

SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
BỆNH VIỆN LÊ VĂN VIỆT



PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ
LIÊN CHUYÊN KHOA

NĂM 2024

MỤC LỤC

A. PHẦN MẮT

1. VIÊM TÚI LỆ	3
2. HỘI CHỨNG KHÔ MẮT	8
3. BÔNG MẮT DO HÓA CHẤT	12
4. VIÊM KẾT MẠC CẤP	17
5. VIÊM KẾT MẠC DỊ ỨNG CẤP TÍNH	22
6. VIÊM KẾT GIÁC MẠC MÙA XUÂN	25
7. MỘNG THỊT.....	30
8. DỊ VẬT GIÁC MẠC VÀ VÒNG RỈ SÉT	33
9. CHẮP - LỆO	35
10. VIÊM BỜ MI	38
11. U MI	42
12. XUẤT HUYẾT TIỀN PHÒNG	46

B. PHẦN RĂNG HÀM MẶT

13. BỆNH NHA CHU	49
14. BỆNH SÂU RĂNG.....	57
15. VIÊM TỦY RĂNG	63
16. NHỔ RĂNG THÔNG THƯỜNG	68
17. CHẢY MÁU SAU NHỔ RĂNG	73
18. BỆNH LÝ VÙNG QUANH CHÓP RĂNG.....	76
19. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN	81

C. PHỤC HÌNH RĂNG

20. A. MẤT RĂNG TOÀN BỘ	85
21. MẤT RĂNG TỪNG PHẦN.....	89
22. SAI KHỚP CÁN LOẠI I	93

A. PHẦN MẮT

VIÊM TÚI LỆ

1. ĐẠI CƯƠNG

a. Định nghĩa:

Viêm túi lệ là một bệnh lý thường gặp trong nhãn khoa, là tình trạng viêm mạn tính hoặc cấp tính tại túi lệ. Bệnh thường xảy ra thứ phát sau tắc ống lệ mũi bẩm sinh hoặc mắc phải.

b. Nguyên nhân:

- Là hậu quả của tắc ống lệ mũi bẩm sinh hoặc tắc ống lệ mũi mắc phải.
- Tác nhân vi sinh vật thường gặp gây viêm túi lệ khá đa dạng. Các vi sinh vật có thể gây viêm túi lệ bao gồm vi khuẩn Gram dương như *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus Aureus*, *Streptococcus pneumoniae*; vi khuẩn gram âm như: *Pseudomonas aeruginosa*, *Hemophilus influenza*, *Proteus*, kể cả vi khuẩn kỵ khí như *Propionibacterium acnes*.

2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

a. Lâm sàng:

Viêm túi lệ biểu hiện ở hình thái mạn tính hoặc có những đợt viêm cấp tính.

- Viêm túi lệ mạn tính
 - +Chảy nước mắt thường xuyên, có thể kèm chảy mủ nhầy.
 - + Dính mi mắt do các chất tiết nhầy.
 - +Vùng túi lệ có khối nề, căng, ấn vào có mủ nhầy trào ra ở góc trong mắt.
 - +Viêm kết mạc góc trong.
 - +Bơm lệ đạo: nước trào qua lỗ lệ đối diện có nhầy mủ kèm theo.
- Viêm túi lệ cấp tính
 - +Có tiền sử chảy nước mắt, hoặc chảy nước mắt kèm nhầy mủ.
 - +Đau nhức vùng túi lệ, có thể đau tăng lên khi liếc mắt vì phản ứng viêm có thể tác động đến cơ chéo dưới. Đau có thể lan ra nửa đầu cùng bên, đau tai hoặc đau răng.

- +Vùng túi lệ sưng, nóng, đỏ.
- +Túi lệ giãn rộng, lan ra phía dưới ngoài hoặc một phần ở phía trên.
- +Nếu quá trình nhiễm trùng nặng hơn, gây áp xe túi lệ.
- +Giai đoạn muộn hơn, có thể gây dò mủ ra ngoài da. Mủ nhầy thoát từ túi lệ ra ngoài qua lỗ dò này.
- +Toàn thân: mệt mỏi, sốt, đặc biệt các triệu chứng toàn thân thể hiện rõ hơn ở người già. Có thể có hạch trước tai.

b. Cận lâm sàng

- Viêm túi lệ có thể được chẩn đoán dễ dàng dựa vào các triệu chứng lâm sàng mà không cần đến các xét nghiệm chẩn đoán khác. Tuy nhiên trong một số trường hợp, chụp phim cắt lớp vùng túi lệ và hốc mắt sẽ cho thấy rõ hình ảnh túi lệ bị viêm hay u túi lệ.
- Xét nghiệm vi sinh vật: xác định loại vi sinh vật gây viêm túi lệ bằng xét nghiệm nhuộm soi, nuôi cấy mủ nhầy từ túi lệ.

3. CHẨN ĐOÁN

a. Chẩn đoán xác định căn cứ vào các triệu chứng lâm sàng:

- Viêm túi lệ mãn: chảy nước mắt tự nhiên liên tục, bơm lệ quản có nhầy mủ trào ra ở điểm lệ đối diện.
- Viêm túi lệ cấp: trước đó thường xuyên chảy nước mắt. Vùng túi lệ sưng nóng đỏ, đau nhức, có thể có dò mủ túi lệ.

b. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm kết mạc mạn tính: mắt đỏ, kết mạc cương tụ nhẹ. Bệnh nhân có thể chảy nước mắt. Bơm lệ đạo nước thoát tốt xuống miệng.
- U túi lệ: bệnh nhân có khối u vùng góc trong mắt, có thể gây chảy nước mắt nếu u chèn chỗ nhiều, gây tắc lệ đạo. U có mật độ chắc, ấn vào khối u không thay đổi và không có mủ nhầy trào ra ở lỗ lệ. Khi bơm lệ đạo nước thoát tốt hoặc nước trào ngược và không có nhầy mủ. Chụp cắt lớp sẽ phân biệt được rõ u và viêm túi lệ.
- U vùng túi lệ: u ở vùng túi lệ có thể gây chèn ép vào túi lệ, gây chảy nước

mắt. U có mật độ chắc, ấn vào khối u không thay đổi về kích thước. Bơm lệ đạo nước thoát xuống miệng hoặc trào ngược nhưng không có nhầy mủ.

- Áp xe vùng túi lệ: bệnh nhân không có tiền sử chảy nước mắt. Bơm lệ đạo nước có thể thoát xuống miệng, không có tắc lệ đạo. Tuy nhiên rất khó phân biệt giữa viêm túi lệ cấp và áp xe vùng túi lệ ở giai đoạn viêm cấp tính. Chẩn đoán phân biệt dựa vào bơm lệ đạo sau khi qua giai đoạn viêm cấp. Sau khi điều trị bằng kháng sinh, hết viêm cấp, bơm lệ đạo nước thoát, không có tắc lệ đạo và viêm túi lệ mãn tính.

c. Tiến triển và biến chứng

Nếu không được điều trị, viêm túi lệ mãn gây viêm kết mạc, viêm giác mạc. Viêm túi lệ mãn có các đợt viêm cấp, gây áp xe túi lệ thậm chí gây viêm tổ chức hốc mắt. Viêm túi lệ cấp có thể gây dò mủ ra ngoài da, viêm mi, hốc mắt.

Nhìn chung các trường hợp viêm túi lệ mạn đều có thể điều trị khỏi bằng phẫu thuật nối thông túi lệ mũi. Tỷ lệ khỏi bệnh sau phẫu thuật từ 85% - 95% tùy theo từng nghiên cứu. Các trường hợp điều trị bằng phẫu thuật nối thông túi lệ mũi thất bại, có thể điều trị khỏi hoàn toàn bằng phẫu thuật cắt túi lệ. Tuy nhiên, sau cắt túi lệ, bệnh nhân hết viêm túi lệ nhưng vẫn bị chảy nước mắt vì không phục hồi được chức năng lệ đạo.

4. ĐIỀU TRỊ

a. Nguyên tắc chung

- Điều trị nội khoa được áp dụng cho các trường hợp viêm túi lệ cấp để giải quyết tình trạng nhiễm trùng cấp tính. Sau khi hết viêm cấp tính, bệnh nhân cần được điều trị phẫu thuật để loại trừ ổ viêm mãn tính tại túi lệ.

- Viêm túi lệ cần được điều trị bằng phẫu thuật nối thông túi lệ mũi để giải phóng tình trạng tắc nghẽn và viêm mãn tính tại túi lệ. Nếu không mổ nối thông túi lệ mũi được, bệnh nhân cần được điều trị bằng phẫu thuật cắt túi lệ.

b. Điều trị cụ thể

- Viêm túi lệ mạn tính

+ Thông lệ đạo: được chỉ định cho các trường hợp viêm túi lệ do tắc lệ

đạo bẩm sinh. Thông lệ đạo làm giải phóng chỗ tắc ở ống lệ mũi, phục hồi lưu thông nước mắt. Nhờ vậy, không còn ứ đọng dịch viêm trong lòng túi lệ, hết viêm túi lệ.

+Phẫu thuật nối thông túi lệ mũi: phẫu thuật nhằm tạo ra một đường thông mới từ túi lệ sang ngách mũi giữa. Có thể tạo đường thông này bằng phẫu thuật qua đường rạch da hoặc qua đường mũi, kết hợp với đặt ống silicon qua lệ quản xuống mũi.

+Nếu không phẫu thuật nối thông túi lệ-mũi được, hoặc mổ nối thông túi lệ mũi thất bại, cần mổ cắt bỏ túi lệ để loại trừ ổ viêm và tránh các biến chứng như viêm túi lệ cấp hoặc nhiễm trùng tại bề mặt nhãn cầu.

- Viêm túi lệ cấp tính

Điều trị viêm túi lệ cấp được chia làm 2 giai đoạn: điều trị viêm cấp tính và điều trị dự phòng tái phát, bao gồm cả việc điều trị nguyên nhân.

* Điều trị viêm túi lệ cấp tính:

+Dùng kháng sinh chống nhiễm trùng: dùng kháng sinh toàn thân đường tiêm hoặc uống tùy theo mức độ nặng nhẹ của viêm túi lệ. Nên dùng các kháng sinh có phổ rộng. Có thể phối hợp kháng sinh. Sau khi tìm được tác nhân gây bệnh, nên dùng kháng sinh theo kết quả kết quả kháng sinh đồ.

- Kháng sinh toàn thân: Kháng sinh phổ rộng (Nhóm penicilin, nhóm Cephalosporin thế hệ 3, fluoroquinolones, ...).

- Kháng sinh nhóm penicilin: Amoxicilin 500mg hoặc Amoxicilin/clavulanate 500/125mg uống x 3 lần/ngày; hoặc 875/125mg uống x 2 lần/ngày x 5 – 7 ngày. Trẻ em dưới 20kg thường dùng liều 20 – 40mg/kg/ngày.

- Kháng sinh nhóm Cephalosporin: Cefuroxime liều 250 - 500mg uống x 2 lần/ngày hoặc Cefixim 200mg uống x 2 lần/ngày x 5 - 7 ngày. Với trẻ em có thể dùng liều 10mg/kg x 2 lần/ngày x 5 - 7 ngày.

- Kháng sinh nhóm quinolon: Ciprofloxacin: liều 250 - 500mg/ngày x 2 lần/ngày x 5 - 7 ngày. Không dùng thuốc nhóm này cho trẻ em dưới 12 tuổi.

- Kháng sinh nhỏ mắt: 6 lần/ngày như Tobramycin (Tobrex 0.3%, ...), Ofloxacin (Oflovid 0.3%, ...), Levofloxacin (Cravit 0.5%, ...), Moxifloxacin (Vigamox 0.5%, Moxi-eye 0.5%, ...)

+Giảm phù nề: Dùng các thuốc giảm phù nề như Alphachymotrypsin uống 4 - 8mg/ngày x 1-2 lần/ngày x 5-7 ngày.

+Giảm đau: Dùng thuốc giảm đau nếu có đau nhức nhiều như Paracetamol uống 10mg/kg x 2 - 3 lần/ngày.

+Chích rạch áp xe: tháo bớt mủ ở ổ áp xe giúp cho bệnh nhân đỡ đau và lấy bệnh phẩm để nuôi cấy tìm tác nhân gây bệnh và làm kháng sinh đồ. Có thể hút mủ qua đường lệ quản hoặc rạch trực tiếp vào túi lệ qua đường rạch ở da.

* Điều trị dự phòng tái phát: Điều trị nội khoa sẽ làm viêm túi lệ cấp ổn định rồi chuyển sang giai đoạn viêm túi lệ mãn tính trong vòng 1 -2 tuần. Để tránh viêm túi lệ cấp tái phát, bệnh nhân cần được tiếp tục điều trị bằng phẫu thuật nối thông túi lệ mũi hoặc cắt bỏ túi lệ.

5. PHÒNG BỆNH

Điều trị sớm các trường hợp tắc ống lệ mũi là biện pháp có hiệu quả để phòng viêm túi lệ mãn. Các trường hợp viêm túi lệ mãn được điều trị sớm thì sẽ tránh được biến chứng viêm túi lệ cấp

Tài liệu tham khảo:

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt, Bộ Y tế, 2015
2. Phác đồ điều trị Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh, 2021

HỘI CHỨNG KHÔ MẮT

1. TRIỆU CHỨNG CƠ NĂNG:

- Mắt có thể đỏ, cảm giác khô, nóng, cảm giác dị vật, chảy nước mắt, giảm thị lực từ nhẹ đến nặng, chói sáng.

- Triệu chứng nặng lên khi tiếp xúc với gió, khói, nhiệt độ cao, độ ẩm không khí thấp, sử dụng mắt lâu (như làm việc trên máy tính nên giảm chớp mắt). Bệnh thường mãn tính và bị hai mắt. Triệu chứng khó chịu thường không tương xứng với dấu chứng lâm sàng.

2. TRIỆU CHỨNG THỰC THỂ:

- Liềm nước mắt giảm và không đều ở bờ mí dưới, thông thường liềm sinh lý cao khoảng 0.5 mm và có hình vòm.

- Giảm thời gian vỡ phim nước mắt (BUT) (đánh giá thời gian sau nhuộm fluorescein từ lúc chớp mắt đến lúc phim nước mắt vỡ): nếu dưới 10 giây là phim nước mắt bị mất ổn định.

- Lưu ý: Phim nước mắt có thể vỡ tại bất cứ vị trí nào, sự vỡ sớm lặp lại tại một vị trí gợi ý có cự bất thường khu trú của bề mặt giác mạc.

- Các dấu hiệu khác: nhuộm giác mạc hoặc kết mạc dạng chấm với fluorescein, rose bengal, xanh lisamine ở phía dưới hoặc vùng khe mí. Lớp phim nước mắt có nhiều nhầy hoặc lắng đọng (debris) và sợi giác mạc có thể gặp ở những trường hợp nặng.

3. NGUYÊN NHÂN:

- **Nguyên phát:** thường gặp ở phụ nữ mãn kinh hoặc tiền mãn kinh:

- +Do tăng bốc hơi: suy giảm lớp lipid của phim nước mắt, thường do viêm bờ mí hoặc rối loạn chức năng tuyến Meibomius. Triệu chứng nặng lên vào buổi sáng, bệnh nhân thường than mờ mắt khi thức dậy.

- +Do thiếu lớp nước: khô mắt do thiếu lớp nước; sự tiết lớp nước trong phim nước mắt thường giảm theo tuổi. Triệu chứng thường nặng về chiều và khi sử dụng mắt nhiều.

- +Phối hợp cả hai yếu tố trên: tăng bốc hơi và giảm tiết nước mắt thường

phối hợp với nhau. Đôi khi có cả tình trạng giảm tiết mucin.

- **Liên quan đến lối sống:** khí hậu khô nóng, tiếp xúc dị nguyên, đọc sách/ làm việc trên máy tính/ xem ti vi thời gian lâu.

- **Các bệnh lý mô liên kết:** ví dụ hội chứng Sjogren, viêm khớp dạng thấp, u hạt Wegener, lupus hệ thống.

- **Sẹo kết mạc:** do bệnh mắt hột, bỏng hóa chất, hội chứng Steven-Johnson, sẹo xơ sau pemphigoid nhãn cầu.

- **Thuốc:** ngừa thai uống, kháng cholinergic, kháng histamine, chống loạn nhịp, chống co thắt, chống loạn thần, thuốc chống trầm cảm 3 vòng, ức chế beta, lợi tiểu, retinoids, ức chế sự tái hấp thụ serotonin chọn lọc, hóa trị.

- **Thâm nhiễm tuyến lệ:** sarcoidosis, u.

- **Xơ hóa tuyến lệ sau xạ trị.**

- **Thiếu Vitamin A:** thường do suy dinh, kém hấp thu ở ruột, sau phẫu thuật giảm cân.

- **Sau phẫu thuật khúc xạ** trên giác mạc như: PRK, LASIK: thường thứ phát do các nhánh thần kinh giác mạc bị cắt đứt và ảnh hưởng đến sự tiết nước mắt phản xạ bình thường.

4. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

Các bệnh lý giác mạc chậm nông.

5. KHÁM – TEST KHÁM – CẬN LÂM SÀNG

- Hỏi bệnh và khám để tìm các yếu tố gợi ý nguyên nhân.

- Khám trên sinh hiển vi, nhuộm Fluorescein để khám bề mặt nhãn cầu và làm test vỡ phim nước mắt (BUT). Cũng có thể sử dụng rose Bengal hoặc xanh lisamine để nhuộm kết giác mạc,

- Khám liềm nước mắt tốt nhất trước khi nhỏ mắt.

- **Thực hiện Schirmer test:** thấm bớt nước mắt còn tồn đọng, đặt giấy thấm vào cùng đồ dưới tại vị trí 1/3 ngoài và 1/3 giữa của mi mắt, trong 5 phút, bệnh nhân phải mở mắt và chớp mắt bình thường.

+ Khi không nhỏ tê: đo lường sự tiết nước mắt cơ bản và phản xạ. Kết

quả bình thường khi độ dài nước mắt thấm là ít nhất 15mm trong 5 phút.

+Khi có nhỏ thuốc tê: nhỏ thuốc tê (như proparacain) trước khi thấm bớt lượng nước mắt dư, và đặt giấy thấm, test dùng để đo sự tiết nước mắt cơ bản, kết quả bất thường khi độ dài đo được 5mm trở xuống. Dưới 10mm được xem là nghi ngờ có giảm tiết.

- Tầm soát hội chứng Sjogren

6. ĐIỀU TRỊ

a. Mức độ nhẹ:

Nhỏ nước mắt nhân tạo khoảng 4 lần/ngày

b. Mức độ trung bình:

- Nhỏ nước mắt nhân tạo mỗi 1-2 giờ, nên nhỏ loại không có chất bảo quản:

+**Nước mắt nhân tạo có chất bảo quản:** hydroxypropyl methylcellulose (Laci-eye, Syseye), carboxymethylcellulose (Refresh tear, Optive), dextran, glycerin, polyethylene glycol (Systane, Systane Ultra), natri hyaluronat (Sanlein 0,1%, Hylaform 0,1%,...)

+**Nước mắt nhân tạo không có chất bảo quản (loại tép):** natri hyaluronat (afenemi 0,18%,...), hydroxypropyl methylcellulose (Laci-eye,...),...

- Tra mỡ hoặc gel nước mắt nhân tạo: Carbomer (liposic eye gel), carboxymethylcellulose (Refresh liquid gel)

- Thay đổi lối sống: ví dụ dùng thiết bị làm ẩm không khí, ngưng hút thuốc

- Cyclosporine 0,05%: nhỏ 2-4 lần/ngày hiệu quả đối với tình trạng khô mắt mạn tính và giảm tiết nước mắt do viêm. Để tăng hiệu quả của thuốc và làm giảm tác dụng phụ, có thể nhỏ kèm steroid (loteprednol 0.5%) x 2-4 lần/ ngày sau 1 tháng bắt đầu nhỏ cyclosporine.

c. Mức độ nặng:

- Cyclosporine 0,05% sử dụng như trên

- Sử dụng nước mắt nhân tạo dạng mỡ hoặc gel 2-4 lần /ngày và trước khi đi ngủ.

- Đeo kính tạo ẩm ban đêm
- Nếu có các sợi nhầy hoặc sợi giác mạc thì cần bóc sợi và dùng acetycystein 10% 4 lần/ ngày.
- Các điều trị khác như dung dầu cá Omega 3, dầu hạt lanh, thuốc nhỏ vitamin A,...
- Cần nhắc phẫu thuật khâu cò vĩnh viễn nếu các cách trên không hiệu quả.
- Lưu ý:
 - +Cần điều trị các bệnh lý phối hợp với khô mắt như viêm bờ mi, bệnh lý giác mạc do hở mi. Các phương tiện điều trị viêm bờ mi: gạc chườm ẩm,...
 - +Luôn sử dụng nước mắt nhân tạo không có chất bảo quản nếu sử dụng hơn 4 lần/ ngày

7. THEO DÕI ĐÁNH GIÁ

- Đánh giá bệnh nhân sau vài ngày hoặc vài tháng dựa vào độ nặng của các triệu chứng và mức độ khô mắt.
- Bệnh nhân khô mắt nặng nên tránh dùng kính tiếp xúc và các phẫu thuật khúc xạ trên giác mạc như LASIK, PRK.

