

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT NĂM 2023

KHOA RĂNG TRẺ EM.....	1
1. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHO RĂNG SỮA SÂU MÊN (K0.20)	2
2. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHO RĂNG SỮA SÂU NGÀ.....	4
3. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHO RĂNG SỮA VIÊM TỦY	6
4. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHO RĂNG SỮA HOẠI TỬ TỦY	11
5. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHO RĂNG SỮA ÁP-XE QUANH CHÓP RĂNG.....	15
6. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHO RĂNG VĨNH VIỄN VIÊM TỦY	19
7. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHO RĂNG VĨNH VIỄN HOẠI TỬ TỦY (K0.41)	23
8. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHO RĂNG VĨNH VIỄN ÁP-XE QUANH CHÓP RĂNG.....	2
9. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÂY ĐÓNG CHÓP CHO RĂNG VĨNH VIỄN BẰNG MTA (Mineral Trioxide Aggregate)	6
10. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG CHO TRẺ EM DƯỚI TIỀN MÊ, GÂY MÊ	7
11. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHỔ RĂNG DƯ.....	9
12. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHE TỦY CHO RĂNG VĨNH VIỄN BẰNG MTA	13
KHOA CHỈNH HÌNH RĂNG MẶT.....	17
1. ĐIỀU TRỊ RĂNG LỆCH LẠC ĐƠN GIẢN.....	18
2. KHÍ CỤ FACEMASK (ĐIỀU TRỊ HẠNG III).....	20
3. KHÍ CỤ TWINBLOCK/ MONOBLOCK (ĐIỀU TRỊ HẠNG II)	22
4. KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH.....	24
5. KHÍ CỤ QUAD-HELIX: (Nới rộng cung răng hàm trên)	28
6. KHÍ CỤ ỐC NƠI RỘNG HÀM TRÊN.....	30
7. ĐẶT MINI-VIS: (Tăng neo chặn tuyệt đối).....	32
8. KHÍ CỤ INVISALIGN (Răng lệch lạc nhẹ hoặc trung bình khớp cắn hạng I, II, III)	33
9. KHÍ CỤ TWICARE (ĐIỀU TRỊ HẠNG II)	34
10. KHÍ CỤ TWICARE (ĐIỀU TRỊ HẠNG III)	35
11. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NẢN CHỈNH MŨI - CUNG HÀM TRƯỚC PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ KHE HỞ MÔI - VÒM MIỆNG	36
KHOA CHỮA RĂNG NỘI NHA.....	41
1. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG SÂU MÊN	42
2. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG SÂU NGÀ.....	44
3. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ MÒN RĂNG.....	46
4. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG VIÊM TỦY CÓ HỒI PHỤC.....	48
5. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG VIÊM TỦY KHÔNG HỒI PHỤC	50
6. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG HOẠI TỬ TỦY	54
7. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG VIÊM QUANH CHÓP CẤP	57
8. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH CHÓP MẠN / NANG QUANH CHÂN RĂNG	60
9. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG ÁP XE QUANH CHÓP KHÔNG CÓ LỖ DÒ.....	63
10. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG ÁP XE QUANH CHÓP CÓ LỖ DÒ.....	66
11. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ MÒN CỔ RĂNG	69
DANH MỤC THUỐC SỬ DỤNG	71
KHOA NHA CHU.....	74
1. VIÊM NỨO (DO MẢNG BÁM).....	75

2. SUNG NUỐU PHỐI HỢP (Viêm và viêm triển nhưỡng - Do viêm cấp tính hay mạn tính, có hoặc không kết hợp bệnh lý toàn thân).....	76
3. VIÊM NHA CHU DẠNG KHU TRÚ/ TOÀN THỂ/ ÁP-XE NHA CHU	77
4. TRỤT NUỐU/ THIẾU HỒNG MÔ MỀM	78
5. TÚI NHA CHU SÂU, TIÊU XƯƠNG/ THIẾU HỒNG XƯƠNG <2 VÁCH.....	79
6. CÁC THUỐC ĐIỀU TRỊ TRONG NHA CHU.....	80
7. NHỮNG BIẾN CHỨNG TRONG PHẪU THẬT NHA CHU	81
8. HƯỚNG DẪN SAU PHẪU THUẬT	84
KHOA PHỤC HÌNH	85
1. PHỤC HÌNH THÁO LẮP BÁN PHẦN NỀN NHỰA	86
2. PHỤC HÌNH THÁO LẮP TOÀN BỘ.....	87
3. PHỤC HÌNH THÁO LẮP KHUNG BỘ.....	88
4. PHỤC HÌNH THÁO LẮP KHUNG LIÊN KẾT.....	89
5. PHỤC HÌNH CỐ ĐỊNH MÃO KIM LOẠI TOÀN DIỆN.....	90
6. PHỤC HÌNH CỐ ĐỊNH MÃO SỨ.....	92
7. PHỤC HÌNH CỐ ĐỊNH CẦU RĂNG.....	94
8. PHỤC HÌNH CỐ ĐỊNH CẦU RĂNG TOÀN SỨ	96
9. TÁI TẠO CÙI RĂNG.....	98
10. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG NHIỄM MÀU	100
11. PHỤC HÌNH CỐ ĐỊNH MẶT DÁN SỨ	103
KHOA CÂY GHÉP RĂNG.....	104
1. PHÁC ĐỒ CÂY GHÉP IMPLANT THƯỜNG QUY	105
2. PHÁC ĐỒ PHẪU THUẬT ĐẶT IMPLANT XƯƠNG GỖ MÁ.....	107
3. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NÂNG XOANG HỖ.....	111
KHOA PHẪU THUẬT TRONG MIỆNG.....	114
1. NHỔ RĂNG THÔNG THƯỜNG.....	115
2. PHẪU THUẬT CẮT GỐC RĂNG	117
3. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG THEO PP PHẪU THUẬT	120
4. PHẪU THUẬT TIỀN PHỤC HÌNH.....	123
5. BẮM GAI XƯƠNG – ĐIỀU CHỈNH XƯƠNG Ổ	126
(Liều thuốc trên được chỉ định cho người lớn với chức năng gan thận bình thường) ...	131
KHOA GÂY MÊ HỒI SỨC.....	132
1. PHÁC ĐỒ GÂY MÊ BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG HÀM MẶT.....	133
2. PHÁC ĐỒ GÂY MÊ BỆNH NHÂN TẠO HÌNH.....	135
KHOA CẤP CỨU	136
1. PHÁC ĐỒ CẤP CỨU CHẤN THƯƠNG.....	137
2. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SỐC PHẢN VỆ 2018.....	138
3. KHÓ THỞ CẤP	145
4. PHÁC ĐỒ CẤP CỨU HẠ ĐƯỜNG HUYẾT	147
5. PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ CƠN TĂNG HUYẾT ÁP	149
6. PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ CẤP CỨU NGỘ ĐỘC THUỐC TÊ.....	151
KHOA PHẪU THUẬT HÀM MẶT	152
1. CHẤN THƯƠNG VÙNG HÀM MẶT.....	153
2. VIÊM NHIỄM VÙNG HÀM MẶT.....	163
3. U NANG VÙNG HÀM MẶT	167
4. DI TẬT MÔI – HÀM ÉCH BẨM SINH	171
5. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG KHUYẾT HỒNG VÙNG HÀM MẶT BẰNG VẬT TỰ DO (ỨNG DỤNG KỸ THUẬT VI PHẪU) (2018)	175

6. ĐIỀU TRỊ VỠ SÀN Ổ MẮT GÂY THOÁT VỊ TỔ CHỨC NHÂN CẦU XUỐNG XOANG HÀM.....	178
7. PHẪU THUẬT ĐÓNG LỖ THÙNG HÀM ẾCH.....	182
8. ĐIỀU TRỊ DÍNH KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM (2018).....	185
KHOA TẠO HÌNH THẨM MỸ.....	190
1. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ HÔ, MÓM DO XƯƠNG HÀM HÔ (K07.0)	191
2. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ HÔ, MÓM DO XƯƠNG HÀM MÓM (K07.0)	192
3. PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH XƯƠNG HÀM MẮT	193
4. NHẤN MÍ MẮT	195
5. PHÁC ĐỒ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THẨM MỸ MẮT	196
6. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TẠO HÌNH THẨM MỸ MẮT DA DƯ, MỖ THỪA MI MẮT TRÊN, DƯỚI 2 BÊN	198
7. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MÁ LÚM ĐỒNG TIỀN	199
8. CĂNG DA MẮT- DA TRÁN	200
9. PHÁC ĐỒ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THẨM MỸ CẮM.....	201
10. PHÁC ĐỒ PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH MŨI	203
11. PHÁC ĐỒ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH SỆO.....	205
12. PHÁC ĐỒ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THẨM MỸ MŨI	207
13. PHÁC ĐỒ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THẨM MỸ MÔI, MŨI.....	209
KHOA ĐIỀU TRỊ ĐẶC BIỆT.....	212
1. RỐI LOẠN THÁI DƯƠNG HÀM.....	213
2. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ HÔI MIỆNG	222
KHOA DINH DƯỠNG.....	228
1. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SUY DINH DƯỠNG (NHI KHOA).....	229
KHOA KHÁM TỔNG HỢP.....	235
1. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ KHÔ MIỆNG.....	236

KHOA RĂNG TRẺ EM

1. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHO RĂNG SỮA SÂU MEN (K0.20)

1. ĐỊNH NGHĨA:

- Lỗ sâu tiến triển vào lớp men răng.
- Men răng bị acid tấn công và bị phá hủy, bề mặt men răng có đốm trắng sau biến thành đen. Sâu ở men không có cảm giác và không đau.

2. NGUYÊN NHÂN:

2.1. Do vi khuẩn:

Vi khuẩn Streptococcus Mutans làm lên men các chất bột và đường có trong thức ăn thành axit lactic. Vi khuẩn Streptococcus Mutans luôn hiện diện ở môi trường miệng của tất cả mọi người.

2.2. Do thức ăn.

2.3. Do kết cấu răng: răng mọc lệch lạc.

2.4. Do chăm sóc răng miệng không đúng cách.

3. CHẨN ĐOÁN:

3.1. Lâm sàng:

- Bệnh nhân không có cảm giác đau.
- Khám lâm sàng: men răng có vết màu trắng đục, thám châm chạm vào sẽ bị mắc lại hoặc hơi ê nhẹ.

3.2. Cận lâm sàng (nếu có):

Phim X-quang quanh chóp: Ít có giá trị chẩn đoán.

3.3. Chẩn đoán xác định: Sâu men.

4. ĐIỀU TRỊ:

- Đánh bóng cho nhẵn.
- Áp gel Fluor trên răng có thể giúp phục hồi men và làm biến mất vết trắng đục.
- Nếu có lỗ sâu thực sự thì tạo xoang trám, trám bằng vật liệu trám kết thúc.

5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG:

Tốt: Xoang sâu không lớn và trám đúng kỹ thuật.

Xấu: còn ê, đau khi kích thích. Trám lại hoặc chuyển chữa nội nha.

Biến chứng:

Sâu răng không được điều trị sẽ dẫn đến phá hủy răng, nhiễm trùng dẫn đến phải nhổ răng và thay thế bằng răng giả. Mất răng sữa có thể làm di chuyển các răng bên cạnh và làm cản trở mọc các răng vĩnh viễn tương ứng của chúng.

6. PHÒNG BIẾN CHỨNG XỬ TRÍ:

- Vệ sinh răng miệng đúng cách và dùng chỉ nha khoa
- Thói quen ăn uống tốt cho răng
- Trám bít hố rãnh (Sealant)

2. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHO RĂNG SỮA SÂU NGÀ

1. ĐỊNH NGHĨA:

Lỗ sâu tiến triển vào lớp ngà răng

Ngà răng bị phá hủy, trẻ sẽ có cảm giác ê buốt khi ăn lạnh và thức ăn chua.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Do vi khuẩn

Vi khuẩn Streptococcus Mutans làm lên men các chất bột và đường có trong thức ăn thành axit lactic. Vi khuẩn Streptococcus Mutans luôn hiện diện ở môi trường miệng của tất cả mọi người.

2.2. Do kết cấu răng: răng mọc lệch lạc

2.3. Do chăm sóc răng miệng không đúng cách

3. CHẨN ĐOÁN:

3.1. Lâm sàng:

- Bệnh nhân có cảm giác bị đau nhiều khi ăn lạnh, chua ngọt, đau khi bị kích thích.
- Bệnh nhân đau khi ăn nhai do thức ăn nhồi nhét vào lỗ sâu.
- Khám trên lâm sàng có lỗ sâu tiến triển vào ngà.

3.2. Cận lâm sàng:

Phim X-quang: Có thấu quang.

3.3. Chẩn đoán xác định: Sâu ngà

4. ĐIỀU TRỊ:

- Tạo xoang: dùng cây nạo ngà hoặc mũi khoan làm sạch xoang trám.
- Trám: bằng vật liệu trám kết thúc.

5. TIÊN LƯỢNG BIẾN CHỨNG:

Tốt: Xoang sâu không lớn và trám đúng kỹ thuật.

Xấu: còn ê, đau khi kích thích. Trám lại hoặc chuyển chữa nội nha.

6. PHÒNG BỆNH HƯỚNG XỬ TRÍ:

- Vệ sinh răng miệng đúng cách và dùng chỉ nha khoa
- Thói quen ăn uống tốt cho răng
- Trám bít hố rãnh (Sealant)

- Khám răng định kỳ 3 - 6 tháng/lần để phát hiện sớm.

3. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHO RĂNG SỮA VIÊM TỦY

1. ĐỊNH NGHĨA:

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

2. NGUYÊN NHÂN:

- Do nguyên nhân sâu răng, không được điều trị sớm, tình trạng sâu răng trầm trọng hơn. Lúc đó sẽ biến chứng sang viêm tủy răng
- Do chấn thương. Nghĩa là trẻ bị thương gây tổn hại đến răng như gãy răng, vỡ răng hoặc chảy máu chân răng.

3. CHẨN ĐOÁN:

3.1. Lâm sàng:

- Đau khi có kích thích: nóng, lạnh, chua, ngọt, khi ăn nhai... hết kích thích hết đau.
- Đau tự phát, từng cơn, theo mạch đập, không ngủ được, cơn đau có thể kéo dài vài phút đến vài giờ.
- Một số trường hợp đau dữ dội, khuếch tán cơn đau lan tỏa nửa mặt hoặc nửa đầu giống như cơn đau thần kinh.
- Gõ ngang đau, gõ dọc không đau (đau nếu có tổn thương màng nha chu).
- Khám lâm sàng lỗ sâu lớn sát tủy, làm sạch xoang có thể thấy điểm ánh hồng tương ứng vị trí buồng tủy, hoặc có thể thấy tủy triển dưỡng ở xoang sâu hoặc tủy lộ khi lấy hết thức ăn (đôi khi triệu chứng lâm sàng rất điển hình của viêm tủy cấp không cần gõ).

3.2. Cận lâm sàng: Phim X-quang quanh chóp :

- Độ lan rộng của tổn thương mô răng (độ thấu quang) tới tủy hoặc gần sát sừng tủy.
- Dây chằng nha chu giãn rộng hoặc bình thường.
- Chưa thấy tổn thương quanh chóp.
- Có điều trị lấy tủy buồng trước đó.
- Răng có miếng trám lớn sát tủy sâu tái phát.

3.3. Chẩn đoán xác định: Viêm tủy

4. ĐIỀU TRỊ:

4.1. Chỉ định:

- Tủy theo tổn thương trên lâm sàng và phim X-quang.
- Che tủy trực tiếp hoặc gián tiếp bằng Hydroxit Canxi - $\text{Ca}(\text{OH})_2$, MTA
- Điều trị tủy:

Lấy tủy buồng hoặc toàn phần tủy trường hợp tổn thương trên lâm sàng.

4.2. Chống chỉ định tương đối:

- Bệnh nhân có tiền sử dị ứng thuốc, các bệnh tim mạch, bệnh về máu, ...
(cho trẻ khám chuyên khoa và có ý kiến của bác sĩ chuyên khoa cho phép điều trị và các thuốc trẻ có thể dùng được trong thời gian điều trị).

4.3. Điều trị:

- Phương pháp điều trị:
 - Tủy theo tổn thương trên lâm sàng và phim X-quang:
 - Che tủy trực tiếp hoặc gián tiếp bằng Hydroxit Canxi - $\text{Ca}(\text{OH})_2$, MTA.
 - Điều trị nội nha: Lấy tủy buồng hoặc tủy toàn phần tủy trường hợp tổn thương trên lâm sàng.
- Thuốc sử dụng: Tủy thực tế trên lâm sàng, có thể cho thuốc điều trị cho phù hợp.
 - **Kháng sinh:**
- Chọn thuốc kháng sinh thuộc các nhóm β lactam, nhóm aminosid hay aminoglycoside, nhóm chloramphenicol, nhóm tetracyclin, nhóm macrolid và lincosamid, nhóm quinolone, nhóm 5- nitro- imidazole tùy theo cơ địa và kháng sinh đồ.
- Khoa thường hay cho:

- **Amoxicilline 250mg (gói), 500mg (viên nang, gói):**

- Trẻ em trên 12 tuổi: Dùng liều người lớn: 500mg, cách 8 giờ 1 lần.

- Trẻ em dưới 12 tuổi: 40-50 mg/kg thể trọng/ngày, cách 8 giờ 1 lần, sử dụng dưới dạng gói
- Trẻ dưới 20 kg thường dùng liều 20 - 40mg/ kg thể trọng/ngày, sử dụng dưới dạng gói
- **Metronidazole 250mg:**
 - Liều thường dùng cho trẻ em: 20 - 30 mg/kg/ngày, chia làm 4 lần uống.
- **Kháng viêm:**
- **Dexamethasone 0,5mg:**
 - Liều thường dùng cho trẻ em: 0,024 – 0,34 mg/kg/ngày chia làm 4 liều.
- **Prednisone 5mg:**
 - Liều thường dùng cho trẻ em: 0,14 – 2mg/kg/ngày chia làm 4 lần uống.
- **Giảm đau:**
- **Paracetamol 500mg (viên nén), 325mg (viên nén), 250mg (gói), 150mg (gói), 80mg (gói):**
 - Trẻ em trên 12 tuổi: dùng theo liều người lớn: 500mg, 4-6 giờ một lần uống.
 - Trẻ em 10 – 11 tuổi: 480mg, mỗi 4-6 giờ một lần uống.
 - Trẻ em 9 – 10 tuổi: 400mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
 - Trẻ em 6 – 8 tuổi: 320mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
 - Trẻ em 4 – 5 tuổi: 240mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
 - Trẻ em 2-3 tuổi: 160mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
 - Trẻ em 1 – 2 tuổi: 120mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
- **Ibuprofen 100mg / 5 ml:**
 - Trẻ em 3 - 6 tháng tuổi (5 kg đến 7,6 kg): 2,5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 150 mg ibuprofen mỗi ngày).
 - Trẻ em từ 6 - 12 tháng tuổi (7,7 kg đến 9 kg): 2,5 ml mỗi lần, 3 - 4 lần mỗi ngày (tương đương 150 - 200 mg ibuprofen mỗi ngày).

- Trẻ em từ 1 - 3 tuổi (10 kg đến 15 kg): 5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 300mg ibuprofen mỗi ngày).
 - Trẻ em từ 4 - 6 tuổi (16 kg đến 20 kg): 7,5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 450 mg ibuprofen mỗi ngày).
 - Trẻ em từ 7 - 9 tuổi (21 kg đến 29 kg): 10 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 600 mg ibuprofen mỗi ngày).
 - Trẻ em từ 10 - 12 tuổi (30 kg đến 40 kg): 15ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 900 mg ibuprofen mỗi ngày).
- Thời gian điều trị:
Tùy tổn thương trên lâm sàng, bác sĩ trực tiếp điều trị sẽ hẹn bệnh hai hoặc ba, bốn lần...
 - Theo dõi, chế độ chăm sóc, tái khám: Hướng dẫn vệ sinh răng miệng cho trẻ, cách cho trẻ ăn uống trong thời gian điều trị.

5. TIỀN LƯỢNG BIẾN CHỨNG:

Bệnh viêm tủy răng ở trẻ nếu không được chẩn đoán và điều trị sớm sẽ gây ra các biến chứng rất nguy hiểm cho sức khỏe răng miệng như viêm tủy cấp, sau đó sẽ dẫn đến viêm tủy mãn, làm chết tủy và hoại tử tủy.

Mặt khác những hoại tử tủy răng nếu không được thải ra ngoài dễ gây nên các bệnh lý khác như viêm tổ chức liên kết, viêm xương hàm hoặc tụ lại ở chân răng gây ra u hạt, nang quanh chóp, ...

Biến chứng nặng nhất mà viêm tủy có thể gây ra là trẻ bị mất răng, nếu răng của bé được nhổ quá sớm cũng sẽ ảnh hưởng đến việc thay răng vĩnh viễn hay sức khỏe răng miệng về sau.

6. PHÒNG BỆNH HƯỚNG XỬ LÝ:

Phải giữ vệ sinh răng miệng tốt cho trẻ sau các bữa ăn và chăm sóc răng miệng cho trẻ đúng cách. Tập cho trẻ thói quen súc miệng nhiều lần bằng nước trắng hoặc nước muối sinh lý sau khi ăn. Dùng gạc ẩm lau sạch răng cho trẻ sau khi ăn đối với trẻ nhỏ chưa biết đánh răng.

Hạn chế cho trẻ ăn thức ăn có nhiều đường như: bánh kẹo, nước ngọt và tránh xa các loại thức ăn mềm có tính dính cao như: kẹo dẻo, nho khô, trái cây sấy...

Những loại thức ăn này làm cho vi khuẩn hoạt động mạnh tiết ra nhiều acid có hại cho răng.

Tạo cho trẻ thói quen dùng chỉ tơ nha khoa. Dùng chỉ nha khoa giúp bạn loại bỏ các thức ăn giữa các răng. Đánh răng không chưa đủ hiệu quả, nên dùng chỉ nha khoa hai lần một ngày.

Cho trẻ súc miệng bằng nước diệt khuẩn phù hợp với trẻ nhỏ để tránh diệt cả những vi khuẩn có lợi, làm thay đổi môi trường miệng của trẻ sau khi đánh răng một hoặc hai lần mỗi ngày để loại trừ các mảng bám trên bề mặt răng.

Các bậc cha mẹ cần phát hiện sớm và điều trị sớm các răng bị sâu của trẻ, như vậy sẽ làm giảm bớt nguy cơ viêm tủy răng.

Nên đưa trẻ đi khám răng định kỳ mỗi 6 tháng một lần để kịp thời phát hiện những dấu hiệu bất thường ở giai đoạn sớm. Không nên chờ đến khi răng bị viêm tủy hay đau răng mới đến nha khoa.

4. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHO RĂNG SỮA HOẠI TỬ TỦY

1. ĐỊNH NGHĨA:

Hoại tử tủy răng là tình trạng tủy răng bên trong răng của bạn bị chết. Tủy răng bị hoại tử là giai đoạn cuối của bệnh viêm tủy răng mãn tính. Nó có thể dẫn đến các vấn đề khác với răng của bạn nếu không được điều trị kịp thời.

2. NGUYÊN NHÂN:

Sâu răng sữa: do ăn kẹo bánh nhiều, ăn đồ ăn vặt ở trẻ em khiến trẻ dễ bị sâu răng. Bên cạnh đó, trẻ nhỏ thường hay lười và thường gặp khó khăn trong việc vệ sinh răng miệng làm răng dễ bị sâu hơn. Khi trẻ bị sâu răng, các vi khuẩn sẽ phá hủy hoàn toàn men răng và ngà răng, cuối cùng là tấn công làm viêm tủy răng. Nếu không được điều trị từ sớm thì sẽ dẫn đến hoại tử tủy răng.

Răng sữa bị chấn thương: do chạy nhảy hay nô đùa trẻ bị ngã dẫn đến răng bị gãy vỡ. Tủy răng bị lộ ra ngoài dễ bị viêm nhiễm.

3. CHẨN ĐOÁN:

3.1. Lâm sàng:

- Đau hoặc không đau, răng đổi màu (so sánh với màu răng bên cạnh hoặc gần đó bình thường). Mô mềm xung quanh răng có thể sưng đỏ, có mủ (áp-xe hay có lỗ dò ở mô mềm vùng chân răng). Tổn thương có thể lộ tủy hay không, có lỗ sâu trên răng.
- Răng lung lay, gõ đau hoặc không đau (gõ bằng cán gương với lực nhẹ).

3.2. Cận lâm sàng:

- Phim X-quang: có thấu quang quanh chóp răng, dây chằng nha chu dẫn rộng, có thể có tiêu xương chân răng.

3.3. Chẩn đoán xác định: Hoại tử tủy.

4. ĐIỀU TRỊ:

4.1. Chỉ định: Lấy tủy chân răng hoặc nhổ nếu nhiễm trùng nhiều, răng lung lay không giữ được.

4.2. Chống chỉ định tương đối:

- Bệnh nhân có tiền sử dị ứng thuốc tê, các bệnh tim mạch, bệnh về máu,...
(cho trẻ khám chuyên khoa và có ý kiến của bác sĩ chuyên khoa cho phép điều trị và các thuốc trẻ có thể dùng được trong thời gian điều trị).

4.3. Điều trị:

- Phương pháp điều trị:
- ✓ Lấy tủy toàn phần hoặc nhỏ nếu nhiễm trùng nhiều, răng lung lay không giữ được.
- ✓ Gây tê tại chỗ, mở tủy, lấy tủy, sửa soạn ống tủy (SSOT), bơm rửa bằng dung dịch Dakin 1,5% hay nước muối sinh lý. Trám ống tủy bằng Eugenate. Trám kết thúc bằng GIC hay composite.
- Thuốc: Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.

- **Kháng sinh:**

Chọn thuốc kháng sinh thuộc các nhóm β lactam, nhóm aminosid hay aminoglycoside, nhóm chloramphenicol, nhóm tetracyclin, nhóm macrolid và lincosamid, nhóm quinolone, nhóm 5- nitro- imidazole tùy theo cơ địa và kháng sinh đồ. Khoa thường hay cho:

- **Amoxicilline 250mg (gói), 500mg (viên nang,gói):**

- Trẻ em trên 12 tuổi: Dùng liều người lớn: 500 mg, cách 8 giờ 1 lần.
- Trẻ em dưới 12 tuổi: 40-50 mg/kg thể trọng/ ngày, cách 8 giờ 1 lần, sử dụng dưới dạng gói
- Trẻ dưới 20 kg thường dùng liều 20 – 40 mg/ kg thể trọng/ ngày, sử dụng dưới dạng gói.

- **Metronidazole 250mg:**

- Liều thường dùng cho trẻ em: 20-30 mg/kg/ngày, chia làm 4 lần uống.

- **Kháng viêm:**

- **Dexamethasone 0,5mg:**

- Liều thường dùng cho trẻ em: 0,024 – 0,34mg/kg/ngày chia làm 4 liều.

- **Prednisone 5mg:**

- Liều thường dùng cho trẻ em: 0,14 – 2mg/kg/ngày chia làm 4 lần uống.

- **Giảm đau:**

- **Paracetamol 650mg, 500mg, 325mg, 250mg (gói), 125mg (gói):**

- Trẻ em trên 12 tuổi: dùng theo liều người lớn: 500mg, 4-6 giờ một lần uống.
- Trẻ em 10 – 11 tuổi: 480 mg, mỗi 4-6 giờ một lần uống.
- Trẻ em 9 – 10 tuổi: 400 mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
- Trẻ em 6 – 8 tuổi: 320 mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
- Trẻ em 4 – 5 tuổi: 240 mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
- Trẻ em 2-3 tuổi: 160 mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
- Trẻ em 1 – 2 tuổi: 120 mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.

- **Ibuprofen 100mg / 5 ml:**

- Trẻ em 3 - 6 tháng tuổi (5 kg đến 7,6 kg): 2,5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 150 mg ibuprofen mỗi ngày).
- Trẻ em từ 6 - 12 tháng tuổi (7,7 kg đến 9 kg): 2,5 ml mỗi lần, 3 - 4 lần mỗi ngày (tương đương 150 - 200 mg ibuprofen mỗi ngày).
- Trẻ em từ 1 - 3 tuổi (10 kg đến 15 kg): 5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 300mg ibuprofen mỗi ngày).
- Trẻ em từ 4 - 6 tuổi (16 kg đến 20 kg): 7,5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 450 mg ibuprofen mỗi ngày).
- Trẻ em từ 7 - 9 tuổi (21 kg đến 29 kg): 10 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 600 mg ibuprofen mỗi ngày).
- Trẻ em từ 10 - 12 tuổi (30 kg đến 40 kg): 15ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 900 mg ibuprofen mỗi ngày).

- Thời gian điều trị:

Tùy tổn thương trên lâm sàng, bác sĩ trực tiếp điều trị sẽ hẹn bệnh hai hoặc ba, bốn lần...

- Theo dõi, chế độ chăm sóc, tái khám:

Hướng dẫn vệ sinh răng miệng cho trẻ, cách cho trẻ ăn uống trong thời gian điều trị.

5. TIỀN LƯỢNG BIẾN CHỨNG:

Hoại tử tủy nếu không được điều trị sẽ gây ra các bệnh lý khác nghiêm trọng hơn như bệnh lý ở chân răng: u hạt, nang chân răng... Nặng hơn gây viêm xương hàm, viêm mô tế bào.

Hoại tử tủy nếu nặng có thể phải nhổ răng như phương pháp điều trị cuối cùng, nếu răng của bé được nhổ quá sớm cũng sẽ ảnh hưởng đến việc thay răng vĩnh viễn hay sức khỏe răng miệng về sau.

6. PHÒNG BỆNH HUỚNG XỬ LÝ:

Vệ sinh răng miệng đúng cách: tập cho trẻ thói quen vệ sinh răng miệng từ nhỏ và dạy trẻ cách vệ sinh răng miệng đúng cách. Các cha mẹ nên lưu ý chọn bàn chải đánh răng cho con nên dùng loại bàn chải mềm để hạn chế gây kích ứng nướu răng.

Sử dụng chỉ tơ nha khoa để làm sạch thức ăn mắc kẹt, không nên dùng tăm tre. Nên cho trẻ súc miệng với nước muối ấm pha loãng sau khi chải răng.

Hạn chế cho trẻ ăn vặt, ăn nhiều bánh kẹo, thực phẩm có chứa nhiều đường.

Cho trẻ đi khám răng miệng định kì: nên cho trẻ đi khám răng định kì 2 – 3 lần/năm khi trẻ từ 2 tuổi trở lên.

5. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHO RĂNG SỬA ÁP-XE QUANH CHÓP RĂNG

1. ĐỊNH NGHĨA:

Tổn thương cấp tính, nguyên phát hay do đợt bùng phát cấp tính của bệnh lý mạn tính vùng quanh chóp.

2. NGUYÊN NHÂN:

Do nhiễm khuẩn: do bệnh tủy lan tràn qua vùng mô quanh chóp.

Do sang chấn: răng bị chấn thương do tai nạn hoặc chấn thương khớp cắn

Do sai sót trong điều trị: có thể do điều trị nội nha vô tình đi quá chóp răng, do miếng trám quá cao.

3. CHẨN ĐOÁN:

3.1. Lâm sàng:

- Răng có thể có lỗ sâu hoặc không, mô mềm xung quanh răng có sưng đỏ, có mủ.
- Gõ đau ít hay nhiều tùy tổn thương hoặc không đau.
- Răng lung lay từ độ 1 tới độ 4 (tùy nhiễm trùng ít hay nhiều).

3.2. Cận lâm sàng (nếu có):

Phim X-quang: có thấu quang xung quanh răng, có thể tiêu xương chân răng.

3.3. Chẩn đoán xác định: Áp-xe quanh chóp răng.

4. ĐIỀU TRỊ:

4.1. Chỉ định:

Rạch áp-xe, cho toa thuốc.

4.2. Chống chỉ định tương đối:

Bệnh nhân có tiền sử về các bệnh tim mạch, bệnh về máu,... (cho trẻ khám chuyên khoa và có ý kiến của bác sĩ chuyên khoa cho phép điều trị và các thuốc trẻ có thể dùng được trong thời gian điều trị).

4.3. Điều trị:

- Rạch áp-xe, cho toa thuốc và hẹn tái khám.

Thuốc: Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.

- **Kháng sinh:**

Chọn thuốc kháng sinh thuộc các nhóm β lactam, nhóm aminosid hay aminoglycoside, nhóm chloramphenicol, nhóm tetracyclin, nhóm macrolid và lincosamid, nhóm quinolone, nhóm 5- nitro- imidazole tùy theo cơ địa và kháng sinh đồ. Khoa thường hay cho:

- **Amoxicilline 250mg (gói), 500mg (viên nang, gói):**

- Trẻ em trên 12 tuổi: Dùng liều người lớn: 500 mg, cách 8 giờ 1 lần.
 - Trẻ em dưới 12 tuổi: 40-50 mg/kg thể trọng/ ngày, cách 8 giờ 1 lần, sử dụng dưới dạng gói.
 - Trẻ dưới 20 kg thường dùng liều 20 – 40 mg/ kg thể trọng/ ngày, sử dụng dưới dạng gói.

- **Metronidazole 250mg:**

- Liều thường dùng cho trẻ em: 20-30 mg/kg thể trọng/ngày, chia làm 4 lần uống.

- **Kháng viêm:**

- **Dexamethasone 0,5mg:**

- Liều thường dùng cho trẻ em: 0,024 – 0,34 mg/kg thể trọng/ngày chia làm 4 liều.

- **Prenisone 5 mg:**

- Liều thường dùng cho trẻ em: 0,14 – 2 mg/kg thể trọng/ngày chia làm 4 lần uống.

- **Giảm đau:**

- **Paracetamol 500mg, 325mg, 250mg (gói), 125mg (gói):**

- Trẻ em trên 12 tuổi: dùng theo liều người lớn: 500mg, 4-6 giờ một lần uống.
 - Trẻ em 10 – 11 tuổi: 480 mg, mỗi 4-6 giờ một lần uống.
 - Trẻ em 9 – 10 tuổi: 400 mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
 - Trẻ em 6 – 8 tuổi: 320 mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.

- Trẻ em 4 – 5 tuổi: 240 mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
- Trẻ em 2-3 tuổi: 160 mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
- Trẻ em 1 – 2 tuổi: 120 mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.

○ **Ibuprofen 100mg / 5 ml:**

- Trẻ em 3 - 6 tháng tuổi (5 kg đến 7,6 kg): 2,5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 150 mg ibuprofen mỗi ngày).
- Trẻ em từ 6 - 12 tháng tuổi (7,7 kg đến 9 kg): 2,5 ml mỗi lần, 3 - 4 lần mỗi ngày (tương đương 150 - 200 mg ibuprofen mỗi ngày).
- Trẻ em từ 1 - 3 tuổi (10 kg đến 15 kg): 5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 300mg ibuprofen mỗi ngày).
- Trẻ em từ 4 - 6 tuổi (16 kg đến 20 kg): 7,5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 450 mg ibuprofen mỗi ngày).
- Trẻ em từ 7 - 9 tuổi (21 kg đến 29 kg): 10 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 600 mg ibuprofen mỗi ngày).
- Trẻ em từ 10 - 12 tuổi (30 kg đến 40 kg): 15ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 900 mg ibuprofen mỗi ngày).

Thời gian dùng thuốc từ 5 – 7 ngày.

- Tái khám:

- ✓ Cho chụp phim X-quang: nếu được có thể điều trị lấy tủy toàn phần để bảo tồn răng.
- ✓ Nhổ răng.

5. TIÊN LƯỢNG BIẾN CHỨNG:

Tiên lượng phụ thuộc vào mức độ lây lan của nhiễm trùng. Thông thường, khi nhiễm trùng khu trú ở răng, tiên lượng rất tốt nếu được điều trị ngay khi các dấu hiệu và triệu chứng được chú ý. Nếu nhiễm trùng ảnh hưởng đến phần lớn xương hàm xung quanh của răng và khiến răng bị lung lay, cơ hội cứu răng sẽ giảm.

6. PHÒNG BỆNH HUỚNG XỬ LÝ:

Phải giữ vệ sinh răng miệng tốt cho trẻ sau các bữa ăn và chăm sóc răng miệng cho trẻ đúng cách. Tập cho trẻ thói quen súc miệng nhiều lần bằng nước trắng hoặc

nước muối sinh lý sau khi ăn. Dùng gạc ẩm lau sạch răng cho trẻ sau khi ăn đối với trẻ nhỏ chưa biết đánh răng.

Hạn chế cho trẻ ăn thức ăn có nhiều đường như: bánh kẹo, nước ngọt và tránh xa các loại thức ăn mềm có tính dính cao như: kẹo dẻo, nho khô, trái cây sấy... Những loại thức ăn này làm cho vi khuẩn hoạt động mạnh tiết ra nhiều acid có hại cho răng.

Tạo cho trẻ thói quen dùng chỉ tơ nha khoa. Dùng chỉ nha khoa giúp bạn loại bỏ các vi khuẩn phát triển giữa các răng. Đánh răng không chưa đủ hiệu quả, nên dùng chỉ nha khoa hai lần một ngày.

Cho trẻ súc miệng bằng nước diệt khuẩn phù hợp với trẻ nhỏ để tránh diệt cả những vi khuẩn có lợi, làm thay đổi môi trường miệng của trẻ sau khi đánh răng một hoặc hai lần mỗi ngày để loại trừ các mảng bám trên bề mặt răng.

Các bậc cha mẹ cần phát hiện sớm và điều trị sớm các răng bị sâu của trẻ, như vậy sẽ làm giảm bớt nguy cơ viêm tủy răng.

Nên đưa trẻ đi khám răng định kỳ mỗi 6 tháng một lần để kịp thời phát hiện những dấu hiệu bất thường ở giai đoạn sớm. Không nên chờ đến khi răng bị viêm tủy hay đau răng mới đến nha khoa.

6. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHO RĂNG VĨNH VIỄN VIÊM TỦY

1. ĐỊNH NGHĨA:

Viêm tủy răng là tình trạng vùng tủy và các mô quanh chân răng bị viêm nhiễm.

2. NGUYÊN NHÂN:

Sâu răng: Khi răng bị sâu, vết sâu không được trám kín kịp thời, để lâu ngày sẽ xâm lấn vào trong tủy răng, gây ra viêm tủy răng

Viêm quanh răng gây viêm tủy ngược dòng: những vi khuẩn tồn tại gây viêm ở những tổ chức xung quanh răng, ví dụ như viêm nướu, cũng có thể gây nên viêm tủy răng

Chấn thương răng: Những sự cố chấn thương ngoài ý muốn làm răng tổn thương, gãy, mẻ răng làm tủy răng bị lộ ra ngoài.

Việc thay đổi nhiệt độ đột ngột khi ăn những thức ăn quá nóng hoặc quá lạnh làm răng bị sung huyết, dẫn đến viêm tủy răng

Răng bị tổn thương: Việc đánh răng không phù hợp, bàn chải quá cứng, đánh răng quá mạnh khiến cổ răng bị khuyết dần đi, cổ răng bị khuyết nghiêm trọng có thể làm lộ tủy răng, gây viêm tủy

Răng bị mài mòn: Ở những người lớn tuổi răng bị mài mòn sau nhiều năm cũng gây ra tình trạng hở tủy răng, cộng với thói quen vệ sinh răng miệng kém do cao tuổi càng dễ mắc bệnh viêm tủy răng

Do thủ thuật của nha sĩ trong việc điều trị trước đây: vết trám các lỗ sâu chưa kín hoặc vẫn để mài cùi làm chập khi răng còn sống.

3. CHẨN ĐOÁN:

3.1. Lâm sàng:

- Đau khi có kích thích: nóng, lạnh, chua, ngọt, khi ăn nhai... hết kích thích hết đau.
- Đau liên tục, uống thuốc giảm đau cũng không đỡ.
- Khám trong miệng:

- Răng sâu lớn, mô mềm xung quanh răng có biểu hiện viêm, nhiễm trùng (sưng đỏ, có thể có lỗ dò).
- Răng lung lay nhẹ hoặc không, đau khi gõ nhẹ (đôi khi triệu chứng lâm sàng rất điển hình của viêm tủy cấp không cần gõ).

3.2. Cận lâm sàng: Phim X-quang:

- Độ lan rộng của tổn thương mô răng (độ thấu quang) tới tủy hoặc gần sát sừng tủy. Hoặc có điều trị lấy tủy buồng hay tủy chân trước đó. Có thấu quang quanh chóp hoặc không.
- Dây chằng nha chu dẫn rộng hoặc bình thường.
- Chóp chân răng đóng kín hoặc chưa đóng chóp.

3.3. Chẩn đoán xác định: Viêm tủy

4. ĐIỀU TRỊ:

4.1. Chỉ định:

- Tùỳ theo tổn thương trên lâm sàng và phim X-quang.
- Che tủy trực tiếp hoặc gián tiếp bằng Hydroxit Canxi - $\text{Ca}(\text{OH})_2$.
- Điều trị tủy: lấy tủy chân.

4.2. Chống chỉ định tương đối:

- Bệnh nhân có tiền sử các bệnh tim mạch, bệnh về máu,...(cho trẻ khám chuyên khoa và có ý kiến của bác sĩ chuyên khoa cho phép điều trị và các thuốc trẻ có thể dùng được trong thời gian điều trị).

4.3. Điều trị:

- Tùỳ theo tổn thương trên lâm sàng và phim X-quang:
- ✓ Điều trị bảo tồn: Che tủy trực tiếp hoặc gián tiếp bằng Hydroxit Canxi - $\text{Ca}(\text{OH})_2$.
- ✓ Điều trị tủy: Lấy tủy chân, nếu răng chưa đóng chóp phải điều trị đóng chóp chân răng trước khi trám ống tủy.
 - Thuốc: Tùỳ thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.

- **Kháng sinh:**

Chọn thuốc kháng sinh thuộc các nhóm β lactam, nhóm aminosid hay aminoglycoside, nhóm chloramphenicol, nhóm tetracyclin, nhóm macrolid và lincosamid, nhóm quinolone, nhóm 5- nitro- imidazole tùy theo cơ địa và kháng sinh đồ. Khoa thường hay cho:

- **Amoxicilline 250mg (gói), 500mg (viên nang, gói):**
 - Trẻ em trên 12 tuổi: Dùng liều người lớn: 500 mg, cách 8 giờ 1 lần.
 - Trẻ em dưới 12 tuổi: 40-50 mg/kg thể trọng/ ngày, cách 8 giờ 1 lần, sử dụng dưới dạng gói.
 - Trẻ dưới 20 kg thường dùng liều 20 – 40mg/ kg thể trọng/ ngày, sử dụng dưới dạng gói.
- **Metronidazole 250 mg:**
 - Liều thường dùng cho trẻ em: 20-30 mg/kg/ngày, chia làm 4 lần uống.
- **Kháng viêm:**
 - **Dexamethasone 0,5mg:**
 - Liều thường dùng cho trẻ em: 0,024 – 0,34 mg/kg/ngày chia làm 4 liều.
 - **Prednisone 5 mg:**
 - Liều thường dùng cho trẻ em: 0,14 – 2 mg/kg/ngày chia làm 4 lần uống.
- **Giảm đau:**
 - **Paracetamol 500mg, 325mg, 250mg (gói), 125mg (gói):**
 - Trẻ em trên 12 tuổi: dùng theo liều người lớn: 500mg, 4-6 giờ một lần uống.
 - Trẻ em 10 – 11 tuổi: 480mg, mỗi 4-6 giờ một lần uống.
 - Trẻ em 9 – 10 tuổi: 400mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
 - Trẻ em 6 – 8 tuổi: 320mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
 - Trẻ em 4 – 5 tuổi: 240mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
 - Trẻ em 2-3 tuổi: 160mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
 - Trẻ em 1 – 2 tuổi: 120mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.

○ **Ibuprofen 100mg / 5 ml:**

- Trẻ em 3 - 6 tháng tuổi (5 kg đến 7,6 kg): 2,5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 150 mg ibuprofen mỗi ngày).
 - Trẻ em từ 6 - 12 tháng tuổi (7,7 kg đến 9 kg): 2,5 ml mỗi lần, 3 - 4 lần mỗi ngày (tương đương 150 - 200 mg ibuprofen mỗi ngày).
 - Trẻ em từ 1 - 3 tuổi (10 kg đến 15 kg): 5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 300mg ibuprofen mỗi ngày).
 - Trẻ em từ 4 - 6 tuổi (16 kg đến 20 kg): 7,5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 450 mg ibuprofen mỗi ngày).
 - Trẻ em từ 7 - 9 tuổi (21 kg đến 29 kg): 10 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 600 mg ibuprofen mỗi ngày).
 - Trẻ em từ 10 - 12 tuổi (30 kg đến 40 kg): 15ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 900 mg ibuprofen mỗi ngày).
- Thời gian dùng thuốc từ 5 – 7 ngày.

5. TIỀN LƯỢNG BIẾN CHỨNG:

Hậu quả nhiễm trùng do viêm tủy bao gồm viêm quanh chóp , áp xe quanh chóp, viêm mô tế bào , và (hiếm gặp) viêm tủy xương hàm . Khi lan rộng từ các răng hàm trên có thể gây ra viêm xoang , viêm màng não , áp xe não , viêm mô tế bào hốc mắt , và huyết khối xoang hang có mũ.

Khi lan rộng từ các răng hàm dưới có thể gây ra viêm họng Ludwig , áp xe thành bên hầu , viêm trung thất , viêm màng tim mũ màng phổi và viêm tĩnh mạch cổ huyết khối.

6. PHÒNG BỆNH HƯỚNG XỬ LÝ:

Vệ sinh răng miệng cẩn thận để tránh xa sâu răng

Nên đi khám răng định kỳ 6 tháng 1 lần để phát hiện các bệnh về răng có thể dẫn tới viêm tủy răng như: sâu răng, viêm nướu, viêm nha chu...

7. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHO RĂNG VĨNH VIỄN HOẠI TỬ TỦY (K0.41)

1. ĐỊNH NGHĨA:

Hoại tử tủy răng là tình trạng tủy răng bên trong răng bị chết. Tủy răng bị hoại tử là giai đoạn cuối của bệnh viêm tủy răng mãn tính. Nó có thể dẫn đến các vấn đề khác với răng nếu không được điều trị kịp thời.

2. NGUYÊN NHÂN:

Sâu răng: tình trạng ăn kẹo bánh nhiều, ăn đồ ăn vặt nhiều ở trẻ em khiến trẻ dễ bị sâu răng. Bên cạnh đó, trẻ nhỏ thường hay lười và thường gặp khó khăn trong việc vệ sinh răng miệng làm răng dễ bị sâu hơn. Khi trẻ bị sâu răng, các vi khuẩn sẽ phá hủy hoàn toàn men răng và ngà răng, cuối cùng là tấn công làm viêm tủy răng. Nếu không được điều trị từ sớm thì sẽ dẫn đến hoại tử tủy răng.

Răng bị chấn thương: do chạy nhảy hay nô đùa trẻ bị ngã dẫn đến răng bị gãy vỡ. Tủy răng bị lộ ra ngoài dễ bị viêm nhiễm.

Do bị viêm nha chu: tình trạng viêm nướu nếu không được điều trị kịp thời có thể dẫn tới viêm nha chu có thể gây viêm tủy răng và cuối cùng là hoại tử tủy răng.

3. CHẨN ĐOÁN:

3.1. Lâm sàng:

- Đau hoặc không đau, răng đổi màu (so sánh với màu răng bên cạnh hoặc gần đó bình thường). Mô mềm xung quanh răng có thể sưng đỏ, có mủ (áp-xe hay có lỗ dò ở mô mềm vùng chân răng). Tổn thương có thể lộ tủy hay không, có lỗ sâu trên răng.
- Răng lung lay, gõ đau hoặc không đau (gõ bằng cán gương với lực nhẹ).

3.2. Cận lâm sàng (nếu có):

Phim X-quang: có thấu quang quanh chóp răng, dây chằng nha chu giãn rộng, có thể có tiêu xương chân răng.

3.3. Chẩn đoán xác định: Hoại tử tủy (K0.41).

4. ĐIỀU TRỊ:

4.1. Chỉ định:

- Lấy tủy chân răng; hoặc nhổ nếu nhiễm trùng nhiều, răng lung lay không giữ được.

4.2. Chống chỉ định tương đối:

- Bệnh nhân có tiền sử các bệnh tim mạch, bệnh về máu,... (cho trẻ khám chuyên khoa và có ý kiến của bác sĩ chuyên khoa cho phép điều trị và các thuốc trẻ có thể dùng được trong thời gian điều trị).

4.3. Điều trị:

- Lấy tủy toàn phần hoặc nhổ nếu nhiễm trùng nhiều, răng lung lay không giữ được.

Thuốc: Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.

- **Kháng sinh:**

Chọn thuốc kháng sinh thuộc các nhóm β lactam, nhóm aminosid hay aminoglycoside, nhóm chloramphenicol, nhóm tetracyclin, nhóm macrolid và lincosamid, nhóm quinolone, nhóm 5- nitro- imidazole tùy theo cơ địa và kháng sinh đồ. Khoa thường hay cho:

- **Amoxicilline 250 mg (gói), 500 mg (viên nang, gói):**

- Trẻ em trên 12 tuổi: Dùng liều người lớn: 500mg, cách 8 giờ 1 lần.
 - Trẻ em dưới 12 tuổi: 40-50 mg/kg thể trọng/ ngày, cách 8 giờ 1 lần, sử dụng dưới dạng gói.
 - Trẻ dưới 20 kg thường dùng liều 20 – 40mg/ kg thể trọng/ ngày, sử dụng dưới dạng gói.

- **Metronidazole 250mg:**

- Liều thường dùng cho trẻ em: 20-30 mg/kg/ngày, chia làm 4 lần uống.

- **Kháng viêm:**

- **Dexamethasone 0,5mg:**

- Liều thường dùng cho trẻ em: 0,024 – 0,34 mg/kg/ngày chia làm 4 liều.

- **Prednisone 5mg:**

- Liều thường dùng cho trẻ em: 0,14 – 2 mg/kg/ngày chia làm 4 lần uống.
- **Giảm đau:**
 - **Paracetamol 500mg, 325mg, 250mg (gói), 125mg (gói):**
 - Trẻ em trên 12 tuổi: dùng theo liều người lớn: 500mg, 4-6 giờ một lần uống.
 - Trẻ em 10 – 11 tuổi: 480mg, mỗi 4-6 giờ một lần uống.
 - Trẻ em 9 – 10 tuổi: 400mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
 - Trẻ em 6 – 8 tuổi: 320mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
 - Trẻ em 4 – 5 tuổi: 240mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
 - Trẻ em 2-3 tuổi: 160mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
 - Trẻ em 1 – 2 tuổi: 120mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
 - **Ibuprofen 100mg / 5 ml:**
 - Trẻ em 3 - 6 tháng tuổi (5 kg đến 7,6 kg): 2,5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 150 mg ibuprofen mỗi ngày).
 - Trẻ em từ 6 - 12 tháng tuổi (7,7 kg đến 9 kg): 2,5 ml mỗi lần, 3 - 4 lần mỗi ngày (tương đương 150 - 200 mg ibuprofen mỗi ngày).
 - Trẻ em từ 1 - 3 tuổi (10 kg đến 15 kg): 5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 300mg ibuprofen mỗi ngày).
 - Trẻ em từ 4 - 6 tuổi (16 kg đến 20 kg): 7,5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 450 mg ibuprofen mỗi ngày).
 - Trẻ em từ 7 - 9 tuổi (21 kg đến 29 kg): 10 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 600 mg ibuprofen mỗi ngày).
 - Trẻ em từ 10 - 12 tuổi (30 kg đến 40 kg): 15ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 900 mg ibuprofen mỗi ngày).
- Thời gian dùng thuốc từ 5 – 7 ngày.

5. TIỀN LƯỢNG BIẾN CHỨNG:

Hoại tử tủy nếu không được điều trị sẽ gây ra các bệnh lý khác nghiêm trọng hơn như bệnh lý ở chân răng: u hạt, nang chân chóp... Nặng hơn gây viêm xương hàm, viêm mô tế bào.

Hoại tử tủy nếu nặng có thể phải nhổ răng như phương pháp điều trị cuối cùng, nếu răng vĩnh viễn phải nhổ bỏ sẽ không có răng khác thay thế, ảnh hưởng tới thẩm mỹ, sức khỏe răng miệng về sau.

6. PHÒNG BỆNH HƯỚNG XỬ LÝ:

Vệ sinh răng miệng đúng cách: tập cho trẻ thói quen vệ sinh răng miệng từ nhỏ và dạy trẻ cách vệ sinh răng miệng đúng cách. Các cha mẹ nên lưu ý chọn bàn chải đánh răng cho con nên dùng loại bàn chải mềm để hạn chế gây kích ứng nướu răng.

Sử dụng chỉ tơ nha khoa để làm sạch thức ăn mắc kẹt, không nên dùng tăm tre. Nên cho trẻ súc miệng với nước muối ấm pha loãng sau khi chải răng.

Hạn chế cho trẻ ăn vặt, ăn nhiều bánh kẹo, thực phẩm có chứa nhiều đường.

Cho trẻ đi khám răng miệng định kì: nên cho trẻ đi khám răng định kì 2 – 3 lần/năm khi trẻ từ 2 tuổi trở lên.

8. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHO RĂNG VĨNH VIỄN ÁP-XE QUANH CHÓP RĂNG

1. ĐỊNH NGHĨA:

Tổn thương cấp tính, nguyên phát hay do đợt bùng phát cấp tính của bệnh lý mạn tính vùng quanh chóp.

2. NGUYÊN NHÂN:

Do nhiễm khuẩn: do bệnh tủy lan tràn qua vùng mô quanh chóp.

Do sang chấn: răng bị chấn thương do tai nạn hoặc chấn thương khớp cắn

Do sai sót trong điều trị: có thể do điều trị nội nha vô tình đi quá chóp răng, do miếng trám quá cao.

3. CHẨN ĐOÁN:

3.1. Lâm sàng:

- Răng có thể có lỗ sâu hoặc không, mô mềm xung quanh răng có sưng đỏ, có mủ.
- Gõ đau ít hay nhiều tùy tổn thương hoặc không đau.
- Răng lung lay từ độ 1 tới độ 4 (tùy nhiễm trùng ít hay nhiều).

3.2. Cận lâm sàng (nếu có):

Phim X-quang: có thấu quang xung quanh răng, có thể tiêu xương chân răng.

3.3. Chẩn đoán xác định: Áp-xe quanh chóp răng

4. ĐIỀU TRỊ:

4.1. Chỉ định: Rạch áp-xe, cho toa thuốc.

4.2. Chống chỉ định tương đối:

Bệnh nhân có tiền sử dị ứng thuốc tể, các bệnh tim mạch, bệnh về máu,... (cho trẻ khám chuyên khoa và có ý kiến của bác sĩ chuyên khoa cho phép điều trị và các thuốc trẻ có thể dùng được trong thời gian điều trị).

4.3. Điều trị:

- Rạch áp-xe, cho toa thuốc và hẹn tái khám.

Kháng sinh:

Chọn thuốc kháng sinh thuộc các nhóm β lactam, nhóm aminosid hay aminoglycoside, nhóm chloramphenicol, nhóm tetracyclin, nhóm macrolid và lincosamid, nhóm quinolone, nhóm 5- nitro- imidazole tùy theo cơ địa và kháng sinh đồ. Khoa thường hay cho:

- **Amoxicilline 250mg (gói), 500mg (viên nang, gói):**

- Trẻ em trên 12 tuổi: Dùng liều người lớn: 500mg, cách 8 giờ 1 lần.
- Trẻ em dưới 12 tuổi: 40-50 mg/kg thể trọng/ ngày, cách 8 giờ 1 lần, sử dụng dưới dạng gói.
- Trẻ dưới 20 kg thường dùng liều 20 – 40mg/ kg thể trọng/ ngày, sử dụng dưới dạng gói.

- **Metronidazole 250mg:**

- Liều thường dùng cho trẻ em: 20-30mg/kg/ngày, chia làm 4 lần uống.

Kháng viêm:

- **Dexamethasone 0,5mg:**

- Liều thường dùng cho trẻ em: 0,024 – 0,34 mg/kg/ngày chia làm 4 liều.

- **Prenisone 5mg:**

- Liều thường dùng cho trẻ em: 0,14 – 2 mg/kg/ngày chia làm 4 lần uống.

- **Giảm đau:**

- **Paracetamol 500mg, 325 mg, 250 mg (gói), 125 mg (gói):**

- Trẻ em trên 12 tuổi: dùng theo liều người lớn: 500mg, 4-6 giờ một lần uống.
- Trẻ em 10 – 11 tuổi: 480mg, mỗi 4-6 giờ một lần uống.
- Trẻ em 9 – 10 tuổi: 400mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
- Trẻ em 6 – 8 tuổi: 320mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
- Trẻ em 4 – 5 tuổi: 240mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
- Trẻ em 2-3 tuổi: 160mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.

- Trẻ em 1 – 2 tuổi: 120 mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
- **Ibuprofen 100mg / 5 ml:**
 - Trẻ em 3 - 6 tháng tuổi (5 kg đến 7,6 kg): 2,5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 150 mg ibuprofen mỗi ngày).
 - Trẻ em từ 6 - 12 tháng tuổi (7,7 kg đến 9 kg): 2,5 ml mỗi lần, 3 - 4 lần mỗi ngày (tương đương 150 - 200 mg ibuprofen mỗi ngày).
 - Trẻ em từ 1 - 3 tuổi (10 kg đến 15 kg): 5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 300mg ibuprofen mỗi ngày).
 - Trẻ em từ 4 - 6 tuổi (16 kg đến 20 kg): 7,5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 450 mg ibuprofen mỗi ngày).
 - Trẻ em từ 7 - 9 tuổi (21 kg đến 29 kg): 10 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 600 mg ibuprofen mỗi ngày).
 - Trẻ em từ 10 - 12 tuổi (30 kg đến 40 kg): 15ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 900 mg ibuprofen mỗi ngày).
- Thời gian dùng thuốc từ 5 – 7 ngày.
- Tái khám:
 - ✓ Cho chụp phim X-quang: nếu được có thể điều trị lấy tủy chân răng để bảo tồn răng.
 - ✓ Nhổ răng.
- Thuốc: Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.

5. TIÊN LƯỢNG BIẾN CHỨNG:

Tiên lượng phụ thuộc vào mức độ lây lan của nhiễm trùng. Thông thường, khi nhiễm trùng khu trú ở răng, tiên lượng rất tốt nếu được điều trị ngay khi các dấu hiệu và triệu chứng được chú ý. Nếu nhiễm trùng ảnh hưởng đến phần lớn xương hàm xung quanh của răng và khiến răng bị lung lay, cơ hội cứu răng sẽ giảm.

6. PHÒNG BỆNH HUỚNG XỬ LÝ:

Phải giữ vệ sinh răng miệng tốt cho trẻ sau các bữa ăn và chăm sóc răng miệng cho trẻ đúng cách. Tập cho trẻ thói quen súc miệng nhiều lần bằng nước trắng hoặc nước muối sinh lý sau khi ăn.

