

Chương
Răng Hàm Mắt

16

XỬ TRÍ CẤP CỨU CHẨN THƯƠNG HÀM MẶT Ở TRẺ EM

I. ĐẠI CƯƠNG

- Chấn thương hàm mặt (CTHM) là một loại tổn thương thường gặp ở trẻ em, bệnh gây ra khi có một lực mạnh tác động trực tiếp vào vùng mặt. CTHM có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau như tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động...
- CTHM có thể xảy ra riêng lẻ hay phối hợp với nhiều thương tổn toàn thân khác. Trong trường hợp đa thương, việc xử trí cần có sự phối hợp của nhiều chuyên khoa khác nhau như Ngoại tổng quát, TMH, Mắt, Thần kinh...
- Cấp cứu trong CTHM là một xử trí khẩn cấp nhằm ổn định và duy trì tình trạng sinh tồn và sức khỏe chung của bệnh nhân trước khi tiến hành điều trị chuyên khoa sâu về hàm mặt.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

a. Hỏi bệnh

- Hoàn cảnh xảy ra chấn thương.
- Cơ chế gây ra chấn thương.
- Thời gian xảy ra chấn thương.
- Những xử trí trước đó.

b. Khám

- Đánh giá dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở, tri giác để xử trí cấp cứu.
- Tìm các dấu hiệu tổn thương hàm mặt sau:
 - Sưng nề và tụ máu* thường thấy trong chấn thương có tổn thương xương và phần mềm. Ví dụ: tụ máu ở hốc mắt (dấu hiệu đeo kính râm) thường gặp trong gãy Lefort III. Phù nề đôi khi có thể che lấp sự di lệch và biến dạng xương.
 - Đau là triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân sau chấn thương, đau nhói khi sờ nắn là dấu hiệu quan trọng để chẩn đoán vị trí và thể loại gãy xương, ví dụ đau nhói vùng lồi cù xương hàm trên trong gãy Lefort I.
 - Gián đoạn bờ xương*: sờ thấy mất sự liên tục của xương.

- *Biến dạng xương:* ví dụ:
 - + Vẹo mũi, xẹp mũi -> Gãy xương chính mũi.
 - + Lép vùng gò má -> Gãy hàm gò má.
 - + Mặt lõm hình đĩa -> Gãy Lefort II.
- *Hà miệng hạn chế:* trong gãy cổ lồi cầu và cung tiếp.
- *Gián đoạn cung răng:* trong trường hợp đường gãy đi qua cung răng như gãy xương hàm dưới vùng cầm, cành ngang, gãy dọc hàm trên.
- *Sai khớp cắn:* là hiện tượng mất tương quan bình thường giữa hai hàm ở tư thế cắn lại do sự di lệch của xương gãy hoặc di lệch của răng bị chấn thương.
- *Chảy máu:* thường gặp nhất là chảy máu mũi và miệng do tổn thương các niêm mạc mũi, các xoang cạnh mũi, đứt động mạch sàng trước gây chảy máu mức độ vừa, trường hợp đứt động mạch bướm khẩu cái hay động mạch hàm trong gây chảy máu dữ dội khó cầm. Chảy máu cũng thường gặp do rách mô mềm vùng môi, má, lưỡi.
- *Tổn thương thần kinh ngoại biên* như dây thần kinh VII, gây liệt mặt ngoại biên một bên, tổn thương dây thần kinh V2 trong gãy hàm gò má gây tê môi trên má và cánh mũi cùng bên.
- Khám tìm các tổn thương phối hợp: chấn thương sọ não, chấn thương bụng, ngực.



c. Xét nghiệm

- X quang:
 - Khảo sát tầng giữa mặt: phim Water's, Profil, Occlusal, Blondeau.
 - Khảo sát xương hàm dưới: phim Face, phim chéch nghiêng (Maxillaire défilé), Panorex.
 - Khảo sát lồi cầu: phim Towne, Schuller, Parma.
- CT scanner: là phương tiện chẩn đoán gãy xương tốt nhất, đặc biệt là phim CT scanner tái tạo sẽ cho hình ảnh toàn bộ khối xương mặt và các vị trí tổn thương.
- Xét nghiệm tiền phẫu: huyết đồ, thời gian máu chảy - máu đông, nhóm máu, tổng phân tích nước tiểu

2. Chẩn đoán: dựa vào:

Yếu tố liên quan chấn thương + các tổn thương thực thể vùng hàm mặt: + X quang hàm mặt.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Đánh giá toàn diện.
- Xử trí cấp cứu hô hấp và tuần hoàn.
- Cầm máu và cố định xương gãy.
- Điều trị triệu chứng: giảm đau, giảm phù nề, kháng sinh dự phòng.

2. Xử trí ban đầu

a. Khai thông và duy trì đường thở

- Lấy sạch máu đông và chất nôn ói ra khỏi miệng, các vật lạ, răng gãy hoặc lung lay không giữ được cần phải loại bỏ.
- Hút sạch các chất tiết ra khỏi xoang mũi miệng và họng.
- Nếu bệnh nhân tỉnh có thể bồng hoặc đặt ở tư thế ngồi, đầu cúi về phía trước để dễ dàng tống các chất nôn ói ra ngoài.
- Nếu bệnh nhân không tỉnh, thì đặt nằm nghiêng một bên hút liên tục các dịch tiết từ mũi và họng.
- Nếu tất cả các biện pháp trên không thể khai thông được đường thở lúc ấy phải chỉ định đặt nội khí quản hay mở khí quản khẩn cấp, ví dụ như gãy dập nát xương vùng cằm khiến lưỡi bị thụt vào có thể gây tắc nghẽn đường thở.

b. Thở oxy với tất cả các trường hợp có biểu hiện khó thở, tím tái.

c. Hồi sức tuần hoàn

- Nếu huyết động học không ổn định cần phải truyền dịch điện giải, tốc độ phụ thuộc vào tình trạng bệnh nhân.
- Truyền máu trong trường hợp mất máu có ảnh hưởng đến huyết động học.

d. Kiểm soát chảy máu

- Chảy máu phần mềm: rửa sạch vết thương, khâu cầm máu và băng ép.
- Thường gặp nhất là chảy máu mũi và miệng, tùy theo vị trí và mức độ chảy máu mà xử trí thích hợp ví dụ như là nhét bắc mũi trước và sau trong chảy máu mũi, khâu các vết rách ở phần mềm.
- Khi có đứt động mạch lớn máu có thể chảy dữ dội, khi đó cần phải thắt những động mạch cung cấp tương ứng như động mạch hàm trong, động mạch mặt, động mạch lưỡi hay động mạch cảnh ngoài.
- Nắn chỉnh xương gãy tức thời cũng góp phần cầm máu.

e. Xử trí nẹp hàm khẩn cấp: cố định những đầu xương gãy riêng lẻ và sai chỗ làm giảm nguy cơ chảy máu và nhiễm trùng bằng cách băng cầm đầu, cột cố định hàm bằng dây thép (nếu có chỉ định).

f. Xử trí cấp cứu vết thương phần mềm

- Rửa sạch vết thương bằng nước muối sinh lý.
- Loại bỏ các dị vật, mô hoại tử dập nát, các mảnh xương vụn.
- Khâu vết thương.

g. Xử trí phần răng gãy

- Loại bỏ các răng gãy có nguy cơ gây nhiễm trùng.
- Răng vĩnh viễn lung lay có thể giữ lại bằng phương pháp cố định răng. Cắm lại răng hay đặt lại mầm răng vĩnh viễn

3. Điều trị triệu chứng

- Chống phù nề, tụ máu (alpha-chymotrypsin).
- Giảm đau: Paracetamol hay Ibuprofen.

- Kháng sinh phòng ngừa nhiễm trùng: có thể chọn,
 - Ampicillin: 50 mg - 100 mg/kg/24 giờ, tiêm bắp hoặc tĩnh mạch.
 - Penicillin: 30.000 - 50.000 đv/kg/24 giờ, tiêm bắp hoặc tĩnh mạch.
- Chỉ định uốn ván nếu có vết thương hở: VAT, SAT...

IV. THEO DÕI

Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn như tim mạch, huyết áp, nhịp thở, tri giác cho đến khi tình trạng chung của bệnh nhân được ổn định. Việc điều trị chuyên khoa sâu về RHM phải được trì hoãn lại đến lúc sức khỏe của bệnh nhân cho phép

Vấn đề	Mức độ chung có	Mức độ khuyến cáo	Tài liệu tham khảo
Cảm-mẫu và cố định xương giàn là bộ phận xử lý ưu tiên hàng đầu của các biến chứng cho trẻ. Khi bị chấn thương hàm mặt	III	Khuyến cáo	O. Akpata, 2011 "Orofacial surgical emergencies" West African Journal of Medicine Vol.30, No.5



XỬ TRÍ CẤP CỨU CHÁY MÁU SAU NHỔ RĂNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Chảy máu sau nhổ răng (CMSNR) là một tai biến khá thường gặp sau nhổ răng, CMSNR là tình trạng máu vẫn tiếp tục chảy ra từ ổ răng đã nhổ sau khi đã hoàn tất các động tác cần thiết để cầm máu. Có thể chia tình trạng chảy máu sau nhổ răng ra làm hai loại:

- Chảy máu ngay sau khi nhổ răng.
- Chảy máu vài giờ hay vài ngày sau khi nhổ răng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Hỏi bệnh (toàn thân)

- Bệnh nhân có điều trị với thuốc chống đông máu như Heparin hoặc đang sử dụng thuốc có ảnh hưởng đến quá trình đông máu như Aspirin...?
- Bệnh nhân có mắc bệnh cao huyết áp?
- Bệnh nhân có mắc bệnh về máu như: Hemophilie, xuất huyết giảm tiểu cầu, liệt tiểu cầu?
- Bệnh nhân có nhiễm một loại siêu vi nào đó có khả năng gây nên tình trạng xuất huyết cho cơ thể. VD: bệnh Sốt xuất huyết Dengue?

2. Khám lâm sàng (chẩn đoán)

- Xác định đã có nhổ răng trong vòng vài giờ hay vài ngày trước đó.
- Khám thấy có máu chảy ra từ nơi ổ răng đã nhổ: máu chảy rỉ rả hoặc phun thành tia nhỏ.
- X quang răng đôi khi thấy có hình ảnh chân răng còn sót hoặc mảnh xương ổ răng gãy hoặc một dị vật nào đó nằm trong ổ răng.

3. Chẩn đoán phân biệt

Chảy máu không do răng: không tìm được nguyên nhân chảy máu có liên quan đến việc nhổ răng trước đó.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

Dù cho bệnh nhân đang bị chảy máu vì những xáo trộn tại chỗ hay do bệnh

toàn thân thì việc cầm máu tại chỗ vẫn là cách giải quyết đầu tiên, cần thiết và hiệu quả nhất.

2. Xử trí ban đầu

- Nếu máu đang chảy, cho bệnh nhân cắn gạc ngay để tạm thời cầm máu.
- Kiểm tra lại ổ răng qua các bước như sau:
 - Gây tê ổ răng.
 - Lấy bỏ cục máu đông cũ.
 - Nạo thật sạch ổ răng để loại bỏ chân răng gãy còn sót, mảnh xương ổ, mảnh răng vỡ, các dị vật hoặc tổ chức mô hạt viêm.
 - Bơm rửa ổ răng bằng nước muối sinh lý hoặc oxy già. Tháo khô ổ răng.
- Đặt Gelatin xốp (Spongel) vào ổ răng và bóp cho hai mép ổ răng sát lại nhau.
- Đặt trên ổ răng một cuộn gạc, bảo bệnh nhân cắn chặt lại.
- Sau khi can thiệp, tiếp tục theo dõi bệnh nhân trong 1 giờ.
- Kiểm tra lại, nếu máu không còn chảy nữa có thể cho bệnh nhân về.

3. Xử trí tiếp theo

- Nếu điều trị như trên không có kết quả, máu vẫn tiếp tục chảy sau thời gian theo dõi, ta xử trí tiếp như sau:
 - Nạo sạch lại ổ răng một lần nữa để loại bỏ máu đông và Gelatin cũ.
 - Đặt Gelatin xốp hoặc Surgicel vào ổ răng. Bóp chặt mép ổ răng.
 - May kín ổ răng bằng các mũi chữ X, nên dùng chỉ silk 4.0
 - Cho cắn gạc trực tiếp lên trên ổ răng.
- Có thể điều trị hỗ trợ thêm với một trong các thuốc cầm máu sau:
 - Dicynone 0,250 g: 2 - 3 viên/ngày hoặc
 - Vitamin K1 0,010 g: 2 - 3 viên/ngày hoặc
 - Transamin 0,250 g: 2 - 3 viên/ngày.
- Thông thường máu sẽ được cầm ở giai đoạn này. Nhưng nếu bệnh nhân vẫn tiếp tục bị chảy máu hoặc chỉ cầm tạm thời rồi sau đó lại chảy tái phát, thì nguyên nhân có thể là do rối loạn yếu tố đông máu nào đó trong cơ thể. Trong trường hợp này, cần có sự phối hợp với bác sĩ nội khoa hoặc chuyên viên huyết học để điều trị.



IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Dặn bệnh nhân nếu còn chảy máu thì quay trở lại bệnh viện ngay.
- Hẹn tái khám định kỳ trong những trường hợp chảy máu trầm trọng.

