

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI
VIỆN ĐÀO TẠO RĂNG HÀM MẶT

RĂNG TRẺ EM[?]

(DÙNG CHO SINH VIÊN RĂNG HÀM MẶT)

NHÀ XUẤT BẢN GIÁO DỤC VIỆT NAM

Chủ biên:

TS. VÕ TRƯỜNG NHƯNGỌC

Tham gia biên soạn:

ThS. TRẦN THỊ MỸ HẠNH

ThS. ĐÀO THỊ HẰNG NGA

TS. VÕ TRƯỜNG NHƯNGỌC

Thư ký biên soạn:

ThS.BS. LƯƠNG MINH HẰNG

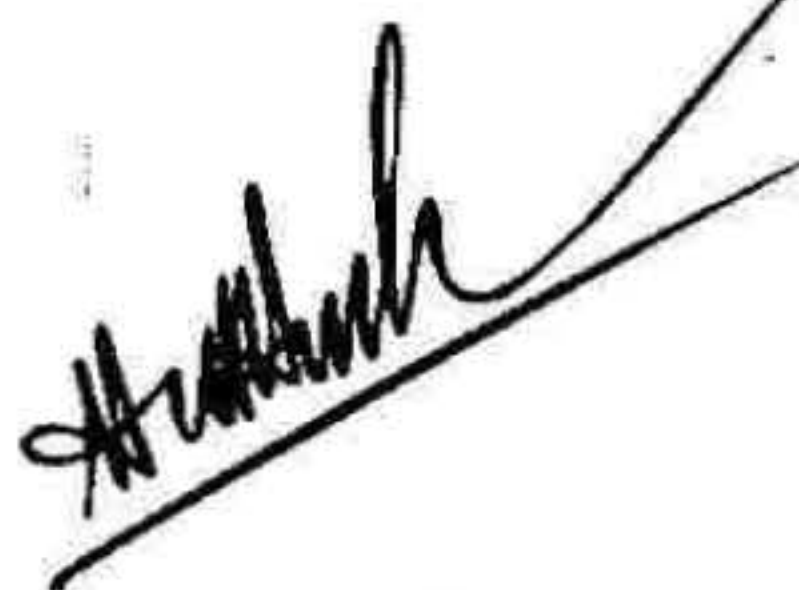
LỜI GIỚI THIỆU

Nhân kỷ niệm 110 năm thành lập Trường Đại học Y Hà Nội (1902 – 2012), Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt đã tổ chức biên soạn và cho ra mắt bộ sách giáo khoa dành cho sinh viên Răng Hàm Mặt. Trong bộ sách, các tác giả biên soạn theo phương châm: kiến thức cơ bản, hệ thống, nội dung chính xác, khoa học, cập nhật các tiến bộ khoa học, kỹ thuật hiện đại và thực tiễn Việt Nam. Nội dung của bộ sách được biên soạn dựa trên chương trình khung Đào tạo bác sĩ Răng Hàm Mặt của Bộ Y tế và Bộ Giáo dục – Đào tạo.

Bộ sách là kết quả làm việc miệt mài, tận tụy, đầy trách nhiệm của tập thể giảng viên Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, kể cả các giảng viên kiêm nhiệm. Chúng tôi đánh giá rất cao bộ sách này.

Chúng tôi trân trọng giới thiệu bộ sách này tới các sinh viên Răng Hàm Mặt và các đồng nghiệp cùng đồng đảo bạn đọc trong và ngoài ngành quan tâm.

HIỆU TRƯỞNG



PGS.TS. NGUYỄN ĐỨC HÌNH

LỜI NÓI ĐẦU

Trẻ em không thể coi là một người lớn thu nhỏ. Thuyết phục và kiểm soát bệnh nhân trẻ em đòi hỏi phải có nhiều kỹ năng và cố gắng đặc biệt. Các bác sĩ răng trẻ em cần luôn nâng cao kỹ năng trong công việc tiếp xúc với trẻ nhỏ thường xuyên. Đây quả là một thử thách lớn mà một số ít bác sĩ dám theo đuổi.

Răng trẻ em, trong thời kỳ đầu, thường chủ yếu chỉ thực hiện các kỹ thuật liên quan đến nhổ răng và trám răng. Hiện nay, xu hướng đã chuyển từ nhổ răng sang điều trị bảo tồn và can thiệp dự phòng. Khái niệm răng trẻ em hiện đại và xu hướng phát triển hiện nay là những can thiệp dự phòng và nha khoa can thiệp tối thiểu.

Bác sĩ chuyên khoa răng trẻ em có cơ hội theo dõi trẻ trong suốt giai đoạn hình thành và phát triển răng – hàm của trẻ, do vậy có vai trò lớn trong việc can thiệp đến sự phát triển và giảm nguy cơ mắc bệnh của trẻ.

Chúng tôi biên soạn một cuốn sách Răng trẻ em tương đối toàn diện và cơ bản về một số vấn đề răng miệng của trẻ em dựa trên cơ sở cập nhật các kiến thức răng miệng hiện đại. Nhiều vấn đề chuyên sâu khác về Răng trẻ em còn chưa được đề cập đến ở đây. Mặc dù, nhóm biên soạn đã rất cố gắng nhưng cũng không thể tránh khỏi những khiếm khuyết và thiếu sót, chúng tôi rất mong nhận được sự góp ý của quý Thầy, Cô, các bạn đồng nghiệp và bạn đọc gần xa để cuốn sách được hoàn thiện hơn trong những lần xuất bản sau.

Xin trân trọng cảm ơn!

Thay mặt các tác giả

Chủ biên

TS. VÕ TRƯƠNG NHƯ NGỌC

MỤC LỤC

Lời giới thiệu	3
Lời nói đầu	5
Bài 1. Đại cương về nha khoa trẻ em	9
<i>TS. Võ Trương Như Ngọc</i>	
Bài 2. Sự phát triển thể chất, vận động và tâm lý ở trẻ em.....	19
<i>ThS. Trần Thị Mỹ Hạnh</i>	
Bài 3. Ứng xử trẻ em trong điều trị nha khoa.....	32
<i>ThS. Trần Thị Mỹ Hạnh</i>	
Bài 4. Sự hình thành và phát triển cung răng sữa.....	39
<i>TS. Võ Trương Như Ngọc</i>	
Bài 5. Sự hình thành và phát triển cung răng vĩnh viễn	55
<i>TS. Võ Trương Như Ngọc</i>	
Bài 6. Các bất thường trong quá trình phát triển răng.....	67
<i>ThS. Đào Thị Hằng Nga</i>	
Bài 7. Bệnh sâu răng ở trẻ em	97
<i>ThS. Đào Thị Hằng Nga</i>	
Bài 8. Trám bít hố rãnh	128
<i>ThS. Đào Thị Hằng Nga</i>	
Bài 9. Chấn thương răng trẻ em	140
<i>TS. Võ Trương Như Ngọc</i>	
Bài 10. Bệnh vùng quanh răng ở trẻ em.....	156
<i>ThS. Trần Thị Mỹ Hạnh</i>	
Bài 11. Điều trị phục hồi răng sữa	179
<i>ThS. Đào Thị Hằng Nga</i>	
<i>TS. Võ Trương Như Ngọc</i>	
Bài 12. Những thói quen xấu về răng miệng.....	192
<i>ThS. Đào Thị Hằng Nga</i>	
Bài 13. Hàm giữ khoảng	209
<i>ThS. Trần Thị Mỹ Hạnh</i>	
<i>TS. Võ Trương Như Ngọc</i>	

Bài 14. Bệnh lý tuỷ răng sữa	220
<i>TS. Võ Trương Như Ngọc</i>	
Bài 15. Điều trị tuỷ răng sữa	229
<i>TS. Võ Trương Như Ngọc</i>	
Bài 16. Các phương pháp vô cảm ở trẻ em.....	250
<i>TS. Võ Trương Như Ngọc</i>	
Bài 17. Chăm sóc răng miệng ở trẻ em đặc biệt	262
<i>TS. Võ Trương Như Ngọc</i>	
Bài 18. Điều trị tuỷ các răng vĩnh viễn chưa đóng chóp.....	296
<i>TS. Võ Trương Như Ngọc</i>	
Đáp án	305

ĐẠI CƯƠNG VỀ NHA KHOA TRẺ EM

MỤC TIÊU

1. Trình bày được đối tượng, mục tiêu của chuyên ngành Răng trẻ em.
2. Trình bày được trách nhiệm của bác sĩ răng trẻ em.
3. Trình bày được những điểm khác biệt giữa trẻ em và người lớn.

Trẻ em không thể coi là một người lớn thu nhỏ. Thuyết phục và kiểm soát bệnh nhân trẻ em đòi hỏi phải có nhiều kỹ năng và cố gắng. Các bác sĩ chuyên khoa răng trẻ em cần luôn nâng cao kỹ năng trong công việc phải tiếp xúc với trẻ nhỏ thường xuyên. Đây quả là một thử thách lớn mà một số ít bác sĩ dám theo đuổi.

Răng trẻ em, trong thời kỳ đầu, thường chủ yếu chỉ thực hiện các kỹ thuật liên quan đến nhổ răng và trám răng. Hiện nay, xu hướng đã chuyển từ nhổ răng sang điều trị bảo tồn và can thiệp dự phòng. Khái niệm răng trẻ em hiện đại và xu hướng phát triển hiện nay là những can thiệp dự phòng và nha khoa can thiệp tối thiểu.

Bác sĩ chuyên khoa răng trẻ em có cơ hội theo dõi trẻ trong suốt giai đoạn hình thành và phát triển răng – hàm của trẻ, do vậy có vai trò lớn trong việc can thiệp đến sự phát triển và giảm nguy cơ mắc bệnh của trẻ.

1. KHÁI NIỆM RĂNG TRẺ EM

Theo Stewart, Barber, Troutman và Wei (1982): “Răng trẻ em là những thực hành và giáo dục về chăm sóc răng miệng toàn diện trong dự phòng và điều trị cho trẻ từ khi sinh ra đến tuổi vị thành niên. Bao gồm cả chăm sóc cho các bệnh nhân đặc biệt có vấn đề về thần kinh và tâm sinh lý”.

Theo Hiệp hội Răng trẻ em Mỹ (1999): “Răng trẻ em là khái niệm chuyên biệt về tuổi, bao gồm chăm sóc răng miệng ban đầu và chuyên khoa, toàn diện cả về điều trị và dự phòng cho trẻ sơ sinh và trẻ em đến tuổi vị thành niên, bao gồm cả những trẻ có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt”.

(Trích từ: Cuốn sách đầu tiên về các vấn đề nha khoa và kiểm soát ở trẻ em, xuất bản năm 1924; Hiệp hội phát triển Răng trẻ em Mỹ, thành lập tại Detroit năm 1927. Sau này đổi tên thành Hiệp hội Răng trẻ em Mỹ vào năm 1940 và thành Viện Răng trẻ em Mỹ (1984)).

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ MỤC TIÊU CỦA THỰC HÀNH RĂNG TRẺ EM

Đối tượng và mục tiêu thực hành răng trẻ em là các vấn đề sau:

1. Các dịch vụ cho trẻ nhỏ cần tập trung cho việc đem lại lợi ích tốt nhất đối với trẻ trong thời điểm hiện tại cũng như quá trình phát triển sau này của trẻ.
2. Trẻ nên được điều trị toàn diện. Phải nỗ lực để xem xét các vấn đề về sức khoẻ nói chung và sức khoẻ răng miệng trong mối liên quan với nhau.
3. Dự phòng các bệnh răng miệng phải là ưu tiên hàng đầu và nên được thực hiện từ trước khi sinh, trong quá trình mang thai.
4. Giáo dục cho cha mẹ về tầm quan trọng của răng sữa, điều trị nha khoa và bảo tồn răng.
5. Sự phát triển của răng sữa và hàm cần được kiểm tra định kỳ để những can thiệp đến sự hình thành và phát triển của khớp cắn được thực hiện kịp thời.
6. Điều trị các nhiễm khuẩn và đau trong nha khoa.
7. Điều trị để đạt được và duy trì thẩm mỹ răng-hàm.
8. Phát triển ngân hàng thông tin cá nhân, điều này rất quan trọng và được thực hiện bằng cách cập nhật thường xuyên kiến thức về lý thuyết và lâm sàng.

3. TRÁCH NHIỆM CỦA CHUYÊN NGÀNH RĂNG TRẺ EM

Chuyên ngành Răng trẻ em có các trách nhiệm sau:

1. Các bác sĩ chuyên khoa răng trẻ em thực hiện các kỹ thuật, công nghệ, quy trình và kỹ năng khác nhau, phù hợp để tạo lập được tình trạng sức khoẻ răng miệng tốt nhất.
2. Răng trẻ em chỉ chuyên biệt về độ tuổi, không có chuyên biệt về công nghệ hay bệnh đặc biệt nào.
3. Khi tiếp cận được với trẻ, các bác sĩ răng trẻ em có thể kiểm soát sự phát triển và các vấn đề phát sinh ở trẻ.
4. Các bác sĩ răng trẻ em còn đảm nhận việc đáp ứng nhu cầu điều trị của các trẻ đặc biệt, các trẻ khuyết tật về thể chất và tinh thần.
5. Các bác sĩ răng trẻ em tham gia điều trị trẻ có khe hở môi vòm miệng cùng với các chuyên ngành khác.

4. SỰ KHÁC NHAU GIỮA BỆNH NHÂN TRẺ EM VÀ NGƯỜI LỚN

Bệnh nhân trẻ em đều đang ở trong giai đoạn phát triển mạnh mẽ của cơ thể, có nhiều thay đổi. Ba đặc trưng lớn ở bệnh nhân trẻ em khác với bệnh nhân người lớn là:

1. Khác biệt về giải phẫu và sinh lý.
2. Khác biệt về dược động học.
3. Khác biệt về tâm lý.

4.1. Khác biệt về giải phẫu và sinh lý

Các khác biệt chủ yếu về kích thước cơ thể, dịch cơ thể, hệ thống hô hấp, tuần hoàn và tiết niệu.

4.1.1. Kích thước cơ thể

– Chỉ cần một hàm lượng nhỏ thuốc để đạt được nồng độ hiệu quả của thuốc trong huyết tương, nhưng cũng chỉ cần một hàm lượng nhỏ thuốc cũng đủ để gây độc cho trẻ do kích thước cơ thể nhỏ.

– Chiều cao, cân nặng của trẻ đều nhỏ hơn ở người lớn, nhưng tỷ lệ giữa các phần cơ thể của trẻ cũng khác với người lớn.

– Tỷ lệ diện tích bề mặt cơ thể với cân nặng ở trẻ mới sinh lớn gấp bảy lần so với người lớn. Rất nhiều các chức năng sinh lý phụ thuộc vào tỷ lệ này, đây có thể là lý do mà nhiều chuyên gia muốn sử dụng khái niệm diện tích bề mặt cơ thể.

– Bệnh nhân càng nhỏ tuổi thì mức độ trao đổi chất cơ bản càng cao, lượng oxy tiêu thụ và nhu cầu cung cấp dịch cho cơ thể trong một giờ càng lớn.

Cân nặng của trẻ tăng khoảng 20 lần từ khi sinh đến giai đoạn trưởng thành trong khi chiều cao chỉ tăng 3,5 lần.

4.1.2. Các dịch cơ thể

– Trẻ em có tỷ lệ nước trong cơ thể lớn hơn người lớn. Khối lượng nước toàn bộ ở trẻ chiếm 80% tổng trọng lượng của cơ thể, trong khi ở người lớn là 50 – 60%. Điều này ảnh hưởng đến liều lượng tối đa của các thuốc hoà tan trong nước khi dùng cho trẻ. Cần liều lượng lớn hơn để có tác dụng do thuốc bị phân tán vào một đơn vị thể tích hấp thụ lớn hơn.

– Tổng lượng chất béo của cơ thể có sự khác nhau giữa trẻ em và người lớn:

Hàm lượng mỡ của trẻ đẻ non chiếm khoảng 1% tổng trọng lượng cơ thể, trong khi ở trẻ đẻ đủ tháng tỷ lệ này là 16%. Ở trẻ được một năm tuổi, hàm lượng mỡ chiếm khoảng 22% trọng lượng cơ thể, ở trẻ 4 – 5 tuổi là 12% và ở trẻ 10 – 11 tuổi là 18 – 20 % trọng lượng cơ thể.

Trẻ có hàm lượng chất béo thấp cần hàm lượng thuốc nhỏ hơn để đủ có tác dụng. Các thuốc hoà tan trong lipid như barbiturate và diazepam có thể cần hàm lượng cao cho trẻ bị béo phì do thuốc bị phân tán dẫn đến giảm tác dụng thuốc.

4.1.3. Hệ thống hô hấp

– Tỷ lệ đầu tương đối lớn, đường thông khí qua mũi hẹp, đường kính thanh, khí quản nhỏ làm tăng nguy cơ tắc nghẽn thông khí ở trẻ. Tỷ lệ kích thước lưới khá lớn, mô bạch huyết khối lượng lớn, mô sợi của thanh quản lỏng lẻo càng làm tăng cản trở đối với đường thông khí. Đây là nguyên nhân gây khó khăn khi gây mê, tiền mê hay các cấp cứu về hô hấp ở trẻ em.

– Trẻ em có lồng ngực nhỏ hơn và xương ức cũng mềm hơn tạo bộ khung kém chắc chắn cho xương sườn và các cơ gian sườn. Các xương sườn nằm ngang hơn so với người lớn và biên độ nở rộng lồng ngực cũng hạn chế hơn so với xương sườn cong theo chiều đứng dọc ở người lớn.

– Khả năng mất bù ở trẻ em rất lớn, do khó tăng thông khí nhờ gia tăng thể tích lồng ngực. Trẻ phụ thuộc nhiều hơn vào hoạt động của cơ hoành – cơ có vai trò hô hấp chính ở trẻ. Do vậy, chăm sóc cho trẻ cần tránh cản trở hoạt động của cơ hoành như để trẻ nằm đầu thấp hay nằm ngửa, các cơ quan trong ổ bụng sẽ đè nén lên cơ hoành.

– Nhịp thở ở trẻ cao hơn người lớn do mức chuyển hoá cao.

– Mức độ trao đổi chất cơ bản (BMR) ở trẻ gấp hai lần người lớn, nhu cầu oxy tiêu thụ cao và tạo ra nhiều carbondioxyd.

Nhịp thở:

– Trẻ mới sinh: 30 – 60 lần/ phút.

– Trẻ 1 tuổi: 20 – 35 lần/ phút.

– Trẻ 5 tuổi: 20 – 25 lần/ phút.

– Trẻ 15 tuổi: 15 – 20 lần/ phút.

– Người lớn: 12 – 20 lần/ phút.

4.1.4. Hệ thống tuần hoàn

– Tỷ lệ máu trong cơ thể của trẻ lớn và giảm dần theo tuổi. Ở trẻ mới sinh tỷ lệ máu là 85mL/kg còn ở người lớn tỷ lệ này là 70mL/kg.

– Nhịp tim cao nhất ở trẻ sơ sinh.

– Tiếng tim do phó giao cảm (ngoại tâm thu sinh lý) ở trẻ em thường rõ do hệ thần kinh tự chủ còn kém phát triển. Bất kỳ một tác động nào lên thần kinh phó giao cảm như tác động đường thông khí (đặt nội khí quản), bàng quang căng, ấn lên mắt đều làm giảm nhịp tim. Vì những lý do trên mà khi gây mê ở trẻ, cần sử dụng các chất chẹn phó giao cảm như atropin.

– Ở trẻ mới sinh, tuần hoàn ngoại vi rất kém phát triển nên đặc biệt lưu ý khi dùng các thuốc tiêm bắp vì thuốc kém hấp thụ.

– Ở trẻ, lưu lượng máu cung cấp cho não chiếm khoảng 40% lưu lượng tuần hoàn. Tỷ lệ này ở người lớn là khoảng 29%.

Nhịp tim:

– Trẻ sơ sinh: 115 – 170 nhịp/ phút.

– Trẻ 1 tuổi : 90 – 135 nhịp/ phút.

– Trẻ 5 tuổi : 80 – 120 nhịp/ phút.

– Trẻ 15 tuổi: 70 – 100 nhịp/ phút.

– Người lớn : 70 nhịp/ phút.

Áp lực tâm thu:

- Trẻ sơ sinh: 60 – 75mmHg.
- Trẻ 1 tuổi : 96mmHg.
- Trẻ 5 tuổi : 100mmHg.
- Trẻ 15 tuổi: 120mmHg.
- Người lớn : 120 – 125mmHg.

4.1.5. Hệ thống tiết niệu

- Độ tập trung nước tiểu tại thận của trẻ mới sinh rất thấp. Vì vậy, nhu cầu bổ sung nước tự do ở trẻ sơ sinh rất lớn. Trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ rất dễ rơi vào tình trạng mất nước.

- Mức độ lọc của cầu thận (GFR) ở trẻ sơ sinh bằng khoảng 30 – 50% người lớn do cầu thận kém phát triển cũng như áp lực máu thấp. Do đó, ở trẻ em các thuốc đào thải chủ yếu do quá trình lọc của cầu thận sẽ có thời gian bán thải chậm (chậm khoảng 50%). Ví dụ như các thuốc kháng sinh nhóm Aminoglycoside, Digoxin và Curare. GFR ở trẻ sẽ bằng mức độ ở người lớn khi trẻ được khoảng 3 – 6 tháng tuổi.

- Quá trình bài tiết và tái hấp thụ ở quai thận có sự khác biệt và đạt mức độ của người trưởng thành trong vài tháng đầu đời của trẻ.

4.2. Khác biệt về dược động học

Dược động học là một quá trình động của chuyển hoá thuốc. Bao gồm hấp thụ, phân tán, chuyển hoá và đào thải thuốc. Nó quyết định nồng độ thuốc trong huyết tương, thời gian tác dụng của thuốc, tác dụng và độc tố của thuốc.

Các yếu tố ảnh hưởng đến động năng của thuốc:

- Dạng và liều lượng của thuốc.
- Khả năng hoà tan trong lipid.
- Tỷ lệ trao đổi chất.
- Thể tích phân bố.

4.2.1. Hấp thụ thuốc

- Sự hấp thụ nitrous oxid qua phổi ở trẻ sơ sinh nhanh hơn do lượng máu cung cấp nhiều, thông khí qua phế nang tốt và Tỷ lệ bão hoà các mô cơ quan cao.

- Các thuốc dùng tại chỗ được hấp thụ nhanh chóng và hoàn toàn do độ thấm cao và tuyến bã kém phát triển ở trẻ.

- Thời gian làm trống dạ dày ở trẻ mới sinh là 6 – 8 giờ, so với 2 giờ ở người lớn. Trẻ nhỏ có độ pH dạ dày thấp, làm tăng hấp thụ những thuốc acid yếu như penicillin, trong khi lại làm chậm hấp thụ các thuốc là base yếu như diazepam và

theophyllin. Các nhu động ruột làm chậm thời gian lưu chuyển qua ruột non của trẻ sơ sinh khiến các thuốc chậm hấp thu tạo được tác dụng đầy đủ. Ở trẻ sự tăng hấp thu thuốc nhờ quá trình vận chuyển tích cực của niêm mạc ruột là không đáng kể.

4.2.2. Phân bố thuốc

– Trẻ mới sinh và trẻ sơ sinh có nồng độ protein huyết tương giảm, đặc biệt là albumin. Điều này làm giảm mức độ liên kết của thuốc với protein, khiến dạng tự do của thuốc (dạng có tác dụng dược lý) có nồng độ trong huyết tương cao. Các thuốc có khả năng liên kết cao với protein sẽ ảnh hưởng đến khả năng liên kết với protein của các thuốc khác. Các hợp chất gắn giống bilirubin như sulfonamide, vitamin K được biết có tác dụng làm bilirubin không gắn được với protein. Điều này làm tăng nồng độ bilirubin trong máu, dẫn tới phá huỷ tổ chức não.

– Ở trẻ, thuốc dễ dàng thấm qua hàng rào máu não do độ thấm qua màng cao và lượng myelin của mô thần kinh còn ít. Điều này có lợi khi thuốc kháng sinh cần tác động đến hệ thần kinh trung ương, nhưng sẽ bất lợi khi hệ thần kinh trung ương quá mẫn cảm với các thuốc ức chế thần kinh trung ương như thuốc ngủ.

– Trẻ em cần thuốc gây mê theo đường hô hấp lớn hơn do các receptor kém nhạy cảm với thuốc. Độ nhạy cảm này thay đổi theo sự phát triển của trẻ. Ngoài điều này ra, trẻ thường có độ nhạy cảm cao với các thuốc do đó có nguy cơ ngộ độc thuốc cao.

4.2.3. Chuyển hoá thuốc

– Ở trẻ em, các enzym chuyển hoá thuốc hầu như chưa được gan tạo ra hoặc tạo ra rất ít, hoặc được tổng hợp ở nhiều giai đoạn khác nhau chưa hoàn thiện.

– Tỷ lệ chất oxy hoá thấp làm kéo dài tác dụng của diazepam, phenytoin và các thuốc khác.

– Sự liên kết kém làm kéo dài tác dụng của amphetamine và phenacetin.

– Ở trẻ mới sinh, nồng độ của enzym vận chuyển nhóm chức đường hoá thấp, làm giảm khả năng giải độc kháng sinh chloramphenicol, morphin và steroid, do đó làm tăng độ nhạy cảm của trẻ đối với những thuốc này. Hàm lượng các enzyme này đạt nồng độ như của người trưởng thành khi trẻ được khoảng một tuổi.

– Nồng độ pseudocholinesterase ở trẻ trong vài tháng đầu sau sinh chỉ bằng 60% mức bình thường.

4.2.4. Đào thải thuốc

Ở trẻ mới sinh, khả năng thanh lọc các thuốc và độ tập trung của nước tiểu thấp dẫn tới kéo dài tác dụng của các thuốc đào thải chủ yếu qua thận như ampicilin,...

4.3. Khác biệt về tâm lý

– Sự khác nhau cơ bản giữa điều trị cho trẻ em và điều trị cho người lớn là ở mối quan hệ trong quá trình điều trị. Nếu như điều trị cho người lớn, mối quan hệ giữa nha sĩ và bệnh nhân là một đối một, thì mối quan hệ này ở điều trị cho trẻ em là một người với nhiều người. Nha sĩ không chỉ tập trung vào một mình trẻ mà cũng cần phải có liên hệ với bố mẹ của trẻ. Điều này được minh hoạ bằng tam giác điều trị trong răng trẻ em của Wright. Trẻ được đặt ở đỉnh của tam giác và là tâm điểm chú ý của cả nha sĩ và bố mẹ trẻ. Có mối tương tác giữa cả ba đối tượng, gần đây yếu tố xã hội cũng được đưa vào sơ đồ. Các tác động của môi trường xung quanh đến trẻ cũng cần được xem xét khi lựa chọn phương thức điều trị.

1. Trẻ có những sợ hãi vô cớ.
2. Trẻ không biết giải thích.
3. Cách kiểm soát hành vi đối với trẻ ở các độ tuổi và hiểu biết khác nhau cần được thay đổi khác nhau.
4. Trẻ có sự tập trung trong thời gian ngắn. Do đó, thời gian cho một buổi điều trị tuyệt đối không nên kéo dài quá 20 – 30 phút.
5. Thời điểm cho các buổi thăm khám nên vào buổi sáng hoặc tránh giờ nghỉ của trẻ.
6. Bệnh nhân người lớn thường đến điều trị theo nhu cầu của chính bản thân mình trong khi trẻ phải đi khám nha sĩ theo mong muốn của bố mẹ.

5. CÁC QUY TRÌNH CƠ BẢN TRONG DÙNG THUỐC CHO TRẺ

– Hệ thống đo lường chính xác nên được sử dụng thay vì hệ thống đo lường của nhà sản xuất. Thay vì định lượng một thìa, dùng định lượng là 15mL.

– Ở trẻ càng nhỏ, các đáp ứng với thuốc càng ít điển hình và độc tính của thuốc càng cao.

– Ở bệnh nhân trẻ em, mức độ mê sâu trong gây mê thấp.

– Kiểm hoá hô hấp giai đoạn đầu của ngộ độc salicylate thường gặp ở trẻ lớn hay người trưởng thành, lại rất hiếm khi xảy ra hay tồn tại trong một thời gian ngắn ở trẻ sơ sinh.

– Hàng rào máu não chưa phát triển đầy đủ hay sự khác nhau về hàm lượng enzym chuyển hoá thuốc khiến đáp ứng của trẻ với thuốc khác nhau theo tuổi.

– Trẻ càng nhỏ biểu hiện bệnh càng ít điển hình.

– Các cơn tai biến ở trẻ được đặc trưng bởi cơn ngừng thở hoặc mất vận động.

– Các động kinh cơn ngắn thật sự thường hiếm gặp ở trẻ dưới 2 tuổi và trẻ lớn hơn 20 tuổi.

– Các điều trị lâu ngày với các thuốc tác động đến hệ thống nội tiết làm chậm sự phát triển. Một liều lượng lớn corticoid làm chậm quá trình phát triển.

– Sử dụng quá mức các loại xirô hay dung dịch thuốc pha chế có đường sẽ ảnh hưởng xấu đến răng. Do vậy, cần phải tránh tối đa sử dụng các loại thuốc này, đặc biệt về đêm.

– Trong khi gây mê bằng nitrous oxyde, cần phải cung cấp oxy nồng độ tối thiểu là 20%.

– Dị ứng thường mạnh ở trẻ nhỏ và giảm dần khi trẻ trên 15 tuổi.

– **Nước súc miệng:** Chú ý không dùng nước súc miệng cho trẻ em < 30 ngày tuổi vì trẻ chưa có phản xạ nhổ. Phần lớn các dung dịch súc miệng đều có cồn nồng độ cao, do vậy thường không được dùng cho trẻ em < 6 tuổi, nước súc miệng cho trẻ em nhỏ là các loại không có cồn. Trong trường hợp nhổ răng sữa đã tiêu chân không cần thiết phải cho trẻ súc miệng, trường hợp nhổ răng vĩnh viễn thì có thể.

Các thuốc cần tránh ở trẻ em:

– Chloramphenicol: Có tác dụng ức chế tuỷ xương.

– AIS là dẫn xuất của cortisone có thể ức chế sự phát triển và liền sẹo, suy giảm miễn dịch, suy thượng thận, tích nước, làm trầm trọng bệnh đái tháo đường. Tuy nhiên nó có thể được chỉ định đúng thời điểm.

– Tetracyclin: chống chỉ định dùng trước 8 tuổi.

– Sulfamide: hay dị ứng và gây suy thận. Thường được chỉ định trong trường hợp viêm màng não và viêm phổi.

– Các công thức tính liều có thể là của Young's, Cowling, Clark. Để gây mê, công thức của Young và Clarke được sử dụng.

$$\text{Công thức của Young} = \frac{\text{Tuổi của trẻ} \times \text{liều của người lớn}}{\text{Tuổi của trẻ} + 12}$$

$$\text{Công thức của Clarke} = \frac{\text{Cân nặng của trẻ (kg)} \times \text{liều của người lớn}}{150}$$

– Các công thức để tính liều uống:

+ Công thức của Catzel:

$$\text{Liều trẻ em} = \frac{\text{Liều người lớn} \times \text{Cân nặng trẻ} \times K}{\text{Cân nặng người lớn (70kg)}}$$

K: 2: trẻ < 1 năm tuổi.

1,5: trẻ 1 – 12 tuổi.

1,25: trẻ 12 – 18 tuổi.

+ Công thức của Henneket:

$$\text{Liều trẻ em} = \frac{\text{Liều người lớn} \times \text{Cân nặng trẻ} \times K}{\text{Cân nặng người lớn (70kg)}}$$

K: 2,5: từ 0 – 6 tuổi.

2: 7 – 16 tuổi.

1,5: 17 – 36 tuổi.

1,25: 37 – 56 tuổi.

– Tham chiếu theo diện tích da:

$$\text{Liều trẻ em/kg} = \text{Liều người lớn/kg} \times \frac{\text{Bề mặt cơ thể trẻ (m}^2\text{)} \times 70}{\text{Cân nặng của trẻ (kg)} \times 1,73}$$

$$\text{Bề mặt cơ thể} = (4P + 7) / (P + 90).$$

6. TRÁCH NHIỆM CỦA BÁC SĨ RĂNG TRẺ EM

Với bệnh nhân:

- Thăm khám đánh giá cẩn thận, lên kế hoạch và thực hiện điều trị chính xác.
- Điều trị cho bệnh nhân bằng hết khả năng của mình.
- Phí điều trị hợp lý.
- Phải giao tiếp tốt với trẻ, kiểm soát được trẻ.
- Mục đích cao nhất là dự phòng bệnh.
- Tuyên truyền về sức khỏe răng miệng tốt và sức khỏe răng miệng tốt ở trẻ giúp cho phát triển sức khỏe sau này.

Với quốc gia:

– Dẫn dắt các chương trình cộng đồng giúp phát triển sức khỏe răng trẻ em và duy trì kết quả tốt. Cần giúp cho cộng đồng hiểu rằng bộ răng sữa là tấm gương phản chiếu bộ răng vĩnh viễn trong tương lai.

– Hướng dẫn các chương trình phòng bệnh, tham gia với vai trò là các tuyên truyền viên, giáo dục cộng đồng.

Với bản thân:

- Tự hào về nghề nghiệp của mình. Luôn biết cách vượt qua những khó khăn của chuyên ngành răng trẻ em.
- Nhận thức về việc nâng cao khả năng và trách nhiệm của bản thân.
- Không ngừng trau dồi kiến thức và thực hành theo kịp các xu hướng phát triển của nha khoa.

- Cần phải rèn luyện các kỹ năng phụ khác ngoài chuyên ngành răng hàm mặt như: giao tiếp, kể chuyện, hội họa, hát... để dễ tiếp cận tâm lý với trẻ hơn.
- Trung thực và đem lại sự phục vụ tốt nhất có thể.
- Giới thiệu bệnh nhân đến các chuyên gia có kinh nghiệm khi cần thiết và vì lợi ích của bệnh nhân.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày khái niệm về răng trẻ em.
2. Trình bày đối tượng, mục tiêu của chuyên ngành răng trẻ em.
3. Trình bày các điểm khác nhau cơ bản giữa răng trẻ em và người lớn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thuý Nga, Phan Thị Thanh Yên, Phan Ái Hùng, Đặng Thị Nhân Hoà. Nha khoa trẻ em (2001). NXB Y học, Chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh.
2. Javotte Nancy. Odontologie pédiatrique. Université Victor Segalen Bordeaux 2. Année, 2005.
3. MS Duggal, Mej Curzon, SA Fayle (2002). Restorative techniques in paediatric dentistry. Martin Dunitz edition.
4. Fédédric Courson (2005). Odontologie pédiatrique au quotidien. Deuxième édition, Éditions CDP.
5. Ralph E McDonald, David R. Avery, Jeffrey A. Dean. (2010). Dentistry for child and Adolescent, 8th edition, Mosby.
6. Revue francophone d'odontologie pédiatrique.

SỰ PHÁT TRIỂN THỂ CHẤT, VẬN ĐỘNG VÀ TÂM LÝ Ở TRẺ EM

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày được những mốc quan trọng trong sự phát triển thể chất, vận động và tâm lý của trẻ.*
- 2. Trình bày được những đặc tính về hành vi của trẻ bình thường và những yếu tố ảnh hưởng đến hành vi của trẻ.*
- 3. Trình bày được những yếu tố ảnh hưởng đến sự phát triển thể chất, vận động và tâm lý của trẻ.*

1. SỰ PHÁT TRIỂN THỂ CHẤT, VẬN ĐỘNG VÀ TÂM LÝ

Có nhiều cách phân chia các giai đoạn phát triển thể chất, vận động và tâm lý ở trẻ em tùy theo từng mục đích khác nhau, dựa theo sự phát triển của hàm răng, sự phát triển thể chất, vận động và tâm lý của trẻ em được phân chia làm bốn giai đoạn như sau:

Giai đoạn từ thụ thai đến 3 tuổi: hàm răng sữa mọc lên hoàn chỉnh trong miệng.

Giai đoạn từ 3 đến 6 tuổi: hàm răng sữa.

Giai đoạn từ 6 đến 12 tuổi: hàm răng hỗn hợp.

Giai đoạn từ 12 đến 18 tuổi: hàm răng vĩnh viễn.

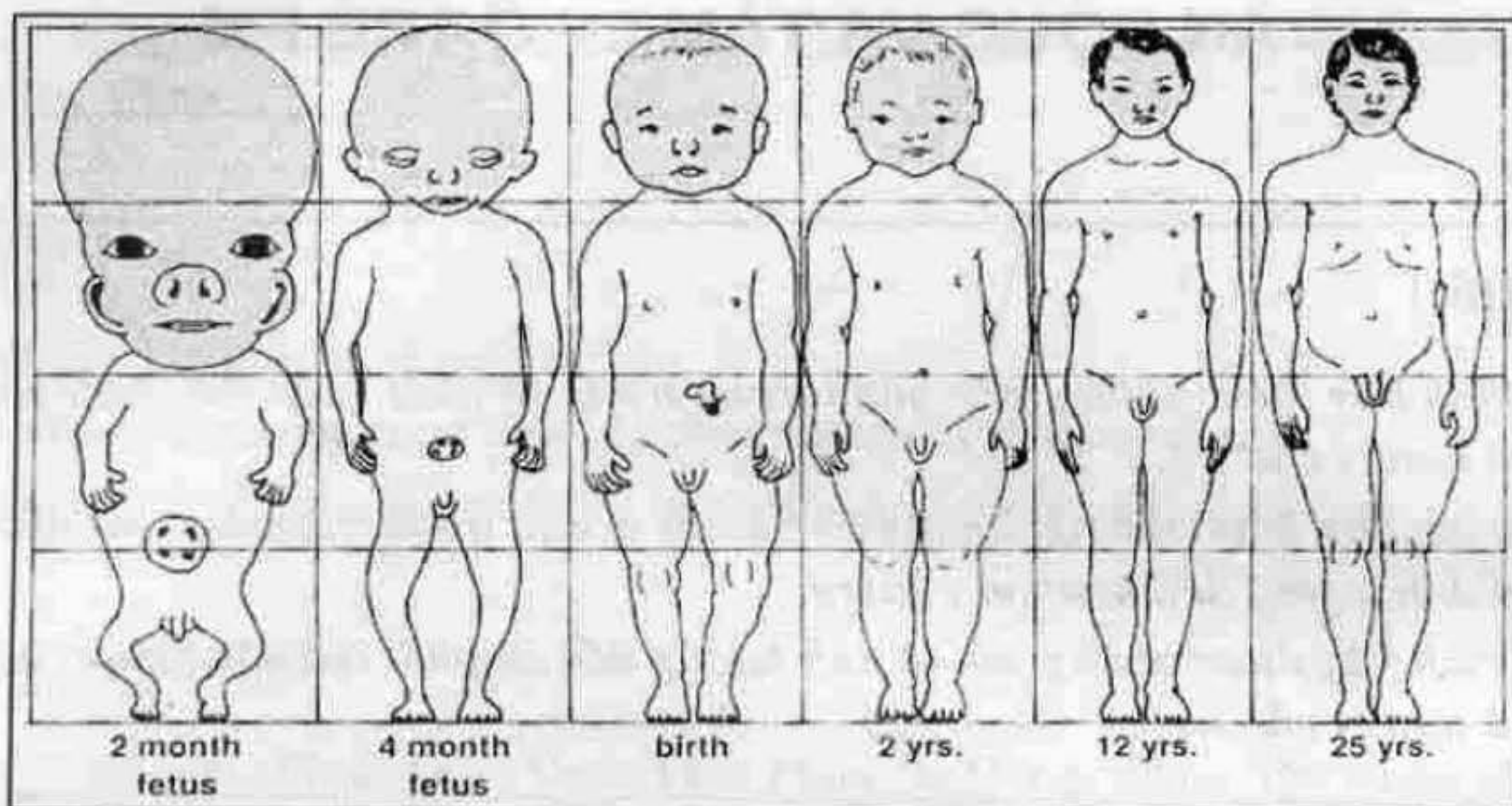
1.1. Sự phát triển thể chất

Được đánh giá dựa vào 4 yếu tố: sự mọc răng, xương, những đặc điểm giới tính thứ cấp và chiều cao, cân nặng.

Những đặc điểm về sự trưởng thành giới tính thứ cấp dùng để xác định tuổi dậy thì.

Để đánh giá tuổi xương thường là qua Xquang xương cổ tay. Sự mọc răng có thể được đánh giá trên phim Xquang về mức độ thành lập răng hoặc trên lâm sàng về sự mọc răng để thiết lập tuổi răng của bệnh nhân. Phân tích về mức độ thành lập răng tốt hơn sự mọc răng. Phân tích sự mọc răng ít dùng xác định tuổi răng bởi tính hay thay đổi của nó và không nhất định về định nghĩa. Ngoài ra, chiều dài cung răng không đủ và sự mất răng sớm, cứng khớp, nhiễm trùng hoặc điều trị nội nha răng sữa là những

yếu tố tại chỗ ảnh hưởng đến mọc răng vĩnh viễn thay thế. Trong khi đó, tốc độ thành lập răng vĩnh viễn không bị ảnh hưởng bởi răng sữa mất sớm cũng như mức độ chen chúc của cung răng.



Hình 2.1. Hình minh họa các giai đoạn phát triển của trẻ

1.1.1. Giai đoạn từ thụ thai đến 3 tuổi

Trước khi sinh:

- 3 tháng đầu:

Đây là thời kỳ biệt hoá và phát triển nhanh của khối tế bào, lúc này sự phát triển của bào thai chịu ảnh hưởng tương tác phức tạp giữa những yếu tố bên ngoài và cơ địa di truyền trong môi trường tử cung. Sự nhạy cảm với những tác nhân khác nhau hoặc lệch lạc về di truyền chiếm tỷ lệ cao nhất trong thời gian này. Giai đoạn này nếu người mẹ chịu sự tác động từ những tác nhân hoá trị liệu, tia xạ, nhiễm trùng hoặc chấn thương cơ học, nhiễm virus, cúm, á cúm, rubella,... có thể gây rối loạn quá trình hình thành thai, dẫn đến quái thai hoặc các dị tật bẩm sinh như sứt môi, hở hàm ếch, tim bẩm sinh, chậm phát triển tâm thần... thậm chí nếu nặng có thể gây sảy thai.

Tuần đầu tiên gọi là giai đoạn mầm, sự biệt hoá của ngoại bì và nội bì xảy ra trong tuần lễ thứ 2 và sự biệt hoá trung bì xảy ra tuần thứ 3. Tuần thứ 4 được đánh dấu bởi sự hình thành lá răng. Vào khoảng tuần thứ 6, mầm răng sữa phát triển trong mô ngoại bì của lá răng và sự xâm nhập của mô liên kết bên dưới bắt đầu hình thành nhú răng. Cuối tháng thứ 3, bào thai nặng khoảng 14g, dài 7,5cm, xuất hiện phổi, tim có 4 buồng và mấu khẩu cái đóng kín.

+ 3 tháng giữa:

Đây là thời kỳ các chức năng phát triển nhanh chóng và sự trưởng thành của hệ thống cơ thần kinh. Sự tác động quá mức đến thai nhi thông qua người mẹ như: ăn

uống kém, lao động quá mức,.. có thể dẫn đến tình trạng suy dinh dưỡng bào thai, thai chết lưu,...

Răng: Thân răng sữa bắt đầu vôi hoá khoảng tuần thứ 14 đối với răng cửa và răng cối thứ nhất, khoảng tuần thứ 16 – 18 với răng nanh và răng cối thứ hai. Trình tự vôi hoá răng sữa: răng cửa giữa, răng cối thứ nhất, răng cửa bên, răng nanh và răng cối thứ hai.

Cùng với sự vôi hoá của răng sữa, các mầm răng vĩnh viễn bắt đầu phát triển ở phía lưỡi của răng sữa. Khoảng cuối tháng thứ 6, thai nhi cân nặng khoảng 1000g và dài khoảng 35cm.

– 3 tháng cuối:

Là thời kỳ đánh dấu khả năng sống của thai nhi. Các hệ thống cơ quan tiếp tục trưởng thành, các hoạt động trở nên phức tạp và tinh tế hơn.

Thời kỳ sơ sinh:

Tính từ lúc trẻ ra đời đến khi trẻ tròn 4 tuần lễ.

Đặc điểm sinh lý: đây là thời kỳ thích nghi của trẻ với cuộc sống bên ngoài tử cung. Ngay sau khi ra đời, cùng với tiếng khóc chào đời, trẻ bắt đầu thở bằng phổi, vòng tuần hoàn chính thức bắt đầu hoạt động thay cho vòng tuần hoàn rau thai, trẻ bắt đầu bú, hệ tiêu hoá bắt đầu làm việc, thận bắt đầu đảm nhiệm việc điều hoà môi trường bên trong cơ thể.

Cơ thể trẻ lúc này còn non yếu, cấu tạo và chức năng của các cơ quan chưa được hoàn thiện đầy đủ, hệ thần kinh của trẻ luôn trong tình trạng bị ức chế nên trẻ ngủ suốt ngày.

Một số hiện tượng sinh lý xảy ra trong thời kỳ này như: vàng da sinh lý, sụt cân sinh lý, rụng rốn, ỉa phân su...

Cân nặng trung bình lúc sinh: 3 – 4 kg, 10% cân nặng lúc sinh bị mất trong tuần đầu nhưng phục hồi vào ngày thứ 10, chiều cao trung bình là 50cm.

Từ năm đầu đến 3 tuổi:

Thời kỳ này trẻ lớn rất nhanh, chỉ sau 12 tháng, trọng lượng trẻ tăng gấp 3 lần, chiều cao tăng 1,5 lần so với khi mới ra đời.

Công thức tính cân nặng thời kỳ này:

$$\text{Cân nặng (kg)} = [\text{tuổi (tháng)} + 11] \times 0,454$$

Đối với răng sữa:

8 răng cửa: thân răng hoàn tất vào khoảng 4 – 6 tháng trước khi mọc.

12 răng còn lại: thân răng hoàn tất vào khoảng 6 – 12 tháng trước khi mọc.

Chân răng hoàn tất khoảng một năm sau mọc.

Răng: Khi trẻ được 24 – 30 tháng thì trẻ đã có đủ 20 răng sữa. Thứ tự mọc răng sữa của trẻ theo thời gian như sau:

Hàm trên	9	5	7	3	2	2	3	7	5	9
Hàm dưới	10	6	8	4	1	1	4	8	6	10

Có thể tính số răng của trẻ dựa vào tháng tuổi theo công thức:

$$\text{Số răng} = \text{Số tháng tuổi} - 4$$

Sự vôi hoá thân răng vĩnh viễn bắt đầu lúc sinh với những răng cối thứ nhất, giữa 3 – 12 tháng đối với những răng trước và giữa 1,5 – 3 năm cho những răng còn lại trừ răng cối thứ ba.

1.1.2. Giai đoạn từ 3 – 6 tuổi

Ở thời kỳ này trẻ lớn chậm hơn so với thời kỳ trước. Công thức để tính cân nặng theo lứa tuổi trong thời kỳ này:

$$\text{Cân nặng (kg)} = [\text{tuổi (năm)} \times 5] + 17] \times 0,454$$

– Tăng chiều cao trung bình 7cm mỗi năm. Vào khoảng 3 tuổi, trẻ đạt đến khoảng 1/2 chiều cao mong đợi khi trưởng thành. Khi trẻ lớn lên tỷ lệ đầu so với chiều cao toàn cơ thể sẽ giảm từ 1/4 lúc sinh chỉ còn 1/12 lúc trưởng thành.

Răng vĩnh viễn: Thân răng vĩnh viễn hoàn tất vào khoảng 3 năm trước khi răng đó mọc. Do đó, các răng cửa vĩnh viễn và răng cối thứ nhất hoàn tất sự thành lập men trong thời kỳ này.

1.1.3. Giai đoạn từ 6 – 12 tuổi

– Tăng cân trung bình 3kg mỗi năm. Công thức tính:

$$\text{Cân nặng (kg)} = [\text{tuổi (năm)} \times 7] + 5] \times 0,454$$

– Chiều cao tăng trung bình mỗi năm là 6cm. Công thức tính:

$$\text{Chiều cao (cm)} = [\text{tuổi (năm)} \times 2,5] + 30] \times 2,54$$

– Bệnh lý ở lứa tuổi này gần giống người lớn. Trẻ hay bị các bệnh nhiễm trùng dị ứng như: Thấp tim, hen, viêm họng, viêm amidan...

– Răng: Là giai đoạn chuyển giao từ răng sữa sang răng vĩnh viễn. Sự chuyển giao này được gọi là thời kỳ răng hỗn hợp, trong thời kỳ này tất cả 20 răng sữa rụng đi và 28 răng vĩnh viễn mọc.

Sự hoàn tất chân răng của mỗi răng vĩnh viễn xảy ra khoảng 3 năm sau khi răng đó mọc ra.

1.1.4. Thời kỳ thiếu niên

Có bốn sự kiện đặc biệt:

– Bắt đầu vào thời kỳ dậy thì, ở phái nữ tuổi dậy thì thường đến sớm hơn (10 – 12 tuổi), phái nam muộn hơn, từ 12 – 14 tuổi.

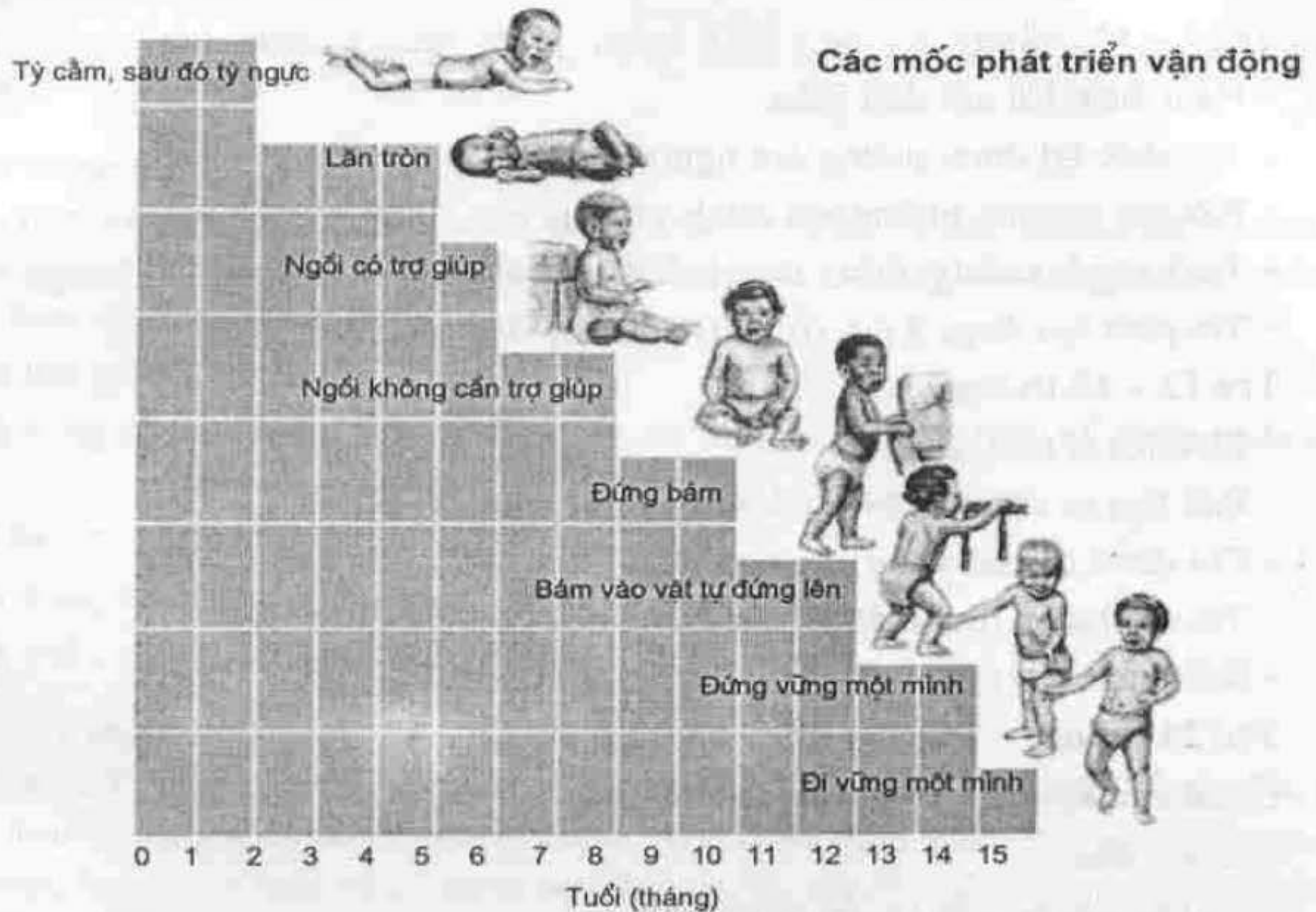
– Sự tăng trưởng thể chất rõ rệt, trẻ lớn rất nhanh. Sự bộc phát về tăng trưởng xảy ra khoảng 18 tháng sau khi bắt đầu dậy thì.

– Xuất hiện các đặc điểm giới tính thứ cấp:

– Có sự thay đổi mạnh mẽ về mặt tâm sinh lý.

1.2. Sự phát triển vận động và tâm lý

1.2.1. Từ sơ sinh đến 3 tuổi



Hình 2.2. Minh họa các giai đoạn phát triển vận động của trẻ

Trẻ sơ sinh:

- Trẻ sơ sinh ngủ nhiều (22 – 23 giờ/ngày)
- Năm giác quan của trẻ sơ sinh đã hoạt động: Biết quay về nơi có tiếng nói (biết khóc lúc đói, đau, nhận biết được mùi sữa mẹ).

Trẻ 1 – 4 tháng:

- Thời gian ngủ giảm, thời gian thức và chơi tăng dần.
- Có thể: Nhìn theo một vật di động.
- Trẻ biết hóng chuyện, trẻ mỉm cười và vung vẩy là thể hiện sự vui thích.
- Từ tháng 3 sang tháng 4: Trẻ có thể nắm, kéo đồ chơi, lấy được.

Trẻ 5 – 8 tháng:

- Trẻ biết phân biệt mẹ và người lạ.
- Có cảm xúc vui mừng hay sợ hãi.
- Ứng xử như nhau với tất cả các đối tượng (đập, lắc, rung, đưa vào miệng, ném rơi...).

- Biết đáp ứng với tên riêng và âm điệu giọng nói.
- Bập bẹ được 2 âm kép: bà bà, măm măm.
- Trẻ biết ngồi, biết bò.

Trẻ 9 – 12 tháng:

- Hiểu được lời nói đơn giản.
- Trẻ nhắc lại được những âm người lớn dạy.
- Biết chỉ tay vào những vật mình yêu thích.
- Trẻ tự ngồi xuống, đứng lên và đi được vài bước (khi được 12 tháng).
- Trẻ phát âm được 2 âm rõ rệt (bà ơi, mẹ đâu, đi chơi...).

Trẻ 12 – 18 tháng:

- Biết đòi đi tiểu, đi ị.
- Biết tìm ra vật bị giấu sau khi thay đổi nhiều vị trí.
- Chỉ được các bộ phận của cơ thể.
- Trẻ đi nhanh, đi lên được cầu thang nếu có người dắt tay.
- Nói được câu ngắn.

Trẻ 24 tháng:

Đã có các kỹ năng vận động thô sơ như:

- Chạy, nhảy.
- Đi lên, xuống cầu thang một mình.
- Thích nhìn và sờ mó.
- Rất gắn bó với cha mẹ.
- Thích những kỹ năng tự lập, thích chơi một mình.
- Nói được câu ngắn.

3 tuổi:

- Biết sử dụng luân phiên các bàn chân khi lên cầu thang.
- Học thuộc bài hát ngắn.
- Hay đặt câu hỏi.
- Thích sống tập thể, bớt ích kỷ, thích làm vừa lòng mọi người.
- Tưởng tượng tích cực, thích nghe kể chuyện.
- Vẫn còn gắn bó chặt chẽ với cha mẹ.

1.2.2. Giai đoạn 3 – 6 tuổi

- Tinh thần phát triển nhanh :
 - + Trẻ thích tìm hiểu môi trường xung quanh.
 - + Thích tham gia vào nhóm xã hội nhỏ, đây là thời kỳ mở cửa, thích chơi hoà nhập với các bạn cùng tuổi.

+ Tiếng nói phát triển mạnh, trẻ hát được bài hát dài.

+ Biết học chữ, học vẽ, có thể viết được.

+ 6 tuổi trẻ bắt đầu đi học.

– Vận động khéo léo, nhanh nhẹn, mềm dẻo: múa, đi thăng bằng, leo trèo, chạy nhảy...

1.2.3. Giai đoạn 6 – 12 tuổi

Trong thời kỳ này, trí tuệ phát triển nhanh chóng và trẻ tự làm cho mình trở thành một thành viên của xã hội, sự tưởng tượng giảm dần, trẻ thích tham gia vào những công việc thực tế và có ý nghĩa.

– Tiếp thu giáo dục tốt.

– Khả năng tự lập, nhận xét và sáng tạo tốt hơn, tăng hiểu biết về những vấn đề xã hội.

– Biết hoà mình trong cộng đồng xã hội.

– Vận động khéo léo: múa, nhảy, khâu vá, đan len...

– Phát triển nhân cách giới tính rõ rệt.

1.2.4. Thời kỳ thiếu niên

Đây là thời kỳ nhiều stress và biến động, trẻ phải thích ứng với những biến đổi về cơ thể và tâm lý trong giai đoạn trưởng thành. Trẻ thiếu niên trước hết phải biết thích ứng với nhóm bạn cùng tuổi và có được sự độc lập đối với cha mẹ mà nó nghĩ là bước cần thiết để trưởng thành. Trẻ thường dễ bị tổn thương khi bị phê bình, nó nghĩ rằng mình đã lớn nhưng còn thiếu kinh nghiệm và kiến thức của người lớn.

2. ĐẶC ĐIỂM HÀNH VI CỦA TRẺ

2.1. Đặc điểm hành vi của trẻ bình thường

Stone và Church đã chia sự phát triển của trẻ thành 4 loại:

1. Trẻ chập chững (12 tháng – 3 tuổi).

2. Trẻ trước tuổi đi học (3 – 6 tuổi).

3. Những năm cuối thời thơ ấu (6 – 12 tuổi).

4. Thời kỳ thiếu niên (12 – 18 tuổi).

Việc hiểu được mỗi loại trẻ sẽ giúp đáp ứng được công tác điều trị nha khoa cho trẻ một cách tốt nhất.

2.1.1. Trẻ chập chững

– Là trẻ đang phát triển và tăng trưởng về hiểu biết và kỹ năng vận động, nó không có khả năng nhận biết tại sao cần phải thực hiện những biện pháp nha khoa. Không tuân theo mệnh lệnh và không thể hợp tác trong phòng nha, có những ngoại lệ và nha sĩ phải xử trí thích hợp cho từng loại trẻ.

– Trẻ thường không thích làm quen với người lạ, trẻ thường khóc, chống cự lại khi khám, do vậy trước khi khám nên báo cho bố mẹ rõ là cần giữ trẻ nhẹ nhàng và việc trẻ la khóc là bình thường. Nên khám ở tư thế trẻ được bố mẹ giữ trong lòng, sự tiếp xúc với bố mẹ làm trẻ yên tâm hơn và chính bố mẹ có thể giữ trẻ.

– Đối với các can thiệp nha khoa: Nên can thiệp tối thiểu, nên dùng nạo ngà hoặc tay khoan chậm ở những lỗ sâu để thực hiện để ít gây sự sợ hãi cho trẻ, làm nhẹ nhàng và không gây khó chịu, có thể hàn tạm, theo dõi đến khi thuận tiện hơn sẽ hàn vĩnh viễn.

Đối với các tổn thương sâu răng trầm trọng (hội chứng bú bình), các biến chứng tuỷ, các tiểu phẫu thuật thường vượt quá khả năng chịu đựng bình thường của trẻ, tốt nhất cần được thực hiện với thuốc làm dịu ý thức hoặc gây mê.

– Biện pháp phòng ngừa: Cha mẹ nên bắt đầu chải răng cho trẻ bằng bàn chải đánh răng và kem đánh răng trẻ em có mùi vị dễ chịu.

2.1.2. Trẻ trước tuổi đi học (3 – 6 tuổi)

Trẻ có khả năng giao tiếp tốt hơn, hành vi của trẻ chịu ảnh hưởng đáng kể của môi trường xung quanh. Để có được sự hợp tác của trẻ, nha sĩ phải đánh giá được những đặc tính tâm lý của trẻ và áp dụng để xử trí như:

– Trẻ ở tuổi này thích nói dài dòng nên nha sĩ cần phải chuyện trò với trẻ để đạt được hiệu quả tối đa.

– Trí tưởng tượng của trẻ phong phú thích hợp với những mô tả các thủ thuật nha khoa.

– Việc làm mẫu trở nên quan trọng, vì vậy nha sĩ và phụ tá nên làm mẫu trong các tình huống trẻ có thể hiểu được.

– Do sự sợ hãi của trẻ nhất là đối với đau và chảy máu, nha sĩ tránh những hành động, những từ, những thủ thuật có thể gây ra sự lo lắng.

Trong khi trẻ 2 – 3 tuổi còn bé và có thể gây khó khăn cho nha sĩ khi điều trị thì hầu hết trẻ 3 – 6 tuổi thường có thái độ hợp tác.

2.1.3. Cuối thời kỳ thơ ấu (6 – 12 tuổi)

Là giai đoạn phát triển tương đối thanh bình, khi so sánh với sự “náo động” của trẻ em trước tuổi đi học hoặc sự “bùng nổ” của trẻ thiếu niên. Trẻ ở giai đoạn này có các đặc điểm sau:

– Nhân cách giới tính phát triển rõ rệt, gắn bó với những trẻ em khác cùng giới, có sự tiềm ẩn về phát triển giới tính.

– Là thời gian để suy nghĩ, học tập, suy luận và hiểu được những quan hệ hợp lý như bị trách phạt khi không vâng lời, là thời gian trong đó trẻ tự đặt mình vào “giờ giấc”.

Đây là một cá nhân mà ta có thể suy luận với nó được, nha sĩ có thể tìm thấy sự giao tiếp hợp lý với trẻ này, giải quyết thoả đáng sự sợ hãi của trẻ, trẻ đáp ứng tốt với sự quan tâm thành thật của nha sĩ.

2.1.4. Thời kỳ thiếu niên

Stone và Church chỉ rõ thời kỳ giữa đứa trẻ và người lớn này bắt đầu lúc 12 tuổi và tiếp tục cho đến lúc trưởng thành, đây là thời kỳ chuyển giao được đánh dấu bằng tuổi dậy thì thay đổi về thể chất trưởng thành giới tính sơ cấp, sự xuất hiện của các đặc điểm giới tính thứ cấp: Đối với phái nữ, nó thể hiện bằng xuất hiện kinh nguyệt, đối với phái nam là sự hiện diện của tinh trùng trong nước tiểu. Con gái thường đi trước con trai trong phát triển thể chất và quá trình trưởng thành.

– Thay đổi tâm lý:

+ Có sự nhận biết bản thân về vai trò mới của cá nhân không chỉ thay đổi về hình dạng và cả tình cảm, có những tình cảm mới và tiềm năng mới.

+ Tìm cách thích hợp với môi trường, tự chuẩn bị mình để gia nhập vào thế giới người lớn.

+ Có tính độc lập, thích tụ họp với nhóm bạn cùng tuổi, không thích chịu sự giám sát và bó buộc của gia đình.

Mặc dù có thái độ độc lập, thiếu niên vẫn thích có sự can thiệp của người lớn vào những vấn đề mà nó không kiểm soát được.

– Sự phát triển của thiếu niên chịu ảnh hưởng của văn hoá, của yếu tố xã hội – kinh tế:

Những cá nhân ở tầng lớp kinh tế thấp hơn có khuynh hướng trưởng thành và đảm nhiệm vai trò người lớn sớm hơn.

Nha sĩ thường thấy thoả mái khi làm việc với thiếu niên, trẻ thường có phản ứng một cách thuận lợi. Người ta nhận thấy rằng, nếu thiếu niên được nha sĩ chăm sóc trước tuổi đi học, khi lớn lên thường không muốn chuyển sang chăm sóc bởi một nha sĩ khác do đã tạo lập mối liên hệ tin cậy với nha sĩ của mình. Trẻ thường biểu lộ sự trung thành đối với nha sĩ đã chăm sóc răng cho mình từ nhỏ và sẽ tiếp tục tin tưởng cho đến khi hoàn cảnh bị thay đổi.

2.2. Những yếu tố ảnh hưởng đến hành vi của trẻ

2.2.1. Sự tăng trưởng và phát triển

Sự phát triển của trẻ bao gồm nhiều yếu tố liên quan đến các khía cạnh về tăng trưởng thể chất, tinh thần và cảm xúc. Những yếu tố này luôn luôn thay đổi tùy theo từng giai đoạn phát triển, nha sĩ có thể đánh giá một cách có hiệu quả sự phát triển và thay đổi thể chất xảy ra ở trẻ, nhưng khía cạnh tinh thần khó đánh giá hơn.

Những trẻ bị các bệnh gây tổn thương mô não: Viêm não, viêm màng não, chấn thương sọ não, bệnh não úng thủy, bại não... có thể hồi phục không để lại di chứng,

nhưng cũng có thể tổn thương hệ thần kinh trung ương, biểu hiện lâm sàng có thể là những biểu hiện rối loạn hệ thần kinh trung ương như động kinh, hoặc rối loạn vận động như bại não, chậm phát triển trí tuệ... Ngoài ra, có những trẻ có vẻ bình thường về thể chất nhưng lại có những vấn đề về hành vi. Những trẻ này được gửi đến nha sĩ như những bệnh nhân “không thể xử lý được” và có thể gợi ý một xáo trộn ở não. Việc xử lý hành vi của nhóm trẻ này cần áp dụng những kỹ năng khác với những kỹ năng của trẻ bình thường.

2.2.2. Ảnh hưởng của gia đình và bạn bè

Các yếu tố tâm lý, xã hội có ảnh hưởng mạnh nhất đến hành vi của trẻ. Gia đình và nhà trường cùng góp phần định hình lên hành vi của trẻ, trong đó ảnh hưởng của gia đình lên tâm lý của trẻ rất quan trọng. Như vậy tính cách của trẻ sẽ tùy thuộc vào môi trường tốt hay xấu.

Ảnh hưởng của gia đình đến từ những người ở quanh trẻ như: Bố mẹ, anh chị em, ông bà... Trong đó, người mẹ có ảnh hưởng đến trẻ nhiều nhất, mẹ là người đã nuôi dưỡng trẻ suốt thời thơ ấu, là người tạo ra sự gắn gũi về thể chất và cảm xúc giữa mẹ con. Vì có sự lệ thuộc qua lại giữa mẹ con, trẻ mong muốn được nâng đỡ và bảo vệ khỏi những đe dọa, hành vi của trẻ phụ thuộc rất nhiều vào hành vi của mẹ. Nếu bà mẹ bị tác động của điều trị nha khoa trong quá khứ hoặc sợ con mình gặp nha sĩ, sự lo âu, sợ hãi này có thể truyền sang con và tạo cho trẻ một ám ảnh sợ hãi trước khi đến khám. Ngược lại, nếu người mẹ biết rõ những ảnh hưởng của bản thân lên đứa trẻ và làm gương tốt khiến trẻ tích cực đi nha sĩ. Ảnh hưởng của gia đình lên tâm lý trẻ còn liên quan đến anh chị em, đứa trẻ thường rập khuôn hành vi của anh chị dù tốt hay xấu. Những vấn đề trong nội bộ gia đình cũng có ảnh hưởng đến hành vi của trẻ. Trong những gia đình có nhiều bất hoà hoặc trẻ chỉ còn cha hoặc mẹ thường cảm thấy không an toàn. Kết quả sẽ tạo ra một kiểu hành vi không có lợi cho quan hệ giữa trẻ và nha sĩ.

Ảnh hưởng của bạn bè lên trẻ tuy không nhiều như ảnh hưởng của anh chị em, nhưng có thể tác động tiềm tàng đến trẻ. Nếu bạn bè đã có một kinh nghiệm nha khoa không tốt, hoặc phóng đại những điều gặp phải, sẽ gây ảnh hưởng xấu cho trẻ, làm cho trẻ trở lên sợ hãi khi đi khám nha sĩ.

2.2.3. Tác động của điều trị trong quá khứ

Những ảnh hưởng do các tác động của điều trị nha khoa trong quá khứ đều có ảnh hưởng đến hành vi của trẻ.

Nếu trẻ có ấn tượng tốt ở lần thăm khám nha khoa đầu tiên, sẽ tạo cho trẻ có hành vi tốt mãi về sau, trẻ sẽ có niềm tin vào nha sĩ và sẵn sàng đương đầu với các điều trị nha khoa.

Ngược lại, nếu ở lần đầu tiên đi khám trẻ đã có ấn tượng không tốt, ấn tượng đó

sẽ theo trẻ suốt về sau, làm cho trẻ có cảm giác sợ hãi khi đi khám, từ đó tạo ra những hành vi, thái độ không thuận lợi ở trẻ.

2.2.4. Môi trường phòng nha

Môi trường phòng nha có ảnh hưởng đến sự chuẩn bị tâm lý cho trẻ. Một phòng nha buồn tẻ, lạnh lẽo, trang trí không hấp dẫn sẽ ảnh hưởng không tốt đến hành vi của trẻ sau đó. Phòng nha cho trẻ nên có hình ảnh trang trí sinh động, đồ chơi, không gian chơi... để tạo cho trẻ cảm giác thoải mái và trẻ sẽ dễ chấp nhận với các điều trị nha khoa.

Thái độ và cách làm việc của nha sĩ và trợ thủ cũng ảnh hưởng đến hành vi của trẻ. Chính thái độ và cách nha sĩ diễn đạt sẽ ảnh hưởng mạnh mẽ đến trẻ nhiều hơn là những gì được làm. Những hành vi không tích cực của những lần khám y khoa trước đó có thể được điều chỉnh lại bằng thái độ tích cực của gia đình và sự tái huấn luyện hành vi của đội ngũ nha khoa.

3. CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN SỰ PHÁT TRIỂN THỂ CHẤT, VẬN ĐỘNG VÀ TÂM LÝ

Có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến sự phát triển của trẻ em, có thể chia thành 2 nhóm là nội sinh và ngoại sinh.

3.1. Các yếu tố nội sinh: bao gồm gen, thần kinh và hormon

3.1.1. Gen

Quá trình phát triển cả về độ lớn và thời gian được quy định bởi các mã gen của các cá nhân.

Gen quy định kích thước, hình dạng cơ thể, sự tích lũy mỡ và cách thức phát triển của mỗi cá nhân.

Gen đóng vai trò hàng đầu trong sự biệt hoá về giống trong quá trình phát triển.

Sự trưởng thành của nữ nhanh hơn nam được cho là do sự trì hoãn hoạt động của nhiễm sắc thể Y ở nam giới. Với sự trì hoãn phát triển ở nam giới, nhiễm sắc thể Y có ảnh hưởng làm cho quá trình trưởng thành của nam giới dài hơn nhưng cũng làm tăng khả năng phát triển chung.

3.1.2. Thần kinh

Trung tâm của sự phát triển nằm ở khu vực dưới đồi thị. Thần kinh ngoại biên có một phần vai trò quan trọng trong kiểm soát sự phát triển.

3.1.3. Hormon

Thùy trước tuyến yên tiết hormon phát triển GH hay somatotrophin. Tuyến giáp tiết hormon T3, T4 kích thích chuyển hoá chung của tế bào và cần thiết cho sự phát triển xương và não.

3.2. Các yếu tố ngoại sinh

3.2.1. Dinh dưỡng

Dinh dưỡng có ảnh hưởng đến sự biệt hoá bình thường của các mô. Một chế độ dinh dưỡng tốt, đầy đủ, cân bằng tạo điều kiện cho cơ thể phát triển. Đã có nhiều nghiên cứu cho thấy trẻ em ngày nay phát triển nhanh hơn trước đây. Dinh dưỡng không hợp lý gây béo phì hoặc suy dinh dưỡng đều ảnh hưởng đến quá trình phát triển của trẻ.

3.2.2. Khuynh hướng phát triển

Sự phát triển của xã hội bao gồm các mặt khác nhau: kinh tế, khoa học kỹ thuật,... có ảnh hưởng đến sự phát triển của trẻ, trẻ em ngày nay phát triển nhanh và có chỉ số sinh học tốt hơn so với trước đây.

3.2.3. Chu kỳ sinh học

Khi nghiên cứu chu kỳ phát triển của cơ thể cho thấy sự phát triển chiều cao vào mùa xuân nhanh hơn so với mùa thu.

Sự phát triển chiều cao cũng như sự mọc răng nhanh hơn vào ban đêm. Vì vậy, người ta thường nói rằng trẻ em lớn lên trong giấc ngủ. Điều này có thể là do có sự liên quan đến việc giải phóng hormon tăng trưởng nhiều hơn vào ban đêm và vào mùa xuân.

3.2.4. Bệnh tật

Bệnh tật làm chậm sự phát triển có thể do sự giảm tiết hormon phát triển đồng thời làm tăng tiết cortisone khi bị bệnh. Sau khi khỏi bệnh, có quá trình phát triển bù để đưa trẻ trở lại mức độ tăng trưởng như trước khi bị bệnh. Trẻ nữ thường phục hồi tốt hơn trẻ nam.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn câu trả lời đúng cho các câu hỏi sau bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu.

1. Những phát biểu nào sau đây đúng với trẻ em giai đoạn 6 – 12 tuổi?
 - A. Là giai đoạn chuyển giao từ răng sữa sang răng vĩnh viễn.
 - B. Xuất hiện các đặc điểm giới tính thứ cấp.
 - C. Phát triển nhân cách giới tính rõ rệt.
 - D. Là cá nhân mà ta có thể suy luận được, nha sĩ có thể tìm thấy sự giao tiếp hợp lý với trẻ

2. Đặc điểm hành vi của trẻ chập chững Ngoại trừ:
 - A. Là trẻ đang phát triển và tăng trưởng về hiểu biết và kỹ năng vận động.
 - B. Không tuân theo mệnh lệnh và không thể hợp tác trong phòng nha.
 - C. Nên khám ở tư thế trẻ được bố mẹ giữ trong lòng.
 - D. Nên áp dụng các biện pháp can thiệp nha khoa một cách triệt để.
3. Yếu tố quan trọng nhất ảnh hưởng đến hành vi của trẻ:
 - A. Tác động của điều trị trong quá khứ.
 - B. Ảnh hưởng của gia đình.
 - C. Ảnh hưởng từ bạn bè.
 - D. Sự phát triển tinh thần, thể chất.
 - E. Tất cả các câu trên.

Điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống trong câu hỏi sau:

4. Kể tên 4 yếu tố ảnh hưởng đến hành vi của trẻ:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pinkham J.R. (1999), Pediatric dentistry: infancy through Adolescence, 3th edition, Mosby.
2. Ralph E. McDonald. Dentistry for child and Adolescent. (2004): Nonpharmacologic Management of Children's Behaviors; pp 34 – 50.
3. Trần Thuý Nga, Phan Thị Thanh Yên, Phan Ái Hùng, Đặng Thị Nhân Hoà. Nha khoa trẻ em (2001). Nhà xuất bản Y học, Chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh.
4. Richard R. Welbury, Monty S. Duggal, Marie Thérèse Hosey, 3rd edition, Oxford. Paediatric Dentistry (2005): Periodontal disease in children; pp 231 – 256.

ỨNG XỬ TRẺ EM TRONG ĐIỀU TRỊ NHA KHOA

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày được những phương pháp căn bản xử lý trẻ em trong nha khoa.*
- 2. Trình bày được những bước quyết định trong điều trị.*

1. NHỮNG PHƯƠNG PHÁP CĂN BẢN XỬ LÝ TRẺ EM TRONG NHA KHOA

1.1. Dạo chơi nha khoa trước khi điều trị

Trước khi điều trị nên cho trẻ đến phòng răng để trẻ tập làm quen và quan sát. Bé làm quen và có ý thức về điều trị. Không nên điều trị trong lần hẹn này nếu không quá cần thiết. Trẻ sẽ gặp người bệnh, trợ thủ và nha sĩ. Nếu thuận lợi, cho trẻ làm quen dần với một số dụng cụ nha khoa, giải thích các dụng cụ và quá trình khám bệnh một cách dễ hiểu và gắn gũi với bé.

Kỹ thuật này hơi khác với cuộc hẹn quan sát, để trẻ nhìn cha mẹ hoặc người khác điều trị. Trong cuộc hẹn quan sát, cần chú ý lựa chọn bệnh nhân rất hợp tác với điều trị, đặc biệt là những bệnh nhân có cùng độ tuổi với trẻ. Tuy nhiên, cuộc hẹn quan sát có thể có tác dụng ngược lại nếu trẻ thấy điều gì đó làm nó sợ hãi.

Nói chung, cuộc hẹn đầu tiên càng đơn giản, càng dễ chịu càng tốt. Trong cuộc hẹn này không làm bất kỳ điều gì khiến trẻ đau và sợ hãi.

1.2. Nói, trình diễn, làm (tell, show, do)

Đây là phương pháp chính trong việc giáo dục để chuẩn bị một bệnh nhân nha khoa trẻ em ngoan ngoãn, chấp nhận điều trị. Kỹ thuật này thường đơn giản và có kết quả. Trước khi bắt đầu công việc (trừ việc gây tê tại chỗ và các thủ thuật phức tạp khác khó khăn khi giải thích như điều trị tuỷ) nói cho trẻ biết công việc sẽ làm.

Sử dụng từ ngữ rất quan trọng trong kỹ thuật “nói, trình diễn, làm”. Khi thực hiện, nha sĩ cần phải dùng một số từ ngữ thích hợp, dễ hiểu để trẻ có thể hiểu và chấp nhận thủ thuật.

Phần lớn trẻ em trên 3 tuổi có tình trạng cảm xúc và xã hội bình thường có thể đáp ứng tốt với kỹ thuật “nói, trình diễn, làm”.

1.3. Kiểm soát giọng (voice control)

Đòi hỏi nha sĩ phải chứng tỏ uy quyền khi giao tiếp với trẻ. Âm điệu giọng nói rất quan trọng. Giọng nói phải chứng tỏ mình là người có trách nhiệm tại phòng nha. Biểu hiện về mặt của nha sĩ cũng phản ánh thái độ tự tin này.

Phương pháp này rất thích hợp để xử trí cho những trẻ em trước tuổi đến trường (3 – 6 tuổi). Nó rất hiệu quả để ngăn chặn những phản ứng bất lợi khi chúng bắt đầu xảy ra và đạt mức trung bình khi trẻ đã phản ứng.

1.4. Kỹ thuật tay che miệng

Nha sĩ đặt tay lên miệng trẻ đang la khóc hay kích động. Kỹ thuật này dùng để chặn lại những cơn giận dữ. Nó phải đi đôi với biện pháp đổi giọng. Có hiệu quả với nhiều dạng nhân cách trẻ em khác nhau.

Kỹ thuật này không có ý làm cho trẻ sợ hãi mà gây cho trẻ sự chú ý và yên lặng nghe nha sĩ giải thích.

Kỹ thuật này có thể làm ảnh hưởng đến tâm lý trẻ. Tuy nhiên, vẫn được dùng nhiều vì nó đơn giản và có hiệu quả. Là biện pháp thay thế cho việc xử trí bằng thuốc, nhập viện hoặc đợi sự trưởng thành về mặt tâm lý và xã hội để có thể chấp nhận được điều trị.

1.5. Kìm giữ

Dùng để áp chế những cử động không thích hợp của trẻ trong lúc thực hiện những thủ thuật nha khoa. Kỹ thuật này có thể áp dụng với dây lưng, tám trái giường hoặc trợ thủ và bố mẹ phối hợp giữ. Chỉ dành cho những trẻ không thể xử trí thông thường được.

Thường áp dụng cho trẻ nhỏ (dưới 30 tháng) cần điều trị cấp cứu một chấn thương răng hoặc cần tháo trống một răng biến chứng cuống cấp hoặc những trẻ em chậm phát triển tâm thần.

1.6. Sự khen ngợi và giao tiếp

Mọi người kể cả người lớn và trẻ em đều thích được khen ngợi. Hơn nữa việc giao tiếp tốt giữa nha sĩ và trẻ em sẽ làm cho việc điều trị nha khoa cho trẻ diễn ra thuận lợi hơn và ngược lại. Sự khen ngợi và giao tiếp có hiệu quả kết hợp với “nói, trình bày, làm” sẽ giúp cho điều trị nha khoa có hiệu quả ở hầu hết trẻ em trên 3 tuổi.

1.7. Các phương pháp khác

Một số phương pháp xử trí khác:

- Làm giảm sự lo âu của người mẹ.
- Cho một trẻ sợ hãi đi kèm một trẻ can đảm.
- Kỹ thuật thư giãn và thôi miên: Dùng nitrous oxyde phối hợp với oxygen được

sử dụng rộng rãi tại Mỹ để xử trí trẻ em trên ghế nha khoa. Kỹ thuật này rất hữu dụng để xử lý một số trẻ, nhưng đối với những trẻ có hành vi không tốt, thì không có tác dụng, đôi khi còn làm kích động hành vi của trẻ thêm.

– Một số loại thuốc được dùng để tạo thư giãn và êm dịu cho trẻ. Tuy nhiên, điều quan trọng là thuốc càng hữu dụng để xử lý những trẻ hành vi không tốt thì càng nguy hiểm vì tác dụng phụ của chúng và trẻ càng nhỏ thì nguy cơ quá liều càng cao.

– Gây mê: Kỹ thuật này hiệu quả nhưng đắt tiền và cũng có nguy cơ tử vong.

2. NHỮNG BƯỚC QUYẾT ĐỊNH TRONG ĐIỀU TRỊ

2.1. Cách ly khỏi cha mẹ

Không phải lúc nào cũng cần phải cách ly trẻ khỏi cha mẹ. Dưới 36 – 40 tháng, trẻ thường cư xử tốt hơn khi có mặt của cha mẹ. Trẻ trên 3 tuổi phần lớn không cần cha mẹ đi kèm.

Với trẻ trên 3 tuổi, nên cho cha mẹ rời khỏi phòng điều trị nếu trẻ có phản ứng bất lợi. Cha mẹ, nha sĩ và trẻ thỏa thuận về điều này trước khi trẻ lên ghế.

2.2. Lên ghế nha

Điều này tuy đơn giản nhưng có một số trẻ khó mà đưa được lên ghế nha, điều này có thể do sự sợ hãi tự nhiên. Một vài trẻ cần được đỡ lên ghế. Tuy nhiên, những bệnh nhân trẻ em ngoan thường tự đi lên ghế. Đây là dịp tốt để khen ngợi trẻ ngoan.

2.3. Nha sĩ ngồi vào ghế

Nha sĩ ngồi vào ghế chứng tỏ việc điều trị sắp bắt đầu. Trẻ được chuẩn bị tốt sẽ nhận ra điều này. Trẻ sẽ trả lời tên, trả lời các câu hỏi, chấp nhận và đáp lại lời khen ngợi. Nha sĩ cũng tượng trưng cho nhân vật uy quyền nhất phòng nha, bệnh nhân trẻ em ngoan sẽ nhận ra rằng cần phải thi hành mệnh lệnh của nha sĩ và trẻ sẽ nhanh chóng thực hiện mệnh lệnh.

2.4. Mũi tiêm

Là một thủ thuật đáng sợ nhất trong nha khoa trẻ em, tuy nhiên nó không phải là trở ngại chính với hầu hết trẻ. Phần lớn trẻ em không có phản ứng gì với việc tiêm. Thường dùng thuốc tê tại chỗ có vị dễ chịu, nhưng không chỉ định cho trẻ có phản ứng kích động rõ rệt vì có thể làm cho trẻ phản ứng xấu hơn.

