

MỤC LỤC

Tên phác đồ	Trang
Khô mắt.....	1
Tắc tĩnh mạch trung tâm võng mạc.....	8
Zona tai.....	16
U nang sàn mũi.....	20
Nang dây thanh âm	23
Áp xe vách ngăn	27
U nhầy mũi xoang	31
Polyp dây thanh âm	35
Mất răng do tai nạn, do nhổ răng hay bệnh nha chu khu trú [mất răng từng phần].....	39
Sâu giới hạn ở men – sâu ngà [sâu răng sữa].....	43
Viêm tủy [viêm tủy răng sữa]	45
Viêm nha chu mãn [viêm quanh răng tiến triển chậm]	47
Viêm tuyến nước bọt [viêm tuyến nước bọt mang tai mạn tính]	51
Bệnh sỏi tuyến nước bọt [viêm tuyến nước bọt dưới hàm do sỏi]	55
Vỡ xương má và xương hàm [gãy xương gò má cung tiếp]	60
Liệt bell [điều trị viêm - liệt thần kinh mặt ngoại biên]	66
Răng ngầm	69
U mỡ lành tính của da và mô dưới da ở đầu mặt và cổ – kén ở chân lông	74
Hoại tử tủy răng	80

H04.1-KHÔ MẮT

1. ĐỊNH NGHĨA :

Khô mắt là bệnh nhiều yếu tố: nước mắt & bề mặt nhãn cầu gây triệu chứng khó chịu, rối loạn thị giác, film nước mắt không bền vững kèm tiềm ẩn tổn hại bề mặt nhãn cầu - kèm gia tăng áp lực thẩm thấu nước mắt – & viêm bề mặt nhãn cầu.

Màng phim nước mắt: cực mỏng (khoảng 7 μm) phủ trước giác mạc và kết mạc nhãn cầu. Màng phim nước mắt có vai trò quan trọng trong việc nuôi dưỡng và bảo vệ bề mặt nhãn cầu, đảm bảo tính trong suốt cho giác mạc.

Màng phim nước mắt gồm:

- Lớp nhầy (0,02 – 0,05 μm) là lớp trong cùng, do các tế bào chế nhả của biểu mô kết giác mạc tiết ra. Nhiệm vụ là “ hút” vào giác mạc lớp nước, giảm sức căng bề mặt nhãn cầu, bảo vệ và chống nhiễm khuẩn.

- Lớp nước (7 μm) do những tuyến nước mắt phụ tiết ra, bám chặt vào kết giác mạc nhờ lớp nhầy. Nhiệm vụ: Bảo vệ và nuôi dưỡng bề mặt nhãn cầu, cung cấp oxy, làm sạch và làm ướt bề mặt nhãn cầu.

- Lớp mỡ (0,1 μm) do tuyến Meibomius tiết ra. Nhiệm vụ: bôi trơn bề mặt, giảm sức căng bề mặt, giảm bốc hơi nước mắt, tăng độ dày của phim nước mắt.

Màng phim nước mắt còn có chức năng quan trọng khác là khúc xạ. màng phim nước mắt luôn được trải đều và tái tạo sau mỗi lần chớp mắt. Những phần thừa sẽ trôi vào cùng đồ dưới, đi đến hồ lệ ở góc trong mắt và được đổ ra ngoài qua hệ thống lệ đạo.

2. NGUYÊN NHÂN:

1. Khô mắt do thiếu năng nước mắt:

- Hội chứng Sjogren
- Không do Hội chứng Sjogren:
 - Thiếu năng tuyến lệ nguyên phát-thứ phát
 - Tắc ống tuyến lệ
 - Giảm tiết nước mắt phản xạ

2. Khô mắt do bốc hơi nước mắt

- Nguyên nhân nội tại: rối loạn chức năng tuyến Meibomius, bất thường khe mi, lồi mắt, cận thị cao, tốc độ chớp mắt chậm (bệnh Parkinson), bệnh của mi mắt.

- Nguyên nhân bên ngoài: bệnh bề mặt nhãn cầu (viêm KM dị ứng), thiếu vitamin A, thuốc nhỏ-chất bảo quản, kính tiếp xúc...

- Ngoài ra còn do biến chứng bệnh mắt hột (sẹo kết mạc sụn mi, tắc tuyến Meibomius, tắc ống lệ, thiếu lớp lipid...), giảm phản xạ tiết nước mắt (kính tiếp xúc, bệnh đái tháo đường, viêm GM loạn dưỡng thần kinh, liệt VII, tác dụng phụ của thuốc kháng histamine, chẹn beta, lợi tiểu...), mất cảm giác mắt (do nhiễm trùng, phẫu thuật GM, viêm GM loạn dưỡng), do tuổi già.

3. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN ĐỘ:

3.1. Các test đánh giá lâm sàng:

a) Test Schirmer

– Schirmer I :Dùng giấy lọc Whatman No.41 cỡ 5 x 35 mm, gấp 5mm ở đầu cho vào khe mi dưới góc ngoài trong vòng 5 phút.

– Schirmer II : Nhỏ thuốc tê bề mặt nhãn cầu, sau đó làm tương tự như test Schirmer I rồi khảo sát sau 5 phút.

– Schirmer III : Thực hiện như test Schirmer I, nhưng sau khi đặt băng giấy vào cùng đồ dưới, ta dùng 1 que bông kích thích niêm mạc mũi.

➤ **ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ:**

Dựa vào độ thấm nước mắt giấy thử sau 5 phút :

- Schirmer I :
 - . > 15mm : bình thường.
 - . 10 – 15 mm : nghi ngờ thiếu năng nước mắt.
 - . < 10mm : thiếu năng nước mắt.
- Schirmer II :
 - . Độ thấm $\geq 5\text{mm}$: bình thường.
 - . Độ thấm < 5mm : khô mắt.
- Schirmer III :
 - . $\geq 15\text{mm}$: bình thường.
 - . < 15mm : khô mắt.

b) Test BUT

Giúp chẩn đoán sớm hội chứng khô mắt khi có biến đổi các thành phần của phim nước mắt, đặc biệt khi suy giảm chức năng của tuyến nhầy.

– Nhỏ 1 giọt fluorescein vào mắt, lau khô, sau lần nháy mắt cuối cùng, bắt đầu khám bằng đèn khe với ánh sáng tím, tìm những đốm khô trên giác mạc (có màu đen). Thời gian tính từ lúc khám đèn khe tới lúc xuất hiện chấm hoặc đốm đen trên giác mạc.

➤ **ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ:**

- ≥ 10 giây : bình thường.
- < 10 giây : Khô mắt.

c) Đánh giá độ toàn vẹn của biểu mô kết giác mạc

Nhằm đánh giá những biến đổi của tế bào biểu mô và qua đó đánh giá chất lượng phim nước mắt. Các chất nhuộm giúp phân biệt các tế bào bình thường với cá tế bào bị tổn thương và các tế bào chết.

– Test Rose – bengal: tra 1 giọt rose – bengal 15 vào mắt, yêu cầu chớp mắt, soi trên máy sinh hiển vi.

Kết quả: Những chỗ mắt bắt đầu khô sẽ xuất hiện các chấm hồng (thường xuất hiện trước tiên ở vùng khe mi). Test có giá trị trong chẩn đoán khô mắt giai đoạn sớm do rose – bengal ngoài nhuộm màu tế bào chết và hoại tử còn có thể nhuộm cả tế bào bị tổn thương do thiếu nhầy của phim nước mắt.

– Test Lissamin green: giống rose – bengal nhưng có ưu điểm là không gây đau khi thuốc nhuộm được tra vào mắt.

– Test fluorescein: được sử dụng để phát hiện những cấu trúc liên kết kín giữa các tế bào biểu mô bị phá vỡ do fluorescein khi đó sẽ tiếp xúc và nhuộm màu collagen của màng Bowman.

Cách đo: tra 1 giọt fluorescein 10% vào mắt bệnh nhân, bệnh nhân chớp mắt, soi trên sinh hiển vi và phát hiện những chỗ bắt màu fluorescein.

d) Đo tần số chớp mắt

Chớp mắt đóng vai trò quan trọng trong việc duy trì sự toàn vẹn của bề mặt nhãn cầu nhờ việc duy trì độ ẩm, dẫn lưu nước mắt, giúp cho việc tiết lipid từ tuyến Meibomius và dàn đều lớp lipid trên bề mặt phim nước mắt. bình thường tần số ≥ 14 lần / phút.

Phương pháp:

– Quan sát trực tiếp bằng mắt thường và đếm số lần chớp mắt trong một thời gian nhất định.

– Ghi lại số lần chớp mắt bằng hình ảnh video.

– Ghi lại số lần chớp mắt bằng hình ảnh điện cơ của các cơ ngoại nhãn cầu.

3.2. Test cận lâm sàng

a. Các test kiểm tra tính chất lý học của phim nước mắt

– Đo độ thẩm thấu của nước mắt: áp suất thẩm thấu bình thường là 295 – 309 mosmol/l, Khi > 312 mosmol/l là khô mắt.

– Đo độ bốc hơi của phim nước mắt: đo bằng máy Evapometry: tính tỉ lệ nước mắt bốc hơi bằng cách tính sự chênh lệch giữa lượng nước của không khí và lượng nước chảy vào cốc của máy đo.

– Đo pH của nước mắt.

b. Các test kiểm tra tính chất hóa học của phim nước mắt

– Định lượng lysozym: bình thường 1 – 2g/l, < 1 g/l: khô mắt.

– Định lượng lactoferrin: bình thường 1 – 2g/l, < 1 g/l: khô mắt.

– Đánh giá thành phần các protein, thành phần các chất điện giải: Na^+ , K^+ .

c. Xét nghiệm tổ chức học

– Sinh thiết kết mạc: là phương pháp để xác định do thiếu nhầy.

– Test áp kết mạc: Phát hiện sớm tổn thương tế bào hình dài của biểu mô kết giác mạc.

d. Các test khác

– Chụp nhấp nháy lệ quản và phim nước mắt sau khi tra thuốc cản quang.

– Đo độ thanh thải của nước mắt (Tear clearance rate – TCR).

– Chỉ số chức năng nước mắt (Tear function index – TFI): giá trị cao tương ứng tình trạng bề mặt nhãn cầu tốt. TFI < 96 : nguy cơ khô mắt cao. TFI > 96 : nguy cơ bị khô mắt do hội chứng Sjogren.

– Đánh giá sự ổn định của phim nước mắt bằng ghi hình bản đồ giác mạc: độ nhạy và đặc hiệu cao hơn TBUT.

3.3. Chẩn đoán khô mắt

a. Lâm sàng

– Ngứa mắt, đỏ mắt, nhạy cảm ánh sáng, chảy nước mắt, mỏi mắt, nhức mắt...

– Sinh hiển vi:

- Chiều cao ngăn nước mắt

- Mi mắt: rụng lông mi, cương tụ mạch máu ở mi, tình trạng lỗ tuyến Meibomius

- Sợi tiết tổ trong nước mắt

- Bất thường kết mạc, giác mạc: cương tụ, sợi tiết tổ nhầy, viêm giác mạc chấm...

b. Các test lâm sàng và cận lâm sàng....

Phân độ khô mắt:

Mức độ	1	2	3	4
Sự khó chịu, mức độ trầm trọng & tần số	Nhẹ - xảy ra từng lúc dưới tác động của môi trường	Trung bình - từng lúc hoặc mạn tính, căng thẳng +/-	Nặng - thường xuyên hoặc không giảm, không liên quan stress	Nặng và khó hồi phục
Thị lực	Có những đợt mỏi mắt nhẹ	Khó chịu có thể tự khỏi	Khó chịu, mạn tính và/hoặc không tự khỏi	Khó chịu, mỏi khó hồi phục
Cương tụ K.M	Không có đến nhẹ	Không có đến nhẹ	+/-	+ / ++
Nhuộm K.M	Không có đến nhẹ	Có thể có	Có mức độ trung bình	Rõ ràng
Nhuộm G.M (Độ nặng vị trí)	Không có đến nhẹ	Có thể có	Tổn thương ở trung tâm	Tổn thương biểu mô nặng
G.M/Dấu hiệu phim nước mắt	Không có đến nhẹ	Debris nhẹ, giảm phim nước mắt	Viêm giác mạc sợi, nút nhòn, debris	Viêm giác mạc sợi, nhiều tiết nhầy, loét
Mi mắt/ Tuyến Meibo	Có thể có	Có thể có	Thường xuyên	Lông siêu, sừng hóa, dính
TFBUT (giây)	Thay đổi	≤ 10 giây	≤ 5 giây	Xuất hiện ngay
Schirmer test (mm/5p)	Thay đổi	≤ 10mm	≤ 5mm	≤ 2mm

4. ĐIỀU TRỊ:

Điều trị theo nguyên nhân + nước mắt nhân tạo.

– Bổ sung nước mắt nhân tạo

– Duy trì nước mắt:

- Đóng điểm lệ: bằng nút silicon hoặc đóng bít điểm lệ vĩnh viễn.

- Chống chỉ định: dị ứng nguyên liệu làm nút, lạt điểm lệ, viêm nhiễm đường lệ.

- Kính giữ ẩm.

- Kính tiếp xúc: theo dõi viêm giác mạc, tân mạch giác mạc.

- Chống viêm: quan trọng trong quá trình điều trị khô mắt;

- Corticoid: kháng viêm mạnh, đặc biệt trong viêm kết giác mạc sicca và hội chứng Sjogren. Lưu ý tác dụng phụ.

- Tetracyclin (minocyclin, doxycyclin): chỉ định trong trứng cá đỏ, viêm mí sau mạn tính.

- Cyclosporin A: tra tại mắt, tác dụng chống viêm, tái tạo nước mắt, dùng từ 3 – 6 tháng.

- Một số phương pháp khác:

- ✓ Kích thích tạo nước mắt bằng thuốc

- ✓ chất thay thế nước mắt có nguồn gốc sinh học: huyết thanh tự thân hoặc nước bọt (phẫu thuật chuyển dịch tuyến nước bọt).

- ✓ Acid béo thiết yếu (omega 3) tác dụng ức chế các chất viêm trung gian.

- ✓ Cải thiện môi trường tránh các yếu tố làm giảm lượng nước mắt được tiết ra hoặc làm tăng bốc hơi nước mắt.

- ✓ Đối với hội chứng Stevens – Johnson: điều trị theo giai đoạn:

- ✚ Giai đoạn cấp: rửa mắt 1 – 2 lần / ngày: rửa sạch tiết tố, tra kháng sinh, kháng viêm, tách dính mí.

- ✚ Giai đoạn sau: Khi còn viêm: Corticoid hoặc non corticoid. Khi bắt đầu có xơ co: Tiêm huyết thanh tự thân dưới kết mạc: 1 đợt 10 – 15 ngày, nghỉ 1 tháng và nhắc lại. Kết hợp nước mắt nhân tạo, vitamin A, kháng sinh chống bội nhiễm. Có thể gọt giác mạc, tách dính, lột màng rau, đặt khuôn và chăm sóc hậu phẫu tích cực. nếu tổn thương giác mạc nặng có thể phẫu thuật lấp giác mạc nhân tạo.

- ✚ Tái tạo túi kết mạc: tách dính, ghép niêm mạc môi, màng ối.

- ✚ Ghép giác mạc nhiều lần

- ✚ Lấp giác mạc nhân tạo.

Tóm lược:

ĐỘ I	ĐỘ II	ĐỘ III	ĐỘ IV
Giáo dục, môi trường, chế độ ăn. Giới hạn thuốc dùng toàn thân. Nước mắt nhân tạo (nước, gel, mỡ) Điều trị bệnh lý mi mắt	Thuốc kháng viêm (Predfort, Lotemax, Restasis). Tetracycline (Meibomianitis Rosacea). Nút chặn điểm lệ. Thuốc giúp tăng tiết nước mắt. Kích tạo ảm	Huyết thanh Kính áp tròng Đóng điểm lệ vĩnh viễn	Thuốc kháng viêm toàn thân. Phẫu thuật (mi, khâu cò mi, cắt kết mạc, ghép màng ối).

❖ Trong điều trị khô mắt, đốt bít lỗ lệ, tra nước mắt nhân tạo, điều trị chống bốc hơi là quan trọng.

5. Tiến triển và biến chứng

– Bệnh không phát hiện và điều trị sớm dễ dẫn đến những biến chứng nặng như viêm loét giác mạc, thủng giác mạc.

❖ *Chuyển tuyến: Tổn thương giác mạc cần phải ghép giác mạc.*

6. Phòng bệnh

– Phát hiện và điều trị kịp thời những nguyên nhân bên trong và bên ngoài gây khô mắt nhằm tránh những biến chứng nặng xảy ra.

– Cải thiện môi trường làm việc, không khí có độ ẩm thích hợp nhằm tránh giảm lượng nước mắt tiết ra hoặc gây tăng bốc hơi nước mắt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Mắt TPHCM (2014), “ *Cẩm nang cấp cứu nhãn khoa*”.
2. Bệnh viện Mắt TPHCM (2014), “ *Cẩm nang thực hành nhãn khoa*”.
3. Bộ Y Tế (2015), “*Quyết định số 40/ QĐ – BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt ”*”.
4. Bộ Y Tế (2012) “*Quyết định số 3906/ QĐ-BYT về việc ban hành quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành nhãn khoa*””.
5. Đỗ Như Hân (2012) “ *Nhãn khoa tập 2*”, nhà xuất bản y học Hà Nội.
6. Albert & Jakobiec’s Principles & Practice of Ophthalmology, 3rd Edition.

7. Jack J. Kanski (2003), *Clinical Ophthalmology*. Butterworth-Heineman, Glasgow, p.1-41.
8. Stephen C. Pflugfelder, Roger W. Beuerman, Michael E. Stern (2004): *Dry eye and ocular surface disorders*. Copyright by Marcel Dekker, Inc. All Rights reserved.

H34.8 - TẮC TĨNH MẠCH TRUNG TÂM VĨNG MẠC

1. ĐỊNH NGHĨA

Tắc tĩnh mạch vông mạc là bệnh lý mạch máu vông mạc biểu hiện sự ngừng trệ tuần hoàn trở về ở vông mạc, xảy ra ở thân tĩnh mạch trung tâm vông mạc ngay đĩa thị, sau lá sàng được gọi là tắc tĩnh mạch trung tâm vông mạc hoặc tắc ở thân tĩnh mạch sau khi phân chia 2 nhánh gọi là tắc tĩnh mạch nửa vông mạc hoặc tắc ở nơi bắt chéo động - tĩnh mạch gọi là tắc nhánh tĩnh mạch vông mạc.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Các nguyên nhân toàn thân

- Tăng huyết áp (vô căn): là nguyên nhân thường gặp nhất.
- Xơ vữa động mạch: có thể đã gây tăng huyết áp hoặc chưa.
- Tắc hay hẹp động mạch cảnh trong: do bẩm sinh hoặc do mảng xơ vữa động mạch gây nên.
- Bệnh đái tháo đường.
- Rối loạn mỡ máu: cholesterol máu tăng hoặc triglyceride tăng hoặc cả 2 loại đều tăng.
- Bệnh thận: suy thận các mức độ, viêm cầu thận cấp, viêm cầu thận mãn...
- Các bệnh về máu: thiếu máu, bệnh bạch cầu cấp, đa hồng cầu, thiếu máu, bệnh lý hồng cầu, rối loạn globulin máu...
- Các bệnh lý mạch máu: viêm tĩnh mạch, viêm thành mạch mãn tính nguyên phát hay thứ phát sau nhiễm trùng tại chỗ hay toàn thân: bệnh giang mai, bệnh Behçet, bệnh Eales, bệnh hệ thống collagen...
- Bệnh còn hay gặp ở những người nghiện thuốc lá

2.2. Các nguyên nhân tại chỗ

- Tăng áp lực hồ mắt
- Tăng nhãn áp do glôcôm mãn tính
- Viêm tổ chức hốc mắt mãn tính...

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Bệnh thường xảy ra ở một mắt, giảm thị lực từ ít đến nhiều, có thể chỉ còn đếm ngón tay nhưng không hoàn toàn mất thị lực
- Mắt bị bệnh không đau nhức, không đỏ mắt.
- Khám đáy mắt: Tắc tĩnh mạch trung tâm vông mạc có 4 dấu hiệu chính:

- + Tĩnh mạch giãn to, ngoằn ngoèo.
- + Phù đĩa thị, phù võng mạc và có thể phù hoàng điểm.
- + Xuất huyết võng mạc trải rộng từ đĩa thị ra tận ngoại vi võng mạc, có thể xuất huyết nông hoặc xuất huyết sâu trong võng mạc.
- + Vết dạng bông (xuất tiết mềm) tập trung quanh đĩa thị ít hay nhiều tùy thể (gặp nhiều ở thể thiếu máu).
- Tắc tĩnh mạch nửa võng mạc hay tắc nhánh tĩnh mạch võng mạc: các triệu chứng khu trú ở vùng võng mạc được dẫn lưu bởi nhánh tắc.
- Giai đoạn có biến chứng: ngoài 4 dấu hiệu trên còn có thể xuất hiện tân mạch (đĩa thị, võng mạc hoặc trên móng mắt, góc tiền phòng), xuất huyết dịch kính, bong võng mạc.

