

SỞ Y TẾ BÌNH THUẬN
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH



QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHÁM BỆNH CHỮA BỆNH

2023

**BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BÌNH THUẬN
KHOA RĂNG HÀM MẶT**



**TÀI LIỆU
HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
KHOA RĂNG HÀM MẶT
NĂM 2023**

MỤC LỤC

TRANG

1. Phẫu thuật áp xe nông hàm mặt các loại	1
2. Phẫu thuật gãy xương hàm trên	4
3. Cắt u nang nhầy sàn miệng.....	6
4. Cắt và nạo quanh chóp răng	8
5. Điều trị viêm quanh chóp răng	10
6. Điều trị viêm tủy răng không hồi phục.....	12
7. Hàn răng các loại	15
8. Nhổ răng khôn mọc lệch có biến chứng.....	17
9. Nhổ răng thường.....	20
10. Phẫu thuật áp xe vùng sâu hàm mặt	23
11. Phẫu thuật cắt nang xương hàm dưới.....	26
12. Phẫu thuật cắt nang xương hàm trên	28
13. Phẫu thuật gãy xương hàm dưới.....	30
14. Phẫu thuật viêm tấy lan tỏa miệng hàm mặt	32
15. Phục hồi vết thương vùng hàm mặt.....	34
16. Trám bít hố rãnh	36

1. PHẪU THUẬT ÁP XE NÔNG HÀM MẶT CÁC LOẠI**1. ĐỊNH NGHĨA**

Là áp xe các vùng nông, nguyên nhân do răng, răng cối hàm trên và hàm dưới, nhất là răng khôn mà phần lớn là do viêm tủy răng hoại tử, nhiễm khuẩn qua xương vào phần mềm gây viêm, áp xe các vùng liên quan. Ở áp xe gây đau nhức, có thể gây biến chứng xa vào các phủ tạng quan trọng hoặc nhiễm khuẩn máu, cần được phẫu thuật sớm, mở ổ mủ dẫn lưu.

Áp xe có thể nông dưới niêm mạc, hoặc sâu dưới màng xương vào phần mềm gây sưng to, biến dạng mặt.

❖ Phân loại: tùy theo nguyên nhân áp xe có thể hình thành các vùng:

- Áp xe dưới lợi: sưng lợi phía tiền đình hay phía trong (lưỡi).
- Áp xe quanh thân răng: thường gặp do răng mọc ngầm nhiễm khuẩn, nhất là răng khôn dưới: lợi chùm viêm mủ, sưng nề quanh thân răng 8, vùng dưới hàm, khít hàm, hạch.
- Áp xe má: sưng vùng má, trên bờ nền xương hàm dưới, rãnh mũi má, tiền đình má
- Áp xe môi trên và môi dưới, cằm:
 - + Môi trên: sưng, mủ tụ trên hoặc dưới cơ sim, môi đẩy ra trước, rãnh mũi-môi bị đẩy.
 - + Môi dưới: sưng nề.
- Áp xe tiền đình trên hoặc dưới: mủ tụ dưới niêm mạc tiền đình răng nguyên nhân.
- Áp xe vòm miệng: sưng dưới niêm mạc vòm miệng, kề cận răng nguyên nhân.
- Áp xe vùng dưới hàm: thường gặp do biến chứng răng khôn, răng cối, viêm nhiễm sàn miệng. Triệu chứng: sưng vùng dưới hàm, góc hàm, sàn miệng vùng sau, khít hàm.
- Áp xe vùng cằm: thường do răng cửa, răng nanh. Lâm sàng: sưng vùng cằm, da căng bóng.
- Áp xe dưới lưỡi- dưới niêm mạc: áp xe nông ngay chân răng nguyên nhân.
- Áp xe hốc mắt: thường do nhiễm khuẩn răng nanh, hay lan từ vùng lân cận đến. Lâm sàng: nề mi trên và dưới, nề kết mạc, lồi mắt nhẹ, lệch mắt, sờ nhãn cầu rất đau.
- Áp xe lưỡi: do nhiễm khuẩn lưỡi hoặc dị vật, hay vết thương trực tiếp, lao, giang mai... Lâm sàng: lưỡi sưng nề, ấn có dấu hiệu chuyển sóng, sàn miệng có thể bị xâm nhiễm, nhai, nuốt, nói khó.

2. CHỈ ĐỊNH

- Mở các ổ áp xe khi đã có dấu hiệu làm mủ, chuyển sóng khi thăm khám.
- Áp xe điều trị kháng sinh, chống viêm không khỏi, làm mủ; thông thường từ ngày thứ 6- 7.

3. CHUẨN BỊ**3.1. Cán bộ chuyên khoa**

Là bác sĩ chuyên khoa răng hàm mặt, bác sĩ gây mê, tê làm được trung phẫu thuật.

3.2. Phương tiện

Có phòng mổ, có phương tiện gây mê, oxy.

3.3. Người bệnh

- Không có bệnh về tim mạch, hô hấp, không có chống chỉ định gây mê.
- Hồ sơ bệnh án: có xét nghiệm cơ bản về máu, sinh hoá đủ chỉ định gây mê.

4. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**4.1. Vô cảm**

Gây tê tại chỗ khi áp xe nông và có thể gây mê ngắn đối với áp xe sâu.

4.2. Kỹ thuật

1. Áp xe nông: gây tê, rạch mở ổ áp xe đối với áp xe nông dưới niêm mạc, dưới da chỉ rạch vừa đủ đứt niêm mạc hay da. Luôn kẹp cầm máu mở rộng ổ áp xe để dẫn lưu hết mủ. Có thể dẫn lưu mủ bằng mảnh cao su. Thay sau 48 giờ, bơm rửa cho đến khi hết mủ.

2. Áp xe sâu: tùy mức độ áp xe, tuổi, có thể chọn gây tê hay gây mê. Đối với áp xe sâu, lan rộng nên gây mê ngắn để dễ mở ổ áp xe: Rạch nơi có thể tránh sẹo xấu, lộ ra ngoài (dưới bờ nền xương hàm, nếp rãnh tự nhiên...) tránh các thương tổn mạch, thần kinh.

- Áp xe má: rạch rãnh mũi má, hay dưới bờ nền xương hàm dưới, luôn kẹp Kocher vào ổ mủ, mở rộng, dẫn lưu.
- Áp xe môi: rạch mặt trong niêm mạc.
- Áp xe tiền đình: rạch niêm mạc tiền đình, chữa hoặc nhổ răng nguyên nhân.
- Áp xe vòm miệng: rạch dọc cung răng, tách niêm mạc, dẫn lưu mủ.
- Áp xe vùng dưới hàm: rạch dưới và cách bờ nền 2cm, luôn kẹp Kocher hướng mặt trong xương hàm dẫn lưu mủ.
- Áp xe hố mắt: tùy nơi tụ mủ có thể rạch bờ trên hay bờ dưới hố mắt, luôn kẹp Kocher sát thành xương dẫn lưu mủ.
- Áp xe vùng cằm: rạch da sau cung cằm luôn kẹp Kocher dẫn lưu mủ.
- Áp xe lưỡi: rạch bên hay lưng lưỡi, dẫn lưu mủ.
- Áp xe dưới lưỡi, dưới niêm mạc: rạch đủ đứt niêm mạc phía sát mặt trong xương hàm dưới, để tránh tổn thương ống Wharton hay thần kinh lưỡi, luôn kẹp Kocher mở ổ mủ.

5. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**5.1. Theo dõi**

1. Thay băng, bơm rửa ổ mủ, thay dẫn lưu sau mỗi 48 giờ, hoặc hàng ngày nếu nhiều mủ.
2. Mạch, nhiệt, huyết áp giảm và trở lại bình thường khi đã dẫn lưu hết mủ và xử lý răng nguyên nhân.
3. Nhổ răng nguyên nhân nếu là răng cối, nhất là răng khôn.
4. Chữa các răng nguyên nhân.
5. Kháng sinh, chống viêm, nâng đỡ thể trạng.

5.2. Xử lý

1. Mở không vào đúng ổ áp xe do sai đường vào, do không chuyên khoa hoặc chẩn đoán sai: Cần hội chẩn chuyên khoa.
2. Kéo dài nhiễm khuẩn mủ do chưa mở rộng và dẫn lưu hết mủ: mở rộng ổ áp xe, bơm rửa sạch ổ mủ, dẫn lưu.
3. Tai biến gây mê: cần có bác sĩ gây mê chuyên khoa, kiểm tra người bệnh kỹ trước khi gây mê, chỉ định đúng.
4. Áp xe tái phát: do chưa dẫn lưu hết mủ hay chưa xử lý răng nguyên nhân: xử lý lại triệt để.

2. PHẪU THUẬT GỠ XƯƠNG HÀM TRÊN**1. ĐẠI CƯƠNG**

Điều trị gãy xương hàm trên là nắn và cố định hoặc kết hợp xương các đoạn gãy đúng vị trí giải phẫu nhằm giúp cho quá trình liền xương tốt, đúng với vị trí ban đầu và phục hồi chức năng ăn, nhai và thẩm mỹ.

❖ Phân loại:

1. Lefort I (gãy ngang): đường gãy từ hố lệ dưới gai mũi đi ngang trên apex răng, chạy dưới đường nối Zygoma hàm trên, ra sau cắt ngang phần dưới chân bướm.