Tài liệu tham khảo:

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt, Bộ Y tế, 2015
2. Phác đồ điều trị Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh, 2021

BÔNG MẮT DO HÓA CHẤT

1. ĐẠI CƯƠNG

a. Định nghĩa:

Bông mắt do hóa chất là một cấp cứu đặc biệt trong nhãn khoa, bông có thể bị ở một mắt hoặc bị cả hai mắt và có thể bông rất nặng. Tổn thương cả mi cũng như kết giác mạc và tổ chức nội nhãn, điều trị gặp nhiều khó khăn. Tiên lượng dè dặt có thể gây mù không hồi phục.

Thái độ xử trí ban đầu giúp nhiều đến tiên lượng của bệnh.

b. Nguyên nhân

- Bông do axit gồm các loại như axit vô cơ (axit sunfuric, axit Clohydric) hay axit hữu cơ.
- Bông do bazơ như bông vôi, bông kiềm.

c. Phân loại bông:

Phân độ bông mắt theo Roper Hall

Bảng phân độ bông theo Roper Hall		Tiên lượng
Độ I	Tróc biểu mô giác mạc, nhu mô bên dưới trong. Kết mạc cương tụ. Không thiếu máu (khiếm dưỡng) rìa.	Tốt
Độ II	Tróc biểu mô giác mạc, giác mạc đục nhẹ vẫn quan sát được các chi tiết của móng mắt. Kết mạc phù. Thiếu máu vùng rìa dưới 1/3 chu vi (120^0).	Khá
Độ III	Mất toàn bộ biểu mô giác mạc. Đục giác mạc, không thấy được chi tiết của móng mắt. Thiếu máu vùng rìa từ 1/3 – 1/2 chu vi (120^0 - 180^0)	Nặng
Độ IV	Đục giác mạc toàn bộ. Xuất tiết trong tiền phòng. Thiếu máu vùng rìa trên 1/2 chu vi ($>180^0$). Hoại tử kết mạc.	Rất nặng

2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

a. Lâm sàng

a. Triệu chứng cơ năng

- Đau rất mắt, kích thích dữ dội, khó mở mắt, chảy nước mắt dãn dụa.

- Nhìn mờ hoặc không nhìn thấy gì.

b. Triệu chứng thực thể

- Mi mắt bong các mức độ, đặc biệt bờ mi, có thể điểm lệ cũng bị tổn thương.
- Kết mạc có thể gập: cương tụ, phù kết mạc, chấm xuất huyết xung quanh rìa, xuất huyết dưới kết mạc, thiếu máu kết mạc test Amler (+).
- Giác mạc có thể mờ đục nhẹ, có thể xước biểu mô giác mạc hay nặng hơn là giác mạc mờ đục thậm chí đục trắng sứ, nên không thấy mống mắt, thể thủy tinh.
- Có phản ứng với màng bồ đào: Tyndal (+), dính mống mắt, có thể tăng nhãn áp.
- Đo độ pH xác định tính chất bong là axit hay bong kiềm.

c. Triệu chứng toàn thân

- Mệt mỏi, lo lắng, hoảng hốt
- Nếu bong nặng, có diện tích bong rộng có thể gây sốc.

b. Cận lâm sàng

- Siêu âm: xác định các tổn thương phối hợp.
- XQ: xác định những tổn thương phối hợp như dị vật nội nhãn trong ổ (Ví dụ như ổ bình ắc-quy).
- Đo pH mắt

3. CHẨN ĐOÁN

a. Chẩn đoán xác định

- Dựa vào hỏi bệnh
- Dựa vào các triệu chứng lâm sàng như đau nhức, nhìn mờ, bong mi, bong kết mạc ở các mức độ, bong giác mạc ở các mức độ.
- Đo pH.
- Cận lâm sàng như siêu âm và X quang tìm các tổn thương phối hợp.

b. Chẩn đoán phân biệt

Phân biệt giữa bong axit hay bong bazơ.

c. Tiến triển và biến chứng

- Đặc điểm của hóa chất là quá trình tiến triển nặng đặc biệt bong kiềm thường

tiên lượng khó khăn hơn, phụ thuộc vào những yếu tố sau:

- +Mức độ thiếu máu kết mạc
- +Tình trạng hở mi
- +Tình trạng giác mạc: giác mạc không có lớp biểu mô che phủ sẽ phát triển màng máu từ kết mạc vào giác mạc. Loét giác mạc mãn tính, mạch máu xâm nhập vào lớp nhu mô làm cho giác mạc mờ đục và thị lực giảm.
- Những tổn thương nhãn cầu kết hợp:
 - +Khô mắt do tắc ống bài tiết nước mắt.
 - +Tăng nhãn áp do tổn thương góc.
 - +Đục thể thủy tinh thứ phát với nghiền đồng tử.

4. ĐIỀU TRỊ

a. Nguyên tắc chung:

- Loại trừ chất gây bỏng.
- Chống đau.
- Chống nhiễm khuẩn.
- Chống dính.
- Tăng cường dinh dưỡng giác mạc.
- Điều trị biến chứng, di chứng.
- Điều trị ngoại khoa khi cần thiết.

b. Điều trị cụ thể

- Lấy hết dị vật nếu có, kiểm tra kỹ ở các túi cùng, đặc biệt với bỏng vôi phải lấy hết vôi. Vì vậy phải bóc lột cùng đồ rộng bằng hai vành mi, lấy dị vật bằng panh. Chú ý: trường hợp bỏng vôi sống, trước khi rửa phải lấy hết vôi bám kết mạc sau đó rửa mắt.

- Rửa mắt, rửa nhiều nước, nhiều lần, mỗi lần rửa ít nhất 15' - 30'. Dung dịch để rửa mắt là nước muối sinh lý (Natri Clorid 0.9%) hoặc dung dịch Lactat Ringer ít nhất 500ml. Mục đích rửa mắt làm loãng chất gây bỏng và giảm độc tố chất gây bỏng. Đo pH trước và sau rửa mắt.

- Chống đau bằng các thuốc an thần, giảm đau tại chỗ và toàn thân. Chú ý khi

sử dụng các thuốc giảm đau tại chỗ như Dicain nhỏ mắt nhiều có thể gây độc cho biểu mô. Thuốc giảm đau toàn thân như Paracetamol (Tatanol, Partamol Tab, ...).

- **Chống nhiễm khuẩn:** Kháng sinh nhỏ mắt: 6 - 10 lần/ngày tùy theo đánh giá lâm sàng như Ofloxacin (Oflovid 0.3%, ...), Levofloxacin (Cravit 0.5%, ...), Moxifloxacin (Vigamox 0.5%, Moxi-eye 0.5%, ...); Kháng sinh tra và uống kết hợp: Kháng sinh phổ rộng (Nhóm penicilin, nhóm Cephalosporin thế hệ 3, fluoroquinolones, ...): kháng sinh nhóm penicilin: Amoxicilin 500mg hoặc Amoxicilin/clavulanate 500/125mg uống x 3 lần/ngày; hoặc 875/125mg uống x 2 lần/ngày x 5 – 7 ngày. Trẻ em dưới 20kg thường dùng liều 20 – 40mg/kg/ngày hoặc kháng sinh nhóm Cephalosporin: Cefuroxime liều 250 - 500mg uống x 2 lần/ngày hoặc Cefixim 200mg uống x 2 lần/ngày x 5 - 7 ngày. Với trẻ em có thể dùng liều 10mg/kg x 2 lần/ngày x 5 - 7 ngày hoặc kháng sinh nhóm quinolon: Ciprofloxacin: liều 250 - 500mg/ngày x 2 lần/ngày x 5 - 7 ngày. Không dùng thuốc nhóm này cho trẻ em dưới 12 tuổi.
- **Chống viêm:** Trong 7 ngày đầu: nhỏ corticosteroid tại chỗ (Pred Forte 1%, Fluometholone 0.1%, ...) 4 – 6 lần/ngày. Tác dụng chống viêm màng bồ đào, dừng quá trình phát triển tân mạch vào giác mạc trong 2-3 tuần đầu sau bỏng.
- **Chống nhuyễn giác củng mạc và chống dính mi cầu:** Doxycycline 100mg uống 1 viên x 2 lần/ngày, thuốc mỡ tra mắt Tetracycline 1% tra 4 lần/ngày, rửa mắt lau sạch tiết tố hàng ngày, tách dính cùng đồ và hướng dẫn bệnh nhân tập vận động nhãn cầu, không được băng mắt.
- **Atropin 1%:** tác dụng chống viêm chống dính. Nếu tăng nhãn áp: nhỏ Timolol 0.5% hoặc Azopt 1%; uống Acetazolamide 250mg uống 1 viên 2-4 lần/ ngày
- **Các thuốc tăng cường dinh dưỡng:** Vitamin C 500mg uống 1 viên 2-4 lần/ngày, nước mắt nhân tạo hỗ trợ lành biểu mô giác mạc (Vitol 0.18%, ...) nhỏ 6-10 lần/ngày, các thuốc tăng cường dinh dưỡng toàn thân.
- **Kính tiếp xúc:** có thể dùng sau vài tuần để bảo vệ lớp biểu mô và mô nhục, giúp lớp biểu mô tái tạo nhanh.
- **Điều trị biến chứng:** điều trị các biến chứng như viêm màng bồ đào, tăng nhãn

áp bằng các thuốc kháng sinh, chống viêm và hạ nhãn áp tại chỗ và toàn thân.

5. PHÒNG BỆNH

- Giáo dục ý thức phòng chống tai nạn bỏng mắt cho tất cả mọi người.
- Đối với những người làm nghề có nguy cơ bỏng cao phải được trang bị đồ dùng bảo hộ lao động và chấp hành tốt các nội qui quy định về an toàn lao động.
- Cải thiện điều kiện làm việc: nơi làm việc phải thoáng khí, đủ ánh sáng, đủ rộng, không quá chật chội.
- Tổ chức tuyến sơ cứu, cấp cứu và xử trí tốt từ cơ sở lên đến tuyến trên. Cần phải chẩn đoán, xử trí kịp thời trong giai đoạn cấp cứu

Tài liệu tham khảo:

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt, Bộ Y tế, 2015
2. Phác đồ điều trị Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh, 2021

VIÊM KẾT MẠC CẤP

1. ĐẠI CƯƠNG

a. Định nghĩa

Viêm kết mạc cấp là tình trạng viêm cấp tính của kết mạc, thường do nhiễm trùng (do virus, vi khuẩn) hoặc dị ứng.

b. Viêm kết mạc cấp có nhiều hình thái:

- Viêm kết mạc cấp tiết tố mũ do vi khuẩn: Đây là hình thái viêm kết mạc dạng nhú tối cấp.
- Viêm kết mạc cấp tiết tố màng do vi khuẩn: là loại viêm kết mạc cấp tiết tố có màng phủ trên diện kết mạc, có màu trắng xám hoặc trắng ngà.
- Viêm kết mạc do virus: Là viêm kết mạc có kèm nhú, nhiều tiết tố và hoặc có giả mạc, bệnh thường kèm sốt nhẹ và các biểu hiện cảm cúm, có hạch trước tai, thường phát triển thành dịch.

c. Nguyên nhân

- Viêm kết mạc cấp tiết tố mũ do vi khuẩn: thường gặp do lậu cầu (*Neisseria Gonorrhoeae*), hiếm gặp do não cầu (*Neisseria Meningitidis*).
- Viêm kết mạc cấp tiết tố màng do vi khuẩn: thường gặp do vi khuẩn bạch hầu (*C. Diphtheria*) và liên cầu (*Streptococcus Pyogene*), phế cầu,...
- Viêm kết mạc do virus: do virus Adeno virus, Entero virus...

2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

a. Lâm sàng

- Tại mắt:

Bệnh xuất hiện lúc đầu ở một mắt, sau đó lan sang hai mắt. Thời gian ủ bệnh từ vài giờ đến vài ngày, thường mũ nhiều nhất vào ngày thứ 5. Bệnh diễn biến rất nhanh:

- +Mi phù nề
- +Kết mạc cương tụ, phù nề mạnh. Có nhiều tiết tố mũ bản, hình thành rất nhanh sau khi lau sạch.
- +Có thể có xuất tiết hoặc màng giả.

+Nếu không điều trị kịp thời giác mạc bị thâm nhiễm rộng, tiến triển thành áp xe giác mạc và có thể hoại tử thủng giác mạc.

- Toàn thân:

+Có thể có hạch trước tai, sốt nhẹ.

b. Cận lâm sàng

- Nhuộm soi: Nhuộm gram.

- Nuôi cấy trên môi trường thạch máu: phân lập vi khuẩn.

3. CHẨN ĐOÁN

a. Chẩn đoán xác định

- Tại mắt

+Mi phù nề.

+Kết mạc cương tụ, phù nề mạnh, có nhiều tiết tố bản.

- Toàn thân

+Có thể có sốt.

+Có hạch trước tai.

b. Chẩn đoán hình thái

- Viêm kết mạc cấp tiết tố có mủ.

+Thời gian ủ bệnh từ vài giờ đến vài ngày, thường mủ nhiều nhất vào ngày thứ 5. Bệnh diễn biến rất nhanh.

+Bệnh xuất hiện ở một mắt, sau đó lan sang hai mắt.

+Có nhiều tiết tố mủ bản, hình thành rất nhanh sau khi lau sạch.

+Xét nghiệm: Nhuộm soi (tiết tố mủ kết mạc): có song cầu khuẩn Gram (-) hình hạt cà phê.

- Viêm kết mạc cấp tiết tố màng do vi khuẩn.

Tại mắt:

+Mi phù nề, căng cứng khó mở. Sau 1-3 ngày mi mềm dần.

+Kết mạc cương tụ, phù nề. Sau 1-3 ngày xuất hiện màng thật hoặc màng giả trên bề mặt kết mạc. Màng thường bản, màu xám. Màng thật khi bóc sẽ lộ lớp tổ chức liên kết phía dưới và chảy máu nhiều. Màng giả bóc dễ

dàng và ít chảy máu.

+Nếu không điều trị kịp thời có thể bị viêm loét giác mạc, viêm nội nhãn.

Toàn thân: Có thể có sốt, khó thở. Cận lâm sàng:

+Nhuộm soi : Vi khuẩn Gram (+)

+Nuôi cấy : phân lập vi khuẩn.

- Viêm kết mạc do virus

Tại mắt:

+Cảm giác xốn cộm như có bụi trong mắt.

+Mi phù nề.

+Kết mạc cương tụ, phù nề, ra nhiều tiết tố trắng hoặc dịch hồng.

+Sau 3-5 ngày có thể thấy có giả mạc màu trắng ở kết mạc sụn mi dày mỏng tùy từng trường hợp.

+Giác mạc có thể viêm chấm biểu mô. Toàn thân:

+Triệu chứng cảm cúm: nhức đầu nhẹ, đau mỏi người sốt nhẹ...

+Hạch trước tai.

c. Tiến triển và biến chứng

- Đối với hình thái viêm kết mạc do lậu cầu: Tốt nếu điều trị sớm và tích cực, có thể thủng hoại tử giác mạc nếu điều trị muộn và không tích cực.

- Đối với hình thái viêm kết mạc do bạch hầu thường không tốt nếu không điều trị toàn thân kịp thời và đúng.

- Đối với hình thái viêm kết mạc do vi rus: điều trị tích cực, đúng phác đồ bệnh sẽ khỏi sau 5-10 ngày, bệnh có thể kéo dài gây viêm giác mạc biểu mô.

4. ĐIỀU TRỊ

a. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị tích cực và khẩn trương

- Điều trị tại chỗ và toàn thân

- Điều trị theo nguyên nhân

- Phát hiện nguồn lây để điều trị và phòng lây lan

b. Điều trị cụ thể

- Tại mắt:

+Bóc màng giả nếu có

+Rửa cùng đồ bằng nước muối sinh lý 0,9 % để loại trừ mủ và tiết tố

+Trong những ngày đầu bệnh diễn biến nhanh, tra nhiều lần thuốc dưới dạng dung dịch (15-30 phút/lần) một trong các nhóm sau:

- Aminoglycosid: tobramycin...

- Fluoroquinolon: ofloxacin, ciprofloxacin, levofloxacin, moxifloxacin,

...

- Các nhóm hỗ trợ : doxycycline,tetracycline,...kháng histamin khi cần thiết,...

- Thận trọng khi dùng Corticoid: Prednisolon acetat, Fluorometholon.

Khi bệnh thuyên giảm có thể giảm số lần tra mắt.

+Phối hợp tra thuốc mỡ một trong các nhóm trên trưa và tối.

+Dinh dưỡng giác mạc và nước mắt nhân tạo.

- Toàn thân: Chỉ dùng trong viêm kết mạc do lậu cầu, bạch hầu. Có thể dùng một trong các loại kháng sinh sau khi bệnh tiến triển nặng, kèm theo triệu chứng toàn thân.

+Cephalosprin thế hệ 3: Người lớn:

- Nếu giác mạc chưa loét: Liều duy nhất 1gram tiêm bắp

- Nếu giác mạc bị loét: 1gram x 3 lần / ngày tiêm tĩnh mạch

Trẻ em: Liều duy nhất 125mg tiêm bắp hoặc 25mg/kg cân nặng 2-3 lần/ngày x 7ngày tiêm bắp.

+Fluoroquinolon: chống chỉ định dùng cho trẻ em dưới 16 tuổi.

+Thuốc nâng cao thể trạng.

5. PHÒNG BỆNH

- Điều trị bệnh lậu đường sinh dục (nếu có).

- Vệ sinh và tra thuốc sát khuẩn /kháng sinh cho trẻ sơ sinh ngay khi đẻ ra.

- Tiêm phòng đầy đủ các bệnh theo đúng quy định của trẻ.

- Luôn nâng cao thể trạng.
- Nếu bị bệnh cần điều trị tích cực tránh lây lan thành dịch

Tài liệu tham khảo:

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt, Bộ Y tế, 2015
2. Phác đồ điều trị Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh, 2021

VIÊM KẾT MẠC DỊ ỨNG CẤP TÍNH

1. ĐẠI CƯƠNG

a. Định nghĩa:

Viêm kết mạc dị ứng cấp tính là hình thái dị ứng nhanh của viêm kết mạc dị ứng khi bệnh nhân tiếp xúc với dị nguyên.

b. Nguyên nhân

Dị nguyên thường là các mỹ phẩm lạ, thuốc tra mắt, hóa chất, bụi, phấn hoa,

2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

a. Lâm sàng

- Triệu chứng xảy ra rất cấp tính.
- Triệu chứng cơ năng: bệnh nhân có cảm giác bỏng rát trong mắt, ngứa mắt, đau, sợ ánh sáng, chảy nước mắt, nhiều khi không mở được mắt.
- Dấu hiệu thực thể: mi sưng nề, mọng đỏ, kết mạc cương tụ, phù nề mọng nước, chảy nhiều dịch, tiết tổ nhầy, phát triển nhú to trên kết mạc sụn mi, đôi khi xuất hiện viêm giác mạc chấm.

b. Cận lâm sàng:

Xét nghiệm tìm dị nguyên khi có điều kiện.

3. CHẨN ĐOÁN

a. Chẩn đoán xác định

Lâm sàng:

- Ngứa mắt, đau, bỏng rát, sợ ánh sáng, chảy nước mắt
- Mi kết mạc phù nề, tiết tổ nhầy, nhú viêm trên kết mạc sụn mi.

b. Chẩn đoán phân biệt

Viêm kết mạc cấp: không có tiền sử tiếp xúc dị nguyên, kết mạc cương tụ nhưng không phù nề nhiều như dị ứng, nhiều tiết tổ nhầy...

c. Tiến triển và biến chứng

- Bệnh thường khỏi sau vài ngày.

- Bệnh có thể tái phát khi bệnh nhân lại tiếp xúc với dị nguyên gây dị ứng.

4. ĐIỀU TRỊ

a. Nguyên tắc điều trị

- Ngừng tiếp xúc với dị nguyên gây dị ứng (nếu xác định được)
- Chườm lạnh 2-3 lần mỗi ngày
- Chống dị ứng tại chỗ và toàn thân.
 - +Tra tại chỗ: chống viêm, chống dị ứng
 - +Toàn thân: chống dị ứng, chống phù (nếu cần)

b. Điều trị cụ thể

- Việc đầu tiên là phải loại trừ tác nhân gây dị ứng bằng rửa mắt bằng dung dịch như nước muối sinh lý.

- Dùng thuốc:

Thuốc tra:

+Corticosteroid: prednisolon acetate 1%, fluorometholone 0,1% 6-8 lần/ngày, trong vài ngày đầu, sau đó bệnh giảm có thể tra rút xuống 3-4 lần/ngày và dừng khi các triệu chứng khỏi hẳn.

+Nếu da mị phù, đỏ ngứa: bôi da mị mỡ có corticoid: mỡ hydrocortison 1%....bôi da mị 3 lần/ ngày

Thuốc uống:

+Thuốc kháng histamin: có thể dùng 1 trong các loại thuốc chống dị ứng như: loratadine, fexofenadine hydrochloride.

+Loratadine 10mg:

- Người lớn, trẻ em ≥ 12 tuổi: 1 viên/ngày
- Trẻ em 6-12 tuổi ≥ 30 kg: 1 viên/ngày.
- Trẻ em 6-12 tuổi ≤ 30 kg: 1/2 viên/ngày

+Fexofenadine hydrochloride: người lớn, trẻ em ≥ 12 tuổi: 60mg/viên x 2 lần/ngày hoặc 120mg-180mg/ 1 lần/ngày.