3.2. Cận lâm sàng

- Chụp mạch ký huỳnh quang võng mạc: thì tĩnh mạch chậm, không có thuốc huỳnh quang trong lòng mao mạch (thiếu máu võng mạc), mao mạch vùng hoàng điểm không hiện lên (thiếu máu hoàng điểm). Khuếch tán thuốc huỳnh quang qua thành mao mạch và các tĩnh mạch lớn gây tăng huỳnh quang ở võng mạc, đĩa thị, các hốc xung quang hoàng điểm (phù hoàng điểm dạng nang).
- Chụp đáy mắt: phát hiện xuất huyết, xuất tiết dọc theo tĩnh mạch tắc.
- OCT võng mạc (Optical Coherence Tomography): đo chính xác chiều dày võng mạc và thể tích phù hoàng điểm.
- Điện võng mạc: có giá trị tiên lượng bệnh. Tỷ số sóng b/ sóng a < 1 là có nguy cơ xuất hiện tân mạch.
- Siêu âm màu Doppler: đo tốc độ dòng chảy động - tĩnh mạch trung tâm võng mạc, chẩn đoán bệnh lý tại động - tĩnh mạch trung tâm võng mạc.
- Siêu âm mắt: theo dõi xuất huyết pha lê thể kèm theo.
- Các xét nghiệm phục vụ cho chẩn đoán các bệnh toàn thân như: sinh hóa máu, huyết học, HIV, HBsAg....
- Các xét nghiệm thường qui khác: công thức máu, tổng phân tích nước tiểu, TQ, TCK, đường huyết, ECG...
- Đo nhãn áp.

3.3. Chẩn đoán xác định

- Dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng

3.4. Phân loại và thể bệnh

- a) Phân theo vị trí tắc giải phẫu
- Tắc tĩnh mạch trung tâm võng mạc: tắc ở thân tĩnh mạch võng mạc khi chui qua

mảnh sang ở đĩa thị, tắc cả 4 nhánh tĩnh mạch: thái dương trên, mũi trên, thái dương dưới, mũi dưới.

– Tắc nhánh tĩnh mạch võng mạc: tắc tĩnh mạch tại nơi bắt chéo động tĩnh mạch võng mạc. Có thể tắc nhánh tĩnh mạch thái dương trên thái dương trên hoặc mũi trên hoặc thái dương dưới hoặc mũi dưới.

– Tắc tĩnh mạch nửa võng mạc: là tắc nhánh tĩnh mạch thái dương trên và mũi trên (tắc tĩnh mạch nửa võng mạc trên) hoặc tắc nhánh tĩnh mạch thái dương dưới và mũi dưới (tắc tĩnh mạch nửa võng mạc dưới).

b) Phân loại theo lâm sàng

– Tắc tĩnh mạch võng mạc thể thiếu máu: thị lực giảm đột ngột và trầm trọng, thị trường thu hẹp, có ám điểm trung tâm tuyệt đối. Khám đáy mắt: có đầy đủ các dấu hiệu của tắc tĩnh mạch võng mạc nhưng xuất huyết võng mạc rất nhiều, ở cả lớp nông và sâu; có nhiều hơn 10 xuất tiết dạng bông. Chụp mạch huỳnh quang võng mạc có vùng võng mạc thiếu tưới máu trên 10 đường kính đĩa thị. Giai đoạn sau: bệnh gây biến chứng tân mạch võng mạc, tân mạch đĩa thị, tân mạch mỏng mắt, góc tiền phòng gây glôcôm tân mạch, xuất huyết dịch kính... Đĩa thị teo.

– Tắc tĩnh mạch võng mạc thể không thiếu máu: thị lực giảm vừa, hoặc giảm trầm trọng, có thể có ám điểm trung tâm. Khám đáy mắt: có đầy đủ các dấu hiệu của tắc tĩnh mạch võng mạc nhưng xuất huyết võng mạc chủ yếu ở lớp nông, không có hoặc có từ 1 - 9 xuất tiết mềm; Chụp mạch huỳnh quang võng mạc có phù võng mạc tỏa lan, phù hoàng điểm hoặc phù hoàng điểm dạng nang ở giai đoạn sau. Phù võng mạc, hoàng điểm trên chụp cắt lớp võng mạc.

– Tắc tĩnh mạch thể lạnh tính ở người trẻ: thường gặp ở người trẻ < 40 tuổi, không có bệnh toàn thân phối hợp. Thị lực giảm ít, không biến đổi thị trường hoặc điểm mù rộng ra. Khám đáy mắt: có đầy đủ các dấu hiệu của tắc tĩnh mạch võng mạc nhưng xuất huyết võng mạc nông, xuất hiện rải rác ở võng mạc hậu cực; không có hoặc có ít vết xuất tiết mềm nhỏ. Tuy nhiên, chụp mạch huỳnh quang võng mạc không thấy tổn thương hệ mao mạch võng mạc.

3.5. Chẩn đoán phân biệt

– Bệnh võng mạc đái tháo đường: có tiền sử bệnh đái tháo đường, bệnh xuất hiện ở 2 mắt, tổn thương chủ yếu là vi phình mạch võng mạc.

– Bệnh thiếu máu đầu trước thị thần kinh cấp tính: đĩa thị phù nhiều, xuất huyết nông tập trung chủ yếu quanh đĩa thị.

– Bệnh tắc, hẹp tĩnh mạch và động mạch mắt gây hội chứng thiếu máu mắt: xuất huyết võng mạc tập trung nhiều ở võng mạc xích đạo và võng mạc chu biên. Xác định hẹp, tắc tĩnh mạch, động mạch mắt trên siêu âm màu Doppler hệ mạch cảnh.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc chung

– Điều trị bệnh tại mắt:

- + Kháng viêm giảm phù.
- + Các thuốc tiêu huyết khối
- + Các thuốc tiêu máu
- + Chống thiếu máu
- + Điều trị biến chứng
- + Điều trị phẫu thuật phối hợp khi cần thiết.

Phối hợp điều trị các bệnh toàn thân: tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn mỡ máu...

4.2. Điều trị cụ thể

– ***Tắc tĩnh mạch thể lạnh tính: thường gặp ở người trẻ, thị lực giảm ít***

Chỉ điều trị nội khoa bằng thuốc

+ Thuốc tăng cường tuần hoàn: Ginkgo biloba 40mg x 2 viên/ngày x 2- 3 tuần.

+ Thuốc giảm phù nề: Alphachymotripsin x 3 - 4 viên/ngày x 2 - 3 tuần.

+ Thuốc chống kết tụ tiểu cầu và giảm độ quánh của máu: Acetyl salicylic Acid 100mg x 1 viên/ngày x 2 - 3 tuần.

+ Thuốc tăng cường bền vững thành mạch máu: Vitamin C 1g/ngày x 2 - 3 tuần.

+ Chống viêm có Cortisol: được dùng khi có phản ứng viêm quanh tĩnh mạch hoặc có bệnh hệ thống. Cortisol 0,6 - 0,8mg/kg/ngày x 7 - 10 ngày sau đó giảm liều dần hoặc các loại thuốc chống viêm khác (theo nguyên tắc sử dụng Corticoid).

+ Thuốc tiêu huyết khối (Streptokinase, Urokinase) hay thuốc tan huyết khối (Thrombolytic Agents) chỉ dùng khi bệnh nhân đã có xét nghiệm tỷ lệ Prothrombin bình thường và dùng theo chỉ định của các bác sỹ nội khoa.

– ***Tắc tĩnh mạch võng mạc thể không thiếu máu***

Điều trị nội khoa bằng thuốc như thể lạnh tính, thêm

+ Thuốc ức chế men Anhydraz: Acetazolamide 250mg x 1 viên/ngày x 2 - 4 tuần.

+ Thuốc bù kali khi dùng thuốc ức chế men Anhydraz: Kaleorid 600mg x 1 viên/ngày x 2 - 4 tuần.

+ Tra tại mắt thuốc chống viêm, steroid, non-steroid 0,1% x 3 lần/ngày x 2 - 4 tuần.

– **Điều trị bằng laser**

- + Phù võng mạc ngoài hoàng điểm: chỉ điều trị bằng laser khi
 - Có xuất tiết dạng vòng bao quanh vùng mạch máu bất thường, làm khuếch tán huỳnh quang ra ngoài thành mạch, phá hủy các bất thường mạch máu này bằng laser sẽ giảm xuất tiết.
 - Nguy cơ có bong thanh dịch võng mạc khi phù võng mạc nhiều
- + Phù hoàng điểm: chỉ làm laser trong trường hợp
 - Phù hoàng điểm kéo dài trên 3 tháng
 - Thị lực không tăng, dưới 5/10 hoặc ngày càng giảm
 - Trên ảnh chụp mạch huỳnh quang hoặc OCT có phù hoàng điểm ngày càng tăng hoặc phù hoàng điểm dạng nang.

Bổ sung kháng viêm, giảm đau, sinh tố:

- ❖ Giảm đau, kháng viêm : steroid , non steroid ...
 - + Etodolac 200mg 1 viên x 2 lần / ngày hoặc
 - + Diclofenac 50mg : 2-3 mg/kg/ngày
 - + Paracetamol 10mg – 15mg / kg x 3-4 lần ngày, không quá 4g/ ngày.
- ❖ Kháng viêm tại mắt: steroid , non steroid...
 - + Col.Tobcol-Dex 1giọt/2h hoặc
 - + Col.Diclofenac 1% 1giọt/2h hoặc
 - + Col Prednisolol Acetat 1% 1giọt/2h hoặc
 - + Col Flumetholol 1%, 2% 1% 1giọt/2h ...
- ❖ Nâng tổng trạng:
 - + Bù nước điện giải.
 - + Sinh tố.

– **Tắc tĩnh mạch võng mạc thể thiếu máu**

Điều trị nội khoa như thể phù

Điều trị laser: khi vùng võng mạc thiếu máu trên ảnh chụp huỳnh quang ≥ 10 đường kính đĩa thị.

- + Nếu đã có tân mạch đĩa thị hoặc tân mạch võng mạc: laser toàn bộ võng mạc trừ vùng võng mạc hậu cực.
- + Nếu đã có tân mạch mống mắt hoặc glôcôm tân mạch: tiêm nội nhãn thuốc chống tăng sinh tân mạch phối hợp laser toàn bộ võng mạc hoặc lạnh đông

củng mạc.

Bổ sung kháng viêm, giảm đau, sinh tố.

Tiêm nội nhãn:

- + Khi có phù hoàng điểm
- + Tân mạch hắc mạc, gai thị ...:
 - Triamcinolone 40mg : 0,1ml/ 1mg, Ozurdex...
 - Anti VEGF (Avastin, Lucentis ...)

Tiêm thuốc anti VEGF (Lucentis 0,05ml) được thực hiện vào thời điểm:

- + Bắt đầu (cho 3 liều tải)
- + Duy trì (cho 3 mũi tiếp theo)
- + Tái phát (cho 3 mũi tiếp theo)

Sau đó tùy diễn tiến lâm sàng sẽ quyết định, thông thường nếu hoàng điểm còn phù, tân mạch còn tiến triển sẽ thực hiện tiêm tiếp tục.

Bổ sung kháng sinh ,kháng viêm, hạ nhãn áp, giảm đau ...

– **Kháng sinh tại chỗ:**

- C. Moxifloxacin 0, 5% nhỏ 1 giọt / 2 h ...
- Kháng viêm (steroid, non steroid) toàn thân, tại chỗ.

– **Hạ nhãn áp: toàn thân, tại chỗ :**

Có thể sử dụng đơn trị liệu hoặc phối hợp đa trị liệu.

+ Acetazolamide 250mg : 2viên x 2 lần/ngày, trẻ em 10 – 15 mg / kg / ngày, chia 2 – 3 lần.

+ Bổ sung Potassium clorid (theo dõi ion đồ đổi với người bị bệnh tim, thận) (1mmol = 75mg, Viên nang 8mmol = 600 mg). Liều dự phòng có thể lên đến 40mmol/ Ngày (giảm liều đối với người bị tim, thận), trung bình 1 viên 600mg x 2 lần / ngày. Trẻ em 1 – 2 mmol/ kg.

- + Col. Brinzolamid 1% 1giọt x 2-3 lần/ngày.
- + Col. Betaxolol 0.25% 1 giọt x 2 lần/ngày
- + Col. Pilocarpine 2% 1giọt x 2-3 lần/ngày
- + Col. Brimonidin tartrate 0,15% 1giọt x 2-3 lần / ngày.
- + Col. Travatan 1giọt /ngày lúc 20h,
- + Col. Duotrav 1giọt /ngày lúc 20h ...
- + Paracetamol 10mg – 15mg / kg x 3-4 lần ngày.

– **Sinh tố:** Rutin 1 viên x 2 lần / ngày ...

– **Điều trị toàn thân:**

+ Bằng các thuốc đặc hiệu khi tìm thấy nguyên nhân như: xơ vữa mạch máu, rối loạn mỡ máu, tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh hệ thống collagen, bệnh giang mai...

+ Điều trị các bệnh tại chỗ như viêm tổ chức hốc mắt, glôcôm...

– **Theo dõi hậu phẫu:**

- Nhãn áp.
- Đánh giá lại võng mạc, hoàng điểm: chụp đáy mắt, OCT.

5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

– Tắc tĩnh mạch võng mạc lành tính ở người trẻ: bệnh tự thoái triển.

– Tắc tĩnh mạch thể thiếu máu: có thể gây glôcôm tân mạch sau 100 ngày, hoặc tân mạch đĩa thị, tân mạch võng mạc gây xuất huyết dịch kính, bong võng mạc co kéo...

– Tắc tĩnh mạch thể không thiếu máu: phù hoàng điểm kéo dài gây lỗ hoàng điểm, có thể chuyển thể bệnh sang thể thiếu máu.

6. PHÒNG BỆNH

– Khuyến cáo bệnh nhân phải điều trị các bệnh toàn thân có nguy cơ cao như xơ vữa mạch máu, rối loạn mỡ máu, tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh thận...

– Khuyến cáo bệnh nhân không nên hút thuốc lá.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Mắt TP HCM (2014), “ *Cẩm nang thực hành nhãn khoa*”.
2. Bộ Y Tế (2015), “*Quyết định số 40/ QĐ – BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt ”*”.
3. Bộ Y Tế (2015) “*Quyết định số 708/ QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “ Hướng dẫn sử dụng kháng sinh ”*”.
4. Bộ Y Tế (2016) “*Quyết định số 772/ QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu “ Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện ”*”.
5. Bộ Y Tế (2012) “*Quyết định số 3906/ QĐ-BYT về việc ban hành quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành nhãn khoa ”*”.
6. Đỗ Như Hân (2012) “ *Nhãn khoa tập 3*”, nhà xuất bản y học Hà Nội.
7. Berger A.R., et al (2015), “*Optimal Treatment of Retinal Vein Occlusion: Canadian Expert Consensus*”, Ophthalmologica 234(1): 6-25.
8. Coscas, G., et al. (2011). "Management of retinal vein occlusion--

- consensus document." *Ophthalmologica* 226(1): 4-28.
9. Ho M., et al (2016), "*Retinal Vein Occlusion, from Basics to the Latest Treatment*", *Retina* 36(3):432-448.
 10. Kenneth W. Wright, MD. *Textbook of Ophthalmology*. William and Wilkins 1997.

B02.8. ZONA TAI

1. ĐỊNH NGHĨA

Zona tai hay còn gọi là hội chứng Ramsay Hunt, do nhiễm vi-rút Varicella Zoster thứ phát xảy ra tại hạch gối. Bệnh biểu hiện liên quan dây II và/ hoặc dây VIII, thỉnh thoảng dây IX và X.

2. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân làm tái kích hoạt Zona tai vẫn chưa rõ ràng, tuy nhiên tình trạng suy giảm miễn dịch, HIV, thuốc ức chế miễn dịch là có liên quan.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Triệu chứng sớm (triệu chứng cảm cúm): khoảng 2 ngày
 - + Sốt
 - + Cảm giác nóng rát, đau 1 bên tai, chưa có biểu hiện thực thể tại chỗ
 - + Nhức đầu
- Triệu chứng Zona tai:
 - + Vài ngày sau khởi phát, xuất hiện mụn nước ở gờ đối luân, hồ thuyền, thành sau ống tai ngoài.
 - + Tổn thương mụn nước khác với Herpes có viền đỏ xung quanh, khi lành để lại sẹo.
- Triệu chứng thần kinh: Nghe kém tiếp nhận, mắt thẳng bằng, thất điều 1 bên, động mắt và thường kèm theo liệt mặt với nhiều mức độ. Các triệu chứng này có thể xuất hiện đơn độc hay phối hợp.
- Triệu chứng toàn thân: hạch viêm vùng cổ, sốt...

3.2. Cận lâm sàng:

- Phát hiện VZV qua test huyết thanh.

3.3. Chẩn đoán phân biệt:

- Herpes Zoster trong giai đoạn sớm
- Các bệnh lý tổn thương dây VII, VIII như: viêm tai giữa, viêm tai xương chũm, viêm mê nhĩ, cholesteatoma, u tai, u sàn sọ bên...

4. ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA

- Điều trị tại chỗ: dung dịch sát khuẩn tại chỗ
 - + Điều trị toàn thân:
 - + Ngay khi nghi ngờ Zona tai nên sử dụng thuốc kháng vi- rút đường toàn thân, phối hợp với corticosteroid khi có dấu hiệu liệt VII.

Kháng virus (Có thể sử dụng 1 trong những nhóm sau)	Acyclovir : 800mg × 5 lần/ngày × 7 ngày hoặc Famcyclovir : 500-700mg × 3 lần/ngày × 7 ngày hoặc Valacyclovir: 1g × 3 lần/ngày × 7 ngày
--	--

Giảm đau (Có thể sử dụng 1 trong nhiều nhóm sau)	Acetaminophen , liều lượng 500mg × 3-4 lần/ngày hoặc Amitriptyline (apo-amitriptyline), liều 25mg × 3 lần/ngày
Kháng viêm steroids	Methylprednisolone (Medrol 4mg, 16mg) hoặc prednisolone (prednisone 5mg) Liều lượng 60mg/ngày × 4 ngày Giảm liều dần Thời gian điều trị 10 – 14 ngày.
Trong trường hợp những vết loét do mụn nước vỡ ra để lại có dấu hiệu nhiễm trùng, có thể sử dụng thêm kháng sinh	1.Nhóm Beta lactamase: 1.1 Penicillines Oxacillin 1.2 Penicilline dạng phối hợp - Amoxicilline+Acid Clavulanic - Amoxicilline+ Sulbactam - Ampicillin/sulbactam 1.3 Cephalosporines - Cefaclor, Cefuroxime, Cefprozil - Cefixime,Cefdinir,Cefditoren,Cefetamet,Cefpodoxime, Ceftazidine 2.Nhóm Quinolone: - Ciprofloxacin - Levofloxacin - Moxifloxacin - Sparfloxacin 3.Nhóm Macrolide: - Clarithromycin - Azithromycin - Spiramycin 4.Nhóm khác - Lindamycin

+ Trong trường hợp có liệt thần kinh VII có thể cho bệnh nhân → nhập viện.

Kháng viêm Steroids dạng tiêm tĩnh mạch	methylprednisolone (Solumedrol 40mg), liều lượng 40-80mg/ngày Giảm liều dần sau đó chuyển sang dạng uống như trên.
Bảo vệ mắt	Tetracyclin, tra vào mắt trước khi ngủ và kéo mắt nhắm kín lại

5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

- Bệnh nhân lớn tuổi có khuynh hướng dễ bị di chứng thiếu hụt chức năng vĩnh viễn.
- Tiên lượng hồi phục liệt VII trong Zona tai kém hơn so với trong liệt VII vô căn.

5.2. Biến chứng

- Biến chứng tại chỗ quan trọng là bội nhiễm vi khuẩn (thường là tụ cầu hay Pseudomonas)
- Viêm não – màng não
- Đau thần kinh dai dẳng ở người lớn tuổi.

6. TIÊU CHUẨN VÀO VIỆN

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định Zona tai có biểu hiện triệu chứng lâm sàng.

7. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Bệnh nhân sau 5-7 ngày điều trị có cải thiện về lâm sàng, tổng trạng ổn định.

8. TIÊU CHÍ CHUYỂN VIỆN

- Bệnh nhân Zona tai có biến chứng liệt thần kinh VII ngoại biên không đáp ứng với điều trị nội khoa hoặc nguyên nhân do khối u.

9. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Tránh tiếp xúc với người bị zona khi cơ thể có nhiều vết mụn nước.
- Tiêm chủng ngừa bệnh để bảo vệ khỏi thủy đậu và tránh bệnh zona
- Chế độ sinh hoạt nghỉ ngơi hợp lý, tránh căng thẳng, tập thể dục để tăng sức đề kháng
- Vào mùa nóng khi ngủ không nên để quạt, máy điều hòa thổi thẳng vào mặt.
- Đối với những người làm việc và học tập ban đêm, không nên ngồi gần cửa sổ để tránh gió lùa. Người già ban đêm không nên ra ngoài. Ngoài ra, cần điều trị sớm và triệt để các nhiễm khuẩn tai, mũi, họng.../.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai mũi họng , Bộ Y Tế, Ban hành kèm Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2018.
2. Phát đồ điều trị nội trú bệnh Tai Mũi Họng, Sở Y Tế Thành phố Hồ Chí Minh, ban hành kèm quyết định số 321/QĐ-TMH ngày 1/10/2018.
3. Phát đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai mũi họng TP HCM, nhà xuất bản y học 2018, Chủ biên PGS. TS. BS Trần Phan Chung Thủy.
4. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2019), “Thính học lâm sàng”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
5. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2018), “Viêm mũi xoang”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.

6. Trần Phan Chung Thủy (2018), “Phác đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
7. Lâm Huyền Trân và Lý Xuân Quang (2021), “Giáo trình giảng dạy đại học Tai Mũi Họng”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
8. Nguyễn Thị Xuyên, Võ Thanh Quang, Lương Ngọc Khuê (2016), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng của Bộ Y tế”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

TIẾNG ANH

9. Bailey BJ (1993). Head and neck surgery – Otolaryngology.
10. Fokkens W, Lund V, Mullol J. EPOS 2020: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020.
11. Kem RC, Liddey W (2015). “Pathogenesis of chronic rhinosinusitis”. Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery, Saunders, 6th ed, Vol 1.
12. Patel ZM, Hwang PH (2014). “Nonpolypoid Rhinosinusitic: Pathogenesis, Diagnosis, Staging, and Treatment”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.
13. Ryan MW (2014). “Chronic Rhinosinusitic with Nasal Polyposis”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.