Một số trẻ biết được rằng chúng sẽ bị tiêm và nghe những mô tả đáng sợ về kim tiêm trước đó từ cha mẹ, anh em, bạn bè, chúng chờ đợi sự đau đớn. Tuy nhiên nhiều trẻ vẫn chấp nhận thủ thuật với vài giọt nước mắt và hầu như không né tránh. Những trẻ này sẽ thấy rằng tiêm không đau lắm và chỉ hơi “nhói”. Nếu trẻ hỏi tiêm có đau không, thì phải trả lời là “bé sẽ cảm thấy hơi nhói như con kiến đốt thôi”.

Nếu trẻ bắt đầu có thái độ né tránh, cần phải dùng giọng nói kiên quyết. Việc hoãn tiêm sẽ không làm cho trẻ cư xử tốt hơn. Trẻ có thể khóc và giãy giụa, cần cầm giữ tay chân lúc tiêm. Tuy vậy, chúng vẫn là những đứa trẻ ngoan. Thực tế cho thấy trẻ sẽ hết la khóc giãy giụa khi rút kim ra. Đối với trẻ giãy giụa, việc sử dụng kim phải hết sức thận trọng.

2.5. Thủ thuật nha khoa

Đa số thủ thuật nha khoa là điều trị phục hồi hoặc nhổ răng. So với thủ thuật tiêm, thì các thủ thuật khác đơn giản hơn. Với các bệnh nhân trẻ em ngoan, trẻ thường chấp nhận dễ dàng thủ thuật điều trị chính.

2.6. Kết thúc điều trị

Một bệnh nhân trẻ em ngoan sẽ kết thúc điều trị một cách tốt đẹp. Bé hăm hở ra về và được khen ngợi bởi thái độ tốt trên ghế.

2.7. Trở lại với cha mẹ

Một vài trẻ sẽ muốn cha mẹ chúng cảm thấy tội lỗi vì đã bắt chúng phải đến nha sĩ. Vì vậy, chúng sẽ mô tả các thủ thuật nha khoa như một cực hình và chúng như một nạn nhân, điều này sẽ không xảy ra nếu có mặt nha sĩ hoặc trợ thủ. Bệnh nhân trẻ em ngoan sẽ trở lại trong niềm kiêu hãnh với cha mẹ. Chúng biết mình đã làm tốt và làm cha mẹ vui lòng. Đây là dịp để nha sĩ khen ngợi chúng với cha mẹ.

Tóm lại, đa số trẻ em là bệnh nhân nha khoa ngoan. Tuy nhiên, cũng có những ngoại lệ và những ngoại lệ này phải được hiểu biết rõ ràng.

3. NHỮNG TRƯỜNG HỢP CÁ BIỆT

Có một số trẻ em không chịu đựng được với những kích thích và những thủ thuật nha khoa, bao gồm những dạng sau:

3.1. Trẻ tổn thương tình cảm

Biểu hiện rõ ràng về tình trạng rối loạn cảm xúc là sự lo âu. Khi sự lo âu của tình trạng này kết hợp với nỗi lo của một cuộc hẹn điều trị thì thường gây bột phát cơn giận dữ đột ngột. Trẻ em bị tổn thương tình cảm nói chung thường là những bệnh nhân nha khoa khó chịu. Trong hoàn cảnh điều trị tốt nhất, chúng vẫn không thấy vui.

Vấn đề của những bệnh nhân này thường không có chẩn đoán xác định. Ngay cả cha mẹ chúng cũng không thấy có sự bất thường. Họ đã bỏ qua những cư xử bất thường của trẻ và thường giải thích các hành động đó theo ý họ. Việc xác định những rối loạn này càng sớm thì việc điều trị càng có hiệu quả.

Rối loạn cảm xúc thường gặp ở những trẻ có gia đình đổ vỡ hoặc những trẻ có tình trạng gia đình kém may mắn khác: bố mẹ thường xuyên cãi vã, đánh nhau... Trẻ em nghèo, thiếu thốn... có thể chịu đựng những tổn thương tình cảm tốt hơn những

trẻ em ở tầng lớp cao. Những trẻ bị bỏ bê, lạm dụng thường bị tổn thương tình cảm cao hơn. Cần phải dành cho trẻ sự chăm sóc tốt nhất.

3.2. Trẻ khép kín, nhút nhát

Trẻ nhút nhát sẽ bị căng thẳng thần kinh về việc điều trị nha khoa. Căng thẳng thần kinh sẽ khiến trẻ có thái độ né tránh như khóc, nhưng hiếm khi trẻ bột phát cơn giận dữ. Trẻ nhút nhát thường khó thích ứng với những đòi hỏi của một cuộc hẹn điều trị nha khoa. Đầu tiên, nha sĩ phải thiết lập mối quan hệ tin cậy đối với trẻ, cần phải hết sức kiên nhẫn.

Kỹ thuật nói chuyện với trẻ ở trình độ của chúng và áp dụng phương pháp “tell, show, do” nhiều lần sẽ ngấm từ từ vào nhân cách chúng và phá vỡ vỏ bọc quanh chúng. Khi trẻ chấp nhận, chúng sẽ trở thành những bệnh nhân rất hợp tác. Cuộc hẹn nha khoa có ý nghĩa với chúng về mặt xã hội, ở đó chúng thấy mình được quan tâm, được coi trọng, mọi người biết tên chúng và nói chuyện với chúng.

3.3. Trẻ sợ hãi

Là một khó khăn lớn đối với nha sĩ trong điều trị răng trẻ em. Sự sợ hãi có thể là sợ đau, sợ chảy máu... nhưng cũng có thể là một nỗi sợ chung chung không biết rõ.

Vấn đề là làm thế nào để biết trẻ phản ứng không thuận lợi trong điều trị nha khoa là do nỗi sợ hay còn do một nguyên nhân nào khác. Tuy nhiên, việc thu thập thông tin cần thiết và cùng với kinh nghiệm sẽ giúp nha sĩ xác định được điều gì khiến trẻ không hợp tác.

Một số lý do có thể giúp nha sĩ xác định được trẻ sợ nha khoa là:

– Ngay cả khi được giải thích bởi cha mẹ và nha sĩ, trẻ vẫn không ngừng sợ cuộc hẹn nha khoa. Điều này có thể do trẻ còn quá nhỏ (dưới 3 tuổi) hoặc chậm phát triển tâm thần.

– Trẻ có những phản ứng quá độ với sợ hãi do những xáo trộn về tình cảm khác (cha mẹ sắp bỏ nhau, trẻ bị lạm dụng, trẻ đang ốm).

– Trẻ bị làm cho sợ bởi người thân.

– Trẻ không được điều trị thích ứng ở các lần điều trị trước, vì vậy đã để lại một ấn tượng xấu trong tâm trí trẻ.

– Trẻ bị rối loạn cảm xúc.

Nếu phản ứng không tốt là do sự sợ hãi quá độ, bắt buộc cha mẹ và nha sĩ không được làm cho trẻ sợ hãi thêm. Có thể hoãn lại cuộc điều trị nha khoa để làm cho trẻ bớt căng thẳng hoặc điều trị nha khoa dưới tác dụng của khí gây thư giãn hoặc gây mê.

Có thể nhận ra dạng trẻ sợ hãi trước khi bắt đầu điều trị nha khoa. Chỉ có trường hợp trẻ bị rối loạn cảm xúc là khó xác định nhất. Nếu có nghi ngờ (không người nào xác định được tại sao trẻ lại sợ như vậy) nên đưa trẻ đi khám chuyên khoa tâm lý.

3.4. Trẻ không thích uy quyền

Đây là những trẻ khó chịu vì chúng không tuân theo mệnh lệnh của người lớn. Chúng được xem là những trẻ hư, ngỗ nghịch, bướng bỉnh và không thể sửa đổi được.

Chúng có thể có những dạng sau:

– Cố gây chú ý: Để thỏa mãn cảm giác tự tôn của mình, trẻ cố thực hiện các động tác để cha mẹ phải chú ý đến chúng bất kể khi nào chúng muốn và chúng muốn được chú ý quá mức cần thiết biểu hiện: quấy phá, chọc tức, trêu ghẹo, đập phá.

– Đối đầu: Trẻ tìm cách biểu lộ sự đối đầu với cha mẹ để được chú ý: Chúng tìm cách tranh cãi, làm ngược lại điều được chỉ dẫn, giận dữ đột ngột, làm cho người khác tức giận.

– Phản ứng quyết liệt mang tính hung bạo: Trẻ sẽ tìm cách gây khó chịu với cha mẹ nếu không thỏa mãn đòi hỏi của chúng. Tính chất của hành vi: Tính hung bạo, nói những điều làm tổn thương người khác, theo đuổi sự trả thù.

– Không thích nghi: Để thỏa mãn cảm giác tự tôn mạnh mẽ, trẻ tự cho mình tính cách xấu nhất: hoàn toàn không thể trưởng thành, không thể thành đạt được. Trẻ không muốn làm gì cho chính mình, cho cha mẹ và cho mọi người. Tính chất của thái độ: dễ dàng từ bỏ, thụ động, biểu lộ sự không thích nghi.

Với các dạng thể hiện trên ta thấy:

– Trẻ muốn được chú ý có thể nhận được ấn tượng tốt về nha khoa.

– Nhóm đối đầu có thái độ du côn và có lẽ không ngần ngại cãi nhau và thách thức nha sĩ.

– Trẻ kích động tiềm ẩn sự nguy hiểm, trẻ có thể cắn. Trẻ này không nhiệt tình, không vui vẻ và có thể không đáp ứng với lời khen ngợi.

– Trẻ không thích nghi tự nghĩ mình có cá tính thất bại, không thích ứng sẽ biểu lộ sự không hợp tác. Tuy nhiên hầu hết trẻ này sẽ bỏ được sai lầm khi lớn lên.

Kết luận: Các dạng trẻ em cá biệt trên có ảnh hưởng tương đối đến người điều trị nha khoa và thường có sự trộn lẫn của bốn loại nhân cách trên với nhau. Hiểu rõ các loại trẻ trên sẽ giúp nha sĩ có những biện pháp phù hợp để giải quyết đối với trẻ.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống trong các câu hỏi sau:

1. Kể tên những phương pháp căn bản xử trí trẻ em trong nha khoa:
2. Phương pháp đối giọng rất thích hợp để xử trí cho những trẻ em ở độ tuổi Nó rất hiệu quả để ngăn chặn những phản ứng bất lợi khi chúng bắt đầu xảy ra và đạt mức trung bình khi trẻ đã phản ứng.

3. Kỹ thuật “Tay che miệng” dùng để chặn lại Nó phải đi đôi với biện pháp Có hiệu quả với nhiều dạng nhọt cách trẻ em khác nhau.
4. Biện pháp thường áp dụng cho trẻ nhỏ (dưới 30 tháng) hoặc những trẻ em chậm phát triển tâm thần cần điều trị một cấp cứu răng miệng.
5. Kể tên một số biện pháp xử trí khác áp dụng trong nha khoa trẻ em:
.....

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pinkham J.R. (1999), *Pediatric dentistry: infancy through Adolescence*, 3th edition, Mosby.
2. Ralph E. McDonald. *Dentistry for child and Adolescent*. (2004): *Nonpharmacologic Management of Children’s Behaviors*; pp 34 – 50.
3. Trần Thuý Nga, Phan Thị Thanh Yên, Phan Ái Hùng, Đặng Thị Nhân Hoà. *Nha khoa trẻ em* (2001). NXB Y học, Chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh.
4. Richard R. Welbury, Monty S. Duggal, Marie Thérèse Hosey, 3rd edition, Oxford. *Paediatric Dentistry* (2005): *Periodontal disease in children*; pp 231 – 256.

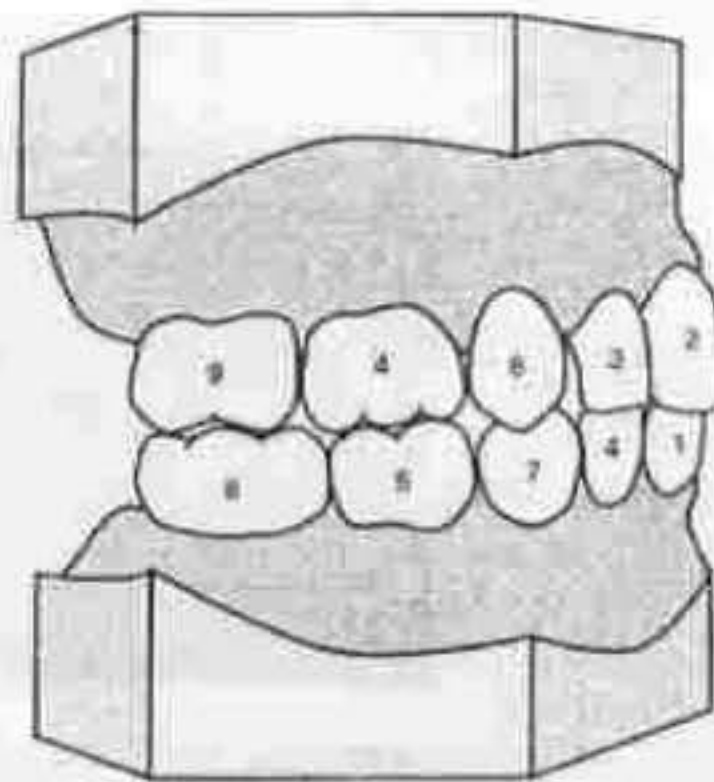
SỰ HÌNH THÀNH VÀ PHÁT TRIỂN CUNG RĂNG SỮA

MỤC TIÊU

1. Trình bày được trình tự mọc răng sữa.
2. Trình bày được sự hình thành khớp cắn răng sữa.
3. Trình bày được các tiêu chuẩn của khớp cắn răng sữa lý tưởng.
4. Trình bày được các thay đổi của khớp cắn răng sữa.

1. SỰ HÌNH THÀNH BỘ RĂNG SỮA VÀ KHỚP CẮN

1.1. Trình tự mọc răng



Hình 4.1. Trình tự mọc răng sữa lý tưởng

Bảng 4.1. Tuổi khoáng hoá, mọc răng và đóng chóp của các răng sữa

		1	2	3	4	5
	Hình thành mầm	Tuần thứ 8 IU	Tuần thứ 8 IU	Tuần thứ 8 IU	Tuần thứ 8 IU	Tuần thứ 8 IU
	Bắt đầu khoáng hoá	Tháng thứ 5 IU	Tháng thứ 5 IU	Tháng thứ 6 IU	Tháng thứ 5 IU	Tháng thứ 6 IU
	Hoàn thành thân R	Tháng 3 – 4	Tháng 4 – 5	Tháng 9 – 12	Tháng 6 – 9	Tháng 12
Gđ I: 1,5 năm phát triển	Mọc R	Tháng 6 – 7	Tháng 7 – 9	Tháng 18	Tháng 12	Tháng 24
	Đóng chóp	2 tuổi	2 – 2,5 tuổi	3 tuổi	2,5 – 3 tuổi	3,5 – 4 tuổi
Gđ II: 2 – 3 năm ổn định	Bắt đầu tiêu chân	5 tuổi	5 – 5,5 tuổi	6 – 7 tuổi	5,5 tuổi	6,5 tuổi
Gđ III: 2 – 3 năm tiêu răng	Thay răng	7 tuổi	8 tuổi	11 tuổi	9 tuổi	10 tuổi

1.2. Sự phát triển xương hàm

Giai đoạn sơ sinh đến 6 tháng tuổi:

Cung huyết ổ răng của trẻ sơ sinh được gọi là Gum pads. Đây là những màng nhầy dày lên của lợi, chúng nhanh chóng được phân nhỏ ra và mỗi một phân đoạn đó là một vị trí cho răng phát triển. Chúng có màu hồng và chắc.

Gum pads được chia ra thành phần phía má (môi) và phần phía lưỡi mà về sau sẽ biệt hoá. Các rãnh ngang chia Gum pads ra thành 10 đoạn nhỏ. Rãnh giữa răng nanh và răng hàm sữa thứ nhất gọi là khe bên, đây là vị trí giúp cho việc đánh giá mối quan hệ giữa các cung răng.

** Gum pads hàm trên có hình móng ngựa, trên đó có:*

- Rãnh lợi: ngăn cách Gum pads với khẩu cái.
- Rãnh răng: bắt đầu từ nhú răng cửa, mở rộng về phía sau tới rãnh lợi vùng răng nanh và tiếp tục kéo dài về phía sau, kết thúc ở vùng răng hàm.

- Khe bên.

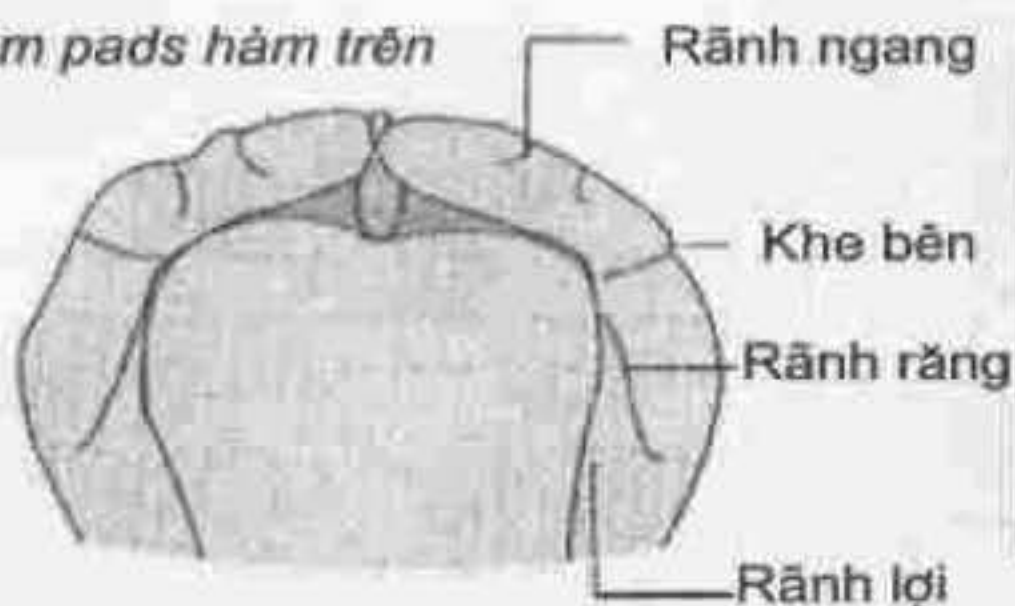
** Gum pads hàm dưới hình chữ U, có đặc điểm:*

- Rãnh lợi: có sự mở rộng của Gum pads về phía lưỡi.

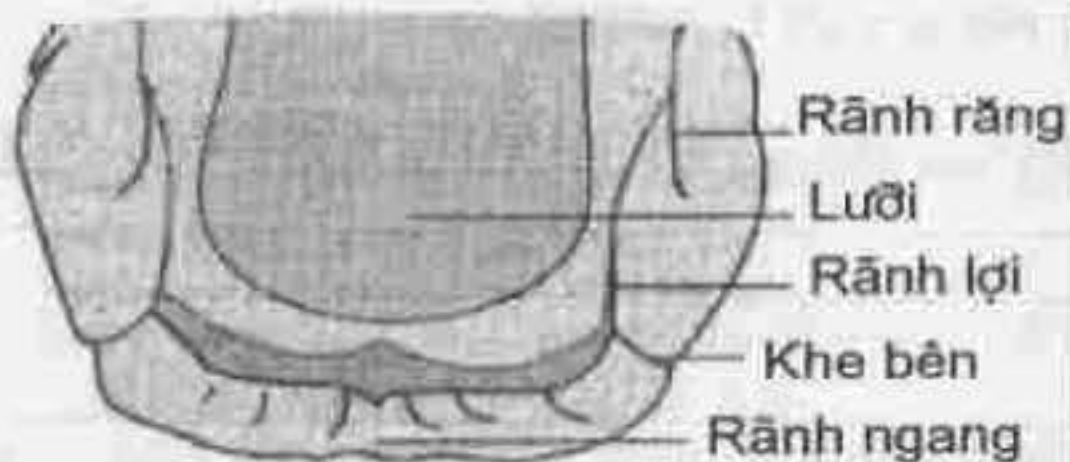
- Rãnh răng: nối với rãnh lợi ở vùng răng nanh.

- Khe bên.

a) Gum pads hàm trên



b) Gum pads hàm dưới



Gum pads hàm dưới

Gum pads hàm trên (a) và hàm dưới (b)

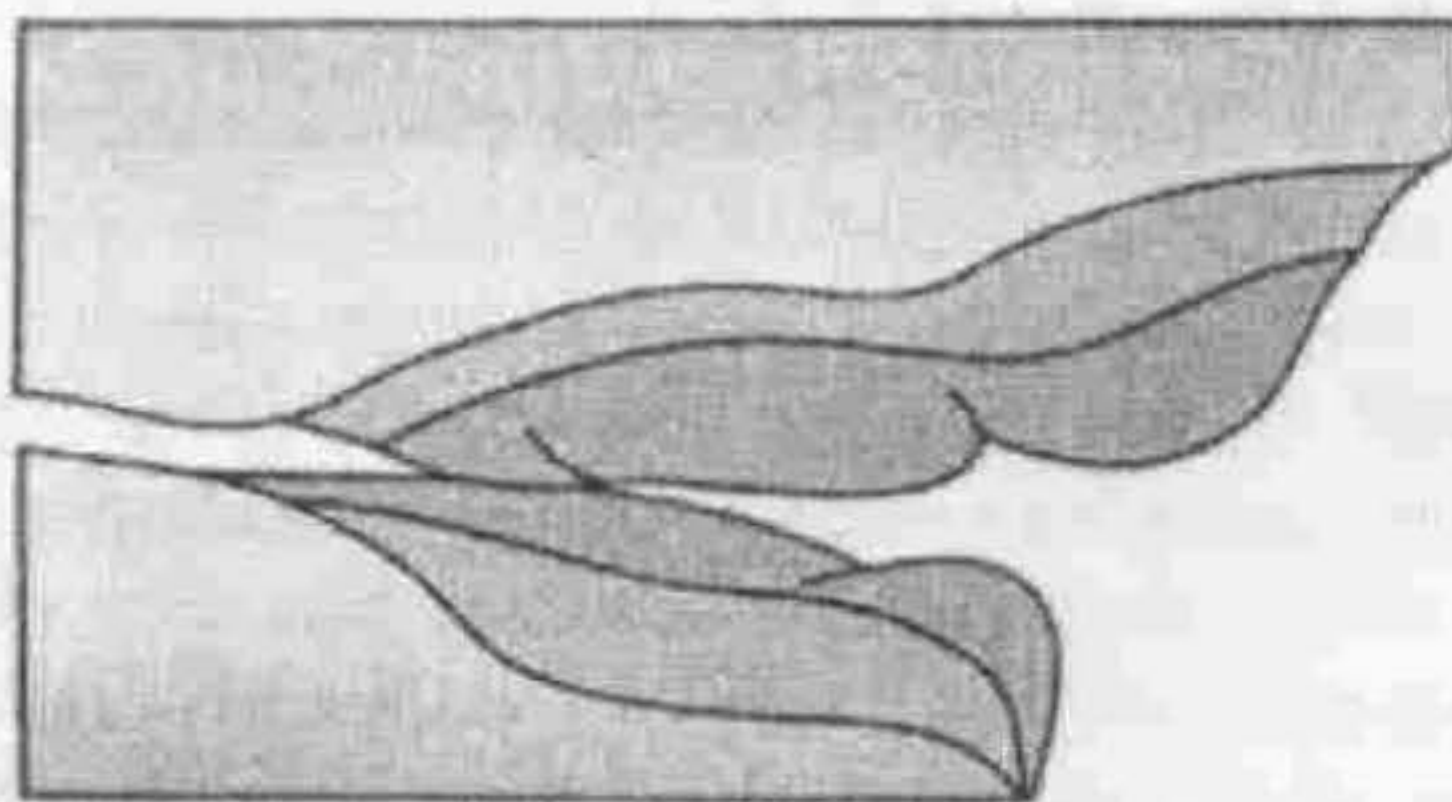
Hình 4.2. Gum pads

Mối quan hệ giữa Gum pads (Hình 4.3):

- Cắn hở vùng răng trước khi ở trạng thái nghỉ, chỉ chạm ở vùng răng hàm. Lưỡi đẩy về phía trước qua khoảng hở này. Khoảng liên hàm trên khép lại khi chiếc răng

sữa đầu tiên mọc lên. Như vậy, đó là quá trình tự sửa chữa những bất thường trong phát triển của bộ răng.

- Hoàn thiện cắn chìa.
- Khớp cắn loại II khi Gum pads hàm trên quá lồi.
- Rãnh bên hàm dưới ở phía sau rãnh bên hàm trên.
- Chuyển động chức năng của hàm dưới phần lớn theo chiều đứng và mở rộng một chút theo chiều trước sau. Không thấy chuyển động sang bên.



Hình 4.3. Quan hệ giữa Gum pads trên và dưới khi sinh

Quan hệ xương hàm ở trẻ sơ sinh:

Không thấy mối quan hệ cắn hoặc quan hệ xương hàm rõ rệt ở trẻ sơ sinh. Vì thế, quan hệ xương hàm ở trẻ sơ sinh không thể được dùng làm tiêu chuẩn chẩn đoán để dự đoán chắc chắn khớp cắn sau này ở bộ răng sữa.

Sự phát triển của xương hàm:

Trong quá trình phát triển, xương hàm trên và xương hàm dưới phát triển theo mọi hướng, nhưng chủ yếu là hướng ngang. Ở hàm trên, chủ yếu do đường khớp giữa khẩu cái (ngoài ra còn do sự bồi xương ở ngoại vi, mọc răng tạo xương ổ răng, sự phát triển của nền sọ đẩy xương hàm trên ra trước), ở hàm dưới do tăng trưởng của cấu trúc sụn ở đường giữa (ngoài ra còn do sự phát triển của lõi cầu đến 16 tuổi, móm vẹt, sự thay thế sụn cầm thuộc sụn Meckel bởi xương, bồi xương và tiêu xương diễn ra suốt đời nhưng chậm).

Xương hàm trên: Sự phát triển xương hàm trên theo 4 hướng

- Ra trước: do sự phát triển của nền sọ và xương lá mía đẩy khối răng cửa – nanh ra trước.

- Hướng ngang: trong vùng răng hàm, phụ thuộc vào đường khớp khẩu cái dọc giữa, được hoạt hoá bởi các cơ má. Khoảng cách liên răng nanh sớm bị cố định vào khoảng 3 tuổi.

- Ra sau: chủ yếu do hiện tượng bồi đắp và tiêu xương ở lõi củ cho đến tuổi dậy

thì. Cùng với hiện tượng này, việc phát triển các răng hàm phía sau cũng giúp cho xương hàm trên phát triển ra phía sau.

- Hướng đứng: liên quan đến sự phát triển của răng và xương ổ răng cho đến 15 tuổi.
- Hướng chính: hướng ngang do đường khớp dọc giữa

Xương hàm dưới: Xương hàm dưới phát triển chủ yếu theo ba hướng :

– Hướng trước – sau: do hiện tượng tiêu và bồi đắp ở phía sau do tác dụng của các cơ.

– Hướng ngang: do đường khớp cằm

– Hướng đứng: sự phát triển theo hướng đứng của cạnh lên, lồi cầu và đẩy lùi góc hàm ra sau làm vị trí của lỗ ống răng dưới thay đổi nhiều, lúc 2 – 5 tuổi nằm hơi dưới mặt phẳng cắn, 5 – 7 tuổi nằm ở ngang mức mặt phẳng cắn, 9 – 11 tuổi thì nằm hơi phía trên mặt phẳng cắn, bắt đầu từ 12 tuổi thì giống như ở người lớn.

Đường khớp ở giữa xương hàm dưới sẽ nhanh chóng cốt hoá trong 1/2 cuối năm đầu tiên. Ngược lại, đường khớp giữa khẩu cái của hàm trên vẫn còn tiếp tục tăng trưởng cho đến khi sự phát triển của bộ răng và sự tăng trưởng mặt kết thúc (thường đến 14 tuổi). Hàm trên và hàm dưới điều chỉnh tương quan với nhau theo chiều ngang nhờ sự ăn khớp của hai cung răng khi các răng hàm sữa đi vào ăn khớp. Như vậy, sự phát triển về chiều rộng của cung hàm trên được xác định chủ yếu theo sự phát triển có giới hạn của hàm dưới: khả năng tăng trưởng đường khớp giữa khẩu cái của xương hàm trên chỉ có tác dụng ở một mức giới hạn sau khi phân sụn của xương hàm dưới đã cốt hoá.

Ở mỗi giai đoạn, cung răng có những đặc trưng riêng biệt về hình thái, chức năng, mức độ tăng trưởng và sự tương quan với các thành phần khác của hệ thống đầu – mặt. Nhìn chung, nam có kích thước cung răng lớn hơn của nữ. Chiều dài và chiều rộng của cung răng hàm trên lớn hơn cung răng hàm dưới, do vậy cung răng hàm trên phủ ngoài cung răng hàm dưới (một số tác giả khác cho rằng tương tự nhau).

Sự tăng trưởng về phía trước của xương ổ răng (được đo đến hai răng nanh):

Ở loại cung răng thưa và cung răng khít, sự tăng trưởng về phía trước của xương ổ răng là như nhau. Khi mới sinh, hàm trên phát triển nhiều hơn hàm dưới, điều này làm cho mặt trẻ có vẻ lồi hơn khi nhìn nghiêng. Trong quá trình phát triển, hàm dưới sẽ tăng trưởng với tốc độ nhanh hơn, nhất là trong giai đoạn tăng trưởng nhảy vọt của thiếu niên, làm tăng tỷ lệ xương hàm dưới và làm cho mức độ cong lồi của mặt khi nhìn nghiêng giảm xuống. Tuy nhiên, cũng có trường hợp xương hàm dưới phát triển về phía trước nhiều hơn xương hàm trên.

Nguyên nhân phát triển ra trước của cung răng:

- Mâm răng vĩnh viễn nằm phía lưỡi đối với răng sữa, nên khi mọc lên các răng

này phải di chuyển trong xương hàm ra phía ngoài rồi mới mọc lên đúng vị trí, vì vậy xương hàm tăng trưởng về phía trước.

– Vào lúc một tuổi, khi răng cối sữa thứ nhất mọc lên, các mầm răng nanh vĩnh viễn bắt đầu được hình thành ngay ở giữa các chân răng này. Sau đó răng nanh hơi di về phía trước và ra phía ngoài rồi mới mọc lên, do vậy xương hàm phát triển ra phía trước. Khi trẻ được 2,5 tuổi, răng cối nhỏ thứ nhất phát triển ngay ở chỗ mà trước kia răng nanh phát triển. Răng cối nhỏ thứ nhất này cũng phải di chuyển ra phía ngoài rồi mới mọc lên, làm tăng kích thước chu vi cung răng.

1.3. Sự thành lập khớp cắn bộ răng sữa

Khớp cắn răng sữa lý tưởng là tiền đề cho một khớp cắn lý tưởng ở bộ răng vĩnh viễn khi trưởng thành. Khoảng 3 tuổi khớp cắn của bộ răng sữa sẽ được thiết lập hoàn chỉnh. Giai đoạn 3 – 5 tuổi là giai đoạn ổn định nhất của bộ răng sữa. Thời kỳ răng sữa được tính từ khi bắt đầu có răng sữa đầu tiên mọc lúc khoảng 6 tháng đến khi răng hàm lớn vĩnh viễn đầu tiên mọc vào lúc khoảng 6 tuổi.

Khớp cắn ở vùng răng sau và sự nâng đỡ kích thước dọc đầu tiên được thiết lập do sự lõng múi của răng hàm sữa thứ nhất trên và dưới, vào khoảng tháng thứ 15 – 16. Khi mới mọc và có sự tiếp xúc đầu tiên, các răng này thường không ở đúng vị trí mà nó sẽ ăn khớp với răng đối diện, thường phải có sự dịch chuyển thay đổi theo chiều ngoài-trong và gần – xa trong quá trình mọc theo chiều đứng để đạt được sự lõng múi sau cùng. Trong đa số các trường hợp múi gần – trong của răng hàm sữa thứ nhất hàm trên sẽ tiếp xúc ở một điểm nào đó của hố răng hàm sữa thứ nhất dưới, hố này có chức năng như một cái phễu để răng hàm sữa thứ nhất trên đặt vào và thiết lập sự ăn khớp theo đúng cơ chế nón – phễu. Trong quá trình ăn, khớp cả hai răng đều phải di chuyển nhưng nhìn chung răng hàm sữa trên di chuyển nhiều hơn.

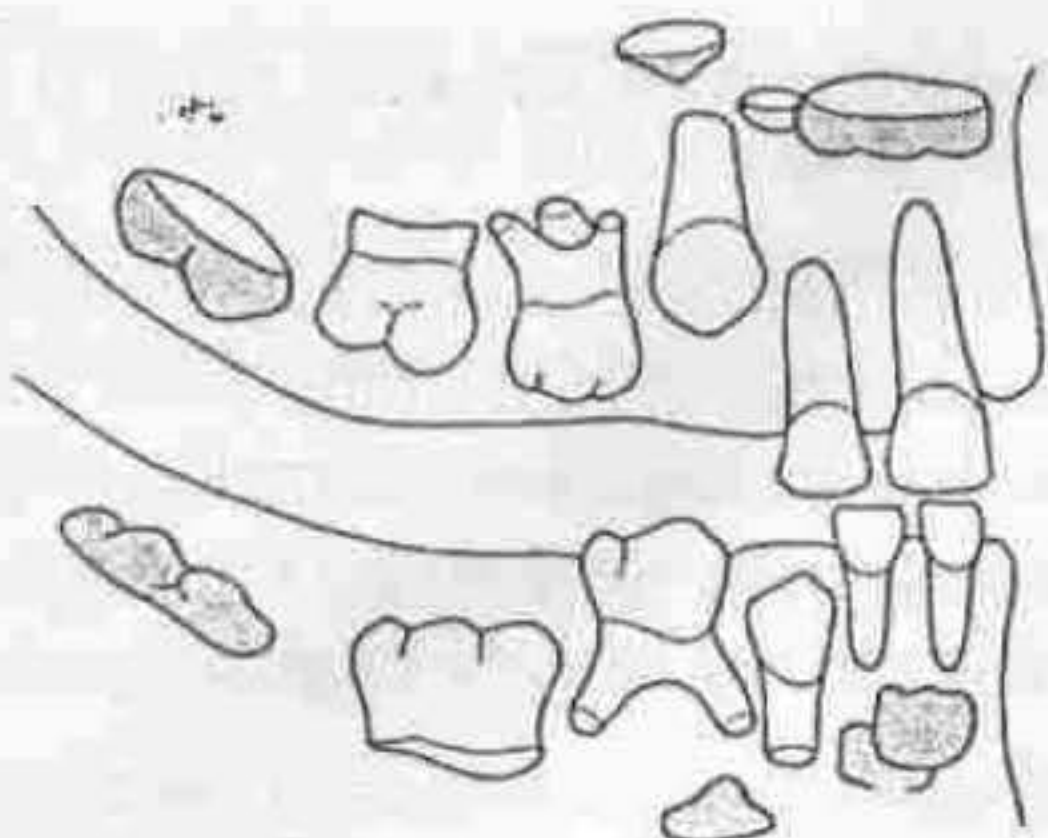
Sự ăn khớp hoàn chỉnh của các răng hàm sữa thứ nhất là một sự kiện quan trọng trong việc thành lập khớp cắn của bộ răng sữa vì đây là lần đầu tiên diễn ra sự lõng múi của các răng và chiều cao khớp cắn được xác lập.

Mặc dù các răng cửa sữa mọc đầu tiên, nhưng nó không có vai trò ăn khớp nhau để nhai mà chủ yếu là để cắn và xé thức ăn. Do vậy, theo nhiều tác giả thì khớp cắn bộ răng sữa được xem như là bắt đầu có khi răng hàm sữa thứ nhất mọc.

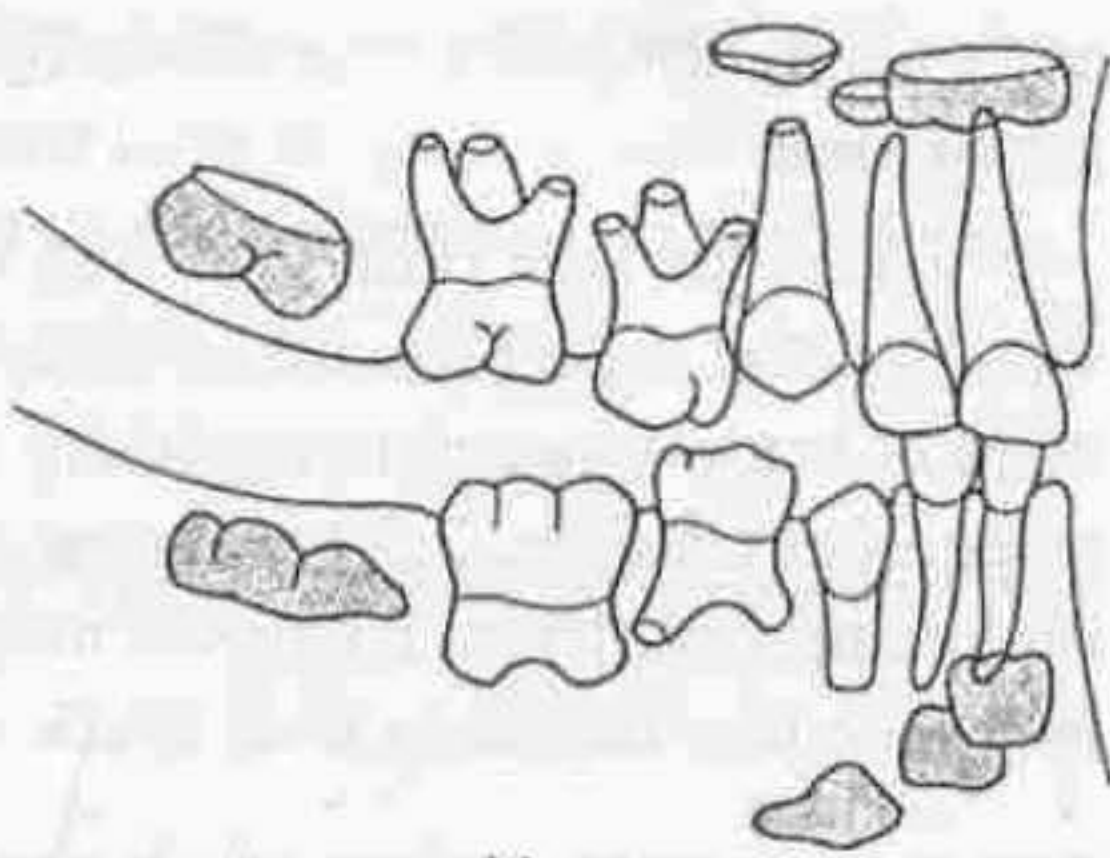
Giai đoạn thành lập bộ răng sữa kéo dài trung bình khoảng hai năm.

1.4. Giai đoạn bộ răng sữa ổn định

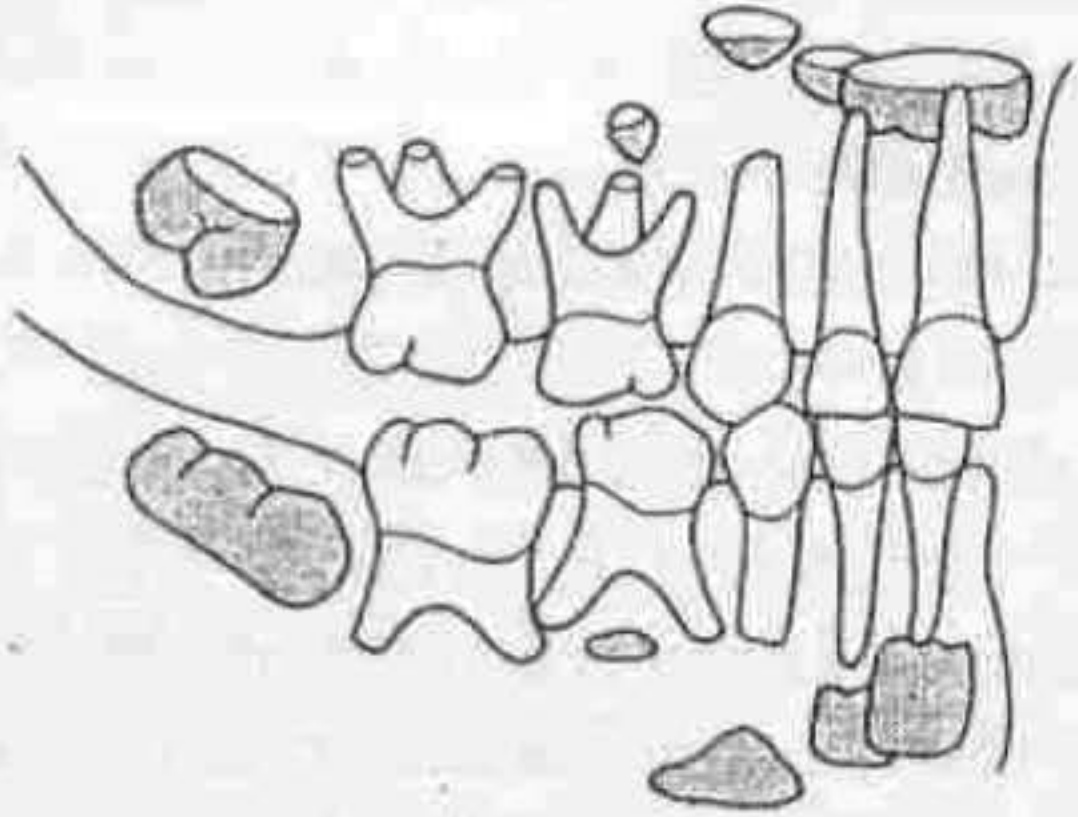
Được tính cho đến khi răng cối lớn vĩnh viễn mọc hoặc các răng cửa sữa được thay thế. Trong giai đoạn từ khi mọc đủ 20 răng sữa cho đến khi răng vĩnh viễn mọc lên, không có hoặc có rất ít sự tăng trưởng cung răng theo chiều rộng giữa hai răng nanh, đặc biệt là ở xương hàm dưới.



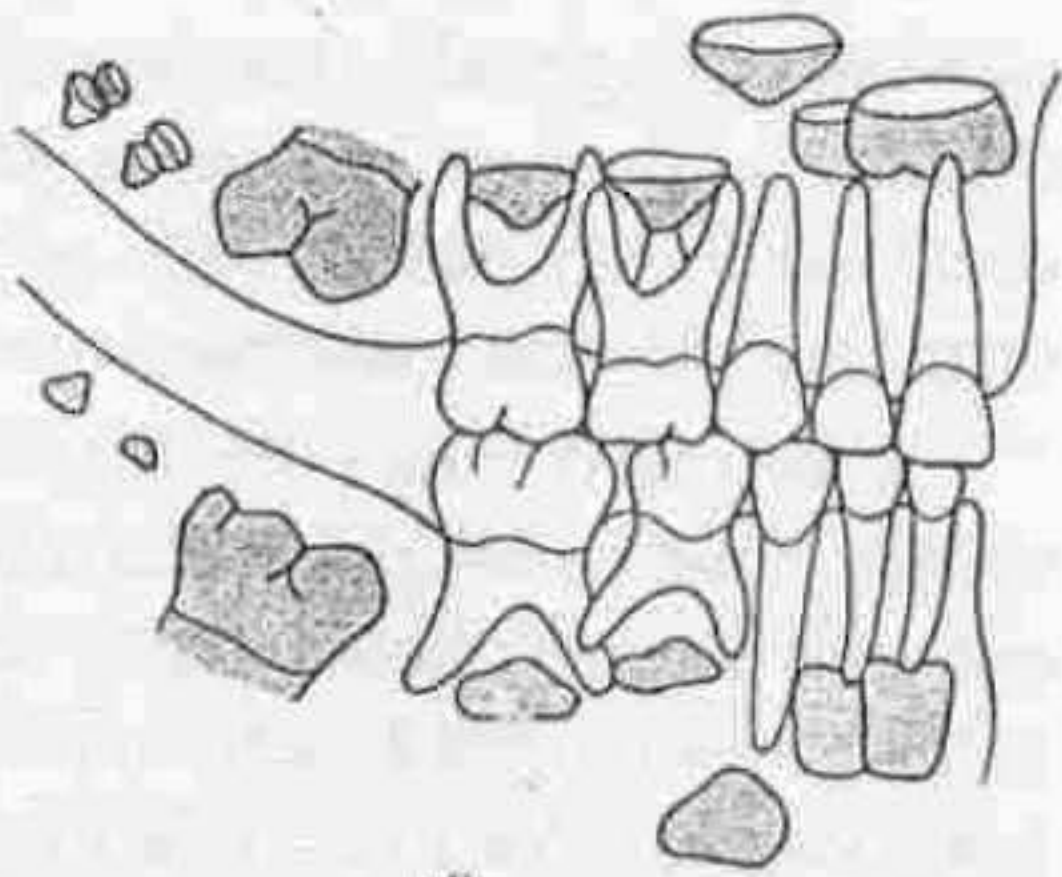
a)



b)



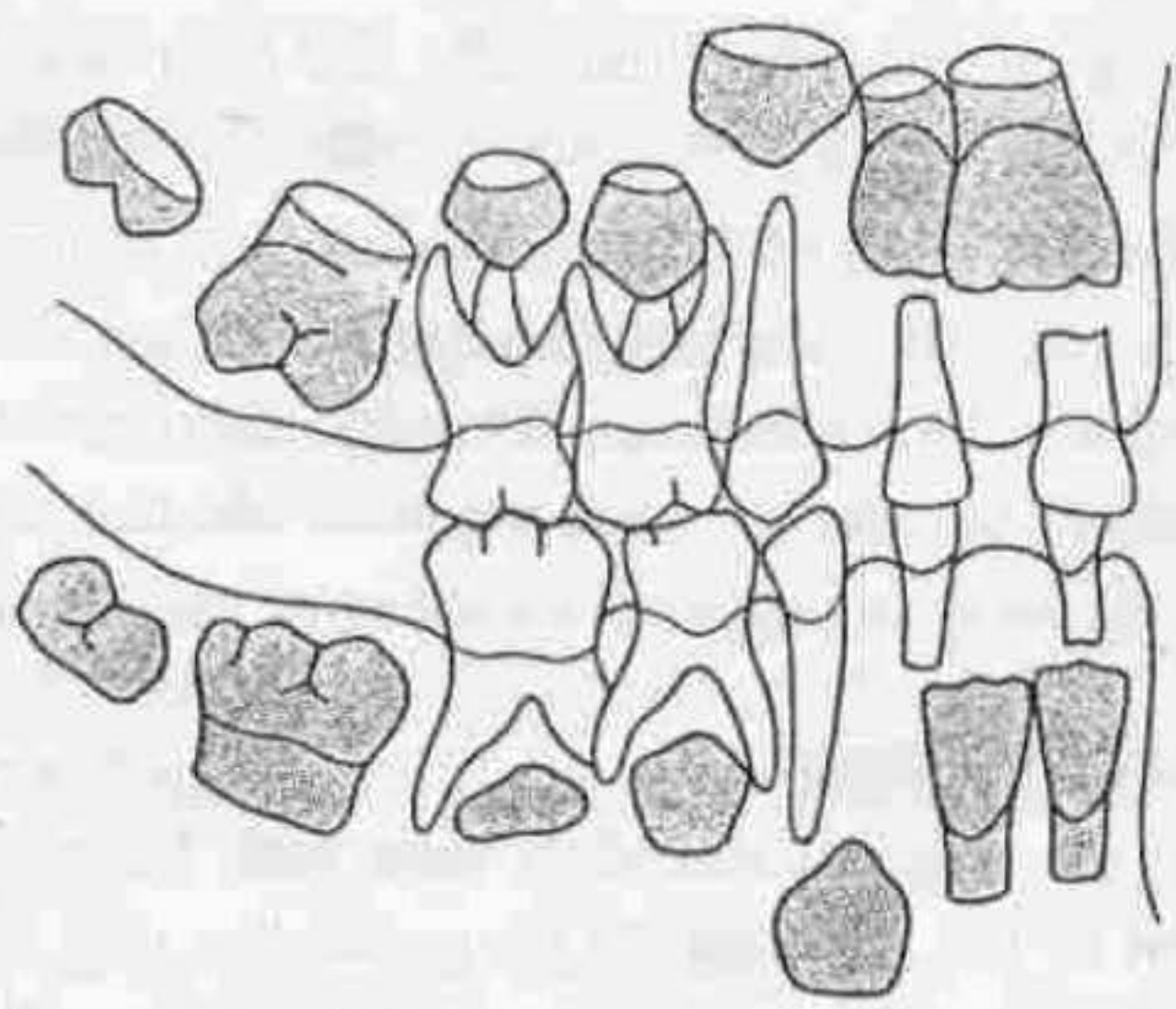
c)



d)

Hình 4.4. Các giai đoạn thành lập bộ răng sữa

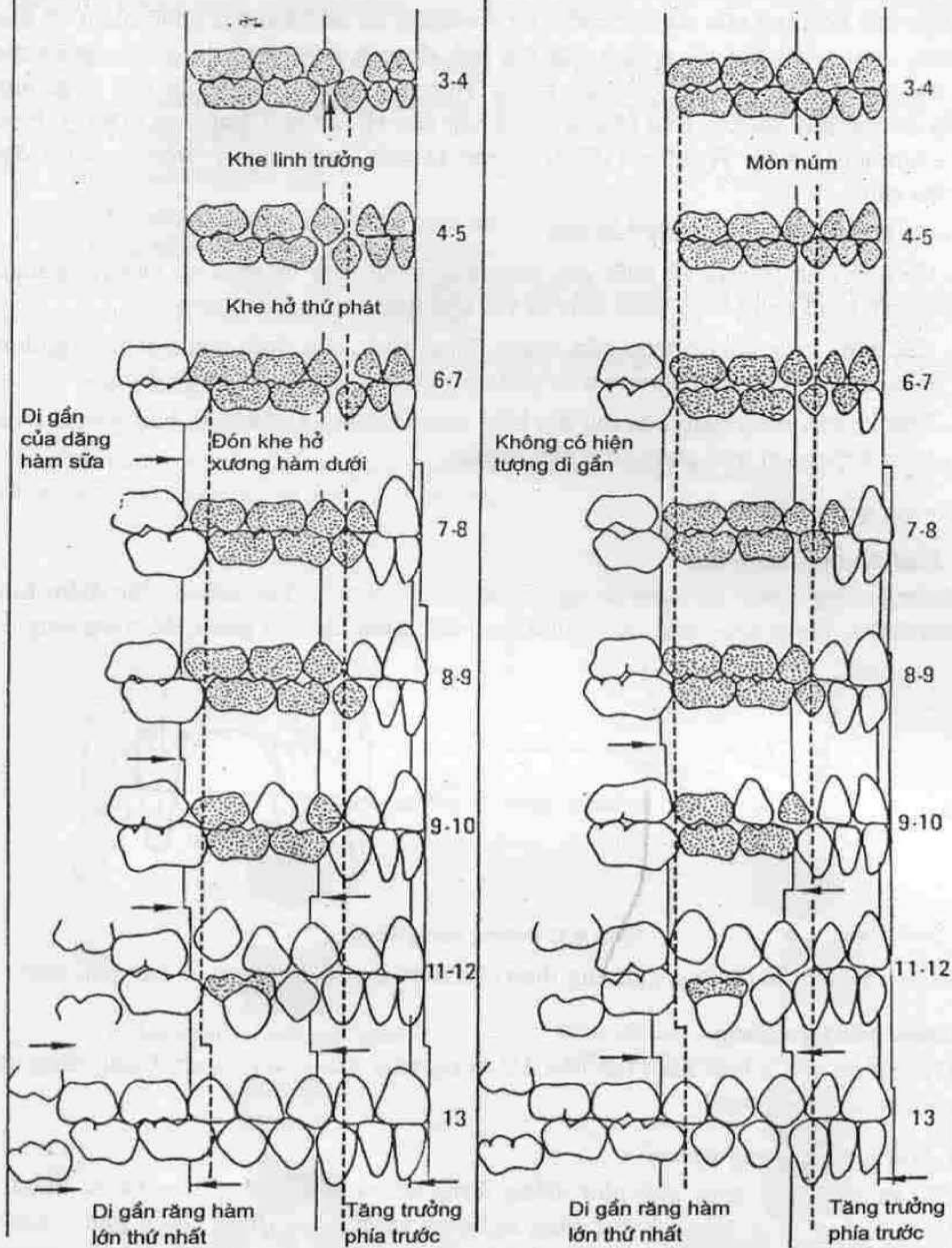
a) Các răng cửa; b) Các răng tiền hàm; c) Răng nanh; d) Răng hàm thứ 2
(theo Schour và Massler, 1941)



Hình 4.5. Giai đoạn cung răng sữa ổn định

Sự phát triển cung răng sữa có khe thưa

Sự phát triển cung răng sữa không có khe thưa



Hình 4.6. Sơ đồ so sánh sự hình thành cung răng type I có khe linh trưởng và cung răng type II không có khe linh trưởng

2. ĐẶC ĐIỂM KHỚP CẢN RĂNG SỮA

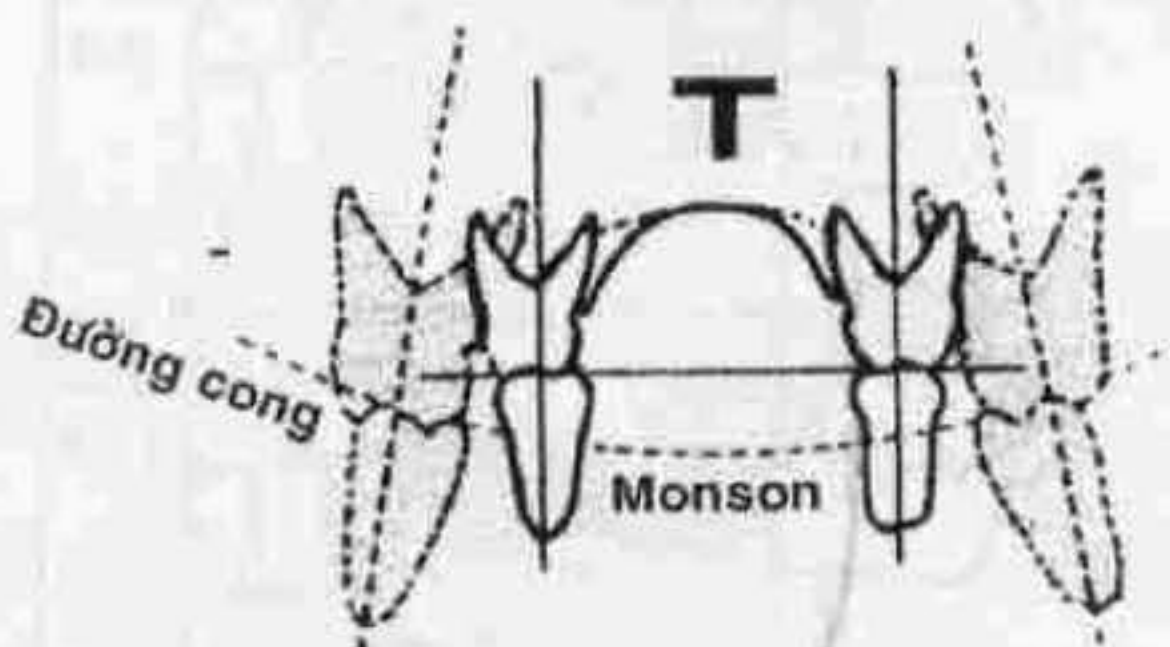
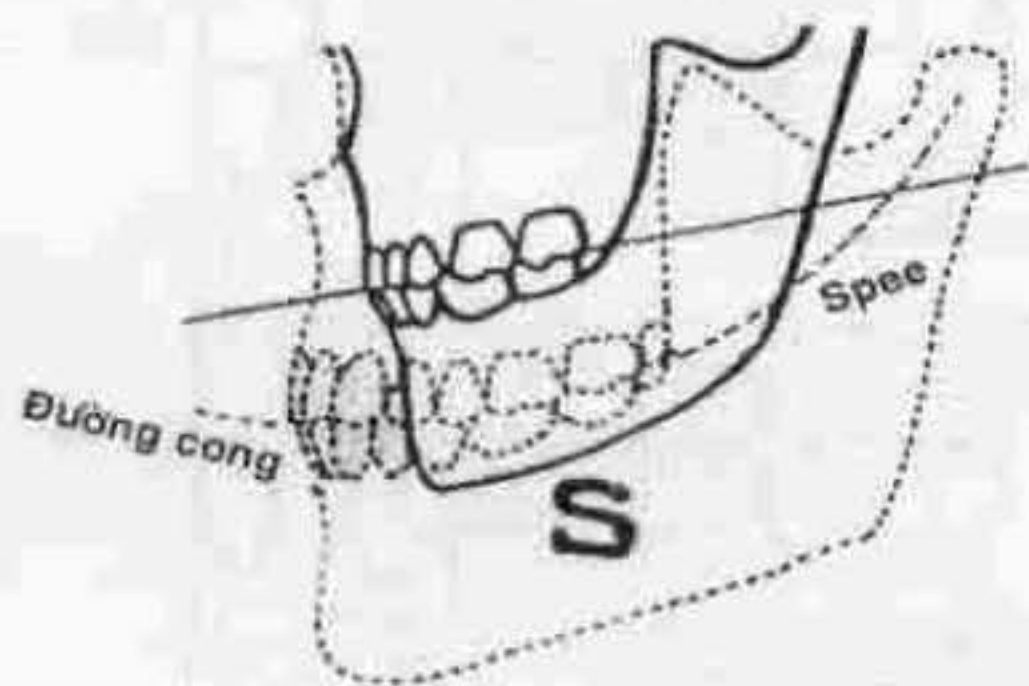
Khớp cắn bộ răng sữa có đặc điểm rất đa dạng, có nhiều điểm khác nhau về khe hở, tương quan giữa hai răng hàm sữa thứ hai, độ cắn chìa, độ cắn phủ... giữa các nhóm dân cư của các chủng tộc khác nhau. Trên thực tế, rất hiếm khi tìm được một bộ răng sữa có đầy đủ các tiêu chuẩn của khớp cắn lý tưởng. Chapman (1935), Friel (1953), Grabel (1966), Walther (1982) đã mô tả một khớp cắn lý tưởng gồm 4 đặc điểm như sau:

1. Có khe hở giữa các răng cửa sữa
2. Có khe linh trường (ở phía gần của răng nanh trên và phía xa của răng nanh dưới), răng nanh hàm dưới liên hệ với khe linh trường hàm trên.
3. Các răng cửa sữa có trục gần thẳng đứng, răng cửa dưới chạm vào cingulum của răng cửa trên (răng cửa trên phủ dọc và phủ ngang răng cửa dưới).
4. Mặt xa của răng hàm sữa thứ hai hàm trên và mặt xa của răng hàm sữa thứ hai hàm dưới nằm trên cùng một mặt phẳng.

2.1. Tương quan hai hàm

2.1.1. Mặt phẳng đứng dọc

Đường cong Spee: ổn định trong giai đoạn 3 – 5 tuổi. Tuy nhiên, đặc điểm hình thái của đường cong Spee thay đổi nhiều theo thời gian: độ sâu giảm, độ rộng tăng.



Hình 4.7. Đường cong Spee

– Các răng trước thường nghiêng theo chiều đứng, độ cắn chìa và cắn phủ nhỏ.

2.1.2. Mặt phẳng ngang

Mười răng sữa ở một hàm tạo nên 1/2 vòng tròn gần hoàn chỉnh. Cung răng trên phủ ngoài cung răng dưới.

2.1.3. Mặt phẳng đứng ngang

Các răng cửa có trục gần như thẳng đứng (theo cả chiều gần – xa và ngoài – trong). Các răng vĩnh viễn có trục răng nghiêng về phía xa (theo chiều gần – xa) và phía trong đối với răng trên, phía ngoài đối với răng dưới (theo chiều ngoài – trong), nên trục răng trên và dưới hội tụ về phía trên.

Đường nối múi ngoài và múi trong khi răng trên và dưới gặp nhau tạo nên đường cong lồi xuống dưới gọi là đường cong Monson.

2.2. Đặc điểm sự ăn khớp của bộ răng sữa ở tư thế lỏng múi

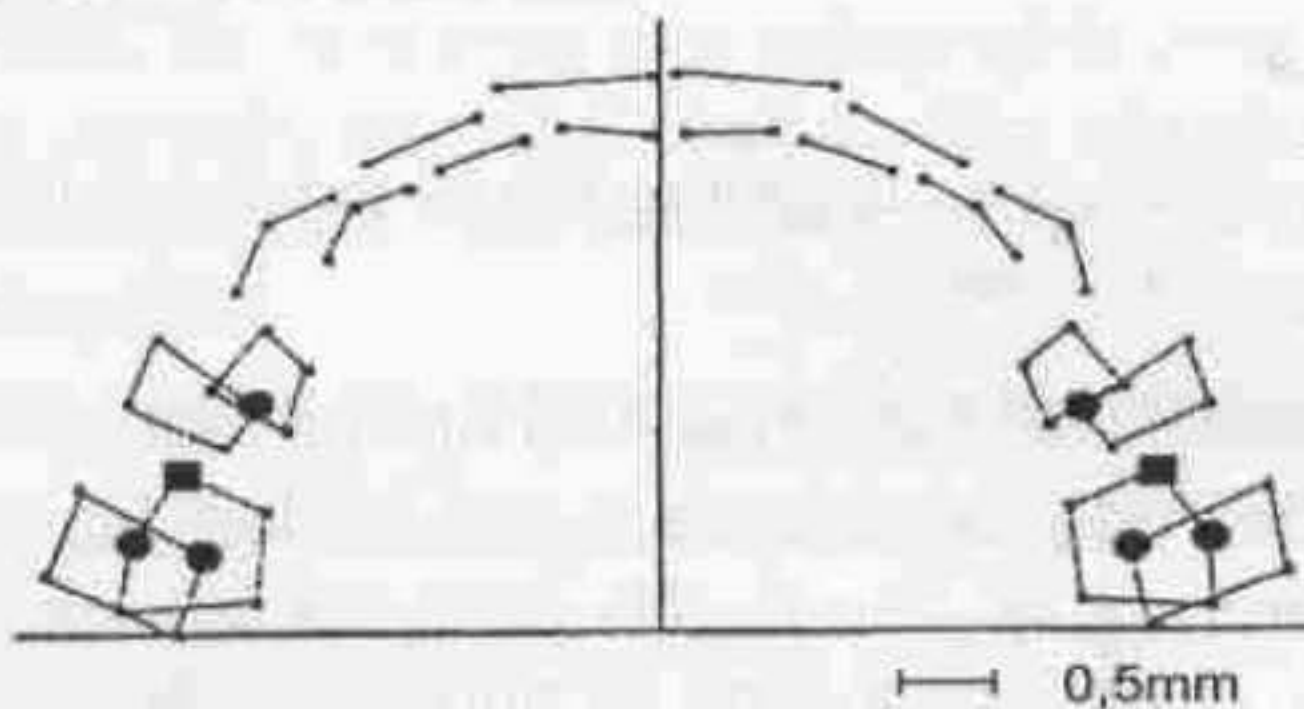
Khi xét mối tương quan giữa múi chịu và hố, gờ bên, một khớp cắn lý tưởng có các mối tương quan sau:

Tương quan múi – hố:

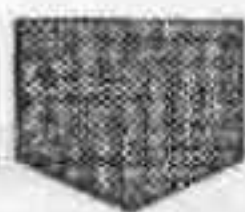
1. Múi gần – trong của răng hàm sữa thứ nhất hàm trên ăn khớp với hố giữa của răng hàm sữa thứ nhất hàm dưới.
2. Múi gần – trong của răng hàm sữa thứ hai hàm trên ăn khớp với hố giữa của răng hàm sữa thứ hai hàm dưới.
3. Múi xa – ngoài của răng hàm sữa thứ hai hàm dưới ăn khớp với hố giữa của răng hàm sữa thứ hai hàm trên.

Tương quan múi – gờ bên:

Múi gần – ngoài của răng hàm sữa thứ hai hàm dưới ăn khớp với vùng gờ bên của răng hàm sữa thứ nhất và thứ hai hàm trên.

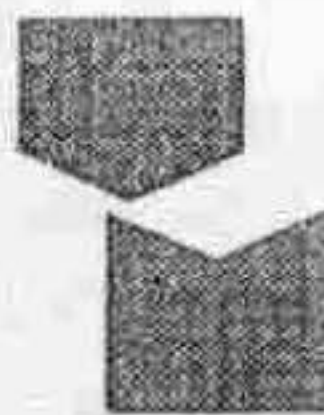


Sơ đồ sự ăn khớp lý tưởng



Không có sự chuyển dịch răng

Sự chuyển dịch của răng cối sữa trên nhiều hơn răng cối sữa dưới



Răng cối dưới có tác dụng như một cái phễu hướng dẫn sự chuyển dịch của răng cối sữa trên

Sự ăn khớp được thiết lập

Hình 4.8. Sự ăn khớp của bộ răng sữa

Theo bình diện giới hạn phía xa của răng hàm sữa thứ hai, chúng ta có 3 loại:

– Bạc phía gần.

– Bạc phía xa.

– Theo mặt phẳng:

+ Mặt phẳng tận cùng kiểu phẳng (thẳng chuẩn): Khi mặt xa của răng hàm sữa thứ hai hàm trên và dưới nằm trên cùng một mặt phẳng theo chiều đứng (múi ngoài gần răng hàm sữa thứ hai hàm trên tiếp xúc với rãnh ngoài gần răng hàm sữa thứ hai hàm dưới). Xảy ra trong 76% trường hợp và khi kích thước theo chiều gần–xa của răng hàm sữa thứ hai hàm dưới lớn hơn răng hàm sữa thứ hai hàm trên.

+ Mặt phẳng tận cùng kiểu bước gần: Khi mặt xa răng hàm sữa thứ hai hàm dưới ở phía trước (phía gần) so với mặt xa của răng hàm sữa thứ hai hàm trên. Xảy ra trong 14% trường hợp và khi kích thước theo chiều gần–xa răng hàm sữa thứ hai hàm dưới bằng hàm trên.

+ Mặt phẳng tận cùng kiểu bước xa: Khi mặt xa răng hàm sữa thứ hai hàm dưới ở phía sau (phía xa) so với mặt xa của răng hàm sữa thứ hai hàm trên. Xảy ra trong 10% trường hợp.

2.3. Đặc điểm khe hở

Dựa vào khe hở người ta chia cung răng sữa ra thành hai loại cung răng: type I có khe hở và type II không có khe hở.

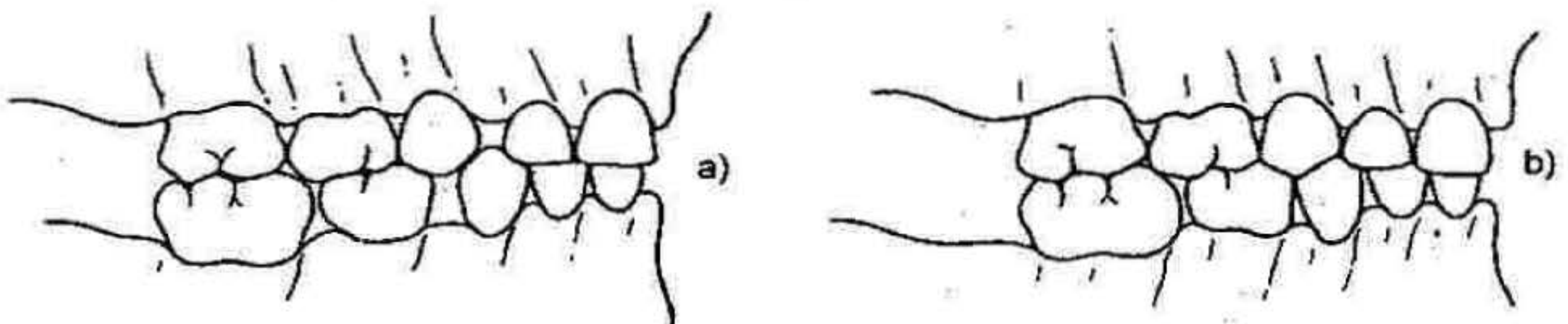
2.3.1. Cung răng có khe hở: Có thể có các loại khe hở sau:

– Khe hở linh trường (khe hở nguyên thủy): Là loại khe hở hay gặp nhất, xuất hiện ngay khi răng mới mọc và nằm ở giữa răng cửa bên và răng nanh (trung bình 4mm) đối với hàm trên và giữa răng nanh và răng hàm sữa thứ nhất hàm dưới (trung bình 3mm) đối với hàm dưới. Ở các động vật bậc thấp các khe hở linh trường này tồn tại suốt đời, tạo điều kiện cho sự lỏng múi của răng nanh.

– Khe hở giữa các răng cửa sữa hàm trên: Đa số cung răng sữa có khe hở giữa các răng cửa sữa, cung răng không có các khe hở này thường là do cung hàm hẹp hoặc do kích thước răng sữa lớn hơn bình thường.

– Khe hở giữa các răng cối sữa.

– Khe hở sinh lý: Khe hở giữa các răng cửa vĩnh viễn hàm trên khi mới mọc.



Hình 4.9. a) type I: có khe linh trường, b) type II: không có khe linh trường

2.3.2. Cung răng không có khe hở

Theo Brodie, thường là do di truyền.

Có thể có trường hợp, một hàm không có khe hở và một hàm có khe hở.

2.4. Các kích thước hay sử dụng của cung răng sữa

- Chiều dài cung răng.
- Chiều rộng cung răng.
- Chiều cao cung răng.
- Chu vi cung răng.

3. NHỮNG THAY ĐỔI CỦA KHỚP CÁN RĂNG SỮA

Sau khi hình thành, trong quá trình hoạt động chức năng, do ảnh hưởng của các yếu tố bên trong, bên ngoài cơ thể cũng như do quá trình tiếp tục tăng trưởng và phát triển theo nhiều hướng khác nhau của cung hàm, khớp cắn luôn luôn bị thay đổi.

3.1. Mòn mặt nhai và rìa cắn

So với răng vĩnh viễn, do men răng sữa mỏng và ít cứng hơn, nên mặt nhai bị mòn rất nhanh. Khoảng 5,5 tuổi, mặt nhai của các răng cửa đã trở nên khá phẳng, các răng không còn ăn khớp kiểu lồng múi, hàm dưới có thể đưa ra trước một cách tự do đến vị trí đối đầu các răng cửa.

Đây là một đặc điểm nổi bật của bộ răng sữa so với bộ răng vĩnh viễn.

3.2. Thay đổi tương quan của các răng hàm sữa thứ hai

Do các răng hàm sữa thứ hai có xu hướng di gần để đóng kín các khe hở linh trường, nên tương quan mặt tận cùng của hai răng hàm sữa thứ hai chuyển thành tương quan bậc gần.

Ngoài ra sự tăng trưởng về phía trước của hàm dưới so với hàm trên cũng góp phần làm cho các răng hàm sữa di gần.

Có nhiều quan điểm khác nhau về hiện tượng này, nhưng nói chung các tác giả đều thống nhất là có thay đổi sau 5,5 tuổi. Trong giai đoạn 3 – 5 tuổi là giai đoạn ổn định. Sự thay đổi này không có quy luật nhất định.

3.3. Hoạt động cận chức năng và các lệch lạc chức năng

Các hoạt động cận chức năng có thể ảnh hưởng làm thay đổi tình trạng cung răng. Các thói quen thường gặp nhất đó là: mút ngón tay, bú bình, thở miệng, nghiêng răng, cắn môi.

- Thở miệng: nguyên nhân thường gặp là do tắc nghẽn họng mũi, khi thở, trẻ phải ngửa đầu, miệng há, lưỡi hạ thấp để không khí đi qua đường miệng. Những thay đổi này làm xáo trộn sự cân bằng của các cơ xung quanh cung răng, gây ra hẹp cung răng trên, cắn ngược phía sau, vẩu và khớp cắn hở phía trước.

- Bú bình.
- Mút ngón tay.
- Cấn môi.

4. CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN SỰ TĂNG TRƯỞNG CUNG RĂNG

Mặc dù có nhiều nghiên cứu tìm hiểu về sự phát triển và tăng trưởng vùng đầu mặt, cung răng, tuy nhiên câu trả lời xương đầu mặt phát triển và tăng trưởng như thế nào để đạt kích thước cuối cùng vẫn chưa hoàn toàn rõ ràng và có nhiều ý kiến khác nhau. Các yếu tố quyết định và ảnh hưởng đến sự phát triển đầu mặt bao gồm các yếu tố: di truyền và chủng tộc, chức năng, môi trường.

4.1. Các yếu tố toàn thân

4.1.1. Các yếu tố nội sinh

a) Yếu tố di truyền:

Yếu tố di truyền trên mỗi cá thể chịu trách nhiệm về sự phát triển của xương toàn thân nói chung, các xương đầu mặt và xương hàm nói riêng. Vì thế yếu tố di truyền và chủng tộc có ảnh hưởng lớn đến hình thái và sự thay đổi phức hợp đầu mặt cung răng.

Vai trò yếu tố di truyền được thể hiện qua nghiên cứu các cặp sinh đôi cùng trứng của Lestrel (1998), ông nhận thấy các cặp sinh đôi cùng trứng có kiểu tăng trưởng rất giống nhau. Năm 1988, Chang nghiên cứu ở trẻ em Trung Quốc cũng kết luận yếu tố di truyền có ảnh hưởng đến hình thái sọ mặt và cung răng. Theo Weinman và Sicher, sự tăng trưởng thuần túy do yếu tố di truyền quyết định. Các yếu tố di truyền trên từng cá thể chịu trách nhiệm sự tăng trưởng của sụn và xương theo cơ chế và các hiện tượng chung tạo ra hình mẫu của sự tăng trưởng tương đối giống nhau giữa các cá thể, nhưng có cách thể hiện rất đa dạng và tạo nên nét khác biệt giữa các cá thể.

b) Chủng tộc:

Cotton và cộng sự (1951), Richardson nhận thấy các nhóm chủng tộc khác nhau khuynh hướng có mẫu hình dạng cũng như mẫu tăng trưởng sọ - mặt - răng khác nhau. Trong số các đặc điểm sọ - mặt - răng, chỉ số nhô hàm (Tỷ lệ % chiều dài xương ổ răng và chiều dài nền xương hàm) có khuynh hướng khác nhau nhất giữa các chủng tộc. Nhóm Mongoloide có khuynh hướng hàm phẳng (chiều dài xương ổ răng nhỏ hơn chiều dài nền xương hàm) và nhóm Negroid có khuynh hướng nhô hàm (chiều dài xương ổ răng lớn hơn chiều dài nền xương hàm). Tuy nhiên, do có quá nhiều thay đổi của các cá thể trong các nhóm và có thể do kết quả của sự pha trộn các chủng tộc nên để nhận xét thuộc nhóm chủng tộc nào cần phải thận trọng.

c) Yếu tố nội tiết:

Tuyến yên, tuyến giáp và các tuyến sinh dục bài tiết hormon tác động trực tiếp hoặc gián tiếp lên sự tăng trưởng. Các hormon STH được bài tiết bởi tuyến yên tác

động gián tiếp kích thích sự tăng trưởng. Các hormon tuyến giáp kết hợp với hormon STH tăng hoạt động của hormone này. Các hormon sinh dục có vai trò quan trọng trong phát triển dậy thì và trưởng thành.

d) Các yếu tố khác: tuổi, giới...

4.1.2. Các yếu tố ngoại sinh (yếu tố môi trường)

a) Chế độ dinh dưỡng: Chế độ ăn thăng bằng, đầy đủ số lượng và chất lượng giúp trẻ tăng trưởng tốt. Thiếu ăn có thể làm chậm sự tăng trưởng, ăn quá mức làm tăng sự tăng trưởng.

Theo Van Limborgh, các yếu tố chịu trách nhiệm trong tăng trưởng được phân loại thành yếu tố nội tại và ngoại di truyền (toàn thân và tại chỗ: như các yếu tố kích thích tăng trưởng), các yếu tố môi trường (ảnh hưởng tại chỗ và toàn thân). Các yếu tố di truyền và ngoại di truyền tác động chủ yếu vào thời kỳ đầu, càng về sau các yếu tố này càng ít tác động, trong khi đó yếu tố môi trường ngày càng có nhiều ảnh hưởng hơn. Trong nghiên cứu của Lestrel và Torok, các tác giả nhận thấy có một số thay đổi trong sự phát triển tăng trưởng ngay cả với cấu trúc gen đồng nhất của các trẻ sinh đôi cùng trứng và điều này được cho là do ảnh hưởng của yếu tố môi trường.

Mặc dù yếu tố di truyền và chức năng là những yếu tố quyết định nhất đối với sự phát triển và tăng trưởng của cung răng, nhưng tác động của môi trường có thể ảnh hưởng lên quá trình này. Abrew (1998) và cộng sự trong một đánh giá cung răng sữa ở trẻ suy dinh dưỡng thực hiện tại Brazil nhận thấy sự phát triển của cung răng chịu tác động của tình trạng dinh dưỡng. Tình trạng dinh dưỡng được đánh giá dựa trên chỉ số trọng lượng/tuổi. Các trẻ được đánh giá là suy dinh dưỡng do thiếu trọng lượng sẽ bị ảnh hưởng đến sự phát triển theo chiều ngang cung răng nhưng không ảnh hưởng đến sự phát triển theo chiều trước sau, nghĩa là trẻ suy dinh dưỡng có cung răng hẹp hơn trẻ bình thường.

b) Yếu tố xã hội – kinh tế: Trước thế kỷ XX, người ta nhận thấy trẻ em trong các tầng lớp xã hội thuận lợi hơn thì tốc độ phát triển nhanh hơn các tầng lớp trẻ em khác.

c) Các bệnh lý: Một vài bệnh lý bẩm sinh có thể đưa đến bất thường trong sự tăng trưởng của phức hợp sọ – mặt – răng như hội chứng Down (Grossman), thiếu năng tuyến giáp và sứt môi, khe hở vòm miệng (Shibasaki và Ross, Graber, Harvold).

4.2. Các yếu tố tại chỗ

Các yếu tố tại chỗ và toàn thân tác động một cách phức tạp lên sự tăng trưởng của mặt.

Yếu tố chức năng: Trong những thập niên trước đây vai trò của chức năng đối với sự phát triển đầu mặt được cho là quan trọng, các xương vùng đầu mặt chịu ảnh hưởng bởi chức năng của chúng trong sự phát triển và tăng trưởng, đặc biệt là chức năng nhai, nuốt và hô hấp. Gần đây, khía cạnh chức năng của sự phát triển và tăng

trường được quan tâm trở lại theo một quan niệm hơi khác, đặc biệt với thuyết của Moss (1968): lý thuyết về “nguyên lý cơ bản khung thuộc chức năng”. Theo nguyên lý này, các xương đầu mặt tăng trưởng đáp ứng với chức năng của 2 dạng khuôn, khuôn màng xương (bao gồm các cơ mặt và răng) và khuôn bao khớp (gồm có đám thần kinh và các khoảng chức năng của miệng, mũi, hầu). Khuôn màng xương chịu trách nhiệm làm thay đổi hình dạng và kích thước của xương, trong khi khuôn bao khớp làm thay đổi những tương quan trong không gian giữa các phần khác nhau của đầu. Theo Moss “xương không tự lớn dần lên mà nó được làm cho lớn lên”.

Các cơ cấu của đầu mặt và hệ thống nhai đảm nhận nhiều chức năng quan trọng của con người. Nhiều chức năng ảnh hưởng trực tiếp đến sự tăng trưởng của xương: nhai, nuốt, thở và những thói quen khác (trong đó có những thói quen cận chức năng) qua đó đưa đến những thay đổi cung răng. Gross và cộng sự (1994), đánh giá chiều rộng cung răng hàm trên của trẻ em có miệng không thường xuyên ngậm, môi không khép kín nếu không cố gắng. Qua nghiên cứu này ông cho rằng, ngoài yếu tố di truyền thì sự phát triển của xương và răng chịu ảnh hưởng đáng kể của những thay đổi “môi trường tại chỗ” như các thói quen xấu, vị trí của lưỡi khi nghỉ, cách nuốt. Các lý thuyết hiện nay cho rằng, thở miệng ảnh hưởng đến tư thế của lưỡi và vị trí của hàm dưới. Thở miệng làm hạ thấp hàm dưới xuống và thường định vị lưỡi xuống dưới và ra trước. Ở vị trí này, lưỡi không tạo được khoảng trung hoà về lực, các lực môi và má tác động lên hàm trên làm cung răng hàm trên ở những trẻ thở bằng miệng bị hẹp lại. Nghiên cứu cũng nhấn mạnh vai trò của lưỡi trong việc tạo lực làm mở rộng xương khẩu cái trong quá trình tăng trưởng. Hệ thống môi, má lưỡi đã được chứng minh là một trong những yếu tố quyết định hình dạng và sự ổn định của cung răng.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn các câu trả lời đúng cho các câu hỏi sau bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu.

1. Trong suốt thời gian còn nhỏ, hàm trên tăng trưởng mạnh theo hướng:
 - A. Ra sau và xuống dưới.
 - B. Ra trước và xuống dưới.
 - C. Ra trước và lên trên.
 - D. Ra sau và lên trên.
2. Sự thay đổi từ bậc gân sang khớp cắn loại I là dấu hiệu rất tốt. Nhưng khả năng để bậc xa chuyển thành khớp cắn loại I thì hầu như không tồn tại:
 - A. Hai mệnh đề trên đều sai.
 - B. Hai mệnh đề trên đều đúng.
 - C. Mệnh đề thứ nhất đúng, mệnh đề thứ hai sai.
 - D. Mệnh đề thứ nhất sai, mệnh đề thứ hai đúng.

3. Răng vĩnh viễn có sự chênh lệch về thời gian mọc ít nhất là:
 - A. Răng cửa hàm dưới.
 - B. Răng hàm nhỏ thứ hai hàm dưới.
 - C. Răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên.
 - D. Răng nanh hàm trên.
4. Răng vĩnh viễn có sự chênh lệch về thời gian mọc nhiều nhất là:
 - A. Răng cửa hàm dưới.
 - B. Răng hàm nhỏ thứ hai hàm dưới.
 - C. Răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên.
 - D. Răng nanh hàm trên.
5. Hướng tăng trưởng xuống dưới và về phía trước của mặt là kết quả từ:
 - A. Sự tăng trưởng lên trên và về phía sau của xương hàm trên và lõi cấu xương hàm dưới.
 - B. Sự tăng trưởng xuống dưới và về phía trước của xương hàm trên và lõi cấu xương hàm dưới.
 - C. Sự tăng trưởng kẽ ở xương hàm trên và dưới.
 - D. Mọc thẳng đứng và di gân của cung răng.
6. Mệnh đề nào dưới đây đúng đối với sự tăng trưởng?
 - A. Con trai có sự tăng trưởng sớm hơn con gái.
 - B. Con gái có sự tăng trưởng sớm hơn con trai.
 - C. Con trai và con gái có sự tăng trưởng gần như cùng một thời gian.
 - D. Con gái có thời gian tăng trưởng dài hơn con trai.
7. Nhổ răng hàm sữa ở khoảng 4 hoặc 5 tuổi làm cản trở sự mọc răng hàm nhỏ vĩnh viễn. Nhổ răng hàm sữa ở khoảng 9 hoặc 10 tuổi cũng làm cản trở quá trình mọc răng hàm nhỏ vĩnh viễn.
 - A. Hai mệnh đề trên đều sai.
 - B. Hai mệnh đề trên đều đúng.
 - C. Mệnh đề thứ nhất đúng, mệnh đề thứ hai sai.
 - D. Mệnh đề thứ nhất sai, mệnh đề thứ hai đúng.
8. Sự mọc răng hàm lớn vĩnh viễn thứ hai hàm dưới trước răng hàm nhỏ vĩnh viễn thứ hai hàm dưới có thể gây ra sự thiếu hụt chiều dài cung hàm. Người ta mong rằng răng nanh hàm dưới mọc trước răng hàm nhỏ vĩnh viễn thứ nhất và thứ hai.
 - A. Hai mệnh đề trên đều sai.
 - B. Hai mệnh đề trên đều đúng.
 - C. Mệnh đề thứ nhất đúng, mệnh đề thứ hai sai.
 - D. Mệnh đề thứ nhất sai, mệnh đề thứ hai đúng.

