu nhỏ hoặc mỏng như móng tay) khi trẻ dưới 6 tuổi: sau khi ăn sáng và trước khi đi ngủ. Phụ huynh nên theo dõi trẻ em chải răng cho đến khi chúng được 8 tuổi, vì chúng chưa thể tự mình hoàn thiện sự khéo léo trong động tác chải răng.

- Với trẻ em chưa hấp thu đủ lượng fluor tối ưu (đang dùng nước uống chai, nước giếng hoặc nước máy ... không có hoặc quá ít fluor), nha sĩ có thể

hướng dẫn uống thêm fluor từ các nguồn khác. Gồm các thuốc fluor bổ sung như fluor dạng giọt, dạng viên hoặc đi kèm vitamins ...

– Không dùng kem đánh răng cho trẻ dưới hai tuổi. Chúng có khuynh hướng nuốt lượng kem còn trong miệng do không biết khạc hoặc nhổ hết kem sau khi chải răng.

– Không dùng nước súc miệng cho trẻ dưới 6 tuổi

– Phải giữ ngoài tầm tay trẻ con những sản phẩm có fluor.

– Không để quá muộn. Ngay cả khi nếu bạn có một chiếc răng sâu cần phải trám lại, fluor cũng có thể làm ổn định và giúp giảm bớt sự tiến triển của lỗ sâu, nhờ đó lỗ trám có thể không cần phải làm lớn hơn.



BẠN CẦN BIẾT GÌ VỀ UNG THƯ MIỆNG ?

Thạc sĩ NGUYỄN THỊ HỒNG

*Bộ môn Bệnh Học Miệng - Khoa Răng Hàm Mặt
Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh*

I. TẠI SAO PHẢI PHÒNG NGỪA VÀ PHÁT HIỆN SỚM UNG THƯ MIỆNG ?

Điều trị ung thư miệng thật sự khó khăn do để lại nhiều biến chứng và di chứng về chức năng và thẩm mỹ, dù là bằng hình thức điều trị nào : phẫu thuật, xạ trị hay hóa trị. Hơn thế nữa, cũng như bất kỳ ung thư nào, nỗi sợ chết là mối lo sợ bao trùm. Nói chung, tỷ lệ sống sau 5 năm của ung thư miệng là rất thấp. Ở Mỹ, tỷ lệ này vào năm 1999 là khoảng 50%. Mặc dù đã có nhiều nỗ lực cải tiến các phương tiện điều trị ung thư, nhưng tiên lượng bệnh vẫn không thay đổi đáng kể trong suốt 20 năm qua. Phát hiện trễ chính là nguyên nhân quan trọng làm tăng tỷ lệ chết do ung thư.

II. TÌNH HÌNH VỀ UNG THƯ MIỆNG NHƯ THẾ NÀO ?

1. Tần suất bệnh.

Hiện nay có tình trạng báo động là ung thư miệng đang có xu hướng gia tăng trên toàn cầu. Trong mọi vị trí ung thư thì ung thư miệng-hầu

đứng hàng thứ năm ở nam và hàng thứ 7 ở nữ (nói chung là thứ sáu) mặc dù có thay đổi rõ theo từng vùng địa dư. Ung thư miệng có tỷ lệ cao ở các nước đang phát triển. Đặc biệt là ở Ấn Độ thì ung thư miệng chiếm tới 40% và là ung thư gặp nhiều nhất. Ở các nước đã phát triển như châu Âu, Mỹ, ung thư miệng chiếm tỷ lệ 3-5%.

Theo Tổ Chức Sức Khỏe Thế Giới (WHO), mỗi năm có 500.000 ca mới.

Ở Việt Nam, theo điều tra tại Trung tâm Ung Bướu thì ung thư hốc miệng chiếm 6,07% các ung thư, đứng vào hàng thứ 7 và theo điều tra trong cộng đồng thì số ca mới hàng năm là 5/100.000 dân ở phái nam và 3,8/100.000 dân ở phái nữ.

2. Tuổi.

Tỷ lệ ung thư miệng tăng theo tuổi. Ở phương Tây, 98% trên 40 tuổi. Thường gặp nhất là 60 - 70 tuổi. Trong hai thập niên qua xu hướng tuổi ngày càng trẻ hơn. Ở những vùng có tỷ lệ cao, nhiều trường hợp xảy ra trước 35 tuổi do lạm dụng các hình thức dùng thuốc lá không khói v.v...