D10.6 U NANG SÀN MŨI

1. ĐỊNH NGHĨA

U nang sàn mũi là u nang không liên quan với răng nằm trong vùng rãnh lợi môi và ở mặt trước xoang hàm.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

Cơ năng	Thực thể
- Sưng nề vùng má - Nghẹt mũi cùng bên với u nang - Đau nang bị nhiễm trùng	- u nang sưng nề làm hẹp cửa mũi trước cùng bên

2.1.2. Cận lâm sàng

- Nội soi mũi xoang: hẹp cửa mũi trước do u nang sưng nề
- CT-Scan: hình ảnh u nang nằm ở sàn mũi, vùng mặt trước xoang hàm

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị bằng phẫu thuật.
- Phẫu thuật càng sớm càng tốt.
- Lấy hết bệnh tích u.

3.2. Điều trị cụ thể

- Phương pháp phẫu thuật là lấy trọn u nang qua đường rãnh lợi môi.
- Nếu u nang đang nhiễm trùng thì điều trị nội khoa trước đến khi hết nhiễm trùng sẽ tiến hành phẫu thuật.

3.3. Xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh tiền phẫu

3.3.1. Xét nghiệm tiền phẫu:

- Thời gian prothrombin (PT: Prothrombin Time), (Các tên khác: TQ; Tỷ lệ Prothrombin)
- Thời gian thromboplastin một phần hoạt hoá (APTT: Activated Partial Thromboplastin Time) (Tên khác: TCK) bằng máy bán tự động.
- Tổng phân tích nước tiểu
- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi
- Đo hoạt độ ALT (GPT) [Máu]
- Đo hoạt độ AST (GOT) [Máu]
- Định lượng Creatinin (máu)
- Định lượng Glucose [Máu]
- Định lượng Urê máu [Máu]

- Định nhóm máu hệ ABO
- Ion đồ [K⁺ , Na⁺ , Ca⁺⁺, Cl⁻ , Mg²⁺]
- HIV Ab test nhanh

3.3.2. Chẩn đoán hình ảnh tiền phẫu:

- Chụp Xquang ngực thẳng
- Điện tim thường

3.4. Chăm sóc sau phẫu thuật lấy u nang sàn mũi

- Trong thời gian hậu phẫu phải theo dõi sát tình trạng chảy máu, mạch huyết áp.
- Nhỏ nước muối sinh lý liên tục vào meche mũi 5 lần/ngày.
- Rút meche mũi + meche rãnh lợi môi vào N2 hoặc N3.
- Nếu bệnh nhân ổn có thể cho xuất viện vào N4 hoặc N5.
- Tái khám thường xuyên 1-2 tuần/lần trong tháng đầu tiên. Sau đó 3 tháng/ lần trong 1 năm.

– Kháng sinh:

- + Nhóm betalactam: Amoxicilin/clavulanic acid (0.5 – 1g) x 2-3 lần/ ngày (uống)
- + Nhóm Cephalosporin Thế hệ thứ 2, 3: sử dụng đường uống hoặc đường tiêm tĩnh mạch
- + Nhóm Macrolid: đường uống
- + Nhóm Quinolones: đường uống hoặc truyền tĩnh mạch
- + Nhóm Metronidazole: đường uống hoặc truyền tĩnh mạch (nếu cần)

- **Kháng viêm:** Steroid: có thể sử dụng dạng tiêm hoặc uống tối đa 7 ngày

- **Giảm đau:** Paracetamol

- **Kháng Histamine:** Loratadin, Fexofenadin, desloratadin, Bilaxten 20 mg...

4. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG:

4.1. Tiên lượng :

- Tốt, ít tái phát nếu lấy trọn được nang.

4.2. Biến chứng:

- U nang thường được phát hiện sớm do vấn đề thẩm mỹ nên ít có biến chứng đáng kể.
- Biến chứng do cuộc mổ: chảy máu, nhiễm trùng.

5. TIÊU CHẨN VÀO VIỆN

- Bệnh nhân được chẩn đoán u nang sàn mũi có chỉ định phẫu thuật.

6. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Bệnh nhân sau phẫu thuật u nang sàn mũi được kiểm soát hậu phẫu tốt, không chảy máu, hốc mổ niêm mạc diễn tiến lành tốt, tổng trạng khỏe.

7. TIÊU CHÍ CHUYÊN VIỆN

- Bệnh nhân u nang sàn mũi có kích thước khối u lớn, xâm lấn các cơ quan lân cận.

- Khỏi u nghi ngờ ác tính.
- Phát hiện các biến chứng trong hoặc sau phẫu thuật.

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Thường xuyên rèn luyện sức khỏe, nâng cao thể lực.
- Không hút thuốc lá, thuốc Lào, hạn chế rượu bia.
- Tránh tiếp xúc với các yếu tố ô nhiễm môi trường, hoá chất. Trong trường hợp phải tiếp xúc, phải có trang bị lao động đầy đủ.
- Tái khám thường xuyên theo hẹn tại phòng soi mũi xoang.
- Giải phẫu bệnh: nang biểu mô lành tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai mũi họng , Bộ Y Tế, Ban hành kèm Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2018.
2. Phát đồ điều trị nội trú bệnh Tai Mũi Họng, Sở Y Tế Thành phố Hồ Chí Minh, ban hành kèm quyết định số 321/QĐ-TMH ngày 1/10/2018.
3. Phát đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai mũi họng TP HCM, nhà xuất bản y học 2018, Chủ biên PGS. TS. BS Trần Phan Chung Thủy.
4. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2019), “Thính học lâm sàng”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
5. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2018), “Viêm mũi xoang”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
6. Trần Phan Chung Thủy (2018), “Phác đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
7. Lâm Huyền Trân và Lý Xuân Quang (2021), “Giáo trình giảng dạy đại học Tai Mũi Họng”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
8. Nguyễn Thị Xuyên, Võ Thanh Quang, Lương Ngọc Khuê (2016), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng của Bộ Y tế”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

D14.1. NANG DÂY THANH ÂM

1. ĐỊNH NGHĨA

Nang dây thanh thường do tình trạng tắc các tuyến nhày niêm mạc dây thanh tạo thành các nang chứa dịch nhày, đôi khi nhiễm khuẩn có mủ.

2. NGUYÊN NHÂN

- Nang dây thanh là một chẩn đoán nên dành sẵn cho những tổn thương đã được chứng minh là mạn tính.
- Phần lớn những tổn thương này là kết quả của việc lạm dụng giọng và sử dụng giọng không thích hợp.
- Sự rung dây thanh quá mạnh hoặc quá dài sẽ làm mạch máu sung huyết với hiện tượng phù trên niêm mạc. Lạm dụng giọng trong thời gian dài sẽ làm phù kéo dài, kết tủa là gây ra sự hyaline hóa trên lớp mỏng bề mặt.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Khàn tiếng là triệu chứng chính.
- Khó thở khi nang phát triển lớn.

3.2. Cận lâm sàng

- Nội soi hoạt nghiệm dây thanh: giúp chẩn đoán chính xác sự rung động của song niêm mạc dây thanh và phát triển sự rối loạn giọng.
- Nội soi thanh quản thấy lớp dưới niêm mạc dây thanh phù mọng màu trắng đục có dịch nhày, nang thường ở 1/3 trước dây thanh và chân bám rộng.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị nội khoa: Luôn là giải pháp được lựa chọn đầu tiên. Kháng sinh, kháng viêm điều trị trong 2-3 tuần. Giảm nói, giảm hát. Xông họng có Steroids sẽ giúp cho việc khàn tiếng giảm, bệnh ổn.

- Cung cấp thông tin cho bệnh nhân về sử dụng giọng nói sai có thể là nguyên nhân của nang dây thanh kết hợp với liệu pháp điều trị giọng nói là phương thức đầu tiên của việc điều trị.
- Luyện âm rất hiệu quả khi phát hiện nang dây thanh giai đoạn sớm. Mục đích luyện âm giúp dây thanh mềm mại, uyển chuyển hơn nhằm cải thiện chức năng giọng nói.

4.2. Điều trị ngoại khoa:

- Phẫu thuật bóc nang dây thanh là giải pháp tối ưu điều trị. Dựa vào kết quả nội soi hoạt nghiệm dây thanh, Bác sĩ sẽ dùng dụng cụ vi phẫu bóc tách niêm mạc lấy bỏ toàn bộ u nang, sau đó phủ trở lại niêm mạc dây thanh, nhờ vậy tiếng nói trong trở lại.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

- Tiên lượng: Bệnh thường kéo dài và không có biến chứng nguy hiểm đến tính mạng nhưng tỷ lệ tái phát cao sau phẫu thuật nếu người bệnh không tuân thủ trong điều trị phòng ngừa.

6. XÉT NGHIỆM – CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH TIỀN PHẪU:

6.1. Xét nghiệm tiền phẫu:

- Thời gian prothrombin (PT: Prothrombin Time), (Các tên khác:TQ; Tỷ lệ Prothrombin)
- Thời gian thromboplastin một phần hoạt hoá (APTT:Activated Partial Thromboplastin Time) (Tên khác: TCK) bằng máy bán tự động.
- Tổng phân tích nước tiểu
- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi
- Đo hoạt độ ALT (GPT) [Máu]
- Đo hoạt độ AST (GOT) [Máu]
- Định lượng Creatinin (máu)
- Định lượng Glucose [Máu]
- Định lượng Urê máu [Máu]
- Định nhóm máu hệ ABO
- Ion đồ [K⁺ , Na⁺ , Ca⁺⁺, Cl⁻ , Mg²⁺]
- HIV Ab test nhanh

6.2.Chẩn đoán hình ảnh tiền phẫu:

- Chụp Xquang ngực thẳng
- Điện tim thường

7. CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT CẮT NANG DÂY THANH:

7.1. Nội trú: Dùng kháng sinh, kháng viêm, giảm đau, kháng Histamine

- Kháng sinh: từ 5-7 ngày
 - + Nhóm betalactam: Amoxicilin/Acid clavulanic(0.5- 1g) x 2-3 lần/ngày (uống)
 - + Nhóm Cephalosporin thế hệ thứ 2, 3: đường uống hoặc đường tiêm tĩnh mạch
 - + Nhóm Quinolone: đường uống hoặc đường truyền tĩnh mạch
 - + Nhóm Macrolid: đường uống
 - + Nhóm Metronidazole: đường uống hoặc đường truyền tĩnh mạch
- **Kháng viêm:**
 - + Steroid: đường uống hoặc đường tiêm tối đa 07 ngày
 - + Non- Steroid: đường uống hoặc đường tiêm
 - + Dạng men: Alphachymotrypsine 4,2mg 2 viên x 3-4 lần/ ngày.
- **Giảm đau** Paracetamol: đường uống hoặc đường truyền tĩnh mạch
- **Kháng Histamine.**
- **Thuốc hỗ trợ:** Có thể sử dụng vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...

7.2. Sau xuất viện: Cấp toa 5-7 ngày

- **Kháng sinh:** Beta lactamase (Amoxycilline/acidclavulanic, amoxycilline/ Sulbactam);Cephalosporine thế hệ I, II, III; Quinolone; Macrolide, Metronidazole, nhóm khác (Lindamycine).

- **Kháng viêm:**
 - + Steroid: đường uống
 - + Enzyme: Alphachymotrypsine 4,2mg
- **Giảm đau Paracetamol:** đường uống
- **Kháng Histamine (Khi cần):**
- **Thuốc hỗ trợ:** Có thể sử dụng vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...

7.3. Tái khám: Cấp toa 5-7 ngày

- **Kháng sinh:** Tùy tình trạng của bệnh có thể ngưng hoặc sử dụng kháng sinh: Beta lactamase (Amoxycilline+ acidclavulanic, amoxycilline+ Sulbactam); Cephalosporine thế hệ II , III (Cefaclor, Cefuroxime, Cefixime, Cefdinir, cefpodoxime...); Quinolone (Ciprofloxacin, Levofloxacin, ofloxacin...); Macrolide (Clarithromycin, Azithromycin, Spiramycin..), nhóm khác (Lindamycin).
- **Kháng viêm:**
- **Steroid: Methylprednisolone 4mg,16mg; Prednisolone 5mg .**
- **Enzyme: Alphachymotrypsine**
- **Giảm đau: Paracetamol**
- **Kháng Histamine (Khi cần):**
- **Thuốc hỗ trợ:** Có thể sử dụng vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...(khi cần thiết)

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Phòng ngừa không la hét, nói to, nói nhiều, khạc nhổ gây ảnh hưởng thanh quản không uống đá lạnh hay sử dụng gia vị có tính kích thích như: ớt, hạt tiêu... Không uống rượu bia, hút thuốc lá.
- Trường hợp phải thường xuyên nói nhiều, người bệnh cần sử dụng các thiết bị trợ âm nhằm khuếch đại tiếng.

9. TIÊU CHÍ CHUYỂN VIỆN

- Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng kèm theo vượt quá khả năng điều trị./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai mũi họng , Bộ Y Tế, Ban hành kèm Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2018.
2. Phát đồ điều trị nội trú bệnh Tai Mũi Họng, Sở Y Tế Thành phố Hồ Chí Minh, ban hành kèm quyết định số 321/QĐ-TMH ngày 1/10/2018.
3. Phát đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai mũi họng TP HCM, nhà xuất bản y học 2018, Chủ biên PGS. TS. BS Trần Phan Chung Thủy.
4. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2019), “Thính học lâm sàng”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.

5. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2018), “Viêm mũi xoang”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
6. Trần Phan Chung Thủy (2018), “Phác đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
7. Lâm Huyền Trân và Lý Xuân Quang (2021), “Giáo trình giảng dạy đại học Tai Mũi Họng”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
8. Nguyễn Thị Xuyên, Võ Thanh Quang, Lương Ngọc Khuê (2016), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng của Bộ Y tế”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

TIẾNG ANH

9. Bailey BJ (1993). Head and neck surgery – Otolaryngology.
10. Fokkens W, Lund V, Mullol J. EPOS 2020: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020.
11. Kem RC, Liddey W (2015). “Pathogenesis of chronic rhinosinusitis”. Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery, Saunders, 6th ed, Vol 1.
12. Patel ZM, Hwang PH (2014). “Nonpolypoid Rhinosinusitis: Pathogenesis, Diagnosis, Staging, and Treatment”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.
13. Ryan MW (2014). “Chronic Rhinosinusitis with Nasal Polyposis”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.

J34.8 ÁP XE VÁCH NGĂN

1. ĐỊNH NGHĨA

Áp xe vách ngăn là sự mưng mủ của tổ chức liên kết dưới niêm mạc vách ngăn..

2. NGUYÊN NHÂN

- Thường xảy ra thứ phát sau:
 - + Tụ máu vách ngăn sau chấn thương.
 - + Sau phẫu thuật.
 - + Viêm tiền đình mũi
 - + Sâu răng cửa.
 - + Các bệnh nhiễm trùng cấp ở các nơi khác lan đến theo đường máu (hiếm gặp).
- Có thể gây ra biến chứng viêm tắc tĩnh mạch xoang hang và có thể gây tử vong

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

3.1.1. Lâm sàng

Chia làm 2 giai đoạn

* Giai đoạn đầu: Mưng mủ

- Đau nhức vùng mũi.
- Nghẹt mũi.
- Có thể kèm theo sốt, nhức đầu.
- Khám thấy niêm mạc vách ngăn 2 bên căng phồng, bít 2 hốc mũi, ấn mềm, chọc hút ra mủ

* Giai đoạn 2: Hoại tử sụn

Hoại tử sụn tứ giác gây ra sụp sống mũi (mũi hình ống nhòm).

3.1.2. Cận lâm sàng

- Công thức máu: Bạch cầu tăng cao, bạch cầu đa nhân chiếm ưu thế.
- CT scan: giúp xác định chẩn đoán có abscess và chẩn đoán phân biệt, cũng như tìm các nguyên nhân gây áp xe như sau chấn thương (mảnh xương chết, dị vật ...).
- Nội soi mũi xoang thấy vách ngăn phồng, niêm mạc viêm đỏ, chọc hút vách ngăn ra mủ vàng hay xanh.

3.1.3. Chẩn đoán nguyên nhân

- Tiền căn chấn thương hay phẫu thuật trước.
- Có bệnh lý kèm theo: tiểu đường, bệnh lý toàn thân kèm theo.
- Lấy mủ làm kháng sinh đồ tìm vi trùng và điều trị: vi trùng thường gặp trong áp xe vách ngăn: staphylococcus aureus , streptococcus species, Hemophilus influenza, vi trùng kỵ khí....

3.1.4. Tiêu chuẩn chẩn đoán:

- Bệnh nhân có sưng đau, nghẹt mũi, sốt, nhức đầu.
- Nội soi mũi xoang thấy vách ngăn phồng, niêm mạc viêm đỏ, chọc hút vách ngăn ra mủ vàng hay xanh (lấy mủ làm KSD).

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Tụ máu vách ngăn: bệnh nhân có tiền căn chấn thương, hay sau phẫu thuật, có nghẹt mũi, căng mũi nhưng đau nhức ít hơn. Ít có triệu chứng nhiễm trùng toàn thân như sốt, mệt mỏiChọc hút ra máu đông, không phải mủ.
- Sa màng não: Khối phòng diễn tiến chậm, bệnh nhân chỉ cảm thấy nghẹt mũi ngày càng tăng, không có triệu chứng nhiễm trùng. Nội soi thấy vách ngăn phòng, niêm mạc trơn láng không sung huyết, những trường hợp này nên chỉ định chụp CT scan để chẩn đoán loại trừ.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1.Nguyên tắc điều trị

- Kháng sinh: dùng kháng sinh phổ rộng (Beta-lactams; Cephalosporins thế hệ II,III), Macrolides hay Quinolones kết hợp thêm Metronidazole nếu nghi ngờ có vi trùng kỵ khí.
- Chống viêm loại Steroid, Non-steroid hoặc enzyme
- Giảm đau: Paracetamol
- Rạch dẫn lưu ổ mủ, đặt mèche dẫn lưu.

4.2.Xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh tiền phẫu

4.2.1. Xét nghiệm tiền phẫu:

- Thời gian prothrombin (PT: Prothrombin Time), (Các tên khác:TQ; Tỷ lệ Prothrombin)
- Thời gian thromboplastin một phần hoạt hoá (APTT:Activated Partial Thromboplastin Time) (Tên khác: TCK) bằng máy bán tự động.
- Tổng phân tích nước tiểu
- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi
- Đo hoạt độ ALT (GPT) [Máu]
- Đo hoạt độ AST (GOT) [Máu]
- Định lượng Creatinin (máu)
- Định lượng Glucose [Máu]
- Định lượng Urê máu [Máu]
- Định nhóm máu hệ ABO
- Ion đồ [K⁺ , Na⁺ , Ca⁺⁺, Cl⁻ , Mg²⁺]
- HIV Ab test nhanh

4.2.2. Chẩn đoán hình ảnh tiền phẫu:

- Chụp Xquang ngực thẳng
- Điện tim thường

4.3.Điều trị cụ thể

- **Kháng sinh:**
 - + Nhóm betalactam: Amoxicilin/clavulanic acid (0.5 – 1g) x 2-3 lần/ ngày (uống)

+ Nhóm Cephalosporin Thế hệ thứ 2, 3: sử dụng đường uống hoặc đường tiêm tĩnh mạch

+ Nhóm Macrolid: đường uống

+ Nhóm Quinolones: đường uống hoặc truyền tĩnh mạch

+ Nhóm Metronidazole: đường uống hoặc truyền tĩnh mạch

– **Kháng viêm:**

Steroid: có thể sử dụng dạng tiêm hoặc uống tối đa 7 ngày

Non – Steroid

+ Diclofenac 50mg :

1v x 2l/ ngày

+ Etolodac : 1v / ngày

+ Enzyme: Alphachymotrypsin: 2v x 2-3 l/ngày

– **Giảm đau:** Paracetamol

– **Kháng Histamine:**

– **Điều trị tại chỗ:**

+ Rạch niêm mạc vách ngăn thật rộng để dẫn lưu và lấy mủ cấy làm kháng sinh đồ, dẫn lưu mủ tại phòng thay băng hay ở phòng mổ

+ Dùng dao số 18 rạch 1 hoặc 2 đường dưới chân vách ngăn song song với sàn mũi lệch nhau (tránh thủng vách ngăn)

+ Dùng meche betadin rửa thấm thấu trong lòng vách ngăn

+ Tán merocel 2 bên hay meche

+ Nếu sụn đã bị hoại tử thì phải nạo lấy sạch sụn chết rồi mới đặt meches mũi.

5. TIÊN LƯỢNG

Bệnh áp xe vách ngăn nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời có thể gây viêm tấy lan tỏa hốc mũi, nhiễm khuẩn huyết.

6. TIÊU CHUẨN VÀO VIỆN

– Bệnh áp xe vách ngăn không đáp ứng với điều trị ngoại trú.

– Triệu chứng tăng lên nghẹt mũi thường xuyên,

7. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

– Bệnh áp xe vách ngăn khi đã điều trị đủ thời gian từ 5-10 ngày.

– Triệu chứng lâm sàng đã giảm hẳn.

8. TIÊU CHÍ CHUYỂN CHUYỂN VIỆN

– Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng kèm theo vượt quá khả năng điều trị.

– Biến chứng lan vào các cơ quan lân cận.

9. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

– Không dùng tay ngoáy mũi, không nặn mụn phần tiền đình mũi

– Khi chấn thương có nghẹt mũi phải đến tái khám ngay.

– Phẫu thuật viên mổ vách ngăn phải đảm bảo đúng kỹ thuật, khi có tụ máu phải dẫn lưu và ép lại kịp thời.