Hạn chế cho trẻ ăn thức ăn có nhiều đường như: bánh kẹo, nước ngọt và tránh xa các loại thức ăn mềm có tính dính cao như: kẹo dẻo, nho khô, trái cây sấy... Những loại thức ăn này làm cho vi khuẩn hoạt động mạnh tiết ra nhiều acid có hại cho răng.

Tạo cho trẻ thói quen dùng chỉ tơ nha khoa. Dùng chỉ nha khoa giúp bạn loại bỏ các vi khuẩn phát triển giữa các răng. Đánh răng không chưa đủ hiệu quả, nên dùng chỉ nha khoa hai lần một ngày.

Cho trẻ súc miệng bằng nước diệt khuẩn phù hợp với trẻ nhỏ để tránh diệt cả những vi khuẩn có lợi, làm thay đổi môi trường miệng của trẻ sau khi đánh răng một hoặc hai lần mỗi ngày để loại trừ các mảng bám trên bề mặt răng.

Các bậc cha mẹ cần phát hiện sớm và điều trị sớm các răng bị sâu của trẻ, như vậy sẽ làm giảm bớt nguy cơ viêm tủy răng.

Nên đưa trẻ đi khám răng định kỳ mỗi 6 tháng một lần để kịp thời phát hiện những dấu hiệu bất thường ở giai đoạn sớm. Không nên chờ đến khi răng bị viêm tủy hay đau răng mới đến nha khoa.

9. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÂY ĐÓNG CHÓP CHO RĂNG VĨNH VIỄN BẰNG MTA (Mineral Trioxide Aggregate)

1. CHỈ ĐỊNH:

- Răng vĩnh viễn chưa đóng chóp.
 - Viêm tủy không hồi phục.
 - Hoại tử tủy.

2. ĐIỀU TRỊ:

- Lấy tủy toàn phần.
- Quay Ca(OH)_2 trong 1 tuần.
- Trám MTA vùng chóp, đặt gòn ẩm trong buồng tủy, trám tạm (Cavition).
- Trám bít ống tủy bằng vật liệu trám bít sau 1 ngày, trám tạm.
- Trám kết thúc bằng vật liệu trám kết thúc (GIC hay Composite)

3. TIÊN LƯỢNG BIẾN CHỨNG:

Vật liệu trám bít ống tủy tương hợp sinh học nhất hiện tại, giúp các răng vĩnh viễn tiếp tục quá trình đóng chóp chân răng sau khi tủy đã hoại tử, điều trị các tổn thương ở vùng chóp chân răng.

Tiên lượng: tỉ lệ thành công cao hơn so với các vật liệu trám bít khác.

Biến chứng: không có biến chứng khi sử dụng MTA.

10. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG CHO TRẺ EM DƯỚI TIỀN MÊ, GÂY MÊ

1. CHỈ ĐỊNH:

- Trẻ trên 3 tuổi, phát triển bình thường về tâm sinh lý, không hợp tác điều trị, được sự đồng ý của phụ huynh (1)
- Trẻ bị các bệnh: Down, Tự kỷ, Chậm phát triển trí tuệ, Bại não, Động kinh, Parkinson, Dị ứng thuốc tê, Tim mạch, các bệnh về máu và có chỉ định của bác sĩ chuyên khoa nơi trẻ đang khám, theo dõi, điều trị (Bạch cầu cấp, Hemophilia A/B/C,...) (2)
- Trẻ thuộc các trường hợp (1), (2) có một trong các bệnh lý về răng:
 - Răng sữa lung lay (đến tuổi thay răng)
 - Răng sữa hoặc răng vĩnh viễn sâu vỡ lớn, nhiễm trùng (không thể điều trị bảo tồn)
 - Chân răng sữa hoặc răng vĩnh viễn nhiễm trùng
 - Sâu men, sâu ngà răng sữa hoặc răng vĩnh viễn
 - Viêm tủy không hồi phục răng sữa hoặc răng vĩnh viễn

2. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Trẻ dưới 3 tuổi
- Trẻ có các bệnh lý về đường hô hấp trên hoặc dưới
- Tình trạng sức khỏe toàn thân không cho phép tiền mê, gây mê

3. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ:

- Khám lâm sàng, chụp phim X-quang, chẩn đoán xác định
- Khám nội khoa, làm các xét nghiệm cơ bản về máu, điện tim, chụp phim phổi
- Lập chương trình ngày điều trị tiền mê hoặc gây mê nội khí quản

4. ĐIỀU TRỊ:

- Tiền mê hoặc gây mê nội khí quản
- Thực hiện các thủ thuật: nội nha, trám, nhổ răng, v.v...

- Cho bệnh nhân nằm ở khoa Gây mê hồi sức, theo dõi liên tục cho đến khi bệnh nhân hồi phục sức khỏe để xuất viện (có bảng đánh giá của khoa Gây mê hồi sức)
- Cho xuất viện, tái khám sau 07 ngày

5. THEO DÕI:

- Khám răng định kỳ mỗi 03 tháng hay 06 tháng.

6. TIÊN LƯỢNG BIẾN CHỨNG:

Tiên lượng tốt khi trẻ được điều trị dưới gây mê sẽ điều trị được nhiều bệnh lý răng miệng trong một lần duy nhất, không ảnh hưởng tới tinh thần của trẻ, không có các biến chứng không mong muốn trong lúc điều trị do trẻ quấy khóc.

11. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHỔ RĂNG DƯ

1. ĐỊNH NGHĨA:

Răng dư là răng mọc thêm, ngoài những răng bình thường và có thể được tìm thấy hầu như ở bất kỳ vị trí nào trên khung hàm. Răng thừa có thể xảy ra một hoặc nhiều răng, một phía hoặc hai phía, đã nhú ra hoặc còn ở mọc ngầm và ở một hoặc cả hai hàm.

2. NGUYÊN NHÂN:

Nguyên nhân răng dư chưa được hiểu rõ hoàn toàn

Giả thuyết cho rằng răng dư được tạo ra như là kết quả của sự phân đôi mầm răng. Giả thuyết khác, răng dư được hình thành là kết quả của sự hoạt động thái quá cục bộ, độc lập, mạnh mẽ của tính di truyền ngà răng.

Tính di truyền cũng có thể đóng một vai trò quan trọng trong sự xuất hiện bất thường này, như răng dư phổ biến hơn ở những trẻ em có người thân có răng dư so với dân số chung

Các điều kiện có khả năng dẫn đến bệnh mọc thừa răng bao gồm sút môi, loạn phát xương đòn ở sọ và hội chứng Gardner.

3. CHẨN ĐOÁN:

3.1. Lâm sàng:

- Vị trí mọc răng dư hay gặp: giữa 2 răng cửa giữa hàm trên hoặc dưới. Số lượng răng dư kẽ giữa hàm trên có thể từ 1 tới 2 răng hoặc nhiều hơn.
- Răng dư mọc bất ở vùng nào trên cung hàm đều có thể làm chậm mọc răng, răng mọc chen chúc, khe hở ở giữa 2 răng, nang răng, nhiễm trùng trong miệng
- Răng dư ngầm dưới niêm mạc: có thể thấy vùng niêm mạc mặt trong hay ngoài phồng lên hay gồ cao hơn so với vùng răng bên cạnh.
- Răng dư ngầm trong xương: có thể thấy có thể thấy vùng niêm mạc mặt trong hay ngoài phồng lên hay gồ cao hơn so với vùng răng bên cạnh.

3.2. Cận lâm sàng:

Phải chụp Phim X-quang quanh chóp/ toàn cảnh (Panorex)/ CTConbeam: xác định có răng dư với các hình dạng như

- Dạng hình nón (conical)/ Dạng củ (Tuberculate)/ Dạng răng phụ (Supplemental/ Dạng xơ răng (Odontome). Ở hệ răng sữa răng dư có dạng hình nón

- Xác định số lượng răng dư, vị trí mọc (đã mọc hay ngầm)

3.3. Chẩn đoán xác định: Răng dư (K00.1).

4. ĐIỀU TRỊ:

4.1 Chỉ định:

- Phẫu thuật nhổ răng dư đã mọc hoặc ngầm dưới niêm mạc.
- Phẫu thuật nhổ răng dư ngầm dưới tiền mê hoặc gây mê.

4.2 Chống chỉ định tương đối:

- Bệnh nhân có tiền sử các bệnh tim mạch, bệnh về máu,... (cho trẻ khám chuyên khoa và có ý kiến của bác sĩ chuyên khoa cho phép điều trị và các thuốc trẻ có thể dùng được trong thời gian điều trị).

4.3 Điều trị:

Phẫu thuật nhổ răng dư đã mọc hoặc ngầm dưới niêm mạc.

Phẫu thuật nhổ răng dư ngầm dưới tiền mê hoặc gây mê (Có phác đồ điều trị dưới tiền mê hoặc gây mê).

Thuốc: Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.

- **Kháng sinh:** chọn thuốc kháng sinh thuộc các nhóm β lactam, nhóm aminosid hay aminoglycoside, nhóm chloramphenicol, nhóm tetracyclin, nhóm macrolid và lincosamid, nhóm quinolone, nhóm 5- nitroimidazole tùy theo cơ địa và kháng sinh đồ. Khoa thường hay cho:

- **Amoxicilline 250 mg (gói), 500 mg (viên nang, gói):**

- Trẻ em trên 12 tuổi: Dùng liều người lớn: 500mg, cách 8 giờ 1 lần.
- Trẻ em dưới 12 tuổi: 40-50 mg/kg thể trọng/ ngày, cách 8 giờ 1 lần, sử dụng dưới dạng gói.
- Trẻ dưới 20 kg thường dùng liều 20 – 40mg/kg thể trọng/ ngày.

- **Metronidazole 250mg:**

- Liều thường dùng cho trẻ em: 20-30 mg/kg/ngày, chia làm 4 lần uống.
- **Kháng viêm, giảm đau và hạ sốt:** chọn thuốc kháng viêm non-steroid (NSAIDs) hay steroid tùy theo cơ địa và bệnh cảnh lâm sàng của từng bệnh nhân. Khoa thường hay cho:
 - **Alphachymotrypsine:**
 - Dùng theo hướng dẫn sử dụng của Mims.
 - **Dexamethasone 0,5mg:**
 - Liều thường dùng cho trẻ em: 0,024 – 0,34 mg/kg/ngày chia làm 4 liều.
 - **Prednisone 5mg:**
 - Liều thường dùng cho trẻ em: 0,14 – 2 mg/kg/ngày chia làm 4 lần uống.
 - **Paracetamol 500mg, 325mg, 250mg (gói), 125mg (gói):**
 - Trẻ em trên 12 tuổi: dùng theo liều người lớn: 500mg, 4-6 giờ một lần uống.
 - Trẻ em 10 – 11 tuổi: 480mg, mỗi 4-6 giờ một lần uống.
 - Trẻ em 9 – 10 tuổi: 400mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
 - Trẻ em 6 – 8 tuổi: 320mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
 - Trẻ em 4 – 5 tuổi: 240mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
 - Trẻ em 2-3 tuổi: 160mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.
 - Trẻ em 1 – 2 tuổi: 120mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.Thời gian dùng thuốc từ 5 – 7 ngày.
 - **Ibuprofen 100mg / 5 ml:**
 - Trẻ em 3 - 6 tháng tuổi (5 kg đến 7,6 kg): 2,5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 150 mg ibuprofen mỗi ngày).
 - Trẻ em từ 6 - 12 tháng tuổi (7,7 kg đến 9 kg): 2,5 ml mỗi lần, 3 - 4 lần mỗi ngày (tương đương 150 - 200 mg ibuprofen mỗi ngày).

- Trẻ em từ 1 - 3 tuổi (10 kg đến 15 kg): 5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 300mg ibuprofen mỗi ngày).
 - Trẻ em từ 4 - 6 tuổi (16 kg đến 20 kg): 7,5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 450 mg ibuprofen mỗi ngày).
 - Trẻ em từ 7 - 9 tuổi (21 kg đến 29 kg): 10 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 600 mg ibuprofen mỗi ngày).
 - Trẻ em từ 10 - 12 tuổi (30 kg đến 40 kg): 15ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 900 mg ibuprofen mỗi ngày).
- Thời gian dùng thuốc từ 5 – 7 ngày.

5. TIÊN LƯỢNG BIẾN CHỨNG:

Biến chứng lớn nhất của răng dư là làm cản trở sự mọc răng của các răng bình thường, làm chen chúc các răng trong miệng.

Tùy vào vị trí răng dư mà sẽ có tiên lượng khác nhau:

Răng dư đã mọc thì việc nhổ răng là cần thiết và dễ dàng.

Răng dư vẫn còn ngầm trong xương hàm thì tùy vào biến chứng mà răng dư mang lại có thể tiến hành phẫu thuật nhổ răng hoặc tiếp tục theo dõi.

6. PHÒNG BỆNH HƯỚNG XỬ LÝ:

Việc phát hiện răng dư có thể tình cờ khi đưa bé đi khám các bệnh lý răng miệng khác nếu răng ngầm trong xương hàm và chỉ được phát hiện qua chụp phim x-quang. Tốt nhất nên đưa trẻ khám răng định mỗi kì 6 tháng để kiểm tra tình trạng răng miệng và sự phát triển các mầm răng để sớm phát hiện răng dư nếu có và có phương án điều trị thích hợp sớm nhất, tránh gây ra các biến chứng về sau cho bé.

12. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHE TỦY CHO RĂNG VĨNH VIỄN BẰNG MTA *(Mineral Trioxide Aggregate)*

1. CHỈ ĐỊNH:

- Răng vĩnh viễn sâu ngà sâu (sát tủy).
- Răng có triệu chứng viêm tủy có hồi phục.

2. ĐIỀU TRỊ:

- Lấy ngà mủn.
- Đặt MTA lên vùng tổn thương dày khoảng 1mm.
- Trám kết thúc bằng vật liệu trám kết thúc (GIC hay Composite)

3. TIÊN LƯỢNG BIẾN CHỨNG:

Tiên lượng khá. Giúp duy trì sự sống tủy cho răng vĩnh viễn tiếp tục phát triển bình thường.

Biến chứng: răng không đáp ứng với điều trị dẫn đến chết tủy lúc đó phải điều trị tủy.

4. PHÒNG BỆNH HUỚNG XỬ LÝ:

Cho bé đi khám răng miệng định kì mỗi 6 tháng

Hướng dẫn bé cách vệ sinh răng miệng đúng và có giám sát việc vệ sinh răng miệng của bé.

Hạn chế đồ ăn ngọt, có tính dính cao dễ gây sâu răng

Đưa bé đi khám răng ngay khi có triệu chứng nhức răng để được điều trị sớm, tránh tổn thương lan rộng tới tủy răng.

DANH MỤC THUỐC SỬ DỤNG TẠI KHOA

STT	TÊN THUỐC	HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG
	I. Kháng sinh	
1	Amoxicilline 250mg (gói), 500mg (viên nang, gói)	Trẻ em trên 12 tuổi: Dùng liều người lớn: 500 mg, cách 8 giờ 1 lần. Trẻ em dưới 12 tuổi: 40-50 mg/kg thể trọng/ ngày, cách 8 giờ 1 lần, sử dụng dưới dạng gói. Trẻ dưới 20 kg thường dùng liều 20 – 40 mg/ kg thể trọng/ ngày, sử dụng dưới dạng gói.
2	Amoxicillineillin + Acid Clavulanic 250mg (viên nang, gói), 625mg (viên nang, gói), 1g (viên nang)	- Trẻ em trên 40kg: 80mg/kg/ngày, chia 3 lần/ngày. Không vượt quá 3g mỗi ngày - Trẻ em dưới 40kg: 20-40 mg/kg/ngày, chia 3 lần/ngày, tùy theo mức độ nhiễm khuẩn
3	Metronidazole 250mg	Liều thường dùng cho trẻ em: 20-30 mg/kg/ngày, chia làm 4 lần uống
4	Cephalexine 250mg (gói), 500mg (gói, viên nang)	- Trẻ em trên 12 tuổi: dùng theo liều người lớn, 250-500mg cách 6 giờ/lần - Trẻ em dưới 12 tuổi: 25-60 mg/kg, chia 2-3 lần/ngày
	II. Kháng viêm	
1	Dexamethasone 0,5mg	Liều thường dùng cho trẻ em: 0,024 – 0,34 mg/kg/ngày chia làm 4 liều
2	Prednisone 5 mg	Liều thường dùng cho trẻ em: 0,14 – 2 mg/kg/ngày chia làm 4 lần uống
3	Ibuprofen 100mg / 5 ml (ống)	Trẻ em 3 - 6 tháng tuổi (5 kg đến 7,6 kg): 2,5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương

		đương 150 mg ibuprofen mỗi ngày). Trẻ em từ 6 - 12 tháng tuổi (7,7 kg đến 9 kg): 2,5 ml mỗi lần, 3 - 4 lần mỗi ngày (tương đương 150 - 200 mg ibuprofen mỗi ngày). Trẻ em từ 1 - 3 tuổi (10 kg đến 15 kg): 5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 300mg ibuprofen mỗi ngày). Trẻ em từ 4 - 6 tuổi (16 kg đến 20 kg): 7,5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 450 mg ibuprofen mỗi ngày). Trẻ em từ 7 - 9 tuổi (21 kg đến 29 kg): 10 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 600 mg ibuprofen mỗi ngày). Trẻ em từ 10 - 12 tuổi (30 kg đến 40 kg): 15ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 900 mg ibuprofen mỗi ngày).
	III. Giảm đau	
1	Paracetamol 500mg, 325mg, 250mg (gói), 125mg (gói)	Trẻ em trên 12 tuổi: dùng theo liều người lớn: 500mg, 4-6 giờ một lần uống. Trẻ em 10 – 11 tuổi: 480mg, mỗi 4-6 giờ một lần uống. Trẻ em 9 – 10 tuổi: 400mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống. Trẻ em 6 – 8 tuổi: 320mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống. Trẻ em 4 – 5 tuổi: 240mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống. Trẻ em 2-3 tuổi: 160mg, mỗi 4 – 6

		giờ một lần uống. Trẻ em 1 – 2 tuổi: 120mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống
2	Ibuprofen 100mg / 5 ml (ống)	Trẻ em 3 - 6 tháng tuổi (5 kg đến 7,6 kg): 2,5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 150 mg ibuprofen mỗi ngày). Trẻ em từ 6 - 12 tháng tuổi (7,7 kg đến 9 kg): 2,5 ml mỗi lần, 3 - 4 lần mỗi ngày (tương đương 150 - 200 mg ibuprofen mỗi ngày). Trẻ em từ 1 - 3 tuổi (10 kg đến 15 kg): 5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 300mg ibuprofen mỗi ngày). Trẻ em từ 4 - 6 tuổi (16 kg đến 20 kg): 7,5 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 450 mg ibuprofen mỗi ngày). Trẻ em từ 7 - 9 tuổi (21 kg đến 29 kg): 10 ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 600 mg ibuprofen mỗi ngày). Trẻ em từ 10 - 12 tuổi (30 kg đến 40 kg): 15ml mỗi lần, 3 lần mỗi ngày (tương đương 900 mg ibuprofen mỗi ngày).

KHOA CHỈNH HÌNH RĂNG MẤT

1. ĐIỀU TRỊ RĂNG LỆCH LẠC ĐƠN GIẢN

1. ĐỊNH NGHĨA

Răng lệch lạc nhẹ, đơn giản, chỉ khu trú ở một số răng.

2. NGUYÊN NHÂN

Răng sữa nhỏ sớm.

Bất hài hòa giữa Răng và xương hàm....

3. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán sơ bộ:

Khám lâm sàng:

- Răng lệch lạc nhẹ, đơn giản, chỉ khu trú ở một số răng.

Khám cận lâm sàng X Quang:

- Không có sai lệch xương hàm.

- Răng lệch lạc.

4. ĐIỀU TRỊ

- Bệnh nhân không hợp tác.

2.3. Phương pháp điều trị:

- Chụp hình, lấy dấu, đổ mẫu hàm thạch cao trước điều trị:

* Găng S, găng XS, găng Medium, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, thạch cao cứng, thạch cao thường, chất lấy dấu, xà phòng rửa tay 2%, bàn chải rửa tay.

- Chuyển Labo thực hiện khí cụ bằng nhựa tự cứng:

* Găng S, găng XS, găng Medium, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, xà phòng rửa tay 2%, thạch cao cứng, thạch cao thường, bột nhựa tự cứng, nước nhựa tự cứng, Dây móc cuộn Dentaurum 0,6 mm, Dây móc cuộn Dentaurum 7mm, Dây móc cuộn Dentaurum 0,8mm, Dây móc cuộn Dentaurum 0,9mm, Dây móc cuộn Dentaurum 1.00mm, chất xúc tác Soldering Flux, vi hàn Silver solder, gas Butane, sáp lá, băng keo cá nhân, Alcohol, vaseline, Dây Ligaturedraht / Wire 0.25 mm, đá mài trụ đỏ, mũi mài nhựa kim loại H251GEA014 060, mũi trụ dài Tunten 0138012, ốc nói rộng tháo lắp, giấy nhám ngoại, gòn kg, kính bảo hộ, dao 15.

Lắp khí cụ trên miệng bệnh nhân:

Khoa Chỉnh Hình Răng Mặt

32

* Găng S, găng XS, găng Medium, ly, khẩu trang, khăn giấy, ống hút nước bọt, băng keo hấp, chỉ OralB, chổi đánh bóng, Ciment gắn tạm, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, xà phòng rửa tay 2%, bàn chải rửa tay, mũi mài nhựa kim loại H251GEA014 060, mũi trụ dài Tunten 0138012, đá mài trụ đỏ, giấy nhám kẽ, giấy cắn đỏ, gòn cuộn Size 01, mặt gương, Mũi khoan 6368 314 023, Mũi khoan 379EF314 018, Mũi khoan tungten0138.010, Mũi khoan cắt cầu E 0153 314 012, Mũi khoan 859EF314 014, Mũi khoan 859 314 010, Mũi khoan 5856 314 016, Tetric Flow A3, Tetric Ceram A 3, Fuji IX, Keo trám thẩm mỹ Prime & Bond.

- Điều chỉnh khí cụ định kỳ:

* Găng, ly, khẩu trang, khăn giấy, ống hút nước bọt, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, xà phòng rửa tay 2%, bàn chải rửa tay, mũi mài nhựa kim loại H251GEA014 060, mũi trụ dài Tuntten 0138012, đá mài trụ đỏ, giấy nhám kẽ, giấy cắn đỏ, gòn cuộn Size 01, mặt gương, Mũi khoan 6368 314 023, Mũi khoan 379EF314 018, Mũi khoan tuntten0138.010, Mũi khoan cắt cầu E 0153 314 012, Mũi khoan 859EF314 014, Mũi khoan 859 314 010, Mũi khoan 5856 314 016, Tetrich Flow A3, Tetrich Ceram A 3, Fuji IX, Keo trám thẩm mỹ Prime & Bond.

- Kết thúc điều trị, chụp hình, lấy dấu, X quang kiểm tra sau điều trị gắn hàm duy trì (nếu cần).

- Tái khám.

5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Tốt.

6. PHÒNG BỆNH/ HƯỚNG XỬ LÝ

Vệ sinh răng miệng tốt

Bệnh nhân khám răng định kỳ mỗi 6 tháng để phát hiện sớm răng lệch lạc

2. KHÍ CỤ FACEMASK (ĐIỀU TRỊ HẠNG III)

1. Chẩn đoán:

1.1. Chẩn đoán sơ bộ:

1.1.1. Khám lâm sàng:

- Cắn chéo răng cửa.
- Gương mặt cong phẳng / cong lõm.

1.1.2. Khám cận lâm sàng X Quang:

- Chụp X quang.

1.1.3. Xương hàm trên kém phát triển.

1.2. Chẩn đoán: sai hình hạng III – Xương hàm trên kém phát triển.

2. Điều trị:

2.1. Chỉ định :

- Bệnh nhân đang tuổi tăng trưởng
- Khí cụ Facemask:

2.2. Chống chỉ định:

- Bệnh nhân không hợp tác.
- Không đủ răng neo chặn.

2.3. Phương pháp điều trị:

- Chụp hình, thử khâu, lấy dấu, đổ mẫu hàm thạch cao trước điều trị:
 - * Găng, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, thạch cao cứng, thạch cao thường, chất lấy dấu, xà phòng rửa tay 2%, bánh miệng, bàn chải rửa tay, khâu 16, khâu 26.
- Chuyển Labo thực hiện khí cụ bộ phận cung trong miệng:
 - * Găng, ly, khẩu trang, ống hút nước bọt, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, xà phòng rửa tay 2%, thạch cao cứng, thạch cao thường, dây thẳng 045, chất xúc tác Soldering Flux, vĩ hàn Silver solder, gas Butane, sáp lá, băng keo cá nhân, Alcohol, vaseline, đá mài trụ đỏ, mũi trụ dài Tunten 0138012, giấy nhám ngoại, gòn kg, kính bảo hộ.
- Lắp khí cụ trong miệng bệnh nhân và hướng dẫn đeo Facemask:

* Găng, ly, khẩu trang, ống hút nước bọt, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, xà phòng rửa tay 2%, Ciment gắn khâu (Kentac Crem), giấy đánh thuốc, gòn cuộn size 01, đá mài trụ đỏ, mũi trụ dài Tuntten 0138012, giấy nhám ngoại, gòn kg, kính bảo hộ, Facemask, Face Bow, Head Gear (kéo cao), Head Gear (kéo thấp), thun tách kẽ, thun kéo liên hàm Bummer.

- Điều chỉnh khí cụ Facemask định kỳ:

* Găng, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, xà phòng rửa tay 2%, bàn chải miêng, bàn chải rửa tay.

- Kết thúc điều trị, chụp hình, lấy dấu, X quang kiểm tra sau điều trị:

* Găng, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, thạch cao cứng, thạch cao thường, chất lấy dấu, xà phòng rửa tay 2%, bàn chải rửa tay.

- Tái khám.

3. KHÍ CỤ TWINBLOCK/ MONOBLOCK (ĐIỀU TRỊ HẠNG II)

1. Chẩn đoán:

1.1. Chẩn đoán sơ bộ:

1.1.1. Khám lâm sàng:

- Độ cắn chìa tăng.
- Khớp cắn hạng II.

1.1.2. Khám cận lâm sàng X Quang.

- Sai lệch xương nền hàm trên và hàm dưới.

1.2. Chẩn đoán : sai hình hạng II do hàm dưới kém phát triển.

2. Điều trị:

2.1. Chỉ định:

- Bệnh nhân đang tuổi tăng trưởng.
- Khí cụ Monoblock/ Twinblock.

2.2. Chống chỉ định:

- Bệnh nhân không hợp tác.

2.3. Phương pháp điều trị:

- Chụp hình, lấy dấu, đổ mẫu hàm thạch cao trước điều trị:

* Găng, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, xà phòng rửa tay 2%, thạch cao cứng, thạch cao thường, chất lấu dấu, bàn chải rửa tay, sáp lá.

- Lấy dấu cắn và chuyển Labo thực hiện khí cụ:

* Găng, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, xà phòng rửa tay 2%, thạch cao cứng, thạch cao thường, bột nhựa tự cứng, nước nhựa tự cứng, Dây móc cuộn Dentaurem 0,8mm, chất xúc tác Soldering Flux, vi hàn Silver solder, gas Butane, sáp lá, băng keo cá nhân, Alcohol, vaseline, verni (AIC), đá mài trụ đỏ, mũi mài nhựa kim loại H251GEA014 060, mũi trụ dài Tunten 0138012, ốc nới rộng tháo lắp, giấy nhám ngoại, gòn kg, kính bảo hộ, dao 15.

- Lắp khí cụ trên miệng bệnh nhân:

- * Găng, ly, khẩu trang, ống hút nước bọt, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, xà phòng rửa tay 2%, đá mài trụ đỏ, mũi trụ dài Tuntten 0138012, giấy nhám ngoại, gòn kg, kính bảo hộ.
- Điều chỉnh khí cụ định kỳ:
 - * Găng, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, xà phòng rửa tay 2%, bánh miêng, bàn chải rửa tay.
- Kết thúc điều trị, chụp hình, lấy dấu, X quang kiểm tra sau điều trị:
 - * Găng, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, thạch cao cứng, thạch cao thường, chất lấy dấu, xà phòng rửa tay 2%, bàn chải rửa tay.
- Tái khám.

4. KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH

1. Chẩn đoán:

1.1. Chẩn đoán sơ bộ:

1.1.1. Khám lâm sàng:

- Răng lệch lạc phức tạp
- Khớp cắn hạng I, II hoặc III

1.1.2. Khám cận lâm sàng X Quang:

- Vị trí răng lệch lạc

1.2. Chẩn đoán : sai hình hạng I, II hoặc III, Răng lệch lạc

2. Điều trị:

2.1. Chỉ định: khí cụ cố định.

2.2. Chống chỉ định:

- Bệnh nhân không hợp tác.
- Bệnh nhân nha chu viêm tiến triển.

2.3. Phác đồ điều trị:

- Chụp hình, lấy dấu, đổ mẫu hàm thạch cao trước điều trị:

* Găng S, găng XS, găng Medium, ly, khẩu trang, khăn giấy, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, thạch cao cứng, thạch cao thường, chất lấy dấu, xà phòng rửa tay 2%, bàn chải rửa tay.

- Gắn khâu / mắc cài ống tube.

* Găng S, găng XS, găng Medium, ly, khẩu trang, ống hút nước bọt, khăn giấy, kính bảo hộ, thun tách kẽ, bột đánh bóng không Flour, chỉ OralB, chổi đánh bóng, Ciment gắn khâu (Ketac Crem) ,giấy đánh thuốc, gòn cuộn size 01, Vaseline, khâu 16, 26, 36, 46 các cỡ , khâu 17, 27, 37, 47 các cỡ, Acid Etch, Alcohol, Composite gắn mắc cài 712 – 011, Composite gắn mắc cài 712 – 035 , keo trám thẩm mỹ Prime & Bond, mắc cài 16, 26, 36, 46, mắc cài 17, 27, 37, 47, ống tube.

* Giấy cắn đỏ, Mũi khoan 6368 314 023, Mũi khoan 379EF314 018, Mũi khoan tunten0138.010, Mũi khoan cắt cầu E 0153 314 012, Mũi khoan 859EF314 014, Mũi khoan 859 314 010, Mũi khoan 5856 314 016

- Chỉ định nhổ răng (nếu cần).

- Gắn mắc cài.

* Găng S, găng XS, găng Medium, ly, khẩu trang, ống hút nước bọt, khăn giấy, kính bảo hộ, xà phòng rửa tay 2% , bàn chải rửa tay, băng cuộn, Acid Etch, Alcohol, bột đánh bóng không Flour, chổi đánh bóng, chất lấy dầu , bánh miêng, gòn cuộn size 01, tăm bông trám răng, keo trám thẩm mỹ Prime &Bond, Composite gắn mắc cài 712 – 011, Composite gắn mắc cài 712 – 035, .

* Mắc cài kim loại, mắc cài tự buộc kim loại, mắc cài tự buộc sứ, mắc cài 11 kim loại, mắc cài 12 kim loại, mắc cài 13 kim loại, mắc cài 21 kim loại, mắc cài 22 kim loại, mắc cài 23 kim loại, mắc cài 31,32,33,41,42 kim loại, mắc cài 33 kim loại, mắc cài 43 kim loại

* Dây NITI .012 (Upper + Lower), dây NITI .014 (Upper + Lower), dây NITI .016 (Upper + Lower), dây NITI 016. 016 (Upper + Lower), dây NITI 016. 022 (Upper + Lower), dây NITI 017. 025 (Upper + Lower), dây NITI 018 (Upper + Lower), dây NITI 019. 025 (Upper + Lower), dây NITI 021. 025 (Upper + Lower), dây SS 014 (Upper + Lower), dây SS 016 (Upper + Lower), dây SS 016. 016 (Upper + Lower), dây SS 016. 022 (Upper + Lower), dây SS 017. 025 (Upper + Lower), dây SS 018. 025 (Upper + Lower), dây SS 019.025 (Upper + Lower), dây SS 021. 025 (Upper + Lower), dây SS 018 (Upper + Lower), dây Reverse 016. 022 (Upper + Lower), dây thẳng Spring (multisstran) .018.

* Thun cột rời Silver, thun xích sắt, thun xích trung, thun xích thưa

* Dây Ligaturendraht / Wire 0.25 mm

* Mặt gương, giấy vẽ phim (Unitek Cephalometric Tracing Film Acetate), giấy cắn đỏ,sáp WAX-PAK

* Mũi khoan 6368 314 023, Mũi khoan 379EF314 018, Mũi khoan tunten0138.010, Mũi khoan cắt cầu E 0153 314 012, Mũi khoan 859EF314 014, Mũi khoan 859 314 010, Mũi khoan 5856 314 016

* Băng cuộn, băng keo cá nhân, băng keo hấp, chỉ OralB, dầu máy tay khoan W&H, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex.

- Điều chỉnh khí cụ định kỳ.

* Găng, ly, khẩu trang, ống hút nước bọt, khăn giấy, kính bảo hộ, xà phòng rửa tay 2% , bàn chải rửa tay, Acid Etch, Keo trám thẩm mỹ Prime &Bond, Composite gắn mắc cài 712 – 011, Composite gắn mắc cài 712 – 035.

* Dây NITI .012 (Upper + Lower), dây NITI .014 (Upper + Lower), dây NITI .016 (Upper + Lower), dây NITI 016. 016(Upper + Lower), dây NITI 016. 022 (Upper + Lower), dây NITI 017. 025 (Upper + Lower), dây NITI 018 (Upper + Lower), dây NITI 019. 025 (Upper + Lower), dây NITI 021. 025 (Upper + Lower), dây SS 014 (Upper + Lower), dây SS 016 (Upper + Lower), dây SS 016. 016 (Upper + Lower), dây SS 016. 022 (Upper + Lower), dây SS 017. 025 (Upper + Lower), dây SS 018. 025 (Upper + Lower), dây SS 019.025 (Upper + Lower), dây SS 021. 025(Upper + Lower), dây SS 018 (Upper + Lower), dây Reverse 016. 022 (Upper + Lower)

* Thun cột rời Silver, thun xích sắt, thun xích trung, thun xích thưa, thun kéo liên hàm Chuck (Light), thun kéo liên hàm Dwight (Medium), thun kéo liên hàm Bummer (Heavy), thun kéo liên hàm Cliff (Light), thun kéo Roberto (Heavy), thun kéo Fran. (Heavy)

* Dây Kobayahi (dây móc giữ thun), dây Ligaturedraht / Wire 0.25 mm, giấy nhám ngoại, giấy nhám kẽ, giấy cắn đỏ, Gain Protector (ống nhựa luồn dây), dao 15, lò xo vòng hở, lò xo vòng khít, lò xo Niti đóng khoảng (Light + heavy), Lò xo NiTi đóng khoảng (Heavy), ốc nối rộng tháo lắp, ốc nối rộng cố định, Fuji IX, giấy đánh thuốc, sáp lá, sáp WAX-PAK, Mũi khoan 6368 314 023, Mũi khoan 379EF314 018, Mũi khoan tunten0138.010, Mũi khoan cắt cầu E 0153 314 012, Mũi khoan 859EF314 014, Mũi khoan 859 314 010, Mũi khoan 5856 314 016, Mũi mài nhựa kim loại H251GEA014 060, mũi trụ dài Tunsten 0138012, đá mài trụ đỏ, bút marker (bút đánh dấu)

* Dây TMA 16*22 (Upper + Lower), dây TMA 17*25 (Upper + Lower), dây TMA 19*25 (Upper + Lower). Lò xo chỉnh Torque 1 răng, Lò xo chỉnh Torque nhiều răng. Mắc cài nâng khớp răng cửa. Dây Titanol lò xo dựng trục răng cối. Nút tròn kéo răng lệch lạc (nút lưỡi), nút stop, hook kéo răng (phải, trái). Khâu 2 ống (các số).

- * Đối với trường hợp sai khớp cắn hạng II nặng, xương hàm dưới lùi: sử dụng khí cụ Forsus.
- Kết thúc điều trị, chụp hình, lấy dấu, X quang, gắn hàm duy trì.
 - * Găng, ly, khẩu trang, ống hút nước bọt, khăn giấy, kính bảo hộ, xà phòng rửa tay 2% , bàn chải rửa tay, Acid Etch, Keo trám thẩm mỹ Prime & Bond, bột đánh bóng không Flour, chổi đánh bóng, chất lấy dấu , gòn cuộn size 01, gòn kg, dây móc cuộn Dentaurum 0,6 mm –0,7 mm –0,8 mm –1.00 mm, dây thẳng SS 017. 025, dây thẳng 045, dây thẳng Spring (multistran) .018, Lingual retainer wire .032, Tetric Flow A3, Tetric Ceram A3, Mũi khoan 6368 314 023, Mũi khoan 379EF314 018, Mũi khoan tunten0138.010, Mũi khoan cắt cầu E 0153 314 012, Mũi khoan 859EF314 014, Mũi khoan 859 314 010, Mũi khoan 5856 314 016, Mũi mài nhựa kim loại H251GEA014 060, mũi trụ dài Tunten 0138012, đá mài trụ đỏ, Vi hàn Silver solder, bột nhựa hồng tự cứng, bột nhựa trắng trong tự cứng, nước nhựa tự cứng, chất xúc tác Soldering Flux, gas Butane, vaseline, verni
(AIC), dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, thạch cao cứng, thạch cao thường
- Tái khám.

5. KHÍ CỤ QUAD-HELIX: (Nói rộng cung răng hàm trên)

1. Chẩn đoán:

1.1. Chẩn đoán sơ bộ:

1.1.1. Khám lâm sàng:

- Hàm trên cần nong rộng.
- Bệnh nhân Khe hở môi –hàm ếch.

1.1.2. Khám cận lâm sàng X Quang:

- Chụp X quang.

1.2. Chẩn đoán: Hẹp hàm trên.

2. Điều trị:

2.1. Chỉ định :

- Bệnh nhân đang tuổi tăng trưởng.
- Khí cụ Quad-helix:

2.2. Chống chỉ định:

- Bệnh nhân không hợp tác.
- Không đủ răng neo chặn.

2.3. Phương pháp điều trị:

- Chụp hình, thử khâu, lấy dấu, đổ mẫu hàm thạch cao trước điều trị:
 - * Găng, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, thạch cao cứng, thạch cao thường, chất lấy dấu, xà phòng rửa tay 2%, bánh miệng, bàn chải rửa tay, khâu 16, khâu 26.
- Chuyển Labo thực hiện khí cụ bộ phận cung trong miệng:
 - * Găng, ly, khẩu trang, ống hút nước bọt, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, xà phòng rửa tay 2%, thạch cao cứng, thạch cao thường, dây thẳng 045, chất xúc tác Soldering Flux, vi hàn Silver solder, gas Butane, sáp lá, băng keo cá nhân, Alcohol, vaseline, đá mài trụ đỏ, mũi trụ dài Tuntten 0138012, giấy nhám ngoại, gòn kg, kính bảo hộ.
- Lắp khí cụ trong miệng bệnh nhân:
 - * Găng, ly, khẩu trang, ống hút nước bọt, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, xà phòng rửa tay 2%, Ciment gắn khâu (Kentac Crem), giấy đánh

thuốc, gòn cuộn size 01, đá mài trụ đỏ, mũi trụ dài Tuntten 0138012, giấy nhám ngoại, gòn kg, kính bảo hộ, thun tách kẽ.

- Điều chỉnh khí cụ Quad-helix định kỳ:

* Găng, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, xà phòng rửa tay 2%, bánh miệng, bàn chải rửa tay.

- Kết thúc điều trị, chụp hình, lấy dấu, X quang kiểm tra sau điều trị:

* Găng, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, thạch cao cứng, thạch cao thường, chất lấy dấu, xà phòng rửa tay 2%, bàn chải rửa tay.

- Tái khám.

6. KHÍ CỤ ỐC NÓI RỘNG HÀM TRÊN

1. Chẩn đoán:

1.1. Chẩn đoán sơ bộ:

1.1.1. Khám lâm sàng:

- Hàm trên hẹp.

1.1.2. Khám cận lâm sàng X Quang:

- Chụp X quang.

1.2. Chẩn đoán: Hàm trên hẹp.

2. Điều trị:

2.1. Chỉ định :

- Bệnh nhân đang tuổi tăng trưởng.

- Khí cụ ốc nói rộng hàm trên.

2.2. Chống chỉ định:

- Bệnh nhân không hợp tác.

- Không đủ răng neo chặn.

2.3. Phương pháp điều trị:

- Chụp hình, thử khâu, lấy dấu, đồ mẫu hàm thạch cao trước điều trị:

* Găng, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, thạch cao cứng, thạch cao thường, chất lấy dấu, xà phòng rửa tay 2%, bàn chải rửa tay, khâu 16, khâu 26, khâu 14, khâu 24.

- Chuyển Labo thực hiện khí cụ bộ phận cung trong miệng:

* Ốc nói rộng, Găng, ly, khẩu trang, ống hút nước bọt, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, xà phòng rửa tay 2%, thạch cao cứng, thạch cao thường, dây thẳng 045, chất xúc tác Soldering Flux, vĩ hàn Silver solder, gas Butane, sáp lá, băng keo cá nhân, Alcohol, vaseline, đá mài trụ đỏ, mũi trụ dài Tunten 0138012, giấy nhám ngoại, gòn kg, kính bảo hộ.

- Lắp khí cụ trong miệng bệnh nhân:

* Găng, ly, khẩu trang, ống hút nước bọt, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, xà phòng rửa tay 2%, Ciment gắn khâu (Kentac Crem), giấy đánh thuốc, gòn cuộn size 01, đá mài trụ đỏ, mũi trụ dài Tunten 0138012, giấy nhám ngoại, gòn kg, kính bảo hộ, thun tách kẽ.

- Điều chỉnh khí cụ ốc nói rộng hàm trên định kỳ:
 - * Găng, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, xà phòng rửa tay 2%, bánh miệng, bàn chải rửa tay.
- Kết thúc điều trị, chụp hình, lấy dấu, X quang kiểm tra sau điều trị:
 - * Găng, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, thạch cao cứng, thạch cao thường, chất lấy dấu, xà phòng rửa tay 2%, bàn chải rửa tay.
- Tái khám.

7. ĐẶT MINI-VIS: (Tăng neo chặn tuyệt đối)

1. Chẩn đoán:

1.1. Chẩn đoán sơ bộ:

1.1.1. Khám lâm sàng: Cần neo chặn tuyệt đối.

1.1.2. Khám cận lâm sàng X Quang: Chụp X quang.

1.2. Chẩn đoán: Cần neo chặn tuyệt đối.

2. Điều trị:

2.1. Chỉ định :

- Bệnh nhân đang điều trị khí cụ 2 hàm.

- Đặt khí cụ Mini-vis.

2.2. Chống chỉ định:

- Bệnh nhân không hợp tác.

- Bệnh nhân dị ứng với thuốc tê.

- Bệnh nhân nha chu viêm tiến triển

2.3. Phương pháp điều trị:

- Chụp hình, thử khâu, lấy dấu, đồ mẫu hàm thạch cao trước điều trị:

* Găng, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, thạch cao cứng, thạch cao thường, chất lấy dấu, xà phòng rửa tay 2%, bánh miệng, bàn chải rửa tay, khâu 16, khâu 26, khâu 14, khâu 24.

- Gây tê tại chỗ, đặt khí cụ Mini-vis:

* Găng, ly, khẩu trang, ống hút nước bọt, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, xà phòng rửa tay 2%, gòn kg, kính bảo hộ, thuốc tê, kim tiêm, ống chích nhựa, mini-vis.

- Tái khám định kỳ:

* Găng, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, xà phòng rửa tay 2%, bánh miệng, bàn chải rửa tay.

- Kết thúc điều trị, chụp hình, lấy dấu, X quang kiểm tra sau điều trị:

* Găng, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, thạch cao cứng, thạch cao thường, chất lấy dấu, xà phòng rửa tay 2%, bàn chải rửa tay.

- Tái khám.

8. KHÍ CỤ INVISALIGN (Răng lệch lạc nhẹ hoặc trung bình khớp cắn hạng I, II, III)

1. Chẩn đoán:

1.1. Chẩn đoán sơ bộ:

1.1.1. Khám lâm sàng:

- Răng lệch lạc nhẹ hoặc trung bình.
- Khớp cắn hạng I,II hoặc III

1.1.2. Khám cận lâm sàng X Quang:

- Vị trí răng lệch lạc

1.2. Chẩn đoán : Răng lệch lạc

2. Điều trị:

2.1. Chỉ định: khí cụ Invisalign.

2.2. Chống chỉ định:

- Bệnh nhân không hợp tác.
- Bệnh nhân nha chu viêm tiến triển.

2.3. Phác đồ điều trị

- Chụp hình, lấy dấu, đồ mẫu hàm thạch cao trước điều trị:
- Dấu cao su để gửi làm khí cụ. Cao su lấy dấu.
- Gắn khí cụ trên miệng, điều chỉnh mỗi 2 tuần đến 4 tuần.
- Kết thúc điều trị, chụp hình, lấy dấu, X quang, gắn hàm duy trì.
- Tái khám.

9. KHÍ CỤ TWICARE (ĐIỀU TRỊ HẠNG II)

1. Chẩn đoán:

1.1. Chẩn đoán sơ bộ:

1.1.1. Khám lâm sàng:

-Độ cắn chìa tăng.

-Khớp cắn hạng II.

1.1.2. Khám cận lâm sàng X Quang.

-Sai lệch xương nền hàm trên và hàm dưới.

1.2. Chẩn đoán : sai hình hạng II do lùi hàm dưới / Hàm trên hô

2. Điều trị:

2.1. Chỉ định:

-Bệnh nhân đang tuổi tăng trưởng.

-Khí cụ Twicare.

2.2. Chống chỉ định:

-Bệnh nhân không hợp tác

-Bệnh nhân có vấn đề khớp thái dương hàm

2.3. Phương pháp điều trị:

- Chụp hình, lấy dấu, đồ mẫu hàm thạch cao trước điều trị:

* Găng, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, xà phòng rửa tay 2%, thạch cao cứng, thạch cao thường, chất lầy dầu, bàn chải rửa tay, sáp lá, banh miệng.

- Đo và chọn kích thước khí cụ Twicare phù hợp.

* Găng, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, xà phòng rửa tay, thước đo.

- Lắp khí cụ trên miệng bệnh nhân:

* Găng, ly, khẩu trang, ống hút nước bọt, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, xà phòng rửa tay 2%, đá mài trụ đỏ, giấy nhám ngoại, gòn kg, kính bảo hộ.

- Điều chỉnh khí cụ định kỳ:

* Găng, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, xà phòng rửa tay 2%, bàn chải rửa tay.

* Dụng cụ điều chỉnh Twicare

- Kết thúc điều trị, chụp hình, lấy dấu, X quang kiểm tra sau điều trị:

* Găng, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, thạch cao cứng, thạch cao thường, chất lầy dầu, xà phòng rửa tay 2%, bàn chải rửa tay.

- Tái khám.

10. KHÍ CỤ TWICARE (ĐIỀU TRỊ HẠNG III)

1. Chẩn đoán:

1.1. Chẩn đoán sơ bộ:

1.1.1. Khám lâm sàng:

- Căn chéو răng cửa.
- Gương mặt cong phẳng / cong lõm.

1.1.2. Khám cận lâm sàng X Quang:

- Chụp X quang.
- 1.1.3. Xương hàm trên kém phát triển.

1.2. Chẩn đoán: sai hình hạng III – Xương hàm trên kém phát triển.

2. Điều trị:

2.1. Chỉ định :

- Bệnh nhân đang tuổi tăng trưởng.
- Khí cụ Twicare

2.2. Chống chỉ định:

- Bệnh nhân không hợp tác
- Bệnh nhân có vấn đề khớp thái dương hàm

2.3. Phương pháp điều trị:

- Chụp hình, thử khâu, lấy dấu, đồ mẫu hàm thạch cao trước điều trị:
 - * Găng, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, thạch cao cứng, thạch cao thường, chất lấy dấu, xà phòng rửa tay 2%, bánh miệng, bàn chải rửa tay, bánh miệng.
- Đo và chọn kích thước khí cụ Twicare phù hợp.
 - * Găng, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, xà phòng rửa tay, thước đo.
- Lắp khí cụ trong miệng bệnh nhân.
 - * Găng, ly, khẩu trang, ống hút nước bọt, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, xà phòng rửa tay 2%, gòn cuộn size 01, đá mài trụ đỏ, giấy nhám ngoại, gòn kg, kính bảo hộ.
- Điều chỉnh khí cụ Twicare định kỳ:
 - * Găng, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, xà phòng rửa tay 2%, bàn chải rửa tay.
 - * Dụng cụ điều chỉnh Twicare.
- Kết thúc điều trị, chụp hình, lấy dấu, X quang kiểm tra sau điều trị:
 - * Găng, ly, khẩu trang, dung dịch ngâm dụng cụ, dung dịch Sanitex, thạch cao cứng, thạch cao thường, chất lấy dấu, xà phòng rửa tay 2%, bàn chải rửa tay.
- Tái khám.

11. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NẢN CHỈNH MŨI - CUNG HÀM TRƯỚC PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ KHE HỖ MÔI - VÒM MIỆNG

1. MỤC ĐÍCH

• Giảm bề rộng khe hở cung hàm, giúp giảm nguy cơ hình thành sẹo sau phẫu thuật tạo hình môi-mũi;

- Kéo dài trụ mũi, tăng độ nhô đỉnh mũi, thu hẹp chân cánh mũi;
- Cải thiện tình trạng bất đối xứng và những lệch lạc vùng mũi – miệng.

2. THỜI ĐIỂM THỰC HIỆN

Kỹ thuật được thực hiện ngay sau khi trẻ sinh và duy trì tới khi làm phẫu thuật tạo hình môi.

3. CHỈ ĐỊNH

Trẻ có khe hở môi-vòm miệng toàn bộ 1 bên hoặc 2 bên.

4. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trẻ có tình trạng viêm nhiễm trong và ngoài miệng.
- Phụ huynh không hợp tác trong quá trình điều trị.

Chú ý: Trước can thiệp cần đánh giá tình trạng sức khỏe tổng quát của trẻ và chuẩn bị các thiết bị cấp cứu khi cần thiết. Đối với trẻ có các vấn đề về đường hô hấp, cần hội chẩn với các Bác sỹ chuyên khoa.

5. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

Sử dụng lực nhẹ, liên tục.

6. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

- Tư vấn phụ huynh: giải thích rõ mục đích điều trị và các vấn đề trẻ có thể gặp phải trong quá trình điều trị.
- Lấy dấu hàm trên: sao chép vùng sống hàm, khe hở, khâu cái...để thực hiện nền hàm nắn chỉnh.
- Dán băng dính vùng môi: thu hẹp bề rộng khe hở.
- Hướng dẫn cách đeo băng dính cho trẻ: phụ huynh sẽ thực hiện việc dán băng dính cho trẻ tại nhà, mang băng dính 24 giờ/ 1 ngày, thay băng dính mỗi ngày trừ khi băng dính bị lỏng thì phải thay thế ngay, dùng gạc ẩm để nhẹ nhàng tháo băng dính, thay đổi vị trí băng dính quanh vùng khe hở để hạn chế gây tổn thương trên da của trẻ.
- Kiểm tra hàm trên miệng trẻ, đệm hàm: loại bỏ vùng bén nhọn, vùng cản trở đối với sự di chuyển của các phân đoạn xương ổ răng.
- Tạo khí cụ nắn chỉnh mũi: kích hoạt phản tác động mũi khi khe hở cung hàm thu hẹp còn dưới 5 mm hoặc kích hoạt ngay khi trẻ đến khám sau 2 tháng tuổi.
- Hướng dẫn phụ huynh cách đeo khí cụ nắn chỉnh mũi – môi cho trẻ tại nhà và duy trì việc dán băng dính: mang khí cụ 24 giờ/ 1 ngày, vệ sinh khí cụ và miệng bệnh nhân mỗi ngày, vẫn mang khí cụ khi cho trẻ bú sữa.

- Tiếp tục điều chỉnh khí cụ nắn chỉnh mũi – môi trong những lần hẹn kế tiếp (tái khám sau mỗi 1-2 tuần) cho đến khi thời điểm phẫu thuật tạo hình môi.

7. TIẾN HÀNH

LẦN HẸN	CÔNG VIỆC	DỤNG CỤ	VẬT LIỆU
1	- Lấy dấu hàm trên + Trẻ được bế ngồi nghiêng (khoảng 45°) trên ghế nha. + Chọn khay lấy dấu phù hợp. + Dùng tăm bông làm sạch miệng trẻ. + Dùng gương khám ấn lưỡi để duy trì đường thở trong suốt quá trình lấy dấu. + Sau khi lấy khay lấy dấu ra khỏi miệng trẻ thì cần làm sạch hoàn toàn chất lấy dấu còn dính trong và ngoài miệng. - Dán băng dính thu hẹp vùng khe hở + Tái lập các cấu trúc giải phẫu về vị trí bình thường. - Gửi mẫu cho kỹ thuật viên: + Đổ mẫu hàm với thạch cao cứng. + Thiết kế hàm nắn chỉnh trên mẫu. + Ép nhựa và đánh bóng hàm nắn chỉnh.	• Gương khám hoặc dụng cụ đè lưỡi • Khay lấy dấu • Bay và chén trộn vật liệu lấy dấu	• Chất lấy dấu (Alginate hoặc cao su lấy dấu...) • Tăm bông • Thạch cao cứng • Nhựa ép nền hàm • Băng dính (R1541, Tegaderm film 1622w)
2	-Thử và điều chỉnh hàm: + Thử hàm trên miệng trẻ, loại bỏ những phần bén nhọn - Đệm hàm: + Trộn vật liệu đệm: trộn chất nền và chất xúc tác để làm vật liệu đệm. + Đặt phần vật liệu đã trộn vào hàm nắn chỉnh tương ứng vùng sống hàm 2 bên khe hở (đối với khe hở toàn bộ	• Kềm chỉnh nha (kềm 2 mấu, kềm 3 mấu, kềm bẻ loop, kềm cắt) • Kéo • Viết đánh dấu • Tay khoan thẳng, mũi mài	• Kềm (dây ss tròn) • Nhựa mềm (đệm hàm Durabase soft cushioning rebase) • Nhựa tự cứng (acrylic, hygenic)

	2 bên thì thêm vào vùng mấu tiền hàm). + Đặt khí cụ vào miệng trẻ sao cho khít sát. + Giữ khí cụ cho đến khi vật liệu đệm chuyển trạng thái. + Gỡ hàm nắn chỉnh ra khỏi miệng. + Nhúng hàm vào nước nóng (khoảng 70⁰ C) để vật liệu đệm trùng hợp hoàn toàn. + Thêm lớp vật liệu đệm (khoảng 1mm) vào mặt trong bờ trước ở vùng tương đương với mấu tiền hàm trên khí cụ. + Dùng kéo cắt bỏ phần vật liệu đệm thừa. + Mài bớt phần nhựa bên trong nền hàm ở vùng sống hàm và mấu tiền hàm (loại bỏ những cản trở đối với sự di chuyển của các phân đoạn xương ổ răng). - Tạo phần nắn chỉnh mũi: + Bẻ dây để tạo nên phần nắn chỉnh mũi sao cho phù hợp với kích thước trẻ (xem hình) + Thêm nhựa tự cứng vào đầu dây ở phía mũi để tạo nên phần tác động + Lắp khí cụ + Đặt phần tác động vào lỗ mũi ở phía trong, sát trụ mũi. + Kích hoạt phần tác động mũi khi khe hở cung hàm thu hẹp còn dưới 5 mm: • Tác động theo chiều lên trên và vào trong cho đến khi thấy da ở vùng • Tác động của cánh mũi bắt	nhựa tròn, mũi đánh bóng	orthodontic resin) • Keo dán hàm • Nước nóng • Dụng cụ đánh bóng (giấy nhám) • Thun
--	---	---------------------------------	---

	đầu chuyển màu trắng. Nếu trẻ đến khám trên 2 tháng tuổi có thể thực hiện ngay khí cụ nắn chỉnh mũi – cung hàm. Khoảng cách giữa 2 phần trụ mũi của khí cụ bằng bề rộng của trụ mũi - Đánh bóng hàm - Lắp hàm - Cố định hàm vào má trẻ: + Đặt lớp bảo vệ vào vùng sẽ dán băng dính ở 2 bên má + Đặt thun tác động lực và băng dính vào hàm nắn chỉnh. + Dán băng dính vào 2 bên má để cố định hàm. - Hướng dẫn phụ huynh cách đeo và bảo quản hàm giả.		
Tái khám sau 1-2 tuần/1 lần	- Điều chỉnh hàm nếu cần - Điều chỉnh phần nắn chỉnh mũi - Hướng dẫn người nhà cách chăm sóc bổ sung nếu cần	Tay khoan thẳng, mũi mài nhựa	Nhựa tự cứng (acrylic, hygienic orthodontic resin) Keo dán hàm
Lần hẹn cuối	- Duy trì việc đeo hàm cho đến khi trẻ được phẫu thuật tạo hình môi-mũi thì đầu (khoảng 3-4 tháng tuổi) - Tháo hàm và chuyển điều trị phẫu thuật tạo hình khe hở.		

8. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN THƯỜNG GẶP

- Viêm da vùng má do dán băng dính: cần dùng vật liệu bảo vệ phù hợp, thao tác nhẹ nhàng
- Sang thương niêm mạc miệng do lực quá mạnh: loại bỏ nguyên nhân, điều trị sang thương và điều chỉnh lực phù hợp
- Sang thương niêm mạc mũi do lực quá mạnh: loại bỏ nguyên nhân, điều trị sang

thương và điều chỉnh lực phù hợp

- Tiếp tục cho trẻ đeo ống định hình mũi mềm (silicone) sau phẫu thuật tạo hình (khoảng 6 tháng sau phẫu thuật để giữ đối xứng mũi).

9. HÌNH ẢNH MINH HỌA



Hình dạng khí cụ nắn chỉnh mũi-cung hàm trên trẻ khe hở môi-vòm miệng 1 bên và 2 bên (Nguồn: Trung tâm sọ mặt- Bệnh viện Chang Gung)

KHOA CHỮA RĂNG NỘI NHA

1. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG SÂU MEN

1. ĐỊNH NGHĨA

Sâu răng là tình trạng tổn thương mất mô cứng của răng do quá trình mất khoáng gây ra bởi vi khuẩn ở mảng bám răng. Sâu men răng là giai đoạn sớm của quá trình sâu răng, khi mà sang thương chỉ khu trú ở lớp men răng, chưa gây tổn thương đến ngà răng.

2. NGUYÊN NHÂN

- Do vi khuẩn ở mảng bám răng tác động lên các thức ăn có nguồn gốc glucit còn dính lại ở bề mặt răng, chuyển hóa thành axit. Khi môi trường axit có $\text{pH} < 5,5$ thì gây ra tổn thương mất khoáng làm mất mô cứng của răng và gây ra sâu răng.