2. Lefort II (gãy hình tháp): đường gãy đi từ đường nối trán-mũi qua xoang lệ rồi đi xuống và ngang ra phần trước nhất của hố mắt-bờ dưới hố mắt, rồi đi xuống qua thành trước xoang hàm chạy dưới xương má, ra lối củ hàm trên và cắt ngang phần trên cao của chân bướm. Bên trong: Đường gãy qua 1/3 trên vách mũi, qua mảnh thẳng xương sàng và phần giữa vòm.

3. Lefort III (gãy xuyên ngang): hoàn toàn tách rời sọ, mặt. Đường gãy bắt đầu từ đường nối trán- mũi, trán-hàm trên chạy ngang phần trên nhất của rãnh lệ, ra sau dọc xương sàng, lỗ thị giác, xuống ống dưới ổ mắt, ra hố bướm-khẩu cái, rồi cắt ngang chân bướm.

2. CHỈ ĐỊNH

- Gãy một phần xương hàm trên.
 - + Gãy ngang Gãy Lefort I. Gãy Lefort II. Gãy Lefort III.
 - + Gãy tách rời giữa hai xương hàm trên
- Kỹ thuật được tiến hành khi không còn các triệu chứng nguy cơ đe dọa tính mạng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Kỹ thuật có thể trì hoãn, sau khi người bệnh không còn các triệu chứng đe dọa tính mạng.

4. CHUẨN BỊ**4.1. Cán bộ y tế**

Bác sĩ chuyên khoa sơ bộ, chuyên khoa I trở lên.

4.2. Phương tiện

- Khoan xương (máy và mũi khoan), chỉ thép khâu kết hợp xương.
- Cung Tiguersted
- Dụng cụ phẫu thuật xương

4.3. Người bệnh

Được giải thích về kỹ thuật.

- Cố định hai hàm trong 6-8 tuần, người bệnh cần biết để có chế độ nuôi dưỡng

hợp lí.

- Hồ sơ bệnh án: hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án theo quy định của chuyên khoa; X-quang chụp phim Blondeau, Hirtz, Panorama; nếu cần thiết có thể chụp thêm cắt lớp vi tính.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Vô cảm

Gây mê nội khí quản.

5.2. Kỹ thuật

1. Lấy hết máu đông, dị vật trong miệng.
2. Nắn xương đúng vị trí
 - Nắn kín trong trường hợp gãy xương sớm và đường gãy không phức tạp.
 - Nắn hở: rạch bộc lộ ổ gãy qua đường ngoài da và trong miệng.
 - Khâu kết hợp xương hai bên đường gãy vào đúng vị trí.
 - Kiểm tra thấy khớp cắn theo khớp cắn trung tâm, mặt cân đối, không biến dạng.
3. Treo hàm trên lên gò má cung tiếp trong trường hợp gãy Lefort I và Lefort II
4. Khoan và treo hàm trên lên máu ngoài xương trán trong trường hợp gãy Lefort III.
5. Cố định hai hàm đúng khớp cắn.
6. Khâu phục hồi phần mềm.

3. CẮT U NANG NHẦY SÀN MIỆNG**1. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật cắt nang nhầy sàn miệng nhằm lấy bỏ toàn bộ u nang nhầy mà thành phần chủ yếu là vỏ nang hoặc mở thông để dịch tiết của u nang nhầy luôn thông vào miệng (rất hạn chế chỉ định này).

2. CHỈ ĐỊNH

Cho tất cả các loại u nang nhầy sàn miệng

1. Lấy toàn bộ u nang nhầy hoặc tuyến nước bọt có liên quan khi việc bóc tách lấy u có thể thực hiện được.

2. Mở thông khi nang quá to, bị viêm nhiễm nhiều lần hoặc trên những người bệnh không có chỉ định phẫu thuật trong thời gian dài (bệnh tim mạch hay các bệnh toàn thân khác)

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. U nang nhầy trong giai đoạn viêm cấp tính hoặc lan toả: chỉ mở dẫn lưu.

2. Các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật (bệnh về máu, bệnh tim mạch nặng..)

4. CHUẨN BỊ**4.1. Cán bộ chuyên khoa**

Bác sĩ có bằng chuyên khoa răng hàm mặt đã được đào tạo chuyên về phẫu thuật hàm mặt, có trình độ chuyên khoa I trở lên.

4.2. Phương tiện**4.2.1. Dụng cụ**

Bộ phẫu thuật phần mềm.

4.2.2. Thuốc

- Kháng sinh thông thường, thuốc chống phù nề, giảm đau, dịch truyền...
- Thuốc tê tại chỗ, thuốc mê nội khí quản, oxy.

4.3. Người bệnh

Được giải thích và chuẩn bị tư tưởng chu đáo, làm các xét nghiệm cơ bản, đường máu, đông máu.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**5.1. Vô cảm**

- Gây tê tại chỗ đối với nang nhỏ khu trú.
- Gây mê nếu cắt toàn bộ nang.

5.2. Kỹ thuật

1. Mở thông:

- Rạch niêm mạc trên nang, tách bóc để bộc lộ nang.
- Rạch dọc giữa nang theo hình móng cam.
- Khâu đỉnh niêm mạc vỏ nang vào niêm mạc sàn miệng.
- Đặt bác nếu cần.

2. Cắt toàn bộ nang:

- Rạch niêm mạc trên nang (nếu không có chỉ định cắt tuyến nước bọt liên quan), tách bóc không làm rách bọc nang lấy toàn bộ niêm mạc nang. Kiểm tra, khâu đóng các lớp theo giải phẫu.

- Rạch da dưới hàm (nếu có chỉ định cắt tuyến nước bọt có liên quan) tách bóc lấy toàn bộ tuyến nước bọt có liên quan và nang nhày thành một khối. Chú ý bảo vệ thần kinh và động mạch lưỡi. Cầm máu bằng khâu và dao điện. Khâu các lớp theo giải phẫu. Dẫn lưu nếu cần.

- Đối với nang nằm ở trên và dưới cơ hàm móng, nên rạch ngoài miệng để lấy nang.

4. CẮT VÀ NẠO QUANH CHÓP RĂNG**1. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt và nạo quanh chóp răng là cắt bỏ phần chóp răng bị viêm và nạo sạch tất cả các tổ chức viêm hoại tử quanh chóp răng.

2. CHỈ ĐỊNH

1. Gãy chân răng: mở lấy phần chân gãy hoặc dụng cụ chữa tủy bị gãy.
2. Lấy các chất trám răng thừa ngoài chóp răng.
3. Hàn ống tủy ngược chiều.
4. Để đóng kín phần chóp răng của những răng này trong trường hợp thân răng đã bọc sứ, kim loại không thể mở thân răng theo phương pháp thông thường vì phải tháo bỏ phần chụp đã làm.
5. Nhiễm khuẩn quanh chóp điều trị nội nha không có kết quả.
6. U hạt, nang chân răng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (trương đối)

Khi chân răng còn quá ngắn, nếu sau khi cắt chóp răng chân răng còn lại không bằng 2/3 chiều dài cũ vì răng sẽ lung lay không chắc.

4. CHUẨN BỊ**4.1. Cán bộ chuyên khoa**

Phẫu thuật viên là bác sĩ có bằng chuyên khoa răng hàm mặt,

4.2. Phương tiện

Máy khoan cắt chuyên dùng, các dụng cụ điều trị nội nha, các chất hàn ống tủy, dụng cụ phẫu thuật răng.

4.3. Người bệnh

Không có các bệnh nội khoa chống chỉ định phẫu thuật. ,

4.4. Hồ sơ bệnh án

Có đủ các xét nghiệm huyết học, sinh hoá cần thiết cho gây tê, chụp Xquang chân răng rõ vùng chóp răng.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**5.1. Vô cảm**

Gây tê tại chỗ bằng xylocain 2%.

5.2. Kỹ thuật

1. Rạch một vạt niêm mạc màng xương hình cung hay hình thang ngang vùng chân răng định cắt.
2. Lật vạt niêm mạc, dùng mũi khoan phẫu thuật mở xương vào thẳng vùng chóp răng có u hạt, nang. Dùng mũi khoan trụ cắt ngang phần chóp răng cần lấy bỏ.
3. Nạo sạch phần chóp và xương nhiễm khuẩn, kiểm tra chảy máu. Có thể dùng

bông thấm adrenalin để cầm máu.

4. Khâu vạt niêm mạc màng xương bằng chỉ tiêu 4.0 ấn vùng mô khoảng 10 phút để tránh máu cục.

5. Hàn ngược chiều nếu cần thiết.

6. Chụp phim sau ổ răng kiểm tra chóp vừa cắt.

7. Nạo quanh chóp răng: kỹ thuật như trên, chỉ khác là thay vì cắt chóp, chỉ nạo quanh chóp răng. Tốt nhất là khi đã mở xuống vào chóp răng thì nên cắt chóp răng.

6. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

6.1. Trong phẫu thuật

Chảy máu: cầm máu.

6.2. Sau phẫu thuật

1. Chảy máu: cầm máu.

2. Nhiễm khuẩn: điều trị kháng sinh.

3. Đứt chỉ khâu do căng: khâu lại.

5. ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH CHÓP RĂNG**1. ĐẠI CƯƠNG**

- Viêm quanh chóp răng có thể gặp ở tình trạng cấp tính, bán cấp hay mạn tính:
 - + Cấp và bán cấp: dùng kháng sinh cho hết viêm sau đó điều trị nội nha.
 - + Mạn tính: cắt chóp răng hay nạo quanh chóp răng.
- Cắt chóp răng là cắt bỏ phần chóp răng bị viêm và nạo sạch tất cả tổ chức bị viêm và hoại tử quanh chóp răng.