Vấn đề	Mức độ chứng có	Mức độ khuyên cáo	Tài liệu tham khảo
Việc cắn gạc sau khi nhổ răng giúp phòng ngừa chảy máu ổ răng sau 24 giờ	III	Khuyên cáo	Sumanth Kumbargere Nagraij, "Interventions for treating post-extraction bleeding", 2018

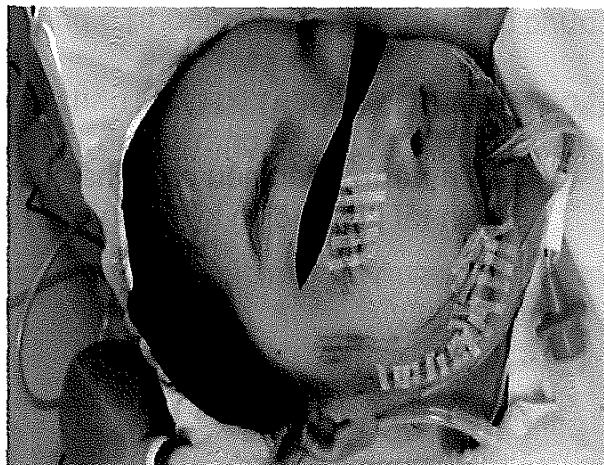
ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG VÙNG HÀM MẶT DO CHÓ CẮN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Chó cắn là một tai nạn khá phổ biến ở trẻ em. Có thể gặp ở mọi lúc mọi nơi, nhưng thường nhất vào ngày nghỉ, lễ tết, mùa hè... là thời gian trẻ có nhiều cơ hội tiếp xúc với chó. Hoàn cảnh xảy ra tai nạn thường liên quan đến các trạng thái phản ứng quá mức của chó khi đang ăn, đang ngủ, đang nuôi con, bị chọc phá, hoặc đôi khi do chó chủ động tấn công trẻ... Chó gây tai nạn có thể là chó nhà nuôi, chó hàng xóm hoặc chó hoang...
- Ở trẻ em, vết thương do chó cắn gặp ở nhiều nơi trên cơ thể, tuy nhiên vết thương ở vùng hàm mặt là thường gặp hơn do chiều cao mặt của trẻ vừa với tầm chồm cắn của chó.
- Đây là một loại vết thương đặc biệt do:
 - Gây tổn thương nhiều tổ chức giải phẫu quan trọng liên quan đến chức năng và thẩm mỹ của mắt, mũi, miệng, tai, môi, má...
 - Dễ nhiễm bẩn, dễ nhiễm khuẩn, đặc biệt là nguy cơ nhiễm virus gây bệnh dại và vi khuẩn gây bệnh Tetanus do răng chó, nước bọt và móng vuốt chó.
 - Dễ gây nên nhiễm trùng lan đến não và hệ thần kinh trung ương.
- Về xử trí, do có hệ thống mạch máu nuôi phong phú nên vết thương vùng hàm mặt có khả năng kháng khuẩn cao, có thể khâu kín ngay từ đầu, dễ lành thương.



Hình 1. Vết thương vùng mặt do chó cắn.



Hình 2. Sau khi được xử trí.

III. QUY TRÌNH ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG HÀM MẶT DO CHÓ CẮN

1. Mục tiêu điều trị

Phục hồi tổn thương, giảm nguy cơ nhiễm trùng, giảm biến chứng nguy hiểm, phục hồi chức năng và thẩm mỹ cho bệnh nhân.

2. Sơ cứu nơi tuyến trước

- Việc sơ cứu phải được thực hiện ngay sau khi tai nạn xảy ra:
 - Xối rửa kỹ tất cả các vết cắn/cào liên tục trong 15 phút với nước sạch và xà phòng, sau đó sát khuẩn bằng cồn 45-70° hoặc cồn iốt để làm giảm thiểu lượng vi rút dại tại vết cắn. Có thể sử dụng các chất khử trùng thông thường như rượu, cồn, xà phòng các loại, dầu gội, dầu tắm để rửa vết thương ngay sau khi bị chó cắn.
 - Cầm máu tại chỗ tạm thời bằng cách băng kín vết thương hoặc có thể khâu thưa.
 - Dùng kháng sinh phổ rộng, giảm đau, an thần.
 - Chuyển bé lên tuyến trên.
 - Bắt giữ, cách ly chó gây tai nạn, tìm hiểu tiền sử chích ngừa của chó, theo dõi diễn tiến sức khỏe của chó. **Chú ý, không nên đập chết chó.**



3. Điều trị tại bệnh viện Nhi Đồng 1

3.1. Khám toàn thân

- Đánh giá đường thở, cột sống cổ, tuần hoàn, dấu hiệu thần kinh.
- Khám toàn thân để tránh bỏ sót vết thương.

3.2. Khám đầu mặt cổ

- Đánh giá các vùng quan trọng: các mạch máu lớn, mắt, mũi, tuyến mang tai, thần kinh mặt.
- Xác định vị trí, độ dài, độ sâu, mức độ chảy máu các vết thương ngoài mặt.
- Xác định các tổn thương trong miệng: ngách lợi, lưỡi, niêm mạc má, nướu, răng...
- Chụp X quang để đánh giá tổn thương xương hàm nếu cần thiết.

3.3. Xác định tiền sử bệnh nhân

- Tiền sử người bệnh: bệnh toàn thân, dị ứng, tiền sử chích ngừa dại và tetanus.
- Hoàn cảnh xảy ra tai nạn.
- Xử trí của tuyến trước.
- Việc hỏi bệnh sử nên thực hiện sau khi đã cấp cứu bệnh nhân qua giai đoạn nguy hiểm.

3.4. Xác định tiền sử của chó

- Chủng loại chó, điều kiện nuôi dưỡng của chó
- Tiền sử chích ngừa, tình trạng sức khỏe hiện tại...

3.5. Xử trí vết thương chó cắn

3.5.1. Xử trí cấp cứu

- Khai thông đường thở, kiểm soát chảy máu, mạch, HA...
- Hội chẩn các chuyên khoa liên quan: cấp cứu, Gây mê - Hồi sức, Mắt, TMH...

3.5.2. Xử trí vết thương

- Trẻ được gây mê toàn thân đối với trường hợp tổn thương sâu, rộng, diện tích lớn hoặc bệnh nhân quá nhỡ không hợp tác điều trị. Gây mê tại chỗ áp dụng với trẻ lớn và hợp tác, sử dụng thuốc mê Lidocaine có Ephine.
- Rửa thật sạch vùng tổn thương bằng xà phòng đặc.
- Sát khuẩn bằng oxy già hoặc Povidin pha nước muối sinh lý.
- Tìm và loại tất cả dị vật, thường là mảnh thức ăn, đất cát, răng vỡ, xương...
- Cắt lọc loại bỏ mô hoại tử hoặc dập nát.
- Khâu đóng tuẫn tự theo lớp niêm - cơ - da, giảm tối đa khoảng trống giữa các lớp. Xoay chuyển vật tạo hình để đóng vết thương nếu vết thương có kích thước lớn hoặc bị thiếu hổng. Khâu niêm và cơ bằng chỉ Vicryl 5.0. Khâu da bằng chỉ Vicryl 6.0 hoặc Nylon 6.0, bỗ sung bằng băng keo thấm mỹ dán da.
- Đặt dẫn lưu vùng mổ ở các vị trí phù hợp.

III. SỬ DỤNG THUỐC

1. Kháng sinh

- Amoxicillin/Clavulanic (Augmentin), đường uống: 40 - 80 mg/kg/ngày chia 4 lần/ngày
- Hoặc Ampicilline, đường chích: 100-150 mg/kg/ngày chia 4 lần cách nhau 6 giờ.
- Thuốc kháng sinh kháng vi khuẩn ký khí: metronidazole: 20 - 30 mg/kg/ngày

2. Tiêm phòng dại

2.1. Tiêm huyết thanh kháng dại

Rất cần thiết với vết thương chó cắn vùng mặt, đặc biệt với vết thương sâu và rộng:

- Thời gian chỉ định tiêm huyết thanh: tiêm càng sớm càng tốt ngay sau khi bệnh nhân bị động vật cắn và chưa có dấu hiệu lèn cơn dại. Không sử dụng huyết thanh kháng dại sau 7 ngày kể từ mũi tiêm vắc-xin đầu tiên.
- Liều tiêm 40 đvqt (IU)/kg trọng lượng cơ thể.
- Tiêm phong bế tại vùng vết thương bị chó cắn để huyết thanh kháng dại thẩm sâu vào bên trong và xung quanh vết thương tới mức tối đa.
- Phần huyết thanh còn lại tiêm bắp sâu ở vị trí cách xa vị trí tiêm vắc-xin dại.
- Trong trường hợp bị nhiều vết cắn mà số lượng huyết thanh cần tiêm không đủ nhiều để tiêm cho toàn bộ các vết thương (do cân nặng của bệnh nhân /t) thì pha loãng huyết thanh từ 2 - 3 lần với nước muối sinh lý để đảm bảo tất cả các vết thương đều được tiêm huyết thanh kháng dại.

2.2. Tiêm vắc-xin ngừa đại

Tiêm 5 mũi cơ bản, theo lịch 0, 3, 7, 14, 28 ngày. Nếu trong vòng 10 ngày mà chó không chết thì ngưng tiêm.

3. Chích ngừa Tetanus

Dựa theo phác đồ chích ngừa tetanus của bệnh viện.

IV. TÁI KHÁM

Hẹn tái khám chặt chẽ 2 lần/tuần

Tùy mức độ lành thương, kết quả tiêm phòng, sự phục hồi chức năng và thẩm mỹ, ảnh hưởng tâm sinh lý của trẻ và cha mẹ mà sẽ có các can thiệp tiếp theo phù hợp.

Vấn đề	Mức độ chung có	Mức độ khuyên cáo	Tài liệu tham khảo
Tiêm huyết thanh Kháng đại với liều 40 U/kg là cần thiết cho các vết thương cho cắn vùng mặt.	III	Khuyên cáo	Contemporary Update on the Treatment of Dog bite Injuries to the Oral and Maxillofacial Region - Michael D. Foster, DMD December 11, 2014



ĐIỀU TRỊ VIÊM TỦY CẤP TÍNH Ở RĂNG SỮA

I. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm tủy cấp (VTC) là kết quả của sự sung huyết quá độ tại các động mạch của tủy răng.
- Nguyên nhân chủ yếu của VTC thường là do vi khuẩn, nhưng cũng có khi VTC là giai đoạn kế tiếp của sung huyết tủy do chấn thương, do tổn thương khớp cắn hoặc do sự kích thích của vật liệu trám.
- Ở trẻ em viêm tủy cấp tính thường gặp ở răng cối sữa và thường là hậu quả của sâu răng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

a. Hỏi bệnh

- Tính chất đau:
 - Đau xuất hiện sau kích thích: thay đổi đột ngột về nhiệt độ, đặc biệt là lạnh. Đau sau khi ăn thức ăn chua, ngọt hoặc khi thức ăn lọt vào xoang sâu, giảm đau khi hết kích thích. Đây thường là dạng tủy viêm có hồi phục.
 - Đau xuất hiện tự nhiên, đau tăng lên do những nguyên nhân làm cương tụ máu như: tư thế nằm, đau về đêm. Đau lan ra các răng kế cận và lan theo vùng phân bố của dây thần kinh số V, đau giật, đau nhiều và nẩy như mạch đập. Đây thường là dạng tủy viêm không hồi phục.
- Các dấu hiệu của thần kinh giao cảm: đỏ mặt, chảy nước mắt, nước mũi.

b. Khám bệnh

- Khám thấy rõ một răng có lỗ sâu ăn lan tới tủy hoặc một lỗ sâu ở dưới miếng trám cũ, tủy có thể bị lộ rõ ràng.
- Răng đau khi gõ ngang, không đau khi gõ dọc.
- Mặt có thể sưng ở vị trí tương ứng.
- Đôi khi có sốt.

Ở răng sữa do đặc điểm buồng tủy rộng nên các triệu chứng trên đôi lúc không đầy đủ.

c. **Xét nghiệm:** chụp phim X quang giúp phát hiện những lỗ sâu ở mặt bên. Đồng thời khi có chỉ định lấy tủy, phim X quang sẽ cho biết rõ hình dạng buồng tủy, ống tủy, chiều hướng và số ống tủy.

2. Chẩn đoán xác định

Các đặc điểm của đau + răng có lỗ sâu + đau khi gõ ngang.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc chính

Trong viêm tủy, vấn đề chủ yếu là chẩn đoán lâm sàng để phân biệt tủy có thể bảo tồn được hoặc tủy không bảo tồn được cần phải lấy tủy.

2. Xử trí ban đầu

Xử trí ban đầu để điều trị viêm tủy cấp là lấy tủy chân.

Lấy tủy chân được thực hiện như sau:

- *Mở lối vào ống tủy:*
 - Gây tê tại chỗ.
 - Cô lập răng.
 - Mở buồng tủy.
 - Lấy tủy buồng bằng cây nạo ngà bén hoặc mũi khoan tròn.
 - Lấy tủy ống: chọn trâm gai sao cho thích hợp với kích thước ống tủy để lấy tủy ra được nguyên vẹn.
 - *Sửa soạn ống tủy:* đo chiều dài ống tủy, dùng trâm dũa sửa soạn cách chớp 2 mm. Những ống tủy ở răng cối sữa phải được nong rộng đến số 30 - 35. Tránh dũa quá rộng vì vách ống tủy răng sữa mỏng hơn ở răng vĩnh viễn nên dễ gây thủng vách ống tủy.
 - *Rửa sạch ống tủy:* phải bơm rửa ống tủy bằng dd NaCl với nồng độ 0,5 - 2% trong suốt quá trình khoan dũa ống tủy để lấy đi các mảnh vụn. Có thể dùng xen kẽ nước muối vô trùng.
 - *Lau khô ống tủy:* dùng cône giấy có số phù hợp.
 - *Trám bít ống tủy:*
 - Có thể trám ống tủy ngay bằng hỗn hợp bột nhão Oxid kẽm và Eugenol lỏng.
 - Buồng tủy được trám bằng Oxid kẽm - Eugenol.
- Có thể cho bệnh nhân uống thêm thuốc giảm đau: Acetaminophen 10 - 15 mg/kg uống mỗi 6 giờ.

3. Xử trí tiếp theo

Hẹn bệnh nhân trở lại sau 4 - 5 ngày để trám kết thúc.



IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Tái khám định kỳ 1 - 2 tháng/lần để theo dõi cho đến lúc thay răng.

Vấn đề	Mức độ chung có	Mức độ khuyên cáo	Tài liệu tham khảo
Việc lấy tủy chân răng sâu giúp điều trị hiệu quả các răng bị viêm tủy cấp tính ở trẻ em.	III	Khuyên cáo	Osteomyelitis presenting in two patients: A challenging disease to manage. V. Patel, A. Harwood and M. Megurk. Article in British dental journal (official journal of the British Dental Association). BDJ online 209(8):393 - 6, October 2010.

VIÊM NƯỚU RĂNG CẤP TÍNH

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm nướu răng cấp tính (VNRCT) là một bệnh lý khá phổ biến ở trẻ em. VNRCT là thuật ngữ dùng để chỉ tình trạng viêm nhiễm cấp tính chỉ khu trú ở phần nướu của răng, còn các mô khác của hệ thống nha chu (như xương ổ răng, dây chằng nha chu, cement gốc răng) thì không bị ảnh hưởng.