9. Khe linh trường xuất hiện ở
- A. Mặt gần của răng nanh hàm trên và mặt xa răng nanh hàm dưới.
 - B. Mặt gần của răng nanh hàm dưới và mặt xa của răng nanh hàm trên.
 - C. Mặt gần của răng nanh hàm trên và răng nanh hàm dưới.
 - D. Mặt xa của răng nanh hàm trên và răng nanh hàm dưới.
10. Tương quan 2 hàm răng sữa:
- A. Theo mặt phẳng đứng dọc, khớp cắn răng sữa không có đường cong Spee như cung răng vĩnh viễn.
 - B. Cung răng sữa ổn định nhất vào giai đoạn khoảng 3 – 5 tuổi.
 - C. Theo mặt phẳng đứng ngang, các răng cửa có trục gần như thẳng đứng theo cả chiều gần–xa và ngoài–trong.
 - D. Theo mặt phẳng thẳng đứng, các răng cửa có trục gần như thẳng đứng chỉ theo chiều gần–xa.
 - E. Theo mặt phẳng ngang, 10 răng sữa tạo nên 2/3 vòng tròn, cung răng trên phủ ngoài cung răng dưới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thuý Nga, Phan Thị Thanh Yên, Phan Ái Hùng, Đặng Thị Nhân Hoà. Nha khoa trẻ em (2001). NXB Y học, Chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh.
2. Javotte Nancy. Odontologie pédiatrique. Université Victor Segalen Bordeaux 2. Année, 2005.
3. MS Duggal, Mej Curzon, SA Fayle (2002). Restorative techniques in paediatric dentistry, 2th edition, Martin Dunitz.
4. Fédédric Courson (2005). Odontologie pédiatrique au quotidien. Deuxième édition, Éditions CDP.
5. David R. Avery, Jeffrey A. Dean, Ralph E McDonald (2010). Dentistry for child and Adolescent, 8th edition, Mosby.
6. Revue francophone d'odontologie pédiatrique.

SỰ HÌNH THÀNH VÀ PHÁT TRIỂN CUNG RĂNG VĨNH VIỄN

MỤC TIÊU

1. Trình bày được trình tự mọc răng vĩnh viễn lý tưởng.
2. Trình bày các giai đoạn hình thành bộ răng hỗn hợp.
3. Trình bày các giai đoạn hình thành bộ răng vĩnh viễn.

ĐẠI CƯƠNG

Từ khoảng 6 tuổi, bộ răng sữa dần dần được thay thế bằng bộ răng vĩnh viễn. Quá trình hình thành bộ răng vĩnh viễn có thể được chia làm hai giai đoạn: giai đoạn bộ răng hỗn hợp và giai đoạn bộ răng vĩnh viễn. Giai đoạn trong miệng vừa có răng sữa, vừa có răng vĩnh viễn được gọi là giai đoạn răng hỗn hợp. Giai đoạn này kéo dài từ lúc 5,5 tuổi đến 11 – 12 tuổi.

Theo Demoge (1972), sự hình thành cung răng có thể chia thành các giai đoạn sau:

Bộ răng	Pha hoạt động và không hoạt động
Bộ răng sữa	Pha thành lập bộ răng sữa. Pha cung răng sữa ổn định.
Bộ răng hỗn hợp	Pha thành lập bộ răng hỗn hợp. Pha bộ răng hỗn hợp ổn định. Pha thành lập cung răng thiếu niên.
Bộ răng vĩnh viễn	Pha bộ răng thiếu niên ổn định. Pha thành lập bộ răng người lớn trẻ. Pha bộ răng người lớn ổn định. Pha thành lập bộ răng người lớn hoàn chỉnh. Bộ răng người lớn hoàn chỉnh.

1. GIAI ĐOẠN BỘ RĂNG HỖN HỢP

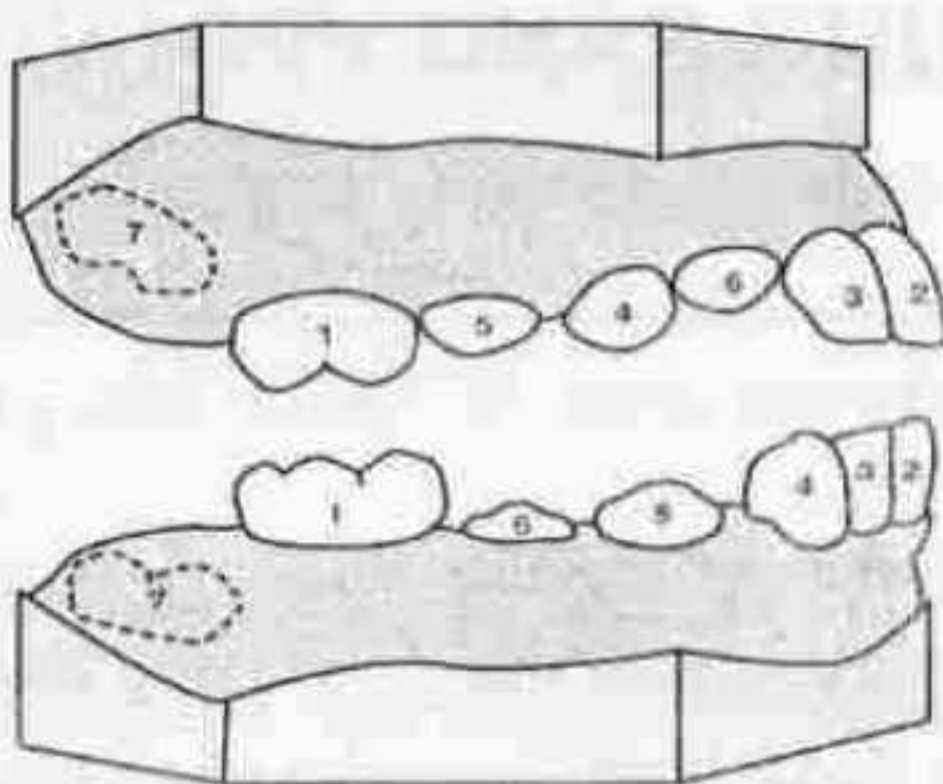
1.1. Trình tự mọc răng vĩnh viễn

Sự mọc các răng vĩnh viễn và khớp cắn bộ răng vĩnh viễn có thể chia làm 4 giai đoạn:

1. Giai đoạn 1: Mọc các răng cối lớn thứ nhất và các răng cửa giữa vĩnh viễn.
2. Giai đoạn 2: Mọc các răng cửa bên vĩnh viễn.

3. Giai đoạn 3: Mọc răng nanh, răng hàm nhỏ và răng hàm lớn thứ hai: bắt đầu từ 10 đến 12 – 13 tuổi.

4. Giai đoạn 4: Mọc răng khôn.



Hình 5.1. Trình tự mọc răng vĩnh viễn lý tưởng

Bảng tuổi khoáng hoá, mọc răng và đóng chóp của các răng vĩnh viễn

	1	2	3	4	5	6	7	8
Hình thành mầm	Tháng thứ 4 IU	Tháng thứ 4 IU	Tháng thứ 5 IU	Khi sinh	Tháng thứ 9	Tháng thứ 4 IU	Tháng thứ 12	5 tuổi
Bắt đầu khoáng hoá	Tháng thứ 3	Tháng thứ 4	Tháng thứ 5	Tháng 18	Tháng 24	Khi sinh	3 tuổi	9 tuổi
Hoàn thành thân R	4 tuổi	5 tuổi	7 tuổi	6 tuổi	7 tuổi	3 tuổi	7 tuổi	12 tuổi
Mọc R	7 tuổi	8 tuổi	11 tuổi	9 tuổi	10 tuổi	6 tuổi	12 tuổi	18 tuổi
Đóng chóp	10 tuổi	11 tuổi	14 tuổi	12 tuổi	13 tuổi	9 tuổi	15 tuổi	18 tuổi

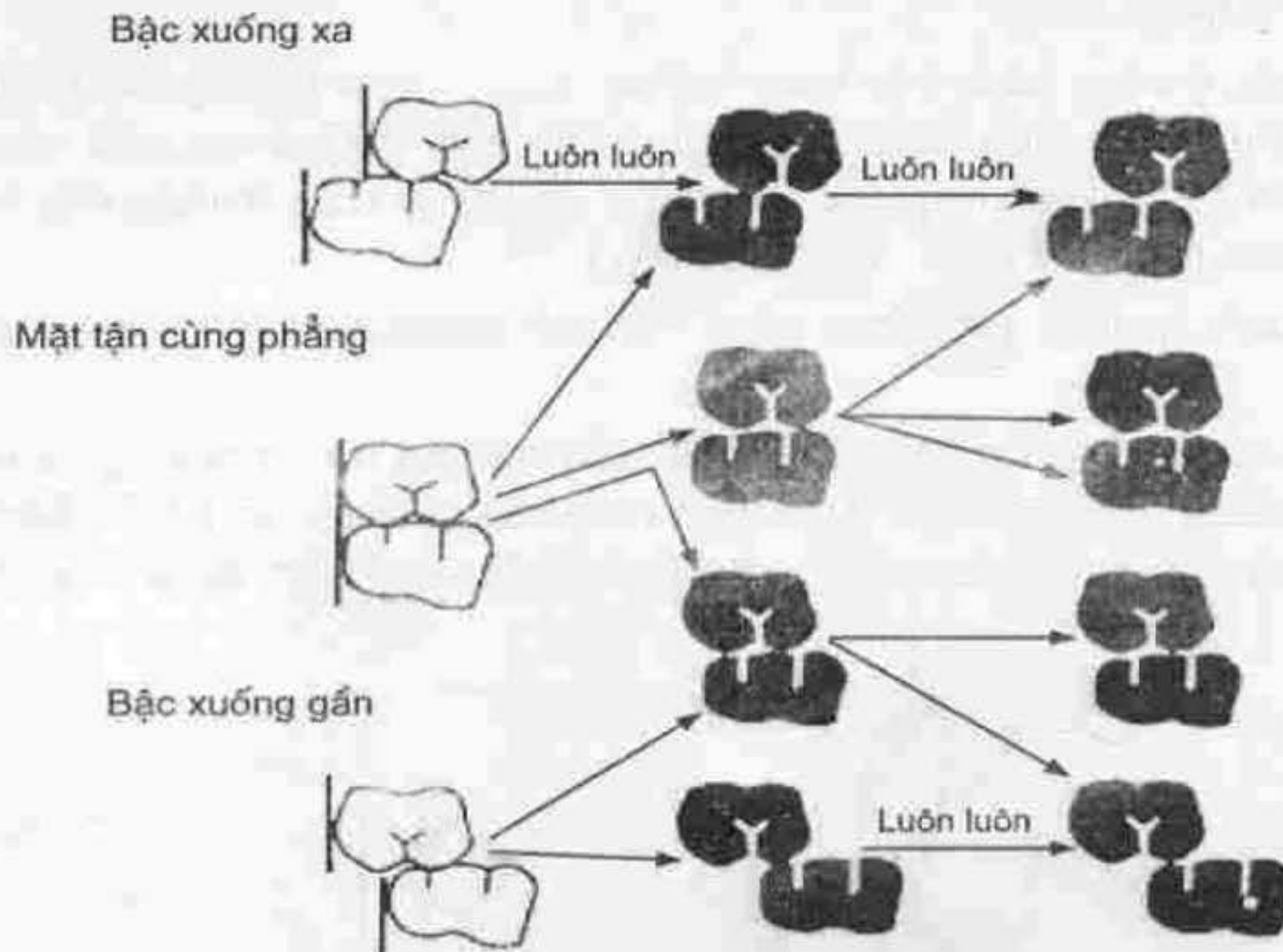
Do khi mọc, răng cối lớn thứ nhất được hướng dẫn bởi mặt xa của răng cối sữa thứ hai nên tương quan của các răng cối lớn thứ nhất phụ thuộc nhiều vào tương quan của các răng cối sữa thứ hai trên và dưới.

+ Khi tương quan răng hàm sữa thứ hai là tương quan mặt phẳng thì thường đầu tiên các răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất mọc lên ở tư thế đầu chạm đầu và về sau sẽ chuyển thành tương quan răng hàm loại I sau khi sử dụng đến khe hở linh trường. Tương quan đầu chạm đầu của răng hàm lớn thứ nhất chuyển đổi thành tương quan loại I do có sự chuyển dịch về phía gần của răng hàm lớn thứ nhất và sử dụng khoảng Leeway sau này.

+ Khi tương quan ở răng hàm sữa thứ hai là tương quan bậc xuống xa thì thường các răng hàm lớn thứ nhất mọc lên ở tương quan loại II. Tương quan này không tự

sửa chữa được và gây sai khớp cắn loại II mặc dù có sự bù trừ của khoảng Leeway và tăng trưởng biệt hoá.

+ Khi tương quan ở răng hàm sữa thứ hai là tương quan bậc xuống gần sẽ đưa đến tương quan răng hàm loại I ở bộ răng hỗn hợp, hoặc cùng với sự phát triển của hàm dưới có thể tiến triển đến khớp cắn loại III nửa múi hoặc cả múi.



Hình 5.2. Sơ đồ minh họa mối tương quan giữa mặt phẳng Chapman và sự thành lập khớp cắn của răng cối lớn thứ nhất theo Carlsen và Meredith

Nguyên nhân thay đổi tương quan của các răng cối lớn:

1. Khoảng Leeway: Hàm dưới trung bình 1,8mm mỗi bên, hàm trên trung bình 0,9mm mỗi bên
2. Sự tăng trưởng của hàm dưới: Hiện tượng tăng trưởng ra trước và xuống dưới của hàm dưới mạnh hơn hàm trên ở giai đoạn thiếu niên, do vậy cung răng dưới có xu hướng đưa ra trước nhiều hơn.
3. Các nguyên nhân khác: Di truyền, dinh dưỡng, chức năng, một số bệnh lý vùng hàm mặt, tai mũi họng.

– Trong giai đoạn mọc răng nanh và các răng cối nhỏ, răng cối vĩnh viễn thứ hai, răng cối vĩnh viễn thứ nhất di gần vào khoảng Leeway. Răng cối vĩnh viễn di gần sẽ làm chiều dài cung răng bị ngắn lại.

Các răng khôn thường mọc lúc 18 – 25 tuổi. Ở vị trí bắt đầu mọc, răng cối lớn thứ ba trên thường nghiêng nhẹ về phía xa, răng hàm lớn thứ ba dưới thường nghiêng nhẹ về phía gần. Hai răng này mọc lên và ăn khớp với nhau phụ thuộc vào vị trí và tương quan khớp cắn của răng hàm lớn thứ nhất và thứ hai.

1.2. Giai đoạn thành lập bộ răng hỗn hợp: Từ 6 – 8 tuổi, được tính từ lúc xuất hiện răng hàm lớn thứ nhất và các răng cửa vĩnh viễn thay thế.

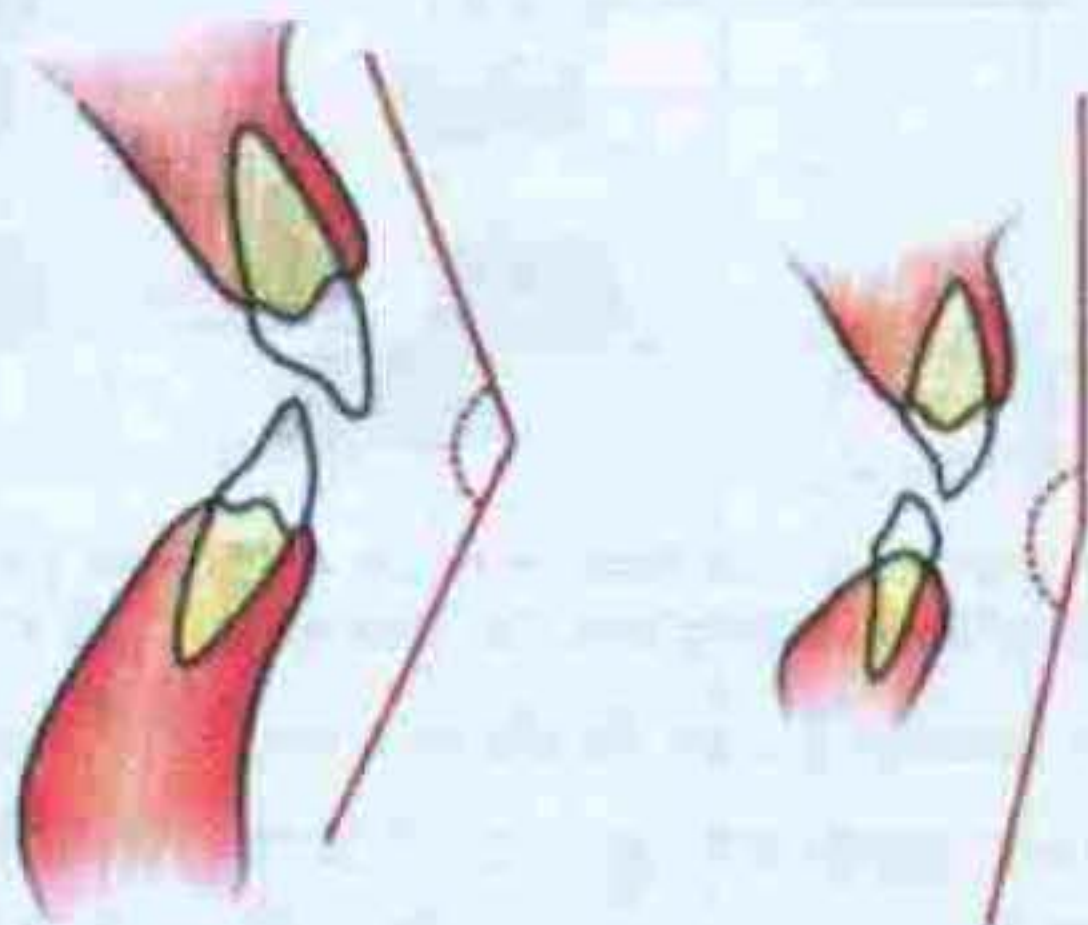
Trong giai đoạn mọc răng cửa vĩnh viễn, so với răng cửa sữa, răng vĩnh viễn có kích thước lớn hơn nhiều, do vậy, để đủ chỗ cho răng vĩnh viễn mọc, xương hàm bù trừ bằng cách:

*** Tăng trưởng cung răng:**

– Cung xương ổ răng chủ yếu tăng trưởng theo chiều ngang, sự tăng trưởng ra trước không có ý nghĩa nhiều. Khoảng liên răng nanh tăng trong quá trình thay thế các răng cửa, theo Moorrees trung bình khoảng 3mm, sự tăng trưởng này ngừng ngay lập tức sau khi mọc hai răng cửa.

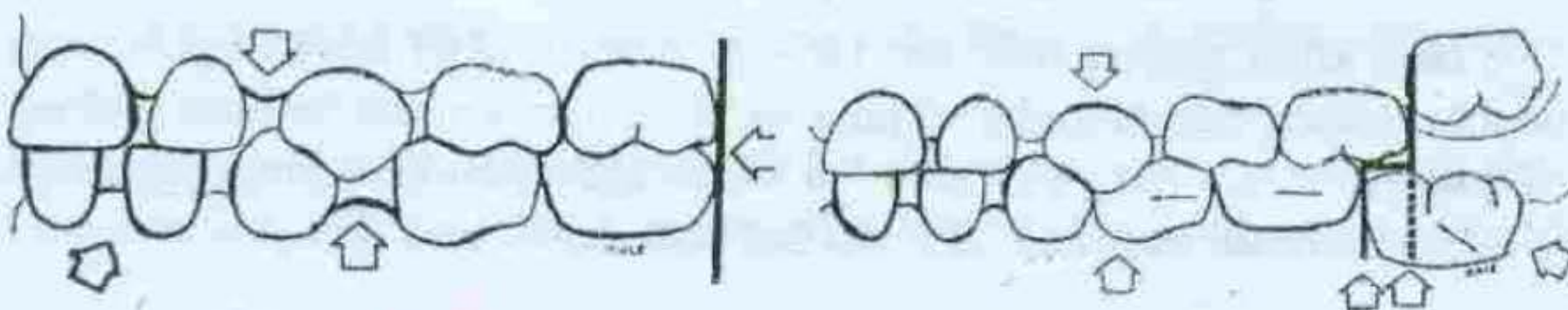
– Các khe linh trường giữa các răng cửa có trong quá trình hình thành cung răng sữa.

– Sự kéo dài cung răng do các răng vĩnh viễn thường mọc nghiêng ra phía môi, vì thế làm giảm góc liên răng cửa từ 150° ở hàm răng sữa xuống còn 123° ở hàm răng vĩnh viễn. Chiều dài tăng khoảng 2,2mm ở hàm trên và 1,3mm ở hàm dưới (theo Baume).

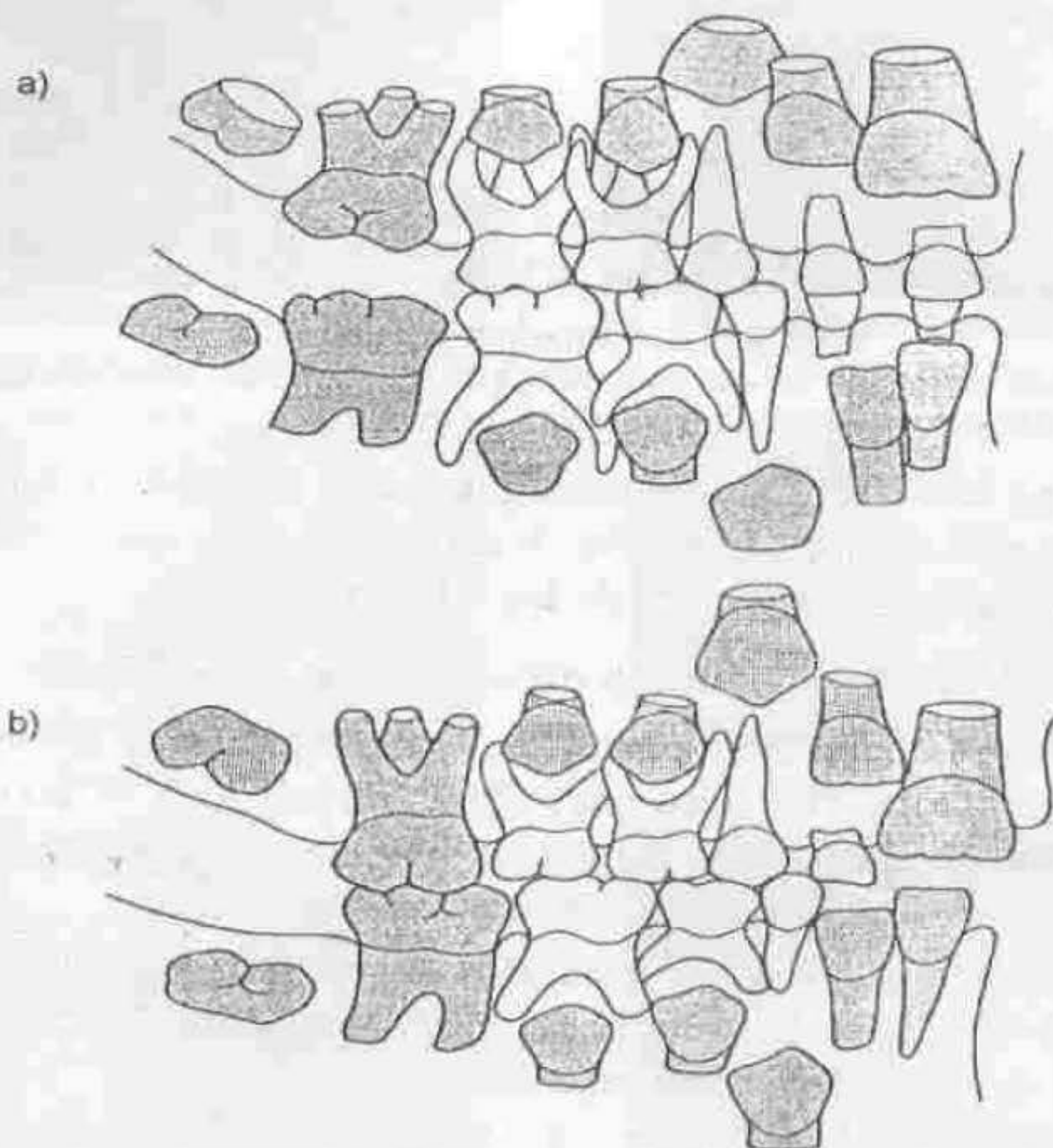


Hình 5.3. So sánh góc liên răng cửa sữa và răng vĩnh viễn

Trong khi răng cối lớn thứ nhất, có hiện tượng đóng các khe linh trường do sự di gần của các răng. Hiện tượng này đi cùng với hiện tượng tăng chiều dài cung răng do hiện tượng mọc về phía môi của các răng cửa vĩnh viễn so với các răng cửa sữa. Điều này làm cho chiều dài cung răng dưới không thay đổi. Tuy nhiên, ở hàm trên các răng cửa trên mọc nghiêng về phía môi nhiều hơn, nên làm tăng chiều dài cung răng, kết quả là chiều dài cung răng tăng. Nhìn chung, răng hàm lớn hàm dưới di gần nhiều hơn răng cối lớn hàm trên.



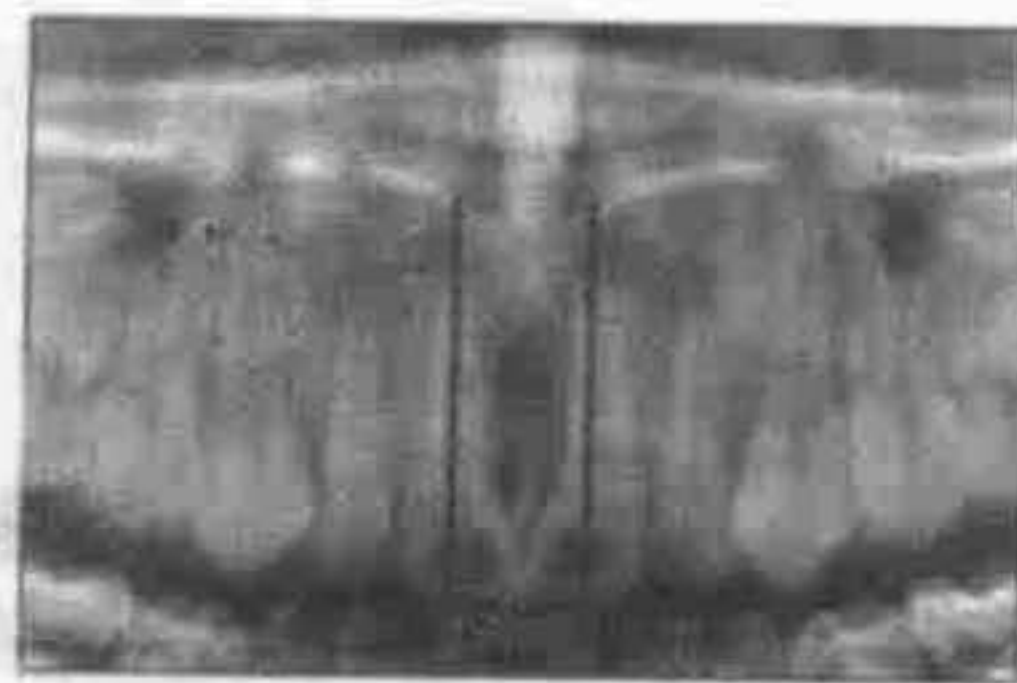
– *Độ cắn sâu thay đổi*: độ cắn phủ giảm, răng sữa trên và dưới gần như đối đầu.



Hình 5.4. a) Mọc răng cối lớn thứ nhất;
b) Mọc răng cửa vĩnh viễn (theo Schour và Massler 1941)

1.3. Giai đoạn cung răng hỗn hợp ổn định: kéo dài khoảng 2 – 3 năm, được tính từ lúc các răng cửa vĩnh viễn mọc đến lúc rụng một trong các răng trung gian (răng nanh hoặc răng hàm sữa) hoặc thậm chí cho đến khi răng hàm lớn thứ hai mọc trong trường hợp răng cối lớn thứ hai mọc sớm. Trong giai đoạn này kích thước cung răng ổn định.

Giai đoạn này có tác giả đặt tên là giai đoạn “vịt con xấu xí” (giai đoạn Broadbent). Giai đoạn vịt con xấu xí là giai đoạn tính từ lúc răng cửa bên mọc cho đến lúc răng nanh vĩnh viễn mọc. Thuật ngữ này nhằm chỉ sự biến đổi về hình dạng không thẩm mỹ để cuối cùng đạt được hình dạng thẩm mỹ. Trong giai đoạn này, các cha mẹ thường lo lắng về sự hiện diện khe thưa giữa hai răng cửa vĩnh viễn mới mọc, kích thước khe thưa này tăng khi răng cửa bên mọc do răng nanh húc vào thân răng cửa bên. Nhiều bác sĩ cho rằng hiện tượng này do phanh môi bám bất thường nhưng điều này không đúng. Khi răng nanh mọc ra khỏi xương ổ răng, điểm chạm của răng nanh vào răng cửa bên sẽ làm răng cửa bên di gần, kết quả khe thưa giữa các răng cửa sẽ bị đóng lại.



Hình 5.5. Giai đoạn vệt con xấu xí

- a) Thân răng nanh va vào chân răng cửa bên làm thân răng xoè xa;
 b) Răng nanh tiếp tục mọc lên và khe thưa đường giữa khép lại.

Tuy nhiên, cũng cần chú ý, nhiều trường hợp khe thưa giữa hai răng cửa giữa là do phanh môi bám quá nhú hoặc quá dày, hoặc do các răng thừa. Những trường hợp này, khe thưa chỉ được đóng lại sau khi đã loại bỏ nguyên nhân.

1.4. Giai đoạn thành lập bộ răng thiếu niên (khoảng 10 – 12 tuổi)

Đây là giai đoạn phức tạp nhất vì trình tự mọc răng rất thay đổi và hiện tượng bù khoảng thiếu xảy ra. Trong giai đoạn này, 12 răng trung gian sẽ được thay thế bằng các răng nanh và tiền hàm vĩnh viễn. Giai đoạn này khoảng Leeway sẽ bị khép lại. Sự khép lại của khoảng Leeway phụ thuộc vào tình trạng mọc răng.

Quy trình mọc răng có thể khác nhau giữa trai và gái. Răng hàm sữa thứ hai có vai trò quan trọng trong việc sắp xếp các răng trên cung răng. Trình tự thay răng bình thường nếu bị thay đổi sẽ cản trở răng mọc đúng vị trí.

– Nếu các răng thay theo trình tự 4 – 5 – 3 hoặc 5 – 4 – 3 thì khoảng Leeway còn lại sẽ đủ để cho răng nanh mọc.

– Ngược lại, nếu răng thay theo trình tự 3 – 4 – 5, trong trường hợp răng 3 và 4 có đường kính gần-xa lớn hơn đường kính gần xa của răng thay thế (răng sữa: 14,3mm ở hàm trên, 12,7mm ở hàm dưới, răng thay thế: 14,8mm ở hàm trên, 13,8mm ở hàm dưới). Trường hợp này, ở hàm trên thiếu 0,5mm, hàm dưới thiếu 1,1mm, do vậy sẽ xảy ra hiện tượng mất hài hoà răng mặt tạm thời, răng nanh khấp khểnh

Sự di gần của răng hàm lớn thứ nhất vào khoảng Leeway làm thu ngắn chiều dài cung răng. Chiều dài cung răng của người 18 tuổi có thể ngắn hơn của trẻ 4 tuổi, nhất là ở hàm dưới. Chu vi cung răng trên tăng khoảng 1 – 2mm, giảm 3 – 4mm ở hàm dưới.

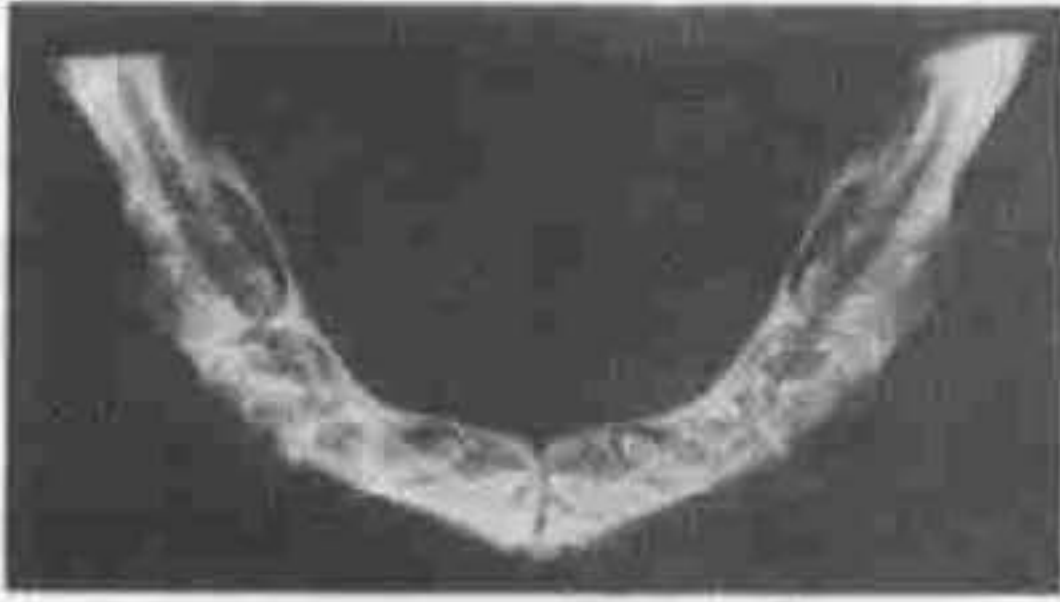
2. BỘ RĂNG VĨNH VIỄN

2.1. Giai đoạn bộ răng thiếu niên ổn định: được tính cho đến cuối giai đoạn mọc răng cối lớn thứ hai.

2.2. Giai đoạn bộ răng người lớn trẻ: tương ứng với giai đoạn phát triển của răng cối lớn thứ hai.

2.3. Giai đoạn bộ răng người lớn trưởng thành: là giai đoạn dài, có khi không có vì không có răng khôn (răng hàm lớn vĩnh viễn thứ ba).

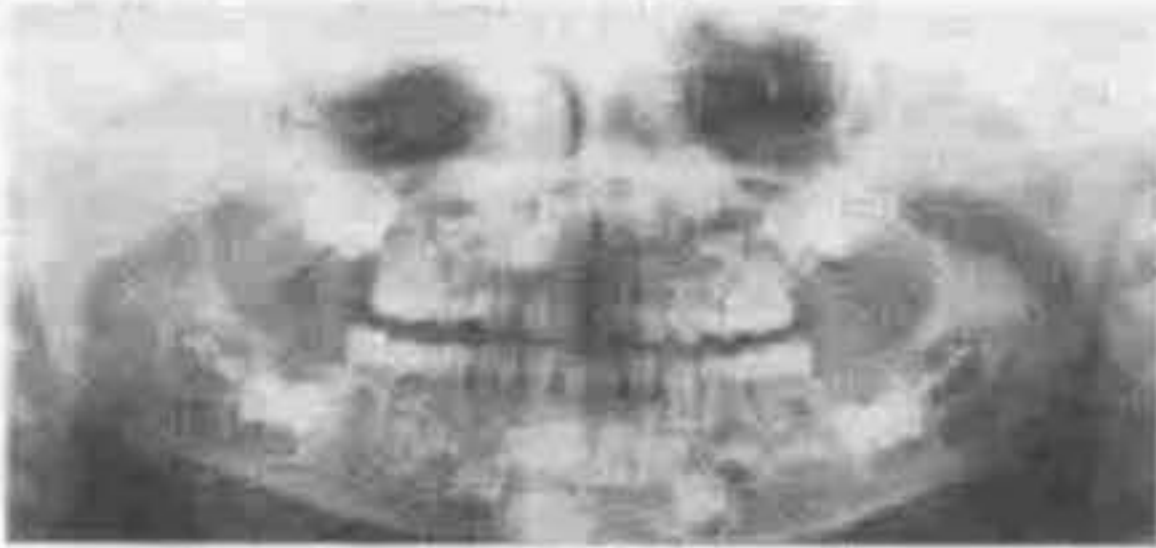
2.4. Giai đoạn bộ răng người lớn ổn định



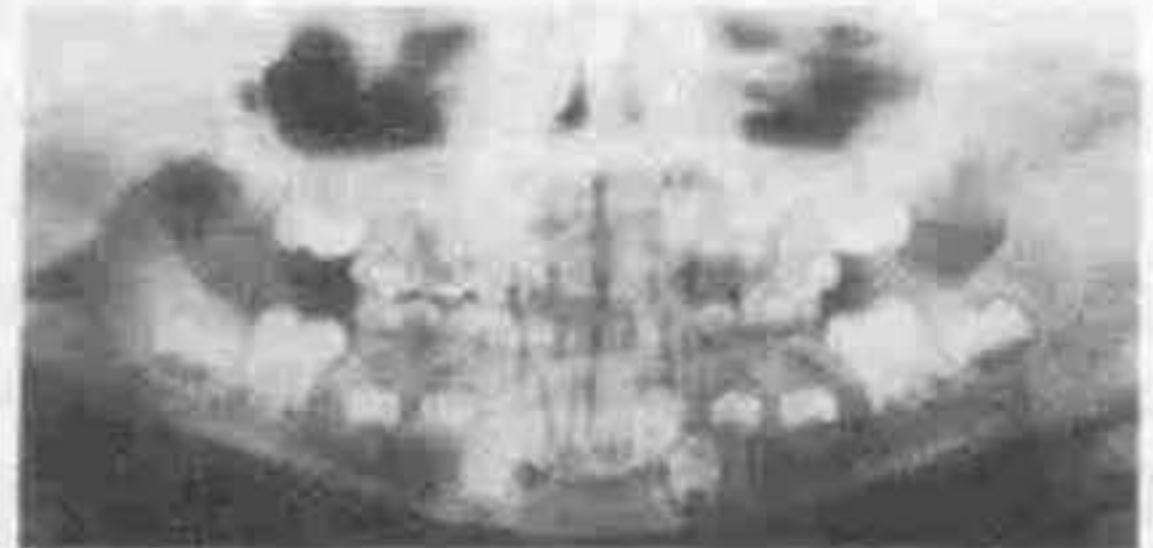
Cung răng lúc 1 tuổi



Cung răng lúc 2,5 tuổi



Cung răng lúc 4 tuổi



Cung răng lúc 5,5 tuổi



Cung răng lúc 7 tuổi



Cung răng lúc 9 tuổi



Cung răng lúc 11 tuổi



Cung răng lúc 14 tuổi



Cung răng lúc 19 tuổi

Hình 5.6. Các giai đoạn của bộ răng người lớn

3. SỰ THAY ĐỔI CỦA CUNG RĂNG THEO LỨA TUỔI

Zsigmundy (1980) là người đầu tiên đo kích thước cung răng sữa. Sau đó, rất nhiều tác giả đã quan tâm đến vấn đề này như Moorrees, Meredith, Chapman, Foster, Chang, Ngô Thị Quỳnh Lan... Theo dõi những thay đổi về chiều dài, chiều rộng và chu vi cung răng giúp các nhà nghiên cứu đánh giá được sự tăng trưởng và phát triển của cung răng trong quá trình phát triển của hệ thống sọ – mặt – răng.

Chiều rộng cung răng: thường được xác định bằng khoảng cách hai điểm đối xứng trên cung răng ở bên phải và bên trái. Tùy theo sự lựa chọn của từng tác giả, các điểm mốc có thể là các đỉnh múi, các hố hoặc các điểm lồi tối đa mặt ngoài hay mặt trong của các răng. Mặc dù cách chọn các điểm mốc đo khác nhau, nhưng các nghiên cứu về thay đổi tăng trưởng chiều rộng cung răng trong giai đoạn răng sữa và giai đoạn đầu của bộ răng hỗn hợp đều cho kết quả khá giống nhau. Chiều rộng cung răng của nam lớn hơn nữ. Mức độ tăng trưởng hàng năm của chiều rộng cung răng hàm trên nhiều hơn hàm dưới, nhưng thời gian tăng trưởng của hàm dưới lại kéo dài hơn. Chiều rộng cung răng của trẻ Kenya (6 – 8 tuổi) đo qua răng nanh là 33,9mm với hàm trên và 26,6mm với hàm dưới, đo qua răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất là 53,1mm với hàm trên và 47,00mm với hàm dưới.

Chiều dài cung răng: tùy theo điểm mốc được chọn, có nhiều loại chiều dài cung răng. Sử dụng phổ biến nhất là chiều dài cung răng đo từ điểm giữa hai răng cửa giữa đến đường nối mặt xa hai răng hàm sữa thứ hai, đỉnh hai răng nanh, hai múi gần-ngoài răng hàm lớn thứ nhất. Kết quả của các nghiên cứu đều cho thấy chiều dài cung răng hàm trên luôn lớn hơn hàm dưới ở mọi lứa tuổi. Mẫu thay đổi theo tuổi của chiều dài cung răng cho thấy không khác nhau nhiều giữa hàm trên và hàm dưới, tuy nhiên mức độ giảm của hàm dưới nhiều hơn hàm trên. Trên nhóm trẻ Việt Nam 5,5 tuổi, chiều dài cung răng qua răng hàm sữa thứ hai là 27,70mm – 28,40mm với hàm trên và 25,17mm – 25,75mm với hàm dưới.

Chu vi cung răng: Theo Moorrees (1959), chu vi cung răng sữa là chiều dài của đường cong từ mặt xa của răng hàm sữa thứ hai, qua đỉnh múi ngoài và bờ cắn của các răng, đến mặt xa răng hàm sữa hai bên đối diện. Chu vi cung răng là một thông số rất quan trọng, đặc biệt ở giai đoạn bộ răng hỗn hợp để đánh giá vấn đề khoảng trống cho các răng vĩnh viễn mọc. Moorrees nhận thấy chu vi cung răng tăng rất ít ở hàm trên (1,32mm ở nam, 0,5mm ở nữ), và giảm ở hàm dưới (3,39mm ở nam, 4,48mm ở nữ) khi nghiên cứu trên nhóm trẻ từ 3 đến 18 tuổi. Chu vi cung răng ở hàm trên luôn lớn hơn ở hàm dưới mọi lứa tuổi. Chu vi cung răng của trẻ Mỹ da trắng lúc 6 – 8 tuổi là 74,0mm – 76,9mm với hàm trên và 66,9mm – 69,1mm với hàm dưới.

Sự thay đổi chiều dài:

Theo Barrow (1952), khi nghiên cứu mẫu gồm 528 bộ mẫu hàm của 51 trẻ em trường tiểu học Michigan và trường trung học Ann Arbor, chiều dài cung răng tính

từ điểm giữa của hai răng cửa giữa vuông góc với đường nối hai đỉnh múi ngoài – gần răng số 6. Ông kết luận rằng, từ 6 đến 12 tuổi, chiều dài cung răng hàm trên tăng 1,0mm, chiều dài trung bình là 28,8mm, nhưng chiều dài cung răng dưới giảm 1,12mm, chiều dài trung bình từ 26,1 đến 24,9mm. Ông cho rằng có 3 nguyên nhân chính làm giảm chiều dài cung răng: (1) Việc đóng kín các khe hở tiếp cận của các răng sau. (2) Khuynh hướng nghiêng trong các răng, đặc biệt ở hàm trên. (3) Sự mòn răng sinh lý theo tuổi ở mặt nhai tất cả các răng.

Lundström (1987), đã nghiên cứu trên 41 cặp sinh đôi, bao gồm cả nam lẫn nữ từ 9 đến 19 tuổi, theo dõi liên tục cho đến tuổi kết thúc là 23 đến 32 tuổi. Ông đưa ra kết luận: Có sự giảm kích thước chiều dài cung răng trên khoảng 1,3mm, cung răng dưới khoảng 1,6mm.

Moorees (1959) và cộng sự, đã tiến hành nghiên cứu dọc trên trẻ em từ 3 đến 18 tuổi ở Mỹ. Nêu lên một số ứng dụng lâm sàng, tiên lượng và lập kế hoạch điều trị:

Chiều dài cung răng (mốc đo từ điểm giữa 2 răng cửa giữa đến vuông góc với đường nối các mốc đo giữa đỉnh hai răng nanh, đỉnh múi trong hai răng hàm nhỏ thứ nhất, đỉnh múi gần trong hai răng hàm lớn thứ nhất): Chiều dài cung răng hàm trên và hàm dưới giảm chủ yếu vào hai đợt: đợt một từ 4 đến 6 tuổi, đợt hai từ 10 đến 14 tuổi.

Sự thay đổi chiều rộng:

Barrow (1952) kết luận: Chiều rộng cung răng ở vị trí đỉnh múi giữa hai răng nanh trên cung răng ít thay đổi từ 3 đến 5 tuổi, tăng nhanh từ 5 đến 8 tuổi (hay 9 tuổi), (tăng khoảng 4mm ở hàm trên và 3mm ở hàm dưới), hầu hết các trường hợp giảm dần từ 0,5 đến 1,5mm sau 14 tuổi.

Chiều rộng cung răng ở vị trí đỉnh múi ngoài gần giữa hai răng hàm lớn thứ nhất có mức độ tăng nhanh từ 7 đến 11 tuổi (tăng 1,8mm ở hàm trên; 1,2mm ở hàm dưới). Từ 11 đến 15 tuổi có sự giảm chiều rộng cung răng (0,4mm ở hàm trên; 0,9mm ở hàm dưới).

Theo Ông, sở dĩ có sự giảm chiều rộng cung răng vùng răng hàm lớn thứ nhất sau 11 tuổi là do sự di gần của răng hàm lớn thứ nhất và hướng hội tụ của hàm dưới nhiều hơn.

Sillman (1935), thực hiện nghiên cứu dọc về sự thay đổi kích thước cung răng từ lúc mới sinh đến 25 tuổi trên 1/3 trẻ em sinh ở Bệnh viện Bellevue tại New York, 750 mẫu thạch cao được sử dụng cho nghiên cứu này. Đến năm 1964, Ông công bố kết quả và nhận xét:

Vì chiều rộng cung răng hàm trên và dưới vùng răng nanh tăng nhanh lúc mới sinh đến 2 tuổi, khoảng 5mm/năm ở hàm trên và 3,5mm/năm ở hàm dưới, tiếp tục tăng đến 13 tuổi ở hàm trên, 12 tuổi ở hàm dưới. Sau đó không có sự tăng trưởng đáng kể từ 16 tuổi đến 25 tuổi.

Chiều rộng vùng răng hàm lớn thứ nhất có sự giảm kích thước cả hai hàm từ 16

tuổi, nhưng đặc biệt chiều rộng và chiều dài toàn bộ chỉ gia tăng và ổn định mà không giảm là do sự phát triển sau sinh xảy ra ở phía sau của cung hàm.

Carter (1997), nghiên cứu dọc về sự thay đổi chiều dài và chiều rộng cung răng ở người trưởng thành. Ông đã kết luận kích thước chiều rộng, chiều dài và chu vi cung răng đều giảm ít hơn 3mm từ 14 đến 47 tuổi. Giai đoạn từ 18 đến 50 tuổi, các kích thước cung răng giảm nhiều hơn và giảm có ý nghĩa thống kê so với giai đoạn từ 14 đến 18 tuổi. Giảm kích thước cung răng là do răng xoay, răng di gần và mòn răng.

Như vậy, nhiều nghiên cứu dọc và cắt ngang của các tác giả Carter, Sillman, Moorrees, Barrow, Lundström... đều có nhận xét:

Kích thước chiều rộng cung răng đo trên mốc răng nanh, răng hàm nhỏ thứ hai, răng hàm lớn thứ nhất có sự tăng trưởng nhiều trước tuổi dậy thì, tăng trưởng chậm ở tuổi dậy thì và ổn định ở 16 – 18 tuổi đối với nữ, 18 – 20 tuổi đối với nam.

Kích thước chiều dài cung răng theo chiều trước sau được đo theo mốc các răng trên cho thấy có sự giảm dần từ khi xuất hiện răng vĩnh viễn trên cung hàm và ổn định ở tuổi 17 đến 18 đối với nữ và 19 đến 20 đối với nam. Giảm chiều dài cung răng chủ yếu là do răng có xu hướng di gần, xoay răng, răng bị mòn... Hàm trên giảm khoảng 1,3mm và hàm dưới khoảng 1,6mm.

Tóm lại, sự phát triển của bộ răng người rất phức tạp và phụ thuộc vào nhiều yếu tố, không cùng hướng với các bộ phận cơ quan khác của cơ thể. Thân răng ngay từ khi hình thành đã mang kích thước răng người lớn và tồn tại trong xương hàm trước khi xuất hiện trong khoang miệng.

Để xác định sự phát triển bất thường của bộ răng, người bác sĩ chỉnh nha cần có đủ kiến thức để phân biệt các bất thường và bình thường trước khi bắt đầu liệu pháp điều trị.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn các câu trả lời đúng cho các câu hỏi sau bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu.

1. Giai đoạn bộ răng hỗn hợp
 - A. Kéo dài khoảng từ lúc 5,5 tuổi đến 11 – 12 tuổi.
 - B. Khi mọc, răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất được hướng dẫn bởi mặt xa của răng hàm sữa thứ hai nên tương quan của các răng cối lớn vĩnh viễn thứ nhất phụ thuộc nhiều vào tương quan của các răng hàm sữa thứ hai trên và dưới.
 - C. Khi mọc, răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất được hướng dẫn bởi mặt xa của răng hàm sữa thứ hai, tuy nhiên tương quan của các răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất ít phụ thuộc vào tương quan của các răng hàm sữa thứ hai trên và dưới.
 - D. Trong giai đoạn mọc răng nanh và các răng hàm nhỏ, răng hàm vĩnh viễn thứ hai chiều dài cung răng bị ngắn lại.
 - E. Theo Baume, các răng cửa vĩnh viễn mọc ra trước nhiều làm tăng trước chiều dài cung răng.

2. Giai đoạn thành lập bộ răng hỗn hợp
 - A. Được tính từ lúc mọc răng hàm vĩnh viễn và các răng cửa vĩnh viễn thay thế.
 - B. Khi răng hàm vĩnh viễn thứ nhất mọc, các khe linh trường vẫn không bị thay đổi.
 - C. So với các răng sữa, các răng vĩnh viễn mọc nghiêng về phía môi nhiều hơn.
 - D. Nhìn chung răng hàm lớn hàm trên di gần nhiều hơn răng hàm lớn hàm dưới.
 - E. Độ cắn sâu thay đổi, răng sữa trên và dưới gần như đối đầu.
3. Giai đoạn phức tạp nhất của bộ răng hỗn hợp là
 - A. Giai đoạn thành lập bộ răng hỗn hợp.
 - B. Giai đoạn thành lập bộ răng thiếu niên.
 - C. Giai đoạn “Vịt con xấu xí”.
 - D. Giai đoạn thành lập bộ răng thiếu niên.
 - E. Giai đoạn thành lập bộ răng hỗn hợp và bộ răng thiếu niên.
4. Sự tăng trưởng về phía trước của xương ổ răng là
 - A. Sự tăng trưởng về phía trước của xương ổ răng ở cung răng thừa và khít là khác nhau.
 - B. Trung bình sự tăng trưởng về phía trước của xương hàm trên lớn hơn xương hàm dưới 1mm.
 - C. Trung bình sự tăng trưởng về phía trước của xương hàm trên lớn hơn xương hàm dưới 2mm.
 - D. Trung bình sự tăng trưởng về phía trước của xương hàm trên và xương hàm dưới là như nhau.
 - E. Tất cả các câu trên đều sai.
5. Nguyên nhân phát triển ra phía trước của cung răng là
 - A. Do lực nhai.
 - B. Mầm răng vĩnh viễn nằm phía lưỡi đối với răng sữa, nên khi mọc lên các răng này phải di chuyển trong xương hàm ra phía ngoài rồi mới mọc lên đúng vị trí, vì vậy xương hàm tăng trưởng về phía trước.
 - C. Mầm răng vĩnh viễn lúc đầu nằm ở phía tiền đình, nên khi mọc lên làm cho cung răng phát triển ra phía trước.
 - D. Vào lúc một tuổi, khi răng hàm sữa thứ nhất mọc lên, các mầm răng nanh vĩnh viễn bắt đầu được hình thành ngay ở giữa các chân răng này. Sau đó răng nanh hơi di về phía trước và ra phía ngoài rồi mới mọc lên, do vậy xương hàm phát triển ra phía trước.
 - E. Không có lý do nào hợp lý.
6. Sự di gần sớm tận dụng:
 - A. Khoảng Leeway của Nance.
 - B. Khe linh trường.

- C. Khoảng Meyer.
 - D. Khoảng Von Ebner.
7. Sự di gân muộn liên quan đến
 - A. Khoảng Leeway của Nance.
 - B. Khe linh trưởng.
 - C. Khoảng Meyer.
 - D. Khoảng Von Ebner.
 8. Theo nghiên cứu của Nance, khoảng Leeway trung bình ở hàm trên mỗi bên là
 - A. 1,8mm.
 - B. 0,9mm.
 - C. 1,7mm.
 - D. 3,4mm.
 9. Yếu tố nào quan trọng để lựa chọn thời điểm giữ khoảng:
 - A. Thời gian tính từ khi mất răng.
 - B. Tổng lượng xương bao phủ răng chưa mọc.
 - C. Tuổi răng của bệnh nhân.
 - D. Tất cả các câu trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thuý Nga, Phan Thị Thanh Yên, Phan Ái Hùng, Đặng Thị Nhân Hoà. Nha khoa trẻ em (2001). NXB Y học, Chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh.
2. Javotte Nancy. Odontologie pédiatrique. Université Victor Segalen Bordeaux 2. Année, 2005.
3. MS Duggal, Mej Curzon, SA Fayle (2002). Restoratrice techniques in peadiatric dentistry. 2th edition, Martin Dunitz.
4. Fédédric Courson (2005). Odontologie pédiatrique au quotidien. Deuxième édition, Éditions CDP.
5. Ralph E. McDonald, David R. Avery, Jeffrey A. Dean. (2010). Dentistry for child and Adolescent, 8th edition, Mosby.
6. Revue francophone d'odontologie pédiatrique.
7. Richard R. Welbury, Monty S. Duggal, Marie Thérèse Hosey. Paediatric Dentistry (2005), 3rd edition, Oxford.

CÁC BẤT THƯỜNG TRONG QUÁ TRÌNH PHÁT TRIỂN RĂNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được định nghĩa, nguyên nhân, đặc điểm các bất thường trong quá trình phát triển răng.
2. Trình bày được nguyên tắc điều trị các bất thường trong quá trình phát triển răng.

Các bất thường của răng rất đa dạng, liên quan đến những khiếm khuyết trong quá trình phát triển răng, gây ra bởi nguyên nhân di truyền hoặc các yếu tố môi trường (tại chỗ, toàn thân).

Trong bài này, các bất thường được phân chia thành các loại: bất thường về số lượng, kích thước, hình dạng, cấu trúc, màu sắc, sự mọc răng và thay răng.

I. BẤT THƯỜNG VỀ SỐ LƯỢNG RĂNG: Răng thiếu hoặc thừa.

Những thay đổi về số lượng răng phát sinh từ các rối loạn trong giai đoạn khởi đầu hay giai đoạn lá răng (sự huỷ hoại lá răng hoặc lá răng hoạt động quá mức).

1. THIẾU RĂNG

1.1. Đặc điểm, tỷ lệ

1.1.1. Không răng (*Anodontia*)

Hoàn toàn không có sự phát triển của răng ở một hoặc hai hàm. Có thể xảy ra ở cả hai hệ răng (rất hiếm) hoặc có thể chỉ xảy ra ở hệ răng vĩnh viễn.

1.1.2. Thiếu ít răng

Ở hàm răng sữa: Ít gặp, thường thấy thiếu răng ở hàm trên. Thường gặp nhất là thiếu răng cửa bên với tỷ lệ khoảng 0,1 – 0,9% ở người da trắng.

Ở hàm răng vĩnh viễn: Tỷ lệ khoảng 2 – 10% tùy chủng tộc (không bao gồm răng hàm lớn thứ ba. Thường gặp nhất là RHL thứ ba, tiếp theo là răng cửa bên hàm trên,

răng hàm nhỏ thứ hai hàm dưới, răng hàm nhỏ thứ hai hàm trên, răng cửa hàm dưới. Ở người Nhật và Thụy Sĩ, hay gặp thiếu răng cửa hàm dưới hơn so với các nhóm người khác.

1.1.3. Thiếu nhiều răng (*Oligodontia*)

Khi thiếu nhiều hơn 6 răng. Ở những bệnh nhân thiếu răng ở hàm răng sữa thì 30 – 50% trường hợp sẽ có thiếu răng ở hàm răng vĩnh viễn.

1.2. Nguyên nhân

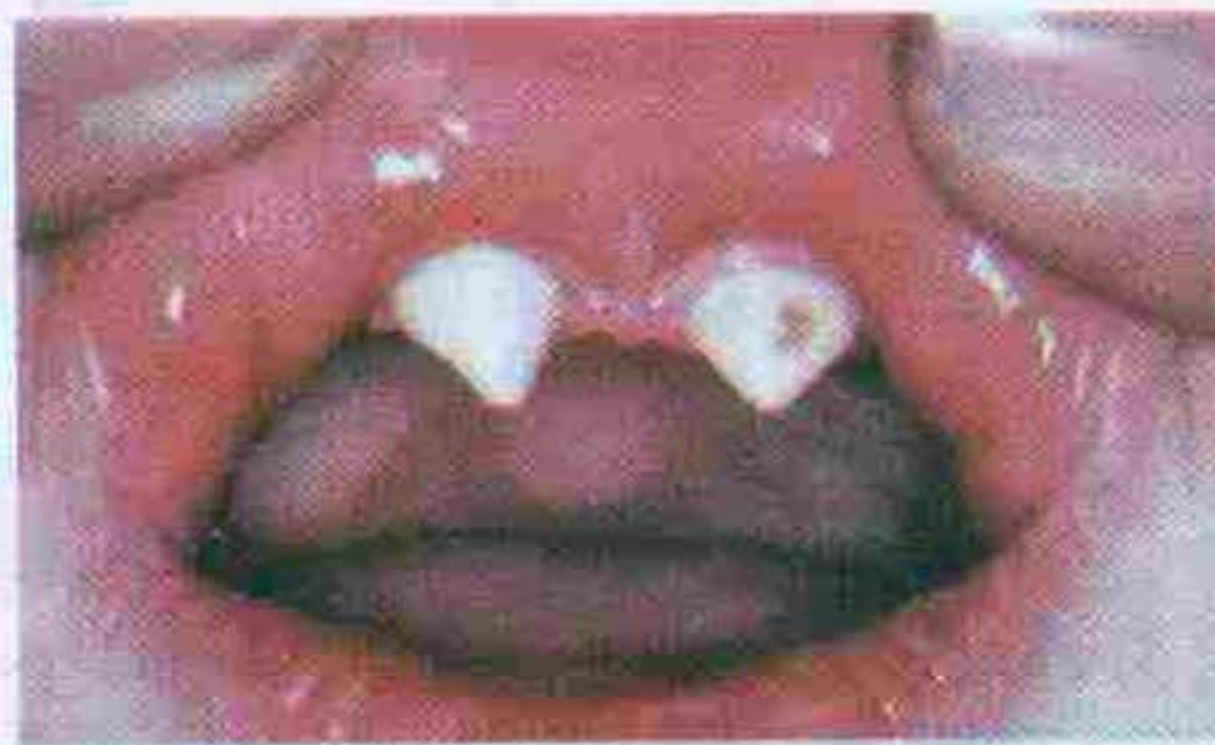
Nguyên nhân của thiếu răng đơn độc thường không rõ ràng. Có thể là do di truyền hoặc do tác động của các yếu tố môi trường trong quá trình phát triển.

Thiếu răng thường có liên quan ở những trẻ đa sinh, nhẹ cân khi sinh, mẹ lớn tuổi, mắc bệnh rubella hoặc do ảnh hưởng của Thalidomide từ thời kỳ phôi thai.

– Bệnh loạn sản ngoại bì (hình 6.1): Thể bệnh di truyền lặn liên kết trên nhiễm sắc thể X hay gặp nhất. Ở bệnh nhân nam thiếu nhiều răng và các răng còn lại thường nhỏ, hình nón và chậm mọc. Ngoài ra, còn có dấu hiệu tóc mỏng thưa, vàng, khô, da khô, không có tuyến mồ hôi một phần hoặc hoàn toàn, giảm tiết nước bọt, trán nhỏ, mũi hình yên ngựa.

Bệnh nhân nữ dị hợp tử biểu hiện nhẹ hơn: thiếu một hoặc hai răng cửa bên hàm trên và/ hoặc thiếu răng hàm nhỏ thứ hai hàm dưới. Trên một số bệnh nhân thấy răng cửa bên hình chêm.

- Hội chứng Down (3 NST 21): Thiếu nhiều răng.
- Đột biến gen MSX1 trên NST số 4: Bệnh di truyền trội. Thường thiếu răng hàm lớn thứ ba và răng hàm nhỏ thứ hai.
- Đột biến gen PAX9 trên NST số 14: Thường thiếu răng hàm lớn.
- Hội chứng mặt–miệng–tay: thiếu sản mũi, khe hở vòm miệng, ngón tay dị dạng đi kèm với thiếu răng.
- Bệnh khe hở môi, vòm miệng: Răng cửa bên hàm trên thiếu hoặc nhỏ.



Hình 6.1. Bệnh loạn sản ngoại bì. Thiếu nhiều răng, các răng còn lại nhỏ hình nón.

1.3. Điều trị

Nhìn chung, điều trị cho trẻ thiếu nhiều răng là một điều trị phức hợp, lâu dài liên quan đến nhiều chuyên khoa: răng trẻ em, chỉnh nha, phục hình và tư vấn di truyền học.

Không răng: phục hình tháo lắp toàn hàm. Khi đã trưởng thành, phục hình tháo lắp có thể được nâng đỡ bằng các implant.

Thiếu nhiều răng: phục hình tháo lắp bán phần, có thể được nâng đỡ bằng implant. Có thể phục hình cố định như implant, cầu răng.

Thiếu ít răng: tùy theo trường hợp, phục hình hoặc chỉnh răng.

2. THỪA RĂNG

2.1. Đặc điểm, tỷ lệ

Tỷ lệ: Thừa răng xảy ra với tỷ lệ khoảng 0,2 – 0,8% ở hàm răng sữa và 1,5 – 3% ở hàm răng vĩnh viễn. Tỷ lệ nam/nữ là 2:1, hàm trên/ hàm dưới là 5:1.

Răng thừa thường xuất hiện nhiều nhất ở kẽ hai răng cửa hàm trên, còn gọi là mesiodens (hình 6.2), sau đó đến vùng răng hàm (phía má), vùng răng hàm nhỏ thứ hai hàm dưới. Có trường hợp xuất hiện đối xứng ở hai bên cung hàm.

Răng thừa có thể có hình dạng bình thường (gọi là răng thêm), đa số các răng thừa thường nhỏ, dị dạng, có hình chóp nón hay hình củ.

Ở những bệnh nhân có răng thừa ở hàm răng sữa thì có tới 30 – 50% nguy cơ sẽ có răng thừa ở hàm răng vĩnh viễn.

Các răng thừa đều có thể gây chặm mọc, mọc sai chỗ, tiêu các chân răng khác, thậm chí làm răng bình thường không mọc được. Nếu răng thừa không mọc được có thể gây ra nang thân răng.

2.2. Nguyên nhân: có nhiều giả thuyết

– Do sự tăng trưởng quá mức của lá răng tạo nên các mầm răng thừa hoặc do sự dài ra của các lá răng.

– Do sự phân đôi của một mầm răng bình thường:

+ Nếu sự phân chia đồng đều → răng thừa có hình dáng bình thường.

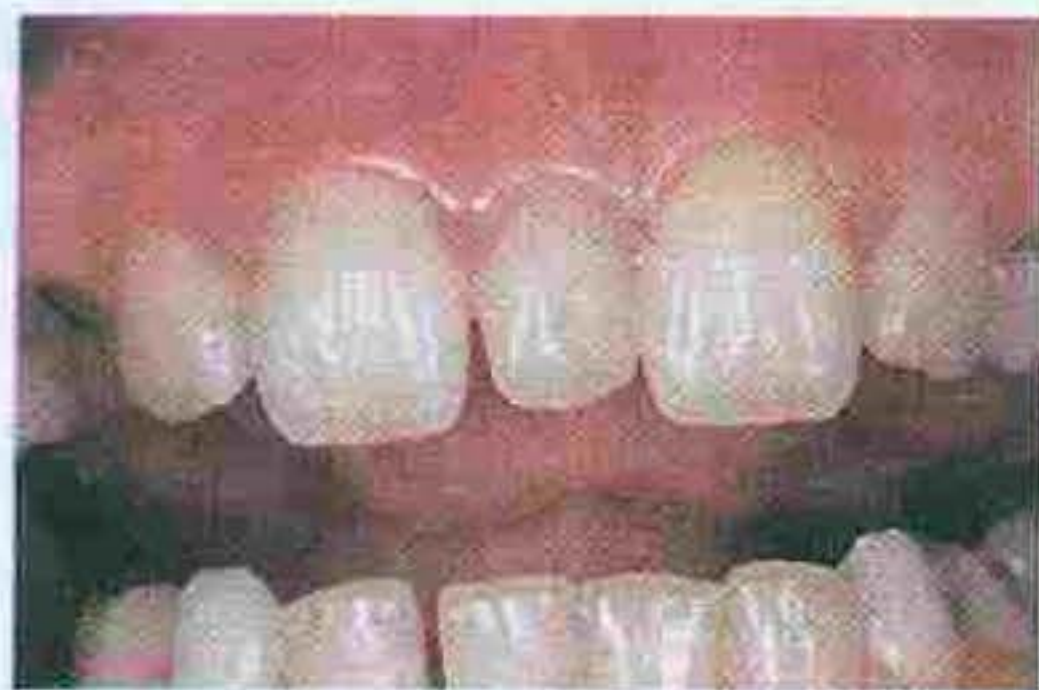
+ Nếu sự phân chia không đồng đều → răng thừa có hình dáng bất thường.

– Răng thừa có liên quan đến: Liên quan rõ rệt với tình trạng răng lộn vào trong, khe hở môi hàm ếch (40%), hội chứng miệng–mặt–tay, hội chứng loạn sản độn sọ, hội chứng Gardner: nhiều u xương ở xương hàm, u xơ, nang ở da, polyp ruột...

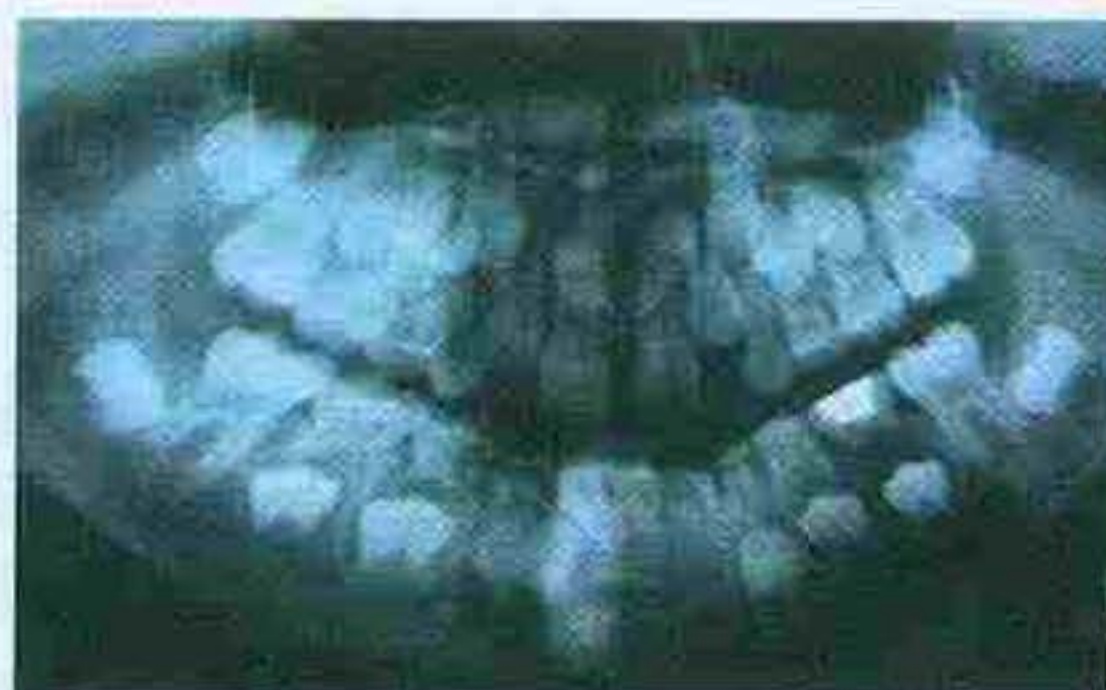
2.3. Điều trị

Răng thừa thường gây mất thẩm mỹ, cản trở khớp cắn, khó làm sạch → nên nhổ sớm. Sau đó, nếu cần thì điều trị chỉnh nha tiếp tục. Trường hợp nếu không gây mất

thẩm mỹ (răng thừa vùng răng hàm), không gây cản trở khớp cắn, không ảnh hưởng đến răng khác → có thể giữ lại.



a)



b)

Hình 6.2. Răng thừa ở kẽ giữa 2 răng cửa
a) Thừa một răng, hình dáng bình thường; b) Thừa hai răng, mọc bất thường.

II. BẤT THƯỜNG KÍCH THƯỚC RĂNG

1. THÂN RĂNG

Thuật ngữ răng to (megadont teeth) hay răng nhỏ (microdontia) dùng để mô tả những răng có kích thước to hoặc nhỏ hơn bình thường. Thân răng to hơn hoặc nhỏ hơn bình thường hay kèm theo đó là chân răng cũng thường to hơn hoặc nhỏ hơn bình thường.

1.1. Răng to

– Răng to có thể gặp trên toàn bộ cung hàm hoặc trên vài răng, thường gặp nhất là răng cửa giữa vĩnh viễn hàm trên (hình 6.3), tiếp theo là răng hàm nhỏ thứ hai hàm dưới. Tỷ lệ của bệnh nhân có răng to đơn lẻ là khoảng 1%.

– Nguyên nhân: Do yếu tố di truyền hoặc môi trường gây nên sự dính nhau của hai mầm răng hoặc do sự phân đôi bất thường của một mầm răng.

Các trường hợp răng to đã được báo cáo có liên quan đến bệnh khổng lồ tuyến yên, phì đại nửa mặt và bệnh u xơ lợi.

1.2. Răng nhỏ

– Ở răng sữa ít phổ biến: 0,2 – 0,5%.

– Ở răng vĩnh viễn: khoảng 2,5% số răng.

– Nữ nhiều hơn nam.

– Răng thường bị ảnh hưởng là răng cửa bên hàm trên: hình chêm hoặc hình chóp nón.

– Nguyên nhân: Do yếu tố di truyền hoặc môi trường. Có sự liên quan giữa răng nhỏ và thiếu răng.

Ví dụ: Hội chứng loạn sản ngoại bì di truyền liên kết trên nhiễm sắc thể X (Hypohidrotic): Thể dị hợp tử ở nữ – thiếu một răng cửa bên, răng đối diện hình chêm.

Răng nhỏ còn liên quan trong hội chứng Down, bệnh tạo xương không hoàn thiện, bệnh tim bẩm sinh.



Hình 6.3. Răng 11 to, thiếu răng 12



Hình 6.4. Thiếu răng kết hợp với răng nhỏ

2. CHÂN RĂNG

Chiều dài và kích thước chân răng khá thay đổi, người phương Đông chân răng thường ngắn hơn, người châu Phi chân răng thường to hơn.

2.1. Chân răng to

Thường gặp ở chân răng cửa giữa hàm trên vĩnh viễn. Tỷ lệ nam : nữ là 4 : 1.

2.2. Chân răng nhỏ, ngắn

– Chân răng nhỏ, ngắn ở hàm răng sữa thường có liên quan đến các bệnh khác có bất thường ngà và tuỷ răng (bệnh loạn sản ngà răng...).

Ở hàm răng vĩnh viễn: thường gặp ở răng cửa giữa: 2,5%, 15% trong số đó có các chân răng khác cũng bị ngắn, thường là răng hàm nhỏ và răng nanh.

– Nguyên nhân: thường không rõ.

+ Có thể là do hậu quả của việc chỉnh nha không kiểm soát tốt.

+ Liên quan đến bệnh loạn sản răng cục bộ: bất thường chân răng điển hình đi kèm với thân răng.

+ Tia xạ hoặc điều trị hoá chất trong thời kỳ thành lập chân răng cũng có thể là một nguyên nhân.

3. ĐIỀU TRỊ

– Răng nhỏ số lượng nhiều cần có sự phối hợp của các nha sĩ chuyên khoa răng trẻ em, chỉnh nha, phục hình ngay từ giai đoạn sớm. Răng nhỏ đơn độc, nhất là răng cửa bên, có thể phục hồi bằng trám composite hoặc veneer sứ, chụp sứ khi đã ổn định khớp cắn.

- Răng to: chủ yếu gây mất thẩm mỹ.
- + Tạo hình lại.
- + Nhổ răng. Sau đó chỉnh nha để chỉnh sửa khoảng trống nếu cần, phục hồi bằng cầu răng, implant.
- Chân răng to hoặc nhỏ hơn bình thường có ý nghĩa tham khảo khi phải điều trị nội nha, nhổ răng...

III. BẤT THƯỜNG VỀ HÌNH DẠNG RĂNG

Bất nguồn từ giai đoạn phân hoá hình dáng trong sự phát triển răng.

Bất thường về hình dạng răng có thể liên quan đến thân răng, chân răng hoặc cả hai.

I. RĂNG DÍNH VÀ RĂNG SINH ĐÔI

1.1. Đặc điểm, tỷ lệ

- Răng dính: Do hai mầm răng độc lập dính với nhau, tạo thành một răng có men, ngà dính nhau. Biểu hiện là có một thân răng dính kích thước lớn, có hai buồng tuỷ và ống tuỷ riêng biệt.

- Răng sinh đôi (hình 6.5): Do một mầm răng phân đôi không hoàn toàn hoặc do sự đi lộn vào bên trong của lớp tế bào ngoại bì trong giai đoạn tăng sinh. Biểu hiện trên lâm sàng là một thân răng lớn phân đôi trên một chân răng đơn nhất. Ở thân răng có một rãnh lõm kéo dài từ rìa cắn xuống cổ răng, có hai tuỷ buồng và một ống tuỷ chân.

- Tỷ lệ:

+ Ở hệ răng sữa hay gặp hơn: 0,5 – 1,6%.

+ Ở hệ răng vĩnh viễn ít gặp hơn: 0,1 – 0,2%.

+ 30 – 50% bệnh nhân có bất thường này ở răng sữa sẽ có biểu hiện ở răng vĩnh viễn.

+ Thường gặp ở vùng răng cửa, hàm dưới nhiều hơn hàm trên.

+ Nam và nữ như nhau.

- Răng dễ bị sâu ở vùng đường nối men – ngà (giữa hai thân răng), do kích thước răng lớn dẫn đến chen chúc răng, thường chạm tiêu ngót chân răng nên làm chậm mọc răng vĩnh viễn.

1.2. Nguyên nhân

Có khuynh hướng di truyền, có liên quan đến thiếu răng.

1.3. Điều trị

- Phân biệt răng dính và răng sinh đôi:

+ Trên lâm sàng: Đếm số răng, nếu có một thân răng chẻ đôi và thiếu một răng thì là răng dính. Nếu số răng trên cung hàm lại bình thường thì đó là răng sinh đôi.

+ Chụp phim: xác định rõ hình thái buồng, ống tuỷ.

– Ở hàm răng sữa: trám bít phòng ngừa giữa hai thân răng. Theo dõi sự bất thường về số lượng và hình dạng của răng vĩnh viễn thay thế.

– Hàm răng vĩnh viễn: quyết định cuối cùng là giữ lại răng hay nhổ, lấy bỏ một nửa răng và điều trị tuỷ nửa còn lại, phục hình hay chỉnh nha kết hợp... phụ thuộc vào nhiều yếu tố: khoảng sẵn có trên cung hàm, mức độ dính, hình thái thân răng cũng như của buồng tuỷ, ống tuỷ,...

2. RĂNG CONG

– Là những răng mà phần thân bị lệch ra khỏi đường thẳng bình thường so với chân răng của nó, làm cho răng bị xoắn vặn (hình 6.6).

– Nguyên nhân: Do chấn thương cấp tính vào răng sữa, làm răng này bị lún vào trong xương ổ, chạm răng vĩnh viễn đang phát triển trong giai đoạn phân hoá về hình thể, dẫn đến thay đổi trục phát triển của răng.

– Răng hay bị ảnh hưởng nhất là răng cửa hàm trên. Đôi khi các răng này không mọc lên được hoặc mọc sai vị trí, phải nhổ bỏ và phục hình lại.



a)



b)

Hình 6.5. Hai răng cửa dưới sinh đôi
a) Sau khi nhổ; b) Cắt dọc thân răng.
Hai buồng tuỷ và một ống tuỷ



Hình 6.6. Răng cong

3. RĂNG CÓ MÚI PHỤ (ACCESSORY CUSP)

3.1. Đặc điểm, tỷ lệ

– Có thể xảy ra ở cả hệ răng sữa, răng vĩnh viễn, thường xuất hiện ở răng hàm.

+ Ở hệ răng sữa: Múi phụ thường gặp ở mặt ngoài răng hàm sữa thứ nhất hàm trên hoặc mặt trong gần của răng hàm sữa thứ hai hàm dưới.

Múi phụ này trông giống múi Carabelli ở răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất.

+ Ở hệ răng vĩnh viễn: Múi phụ thường gặp ở mặt trong gần của thân răng răng hàm lớn thứ nhất hàm trên (Carabelli), có thể đối xứng hai bên (10 – 60% dân số).

– Ảnh hưởng: Có thể gây nên cản trở cắn khít, làm răng bị xoay lệch, ảnh hưởng thẩm mỹ, sâu răng ở rãnh giữa múi phụ và bề mặt răng. Răng có núm phụ cũng là một đặc điểm nhận dạng y pháp.

3.2. Điều trị

Nếu múi phụ không gây ảnh hưởng gì thì không cần điều trị, chỉ cần phòng ngừa sâu răng ở rãnh giữa múi phụ và bề mặt răng. Nếu múi phụ gây cản trở cắn thì phải điều trị: mài có chọn lọc, tủy ít múi phụ, bôi gel fluor lặp lại nhiều lần, mỗi lần cách nhau 3 – 6 tháng để giảm độ cao của múi phụ và để cho ngà phản ứng thành lập.

4. RĂNG TRONG RĂNG (INVAGINATED TEETH)

4.1. Đặc điểm, tỷ lệ

– Hiếm gặp ở răng sữa.

– Ở hàm răng vĩnh viễn: thường gặp ở răng cửa bên hàm trên, đôi khi gặp ở răng nanh. Tỷ lệ gặp 1 – 5% tùy chủng tộc, trong đó người phương Đông gặp nhiều hơn. Tỷ lệ nam : nữ là 2:1

– Ở thể nhẹ nhất: răng cửa bên hàm trên với hình dáng, kích thước bình thường, có một hố sâu ở mặt lưỡi (mặt trong) chỗ gót răng (cingulum).

Ở thể nặng hơn: hình dạng thân răng và chân răng rất bất thường, răng có hình củ. Phim Xquang thấy men răng của răng bên trong rất mỏng (thậm chí không có), buồng tủy rất rộng. Đối với răng bên ngoài: buồng ống tủy bao xung quanh răng lộn thường bị lệch, có khi chỉ còn là những khe hẹp, chân răng to.

– Thường xuất hiện ở cả hai bên hàm, có thể không đối xứng, một số bệnh nhân còn kết hợp với răng thừa.

– Tình trạng răng lộn vào trong có thể gây sâu răng, bệnh viêm tủy răng. Bệnh có thể xuất hiện sớm ngay sau khi mọc răng với biểu hiện là một ổ áp xe cấp tính hoặc viêm mô tế bào vùng mặt.

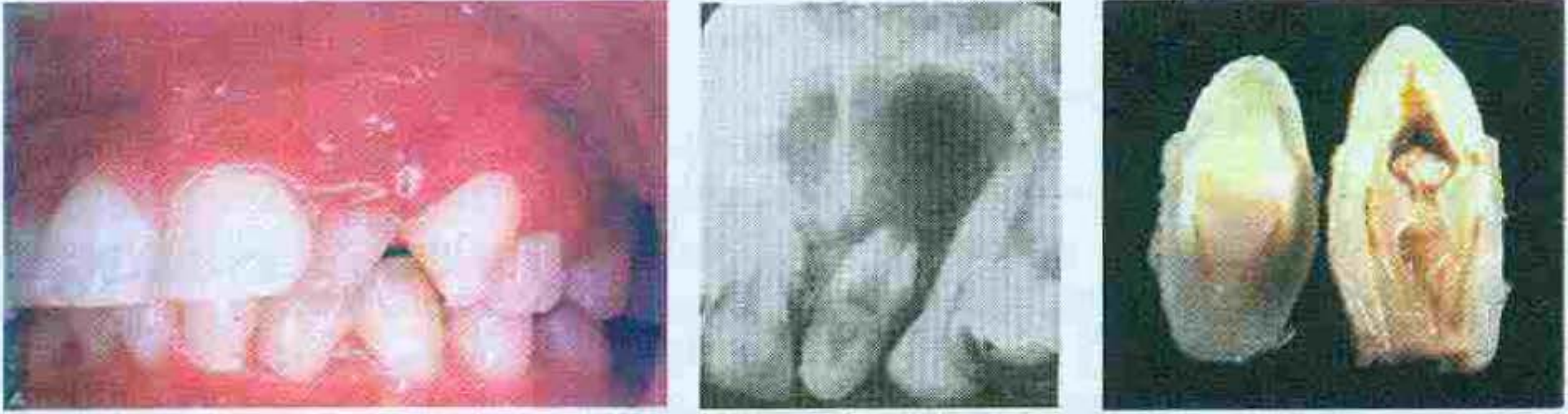
4.2. Nguyên nhân

Do sự di lộn của lớp biểu mô men vào bên trong nhú răng trong quá trình phát triển tạo ra một răng nằm bên trong một răng khác.

4.3. Điều trị

– Nếu phát hiện sớm ngay sau khi mọc: đặt chất trám bít sealants để ngăn ngừa sự xâm nhập của vi khuẩn gây sâu răng. Thậm chí trước khi mọc, rạch lợi → trám bít.

- Trường hợp nhiễm khuẩn cấp tính khu trú hoặc viêm mô tế bào:
 - + Điều trị kháng sinh kết hợp chích rạch dẫn lưu tại các ổ áp xe.
 - + Răng: tháo trồng, sau đó tiếp tục điều trị tuỷ răng và phục hình. Hoặc phải nhổ bỏ nếu gây viêm nhiễm nhiều lần.
- Trường hợp viêm tuỷ răng (đơn thuần): Điều trị tuỷ, phục hình lại hình dáng thân răng nếu cần thiết.



Hình 6.7. Răng trong răng ở răng cửa bên

5. RĂNG CÓ NÚM PHỤ (EVAGINATED TEETH - DENS EVAGINATUS)

5.1. Đặc điểm, tỷ lệ

- Nguyên nhân: do sự lộn ra ngoài của lớp thượng bì men bên trong.
- Thường gặp ở răng hàm nhỏ, có thể là răng hàm lớn. Tỷ lệ gặp ở người Trung Quốc là 1 - 4%. Biểu hiện là một nướm nhỏ nằm ở chính giữa mặt nhai, bên trong thường có sự kéo dài ra của tuỷ răng. Răng thường bị cản trở mọc hoặc mọc lệch, gãy vỡ hoặc mòn nướm phụ dẫn đến hở tuỷ, hoặc hoại tử tuỷ âm thầm và bệnh lý cuống răng.
- Ở răng cửa giữa, răng nanh, nướm phụ là phần nhô lên cao kéo dài của gót răng (cingulum), trông giống móng vuốt của chim. Thường gây cản trở cắn, kém thẩm mỹ, sâu giữa nướm phụ và mặt sau răng cửa (hình 6.8).

