

CHƯƠNG 7: KHÁM CẦN KHỚP

§ MỞ ĐẦU VỀ KHÁM CẦN KHỚP

MỤC TIÊU

1. Nêu được trình tự khám cần khớp, mục đích của lấy bệnh sử và những thông tin cần thu thập.
2. Trình bày và thảo luận được những điểm cần khai thác trong bệnh sử.

MỞ ĐẦU

Có nhiều yếu tố nguyên nhân có thể gây ra loạn năng hệ thống nhai và rối loạn cần khớp. Các nguyên nhân này có thể tác động riêng rẽ hay phối hợp với nhau, bao gồm những tổn thương thực thể lẫn tinh thần, vì vậy việc khám hệ thống nhai đòi hỏi thật kỹ lưỡng và theo một trình tự nhất định để không bỏ sót một yếu tố nào.

Toàn bộ hệ thống nhai thực hiện chức năng như một thể thống nhất và trong trạng thái cân bằng động. Khả năng thích ứng của hệ thống nhai khá cao về mặt sinh học, nhưng sự cân bằng đôi khi trở nên mong manh trước những thách thức về thể chất, tinh thần, tâm lý.

Để có được một chẩn đoán chính xác cho tình trạng cần khớp của bệnh nhân, cần dựa vào những dữ kiện thu thập được từ việc hỏi bệnh sử, thăm khám lâm sàng kết hợp với các xét nghiệm, hình ảnh cận lâm sàng. Việc khám cần khớp phải được thầy thuốc thực hiện một cách có tổ chức, tuần tự và tỉ mỉ để tránh bỏ sót các yếu tố và dữ kiện có liên quan.

Một cách tổng quát, tiến trình khám cần khớp bao gồm:

1. Hỏi bệnh sử,
2. Khám lâm sàng hệ thống nhai, gồm:
 - Quan sát tổng thể,
 - Khám vận động hàm dưới,
 - Khám khớp thái dương hàm,
 - Khám các cơ hàm,
 - Khám khớp cắn (được trình bày riêng trong chương 8).

Về khám, có hai phương diện chủ yếu liên quan đến khám cần khớp trong thực hành nha khoa là khám hình thái và khám chức năng, luôn luôn phải đi đôi với nhau, không tách rời hai phương diện này ra thành hai giai đoạn khám riêng rẽ; việc khám cần khớp cần được thực hiện theo đúng trình tự.

§ HỎI BỆNH

MỞ ĐẦU

Cần dành đủ thời gian để lấy bệnh sử. Việc lấy bệnh sử nhằm:

1. Thu thập những thông tin cơ bản,
2. Giúp bác sĩ hiểu biết bệnh sử toàn thân của bệnh nhân
3. Giúp chẩn đoán đúng vấn đề và bệnh căn của nó.
4. Lập và lưu giữ một tài liệu ghi chép hợp pháp, có giá trị để theo dõi diễn tiến, kết quả điều trị và sử dụng trong nghiên cứu.

Việc lấy bệnh sử được thực hiện qua phỏng vấn bệnh nhân, bảng câu hỏi hoặc bảng kiểm (check list) in sẵn về các thông tin cần thiết để tiết kiệm thời gian. Dù là bằng phương pháp nào, việc lấy bệnh sử phải đảm bảo được mục đích là thu được những thông

tin quan trọng, cần thiết cho hiểu biết liên quan đến bệnh của người bệnh nhằm giúp chẩn đoán.

Một bệnh sử thường bao gồm:

1. Những thông tin về cá nhân bệnh nhân.
2. Than phiền chính của bệnh nhân.
3. Bệnh sử về tình trạng bệnh hiện tại.
4. Tiền sử bệnh về sức khỏe toàn thân và răng hàm mặt.

1. Những thông tin về cá nhân bệnh nhân

Những thông tin này gồm họ tên, tuổi (hoặc ngày sinh), giới, địa chỉ, nghề nghiệp, (các) số điện thoại của bệnh nhân. Đối với bệnh nhân trẻ em, cần ghi tên cha mẹ hoặc người nuôi dưỡng và các chi tiết cần thiết để liên hệ.