VNRCT có thể chỉ khu trú ở gai nướu, viền nướu một răng hay một nhóm răng hoặc lan tỏa cả một cung hàm hay hai hàm.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc

a. **Hỏi bệnh:** tiền sử bệnh nhân có các vấn đề như:

- Vệ sinh răng miệng kém.
- Đang mọc răng sữa hoặc răng vĩnh viễn.
- Trẻ đang bị sốt vì một bệnh toàn thân nào đó.

b. **Khám**

- Đau và sưng nướu, biếng ăn.
- Màu sắc của nướu thay đổi từ màu hồng nhạt sang hơi đỏ hoặc đỏ đậm.
- Sưng nhẹ hoặc căng phồng ở viền nướu hay gai nướu.
- Nướu mềm, bở, dễ chảy máu.
- Đau hoặc ngứa ở nướu.
- Có thể có bóng nước hoặc vết loét đi kèm xuất hiện ở nướu răng hoặc niêm mạc miệng - lưỡi.

2. Chẩn đoán xác định

Tiền sử bệnh + các dấu hiệu viêm cấp tính của nướu như nướu sưng, đau, đỏ, mềm, dễ chảy máu.

3. Chẩn đoán phân biệt

Bệnh nha chu viêm cấp tính: có viêm nướu + tổn thương xương ổ răng, dây chằng nha chu, cement chân răng.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị tại chỗ.
- Điều trị nguyên nhân toàn thân nếu có.

2. Xử trí ban đầu

- Lấy sạch vôi răng và đánh bóng răng.
- Trám các răng sâu.
- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng đúng cách và phù hợp cho từng lứa tuổi. Với trẻ lớn có thể tự khạc nhổ được: ngâm và súc miệng dung dịch sát khuẩn tại chỗ Clohexidin 0,2%. Với trẻ nhỏ: dùng gạc tẩm dung dịch Clohexidine 0,2% đắp lên vùng nướu viêm.

3. Xử trí tiếp theo

- Vitamin PP, Vitamin C: 10 - 30 mg/kg/ngày.
- Thuốc giảm đau: Acetaminophen 10 - 15 mg/kg, ngày 3 lần. Uống 30 phút trước khi ăn để đạt hiệu quả giảm đau, bé sẽ ăn uống tốt hơn.
- Chế độ ăn nhẹ, ngọt, hơi lạnh để giảm đau. Tránh thức ăn nóng và nhiều gia vị vì có thể gây đau rát nướu răng.
- Có chế độ nghỉ ngơi.
- Nếu có bệnh toàn thân, kết hợp với các chuyên khoa khác để điều trị

IV. PHÒNG NGỪA

- Lấy bỏ vôi răng định kỳ.
- Trám răng đúng kỹ thuật.
- Chỉnh hình răng nếu có sai lệch.
- Vệ sinh răng miệng đúng cách.

Vấn đề	Mức độ chứng có	Mức độ khuyên cáo	Tài liệu tham khảo
Cạo vôi và đánh bóng răng giúp điều trị hiệu quả viêm nướu răng cấp tính ở trẻ em	(II)	Khuyến cáo	Institute for Quality and Efficiency in Health Care, Assessment of the systematic treatment of periodontopathies; Commission N°15-01, March 5, 2018. (OWIG reports; Volume 6(02))

DÍNH THẮNG LƯỠI

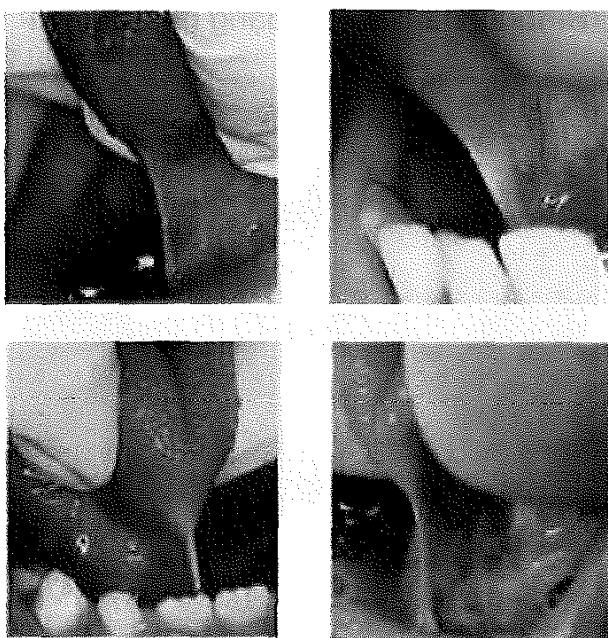
I. ĐẠI CƯƠNG

- Thắng lưỡi là lớp màng mỏng niêm mạc hình tam giác nằm ở dưới lưỡi, có tác dụng tham gia điều chỉnh sự vận động chức năng của lưỡi.
- Dính thắng lưỡi (Ankyloglossia - Tongue - tie).
- Là một dị tật bẩm sinh do dây thắng lưỡi ngắn và làm hạn chế cử động bình thường của lưỡi, bệnh có thể do di truyền.
- Dính thắng lưỡi là một nguyên nhân làm cho đứa trẻ gặp khó khăn trong phát âm và ăn uống.

II. PHÂN LOẠI

Phân loại mức độ dính thắng lưỡi dựa theo chiều dài thắng lưỡi đo được từ nơi bám ở sàn miệng đến vị trí bám vào bụng lưỡi:

- **Mức độ 1:** dính thắng lưỡi nhẹ, độ dài thắng lưỡi từ 12 - 16 mm.
- **Mức độ 2:** dính thắng lưỡi trung bình, độ dài thắng lưỡi từ 8 - 11 mm.
- **Mức độ 3:** dính thắng lưỡi nặng, độ dài thắng lưỡi từ 3 - 7 mm.
- **Mức độ 4:** dính thắng lưỡi hoàn toàn, độ dài thắng lưỡi dưới 3 mm.



Hình 1. Dính thắng lưỡi lần lượt từ độ 1, 2, 3 và 4

III. CHẨN ĐOÁN

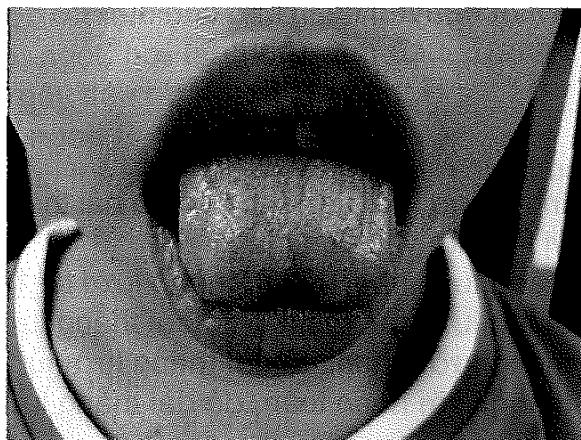
1. Hỏi bệnh

Hỏi tiền sử bệnh có liên quan với dị tật dính thằng lưỡi thấy trẻ bú khó, ăn uống khó hoặc phát âm khó.

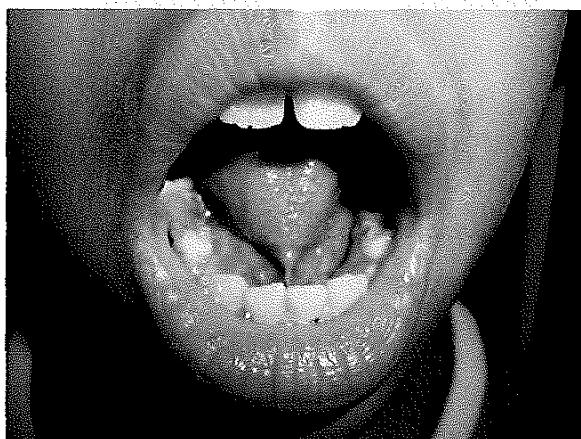
2. Khám lâm sàng

Tùy thuộc lứa tuổi và mức độ dính thằng lưỡi nhiều hay ít, triệu chứng biểu hiện lâm sàng dính thằng lưỡi như sau:

- Thẳng lưỡi ngắn, cử động lưỡi hạn chế.
- Đầu lưỡi không thè ra ngoài môi được.
- Đầu lưỡi không thể cử động đưa sang bên.
- Đầu lưỡi khi thè lưỡi thay vì thấy nhọn thì có vẻ phẳng hay vuông.
- Đầu lưỡi có hình V hay hình trái tim.
- Trẻ bú khó và phát âm cũng khó khăn.
- Các răng cửa hàm dưới có thể bị nghiêng.



Hình 2. Đầu lưỡi có dạng hình trái tim



Hình 3. Thẳng lưỡi ngắn hạn chế vận động của lưỡi

3. Chẩn đoán xác định

Chiều dài thắt lưỡi được đo từ nơi bám ở sàn miệng đến vị trí bám vào lưỡi nhỏ hơn 16 mm.

IV. ĐIỀU TRỊ

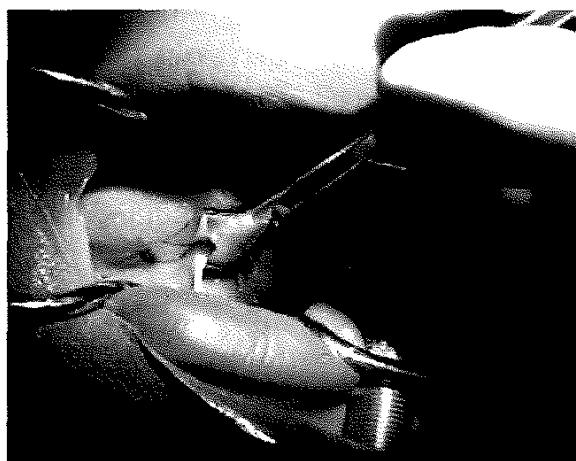
1. Nguyên tắc điều trị

- Dính thắt lưỡi độ 1 và 2: theo dõi và đánh giá, trông chờ khả năng tự giãn của thắt lưỡi, nếu thắt lưỡi không giãn và gây khó khăn cho việc bú và nói thì tiến hành phẫu thuật.
- Dính thắt lưỡi độ 3 và 4: phẫu thuật tạo hình thắt lưỡi ngay, phục hồi chức năng đúng của lưỡi.
- Tuổi trung bình từ 3 tháng trở lên. Có những trường hợp có thể cắt sớm ngay sau sinh nếu thắt lưỡi bị dính nhiều khiến trẻ không bú được.

2. Kỹ thuật cắt tạo hình thắt lưỡi

Có 2 kỹ thuật cắt tạo hình thắt lưỡi là cắt dưới gây mê và cắt dưới gây mê. Việc lựa chọn kỹ thuật nào tùy thuộc vào 4 yếu tố là tuổi của trẻ, sự hợp tác của trẻ, độ dính và độ dày của thắt lưỡi:

- **Cắt thắt lưỡi dưới gây mê:**
 - Thực hiện tại ghế nha khoa, trẻ được người nhà ôm, đầu được người trợ thủ giữ chặt.
 - Tiến hành sát trùng tại chỗ, bôi thuốc tê niêm mạc, sau đó gây mê tại chỗ với khoảng 1 ml dung dịch Lidocain 2% và chờ trong 2 phút.
 - Dùng dao điện hoặc dao thường để cắt và tạo hình thắt lưỡi bằng những đường rạch ngang hoặc đường rạch hình chữ Z.
 - Đốt điện tại chỗ hoặc khâu khi cần thiết.
- **Cắt thắt lưỡi dưới gây mê:** thực hiện tại phòng mổ. Có thể gây mê mask hoặc đặt nội khí quản. Chích thuốc tê tại chỗ. Tiến hành phẫu thuật tạo hình thắt lưỡi giống như trên.



Hình 4. Phẫu thuật thắt lưỡi dưới gây mê

3. Điều trị sau phẫu thuật

- Kháng sinh phòng ngừa.
- Giảm đau sau mổ.

Nếu trẻ được phẫu thuật tê: dùng cây đè lưỡi có quấn gạc chèn vào giữa 2 hàm răng để phòng việc bé cắn vào lưỡi do bị mất cảm giác, có thể bú mẹ hoặc uống sữa lạnh 30 phút sau khi phẫu thuật.

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Hẹn tái khám sau 1 tuần: đánh giá kết quả phẫu thuật, hướng dẫn thân nhân tập trẻ nói và bú.
- Tái khám sau 1 tháng để đánh giá độ cải thiện về chức năng của lưỡi. Những trường hợp khó có thể chuyển khám ở đơn vị Phục hồi chức năng.

Vấn đề	Mức độ chứng cớ	Mức độ khuyến cáo	Tài liệu tham khảo
Trẻ có độ tuổi tháng tuổi dưới 3 tháng cần phải phẫu thuật để cải thiện chức năng	III	Khuyến cáo	Segal LM, Stephenson R, "Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia", 2007

PHÒNG NGỪA VIÊM NỘI TÂM MẠC NHIỄM TRÙNG TRONG VIỆC THỰC HIỆN CÁC THỦ THUẬT RĂNG MIỆNG Ở TRẺ EM BỊ TIM BẨM SINH

I. ĐẠI CƯƠNG

Đối với những trẻ bị bệnh tim bẩm sinh, việc thực hiện các thủ thuật điều trị răng miệng trước khi phẫu thuật tim sẽ mang lại nhiều nguy cơ bị viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn. Vì thế, việc phòng ngừa viêm nội tâm bằng kháng sinh và tiến hành các quy trình thủ thuật răng miệng phù hợp là rất cần thiết.

II. TRƯỚC KHI CAN THIỆP ĐIỀU TRỊ RĂNG MIỆNG

- Cần hỏi kỹ tiền sử bệnh, xác định bệnh nhân bị tim bẩm sinh loại nào?
- Kiểm tra tổng trạng, mạch, huyết áp bệnh nhân. Nếu cần thiết gởi khám lại Bác sĩ tim mạch để xác định rõ tình trạng bệnh nhân có cho phép can thiệp thủ thuật hay không?
- Khám, lập kế hoạch điều trị cho bệnh nhân.
- Thông báo cho bệnh nhân về nguy cơ bị viêm nội tâm mạc nhiễm trùng khi thực hiện các thủ thuật điều trị răng miệng và việc cần thiết phải dùng kháng sinh phòng ngừa.
- Hướng dẫn bệnh nhân cách dùng kháng sinh đúng liều, đúng thời gian.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc sử dụng kháng sinh phòng ngừa viêm nội tâm mạc nhiễm trùng

Thời điểm cho kháng sinh: 1 giờ trước khi tiến hành thủ thuật và tiếp tục 6 giờ sau liều đầu.

- Nếu cho sớm hơn 1 - 2 giờ trước thủ thuật thì không có hiệu quả gì hơn.
- Nếu cho trước 1 ngày sẽ còn bất lợi vì làm tăng nguy cơ tạo nên những chủng vi khuẩn kháng khuẩn.

