

MỤC LỤC

1. RĂNG KHÔN MỌC LỆCH
2. VIÊM TỬY RĂNG
3. VIÊM QUANH CUỐNG RĂNG
4. SÂU RĂNG SỮA
5. VIÊM TỬY RĂNG SỮA
6. VIÊM LỢI LIÊN QUAN ĐẾN MẢNG BẨM RĂNG
7. VIÊM QUANH RĂNG TIẾN TRIỂN CHẬM
8. VIÊM LỢI LOÉT HOẠI TƯ CẤP TINH
9. BỆNH SÂU RĂNG
10. TỔN THƯƠNG MÔ CỨNG CỦA RĂNG KHÔNG DO SÂU

1. RĂNG KHÔN MỌC LỆCH

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng mọc bất thường về trục, hướng và vị trí của răng khôn, làm cho răng không có chức năng ăn nhai và có thể gây biến chứng.

II. NGUYÊN NHÂN

- Thiếu khoảng trên xương hàm do sự bất tương xứng về kích thước giữa răng và xương hàm.
- Có yếu tố cản trở răng mọc ở vị trí đúng: lợi xơ, u xương hàm....

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Có các biểu hiện răng mọc bất thường về trục, hướng, vị trí. Tùy trường hợp mà có thể có các dấu hiệu dưới đây:

- Răng lệch trục
- + Răng khôn hàm dưới thường có trục lệch gần hoặc lệch má ở các mức độ khác nhau.
- + Răng khôn hàm trên thường lệch phía ngoài.
- Răng có thể bị kẹt bởi cổ răng hàm lớn thứ hai, mặt nhai răng khôn có thể không chạm mặt phẳng cắn.
- Các dấu hiệu tổn thương răng kế cận: thường có tổn thương sâu cổ răng ở mặt xa răng hàm lớn thứ hai.
- Khi có biến chứng viêm quanh thân răng hoặc các viêm nhiễm khác thì có các biểu hiện:
- + Đau tự nhiên, khá dữ dội vùng góc hàm.

- + Có thể có sốt.
- + Bệnh nhân khó há miệng nhẹ, ăn nhai đau....
- + Vùng sau răng 7 lợi nề đỏ có thể lan ra trụ trước amidan và ngách tiền đình, có thể có viêm loét ở niêm mạc vùng lân cận.
- + Lợi ấn đau, chảy mủ.
- + Có thể thấy một hoặc hai nướu răng lộ ra khỏi lợi, bờ lợi có thể loét nhẹ.
- + Có hạch dưới hàm.

2. Cận lâm sàng

Phim X quang: phim sau huyết ổ răng, Panorama, hàm dưới chéch, Conebeam CT...

- Có hình ảnh răng mọc lệch trục, hướng và vị trí.
- Có thể có hình ảnh tổn thương mất mô cứng mặt xa răng hàm lớn thứ hai.

c. Chẩn đoán phân biệt

Răng khôn mọc lệch luôn có các biểu hiện trên lâm sàng và X quang rõ rệt, vì vậy không cần chẩn đoán phân biệt.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Khi đã xác định được răng khôn hàm dưới mọc lệch thì nên nhổ bỏ càng sớm càng tốt để không làm mất xương phía xa răng hàm lớn thứ hai.
- Lấy được răng khôn ra khỏi huyết ổ răng mà không làm tổn thương răng kế cận. Trường hợp cần thiết, phải cắt thân răng hoặc phối hợp với chia tách chân răng.
- Trong một số trường hợp phải tạo vạt niêm mạc và mở xương để lấy răng.

2. Điều trị cụ thể

a. Răng khôn lệch không có biến chứng

- Vô cảm.
- Tạo vạt nếu cần.
- Mở xương bộc lộ răng nếu cần.
- Cắt thân răng, và chia cắt chân răng nếu cần.
- Lấy răng ra khỏi huyết ổ răng bằng dụng cụ thích hợp.
- Kiểm soát huyết ổ răng.
- Khâu phục hồi niêm mạc hoặc cắn gạc cầm máu.
- Hướng dẫn bệnh nhân dùng kháng sinh, chống viêm, giảm đau nếu cần.

b. Răng khôn lệch đã có biến chứng

- Điều trị biến chứng viêm quanh thân răng cấp hoặc nhiễm trùng khác:
 - + Kháng sinh toàn thân.
 - + Bơm rửa túi quanh răng và chăm sóc tại chỗ khác....
- Sau khi hết giai đoạn nhiễm trùng cấp tính thì điều trị nhổ răng khôn lệch theo các bước đã trình bày ở mục 4.2.1.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

- Trường hợp chưa có biến chứng: nếu nhổ sớm thì có thể bảo vệ tốt được răng hàm lớn thứ hai tránh khỏi mất xương ở phía xa chân răng, sâu cổ răng....
- Trường hợp đã có biến chứng: nếu điều trị đúng quy trình thì có thể tránh được các biến chứng.

2. Biến chứng

- Viêm quanh thân răng cấp.
- Tổn thương răng hàm lớn thứ hai.

- Áp xe vùng má, áp xe vùng cơ cắn, áp xe vùng dưới hàm, áp xe quanh hàm ngoài....

- Viêm tấy tỏa lan vùng hàm mặt.

- Nhiễm trùng huyết.

VI. PHÒNG BỆNH

- Khám răng miệng định kỳ để phát hiện sớm và điều trị kịp thời.

2. MẤT RĂNG TOÀN BỘ

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. NGUYÊN NHÂN

- Sâu răng.

- Các tổn thương khác gây mất mô cứng của răng.

- Viêm quanh răng.

- Chấn thương.

- Răng bị nhổ do có bệnh lý liên quan đến răng như u, nang xương hàm.

III. CHẨN ĐOÁN

- Dựa vào tình trạng mất răng trên cung hàm.

- Chụp phim X quang để đánh giá tình trạng xương hàm vùng mất răng.

- Xét nghiệm máu nếu cần.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Làm phục hình răng phục hồi lại các răng mất để thiết lập lại chức năng ăn nhai và thẩm mỹ cho bệnh nhân. Khác nhau tùy theo phương pháp phục hình mất răng.

2. Điều trị cụ thể

a. Điều trị tiền phục hình

- Bám gai xương ở sống hàm.
- Điều trị các trường hợp phanh môi, má bám thấp.
- Làm sâu ngách tiền đình trong một số trường hợp ngách tiền đình nông.

b. Phục hình răng bằng Hàm giả tháo lắp

Có hai loại: hàm nhựa thường, hàm nhựa dẻo.

- Chỉ định: Tất cả các trường hợp mất răng toàn bộ.
- Chống chỉ định: Bệnh nhân dị ứng với nhựa nền hàm.
- Các bước:
 - + Lấy dấu 2 hàm và đồ mẫu.
 - + Làm thìa cá nhân (tại Labo).
 - + Lấy dấu thìa cá nhân và đồ mẫu.
 - + Làm nền tạm, gói sáp.
 - + Thử cắn và ghi tương quan 2 hàm.
 - + Lên răng.
 - + Thử răng.
 - + Ép nhựa và hoàn thiện hàm (tại Labo).
 - + Lắp hàm.
 - + Hướng dẫn bệnh nhân cách sử dụng và bảo quản hàm giả.

c. Phục hình răng bằng Implant

- Chỉ định: Tất cả các trường hợp mất răng toàn bộ.
- Chống chỉ định
 - + Thiếu xương hàm vùng mất răng.
 - + Các bệnh toàn thân không cho phép.
 - + Có tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Các bước
 - + Làm hàm nhựa như phần 2.2.1.
 - + Cấy tối thiểu 2 trụ Implant.
 - + Sửa soạn các trụ Implant.
 - + Sửa soạn nền hàm giả mang phần âm của cúc bấm.
 - + Lắp hàm giả.
 - + Hướng dẫn bệnh nhân cách sử dụng.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

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

2. Biến chứng

- Sang thương niêm mạc miệng.
- Viêm quanh implant.

VI. PHÒNG BỆNH

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

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

2. VIÊM TỦY RĂNG

I. 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.

II. 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 hóa 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 hàn.

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

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

III. CHẨN ĐOÁN

1. Viêm tủy có hồi phục

1.1. Chẩn đoán xác định

a. 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.
- + Gõ không đau.

b. Cận lâm sàng

- X quang: có biểu hiện các tổn thương mô cứng, khoảng dây chằng quanh răng bình thường.
- Thử nghiệm tủy: bình thường hoặc có thể nhạy cảm mức độ nhẹ.

1.2. Chẩn đoán phân biệt

Viêm tủy có hồi phục chẩn đoán phân biệt với sâu ngà sâu và viêm tủy không hồi phục: Dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng.

2. Viêm tủy không hồi phục

2.1. Chẩn đoán xác định

a. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng: Đau với các tính chất dưới đây:
- + Đau tự nhiên, từng cơn.

+ Thời gian cơn đau: Có thể kéo dài hàng giờ hoặc đôi khi chỉ ngắn trong vòng vài phút, hoặc rất ngắn làm cho tính chất cơn đau gần như liên tục.

+ Tính chất lan truyền: Cơn đau thường lan lên nửa đầu, nửa mặt cùng bên, bệnh nhân thường chỉ khu trú được vùng đau chứ không xác định được răng đau.

+ Đau khi có các tác nhân kích thích tác động và kéo dài sau khi đã hết tác nhân kích thích.

- Triệu chứng thực thể

+ Lỗ sâu trên mô cứng của răng: răng có thể có lỗ sâu giai đoạn tiến triển, đáy nhiều ngà mềm, ngà mủn, có thể có điềm hở tủy.

+ Vết rạn nứt răng: có thể có sau sang chấn mạnh.

+ Mòn mặt răng: cũng có thể có.

+ Lỗ hình chêm ở cổ răng: có thể có.

+ Hở tủy răng.

+ Gõ ly tâm từng nướu răng hoặc thực hiện nghiệm pháp cắn bệnh nhân đau.

+ Đường nứt ngấm màu bông xanh metylen.

+ Răng có hiện tượng gián đoạn dẫn quang qua đường nứt khi chiếu đèn.

+ Có thể không thấy lỗ sâu có biểu hiện viêm quanh răng toàn bộ, một răng hay một nhóm răng gây viêm tủy ngược dòng.

+ Gõ răng chỉ nhạy cảm khi có viêm lan tỏa tới vùng cuống và dây chằng quanh răng.