- Quan tâm điều trị bệnh lý toàn thân như tiểu đường./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị của Bệnh viện Tai Mũi Họng – 2018
2. Kiến thức cơ bản tai mũi họng, Harold Ludman & Patrick J. Bradley, 2013
3. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh lý Tai Mũi Họng, Hà Nội, 2016
4. Tai mũi họng thực hành, GS Võ Tấn, 1993
5. Tai mũi họng, Nhan Trùng Sơn, 2008
6. Cumming, CDROM
7. Ambrus, et al (1981): Management nasal septal abscess, The Laryngoscope 91:1981
8. Menachem Gross, Ron Eliashar (2003): case report- nasal septal haematoma with abscess: an unusual complication of nasal injury. Elsevier

J34.1 U NHẦY MŨI XOANG

1. ĐỊNH NGHĨA

U nhầy là tổn thương dạng nang, lành tính nằm trong một hoặc nhiều xoang mặt, chủ yếu ở vùng sàng trán. U nhầy tiến triển chậm, là hậu quả của sự ứ tắc chất tiết của niêm mạc xoang. U tiến triển chậm, gây bào mòn thành xương, đẩy các cơ quan lân cận, gây ra những biến dạng vùng mặt thậm chí chèn ép ổ mắt, thần kinh thị, sọ não...

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Hiện chưa rõ , các yếu tố được nêu lên là

Tắc lỗ thông mũi xoang do dị hình hay do viêm

- Sang chấn do chấn thương hay sau phẫu thuật xoang

2.2. VỊ TRÍ

- Thường nhất là vùng xoang trán, sàng trán, xoang sàng, xoang hàm, và u nhầy xoang bướm rất hiếm gặp

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

3.1.1. Lâm sàng

Thay đổi tùy thuộc vào vị trí u nhầy

- Lòi mắt thường gặp nhất: 88-90%, song thị, sung phòng góc trên trong hốc mắt, không đau ấn mềm ,
- Mờ mắt thường do u nhầy xoang sàng sau hay xoang bướm
- Nghẹt mũi
- Chảy mũi

3.1.2. Cận lâm sàng

- CT Scanner là tiêu chuẩn vàng giúp chẩn đoán chính xác, kích thước và vị trí xâm lấn (mờ đồng nhất bên trong lòng xoang, vôi hóa dạng vỏ trứng ở thành của u nhầy, bào mòn xương...).
- MRI : để xác định mối liên quan giữa u nhầy với cấu trúc mô mềm lân cận , đặc biệt với thần kinh thị hoặc phân biệt với các u tân sinh mô mềm khác.
- Giải phẫu bệnh: biểu mô hô hấp với vách nang là biểu mô trụ lông chuyển giả tầng 1 lớp

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Với bệnh polyp mũi
- Với bệnh ung thư mũi xoang

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị bằng phẫu thuật.
- Phẫu thuật càng sớm càng tốt.
- Lấy hết bệnh tích u.

4.2.Điều trị cụ thể: Chủ yếu là phẫu thuật qua đường nội soi mũi xoang

Các đường tiếp cận : tùy thuộc vào vị trí u nhầy, ta có đường mổ phù hợp

- U nhầy xoang trán: mở khe giữa nạo sàng ngách trán tạo đường rộng vào mở vỏ bao, hút sạch dịch trong u. Trong một số trường hợp u nhầy sau chân thương có thể kết hợp phẫu thuật đường Jacques để dẫn lưu u nhầy.
- U nhầy xoang sàng: mở khe giữa, nạo sàng dẫn lưu u nhầy và mở rộng vỏ bao
- U nhầy xoang hàm: mở mỏm móc, mở rộng lỗ thông xoang hàm, mở vỏ bao (thường kết hợp thêm mở khe dưới để dẫn lưu theo trọng lực)
- U nhầy xoang bướm: mở rộng lỗ thông xoang bướm để dẫn lưu.

4.3. Xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh tiền phẫu

4.3.1. Xét nghiệm tiền phẫu:

- Thời gian prothrombin (PT: Prothrombin Time), (Các tên khác:TQ; Tỷ lệ Prothrombin)
- Thời gian thromboplastin một phần hoạt hoá (APTT:Activated Partial Thromboplastin Time) (Tên khác: TCK) bằng máy bán tự động.
- Tổng phân tích nước tiểu
- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi
- Đo hoạt độ ALT (GPT) [Máu]
- Đo hoạt độ AST (GOT) [Máu]
- Định lượng Creatinin (máu)
- Định lượng Glucose [Máu]
- Định lượng Urê máu [Máu]
- Định nhóm máu hệ ABO
- Ion đồ [K^+ , Na^+ , Ca^{++} , Cl^- , Mg^{2+}]
- HIV Ab test nhanh

4.3.2. Chẩn đoán hình ảnh tiền phẫu:

- Chụp Xquang ngực thẳng
- Điện tim thường

4.4. Chăm sóc sau phẫu thuật lấy u nhú

- Trong thời gian hậu phẫu phải theo dõi sát tình trạng chảy máu, mạch huyết áp.
- Kháng sinh, thuốc chống phù nề, thuốc giảm đau bằng đường tiêm chích.
- Nâng tổng trạng bằng truyền dịch nếu cần thiết.
- Rút mèche mũi (tại phòng mổ nếu cần), trong khi rút phải nhỏ nước muối thường xuyên vào mèche và rút mèche thận trọng, tỉ mỉ. Sau khi rút hết mèche cho bệnh nhân nội soi mũi xoang để được đánh giá phẫu thuật. Tiếp tục cho bệnh nhân nhỏ nước mũi để tránh sẹ xơ dính.
- Thay băng vết mổ hằng ngày và cắt chỉ vết khâu ngoài da vào ngày thứ 7.
- Bệnh nhân cần được theo dõi và thăm khám thường xuyên 1 tuần/1 lần trong tháng đầu tiên và mỗi 2 tháng/1 lần trong 2 năm đầu để có thể sớm phát hiện u tái phát.

5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

- Tỷ lệ tái phát thay đổi nhiều theo các tài liệu khác nhau, thường ít hơn 10%
- Triệu chứng mờ mắt thường cải thiện tốt.
- Tiên lượng xấu ở những u nhầy xoang sàng , xoang bướm có chèn ép thần kinh , hoặc những u nhầy mũi nhiễm trùng do điều trị trễ.

5.2. Biến chứng

- Nếu u nhầy không phát hiện kịp thời ,tùy thuộc vào vị trí khối u sẽ có những biến chứng nặng như mù mắt, u xâm lấn sọ não, hoặc thần kinh số 3,4,5,6

6. TIÊU CHUẨN VÀO VIỆN

- Bệnh nhân được chẩn đoán u nhầy mũi xoang có chỉ định phẫu thuật.

7. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Bệnh nhân sau phẫu thuật u nhầy mũi xoang được kiểm soát hậu phẫu tốt, không chảy máu, hốc mổ niêm mạc diễm tiến lành tốt, tổng trạng khỏe.

8. TIÊU CHÍ CHUYỂN VIỆN

- Bệnh nhân u nhầy mũi xoang có kích thước khối u lớn, xâm lấn các cơ quan lân cận.
- Khối u nghi ngờ ác tính.
- Phát hiện các biến chứng trong hoặc sau phẫu thuật.

9. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Cần phát hiện sớm bệnh lý u nhầy qua chụp CT scan, đặc biệt ở những trường hợp chỉ có triệu chứng về mắt đơn thuần.
- Khi phẫu thuật nội soi mũi xoang phải cho bệnh nhân tái khám định kỳ theo dõi sự bít tắt lỗ thông xoang gây u nhầy.
- Thường xuyên rèn luyện sức khỏe, nâng cao thể lực.
- Không hút thuốc lá, thuốc lào, hạn chế rượu bia.
- Tránh tiếp xúc với các yếu tố ô nhiễm môi trường, hoá chất. Trong trường hợp phải tiếp xúc, phải có trang bị lao động đầy đủ.
- Tái khám thường xuyên theo hẹn tại phòng soi mũi xoang./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai mũi họng , Bộ Y Tế, Ban hành kèm Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2018.
2. Phát đồ điều trị nội trú bệnh Tai Mũi Họng, Sở Y Tế Thành phố Hồ Chí Minh, ban hành kèm quyết định số 321/QĐ-TMH ngày 1/10/2018.
3. Phát đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai mũi họng TP HCM, nhà xuất bản y học 2018, Chủ biên PGS. TS. BS Trần Phan Chung Thủy.
4. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2019), “*Thính học lâm sàng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
5. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2018), “*Viêm mũi xoang*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
6. Trần Phan Chung Thủy (2018), “*Phác đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
7. Lâm Huyền Trân và Lý Xuân Quang (2021), “*Giáo trình giảng dạy đại học Tai Mũi Họng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
8. Nguyễn Thị Xuyên, Võ Thanh Quang, Lương Ngọc Khuê (2016), “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng của Bộ Y tế*”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

J38.1 POLYP DÂY THANH ÂM

1. ĐỊNH NGHĨA

– Là những u nhỏ trong lòng thanh quản do phù nề, thoái hoá niêm mạc hoặc do quá sản của tổ chức biểu mô hay tổ chức liên kết tạo thành.

2. NGUYÊN NHÂN

– Polype dây thanh hình thành do dây thanh là do viêm, phù nề, thoái hóa niêm mạc hoặc do quá sản của tổ chức biểu mô hay tổ chức liên kết tạo thành khối polype thanh quản.

– Sự rung dây thanh quá mạnh hoặc quá dài sẽ làm mạch máu sung huyết với hiện tượng phù trên niêm mạc. Lạm dụng giọng trong thời gian dài sẽ làm phù kéo dài, kết quả là gây ra sự hyaline hóa trên lớp mỏng bề mặt.

Bệnh thường hay gặp:

– Bệnh hay gặp ở các ca sĩ, MC, giảng viên, chính khách, các cháu nhỏ...do nói nhiều, hát quá mức, khóc thét, khi đang viêm mũi họng, viêm thanh quản. Cũng có trường hợp hình thành do dùng giọng cao hơn, to hơn gây ra xuất huyết dưới niêm mạc dây thanh.

– Tổn thương do polype dây thanh là một u lành tính. Tuy nhiên việc phân biệt polype dây thanh hay ung thư dây thanh bằng mắt thường chỉ là kinh nghiệm và có tính tương đối, muốn chính xác phải lấy bệnh phẩm gửi giải phẫu bệnh.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Khàn tiếng.
- Nói khó khăn khi polyp phát triển.
- Thường ít gây khó thở.
- Mất giọng khi nói nhiều hay hát.
- Cảm giác vướng ở cổ như mắc nghẹn.
- Dây thanh thường bị polype ở vị trí 1/3 giữa, và thường có hiện tượng tổn thương dây thanh đối diện do polype dây thanh đập vào (kissing lesion) khi nói, khi hát làm cho bờ tự do dây thanh đối diện dầy lên.

3.2. Cận lâm sàng:

- Nội soi thanh quản: Nội soi thanh quản có thể phát hiện các Polype dây thanh.
- Nội soi Hoạt nghiệm Thanh quản: Nội soi Hoạt nghiệm dây thanh là một Kỹ thuật dùng cho chẩn đoán bệnh lý thanh quản chính xác một cách “tuyệt vời”, có thể phát hiện sự bất thường của dây thanh, đặc biệt là sự di động của “sóng niêm mạc dây thanh” mà nội soi thanh quản thường không thể có. Nội soi hoạt nghiệm dây thanh còn phát hiện sự bất thường của giọng nói hay giọng hát của người bệnh, chỉ ra các lỗi khi hát hay nói về âm sắc, cao độ, trường độ.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị nội khoa: Luôn là giải pháp được lựa chọn đầu tiên. Kháng sinh, kháng viêm điều trị trong 2-3 tuần. Giảm nói, giảm hát. Xông họng có Steroids sẽ giúp cho việc khàn tiếng giảm, bệnh ổn.

4.2. Điều trị ngoại khoa:

- Điều trị ngoại khoa: Điều trị nội khoa không thành công do polype lớn, nghi ngờ polype có thể hóa ác, cần phải cắt polype và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh.
- Phẫu thuật nội soi cắt polype dưới gây mê là giải pháp tốt nhất cho người bệnh. Dựa vào nội soi Hoạt nghiệm dây thanh trên Video xem xét sóng niêm mạc. Bác sĩ phẫu thuật viên quyết định cắt polype ở vị trí nào để đảm bảo không tổn thương dây thanh, sau mổ giọng nói của người bệnh phục hồi tốt hơn. Nội soi ống mềm dưới gây tê chỉ có thể làm ở trường hợp polype nhỏ, người bệnh không phản xạ ới.
- Luyện thanh sau phẫu thuật: Do tổn thương niêm mạc dây thanh, niêm mạc bờ tự do dây thanh trở nên cứng, giọng không còn mềm mại, nên sau phẫu thuật cần được luyện thanh nhằm phục hồi niêm mạc dây thanh và giọng nói.
- Luyện âm rất hiệu quả khi phát hiện polyp dây thanh giai đoạn sớm. Mục đích luyện âm giúp dây thanh mềm mại uyển chuyển hơn nhằm cải thiện chức năng giọng nói.

5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

- Tiên lượng: Bệnh thường kéo dài và không có biến chứng nguy hiểm đến tính mạng nhưng tỷ lệ tái phát cao sau phẫu thuật nếu người bệnh không tuân thủ trong điều trị phòng ngừa.

6. XÉT NGHIỆM – CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH TIỀN PHẪU:

6.1. Xét nghiệm tiền phẫu:

- Thời gian prothrombin (PT: Prothrombin Time), (Các tên khác:TQ; Tỷ lệ Prothrombin)
- Thời gian thromboplastin một phần hoạt hoá (APTT:Activated Partial Thromboplastin Time) (Tên khác: TCK) bằng máy bán tự động.
- Tổng phân tích nước tiểu
- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi
- Đo hoạt độ ALT (GPT) [Máu]
- Đo hoạt độ AST (GOT) [Máu]
- Định lượng Creatinin (máu)
- Định lượng Glucose [Máu]
- Định lượng Urê máu [Máu]
- Định nhóm máu hệ ABO
- Ion đồ [K⁺ , Na⁺ , Ca⁺⁺, Cl⁻ , Mg²⁺]
- HIV Ab test nhanh

6.2. Chẩn đoán hình ảnh tiền phẫu:

- Chụp Xquang ngực thẳng

- Điện tim thường

7. CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT CẮT NANG DÂY THANH:

7.1. Nội trú: Dùng kháng sinh, kháng viêm, giảm đau, kháng Histamine

- Kháng sinh: từ 5-7 ngày
 - + Nhóm betalactam: Amoxicilin/Acid clavulanic(0.5- 1g) x 2-3 lần/ ngày (uống)
 - + Nhóm Cephalosporin thế hệ thứ 2, 3: đường uống hoặc đường tiêm tĩnh mạch
 - + Nhóm Quinolone: đường uống hoặc đường truyền tĩnh mạch
 - + Nhóm Macrolid: đường uống
 - + Nhóm Metronidazole: đường uống hoặc đường truyền tĩnh mạch
- Kháng viêm:
 - + Steroid: đường uống hoặc đường tiêm tối đa 07 ngày
 - + Non- Steroid: đường uống hoặc đường tiêm
 - + Dạng men: Alphachymotrypsine 4,2mg 2 viên x 3-4 lần/ ngày.
- Giảm đau Paracetamol: đường uống hoặc đường truyền tĩnh mạch
- **Kháng Histamine.**
- **Thuốc hỗ trợ:** Có thể sử dụng vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...

7.2.Sau xuất viện: Cấp toa 5-7 ngày

- **Kháng sinh:** Beta lactamase (Amoxycilline/acidclavulanic, amoxycilline/ Sulbactam);Cephalosporine thế hệ I, II, III; Quinolone; Macrolide, Metronidazole, nhóm khác (Lindamycine).
- **Kháng viêm:**
 - + Steroid: đường uống
 - + Enzyme: Alphachymotrypsine 4,2mg
- **Giảm đau Paracetamol: đường uống**
- **Kháng Histamine (Khi cần):**
- **Thuốc hỗ trợ:** Có thể sử dụng vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...

7.3. Tái khám: Cấp toa 5-7 ngày

- **Kháng sinh:** Tùy tình trạng của bệnh có thể ngưng hoặc sử dụng kháng sinh: Beta lactamase (Amoxycilline+ acidclavulanic, amoxycilline+ Sulbactam); Cephalosporine thế hệ II , III (Cefaclor, Cefuroxime, Cefixime, Cefdinir, cefpodoxime...); Quinolone (Ciprofloxacin, Levofloxacin, ofloxacin...); Macrolide (Clarithromycin, Azithromycin, Spiramycin..), nhóm khác (Lindamycine).
- **Kháng viêm:**
 - + Steroid: Methylprednisolone 4mg,16mg; Prednisolone 5mg .
 - + Enzyme: Alphachymotrypsine
- **Giảm đau:** Paracetamol
- **Kháng Histamine (Khi cần):**
- **Thuốc hỗ trợ:** Có thể sử dụng vitamine, tan nhầy, thuốc dạ dày...(khi cần thiết)

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Phòng ngừa không la hét, nói to, nói nhiều, khạc nhổ gây ảnh hưởng thanh quản không uống đá lạnh hay sử dụng gia vị có tính kích thích như: ớt, hạt tiêu... Không uống rượu bia, hút thuốc lá.
- Trường hợp phải thường xuyên nói nhiều, người bệnh cần sử dụng các thiết bị trợ âm nhằm khuếch đại tiếng.

9. TIÊU CHÍ CHUYỂN VIỆN

- Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng kèm theo vượt quá khả năng điều trị./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai mũi họng , Bộ Y Tế, Ban hành kèm Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2018.
2. Phát đồ điều trị nội trú bệnh Tai Mũi Họng, Sở Y Tế Thành phố Hồ Chí Minh, ban hành kèm quyết định số 321/QĐ-TMH ngày 1/10/2018.
3. Phát đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai mũi họng TP HCM, nhà xuất bản y học 2018, Chủ biên PGS. TS. BS Trần Phan Chung Thủy.
4. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2019), “*Thính học lâm sàng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
5. Đặng Xuân Hùng và Huỳnh Khắc Cường (2018), “*Viêm mũi xoang*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
6. Trần Phan Chung Thủy (2018), “*Phác đồ điều trị nội trú Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
7. Lâm Huyền Trân và Lý Xuân Quang (2021), “*Giáo trình giảng dạy đại học Tai Mũi Họng*”, Nhà xuất bản Y học, Thành Phố Hồ Chí Minh.
8. Nguyễn Thị Xuyên, Võ Thanh Quang, Lương Ngọc Khuê (2016), “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng của Bộ Y tế*”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

TIẾNG ANH

9. Bailey BJ (1993). Head and neck surgery – Otolaryngology.
10. Fokkens W, Lund V, Mullol J. EPOS 2020: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020.
11. Kem RC, Liddey W (2015). “Pathogenesis of chronic rhinosinusitis”. Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery, Saunders, 6th ed, Vol 1.
12. Patel ZM, Hwang PH (2014). “Nonpolypoid Rhinosinusitis: Pathogenesis, Diagnosis, Staging, and Treatment”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.
13. Ryan MW (2014). “Chronic Rhinosinusitis with Nasal Polyposis”. Bailey’s Head and Neck Surgery, Lippincott Williams & Wilkins, Vol 1.

K08.1 – MẤT RĂNG DO TAI NẠN, DO NHỎ RĂNG HAY BỆNH NHA CHU KHU TRÚ [MẤT RĂNG TỪNG PHẦN]

1. ĐỊNH NGHĨA

Mất răng từng phần là tình trạng mất một hoặc nhiều răng trên một hoặc hai cung hàm.

2. NGUYÊN NHÂN

- Sâu răng.
- Các tổn thương khác gây mất mô cứng của răng.
- Viêm quanh răng.
- Chấn thương.
- Thiếu răng bẩm sinh.
- Răng bị nhỏ do có bệnh lý liên quan đến răng như u, nang xương hàm.

3. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào tình trạng thiếu răng trên cung hàm.

3.1. Chẩn đoán phân loại mất răng

3.1.1. Theo Kennedy

- Loại I: Mất răng hàm phía sau cả 2 bên không còn răng giới hạn.
- Loại II: Mất răng hàm phía sau 1 bên không còn răng giới hạn.
- Loại III: Mất răng hàm phía sau còn răng giới hạn phía xa.
- Loại IV: Mất nhóm răng cửa.
- Loại V: Còn lại 1 hoặc 2 răng hàm.
- Loại VI: Còn 1 hoặc 2 răng trước.

3.1.2. Theo Kourliandsky

- Loại I: Còn ít nhất 3 điểm chạm.
- Loại II: Còn 2 điểm chạm.
- Loại III: Còn nhiều răng nhưng không có điểm chạm.

3.2. Cận lâm sàng

- Chụp phim X quang để đánh giá tình trạng xương hàm vùng mất răng.
- Xét nghiệm máu nếu cần.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. 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.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Điều trị tiền phục hình

- Lấy cao răng.
- Hàn các răng sâu.
- Hàn phục hồi các tổn thương mất mô cứng của răng nếu có.
- Mài chỉnh những răng có độ lẹm quá lớn theo khảo sát trên song song kế.

- Nhổ các chân răng còn sót lại.
- Bấm 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.

4.2.2. Phục hình răng bằng hàm giả tháo lắp

Có 3 loại: hàm khung kim loại, hàm nhựa thường, hàm nhựa dẻo.

4.2.2.1. Hàm giả nền nhựa

- Chỉ định: Tất cả các trường hợp mất răng từng phần.
- Chống chỉ định: Bệnh nhân dị ứng với nhựa nền hàm.
- Các bước:
 - + Lấy dấu 2 hàm và đồ mẫu.
 - + Làm nền tạm, gỏi 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.