3. Giới tính.

Trong những nước công nghiệp, tỷ lệ nam/nữ thường là 4/1- 5/1, có thể do dùng thuốc lá, rượu và tiếp xúc với ánh sáng mặt trời nhiều hơn. Gần đây thì tỷ lệ mắc bệnh ở nữ tăng, do sự thay đổi về thói quen.

Tỷ lệ ung thư trong miệng ở nữ cao hơn hay bằng nam ở nước có tỷ lệ cao như là Ấn Độ, nơi mà nhai trầu và hút thuốc rất phổ biến ở nữ giới.

Ở Việt Nam, vào những thập niên trước đây thì nữ bị ung thư miệng nhiều hơn nam với tỷ lệ nam/nữ là 1/1,5, nhưng các điều tra gần đây tại Trung tâm ung bướu cho thấy tỷ lệ này đảo ngược là 1,05/1.

4. Vị trí:

- Liên quan với yếu tố nguy cơ, vùng địa dư và giới tính.

- Người da trắng và làm việc ngoài trời nhiều thì dễ bị ung thư môi

- Ung thư trong miệng do thói quen hút thuốc uống rượu thường gặp nhất ở bờ lưỡi và sàn miệng.

- Ung thư ở người ăn trầu ở nước ta thường gặp ở niêm mạc má và môi.

5. Vi thể:

Trên 95% là ung thư biểu mô tế bào vảy, đa số có độ biệt hóa cao hay vừa.

6. Diễn biến:

Ung thư miệng xâm lấn tại chỗ và di căn hạch vùng cổ, ít khi cho di căn xa tới phổi, gan, xương, não.

7. Tử vong

Tuy có nhiều tiến bộ trong lĩnh vực ung thư, nhưng nói chung tỷ lệ sống sau 5 năm của ung thư

miệng còn rất thấp, trung bình là 50% sống sau 5 năm. Nguyên nhân tử vong thường do di căn lan tràn hoặc ổ ung thư thứ hai ở đường hô hấp-tiêu hóa trên.

III. TẠI SAO BỊ UNG THƯ MIỆNG ?

Nguyên nhân ung thư chưa rõ. Những yếu tố nguy cơ ung thư được kể đến:

- *Thuốc lá* : Cho đến nay đây vẫn là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất của ung thư miệng. Ở Mỹ, 95% bệnh nhân ung thư miệng-hầu liên quan trực tiếp với thuốc lá. Thuốc lá hút có chứa chất sinh ung thư là các hydrocarbon thơm đa vòng.

- *Ăn trầu* : Ở Nam và Đông Nam Á và các cộng đồng di cư, nhai thuốc thường kết hợp với cau trong miếng trầu là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất. Cau dùng một mình cũng gây ung thư miệng, do chứa những chất gây ung thư là các alkaloides. Xỉa thuốc lá làm tăng nguy cơ ung thư do có các chất sinh ung thư là nitrosamines.

Nguy cơ ung thư tăng cao theo số năm và số lượng thuốc lá hút, miếng trầu dùng.

- *Rượu* : Bên cạnh hút thuốc và ăn trầu là hai yếu tố bệnh căn hàng đầu, uống rượu quá mức là yếu tố nguy cơ quan trọng thứ hai. Uống rượu là làm nguy cơ tăng gấp 2 - 3 lần nhưng nếu uống rượu và hút thuốc thì rượu có tác động tương hỗ với thuốc lá

làm nguy cơ tăng lên gấp 15 lần. Ở nhiều nước phương Tây, trong vài thập niên qua, có sự gia tăng uống rượu nhiều gấp hai lần trên mỗi đầu người và điều đó được xem là nguyên nhân chính làm tỷ lệ ung thư miệng tăng.

Theo điều tra tại Trung tâm Ung Bướu, 60% bệnh nhân nam bị ung thư miệng có thói quen hút thuốc lá và uống rượu.

- *Chế độ dinh dưỡng*: Chế độ dinh dưỡng là yếu tố quan trọng thứ ba. Một chế độ ăn uống lành mạnh giúp cơ thể chống lại ung thư, đặc biệt là các vitamin A,C,E. Những vitamin này có tác dụng chống oxy hóa và giúp thải trừ các gốc hóa học tự do có khả năng gây đột biến phóng thích từ các tế bào bị tổn thương. Chúng có trong bữa ăn hàng ngày dưới dạng rau quả có màu đỏ, vàng, xanh. Các nguyên tố vi lượng như kẽm, selenium và sắt cũng rất cần thiết.