Các chi tiết sâu hơn về hoàn cảnh gia đình (vợ/chồng; con và số con; tình trạng khác về hôn nhân và gia đình (ly dị, tái hôn...); nghề nghiệp và điều kiện làm việc; những vấn đề trong đời sống và công việc...) có thể được hỏi trong bảng câu hỏi hoặc trực tiếp với người bệnh.

Ngoài ra, tên, địa chỉ, số điện thoại của những bác sĩ khác đã và đang điều trị cho bệnh nhân như bác sĩ điều trị đa khoa, chuyên khoa, chuyên gia tâm lý...cũng cần được ghi lại để bác sĩ RHM có thể dễ dàng tham vấn, phối hợp điều trị cho bệnh nhân.

2. Than phiền chính của bệnh nhân (lý do đến khám)

Than phiền chính là phát biểu của chính bệnh nhân, có thể là một cảm giác, hoặc bệnh mà họ cho là mắc phải, là điều quan trọng nhất đối với bệnh nhân, khiến bệnh nhân tìm đến bác sĩ. Than phiền của bệnh nhân thường là điểm xuất phát cho việc hỏi, khám và hướng đến một chẩn đoán, tuy vậy, bệnh nhân có thể không có than phiền nào về những rối loạn hoặc bệnh mà họ đang mắc, vì vậy, than phiền chính của bệnh nhân không phải là chẩn đoán của bác sĩ.

3. Bệnh sử về tình trạng bệnh hiện tại

Là trả lời của bệnh nhân được ghi lại theo thứ tự thời gian liên quan đến than phiền chính và những triệu chứng khác từ khi khởi phát bệnh đến lúc ghi nhận bệnh sử.

Bác sĩ cần hướng việc trao đổi, hỏi bệnh nhân vào những chi tiết quan trọng, cần thiết để thiết lập chẩn đoán; nhưng cần tránh những cách hỏi áp đặt chủ quan, định kiến đối với người bệnh, ngay cả với bệnh nhân cũ. Như vậy, bệnh sử không phải chỉ được ghi trong lần khám đầu tiên, mà được tiếp tục ghi lại trong những lần khám sau. Bệnh sử giúp bác sĩ biết được diễn biến của bệnh và kết quả của những phương thức điều trị trước đây.

Một số vấn đề chính cần được khai thác trong bệnh sử bao gồm:

3.1. Đau

Bắt đầu đau từ khi nào, đau ở đâu, kiểu đau, tính chất đau, thời gian và mức độ đau, các yếu tố ảnh hưởng làm tăng hay giảm đau...

Đau khởi phát bất ngờ hay xuất hiện từ từ, vị trí đau ở một vùng xác định hay có lan tỏa. Yêu cầu bệnh nhân chỉ vùng đau. (Nếu bệnh nhân chỉ đau một vùng nhỏ ngay trước tai thì thường là đau do rối loạn ở khớp. Nếu bệnh nhân đau một vùng rộng ở đầu và cổ, nguyên nhân đau có thể nghĩ đến là ở cơ).

Đau liên tục hay gián đoạn, có tính chu kỳ không?

Kiểu đau: nông hay sâu, dữ dội hay âm ỉ, đau nhức hay rát bỏng...(Kiểu đau giúp phân định đau do thần kinh hay do cơ, khớp).

Thời gian đau bao lâu, đau có xảy ra vào những thời điểm nhất định trong ngày không. (Thường gặp đau ở vùng thái dương hoặc đau ở hàm kèm theo giới hạn vận động của hàm khi bệnh nhân thức dậy; những người ngồi làm việc văn phòng hoặc làm vi tính lâu thường than phiền bị đau đầu vào cuối buổi chiều do đau ở cơ thang).

Đau có tăng hoặc giảm, hay có thay đổi gì từ khi bắt đầu đau đến nay không. Các yếu tố làm tăng đau (như rượu hoặc một vài loại thức ăn làm tăng đau đầu, trong trường hợp này có thể nghi ngờ đau liên quan đến vận mạch). Vận động hàm có làm đau tăng thêm không (nếu đau tăng rõ khi ăn thức ăn cứng, khi ngáp, hoặc khi nói chuyện có thể nghĩ đến chẩn đoán rối loạn thái dương hàm).