2. CHỈ ĐỊNH

1. Cho răng cửa 1 chân trên hoặc dưới.
 2. Không tiêu quá 1/3 chiều dài chân răng.
 3. Răng có u hạt ở chóp răng.
 4. Răng đã được trị nhưng chưa tốt, gây viêm tiêu ở vùng quanh chóp.
 5. Răng bị chết tủy có nang chân răng.
 6. Chân răng bị gãy do sang chấn.
 7. Dũa ống tủy, nong ống tủy bị gãy mà không thể lấy được qua đường ống tủy.
- ❖ Tất cả đều được hàn ống tủy.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (trương đối)

1. Có những bệnh toàn thân chống chỉ định phẫu thuật.
2. Răng có túi quanh răng sâu và lung lay nhiều.
3. Đang viêm quanh răng cấp (chờ hết viêm).
4. Răng cần phải cắt bỏ quá 1/3 chiều dài chân răng.

4. CHUẨN BỊ**4.1. Cán bộ chuyên khoa**

Bác sĩ có bằng chuyên khoa răng hàm mặt

4.2. Phương tiện**4.2.1. Dụng cụ**

- Máy khoan răng và các loại mũi khoan xương thích hợp.
- Dụng cụ nhỏ phẫu thuật xương.
- Kim chỉ nhỏ tiêu và không tiêu.
- Thìa nạo ổ răng.
- Tay khoan thẳng hàm trên và mũi khoan trụ trên.

4.2.2. Thuốc:

- Thuốc sát khuẩn, oxy già
- Thuốc tê xylocain 2%

4.3. Người bệnh

- Tư tưởng yên tâm, thoải mái.
- Ăn no.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Làm bệnh án ngoại trú, xét nghiệm máu đông, máu chảy.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**5.1. Vô cảm**

Gây tê tại chỗ bằng xylocain 2%.

5.2. Kỹ thuật

1. Rạch 1 đường hình bán nguyệt hay hình thang, cuống ở tiền đình tương ứng với chân răng định cắt chóp.
2. Lật vạt lợi lên và giữ vạt lợi bằng 1 sợi chỉ.
3. Dùng mũi khoan mở xương để bộc lộ nang răng, bóc tách lấy nang.
4. Dùng mũi khoan cắt chóp răng chú ý không cắt quá 1/3 chiều dài của răng.
5. Nạo sạch tổ chức viêm và hoại tử trong lòng nang.
6. Làm nhẵn chỗ cắt chân răng và xương hàm.
7. Bơm rửa sạch nang chân răng.
8. Khâu kín vạt lợi.

6. THEO DÕI

1. Trong khi phẫu thuật: cầm máu chỗ chảy máu
2. Sau phẫu thuật: cho kháng sinh, giảm đau, chống phù nề.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ LÝ

1. Thường không có tai biến xảy ra khi phẫu thuật.
2. Sau phẫu thuật: có thể nhiễm khuẩn, phù nề. Xử lý bằng kháng sinh và thuốc chống phù nề.

6. ĐIỀU TRỊ VIÊM TỦY RĂNG KHÔNG HỒI PHỤC**1. ĐẠI CƯƠNG**

Điều trị viêm tủy răng không hồi phục là lấy tủy, làm sạch và hàn kín ống tủy các nhằm mục đích bảo tồn răng.

2. CHỈ ĐỊNH

1. Tất cả các trường hợp răng viêm tủy không hồi phục do sâu răng, sang chấn.
2. Điều trị tủy răng theo chỉ định của phục hình hoặc chỉnh nha.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định tạm thời khi người có bệnh toàn thân cấp tính, huyết áp cao, suy tim hoặc tâm thần.

4. CHUẨN BỊ**4.1. Cán bộ chuyên khoa**

Bác sĩ có bằng chuyên khoa răng hàm mặt.

4.2. Phương tiện**4.2.1. Dụng cụ**

- Ghế máy chữa răng.
- Bơm, kim tiêm nha khoa dùng một lần.
- Mũi khoan các loại, lentulo, nong và dũa ống tủy các cỡ.
- Bộ để cao su ngăn nước bọt.
- Bộ lèn guttapercha.
- Dây ấn chất hàn, cốc rửa tủy, đèn cồn.

4.2.2. Thuốc:

- Thuốc diệt tủy.
- Thuốc tê có hoặc không có adrenalin 1/100.000 (đối với người có bệnh huyết áp).
- Thuốc sát khuẩn ống tủy: oxy già 5-10 thể tích, natri hypochlorit 10%, cồn 90° hoặc các biệt dược đóng sẵn của các hãng thuốc chuyên khoa.
- Thuốc hàn ống tủy: eugenol, oxyt kẽm, guttapercha hoặc các thuốc hàn ống tủy đóng sẵn của các hãng chuyên khoa như: traitment spad, cortisomol v.v..
- Các chất hàn:
 - + Hàn tạm: eugenat, cement phốt phát, septodont, cavitron...
 - + Hàn vĩnh viễn: amalgam, composite...

4.3. Người bệnh

Giải thích trước cho người bệnh các bước của quá trình điều trị.

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án ngoại trú theo quy định chung.
- Chụp phim răng trước và sau điều trị tủy.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Mở tủy, lấy tủy: có hai phương pháp:

a) Lấy tủy sống:

- Gây tê tại chỗ quanh chân răng bằng xylocain 2%.
- Dùng mũi khoan mở, mở một lỗ vào trần tủy
- Gây tê trực tiếp buồng tủy, ống tủy (qua lỗ mở trần tủy)
- Dùng châm gai lấy tủy: xoay 1/4 vòng quay lại nhiều lần.

b) Đặt thuốc diệt tủy:

- Gây tê tại chỗ bằng xylocain 2%.
- Làm sạch lỗ sâu bằng nạo ngà hoặc mũi khoan.
- Đặt thuốc diệt tủy (chú ý tránh ra ngoài lợi gây hoại tử).
- Hàn tạm.
- Sau 5-7 ngày mở buồng tủy và lấy tủy.

2. Chuẩn bị ống tủy:

- Dùng dũa ống tủy, các cỡ từ số nhỏ đến số lớn đưa từ trên xuống quay nửa vòng nhẹ nhàng không được cưỡng gâp gãy dụng cụ.
- Nong ống tủy từ số nhỏ đến lớn làm nhẵn thành ống tủy ngay sau khi dũa.
- Bơm rửa ống tủy bằng oxy già 10 thể tích hoặc dung dịch natri hypochlorit 10%.
- Sát trùng ống tủy bằng con 90°
- Làm khô bằng bông hoặc bắc giấy.
- Chú ý tìm hết các ống tủy (tránh bỏ sót).

3. Hàn ống tủy:

a) Hàn ống tủy bằng pate kết hợp guttapercha.

- Dùng lentulo nhồi pate vào ống tủy nhẹ nhàng với tốc độ thấp từ trên xuống nhiều lần. Đưa pate vào đủ số lượng các ống tủy trong răng sau đó lau sạch và. nhồi kim guttapercha vào các ống tủy cho đến khi chặt và vừa đến chóp răng.
- Hàn tạm.
- Chụp phim kiểm tra, nếu đạt yêu cầu sau vài ngày hàn vĩnh viễn.

b) Hàn ống tủy bằng guttapercha.

- Đưa từng kim guttapercha một vào ống tủy, dùng bộ dụng cụ hàn guttapercha lèn dọc và lèn ngang cho đến khi chặt và kín ống tủy sao cho vừa đến chóp răng.
- Chụp phim kiểm tra, nếu đạt yêu cầu thì hàn vĩnh viễn ngay

6. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Thủng sàn buồng tủy: hàn Ca(OH) , và theo dõi.
2. Gãy dụng cụ trong ống tủy: lấy dụng cụ ra.
3. Viêm quanh chóp răng sau khi hàn ống tủy: điều trị kháng sinh và giảm đau.

7. HÀN RĂNG CÁC LOẠI**1. ĐẠI CƯƠNG**

Hàn răng là phục hồi lại tổ chức cứng của răng (men, ngà) đã bị mất do bệnh lí, sang chấn và các loại tổn thương khác (thiếu sản men, lõm hình chêm...).

Chẩn đoán sâu ngà: ê buốt khi có kích thích (chua, ngọt, nước lạnh, hít gió...). Khám thấy lỗ sâu, đáy có ngà mủn, màu nâu hoặc đen, buốt khi thăm khám.

2. CHỈ ĐỊNH

Các loại thương tổn tổ chức cứng của răng (men, ngà).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Răng viêm tủy, viêm quanh chóp chưa điều trị tủy.
2. Nếu lỗ sâu quá to, tổ chức cứng của răng bị mất quá nhiều thì nên làm inlay, onlay, chụp răng bằng nhựa, kim loại hay sứ...

4. CHUẨN BỊ**4.1. Cán bộ chuyên khoa**

Bác sĩ có bằng chuyên khoa răng hàm mặt hay y sĩ răng trẻ em (y sĩ chỉ hàn men ngà, không chữa tủy răng).

4.2. Phương tiện

- Máy ghế chữa răng có đủ các tốc độ cao, thấp, nước bơm rửa, xịt khô, ánh sáng...
- Dụng cụ và vật liệu hàn răng các loại.

4.3. Người bệnh

Được hướng dẫn để hợp tác tốt với thầy thuốc khi tiến hành thủ thuật.