+Trong những trường hợp có kèm theo triệu chứng toàn thân nặng cần phối hợp hoặc chuyển bệnh nhân đến chuyên khoa dị ứng.

5. PHÒNG BỆNH

Tránh tiếp xúc với dị nguyên nếu xác định được tác nhân gây dị ứng.

Tái khám mỗi 2 tuần, nếu sử dụng steroid tại chỗ nên theo dõi kỹ tác dụng phụ và giảm liều chậm.

Tài liệu tham khảo:

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt, Bộ Y tế, 2015
2. Phác đồ điều trị Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh, 2021

VIÊM KẾT GIÁC MẠC MÙA XUÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

a. Định nghĩa

Viêm kết giác mạc mùa xuân là một hình thái lâm sàng của viêm kết mạc dị ứng, gặp chủ yếu ở nam giới, tuổi thanh thiếu niên. Bệnh thường khởi phát ở trẻ em vào khoảng 4-5 tuổi, bệnh tiến triển mạn tính, thường theo mùa và hay có những đợt kịch phát.

b. Nguyên nhân

- Bệnh có cơ chế dị ứng rõ ràng, tuy nhiên việc xác định dị nguyên là gì còn gặp nhiều khó khăn.
- Dị nguyên thường gặp: phấn hoa, bụi nhà...
- Bệnh có liên quan mật thiết với sự thay đổi thời tiết lúc giao mùa (nhất là xuân hè), ánh nắng, thay đổi nội tiết và yếu tố di truyền.

2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

a. Lâm sàng

a. Triệu chứng cơ năng

+Ngứa là dấu hiệu điển hình của viêm mùa xuân, thường xuất hiện thành từng cơn vào những giờ nhất định (có thể vào buổi sáng khi mới ngủ dậy lúc tiếp xúc với ánh nắng hoặc buổi chiều tối).

+Bệnh nhân có cảm giác như có dị vật trong mắt, cộm, sợ ánh sáng, chảy nước mắt, giảm thị lực. Dử mắt nhiều, có đặc điểm dính, dai và có thể kéo thành sợi.

b. Triệu chứng thực thể

Tồn thương đặc hiệu trong viêm mùa xuân:

+Nhú viêm hình đa giác: trên diện kết mạc sụn (chủ yếu mi trên, đôi khi cũng thấy có vài nhú to trên kết mạc sụn mi dưới) có những nhú đa giác, mặt phẳng xếp sát nhau với các rãnh ngăn cách sâu, mạch máu đan thành lưới trong lòng nhú. Trường hợp tiến triển nặng, các nhú phì đại khổng lồ với tiết tố nhày mũ lấp đầy các khe giữa các nhú.

+Viêm giác mạc chấm nông: là tổn thương thường gặp trong những đợt bệnh tiến triển cấp. Các chấm bắt màu fluorescein dày đặc và đồng đều trên khắp diện giác mạc, gây kích thích chói sáng và co quắp mi. Triệu chứng này sẽ hết đi khi đợt viêm cấp được điều trị ổn định.

+Màng máu giác mạc: có hình thái giống lưới liềm màu xám, bờ sắc nét, các mạch máu đi song song hướng tâm, không nổi thành quai như mạch máu mắt hột.

+Loét giác mạc: ổ loét có màu trắng xám, đáy phẳng, sạch, bờ gọn, đặc biệt ít gây kích thích, nếu không có bội nhiễm kèm theo, do vậy nên được gọi là “loét tro”.

c. Các hình thái lâm sàng

Có 3 thể lâm sàng tùy vị trí tổn thương đặc hiệu: kết mạc sụp mi, rìa và hỗn hợp.

+Hình thái sụp mi: cương tụ kết mạc kèm theo nhú tăng sản chủ yếu trên kết mạc sụp mi trên, hình thái nhú khác nhau tùy theo giai đoạn phát triển của bệnh.

+Hình thái nhú cầu: đặc trưng bởi cương tụ vùng rìa giác mạc, kết mạc vùng rìa dày lên, màu hồng xám hay vàng xám. Trong những trường hợp bệnh nặng trên nền kết mạc vùng rìa dày xuất hiện những chấm trắng (hạt Trantas).

+Hình thái hỗn hợp: gồm tổn thương điển hình phối hợp cả ở vùng rìa và trên kết mạc sụp mi.

b. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm tế bào học: chất nạo kết mạc sụp mi trên: có bạch cầu ái toan.
- Xét nghiệm tìm dị nguyên.

3. CHẨN ĐOÁN

a. Chẩn đoán xác định:

- Lâm sàng:

+Ngứa mắt, cộm mắt, chảy nước mắt, dử mắt dai dẳng.

+Nhú viêm hình đa giác trên kết mạc sụn mi trên, viêm kết mạc vùng rìa.

- Cận lâm sàng:

+Tê bào học: có bạch cầu ái toan.

b. Chẩn đoán phân biệt:

- Mất hột:

+Tổn thương đặc hiệu: hột trên kết mạc sụn mi, hột có thể ở tất cả các lứa tuổi.

+Màng máu trên giác mạc: các mạch máu nối với nhau thành quai mạch.

- Viêm kết mạc hột

+Viêm kết mạc hột có tổn thương đặc hiệu là: hột trên kết mạc sụn mi dưới thường cùng lứa tuổi, và hết khi điều trị viêm kết mạc ổn định.

+Viêm kết mạc mùa xuân tổn thương đặc hiệu là: nhú viêm ở kết mạc sụn mi trên và nhú còn tồn tại trong thời gian dài dù điều trị chống viêm tích cực.

- Viêm kết mạc nhú gai khổng lồ

Thường tìm thấy nguyên nhân: kính tiếp xúc (bị cả 2 mắt), mũi chỉ khâu trên bề mặt nhãn cầu (thường chỉ ở 1 mắt). (Viêm kết mạc mùa xuân không thấy nguyên nhân trên mắt)

- Viêm kết mạc dị ứng do cơ địa

+Tổn thương đặc hiệu: không có nhú viêm trên kết mạc sụn mi.

+Thường kèm tổn thương trên da.

- Viêm kết mạc dị ứng theo mùa

+Tổn thương đặc hiệu không có nhú viêm trên kết mạc sụn mi trên.

+Tính chất theo mùa rõ.

c. Tiến triển và biến chứng.

- Tiến triển.

+Bệnh hay có những đợt kịch phát dù có điều trị liên tục.

+Một số trường hợp bệnh có thể thuyên giảm khi bệnh nhân đến tuổi dậy thì.

- Biến chứng.

+Tổn thương giác mạc: viêm giác mạc, loét giác mạc, loét thủng giác mạc, sẹo giác mạc.

+Biến chứng do dùng thuốc có Corticoid: tăng nhãn áp, đục thủy tinh thể.

4. ĐIỀU TRỊ

a. Nguyên tắc điều trị

- Tại mắt điều trị triệu chứng là chủ yếu

+Chống dị ứng: kháng Histamin, ổn định dưỡng bào...

+Chống viêm: corticoid.

+Tăng cường dinh dưỡng cho biểu mô kết giác mạc, điều trị khô mắt phối hợp.

+Điều trị ngoại khoa khi cần thiết.

- Toàn thân:

+Điều trị giải mẫn cảm nếu tìm được dị nguyên.

+Nếu ngoài biểu hiện ở mắt bệnh nhân còn có các biểu hiện dị ứng ở các cơ quan khác: viêm mũi dị ứng, hen phế quản, viêm da dị ứng....cần dùng thuốc chống dị ứng toàn thân (uống hoặc tiêm), cần thiết phải phối hợp điều trị với chuyên khoa dị ứng.

b. Điều trị cụ thể:

- Ngoài cơn kịch phát

Tra tại chỗ

+Các thuốc kháng histamin và ổn định dưỡng bào như: Pemirolast K 0,1% tra mắt 3 lần/ngày, Olopatadine hydrochloride 0,2% tra mắt 1 lần/ngày, Ketotifen 0,025% tra mắt 2 lần/ngày, Epinastine HCL 0,05% tra mắt 2 lần/ngày...cho đến khi hết triệu chứng. Có thể dùng lại khi xuất hiện bệnh.

+Nước mắt nhân tạo như: Carboxymethyl cellulose sodium,

Polyethylene glycol 0,4% và Propylen glycol 0,3%, acid Hyaluronic tra mắt 4 lần/ngày.

- Trong cơn kịch phát

Tra theo phác đồ như ngoài cơn kịch phát.

- Phối hợp với thuốc tra có corticosteroid: Prednisolon acetate 1% hoặc Fluorometholon 0,1%: 4-6lần/ngày, tra một đợt 7-10 ngày. (khi dùng corticosteroid để điều trị cơn kịch phát phải lưu ý những tác dụng phụ của corticoid, đặc biệt là biến chứng tăng nhãn áp: phải theo dõi nhãn áp định kỳ)

+Thuốc kháng sinh nhỏ mắt: phòng nhiễm trùng, có thể dùng 1 trong các loại chỉ có kháng sinh đơn độc hoặc thuốc phối hợp cả kháng sinh và corticosteroid: 3-4 lần/ngày.

+Thuốc co mạch: Naphazoline HCL hoặc Naphazolin Nitrat đơn thuần 3 - 4 lần/ngày hoặc thuốc nhỏ mắt phối hợp cả thuốc co mạch và kháng histamin: Naphazoline HCL và Pheniramin maleat tra mắt 3-4 lần/ngày....dùng trong thời gian ngắn 3-5 ngày giúp làm giảm nhanh triệu chứng đỏ mắt và ngứa mắt.

5. PHÒNG BỆNH

- Hạn chế tiếp xúc với nắng, gió.
- Trong đợt kịch phát phải đến khám và điều trị tích cực.
- Ngoài đợt kịch phát vẫn nên khám định kỳ

Tài liệu tham khảo:

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt, Bộ Y tế, 2015
2. Phác đồ điều trị Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh, 2021

MỘNG THỊT

1. ĐẠI CƯƠNG

a. Định nghĩa

Mộng thịt là sự tăng sinh của kết mạc nhãn cầu góc trong hay góc ngoài của mắt hướng vào trung tâm giác mạc.

b. Dịch tễ học

Mộng thịt thường gặp:

- Khí hậu nóng ẩm
- Nhiều ánh sáng mặt trời
- Nhiều gió, bụi, đông dân cư
- Nam nhiều hơn nữ, tập trung ở độ tuổi lao động
- Yếu tố gia đình.

c. Sinh bệnh học

- Sự thoái hóa collagen
- Tăng sinh mô xơ → rối loạn tế bào mầm ở vùng rìa → rào cản giữa kết mạc và giác mạc bị phá vỡ → kết mạc sẽ bò qua và xâm lấn vào giác mạc.

d. Phân loại

a. Dựa vào mức độ xâm lấn giác mạc:

- Độ 1: rìa giác mạc
- Độ 2: giữa rìa và nhỏ hơn 1/4 bán kính giác mạc
- Độ 3: từ 1/2 bán kính giác mạc đến bờ đồng tử
- Độ 4: quá bờ đồng tử

b. Dựa vào hình thái:

- Mộng teo: thấy rõ mạch máu ở lớp thượng củng mạc
- Mộng trung gian: thấy một phần mạch máu ở thượng củng mạc
- Mộng thân dày: không thấy mạch máu ở thượng củng mạc

c. Dựa vào mức độ tái phát:

- Mộng nguyên phát: chưa phẫu thuật lần nào.
- Mộng thứ phát: đã phẫu thuật

2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

a. Lâm sàng

a. Triệu chứng cơ năng:

- Đỏ mắt
- Kích thích
- Cảm giác nóng rát
- Chảy nước mắt
- Cảm giác có dị vật trong mắt
- Mờ mắt

b. Triệu chứng thực thể:

- Viêm
- Khô mắt
- Giảm thị lực
- Loạn thị không đều

3. CHẨN ĐOÁN

a. Chẩn đoán xác định:

- Lâm sàng:

+Dựa vào các triệu chứng đỏ mắt, cộm xốn, cảm giác như có vật lạ trong mắt, mờ mắt

+Có thể chẩn đoán bằng mắt thường hoặc khám trên kính sinh hiển vi: là một khối tăng sinh hình tam giác, luôn phát triển về hướng giác mạc ở vùng khe mi vị trí 3g, 9g.

+Mộng tái phát: sự xuất hiện mộng sau một hay nhiều lần phẫu thuật, là sự tăng sinh mô sợi dưới kết mạc, dính chặt mô liên kết

b. Chẩn đoán phân biệt

- Mộng giả: xuất hiện bất kỳ vị trí nào quanh rìa giác mạc, có một cầu nối với giác mạc, có thể luồn spatular qua thân mộng một cách dễ dàng
- Mộng mỡ: khối hơi nhô lên hình tròn, có màu trắng hoặc vàng xuất hiện ở vùng rìa, các mao mạch thường thấy ở phía trong

4. ĐIỀU TRỊ

a. Mộng độ 1, 2:

Điều trị nội khoa khi bị kích thích: nước mắt nhân tạo, kháng viêm, đeo kính mắt...

b. Mộng độ 3, 4:

- Mộng teo hay ít tái phát: cắt mộng đơn thuần + phủ kết mạc.
- Mộng có nguy cơ tái phát: có thể dùng một trong các phương pháp sau tùy phẫu thuật viên.

- + Ghép kết mạc rời

- + Ghép màng ối

c. Mộng tái phát:

- Ghép kết mạc rời
- Ghép màng ối
- Ghép tế bào gốc

5. YẾU TỐ NGUY CƠ TÁI PHÁT

- Tuổi: càng trẻ tái phát càng cao
- Triệu chứng của mộng: đỏ, đau mộng dày, nhiều mạch máu, thâm nhiễm đầu mộng.
- Công việc

6. PHÒNG BỆNH

Hạn chế tiếp xúc với môi trường có nhiều gió bụi, ánh sáng mặt trời, đeo kính râm.

Tài liệu tham khảo:

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt, Bộ Y tế, 2015
2. Phác đồ điều trị Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh, 2021

DỊ VẬT GIÁC MẠC VÀ VÒNG RỈ SÉT

1. ĐẠI CƯƠNG

a. Định nghĩa:

Dị vật vào mắt là tình trạng khi có vật lạ ở bên ngoài (như bụi hay vật li ti) rơi vào mắt. Bệnh rất thường gặp, có thể từ nhẹ như những trường hợp do gió thổi bụi vào mắt, cho đến những trường hợp nặng như dị vật tổn thương sâu vào nhãn cầu. Khi một dị vật rơi vào mắt, nó có thể ảnh hưởng đến giác mạc hay kết mạc. Dị vật bám vào phần phía trước của mắt không thể đi vào trong nhãn cầu, nhưng chúng có thể gây trầy xước trên giác mạc. Những tổn thương thường không nguy hiểm. Tuy nhiên, trong một số trường hợp dị vật có thể gây ra nhiễm trùng hoặc làm giảm thị lực của bạn.

b. Nguyên nhân:

Xung đột, tai nạn, thể thao, lao động

2. CHẨN ĐOÁN

a. Lâm sàng

a. Chủ quan:

Đau, cộm xốn, chảy nước mắt.

b. Khách quan:

- Dị vật trên hay trong nhu mô giác mạc.
- Vòng rỉ sét sâu trong giác mạc nếu dị vật là sắt
- Kết mạc cương tụ
- Mi mắt có thể sưng nhẹ

b. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

- Viêm kết mạc.
- Viêm giác mạc.

c. CẬN LÂM SÀNG:

Chỉ thực hiện trong trường hợp cần lấy dị vật trong phòng mổ: Công thức máu, TS – TC, HBsAg, antiHCV

3. ĐIỀU TRỊ:

a. Thủ thuật:

- Nhỏ tê tại chỗ.
- Lấy dị vật GM sâu = kim 26 + Đánh vòng rỉ sét bằng dụng cụ.
- Tra thuốc mỡ kháng sinh.
- Băng mắt.

b. Điều trị sau thủ thuật:

(1) Kháng sinh:

- Nhỏ tại chỗ 1- 2 tuần: kháng sinh nhóm Quinolone thế hệ 3, 4 nhỏ 4-6 lần/ngày

- Kháng sinh mỡ tra mắt nếu có bong tróc biểu mô nhiều: Pde Tobramycin hoặc Pde Ofloxacin

- Uống (5 ngày)

(2) Kháng viêm: Uống (5 ngày) nếu thấy cần thiết.

(3) Giảm đau: Uống Paracetamol 500mg 3lần/ngày (5 ngày)

(4) Nước mắt nhân tạo chứa Natri hyaluronate giúp tái tạo biểu mô giác mạc: Salein 0,1% nhỏ 4-6 lần/ngày trong 1-2 tuần.

4. THEO DÕI:

- Lấy sạch dị vật, biểu mô giác mạc lành, sạch.
- Tái khám sau 3-5 ngày tùy theo mức độ tổn thương giác mạc

Tài liệu tham khảo:

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt, Bộ Y tế, 2015
2. Phác đồ điều trị Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh, 2021

CHẤP - LỆO

1. ĐẠI CƯƠNG

a. Định nghĩa

- Lẹo là viêm cấp tính của các tuyến nhờn bờ mi (tuyến Zeiss, Moll) hoặc các nang lông mi.
- Chấp là viêm mạn tính hay cấp tính tuyến Meibomius của sụn mi.
- Gây ra bởi tụ cầu trùng Staphylococcus.

2. CHẨN ĐOÁN

a. Lâm sàng

a. Hỏi bệnh:

- Yếu tố dịch tễ: có thể xảy ra ở bất cứ lứa tuổi nào.
- Tiền sử: trước đó có thể đã được chẩn đoán bị viêm bờ mi hay viêm tuyến Meibomius.
- Dấu hiệu lâm sàng và diễn tiến bệnh:
 - + Cảm giác vùng mi hơi cứng, nặng, chớp mắt hơi vướng.
 - + Đôi khi bệnh nhân cảm thấy mờ mắt do chấp mi trên đè lên giác mạc gây ra tình trạng loạn thị.
 - + Chấp tiến triển rất khác nhau: đôi khi chấp tiến tới ổn định, có khi vỡ ra phía kết mạc hoặc ngoài da tạo nên những u hạt viêm lớn.

b. Khám:

- Sờ nốt u nằm dưới da, trong sụn mi, có bờ rõ rệt, di động được với các tổ chức xung quanh, kích thước khoảng 0,3 - 1 cm, không viêm, không đau, kết mạc mi phù nề nhẹ.
- Khi có bội nhiễm, sờ thấy đau và có nốt mủ.
- Lật mi lên có thể thấy chấp xuất hiện dưới kết mạc như một vết vàng nhạt hay xám nhạt, đôi khi thấy u hạt dạng polyp do tổn thương thoát ra khỏi kết mạc sụn mi.

b. Chẩn đoán xác định:

Khi có một nốt xuất hiện trên mi mắt, to dần về kích thước, nằm trong sụn mi,

có bờ rõ, di động được với các tổ chức xung quanh, có thể đau hoặc không. Lật mi lên có thể thấy vết vàng nhạt hay xám nhạt.

c. Chẩn đoán phân biệt:

Carcinoma tế bào đáy hoặc tuyến bã có thể bị chẩn đoán nhầm là chấy, do đó xét nghiệm mô bệnh học rất quan trọng đối với chấy dai dẳng (kết hợp với rụng lông mi, thường gặp ở người già), hay tái phát hoặc không điển hình.

d. Cận lâm sàng:

Chỉ định: trường hợp nghi ngờ hoặc chấy tái nhiều lần, cần lấy khối chấy làm xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

3. ĐIỀU TRỊ

a. Nguyên tắc điều trị

- Giữ vệ sinh mắt
- Chườm ấm bằng gạc sạch
- Phẫu thuật lấy chấy và vỏ bao nếu có chỉ định.

b. Điều trị cụ thể

- Chườm ấm, massage nhẹ nhàng tại chỗ 3 - 4 lần/ngày.
- Nhỏ thuốc:
 - +Chloramphenicol 0, 4% + Dexamethasone 0, 1%, nhỏ 4 - 8 lần/ngày.
- Hoặc
 - +Tobramycin 0, 3% + Dexamethasone 0, 1%, nhỏ 4 - 8 lần/ngày. Hoặc
 - +Ofloxacin 0, 3% + Dexamethasone 0, 1%, nhỏ 4 - 8 lần/ngày. Hoặc
 - +Gentamycin 0, 3% + Dexamethasone 0, 1%, nhỏ 4 - 8 lần/ngày.
- Kháng sinh toàn thân:
 - + Nhóm Beta-lactam: Amoxicillin 1g x 2 lần/ngày
 - +Nhóm Cephalosporin: Cephalexin 500mg x 3 lần/ngày. Hoặc + Nhóm Quinolone: Ciprofloxacin 500mg, Ofloxacin 200mg x 3 lần/ngày.
- Kháng viêm: nhóm thuốc kháng viêm steroid:
 - +Prednisolone 10mg x 2 - 3 lần/ngày.
 - +Methyprenisolon 16mg x 1 lần/ ngày

- Giảm đau:

+Paracetamol 500mg x 2 - 3 lần/ngày.