- *Nhiễm trùng*: Nhiễm trùng vùng miệng, nhiễm nấm *candida albicans* thường làm tăng nguy cơ tiến triển ác tính.

Điều lý thú hiện nay là phát hiện khả năng gây ung thư của virus gây bướu gai ở người (human papilloma virus) (HPV). HPV có tiềm năng gây ung thư cao là típ 16 và típ 18, được phát hiện trong đa số ung thư cổ tử cung và gần đây tìm thấy trong ung thư miệng.

- Những yếu tố khác :

- ♦ Tia cực tím trong ánh nắng mặt trời.
- ♦ Thiếu chất dinh dưỡng, đặc biệt là vitamin A,C,E.
- ♦ Thiếu máu.
- ♦ Yếu tố di truyền hay gia đình.
- ♦ Tình trạng suy giảm miễn dịch.
- ♦ Chấn thương hay nhiễm trùng mạn tính do răng vỡ, bén hay do hàm giả.
- ♦ Vệ sinh răng miệng kém.

IV. LÀM THẾ NÀO ĐỂ TỰ PHÁT HIỆN TỔN THƯƠNG NGHI NGỜ UNG THƯ MIỆNG ?

Mỗi người nên tự khám kiểm tra vùng miệng thường xuyên:

Phải khám toàn bộ vùng miệng và cổ, đặc biệt lưu ý những vùng dễ bị ung thư. Khám theo một trình tự nhất định để không bỏ sót và phải cẩn thận.

Đứng trước gương nhìn kỹ:

- Khám ngoài miệng.
- Quan sát mặt xem có bất đối xứng, khiếm khuyết ở da, thay đổi màu sắc, hình dạng hay không.
- Nhìn và sờ hạch cổ.
- Nếu mang hàm giả thì phải lấy hàm ra trước khi khám.
- Khám trong miệng.

- Há miệng vừa phải, khám môi nướu và đáy hành lang trước.

- Há miệng lớn, banh má về một bên khám màu sắc, hình dạng. Rồi há miệng vừa phải, xem đáy hành lang trên và dưới. Lập lại ở phía má bên kia.

- Nhìn lưỡi lúc nghỉ trong miệng và le lưỡi ra, ghi nhận sự thay đổi màu sắc, hình dạng, phân bố các gai, đối xứng, sự di động. Lập lại ở phía lưỡi bên kia.

- Cho đầu lưỡi cong lên đụng khẩu cái để khám sàn miệng và bụng lưỡi.

- Ấn lưỡi xuống để nhìn vào họng.

Sau đó, dùng các ngón tay sờ các vùng miệng nếu nhìn thấy có bất thường.

V. NHỮNG TỔN THƯƠNG NÀO, TRIỆU CHỨNG NÀO NÊN NGHI NGỜ UNG THƯ MIỆNG ĐỂ ĐI KHÁM SỚM ?

1. Vết loét không lành sau hai tuần dù đã loại bỏ kích thích, không rõ nguyên nhân.

2. Tổn thương xơ chai, cứng.

3. Tổn thương chồi gỗ dạng bông vải hay khối u.

4. Tổn thương dính chặt vào mô bên dưới.

5. Ổ răng nhỏ không lành.

6. Răng lung lay không rõ nguyên nhân.

7. Đau, dị cảm không rõ nguyên nhân.

8. Trở ngại chức năng: khó nhai, nói, chảy nước miếng.

9. Mảng trắng/đỏ.

10. Hạch cổ sờ chạm: nhất là nếu nhiều hạch, cứng, dính.

VI. CÓ BIỂU HIỆN GÌ BÁO TRƯỚC SẼ XUẤT HIỆN UNG THƯ Ở MIỆNG KHÔNG?

Ung thư miệng thường xuất hiện trên niêm mạc đã bị biến đổi. Những tổn thương đó được gọi là tổn thương tiền ung thư. Được kể đến là:

1. *Bạch sản* : Mảng trắng trên niêm mạc, cạo không tróc

2. *Hồng sản* : Một mảng đỏ tươi như nhung, không đau, 50% đã là ung thư.