- Chủng vi khuẩn có khả năng gây sâu răng cao nhất trong nghiên cứu thực nghiệm là *Streptococcus mutans*. Một số chủng vi khuẩn khác như *Actinomyces*, *Lactobacillus*... cũng được xác định có khả năng gây ra sâu răng.

- Một số yếu tố nguy cơ làm tăng khả năng sâu răng:

- + Men răng: Men răng thiếu sản hay men răng kém khoáng hóa dễ bị mất khoáng hơn và ảnh hưởng đến tiến triển của tổn thương sâu răng.

- + Hình thể răng: Các răng có hố rãnh sâu có nguy cơ sâu răng cao do sự tập trung của mảng bám răng và khó làm sạch mảng bám răng. Có một tỷ lệ cao các trường hợp sâu răng được bắt đầu từ hố rãnh tự nhiên của các răng.

- + Vị trí răng: Răng lệch lạc làm tăng khả năng lưu giữ mảng bám vì thế dễ bị sâu răng hơn.

- + Nước bọt: Dòng chảy và tốc độ chảy của nước bọt là yếu tố làm sạch tự nhiên để loại bỏ các mảnh vụn thức ăn còn sót lại. Tạo một lớp màng mỏng trên bề mặt của răng từ nước bọt có vai trò như một hàng rào bảo vệ men răng khỏi pH nguy cơ. Ngoài ra nước bọt còn có vai trò đệm làm giảm độ toan của môi trường quanh răng và có tác dụng đề kháng với sâu răng. Nước bọt còn là nguồn cung cấp các chất khoáng, hỗ trợ quá trình tái khoáng để có thể phục hồi các tổn thương sâu răng sớm.

- + Chế độ ăn nhiều đường, thói quen ăn uống trước khi đi ngủ hay bú bình kéo dài đều làm tăng nguy cơ sâu răng.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1 Lâm sàng:

- Bệnh nhân không có cảm giác đau hay ê.
- Thổi khô thấy mất lớp men trong mờ, xuất hiện các đốm trắng đục trên men.
- Thăm trám mắc lại khi thăm khám, hơi ê nhẹ.

3.2 Cận lâm sàng:

X-Quang ít có giá trị chẩn đoán.

4 ĐIỀU TRỊ:

- Áp gel Fluor (sang thương sớm).
- Trám bít hố rãnh.
- Đặt ê (nếu cần), tạo xoang, trám composite vì lý do thẩm mỹ.

	Vật tư tiêu hao	Thuốc-hóa chất
Tạo xoang	Ly, gants, ống hút nước bọt Các loại mũi khoan	
Trám	Băng kim loại, băng cellulose, chêm gỗ, tấm bông trám răng, chỉ co nướu, giấy đánh thuốc, giấy nhám kẽ, giấy cắn, các mũi đánh bóng.	GIC, GIC LC Verni Fuji, Acid Etching, Keo dán, Composite lỏng, đặc các màu

V. BIẾN CHỨNG

- Sâu ngà răng.

VI. PHÒNG BỆNH

- Áp dụng các biện pháp cơ học kiểm soát mảng bám răng như chải răng với kem đánh răng chứa Fluor và chỉ tơ nha khoa.
- Trám bít hố rãnh ở các răng vĩnh viễn có nguy cơ sâu răng như các hố rãnh tự nhiên sâu khó kiểm soát mảng bám.
- Đối với các trường hợp có nguy cơ sâu răng cao thì áp dụng các chế phẩm có độ tập trung Fluor cao do thầy thuốc thực hiện.
- Hướng dẫn chế độ ăn uống có tác dụng dự phòng sâu răng.
- Khám và kiểm tra răng miệng định kỳ để phát hiện và điều trị sớm.

2. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG SÂU NGÀ

1. ĐỊNH NGHĨA

Sâu răng là tình trạng tổn thương mất mô cứng của răng do quá trình mất khoáng gây ra bởi vi khuẩn ở mảng bám răng. Sâu ngà răng là giai đoạn tiến triển sau sâu men của quá trình sâu răng, khi mà sang thương sâu răng vượt quá lớp men răng, gây tổn thương đến ngà răng.

2. NGUYÊN NHÂN

- Do vi khuẩn ở mảng bám răng tác động lên các thức ăn có nguồn gốc glucit còn dính lại ở bề mặt răng, chuyển hóa thành axit. Khi môi trường axit có pH < 5,5 thì gây ra tổn thương mất khoáng làm mất mô cứng của răng và gây ra sâu răng.

- Chúng vi khuẩn có khả năng gây sâu răng cao nhất trong nghiên cứu thực nghiệm là *Streptococcus mutans*. Một số chủng vi khuẩn khác như *Actinomyces*, *Lactobacillus*... cũng được xác định có khả năng gây ra sâu răng.

- Một số yếu tố nguy cơ làm tăng khả năng sâu răng:

+ Men răng: Men răng thiếu sản hay men răng kém khoáng hóa dễ bị mất khoáng hơn và ảnh hưởng đến tiến triển của tổn thương sâu răng.

+ Hình thể răng: Các răng có hố rãnh sâu có nguy cơ sâu răng cao do sự tập trung của mảng bám răng và khó làm sạch mảng bám răng. Có một tỷ lệ cao các trường hợp sâu răng được bắt đầu từ hố rãnh tự nhiên của các răng.

+ Vị trí răng: Răng lệch lạc làm tăng khả năng lưu giữ mảng bám vì thế dễ bị sâu răng hơn.

+ Nước bọt: Dòng chảy và tốc độ chảy của nước bọt là yếu tố làm sạch tự nhiên để loại bỏ các mảnh vụn thức ăn còn sót lại. Tạo một lớp màng mỏng trên bề mặt của răng từ nước bọt có vai trò như một hàng rào bảo vệ men răng khỏi pH nguy cơ. Ngoài ra nước bọt còn có vai trò đệm làm giảm độ toan của môi trường quanh răng và có tác dụng đề kháng với sâu răng. Nước bọt còn là nguồn cung cấp các chất khoáng, hỗ trợ quá trình tái khoáng để có thể phục hồi các tổn thương sâu răng sớm.

+ Chế độ ăn nhiều đường, thói quen ăn uống trước khi đi ngủ hay bú bình kéo dài đều làm tăng nguy cơ sâu răng.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1 Lâm sàng:

- Bệnh nhân cảm thấy ê buốt khi gặp kích thích ngọt, chua, lạnh; hết kích thích thì hết ê.
- Khám thấy tổn thương sâu răng tiến triển đến ngà.

3.2 Cận lâm sàng: X-Quang quanh chóp/ Phim toàn cảnh: răng có vùng thấu quang chưa tới buồng tủy.

4. ĐIỀU TRỊ:

- Làm sạch và tạo xoang.
- Đặt đê (nếu cần).
- Trám phục hồi.

	Vật tư tiêu hao	Thuốc-hóa chất
Tạo xoang	Ly, gants, ống hút nước bọt Các loại mũi khoan	
Trám phục hồi	Băng kim loại, băng cellulose, chêm gỗ, tấm bông trám răng, chỉ co nướu, giấy đánh thuốc, giấy nhám kê, giấy cắn, các mũi đánh bóng.	Calcium hydroxide (Dycal, Ultrablend Plus...), GIC, GIC LC, Verni Fuji, Acid Etching, keo dán, Composite lỏng, đặc các màu.

5. BIẾN CHỨNG

- Sâu ngà không điều trị có thể tiến triển đến tủy răng, gây viêm tủy răng.

6. PHÒNG BỆNH

- Áp dụng các biện pháp cơ học kiểm soát mảng bám răng như chải răng với kem đánh răng chứa Fluor và chỉ tơ nha khoa.
- Trám bít hố rãnh ở các răng vĩnh viễn có nguy cơ sâu răng như các hố rãnh tự nhiên sâu khó kiểm soát mảng bám.
- Đối với các trường hợp có nguy cơ sâu răng cao thì áp dụng các chế phẩm có độ tập trung Fluor cao do thầy thuốc thực hiện.
- Hướng dẫn chế độ ăn uống có tác dụng dự phòng sâu răng.
- Khám và kiểm tra răng miệng định kỳ để phát hiện và điều trị sớm.

3. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ MÒN RĂNG

1. ĐỊNH NGHĨA

Là tổn thương mô cứng của răng bao gồm tổn thương men răng hoặc tổn thương cả men và ngà răng mà không phải do sâu răng và thường do nhiều nguyên nhân khác nhau như nghiến răng, các tác nhân vật lý hoặc hoá học dẫn tới mòn cấu trúc răng. Nếu không điều trị kịp thời thì các tổn thương này có thể dẫn tới viêm tủy răng.

2. NGUYÊN NHÂN

- Mòn răng - răng: Có thể là sinh lý hay bệnh lý, tác nhân nội tại thường là trục men của các răng đối diện, do khớp cắn bất thường hoặc nghiến răng.

- Mài mòn: Là tác động của lực ma sát từ các tác nhân ngoại lai, có thể do chải răng quá mạnh, cắn các vật cứng, hoặc thứ phát sau mài mòn hóa học.

- Mòn hóa học: Do các hóa chất như trong hội chứng trào ngược dạ dày, làm ắc quy, tiếp xúc với khí ga, axit....

3. CHẨN ĐOÁN:

3.1 Lâm sàng:

- Bệnh nhân đến khám vì các triệu chứng ê buốt khi ăn ngọt, chua, lạnh, khi bàn chải chạm vào hoặc triệu chứng của bệnh lý tủy, bệnh lý vùng quanh chóp nếu bệnh nhân đến ở giai đoạn muộn.

- Khám thấy tổn thương hình chêm (đỉnh quay vào trong, đáy tam giác ở phía ngoài), đáy cứng không có ngà mủn và thức ăn. mòn từ rìa cắn răng cửa trước sau đó mòn đến múi chụm các răng hàm, các tổn thương của hai răng đối đầu thường khớp khít vào nhau. Tổn thương mòn hóa học nằm ở các răng gần nhau nơi có axit phá hủy, làm bề mặt men trở nên trong suốt.

3.2 Cận lâm sàng: XQ quanh chóp/ Phim toàn cảnh trường hợp tổn thương sâu sẽ thấy có đường thấu quang ngang vùng cổ răng

4. ĐIỀU TRỊ:

- Tổn thương nông: thoa chất chống ê buốt (ví dụ: Seal & Protect, Protect Light Seal...)

- Làm sạch
- Thoa chất chống ê buốt

	Vật tư tiêu hao	Thuốc-hóa chất
Làm sạch	Ly, gants, ống hút nước bột, chổi đánh bóng, bông gòn	
Thoa chất chống ê buốt Chiếu đèn (nếu cần)	tăm bông trám răng, chỉ co nướu	chất chống ê buốt (Seal & Protect, Protect Light Seal...)

- Tổn thương sâu:

- Làm sạch và tạo xoang.
- Đặt đê (nếu cần).
- Trám phục hồi.

	Vật tư tiêu hao	Thuốc-hóa chất
Tạo xoang	Ly, gants, ống hút nước bột Các loại mũi khoan	
Trám phục hồi	Băng kim loại, băng cellulose, chêm gỗ, tăm bông trám răng, chỉ co nướu, giấy đánh thuốc, giấy nhám kẽ, giấy cắn, các mũi đánh bóng.	Calcium hydroxide (Dycal, Ultrablend Plus...), GIC, GIC LC, Verni Fuji, Acid Etching, keo dán, Composite lỏng, đặc các màu.

- Tổn thương có triệu chứng bệnh lý tủy và bệnh lý vùng quanh chóp thì điều trị giống như bệnh lý tủy và bệnh lý vùng quanh chóp tương ứng.

5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Mòn nhiều tới tủy gây viêm tủy

6. PHÒNG BỆNH:

- Thay đổi thói quen xấu gây mòn răng.
- Phục hồi thân răng để dự phòng bệnh tiến triển nặng thêm.

4. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG VIÊM TỦY CÓ HỒI PHỤC

1. 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.

Viêm tủy răng có hồi phục là giai đoạn đầu của viêm tủy răng. Khi đó tình trạng viêm tủy vẫn ở mức độ nhẹ và có khả năng khôi phục về trạng thái bình thường.

2. NGUYÊN NHÂN

- Vi khuẩn: thường xâm nhập vào tủy qua lỗ sâu. Phản ứng viêm thường xuất hiện khi các vi khuẩn gây sâu răng xâm nhập vào tủy qua ống ngà. Vi khuẩn cũng có thể xâm nhập vào mô tủy qua ống ngà nếu có hiện tượng mòn răng - răng, nứt, rạn vỡ....

- Nhân tố hóa học: các chất hoá học có thể tác động trực tiếp tới vùng hở tủy hoặc có thể khuếch tán qua ngà răng đã thay đổi tính thấm sau trám.

- Kích thích vật lý: áp lực, tốc độ, kích thước mũi khoan cũng như nhiệt độ trong quá trình tạo xoang trám ảnh hưởng đến mô tủy.

- Chấn thương: là hiện tượng đau tủy có thể xảy ra khi tăng hoặc giảm áp lực đột ngột.

3. CHẨN ĐOÁN:

3.1 Lâm sàng:

- Triệu chứng cơ năng:
 - + Viêm tủy có hồi phục có thể không biểu hiện triệu chứng.
 - + Nếu có thường là các triệu chứng đặc thù: nhạy cảm với các kích thích nóng lạnh, không khí. Chỉ kéo dài vài giây hoặc vài chục giây sau khi loại bỏ kích thích.
 - + Kích thích nóng đáp ứng ban đầu có thể chậm nhưng cường độ nhạy cảm tăng lên khi nhiệt độ tăng. Đối với các kích thích lạnh thì thường ngược lại.
- Triệu chứng thực thể
 - + Có lỗ sâu.
 - + Có tổn thương tổ chức cứng lộ ngà.
 - + Lỗ hở tủy do tai nạn trong điều trị.
 - + Răng không đổi màu.

3.2 Cận lâm sàng: X quang quanh chóp: vùng chóp răng bình thường, có vùng thấu quang ở thân/chân răng do sâu răng nhưng chưa tới buồng tủy/ gần sát buồng tủy.

4. ĐIỀU TRỊ:

- Lấy hết phần ngà bệnh.
- Trám tạm theo dõi (1-2 tuần)
- Nếu hết đau, trám phục hồi.

	Vật tư tiêu hao	Thuốc-hóa chất
Lấy hết phần ngà bệnh-Tạo xoang Che tủy (nếu cần) Trám tạm theo dõi	Ly, gants, ống hút nước bọt Các loại mũi khoan	Ca(OH) ₂ (Dycal, Ultrablend Plus...), Vật liệu calcium silicate (MTA, Biodentin...) GIC, GIC LC
Trám phục hồi	Đê cao su (nếu cần), băng kim loại, băng cellulose, chêm gỗ, tăm bông trám răng, chỉ co nướu, giấy đánh thuốc, giấy nhám kẽ, giấy cắn, các mũi đánh bóng .	GIC, GIC LC, Verni Fuji, Acid Etching, keo dán, Composite lỏng, đặc các màu

5. BIẾN CHỨNG VÀ TIÊN LƯỢNG

Biến chứng: Viêm tủy không hồi phục

6. PHÒNG BỆNH

- Chẩn đoán và điều trị bệnh lý tủy kịp thời.
- Khám răng định kỳ 6 tháng 1 lần.

5. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG VIÊM TỦY KHÔNG HỒI PHỤC

1. 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.

Viêm tủy không hồi phục thường xảy ra sau viêm tủy có hồi phục mà không được điều trị.

2. NGUYÊN NHÂN

- Vi khuẩn: thường xâm nhập vào tủy qua lỗ sâu. Phản ứng viêm thường xuất hiện khi các vi khuẩn gây sâu răng xâm nhập vào tủy qua ống ngà. Vi khuẩn cũng có thể xâm nhập vào mô tủy qua ống ngà nếu có hiện tượng mòn răng - răng, nứt, rạn vỡ....

- Nhân tố hóa học: các chất hoá học có thể tác động trực tiếp tới vùng hờ tủy hoặc có thể khuếch tán qua ngà răng đã thay đổi tính thấm sau trám.

- Kích thích vật lý: áp lực, tốc độ, kích thước mũi khoan cũng như nhiệt độ trong quá trình tạo xoang trám ảnh hưởng đến mô tủy.

- Chấn thương: là hiện tượng đau tủy có thể xảy ra khi tăng hoặc giảm áp lực đột ngột.

3. CHẨN ĐOÁN:

3.1 Lâm sàng:

*** Viêm tủy cấp:**

- Bệnh nhân đau tự phát, từng cơn hay liên tục. Cơn đau tự phát, liên tục có thể chỉ do sự thay đổi vị thế thí dụ khi bệnh nhân nằm xuống hay cúi đầu thường bệnh nhân cho biết cả đêm không ngủ được.

- Cơn đau có thể nhói hay âm ỉ, khu trú hay lan tỏa.

- Khám thường thấy tổn thương sâu răng lớn và sâu hoặc có tổn thương mô cứng khác như mòn răng, nứt răng

- Gõ ngang đau nhiều, gõ dọc đau nhẹ hoặc không đau.

- Nhiệt độ: nóng đau, lạnh giảm đau.

* **Viêm tủy mạn:** Bệnh nhân thường không đau hoặc chỉ đau thoáng qua khi có kích thích.

Các dạng:

- Viêm tủy triển dưỡng: mô tủy quá sản dạng hình bông cải đỏ phát triển đi qua hay xung quanh một lỗ sâu.

- Vô hóa ống tủy: Răng không có triệu chứng, thường nhận biết bởi phim tia X.

- Nội tiêu: Răng không có triệu chứng, chỉ phát hiện trên phim tia X.

3.2 Cận lâm sàng:

X-Quang: X-Quang quanh chóp, Phim toàn cảnh KTS, C.T conebeam

- Giúp thấy rõ hiện trạng của lỗ sâu và quan hệ của nó với tủy răng, tình trạng giải phẫu chân răng. Có thể có lỗ sâu mặt bên, mặt nhai, sâu tái phát dưới miếng trám sát hoặc thông với mô tủy, vùng quanh chóp có thể có phản ứng nhẹ, dây chằng nha chu có thể hơi giãn rộng. Cũng có thể nhìn thấy hình ảnh nứt vỡ răng liên quan với buồng tủy.

- Vô hóa ống tủy: phát hiện những bè cản quang trong buồng tủy và ống tủy.

- Nội tiêu: có sự phình to thấu quang của ống tủy.

4. ĐIỀU TRỊ:

- Gây tê tại chỗ hoặc gây tê vùng.

- Đặt đê (nếu có thể).

- Mở tủy.

- Lấy tủy, xác định chiều dài làm việc.

- Làm sạch và tạo hình ống tủy.

- Băng thuốc trong ống tủy (nếu cần)

- Trám bít ống tủy - XQ kiểm tra

- Trám phục hồi thân răng.

- Dùng thuốc: Tùy thực tế trên lâm sàng có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp. Có thể sử dụng thuốc giảm đau và/hoặc thuốc kháng viêm.

	Vật tư tiêu hao	Thuốc-hóa chất
--	-----------------	----------------

Gây tê tại chỗ hoặc gây tê vùng	Ly, gants, ống hút nước bọt Kim nha	Lidocaine 2%, Mepivacaine 3%, Benzocaine 20%
Đặt đê (nếu có thể)	Đê cao su, bộ đặt đê, chỉ nha khoa	
Mở tủy	Các loại mũi khoan	
Lấy tủy, làm sạch - tạo dạng ống tủy	Trâm gai các loại Mũi gate các số Trâm dừa các loại Trâm nạo các loại Trâm sửa soạn ống tủy NiTi xoay tay, máy Ống tiêm nhựa bơm rửa	Dung dịch NaOCl 1,5 – 3% EDTA (Glyde)
Băng thuốc	Côn giấy các số	R4, Calcium hydroxide, Eugenol Trám tạm: Eugenate (Cavition)
Trám bít ống tủy	Lentulo, cây lèn Côn gutta-percha các loại	Xi măng trám bít ống tủy: - Nền nhựa (AH Plus, 2Seal...) - Nền calcium silicate (BioRoot...)
Trám phục hồi thân răng (Không hoặc có chót)	Mũi khoan chót Chót Cây vắn chót Băng kim loại, băng cellulose, chêm gỗ, tấm bông trám răng, chỉ co nướu, giấy đánh thuốc, giấy nhám kẽ, giấy cắn, các mũi đánh bóng.	Xi măng gắn chót GIC, GIC LC, Verni Fuji, Acid Etching, bonding, Composite lỏng, đặc, các màu.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

- Biến chứng gần: Viêm quang chóp cấp, u hạt, nang quanh chóp, áp xe quanh chóp, viêm mô tế bào...
- Biến chứng xa: Viêm xoang hàm, viêm nội tâm mạc...

6. PHÒNG BỆNH

- Chẩn đoán và điều trị bệnh lý tủy kịp thời.
- Khám răng định kỳ 6 tháng 1 lần.

6. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG HOẠI TỬ TỦY

1. ĐỊNH NGHĨA

Hoại tử tủy răng hay viêm tủy răng hoại tử là một chẩn đoán lâm sàng cho tình trạng tủy răng và thần kinh trong hệ thống tủy răng bị chết. Hoại tử tủy răng thường là hậu quả của nhiều trường hợp chấn thương răng, sâu răng và viêm tủy răng không hồi phục.

2. NGUYÊN NHÂN

- Vi khuẩn: thường xâm nhập vào tủy qua lỗ sâu. Phản ứng viêm thường xuất hiện khi các vi khuẩn gây sâu răng xâm nhập vào tủy qua ống ngà. Vi khuẩn cũng có thể xâm nhập vào mô tủy qua ống ngà nếu có hiện tượng mòn răng - răng, nứt, rạn vỡ....

- Nhân tố hóa học: các chất hoá học có thể tác động trực tiếp tới vùng hở tủy hoặc có thể khuếch tán qua ngà răng đã thay đổi tính thấm sau trám.

- Kích thích vật lý: áp lực, tốc độ, kích thước mũi khoan cũng như nhiệt độ trong quá trình tạo xoang trám ảnh hưởng đến mô tủy.

- Chấn thương: là hiện tượng đau tủy có thể xảy ra khi tăng hoặc giảm áp lực đột ngột.

3. CHẨN ĐOÁN:

3.1 Lâm sàng:

- Thường bệnh nhân không có triệu chứng hoặc đau nhẹ.
- Răng có thể đổi màu.
- Không có phản ứng với nhiệt, điện.

3.2 Cận lâm sàng:

PhimX-Quang: X-Quang quanh chóp, Phim toàn cảnh KTS, C.T conebeam: dây chằng nha chu có thể bình thường hay hơi dày lên.

4. ĐIỀU TRỊ:

- Đặt đê (nếu có thể).
- Mở tủy, lấy tủy hoại tử.
- Xác định chiều dài làm việc, làm sạch, tạo hình ống tủy.
- Băng thuốc trong ống tủy.

- Trám bít ống tủy - XQ kiểm tra
- Trám phục hồi thân răng.

	Vật tư tiêu hao	Thuốc-hóa chất
Đặt đê (nếu có thể)	Đê cao su, bộ đặt đê, chỉ nha khoa	
Mở tủy	Các loại mũi khoan	
Lấy tủy hoại tử Làm sạch - tạo dạng ống tủy	Trâm gai các loại Mũi gate các số Trâm dừa các loại Trâm nạo các loại Trâm sửa soạn ống tủy NiTi xoay tay, máy Ống tiêm nhựa bơm rửa	Dung dịch NaOCl 1,5 – 3% EDTA (Glyde)
Băng thuốc	Côn giấy các số	R4, Calcium hydroxide, Eugenol Trám tạm: Eugenate(Cavition)
Trám bít ống tủy	Lentulo, cây lèn Côn gutta-percha các loại	Xi măng trám bít ống tủy: - Nền nhựa (AH Plus, 2Seal...) - Nền calcium silicate (BioRoot...)
Trám phục hồi thân răng (Không hoặc có chót)	Mũi khoan chót Chót Cây vắn chót Băng kim loại, băng cellulose, chêm gỗ, tấm bông trám răng, chỉ co nướu, giấy đánh thuốc, giấy nhám kẽ, giấy cắn, các mũi đánh bóng.	Xi măng gắn chót GIC, GIC LC, Verni Fuji, Acid Etching, bonding, Composite lỏng, đặc, các màu.

- Dùng thuốc: Tùy thực tế trên lâm sàng có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp. Có thể sử dụng thuốc giảm đau và/hoặc thuốc kháng viêm.

5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

- Biến chứng gần: Viêm quang chóp cấp, u hạt, nang quanh chóp, áp xe quanh chóp, viêm mô tế bào...

- Biến chứng xa: Viêm xoang hàm, viêm nội tâm mạc...

6. PHÒNG BỆNH

- Chẩn đoán và điều trị bệnh lý tủy kịp thời.

- Khám răng định kỳ 6 tháng 1 lần.

7. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG VIÊM QUANH CHÓP CẤP

1. ĐỊNH NGHĨA

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

2. NGUYÊN NHÂN

* Do nhiễm khuẩn

- Do viêm tủy, tủy hoại tử gây biến chứng viêm quanh chóp răng.
- Do viêm nha chu, vi khuẩn từ mô nha chu xâm nhập vào vùng chóp răng.

* **Do chấn thương răng:** sang chấn mạnh lên răng gây đứt các mạch máu ở chóp răng, sau đó có sự xâm nhập của vi khuẩn dẫn tới viêm quanh chóp cấp.

* **Do sai sót trong điều trị:** Do chất trám dư, phục hồi quá cao gây chấn thương khớp cắn.

* Các nguyên nhân trong quá trình điều trị tủy:

- + Trong khi lấy tủy và làm sạch ống tủy đẩy nhiều vụn ngà nhiễm khuẩn hay mô hoại tử ra vùng chóp gây bội nhiễm.
- + Tắc ống tủy do các tác nhân cơ học như gãy dụng cụ hoặc do các tác nhân hữu cơ như tạo nút ngà mùn trong lòng ống tủy.
- + Sai đường gây thủng ống tủy.
- + Làm rộng hoặc di chuyển lỗ chóp răng.
- + Các dị vật bị đẩy vào vùng chóp như sợi cellulose từ côn giấy, bột tan từ găng tay...
- + Các vi khuẩn trong khoang tủy kháng lại các chất sát trùng ống tủy ở các răng điều trị tủy lại.
- + Thuốc sát khuẩn có tính kích thích mạnh vùng chóp như: Trioxymethylen.
- + Các chất trám bít ống tủy quá chóp.

3. CHẨN ĐOÁN:

3.1 Lâm sàng:

- Đau: đau tự phát, liên tục dữ dội, lan lên nửa đầu, đau tăng khi nhai, ít đáp ứng với thuốc giảm đau, bệnh nhân có thể xác định rõ vị trí răng đau.
- Ấn đau vùng quanh chóp.
- Răng có cảm giác trời cao, lung lay, cắn đau. Gõ dọc đau nhiều, gõ ngang đau ít hơn. Nướu răng có thể bị viêm đỏ.
- Tủy răng có thể sống hoặc chết (cần thử nhiệt và điện).

3.2 Cận lâm sàng:

X- Quang :X-Quang quanh chóp, Panorex, C.T conebeam: dây chằng nha chu có thể bình thường hay hơi dày lên

4. ĐIỀU TRỊ:

- Tủy còn sống: loại bỏ nguyên nhân (ví dụ điều trị chỉnh khớp cắn).
- Tủy viêm/ tủy chết: điều trị nội nha (như điều trị viêm tủy không hồi phục/ hoại tử tủy).

	Vật tư tiêu hao	Thuốc-hóa chất
Gây tê tại chỗ hoặc gây tê vùng	Ly, gants, ống hút nước bọt Kim nha	Lidocaine 2%, Mepivacaine 3%, Benzocaine 20%
Đặt đê (nếu có thể)	Đê cao su, bộ đặt đê, chỉ nha khoa	
Mở tủy	Các loại mũi khoan	
Lấy tủy, làm sạch - tạo dạng ống tủy	Trâm gai các loại Mũi gate các số Trâm dũa các loại Trâm nạo các loại Trâm sửa soạn ống tủy NiTi xoay tay, máy Ống tiêm nhựa bơm rửa	Dung dịch NaOCl 1,5 – 3% EDTA (Glyde)

Băng thuốc	Côn giấy các số	R4, Calcium hydroxide, Eugenol Trám tạm: Eugenate(Cavition)
Trám bít ống tủy	Lentulo, cây lèn Côn gutta-percha các loại	Xi măng trám bít ống tủy: - Nền nhựa (AH Plus, 2Seal...) - Nền calcium silicate (BioRoot...)
Trám phục hồi thân răng (Không hoặc có chốt)	Mũi khoan chốt Chốt Cây vặn chốt Băng kim loại, băng cellulose, chêm gỗ, tấm bông trám răng, chỉ co nướu, giấy đánh thuốc, giấy nhám kẽ, giấy cắn, các mũi đánh bóng.	Xi măng gắn chốt GIC, GIC LC, Verni Fuji, Acid Etching, bonding, Composite lỏng, đặc, các màu.

- Dùng thuốc: Tùy thực tế trên lâm sàng có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp. Có thể sử dụng thuốc giảm đau và/hoặc thuốc kháng viêm.

5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

- Biến chứng gần: áp xe quanh chóp, viêm mô tế bào...
- Biến chứng xa: Viêm xoang hàm, viêm hạch, viêm nội tâm mạc...

6. PHÒNG BỆNH

- Chẩn đoán và điều trị bệnh lý tủy kịp thời.
- Khám răng định kỳ 6 tháng 1 lần.

8. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH CHÓP MẠN / NANG QUANH CHÂN RĂNG

1. ĐỊNH NGHĨA

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

2. NGUYÊN NHÂN

* Do nhiễm khuẩn: Do viêm tủy, tủy hoại tử gây biến chứng viêm quanh chóp răng.

* Do chấn thương răng: Chấn thương mạn tính: các chấn thương nhẹ như chấn thương khớp cắn, nướu phụ mặt nhai, chấn thương do tật nghiêng răng, do thói quen xấu như cắn chỉ, cắn đinh, cắn bút... lặp lại liên tục và gây ra tổn thương viêm quanh chóp mạn tính, dẫn đến nang quanh chóp.

3. CHẨN ĐOÁN:

3.1 Lâm sàng:

- Có thể có tiền sử đau của các đợt viêm tủy cấp, viêm quanh chóp cấp hoặc áp xe quanh chóp cấp.
- Bệnh nhân không có hoặc ít triệu chứng toàn thân.
- Răng bị đổi màu sậm, hơi đau khi gõ và sờ.
- Răng có thể có lung lay khi tiêu xương ở nhiều.
- Thử điện không có phản ứng.

3.2 Cận lâm sàng:

X-Quang: X-Quang quanh chóp, Panorex, C.T conebeam: có vùng thấu quang quanh chóp.

4. ĐIỀU TRỊ:

- Nhổ răng và lấy nang: các trường hợp răng không thể phục hồi chức năng ăn nhai, thẩm mỹ hoặc điều trị không thành công bằng phương pháp nội nha.

- Điều trị nội nha kết hợp phẫu thuật nội nha và lấy nang.

Quy trình điều trị nội nha:

	Vật tư tiêu hao	Thuốc-hóa chất
Đặt đê (nếu có thể)	Đê cao su, bộ đặt đê, chỉ nha khoa	
Mở tủy	Các loại mũi khoan	
Lấy tủy hoại tử Làm sạch - tạo dạng ống tủy	Trâm gai các loại Mũi gate các số Trâm dũa các loại Trâm nạo các loại Trâm sửa soạn ống tủy NiTi xoay tay, máy Ống tiêm nhựa bơm rửa	Dung dịch NaOCl 1,5 – 3% EDTA (Glyde)
Băng thuốc	Côn giấy các số	R4, Calcium hydroxide, Eugenol Trám tạm: Eugenate(Cavition)
Trám bít ống tủy	Lentulo, cây lèn Côn gutta-percha các loại	Xi măng trám bít ống tủy: - Nền nhựa (AH Plus, 2Seal...) - Nền calcium silicate (BioRoot...)
Trám phục hồi thân răng (Không hoặc có chót)	Mũi khoan chót Chót Cây vắn chót Băng kim loại, băng cellulose, chêm gỗ, tấm bông trám răng, chỉ co nướu, giấy đánh thuốc, giấy nhám kẽ, giấy cắn, các mũi đánh bóng.	Xi măng gắn chót GIC, GIC LC, Verni Fuji, Acid Etching, bonding, Composite lỏng, đặc, các màu.

- Dùng thuốc: Tùy thực tế trên lâm sàng có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp. Có thể sử dụng thuốc kháng sinh và/hoặc thuốc kháng viêm và/hoặc thuốc giảm đau.

5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

- Biến chứng gần: áp xe quanh chóp, viêm mô tế bào...
- Biến chứng xa: Viêm xoang hàm, viêm hạch, viêm nội tâm mạc...

6. PHÒNG BỆNH

- Chẩn đoán và điều trị bệnh lý tủy, chấn thương răng kịp thời.
- Khám răng định kỳ để sớm phát hiện các bất thường răng như nướu phụ mặt nhai, các thói quen xấu cần loại bỏ...
- Khám răng định kỳ 6 tháng 1 lần.

9. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG ÁP XE QUANH CHÓP KHÔNG CÓ LỖ DÒ

1. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng viêm và tụ mủ của vùng mô quanh chóp răng; có thể do nhiễm trùng tủy răng do sâu răng hay do hoại tử tủy do chấn thương.

2. NGUYÊN NHÂN

* Do nhiễm khuẩn: vi khuẩn từ sang thương sâu răng lớn gây viêm tủy, tủy hoại tử gây biến chứng áp xe quanh chóp răng.

* Do chấn thương răng: các chấn thương như chấn thương khớp cắn gây ra tổn thương viêm quanh chóp, có sự xâm nhập của vi khuẩn dẫn đến áp xe quanh chóp.

3. CHẨN ĐOÁN:

3.1 Lâm sàng:

- Có thể có tiền sử đau của các đợt viêm tủy cấp, viêm quanh chóp cấp hoặc một chấn thương răng trước đó.
- Tiến triển nhanh từ nhẹ đến sưng nhiều vùng ngách hành lang quanh chóp.
- Đau nhiều khi gõ và sờ.
- Răng bị lung lay và trôi cao hơn.
- Trường hợp nặng, bệnh nhân có những biểu hiện toàn thân như mệt mỏi, sốt, có phản ứng hạch vùng...
- Thử tủy âm tính

3.2 Cận lâm sàng:

X-Quang :X-Quang quanh chóp, Panorex, CT conebeam: vùng quanh chóp có thể bình thường trên phim Xquang hoặc dẫn nhẹ dây chằng nha chu quanh chóp.

4. ĐIỀU TRỊ:

- Rạch áp xe hoặc mở tủy để cho thoát mủ.
- Dùng thuốc: Tùy thực tế trên lâm sàng có thể lựa chọn thuốc kháng sinh, kháng viêm, giảm đau để điều trị cho phù hợp.
- Sau đó điều trị nội nha hoặc chuyển nhỏ nếu điều trị nội nha không thành công

	Vật tư tiêu hao	Thuốc-hóa chất
Đặt ê (nếu có thể)	Ê cao su, bộ đặt ê, chỉ nha khoa	
Mở tủy Lấy tủy hoại tử	Ly, gants, ống hút nước bọt Các loại mũi khoan Trâm gai các loại	
Làm sạch- tạo hình ống tủy	Mũi gate các số Trâm dũa các loại Trâm nạo các loại Trâm sửa soạn ống tủy NiTi xoay tay, máy Ống tiêm nhựa bơm rửa	Dung dịch NaOCl 1,5 – 3 % EDTA(Glyde)
Băng thuốc	Côn giấy các số	R4, Calcium hydroxide, Eugenol Trám tạm: Eugenate(Caviton)
Trám bít ống tủy	Lentulo, lèn côn Côn gutta-percha các loại	Xi măng trám bít ống tủy: - Nền nhựa (AH Plus, 2Seal...) - Nền calcium silicate (BioRoot...)
Trám phục hồi thân răng (Không hoặc có chốt)	Mũi khoan chốt Chốt Cây vận chốt Băng kim loại, băng cellulose, chêm gỗ, tấm bông trám răng, chỉ co nướu, giấy đánh thuốc, giấy nhám kẽ, giấy cắn, các mũi đánh bóng.	Xi măng gắn chốt GIC, GIC LC, Verni Fuji, Acid Etching, keo dán, Composite lỏng, đặc các màu

5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

- Biến chứng gần: viêm mô tế bào, viêm mô tế bào lan toả sàng miệng...
- Biến chứng xa: Viêm xoang hàm, viêm hạch, viêm nội tâm mạc...

6. PHÒNG BỆNH

- Chẩn đoán và điều trị bệnh lý tủy, chấn thương răng kịp thời.
- Khám răng định kỳ 6 tháng 1 lần.

10. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG ÁP XE QUANH CHÓP CÓ LỖ DÒ

1. ĐỊNH NGHĨA

Áp xe quanh chóp có lỗ dò là tình trạng viêm và tụ mủ của vùng mô quanh chóp răng và tạo ra một lối thoát mủ mới đến bề mặt nướu răng, niêm mạc vùng quanh chóp hoặc đôi khi ở ngoài da hoặc nền mũi tùy vị trí răng bị áp xe.

2. NGUYÊN NHÂN

* Do nhiễm khuẩn: Do viêm tủy, tủy hoại tử gây biến chứng viêm quanh chóp răng.

* Do chấn thương răng: Chấn thương mạn tính: các chấn thương nhẹ như chấn thương khớp cắn, nướu phụ mặt nhai, chấn thương do tật nghiến răng, do thói quen xấu như cắn chỉ, cắn đinh, cắn bút... lặp lại liên tục và gây ra tổn thương viêm quanh chóp mạn tính, có sự xâm nhập của vi khuẩn dẫn đến áp xe quanh chóp và hình thành lỗ dò.

3. CHẨN ĐOÁN:

3.1 Lâm sàng:

- Có thể có tiền sử đau của các đợt viêm tủy cấp, viêm quanh chóp cấp hoặc một chấn thương răng trước đó.

- Tiến triển chậm.

- Răng có thể bị lung lay.

- Vùng ngách hành lang có lỗ dò, có thể có chảy dịch hoặc chảy mủ, miệng lỗ dò có thể viêm đỏ, sờ đau hoặc bình thường.

- Đôi khi lỗ dò không ở trong khoang miệng mà có thể ở ngoài da hoặc nền mũi tùy vị trí răng.

- Răng gõ dọc có thể đau hoặc ê.

- Có thể có lỗ sâu lớn đi kèm.

3.2 Cận lâm sàng:

X-Quang: X-Quang quanh chóp, Panorex, CT conebeam: vùng quanh chóp có thể bình thường trên phim Xquang hoặc dẫn nhẹ dây chằng nha chu quanh chóp.

4. ĐIỀU TRỊ:

- Điều trị nội nha và/hoặc nạo đường dò (nếu cần).
- Chuyển nhỏ nếu điều trị nội nha không thành công.

Quy trình điều trị tủy:

	Vật tư tiêu hao	Thuốc-hóa chất
Đặt đê (nếu có thể)	Đê cao su, bộ đặt đê, chỉ nha khoa	
Mở tủy Lấy tủy hoại tử	Ly, gants, ống hút nước bọt Các loại mũi khoan Trâm gai các loại	
Làm sạch- tạo hình ống tủy	Mũi gate các số Trâm dừa các loại Trâm nạo các loại Trâm sửa soạn ống tủy NiTi xoay tay, máy Ống tiêm nhựa bơm rửa	Dung dịch NaOCl 1,5 – 3 % EDTA(Glyde)
Băng thuốc	Côn giấy các số	R4, Calcium hydroxide, Eugenol Trám tạm: Eugenate(Cavition)
Trám bít ống tủy	Lentulo, lèn côn Côn gutta-percha các loại	Xi măng trám bít ống tủy: - Nền nhựa (AH Plus, 2Seal...) - Nền calcium silicate (BioRoot...)
Trám phục hồi thân răng (Không hoặc có chót)	Mũi khoan chót Chót Cây vắn chót Băng kim loại, băng cellulose, chêm gỗ, tẩm bông trám răng, chỉ co nướu, giấy đánh thuốc, giấy nhám kẽ, giấy cắn, các mũi đánh bóng.	Xi măng gắn chót GIC, GIC LC, Verni Fuji, Acid Etching, keo dán, Composite lỏng, đặc các màu

- Dùng thuốc: Tùy thực tế trên lâm sàng có thể lựa chọn thuốc kháng sinh, kháng viêm, giảm đau để điều trị cho phù hợp.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

- Biến chứng gần: viêm mô tế bào, viêm mô tế bào lan toả sàng miệng...
- Biến chứng xa: Viêm xoang hàm, viêm mũi, viêm hạch, viêm nội tâm mạc...

6. PHÒNG BỆNH

- Chẩn đoán và điều trị bệnh lý tủy, chấn thương răng kịp thời.
- Khám răng định kỳ 6 tháng 1 lần.

11. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ MÒN CỔ RĂNG

1. CHẨN ĐOÁN:

1.1 Lâm sàng:

- Bệnh nhân đến khám vì các triệu chứng ê buốt khi ăn ngọt, chua, lạnh, khi bàn chải chải vào hoặc triệu chứng của bệnh lý tủy, bệnh lý vùng quanh chóp nếu bệnh nhân đến ở giai đoạn muộn.
- Khám thấy tổn thương hình chêm (đỉnh quay vào trong, đáy tam giác ở phía ngoài), đáy cứng không có ngà mủn và thức ăn.

1.2 Cận lâm sàng:

- XQ trường hợp tổn thương sâu sẽ thấy có đường thấu quang ngang vùng cổ răng

2. ĐIỀU TRỊ:

-Tổn thương nông: thoa Seal Protect.

- Làm sạch
- Thoa Seal Protect

	Vật tư tiêu hao	Thuốc hóa chất
Làm sạch	Ly, găng, ống hút nước bọt, chổi đánh bóng, bông gòn	
Thoa Seal Protect	Tăm bông trám răng, chỉ co nướu	Seal Protect

- Tổn thương sâu:

- Làm sạch và tạo xoang
- Trám phục hồi

	Vật tư tiêu hao	Thuốc- hóa chất
Tạo xoang	Ly, gang, ống hút nước bọt Các loại mũi khoan	
Trám phục hồi	Băng kim loại, bang cellulose, chêm gỗ, tăm bông trám răng, chỉ co nướu, giấy đánh thuốc, giấy trám kẽ, giấy cắn, các	Dycal, Ultrablend dentin, Oxyt kẽm, Eugenol, GIC, GIC LC, Verni Fuji, Acid Etching, keo dán,

	mũi đánh bóng	Composite lỏng, đặc các màu
--	---------------	-----------------------------

- Tổn thương có triệu chứng bệnh lý tủy và bệnh lý vùng quanh chóp thì điều trị giống như bệnh lý tủy và bệnh lý vùng quanh chóp tương ứng.

3. SAU ĐIỀU TRỊ:

- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng
- Tái khám răng định kỳ.

DANH MỤC THUỐC SỬ DỤNG

STT	TÊN THUỐC	HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG
	I. Kháng sinh	
1	Amoxicillin + Acid Clavulanic 625mg	Uống: 1 viên/lần x 3 lần/ ngày, trong 5-7 ngày
2	Amoxicillin + Acid Clavulanic 1000mg	Uống: 1 viên/lần x 2 lần/ ngày, trong 5-7 ngày
3	Amoxicillin 500mg	Uống: 1 viên/lần x 3 lần/ ngày, trong 5-7 ngày
4	Cefpodoxim 200mg	Uống; 1 viên x 2 lần/ ngày, trong 5-7 ngày (Liều tối đa 400mg/ngày)
5	Cephalexin 500mg	Uống: 1 viên/lần x 3 lần/ ngày, trong 5-7 ngày
6	Cefuroxim 500mg(Farinceft)	Uống 1 viên x 2 lần/ngày. Uống 5-7 ngày (Trường hợp cần thiết có thể cho đến 10 ngày)
7	Metronidazol 250 mg	Uống: 2 viên/lần x 3 lần/ngày, trong 5-7 ngày
8	Metronidazol 125mg + Spiramycin 750.000 UI (Rodogyl)	Uống: 2 viên/lần x 2-4 lần/ ngày, trong 5-7 ngày
9	Clindamycin 150mg	Uống: 2 viên/lần x 3 lần/ ngày, trong 5-7 ngày
10	Clindamycin 300mg	Uống: 1 viên/lần x 3 lần/ ngày, trong 5-7 ngày
11	Erythromycin 500mg	Uống: 1 viên x 3 lần/ ngày, trong 5-7 ngày
12	Tetracylin 500mg	Uống; 1 viên x 3 lần/ ngày, trong 5-7 ngày
	II. Kháng viêm	

1	Prednisone 5 mg	Uống: 1 viên x 3 lần/ngày, trong 3-7 ngày Hoặc Uống: 2 viên x 2 lần/ngày, trong 3-7 ngày
2	Methylprednisolone 16mg	Uống: 1 viên/lần x 1 lần/ngày (sáng), trong 3 ngày Uống: 1 viên/lần x 1 lần/ngày (sáng), trong 5 ngày
3	Dexamethasone 0,5 mg	Uống: 1 viên/lần x 3 lần/ngày, trong 3-7 ngày Hoặc Uống: 2 viên/lần x 2 lần/ngày, trong 3-7 ngày
4	Ibuprofen 200mg	Uống: 1viên/lần x 3 lần/ngày, trong 3 ngày
5	Ibuprofen 400mg	Uống: 1viên/lần x 3 lần/ngày, trong 3 ngày
6	Diclofenac 75mg	Uống: 1viên/lần x 2 lần/ngày, trong 5-7 ngày (hết đau ngưng thuốc)
7	Diclofenac 50mg	Uống: 1viên/lần x 3 lần/ngày, trong 5-7 ngày (hết đau ngưng thuốc)
8	AlphaChymotrypsin 4,2 mg	Uống: 2 viên/lần x 3 lần/ngày, trong 5-7 ngày
9	Celecoxib 100mg	Uống: 01 viên x 2 lần/ ngày, trong 3-7 ngày Hoặc Uống: 02 viên x 2 lần/ ngày, trong 3-7 ngày <i>(liều cao hơn không có tác dụng tốt hơn)</i>
10	Lornoxicam 8mg	Uống: 1 viên buổi sáng / ngày, trong 3-5 ngày
	III. Giảm đau	
1	Paracetamol 500mg	Uống: 1-2 viên/lần x 3-4lần/ ngày, trong 3-7 ngày
2	Paracetamol 500mg (Efferalgan) sủi	Uống: 1-2 viên/lần x 3-4lần/ ngày, trong 3-7 ngày

3	Paracetamol codein 500mg/15mg (Panadol codein)	Uống: 1-2 viên/lần x 3-4lần/ ngày, trong 3-7 ngày
4	Paracetamol codein 500mg/15mg sủi (Efferalgan codein)	Uống: 1-2 viên/lần x 3-4lần/ ngày, trong 3-7 ngày
5	Ibuprofen 200mg + Paracetamol 325mg (Alaxan)	Uống: 1viên/lần x 3 lần/ngày, trong 3-5 ngày
	IV. Thuốc khác	
1	Omeprazol 20 mg	Uống: 1viên/lần x 2 lần/ngày, trong 5-7 ngày
		Uống 1 viên buổi sáng/ngày, trong 3 ngày

KHOA NHA CHU

1. VIÊM NƯỚU (DO MẢNG BÁM)

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Triệu chứng:

- Lâm sàng: chảy máu nướu tự phát hoặc khi có kích thích (thăm khám, chải răng, ăn nhai...).
- Tại chỗ: viêm răng và mảng bám nhiều.

1.2. Chẩn đoán xác định: Viêm nướu.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Chỉ định:

- Cạo vôi răng.

2.2. Phác đồ điều trị:

- Khám và làm bệnh án.
- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.
- Cạo vôi răng 2 hàm.
- Đánh bóng 2 hàm (Pumice + chổi/ đài cao su).
- Thời gian điều trị: 01 ngày.
- Tái khám sau 6 tháng.

2.3. Hỗ trợ điều trị:

- Kem đánh răng.
- Nước súc miệng.

2. SÚNG NƯỚC PHỔI HỢP (Viêm và viêm triển nhưỡng - Do viêm cấp tính hay mạn tính, có hoặc không kết hợp bệnh lý toàn thân)

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Triệu chứng:

- Chảy máu nước bọt phát hay khi có kích thích.
- Có mảng bám + vôi răng.
- Tạo túi giả 3 – 4 mm.

1.2. Chẩn đoán xác định: Viêm nước bọt triển dưỡng.

2. ĐIỀU TRỊ:

2.1. Chỉ định: Phẫu thuật tái tạo nước.

2.2. Phác đồ điều trị:

- Khám, làm bệnh án, kết hợp điều trị chuyên khoa khác nếu bệnh nhân có bệnh lý toàn thân.
- Xét nghiệm máu: công thức máu, TS, TC (có thể có TQ, TCK, thử đường huyết nếu cần, tùy theo cơ địa bệnh nhân mà có chỉ định cụ thể).
- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.
- Cạo vôi răng.
- Gây tê tại chỗ bằng Lidocain 2% (1,8ml).
- Đo đáy túi nước bọt giả.
- Bấm điểm chảy máu.
- Tái tạo viền nước bọt (loại bỏ mô hạt viêm).
- Bơm rửa với dung dịch NaCl 0.9%.
- Đắp bột băng nha chu (Coe-Pak), tháo bột băng sau 24h.
- Tùy thực tế lâm sàng có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.
- Thời gian điều trị: 01 ngày.
- Tái khám sau 06 ngày.

3. VIÊM NHA CHU DẠNG KHU TRÚ/ TOÀN THỂ/ ÁP-XE NHA CHU

1. CHẨN ĐOÁN:

1.1. Triệu chứng:

- Vôi răng, vết dính.
- Chảy máu tự phát, nướu có thể sưng hay có mủ.
- Có thể có răng lung lay (1 răng hay nhiều răng).
- Túi nha chu sâu (>4mm).
- X quang có tiêu xương ít hoặc nhiều theo chiều ngang, dọc.
- Miệng hôi (có thể có).

1.2. Chẩn đoán xác định: Viêm nha chu dạng khu trú/ toàn thể/ áp-xe nha chu.

2. ĐIỀU TRỊ:

2.1. Chỉ định: phẫu thuật nha chu.

2.2. Phác đồ điều trị:

- Khám và làm bệnh án.
- Xét nghiệm máu: công thức máu, TS, TC (có thể có TQ, TCK, thử đường huyết nếu cần, tùy theo cơ địa bệnh nhân mà có chỉ định cụ thể).
- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.
- Cạo vôi răng.
- Gây tê tại chỗ bằng Lidocain 2% (1,8ml).
- 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 Arthrodon hoặc khâu chỉ Silk 3.0/ 4.0 (nếu cần).
- Tùy thực tế lâm sàng có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.
- Thời gian điều trị: 01 ngày
- Tái khám sau 07 ngày.

4. TRỤT NƯỚC/ THIẾU HỒNG MÔ MỀM

1. CHẨN ĐOÁN:

1.1. Triệu chứng:

- Nước trọt >2mm vùng cổ răng.
- Thiếu mô, lép niêm mạc vùng mất răng.
- Ê buốt răng kéo dài.
- Mất thẩm mỹ ở nước.

1.2. Chẩn đoán xác định: trọt nước/ thiếu hồng mô mềm.

2. ĐIỀU TRỊ:

2.1. Chỉ định: phẫu thuật ghép mô liên kết (tự thân).

2.2. Phác đồ điều trị:

- Khám và làm bệnh án.
- Xét nghiệm máu: công thức máu, TS, TC (có thể có TQ, TCK, thử đường huyết nếu cần, tùy theo cơ địa bệnh nhân mà có chỉ định cụ thể).
- Chụp phim X-Quang.
- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.
- Cạo vôi răng.
- Sửa soạn sản tiếp nhận:
 - Gây tê tại chỗ vùng nhận bằng Lidocain 2%.
 - Cắt, tách vạt vùng nhận rộng ít nhất 3mm cho mỗi phía để đảm bảo mạch máu nuôi dưỡng tối đa.
 - Đo kích thước của sản tiếp nhận bằng thám tâm nha chu có chia mm.
 - Giữ ẩm sản tiếp nhận bằng gạc tẩm ướt dung dịch sinh lý.
- Lấy mảnh ghép (vùng cho mô: vòm khẩu cái, lưỡi củ, sống hàm mất răng):
 - Gây tê tại chỗ vùng cho mô bằng Lidocain 2%.
 - Cắt, tách mô liên kết bằng dao 15C, lấy mô liên kết cẩn thận và nhanh chóng.
 - Giữ ướt mảnh ghép bằng gạc tẩm ướt dung dịch sinh lý.
 - Khâu vùng cho mô bằng chỉ Silk 3.0/ 4.0.
 - Bảo vệ vùng sang thương bằng máng phẫu thuật.
- Khâu mảnh ghép bằng chỉ Silk 4.0.
- Đắp bột băng nha chu (Coe-Pak).
- Tháo bột băng sau 24h.
- Thời gian điều trị: 01 ngày.
- Tái khám sau 07 ngày.

5. TÚI NHA CHU SÂU, TIÊU XƯƠNG/ THIẾU HỒNG XƯƠNG <2 VÁCH

1. CHẨN ĐOÁN:

1.1. Triệu chứng:

- Xương tiêu, mất vách xương quanh chân răng (<2 vách).
- Tiêu xương theo chiều ngang, dọc.
- Mất thẩm mỹ.

1.2. Chẩn đoán xác định: nha chu viêm.

2. ĐIỀU TRỊ:

2.1. Chỉ định: phẫu thuật ghép xương.

2.2. Phác đồ điều trị:

- Khám và làm bệnh án.
- Xét nghiệm máu: công thức máu, TS, TC (có thể có TQ, TCK, thử đường huyết nếu cần, tùy theo cơ địa bệnh nhân mà có chỉ định cụ thể).
- Chụp phim X-Quang.
- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.
- Cạo vôi răng.
- Gây tê tại chỗ vùng sang thương bằng Lidocain 2%.
- Bóc tách vạt bọc lộ sang thương bằng cây tách bóc.
 - Xử lý mặt gốc răng.
 - Loại bỏ mô hạt viêm.
- Ghép xương (Cerasorb M).
- Đắp màng xương (Lyoplant 15x30).
- Khâu chỉ Silk 4.0.
- Khâu kín vạt hoặc kết hợp đắp bột băng.
- Tùy thực tế lâm sàng có thể lựa chọn thuốc điều trị cho thích hợp.
- Thời gian điều trị: 01 ngày.
- Tái khám sau 07 ngày.

6. CÁC THUỐC ĐIỀU TRỊ TRONG NHA CHU

STT	THUỐC	HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG
1	Clindamycin (300mg)	Uống 1 viên x 3 lần/ ngày, trong 5-7 ngày.
2	Metronidazole + ciprofloxacin (500mg)	Mỗi loại uống 1 viên x 2 lần/ ngày, trong 7 ngày.
3	Metronidazole + Amoxicillin (250mg)	Uống 1 viên x 3 lần/ ngày, trong 7 ngày.
4	Ciprofloxacin (500mg)	Uống 1 viên x 2 lần/ ngày, trong 7 ngày.
5	Metronidazole (500mg)	Uống 1 viên x 3 lần/ ngày, trong 7 ngày.
6	Doxycycline (100mg)	Uống 1 viên trong 12 giờ vào ngày 1, sau đó 1 viên trong 24 giờ trong 21 ngày.
7	Doxycycline 20mg	Sử dụng 1 viên x 2 lần/ ngày. Sử dụng trong thời gian dài nhưng không quá 3 tháng.
8	Amoxicillin (250mg)	Uống 1 viên x 3 lần/ ngày, trong 7 ngày.
9	Dexamethasone (0.5mg)	Uống: 1 viên/lần x 3 lần/ngày, trong 3-7 ngày Hoặc Uống: 2 viên/lần x 2 lần/ngày, trong 3-7 ngày
10	Paracetamol (325mg) + Ibuprofen (200mg)	Uống 1 viên x 3 lần/ ngày, trong 3-7 ngày.
11	Paracetamol (500mg)	Uống 1 viên x 3 lần/ ngày, trong 3-7 ngày.
12	Sensodyne hoặc Fluoride cream 1.1%	Lấy một lượng nhỏ đánh răng trên vùng răng nhạy cảm trước khi đi ngủ trong 28 ngày, không ăn uống sau khi sử dụng trong 1 giờ.
13	Acohol-free Chlorhexidine	Súc miệng 15ml dung dịch không pha loãng trong 30 giây. Sử dụng sau khi ăn sáng và trước khi đi ngủ, hoặc nhiều hơn theo hướng dẫn bác sĩ. Không súc miệng lại ngay với nước sau khi sử dụng.

7. NHỮNG BIẾN CHỨNG TRONG PHẪU THẬT NHA CHU

1. SỐC PHẢN VỆ

Lâm sàng:

- Thường xảy ra nửa tiếng sau khi dùng thuốc.
- Bệnh nhân cảm thấy khó chịu, khó thở, buồn nôn, sau đó xanh tím người, vã mồ hôi, xỉu.
- Huyết áp thấp và mạch yếu.

Xử trí:

- Y tá/ trợ thủ phải gọi ngay phòng cấp cứu đến hỗ trợ.
- Đặt bệnh nhân nằm ngửa, chân cao, kéo cằm ra sau để rộng đường thở.
- Nếu huyết áp rất thấp, tiêm bắp 0,5 ml epinephrine, tốt nhất tiêm trong cơ lưỡi, hoặc tiêm ngay bất kỳ cơ lớn nào. Không tiêm epinephrine dưới da vì sẽ làm chậm hấp thu.
- Nếu bệnh nhân ngưng tim và ngưng thở thì tiếp tục xoa bóp tim ngoài lồng ngực kết hợp hô hấp nhân tạo cho đến khi đội cấp cứu đến.
- Nếu bệnh nhân có dấu hiệu lo âu và đau tức ngực thì cung cấp oxy bằng bóp bóng hoặc thổi ngạt và không sử dụng epinephrine vì bệnh nhân có dấu hiệu của bệnh lý nhồi máu cơ tim.

2. BẤT TỈNH

- Đây là tình trạng bệnh nhân cảm thấy không thoải mái và lo âu về các kỹ thuật điều trị.

Xử trí:

- Nếu bệnh nhân bắt đầu hồi hộp, vã mồ hôi nhiều và bất thường, đặt ghế ở vị trí ngang với đầu thấp hơn mức của cơ thể.
- Nếu nhịp tim và mạch yếu hơn bình thường thì nên đo lại huyết áp.
- Cồn, amoniac thơm có thể giúp ngăn ngừa ngất.
- Bệnh nhân bị ngất sâu nên bóp bóng cung cấp oxy.
- Trong khi chờ bệnh nhân tỉnh lại thì bệnh nhân vẫn được giữ ở vị trí nằm ngang và không được phép ngồi dậy cho đến khi hoàn toàn hồi phục.