- Chích rạch chấp/leõ: khi tổ chức viêm khu trú + Tê tại chỗ bằng lidocain 2%, 1ml.

+Dùng kẹp chấp/leõ kẹp vào vùng tổn thương.

+Rạch khoảng 2mm ngoài da (song song bờ mi) hoặc mặt trong mi mắt (vuông góc bờ mi)

+Nạo sạch tổ chức nhày mũ.

+Tra thuốc sát trùng Betadin 5%, thuốc mỡ Gentamycin 1% hoặc Tetracycline 1%

+Băng ép, cầm máu

4. THEO DÕI, TÁI KHÁM

a. Chăm sóc và theo dõi tại nhà

- Ba giờ sau mổ, mở băng mắt, nhỏ thuốc và uống thuốc theo toa.

- Hạn chế dụi tay vào vết mổ.

b. Phòng ngừa

- Giữ vệ sinh mắt.

- Ăn uống điều độ, tránh ăn ngọt.

c. Hẹn tái khám

- Thời gian thường quy: sau 3 - 5 ngày

- Dấu hiệu nặng cần khám ngay: sau thời gian uống thuốc mắt vẫn sưng to, có máu hoặc mũ chảy ra từ vết mổ.

Tài liệu tham khảo:

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt, Bộ Y tế, 2015

2. Phác đồ điều trị Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh, 2021

VIÊM BỜ MI

1. ĐẠI CƯƠNG:

a. Định nghĩa

Viêm bờ mi là tình trạng viêm ảnh hưởng đến mí mắt. Viêm bờ mi thường liên quan đến một phần của mí mắt, phát triển lông mi.

Viêm bờ mi xảy ra khi các tuyến nhỏ nằm gần cơ sở lông mi. Điều này dẫn đến viêm, mí mắt bị kích thích và ngứa. Một số bệnh và điều kiện có thể gây viêm bờ mi.

Viêm bờ mi thường là một tình trạng mãn tính rất khó điều trị. Viêm bờ mi có thể gây khó chịu và có thể là không hấp dẫn, nhưng nó thường không gây ra thiệt hại lâu dài cho thị lực.

b. Nguyên nhân

Thường viêm kéo dài. Tác nhân gây bệnh có thể là vi khuẩn (tụ cầu, liên cầu...), nấm, ký sinh trùng (demodex...). Bệnh có thể liên quan với một số bệnh toàn thân, bệnh trứng cá đỏ, bệnh nội tiết, bệnh dị ứng....

c. Biểu chứng:

Nếu có viêm bờ mi, có thể gặp:

- **Vấn đề lông mi.** Viêm bờ mi có thể gây ra rụng lông mi hoặc phát triển bất thường (lông mi sai địa chỉ).

- **Vấn đề về da mí mắt.** Sẹo có thể xảy ra trên mí mắt - đáp ứng dài hạn viêm bờ mi.

- **Cages:** là một bệnh nhiễm trùng phát triển gần cơ sở lông mi. Kết quả là đau trên các cạnh hoặc bên trong của mí mắt. Cages thường có thể nhìn thấy trên bề mặt của mí mắt.

- **Chấp (chalazion).** Chalazion xảy ra khi có tắc nghẽn trong một trong các tuyến dầu nhỏ ở lề của mí mắt, đứng sau các lông mi. Các tuyến có thể trở thành bị nhiễm vi khuẩn, gây ra mí mắt sưng đỏ. Không giống như Cages, chalazion có xu hướng nổi bật nhất ở bên trong của mí mắt.

- **Tiết bất thường.** Tiết dịch quá hoặc mắt khô và các mảnh vỡ khác đồ từ mí

mắt, chẳng hạn như bong mô liên kết với gàu, có thể tích tụ trong nước mắt -, dầu và chất nhầy trong nước mắt. Nước mắt bất thường gây trở ngại cho bôi trơn lành mạnh của mí mắt. Điều này có thể gây kích ứng mắt và gây ra khô mắt hoặc tổn thương.

- **Đỏ mắt mạn tính.** Viêm bờ mi có thể dẫn đến những đợt tái phát đau mắt đỏ (viêm kết mạc).

- **Tổn thương giác mạc.** Kích thích liên tục từ mí mắt bị viêm hoặc lông mi sai địa chỉ có thể gây ra một vết loét phát triển trên giác mạc. Tổn thương có thể đưa đến nhiễm trùng giác mạc.

2. CHẨN ĐOÁN:

Viêm bờ mi có các hình thái sau:

a. Viêm bờ mi đơn thuần :

Bờ mi đỏ nhẹ, ngứa, có cảm giác bụi ở mắt. Bệnh nhân phải chớp mắt liên tục với sự xuất hiện của chất tiết bọt ở hai góc của khe mi, mỗi mi

b. Viêm bờ mi có vảy :

Bệnh nhân có cảm giác ngứa mạnh và thường xuyên, nhạy cảm với bụi và ánh sáng.

Bờ mi luôn đỏ và dày lên, da ở chân lông mi có những vảy nhỏ màu trắng xám, khô, nếu cậy vảy đi sẽ lộ ra một lớp da mỏng cương tụ.

c. Viêm loét bờ mi:

Là một hình thái nặng và phát triển dai dẳng. Ngứa nhiều, sợ bụi, sợ ánh sáng. Dọc bờ mi và chân lông mi có những đám mủ vàng khô làm lông mi dính thành từng đám, khó lấy đi thường kéo theo rụng lông mi và để lại vết loét nhỏ có chảy máu. Hậu quả là tạo ra những chỗ không mọc lông mi, bờ mi dày lên và có thể lộn mi.

3. ĐIỀU TRỊ:

a. Nguyên tắc điều trị

- **Làm sạch khu vực bị ảnh hưởng thường xuyên.** Làm sạch mí mắt với một chiếc khăn ẩm có thể giúp kiểm soát các dấu hiệu và triệu chứng. Các biện pháp

tự chăm sóc có thể là điều trị duy nhất cần thiết cho hầu hết các trường hợp viêm bờ mi.

- **Thuốc kháng sinh.** Thuốc nhỏ mắt có chứa kháng sinh áp có thể giúp kiểm soát viêm bờ mi do nhiễm trùng bởi vi khuẩn gây ra. Trong một số trường hợp, thuốc kháng sinh được quản lý trong thuốc mỡ, kem hoặc dưới dạng thuốc viên.

- **Thuốc nhỏ mắt hoặc thuốc mỡ steroid.** Thuốc nhỏ mắt hoặc thuốc mỡ chứa steroid có thể giúp kiểm soát viêm trong mắt và mí mắt.

- **Nước mắt nhân tạo.** Thuốc nhỏ mắt bôi trơn hoặc nước mắt nhân tạo, có thể giúp giảm khô mắt.

- **Điều trị các điều kiện cơ bản.** Viêm bờ mi gây ra bởi viêm da tiết bã, trứng cá đỏ hoặc các bệnh khác có thể được kiểm soát bằng cách điều trị các bệnh tiềm ẩn.

- Điều trị những bệnh mãn tính có liên quan và nâng cao thể trạng

b. Điều trị cụ thể

- Điều trị tại chỗ:

- +Ở giai đoạn đầu: nặn sạch tuyến bờ mi, rửa sạch bờ mi bằng nước muối sinh lý hoặc nước sạch với xà phòng nhẹ (nếu có vẩy thì bóc vẩy trước sau đó mới rửa).

- +Tra thuốc mỡ kháng sinh như Tetracyclin 3 – 4 lần/ngày

- +Đắp gạc ẩm vùng bị viêm

- Nhỏ kháng sinh: có thể nhỏ một hoặc phối hợp những loại sau: Coll Cloraxin 0,4%, Coll Ciprofloxacin 0,3%, Coll Tobramycin 0,3%, Coll Moxifloxacin 0,5%, Pd Tetracyclin 1%, Pd Tobramycin 0,3% ... kèm nhỏ kháng viêm tại chỗ như: Coll Dexacol, Coll Fluometholon

- Kháng sinh uống: tùy từng hợp mà có thể dùng một hoặc phối hợp nhiều loại kháng sinh hoặc điều trị theo kháng sinh đồ:

- +Cephalexin 0,25g – 0,5g:

- Liều 2g – 4g / ngày chia 2 – 3 lần cho người lớn

- Liều 20mg – 60mg / kg / ngày cho trẻ em

- +Ciprofloxacin 0,5g:

Liều 0,5g – 0,75g x 2 lần / ngày cho người lớn

Liều 7,5mg – 15mg / kg / ngày chia 2 – 3 lần cho trẻ em

+Cefuroxim 0,5g:

Liều 1g / ngày chia 2 lần cho người lớn

+Cefuroxim 0,25g:

Liều 0,5g / ngày chia 2 lần cho trẻ em

+Doxycyclin 100mg:

Liều 200mg / ngày chia 2 lần cho người lớn (không dùng cho trẻ em dưới 14 tuổi).

Tài liệu tham khảo:

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt, Bộ Y tế, 2015
2. Phác đồ điều trị Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh, 2021

U MI

1. ĐẠI CƯƠNG

A. Định nghĩa:

U mi mắt là u xuất phát từ mi mắt có thể là u lành tính hoặc ác tính, chỉ ảnh hưởng tới thẩm mỹ hay ảnh hưởng cả tới chức năng của mi có khi cản trở tầm nhìn của mắt. Trong các loại u ở mắt thì u mi mắt là một trong hai loại hay gặp nhất.

B. Nguyên nhân:

- Bẩm sinh.
- Kích thích cơ học hoặc hóa chất.
- Loạn sản hoặc viêm mãn tính.

C. U mi mắt có thể bao gồm

a. Những tổn thương lành tính:

- U nhú TB vẩy
- Mụn cơm thường
- Mụn cơm Nơ-vi
- Nốt ruồi
- Dày sừng bã nhờn
- Tăng sản giả Epithelioma
- Tăng sản tuyến bã nhờn
- Nang vùi biểu bì
- Ban vàng (Xanthelasma)
- U tuyến mô hôi
- Dày sừng quang hóa
- Sừng da, sừng ga
- U bã da mi
- U bã cục lệ

b. Những tổn thương ác tính:

- Carcinoma TB đáy.

- Carcinoma TB gai.
- Carcinoma tuyến ba nhỡn.
- Sarcome Kaposi.
- U hắc tố của da.
- U hắc tố nốt ruồi son ác tính.
- U di căn.

2. CHẨN ĐOÁN

a. Lâm sàng

a. Triệu chứng cơ năng:

- Cộm, xốn, vướng do u chà vào mắt.
- U lớn nhanh gây mất thẩm mỹ.
- Đôi khi chảy máu hoặc dịch tiết.

b. Triệu chứng thực thể:

- Kích thước u.
- Tính chất: bờ, màu sắc, độ dính, bề mặt trơn láng hay lồi sùi lở loét, dễ gây chảy máu, dẫn mao mạch.
- Mật độ u: chắc, mềm, cứng, xô chai...
- Mất một vùng lông mi hay bờ mi bị xóa.

B. Chẩn đoán phân biệt;

- Nốt viêm hoặc mảng viêm.
- Dị ứng.
- Phì đại tuyến (Meibomius, Zeis, Molly..).

C. Cận lâm sàng:

- Công thức máu.
- PT,APTT.
- Glycemie (nếu cần).

3. ĐIỀU TRỊ:

a. Cắt u:

- U lành: cắt trọn u gửi Giải phẫu bệnh.

- U nghi ác tính: cắt u + 1-2mm mô lân cận gửi Giải phẫu bệnh.

b. Khâu da hoặc khâu kết mạc:

c. Ghép kết mạc:

- Nếu u to mất nhiều kết mạc.

d. Cắt sụn + tạo hình bờ mi:

- Cắt $<1/3$ bờ mi: Nối bờ mi trực tiếp.
- Cắt $>1/3$ và $<2/3$: Nối bờ mi + tạo hình góc ngoài
- Cắt $>2/3$: Phải ghép sụn.

e. Thuốc sau mổ u mi:

- Kháng sinh :
 - + Nhóm Beta-lactam : Amoxicillin 1g x 2 lần/ngày
 - +Nhóm Cephalosporin: Cephalexin 500mg x 3 lần/ngày.
 - Hoặc + Nhóm Quinolone: Ciprofloxacin 500mg, Ofloxacin 200mg x 3 lần/ngày.
- Kháng viêm: nhóm thuốc kháng viêm steroid:
 - +Prednisolone 10mg x 2 - 3 lần/ngày.
 - +Methyprenisolon 16mg x 1 lần/ ngày
- Giảm đau : vd Paracetamol 500mg 9 viên: Ngày uống 3 lần, lần 1 viên
- Alphachymotrypsine Choay 20 viên: Ngày uống 2 lần, lần 2 viên
- Col.Tobrex 0,3% 1 lọ: Nhỏ MP, MT ngày 6 lần, lần 1 giọt
- Lưu ý: Trường hợp Kyst, nốt ruồi, u nhỏ... không cần cho bệnh nhân sử dụng thuốc kháng sinh uống.

4. THEO DÕI:

- U đã cắt hết và tạo hình đúng giải phẫu học.
- Đánh giá về thẩm mỹ.
- Kết quả giải phẫu bệnh.
- Tái phát hoặc di căn

Tài liệu tham khảo:

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt, Bộ Y tế, 2015
2. Phác đồ điều trị Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh, 2021

XUẤT HUYẾT TIỀN PHÒNG

1. ĐẠI CƯƠNG

a. Định nghĩa:

Là một chấn thương thường gặp trong nhãn khoa. Hình thái lâm sàng có thể đơn độc xuất huyết tiền phòng, xuất huyết tiền phòng nội nhãn hay kèm theo các tổn thương khác của nhãn cầu.

b. Nguyên nhân:

Chảy máu từ thể mi hay móng mắt do chấn thương đụng dập.

c. Phân độ xuất huyết tiền phòng:

Phân độ	Đặc điểm
Vì thể	Dựa vào phân độ Tyndall
Độ I	Ngấn máu dưới 1/3 tiền phòng
Độ II	Ngấn máu trong khoảng 1/3– 1/2 tiền phòng
Độ III	Ngấn máu trên 1/2 tiền phòng
Độ IV	Máu toàn bộ tiền phòng

2. CHẨN ĐOÁN

a. Lâm sàng

a. Triệu chứng cơ năng:

- Thị lực giảm.
- Đau nhức.

b. Triệu chứng thực thể

- Máu thường lắng xuống dưới, hình ảnh ngấn dịch. Có thể xuất huyết toàn tiền phòng.
- Nhãn áp có thể tăng hoặc giảm.
- Biến dạng đồng tử về hình dạng và kích thước, phản xạ chậm.

B. Chẩn đoán phân biệt:

Xuất huyết tiền phòng do các nguyên nhân khác: bệnh lý về máu, do glô-côm tân mạch...

C. Cận lâm sàng:

- Siêu âm B bán phần sau.

- X quang sọ não, hốc mắt hoặc CT Scan: nếu kèm theo chấn thương vùng đầu mắt
- Xét nghiệm máu: Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, Glycemie, PT-APTT,...

3. ĐIỀU TRỊ :

Tuỳ theo mức độ xuất huyết và thị lực

a. Máu TP <1 mm, thị lực >7/10:

- Kiểm tra đáy mắt.
- Có thể điều trị ngoại trú: Transamin (u), prednisone (u), nhỏ corticosteroid, atropin.

b. Máu TP >1 mm:

a. Nhỏ mắt:

- Thuốc nhỏ mắt kháng sinh, tra pomade kháng sinh nếu giác mạc bị tổn thương.

+Tobramycin 0,3% hoặc

+Moxifloxacin 0,5%

- Thuốc nhỏ mắt corticosteroid nếu giác mạc không bị tổn thương.

+Prednisolone acetate 1% nhỏ 4-6 lần/ngày

- Thuốc nhỏ mắt Atropin 1% 2 lần / ngày.

b. Thuốc uống:

- Giảm đau: Paracetamol 500mg, ibuprofen 400mg,... (nếu có đau nhức).
- Chống viêm: nhóm Medrol, Prednisone (nếu có dấu hiệu viêm móng mắt thể mi).

- Tan máu: Noflux hoặc alphachymotrypsin hoặc tam thất (u) (trường hợp máu đông tiền phòng và nội nhãn nhiều).

- Chống chảy máu tái phát: Transamin 500mg, 2v x 3 lần / ngày (u) x 5 ngày.

- Hạ áp: Acetazolamid 250mg (u) 2-4 lần/ ngày nếu có tăng áp. Kết hợp với kali (KCl 600mg)

c. Hướng dẫn bệnh nhân:

Uống nhiều nước, nằm nghỉ đầu cao tại giường, hạn chế sinh hoạt, băng mắt bị

XHTP.

4. THEO DÕI:

- Theo dõi thị lực, nhãn áp hàng ngày.
- Nếu máu rút, tiếp tục điều trị chờ máu tiêu hết.
- Nếu sau 5 - 7 ngày máu đặc không tiêu che diện đồng tử hoặc nhãn áp cao:

Rửa mắt tiên phòng

Tài liệu tham khảo:

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt, Bộ Y tế, 2015
2. Phác đồ điều trị Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh, 2021

B. PHẪN RĂNG HÀM MẶT

VIÊM NƯỚU VÀ BỆNH NHA CHU

Đặc điểm mô nha chu bình thường:

- *Nướu có màu hồng nhạt, bề mặt lấm tấm da cam.*
- *Bờ viền nướu sắc nét, ôm sát cổ răng.*
- *Dai, săn chắc.*
- *Không chảy máu khi thăm khám.*
- *X-quang cận chóp, panorex: đỉnh xương ổ nhọn, không có hiện tượng tiêu xương, màng nha chu bình thường, Lamina dura (lá phiến cứng) nhìn thấy rõ.*

1. ĐẠI CƯƠNG BỆNH NHA CHU:

a. Định nghĩa:

Bệnh nha chu là tình trạng bệnh lý của mô nha chu bao gồm viêm nướu và viêm nha chu, là tình trạng nhiễm trùng bắt đầu từ nướu lan dần xuống các cấu trúc của mô nha chu bên dưới, làm nướu mất bám dính vào răng, xương ổ răng bị tiêu hủy, hình thành túi nha chu.

b. Nguyên nhân:

• Nguyên nhân tại chỗ:

- Vi khuẩn trong mảng bám, vôi răng.
- Răng lệch lạc, xáo trộn khớp cắn, chấn thương khớp cắn...
- Miếng trám dư, răng giả không đúng.

• Nguyên nhân tổng quát:

- Cơ địa: tình trạng đáp ứng miễn dịch của cơ thể.
- Thay đổi nội tiết tố ở tuổi dậy thì, thai nghén và cho con bú.
 - Bệnh toàn thân như bệnh về máu, tiểu đường,... và các bệnh khác dẫn đến sự giảm sức đề kháng của cơ thể.
 - Phản ứng miễn dịch của cơ thể là nguyên nhân tổng quát quan trọng nhất.
 - Nguyên nhân tại chỗ là chủ yếu và có tính cách quyết định, nguyên nhân tổng quát chỉ có vai trò hỗ trợ và chỉ có tác dụng khi có sẵn nguyên nhân tại chỗ.

c. Phân loại:

- **Bệnh viêm nướu:**

- Viêm nướu mạn tính.
- Viêm nướu cấp.
- Viêm nướu kết hợp với những rối loạn nội tiết.
- Sưng nướu do thuốc (không do viêm).

- **Viêm nha chu**

- Viêm nha chu mạn ở người trưởng thành.
- Viêm nha chu thanh thiếu niên (Bệnh suy nha chu Periodontosis).
- Viêm nha chu tiến triển nhanh.

2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

a. Bệnh sử:

- Tình trạng vệ sinh răng miệng của bệnh nhân.
- Miếng trám dư hay phục hình sai.
 - Bệnh toàn thân như bệnh về máu, tiểu đường,... và các bệnh khác dẫn đến sự giảm sức đề kháng của cơ thể.

b. Lâm sàng:

- Nướu: thay đổi về màu sắc, hình dạng, vị trí và cấu trúc bề mặt.
- Chảy máu, phù nề nướu.
- Vôi răng, mảng bám.
- Túi nha chu.
- Răng lung lay và di chuyển.
- Hôi miệng.

c. Cận lâm sàng:

- X-quang (quanh chóp, Panorex...)
- CT Scanner: hình ảnh tiêu xương theo chiều ngang hoặc chiều dọc.
- Xét nghiệm sinh hóa, Tổng phân tích tế bào máu.
- Cấy tìm vi khuẩn đặc hiệu.

3. CHẨN ĐOÁN BỆNH NHA CHU:

a. Tiêu chuẩn xác định:

- Hiện tượng viêm chỉ khu trú ở nướu hay đã phá hủy các thành phần khác như xương ổ răng, dây chằng nha chu và cement.
- Sự mất bám dính của biểu mô bám dính.
- Xương ổ răng bị tiêu hủy.
- Có túi nha chu.

b. Chẩn đoán xác định:

• **Bệnh viêm nướu:** Hiện tượng viêm chỉ khu trú ở nướu, các thành phần khác không hoặc ít chịu ảnh hưởng. viêm nướu, chảy máu chân răng, cao răng 2 hàm, theo dõi R18 28 mọc kẹt, R17 27 sâu kẽ

• Viêm nướu mạn tính:

- Thường không có dấu chứng chủ quan.
- Nướu chuyển từ hồng sang đỏ, rồi đỏ thẫm hay xanh xám (bắt đầu từ viền nướu và gai nướu, rồi đến cả nướu dính).
- Nướu mềm bở, bề mặt nướu trở nên trơn láng, mất lấm tấm da cam, viền nướu tròn bóng, gai nướu căng phồng.
- Nướu bị sưng và phù nề tạo thành túi giả (túi nướu).
- Dễ chảy máu khi thăm khám, chải răng, nặng hơn có thể chảy máu tự phát.