Ít gặp ở răng cửa bên.



Hình 6.8. Nướm phụ ở mặt trong răng cửa vĩnh viễn hàm trên, lâm sàng và Xquang

5.2. Điều trị

- Chụp phim Xquang để đánh giá sự kéo dài của sừng tuỷ tới nướu phụ này.
- Mài nướu phụ nhiều lần, bôi gel fluor kích thích sự thành lập ngà phản ứng nếu sừng tuỷ không quá sát.
- Phần lớn trường hợp sừng tuỷ rất sát: mài nướu phụ một lần và lấy tuỷ buồng.
- Nếu đã viêm tuỷ và tuỷ hoại tử, viêm quanh cuống → điều trị tuỷ và cuống răng.

6. TAURODONTISM

6.1. Đặc điểm, tỷ lệ

Thuật ngữ taurodontism dùng để mô tả răng hàm có thân răng kéo dài theo chiều đứng xuống đến tận phần gần cuống răng, buồng tuỷ cũng kéo dài xuống theo tới vùng gần cuống răng. Thông thường, thân răng thắt hẹp lại ở đường ranh giới men–cement (cổ răng giải phẫu) nhưng ở những răng này sự thắt hẹp rất ít hoặc không có, sự phân chia chân răng cũng bị lệch về phía cuống.

– Hiếm gặp ở răng sữa, thường gặp ở răng hàm lớn vĩnh viễn. Ở một số bệnh nhân, nếu có tình trạng taurodontism ở răng hàm thì buồng ống tuỷ ở những răng một chân cũng thường to hơn.

– Tỷ lệ rất thay đổi: Trẻ em Anh quốc, gặp 6% ở răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới. Tỷ lệ này cao hơn ở tộc người Banta của Nam Phi.

Hình thái răng, buồng ống tuỷ này để tham khảo khi có vấn đề điều trị tuỷ (thường là điều trị tuỷ ngược dòng), nhổ răng.



Hình 6.9. Taurodontism

6.2. Nguyên nhân

Do sự di lộn vào trong muện của bao Hertwig's chân răng. Bệnh có khuynh hướng di truyền trội trên NST thường. Thường có liên quan trong hội chứng Klinefelter (XXY), loạn sản thượng bì, bệnh tạo men răng không hoàn thiện (sinh men bất toàn), hội chứng lông tóc–răng–xương.

7. CHÂN RĂNG PHỤ

- Chân răng phụ có thể xảy ra ở bất cứ răng nào, nhưng thường thấy ở răng hàm.
- Tỷ lệ: Ở hàm răng sữa: 1 – 9%, ở hàm răng vĩnh viễn: 1 – 45%.
- Chân răng phụ thường xuất hiện ở mặt trong xa, hình dạng rất thay đổi và khó xác định trên Xquang.
- Trong một số trường hợp có liên quan giữa chân răng phụ và múi carabelli to ở răng hàm lớn thứ nhất hàm trên hoặc múi phụ ở răng hàm lớn thứ hai và thứ ba hàm trên.

Một số trường hợp thì chân răng phụ đi cùng với răng to.

IV. CÁC BẤT THƯỜNG TRONG CẤU TRÚC RĂNG

Là hậu quả của các rối loạn trong giai đoạn phân hoá mô học, lắng đọng các chất căn bản và vô cơ.

1. BẤT THƯỜNG TOÀN BỘ CẤU TRÚC RĂNG

1.1. Mầm răng ngừng phát triển

- Nguyên nhân: do các ảnh hưởng từ bên ngoài như chấn thương, tia xạ, viêm tuỷ xương và điều trị với hoá chất.

- Đặc điểm: răng hay phần mô răng nào bị ảnh hưởng phụ thuộc vào bản chất, vị trí, thời điểm của tác nhân:

- + Bao mầm răng có thể chết, không phát triển được nữa.
- + Nếu răng mà thân răng đang trong giai đoạn phát triển: khiếm khuyết men và ngà răng.
- + Nếu răng mà chân răng đang trong giai đoạn phát triển: chân răng không thành lập được thêm nữa → chân răng cụt ngắn và có hình chêm, răng bị rụng sớm.

1.2. Loạn sản răng từng vùng (cục bộ)

- Nguyên nhân: cho đến nay vẫn chưa rõ.

- Đặc điểm:

+ Ảnh hưởng đến răng sữa và răng vĩnh viễn tương ứng theo vùng, vùng răng cửa hay gặp hơn vùng răng hàm, có thể kéo dài qua đường giữa.

+ Biểu hiện: răng chặm mọc, hình dáng rất bất thường. Men răng bị thiếu sản và ngấm khoáng kém. Ngà răng mỏng hơn bình thường, ngấm khoáng kém, buồng tuỷ to, cuống răng mở rộng. Mật độ cản quang của men và ngà răng giống nhau. Những biểu hiện ở răng sữa thường trầm trọng hơn răng vĩnh viễn.

Đôi khi người ta dùng thuật ngữ “răng ma” đối với những răng có đặc điểm này trên Xquang.



Hình 6.10. Loạn sản răng cục bộ, hình ảnh lâm sàng và Xquang.

– Điều trị:

+ Trường hợp mầm răng ngừng phát triển: nhẹ thì phục hồi dán hoặc làm răng giả, nặng thì phải có kế hoạch điều trị phức hợp.

+ Răng bị loạn sản từng vùng: loại bỏ các răng sữa là cần thiết, sau đó phải có kế hoạch điều trị thích hợp đối với các răng vĩnh viễn: phục hồi thân răng, điều trị tuỷ răng. Tuy nhiên, những trường hợp này răng mọc chậm, viêm lợi cục bộ, hình thái tuỷ răng làm cho sự nhiễm khuẩn tái phát nhiều lần và điều trị tuỷ khó khăn.

2. BẤT THƯỜNG MEN RĂNG

Các khiếm khuyết men răng có thể do di truyền hoặc do yếu tố môi trường, tác động riêng lẻ hoặc kết hợp lên giai đoạn một (tạo khung protein và khoáng hoá sơ khởi) hoặc giai đoạn hai (trưởng thành) của quá trình tạo men.

2.1. Đặc điểm chung

2.1.1. Thiếu sản men

Số lượng khung protein được cấu tạo không đầy đủ (do các vùng của cơ quan tạo men không có lớp thượng bì bên trong, nên thiếu sự phân hoá tế bào thành tạo men bào). Khung protein này nếu được khoáng hoá đầy đủ sẽ tạo thành men răng có cấu trúc bình thường. Các răng tổn thương thường có men mỏng, nhạy cảm và hình thái lâm sàng đa dạng. Trong một số trường hợp, các vùng men thiếu sản phân bố không đồng đều, tạo nên bề mặt men gồ ghề, có các hố, các rãnh hoặc các nếp dọc (hình 6.11). Trong dạng tổn thương thiếu sản men mặt nhẵn, toàn bộ thân răng mỏng, men mỏng có tính chất như thuỷ tinh, rìa cắn và núm răng sắc. Các hố rãnh thiếu sản có hiện tượng giảm số lượng trụ men hoặc có hiện tượng các trụ men sắp xếp theo các hướng bất thường. Sự bất thường các trụ men có thể tạo thành các dải song song trên bề mặt răng. Tuy nhiên, trên một số tổn thương không có hiện tượng thay đổi cấu trúc trụ men này. Mật độ cản quang nhiều hơn ngà răng.

2.1.2. Kém khoáng hoá men răng

Quá trình tạo khung protein diễn ra bình thường, nhưng quá trình khoáng hoá kém. Loại này có thể được chia thành 2 tiểu loại:

– Ngấm calci kém (hypocalxification): sự ngấm khoáng không đáng kể. Các răng mới mọc có thể có kích thước và hình thể bình thường, nhưng men răng mềm, có tính chất như phấn và nhanh chóng bị mòn để lộ ngà trên bề mặt. Trên Xquang, men răng có mật độ giống ngà răng. Biểu hiện trên lâm sàng của tổn thương này là các điểm men răng màu trắng đục. Sau khi răng mọc có thể xuất hiện các điểm nhiễm màu vàng sẫm, màu cam hoặc màu nâu và nhanh chóng bị rạn, dễ vỡ, răng chặm mọc. Răng rất nhạy cảm với nhiệt độ (hình 6.11b).

– Men răng kém trưởng thành (chưa chín muối – hypomaturation): rối loạn nhẹ hơn, đặc điểm là men răng dày bình thường, răng có màu đục, vàng nâu chứ không phải là trong mờ hoặc có lốm đốm trắng, hay thành các dải ở bề mặt răng. Men răng mềm hơn bình thường, có thể bị vỡ, mẻ.

Thiếu sản men và kém khoáng hoá men răng có thể xảy ra trên một răng, một nhóm răng hoặc toàn bộ hàm răng. Mức độ nặng nhẹ phụ thuộc vào sự trầm trọng, thời gian và bản chất của yếu tố nguyên nhân.



a)

b)

Hình 6.11. Tạo men răng không hoàn thiện
a) Thiếu sản men; b) Kém khoáng hoá men răng.

2.2. Nguyên nhân do yếu tố di truyền

2.2.1. Tạo men không hoàn thiện (*Amelogenesis imperfecta* – Sinh men bất toàn)

Chỉ ảnh hưởng ở răng.

– Khiếm khuyết cả ở răng sữa và răng vĩnh viễn.

– Tạo men không hoàn thiện nhìn chung ít gặp, tỷ lệ thay đổi tùy theo các chủng tộc người, tùy từng vùng địa lý: Ví dụ ở Thụy Sĩ nghiên cứu trên một bộ phận dân cư – tỷ lệ bệnh là 1/700 người, một nghiên cứu khác ở Mỹ, tỷ lệ là 1/14000 người.

– Phân loại cổ điển dựa trên các dấu hiệu lâm sàng (phenotype):

+ Thiếu sản men (hypoplasia), vôi hoá kém (hypomineralisation), kém trưởng thành (hypomaturation), thiếu sản men.

+ Men kém trưởng thành kết hợp với taurodontism.

Phân loại này thể hiện một số bất cập: Các thành viên trong một gia đình nhưng lại được phân loại vào các nhóm khác nhau, không biết được chắc chắn khiếm khuyết nào chiếm ưu thế, không biết được kiểu di truyền. Do đó, phân loại đầy đủ nhất là dựa trên kiểu gen (genotype) và các biểu hiện lâm sàng (phenotype).

a) *Tạo men không hoàn thiện do di truyền trội trên nhiễm sắc thể thường hay gặp nhất:*

– Bố hoặc mẹ bị bệnh (dị hợp tử), con cái có 50% nguy cơ bị mắc, tỷ lệ nam nữ như nhau, răng sữa và răng vĩnh viễn đều bị ảnh hưởng, nhưng ở răng vĩnh viễn trầm trọng hơn.

– Có rất nhiều kiểu biểu hiện lâm sàng:

+ Thiếu sản men: Men răng mỏng, cứng, trong mờ nhưng chụp Xquang không nhìn thấy rõ (vì quá mỏng).

+ Thiếu sản men và ngám khoáng kém: Men răng mỏng và đổi màu, không còn trong mờ.

+ Ngám khoáng kém: Men răng dày bình thường nhưng ngám khoáng kém.

+ Men răng kém trưởng thành: Men răng dày bình thường, nhưng không còn trong mờ.

+ Trong một số gia đình còn kết hợp với taurodontism.

Các kiểu lâm sàng trên còn kết hợp với cắn hở răng cửa, mà cơ chế chưa rõ.

– Nguyên nhân: do đột biến gen (quy định men) trên nhiễm sắc thể số 4, đột biến gen DLX3 trên nhiễm sắc thể 17 gây nên hội chứng lông tóc-răng-xương (tricho-dento-osseous syndrome): tạo men không hoàn thiện với tamodontism, tóc xoắn, những thay đổi bất thường ở xương.

b) *Tạo men không hoàn thiện do di truyền lặn trên nhiễm sắc thể thường:*

– Thường xảy ra ở những gia đình mà bố mẹ có quan hệ họ hàng gần gũi (lý do văn hoá, trong cộng đồng sống cách biệt). Cả bố mẹ đều là người lành nhưng gen mang bệnh → nguy cơ đứa con bị mắc bệnh là 1/4. Thể bệnh này hiếm gặp.

– Các kiểu lâm sàng: Thiếu sản và/ hoặc men ngám khoáng kém, đổi màu men.

– Nguyên nhân: Đột biến gen trên nhiễm sắc thể số 2, thường đi kèm dị tật ở mắt.

c) *Tạo men không hoàn thiện do di truyền liên kết trên nhiễm sắc thể X:*

– Đặc điểm: biểu hiện lâm sàng khác nhau ở hai giới.

Bố bệnh → sinh con trai bình thường, con gái sẽ nhận gen bệnh. Những người con gái này luôn có biểu hiện trên lâm sàng dù nhiều khi rất nhẹ (nếu là dị hợp tử). Con gái mang gen dị hợp tử sẽ truyền cho các con của họ ở cả hai giới (cháu ngoại).

Trong cùng một gia đình, nam (XY) do không có alen tương ứng trên nhiễm sắc thể Y: thường bị ảnh hưởng nặng hơn và giống nhau ở các cá thể cùng là nam trong cùng một thế hệ. Thiếu sản men răng hoặc đổi màu (do ngám khoáng kém) hoặc cả hai.

Nữ: Biểu hiện là các đường rãnh thiếu sản theo chiều đứng, đổi màu hoặc không và men mất sụ trong mờ.

– Nguyên nhân: do đột biến gen mã hoá protein của men trên nhiễm sắc thể X (thường là ở cánh ngắn).

2.2.2. Các khiếm khuyết men răng do di truyền kết hợp với các rối loạn toàn thân

- Teo thượng bì dạng bóng nước.
- Xơ củ (Tuberous sclerosis).
- Loạn sản xương – răng – mắt.
- Hội chứng lông tóc – răng – xương.
- Hội chứng Down.

2.3. Nguyên nhân do yếu tố môi trường

2.3.1. Yếu tố toàn thân

Có đặc điểm là mức độ thiếu sản và kém khoáng hoá ảnh hưởng lên men răng của một răng cụ thể phụ thuộc thời điểm tác động của yếu tố đó vào giai đoạn phát triển nào của răng – có nghĩa là trên cùng một hàm răng có răng bị ảnh hưởng ít, có răng bị ảnh hưởng nhiều hoặc hoàn toàn bình thường (chronological pattern). Phần lớn dạng thiếu sản men là do nguyên nhân môi trường, biểu hiện là những hố, đường rãnh hoặc các dải nằm ngang ở thân răng (liên quan đến đường tăng trưởng của răng).

a) Trước sinh:

Do các tác động từ người mẹ hoặc bản thân bào thai như: Rối loạn nội tiết (hypoparathyroidism: thiếu năng tuyến cận giáp). Nhiễm virus, vi khuẩn (rubella, giang mai...). Sử dụng thuốc như: thalidomid, tetracyclin. Nhiễm fluor, nhiễm độc chì. Thiếu dưỡng: VTM A, C, D, calci, phospho... Rối loạn máu hoặc trao đổi chất (không tương hợp yếu tố Rh).

Những trường hợp này: răng sữa thường bị ảnh hưởng, đặc biệt là răng cửa sữa, rìa cắn các răng cửa và mặt nhai RHL vĩnh viễn và thường kèm theo nhẹ cân lúc sinh.

Giang mai bẩm sinh:

Giang mai bẩm sinh gây hiện tượng thiếu sản men các răng cửa vĩnh viễn và răng hàm lớn thứ nhất do mầm răng bị nhiễm xoắn khuẩn. Mặt bên của các răng cửa thuôn về phía rìa cắn nhiều hơn là thuôn về phía cổ răng, tạo ra răng có hình “cò lè” hay là cái vặn đinh vít (screw-driver), rìa cắn lõm. Các răng này được gọi là răng Hutchinson (hình 6.12a). Mặt nhai hoặc thân răng ở 1/3 phía mặt nhai các răng hàm thường có các khối men hình cầu, được gọi là răng mặt trắng hoặc răng quả dâu (Moon's molar or mulberry molar).

b) Khi sinh và giai đoạn sơ sinh:

Rối loạn sinh lý xảy ra lúc sinh hoặc ở giai đoạn sơ sinh: Tan máu bẩm sinh,

thiếu calci, trẻ sinh non. Bệnh tật ở thời kỳ này → rối loạn ở răng sữa, ảnh hưởng rìa cắn các răng cửa và mặt nhai RHL vĩnh viễn.

c) Thời kỳ thơ ấu

Các bệnh cấp hoặc mạn tính:

- Thiếu năng tuyến cận giáp.
- Các bệnh về thận mạn tính.
- Rối loạn dinh dưỡng: suy dinh dưỡng.
- Sử dụng tetracyclin.
- Các bệnh nhiễm khuẩn khác: sởi, sốt phát ban (hình 6.12b).
- Điều trị hoá chất.
- Yếu tố hoá học: Fluor, răng nhiễm fluor khi sử dụng >1,8ppm/ngày:

Nặng nhất là men răng đục (vôi hoá kém), có những vân trắng nằm ngang thân răng, nặng hơn là nhiễm sắc răng (răng đổi màu vàng hoặc nâu) và lỗ rỗ (hình 6.12c), nặng nhất là thiếu sản lan rộng. Mức độ tổn thương tùy thuộc vào nồng độ, thời điểm và thời gian sử dụng. Tổn thương này gặp chủ yếu trên hàm răng vĩnh viễn nhưng trong những trường hợp nặng cũng có thể thấy trên hàm răng sữa, đặc biệt là ở vùng nước nhiễm fluor. Các răng bị ảnh hưởng nhiều nhất là RHN, răng cửa trên và RHL thứ 2.

Phân biệt giữa nhiễm fluor với tạo men không hoàn thiện: Nhiễm fluor mức độ biểu hiện tùy thuộc thời điểm tác động, sự phân bố các đường vân, dài liên quan đến thời kỳ phát triển của răng, đáp ứng tốt với kỹ thuật vi mài mòn men răng.

2.3.2. Yếu tố tại chỗ

– Sang chấn tại chỗ: tỷ đè lên vùng tiền hàm khi gây mê khí quản đường miệng (ống nội khí quản) hoặc chấn thương → ảnh hưởng mầm răng đang phát triển.

– Khe hở môi và vòm miệng → thiếu sản men răng ở các răng cửa hàm trên. Người ta cho là do áp lực co kéo của sẹo xơ sau khi mổ tác động lên mầm răng.

– Nhiễm khuẩn.

– Điều trị tia xạ.

Các tổn thương thiếu sản men hoặc men kém khoáng hoá đơn độc thường gặp ở các răng cửa trên hoặc răng hàm nhỏ trên hoặc dưới. Nguyên nhân chủ yếu của các tổn thương men đơn độc này là rối loạn chức năng nguyên bào tạo men do nhiễm khuẩn hoặc sang chấn từ thời kỳ răng sữa. Điển hình nhất của tổn thương thiếu sản men do nguyên nhân tại chỗ này là răng *Turner* (hình 6.12d). Tổn thương thường có nhiều mức độ từ nhiễm màu vàng hoặc nâu tới các hố trên bề mặt răng. Các răng thường có kích thước nhỏ hơn bình thường.



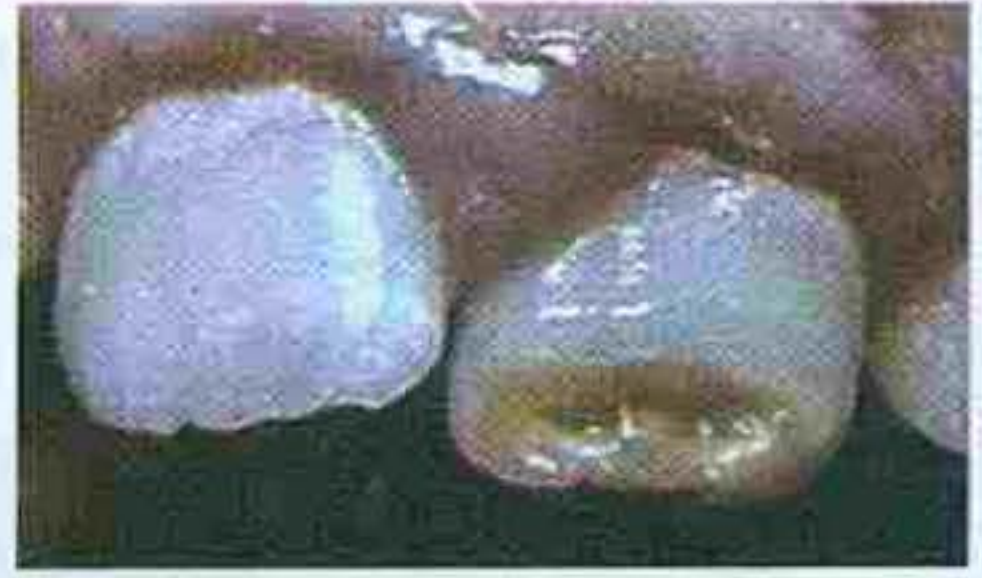
a)



b)



c)



d)

Hình 6.12. Thiếu sản men do môi trường:

a) Răng Hutchinson trong giang mai bẩm sinh; b) Thiếu sản men do mắc bệnh sởi: ảnh hưởng ở nhóm răng cửa; c) Nhiễm fluor; d) Thiếu sản răng Turner.

2.4. Điều trị

Những trẻ có khiếm khuyết men răng, đặc biệt là những khiếm khuyết trầm trọng khó tránh khỏi bị trêu ghẹo hoặc xa lánh. Những ảnh hưởng khác: thẩm mỹ kém, nhạy cảm với nhiệt, yếu tố hoá học, vi khuẩn, thiếu hụt tẩm cần đọc.

- Ảnh hưởng toàn bộ hàm răng: Khuyến nên phục hình tất cả các răng từ sớm.
- Ảnh hưởng tại chỗ: Trám composite, kỹ thuật vi mài mòn, veneer, phục hình...

3. BẤT THƯỜNG NGÀ RĂNG

Các khiếm khuyết ở ngà răng chủ yếu là do nguyên nhân di truyền. Tuy nhiên, cũng như các khiếm khuyết ở men răng, khiếm khuyết ở ngà răng cũng bị ảnh hưởng bởi một số nguyên nhân tại chỗ hay nguyên nhân toàn thân.

3.1. Do di truyền

3.1.1. Tạo ngà răng không hoàn thiện (*Dentinogenesis Imperfecta*) – Sinh ngà bất toàn

a) Nguyên nhân:

- Bệnh di truyền trội trên nhiễm sắc thể thường, cụ thể là do đột biến gen DSPP trên nhiễm sắc thể số 4.
- Nếu đi kèm với bệnh tạo xương không hoàn thiện: Đột biến gen trên nhiễm sắc thể 7 hoặc 17 → số lượng ngà giảm hoặc giảm chất vô cơ → ngà mềm.

b) **Đặc điểm:** có nhiều cách phân loại. Phân loại mới nhất là:

- Tít I: Thiếu sản ngà răng có liên quan với tạo xương không hoàn thiện.
- Tít II: Thiếu sản ngà răng đơn lẻ.
- Tít III: Thiếu sản ngà răng trên tộc người Brandywine (Nam Maryland).

Có đặc điểm của cả tít I và II, một số còn kết hợp với khiếm thính.

Tít II: Hay gặp nhất, ảnh hưởng trên cả hai hệ răng: răng sữa và răng vĩnh viễn. Tỷ lệ khoảng 1/8000 đến 1/6000 dân số.

- Thân răng có hình chuông hoặc hình củ hành (bubbuos).
- Khi mới mọc, các răng trong màu hổ phách. Màu răng thay đổi dần theo thời gian, chuyển thành màu xám hoặc nâu ánh xanh khi răng đã trưởng thành.
- Men răng thường bị bong tróc ra khỏi rìa cắn răng cửa hoặc mặt cắn răng hàm. Lớp ngà mềm bị lộ ra và nhanh chóng bị mài mòn, có trường hợp bị mòn, vỡ ngang mức với lợi (hình 6.13a).

Tình trạng thân răng bị phá huỷ nhiều này thường thấy nhất ở răng sữa. Răng vĩnh viễn ít bị phá huỷ hơn.

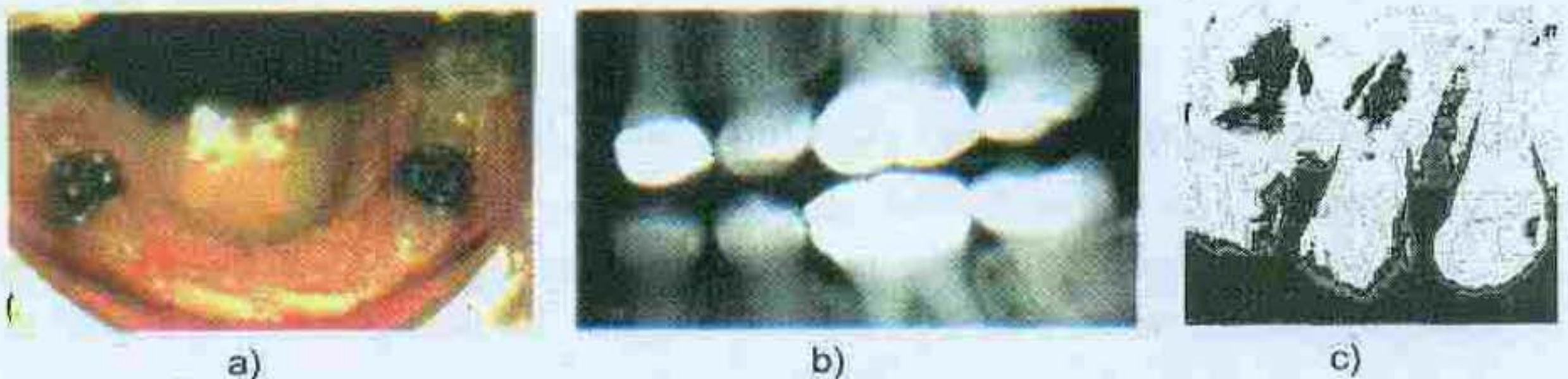
- Ở răng sữa có thể thấy tuỷ răng thường lớn hơn bình thường, do đó lộ tuỷ răng sớm. Còn trong nhiều trường hợp khác: buồng ống tuỷ bị thu hẹp hoặc biến mất.

- Xquang: Thân răng hình chuông, chân răng ngắn và mảnh hơn bình thường. Buồng tuỷ mới đầu có thể rộng, đặc biệt là ở răng sữa, trong trường hợp điển hình, buồng tuỷ bị thu hẹp hoặc biến mất hoàn toàn (thường gặp). Ống tuỷ rất nhỏ, giống như một sợi, dải mảnh (hình 6.13b,c).

Thỉnh thoảng có trường hợp có hình ảnh sáng vùng quanh cuống mà không liên quan việc lộ tuỷ hoặc hoại tử tuỷ. Có nhiều đường gãy ở chân răng, nhất là ở người lớn.

- Tổn thương mô học: Ngà răng có một lớp vỏ ngà bình thường (bao gồm lớp ngà sít men và cement), lớp ngà phía trong có hiện tượng giảm số lượng ống ngà, ống ngà có thể bị giãn rộng, một số vùng không còn ống ngà. Các vùng ngà tổn thương sẽ xoá một phần hay toàn bộ buồng tuỷ. Vùi trong ngà là các mạch máu, mô tuỷ và các nguyên bào tạo ngà. Đường ranh giới men - ngà trở nên thẳng.

Phân tích sinh hoá thấy ngà răng nhiều nước, ít khoáng, độ cứng vi thể giảm.



Hình 6.13. Tạo ngà không hoàn thiện tít II
a) Mòn các răng sữa; b) và c) Trên Xquang thân răng hình chuông, buồng ống tuỷ bị thu hẹp, chân răng mảnh ngắn.

Týp I: thiếu sản ngà răng có liên quan với bệnh tạo xương không hoàn thiện.

Các biểu hiện ở hàm răng sữa giống với *týp II*.

Ở hàm răng vĩnh viễn biểu hiện lâm sàng rất đa dạng, sự mòn răng và đổi màu răng ở các mức độ khác nhau.

3.1.2. Loạn sản ngà răng

a) *Nguyên nhân*: di truyền trội trên nhiễm sắc thể thường.

b) *Đặc điểm*: ảnh hưởng ở cả hai hệ răng.

– *Týp I*: thân răng gần như bình thường, hình thái chân răng bất thường với nhiều mức độ khác nhau.

Một số trường hợp nặng: chân răng rất ngắn và tù → dễ bị lung lay.

Một số trường hợp nhẹ hơn: chân răng có hình thuôn nhọn về phía cuống.

+ Tuỷ răng bị thu hẹp, có khi bị xoá hoàn toàn.

+ Có hình ảnh vùng sáng ở cuống răng.

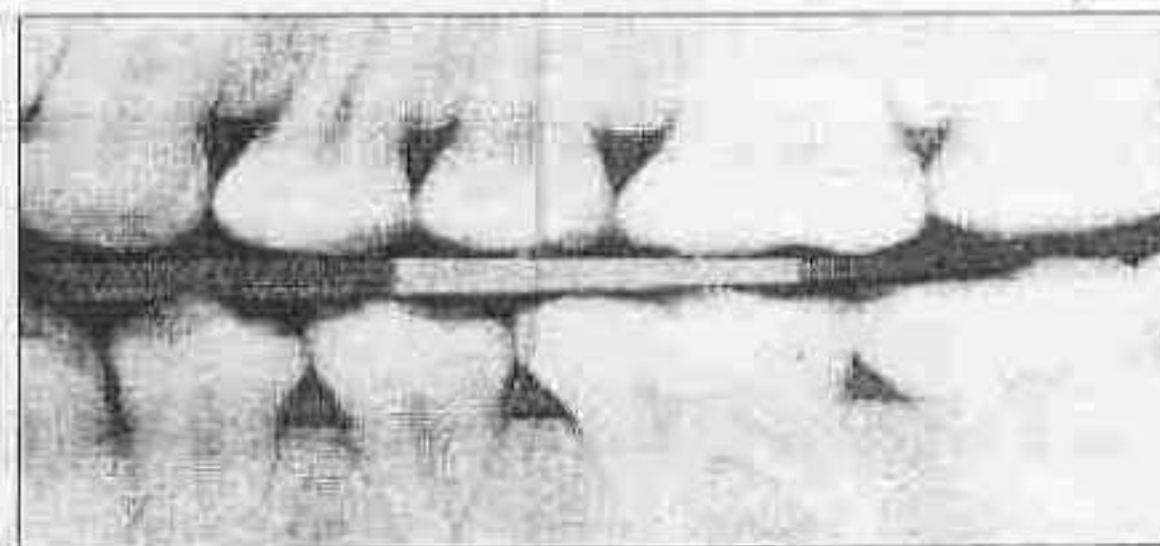
+ Trên kính hiển vi điện tử: ngà thân răng bình thường, ngà chân răng xếp thành từng khối lớn khác thường xâm chiếm tuỷ răng.

– *Týp II*: Ảnh hưởng chủ yếu ở thân răng, đặc điểm giống với tạo ngà không hoàn thiện.

Có hiện tượng buồng tuỷ dạng ống, nhiều sỏi tuỷ rải rác, không có vùng sáng cuống răng. Chân răng bình thường.



a)



b)

Hình 6.14. Loạn sản ngà răng.

a) *Týp I* – Xoá toàn bộ buồng ống tuỷ, chân răng ngắn và tù, vùng sáng cuống răng;

b) *Týp II* – Sỏi tuỷ.

3.1.3. Bệnh còi xương kháng vitamin D (VIT D-resistant rickets) hay chứng giảm phosphat huyết

a) *Nguyên nhân*: Bệnh di truyền liên kết trên nhiễm sắc thể X.

b) *Đặc điểm*:

– Ảnh hưởng chủ yếu ở ngà răng.

- Ở nam hoặc ở nữ đồng hợp tử:
- + Tâm vóc thấp bé, chân cong và các thay đổi ở sọ mặt khác.
- + Thấy hiện diện những ổ áp xe, lỗ rò (liên quan đến răng bị lộ tuỷ).
- + Rụng răng sớm.
- + Xquang: Tuỷ răng to rộng hơn bình thường, sừng tuỷ kéo dài → dễ lộ tuỷ.
- Ở nữ (dị hợp tử): biểu hiện nhẹ hơn, ở răng hầu như không có biểu hiện gì.

3.2. Do môi trường

- Toàn thân: thiếu dưỡng, thiếu năng tuyến cận giáp tuổi thiếu niên, sử dụng tetracyclin, sử dụng hoá chất điều trị ung thư.
- Tại chỗ: do chấn thương.

3.3. Điều trị

- Cũng giống thiếu sản men, mục đích điều trị là ngăn ngừa sự vỡ, mòn răng, giữ được tâm cao của khớp cắn dọc và cải thiện thẩm mỹ.
- Làm chụp răng.
 - Điều trị các biến chứng: lộ tuỷ, hoại tử tuỷ, áp xe...

4. BẤT THƯỜNG CEMENT RĂNG

4.1. Thiếu sản cement răng hoặc cement răng ngừng phát triển: hiếm gặp

- Gặp trong bệnh rối loạn chuyển hoá phosphat (hypophosphatasia) - do di truyền lặn NST thường hoặc bệnh loạn sản đôn sọ.
- Đặc điểm:
 - + Thiếu sản cement răng thường đi kèm với rụng răng sữa sớm hoặc mất răng vĩnh viễn (thường là các răng cửa - do tự nhiên hoặc do một sang chấn rất nhẹ).
 - + Xương ổ răng thường mỏng, nhất là ở vùng răng cửa.
 - + Sự ngấm khoáng kém (nhất là phosphat) do kiềm phosphat thể hoạt động thiếu hụt ở trong huyết thanh, gan, xương, thận. Xét nghiệm nước tiểu thấy phosphoethanolamic tăng.
- Điều trị:

Khi đã mất răng sữa sớm hoặc răng vĩnh viễn → có giải pháp phục hình hợp lý.

4.2. Quá sản cement răng

Nguyên nhân có thể là tự phát, hoặc do các bệnh toàn thân hoặc yếu tố tại chỗ. Có thể ảnh hưởng đến một hoặc vài răng, tạo nên tình trạng chân răng hình dùi trống, có thể liên quan đến tình trạng ankylosis (tình trạng cement răng và xương ổ răng dính kết liên tục với nhau).

Quá sản cement răng gặp trong một số trường hợp:

- Kích thích cơ học: Lực kích thích mạnh làm tiêu cement răng, nhưng những kích thích dưới ngưỡng có thể gây nên tăng sản cement răng.
- Viêm quanh cuống răng: Tiêu cement răng ở vùng gần tâm ổ viêm, nhưng có thể gây tăng bồi phụ cement răng ở vùng ngoại vi.
- Răng không mọc.
- Bệnh Paget.



a) b)
Hình 6.15. Quá sản cement răng
a) Đại thể; b) Vi thể.

Những trường hợp này nếu phải nhổ răng mà xương ổ răng còn nguyên vẹn thì sẽ rất khó khăn, phần lớn phải nhổ răng bằng phương pháp phẫu thuật mở xương ổ răng.

V. CÁC BẤT THƯỜNG VỀ MÀU SẮC RĂNG

Răng bị nhiễm sắc có thể do nguyên nhân nội tại hoặc ngoại lai, một phần hoặc toàn bộ răng, xảy ra ở cả hệ răng sữa và răng vĩnh viễn.

1. NHIỄM SẮC NỘI TẠI

1.1. Do các chất màu kết hợp với tổ chức răng trong giai đoạn hình thành

1.1.1. Các sắc tố từ máu: Các bệnh làm tăng bilirubin trong máu:

- Bệnh nguyên hồng cầu huyết trẻ sơ sinh (erythroblastosis fetalis) hay gặp nhất. Là bệnh không tương hợp yếu tố Rhesus, mẹ truyền kháng thể hoạt động kháng lại tế bào máu của con → phá huỷ các hồng cầu → gây thiếu máu, vàng da ở trẻ sơ sinh (trường hợp nặng có thể sảy thai từ sớm).

Răng sữa có màu xanh da trời hoặc xanh lá cây, thỉnh thoảng có màu nâu. Màu răng bị nhiễm sắc nhạt dần, thấy rõ nhất là ở các răng cửa.

- Bệnh hẹp ống dẫn mật: cũng hay gặp, răng có ánh màu xanh lá cây.
- Ngoài ra, còn một số bệnh khác cũng làm tăng bilirubin trong máu dẫn đến đổi màu răng, nhưng ít gặp hơn ở trẻ đẻ non, không tương hợp yếu tố ABO trong máu,

suy hô hấp trẻ sơ sinh, chảy máu trong, suy giáp bẩm sinh, giảm tiết mật, thiếu hụt α_1 -antitrypsin, viêm gan ở trẻ sơ sinh.

1.1.2. Bệnh Porphyria

Là bệnh rối loạn chuyển hoá porphyrine di truyền hoặc mắc phải → làm tăng porphyrine trong máu → porphyrine lắng đọng ở các mô, trong đó có xương, răng và đào thải ra ngoài.

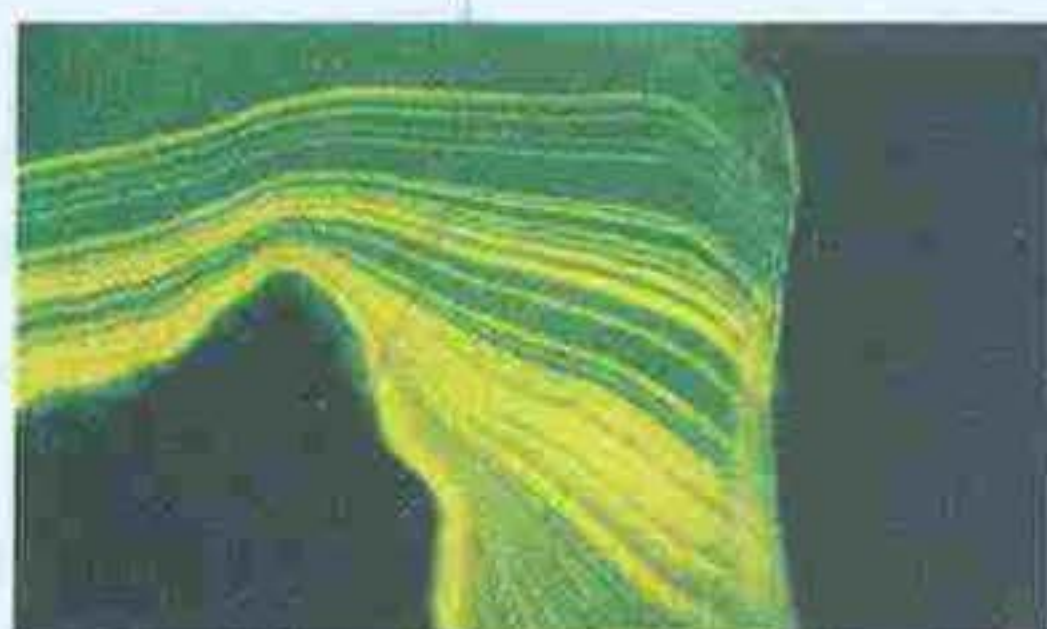
Biểu hiện: nước tiểu có màu đỏ. Rất nhạy cảm với ánh sáng, sợ ánh sáng. Nhiều tóc. Các tổn thương bóng nước trên da. Răng có màu nâu đỏ, thường là răng sữa, còn răng vĩnh viễn ít bị ảnh hưởng.

1.1.3. Đổi màu răng do sử dụng thuốc tetracyclin

Phụ nữ có thai hoặc trẻ em dưới 9 tuổi, trong giai đoạn răng đang phát triển và ngấm khoáng nếu sử dụng tetracyclin → đổi màu răng (tetracyclin có ái lực với calcium, tạo thành phức hợp cang của lắng đọng trong xương và răng. Ở răng, phức hợp này lắng đọng chủ yếu ở ngà răng, một số ít ở men răng). Răng bị nhiễm tetracyclin khi mọc thường có màu vàng và trở nên tối màu và nâu hơn khi tiếp xúc với ánh sáng.

Vị trí, mức độ, màu sắc của răng liên quan đến giai đoạn phát triển của răng bị tác động bởi tetracyclin, liều lượng, thời gian sử dụng tetracycline kéo dài bao lâu. Các răng đã hình thành xong thân răng mới nhiễm tetracyclin thì không biểu hiện lâm sàng.

Răng nhiễm tetracyclin phát huỳnh quang màu vàng sáng dưới ánh sáng cực tím. Tránh kê đơn thuốc có tetracyclin cho phụ nữ có thai và trẻ em dưới 9 tuổi. Ngày nay, có những loại thuốc kháng sinh khác thay thế → nhiễm sắc răng do tetracyclin đã giảm nhiều.



Hình 6.16. Răng nhiễm tetracyclin
và các dải huỳnh quang màu vàng dưới ánh sáng cực tím

1.1.4. Đổi màu răng do nhiễm fluor: Xem phần trước.

1.2. Do sự khuếch tán chất màu vào tổ chức răng sau khi răng đã hình thành xong

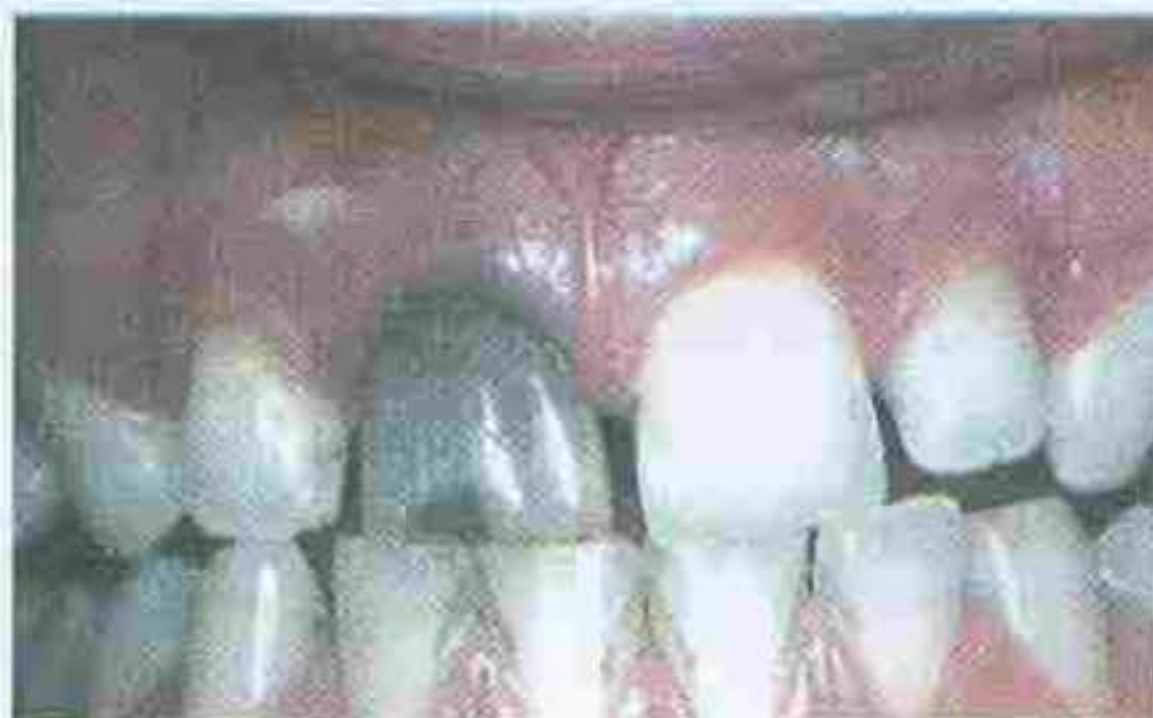
1.2.1. Đổi màu răng do chấn thương

– Răng thường bị đổi màu trong vòng 2 – 3 tuần sau khi bị chấn thương.

– Nguyên nhân: Khi bị xung huyết, áp lực trong buồng tuỷ tăng → đứt các mao mạch → phá vỡ các hồng cầu → giải phóng ra các sắc tố và lắng đọng trong các ống ngà: răng mới đầu có màu ánh hồng.

– Những trường hợp tuỷ răng phục hồi được, sự đổi màu có thể nhạt dần đi, còn màu hơi vàng (vôi hoá ống tuỷ, hấp thu lại các sắc tố).

– Trường hợp tuỷ răng bị hoại tử: màu xám đen hoặc xám sẫm.



Hình 6.17. Răng đổi màu xám đen sau chấn thương, hoại tử tuỷ.

1.2.2. Đổi màu răng do vật liệu trám (Amalgam), vật liệu hàn ống tuỷ

1.2.3. Đổi màu răng do các chất màu ngấm vào ngà răng khi bị lộ ngà

Ví dụ, trường hợp bị nứt men răng, sâu răng, mòn răng hoặc do không lấy hết tổ chức tuỷ răng khi điều trị nội nha.

1.3. Do sự thay đổi cấu trúc hoặc độ dày của tổ chức cứng của răng: khiếm khuyết men, ngà răng do di truyền.

Bệnh tạo men không hoàn thiện, tạo ngà không hoàn thiện, thiếu sản ngà...

2. NHIỄM SẮC NGOẠI LAI

2.1. Do vi khuẩn sinh màu

– Màu xanh lá cây: thường nằm ở 1/3 phía cổ răng, ở mặt ngoài hoặc trong, có màu xanh lá cây sẫm hoặc nhạt (hình 6.18).

Nguyên nhân: do vệ sinh răng miệng kém, tích tụ vi khuẩn sinh màu, phổ biến là *Bacillus pyocneus*, *B. aspergillus*, chảy máu lợi mạn tính kết hợp với màng Nasmyth. Thường có sự mất khoáng dưới vết dính và khó làm sạch.

– Màu cam: thường nằm ở 1/3 phía cổ răng vùng răng cửa, do vi khuẩn sinh màu. Màng màu thường mỏng, dễ làm sạch, ít khi có sự mất khoáng ở dưới vết dính.

– Màu nâu hoặc đen (hình 6.19):

+ Khá phổ biến, thường là một đường mảnh liên tục xung quanh răng 1/3 phía cổ.

Thành phần tương tự với mảng bám, vi khuẩn là loại Gr(+) hình que và *actinomyces* – tỷ lệ vi khuẩn thấp hơn mảng bám bình thường.

+ Dễ làm sạch, có khuynh hướng tái phát. Giữ vệ sinh răng miệng sẽ làm giảm tái phát.

2.2. Chất nhuộm màu

- Thức ăn, đồ uống có màu, cà phê, thói quen nhai trầu.
- Thuốc lá.
- Thuốc súc miệng: chlorhexidine.

3. ĐIỀU TRỊ

- Điều trị theo nguyên nhân.
- Sử dụng các phương pháp làm trắng răng.



Hình 6.18. Vết dính màu xanh lá cây



Hình 6.19. Vết dính màu đen

VI. CÁC BẤT THƯỜNG TRONG SỰ MỌC RĂNG VÀ THAY RĂNG

1. RỐI LOẠN MỌC RĂNG

Thời điểm mọc răng không cố định, thường nằm trong một khoảng thời gian dao động. Nó có thể chịu ảnh hưởng của một số yếu tố như chủng tộc, giống, môi trường, dinh dưỡng và bệnh tật.

Trẻ nữ thường có khuynh hướng mọc răng sớm hơn một chút so với trẻ nam.

1.1. Mọc răng sớm

Trong một số trường hợp, mọc răng sớm có tính chất gia đình: bố mẹ mọc răng sớm → con cái cũng mọc răng sớm. Những trẻ có cân nặng lúc sinh cao thường mọc răng sớm hơn so với trẻ có cân nặng bình thường hoặc thiếu cân.

Mọc răng sớm có thể xảy ra ở những trẻ dậy thì sớm, rối loạn nội tiết, đặc biệt là rối loạn hormon tăng trưởng hoặc hormon tuyến giáp.

1.1.1. Răng sơ sinh

Là những răng mà ngay khi sinh ra đã thấy (natal teeth) hoặc mọc lên trong tháng đầu tiên sau khi sinh (neonatal teeth), với tỷ lệ khoảng 1/2000 – 1/3000 trường hợp.

– Thường gặp răng sơ sinh ở vị trí răng cửa giữa hàm dưới, thỉnh thoảng ở răng cửa giữa hàm trên hoặc răng hàm thứ nhất.

– Nguyên nhân: có thể là do sự lạc chỗ của mầm răng từ giai đoạn bào thai. Răng sơ sinh có thể còn gặp trong một số hội chứng như: Hội chứng Ellis–van Creveld (loạn sản sụn – ngoại bì), Hội chứng Hallermann–Streiff.

– Răng sơ sinh thường có hình dáng bất bình thường, men răng mỏng hơn bình thường hoặc bất thường và gây ra các ảnh hưởng:

+ Răng bị lung lay do chân răng ngắn → có nguy cơ rơi vào đường thở → gây dị vật đường thở.

+ Do lung lay → gây viêm lợi xung quanh răng.

+ Gây loét dưới lưỡi khó lành.

+ Gây khó khăn, đau cho mẹ khi cho trẻ bú.

– Điều trị: Cần chụp phim để xác định là răng sữa hay răng thừa. Nếu gây ra các triệu chứng như trên thì nên nhổ đi. Trường hợp không ảnh hưởng gì thì có thể làm nhẵn bờ rìa cắn răng và theo dõi.

1.1.2. Một số cấu trúc bất thường ở trẻ sơ sinh thường nhầm với răng mọc sớm

– Nang lá răng: nằm ở gờ đỉnh xương ổ, là phần còn sót lại của lá răng.

– Bohn nodules: Là mô tuyến nhầy nằm ở mặt ngoài và trong của gờ xương ổ răng và ở khẩu cái (ngoài đường giữa).

– Epstein's pearl: là tế bào thượng bì còn sót bị kẹt lại, nằm ở đường giữa khẩu cái, chiếm 80% các trường hợp trẻ sơ sinh.

1.2. Răng mọc chậm hoặc không mọc

Răng mọc chậm hoặc không mọc có liên quan đến yếu tố nguyên nhân toàn thân hoặc tại chỗ.

1.2.1. Toàn thân

– Nhẹ cân khi sinh.

– Dinh dưỡng kém: thiếu vitamin D.

– Rối loạn nội tiết: thiếu năng tuyến giáp hoặc tuyến yên.

– Hội chứng Down, Turner.

– Loạn sản đôn sọ: có đặc điểm là ngừng phát triển hoặc kém phát triển xương đôn, xương sọ. Cụ thể:

+ Sọ: kích thước chiều trước – sau ngắn.

+ Xương hàm trên và xương gò má kém phát triển.

+ Các đường khớp sọ chậm đóng kín.

+ Ở xương hàm: có rất nhiều răng thừa, nhất là ở hàm răng vĩnh viễn phía trước.

Răng thường mọc chậm hoặc không mọc được: lý do là có quá nhiều răng thừa, răng sữa không tiêu.

Chân răng: có thể có thiếu sản xương chân răng.

1.2.2. Tại chỗ

– Bệnh xơ lợi di truyền: lợi xơ hoá cao và dày, ngăn cản răng mọc.

– Nang thân răng lạc chỗ: thường ảnh hưởng tới răng 3 vĩnh viễn hàm trên, hàm dưới. Đôi khi biểu hiện là răng hàm lớn thứ nhất hàm trên mọc kẹt vào phía xa của răng hàm sữa thứ hai.

– Răng thừa hoặc Odontomes ngăn cản mọc răng vĩnh viễn bên cạnh.

– Chân thương răng sữa ...

– Mất răng sữa sớm làm chậm mọc răng vĩnh viễn do tổ chức phần mềm quá dày, xơ.

1.2.3. Điều trị

– Điều trị các bệnh toàn thân nếu có thể.

– Điều trị các yếu tố cản trở tại chỗ: lấy bỏ răng thừa, u răng. Cắt bỏ lợi xơ, phẫu thuật bộc lộ răng và kéo răng bằng chỉnh nha.

– Bệnh loạn sản độn sọ: có kế hoạch điều trị lâu dài và kiểm soát tốt. Gồm: nhổ các răng sữa vẫn còn lưu giữ trên cung hàm, phẫu thuật bỏ các răng thừa chưa mọc, chỉnh nha: chỉnh các răng đúng khớp cắn, phục hình thay thế răng không thể mọc lên được.

2. RỐI LOẠN THAY RĂNG

2.1. Rụng răng sớm

– Liên quan tới bệnh rối loạn chuyển hoá phosphat (kém hấp thu phosphat): răng sữa rụng sớm, thậm chí cả răng vĩnh viễn. Có trường hợp kết hợp với thiếu sản cement.

– Liên quan tới bệnh:

Hội chứng Chediak–Higashi (huỷ tổ chức quanh răng).

2.2. Chậm rụng răng: Gặp trong các trường hợp:

2.2.1. Răng mọc thấp hoặc răng bị cứng khớp (*infraocclusion, submerged teeth, ankylosed teeth*)

– Là những răng vẫn giữ nguyên vị trí, trong khi những răng khác vẫn tiếp tục mọc → hậu quả là răng đó bị hở khớp hay mặt cắn nằm thấp hơn so với mặt phẳng cắn của các răng bên cạnh.

– Thường xảy ra đối với răng hàm sữa thứ nhất và thứ hai.

– Nguyên nhân: thường đi kèm với thiếu răng vĩnh viễn thay thế (răng hàm nhỏ), răng hàm sữa không bị tiêu chân.

2.2.2. Răng bị dính khớp sau chấn thương: Không thể thay đổi được vị trí của nó.

Cũng có thể do yếu tố di truyền nhưng chưa rõ.

Điều trị:

– Nếu không có răng vĩnh viễn thay thế: điều trị bảo tồn bằng cách phục hình: chụp răng, trám composite để phục hình chiều cao cho răng → cắn khớp đúng.

– Nếu phải nhổ bỏ: phải có kế hoạch chỉnh răng làm đều hoặc làm răng giả: cầu, hàm giả hoặc implant.



Hình 6.20. Răng hàm sữa thứ 2 hàm dưới mọc thấp

2.2.3. Các bệnh khác: Đi kèm với:

- Răng dính, sinh đôi.
- Răng vĩnh viễn mọc lạc chỗ.
- Chấn thương hoặc nhiễm khuẩn trầm trọng ở răng sữa.

Tóm lại:

Khi chẩn đoán các vấn đề về phát triển của hàm răng phải luôn nhớ:

- Sự phổ biến của bệnh (hay gặp hay hiếm khi xảy ra).
- Lịch trình của các giai đoạn phát triển hàm răng.
- Yếu tố gia đình.
- Số lượng răng bị ảnh hưởng (nhiều hay ít).
- Những bất thường về răng ảnh hưởng đến trẻ và gia đình cả về khía cạnh chức năng và tâm lý xã hội.
- Một bất thường về răng có thể liên quan đến bệnh khác. Đòi hỏi phải khám kỹ.
- Một bất thường ở hàm răng sữa có thể liên quan đến vấn đề tương tự ở hàm răng vĩnh viễn.
- Hầu hết các trường hợp đòi hỏi kế hoạch điều trị liên quan đến nhiều chuyên ngành.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn các câu trả lời đúng cho các câu hỏi sau bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu.

1. Ở hàm răng vĩnh viễn thiếu răng thường gặp nhất ở:
 - A. Răng cửa hàm dưới.
 - B. Răng hàm lớn thứ 3.
 - C. Răng cửa bên hàm trên.
 - D. Răng hàm nhỏ thứ 2 hàm dưới.
 - E. Răng hàm nhỏ thứ 2 hàm trên
2. Phát biểu nào sau đây đúng với bệnh loạn sản ngoại bì thể điển hình:
 - A. Thừa nhiều răng, tóc thưa khô vàng, da khô, trán nhô, mũi hình yên ngựa.
 - B. Thiếu nhiều răng, tóc dày mọc thấp, da khô, trán nhô, mũi hình yên ngựa.
 - C. Thiếu nhiều răng, tóc thưa khô vàng, da khô, trán nhô, mũi hình yên ngựa.
 - D. Thiếu nhiều răng, tóc thưa khô vàng, da khô, trán nhô, mũi sứt.
 - E. Thừa nhiều răng, tóc dày mọc thấp, da khô, trán nhô, mũi sứt.
3. Răng thừa xuất hiện nhiều nhất ở:
 - A. Vùng răng cửa hàm dưới.
 - B. Vùng răng hàm lớn.
 - C. Vùng răng hàm nhỏ thứ 2 hàm dưới.
 - D. Vùng răng hàm nhỏ thứ 2 hàm trên.
 - E. Kẽ giữa 2 răng cửa hàm trên.
4. Răng thừa có thể gây nên:
 - A. Chạm mọc, mọc sai chỗ các răng bên cạnh.
 - B. Tiêu chân các răng bên cạnh.
 - C. Nang thân răng.
 - D. Cản trở khớp cắn.
 - E. Tất cả các câu trên.
5. Đặc điểm của răng dính:
 - A. Do một mầm răng phân đôi không hoàn toàn.
 - B. Thân răng lớn, chẻ đôi, có hai buồng tuỷ và ống tuỷ riêng biệt.
 - C. Thân răng lớn, chẻ đôi, có hai buồng tuỷ riêng biệt và một ống tuỷ chân.
 - D. Thân răng lớn, chẻ đôi, có một buồng tuỷ và hai ống tuỷ riêng biệt.
 - E. Thân răng lớn, chẻ đôi, có một buồng tuỷ và một ống tuỷ.

6. Đặc điểm của răng sinh đôi:
- A. Do hai mầm răng độc lập dính với nhau.
 - B. Thân răng lớn, chẻ đôi, có hai buồng tuỷ và ống tuỷ riêng biệt.
 - C. Thân răng lớn, chẻ đôi, có hai buồng tuỷ riêng biệt và một ống tuỷ chân.
 - D. Thân răng lớn, chẻ đôi, có một buồng tuỷ và hai ống tuỷ riêng biệt.
 - E. Thân răng lớn, chẻ đôi, có một buồng tuỷ và một ống tuỷ.
7. Phát biểu nào sau đây đúng với răng cong:
- A. Do các chấn thương cấp tính, ảnh hưởng đến mầm răng vĩnh viễn đang ở giai đoạn phân hoá hình dạng.
 - B. Có tính chất di truyền.
 - C. Do thiếu các yếu tố vi lượng, đặc biệt là calci, phospho, magie.
 - D. Thường gặp ở vùng răng hàm, đối xứng hai bên.
 - E. Không cần phải điều trị gì.
8. Răng có nướu phụ (răng lộn ra ngoài): do sự di lộn ra ngoài của lớp:
- A. Thượng bì men bên ngoài.
 - B. Lớp trung gian.
 - C. Thượng bì men bên trong.
 - D. Lưới tế bào hình sao.
9. Răng có nướu phụ (răng lộn ra ngoài):
- A. Thường gặp ở răng hàm nhỏ, cũng có thể gặp ở răng cửa, răng nanh, răng hàm lớn, thường gây cản trở cắn.
 - B. Bên trong thường có sự kéo dài ra của tuỷ răng tới gần đỉnh nướu.
 - C. Buồng tuỷ rộng, kéo dài tới vùng gần cuống răng.
 - D. Dễ bị vỡ hoặc mòn nướu phụ gây hở tuỷ.
 - E. Cả A, B, D.
10. Đặc điểm của loạn sản răng từng vùng(cục bộ):
- A. Chỉ có thân răng hoặc chân răng bị ảnh hưởng.
 - B. Ảnh hưởng đến toàn bộ răng nhưng theo vùng: vùng răng cửa hoặc răng hàm.
 - C. Men, ngà răng thiếu sản, ngám khoáng kém, buồng tuỷ to, cuống răng mở rộng.
 - D. Cả B và C.
 - E. Cả A và C.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Richard R. Welbury, Monty S. Duggal, Marie Thérèse Hosey, *Pediatric Dentistry*, 3rd edition, Oxford, 2005.
2. Ralph E. McDonald *Dentistry for the Child and Adolescent*, 3th edition, Mosby, 2004.
3. Soames J.V, Southam J.C. *Oral Pathology*, 3rd edition, Oxford, 1999.
4. Pinkham J.R. (1999). *Pediatric Dentistry: Infancy through Adolescence*, 3th edition, Mosby,.
5. Trần Thuý Nga, Phan Thị Thanh Yên, Phan Ái Hùng, Đặng Thị Nhân Hoà. *Nha khoa trẻ em* (2001). NXB Y học, Chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh.

BỆNH SÂU RĂNG Ở TRẺ EM

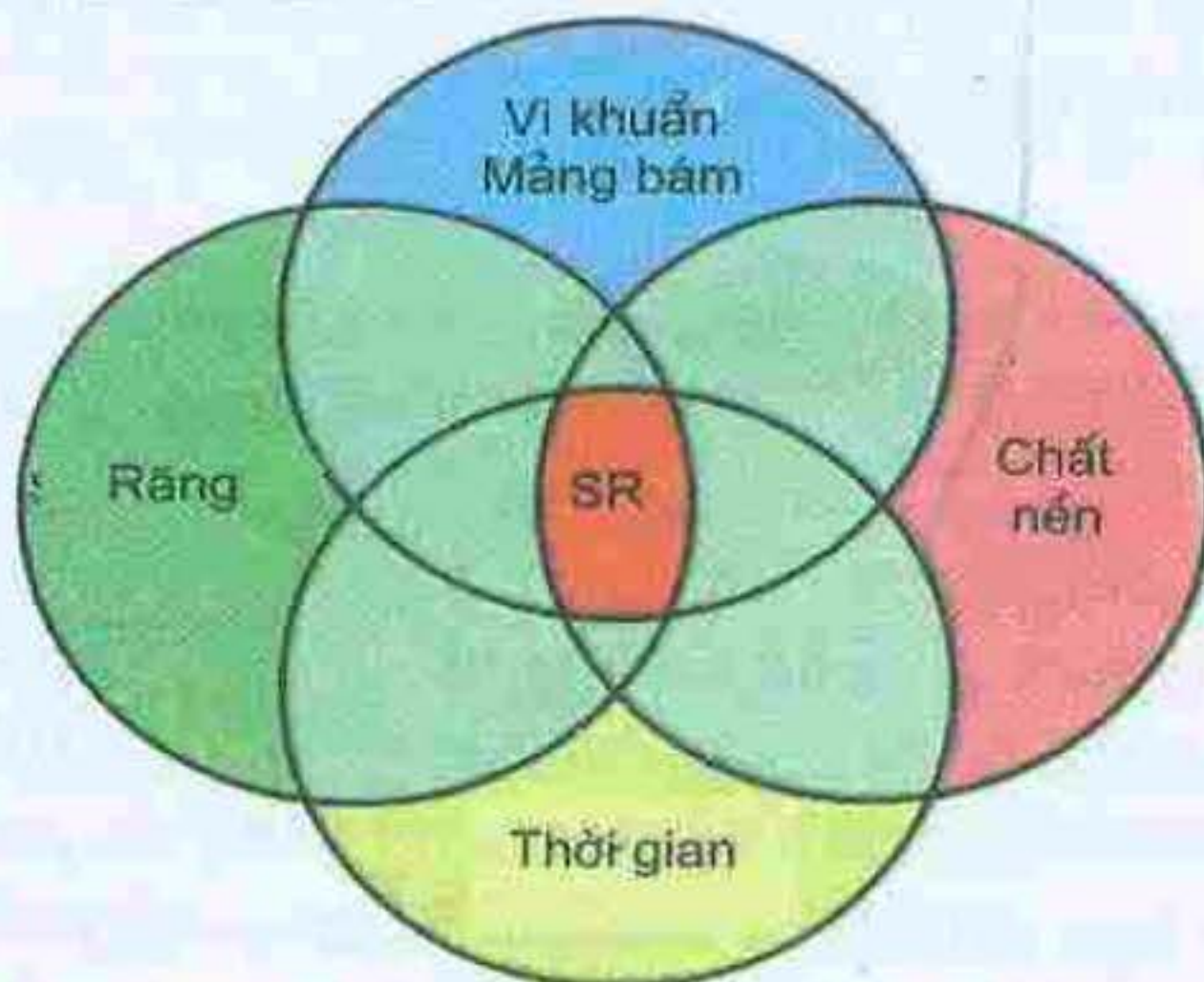
MỤC TIÊU

1. Trình bày được đặc điểm dịch tễ học sâu răng trẻ em.
2. Trình bày được các đặc tính, hình thái lâm sàng sâu răng trẻ em.
3. Trình bày được các phương pháp chẩn đoán sớm sâu răng.
4. Trình bày được phương pháp đánh giá nguy cơ sâu răng ở trẻ em.
5. Trình bày được phương pháp kiểm soát và phòng ngừa sâu răng.

Bệnh sâu răng là một bệnh nhiễm khuẩn phổ biến nhất ở trẻ em. Sâu răng có thể gây đau, ảnh hưởng đến ăn uống, học hành, nói, vui chơi của trẻ, gây tốn nhiều thời gian và tiền bạc, nếu không điều trị kịp thời có thể dẫn đến những biến chứng nguy hiểm.

I. ĐẠI CƯƠNG BỆNH CĂN, BỆNH SINH BỆNH SÂU RĂNG

1. BỆNH CĂN



Hình 7.1. Các yếu tố bệnh căn sâu răng

1.1. Vai trò của vi khuẩn và mảng bám răng

– Mảng bám răng là một quần thể, bao gồm chủ yếu là các vi khuẩn nằm trên khung vô định hình từ mucoid nước bọt và polysaccharide (glucan) của vi khuẩn ngoài bào.

Màng bám có vai trò quan trọng trong bệnh nguyên bệnh sâu răng do các acid sinh ra từ các chất trong màng bám sẽ phá huỷ men răng. Các chất đường từ thức ăn sẽ nhanh chóng khuếch tán vào màng bám, được vi khuẩn chuyển hoá thành acid (chủ yếu là acid lactic, ngoài ra còn có acid acetic và acid propionic). Khi pH của màng bám giảm dưới 5,5 (pH tới hạn) thì hiện tượng huỷ khoáng xảy ra.

– Vi khuẩn: *Streptococcus mutans* là tác nhân chủ yếu gây nên sự thành lập màng bám, có vai trò quan trọng trong việc hình thành tổn thương ban đầu và là chủng vi khuẩn có khả năng gây sâu răng cao nhất trong nghiên cứu thực nghiệm trên động vật.

Nhiều chủng *Streptococcus* khác cũng có khả năng gây sâu răng trong nghiên cứu thực nghiệm trên động vật như *S.sanguis*, *S.salivarius*, *S.ovalis*.

Một số dòng *Actinomyces*, *Lactobacillus acidophilus* cũng gây sâu răng thực nghiệm trên động vật, trong đó *Actinomyces* có vai trò quan trọng trong sâu chân răng.

1.2. Vai trò của carbonhydrat

Vi khuẩn gây sâu răng sau khi nhiễm vào môi trường miệng, tự nó sẽ không gây sâu răng được. Có sự liên quan rõ rệt giữa sâu răng và sự lên men đường.

Sucrose (đường mía) có khả năng gây sâu răng cao hơn các loại đường khác, do dễ bị lên men, do khả năng chuyển hoá thành glucans ngoại bào bởi enzym glucosyl transferase của vi khuẩn.

Glucose, maltose, fructose, galactose và lactose cũng có khả năng gây sâu răng cao trong nghiên cứu thực nghiệm.

Tỷ lệ xuất hiện răng sâu liên quan tới độ đậm đặc, độ dính, cách thức và tần suất sử dụng đường hơn là tổng lượng đường tiêu thụ.

1.3. Các yếu tố khác

1.3.1. Các yếu tố nội sinh của răng

– Thành phần men răng:

Ở những răng mới mọc, men răng chưa được hoàn thiện hoàn toàn (chưa chín muối), men răng có thành phần apatite chứa nhiều carbonat – là dạng tinh thể dễ bị tác dụng của acid. Khi nhóm carbonat được thay thế bởi fluor hoặc hydroxyl (quá trình chín muối) thì men răng sẽ đề kháng hơn với acid.

Men răng có fluor (tạo thành các tinh thể fluorapatite) có sức đề kháng với acid cao hơn men răng không có fluor (các tinh thể hydroxyapatite). Fluor không những có vai trò hoàn thiện tổ chức cứng của răng, mà còn có vai trò ức chế quá trình sâu răng, ổn định các tổn thương mới hình thành.

– Cấu trúc men răng:

Men răng thiếu sản và kém khoáng hoá làm tăng nguy cơ sâu răng.

– Hình thể giải phẫu răng:

Răng có hố rãnh sâu, hình thái khác thường, vùng tiếp xúc mặt bên rộng, tăng nguy cơ sâu răng do tích tụ mảng bám.

– Vị trí răng:

Răng lệch lạc làm tăng khả năng lưu giữ mảng bám, tăng nguy cơ sâu răng.

1.3.2. Các yếu tố ngoại sinh

– Nước bọt: Nước bọt có vai trò quan trọng bảo vệ răng khỏi sâu răng, thể hiện ở:

+ Dòng chảy và tốc độ lưu chuyển của nước bọt trong miệng là yếu tố làm sạch tự nhiên, lấy đi các mảnh thức ăn còn sót lại và các vi khuẩn trên bề mặt răng.

+ Tạo ra một lớp màng mỏng có tác dụng như một hàng rào bảo vệ men răng khỏi acid tấn công.

Ở người, nước bọt quá nhiều và nhớt, hoặc quá ít và ít nhớt đều tăng khả năng bị sâu răng.

+ Tăng cường khoáng hoá nhờ có sẵn các ion calci, fluor, phosphat.

+ Khả năng đệm, trung hoà acid.

+ Sự hiện diện của các yếu tố kháng khuẩn như IgA, Lactoferrin, Lysozym...

– Chế độ ăn:

+ Chế độ ăn chứa nhiều phosphate có khả năng giảm tỷ lệ sâu răng. Tăng chất béo trong khẩu phần ăn có thể làm giảm tác động của các tác nhân gây sâu răng.

+ Ăn nhiều đường, nhất là ăn vặt thường xuyên giữa các bữa ăn chính làm tăng nguy cơ sâu răng.

+ Thói quen ăn uống trước khi đi ngủ: Đặc biệt là ở trẻ nhỏ, việc cho bú bình kéo dài với sữa và các loại chất ngọt, nhất là lại bú trong khi ngủ làm tăng tỷ lệ sâu răng, gây nên hội chứng bú bình. Thói quen ngậm cơm cũng có thể gây những hậu quả gần như việc bú bình.

– Chỉnh nha, sử dụng hàm giả bán phần, trám răng không đúng quy cách: Làm tăng khả năng lưu giữ các mảnh thức ăn, mảng bám vi khuẩn, do đó tăng nguy cơ sâu răng.

– Yếu tố di truyền:

Liên quan đến hình thể, cấu trúc răng, nước bọt, độ nhạy cảm với vi khuẩn. Tuy nhiên, nó chỉ có tác động rất nhỏ so với các yếu tố môi trường. Ở những gia đình bố mẹ bị sâu răng nhiều, con cái cũng có khuynh hướng bị sâu răng nhiều chủ yếu là do bị ảnh hưởng bởi thói quen ăn uống, vệ sinh răng miệng.

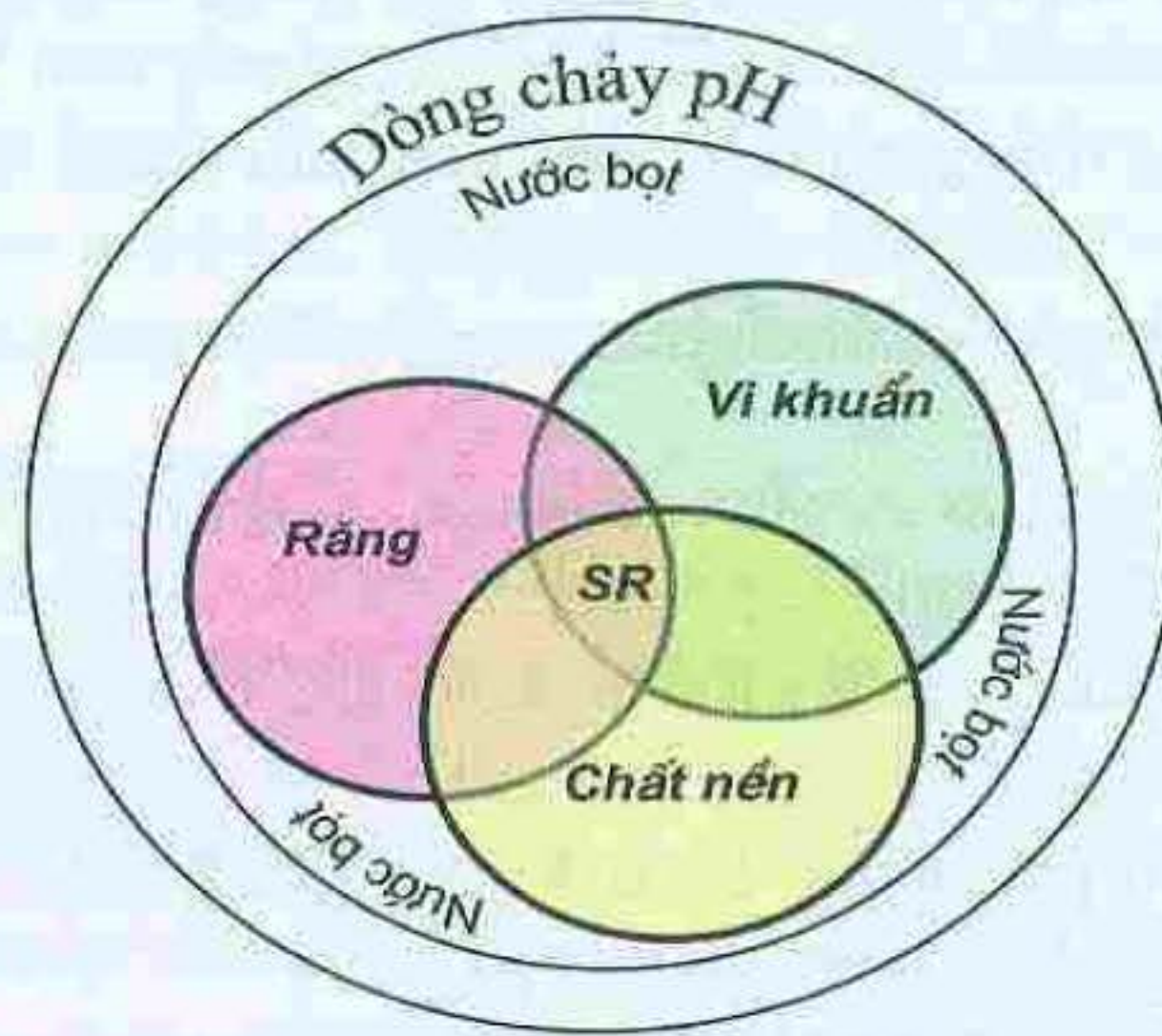
2. BỆNH SINH

Sinh lý bệnh quá trình sâu răng là do quá trình huỷ khoáng chiếm ưu thế hơn quá trình tái khoáng do vai trò chuyển hoá carbohydrate của vi khuẩn mảng bám trên bề mặt răng.

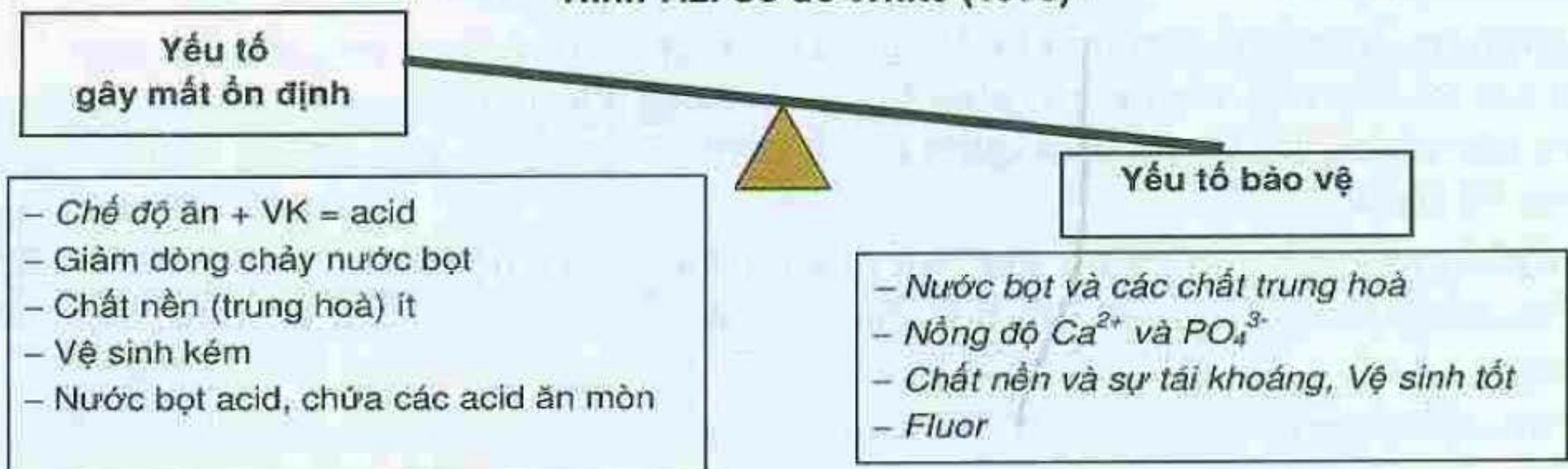
Sự huỷ khoáng diễn ra khi pH giảm xuống dưới pH tới hạn, pH tới hạn của hydroxyapatite là 5,5 và pH tới hạn của fluorapatite là 4,5. Sự tiếp xúc thường xuyên của sucrose (ăn vặt nhiều lần giữa các bữa ăn chính) là yếu tố quan trọng nhất giữ cho pH ở mức thấp – tình trạng acid tấn công gần như liên tục trên bề mặt răng.

Quá trình tái khoáng ngược với quá trình huỷ khoáng, xảy ra khi pH trung tính, có đủ ion Ca^{2+} và PO_4^{3-} trong môi trường miệng, tái lập lại một phần các tinh thể apatite bị hoà tan, quá trình này có thể được làm tăng bởi các ion fluor ở vùng phản ứng.

Bệnh căn và bệnh sinh bệnh sâu răng có thể được tóm tắt trong sơ đồ White (1975) và được giải thích qua sự mất cân bằng giữa các yếu tố bảo vệ và các yếu tố gây mất ổn định.



Hình 7.2. Sơ đồ White (1975)



Hình 7.3. Các yếu tố gây mất ổn định và ổn định sâu răng

II. DỊCH TỄ HỌC

1. TỶ LỆ MẮC BỆNH

1.1. Giai đoạn hàm răng sữa

- Thế giới:

Đã có rất nhiều nghiên cứu ghi nhận về tỷ lệ sâu răng ở hàm răng sữa, sự khác

biệt giữa các nghiên cứu không nhiều. Theo nghiên cứu của J.M. Tang và cộng sự trên 5171 trẻ từ 5 tháng đến 4 tuổi ở Arizona-1997, tỷ lệ sâu răng (phần trăm dân số có một hoặc nhiều răng sâu) là:

Bảng 7.1. Tỷ lệ sâu răng ở trẻ 1 – 4 tuổi (J.M.Tang – 1997)

Tuổi	Tỷ lệ sâu răng (%)	DMFT
1	6,4	0,18
2	20	0,70
3	35	1,35
4	49	2,36

Theo nghiên cứu của và cộng sự trên 1500 trẻ 3 – 5 tuổi ở Hubli-Dharwad, Ấn Độ – 2006:

Bảng 7.2. Tỷ lệ sâu răng ở trẻ 3 – 5 tuổi (Mahejabeen R-2006)

Tuổi	Tỷ lệ sâu răng (%)	DMFT
3	42,6	2,31
4	50,7	2,56
5	60,9	2,69

– Việt Nam: Theo điều tra sức khoẻ răng miệng toàn quốc của và cộng sự-2000 thì tỷ lệ sâu răng sữa và số trung bình răng sữa sâu, mất, trám (dmft) là:

Bảng 7.3. Tỷ lệ sâu răng sữa ở trẻ 6 – 11 tuổi (Trần Văn Trường – 2000)

Tuổi	Tỷ lệ sâu răng (%)	DMFT
6 – 8	84,9	5,4
9 – 11	56,3	1,96

Nhìn chung, trong hầu hết các nghiên cứu người ta đều nhận thấy những trẻ ở gia đình có địa vị kinh tế xã hội thấp, có tỷ lệ sâu răng cao hơn những trẻ ở gia đình có địa vị kinh tế xã hội cao.

Greenwell và cộng sự, khi theo dõi 317 trẻ nhận thấy 84% trẻ không có sâu răng sữa sẽ không sâu răng ở hệ răng hỗn hợp, trẻ có sâu hố rãnh ở hệ răng sữa dễ phát triển sâu răng trên mặt nhẵn răng sữa hơn các trẻ không sâu răng, 57% trẻ có sâu răng hàm sữa mặt bên sẽ có thêm các sâu răng hàm sữa mặt bên trong giai đoạn răng hỗn hợp, trẻ có sâu răng mặt má-lưỡi (sâu răng do bú bình) có nguy cơ phát triển sâu răng các loại cao nhất.

Tuy nhiên, do bản chất đa nguyên nhân của bệnh, tình trạng sâu răng ở hệ răng sữa không thể là dấu hiệu chính xác cho sâu răng vĩnh viễn trong tương lai.

1.2. Giai đoạn hàm răng hỗn hợp và răng vĩnh viễn

– Thế giới:

Các báo cáo của các tác giả Vargas, Crall và Schneider – 1994, 1998, USA đưa ra những số liệu có tính đại diện cho lứa tuổi học đường: 61% trẻ 6 – 12 tuổi có ít nhất một răng sữa sâu hoặc đã trám, 40% trẻ 6 – 14 tuổi có ít nhất một răng sữa sâu hoặc đã trám, 89,8% học sinh 15 – 18 tuổi có ít nhất một răng vĩnh viễn sâu hoặc đã trám. Những trẻ ở gia đình có địa vị kinh tế – xã hội thấp, dân tộc thiểu số có tỷ lệ sâu răng cao hơn.

– Việt Nam:

Cũng vẫn theo Trần Văn Trường và cộng sự – 2000 thì tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn và số trung bình răng vĩnh viễn sâu, mất, trám (DMFT) là:

Bảng 7.4. Tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn ở trẻ 6 – 17 tuổi (Trần Văn Trường – 2000)

Tuổi	Tỷ lệ sâu răng (%)	DMFT
6 – 8	25,4	0,48
9 – 11	54,6	1,19
12 – 14	64,1	2,05
15 – 17	68,6	2,40

2. PHÂN BỐ

2.1. Giai đoạn hàm răng sữa

Trình tự hay mức sâu răng giảm dần như sau: răng hàm sữa dưới, răng hàm sữa trên, răng cửa trên. Ít gặp hơn là răng cửa dưới hoặc mặt ngoài và mặt trong của răng trừ trường hợp sâu răng lan nhanh hoặc sâu răng do bú bình.

Răng hàm sữa thứ nhất ở cả hàm trên và hàm dưới ít bị sâu hơn răng hàm sữa thứ hai mặc dù răng hàm sữa thứ nhất mọc trước. Sự khác biệt này là do cấu trúc giải phẫu mặt nhai khác nhau. Hố rãnh mặt nhai của răng hàm sữa thứ hai sâu hơn, phức tạp hơn. Najlaa Alamoudi và cộng sự điều tra trên 3318 trẻ 6 – 14 tuổi ở Jeddah, Arabia Saudi – 1995: trong tổng số các răng sữa bị sâu, mất, trám thì răng hàm sữa thứ hai chiếm tỷ lệ lần lượt là 51,21% sâu, 41,97% mất, 62,50% trám trong khi đó răng hàm sữa thứ nhất chiếm tỷ lệ lần lượt là 31,31% sâu, 40,05% mất, 33,96% trám.