3. CHẢY MÁU

Nguyên nhân:

- Rối loạn chảy máu.
- Sử dụng aspirin.
- Vệ sinh sau điều trị.
- Liên quan đến thời kỳ kinh nguyệt ở bệnh nhân nữ.
- Phẫu thuật ở những vùng có mạch máu lớn.

Xử trí:

- Đầu tiên trấn an bệnh nhân và kiểm soát mỗi quan tâm, cảm xúc của bệnh nhân về máu.
- Nếu máu chảy rỉ nhẹ thì sử dụng gạc tẩm dung dịch muối vô trùng ép chặt trong 2-3 phút.
- Gây tê tại chỗ bằng thuốc tê có chứa thuốc co mạch.
- Nếu chảy máu nhiều có thể khâu.
- Đắp spon gel và bột băng nha chu.
- Bệnh nhân chỉ được phép ra về khi tất cả các xuất huyết khô và ngừng chảy máu.

4. ĐAU

Nguyên nhân :

- Chấn thương cơ học trong quá trình phẫu thuật.
- Sốt mảnh vụn xương hoặc vôi răng.
- Đặt bột băng không đúng cách.

Xử trí:

- Vùng phẫu thuật cần được gây tê và đắp lại bột băng để bảo vệ vết thương.
- Bột băng nên được đặt nhẹ nhàng và lúc bột còn mềm mại.
- Hướng dẫn bệnh nhân vệ sinh và cách ăn uống sau phẫu thuật.
- Uống thuốc đúng theo toa trong 3-7 ngày.

5. NHIỄM TRÙNG

Xử trí:

- Bệnh nhân nên được cho kháng sinh ngay sau phẫu thuật trong thời gian 7-14 ngày.
- Vùng phẫu thuật cần được băng ép cẩn thận để giảm thiểu nhiễm trùng.
- Bệnh nhân cần được dặn dò kỹ lưỡng cách chăm sóc sau phẫu thuật.

8. HƯỚNG DẪN SAU PHẪU THUẬT

- Uống thuốc đúng và đủ theo toa thuốc.
- Để giảm sưng: có thể chườm lạnh trong 10 phút cứ mỗi nửa giờ trong suốt 3 giờ sau phẫu thuật. Sưng có thể giảm từ 3-7 ngày sau phẫu thuật.
- Không được súc miệng ngay đầu tiên sau phẫu thuật, ngày kế tiếp súc miệng với dung dịch ghi trong toa. Thực hiện vệ sinh răng miệng bình thường (cẩn thận tránh vùng phẫu thuật).
- Chỉ được lấy máng bảo vệ vùng sang thương ra sau 24 giờ. Rửa sạch máng bằng thuốc súc miệng và mang lại. Phải mang máng thường xuyên để bảo vệ vết thương tránh được chấn thương và phải lấy ra chải rửa, sát trùng sạch sau mỗi bữa ăn.
- Có thể có chảy máu ít trong vòng 24 giờ đầu. Nếu chảy máu nhiều (trầm trọng), đặt lên vùng chảy máu một vài miếng gạc vô trùng, giữ và ép chặt với các ngón tay trong vòng ít nhất 10 phút. Nếu còn kéo dài hãy đi khám.
- Tránh các động tác mút, tránh dùng lưỡi hoặc ngón tay chạm vào vết thương.
- Không hút thuốc lá, không dùng các chất kích thích (bia, rượu) sau phẫu thuật.
- Không nên ăn uống nóng, ăn thức ăn mềm dồi dào năng lượng trong vài ngày, tránh va chạm vùng phẫu thuật.

KHOA PHỤC HÌNH

1. PHỤC HÌNH THÁO LẮP BÁN PHẦN NỀN NHỰA

1. CHẨN ĐOÁN

- Mất răng lẻ tẻ hàm trên, hàm dưới.

1. CHỈ ĐỊNH

- Khoảng mất răng quá dài không thể làm phục hình cố định
- Mất răng phía sau và không còn răng cuối.
- Có thể thực hiện dùng để che phủ những thiếu hồng trong khoang miệng
- Bệnh nhân không muốn mài răng

2. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Dị ứng với vật liệu làm hàm giả
- Bệnh nhân có rối loạn tâm thần và không hợp tác khi điều trị

4. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

- 4.1. Lấy dấu nghiên cứu
- 4.2. Lấy dấu, chọn màu răng
- 4.3. Thử sáp, xác định tương quan cắn khớp
- 4.4. Thử răng kiểm tra khớp cắn và thẩm mỹ
- 4.5. Lắp hàm mài chỉnh khớp cắn
- 4.6. Chữa đau

Phương pháp điều trị	Thuốc, nguyên vật liệu – hóa chất
1. Lấy dấu	1. Alginate, ly, găng.
2. Thử sáp	2. Sáp lá, còn, ly, găng.
3. Thử răng	3. Mũi mài nhựa, đá mài, ly, găng.
4. Lắp ráp	4. Nhựa nấu, giấy nhám, mũi mài nhựa, mũi khoan (trụ, tròn), mũi kim cương, ly, găng, giấy cắn.

2. PHỤC HÌNH THÁO LẮP TOÀN BỘ

1. CHẨN ĐOÁN

- Mất răng toàn bộ hàm trên, hàm dưới

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh mất răng toàn bộ hàm trên, hàm dưới

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH :

- Dị ứng với vật liệu làm hàm giả
- Bệnh nhân có rối loạn tâm thần và không hợp tác khi điều trị

4. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

- 4.1. Lấy dấu sơ khởi.
- 4.2. Thử khay cá nhân , làm vành khít , lấy dấu sau cùng
- 4.3. Thử sáp xác định mặt phẳng nhai phục hình, ghi kích thước dọc và tương quan tâm, chọn màu răng
- 4.4. Thử hàm sáp/ thử răng
- 4.5. Lắp hàm mài chỉnh khớp cắn
- 4.6. Chữa đau

Phương pháp điều trị	Thuốc, nguyên vật liệu – hóa chất
1. Lấy dấu sơ bộ	1. Alginate, ly, găng.
2. Lấy dấu sau cùng	2. Hợp chất nhiệt dẻo (peri compoud), cao su Hydrophilic vinylpolysilosane, ly, găng.
3. Thử sáp	3. Sáp lá, mũi mài nhựa, đá mài, ly, găng.
4. Thử răng	4. Giấy nhám, giấy cắn, mũi mài nhựa, mũi kim cương, ly, găng.
5. Lắp răng	5. Mũi mài nhựa, giấy cắn, giấy nhám, ly găng.

3. PHỤC HÌNH THÁO LẮP KHUNG BỘ

1. CHẨN ĐOÁN

- Mất răng lẻ tẻ hàm trên , hàm dưới

2. CHỈ ĐỊNH

- Những răng còn lại có đủ khả năng chịu lực cho những răng đã mất
- Khớp cắn bình thường
- Có thể thực hiện như một nẹp nha chu khi hàm mất răng bán phần có mô nha chu bị tổn thương hoặc suy yếu
- Phục hồi khớp cắn sau một phẫu thuật hàm mặt

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH :

- Bệnh nhân có rối loạn tâm thần và bệnh nhân không hợp tác khi điều trị
- Các răng trụ xoay nhiều
- Quá nhiều khoảng mất răng xen kẽ trên khung hàm
- Răng trụ có mô nha chu suy yếu

4. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

- 4.1. Lấy dấu nghiên cứu
- 4.2. Mài ổ tựa mặt nhai, mài chỉnh độ lẹm, mài chỉnh khớp cắn, lấy dấu
- 4.3. Thử khung
- 4.4. Xác định tương quan khớp cắn, chọn màu răng
- 4.5. Thử răng
- 4.6. Lắp hàm, mài chỉnh khớp cắn
- 4.7. Chữa đau

Phương pháp điều trị	Thuốc, nguyên vật liệu – hóa chất
1. Lấy dấu	1. Alginate, ly, găng.
2. Thử sáp	2. Sáp lá, cồn, ly, găng.
3. Thử răng	3. Mũi mài nhựa, đá mài, ly, găng.
4. Lắp răng	4. Giấy nhám, mũi mài nhựa, giấy cắn, mũi kim cương, ly, găng.

4. PHỤC HÌNH THÁO LẮP KHUNG LIÊN KẾT

1. CHẨN ĐOÁN

- Mất răng lẻ tẻ hàm trên, hàm dưới

2. CHỈ ĐỊNH

- Những răng còn lại có đủ khả năng chịu lực cho những răng đã mất
- Yêu cầu thẩm mỹ
- Mất nhiều răng khoảng cách răng trụ quá xa

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH :

- Răng mang mắc cài là răng cửa
- Răng trụ có mô nha chu suy yếu

4. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

- 4.1. Lấy dấu nghiên cứu
- 4.2. Mài cùi , lấy dấu răng mang mắc cài ,xác định tương quan khớp cắn
- 4.3. Thử sườn có mang mắc cài
- 4.4. Thử phục hình cố định có mang mắc cài , lấy dấu kết hợp phục hình tháo lắp khung và phục hình cố định có mang mắc cài
- 4.5. Thử khung có mang mắc cài , Xác định tương quan cắn khớp .
- 4.6. Thử răng
- 4.7. Gắn phục hình cố định và phục hình tháo lắp . Điều chỉnh khớp cắn .
- 4.8. Tái khám ,chữa đau

Phương pháp điều trị	Thuốc, nguyên vật liệu – hóa chất
1. Mài cùi , lấy dấu PHCĐ	1. Alginate, cao su nặng, nhẹ, ly, găng, mũi kim cương.
2. Thử sườn có mắc cài	2. Ly, găng.
3. Thử PHCĐ có mang mắc cài	3. Mũi kim cương, đá mài, ly, găng.
4. Lấy dấu kết hợp PHTL + PHCĐ có mang mắc cài	4. Giấy nhám, mũi mài nhựa, giấy cắn, mũi kim cương, ly, găng.
5. Thử khung có mang mắc cài	5. Mũi kim cương, giấy cắn, ly, găng.
6. Thử răng	6. Mũi mài nhựa, mũi kim cương, ly, găng.

5. PHỤC HÌNH CỐ ĐỊNH MÃO KIM LOẠI TOÀN DIỆN

1. CHẨN ĐOÁN

- Răng bị mất nhiều mô răng, không thể tái tạo bằng các miếng trám thông thường.
- Có thể thực hiện trên răng sống, răng đã lấy tủy, cho cùi răng giả

2. CHỈ ĐỊNH

- Để che chở và tái tạo một thân răng bị sâu vỡ lớn , hoặc do chấn thương mà không thể trám bền vững được
- Thiếu sản men ngà, bị nứt men răng
- Dùng để điều chỉnh lại vị trí thân răng và khớp cắn cho những răng mọc lệch lạc mà không thể chỉnh hình được
- Dùng nâng cao khớp cắn , làm phần giữ cho cầu răng
- Dùng để bao bọc các răng sẽ mang móc cho một hàm giả tháo lắp có mô răng yếu hoặc có hình thể không thuận tiện cho sự bám giữ của móc

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH :

- Răng có buồng tủy lớn (nếu muốn bảo tồn tủy)
- Răng bị bệnh nha chu
- Răng nghiêng lệch quá nhiều
- Răng phía trước (vì lý do thẩm mỹ)

4. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

4.1. Lấy dấu làm mẫu tạm

4.2. Mài cùi, lấy dấu.

Xác định tương quan cắn khớp

Gắn mẫu tạm

4.3. Thử và gắn mẫu.

4.4. Tái khám .

Phương pháp điều trị	Thuốc, nguyên vật liệu – hóa chất
1. Lấy dấu	1. Cao su hydrophilic vinyl polysiloxane: light, putty, Alginate, ly, găng.

2. Lắp răng	2. Mũi kim cương, đá mài, cement (glass ionomer), giấy cẩn, ly, găng.
-------------	--

6. PHỤC HÌNH CỐ ĐỊNH MÃO SỨ

1. CHẨN ĐOÁN

- Răng bị mất nhiều mô răng, không thể tái tạo bằng các miếng trám thông thường
- Răng bị thiếu sản men ngà, bị nứt men răng

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng bị mất chất lớn do sâu răng hay chấn thương
- Thiếu sản men ngà, răng nhiễm sắc
- Răng mọc lệch lạc mà không thể chỉnh hình được hoặc bệnh nhân không muốn chỉnh hình
- Dùng nâng cao khớp cắn, làm phần giữ cho cầu răng
- Răng có chiều cao thân răng trung bình hoặc cao

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng có buồng tủy quá to, răng có kích thước ngoài trong nhỏ
- Thân răng có chiều cao quá thấp
- Răng bị bệnh nha chu

4. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

4.1. Lấy dấu làm mẫu tạm

4.2. Mài cùi, lấy dấu

Ghi dấu tương quan khớp cắn

Gắn mẫu răng tạm

4.3. Thử sườn : kiểm tra sự khít sát của sườn và cùi răng, kiểm tra đường hoàn tất, chọn màu răng

4.4. Thử và gắn mẫu

4.5. Tái khám

Phương pháp điều trị	Thuốc, nguyên vật liệu – hóa chất
1. Lấy dấu	1. Alginate, cao su hydrophylic vinylpolysiloxane.
2. Thử sườn	2. Mũi mài nhựa, mũi kim cương, đá mài, ly, găng.
3. Lắp răng	3. Mũi mài nhựa, mũi kim cương, ly, găng, cement (glass ionomer).

► **NGUY CƠ TIỀM ẨN VÀ BIỆN PHÁP PHÒNG NGỪA:**

- Nguy cơ: lọt mào vô hốc miệng bệnh nhân.
- Biện pháp phòng ngừa: Che miếng gòn hoặc gạc (mặt trong gần nơi răng thử hoặc gần mào).
- Cho bệnh nhân nằm nghiêng qua hướng đặt mào.

7. PHỤC HÌNH CỐ ĐỊNH CẦU RĂNG

1. CHẨN ĐOÁN

- Mất răng lẻ tẻ hàm trên, hàm dưới còn răng ở hai đầu khoảng mất răng

2. CHỈ ĐỊNH

- Khớp cắn thuận lợi, thẳng bằng.
- Vị trí và số lượng các răng trụ phải tương xứng với các răng mất.
- Răng trụ có tủy lành mạnh hoặc được chữa nội nha và tái tạo tốt
- Răng có mô nha chu lành mạnh, tỉ lệ thân /chân nhỏ hơn hoặc bằng 1
- Chân răng có hình dạng vững chắc trong xương hàm.
- Dùng để nâng cao khớp cắn

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH :

- Bệnh nhân bị đa sâu răng, chất lượng mô răng kém.
- Khớp cắn không thuận lợi, không có răng đối xứng
- Răng trụ có thân răng ngắn, nhỏ, răng nghiêng nhiều
- Răng chết tủy chưa được nội nha, răng có bệnh nha chu.
- Răng có buồng tủy quá to (nếu muốn bảo tồn tủy).

4. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

4.1. Lấy dấu làm cầu mao tạm

4.2. - Mài cùi, lấy dấu.

- Ghi dấu tương quan khớp cắn

- Gắn cầu răng tạm

4.3. Thử sườn, chọn màu răng

4.4. Thử và gắn cầu răng.

4.5. Tái khám.

Phương pháp điều trị	Thuốc, nguyên vật liệu – hóa chất
1. Lấy dấu	1. Alginate, cao su Cao su hydrophylic vinyl polysiloxane: light, putty, ly, găng.
2. Thử sườn	2. Mũi mài nhựa, mũi kim cương, đá mài, ly, găng.
3. Lắp răng	3. Mũi mài nhựa, mũi kim cương, ly, găng, cement (glass ionomer).

► NGUY CƠ TIỀM ẨN VÀ BIỆN PHÁP PHÒNG NGỪA:

- Nguy cơ: lọt cầu răng vô hốc miệng bệnh nhân.
- Biện pháp phòng ngừa: Che miếng gòn hoặc gạc (mặt trong gần nơi thử hoặc gần cầu răng).
- Cho bệnh nhân nằm nghiêng qua hướng đặt cầu răng.

8. PHỤC HÌNH CỐ ĐỊNH CẦU RĂNG TOÀN SÚ

1. CHẨN ĐOÁN

- Mất răng lẻ tẻ hàm trên, hàm dưới còn răng ở hai đầu khoảng mất răng

2. CHỈ ĐỊNH

- Khớp cắn thuận lợi, thẳng bằng.
- Nhóm răng trước bị nhiễm màu, không điều trị được bằng tẩy trắng, ảnh hưởng đến thẩm mỹ
- Vị trí và số lượng các răng trụ phải tương xứng với các răng mất.
- Răng trụ có tủy lành mạnh hoặc được chữa nội nha và tái tạo tốt
- Răng có mô nha chu lành mạnh, tỉ lệ thân /chân nhỏ hơn hoặc bằng 1
- Chân răng có hình dạng vững chắc trong xương hàm.
- Dùng để nâng cao khớp cắn

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH :

- Bệnh nhân bị đa sâu răng, chất lượng mô răng kém.
- Khớp cắn không thuận lợi, không có răng đối xứng
- Răng trụ có thân răng ngắn, nhỏ, răng nghiêng nhiều
- Răng chết tủy chưa được nội nha, răng có bệnh nha chu.
- Răng có buồng tủy quá to (nếu muốn bảo tồn tủy).

4. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

4.6. Lấy dấu làm cầu mào tạm

4.7. - Mài cùi, lấy dấu.

- Ghi dấu tương quan khớp cắn

- Gắn cầu răng tạm

4.8. Thử sườn, chọn màu răng

4.9. Thử và gắn cầu răng.

4.10. Tái khám.

Phương pháp điều trị	Thuốc, nguyên vật liệu – hóa chất
1. Lấy dấu	1. Alginate, cao su Cao su hydrophylic vinyl polysiloxane: light, putty, ly, găng.
2. Thử sườn	2. Mũi mài nhựa, mũi kim cương, đá mài, ly, găng.

3. Lắp răng	3. Mũi mài nhựa, mũi kim cương, ly, găng, cement (glass ionomer).
-------------	---

► **NGUY CƠ TIỀM ẨN VÀ BIỆN PHÁP PHÒNG NGỪA:**

- Nguy cơ: lọt cầu răng vô hốc miệng bệnh nhân.
- Biện pháp phòng ngừa: Che miệng gòn hoặc gạc (mặt trong gần nơi thử hoặc gắn cầu răng).
- Cho bệnh nhân nằm nghiêng qua hướng đặt cầu răng.

9. TÁI TẠO CÙI RĂNG

1. CHẨN ĐOÁN

- Mất nhiều mô răng do sâu răng hoặc chấn thương, thay đổi trục răng

2. CHỈ ĐỊNH

- Phục hồi phần mất chất của mô răng để tạo sử thoát cho cùi răng sau khi mài.
- Phục hồi hoặc tăng cường sự vững chắc cho cùi răng đã bị mất chất một phần.
- Tăng thêm chiều cao cho cùi răng để tạo sức giữ cho phục hình bên trên.
- Phục hồi hoàn toàn cùi răng cho thân răng bị mất.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng có phần mất chất quá lớn mô chân răng còn lại mềm yếu
- Chân đã nội nha không tốt
- Mô nha chu không lành mạnh

4. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

4.1. Tái tạo cùi răng bằng vật liệu trám:

- Nếu phần mất chất nhỏ và răng còn tùy sống:

Che tủy và sửa soạn ngàm lưu để giữ các vật liệu tái tạo. Có thể dùng thêm chốt ngà để bám giữ vật liệu tái tạo dính chắc vào mô răng.

- Nếu phần mất chất nhỏ ($<1/2$ thân răng) và răng đã điều trị tủy:

Sử dụng chốt chân răng có sẵn (chốt vắn, chốt carbon ...)

+ Lựa chọn kích thước, hình dạng loại chốt phù hợp với ống tủy và vật liệu tái

tạo.

+ Khoan ống mang chốt

+ Gắn chốt chân răng vào ống tủy

+ Trám tái tạo phần thân răng

4.2 Tái tạo cùi răng bằng vật liệu đúc:

- Phần mất chất nhiều hơn $1/2$ thân răng, răng đã điều trị tủy hoặc chuyển trục thân răng

+ Khoan ống mang chốt

+ Lấy dấu ống mang chốt

- + Xác định tương quan cắn khớp
- + Thử và gắn chốt

Phương pháp điều trị	Thuốc, nguyên vật liệu – hóa chất
1. Lấy dấu	1. Cao su hydrophylic vinyl polysiloxane (light, putty), Alginate, lentulo, chốt nhựa, ly, găng.
2. Lắp chốt	2. Mũi kim cương, đá mài, cement (glass ionomer), giấy cắn, lentulo, ly, găng.

► **NGUY CƠ TIỀM ẨN VÀ BIỆN PHÁP PHÒNG NGỪA:**

- Nguy cơ: lọt chốt vô hốc miệng bệnh nhân.
- Biện pháp phòng ngừa: Che miệng gòn hoặc gạc (mặt trong và ngoài) gần nơi đặt chốt
- Cho bệnh nhân nằm nghiêng qua hướng đặt chốt .

10. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RĂNG NHIỄM MÀU

1. ĐỊNH NGHĨA

Màu của răng tự nhiên phụ thuộc vào thành phần, cấu trúc và chiều dày của các mô tạo nên nó. Tất cả các nguyên nhân cơ học, hóa học hay sinh học làm tổn thương một trong những thành phần này đều có khả năng làm đổi màu răng. Nhiễm màu là sự nhiễm các sắc tố ngoại sinh hay nội sinh vào trong tổ chức cứng của răng. Nhiễm màu có thể xảy ra trong lúc đang hình thành mầm răng hoặc sau khi mọc

2. CÁC NGUYÊN NHÂN GÂY NHIỄM MÀU RĂNG

Nhiễm màu trong thời kỳ hình thành và phát triển răng: Các nhiễm màu trong quá trình phát triển bao gồm 3 loại chủ yếu

Nhiễm màu bilirubin có thể gặp trong các trường hợp: bệnh bilirubin máu cao bẩm sinh (đây là bệnh hiếm gặp, thường kèm theo tan máu. Trẻ có hiện tượng vàng da bẩm sinh, các sắc tố mật lắng đọng trong ngà và làm cho răng sữa có màu xanh hoặc hơi xanh), tan máu do yếu tố Rh...

Nhiễm màu porphyrin: là bệnh di truyền NST do rối loạn chuyển hóa porphyrin bẩm sinh (bệnh porphyria). Răng có màu nâu đỏ, phát huỳnh quang đỏ dưới ánh sáng cực tím do sự xâm nhập các sắc tố đỏ porphyrin lưu truyền trong máu vào men và ngà (chất này còn được thải qua nước tiểu và lắng đọng ở các tổ chức cứng trong cơ thể như xương).

Nhiễm tetracyclin: Nếu phụ nữ mang thai hoặc trẻ em uống tetracyclin trong thời kỳ đang hình thành xương và răng, tetracyclin sẽ tạo các phức hợp với canxi tạo thành các tinh thể màu tetracyclin lắng đọng trong các tổ chức cứng như xương, răng không thể loại ra được, các tinh thể này thường lắng đọng ở ngà răng nhiều hơn men răng. Các phân tử tetracyclin có thể cố định trong xương và giải phóng dần dần ra ngà theo đường máu, do vậy mà sau khi điều trị tẩy trắng thành công vẫn có khả năng tái phát. Tổn thương là các đường vằn vàng, tương ứng với các đường phát triển trong mô ngà tạo nên các dải huỳnh quang màu vàng dưới ánh sáng cực tím. Răng khi mọc thường có màu vàng, trở nên tối màu và nâu hơn khi tiếp xúc với ánh sáng. Nếu dùng thuốc trong một thời gian dài, toàn bộ thân răng có thể bị đổi màu. Màu của răng có thể vàng, nâu, xám sậm hoặc xanh lơ, đỏ tía tùy theo liều lượng thuốc, thời gian sử dụng, giai đoạn hình thành mầm răng. Theo mức độ nặng nhẹ có thể chia ra 4 mức độ: nhẹ, trung bình, nặng và rất nặng. Mức độ nặng, răng có màu xám tối hoặc màu đỏ tía, màu xanh

Nhiễm màu sau khi mọc răng, nguyên nhân thường do:

- a. Chấn thương gây chảy máu tủy, sắc tố ngấm vào ngà: nếu chảy máu tại chỗ, máu thấm vào trong ống ngà rồi chuyển hóa thành hémoglobin, giải phóng ra các Fe^{++} . Khi ôxy hóa các ion này có thể tạo các sắt oxid. Trong một số trường hợp, sắt oxid kết hợp với các sulfur tạo thành sulfur sắt có

màu xám sẫm. Hơn nữa khi có chấn thương, làm đứt các mạch máu, tủy có phản ứng tạo ngà thứ phát làm tắc buồng tủy, răng có màu bão hòa hơn, đục hơn, xám da cam, thậm chí nâu sẫm. Răng không đáp ứng với các thử nghiệm tủy, nhưng trên Xquang không có hình ảnh tổn thương vùng quanh cuống thì phải coi như tủy còn sống. Có thể điều trị tẩy trắng răng bằng các phương pháp hóa học nhưng kéo dài, khó khăn và kết quả không ổn định. Nếu chảy máu nhiều, làm đứt các bó mạch thì ngay lập tức có thể thấy màu đỏ dưới bề mặt men.

- b. Các nguyên nhân khác: nhiễm Fluor trong thời kì phát triển răng, mòn răng, điều trị tủy. Các yếu tố ngoại sinh bao gồm: thức ăn, nước uống, nước uống có màu (chè, cà phê...), thuốc lá, các loại vi khuẩn sinh màu (*Bacillus pyocneus*, *Aspergillus*, *Actinomycetes*...), vật liệu trám...

3. ĐIỀU TRỊ

Chỉ định:

Đối với các răng nhiễm màu do tetracycline hoặc nhiễm màu trong thời kì hình thành và phát triển răng, rất khó điều trị dứt điểm bằng phương pháp hóa học thông thường, cần được kết hợp nhiều phương pháp (tẩy trắng hóa học+ phục hình) để có kết quả tốt nhất

Các trường hợp còn lại có thể áp dụng hiệu quả phương pháp tẩy hóa học với cơ chế các chất hóa học giải phóng các chất oxy hóa tạo ra phản ứng oxy hóa khử làm tan các chất màu.

Chống chỉ định:

Bệnh nhân dị ứng với thành phần của thuốc, bệnh nhân nhạy cảm ngà, bệnh nhân mang thai, bệnh nhân có bệnh lý nha chu, viêm nướu.

Thuốc, vật tư cần thiết tẩy trắng tại ghế:

- a. Đèn tẩy trắng răng: Lumacool, Plasma
- b. Thuốc tẩy trắng tại ghế: Hydrogen peroxide (30-40%), Opalescent (35%)
- c. Thuốc tẩy trắng tại nhà
- d. Khay lấy dấu

Các bước tiến hành:

- a. Cạo vôi đánh bóng răng trước tẩy
- b. Lấy dấu, ép máng tẩy tại nhà
- c. So màu răng
- d. Cô lập răng, cách ly nướu(chú ý bôi vasaline dưỡng ẩm môi, cách ly nướu đúng qui cách để tránh bỏng nướu)
- e. Dùng thuốc tẩy trắng tại ghế bôi lên bề mặt răng, độ dày thuốc trên từng răng từ 1-2mm
- f. Chiếu đèn (mỗi chu kì kéo dài 15 phút, sau mỗi chu kì thay thuốc mới), chiếu đèn 2-3 chu kì.

- g. Làm sạch thuốc tẩy+ tháo cách ly nướu
- h. So màu răng sau tẩy
- i. Bôi thuốc chhongs ê buốt vào máng tẩy tại nhà cho bệnh nhân đeo, hướng dẫn bệnh nhân sử dụng máng tẩy tại nhà.
- j. Hướng dẫn vệ sinh và chế độ ăn uống sau tẩy trắng.

4. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Tiền lượng:

Đối với răng nhiễm màu do ngoại sinh, màu răng sẽ cải thiện, tùy theo cơ địa của bệnh nhân

Đối với răng nhiễm màu nội sinh cần được điều trị kết hợp thêm các phương pháp khác (phục hình, tẩy trắng nội tủy)

Biến chứng:

Ê buốt sau tẩy trắng.

Bong nướu hoặc niêm mạc miệng khi cách ly nướu chưa hiệu quả.

5. PHÒNG BỆNH

Chú ý chế độ ăn uống, tránh các thức ăn có màu, tránh hút thuốc lá

Vệ sinh răng miệng thường xuyên

Khám nha sĩ định kì

11. PHỤC HÌNH CỐ ĐỊNH MẶT DÁN SÚ

1. CHẨN ĐOÁN:

- Chẩn đoán sơ bộ: Màu răng, hình dạng răng xấu, mất thẩm mỹ
- Chẩn đoán xác định: Màu răng, hình dạng răng xấu, mất thẩm mỹ, phim tia x.

2. ĐIỀU TRỊ:

- Chỉ định:
 - Thân răng bị gãy một phần, bề góc múi
 - Răng thiếu sản men, răng hình chêm, răng có màu xấu
 - Đóng khép khe hở răng cửa, tái tạo lại đường giữa răng cửa bị lệch, tạo lại hình dáng răng, thay đổi vị trí nhẹ các răng
 - Thay thế mất mô thân răng trong mòn cổ răng, mòn mặt ngoài, mòn nhai.
- Chống chỉ định:
 - Răng chết tủy
 - Khớp cắn lệch lạc trầm trọng.
- **Phác đồ điều trị:**

Phương pháp điều trị	Thuốc, nguyên vật liệu – hóa chất
1. Lấy dấu làm răng tạm	1. Alginate
2. Mài cùi, lấy dấu PHCD, chọn màu răng	2. Chỉ co nướu; mũi khoan kim cương thô, mịn; cao su lấy dấu trung bình, nhẹ; ly, găng, ống hút, giấy cắn, bảng so màu.
3. Gắn răng tạm	3. Ciment gắn tạm không eugenol
4. Thử răng	4. Giấy cắn, mũi kim cương mịn, chất gắn mặt dán tạm.
5. Lắp răng	5. Chỉ co nướu, chỉ tơ nha khoa, giấy nhám kẻ bên, mũi kim cương mịn, mũi khoan đánh bóng sứ, giấy cắn, ly, găng, ống hút, ciment gắn.

KHOA CÁY GHÉP RĂNG

1. PHÁC ĐỒ CÂY GHÉP IMPLANT THƯỜNG QUY

1. NGUYÊN NHÂN

Bệnh nhân mất răng đơn giản, có thể tích xương tại vùng mất răng đủ cho implant tiêu chuẩn.

2. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán mất răng qua thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng

3. ĐIỀU TRỊ

1. Phẫu thuật:

- a. Lật vạt hay không lật vạt?
- b. Sử dụng máng hướng dẫn phẫu thuật hay không?
- c. Xác định độ vững ổn ban đầu của implant
- d. Xác định nâng hay không nâng xoang?
- e. Sử dụng vật liệu ghép xương hay không? (khối lượng và số lượng)

2. Phục Hình

- a. Phục hình tạm
 - Phục hình cố định hay phục hình tháo lắp
 - Tựa trên implant, răng hay nướu
 - Gắn phục hình sau lành thương mô mềm hay sau phẫu thuật
 - Điều chỉnh khớp cắn: nhả khớp hay chạm khớp
- b. Phục hình vĩnh viễn
 - Tái khám, Chụp phim, đánh giá.
 - Bộc lộ, đặt trụ lành thương mô mềm nếu cần (sau 1 – 2 tuần)
 - Xác định phương pháp, dụng cụ, vật liệu lấy dấu
 - Chụp phim kiểm tra độ khít sát của trụ lấy dấu với implant (nếu cần)
 - Lấy dấu, gửi labo
 - Thử phục hình
 - Gắn tạm
 - Gắn vĩnh viễn (đường hoàn tất trên nướu hay dưới nướu)
 - Chụp phim kiểm tra.

- Tái khám đánh giá, điều chỉnh phục hình (nếu cần) sau 1 tuần

4. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Tiên lượng tốt nếu implant vững ổn trong xương. Biến chứng có thể xảy ra như viêm quanh implant, sưng, đau, phù nề quá mức sau phẫu thuật, nhiễm trùng vết mổ....

5. PHÒNG BỆNH VÀ HƯỚNG XỬ LÝ

1. Sau Phẫu thuật

- Sử dụng kháng sinh từ 5 – 7 ngày + Kháng viêm, giảm đau
- Súc miệng với dung dịch sát khuẩn ít nhất 5 ngày sau phẫu thuật.
- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng

2. Sau phục hình:

- Thời gian theo dõi duy trì.
- X-quang 6 tháng 1 lần.
- Cạo vôi răng + xử lý mặt gốc răng nếu cần.
- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.

2. PHÁC ĐỒ PHẪU THUẬT ĐẶT IMPLANT XƯƠNG GÒ MÁ

1. ĐỊNH NGHĨA

Implant xương gò má là một loại implant nha khoa đặc biệt, trong đó implant được thiết kế để neo vào xương gò má.

2. NGUYÊN NHÂN

Bệnh nhân bị mất răng toàn phần hoặc bán phần vùng răng sau hàm trên, mà xương tại vị trí cấy ghép implant không đủ để thực hiện việc đặt implant có chiều dài tiêu chuẩn.

3. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

Teo đét sống hàm vùng răng sau hàm trên (thể tích xương không đủ cho đặt một implant thông thường)

2. Cận lâm sàng:

Chụp CT hàm trên

Xét nghiệm cần thiết: TS – TC, TQ_TCK – Công thức máu (như xét nghiệm mê)

3. Chẩn đoán xác định:

Chiều cao từ mào xương ổ răng tới đáy xoang < 3mm.

4. ĐIỀU TRỊ:

- **Chỉ định:**

Kỹ thuật cấy ghép Implant truyền thống không thực hiện được.

- **Chống chỉ định tương đối:**

- Viêm xoang hàm
- Polyp xoang
- Bệnh lý toàn thân: tiểu đường, tim mạch, bệnh lý về máu (xin ý kiến bác sĩ chuyên khoa); ung thư – xạ trị, phụ nữ có thai 3 tháng đầu và 3 tháng cuối thai kỳ.

- **Phác đồ điều trị:**

- Khám và làm bệnh án.
- Lập kế hoạch phẫu thuật và phục hình

- Làm các X-quang, xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết.
- **Phim Panorex:** Là phim khảo sát ban đầu được lựa chọn; giúp khảo sát được 3 vùng của xương hàm trên.
- **Phân tích phim 3D:**
 - ✓ Phim CTCB giúp khảo sát toàn bộ xương hàm trên và xương gò má. Phim còn cung cấp những thông tin chi tiết về xoang hàm trên như chiều cao, chiều rộng của thân xương gò má và bề dày của sống hàm còn lại.
 - ✓ Đánh giá xoang hàm và xương gò má 3 chiều trong không gian. Vị trí của phức hợp lỗ ngách (osteomeatal complex) cũng như là có hay không có bệnh lý của xoang hàm.
- **Phần mềm NobelClinician:**
 - ✓ Việc sử dụng phần mềm NobelClinician giúp đánh giá 3 chiều trong không gian của sống hàm mất răng cũng như lên kế hoạch đặt Implant. Cả Implant ở vùng răng trước và implant đặt vào xương gò má đều lên kế hoạch được
 - ✓ Chú ý: chiều dài chính xác của Implant Zygoma được xác định lúc phẫu thuật.
- Các bước tiến hành phẫu thuật:
 - **Đường rạch:** đường rạch dọc trên đỉnh sống hàm mất răng về phía xa. Lật vạt toàn bộ màng xương, bóc lộ thành bên xương hàm trên.
 - **Lưu ý các điểm mốc giải phẫu:** Nhớ rõ vị trí giải phẫu của các động mạch giáp ranh, tĩnh mạch, thần kinh trong vùng phẫu thuật. Nếu các cấu trúc trên bị thương tổn có thể dẫn đến các biến chứng ở vùng mắt, chảy máu trên diện rộng, rối loạn chức năng thần kinh liên quan.
 - a) Thành sau của xoang hàm trên
 - b) Trụ gò má – xương hàm trên
 - c) Lỗ dưới ổ mắt
 - d) Khuyết trán – gò má
 - **Khảo sát tỉ mỉ đến lỗ dưới ổ mắt**
 - ✓ Bóc lộ đỉnh xương ổ răng, bao gồm phía mặt khẩu cái

- ✓ Khảo sát tỉ mỉ lỗ dưới ổ mắt. Xác định lỗ dưới ổ mắt có thể hỗ trợ định hướng giải phẫu.

- **Bộc lộ thân xương gò má**

Đôi chiếu sang bên của lỗ dưới ổ mắt và bộc lộ thân xương gò má.

Chú ý: cần thiết phải xác định và bảo vệ dây thần kinh dưới ổ mắt.

- **Đặt cây banh để hình dung vị trí chóp của implant.**

Đặt cây banh vào khe trán gò má để hình dung vị trí dự định của chóp implant (đặc biệt tránh sự xâm nhập vào sàn ổ mắt).

- **Tạo cửa sổ:**

Tạo cửa sổ 10 x 5 mm vào vùng thành bên của xoang hàm, gần mỏm dưới xương gò má.

- **Nâng niêm mạc xoang hàm**

Nhẹ nhàng tách niêm mạc xoang hàm xa khỏi vùng implant sẽ xuyên qua xoang, từ đáy xoang đến đỉnh xoang, cố gắng không làm rách màng xoang.

Lưu ý: cố gắng giữ màng xoang còn nguyên trong quá trình phẫu thuật. Tuy nhiên việc làm rách màng xoang có thể sẽ không dẫn đến kết quả xấu.

- **Xác định hướng của implant và vị trí khoan mũi đầu tiên**

- ✓ Xác định hướng của implant bằng cách đặt mũi khoan trong theo thành bên của xoang hàm.

- ✓ Đầu của mũi khoan ngay tại khuyết trán-gò má

- ✓ Thân mũi khoan trên góc sau bên của xoang hàm

- ✓ Đuôi mũi khoan ngay đỉnh sống hàm của răng cối nhỏ 2 hoặc răng cối lớn 1

- **Dự kiến đặt implant**

Dự kiến đặt implant càng về phía sau càng tốt, với đỉnh implant càng gần mào xương ổ (thường ở vùng răng tiền cối 2). Implant xuyên qua đồng thời sàn xoang hàm, nền xương gò má (phần phía sau-bên của trần xoang hàm), và tiếp tục xuyên qua, dừng tại phần xương vỏ bên của xương gò má ở phía dưới khuyết trán-gò má.

Chú ý: việc đặt implant dự kiến cần xem xét thay đổi theo sự đa dạng về giải phẫu của từng bệnh nhân.

5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Tiên lượng trung bình, cần theo dõi bệnh nhân sau phẫu thuật. Biến chứng có thể xảy ra như vỡ xương gò má, tổn thương dây thần kinh dưới ổ mắt, viêm xoang hàm, nhiễm trùng hậu phẫu.

6. PHÒNG BỆNH VÀ HƯỚNG XỬ LÝ

Hướng dẫn phòng bệnh bằng cách ngăn ngừa việc tiêu xương sau này đối với những bệnh nhân mất răng, thực hiện cấy implant sớm khi còn đủ xương, có chế độ luyện tập và ăn uống phù hợp, đầy đủ các yếu tố giúp phát triển xương như canxi, vitamin D...

3. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NÂNG XOANG HỖ

1. ĐỊNH NGHĨA

Nâng xoang hở là một thủ thuật phẫu thuật trong đó màng xoang được nâng lên khỏi sàn xoang, không gian giữa màng xoang và sàn xoang được lấp đầy bằng xương. Mục đích của phẫu thuật này nhằm gia tăng chiều cao của xương ổ răng để tạo điều kiện cho việc cấy ghép implant

2. NGUYÊN NHÂN

Bệnh nhân bị mất răng vùng răng sau lâu ngày, dẫn đến tiêu xương vùng xoang hàm, không thể thực hiện đặt 1 implant có chiều dài tiêu chuẩn.

3. CHẨN ĐOÁN:

3.1 Chẩn đoán sơ bộ:

3.1.1 Lâm sàng:

- Mất răng vùng răng tiền cối và răng cối hàm trên.

3.1.2 Cận lâm sàng:

- Panorex.
- Chụp CT

3.2 Chẩn đoán xác định: Trên phim CT hàm trên: xương vùng mất răng có chiều cao nhỏ hơn 5mm (từ mào xương ổ răng tới đáy xoang hàm)

4. ĐIỀU TRỊ:

4.1 Chỉ định: chiều cao xương vùng mất răng từ đỉnh sóng hàm đến đáy xoang <5mm.

4.2 Chống chỉ định:

- Viêm xoang.
- Polyp xoang.
- Bệnh lý toàn thân: tiểu đường, tim mạch, bệnh lý về máu (xin ý kiến bác sĩ chuyên khoa); ung thư – xạ trị, phụ nữ có thai 3 tháng đầu và 3 tháng cuối thai kỳ.

4.3 Phác đồ điều trị:

- Phương pháp điều trị:
 - Khám và làm bệnh án.
 - Các xét nghiệm cần thiết: XN máu hóa sinh, huyết học, ECG, XQ phổi thẳng.
 - Các bước tiến hành phẫu thuật:
 - Dưới gây mê, gây tê tại chỗ.

- Lật vạt hình thang.
- Mở cửa sổ xương ở thành bên xoang hàm.
- Dùng bộ dụng cụ nâng xoang hở nâng màng xoang lên.
- Ghép xương.
- Khoan xương và cấy Implant theo chỉ định.
- Phủ cửa sổ ghép xương bằng màng tự tiêu
- Khâu.

-Thuốc : Sử dụng kháng sinh từ 5 đến 7 ngày và kháng viêm, giảm đau.

5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Tiền lượng trung bình. Biến chứng có thể xảy ra như rách màng xoang, viêm xoang, xương ghép lọt vào xoang hàm, nhiễm trùng xoang hàm, nhiễm trùng vết mổ sau nâng xoang, tiêu xương ghép, hoặc bị đào thải.

6. PHÒNG BỆNH VÀ HƯỚNG XỬ LÝ

Hướng dẫn phòng bệnh bằng cách ngăn ngừa việc tiêu xương sau này đối với những bệnh nhân mất răng, thực hiện cấy implant sớm khi còn đủ xương, có chế độ luyện tập và ăn uống phù hợp, đầy đủ các yếu tố giúp phát triển xương như canxi, vitamin D...

DANH MỤC THUỐC SỬ DỤNG

STT	TÊN THUỐC	HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG
	I. Kháng sinh	
1	Amoxicillin + Acid Clavulanic (Augmentin) 625mg	Uống; 1 viên x 3 lần/ ngày, trong 5-7 ngày
2	Metronidazol 250mg	Uống; 2 viên x 3 lần/ ngày, trong 5-7 ngày
3	Cefpodoxim 200mg	Uống; 1 viên x 2 lần/ ngày, trong 5-7 ngày (Liều tối đa 400mg/ngày)
	II. Kháng viêm	
1	Prednisone 5mg	Uống: 1 viên x 3 lần/ngày, trong 3-7 ngày Hoặc Uống: 2 viên x 2 lần/ngày, trong 3-7 ngày
2	Medro 16mg	Uống; 1 viên / ngày, trong 3 ngày
3	Meloxicam 7.5mg	Uống; 1 viên x 2 lần/ ngày, trong 3 ngày
4	Lornoxicam 8mg	Uống; 1 viên x 2 lần/ ngày, trong 3 ngày
	III. Giảm đau	
1	Paracetamol 500mg	Uống; 1 viên x 3-4 lần/ ngày, trong 3-7 ngày
2	Paracetamol 500mg (Efferalgan) viên sủi	Uống; 1 viên x 3-4 lần/ ngày, trong 3-7 ngày
	IV. Thuốc khác	
1	Omeprazol 20mg	Uống; 1 viên x 2 lần/ ngày, trong 5-7 ngày
2	Phosphalugel	Uống; 1 gói x 2 lần/ ngày, trong 3 ngày

KHOA PHẪU THUẬT TRONG MIỆNG

1. NHỔ RĂNG THÔNG THƯỜNG

1. ĐIỀU TRỊ :

1.1 Chỉ định:

Răng và chân răng mất chức năng, có vị trí và cấu trúc giải phẫu răng và vùng liên quan bình thường .

1.2 Thận trọng:

Bệnh nhân thai nghén, các bệnh lý về nội khoa, ... (khám chuyên khoa và cho ý kiến nhổ răng)

1.3 Phác đồ điều trị

- Phương pháp điều trị

- + Làm các xét nghiệm nếu cần thiết: máu (sinh hóa, huyết học), X_quang
- + Tiến hành thủ thuật:
 - Gây tê tại chỗ hoặc gây tê vùng + nhổ răng (nạy, kèm)
 - Nạo, khâu (nếu chảy máu)
 - Cấn gạc + toa

2. THUỐC

- Giảm đau, kháng viêm. Nếu cần thiết dùng kháng sinh
- Thuốc dùng trong điều trị:

2.1 Kháng sinh:

2.1.1 Họ Macrolide (Spiramycine 750,000IU) + Họ 5-Nitronidazol (Metronidazol 125mg)

2.1.2 Nhóm Betalactam

2.1.3 Họ Cephalosporin

2.1.4 Họ Clincosamid (Clindamycin)

2.1.5 Họ 5-Nitronidazol (Metronidazol)

Kháng sinh được sử dụng kê đơn với hàm lượng và liều dùng phụ thuộc vào trẻ em, người lớn hay người cao tuổi, kilogram cân nặng hoặc mức độ nhiễm trùng, tình trạng bệnh lý của người bệnh.

2.2 Kháng viêm:

2.2.1 Nhóm Fluomethylprednisolon, Glucocorticoid tổng hợp (Dexamethasone)

2.2.2 Nhóm Corticosteroid (Prednisolone, Methylprednisolon)

2.2.3 Nhóm Enzyme thủy phân protein (Alphachymotrypsin: chiết xuất từ tụy bò)

2.2.4 Nhóm Bromelain và Trypsin

Liều dùng điều chỉnh theo tuổi và kilogam cân nặng hoặc mức độ viêm, tình trạng bệnh lý của người bệnh.

1. Giảm đau: dịu cơn đau, chặn đứng cơn đau

1.1 Bậc 1 (Đau nhẹ):

- Thuốc giảm đau không phải Opioid (Paracetamol)
- Thuốc chống viêm không steroid

1.2 Bậc 2 (Đau vừa):

- Phối hợp Opioid yếu (Codein, Oxycodoin) với Paracetamol:
 - Ibuprophen 200mg / Paracetamol 325mg (viên nang)
 - Tramadol 375mg / Acetaminophen 325mg (viên nang)
 - Paracetamol 500mg / Codein 30mg (viên nang, viên sủi bọt)
- Thuốc chống viêm không steroid

1.3 Bậc 3 (Đau nặng): thuốc giảm đau opioid mạnh (Morphin, Hydromorphon, ...) phối hợp với thuốc chống viêm không steroid.

Khuyến cáo: thuốc giảm đau bậc 3 hạn chế sử dụng, chỉ sử dụng trong trường hợp khẩn cấp.

Liều dùng điều chỉnh theo tuổi và kilogam cân nặng hoặc mức độ nhiễm trùng, tình trạng bệnh lý của người bệnh.

2. Kháng viêm + Giảm đau: dịu cơn đau, chặn đứng cơn đau:

Thuốc chống viêm không steroid như:

2.1 Diclofenac Kali 50 mg

Liều dùng điều chỉnh theo tuổi và kilogam cân nặng hoặc mức độ nhiễm trùng, tình trạng bệnh lý của người bệnh.

2. PHẪU THUẬT CẮT GỐC RĂNG

1. CHẨN ĐOÁN :

1.1 Lâm sàng

- Đau nhức răng lâu ngày
- Lỗ dò vùng nướu răng phía chóp răng liên quan

1.2 Cận lâm sàng

- X_Quang có thấu quang chóp răng nhiễm trùng)
- Xét nghiệm cần thiết : TS –TC –Công thức máu

1.3 Chẩn đoán xác định

- Răng nhiễm trùng chóp

2. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ:

2.1 Chỉ định:

Phẫu thuật cắt chóp được chỉ định trong trường hợp bị thất bại khi điều trị nội nha theo phương pháp thông thường hay không thể điều trị nội nha lại.

2.2 Chống chỉ định tương đối:

- Bệnh nhân có tiền sử bệnh tiểu đường, tim mạch, các bệnh lý về máu... (cho bệnh nhân khám chuyên khoa và có ý kiến của BS chuyên khoa cho phép điều trị ...).

2.3 Phác đồ điều trị:

- Khám và làm bệnh án
- Làm các cận lâm sàng cần thiết: X_Quang, xét nghiệm máu
- Phẫu thuật được tiến hành các bước như sau :
 - + Sát trùng tại chỗ bằng Povidone Iodine 10%
 - + Gây tê tại chỗ , gây tê vùng (gây tê lỗ khâu cái trước hoặc lỗ khâu sau hoặc lỗ cằm, ...)
 - + Tạo vạt bằng dao mổ (dao 11,15 tùy từng trường hợp)
 - + Bóc tách vạt niêm mạc màng xương, bộc lộ xương vùng chóp răng.
 - + dùng tay khoan + mũi khoan (702, 703, ...) khoan xương mở xương bộc lộ vùng chóp răng, cắt chóp răng.
 - + Nạo sạch tổ chức viêm (nếu cần có thể dùng Acide Tricloracetique 30% (AT) để đốt tổ chức viêm).
 - + Bơm rửa bằng dung dịch NaCl 9‰

- + Trám ngược:
 - Tạo xoang ở phần chóp chân răng bằng mũi tròn nhỏ ...
 - Cách ly
 - Trám ngược ống tủy bằng vật liệu trám kết thúc (Amalgam, MTA, ...)
- + Khâu kín vết bằng chỉ Silk 3.0
- + Cẩn gác cầm máu
- Thời gian điều trị:
 - + Trong một ngày
 - + Tái khám sau 7 ngày

3. THUỐC

Thuốc dùng trong điều trị: lựa chọn thuốc điều trị phù hợp cho từng bệnh nhân. Tùy thực tế trên lâm sàng kết hợp kháng sinh, kháng viêm giảm đau từ 5-7 ngày,

3.1 Kháng sinh:

- a. Họ Macrolide (Spiramycine 750,000IU) + Họ 5-Nitronidazol (Metronidazol 125mg)
- b. Nhóm Betalactam
- c. Họ Cephalosporin
- d. Họ Clincosamid (Clindamycin)
- e. Họ 5-Nitronidazol (Metronidazol)

Kháng sinh được sử dụng kê đơn với hàm lượng và liều dùng phụ thuộc vào trẻ em, người lớn hay người cao tuổi, kilogram cân nặng hoặc mức độ nhiễm trùng, tình trạng bệnh lý của người bệnh.

3.2 Kháng viêm:

- a. Nhóm Fluomethylprednisolon, Glucocorticoid tổng hợp (Dexamethasone)
- b. Nhóm Corticosteroid (Prednisolone, Methylprednisolon)
- c. Nhóm Enzyme thủy phân protein (Alphachymotrypsin: chiết xuất từ tụy bò)
- d. Nhóm Bromelain và Trypsin

Liều dùng điều chỉnh theo tuổi và kilogram cân nặng hoặc mức độ viêm, tình trạng bệnh lý của người bệnh.

3.3 Giảm đau: dịu cơn đau, chặn đứng cơn đau

a. **Bậc 1 (Đau nhẹ):**

-Thuốc giảm đau không phải Opioid (Paracetamol)

-Thuốc chống viêm không steroid

b. **Bậc 2 (Đau vừa):**

-Phối hợp Opioid yếu (Codein, Oxycodoin) với Paracetamol:

- Ibuprophen 200mg / Paracetamol 325mg (viên nang)
- Tramadol 375mg / Acetaminophen 325mg (viên nang)
- Paracetamol 500mg / Codein 30mg (viên nang, viên sủi bọt)

-Thuốc chống viêm không steroid

c. **Bậc 3 (Đau nặng):** thuốc giảm đau opioid mạnh (Morphin, Hydromophon, ...) phối hợp với thuốc chống viêm không steroid.

Khuyến cáo: thuốc giảm đau bậc 3 hạn chế sử dụng, chỉ sử dụng trong trường hợp khẩn cấp.

Liều dùng điều chỉnh theo tuổi và kilogam cân nặng hoặc mức độ nhiễm trùng, tình trạng bệnh lý của người bệnh.

1.4 Kháng viêm + Giảm đau: dịu cơn đau, chặn đứng cơn đau

Thuốc chống viêm không steroid như:

a. **Diclofenac Kali 50 mg**

Liều dùng điều chỉnh theo tuổi và kilogam cân nặng hoặc mức độ nhiễm trùng, tình trạng bệnh lý của người bệnh.

3. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG THEO PP PHẪU THUẬT

1. CHẨN ĐOÁN:

1.1 Lâm sàng

- Vùng răng liên hệ có sưng, đỏ, đau, có mủ
- Răng lệch, vỡ lớn

1.2 Cận lâm sàng

- X Quang: Panorex, cận chóp.
(trên phim thấy hình ảnh răng lệch, ngầm, biến chứng, ...)
- Xét nghiệm máu: công thức máu, tiểu cầu, TQ, TCK . . .

1.3 Xác định:

- Biến chứng răng khôn, răng lệch hoặc răng vỡ lớn, nhiễm trùng

2. ĐIỀU TRỊ:

2.1 Chỉ định:

- a. Các răng mất chức năng, răng nhiễm trùng, vỡ lớn không thể phục hồi được
- b. Các răng lệch, ngầm gây biến chứng
- c. Nhổ răng theo yêu cầu phục hình, chỉnh hình

2.2 Chống chỉ định tương đối

Bệnh nhân có tiền sử bệnh tiểu đường, tim mạch, các bệnh lý về máu và các bệnh nội khoa khác (cho bệnh nhân khám chuyên khoa và có ý kiến của BS chuyên khoa cho phép điều trị ...)

2.3 Điều trị

- a. Khám và làm bệnh án
- b. Làm các cận lâm sàng cần thiết: X_Quang, xét nghiệm máu
- c. Phẫu thuật được tiến hành các bước như sau :
 - Sát trùng tại chỗ bằng Povidone Iodine 10%
 - Gây tê tại chỗ hoặc kết hợp gây tê vùng bằng lidocain 2% (hoặc xydocain 3%)
 - Tạo vạt bằng dao mổ (dao 11,15 tùy từng trường hợp)
 - Bóc tách niêm mạc, bộc lộ răng
 - Dùng tay khoan + mũi khoan (702, 703, ...) khoan xương, mở xương ổ, chia cắt răng
 - Dùng nạy + kèm nhổ răng
 - Nạo dũa, bơm rửa bằng nước muối NaCl 9‰

- Khâu vết thương bằng chỉ Silk 3.0
- Cấn gạc cầm máu.
- Thời gian điều trị:
 - Trong một ngày
 - Tái khám sau 7 ngày

3. THUỐC

Thuốc dùng trong điều trị: lựa chọn thuốc điều trị phù hợp cho từng bệnh nhân. Tùy thực tế trên lâm sàng kết hợp kháng sinh, kháng viêm giảm đau từ 5-7 ngày,

3.1 Kháng sinh:

3.1.1 Họ Macrolide (Spiramycine 750,000IU) + Họ 5-Nitronidazol (Metronidazol 125mg)

3.1.2 Nhóm Betalactam

3.1.3 Họ Cephalosporin

3.1.4 Họ Clincosamid (Clindamycin)

3.1.5 Họ 5-Nitronidazol (Metronidazol)

Kháng sinh được sử dụng kê đơn với hàm lượng và liều dùng phụ thuộc vào trẻ em, người lớn hay người cao tuổi, kilogram cân nặng hoặc mức độ nhiễm trùng, tình trạng bệnh lý của người bệnh.

3.2 Kháng viêm:

3.2.1 Nhóm Fluomethylprednisolon, Glucocorticoid tổng hợp (Dexamethasone)

3.2.2 Nhóm Corticosteroid (Prednisolone, Methylprednisolon)

3.2.3 Nhóm Enzyme thủy phân protein (Alphachymotrypsin: chiết xuất từ tụy bò)

3.2.4 Nhóm Bromelain và Trypsin

Liều dùng điều chỉnh theo tuổi và kilogram cân nặng hoặc mức độ viêm, tình trạng bệnh lý của người bệnh.

3.3 Giảm đau: dịu cơn đau, chặn đứng cơn đau

3.3.1 Bậc 1 (Đau nhẹ):

- Thuốc giảm đau không phải Opioid (Paracetamol)
- Thuốc chống viêm không steroid

3.3.2 Bậc 2 (Đau vừa):

-Phối hợp Opioid yếu (Codein, Oxycodone) với Paracetamol:

- Ibuprofen 200mg / Paracetamol 325mg (viên nang)
- Tramadol 375mg / Acetaminophen 325mg (viên nang)
- Paracetamol 500mg / Codein 30mg (viên nang, viên sủi bọt)

-Thuốc chống viêm không steroid

3.3.3 Bậc 3 (Đau nặng): thuốc giảm đau opioid mạnh (Morphin, Hydromorphon, ...) phối hợp với thuốc chống viêm không steroid.

Khuyến cáo: thuốc giảm đau bậc 3 hạn chế sử dụng, chỉ sử dụng trong trường hợp khẩn cấp.

Liều dùng điều chỉnh theo tuổi và kilogram cân nặng hoặc mức độ nhiễm trùng, tình trạng bệnh lý của người bệnh.

3.4 Kháng viêm + Giảm đau: dịu cơn đau, chặn đứng cơn đau

Thuốc chống viêm không steroid như:

3.4.1 Diclofenac Kali 50 mg

Liều dùng điều chỉnh theo tuổi và kilogram cân nặng hoặc mức độ nhiễm trùng, tình trạng bệnh lý của người bệnh.

4. PHẪU THUẬT TIỀN PHỤC HÌNH

Đại cương:

Theo yêu cầu phục hình.

1. CHẨN ĐOÁN:

1.1 Lâm sàng:

Khám lâm sàng bao gồm đánh giá tương quan khớp cắn hiện tại, khối lượng, hình dáng phần xương nâng đỡ, đặc tính mô mềm che phủ, tương quan xương giữa hai hàm, độ sâu đáy hành lang, vị trí bám của các cơ, các bệnh lý nếu có ở xương và mô mềm.

1.2 Cận lâm sàng

X_Quang: Panorex, cận chóp, ...

Xét nghiệm máu cần thiết : sinh hóa máu, huyết học.

2. CHỈ ĐỊNH

2.1 Chỉ định

Các cấu trúc xương và mô mềm gây trở ngại cho sự thiết kế cũng như ổn định của hàm giả, ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ của phục hình sau này.