Nghề nghiệp hoặc thói quen của bệnh nhân có liên quan đến việc sử dụng răng, hàm không (những nghề nặng nhọc, cần gắng sức khiến bệnh nhân phải cắn răng khi thực hiện; các loại nhạc cụ như violin, kèn..., thợ lặn cần ngâm ống thở oxy, diễn viên xiếc, tạp kỹ ...)

Những yếu tố làm giảm đau như các loại thuốc aspirin, thuốc kháng histamin, thuốc kháng viêm... Nhiều khi chính bệnh nhân phát hiện ra việc chườm khăn nóng, túi nước đá hay những bài tập giúp họ thấy đỡ đau.

Nếu bệnh nhân đau do stress, có thể thấy bớt đau vào những ngày nghỉ...

3.1.1. Phân loại đau

Đau thường được phân thành hai loại chính: đau cấp và đau mạn.

Đau cấp tính thường xảy ra trong một khoảng thời gian tương đối ngắn gần đây, nguyên nhân gây đau thường rõ ràng và hết đau sớm sau khi lành thương hoặc loại trừ được nguyên nhân.

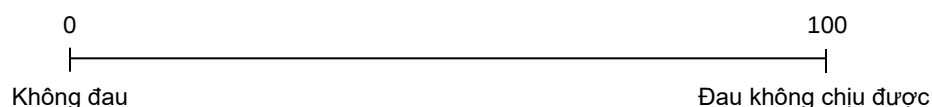
Đau mạn tính thường kéo dài, cả sau khi nguyên nhân gây đau được loại bỏ hoặc nguyên nhân khó xác định. Đau mạn tính đôi khi trở nên thường xuyên và trở thành “một phần của đời sống người bệnh”.

Đau cấp thường đi kèm với nỗi lo lắng của bệnh nhân, trong khi đau mạn tính thường gắn với thái độ trầm cảm, mệt mỏi. Không nên cho rằng tất cả bệnh nhân đau mạn tính là do nguyên nhân tâm lý, mà có thể do một nguyên nhân nào đó chưa xác định được. Đau cấp tính cũng có thể xuất hiện trên nền một đau mạn tính.

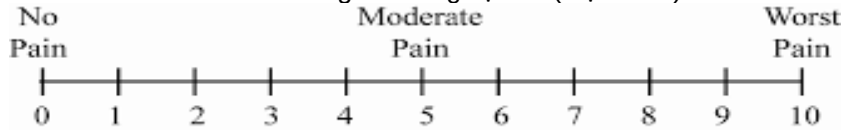
3.1.2. Đánh giá đau

Vì đau thường là cơ sở của chẩn đoán và phản ánh đáp ứng đối với điều trị, nên việc đánh giá đau nhiều lần là cần thiết. Đánh giá đau có thể thực hiện bằng quan sát về mặt hay cảm xúc của bệnh nhân. Trong các nghiên cứu, đau được đánh giá theo cường độ (một chiều) hoặc cùng với nhiều đặc điểm khác như những hoạt động hàng ngày, thái độ, tình trạng tâm lý và toàn bộ con người của bệnh nhân (nhiều chiều).

Để đánh giá cường độ đau người ta thường sử dụng thước VAS (thang đo tương đương nhìn thấy-Visual analog scale) có chiều dài 100 mm với một đầu là “không đau”, đầu kia là “đau không chịu nổi” (Hình 7-1). Bệnh nhân sẽ được yêu cầu ước lượng mức độ đau của họ trên thang đo. Ngoài ra có thể sử dụng thang định tính xác định mức độ đau qua lời khai của bệnh nhân như: không đau, đau nhẹ, đau vừa, đau dữ dội và đau khủng khiếp...



Hình 7-1. Thước VAS đánh giá cường độ đau (một chiều).



3.2. Các thói quen cận chức năng

Bệnh nhân cũng cần được hỏi có mắc những thói quen cận chức năng như nghiến răng, cắn móng tay, ngậm ống điều, cắn bút, cắn môi-má... hay không. Cần chú ý là bệnh nhân thường không biết, thậm chí không tin là mình có những thói quen này, nhất là trong lần khám đầu tiên. Ở những lần khám tiếp theo, khi bệnh nhân đã có nhận thức tốt hơn, kết quả có thể dương tính.

3.3. Các dấu hiệu và triệu chứng của loạn năng

Bệnh nhân có khó chịu, không thoải mái trong mọi chức năng của hệ thống nhai không, nếu có, là gì.