+ Thử nghiệm tủy: dương tính, ngưỡng thấp, kéo dài đáp ứng sau thử nghiệm.

b. Cận lâm sàng

- X quang: có thể có lỗ sâu mặt bên, mặt nhai, sâu tái phát dưới chất hàn sát hoặc thông với mô tủy, vùng cuống có phản ứng nhẹ, dây chằng hơi giãn rộng. Cũng có thể nhìn thấy hình ảnh nứt vỡ răng liên quan với buồng tủy.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm tủy có hồi phục.
- Viêm quanh cuống răng cấp.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Viêm tủy có hồi phục

Chụp tủy bằng Hydroxit canxi hoặc MTA. Sau đó hàn kín phía trên bằng Eugenate cứng nhanh, GIC.

- Sửa soạn xoang hàn:

- + Dùng mũi khoan thích hợp mở rộng bờ men, bộc lộ rõ xoang sâu.
- + Dùng mũi khoan thích hợp lấy bỏ mô ngà hoại tử.
- + Làm sạch xoang hàn bằng nước muối sinh lý.
- + Làm khô xoang hàn.

- Đặt Hydroxit canxi:

- + Dùng que hàn lấy Hydroxit canxi hoặc MTA và đặt phủ kín đáy xoang hàn từng lớp từ 1-2mm.
- + Dùng gòn bông nhỏ lèn nhẹ và làm phẳng bề mặt Hydroxit canxi.

- Hàn phục hồi xoang hàn:

- + Dùng vật liệu thích hợp như Composite, GIC, Amalgam... phục hồi phần còn lại của xoang hàn.
- + Kiểm tra khớp cắn.
- + Hoàn thiện phần phục hồi Composite hoặc Amalgam.

2. Viêm tủy không hồi phục

a. Điều trị tủy lấy tủy toàn bộ với nguyên tắc

- Vô trùng.
- Làm sạch và tạo hình ống tủy.
- Hàn kín hệ thống ống tủy theo không gian ba chiều.

b. Các bước điều trị tủy

- Bước 1: Vô cảm khi tủy răng sống bằng gây vùng hoặc gây tê tại chỗ với Xylocain 2%.
- Bước 2: Mở tủy, lấy tủy buồng, tủy chân.
 - + Dùng mũi khoan kim cương đầu tròn mở đường vào buồng tủy.
 - + Dùng mũi khoan Endo Z để mở toàn bộ trần buồng tủy.
 - + Lấy tủy buồng và tủy chân bằng châm gai.
- Bước 3: Thăm dò số lượng, kích thước ống tủy bằng các dụng cụ thích hợp.
- Bước 4: Xác định chiều dài làm việc của ống tủy.
- Bước 5: Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tủy .
 - + Tạo hình bằng các phương pháp tạo hình như: Stepback, Stepdown và phương pháp lai. Sử dụng các trâm xoay máy và trâm xoay cầm tay để tạo hình làm rộng hệ thống ống tủy.
 - + Làm sạch hệ thống ống tủy bằng các dung dịch: nước muối sinh lý, Ôxy già 3V, Natri hypochlorid 2,5-5 %.
- Bước 6: Chọn, thử côn gutta-percha chính.
- Bước 7: Chụp X quang kiểm tra.
- Bước 8: Hàn kín hệ thống ống tủy bằng các kỹ thuật lèn dọc, lèn ngang với gutta-percha nóng, nguội.
- Bước 9: Hàn kín buồng tủy và phục hồi thân răng bằng vật liệu thích hợp.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

- Biến chứng gần: Viêm quang cuống, u hạt, nang chân răng.

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

VI. PHÒNG BỆNH

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

- Khám răng định kỳ 6 tháng 1 lần.

3. VIÊM QUANH CUỐNG RĂNG

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. NGUYÊN NHÂN

1. Do nhiễm khuẩn

- Do viêm tủy, tủy hoại tử gây biến chứng viêm quanh cuống răng

Quá trình viêm tủy do các vi khuẩn xâm nhập từ lỗ sâu giải phóng hàng loạt các chất có độc tính vào mô quanh cuống bao gồm:

+ Nội độc tố và ngoại độc tố của vi khuẩn.

+ Các enzyme tiêu protein, phosphatase acid, b-glucuronidase và arylsulfatase.

+ Các enzyme tiêu cấu trúc sợi chun và sợi tạo keo.

+ Prostaglandin và interleukin 6 gây tiêu xương.

- Do viêm quanh răng, vi khuẩn từ mô quanh răng xâm nhập vào vùng cuống răng.

2. Do sang chấn răng

- Sang chấn cấp tính: sang chấn mạnh lên răng gây đứt các mạch máu ở cuống răng, sau đó có sự xâm nhập của vi khuẩn dẫn tới viêm quanh cuống, thường gây viêm quanh cuống cấp tính.

- Sang chấn mạn tính: các sang chấn nhẹ như sang chấn khớp cắn, núm phụ, sang chấn do tật nghiến răng, do thói quen xấu như cắn chỉ, cắn đinh,... lặp lại liên tục và gây ra tổn thương viêm quanh cuống mạn tính.

3. Do sai sót trong điều trị

- Do chất hàn thừa, chụp quá cao gây sang chấn khớp cắn.

- Do sai sót trong điều trị tủy:

+ Trong khi lấy tủy và làm sạch ống tủy đẩy chất bẩn ra vùng cuống 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.

+ Lạc đường gây thủng ống tủy.

+ Xé rộng hoặc di chuyển lỗ cuống răng.

+ Các tổ chức nhiễm khuẩn bị đẩy vào vùng cuống trong quá trình điều trị hoặc các dị vật 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.

+ Dùng thuốc sát khuẩn quá mạnh hoặc có tính kích thích mạnh vùng cuống như: Trioxymethylen.

+ Các chất hàn quá cuống là vị trí lưu vi khuẩn.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Viêm quanh cuống cấp

1.1. Chẩn đoán xác định

a. Lâm sàng

- Toàn thân: Bệnh nhân mệt mỏi, sốt cao $\geq 38^{\circ}\text{C}$, có dấu hiệu nhiễm trùng như môi khô, lưỡi bẩn, có thể có phản ứng hạch ở vùng dưới hàm hoặc dưới cằm.

- Cơ năng

+ Đau nhức răng: đau tự nhiên, 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.

+ Cảm giác chồi răng: răng đau chạm trước khi cắn làm bệnh nhân không dám nhai.

- Thực thể

+ Thường thấy vùng da ngoài tương ứng răng tổn thương sưng nề, đỏ, không rõ ranh giới, ấn đau, có hạch tương ứng, ấn đau.

+ Răng có thể đổi màu hoặc không đổi màu.

+ Khám thường thấy tổn thương do sâu chưa được hàn, hoặc răng đã được điều trị, hoặc những tổn thương khác không do sâu.

+ Răng lung lay rõ, thường độ 2 hoặc 3.

+ Gõ dọc răng đau dữ dội so với gõ ngang.

+ Niêm mạc ngách lợi tương ứng vùng cuống răng sưng nề, đỏ, ấn đau, mô lỏng lẻo.

+ Thử nghiệm tủy: âm tính với thử điện và nhiệt do tủy đã hoại tử.

b. Cận lâm sàng

- X quang: Có thể có hình ảnh mờ vùng cuống, ranh giới không rõ và giãn rộng dây chằng quanh cuống.

- Xét nghiệm máu: Bạch cầu đa nhân trung tính tăng, máu lắng tăng....

1.2. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt với viêm tủy răng cấp:

Triệu chứng	Viêm tủy cấp	Viêm quanh cuống cấp
Dấu hiệu toàn thân	Không có dấu hiệu toàn thân	Mệt mỏi, sốt cao, có phản ứng hạch vùng.
Đặc điểm đau	Đau tự nhiên, thành cơn, đau nhiều về đêm, đau tăng khi ăn nhai.	Đau tự nhiên, âm ỉ, liên tục, răng lung lay, chồi cao.
Gõ dọc	Đau ít	Đau nhiều
Thử tủy	(+)	(-)
X quang	Vùng cuống cho hình ảnh bình thường	Có hình ảnh dẫn rộng dây chằng

2. Viêm quanh cuống bán cấp

2.1. Chẩn đoán xác định

a. Lâm sàng

- Toàn thân: Bệnh nhân cảm thấy khó chịu, đau đầu, sốt nhẹ $< 38^{\circ}\text{C}$ hoặc không sốt.

- Cơ năng: Đau âm ỉ, liên tục ở răng tổn thương, cảm giác răng chồi cao, đau tăng khi 2 hàm chạm nhau.

- Thực thể

+ Ít thấy sưng nề vùng da tương ứng với răng tổn thương. Có thể có hạch nhỏ di động

+ Ngách lợi tương ứng răng tổn thương sưng nề nhẹ, đỏ, đầy, ấn đau.

+ Răng đổi màu xám hoặc không.

+ Tổn thương sâu răng ở các mặt răng.

+ Răng lung lay độ 1, 2.

+ Gõ dọc đau hơn gõ ngang.

+ Thử nghiệm tủy: âm tính.

b. Cận lâm sàng: X quang: có thể có hình ảnh mờ vùng cuống, giãn rộng dây chằng vùng cuống nhẹ.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt với viêm quanh cuống cấp.

Triệu chứng	Viêm quanh cuống cấp	Viêm quanh cuống bán cấp
Dấu hiệu toàn thân	Mệt mỏi, sốt cao, có phản ứng hạch vùng.	Khó chịu, đau đầu, sốt nhẹ < 38°C hoặc không sốt.
Đặc điểm đau	Đau tự nhiên, âm ỉ, liên tục, răng lung lay, chồi cao.	Đau âm ỉ, liên tục ở răng tổn thương, cảm giác răng chồi cao, đau tăng khi 2 hàm chạm nhau.
Gõ dọc	Đau nhiều	Đau ít

3. Viêm quanh cuống mạn

3.1. Chẩn đoán xác định

a. Lâm sàng

- Cơ năng: chỉ có tiền sử đau của các đợt viêm tủy cấp, viêm quanh cuống cấp hoặc áp xe quanh cuống cấp.

- Thực thể:

+ Răng đổi màu, màu xám đục ở ngà răng ánh qua lớp men.

+ Vùng ngách lợi tương ứng quanh cuống răng có thể hơi nề, có lỗ rò hoặc sẹo rò vùng cuống. Đôi khi lỗ rò không ở trong hốc miệng mà ở ngoài da hoặc nền mũi tùy vị trí nang và áp xe.