2.2 Thận trọng

Bệnh nhân thai nghén, các bệnh lý về nội khoa, ... (khám chuyên khoa và cho ý kiến điều trị)

3. ĐIỀU TRỊ

Khám và làm bệnh án

Phẫu thuật tiền phục hình gồm: phẫu thuật mô mềm, phẫu thuật mô xương

3.1 Phẫu thuật mô mềm :Mô mềm triển dương, thẳng môi, thẳng lưỡi

- ❖ **Mô mềm triển dương:** tăng sản mô mềm ở đỉnh sóng hàm, tăng sản mô mềm vùng lõm củ hàm trên, tăng sản mô sợi viêm (u lợi khe)
- ❖ **Thẳng và dây chằng: thẳng môi bám thấp, thẳng lưỡi ngắn**
 - Gây tê tại chỗ vùng cần phẫu thuật
 - Rạch vùng cần phẫu thuật + bóc tách
 - Phẫu thuật cắt bỏ tăng sản mô mềm, giải phóng thẳng môi, thẳng lưỡi (chú ý: đường rạch giảm căng)
 - Nạo, rửa sạch bằng nước vô trùng
 - Khâu vết thương: mũi rời hay mũi liên tục (nếu cần)

3.2 Phẫu thuật mô xương

- ❖ Tái tạo hình dáng sóng hàm (điều chỉnh xương ổ).
- ❖ Giảm lồi củ xương hàm trên.
- ❖ Điều chỉnh lồi rấn (Torus): hàm trên và hàm dưới.
 - Gây tê tại chỗ hay gây tê vùng: vùng cần phẫu thuật.
 - Rạch vùng cần phẫu thuật + bóc tách.
 - Dùng mũi khoan, kèm bấm xương, đục: loại bỏ trở ngại cho phục hình vùng phẫu thuật (lưu ý: mũi khoan trụ hoặc tròn, chia nhỏ xương sau đó dùng đục lấy đi từng phần không ảnh hưởng khớp thái dương hàm, sàn miệng).
 - Dũa xương, rửa sạch vùng phẫu thuật bằng nước vô khuẩn.
 - Khâu vết thương: mũi rời hay mũi liên tục.

(*) Thời gian điều trị:

- + Trong một ngày
- + Tái khám sau 7 ngày + cắt chỉ

4. THUỐC

Thuốc dùng trong điều trị: lựa chọn thuốc điều trị phù hợp cho từng bệnh nhân. Tùy thực tế trên lâm sàng kết hợp kháng sinh, kháng viêm, giảm đau từ 5-7 ngày,

4.1 Kháng sinh:

4.1.1 Họ Macrolide (Spiramycine 750,000IU) + Họ 5-Nitronidazol (Metronidazol 125mg)

4.1.2 Nhóm Betalactam

4.1.3 Họ Cephalosporin

4.1.4 Họ Clincosamid (Clindamycin)

4.1.5 Họ 5-Nitronidazol (Metronidazol)

Kháng sinh được sử dụng kê đơn với hàm lượng và liều dùng phụ thuộc vào trẻ em, người lớn hay người cao tuổi, kilogram cân nặng hoặc mức độ nhiễm trùng, tình trạng bệnh lý của người bệnh.

4.2 Kháng viêm:

4.2.1 Nhóm Fluomethylprednisolon, Glucocorticoid tổng hợp (Dexamethasone)

4.2.2 Nhóm Corticosteroid (Prednisolone, Methylprednisolon)

4.2.3 Nhóm Enzyme thủy phân protein (Alphachymotrypsin: chiết xuất từ tụy bò)

4.2.4 Nhóm Bromelain và Trypsin

Liều dùng điều chỉnh theo tuổi và kilogram cân nặng hoặc mức độ viêm, tình trạng bệnh lý của người bệnh.

4.3 Giảm đau: dịu cơn đau, chặn đứng cơn đau

4.3.1 Bậc 1 (Đau nhẹ):

- Thuốc giảm đau không phải Opioid (Paracetamol)
- Thuốc chống viêm không steroid

4.3.2 Bậc 2 (Đau vừa):

- Phối hợp Opioid yếu (Codein, Oxycodone) với Paracetamol:
 - Ibuprofen 200mg / Paracetamol 325mg (viên nang)
 - Tramadol 375mg / Acetaminophen 325mg (viên nang)
 - Paracetamol 500mg / Codein 30mg (viên nang, viên sủi bọt)
- Thuốc chống viêm không steroid

4.3.3 Bậc 3 (Đau nặng): thuốc giảm đau opioid mạnh (Morphin, Hydromorphone, ...) phối hợp với thuốc chống viêm không steroid.

Khuyến cáo: thuốc giảm đau bậc 3 hạn chế sử dụng, chỉ sử dụng trong trường hợp khẩn cấp.

Liều dùng điều chỉnh theo tuổi và kilogram cân nặng hoặc mức độ nhiễm trùng, tình trạng bệnh lý của người bệnh.

4.4 Kháng viêm + Giảm đau: dịu cơn đau, chặn đứng cơn đau

Thuốc chống viêm không steroid như:

4.4.1 Diclofenac Kali 50 mg

Liều dùng điều chỉnh theo tuổi và kilogram cân nặng hoặc mức độ nhiễm trùng, tình trạng bệnh lý của người bệnh.

5. BẮM GAI XƯƠNG – ĐIỀU CHỈNH XƯƠNG Ồ

1. CHẨN ĐOÁN:

1.1 Chẩn đoán sơ bộ:

1.1.1 Lâm sàng

- Bệnh nhân: Đau , khó chịu khi ăn , nói
- Xương ổ răng, xương hàm có phần nhô cao, ấn đau
- Hô xương hàm vùng răng cửa hàm trên và hàm dưới (trong điều chỉnh xương ổ, phục hình thẩm mỹ)

1.1.2 Cận lâm sàng

X Quang.

1.2 Chẩn đoán xác định

- Gai xương vùng răng ...
- Hô xương hàm vùng răng ...

2. ĐIỀU TRỊ:

2.1 Chỉ định

- Phẫu thuật bấm gai xương vùng răng ...
- Phẫu thuật điều chỉnh hô xương hàm vùng răng ...

2.2 Chống chỉ định

- Bệnh nhân tiểu đường, tim mạch, các bệnh lý về máu ... (muốn phẫu thuật phải xin ý kiến Bác sĩ chuyên khoa).
- Trong giai đoạn điều trị ung thư (xạ trị).
- Phụ nữ có thai: 3 tháng đầu, 3 tháng cuối của thai kỳ.

2.3 Phác đồ điều trị

- Phương pháp điều trị:
 - + Khám và làm bệnh án
 - + Làm các xét nghiệm cần thiết : công thức máu , TS -TC , tiểu cầu
 - + Phẫu thuật được tiến hành các bước như sau:
 - Gây tê tại chỗ vùng gai xương
 - Rửa sạch rạch dọc sớ hàm vùng gai xương
 - Bóc tách bộc lộ, bấm gai xương, đưa phẳng (có thể dùng mũi khoan: ngọn lửa , tròn ..rà phẳng)
 - Nạo tổ chức viêm (nếu có)
 - Rửa sạch bằng dung dịch nước muối sinh lý NaCl 9%

- Khâu cầm máu silk 3.0 (mũi rời hoặc khâu vắt)
- Cấn gạc cầm máu.

- Thuốc dùng trong điều trị

3. THUỐC

Thuốc dùng trong điều trị: lựa chọn thuốc điều trị phù hợp cho từng bệnh nhân. Tùy thực tế trên lâm sàng kết hợp kháng sinh, kháng viêm giảm đau từ 5-7 ngày,

3.1 Kháng sinh:

3.1.1 Họ Macrolide (Spiramycine 750,000IU) + Họ 5-Nitronidazol (Metronidazol 125mg)

3.1.2 Nhóm Betalactam

3.1.3 Họ Cephalosporin

3.1.4 Họ Clincosamid (Clindamycin)

3.1.5 Họ 5-Nitronidazol (Metronidazol)

Kháng sinh được sử dụng kê đơn với hàm lượng và liều dùng phụ thuộc vào trẻ em, người lớn hay người cao tuổi, kilogram cân nặng hoặc mức độ nhiễm trùng, tình trạng bệnh lý của người bệnh.

3.2 Kháng viêm:

3.2.1 Nhóm Fluomethylprednisolon, Glucocorticoid tổng hợp (Dexamethasone)

3.2.2 Nhóm Corticosteroid (Prednisolone, Methylprednisolon)

3.2.3 Nhóm Enzyme thủy phân protein (Alphachymotrypsin: chiết xuất từ tụy bò)

3.2.4 Nhóm Bromelain và Trypsin

Liều dùng điều chỉnh theo tuổi và kilogram cân nặng hoặc mức độ viêm, tình trạng bệnh lý của người bệnh.

3.3 Giảm đau: dịu cơn đau, chặn đứng cơn đau

3.3.1 Bậc 1 (Đau nhẹ):

-Thuốc giảm đau không phải Opioid (Paracetamol)

-Thuốc chống viêm không steroid

3.3.2 Bậc 2 (Đau vừa):

-Phối hợp Opioid yếu (Codein, Oxycodone) với Paracetamol:

- Ibuprofen 200mg / Paracetamol 325mg (viên nang)

- Tramadol 375mg / Acetaminophen 325mg (viên nang)

- Paracetamol 500mg / Codein 30mg (viên nang, viên sủi bọt)

-Thuốc chống viêm không steroid

3.3.3 Bậc 3 (Đau nặng): thuốc giảm đau opioid mạnh (Morphin, Hydromophon, ...) phối hợp với thuốc chống viêm không steroid.

Khuyến cáo: thuốc giảm đau bậc 3 hạn chế sử dụng, chỉ sử dụng trong trường hợp khẩn cấp.

Liều dùng điều chỉnh theo tuổi và kilogam cân nặng hoặc mức độ nhiễm trùng, tình trạng bệnh lý của người bệnh.

3.4 Kháng viêm + Giảm đau: dịu cơn đau, chặn đứng cơn đau

Thuốc chống viêm không steroid như:

3.4.1 Diclofenac Kali 50 mg

Liều dùng điều chỉnh theo tuổi và kilogam cân nặng hoặc mức độ nhiễm trùng, tình trạng bệnh lý của người bệnh.

DANH MỤC THUỐC SỬ DỤNG

STT	TÊN THUỐC	HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG
	I. Kháng sinh	
1	Amoxicillin + Acid Clavulanic 625mg	Uống: 1 viên/lần x 3 lần/ ngày, trong 5-7 ngày
2	Amoxicillin + Acid Clavulanic 1000mg	Uống: 1 viên/lần x 2 lần/ ngày, trong 5-7 ngày
3	Amoxicillin 500mg	Uống: 1 viên/lần x 3 lần/ ngày, trong 5-7 ngày
4	Cefpodoxim 200mg (Apfu)	Uống 1 viên/lần x 2 lần/ngày. Uống 5-7 ngày Liều tối đa 400mg/ngày
5	Cephalexin 500mg	Uống: 1 viên/lần x 3 lần/ ngày, trong 5-7 ngày
6	Cefuroxim 500mg(Farinceft)	Uống 1 viên x 2 lần/ngày. Uống 5-7 ngày (Trường hợp cần thiết có thể cho đến 10 ngày)
7	Metronidazol 250 mg	Uống 2 viên/lần x 3 lần /ngày, Uống 5-7 ngày
8	Metronidazol 125mg + Spiramycin 750.000 UI (Rodogyl)	Uống: 2 viên/lần x 2-4 lần/ ngày, trong 5-7 ngày
9	Clindamycin 150mg	Uống: 2 viên/lần x 3 lần/ ngày, trong 5-7 ngày
10	Clindamycin 300mg	Uống: 1 viên/lần x 3 lần/ ngày, trong 5-7 ngày
11	Erythromycin 500mg	Uống: 1 viên x 3 lần/ ngày, trong 5-7 ngày
12	Tetracylin 500mg	Uống; 1 viên x 3 lần/ ngày, trong 5-7 ngày
	II. Kháng viêm	

1	Prednisone 5 mg	Uống: 1 viên x 3 lần/ngày, trong 3-7 ngày Hoặc Uống: 2 viên x 2 lần/ngày, trong 3-7 ngày
2	Methylprednisolone 16mg	Uống: 1 viên/lần x 1 lần/ngày (sáng), trong 3 ngày Uống: 1 viên/lần x 1 lần/ngày (sáng), trong 5 ngày
3	Dexamethasone 0,5 mg	Uống: 1 viên/lần x 3 lần/ngày, trong 3-7 ngày Hoặc Uống: 2 viên/lần x 2 lần/ngày, trong 3-7 ngày
4	Ibuprofen 200mg	Uống: 1viên/lần x 3 lần/ngày, trong 3-7 ngày (hết đau ngưng thuốc) Hoặc Uống: 2 viên/lần x 3 lần/ngày, trong 3-7 ngày (hết đau ngưng thuốc) (Liều duy trì để giảm đau: 0,6 – 1,2 g/ngày)
5	Ibuprofen 400mg	Uống: 1viên/lần x 3 lần/ngày, trong 3-7 ngày (hết đau ngưng thuốc) (Liều duy trì để giảm đau: 0,6 – 1,2 g/ngày)
6	Diclofenac 75mg	Uống: 1viên/lần x 2 lần/ngày, trong 5-7 ngày (hết đau ngưng thuốc)
7	Diclofenac 50mg	Uống: 1viên/lần x 3 lần/ngày, trong 5-7 ngày (hết đau ngưng thuốc)
8	AlphaChymotrypsin 4,2 mg	Uống: 2 viên/lần x 3 lần/ngày, trong 5-7 ngày
9	Celecoxib 100mg	Uống: 01 viên x 2 lần/ ngày, trong 3-7 ngày Hoặc Uống: 02 viên x 2 lần/ ngày, trong 3-7 ngày (liều cao hơn không có tác dụng tốt hơn)
10	Lornoxicam 8mg	Uống: 1 viên buổi sáng / ngày, trong 3-5 ngày

	III. Giảm đau	
1	Paracetamol 500mg	Uống: 1-2 viên/lần x 3-4 lần/ ngày, trong 3-7 ngày (hết đau thì ngừng thuốc)
2	Paracetamol 500mg (Efferalgan) sủi	Uống: 1-2 viên/lần x 3-4 lần/ ngày, trong 3-7 ngày (hết đau thì ngừng thuốc)
3	Paracetamol codein 500mg/15mg (Panadol codein)	Uống: 1-2 viên/lần x 3-4 lần/ ngày, trong 3-7 ngày (hết đau thì ngừng thuốc)
4	Paracetamol codein 500mg/15mg sủi (Efferalgan codein)	Uống: 1-2 viên/lần x 3-4 lần/ ngày, trong 3-7 ngày (hết đau thì ngừng thuốc)
5	Ibuprofen 200mg + Paracetamol 325mg (Alaxan)	Uống: 1 viên/lần x 3 lần/ngày, trong 3-5 ngày (hết đau thì ngừng thuốc)
	IV. Thuốc khác	
1	Omeprazol 20 mg	Uống: 1 viên/lần x 2 lần/ngày, trong 5-7 ngày
		Uống 1 viên buổi sáng/ngày, trong 3 ngày

(Liều thuốc trên được chỉ định cho người lớn với chức năng gan thận bình thường)

KHOA GÂY Mê HỒI SỨC

1. PHÁC ĐỒ GÂY Mê BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG HÀM MẶT

Monitoring:

Phải theo dõi 5 - 6 thông số sau đây

Spo2, Pulse, BP, T, CO2, ECG

Trong trường hợp nặng huyết áp không ổn định phải đặt arteryline theo dõi IBP

Tiền mê:

Fentanyl citrate 50 microgram / ml (fentanyl) : 1 - 2 microgram /kg

Midazolam hydrochloride 5mg/ ml (midazolam) : 0.05 – 0.1 mg/kg

Gây mê:

- Đặt LMA (trường hợp ít di lệch hoặc không phải cố định hàm)
Có thể đặt bằng **Propofol 2-2.5 mg /kg**
Hoặc dẫn đầu bằng thuốc mê hơi như sevoflurane liều 5-7%
- Đặt NKQ
Dẫn đầu: **propofol** 2mg/kg (người lớn) 2.5-3mg/kg (Trẻ em >3tuổi)
Có thể thay thế bằng **etomidate** 0,3 mg/kg khi bệnh nhân huyết động học không ổn định
Rocuronium (Esmeron) 0.5-0.6mg /kg hoặc **succinylcholine** 1-2 mg/kg
Đặt NKQ đường mũi hoặc miệng
Duy trì :

Isoflurane 2-3% - Isoflurane 2-3%

Sevoflurane 3% 2-3%

Desflurane 4-6%

Morphine hydrochloride 10mg / ml : ½-1 ống

Fentanyl 2-3 microgram/kg

Hồi sức trong mổ:

- **Labetalol hydrochloride** 100mg / 20ml : 20-30mg nếu cần khi huyết áp cao
- **Captopril 25mg** X 1 viên ngâm
- **Nicardipine** 1-3mg IV chậm
- **Nifedipine 10mg** X 1v đặt dưới lưỡi
- **Amiodarone 150mg/3ml** tiêm tĩnh mạch chậm điều trị loạn nhịp nặng : rung nhĩ, ngoại tâm thu ..khi các biện pháp khác không hiệu quả
- **Insuline tác dụng nhanh (Insuline regular)** truyền Tĩnh mạch 0,3-0,5 UI/kg để điều chỉnh đường huyết trước và sau PT trên bệnh nhân có đường huyết cao cần điều chỉnh
- Thuốc cầm máu :
a. tranexamic 250mg/5ml tiêm tĩnh mạch 1-2 ống
- Chống toan huyết :
dung dịch **Natri bicarbonate 1,4%/250 ml** truyền TM chậm

Kháng sinh, giảm đau, kháng viêm:

Cefazolin natri (cefazolin) hoặc cefotaxim natri (cefotaxim): 1-2 g IV

Amoxicycline +a.clavulanic 1g IV
Metronidazole 0,5g/100ml: IIV
Clindamycin 600mg/4ml (Dalacin C) : 10mg/kg
Methylprednisolon 40mg (Solumedrone) : 1-2 ống

Giải giãn cơ:

Khi cuộc mổ ngắn hơn dự kiến hoặc thuốc chưa thanh thải hết ***Prostigmine:***
Liều 0.07mg/kg (neostigmine 0,5mg/ml) pha chung với ***atropine sulfat***
0,025mg/ml : Liều 0,04mg/kg IV chậm

Hồi sức sau mổ:

- Thuốc giảm đau:
 - ***Ketorolac 30-60mg IV*** tiêm giảm đau sau mổ
 - ***Paracetamol 1g*** 1lo truyền TM
 - ***Morphine 10mg*** X 1 ống
- Kháng viêm:
 - ***Dexamethasone 8-12mg IV***
 - ***Methylprednisone*** 40-80mg IV
- Kháng nhiễm trùng:
 - ***Cephalosporine*** thế hệ thứ 3 : cefotaxime 2-3g/ngày
 - ***Clindamycine 600mg/ống*** 2-3 ống ngày TM chậm
 - ***Metronidazole 500mg/lọ*** 2-3 lọ/ ngày TTM
- Chống nôn:
 - ***Zofran (ondansetron)*** 2mg/ml X1 ống IV
 - ***Metoclopramide*** 10mg/2ml X 1 ống tiêm tĩnh mạch
- Hạ Huyết áp :
 - ***Amlodipine 5mg*** X1-2 v (uống)
 - ***Atenolol 50mg*** X1-2 v (uống)
- Nuôi dưỡng bệnh nhân 24h đầu :
- Dung dịch ***Glucose 10%*** 500ml X2 chai; ***G30%***X 1 Chai truyền TM chậm 10-15 giọt /phút
- Dung dịch ***acid amine 5%/250ml*** truyền TM 10-15 giọt/phút
- Vitamine nhóm B; ***vitamine B12 1000 gama/*** ngay tiêm bắp + viên sắt
- **Thuốc cấp cứu:** trong trường hợp có tai biến, biến chứng trong quá trình gây mê và phẫu thuật tùy trường hợp cụ thể sẽ sử dụng một trong những thuốc sau để cấp cứu: Adrenalin 1% 1mg/1ml, Aminophyllin 4,8%/5ml, Aminodaron 200mg, Digoxin 0,5mg/2ml, Dopamin 200mg/5ml, Dobutamine 250mg/5ml, Furosemide 20mg/2ml, Labetalol 5mg/ml, Lidocaine 2% (không có epinephrine), Naloxon 0,4mg/ml, Nicardipine 10mg/10ml, Ephedrine 10mg/1ml, Sugammadex 100mg/2ml.

2. PHÁC ĐỒ GÂY Mê BỆNH NHÂN TẠO HÌNH

1. Monitoring:

- a. Phải theo dõi 5 - 6 thông số sau đây
- b. Spo₂, Pulse, BP, T, CO₂, ECG
- c. Đặt IV với kim 24G -22G

2. Tiền mê:

- a. Fentanyl citrate 50mg/ml: 1 - 2 microgram /kg
- b. Midazolam hydrochloride 5mg/ml : 0.05 – 0.1 mg/kg

3. Gây mê:

- a. Dẫn đầu: propofol 2mg/kg (người lớn)
- b. Trẻ nhỏ dẫn đầu bằng sevoflurane(sevoflurane): 8%
- c. Rocuronium 10mg/ml (Esmeron): 0.5mg /kg hoặc succinylcholine (suxamethonium chloride) : 1-2 mg/kg
- d. Đặt NKQ đường mũi hoặc miệng
- e. Duy trì : Isoforane (Isoflurane): 2-3%
 - i. Sevoflurane (sevoflurane) : 3%
 - ii. Hoặc TIVA với liều Propofol : 100-150 mcgr/kg/phút
- f. Fentanyl : 2microgram/kg (tổng liều không quá 5microgr /kg)

4. Kháng sinh, kháng viêm phòng ngừa:

- a. Cefazoline :25mg/kg
- b. Solu-medrole 40mg/ml (Methyprednisolone): 1-2 ống

5. Kháng sinh dự phòng :

- a. Tiêm liều 1gram trước khi phẫu thuật 30 phút- 1h. Nếu phẫu thuật kéo dài > 4h thì tiêm nhất lại liều 0,5-1 gram trong phẫu thuật. Sau phẫu thuật tiêm liều 0,5-1gram từ 6-8h/lần trong 24h đầu hoặc trong 5 ngày.

6. Chăm máu:

- a. Transamin 250mg: 1-2 ống. Có thể kết hợp cùng vitamin K khi cần thiết.

7. Thuốc cấp cứu: trong trường hợp có tai biến , biến chứng trong quá trình gây mê và phẫu thuật tùy trường hợp cụ thể sẽ sử dụng một trong những thuốc sau để cấp cứu : Adrenalin 1%1mg/ 1ml, Aminophyllin4,8%/5ml, Aminodaron 200mg, Digoxin 0,5mg/2ml, Dopamin 200mg/5ml, Dobutamine 250mg/5ml, Furosemide 20mg/2ml,Labetalol5mg/ml,Lidocaine 2%(không có epinephrine), Naloxon 0,4mg/ml, Nicardipine 10mg/10ml, Ephedrine 10mg/1ml, Sugammadex 100mg/2ml.

KHOA CẤP CỨU

1. PHÁC ĐỒ CẤP CỨU CHẤN THƯƠNG

1. CẤP CỨU CHẢY MÁU:

1.1 Nhẹ:

- Băng ép.
- Cầm máu tại chỗ.
- Khâu vết thương.

1.2 Nặng:

- Chèn mèche trong miệng cắn chặt.
- Nhét mèche chặt vào vết thương, băng ép.
- Xử trí tại phòng mổ nếu chảy máu nhiều không cầm máu tại chỗ được.
- Buộc động mạch cảnh ngoài và xử trí tại chỗ.

2. CẤP CỨU NGẠT THỞ:

- Thở Oxygen.
- Kiểm tra, hút hết đàm nhớt, cục máu trong miệng.
- Cho nằm nghiêng hoặc cao đầu.
- Nếu có dấu hiệu khó thở thanh quản cấp 3: mở khí quản hoặc đặt nội khí quản.

3. CẤP CỨU GÃY XƯƠNG HÀM:

- Nếu trong miệng còn chảy máu: cho cắn gạc sau đó mới khám kỹ.
- Nếu gãy răng: lấy bỏ răng gãy.
- Nếu gãy hàm: cố định các răng bằng nẹp và dây kẽm.
- Băng cố định cằm đầu.
- Nếu rách phần mềm ít có thể sát trùng, gây tê cắt lọc khâu phục hồi vết thương, vết thương lớn làm tại phòng mổ.
- Nếu huyết áp tối đa < 90 mmHg, bệnh nhân chưa ổn định toàn thân thì hồi sức, truyền dịch, truyền máu nếu cần. Theo dõi, cho thuốc giảm đau. Khi toàn thân ổn định mới xử trí tại phòng mổ.
- Nếu có dấu hiệu chấn thương sọ não thì chuyển viện.

2. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SỐC PHẢN VỆ 2018

❖ CHẨN ĐOÁN PHẢN VỆ:

1. Triệu chứng gợi ý

Nghĩ đến phản vệ khi xuất hiện ít nhất một trong các triệu chứng sau:

- a) Mày đay, phù mạch nhanh.
- b) Khó thở, tức ngực, thở rít.
- c) Đau bụng hoặc nôn.
- d) Tụt huyết áp hoặc ngất.
- e) Rối loạn ý thức.

2. Các bệnh cảnh lâm sàng:

— **Bệnh cảnh lâm sàng 1:** Các triệu chứng xuất hiện trong vài giây đến vài giờ ở da, niêm mạc (mày đay, phù mạch, ngứa...) và có ít nhất 1 trong 2 triệu chứng sau:

- a) Các triệu chứng hô hấp (khó thở, thở rít, ran rít).
- b) Tụt huyết áp (HA) hay các hậu quả của tụt HA (rối loạn ý thức, đại tiện, tiểu tiện không tự chủ...).

— **Bệnh cảnh lâm sàng 2:** ít nhất 2 trong 4 triệu chứng sau xuất hiện trong vài giây đến vài giờ sau khi người bệnh tiếp xúc với yếu tố nghi ngờ:

- a) Biểu hiện ở da, niêm mạc: mày đay, phù mạch, ngứa.
- b) Các triệu chứng hô hấp (khó thở, thở rít, ran rít).
- c) Tụt huyết áp hoặc các hậu quả của tụt huyết áp (rối loạn ý thức, đại tiện, tiểu tiện không tự chủ...).
- d) Các triệu chứng tiêu hóa (nôn, đau bụng...).

— **Bệnh cảnh lâm sàng 3:** Tụt huyết áp xuất hiện trong vài giây đến vài giờ sau khi tiếp xúc với yếu tố nghi ngờ mà người bệnh đã từng bị dị ứng:

- a) Trẻ em: giảm ít nhất 30% huyết áp tâm thu (HA tối đa) hoặc tụt huyết áp tâm thu so với tuổi (huyết áp tâm thu < 70mmHg).
- b) Người lớn: Huyết áp tâm thu < 90mmHg hoặc giảm 30% giá trị huyết áp tâm thu nền.

3. Chẩn đoán phân biệt:

- a) Các trường hợp sốc: sốc tim, sốc giảm thể tích, sốc nhiễm khuẩn.
- b) Tai biến mạch máu não.
- c) Các nguyên nhân đường hô hấp: COPD, cơn hen phế quản, khó thở thanh quản (do dị vật, viêm).
- d) Các bệnh lý ở da: mày đay, phù mạch.
- e) Các bệnh lý nội tiết: cơn bão giáp trạng, hội chứng carcinoïd, hạ đường máu.
- f) Các ngộ độc: rượu, opiat, histamin.

❖ II CÁC MỨC ĐỘ SỐC PHẢN VỆ

❖ Phản vệ được phân thành 4 mức độ như sau:

(lưu ý mức độ phản vệ có thể nặng lên rất nhanh và không theo tuần tự)

1. Nhẹ (độ I): Chỉ có các triệu chứng da, tổ chức dưới da và niêm mạc như mày đay, ngứa, phù mạch.

2. Nặng (độ II): có từ 2 biểu hiện ở nhiều cơ quan

- a) Mày đay, phù mạch xuất hiện nhanh.

b) Khó thở nhanh nông, tức ngực, khàn tiếng, chảy nước mũi.

c) Đau bụng, nôn, ỉa chảy.

d) Huyết áp chưa tụt hoặc tăng, nhịp tim nhanh hoặc loạn nhịp.

3. Nguy kịch (độ III): biểu hiện ở nhiều cơ quan với mức độ nặng hơn như sau:

a) Đường thở: tiếng rít thanh quản, phù thanh quản.

b) Thở: thở nhanh, khô khè, tím tái, rối loạn nhịp thở.

c) Rối loạn ý thức: vật vã, hôn mê, co giật, rối loạn cơ tròn.

d) Tuần hoàn: sốc, mạch nhanh nhỏ, tụt huyết áp.

4. Ngừng tuần hoàn (độ IV): Biểu hiện ngừng hô hấp, ngừng tuần hoàn.

❖ III. XỬ TRÍ SỐC PHẢN VỆ

❖ 1. Nguyên tắc chung

a) Tất cả trường hợp phản vệ phải được phát hiện sớm, xử trí khẩn cấp, kịp thời ngay tại chỗ và theo dõi liên tục ít nhất trong vòng 24 giờ.

b) Bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh viên, kỹ thuật viên, nhân viên y tế khác phải xử trí ban đầu cấp cứu phản vệ.

c) Adrenalin là thuốc thiết yếu, quan trọng hàng đầu cứu sống người bệnh bị phản vệ, phải được tiêm bắp ngay khi chẩn đoán phản vệ từ độ II trở lên..

2. Xử trí phản vệ nhẹ (độ I): dị ứng nhưng có thể chuyển thành nặng hoặc nguy kịch

a) Sử dụng thuốc methylprednisolon hoặc diphenhydramin uống hoặc tiêm tùy tình trạng người bệnh.

b) Tiếp tục theo dõi ít nhất 24 giờ để xử trí kịp thời.

3. Phác đồ xử trí cấp cứu phản vệ mức nặng và nguy kịch (độ III, IIII)

Phản vệ độ II có thể nhanh chóng chuyển sang độ III, độ IV. Vì vậy, phải khẩn trương, xử trí đồng thời theo diễn biến bệnh:

a) Ngừng ngay tiếp xúc với thuốc hoặc dị nguyên (nếu có).

b) Tiêm hoặc truyền adrenalin

c) Cho người bệnh nằm tại chỗ, đầu thấp, nghiêng trái nếu có nôn.

d) Thở ô xy: người lớn 6-10l/phút, trẻ em 2-4l/phút qua mặt nạ hở.

e) Đánh giá tình trạng hô hấp, tuần hoàn, ý thức và các biểu hiện ở da, niêm mạc của người bệnh.

f) Ép tim ngoài lồng ngực và bóp bóng (nếu ngừng hô hấp, tuần hoàn).

g) Đặt nội khí quản hoặc mở khí quản cấp cứu (nếu khó thở thanh quản).

h) Thiết lập đường truyền adrenalin tĩnh mạch với dây truyền thông thường nhưng kim tiêm to (cỡ 14 hoặc 16G) hoặc đặt catheter tĩnh mạch và một đường truyền tĩnh mạch thứ hai để truyền dịch nhanh (theo mục IV dưới đây).

i) Hội ý với các đồng nghiệp, tập trung xử lý, báo cáo cấp trên, hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa cấp cứu, hồi sức và/hoặc chuyên khoa dị ứng (nếu có).

IV. Phác đồ sử dụng adrenalin và truyền dịch

Mục tiêu: nâng và duy trì ổn định HA tối đa của người lớn lên > 90mmHg, trẻ em > 70mmHg và không còn các dấu hiệu về hô hấp như thở rít, khó thở; dấu hiệu về tiêu hóa như nôn mửa, ỉa chảy.

1. Thuốc adrenalin 1mg = 1ml = 1 ống, tiêm bắp:

a) Trẻ sơ sinh hoặc trẻ < 10kg: 0,2ml (tương đương 1/5 ống).

b) Trẻ khoảng 10 kg: 0,25ml (tương đương 1/4 ống).

- c) Trẻ khoảng 20 kg: 0,3ml (tương đương 1/3 ống).
- d) Trẻ > 30kg: 0,5ml (tương đương 1/2 ống).
- e) Người lớn: 0,5-1 ml (tương đương 1/2-1 ống).
- 2. Theo dõi huyết áp 3-5 phút/lần.
- 3. Tiêm nhắc lại adrenalin liều như khoản 1 mục IV 3-5 phút lần cho đến khi huyết áp và mạch ổn định.
- 4. Nếu mạch không bắt được và huyết áp không đo được, các dấu hiệu hô hấp và tiêu hóa nặng lên sau 2-3 lần tiêm bắp như khoản 1 mục IV hoặc có nguy cơ ngừng tuần hoàn phải:
 - a) Nếu chưa có đường truyền tĩnh mạch: Tiêm tĩnh mạch chậm dung dịch adrenalin 1/10.000 (1 ống adrenalin 1 mg pha với 9ml nước cất = pha loãng 1/10). Liều adrenalin tiêm tĩnh mạch chậm trong cấp cứu phản vệ chỉ bằng 1/10 liều adrenalin tiêm tĩnh mạch trong cấp cứu ngừng tuần hoàn. Liều dùng:
 - Người lớn: 0,5-1 ml (dung dịch pha loãng 1/10.000=50-100mcg) tiêm trong 1 -3 phút, sau 3 phút có thể tiêm tiếp lần 2 hoặc lần 3 nếu mạch và huyết áp chưa lên. Chuyển ngay sang truyền tĩnh mạch liên tục khi đã thiết lập được đường truyền.
 - Trẻ em: Không áp dụng tiêm tĩnh mạch chậm.
 - b) Nếu đã có đường truyền tĩnh mạch, truyền tĩnh mạch liên tục adrenalin (pha adrenalin với dung dịch natriclorid 0,9%) cho người bệnh kém đáp ứng với adrenalin tiêm bắp và đã được truyền đủ dịch. Bắt đầu bằng liều 0,1 µg/kg/phút, cứ 3-5 phút điều chỉnh liều adrenalin tùy theo đáp ứng của người bệnh.
 - c) Đồng thời với việc dùng adrenalin truyền tĩnh mạch liên tục, truyền nhanh dung dịch natriclorid 0,9% 1.000ml-2.000ml ở người lớn, 10-20ml/kg trong 10- 20 phút ở trẻ em có thể nhắc lại nếu cần thiết.
- 5. Khi đã có đường truyền tĩnh mạch adrenalin với liều duy trì huyết áp ổn định thì có thể theo dõi mạch và huyết áp 1 giờ/lần đến 24 giờ.

❖ V. Xử trí tiếp theo

- 1. Hỗ trợ hô hấp, tuần hoàn: Tùy mức độ suy tuần hoàn, hô hấp có thể sử dụng một hoặc các biện pháp sau đây:
 - a) Thở oxy qua mặt nạ: 6-10 lít/phút cho người lớn, 2-4 lít/phút ở trẻ em,
 - b) Bóp bóng AMBU có oxy,
 - c) Đặt ống nội khí quản thông khí nhân tạo có ô xy nếu thở rít tăng lên không đáp ứng với adrenalin,
 - d) Mở khí quản nếu có phù thanh môn-hạ họng không đặt được nội khí quản,
 - đ) Truyền tĩnh mạch chậm: aminophyllin 1mg/kg/giờ hoặc salbutamol 0,1 µg/kg/phút hoặc terbutalin 0,1µg/kg/phút (tốt nhất là qua bơm tiêm điện hoặc máy truyền dịch),
 - e) Có thể thay thế aminophyllin bằng salbutamol 5mg khí dung qua mặt nạ hoặc xịt họng salbutamol 100µg người lớn 2-4 nhát/lần, trẻ em 2 nhát/lần, 4-6 lần trong ngày.
- 2. Nếu không nâng được huyết áp theo mục tiêu sau khi đã truyền đủ dịch và adrenalin, có thể truyền thêm dung dịch keo (huyết tương, albumin hoặc bất kỳ dung

dịch cao phân tử nào sẵn có).

3. Thuốc khác:

- Methylprednisolon 1-2mg/kg ở người lớn, tối đa 50mg ở trẻ em hoặc hydrocortison 200mg ở người lớn, tối đa 100mg ở trẻ em, tiêm tĩnh mạch (có thể tiêm bắp ở tuyến cơ sở).
- Kháng histamin H1 như diphenhydramin tiêm bắp hoặc tĩnh mạch: người lớn 25-50mg và trẻ em 10-25mg.
- Kháng histamin H2 như ranitidin: ở người lớn 50mg, ở trẻ em 1mg/kg pha trong 20ml Dextrose 5% tiêm tĩnh mạch trong 5 phút.
- Glucagon: sử dụng trong các trường hợp tụt huyết áp và nhịp chậm không đáp ứng với adrenalin. Liều dùng: người lớn 1-5mg tiêm tĩnh mạch trong 5 phút, trẻ em 20-30mcg/kg, tối đa 1mg, sau đó duy trì truyền tĩnh mạch 5-15mcg/phút tùy theo đáp ứng lâm sàng. Bảo đảm đường thở tốt vì glucagon thường gây nôn.
- Có thể phối hợp thêm các thuốc vận mạch khác: dopamin, dobutamin, noradrenalin truyền tĩnh mạch khi người bệnh có sốc nặng đã được truyền đủ dịch và adrenalin mà huyết áp không lên.

❖ VI. Theo dõi

- ❖ 1. Trong giai đoạn cấp: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO2 và tri giác 3-5 phút/lần cho đến khi ổn định.
- 2. Trong giai đoạn ổn định: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO2 và tri giác mỗi 1-2 giờ trong ít nhất 24 giờ tiếp theo.
- 3. Tất cả các người bệnh phản vệ cần được theo dõi ở cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đến ít nhất 24 giờ sau khi huyết áp đã ổn định và đề phòng phản vệ pha 2.
- 4. Ngừng cấp cứu: nếu sau khi cấp cứu ngừng tuần hoàn tích cực không kết quả./.

❖ HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ PHẢN VỆ TRONG MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP ĐẶC BIỆT

(Ban hành kèm theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Phản vệ trên đối tượng sử dụng thuốc đặc biệt

1. Phản vệ trên người đang dùng thuốc chẹn thụ thể Beta:

- a) Đáp ứng của người bệnh này với adrenalin thường kém, làm tăng nguy cơ tử vong.
- b) Điều trị: về cơ bản giống như phác đồ chung xử trí phản vệ, cần theo dõi sát huyết áp, truyền tĩnh mạch adrenalin và có thể truyền thêm các thuốc vận mạch khác.
- c) Thuốc giãn phế quản: nếu thuốc cường beta 2 đáp ứng kém, nên dùng thêm kháng cholinergic: ipratropium (0,5mg khí dung hoặc 2 nhát đường xịt).
- d) Xem xét dùng glucagon khi không có đáp ứng với adrenalin.

2. Phản vệ trong khi gây mê, gây tê phẫu thuật:

- a) Những trường hợp này thường khó chẩn đoán phản vệ vì người bệnh đã được gây mê, an thần, các biểu hiện ngoài da có thể không xuất hiện nên không đánh giá được các dấu hiệu chủ quan, cần đánh giá kỹ triệu chứng trong khi gây mê, gây tê phẫu thuật như huyết áp tụt, nồng độ oxy máu giảm, mạch nhanh, biến đổi trên monitor theo dõi, ran rít mới xuất hiện.
- b) Ngay khi nghi ngờ phản vệ, có thể lấy máu định lượng tryptase tại thời điểm chẩn đoán và mức tryptase nền của bệnh nhân.
- c) Chú ý khai thác kỹ tiền sử dị ứng trước khi tiến hành gây mê, gây tê phẫu thuật để có biện pháp phòng tránh.
- d) Lưu ý: một số thuốc gây tê là những hoạt chất ưa mỡ (lipophilic) có độc tính cao khi vào cơ thể gây nên một tình trạng ngộ độc nặng giống như phản vệ có thể tử vong trong vài phút, cần phải điều trị cấp cứu bằng thuốc kháng độc (nhũ dịch lipid) kết hợp với adrenalin vì không thể biết được ngay cơ chế phản ứng là nguyên nhân ngộ độc hay dị ứng.
- đ) Dùng thuốc kháng độc là nhũ dịch lipid tiêm tĩnh mạch như Lipofundin 20%, Intralipid 20% tiêm nhanh tĩnh mạch, có tác dụng trung hòa độc chất do thuốc gây tê tan trong mỡ vào tuần hoàn. Liều lượng như sau:
 - Người lớn: tổng liều 10ml/kg, trong đó bolus 100ml, tiếp theo truyền tĩnh mạch 0,2-0,5ml/kg/phút.
 - Trẻ em: tổng liều 10ml/kg, trong đó bolus 2ml/kg, tiếp theo truyền tĩnh mạch 0,2-0,5ml/kg/phút.

Trường hợp nặng, nguy kịch có thể tiêm 2 lần bolus cách nhau vài phút.

3. Phản vệ với thuốc cản quang:

- a) Phản vệ với thuốc cản quang xảy ra chủ yếu theo cơ chế không dị ứng.
- b) Khuyến cáo sử dụng thuốc cản quang có áp lực thẩm thấu thấp và không ion hóa (tỷ lệ phản vệ thấp hơn).

II. Các trường hợp đặc biệt khác

1. Phản vệ do gắng sức

- a) Là dạng phản vệ xuất hiện sau hoạt động gắng sức.
- b) Triệu chứng điển hình: bệnh nhân cảm thấy mệt mỏi, kiệt sức, nóng bừng, đỏ da, ngứa, mề đay, có thể phù mạch, khô khè, tắc nghẽn đường hô hấp trên, trụy mạch. Một số bệnh nhân thường chỉ xuất hiện triệu chứng khi gắng sức có kèm thêm các yếu tố đồng kích thích khác như: thức ăn, thuốc chống viêm giảm đau không steroid, rượu, phấn hoa.
- c) Người bệnh phải ngừng vận động ngay khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên. Người bệnh nên mang theo người hộp thuốc cấp cứu phản vệ hoặc bơm tiêm adrenalin định liều chuẩn (EpiPen, AnaPen...). Điều trị theo Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư này.
- d) Gửi khám chuyên khoa Dị ứng-miễn dịch lâm sàng sàng lọc nguyên nhân.

2. Phản vệ vô căn

- a. Phản vệ vô căn được chẩn đoán khi xuất hiện các triệu chứng phản vệ mà không xác định được nguyên nhân.
- b. Điều trị theo Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư này.
- c. Điều trị dự phòng: được chỉ định cho các bệnh nhân thường xuyên xuất hiện các đợt phản vệ (> 6 lần/năm hoặc > 2 lần/2 tháng).
- d. Điều trị dự phòng theo phác đồ:
 - Prednisolon 60-100mg/ngày x 1 tuần, sau đó
 - Prednisolon 60mg/cách ngày X 3 tuần, sau đó
 - Giảm dần liều prednisolon trong vòng 2 tháng
 - Kháng H1: cetirizin 10mg/ngày, loratadin 10mg/ngày..../.

HỘP THUỐC CẤP CỨU PHẢN VỆ VÀ TRANG THIẾT BỊ Y TẾ

(Ban hành kèm theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

STT	Nội dung	Đơn vị	Số lượng
1	Phác đồ, sơ đồ xử trí cấp cứu phản vệ (Phụ lục III, Phụ lục X)	bản	01
2	Bơm kim tiêm vô khuẩn		
	– Loại 10ml	cái	02
	– Loại 5ml	cái	02
	– Loại 1ml	cái	02
	– Kim tiêm 14-16G	cái	02
3	Bông tiệt trùng tẩm cồn	gói/hộp	01
4	Dây garo	cái	02
5	Adrenalin 1mg/1ml	ống	05
6	Methylprednisolon 40mg	Lọ	02
7	Diphenhydramin 10mg	ống	05
8	Nước cất 10ml	ống	03

3. KHÓ THỞ CẤP

Có 2 loại khó thở do chấn thương:

- *Khó thở do tắc nghẽn khí đạo trên.*
- *Khó thở do thanh quản phù nề chèn ép.*

1. TRIỆU CHỨNG:

- Khó thở do nghẹt khí đạo trên do máu cục, đàm nhớt, dị vật như: mảnh xương, mảnh răng, đất cát từ ngoài vào trong miệng và bít hai lỗ mũi, tụt lưỡi.
- Khó thở thanh quản do phù nề chèn ép, do sang chấn trực tiếp vào khí quản hoặc chảy máu bên trong lan rộng gây chèn ép phù nề.
- Trường hợp nặng thể hiện khó thở thanh quản cấp độ III:
 - Tăng nhịp thở > 25 lần/phút.
 - Tiếng thở rít lên (người khác có thể nghe thấy).
 - Hít sâu làm phập phồng cánh mũi, nhìn thấy lõm xương đòn, xương ức và co kéo cơ liên sườn.

2. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ:

- Đối với khó thở do nghẹt khí đạo trên: lấy hết dị vật và hút sạch miệng mũi, kiểm tra tình trạng tụt lưỡi rồi cho bệnh nhân nằm nghiêng.
- Đối với khó thở cấp III cần làm ngay:
 - Nếu có thể cắm một kim lớn qua mang giáp nhỡn, thổi hỗ trợ trong khi chờ làm tiếp ở mục sau.
 - Đặt ngay ống nội khí quản.
 - Mở khí quản: mở vào sụn nhỡn và tùy tình trạng bệnh nhân lúc đó.

3. THUỐC DÙNG: Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.

- Thuốc kháng sinh: có thể dùng các loại kháng sinh phổ rộng như:
 - **Nhóm Cefalosporin:**
 - **Cefotaxim 1g:**
 - Liều thường dùng cho người lớn: 1 – 2 g/ngày chia làm 2 lần tiêm bắp, tiêm mạch.
 - Liều thường dùng cho trẻ em: 100 – 150 mg/kg/ngày chia làm 2 – 4 lần tiêm bắp, tiêm mạch.
 - Với trẻ sơ sinh: Liều dùng 50 mg/kg/ngày chia làm 2 – 4 lần tiêm bắp, tiêm mạch.
 - **Nhóm Lincosamid:**
 - **Clindamicine 600 mg:**

- Người lớn: 1,2 – 2,4g/ngày, chia làm 2 – 4 lần tiêm. Tối đa 4,8g/ngày và không nên tiêm bắp quá 600 mg một lần.
- Trẻ em lớn hơn 1 tháng: 20 – 40 mg/kg/ngày, chia 3 – 4 lần tiêm.
- Trẻ sơ sinh nhỏ hơn 1 tháng tuổi: 15 – 20 mg/kg/ngày, chia làm 3 – 4 lần tiêm.
- Thuốc chống phù nề: dùng các loại thuốc tác dụng nhanh và mạnh như:
 - **Methylprednisolone 40mg:**
 - Liều thường dùng cho người lớn: 1 lọ / 24 giờ - tiêm mạch/tiêm bắp.
 - Trẻ em: 1-2mg/kg/ngày/tiêm mạch/tiêm bắp.
- Truyền dịch hồi sức.
- Theo dõi và thay băng theo qui định mở khí quản.
- Thay băng mỗi ngày hoặc khi dơ.
- Hút đàm nhớt mỗi 15 - 30 phút nếu dịch tiết nhiều.

4. PHÁC ĐỒ CẤP CỨU HẠ ĐƯỜNG HUYẾT

1. ĐỊNH NGHĨA:

- Hạ đường huyết là tình trạng cấp cứu nếu được phát hiện sớm và điều trị kịp thời sẽ mang lại kết quả tốt.
- Bình thường đường huyết lúc đói: 3,9 – 6,2 mM/l (70 – 110 mg%).

2. NGUYÊN NHÂN:

- BN tiểu đường:
 - Dùng thuốc insulin do quá liều hoặc ăn ít mà vẫn tiêm insulin
 - Quá liều thuốc viên hạ đường huyết
- BN không bị tiểu đường: Thường có nguy cơ hoặc yếu tố thuận lợi
 - Nhịn ăn kéo dài trước và sau phẫu thuật
 - Suy gan nặng, nhiễm trùng nặng
 - Hạ thân nhiệt

3. CHẨN ĐOÁN:

- Hạ đường huyết mức độ nhẹ:
 - BN tỉnh, run tay, cồn cào
 - Hoa mắt, vã mồ hôi
 - Xét nghiệm máu: glucose 3,3 – 3,6 mM/l
- Hạ đường huyết mức độ trung bình:
 - Nhìn mờ, lơ mơ
 - Xét nghiệm máu: glucose 2,8 – 3,3 mM/l
- Hạ đường huyết mức độ nặng:
 - Mặt hoảng hốt, co giật, hôn mê
 - Xét nghiệm máu: glucose thường dưới 2,8 mM/l

4. ĐIỀU TRỊ:

- Ngưng thuốc liên quan đến hạ đường huyết.
- Xét nghiệm đường huyết mao mạch và tĩnh mạch

4.1 BN TỈNH: (mức độ nhẹ và trung bình)

- Cho uống nước đường hoặc thức uống có chứa đường.
- Sau đó cho bệnh nhân nghỉ ngơi.

4.2 BN HÔN MÊ: (mức độ nặng)

- Tiêm TMC 50ml Glucoza ưu trương 20% hoặc 30%
- Đặt đường truyền TM: Glucoza 10% hoặc 5% duy trì
- Mức đường huyết $\geq 5,5$ mM/l (100mg%)

- Theo dõi đường huyết trong 24h – 72h tùy vào loại thuốc tiểu đường bệnh nhân đang dùng

5. PHÒNG BỆNH:

- Hướng dẫn BN và thân nhân BN điều trị triệu chứng
- Tuân thủ chế độ điều trị các triệu chứng
- Cách phát hiện và xử trí sớm hạ đường huyết tại gia đình

5. PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ CƠN TĂNG HUYẾT ÁP

1. ĐỊNH NGHĨA:

Cơn tăng huyết áp (HA) là tình trạng tăng vọt mới xảy ra với HA tâm trương $>120\text{mmHg}$

2. MỤC ĐÍCH ĐIỀU TRỊ:

Mau chóng hạ HA về tình trạng trước – mà không quá thấp

HA trung bình > 10 . Cách tính: $\text{HA trung bình} = 2 \text{ HA tối thiểu} + \text{HA tối đa} / 3$ hoặc $= \text{tối thiểu} + [(\text{tối đa} - \text{tối thiểu}) / 3]$

Nếu có kèm dấu hiệu thần kinh $\rightarrow$ bệnh não do CHA

3. TRIỆU CHỨNG:

Cơ năng: chóng mặt, đau đầu, mệt

Đo HA: HA tối thiểu $> 120\text{mmHg}$ hoặc tối đa thêm $30-40\text{mmHg}$

(thình thoảng thay đổi $\geq 160/100\text{mmHg}$)

Nên đo HA 2 tay- nếu chênh $> 15\text{mmHg}$ $\rightarrow$ có thể có phình tắc ĐMC hoặc thân ĐM cánh tay

Có thể kèm triệu chứng TK: đau đầu, buồn nôn, nôn..., dấu TK khu trú: lơ mơ

Có thể kèm triệu chứng tim mạch: đau ngực, loạn nhịp...

4. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH:

- HA tâm trương đột ngột tăng $\geq 120\text{mmHg}$ hoặc tâm thu thêm $30-40\text{mmHg}$ kèm 1 trong 3 triệu chứng sau:
 - ✓ Phù gai thị xuất huyết võng mạc
 - ✓ Có triệu chứng TK hoặc tim mạch

5. XỬ TRÍ $\ominus$:

5.1 Nguyên tắc:

- Hạ HA trong giờ đầu
- Dùng thuốc tác dụng nhanh nhưng ngăn có thể điều khiển. VD: Nicardipin(TTM), Natri nitro prussiat
- HA trung bình $\geq 10\text{mmHg}$

5.2 Phác đồ điều trị:

- Khởi đầu bằng thuốc ức chế men chuyển + lợi tiểu (Captopril, Enalapril, Furosemid)
- Captopril 25mg 01v ngâm dưới lưỡi + Furosemid 20mg 01 ống TM

Hoặc:

-Adalat(Nifedipine) $5-10\text{mg}$ ngâm dưới

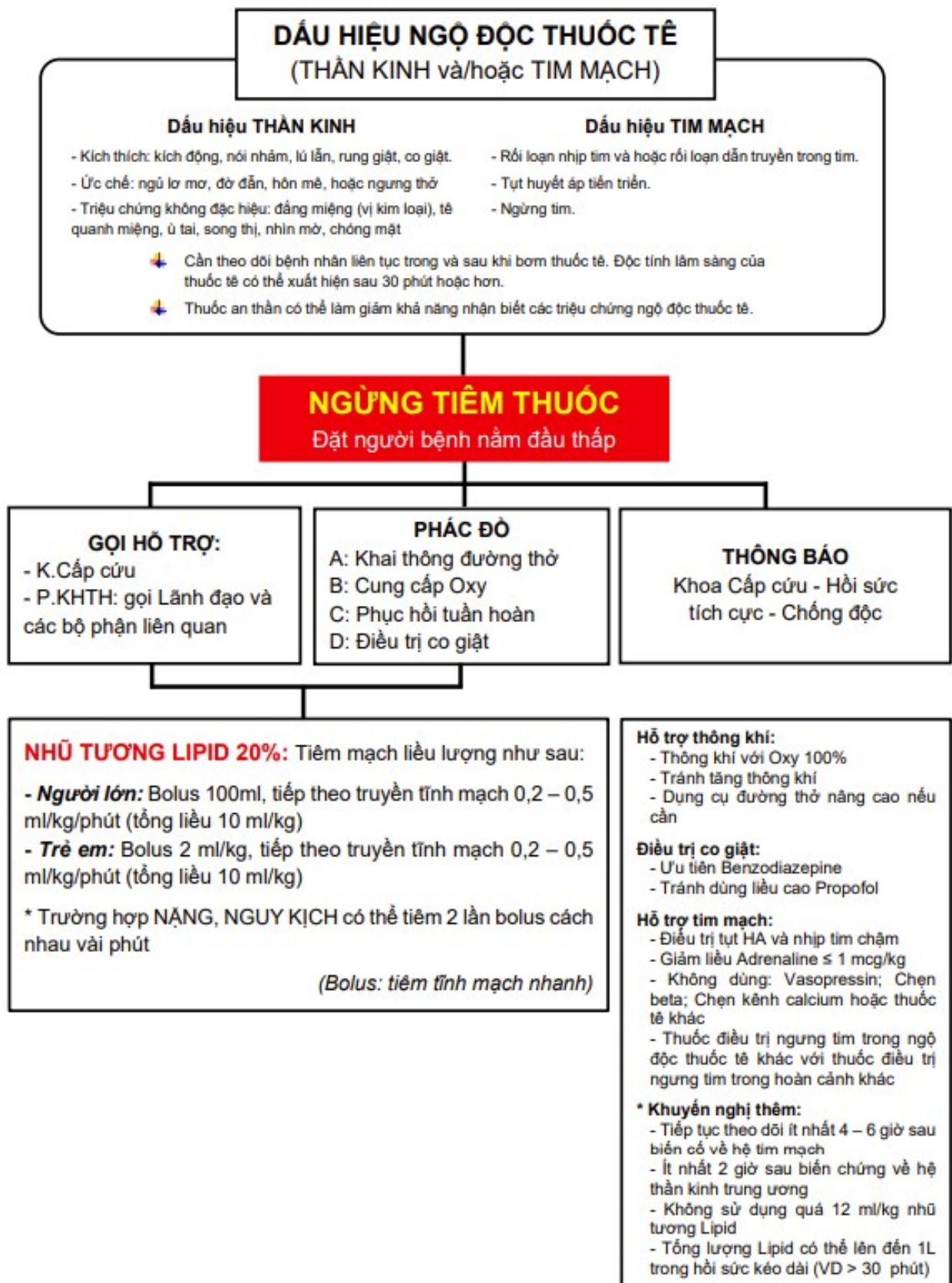
Nếu còn cao: lặp lại Adalat, Furosemid

Nếu không ổn định được HA:

Trandate (Labetolol) 100mg/20ml(pha thêm Glucose 5% 180ml) TTM:
2ml/phút # 1mg/phút)
theo dõi M,HA/ 15 phút sau mỗi lần dùng thuốc

- ❖ Nếu qua giờ đầu HA ổn định, cho BN về khám và điều trị theo tuyến chuyên khoa
- ❖ Nếu HA không ổn định và xuất hiện triệu chứng TK khu trú, xử trí:
 - Furosemid 20mg 1 ống (TMC)
 - Manitol 20% 250ml truyền TM 30 phút (từ CVX giọt/phút)
- ❖ chuyển BN điều trị cấp cứu theo chuyên khoa nội TK khi thể trạng ổn định

6. PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ CẤP CỨU NGỘ ĐỘC THUỐC TÊ



KHOA PHẪU THUẬT HÀM MẶT

1. CHẤN THƯƠNG VÙNG HÀM MẶT

1. CHẤN THƯƠNG PHẦN MỀM:

1.1. Chẩn đoán:

- Dựa trên các hình thái của vết thương:
 - Vết thương đụng đập (có hoặc không có tụ máu).
 - Vết thương xây sát.
 - Vết thương xuyên.
 - Vết thương thiếu hồng.

1.2. Phác đồ điều trị:

- Tùy mức độ vết thương cho nhập viện hay ngoại trú:
 - Làm sạch vết thương. Cắt lọc vết thương.
 - Cầm máu.
 - Tách bóc.
 - Khâu đóng vết thương (dẫn lưu nếu cần).
 - Băng ép.
 - Chích SAT.
 - Nội khoa: Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.
 - **Kháng sinh:**
 - **Amoxicillin:**
 - Liều thường dùng cho người lớn: 500mg/ mỗi 8 giờ 1 lần (uống).
 - Trẻ em trên 12 tuổi: Dùng liều người lớn: 500mg/mỗi 8 giờ 1 lần (uống).
 - Trẻ em đến 10 tuổi: 125-250mg / mỗi 8 giờ 1 lần (uống).
 - Trẻ dưới 20kg thường dùng liều 20 – 40mg/ kg thể trọng/ ngày, chia làm 3 lần (uống).
 - **Cephalexin:**
 - Liều thường dùng cho người lớn: 500mg / mỗi 6 giờ 1 lần uống).
 - Trẻ em: Liều thường dùng 25 – 60mg/ kg thể trọng/ 24 giờ, chia thành 2 – 3 lần uống.
 - **Cefaclor 125mg (bột pha dung dịch):**
 - Liều thường dùng cho người lớn: 250mg/ mỗi 8 giờ.
 - Nhiễm khuẩn nặng dùng 500mg/ mỗi 8 giờ. Tối đa 4g/ ngày

- Trẻ em: Dùng 20 - 40 mg/kg thể trọng/24 giờ, chia làm 3 lần uống. Tối đa: 1 g/ ngày
- **Clindamycin:**
 - Liều thường dùng cho người lớn: 150 – 300mg, uống mỗi 6 giờ 1 lần. (Nên dùng liều 300mg, uống mỗi 6 giờ 1 lần).
 - Nhiễm khuẩn nặng: 450mg, uống mỗi 6 giờ 1 lần.
 - Đối với trẻ em:
 - + 3 – 6 mg/kg thể trọng, uống mỗi 6 giờ 1 lần.
 - + Trẻ em dưới 1 tuổi hoặc cân nặng dưới 10 kg: 3,75 mg, uống mỗi 8 giờ 1 lần.
- **Erythromycine:**
 - Liều thường dùng cho người lớn: 1 – 2g/ngày chia làm 2 – 4 lần uống. Khi nhiễm khuẩn nặng có thể tăng đến 4g/ngày, chia làm nhiều lần uống.
 - Liều thường dùng cho trẻ em: 30 – 50mg/ kg thể trọng/ngày chia làm 2 – 4 lần uống. Trong trường hợp nhiễm khuẩn nặng, liều có thể tăng lên gấp đôi.
 - Trẻ em từ 2 – 8 tuổi: Dùng liều 1g/ngày chia làm 2 – 4 lần uống.
 - Trẻ em dưới 2 tuổi: Dùng liều 500mg/ngày, chia làm 2 – 4 lần uống.
- **Cefotaxim (1g):**
 - Liều thường dùng cho người lớn: 1 – 2g/ngày chia làm 2 lần tiêm bắp, tiêm mạch.
 - Liều thường dùng cho trẻ em: 100 – 150 mg/kg/ngày chia làm 2 – 4 lần tiêm bắp, tiêm mạch.
 - Với trẻ sơ sinh: Liều dùng 50mg/kg/ngày chia làm 2 – 4 lần tiêm bắp, tiêm mạch.
- **Kháng viêm, giảm đau:**
 - **Paracetamol:**
 - Liều thường dùng cho người lớn: 500mg mỗi 4 – 6 giờ 1 lần uống.
 - Liều thường dùng cho trẻ em 10 – 15mg/kg thể trọng mỗi 4 – 6 giờ uống.
 - **Diclofenac 75mg:**
 - Liều thường dùng cho người lớn: 1 - 2 ống/ 24 giờ tiêm bắp. (nên dùng liều 1 ống × 2 lần/ngày, tổng liều tối đa 150mg/ngày).