2. Các bệnh lý tim mạch cần sử dụng kháng sinh dự phòng viêm nội tâm mạc nhiễm trùng

- Đa số các bệnh tim bẩm sinh.
- Có van tim nhân tạo.
- Có tiền căn từng bị viêm nội tâm mạc nhiễm trùng.
- Bệnh van tim hậu thấp và bệnh van tim mắc phải do nguyên nhân khác
- Bệnh cơ tim phì đại.

- Sa van hai lá gây hở van hai lá.

3. Các thủ thuật răng miệng có chỉ định phòng ngừa viêm nội tâm mạc nhiễm trùng

Nguyên tắc chung: tất cả các thủ thuật điều trị răng miệng có thể tạo vết thương hở dẫn đến chảy máu nướu, chảy máu niêm mạc miệng có chỉ định phòng ngừa viêm nội tâm mạc nhiễm trùng.

Các thủ thuật cụ thể:

- Nhổ răng.
- Cạo vôi, nạo túi nha chu, phẫu thuật nha chu.
- Thủ thuật điều trị nội nha.
- Cắm ghép lại răng.
- Rạch abcès vùng miệng và hàm mặt.
- Phẫu thuật xương hàm.
- Phẫu thuật các u nang.
- Gắn khâu trong chỉnh hình răng.

4. Kháng sinh phòng ngừa viêm nội tâm mạc nhiễm trùng

KHÁNG SINH BAN ĐẦU	KHÁNG SINH THAY THẾ (khi dùng với Penicillin)
BỆNH NHÂN CÓ THỂ UỐNG ĐƯỢC (dùng đường uống)	
Amoxicillin: - 50 mg/kg (tối đa 3 g) 1 giờ trước thủ thuật/phẫu thuật; - 25 mg/kg (tối đa 1,5 g) 6 giờ sau liều đầu.	Erythromycin: - 20 mg/kg (tối đa 1 g) 1 giờ trước thủ thuật/phẫu thuật - 10 mg/kg tối đa 0,5 g) 6 giờ sau liều đầu. Hoặc Clindamycin: - 6 mg/kg (tối đa 300 mg) 1 giờ trước thủ thuật/phẫu thuật - 3 mg/kg (tối đa 150 mg) 6 giờ sau liều đầu
BỆNH NHÂN KHÔNG THỂ UỐNG ĐƯỢC	
Ampicillin: - 50 mg/kg/TB hoặc TM 1 giờ trước thủ thuật (tối đa 2 g) - 25 mg/kg/TB hoặc TM 6 giờ sau liều đầu (tối đa 1 g). Hoặc Penicillin G: - 50.000 đơn vị/kg/TB hoặc TM 1 giờ (trước thủ thuật, nhắc lại lần 2 sau 6 giờ)	Clindamycin: - 6 mg/kg/TM (tối đa 300 mg) 1 giờ trước thủ thuật/phẫu thuật - 3 mg/kg/TM (tối đa 150 mg) 6 giờ sau liều đầu

NHỎ RĂNG CÓ NGUY CƠ/RĂNG CÓ/A/C	
<p>Ampicillin:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 50 mg/kg/TB hoặc TM 1 giờ trước thủ thuật (tối đa 2g). - 25 mg/kg/TB hoặc TM 6 giờ sau liều đầu (tối đa 1g). <p>Phối hợp với:</p> <p>Gentamicin:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 mg/kg/TB hoặc TM 8 giờ sau (tối đa 80 mg). <p>Penicillin G:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 50.000 dv/kg/TB hoặc TM 1 giờ trước thủ thuật; nhắc lại lần 2 sau 6 giờ. <p>Phối hợp với:</p> <p>Gentamicin:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 mg/kg/TB hoặc TM 8 giờ sau (tối đa 80 mg). 	<p>Vancomycin:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 20 mg/kg TTM trong 1 giờ bắt đầu 1 giờ trước thủ thuật - 20 mg/kg TTM 8 giờ sau liều đầu <p>Phối hợp với:</p> <p>Gentamicin:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 mg/kg/TB hoặc TM 8 giờ sau (tối đa 80 mg).



5. Nguyên tắc thực hiện các thủ thuật răng miệng ở trẻ em bị tim bẩm sinh

a. Đối với Bác sĩ

- Hạn chế những thủ thuật không cần thiết.
- Giảm thiểu tối đa những tổn thương mô mềm gây chảy máu.
- Cho bệnh nhân súc miệng bằng các dung dịch kháng khuẩn ngay trước khi làm thủ thuật.
- Điều trị kháng sinh thanh toán các ổ nhiễm trùng ngay tại vị trí tiến hành thủ thuật hoặc ở những nơi khác trước khi làm các thủ thuật.

b. Trong lúc thực hiện các thủ thuật

- Cần giải thích cho bệnh nhân về công việc điều trị.
- Có khẩu trang, kính bảo vệ mắt khi làm việc.
- Rửa tay trước khi mang găng.
- Nhân viên y tế thực hiện các thủ thuật chuyên môn đảm bảo đúng nguyên tắc vô trùng.
- Kỹ thuật gây tê phù hợp với vị trí thủ thuật.

6. Sau khi hoàn thành thủ thuật

Hướng dẫn bệnh nhân tiếp tục dùng kháng sinh phòng ngừa viêm nội tâm mạc.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Dặn bệnh nhân trở lại nếu có tai biến.

CHƯƠNG 16: RĂNG HÀM MẶT

Vấn đề	Mức độ chứng cớ	Mức độ Khuyên cáo	Tài liệu tham khảo
Dùng kháng sinh amoxycillin liều 50mg/kg/ kg uống 1 giờ trước phẫu thuật giúp phòng ngừa biến chứng viêm nôi hàm mạc nhiễm trùng.	III	Khuyên cáo	Antibiotic Prophylaxis 2017 Update, AAE Quick Reference Guide, Ashraf F Fouad, Chair, B. Ellen Byrne, Anibal R. Diogenes, Christine M. Sedgley and Bruce Y. Cha, 2017.

a

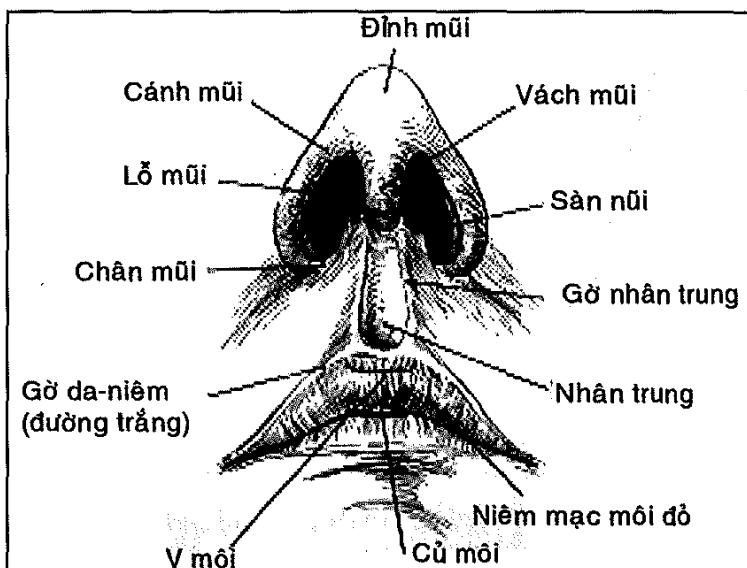
PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỎ MÔI MỘT BÊN HOÀN TOÀN THEO PHƯƠNG PHÁP MILLARD

I. ĐẠI CƯƠNG

Khe hở mũi - môi, còn được gọi chung là khe hở môi hoàn toàn, là bệnh lý bẩm sinh thường gặp ở trẻ em với tỷ lệ khá cao. Bệnh biểu hiện bằng sự gián đoạn cấu trúc giải phẫu của môi trên và nền mũi.

Có nhiều phương pháp điều trị khe hở mũi - môi, trong phác đồ này giới thiệu phương pháp sử dụng vật xoay - trượt của tác giả Millard.

II. GIẢI PHẪU BỀ MẶT MŨI, MÔI



Hình 1. Giải phẫu bề mặt mũi - môi bình thường

III. THỜI ĐIỂM PHẪU THUẬT

Về nguyên tắc khe hở mũi môi có thể được phẫu thuật ở bất kỳ độ tuổi nào, ngay cả khi đứa trẻ vừa được sinh ra. Tuy nhiên, trong thực tế việc chọn lựa thời điểm mổ phụ thuộc vào sức khỏe bệnh nhân, khả năng và điều kiện của công việc gây mê, ý thích của mỗi phẫu thuật viên...

Thông thường, nguyên tắc "ba số 10" thường được áp dụng chung để chọn thời điểm phẫu thuật cho bệnh nhân: 10 tuần tuổi, nặng 10 pound, Hb = 10 mg/ml.

IV. CHUẨN BỊ TIỀN PHẪU

- Xét nghiệm tiền phẫu thường quy: huyết đồ, tổng phân tích nước tiểu.
- Nếu bệnh nhân có bệnh lý tim bẩm sinh đi kèm: khám tim mạch, chuẩn bị kháng sinh dự phòng.
- Khám các chuyên khoa khác khi có yêu cầu.
- Khám tiền mê.

V. TIÊU CHUẨN PHẢI ĐẠT KHI TẠO HÌNH KHE HỞ MŨI - MÔI

Có những tiêu chuẩn cụ thể phải đạt được khi phẫu thuật khe hở mũi môi.

1. Với tạo hình vùng môi

- Trả lại đúng vị trí giải phẫu và chức năng của cơ vòng môi.
- Tạo V môi và nhân trung cân đối.
- Bảo tồn độ dài của môi trắng.
- Đường viền môi được liên tục.
- Bờ môi đỏ đều đặn, cân xứng.
- Tái lập sự liên hệ đúng giữa môi ướt và môi khô.

2. Với tạo hình vùng mũi

- Tạo sự cân xứng của lỗ mũi.
- Tái tạo sàn mũi.
- Đặt sụn mũi vào đúng vị trí.
- Điều chỉnh sự cân đối của cánh mũi.
- Sửa chữa vòm mũi (dome).
- Tạo hai bờ của trụ mũi (columella) thẳng và bằng nhau.

3. Phải đạt yêu cầu về thẩm mỹ

- Sẹo mổ nhỏ tối đa.
- Tránh tạo sẹo thẳng gây co kéo.
- Sẹo mổ trùng với các rãnh tự nhiên.

VI. CÁC GIAI ĐOẠN PHẪU THUẬT KHE HỞ MŨI - MÔI MỘT BÊN THEO PHƯƠNG PHÁP MILLARD

Có 7 giai đoạn để hoàn tất một ca phẫu thuật mũi - môi theo phương pháp Millard.

1. Giai đoạn 1: chuẩn bị bệnh nhân

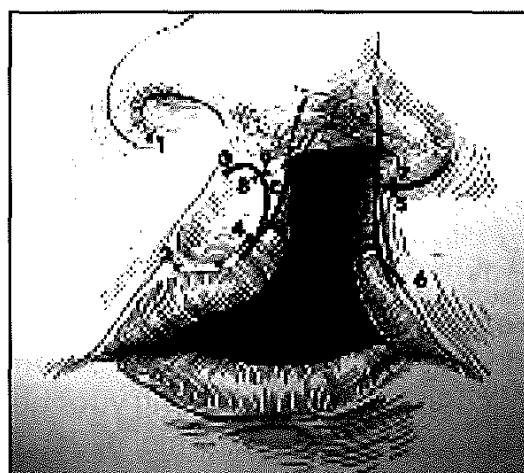
- Đặt bệnh nhân ở tư thế nằm, đầu bệnh nhân gần về phía đầu bàn mổ.
- Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, ống nội khí quản được cố định ngay đường giữa, hai môi ở tư thế tự nhiên không bị biến dạng hay xoắn vặn.
- Đặt gối kê vai để mặt bệnh nhân dễ hướng về phía PTV, có thể hạ thấp đầu bàn mổ đến vị trí phù hợp.
- Rửa sạch miệng và môi bằng nước muối nếu cần thiết.

- Sát khuẩn vùng mỗ bằng Betadine hoặc Zephiran.
- Phủ khăn mỗ nửa thân người từ cổ xuống chân.
- Phủ đầu bằng khăn có lỗ, chừa trống toàn bộ vùng mũi - môi.
- Phẫu thuật viên chính ngồi về phía đầu bệnh nhân, trợ thủ 1 phía tay phải, trợ thủ 2 phía tay trái của PTV.

2. Giai đoạn 2: đánh dấu, đo và vẽ đường mỗ

a. Đánh dấu các điểm mốc giải phẫu

- Đánh dấu điểm chân mũi phía bên lành (điểm 1).
- Đánh dấu đỉnh của V môi bên lành (điểm 2).
- Xác định trung của V môi bằng cách từ 2 đo khoảng cách đến đường giữa môi (cũng là vị trí của nhú môi).
- Xác định đỉnh V môi bên khe hở (điểm 4).
- Đánh dấu điểm giữa trụ mũi (điểm 8 và 9).
- Đánh dấu điểm chân mũi ở bờ ngoài khe hở (điểm 5 và 7).
- Đánh dấu để phân biệt rõ phần ướt và phần khô của môi đỏ.



BẢN NGHĨA
HÀM MẶT 16

Hình 2. Các điểm mốc và đường vẽ phẫu thuật theo pp Millard

b. Đo

- Dùng compa hoặc kim để đo chiều cao môi bên lành (1 - 2).
- Đây là độ dài chuẩn để xác định độ dài của đường vẽ bờ ngoài khe hở.

c. Vẽ đường mỗ

- *Vẽ đường giới hạn vạt "C"*. Đường vẽ đi từ 4 đến 8 giữa chân trụ mũi, hơi cong nhẹ.
- *Vẽ đường "back cut"*. Đi từ điểm giữa chân trụ mũi kéo xuống dưới và hướng về phía bờ nhân trung phía đối diện, tận cùng đường vẽ là điểm 3, độ dài của đoạn 8-3 còn là ẩn số, sẽ được xác định sau. Chú ý "back cut" không vượt quá bờ nhân trung phía đối diện.
- *Vẽ đường giới hạn vạt "L"*. Vẽ đường viền môi trắng bờ trong khe hở, đường vẽ sẽ đi từ điểm chân mũi đến một điểm nằm trên bờ khe hở sao cho có độ dài bằng độ dài môi bên lành (5-6 bằng 1 - 2).

- Vẽ đường nếp gấp của chân mũi bên khe hở.
- Vẽ đường cắt môi đỏ ở bờ trong khe hở, là đường *gấp khúc lõm*.
- Vẽ đường cắt môi đỏ ở bờ ngoài khe hở, là đường gấp khúc lồi, giới hạn vật *tam giác môi đỏ* sau này.
- Đánh dấu giới hạn vùng da môi sẽ được tách bóc ở hai bờ khe hở.