3. *Xơ hóa dưới niêm mạc miệng* : Ở người ăn trầu, có cảm giác nóng bỏng, niêm mạc trắng dần, có thể há miệng nhỏ dần, cử động lưỡi khó.

4. *Liken phẳng* : Những đường trắng đan nhau, thường ở niêm mạc má hai bên. Nếu bị chợt loét, có thể gây đau và khó chịu, nhất là khi ăn thức ăn chua và cay.

5. *Viêm môi do tia nắng* : Môi khô, nứt nẻ, đóng vảy.

6. *Thiếu máu do thiếu sắt* : Khó nuốt, teo niêm mạc miệng hầu.

VII. BẠN NÊN LÀM GÌ KHI PHÁT HIỆN TỔN THƯƠNG NGHI UNG THƯ ?

1. Bỏ thói quen hút thuốc lá, uống rượu, ăn trầu.
2. Tăng cường chế độ dinh dưỡng đầy đủ vitamin (chú ý vitamin A, C, E) và các kim loại vi lượng khác như kẽm, selenium, sắt để phòng ngừa tiến triển, cũng như để giảm bị tái phát sau khi điều trị ung thư.
3. Đến khám tại các cơ sở y tế và theo điều trị của bác sĩ.
4. Tái khám định kỳ theo yêu cầu của bác sĩ và tự theo dõi, nếu có bất thường nên trở lại tái khám sớm hơn. Cảnh giác về các dấu chứng báo động như đau, loét, chảy máu, nổi hạch ...

VIII. CÓ XÉT NGHIỆM NÀO GIÚP BẠN PHÁT HIỆN SỚM UNG THƯ MIỆNG ?

Để phát hiện và theo dõi có thể thực hiện một số xét nghiệm đơn giản là:

– Xét nghiệm xanh toluidine: đơn giản, độ nhạy cao, không gây hại, nhưng có nhiều khi không phải là ung thư cũng bắt màu xanh dương đậm tức dương tính (+) giả.

– Phết tế bào bong: thực hiện tại cơ sở y tế.

Nên nhớ, nếu xét nghiệm trên dương tính (+) tính hay lâm sàng nghi ngờ nhiều về ung thư thì nên đi sinh thiết ngay để có chẩn đoán xác định và điều trị sớm.

IX. LÀM SAO CHỮA KHỎI UNG THƯ MIỆNG ?

Hiện nay, tại miền Nam Việt Nam, cơ sở đầu ngành chuyên trị ung thư là Trung tâm Ung Bướu. Ung thư miệng điều trị khỏi chủ yếu bằng phẫu thuật và xạ trị, riêng lẻ hay kết hợp. Một số trường hợp trẻ, phải phối hợp thêm hóa chất điều trị ung thư.

Tổn thương nhỏ, dễ điều trị hơn và nhiều hy vọng chữa khỏi. Ung thư môi có tổn thương nhỏ, chưa di căn hạch thì 85% bệnh nhân sống trên 5 năm.

X. LÀM THẾ NÀO ĐỂ PHÒNG NGỪA UNG THƯ MIỆNG ?

- Nên bỏ hút thuốc, uống rượu vì ngoài tác hại gây ung thư, còn ảnh hưởng đến sức khoẻ toàn thân như bệnh tim mạch, ung thư (phổi, miệng, hầu, thanh quản v.v...) và sức khoẻ răng miệng (đen răng, cao răng, gây bệnh nha chu v.v...)

- Nên bỏ các hình thức dùng thuốc lá tại chỗ (nhai, xỉa, đắp), bỏ ăn trầu. Nếu có thì sau khi dùng trầu thì phải dùng nước súc miệng kỹ.

- Có bằng chứng cho thấy rõ nguy cơ ung thư miệng giảm nhiều nếu bỏ thuốc lá, đến nỗi 10 năm sau khi bỏ thuốc lá thì nguy cơ xuống thấp bằng với người chưa bao giờ có thói quen hút thuốc.

- Điều lưu ý khác là không được lạm dụng nước súc miệng có cồn, nhất là khi hút thuốc lá nhiều (giảm hút thuốc chứ không phải giảm súc miệng).

- Hút thuốc thụ động: môi trường nhiễm khói thuốc lá hút là nguyên nhân chính của nhiều bệnh.

