

# 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. Rối loạn cơ</b>                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>1a. Đau cơ mặt:</b> Đau cơ                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Than phiền về đau ở cơ nhai</li> <li>- 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</li> </ul>                                                                                                                              |
| <b>1b. Đau cơ mặt với há miệng hạn chế:</b> Đau cơ + hạn chế vận động hàm dưới                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Đau cơ mặt</li> <li>- Há miệng không trợ giúp và không đau &lt; 40mm và sự căng cơ thụ động ≥ 50mm</li> </ul>                                                                                                                                                                     |
| <b>2. Sai vị trí đĩa khớp</b>                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>2a. Sai vị trí đĩa khớp hồi phục:</b> tiếng clicking có thể lặp lại                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Không đau ở khớp</li> <li>- Tiếng kêu khớp click có thể lặp lại khi há và đóng miệng</li> </ul>                                                                                                                                                                                   |
| <b>2b. Sai vị trí đĩa khớp không hồi phục với hạn chế há miệng:</b> giới hạn há miệng không có tiếng click | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiền sử bị khóa hàm liên quan đến bữa ăn</li> <li>- Không có tiếng click của TDH</li> <li>- Há miệng không trợ giúp (kể cả đau) ≤ 35mm và khi duỗi cơ thụ động ≤ 4mm</li> <li>- Di chuyển hàm sang bên đối diện &lt; 7mm hoặc lệch hàm cùng bên khi mở miệng</li> </ul>           |
| <b>2c. Sai vị trí đĩa khớp không hồi phục hồi mà không có giới hạn há miệng:</b> tiền sử hạn chế há miệng  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiền sử khóa hàm mà liên quan đến bữa ăn</li> <li>- Tiếng lạo xạo khớp TDH</li> <li>- Há miệng không trợ giúp (kể cả đau) &gt; 35mm và duỗi cơ thụ động &gt; 4mm</li> <li>- Chuyển động hàm sang bên đối diện ≥ 7mm</li> <li>- Phim Arthrography hoặc MRI để chẩn đoán</li> </ul> |
| <b>3. Bệnh lý của khớp thông thường khác</b>                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>3a. Đau khớp (Arthralgia)</b>                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Đau khớp khi sờ nắn ở xung quanh hoặc bên trong ổ khớp tại ngoài</li> </ul>                                                                                                                                                                                                       |

|                                                            |                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Đau khớp thái dương hàm và không có tiếng lép lép          | - Đau khớp khi đứng yên hoặc khi cử động hàm dưới<br>- Không có tiếng lép lép, và có thể có tiếng clicking                                    |
| <b>3b. Viêm xương khớp</b><br>Đau khớp kèm tiếng lép lép   | - Đau như trường hợp Arthralgia<br>- Tiếng lép lép ở bất kỳ chuyển động nào của hàm dưới hoặc có bằng chứng thay đổi ở khớp trên phim X-quang |
| <b>3c. Thoái hóa khớp</b><br>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<br>- 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:** trồi, 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:**

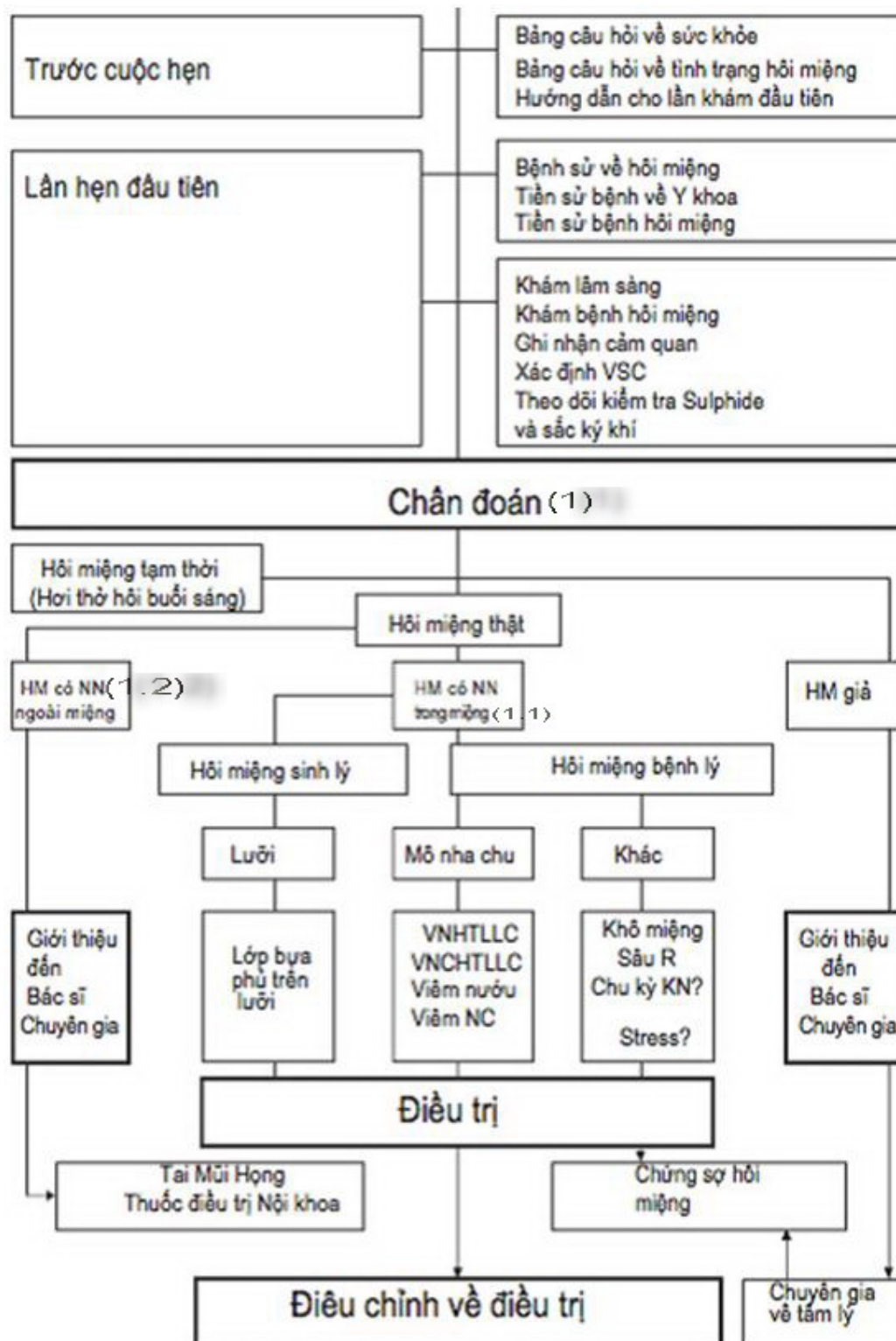
- Đối với điều trị không can thiệp, đáp ứng tốt đối với bệnh nhân đau cơ cắn cấp tính, kết hợp với các liệu pháp matxa, thay đổi thói quen vận động
- Việc kết hợp điều trị nội khoa và điều trị máng nhai được áp dụng cho bệnh nhân có bệnh lý về khớp, cải thiện đáng kể tình trạng đau, há miệng hạn chế 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.