• Viêm nướu cấp (Viêm nướu Vincent viêm nướu hoại tử lở loét cấp):

- Hoại tử và lở loét bắt đầu ở gai nướu, tiến tới bờ viền nướu, tạo thành các sang thương lõm hình chén hay hình miệng núi lửa.
- Bề mặt sang thương có một lớp màng giả màu trắng đục hay vàng nhạt, khó tróc, nếu tróc gây chảy máu.
- Chảy máu nướu khi thăm khám hoặc tự phát.
- Miệng hôi thối dữ dội, hơi thở và vị giác có mùi kim loại.
- Đường viền ban đỏ.
- Bệnh nhân đau rát không ăn uống được nhất là ăn thức ăn nóng có gia vị và cứng.
- Thường có sưng hạch và sốt cao.
- Nếu nặng hơn nữa có thể hoại tử cả vùng nướu dính và mô nha chu sâu

bên dưới gây lộ chân răng, tiêu và biến dạng xương ổ răng. Có thể bị nhiễm trùng huyết.

- **Viêm nướu kết hợp với những rối loạn nội tiết:**

- Bệnh cảnh giống tình trạng một viêm nướu thông thường.

Trường hợp đặc biệt có hình thức viêm nướu tạo u do thai nghén (u nướu thai nghén). Nguyên nhân: Rối loạn các hormone stéroit do dùng thuốc stéroit hay lượng estrogen, progesterone tăng trong quá trình mang thai hoặc sử dụng thuốc ngừa thai... làm bùng nổ bệnh viêm nướu có sẵn.

- **Sưng nướu do thuốc (không do viêm):**

- Lâm sàng: Nướu sưng to do quá sản, sờ chắc, không chảy máu chỉ tăng thể tích.

- Nguyên nhân: Sử dụng thuốc: thuốc chống động kinh (Phenytoin hay Di-hydan), thuốc điều hòa ức chế miễn dịch (Cyclosporine A).

- **Viêm nha chu:**

- Ngoài những đặc điểm của viêm nướu, bệnh lý nha chu còn phá hủy ba thành phần khác là: xương ổ răng, dây chằng nha chu và cement.

- Đặc trưng của bệnh là sự mất bám dính của biểu mô bám dính, xương ổ răng bị tiêu hủy và hình thành túi nha chu (túi thật) có mũ.

- **Viêm nha chu mạn ở người trưởng thành:**

- Thường gặp ở tuổi trung niên trở lên (> 35 tuổi).
- Hội tụ tất cả những dấu chứng của viêm nướu mạn.
- Sự phá hủy mô kéo dài nhiều năm thậm chí hàng chục năm kèm theo hiện tượng mất bám dính hay có sự di chuyển của biểu mô bám dính về phía chóp gốc răng.

- Tiêu xương ổ (X-quang cận chóp thấy tiêu theo chiều ngang, đỉnh xương ổ không nhọn), mất dây chằng nha chu, cement gốc răng bị hoại tử và tạo nên túi nha chu.

- Răng có thể lung lay và di chuyển bất thường.

- **Viêm nha chu thanh thiếu niên (Bệnh suy nha chu Periodontosis):**

Lâm sàng:

- Xảy ra ở người trẻ (< 25 tuổi).
- Khu trú: bệnh xảy ra ở một răng hay một nhóm răng.
- X-quang: có sự tiêu xương sớm ở các răng chìa khóa: răng cối lớn thứ nhất, răng cửa giữa. Xương ổ răng bị phá hủy theo chiều dọc.
- Cao răng thường ít.
- Nướu viêm ít hoặc trung bình nhưng độ mất bám dính khá nhanh.

Nguyên nhân:

- Trong bệnh này người ta thấy có sự hiện diện của vi khuẩn *Actinobacillus actinomycetemcomitans* (Aa).
- Sự mất bám dính có liên quan trực tiếp với các kháng thể kháng Aa.
- Ngoài ra còn có vai trò của yếu tố di truyền, chủng tộc và một số bệnh lý toàn thân như tiểu đường, bệnh lý về máu, hội chứng Down...

• **Viêm nha chu tiến triển nhanh:**

- Thường thấy ở người trẻ nhỏ hơn 35 tuổi.
- Tình trạng vệ sinh răng miệng tương đối, ít mảng bám và cao răng.
 - Giai đoạn đầu nhẹ ít triệu chứng, mất bám dính nhẹ túi nha chu nông kéo dài vài tháng hay vài năm.
 - Giai đoạn sau nặng, rầm rộ, mất bám dính trầm trọng, xương ổ răng bị tiêu hủy rõ theo chiều ngang lẫn chiều dọc (dạng góc).
 - Bệnh nhân đau đớn, nướu chảy máu tự phát, răng lung lay và có thể rụng.
 - Nguyên nhân: Có thể là yếu tố di truyền hoặc rối loạn hóc môn, bạch cầu trung tính giảm hóa hướng động...

4. ĐIỀU TRỊ BỆNH NHA CHU:

a. Nguyên tắc điều trị:

- Xử lý nguyên nhân tại chỗ.
- Phẫu thuật nha chu, ghép nướu.
- Ngưng các thuốc gây sung nướu.
- Thuốc: Kháng sinh, kháng viêm, giảm đau, dung dịch súc miệng.
- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.

b. Điều trị cụ thể:

• Xử lý nguyên nhân tại chỗ:

- Cạo vôi răng.
- Gây tê tại chỗ bằng lidocain 2%.
- Nạo túi nha chu loại bỏ mô hạt viêm, xử lý mặt gốc răng.
- Tái tạo viền nướu (giảm độ sâu túi).
- Bơm rửa với dung dịch nước muối sinh lý NaCl 0,9 %
- Đắp Spongel (nếu có chảy máu).
- Đắp gel Arthrodont hoặc khâu chỉ Silk 3.0/ 4.0 (nếu cần).
- Đánh bóng.
- Phẫu thuật nha chu.
- Phẫu thuật ghép mô liên kết (tự thân).

• Sử dụng thuốc:

- Kháng sinh phổ rộng nhóm B-Lactam: nhóm penicilin (Amoxicillin), nhóm Cephalosporin thế hệ 1 (Cephalexin), nhóm Cephalosporin thế hệ 3 (Cefixim), kháng sinh kết hợp nhóm Macrolide và Nitro-5-Imidazole (Spiramycin+ Metronidazole).

+Amoxyciline 500mg x 10 viên Ngày 2 lần mỗi lần 1 viên *hoặc*

+ Augmentin 1000mg x5 viên Ngày 2 lần mỗi lần ½ viên *hoặc*

+ Rodogyl 750000 iu x 10viên Ngày 2 lần mỗi lần 1 viên

- Kháng viêm (Methyl prednisolone, ...),

+Methyprednisolone16mg x 5 viên Ngày 1 lần 1 viên sáng *hoặc*

+Prednisolone 5mg x 10 viên ngày 1 lần mỗi lần 2 viên sáng

- Giảm đau (paracetamol..)

+Paracetamol 500mgx 10 viên ngày 2 lần 1 lần 1 viên

• Hướng dẫn vệ sinh răng miệng

- Cách chải răng, hướng dẫn chải răng.

- Tại chỗ:

+ Dung dịch Iodine 5%, Chlorhexidine 0,12%, Hexetidine 0,1%.

+ Gel Metronidazole, Minocycline.

+ Súc miệng với nước muối ấm loãng.

c. Tái khám

• Dự phòng:

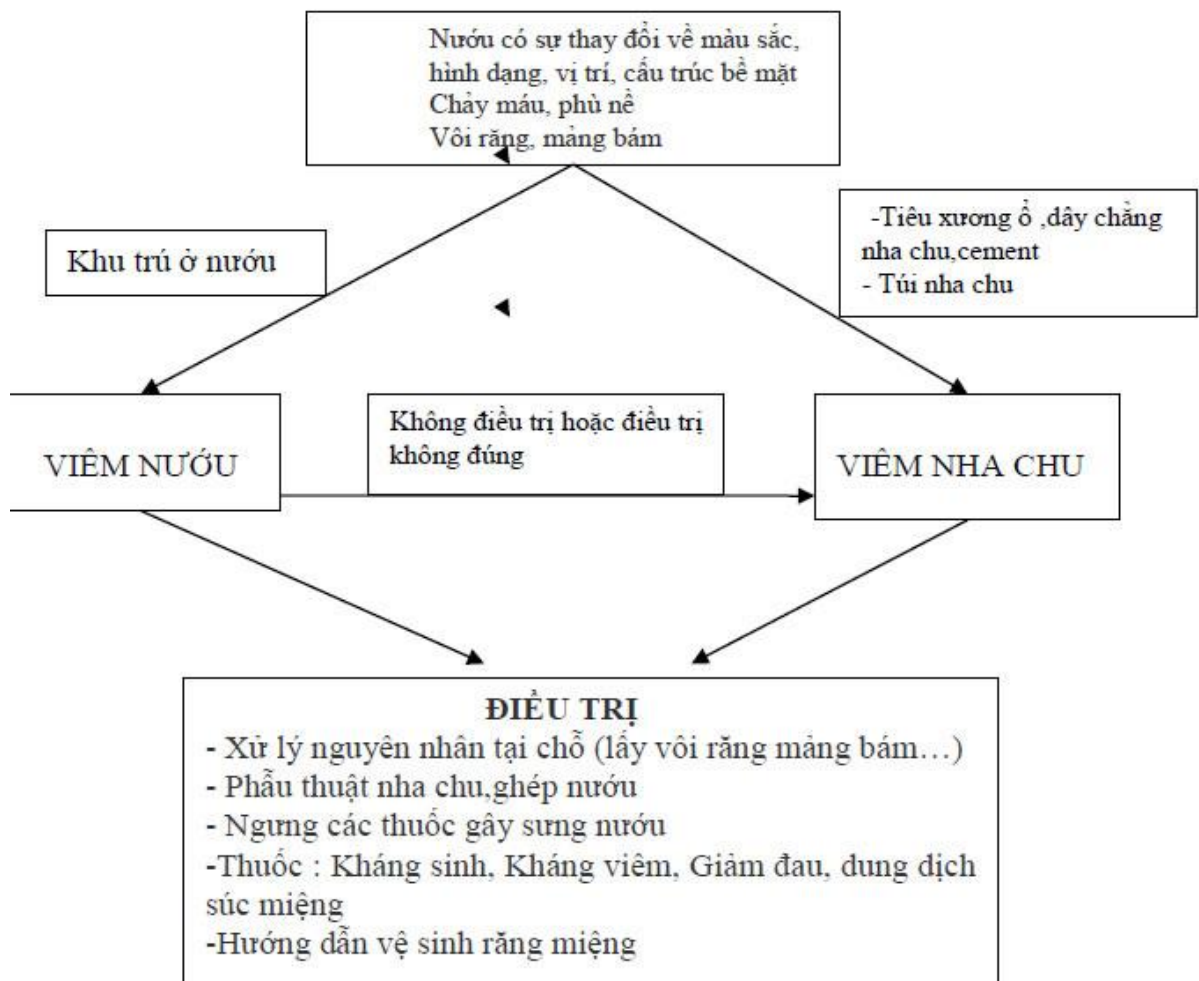
- Dự phòng cấp 1:

- + Đứng để bệnh xảy ra.
- + Vệ sinh răng miệng đúng cách.
- + Khám răng miệng định kỳ 6 tháng một lần.

- Dự phòng cấp 2: Điều trị sớm viêm nướu để ngăn ngừa tiến triển sang nha chu viêm.

- Dự phòng cấp 3: Điều trị viêm nha chu để ngăn ngừa chuyển sang biến chứng mất răng.

LƯU ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ:



TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Hà Thị Bảo Đan (2020). “Nha chu học”. Nhà xuất bản Y học.
2. Trịnh Đình Hải (2021). “Bệnh lý học quanh răng”. Nhà xuất bản Giáo dục Việt.
3. Hoàng Tử Hùng (2019). “Giải Phẫu Răng”. Nhà xuất bản Y học.
4. Phác đồ điều trị Bệnh viện Răng Hàm Mặt TP.Hồ Chí Minh năm 2023.

BỆNH SÂU RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG BỆNH SÂU RĂNG

a. Định nghĩa

- Bệnh sâu răng là bệnh nhiễm khuẩn, gây ra sự phá hủy tại chỗ trên mô cứng của răng (men, ngà, cement).
- Phá hủy đầu tiên là thành phần vô cơ, sau đó là sự phân hủy thành phần hữu cơ.
- Có 2 giai đoạn:
 - + Mất khoáng chưa có lỗ: có hoàn nguyên.
 - + Mất khung có lỗ: không hoàn nguyên.

b. Nguyên nhân

- Sâu răng do tác động hỗ tương giữa 4 yếu tố chính:
 - + Ký chủ (răng và nước bọt).
 - + Vi sinh vật.
 - + Chế độ ăn.
 - + Thời gian.
- Tác động của từng yếu tố chưa được rõ ràng và thay đổi ở mỗi cá thể.
- Yếu tố di truyền chỉ giữ một phần nhỏ trong sâu răng: di truyền ở đặc điểm giải phẫu của răng.

2. CHẨN ĐOÁN CÁC THỂ LÂM SÀNG BỆNH SÂU RĂNG:

1. Sâu men

Xảy ra ở bất cứ bề mặt nào của răng.

• Khám lâm sàng:

Hình ảnh sớm nhất của sâu men là đốm trắng đục, mờ, hình dạng và kích thước rất thay đổi, có thể giới hạn hay lan rộng. Không đau hoặc ê buốt nhẹ khi ăn uống.

• Cận lâm sàng

X-Quang (phim quanh chóp, phim cắn cánh, panorex...): vùng thấu quang giới hạn ở men răng.

• Chẩn đoán phân biệt

Răng nhiễm Fluor: các chấm nhiều ở mặt ngoài, nhẵn, có đều ở các răng đối xứng.

2. Sâu ngà

Có thể do sâu men tiến triển thành hoặc sâu ngay ở phần ngà bị lộ.

• Triệu chứng

- Đau ê buốt khi bị kích thích do:
 - +Thức ăn lọt vào xoang sâu trong khi ăn.
 - +Gia vị chua, ngọt.
 - +Đánh răng.
 - +Các dụng cụ khi khám hoặc chữa răng.
 - +Thay đổi nhiệt độ (nóng, lạnh).
 - + Cảm giác đau không kéo dài, hết đau khi nguyên nhân bị loại bỏ.

• Khám lâm sàng

- Có lỗ sâu.
- Sâu răng cấp tính: ở người trẻ, thường tiến triển nhanh, màu ngà vàng hoặc hơi nâu, đáy lỗ sâu mềm.
- Sâu răng mạn tính: thường ở người lớn tuổi, có sự hình thành ngà phản ứng màu nâu đậm, đen, đáy lỗ sâu cứng.

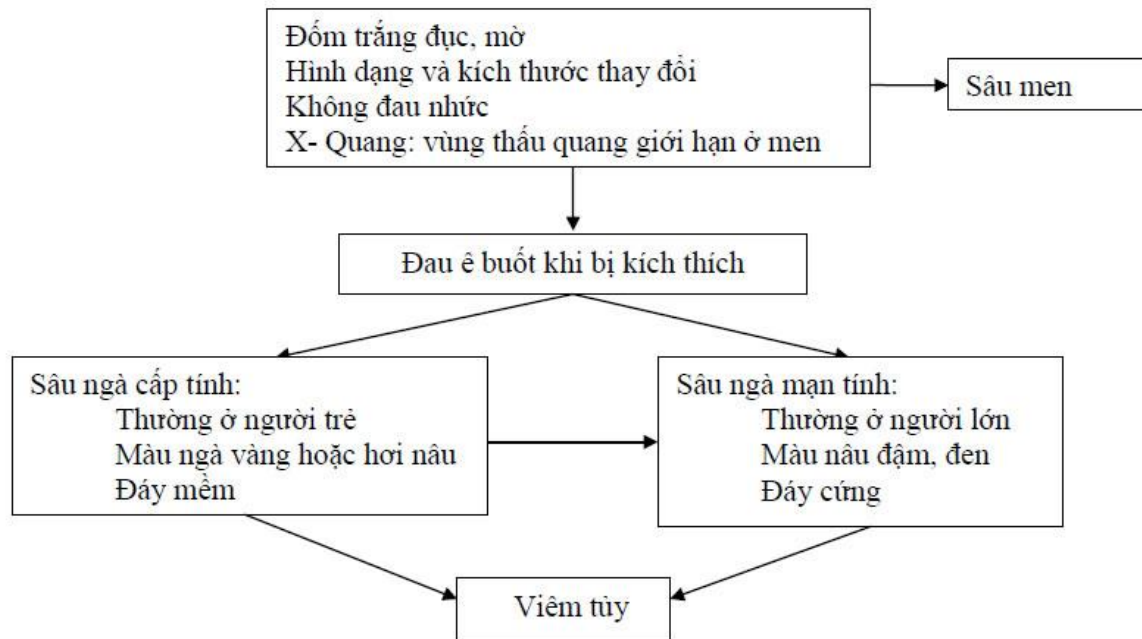
• Cận lâm sàng

XQuang (phim quanh chóp, panorex.): vùng thấu quang ở lớp ngà.

• Chẩn đoán phân biệt

- Viêm tủy răng: cơn đau tự phát, từng cơn, kéo dài dù đã loại bỏ kích thích.
- Tủy hoại tử: có tiền sử cơn đau tủy điển hình, răng đổi màu, thử tủy âm tính.

LƯU ĐỒ CHẨN ĐOÁN



3. ĐIỀU TRỊ BỆNH SÂU RĂNG

a.Sâu men

- Nguyên tắc điều trị

- Cung cấp các yếu tố nhằm tăng cường quá trình tái khoáng.
- Ngăn chặn hủy khoáng để phục hồi các tổn thương.

- Điều trị cụ thể

- Loại bỏ yếu tố gây sâu răng.
- Sealant, trám răng.
- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng, chế độ ăn uống.
- Khám và kiểm tra răng miệng định kỳ mỗi 6 tháng.

+ Sang thương sâu men sớm có thể tự lành do hiện tượng tái khoáng hóa và loại bỏ được các yếu tố gây sâu răng.

+ Nếu sang thương sâu men không được phát hiện và ngăn chặn, sâu răng tiếp tục tiến triển đến đường nối men-ngà, lan rộng theo đường nối men-ngà rồi lan vào ngà.

b.Sâu ngà:

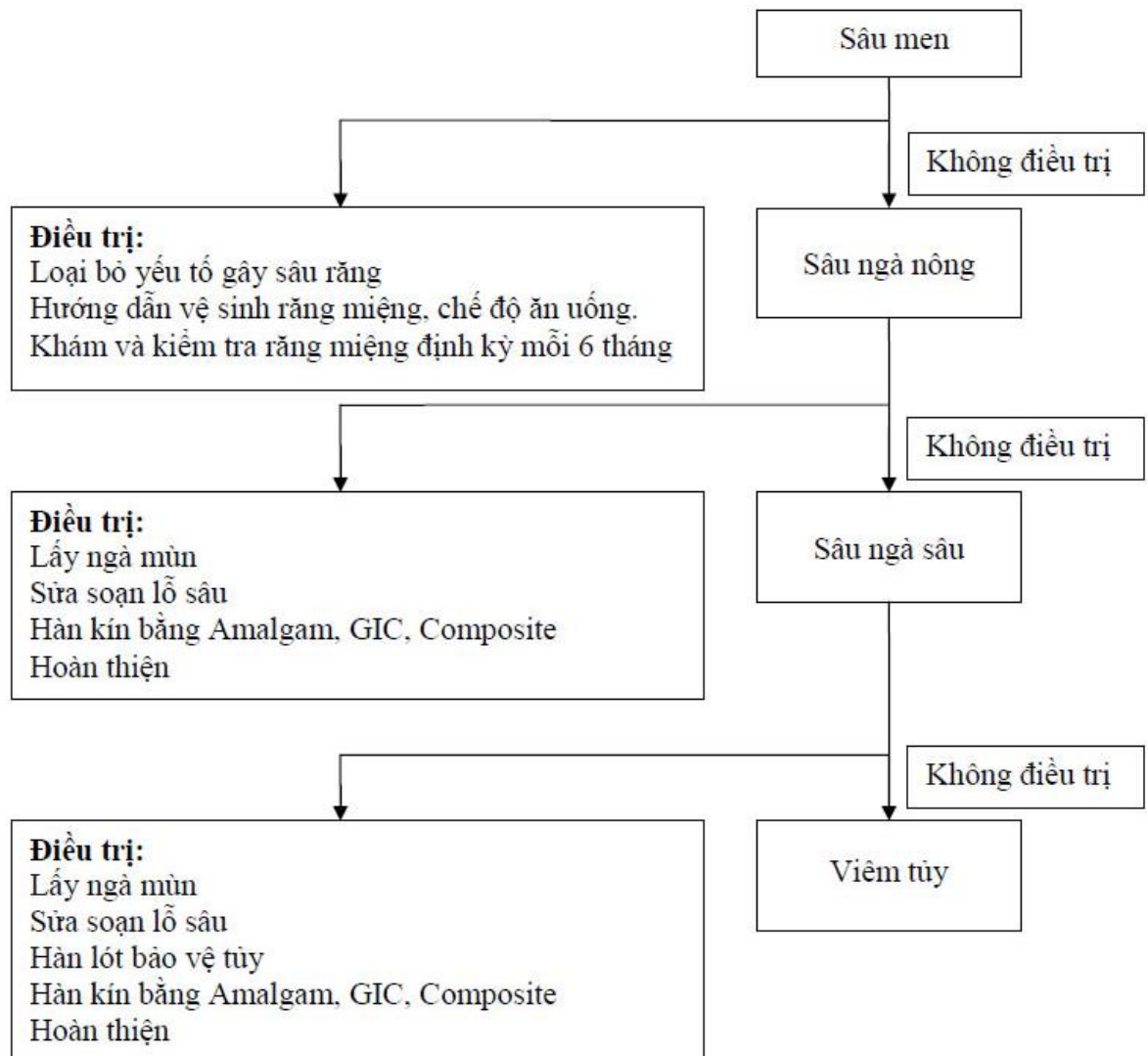
- **Nguyên tắc điều trị**

- Lấy bỏ toàn bộ mô nhiễm khuẩn.
- Bảo vệ tủy.
- Hàn kín phục hồi mô cứng bằng các loại vật liệu thích hợp.