3. Giai đoạn 3: tiêm thẩm

Sử dụng dung dịch Lidocain + Adrenalin để tiêm vào tất cả những vùng sẽ được cắt rạch và tách bóc.

a. Vùng mũi

- Da vùng thấp mũi.
- Niêm mạc sụn bên mũi.
- Vùng trụ mũi.
- Vùng quanh chân mũi.
- Sàn mũi.

b. Vùng môi

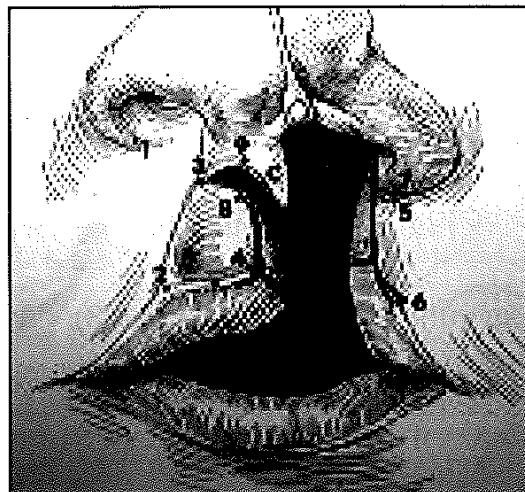
- Da và cơ vùng mỗ, chú ý mũi kim đi vào vị trí giữa lớp da và cơ môi.
- Niêm mạc hai bờ khe hở.
- Niêm mạc môi đỏ.
- Hai ngách hành lang môi của hai bờ khe hở, chú ý ngách hành lang bên khe hở tiêm kéo dài tới vùng răng cối.

4. Giai đoạn 4: rạch cắt

a. Tạo vật xoay ở bờ trong khe hở

- Dùng dao 15 rạch đường tạo vật “C”, khởi đầu ở điểm 4, rạch dọc lên trên và uốn cong ngay dưới chân trụ mũi và mở rộng vượt qua vị trí đường giữa, sau đó chuyển hướng dao xuống về phía bờ môi để tạo đường “back cut”.
- Rạch cắt đường dọc bờ môi, đi từ điểm 4 rạch dài lên đến điểm chân mũi, kéo dài vào vùng niêm mạc mũi.
- Tách bóc vật “C”, bộc lộ phần cơ vòng môi bên dưới vật.
- Dùng kéo thẳng tách bóc ngược về phía gai mũi để bộc lộ toàn bộ vùng gai mũi. Việc bộc lộ gai mũi tạo thuận lợi cho việc cố định cơ vòng môi vào gai mũi sau này.
- Rạch cắt vùng niêm mạc môi đỏ. Tách bóc cơ ở dưới đường viền môi trắng, niêm mạc môi đỏ và đáy hành lang. Bảo tồn các điểm mốc, bảo tồn V môi và nhân trung.
- Dùng mốc kéo củ môi xuống phía dưới, đồng thời mốc kéo cánh mũi bên khe hở lên trên, tiếp tục cắt kéo dài “back cut” cho đến khi đỉnh V môi tương lai (điểm 4) ở ngang mức với đỉnh V môi bên lành (điểm 4) trong trạng thái tự do.

Chú ý: nên cầm máu bằng cách dùng tay ép trực tiếp lên môi, máy đốt ít khi được dùng để tránh ảnh hưởng đến sự lành thương.



Hình 3. Đường cắt tạo vạt “C” và bờ trong khe hở



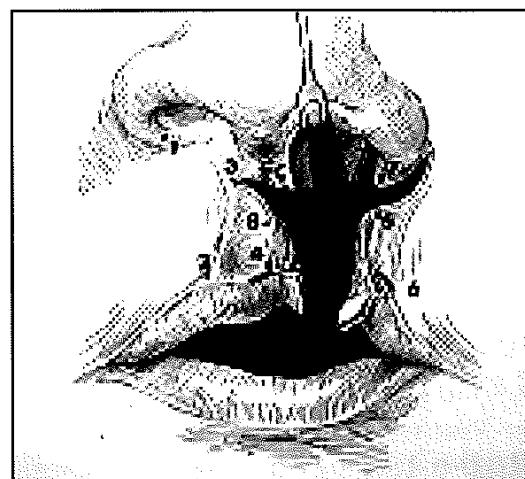
b. Tạo vạt trượt “L” ở bờ ngoài khe hở

- Từ giữa điểm 5 và 7, rạch đường vòng quanh nếp nhăn chân mũi.
- Rạch đường dọc theo đường bờ viền môi từ điểm 5 đến 6. Từ 6, rạch ngang qua đường viền môi tạo một vạt tam giác ở vùng niêm mạc môi khô.
- Dùng kéo thẳng, tách bóc vạt “L” ra khỏi cơ vòng môi, tách rộng tới vùng khóe mép.
- Tách bóc đầu cơ vòng môi bám vào xương hàm, tách bóc kéo dài đến vùng răng hàm.
- Tách bóc da và niêm mạc chân mũi, sụn cánh mũi, đầu mũi và vách mũi.
- Tách bóc vạt tam giác ở niêm mạc môi khô để bộc lộ đầu cơ vòng môi.

5. Giai đoạn 5: khâu đóng

a. Dùng chỉ Vicryl 5-0

- Móc nâng phần cánh mũi bị lõm lên sao cho vạt “C” được kéo lên về phía trụ mũi, cố định vạt C vào trụ mũi.

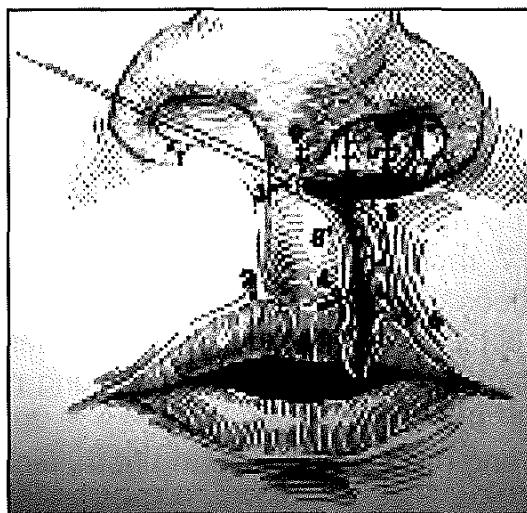


Hình 4. Khâu một phần vạt “C” kéo dài trụ mũi

- Khâu đóng niêm mạc nền mũi.
- Khâu đóng một phần niêm mạc môi trắng.
- Khâu đóng cơ vòng môi: hai đầu trên cơ vòng môi được khâu vào gai mũi. Khâu hai đầu dưới của cơ lại với nhau. Khâu hai bờ cơ bằng mũi khâu ngang, vị trí đâm kim là 3 mm ở bờ ngoài và 1 mm ở bờ trong để tạo nên một dải vòng cơ làm nền cho đường gò nhân trung sau này.

b. Dùng chỉ Vicryl 6-0

- Khâu đầu vạt “L” vào vùng chân mũi (từ 5 đến 3), đây là mũi khâu gốc.
- Khâu bờ nhân trung.

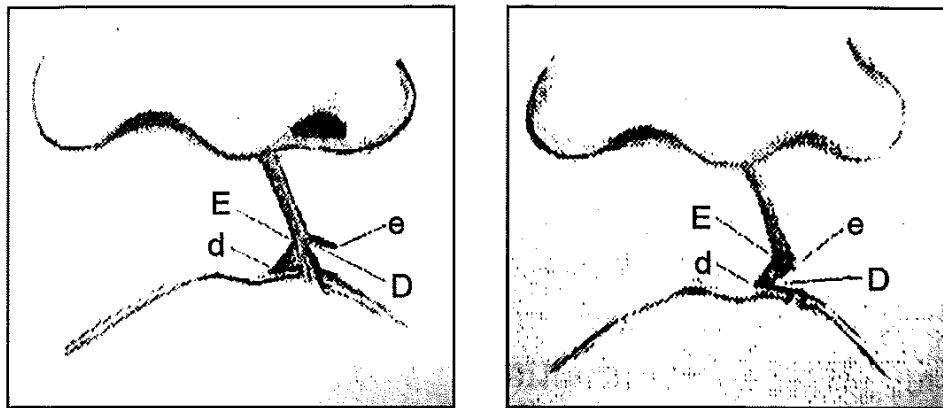


Hình 5. Khâu vạt “L” vào khoảng trống tạo nên từ đường cắt “back-cut”
Một phần vạt “C” được dùng để tạo sàn mũi

6. Giai đoạn 6: kéo dài môi trắng, tạo hình môi đỏ

Kéo dài môi trắng: là giai đoạn quan trọng để cho kết quả phẫu thuật mỹ mãn.

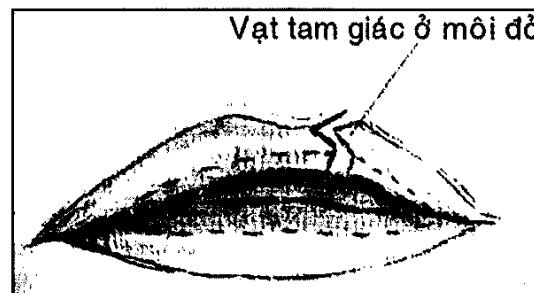
- Từ da bờ trong khe hở, rạch đường dài từ 1 - 1,5 mm song song và ở phía trên của viền môi trắng. Kéo đỉnh của viền môi trắng xuống phía dưới cho đến khi ở ngang mức với đỉnh V môi phía bên lành. Đo độ dài khoảng thiểu.
- Từ da bờ ngoài khe hở, rạch đường dài từ 1 - 1,5 mm song song và ở phía trên viền môi trắng, cách viền môi trắng bằng độ dài khoảng thiểu, sẽ tạo nên vạt hình chữ nhật hoặc hình thang tương xứng với độ rộng khoảng thiểu bên bờ trong khe hở.
- Dùng chỉ Vicryl 6-0 khâu vạt chữ nhật hoặc hình thang vào nơi thiểu hổng. Vật lúc này sẽ chuyển thành vạt tam giác và độ dài của hai bờ môi bên khe hở được tăng lên.



Hình 6 a, b. Tạo vạt chữ nhật hoặc hình thang ở bờ ngoài khe hở, sau đó chèn vạt vào khoảng trống ở bờ trong khe hở. Kết quả chiều dài môi được tăng lên.

Tạo hình môi đỏ: có nhiều cách tạo hình môi đỏ

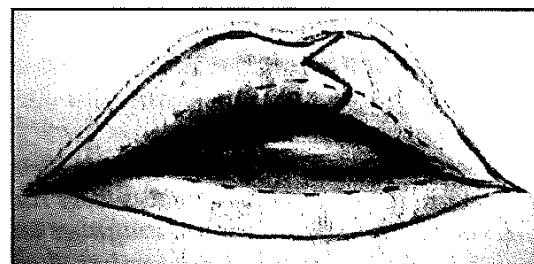
- Tạo vạt tam giác môi đỏ bờ ngoài khe hở.



RĂNG HÀM MẶT
16

Hình 7a. Tạo vạt tam giác ở môi đỏ bờ ngoài khe hở và đường cắt môi đỏ bờ trong khe hở

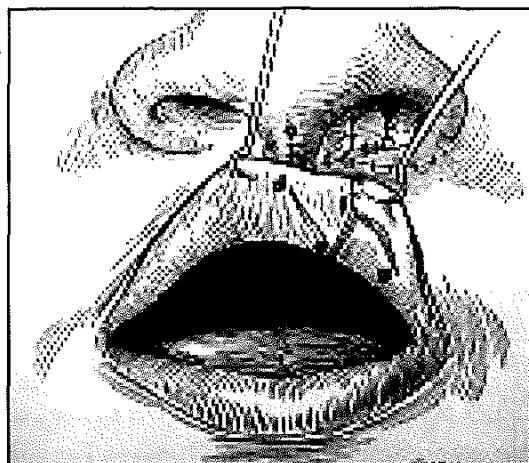
- Tạo một vạt tam giác từ phía môi đỏ bờ ngoài khe hở.
- Một đường cắt ở môi đỏ bờ trong khe hở, song song viền môi đỏ, tạo khoảng trống hình tam giác.



Hình 7b. Chèn vạt tam giác vào khoảng trống bờ trong khe hở

- Chèn vạt tam giác vào khoảng trống tam giác, khâu bằng Vicryl 6-0.
- Cắt xén bờ niêm mạc môi đỏ cho tương xứng giữa 2 bờ, khâu đóng.

- *Tạo hình môi đỏ bằng kỹ thuật Z-plasty.*

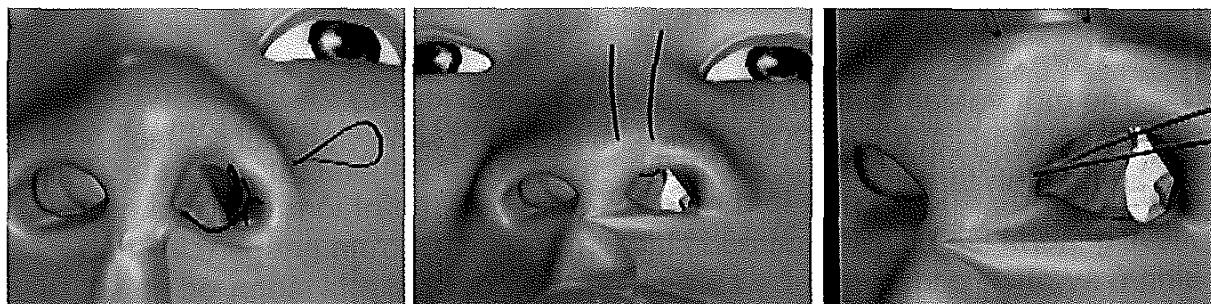


Hình 8. Đường cắt tạo hình môi đỏ dùng kỹ thuật Z-plasty

7. Giai đoạn 7: tạo hình mũi - Hoàn tất

a. Tạo hình mũi

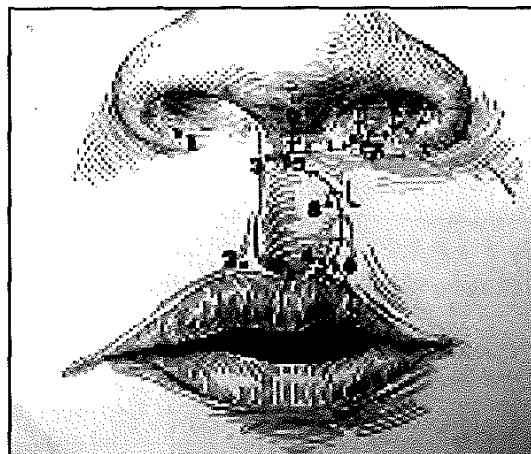
- Dùng chỉ Vicryl 5-0 đâm xuyên từ phía niêm mạc mũi ra da cửa vòm mũi và sau đó đi ngược từ da trở lại niêm mạc, thắt chỉ.
- Lắp lại các mũi khâu như trên ở vị trí gần nếp gấp chân mũi, cánh mũi để định vị sụn mũi sau khi được tách bóc.
- Để tạo sự đối xứng của hai bên mũi, có thể cắt tỉa da thừa ở bờ cửa mũi hoặc da ở bờ vạt má.