4.2.2.2. Hàm khung kim loại

- Chỉ định: Tất cả các trường hợp mất răng từng phần.
- Chống chỉ định: Các răng mang móc không đủ vững chắc để làm tựa cho hàm giả.
- Các bước:
 - + Lấy dấu hai hàm và đồ mẫu nghiên cứu.
 - + Khảo sát mẫu hàm, xác định răng đặt móc, hướng lắp và khung sơ khảo trên song song kế.
 - + Sửa soạn răng đặt móc và mài chỉnh tạo hướng lắp cho hàm khung nếu cần.
 - + Lấy dấu và đồ mẫu làm việc.
 - + So màu và chọn màu răng.
 - + Thiết kế hàm khung trên mẫu thạch cao.
 - + Đúc hàm khung bằng hợp kim.
 - + Thử khung trên miệng bệnh nhân.
 - + Đo tương quan hai hàm.
 - + Lên răng trên hàm khung.
 - + Thử răng trên miệng bệnh nhân.
 - + Ép nhựa.
 - + Lắp hàm.
 - + Hướng dẫn bệnh nhân cách sử dụng hàm giả.

4.2.3. Phục hình bằng cầu răng

- Chỉ định: Tất cả các trường hợp mất răng từng phần còn giới hạn hai phía.

- Chống chỉ định:
 - + Không còn đủ răng giới hạn 2 phía vùng mất răng.
 - + Các trụ cầu không đủ độ vững chắc.
 - + Khoảng mất răng quá dài.
 - + Răng trụ không đủ lực gánh nhíp cầu.
- Các bước:
 - + Sửa soạn các răng trụ mang cầu.
 - + Lấy dấu và đổ mẫu.
 - + So màu răng.
 - + Đúc sườn kim loại và nung sứ.
 - + Gắn cầu răng trên miệng.

4.2.4. Phục hình răng bằng implant

- Chỉ định: Tất cả các trường hợp mất răng từng phần.
- 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:
 - + Sát khuẩn.
 - + Vô cảm.
 - + Bộc lộ xương hàm vùng cấy ghép.
 - + Bơm rửa.
 - + Đặt implant.
 - + Đặt mũ phủ implant hoặc trụ liền thương.
 - + Khâu đóng niêm mạc.

4.2.5. Hàm toàn bộ phủ

- Chỉ định: Mất răng loại Kennedy V và VI.
- Kỹ thuật và các bước cơ bản giống hàm toàn bộ.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

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

5.2. Biến chứng

- Sang thương niêm mạc miệng.
- Sang chấn và tổn thương các răng mang móc, răng trụ cầu.
- Viêm quanh implant.

6. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Bệnh sâu răng được điều trị ngoại trú, trong trường hợp là bệnh kèm theo của các bệnh nội trú thì tiêu chuẩn ra viện theo bệnh chính.

7. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN

7.1. Cấp cứu

- Cơ cấp tính của các bệnh nội khoa đi kèm.

7.2. Không cấp cứu

- Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh,...
- Bệnh nhân đang bị ung thư vùng miệng.

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHOẺ

- 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013), *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Răng Hàm Mặt.*
2. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt.*

K02.0 – SÂU GIỚI HẠN Ở MEN - K02.1 – SÂU NGÀ [SÂU RĂNG SỮA]

1. 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.

2. NGUYÊN NHÂN

Do các men của vi khuẩn (*streptococcus mutans*, *actinomyces*, *lactobacillus*...) ở mảng bám răng tác động lên các thức ăn có nguồn gốc glucid còn dính lại ở bề mặt răng, chuyển hóa thành acid. Khi môi trường có pH < 5 thì gây ra tổn thương hủy khoáng làm mất mô cứng của răng và gây ra sâu răng.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

3.1.1. Sâu răng sớm

- 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.

3.1.2. Sâu răng có lỗ

- 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.
- Mắc thăm châm hoặc biểu hiện rõ hình ảnh lỗ sâu.
- 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.

3.2. Cận lâm sàng

3.2.1. Sâu răng sớm

X quang: X quang răng cận chóp, X quang răng toàn cảnh, X quang mặt chéch nghiêng: không có dấu hiệu đặc trưng trên X quang.

3.2.2. Sâu răng có lỗ

X quang: X quang răng cận chóp, X quang răng toàn cảnh, X quang mặt chéch nghiêng: có hình ảnh thấu quang vùng tổn thương sâu răng.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

- Sâu răng sớm: cung cấp các yếu tố tăng cường quá trình tái khoáng.
- Sâu răng có lỗ: lấy bỏ toàn bộ mô nhiễm khuẩn, bảo vệ tủy và hàn kín phục hồi mô cứng.

4.2. Điều trị cụ thể

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

Liệu pháp fluor: dùng fluor có độ tập trung cao ở dạng gel áp lên bề mặt vùng tổn thương để tái khoáng.

4.2.2. Tổn thương đã hình thành lỗ sâu

Hàn kín lỗ sâu phục hồi mô cứng.

4.2.3. Tổn thương sâu răng lớn hoặc sâu răng sữa lung lay

- Nhổ răng.
- Thuốc giảm đau: paracetamol uống 10 – 15 mg/kg/lần x 3 – 4 lần/ngày, tổng liều tối đa không quá 60 mg/kg/24 giờ.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

- Phục hồi mô cứng của răng.

5.2. Biến chứng

- Viêm tủy răng.
- Viêm quang cuống răng.

6. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Bệnh sâu răng được điều trị ngoại trú, trong trường hợp là bệnh kèm theo của các bệnh nội trú thì tiêu chuẩn ra viện theo bệnh chính.

7. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN

7.1. Cấp cứu

- Con cấp tính của các bệnh nội khoa đi kèm.

7.2. Không cấp cứu

- Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh,...
- Bệnh nhân đang bị ung thư vùng miệng.

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHOẺ

- Chải răng với kem fluor và dùng chỉ 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 6 tháng/lần để phát hiện và điều trị sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Bộ Y tế (2002), *Dược thư quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2013), *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Răng Hàm Mặt*.
3. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt*.
4. MIMS Drug Reference Việt Nam 2017.

Tiếng Anh

5. IADT (2012), *Dental Trauma Guidelines*.

K04.0 – VIÊM TỦY [VIÊM TỦY RĂNG SỮA]

1. ĐỊNH NGHĨA

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

2. NGUYÊN NHÂN

- Vi khuẩn.
- Chấn thương.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

3.1.1. 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.

- Đau tự nhiên, nhẹ thoáng qua, cơn đau ngắn. Đau tăng khi có kích thích và sớm hết đau khi ngừng kích thích.
- Có tổn thương mô cứng của 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 dọc không đau, gõ ngang vùng thân răng có thể có đau nhẹ.

3.1.2. 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.

- Đau tự nhiên, từng cơn. Đau tăng khi kích thích, hết kích thích đau vẫn còn kéo dài.
- Tổn thương mô cứng của răng.
- 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.

3.2. Cận lâm sàng

X quang: chụp X quang răng cận chóp hoặc X quang răng toàn cảnh hoặc X quang hàm chéo một bên: Có hình ảnh tổn thương mô cứng thân răng.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Thuốc

Thuốc giảm đau paracetamol uống 10 – 15 mg/kg/lần x 3 – 4 lần/ngày, tổng liều tối đa không quá 60 mg/kg/24 giờ.

4.2. Viêm tủy có hồi phục

- Nguyên tắc: bảo tồn tủy.
- Điều trị cụ thể:
 - + Trám lót bảo vệ tủy

- + Trám phục hồi răng

4.3. Viêm tủy không hồi phục

- Nguyên tắc: lấy tủy răng.
- Điều trị cụ thể:
 - + Điều trị tủy.
 - + Trám phục hồi răng.

5. 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.

6. TIÊU CHUẨN RA VIỆN:

Bệnh viêm tủy răng được điều trị ngoại trú, trong trường hợp là bệnh kèm theo của các bệnh nội trú thì tiêu chuẩn ra viện theo bệnh chính.

7. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN

7.1. Cấp cứu

- Con cấp tính của các bệnh nội khoa đi kèm.

7.2. Không cấp cứu

- Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh,...
- Bệnh nhân đang bị ung thư vùng miệng.

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHOẺ

- Chải răng với kem fluor và dùng chỉ 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 răng định kỳ để phát hiện và điều trị sớm các tổn thương sâu răng để ngăn ngừa biến chứng viêm tủy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Bộ Y tế (2002), *Dược thư quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2013), *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Răng Hàm Mặt*.
3. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt*.
4. MIMS Drug Reference Việt Nam 2017.

Tiếng Anh

5. IADT (2012), *Dental Trauma Guidelines*.

K05.3 – VIÊM NHA CHU MÃN

[VIÊM QUANH RĂNG TIỀN TRIỂN CHẬM]

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm quanh răng tiền 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.

2. NGUYÊN NHÂN

- Tích tụ của mảng bám vi khuẩn: *actinomyces* và khuẩn lạc chứa các vi khuẩn hình sợi gram dương và gram âm, các xoắn khuẩn và các trực khuẩn gram âm.
- Một số bệnh toàn thân như đái tháo đường, các thay đổi về nội tiết hoặc các thiếu hụt miễn dịch.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. 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: lợi sưng nề nhẹ đến trung bình và biến đổi màu sắc từ hồng nhạt sang màu đỏ, lợi dính mất cấu trúc da cam. Có thay đổi hình thể bề mặt.
- Chảy máu lợi.
- Dịch rỉ viêm, có thể hình thành áp xe quanh răng.
- Mất bám dính quanh răng và tiêu xương ổ răng, hình thành túi lợi.
- Lung lay răng.
- Đau.

3.2. Cận lâm sàng

- X quang: chụp X quang răng cận chóp hoặc X quang răng toàn cảnh hoặc X quang hàm chéo một bên: có biểu hiện là tiêu xương ổ răng.
- Xét nghiệm (nếu cần):
 - + Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi bằng máy đếm laser.
 - + Thời gian máu chảy phương pháp Duke, co cục máu đông, TQ, APTT.
 - + Định lượng glucose máu: bệnh nhân ≥ 40 tuổi hoặc có tiền sử đái tháo đường.
 - + HbA1C: bệnh nhân có tiền sử đái tháo đường không làm xét nghiệm này trong vòng 3 tháng.
 - + Ion đồ: bệnh nhân có tiền sử bệnh liên quan đến ion đồ.
 - + Các xét nghiệm liên quan chức năng gan, thận, HIVAb test nhanh, CRP... (nếu cần).
- Đo điện tim: chỉ định đo điện tim thường trong các trường hợp có phẫu thuật:
 - + Tất cả bệnh nhân từ 40 tuổi trở lên.
 - + Bệnh nhân dưới 40 tuổi có tiền sử bệnh lý tim mạch, đái tháo đường.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

Loại bỏ yếu tố tại chỗ và điều trị bệnh lý toàn thân.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Điều trị bệnh lý toàn thân: phối hợp bác sĩ nội khoa.

4.2.2. Điều trị tại chỗ

- Lấy vôi và làm sạch mặt gốc răng.
- Trám các răng sâu.
- Chỉnh sửa các phục hình sai quy cách.
- Nhổ các chân răng, các răng lung lay quá mức, các răng có biểu hiện nhiễm trùng mà không thể giữ được, các răng chấn thương khớp cắn, các răng có tiên lượng không tốt cho các phục hồi tương lai.
- Xử trí các răng lệch lạc bằng cách nắn chỉnh răng hoặc nhổ bỏ.
- Liên kết các răng lung lay.
- Phẫu thuật cắt thẳng môi, phanh má bám thấp.

4.3. Thuốc

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.

– Thuốc giảm đau: *paracetamol* viên 150 mg, 325 mg, 500 mg, 650 mg (không dùng chung cùng NSAIDs)

+ Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: uống 500 – 1000 mg/lần mỗi 4 – 8 giờ, tối đa 4000 mg/ngày. Đối với dạng viên nén giải phóng kéo dài, khoảng cách giữa hai lần dùng thuốc có thể là 8 giờ.

+ Trẻ em < 12 tuổi: uống 10 – 15 mg/kg/lần mỗi 6 – 8 giờ, tối đa 60 mg/kg/ngày.

- Thuốc nâng cao tổng trạng: vitamin C, rutin C, vitamin 3B (B1, B6, B12)...
- Thuốc thoa tại chỗ: Metrogyl Denta hoặc Arthrodon thoa 2 – 3 lần/ngày.
- Súc miệng bằng *chlorhexidine* 0,1% 2 – 3 lần/ngày.

4.4. Phẫu thuật: Trong một số trường hợp có thể phải phẫu thuật để loại bỏ túi quanh răng. Sử dụng thuốc kháng sinh, kháng viêm, giảm đau... theo phác đồ PD R006.

5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

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

6. TIÊU CHUẨN RA VIỆN:

Viêm nướu được điều trị ngoại trú, trong trường hợp là bệnh kèm theo của các bệnh nội trú thì tiêu chuẩn ra viện theo bệnh chính.

7. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN

7.1. Cấp cứu

- Cơ cấp tính của các bệnh nội khoa đi kèm.

7.2. Không cấp cứu

- Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh,...
- Bệnh nhân đang bị ung thư vùng miệng.

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Kiểm soát mảng bám răng:

- + Biện pháp cơ học: vệ sinh răng miệng đúng phương pháp: Chải răng đúng phương pháp 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.
- + Phương pháp hóa học: dùng nước súc miệng kháng khuẩn hàng ngày.
- Duy trì chế độ dinh dưỡng đầy đủ, hợp lý để tăng sức đề kháng; sử dụng các thức ăn có lợi cho răng miệng như trái cây, rau xanh.
- Cai thuốc lá.
- Kiểm soát đường huyết.
- Khám răng định kỳ: Nên 6 tháng khám kiểm tra định kỳ để phát hiện các tổn thương quanh răng sớm và loại trừ cao răng, mảng bám răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Bộ Y tế (2002), *Dược thư quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2013), *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Răng Hàm Mặt*.
3. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt*.
4. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Sử dụng kháng sinh*.
5. Bộ Y tế (2016), *Hướng dẫn Thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện*.
6. Hội Tim mạch học Việt Nam (2015), *Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng tăng huyết áp 2015*.
7. Hướng dẫn sử dụng thuốc Klamentin 875/125. Công ty cổ phần cổ phần dược Hậu Giang.
8. Hướng dẫn sử dụng thuốc Kamydazol. Công ty cổ phần cổ phần dược phẩm Khánh Hòa.
9. Hướng dẫn sử dụng thuốc Spiramycin 3/1,5 MIU. Công ty cổ phần cổ phần dược phẩm Khánh Hòa.
10. Hướng dẫn sử dụng thuốc Cefuroxim 500mg. Công ty cổ phần dược phẩm T.Ư Vidipha.
11. Hướng dẫn sử dụng thuốc Zinmax-Domesco (cefuroxim 250mg). Công ty cổ phần xuất nhập khẩu y tế Domesco.
12. Hướng dẫn sử dụng thuốc Moxacin 500mg (amoxicillin). Công ty cổ phần xuất nhập khẩu y tế Domesco.
13. MIMS Drug Reference Việt Nam 2017.
14. Phan Quốc Hoàng (2016), “Vi khuẩn kháng thuốc kháng sinh: thực trạng đáng báo động”, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, <http://benhvien108.vn/TinBai/2077/Vi-khuan-khang-thuoc-khang-sinh-Thuc-trang-dang-bao-dong>, truy cập 06/11/2017.

15. Trần Kim Định (2011), “Khảo sát vi khuẩn và kháng sinh đồ trong nhiễm khuẩn do răng tại Thành phố Cần Thơ”, *Tạp chí Y học TP. HCM – Chuyên đề Răng Hàm Mặt*, 15(2), tr.155–162.

Tiếng Anh

16. AAE (2017), Quick Reference Guide on Antibiotic Prophylaxis 2017 Update.
17. AAPD (2014), Guideline on Antibiotic Prophylaxis for Dental Patients at Risk for Infection.
18. AHA (2007), Prevention of Infective Endocarditis - Guidelines From the American Heart Association.
19. AHA (2016), Prevention of Infective (Bacterial) Endocarditis (wallet card).
20. Department for Health and Ageing – Government of South Australia (2017), Surgical Antimicrobial Prophylaxis Clinical Guideline v2.0.
21. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2012), Management of Chronic Periodontitis (2nd ed.), CPG, Putrajaya, Malaysia.
22. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2015), Antibiotic Prophylaxis in Oral Surgery for Prevention of Surgical Site Infection (2nd ed.), CPG, Putrajaya, Malaysia.
23. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2016), Management of Acute Orofacial Infection of Odontogenic Origin in Children (1st ed.), CPG, Putrajaya, Malaysia.
24. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2016), Management of Periodontal Abscess (2nd ed.), CPG, Putrajaya, Malaysia.

K11.2 – VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT

[VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI MẠN TÍNH]

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm tuyến nước bọt mãn tính là loại viêm tuyến nước bọt thường gặp ở người lớn do nhiều nguyên nhân, hay gặp nhất là do vi khuẩn.

2. NGUYÊN NHÂN

- Vi khuẩn.
- Sỏi tuyến mang tai.
- Biến chứng của tổn thương tái phát do phản xạ, dị ứng, nội tiết của tuyến nước bọt.
- Do những thâm nhiễm nguyên thủy tuyến mang tai trong hội chứng Sjogren.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Trong đợt bán cấp: sưng, tức tuyến mang tai một hoặc hai bên, đau nhiều.
- Giữa 2 đợt sưng, tuyến mang tai chỉ hơi to hơn bình thường, sờ chắc, không đau.
- Lúc sáng dậy, nước bọt hơi mặn trong miệng.
- Tình trạng trên kéo dài 1 – 2 tuần, có thể tự khỏi, sau đó tái phát.
- Lỗ ống Stenon sưng đỏ.
- Xoa nắn tuyến có mũ loãng hoặc những sợi nhầy mũ chảy ra.

3.2. Cận lâm sàng

- X quang có tiêm thuốc cản quang:
 - + Ống Stenon giãn to, đường kính không đều, chỗ phình, chỗ chít hẹp.
 - + Những ống nhỏ trong nhu mô có thể thấy rõ, có những ổ đọng thuốc trong nang tuyến phình ra.
- Siêu âm: có thể có sự hiện diện của sỏi.
- Đo điện tim: chỉ định đo điện tim thường trong các trường hợp:
 - + Tất cả bệnh nhân từ 40 tuổi trở lên.
 - + Bệnh nhân dưới 40 tuổi có tiền sử bệnh lý tim mạch, đái tháo đường.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

- Nâng cao thể trạng.
- Chống bội nhiễm.
- Nghỉ ngơi, hạn chế vận động.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Nội khoa: khi tuyến chưa xơ hóa, điều trị bằng cách bơm rửa tuyến bằng thuốc kháng sinh, chống viêm, nước muối sinh lý kết hợp thuốc uống.

4.2.1.1. Kháng sinh: sử dụng trong các đợt cấp

- *Spiramycin viên 1,5 MIU (trẻ em), 3 MIU (người lớn):*
 - + Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: uống 3 MIU/lần mỗi 8 – 12 giờ x 5 – 7 ngày.

- + Trẻ em < 12 tuổi: uống 150.000 – 300.000 IU/kg/ngày, chia mỗi 8 – 12 giờ một lần x 5 – 7 ngày.
- Hoặc các *cephalosporins*:
 - + Người lớn và trẻ em $\geq$ 12 tuổi:
 - *Cephalexin* viên 500 mg: uống 500 mg/lần mỗi 6 giờ x 5 – 7 ngày.
 - *Cefuroxime* viên 500 mg: uống 500 – 1000 mg/lần mỗi 12 giờ x 5 – 7 ngày.
 - *Cefaclor* viên 500 mg: uống 500 mg/lần mỗi 8 giờ x 5 – 7 ngày.
 - + Trẻ em < 12 tuổi: 25 – 50 mg/kg/ngày, chia mỗi 8 giờ một lần x 5 – 7 ngày.
- *Amoxicillin* viên 500 mg hoặc *amoxicillin/clavulanate* viên 875/125 mg:
 - + Người lớn và trẻ em $\geq$ 12 tuổi: 500 – 1000 mg/lần mỗi 8 giờ x 5 – 10 ngày.
 - + Trẻ em < 12 tuổi: 80 mg/kg/ngày, chia mỗi 8 giờ một lần x 5 – 10 ngày.

4.2.1.2. Thuốc giảm đau, hạ sốt: *paracetamol* viên 150 mg, 325 mg, 500 mg, 650 mg (không dùng chung cùng NSAIDs)

- Người lớn và trẻ em $\geq$ 12 tuổi: uống 500 – 1000 mg/lần mỗi 4 – 8 giờ, tối đa 4000 mg/ngày. Đối với dạng viên nén giải phóng kéo dài, khoảng cách giữa hai lần dùng thuốc có thể là 8 giờ.
- Trẻ em < 12 tuổi: uống 10 – 15 mg/kg/lần mỗi 6 – 8 giờ, tối đa 60 mg/kg/ngày.

4.2.1.3. Thuốc nâng cao tổng trạng: *vitamin C* 1 g/ngày, *vitamin 3B*...

4.2.2. Ngoại khoa: khi tuyến xơ hóa, không còn chức năng.

5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

Nếu phát hiện sớm, điều trị nội khoa sẽ cho kết quả tốt.

5.2. Biến chứng

- Áp xe tuyến mang tai
- Viêm tấy lan tỏa.

6. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Bệnh nhân tỉnh táo, tiếp xúc tốt.
- Tổng trạng khỏe.
- Dấu sinh hiệu ổn.
- Vùng tuyến mang tai hết sưng, hết đau.
- Lỗ Stenon hết viêm, bài tiết nước bọt bình thường.

7. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN

7.1. Cấp cứu

- Tăng huyết áp có tổn thương cơ quan đích tiến triển, không đáp ứng điều trị.
- Đái tháo đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.
- Không đáp ứng điều trị với kháng sinh, có nguy cơ sốc nhiễm trùng.

7.2. Không cấp cứu

- Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,...

- Bệnh nhân có bệnh lý ung thư đang điều trị hoặc vừa điều trị bằng hóa trị, xạ trị,...
- Tuyến xơ hóa có chỉ định phẫu thuật...