5. Hồ sơ bệnh án

- Theo quy định chung.
- Nếu cần thiết thêm các phim chụp răng.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**6.1. Vô cảm**

Không cần thiết phải gây tê trừ trường hợp lỗ sâu sát tủy, người bệnh buốt nhiều khi khoan lỗ hàn.

6.2. Tư thế

Người bệnh ngồi trên ghế thoải mái, đầu ngả phía sau, đầu ngang tầm ngực của thầy thuốc.

6.3. Kỹ thuật

1. Tạo lỗ hàn: chỉ khoan bỏ tổ chức bệnh lí, làm sạch, thổi khô lỗ hàn để tạo điều kiện tốt cho các chất hàn bám dính. Nếu hàn amalgam thì tạo lỗ hàn đáy phải phẳng, thành phải đứng theo đường trụ men. Lỗ sâu to phải tạo lỗ hàn hình bậc thang hoặc đuôi én.

- ❖ Nếu hàn bằng xi măng, composite, glassionomer thì lỗ hàn phải khô. Không cần tạo lỗ hàn, tiết kiệm tổ chức răng.

2. Đặt chất hàn: có nhiều loại vật liệu hàn phù hợp cho từng loại răng (răng phía trước, răng phía sau) và tùy loại lỗ hàn theo phân loại. Những răng hàm, lỗ sâu loại I thường hay hàn amalgam.

- Những răng phía trước như răng cửa, răng nanh, lỗ sâu thuộc loại IV, V, lỗ sâu ở cổ răng, rìa cắn thường hàn composite, glassionomer. Những răng sâu sát tủy cần hàn lót với hydroxit canxi.

- Không được hàn cao quá, ảnh hưởng khớp cắn. Sau khi hàn amalgam, nên đánh bóng vết hàn.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Nếu lỗ sâu ở sát tủy, tránh khoan làm hở tủy
2. Nếu lỡ làm hở tủy hoặc nhìn thấy ánh tủy thì phải chụp tủy và theo dõi một thời gian, người bệnh không có biến chứng mới hàn vĩnh viễn.

8. NHỔ RĂNG KHÔN MỌC LỆCH CÓ BIẾN CHỨNG**1. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật nhổ răng khôn lệch có biến chứng chiếm vị trí quan trọng trong phẫu thuật miệng, bởi vì nó chiếm tỉ lệ cao nhất trong số các loại răng hàm gây biến chứng: viêm nhiễm áp xe hàm mặt.

Khi phẫu thuật nhổ răng khôn lệch có biến chứng, cần nắm vững chỉ định, chống chỉ định các bước chuẩn bị, trình độ chuyên môn của cán bộ y tế, phương tiện, dụng cụ, người bệnh, hồ sơ, các bước làm thủ tục, theo dõi người bệnh cũng như biết được các tai biến và cách xử lý trong và sau khi làm phẫu thuật.

2. CHỈ ĐỊNH

1. Nhổ răng phòng bệnh: nói chung tất cả răng khôn mọc lệch có nguy cơ biến chứng (đâm vào răng 7, kẹt xương hàm không thể mọc lên được...): coi như biện pháp phòng bệnh, tránh được biến chứng do răng gây ra sau này; tuy nhiên phải được sự đồng ý của người bệnh.

2. Răng khôn lệch đã và đang gây ra các biến chứng:

- Sâu mặt xa răng số 7, tiêu vách xương mặt xa răng 7.
- Viêm quanh thân răng (viêm lợi trùm răng khôn).
- Chèn ép các răng kế cận gây lệch cung răng.
- Viêm mô tế bào hoặc viêm xương tuỷ hàm...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (không tuyệt đối)

- Người bệnh có bệnh toàn thân: ưa chảy máu, máu chậm đông, thiếu máu nặng, tăng bạch cầu, tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh tim, thai nghén...
- Người bệnh cao tuổi, sức khỏe không cho phép phẫu thuật.
- Người bệnh tâm thần có chỉ định của BS chuyên khoa

4. CHUẨN BỊ**4.1. Cán bộ chuyên khoa**

Bác sĩ chuyên khoa răng hàm mặt hay chuyên về phẫu thuật hàm mặt.

4.2. Phương tiện

- Đây đủ phương tiện nhổ răng khó.
- Dụng cụ:
 - + Phần mềm gồm: dao, kéo con và cây bóc tách vạt niêm mạc.
 - + Phần xương: cắt xương bằng khoan cao tốc với mũi khoan kim cương. Kim gặm xương để bấm xương ổ răng. Cây giữa xương
 - + Kim, chỉ khâu catgut.
 - + Kim kẹp kim. Kẹp tổ chức, kẹp cầm máu, móc. Bẫy và kim thích hợp với từng loại răng.

- Dụng cụ gây tê: chỉ dùng một lần:
 - + Bơm tiêm gây tê vùng với mũi kim dài 4-5cm.
 - + Bơm tiêm gây tê tại chỗ với thuốc, kim tiêm riêng.
- Thuốc sát khuẩn:
 - + Bông gạc đã hấp tiệt khuẩn.
 - + Dung dịch NaCl 0,9%, nước oxy già 5 thể tích, cồn Iod 4%.
- Thuốc cầm máu: bác Iodofoc, geslaspon vv...

4.3. Người bệnh

- Hỏi kỹ tiền sử gia đình, bản thân, khám toàn thân, tại chỗ, ... nếu cần thiết phải hội chẩn
- Hồ sơ bệnh án: rõ ràng, tỉ mỉ, phải có xét nghiệm máu, phim X-quang tại chỗ sau ổ răng hay Panorama.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Sát khuẩn tại chỗ bằng cồn.
2. Vô cảm bằng tê tại chỗ với thuốc tê có adrenalin 1/100.000.
3. Kỹ thuật
 - a) Rạch tạo vạt niêm mạc theo nguyên tắc mở rộng phẫu trường (hình Z, hình T...).
 - b) Mở xương, bộc lộ răng bằng máy cắt xương, mở bộc lộ 1/2 chiều cao thân răng (nằm ngang), hoặc cắt thân, cắt chân...
 - c) Lấy răng bằng bẫy và kìm.
 - d) Khâu phục hồi bằng chỉ Catgut.

6. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

1. Toàn thân, nếu choáng do quá sợ, ảnh hưởng hệ thần kinh giao cảm, hoặc dị ứng thuốc tê, hoặc sang chấn gây đau, mất máu... đặt đầu thấp để máu lưu thông lên não được dễ dàng; nói bớt thất lưng, cổ áo ... đắp ấm, thuốc trợ tim.
2. Chảy máu: giữ người bệnh 15-30 phút để xem lại; dùng gạc vô khuẩn cầm chặt trên ổ răng nhằm tạo sức ép, bảo vệ cục máu đông, nhét gelaspon hay gạc cầm máu, thuốc giảm đau. Dặn người bệnh không nên mút chíp nhiều. Tránh ăn nhai mạnh ổ răng mới nhổ.
3. Sưng nề: chườm lạnh, kháng sinh, chống viêm, nâng cao sức khỏe toàn thân và thuốc an thần.

6.2. Xử lý

1. Gãy chân răng: cố gắng lấy bằng bẫy hay phẫu thuật mở xương.
2. Gãy rìa xương ổ răng: tách nốt mảnh xương gãy và làm nhẵn.

3. Gãy xương hàm dưới ở những người già bị loãng xương: cố định xương hàm bằng máng hay kết hợp xương.

4. Chảy máu phải xác định rõ nguyên nhân:

- Tại chỗ ổ răng: bơm rửa thật sạch ổ răng, cho cắn gạc chặt.
- Tại niêm mạc: khâu kín bằng catgut.
- Tái phát nhiều lần, kéo dài 2-3 ngày: nạo sạch cục máu đông, dùng gelaspon hay gạc cầm máu nhét chặt ổ răng. Dùng kháng sinh tránh nhiễm khuẩn.
- Viêm ổ răng: rửa sạch ổ răng bằng oxy già, đặt bác có tấm kháng sinh chống viêm ổ răng.

5. Viêm xương tuỷ hàm, viêm mô tế bào, viêm hạch cổ mặt... dẫn đến nhiễm khuẩn huyết: bắt buộc phải dùng kháng sinh liều cao, phối hợp với nâng cao thể trạng, mở dẫn lưu ổ mủ hay lấy xương chết và hồi sức, chống nhiễm khuẩn, nhiễm độc.

9. NHỔ RĂNG THƯỜNG**1. ĐẠI CƯƠNG**

Nhổ răng thường là một kỹ thuật cơ bản trong chuyên khoa răng hàm mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

1. Răng sữa đến thời kì thay.
2. Răng bệnh lí: viêm quanh chóp, viêm quanh răng...không bảo tồn được.
3. Trong nắn chỉnh hàm và nắn chỉnh răng.
4. Răng bị sâu vỡ thân lớn không thể bảo tồn được.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Bệnh thần kinh và tâm thần (nếu thật cần thiết phải có ý kiến của bác sĩ chuyên khoa).
2. Có thai (nếu thật cần thiết phải có ý kiến của bác sĩ sản khoa).
3. Có kinh nguyệt (nên hoãn vì dễ chảy máu ổ răng).
4. Bệnh về máu: bệnh ưa chảy máu...
5. Đang có bệnh nhiễm khuẩn toàn thân, sức đề kháng kém.

4. CHUẨN BỊ**4.1. Cán bộ chuyên khoa**

Y, bác sĩ chuyên khoa răng hàm mặt.