Hình 9 a, b, c. Các mũi khâu định vị sụn mũi và tạo hình mũi

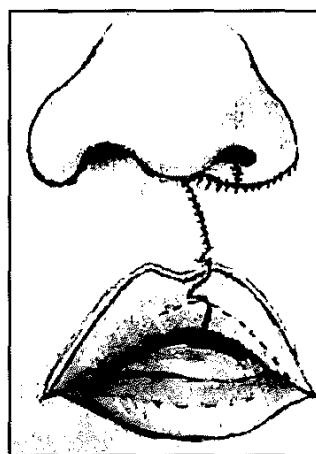
b. Hoàn tất

- Cắt tỉa vạt "C" cho thích hợp, khâu vạt vào vị trí cửa mũi.
- Khâu bờ chân mũi vào da môi.



Hình 10. Hoàn tất đóng kín khe hở mũi - môi

- Điều quan trọng là khoảng cách 1 - 2 phải bằng 6-7.



Hình 11. Khe hở mũi môi-môi sau khi kéo dài môi trắng bằng vật chữ nhật và tạo hình môi đỏ bằng vật tam giác

VII. QUÁ TRÌNH ĐIỀU TRỊ TIẾP THEO

Khe hở mũi môi thường đi kèm với một dị tật hàm mặt khác là khe hở vòm. Đồng thời việc điều trị khe hở mũi môi phải trải qua nhiều giai đoạn khác nhau. Do vậy quá trình điều trị tiếp theo sau khi phẫu thuật khe hở mũi môi có thể là:

- Phẫu thuật khe hở vòm nếu có.
- Phẫu thuật sửa chữa sẹo xấu môi.
- Phẫu thuật tạo hình mũi.
- Chỉnh hình răng.
- Ngữ âm trị liệu.
- Tâm lý trị liệu.

CHƯƠNG 16: RĂNG HÀM MẶT

Vấn đề	Mức độ chứng cớ	Mức độ Khuyến cáo	Tài liệu tham khảo
Khắc hiệt miếng lót bên ngoài tay áo hiện rõ: Cảnh báo không rõ ràng về giá trị của miếng lót như là giá trị đặt hàng mua và chỉ số miếng lót có	III	Khuyến cáo	Craft Lip - A Comprehensive Review, Mahesh A. Sankarkar, Michael Chaitin-Golob, Angelika Voigt, Published online: 2013 Dec 27.

6

PHẪU THUẬT KHE HỞ VÒM KHẨU CÁI THEO PHƯƠNG PHÁP PUSH-BACK

I. ĐẠI CƯƠNG

Khe hở vòm khẩu cái là bệnh lý bẩm sinh ở trẻ em, bệnh thể hiện bằng sự mất liên tục cấu trúc giải phẫu của vòm khẩu cái.

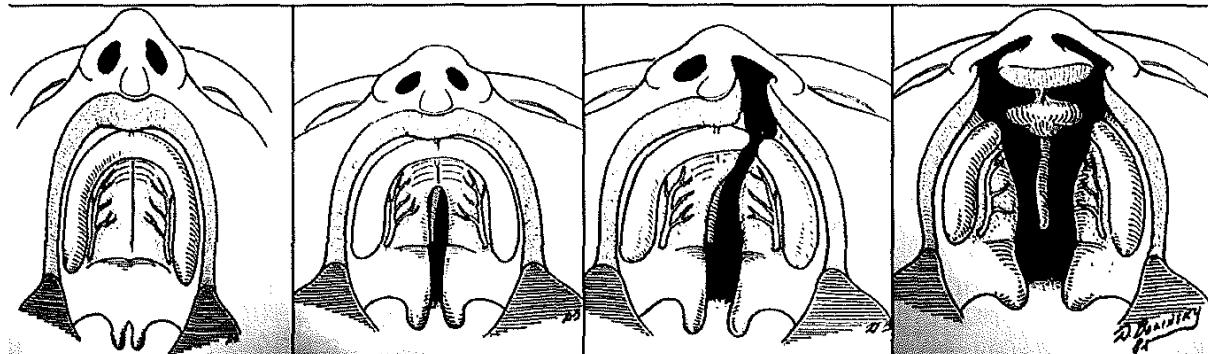
II. PHÂN LOẠI

Có nhiều cách phân loại khe hở vòm khẩu, cơ sở phân loại thường dựa vào giải phẫu học và phôi thai học. Sau đây là một số cách phổ biến.

1. Phân loại theo Veau

Có bốn mức độ khe hở vòm khẩu khác nhau đi từ nhẹ đến phức tạp là: khe hở vòm mềm, khe hở vòm mềm và cứng, khe hở vòm toàn bộ một bên, khe hở vòm toàn bộ hai bên.

Hạn chế của phân loại này không chú ý đến khe hở môi và xương ỗ toàn bộ, tuy vậy vẫn được sử dụng phổ biến đến ngày nay.



Hình 1. Phân loại khe hở vòm theo Veau:

- Khe hở vòm mềm.
 - Khe hở vòm mềm và cứng.
 - Khe hở vòm toàn bộ một bên.
 - Khe hở vòm toàn bộ hai bên.
2. Phân loại theo Kernahan và Stark, tác giả dùng lỗ cửa của vòm khẩu như là một điểm mốc ranh giới để phân biệt khe hở vòm khẩu nguyên phát và thứ phát.

- Khe hở *môi và tiền hàm*, nằm ở phía trước lỗ cửa, xuất hiện vào khoảng tuần thứ 4 đến thứ 7 trong phôi thai được gọi là *khe hở vòm khẩu nguyên phát*.
- Khe hở *vòm khẩu cứng và vòm khẩu mềm* nằm về phía sau lỗ cửa, xuất hiện từ tuần thứ 7 đến 12 được gọi là *khe hở vòm khẩu thứ phát*.

Hạn chế của phân loại này là không mô tả được là khe hở ở bên phải hay trái và không quan tâm đến sự phân loại của môi.

Về phẫu thuật, có khá nhiều phương pháp phẫu thuật tạo hình vòm như Veau, Furlow, Push-Back... Trong đó phương pháp Push-Back tương đối phổ biến nhất.

III. THỜI ĐIỂM PHẪU THUẬT

- Về tuổi: từ 12 đến 18 tháng tuổi.
- Trọng lượng cơ thể: cân nặng tối thiểu của bé là 10 kg.

IV. CHUẨN BỊ TIỀN PHẪU

- Khám Tai mũi họng và Hô hấp trước mổ.
- Tiến hành các xét nghiệm tiền phẫu cơ bản: huyết đồ, nước tiểu. Đặc biệt chú ý đến định lượng Hemoglobin (Hb) trong máu, Hb không được nhỏ hơn 10 mg/ml, nếu thấp quá dễ gây chảy máu sau mổ và chậm lành thương.
- Hướng dẫn thân nhân bệnh nhân cách chăm sóc và nuôi ăn trước mổ và sau mổ.

V. KHÁNG SINH DỰ PHÒNG

- Đối với trẻ bình thường, phẫu thuật vòm là phẫu thuật thuộc loại sạch không cần thiết dùng kháng sinh dự phòng.
- Nếu trẻ có bệnh tim bẩm sinh đi kèm phải dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

VI. GÂY MÊ

Phẫu thuật vòm phải được tiến hành dưới gây mê nội khí quản. Nên dùng ống nội khí quản cong và cứng để tránh bị gấp góc gây nghẽn tắc thông khí trong lúc phẫu thuật.

VII. TIÊU CHUẨN PHẢI ĐẠT ĐƯỢC KHI TẠO HÌNH KHE HỞ VÒM KHẨU CÁI

Phẫu thuật khe hở vòm nhằm mục đích phục hồi các chức năng giải phẫu và sinh lý của hệ thống vòm hầu. Để đạt được yêu cầu đó phẫu thuật viên cần nắm vững các tiêu chuẩn sau:

1. Tiêu chuẩn chính

- Đóng kín khe hở thông thương giữa mũi và miệng.
- Đẩy lùi được vòm khẩu cai ra sau.
- Thu hẹp eo họng.

2. Tiêu chuẩn phụ

- Các cơ khẩu cai được đưa về đúng hướng và đúng vị trí giải phẫu.
- Tránh quá căng vết mổ.
- Tránh gây nghẽn tắc đường thở.
- Tránh tổn thương bó mạch thần kinh khẩu cai.
- Hạn chế tối đa lượng máu mất.

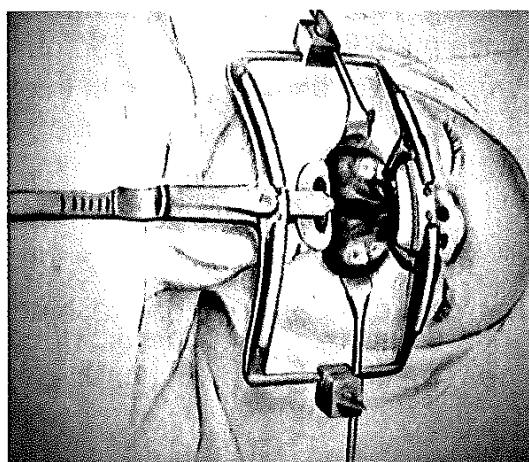
VIII. CÁC GIAI ĐOẠN PHẪU THUẬT THEO PHƯƠNG PHÁP PUSH-BACK

Có sáu giai đoạn để hoàn tất một ca phẫu thuật khe hở vòm theo phương pháp Push-Back.



1. Giai đoạn 1: chuẩn bị bệnh nhân

- Đặt bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa, đầu gần về phía đầu bàn mổ. Đặt gối vòng cổ định đầu. Để phẫu thuật viên dễ nhìn thấy khẩu cai nên hạ đầu bệnh nhân ở vị trí thấp, có gối kê ngang vai để vươn rộng cổ.



Hình 2. Trải khăn mổ và đặt cung mở miệng Dingman

- Sát khuẩn vùng mổ bằng Betadin hoặc Zephiran.
- Dùng một khăn mổ lớn phủ nửa thân người từ cổ xuống chân. Phủ đầu bằng khăn mổ có lỗ, chừa trống toàn bộ mặt.
- Đặt cung mở miệng Dingman, chú ý chọn thanh đè lưỡi có kích thước phù hợp.
- Đặt gạc vào vị trí sau hầu để ngăn máu và dịch chảy vào khí quản. Để đề phòng việc bỏ sót gạc sau mổ nên cố định gạc bằng chỉ silk có một đầu kéo dài ra ngoài miệng và cố định vào lò xo cung mở miệng.
- Chích thuốc hỗ trợ cầm máu: transamin 5 ml, 1 ống/10kg.

2. Giai đoạn 2: đánh dấu, đo và vẽ đường mổ

- Lau khô niêm mạc khẩu cái.
- Dùng bút vẽ phẫu thuật hoặc tăm vẽ chấm Blue Methylen để đánh dấu đường mổ bằng các điểm chấm hoặc các đường ngắt quãng.
- Đánh dấu dọc theo đường nối tự nhiên của *niêm mạc khẩu cái* và *niêm mạc xương ở răng*, đi từ trước ra sau, thường cách bờ viền nướu khoảng từ 1 - 1,5 mm.
- Tiếp tục đánh dấu đường vòng *lồi củ xương hàm trên* và kéo dài ra sau dọc theo *rãnh má-khổu cái*.
- Đánh dấu dọc theo hai bờ khe hở đi từ lưỡi gà bên này đến lưỡi gà bên đối diện, đường vẽ nên cách đường nối *niêm mạc mũi* và *niêm mạc khẩu cái* khoảng 1 mm.

3. Giai đoạn 3: tiêm thấm

Dùng ống tiêm nha khoa và dung dịch Lidocain + Epinephrin chứa sẵn trong ống vỏ đạn.

- Khởi đầu tiêm ở vị trí gốc *lưỡi gà*, tiêm đổi xung hai bên, tránh tiêm quá nhiều hay quá mạnh làm biến dạng *lưỡi gà*.
- Tiêm vào vùng *khẩu cái mềm*, chú ý vùng *rãnh má - khẩu cái*.
- Tiêm vùng *khẩu cái cứng*, lúc này phần vát của mũi kim nên áp vào mặt xương, tiêm với áp lực mạnh để tia thuốc có thể tách bóc niêm mạc khẩu cái cứng ra khỏi mặt xương. Nếu lượng thuốc tê được dùng đã đạt mức tối đa có thể tiêm thêm nước muối sinh lý để tăng hiệu quả tách bóc.
- Tiêm vào vùng *niêm mạc xương lá mía* nếu cần thiết.
- Sau khi kết thúc việc tiêm phải chờ trong 7 phút để thuốc co mạch phát huy tối đa hiệu quả chống chảy máu.