- Tenoxicam: Liều thường dùng cho người lớn: 20mg/ 24 giờ tiêm bắp, tiêm mạch.
- **Methylprednisolone 40mg/ lọ:** Liều thường dùng cho người lớn: 1 lọ / 24 giờ - tiêm mạch/tiêm bắp.
- **Dexamethasone 0,5mg (viên nén):**
 - Liều thường dùng ở người lớn: Uống 0,75 - 9 mg/ngày, tùy theo bệnh và thường chia làm 2 - 4 liều.
 - Trẻ em: Uống 0,024 - 0,34 mg/kg/ngày, hoặc 0,66 - 10 mg/m²/ngày chia làm 4 liều.
- **Nâng cao thể trạng – bù điện giải – nước:**
 - **Pecaldex 10ml: Người lớn:** 1 ống (10ml)/ lần x 3 lần/ ngày. Trẻ em: 1 ống (5ml)/ lần x 2 lần/ ngày.
 - **Lactate Ringet 500ml/ chai:** 1 –2 chai/ 24 giờ TTM/XXX giọt/1’.
 - **Glucose 5 % 500ml/ chai:** 1 –2 chai/ 24 giờ–TTM/XXX giọt/ 1’.
 - **Vitamin C 1000mg sủi/ viên:** 1 viên / 24 giờ - uống.
 - **Hoặc Vitamin C 500mg/ ống:** 1 – 2 ống / 24 giờ - TM.

1.3. Theo dõi, chế độ chăm sóc và tái khám:

- Giữ vết thương khô và sạch.
- Thay băng, rửa vết thương mỗi ngày và tái khám sau 1 tuần.

1.4. Biến chứng và cách xử lý:

- Nhiễm trùng: thường xuyên xảy ra, điều trị bằng kháng sinh và rạch dẫn lưu nếu có tụ mủ.
- Tụ máu: Dẫn lưu máu tụ.

2. GẦY XƯƠNG Ỗ RĂNG:

2.1. Chẩn đoán:

2.1.1. Lâm sàng:

- Lung lay khối xương ổ răng.
- Sưng bầm hay rách lợi.
- Sai khớp cắn.

2.1.2. Cận lâm sàng: X- Quang: Panorex, quanh chóp, Occlusal.

2.2. Phác đồ điều trị:

- Xét nghiệm máu: công thức máu, TS, TC (có thể có TQ, TCK, định nhóm máu ABO, Rh (D), định lượng Glucose, Ure, đo độ hoạt AST, ALT, tổng phân tích nước tiểu (tùy theo cơ địa bệnh nhân mà có chỉ định cần thiết).
- Nắn chỉnh khối xương gãy về đúng vị trí.

- Cố định bằng cung hay chỉ kẽm.
- Cố định liên hàm nếu cần.
- Nội khoa: Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.
- **Kháng sinh:**
 - **Amoxicillin:**
 - Liều thường dùng cho người lớn: 500mg/mỗi 8 giờ 1 lần (uống).
 - Trẻ em trên 12 tuổi: Dùng liều người lớn: 500mg / mỗi 8 giờ 1 lần (uống).
 - Trẻ em đến 10 tuổi: 125-250mg/mỗi 8 giờ 1 lần (uống).
 - Trẻ dưới 20kg thường dùng liều 20 – 40mg/kg thể trọng/ngày, chia làm 3 lần (uống).
 - **Cephalexin:**
 - Liều thường dùng cho người lớn: 500mg / mỗi 6 giờ 1 lần uống).
 - Trẻ em: Liều thường dùng 25 – 60mg/ kg thể trọng/ 24 giờ, chia thành 2 – 3 lần uống.
- **Kháng viêm, giảm đau:**
 - **Paracetamol:**
 - Liều thường dùng cho người lớn: 500mg mỗi 4 – 6 giờ 1 lần uống.
 - Liều thường dùng cho trẻ em 10 – 15mg/kg thể trọng mỗi 4 – 6 giờ uống.
 - **Diclofenac 75mg:**
 - Liều thường dùng cho người lớn: 1 - 2 ống/ 24 giờ tiêm bắp.
 - Tái khám tùy theo mức độ cố định của khối xương gãy.
 - Chế độ ăn mềm, lỏng, nguội.
 - **Diclofenac 50mg viên uống:**
 - Liều thường dùng cho người lớn: 1 viên × 3 lần/ngày.
 - Tái khám tùy theo mức độ cố định của khối xương gãy.
 - Chế độ ăn mềm, lỏng, nguội.
 - **Diclofenac 75mg viên uống:**
 - Liều thường dùng cho người lớn: 1 viên × 2 lần/ngày.
 - Tái khám tùy theo mức độ cố định của khối xương gãy.
 - Chế độ ăn mềm, lỏng, nguội.
- **Nâng cao thể trạng – bù điện giải – nước:**

- **Pecaldex 10ml: Người lớn:** 1 ống (10ml)/ lần x 3 lần/ ngày.
Trẻ em: 1 ống (5ml)/ lần x 2 lần/ ngày.
- **Lactate Ringet 500ml/ chai:** 1 –2 chai/ 24 giờ TTM/XXX giọt/1’.
- **Glucose 5 % 500ml/ chai:** 1 –2 chai/ 24 giờ–TTM/XXX giọt/ 1’.
- **Vitamin C 1000mg sủi/ viên:** 1 viên / 24 giờ - uống.
- **Hoặc Vitamin C 500mg/ ống:** 1 – 2 ống / 24 giờ - TM.

3. GẤY XƯƠNG HÀM:

3.1. Gãy xương hàm kèm theo chấn thương sọ não hay các cơ quan khác (theo thứ tự ưu tiên xử trí): xử trí sơ cấp cứu ban đầu:

- Đảm bảo đường thở.
- Cầm máu.
- Nội khoa: kháng sinh, kháng viêm, giảm đau.
- Chuyển điều trị theo chuyên khoa.

3.2. Gãy xương hàm mặt đơn thuần:

3.2.1. Lâm sàng:

- Sưng nề, biến dạng.
- Đau chói khi ấn chẩn.
- Sai khớp cắn, há miệng hạn chế.
- Song thị.

3.2.2. Cận lâm sàng: X – Quang: Panorex, Face, Occlusal, Blondeau, Hirtz, sọ nghiêng, C.T Scan, C.T conebeam, ECG, X-Quang phổi.

3.3. Phác đồ điều trị:

- Xét nghiệm máu: Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, TS, TQ, TCK, nhóm máu ABO, Rh (D), định lượng Glucose, Ure, đo độ hoạt AST, ALT, tổng phân tích nước tiểu (tùy theo cơ địa bệnh nhân mà có chỉ định cần thiết).
- Phẫu thuật nắn chỉnh xương, kết hợp xương.
- Cố định liên hàm nếu cần.
- Nội khoa: Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.
- **Kháng sinh:**
 - **Amoxicillin:**
 - Liều thường dùng cho người lớn: 500mg / mỗi 8 giờ 1 lần (uống).
 - Trẻ em trên 12 tuổi: Dùng liều người lớn: 500mg / mỗi 8 giờ 1 lần (uống).
 - Trẻ em đến 10 tuổi: 125-250mg / mỗi 8 giờ 1 lần (uống).

- Trẻ dưới 20 kg thường dùng liều 20 – 40mg/ kg thể trọng/ ngày, chia làm 3 lần (uống).
- **Amoxicyline 500mg + clavulanate 125mg (viên nén):**
 - Liều thường dùng cho người lớn và trẻ em lớn hơn 40kg: 1 viên x 3 lần/ngày uống cách 8 giờ.
 - Trẻ em dưới 40kg: Liều dùng thông thường 20 mg/ kg/ ngày, chia làm 3 lần uống cách 8 giờ
 - (Trẻ trên 12 tuần tuổi: Liều dùng cho nhiễm khuẩn nhẹ: 25 mg/kg amoxicilin/ngày, chia 2 lần cách nhau 12 giờ hoặc 20 mg/kg amoxicilin/ngày, chia 3 lần cách nhau mỗi 8 giờ. Liều cho các nhiễm khuẩn nặng 45mg/kg amoxicilin/ngày, chia 2 lần cách nhau 12 giờ hoặc 40 mg/kg amoxicilin/ngày, chia 3 lần cách nhau mỗi 8 giờ.)
- **Amoxicyline 1000mg + clavulanate 200mg (bột pha tiêm):**
 - Người lớn và trẻ em trên 12 tuổi: Tiêm tĩnh mạch trực tiếp rất chậm hoặc tiêm truyền nhanh 1 g/lần, cứ 8 giờ tiêm 1 lần. Trường hợp nhiễm khuẩn nặng hơn, có thể hoặc tăng liều tiêm (cứ 6 giờ tiêm 1 lần) hoặc tăng liều lên tới 6 g/ngày. Không bao giờ vượt quá 200 mg acid clavulanic cho mỗi lần tiêm.
- **Cefaclor 125mg (bột pha dung dịch):**
 - Liều thường dùng cho người lớn: 250mg/ mỗi 8 giờ. Nhiễm khuẩn nặng dùng 500mg/ mỗi 8 giờ. Tối đa 4g/ ngày
 - Trẻ em: Dùng 20 - 40 mg/kg thể trọng/24 giờ, chia làm 3 lần uống. Tối đa: 1 g/ ngày
- **Cephalexin:**
 - Liều thường dùng cho người lớn: 500mg / mỗi 6 giờ 1 lần uống).
 - Trẻ em: Liều thường dùng 25 – 60mg/ kg thể trọng/ 24 giờ, chia thành 2 – 3 lần uống.
- **Clindamycin:**
 - Liều thường dùng cho người lớn: 150 – 300mg, uống mỗi 6 giờ 1 lần.
 - Nhiễm khuẩn nặng: 450mg, uống mỗi 6 giờ 1 lần.
 - Đối với trẻ em:
 - + 3– 6mg/kg thể trọng, uống mỗi 6 giờ 1 lần.

- + Trẻ em dưới 1 tuổi hoặc cân nặng dưới 10 kg: 3,75mg, uống mỗi 8 giờ 1 lần.
- + Uống 8-20 mg/kg/ngày dạng hydroclorid và dạng 8-25 mg/kg/ngày dạng Palmitat, chia 3-4 lần (liều tối thiểu của dạng palmitat là 37,5 mg × 3 lần/ngày).

- **Erythromycine:**

- Liều thường dùng cho người lớn: 1 – 2g/ngày chia làm 2 – 4 lần uống. Khi nhiễm khuẩn nặng có thể tăng đến 4g/ngày, chia làm nhiều lần uống.
- Liều thường dùng cho trẻ em: 30 – 50 mg/ kg thể trọng/ngày chia làm 2 – 4 lần uống. Trong trường hợp nhiễm khuẩn nặng, liều có thể tăng lên gấp đôi.
- Trẻ em từ 2 – 8 tuổi: Dùng liều 1g/ngày chia làm 2 – 4 lần uống.
- Trẻ em dưới 2 tuổi: Dùng liều 500 mg/ngày, chia làm 2 – 4 lần uống.

- **Cefotaxim (1g):**

- Liều thường dùng cho người lớn: 1 – 2g/ ngày chia làm 2 lần tiêm bắp, tiêm mạch.
- Liều thường dùng cho trẻ em: 100 – 150 mg/kg/ngày chia làm 2 – 4 lần tiêm bắp, tiêm mạch.
- Với trẻ sơ sinh: Liều dùng 50mg/kg/ngày chia làm 2 – 4 lần tiêm bắp, tiêm mạch.

- **Metronidazole 250mg (viên nén), 500mg (viên nén, dịch truyền):**

- Đối với điều trị nhiễm khuẩn kỵ khí:
 - + Người lớn: Uống 7,5mg/ kg (tối đa 1g), cách 6 giờ 1 lần
 - + Trẻ em: Uống 7,5 mg/ kg cách 8 giờ 1 lần
- Đối với phòng nhiễm khuẩn kỵ khí sau phẫu thuật:
 - + 20 - 30 mg/kg/ngày chia làm 3 lần. 10 - 15 mg/kg, tiêm truyền trong 30 - 60 phút, hoàn thành 1 giờ trước khi phẫu thuật, tiếp theo là 2 liều tiêm truyền tĩnh mạch 5 - 7,5 mg/kg vào lúc 6 và 12 giờ sau liều đầu tiên.

(Với hầu hết các nhiễm khuẩn kỵ khí, liều dùng khởi đầu là 800mg, sau đó là 400mg/lần, mỗi 8 giờ một lần. Hoặc dùng liều theo cân nặng: Uống 7,5mg/kg/lần, mỗi 6-8 giờ

một lần; Hoặc tiêm truyền tĩnh mạch 15mg/kg sau đó 7,5mg/kg/lần, mỗi 6 giờ truyền 1 lần. Tổng liều tối đa theo bất kỳ đường dùng nào cũng không nên vượt quá 4g trong 24 giờ. Đợt điều trị 7-10 ngày)

- **Imipenem 500 mg + cilastatin 500 mg (tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch):**

- Tiêm truyền tĩnh mạch:

- + Nhiễm khuẩn từ nhẹ đến vừa: 250 - 500 mg, cứ 6 - 8 giờ một lần (1 - 4 g mỗi ngày).
 - + Nhiễm khuẩn nặng với những vi khuẩn chỉ nhạy cảm mức độ vừa: 1 g cứ 6 - 8 giờ một lần.
 - + Liều tối đa hàng ngày 4 g hoặc 50 mg/kg thể trọng. Tiêm truyền liều 250 - 500 mg trong 20 - 30 phút

- Tiêm bắp:

- + Chỉ áp dụng với nhiễm khuẩn từ nhẹ đến vừa: 500 - 750 mg, cứ 12 giờ một lần. Tối đa 1,5g 1 ngày

- **Kháng viêm, giảm đau:**

- **Methylprednisolone 40mg:**

- Liều thường dùng cho người lớn : Tùy tình trạng bệnh có thể tiêm bắp hay truyền từ 40-120mg/ ngày

- **Dexamethasone 0,5mg (viên nén):**

- Liều thường dùng ở người lớn: Uống 0,75 - 9 mg/ngày, tùy theo bệnh và thường chia làm 2 - 4 liều.
 - Trẻ em: Uống 0,024 - 0,34 mg/kg/ngày, hoặc 0,66 - 10 mg/m²/ngày chia làm 4 liều.

- **Paracetamol:**

- Liều thường dùng cho người lớn: 500mg mỗi 4 – 6 giờ 1 lần uống.
 - Liều thường dùng cho trẻ em 10 – 15mg/kg thể trọng mỗi 4 – 6 giờ uống.

- **Diclofenac 75mg:**

- Liều thường dùng cho người lớn: 1 - 2 ổng/ 24 giờ tiêm bắp

- **Tenoxicam 20mg:**

- Liều thường dùng cho người lớn: 20mg/ 24 giờ tiêm bắp, tiêm mạch.

- **Nâng cao thể trạng – bù điện giải – nước:**

- **Pecaldex 10ml: Người lớn:** 1 ống (10ml)/ lần x 3 lần/ ngày.
Trẻ em: 1 ống (5ml)/ lần x 2 lần/ ngày.
- **Lactate Ringet 500ml/ chai:** 1 –2 chai/ 24 giờ TTM/XXX giọt/1’.
- **Glucose 5 % 500ml/ chai:** 1 –2 chai/ 24 giờ–TTM/XXX giọt/ 1’.
- **Vitamin C 1000mg sủi/ viên:** 1 viên / 24 giờ - uống.
- **Hoặc Vitamin C 500mg/ ống:** 1 – 2 ống / 24 giờ - TM.

- X – quang kiểm tra trước khi ra viện.

3.4. Theo dõi chế độ chăm sóc và tái khám:

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
- Giữ vết thương khô và sạch.
- Thay băng, rửa vết thương mỗi ngày.
- Tái khám tùy theo mức độ ổn định của khối xương gãy.
- Chế độ ăn mềm, lỏng, nguội.

3.5. Biến chứng và cách xử lý:

- Nhiễm trùng: thường hiếm xảy ra, điều trị bằng kháng sinh.
- Tổn thương thần kinh làm yếu liệt hoặc dị cảm môi, lưỡi: thường là tạm thời và mất đi sau 6 tháng.
- Há miệng hạn chế: hướng dẫn bệnh nhân tập há miệng.

VẬT LIỆU TIÊU HAO TRONG ĐIỀU TRỊ GẦY XƯƠNG TRONG ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG HÀM MẶT

STT	TÊN VẬT LIỆU	ĐƠN VỊ TÍNH	SỐ LƯỢNG
01	Kim nha	Cây	1 -> 2
02	Dao mổ số 15	Lưỡi	1 -> 2
03	Chỉ kềm cố định hàm	Cuộn	2 -> 4
04	Chỉ kềm kết hợp xương	Cuộn	>50
05	Cung cố định	Cây	1 -> 2
06	Nẹp vis	Lỗ	>3
07	Mũi khoan kết hợp xương	Mũi	1
08	Chỉ khâu	Sợi	>1

09	Thun kéo hàm	Bịch	1
----	--------------	------	---

2. VIÊM NHIỄM VÙNG HÀM MẶT

1. CHẨN ĐOÁN: Mô tả

1.1. Chẩn đoán sơ bộ:

1.1.1. Dấu hiệu lâm sàng:

- Vẻ mặt nhiễm trùng: mệt mỏi, hốc hác.
- Sưng nóng đỏ đau vùng mặt.
- Sốt cao, sưng đỏ đau lan tỏa vùng mặt.
- Lưỡi dơ, hôi.
- Há miệng hạn chế, nuốt đau, đôi khi khó thở.

1.1.2. Cận lâm sàng:

- Bạch cầu tăng cao.
- X quang: hình ảnh thấu quang quanh chóp răng (nếu nguyên nhân do răng). Panorex, CT cone beam. ECG, X-Quang phổi.
- Xét nghiệm máu: Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, TS, TQ, TCK, định nhóm máu ABO, Rh (D), định lượng Glucose, Ure, đo độ hoạt AST, ALT, tổng phân tích nước tiểu (tùy theo cơ địa bệnh nhân mà có chỉ định cần thiết).

1.2. Chẩn đoán xác định:

- Viêm nhiễm vùng hàm mặt do răng, do chấn thương.

2. ĐIỀU TRỊ:

2.1. Chỉ định: viêm nhiễm vùng hàm mặt.

2.2. Phác đồ điều trị:

- Loại bỏ nguyên nhân.
- Rửa tháo mủ + dẫn lưu -> kháng sinh đồ (nếu có dấu hiệu tụ mủ).

2.3. Thuốc: Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.

- Kháng sinh:

• Viêm nhiễm nhẹ:

○ Amoxicycline 500mg + clavulanate 125mg (viên nén):

- Liều thường dùng cho người lớn và trẻ em lớn hơn 40kg: 1 viên x 3 lần/ngày uống.
- Trẻ em dưới 40kg: Liều dùng thông thường 20 mg/ kg/ ngày, chia làm 3 lần uống.
- (Trẻ trên 12 tuần tuổi: Liều dùng cho nhiễm khuẩn nhẹ: 25 mg/kg amoxicilin/ngày, chia 2 lần cách nhau 12 giờ hoặc 20 mg/kg amoxicilin/ngày, chia 3 lần cách nhau mỗi 8 giờ. Liều cho các nhiễm khuẩn nặng 45mg/kg amoxicilin/ngày, chia 2 lần cách nhau 12 giờ hoặc 40

mg/kg amoxicilin/ngày, chia 3 lần cách nhau mỗi 8 giờ.)

- **Hoặc Clindamycin 150mg (viên nang):**
 - Liều thường dùng cho người lớn: 150 – 300mg, uống mỗi 6 giờ 1 lần.
 - Nhiễm khuẩn nặng: 450mg, uống mỗi 6 giờ 1 lần.
 - Uống 8-20 mg/kg/ngày dạng hydroclorid và dạng 8-25 mg/kg/ngày dạng Palmitat, chia 3-4 lần (liều tối thiểu của dạng palmitat là 37,5 mg × 3 lần/ngày).
- **Viêm nhiễm lan tỏa – nặng:**
 - **Gentamycin 80mg/2ml (dung dịch tiêm bắp):**
 - Liều thường dùng cho người lớn 3 mg/kg/ngày, chia làm 2 - 3 lần tiêm bắp.
 - Trẻ em: 3 mg/kg/ngày, chia làm 3 lần tiêm bắp (1 mg/kg cứ 8 giờ 1 lần).
 - **Cefotaxim 1g/1lọ:**
 - Trong trường hợp nhiễm trùng nặng, liều thường dùng cho người lớn từ 2 – 6 g chia làm 2 hoặc 3 lần, IV.
 - Trẻ em: Liều thường dùng 100 – 150 mg/kg/ngày, chia làm 2 đến 4 lần, IV (tiêm mạch). Trong trường hợp nhiễm trùng nặng, có thể tăng liều lên đến 200mg/kg/ngày.
 - **Clindamycin 600mg/ lọ - pha thêm 100ml Nacl 9% 01 lọ - 02 lọ / 24 giờ – TTM XX giọt / 1’ hoặc phối hợp thêm 01 loại kháng sinh gram (-)**
 - **Metronidazol 250mg/ viên: 2 viên/lần × 3 lần/ngày**
 - **Hoặc Metronidazol 500mg/ 100 ml/ chai: 1 - 2 chai/ 24 giờ / TTM / 20 phút. (tiêm truyền tĩnh mạch 15 mg/kg sau đó 7,5 mg/kg/lần, 6 giờ truyền một liều)**
 - **Imipenem 500 mg + cilastatin 500 mg (tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch):**
 - Tiêm truyền tĩnh mạch:
 - + Nhiễm khuẩn từ nhẹ đến vừa: 250 - 500 mg, cứ 6 - 8 giờ một lần (1 - 4 g mỗi ngày).
 - + Nhiễm khuẩn nặng với những vi khuẩn chỉ nhạy cảm mức độ vừa: 1 g cứ 6 - 8 giờ một lần.
 - + Liều tối đa hàng ngày 4 g hoặc 50 mg/kg thể trọng. Tiêm truyền liều 250 - 500 mg trong 20 - 30 phút

- **Tiêm bắp:**
 - + Chỉ áp dụng với nhiễm khuẩn từ nhẹ đến vừa: 500 - 750 mg, cứ 12 giờ một lần. Tối đa 1,5g 1 ngày
- **Kháng viêm:**
 - **Methyprednisolone 40 mg/ lọ:**
 - + Người lớn: 1 lọ -2 lọ/ngày–TM/TB.
 - + Trẻ em: 1-2mg/kg/ngày/TM/TB.]
- **Thuốc giảm đau:**
 - **Acetaminophen 500mg/ viên :**
 - + Người lớn: 1 viên x 3 viên (uống).
 - + Trẻ em: 10 - 15mg/ kg/ 4 – 6h, uống.
 - **Hoặc Acetaminophen + codein 530mg/ viên:**
 - + Người lớn: 1 viên x 3 lần (uống).
 - **Hoặc Diclofenac 75mg/ ống:**
 - + Người lớn và trẻ em trên 14 tuổi: 1 – 2 ống/24h/tiêm bắp.
- **Nâng cao thể trạng – bù điện giải – nước:**
 - **Pecaldex 10ml: Người lớn:** 1 ống (10ml)/ lần x 3 lần/ ngày. Trẻ em: 1 ống (5ml)/ lần x 2 lần/ ngày.
 - **Lactate Ringet 500ml/ chai:** 1 –2 chai/ 24 giờ TTM/XXX giọt/1’.
 - **Glucose 5 % 500ml/ chai:** 1 –2 chai/ 24 giờ– TTM/XXX giọt/ 1’.
 - **Vitamin C 1000mg sủi/ viên:** 1 viên / 24 giờ - uống.
 - **Hoặc Vitamin C 500mg/ ống:** 1 – 2 ống / 24 giờ - TM.

2.4. Thời gian điều trị:

- Thời gian điều trị 5-7 ngày.
- Theo dõi – chế độ chăm sóc – tái khám:
 - Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
 - Tình trạng nhiễm trùng.
 - Kết hợp – kháng sinh đồ -> điều trị thuốc kháng sinh hợp lý.
 - Làm lại xét nghiệm máu sau 05 ngày điều trị (trường hợp nặng).

2.5. Biện chứng – xử lý:

- Nhiễm trùng lan tỏa -> nhiễm trùng máu -> cấy máu.
- Hội chẩn khoa – hội chẩn bệnh viện hoặc liên bệnh viện.

VẬT LIỆU TIÊU HAO TRONG ĐIỀU TRỊ GẦY XƯƠNG TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM NHIỄM VÙNG HÀM MẶT

1. Viêm tấy không do răng (rạch tháo mủ)
 - Thuốc tê : 2 ống
 - Beradine : sát trùng
 - Dao 11 : 1 lưỡi
 - Ống cao su dẫn lưu : 1 ống
 - Ống tiêm 10^{cc} bơm rửa 3 – 5 ống
 - Gòn gạc
 - Băng keo
 - Lọ cấy mủ : 1 lọ
 - Chỉ 3.0 : 1 tép
 - Nước cất oxy già : bơm rửa

2. Viêm tấy do răng
 - Thuốc tê : 2 ->5 ống
 - Dao 11 : 1 lưỡi
 - Chỉ 3. 0 : 1 tép
 - Lọ cấy mủ
 - Ống cao su dẫn lưu : 1 ống
 - Ống tiêm 10^{cc} bơm rửa : 3 ->5 ống
 - Gòn + gạc
 - Băng keo
 - Nước cất + oxy già bơm rửa
 - B etadine sát trùng : 1 lọ

3. U NANG VÙNG HÀM MẶT

1. CHẨN ĐOÁN:

1.1. U nang lành tính trong mô mềm:

1.1.1. Dấu hiệu lâm sàng:

- Khối sưng lồi nhùng hay giới hạn rõ.
- Phát triển chậm.
- Sờ mềm, chắc, di động.
- Không đau (trừ khi bị nhiễm trùng thứ phát).
- Có hay không có hạch ngoại biên.

1.2. U nang lành tính trong xương hàm:

1.2.1. Dấu hiệu lâm sàng:

- Giai đoạn tiềm ẩn:
 - Không có triệu chứng.
 - Phát hiện tình cờ.
 - Trường hợp nhiễm trùng gây đau nhức.
- Giai đoạn biến dạng xương:
 - Phồng bề mặt xương.
 - Bệnh nhân có cảm giác nặng nề.
 - Chèn ép thần kinh gây dị cảm hay mất cảm giác.
- Giai đoạn phá vỡ bề mặt xương:
 - Nằm dưới niêm mạc.
 - Sờ thấy khối lồi nhùng không đau, pingpong ($\pm$).
 - Bờ xương xung quanh mỏng, bén nhọn.
- Giai đoạn tạo đường dò và gây biến chứng:
 - Niêm mạc phủ trên mỏng dần và thủng gây lỗ dò trong hay ngoài miệng.

2. CẬN LÂM SÀNG:

- Siêu âm.
- Ponction.
- X- quang: quanh chóp, Panorax, Occlusal, CT Scan, CT conebeam, ECG, X-quang phổi.
- Giải phẫu bệnh.
- Xét nghiệm máu: Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, TS, TQ, TCK, định nhóm máu ABO, Rh (D), định lượng Glucose, Ure, đo độ hoạt AST, ALT, tổng phân tích nước tiểu (tùy theo cơ địa bệnh nhân mà có chỉ định cần thiết).

3. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH:

- Giải phẫu bệnh.

4. ĐIỀU TRỊ:

4.1. Chỉ định: Lấy u - nang, giải phẫu bệnh lý.

4.2. Phác đồ điều trị:

- Phẫu thuật lấy u - nang.
- Giải phẫu bệnh lý.
- Nội khoa: Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.
- **Kháng sinh:**
 - **Amoxicillin 500mg (viên nén, viên sủi bọt):**
 - Liều thường dùng cho người lớn: 1 viên × 3 viên/ ngày (uống).
 - **Amoxyciline 500mg + clavulanate 125mg (viên nén):**
 - Liều thường dùng cho người lớn và trẻ em lớn hơn 40kg: 1 viên x 3 lần/ngày uống cách 8 giờ.
 - Trẻ em dưới 40kg: Liều dùng thông thường 20 mg/ kg/ ngày, chia làm 3 lần uống cách 8 giờ
 - (Trẻ trên 12 tuần tuổi: Liều dùng cho nhiễm khuẩn nhẹ: 25 mg/kg amoxicilin/ngày, chia 2 lần cách nhau 12 giờ hoặc 20 mg/kg amoxicilin/ngày, chia 3 lần cách nhau mỗi 8 giờ. Liều cho các nhiễm khuẩn nặng 45mg/kg amoxicilin/ngày, chia 2 lần cách nhau 12 giờ hoặc 40 mg/kg amoxicilin/ngày, chia 3 lần cách nhau mỗi 8 giờ.)
 - **Amoxyciline 1000mg + clavulanate 200mg (bột pha tiêm):**
 - Người lớn và trẻ em trên 12 tuổi: Tiêm tĩnh mạch trực tiếp rất chậm hoặc tiêm truyền nhanh 1 g/lần, cứ 8 giờ tiêm 1 lần. Trường hợp nhiễm khuẩn nặng hơn, có thể hoặc tăng liều tiêm (cứ 6 giờ tiêm 1 lần) hoặc tăng liều lên tới 6 g/ngày. Không bao giờ vượt quá 200 mg acid clavulanic cho mỗi lần tiêm.
 - **Hoặc Cephalixin 500mg:**
 - Liều thường dùng cho người lớn: 1 viên × 3 lần/ngày (uống).
 - **Hoặc Clindamycin 150mg:**
 - Liều thường dùng cho người lớn: 2 viên x 3 lần/ngày (uống).
 - **Hoặc Erythromycine 500mg:**
 - Liều thường dùng cho người lớn: 1 viên x 3 lần/ngày (uống).

- **Hoặc Cefotaxim 1g:**
 - Liều thường dùng cho người lớn: 1 lọ x 2 lần/ngày/tiêm bắp, tiêm mạch.
 - Liều dùng cho trẻ em: trẻ em 50mg/kg thể trọng/24 giờ/ chia làm 2-4 lần, tiêm bắp, tiêm mạch.
- **Kháng viêm:**
 - **Methyprednisolone 40mg/lọ:** Liều thường dùng cho người lớn: 1 -2 lọ /24 giờ–tiêm mạch/tiêm bắp.
 - **Dexamethasone 0,5mg (viên nén):**
 - Liều thường dùng ở người lớn: Uống 0,75 - 9 mg/ngày, tùy theo bệnh và thường chia làm 2 - 4 liều.
 - Trẻ em: Uống 0,024 - 0,34 mg/kg/ngày, hoặc 0,66 - 10 mg/m²/ngày chia làm 4 liều.
- **Thuốc giảm đau:**
 - **Paracetamol 500mg:** Liều thường dùng cho người lớn: 1 viên x 3 lần/ ngày (uống).
 - **Paracetamol codein 530mg/viên:** Liều thường dùng cho người lớn: 1 viên x 3 lần (uống).
 - **Diclofenac 75mg/ ống:** Liều thường dùng cho người lớn: 1 – 2 ống/ 24 giờ – tiêm bắp.
 - **Tenoxicam 20mg/lọ:** Liều thường dùng cho người lớn: 1 lọ /24 giờ tiêm bắp, tiêm mạch.
- **Nâng cao thể trạng – bù điện giải – nước:**
 - **Pecaldex 10ml:** Người lớn: 1 ống (10ml)/ lần x 3 lần/ ngày. Trẻ em: 1 ống (5ml)/ lần x 2 lần/ ngày.
 - **Lactate Ringet 500ml/ chai:** 1 –2 chai/ 24 giờ TTM/XXX giọt/1’.
 - **Glucose 5 % 500ml/ chai:** 1 –2 chai/ 24 giờ–TTM/XXX giọt/ 1’.
 - **Vitamin C 1000mg sủi/ viên:** 1 viên / 24 giờ - uống.
 - **Hoặc Vitamin C 500mg/ ống:** 1 – 2 ống / 24 giờ - TM.

5. THEO DÕI, CHẾ ĐỘ CHĂM SÓC VÀ TÁI KHÁM:

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
- Giữ vết thương khô và sạch.
- Rửa vết thương, thay băng hàng ngày.
- Tái khám sau 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng.
- Biến chứng và cách xử lý:
 - Nhiễm trùng: thường hiếm xảy ra, điều trị bằng kháng sinh và rạch dẫn lưu nếu có tụ mủ.

- Tụ máu: Dẫn lưu máu tụ.
- Tổn thương thần kinh làm yếu liệt hoặc dị cảm môi, lưỡi: thường là tạm thời và mất đi sau 6 tháng.

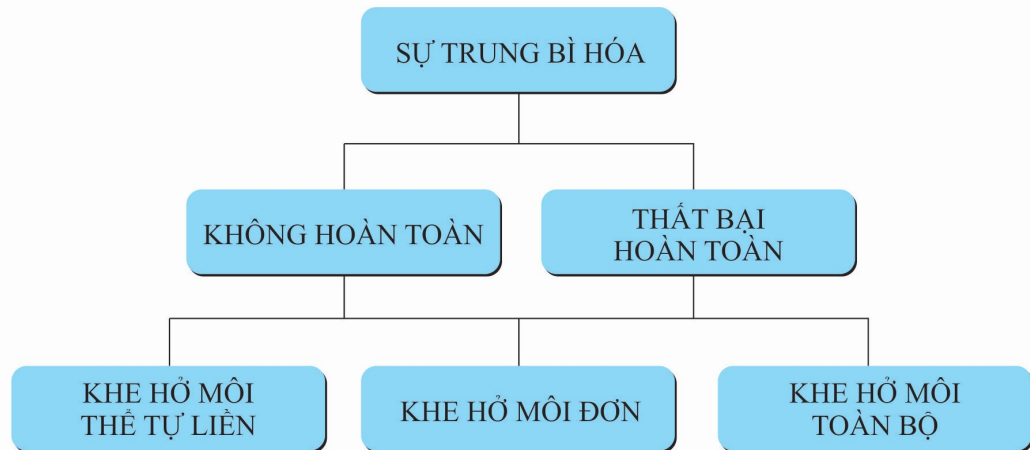
VẬT LIỆU TIÊU HAO TRONG ĐIỀU TRỊ GẦY XƯƠNG TRONG ĐIỀU TRỊ U NANG VÙNG HÀM MẶT

STT	TÊN VẬT LIỆU	ĐƠN VỊ TÍNH	SỐ LƯỢNG
01	Kim nha	Cây	1 -> 2
02	Dao mổ số 15	Lưỡi	1 -> 2
03	Chỉ kẽm cố định hàm	Cuộn	2 -> 4
04	Mũi khoan trụ	Mũi	1
05	Mũi khoan hình quả táo	Mũi	1
06	Sugicel	Miếng	1
07	Sphongel	Miếng	1
08	Chỉ khâu	Sợi	>1
09	Lưỡi cưa cắt đoạn xương	Lưỡi	1
10	Nẹp tái tạo	Lỗ	>3

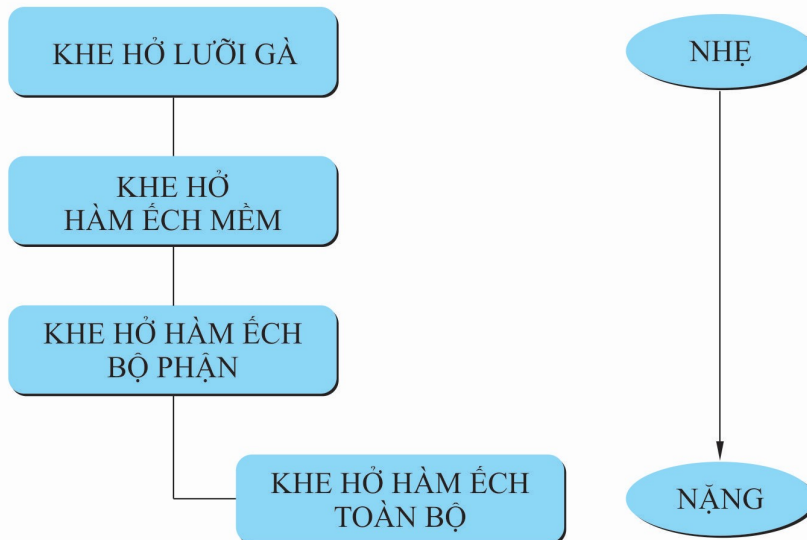
4. DỊ TẬT MÔI – HÀM ÉCH BẨM SINH

1. CHẨN ĐOÁN:

- Sự gãy đổ của bức thành biểu mô do sự trung bì hóa không hoàn toàn ở 3 tháng đầu của thai kì dẫn đến sự hình thành dị tật khe hở môi – hàm ếch. Tùy theo sự trung bì hóa hoàn toàn hay không hoàn toàn sẽ có loại khe hở tương ứng một bên hoặc hai bên.



Phân loại khe hở hàm ếch



- Cận lâm sàng: Xét nghiệm máu: Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, TS, TQ, TCK, định nhóm máu ABO, Rh (D), định lượng Glucose,

Ure, đo độ hoạt AST, ALT, tổng phân tích nước tiểu (tùy theo cơ địa bệnh nhân mà có chỉ định cần thiết).

2. ĐIỀU TRỊ:

2.1. Chỉ định:

- Đối với khe hở môi một bên: từ 6 tháng tuổi trở lên, cân nặng tối thiểu 6½ kg.
- Đối với khe hở môi hai bên: từ 12 tháng tuổi trở lên, cân nặng tối thiểu 10kg.
- Đối với khe hở hàm ếch từ 12 tháng tuổi trở lên và dưới 15 tuổi; sau phẫu thuật khe hở môi 1 năm.

2.2. Chống chỉ định:

- Không đạt yêu cầu trong chỉ định.
- Bệnh tim bẩm sinh, các rối loạn chuyển hóa và sinh hóa máu không cho phép can thiệp phẫu thuật.
- Các trường hợp viêm nhiễm đường hô hấp, chống chỉ định của gây mê.

3. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ:

3.1. Phương pháp điều trị:

Phẫu thuật tạo hình môi, tạo hình hàm ếch.

3.2. Thuốc: Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.

- **Kháng sinh trong mổ:** Với trẻ sơ sinh liều dùng Cefotaxim: 50mg/kg thể trọng/ngày, chia làm 2 – 4 lần IV (tiêm tĩnh mạch).
- Sau mổ có thể bổ sung kháng sinh uống:

- **Amoxycillin 250mg/ gói:** Liều thường dùng cho trẻ dưới 20 kg là: 20 – 40 mg/ kg thể trọng/ ngày, chia làm 3 lần uống.
- **Amoxicillin 250mg + Acid Clavulanic 125 mg:** Liều dùng thông thường cho trẻ em dưới 40 kg: 20 mg/kg cân nặng/ngày chia làm 3 lần uống.

(Trẻ trên 12 tuần tuổi: Liều dùng cho nhiễm khuẩn nhẹ: 25 mg/kg amoxicilin/ngày, chia 2 lần cách nhau 12 giờ hoặc 20 mg/kg amoxicilin/ngày, chia 3 lần cách nhau mỗi 8 giờ. Liều cho các nhiễm khuẩn nặng 45mg/kg amoxicilin/ngày, chia 2 lần cách nhau 12 giờ hoặc 40 mg/kg amoxicilin/ngày, chia 3 lần cách nhau mỗi 8 giờ.)

- **Cephalexine 250mg/ gói:** Liều thường dùng cho trẻ em: 25 – 60mg/kg thể trọng/ngày, chia làm 2 – 3 lần uống.
- **Cefaclor 125mg (bột pha dung dịch):**
 - Liều thường dùng cho người lớn: 250mg/ mỗi 8 giờ. Nhiễm khuẩn nặng dùng 500mg/ mỗi 8 giờ. Tối đa 4g/ ngày

- Trẻ em: Dùng 20 - 40 mg/kg thể trọng/24 giờ, chia làm 3 lần uống. Tối đa: 1 g/ ngày
- **Erythromycine 250mg/ gói:** Liều thường dùng cho trẻ em: 30 – 50mg/kg thể trọng/ngày, chia làm 2 – 4 lần uống.
- **Kháng viêm:** có thể dùng:
 - **Prednisone 5mg:** Liều thường dùng cho trẻ em: 0,14 – 2 mg/kg thể trọng, chia làm 4 lần uống.
 - **Methylprednisolone 40mg:** Liều thường dùng cho người lớn : Tùy tình trạng bệnh có thể tiêm bắp hay truyền từ 40-120mg/ ngày
- **Giảm đau và hạ sốt:**
 - **Paracetamol 250mg, 150mg, 80mg (gói):** Liều thường dùng cho trẻ em 10 – 15mg/kg thể trọng/mỗi 4 – 6 giờ uống một lần.
- **Nâng cao thể trạng – bù điện giải – nước:**
 - **Pecaldex 10ml:** Người lớn: 1 ống (10ml)/ lần x 3 lần/ ngày. Trẻ em: 1 ống (5ml)/ lần x 2 lần/ ngày.
 - **Lactate Ringet 500ml/ chai:** 1 –2 chai/ 24 giờ TTM/XXX giọt/1’.
 - **Glucose 5 % 500ml/ chai:** 1 –2 chai/ 24 giờ–TTM/XXX giọt/ 1’.
 - **Vitamin C 1000mg sùi/ viên:** 1 viên / 24 giờ - uống.
 - **Hoặc Vitamin C 500mg/ ống:** 1 – 2 ống / 24 giờ - TM.

3.3. Thời gian điều trị:

- Trung bình khoảng 5 – 7 ngày sau phẫu thuật.

3.4. Tái khám sau 01 tuần; chế độ ăn mềm và lỏng.

3.5. Biến chứng có thể xảy ra như: Chảy máu sau mổ cần ép gạc hoặc kiểm tra lại đót và khâu cầm máu, sưng nề giải quyết bằng điều trị nội khoa.

VẬT LIỆU TIÊU HAO TRONG ĐIỀU TRỊ DỊ TẬT MÔI – HÀM ẾCH BẨM SINH

1. PT tạo hình môi

- Dao 11, 15 : 3 lưỡi – 4 lưỡi
- Chi + Vicryl 4.0 : 2 tép
- + Vicryl 5.0 : 1 tép
- + Nylín 6.0 : 2 tép
- Thuốc tê : 2 ống

2. PT tạo hình HE

- Toàn bộ 1 bên + Vicryl : 2 tép
- + Silk 3.0 : 1 tép
- + Dao 11,15 : 2 cái
- + Surgycell : 1 miếng

- Toàn bộ 2 bên + Dao : 2 cái (11- 15)
- + Vicryl : 3 tép
- + Silk 3.0 : 1 tép
- + Surgycell : 1 miếng
- + Thuốc tê : 2 ống

3. PT ghép XOR

- Dao 11 – 15 : 2 lưỡi
- Vicryl : 3.0 : 1 tép
- Spongel : 1 miếng
- Thuốc tê : 2 ống

4. PT sửa sẹo

- Dao 11 – 15 : 2 – 3 lưỡi
- Vicryl 4.0 : 2 tép
- Vicryl 5.0 : 2 tép
- Nylon 6.0 : 2 tép
- Thuốc tê : 2 ống

5. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG KHUYẾT HỒNG VÙNG HÀM MẶT BẰNG VẬT TỰ DO (ỨNG DỤNG KỸ THUẬT VI PHẪU) (2018)

- Tổn thương khuyết hồng (xương hoặc mô mềm hoặc mô mềm và xương) vùng hàm mặt gây ra khiếm khuyết về cấu trúc giải phẫu ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ.
- Các nguyên nhân thường gặp: Sau phẫu thuật cắt rộng u bướu, chấn thương, biến chứng xạ trị, teo nửa mặt bẩm sinh (hội chứng Parry Romberg's)

I. ĐIỀU TRỊ.

Tiền phẫu thuật :

Các xét nghiệm tổng phân tích máu, nước tiểu, SGOT, SGPT, định lượng glucose, định lượng ure, Tổng phân tích nước tiểu, Creatinin, HBsAg, HIV Ag/Ab, và các xét nghiệm khác (theo yêu cầu Bs Gây mê Hồi sức). Đối với bệnh nhân có bướu cổ: FT3, FT4, TSH, Siêu âm tuyến giáp.

X quang: Panorama (kỹ thuật số), Face, Blondeau, CTscan, siêu âm mạch máu, Siêu âm tim, ECG, Xquang phổi, MRI.

Giải thích cho bệnh nhân hiểu rõ quá trình phẫu thuật, thời gian mổ, các tai biến và biến chứng có thể xảy ra trong và sau quá trình phẫu thuật, các chi phí trong quá thực hiện phẫu thuật (Y cụ, xét nghiệm, phẫu thuật, thuốc.....). Bệnh nhân hiểu ký cam kết đồng ý phẫu thuật.

II. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH (trong đó cần cụ thể thời gian tiến hành)

1. Kiểm tra hồ sơ: Theo quy định, hướng dẫn bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật (Phiếu sơ kết tiền phẫu, duyệt mổ, phiếu ký cam kết phẫu thuật của bệnh nhân....).
2. Kiểm tra người bệnh: Theo quy định, hướng dẫn bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật (Đúng tên, tuổi, địa chỉ, vòng đeo tay, chẩn đoán, vị trí phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật, phẫu thuật viên...).
3. Thực hiện kỹ thuật: (các bước thực hiện).
 - Vô cảm bằng phương pháp gây mê NKQ

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa.
- Tư thế phẫu thuật viên: Tư thế ngồi.
- Vị trí phẫu thuật: Vùng tổn thương, vùng cho mô ghép
- Các bước trong phẫu thuật khuyết hồng xương hàm trên và dưới.
 - + Bước 1: Rạch da tại vị trí khuyết hồng, xác định chiều dài xương khuyết hồng.
 - + Bước 2: Tìm mạch nhận (bó mạch mặt, bó mạch giáp trên, bó mạch thái dương nông).
 - + Bước 3: Rạch da tại căng chân, bóc tách lấy xương mác kèm theo bó mạch mác.
 - + Bước 4: Cắt xương mác thành nhiều đoạn (3 – 5 đoạn), uốn cong và cố định theo nếp tạo hình.
 - + Bước 5: Đặt đoạn xương ghép vào chỗ khuyết hồng xương hàm (trên, dưới), cố định vào nếp tạo hình.
 - + Bước 6: Nối bó mạch mác vào bó mạch nhận (1 ĐM, 2 TM).
 - + Bước 7: Cầm máu, dẫn lưu, khâu vết mổ từng lớp.
- Các bước trong phẫu thuật khuyết hồng mô mềm.
 - + Bước 1: Rạch da tại vị trí khuyết hồng, bóc lộ vùng nhận.
 - + Bước 2: Tìm mạch nhận (bó mạch mặt, bó mạch giáp trên, bó mạch thái dương nông).
 - + Bước 3: Rạch da tại đùi hoặc đùi lấy vạt.
 - + Bước 4: Cố định vạt vào vùng nhận.
 - + Bước 5: Nối bó mạch mác vào bó mạch nhận (1 ĐM, 2 TM).
 - + Bước 6: Cầm máu, dẫn lưu, khâu vết mổ từng lớp.

III. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC HẬU PHẪU:

1. Chảy máu, tụ máu, tụ dịch sau mổ.
2. Đau và dò dịch bạch huyết.
3. Nhiễm trùng sau mổ.

4. Hạn chế vận động xoay đầu cổ.

IV. ĐIỀU TRỊ SAU MỔ:

1. Kháng sinh: Dùng theo kháng sinh dự phòng.
2. Giảm đau và kháng viêm: Dùng giảm đau bằng đường truyền TM hay tiêm bắp trong 12 - 24 giờ đầu sau mổ sau đó chuyển sang sử dụng đường uống cho đến 5 – 7 ngày.
3. Thuốc kháng đông dùng Aspirin 81mg, ngày uống 1 viên trong 1 tháng.
4. Thuốc thần kinh ngoại biên (Methylcobal, neurontine, lyrica)
5. Tập vật lý trị liệu: Ngay sau khi chuyển về khoa tập ngồi, đứng và đi.
6. Cắt chỉ: sau mổ 7 – 10 ngày.
7. Tái khám: lần đầu sau 7 ngày, lần 2: sau 3 tuần, lần 3: sau 3 tháng, lần 4: sau 6 tháng (sau 3 tuần cho kích thích điện).

V. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ.

- ✓ Sau 3 tháng và sau 6 tháng
- ✓ Đánh giá sự liền xương bằng XQ.

VI. CÁC VẤN ĐỀ ĐIỀU TRỊ

- Sự phục hồi chức năng và tính thẩm mỹ (cân xứng 2 bên).
- Phục hình răng (các trường hợp tạo hình xương hàm trên, dưới)

6. ĐIỀU TRỊ VỠ SÀN Ổ MẮT GÂY THOÁT VỊ TỔ CHỨC NHÃN CẦU XUỐNG XOANG HÀM

1. LÂM SÀNG:

- Song thị.
- Di lệch nhãn cầu
- Lõm mắt hay thụt mắt, mắt cân xứng hai mắt theo chiều trên dưới và trước sau.
- Mắt mắt cân xứng

2. CẬN LÂM SÀNG: X – Quang: Panorex, Face, Blondeau, Hirtz, sọ nghiêng, C.T tái tạo 3D, CT Cone Beam, X-quang phổi, ECG.

3. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ:

- Xét nghiệm máu: Xét nghiệm máu: Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, TS, TQ, TCK, định nhóm máu ABO, Rh (D), định lượng Glucose, Ure, đo độ hoạt AST, ALT, tổng phân tích nước tiểu (tùy theo cơ địa bệnh nhân mà có chỉ định cần thiết).
- Phẫu thuật thăm sát và tái tạo sàn ổ mắt:

Đường vào phẫu thuật có thể lựa chọn đường ngoài da hay đường xuyên kết mạc. Những trường hợp gãy phức tạp bờ dưới ổ mắt, có thể lựa chọn đường rạch mi dưới. Đây đơn thuần là đường rạch mi dưới ở mức cao nhất, ngay bên dưới long mi.

Sau khi rạch da xong, Tách dưới da về phía bờ dưới ổ mắt vài mm rồi cắt cơ ở mức thấp hơn (sơ với đường rạch da) tạo thành 1 đường rạch bậc thang, sau đó tách dọc theo vách ổ mắt, đến màng xương, rạch màng xương cách bờ dưới ổ mắt khoảng 4-5mm, tránh tổn thương dây thần kinh dưới ổ mắt cách bờ dưới ổ mắt khoảng 5-7mm. Sau khi tách bóc màng xương đến bờ dưới ổ mắt, ta tiến hành bóc tách bộc lộ sàn ổ mắt.

Lựa chọn vật liệu tái tạo: Vật liệu tái tạo sàn ổ mắt có thể vật liệu tự thân, vật liệu ghép đồng loại hay vật liệu sinh học.

Nguyên tắc tái tạo sàn ổ mắt: Kích thước vật liệu tái tạo phải đủ rộng. Bờ vật liệu tái tạo phải đảm bảo tựa trên bờ xương quanh thiếu hồng, nhất là phía sau. Độ dày vật liệu tái tạo đủ để bù trừ thể tích ổ mắt giảm do chấn thương. Khi đặt vật liệu tái tạo, phải đảm bảo không căng. Vật liệu tái tạo phải được cố định vững ổn.

Khâu đóng từng lớp.

- Nội khoa: Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.
- **Kháng sinh:**
 - **Amoxicillin:**

- Liều thường dùng cho người lớn: 500mg / mỗi 8 giờ 1 lần (uống).
- Trẻ em trên 12 tuổi: Dùng liều người lớn: 500mg / mỗi 8 giờ 1 lần (uống).
- Trẻ em đến 10 tuổi: 125-250mg / mỗi 8 giờ 1 lần (uống).
- Trẻ dưới 20 kg thường dùng liều 20 – 40mg/ kg thể trọng/ ngày, chia làm 3 lần (uống).
- **Cephalexin:**
 - Liều thường dùng cho người lớn: 500mg / mỗi 6 giờ 1 lần (uống).
 - Trẻ em: Liều thường dùng 25 – 60mg/ kg thể trọng/ 24 giờ, chia thành 2 – 3 lần uống.
- **Clindamycin:**
 - Liều thường dùng cho người lớn: 150 – 300mg, uống mỗi 6 giờ 1 lần.
 - Nhiễm khuẩn nặng: 450mg, uống mỗi 6 giờ 1 lần.
 - Đối với trẻ em:
 - + 3– 6mg/kg thể trọng, uống mỗi 6 giờ 1 lần.
 - + Trẻ em dưới 1 tuổi hoặc cân nặng dưới 10 kg: 3,75mg, uống mỗi 8 giờ 1 lần.
- **Erythromycine:**
 - Liều thường dùng cho người lớn: 1 – 2g/ngày chia làm 2 – 4 lần uống. Khi nhiễm khuẩn nặng có thể tăng đến 4g/ngày, chia làm nhiều lần uống.
 - Liều thường dùng cho trẻ em: 30 – 50 mg/ kg thể trọng/ngày chia làm 2 – 4 lần uống. Trong trường hợp nhiễm khuẩn nặng, liều có thể tăng lên gấp đôi.
 - Trẻ em từ 2 – 8 tuổi: Dùng liều 1g/ngày chia làm 2 – 4 lần uống.
 - Trẻ em dưới 2 tuổi: Dùng liều 500 mg/ngày, chia làm 2 – 4 lần uống.
- **Cefotaxim (1g):**
 - Liều thường dùng cho người lớn: 1 – 2g/ ngày chia làm 2 lần tiêm bắp, tiêm mạch.
 - Liều thường dùng cho trẻ em: 100 – 150 mg/kg/ngày chia làm 2 – 4 lần tiêm bắp, tiêm mạch.

- Với trẻ sơ sinh: Liều dùng 50mg/kg/ngày chia làm 2 – 4 lần tiêm bắp, tiêm mạch.
- **Metronidazole 250mg (viên nén), 500mg (viên nén, dịch truyền):**
 - Đối với điều trị nhiễm khuẩn kỵ khí:
 - + Người lớn: Uống 7,5mg/ kg (tối đa 1g), cách 6 giờ 1 lần
 - + Trẻ em: Uống 7,5 mg/ kg cách 8 giờ 1 lần
 - Đối với phòng nhiễm khuẩn kỵ khí sau phẫu thuật:
 - + 20 - 30 mg/kg/ngày chia làm 3 lần. 10 - 15 mg/kg, tiêm truyền trong 30 - 60 phút, hoàn thành 1 giờ trước khi phẫu thuật, tiếp theo là 2 liều tiêm truyền tĩnh mạch 5 - 7,5 mg/kg vào lúc 6 và 12 giờ sau liều đầu tiên.
- **Imipenem 500 mg + cilastatin 500 mg (tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch):**
 - Tiêm truyền tĩnh mạch:
 - + Nhiễm khuẩn từ nhẹ đến vừa: 250 - 500 mg, cứ 6 - 8 giờ một lần (1 - 4 g mỗi ngày).
 - + Nhiễm khuẩn nặng với những vi khuẩn chỉ nhạy cảm mức độ vừa: 1 g cứ 6 - 8 giờ một lần.
 - + Liều tối đa hàng ngày 4 g hoặc 50 mg/kg thể trọng. Tiêm truyền liều 250 - 500 mg trong 20 - 30 phút
 - Tiêm bắp:
 - + Chỉ áp dụng với nhiễm khuẩn từ nhẹ đến vừa: 500 - 750 mg, cứ 12 giờ một lần. Tối đa 1,5g/ 1 ngày
- **Kháng viêm, giảm đau:**
 - **Methylprednisolone 40mg:**
 - Liều thường dùng cho người lớn : Tùy tình trạng bệnh có thể tiêm bắp hay truyền từ 40-120mg/ ngày
 - **Dexamethasone 0,5mg (viên nén):**
 - Liều thường dùng ở người lớn: Uống 0,75 - 9 mg/ngày, tùy theo bệnh và thường chia làm 2 - 4 liều.
 - Trẻ em: Uống 0,024 - 0,34 mg/kg/ngày, hoặc 0,66 - 10 mg/m²/ngày chia làm 4 liều.
 - **Paracetamol:**

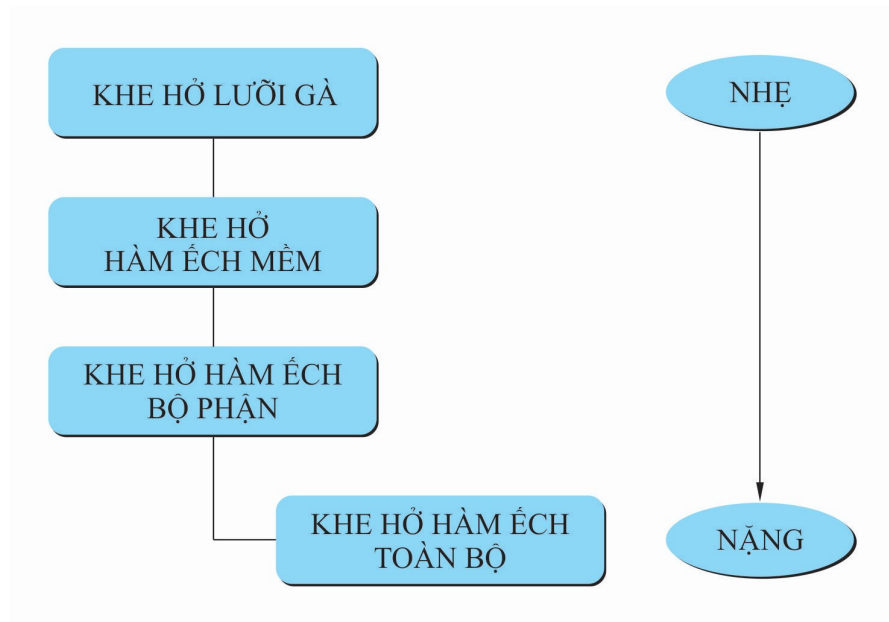
- Liều thường dùng cho người lớn: 500mg mỗi 4 – 6 giờ 1 lần uống.
 - Liều thường dùng cho trẻ em 10 – 15mg/kg thể trọng mỗi 4 – 6 giờ uống.
 - **Diclofenac 75mg:**
 - Liều thường dùng cho người lớn: 1 - 2 ống/ 24 giờ tiêm bắp
 - **Tenoxicam 20mg:**
 - Liều thường dùng cho người lớn: 20mg/ 24 giờ tiêm bắp, tiêm mạch.
 - X – quang kiểm tra trước khi ra viện.
- 4. THEO DÕI CHẾ ĐỘ CHĂM SÓC VÀ TAI KHAM:**
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
 - Giữ vết thương khô và sạch.
 - Thay băng, rửa vết thương mỗi ngày.
 - Tái khám tùy theo mức độ ổn định của khối xương gãy.
 - Chế độ ăn mềm, lỏng, nguội.