4.2. Phương tiện**4.2.1. Dụng cụ:**

- Dao, kéo, cây bóc tách vạt niêm mạc
- Kim, găm xương ổ răng, cây dừa xương
- Bẫy và kim thích hợp cho từng răng
- Dụng cụ gây tê: chỉ dùng một lần ống tiêm gây tê tại chỗ với ống thuốc, bơm kim tiêm nha khoa.
- Bông gạc vô khuẩn.

4.3. Thuốc

- Thuốc tê: loại có adrenalin và không có adrenalin (đối với người có bệnh huyết áp).
- Thuốc sát khuẩn.
- Nước oxy già 5 thể tích, cồn iốt 4%.
- Thuốc cầm máu, gelaspon.

4.4. Người bệnh

- Thăm khám và làm các xét nghiệm cơ bản: máu chảy, máu đông, chụp Xquang răng.

- Nếu cần thiết phải hội chẩn và phối hợp điều trị với các chuyên khoa khác sau đó mới nhổ răng.

4.5. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Sát khuẩn tại chỗ bằng cồn.
2. Vô cảm: gây tê tại chỗ.
3. Tách lợi và dây chằng quanh răng bằng cây bóc tách.
4. Nhổ răng bằng bẫy và kìm theo kỹ thuật quy định

6. THEO DÕI

1. Khi làm thủ thuật:
 - Tình trạng toàn thân, nếu thấy có dấu hiệu sốc do người bệnh quá sợ ảnh hưởng đến hệ giao cảm hoặc do di ứng thuốc tê, sang chấn gây đau, mất máu. Xử lý: chống sốc theo phác đồ phòng chống sốc phản vệ.
2. Sau khi làm thủ thuật:
 - a) Chảy máu: nên giữ người bệnh lại, sau 15-30 phút kiểm tra lại. Dùng gạc hay gòn vô khuẩn cắn chặt ổ răng từ 30 phút đến 1 giờ nhằm tạo sức ép, bảo vệ cục máu đông.
 - b) Đau: dùng thuốc giảm đau.
 - c) Dặn người bệnh không nên mút chíp nhiều.
 - d) Tránh nhai mạnh ổ răng mới nhổ
 - e) Nếu có sưng nề: chườm lạnh, dùng thuốc kháng sinh, chống viêm, nâng cao thể trạng.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ LÝ

1. Khi làm thủ thuật:
 - a) Gãy chân răng: cố gắng lấy hết bằng bẫy hay phẫu thuật mở xương
 - b) Gãy rìa xương ổ răng, tách nốt mảnh xương gãy và làm nhẵn.
 - c) Lung lay răng bên cạnh: nếu lung lay ít, có thể ấn chặt xuống ổ răng, không nhai bên tổn thương, theo dõi. Nếu lung lay nhiều: buộc cố định nút số 8 vào răng bên cạnh.
 - d) Thủng đáy xoang hàm: khâu kín lỗ thủng.
 - e) Đẩy chân răng vào xoang hàm: phải phẫu thuật lấy chân răng và tạo hình bịt kín lỗ
 - f) Tổn thương phần mềm quanh răng: khâu phục hồi.
 - g) Sai khớp hàm: nắn lại khớp.
2. Sau khi làm thủ thuật:

- a) Chảy máu: phải xác định rõ nguyên nhân nếu tại chỗ ổ răng thì bơm rửa thật sạch ổ răng, cắn gạc chặt. Nếu chảy máu ở niêm mạc thì khâu 1-2 mũi catgut. Nếu chảy máu tái phát nhiều lần kéo dài 2-3 ngày thì nạo sạch cục máu đông, dùng gélaspone nhét chặt ổ răng, phối hợp điều trị kháng sinh chống nhiễm khuẩn.
- b) Viêm ổ răng: rửa sạch ổ răng bằng oxy già, đặt gạc có tẩm kháng sinh chống viêm ổ răng.

10. PHẪU THUẬT ÁP XE VÙNG SÂU HÀM MẶT**1. ĐẠI CƯƠNG**

1. Các vùng sâu là những vùng giải phẫu nằm giữa xương, cơ, và các lớp của cân cổ sâu. Các vùng sâu chứa nhiều mạch máu, thần kinh quan trọng. Các vùng này dễ thông với nhau, khi một vùng bị nhiễm khuẩn, từ đó có thể lan lên nền sọ hay vào trung thất.

Các vùng sau đây được xếp vào các vùng sâu: áp xe vùng cơ cắn, áp xe vùng mang tai, áp xe khoang chân bướm hàm, ổ thái dương.

2. Nguồn nhiễm khuẩn phần lớn do răng cối, răng khôn, sang chấn.

3. Phân loại

a) Áp xe vùng cơ cắn:

- Vùng cơ cắn đi từ cung tiếp đến bờ dưới xương hàm dưới, từ bờ trước cơ cắn ở phía trước đến bờ sau cánh lên xương hàm dưới, Vùng cơ cắn có động mạch ngang mặt, các nhánh của thần kinh mặt và phần kéo dài của tuyến mang tai, ống steno đi qua, cân và cơ cắn.

- Đặc điểm áp xe vùng cơ cắn là: khít hàm nhiều, đau và sưng một bên mặt, da và niêm mạc sưng nề đỏ, xung huyết và ấn lõm, có thể sưng lan đến thành bên hầu, amidan, dưới lưỡi. Đau đầu dữ dội, khó nuốt, nhiễm khuẩn toàn thân.

b) Áp xe vùng mang tai:

- Sưng từ bờ sau cánh lên xương hàm đến bờ trước cơ ức đòn chũm. Da tím đỏ căng, ấn lõm, mũ có thể chảy qua ống steno nếu áp xe vỡ vào tuyến mang tai. Đau, khít hàm, khó há miệng, nề mi dưới.

c) Áp xe khoang chân bướm hàm và ổ thái dương:

- Khoang chân bướm hàm và ổ thái dương nằm chung trong vùng sau hàm, thường bị viêm nhiễm do răng nên về bệnh lí được mô tả chung là áp xe ổ chân bướm hàm, khu trú một vùng sâu giữa:

+ Phía ngoài là mặt trong cánh lên xương hàm dưới.

+ Phía trong là chân bướm, thành bên hầu.

+ Trên là nền sọ.

+ Trước là lồi củ xương hàm trên.

+ Dưới và sau là khoang bên hầu, vùng dưới hàm, vùng mang tai.

- Trong vùng có động mạch hàm trong, dây thần kinh hàm trên, hàm dưới và đám rối tĩnh mạch chân bướm. Ổ chân bướm thông với ổ thái dương, ổ mắt.

- Nguyên nhân áp xe thường do răng cối, răng khôn trên và dưới, chấn thương hàm trên, viêm xoang hàm, viêm xương hàm trên... gây ra.

- Dấu hiệu áp xe:

+ Sưng vùng ổ thái dương, nề mi nhất là mi dưới, lồi mắt, sưng sau cánh lên, góc hàm. Khít hàm nhiều, nhai, nuốt, nói khó khăn. Toàn thân thể trạng

nhiễm khuẩn nặng, đau nửa mặt

- + Sưng và xung huyết niêm mạc má, bờ trước vành lên, màn hầu: ấn bờ trước vành lên rất đau

2. CHỈ ĐỊNH

- Áp xe các vùng sau có nguy cơ lan đến các cơ quan quan trọng như nền sọ, trung thất, hầu, hố mắt vv.. do đó khi đã có dấu hiệu nhiễm khuẩn toàn thân và áp xe tại chỗ cần xử lý sớm:
- Kháng sinh, chống viêm đường mạch máu. Mở dẫn lưu triệt để các ổ áp xe.

3. CHUẨN BỊ

3.1. Cán bộ chuyên khoa

Bác sĩ chuyên khoa răng hàm mặt, chuyên về phẫu thuật hàm mặt.

3.2. Phương tiện

Buồng phẫu thuật, gây mê hồi sức, có máy gây mê, oxy, dụng cụ phẫu thuật.

3.3. Người bệnh

Được kiểm tra toàn thân, xét nghiệm hoá sinh, huyết học đủ tiêu chuẩn

4. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Áp xe vùng cơ cắn: Luôn kẹp Kocher theo đường vào cơ cắn giữa da và cơ, hay giữa da cơ và mặt ngoài xương vành lên (áp xe sâu), mở rộng dẫn lưu qua đường rạch dưới hàm.

2. Áp xe vùng mang tai: rạch dưới góc hàm hoặc rạch dọc trước nắp tai, luôn kẹp Kocher qua đường rạch vào vùng mang tai, dẫn lưu mủ bằng ống hay mảnh cao su.

3. Áp xe khoang chân bướm hàm: mở áp xe theo đường trong miệng, ngoài miệng hay hỗn hợp, luôn kẹp vào sâu tận phía sau lồi củ xương hàm trên để mở ổ mủ.

- a) Đường trong miệng sau xương hàm trên đối với áp xe sau lồi củ hàm trên. Đường rạch vòng quanh răng khôn và bờ sau ngoài lồi củ xương hàm trên.
- b) Đối với áp xe ô chân bướm hàm dưới: rạch niêm mạc dọc bờ trước vành lên. Luôn kẹp Kocher theo đường gây tê gai Spix vào giữa mặt trong vành lên và cơ chân bướm trong, banh rộng, dẫn lưu bằng mảnh cao su.
- c) Đường ngoài miệng: chỉ định đối với áp xe hố chân bướm hàm và các vùng lân cận như khoang bên hầu, vùng thái dương, vùng dưới hàm... dẫn lưu tất cả các ổ áp xe.