4. Giai đoạn 4: rạch cắt và tách bóc

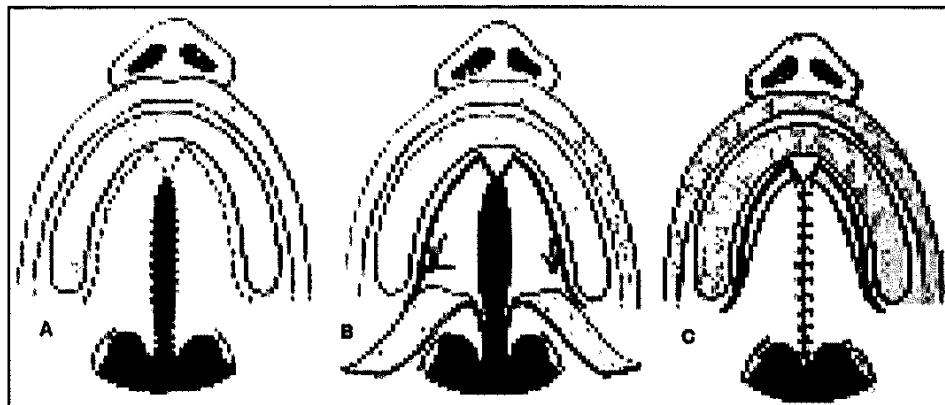
a. **Vùng lưỡi gà:** dùng kéo cắt xén hoặc dùng dao rạch dọc theo hai bờ phía trong của lưỡi gà.

b. Tạo vật khẩu cái

- Dùng dao 15, rạch theo đường vẽ bắt đầu từ gốc *lưỡi gà*, kéo dài về phía khẩu cái mềm, niêm mạc khẩu cái cứng và tiến về phía niêm mạc răng cửa trên.
- Từ niêm mạc răng cửa trên rạch đường hơi cong theo *rãnh tự nhiên* giữa niêm mạc khẩu cái và niêm mạc xương ở răng tiến dần về phía sau, vòng qua lồi củ hàm trên và kết thúc bằng đường giảm căng dọc *rãnh má - khẩu cái*. Chú ý, cần rạch niêm mạc khẩu cái cứng với lực nén dao hơi mạnh để có thể cắt đứt được lớp màng xương khẩu cái cứng.
- Dùng kéo và cây tách bóc hình muỗng tiến hành tách bóc niêm mạc khẩu cái cứng từ trước ra sau. Ở khẩu cái mềm, tách bóc bộc lộ các đầu tự do của cơ căng màn khẩu và cơ nâng màn khẩu.
- Tách bóc phần sợi xơ của cơ căng màn khẩu bám vào mấu chân bướm.
- Tách bóc thật kỹ vùng bó mạch - thần kinh khẩu cái để có thể dễ dàng di

chuyển vạt vào phía đường giữa. Chú ý bảo vệ an toàn cho bó mạch - thần kinh khẩu cái tránh gây quá căng, đứt hoặc thủng sẽ ảnh hưởng đến khả năng nuôi sống vạt và sự lành thương sau này.

- Đốt cầm máu thật kỹ ở vị trí các mặt cắt và đầu các mạch xiêm.
- Bấm và dũa các gai xương khẩu cái.



Hình 3. Các giai đoạn phẫu thuật khe hở vòm

A. Đường vẽ; **B.** Rạch cắt và tách bóc vạt; **C.** Khâu đóng khe hở

c. Tạo vạt niêm mạc mũi

- Tách bóc niêm mạc mũi bằng cây tách bóc đầu ngang. Khởi đầu tách bóc các gân cơ bám vào bờ sau của xương khẩu cái và tách dần về phía răng cửa trên.
- Niêm mạc mũi rất mỏng, dễ thủng, do đó cẩn thận tách bóc từng phần nhỏ.
- Tách bóc kỹ niêm mạc mũi sẽ làm tăng khả năng “đẩy lùi” khẩu cái về phía thành hầu.

d. Tạo vạt xương lá mía

- Vật xương lá mía được sử dụng khi vạt nền mũi không đủ diện tích để đóng kín khe hở.
- Rạch dọc theo đường giữa của vách xương lá mía, đi từ phía sau ra trước, điểm dừng của đường rạch là nơi hai vạt niêm mạc mũi khâu dính vào nhau ở mũi khâu sau cùng.
- Tách bóc vạt xương lá mía theo hai hướng về phía bờ của niêm mạc mũi. Tách vừa đủ, không tách quá rộng để gây chảy máu.

Hạn chế chảy máu trong lỗ mổ: để hạn chế chảy máu trong lỗ mổ:

- Chờ đủ thời gian thuốc co mạch tác dụng.
- Tránh làm tổn thương các mạch máu.
- Tránh gây dập nát hay làm rách mô khi tách bóc.

5. Giai đoạn 5: khâu đóng vùng mổ

Tùy vị trí vùng mổ mà chọn kỹ thuật khâu. Có thể khâu mũi Donati, mũi chữ U, khâu vắt, khâu mũi rời. Dùng chỉ Vicryl 5-0 khâu lưỡi gà, các vị trí còn lại dùng chỉ 4-0.

- *Khâu đóng lưỡi gà*, khâu ngược. Sau đó dùng chỉ kéo căng lưỡi gà và định vị vào khung mở miệng.
- *Khâu đóng niêm mạc nền mũi*, khâu đóng hai vạt của niêm mạc mũi lại với nhau hoặc khâu đóng hai bờ của niêm mạc mũi với niêm mạc xương lá mía.
- *Khâu kết nối các đầu cơ ở hai bờ khe hở*. Chú ý khâu đúng vị trí của hai đầu cơ, khâu bằng mũi Donati.
- *Khâu đóng niêm mạc khẩu cái*.

6. Giai đoạn 6: hoàn tất ca mổ

- Hút sạch dịch và máu.
- Kiểm tra kỹ để phát hiện các điểm chảy máu, nếu có thực hiện đốt cầm máu.
- Đặt Surgicel hoặc Spongel vào khoảng trống dọc theo cung răng và đường giảm căng.
- Khâu cố định vạt.
- Lấy gạc ra khỏi miệng bệnh nhân.

IX. BIẾN CHỨNG SAU MỔ

1. Chảy máu sau mổ

Là biến chứng thường gặp nhất và cũng là nguy hiểm nhất đối với bệnh nhân phẫu thuật vòm. Thông kê cho thấy tỷ lệ ca chảy máu sau vá vòm chiếm khoảng 5%. Chảy máu sau PT vòm dễ đưa đến nghẽn tắc đường thở và suy kiệt.

Về xử trí, đặt trẻ nằm nghiêng để máu chảy ra khỏi miệng, hút sạch máu và tìm vị trí chảy máu. Dùng gạc tẩm Oxy già hoặc tẩm Adrenalin đặt vào điểm chảy máu. Với trẻ lớn hướng dẫn trẻ cắn chặt gạc, với trẻ nhỏ nên dùng tay ấn gạc ngay vị trí chảy máu.

Nếu biện pháp trên không thành công, chuyển bé vào phòng mổ để xử trí tiếp theo. Cần chú ý là phải hút sạch máu trong miệng trước khi đặt ống nội khí quản để tránh việc đầy máu đông vào trong phổi.

2. Nghẽn tắc đường thở

Các nguyên nhân có thể gây nghẽn tắc đường thở: dịch tiết, máu, sót gạc, phù nề lưỡi và sàn miệng, dị vật đường thở (phì đại Amidal)....

3. Trật khớp cổ số 3, 4

Do thực hiện sai tư thế khi di chuyển phần đầu của bệnh nhân, cần nắn chỉnh lại ngay để tránh gây chèn ép dây sống cổ có thể dẫn đến tử vong.

4. Toác, hở vết mổ

Do khá nhiều nguyên nhân, do đứt hoặc sút chỉ, do đường mổ quá căng, do mô bị hoại tử, do chế độ ăn hậu phẫu không phù hợp, do tai nạn trong sinh hoạt sau mổ, do bệnh nhân bị nhiễm trùng đường hô hấp, do tổn thương mạch máu nuôi vạt... Nếu hở vết mổ xảy ra trong 24 giờ đầu, đưa bệnh nhân vào phòng mổ xử trí. Nếu muộn hơn, việc xử trí tùy thuộc mức độ toác hở và kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

Việc xử trí các di chứng của hở vết mổ nên tiến hành sau 6 tháng đến 1 năm.

5. Nhiễm trùng sau mổ

Dùng kháng sinh toàn thân thích hợp, vệ sinh răng miệng tốt. Nếu có mô hoại tử, cần được làm sạch để mô hạt mới phát triển tốt hơn.

X. CHĂM SÓC SAU MỔ

- Chế độ ăn uống sau mổ:

- Khi trẻ tỉnh táo hoàn toàn: cho uống nước chín để nguội, sau đó cho uống sữa, nước cháo, nước trái cây. Chú ý không dùng sữa có màu hồng (dâu) hoặc nâu (chocolate) để phân biệt trong trường hợp chảy máu.
- Ngày hôm sau cho trẻ ăn cháo, súp, sữa... kéo dài đến hết tuần lễ thứ hai.
- Từ tuần lễ thứ ba đến hết tuần lễ thứ tư cho trẻ ăn thức ăn mềm như cơm nấu nhão.

Chú ý: với trẻ còn bú mẹ hoặc bú bình. Trong 2 tuần đầu sau mổ, tạm ngừng bú bình, đổi sữa bằng muỗng; tạm ngừng bú mẹ, vắt lấy sữa mẹ và đút bằng muỗng.

- Kháng sinh phổ rộng, theo đường tĩnh mạch, trung bình dùng trong 3 ngày sau mổ.
- Giảm đau sau mổ: Paracetomol theo đường uống hoặc đường hậu môn nếu trẻ quá nhỏ. Không dùng giảm đau có ức chế hô hấp như Codein.
- Vệ sinh vùng mổ.



XI. QUÁ TRÌNH ĐIỀU TRỊ TIẾP THEO

Sau khi hoàn thành việc đóng kín khe hở vòm, tùy thuộc vào mức độ của từng loại khe hở vòm mà sẽ có một hoặc nhiều bước điều trị tiếp theo cho bệnh nhân:

- Hướng dẫn tập phát âm, tập nói.
- Chỉnh hình răng.
- Phẫu thuật ghép xương ổ răng.
- Phẫu thuật điều chỉnh xương hàm.

Vấn đề	Mức độ chứng có	Mức độ khuyên cáo	Tài liệu tham khảo
Khe hở mũi 1 bên đến 6 tháng tuổi giúp cải thiện hiệu quả thẩm mỹ và chức năng giao tiếp.	III	Khuyên cáo	Epidemiology, Etiology, and Treatment of Isolated Cleft Palate, Madeleine L. Burg, Yang Chai, Caroline A. Yao, William Magee, III, and Jane C. Figueredo, Published online 2016 Mar 1

QUY TRÌNH ĐIỀU TRỊ TOÀN DIỆN TRẺ SÚT MÔI - HỎ VÒM TẠI BỆNH VIỆN NHÌ ĐỒNG 1

I. ĐẠI CƯƠNG

Sút môi hở vòm là một dị tật phổ biến ở trẻ em, chiếm tỷ lệ 1/600 trẻ sinh ra. Bệnh có thể xuất hiện riêng lẻ hoặc phối hợp cùng các triệu chứng khác trong các hội chứng như nhiễm Rubella, hội chứng Down, Pierre Robin.

Việc điều trị sút môi hở vòm cần có sự phối hợp của nhiều chuyên khoa khác nhau bắt đầu từ thời kỳ bào thai đến khi trẻ được 18 tuổi.

II. MỤC TIÊU VÀ NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

1. Mục tiêu

Mang lại sự cải thiện tốt nhất cho trẻ về phương diện chức năng, thẩm mỹ và tâm lý.

2. Nguyên tắc điều trị

Tiến hành điều trị sút môi hở vòm sớm ngay từ thời kỳ bào thai cho đến khi trẻ trưởng thành. Việc điều trị cần sự phối hợp nhịp nhàng tùy theo từng giai đoạn giữa nhiều chuyên khoa khác nhau như Răng Hàm Mặt, Tai Mũi Họng, Dinh Dưỡng, Tâm Lý, Vật lý trị liệu, Tạo Hình, Gây mê hồi sức. Trong đó Răng Hàm Mặt giữ vai trò chủ đạo và xuyên suốt quá trình điều trị.

III. QUY TRÌNH ĐIỀU TRỊ TOÀN DIỆN TRẺ SÚT MÔI HỎ VÒM TẠI BỆNH VIỆN NHÌ ĐỒNG 1

Theo trình tự thời gian, quy trình điều trị được chia thành 09 giai đoạn:

QUY TRÌNH ĐIỀU TRỊ TOÀN DIỆN TRẺ SÚT MÔI - HỒ VÒM TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐÔNG 1

Cứu đoạn	Thời gian	Nội dung can thiệp	Chuyên khoa thực hiện
1	Thường xuyên	<ul style="list-style-type: none"> - Siêu âm tiền sản phát hiện dị tật sứt môi/hồ vòm - Tư vấn tâm lý bố mẹ và già dinh 	<ul style="list-style-type: none"> - Siêu âm - Răng Hàm Mặt - Chuyên viên âm ngữ trị liệu - Chuyên viên tâm lý
2	≤ 3 tháng tuổi	<ul style="list-style-type: none"> - Phát hiện các bệnh lý & dị tật khác - Hướng dẫn tư thế bú, sử dụng bình sữa đặc biệt. - Chế độ dinh dưỡng phù hợp - Làm máng nắn chỉnh trước phẫu thuật 	<ul style="list-style-type: none"> - Nhi khoa - Chuyên viên âm ngữ trị liệu - Dinh dưỡng - Răng Hàm Mặt
3	Từ 3 - 6 tháng	<ul style="list-style-type: none"> - Phẫu thuật khe hở môi 1 bên (3 - 4 tháng) - Phẫu thuật khe hở môi 2 bên (5 - 6 tháng) 	<ul style="list-style-type: none"> - Răng Hàm Mặt hoặc Tạo Hình - Gây mê hồi sức
4	12 - 18 tháng	<ul style="list-style-type: none"> - Phẫu thuật khe hở vom - Đánh giá thính lực và đặt ống thông màng nhĩ (trước & sau phẫu thuật và vom) 	<ul style="list-style-type: none"> - Răng Hàm Mặt hoặc Tạo Hình - Tai Mũi Hồng - Gây mê hồi sức
5	2 - 3 tuổi	<ul style="list-style-type: none"> - Ngón ngữ trị liệu - Điều trị răng sữa 	<ul style="list-style-type: none"> - Chuyên viên âm ngữ trị liệu - Răng Hàm Mặt
6	4 - 6 tuổi	<ul style="list-style-type: none"> - Phẫu thuật thẩm mỹ sẹo mũi - môi - Phẫu thuật đóng đẽ vom - Tư vấn tâm lý - Ngón ngữ trị liệu 	<ul style="list-style-type: none"> - Răng Hàm Mặt hoặc Tạo Hình - Gây mê hồi sức - Chuyên viên Tâm lý - Chuyên viên Âm ngữ trị liệu
7	6 - 11 tuổi	<ul style="list-style-type: none"> - Nắn chỉnh toàn diện răng - xương hàm - Tạo và/hoặc nắn chỉnh lý (tai/ mũi/ hàm) 	<ul style="list-style-type: none"> - Răng Hàm Mặt - Chuyên viên Tâm lý
8	12 - 16 tuổi	<ul style="list-style-type: none"> - Nắn chỉnh toàn diện răng - xương hàm - PT ghép xương khe hở xương hàm - răng - Chỉnh hình mũi 	<ul style="list-style-type: none"> - Răng Hàm Mặt - Tai Mũi Hồng hoặc Tạo Hình - Gây mê hồi sức
9	17 - 18 tuổi	<ul style="list-style-type: none"> - Phẫu thuật cắt giờ và/ou đóng/cắt xương khe hở mũi - Chỉnh hình mũi/ tạo hình mũi 	<ul style="list-style-type: none"> - Răng Hàm Mặt - Tai Mũi Hồng hoặc Tạo Hình - Gây mê hồi sức