Sâu răng ở mặt bên ở cả vùng răng cửa và răng hàm của hàm răng sữa thường không xảy ra cho tới khi hình thành các mặt tiếp xúc ở mặt bên (vào khoảng 6 tuổi, khi răng hàm lớn thứ nhất mọc). Theo Parfitt, ở trẻ dưới 7 tuổi thì tỷ lệ sâu răng mặt nhai cao hơn nhiều so với sâu răng mặt bên. Tuy nhiên, sâu răng ở mặt bên lại tiến triển nhanh hơn sâu răng mặt nhai và tỷ lệ làm tổn thương đến tuỷ răng cũng cao hơn. Do khó phát hiện sâu răng mặt bên khi khám lâm sàng nên bắt buộc phải chụp Xquang răng định kỳ sau khi răng sữa đã hình thành các mặt tiếp xúc.

Phân bố sâu răng mặt bên ở răng sữa tăng dần từ phía trước tới phía sau, do bề rộng của tiếp xúc mặt bên tăng dần, phân bố này thường có tính đối xứng.

Tính nhạy cảm với sâu răng của mặt xa răng hàm sữa thứ nhất tương tự với mặt gần răng hàm sữa thứ hai dù không phải xuất hiện đồng thời. Tuy nhiên, sâu ở mặt gần răng hàm sữa thứ hai thường lớn hơn và dễ ảnh hưởng đến tuỷ răng hơn.

Khi đánh giá những bề mặt đặc thù, những mặt răng sau đây thường bị sâu răng nhất:

Bảng 7.5. Những mặt răng thường bị sâu (Hennon – 1969)

Răng	Hàm trên	Hàm dưới
Răng hàm sữa thứ 2	Mặt nhai và trong	Mặt nhai và ngoài
Răng hàm sữa thứ 1	Mặt nhai	Mặt nhai và ngoài
Răng nanh	Mặt ngoài	Mặt ngoài
Răng cửa bên	Mặt gần	Mặt gần
Răng cửa giữa	Mặt gần	Mặt gần

2.2. Giai đoạn hàm răng hỗn hợp

Cũng như ở răng sữa, đối với răng vĩnh viễn, yếu tố cấu trúc giải phẫu bề mặt răng có vai trò rất quan trọng liên quan đến tính nhạy cảm với sâu răng. Khi răng hàm lớn thứ nhất mọc, cấu trúc hố rãnh phức tạp và men răng chưa trưởng thành hoàn toàn làm cho răng này rất dễ bị sâu răng tấn công. Đặc biệt, răng hàm lớn hàm dưới thường bị sâu sớm hơn và có tỷ lệ sâu cao hơn răng hàm lớn hàm trên (theo Blayney và Hill).

Mặt xa răng hàm sữa thứ hai là vị trí thường bị sâu sau khi răng hàm lớn thứ nhất mọc. Khi đó, dù chỉ là những tổn thương mới chớm ở giai đoạn đầu cũng sẽ gây nên mất khoáng ở mặt gần của răng hàm lớn thứ nhất, mặc dù sự mất khoáng này chưa phát hiện được trên phim Xquang.

Răng cửa giữa, răng cửa bên vĩnh viễn hàm trên ít nhạy cảm với sâu răng, trừ trường hợp trẻ bị sâu răng lan nhanh do chế độ ăn có nhiều carbohydrat, vệ sinh răng miệng kém, giảm tiết nước bọt. Tuy nhiên, răng cửa bên hàm trên thường có khiếm khuyết ở mặt trong (hố gần cingulum), do đó dễ bị sâu răng tấn công nên cần được trám bít sớm. Vào khoảng 8 tuổi, tỷ lệ sâu răng của nhóm răng cửa chỉ xấp xỉ 1%, nhưng đến 12 tuổi thì tỷ lệ này tăng lên tới 15% do sự phơi nhiễm của hố rãnh mặt trong của răng cửa bên.

Nhóm răng cửa dưới ít bị sâu răng, trừ trường hợp sâu răng lan nhanh. Do vậy, nếu có bị sâu răng ở vùng này thì được xem là dấu hiệu chính của trường hợp sâu răng hoạt động không được kiểm soát.

2.3. Giai đoạn hàm răng vĩnh viễn

Tỷ lệ sâu răng tiếp tục tăng với sự mọc răng hàm lớn thứ hai và các răng hàm nhỏ. Tương tự răng hàm lớn thứ nhất, răng hàm lớn thứ hai hàm dưới có tỷ lệ sâu răng mặt nhai cao hơn răng hàm trên. Thêm vào đó, hố rãnh sâu kết hợp với men răng chưa trưởng thành ở mặt má răng hàm lớn thứ nhất, thứ hai hàm dưới và ở mặt trong

răng hàm lớn thứ nhất, thứ hai hàm trên cũng là những vị trí nhạy cảm với sâu răng. Do đó, cần có kế hoạch chăm sóc các răng này cẩn thận để ngăn chặn sâu răng tiến triển nhanh vào ngà, tuỷ răng.

Thứ tự về tính nhạy cảm với sâu răng (từ cao đến thấp) ở răng vĩnh viễn như sau:

1. Răng hàm lớn thứ nhất.
2. Răng hàm lớn thứ hai.
3. Răng hàm nhỏ.
4. Răng nanh và răng cửa trên.
5. Răng nanh và răng cửa dưới.

III. ĐẶC ĐIỂM VÀ CÁC HÌNH THÁI LÂM SÀNG SÂU RĂNG THƯỜNG GẶP Ở TRẺ EM

Nhìn chung, tốc độ tiến triển của các tổn thương sâu răng ở răng sữa nhanh hơn do lớp men mỏng và độ khoáng hoá thấp. Đối với răng vĩnh viễn, thời gian trung bình để một tổn thương ở men tiến triển vào ngà là 2 – 3 năm, diễn ra nhanh hơn ở những vùng khó làm sạch, nhưng sẽ chậm lại ở người lớn (Marthaler, 1967; Zamir và cộng sự, 1976, Sharav và cộng sự, 1978). Trong khi đó có đến 46% tổn thương mặt bên mới chớm ở răng hàm sữa sẽ phát hiện được trên lâm sàng trong vòng 1 năm (Murray và Magid, 1978). Ngoài ra, phân tích trên phim Xquang cho thấy 69/71 tổn thương chỉ ở men sẽ tiến triển vào ngà trong vòng một năm. Hiện tượng sâu răng ngừng tiến triển thường gặp ở răng vĩnh viễn hơn.

1. SÂU RĂNG LAN NHANH

Về định nghĩa hay đặc điểm lâm sàng của sâu răng lan nhanh còn có nhiều quan điểm khác nhau. Tuy nhiên, định nghĩa mô tả tình trạng bệnh sâu răng lan nhanh của Massler – 1945, được chấp nhận rộng rãi: “Là dạng sâu răng xuất hiện đột ngột, lan rộng trên nhiều răng, tổn thương tiến triển nhanh chóng đến tuỷ răng và xảy ra trên cả các răng thường được cho là miễn nhiễm với sâu răng dạng thông thường”.

Người ta không thấy có bằng chứng nào nói lên sự khác biệt về cơ chế sâu răng trong trường hợp sâu răng lan nhanh, cũng không phải nó chỉ xảy ra trên những răng dị dạng hoặc răng có cấu trúc kém. Ngược lại, sâu răng lan nhanh có thể diễn ra đột ngột trên những răng đã miễn nhiễm với sâu răng trong nhiều năm qua. Việc khởi phát đột ngột của bệnh có thể là do sự mất cân bằng quá mức trong môi trường miệng, cộng với một số yếu tố bệnh căn thúc đẩy quá trình sâu răng làm cho nó trở nên không thể kiểm soát được, được cho là có liên quan tới bệnh.

Khi một bệnh nhân có quá nhiều răng sâu, cần phải xác định xem có phải bệnh nhân là người nhạy cảm cao với sâu răng và đó là một đợt bùng phát của sâu răng lan nhanh hay do tình trạng vệ sinh răng miệng quá kém, không được khám răng trong thời gian dài. Một số tác giả cho rằng thuật ngữ sâu răng lan nhanh nên sử dụng cho

những trường hợp có 10 tổn thương sâu mới/năm (hoặc hơn). Theo Davies, đặc điểm khác biệt của sâu răng lan nhanh là tổn thương ở mặt bên răng cửa dưới và vùng cổ răng. Có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng hay gặp nhất ở tuổi thiếu niên.

Về nguyên nhân gây bệnh, có một số yếu tố được cho là có liên quan:

– Rối loạn cảm xúc: Thường gặp sâu răng lan nhanh ở cả trẻ em và người lớn có ức chế cảm xúc và sợ hãi, không hài lòng với những kết quả đạt được, thái độ bất cần – nổi loạn với hoàn cảnh gia đình, cảm giác thấp kém, chấn thương tinh thần ở trường học, căng thẳng và lo lắng kéo dài...

Lứa tuổi thiếu niên là giai đoạn có nhiều biến đổi phức tạp về tình cảm, tâm lý, do đó tỷ lệ sâu răng lan nhanh cao hơn.

Rối loạn cảm xúc có thể tạo nên những thói quen ăn uống bất thường như sử dụng quá nhiều đồ ngọt, ăn vặt liên tục... lẫn lộn làm tăng tỷ lệ sâu răng. Mặt khác, chính những rối loạn cảm xúc này thường gây nên tình trạng giảm tiết nước bọt đáng kể, giảm khả năng tái khoáng hoá của răng, càng làm tăng nguy cơ sâu răng.

– Sử dụng các loại thuốc làm giảm tiết nước bọt như thuốc hướng thần, thuốc điều trị các bệnh tim mạch, nội tiết, thuốc giảm đau, chống ho, lợi tiểu...

– Điều trị tia xạ vùng đầu cổ làm suy giảm chức năng của tuyến nước bọt, là nguy cơ cao cho những dạng sâu răng trầm trọng phát triển.



Sâu răng lan nhanh ở trẻ 3 tuổi



Sâu răng lan nhanh trầm trọng ở một bệnh nhân 3 tuổi khác



a) Bằng chứng sâu răng lan nhanh;
b) Mòn men răng; c) Cao răng.



Sâu răng lan nhanh ở mặt ngoài phía cổ răng

Hình 7.4. Các hình ảnh tổn thương của sâu răng lan nhanh

2. SÂU RĂNG SỚM Ở TRẺ EM – SÂU RĂNG SỚM TRÂM TRỌNG – SÂU RĂNG DO BÚ BÌNH (Early childhood caries, Severe early childhood caries, Nursing caries, Baby bottle caries)

Theo định nghĩa của Viện Hàn lâm nha khoa trẻ em Hoa Kỳ (AAPD), sâu răng sớm ở trẻ em là tình trạng xuất hiện một hoặc nhiều tổn thương sâu (có thể đã hình thành lỗ sâu hoặc chưa), mất răng (do sâu răng), các mặt răng sâu đã được trám trên bất kỳ răng sữa nào ở trẻ 71 tháng tuổi hoặc nhỏ hơn. Sâu răng sớm trầm trọng là tình trạng xuất hiện bất kỳ một dấu hiệu sâu răng mặt nhẵn nào ở trẻ em dưới 3 tuổi.

Thực tế, người ta đã chứng minh được có một sự liên quan rõ ràng giữa sâu răng ở trẻ em với thói quen nuôi dưỡng. Ngay sau khi các răng sữa mọc lên, nếu cho trẻ bú bình quá nhiều lần trong ngày và/hoặc thời gian bú kéo dài, kể cả bú sữa mẹ không đúng cách thường liên quan tới tình trạng sâu răng sớm và sâu răng lan nhanh.

Trên lâm sàng, tổn thương sâu răng ở trẻ 2, 3 và 4 tuổi xuất hiện rất điển hình và theo một dạng đặc thù: Các răng cửa trên bị ảnh hưởng sớm nhất và nặng nhất, sau đó đến các răng hàm sữa thứ nhất hàm trên và hàm dưới, đôi khi các răng nanh dưới cũng bị ảnh hưởng, các răng cửa dưới thường không bị ảnh hưởng gì. Vì tổn thương có tính chất phát triển nhanh, đa số ở trên các bề mặt vốn đề kháng tốt với sâu răng (mặt nhẵn, mặt ngoài răng cửa trên) nên có thể coi đó là một dạng đặc biệt của sâu răng lan nhanh.

Khi tìm hiểu cách nuôi dưỡng cho các trẻ này, người ta thường thấy trẻ được cho bú khi đi ngủ với bình sữa hoặc các loại chất ngọt khác để ru ngủ. Khi trẻ ngủ, sữa hoặc chất ngọt chứa carbonhydrat này chảy quanh các răng, riêng các răng cửa dưới có khuynh hướng được bảo vệ bởi lưỡi, tạo nên một môi trường thuận lợi tuyệt vời cho các vi khuẩn lên men thành acid. Hơn thế nữa, dòng chảy nước bọt giảm đáng kể khi ngủ làm giảm khả năng làm sạch tự nhiên. Do đó, không nên ru ngủ trẻ bằng cách cho bú, khi cho trẻ bú thì không nên đặt nằm, với những trẻ ngủ khi đang bú thì nên vỗ cho trẻ ợ hơi rồi mới đặt nằm ngủ. Bố mẹ cũng cần phải chải răng cho trẻ ngay khi có chiếc răng đầu tiên mọc, nên ngừng cho trẻ bú bình khi trẻ có thể uống được bằng cốc (khoảng 12 tháng tuổi).

Sâu răng sớm ở trẻ em có thể ngăn ngừa được bằng sự hiểu biết và chăm sóc đúng cách của bố mẹ và người nuôi dưỡng, nên cho trẻ đi khám răng miệng lần đầu vào khoảng 6 đến 12 tháng tuổi, lồng ghép giáo dục nha khoa, cách nuôi dưỡng trẻ cho phụ nữ có thai, bố mẹ và những người chịu trách nhiệm chăm sóc trẻ.



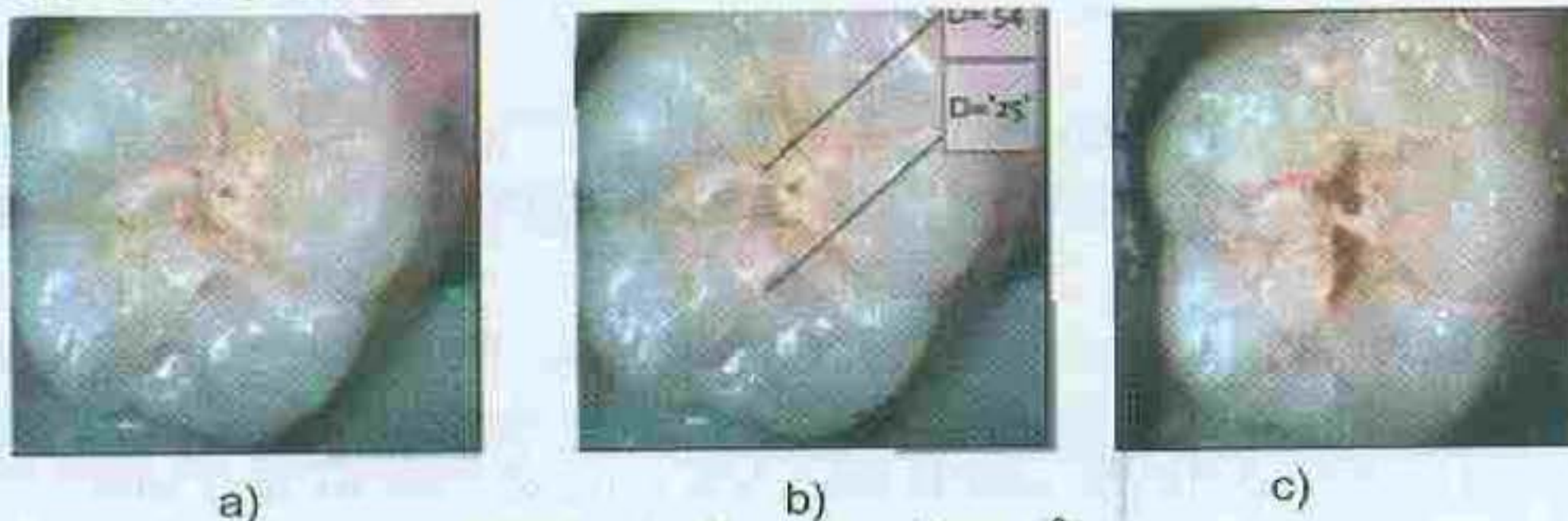
Hình 7.5. Tổn thương sâu răng do bú bình thể điển hình

3. SÂU RĂNG DẠNG ẨN (sâu răng ẩn mình)

Thuật ngữ sâu răng dạng ẩn được dùng để mô tả tổn thương sâu răng ở lớp ngà thường không phát hiện được trên lâm sàng, nhưng đủ lớn và mất khoáng để phát hiện được bằng phim Xquang cánh cấn.

Ở trẻ em, khi các răng vĩnh viễn mọc lên nếu không được trám bít hố rãnh ngay (đặc biệt là các răng hàm lớn), sâu răng mặt nhai rất dễ xảy ra thông qua các tổn thương rất nhỏ của lớp men ở các đáy hố rãnh. Khi lỗ sâu lan đến ngà, nếu trẻ sống trong vùng không có fluor hoá nước uống thì lớp men vỡ ra để lộ lỗ sâu. Nhưng nếu trẻ sống trong vùng có fluor hoá nước uống, lớp men phía trên được tái khoáng hoá cứng lại, tổn thương sâu vẫn tiếp tục phát triển xuống dưới tạo thành một lỗ sâu lớn ngay bên dưới lớp men có vẻ như bình thường hoặc có nhiễm sắc hố rãnh, do đó được gọi là sâu răng dạng ẩn hay hội chứng fluor. Những vùng nhạy cảm khác của răng vĩnh viễn như mặt trong răng hàm lớn hàm trên, mặt ngoài răng hàm lớn hàm dưới, phần lõm ở gót răng của các răng cửa trên cũng hay gặp sâu răng dạng ẩn.

Để phát hiện được dạng sâu răng này, cần thăm khám lâm sàng kỹ bằng cách làm sạch và thổi khô răng đi liền với chụp phim cánh cấn. Tuy nhiên, khả năng phát hiện tổn thương sâu cũng chỉ đạt tới 50%. Ngày nay, với sự phát triển của laser thì việc chẩn đoán những tổn thương sâu sớm nhanh và dễ dàng hơn nhiều, hoàn toàn không đau, tỷ lệ chính xác đạt 90%.



a) Nhìn bằng mắt thường; b) Chẩn đoán bằng Diagnodent; c) Sau khi mở lỗ sâu.

Hình 7.6. Sâu răng dạng ẩn

IV. CHẨN ĐOÁN SỚM BỆNH SÂU RĂNG

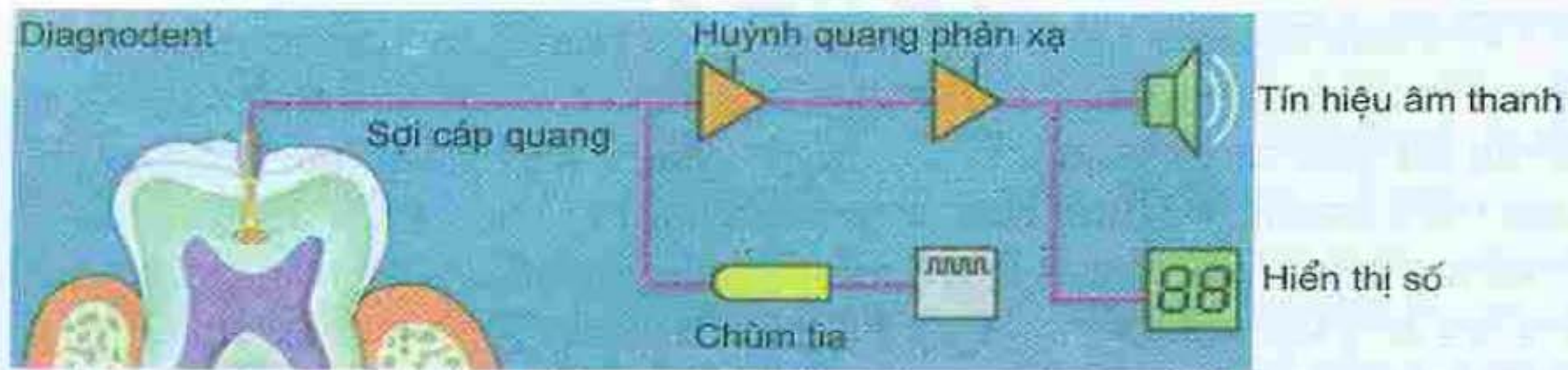
Có ba phương pháp được áp dụng khá phổ biến trên lâm sàng để phát hiện sớm sâu răng mà không gây tổn thương tổ chức răng.

1. LASER HUỖNH QUANG

– Nguyên tắc hoạt động:

Sử dụng một nguồn diod có khả năng phát tia laser, truyền qua sợi cáp quang tới một đầu dò (có gắn mắt cảm quang), tới tổ chức răng. Tại đây, tia laser bị hấp thụ và cảm biến thành huỳnh quang bởi tổ chức vô cơ và hữu cơ. Huỳnh quang phát sáng này được thu nhận bởi chính đầu dò, truyền qua sợi cáp quang, được xử lý và hiển thị trên màn hình dưới dạng số nguyên từ 0 đến 99 và tín hiệu âm thanh.

Với bước sóng tia laser xác định (655nm) tổ chức răng bình thường không phát huỳnh quang hoặc phát huỳnh quang rất ít, tổ chức sâu phát huỳnh quang ít nhiều tùy theo mức độ. Giá trị được chẩn đoán là có tổn thương sâu răng khi con số hiển thị trên màn hình lớn hơn 20. Người ta cho rằng, các sản phẩm chuyển hoá của vi khuẩn là tác nhân gây phát huỳnh quang.

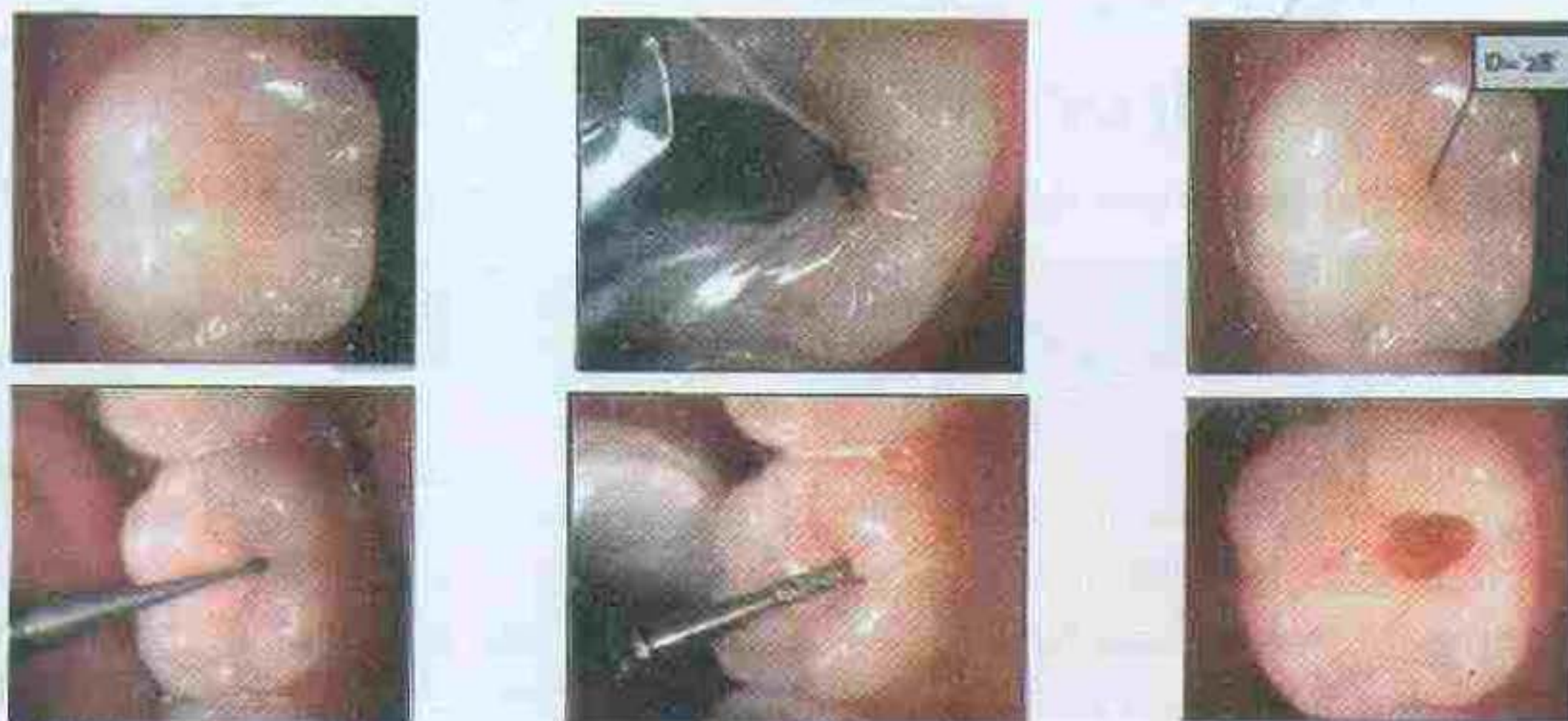


Hình 7.7. Nguyên tắc hoạt động của máy Diagnodent

– Ứng dụng:

Được sử dụng để phát hiện sớm và xác định số lượng tổn thương sâu ở mặt nhai và mặt nhãn của răng, đặc biệt là ở vị trí hố rãnh nghi ngờ và các tổn thương sâu răng dạng ẩn.

Thiết bị Diagnodent có thể phát hiện được mức độ hoạt động của tổn thương sâu răng với độ chính xác trên 90%, nhưng không xác định được độ rộng và sâu của tổn thương. Kết quả cũng có thể bị ảnh hưởng bởi một số yếu tố như mức độ huỷ khoáng của tổn thương, mảng bám răng và các chất khác còn dính trên bề mặt hố rãnh.



Hình 7.8. Sử dụng máy Diagnodent phát hiện lỗ sâu mặt nhai

2. KỸ THUẬT DIFOTI (Digital imaging fiber-optic trans-illumination)

– Nguyên tắc hoạt động:

Sử dụng chùm tia sáng trắng mạnh truyền qua sợi cáp quang tới đầu dò được đặt ở một mặt của răng, tia sáng sau khi chiếu qua răng được thu nhận ở mặt đối diện bởi một camera có khả năng chuyển các tín hiệu quang học sang tín hiệu điện, các tín hiệu này được truyền tới máy tính để xử lý và hiển thị hình ảnh tổn thương trên màn hình.



Hình 7.9. Sử dụng DIFOTI: Soi ở mặt ngoài, nhận hình ảnh ở mặt trong

– Ứng dụng:

+ Được sử dụng để phát hiện sớm các tổn thương sâu răng và các vết nứt, rạn vỡ ở các bề mặt của răng, đặc biệt là ở mặt bên trước khi nó xuất hiện trên Xquang.

+ Phát hiện các tổn thương sâu thứ phát.

+ Bệnh nhân có thể quan sát được tận mắt các tổn thương răng của mình ngay tại thời điểm khám.

+ Kiểm soát việc trám bít có hiệu quả.

Tuy trong một số trường hợp phương pháp này không xác định được kích thước lỗ sâu một cách chính xác (mặt nhai), nhưng có thể nói phương pháp này là lý tưởng nhất trong việc thay thế cho chụp phim cánh cần để phát hiện tổn thương sâu ở mặt bên.



Hình 7.10. Tổn thương sâu ở mặt bên phát hiện được bằng DIFOTI



Hình 7.11. Tổn thương sâu ở mặt nhai phát hiện được bằng DIFOTI

3. KỸ THUẬT QLF (quantitative light fluorescence)

– Nguyên tắc hoạt động:

Từ lâu, người ta đã biết sự mất khoáng của men ngà làm thay đổi đặc tính quang học của răng, hoặc có thể nhìn thấy bằng mắt thường như “vết trắng”. Phương pháp này dựa trên khả năng phát huỳnh quang tự nhiên của răng dưới điều kiện ánh sáng nhất định. Nếu tổ chức răng bị tổn thương mất khoáng thì khả năng phát huỳnh quang sẽ kém hơn so với tổ chức răng bình thường với mức độ tương ứng.

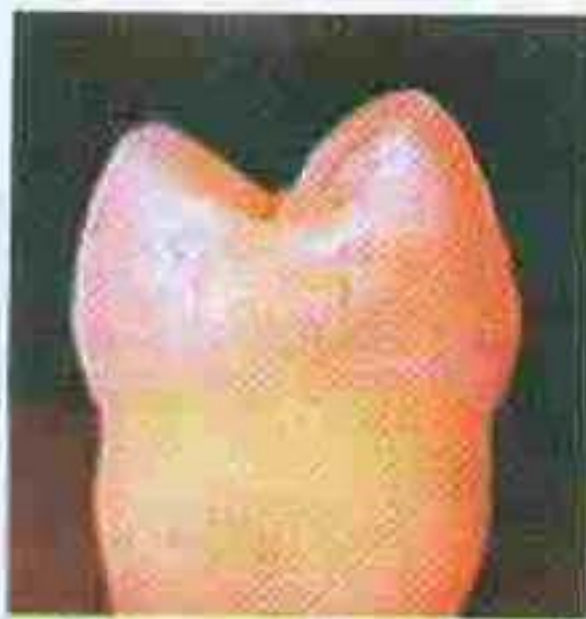


Hình 7.12. Sử dụng QLF

Từ một nguồn sáng bình thường, ánh sáng đi qua bộ lọc sáng chỉ còn lại ánh sáng màu xanh da trời, chiếu vào răng trong miệng. Hình ảnh huỳnh quang được thu nhận bởi một camera màu CCD, dữ liệu được truyền về máy tính để lưu giữ và xử lý với một phần mềm thích hợp.

– Ứng dụng:

- + Phát hiện sớm tổn thương sâu răng ở mặt nhai, mặt ngoài, mặt trong của răng, xác định kích thước tổn thương (độ sâu, rộng).
- + Đánh giá được sự thay đổi mức độ mất khoáng tiến triển hay tái khoáng của tổn thương, do đó được dùng để kiểm soát sự phục hồi của tổn thương trong điều trị dự phòng.
- + Phát hiện và định lượng được mảng bám răng, cao răng.
- + Hạn chế trong việc phát hiện và đánh giá tổn thương mặt bên.



Hình 7.13. Hình ảnh răng khi không có kỹ thuật QLF: tổn thương không rõ



Hình 7.14. Hình ảnh răng với kỹ thuật QLF: tổn thương rõ



Hình 7.15. Mảng bám ở mặt gần răng 15 phát hiện bằng kỹ thuật QLF



Hình 7.16. Mảng bám, cao răng ở mặt ngoài răng 4.6 phát hiện bằng kỹ thuật QLF

V. ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ SÂU RĂNG Ở TRẺ EM

Đánh giá nguy cơ sâu răng là một công việc rất cần thiết trong công tác chăm sóc sức khoẻ răng miệng cho trẻ sơ sinh, trẻ nhỏ và thiếu niên. *Đánh giá nguy cơ sâu răng là xác định khả năng xuất hiện các tổn thương sâu mới mắc trong một khoảng thời gian nhất định cũng như khả năng thay đổi kích thước hoặc mức độ hoạt động của một tổn thương sâu cũ.* Với khả năng phát hiện sâu răng ở giai đoạn sớm (như vết trắng), nha sĩ có thể giúp ngăn ngừa sự hình thành lỗ sâu.

Quá trình sâu răng liên quan đến nhiều yếu tố như chế độ ăn, vi khuẩn, tính nhạy cảm của cá thể trong sự tác động qua lại với sự đa dạng của các yếu tố xã hội, văn hoá và hành vi sức khoẻ răng miệng. Do đó, để đánh giá nguy cơ sâu răng có hiệu quả và tin cậy được thì quá trình đánh giá phải bao gồm đầy đủ các yếu tố liên quan: một hoặc nhiều hơn yếu tố về vi khuẩn học, hành vi sức khoẻ răng miệng, xã hội, môi trường và khám lâm sàng.

Một báo cáo tổng hợp các tài liệu trong y văn về dấu hiệu nguy cơ sâu răng kết luận: Yếu tố tiên lượng tốt nhất nguy cơ sâu răng ở hàm răng sữa là sự hiện diện của các tổn thương sâu đã có (đã được trám hoặc chưa), sau đó là trình độ học vấn của bố mẹ, địa vị kinh tế xã hội của gia đình. Tuy nhiên, tiền sử mắc sâu răng là dấu hiệu tốt nhất để dự đoán sâu răng trong tương lai thì việc sử dụng chúng để xác định một trẻ có nguy cơ cao trở nên quá muộn để dự phòng những sâu răng mới chớm. Một dấu hiệu nguy cơ quan trọng khác là lứa tuổi bị nhiễm *Streptococcus mutans* (SM), trẻ nhiễm SM mức độ cao càng sớm thì sâu răng ở hàm răng sữa càng trầm trọng.

1. YÊU CẦU

Mỗi cá nhân sử dụng phương pháp đánh giá nguy cơ sâu răng nên:

- Có khả năng hình dung hàm răng, miệng của trẻ một cách hợp lý và khai thác được những thông tin cận lâm sàng tin cậy.
- Hiểu rõ những chú thích ở cuối trang (bảng) để sử dụng các yếu tố nguy cơ một cách dễ hiểu nhất.
- Hiểu được cách phân loại nguy cơ cuối cùng, cơ bản nhất cho mỗi trẻ được xác định bởi sự hiện diện dấu hiệu nguy cơ ở cấp độ nguy cơ cao nhất (nghĩa là chỉ cần có bất kỳ dấu hiệu nguy cơ nào thuộc nhóm “nguy cơ cao” là đủ để phân loại trẻ đó có “nguy cơ cao” sâu răng...).

2. MỘT SỐ VẤN ĐỀ CẦN LƯU Ý

- CAT là phương pháp phân loại nguy cơ sâu răng tại một thời điểm xác định, do đó phải bổ sung những thay đổi tình trạng nguy cơ định kỳ cho mỗi cá nhân.
- CAT được khuyến dùng khi đánh giá nguy cơ sâu răng có sử dụng các yếu tố lâm sàng. Nha sĩ chuyên sâu sẽ quyết định việc điều trị lâm sàng.
- Cả nha sĩ và nhân viên y tế khác đều có thể dùng CAT. CAT không phải là đưa

ra chẩn đoán. Tuy nhiên, người sử dụng phải nắm được các biểu hiện lâm sàng sâu răng, các yếu tố liên quan tới sự xuất hiện sâu răng và quá trình sâu răng.

– Có thể sử dụng công nghệ tiên tiến như chụp Xquang, test vi khuẩn... nhưng không bắt buộc.

3. ÁP DỤNG THỰC TẾ

– Khuyến khích các nha sĩ và cả các nhân viên y tế khác sử dụng bảng CAT trong việc chăm sóc sức khoẻ răng miệng cho trẻ sơ sinh, trẻ em để tư vấn phòng bệnh cơ bản.

– Khuyến cáo các nhân viên y tế không phải nha sĩ chuyển tất cả những trẻ, đặc biệt là trẻ có nguy cơ cao và nguy cơ trung bình tới nha sĩ để chăm sóc sức khoẻ răng miệng.

– Khuyến khích các nha sĩ sử dụng các công nghệ tiên tiến cùng với việc sử dụng CAT khi đánh giá nguy cơ cho các cá nhân.

– Xác định nhu cầu để sử dụng CAT định kỳ và cải tiến phương pháp trong điều kiện khoa học, công nghệ tiên tiến cho phép.

Bảng 7.6. Phương pháp đánh giá nguy cơ sâu răng theo Hiệp hội răng trẻ em Hoa Kỳ

Dấu hiệu nguy cơ sâu răng	Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
Tình trạng lâm sàng	Không sâu răng trong 24 tháng qua	Có sâu răng trong 24 tháng qua	Không sâu răng trong 12 tháng qua
	Không bị huỷ khoáng men răng	Có một vùng men bị huỷ khoáng	Có hơn một vùng men bị huỷ khoáng (sâu men sớm – tổn thương vết trắng)
	Không nhìn thấy mảng bám, không viêm lợi	Viêm lợi ^A	Nhìn thấy mảng bám ở nhóm răng cửa Sâu men phát hiện được trên Xquang Nhiễm <i>M.streptococci</i> mức độ cao ^B Mang khí cụ chỉnh răng ^C Khiếm khuyết men, cấu trúc hố rãnh phức tạp ^D
Đặc trưng môi trường	Tiếp xúc với F ở mức tối ưu: cả đường toàn thân và tại chỗ ^E	Tiếp xúc với F: dưới mức tối ưu đường toàn thân, mức tối ưu đường tại chỗ ^E	Tiếp xúc với F dưới mức tối ưu: cả đường toàn thân và tại chỗ ^E
	Sử dụng đường/thức ăn gây sâu răng ^F : chỉ trong bữa ăn chính	Sử dụng đường/thức ăn gây sâu răng: 1–2 lần ngoài bữa ăn chính	Sử dụng đường/thức ăn gây sâu răng: >3 lần ngoài bữa ăn chính
	Địa vị kinh tế-xã hội của bố mẹ/ người chăm sóc ^G cao	Địa vị kinh tế xã hội của bố mẹ/ người chăm sóc trung bình	Địa vị kinh tế-xã hội của bố mẹ/ người chăm sóc thấp
	Khám răng: Định kỳ	Khám răng: thỉnh thoảng	Khám răng: Không Mẹ có tổn thương sâu răng hoạt động
Tình trạng toàn thân			Có vấn đề sức khoẻ đặc biệt ^H . Bị giảm tiết nước bọt ^I .

Phân loại nguy cơ:

Nguy cơ cao: Có bất kỳ một dấu hiệu nào thuộc nhóm “nguy cơ cao” là đủ để phân loại trẻ có “nguy cơ cao” sâu răng.

Nguy cơ trung bình: Có ít nhất một dấu hiệu trong nhóm “nguy cơ trung bình” và không có dấu hiệu nào thuộc nhóm “nguy cơ cao”.

Nguy cơ thấp: Không có dấu hiệu nào thuộc nhóm “nguy cơ cao” và “nguy cơ trung bình”

Trong đó:

^AMặc dù những vi khuẩn, virus gây viêm lợi có thể không liên quan đến sâu răng nhưng sự hiện diện viêm lợi là một dấu hiệu của vệ sinh răng miệng kém, do vậy thúc đẩy quá trình sâu răng.

^BCó thể sử dụng những kỹ thuật, công nghệ tiên tiến như làm test vi khuẩn, chụp Xquang, các phương pháp chẩn đoán sớm nhưng không bắt buộc khi tiến hành phương pháp đánh giá này.

^CKhí cụ chỉnh nha bao gồm cả loại tháo lắp và cố định, bộ phận giữ khoảng, các khí cụ khác được sử dụng trong miệng liên tục hoặc trong một thời gian dài làm tăng mắc giữ thức ăn, mảng bám và cản trở vệ sinh răng miệng, cản trở bề mặt răng phơi nhiễm với fluor, hoặc tạo môi trường thuận lợi cho sâu răng xảy ra.

^DCấu trúc giải phẫu bề mặt răng với hố rãnh sâu, phức tạp; các khiếm khuyết men ngà như thiếu sản, kém khoáng hoá... tạo điều kiện thuận lợi cho sâu răng phát triển.

^ECách sử dụng fluor tối ưu đường tại chỗ là dùng kem đánh răng có fluor. Đường toàn thân là dùng nước uống có fluor, bổ sung uống viên fluor (theo đơn của bác sĩ), fluor hoá muối ăn.

Ở những trẻ chưa biết nhổ bọt: không được sử dụng các sản phẩm có fluor tại chỗ, không nên sử dụng kem đánh răng có fluor nếu không được kiểm soát.

^FNhững thức ăn đồ uống có đường bao gồm các loại nước ngọt có ga, các loại bánh, kẹo, ngũ cốc, khoai tây chiên, ngô chiên, bánh mì, nước quả, hoa quả... Khi đánh giá nguy cơ sâu răng, nha sĩ và các nhân viên y tế khác phải tìm hiểu mức độ sử dụng các loại đường có liên quan đến việc khởi phát sâu răng ở mỗi cá nhân.

^GCó nhiều nghiên cứu chứng minh rằng những trẻ ở các gia đình có mức thu nhập thấp, trung bình có khuynh hướng bị sâu răng nhiều hơn những trẻ ở các gia đình có thu nhập cao. Trong cùng một mức thu nhập, những trẻ là người dân tộc thiểu số có khuynh hướng bị sâu răng nhiều hơn. Do vậy, có thể xem địa vị kinh tế-xã hội là dấu hiệu nguy cơ khởi đầu trong trường hợp không tìm thấy những dấu hiệu nguy cơ khác.

^HNhững trẻ có nhu cầu chăm sóc sức khỏe, đặc biệt là những trẻ thiếu năng hoặc hạn chế về trí tuệ, thể chất, phát triển, các giác quan, hành vi, nhận thức, tình cảm yêu cầu phải có những dịch vụ chăm sóc đặc biệt. Những tình trạng này có thể là do

phát triển hoặc mắc phải gây hạn chế các hoạt động bình thường cũng như việc tự bảo vệ bản thân. Việc chăm sóc cho những trẻ này đòi hỏi phải có kiến thức chuyên sâu, sự quan tâm đặc biệt trong những điều kiện nhất định.

Thay đổi lưu lượng nước bọt có thể do bẩm sinh hoặc mắc phải, sau phẫu thuật, tia xạ, thuốc hoặc những thay đổi chức năng tuyến nước bọt theo tuổi. Bất kỳ nguyên nhân nào làm thay đổi lưu lượng nước bọt nên được xem như một dấu hiệu nguy cơ, trừ khi được chứng minh khác đi.

VI. CÁC PHƯƠNG PHÁP KIỂM SOÁT – DỰ PHÒNG SÂU RĂNG

Các biện pháp dự phòng sâu răng nhằm mục đích ngăn ngừa sự huỷ khoáng do các vi khuẩn gây sâu răng, do đó ngăn chặn được quá trình hình thành lỗ sâu. Các biện pháp kiểm soát sâu răng nhằm mục đích ngăn chặn sự tiến triển của các tổn thương và ngăn chặn sự lan rộng của các vi khuẩn gây bệnh sang các bề mặt răng khác.

Hiện nay, có rất nhiều phương pháp kiểm soát, dự phòng sâu răng được áp dụng ở các phòng khám nha khoa cũng như ở cộng đồng, không có phương pháp nào là tối ưu nhất mà chúng bổ sung cho nhau để đạt được kết quả tốt nhất.

1. KIỂM SOÁT CÁC TỔN THƯƠNG SÂU RĂNG HOẠT ĐỘNG

Thành công của việc kiểm soát các tổn thương sâu răng hoạt động phụ thuộc vào sự hợp tác của bố mẹ trẻ và bản thân trẻ cũng như mong muốn điều trị bảo tồn răng kết hợp với các phương pháp chuyên biệt.

Đối với trường hợp sâu răng lan nhanh, bước điều trị đầu tiên là phải ngăn chặn hoặc ít nhất là chậm lại quá trình sâu răng và xác định nguyên nhân quan trọng nhất. Tiếp theo (thậm chí đồng thời), tư vấn cho bố mẹ và bệnh nhân việc điều chỉnh một cách thích hợp các hành vi sức khoẻ răng miệng để đề phòng tái phát. Những vấn đề còn lại sẽ được giải quyết một cách hệ thống. Sự điều chỉnh trong phương pháp vệ sinh răng miệng, thói quen ăn uống là rất cần thiết và luôn là thách thức lớn nhất.

Nếu việc điều trị phục hồi răng đầu tiên được thực hiện trong một lần hẹn với gây mê toàn thân hoặc 1 – 2 lần với thoáng mê, những tổn thương sâu sẽ được giải quyết dứt khoát, triệt để. Nếu tiến hành điều trị phục hồi trong nhiều lần hẹn với điều kiện thông thường, các lỗ sâu được làm sạch và trám bằng Glass ionomer cement hoặc Eugenolate (kẽm oxyde và eugenol) (IRM: Intermediate Restorative Material), trong lần hẹn đầu ít nhất cũng làm tổn thương ngừng tiến triển, không ảnh hưởng tuỷ răng. Một phương pháp điều trị khác đối với những bệnh nhân đủ lớn và hợp tác tốt, đã biết cách súc miệng có thể bắt đầu bằng sử dụng nước súc miệng hạn chế vi khuẩn, bôi gel fluor tại chỗ kết hợp với điều chỉnh các hành vi sức khoẻ, sau đó là trám bít phục hồi răng và các chỉ định khác.

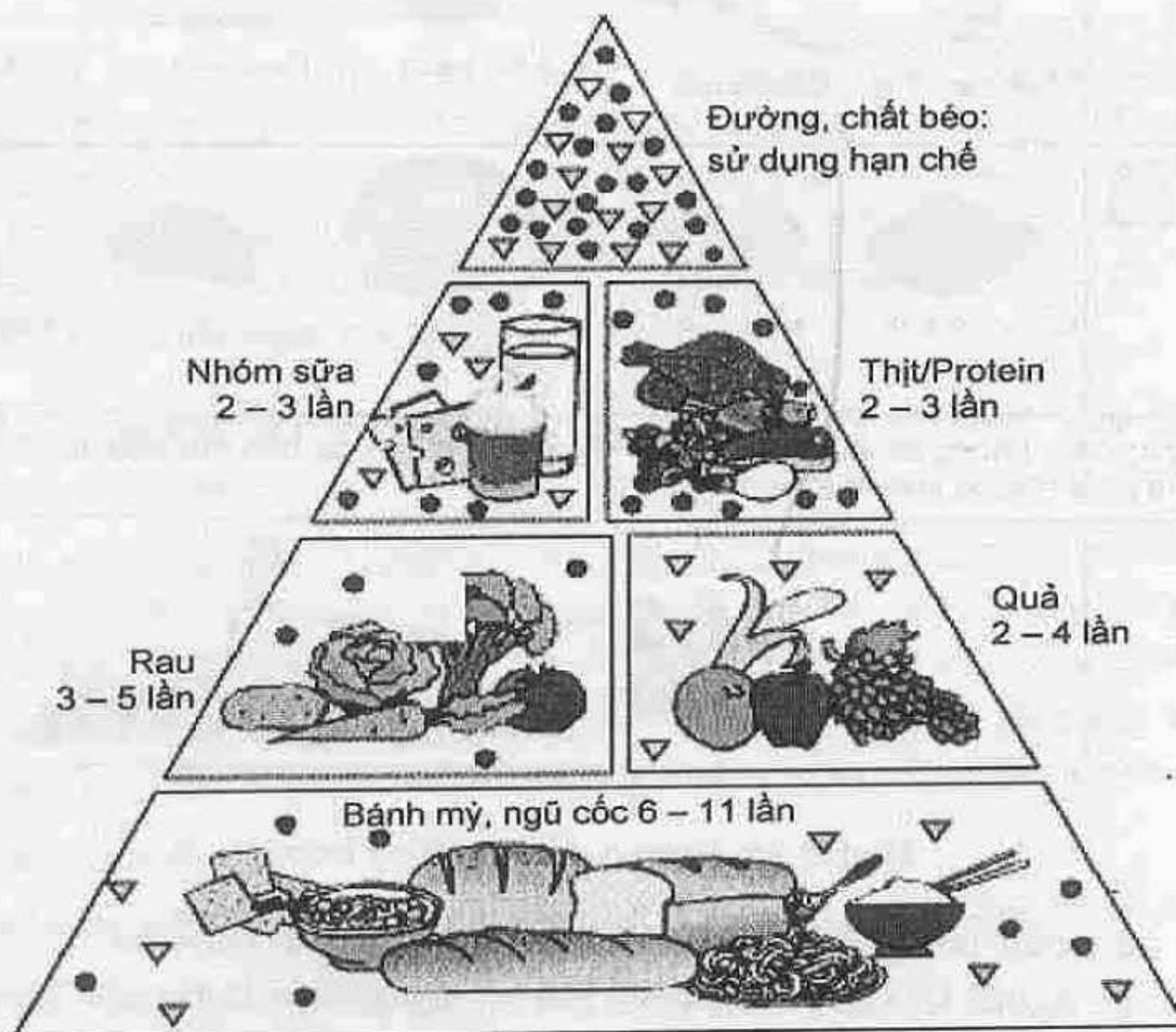
2. GIẢM LƯỢNG ĐƯỜNG TIÊU THỤ

Có rất nhiều bằng chứng chứng minh sự liên quan giữa tần suất ăn vặt (ăn giữa các bữa chính) với tỷ lệ sâu răng. Gustafsson và cộng sự nghiên cứu ảnh hưởng của các mức độ, cách sử dụng đường đối với sâu răng hoạt động trên 466 trẻ trong 5 năm: Nhóm trẻ có chế độ ăn giàu chất béo, ít thức ăn chứa carbohydrat và hầu như không ăn đường thì tỷ lệ sâu răng thấp. Khi bổ sung đường chế biến vào bữa ăn chính, tỷ lệ sâu răng vẫn thấp. Tuy nhiên, khi ăn caramen vào giữa các bữa chính làm tăng tỷ lệ xuất hiện các tổn thương sâu mới đáng kể. Kết luận được rút ra là: Tỷ lệ sâu răng sẽ tăng lên do tăng sử dụng đường nếu đó là loại dễ bám dính trên bề mặt răng, tần suất sử dụng loại đường này càng nhiều thì càng tăng tỷ lệ sâu răng.

Kiểm soát chế độ ăn của bệnh nhân là một phần của chương trình kiểm soát sâu răng. Người ta khảo sát chế độ ăn, thói quen ăn uống bằng cách ghi lại tất cả các loại thức ăn đã dùng trong cả bữa chính và giữa các bữa ăn trong 7 ngày. Sau đó, đánh giá số lần ăn, sự cân bằng của chế độ ăn, số lượng carbohydrat có thể lên men và so sánh với chế độ ăn được khuyến cáo.

Dưới đây là một số chế độ ăn tham khảo áp dụng cho trẻ em trước và trong tuổi đến trường (có thể cả người lớn):

Theo Viện Hàn lâm Khoa học Quốc gia và Bộ Nông nghiệp Hoa Kỳ:



Hình 7.17. Tháp hướng dẫn sử dụng thực phẩm

Theo Ủy ban Sữa Quốc gia Hoa Kỳ:

Hướng dẫn
































ăn uống hợp lý

1. Ăn đủ 5 nhóm thực phẩm cơ bản

2. Ăn thay đổi các loại thực phẩm trong cùng một nhóm

Ăn hàng ngày

Khối lượng cho một lần ăn

<p>Nhóm sữa (calcium) 3 – 5 lần</p> 	 Sữa 1 cốc  Pho mát 50g  Sữa chua 1 cốc  Pho mát gầy 1/2 cốc  Kem 1/2 cốc
<p>Thịt (sắt, protein) 2 – 3 lần</p> 	 Cá 100g  Thịt gà 55–85g  Trứng 1 quả  Đậu 1/2 đĩa  Thịt nạc 55–85g
<p>Rau (vitamin A) 3 – 5 lần</p> 	 Rau chín 1/2 đĩa  Salad 1/2 đĩa  Rau sống 1 đĩa  Rau củ 1/2 đĩa  Chuối 1 quả
<p>Quả (Vitamin C) 2-4 lần</p> 	 Nước cam 1 ly  Dứa 1/4 quả  Xoài 1 quả  Đu đủ 1/2 quả  Nho 1 chùm nhỏ
<p>Ngũ cốc (Chất xơ) 6 – 11 lần</p> 	 Bánh mì 1 lát  Mỳ 1/2 đĩa  Cơm 1  Bánh xốp 1  Bánh cuộn 1
<p>Một số loại thực phẩm không đủ dinh dưỡng để xếp vào 5 nhóm cơ bản nói trên, có thể được sử dụng với mức độ vừa phải nhưng không thay thế được.</p>	
<p>Khác Dầu, mỡ, đường, rượu, nước ngọt, gia vị</p>	

Hình 7.18. Hướng dẫn ăn uống hợp lý

Dựa vào nhu cầu năng lượng của từng đối tượng và khối lượng thực phẩm cho mỗi lần sử dụng, người ta khuyến cáo số lần sử dụng mỗi loại thực phẩm trong ngày cho từng đối tượng, cụ thể là trẻ em như sau:

Bảng 7.7. Khuyến cáo số lần sử dụng thực phẩm cho trẻ em

Nhóm thực phẩm	Trước tuổi đến trường	6 – 12 tuổi	Thiếu niên nữ	Thiếu niên nam
Sữa	3	3 – 4	4	4
Thịt	2	2 – 3	2 – 3	2 – 3
Rau	3	3 – 4	3 – 4	4 – 5
Quả	2	2 – 3	2 – 3	3 – 4
Ngũ cốc	4	6 – 9	6 – 9	9 – 11

Nha sĩ có thể giải thích quá trình sâu răng một cách đơn giản cho bố mẹ và bệnh nhân trẻ em như sau:

Đường có thể lên men + vi khuẩn trong mảng bám → Acid

Acid + Răng nhạy cảm → Sâu răng

Không nên tính gộp thức ăn thuộc 5 nhóm thực phẩm cơ bản vào loại carbohydrat có khả năng lên men trừ khi chúng được thêm đường vào trong quá trình chế biến. Trường hợp ngoại lệ là các hạt ngũ cốc khô, vì nó là một loại thức ăn tinh, thường có vỏ bọc đường, dễ bị lưu giữ trên răng trong một thời gian dài, trong đó có một số loại chứa sucrose với hàm lượng cao.

Các loại hoa quả sấy khô như nho, mận mơ, chà là, đào có chứa một lượng đường lớn và thường được ăn vặt nên cũng phải được tính vào tổng lượng đường tiêu thụ trong chế độ ăn. Hàm lượng đường trong mật ong cũng cần được tính đến vì các dạng sử dụng phổ biến như: xirô, phết lên bánh mì.

Mục tiêu của phương pháp giảm lượng đường tiêu thụ không phải là yêu cầu bệnh nhân tuân thủ theo một chế độ ăn hạn chế tối đa carbohydrat mà hướng dẫn bệnh nhân một chế độ ăn cân bằng với 5 nhóm thực phẩm cơ bản. Điều này có hai lợi ích lớn: đảm bảo sức khoẻ nói chung, cung cấp đầy đủ vi chất cho quá trình hình thành và phát triển răng. Hơn nữa, khi đã được cung cấp đầy đủ dinh dưỡng trong bữa ăn chính, trẻ sẽ không có cảm giác thèm ăn vặt nữa.

3. GIẢM MẢNG BẨM VI KHUẨN VỚI PHƯƠNG PHÁP VỆ SINH RĂNG MIỆNG ĐÚNG CÁCH

Đây là một phần rất quan trọng không thể thiếu trong chương trình kiểm soát và dự phòng sâu răng. Trong phạm vi của bài này, chỉ đề cập đến những vấn đề liên quan đến đối tượng là trẻ em.

Có ba phương pháp để làm giảm mảng bám vi khuẩn: phương pháp cơ học, phương pháp hoá học, hướng dẫn vệ sinh răng miệng theo từng lứa tuổi.

3.1. Phương pháp cơ học

Bao gồm những kỹ thuật phổ biến nhất để lấy đi những mảng bám, cao răng.

3.1.1. Chải răng bằng bàn chải tay

– Thiết kế bàn chải rất đa dạng, liên quan đến:

+ Chiều dài, kích thước, số sợi lông trong mỗi cụm lông bàn chải.

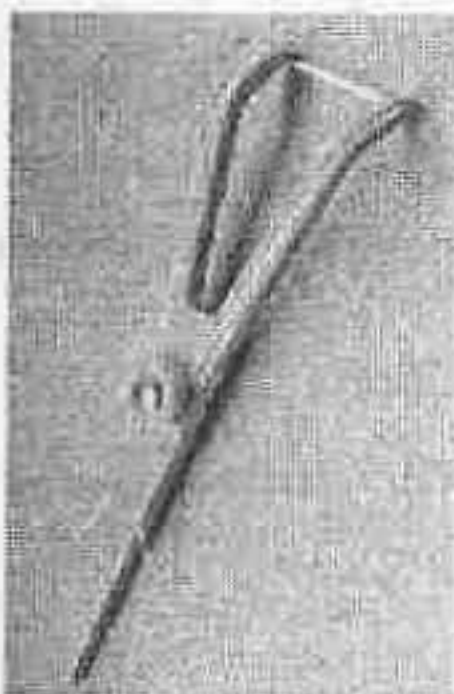
- + Chiều dài đầu bàn chải.
 - + Hình dáng đầu bàn chải.
 - + Cách sắp xếp và tổng số cụm lông của bàn chải.
 - + Góc đầu bàn chải và tay cầm.
 - + Chiều dài, hình dáng, trang trí tay cầm.
 - Loại bàn chải thường sử dụng cho trẻ em:
 - + Lông bàn chải mềm (đường kính 0,16 → 0,22mm): giảm sang chấn lợi, tăng khả năng chải mặt bên.
 - + Đầu bàn chải nhỏ: dễ đưa vào miệng.
 - + Tay cầm to hơn so với của người lớn: trẻ dễ cầm.
 - + Trang trí tay cầm với các nhân vật hoạt hình.
 - Thay bàn chải khi:
 - + Lông bàn chải bị mòn, đứt.
 - + Phân lông chỉ thị bị phai, đổi màu đến 1/2 chiều dài.
- Lưu ý:* Một số trẻ nhỏ, nhất là trẻ mới biết đi thường cắn vào bàn chải khi chải răng.

3.1.2. Sử dụng chỉ tơ nha khoa

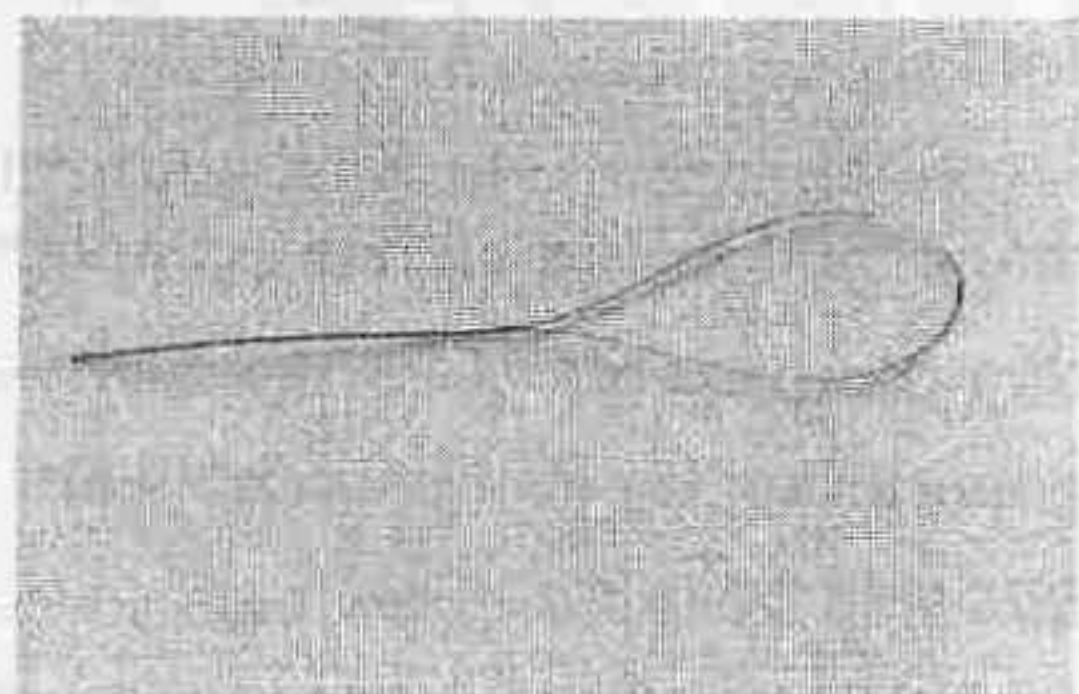
Để làm sạch mặt bên có một số phương pháp như sử dụng bàn chải kẽ, chỉ nha khoa, bàn chải có thiết kế đặc biệt với vài cụm lông ở đầu... Tuy nhiên, chỉ nha khoa được sử dụng rộng rãi nhất.

- Chỉ nha khoa được làm từ sợi nylon hoặc Teflon có thể có hương thơm hoặc không, có phủ sáp hoặc không dưới các dạng sợi mảnh – nhỏ, dẹt, lưới đan.
- Sử dụng loại chỉ nào tùy theo nhu cầu cá nhân và sở thích của trẻ. Thường loại có hương thơm và sáp được ưa chuộng nhất. Tuy nhiên, đôi khi tay của bố mẹ quá to so với miệng trẻ, do vậy phải sử dụng dụng cụ trợ giúp việc đưa chỉ vào làm sạch kẽ răng.

3.1.3. Đối với bệnh nhân chỉnh răng, ngoài việc sử dụng bàn chải bình thường nên có thêm bàn chải kẽ hoặc dụng cụ trợ giúp luôn tơ chỉ nha khoa dưới dây cung chỉnh răng.



Hình 7.19. Dụng cụ mang chỉ



Hình 7.20. Dụng cụ giúp luôn chỉ

3.1.4. Chải răng bằng bàn chải máy

Với một số chuyển động được đặt sẵn, bàn chải máy giúp ích trong một số trường hợp bệnh nhân không đủ khéo tay trong việc sử dụng bàn chải thông thường, nhất là trong trường hợp răng lệch lạc hoặc chải răng bằng tay không đúng cách.

Về khả năng làm sạch răng bằng bàn chải máy so với bàn chải bằng tay còn nhiều tranh cãi.

3.1.5. Kem đánh răng

– Tác dụng:

+ Loại bỏ mảng bám và vết bẩn nhờ tác dụng của chất mài mòn và chất cặn bề mặt trong thành phần.

+ Do có chứa fluor và một số yếu tố khác → tăng cường sức đề kháng của men răng với sâu răng, ức chế sự hoạt động của vi khuẩn gây sâu răng, giảm sự ê buốt răng.

+ Cho thêm màu sắc, hương thơm, dễ sử dụng.

+ Hạn chế cặn vôi, cao răng do có chứa pyrophosphate.

– Kem chải răng cho trẻ em chỉ nên có một tỷ lệ thấp chất mài mòn và fluor, hàm lượng fluor trong đó phải được tính đến trước khi kê đơn bổ sung fluor và nên giảm đường kính của miệng type kem → tránh nhiễm fluor.

Lý do: Trẻ em thường có khuynh hướng thích sử dụng nhiều kem chải răng, chải răng trong thời gian lâu hơn và khả năng súc miệng, nhổ nước bọt kém hơn (dễ nuốt kem).

Tốt nhất là sử dụng kem không có chất mài mòn, không có chất tạo bọt, không có fluor cho trẻ từ 4 tháng → 3 tuổi. Nó chỉ chứa một lượng chất cặn bề mặt vừa phải, loại đường không gây sâu răng, mùi thơm, màu sắc.

3.1.6. Sử dụng chất phát hiện mảng bám

Các chất được sử dụng bao gồm: iodine, tím gentian, erythrosin, fuchsin, fluorescein, màu thực phẩm.

Việc sử dụng các chất phát hiện mảng bám giúp làm tăng khả năng làm sạch răng thông qua việc hướng dẫn bệnh nhân chải răng đúng cách, tự phát hiện và kiểm soát mảng bám răng.

Phát hiện mảng bám còn lại phải được thực hiện ngay sau khi chải răng.

3.1.7. Một số phương pháp hỗ trợ khác

– Cạo lưỡi: làm sạch vụn thức ăn, vi khuẩn đọng lại trên bề mặt lưỡi.

– Gạc: giúp massage lợi, làm sạch các răng mới mọc cho trẻ sơ sinh hoặc bàn chải được lồng vào ngón tay để làm sạch răng.

Về kỹ thuật chải răng:

Có nhiều phương pháp chải răng được áp dụng: phương pháp chải răng xoay tròn, phương pháp Charter, phương pháp chải ngang, phương pháp Stillman cải tiến...

Theo nhiều nghiên cứu, người ta thấy đối với trẻ em thì phương pháp chải ngang là dễ áp dụng nhất, làm sạch răng nhiều nhất, vì vậy trong phần lớn trường hợp phương pháp chải ngang được khuyến cáo áp dụng cho trẻ.

Thứ tự chải:

Bắt đầu từ hàm trên phải mặt ngoài → Hàm trên trái → Hàm dưới trái → Hàm dưới phải → Mặt trong, mặt nhai hàm dưới phải → Hàm dưới trái → Hàm trên trái → Hàm trên phải.

Số lần:

Tốt nhất là chải sau mỗi bữa ăn và trước khi đi ngủ, ít nhất là 1 lần /ngày, chải trước khi đi ngủ, hoặc 2 lần/ngày – lần thứ hai trước khi đi ngủ, với sự giám sát của bố mẹ.

3.2. Phương pháp hoá học

3.2.1. Chất khử khuẩn

- Chlorhexidine: 0,2% hoặc 0,1%.
- Listerine (thymol, eucalyptol, menthol và methylsalicylate).

3.2.2. Enzym, chất làm thay đổi tính chất mảng bám

Làm thay đổi cấu trúc và sự bám dính của mảng bám.

Bao gồm: Enzym: mucianase, pancreatin, funyal enzym, protease.

Các chất làm thay đổi và sự bám dính khác: sodium polyvinyl phosphoric acid.

3.2.3. Sử dụng các loại đường thay thế: xylitol, mannitol.

Các loại chất ngọt này gần như hoặc mang tính không sâu răng, được sử dụng ngày càng nhiều trong công nghiệp bánh kẹo, nước giải khát, hoặc dưới dạng kẹo cao su để làm giảm sự tích tụ mảng bám và thay đổi pH mảng bám.

3.3. Hướng dẫn vệ sinh răng miệng theo lứa tuổi

3.3.1. Giai đoạn trước sinh

Đây là thời điểm tốt nhất để tư vấn cho bố mẹ và xây dựng một chương trình dự phòng các bệnh răng miệng cho trẻ, nhất là trẻ đầu lòng.

– Có một số lý do:

- + Là thời điểm mà bố mẹ rất hợp tác để nghe theo các lời khuyên để phòng bệnh.
- + Bố mẹ ý thức rất mãnh liệt sự phụ thuộc của đứa trẻ về mặt dinh dưỡng, sức khoẻ vào mình.

+ Bản năng làm cha mẹ sẽ khiến họ làm những việc tốt nhất cho con cái.

– Tư vấn cho bố mẹ về các thói quen vệ sinh răng miệng, làm thế nào để có các hành vi sức khoẻ răng miệng tốt nhất để cho con khoẻ mạnh.

Tư vấn về các ảnh hưởng của những hành vi sức khoẻ răng miệng ở bố mẹ đối với hành vi sức khoẻ của con cái sau này vì bố mẹ luôn là hình mẫu của con cái.

– Nên lồng ghép với tư vấn dinh dưỡng, sức khoẻ chung vì các yếu tố dinh dưỡng, thuốc, bệnh tật... sẽ ảnh hưởng đến hàm răng trẻ ngay từ giai đoạn này.

3.3.2. Giai đoạn sơ sinh (dưới 1 tuổi)

– Hướng dẫn bố mẹ làm sạch và massage lợi ngay từ khi răng chưa mọc để tạo một môi trường miệng khoẻ mạnh và giúp mọc răng.

Khi răng sữa đầu tiên mọc, bắt đầu việc làm sạch răng ngay.

– Phương pháp: Bế trẻ trong lòng, đầu tựa lên một cánh tay để trẻ có cảm giác an toàn nhất, tay kia quấn gạc hoặc lông gạc vào ngón tay trỏ nhẹ nhàng làm sạch răng và lợi. Gạc nên được tẩm ướt với nước muối sinh lý, làm vệ sinh 1 lần/ngày.

Có thể thay gạc bằng loại bàn chải mềm đặc biệt dùng riêng cho trẻ sơ sinh, không cần phải dùng kem.

– Cho trẻ đi khám răng lần đầu tiên: Khi răng sữa đầu tiên mọc hoặc muộn nhất là lúc 24 tháng tuổi. Nếu trẻ có vấn đề về răng lợi như sang chấn, viêm, ... thì đi khám sớm hơn.

Nha sĩ sẽ đánh giá tình trạng răng miệng trẻ, tư vấn cách nuôi dưỡng để tránh sâu răng do bú bình.

Đi khám răng lần đầu tiên cũng làm cho trẻ quen dần với nha sĩ, môi trường phòng khám giúp trẻ bớt sợ hãi về sau.

3.3.3. Giai đoạn biết đi (1 – 3 tuổi)

– Đây là giai đoạn thích hợp để bắt đầu dùng bàn chải để chải răng cho trẻ. Do trẻ chưa biết nhổ, chỉ nên dùng kem không có fluor, không có chất mài mòn. Đa số trẻ ở lứa tuổi này thích bắt chước bố mẹ và có thể tập cách chải răng, tuy không làm sạch được hết. Do vậy, nên khuyến khích trẻ tự chải, sau đó bố mẹ sẽ chải lại để làm sạch hết.

– Khi hình thành các tiếp xúc mặt bên, dùng chỉ nha khoa làm sạch mặt bên, có thể dùng dụng cụ hỗ trợ (floss–holding device).

Ngoài ra không cần dùng thêm phương pháp loại bỏ mảng bám nào khác.

3.3.4. Giai đoạn trước tuổi đến trường (3 – 6 tuổi)

– Khả năng tự chải răng của trẻ đã khéo léo hơn, nhiều bố mẹ cho rằng trẻ đã đạt được kỹ năng cần thiết để tự chải răng. Tuy nhiên phải nhấn mạnh rằng bố mẹ vẫn phải tiếp tục chải răng cho trẻ mới đảm bảo làm sạch răng.

– Bắt đầu dùng được loại kem có fluor, chỉ dùng lượng kem bằng hạt đậu cho mỗi lần chải.

– Như đã đề cập, nếu hình thành các tiếp xúc mặt bên thì phải dùng chỉ nha khoa làm sạch.

– Tư thế thích hợp để chải răng và dùng chỉ tơ nha khoa: Bố (mẹ) đứng phía sau cùng hướng với trẻ, đầu trẻ tựa vào cánh tay không thuận, tay này còn có thể banh môi má hỗ trợ cho tay thuận chải răng.

– Có thể dùng gel hoặc nước súc miệng có fluor tại nhà. Do vẫn có nguy cơ trẻ nhiễm fluor vì nuốt vào, chỉ nên dùng với số lượng nhỏ và hạn chế trong nhóm trẻ mà bố mẹ có nguy cơ sâu răng cao, trung bình.

Không cần dùng các phương pháp hoá học khác để loại trừ mảng bám.

3.3.5. Giai đoạn thiếu nhi (6 – 12 tuổi)

– Trẻ có ý thức hơn trong việc giữ gìn vệ sinh răng miệng, thực hiện được những kỹ năng cơ bản khi chải răng, sử dụng chỉ tơ nha khoa.

Bố mẹ chỉ giúp đỡ chải răng trong một số trường hợp đặc biệt hoặc ở những vùng khó chải, bố mẹ không giám sát trực tiếp mà kiểm tra kết quả chải răng bằng cách sử dụng chất phát hiện mảng bám.

– Việc sử dụng kem có fluor là rất cần thiết, dùng các loại nước súc miệng fluor hoặc gel fluor giúp bảo vệ trẻ trước nguy cơ sâu răng. Hơn nữa có thể hướng dẫn sử dụng nước súc miệng chlorhexidine, listerine đối với trẻ có nguy cơ sâu răng, bệnh quanh răng.

– Đây là lứa tuổi bắt đầu được điều trị sớm lệch lạc răng hàm nên nguy cơ sâu răng, bệnh quanh răng tăng lên. Cần lưu ý đặc biệt việc giữ gìn vệ sinh răng miệng cho những trẻ này: chải răng và dùng chỉ thường xuyên hơn, được sự giám sát kỹ hơn, sử dụng nước fluor súc miệng, gel fluor và các dung dịch súc miệng khác là rất cần thiết.

3.3.6. Giai đoạn vị thành niên (12 – 19 tuổi)

Ở giai đoạn này, kỹ năng thực hiện các phương pháp vệ sinh răng miệng rất thành thạo, vấn đề cơ bản là sự hợp tác, vâng lời và tự giác của trẻ. Thêm vào đó, giai đoạn này có những biến đổi về tâm sinh lý, thay đổi hormon và những thói quen ăn uống không tốt khiến gia tăng nguy cơ sâu răng, viêm lợi. Vì vậy, điều quan trọng đối với nha sĩ và bố mẹ là tiếp tục hướng dẫn và giúp đỡ trẻ vượt qua giai đoạn khó khăn này. Nên nhấn mạnh ý thức, trách nhiệm của trẻ với tư cách là người trưởng thành trẻ tuổi mà không áp đặt, độc đoán sẽ giúp thực hiện tốt các hành vi sức khoẻ răng miệng.

Việc tăng cường bổ sung kiến thức giữ gìn sức khoẻ răng miệng cũng như đề cao vẻ đẹp của hàm răng sẽ thúc đẩy động cơ của các hành vi sức khoẻ răng miệng.

4. SỬ DỤNG FLUOR

Fluor có tác dụng phòng chống sâu răng thông qua các cơ chế:

– Fluor được hấp thu bằng đường tiêu hoá sẽ kết hợp với men, ngà của những răng chưa mọc làm tăng khả năng đề kháng với acid sau khi mọc trong miệng.

– Fluor được hấp thu sẽ bài tiết qua nước bọt, tích lũy ở mảng bám làm giảm các sản phẩm acid của vi khuẩn, tái khoáng hoá dưới bề mặt của men răng.

Fluor trong nước bọt kết hợp với men của các răng mới mọc thúc đẩy sự trưởng thành của men răng, giảm nguy cơ nhạy cảm sâu răng.

– Fluor được sử dụng tại chỗ rất có hiệu quả trong việc ngăn ngừa sâu răng phát triển: làm ngừng hoặc ít nhất làm chậm quá trình sâu răng hoạt động, tái khoáng hoá các tổn thương sâu răng giai đoạn sớm. Ngoài ra, nó còn có một số đặc tính kháng khuẩn khác.

Fluor có thể được sử dụng theo hai đường: đường toàn thân và tại chỗ.

Đường toàn thân:

– Fluor hoá nước uống: là phương pháp hiệu quả nhất giảm sâu răng ở cộng đồng. Nước uống được pha fluor với nồng độ 1ppm.

– Fluor hoá muối ăn nồng độ 200mgF/1 kg muối.

– Bổ sung fluor dưới dạng viên nén, viên nang: được dùng cho những cá nhân có nguy cơ sâu răng cao. Trước khi kê đơn phải xác định nồng độ fluor trong nước uống của từng người, cũng như xem xét đến lượng kem chải răng có fluor mà trẻ có thể nuốt phải (dưới 6 tuổi).

Nhìn chung, nếu hàm lượng fluor trong nước uống là 0,6ppm hoặc cao hơn thì không nên dùng fluor bổ sung. Nếu hàm lượng fluor < 0,6ppm, nên sử dụng fluor với liều lượng như bảng dưới đây và kéo dài cho đến khi răng hàm lớn thứ hai mọc xong.

Bảng 7.8. Liều lượng fluor kê đơn bổ sung

Tuổi	< 0,3ppm	0,3 – 0,6ppm	> 0,6ppm
0 – 6 tháng	0	0	0
6 tháng – 3 tuổi	0,25mg	0	0
3 tuổi – 6 tuổi	0,5mg	0,25mg	0
6 tuổi – 16 tuổi (ít nhất)	1mg	0,5mg	0

Tại chỗ:

– Kem chải răng có fluor:

Với những trẻ không sâu răng sử dụng kem có nồng độ fluor thấp (500ppm) để phòng ngừa sâu răng và hạn chế nguy cơ nhiễm fluor. Với những trẻ có sâu răng nên sử dụng kem có nồng độ fluor ít nhất 1000ppm. Khi trẻ lớn hơn 6 tuổi, có thể sử dụng kem giống người lớn, nồng độ fluor là 1000 – 1500ppm.

– Gel fluor tại chỗ:

Thường sử dụng loại acidulated phosphatfluoride (APF) 1,23% = 12.300ppm, chỉ dùng tại phòng khám và tuân theo một số yêu cầu:

+ Sử dụng khay để mang gel fluor, không quá 2mL/khay.

+ Bệnh nhân ngồi thẳng, đầu hơi nghiêng về phía trước.

- + Dùng ống hút nước bọt.
- + Thời gian mang khay: 4 phút.
- + Không áp dụng cho trẻ < 6 tuổi.

Loại gel fluor sử dụng tại nhà có nồng độ 1000ppm, cho thêm vào kem để chải răng trước lúc đi ngủ.

- Dung dịch fluor súc miệng (NaF):
- + Loại 0,2% (900ppm) súc miệng 1 lần/tuần hoặc 2 lần/tuần.
- + Loại 0,05% (225ppm) súc miệng hàng ngày.

Khuyến bệnh nhân súc miệng vào thời điểm khác với chải răng để tăng số lần phơi nhiễm với fluor. Tất cả những bệnh nhân chỉnh răng nên sử dụng loại súc miệng hàng ngày ở nhà phòng nguy cơ huỷ khoáng và tổn thương vết trắng. Hạn chế sử dụng loại này cho bệnh nhân dưới 6 tuổi.

- Vecni fluor: Loại vecni fluor chứa 5% NaF (22.600ppm) thường được sử dụng do nha sĩ làm.

- Sử dụng các loại vật liệu trám giải phóng fluor: Glass ionomer, composite, chất trám bít hố rãnh...

- Tăm và chỉ nha khoa có chứa fluor.

- Kẹo cao su chứa fluor.

- Nước bọt nhân tạo chứa fluor: chỉ định dùng cho bệnh nhân mắc chứng khô miệng.

Tóm lại, có thể tóm tắt cách sử dụng fluor trong một số trường hợp cụ thể ở bảng sau:

Bảng 7.9. Gợi ý sử dụng fluor cho các trường hợp lâm sàng

0 – 6 tuổi có sâu răng: Kem F (1000ppm) F bổ sung (0,5mg/ngày) Bôi vecni F 6 tháng/lần	> 6 tuổi có sâu răng: Kem F (1000ppm) F bổ sung (1mg/ngày) Gel APF hoặc bôi vecni F 6 tháng/lần Súc miệng F hàng ngày hoặc gel F tại nhà
0 – 6 tuổi sâu răng lan nhanh: Kem F (1000ppm) F bổ sung (0,5mg/ngày) Bôi vecni F	> 6 tuổi sâu răng lan nhanh: Kem F (1000ppm) F bổ sung (1mg/ngày) Gel APF hoặc bôi vecni F 3 tháng/lần Súc miệng F hàng ngày hoặc gel F tại nhà
0 – 6 tuổi không sâu răng: Kem F (500ppm)	> 6 tuổi không sâu răng: Kem F (1000ppm) Súc miệng F hàng ngày hoặc gel F tại nhà
Chỉnh răng: Kem F Súc miệng F hàng ngày	Mòn răng: Kem F Vecni F Súc miệng F hàng ngày

5. TRÁM BÍT HỐ RÃNH

Có 3 lý do để sử dụng chất trám bít hố rãnh:

- Trám kín các hố rãnh ngăn ngừa sự bám dính của mảng bám, vi khuẩn gây sâu răng.
- Lớp sealant làm cho hố rãnh dễ được làm sạch bởi bàn chải và quá trình nhai.
- Người ta chưa chứng minh được vai trò của fluor đối với bề mặt hố rãnh.

Trám bít hố rãnh bao gồm: trám bít dự phòng và trám bít điều trị ở các răng có sâu men hố rãnh.

Lựa chọn bệnh nhân để trám bít:

– Tất cả các răng hàm vĩnh viễn chưa có tổn thương sâu răng ở những trẻ có nguy cơ cao.

– Những trẻ có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt: kém phát triển cả về trí tuệ lẫn thể chất hoặc trẻ mà bố mẹ có địa vị kinh tế-xã hội thấp.

– Những trẻ có đa sâu răng ở hàm răng sữa nên được trám bít các răng hàm vĩnh viễn ngay khi nó mọc lên.

– Những trẻ không có sâu răng ở hàm răng sữa không cần phải trám bít hố rãnh ngay mà nên tái khám định kỳ để đánh giá.

Lựa chọn răng để trám bít:

– Thường chỉ định cho răng hàm lớn thứ nhất, thứ 2. Trên thực tế có thể trám bít hố rãnh cho tất cả các răng có cấu tạo giải phẫu có nguy cơ sâu răng khác như răng hàm nhỏ, gót răng cửa của răng nanh, răng hàm sữa.

– Thực hiện trám bít hố rãnh ngay với răng đã được chỉ định khi răng này mọc đủ cao để kiểm soát được nước bọt.

– Bất cứ trẻ nào có một răng hàm lớn thứ nhất bị sâu mặt nhai thì nên trám bít cho các răng hàm lớn thứ nhất lành lặn còn lại và răng hàm lớn thứ hai ngay khi răng này mọc.

Vật liệu:

– Có hiệu quả nhất là bis-GMA, tốt hơn nếu có giải phóng fluor.

– Có thể sử dụng glass ionomer trong trường hợp khó kiểm soát nước bọt hoặc bệnh nhân kém hợp tác. Tuy nhiên, glass ionomer bám dính kém chỉ nên dùng để trám bít tạm thời, khi đủ điều kiện thì thay bằng bis-GMA.

VII. ĐIỀU TRỊ PHỤC HỒI SÂU RĂNG

Bao gồm các phương pháp hàn phục hồi răng hay hàn vĩnh viễn, làm inlay, onlay, làm chụp. Phần này sẽ được trình bày trong một bài riêng.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn câu trả lời đúng cho các câu hỏi sau bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu.

1. Sự huỷ khoáng men răng bắt đầu diễn ra ở pH:
 - A. 1 – 2.
 - B. 5,5 – 5,2.
 - C. 7 – 6,8.
 - D. 2 – 3.
2. Phương pháp hiệu quả nhất để giảm tỷ lệ mắc sâu răng ở cộng đồng là
 - A. Fluor hoá nước uống ở trường học.
 - B. Fluor hoá nước uống ở cộng đồng.
 - C. Sử dụng kem chải răng có fluor.
 - D. Sử dụng muối ăn có fluor.
3. Phương pháp chải răng thích hợp nhất với trẻ em nhỏ là
 - A. Phương pháp chải xoay tròn.
 - B. Phương pháp chải ngang.
 - C. Phương pháp của Charter.
 - D. Phương pháp Stillman cải tiến.
4. Đỉnh cao đầu tiên của sâu răng xảy ra ở tuổi:
 - A. 4 – 6 tuổi.
 - B. 6 – 8 tuổi.
 - C. 8 – 10 tuổi.
 - D. 10 – 12 tuổi.
 - E. 12 – 15 tuổi.
5. Trẻ có “nguy cơ thấp” sâu răng khi:
 - A. Trẻ có được khám răng định kỳ.
 - B. Sử dụng kem đánh răng có fluor. Không sử dụng nước uống có fluor hay fluor bổ sung.
 - C. Địa vị kinh tế-xã hội của bố mẹ thấp.
 - D. Màng bám răng nhìn thấy có ít.
 - E. Sử dụng đường/thức ăn gây sâu răng giữa các bữa ăn chính hàng ngày (bao gồm cả bú bình, sử dụng đồ ngọt, nước hoa quả, thuốc có vị ngọt...): 1 đến 2 lần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Richard R. Welbury, Monty S. Duggal, Marie Thérèse Hosey. *Pediatric Dentistry*, 3rd edition, Oxford, 2005.
2. Ralph E McDonald, David R. Avery, Jeffrey A. Dean. *Dentistry for the Child and Adolescent*, 8th edition, Mosby, 2010.
3. Soames J.V, Southam J.C. *Oral Pathology*, 3rd edition, Oxford, 1999.
4. Pinkham J.R. (1999), *Pediatric Dentistry: Infancy through Adolescence*, 3th edition, Mosby, 1999.
5. Trần Thuý Nga, Phan Thị Thanh Yên, Phan Ái Hùng, Đặng Thị Nhân Hoà. *Nha khoa trẻ em* (2001). NXB Y học, Chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh.