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

Khám chuyên khoa răng hàm mặt định kỳ để phát hiện viêm tuyến mang tai sớm và điều trị kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Bộ Y tế (2002), *Dược thư quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2013), *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Răng Hàm Mặt*.
3. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt*.
4. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Sử dụng kháng sinh*.
5. Bộ Y tế (2016), *Hướng dẫn Thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện*.
6. Hội Tim mạch học Việt Nam (2015), *Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng tăng huyết áp 2015*.
7. Công ty cổ phần cổ phần Dược Hậu Giang (2021), *Hướng dẫn sử dụng thuốc Klamentin 875/125*.
8. Công ty cổ phần Dược phẩm Khánh Hòa (2021), *Hướng dẫn sử dụng thuốc Kamydazol*.
9. Công ty cổ phần Dược phẩm Khánh Hòa (2021), *Hướng dẫn sử dụng thuốc Spiramycin 3/1,5 MIU*.
10. Công ty cổ phần Dược phẩm Trung ương Vidipha (2021), *Hướng dẫn sử dụng thuốc Cefuroxim 500mg*.
11. Công ty cổ phần Fresenius Kabi Việt Nam (2021), *Hướng dẫn sử dụng thuốc Metronidazol kabi*.
12. Công ty cổ phần Pymepharco (2021), *Hướng dẫn sử dụng thuốc CERAPIX (cefoperazon 1g)*.
13. Công ty cổ phần Xuất nhập khẩu y tế Domesco (2021), *Hướng dẫn sử dụng thuốc Zinmax-Domesco (cefuroxim 250 mg)*.
14. Công ty cổ phần dược phẩm Tenamyd (2021), *Hướng dẫn sử dụng thuốc Zidimbiotic 500, 1000, 2000 (ceftazidime)*.
15. Công ty cổ phần Xuất nhập khẩu y tế Domesco (2021), *Hướng dẫn sử dụng thuốc Moxacin 500 mg (amoxicillin)*.
16. Phan Quốc Hoàng (2016), “Vi khuẩn kháng thuốc kháng sinh: thực trạng đáng báo động”, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, <http://benhvien108.vn/TinBai/2077/Vi-khuan-khang-thuoc-khang-sinh-Thuc-trang-dang-bao-dong>, truy cập 06/11/2017.
17. MIMS Drug Reference Việt Nam 2020.

Tiếng Anh

18. AAE (2017), *Quick Reference Guide on Antibiotic Prophylaxis 2017 Update*.
19. AAPD (2014), *Guideline on Antibiotic Prophylaxis for Dental Patients at Risk for Infection*.
20. AHA (2007), *Prevention of Infective Endocarditis - Guidelines From the American Heart Association*.
21. AHA (2016), *Prevention of Infective (Bacterial) Endocarditis (wallet card)*.
22. BMJ (2018), *BMJ Best Practice – Dental Abscess*, BMJ, London, UK.
23. Department for Health and Ageing – Government of South Australia (2017), *Surgical Antimicrobial Prophylaxis Clinical Guideline v2.0*.
24. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2015), *Antibiotic Prophylaxis in Oral Surgery for Prevention of Surgical Site Infection (2nd ed.)*, CPG, Putrajaya, Malaysia.
25. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2016), *Management of Acute Orofacial Infection of Odontogenic Origin in Children (1st ed.)*, CPG, Putrajaya, Malaysia.

K11.5 – BỆNH SỎI TUYẾN NƯỚC BỌT **[VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT DƯỚI HÀM DO SỎI]**

1. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng tổn thương viêm tuyến nước bọt có nguyên nhân do sỏi có thể ở vùng tuyến hoặc ống tuyến.

2. NGUYÊN NHÂN

- Sỏi ống tuyến nước bọt.
- Sỏi tuyến nước bọt.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Có thể có sốt nếu viêm cấp.
- Có thể có hạch viêm dưới hàm cùng bên.
- Triệu chứng Garel: xảy ra trong bữa ăn, tuyến dưới hàm sưng phồng lên do sỏi làm tắc nước bọt, ứ lại trong tuyến. Khi nước bọt thoát ra được thì hết sưng tuyến và hết đau.
- Ngoài mặt: sưng vùng dưới hàm, ranh giới rõ, nếu trong đợt cấp thì có biểu hiện sưng, nóng, đỏ, sờ đau. Nếu không phải đợt cấp thì da trên vùng sưng bình thường, sờ chắc, ít đau.
- Trong miệng: lỗ ống Wharton nề đỏ, sờ có thể thấy sỏi ống tuyến, vuốt dọc ống tuyến có thể có mủ chảy ra.

3.2. Cận lâm sàng

- X quang thường quy: chụp X quang phim cắn, X quang răng toàn cảnh hoặc X quang hàm chéch một bên: có thể thấy hình ảnh sỏi ở tuyến hoặc ống tuyến.
- Chụp cắt lớp vi tính hàm mặt không tiêm thuốc cản quang (nếu cần):
 - + Thấy vị trí, kích thước của sỏi.
 - + Có hình ảnh phì đại tuyến dưới hàm.
- Chụp cản quang tuyến dưới hàm: có hình ảnh chuỗi ngọc trai điển hình với đặc điểm ống Wharton to, giãn nở không đều.
- Xét nghiệm:
 - + Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi bằng máy đếm laser.
 - + Thời gian máu chảy phương pháp Duke, co cục máu đông, TQ, APTT.
 - + Định lượng glucose máu: bệnh nhân ≥ 40 tuổi hoặc có tiền sử đái tháo đường.
 - + HbA1C: bệnh nhân có tiền sử đái tháo đường không làm xét nghiệm này trong vòng 3 tháng.
 - + Ion đồ: bệnh nhân có tiền sử bệnh liên quan đến ion đồ.
 - + Các xét nghiệm liên quan chức năng gan, thận, HIVAb test nhanh, CRP... (nếu cần).
- Đo điện tim: chỉ định đo điện tim thường trong các trường hợp:
 - + Tất cả bệnh nhân từ 40 tuổi trở lên.

- + Bệnh nhân dưới 40 tuổi có tiền sử bệnh lý tim mạch, đái tháo đường.
- + Tất cả bệnh nhân có chỉ định mổ mê.
- Các cận lâm sàng khác: X quang ngực thẳng... (nếu cần).

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

Phẫu thuật lấy sỏi và điều trị bảo tồn tuyến hoặc cắt bỏ tuyến.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Phẫu thuật lấy sỏi và điều trị bảo tồn tuyến: sỏi ống tuyến, viêm tuyến xơ hóa.

4.2.1.1. Kháng sinh

- Amoxicillin viên 500 mg hoặc amoxicillin/clavulanate viên 875/125 mg:
 - + Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: 500 – 1000 mg/lần mỗi 8 giờ x 5 – 10 ngày.
 - + Trẻ em < 12 tuổi: 80 mg/kg/ngày, chia mỗi 8 giờ một lần x 5 – 10 ngày.
- Hoặc các cephalosporins:
 - + Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi:
 - Cephalexin viên 500 mg: uống 500 mg/lần mỗi 6 giờ x 5 – 10 ngày.
 - Cefuroxime viên 500 mg: uống 500 – 1000 mg/lần mỗi 12 giờ x 5 – 10 ngày.
 - Cefaclor viên 500 mg: uống 500 mg/lần mỗi 8 giờ x 5 – 10 ngày.
 - + Trẻ em < 12 tuổi: 25 – 50 mg/kg/ngày, chia mỗi 8 giờ một lần x 5 – 10 ngày.
- Hoặc clindamycin viên 150 mg:
 - + Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: uống 300 – 450 mg/lần mỗi 6 giờ x 5 – 10 ngày.
 - + Trẻ em < 12 tuổi: 8 – 25 mg/kg/ngày, chia mỗi 8 – 12 giờ một lần x 5 – 10 ngày.
- Hoặc spiramycin viên 1,5 MIU (trẻ em), 3 MIU (người lớn):
 - + Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: uống 3 MIU/lần mỗi 8 – 12 giờ x 5 – 10 ngày.
 - + Trẻ em < 12 tuổi: uống 150.000 – 300.000 IU/kg/ngày, chia mỗi 8 – 12 giờ một lần x 5 – 10 ngày.
- Hoặc các kháng sinh trên kết hợp với metronidazole viên 250 mg:
 - + Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: uống 500 mg/lần mỗi 12 giờ x 5 – 10 ngày.
 - + Trẻ em < 12 tuổi: uống 30 – 40 mg/kg/ngày, chia mỗi 6 – 12 giờ một lần x 5 – 10 ngày.

4.2.1.2. Kháng viêm

- Corticoids:
 - + Dexamethasone 0,5 mg: uống 1 – 3 viên/ngày x 5 – 7 ngày.
 - + Hoặc prednisolone 5 mg: uống 5 – 20 mg/ngày x 5 – 7 ngày.
 - + Hoặc methylprednisolone: viên 4 mg uống 1 – 2 viên x 1 – 2 lần/ngày, viên 16 mg uống 1 viên x 1 – 2 lần ngày x 5 – 7 ngày.
- Hoặc NSAIDs:

+ *Diclofenac* viên 50 mg, 75 mg: người lớn uống 1 viên x 2 – 3 lần/ngày x 5 – 7 ngày.

+ Hoặc *celecoxib* 200 mg: người lớn uống 1 viên x 2 lần/ngày x 5 – 7 ngày.

+ Hoặc *etodolac* 200 mg: người lớn uống 1 viên x 2 lần/ngày x 5 – 7 ngày.

+ Hoặc *meloxicam* 7,5 mg: người lớn uống 1 – 2 viên/ngày x 5 – 7 ngày.

4.2.1.3. Thuốc giảm đau, hạ sốt: *paracetamol* viên 150 mg, 325 mg, 500 mg, 650 mg (không dùng chung cùng NSAIDs)

– Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: uống 500 – 1000 mg/lần mỗi 4 – 8 giờ, tối đa 4000 mg/ngày. Đối với dạng viên nén giải phóng kéo dài, khoảng cách giữa hai lần dùng thuốc có thể là 8 giờ.

– Trẻ em < 12 tuổi: uống 10 – 15 mg/kg/lần mỗi 6 – 8 giờ, tối đa 60 mg/kg/ngày.

4.2.1.4. Thuốc nâng cao tổng trạng: *vitamin C*, *Rutin C*, *vitamin 3B (B1, B6, B12)*, cân bằng nước, điện giải...

4.2.1.5. Thuốc hỗ trợ khác: súc miệng bằng *chlorhexidine 0,12%* 2 – 3 lần/ngày.

4.2.2. Phẫu thuật lấy sỏi và cắt bỏ tuyến dưới hàm: sỏi tuyến, tuyến viêm mạn xơ hóa.

5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

– Viêm tuyến dưới hàm do sỏi ống tuyến được điều trị sớm bằng việc lấy sỏi ống tuyến sẽ bảo tồn được tuyến dưới hàm với kết quả điều trị tốt.

– Viêm tuyến dưới hàm do sỏi ống tuyến nếu điều trị lấy bỏ sỏi muộn thì tuyến dưới hàm dễ viêm mạn xơ hóa, dẫn đến phải cắt bỏ tuyến.

– Viêm tuyến dưới hàm do sỏi tuyến thì không thể điều trị bảo tồn tuyến.

5.2. Biến chứng

– Áp xe vùng dưới hàm.

– Áp xe vùng sàn miệng.

6. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

– Bệnh nhân tỉnh táo, tiếp xúc tốt.

– Tổng trạng khỏe.

– Dấu sinh hiệu ổn.

– Vùng dưới hàm hết sưng, hết đau.

– Sỏi đã được lấy sạch, vết mổ không chảy máu, không có dấu hiệu nhiễm trùng, không viêm hoặc chỉ viêm nhẹ, chỉ khâu còn nguyên vẹn, cố định chặt, lỗ đổ ống tuyến dưới hàm bài tiết nước bọt bình thường.

7. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN

7.1. Cấp cứu

– Tăng huyết áp có tổn thương cơ quan đích tiến triển, không đáp ứng điều trị.

– Đái tháo đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.

– Không đáp ứng điều trị với kháng sinh, có nguy cơ sốc nhiễm trùng.

7.2. Không cấp cứu

- Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,..
 - Bệnh nhân có bệnh lý ung thư đang điều trị hoặc vừa điều trị bằng hóa trị, xạ trị,...
 - Trên phim X quang hoặc chụp cắt lớp vi tính phát hiện vị trí sỏi không thuận lợi khi phẫu thuật có thể gây tổn thương dây thần kinh.
 - Sỏi tuyến, tuyến viêm mạn xơ hóa.
- 8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE**
- Phẫu thuật lấy bỏ sỏi ống tuyến Wharton thì đề phòng viêm tuyến.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Bộ Y tế (2002), *Dược thư quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2013), *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Răng Hàm Mặt*.
3. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt*.
4. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Sử dụng kháng sinh*.
5. Bộ Y tế (2016), *Hướng dẫn Thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện*.
6. Hội Tim mạch học Việt Nam (2015), *Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng tăng huyết áp 2015*.
7. Công ty cổ phần cổ phần Dược Hậu Giang (2021), *Hướng dẫn sử dụng thuốc Klamentin 875/125*.
8. Công ty cổ phần Dược phẩm Khánh Hòa (2021), *Hướng dẫn sử dụng thuốc Kamydazol*.
9. Công ty cổ phần Dược phẩm Khánh Hòa (2021), *Hướng dẫn sử dụng thuốc Spiramycin 3/1,5 MIU*.
10. Công ty cổ phần Dược phẩm Trung ương Vidipha (2021), *Hướng dẫn sử dụng thuốc Cefuroxim 500mg*.
11. Công ty cổ phần Fresenius Kabi Việt Nam (2021), *Hướng dẫn sử dụng thuốc Metronidazol kabi*.
12. Công ty cổ phần Pymepharco (2021), *Hướng dẫn sử dụng thuốc CERAPIX (cefoperazon 1g)*.
13. Công ty cổ phần Xuất nhập khẩu y tế Domesco (2021), *Hướng dẫn sử dụng thuốc Zinmax-Domesco (cefuroxim 250 mg)*.
14. Công ty cổ phần dược phẩm Tenamyd (2021), *Hướng dẫn sử dụng thuốc Zidimbiotic 500, 1000, 2000 (ceftazidime)*.
15. Công ty cổ phần Xuất nhập khẩu y tế Domesco (2021), *Hướng dẫn sử dụng thuốc Moxacin 500 mg (amoxicillin)*.
16. Phan Quốc Hoàng (2016), “Vi khuẩn kháng thuốc kháng sinh: thực trạng đáng báo động”, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108,

<http://benhvien108.vn/TinBai/2077/Vi-khuan-khang-thuoc-khang-sinh-Thuc-trang-dang-bao-dong>, truy cập 06/11/2017.

17. MIMS Drug Reference Việt Nam 2020.

Tiếng Anh

18. AAE (2017), *Quick Reference Guide on Antibiotic Prophylaxis 2017 Update*.
19. AAPD (2014), *Guideline on Antibiotic Prophylaxis for Dental Patients at Risk for Infection*.
20. AHA (2007), *Prevention of Infective Endocarditis - Guidelines From the American Heart Association*.
21. AHA (2016), *Prevention of Infective (Bacterial) Endocarditis (wallet card)*.
22. BMJ (2018), *BMJ Best Practice – Dental Abscess*, BMJ, London, UK.
23. Department for Health and Ageing – Government of South Australia (2017), *Surgical Antimicrobial Prophylaxis Clinical Guideline v2.0*.
24. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2015), *Antibiotic Prophylaxis in Oral Surgery for Prevention of Surgical Site Infection (2nd ed.)*, CPG, Putrajaya, Malaysia.
25. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2016), *Management of Acute Orofacial Infection of Odontogenic Origin in Children (1st ed.)*, CPG, Putrajaya, Malaysia.

S02.4 – VỠ XƯƠNG MÁ VÀ XƯƠNG HÀM [GÂY XƯƠNG GÒ MÁ CUNG TIẾP]

1. ĐỊNH NGHĨA

Gãy xương gò má cung tiếp là tình trạng tổn thương gãy, gián đoạn xương gò má cung tiếp.

2. NGUYÊN NHÂN

Do tai nạn: giao thông, lao động, sinh hoạt...

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Sung nề, biến dạng mặt, tụ máu quanh hốc mắt bên chấn thương.
- Ấn có điểm đau chói tương ứng điểm gãy, sờ thấy gián đoạn hoặc bậc thang.
- Há miệng hạn chế, khớp cắn đúng.

3.2. Cận lâm sàng

- X quang:
 - + Chụp X quang Blondeau, Hirtz, Schuller, X quang khớp thái dương hàm, X quang mặt thẳng nghiêng, X quang phim cắn.
 - + Chụp X quang răng toàn cảnh, X quang hàm chệch một bên, X quang răng cận chóp.
 - + Chụp X quang ngực thẳng.
 - + Chụp cắt lớp vi tính hàm mặt không tiêm thuốc cản quang (nếu cần)...
Trên X quang hàm mặt có hình ảnh đường gãy, di lệch xương...
- Xét nghiệm:
 - + Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi bằng máy đếm laser.
 - + Thời gian máu chảy phương pháp Duke, co cục máu đông, TQ/APTT.
 - + Định nhóm máu ABO.
 - + Định lượng glucose máu, creatinin máu, urea máu.
 - + Ion đồ.
 - + Đo hoạt độ AST, ALT, HIVAb test nhanh, tổng phân tích nước tiểu.
 - + CRP (nếu cần).
- Đo điện tim thường.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

Nắn chỉnh, cố định xương gãy, ngăn ngừa biến chứng, phục hồi chức năng và thẩm mỹ.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Can thiệp

- Điều trị nắn chỉnh không phẫu thuật: áp dụng với các trường hợp gãy ít di lệch.
- Điều trị phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít: trong trường hợp gãy di lệch.

4.2.2. Nội khoa phối hợp

4.2.2.1. Kháng sinh

- Trường hợp nang bội nhiễm nặng hoặc mổ mê hoặc cần thiết sử dụng kháng sinh nhưng bệnh nhân không dùng được bằng đường uống: sử dụng kháng sinh

tiêm/truyền, duy trì và chuyển qua thuốc uống theo nguyên tắc xuống thang kháng sinh.

- + *Ampicillin/sulbactam* lọ 1 g: tiêm IM/IV
 - Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: tiêm 1 – 2 g/lần mỗi 6 giờ x 10 – 14 ngày.
- Trẻ em < 12 tuổi: tiêm 50 - 100 mg/kg/ngày, chia mỗi 6 giờ một lần x 10 – 14 ngày.
- + Hoặc các *cephalosporins*: tiêm IM/IV
 - Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi:
 - *Cefazolin* lọ 1 g: tiêm 1 – 2 g/lần mỗi 8 giờ x 10 – 14 ngày.
 - *Cefotaxime* lọ 1 g: tiêm 1 g/lần mỗi 12 giờ x 10 – 14 ngày.
 - *Ceftriaxone* lọ 1 g: tiêm 1 – 2 g/lần mỗi 24 giờ x 10 – 14 ngày.
 - *Cefuroxime* lọ 1 g: tiêm 750 mg – 1,5 g/lần mỗi 8 giờ x 10 – 14 ngày.
 - *Ceftazidime* lọ 1 g hoặc *cefepime* lọ 1 g: tiêm 1 – 2 g/lần mỗi 8 giờ x 10 – 14 ngày.
 - *Cefoperazone* lọ 1 g: tiêm 1 – 2 g/lần mỗi 12 giờ một lần x 10 – 14 ngày, đối với các nhiễm khuẩn nặng, có thể dùng đến 6 g/24 giờ, chia làm 2 – 4 lần.
 - Trẻ em < 12 tuổi: tiêm 50 – 200 mg/kg/ngày, chia làm 2 – 4 lần x 10 – 14 ngày.
- + Hoặc *clindamycin* ống 150 mg/ml, 300 mg/2 ml, 600 mg/4 ml, 900 mg/6 ml: tiêm IM/IV
 - Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: tiêm 600 mg/lần mỗi 8 giờ x 10 – 14 ngày.
 - Trẻ em < 12 tuổi: tiêm 20 – 40 mg/kg/ngày, chia mỗi 6 – 12 giờ một lần x 10 – 14 ngày.
- + Hoặc các kháng sinh trên kết hợp với *metronidazole* chai 500 mg/100 ml: truyền IV
 - Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: truyền 500 mg/lần, tốc độ tối đa 5 ml/phút (100 giọt/phút), mỗi 12 giờ một lần x 10 – 14 ngày.
 - Trẻ em < 12 tuổi: 30 – 40 mg/kg/ngày, chia mỗi 6 – 12 giờ một lần x 10 – 14 ngày.
- Trường hợp bội nhiễm mức độ trung bình/nhẹ: sử dụng kháng sinh đường uống
 - + *Amoxicillin* viên 500 mg hoặc *amoxicillin/clavulanate* viên 875/125 mg:
 - Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: 500 – 1000 mg/lần mỗi 8 giờ x 5 – 10 ngày.
 - Trẻ em < 12 tuổi: 80 mg/kg/ngày, chia mỗi 8 giờ một lần x 5 – 10 ngày.
 - + Hoặc các *cephalosporins*:
 - Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi:
 - *Cephalexin* viên 500 mg: uống 500 mg/lần mỗi 6 giờ x 5 – 10 ngày.
 - *Cefuroxime* viên 500 mg: uống 500 – 1000 mg/lần mỗi 12 giờ x 5 – 10 ngày.
 - *Cefaclor* viên 500 mg: uống 500 mg/lần mỗi 8 giờ x 5 – 10 ngày.
 - Trẻ em < 12 tuổi: 25 – 50 mg/kg/ngày, chia mỗi 8 giờ một lần x 5 – 10 ngày.

