

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 sạch 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 GÂY 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.

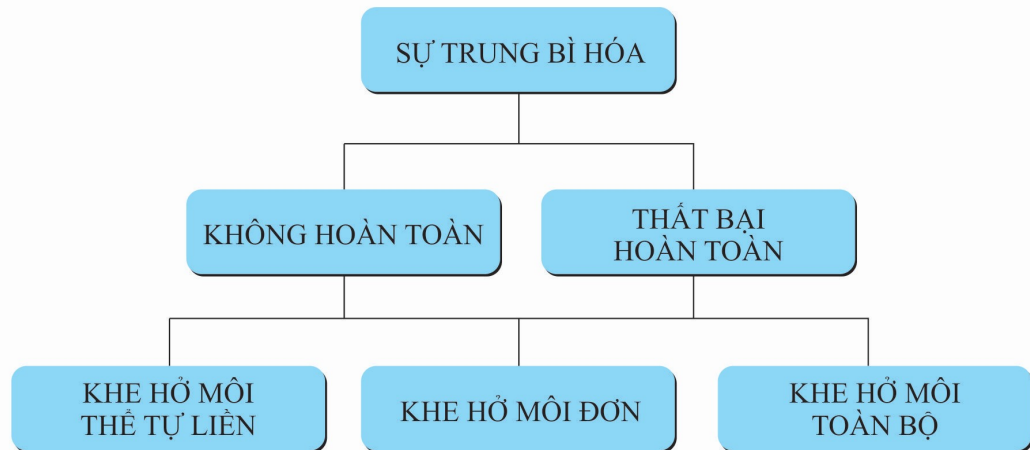
VẬT LIỆU TIÊU HAO TRONG ĐIỀU TRỊ GỠ XƯƠNG TRONG ĐIỀU TRỊ U NANG VÙNG HÀM MẶT

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

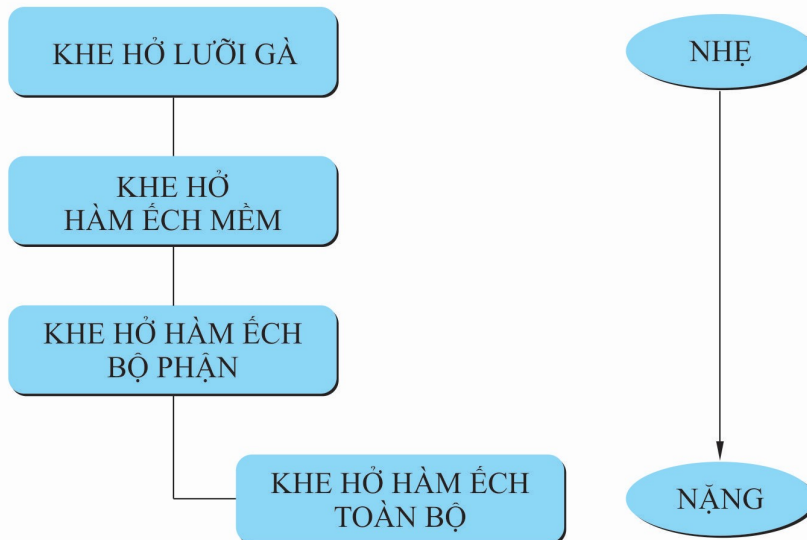
4. DỊ TẬT MÔI – HÀM ÉCH BẨM SINH

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 cằm 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 hụt, 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:**

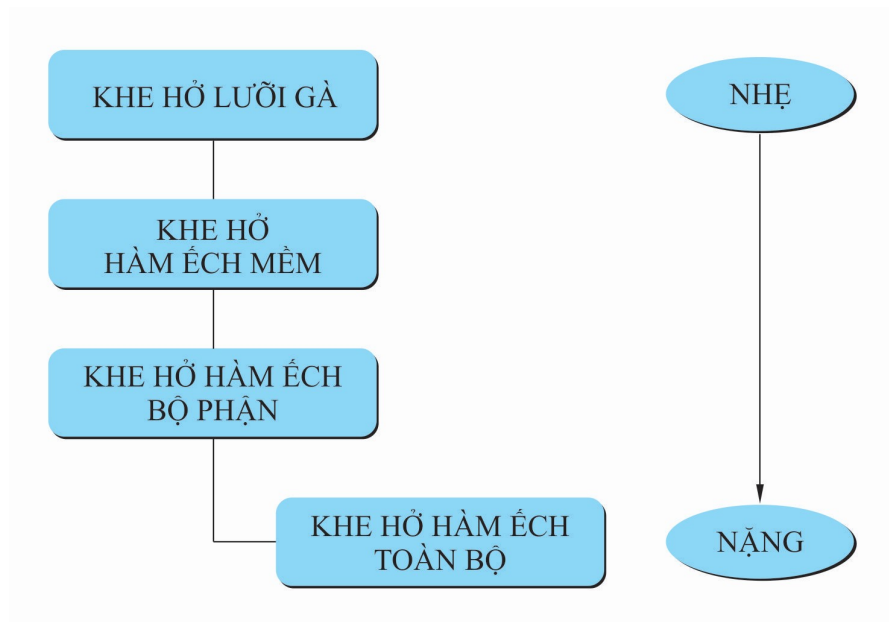
- Liều thường dùng cho người lớn: 500mg mỗi 4 – 6 giờ 1 lần uống.
 - Liều thường dùng cho trẻ em 10 – 15mg/kg thể trọng mỗi 4 – 6 giờ uống.
 - **Diclofenac 75mg:**
 - Liều thường dùng cho người lớn: 1 - 2 ống/ 24 giờ tiêm bắp
 - **Tenoxicam 20mg:**
 - Liều thường dùng cho người lớn: 20mg/ 24 giờ tiêm 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 cản trở.

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 lõi cầu và hõm khớp. Hình ảnh tái tạo 3-D cho thấy sự biến dạng của cạnh cao, lõi 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 lõi 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.