4. Các đường rạch có thể áp dụng như sau:

- a) Đường dưới góc hàm: chỉ dùng với áp xe vùng sau hàm, khoang bên hầu. Nếu áp xe khoang bên hầu thì kéo dài đường rạch tới bờ trước cơ ức đòn chũm. Qua đường rạch, luôn kẹp mở các vùng tương ứng:
- Mở vùng dưới hàm: luôn kẹp vào mặt trong vành ngang.
- Mở vùng sau hàm: đẩy kẹp đi lên trên, ra trước và vào trong vành lên.
- Mở ô chân bướm hàm dưới cần chọc thủng, tách thớ cơ chân bướm trong

- Nếu mở khoang bên hầu thì luôn kẹp hướng vào trong, ra sau, dẫn lưu bằng mảnh cao su.

b) Rạch đường cung tiếp: dùng kẹp xuyên qua cân, qua đường rạch niêm mạc bờ trước càn lên dẫn lưu ngoài và trong miệng.

c) Đường cung tiếp: chỉ định đối với áp xe hố thái dương và má; rạch 2-3cm dọc bờ trên cung tiếp, luôn kẹp xuống dưới, vào trong và hơi ra trước cho tới khi chạm lõi củ hàm trên.

d) Đường hỗn hợp ngoài da- trong miệng

5. Nguyên tắc chung là mở rộng và dẫn lưu nhanh tất cả các ổ mủ.

5. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TẠI BIÊN

1. Khi làm thủ thuật vào vùng sâu dễ chạm mạch máu lớn (khoang bên hầu, sau hàm...): chỉ rạch đứt da, tách và luôn kẹp cầm máu từ từ cho đến ổ mủ, khi có mủ chảy ra thì dừng lại.

2. Theo dõi nhiễm khuẩn: cấy máu, cấy mủ, làm kháng sinh đồ. Kháng sinh theo kháng sinh đồ.

3. Bơm rửa hàng ngày dẫn lưu mủ và thay dẫn lưu.

4. Bệnh tiến triển tốt khi dẫn lưu hết mủ, nhỏ răng nguyên nhân, kháng sinh.

11. PHẪU THUẬT CẮT NANG XƯƠNG HÀM DƯỚI**1. ĐẠI CƯƠNG**

Nang xương hàm dưới là một tổn thương dạng u lành tính của xương hàm do nhiều nguyên nhân. Hay gặp nhất là nang do răng.

Phẫu thuật cắt nang xương hàm nhằm điều trị triệt để, lấy bỏ toàn bộ nang trong xương hàm và loại bỏ nguyên nhân tránh tái phát. Cần chẩn đoán phân biệt với u men 1 buồng ở hàm dưới, các loại u khác của xương hàm (u máu, u xơ..).

2. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các nang xương hàm đều có chỉ định phẫu thuật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (không tuyệt đối)

1. Bệnh toàn thân về máu (ưa chảy máu, thiếu máu, bạch cầu cấp...), tim mạch, huyết áp, đái đường ... cần phối hợp điều trị trước khi phẫu thuật.
2. Tại chỗ: đang có biểu hiện nhiễm khuẩn cấp (mở dẫn lưu mủ trước).

4. CHUẨN BỊ**4.1. Cán bộ chuyên khoa**

Bác sĩ có bằng chuyên khoa răng hàm mặt có trình độ từ chuyên khoa cấp I trở lên, chuyên về phẫu thuật hàm mặt.

4.2. Phương tiện**4.2.1. Dụng cụ**

Bao gồm các dụng cụ phẫu thuật phần mềm và phẫu thuật xương (máy khoan, mũi khoan xương, kìm gặm xương, dũa xương...)

4.2.2. Thuốc

Các loại thuốc tê, thuốc cầm máu: gelaspon, bắc iodofoor, thuốc sát khuẩn, thuốc rửa: dung dịch NaCl 0,9%, oxy già 5 thể tích, Betadin...

4.3. Người bệnh

- Hỏi kỹ tiền sử, bệnh sử, các bệnh toàn thân (nếu có)
- Nếu nang do răng phải được điều trị răng trước khi phẫu thuật, vệ sinh răng miệng sạch sẽ trước phẫu thuật.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản để phẫu thuật, phim Xquang để xác định chẩn đoán và phân biệt với một số u khác nhất là u máu trong xương hàm.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**5.1. Vô cảm**

Gây mê nội khí quản là tốt nhất, nếu xác định rõ nang do răng có thể vô cảm bằng gây tê tại chỗ xylocain 2% trên ghề răng.

5.2. Kỹ thuật

Sát khuẩn tại chỗ vùng mổ.

1. Với nang đường kính dưới 5 cm:

- Tạo vạt: rạch niêm mạc tiền đình hình bậc thang đáy lớn ở phía niêm mạc di động hoặc hình vòng cung mặt lõm quay về phía trên. Dùng tách bóc màng xương bộc lộ mặt ngoài xương hàm dưới.
 - Mở cửa sổ: dùng mũi khoa khoan các điểm ở mặt ngoài xương hàm sau đó nối các điểm, lấy bỏ tấm xương phía ngoài bộc lộ rõ vỏ nang. Nếu nang đã phá hủy mặt ngoài xương hàm thì dùng kim găm xương mở rộng để nhìn rõ nang
 - Dùng cây bóc tách hoặc thìa nạo nhỏ lấy gọn bọc nang. Nếu dính phải nạo sạch lấy hết vỏ nang.
 - Làm nhẵn xương hàm dưới ở quanh nang, nếu nang do chân răng cần điều trị tuỷ và cắt chóp răng. làm nhẵn các chân răng nằm ở trong lòng nang
 - Bơm rửa lòng nang bằng oxy già 5 thể tích, nước muối sinh lí 0,9%, kiểm tra cầm máu kĩ
 - Khâu phục hồi niêm mạc tiền đình bằng chỉ tiêu.
2. Với nang to, bị viêm mạn tính, người bệnh có bệnh toàn thân:
- Mở thông nang hoặc khâu lộn vỏ nang với niêm mạc miệng.
 - Sau 2-3 tháng lấy toàn bộ nang, khâu kín niêm mạc.

6. THEO DÕI

Vết mổ, công thức máu, mạch, huyết áp, nhiệt độ.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ LÝ

1. Trong phẫu thuật: chảy máu: cầm máu bằng nhét gelaspon, bắc iodofoe, băng ép.
2. Sau phẫu thuật:
 - a) Sung nề, nhiễm khuẩn: cho kháng sinh, chống viêm, với u to cần bơm rửa oxy già 5 thể tích, nước muối sinh lí hàng ngày cho đến khi hết mủ.
 - b) Đau tại chỗ: dùng thuốc giảm đau.

12. PHẪU THUẬT CẮT NANG XƯƠNG HÀM TRÊN**1. ĐẠI CƯƠNG**

Nang xương hàm trên là một tổn thương dạng u, hay gặp do răng. Phẫu thuật cắt nang nhằm lấy hết toàn bộ nang và tránh tái phát, đặc biệt khi nang phá huỷ xương hàm.

Chẩn đoán dựa vào các dấu hiệu lâm sàng: nang không đau, không ảnh hưởng đến sức khoẻ, to dần dần đến biến dạng mặt, khám có dấu hiệu bóng nhựa (khi u to), viêm nhiễm. Chụp phim: Belot, Blondeau, panorama, phim sau ổ răng thấy tổn thương xương hàm trên tròn, ranh giới rõ, có thể liên quan đến các răng hàm trên hoặc xoang hàm.

Chọc dò: có dịch, trường hợp điển hình dịch có màu vàng chanh, có cholesterol.

2. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các nang xương hàm trên đều có chỉ định phẫu thuật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (không tuyệt đối)

1. U to đang có dấu hiệu nhiễm khuẩn cấp tính (mở dẫn lưu).
2. Người có bệnh toàn thân về tim mạch, cao huyết áp, bệnh máu, đái đường, có thai... cần phối hợp với các chuyên khoa để có chỉ định thích hợp.

4. CHUẨN BỊ**4.1. Cán bộ chuyên khoa**

Phẫu thuật viên phải là bác sĩ có bằng chuyên khoa răng hàm mặt có trình độ từ chuyên khoa I trở lên hay phẫu thuật hàm mặt.

4.2. Phương tiện**4.2.1. Dụng cụ**

- Dụng cụ phẫu thuật phần mềm.
- Dụng cụ phẫu thuật xương: máy khoan, tay khoan kèm mũi khoan xương, kìm gặm xương, dũa xương, bóc tách v.v...

4.2.2. Thuốc

Thuốc tê, thuốc cầm máu: spongel, bác tẩm iodoform, thuốc sát khuẩn, thuốc rửa (oxy già 5 thể tích, nước muối sinh lí 0,9%...)

4.3. Người bệnh

- Được hỏi bệnh, thăm khám kỹ, được làm tất cả các xét nghiệm cơ bản (sinh hoá, huyết học, nước tiểu...), Xquang tìm phổi...
- Được giải thích cách thức phẫu thuật. Làm vệ sinh răng miệng sạch sẽ trước khi phẫu thuật.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Chuẩn bị răng: (chân răng trong nang)

- Đối với răng 1 chân trong nang: mở hàn tốt ống tủy, cắt chóp (apex) khi lấy nang.
- Đối với răng 2 chân: nếu hàn được kín ống tủy, có thể cắt chóp giữ răng.
- Đối với răng nhiều chân (hàm lớn): nhổ khi cắt nang.