- **Điều trị cụ thể**

- Lấy ngà mủn.
- Sửa soạn lỗ sâu.
- Hàn lót che phủ bảo vệ tủy bằng Dycal, Ultrablend Dentin, Eugenate, GIC.
- Hàn kín phục hồi mô cứng bằng GIC, Composite, Glassionomer Cement.
- Hoàn thiện.
- Hướng dẫn kiểm soát mảng bám răng để phòng sâu tái phát.
- Khám và kiểm tra răng miệng định kỳ mỗi 6 tháng.
- Sang thương sâu ngà vẫn có thể được tái khoáng hóa bằng cách loại bỏ mảng bám, làm sạch xoang, chế độ Fluoride, kiểm soát đầy đủ môi trường miệng.
- Nếu không được chẩn đoán và điều trị đúng, sâu ngà sẽ gây ra viêm tủy và dễ đưa đến hoại tử tủy.

LƯU ĐỒ XỬ TRÍ



TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Trịnh Thị Thái Hà (2022). “Chữa răng và nội nha”. Trường Đại học Y Hà Nội, tập 1, pp. 11 -32.
2. Nguyễn Dương Hồng (2010). “Răng Hàm Mặt”. Nhà xuất bản Giáo dục, tập 1.
3. Gilberto Minostroza H. (2015). “Dental caries”, Ripano book. 3th edition.
4. James B., William R., Thomas J. Et al (2022). “Fundamentals of Operative dentistry”. Quintessce book. 3th edition.
5. Samuel Akpata (2019).”Dental Caries”, Mosby. eighth edition.

6. Phác đồ điều trị Bệnh viện Răng Hàm Mặt TP.Hồ Chí Minh năm 2023.

5. BỆNH TỦY VÀ MÔ QUANH CHÂN RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

a. Định nghĩa

Viêm tủy là tình trạng tổn thương nhiễm trùng mô tủy răng, làm tăng áp lực nội tủy, chèn ép vào các tận cùng thần kinh gây ra triệu chứng đau và tổn thương mô tủy.

b. Nguyên nhân

- Vi khuẩn: Thường xâm nhập vào tủy qua lỗ sâu. Phản ứng viêm cũng xuất hiện khi các vi khuẩn xâm nhập vào tủy qua ống ngà nếu có hiện tượng mòn răng-răng, nứt, rạn vỡ...
- Nhân tố hóa học: Các chất hóa học có thể tác động trực tiếp vào vùng tủy bị lộ hoặc có thể khuếch tán qua ngà răng đã thay đổi tính thấm sau hàn.
- Kích thích vật lý: Áp lực, tốc độ, kích thước mũi khoan cũng như nhiệt độ trong quá trình tạo xoang ảnh hưởng đến mô tủy.

c. Phân loại

- Tủy viêm có khả năng hồi phục.
- Tủy viêm không khả năng hồi phục:
 - +Cấp tính
 - +Mạn tính
- Tủy viêm triển dưỡng.
- Nội tiêu.
- Vô hóa ống tủy.

2. CÁC THỂ LÂM SÀNG

a. Viêm tủy có khả năng hồi phục

• Lâm sàng:

- Cơn đau nhói đột ngột, ngắn khoảng vài giây, khu trú.
- Đau do kích thích chua, ngọt, lạnh.
- Có tổn thương sâu răng lớn hoặc tổn thương mô cứng như mòn răng...

nhưng chưa vào đến buồng tủy, gõ không đau.

- **Cận lâm sàng:**

- X-quang (phim quanh chóp, panorex); có vùng thấu quang ở mô cứng, vùng chóp răng bình thường.

- Thử nóng, lạnh: bình thường hoặc nhạy cảm ở mức độ nhẹ.

b. Viêm tủy không khả năng hồi phục

- **Lâm sàng:**

- Viêm tủy cấp:

- +Con đau nhói hoặc âm ỉ, tự phát, từng cơn hay liên tục, kéo dài dù đã loại bỏ kích thích.

- +Con đau khu trú hoặc lan tỏa, có thể lan lên nửa đầu, nửa mặt cùng bên.

- +Có tổn thương sâu răng lớn hoặc mòn răng có lộ tủy.

- Viêm tủy mạn: thường không đau hoặc đau thoáng qua khi có kích thích, có thể dai dẳng một thời gian rồi tủy hoại tử.

- Tủy viêm triển dưỡng: mô tủy quá sản hình bông cải đỏ, phát triển qua lỗ sâu.

- Nội tiêu; không triệu chứng, phát hiện nhờ phim tia X.

- Vô hóa ống tủy; ống tủy bị hẹp lại, nhận biết bằng phim tia X.

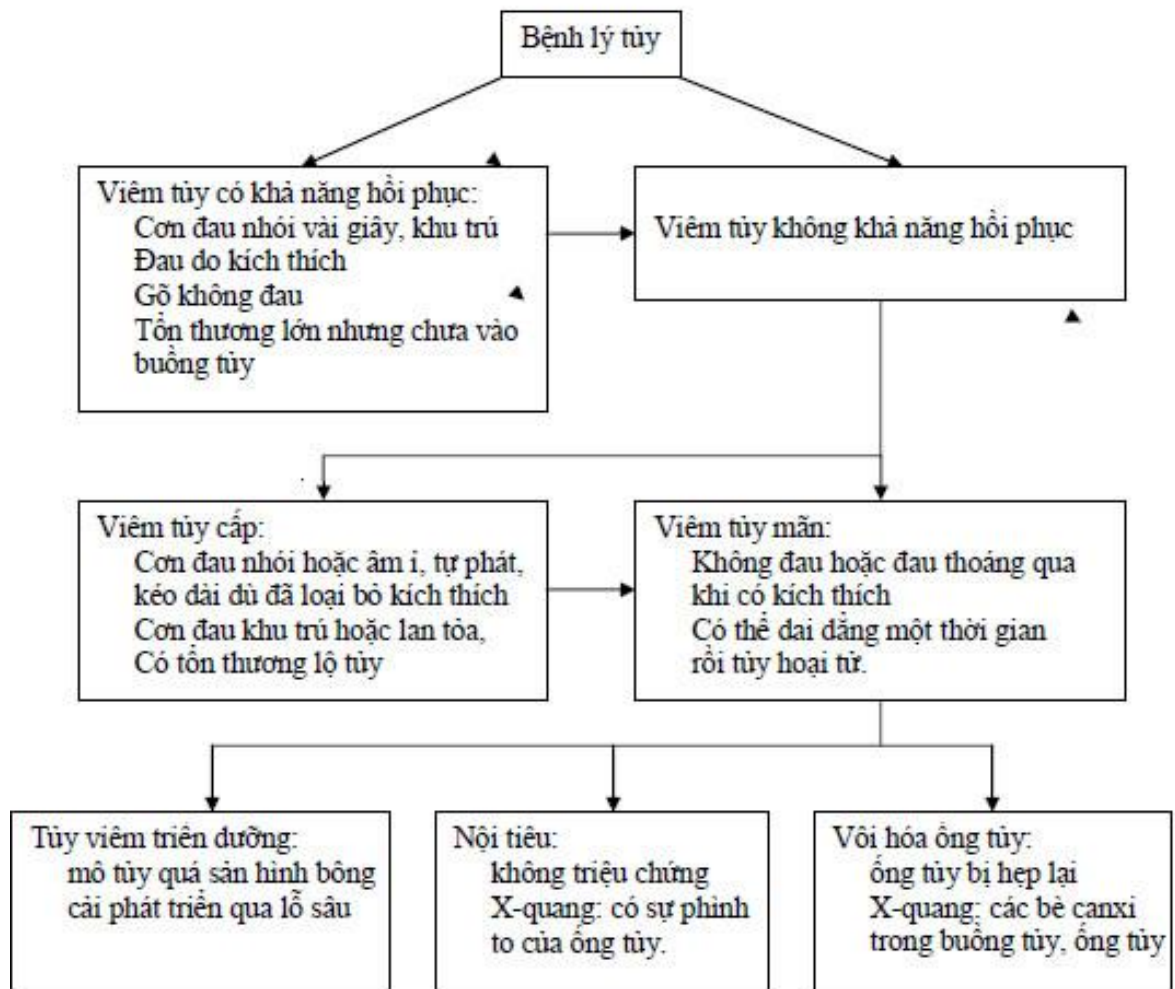
- **Cận lâm sàng: X-Quang (phim quanh chóp, panorex)**

- Thấy được quan hệ của lỗ sâu với tủy răng, tình trạng giải phẫu chân răng.

- Nội tiêu; có sự phình to của ống tủy.

- Vô hóa ống tủy; phát hiện các bè canxi trong buồng tủy, ống tủy.

Lưu đồ chẩn đoán



3. ĐIỀU TRỊ VIÊM TỦY RĂNG

a. Nguyên tắc điều trị: Bảo tồn mô răng.

b. Điều trị cụ thể

• Thuốc

- Kháng sinh phổ rộng nhóm B-Lactam: nhóm penicilin (Amoxicillin), nhóm Cephalosporin thế hệ 1 (Cephalexin), nhóm Cephalosporin thế hệ 3 (Cefixim), kháng sinh kết hợp nhóm Macrolide và Nitro-5-Imidazole (Spiramycin+ Metronidazole).

+ Amoxyciline 500mg x 10 viên Ngày 2 lần mỗi lần 1 viên hoặc

+ Augmentin 1000mg x 5 viên Ngày 2 lần mỗi lần ½ viên hoặc

+ Rodogyl 750000 iu x 10 viên Ngày 2 lần mỗi lần 1 viên

+ Cefixime 100 mg x 10 viên Ngày 2 lần mỗi lần 1 viên

- Kháng viêm (Methyl presnisolone, ...),
+Methyprednisolone 16mg x 5 viên Ngày 1 lần 1 viên sáng hoặc
+Prednisolone 5mg x 05 viên ngày 2 lần mỗi lần 1 viên sáng
- Giảm đau (paracetamol..)
+Paracetamol 500mg x 10 viên ngày 2 lần mỗi lần 1 viên

• **Viêm tủy có hồi phục**

- Lấy sạch phần ngà sâu.
- Trám lót đáy xoang bằng $\text{Ca}(\text{OH})_2$.
- Trám tạm theo dõi (1-2 tuần) bằng ZnOE, Caviton.
- Nếu hết đau trám phục hồi bằng vật liệu trám thích hợp như Composite,

Glassionomer cement, GIC.

• **Viêm tủy không hồi phục**

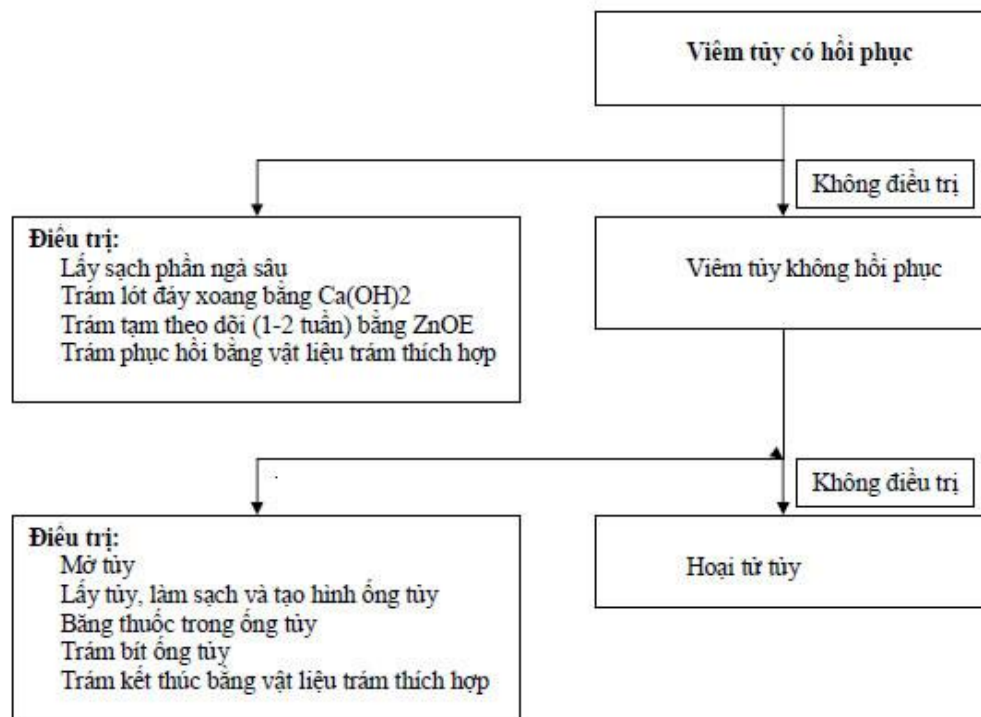
- Gây tê/ tiền mê/gây mê.
- Mở tủy.
- Lấy tủy, làm sạch và tạo hình ống tủy.
- Băng thuốc trong ống tủy $\text{Ca}(\text{OH})_2$, MTA...
- Trám bít ống tủy guttapercha
- Trám kết thúc bằng vật liệu trám thích hợp (Composite, GIC,

Glassionomer cement).

c. Sau điều trị

- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.
- Tái khám răng định kỳ (6 tháng).
- Phục hình bằng mão sứ nếu cần.

LƯU ĐỒ XỬ TRÍ:



TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Trịnh Thị Thái Hà (2022). “Chữa răng và nội nha”. Trường Đại học Y Hà Nội, 1, pp. 11 32.
2. Kumar V.,Abba A.K., Fausto N., Robbins and Cotran (2023). “Pathologic basic of diseases”. Elsevier Saunders. 7th Edition, pp.47-86.
3. Langeland K(2015), “Management of the inflamed pulp associated with deep carious lesion”, J. Endod, pp.7-169.
4. Smulson M.H, Steven M.Sieraski (2009). “Histophysiology and diseases of demal pulp, Endodontic Theraphy”, Mosby, 5th Edition,, pp.84-165.
5. Phác đồ điều trị Bệnh viện Răng Hàm Mặt TP.Hồ Chí Minh năm 2023.

6. NHỎ RĂNG THÔNG THƯỜNG

1. ĐẠI CƯƠNG NHỎ RĂNG THÔNG THƯỜNG

a. Định nghĩa:

Nhỏ răng thông thường hay còn gọi là phương pháp nhỏ răng kín, sau khi nhỏ, mô mềm và xương ổ răng cần nhỏ còn nguyên vẹn, răng được lấy ra theo đường xương ổ răng với sự trợ giúp của các dụng cụ nhỏ răng thông thường như kềm và nạy.

b. Nguyên nhân:

- Răng vỡ lớn không thể giữ được.
- Răng nhiễm trùng quanh chóp mẫn.
- Răng bị abscess quanh chóp, abscess nha chu biến chứng viêm mô tế bào.
- Chân răng nhiễm trùng.
- Răng mọc lệch lạc, dị dạng không chức năng nhai gây biến chứng.
- Răng nhỏ để chỉnh hình, phục hình.
- Răng nhiễm trùng có nguy cơ cao ở bệnh nhân bệnh tim, bệnh tiểu đường.
- Răng mọc trời không có chức năng nhai.

c. Phân loại: Nhỏ răng gồm:

Nhỏ răng thông thường và nhỏ răng theo phương pháp phẫu thuật.

2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

a. Bệnh sử:

Tiền sử bệnh nhân có sưng đau răng nhiều lần hay không thể vệ sinh được vùng răng đó.

b. Khám lâm sàng:

• Chỉ định thông thường:

- Răng có thân và chân răng bị phá hủy lớn, mất hết giá trị chức năng và không thể tái tạo được, đây là chỉ định thông thường và rộng rãi nhất được cả bệnh nhân và thầy thuốc cùng chấp nhận.
- Răng bị gãy quá sâu dưới nướu không thể phục hồi được.

- Chân răng hay mảnh chân răng.
- Răng bị thối tủy, tủy viêm cấp hay mãn không phục hồi mà không điều trị nội nha được, trường hợp này bao gồm cả những răng bị thất bại trong điều trị nội nha do có cấu trúc chân răng bất thường.
- Răng có tổn thương quanh chóp không thể chữa lành bằng phương pháp bảo tồn hay phẫu thuật.
- Răng bị bệnh nha chu nặng, tiêu xương quá nhiều làm răng bị lung lay quá mức gây trở ngại cho việc thực hiện chức năng hay làm cản trở việc lành thương ở vùng chung quanh.
- Răng sữa đến thời kỳ thay thế còn tồn tại quá lâu trong khi răng vĩnh viễn thay thế đã mọc và mọc ở vị trí bình thường.
- Răng gây tổn thương cho mô mềm nếu không nhổ sẽ không hồi phục tổn thương.
- Răng gây biến chứng viêm tại chỗ: viêm xương, viêm xoang, viêm mô tế bào... mà không điều trị bảo tồn được.

• **Chỉ định phục hình:**

- Răng không có giá trị chức năng thậm chí còn gây trở ngại làm mất thăng bằng của phục hình sau này.
- Răng gây ảnh hưởng xấu đến thẩm mỹ cho bệnh nhân như bị nhiễm sắc, đổi màu, dị dạng hay hô quá mức. Mặc dù có nhiều can thiệp có thể giúp cải thiện thẩm mỹ như chỉnh hình, phục hình nhưng bệnh nhân có thể chọn lựa giữa phương pháp điều trị bảo tồn và nhổ răng.

• **Chỉ định chỉnh hình:**

- Răng dư gây mất đối xứng cung hàm.
- Răng lệch gây ảnh hưởng thẩm mỹ và chức năng mà không kéo lại về đúng vị trí trên cung hàm.
- Răng nhổ để tạo khoảng cách cho phép di chuyển các răng còn lại ở vị trí thẩm mỹ hơn: thường nhổ răng cối nhỏ thứ nhất hàm trên hay hàm dưới trong trường hợp điều trị hô.
- Răng nhổ để đề phòng và hạn chế sai lệch khớp cắn trong tương lai.

- **Chỉ định có liên quan đến bệnh toàn thân:**

- Răng gây khởi phát hay làm trầm trọng thêm tình trạng bệnh lý toàn thân như: bệnh lý tim mạch, thấp tim, dị ứng... cơ chế gây ảnh hưởng có thể do: vi khuẩn, nhiễm độc, kích thích, dị ứng... Tuy nhiên cần thận trọng khi đề ra chỉ định nhổ răng vì rất khó xác định mối liên hệ nhân quả giữa răng nguyên nhân và bệnh lý ở xa.

- Răng cần nhổ trước một số điều trị đặc biệt như: phẫu thuật tim, xạ trị vùng đầu, mặt, cổ.

c. Cận lâm sàng:

- **Dựa vào Xquang:**

- Phim quanh chóp.
- Phim toàn cảnh (Panorex), hàm chéo, mặt thẳng.
- CT Scanner.

- **Xét nghiệm máu tổng quát, TQ, TCK, Glucose .**

3. CHẨN ĐOÁN NHỔ RĂNG THÔNG THƯỜNG

a. Tiêu chuẩn xác định:

Dựa vào các tiêu chí chỉ định như trên.

b. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm nướu hay viêm miệng cấp tính làm hạn chế cử động há miệng và khó can thiệp.
- Viêm quanh thân răng cấp tính.
- Viêm xương ổ răng cấp tính.