- Hướng dẫn về chế độ dinh dưỡng và phòng ngừa ung thư của Hiệp hội Ung thư ở Mỹ như sau:

1. Chọn đa số thức ăn từ nguồn gốc thực vật.

2. Hạn chế ăn thức ăn nhiều chất béo, nhất là có nguồn gốc động vật.

3. Hoạt động thể lực tích cực: duy trì cân nặng tốt, hoạt động điều độ 30 phút hay hơn trong đa số các ngày trong tuần.

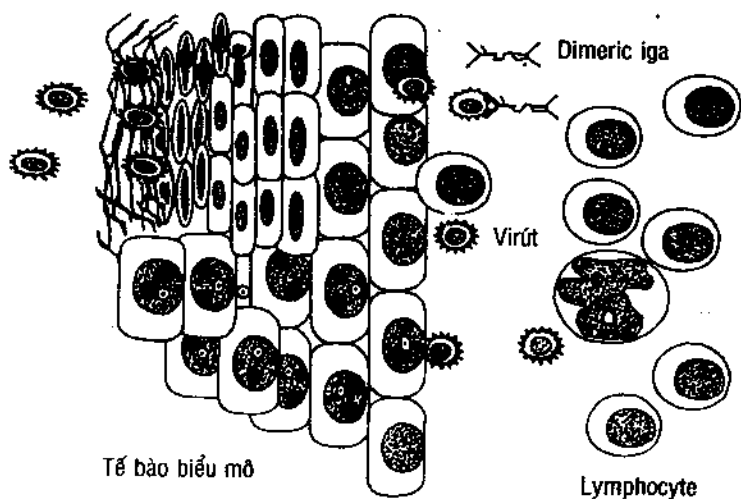
4. Hạn chế thức uống có rượu.

5. Không dùng thuốc lá.

6. Tránh các nhiễm trùng theo đường tình dục.

XI. KẾT LUẬN

Hiện nay, các nhà khoa học đang cố gắng nghiên cứu ung thư theo nhiều hướng về những gen gây ung thư, về tác động của yếu tố môi trường gây đột biến những gen này như thế nào và vô số đề tài khác để biết rõ nguyên nhân bệnh sinh của ung thư và để chữa khỏi bệnh. Tuy nhiên, để đạt được thì cần phải có thời gian. Nhiều trường hợp ung thư có thể phòng tránh được bằng cách thay đổi cách sống. Do đó, bỏ hút thuốc lá, không ăn trâu, ngưng uống rượu quá mức và nên có chế độ ăn giàu rau quả tươi là tất cả những điều bạn có thể làm từ bây giờ để không bị ung thư miệng.



Tác dụng tương hỗ giữa lympho B chứa EBV và biểu mô

(Hình mượn từ sách Sinh học phân tử của Ung thư
vòm họng (Tác giả Đái Duy Ban))

NGÁY VÀ NGHIẾN RĂNG KHI NGỦ

Thạc sĩ NGUYỄN THỊ KIM ANH

Bộ môn Nha Khoa cơ sở

Giáo sư, Tiến sĩ HOÀNG TỬ HÙNG

Trưởng Khoa Răng Hàm Mặt

Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

A. NGHIẾN RĂNG

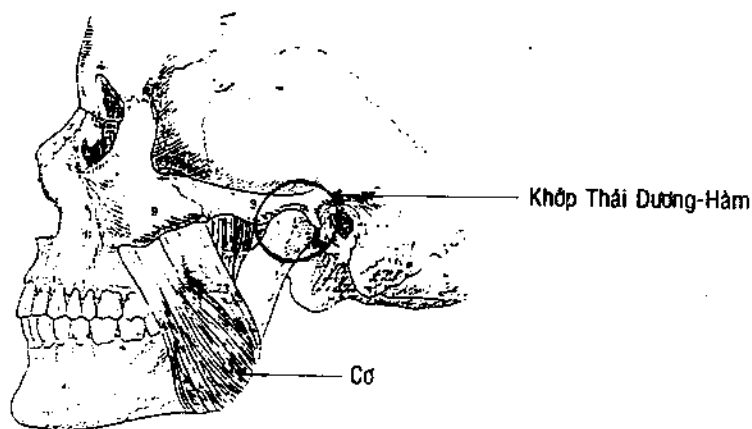
1. Sơ lược về hệ thống nhai.