+ Gõ răng không đau hoặc đau nhẹ ở vùng cuống răng. Thông thường các răng nguyên nhân gõ không đau. Dấu hiệu này chỉ (+) trong các đợt cấp hoặc bán cấp của thể mạn tính.

+ Răng có thể lung lay khi tiêu xương ổ răng nhiều.

+ Các thử nghiệm tủy âm tính.

b. Cận lâm sàng: X quang:

- Đưa gutta-percha qua lỗ rò trong miệng có thể thấy hình ảnh nguồn gốc ổ mủ trên phim X quang.
- Áp xe quanh cuống mạn tính: hình tiêu xương ranh giới không rõ.
- U hạt và nang: hình ảnh tiêu xương có ranh giới rõ.
- Không thể chẩn đoán phân biệt chính xác các thể bệnh nếu không có sinh thiết.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

Không thể chẩn đoán phân biệt chính xác các thể bệnh nếu không có sinh thiết.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Loại trừ toàn bộ mô nhiễm khuẩn và hoại tử trong ống tủy.
- Dẫn lưu tốt mô viêm vùng cuống.
- Hàn kín hệ thống ống tủy, tạo điều kiện cho mô cuống hồi phục.
- Chỉ định phẫu thuật cắt cuống răng nếu tiên lượng điều trị nội nha không có kết quả.

2. Phác đồ điều trị

Những răng bị viêm quanh cuống cấp hoặc bán cấp: dẫn lưu buồng tủy. Sau đó dùng kháng sinh có tác dụng với vi khuẩn yếm khí và Gram (-), kết hợp với giảm đau, nâng cao thể trạng để tiến hành điều trị nội nha.

3. Điều trị cụ thể

a. Điều trị toàn thân

Đối với các thể bệnh đau (viêm quanh cuống cấp, áp xe quanh cuống cấp) phải điều trị bằng kháng sinh toàn thân, đặc biệt trong trường hợp áp xe quanh cuống cấp có viêm mô tế bào.

b. Điều trị nội nha

- Làm sạch và tạo hình hệ thống ống tủy.
- Đặt Ca(OH)_2 trong ống tủy để trung hòa mô viêm vùng cuống, sát khuẩn hệ thống ống tủy.
- Hàn kín hệ thống ống tủy.
- Phục hồi thân răng

c. Điều trị phẫu thuật

- Sau điều trị nội nha có tổn thương quanh cuống không phục hồi do nhiều nguyên nhân khác nhau.
- Sau khi răng nguyên nhân và các răng liên quan được điều trị nội nha, theo dõi mà tổn thương cuống không tiến triển tốt, tiến hành điều trị phẫu thuật lấy đi toàn bộ lớp vỏ nang có hoặc không có cắt phần cuống răng nguyên nhân.
- Tiến hành hàn ngược cuống răng nếu có cắt cuống răng.

V. BIẾN CHỨNG VÀ TIÊN LƯỢNG

Những răng bị tổn thương vùng cuống răng nếu không được điều trị kịp thời và đúng phương pháp, bệnh có thể gây nhiều biến chứng phức tạp, gây ảnh hưởng không nhỏ tới sức khỏe người bệnh.

1. Biến chứng tại chỗ

- Áp xe: Vùng xung quanh hoặc gây viêm hạch và vùng quanh hạch.
- Viêm xương tủy.

2. Biến chứng toàn thân

Liên quan bệnh tim mạch, viêm thận, viêm khớp, gây đau ½ mặt giống như đau dây thần kinh V, ngoài ra có thể gây sốt kéo dài, rất khó chẩn đoán bởi các xét nghiệm cơ bản như công thức máu không thấy có thay đổi, cấy máu âm tính,...

VI. PHÒNG BỆNH

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

- Khám răng định kỳ 6 tháng 1 lần.

4. SÂU RĂNG SỮA

I. ĐỊNH NGHĨA

Sâu răng sữa là một bệnh gây tổn thương mất mô cứng của răng do quá trình hủy khoáng gây ra bởi vi khuẩn ở mảng bám răng.

II. NGUYÊN NHÂN

Do các men của vi khuẩn ở mảng bám răng tác động lên các thức ăn có nguồn gốc Gluxit còn dính lại ở bề mặt răng, chuyển hóa thành axit. Khi môi trường có $\text{pH} < 5$ thì gây ra tổn thương hủy 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 hủy 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. Ngoài ra một số bất thường về hình dạng răng như răng sinh đôi, răng dính, nướu phụ... cũng làm tăng nguy cơ gây sâu răng.

+ Vị trí răng: Răng lệch lạc, chen chúc 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.

+ Vệ sinh răng miệng đóng vai trò quan trọng nhất trong các yếu tố nguy cơ gây sâu răng, là yếu tố làm sạch cơ học giúp làm giảm hoặc mất các tác động gây sâu răng của các yếu tố gây sâu răng khác.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán các tổn thương sâu răng sớm

- Các dấu hiệu lâm sàng ở giai đoạn này dựa vào một trong các dấu hiệu sau:

+ Vùng tổn thương sâu răng sớm xuất hiện các vết trắng đục hoặc nâu vàng, bề mặt men răng còn nguyên vẹn.

+ Vùng tổn thương sâu răng sớm xuất hiện các vết trắng đục khi thổi khô bề mặt.

+ Vùng tổn thương là một vùng tối trên nền ánh sáng trắng của men răng bình thường khi chiếu đèn sợi quang học do hiện tượng tán xạ ánh sáng của tổn thương sâu răng.

+ Vùng tổn thương là một vùng thay đổi màu sắc trên nền phát huỳnh quang màu xanh lá cây của men răng bình thường khi sử dụng một nguồn sáng đặc biệt kích thích phát huỳnh quang của men răng.

+ Vùng tổn thương biểu hiện mức độ mất khoáng tương ứng với giá trị từ 10 đến 20 khi đo bằng thiết bị Laser huỳnh quang

- X quang: Không có dấu hiệu đặc trưng trên X quang.

2. Chẩn đoán sâu răng giai đoạn hình thành lỗ sâu

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng và/ hoặc X quang.

- Triệu chứng cơ năng

- Có thể có hoặc không có triệu chứng cơ năng.

- Nếu có thì biểu hiện: Ê buốt ngà: ê buốt khi có các chất kích thích tác động vào vùng tổn thương như nóng, lạnh, chua, ngọt. Khi hết kích thích thì hết ê buốt.

- Triệu chứng thực thể

- Tổn thương mất mô cứng của răng có thể rất nhỏ chỉ xác định được khi thăm khám với dấu hiệu mất thấm châm hoặc biểu hiện rõ hình ảnh lỗ sâu với các đặc điểm sau:

- Vị trí: mặt nhai các răng hàm sữa, mặt gần- xa, mặt ngoài và mặt trong các răng.

- Kích thước: có thể nhỏ giới hạn trong một mặt răng hoặc lan rộng sang hai/ ba mặt.

- Độ sâu: có thể chỉ tổn thương lớp men răng hoặc tổn thương đến lớp ngà răng.

- Đáy: có thể mềm có nhiều ngà mủn hoặc đáy cứng tùy vào giai đoạn tiến triển của sâu răng.

+ Màu sắc: màu men ngà răng hoặc màu vàng nâu, đen.

+ Nghiệm pháp thử tủy.

+ Thổi bằng hơi: bệnh nhân thấy ê buốt và hết ê buốt khi ngừng thổi.

+ Thử lạnh: bệnh nhân thấy ê buốt và hết ê buốt khi ngừng thử.

+ Thử nóng: bệnh nhân thấy ê buốt và hết ê buốt khi ngừng thử.

- X quang: Có hình ảnh thấu quang vùng tổn thương sâu răng.

3. Chẩn đoán phân biệt

a. Các tổn thương sâu răng sớm chẩn đoán phân biệt với thay đổi màu sắc răng không do sâu dựa vào các triệu chứng dưới đây:

Triệu chứng	Sâu răng sữa giai đoạn sớm	Thay đổi màu sắc răng không do sâu
Màu sắc	Màu trắng đục, nâu vàng trên men răng.	Màu trắng đục, nâu vàng trên men, ngà răng.

Vị trí	Hố rãnh mặt nhai, mặt gàn, xa, mặt ngoài hoặc mặt trong các răng hàm sữa. Mặt gàn, xa, mặt ngoài hoặc mặt trong các răng cửa và răng nanh sữa.	Toàn bộ mặt răng, có thể ở một răng do bị chấn thương gây chết tủy, hoặc trên nhiều răng do thiếu sản men răng sữa, có tính chất đối xứng.
Ê buốt ngà	Không ê buốt ngà khi có kích thích.	Không ê buốt ngà khi có kích thích.

b. Các tổn thương sâu răng đã hình thành lỗ sâu chẩn đoán phân biệt với viêm tủy răng, tủy hoại tử dựa vào các triệu chứng dưới đây:

Triệu chứng	Sâu răng	Viêm tủy răng	Tủy hoại tử
Đau, ê buốt tự nhiên	Không có đau tự nhiên.	Đau tự nhiên từng cơn, đau nhiều về đêm.	Không có đau tự nhiên.
Đau, ê buốt khi ăn các chất kích thích như nóng, lạnh, chua, ngọt...	Ê buốt ngà khi có kích thích nóng, lạnh, chua, ngọt. Hết kích thích thì hết ê buốt.	Đau tăng lên. Khi hết các chất kích thích, đau vẫn tiếp tục kéo dài thêm.	Không đau, không ê buốt khi có kích thích.
Tổn thương mô cứng răng	Có lỗ sâu.	Lỗ sâu to, nhiều ngà mủn, làm sạch có thể thấy ánh hồng hoặc tủy hở.	Có lỗ sâu, có tổn thương tổ chức cứng lộ ngà.
Gõ dọc	Không đau.	Đau nhẹ.	Đau nhẹ.
Gõ ngang	Không đau.	Đau nhiều.	Không đau.
Thử tủy	Có đau, sớm hết đau khi hết kích thích.	Đau nhiều và còn kéo dài thêm khi ngừng kích thích.	Không đau.
X quang	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu.	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu sát tủy.	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu sát tủy.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Đối với các trường hợp tổn thương sâu răng sớm thì cung cấp các yếu tố nhằm tăng cường quá trình tái khoáng, ngăn chặn hủy khoáng để phục hồi các tổn thương.