TRÁM BÍT HỔ RÃNH

MỤC TIÊU

1. Trình bày được đặc điểm của các loại hình thái hố rãnh cơ bản.
2. Trình bày được mô bệnh học của sâu răng hố rãnh.
3. Trình bày được các nguyên tắc lựa chọn để trám bít hố rãnh.
4. Trình bày được các bước kỹ thuật trám bít hố rãnh.

Cấu trúc hố rãnh phức tạp của các răng hàm vĩnh viễn, răng hàm sữa và đôi khi là gót các răng cửa vĩnh viễn là điều kiện lý tưởng cho các mảng bám vi khuẩn, thức ăn lắng đọng tạo điều kiện cho sâu răng phát triển. Từ lâu, người ta đã biết đến lợi ích của việc sử dụng fluor trong phòng chống sâu răng mặt nhẵn, tuy nhiên, vai trò của fluor trong phòng chống sâu răng hố rãnh chưa được chứng minh, vì vậy việc sử dụng chất trám bít hố rãnh đóng vai trò quan trọng trong việc phòng và kiểm soát sâu răng hố rãnh.

1. HÌNH THÁI HỌC BỀ MẶT HỔ RÃNH

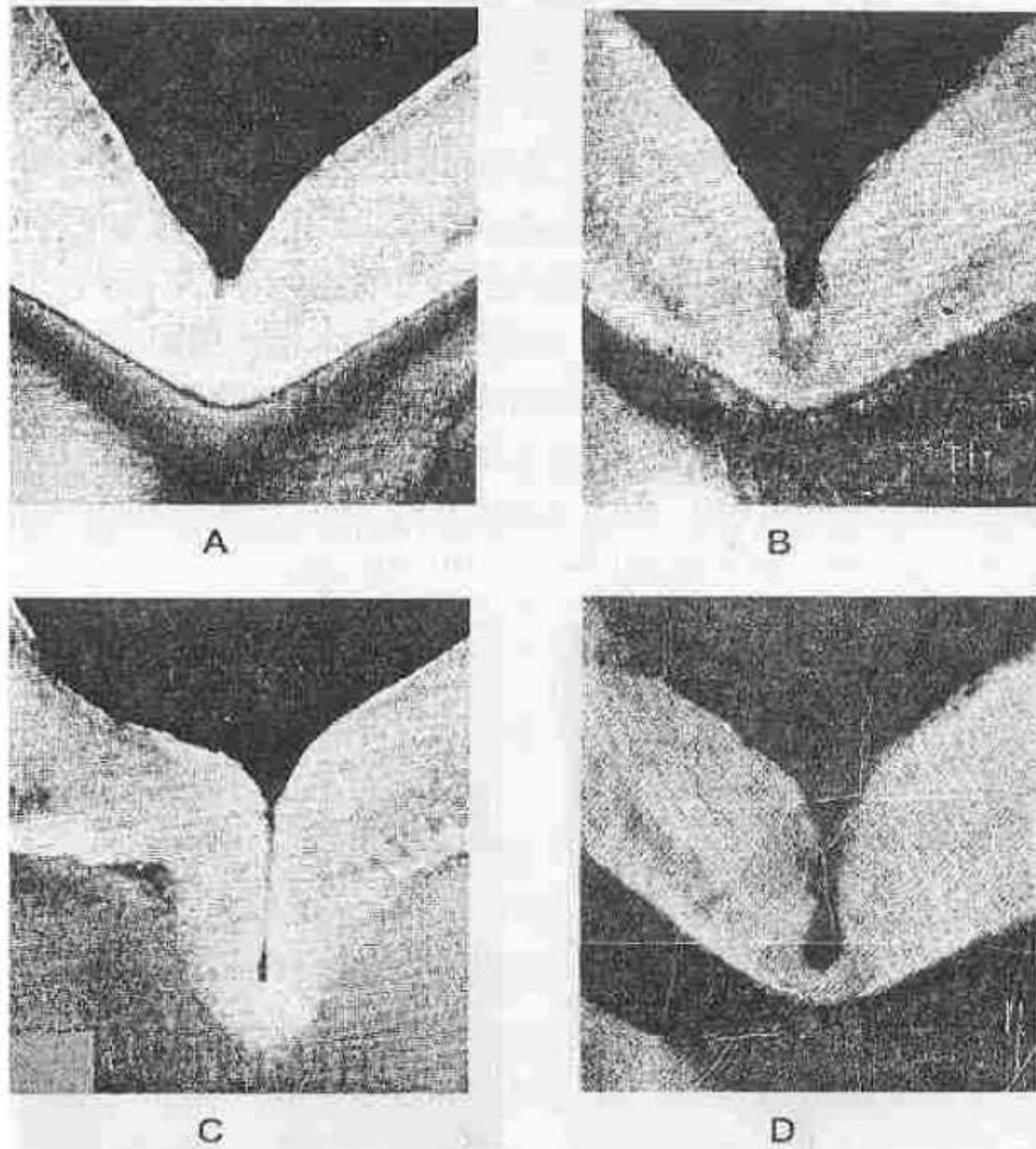
Hình thái học và độ sâu của hố rãnh liên quan với tính nhạy cảm sâu răng. Có 4 loại hình thái hố rãnh cơ bản:

- a. Loại chữ V (34%): nông, rộng, có khả năng tự làm sạch và phần nào đề kháng với sâu răng.
- b. Loại chữ U (14%): độ rộng từ phía trên xuống dưới tương đương nhau.
- c. Loại chữ I (19%): khe rãnh rất hẹp.
- d. Loại hình IK (26%): khe rãnh rất hẹp và mở rộng ở phía đáy.
- e. Loại khác (7%).

Ở rãnh điển hình thường có một nút chặn hữu cơ trên đường vào bao gồm biểu mô men răng còn sót, vi khuẩn tạo mảng bám, mảnh vụn thức ăn mà có thể phát hiện được ngay cả với kính có độ phóng đại thấp. Đây chính là lý do khiến bề mặt hố rãnh nhạy cảm với sâu răng. Tốc độ tiến triển của sâu răng hố rãnh liên quan tới độ sâu – nông của hố rãnh: hố rãnh càng sát đường nối men, ngà sâu răng càng phát triển nhanh.

Hình thái học hố rãnh thay đổi theo từng răng và từng cá nhân. Nhìn chung, một

răng hàm nhỏ điển hình có một rãnh chính và 3 – 4 hố phụ, ở răng hàm sữa và vĩnh viễn có thể có đến 10 hố và các rãnh phụ. Thêm vào đó, còn có nhiều vùng lỗ chỗ khác chỉ nhìn thấy dưới kính hiển vi.



Hình 8.1. Các loại hình thái hố rãnh cơ bản
A) Loại chữ V; B) Loại chữ U; C) Loại chữ I; D) Loại chữ IK

2. MÔ BỆNH HỌC SÂU RĂNG HỐ RÃNH

Người ta nhận thấy có mối liên quan giữa vị trí tổn thương đầu tiên với hình thái và chiều sâu của hố rãnh:

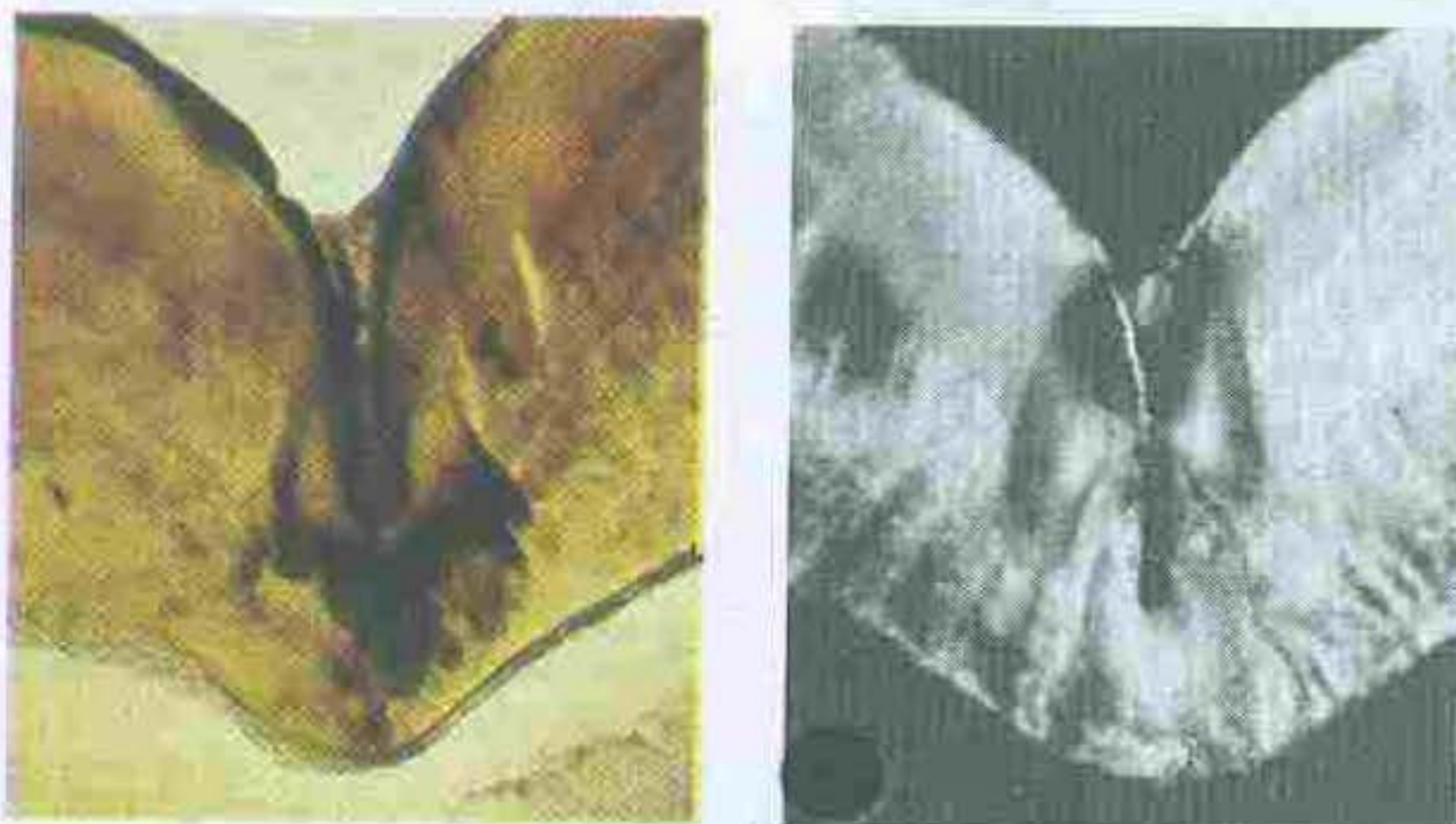
- Loại chữ V: Tổn thương bắt đầu từ đáy.
- Loại chữ U: Tổn thương bắt đầu từ khoảng giữa và lan xuống dưới.
- Loại chữ I và IK: Tổn thương bắt đầu từ đỉnh hố rãnh.

Loại hố rãnh có hình chữ I và IK, tổn thương xuất hiện đầu tiên ở thành bên của đỉnh hố rãnh, thường là hai tổn thương độc lập ở hai bên sườn nghiêng. Sau đó, tổn thương lan rộng theo chiều sâu của hố rãnh, to dần ra và hợp lại thành một tổn thương khi chúng gặp nhau ở đáy hố rãnh. Mức độ tổn thương men ở đáy hố rãnh lớn hơn hai bên sườn nghiêng và tổn thương lan rộng sang bên dọc theo hướng của các trụ men tới đường nối men, ngà. Khi tổn thương tới ngà, quá trình sâu răng sẽ tiến triển nhanh hơn do ngà mềm hơn, nhạy cảm hơn men.

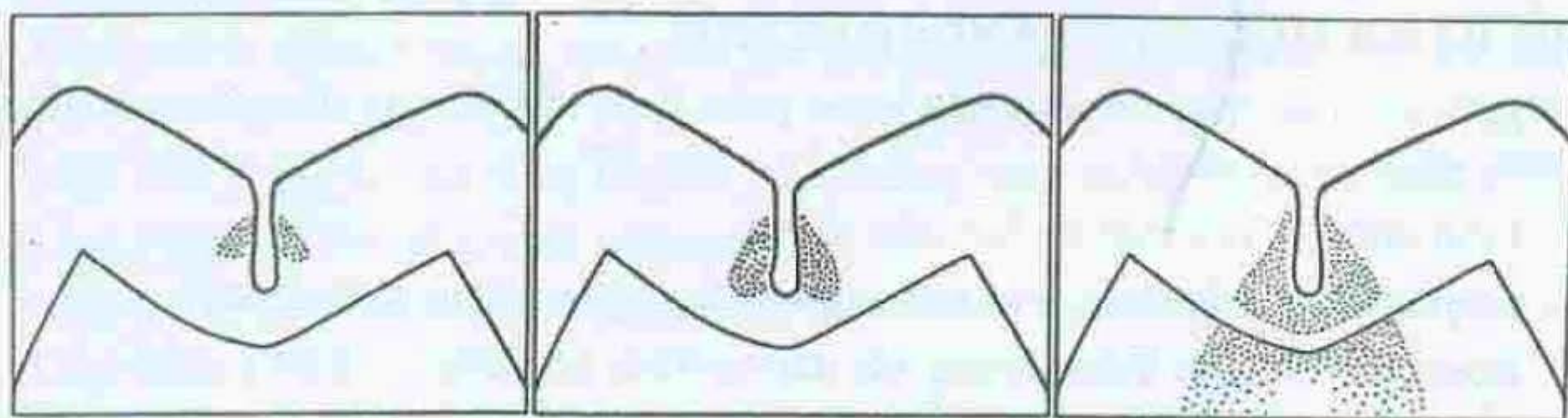
Thông thường lỗ sâu sẽ xuất hiện khi mất khoáng và mất tổ chức của lớp men ngà nâng đỡ và phát hiện được trên lâm sàng.

Lý giải cho quá trình sâu răng này chính là sự hiện diện của nút chặn hữu cơ: Trong bản thân nút chặn hữu cơ này sẽ sản sinh ra một lượng acid đáng kể, làm mất khoáng ở hai bên sườn múi, trong khi đó kết hợp với các khe rãnh quá hẹp nó ngăn chặn sự khuếch tán của acid theo chiều sâu của hố rãnh, do đó sự tấn công của acid sẽ giảm đi ở phần đáy rãnh trong suốt giai đoạn khởi đầu của sâu răng.

Mặc dù các biện pháp sử dụng fluor toàn thân và tại chỗ rất hiệu quả với các mặt nhẵn, nhưng lại tỏ ra rất ít tác dụng đối với vùng hố rãnh. Lý do có thể liên quan đến bề dày của lớp men ít nhất là 1mm ở các mặt nhẵn, trong khi đó rất mỏng ở hố rãnh, thậm chí nổi thẳng tới ngà. Do đó, khi sâu răng phát triển ở hố rãnh, lớp ngà ở bên dưới cũng nhanh chóng bị tổn thương, còn các tổn thương men ở các mặt nhẵn cần 3 - 4 năm để tiến triển tới ngà, trong thời gian này nếu được tiếp xúc với fluor sẽ tái khoáng hoá, tổn thương có thể hồi phục hoặc ngừng lại.



Hình 8.2. Tổn thương sâu răng hố rãnh



Hình 8.3. Tiến triển của sâu răng hố rãnh

3. LƯỢC SỬ VỀ KỸ THUẬT VÀ VẬT LIỆU TRÁM DỰ PHÒNG HỐ RÃNH TRONG DỰ PHÒNG SÂU RĂNG HỐ RÃNH

Năm 1924, Thaddeus Hyatt đưa ra phương pháp trám dự phòng (prophylactic restoration) bao gồm chuẩn bị xoang trám dự phòng loại I trên tất cả các hố rãnh có

nguy cơ sâu răng và trám với amalgam. Mục đích là ngăn ngừa sâu răng tiến triển vào tuỷ, giảm thiểu sự mất tổ chức răng và giảm thời gian trám răng một khi răng đã bị sâu răng tấn công.

Năm 1929, Bodecker đưa ra phương pháp bảo tồn mô răng tốt hơn:

– Mới đầu, phương pháp là làm sạch hố rãnh bằng thám trám rồi bít hố – rãnh bằng một lớp mỏng xi măng lỏng oxyphosphate.

– Sau đó, phương pháp khác được giới thiệu, được gọi là mở rộng dự phòng (prophylactic odontotomy), loại bỏ các hố rãnh về mặt cơ học, nhằm làm cho các hố rãnh sâu, dễ mắc giữ trở nên dễ làm sạch.

Các phương pháp này được sử dụng cho tới khi xuất hiện chất trám bít hố rãnh.

– Sự phát triển chất trám bít hố rãnh dựa trên hiện tượng men bị xói mòn bởi acid phosphoric: tăng lưu giữ vật liệu trám bằng nhựa và cải thiện việc hở bờ rìa miếng trám.

– Vật liệu trám bít được giới thiệu đầu tiên là cyanoacrylate vào giữa những năm 1960:

+ Trong môi trường ẩm, chúng trùng hợp nhanh chóng thành polymer cứng và giòn trên bề mặt răng đã etching.

+ Độ bền cơ học kém và không kháng hoá sinh học, dễ bị phân huỷ bởi vi khuẩn trong môi trường miệng. Chất này bị thủy phân tạo các chất độc (cyanoacrylate). Chất này đã được thay thế bằng butyl và isobutyl ester có độ ổn định tốt hơn.

+ Cuối những năm 1960, vật liệu được giới thiệu là BIS-GMA. Để khắc phục nhược điểm này, người ta cho thêm vào chất trám bít hố rãnh các hạt độn để tăng tính chịu mòn.

Các cách trùng hợp của BIS-GMA: Hoá trùng hợp, quang trùng hợp, laser.

Các loại chất trám bít hố rãnh: trong, đục hoặc có màu, loại đục và có màu để kiểm soát hơn.

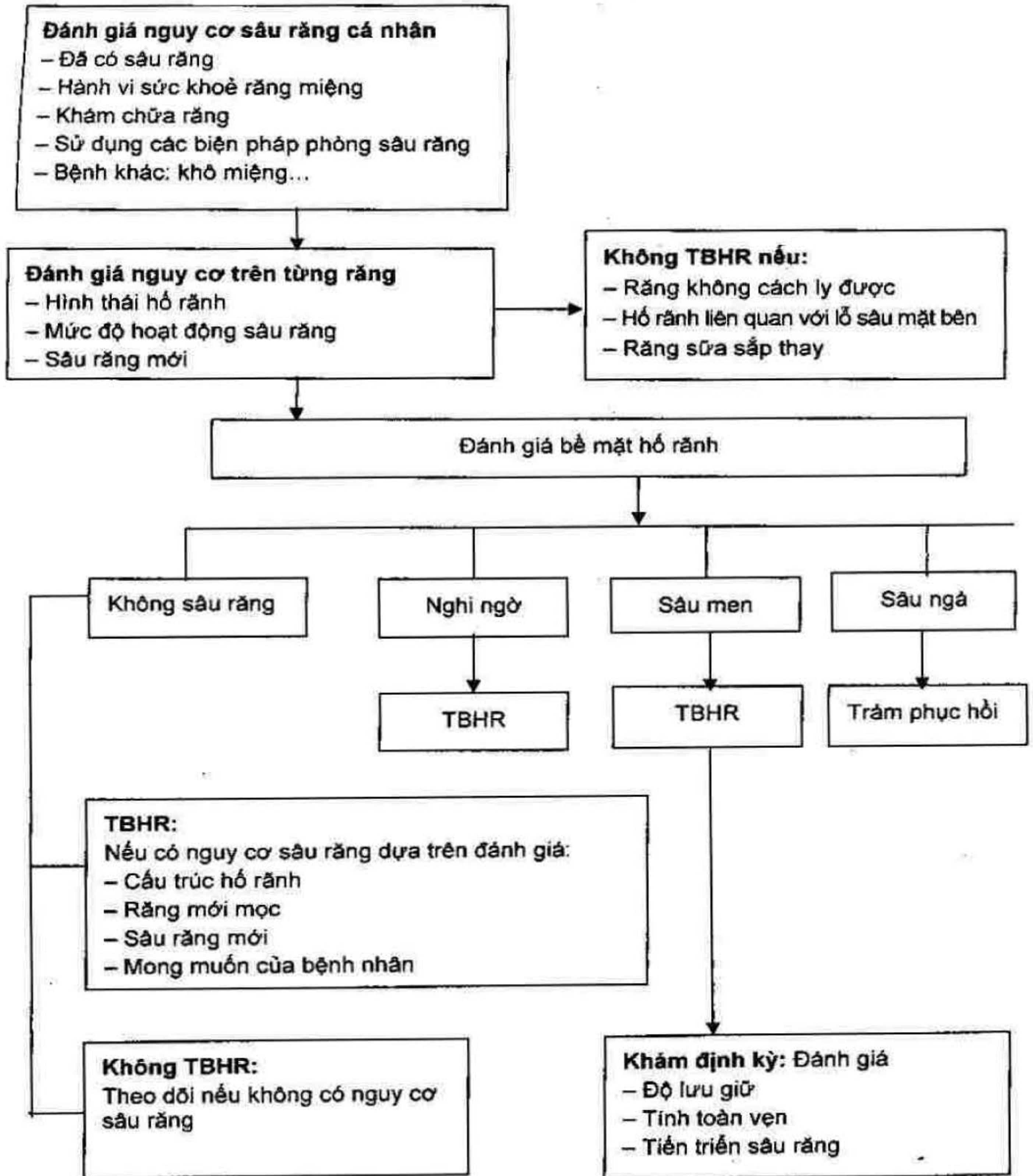
– Bên cạnh đó, người ta cũng sử dụng GIC để trám bít hố rãnh: có ưu điểm hơn BIS-GMA truyền thống là khả năng giải phóng ra fluor.

– Vào những năm 1990, người ta giới thiệu chất trám bít hố rãnh lai (compomers): là hỗn hợp của GIC và composite cải thiện được các đặc tính vật lý của GIC, dễ đặt vật liệu, bám dính tốt, tương hợp tốt, giải phóng fluor, ít nhạy cảm. Loại này là lưỡng trùng hợp. Tuy nhiên, loại này chịu mòn kém hơn BIS-GMA.

4. CÁC NGUYÊN TẮC ĐỂ LỰA CHỌN BỆNH NHÂN, LỰA CHỌN RĂNG ĐỂ TRÁM BÍT HỐ RÃNH

Dựa trên đánh giá nguy cơ sâu răng cá nhân, đánh giá nguy cơ từng răng cũng như đánh giá cấu trúc bề mặt hố rãnh để lựa chọn bệnh nhân và lựa chọn răng cho việc đặt chất TBHR.

Bảng 8.1. Bảng hướng dẫn lựa chọn bệnh nhân, lựa chọn răng để trám bít hố rãnh



4.1. Đánh giá nguy cơ sâu răng cá nhân

Nhắc lại bảng đánh giá nguy cơ sâu răng cá nhân ở trẻ em (bảng 8.2):

Bảng 8.2. Phương pháp đánh giá nguy cơ sâu răng (CAT) theo AAPD

Dấu hiệu nguy cơ sâu răng	Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
Tình trạng lâm sàng	Không sâu răng trong 24 tháng qua	Có sâu răng trong 24 tháng qua	Không sâu răng trong 12 tháng qua
	Không bị huỷ khoáng men răng	Có một vùng men bị huỷ khoáng	Có hơn 1 vùng men bị huỷ khoáng (sâu men sớm – tổn thương vết trắng)
	Không nhìn thấy mảng bám, không viêm lợi	Viêm lợi ^A	Nhìn thấy mảng bám ở nhóm răng cửa
			Sâu men phát hiện được trên Xquang
			Nhiễm <i>M.streptococci</i> mức độ cao ^B
Mang khí cụ chỉnh răng ^C			
Khiếm khuyết men, cấu trúc hố rãnh phức tạp ^D			
Đặc trưng môi trường	Tiếp xúc với F ở mức tối ưu: cả đường toàn thân và tại chỗ ^E	Tiếp xúc với F: dưới mức tối ưu đường toàn thân, mức tối ưu đường tại chỗ ^E	Tiếp xúc với F dưới mức tối ưu: cả đường toàn thân và tại chỗ ^E
	Sử dụng đường/thức ăn gây sâu răng ^F : chỉ trong bữa ăn chính	Sử dụng đường/thức ăn gây sâu răng: 1 – 2 lần ngoài bữa ăn chính	Sử dụng đường/thức ăn gây sâu răng: > 3 lần ngoài bữa ăn chính
	Địa vị kinh tế-xã hội của bố mẹ/người chăm sóc ^G cao	Địa vị kinh tế-xã hội của bố mẹ/ người chăm sóc trung bình	Địa vị kinh tế-xã hội của bố mẹ/ người chăm sóc thấp
	Khám răng: Định kỳ	Khám răng: thỉnh thoảng	Khám răng: Không Mẹ có tổn thương sâu răng hoạt động
Tình trạng toàn thân			Có vấn đề sức khỏe đặc biệt ^H .
			Bị giảm tiết nước bọt ^I .

Phân loại nguy cơ:

Nguy cơ cao: có bất kỳ một dấu hiệu nào thuộc nhóm “nguy cơ cao” là đủ để phân loại trẻ có “nguy cơ cao” sâu răng.

Nguy cơ trung bình: có ít nhất một dấu hiệu trong nhóm “nguy cơ trung bình” và không có dấu hiệu nào thuộc nhóm “nguy cơ cao”.

Nguy cơ thấp: không có dấu hiệu nào thuộc nhóm “nguy cơ cao” và “nguy cơ trung bình”.

Như vậy, nguy cơ sâu răng khác nhau ở mỗi người và đối với một người thì cũng thay đổi qua các giai đoạn khác nhau.

4.2. Đánh giá nguy cơ sâu răng ở từng răng

- Hình thái học hố rãnh.
- Mức độ hoạt động của sâu răng.
- Sâu răng mới mắc.
- Thời gian còn lưu giữ trên cung hàm của răng sữa.
- Tình trạng mặt bên của răng định trám bít.
- Tình trạng mọc răng.
- Khả năng cách ly và kiểm soát độ ẩm.

Các răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất và thứ hai nhạy cảm nhất với sâu răng, không chỉ ở mặt nhai mà cả các hố rãnh mặt má và mặt lưỡi cũng dễ bị sâu răng tấn công, do đó thích hợp với trám bít. Các răng hàm sữa, răng hàm nhỏ, răng cửa vĩnh viễn nếu có nguy cơ cao cũng cần trám bít.

Không TBHR nếu:

- Răng không thể cách ly được.
- Cần phục hồi mặt bên có liên quan hố rãnh.
- Răng sữa sắp thay.

4.3. Đánh giá bề mặt hố rãnh

- Thăm khám hiệu quả: sử dụng gương, xì khô, có thể dùng thám trâm với lực rất nhẹ.
- Sử dụng thám trâm sắc có thể làm tổn thương thêm sâu men chưa hình thành lỗ.
- Phân loại:
 - + Răng không sâu.
 - + Sâu men.
 - + Sâu ngà.

4.4. Răng không sâu

4.4.1. TBHR nếu có nguy cơ sâu răng dựa trên đánh giá

- Cấu trúc bề mặt hố rãnh.
- Tình trạng mọc răng.
- Kiểu sâu răng.
- Mong muốn của bệnh nhân.

4.4.2. Cấu trúc bề mặt hố rãnh

- Răng có hố rãnh nông, rộng, liên tục, dễ làm sạch không cần TBHR.
- Răng có hố rãnh sâu phức tạp, mắc thám trâm – rất thích hợp TBHR.

- Hố rãnh của răng hàm lớn vĩnh viễn có nguy cơ sâu răng cao nhất.
- Hình thái hố rãnh răng sữa, thời gian tồn tại trên cung hàm là yếu tố cân nhắc để TBHR.

4.5. Nghi ngờ sâu răng

- Nhiều trường hợp khó phân biệt giữa hố rãnh lành mạnh và hố rãnh bị sâu men, tốt nhất nên coi là có nguy cơ sâu răng và nên TBHR.
- TBHR trên những tổn thương sâu mới đến men sẽ ngăn ngừa sự phát triển của sâu răng dạng ẩn.

4.6. Tình trạng mọc răng

- Bề mặt răng đã được bộc lộ đầy đủ khỏi lợi.
- Khả năng cách ly và kiểm soát độ ẩm thích hợp là điều kiện quan trọng để TBHR thành công.

4.7. Sâu răng mới mắc

Nếu có một hoặc hai tổn thương sâu mới trong một năm thì nên TBHR cho tất cả các răng bình thường còn lại, đồng thời kiểm soát tốt sâu răng mặt bên.

4.8. Sâu men

- Mất khoáng giới hạn ở lớp men.
- Thấy tổn thương vết trắng hoặc viền trắng phần quanh hố rãnh đã được thổi khô.
- Xquang thông thường không thể phát hiện được sâu răng hố rãnh. Tuy nhiên, có thể phát hiện được bằng kỹ thuật mới (Laser huỳnh quang).
- Có thể đặt chất TBHR tại vị trí sâu men mà không gây hại gì cho răng. Được gọi là trám bít hố rãnh điều trị: vừa có ý nghĩa phục hồi vừa dự phòng sự tiến triển của tổn thương sâu răng.

4.9. Sâu ngà

- Tổn thương sâu có thể tiến triển xuống lớp ngà, bên dưới lớp men trông có vẻ lành mạnh nên khó phát hiện.
- Những dấu hiệu lâm sàng của sâu ngà bao gồm sự thay đổi:
 - + Màu sắc.
 - + Bề mặt mờ đục.
 - + Độ trong mờ.
- Xquang thấy hình ảnh tổn thương phía trên đường nối men, ngà.
- Hố rãnh bị sâu ngà cần được làm sạch và trám phục hồi.

4.10. Khám định kỳ: Đánh giá bề mặt hố rãnh đã được trám bít:

- Sự lưu giữ: Phần lớn các trường hợp bị bong chất TBHR là do không kiểm soát tốt độ ẩm, kỹ thuật đặt chất trám bít và thường bong sớm sau khi TBHR.

- Sự toàn vẹn: Kiểm tra sự gãy vỡ, sút của chất TBHR.
- Tiến triển sâu răng.

5. CÁC BƯỚC KỸ THUẬT TRÁM BÍT HỔ RÃNH

5.1. Làm sạch răng và chuẩn bị

- Dùng chổi cước hoặc dải cao su với tay khoan chậm để làm sạch. Có thể đánh bóng với paste không có fluor và glycerine. Dùng fluor khiến bề mặt men khó eteching hơn và glycerine tạo một lớp áo trơ. Răng nên được rửa sạch để loại bỏ các thành phần của pátê đánh bóng. Tuy nhiên, nhược điểm khi dùng pátê để làm sạch là các pátê có thể đọng lại trong các hố rãnh, khó làm sạch. Do đó, tốt hơn không nên sử dụng bột đánh bóng.

- Rửa sạch bằng đầu xì nước.

Có thể sử dụng thám trâm lấy đi nốt các thành phần còn sót lại ở các hố rãnh.

Khi bề mặt men sẫm màu hoặc nghi ngờ có tổn thương, làm sạch mặt men bằng mũi khoan siêu mịn, bằng laser YAG Erbium hoặc bằng xói mòn hơi (air-abrasion). Khi đó sẽ trám phục hồi phần sâu răng và bảo vệ các hố rãnh còn lại, gọi là phục hồi resin dự phòng.

5.2. Cách ly

- Dùng bông gòn hoặc đệm cao su.
- Bề mặt răng bị dính nước là nguyên nhân lớn nhất gây thất bại trong TBHR.

5.3. Xói mòn men

- Làm khô răng.
- Xói mòn sẽ tạo ra được bề mặt lỗ rỗ trên men (nhìn thấy trên kính hiển vi) với độ sâu khoảng 50micron (0,05mm).
- Sử dụng acid phosphoric 37% đặt lên 2 – 3mm sườn mũi và tất cả các đáy hố rãnh mặt nhai và mặt trong, mặt ngoài. Để trong 15 – 20 giây.
- Không chà xát lên bề mặt men trong khi xói mòn.

5.4. Rửa sạch

- Rửa sạch với nước trong vòng 15 – 20 giây.
- Không lau chùi bề mặt men.
- Nếu bị nhiễm nước hoặc nước bọt, phải xói mòn lại trong 20 giây.

5.5. Làm khô

- Sử dụng tay xì hơi không dầu, thổi khô cho tới khi thấy dạng trắng phấn.
- Nếu bề mặt men sau khi xói mòn vẫn thấy bóng, xói mòn lại trong 20 giây.

5.6. Đặt chất trám bít hố rãnh

- Đặt chất TBHR bắt đầu từ phía gần hoặc xa, đưa đầu tỳp liên tục, tránh nhấc lên khỏi bề mặt răng để không tạo ra bọt.
- Đợi vài giây cho chất TBHR chảy vào tất cả hố rãnh, không dùng thấm trám. Lấy đi phần thừa bằng một miếng mút nhỏ.
- Trùng hợp: Loại tự trùng hợp hoặc quang trùng hợp, thời gian tùy theo hướng dẫn của nhà sản xuất.
- Kiểm tra sự trùng hợp, nếu thiếu chất TBHR thì cho thêm.

5.7. Rửa sạch

Vì thường có cảm giác đặng do còn một lớp màng mỏng sealant chưa trùng hợp hết.

5.8. Kiểm tra khớp cắn

- Sử dụng giấy cắn:
 - + Nếu là chất TBHR không có hạt độn sẽ mòn rất nhanh.
 - + Nếu là chất TBHR có hạt độn sẽ ít mòn, cần phải chỉnh sửa.
- Sử dụng chỉ nha khoa lấy đi tất cả vật liệu thừa giữa các răng.

Trong các trường hợp không cách ly được hoặc bệnh nhân không thể hợp tác được (thiếu năng hoặc rối loạn trí tuệ) thì có thể thay thế vật liệu trám bít bằng GIC (tính bám dính kém hơn Bis GMA nhưng có ưu điểm là giải phóng fluor), vecni fluor hoặc vecni chlorhexidine.

Các bước kỹ thuật trám bít hố rãnh:



Hình 8.4. Làm sạch răng và chuẩn bị



Hình 8.5. Xói mòn men



Hình 8.6. Rửa sạch và xi khô



Hình 8.7. Đặt chất TBHR

TỰ LƯỢNG GIÁ

Điền từ hoặc cụm từ thích hợp vào chỗ trống trong các câu hỏi sau đây:

1. Nêu tên và đặc điểm của 4 loại hình thái hố rãnh cơ bản:

- A.
- B.
- C.
- D.

Chọn câu trả lời đúng cho các câu hỏi sau bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu.

2. Mức độ nhạy cảm của sâu răng hố rãnh phụ thuộc vào:

- A. Sự hiện diện của nút chặn hữu cơ.
- B. Độ sâu – nông của hố rãnh: hố rãnh càng sát đường nối men, ngà, sâu răng càng phát triển nhanh.
- C. Sử dụng fluor.
- D. Tất cả các câu trên.

3. Vị trí tổn thương đầu tiên trong sâu răng hố rãnh là

- A. Bắt đầu từ đáy hố rãnh.

- B. Bắt đầu từ đỉnh hố rãnh.
 C. Liên quan với hình thái và chiều sâu của hố rãnh.
 D. Bất kỳ vị trí nào.
4. Chọn câu trả lời tương ứng chéo cho câu hỏi sau:
- | | |
|--|--|
| A. Răng không cách ly được | 1. Không TBHR |
| B. Sâu ngà | 2. Theo dõi |
| C. Có sâu răng mới đã hàn | 3. Thay thế vật liệu trám bít Bis GMA bằng GIC, vecni fluor... |
| D. Không sâu răng, có hố rãnh sâu phức tạp | 4. TBHR |
| E. Nghi ngờ sâu răng | 5. Trám phục hồi |
| F. Sâu men | |
| G. Hố rãnh liên quan với lỗ sâu mặt bên | |
| H. Sử dụng đường ngoài bữa ăn chính | |
| I. Khô miệng | |
| J. Răng mới mọc | |
| K. Bệnh nhân thiếu năng, rối loạn trí tuệ | |
| L. Răng có hố rãnh nông, rộng, liên tục, dễ làm sạch | |
| M. Răng sữa sắp thay | |
| N. Viêm lợi, mảng bám răng nhìn thấy | |
| O. Không có nguy cơ sâu răng | |
5. Trình bày bảng hướng dẫn lựa chọn bệnh nhân, lựa chọn răng để trám bít hố rãnh.
 6. Trình bày được các bước kỹ thuật trám bít hố rãnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Richard R. Welbury, Monty S. Duggal, Marie Thérèse Hosey. *Pediatric Dentistry*, 3rd edition, Oxford, 2005.
2. Ralph E. McDonald, David R. Avery, Jeffrey A. Dean. *Dentistry for the Child and Adolescent*, 8th edition, Mosby, 2010.
3. Soames J.V, Southam J.C. *Oral Pathology*, 3rd edition, Oxford, 1999.
4. Pinkham J.R. *Pediatric Dentistry: Infancy through Adolescence*, 3th edition, Mosby, 1999.
5. Trần Thuý Nga, Phan Thị Thanh Yên, Phan Ái Hùng, Đặng Thị Nhân Hoà. *Nha khoa trẻ em* (2001). Nhà xuất bản Y học, Chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh.

CHẤN THƯƠNG RĂNG TRẺ EM

MỤC TIÊU

1. Trình bày được phân loại chấn thương răng của Garcia-Godoy và Andreason năm 1978.
2. Trình bày được nguyên tắc điều trị chấn thương răng sữa.
3. Trình bày được phác đồ điều trị chấn thương răng sữa.
4. Trình bày được các di chứng của chấn thương trên răng sữa và răng vĩnh viễn.

1. DỊCH TỄ HỌC

Chấn thương răng là một tình trạng cấp cứu rất hay gặp ở khoa Răng trẻ em. Các nghiên cứu về chấn thương răng sữa ít hơn răng vĩnh viễn, tuy nhiên các nghiên cứu cũng đã chỉ ra được một số điểm chính về dịch tễ học như sau:

- Thường gặp hơn ở trẻ em < 3 tuổi, hay gặp nhất là lúc 1 tuổi (khi trẻ bắt đầu học đi, thích khám phá xã hội bên ngoài).
- Hay xảy ra ở nhà.
- Thường gặp ở trẻ trai hơn là trẻ gái.
- Trong chấn thương miệng thì vết thương niêm mạc miệng: 58%, bán trật khớp và trật khớp: 21%, gãy răng: 14%, gãy xương hàm trên và/hoặc gãy xương hàm dưới: 3%, nguyên nhân khác (chó cắn, hội chứng Silverman): 4%.
- Hay gặp ở xương hàm trên 95%, thường gặp ở răng cửa giữa hàm trên hơn, hiếm khi ở răng cửa bên hàm trên và răng cửa hàm dưới, ngoại lệ gặp ở các răng nanh hàm trên, khi có chấn thương thông thường: Gãy răng: 30%, trật khớp: 70% (hiện tượng này là do: xương ổ răng ở trẻ mềm dẻo hơn, hệ thống dây chằng lỏng lẻo hơn, giải phẫu chân răng: kích thước và hình dáng).
- Trẻ có độ cắn chìa lớn bị chấn thương cao hơn trẻ có độ cắn chìa bình thường 2 – 3 lần. Trẻ bị động kinh, bị ngược đãi có nguy cơ chấn thương răng cao.

2. PHÂN LOẠI

Có rất nhiều cách phân loại chấn thương răng miệng khác nhau. Điều này phản ánh có rất nhiều quan điểm khác nhau cũng như là các mối quan tâm khác nhau khi

đứng trước một chấn thương răng sữa. Một phân loại cần đảm bảo giúp chúng ta thực hiện được ít nhất 5 yếu tố chính sau: dịch tễ học, giảng dạy, phổ biến, Y pháp và cuối cùng là đánh giá, chẩn đoán và tiên lượng điều trị.

2.1. Phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới (Andreason 1978)

2.1.1. Chấn thương mô cứng răng và tuỷ răng

1. Tổn thương thân răng: rạn nứt.
2. Gãy thân răng đơn giản: gãy men răng hoặc men răng và một ít ngà răng.
3. Gãy thân răng phức tạp: có tổn thương tuỷ.
4. Gãy thân – chân răng đơn giản: không có tổn thương tuỷ.
5. Gãy thân – chân răng phức tạp: có tổn thương tuỷ.
6. Gãy chân răng.

2.1.2. Chấn thương mô nha chu

1. Chấn động.
2. Trôi răng.
3. Trật khớp sang bên.
4. Tháo khớp (răng rơi ra ngoài).

2.1.3. Tổn thương xương ổ răng

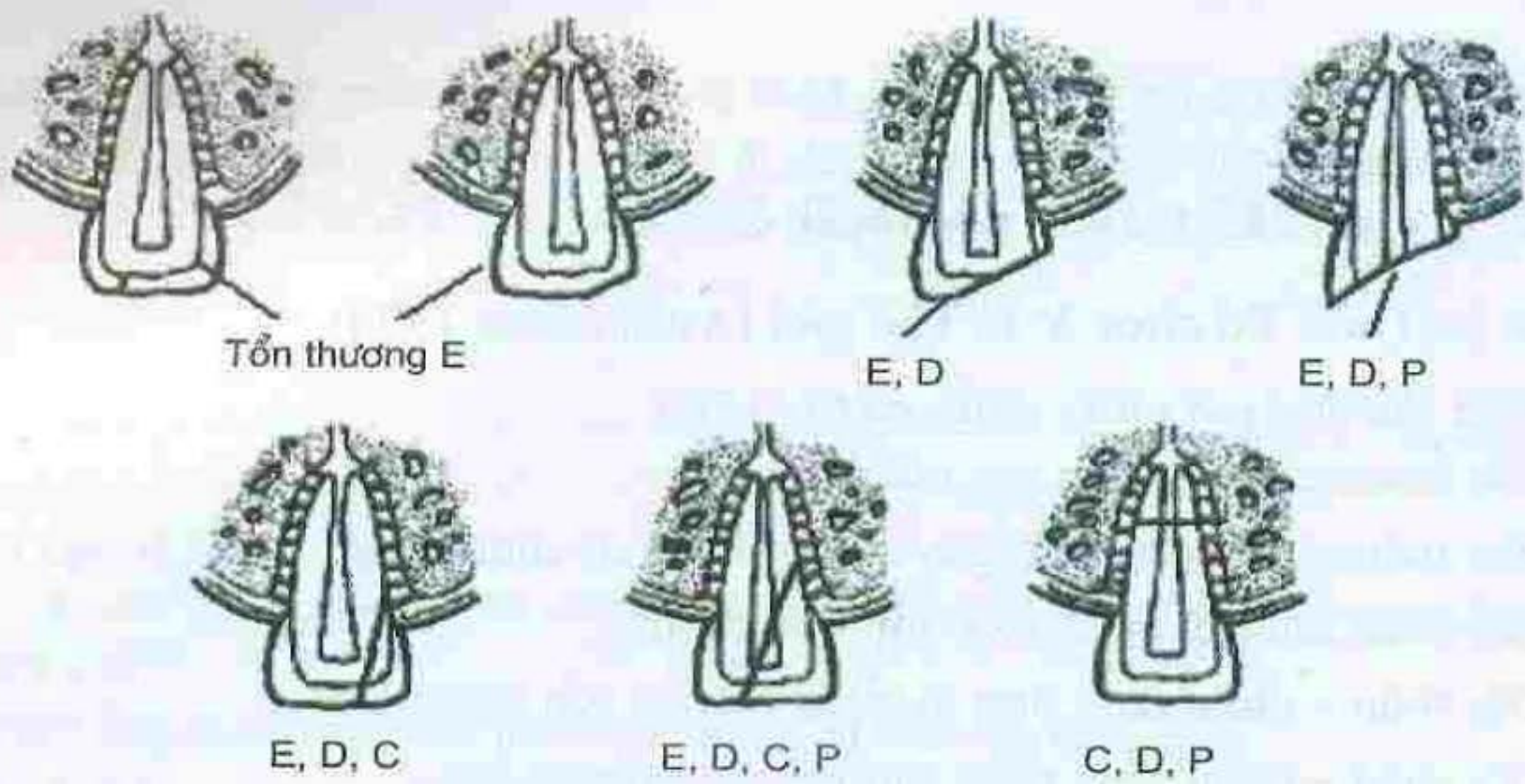
1. Tổn thương làm thay đổi xương ổ răng, xương ổ răng bị gãy thành nhiều đoạn.
2. Gãy thành xương ổ răng.
3. Gãy mào xương ổ răng.
4. Gãy xương hàm trên hoặc dưới.

2.1.4. Tổn thương lợi và niêm mạc miệng

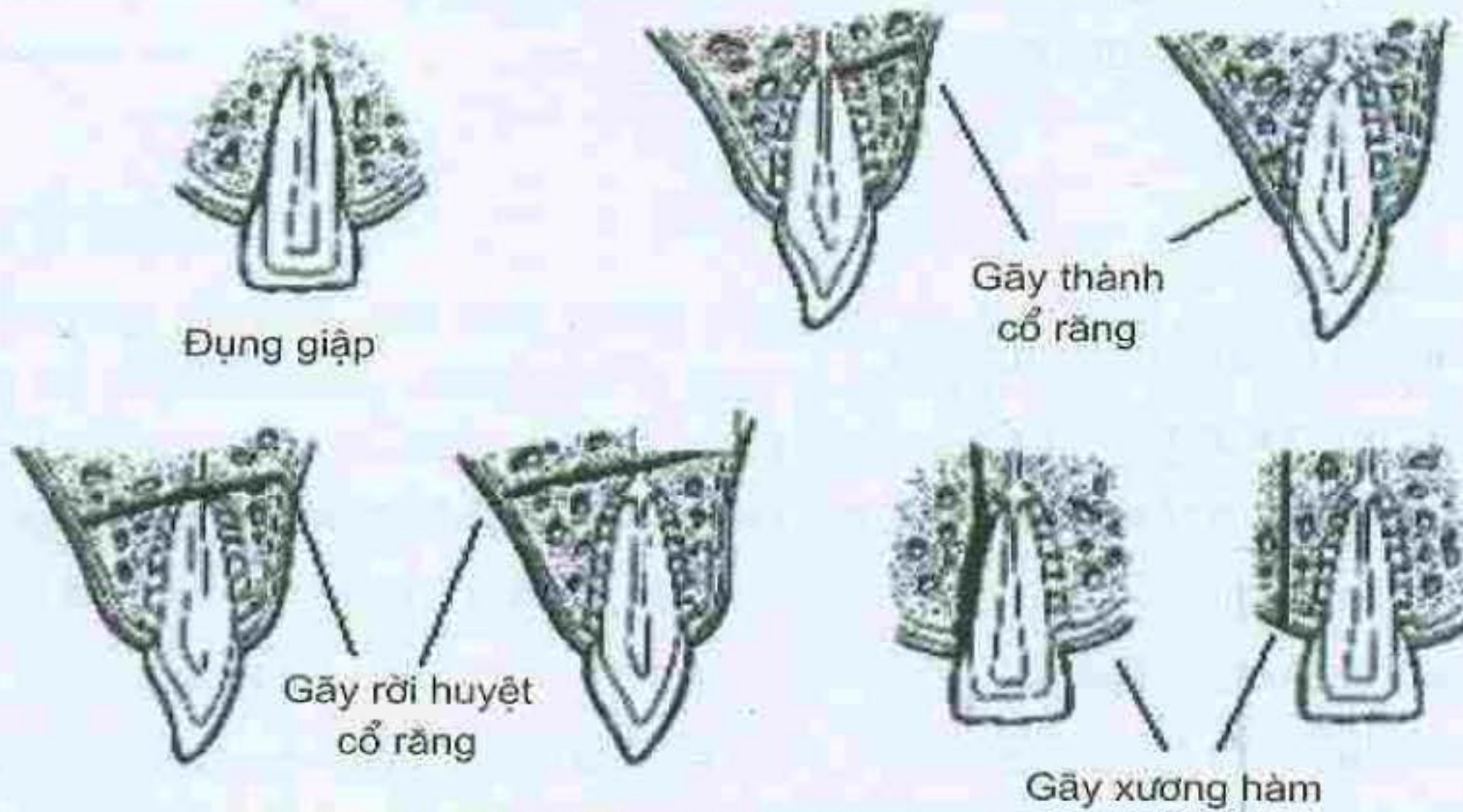
1. Rách.
2. Đụng giập.
3. Mất tổ chức.

Phân loại này tuy phức tạp nhưng chính xác, trong nhóm 2.1.1, loại 2 và 6 có thể được bổ sung thêm như sau:

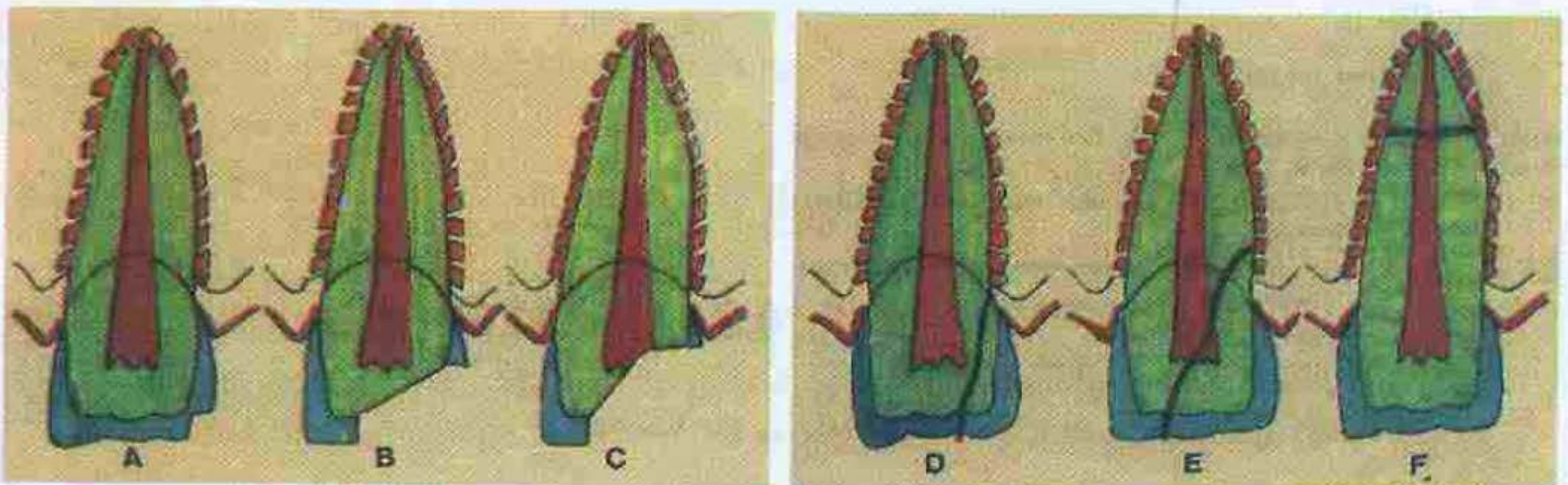
2. Gãy thân răng đơn giản
 - 2a: Gãy thân răng đơn giản, xa tuỷ.
 - 2b: Gãy thân răng đơn giản, gần tuỷ.
6. Gãy chân răng
 - 6a: Gãy 1/3 cổ răng.
 - 6b: Gãy 1/3 giữa.
 - 6c: Gãy 1/3 chóp.



Hình 9.1. E: men răng, D: ngà răng, C: cement, P: tuỷ răng

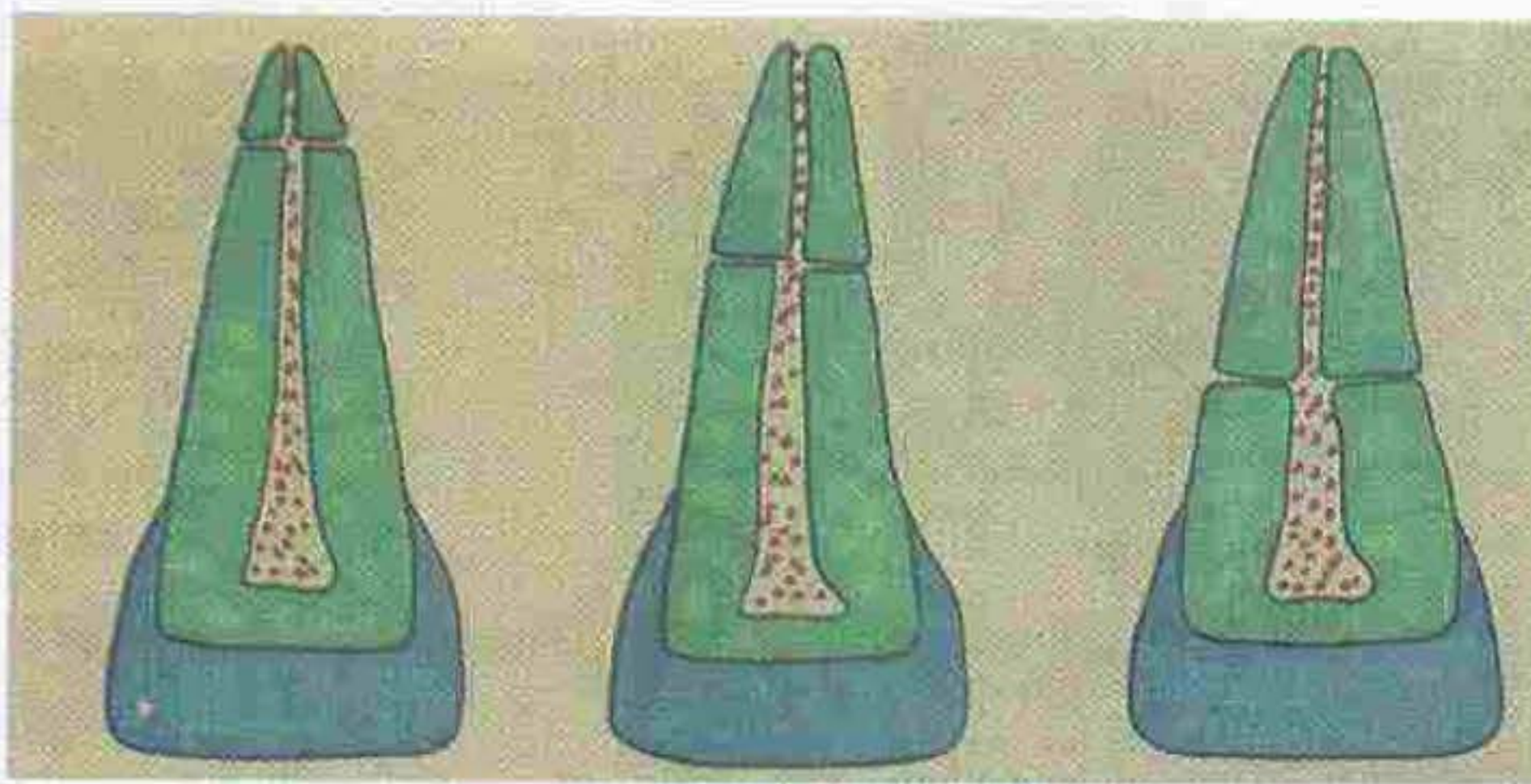


Hình 9.2. Một số loại chấn thương xương ổ răng



Hình 9.3. Một số dạng chấn thương tổ chức cứng của răng

A: Gãy thân răng nông; B: Gãy thân răng đơn giản; C: Gãy thân răng phức tạp; D: Gãy thân – chân răng đơn giản; E: Gãy thân – chân răng phức tạp; F: Gãy chân răng.



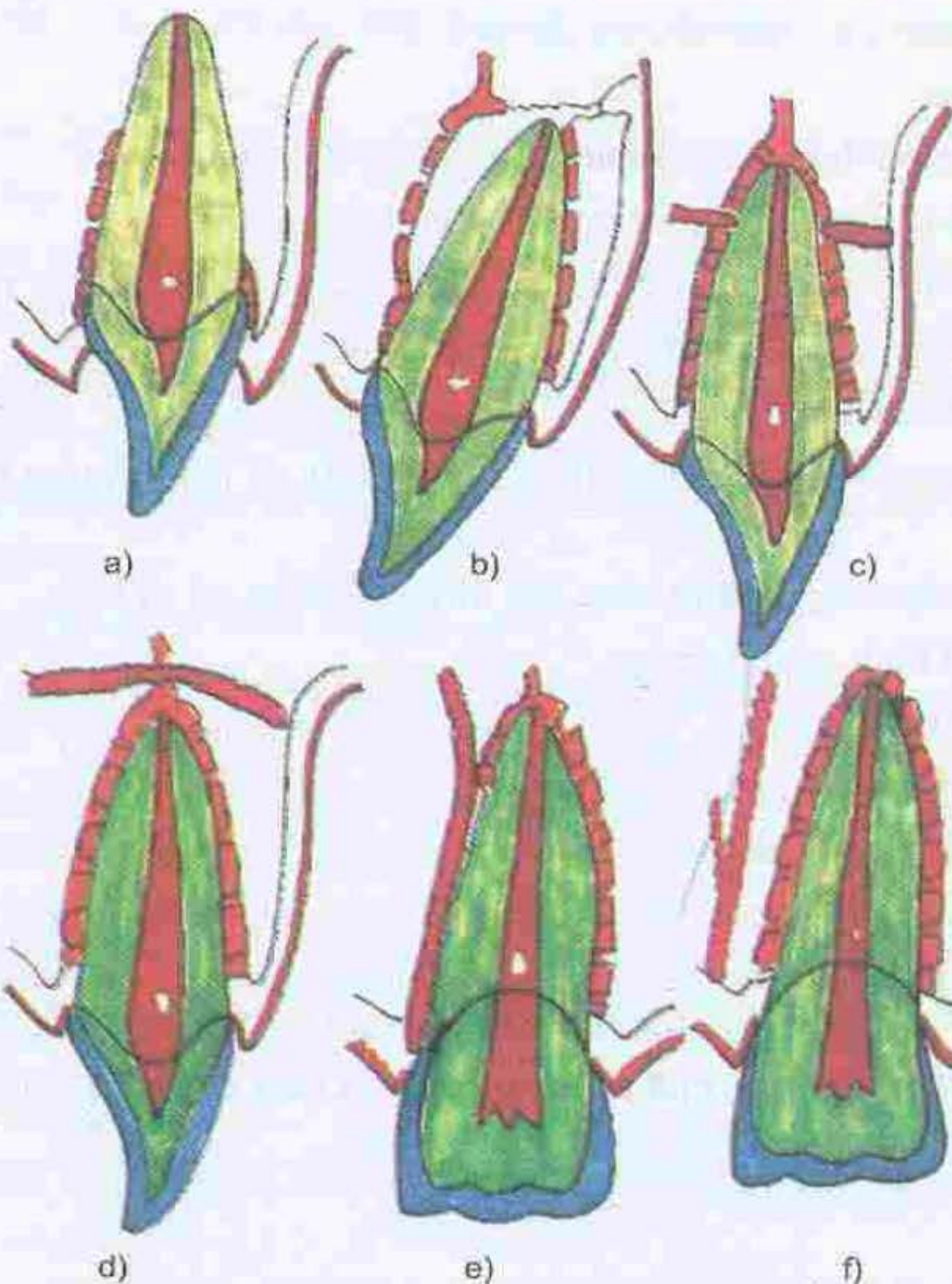
A

B

C

Hình 9.4. Các loại gãy chân răng

A. Gãy 1/3 chóp chân răng; B. Gãy 1/3 giữa chân răng; C. Gãy 1/3 cổ răng.



a)

b)

c)

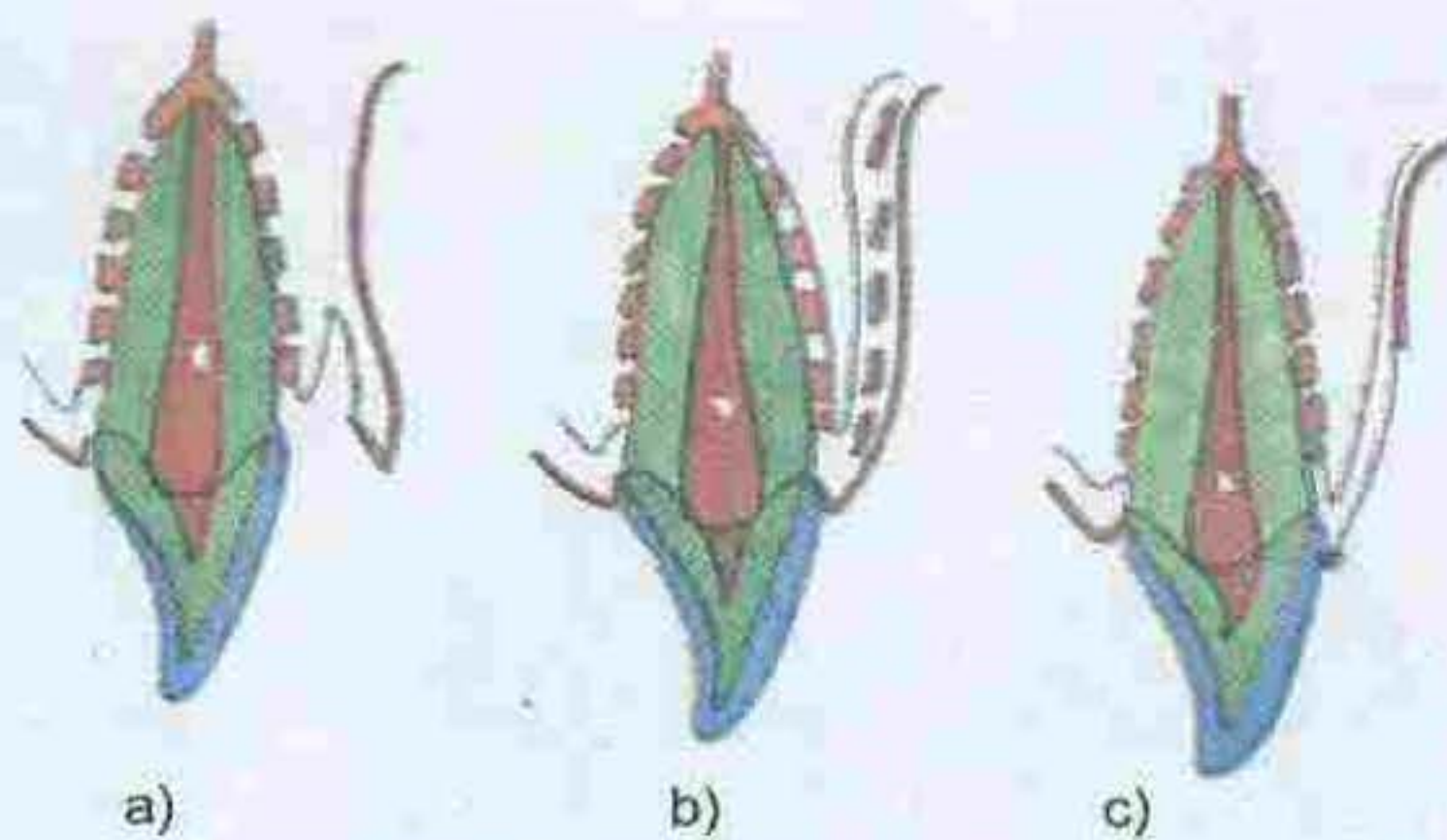
d)

e)

f)

Hình 9.5. Chấn thương xương ổ răng

a) Gãy vụn xương ổ răng; b) Gãy thành ngoài xương ổ răng (thành tiến đình); c, d) Gãy máo xương ổ răng; e, f) Gãy xương hàm trên hoặc xương hàm dưới.



Hình 9.6. Chấn thương niêm mạc

a) Rách lợi và niêm mạc miệng; b) Đụng giập lợi và niêm mạc miệng; c) Mất tổ chức.

2.2. Phân loại của Garcia–Godoy: 13 loại

Loại 0: Nứt men.

Loại 1: Gãy men.

Loại 2: Gãy men và ngà răng, nhưng không có tổn thương tuỷ.

Loại 3: Gãy men và ngà răng, nhưng có tổn thương tuỷ.

Loại 4: Gãy men + ngà răng + cement, nhưng không tổn thương tuỷ răng.

Loại 5: Giống như loại 4 nhưng có tổn thương tuỷ.

Loại 6: Gãy chân răng.

Loại 7: Chấn động răng = không lung lay, không di lệch nhưng có phản ứng đau khi gõ.

Loại 8: Rrật khớp răng = răng lung lay nhưng không có di lệch.

Loại 9: Răng di lệch sang bên.

Loại 10: Lún răng.

Loại 11: Trôi răng.

Loại 12: Răng rơi ra ngoài.

3. XỬ TRÍ

– Phải làm an lòng trẻ và bố mẹ ngay từ lúc mới tiếp xúc.

– Theo quan điểm về răng, chấn thương răng là một cấp cứu thực sự.

3.1. Thăm khám

3.1.1. Hỏi bệnh

– Địa điểm, tình huống, thời gian xảy ra tai nạn.

– Tuổi bệnh nhân.

3.1.2. Thăm khám

- Thăm khám ngoài mặt.
- Thăm khám trong miệng

a) Thăm khám ngoài mặt:

- Lau rửa nhẹ nhàng và cẩn thận, sờ cảm, ổ mắt, mũi để tìm các gãy xương đơn thuần.
- Ghi nhận lại các đụng dập.
- Kiểm tra các cử động của khớp thái dương hàm, tiếng kêu khớp...

b) Thăm khám trong miệng:

– Thăm khám cẩn thận cả những vùng không bị tổn thương. Kiểm tra tình trạng viêm ở niêm mạc và cung răng do chấn thương gây ra.

– Xác định số lượng răng đang có trong miệng, bắt đầu bằng các răng không chắc chắn là có tổn thương rồi đến tổn thương, sau đó đến các răng bên cạnh và răng đối đỉnh.

– Thăm khám mỗi răng và ghi nhận lại tình trạng: Mất tổ chức thân răng, mảnh vỡ, rạn nứt, lung lay, tình trạng lợi...

– Ngay sau khi chấn thương không nên thử tuỷ ngay vì tuỷ bị ngắt và không đáp ứng.

c) Thăm khám Xquang: cần thiết, cho phép để xác định các đường gãy, gãy xương ổ răng phối hợp, tương quan tuỷ/đường gãy, tương quan răng sữa/ mầm răng vĩnh viễn, mức độ đóng chop, thay đổi các góc...

Các phim Xquang thường dùng: phim cận chóp, phim cắn, ngoài mặt...

Tư thế thăm khám

Jasmin và cộng sự năm 1986 khuyến cáo:

Trẻ từ 0 – 2 tuổi: Nha sĩ và mẹ ngồi trên ghế đầu, đối diện nhau. Trẻ nằm trên đầu gối của nha sĩ và mẹ, đầu đặt trên gối của nha sĩ, chân đặt giữa 2 đùi của mẹ. Người mẹ giữ tay trẻ và nói chuyện không ngừng với trẻ (ưu điểm: trẻ và mẹ nhìn thấy nhau, mẹ cũng nhìn được các tổn thương của trẻ và các can thiệp).

Trẻ từ 2 – 3,5 tuổi: Mẹ nằm trên ghế máy bế trẻ, tay mẹ giữ tay trẻ, hai chân kẹp giữ 2 chân trẻ. Ở tư thế này mẹ không nhìn thấy được các tổn thương của trẻ cũng như là các can thiệp của nha sĩ.

3.2. Nguyên tắc điều trị

– Trước khi đưa ra kế hoạch điều trị cần chú ý đến các vấn đề sau:

1. Tuổi bệnh nhân.
2. Độ an toàn của biện pháp điều trị.
3. Khả năng điều trị của nha sĩ.
4. Khả năng theo dõi bệnh nhân.

– Chỉ định điều trị phải theo giai đoạn của răng: răng sữa hay vĩnh viễn, mức độ hình thành chân răng, sự hợp tác của bệnh nhân, các điều kiện khác (vệ sinh, theo dõi...).

– Đối với cung răng sữa:

+ Nghĩ đến sự hiện diện của mầm răng vĩnh viễn.

+ Tầm quan trọng của giữ khoảng vì mất các răng cửa trước khi răng số 3 mọc làm thu ngắn chiều dài cung răng phía trước.

– Đối với cung răng hỗn hợp và vĩnh viễn:

+ Cố gắng bảo tồn tính sống của tuỷ, đặc biệt đối với các răng chưa đóng chóp để sinh chóp răng.

+ Loại bỏ các viêm nhiễm tổ chức nha chu và tuỷ răng.

+ Bảo tồn răng trên cung răng để phục hồi lại chức năng ăn nhai và thẩm mỹ.

– Xử trí chấn thương răng sau khi đã xử trí các loại chấn thương phối hợp khác làm ảnh hưởng đến tính mạng hoặc các cơ quan, bộ phận khác có chức năng quan trọng hơn.

– Cần chú ý tiêm phòng uốn ván cho trẻ.

3.3. Các phương pháp điều trị

Theo dõi tuỷ răng

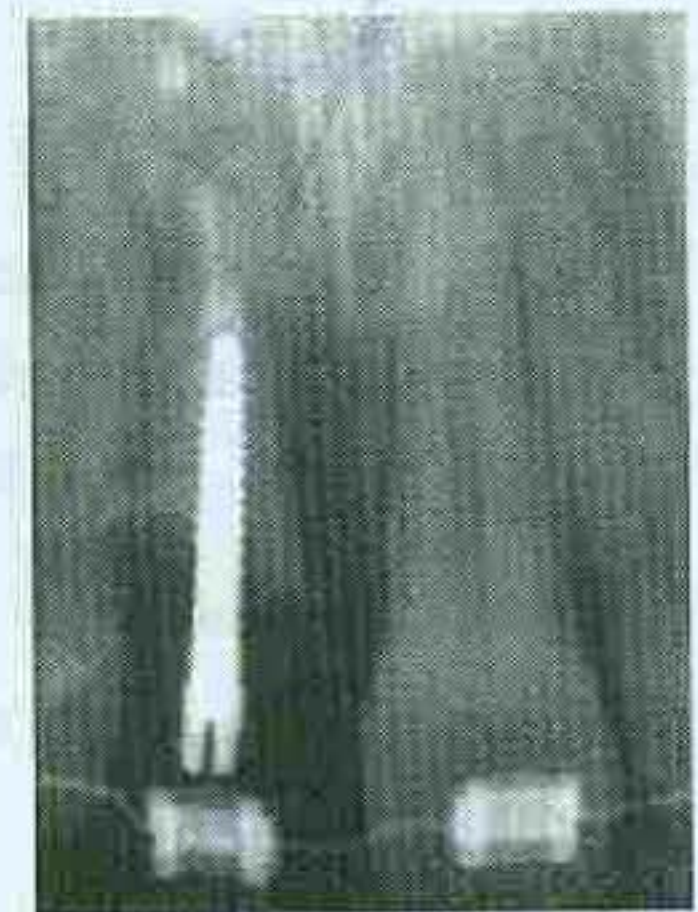
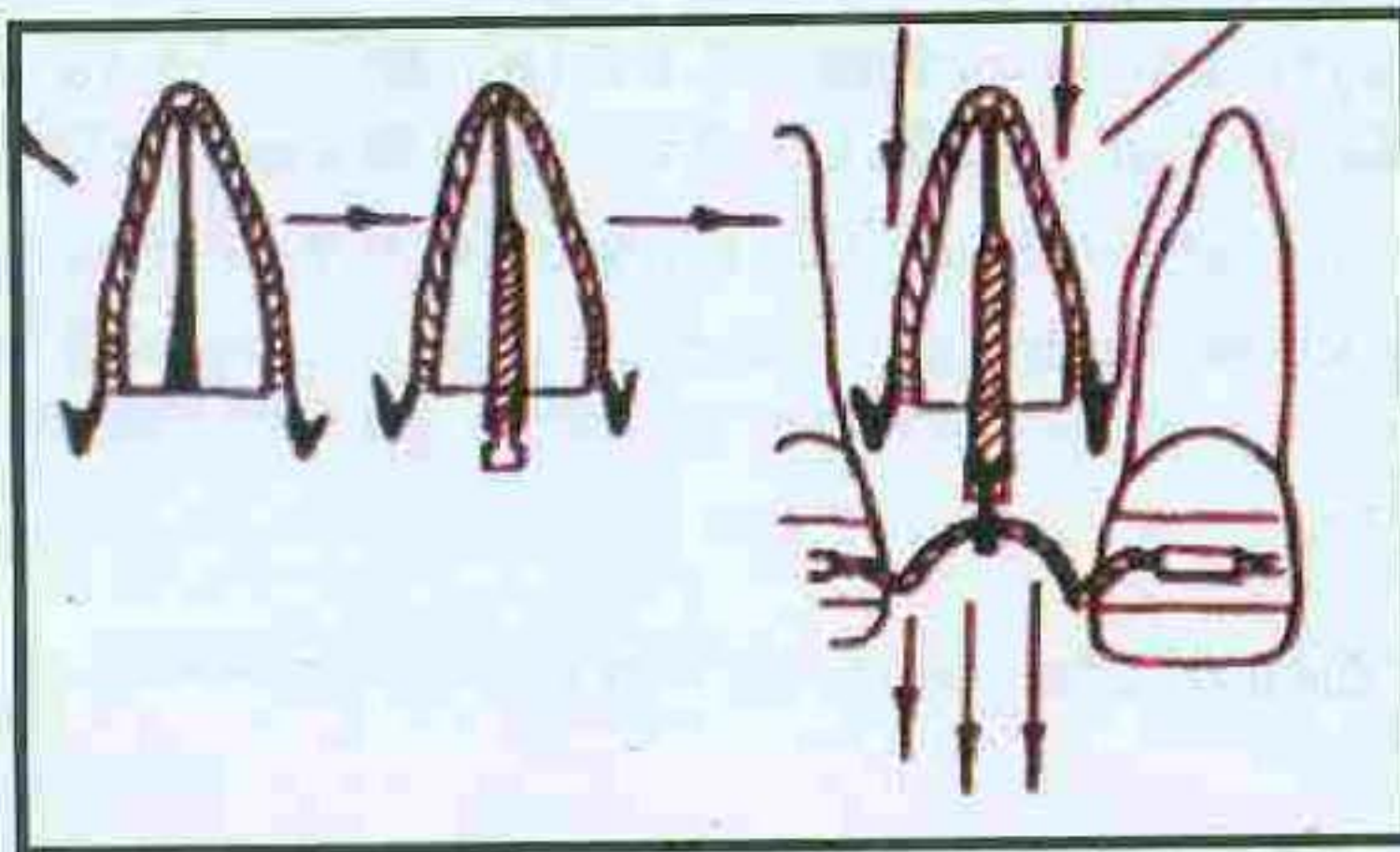
– Mài chỉnh khớp cắn.

– Cắm lại răng.

– Nắn chỉnh răng.

– Cố định răng.

– Các phương pháp khác.



Hình 9.7. Làm trời răng bằng lực kéo nhẹ và liên tục

3.4. Phác đồ điều trị chấn thương răng

Tổn thương	Độ sâu	Răng sữa	Răng vĩnh viễn
Gãy thân răng	Men	Mài + fluor	Mài + fluor. Phục hồi thân răng
	Men-ngà	Bảo vệ ngà + Phục hồi Theo dõi 15 ngày, 1, 2, 3 tháng.	Như trên
	Men-ngà-tủy	Tổn thương ít và < 48 giờ: lấy tủy buồng. Tổn thương lớn và > 48 giờ: điều trị tủy (gỡ 2) hoặc nhổ răng.	Răng chưa đóng chóp và < 12 giờ: Che tủy trực tiếp + phục hồi + theo dõi tủy 7 – 21 – 90 ngày. Răng chưa đóng cuống và gãy > 12 giờ: lấy tủy buồng, phục hồi, theo dõi 7, 21, 90 ngày cho đến khi đóng cuống. Điều trị tủy khi cuống đã đóng. Răng đóng cuống: che tủy trực tiếp hoặc điều trị tủy.
Gãy thân – chân răng	Men-ngà-tủy cement	Nhổ răng	Tùy theo đường gãy dưới lợi hay trên lợi.
Gãy chân răng	Ngà-tủy-cement	Bảo tồn và theo dõi hoặc nhổ răng để lại chóp, theo dõi sự tiêu của đoạn chóp	Gãy 1/3 giữa: bảo tồn, theo dõi liền sẹo, kháng sinh, chống viêm, cố định, điều trị tủy nếu hoại tử 1/3 chóp: trường hợp thuận lợi, bảo tồn, kháng sinh, cố định, điều trị tủy nếu hoại tử và nhổ 1/3 chóp.
Trật khớp	Tùng phần	Chấn động răng và bán trật khớp: theo dõi lâm sàng và Xquang. Trôi răng: đặt lại răng nhẹ nhàng, kháng sinh, chống viêm 8 ngày, nhổ răng nếu có cản trở cắn và lung lay.	Nắn chỉnh – cố định – Theo dõi tủy.
	Lún toàn bộ	Mọc lại tự nhiên sau 1 – 6 tháng, kháng sinh, chống viêm, nếu không được thì nhổ răng.	Răng vĩnh viễn chưa đóng chóp: nắn chỉnh, theo dõi lâm sàng và Xquang.
	Rơi răng ra ngoài	Không cắm lại răng cho răng sữa.	Cắm lại và cố định răng.
Cố định: Răng chưa đóng cuống thì thời gian cố định càng ngắn			

Xử trí lún răng sữa: Cần căn cứ vào vị trí di lệch của chóp răng so với mầm răng sữa.

– Trường hợp chân răng trượt về phía tiền đình, xa mầm răng vĩnh viễn: bảo tồn răng, theo dõi 1 – 6 tháng, nếu không mọc được: nhổ răng. Trên phim Xquang cận

chóp: nếu chân răng trượt về phía tiền đình chúng ta thấy chiều dài răng bị ngắn lại so với răng đối bên. Răng mọc lại nhanh nếu nó ở giai đoạn I.

– Trường hợp chân răng trượt về phía khẩu cái, khoảng cách giữa chân răng và mầm răng vĩnh viễn hẹp, cần nhổ răng nhẹ nhàng, tránh sang chấn mầm răng bên dưới. Trên phim Xquang cận chóp: nếu chân răng trượt về phía khẩu cái chúng ta thấy chiều dài răng dài hơn so với răng đối bên.

Xử trí lún răng vĩnh viễn trẻ:

Tùy trường hợp theo dõi răng mọc tự nhiên hoặc kéo răng. Răng có thể được kéo ra ngoài bằng phẫu thuật hoặc lực nắn chỉnh. Quyết định điều trị còn phụ thuộc vào giai đoạn hình thành chân răng, kéo răng bằng phẫu thuật chống chỉ định trong trường hợp răng chưa đóng chóp. Theo nghiên cứu của Andreasen và cộng sự, quyết định điều trị phụ thuộc vào tuổi trên hay dưới 17 tuổi. Trường hợp dưới 17 tuổi, ưu tiên theo dõi mọc lại tự nhiên trong vòng 6 tháng. 95% mọc lại sau 2 – 13 tháng. Tuy nhiên nếu theo dõi 3 tuần mà không thấy có hiện tượng di chuyển răng nên kéo răng bằng lực nắn chỉnh nhẹ và liên tục.

4. DI CHỨNG CỦA CHẤN THƯƠNG

4.1. Trên răng sữa bị chấn thương

4.1.1. Xung huyết tuỷ

Là đáp ứng đầu tiên của tuỷ đối với chấn thương. Những mao quản của răng bị xung huyết, có thể thấy được bằng cách soi đèn vào thân răng. Ngoài ra răng bị xung huyết còn nhạy cảm với gõ. Răng có thể hồi phục hoàn toàn hoặc trở nên trầm trọng do tắc nghẽn mạch máu ở vùng chóp gây hoại tử tuỷ.

4.1.2. Chảy máu tuỷ

Do xung huyết, các mao quản bị chảy máu để lại những mảnh vụn đọng lại trong ống ngà. Trường hợp nhẹ, máu sẽ tiêu đi và có sự đổi màu ít, sẽ nhạt dần sau vài tuần. Trong những trường hợp trầm trọng hơn, sự đổi màu tồn tại vĩnh viễn. Khi quan sát thân răng có thể có màu: đỏ nâu, xám, vàng.

Sự đổi màu ở răng sữa không có nghĩa là răng bị chết tuỷ, đặc biệt khi sự đổi màu xảy ra trong vòng 1 – 2 ngày sau chấn thương. Sự đổi màu xảy ra sau nhiều tuần hoặc nhiều tháng sau chấn thương là dấu hiệu hoại tử tuỷ.

4.1.3. Sự calci hoá

Là tình trạng buồng tuỷ và ống tuỷ bị bít kín dần do ngà lắng đọng. Đây không phải là phản ứng tuỷ bình thường mà là đáp ứng bệnh lý đối với chấn thương. 90% răng sữa calci hoá tiêu chân bình thường và không có chỉ định điều trị. Những răng này có màu vàng nhạt.

4.1.4. Tuỷ hoại tử

Một va chạm nhẹ vào răng có thể ảnh hưởng đến sự tuần hoàn của mạch máu tuỷ và gây hoại tử tuỷ. Có thể thấy trên phim cận chóp u hạt hoặc nang ở răng cửa bị hoại tử tuỷ. Còn trên lâm sàng là áp xe vùng chóp răng tương ứng.

Điều trị: Lấy tuỷ chân, trám bít ống tuỷ bằng ZOE hoặc nhổ để tránh ảnh hưởng đến mầm răng vĩnh viễn.

4.1.5. Tiêu chân răng

a) Ngoại tiêu:

– Tiêu bề mặt: trên bề mặt chân răng có những khuyết hổng và được thay thế bởi tổ chức cement tân tạo. Các tổn thương này có thể ngừng và liền sẹo một cách tự nhiên khi loại bỏ các yếu tố viêm nhiễm.

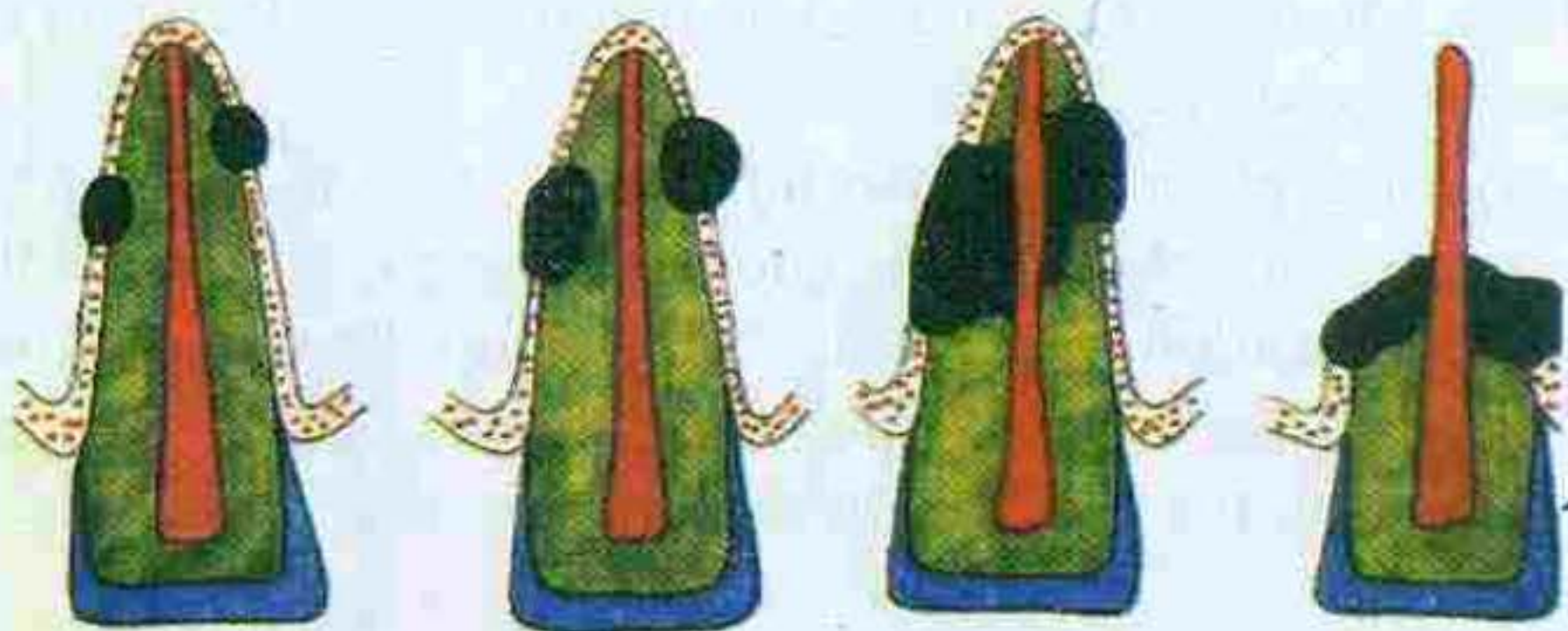
– Tiêu thay thế và dính khớp: nguyên nhân do tổn thương không hồi phục của dây chằng nha chu. Xương ổ răng tiếp xúc trực tiếp và trở nên đồng nhất với bề mặt chân răng. Hoạt động của tạo cốt bào bình thường, chân răng bị tiêu và được thay thế bằng mô xương. Khoảng dây chằng quanh răng biến mất. Răng vĩnh viễn bị lạc chỗ, ngấm hoặc mọc chậm.