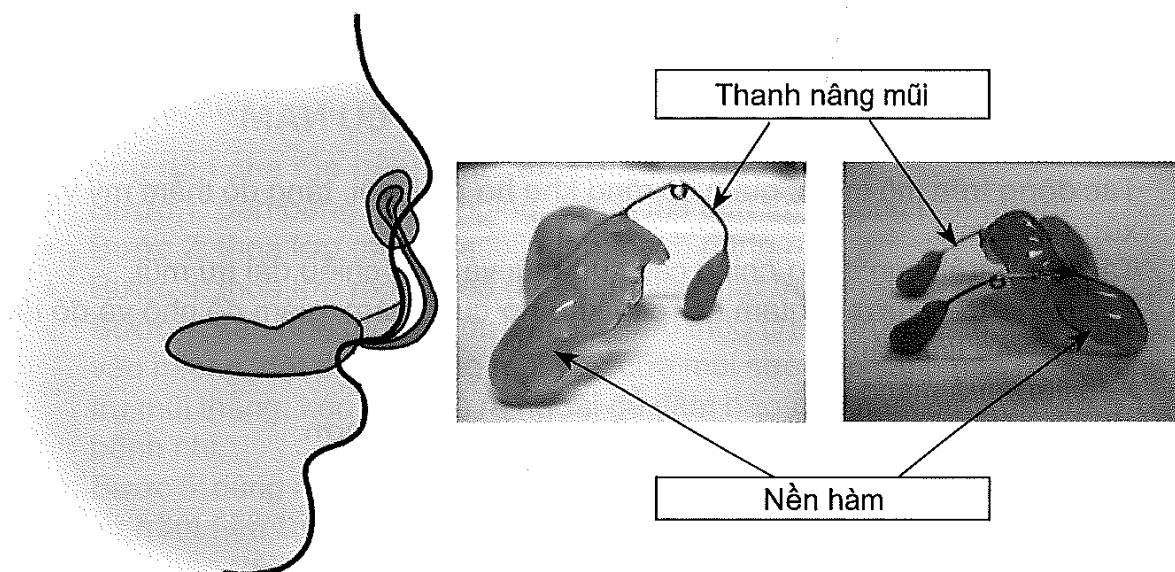
CHƯƠNG 16: RĂNG HÀM MẤT

Vấn đề	Mức độ chứng cớ	Mức độ Khuyến cáo	Tài liệu tham khảo
Khe hở môi 1 bên được thực hiện từ 3 đến 6 tháng tuổi giúp cải thiện hiệu quả thẩm mỹ và chức năng cho trẻ.	III	Khuyến cáo	Cleft Lip - A Comprehensive Review, Mahesh A., Shikorikanti, Michalak, Chien, and Angela Wong, Published online 2013 Dec 27.
Khe hở vòm được thực hiện từ 12 đến 18 tháng tuổi giúp cải thiện tốt chức năng phát âm cho trẻ.	III	Khuyến cáo	Epidemiology, Etiology, and Treatment of Isolated Cleft Palate, Madeleine L. Burg, Yang Chai, Caroline A. Yao, William Magee, III, and Jane C. Figueiredo, Published online 2016 Mar 1.

NẮN CHỈNH TRƯỚC PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ KHE HỞ MÔI - VÒM MIỆNG GIAI ĐOẠN SỚM BẰNG KHÍ CỤ NAM

I. ĐẠI CƯƠNG

- Sứt môi - hở vòm (SM-HV) là dị tật thường gặp nhất trong các loại dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt. Điều trị cho các trẻ này không chỉ đơn thuần là việc phẫu thuật như quan niệm trước đây mà cần có một phức hợp điều trị bắt đầu từ khi trẻ chưa sinh ra kéo dài đến những năm trưởng thành. Trong quá trình đó, kỹ thuật dùng khí cụ NAM để nắn chỉnh các lệch lạc cho trẻ ngay sau sinh là một bộ phận cần thiết của phức hợp điều trị này.
- Khí cụ NAM (Naso Alveolar Molding) có cấu tạo gồm:
 - Một nền hàm bằng nhựa Acrylic cứng có lót nhựa mềm ở mặt trong.
 - Một thanh nâng mũi gồm lò xo kim loại có gắn khối nhựa hình hạt đậu.
 - Băng keo dán da.



Hình 1: cấu tạo của khí cụ NAM

II. THỜI ĐIỂM VÀ THỜI GIAN MANG KHÍ CỤ

- Thời điểm mang khí cụ:**
 - Sau sinh, mang càng sớm càng tốt. Cần mang trước 6 tuần tuổi (tốt nhất). Nếu > 6 tuần tuổi thì hiệu quả sẽ giảm dần theo thời gian.

- **Thời gian mang khí cụ:**

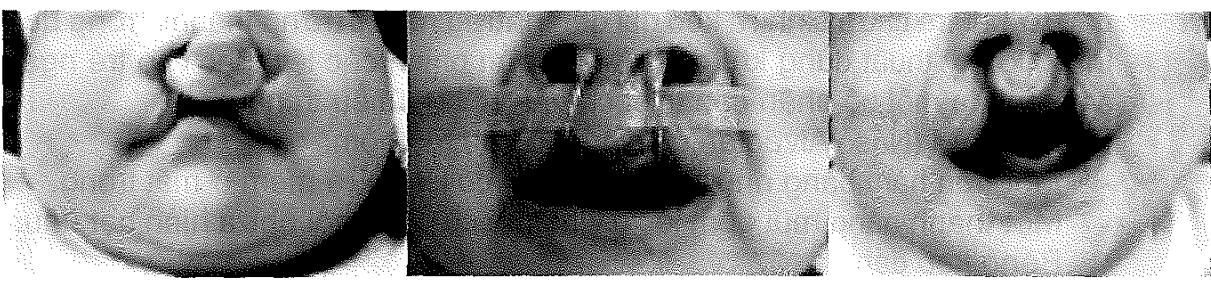
- Mang suốt ngày.
- Mang 3 tháng đối với sứt môi 1 bên.
- Mang 5 tháng đối với sứt môi 2 bên.



Hình 2.
Trước điều trị SM - HV 1 bên

Hình 3.
Gắn khí cụ

Hình 4.
Kết quả sau 3 tháng



Hình 5.
Trước điều trị SM-HV 2 bên

Hình 6.
Gắn khí cụ

Hình 7.
Kết quả sau 5 tháng

III. CƠ CHẾ TÁC ĐỘNG VÀ HIỆU QUẢ CỦA KHÍ CỤ NAM

1. Tác động trên mô mềm: giảm độ rộng khe hở mũi môi, tăng độ thẩm mỹ và cân xứng của mũi.
 2. Tác động trên sụn: tăng chiều cao sụn mũi và tăng chiều dài trụ mũi.
 3. Tác động trên xương: giảm độ rộng khe hở cung hàm, giảm độ nhô và độ lệch của xương tiền hàm.
- Hiệu quả mang lại:
 - Việc thực hiện phẫu thuật về sau sẽ dễ dàng hơn.
 - Tăng mức độ thẩm mỹ sau phẫu thuật.
 - Giảm thiểu số lần phẫu thuật chỉnh sửa về sau.

IV. CHỈ ĐỊNH MANG KHÍ CỤ NAM

- Các bé bị sứt môi - hở vòm có một trong các tình trạng sau:
 - Khe hở môi rộng.
 - Khe hở vòm rộng.
 - Mũi thấp và/hoặc lệch.
 - Mấu lồi xương lệch và/hoặc nhô cao.

V. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khoang miệng đang bị viêm nhiễm, lở loét.
- Đang khó thở vì viêm đường hô hấp.

VI. QUY TRÌNH THỰC HIỆN KHÍ CỤ NAM

1. Khám, đánh giá bệnh nhân

- Chụp hình ngoài mặt.
- Đo kích thước khe hở.

2. Lấy mẫu cấu trúc mũi miệng

- Chuẩn bị bệnh nhi: không bú hoặc uống nước trong vòng 1 - 2 giờ trước khi lấy dấu, trạng thái hoàn toàn tỉnh táo, nằm trong lòng người nhà.
- Ghế nha khoa: tư thế 90 độ.
- Điều dưỡng: giữ đầu bệnh nhi 90 độ, đầu và cổ thẳng trực.
- Bác sĩ: thử khay cá nhân và kiểm tra khoang miệng trước khi lấy dấu.
- Đưa khay có chất lấy dấu vào miệng bệnh nhi, tay trái ấn lưỡi (hoặc dùng gương), đẩy hàm dưới hạ thấp và lùi sau tối đa, lấy bỏ chất lấy dấu thừa.
- Khi chất lấy dấu đông đặc, lấy khay ra.
- Kiểm tra khoang miệng, lấy sạch chất lấy dấu còn sót.
- Thời gian làm việc trong miệng là 15 - 20 giây, không vượt quá 60 giây.

3. Kiểm tra dấu, đồ mẫu thạch cao.

4. Thiết kế và đúc khí cụ.

5. Thủ hàm, sửa hàm, gắn hàm.

6. Hướng dẫn cha mẹ bệnh nhi cách tháo và gắn hàm

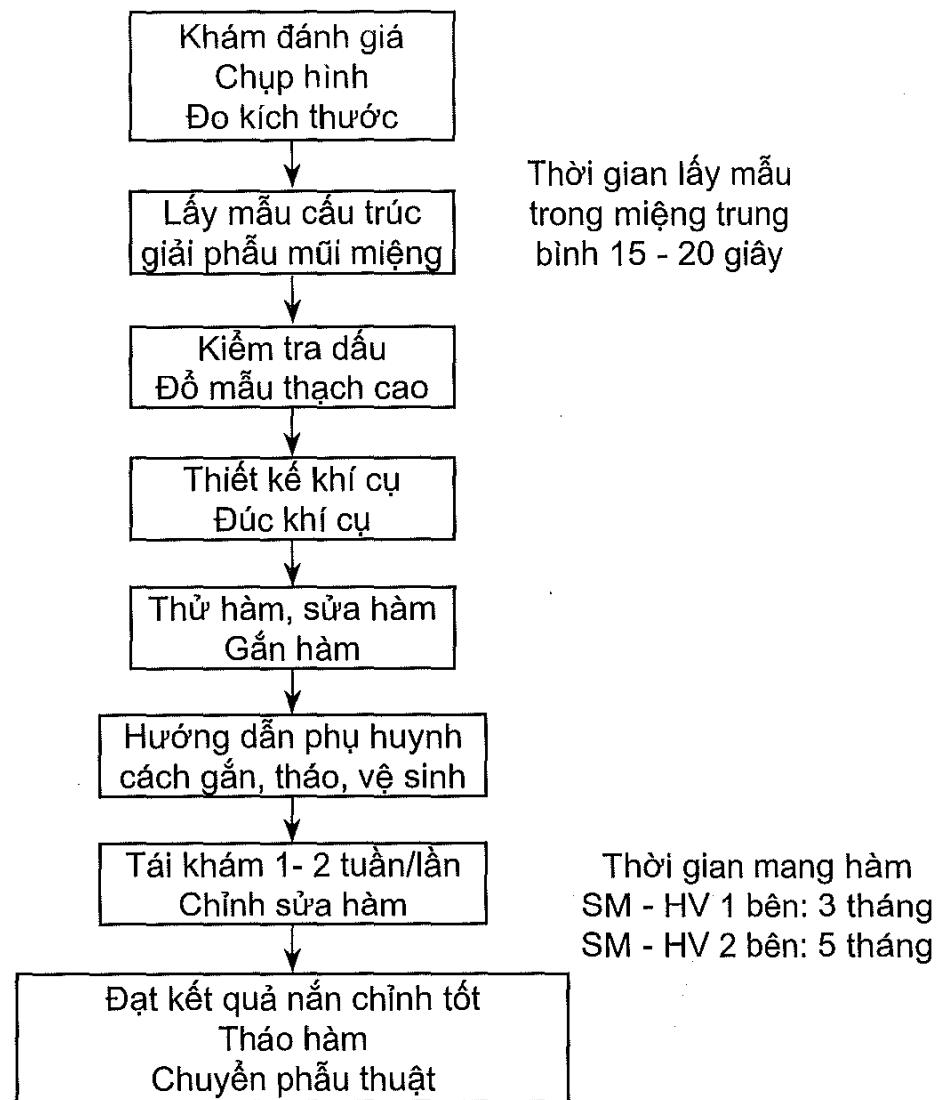
- Bước 1: dán băng keo tapping, từ gò má bên lành sang bên bệnh.
- Bước 2: thoa lớp mỏng vaselin lên thanh nâng mũi.
- Bước 3: thoa lớp mỏng keo dán hàm vào mặt trong nền nhựa và tán đều.
- Bước 4: kéo nhẹ môi trẻ, đưa khí cụ vào theo chiều trước sau, đặt nền hàm vào miệng, đặt thanh nâng mũi vào cửa mũi sao cho cánh mũi hơi trắng và trụ mũi thẳng, kéo môi má ra ngoài để đảm bảo nền hàm ôm trọn sóng hàm bệnh nhi.
- Bước 5: dùng ngón tay ấn nhẹ nền hàm, giữ 30 phút cho đến khi hàm dính tốt.

7. Mang hàm liên tục ngày đêm, làm sạch khoang miệng và khí cụ mỗi ngày để đảm bảo vệ sinh.



VII. TÁI KHÁM THEO DÕI - XỬ TRÍ CÁC TAI BIẾN

- Hẹn tái khám sau 1 - 2 tuần/lần.
- Trong quá trình mang hàm, trẻ có thể gặp các tai biến sau:
 - Dị ứng da vùng má có dán băng dính: cần dùng vật liệu bảo vệ phù hợp.
 - Loét niêm mạc mũi - miệng: mài chỉnh hàm, điều trị sang thương, điều chỉnh lực phù hợp.



Quy trình điều trị nắn chỉnh tiền phẫu thuật cho trẻ sứt môi - hở vòm bằng khí cụ NAM tại bệnh viện Nhi Đồng 1

Vấn đề	Mức độ chứng có	Mức độ khuyên cáo	Tài liệu tham khảo
Khí cụ NAM cải tiến (giảm mày mũi, thu hẹp khe nở, xương ống rỗng) trước để đạt kết quả cho trẻ sứt môi, hở vòm	1	Mạnh	Correlation between Nasal Alveolar Molding and Curettal, Aesthetic, Functional and Sociodental outcome. Outcome Following Primary Repair Surgery: a Systematic Review 2017