- Đối với các trường hợp đã tạo thành lỗ sâu thì phải lấy bỏ toàn bộ mô nhiễm khuẩn, bảo vệ tủy và hàn kín phục hồi mô cứng bằng các loại vật liệu thích hợp.

2. Điều trị cụ thể

a. Tổn thương sâu răng sớm: Tăng cường tái khoáng.

- Liệu pháp Fluor: dùng Fluor có độ tập trung cao ở dạng gel, dung dịch hoặc véc ni áp lên bề mặt vùng tổn thương để tái khoáng.

- Bổ sung canxi, phot pho ở dạng gel lên bề mặt vùng tổn thương để tái khoáng.

- Hướng dẫn bệnh nhân chải răng với kem răng có Fluor.

- Hướng dẫn bệnh nhân ăn uống hợp lý, bổ sung thêm các khoáng chất để tái khoáng.

b. Tổn thương đã hình thành lỗ sâu

Hàn kín lỗ sâu phục hồi mô cứng.

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

- Các tổn thương sâu răng sớm: nếu thực hiện tốt việc tăng cường quá trình tái khoáng thì các tổn thương có thể tự phục hồi.

- Các trường hợp đã hình thành lỗ sâu: nếu hàn phục hồi tốt đúng quy trình thì hoàn toàn có thể phục hồi được mô cứng của răng ngăn ngừa được các biến chứng.

2. Biến chứng

- Viêm tủy răng.

- Viêm quang cuống răng.

VI. PHÒNG BỆNH

- Áp dụng các biện pháp cơ học kiểm soát mảng bám răng như chải răng với kem Fluor và chỉ tơ nha khoa.
- 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.

5. VIÊM TỦY RĂNG SỮA

I. 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.

II. 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 các ống ngà hoặc hở sừng tủy.
- Chấn thương....

III. CHẨN ĐOÁN

1. Viêm tủy răng sữa có hồi phục

Viêm tủy có hồi phục là tình trạng viêm mô tủy nhưng có khả năng hồi phục khi loại bỏ được các yếu tố bệnh nguyên.

a. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng

Đau: bệnh nhân có cảm giác đau tự nhiên, nhẹ thoáng qua, cơn đau ngắn. Khi ăn các chất kích thích nóng, lạnh, chua, ngọt... thì có cảm giác đau hoặc ê buốt tăng lên và sớm hết đau khi ngừng chất kích thích.

- Triệu chứng thực thể

+ Có tổn thương mô cứng của răng: có thể có lỗ sâu ở thân răng.

+ Thử tủy: bệnh nhân có cảm giác đau ê buốt và sớm hết đau, ê buốt khi loại bỏ chất kích thích thử tủy.

+ Răng không đổi màu

+ Gõ: gõ dọc không đau, gõ ngang vùng thân răng có thể có đau nhẹ.

b. Cận lâm sàng

X quang: có biểu hiện các tổn thương mô cứng.

c. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt với hai bệnh sâu ngà sâu và viêm tủy không hồi phục, dựa vào các dấu hiệu khác nhau dưới đây:

Triệu chứng	Viêm tủy có hồi phục	Sâu ngà sâu	Viêm tủy không hồi phục
Đau, ê buốt tự nhiên	Đau tự nhiên xuất hiện thoáng qua.	Không có đau tự nhiên.	Đau tự nhiên từng cơn, đau nhiều về đêm.
Đau, ê buốt khi ăn các chất kích thích như nóng, lạnh, chua, ngọt...	Có đau nhưng sau khi hết kích thích thì còn đau buốt nhẹ hoặc hết đau ngay.	Ê buốt ngà khi có kích thích nóng, lạnh, chua, ngọt. Hết kích thích thì hết ê buốt.	Đau tăng lên. Khi hết các chất kích thích, đau vẫn tiếp tục kéo dài thêm.
Tổn thương mô cứng răng	Có lỗ sâu, Có tổn thương tổ chức cứng lộ ngà.	Có lỗ sâu.	Lỗ sâu to, nhiều ngà mủn, làm sạch có thể thấy ánh hồng hoặc tủy hở.
Gõ dọc	Không đau.	Không đau.	Đau nhẹ.
Gõ ngang	Có thể có đau nhẹ.	Không đau.	Đau nhiều.

Thử tủy	Có đau, sớm hết đau khi hết kích thích.	Có cảm giác ê buốt và hết ngay khi ngừng kích thích.	Đau nhiều và còn kéo dài thêm khi ngừng kích thích
X quang	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu.	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu.	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu sát tủy.

2. Viêm tủy răng sữa không hồi phục

Là tình trạng tổn thương viêm cấp mô tủy răng sữa ở trẻ em không còn khả năng hồi phục.

a. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng

- Đau tự nhiên, từng cơn với các đặc điểm dưới đây:

+ Thời gian cơn đau: có thể kéo dài hàng giờ hoặc đôi khi chỉ ngắn vài phút, làm cho tính chất cơn đau gần như liên tục.

+ Đau tăng khi kích thích bởi nóng, lạnh, chua, ngọt...hết kích thích đau vẫn còn kéo dài.

+ Đau tăng khi thay đổi tư thế: cúi đầu, nằm, về đêm.

+ Đau lan nửa hàm, đôi khi không xác định được vị trí đau.

- Triệu chứng thực thể:

+ Tổn thương mô cứng của răng: có lỗ sâu, nhiều ngà mủn, làm sạch có thể thấy ánh hồng hoặc tủy hở.

+ Gõ dọc: đau nhẹ.

+ Gõ ngang: đau nhiều.

+ Răng không đổi màu, không lung lay.

+ Thử tủy: đau nhiều và kéo dài khi đã loại bỏ yếu tố kích thích. Tuy vậy, ở trẻ em không có giá trị chắc chắn vì trẻ em đang đau sẽ rất cảnh giác và sợ hãi khi phản ứng lại với bất kì kích thích nào.

b. Cận lâm sàng

X quang: Có hình ảnh tổn thương mô cứng thân răng.

c. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt với viêm tủy không hồi phục và viêm quanh cuống cấp, dựa vào các triệu chứng dưới đây:

Triệu chứng	Viêm tủy không hồi phục	Viêm tủy có hồi phục	Viêm quanh cuống cấp
Đau tự nhiên	Đau tự nhiên từng cơn, đau nhiều về đêm.	Đau tự nhiên xuất hiện thoáng qua.	Đau tự nhiên liên tục. Đau tăng khi chạm răng đối, cảm giác răng trôi cao.
Đau, ê buốt khi ăn các chất kích thích như nóng, lạnh, chua, ngọt...	Đau tăng khi có kích thích, hết kích thích đau còn kéo dài.	Có đau nhưng sau khi hết kích thích thì còn đau buốt nhẹ hoặc hết đau ngay.	Không đau.
Tính chất cơn đau	Đau có tính lan tỏa.	Đau tại răng.	Đau khu trú rõ tại răng tổn thương.
Dấu hiệu toàn thân	Không có phản ứng toàn thân.	Không có phản ứng toàn thân.	Sốt, có hạch tương ứng.
Sung lợi	Không sung lợi và vùng cuống tương ứng.	Không sung lợi và vùng cuống tương ứng.	Sung nề, ấn đau ngách lợi và vùng cuống tương ứng.
Gõ ngang	Đau nhiều.	Có thể đau nhẹ.	Đau nhiều.
Gõ dọc	Đau nhẹ.	Không đau.	Đau nhiều.
Thử tủy	Đau nhiều và còn	Có đau, sớm hết	Không đau.

	kéo dài thêm khi ngừng kích thích.	đau khi hết kích thích.	
X quang	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu sát tủy. Vùng cuống răng bình thường.	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu. Vùng cuống răng bình thường.	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu sát tủy. Có hình ảnh thấu quang vùng cuống.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Viêm tủy có hồi phục

- Nguyên tắc

+ Loại bỏ các yếu tố nhiễm khuẩn

+ Bảo tồn tủy.

+ Bảo vệ tủy.

+ Hàn phục hồi tổn thương mô cứng.

- Điều trị cụ thể

+ Chuẩn bị xoang hàn.

+ Hàn lót bảo vệ tủy: Có thể dùng Canxi hydroxit, hoặc MTA...

+ Hàn phục hồi xoang hàn bằng Composite, GIC,...

2. Viêm tủy không hồi phục

- Nguyên tắc

+ Làm sạch và tạo hình hệ thống ống tủy.

+ Hàn kín hệ thống ống tủy và phục hồi tổn thương mô cứng.

- Điều trị cụ thể

+ Vô cảm.

- + Mở tủy.
- + Sửa soạn hệ thống ống tủy.
- + Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tủy.
- + Hàn kín hệ thống ống tủy bằng vật liệu thích hợp.
- + Hàn phục hồi mô cứng thân răng bằng vật liệu thích hợp.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

- Tiên lượng: Nếu thực hiện đúng quy trình thì có kết quả điều trị tốt.
- Biến chứng: Viêm quanh cuống răng cấp.

VI. PHÒNG BỆNH

Khám răng định kì để phát hiện và điều trị sớm các tổn thương sâu răng để ngăn ngừa biến chứng viêm tủy.

6. VIÊM LỢI LIÊN QUAN ĐẾN MẢNG BÁM RĂNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm lợi liên quan đến mảng bám răng là tổn thương viêm mạn tính xảy ra ở mô mềm xung quanh răng, nguyên nhân do vi khuẩn trong mảng bám răng gây ra. Tổn thương khu trú ở lợi, không ảnh hưởng tới xương ổ răng và xương răng.

II. NGUYÊN NHÂN

Các bệnh lợi được phân chia làm hai nhóm là các bệnh lợi do mảng bám răng và các tổn thương lợi không do mảng bám răng. Trong bài này chúng tôi đề cập đến bệnh viêm lợi chỉ do mảng bám răng với hai nhóm nguyên nhân:

- Viêm lợi chỉ do mảng bám răng, không có các yếu tố tại chỗ khác phối hợp.
- Viêm lợi do mảng bám răng với các yếu tố tại chỗ phối hợp làm tăng sự tích tụ mảng bám răng, đó là:
 - + Hình thể răng bất thường, có nhú men răng gần chân răng.

+ Đường nứt xi măng: Có những đường như bị nứt chạy ngay dưới đường ranh giới men xi măng.

+ Chất hàn thừa, cầu, chụp răng sai quy cách.

+ Tiêu chân răng vùng cổ răng do sang chấn hoặc tổn thương tủy.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

Chủ yếu dựa trên các triệu chứng lâm sàng.

a. Toàn thân: Không có biểu hiện gì đặc biệt.

b. Tại chỗ

- Ngoài miệng: Có thể có hạch dưới hàm.