4. ĐIỀU TRỊ NHỔ RĂNG THÔNG THƯỜNG

a. Mục đích điều trị:

Loại bỏ răng cần nhổ.

b. Nguyên tắc điều trị:

- Can thiệp tối thiểu, bảo tồn cấu trúc lân cận.
- Dùng kèm và nạy để nhổ răng.

c. Điều trị cụ thể:

- Sát trùng xung quanh vùng răng cần nhổ.
- Gây tê tại chỗ, có hoặc không kết hợp với gây tê vùng. (gây tê bằng lidocain 2%)
- Dùng nạy bóc tách nướu và xương ổ răng.
- Dùng kềm nhổ răng, chân răng.
- Bấm gai xương ổ.
- Nhét spongel, khâu cầm máu nếu cần.
- Cho BN cắn chặt gòn gạc trong vòng 30'.
- Kháng sinh phổ rộng nhóm B-Lactam: nhóm penicilin (Amoxicillin), nhóm Cephalosporin thế hệ 1 (Cephalexin), nhóm Cephalosporin thế hệ 3 (Cefixim), kháng sinh kết hợp nhóm Macrolide và Nitro-5-Imidazole (Spiramycin+ Metronidazole).
- +Amoxyciline 500mg x 10 viên Ngày 2 lần mỗi lần 1 viên *hoặc*
- + Augmentin 1000mg x5 viên Ngày 2 lần mỗi lần ½ viên *hoặc*
- + Rodogyl 750000 iu x 10viên Ngày 2 lần mỗi lần 1 viên
- Kháng viêm (Methyl prednisolone, ...),
- +Methyprednisolone16mg x 5 viên Ngày 1 lần 1 viên sáng *hoặc*
- +Prednisolone 5mg x 10 viên ngày 1 lần mỗi lần 1 viên sáng
- Giảm đau (paracetamol..)
- +Paracetamol 500mgx 10 viên ngày 2 lần 1 lần 1 viên
- Theo dõi tái khám sau 5 ngày

d. Tiêu chuẩn nhập viện:

Các trường hợp bệnh nhân cần nhổ răng có các bệnh lý toàn thân kèm theo cần điều trị nội khoa trước thủ thuật như bệnh lý tim mạch, tiểu đường, bệnh về thận,...

e. Theo dõi:

- Tình trạng toàn thân trước và sau thủ thuật.
- Theo dõi cầm máu sau nhổ răng.

f. Tiêu chuẩn xuất viện:

Tổng trạng bệnh nhân ổn, ổ răng không còn chảy máu, giảm sưng đau.

g. Tái khám: Tái khám sau 1 tuần để kiểm tra sự lành thương của ổ răng.

LƯU ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ:



TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Lê Đức Lánh (2023), “Phẫu thuật nhổ răng, Phẫu thuật miệng”, Nhà xuất bản Y học, pp 87.
2. Laskin, Daniel M. and Abubaker, A.Omar (2019), “ Decision Making in Oral and Maxillofacial surgery”, Quintessence publishing Co Inc.

7.

8. CHẢY MÁU SAU NHỔ RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

i. Định nghĩa:

Chảy máu sau nhổ răng là một tai nạn khá thường, hoặc tức thì sau nhổ răng hoặc trong những ngày kế tiếp.

ii. Nguyên nhân:

- a. Hoặc một trạng thái viêm cấp tính hay kinh niên, trên dây chằng (viêm khớp đơn) hay trong vùng lân cận (bướu hạt).
- b. Hoặc sự còn lại của những mảnh xương vụn hay mảnh chân răng.
- c. Hoặc tính chất của thuốc tê: sự nở mạch liền theo sự co mạch do tác động của Adrenaline.
- d. Hoặc sự rách một mạch máu nhỏ; động mạch răng sau trong vùng lõm củ hàm trên, hay động mạch răng dưới.

Trước sự xuất huyết, người ta phải luôn luôn tìm kiếm một trong những nguyên nhân tại chỗ kể trên, trước khi nghĩ đến một yếu tố toàn thân.

2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

a. Bệnh sử: Chảy máu sau nhổ răng.

b. Lâm sàng:

- Chảy máu sau nhổ răng nhiều giờ không cầm, bệnh nhân nhổ ra nhiều máu.
- Máu chảy ra từ ổ răng.
- Hoặc có thể thấy một vài máu nhỏ của động mạch.

c. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm: tổng phân tích tế bào máu, TQ, TCK, nhóm máu, Rhd và các xét nghiệm sinh hóa thường quy.
- X-quang: quanh chóp, Panorex.

3. CHẨN ĐOÁN CHẢY MÁU SAU NHỔ RĂNG

- a. Chảy máu sau nhổ răng do nguyên nhân tại chỗ.

b. Chảy máu sau nhổ răng có kèm yếu tố toàn thân.

4. ĐIỀU TRỊ CHẢY MÁU SAU NHỔ RĂNG

a. Mục đích điều trị: Cầm máu.

b. Nguyên tắc điều trị:

- Xác định nguyên nhân chảy máu.
- Cầm máu.

c. Điều trị cụ thể:

• Chảy máu sau nhổ răng do nguyên nhân tại chỗ:

- Gây tê tại chỗ hoặc gây tê vùng bằng lidocain 2%
- Xác định điểm xuất phát chảy máu.
- Xem lại ổ răng.
- Lấy hết cục máu đông.
- Bơm rửa nạo kỹ ổ răng bằng nước muối NaCl 0,9%
- Lấy chóp răng, u hạt, mảnh xương vụn hay mảnh xương ổ gãy nếu có.
- Bơm rửa sạch, thấm khô.
- Nhét vào ổ răng xốp spongel.
- Khâu niêm mạc ổ răng.
- Đặt một cuộn gạc trên ổ răng và cho bệnh nhân cắn chặt trong vòng 30’.

• Chảy máu sau nhổ răng có kèm yếu tố toàn thân:

- Xử trí tại chỗ: như trên.
- Toàn thân: kết hợp các chuyên khoa liên quan (Huyết học, Nội nội tiết..).

5. THEO DÕI TÁI KHÁM CHẢY MÁU SAU NHỔ RĂNG

a. Chảy máu do nguyên nhân tại chỗ, thường không nguy hiểm đến tính mạng.

b. Cầm máu tại chỗ là chủ yếu là đủ, không cần nhập viện.

c. Tái khám nếu còn chảy máu. Cần lưu ý các trường hợp chảy máu sau nhổ răng có kèm yếu tố toàn thân, hướng dẫn BN điều trị chuyên khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Đức Lánh (2021), “ Phẫu thuật miệng, gây tê nhô răng”, tập 1, Nhà xuất bản Y học.
2. Lê Văn Sơn (2023), ”Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt” Trường Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản Giáo dục Việt nam.
3. Fonseca RJ (2019), “Oral and Maxillofacial Surgery”Volume 3, Philadelphia, W.B. Saunders.

9. BỆNH LÝ VÙNG QUANH CHÓP RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG:

a. Định nghĩa:

Là tổn thương viêm của các thành phần mô quanh chóp răng. Đây là tổn thương nhiễm khuẩn bao gồm cả vi khuẩn ái khí và yếm khí, xâm nhập từ mô tủy viêm hoặc mô nha chu viêm, gây ra phản ứng viêm của các thành phần mô quanh chóp răng.

b. Phân loại:

- Hoại tử tủy.
- Viêm quanh chóp cấp, mạn.
- Abscess quanh chóp cấp.

2. CÁC THỂ LÂM SÀNG BỆNH LÝ VÙNG QUANH CHÓP RĂNG:

a. Hoại tử tủy

• Nguyên nhân và triệu chứng lâm sàng:

- Do sâu răng:
 - + Có lỗ sâu.
 - + Không đau.
 - + Răng có thể đổi màu sậm.
- Do chấn thương khớp cắn:
 - + Không có lỗ sâu.
 - + Không phản ứng với nhiệt, điện.
 - + Có thể lung lay.
- Do tủy bị kích thích: Có yếu tố kích thích: miếng trám lớn, răng đã phục hình.

• Cận lâm sàng:

X-quang (phim quanh chóp, panorex): dây chằng nha chu có thể bình thường hoặc hơi dày lên.

b. Viêm quanh chóp cấp

- **Nguyên nhân:**

- Do nhiễm khuẩn: do bệnh tủy lan tràn qua vùng mô quanh chóp.
- Do sang chấn: răng có tủy bình thường nhưng bị chấn thương khớp cắn do miếng trám quá cao hoặc do nghiêng răng.
- Do sai sót trong điều trị: có thể do điều trị nội nha vô tình đi quá chóp răng.
- Chẩn đoán: **dựa vào các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.**

- **Lâm sàng:**

- Đau nhức răng liên tục, lan lên nửa đầu. Đau tăng khi 2 hàm chạm nhau, rất đau khi gõ.
- Cảm giác răng bị trôi, lung lay.
- Bệnh nhân có thể xác định rõ vị trí răng đau.
- Tủy răng có thể còn sống hoặc chết.

- **Cận lâm sàng:**

X-quang (phim quanh chóp, panorex): dây chằng nha chu có thể bình thường hoặc hơi giãn rộng.

c. Abscess quanh chóp cấp

- **Nguyên nhân:**

Là kết quả của một viêm quanh chóp cấp ở giai đoạn tiến triển của một răng bị hoại tử có tình trạng viêm có mũ cấp tính và lan tràn.

- **Chẩn đoán:** dựa vào các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

- **Lâm sàng:**

- Tiến triển nhanh, từ nhẹ tới sung dữ dội.
- Đau tự phát, liên tục.
- Đau nhức dữ dội khi gõ, sờ.
- Răng có thể lung lay, trôi cao.
- Trường hợp nặng bệnh nhân bị sốt, có thể có hạch viêm.

- **Cận lâm sàng:**

X-quang (phim quanh chóp, panorex); thấu quang quanh chóp, không giới hạn rõ.

- **Chẩn đoán phân biệt**

Abscess nha chu quanh răng: là bệnh nha chu, không liên quan đến tủy, luôn có túi nha chu, thăm dò thấy có dịch, thử t^o và điện thì tủy còn sống.

d. Viêm quanh chóp mạn

- **Lâm sàng:**

- Không có triệu chứng toàn thân.
- Răng bị đổi màu sậm.
- Có thể thốn đau khi gõ.
- Có lỗ dò tương ứng với răng đau.

- **Cận lâm sàng:**

- X-Quang (phim quanh chóp, panorex): có vùng thấu quang quanh chóp, giới hạn rõ.
- Thử điện: không đáp ứng.

3. ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ VÙNG QUANH CHÓP RĂNG

a. Nguyên tắc điều trị:

- Kháng sinh, kháng viêm, giảm đau, loại bỏ nguyên nhân.
- Loại bỏ các phần viêm nhiễm.
- Bảo tồn tối đa mô răng và các tổ chức nha chu.
- Nhổ răng trong trường hợp răng không thể phục hồi chức năng ăn nhai, thẩm mỹ hoặc điều trị nội nha không thành công.

b. Điều trị cụ thể:

- **Loại bỏ nguyên nhân trong trường hợp viêm khớp cấp và tủy sống.**
- **Nội nha (trong các trường hợp còn lại):**
 - Rạch abscess để thoát mủ nếu có.
 - Mở tủy, lấy tủy hoại tử, để trống 1-2 ngày.
 - Làm sạch, tạo hình ống tủy.
 - Băng thuốc trong ống tủy (Ca(OH)₂, CMC...) trong vài ngày.
 - Trám bít ống tủy bằng guttapercha nguội
 - Trám kết thúc (GIC, Composite...)

- **Kết hợp phẫu thuật cắt chóp, lấy nang, nạo ổ abscess trong các trường hợp có nang lớn, abscess rộng.**

- **Thuốc**

- Kháng sinh phổ rộng nhóm B-Lactam: nhóm penicilin (Amoxicillin), nhóm Cephalosporin thế hệ 1 (Cephalexin), nhóm Cephalosporin thế hệ 3 (Cefixim), kháng sinh kết hợp nhóm Macrolide và Nitro-5-Imidazole (Spiramycin+ Metronidazole).

- + Cephalexine 500mg x 10 viên Ngày 2 lần Lần 1 viên (uống)

- + Amoxillin 500mg x 10 viên Ngày 2 lần Lần 1 viên (uống)

- + Amoxycillin + acid clavulanic 625mg x 3 lần/ ngày hoặc 1gr x 10 viên Ngày 2 lần Lần 1 viên

- + Rodogyl 750000 iu x 10viên Ngày 2 lần mỗi lần 1 viên

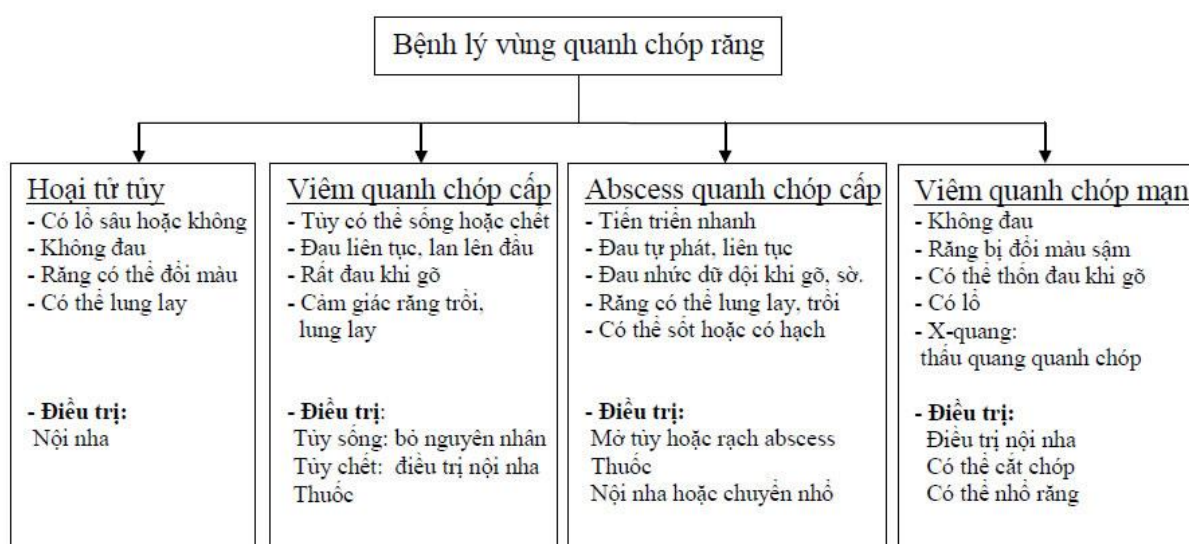
- Kháng viêm.

- + Predisolone 5mg x 5 viên Ngày 1 lần Lần 1 viên (uống buổi sáng)

- + methyl prednisolon 16mg x 5 viên Ngày 1lần Lần 1 viên (buổi sáng).

- Giảm đau. Paracetamol 500 mg x 10 viên Ngày 2 lần Lần 1 viên (uống)

LƯU ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ



TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Dương Hồng (2018). “Bệnh lý tủy”. Răng Hàm Mặt, tập 1, pp. 131-149.
2. James H.S, Simon (2021). “Periapical pathology. Pathway to the pulp”, pp. 425-433.

3. John D. West, James B. Roane, and Alber C. Goerig (2022). “Cleaning and shaping the root canal system. Pathway to the pulp”, pp. 179-185.
4. Mason J.D, Eley B.M (2007), “Periodonthe al tissue. Outline of periodontics, Bath Pres, Avon, pp. 7-11.
5. Phác đồ điều trị Bệnh viện Răng Hàm Mặt TP.Hồ Chí Minh năm 2023.

RĂNG MỌC KẾT VÀ RĂNG NGẦM

1. ĐẠI CƯƠNG

a. Định nghĩa:

- Răng khôn là răng số 8 trên cung hàm, tùy bệnh nhân có răng khôn hay không có răng khôn.
- Răng khôn mọc lệch hay kết sẽ gây các biến chứng thì cần loại bỏ.
- Nếu răng khôn mọc thẳng, tham gia chức năng ăn nhai bình thường thì vẫn giữ lại răng.

b. Nguyên nhân:

- Răng mọc lệch gây tổn thương cho mô mềm và không kéo lại đúng chỗ được nhờ can thiệp chỉnh hình. Ví dụ như khi răng khôn hàm trên mọc lệch ra phía ngoài có thể gây chấn thương má.
- Răng ngầm, nếu xác định chỉ bị ngầm một phần và không thể mọc được do thiếu chỗ hay có nguy cơ ảnh hưởng đến răng bên cạnh, gây biến chứng.

c. Phân loại: theo Pell-Gregory và Winter:

• Tương quan với cạnh đứng xương hàm dưới:

- Loại I: phía xa răng cối lớn thứ hai có đủ khoảng cho phép răng khôn có thể mọc lên hoàn toàn nếu hướng mọc thích hợp.
- Loại II: khoảng cách giữa răng cối lớn thứ hai và cạnh đứng quá nhỏ không cho phép răng khôn mọc hoàn toàn.
- Loại III: phần lớn hoặc toàn bộ răng khôn nằm toàn bộ trong cạnh đứng.

• Độ sâu so với mặt nhai răng cối lớn thứ hai

- Độ A: điểm cao nhất của răng khôn nằm ngang hay cao hơn mặt nhai răng cối lớn thứ hai.
- Độ B: điểm cao nhất của răng khôn nằm ở khoảng giữa mặt nhai và cổ răng cối lớn thứ hai.
- Độ C: điểm cao nhất của răng khôn nằm thấp hơn cổ răng cối lớn thứ hai.

• Trục răng khôn so với trục răng cối lớn thứ hai và cung hàm:

- Có 7 vị thể lệch của trục răng khôn: thẳng, lệch gần, lệch xa, lệch ngoài, lệch trong, nằm ngang, nằm ngược.

2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

a. Bệnh sử:

Bệnh nhân có bị sưng đau do răng khôn mọc đã nhiều lần, không thể vệ sinh vùng nhét thức ăn do răng 8 mọc kẹt.

b. Khám lâm sàng:

Răng khôn mọc ngầm hoặc lệch, nướu viêm sưng đỏ, đau nhức; gây khít hàm, há miệng hạn chế, nặng hơn gây abscess hoặc viêm mô tế bào vùng mặt.

c. Cận lâm sàng:

X-Quang : răng khôn mọc ngầm hoặc lệch.

Các loại phim thường dùng: phim toàn cảnh, phim quanh chóp, phim mặt nhai, phim cánh cắn, phim mặt nghiêng, CT scan.

Xét nghiệm máu thường quy, TQ, TCK, Glucose. (Nếu cần)

d. CHẨN ĐOÁN

• Tiêu chuẩn xác định:

- Dựa vào lâm sàng và X-quang.
- Răng gây tổn thương cho mô mềm nếu không nhổ sẽ không hồi phục tổn thương.

• Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm quanh thân răng cấp tính, thường gặp đối với răng khôn hàm dưới mọc lệch, việc nhổ răng sẽ được hoãn lại sau khi tình trạng viêm quanh thân răng được cải thiện.
- Viêm xương ổ răng cấp tính, việc nhổ răng sẽ giúp giải quyết nhanh chóng việc dẫn lưu qua ổ răng nhưng lại kèm theo việc khó can thiệp do bệnh nhân thường khó há miệng và không đạt được hiệu quả tê cần thiết.

• Chẩn đoán mức độ khó:

Mai Đình Hưng và cộng sự, khoa Răng Hàm Mặt, Đại Học Y Dược TP HCM (1995) đề nghị cách đánh giá mức độ khó nhổ theo thang điểm như sau:

Phân loại	Điểm
Tương quan với cạnh đứng	
Loại I	1
Loại II	2
Loại III	3
Vị trí độ sâu	
Vị trí A	1 2
Vị trí B	3
Vị trí C	4
Trục răng	
Thẳng, hơi lệch gần	1
Ngang, má, lưỡi, xa	2
Thẳng vị trí B, C	3
Lệch xa vị trí B, C	4
Chân răng	
Chân răng chụm, xuôi chiều, thon	1
Hai chân dạng, xuôi chiều	2
Ba chân dạng xuôi chiều, nhiều chân chụm ngược chiều, một chân dùi trống	3
Hai hay ba chân dạng nhiều hướng chân dạng rộng hơn cổ và thân răng 4 điểm	4

• **Chẩn đoán yếu tố thúc đẩy:**

- Răng số 8 không thể mọc lên được nữa do bị kẹt hay ngằm trong xương.
- Răng mọc lệch dẫn đến nhồi nhét thức ăn vùng kẽ răng số 7 và răng 8.

3. ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT NHỎ RĂNG KHÔN

a. Mục đích điều trị:

- Nhỏ răng bằng phẫu thuật lấy toàn bộ răng.

b. Nguyên tắc điều trị:

- Nhỏ răng và nạo sạch ổ răng
- Tuy nhiên không nên can thiệp nếu răng còn ngằm sâu hoàn toàn trong xương ở những bệnh nhân trên 35 tuổi và chưa gây biến chứng.

c. Điều trị cụ thể:

• **Nhỏ răng khôn bằng phẫu thuật bao gồm các bước:**

- Bước 1: bộc lộ thích hợp vùng răng khôn.

- Bước 2: đánh giá sự cần thiết mở xương và lấy đi lượng xương đủ để bộc lộ răng, chia cắt răng và lấy răng sau này.
- Bước 3: chia cắt răng để cho phép nhổ răng ra mà không phải mở xương quá nhiều.
- Bước 4: dùng nẹp thích hợp để lấy răng ra.
- Bước 5: bơm rửa thật sạch vết thương, lấy sạch mảnh vụn và khâu đóng.

• **Thuốc:**

- Kháng sinh phổ rộng nhóm B-Lactam: nhóm penicilin (Amoxicillin), nhóm Cephalosporin thế hệ 1 (Cephalexin), nhóm Cephalosporin thế hệ 3 (Cefixim), kháng sinh kết hợp nhóm Macrolide và Nitro-5-Imidazole (Spiramycin+ Metronidazole).