Hệ thống nhai là một tổng thể bao gồm nhiều thành phần: răng – nha chu, các cơ hàm, khớp thái dương hàm, hệ thống môi má lưỡi, tuyến nước bọt, hệ thống mạch máu – thần kinh để nuôi dưỡng và điều khiển.

Hệ thống nhai đảm nhiệm nhiều chức năng quan trọng:

- ♦ Ăn nhai, nuốt.
- ♦ Chức năng ngôn ngữ.
- ♦ Chức năng thẩm mỹ.
- ♦ Chức năng giao tiếp...

Có thể nói hệ thống nhai lành mạnh ngày nay đã trở thành một trong những yếu tố quan trọng không phải chỉ đối với sức khỏe, vẻ đẹp mà còn đối với thành công trong giao tiếp và hoạt động xã hội cũng như hạnh phúc của mỗi người.



Trong hoạt động, hệ thống nhai thường thể hiện các quá trình:

- Chức năng (như nêu trên).
- Cận chức năng.
- Loạn chức năng.

“Cận chức năng” là những hoạt động của hệ thống nhai, có sự tiếp xúc (trực tiếp hoặc gián tiếp) giữa các răng của hai hàm nhưng không nhằm mục đích chức năng. (Từ “cận chức năng” (parafunction) do Drum sử dụng lần đầu tiên năm 1950). Hoạt động cận chức năng thường gặp nhất là nghiến / siết chặt răng.

2. Định nghĩa.

Nghiến răng (bruxism) là sự nghiến và/ hoặc siết chặt các răng một cách quá mức, thường diễn ra khi

ngủ (không ý thức). Nghiến răng cũng có thể xảy ra khi thức.

Tất cả các hình thức nghiến răng trên đều gây ra tiếp xúc mạnh giữa mặt nhai của các răng trên và dưới.

*** Tỷ lệ mắc :**

Hầu hết mọi người thỉnh thoảng đều có nghiến hoặc siết chặt răng.

Theo các nghiên cứu thống kê cho thấy có khoảng từ 5 → 20% dân số cộng đồng có các dấu hiệu và triệu chứng của nghiến răng, nhưng chỉ khoảng 5 – 10% trong số đó là nhận biết được mình có nghiến răng.

Tỷ lệ nghiến răng giữa nam và nữ là ngang nhau.

3. Dấu hiệu và hậu quả của nghiến răng.

Sự nghiến các răng giữa hai hàm với nhau có thể gây ra những âm thanh khó chịu làm đánh thức người ngủ chung.

Sự tiếp xúc mạnh của các răng trên và dưới khi nghiến tạo ra các diện mòn trên răng.

Do nghiến răng khi ngủ sử dụng lực rất mạnh tác động trên răng (gấp nhiều lần lực phát sinh khi nhai), nên tình trạng nghiến kéo dài có thể đưa đến những hậu quả xấu cho các thành phần của hệ thống nhai mà trước hết là hệ thống răng – mô nha chu, cơ hàm và khớp thái dương – hàm.

a. Đối với răng và nha chu.

Răng có thể bị mòn, mất hết lớp men – lộ đến lớp ngà màu vàng đậm hơn, nhạy cảm (ê buốt), nứt gãy các múi răng, lung lay hoặc bị mất.

Với thời gian, tình trạng nghiến có thể làm hư hỏng các phục hồi nha khoa như gãy, sút miếng trám, gãy các hàm giả tháo lắp hoặc cố định.

Khi răng bị mòn nhiều làm giảm kích thước tầng dưới mặt, làm bệnh nhân trông có vẻ già hơn.

b. Đối với các cơ hàm.

Ảnh hưởng của nghiến răng trên răng thường được bệnh nhân và nha sĩ phát hiện.

Ảnh hưởng của nghiến răng trên cơ và khớp thái dương – hàm thường không được phát hiện một cách dễ dàng.

Các cơ hàm bị co thắt mạnh trong suốt thời gian nghiến nên bệnh nhân có thể bị mỏi, đau các cơ, đau đầu, đau cổ.

Các cơ hoạt động quá mức có thể bị phì đại tạo ra vẻ mặt mất cân xứng hay mặt có dạng vuông do phì đại cơ cắn ở cả hai bên.

c. Đối với khớp thái dương – hàm.

Nghiến răng có thể gây rối loạn khớp thái dương – hàm. Thông thường, dấu hiệu báo động đầu tiên là khó chịu hoặc đau ở khớp, tiếng kêu lụp cụp khi há miệng hoặc khi đang ăn nhai, há miệng khó.