- Trong miệng: Sau trên 2 tuần tiến triển có các tổn thương ở lợi với những đặc điểm lâm sàng:

+ Có mảng bám răng ở răng giáp bờ viền lợi, có thể thấy bằng mắt thường hay chất nhuộm màu mảng bám răng.

+ Thay đổi hình thể của lợi: Bờ lợi, nhú lợi sung, phù nề, phì đại tạo nên túi lợi giả.

+ Thay đổi màu sắc của lợi: Lợi bình thường màu hồng nhạt chuyển sang màu đỏ nhạt hoặc đỏ sẫm.

+ Độ săn chắc giảm: Bình thường lợi săn chắc, ôm sát cổ răng nhưng khi bị viêm thì giảm độ săn chắc và tính đàn hồi.

+ Chảy máu: Tự nhiên hay khi khám.

+ Tăng tiết dịch túi lợi.

+ Phục hồi lợi sau khi làm sạch mảng bám răng.

+ Hình ảnh mô học là tổn thương viêm.

+ Không có mất bám dính quanh răng.

+ Không có túi lợi bệnh lý.

+ Biểu hiện viêm có thể ở một răng, một nhóm răng hoặc toàn bộ hai hàm.

+ Trường hợp viêm lợi do mảng bám răng với các yếu tố tại chỗ phối hợp làm tăng sự tích tụ mảng bám răng có thể thấy các lợi viêm khu trú ở các răng có hình thể răng bất thường, có nhú men răng gần chân răng, đường nứt xi măng, chất hàn thừa, cầu, chụp răng sai quy cách hoặc tiêu chân răng vùng cổ răng do sang chấn hoặc tổn thương tủy.

c. Các biểu hiện cận lâm sàng

X quang: Không có hình ảnh tiêu xương ổ răng.

2. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt với viêm quanh răng tiến triển chậm.

Triệu chứng	Viêm lợi do mảng bám răng	Viêm quanh răng tiến triển chậm
Có mảng bám răng	+	+
Thay đổi màu sắc lợi	+	+
Thay đổi hình thể lợi	+	+
Chảy máu lợi	+	+
Tăng tiết dịch lợi	+	+
Mất bám dính quanh răng	-	+
Túi lợi bệnh lý	-	+
Tiêu xương ổ răng	-	+

IV. ĐIỀU TRỊ

Điều trị bao gồm các bước sau:

- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng, đây là yếu tố rất quan trọng nhằm loại trừ mảng bám răng là nguyên nhân gây bệnh.
- Làm sạch các chất bám trên bề mặt răng như cao răng, mảng bám và các chất màu.
- Dùng nước súc miệng có tác dụng kìm khuẩn hoặc sát khuẩn cho những người không thể làm sạch mảng bám răng bằng các biện pháp cơ học như bị tật, đang phẫu thuật vùng miệng, hàm mất, mang khí cụ nắn chỉnh răng.
- Loại bỏ các yếu tố tại chỗ phối hợp làm tăng sự tích tụ mảng bám răng: sửa lại chỗ hàn, cầu chụp sai quy cách, hàn răng sâu..
- Phẫu thuật cắt, tạo hình lợi với những trường hợp lợi phì đại, xơ hóa.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng

Nếu điều trị kịp thời mô lợi có thể phục hồi bình thường, tiên lượng tốt.

2. Biến chứng

Nếu không được điều trị, viêm lợi có thể có các biến chứng sau:

- Áp xe lợi.
- Viêm quanh răng khu trú hoặc lan tỏa.

VI. PHÒNG BỆNH

Để phòng bệnh viêm lợi do mảng bám răng cần thực hiện các biện pháp dưới đây:

- Vệ sinh răng miệng đúng phương pháp: Chải răng sau khi ăn, dùng các biện pháp cơ học khác để làm sạch bề mặt răng, nhất là vùng khe giữa hai răng như chỉ tơ nha khoa, tăm nước.
- Duy trì chế độ dinh dưỡng đầy đủ, hợp lý để tăng sức đề kháng.
- Khám răng định kỳ: Nên 6 tháng khám kiểm tra định kỳ để phát hiện sớm các bệnh răng miệng và loại trừ cao răng, mảng bám răng.

7. VIÊM QUANH RĂNG TIẾN TRIỂN CHẬM

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm quanh răng tiến triển chậm là hậu quả của sự lan rộng quá trình viêm khởi đầu ở lợi tới tổ chức quanh răng, gây phá hủy xương ổ răng, dây chằng quanh răng và xương răng.

Viêm quanh răng tiến triển chậm thường tiến triển nhiều năm, kéo dài nên còn được gọi là viêm quanh răng ở người lớn hoặc viêm quanh răng do viêm mạn tính.

II. NGUYÊN NHÂN

- Viêm quanh răng tiến triển chậm là bệnh đa yếu tố. Đó là kết quả của sự tương tác nhiều yếu tố phức tạp giữa vật chủ và các tác nhân nhiễm trùng. Sự tiến triển viêm quanh răng là do mất thăng bằng giữa một bên là sự thâm nhập của các vi khuẩn vào hệ thống bám dính và một bên là khả năng bảo vệ của cơ thể vật chủ.
- Viêm quanh răng tiến triển chậm liên quan với sự tích tụ của mảng bám vi khuẩn hay liên quan chặt chẽ với tình trạng vệ sinh răng miệng.
- Mặc dù khả năng miễn dịch của cơ thể có thể thay đổi nhưng viêm quanh răng tiến triển chậm hầu như không liên quan với các thiếu hụt miễn dịch và tình trạng toàn thân bất thường.
- Một số bệnh toàn thân như đái tháo đường, các thay đổi về nội tiết hoặc các thiếu hụt miễn dịch có thể làm biến đổi đáp ứng của vật chủ đối với mảng bám răng đang tồn tại, làm tăng thêm tiến triển viêm quanh răng và làm tăng mức độ và phạm vi phá hủy mô.
- Về mặt vi khuẩn, nhìn chung thì mảng bám dính ở vùng dưới lợi thường có các loài *Actinomyces* và khuẩn lạc chứa các vi khuẩn hình sợi gram dương và gram âm. Mảng bám không dính ở dưới lợi thì có các xoắn khuẩn và các trực khuẩn gram âm chiếm ưu thế.

III. CHUẨN ĐOÁN

1. Chuẩn đoán xác định

a. Lâm sàng

Trên lâm sàng có các thay đổi viêm mạn tính ở lợi và sự có mặt của các túi quanh răng.

- Viêm lợi: là biểu hiện đặc trưng của viêm quanh răng tiến triển chậm. Viêm lợi là do tích tụ mảng bám răng. Viêm lợi với các biểu hiện là lợi thường sưng nề nhẹ đến trung bình và có biểu hiện biến đổi màu sắc từ hồng nhạt sang màu đỏ, lợi dính mất cấu trúc da cam. Có thay đổi hình thể bề mặt lợi như các bờ lợi không còn sắc hoặc tròn và nhú lợi dẹt xuống hoặc lõm, mất vùng lõm ở lợi ở phía trước hai răng liền kề. Trong một số trường hợp, do hậu quả viêm mức độ nhẹ kéo dài, làm cho lợi bờ xơ dày.

- Chảy máu lợi: có thể có chảy máu tự nhiên hoặc dễ chảy máu khi bị kích thích hay chảy máu khi thăm khám

- Dịch rỉ viêm: có thể có dịch rỉ viêm hoặc mủ ở túi lợi. Nếu trường hợp túi quanh răng bị bít kín lại thì mủ không thể dẫn lưu ra được và có thể hình thành áp xe quanh răng. Khi có áp xe quanh răng thì sẽ gây ra đau cho bệnh nhân.

- Mất bám dính quanh răng và tiêu xương ổ răng, hình thành túi lợi bệnh lý hay túi quanh răng với chiều sâu của túi lợi có thể thay đổi khác nhau.

- Lung lay răng: do có tiêu xương ổ răng nên làm cho các răng bị lung lay. Nếu mất nhiều xương và tiến triển kéo dài, có thể còn gây ra di lệch răng.

- Đau: Viêm quanh răng tiến triển chậm thường không gây đau. Đôi khi các chân răng đã bộc lộ nhạy cảm với nóng lạnh. Nhưng có thể có đau âm ỉ khu trú, và có khi lan đến hàm, hoặc có thể thấy lợi nhạy cảm hoặc ngứa. Trường hợp đau cấp do đã tạo thành áp xe quanh răng hoặc có sâu ở các chân răng gây viêm tủy răng.

- Tính chất khu trú: Bệnh viêm quanh răng tiến triển chậm thường có ở toàn bộ hai hàm mặc dù có một vài vùng có thể nặng hơn so với các vùng khác. Các vùng nặng hơn thường liên quan với việc kiểm soát mảng bám kém hơn như vùng kẽ chân răng hoặc các răng mọc sai vị trí.

b. Cận lâm sàng

Trên phim X quang có các biểu hiện là:

- Có tiêu xương ổ răng.

- Có thể có di lệch răng.

- Có thể thấy tổn thương mất xương ở vùng chẽ giữa các chân răng của các răng nhiều chân.

- Nếu có phối hợp với sang chấn khớp cắn thì có biểu hiện mất xương có góc và vùng dây chằng quanh răng rộng.

2. Chẩn đoán phân biệt: Viêm quanh răng tiến triển chậm phân biệt với viêm quanh răng tiến triển nhanh bắt đầu ở người lớn.

- Dựa vào bệnh sử và đáp ứng với điều trị.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Phải điều trị loại bỏ đau, nếu có đau.

- Phải trừ được viêm lợi và chảy máu lợi.

- Loại bỏ hoặc giảm túi quanh răng.

- Loại bỏ nhiễm khuẩn và làm ngừng hình thành mũ.

- Ngăn chặn sự phá hủy mô mềm và xương.

- Làm giảm lung lay răng bất thường.

- Loại trừ khớp cắn sang chấn và thiết lập khớp cắn tối ưu.

- Phục hồi lại các tổ chức đã bị phá hủy.

- Tạo lại đường viền lợi sinh lý để bảo vệ mô quanh răng.

- Ngăn ngừa tái phát bệnh.

- Giảm mất răng.