– Tiêu viêm: có thể xảy ra ở mặt ngoài chân răng (hoặc trong buồng tuỷ, ống tuỷ). Thường gặp ở các răng bị trật khớp và liên quan đến tuỷ hoại tử hoặc dây chằng nha chu bị viêm. Nó có thể phát triển rất nhanh và phá huỷ răng trong vòng vài tháng.

b) Nội tiêu:

– Tiêu thay thế: trên phim Xquang buồng tuỷ tăng kích thước không đều, ngà bị tiêu huỷ. Mô học: tuỷ chuyển thành xương xốp.

– Tiêu viêm: trên phim Xquang thấy buồng tuỷ tăng kích thước theo hình oval. Mô học: mô tuỷ chuyển thành mô hạt giàu tế bào khổng lồ, làm tiêu dần dần thành ống tuỷ từ trong ra ngoài.

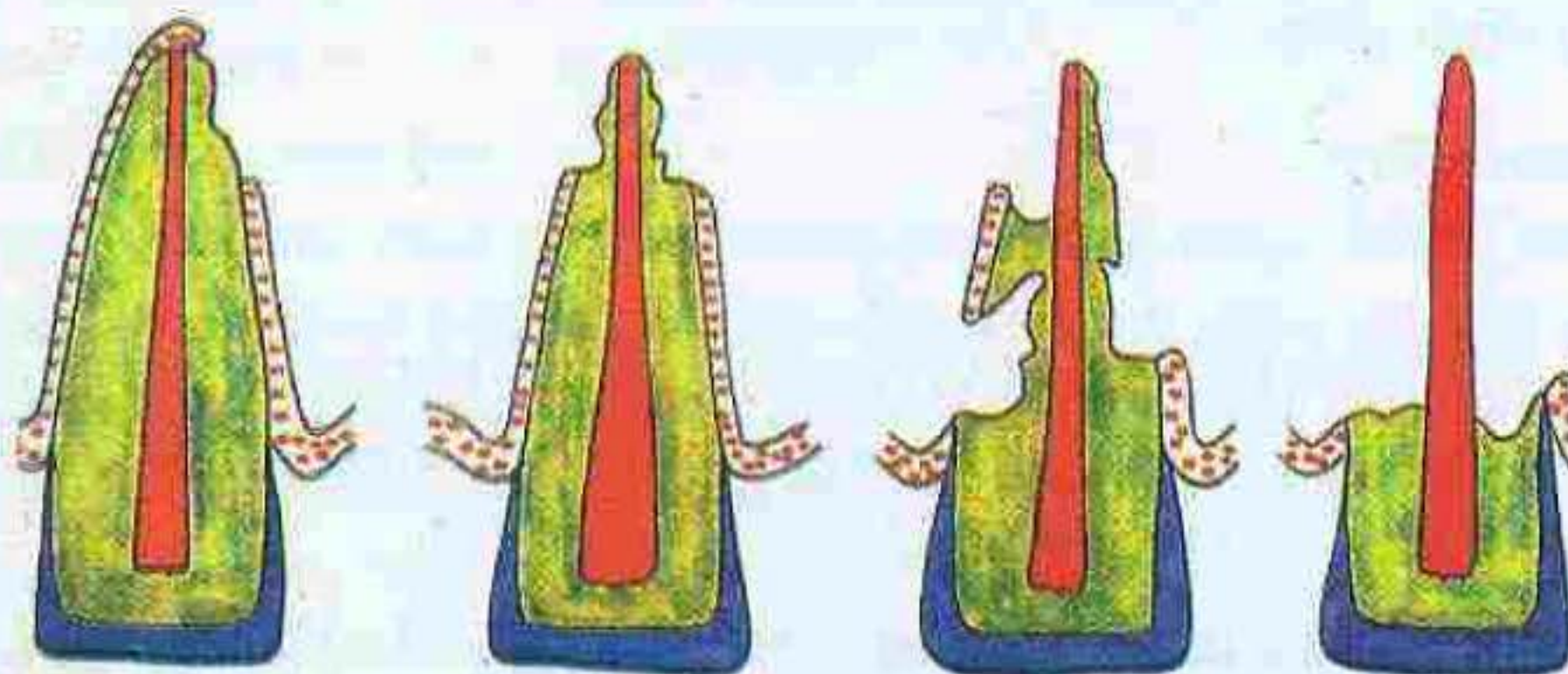


Hình 9.8. Hình ảnh tiêu viêm

4.2. Trên mầm răng bên dưới

4.2.1. Mức độ liên quan đến

- Tư thế phía lưỡi của các mầm răng bên dưới.
- Mối tương quan giữa chân răng sữa và mầm răng bên dưới.
- Giai đoạn khoáng hoá của mầm răng bên dưới.



Hình 9.9. Hình ảnh tiêu thay thế

4.2.2. Các loại dị chứng trên mầm răng vĩnh viễn

- Đổi màu thân răng: trắng hoặc vàng - nâu.
- Thiếu sản men.
- Thân răng tách đôi.
- Odontoide.
- Tách đôi chân răng.
- Thân răng bị gập.
- Ngừng hình thành chân răng.
- Rối loạn mọc răng.

4.3. Trên răng vĩnh viễn bị chấn thương

- Hoại tử tuỷ, triệu chứng lâm sàng rất ít: có thể đau tự nhiên trong giai đoạn đang hoại tử, nhạy cảm khi gõ hoặc lung lay nhẹ. Xquang: có thể thấy vùng thấu quang sau 2 - 3 tuần chấn thương. Nguy cơ hoại tử tuỷ cao trong các trường hợp lún hay trời răng. Thấp hơn trong các trường hợp bán trật khớp. Răng đã đóng chóp nguy cơ hoại tử tuỷ cao hơn răng chưa đóng chóp.

- Tắc ống tuỷ từng phần hoặc toàn bộ sau 9 - 12 tháng. Hiện tượng này được coi như là đáp ứng của tuỷ khi bị chấn thương, do tăng quá trình hình thành ngà thứ phát. Mức độ thường tương ứng với mức độ trật khớp. Lâm sàng: thân răng có màu vàng xám, không đáp ứng hoặc đáp ứng nhẹ với các test thử tuỷ hoặc kích thích điện. Xquang: buồng tuỷ thu hẹp và dần dần ống tuỷ hẹp, có thể tắc từng phần hoặc toàn phần.

- Tiêu chân răng: rất hiếm gặp sau gãy chân răng, nhưng thường gặp sau trật khớp. Tiêu thường gặp trong trường hợp cấm lại răng.

- Đổi màu nguyên nhân do:

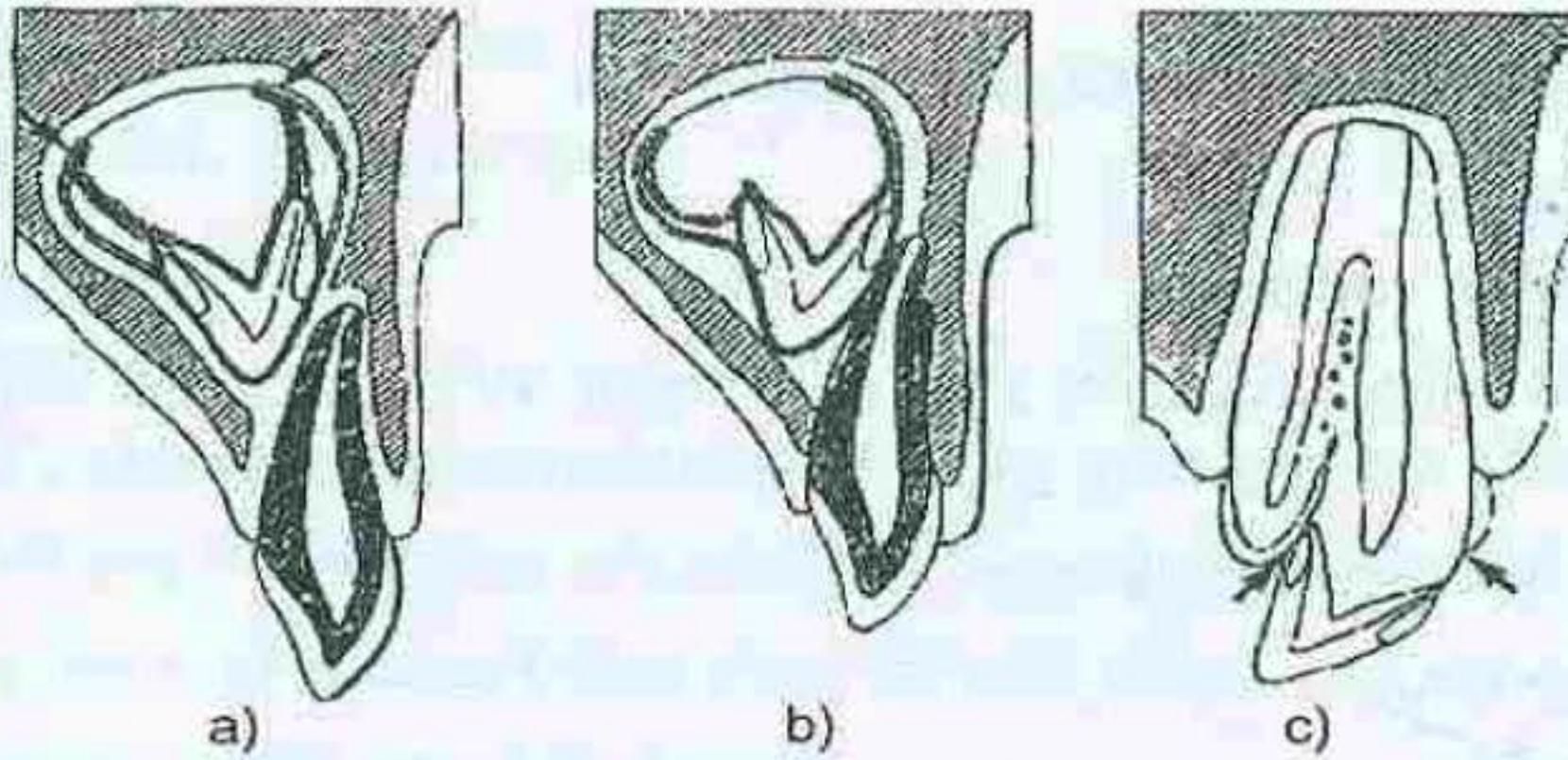
+ Không đứt bó mạch máu-thần kinh, nhưng làm vỡ các tĩnh mạch có thành mạch mỏng, dễ vỡ gây chảy máu.

+ Đứt bó mạch máu-thần kinh, tạo ra sự nhồi máu với sự phá huỷ các mao mạch và giải phóng erythrocyte.

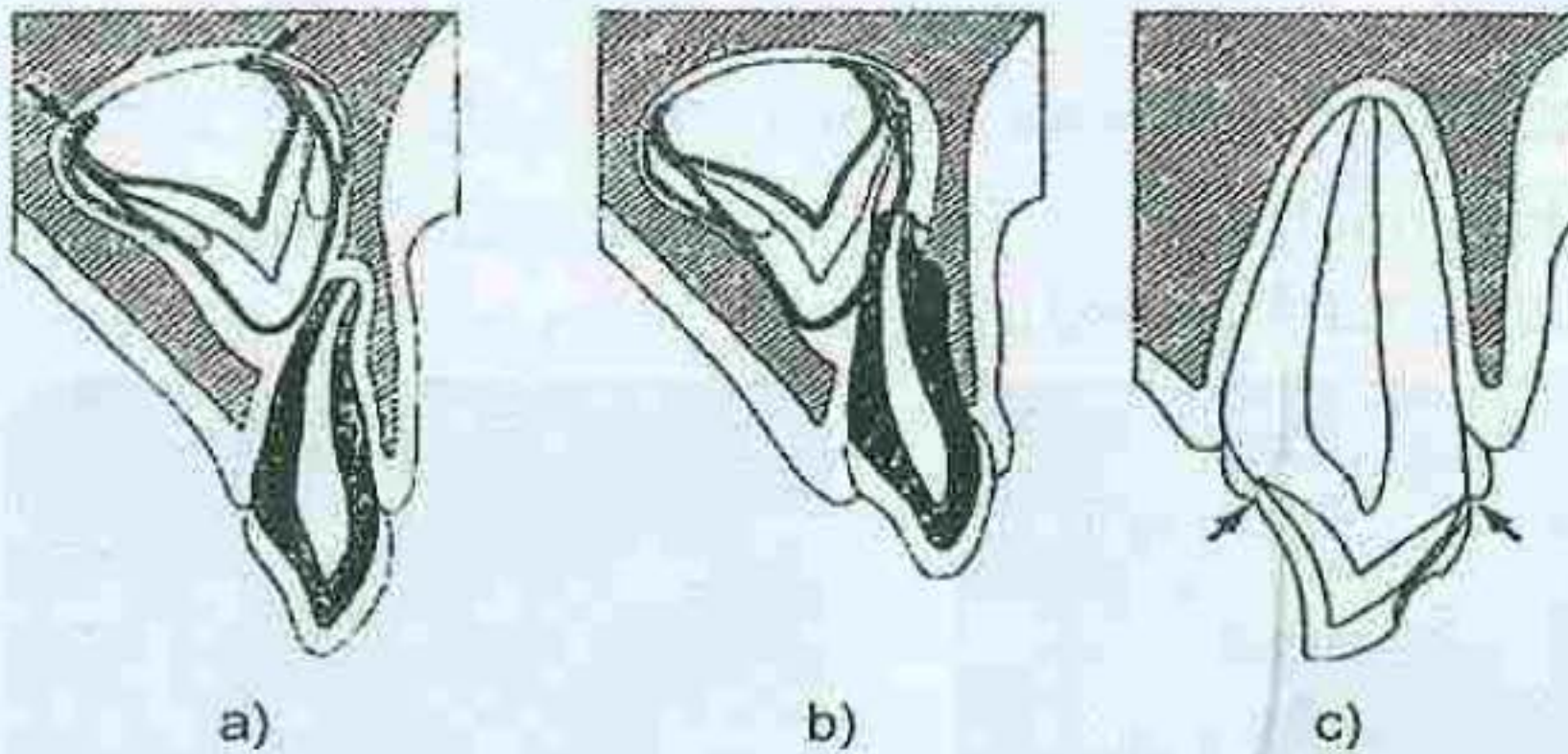
+ Tuỷ hoại tử giải phóng các sản phẩm tạo màu gris xám.

+ Ống tuỷ tắc dần dần làm màu răng thay đổi (vàng xám).

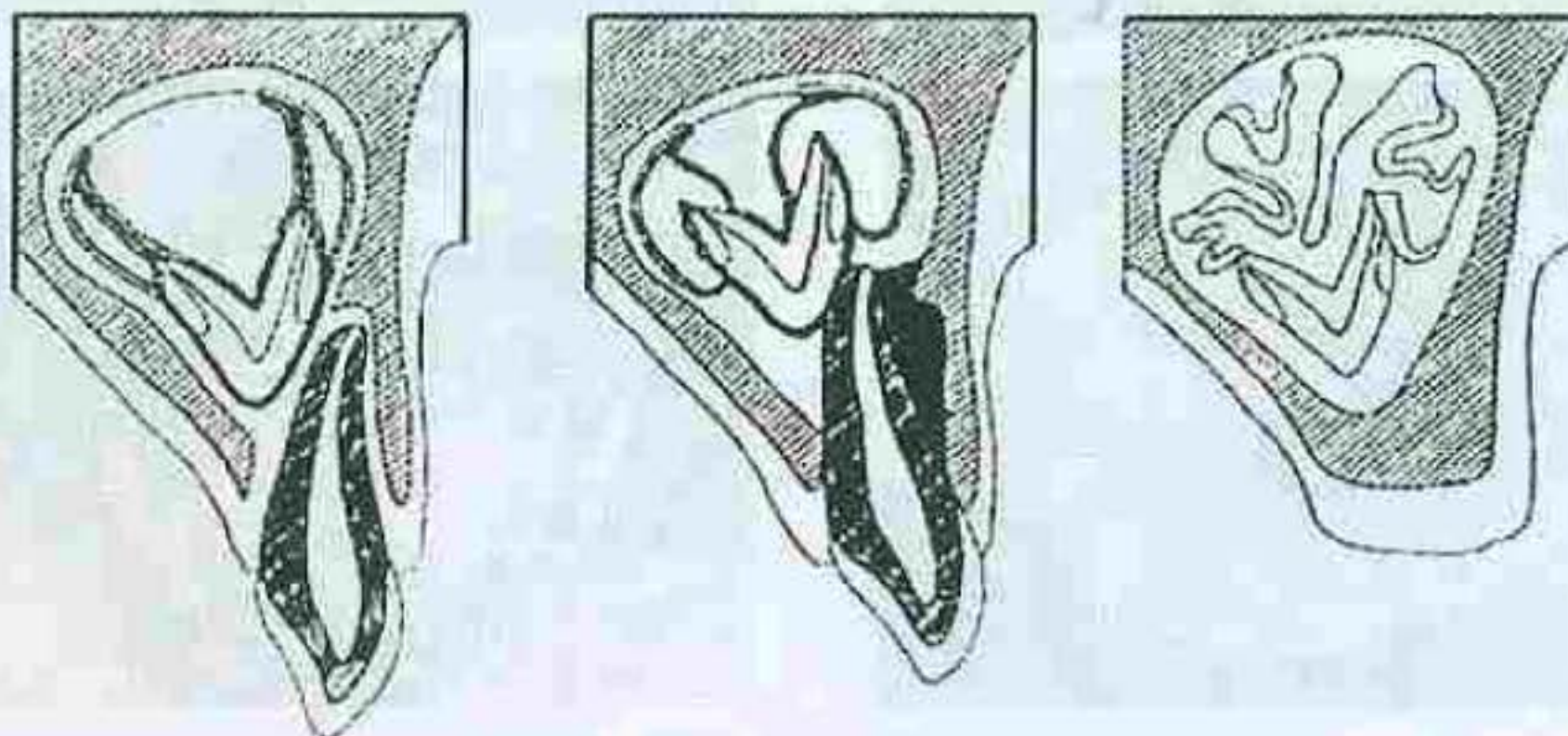
- Mất tổ chức xương nâng đỡ trong 10% trật khớp.



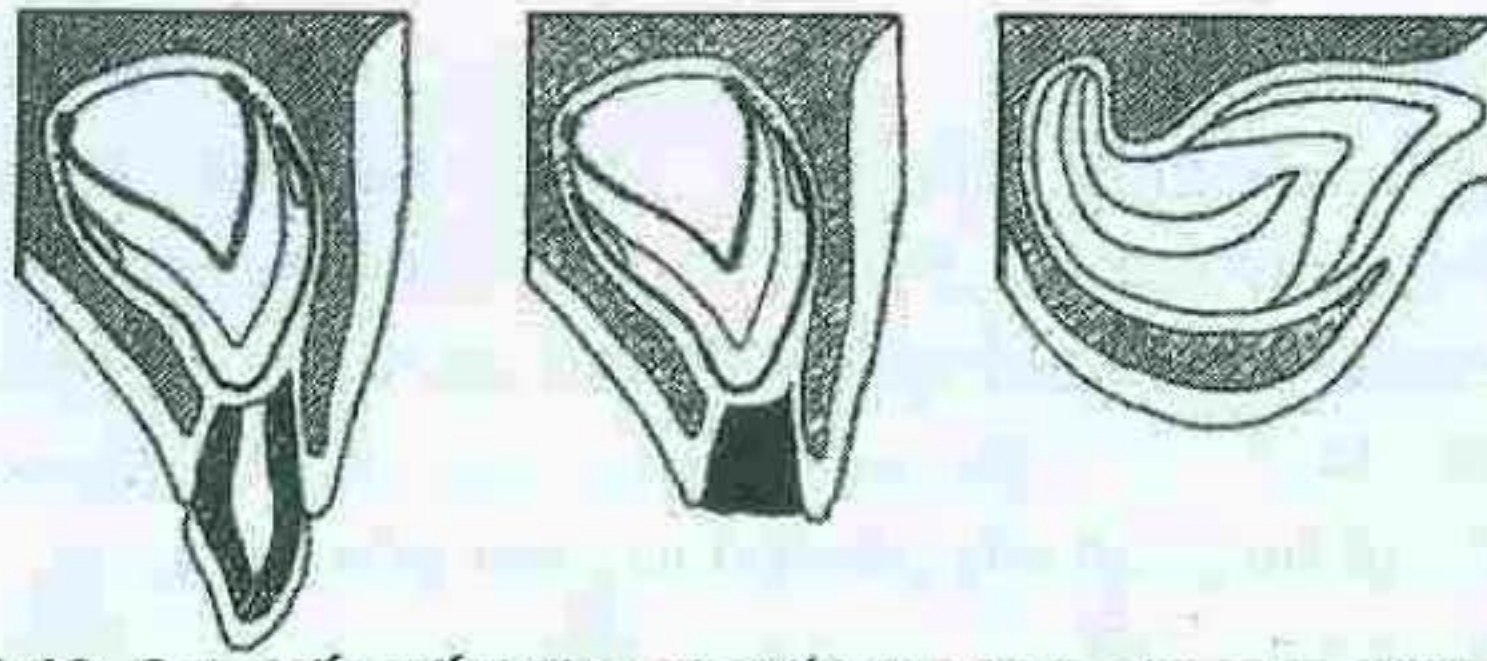
Hình 9.10. Thân răng bị tách đôi



Hình 9.11. Cơ chế xuất hiện các tổn thương màu trắng xám hoặc vàng sậm có kết hợp với thiếu sản men dạng vòng



Hình 9.12. Cơ chế xuất hiện các Odontoide



Hình 9.13. Cơ chế xuất hiện các tổn thương gập góc chân răng

5. DỰ PHÒNG

5.1. Cần chú ý dự phòng đối với các đối tượng sau

- Trẻ chơi thể thao.
- Trẻ khiếm khuyết vận động.
- Trẻ có độ cắn chìa quá mức (theo Jarvinen 1978, nếu độ cắn chìa tăng từ 3 – 6mm, nguy cơ chấn thương tăng gấp đôi, trên 6mm: tăng gấp 3).

5.2. Cần thực hiện tốt các vấn đề sau

- Giáo dục cộng đồng.
- Sửa chữa khớp cắn.
- Phương tiện bảo vệ.

5.3. Các phương tiện bảo vệ (protège – dent)

- Protège – dent bán thích ứng.
- Protège – dent sản xuất theo mẫu cá nhân.



Hình 9.14. Các khí cụ dự phòng chấn thương răng

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn các câu trả lời đúng cho các câu hỏi sau bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu.

1. Gãy răng thường xảy ra ở:
 - A. Bộ răng sữa.
 - B. Bộ răng vĩnh viễn.
 - C. Trường hợp bị va chạm, shock nhẹ.
 - D. Bộ răng sữa và răng vĩnh viễn.
 - E. Các răng vĩnh viễn vừa mọc.
2. Xử trí lún răng sữa:
 - A. Nhổ răng.
 - B. Theo dõi chờ đến khi răng mọc.
 - C. Theo dõi sau 1 – 6 tháng nếu răng không mọc lại được thì chỉ định nhổ răng.
 - D. Điều trị tuỷ chờ đến tuổi thay răng thì nhổ răng.
 - E. Kéo răng ra ngoài và cố định răng.
3. Di chứng chấn thương trên mầm răng vĩnh viễn:
 - A. Đổi màu thân răng: trắng hoặc vàng – nâu, thiếu sản men.
 - B. Thân răng tách đôi, thân răng bị gập.
 - C. Ngừng hình thành chân răng, rối loạn mọc răng.
 - D. Odontoide.
 - E. Tất cả các trường hợp trên.
4. Theo phân loại của Garcia–Godoy, loại 2 tương ứng với tổn thương:
 - A. Nứt men.
 - B. Gãy men.
 - C. Gãy men và ngà răng, nhưng không có tổn thương tuỷ.
 - D. Gãy men và ngà răng, nhưng có tổn thương tuỷ.
 - E. Gãy men + ngà răng + cement nhưng không có tổn thương tuỷ răng.
5. Nẹp cố định cho chân răng gãy nên chắc chắn hơn nẹp sử dụng để cố định răng chấn thương bị di lệch. Thời gian thường nẹp cho gãy chân răng là:
 - A. 3 tháng.
 - B. 3 tuần.
 - C. 2 – 3 tuần.
 - D. 1 tháng.

6. Khi gãy chân răng, tiên lượng tốt nhất nếu đường gãy ở:
- A. Gãy 1/3 phía cổ.
 - B. Gãy 1/3 giữa.
 - C. Gãy 1/3 chóp.
 - D. Gãy giữa 1/3 giữa và 1/3 phía cổ.
7. Cắm lại răng sữa là chống chỉ định ngay cả khi có tình trạng lý tưởng nhất. Nguyên nhân bởi vì tiên lượng kém và tăng thêm nguy cơ rủi ro chấn thương cho sự thay răng.
- A. Cả hai ý đều đúng.
 - B. Cả hai ý đều sai.
 - C. Ý đầu đúng, ý sau sai.
 - D. Ý đầu sai, ý sau đúng.
8. Chấn thương làm rơi răng ra ngoài hay gặp ở trẻ 7 – 9 tuổi khi mà răng cửa đang mọc. Nguyên nhân này là do giãn rộng cấu trúc dây chằng quanh răng xung quanh răng đang mọc.
- A. Cả hai ý đều đúng.
 - B. Cả hai ý đều sai.
 - C. Ý đầu đúng, ý sau sai.
 - D. Ý đầu sai, ý sau đúng.
9. Khi răng vĩnh viễn bị lún do chấn thương, tiêu nhanh chân răng, tuỷ hoại tử hoặc dính khớp thường xảy ra hơn. Để dự phòng, lấy hết mô tuỷ tận gốc và đặt calcium hydroxyd vào bên trong ống tuỷ. Việc này thường làm:
- A. 2 tuần sau chấn thương.
 - B. 6 tuần sau chấn thương.
 - C. Ngay lập tức sau chấn thương.
 - D. 8 tuần sau chấn thương.
10. Phân loại tổn thương chấn thương của tác giả nào được Tổ chức Y tế Thế giới công nhận trong phân loại bệnh răng miệng quốc tế.
- A. Rabinowitch, 1956.
 - B. Ellis và Davey, 1960.
 - C. Andreasen, 1981.
 - D. Ulfohn, 1985.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thuý Nga, Phan Thị Thanh Yên, Phan Ái Hùng, Đặng Thị Nhân Hoà. Nha khoa trẻ em (2001). Nhà xuất bản Y học, Chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh.
2. Javotte Nancy. Odontologie pédiatrique. Université Victor Segalen Bordeaux 2. Année, 2005.
3. MS Duggal, Mej Curzon, S.A Fayle (2002). Restorative techniques in paediatric dentistry, 2th edition, Mosby.
4. Fédédric Courson (2005). Odontologie pédiatrique au quotidien. Deuxième édition, Éditions CDP.
5. Ralph E McDonald, David R. Avery, Jeffrey A. Dean. (2004). Dentistry for child and adolescent.
6. Revue francophone d'odontologie pédiatrique.

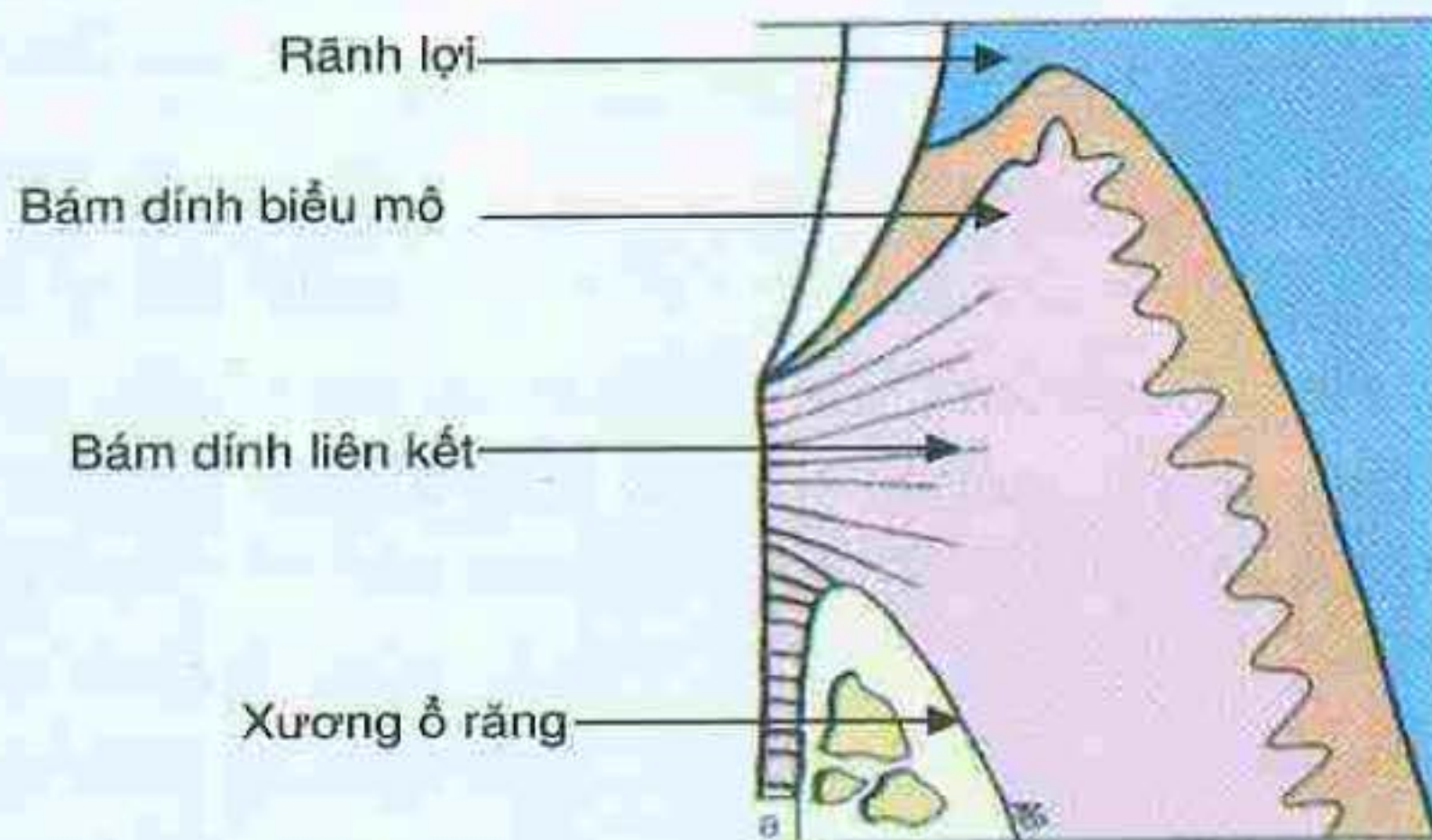
BỆNH VÙNG QUANH RĂNG Ở TRẺ EM

MỤC TIÊU

1. Trình bày những điểm khác nhau cơ bản giữa tổ chức quanh răng ở trẻ em và người lớn.
2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng, chẩn đoán và điều trị các bệnh viêm lợi ở trẻ em.
3. Trình bày được triệu chứng lâm sàng, chẩn đoán và điều trị các thể bệnh viêm quanh răng tiến triển nhanh ở trẻ em.

I. ĐẠI CƯƠNG

1. MÔ QUANH RĂNG



Hình 10.1. Sơ đồ tổ chức quanh răng theo Gargiulo và cộng sự, năm 1961

2. NHỮNG ĐIỂM KHÁC NHAU CƠ BẢN GIỮA MÔ QUANH RĂNG CỦA TRẺ EM VÀ NGƯỜI LỚN

- Ổ cung răng sữa và hỗn hợp vùng liên kẽ răng được phủ hoàn toàn bởi lợi.
- Màu đỏ tươi hơn vì được tưới máu nhiều hơn và biểu mô ít sừng hoá hơn, do đó dễ nhâm lẫn với tình trạng viêm nhẹ.
- Ít các hạt hơn (hạt lấm tấm da cam) và chỉ xuất hiện sau 2 tuổi.
- Bờ lợi tự do dày và tròn hơn, có thể có dạng viên trắng khi răng đang mọc lên.

- Mật độ mềm hơn vì mô ít dày hơn.
- Khoảng dây chằng quanh răng rộng hơn với các bó sợi, sợi collagen ít hơn và được tưới máu nhiều hơn.
- Lớp cement mỏng hơn.
- Xương ổ răng ở hàm răng sữa: ít bè xương hơn, vôi hoá kém hơn, nhiều khoảng trống giữa các bè xương hơn so với hàm răng vĩnh viễn.



Hình 10.2. Mô lợi ở hàm răng sữa

3. BỆNH VÙNG QUANH RĂNG

Bệnh quanh răng bao gồm nhóm các bệnh ảnh hưởng đến cấu trúc nâng đỡ của răng: lợi tự do, lợi bám dính, dây chằng quanh răng, cement và xương ổ răng. Các bệnh vùng quanh răng được phân thành hai nhóm bệnh chính: Viêm lợi và viêm quanh răng.

- Đặc điểm viêm lợi:
 - + Tổn thương viêm khu trú ở lợi.
 - + Lợi đỏ và sưng nề.
 - + Có thể chảy máu lợi khi chải răng hoặc chảy máu tự nhiên.
 - + Xương và tổ chức bám dính không bị ảnh hưởng.
- Đặc điểm bệnh viêm quanh răng:
 - + Tổn thương viêm lan rộng đến vùng dây chằng quanh răng.
 - + Mất bám dính, xương ổ răng bị phá huỷ.
 - + Có túi lợi bệnh lý.

Ở trẻ em thường gặp các nhóm bệnh khu trú ở lợi, ít bị mắc các bệnh gây phá huỷ vùng quanh răng. Tuy nhiên, có thể gặp bệnh viêm quanh răng tiến triển nhanh ở trẻ em và tuổi thanh thiếu niên.

II. VIÊM LỢI

Phân loại viêm lợi

Phân loại viêm lợi theo Ralph E. McDonald.

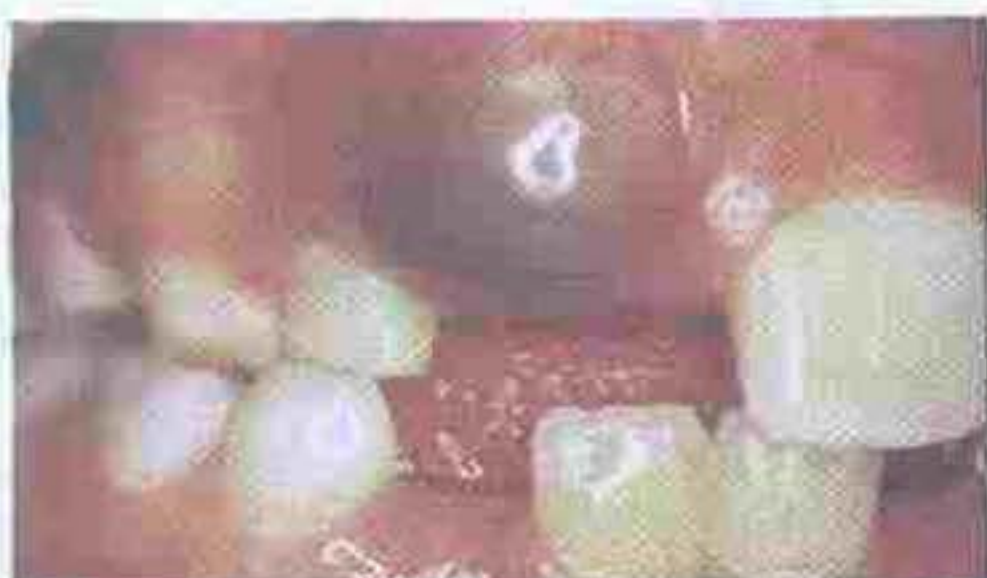
1. Viêm lợi đơn giản
 - Viêm lợi mọc răng.
 - Viêm lợi do mảng bám.
 - Viêm lợi do dị ứng.
2. Viêm lợi cấp tính
 - Viêm lợi miệng Herpes.
 - Áp tơ niêm mạc.

- Nhiễm nấm Candida cấp.
- Viêm lợi do vi khuẩn.
- 3. Viêm lợi không đặc hiệu
- 4. Viêm lợi là biểu hiện của các yếu tố toàn thân
 - Viêm lợi liên quan đến nội tiết.
 - Viêm lợi do căn nguyên từ gen.
 - Phì đại lợi.
 - Viêm lợi do thiếu vitamin C.

1. VIÊM LỢI CẤP

1.1. Viêm lợi khi mọc răng

- Xảy ra khi răng mọc, có tính chất tạm thời.
- Triệu chứng giảm khi răng mọc được ra, thường gặp vào lúc 6 – 7 tuổi khi mọc răng hàm lớn thứ nhất và hai.
- Nguyên nhân: chưa rõ, có thể do lợi viêm không được bảo vệ khi răng chưa mọc hoàn toàn.
- Các yếu tố thuận lợi làm trầm trọng bệnh: tích tụ thức ăn, mảng bám vi khuẩn.
- Trong một số trường hợp bệnh tiến triển cấp tính và có thể gây viêm quanh thân răng hoặc áp xe quanh thân răng.



Hình 10.3. Viêm lợi khi mọc răng

- Điều trị:
 - + Viêm nhẹ: chỉ cần tăng cường VSRM.
 - + Viêm quanh thân răng: tăng cường VSRM, rửa tổn thương bằng dung dịch oxy già.
 - + Viêm quanh thân răng, áp xe quanh thân răng có kèm theo hạch: tăng cường VSRM, rửa tổn thương bằng dung dịch oxy già, phối hợp dùng liệu pháp kháng sinh toàn thân.

1.2. Viêm lợi miệng Herpes nguyên phát

- Viêm lợi miệng Herpes nguyên phát (hay còn gọi viêm lợi miệng phỏng rộp nguyên phát) là một bệnh nhiễm trùng cấp tính do virus Herpes singler type 1 gây lên (HSV-1).
- Bệnh hay gặp ở trẻ em độ tuổi từ 2 – 5, nhưng cũng có thể gặp ở tuổi lớn hơn. Trẻ nhỏ hơn dưới 12 tháng ít mắc do nhận được miễn dịch thụ động từ mẹ. Gần 100%

dân số trưởng thành là người mang virus và có kháng thể trung hoà virus trong máu, 99% các trường hợp mắc bệnh không có biểu hiện lâm sàng.

– Virus lây nhiễm qua đường hô hấp dưới dạng bọt khí (mang virus) với thời gian ủ bệnh khoảng một tuần. Trẻ bị nhiễm sẽ có hội chứng nhiễm virus như sốt khoảng 38 – 39°C, đau đầu, khó chịu, đau miệng, khó nuốt, có hạch ở cổ... Đôi khi các triệu chứng khởi phát thoáng qua không được để ý.

– Các biểu hiện ở miệng có khi chỉ dưới dạng một hoặc hai vết loét nhẹ ở niêm mạc miệng. Trong trường hợp cấp tính, có thể quan sát thấy các triệu chứng:

- + Bờ lợi viêm đỏ, phù nề.
- + Điển hình là sự xuất hiện các mụn nước màu vàng hoặc trắng xám ở lợi, lưỡi, môi, má, khẩu cái... Sau vài ngày mụn nước tự động vỡ, để lại các vết loét trên có giả mạc màu trắng xám, kích thước 1– 3mm, xung quanh có viền viêm đỏ và rất đau.
- + Giai đoạn lâm sàng kéo dài khoảng 14 ngày và các tổn thương ở miệng sẽ liền không để lại sẹo.



Hình 10.4. Viêm lợi miệng Herpes nguyên phát

- Biến chứng nặng và rất hiếm gặp là viêm não và màng não vô khuẩn.
- Chẩn đoán dựa vào tiền sử, độ tuổi, triệu chứng lâm sàng.
- Trường hợp nghi ngờ:
 - + Xét nghiệm giải phẫu bệnh mụn nước vỡ: thấy các tế bào biểu mô đang thoái hoá và các thể vùi trong nhân.
 - + Định lượng HSV1 huyết thanh: tăng gấp 4 lần.

Điều trị: Không đáp ứng tốt với điều trị chủ động. Các điều trị chủ yếu làm giảm triệu chứng của bệnh và chống bội nhiễm. Giai đoạn cấp tính:

- Tại chỗ:
 - + Bôi thuốc giảm đau tại chỗ, bôi trước khi ăn và trước khi đi ngủ. Thuốc dạng gel: Ví dụ: Kamistad gel, Sachol....
 - + Chống bội nhiễm bằng chlorhexidine 0,2%.
 - Với trẻ lớn có thể khạc nhổ, súc miệng chlorhexidine 0,2%, 2 – 3 lần/ngày.
 - Trẻ nhỏ có thể dùng chlorhexidine dạng xịt hoặc đắp gạc tẩm chlorhexidine.
- Toàn thân:
 - + Thuốc giảm đau, hạ sốt toàn thân.
 - + Trường hợp nặng dùng acyclovir trong 5 ngày. Acyclovir tác động chống lại virus nhưng không thể loại trừ hoàn toàn được virus. Thuốc có hiệu quả nhất khi dùng ở giai đoạn khởi phát.
 - + Cho nghỉ ngơi, chế độ ăn mềm giàu dinh dưỡng, bù nước đầy đủ.
 - + Có thể cho kháng sinh phòng bội nhiễm toàn thân.

*** Herpes môi tái phát:**

Sau giai đoạn tiên phát, Herpes ở giai đoạn không hoạt động nằm ở trong các hạch thần kinh giao cảm, nhưng sau đó có thể xuất hiện trở lại dưới dạng nứt kẽ môi đơn giản, hoặc các triệu chứng giống Herpes nguyên phát nhưng nhẹ hơn. Với Herpes môi, có thể bôi kem acyclovir (5%, 5 lần/ngày).



Hình 10.5. Herpes môi tái phát

1.3. Bệnh tay – chân – miệng

1.3.1. Đặc điểm dịch tễ

Bệnh tay – chân – miệng là bệnh truyền nhiễm lây từ người sang người, dễ gây thành dịch do virus đường ruột gây ra. Hai nhóm tác nhân gây bệnh thường gặp nhất là *coxsackievirus A16* và *enterovirus 71*.

Đây là một bệnh dễ lây lan. Đường lây truyền thường từ người sang người do tiếp xúc với các dịch tiết mũi họng, nước bọt, chất dịch từ các bọt nước hoặc phân của người bệnh. Giai đoạn lây lan mạnh nhất là tuần đầu tiên bị bệnh. Bệnh tay – chân – miệng không phải là bệnh lây từ động vật sang người.

Bệnh gặp rải rác quanh năm ở hầu hết các địa phương. Tại các tỉnh phía nam, bệnh có xu hướng tăng cao vào hai thời điểm từ tháng 3 – tháng 5 và từ tháng 9 – tháng 12 hàng năm. Bệnh thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi, đặc biệt tập trung ở nhóm dưới 3 tuổi. Các yếu tố sinh hoạt tập thể như trẻ đi học tại nhà trẻ, mẫu giáo là các yếu tố nguy cơ lây truyền bệnh, đặc biệt là trong các đợt bùng phát.



Hình 10.6. Bệnh tay – chân – miệng

1.3.2. Triệu chứng

a) Lâm sàng:

– Giai đoạn ủ bệnh: 3 – 7 ngày.

– Giai đoạn khởi phát: Có thể kéo dài 3 – 10 ngày với các triệu chứng điển hình của bệnh:

+ Loét miệng: Vết loét đỏ hay phỏng nước đường kính 2 – 3mm ở niêm mạc miệng, lợi, lưỡi.

+ Phát ban dạng phỏng nước: ở lòng bàn tay, lòng bàn chân, gối, mông tồn tại trong thời gian ngắn (dưới 7 ngày) sau đó để lại vết thâm.

+ Sốt nhẹ, nôn.

+ Nếu trẻ sốt cao và nôn nhiều có nguy cơ biến chứng thần kinh, tim mạch.

Biến chứng thần kinh, tim mạch, hô hấp thường xuất hiện sớm từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 5 của bệnh.

– Giai đoạn lui bệnh: Thường từ 3 – 5 ngày sau, trẻ hồi phục hoàn toàn, không có biến chứng.

b) Thể lâm sàng:

– Thể tối cấp: Bệnh diễn tiến rất nhanh, có các biến chứng nặng như suy tuần hoàn, suy hô hấp, hôn mê co giật dẫn đến tử vong trong vòng 48 giờ.

– Thể cấp tính với các triệu chứng điển hình như trên.

– Thể không điển hình: Dấu hiệu phát ban không rõ ràng, chỉ có loét miệng hoặc chỉ có triệu chứng thần kinh, tim mạch, hô hấp mà không phát ban và loét miệng.

c) Cận lâm sàng:

– Các xét nghiệm cơ bản:

+ Công thức máu: Bạch cầu thường trong giới hạn bình thường.

+ Protein C phản ứng (CRP) trong giới hạn bình thường (< 10mg/L).

– Xét nghiệm phát hiện virus: Lấy bệnh phẩm hầu họng, phỏng nước, trực tràng, dịch não tủy để phân lập virus chẩn đoán xác định nguyên nhân do EV71 hay Coxsackievirus A16.

1.3.3. Chẩn đoán

a) Chẩn đoán xác định: chủ yếu dựa vào triệu chứng lâm sàng và dịch tễ học.

– Yếu tố dịch tễ: căn cứ vào tuổi, mùa, vùng lưu hành bệnh, số trẻ mắc bệnh trong cùng một thời gian.

– Lâm sàng: sốt kèm theo phỏng nước điển hình ở miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, gối, mông.

– Xét nghiệm: Xác định có virus gây bệnh (hiếm làm).

b) Chẩn đoán phân biệt:

- Các bệnh có biểu hiện loét miệng:
- + Viêm lợi miệng Herpes nguyên phát: không có tổn thương ở chân, tay.
- + Áp tơ niêm mạc miệng: Vết loét sâu, kích thước lớn hơn, thường đơn độc, hay tái phát. Không gặp tổn thương tay chân. Gặp ở tuổi lớn hơn 10 tuổi, không có yếu tố dịch tễ.
- Các bệnh có phát ban da:
- + Sốt phát ban: hồng ban xen kẽ ít dạng sẩn, thường có hạch sau tai.
- + Dị ứng: hồng ban đa dạng, không có phỏng nước.
- + Viêm da mủ đỏ: đỏ, đau, có mủ.
- + Thủy đậu: phỏng nước nhiều lứa tuổi, rải rác toàn thân.
- + Sốt xuất huyết dengue: chấm xuất huyết, bầm máu, xuất huyết niêm mạc.

1.3.4. Điều trị

Chưa có thuốc điều trị đặc hiệu. Các điều trị thường tập trung vào điều trị triệu chứng, nâng cao thể trạng, để phòng bội nhiễm. Cách ly bệnh nhân để phòng dịch lây lan. Thường sau 7 – 14 ngày được chăm sóc tốt, không có bội nhiễm, bệnh tự khỏi. Tuy nhiên, có nhiều trường hợp tối cấp, bệnh tiến triển nhanh có thể dẫn đến tử vong. Do vậy, đứng trước bệnh nhân có nghi ngờ bị bệnh tay – chân – miệng, tốt nhất nên hội chẩn với các chuyên ngành có liên quan.

1.4. Loét áp tơ niêm mạc miệng

- Loét áp tơ là một tổn thương loét, đau, trên nền niêm mạc di động, xảy ra ở cả trẻ em tuổi học đường và người lớn.

- Nguyên nhân: Chưa rõ, có thể do các yếu tố tại chỗ hoặc toàn thân: gen, yếu tố miễn dịch, sự lây nhiễm vi sinh vật, stress, thiếu hụt các vi tố như: sắt, vitamin B12, acid folic... Theo Greenspan, các yếu tố không đặc hiệu (chấn thương, dị ứng thực phẩm, stress...) hoặc các yếu tố đặc hiệu (nhiễm vi khuẩn hoặc virus) có thể gây tình trạng mất cân bằng tạm thời ở các tế bào khác nhau. Sự mất cân bằng này có thể dẫn đến rối loạn sự điều chỉnh miễn dịch của biểu mô tại chỗ và kết quả là gây ra các tổn thương loét.

- Đặc điểm tổn thương:

+ Tổn thương loét hình tròn hoặc oval, lõm xuống, trên phủ giả mạc trắng, bao quanh là bờ viền đỏ. Chỗ tổn thương rất đau, đặc biệt với thức ăn chua, mặn...

+ Có thể xuất hiện từng tổn thương loét nhỏ, đơn lẻ hoặc tổn thương loét lớn hoặc xuất hiện rất nhiều tổn thương loét. Có thể kèm theo tổn thương loét ở vị trí khác trong cơ thể (loét ở bộ phận sinh dục).

+ Tổn thương loét kéo dài 4 – 14 ngày, sau đó liền không để lại sẹo, chỉ để lại sẹo trong trường hợp tổn thương loét rộng bất thường.

+ Tổn thương thường rất hay bị tái đi tái lại ở cùng một vị trí.



Hình 10.7. Loét áp tơ niêm mạc miệng

– Điều trị: Chưa có phác đồ điều trị đặc hiệu, các điều trị hiện thời tập trung vào việc thúc đẩy liền sẹo, giảm thời gian bị loét, giảm đau cho bệnh nhân, phòng hoặc giảm tần suất bị mắc lại bệnh. Các thuốc điều trị gồm:

+ Tại chỗ: bôi thuốc giảm đau, chống viêm dạng gel, kem..., bôi trước ăn và trước khi đi ngủ. Dùng nước súc miệng chlorhexidine 0,2 %.

+ Toàn thân: tăng cường dinh dưỡng, chế độ ăn mềm.

+ Trường hợp nặng có thể dùng acyclovir toàn thân.

1.5. Viêm niêm mạc miệng cấp do nấm Candida (tưa lưỡi)

– Nấm Candida bình thường cư trú trong khoang miệng không gây bệnh, có thể sinh sôi nhanh chóng và gây bệnh khi sức đề kháng của mô mềm ở trong miệng giảm.

– Bệnh có thể gặp ở trẻ nhỏ sau khi dùng một liệu pháp kháng sinh tại chỗ hoặc gặp ở trẻ sơ sinh, do trong quá trình sinh đẻ nhiễm nấm từ cơ quan sinh dục của mẹ.

– Đặc điểm lâm sàng: thương tổn trong miệng là những mảng trắng dày, nổi lên trên bề mặt niêm mạc má, lợi, vòm miệng... còn gọi là tưa miệng. Tưa miệng có thể được lấy đi dễ dàng để lại bề mặt tổn thương rớm máu.



Hình 10.8. Viêm niêm mạc miệng cấp do nấm Candida

– Điều trị:

+ Trẻ sơ sinh: nhỏ 1ml dung dịch nystatin vào trong miệng 4 lần/ngày, hoặc nhỏ 1 – 2mL dung dịch clotrimazole (10mg/mL), hoặc dung dịch fluconazol (10mg/mL) một lần, tổng liều 6mg/kg/ngày.

+ Trẻ lớn: ngậm thuốc ngậm clotrimazole hoặc nystatin, cho tác dụng duy trì trong miệng lâu hơn thuốc dạng dung dịch.

+ Đối với trẻ không đáp ứng với liệu pháp tại chỗ cho uống fluconazol viên 100mg/ngày × 14 ngày.

1.6. Viêm lợi loét hoại tử cấp tính (Acute Necrotizing Ulcerative Gingivitis (ANUG) or Vincent infection)

– Viêm lợi loét hoại tử cấp tính (ANUG) là một nhiễm trùng cấp tính thường là do stress, do giảm sức đề kháng, hay những tình trạng khác, làm thay đổi mối tương quan vật chủ – vi khuẩn giữa con người và vi khuẩn *Borrelia vincenti*.

– Dịch tễ: Bệnh hiếm gặp ở trẻ em trước tuổi đến trường, đôi khi xảy ra ở tuổi 6 – 12 và thường gặp hơn ở tuổi thanh, thiếu niên. Ở Mỹ và châu Âu, ANUG gặp ở thanh niên độ tuổi 16 – 30 với tỷ lệ mới mắc khoảng 0,7 – 7%. Ở các nước đang phát triển, bệnh xảy ra trên cả trẻ em 1 – 2 tuổi và có thể dẫn đến hoại tử rộng lớn mô cứng lẫn mô mềm. ANUG cũng có thể xảy ra giống như dịch ở tân binh và sinh viên đại học, các dịch này có khả năng là do hậu quả của các yếu tố nguy cơ hơn là do sự lây truyền giữa các cá thể.

– Đặc điểm lâm sàng:

+ ANUG đặc trưng bởi đau liên tục dữ dội và hôi miệng, hôi miệng là do sự tích tụ của vi khuẩn và mô hoại tử.

+ Tổn thương thường xảy ra ở nhú lợi, sau đó lan rộng ra các bờ lợi ở mặt lưỡi và mặt môi, nhú lợi bình thường nhọn, có màu hồng, nay không còn nhọn nữa.

+ Các tổn thương loét được bao phủ bởi một màng hoại tử có màng giả mạc màu xám vàng, rất đau khi chạm phải.

+ Tiến triển cấp tính thường hay xảy ra trên một nền viêm lợi sẵn có và chảy máu khi thăm khám.

+ Tình trạng vệ sinh răng miệng thường rất kém.

+ Có thể có sốt và nổi hạch, nhưng ít gặp hơn viêm lợi Herpes.



Hình 10.9. ANUG ở vùng cửa hàm trên và dưới của bệnh nhân 6 tuổi

– Tiến triển: Giai đoạn cấp tính kéo dài khoảng 5 – 7 ngày, sau đó sẽ bước sang giai đoạn mạn tính với các triệu chứng giảm dần. thỉnh thoảng có các đợt tái phát, nếu chu kỳ cấp tính – mạn tính tiếp tục xảy ra thì bờ lợi, nhú lợi mất đi hình dạng bình thường và trở nên tròn. Cuối cùng nếu viêm và hoại tử lan rộng đến mào xương ổ răng dẫn đến viêm quanh răng, hoại tử làm tiêu xương nhanh và tụt lợi. Đó là hậu quả của việc điều trị không đầy đủ.

– Nguyên nhân: Trên tiêu bản phết kính lấy từ tổn thương thấy, nhiều tế bào chết, bạch cầu đa nhân trung tính và các vi khuẩn liên quan, trong đó rất nhiều vi khuẩn hình thoi và xoắn khuẩn. Phức hợp vi khuẩn *Borrelia vincentii* được xem như là nguyên nhân chính của ANUG. Những vi khuẩn kỵ khí Gram (-) gồm: *Porphyromonas gingivalis*, *Veillonella* và *Selenomonas*, điều này gợi ý ANUG là một tình trạng nhiễm trùng kỵ khí diện rộng.

– Các yếu tố nguy cơ:

+ VSRM kém và viêm lợi từ trước.

+ Nghiện thuốc lá.

+ Trẻ em bị suy dinh dưỡng.

+ Stress dẫn đến nồng độ corticoid huyết thanh tăng được coi là một cơ chế của ANUG.

Tất cả những yếu tố nguy cơ đều có những hoạt động làm khởi động hoặc tiềm tàng một khả năng gây những thay đổi đặc hiệu ở cơ thể nhiễm, như làm giảm khả năng đáp ứng miễn dịch qua trung gian tế bào. Thực tế cho thấy, ở những bệnh nhân ANUG có suy giảm hoạt động thực bào và hoá ứng động của bạch cầu đa nhân.

– Điều trị:

+ Một điều quan trọng là nên cho bệnh nhân biết tình trạng của bệnh và nguy cơ tái phát nếu không điều trị triệt để. Cho bệnh nhân biết các yếu tố nguy cơ liên quan đến bệnh để bệnh nhân tự thay đổi, ví dụ: tăng cường VSRM, bỏ hoặc giảm hút thuốc lá, tăng dinh dưỡng...

+ Tại chỗ:

• Tăng cường VSRM hàng ngày bằng bàn chải mềm.

• Dùng nước súc miệng chlorhexidine 0,2% để làm giảm hình thành mảng bám, oxy già để oxy hoá và làm sạch mô hoại tử.

• Nên lấy cao răng ở lần hẹn đầu tiên bằng máy siêu âm. Nếu cần thì gây tê khi ANUG khu trú ở một vùng để lấy cao răng dưới lợi.

+ Toàn thân:

Sử dụng kháng sinh penicilin hay erythromycin trong 5 ngày. Trường hợp nặng kết hợp metronidazol.

- Nhắc nhở bệnh nhân tái khám.

1.7. Viêm lợi cấp do tụ cầu

Là bệnh nhiễm trùng cấp không thường gặp trong miệng.

Triệu chứng:

- Lợi rực đỏ cả hai hàm, rất dễ chảy máu, rất đau.
- Nhú lợi sưng nề và có thể phát triển thành áp xe.
- Nuôi cấy vi khuẩn: tụ cầu chiếm ưu thế.

Điều trị:

- Toàn thân: Kháng sinh phổ rộng.
- Tại chỗ: tăng cường VSRM, dùng nước súc miệng chlorhexidine 0,2%.
- Sau khi giảm các triệu chứng cấp tính: Sửa chữa lại các phục hình răng đảm bảo phù hợp với chức năng và đường viền lợi.

1.8. Viêm lợi do thiếu vitamin C

Triệu chứng lâm sàng:

- Tổn thương khu trú ở bờ lợi và nhú lợi.
- Đau nhức, lợi xung huyết phì đại, dễ bầm và chảy máu tự nhiên do mất đề kháng của hệ thống mao mạch.
- Kéo dài gây hoại tử lợi.
- Dạng nặng hiếm gặp ở trẻ em.
- Ở các dạng nhẹ không điển hình, nha sĩ thường bỏ sót trên lâm sàng. Nếu gặp bệnh nhân có viêm ở lợi viền và nhú lợi mà không có các yếu tố tại chỗ rõ ràng, phải nghĩ đến viêm lợi do thiếu vitamin C, hỏi bệnh nhân về chế độ ăn trong một tuần xem có thiếu vitamin C không.

Điều trị:

- Uống vitamin C:
 - + Trẻ nhỏ: liều 250mg – 500mg/1 ngày × 2 tuần.
 - + Trẻ lớn hơn: 1g/1 ngày × 2 tuần.
- Tại chỗ:
 - + Tăng cường VSRM.
 - Hoàn thành điều trị các bệnh răng miệng khác.

2. VIÊM LỢI MẠN TÍNH

2.1. Viêm lợi mạn tính không đặc hiệu

- Thường gặp ở tuổi thiếu niên và tiền thiếu niên, gặp ở trẻ gái nhiều hơn.
- Tổn thương có thể khu trú ở vùng răng trước, cũng có thể gặp ở tất cả các vùng.
- Đặc điểm của tổn thương: Lợi tấy đỏ, ít đau, tồn tại dai dẳng, ít đáp ứng với việc điều trị phòng ngừa.

– Nguyên nhân: Phức hợp các nguyên nhân tại chỗ và toàn thân bao gồm: Rối loạn nội tiết thời kỳ dậy thì ở trẻ gái, VSRM không tốt, chế độ ăn uống không cân bằng, thiếu hoa quả và vitamin, trong miệng có các yếu tố lưu giữ mảng bám: răng chen chúc, các phục hình răng sai quy cách, thờ miệng..., có sự liên quan đến nhóm máu ABO, thấy tỷ lệ viêm lợi cao ở nhóm máu AB, thấp ở nhóm máu O.

Điều trị:

- Khắc phục tất cả các yếu tố nguy cơ. Ví dụ: phục hình sai, thờ miệng,...
- Chế độ ăn uống cân bằng.
- Nhấn mạnh việc tăng cường VSRM hàng ngày đối với bệnh nhân.

2.2. Viêm lợi do mảng bám

– Là tình trạng viêm lợi mạn tính có liên quan chặt chẽ đến số lượng mảng bám răng, cao răng, do vệ sinh răng miệng không đảm bảo. Các nghiên cứu ở trong và ngoài nước đều cho thấy tỷ lệ mắc bệnh tăng dần theo tuổi: Việt Nam (2001): gần 90%, trẻ em lứa tuổi học sinh bị viêm lợi.

– Giải phẫu bệnh: Thâm nhiễm viêm tương tự như giai đoạn đầu của viêm lợi ở người lớn. Chủ yếu là các tế bào lympho, chưa rõ lympho B hay T, có một số tế bào plasma, đại thực bào và bạch cầu đa nhân trung tính. Hiện tượng ít gặp tế bào plasma (tế bào này có rất nhiều trong tổn thương tiến triển ở người lớn) cho thấy viêm lợi ở trẻ em yên lặng và không xâm lấn vào tổ chức quanh răng.

– Vi sinh học: Các vi sinh vật đầu tiên cư trú ở bề mặt răng sạch là không có hại tới vùng quanh răng, các cầu khuẩn Gram (+) chiếm ưu thế ở mảng bám sau 4 – 7 ngày. Sau 2 tuần có sự chuyển dạng sang Gram (-) với phức hợp vi khuẩn hình sợi và hình thoi bao gồm: *Capnocytophaga*, *Selenomonas*, *Leptotrichia*, *Bacteroides*, *Spirochetes*. Đây là những dòng vi khuẩn có trong tổn thương viêm quanh răng ở người lớn. Điều này gợi ý rằng đáp ứng của cơ thể (hơn là các vi khuẩn ở dưới lợi) có vai trò chính gây đáp ứng miễn dịch tới sự phát triển của bệnh quanh răng ở trẻ em, vì vậy ngăn cản sự lan rộng của viêm lợi tới các tổ chức sâu hơn.

– Điều trị và dự phòng viêm lợi: Phải kiểm soát mảng bám răng: Đánh răng và dùng chỉ tơ nha khoa là các biện pháp chủ yếu loại bỏ mảng bám răng.



Hình 10.10. Viêm lợi do mảng bám

2.3. Viêm lợi tuổi dậy thì

Là loại viêm lợi đặc biệt xảy ra ở tuổi dậy thì (11 – 14 tuổi).

Triệu chứng lâm sàng: phì đại lợi, bờ viền lợi hay gặp ở những vị trí có kích thích tại chỗ, gặp ở phần răng trước và thường chỉ ở một cung răng, không gặp tổn thương ở mặt trong.

– Bệnh giảm dần theo tuổi vào lúc khoảng 16 – 17 tuổi, khi tình trạng VSRM được cải thiện.

Điều trị:

- Tăng cường VSRM.
- Loại bỏ các kích thích tại chỗ.
- Trám bít các răng sâu.
- Chế độ dinh dưỡng cân bằng.
- Tăng cường vitamin C.

Trong các trường hợp không đáp ứng với liệu pháp điều trị trên, cần thiết phẫu thuật lợi, loại bỏ những bờ lợi xơ dày có thể mang lại kết quả.

2.4. Viêm lợi do dị ứng

– Bệnh tiến triển theo mùa, thường gặp vào mùa xuân (mùa phấn hoa) trên những đứa trẻ có cơ địa dị ứng.

– Những người có cơ địa dị ứng đã có các dấu hiệu viêm lợi dị ứng trong một thời gian dài thì có nguy cơ cao bị viêm quanh răng.

3. PHÌ ĐẠI LỢI DO DÙNG THUỐC

Do tác dụng ngoại ý của một số thuốc, những thuốc hay gây phì đại lợi nhất bao gồm phenytoin, cyclosporin, nifedipin.

+ Phenytoin: là thuốc chống co giật, dùng trong điều trị động kinh. Phì đại lợi xảy ra ở 50% dùng thuốc, các trường hợp nặng nhất thường xảy ra ở thiếu niên.

+ Cyclosporin: là thuốc ức chế miễn dịch, được dùng rộng rãi trên bệnh nhân ghép tạng. Khoảng 30% bệnh nhân dùng thuốc có biểu hiện phì đại lợi, trẻ em dễ bị hơn người lớn.

+ Nifedipin: là thuốc chẹn kênh calci dùng trên bệnh nhân mắc bệnh tim mạch và sau ghép tạng để hạn chế tác dụng gây độc cho thận của cyclosporin. Tỷ lệ mắc phì đại lợi 10 – 15%.

– Cơ chế: chưa rõ, có thể do tăng sinh collagen hoặc ức chế quá trình giáng hoá collagen gây tích lũy collagen ở lợi.

Triệu chứng lâm sàng:

+ Xuất hiện sau 3 – 4 tháng dùng thuốc.

+ Phì đại lợi viên và nhú lợi không đau, lúc đầu nhú lợi có nhiều cục, sau đó lớn dần.

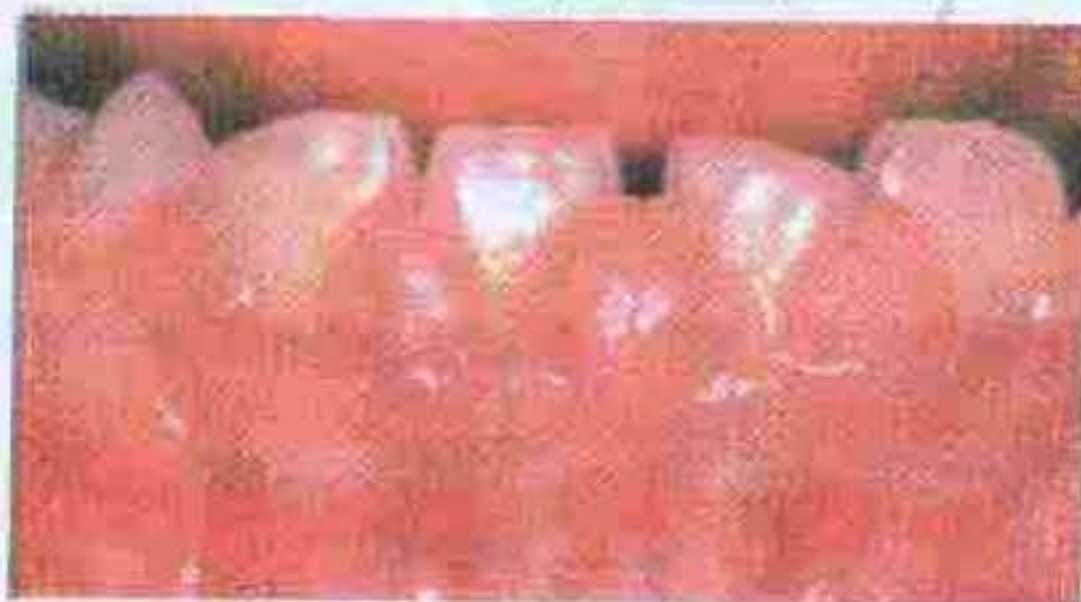
+ Vị trí thường gặp và trầm trọng nhất là ở nhóm răng trước, làm ảnh hưởng đến thẩm mỹ của bệnh nhân và các hoạt động chức năng ăn, nói.

+ Ở bệnh nhân có VSRM tốt: lợi hồng, chắc, có những chấm nốt, không chảy máu, có thể phủ hết cả hàm răng.

+ Ở bệnh nhân đã có viêm lợi từ trước thì sự phì đại lợi làm khó khăn cho việc kiểm soát mảng bám. Lâm sàng là các dấu hiệu điển hình của viêm lợi.



Hình 10.11. Phì đại lợi do phenytoin



Hình 10.12. Phì đại lợi do cyclosporin ở trẻ 9 tuổi

– Điều trị:

+ Hướng dẫn VSRM nghiêm ngặt, lấy cao răng, đánh bóng.

+ Một vài trường hợp nặng cần phẫu thuật cắt lợi và sau đó phục hồi giải phẫu cho phép kiểm soát VSRM đầy đủ.

+ Có kế hoạch theo dõi, nhằm đảm bảo kiểm soát tối đa mảng bám và phát hiện tái phát.

+ Nếu vẫn dùng các thuốc gây phì đại lợi thì tái phát vẫn xảy ra. Khi phì đại lợi do phenytoin dai dẳng khó chữa có thể thay thế phenytoin bằng sodicem valproate hoặc carbamazepine.

4. VIÊM LỢI DO SANG CHẤN

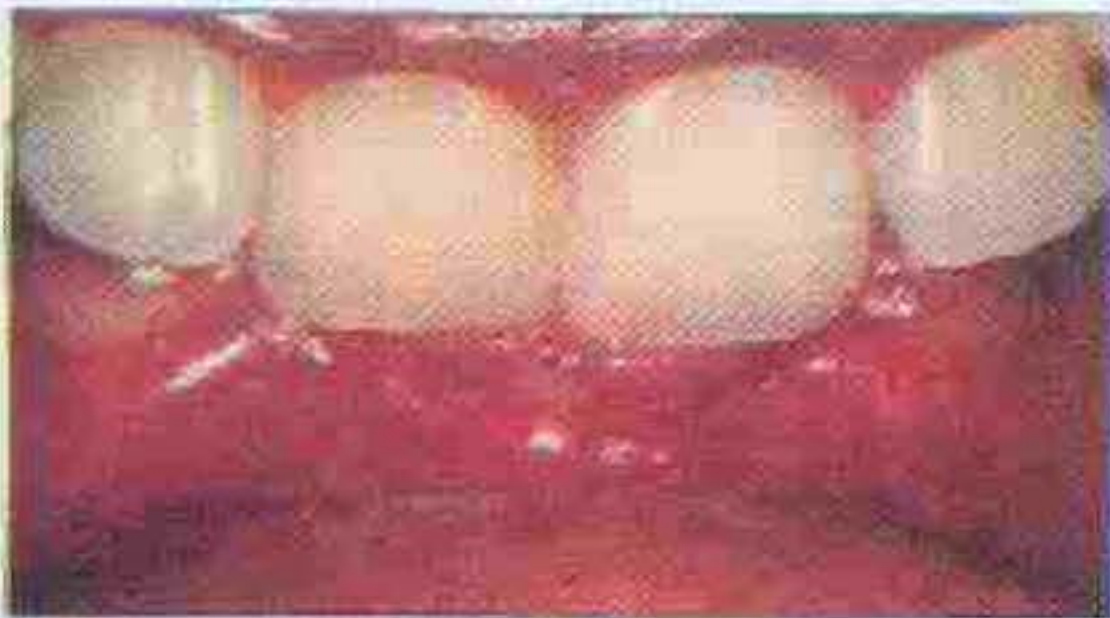
– Thường gặp do các sang chấn cơ học như: xỉa răng bằng tăm hoặc móng tay, nhai phải thức ăn cứng... Cũng có thể do thói quen bất thường vì nhồi nhét thức ăn hoặc vì vùng nhú lợi viêm nhiễm, gây khó chịu.

– Có thể gặp viêm lợi, tiêu xương mặt ngoài các răng cửa hàm dưới trong lệch lạc khớp cắn loại II, tiểu loại 2, khớp cắn sâu.

Điều trị: chỉ cần loại bỏ kích thích và các thói quen xấu.



Hình 10.13. Viêm lợi do kích thích bằng móng tay



Hình 10.14. Viêm lợi do sang chấn khớp cắn

III. VIÊM QUANH RĂNG

– Viêm quanh răng mạn tính rất ít gặp ở trẻ em, nếu có gặp các tổn thương phá huỷ vùng quanh răng ở trẻ em thường liên quan đến một vài sai lệch về đáp ứng của vật chủ như hội chứng Down, bệnh đái tháo đường ở người trẻ...

– Tuy vậy, ở trẻ em có thể gặp bệnh viêm quanh răng bùng phát sớm (còn gọi viêm quanh răng tiến triển nhanh). Bệnh phát triển trên các cơ thể trẻ, khoẻ mạnh, tuy hiếm gặp, nhưng diễn biến rất nhanh ở cả răng sữa và răng vĩnh viễn. Bệnh liên quan

đến một số vi khuẩn đặc hiệu và rối loạn trong đáp ứng miễn dịch của bệnh nhân. Hậu quả làm mất răng sớm.

Các bệnh này bao gồm viêm quanh răng tiền dẫy thì và viêm quanh răng thanh thiếu niên.

1. VIÊM QUANH RĂNG TIỀN DẬY THÌ

Bệnh xuất hiện trên răng sữa. Lâm sàng có hai thể: Thể toàn bộ và thể khu trú, thường gặp thể toàn bộ.

a) *Thể toàn bộ*: Bệnh khởi phát trong giai đoạn mọc răng hoặc ngay sau khi mọc răng sữa.

Viêm lợi nặng, tổn thương lợi có màu đỏ rực, sưng phồng và chảy máu.

Tụt lợi lan rộng, răng di chuyển và mất xương ổ răng nhanh chóng.

· Luôn bị tích tụ nhiều mảng bám răng.

Bệnh tiến triển cực kỳ nhanh, răng sữa mất sớm khi trẻ 3 - 4 tuổi.

· Trẻ dễ bị tái phát, có thể biến chứng: nhiễm trùng toàn thân, viêm tai giữa và nhiễm trùng đường hô hấp trên.

b) *Thể khu trú*: Bệnh diễn biến chậm hơn thể toàn bộ, thường quan sát thấy các dấu hiệu trên lâm sàng khi trẻ được 4 tuổi hoặc trước 4 tuổi.

– Mất xương khu trú ở vùng răng cửa và/hoặc răng hàm.

– Mảng bám ít hơn.

Tổn thương mô mềm tối thiểu. Viêm lợi và tăng sản chỉ khu trú ở bờ lợi.

Nguyên nhân gây bệnh liên quan đến một số vi khuẩn đặc hiệu và rối loạn đáp ứng miễn dịch của bệnh nhân.

Các vi khuẩn gây bệnh viêm quanh răng tiến triển nhanh bao gồm: *Actinobacillus Actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Fusobactericin*, *Eikenella corrodens*.

Những rối loạn đáp ứng miễn dịch của bệnh nhân gồm: Bất thường về khả năng hoá ứng động và thực bào của bạch cầu đa nhân trung tính và bạch cầu mono.

c) *Điều trị*:

Hướng dẫn VSRM, lấy cao răng và làm nhẵn chân răng định kỳ (3 tháng/lần).

· Làm kháng sinh đồ: nếu vi khuẩn vẫn tồn tại sau làm sạch răng miệng, dùng kháng sinh toàn thân theo kháng sinh đồ.

– Trường hợp trẻ có rối loạn chức năng bạch cầu trung tính có thể phải truyền bạch cầu hạt.

– Nhớ một số răng bị bệnh cũng cải thiện khả năng hoá ứng động của bạch cầu trung tính. Ở một số thể bệnh toàn bộ nặng, nhổ toàn bộ răng sữa có thể hạn chế được

bệnh. Khi răng vĩnh viễn mọc, cần lấy mẫu vi khuẩn ở dưới lợi nhằm phát hiện sớm sự tái nhiễm của bệnh.



Hình 10.15. Viêm quanh răng tiền dậy thì ở trẻ 4,5 tuổi (2 ảnh dọc phía bên trái), mất xương quanh răng cửa và răng cối sữa thứ nhất

2. VIÊM QUANH RĂNG TUỔI THANH THIẾU NIÊN

Bệnh thường bùng phát trong khoảng từ 11 – 15 tuổi.

a) *Thể khu trú:*

- Có túi lợi và mất bám dính trên vùng răng cửa và răng cối thứ nhất.
- Xương: hình ảnh mất xương điển hình, mất xương chiều đứng hai bên phía gần và xa.
- Lợi có thể bình thường nếu ít mảng bám, có thể viêm bờ lợi khi VSRM không tốt.
- Răng cửa bị lệch hoặc nghiêng.

b) *Thể toàn bộ:*

- Xảy ra trong giai đoạn dậy thì.
- Đặc trưng là mất xương nhiều nơi và trầm trọng, mất xương theo cả hai chiều đưa đến hình ảnh mào xương bất thường. Mất xương ngay cả khi VSRM tốt.
- Dễ xuất hiện các ổ áp xe ở lợi và dễ tái xuất hiện áp xe.
- Răng cửa bị lệch hoặc nghiêng.

Vi khuẩn và sinh bệnh học.

Các vi khuẩn cư trú dưới lợi bao gồm nhóm vi khuẩn kỵ khí Gram âm *Eikenella corrodens*, *Capnocytophaga*, *Prevotella intermedia*. Vi khuẩn hay gặp nhất là *Actinobacillus Actinomycetemcomitans* (AA) (gặp ở hơn 90% bệnh nhân).

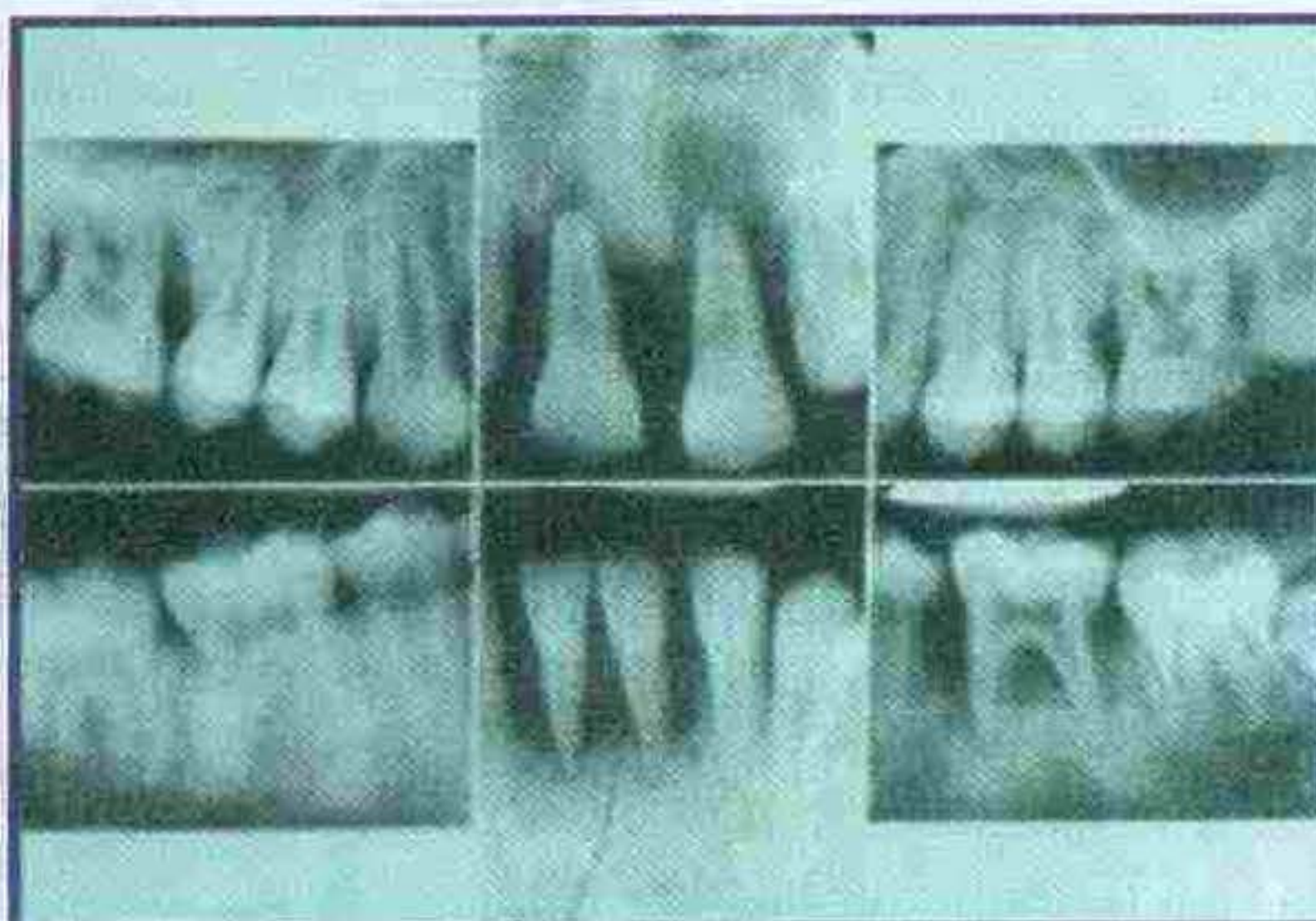
Khả năng gây bệnh cực mạnh của AA là do chúng có khả năng xâm nhập vào mô

liên kết và gây ra một loạt yếu tố độc hại. Bao gồm các lipopolysaccharide gây tiêu xương, men collagenase chất gây độc tế bào biểu mô, yếu tố ức chế nguyên bào sợi và leucotoxin gây độc bạch cầu đa nhân trung tính, vì vậy tổn hại đến đáp ứng miễn dịch của cơ thể chống lại vi khuẩn.

Khoảng 70% bệnh nhân có rối loạn hoá ứng động bạch cầu trung tính và hoạt động thực bào. Khoảng 50% anh, chị, em của bệnh nhân có biểu hiện rối loạn chức năng bạch cầu trung tính.

c) Điều trị:

- Tăng cường VSRM.
- Lấy cao răng, đánh bóng, làm nhẵn chân răng thường xuyên.
- Kết hợp kháng sinh toàn thân trong hai tuần: Tetracyclin (hoặc doxycylin) viên 250mg x 4v/ngày. Có thể thay thế bằng pháp đồ kết hợp metronidazole và amoxycillin trong một tuần.
- Cách điều trị mới: Phẫu thuật vạt làm sạch chân răng và nạo bỏ các mô bề mặt bị nhiễm trùng kết hợp sử dụng kháng sinh toàn thân.



Hình 10.16. Viêm quanh răng thanh, thiếu niên thể khu trú

IV. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ ẢNH HƯỞNG ĐẾN SỨC KHOẺ QUANH RĂNG VÀ BỆNH QUANH RĂNG

Một yếu tố nguy cơ có thể định nghĩa như là một trạng thái hoặc sự kiện làm tăng xác suất mắc một bệnh ở một cá nhân. Các yếu tố nguy cơ của bệnh quanh răng có thể phân loại thành yếu tố nguy cơ tại chỗ và yếu tố nguy cơ toàn thân. Yếu tố nguy cơ tại chỗ, ví dụ như răng mọc lệch lạc có thể gây tích tụ mảng bám tại chỗ bởi vì gây khó khăn cho vệ sinh răng miệng tại chỗ. Trái lại, yếu tố nguy cơ toàn thân, ví dụ như các rối loạn di truyền có thể thúc đẩy khả năng mắc bệnh quanh răng cho dù kiểm soát mảng bám tốt.

Một điều quan trọng rằng, nếu một đứa trẻ có chứa một yếu tố nguy cơ của bệnh quanh răng sẽ không nhất thiết đứa trẻ đó sẽ bị mắc bệnh quanh răng. Ngược lại, một bệnh nhân không có yếu tố nguy cơ, nhưng vẫn có khả năng mắc bệnh. Nhớ rằng các yếu tố nguy cơ (cả tại chỗ và toàn thân) nên được cân nhắc khi tiến hành đánh giá, chẩn đoán, điều trị và theo dõi bệnh nhi mắc bệnh quanh răng.