+Amoxyciline 500mg x 10 viên Ngày 2 lần mỗi lần 1 viên *hoặc*

+ Augmentin 1000mg x5 viên Ngày 2 lần mỗi lần ½ viên *hoặc*

+ Rodogyl 750000 iu x 10viên Ngày 2 lần mỗi lần 1 viên

- Kháng viêm (Methyl prednisolone, ...),

+Methyprednisolone 16mg x 5 viên Ngày 1 lần 1 viên sáng *hoặc*

+Prednisolone 5mg x 5 viên ngày 1 lần mỗi lần 1 viên sáng

- Giảm đau (paracetamol..)

+Paracetamol 500mgx 10 viên ngày 2 lần 1 lần 1 viên

4. THEO DÕI TÁI KHÁM PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN

a. Tiêu chuẩn nhập viện:

Răng 8 mọc lệch, ngầm gây biến chứng: khít hàm, absces hay viêm mô tế bào vùng hàm mặt.

b. Theo dõi: Chăm sóc răng miệng kỹ sau nhổ, theo dõi cầm máu.

c. Tiêu chuẩn xuất viện:

Vùng ổ răng sau nhổ hết chảy máu, giảm sưng, đau. Tổng trạng bệnh nhân ổn.

d. Tái khám:

- Tái khám sau 1 tuần để kiểm tra sự lành thương ổ răng.
- Cắt chỉ nếu có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Lê Đức Lánh (2022), “Phẫu thuật miệng”, tập 2, pp. 114 128, Nhà xuất bản giáo dục.
2. Lê Đức Lánh (2022), “Phẫu thuật miệng”, tập 1, Nhà xuất bản giáo dục.
3. Meechan, John G.(2018), “Minor Oral Surgery in Dental Practice”, Quintessence publishing Co Inc

PHỤC HÌNH RĂNG

MẤT RĂNG TOÀN BỘ

1. ĐẠI CƯƠNG

a. Định nghĩa:

Mất răng toàn bộ là tình trạng mất toàn bộ răng trên cả hai cung hàm.

b. Nguyên nhân

- Sâu răng.
- Các tổn thương khác gây mất mô cứng của răng.
- Viêm quanh răng.
- Chấn thương.
- Răng bị nhổ do có bệnh lý liên quan đến răng như u, nang xương hàm.

c. Chẩn đoán:

- **Chẩn đoán xác định:** Dựa vào tình trạng mất răng trên cung hàm.

- **Cận lâm sàng:**

- Chụp phim X quang để đánh giá tình trạng xương hàm vùng mất răng.(Nếu phục hình bằng Implant).
- Các xquang thường dùng: Xquang cận chóp. Panorex, Ct scanner
- Xét nghiệm máu nếu cần.

2. ĐIỀU TRỊ:

a. Nguyên tắc điều trị:

Làm phục hình răng phục hồi lại các răng mất để thiết lập lại chức năng ăn nhai và thẩm mỹ cho bệnh nhân.

b. Điều trị cụ thể:

- **Điều trị tiền phục hình:**

- Nhổ các chân răng còn sót lại.
- Bấm gai xương ở sóng hàm.
- Điều trị các trường hợp phanh môi, má bám thấp.
- Làm sâu ngách tiền đình trong một số trường hợp ngách tiền đình nông.

- **Điều trị khác nhau tùy theo phương pháp phục hình mất răng.**

- **Phục hình răng bằng hàm giả tháo lắp**

- + Có hai loại: hàm nhựa thường, hàm nhựa dẻo.
- + Chỉ định: Tất cả các trường hợp mất răng toàn bộ.
- + Chống chỉ định: Bệnh nhân dị ứng với nhựa nền hàm.
- + Các bước:

Bước 1: Lấy dấu 2 hàm và đồ mẫu.

Bước 2: Làm khay cá nhân (tại labo).

Bước 3: Lấy dấu cá nhân và đồ mẫu.

Bước 4: Làm nền tạm, gói sáp.

Bước 5: Ghi tương quan 2 hàm.

Bước 6: Lên răng.

Bước 7: Thử răng.

Bước 8: Ép nhựa và hoàn thiện hàm (tại labo).

Bước 9: Lắp hàm trên miệng bệnh nhân.

Bước 10: Hướng dẫn bệnh nhân cách sử dụng và bảo quản hàm giả.

- **Phục hình răng bằng Implant:**

+ Chỉ định: Tất cả các trường hợp mất răng toàn bộ.

+ Chống chỉ định:

° Thiếu xương vùng mất răng.

° Các bệnh toàn thân không cho phép.

° Có tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

+ Các bước:

Bước 1: Làm hàm nhựa như phần phục hình hàm giả tháo lắp.

Bước 2: Cấy tối thiểu 2 trụ Implant.

Bước 3 : Sửa soạn các trụ Implant.

Bước 4 : Sửa soạn nền hàm giả mang phần âm của cúc bấm.

Bước 5: Lắp hàm giả.

Bước 6: Hướng dẫn bệnh nhân cách sử dụng.

• **Tiên lượng và biến chứng:**

- Tiên lượng: Tất cả các phương pháp phục hình đều có tác dụng phục hồi chức năng ăn nhai và thẩm mỹ.

- Biến chứng:

+Sang thương niêm mạc miệng.

+Viêm quanh Implant.

• **Phòng bệnh:**

- Hướng dẫn các biện pháp vệ sinh răng miệng, kiểm soát mảng bám để ngăn ngừa sâu răng và viêm quanh răng.

- Khám định kì để phát hiện sớm các bệnh của răng, quanh răng và điều trị kịp thời ngăn ngừa biến chứng gây mất răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Văn Bài (2022), “Phục hình răng cố định”, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam.
2. Tống Minh Sơn (2021), “Phục hình răng tháo lắp”, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam.

MẤT RĂNG TỪNG PHẦN

1. ĐẠI CƯƠNG

a. Định nghĩa:

Mất răng từng phần là tình trạng mất một hoặc nhiều răng trên một hoặc nhiều răng trên một hoặc cả hai cung hàm.

b. Nguyên nhân:

- Sâu răng
- Các tổn thương khác gây mất mô cứng của răng.
- Viêm quanh răng.
- Chấn thương.
- Thiếu răng bẩm sinh.
- Răng bị nhổ do có bệnh lý liên quan đến răng như u, nang xương hàm.

c. Chẩn đoán:

• Chẩn đoán xác định:

Dựa vào tình trạng thiếu răng trên cung hàm.

• Chẩn đoán phân loại mất răng:

- Theo Kennedy:
 - + Loại I: mất răng hàm phía sau hai bên không còn răng giới hạn.
 - + Loại II: mất răng hàm phía sau một bên không còn răng giới hạn.
 - + Loại III: mất răng còn răng giới hạn phía xa.
 - + Loại IV: mất nhóm răng cửa.
- Theo Kourliandsky:
 - + Loại I: còn ít nhất 3 điểm chạm.
 - + Loại II: còn 2 điểm chạm.
 - + Loại III: còn nhiều răng nhưng không có điểm chạm.

d. Cận lâm sàng:

- Chụp phim X quang để đánh giá tình trạng xương hàm vùng mất răng.
(Nếu phục hình bằng Implant).
- Các xquang thường dùng: Xquang cận chóp, panorex, CT Scanner, hàm

chéch, sọ hàm nghiêng/thắng.

- Xét nghiệm máu nếu cần.

2. ĐIỀU TRỊ :

a. Nguyên tắc điều trị:

Làm phục hình răng phục hồi lại các răng mất để thiết lập lại chức năng ăn nhai và thẩm mỹ cho bệnh nhân.

b. Điều trị cụ thể:

• Điều trị tiền phục hình:

- Lấy cao răng.
- Trám các răng sâu.
- Trám phục hồi các tổn thương mất mô cứng của răng nếu có.
- Mài chỉnh răng có độ lẹm quá lớn theo khảo sát trên song song kẻ.
- Nhổ các chân răng còn sót lại.
- Bám gai xương ở sống hàm.
- Điều trị các trường hợp phanh môi, phanh má bám thấp.
- Làm sâu ngách tiền đình trong một số trường hợp ngách tiền đình nông.

• Điều trị cụ thể: khác nhau tùy theo phương pháp phục hình mất răng.

- Phục hình răng bằng hàm giả tháo lắp :

Có 3 loại: Hàm khung kim loại, Hàm nhựa thường, Hàm nhựa dẻo.

+ Hàm giả nền nhựa:

- Chỉ định: Tất cả các trường hợp mất răng từng phần.
- Chống chỉ định: Bệnh nhân dị ứng với nhựa nền hàm.

+ Các bước:

Bước 1: Lấy dấu 2 hàm và đổ mẫu.

Bước 2: Làm nền tạm, gói sáp.

Bước 3: Ghi tương quan 2 hàm.

Bước 4: Lên răng.

Bước 5: Thử răng.

Bước 6: Ép nhựa và hoàn thiện hàm (tại labo).

Bước 7: Lắp hàm.

Bước 8: Hướng dẫn bệnh nhân cách sử dụng và bảo quản hàm giả.

- **Hàm khung kim loại:**

- + Chỉ định: Tất cả các trường hợp mất răng từng phần.
- + Chống chỉ định: Các răng mang móc không đủ vững chắc tựa hàm giả.
- + Các bước:

Bước 1: Lấy dấu hai hàm và đồ mẫu nghiên cứu.

Bước 2: Khảo sát mẫu hàm, xác định răng đặt móc, hướng lắp và khung sơ khảo trên song song kế.

Bước 3: Sửa soạn răng đặt móc và mài chỉnh tạo hướng lắp cho hàm khung nếu cần.

Bước 4: Lấy dấu và đồ mẫu làm việc.

Bước 5: So màu và chọn màu răng.

Bước 6: Thiết kế hàm khung trên mẫu thạch cao.

Bước 7: Đúc hàm khung bằng hợp kim.

Bước 8: Thử khung trên miệng bệnh nhân.

Bước 9: Đo tương quan hai hàm.

Bước 10: Lên răng trên hàm khung.

Bước 11: Thử răng trên miệng bệnh nhân.

Bước 12: Ép nhựa.

Bước 13: Lắp hàm.

Bước 14: Hướng dẫn bệnh nhân cách sử dụng hàm giả.

- **Phục hình bằng cầu răng:**

- + Chỉ định: Tất cả các trường hợp mất răng từng phần.
- + Chống chỉ định:
 - Không còn đủ răng giới hạn 2 phía vùng mất răng.
 - Các trụ cầu không độ vững chắc.
 - Khoảng mất răng quá dài.

+ Các bước:

Bước 1: Sửa soạn các răng trụ mang cầu.

Bước 2: Lấy dấu và đổ mẫu.

Bước 3: So màu răng.

Bước 4: Đúc sườn kim loại và nung sứ.

Bước 5: Gắn cầu răng trên miệng.

- **Phục hình răng bằng Implant:**

+ Chỉ định: Tất cả các trường hợp mất răng từng phần.

+ Chống chỉ định:

° Thiếu xương hàm vùng mất răng.

° Các bệnh nhân có bệnh toàn thân không cho phép.

° Có tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

+ Các bước:

Bước 1: Sát khuẩn.

Bước 2: Vô cảm.

Bước 3: Bộc lộ xương hàm vùng cấy ghép.

Bước 4: Bơm rửa.

Bước 5: Đặt Implant.

Bước 6: Đặt nắp đậy Implant hoặc trụ lành thương.

Bước 7: Khâu đóng niêm mạc.

• **Tiên lượng và biến chứng:**

- Tiên lượng: Tất cả các phương pháp phục hình đều có tác dụng phục hồi chức năng ăn nhai và thẩm mỹ.

- Biến chứng:

+ Sang thương niêm mạc miệng.

+ Sang chấn và tổn thương các răng mang móc, răng trụ cầu.

+ Viêm quanh Implant.

• **Phòng bệnh:**

- Hướng dẫn các biện pháp vệ sinh răng miệng, kiểm soát mảng bám để ngăn ngừa sâu răng và viêm quanh răng.

- Khám định kỳ để phát hiện sớm các bệnh của răng, quanh răng và điều trị kịp thời ngăn ngừa biến chứng gây mất răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Văn Bài (2022), “Phục hình răng cố định”, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam.
2. Tống Minh Sơn (2021), “Phục hình răng tháo lắp”, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam.

SAI KHỚP CĂN LOẠI I

1. ĐẠI CƯƠNG SAI KHỚP CÁN LOẠI I

a. Định nghĩa

- Là tình trạng sai khớp cắn mà ở tư thế cắn trung tâm, múi ngoài gần của răng cối lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm trên khớp về phía gần so với rãnh ngoài gần của răng cối lớn vĩnh viễn thứ nhất hàm dưới, tương quan xương hai hàm bình thường, nhưng các răng phía trước lệch lạc ảnh hưởng tới thẩm mỹ và chức năng.

b. Nguyên nhân

- Do rối loạn trong quá trình phát triển
- Thiếu hoặc thừa răng bẩm sinh.
- Bất thường hình thể răng.
- Răng mọc ngầm hoặc lạc chỗ.
- Do di truyền
- Mất cân xứng giữa kích thước cung hàm và răng.
- Do chấn thương
- Tổn thương mầm răng vĩnh viễn.
- Mất răng sữa sớm.
- Chấn thương răng vĩnh viễn.

c. **Thói quen xấu:** mút tay, đẩy lưỡi, thở miệng...

2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN SAI KHỚP CÁN LOẠI I

a. Khám lâm sàng

• Ngoài mặt

- Mặt cân đối, thẳng hoặc lồi.
- Môi bình thường hoặc không khép kín.

• Trong miệng

- Tương quan răng cối lớn thứ nhất là loại I Angle.
- Tương quan răng nanh là loại I hoặc II.
- Có biểu hiện lệch lạc răng:
 - + Răng mọc chen chúc/ mọc ngoài cung/ mọc xoay/ kẹt.
 - + Khe hở giữa các răng.

- Có thể có khớp cắn sâu.
- Độ cắn phủ tăng.
- Có thể đường cong Spee sâu.
- Có thể cắn hở, hoặc cắn chéo.
- Có thể có răng mọc lạc chỗ.
- Có thể thiếu răng trên cung hàm hoặc còn răng sữa quá tuổi thay.

b. Cận lâm sàng:

- Phim sọ nghiêng (cephalometrics):
 - + Tương quan xương hai hàm loại I.
 - + Số đo ANB: $0 < ANB < 2$.
 - + Chỉ số Wits bình thường.
- Phim toàn cảnh Panoramic: có thể thấy răng thừa, răng ngầm, lệch lạc, thiếu răng, odontoma...

3. CHẨN ĐOÁN SAI KHỚP CẮN LOẠI I

a. Tiêu chuẩn xác định

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.

b. Chẩn đoán phân biệt

Lệch lạc răng do sai khớp cắn loại II, III: dựa vào tương quan răng cối lớn thứ nhất trên lâm sàng và X-Quang.

4. ĐIỀU TRỊ SAI KHỚP CẮN LOẠI I

a. Mục đích và nguyên tắc điều trị

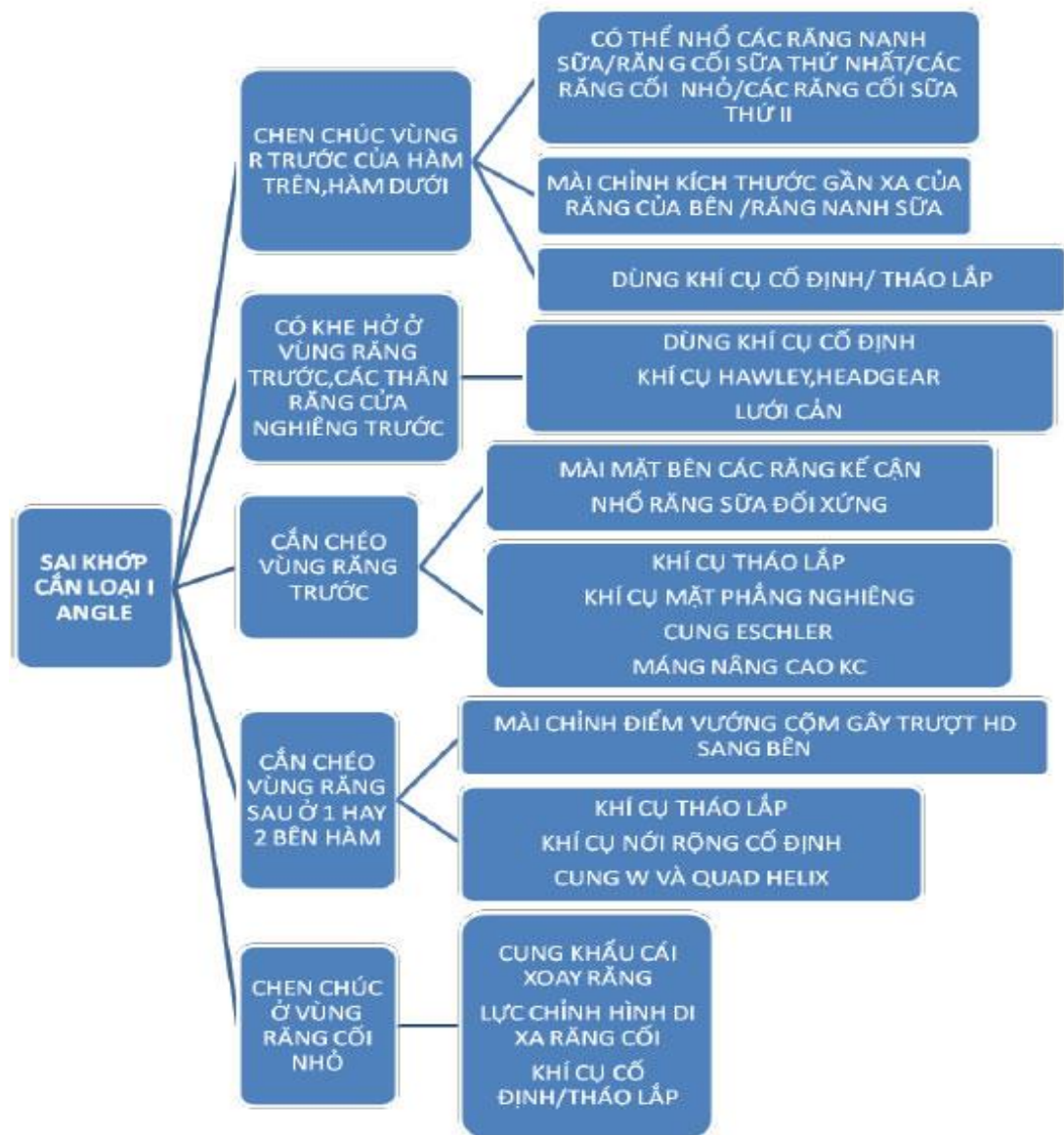
- Tái lập lại tương quan hai hàm lý tưởng.
- Cải thiện về thẩm mỹ.
- Đảm bảo độ ổn định.

b. Điều trị cụ thể

- Nhổ các răng có chỉ định
 - Răng thừa, ngầm.
 - Trường hợp thiếu khoảng do mất cân xứng kích thước răng và hàm.

- Điều trị loại bỏ các nguyên nhân gây lệch lạc răng
 - Cắt thẳng môi bám thấp.
 - Cắt thẳng lưỡi bám bất thường.
 - Loại bỏ các thói quen xấu.
- Điều trị lệch lạc răng và tái lập tương quan hai hàm về mức tối ưu
 - Dùng khí cụ cố định: gắn mắc cài, dây cung thích hợp.
 - Sắp xếp và làm đều các răng theo chiều đứng và chiều ngang:
 - Răng chen chúc: đóng khoảng nhỏ răng và làm đều các răng.
 - Có khe thừa: đóng khe thừa hoặc tạo chỗ để làm phục hình răng.
 - Khớp cắn sâu: làm trôi các răng sau, lún các răng trước, làm phẳng đường cong Spee.
 - Cắn hở: đóng khoảng hở liên hàm.
 - Cắn chéo: giải phóng điểm cản trở gây dịch chuyển chức năng, hoặc nói rộng hàm.
 - Trường hợp hô hai hàm: kéo lùi khối răng trước ra sau.
 - Có răng ngầm: loại bỏ yếu tố cản trở, bộc lộ răng ngầm, gắn khí cụ và đưa răng về vị trí mong muốn.
 - Răng mọc lạc chỗ: đưa răng về đúng vị trí hoặc đổi chỗ mà vẫn đảm bảo chức năng.
 - Thiếu răng: đóng khoảng hoặc tạo khoảng để làm phục hình.
 - Hoàn thiện và duy trì kết quả điều trị.

a. LƯU ĐỒ ĐIỀU TRỊ



b. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Phác đồ điều trị Bệnh viện Răng hàm Mặt TP. Hồ Chí Minh 2023.
- “Kiến thức cơ bản và điều trị dự phòng”. (2023). Đại học Y Dược TP.HCM Bộ môn Chính Hình Răng Hàm Mặt.
- Proffit. WR (2021). “In Contemporary orthodontics”. Chapter 13 and 14: Treatment of moderate and complex nonskeletal problems in preadolescent children, third edition, St Louis, Mosby, Inc.