2. Phác đồ điều trị

- Bước 1: Pha điều trị mở đầu

+ Trong giai đoạn điều trị này, ưu tiên điều trị các cấp cứu về răng miệng như viêm tủy răng cấp, viêm quanh cuống răng cấp, viêm quanh thân răng cấp, áp xe lợi, áp xe quanh răng cấp.

+ Nhờ các răng không còn hy vọng chữa được và có giải pháp thay thế tạm thời nếu cần hoặc có thể thì hoãn tới một thời gian thuận lợi hơn.

- Bước 2: Điều trị pha 1 (Pha bệnh căn)

+ Kiểm soát mảng bám răng.

+ Kiểm soát chế độ ăn uống, nhất là ở những bệnh nhân có sâu răng lan.

+ Lấy cao răng và làm nhẵn chân răng.

+ Sửa chữa các yếu tố kích thích là các chổ hàn hoặc các cầu chụp răng hoặc hàm giả sai quy cách.

+ Hàn sâu răng, nhất là sâu ở mặt bên và sâu cổ răng.

+ Điều trị chống vi khuẩn: Bằng các biện pháp tại chỗ hoặc toàn thân, hoặc kết hợp cả hai.

+ Điều trị khớp cắn, loại bỏ khớp cắn sai.

+ Đặt nẹp hay máng tạm thời để cố định răng trong trường hợp các răng lung lay.

- Bước 3: Đánh giá đáp ứng với điều trị pha 1

Hẹn bệnh nhân đến khám lại và đánh giá kết quả sau điều trị các yếu tố bệnh căn. Cần kiểm tra lại các tình trạng dưới đây:

+ Chiều sâu túi lợi và tình trạng viêm lợi.

+ Tình trạng mảng bám răng và cao răng.

+ Sâu răng.

- Bước 4: Điều trị pha 2 (Pha phẫu thuật)

Ở lần điều trị này thực hiện các biện pháp điều trị phẫu thuật, có thể bao gồm các loại phẫu thuật dưới đây:

+ Phẫu thuật quanh răng, có thể là nạo lợi, phẫu thuật cắt lợi, phẫu thuật vạt, hoặc các loại phẫu thuật khác.

+ Đặt Implant.

- Bước 5: Điều trị pha 3 (Pha phục hồi)

+ Làm các phục hồi cuối cùng.

+ Làm hàm giả cố định hoặc tháo lắp.

- Bước 6: Đánh giá đáp ứng với các thủ thuật phục hồi.

Khám tình trạng quanh răng, ghi nhận các biểu hiện về đáp ứng quanh răng với các thủ thuật phục hồi, bao gồm:

+ Tình trạng lợi.

+ Tình trạng túi quanh răng và mức bám dính quanh răng.

+ Tình trạng xương ổ răng.

+ Tình trạng lung lay răng.

- Bước 7: Điều trị pha 4 (Pha duy trì)

+ Gọi bệnh nhân đến khám lại theo định kỳ và kiểm tra về.

+ Mảng bám răng và cao răng.

+ Tình trạng lợi: tình trạng túi lợi và viêm lợi.

+ Tình trạng khớp cắn.

+ Mức độ lung lay răng.

+ Các thay đổi bệnh lý khác.

+ Chú ý hướng dẫn bệnh nhân về các biện pháp kiểm soát mảng bám răng.

+ Điều trị ngay khi có các biểu hiện tái phát viêm quanh răng và loại bỏ các yếu tố bệnh nguyên mới xuất hiện.

3. Các biện pháp điều trị tại chỗ

a. Loại trừ các kích thích tại chỗ

- Lấy sạch cao răng và làm nhẵn chân răng

- Kiểm soát mảng bám răng

+ Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.

+ Chải răng.

+ Thực hiện các biện pháp làm sạch kẽ răng: Dùng chỉ tơ nha khoa, bàn chải kẽ răng, tăm đúng cách.

+ Phun nước để loại bỏ cặn thức ăn.

+ Kiểm soát mảng bám răng bằng phương pháp hóa học như dùng nước súc miệng Chlohexidine.

b. Loại trừ các yếu tố tại chỗ khác

- Hàn các răng sâu, nhất là các răng sâu ở mặt bên.

- Sửa lại các cầu chụp răng sai quy cách gây tích tụ mảng bám hoặc gây sang chấn.

- Sửa lại các hàm giả sai quy cách.

- Nhổ các chân răng, các răng lung lay quá mức, các răng có biểu hiện nhiễm trùng mà không cứu được.

- Sửa lại các chỗ hình thể răng dễ gây sang chấn khi ăn nhai.

- Xử trí các răng lệch lạc bằng cách nắn chỉnh răng hoặc nhổ bỏ.

- Liên kết các răng lung lay.

- Phẫu thuật cắt phanh môi, phanh má bám thấp.

c. Chống viêm

Các biện pháp bảo tồn: dùng thuốc bôi tại chỗ. Các thuốc bôi tại chỗ có tác dụng giảm đau, kích thích tái tạo mô, sát khuẩn và chống viêm.

d. Phẫu thuật: trong một số trường hợp có thể phải phẫu thuật để loại bỏ túi quanh răng.

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

- Tốc độ tiến triển chậm vì vậy các biểu hiện lâm sàng trở nên rõ rệt ở tuổi từ 35 trở lên. Tốc độ tiến triển có thể khá khác nhau.

- Ở các vị trí khác nhau trong miệng thì mức độ tiến triển của bệnh không ngang nhau. Có chỗ duy trì tĩnh trong một thời gian dài. Trái lại, có khu vực lại tiến triển nhanh hơn. Các tổn thương tiến triển nhanh hơn nảy sinh thường xuyên hay gặp ở vùng kẽ răng và thường liên quan với vùng tích tụ mảng bám răng nhiều hơn và khó kiểm soát mảng bám răng như các vùng kẽ chân răng, các bờ phục hồi nhô ra, các vị trí răng sai tư thế, hoặc các vùng kẹt thức ăn.

- Ở các vị trí không kiểm soát được mảng bám răng, bệnh có thể tiếp tục tiến triển và dẫn tới mất răng.

VI. PHÒNG BỆNH

- Kiểm soát mảng bám răng:

+ Các biện pháp cơ học: Chải răng đúng cách, làm sạch kẽ răng bằng chỉ nha khoa, bàn chải kẽ..., làm sạch bằng phương tiện phun tưới.

+ Phương pháp hóa học: dùng nước súc miệng kháng khuẩn hàng ngày.

- Chế độ ăn uống cân bằng, sử dụng các thức ăn có lợi cho lợi.

- Khám răng định kỳ để phát hiện và điều trị kịp thời những tổn thương sớm vùng quanh răng.

8. VIÊM LỢI LOÉT HOẠI TỬ CẤP TÍNH

(Acute Necrotizing Ulcerative Gingivitis)

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm lợi loét hoại tử cấp là bệnh nhiễm khuẩn cấp tính ở lợi với các tổn thương đặc trưng là sự loét và hoại tử ở mô lợi.

II. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân gây viêm lợi loét hoại tử cấp tính là do sự bùng phát của các loại vi khuẩn gây bệnh trong miệng (VD: cầu khuẩn và xoắn khuẩn *Fusobacterium*, *Prevotella intermedia*, *Porphyromonas gingivalis*), sự bùng phát này hay gặp ở những người có nguy cơ cao... ..

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Các triệu chứng lâm sàng

a. Toàn thân

- Sốt.
- Người mệt mỏi.
- Biếng ăn.

b. Tại chỗ

- Ngoài miệng: có thể có hạch dưới hàm.
- Trong miệng:
 - + Tổn thương loét và hoại tử ở vùng viền lợi và nhú lợi: tổn thương loét hoại tử tiến triển nhanh bắt đầu ở nhú lợi và lan sang viền lợi, tạo vết lõm ở trung tâm, tổn thương hoại tử thường có hình đáy chén. Tổn thương có giới hạn rõ ràng và thường không lan tới lợi dính.
 - + Giả mạc: trên vùng tổn thương hoại tử phủ một lớp màng màu trắng, được cấu tạo bởi bạch cầu, mô hoại tử, fibrin. Khi lớp giả mạc được lấy đi sẽ làm tổn thương chảy máu.
 - + Đường viền ban đỏ: nằm giữa vùng hoại tử và mô lợi còn tương đối lành.
 - + Chảy máu tự nhiên hoặc khi va chạm.

+ Đau nhức vừa phải khi bệnh tiến triển nặng thì đau nhiều hơn, đau tăng khi ăn nhai, kèm theo tăng tiết nước bọt.

+ Miệng rất hôi.

1.2. Các triệu chứng cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: Bạch cầu tăng, máu lắng tăng...

- Cây vi khuẩn:

- X quang: Không có tổn thương xương ổ răng.

2. Chẩn đoán phân biệt

Viêm lợi loét hoại tử cấp cần phân biệt với viêm lợi miệng Herpes cấp.

	Viêm lợi loét hoại tử cấp tính	Viêm lợi miệng Herpes cấp
Nguyên nhân	Chưa rõ.	Do virut <i>Herpes</i> .
Đặc điểm	Gây hoại tử lợi.	Gây hồng ban, mụn nước.
Hình thái	Tổn thương lõm hình chén nước.	Tổn thương dạng mụn, có màng giả.
Vị trí	Thường ở nhú và viền lợi.	Thấy ở lợi, niêm mạc miệng, môi.
Tuổi	Ít gặp ở trẻ em.	Thường gặp ở trẻ em.
Tiến triển	Thời gian tiến triển không xác định.	Sau 7 đến 10 ngày tự khỏi.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Lần 1: Điều trị phải được giới hạn ở các vùng liên quan tới tình trạng cấp tính.

- Cách ly và làm khô tổn thương bằng gòn bông.

- Giảm đau tại chỗ.

- Lấy giả mạc và các cặn không dính ở bề mặt tổn thương.