5.2. Vô cảm

Gây mê nội khí quản đối với nang to, khó, nếu nang nhỏ do răng hàm nhỏ, ranh giới rõ có thể vô cảm bằng gây tê Medicaín 2% tại chỗ trên ghề răng.

5.3. Kỹ thuật

1. Sát khuẩn toàn bộ miệng.
2. Tạo vạt: rạch niêm mạc tiền đình hình bậc thang hoặc cán vợt, tách bóc bóc lộ xương hàm trên.
3. Mở cửa sổ: dùng mũi khoan mở xương vào nang, nếu nang đã phá hủy mặt ngoài xương hàm trên dùng kim găm xương tách bóc mở rộng làm rõ vỏ nang
4. Lấy toàn bộ nang bằng tách bóc, thìa nạo:
 - Nếu nang lan vào xoang hàm, nạo sạch, bơm rửa kỹ, có thể để bắc iodoform dẫn lưu xoang hàm.
 - Nếu nang to nhiễm khuẩn, cơ địa người bệnh yếu chưa phẫu thuật lấy hết được thì mở thông nang, khâu viền, sau 2-3 tháng lấy hết nang.
5. Làm nhẵn xương, lấy chân răng hoặc răng (nếu nang do răng, có răng nằm trong nang) sau bơm rửa bằng nước oxy già 5 thể tích, nước muối sinh lý.
6. Khâu phục hồi niêm mạc tiền đình bằng chỉ tiêu.
7. Nang trong xoang hàm: mở xoang theo kỹ thuật Cadwell-Luc nạo xoang triệt để và lấy nang.

6. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật:
 - a) Chảy máu: cầm máu kỹ niêm mạc, nhét gelaspon hoặc gạc vào lòng nang.
 - b) Sốc do đau: chống sốc, giảm đau.
 - c) Sưng nề: điều trị kháng sinh, chống viêm, an thần và chườm tại chỗ.
2. Sau phẫu thuật: sưng nề, nhiễm khuẩn: cho kháng sinh, dẫn lưu dịch, bơm rửa nước muối sinh lý hàng ngày cho đến khi hết viêm.

13. PHẪU THUẬT GỠ XƯƠNG HÀM DƯỚI**1. ĐẠI CƯƠNG**

Điều trị trường hợp gãy xương hàm dưới là nắn chỉnh, cố định hoặc kết hợp xương hàm nhằm phục hồi hình thể giải phẫu, giúp cho quá trình liền xương tốt, đảm bảo chức năng ăn, nhai và thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Gãy giữa 2 răng cửa giữa.
- Gãy cạnh bên giữa răng cửa bên và răng nanh.
- Gãy bên từ răng nanh đến răng cối nhỏ và lớn.
- Gãy góc hàm. Gãy cạnh lên. Gãy mỏm vẹt. Gãy lồi cầu. Gãy giáp nát.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không tuyệt đối, thủ thuật có thể trì hoãn sau khi tình trạng toàn thân ổn định.

4. CHUẨN BỊ**4.1. Cán bộ chuyên khoa**

Bác sĩ chuyên khoa răng hàm mặt, chuyên phẫu thuật hàm mặt, hay chuyên khoa I trở lên.

4.2. Phương tiện

Khoan xương, chỉ thép, cung Tiguersted, bộ dụng cụ phẫu thuật xương.

4.3. Người bệnh

- Được giải thích trước là phẫu thuật cần gây mê, sau phẫu thuật có thể sẽ cố định 2 hàm trong 6 tuần lễ, chế độ ăn lỏng trong suốt thời gian đó.
- Hồ sơ bệnh án: Bệnh án phải chi tiết về khám tại chỗ và toàn thân
- Các xét nghiệm cơ bản về huyết học, hóa sinh.
- X-Quang: quan trọng nhất là Panorama hay hàm chéo, mặt thẳng...

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**5.1. Vô cảm**

Gây mê nội khí quản.

5.2. Kỹ thuật

Chú ý độ tuổi: người già mất răng sử dụng hàm giả giúp cho sự nắn chỉnh được dễ dàng: Trẻ em cố gắng cố định bảo tồn bằng máng: nếu kết hợp xương tránh tổn thương mầm răng

1. Điều trị nắn chỉnh hình:

- Cố định hai hàm: cung Tiguersted được buộc mặt ngoài cổ răng hàm trên và hàm dưới. Sau ở định hai cung răng bằng móc cao su vào các móc có sẵn, hoặc cố định bằng buộc chỉ thép (cố định cứng)
- Buộc chỉ thép quanh xương hàm và máng nhựa đối với gãy răng trẻ em và người

già mất răng toàn bộ.

2. Điều trị phẫu thuật:

- Lấy bỏ toàn bộ máu đông và dị vật trong miệng.
- Nắn, xếp xương đúng vị trí giải phẫu
- Kết hợp xương bằng nẹp vít cố định
- Cố định bằng cung Tiguersted hai hàm trong 6 tuần để xương liền.
- Chăm sóc tại chỗ, kháng sinh, chống viêm, nâng cao thể trạng.
- Nếu kết hợp xương bằng nẹp vít thì không cần cố định hai hàm.

6. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

- Ngừng thở
- Chảy máu
- Phù nề thanh quản gây khó thở.
- Tụt lưỡi do tụt mảnh gãy ra sau.
- Đường thở bị nghẹt do răng rơi vào đường thở hay tụt lưỡi.

6.2. Xử lý

1. Chảy máu hiểm gặp. có thể tổn thương ống răng dưới và động mạch mặt: cầm máu, buộc động mạch mặt hay cảnh ngoài

2. Đứt dây thần kinh răng dưới hoặc dây mặt.

3. Nôn: vì cố định hai hàm nên phải đề sẵn kéo để cắt chỉ thép trong trường hợp người bệnh nôn. Chỉ cố định hai hàm khi người bệnh đã tỉnh.

4. Viêm xương, cốt tuỷ viêm, viêm mô tế bào quanh hàm (thường do răng nhiễm khuẩn): lấy răng nằm trong đường gãy, mở áp xe, lấy xương mục, điều trị như cốt tuỷ viêm.

5. Rối loạn liền xương:

- Chậm liền xương
- Khớp giả (không liền sau 6 tháng).
- Liền lệch do cố định không đúng vị trí, không khít: cần cố định lại.

14. PHẪU THUẬT VIÊM TẮY LAN TỎA MIỆNG HÀM MẶT**1. ĐẠI CƯƠNG**

1. Viêm mô tế bào toả lan (phlegmon diffuse) là thể viêm cấp có đặc điểm lan toả rất nhanh, hoại tử tổ chức không giới hạn, không gây áp xe tụ mủ rõ rệt trong thời kì đầu. Do độc tố mạnh của vi khuẩn tác động lên một cơ thể và tổ chức tại chỗ kém đề kháng.

Viêm tấy lan toả ngay từ lúc đầu gây nguy hiểm đến tính mạng trong vòng vài ngày.

2. Bệnh sinh: do răng, nhất là răng cối dưới, răng khôn, viêm quanh chóp răng, quanh thân răng, nhiễm khuẩn sau nhổ răng, gãy xương hàm, viêm xương tủy...

3. Bệnh dễ bộc phát trên cơ thể kém đề kháng như mệt, yếu, đái tháo đường,...

4. Vùng bị viêm là sàn miệng, hồ thái dương, vùng dưới hàm hay vùng sâu của mặt, trong đó thể viêm tấy sàn miệng hay còn gọi là viêm Ludwig-Gensoul, hay gặp nhất và nguy hiểm.

5. Vi khuẩn: đa dạng cả kỵ khí và ái khí.

6. Triệu chứng

- Khởi đầu là viêm tấy toả lan vùng sàn miệng, ngày thứ 2-4 hình thành những ổ hoại tử.

- Ngày 5-6 hình thành dịch thối, hoại tử, màu nâu sẫm dọc các mạch máu và cân, có thể hình thành những ổ mủ nhỏ rải rác trong cơ, cân, sưng to dần sàn miệng và dưới cằm, dưới hàm hai bên, da và niêm mạc căng, xám nhợt, cứng dần (như gỗ). Sưng lan xuống cổ trên xương đòn.

- Miệng không ngậm được, luôn há, chảy nước bọt hôi thối, lưỡi bị đẩy lên trên, ra sau.

- Nhai, nuốt, nói khó, rối loạn chức năng. Khó thở do nề thanh môn, nhiễm độc hành tủy.

- Toàn thân có dấu hiệu nhiễm độc nhiễm khuẩn. Nhợt nhạt, sốt cao, lúc đầu 39-40°C, mạch nhanh nhỏ 120-140 lần/phút, có thể mạch nhiệt phân ly (mạch nhanh, nhiệt không tăng), protein, trụ niệu.

- Có thể chèn ép thần kinh III, IV, VI, kích thích màng não, nhiễm khuẩn máu, nhiễm độc toàn thân.

2. CHỈ ĐỊNH

Viêm tấy toả lan miệng hàm mặt: kháng sinh mạnh, nâng đỡ thể trạng. Phẫu thuật mở rộng các ổ nhiễm khuẩn, bơm rửa bằng dung dịch sát khuẩn; loại bỏ tổ chức, dịch hoại tử càng nhanh càng tốt.

3. CHUẨN BỊ**3.1. Cán bộ chuyên khoa**

Bác sĩ chuyên khoa răng hàm mặt, chuyên về phẫu thuật hàm mặt. Có khoa gây mê hồi sức và bác sĩ gây mê.

3.2. Phương tiện

Oxy, dụng cụ mở khí quản khi cần, máy hút.