Bệnh nhân có nghe tiếng kêu lục cục hay lạo xạo khi khi há ngậm hay không, có cảm thấy bị giới hạn vận động hàm dưới không, vào lúc nào.

Ngoài ra các triệu chứng khác như ù tai, đau đầu, đau cổ, cứng cổ... cũng cần hỏi để có được một bệnh sử đầy đủ về tất cả các vấn đề có liên quan đến tình trạng hệ thống nhai hiện có của bệnh nhân.

3.4. Những điều trị trước đây

Cần hỏi bệnh nhân về những điều trị trước đây (loại điều trị, các thuốc đã uống, đáp ứng của bệnh nhân với điều trị như thế nào...). Những thông tin này giúp xây dựng kế hoạch điều trị không lặp lại thất bại của những lần điều trị trước.

3.5. Stress cảm xúc (Emotional Stress)

Tình trạng stress cảm xúc đóng một vai trò quan trọng trong rối loạn chức năng của hệ thống nhai. Do đó trong khi khai thác bệnh sử, cần hỏi về các tình huống, hoàn cảnh có thể dẫn tới tình trạng stress trong đời sống của bệnh nhân. Một số bệnh nhân sẵn sàng chia sẻ về vấn đề này, nhưng một số khác không muốn nói đến. Một số bệnh nhân không biết mình là người đang bị stress.

4. Tiền sử về sức khỏe toàn thân và răng hàm mặt

Trong tiền sử bệnh toàn thân, nên lưu ý các bệnh toàn thân và tiền sử gia đình có liên quan đến than phiền chính của bệnh nhân và có thể ảnh hưởng đến điều trị như chứng viêm khớp dạng thấp, xuất huyết thể tạng của khớp thái dương hàm... Ngoài ra cũng cần ghi nhận những thông tin khác liên quan đến cá nhân bệnh nhân như nghề nghiệp, cá tính, thói quen, tình trạng hôn nhân và gia đình của bệnh nhân... để xác định các yếu tố ảnh hưởng đến rối loạn thái dương hàm.

Trong tiền sử về răng hàm mặt cần chú ý những điều trị như chỉnh hình, phẫu thuật hay phục hình của bệnh nhân trước đây: đã điều trị cách nay bao lâu, có đáp ứng như thế nào với những điều trị này. (Một số bằng chứng cho thấy có sự liên quan giữa

chỉnh hình và rối loạn thái dương hàm; các chấn thương hàm mặt và điều trị trước đây cũng cần được ghi nhận vì nó có thể là nguyên nhân của than phiền chính yếu hiện tại).

Dưới đây là bảng câu hỏi in sẵn cho bệnh nhân trả lời (theo Ash) để tham khảo.

Câu hỏi: Ông (Bà)/ Anh (Chị)

Có Không

1. Có bị đau răng nào hay không?
2. Có bị đau ở nướu? Có vấn đề gì khi phát âm /f/, /s/, /t/?
3. Có cảm giác răng bị “cộm” hay “lỏng lẻo”?
4. Có thường xuyên bị cắn lưỡi hay cắn má?
5. Có cảm giác nóng bỏng ở miệng hoặc đau ở lưỡi?
6. Có đang phải đến khám bác sĩ vì một vấn đề gì?
7. Có đang bị stress về kinh tế, luật pháp hay một lý do riêng tư nào ảnh hưởng đến đời sống hay không?
8. Có bị đau đầu hoặc đau cổ?
9. Có cảm thấy khó há miệng lớn khi ăn, khi ngáp hoặc hát không?
10. Có nghe tiếng lục cục hay lạo xạo ở khớp hàm?
11. Có bao giờ phải đẩy hàm hoặc phải dùng tay giữ để đặt hàm đúng vị trí sau khi há lớn hoặc khi ngậm các răng lại với nhau?
12. Gần đây hay trước đây có bị tai nạn gì do chơi thể thao, xe cộ... làm chấn thương hay gây khó chịu vùng hàm mặt?
13. Có bị đau, hay có cảm giác mỏi, cứng cơ khi thức dậy?
14. Đã điều trị về khớp thái dương hàm hay răng nứt gãy chưa?
15. Có hài lòng với những điều trị răng miệng trước đây?