- Làm sạch vùng tổn thương bằng nước ấm.
 - Có thể lấy cao răng trên lợi nông bằng máy siêu âm.
 - Cho bệnh nhân súc miệng bằng hỗn dịch nước oxy già ấm 2 giờ/1 lần theo công thức trộn một cốc nước ấm với Ôxy già 3% theo tỷ lệ 1:1.
 - Cho bệnh nhân súc miệng Chlohexidine 0,12% , mỗi ngày 2 lần.
 - Trường hợp viêm lợi loét hoại tử trung bình, nặng, có hạch và các triệu chứng toàn thân thì dùng kháng sinh phối hợp.
 - Lưu ý:
 - Không được lấy cao răng dưới lợi hoặc nạo túi lợi vì có thể gây nhiễm khuẩn máu.
 - Các thủ thuật nhổ răng hoặc phẫu thuật quanh răng phải trì hoãn sau khi hết triệu chứng 4 tuần.
 - Hướng dẫn bệnh nhân:
 - + Súc miệng bằng hỗn dịch nước Ôxy già ấm 2 giờ/1 lần theo công thức trộn một cốc nước ấm với Ôxy già 3% theo tỷ lệ 1:1.
 - + Súc miệng Chlohexidine 0,12%, mỗi ngày 2 lần.
 - + Không hút thuốc, không uống rượu, không ăn đồ gia vị.
 - + Hạn chế chải răng.
 - + Tránh gắng sức quá mức.
2. Lần 2: Thường sau 1-2 ngày. Việc điều trị lần này tùy thuộc vào tình trạng bệnh nhân và tình trạng tổn thương.
- Có thể lấy cao răng nhẹ nhàng bằng máy siêu âm. Tránh làm sang chấn các tổn thương đang hồi phục.
 - Hướng dẫn bệnh nhân như lần 1.
3. Lần 3: Sau lần 2 từ 1 đến 2 ngày.

- Lấy cao răng và làm nhẵn chân răng.
- Hướng dẫn bệnh nhân:
 - + Ngừng xúc miệng nước Ôxy già.
 - + Duy trì xúc miệng Chlohexidine 0,12% thêm 2 đến 3 tuần.
 - + Thực hiện các biện pháp kiểm soát mảng bám răng.

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

- Nếu được điều trị đúng phác đồ thì tình trạng bệnh mô lợi phục hồi tốt.
- Khi tiến triển đến giai đoạn nặng mô lợi bị hoại tử tạo cơ hội phá hủy các cấu trúc quanh răng khác.

VI. PHÒNG BỆNH

- Duy trì chế độ dinh dưỡng đầy đủ, hợp lý.
- Vệ sinh răng miệng đúng phương pháp.
- Khám răng định kỳ.

9. BỆNH SÂU RĂNG

(Tooth Decay/ Dental caries)

I. ĐỊNH NGHĨA

Sâu răng là tình trạng tổn thương mất mô cứng của răng do quá trình hủy khoáng gây ra bởi vi khuẩn ở mảng bám răng.

II. NGUYÊN NHÂN

Do các men của vi khuẩn ở mảng bám răng tác động lên các thức ăn có nguồn gốc Gluxit còn dính lại ở bề mặt răng, chuyển hóa thành axit. Khi môi trường axit có pH < 5,5 thì gây ra tổn thương hủy 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 hủy 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.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Chẩn đoán các tổn thương sâu răng sớm

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng.

- Các dấu hiệu lâm sàng:

- + Vùng tổn thương sâu răng sớm xuất hiện các vết trắng khi thổi khô bề mặt.
- + Thay đổi màu sắc vùng tổn thương khi chiếu đèn sợi quang học. Vùng tổn thương là một vùng tối trên nền ánh sáng trắng của men răng bình thường.
- + Có biểu hiện thay đổi chỉ số hủy khoáng khi sử dụng đèn Laser huỳnh quang. Vùng tổn thương biểu hiện mức độ mất khoáng tương ứng với giá trị từ 10 đến 20 khi đo bằng thiết bị Laser huỳnh quang.
- X quang: Không có dấu hiệu đặc trưng trên X quang.

1.2. Chẩn đoán sâu răng giai đoạn hình thành lỗ sâu

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng và/ hoặc X quang:

a. Triệu chứng cơ năng

Ê buốt ngà: ê buốt khi có các chất kích thích tác động vào vùng tổn thương như nóng, lạnh, chua, ngọt. Khi hết kích thích thì hết ê buốt.

b. Triệu chứng thực thể

- Tổn thương mất mô cứng của răng
- + Vị trí: có thể gặp ở tất cả các mặt của răng.
- + Độ sâu: < 4mm, chưa tổn thương đến tủy răng.
- + Đáy: có thể nhẵn bóng hay nhiều ngà mủn tủy vào giai đoạn tiến triển.
- + Màu sắc: thường sẫm màu, có màu nâu hoặc đen.
- + Kích thước: thường trong giới hạn một răng nhưng đôi khi lan sang răng bên cạnh với những lỗ sâu mặt bên.
- Trường hợp tổn thương mất mô cứng rất nhỏ, không biểu hiện rõ thành lỗ sâu thì khi dùng thám châm thăm khám có thể tìm thấy tổn thương với dấu hiệu mất thám châm.
- Nghiệm pháp thử tủy
- + Thổi bằng hơi: bệnh nhân thấy ê buốt và hết ê buốt khi ngừng thổi.

+ Thử lạnh: bệnh nhân thấy ê buốt và hết ê buốt khi ngừng thử.

+ Thử nóng: bệnh nhân thấy ê buốt và hết ê buốt khi ngừng thử.

c. X quang: Có hình ảnh thấu quang vùng tổn thương sâu răng.

2. Chẩn đoán phân biệt

Các tổn thương sâu răng sớm chẩn đoán phân biệt với thay đổi màu sắc răng không do sâu răng dựa vào các triệu chứng dưới đây:

Triệu chứng	Sâu răng sữa giai đoạn sớm	Thay đổi màu sắc răng không do sâu
Màu sắc	Màu trắng đục, nâu vàng trên men răng.	Màu trắng đục, nâu vàng trên men, ngà răng.
Vị trí	- Hố rãnh mặt nhai, mặt gần, xa, mặt ngoài hoặc mặt trong các răng hàm sữa. - Mặt gần, xa, mặt ngoài hoặc mặt trong các răng cửa và răng nanh sữa.	Toàn bộ mặt răng, có thể ở một răng do bị chấn thương gây chết tủy, hoặc trên nhiều răng do thiếu sản men răng sữa, có tính chất đối xứng.
Ê buốt ngà	Không ê buốt ngà khi có kích thích.	Không ê buốt ngà khi có kích thích.

Các tổn thương sâu răng đã hình thành lỗ sâu chẩn đoán phân biệt với viêm tủy răng, tủy hoại tử dựa vào các triệu chứng dưới đây:

Triệu chứng	Sâu răng	Viêm tủy răng	Tủy hoại tử
Đau, ê buốt tự nhiên	Không có đau tự nhiên.	Đau tự nhiên từng cơn, đau nhiều về đêm.	Không có đau tự nhiên.
Đau, ê buốt khi ăn các chất kích thích như nóng, lạnh, chua, ngọt...	Ê buốt ngà khi có kích thích nóng, lạnh, chua, ngọt. Hết kích thích thì hết ê buốt.	Đau tăng lên. Khi hết các chất kích thích, đau vẫn tiếp tục kéo dài thêm.	Không đau, không ê buốt khi có kích thích.

Tổn thương mô cứng răng	Có lỗ sâu.	Lỗ sâu to, nhiều ngà mủn, làm sạch có thể thấy ánh hồng hoặc tủy hở.	Có lỗ sâu, có tổn thương tổ chức cứng lộ ngà.
Gõ dọc	Không đau.	Đau nhẹ.	Đau nhẹ.
Gõ ngang	Không đau.	Đau nhiều.	Không đau.
Thử tủy	Có đau, sớm hết đau khi hết kích thích.	Đau nhiều và còn kéo dài thêm khi ngừng kích thích.	Không đau.
X quang	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu.	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu sát tủy.	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu sát tủy.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Đối với các trường hợp tổn thương sâu răng sớm thì cung cấp các yếu tố nhằm tăng cường quá trình tái khoáng, ngăn chặn hủy khoáng để phục hồi các tổn thương.

- Đối với các trường hợp đã tạo thành lỗ sâu thì phải lấy bỏ toàn bộ mô nhiễm khuẩn, bảo vệ tủy và hàn kín phục hồi mô cứng bằng các loại vật liệu thích hợp.

2. Điều trị

a. Tổn thương sâu răng sớm

- Tái khoáng hóa

+ Liệu pháp Flour: dùng Fluor có độ tập trung cao ở dạng gel, dung dịch hoặc véc ni áp lên bề mặt vùng tổn thương để tái khoáng.

+ Hướng dẫn bệnh nhân chải răng với kem răng có Fluor.

b. Tổn thương đã hình thành lỗ sâu

- Hàn kín lỗ sâu phục hồi mô cứng

- + Lấy ngà mủn.
- + Sửa soạn thành lỗ sâu.
- + Sửa soạn đáy lỗ sâu.
- + Làm sạch lỗ sâu.
- + Hàn lót che phủ bảo vệ tủy.
- + Hàn kín phục hồi mô cứng: chọn vật liệu và màu sắc vật liệu.
- + Hoàn thiện.
- Hướng dẫn kiểm soát mảng bám răng để phòng sâu tái phát ở vùng ranh giới.
- Hẹn kiểm tra định kỳ.

V. BIẾN CHỨNG

- Viêm tủy răng.
- Viêm quang cuống răng.

VI. PHÒNG BỆNH

- Áp dụng các biện pháp cơ học kiểm soát mảng bám răng như chải răng với kem 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.

10. TỔN THƯƠNG MÔ CỨNG CỦA RĂNG KHÔNG DO SÂU

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tổn thương mô cứng của răng bao gồm tổn thương men răng hoặc tổn thương cả men và ngà răng hoặc tổn thương xương răng mà không phải do sâu răng và thường do nhiều nguyên nhân khác nhau. Nếu không điều trị kịp thời thì các tổn thương này có thể dẫn tới viêm tủy răng.

II. NGUYÊN NHÂN

- Mòn răng
- Mòn răng - răng: Có thể là sinh lý hay bệnh lý, tác nhân nội tại thường là trụ 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....
- Tiêu cổ răng: Do răng xoay trục hoặc cản trở cắn sang bên.
- Tổn thương do rối loạn quá trình phát triển răng
- Tại chỗ.
- Nhiễm khuẩn, sang chấn làm rối loạn chức năng nguyên bào tạo men có thể từ răng sữa.
- Điều trị tia xạ
- Do môi trường
- + Trước sinh: Mẹ mắc giang mai, *Rubella* hoặc nhiễm Fluor từ mẹ.
- + Khi sinh: Do tan máu bẩm sinh, thiếu Canxi, trẻ sinh non.
- + Sau sinh: Thường gặp trong nhiễm khuẩn trầm trọng, nhiễm Fluor, thiếu dinh dưỡng...
- Do di truyền
- + Tạo men không hoàn chỉnh bẩm sinh (bệnh chỉ xảy ra ở răng).