4. Nguyên nhân và các yếu tố ảnh hưởng:

Nguyên nhân của nghiến răng ngày nay còn đang được tranh luận rất nhiều.

Người ta cho rằng có nhiều nguyên nhân có thể gây ra nghiến răng, các nguyên nhân này có thể tác động riêng rẽ hoặc phối hợp với nhau và thay đổi từ người này sang người khác.

Các nguyên nhân có thể kể đến là: vai trò của stress, các cản trở vương cộm ở khớp cắn, rối loạn chức năng hệ thần kinh trung ương, suy dinh dưỡng, rượu và thuốc lá, yếu tố di truyền.

5. Điều trị.

Có rất nhiều biện pháp đã được đề nghị để điều trị nghiến răng, song không có một phương pháp điều trị nào thỏa đáng hoàn toàn.

Một số biện pháp thông thường được sử dụng hiện nay như:

– Máng mặt nhai là một loại khí cụ bằng nhựa do bác sĩ nha khoa thực hiện được mang ban đêm hoặc ban ngày khi cần, có tác dụng ngăn chặn sự phá hại răng do nghiến, làm giảm tình trạng đau cơ và khớp thái dương – hàm.

– Mài điều chỉnh loại bỏ các vương cộm khớp cắn.

– Chờ đợi và theo dõi: đặc biệt đối với nghiến răng ở trẻ em.

Ngoài ra còn một số phương pháp khác như: làm giảm stress bằng tự thôi miên, yoga, thay đổi cách sống..., loại bỏ thói quen hút thuốc – uống rượu; làm thay đổi vị giác trong miệng

6. Kết luận.

Nghiên răng mãn tính tuy không đe dọa đến tính mạng, nhưng làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh và những người xung quanh. Chúng ta cần nhận biết, phát hiện và điều trị kịp thời để tránh các tổn hại cho răng, cơ và khớp thái dương – hàm.

B. NGÁY.

1. Mở đầu.

Giấc ngủ yên tĩnh hoàn toàn rất cần thiết cho một sức khỏe tốt. Khi ngủ không đủ, người ta dễ trở nên cáu kỉnh, mệt mỏi, hay quên và khó tập trung.

Ngáy là một trong những thói quen khó chịu thường gặp nhất khi ngủ. Nó cũng có thể là nguồn gốc của những phản nản và đôi khi là bất hòa của các cặp vợ chồng, bạn bè ...

Đôi khi cường độ tiếng ngáy lên đến 80 decibels, bằng cường độ của một cuộc nói chuyện ồn ào hay của một máy hút bụi và như vậy thật khó chịu cho người ngủ chung.

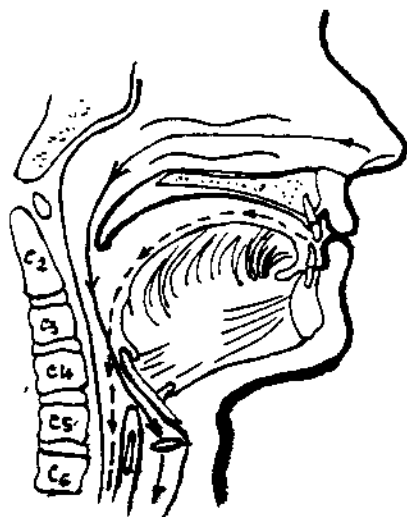
Theo thống kê, có khoảng 25% người dưới 30 tuổi và 50% người trên 50 tuổi ngáy khi ngủ.

Nam thường bị nhiều hơn nữ

Người béo phì ngáy nhiều hơn người gầy gấp 3 lần.

2. Bệnh học của ngáy

Ngáy là một dấu chứng của một số rối loạn của đường hô hấp trên (mũi, miệng, hầu)



Bệnh ngáy mạn tính do rung các mô mềm ở vùng hầu (đặc biệt là màn hầu, lưỡi gà bị thông xuống cũng như những cơ khác của vùng họng) trong khi ngủ. Hiện tượng rung này tạo nên tiếng động đặc thù khi hít vào.

Mọi vật cản làm giảm luồng không khí đi vào mũi, hầu, thanh quản làm rung các mô mềm của đường hô hấp trên đều có thể gây ngáy.

b. Nguyên nhân: Có thể do một hoặc nhiều nguyên nhân kết hợp với nhau góp phần gây ra ngáy.