7. PHẪU THUẬT ĐÓNG LỖ THÙNG HÀM ẾCH

1. ĐỊNH NGHĨA:

- Sự gãy đổ của bức thành biểu mô do sự trung bì hóa không hoàn toàn ở 3 tháng đầu của thai kì dẫn đến sự hình thành dị tật khe hở môi – hàm ếch. Tùy theo sự trung bì hóa hoàn toàn hay không hoàn toàn sẽ có loại khe hở tương ứng một bên hoặc hai bên.

Phân loại khe hở hàm ếch



2. NỘI DUNG

2.1 Chuẩn bị bệnh nhân

2.1.1 Khám cận lâm sàng và cận lâm sàng đối với bệnh nhân, khám tỉ mỉ, kết hợp hỏi bệnh sử của bệnh nhân.

2.1.2 Lập hồ sơ bệnh án chi tiết, theo các mục đã được in sẵn trong hồ sơ.

2.1.3 Các xét nghiệm:

2.1.3.1 Máu

- Xét nghiệm máu: Xét nghiệm máu: Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, TS, TQ, TCK, định nhóm máu ABO, Rh (D), định lượng Glucose, Ure, đo độ hoạt AST, ALT, tổng phân tích nước tiểu (tùy theo cơ địa bệnh nhân mà có chỉ định cần thiết).

2.1.3.2 X-Quang (Panorex) siêu âm

2.1.4 Dẫn dò bệnh nhân trước khi mổ:

- Nhịn ăn uống: 8 giờ trước khi mổ đối với người lớn, 6 giờ đối với trẻ em.
- Vệ sinh thân thể, vệ sinh răng miệng,
- Không mang tư trang vàng bạc vào phòng mổ.
- Bệnh nhân ký giấy đồng ý mổ (nếu nhỏ hơn 18 tuổi thì cha/mẹ hoặc người dám hộ ký thay)

2.1.5 Hồ sơ của bệnh nhân trước khi mổ phải được thông qua mổ và được duyệt mổ của bác sỹ trưởng khoa.

2.2 Chuẩn bị phòng mổ

- 1) Bác sỹ gây mê phải thăm khám bệnh nhân chuẩn bị mổ trước ngày mổ một ngày.
- 2) Lịch mổ sau khi được duyệt mổ có chữ ký của trưởng khoa phải chuyển sang khoa gây mê hồi sức để sắp xếp phòng mổ.
- 3) Phòng mổ phải được vệ sinh vô trùng tốt bằng phương pháp vô trùng phòng mổ đã được quy định trước những ca mổ.
- 4) Dụng cụ được hấp vô trùng và sắp xếp gọn gàng.
- 5) Trang thiết bị gây mê, máy hút, máy đốt, máy khoan xương
- 6) Bàn mổ, đèn mổ phải được chuẩn bị trước và đảm bảo có sẵn cũng như sử dụng tốt.

2.3 Phẫu thuật viên chuẩn bị

- 1) Nắm vững bệnh nhân, bệnh lý từng ca bệnh, phương pháp mổ.
- 2) Chuẩn bị ê kíp mổ rõ ràng: Bác sỹ mổ chính, bác sỹ phụ mổ, các y tá dụng cụ vùng trong, vùng ngoài.
- 3) Rửa tay, mặc áo, mang găng đúng trình tự vô trùng trước khi mổ.

2.4 Tiến hành phẫu thuật :

- 1) Sát trùng vùng mổ, trải khăn mổ đúng quy trình
- 2) Chọn đường rạch thích hợp nhất để tạo vết (vết xoay trượt, vết lười...).
- 3) Bóc tách, cầm máu tốt.
- 4) Bộc lộ rõ vùng lỗ thủng, hạn chế làm tổn thương các tổ chức xung quanh
- 5) Khâu đóng vết mổ. Trước khi đóng vết mổ phải kiểm tra kỹ tình trạng chảy máu, khâu kỹ, băng ép chặt.

2.5 Chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật:

- 1) Bệnh nhân được theo dõi tại phòng hậu phẫu, chích thuốc, uống thuốc: kháng sinh, giảm đau, theo dõi sát chế độ chăm sóc cấp một.
- 2) Phẫu thuật viên phải tường trình chi tiết về phẫu thuật và diễn biến khi mổ.

3) Theo dõi dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp theo dõi theo chỉ định của bác sỹ.

8. ĐIỀU TRỊ DÍNH KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM (2018)

I. ĐỊNH NGHĨA

Dính khớp được định nghĩa là sự mất chuyển động của khớp, nguyên nhân do sự liền lại của các xương trong khớp hoặc sự canxi hóa dây chằng xung quanh. Đây là một tình trạng nghiêm trọng có thể gây ra những vấn đề liên quan đến ăn nhai, tiêu hóa, phát âm, khuôn mặt và tình trạng vệ sinh răng miệng. Dính khớp TDH có thể gây ra rối loạn sự phát triển XHD và khuôn mặt, làm suy giảm cấp tính đường hô hấp dẫn đến những những bất ổn về tâm sinh lý và giảm chất lượng cuộc sống.

II. NGUYÊN NHÂN

- Chấn thương
- + Tai nạn giao thông.
- + Tai nạn lao động.
- + Tai nạn sinh hoạt...
- Rối loạn sự phát triển của lồng cầu, lồng cầu quá phát hay giảm phát.
- Viêm khớp thái dương hàm.
- Viêm tuyến mang tai, biến chứng của viêm tai giữa...

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

Biểu hiện lâm sàng của dính khớp TDH khác nhau tùy thuộc vào độ tuổi mắc bệnh, đặc điểm dính khớp (dính khớp 1 bên hay 2 bên) và thời gian mắc bệnh. Thông thường nhóm bệnh nhân đang trong độ tuổi phát triển (dưới 15 tuổi) bị ảnh hưởng nặng nề hơn so với nhóm tuổi trưởng thành.

Đối với dính khớp TDH 1 bên: mất cân xứng mặt là đặc điểm điển hình, cằm và hàm dưới lệch về phía bị ảnh hưởng, kích thước dọc ở bên bệnh ngắn hơn so với bên lành, bệnh nhân vẫn còn khả năng há miệng, có thể gặp cắn chéo hoặc khớp cắn hạng II Angle ở bên dính khớp.

Đối với dính khớp TDH 2 bên: tình trạng không thể mở được miệng và lùi cằm hay “mặt chim” là những đặc trưng tiêu biểu, góc cổ- cằm rất nhỏ hoặc hoàn toàn biến mất ở một số trường hợp, răng cửa hàm trên chìa ra trước nhiều gây cắn hở.

Ngoài ra các bệnh nhân dính khớp TDH còn có một số đặc điểm chung sau đây: do không thể há miệng trong thời gian dài dẫn đến việc những bệnh nhân dính khớp hay gặp tình trạng xáo trộn khớp cắn, đa sâu răng, viêm nướu, viêm nha chu, khó khăn khi phát âm.

1.2. Cận lâm sàng

X quang là công cụ cần thiết trong chẩn đoán dính khớp TDH, trong đó phim toàn cảnh và cắt lớp điện toán (CT- scan) thường được sử dụng nhiều nhất [67].

Khảo sát trên phim toàn cảnh của những bệnh nhân dính khớp thái dương hàm sẽ thấy sự biến dạng của cảnh cao XHD, hình ảnh thường là dị dạng của lồng cầu (khối xương tăng sinh), mỏm vẹt dài bất thường, sai khớp cắn ở nhiều cấp độ, đa sâu răng, răng ngầm ...

Phim cắt lớp điện toán cho thấy rõ ràng hơn sự phá hủy cấu trúc giải phẫu khớp TDH. Phân biệt được từng giai đoạn của dính khớp: xơ, xơ – xương hoặc xương. Cho

thấy hình ảnh các tổ chức xung quanh bị xơ hóa, khe khớp rất hẹp hoặc không còn khe khớp, hình ảnh cầu xương nối giữa lồi cầu và hõm khớp. Hình ảnh tái tạo 3-D cho thấy sự biến dạng của cạnh cao, lồi cầu, mòm vệt.

2 Chẩn đoán phân biệt

Dính khớp thái dương hàm luôn có các triệu chứng lâm sàng và X quang rõ rệt nên không cần chẩn đoán phân biệt.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Phục hồi được sự vận động của khớp.
- Phục hồi được chức năng ăn nhai.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị bảo tồn

Các trường hợp dính khớp ở mức độ 1: Hướng dẫn bệnh nhân tập há miệng bằng dụng cụ banh miệng, tập vận động xoay hàm đối xứng.

2.2. Điều trị bằng phẫu thuật.

Bệnh nhân dính khớp TDH được phẫu thuật theo qui trình của Bệnh viện Răng Hàm Mặt Thành phố Hồ Chí Minh dựa trên phương thức phẫu thuật do Kaban L.B đề nghị năm 1990.

- Tạo khoảng hở khớp phía bên bệnh.
- Cắt mòm vệt phía bên bệnh.
- Kiểm tra biên độ há tối đa nếu < 35 cm sẽ tiến hành cắt mòm vệt bên đối diện.
- Lấy vạt cân cơ thái dương.
- Chèn vạt cân cơ thái dương vào khe khớp.
- Cố định 2 hàm bằng cung và chỉ thép.

Các bước phẫu thuật:

Vô cảm: BN nằm ngửa, gây mê bằng phương pháp đặt ống nội soi mềm.

Tất cả 16 bệnh nhân trong nghiên cứu này đều được gây mê bằng phương pháp đặt ống nội soi mềm.

Những bệnh nhân dính khớp thái dương hàm khi chưa phẫu thuật há miệng rất nhỏ thậm chí không thể há miệng, một số bệnh nhân do để quá lâu gây hiện tượng biến dạng hàm dưới như “cằm lẹm”, cổ ngắn ... gây khó khăn trong việc gây mê.

Đường rạch: sử dụng đường rạch trước tai kéo dài lên thái dương để mở ổ khớp.

Mô tả:

Rạch xuyên qua da, tổ chức dưới da (kể cả cân thái dương đỉnh) đến độ sâu của cân cơ thái dương (lá nông). Đốt cầm máu tất cả các mạch máu dưới da trước khi tiến hành phẫu tích sâu.

Dùng đầu tù của cây tách bóc màng xương tách bóc phần trên của đường rạch (phần trên cung tiếp) sao cho có thể lật 1 vạt về phía trước chừng 1-1,5cm. Vạt này được tách bóc ra trước ở mặt phẳng lá nông cân cơ thái dương. Lá nông này thường ít mạch máu. Các mạch thái dương nông và dây tai thái dương có thể đã được kéo về phía trước trong vạt. Thất bại trong việc lật vạt sát với sụn ống tai ngoài sẽ làm tăng nguy cơ gây tổn thương cho các cấu trúc này.

Bên dưới cung tiếp, tiến hành tách bóc đầu tù sát sụn ống tai ngoài. Dùng kéo phẫu tích dọc theo sụn ống tai ngoài trong 1 mặt phẳng vô mạch giữa sụn với tuyến mang tai. Sụn ống tai ngoài chạy theo hướng ra trước – vào trong và việc phẫu tích được thực hiện song song với sụn này. Phẫu tích đến độ sâu tương đương độ sâu đã tách bóc ở trên cung tiếp.

Trở lại với phần đường rạch bên trên cung tiếp. Kéo vạt da ra trước, thực hiện đường rạch qua lớp cân nông của cơ thái dương theo hướng trước sau bắt đầu từ rãnh tiếp ngay trước gờ bình tai đi về phía góc trên của vạt. Các cục mỡ nhỏ giữa lá nông và lá sâu cân cơ thái dương khi đó sẽ lộ ra.

Ở rãnh tiếp, đường rạch có thể xuyên qua cả lá nông cân cơ thái dương lẫn màng xương của cung tiếp. Dùng đầu bén của cây tách bóc màng xương lách qua đường rạch cân xuống dưới lá nông rồi thực hiện động tác quét qua quét lại để tách tổ chức khỏi tổ chức mỡ lỏng lẻo bên dưới. Tiếp tục tách bóc xuống dưới về phía cung tiếp, tại đây dùng đầu bén cây tách bóc màng xương tách chỗ bám của màng xương ở chỗ nối giữa mặt trên và mặt ngoài của cung tiếp để giải phóng màng xương ra khỏi mặt ngoài cung tiếp. Sau đó, dùng đầu tù cây tách bóc tiếp tục tách bóc xuống dưới với động tác tới-lui. Cũng có thể dùng kéo đầu tù tách bóc xuống dưới đến cung tiếp. Một khi đã tách xuống dưới cung tiếp khoảng 1cm, dùng dao hoặc kéo giải phóng tổ chức đã tách bóc ở phía sau dọc theo mặt phẳng của đường rạch da đầu tiên. Toàn bộ vạt khi này được kéo ra trước, tiến hành tách bóc từ ở độ sâu này ra trước cho đến khi toàn bộ lồng khớp được bộc lộ. Đến đây, có thể thấy được toàn bộ khớp. Do phẫu tích dưới màng xương dọc theo mặt ngoài cung tiếp, nên nhánh thái dương dây VII nằm trong vạt da được kéo ra trước.

Cắt và loại bỏ khối xương dính khớp:

Sau khi bóc tách và bộc lộ toàn bộ khối xương dính khớp, tiếp theo sẽ vẽ để xác định đường cắt xương. Dùng cưa để cắt xương, trong quá trình cắt cần phải che chắn cẩn thận mô mềm xung quanh và bên dưới. Lưu ý là không nên dùng lực ấn lưỡi cưa xuống dưới mà cần phải giữ đúng độ sâu đường cắt tránh làm tổn thương mạch máu, mô mềm phía dưới. Bơm rửa đầy đủ trong quá trình cắt xương. Thông thường đường cắt sẽ thực hiện ở đầu xa (phần thuộc cảnh cao) sau đó mới cắt ở đầu gần (phía hõm khớp).

Sau khi thực hiện 2 đường cắt, dùng cây kẹp để giữ khối xương, tay còn lại dùng cây bóc tách đầu tù để tách bóc phần cơ dính phía trong. Không nên kéo căng khối xương có thể làm đứt hoặc rách mạch máu.

Khi lấy khối xương ra nếu có chảy máu, có thể cầm máu bằng cách kẹp hoặc nhét gạc, sau khoảng 10 -15 phút kiểm tra lại.

Kiểm tra biên độ há miệng tối đa: sử dụng cây mở miệng để mở miệng chủ động cho bệnh nhân, lưu cây mở miệng khoảng 5 phút để các cơ giãn ra sau đó đo biên độ há miệng tối đa.

Cắt mồm vệt:

Thời gian bất động hàm kéo dài dẫn đến hiện tượng mồm vệt bên bệnh và/ hoặc bên đối diện phì đại gây cản trở việc há miệng. Đôi khi mồm vệt mắc kẹt vào cung tiếp muốn cắt mồm vệt phải cắt tạm thời cung tiếp sau đó cố định cung tiếp trở lại bằng nẹp ốc.

Như đã nói ở phần trên, sau khi lấy đi khối xương dính khớp chúng ta sẽ cho bệnh nhân há miệng thử, nếu độ há tối đa < 35cm sẽ tiến hành cắt mỗ vệt bên bệnh trước (nếu là dính khớp 1 bên). Sau khi cắt mỗ vệt xong cho bệnh nhân há và đo lại độ há miệng tối đa, nếu chưa đạt trên 35 cm cần tiến hành cắt mỗ vệt phía đối diện [60].

Thao tác cắt mỗ vệt được tiến hành như sau: phía bên bệnh mỗ vệt được cắt thông qua phẫu trường cắt khối xương dính khớp. Bóc tách cơ thái dương để bộc lộ rõ mỗ vệt; xác định bờ trước mỗ vệt, vẽ đường cắt từ khuyết sigma đến bờ trước.

Che chắn mô mềm cẩn thận trước khi cắt xương. Sau khi cắt không nên vội vàng kéo ngay mảnh xương mà phải cẩn thận bóc tách phần cơ thái dương bám để tránh chảy máu.

Mỗ vệt phía đối diện sẽ được cắt thông qua đường rạch ngách lợi trong miệng.

Thiết kế và chèn vạt cân cơ thái dương

Vẽ phác họa đường rạch.

Thông thường bề dày của vạt bao gồm cân cơ ở mặt ngoài và bó nông của cơ thái dương. Cắt bằng dao điện sẽ hạn chế chảy máu. Vạt sau khi lấy sẽ được xoay xuống dưới phủ lên cung tiếp và chèn vào khoảng hở khớp. Trước đó phần xương của mặt trên cung tiếp đã được mài chỉnh để phần vạt xoay xuống sẽ không làm gò vùng trước tai. Khoan lỗ ở vị trí mặt trong của vành cao xương hàm dưới. Trong nghiên cứu này thông thường chúng tôi khoan 2 lỗ để đính vạt. Vạt cân cơ thái dương sẽ được khâu dính vào mặt trong của vành cao bằng chỉ Nylon 2.0. Như vậy vạt cân cơ thái dương sẽ che phủ toàn bộ phần hõm khớp và đầu xương vành cao, qua đó làm cho 2 mặt xương không có sự tiếp xúc hạn chế tối đa việc dính khớp tái phát. Bề dày của cơ trả lại được phần kích thước dọc bị mất do cắt xương. Đầu xương của vành cao sẽ trượt trên lớp cân cơ thái dương trong quá trình vận động.

Khâu đóng phẫu trường:

Trước khi khâu đóng phẫu trường sẽ được kiểm tra cẩn thận các điểm chảy máu, meche cầm máu (nếu có) sẽ được lấy ra, bơm rửa sạch phẫu trường bằng NaCl 9%, vùng mỗ sẽ được dẫn lưu bằng hút áp lực âm để giảm sưng nề.

Khâu đóng: khâu đóng từng lớp dưới da bằng Vicryl 3.0 và Vicryl 4.0. Khâu ngoài da vùng trước tai bằng

Cố định 2 hàm

Bệnh nhân sẽ được cố định hàm bằng cung và chỉ thép. Thời gian cố định từ 3 - 4 ngày đầu sau phẫu thuật. Việc cố định hàm nhằm tránh cho bệnh nhân cử động hàm sớm để gây chảy máu sau phẫu thuật. Ngày thứ 5 sau phẫu thuật bệnh nhân được tháo bớt thun để tiến hành tập há miệng.

Tập luyện sau phẫu thuật:

Tập luyện sau phẫu thuật là bước rất quan trọng nhằm duy trì độ há miệng và hạn chế tái phát.

Bệnh nhân được hướng dẫn tập há miệng bằng cách chèn các que đè lưỡi.

Trong quá trình tập luyện bệnh nhân có thể được kê toa thuốc giảm đau để hỗ trợ quá trình tập luyện.

V.Điều trị sau mổ:

1. Kháng sinh: Dùng theo kháng sinh dự phòng.
2. Giảm đau và kháng viêm: Dùng giảm đau bằng đường truyền TM hay tiêm bắp trong 12 - 24 giờ đầu sau mổ sau đó chuyển sang sử dụng đường uống cho đến 5 – 7 ngày.
3. Tập vật lý trị liệu: Ngay sau khi chuyển về khoa tập ngồi, đứng và đi.
4. Cắt chỉ: sau mổ 7 – 10 ngày.
5. Tái khám: lần đầu sau 7 ngày, lần 2: sau 3 tuần, lần 3: sau 3 tháng, lần 4: sau 6 tháng.

VI. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Nếu thực hiện đúng quy trình thì có khả năng phục hồi được sự vận động của khớp và chức năng ăn nhai cho bệnh nhân.

2. Biến chứng

- Dính lại khớp.
- Sai khớp cắn.

KHOA TẠO HÌNH THẨM MỸ

1. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ HÔ, MÓM DO XƯƠNG HÀM HÔ (K07.0)

1. ĐỊNH NGHĨA:

Hàm hô là phần xương hàm trên, xương hàm dưới đưa ra ngoài trước quá mức khiến khuôn mặt không cân đối, kém duyên.

2. NGUYÊN NHÂN:

Do sự quá triển của xương hàm trên, xương hàm dưới theo chiều trước sau.

3. CHẨN ĐOÁN:

3.1 Lâm sàng:

- Bệnh nhân cảm giác bị hô, không thẩm mỹ.

3.2 Cận lâm sàng (nếu có):

Phim X-quang Cephalo, Panorex: phần xương hàm quá triển về phía trước.

3.3 Chẩn đoán xác định: Tăng sản xương hàm trên, xương hàm dưới theo chiều trước sau.

4. ĐIỀU TRỊ:

- Phẫu thuật chỉnh hình xương 2 hàm theo phương pháp Wasmund, Lefort 1.

5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG:

Tốt: Gương mặt hết hô ngay sau phẫu thuật, khớp cắn đúng.

Xấu: nhìn còn hô.

Biến chứng: khớp cắn không đúng do bệnh nhân nhai lại sớm.

6. PHÒNG BIẾN CHỨNG XỬ TRÍ:

- Vệ sinh răng miệng đúng cách sau phẫu thuật

- Trong vòng 1 tháng sau mổ, người bệnh không nhai, không ăn thức ăn mềm, dẻo, dai.

2. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ HÔ, MÓM DO XƯƠNG HÀM MÓM (K07.0)

1. ĐỊNH NGHĨA:

Hàm móm (khớp cắn ngược) là đề chỉ những người có phần hàm dưới đưa về trước quá mức so với hàm trên.

2. NGUYÊN NHÂN

Do xương hàm dưới quá triển theo chiều trước sau.

3. CHẨN ĐOÁN:

3.1 Lâm sàng:

- Bệnh nhân có cảm giác bị móm không thẩm mỹ, khớp cắn bị ngược.

3.2 Cận lâm sàng:

Phim X-quang: Cefalo

3.3 Chẩn đoán xác định: Tăng sản xương hàm dưới theo chiều trước sau

4. ĐIỀU TRỊ:

- Phẫu thuật chỉnh hình xương hàm dưới 2 bên theo phương pháp BSSO.

5. TIÊN LƯỢNG BIẾN CHỨNG:

Tốt: nhìn gương mặt người bệnh hết móm ngay sau phẫu thuật

Xấu: hàm trở về vị trí cũ sau 1 thời gian điều trị.

6. PHÒNG BỆNH HƯỚNG XỬ TRÍ:

- Vệ sinh răng miệng đúng cách sau phẫu thuật
- Trong vòng 1 tháng sau mổ, người bệnh không nhai, không ăn thức ăn mềm, dẻo, dai.

3. PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH XƯƠNG HÀM MẶT

1. CHẨN ĐOÁN:

1.1 Chẩn đoán sơ bộ:

Các bệnh lý bẩm sinh về hô xương hàm, quá triển XHD, Lệch hàm, gò má cao

1.2 Cận lâm sàng: X-Quang (Cefalo, panorex, face, blondeau, hirtz)

1.3 Chẩn đoán xác định:

Hô XHT, Hô XHD, Lệch hàm, quá triển XHD, gò má cao

2. ĐIỀU TRỊ:

2.1 Chỉ định

- Bệnh nhân trên 18 tuổi

- Các phương pháp phẫu thuật:

Cắt xương hàm trên: kỹ thuật Le Ford I, Wassmund, cắt dọc XHT

Cắt xương hàm dưới: Kỹ thuật BSSO, Kole, Genioplasty.

Di chuyển xương hàm trên, xương hàm dưới đến vị trí mong muốn đáp ứng được các tiêu chuẩn về thẩm mỹ và chức năng.

Kết hợp xương bằng mini plate

2.2 Chống chỉ định:

- Bệnh nhân dưới 18 tuổi

- Bệnh nhân tiểu đường, tim mạch, các bệnh lý về máu..(muốn phẫu thuật phải xin ý kiến Bác sĩ chuyên khoa).

2.3 Phác đồ điều trị:

- Phương pháp điều trị:

+ Khám và làm bệnh án

+ Làm các xét nghiệm máu thường quy

+ Phẫu thuật được tiến hành các bước sau:

- Gây mê nội khí quản
- Gây tê tại chỗ bằng Lidocain 2%

Các phương pháp phẫu thuật:

- Cắt xương hàm trên: kỹ thuật Le Ford I, Wassmund, cắt dọc XHT
- Cắt xương hàm dưới: Kỹ thuật BSSO, Kole, Genioplasty.
- Di chuyển xương hàm trên, xương hàm dưới đến vị trí mong muốn đáp ứng được các tiêu chuẩn về thẩm mỹ và chức năng.
- Kết hợp xương bằng mini plate
- Khâu vết thương.

3. THUỐC

Thuốc dùng trong điều trị: lựa chọn thuốc điều trị phù hợp cho từng bệnh nhân. Tùy thực tế trên lâm sàng kết hợp kháng sinh, kháng viêm, giảm đau từ 5-7 ngày.

* THUỐC

- **Kháng sinh (dùng một trong các loại sau)**

1. Cefotaxim 1g

- 01 lọ x 2 lần (TM) or (TB) x 5 ngày
2. Cefazoline 1g
01 lọ x 2 lần (TM) or (TB) x 5 ngày
3. Amoxicilline 875 mg + Acid Clavulanic 125 mg 1g
1lọ x 2 lần (TM) or (TB) x 5 ngày
4. Clindamycin 600mg
1 lọ x 2 lần (TM) or (TB) x 5 ngày
- Kháng viêm (dùng một trong các loại sau)**
1. Solumedrol 40 mg
01 lọ x 2lần (TM) or(TB) x 5 ngày
- Hoặc Prenisolon 5mg
02 v x 2lần (u) x 5 ngày
2. Alpha chymotrypsin
02 v x 3 lần (u) x 5 ngày
- Giảm đau :**
Paracetamol codein 530 mg sủi 4-6 v/ ngày x 3 ngày

4. NHẤN MÍ MẮT

1. MỤC ĐÍCH:

- Tạo mắt 2 mí không cần phẫu thuật ở những người trẻ (< 30 tuổi) mắt 1 mí hoặc mí lót.
- Điều kiện: mắt hơi to và không có mỡ thừa, da dư.

2. PHƯƠNG PHÁP:

- Buộc chỉ để tạo mắt 2 mí lún tự nhiên.
- Ưu điểm:
 - Sau nhấn mí mắt không sưng nhiều, chỉ hơi sưng nhẹ như mới khóc.
 - Mắt đẹp tự nhiên trong vòng một tuần.

3. SAU NHẤN MÍ:

- Có thể về nhà ngay, không cần nằm lại, vẫn sinh hoạt và làm việc bình thường.
- Tái khám sau 1 tuần.
- *Lưu ý: chỉ giữ mí mắt được trong vòng từ 6 tháng đến 3 năm.*

5. PHÁC ĐỒ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THẨM MỸ MẮT

1. TRƯỚC PHẪU THUẬT:

1.1 Khám và chuẩn đoán:

- ❖ Lâm sàng: Tình trạng tổng quát của bệnh nhân (khám nội khoa nếu cần)
 - Tình trạng và hình thái mắt tại chỗ: hình thái mắt, mí mắt, góc mắt.
 - Tình trạng của da mí và tổ chức dưới da
 - Tình trạng và hình dáng ở cung mày.
 - Chuyển khám và đo thị lực (nếu cần)
- ❖ Cận lâm sàng:
 - Chụp hình tiền phẫu
 - Xét nghiệm thường qui và những xét nghiệm khác(nếu cần)

1.2 Lập kế hoạch điều trị:

- Chọn phương pháp phẫu thuật
- Chọn phương pháp vô cảm.
- Sử dụng thuốc sau phẫu thuật
- Chăm sóc vết thương sau phẫu thuật

1.3 Giải thích tiến trình điều trị và xác nhận sự đồng ý của bệnh nhân bằng văn bản cam kết.

2. PHẪU THUẬT:

- Vô cảm
- Đường rạch da can thiệp tổ thiệp tổ chức dưới da, tạo hình mí (nếu cần)
- Chính hình mũi bằng các phương pháp K-wire, naal packing osteotomy, chỉnh hình vách ngăn, đầu mũi (có mảnh ghép hoặc không có mảnh ghép)
- Khâu vết thương
- Băng ép và cố định vết thương.

3. SAU PHẪU THUẬT:

- Sử dụng kháng sinh 5 ngày – 7 ngày + kháng viêm giảm đau
- Chườm lạnh trong 48 giờ
- Chườm nóng những ngày sau.
- Hướng dẫn vệ sinh vết thương
- Cắt chỉ sau 1 tuần
- Chụp lại ảnh và đánh giá sau 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 1 năm,

* THUỐC

1. Kháng sinh:

Cefotaxim 1g

01 lọ x 3lần (TM) x 5 ngày

Metronidazol 500mg

01 chai x 2lần (TTM) L giọt/ phút x 5 ngày

2. Kháng viêm

Solumedrol 40 mg

01 lọ (TM) x 3 ngày

3. Giảm đau

Paracetamol 1g

01 chai x 2 lần (TTM) Lgiọt/phút x 3 ngày

HOẶC

- Kháng sinh(dùng một trong các loại sau)

1. Amoxicillineillin+ Acid Clavulanic 625 mg

01viên x 3 lần(uống) x 7 ngày

2. Cefuroxim 500mg

01viên x 2 lần (uống) x 7 ngày

- Kháng viêm(dùng một trong các loại sau)

1. Aescinate natri 40 mg

01 viên x 3 lần (uống) x 5 ngày

2. Prenisolon 5mg

02 v x 2 lần (uống) x 5 ngày

3. Alpha chymotrypsin

02 v x 3 lần (uống) x 5 ngày

- Giảm đau

Paracetamol 500 mg sủi 4-6 v/ ngày x 3 ngày

6. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TẠO HÌNH THẨM MỸ MẮT DA DƯ, MỠ THỪA MI MẮT TRÊN, DƯỚI 2 BÊN

1. ĐỊNH NGHĨA:

Theo thời gian, tuổi tác sẽ làm cho các mô mềm xung quanh mắt bị lão hoá, da mắt bị chảy xệ, mỡ hình thành và tích tụ nhiều sẽ che khuất hai mí mắt hoặc không còn nhìn thấy hai mí, chính vì vậy, nhiều người sẽ tìm đến phẫu thuật thẩm mỹ để lấy lại đôi mắt trẻ đẹp hơn.

2. NGUYÊN NHÂN:

Quá trình lão hoá do tuổi tác sẽ làm da xung quanh mắt chảy xệ, mỡ tích tụ thành bọng.

3. CHẨN ĐOÁN:

3.1 Lâm sàng: Da dư, mỡ thừa mi trên, mi dưới 2 bên

3.2 Chẩn đoán xác định: Da dư, mỡ thừa mi trên, mi dưới 2 bên

4. ĐIỀU TRỊ:

Phẫu thuật cắt da dư, lấy mỡ thừa mi trên, mi dưới 2 bên.

5. TIÊN LƯỢNG BIẾN CHỨNG:

Tốt: sau 1 tuần, vết thương lành hẳn, sau 1 tháng , mi mắt sáng, đẹp, không sụp, không tụ mỡ 2 bên.

6. PHÒNG BỆNH HƯỚNG XỬ LÝ:

Phải giữ vệ sinh vết mổ sạch sẽ , cắt chỉ sau 1 tuần.

Chăm tập thể dục để giữ sự trẻ trung lâu lâu, ngủ đủ giấc, hạn chế thức khuya, stress để làm chậm tiến trình lão hoá.

7. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MÁ LÚM ĐỒNG TIỀN

1. ĐỊNH NGHĨA:

Khách hàng muốn tạo lúm đồng tiền trên má để xinh hơn.

2. NGUYÊN NHÂN:

Gò má bẩm sinh không có lúm đồng tiền, khách hàng muốn tạo lúm để xinh hơn.

CHẨN ĐOÁN: Tạo lúm đồng tiền 1 bên (hoặc 2 bên)

3. ĐIỀU TRỊ: Phẫu thuật tạo lúm đồng tiền 1 bên (2 bên)

1. Trước phẫu thuật

1.1 Khám và chuẩn đoán:

- ❖ Lâm sàng: Tình trạng tổng quát của bệnh nhân (khám nội khoa nếu cần)
- ❖ Cận lâm sàng:
 - Chụp hình tiền phẫu
 - Xét nghiệm thường qui và những xét nghiệm khác(nếu cần).

1.2. Lập kế hoạch điều trị:

- Chọn phương pháp phẫu thuật
- Chọn phương pháp vô cảm.
- Sử dụng thuốc sau phẫu thuật
- Chăm sóc vết thương sau phẫu thuật

1.3. Giải thích tiến trình điều trị và xác nhận sự đồng ý của bệnh nhân bằng văn bản cam kết.

2. Phẫu thuật :

- Gây tê tại chỗ (có thể kết hợp gây mê nếu cần)
- Cắt niêm mạc bên cần tạo má lúm đồng tiền
- Tách bóc cơ, khâu tạo lúm đồng tiền

3. Sau phẫu thuật :

- Sử dụng kháng sinh 5 ngày – 7 ngày + kháng viêm giảm đau
- Hướng dẫn vệ sinh vết thương
- Cắt chỉ sau 1 tuần

Chụp lại ảnh và đánh giá sau phẫu thuật

4. TIÊN LƯỢNG BIẾN CHỨNG:

Tốt: Khách hàng có ngay má lúm đồng tiền như ý ngay sau khi phẫu thuật.

Xấu: chỉ bị bục sau vài ngày, mất đi lúm đồng tiền.

5. PHÒNG BỆNH HUỐNG XỬ LÝ:

Vệ sinh vết mổ sạch sẽ để không bị viêm chỗ thắt lúm.

8. CĂNG DA MẶT- DA TRÁN

1. MỤC ĐÍCH:

- Ở người trung niên, theo thời gian phần da khuôn mặt chảy xệ xuống vùng má - khóe môi - cằm, nếp nhăn vùng trán, vùng đuôi mắt. Đây là phương pháp triệt để để xóa mất (hoặc làm giảm) các biểu hiện trên làm cho khuôn mặt trẻ trung, tươi tắn hơn.
- Gồm các dịch vụ: căng da trán, căng da mặt.

2. PHƯƠNG PHÁP:

- Xét nghiệm máu: công thức máu, TS, TC (có thể có TQ, TCK, thử đường huyết nếu cần) (tùy theo cơ địa bệnh nhân mà có chỉ định cần thiết)
- Gây tê, mê hoặc tiền mê.
- Bác sĩ kết hợp hút mỡ, căng cơ vùng mặt, cắt bớt da thừa để làm cho khuôn mặt trẻ ra từ 5 đến 10 tuổi.
- Đường rạch da:
 - Căng da mặt hình chữ S, bắt đầu từ chân tóc vùng thái dương chạy thẳng sát trước mép lỗ tai vòng ra sau tai (khi lành tóc che rất khó thấy sẹo).
 - Căng da trán: đường rạch nằm trên da đầu trong tóc nên không thấy sẹo.
 - Thời gian phẫu thuật: 2 giờ cho mỗi ca phẫu thuật.

3. SAU PHẪU THUẬT:

- Khách hàng có thể về nhà ngay, không cần nằm lại (nếu mê có thể nằm nghỉ vài giờ trước khi ra về). Nếu gây mê thì phải nằm lại 24 giờ.
- Khi về nhà nằm nghỉ ngơi tuyệt đối trong vòng 24 giờ đầu. Sau đó sinh hoạt bình thường.
- Quấn băng ép quanh đầu trong vòng 2-3 ngày đầu. Mỗi ngày đều đến thay băng, rửa vết thương.
- Giữ khô vết thương, chỉ được lau mặt bằng khăn ướt, không được rửa mặt và gội đầu.
- Cắt chỉ sau 10 ngày. Thời gian đầu, đường căng da có màu hồng, nó sẽ mờ dần trong vòng 3-6 tháng.
- Sau 5 ngày có thể đi làm bình thường. Tốt nhất là sau khi cắt chỉ.
- Lưu ý:
 - Khách phải gội đầu sạch sẽ trước khi làm phẫu thuật.
 - Gội đầu trước khi đến cắt chỉ (gội ở tiệm).
 - 05 ngày sau khi cắt chỉ có thể gội đầu bình thường.

9. PHÁC ĐỒ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THẨM MỸ CẨM

1. TRƯỚC PHẪU THUẬT

1.1 Khám và chuẩn đoán:

- ❖ Lâm sàng: Tình trạng tổng quát của bệnh nhân (khám nội khoa nếu cần)
- ❖ Cận lâm sàng:
 - Chụp hình tiền phẫu
 - Xét nghiệm thường qui và những xét nghiệm khác (nếu cần), xquang phổi thẳng, panorex, cephalo

1.2. Lập kế hoạch điều trị:

- Chọn phương pháp phẫu thuật
- Chọn phương pháp vô cảm.
- Sử dụng thuốc sau phẫu thuật
- Chăm sóc vết thương sau phẫu thuật

1.3. Giải thích tiến trình điều trị và xác nhận sự đồng ý của bệnh nhân bằng văn bản cam kết.

2. PHẪU THUẬT :

1.1 Phương pháp có đặt Implant vùng cằm : đặt implant để cho cằm nhô hơn, không cần thiệp trên xương cằm.

1.2 Phương pháp không đặt implant vùng cằm : tức là phương pháp cắt và trượt xương vùng cằm để tạo hình cằm

1.3Kết hợp cả hai phương pháp : kết hợp cắt trước xương cằm và đặt implant để tạo hình cằm.

3. Sau phẫu thuật :

- Sử dụng kháng sinh 5 ngày – 7 ngày + kháng viêm giảm đau
- Súc miệng bằng nước súc miệng có kháng khuẩn
- Hướng dẫn vệ sinh vết thương
- Cắt chỉ sau 1 tuần
- Chụp lại ảnh và đánh giá sau phẫu thuật

* THUỐC

1. Kháng sinh:

Cefotaxim 1g

01 lọ x 3lần (TM) x 5 ngày

Metronidazol 500mg

01 chai x 2lần (TTM) L giọt/ phút x 5 ngày

2. Kháng viêm

Solumedrol 40 mg

01 lọ (TM) x 3 ngày

3. Giảm đau

Paracetamol 1g

01 chai x 2lần (TTM) Lgiọt/phút x 3 ngày

HOẶC

- Kháng sinh(dùng một trong các loại sau)

1. Amoxicilline+ Acid Clavulanic 625 mg

01viên x 3 lần (uống) x 7 ngày

2. Cefuroxim 500mg

01viên x 2 lần (uống) x 7 ngày

- Kháng viêm (dùng một trong các loại sau)

1. Aescinate natri 40 mg

01 viên x 3 lần (uống) x 5 ngày

2. Prenisolon 5mg

02 v x 2 lần (uống) x 5 ngày

3. Lysozyme 90 mg

02v x 2 lần (uống) x 5 ngày

4. Alpha chymotrypsin

02 v x 3 lần (uống) x 5 ngày

- Giảm đau

Paracetamol 500 mg sủi 4-6 v/ ngày x 3 ngày

10. PHÁC ĐỒ PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH MŨI

1. TRƯỚC PHẪU THUẬT

1.1 Khám và chuẩn đoán:

- ❖ Lâm sàng: Tình trạng tổng quát của bệnh nhân (khám nội khoa nếu cần)
- Tình trạng và hình thái mũi tại chỗ da mũi, tổ chức dưới da, hệ thống nâng đỡ: xương, sụn mũi, đầu mũi, độ loe rộng của cánh mũi, độ dài của tiểu trụ, vách mũi, van mũi, cuốn mũi.
- ❖ Cận lâm sàng:
- Chụp hình tiền phẫu
- Xét nghiệm thường qui và những xét nghiệm khác(nếu cần)

1.2 Lập kế hoạch điều trị:

- Chọn phương pháp phẫu thuật
- Chọn phương pháp vô cảm
- Thời gian phẫu thuật cố định mũi sau phẫu thuật
- Sử dụng thuốc sau phẫu thuật

1.3 Giải thích tiến trình điều trị và xác nhận sự đồng ý của bệnh nhân bằng văn bản cam kết.

2. PHẪU THUẬT :

- Vô cảm
- Đường rạch da : trong mũi, ngoài mũi.
- Chỉnh hình mũi bằng các phương pháp K-wire, naal packing osteotomy, chỉnh hình vách ngăn, đầu mũi (có mảnh ghép hoặc không có mảnh ghép)
- Khâu vết thương
- Băng ép và cố định mũi.

3. SAU PHẪU THUẬT :

- Sử dụng kháng sinh 7 ngày – 10 ngày + kháng viêm giảm đau
- Chườm lạnh trong 48 giờ
- Chườm nóng những ngày sau.
- Hướng dẫn vệ sinh vết thương
- Cắt chỉ sau 1 tuần
- Chụp lại ảnh và đánh giá sau 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 1 năm,

* THUỐC

2. Kháng sinh:

Cefotaxim 1g

01 lọ x 3lần (TM) x 5 ngày

Metronidazol 500mg

01 chai x 2lần (TTM) L giọt/ phút x 5 ngày

2. Kháng viêm

Solomedrol 40 mg

01 lọ (TM) x 3 ngày

3.Giảm đau

Paracetamol 1g

01 chai x 2lần (TTM) Lgiọt/phút x 3 ngày

HOẶC

- Kháng sinh(dùng một trong các loại sau)

3. Amoxicilline+ Acid Clavulanic 625 mg
01viên x 3 lần(uống) x 7 ngày

2. Cefuroxim 500mg
01viên x 2 lần (uống) x 7 ngày

- Kháng viêm(dùng một trong các loại sau)

1. Aescinate natri 40 mg
01 viên x 3 lần (uống) x 5 ngày

2. Prenisolon 5mg
02 v x 2 lần (uống) x 5 ngày

3. Lysozyme 90 mg
02v x 2 lần (uống) x 5 ngày

4. Alpha chymotrypsin
02 v x 3 lần (uống) x 5 ngày

- Giảm đau

Paracetamol 500 mg sử 4-6 v/ ngày x 3 ngày

11. PHÁC ĐỒ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH SẸO

1. TRƯỚC PHẪU THUẬT

1.1 Khám và chuẩn đoán:

- ❖ Lâm sàng: Tình trạng tổng quát của bệnh nhân (khám nội khoa nếu cần)
- ❖ Cận lâm sàng:
 - Tình trạng tại chỗ: mô sẹo, kích thước..., đã được điều trị chưa.
 - Xét nghiệm thường qui và những xét nghiệm khác(nếu cần).

1.2 Lập kế hoạch điều trị:

- Chọn phương pháp phẫu thuật
- Chọn phương pháp vô cảm.
- Sử dụng thuốc sau phẫu thuật
- Chăm sóc vết thương sau phẫu thuật

1.3 Giải thích tiến trình điều trị và xác nhận sự đồng ý của bệnh nhân bằng văn bản cam kết.

2. PHẪU THUẬT :

- Vẽ vùng phẫu thuật
- Phương pháp phẫu thuật

3. SAU PHẪU THUẬT :

- Sử dụng kháng sinh 5 ngày – 7 ngày + kháng viêm giảm đau
- Hướng dẫn vệ sinh vết thương
- Cắt chỉ sau 1 tuần
- Chụp lại ảnh và đánh giá sau phẫu thuật.

* THUỐC

1. Kháng sinh:

Cefotaxim 1g
 01 lọ x 3lần (TM) x 5 ngày
 Metronidazol 500mg
 01 chai x 2lần (TTM) L giọt/ phút x 5 ngày

2. Kháng viêm

Solomedrol 40 mg
 01 lọ (TM) x 3 ngày

3. Giảm đau

Paracetamol 1g
 01 chai x 2lần (TTM) Lgiọt/phút x 3 ngày

HOẶC

- Kháng sinh(dùng một trong các loại sau)

1. Amoxicilline+ Acid Clavulanic 625 mg
 01viên x 3 lần(uống) x 7 ngày

2. Cefuroxim 500mg
 01viên x 2 lần (uống) x 7 ngày

- Kháng viêm(dùng một trong các loại sau)

1. Aescinate natri 40 mg
01 viên x 3 lần (uống) x 5 ngày
 2. Prenisolon 5mg
02 v x 2 lần (uống) x 5 ngày
 3. Lysozyme 90 mg
02v x 2 lần (uống) x 5 ngày
 4. Alpha chymotrypsin
02 v x 3 lần (uống) x 5 ngày
- Giảm đau**
Paracetamol 500 mg sủi 4-6 v/ ngày x 3 ngày

12. PHÁC ĐỒ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THẨM MỸ MŨI

1. TRƯỚC PHẪU THUẬT

1.1 Khám và chuẩn đoán:

- ❖ Lâm sàng: Tình trạng tổng quát của bệnh nhân (khám nội khoa nếu cần)
- Tình trạng và hình thái mũi tại chỗ da mũi, tổ chức dưới da, hệ thống nâng đỡ: xương, sụn mũi, đầu mũi, độ loe rộng của cánh mũi, độ dài của tiểu trụ, vách mũi, van mũi, cuốn mũi.
- ❖ Cận lâm sàng:
- Chụp hình tiền phẫu
- Xét nghiệm thường qui và những xét nghiệm khác(nếu cần)

1.2 Lập kế hoạch điều trị:

- Chọn implant: silicon, gortex, sụn tự thân.
- Chọn đường phẫu thuật : mũi kín(1 bên, 2 bên), mũi hở, đường ngách lợi..
- Kết hợp cắt ngành lên xương hàm trên, gọt xương mũi nếu cần.
- Chọn phương pháp vô cảm

1.3 Giải thích tiến trình điều trị và xác nhận sự đồng ý của bệnh nhân bằng văn bản cam kết.

2. PHẪU THUẬT :

- Vô cảm
- Rạch da, niêm mạc, bóc tách tạo khoang rộng đặt implant.
- Cắt cánh mũi nếu cần
- Đặt implant, khâu vết thương.
- Cố định

3. SAU PHẪU THUẬT :

- Sử dụng kháng sinh 5-7 ngày + kháng viêm giảm đau
- Chườm lạnh trong 48 giờ
- Chườm nóng những ngày sau.
- Hướng dẫn vệ sinh vết thương
- Cắt chỉ sau 1 tuần
- Chụp lại ảnh sau phẫu thuật.

* THUỐC

1. Kháng sinh:

Cefotaxim 1g

01 lọ x 3lần (TM) x 5 ngày

Metronidazol 500mg

01 chai x 2lần (TTM) L giọt/ phút x 5 ngày

2. Kháng viêm

Solomedrol 40 mg

01 lọ (TM) x 3 ngày

3. Giảm đau

Paracetamol 1g

01 chai x 2lần (TTM) Lgiọt/phút x 3 ngày

HOẶC

- Kháng sinh(dùng một trong các loại sau)

1. Amoxicilline+ Acid Clavulanic 625 mg
01viên x 3 lần(uống) x 7 ngày
2. Cefuroxim 500mg
01viên x 2 lần (uống) x 7 ngày

- Kháng viêm(dùng một trong các loại sau)

1. Aescinate natri 40 mg
01 viên x 3 lần (uống) x 5 ngày
2. Prenisolon 5mg
02 v x 2 lần (uống) x 5 ngày
3. Lysozyme 90 mg
02v x 2 lần (uống) x 5 ngày
4. Alpha chymotrypsin
02 v x 3 lần (uống) x 5 ngày

- Giảm đau

Paracetamol 500 mg sử 4-6 v/ ngày x 3 ngày

13. PHÁC ĐỒ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THẨM MỸ MÔI, MŨI

1. TRƯỚC PHẪU THUẬT

1.1 Khám và chuẩn đoán:

- ❖ Lâm sàng: Tình trạng tổng quát của bệnh nhân (khám nội khoa nếu cần)
- ❖ Cận lâm sàng:
 - Sẹo môi trên kích thước, kiểu của sẹo
 - Khám cung răng, khẩu cái, xương hàm trên, hàm dưới
 - Lấy dấu cung răng nếu cần.
 - Chụp hình tiền phẫu
 - Xét nghiệm thường qui và những xét nghiệm khác(nếu cần).

1.2 Lập kế hoạch điều trị:

- Chọn phương pháp phẫu thuật
- Chọn phương pháp vô cảm.
- Sử dụng thuốc sau phẫu thuật
- Chăm sóc vết thương sau phẫu thuật

1.3 Giải thích tiến trình điều trị và xác nhận sự đồng ý của bệnh nhân bằng văn bản cam kết.

2. PHẪU THUẬT :

- Phương pháp vô cảm : mê, tê
- Vẽ phát họa đường mổ
- Phương pháp mổ

3. SAU PHẪU THUẬT :

- Sử dụng kháng sinh 5 ngày – 7 ngày + kháng viêm giảm đau
- Hướng dẫn vệ sinh vết thương
- Cắt chỉ sau 1 tuần
- Chụp lại ảnh và đánh giá sau phẫu thuật.

* THUỐC

1. Kháng sinh:

Cefotaxim 1g

01 lọ x 3lần (TM) x 5 ngày

Metronidazol 500mg

01 chai x 2lần (TTM) L giọt/ phút x 5 ngày

2. Kháng viêm

Solumedrol 40 mg

01 lọ (TM) x 3 ngày

3. Giảm đau

Paracetamol 1g

01 chai x 2lần (TTM) Lgiọt/phút x 3 ngày

HOẶC

- Kháng sinh(dùng một trong các loại sau)

1. Amoxicilline+ Acid Clavulanic 625 mg

- 01viên x 3 lần(uống) x 7 ngày
2. Cefuroxim 500mg
- 01viên x 2 lần (uống) x 7 ngày
- Kháng viêm (dùng một trong các loại sau)**
1. Aescinate natri 40 mg
- 01 viên x 3 lần (uống) x 5 ngày
2. Prenisolon 5mg
- 02 v x 2 lần (uống) x 5 ngày
3. Lysozyme 90 mg
- 02v x 2 lần (uống) x 5 ngày
4. Alpha chymotrypsin
- 02 v x 3 lần (uống) x 5 ngày
- Giảm đau**
- Paracetamol 500 mg sử 4-6 v/ ngày x 3 ngày

DANH MỤC THUỐC SỬ DỤNG TẠI KHOA THẨM MỸ

STT	TÊN THUỐC	HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG
I. Kháng sinh		
1	Amoxicillin + Acid Clavulanic (Augmentin) 625mg	Uống; 1 viên x 3 lần/ ngày, trong 5-7 ngày
2	Cefuroxim 500mg	Uống 1 viên x 2 lần/ngày. Uống 5-7 ngày (Trường hợp cần thiết có thể cho đến 10 ngày)
3	Levofloxacin 500mg	Uống: 1 viên x 1 lần/ ngày, trong 5-7 ngày (có thể kéo dài đến 14 ngày trong trường hợp nặng) (Liều thường dùng khoảng 250 – 500mg, ngày 1-2 lần trong 7-14 ngày tùy thuộc vào mức độ nặng nhẹ và tác nhân gây bệnh)
	Levofloxacin 250mg	Uống: 1 - 2 viên x 1 - 2 lần/ ngày, trong 5-7 ngày (có thể kéo dài đến 14 ngày trong trường hợp nặng) Hoặc Uống: 1 viên x 2 lần/ ngày, trong 5-7 ngày (có thể kéo dài đến 14 ngày trong trường hợp nặng) (Liều thường dùng khoảng 250 – 500mg, ngày 1-2 lần trong 7-14 ngày tùy thuộc vào mức độ nặng nhẹ và tác nhân gây bệnh)
4	Metronidazol 250 mg	Uống; 2 viên x 3 lần/ ngày, trong 5-7

		ngày
	II. Kháng viêm	
1	Prednisone 5mg	Uống: 1 viên x 3 lần/ngày, trong 3-7 ngày Hoặc Uống: 2 viên x 2 lần/ngày, trong 3-7 ngày
2	Methylprednisolon 16mg	01 viên x 2 lần / ngày , trong 3 ngày (01 viên x 1 lần/ngày, trong 5-7 ngày) (liều thường dùng 1 viên x 1 lần/ngày, trong 5-7 ngày)
3	Alpha chymotrypsin	Uống: 2 viên/lần x 3 lần/ngày, trong 5-7 ngày
	III. Giảm đau	
1	Paracetamol 500mg	Uống; 1 viên x 3-4 lần/ ngày, trong 3-7 ngày
2	Paracetamol 500mg (Efferalgan) viên sủi	Uống; 1 viên x 3-4 lần/ ngày, trong 3-7 ngày
3	Paracetamol + codein 530mg	Uống; 1 viên x 3-4 lần/ ngày, trong 3-5 ngày
	IV. Thuốc khác	
1	Omeprazol 20mg	Uống; 1 viên x 2 lần/ ngày, trong 5-7 ngày

(Liều của các thuốc trên được chỉ định cho người lớn, có chức năng gan thận bình thường).

KHOA ĐIỀU TRỊ ĐẶC BIỆT

1. RỐI LOẠN THÁI DƯƠNG HÀM

Một vài thuật ngữ khác cũng được sử dụng để chỉ rối loạn thái dương hàm:

- Rối loạn hàm sọ.
- Hội chứng đau - loạn năng khớp thái dương hàm.
- Hội chứng đau - loạn năng cân cơ.
- Hội chứng đau - loạn năng hệ thống nhai (Hội chứng SADAM).

1. Định nghĩa rối loạn thái dương hàm:

Rối loạn thái dương hàm là một thuật ngữ chung để chỉ những rối loạn liên quan đến các cơ nhai, đến khớp thái dương hàm hoặc cả hai.

2. Triệu chứng của rối loạn thái dương hàm: Triệu chứng chủ yếu là đau và loạn năng.

2.1. Đau

Đau có thể xuất hiện ở thái dương hàm, ở các cơ nhai và cũng có thể ở những nơi khác xa hơn vùng hàm mặt như ở cổ, vai...

- Đau ở khớp thái dương hàm:

- Đau khớp thái dương hàm thường được cảm nhận là đau ở vùng trước tai (ngay vị trí của khớp). Thường đau ở một bên, có thể đau cả hai bên.
- Đau có liên quan trực tiếp đến vận động của khớp, tức vận động của hàm dưới. Khi hàm dưới vận động, đau tăng lên. Khi hàm dưới được nghỉ ngơi, cơn đau nhanh chóng giảm hoặc biến mất.
- Khi có sự phá hủy bề mặt các diện khớp (như trong viêm xương khớp thoái hóa) làm biến đổi cấu trúc bình thường của khớp thái dương hàm, đau có nguồn gốc thực sự từ mô xương bên dưới, có thể đau liên tục, đau ngay cả khi không vận động hàm, và tăng lên khi có vận động hàm.

- Đau ở cơ

Triệu chứng biểu hiện ở cơ có nhiều mức độ, thay đổi từ cảm giác khó chịu, căng cơ, mỏi cơ cho đến cảm giác đau thật sự. Đôi khi trong một thời gian dài chỉ có biểu hiện của sự căng hay mỏi cơ mà không có đau.

- Vị trí đau thuộc vào vị trí của cơ
- Đau thường ở một bên, ít khi đau cả hai bên.

- Có thể đau ở một hoặc nhiều cơ.
- Đau có thể tự phát hoặc liên quan đến hoạt động chức năng (như khi ăn nhai), hoặc chỉ đau khi há lớn.
- Đôi khi đau nhiều vào buổi sáng khi thức dậy, kèm theo há miệng hạn chế, đặc biệt xuất hiện ở những người có nghiến răng về đêm.
- Đôi khi bệnh nhân có cảm giác mỏi và đau ở vùng vai gáy (thường một bên) do co thắt cơ thang. Đau khu trú ở vùng cổ sau, vùng cổ bên và ở sau vai. Đau cũng có thể lan đến mặt sau hoặc mặt trước cánh tay.

2.2. Loạn năng:

Loạn năng là sự rối loạn vận động chức năng của khớp thái dương hàm hay của các cơ hàm được thể hiện qua các dấu hiệu: tiếng kêu ở khớp, giới hạn vận động hàm dưới, lệch hàm khi há miệng. Có thể có sai khớp cắn cấp tính do hậu quả của rối loạn cơ. Có một số bệnh nhân có biểu hiện loạn năng nhưng không đau. Loạn năng liên quan trực tiếp đến vận động hàm dưới.

- Tiếng kêu ở khớp thái dương hàm

Có nhiều loại tiếng kêu khác nhau được ghi nhận tại khớp:

- Tiếng lụp cụp: chỉ gồm một tiếng kêu ngắn gọn. Cường độ có thể thay đổi từ mức độ kêu nhỏ (chỉ cảm nhận được bằng tay hơn là nghe thấy) cho đến tiếng kêu “pop” hay “cắc” rất lớn có thể nghe thấy được từ xa.
- Tiếng lạo xạo: gồm nhiều tiếng kêu nhỏ, kéo dài trong suốt vận động, thường được mô tả như tiếng bước chân đi trên sỏi.

- Giới hạn vận động hàm

Bệnh nhân cảm thấy khó khăn trong khi thực hiện các vận động bình thường của hàm dưới như há, đưa hàm sang bên (trong khi nhai) hoặc đưa hàm ra trước (để cắn xé thức ăn).

Biên độ vận động của hàm dưới bị giới hạn.

- Lệch hàm khi há miệng

Có hai kiểu lệch hàm:

- Há miệng zig zag: có sự lệch hàm dưới sang một bên khi há, nhưng khi tiếp tục há cho đến khi há tối đa, há dưới trở về lại đường giữa.

- Há miệng lệch hẳn về một bên: hàm dưới lệch hẳn về một bên khi há và càng há càng lệch.

2.3. Các biểu hiện khác: ở tai như đau trong tai, ù tai, giảm thính lực, rối loạn thăng bằng; ở tuyến nước bọt như tuyến nước bọt dưới hàm có thể sưng một bên; ở mũi - hầu như cảm giác nóng bỏng, châm chích...; biểu hiện ở mắt như chảy nước mắt, đau sau hốc mắt... Các biểu hiện này thường thấy ở những bệnh nhân có vấn đề về tâm lý nhiều hơn (như lo âu, xúc cảm, thần kinh không ổn định, rối loạn thần kinh thực vật...).