+ Tổn thương phối hợp với các bệnh toàn thân: Hội chứng loạn sản ngoại bì, hội chứng Down.

- Nứt vỡ răng: Thường gặp do chấn thương.

- Tiêu chân răng

+ Ngoại tiêu: Thường gặp do các kích thích trong thời gian ngắn như chấn thương, di chuyển răng trong chỉnh nha, các phẫu thuật vùng quanh răng hoặc điều trị vùng quanh răng.

+ Nội tiêu: Có thể do chấn thương, nhiệt, viêm tủy mạn tính...

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

a. Mòn răng: mòn từ rìa cắn răng cửa trước sau đó mòn đến múi chịu các răng hàm

- Tốc độ của ngà nhanh hơn tốc độ mòn men nên tổn thương có dạng hình lõm đáy chén

- Các tổn thương của hai răng đối đầu thường khớp khít vào nhau.

- Mức độ mòn nhiều gây nhạy cảm răng

- Tổn thương mòn hóa học nằm ở các răng gần nhau nơi có axit phá hủy, làm bề mặt men trở nên trong suốt.

- Tiêu cổ răng là tổn thương lõm hình chêm ở cổ răng tại đường ranh giới xi măng-ngà.

b. Tổn thương do rối loạn phát triển răng

- Men răng mỏng như thủy tinh, để lộ màu ngà răng (thiếu sản men).

- Men răng mềm, tính chất như phấn, nhanh chóng bị mòn để lộ ngà trên bề mặt (men răng kém khoáng hóa hoặc chưa trưởng thành).

- Răng có màu từ xám xanh đến nâu hồng phách (thiếu sản ngà, tạo ngà không hoàn chỉnh..).

- Nhiễm màu răng: răng có màu nâu đỏ do nhiễm porphyrin, màu từ vàng, nâu xám sậm hoặc xanh lơ, đỏ tía tùy mức độ nhiễm tetracycline...
- Nứt vỡ răng: khám răng có thể thấy đường rạn răng, đường nứt răng hoặc vỡ thân răng ...
- Tiêu chân răng: tiêu nhẹ không có triệu chứng, nếu tiêu nhiều gây đau, thăm khám thấy xuất hiện u hạt.

2. Cận lâm sàng

- Tồn thương do rối loạn phát triển răng: Men răng có độ cản quang gần giống với ngà răng (men răng kém khoáng hóa..), thân răng hình cầu, chân răng hẹp, ngắn, tủy chân răng thường tắc (tạo ngà không hoàn chỉnh...).
- Tiêu chân răng: hình ảnh thấu quang hai bên chân răng (ngoại tiêu) hoặc trong ống tủy có hình cầu (nội tiêu).

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Điều trị theo nguyên nhân và phục hồi tổ chức bị mất.

2. Sơ đồ/phác đồ điều trị

Loại bỏ nguyên nhân gây tổn thương sau đó chọn lựa phương pháp phục hồi thích hợp.

3. Điều trị cụ thể

- Mòn răng:

+ Sử dụng máng chống nghiêng cho bệnh nhân nghiêng răng, điều chỉnh các điểm cản trở cắn và các điểm chạm sớm.

+ Thay đổi thói quen xấu trong chải răng.

+ Thay đổi chế độ ăn, loại bỏ thức ăn, đồ uống có axit.

+ Tiến hành phục hồi tổ chức răng đã mất bằng phương pháp phù hợp như hàn răng, làm chụp bọc, Inlay, Onlay...

- Tổn thương do rối loạn phát triển răng:

+ Dự phòng các biến chứng như mòn răng, vỡ răng, hở tủy và đảm bảo tính thẩm mỹ bằng phương pháp phù hợp như hàn Composite, phục hình bằng chụp, Veneer, Inlay, Onlay.

+ Điều trị biến chứng hở tủy nếu có.

+ Có thể tiến hành tẩy trắng răng khi răng bị nhiễm màu.

+ Nứt vỡ răng: phục hồi thân răng và điều trị tủy nếu hở tủy.

+ Tiêu chân răng: loại bỏ u hạt, điều trị tủy, hàn phục hồi ...

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Mòn nhiều gây hở tủy và viêm tủy.

VI. PHÒNG BỆNH

- Thay đổi thói quen xấu gây mòn răng.

- Phục hồi thân răng để dự phòng bệnh tiến triển nặng thêm.

11. VIÊM TỦY RĂNG

I. 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.

II. 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 hóa 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 hàn.

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

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

III. CHẨN ĐOÁN

1. Viêm tủy có hồi phục

1.1. Chẩn đoán xác định

a. 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.

+ Gõ không đau.

b. Cận lâm sàng

- X quang: có biểu hiện các tổn thương mô cứng, khoảng dây chằng quanh răng bình thường.

- Thử nghiệm tủy: bình thường hoặc có thể nhạy cảm mức độ nhẹ.

1.2. Chẩn đoán phân biệt

Viêm tủy có hồi phục chẩn đoán phân biệt với sâu ngà sâu và viêm tủy không hồi phục: Dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng.

2. Viêm tủy không hồi phục

2.1. Chẩn đoán xác định

a. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng: Đau với các tính chất dưới đây:

+ Đau tự nhiên, từng cơn.

+ Thời gian cơn đau: Có thể kéo dài hàng giờ hoặc đôi khi chỉ ngắn trong vòng vài phút, hoặc rất ngắn làm cho tính chất cơn đau gần như liên tục.

+ Tính chất lan truyền: Cơn đau thường lan lên nửa đầu, nửa mặt cùng bên, bệnh nhân thường chỉ khu trú được vùng đau chứ không xác định được răng đau.

+ Đau khi có các tác nhân kích thích tác động và kéo dài sau khi đã hết tác nhân kích thích.

- Triệu chứng thực thể

+ Lỗ sâu trên mô cứng của răng: răng có thể có lỗ sâu giai đoạn tiến triển, đáy nhiều ngà mềm, ngà mủn, có thể có điếm hở tủy.

+ Vết rạn nứt răng: có thể có sau sang chấn mạnh.

+ Mòn mặt răng: cũng có thể có.

+ Lỗ hình chêm ở cổ răng: có thể có.

+ Hở tủy răng.

+ Gõ ly tâm từng nướu răng hoặc thực hiện nghiệm pháp cắn bệnh nhân đau.

+ Đường nứt ngấm màu bông xanh metylen.

+ Răng có hiện tượng gián đoạn dẫn quang qua đường nứt khi chiếu đèn.

+ Có thể không thấy lỗ sâu có biểu hiện viêm quanh răng toàn bộ, một răng hay một nhóm răng gây viêm tủy ngược dòng.

+ Gõ răng chỉ nhạy cảm khi có viêm lan tỏa tới vùng cuống và dây chằng quanh răng.

+ Thử nghiệm tủy: dương tính, ngưỡng thấp, kéo dài đáp ứng sau thử nghiệm.

b. Cận lâm sàng

- X quang: có thể có lỗ sâu mặt bên, mặt nhai, sâu tái phát dưới chất hàn sát hoặc thông với mô tủy, vùng cuống có phản ứng nhẹ, dây chằng hơi giãn rộng. Cũng có thể nhìn thấy hình ảnh nứt vỡ răng liên quan với buồng tủy.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm tủy có hồi phục.

- Viêm quanh cuống răng cấp.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Viêm tủy có hồi phục

Chụp tủy bằng Hydroxit canxi hoặc MTA. Sau đó hàn kín phía trên bằng Eugenate cứng nhanh, GIC.

- Sửa soạn xoang hàn:

+ Dùng mũi khoan thích hợp mở rộng bờ men, bộc lộ rõ xoang sâu.

+ Dùng mũi khoan thích hợp lấy bỏ mô ngà hoại tử.

+ Làm sạch xoang hàn bằng nước muối sinh lý.

+ Làm khô xoang hàn.

- Đặt Hydroxit canxi:

+ Dùng que hàn lấy Hydroxit canxi hoặc MTA và đặt phủ kín đáy xoang hàn từng lớp từ 1-2mm.

+ Dùng gòn bông nhỏ lèn nhẹ và làm phẳng bề mặt Hydroxit canxi.

- Hàn phục hồi xoang hàn:

+ Dùng vật liệu thích hợp như Composite, GIC, Amalgam... phục hồi phần còn lại của xoang hàn.

+ Kiểm tra khớp cắn.

+ Hoàn thiện phần phục hồi Composite hoặc Amalgam.

2. Viêm tủy không hồi phục

a. Điều trị tủy lấy tủy toàn bộ với nguyên tắc

- Vô trùng.

- Làm sạch và tạo hình ống tủy.

- Hàn kín hệ thống ống tủy theo không gian ba chiều.

b. Các bước điều trị tủy

- Bước 1: Vô cảm khi tủy răng sống bằng gây vùng hoặc gây tê tại chỗ với Xylocain 2%.

- Bước 2: Mở tủy, lấy tủy buồng, tủy chân.

+ Dùng mũi khoan kim cương đầu tròn mở đường vào buồng tủy.

+ Dùng mũi khoan Endo Z để mở toàn bộ trần buồng tủy.

+ Lấy tủy buồng và tủy chân bằng châm gai.

- Bước 3: Thăm dò số lượng, kích thước ống tủy bằng các dụng cụ thích hợp.

- Bước 4: Xác định chiều dài làm việc của ống tủy.

- Bước 5: Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tủy .

+ Tạo hình bằng các phương pháp tạo hình như: Stepback, Stepdown và phương pháp lai. Sử dụng các mâm xoay máy và mâm xoay cầm tay để tạo hình làm rộng hệ thống ống tủy.

+ Làm sạch hệ thống ống tủy bằng các dung dịch: nước muối sinh lý, Ôxy già 3V, Natri hypoclorid 2,5-5 %.

- Bước 6: Chọn, thử côn gutta-percha chính.

- Bước 7: Chụp X quang kiểm tra.

- Bước 8: Hàn kín hệ thống ống tủy bằng các kỹ thuật lèn dọc, lèn ngang với gutta-percha nóng, nguội.

- Bước 9: Hàn kín buồng tủy và phục hồi thân răng bằng vật liệu thích hợp.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

- Biến chứng gần: Viêm quang cuống, u hạt, nang chân răng.

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

VI. PHÒNG BỆNH

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

- Khám răng định kỳ 6 tháng 1 lần.