– Trương lực của các cơ ở vùng hầu bị yếu (nhão cơ) đưa đến sự phập phều, rung động khi có luồng khí đi qua.

– Các vật cản gây nghẽn tắc đường hô hấp trên:

* Ở mũi: Các bệnh lý ở mũi như viêm mũi, polyp mũi, lệch vách ngăn mũi.

* Ở hầu (họng): Khẩu cái mềm và lưỡi gà dài quá mức làm hẹp khe mũi hầu, amidan phì đại, các u sùi to ...

* Ở miệng: Lưỡi lớn có thể tạo ra sự tắc nghẽn thanh quản (do đè lên nắp thanh quản).

Hàm dưới nhỏ hoặc bị lùi ra sau cũng có thể tạo ra sự tắc nghẽn.

b. Các yếu tố khác ảnh hưởng đến tình trạng ngáy:

- | | |
|---|--|
| – Béo phì (làm hẹp kích thước vùng hầu) | |
| – Tình trạng không khỏe của cơ thể | } Liên quan đến sự giảm trương lực cơ và làm màn hầu bị chùng xuống. |
| – Tuổi tác | |
| – Hút thuốc và uống rượu. | |
| – Tư thế nằm ngửa khi ngủ. | |

Như vậy những người ngáy nhiều cần được thăm khám toàn diện về mũi, miệng, khẩu cái, hầu

để phát hiện các nguyên nhân gây rối loạn đường hô hấp trên.

Tiến triển nặng nhất của ngáy là tình trạng ngưng thở tạm thời lúc ngủ trong vài giây.

3. Điều trị.

a. Các phương pháp không phẫu thuật :

- Làm giảm các yếu tố nguy cơ (giảm cân, tư thế ngủ, bỏ thói quen hút thuốc lá, uống rượu ...).
- Các khí cụ nha khoa:
 - ♦ Khí cụ kéo dài lưỡi ra trước
 - ♦ Khí cụ đưa hàm dưới ra trước
 - ♦ Khí cụ tạo đường thông khí từ miệng.

b. Phẫu thuật :

- Phẫu thuật tạo hình màn hầu và lưỡi gà.
- Cắt amidan quá to, sửa vách ngăn mũi lệch... (TMH).
- Phẫu thuật dùng laser, lấy bỏ bớt một phần màn hầu và lưỡi gà.
- Thủ thuật dùng sóng ngắn làm giảm sự nhào của màn hầu.

c. Các biện pháp tạm thời:

Thay đổi tư thế khi ngủ: - Tư thế đầu – Tư thế toàn thân.



Mục Lục

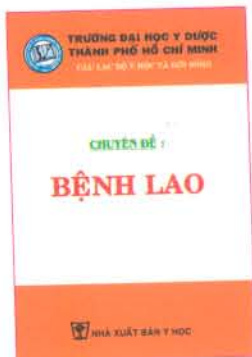
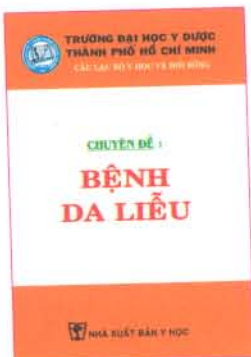


- Lời nói đầu	5
- Cập nhật kiến thức về hôi miệng : Nguyên nhân chẩn đoán và điều trị	7
- Phục hình răng khi nào, như thế nào ?	27
- Bệnh nha chu	29
- Cách chăm sóc răng miệng cho trẻ em	37
- Làm thế nào giữ cho răng và hàm không bị lệch ?	49
- Một thoáng Fluor	58
- Bạn cần biết gì về ung thư miệng ?	65
- Ngáy và nghiến răng khi ngủ	77



MỜI BẠN TÌM ĐỌC SÁCH CHUYÊN ĐỀ

Của **CÂU LẠC BỘ Y HỌC VÀ ĐỜI SỐNG**



Phát hành tại nhà sách
QUANG MINH

416 Nguyễn Thị Minh Khai - Q.3 - Tp.HCM
ĐT: 8322386 - 8340990 - Fax: 84.8.8342457 - 8340990
E.mail: quangminhbooksh@hcm.vnn.vn

0503 526

Giá: 9.000đ