3. Nguyên nhân của rối loạn thái dương hàm:

RLTDH là bệnh lý đa nguyên nhân. Hầu hết các trường hợp RLTDH đều rất khó xác định chính xác nguyên nhân, các yếu tố nguy cơ có thể là:

- Tuổi: Hầu hết các nghiên cứu đều chỉ ra rằng tuổi hay gặp RLTDH là 15-30 tuổi
- Yếu tố gen: Gen Catechol O- methyltransferase (COMT gene) có thể liên quan có thể liên quan đến quá trình và đáp ứng đau ở người bệnh RLTDH
- Giới: Các nghiên cứu trên thế giới đều chỉ ra rằng tần số xuất hiện, mức độ trầm trọng, việc tìm kiếm phương pháp điều trị của nữ cao hơn so với nam giới
- Khớp cắn: Các rối loạn khớp cắn như sai khớp cắn theo Angle, cắn chéo, cắn hở, cản trở khớp cắn, chen chúc, lệch đường giữa ,thiếu răng ...được các định là yếu tố khởi phát của RLTDH
- Rối loạn thái dương hàm do sai sót trong điều trị: sau điều trị gãy xương , rối loạn sau chỉnh nha
- Hội chứng lỏng khớp (hyperlaxity): Những bệnh nhân bị hội chứng lỏng khớp cục bộ và toàn thân thì tỷ lệ RLTDH cao hơn so với người bình thường
- Thói quen cận chức năng như nghiến răng
- Stress, căng thẳng và các yếu tố tâm lý khác

4. Tiêu chuẩn nhận bệnh: McNeil 1997

- Đau ở hệ thống cơ nhai, khớp thái dương hàm và/hoặc vùng quanh tai, thường tăng thêm khi sờ nắn hoặc hoạt động chức năng.
- Lệch hàm khi há miệng có hoặc không kèm theo tiếng kêu khớp.
- Hạn chế há miệng ($\leq 4\text{mm}$).

5. Cận lâm sàng: chụp Panorex, xq khớp há, ngậm, chụp phim MRI hoặc CT Scan, chụp ổ khớp có bơm thuốc cản quang (Arthrography)...

6. Phân loại chuẩn đoán:

Tiêu chuẩn chẩn đoán LNTDH theo **RDC/TMD năm 1992**

Nhóm	Tiêu chuẩn
1. Rối loạn cơ	
1a. Đau cơ mặt: Đau cơ	- Than phiền về đau ở cơ nhai - Đau khi sờ nắn ở ít nhất 3 vị trí, trong đó ít nhất có một điểm cùng bên với bên than phiền bị đau
1b. Đau cơ mặt với há miệng hạn chế: Đau cơ + hạn chế vận động hàm dưới	- Đau cơ mặt - Há miệng không trợ giúp và không đau $< 40\text{mm}$ và sự căng cơ thụ động $\geq 50\text{mm}$
2. Sai vị trí đĩa khớp	
2a. Sai vị trí đĩa khớp hồi phục: tiếng clicking có thể lặp lại	- Không đau ở khớp - Tiếng kêu khớp click có thể lặp lại khi há và đóng miệng
2b. Sai vị trí đĩa khớp không hồi phục với hạn chế há miệng: giới hạn há miệng không có tiếng click	- Tiền sử bị khóa hàm liên quan đến bữa ăn - Không có tiếng click của TDH - Há miệng không trợ giúp (kể cả đau) $\leq 35\text{mm}$ và khi duỗi cơ thụ động $\leq 4\text{mm}$ - Di chuyển hàm sang bên đối diện $< 7\text{mm}$ hoặc lệch hàm cùng bên khi mở miệng
2c. Sai vị trí đĩa khớp không hồi phục hồi mà không có giới hạn há miệng: tiền sử hạn chế há miệng	- Tiền sử khóa hàm mà liên quan đến bữa ăn - Tiếng lạo xạo khớp TDH - Há miệng không trợ giúp (kể cả đau) $> 35\text{mm}$ và duỗi cơ thụ động $> 4\text{mm}$ - Chuyển động hàm sang bên đối diện $\geq 7\text{mm}$ - Phim Arthrography hoặc MRI để chẩn đoán
3. Bệnh lý của khớp thông thường khác	
3a. Đau khớp (Arthralgia)	- Đau khớp khi sờ nắn ở xung quanh hoặc bên trong ổ khớp tại ngoài

Đau khớp thái dương hàm và không có tiếng lép lép	- Đau khớp khi đứng yên hoặc khi cử động hàm dưới - Không có tiếng lép lép, và có thể có tiếng clicking
3b. Viêm xương khớp Đau khớp kèm tiếng lép lép	- Đau như trường hợp Arthralgia - Tiếng lép lép ở bất kỳ chuyển động nào của hàm dưới hoặc có bằng chứng thay đổi ở khớp trên phim X-quang
3c. Thoái hóa khớp Không đau và có tiếng lép lép	- Tiếng lép lép ở bất kỳ chuyển động nào hoặc bằng chứng thay đổi khớp trên phim X-quang - Không có dấu hiệu đau khớp.

7. Điều trị:

Điều trị rối loạn thái dương hàm gồm điều trị triệu chứng và điều trị nguyên nhân. Hiện nay, hầu hết các chuyên gia trên thế giới đều đồng ý công việc điều trị gồm hai loại: điều trị không can thiệp thực thể và thực hiện các can thiệp trên bộ răng và hệ thống nhai hoặc kết hợp cả 2.

7.1. Điều trị không can thiệp thực thể bao gồm:

- **Thuốc:**

❖ **Kháng sinh:** Trường hợp viêm khớp thái dương hàm nhiễm khuẩn thì dùng kháng sinh thích hợp như penicillin G liều thông thường: người lớn: 1,2g (2 triệu đơn vị) / ngày chia làm 2-4 lần, trẻ em: 100mg/kg/ngày chia làm 4 lần.

- Oxacillin 250 mg.

Liều lượng:

- Người lớn và thiếu niên: 2 viên / lần , ngày 2 lần
- Trẻ em cân nặng dưới 40 kg: Uống 12.5 đến 25 mg cho 1 kg thể trọng, cứ 6 giờ 1 lần.
- Trẻ em cân nặng 40 kg trở lên: Xem liều lượng dùng cho người lớn và thiếu niên
 - Diclofenac: Viên nén: 25 mg; 50 mg; 100mg. Viên đạn: 25 mg; 100mg.

Liều lượng:

- Đau cấp: Diclofenac 50 mg, Uống: 1viên/lần x 3 lần/ngày, trong 5-7 ngày (hết đau ngưng thuốc).
- Đau tái phát: Liều đầu là 100 mg, sau đó 50 mg, ba lần mỗi ngày.
- Meloxicam 7.5 mg

- Người lớn: 1 viên/lần/ngày. Khi cần có thể tăng tới 2 viên/lần/ ngày.

- Mydocalm 50 mg

Liều lượng: Đường uống, liều hàng ngày là 150-450 mg, được chia thành 3 phần.
Đường tiêm, tiêm bắp với liều 100 mg x2 lần/ ngày; 100 mg/ngày, nếu tiêm tĩnh mạch chậm

- Mephenesin 500 mg

Liều lượng: Dùng cho người lớn và trẻ em trên 15 tuổi. Mỗi lần uống 2 đến 4 viên, 3 lần mỗi ngày.

- Diazepam 5 mg

Liều lượng:

- Viên nén: Người lớn: 5 – 15 mg/ngày , người già 2,5 – 7,5 mg/ ngày
- Sulpiride 50 mg.

Liều lượng: Dùng cho người lớn. Trạng thái thần kinh ức chế: 1-3 viên/ngày

Hoặc các cephalosporin thế hệ 1, 2, 3 khác. Tốt nhất là nuôi cấy bệnh phẩm tìm vi khuẩn, làm kháng sinh đồ và chọn thuốc theo kháng sinh đồ

❖ **Kháng viêm:** thuốc chống viêm không steroid như aspirin, diclofenac, meloxicam. Corticoid (hydrocortison acetat, methyl prednisolon acetat) tiêm tại chỗ khớp thái dương hàm làm giảm đau khá tốt. Lưu ý chỉ định tiêm rất thận trọng bởi bác sĩ chuyên khoa khớp, thực hiện trong điều kiện tuyệt đối vô khuẩn, tránh tiêm nhắc lại nhiều lần. Biến chứng có thể gặp khi tiêm khớp thái dương hàm là liệt mặt nếu tiêm vào dây thần kinh mặt (dây V)

❖ **Giảm đau:**

- Paracetamol 500 mg,

Liều dung:

Người lớn: 1-2 viên/ lần; 2 lần / ngày

- Paracetamol + codein khi đau nhiều:

Người lớn và trẻ em trên 12 tuổi: 1 – 2 viên/lần, ngày tối đa 2 – 3 lần.

- Dẫn cơ : Tolperisone chlorhydrate, almyon , Mephenesin ...
- An thần : diazepam, Sulpiride ...

Ngoài ra có thể kết hợp các thuốc điều trị thoái hóa khớp tác dụng chậm như glucosamin, chondroitin sulfat ...

- ❖ **Thuốc giãn cơ : Methocarbamol(750mg):** Dùng cho người lớn chức năng gan thận bình thường là từ 750mg-1500mg x4 lần/ ngày
- ❖ **Tâm lý trị liệu:** stress là 1 trong những nguyên nhân của TMJ...
- ❖ **Chế độ ăn:** ăn mềm, tránh thức ăn cứng như nhai kẹo cao su...
- ❖ **Vật lý trị liệu:** xoa nắn, tập vận động hàm dưới, chườm nóng...
- ❖ **Chiếu tia hồng ngoại :** chủ yếu sử dụng trong đau cơ
- ❖ **Máng nhai:** Máng nhai sẽ tạo ra 3 hiệu quả: Liệu pháp tâm lý (như của giả được), làm thư giãn cơ, tái lập lại tư thế của lời cầu.

7.2: Các can thiệp trên bộ răng và hệ thống nhai:

Thực hiện những can thiệp tác động trực tiếp lên bộ răng hay cấu trúc khớp thái dương hàm, bao gồm:

7.2.1. Mài điều chỉnh khớp cắn: Khi hai hàm răng có sự tiếp xúc không hài hòa, có những điểm vướng cộm gây cản trở trong quá trình ăn nhai, nuốt..., người thầy thuốc cần phải thực hiện động tác mài điều chỉnh để làm cho sự tiếp xúc răng được đều và tốt hơn, làm cho vận động hàm dưới được trơn tru, dễ dàng hơn.

Điều trị khớp cắn chỉ thực hiện sau khi đã phân tích một cách hệ thống và toàn bộ hệ thống nhai và khớp cắn. Kiểm tra trên miệng và giả khớp, nếu cần có thể bổ xung thêm bằng Xquang và ghi trục lời cầu để có thể đưa ra chẩn đoán chính xác, lên kế hoạch điều trị và tiên lượng để giải thích cho bệnh nhân

7.2.1.1: Điều trị khớp cắn cấp cứu:

Là những thủ thuật đơn giản nhưng lại giúp cải thiện đáng kể, thậm chí loại bỏ được các triệu chứng bệnh lý

- Mài bỏ những điểm chạm sớm hay những trở ngại khi chuyển động chức năng.
- Nhổ những răng nhiễm trùng, gây đau không thể bảo tồn được, nhổ răng khôn mọc lệch.
- Điều trị nội nha những răng viêm tủy.
- Hàn những răng sâu chưa hàn.
- Hướng dẫn hoặc sử dụng dụng cụ chống thói quen xấu.
- Người ta thường làm máng nhai sơ khởi để điều trị cấp trong những trường hợp đau kịch phát, có thể sử dụng các loại máng nhai chế tạo sẵn.

7.2.1.2. Cân bằng khớp cắn lâu dài:

Quá trình tái lập lại liên quan giữa các răng, cân bằng khớp cắn lâu dài phải thực hiện ở những răng khỏe mạnh, hay đã được điều trị tốt (nhổ, điều trị nội nha, điều trị nha chu)

Cân bằng khớp cắn lâu dài nhằm chỉnh sửa những bất thường khớp cắn là nguyên nhân của LNTDH:

- Hàm dưới lệch sang bên ở tư thế chèn múi tối đa: Loại bỏ điểm chạm sớm.
- Hàm dưới không ổn định ở tư thế chèn múi tối đa: Phân bố lại điểm chạm khớp cắn trên toàn hàm.
- Giới hạn biên độ hoạt động của hàm dưới: Loại bỏ cản trở cắn.

Có nhiều phương pháp để sửa những bất thường này từ đơn giản (mài chỉnh) đến phức tạp (nắn chỉnh, phẫu thuật, phục hình) Những phương pháp này thường kết hợp với nhau trong điều trị

Nguyên tắc của cân bằng khớp cắn lâu dài là ưu tiên áp dụng những phương pháp điều trị bảo tồn.

Theo dõi và điều trị duy trì:

7.2.2. Nhổ răng: trôi, lệch ...gây cản trở khớp cắn mà không chỉnh hình hay phục hình được.

7.2.3. Phục hình: phục hồi vị trí mất răng, thay các phục hình không đúng ...

7.2.4. Chỉnh hình: điều chỉnh bộ răng về khớp cắn hợp lý.

7.2.5. Phẫu thuật: trong trường hợp tổn thương khớp thái dương hàm nặng.

8. Tiên lượng và biến chứng:

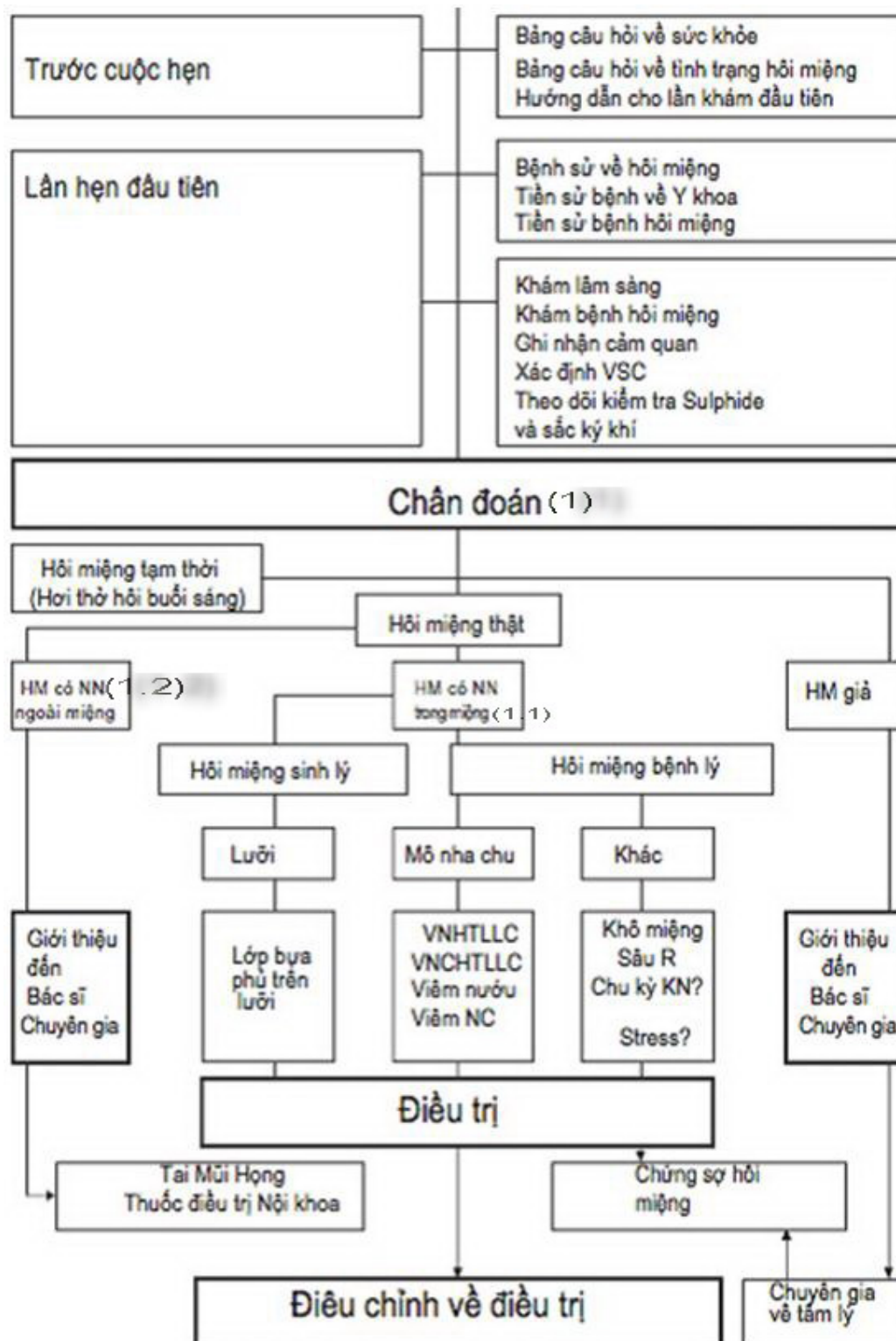
- Đối với điều trị không can thiệp, đáp ứng tốt đối với bệnh nhân đau cơ cắn cấp tính, kết hợp với các liệu pháp matxa, thay đổi thói quen vận động
- Việc kết hợp điều trị nội khoa và điều trị máng nhai được áp dụng cho bệnh nhân có bệnh lý về khớp, cải thiện đáng kể tình trạng đau, há miệng hạn chế và tiếng kêu khớp.

9. Phòng bệnh / hướng xử lý

- Tập thói quen nhai đều 2 bên.
- Thay đổi chế độ ăn sang đồ ăn mềm, tránh ăn đồ ăn dai cứng.
- Nằm ngủ tư thế thẳng, tránh nằm nghiêng 1 bên.

- Đối với bệnh nhân có bệnh lý khớp thái dương hàm, cần tái khám nha sĩ 6 tháng 1 lần để kiểm tra.

2. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ HÔI MIỆNG



1. ĐỊNH NGHĨA

- **Triệu chứng:** Triệu chứng hôi miệng còn gọi là hơi thở hôi là khi từ miệng phát ra hơi thở có mùi hôi hoặc là phát ra mùi khó chịu khi nói. Triệu chứng này có thể làm cho người bị triệu chứng này cảm thấy khó chịu, thiếu tự tin khi giao tiếp.

2. CHẨN ĐOÁN

HƯỚNG DẪN TRONG LẦN KHÁM ĐẦU TIÊN

Trong hướng dẫn này, yêu cầu Bệnh nhân không được:

- 1/ Dùng kháng sinh trong vòng 8 tuần trước khi khám đánh giá
- 2/ Dùng thức ăn có tỏi, hành hoặc gia vị trong vòng 48 giờ trước khi đo
- 3/ Uống rượu hoặc hút thuốc trước đó 12 giờ
- 4/ Ăn hoặc uống trước đó 8h (được phép uống nước trước khi khám tới 3 giờ)
- 5/ Dùng nước súc miệng vào buổi sáng hẹn khám
- 6/ Dùng hoá mỹ phẩm có mùi hoặc dung dịch sau cạo râu vào buổi sáng hẹn khám

BẢNG CÂU HỎI VỀ HÔI MIỆNG

- Bạn có bị khô miệng?
- Bạn có thở qua miệng suốt?
- Bạn uống bao nhiêu nước mỗi ngày (bao gồm tất cả các thức uống)?
- Mỗi ngày bạn uống bao nhiêu tách cà phê? Mỗi ngày bạn uống bao nhiêu rượu?
- Bạn có thường bị cảm giác có vị khó chịu trong miệng?
- Có phải điều này liên quan đến hơi thở hôi của bạn?
- Thời điểm nào trong ngày bạn có vấn đề hôi miệng?
- Bạn nghe nói mình có hơi thở hôi từ ai?
- Bạn có vấn đề về hôi miệng đã qua bao lâu rồi?
- Bạn đánh giá mức độ trầm trọng hơi thở hôi của bạn như thế nào?
- Làm thế nào để mọi người đánh giá mức độ trầm trọng hơi thở hôi của bạn?
- Bạn nhờ bác sĩ tư vấn về vấn đề này như thế nào?
- Bạn có vấn đề về chất đờm ở phía sau họng không (chảy mũi sau)?
- Bạn có nghĩ rằng có mối liên hệ giữa hơi thở hôi và những bệnh ở dạ dày?
- Bạn có hút thuốc không? Nếu có bao nhiêu gói mỗi ngày và bạn hút bao nhiêu năm rồi?
- Bạn có bao giờ chải lưỡi không?

- Bạn có dùng cây cạo lưỡi không?
- Bạn có dùng nước súc miệng không? nếu có bạn dùng nước súc miệng loại nào?
- Bạn có đứng cách xa mọi người vì hơi thở của mình không? Nếu có thì khoảng cách tối thiểu bạn thấy an tâm là bao nhiêu?
- Bạn có dùng các chất tạo mùi/chất ngọt (ví dụ bạc hà hay kẹo cao su để lấn át mùi hơi thở hôi của mình không?
-
- **Đánh giá mức độ hôi miệng:** sử dụng máy đo Helimeter để đánh giá độ hôi miệng thông qua đo khí sunfuahydro (H_2S), các chỉ số đánh giá như sau (Theo Stassinakis và cộng sự năm 2002):
 - + Không hôi miệng: mức độ khí H_2S trong hơi thở < 75ppb
 - + Hôi miệng nhẹ: 75ppb < mức độ khí H_2S trong hơi thở < 100ppb
 - + Hôi miệng trung bình: 110ppb < mức độ khí H_2S trong hơi thở < 150ppb
 - + Hôi miệng nặng: mức độ khí H_2S trong hơi thở > 150ppb.
- **3. NGUYÊN NHÂN:** bao gồm 90% nguyên nhân trong miệng và 10% nguyên nhân ngoài miệng.

3.1 Nguyên nhân trong miệng:

Khi bệnh nhân bịt mũi lại thở bằng miệng thấy có mùi hôi.

3.1.1 Nhiễm trùng:

Do mảng bám lưỡi (MBL), vệ sinh răng miệng (VSRM) kém, có nhiều cao răng, mảng bám răng. Sâu răng, viêm lợi, viêm quanh răng, túi nha chu sâu hơn 4mm, viêm lợi loét hoại tử, áp xe quanh răng, ung thư miệng, bệnh nha chu, bệnh quanh Implant, tủy hoại tử, tổn thương miệng (loét áp – to)...

3.1.2 Sai sót trong trám răng và phục hình răng:

Răng sâu có lỗ hổng thuận tiện cho VK trú ẩn, phát triển. Mảnh vụn thức ăn đọng ở bên dưới hay quanh miếng trám thừa và phục hình hở khi bị phân hủy là nguồn gây mùi hôi.

3.1.3 Khô miệng:

Khô miệng khi nước bọt giảm trên 50% mức độ bình thường gây mất hoạt động kháng khuẩn của nước bọt. Các VK Gram (-) phát triển do đó gây ra mùi hôi. Bệnh nhân bị

khô miệng khi có lưu lượng nước bọt là 0,15 ml/phút thay vì 0,25 - 0,5 ml/phút ở người bình thường.

- Các triệu chứng: giảm vị giác, khó nuốt, viêm niêm mạc miệng, dễ sâu răng, nhiều mảng bám trên răng và lưỡi.

- Nguyên nhân: Tuyến nước bọt kém hoạt động, liệt dây thần kinh mặt (dây VII), cơ thể mất nước, thở bằng miệng, người >50 tuổi, thiếu sinh tố, mãn kinh, bệnh tiểu đường, hội chứng Sjögren, trầm cảm, lạm dụng rượu, thiếu hồng cầu, đa xơ cứng, AIDS, dùng thuốc...

3.1.4 Mảng bám lưỡi:

Mảng bám lưỡi (MBL) là một “chất lắng mềm” được tạo thành từ một màng sinh học bám vào bề mặt lưỡi. MBL được phân biệt với các dạng lắng đọng khác trong khoang miệng như mảng bám răng, cao răng. Gần đây, những hiểu biết mới dựa trên mối quan hệ giữa MBL và hôi miệng dẫn đến sự quan tâm nghiên cứu về hệ VK trên MBL và các yếu tố ảnh hưởng đến môi trường VK.

3.2. Nguyên nhân ngoài miệng:

3.2.1 Nguyên nhân từ đường hô hấp trên:

Khi bệnh nhân ngậm miệng lại thở thấy có mùi hôi. Khám lâm sàng không có MBL, mùi hôi không giảm sau khi VSRM. Bệnh nhân có bệnh sử viêm xoang hoặc viêm amidan.

- Amidan có thể tham gia vào cơ chế bệnh sinh của chứng hôi miệng trong một số ít các trường hợp. Một số bệnh nhân có sỏi amidan "tonsilloliths", khi ho có mùi hôi. Sỏi amidan hình thành trong hốc amidan. Sỏi amidan chứa các VK kỵ khí Eubacterium, Fusobacterium, Porphyromonas và Prevotella sản xuất ra các loại khí sunfua dễ bay hơi. Khoảng 7% dân số bị mắc bệnh này và có thể điều trị bằng phương pháp cắt amidan sử dụng laser.

- Do thức ăn đọng lại trong họng, hạnh nhân lưỡi và hầu, các bệnh loét, nhiễm trùng, u vùng hầu. Tuy nhiên, điều này rất ít khi xảy ra.

3.2.2 Nguyên nhân từ đường hô hấp dưới:

Viêm phổi, áp-xe phổi, dị vật lọt vào phổi, viêm phổi hoại tử, ung thư phổi và lao.

3.2.3 Nguyên nhân do bệnh hệ thống:

Các bệnh hệ thống làm thay đổi các phản ứng hóa học bình thường của cơ thể, tạo ra những chất dễ bay hơi rồi thoát ra qua mồ hôi, nước bọt, các dịch tiết hay khí thở ra gây mùi hôi miệng.

- Suy thận: Hơi thở có mùi hôi như cá chết vì có hóa chất methylamine
- Suy gan: Do gan bị suy giảm chức năng nên các chất thải được loại bỏ qua phổi, gây ra mùi hôi “hepaticus”, mùi hơi thở của cái chết “excremental”.

Hơi thở có mùi trứng thối và tỏi.

- Người bị bệnh tiểu đường, hơi thở có mùi chua trái cây vì nhiễm acetone và ketone.
- Hội chứng hôi mùi cá ươn (Trimethylaminuria - Fish odor syndrome) rất hiếm gặp. Đây là bệnh tự miễn của trẻ sơ sinh với rối loạn chuyển hóa chất Trimethylamine. Bệnh không chữa được và phải dùng nhiều thực phẩm có nhiều choline, tiền thân của trimethylamine, như đậu, trứng, bộ lòng động vật.

3.2.4 Nguyên nhân từ đường tiêu hóa:

Bệnh nhân bị nóng rát sau xương ức, ợ hơi và có thể bị loét hoặc đau dạ dày không rõ nguyên nhân. Sự suy yếu hoặc cản trở việc đóng khép van thực quản - dạ dày trong bệnh trào ngược dạ dày thực quản (gastroesophageal reflux disease), hẹp môn vị (pyloric stenosis) đều dẫn tới hôi miệng. Các mùi hôi trong đường tiêu hóa trào ngược lên thực quản, rồi theo miệng thoát ra ngoài.

3.2.5 Do thực phẩm:

Mùi hôi giống như mùi của thực phẩm đã dùng và chỉ nhất thời xảy ra sau khi ăn uống (hành, tỏi) hay dùng thuốc (thuốc chứa nitrate, cồn, chloralhydrate và iodine). Sự trao đổi chất giữa một số thức ăn và đồ uống nhất định tạo ra các acid béo bay hơi và các chất có mùi hôi khác được bài tiết qua phổi

3.2.6 Hút thuốc lá:

Người nghiện thuốc lá có mùi hôi miệng thường gặp nhất và dễ nhận biết nhất. Mùi thuốc lá có thể kéo dài trong hơn một ngày sau khi ngừng hút

3.2.7 Do thuốc điều trị ung thư:

Ung thư là một nguyên nhân ít gặp dẫn đến hôi miệng. Khi dùng các thuốc điều trị ung thư như Amphetamines, Chloralhydrate, Cytotoxic agents, Dimethyl sulphoxide, Disulphiram, Nitrate và Nitrites, Phenothiazine có khả năng gây hôi miệng. Các

trường hợp bị ung thư má, sàn miệng, lợi, lưỡi, vòm miệng, những tổn thương rất nhỏ có xu hướng lở loét và hoại tử sẽ gây nhiễm trùng thứ phát và gây hôi miệng

3.2.8 Do tâm lý:

Hôi miệng do tâm lý là rất hiếm. Người bệnh có cảm tưởng mình bị hôi miệng trầm trọng nên họ thường tự cô lập và xa lánh mọi người. Họ thường che miệng khi nói chuyện. Hôi miệng do tâm lý thường thấy ở nữ, hoặc bệnh nhân bị bệnh tâm thần như trầm cảm, tâm thần phân liệt.

3. ĐIỀU TRỊ

• Điều trị bệnh lý răng miệng:

- Cạo vôi răng, xử lý mặt gốc răng, loại bỏ túi nha chu. Đôi khi cần đến phẫu thuật lật vạt (Theo PĐĐT Nha Chu – Phụ Lục 1)
- Trám răng, sửa chữa những miếng trám sai hay loại bỏ các răng mất chất: là nơi tuyệt vời cho VK sinh sống (Theo PĐĐT Chữa Răng Nội Nha – Phụ Lục 2)
- Làm lại những phục hình sai và có chức năng không tốt. (Theo PĐĐT Phục Hình – Phụ Lục 3)

• Cạo lưỡi (Hướng dẫn Vệ Sinh Răng Miệng)

- Các bệnh nhân có bựa lưỡi: nên làm sạch bằng biện pháp cơ học. Chải lưỡi và cạo lưỡi là biện pháp để lấy đi lớp bựa lưỡi
- Điều quan trọng là làm sạch mặt lưng của lưỡi càng vào sâu càng tốt, vì phần sau của lưỡi chứa đầy lớp bựa nhất. Sử dụng cây cạo lưỡi hay mặt chải lưỡi của bàn chải.

• Nước súc miệng:

Can thiệp cân bằng hệ vi khuẩn trong miệng . Alcohol Free Chlorhexidine 15ml dung dịch không pha loãng trong 30 giây.

4. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG:

- Đối với điều trị liên quan đến bệnh lý khoang miệng tiên lượng sau điều trị tốt sau khi loại bỏ yếu tố nguy cơ trong miệng.
- Đối với các yếu tố nguy cơ ngoài khoang miệng, việc điều trị cần phối hợp với các chuyên khoa tổng quát để đạt kết quả điều trị tối ưu.

5. PHÒNG BỆNH / HƯỚNG XỬ LÝ:

Cạo vôi răng 6 tháng 1 lần, điều trị các bệnh liên quan đến đường tiêu hóa, tránh sử dụng thực phẩm dễ tạo mùi hôi, uống nhiều nước.

KHOA DINH DƯỠNG

1. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SUY DINH DƯỠNG (NHI KHOA)

1. ĐẠI CƯƠNG

Suy dinh dưỡng (SDD) là bệnh lý thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi (nhất là trẻ em dưới 3 tuổi) do sự thiếu hụt các chất dinh dưỡng đặc biệt là chất đạm và chất béo làm ảnh hưởng đến sự phát triển thể chất, vận động, tâm thần, và trí thông minh của trẻ.

2. NGUYÊN NHÂN VÀ YẾU TỐ THUẬN LỢI

2.1 SAI LẦM TRONG NUÔI DƯỠNG

Không cho bú mẹ đầy đủ, cai sữa mẹ sớm, nuôi dưỡng trẻ không đúng phương pháp khi thiếu/không có sữa mẹ, cho ăn dặm quá sớm (trước 4 tháng tuổi) kiêng ăn khi trẻ bệnh.

2.2 BỆNH LÝ

- Bệnh nhiễm trùng: nhiễm khuẩn đường hô hấp, tiêu hóa tái phát, biến chứng hậu sỏi, ly, tiêu chảy kéo dài...

- Bệnh không nhiễm trùng:

+ Bệnh làm tăng nhu cầu chuyển hóa:

+ Cường giáp, phỏng, phẫu thuật, chấn thương, bệnh lý có dùng Corticoid.

+ Bệnh làm mất chất dinh dưỡng: Qua đường ruột (bệnh ruột mất đạm, hội chứng ruột ngắn, cắt dạ dày hay ruột non, cắt nối ruột, dò đường tiêu hóa, bệnh lý kém hấp thu, tiêu chảy nặng, suy tụy); Qua thận (hội chứng thận hư, lọc thận mạn tính); bệnh lý khác (vết thương hở, dẫn lưu áp - xe, tràn dịch màng phổi dịch tiết).

+ Các bệnh mạn tính: Tháo đường, suy thận mạn, suy tim, bệnh gan mạn, viêm loét dạ dày, viêm khớp mạn, chậm phát triển tâm thần vận động, động kinh, hôn mê kéo dài.

2.3 YẾU TỐ THUẬN LỢI

Sanh non, suy dinh dưỡng bào thai, dị tật bẩm sinh (hệ tiêu hóa, hệ tim mạch, hệ thần kinh, bệnh lý nhiễm sắc thể), nuôi dưỡng kém vệ sinh, không được chủng ngừa theo lịch.

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

3.1 SUY DINH DƯỠNG THỂ NHẸ: Chậm phát triển thể chất, tâm thần, vận động, nhiễm trùng, thiếu máu, thay đổi hệ lông tóc.

3.2 SUY DINH DƯỠNG THỂ VỪA – NẶNG: 3 thể lâm sàng

- Suy dinh dưỡng thể phù (kwashiorkor): phù, teo cơ, rối loạn sắc tố da, tổn thương niêm mạc, thay đổi tính chất răng, khô mắt, nhuyễn giác mạc do thiếu Vitamin A, tâm thần kinh: Run cơ, biến đổi trạng thái tâm thần (kém linh hoạt, mệt mỏi, quấy khóc, kích thích), rối loạn giấc ngủ (ngủ ít, khó ngủ, khóc đêm...), ảnh hưởng sự trưởng thành của não và trí thông minh, khoét đầu xương dài, biến dạng xương, hệ tim mạch (giảm cung lượng tim, suy tim mạn, rối loạn điện giải trên ECG do hạ kali), hệ tiêu hóa (biếng ăn, chướng bụng, tiêu chảy, có thể kém hấp thu Nitrogen, mỡ, carbohydrate, chất khoáng, gan to và chắc, nếu nặng có thể suy gan), chức năng thận bị ảnh hưởng, thiếu máu (thường Hb ở mức 8-10g/ dl).

- Thể teo đét (Marasmus): Thường ở tuổi nhũ nhi do không được bú mẹ, chậm phát triển: Da nhăn nheo, thường không phù, chức năng gan ít bị ảnh hưởng, ít đe dọa suy tim, niêm mạc ruột ít tổn thương nặng nên ít tiêu chảy và rối loạn tiêu hóa.

- Thể Marasmic Kwashokor: Đây là thể phù đã được điều trị, trẻ trở thành teo đét nhưng gan vẫn còn to do thoái hóa mỡ, tổn thương da vẫn còn.

4. TRIỆU CHỨNG CẬN LÂM SÀNG

4.1. HUYẾT ĐỎ: Thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc, có thể kèm giảm bạch cầu và giảm tiểu cầu do tủy giảm sản xuất do thiếu nguyên liệu.

4.2. SINH HÓA: Ion đồ (thường giảm Natri, Kali, Magne, Calci), Urê máu (thường thấp, ngoại trừ trường hợp bệnh nhân có mất nước), chức năng gan (suy giảm trong trường hợp phù), sắt huyết thanh, FERRITIN thấp.

4.3. ĐIỆN DI ĐẠM MÁU

- Đạm máu: Giảm rất nặng ở thể phù (thường < 4g%), nhẹ hơn ở thể teo (4g%)

- Albumine máu: Thường <30g/l, A/G: Bình thường ở thể teo (do giảm đều nhau), đảo ngược trong thể phù (do giảm ALBUMINE là chủ yếu).

4.4. LIPID MÁU: Giảm toàn bộ các thành phần Lipid, Cholesterol, Triglycerid.

4.5. BILAN NHIỄM TRÙNG: Trong trường hợp nghi ngờ nhiễm trùng.

4.6. KÝ SINH TRÙNG TRONG PHÂN.

4.7. IDR: Nên thường làm thường quy (do thường kèm với tình trạng lao), Nếu kết quả âm tính khi nhập viện, nên lặp lại một lần nữa trước khi xuất viện, (IDR có thể âm tính giả khi suy dinh dưỡng nặng, IDR trở nên dương tính sau khi dinh dưỡng được phục hồi)

4.8. HÌNH ẢNH HỌC: Siêu âm bụng (tìm gan nhiễm mỡ trong trường hợp phù),
XQ tim phổi tìm tổn thương phổi đi kèm nếu có triệu chứng gợi ý.

5. CHẨN ĐOÁN

- Dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng
- Vòng cánh tay <13cm ở trẻ 1-5 tuổi.
- Chậm tăng trưởng: Thường dùng các chỉ số cân nặng/tuổi, chiều cao/tuổi, cân nặng/chiều cao.

6. ĐIỀU TRỊ

- Trường hợp nhẹ và vừa không có biến chứng: Điều trị ngoại trú, chủ yếu điều chỉnh chế độ dinh dưỡng theo nguyên tắc:

- + Tăng dần đậm độ năng lượng để đạt từ 100 – 150 kcal/kg/ ngày.
 - + Tăng dần lượng protein cung cấp lên 2-3g/kg/ ngày
 - + Sử dụng loại đạm có giá trị sinh học cao (thịt, cá, trứng, sữa...)
 - + Chia thành nhiều bữa ăn nhỏ.
 - + Cung cấp thêm vitamin E cần thiết: Vit A: 150 UI/ngày, Vit D: 400UI/ngày.
- Trường hợp thể vừa, có biến chứng hoặc thể nặng: nhập viện

6.1. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

- Nhanh chóng ổn định dấu hiệu sinh tồn, điều chỉnh các rối loạn nội môi.
- Cung cấp năng lượng và chất dinh dưỡng dưới dạng thức ăn ngay khi sinh hiệu ổn định theo nguyên tắc:
 - + Đạm độ E và P lúc khởi đầu vừa đủ để không làm nặng thêm tình trạng rối loạn

chuyển hóa, sau đó tăng dần để giúp trẻ bắt kịp tốc độ tăng trưởng bình thường.
+ Chia nhỏ bữa ăn 8 – 12 lần / ngày.

6.2. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ

GIAI ĐOẠN ỔN ĐỊNH TRẺ (TUẦN 1)		GIAI ĐOẠN PHỤC HỒI TRẺ (TUẦN 2-6)
N1 – N2	N3-N7	
Điều chỉnh hạ đường huyết , Điều chỉnh hạ thân nhiệt bù nước		
Điều chỉnh rối loạn điện giải		Điều chỉnh rối loạn điện giải
Chống nhiễm trùng		
Bổ sung vi chất (<u>chưa</u> cung cấp sắt)		Bổ sung vi chất (<u>cung</u> cấp sắt)
Bắt đầu cho ăn		Tiếp tục cho ăn
		Phục hồi tăng trưởng
Kích thích cảm giác và hỗ trợ xúc giác		Kích thích cảm giác và hỗ trợ xúc giác
		Theo dõi – xuất viện

6.3. ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ

6.3.1. GIAI ĐOẠN ỔN ĐỊNH TRẺ: Thường trong vòng 1 tuần

- Điều trị hạ đường huyết:
- Hạ thân nhiệt: Ủ ấm bằng phương pháp Kangaroo, chiếu đèn, tắm soát nhiễm trùng. Theo dõi tránh tăng thân nhiệt.
- Điều chỉnh rối loạn nước điện giải:
- Điều chỉnh rối loạn thăng bằng toan kiềm:
- Chống nhiễm trùng, sốt rét, ký sinh nếu có.
- Bổ sung vi chất: Hàng ngày, trong ít nhất 2 tuần (đa sinh tố; Acid Folic 5mg/ngày đầu, sau đó 1mg/ngày; kẽm 2mg/kg/ngày, đồng 0,3mg/kg/ngày, sau khi tăng cân cho sắt nguyên tố 3mg/kg/ ngày; Vitamin A nếu có dấu hiệu tổn thương mắt: <6 tháng tuổi 50.000 UI/N1- N2- N14, 6-12 tháng 100.000 UI/N1-N2- N14,> 12 tháng 200.000 UI/N1-N2-N14).
- Bắt đầu cho ăn: Nguyên tắc: Ăn ít, thường xuyên (6-12 bữa/ngày) sữa có độ thẩm thấu thấp (pha loãng), ít lactose. Tận dụng sữa mẹ tối đa, nếu có, với trẻ <12 tháng. thường dùng sữa F75 (75kcal/100ml)

NGÀY	ĐỘ PHA LOÃNG THỨC ĂN	SỐ LƯỢNG/ NGÀY (ml/kg)	SỐ LẦN ĂN TRONG NGÀY
1	50	100	12
2	75	100	12
3	75	120	12
4	100	120	10
5	100	150	10
6	100	180	8
7	100	200	8

+ Qua miệng hoặc sonde chảy chậm tránh chướng bụng và tiêu chảy không hấp thu kịp (rút ống nếu trẻ ăn được 3/4 nhu cầu hoặc hết suất 2 lần liên tiếp) nếu tiêu chảy kéo dài, bất dung nạp thức ăn, phải nuôi tĩnh mạch.

Năng lượng: 80 – 100 kcal/ngày.

Dịch : 120-130ml/kg/ngày (100ml/kg/ngày nếu có phù) Protein : 1-1.5g/kg/ngày

- Theo dõi cân nặng mỗi ngày trước khi ăn sáng, tổng kết mỗi 3 ngày, ghi nhận số cân tăng/g/kg/ngày.

- Đánh giá hiệu quả điều trị: Phù thường bắt đầu giảm vào N4 của điều trị, bắt đầu có cảm giác thèm ăn sau tuần đầu. Tăng cân tốt : >10g/kg/ngày, trung bình 5 – 10g/kg/ngày, tăng < 5g/kg/ngày: Đánh giá lại chất lượng thức ăn, số lượng thức ăn, ô nhiễm trùng sâu, bất dung nạp thức ăn.

6.3.2. GIAI ĐOẠN PHỤC HỒI DINH DƯỠNG: Thường tuần thứ 2

- Tiêu chuẩn: Ăn ngon trở lại, chơi giỏi, không sốt, không ói, không tiêu chảy, không phù, tăng cân <5g/kg/ngày.

- Trẻ <24 tháng: Dùng sữa F100 (100 Kcal/100ml), trẻ < 24 tháng: Dùng F100 xen kẽ với thức ăn thông thường (đậm độ thức ăn cao ≥ 1 Kcal/l) 2 ngày đầu: Số lượng mỗi lần ăn và số lần ăn trong ngày tương tự như giai đoạn đầu N3 trở đi: Tăng dần 10ml cho mỗi bữa cho đến khi trẻ không thể ăn hết suất, thông thường khẩu phần gồm: 150 – 220 kcal/ kg/ ngày, 4 – 6g Protein/kg/ngày. Nếu trẻ không thể ăn hết phần: cho lại số lượng bằng lần ngay trước đó, khi trẻ ăn hết, bắt đầu tăng dần trở lại. Nếu trẻ chỉ có khả năng ăn < 130 Kcal/kg/ngày: Nguy cơ thất bại điều trị.

- Điều trị các rối loạn đi kèm:

+ Tồn thương mắt: Vit A, nếu có viêm/loét giác mạc: Nhỏ mắt với cloramphenicol mỗi 2-3 giờ trong 7- 10 ngày, nhỏ mắt với Atropine 1 giọt x 3/ngày trong 3-5 ngày, đặt mắt bằng gạc có tẩm nước muối sinh lý

+ Thiếu máu nặng

+ Tiêu chảy: Do nhiễm trùng/ký sinh trùng: Dùng thêm kháng sinh, kháng ký sinh trùng; Tiêu chảy phân toàn nước, xét nghiệm phân HP<6, Clinitest (+) nên dùng sữa F75 có nồng độ Lactose thấp hoặc sữa không Lactose, chuyển dần sang sữa F100 trong giai đoạn hồi phục. nghi ngờ tiêu chảy thẩm thấu: Tiêu chảy tăng lên với F75, ngưng khi giảm đường và độ thẩm thấu trong sữa, nên chuyển qua dùng sữa F75 có ngũ cốc.

7. XUẤT VIỆN

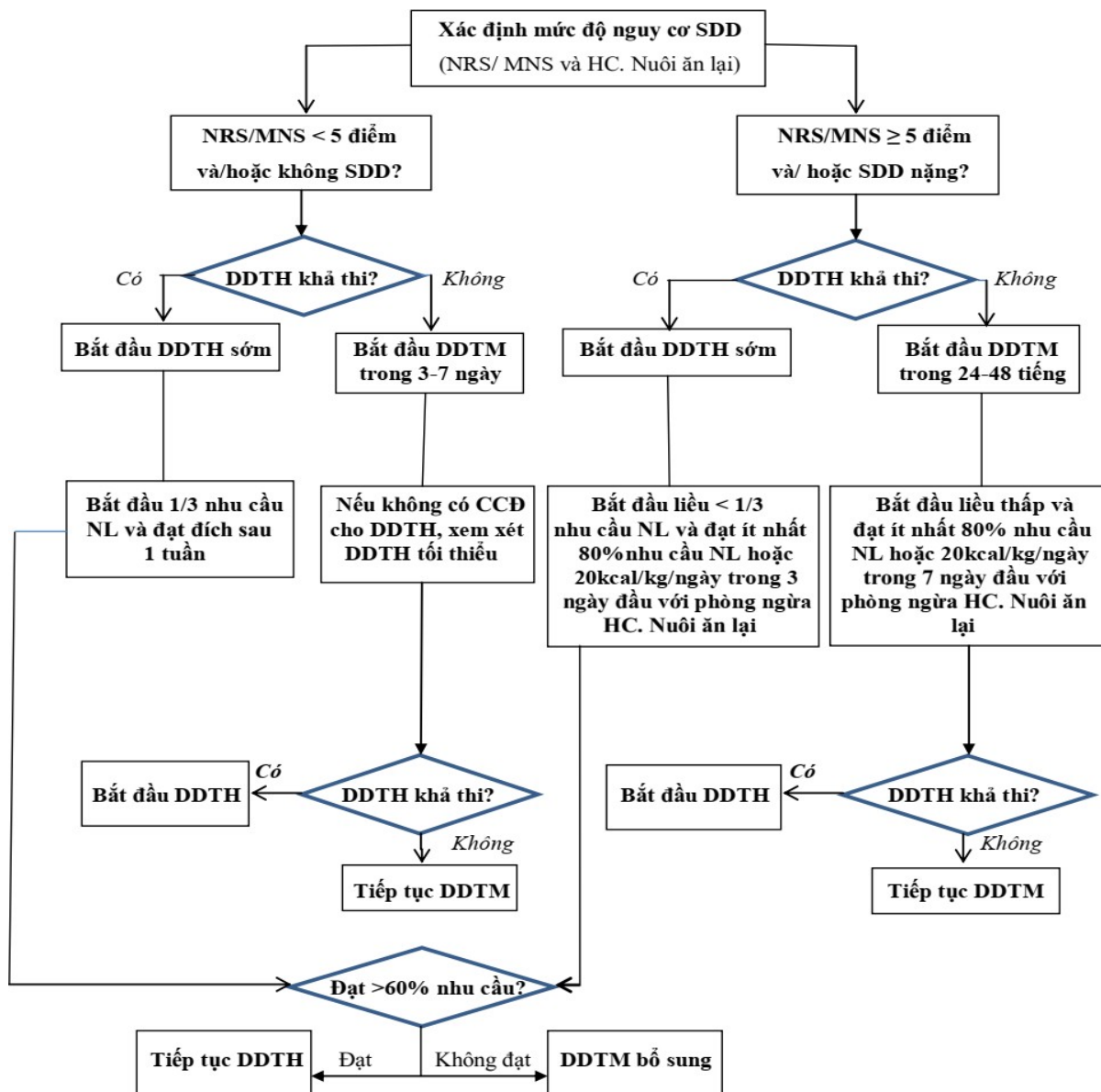
- Tiêu chuẩn xuất viện: Lý tưởng: CN/CC đạt >90%

- Cần nhắc: Có thể xuất viện sớm khi:

TRẺ	MẸ/NGƯỜI CHĂM SÓC
> 12 Tháng	Không đi làm xa nhà
Dùng đủ liều kháng sinh	Được huấn luyện kỹ càng cách chăm sóc tại nhà
Ăn ngon miệng	Có đủ điều kiện để nuôi trẻ
Tăng cân tốt >10g/kg/ngày	Có khả năng thực hiện theo hướng dẫn của nhân viên y tế
Hết phù (nếu có phù lúc nhập viện)	Có khả năng mang trẻ đến tái khám đều đặn
Đã uống đủ 2 tuần Vitamin và vi lượng H (hoặc khi chắc chắn sẽ được tiếp tục uống tại nhà)	

8. TÁI KHÁM: Mỗi tuần trong 1 tháng, sau đó mỗi tháng, cho đến khi cân nặng /chiều cao > 8.

2. PHÁC ĐỒ CHỌN ĐƯỜNG NUÔI DƯỠNG CHO NGƯỜI BỆNH COVID – 19 THỞ MÁY



Nguồn: Bộ Y Tế (2021). Hướng dẫn chế độ dinh dưỡng trong điều trị người bệnh Covid-19

KHOA KHÁM TỔNG HỢP

1. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ KHÔ MIỆNG

1. ĐỊNH NGHĨA: Xerostoma là khô miệng do giảm hoặc không tiết nước bọt.

2. NGUYÊN NHÂN:

2.1 Thuốc là nguyên nhân phổ biến nhất: Phổ biến nhất bao gồm: Thuốc kháng cholinergic, thuốc chống hội chứng: Parkinson, Thuốc chống tăng sinh (hóa trị liệu).

Các loại thuốc thông thường khác gây khô miệng bao gồm thuốc hạ huyết áp, thuốc an thần và thuốc trầm cảm (nhẹ hơn ở SSRI so với các thuốc ba vòng).

Việc tăng sử dụng methamphetamine bất hợp pháp đã làm gia tăng số trường hợp mắc bệnh miệng ma túy đá, đó là sâu răng nặng do khô miệng gây ra bởi methamphetamine. Tổn thương trầm trọng hơn khi có nghiện răng do thuốc và do nhiệt sinh ra khi hút thuốc. Phức hợp này làm răng bị phá hủy nhanh chóng.

Hút thuốc lá thường làm giảm lượng nước bọt.

2.2 Xạ trị:

Bức xạ ngẫu nhiên lên tuyến nước bọt trong quá trình bức xạ ung thư vùng đầu cổ thường gây ra tình trạng khô miệng nghiêm trọng (5200 cGy gây khô miệng nặng, vĩnh viễn, nhưng thậm chí liều nhỏ hơn cũng gây khô miệng tạm thời).

2.3 Các bệnh lý gây khô miệng : bất sản tuyến nước bọt, mất nước/ rối loạn chuyển hóa (chảy máu, nôn ói/ tiêu chảy), bệnh hệ thống: Hội chứng Sjogren, nguyên phát hoặc thứ phát, bệnh lý u hạt(sarcoidosis, lao)

2.4 Các tình trạng khác : mãn kinh, các nguyên nhân tại chỗ: nhiễm trùng tuyến nước bọt, tắc nghẽn tuyến và ống dẫn tuyến, thái ghép, xơ nang, đái tháo đường không kiểm soát, liệt Bell, nhiễm HIV, bệnh lý gan giai đoạn muộn.

2.5 Yếu tố tại chỗ: Ít nhai, hút thuốc lá, thở miệng.

3. CHẨN ĐOÁN:

Khám thực thể tập trung vào khoang miệng, đặc biệt khi khô miệng rõ ràng (Ví dụ: niêm mạc miệng khô, dính, hay ẩm ướt, nước bọt có bọt, đặc hoặc bình thường), sự hiện diện của bất kỳ tổn thương nào do nấm Candida albicans và tình trạng các răng.

Sự hiện diện và mức độ nghiêm trọng của khô miệng có thể được đánh giá bằng một số cách. Ví dụ, một cây đèn lưỡi đặt vào niêm mạc má trong vòng 10 giây. Nếu cây đèn lưỡi rơi ngay lập tức thì nước bọt được coi là bình thường. Cây đèn lưỡi càng khó rơi thì mức độ khô miệng càng nghiêm trọng. Ở phụ nữ sử dụng son môi, nếu son dính vào những răng trước, có thể gợi ý chứng khô miệng.

Nếu niêm mạc miệng có vẻ khô, cần sờ các tuyến nước bọt dưới hàm, dưới lưỡi và tuyến mang tai. Trong khi quan sát miệng các ống dẫn nước bọt miệng ống tuyến dưới hàm và dưới lưỡi nằm ở phía trước dưới lưỡi, miệng ống tuyến mang tai nằm ở giữa má trong. Làm khô miệng ống bằng một miếng gạc vuông trước khi ấn giúp ích cho quan sát. Nếu có sẵn cốc chia độ, bệnh nhân có thể nhổ nước bọt cho sạch khỏi miệng rồi sau đó nhổ hết nước bọt vào cốc. Lưu lượng nước bọt bình thường là 0.3 đến 0,4 mL/ phút. Khô miệng nhiều thì lưu lượng 0,1mL/phút. Có thể phát hiện sâu răng ở mép phục hình hoặc những vị trí bất thường (ví dụ ở đường viền lợi, các cạnh cắn, hoặc đỉnh múi răng).

Một biểu hiện chung của nhiễm trùng nấm *C.albicans* là những vùng dát đỏ và teo (ví dụ, mất các nhú ở lưng lưỡi). Ít phổ biến hơn là giả mạc trắng, dạng kem, lau đi sẽ gây chảy máu.

Đối với bệnh nhân khô miệng không rõ ràng, có thể đo dòng nước bọt bằng cách đặt dụng cụ thu ở những miệng ống tuyến chính sau đó kích thích tiết nước bọt bằng acid citric hoặc nhai paraffin. Lưu lượng bình thường của tuyến mang tai là 0,4 đến 1,5mL/phút/tuyến. Theo dõi dòng chảy có thể hỗ trợ xác định mức độ đáp ứng với điều trị.

Nguyên nhân của khô miệng thường rõ ràng, nhưng nếu nguyên nhân không rõ ràng và bệnh hệ thống bị nghi ngờ, nên đánh giá thêm bằng sinh thiết tuyến nước bọt phụ (để phát hiện hội chứng Sjogren, bệnh sarcoid, chứng thoái hóa tinh bột, lao hoặc ung thư) và xét nghiệm HIV. Vị trí sinh thiết thuận lợi là môi dưới.

4. ĐIỀU TRỊ:

Điều trị nguyên nhân và ngừng sử dụng các thuốc gây bệnh khi có thể

4.1 Thuốc tăng cường tiết nước bọt bao gồm Cevimeline (Evoxac) và Pilocarpine (Salagen), cả hai thuốc chủ vận cholinergic.

Cevimeleline (30mg uống 3 lần 1 ngày) có ít hoạt động của thụ thể M2 (tim) hơn pilocarpine và thời gian bán hủy dài hơn. Tác dụng phụ chủ yếu là buồn nôn.

Hoặc Pilocarpine (5mg uống 3 lần 1 ngày) sau khi đã loại bỏ chống chỉ định về nhãn khoa và tim phổi; các tác dụng phụ bao gồm đỏ mắt, đỏ bừng, và đa niệu.

Hoặc Surfarlem S25 (1 viên 3 lần trong bữa ăn). Chống chỉ định: trẻ em, tắc nghẽn đường mật. Tác dụng phụ: tiêu chảy, chướng bụng

4.2 Chất thay thế nước bọt:

Dạng dung dịch: Uống nhiều nước, Salivart, oralube (chứa carboxymethyl cellulose và hydroxyethyl cellulose), Xero-lube, Plax (water glycerol agent)

Dạng gel: oral balance (glycerate polymer)

5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG:

Khô miệng có thể dẫn đến sự khó chịu, ảnh hưởng đến phát âm và nuốt, đeo hàm giả khó khăn, gây ra hôi miệng, và làm giảm vệ sinh răng miệng do làm giảm pH trong miệng và tăng sự phát triển của vi khuẩn. Khô miệng kéo dài có thể dẫn đến sâu răng và nấm candida miệng nặng. Khô miệng là tình trạng phổ biến ở người lớn tuổi, ảnh hưởng đến khoảng 20% người cao tuổi.

6. PHÒNG BỆNH/HƯỚNG XỬ LÝ:

- Kích thích tuyến nước bọt: sử dụng chewing gum không đường (xylitol)
- Vệ sinh răng miệng thường xuyên và chăm sóc nha khoa để ngăn ngừa sâu răng, bệnh nhân nên thường xuyên đánh răng và sử dụng chỉ nha khoa (ngay cả trước khi đi ngủ) và sử dụng nước súc miệng hoặc chứa fluoride hoặc gel hằng ngày; sử dụng loại kem đánh răng mới bổ sung canxi và phosphate cũng có thể giúp tránh sâu răng lan tràn.
- Đối với bệnh nhân khô miệng có liên quan đến thuốc đang điều trị mà không thể đổi thuốc, cần thay đổi thời gian sử dụng thuốc để đạt được hiệu quả tốt nhất vào ban ngày, do ban đêm khô miệng có thể dễ dẫn đến sâu răng hơn.
- Có thể đeo máng cá nhân chứa gel fluor để hỗ trợ giảm thiểu sâu răng: đeo máng cá nhân chứa natri fluoride 1,1% hoặc fluoride thiếc 0,4% khi

đi ngủ. Ngoài ra, có thể sử dụng verni natri fluoride 5% 2 đến 4 lần /năm.

- Đối với tất cả các loại thuốc, cần phải cân nhắc đến các dạng dễ dung, như dạng lỏng, cần tránh dung loại thuốc đặt dưới lưỡi.
- Nên làm trơn miệng và cổ họng bằng nước trước khi nuốt viên nang và viên nén hoặc trước khi dung nitroglycerine dưới lưỡi. Bệnh nhân nên tránh dung thuốc thông mũi và thuốc kháng histamine.
- Bệnh nhân sử dụng máy áp lực đường thở dương tính liên tục để điều trị ngừng thở khi ngủ có thể có lợi khi sử dụng chức năng làm ẩm của thiết bị này. Đối với những bệnh nhân sử dụng các khí cụ điều trị trong miệng, máy làm ẩm trong phòng có thể hữu ích.
- Bôi sáp dầu lên môi và dưới răng giả để làm giảm khô, nứt, đau nhức và chấn thương niêm mạc.
- Một máy làm ẩm không khí lạnh có thể có ích với các bệnh nhân thở miệng do triệu chứng của họ thường trầm trọng hơn vào ban đêm.
- Bệnh nhân nên tránh thức ăn, đồ uống có đường hoặc có tính axit và bất kỳ loại thực phẩm gây kích thích khô, cay, làm săn se niêm mạc hoặc quá nóng hoặc quá lạnh. Điều đặc biệt quan trọng là tránh ăn đường gần thời gian ngủ.