- + Hoặc *clindamycin* viên 150 mg:
 - Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: uống 300 – 450 mg/lần mỗi 6 giờ x 5 – 10 ngày.
 - Trẻ em < 12 tuổi: 8 – 25 mg/kg/ngày, chia mỗi 8 – 12 giờ một lần x 5 – 10 ngày.
- + Hoặc *spiramycin* viên 1,5 MIU (trẻ em), 3 MIU (người lớn):
 - Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: uống 3 MIU/lần mỗi 8 – 12 giờ x 5 – 10 ngày.
 - Trẻ em < 12 tuổi: uống 150.000 – 300.000 IU/kg/ngày, chia mỗi 8 – 12 giờ một lần x 5 – 10 ngày.
- + Hoặc các kháng sinh trên kết hợp với *metronidazole* viên 250 mg:
 - Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: uống 500 mg/lần mỗi 12 giờ x 5 – 10 ngày.
 - Trẻ em < 12 tuổi: uống 30 – 40 mg/kg/ngày, chia mỗi 6 – 12 giờ một lần x 5 – 10 ngày.

4.2.2.2. Kháng viêm

- Trường hợp nặng:
 - + Corticoids:
 - *Hydrocortisone* lọ 100 mg:
 - Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: 1 – 2 lọ x 2 lần/ngày, tiêm IV/IM x 5 – 7 ngày.
 - Trẻ em < 12 tuổi: 5 mg/kg/ngày, tiêm IV/IM x 5 – 7 ngày.
 - Hoặc *dexamethasone* ống 4 mg: 1 – 2 ống, tiêm IV/IM x 5 – 7 ngày.
 - + Hoặc NSAIDs: *diclofenac* ống 75 mg
 - Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: 1 ống x 2 lần/ngày, tiêm IM x 5 – 7 ngày.
 - Trẻ em: 1/2 ống x 2 lần/ngày, tiêm IM x 5 – 7 ngày.
- Trường hợp trung bình/nhẹ:
 - + Corticoids:
 - *Dexamethasone* 0,5 mg: uống 1 – 3 viên/ngày x 5 – 7 ngày.
 - Hoặc *prednisolone* 5 mg: uống 5 – 20 mg/ngày x 5 – 7 ngày.
 - Hoặc *methylprednisolone*: viên 4 mg uống 1 – 2 viên x 1 – 2 lần/ngày, viên 16 mg uống 1 viên x 1 – 2 lần ngày x 5 – 7 ngày.
 - + Hoặc NSAIDs:
 - *Diclofenac* viên 50 mg, 75 mg: người lớn uống 1 viên x 2 – 3 lần/ngày x 5 – 7 ngày.
 - Hoặc *celecoxib* 200 mg: người lớn uống 1 viên x 2 lần/ngày x 5 – 7 ngày.
 - Hoặc *etodolac* 200 mg: người lớn uống 1 viên x 2 lần/ngày x 5 – 7 ngày.
 - Hoặc *meloxicam* 7,5 mg: người lớn uống 1 – 2 viên/ngày x 5 – 7 ngày.

4.2.2.3. Thuốc giảm đau, hạ sốt: *paracetamol* viên 150 mg, 325 mg, 500 mg, 650 mg (không dùng chung cùng NSAIDs)

– Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: uống 500 – 1000 mg/lần mỗi 4 – 8 giờ, tối đa 4000 mg/ngày. Đối với dạng viên nén giải phóng kéo dài, khoảng cách giữa hai lần dùng thuốc có thể là 8 giờ.

– Trẻ em < 12 tuổi: uống 10 – 15 mg/kg/lần mỗi 6 – 8 giờ, tối đa 60 mg/kg/ngày.

4.2.2.4. Thuốc nâng cao tổng trạng: vitamin C, Rutin C, vitamin 3B (B1, B6, B12), cân bằng nước, điện giải...

4.2.2.5. Thuốc hỗ trợ khác: súc miệng bằng chlorhexidine 0,12% 2 – 3 lần/ngày.

5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

Điều trị kịp thời và đúng kỹ thuật sẽ phục hồi đầy đủ chức năng và thẩm mỹ của mắt.

5.2. Biến chứng

Mất cảm giác ở vùng dây thần kinh dưới ổ mắt chi phối, viêm xoang hàm.

6. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

– Bệnh nhân tỉnh táo, tiếp xúc tốt.

– Tổng trạng khỏe.

– Dấu sinh hiệu ổn.

– Mắt cân đối hai bên, miệng há ngậm bình thường, khớp cắn đúng.

– Vùng phẫu thuật sạch, không chảy máu, không có dấu hiệu nhiễm trùng, không viêm hoặc chỉ viêm nhẹ, chỉ khâu hoặc các vật liệu cố định (nếu có) còn nguyên vẹn, cố định chặt.

7. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN

7.1. Cấp cứu

– Gãy xương gò má cung tiếp kết hợp với chấn thương sọ não hoặc các chấn thương ngoại khoa khác.

– Gãy xương gò má cung tiếp kết hợp tổn thương những vùng giải phẫu quan trọng.

– Cao huyết áp có tổn thương cơ quan đích tiến triển, không đáp ứng điều trị.

– Tiểu đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.

– Không đáp ứng điều trị với kháng sinh, có nguy cơ sốc nhiễm trùng.

7.2. Không cấp cứu

– Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,..

– Bệnh nhân có bệnh lý ung thư đang điều trị hoặc vừa điều trị bằng hóa trị, xạ trị,...

– Gãy cũ đã cal xương.

8. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

Các biện pháp đề phòng tai nạn giao thông, bảo hộ lao động.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Bộ Y tế (2002), *Dược thư quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2013), *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Răng Hàm Mất*.
3. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mất*.
4. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Sử dụng kháng sinh*.
5. Bộ Y tế (2016), *Hướng dẫn Thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện*.
6. Hội Tim mạch học Việt Nam (2015), *Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng tăng huyết áp 2015*.
7. Công ty cổ phần cổ phần Dược Hậu Giang (2021), *Hướng dẫn sử dụng thuốc Klamentin 875/125*.
8. Công ty cổ phần Dược phẩm Khánh Hòa (2021), *Hướng dẫn sử dụng thuốc Kamydazol*.
9. Công ty cổ phần Dược phẩm Khánh Hòa (2021), *Hướng dẫn sử dụng thuốc Spiramycin 3/1,5 MIU*.
10. Công ty cổ phần Dược phẩm Trung ương Vidipha (2021), *Hướng dẫn sử dụng thuốc Cefuroxim 500mg*.
11. Công ty cổ phần Fresenius Kabi Việt Nam (2021), *Hướng dẫn sử dụng thuốc Metronidazol kabi*.
12. Công ty cổ phần Pymepharco (2021), *Hướng dẫn sử dụng thuốc CERAPIX (cefoperazon 1g)*.
13. Công ty cổ phần Xuất nhập khẩu y tế Domesco (2021), *Hướng dẫn sử dụng thuốc Zinmax-Domesco (cefuroxim 250 mg)*.
14. Công ty cổ phần dược phẩm Tenamyd (2021), *Hướng dẫn sử dụng thuốc Zidimbiotic 500, 1000, 2000 (ceftazidime)*.
15. Công ty cổ phần Xuất nhập khẩu y tế Domesco (2021), *Hướng dẫn sử dụng thuốc Moxacin 500 mg (amoxicillin)*.
16. Phan Quốc Hoàng (2016), “Vi khuẩn kháng thuốc kháng sinh: thực trạng đáng báo động”, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, <http://benhvien108.vn/TinBai/2077/Vi-khuan-khang-thuoc-khang-sinh-Thuc-trang-dang-bao-dong>, truy cập 06/11/2017.
17. MIMS Drug Reference Việt Nam 2020.

Tiếng Anh

18. AAE (2017), *Quick Reference Guide on Antibiotic Prophylaxis 2017 Update*.
19. AAPD (2014), *Guideline on Antibiotic Prophylaxis for Dental Patients at Risk for Infection*.
20. AHA (2007), *Prevention of Infective Endocarditis - Guidelines From the American Heart Association*.
21. AHA (2016), *Prevention of Infective (Bacterial) Endocarditis (wallet card)*.
22. BMJ (2018), *BMJ Best Practice – Dental Abscess*, BMJ, London, UK.

23. Department for Health and Ageing – Government of South Australia (2017), *Surgical Antimicrobial Prophylaxis Clinical Guideline v2.0*.
24. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2015), *Antibiotic Prophylaxis in Oral Surgery for Prevention of Surgical Site Infection (2nd ed.)*, CPG, Putrajaya, Malaysia.
25. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2016), *Management of Acute Orofacial Infection of Odontogenic Origin in Children (1st ed.)*, CPG, Putrajaya, Malaysia.

G51.0 – LIỆT BELL

[ĐIỀU TRỊ VIÊM - LIỆT THẦN KINH MẶT NGOẠI BIÊN]

I. ĐỊNH NGHĨA

Yếu hay liệt của các cơ được phân bố bởi dây thần kinh mặt (dây thần kinh số VII) với đặc điểm: yếu ngoại biên, biểu hiện một bên, khởi phát đột ngột, thường là tự phát.

II. NGUYÊN NHÂN

- Liệt nửa mặt nguyên phát: liệt nửa mặt do lạnh (liệt Bell). Trường hợp này thường do mạch nuôi của dây thần kinh bị co thắt gây ra thiếu máu cục bộ, phù và chèn ép dây thần kinh trong ống Fallope. Các trường hợp liệt tự phát đó thường tiến triển cấp tính có liên quan tới gió lùa, lạnh, hay xảy ra vào ban đêm.
- Bệnh lý: tổn thương cầu não, tổn thương trong xương đá, tổn thương dây VII ngoài sọ.
- Chấn thương sọ não: gây vỡ xương đá, ổ máu tụ ở hõm nhĩ.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Các triệu chứng lâm sàng

- Mắt bên liệt nhắm không kín.
- Mờ nếp nhăn trán, cơ mặt bên liệt.
- Mặt, miệng há lệch về bên lành.

1.2. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi bằng máy đếm laser.
- Tốc độ lắng máu.
- Định lượng glucose máu: bệnh nhân ≥ 40 tuổi hoặc có tiền sử đái tháo đường.
- HbA1C: bệnh nhân có tiền sử đái tháo đường không làm xét nghiệm này trong vòng 3 tháng.
- CRP (nếu cần).

2. Chẩn đoán phân biệt

- Liệt mặt trên nhân do tổn thương hệ thần kinh trung ương (neuron vận động trên)
- Những u xâm lấn xương thái dương (khởi phát âm thầm và tiến triển nặng dần)
- Hội chứng Ramsay Hunt
- U dây thần kinh VIII
- Các tổn thương cầu não có liệt dây thần kinh mặt (các dấu hiệu khác của tổn thương thân não thường có): Nhồi máu não, tai biến mạch máu não...
- Hội chứng Guillain – Barré
- Đái tháo đường
- Các bệnh mô liên kết bao gồm hội chứng Sjogren

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Thuốc kháng viêm.
- Thuốc bổ trợ thần kinh.

- Kết hợp châm cứu.
- Giữ ấm cơ thể.
- Phối hợp kháng sinh khi có nhiễm khuẩn.
- Chỉ định phẫu thuật trong trường hợp dây thần kinh bị chèn ép.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Kháng viêm

- Thuốc tiêm:
 - + *Dexamethasone 4 mg*:
 - Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: 1 – 2 ống/ngày, tiêm IM.
 - Trẻ em < 12 tuổi: không quá 0,3 mg/kg/ngày.
 - + *Hydrocortisone 100 mg*:
 - Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: 1 – 2 lọ x 2 lần/ngày, tiêm IV/IM.
 - Trẻ em < 12 tuổi: 5 mg/kg/ngày, tiêm IV/IM.
- Thuốc uống:
 - + *Prednisolone 5 mg*:
 - Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: 20 – 100 mg/ngày.
 - Trẻ em < 12 tuổi: 1 – 2 mg/kg/ngày.
 - + *Methylprednisolone 4 mg*: uống 1 – 2 viên x 1 – 2 lần/ngày, viên 16 mg: uống 1 viên x 1 – 2 lần ngày.

2.2. Vitamin nhóm B: B1, B6, B12 với B12 5000 đơn vị.

- Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: 1 – 2 ống/ngày hoặc 1 – 2 lọ/ngày, tiêm bắp.
- Trẻ em < 12 tuổi: 1/2 liều người lớn.

2.3. Kháng sinh trong trường hợp có nhiễm khuẩn

* **Chú ý:** Hội chẩn với chuyên khoa nội thần kinh nếu cần.

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tiên lượng: Khoảng 80 – 90% bệnh nhân hồi phục hoàn toàn trong vài tuần hay vài tháng.

2. Biến chứng

- Khô và tổn thương giác mạc (cọ rát, loét).
- Sự hồi phục không hoàn toàn với sự suy yếu một phần hay lâu dài của dây thần kinh.

VI. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Bệnh nhân tỉnh táo, tiếp xúc tốt.
- Tổng trạng khỏe.
- Dấu sinh hiệu ổn.
- Phục hồi vận động cơ mặt bên liệt, mắt bên liệt nhắm kín, xuất hiện lại nếp nhăn trán, miệng hết méo lệch.

VII. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN

1. Cấp cứu

- Tăng huyết áp có tổn thương cơ quan đích tiến triển, không đáp ứng điều trị.

- Đái tháo đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.
- Không đáp ứng điều trị với kháng sinh, có nguy cơ sốc nhiễm trùng.

2. Không cấp cứu

- Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,...
- Bệnh nhân có bệnh lý ung thư đang điều trị hoặc vừa điều trị bằng hóa trị, xạ trị,...
- Trên phim X quang hoặc chụp cắt lớp vi tính phát hiện chân răng hoặc răng nằm vị trí không thuận lợi khi phẫu thuật có thể gây tổn thương dây thần kinh.
- Viêm – liệt thần kinh mặt ngoại biên không đáp ứng điều trị nội hoặc có chỉ định phẫu thuật.

VIII. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

Điều trị tích cực viêm tai giữa, viêm tai xương chũm, tránh nhiễm lạnh, tránh những nơi gió lùa, giữ ấm vùng cổ về mùa đông.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Bộ Y tế (2002), *Dược thư quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2013), *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Răng Hàm Mặt*.
3. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt*.
4. MIMS Drug Reference Việt Nam 2020.

K01.0 – RĂNG NGÂM [RĂNG NGÂM]

1. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng răng không mọc ra được hoặc chỉ mọc một phần trên cung hàm.

2. 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, u nang răng, xương ổ răng che phủ dày, cứng...
- Hướng mọc răng bất thường.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Răng không hiện diện hoặc hiện diện chỉ một phần trên cung răng.
- Răng lệch trục.
- Răng có thể bị kẹt.
- Có thể có dấu hiệu tổn thương răng kế cận.

3.2. Cận lâm sàng

– Phim X quang: chụp X quang răng cận chóp, X quang răng toàn cảnh hoặc X quang hàm chéo một bên; Chụp cắt lớp vi tính hàm mặt không tiêm thuốc cản quang trong trường hợp có khối u hoặc chân răng liên quan với các mốc giải phẫu quan trọng như ống thần kinh răng dưới,....

+ Có hình ảnh răng ngâm trong xương hoặc nướu, mọc lệch trục, lệch hướng, sai vị trí.

+ Có thể có hình ảnh u xương hàm, u nang răng,...

+ Có thể có hình ảnh tổn thương răng kế cận.

– Xét nghiệm:

+ Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi bằng máy đếm laser.

+ Thời gian máu chảy phương pháp Duke, co cục máu đông, TQ, APTT.

+ Định lượng glucose máu: bệnh nhân ≥ 40 tuổi hoặc có tiền sử đái tháo đường.

+ HbA1C: bệnh nhân có tiền sử đái tháo đường không làm xét nghiệm này trong vòng 3 tháng.

+ Ion đồ: bệnh nhân có tiền sử bệnh liên quan đến ion đồ.

+ Các xét nghiệm liên quan chức năng gan, thận, HIVAb test nhanh, CRP... (nếu cần).

– Đo điện tim: chỉ định đo điện tim thường trong các trường hợp:

+ Tất cả bệnh nhân từ 40 tuổi trở lên.

+ Bệnh nhân dưới 40 tuổi có tiền sử bệnh lý tim mạch, đái tháo đường.

+ Tất cả bệnh nhân có chỉ định mổ mê.

– Các cận lâm sàng khác: X quang ngực thẳng... (nếu cần).

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

Nhổ bỏ sớm để phòng ngừa các biến chứng.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Nội khoa

4.2.1.1. Kháng sinh

- Trường hợp chưa có biến chứng:
 - + *Amoxicillin viên 500 mg* hoặc *amoxicillin/clavulanate viên 875/125 mg*:
 - Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: uống 2 g trước phẫu thuật 1 giờ.
 - Trẻ em < 12 tuổi: uống 50 mg/kg.
 - + Hoặc *cephalosporins*:
 - Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: uống 2 g trước phẫu thuật 1 giờ.
 - Trẻ em < 12 tuổi: uống 50 mg/kg.
- Trường hợp đã có biến chứng:
 - + *Amoxicillin viên 500 mg* hoặc *amoxicillin/clavulanate viên 875/125 mg*:
 - Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: 500 – 1000 mg/lần mỗi 8 giờ x 5 – 7 ngày.
 - Trẻ em < 12 tuổi: 80 mg/kg/ngày, chia mỗi 8 giờ một lần x 5 – 7 ngày.
 - + Hoặc các *cephalosporins*:
 - Người lớn và trẻ em > 12 tuổi:
 - *Cephalexin viên 500 mg*: uống 500 mg/lần mỗi 6 giờ x 5 – 7 ngày.
 - *Cefuroxime viên 500 mg*: uống 500 – 1000 mg/lần mỗi 12 giờ x 5 – 7 ngày.
 - *Cefaclor viên 500 mg*: uống 500 mg/lần mỗi 8 giờ x 5 – 7 ngày.
 - Trẻ em < 12 tuổi: 25 – 50 mg/kg/ngày, chia mỗi 8 giờ một lần x 5 – 7 ngày.
 - + Hoặc *spiramycin viên 1,5 MIU (trẻ em), 3 MIU (người lớn)*:
 - Người lớn và trẻ em > 12 tuổi: uống 3 MIU/lần mỗi 8 – 12 giờ x 5 – 10 ngày.
 - Trẻ em < 12 tuổi: uống 150.000 – 300.000 IU/kg/ngày, chia mỗi 8 – 12 giờ một lần x 5 – 10 ngày.

4.2.1.2. Kháng viêm

- Corticoids:
 - + *Dexamethasone 0,5 mg*: uống 1 – 3 viên/ngày x 5 – 7 ngày.
 - + Hoặc *prednisolone 5 mg*: uống 5 – 20 mg/ngày x 5 – 7 ngày.
 - + Hoặc *methylprednisolone: viên 4 mg* uống 1 – 2 viên x 1 – 2 lần/ngày, *viên 16 mg* uống 1 viên x 1 – 2 lần ngày x 5 – 7 ngày.
- Hoặc NSAIDs:
 - + *Diclofenac viên 50 mg, 75 mg*: người lớn uống 1 viên x 2 – 3 lần/ngày x 5 – 7 ngày.
 - + Hoặc *celecoxib 200 mg*: người lớn uống 1 viên x 2 lần/ngày x 5 – 7 ngày.
 - + Hoặc *etodolac 200 mg*: người lớn uống 1 viên x 2 lần/ngày x 5 – 7 ngày.
 - + Hoặc *meloxicam 7,5 mg*: người lớn uống 1 – 2 viên/ngày x 5 – 7 ngày.

4.2.1.3. Thuốc giảm đau, hạ sốt: *paracetamol* viên 150 mg, 325 mg, 500 mg, 650 mg (không dùng chung cùng NSAIDs)

– Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: uống 500 – 1000 mg/lần mỗi 4 – 8 giờ, tối đa 4000 mg/ngày. Đối với dạng viên nén giải phóng kéo dài, khoảng cách giữa hai lần dùng thuốc có thể là 8 giờ.

– Trẻ em < 12 tuổi: uống 10 – 15 mg/kg/lần mỗi 6 – 8 giờ, tối đa 60 mg/kg/ngày.

4.2.1.4. Thuốc nâng cao tổng trạng: *vitamin C*, *rutin C*, *vitamin 3B (B1, B6, B12)*...

4.2.1.5. Thuốc hỗ trợ khác: súc miệng bằng *chlorhexidine 0,12%* 2 – 3 lần/ngày.

4.3. Ngoại khoa

Tạo vạt, mở xương, cắt răng, nhổ răng.

5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

- Trường hợp chưa có biến chứng: tiên lượng khá/tốt.
- Trường hợp đã có biến chứng: trung bình/khá.
- Trường hợp răng ngầm liên quan đến các cấu trúc giải phẫu quan trọng như ống thần kinh răng dưới, xoang hàm,...: tiên lượng dè dặt.

5.2. Biến chứng

- Viêm quanh thân răng cấp.
- Tổn thương răng kế cận.
- Áp xe vùng má, áp xe vùng cơ cắn, áp xe vùng dưới hàm, viêm xoang hàm,...
- Viêm tấy tỏa lan vùng hàm mặt.
- Nhiễm trùng huyết.

6. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Bệnh nhân tỉnh táo, tiếp xúc tốt.
- Tổng trạng khỏe.
- Dấu sinh hiệu ổn.
- Răng ngầm đã được lấy toàn bộ.
- Vùng phẫu thuật sạch, không chảy máu, không có dấu hiệu nhiễm trùng, không viêm hoặc chỉ viêm nhẹ, chỉ khâu, các phương tiện dẫn lưu hoặc các vật liệu cấy ghép (nếu có) còn nguyên vẹn, cố định chặt.

7. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN

7.1. Cấp cứu

- Tăng huyết áp có tổn thương cơ quan đích tiến triển, không đáp ứng điều trị.
- Đái tháo đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.

7.2. Không cấp cứu

- Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,..
- Bệnh nhân có bệnh lý ung thư đang điều trị hoặc vừa điều trị bằng hóa trị, xạ trị,...

- Trên phim X quang hoặc chụp cắt lớp vi tính phát hiện chân răng hoặc răng nằm vị trí không thuận lợi khi phẫu thuật có thể gây tổn thương dây thần kinh.

6. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Khám răng miệng định kỳ để phát hiện sớm và điều trị kịp thời.
- Trong thời gian nhập viện phẫu thuật cần:
 - + Ăn mềm, nguội sau phẫu thuật bổ sung thêm sinh tố xay nhỏ.
 - + Vệ sinh răng miệng sau khi ăn bằng bàn chải mềm và chỉ tơ nha khoa, những vùng có vết thương dùng gạc lau nhẹ sau khi ăn.
 - + Dùng nước súc miệng *chlorhexidine* 1,2% từ 2 – 3 lần trong ngày.
 - + Không khạc nhổ sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Bộ Y tế (2002), Dược thư quốc gia Việt Nam, NXB Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2013), Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Răng Hàm Mặt.
3. Bộ Y tế (2015), Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt.
4. Bộ Y tế (2015), Hướng dẫn Sử dụng kháng sinh.
5. Bộ Y tế (2016), Hướng dẫn Thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện.
6. Hội Tim mạch học Việt Nam (2015), Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng tăng huyết áp 2015.
7. Công ty cổ phần cổ phần Dược Hậu Giang (2021), Hướng dẫn sử dụng thuốc Klamantin 875/125.
8. Công ty cổ phần Dược phẩm Khánh Hòa (2021), Hướng dẫn sử dụng thuốc Kamydazol.
9. Công ty cổ phần Dược phẩm Khánh Hòa (2021), Hướng dẫn sử dụng thuốc Spiramycin 3/1,5 MIU.
10. Công ty cổ phần Dược phẩm Trung ương Vidipha (2021), Hướng dẫn sử dụng thuốc Cefuroxim 500mg.
11. Công ty cổ phần Fresenius Kabi Việt Nam (2021), Hướng dẫn sử dụng thuốc Metronidazol kabi.
12. Công ty cổ phần Pymepharco (2021), Hướng dẫn sử dụng thuốc CERAPIX (cefoperazon 1g).
13. Công ty cổ phần Xuất nhập khẩu y tế Domesco (2021), Hướng dẫn sử dụng thuốc Zinmax-Domesco (cefuroxim 250 mg).
14. Công ty cổ phần dược phẩm Tenamyd (2021), Hướng dẫn sử dụng thuốc Zidimbiotic 500, 1000, 2000 (ceftazidime).
15. Công ty cổ phần Xuất nhập khẩu y tế Domesco (2021), Hướng dẫn sử dụng thuốc Moxacin 500 mg (amoxicillin).

16. Phan Quốc Hoàng (2016), “Vi khuẩn kháng thuốc kháng sinh: thực trạng đáng báo động”, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, <http://benhvien108.vn/TinBai/2077/Vi-khuan-khang-thuoc-khang-sinh-Thuc-trang-dang-bao-dong>, truy cập 06/11/2017.

17. MIMS Drug Reference Việt Nam 2020.

Tiếng Anh

18. AAE (2017), Quick Reference Guide on Antibiotic Prophylaxis 2017 Update.

19. AAPD (2014), Guideline on Antibiotic Prophylaxis for Dental Patients at Risk for Infection.

20. AHA (2007), Prevention of Infective Endocarditis - Guidelines From the American Heart Association.

21. AHA (2016), Prevention of Infective (Bacterial) Endocarditis (wallet card).

22. BMJ (2018), BMJ Best Practice – Dental Abscess, BMJ, London, UK.

23. Department for Health and Ageing – Government of South Australia (2017), Surgical Antimicrobial Prophylaxis Clinical Guideline v2.0.

24. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2015), Antibiotic Prophylaxis in Oral Surgery for Prevention of Surgical Site Infection (2nd ed.), CPG, Putrajaya, Malaysia.

25. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2016), Management of Acute Orofacial Infection of Odontogenic Origin in Children (1st ed.), CPG, Putrajaya, Malaysia.

D17.0 - U MỠ LÀNH TÍNH CỦA DA VÀ MÔ DƯỚI DA Ở ĐẦU MẶT VÀ CỔ

L72.1 – KÉN Ở CHÂN LÔNG [U MỠ, U BÃ ĐẬU VÙNG HÀM MẶT]

1. ĐỊNH NGHĨA

- U mỡ là một lớp chất béo tích tụ dần dần dưới da, nằm giữa da và lớp cơ.
- U bã đậu là bọc chứa chất bã đậu ở lỗ chân lông.

2. NGUYÊN NHÂN

- Nguyên nhân gây u mỡ chưa được xác định rõ ràng. Tuy nhiên, rối loạn chuyển hóa mỡ và yếu tố di truyền có thể là hai nguyên nhân chính gây ra căn bệnh này. U mỡ thường có tính chất gia đình.
- Nguyên nhân gây u bã đậu là do tuyến bã ở lỗ chân lông không thoát, tích tụ mà thành.

3. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- U mỡ thường có dạng một bướu mềm, tròn nằm dưới da và không gây đau. U hơi nhão hoặc đàn hồi. Khi ấn nhẹ, có thể bị dịch chuyển sang những khu vực xung quanh dễ dàng. Thông thường u mỡ phát triển chậm.
- U bã đậu thường nổi trên mặt da, khi sờ vào thấy mềm hoặc chắc, thường không đau và có thể di động. U thường xuất hiện ở những vùng da tiết ra nhiều mồ hôi, chất nhờn.

2. Cận lâm sàng

- X quang thường quy: không có dấu hiệu đặc trưng.
- Xét nghiệm:
 - + Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi bằng máy đếm laser.
 - + Thời gian máu chảy phương pháp Duke, co cục máu đông, TQ, APTT.
 - + Định tính/định lượng CRP, kháng sinh đồ (nếu cần).
 - + Định lượng glucose máu: bệnh nhân ≥ 40 tuổi hoặc có tiền sử đái tháo đường.
 - + HbA1C: bệnh nhân có tiền sử đái tháo đường không làm xét nghiệm này trong vòng 3 tháng.
 - + Ion đồ: bệnh nhân có tiền sử bệnh liên quan đến ion đồ.
 - + Các xét nghiệm liên quan chức năng gan, thận, HIVAb test nhanh... (nếu cần).
- Đo điện tim: chỉ định đo điện tim thường trong các trường hợp:
 - + Tất cả bệnh nhân từ 40 tuổi trở lên.
 - + Bệnh nhân dưới 40 tuổi có tiền sử bệnh lý tim mạch, đái tháo đường.
 - + Tất cả bệnh nhân có chỉ định mổ mê.
- Các cận lâm sàng khác: X quang ngực thẳng... (nếu cần).

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

Phẫu thuật cắt u mỡ, u bã đậu để giải quyết vấn đề cản trở chức năng, thẩm mỹ và phòng ngừa viêm nhiễm.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Ngoại khoa

Phẫu thuật cắt bỏ u.

4.2.2. Nội khoa

4.2.2.1. Kháng sinh

– Trường hợp bội nhiễm nặng: sử dụng kháng sinh tiêm/truyền, duy trì và chuyển qua thuốc uống theo nguyên tắc xuống thang kháng sinh.

+ *Ampicillin/sulbactam* lọ 1 g: tiêm IM/IV

- Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: tiêm 1 – 2 g/lần mỗi 6 giờ x 10 – 14 ngày.
- Trẻ em < 12 tuổi: tiêm 50 - 100 mg/kg/ngày, chia mỗi 6 giờ một lần x 10 – 14 ngày.

+ Hoặc các *cephalosporins*: tiêm IM/IV

- Người lớn và và trẻ em ≥ 12 tuổi:
 - *Cefazolin* lọ 1 g: tiêm 1 – 2 g/lần mỗi 8 giờ x 10 – 14 ngày.
 - *Cefotaxime* lọ 1 g: tiêm 1 g/lần mỗi 12 giờ x 10 – 14 ngày.
 - *Ceftriaxone* lọ 1 g: tiêm 1 – 2 g/lần mỗi 24 giờ x 10 – 14 ngày.
 - *Cefuroxime* lọ 1 g: tiêm 750 mg – 1,5 g/lần mỗi 8 giờ x 10 – 14 ngày.
 - *Ceftazidime* lọ 1 g hoặc *cefepime* lọ 1 g: tiêm 1 – 2 g/lần mỗi 8 giờ x 10 – 14 ngày.
 - *Cefoperazone* lọ 1 g: tiêm 1 – 2 g/lần mỗi 12 giờ một lần x 10 – 14 ngày, đối với các nhiễm khuẩn nặng, có thể dùng đến 6 g/24 giờ, chia làm 2 – 4 lần.
- Trẻ em < 12 tuổi: tiêm 50 – 200 mg/kg/ngày, chia làm 2 – 4 lần x 10 – 14 ngày.

+ Hoặc *clindamycin* ống 150 mg/ml, 300 mg/2 ml, 600 mg/4 ml, 900 mg/6 ml: tiêm IM/IV

- Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: tiêm 600 mg/lần mỗi 8 giờ x 10 – 14 ngày.
- Trẻ em < 12 tuổi: tiêm 20 – 40 mg/kg/ngày, chia mỗi 6 – 12 giờ một lần x 10 – 14 ngày.

+ Hoặc các kháng sinh trên kết hợp với *metronidazole* chai 500 mg/100 ml: truyền IV

- Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: truyền 500 mg/lần, tốc độ tối đa 5 ml/phút (100 giọt/phút), mỗi 12 giờ một lần x 10 – 14 ngày.
- Trẻ em < 12 tuổi: 30 – 40 mg/kg/ngày, chia mỗi 6 – 12 giờ một lần x 10 – 14 ngày.

– Trường hợp bội nhiễm mức độ trung bình/nhẹ hoặc phẫu thuật các khối u có kích thước lớn: sử dụng kháng sinh đường uống

+ *Amoxicillin* viên 500 mg hoặc *amoxicillin/clavulanate* viên 875/125 mg:

- Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: 500 – 1000 mg/lần mỗi 8 giờ x 5 – 10 ngày.
- Trẻ em < 12 tuổi: 80 mg/kg/ngày, chia mỗi 8 giờ một lần x 5 – 10 ngày.

+ Hoặc các *cephalosporins*:

- Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi:
 - *Cephalexin* viên 500 mg: uống 500 mg/lần mỗi 6 giờ x 5 – 10 ngày.
 - *Cefuroxime* viên 500 mg: uống 500 – 1000 mg/lần mỗi 12 giờ x 5 – 10 ngày.
 - *Cefaclor* viên 500 mg: uống 500 mg/lần mỗi 8 giờ x 5 – 10 ngày.
- Trẻ em < 12 tuổi: 25 – 50 mg/kg/ngày, chia mỗi 8 giờ một lần x 5 – 10 ngày.

+ Hoặc *clindamycin* viên 150 mg:

- Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: uống 300 – 450 mg/lần mỗi 6 giờ x 5 – 10 ngày.
- Trẻ em < 12 tuổi: 8 – 25 mg/kg/ngày, chia mỗi 8 – 12 giờ một lần x 5 – 10 ngày.

+ Hoặc *spiramycin* viên 1,5 MIU (trẻ em), 3 MIU (người lớn):

- Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: uống 3 MIU/lần mỗi 8 – 12 giờ x 5 – 10 ngày.
- Trẻ em < 12 tuổi: uống 150.000 – 300.000 IU/kg/ngày, chia mỗi 8 – 12 giờ một lần x 5 – 10 ngày.

+ Hoặc các kháng sinh trên kết hợp với *metronidazole* viên 250 mg:

- Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: uống 500 mg/lần mỗi 12 giờ x 5 – 10 ngày.
- Trẻ em < 12 tuổi: uống 30 – 40 mg/kg/ngày, chia mỗi 6 – 12 giờ một lần x 5 – 10 ngày.

4.2.2.2. Kháng viêm

– Trường hợp nặng:

+ Corticoids:

- *Hydrocortisone* lọ 100 mg:
 - Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: 1 – 2 lọ x 2 lần/ngày, tiêm IV/IM x 5 – 7 ngày.
 - Trẻ em: 5 mg/kg/ngày, tiêm IV/IM x 5 – 7 ngày.
- Hoặc *dexamethasone* ống 4 mg: 1 – 2 ống, tiêm IV/IM x 5 – 7 ngày.

+ Hoặc NSAIDs: *diclofenac* ống 75 mg

- Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: 1 ống x 2 lần/ngày, tiêm IM x 5 – 7 ngày.
- Trẻ em < 12 tuổi: 1/2 ống x 2 lần/ngày, tiêm IM x 5 – 7 ngày.

– Trường hợp trung bình/nhẹ:

+ Corticoids:

- *Dexamethasone* 0,5 mg: uống 1 – 3 viên/ngày x 5 – 7 ngày.
- Hoặc *prednisolone* 5 mg: uống 5 – 20 mg/ngày x 5 – 7 ngày.
- Hoặc *methylprednisolone*: viên 4 mg uống 1 – 2 viên x 1 – 2 lần/ngày, viên 16 mg uống 1 viên x 1 – 2 lần ngày x 5 – 7 ngày.

+ Hoặc NSAIDs:

- *Diclofenac viên 50 mg, 75 mg*: người lớn uống 1 viên x 2 – 3 lần/ngày x 5 – 7 ngày.
- Hoặc *celecoxib 200 mg*: người lớn uống 1 viên x 2 lần/ngày x 5 – 7 ngày.
- Hoặc *etodolac 200 mg*: người lớn uống 1 viên x 2 lần/ngày x 5 – 7 ngày.
- Hoặc *meloxicam 7,5 mg*: người lớn uống 1 – 2 viên/ngày x 5 – 7 ngày.

4.2.2.3. Thuốc giảm đau, hạ sốt: paracetamol viên 150 mg, 325 mg, 500 mg, 650 mg (không dùng chung cùng NSAIDs)

– Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: uống 500 – 1000 mg/lần mỗi 4 – 8 giờ, tối đa 4000 mg/ngày. Đối với dạng viên nén giải phóng kéo dài, khoảng cách giữa hai lần dùng thuốc có thể là 8 giờ.

– Trẻ em < 12 tuổi: uống 10 – 15 mg/kg/lần mỗi 6 – 8 giờ, tối đa 60 mg/kg/ngày.

4.2.2.4. Thuốc nâng cao tổng trạng: vitamin C, Rutin C, vitamin 3B (B1, B6, B12), cân bằng nước, điện giải...

5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

– Phẫu thuật cắt bỏ u nếu thực hiện đúng kỹ thuật thì đều cho kết quả tốt, không tái phát.

5.2. Biến chứng

– Bội nhiễm: gây sưng tấy vùng phẫu thuật và ảnh hưởng đến chức năng, thẩm mỹ.

6. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

– Bệnh nhân tỉnh táo, tiếp xúc tốt.

– Tổng trạng khỏe.

– Dấu sinh hiệu ổn.

– U đã được lấy hết.

– Vùng phẫu thuật sạch, không chảy máu, không có dấu hiệu nhiễm trùng, không viêm hoặc chỉ viêm nhẹ, chỉ khâu còn nguyên vẹn (nếu có).

7. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN

7.1. Cấp cứu

– Cao huyết áp có tổn thương cơ quan đích tiến triển, không đáp ứng điều trị.

– Tiểu đường có biến chứng hôn mê nhiễm ceton acid hoặc tăng áp lực thẩm thấu.

– Không đáp ứng điều trị với kháng sinh, có nguy cơ sốc nhiễm trùng.

7.2. Không cấp cứu

– Bệnh nội khoa đi kèm: tâm thần, động kinh, các bệnh lý rối loạn đông máu, suy tim,..

– Bệnh nhân có bệnh lý ung thư đang điều trị hoặc vừa điều trị bằng hóa trị, xạ trị,...

– Vị trí u không thuận lợi khi phẫu thuật có thể gây tổn thương dây thần kinh.

8. PHÒNG BỆNH

– Khám sức khỏe định kỳ để phát hiện u sớm và điều trị kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Bộ Y tế (2002), Dược thư quốc gia Việt Nam, NXB Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2013), Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Răng Hàm Mặt.
3. Bộ Y tế (2015), Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt.
4. Bộ Y tế (2015), Hướng dẫn Sử dụng kháng sinh.
5. Bộ Y tế (2016), Hướng dẫn Thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện.
6. Hội Tim mạch học Việt Nam (2015), Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng tăng huyết áp 2015.
7. Công ty cổ phần cổ phần Dược Hậu Giang (2021), Hướng dẫn sử dụng thuốc Klamentin 875/125.
8. Công ty cổ phần Dược phẩm Khánh Hòa (2021), Hướng dẫn sử dụng thuốc Kamydazol.
9. Công ty cổ phần Dược phẩm Khánh Hòa (2021), Hướng dẫn sử dụng thuốc Spiramycin 3/1,5 MIU.
10. Công ty cổ phần Dược phẩm Trung ương Vidipha (2021), Hướng dẫn sử dụng thuốc Cefuroxim 500mg.
11. Công ty cổ phần Fresenius Kabi Việt Nam (2021), Hướng dẫn sử dụng thuốc Metronidazol kabi.
12. Công ty cổ phần Pymepharco (2021), Hướng dẫn sử dụng thuốc CERAPIX (cefoperazon 1g).
13. Công ty cổ phần Xuất nhập khẩu y tế Domesco (2021), Hướng dẫn sử dụng thuốc Zinmax-Domesco (cefuroxim 250 mg).
14. Công ty cổ phần dược phẩm Tenamyd (2021), Hướng dẫn sử dụng thuốc Zidimbiotic 500, 1000, 2000 (ceftazidime).
15. Công ty cổ phần Xuất nhập khẩu y tế Domesco (2021), Hướng dẫn sử dụng thuốc Moxacin 500 mg (amoxicillin).
16. Phan Quốc Hoàng (2016), “Vi khuẩn kháng thuốc kháng sinh: thực trạng đáng báo động”, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, <http://benhvien108.vn/TinBai/2077/Vi-khuan-khang-thuoc-khang-sinh-Thuc-trang-dang-bao-dong>, truy cập 06/11/2017.
17. MIMS Drug Reference Việt Nam 2020.

Tiếng Anh

18. AAE (2017), Quick Reference Guide on Antibiotic Prophylaxis 2017 Update.
19. AAPD (2014), Guideline on Antibiotic Prophylaxis for Dental Patients at Risk for Infection.
20. AHA (2007), Prevention of Infective Endocarditis - Guidelines From the American Heart Association.

21. AHA (2016), Prevention of Infective (Bacterial) Endocarditis (wallet card).
22. BMJ (2018), BMJ Best Practice – Dental Abscess, BMJ, London, UK.
23. Department for Health and Ageing – Government of South Australia (2017), Surgical Antimicrobial Prophylaxis Clinical Guideline v2.0.
24. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2015), Antibiotic Prophylaxis in Oral Surgery for Prevention of Surgical Site Infection (2nd ed.), CPG, Putrajaya, Malaysia.
25. Oral Health Division – Ministry of Health Malaysia (2016), Management of Acute Orofacial Infection of Odontogenic Origin in Children (1st ed.), CPG, Putrajaya, Malaysia.

K04.1 – HOẠI TỬ TỦY RĂNG

1. ĐỊNH NGHĨA

Hoại tử tủy răng là tình trạng tủy răng và thần kinh trong hệ thống tủy răng bị chết. Hoại tử tủy răng thường là hậu quả của nhiều trường hợp chấn thương răng, sâu răng và viêm tủy răng không hồi phục.

2. NGUYÊN NHÂN

- Vi khuẩn: thường xâm nhập vào tủy qua lỗ sâu. Phản ứng viêm thường xuất hiện khi các vi khuẩn gây sâu răng xâm nhập vào tủy qua ống ngà. Vi khuẩn cũng có thể xâm nhập vào mô tủy qua ống ngà nếu có hiện tượng mòn răng - răng, nứt, rạn vỡ....
- Nhân tố hóa học: các chất hoá học có thể tác động trực tiếp tới vùng hở tủy hoặc có thể khuếch tán qua ngà răng đã thay đổi tính thấm sau trám.
- Kích thích vật lý: áp lực, tốc độ, kích thước mũi khoan cũng như nhiệt độ trong quá trình tạo xoang trám ảnh hưởng đến mô tủy.
- Chấn thương: là hiện tượng đau tủy có thể xảy ra khi tăng hoặc giảm áp lực đột ngột.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

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

3.2. Cận lâm sàng

Phim X quang: X quang quanh chóp, X quang toàn cảnh,... dây chằng nha chu có thể bình thường hay hơi dày lên.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nội khoa: Trường hợp bệnh nhân đau nhức, ăn uống kém, cần sử dụng các thuốc:

- Kháng viêm NSAIDs:
 - + *Diclofenac* viên 50 mg, 75 mg: người lớn uống 1 viên x 2 – 3 lần/ngày x 3 – 5 ngày.
 - + Hoặc *celecoxib* 200 mg: người lớn uống 1 viên x 2 lần/ngày x 3 – 5 ngày.
 - + Hoặc *etodolac* 200 mg: người lớn uống 1 viên x 2 lần/ngày x 3 – 5 ngày.
 - + Hoặc *meloxicam* 7,5 mg: người lớn uống 1 – 2 viên/ngày x 3 – 5 ngày.
- Thuốc giảm đau: *paracetamol* viên 150 mg, 325 mg, 500 mg, 650 mg (không dùng chung cùng NSAIDs)
 - + Người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi: uống 500 – 1000 mg/lần mỗi 4 – 8 giờ, tối đa 4000 mg/ngày. Đối với dạng viên nén giải phóng kéo dài, khoảng cách giữa hai lần dùng thuốc có thể là 8 giờ.
 - + Trẻ em < 12 tuổi: uống 10 – 15 mg/kg/lần mỗi 6 – 8 giờ, tối đa 60 mg/kg/ngày.
- Thuốc nâng cao tổng trạng: *vitamin C*, *vitamin 3B (B1, B6, B12)*...

4.2. Điều trị nội nha

Điều trị tùy lấy tùy toàn bộ.

5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

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

6. TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

Khám răng định kỳ 6 tháng 1 lần, điều trị bệnh lý tùy kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Bộ Y tế (2002), *Dược thư quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2013), *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Răng Hàm Mặt*.
3. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt*.
4. MIMS Drug Reference Việt Nam 2020.