3.3. Người bệnh

Thể trạng và các xét nghiệm đáp ứng được gây mê ngắn.

4. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**4.1. Vô cảm**

Gây tê hoặc gây mê ngắn nếu thể

Chuẩn bị mở khí quản nếu cần phòng biến chứng.

4.2. Kỹ thuật

1. Rạch dọc đường giữa cằm hoặc rạch cong hình móng ngựa vùng cằm, từ vùng dưới hàm bên này sang hàm bên kia. Rạch da, cơ bám da, cân cổ nông. Luôn kẹp cầm máu tách các thớ cơ hàm móng, cơ nhị thân để vào vùng dưới lưỡi, chú ý không làm thủng niêm mạc sàn miệng.

Banh rộng kẹp để mở ổ nhiễm khuẩn, thường là nhiều dịch đục, xám lờn nhờn tổ chức hoại tử, thối.

2. Mở rộng các vùng bị nhiễm khuẩn:

- Mở vùng dưới hàm bằng cách hướng kẹp đi ra sau và vào trong.
- Mở vùng bên hầu bằng cách hướng kẹp đi lên trên và vào trong.
- Qua đường rạch, bơm rửa kỹ bằng huyết thanh, oxy già, để dẫn lưu tất cả các vùng bị nhiễm khuẩn. Đặt ở mỗi vùng 1-2 ống cao su dẫn lưu: vùng cằm, vùng dưới hàm hai bên, vùng dưới lưỡi và bên hầu

5. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TẠI BIẾN**5.1. Theo dõi**

1. Tại chỗ qua ống dẫn lưu, bơm rửa bằng các dung dịch sát khuẩn, oxy già, cloramin, dakin... 3 giờ/ 1 lần hay 1-2 lần/ ngày cho đến khi hết dịch.

2. Toàn thân cho kháng sinh mạnh, phổ rộng. Truyền dung dịch NaCl, glucose, trợ tim, chống viêm, corticoid.

3. Tiến triển tốt nếu sau mổ và điều trị kháng sinh 2-3 ngày, toàn thân tốt hơn, không còn mạch nhiệt phân ly; tại chỗ: giảm sưng nề, dễ nuốt, nói được.

5.2. Xử lý

Ngừng thở khi đặt nội khí quản do thể trạng suy yếu, nhiễm độc hành tủy: mở khí quản gây mê, điều trị oxy. Có thể gây tê mở áp xe.

15. PHỤC HỒI VẾT THƯƠNG VÙNG HÀM MẶT**1. ĐẠI CƯƠNG**

Vết thương phần mềm không tổn thương xương.

2. CHỈ ĐỊNH

- Đụng dập đơn giản
- Xước da nông
- Vết thương thẳng hoặc dập nát
- Vết thương xé nát, đứt hay mất tổ chức.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không khâu kì đầu:

- Vết thương muộn sau 24-36 giờ.
- Vết thương bẩn.
- Vết thương mất nhiều tổ chức và căng khi khâu.

4. CHUẨN BỊ**4.1. Cán bộ chuyên khoa**

Bác sĩ phẫu thuật răng hàm mặt.

4.2. Phương tiện

- Các phương tiện gây tê, gây mê, thuốc rửa, sát khuẩn, kháng sinh, oxy, chỉ tiêu, không tiêu
- Khâu kỳ đầu trực tiếp cho vết thương đến trước 24-36 giờ sau sang chấn
- Khâu định hướng nếu vết thương mất nhiều tổ chức, căng, bẩn (phải rửa và sát khuẩn vết thương)

4.3. Người bệnh

- Không có dấu hiệu chấn thương sọ não
- Được sơ cứu ban đầu: chống choáng, chống ngạt thở, cầm máu...
- Hồ sơ bệnh án: theo quy định, mô tả vết thương, hướng xử lý phẫu thuật..

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**5.1. Vô cảm**

Gây tê tại chỗ hay gây mê nội khí quản.

5.2. Kỹ thuật

1. Mở rộng vết thương, bơm rửa sạch bằng dung dịch NaCl 0,9%, nước oxy già 3 thể tích và lấy hết dị vật.
2. Cắt xén mép vết thương, khâu trực tiếp kín hai mép bằng chỉ nhỏ, mũi rời.
3. Khâu định hướng: vết thương giáp nát tổ chức nghiêm trọng, tách niêm mạc và da, khâu kéo 2 mép gần khít để điều khiển liền sẹo về vị trí bình thường. Khâu tăng

cường bằng phương pháp Donati giảm căng.

4. Những vật da đã hoàn toàn đứt rời, có thể sử dụng lại như ghép da rời tự thân.

5. Khâu muộn:

- Vết thương đến muộn sau 24 giờ, bẩn nhiễm khuẩn, mất nhiều tổ chức. Sau khi đã làm sạch vết thương (bơm rửa, khử khuẩn) vài ngày, cắt bỏ tổ chức giập nát, hoại tử, cắt lọc mép vết thương, sau đó khâu bằng mũi chỉ rời.

- Vết thương sâu: xử lý qua các bước nêu trên.

- Cần khớp lại thật đúng vị trí các vật da hay niêm mạc quanh các lỗ tự nhiên (môi, mi mắt, lỗ mũi, miệng...). Đóng kín sàn miệng.

6. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TẠI BIẾN

Nhiễm khuẩn: dẫn lưu mủ, làm sạch ổ nhiễm khuẩn, lấy hết dị vật, cho kháng sinh, chống viêm. Có thể đóng vết mổ kì hai.

7. LƯU Ý

❖ Vết thương vùng hàm mặt cần phải:

1. Tôn trọng thẩm mỹ.
2. Hạn chế cắt bỏ mô đến mức có thể, tiết kiệm mô.
3. Nên tạo vật phục hồi đối với những vết thương có khuyết hổng tổ chức về giải phẫu.
4. Tránh, hạn chế gây tổn thương mạch máu, gây chảy máu.
5. Kiểm tra vết thương đã sạch trước khi khâu đóng vết thương.

16. TRÁM BÍT HỐ RÃNH**1. ĐẠI CƯƠNG**

Trám bít hố rãnh là kỹ thuật dùng một loại nhựa tổng hợp (pit, fissure sealant) trám bít vào các hố và rãnh của răng, cách ly các hố và rãnh răng với môi trường miệng để phòng ngừa sâu răng.

2. CHỈ ĐỊNH

1. Các hố và rãnh các răng vĩnh viễn có nguy cơ bị sâu cao.
2. Sâu men ở hố và rãnh răng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

4. CHUẨN BỊ**4.1. Cán bộ chuyên khoa**

Y, bác sĩ chuyên khoa răng hàm mặt.

4.2. Phương tiện

Ngoài ghế răng có đèn đảm bảo đủ ánh sáng, cần có các dụng cụ như:

- Bộ khám: gương, gắp, thám trầm.
- Dụng cụ đánh bóng: bột đánh bóng, đài cao su.
- Dụng cụ hút nước bọt.
- Bông.
- Dụng cụ làm khô.
- Acid phosphoric 37%.
- Chất trám bít hố rãnh: gồm chất cơ bản và chất xúc tác.
- Cây lấy chất trám bít hố rãnh.
- Dụng cụ trộn.
- Có thể dùng đèn quang trùng hợp (tùy loại thuốc)

4.3. Người bệnh

Là trẻ em nên cần giải thích rõ để trẻ em không lo sợ và phối hợp tốt với bác sĩ.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Cần ghi đầy đủ và chính xác để theo dõi kết quả.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đánh bóng: Dùng đài cao su và bột đánh bóng không có fluor để làm sạch các hố và rãnh của răng. Sau đó phun nước rửa sạch.

2. Làm khô răng:

Dùng máy hút để hút nước bọt. Nếu không có máy hút thì dùng bông để chặn nước bọt và cô lập răng. Chú ý tư thế của người bệnh để nước bọt không tràn lên mặt

răng. Dùng hơi thổi khô mặt răng.

3. Tạo bám bằng acid phosphoric 37%:

Dùng bông nhỏ thấm acid photphoric 37% đưa vào hố rãnh răng, giữ trong thời gian 60 giây. Nếu dùng gel acid thì đặt gel nằm yên trên mặt răng.

4. Rửa sạch và làm khô:

- Rửa sạch với nước. Nếu dùng acid lỏng thì rửa sạch với nước trong 15 giây. Nếu dùng gel acid thì thời gian rửa sạch là 30 giây.

- Dùng hơi sạch thổi khô răng. Sau khi thổi khô, mặt răng sẽ trắng đục, không còn màu bóng bình thường của men.

5. Đặt chất trám bít hố rãnh:

Lưu ý thực hiện các hướng dẫn của các nhà sản xuất chất trám bít. Gồm có các thao tác kỹ thuật tùy theo loại hoá trùng hợp hay quang trùng hợp.

- Trộn chất trám bít hố rãnh.
- Đặt chất trám bít hố rãnh cho chảy trên phần mặt răng đã được tạo bám.
- Quang trùng hợp.

6. Kiểm tra sau khi đặt chất trám bít.

6. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TẠI BIẾN

1. Trong khi làm thủ thuật: chú ý cách ly nước bọt, không để nước bọt tràn vào vùng trám bít.

2. Sau khi làm thủ thuật:

- a) Đặt thừa chất trám bít, khi cắn sẽ bị cộm có thể dễ bong: cần mài bớt hoặc trám lại.
- b) Bong chất trám bít: theo dõi trong những ngày sau đặt chất trám bít. Nếu bong phải trám bít lại.