1. CÁC YẾU TỐ TẠI CHỖ

Có thể phân thành bốn nhóm đơn giản nhưng có thể chồng chéo giữa các nhóm: (1) Sai khớp cắn. (2) Sau chấn thương răng. (3) Các yếu tố lưu giữ mảng bám. (4) răng mọc lệch.

1.1. Sai khớp cắn

Một răng bị nghiêng hoặc xoay có thể gây khó khăn cho vệ sinh răng miệng tại chỗ và có thể gây tăng lưu giữ mảng bám răng. Một chấn thương khớp cắn cũng có thể gây tổn thương trực tiếp tới tổ chức quanh răng. Sai khớp cắn Angle II loại 2 bị cắn phủ hoặc cắn phủ hoàn toàn có thể thúc đẩy tổn thương lợi phía khẩu cái của các răng cửa hàm trên. Tương tự, các răng cửa hàm trên nghiêng vào trong nặng có thể làm tổn thương lợi ở phía môi của các răng cửa hàm dưới.

1.2. Chấn thương răng

Lung lay răng, lún răng và bật răng, tất cả đều gây tổn thương dây chằng quanh răng ở các mức độ khác nhau, nếu nặng có thể gây tổn thương cả xương ổ răng. Điều này sẽ làm tăng độ di động của răng. Nếu răng bị chấn thương để nguyên ở trạng thái di động nhiều hoặc trong tình trạng khớp cắn bị chấn thương thì các sợi dây chằng quanh răng sẽ không thể hồi phục được và còn bị tổn thương thêm.

1.3. Các yếu tố lưu giữ mảng bám

Có vô số những yếu tố nguy cơ gây tích tụ mảng bám răng. Chúng có thể do bẩm sinh (bất thường giải phẫu răng) hoặc do các điều trị răng.

– Một số bất thường về giải phẫu:

+ Các răng mọc thừa (sai khớp cắn cục bộ).

+ U răng có vỏ bọc.

+ Các núm răng nhọn.

+ Các hố rãnh giải phẫu bất thường.

– Một số yếu tố nguy cơ do các điều trị răng khác:

+ Các khí cụ chỉnh nha.

+ Răng giả bán phần.

+ Các điểm gờ và nhô ở thân răng giả.

+ Các điểm gờ và nhô ở các mối hàn, các phục hình trong thân răng.

2. CÁC YẾU TỐ TOÀN THÂN

Các yếu tố nguy cơ toàn thân của bệnh quanh răng có thể có cơ sở gen, trong một số bệnh di truyền cụ thể có biểu hiện quanh răng (hội chứng Papillon Lefevre, hội chứng Chediak–Higashi...). Cũng có các yếu tố chuyển hoá, huyết học và môi trường trong nhóm nguy cơ này (Đái tháo đường, hút thuốc lá...).

** Đái tháo đường:*

Trẻ em bị đái tháo đường tít I không được kiểm soát đường huyết tốt sẽ có nguy cơ mắc bệnh quanh răng. Sự liên quan này dường như không liên đới trực tiếp tới mức độ kiểm soát mảng bám răng, nhưng có liên quan đến sự hiện diện của các biến chứng toàn thân như biến chứng mắt và thận. Mức độ nặng của bệnh quanh răng có thể tăng tuyến tính với thời gian bị đái tháo đường. Có một số yếu tố có thể góp phần vào nguy cơ bị mắc bệnh quanh răng của trẻ. Chúng có thể là di truyền hoặc thứ phát bởi nồng độ glucose trong máu cao.

Các yếu tố nguy cơ của bệnh đái tháo đường với tình trạng quanh răng bao gồm:

- Chức năng của bạch cầu đa nhân bị tổn thương (hoá ứng động, thực bào và bám dính).
- Chuyển hoá collagen bị rối loạn (nguyên bào sợi ở lợi sản xuất ít collagen và bạch cầu đa nhân sản xuất nhiều enzym collagenase hơn là người không bị đái tháo đường).
- Glucose máu cao tạo điều kiện thuận lợi cho các trung gian viêm nhiễm và các đại thực bào tăng sản xuất các gốc oxygen.

** Hút thuốc lá:*

Hiện nay, hút thuốc lá được cho là yếu tố nguy cơ đáng kể của bệnh quanh răng. Người hút thuốc lá cao gấp 3 – 6 lần nguy cơ mắc bệnh quanh răng so với người không hút thuốc lá và người trẻ có nguy cơ cao hơn. Thông thường, những dấu hiệu của bệnh bị che phủ bởi vì nicotine và các sản phẩm khác từ thuốc lá gây co mạch giảm tưới máu lợi và giảm sức bền thành mạch.

Một số cơ chế liên quan đến thuốc lá, cáo buộc thuốc lá là yếu tố nguy cơ của bệnh quanh răng. Bao gồm:

- Làm tăng tỷ lệ một số tác nhân gây bệnh quanh răng.
- Giảm IgA nước bọt.
- Giảm khả năng thực bào.
- Gây những thay đổi một số quần thể tế bào lympho T.

Ngừng hút thuốc sẽ cải thiện đáp ứng điều trị bệnh quanh răng, nhưng thời gian cần thiết để cho sự phục hồi này vẫn chưa rõ ràng.

Tổn thương sâu xa liên quan đến yếu tố nguy cơ toàn thân là làm ảnh hưởng tới khả năng thực bào hoặc hoá ứng động. Tầm quan trọng của chức năng bạch cầu đa nhân trung tính tới đáp ứng của cơ thể cũng được thấy trong một số bệnh ít gặp hơn như là bệnh giảm bạch cầu đa nhân.

V. MỘT SỐ ĐIỂM CẦN LƯU Ý KHI DÙNG THUỐC CHO TRẺ EM

1. CÁC THUỐC CẦN TRÁNH Ở TRẺ EM

- Chloramphenicol: có tác dụng ức chế tuỷ xương.
- AIS: là dẫn xuất của cortisone có thể ức chế sự phát triển và liền sẹo, suy giảm miễn dịch, suy thượng thận, tích nước, làm trầm trọng thêm bệnh đái tháo đường.
- Tetracyclin: chống chỉ định trước 12 tuổi.
- Sulfamid: hay dị ứng và gây suy thận. Thường được chỉ định trong trường hợp viêm màng não và viêm phổi

2. TÍNH LIỀU LƯỢNG THUỐC

- Công thức của Catzel:

$$\text{Liều trẻ em} = \frac{\text{Liều người lớn} \times \text{cân nặng trẻ} \times K}{\text{Cân nặng người lớn (70kg)}}$$

K: 2 đối với trẻ < 1 năm tuổi

1,5: trẻ 1 – 12 tuổi

1,25: trẻ 12 – 18 tuổi.

- Công thức của Henneket:

$$\text{Liều trẻ em} = \frac{\text{Liều người lớn} \times \text{cân nặng trẻ} \times K}{\text{Cân nặng người lớn (70kg)}}$$

K: 2,5: từ 0 – 6 tuổi.

2: 7 – 16 tuổi

1,5: 17 – 36 tuổi

1,25: 37 – 56 tuổi

- Tham chiếu theo diện tích da:

$$\text{Liều trẻ em} = \text{Liều người lớn/kg} \times \frac{\text{Bề mặt cơ thể trẻ (m}^2\text{)} \times 70}{\text{Cân nặng của trẻ (kg)} \times 1,73}$$

$$\text{Bề mặt cơ thể} = (4P + 7) / (P + 90)$$

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn câu trả lời đúng cho các câu hỏi sau bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu.

- Viêm lợi khi mọc răng thường gặp khi trẻ:
 - Bắt đầu mọc răng sữa.
 - Mọc răng số 6.
 - Thay răng sữa.
 - Mọc răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất và thứ hai.
- Câu nào sau đây đúng với viêm lợi miệng Herpes cấp:
 - Nguyên nhân gây bệnh: HSV-1.
 - 99% trường hợp nhiễm bệnh nguyên phát không có biểu hiện lâm sàng.
 - Bệnh thường xảy ra ở trẻ em trước tuổi đến trường.
 - Tất cả các câu trên.
- Triệu chứng lâm sàng: Tổn thương khu trú ở bờ lợi và nhú lợi. Đau nhiều, lợi xung huyết phì đại, đỏ bầm và chảy máu tự nhiên do mất đề kháng của hệ thống mao mạch. Là đặc điểm của:
 - Viêm lợi tuổi dậy thì.
 - Viêm lợi do dị ứng.
 - Viêm lợi loét hoại tử cấp tính.
 - Viêm lợi do thiếu vitamin C.
- Câu nào sau đây đúng với viêm lợi loét hoại tử cấp tính:
 - Đặc trưng bởi các tổn thương ở nhú lợi, sau đó lan rộng ra các bờ lợi, đau và hôi miệng.
 - Các tổn thương lợi bao phủ bởi một màng hoại tử có màng giả màu xám vàng, rất đau khi chạm phải, chảy máu khi thăm khám.
 - Nguyên nhân gây bệnh: *Borelia vicentii* và phức hợp vi khuẩn hình thoi và xoắn khuẩn.
 - Tất cả các câu trên.
- Tất cả các câu sau đúng với viêm lợi do mọc răng, Ngoại trừ:
 - Không gặp viêm lợi trong quá trình mọc răng sữa.
 - Thường gặp khi mọc răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất và thứ hai.
 - Có thể dẫn tới viêm quanh thân răng hoặc áp xe quanh thân răng.
 - Viêm lợi có thể do lợi viên không được bảo vệ trong quá trình mọc răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. George Laskaris, Colour Atlas of Oral disease in Children and adolescence (2005): Acquired gingival and Periodontal disease, Thieme edition.
2. Fermin A. Carranza, Michael G. Newman, Clinical Periodontology (1996): Gingival Enlargement (pp 233–249); Acute Gingival Infections (pp 249–259); Gingival Disease in Childhood (pp 276–281); Prepubertal and Juvenil Periodontitis (336–343), 8th edition, Hacleover, W.B. Saunders Company.
3. Ralph E. McDonald, David R. Avery, Jeffrey A. Dean. Dentistry for the Child and Adolescent (2010): Gingivitis and Periodontal Disease; pp 413 – 452.
4. Trần Thuý Nga, Phan Thị Thanh Yên, Phan Ái Hùng, Đặng Thị Nhân Hoà. Nha khoa trẻ em (2001), Bệnh nha chu ở trẻ em; tr 180 – 203. Nhà xuất bản Y học, Chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh.
5. Pinkham J.R, Paediatric Dentistry (2005): Periodontal disease in children; Mosby, pp 231 – 256.

ĐIỀU TRỊ PHỤC HỒI RĂNG SỮA

MỤC TIÊU

1. Lựa chọn được vật liệu cho phục hồi răng sữa: ưu, nhược điểm, chỉ định.
2. Trình bày kỹ thuật phục hồi cho răng sữa phía trước.
3. Trình bày kỹ thuật phục hồi cho răng sữa phía sau.

MỞ ĐẦU

Răng sữa có những chức năng quan trọng, do đó mục đích của việc phục hồi răng sữa là nhằm trả lại cho răng hình thể ban đầu và chức năng của nó. Về cơ bản, việc sửa soạn, phục hồi cho răng sữa giống với răng vĩnh viễn. Tuy nhiên, do hệ răng sữa có những đặc điểm khác với hệ răng vĩnh viễn và với sự phát triển của vật liệu nha khoa hiện nay nên cần có một số thay đổi để đạt kết quả tốt.

I. MỘT SỐ KIẾN THỨC LIÊN QUAN

1. HÌNH THỂ HỌC RĂNG SỮA

Xem Bài Sự hình thành và phát triển cung răng sữa.

2. MỘT SỐ ĐIỂM KHÁC BIỆT GIỮA RĂNG SỮA VÀ RĂNG VĨNH VIỄN

Thân răng:

- Thân răng sữa thấp hơn thân răng vĩnh viễn, kích thước theo chiều gần - xa lớn hơn chiều cao.
- Mặt nhai thu hẹp nhiều.
- Cổ răng thụt lại nhiều và thu hẹp hơn.
- Lớp men và ngà mỏng hơn.
- Gò cổ răng nhô nhiều về phía ngoài và phía trong hơn.
- Vùng tiếp xúc của răng hàm sữa rộng hơn (tiếp xúc diện).
- Màu răng sáng hơn.
- Thành phần chất khoáng gần giống răng vĩnh viễn, nhưng tỷ lệ chất hữu cơ và nước nhiều hơn, chất vô cơ ít hơn.

Tủy răng:

- Nếu so sánh theo tỷ lệ với kích thước thân răng thì tủy răng sữa lớn hơn.
- Sừng tủy nằm gần đường nối men, ngắn hơn.
- Sừng tủy phía gần lên cao hơn sừng tủy phía xa.
- Buồng tủy răng hàm sữa dưới lớn hơn buồng tủy răng hàm sữa trên.
- Có nhiều ống tủy phụ đi từ sàn buồng tủy đến vùng chẽ chân răng.

Chân răng:

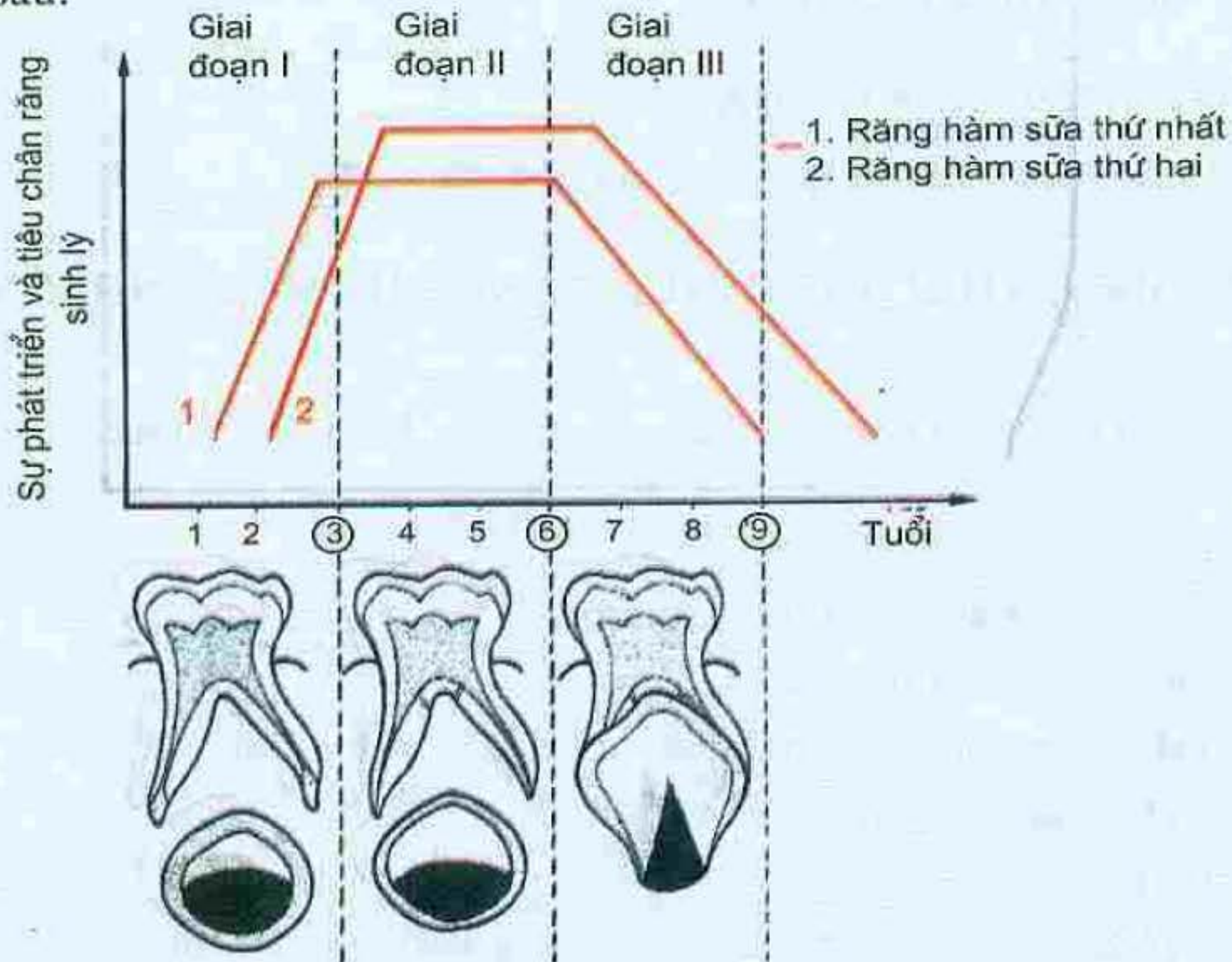
- Chân các răng trước dài và mảnh hơn.
- Chân răng hàm sữa tách nhau ra ở gần cổ răng hơn, các chân răng phân kỳ tạo chỗ cho mầm răng vĩnh viễn ở bên dưới và cuối cùng lại cong chụm lại vào nhau ở phía đỉnh chóp.

3. THỜI GIAN MỌC VÀ THAY RĂNG SỮA

Lịch trình mọc và thay răng sữa

	1	2	3	4	5
Mọc răng	Tháng 6 – 7	Tháng 7 – 9	Tháng 18	Tháng 12	Tháng 24
Đóng chóp	2 tuổi	2 – 2,5 tuổi	3 tuổi	2,5 – 3 tuổi	3,5 – 4 tuổi
Bắt đầu tiêu chân	5 tuổi	5 – 5,5 tuổi	6 – 7 tuổi	5,5 tuổi	6,5 tuổi
Thay răng	7 tuổi	8 tuổi	11 tuổi	9 tuổi	10 tuổi

Đối với răng hàm sữa thứ nhất và thứ hai có thể tóm tắt ba giai đoạn phát triển bằng giản đồ sau:



Hình 11.1. Ba giai đoạn phát triển của răng hàm sữa

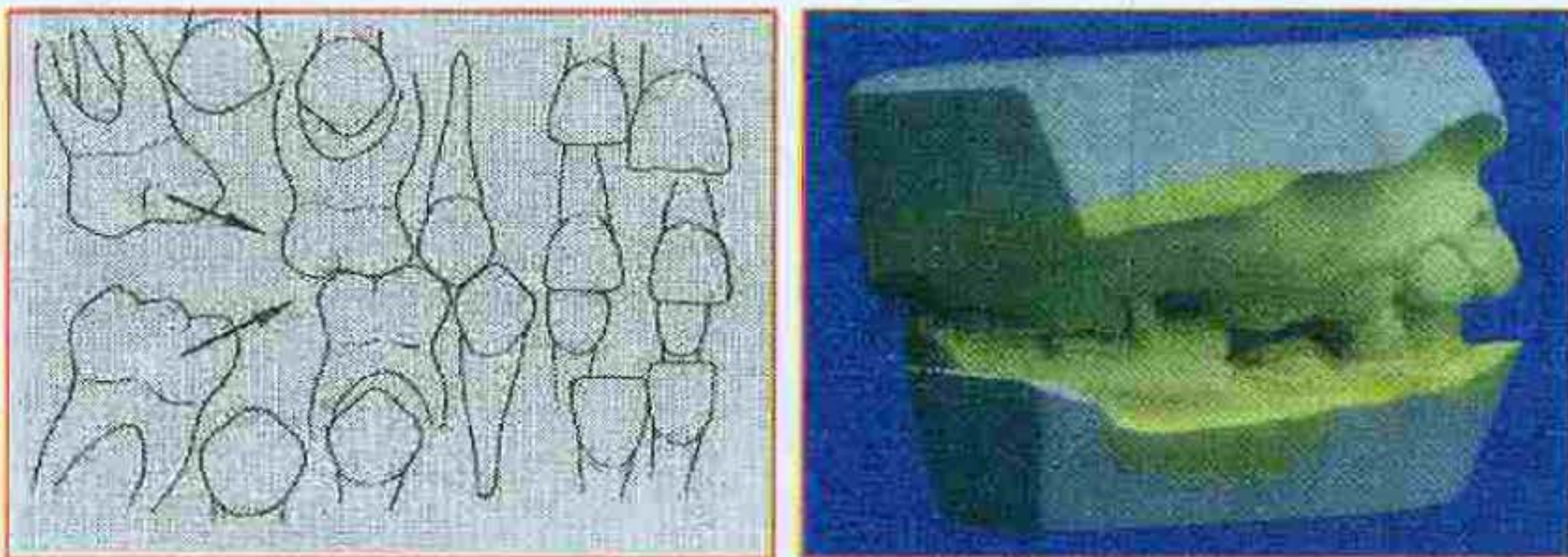
4. VAI TRÒ CỦA RĂNG SỮA VÀ HẬU QUẢ MẤT RĂNG SỮA SỚM

4.1. Chức năng của răng sữa

- Tiêu hoá.
- Giữ chỗ cho răng vĩnh viễn.
- Kích thích xương hàm phát triển.
- Phát âm.
- Thẩm mỹ.

4.2. Hậu quả của mất răng sữa sớm

- Di lệch các răng kế cận, sai lệch tương quan khớp cắn răng số 6, lệch đường giữa...
- Giảm chiều dài và chu vi cung răng, làm thiếu chỗ cho răng hàm nhỏ: mọc kẹt, lệch.
- Trôi dài các răng đối diện.
- Ảnh hưởng tới thời gian mọc của các răng vĩnh viễn thay thế.
- Ảnh hưởng tới sức nhai và sức khoẻ.
- Ảnh hưởng tới thẩm mỹ.
- Ảnh hưởng tới phát âm.
- Các yếu tố làm nặng thêm: bất thường cơ, thói quen xấu, tồn tại một khớp cắn sai lạc, giai đoạn phát triển của bộ răng...



Hình 11.2. Hậu quả của mất răng hàm sữa sớm: di lệch các răng kế cận, mất khoảng, trôi dài răng đối diện

II. CÁC LOẠI VẬT LIỆU: ƯU, NHƯỢC ĐIỂM, CHỈ ĐỊNH

1. AMALGAM

Được sử dụng từ lâu, hiện vẫn là vật liệu được sử dụng rộng rãi vì các đặc tính ưu việt của nó. Tuy nhiên, Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo chỉ nên sử dụng loại amalgame đã được định lượng trước ở trong các con nhộng.

1.1. Ưu, nhược điểm

Ưu điểm:

- Độ cứng, bền tốt. Duy trì được sự kín khít giữa bờ miếng trám và thành lỗ hàn, kìm khuẩn do giải phóng ra các ion kim loại, do đó ngăn chặn sâu răng tái phát.
- Thao tác đơn giản, thời gian thao tác thuận lợi.
- Chi phí rẻ.
- Không gây nhạy cảm.

Nhược điểm:

- Kém thẩm mỹ.
- Không dính.
- Đòi hỏi phải lưu giữ cơ học của lỗ trám.
- Có thể gây ô nhiễm môi trường và nghề nghiệp.
- Gây lo lắng cho cộng đồng.

1.2. Chỉ định

Với các đặc tính nêu trên, amalgame được chỉ định cho các răng hàm, đặc biệt trong trường hợp đa sâu răng mà tình trạng vệ sinh răng miệng kém hoặc khi điều kiện cách ly không được đảm bảo.

2. GLASS IONOMER CEMENT (GIC)

GIC có nhiều cách phân loại: phân loại theo cách sử dụng, theo phản ứng đông cứng hay theo phân loại quốc tế năm 1996.

2.1. Ưu, nhược điểm

Ưu điểm:

- Kỹ thuật sử dụng đơn giản.
- Là vật liệu bám dính hoá học tốt với cơ cấu men ngà.
- Phóng thích fluor phòng ngừa sâu răng.
- Tương hợp sinh học tốt: gần giống với mô răng, không gây kích thích tuỷ răng và lợi.
- Thời gian sử dụng thích hợp.
- Ngấm ít nước. Có thể làm việc được trong môi trường ẩm.
- Độ cứng tương đối cao.

Nhược điểm:

- Giòn, dễ gãy, vỡ.
- Có xu hướng bị xói mòn và mòn.
- Ít cản quang.

2.2. Chỉ định

- Dùng để trám lót: hạn chế sự co của composite khi trùng hợp, cải thiện sự sát khít ở đáy lỗ trám đối với các lỗ sâu loại II.
- Trám lỗ sâu loại V, mặt bên.
- Đặc biệt Fuji VII dùng cho các loại lỗ sâu ở trẻ bị sâu răng lan nhanh, trẻ có bất thường về sự khoáng hoá tổ chức cứng của răng (tạo men không hoàn thiện...).

3. COMPOSITE

3.1. Ưu, nhược điểm

Ưu điểm:

- Thẩm mỹ cao.
- Bám dính tốt.
- Đặc tính mòn có thể chấp nhận được.
- Loại dùng tái tạo răng hàm sữa có ưu điểm loại bỏ được thuỷ ngân và lực tĩnh điện, ít dẫn nhiệt.

Nhược điểm:

- Có thể gây nhạy cảm nếu không đảm bảo quy trình kỹ thuật.
- Đòi hỏi kỹ thuật chính xác, thời gian làm việc tăng, nhiều trang thiết bị.
- Có thể bị sâu thứ phát do hở bờ miếng trám.
- Giá thành cao.

3.2. Chỉ định

- Thường dùng cho lỗ sâu loại III và V ở răng cửa sữa. Có thể dùng cho lỗ sâu loại IV.
- Đối với răng hàm sữa, sử dụng loại composite chịu lực.

4. CHỤP CÓ SẴN: gồm có chụp nhựa và chụp thép

4.1. Ưu, nhược điểm

Ưu điểm:

- Bền.
- Bảo vệ và nâng đỡ tổ chức còn lại của răng.
- Phục hồi lại được hình thể tự nhiên của răng dễ dàng.

Nhược điểm:

- Mài răng nhiều.
- Đòi hỏi sự hợp tác của bệnh nhân.
- Không giải phóng fluor.

4.2. Chỉ định

Chụp nhựa:

- Răng cửa sâu lớn mặt bên hoặc sâu nhiều bề mặt.
- Răng cửa đã điều trị tuỷ.
- Răng cửa bị gãy, đổi màu sau chấn thương.
- Răng cửa có khiếm khuyết men ngà hoặc rối loạn về phát triển.
- Răng cửa sâu mặt bên nhỏ nhưng có vùng mất calci lớn ở cổ răng.

Chụp thép làm sẵn:

Nhìn chung chụp thép dùng để tái tạo những răng sữa bị vỡ quá lớn, dùng cho những miếng trám amalgam nhiều mặt, giúp răng tồn tại lâu trên cung hàm, chụp được sản xuất với nhiều kích thước khác nhau và cần điều chỉnh đường viền để khít khao với từng răng.

- Tái tạo răng sữa và răng vĩnh viễn ở trẻ bị sâu răng quá lớn, sâu nhiều mặt.
- Răng sữa và răng vĩnh viễn ở trẻ bị thiếu sản men.
- Tái tạo răng sữa sau khi đã điều trị tuỷ buồng hoặc tuỷ chân.
- Phục hồi những răng có sự bất thường về di truyền như bệnh tạo men không hoàn thiện.
- Tái tạo răng ở những trẻ tật nguyên hoặc ở trẻ vệ sinh răng miệng kém, việc sử dụng một vật liệu khác có thể bị thất bại.
- Làm trụ cho một bộ phận giữ khoảng hoặc một khí cụ chỉnh hình.
- Điều trị tạm thời một răng bị gãy.

4.3. Chống chỉ định

- Bệnh nhân không hợp tác.
- Chân răng sữa tiêu quá 1/2 chiều dài chân răng.

III. KỸ THUẬT PHỤC HỒI RĂNG SỮA PHÍA TRƯỚC

Sử dụng vật liệu thông thường: GIC, composite, chụp nhựa có sẵn, strip crowns.

1. MỘT SỐ LƯU Ý

- Phục hồi mặt bên: GIC ít thẩm mỹ nhưng ổn định sâu răng. GIC quang trùng hợp thẩm mỹ hơn.
- Phục hồi các góc:
 - + Có nguy cơ bị gãy, bong.
 - + Yêu cầu vật liệu: chịu lực, thẩm mỹ.
 - + Nếu mô răng bị phá huỷ nhiều: nên dùng chụp nhựa, khuôn chụp có sẵn trong suốt để tái tạo thân răng (strip crowns).

– Phục hồi các cổ răng:

Thường lựa chọn GIC vì dính tốt vào mô cứng, khả năng ổn định sâu răng và dễ sử dụng.

2. KỸ THUẬT SỬ DỤNG GIC

Bước 1. Chuẩn bị xoang trám: bảo tồn mô răng tối đa, không mở rộng dự phòng.

Bước 2. Sát khuẩn xoang trám.

Bước 3. Cách ly.

Bước 4. Chuẩn bị chất trám theo hướng dẫn của nhà sản xuất.

Bước 5. Đưa GIC vào xoang trám.

Bước 6. Khi GIC bắt đầu đông cứng (se lại) thì tạo hình.

Bước 7. Bôi vecni, để 1 phút.

Bước 8. Kiểm tra khớp cắn, chỉnh sửa nếu cần thiết và bôi vecni lại. Lưu ý là phải tắt nước tay khoan khi mài chỉnh.

Bước 9. Hướng dẫn bệnh nhân.

3. KỸ THUẬT SỬ DỤNG COMPOSITE

Lưu ý:

– Kiểm soát tuyệt đối độ ẩm.

– Tiết kiệm tổ chức tối đa.

– Tạo vát bờ men.

– Xói mòn acid kết quả tối ưu: nếu không đủ thời gian thì không tạo được hệ thống vi chốt tốt, ngược lại nếu để quá lâu làm cho men răng trở nên quá xốp.

– Độ dày mỗi lớp composite không quá 2mm.

Các bước kỹ thuật:

Bước 1. Gây tê tại chỗ nếu cần thiết và cô lập răng bằng dam cao su.

Bước 2. Tạo lỗ hàn: làm vát bờ men để tăng cường diện bám dính.

Bước 3. Làm sạch lỗ hàn.

Bước 4. Làm khô lỗ hàn.

Bước 5. Etching lỗ hàn đúng thời gian.

Bước 6. Rửa sạch lỗ hàn.

Bước 7. Làm khô lỗ hàn: không nên thổi quá khô, tốt nhất là dùng miếng bông ẩm để làm khô.

Bước 8. Bôi keo lỗ hàn, để một lát và thổi đi phần dư.

Bước 9. Chiếu đèn: thời gian tùy theo khuyến cáo của nhà sản xuất.

Bước 10. Đưa composite vào lỗ hàn.

Bước 11. Chiều đèn: thời gian tùy theo khuyến cáo của nhà sản xuất.

Bước 12. Mài chỉnh khớp cắn.

Bước 13. Đánh bóng.

4. SỬ DỤNG CHỤP NHỰA CÓ SẴN

Bước 1. Gây tê tại chỗ và cô lập răng bằng đê cao su.

Bước 2. Chọn chụp nhựa phù hợp dựa vào kích thước gần xa của răng.

Bước 3. Lấy bỏ mùn ngà, chỉnh sửa thân răng và chụp sao cho sát khít ở vùng cổ răng, chiều gần xa, chiều ngoài trong, chiều cao phù hợp.

Bước 4. Tạo sự sát khít giữa mặt trong của chụp với thân răng bằng cách sử dụng nhựa tự cứng: bôi nước nhựa vào mặt trong chụp, đặt nhựa tự cứng lên bề mặt răng và đặt chụp vào, khi nhựa bắt đầu cứng thì lấy ra.

Bước 5. Chỉnh sửa bờ viền. Nhựa tự cứng bám dính hoá học rất tốt với chụp nhựa.

Bước 6. Xử lý lại mặt trong chụp bằng cách bôi nước nhựa.

Bước 7. Làm sạch, thổi khô răng.

Bước 8. Gắn chụp bằng GIC hoặc composite.



Trước



Sau

Hình 11.3. Sử dụng chụp nhựa để phục hồi răng cửa

5. STRIP CROWN – PHƯƠNG PHÁP WEBBER

Bước 1. Gây tê tại chỗ và cô lập răng bằng đê cao su.

Bước 2. Chọn chụp celluloid phù hợp dựa vào kích thước gần xa của răng.



Hình 11.44. Lựa chọn khuôn chụp

Bước 3. Lấy bỏ mùn ngà: sử dụng mũi khoan tròn, tốc độ chậm.

Bước 4. Giảm chiều cao rìa cắn 2mm, mài nhẹ chiều gần xa của răng.

Bước 5. Tạo rãnh mặt tiền đình ngang mức 1/3 thân răng phía lợi.

Sử dụng mũi khoan kim cương thuận nhọn, tốc độ cao.

Bước 6. Bảo vệ ngà bằng GIC (nếu tổn thương sâu, phủ bằng Ca(OH)_2 trước).

Bước 7. Tia chụp và tạo hai lỗ ở góc rìa cắn bằng thám trầm sắc.



Hình 11.5. Mài chỉnh thân răng và thử khuôn chụp

Bước 8. Etching men, rửa sạch, làm khô.

Bước 9. Bôi keo dán, chiếu đèn.

Bước 10. Cho composite vào chụp (đã chọn màu phù hợp), đặt chụp vào răng nhẹ nhàng, ấn sao cho chất thừa thoát ra tự do tại hai vị trí đã tạo lỗ. Dùng chêm (wedges) nhỏ để tránh chất hàn thừa cạnh gần xa.

Bước 11. Chiếu đèn các mặt răng.

Bước 12. Lấy bỏ chụp celluloid nhẹ nhàng. Đánh bóng bằng mũi hoàn tất và đĩa mềm.

Bước 13. Kiểm tra khớp cắn, lấy bỏ đám cao su.

IV. KỸ THUẬT PHỤC HỒI RĂNG SỮA PHÍA SAU

1. KỸ THUẬT SỬ DỤNG GIC

Giống như đã trình bày ở phần III, mục 2. Lưu ý khi sử dụng trám cho răng hàm: do GIC giòn, dễ gãy vỡ và có xu hướng bị mòn nên tăng tỷ lệ bột trộn để làm tăng độ cứng cho miếng trám.

2. KỸ THUẬT SỬ DỤNG COMPOSITE

Giống như đã trình bày ở phần III, mục 3.

3. KỸ THUẬT SỬ DỤNG AMALGAM

Một số điểm cần lưu ý:

– Hình dạng xoang phải đảm bảo hai yêu cầu: lưu giữ và dự phòng (Đáy phẳng, góc tù).

- Bờ xoang phải nằm ngoài vùng chịu lực và không được vát men.
- Bờ xoang ở phía gần và xa phải song song với mào bên.
- Các thành trục song song, đồng dạng với hình thể ngoài.
- Chiều rộng eo bằng 1/3 chiều rộng liên múi răng.
- Chiều sâu lý tưởng của xoang trám không quá 1,5mm.
- Chiều dày các thành còn lại > 1 – 1,5mm.
- Bảo vệ tủy.

Các bước kỹ thuật:

Bước 1. Gây tê thích hợp và đặt dam cao su.

Bước 2. Tạo hình lỗ hàn. Có thể mở rộng dự phòng.

Bước 3. Lấy sạch ngà sâu.

Bước 4. Làm nhẵn thành men, làm tròn các góc.

Bước 5. Rửa sạch, làm khô, kiểm tra lại.

Bước 6. Đặt thuốc bảo vệ tủy nếu cần: Ca(OH)₂, Biodentine, MTA.

Bước 7. Đặt khuôn trám và chêm nếu là lỗ hàn mặt bên.

Bước 8. Chuẩn bị amalgam và đặt vào xoang: nhồi từng lớp.

Bước 9. Điều khắc miếng trám.

Bước 10. Lấy chêm, khuôn trám ra. Lấy đi phần amalgam dư.

Bước 11. Đánh bóng miếng trám.

Bước 12. Lấy đê, kiểm tra khớp cắn và điều chỉnh.

4. KỸ THUẬT SỬ DỤNG CHỤP THÉP CÓ SẴN

Các bước sửa soạn và đặt chụp:

Bước 1. Kiểm tra khớp cắn.

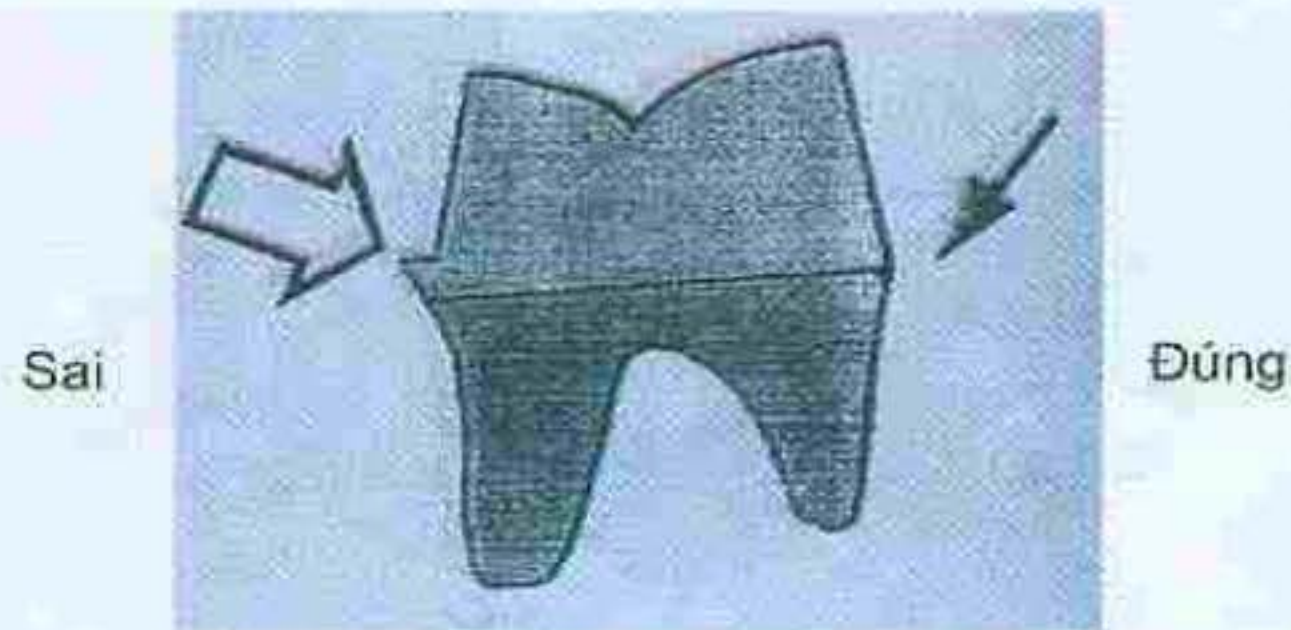
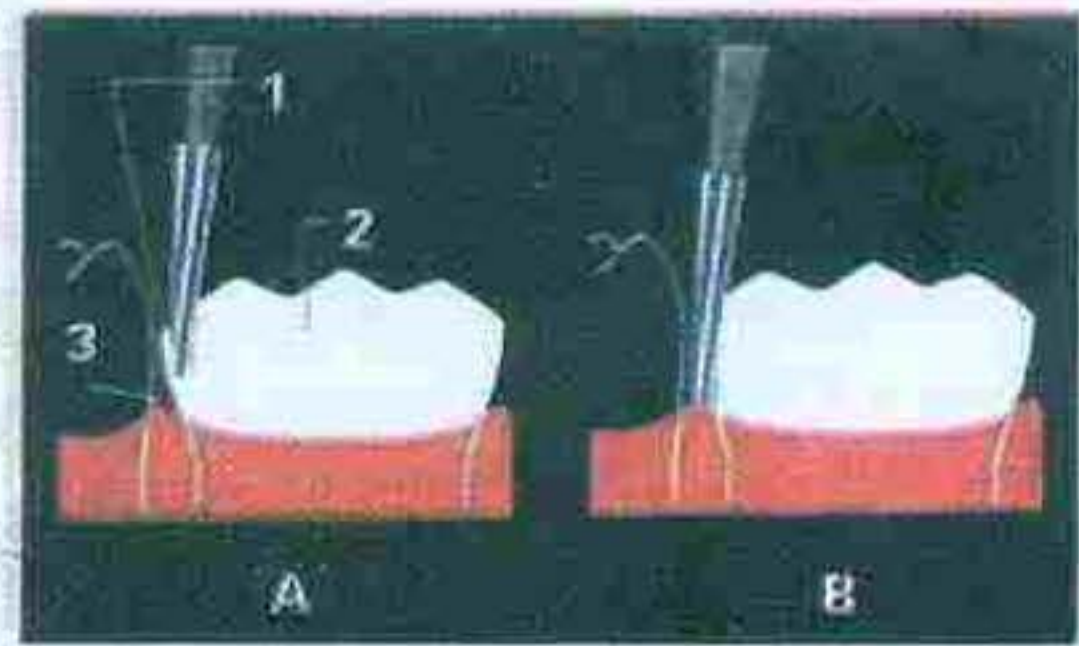
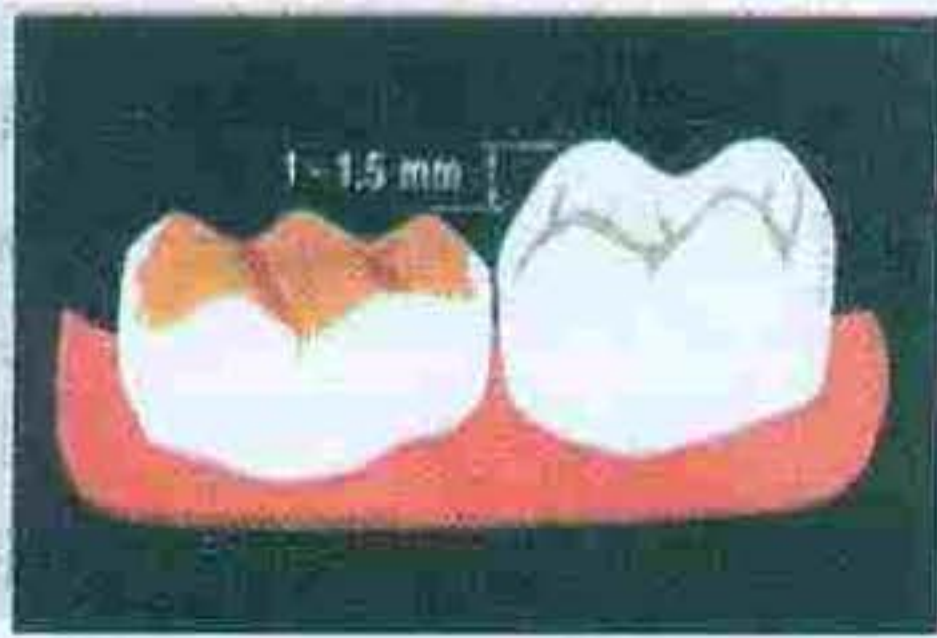
Bước 2. Gây tê, đặt đê.

Bước 3. Lấy sạch ngà sâu. Nếu sâu răng lan xuống dưới lợi thì tái tạo lại xoang II hoặc xoang III với GIC.

Bước 4. Hạ thấp mặt nhai khoảng 1,5mm theo hình thể giải phẫu.

Bước 5. Cắt mặt bên, phá bỏ điểm tiếp xúc với răng kế bên, tạo thành bên thẳng đứng, hơi hội tụ về phía mặt nhai. Đường hoàn tất dạng bờ xuôi.

Bước 6. Làm tròn tất cả các góc.



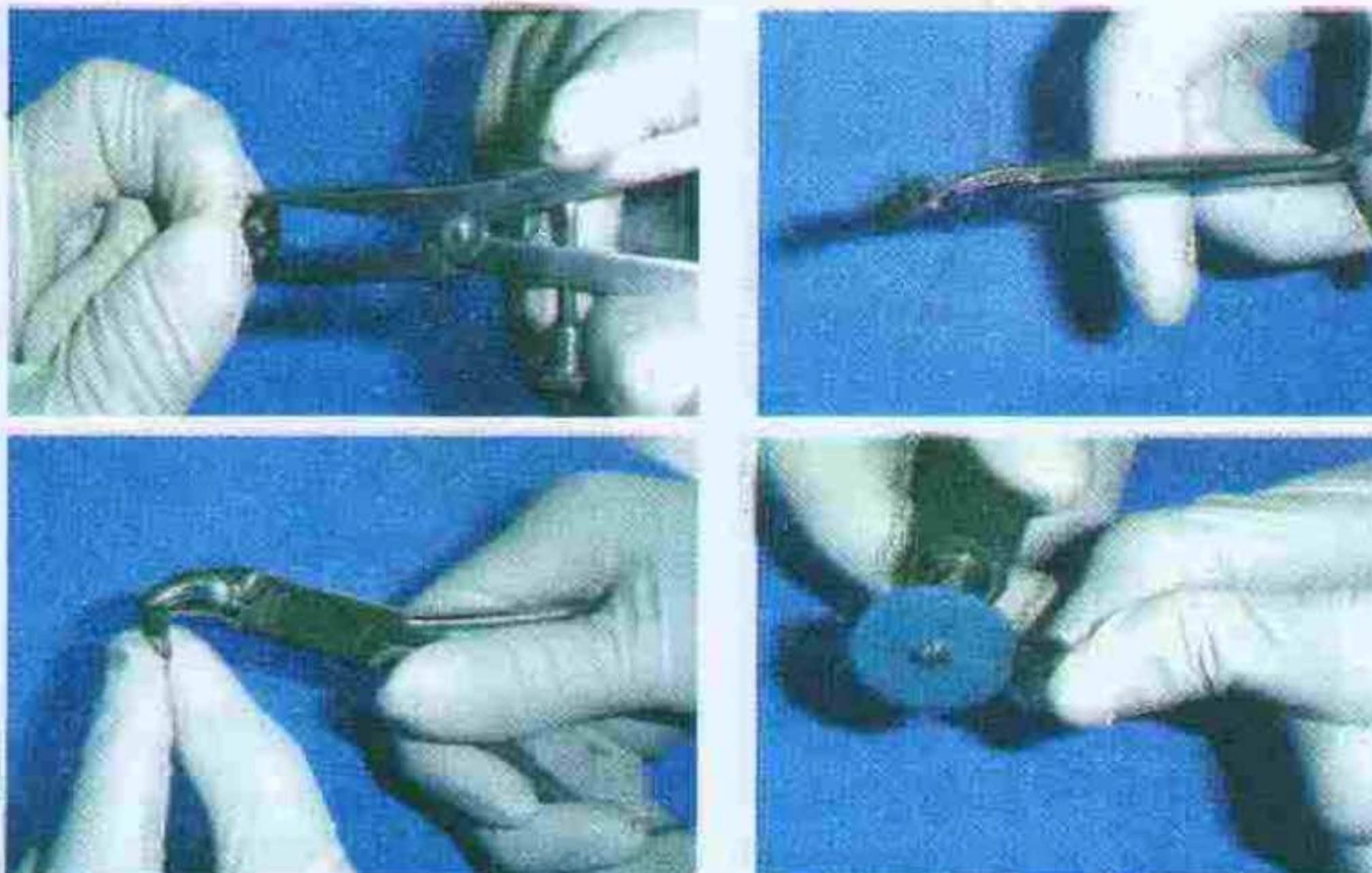
Hình 11.6. Mài chỉnh thân răng

Bước 7. Lựa chọn chụp răng, cần lưu ý điểm sau:

- Kích thước gần xa thích hợp.
- Lúc đặt chụp vào phải hơi chặt.
- Chiều cao khớp cần đúng.

Bước 8. Dùng kìm 114 uốn cong bờ chụp ở 1/3 lợi: tạo đường nét giải phẫu của thân răng tự nhiên và tạo sự khít khao của chụp và thân răng.

Nếu chụp thép quá cao dùng kéo cắt thép cắt bớt đi. Dùng kìm 800 – 147 để uốn cong 1mm bờ viền phía lợi để tạo sự khít chặt của bờ chụp vào cổ răng.



Hình 11.7. Lựa chọn chụp thép và chỉnh sửa

Bước 9. Bảo vệ tuỷ thích hợp, lấy đê ra và đặt chụp vào để kiểm tra khớp cắn. Làm nhãn và đánh bóng.

Bước 10. Rửa và thổi khô chụp, gắn bằng xi măng.

Bước 11. Thổi khô răng và đặt chụp vào, kiểm tra lại khớp cắn ở tương quan tâm.

Bước 12. Lấy sạch xi măng dư bằng mũi thấm trâm.

Bước 13. Hướng dẫn cha mẹ và bệnh nhân.



Hình 11.8. Gắn chụp thép và chỉnh sửa khớp cắn

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn câu trả lời đúng cho các câu hỏi sau bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu.

- Vật liệu thường được lựa chọn để phục hồi các tổn thương sâu răng ở cổ răng của các răng sữa phía trước là:
 - GIC.
 - Chụp nhựa có sẵn hoặc sử dụng khuôn chụp để tái tạo răng.
 - Composite.
 - Eugenolate.
- Chụp thép có sẵn chống chỉ định trong trường hợp:
 - Bệnh nhân đa sâu răng, răng sâu nhiều mặt.
 - Răng hàm sữa và răng hàm vĩnh viễn bị thiếu sản men.
 - Làm trụ cho bộ phận giữ khoảng.

- D. Chân răng sữa tiêu quá 1/2 chân răng.
 - E. Tái tạo răng sữa sau khi điều trị tuỷ buồng hoặc tuỷ chân.
3. Trong kỹ thuật chuẩn bị cùi răng để lắp chụp thép có sẵn:
- A. Chỉ được mài mặt nhai, mài mặt bên theo dạng bờ vai.
 - B. Mài mặt nhai khoảng 1 – 1,5mm, mặt bên theo dạng bờ xuôi.
 - C. Thông thường không nên mài mặt ngoài và mặt trong.
 - D. Mài mặt nhai khoảng 1 – 1,5mm, mặt bên theo dạng bờ cong, mặt ngoài và trong không nên mài.
 - E. Câu B và C đúng.
4. Vật liệu nên lựa chọn để phục hồi các răng hàm sữa sau khi lấy tuỷ buồng hoặc có lỗ sâu nhiều mặt, vỡ lớn là:
- A. Amalgam.
 - B. GIC.
 - C. Composite.
 - D. Chụp thép có sẵn.
 - E. Chụp thép đúc.
5. Khi phục hồi răng sữa sử dụng khuôn chụp strip crown, phải chuẩn bị cùi răng:
- A. Giảm chiều cao rìa cắn 2mm, mài nhẹ chiều gần xa của răng.
 - B. Tạo rãnh lưu trên bề mặt răng theo chiều dọc.
 - C. Tạo rãnh lưu trên bề mặt răng theo chiều ngang.
 - D. Bảo vệ ngà răng bằng GIC hoặc $\text{Ca}(\text{OH})_2$.
 - E. Dùng chêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thuý Nga, Phan Thị Thanh Yên, Phan Ái Hùng, Đặng Thị Nhân Hoà. Nha khoa trẻ em (2001). Nhà xuất bản Y học, Chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh.
2. Ralph E. McDonald, David R. Avery, Jeffrey A. Dean. (2010). Dentistry for the child and adolescent. 8th edition, Mosby.
3. J.R. Pinkham, Pediatric dentistry: infancy through adolescence 4th edition, Mosby Seniro editor.
4. Richard R. Welbury, Monty S. Duggal, (2005) Paediatric dentistry. 3th edition, Oxford.
5. Augus C. Cameron, Richard P Widmer, (2008). Andbook of Pediatric dentistry, 3rd edition, Mosby.

NHỮNG THÓI QUEN XẤU VỀ RĂNG MIỆNG

MỤC TIÊU

1. Phát hiện được một số thói quen xấu về răng miệng phổ biến.
2. Đưa ra phương pháp kiểm soát, điều trị hợp lý cho từng trường hợp cụ thể.

Phát hiện thói quen xấu về răng miệng ở trẻ 3 – 6 tuổi là một yếu tố quan trọng khi khám lâm sàng, bởi vì những thói quen về răng miệng là phổ biến ở lứa tuổi này.

Tốt nhất là, một thói quen nếu gây nên sự thay đổi hoặc cản trở mọc ở hàm răng sữa thì phải được loại bỏ trước khi răng vĩnh viễn bắt đầu mọc. Nếu không, nó sẽ tiếp tục gây nên sự thay đổi ở hàm răng vĩnh viễn, lâu dần những thay đổi này sẽ không thể hồi phục được.

Nếu các thói quen xấu được dừng lại ở thời kỳ răng hỗn hợp, những thay đổi bất lợi ở hàm răng sẽ hồi phục một cách tự nhiên. Cũng có thể phải cần tới một số loại khí cụ điều trị, nhưng phần lớn là hàm răng sẽ dần dần trở lại với vị trí ban đầu của nó.

I. PHÁT HIỆN CÁC THÓI QUEN XẤU VỀ RĂNG MIỆNG PHỔ BIẾN

Các thói quen xấu về răng miệng hay gặp ở trẻ nhỏ bao gồm: Thói quen mút ngón tay/mút ngón cái, mút núm vú giả, thói quen ở môi, đẩy lưỡi, thở miệng, cắn móng tay, cắn môi má, nghiêng răng, tự gây chấn thương.

Những ảnh hưởng gây ra bởi các thói quen này đối với răng, khớp cắn và cấu trúc xung quanh rất đa dạng phụ thuộc vào cường độ, tần suất và thời gian kéo dài của thói quen. Trong đó:

Cường độ là độ mạnh của lực đặt lên răng khi thực hiện thói quen.

Tần suất là số lần thực hiện thói quen trong một ngày.

Thời gian kéo dài của thói quen: trẻ đã có thói quen từ bao giờ, khoảng thời gian mỗi lần thực hiện thói quen. Đây là yếu tố quan trọng nhất làm di chuyển răng, các bằng chứng lâm sàng và thực nghiệm cho thấy, thời gian kéo dài 4 – 6 giờ một ngày với lực trung bình sẽ làm di chuyển răng.

Khi khám lâm sàng các trường hợp có thói quen xấu về răng miệng, một số thông tin đầu tiên quan trọng cần thu thập là:

- Thói quen của trẻ kéo dài được bao lâu?
- Trẻ thường thực hiện thói quen khi nào? Ban ngày? Ban đêm? Liên tục?
- Trẻ có thực hiện thói quen khi ở trường không?
- Trẻ có bị chế nhạo, giễu cợt khi xuất hiện thói quen? (càng chế nhạo trẻ sẽ càng làm cho thói quen trầm trọng hơn).

1. MÚT NGÓN TAY

Thói quen mút ngón tay mà chủ yếu là ngón cái là thói quen hay gặp nhất. Khoảng 2/3 trẻ có thói quen này sẽ chấm dứt trước 5 tuổi (Helle và Havikko, 1974). Như đã đề cập, sự thay đổi về răng và khớp cắn rất đa dạng tùy thuộc vào độ mạnh, tần suất và thời gian kéo dài của thói quen cũng như cách thức mút ngón tay (vị trí đặt ngón tay trong miệng). Trong đó sự kéo dài của thói quen đóng vai trò quan trọng nhất. Nghiên cứu cho thấy, mút ngón tay tối thiểu 4 – 6 giờ một ngày với lực trung bình sẽ gây nên di chuyển răng. Do đó, nếu trẻ mút ngón tay với một lực lớn, nhưng không liên tục cũng không gây di chuyển răng, trong khi trẻ mút liên tục hơn 6 giờ sẽ gây di chuyển răng đáng kể.

– Ngay sau khi sinh ra, phản xạ nuốt được hình thành, đây là kiểu phản xạ của chức năng cơ và thần kinh (bên cạnh phản xạ bám vú). Phản xạ nuốt và bám vú đều giúp trẻ phát triển và có ảnh hưởng đến sự định hướng ban đầu ở trẻ. Tuy nhiên, nhờ phản xạ nuốt mà đứa trẻ được no bụng, chính vì vậy mà phản xạ nuốt sẽ phát triển trội hơn phản xạ bám.

– Khi bắt đầu nghe và thấy, trẻ sẽ cố gắng tiến đến gần vật được nghe và thấy, rồi cho vào miệng tất cả mọi vật có trong tay. Mặc dù lúc ấy, cử động tay và chân còn kém, nhưng đứa trẻ sẽ cố gắng giữ tất cả cảm giác trong miệng cho đến khi đã liếm và nếm xong, tức là khi đã có cảm giác ở miệng. Vật ngon trẻ sẽ ăn và nếu vật không ngon trẻ sẽ phun ra, nhăn mặt và quay đi nơi khác.

– Việc cho vật vào miệng không những có thể làm mất cảm giác đói, mà còn giúp trẻ biết được vật đó ngon hay dở. Kinh nghiệm cho trẻ biết, các vật cho vào miệng (nhất là vật mềm và ấm) sẽ đi kèm với thức ăn và sự thoải mái dễ chịu. Chính từ kinh nghiệm đó, khi đói hay khi bất an, khó chịu, trẻ sẽ mút ngón tay vào miệng. Ngón tay đưa vào miệng dù không đưa lại thức ăn nóng, nhưng nó có thể thay thế cho người mẹ, giúp cho trẻ có một vật gì đó để bám vào và cho vào miệng. – Vì thế, một số tác giả đã cho rằng, mút ngón tay là một trong những dấu hiệu sớm nhất của sự tách rời (hay độc lập) với mẹ của trẻ.

– Mút ngón tay hay gặp ở trẻ em, khoảng 50% ở trẻ 1 tuổi. Tuy nhiên, con số này giảm nhanh và lúc 6 tuổi chỉ còn 15 – 20%. Từ 9 – 14 tuổi còn ít hơn 5%.

– Trong nhiều năm, có nhiều giả thuyết ra đời giải thích nguyên nhân của tật mút tay. Có lẽ một trong những lý thuyết được chấp nhận nhiều nhất là giả thuyết về các dạng mút ngón tay khác nhau ở các nhóm tuổi, khác nhau về các nhu cầu vật chất, sinh lý và tâm lý. Thế nhưng, người ta không biết chắc chắn được nguyên nhân nào gây mút tay. Không có tương quan có ý nghĩa nào giữa thời gian cho ăn và nhu cầu mút tay hay việc nuôi con bằng sữa bình hay sữa mẹ. Tuy nhiên, tất cả đều chấp nhận rằng mút tay giúp cho trẻ thỏa mãn những nhu cầu tình cảm, đặc biệt vào cuối thời thơ ấu. Thường xảy ra khi trẻ không được no bụng và thường gặp ở trẻ bị bỏ quên, không được mẹ thương yêu chăm sóc đầy đủ.

Triệu chứng lâm sàng:

Có hai nguyên nhân chính khiến các bậc cha mẹ trở nên quá lo lắng khi con mình mút tay:

– Xã hội không chấp nhận: cho rằng những trẻ mút tay là kém thông minh, không đáng yêu.

– Bố mẹ nghĩ rằng thói quen này sẽ khiến răng mọc lộn xộn, xấu xí.

Do lo lắng quá mức, nói chung các bậc cha mẹ không muốn chấp nhận mút tay là một thói quen bình thường ở trẻ (từ lúc mới sinh đến đầu thời thơ ấu).

Các bậc cha mẹ cần biết rằng, phần lớn trẻ đều ngừng mút tay trước 4 – 5 tuổi, ngay trước khi mọc các răng cửa vĩnh viễn hàm trên. Nếu ngừng thói quen vào lúc này thì không ảnh hưởng gì đến việc mọc và sắp xếp các răng vĩnh viễn, do đó không cần điều trị gì cả.

Nếu thói quen vẫn kéo dài đến thời kỳ mọc răng cửa vĩnh viễn hàm trên sẽ gây ra những rối loạn cho việc mọc răng hoặc sắp xếp răng hoặc cả hai.

Nếu trẻ ngừng mút tay lúc 8 – 10 tuổi thì bất cứ hậu quả nào cũng đều có thể điều chỉnh được. Bố mẹ của trẻ cần biết rằng, mút tay không gây ra sai khớp cắn loại II thật sự. Tệ nhất là có thể làm biến dạng xương ổ răng và lệch các răng liên quan với ngón tay mút. Thông thường, các mức độ lệch lạc khớp cắn chỉ là lệch răng một ít và chậm mọc răng, nhưng vấn đề này đều có thể tự điều chỉnh lại được.

Nên giải thích cẩn thận bố mẹ của trẻ rằng, mút tay làm nghiêng răng cửa trước trên vì ngón tay mút tạo áp lực lên răng liên quan. Thế nhưng, ở những trẻ có khớp cắn loại II, dù không mút tay vẫn có cắn chìa rõ rệt.

Tùy theo vị trí đặt ngón tay và điểm tựa trên răng hay trên xương ổ răng khi mút, các răng sẽ di chuyển:

– Răng trên mọc nghiêng phía môi, làm thưa các răng.

– Răng cửa dưới nghiêng về phía lưỡi. Do khi mút ngón tay, lực sẽ tác động lên mặt trong răng cửa trên và mặt ngoài răng cửa dưới.

– Tăng độ cắn chìa và cắn hở. Cắn hở vùng cửa do ngón tay thường đặt ở vị trí này, cản trở quá trình mọc của các răng cửa trong khi các răng hàm vẫn mọc bình thường hoặc thậm chí là làm lún các răng cửa.

– Hẹp hàm trên. Có thể do sự mất cân bằng giữa hệ thống cơ miệng và lưỡi. Khi mút tay, lưỡi bị đẩy xuống không chạm vào vòm miệng, không tạo được sự cân bằng lực với trương lực cơ môi má, đặc biệt là cơ má ép lại khi mút, tạo áp lực làm vùng răng hàm trên bị đẩy về phía lưỡi, gây cắn chéo răng sau ở cả hai bên.

– Các răng cửa trên nghiêng nhiều về phía môi, khiến chúng dễ gãy khi bị chấn thương.

– Cắn hở có thể đưa đến việc đẩy lưỡi ra phía trước hay phát âm khó khăn.

– Do sự co của cơ cằm, môi lưỡi bị ép lại nằm phía sau răng cửa trên khi nuốt, càng làm tăng độ cắn chìa và các răng cửa trên càng bị nghiêng về phía trước.

Tuy nhiên, có thể một trẻ vừa có khớp cắn loại II tiểu loại 1 vừa có thói quen mút ngón tay chứ không phải mút ngón tay đưa đến khớp cắn loại II, ở đây cần lưu ý yếu tố di truyền.

– Khám thấy ngón tay bị mút to hẳn ra, dẹt và ướt giúp nha sĩ khẳng định thói quen này mà chưa cần phải hỏi trẻ hoặc bố mẹ.



Hình 12.1. Mút ngón tay thường gặp ở trẻ nhỏ



Hình 12.2. Mút ngón tay lệch về bên phải, tăng độ cắn chìa và cắn hở



Hình 12.3. Mút ngón tay làm tăng độ cắn chìa và cắn hở toàn bộ vùng răng cửa, hẹp hàm trên



Hình 12.4. Mút ngón tay cái: Ngón tay dẹt, ướt

2. NHỮNG THÓI QUEN Ở MÔI

Những thói quen liên quan đến hoạt động của môi và cấu trúc xung quanh được gọi là thói quen ở môi. Ở trẻ em, thói quen ở môi xuất hiện khác nhau và ảnh hưởng của chúng cũng rất khác nhau.

Triệu chứng lâm sàng:

Thói quen liếm môi và đẩy môi ít ảnh hưởng đến răng. Thường thấy là môi và tổ chức xung quanh bị viêm đỏ, nứt nẻ vào mùa lạnh. Điều trị để chấm dứt thói quen này rất khó và kéo dài.

Thói quen mút môi và cắn môi có thể gây nên những sai lệch vĩnh viễn ở khớp cắn, nếu trẻ duy trì thói quen này với mức độ trung bình nhưng liên tục và kéo dài. Trẻ mút môi dưới có môi dưới nằm gọn giữa các răng cửa trên và dưới, tăng trương lực cơ ở vùng cằm. Thói quen này khó thay đổi và tạo ra những tổn thương hình bán nguyệt ở môi dưới. Tổn thương nứt nẻ và dễ bị bội nhiễm như chốc lở (impetigo). Mút môi lâu ngày dẫn đến nghiêng ra sau (nghiêng về phía lưỡi) các răng cửa dưới và nghiêng ra trước (nghiêng về phía môi) các răng cửa trên, gây nên cắn chìa quá mức và thường cả cắn sâu. Có những trẻ lại có thói quen mút hoặc cắn môi trên, thường kết hợp với đẩy hàm dưới ra trước gây nên khớp cắn ngược. Những thay đổi này xuất hiện cả ở răng sữa và răng vĩnh viễn.



a)



b)

Hình 12.5. Mút môi

a) Môi bị viêm đỏ, nứt nẻ; b) Khớp cắn sâu, cắn chìa quá mức vùng cửa.

3. MÚT NÚM VÚ GIẢ

Những thay đổi về răng gây ra bởi thói quen mút núm vú giả phần lớn là giống như mút ngón tay. Đặc điểm lâm sàng thường thấy là: khớp cắn hở vùng cửa, hẹp hàm trên đi kèm với cắn chéo ở vùng răng sau. Tuy nhiên, ít gặp các răng cửa trên nghiêng ra phía môi và răng cửa dưới nghiêng về phía lưỡi hoặc không trầm trọng như trong thói quen mút ngón tay.

Thói quen mút núm vú giả dường như chấm dứt sớm hơn thói quen mút ngón tay. Hơn 90% trường hợp nghiên cứu cho thấy thói quen này chấm dứt trước 5 tuổi, 100% chấm dứt trước 8 tuổi (Helle và Havikko, 1974). Về mặt lý thuyết, thói quen này dễ loại bỏ hơn thói quen mút ngón tay, vì có thể chấm dứt từ từ hoặc hoàn toàn bằng cách giải thích và thảo luận với trẻ, nếu với thói quen mút ngón tay thì không dễ gì. Trong một số trường hợp, trẻ dừng thói quen mút núm vú thì lại bắt đầu thói quen mút ngón tay, do đó cần phải tiếp tục loại bỏ thói quen này.



Hình 12.6. Mút núm vú giả ở trẻ 30 tháng tuổi: Khớp cắn hở vùng cửa



Hình 12.7. Sáu tháng sau khi ngừng mút núm vú giả

4. THỞ MIỆNG

Thở miệng và những liên quan của nó với khớp cắn sai lệch là một vấn đề phức tạp. Thuật ngữ "thở miệng" không thực sự chính xác, trong đa số trường hợp là "thở mũi-miệng", hiếm gặp trường hợp chỉ thở bằng miệng.

4.1. Nguyên nhân

Trẻ thở miệng có thể xếp làm ba loại, do:

– Giải phẫu, sinh lý:

+ Trẻ thở bằng mũi, nhưng do môi trên quá ngắn hoặc do tư thế của hàm dưới nên miệng vẫn hở khi thở mũi.

+ Trẻ 3 – 6 tuổi miệng hơi hở, mặc dù vẫn thở qua mũi là bình thường.

– Đường mũi bị cản trở: vì cuộn mũi phì đại (do dị ứng, nhiễm trùng mạn tính của màng niêm mạc mũi), vách ngăn mũi lệch vẹo, các hạch hạnh nhân to ra (cần phân biệt với trường hợp sự tăng sinh sinh lý của các hạch nhân hầu, VA khi trẻ đang lớn, quá trình sinh lý bình thường sẽ làm các hạch nhỏ lại và khi đó trẻ sẽ không thở miệng nữa).

– Có thói quen thở miệng: trẻ tiếp tục thở miệng dù đường mũi không còn cản trở.

4.2. Triệu chứng lâm sàng

Người ta không chứng minh được thở miệng gây lệch lạc khớp cắn (chủ yếu khớp cắn loại II). Tuy nhiên, lệch lạc khớp cắn thường gặp ở người thở miệng. Vì thế một số tác giả giải thích rối loạn khớp cắn là do thở miệng gây ra. Có thể gặp một số biểu hiện đặc biệt ở trẻ thở miệng như sau:

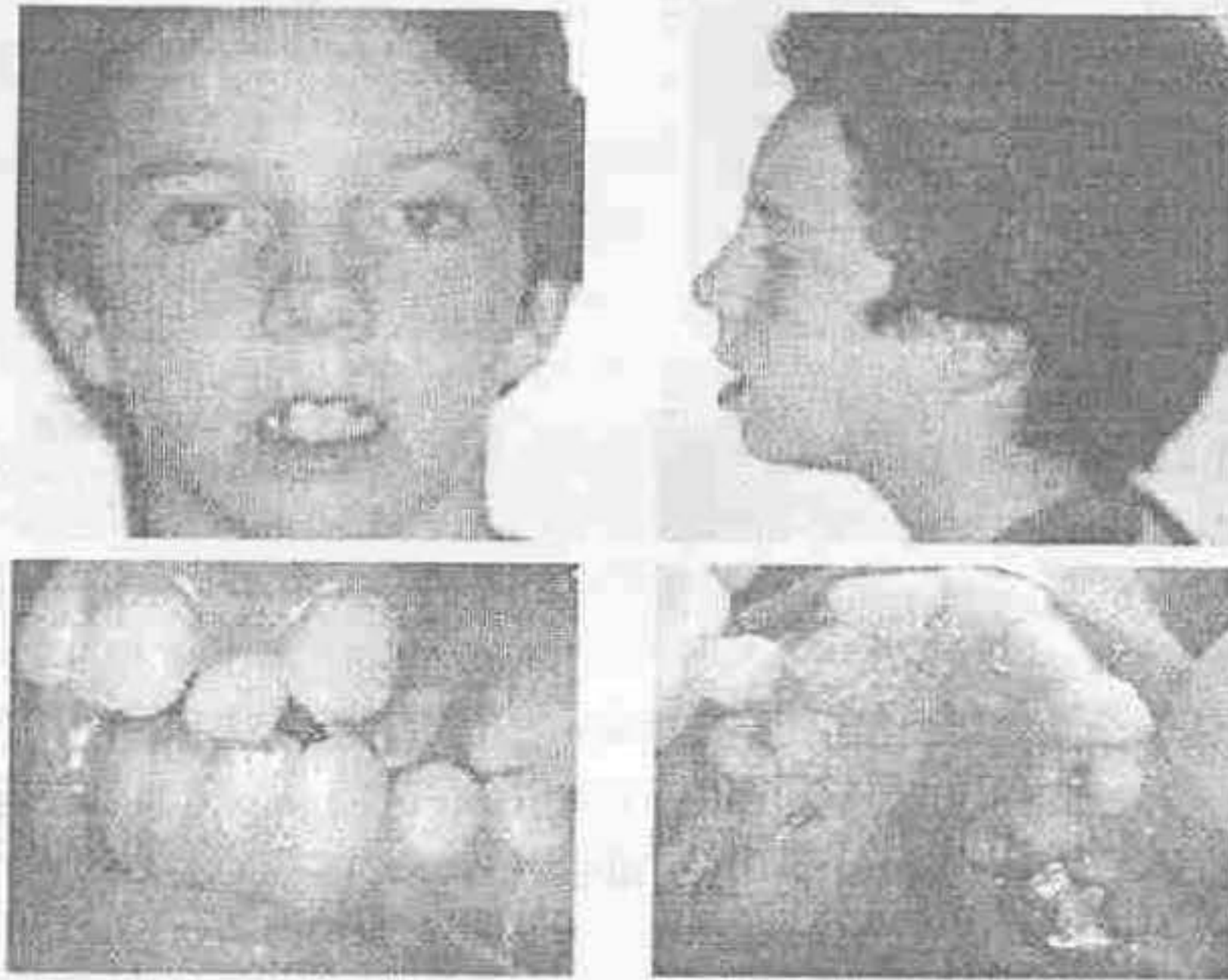
– Khuôn mặt dài và hẹp (chủ yếu là tăng mặt dưới).

– Các răng cửa hàm trên nhô ra trước.

– Khi miệng hở, môi dưới nằm phía sau các răng cửa hàm trên.

– Cung hàm trên có hình chữ V, vòm khẩu cái cao và hẹp.

– Niêm mạc lợi ở cung răng phía trước hàm trên thường bị kích thích và viêm. Có lúc trẻ được xếp vào loại thở miệng nếu môi hở và các răng hơi tách nhau.



Hình 12.8. Thở miệng: Khuôn mặt dài và hẹp, hẹp hàm trên

5. ĐẨY LƯỠI KHÔNG ĐIỂN HÌNH (NUỐT LỆCH)

Đẩy lưỡi không điển hình hay còn gọi là đẩy lưỡi hoặc đẩy lưỡi bẩm sinh, nuốt lệch là thói quen đẩy lưỡi ra trước tỳ vào các răng hoặc lưỡi nằm giữa các răng khi nuốt. Đây là kiểu nuốt của trẻ sơ sinh, khoảng 97% trẻ mới sinh có thói quen đẩy lưỡi. Theo Gellin, con số này giảm xuống 80% lúc trẻ 5 – 6 tuổi và 3% lúc 12 tuổi. Kiểu nuốt ở trẻ con hay tật đẩy lưỡi chấm dứt khi quá trình nuốt đã phát triển hoàn thiện cùng với sự thay đổi thức ăn từ lỏng sang đặc, rắn.

Theo T.M. Graber, mỗi ngày một người nuốt từ 1200 đến 2000 lần với một lực khoảng 4 pound/lần. Bên cạnh việc răng phải chịu áp lực trong mỗi lần nuốt, cơ chế thần kinh – cơ làm cho lưỡi liên tục đẩy vào răng ngay cả ở tư thế nghỉ gây nên hậu quả là lệch lạc khớp cắn.

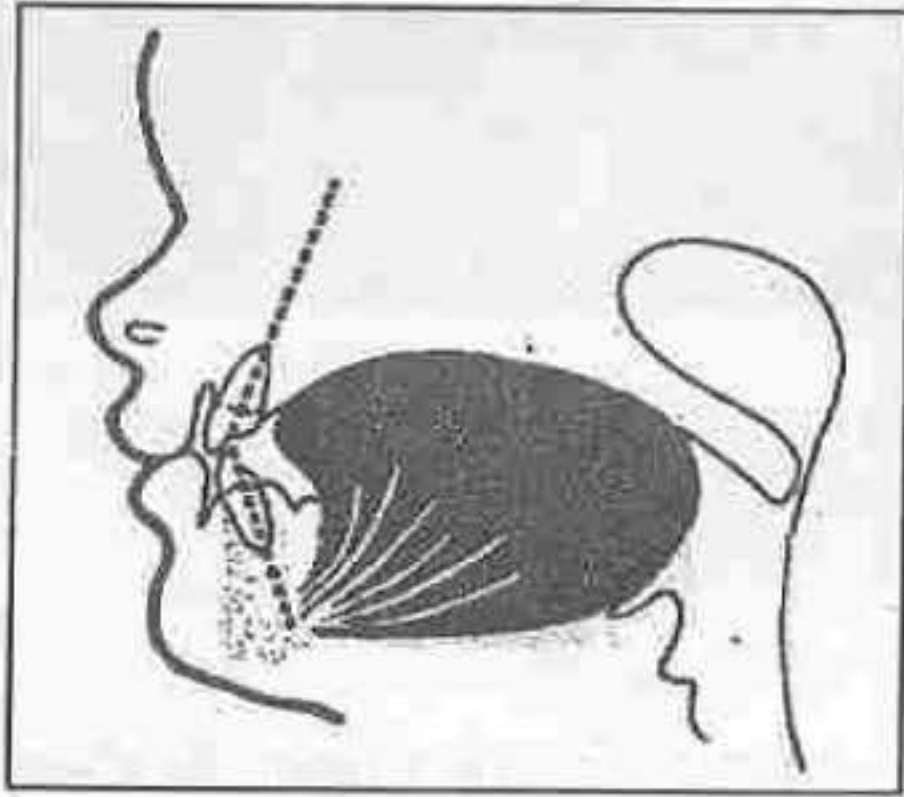
5.1. Cơ chế của quá trình nuốt bình thường và nuốt lệch

Nuốt bình thường (hình 12.9):

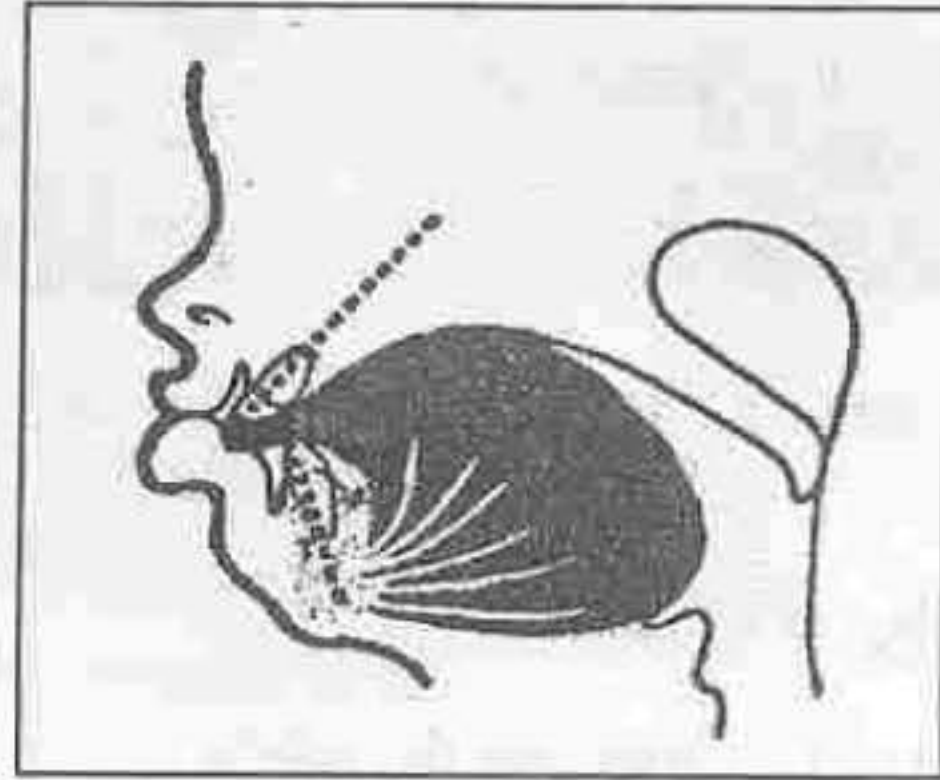
- Đầu lưỡi đặt ở gờ khẩu cái phía sau các răng trước trên.
- Môi đóng chặt lại.
- Các răng có tiếp xúc cắn khớp chặt chẽ.
- Thân lưỡi nâng lên đến trần miệng đẩy mạnh viên thức ăn về phía sau, trượt về phân sau lưỡi ở góc 45° rồi xuống thực quản.

Nuốt lệch (hình 12.10):

- Các cơ nhai không nâng hàm lại với nhau, vì thế các răng không có tiếp xúc cắn khớp.
- Lưỡi đưa ra trước, đẩy ra giữa các răng.
- Hàm dưới đưa về phía sau.
- Các cơ quanh miệng, đặc biệt là cơ vòng môi và cơ cằm có khuynh hướng đẩy viên thức ăn về phía sau và giữ lưỡi.



Hình 12.9. Nuốt bình thường



Hình 12.10. Nuốt lệch

5.2. Nguyên nhân

– Tật đẩy lưỡi thường được chấp nhận như một hậu quả của mút ngón tay, thói quen bú bình và do đó răng có thể cắn hở toàn bộ hoặc một phần. Thay vì nói rằng lưỡi gây cắn hở, ta hoàn toàn có thể nói theo cách tương đương rằng đẩy lưỡi là hậu quả của cắn hở một phần hay hoàn toàn – một thói quen bù trừ lại, đặc biệt ở những bệnh nhân hở môi. Đẩy lưỡi và mím môi chặt trong quá trình nuốt có thể đảm bảo sự kín hơi để nuốt được.

– Dị ứng, viêm nhiễm gây tắc nghẽn đường mũi gây nên thở miệng và do đó lưỡi bị đặt ở tư thế thấp trong miệng.

– Hạch hạnh nhân và VA lớn cũng được xem là gây nên tật đẩy lưỡi và đưa lưỡi ra trước.

- Lưỡi to bất thường.
- Mất răng sữa sớm.
- Phan lưỡi ngắn (lưỡi dính).
- Yếu tố di truyền, ví dụ như do hàm dưới quá dốc.
- Các yếu tố thần kinh, cơ khác.

5.3. Triệu chứng lâm sàng

– Các răng phía trước trên và dưới nghiêng ra phía trước và thưa nhau.

– Có khi cắn hở (do lưỡi đặt vào giữa răng cửa hàm trên và hàm dưới, cản trở sự mọc lên bình thường của các răng này).

- Thường gặp khó khăn khi phát âm các âm /s/ và /z/.
- Có thể thấy thờ miệng, mút ngón tay kết hợp.
- Ở tư thế nghỉ (xem tivi hay đọc sách), quan sát thấy miệng ở tư thế mở và lưỡi đẩy ra phía trước.



Hình 12.11. Đẩy lưỡi: Miệng mở và lưỡi đẩy ra phía trước ở tư thế nghỉ. Khớp cắn hở vùng cửa. Răng cửa trên và dưới ngả trước

6. NGHIẾN RĂNG

Nghiến răng được định nghĩa là sự nghiến các răng lại với nhau rất mạnh, thường xảy ra khi trẻ đang ngủ, tuy nhiên có khi trẻ nghiến răng cả vào lúc thức.

6.1. Nguyên nhân

Nguyên nhân gây nghiến răng cho đến nay vẫn chưa rõ và thường được giải thích như sau:

- Yếu tố tâm lý: Nghiến răng được xem là phản ứng đối với sự căng thẳng thần kinh và phần lớn là stress ở những trẻ có hệ thần kinh dễ bị kích thích. Trẻ bị rối loạn nhân cách, liệt não, chậm phát triển trí tuệ cũng hay gặp nghiến răng.

- Yếu tố toàn thân: Người ta cho rằng nghiến răng hay xảy ra ở những trẻ bị tổn thương thực thể ở não bộ như động kinh, viêm não, tổn thương hệ thần kinh cơ cũng như khi bị rối loạn tiêu hoá, dị ứng. Nghiến răng cũng hay xảy ra ở những trẻ bị giun kim hoặc các loại giun khác. Giun kim cái đẻ trứng trong hậu môn ẩm ướt, khi trứng nở gây ngứa ngứa khó chịu và nghiến răng được xem là một đáp ứng đối với kích thích ngứa.

- Yếu tố tại chỗ: Một số tác giả cho rằng, khi khớp cắn chưa ổn định, có cản trở, hàn kênh và cùng với sự siết chặt răng tác động như một cơ chế khơi mào cho tật nghiến răng.

6.2. Triệu chứng lâm sàng

- Trẻ thường nghiến răng mạnh đến nỗi bố mẹ than là tiếng nghiến răng khiến họ tỉnh giấc. Trẻ hiếm khi nhận ra là mình đang nghiến răng, mặc dù có một số trẻ kêu đau và nhạy cảm ở vùng cơ thái dương, cơ cắn và khớp thái dương hàm.

- Trong đa số trường hợp, biểu hiện ở răng là mòn mặt nhai răng hàm sữa, răng

nanh sữa và mặt trong các răng trước trên (gọi là "các diện mòn" và ở răng sữa rõ hơn răng vĩnh viễn), do đó mặt cắn hay rìa cắn trở nên khá phẳng, mất lớp men và lộ ngà. Một số trẻ nghiến răng siết mạnh đến nỗi làm vỡ men bờ cắn ở mặt ngoài răng trước dưới và mặt trong răng trước trên.

– Rất hiếm gặp, ở những trẻ khuyết tật, có tổn thương tuỷ răng do sự phá huỷ nhanh hơn sự tạo ngà thứ phát.



Hình 12.12. Mòn răng do nghiến răng

7. CẮN MÓNG TAY

Thói quen cắn móng tay rất ít gặp ở trẻ dưới 3 – 6 tuổi. Người ta thấy số trẻ có thói quen này tăng lên cho tới tuổi thiếu niên, nhưng mới có rất ít nghiên cứu về vấn đề này. Người ta cho rằng thói quen này xuất hiện khi trẻ phải chịu đựng những stress tăng dần.

Không có bằng chứng nào cho thấy thói quen cắn móng tay gây nên những thay đổi về răng hay khớp cắn, ngoại trừ những tổn thương men răng tối thiểu, do đó không cần phải điều trị gì. Tuy nhiên, nó có thể gây tổn thương giường móng và cần phải có phương pháp bảo vệ móng thích hợp.



Hình 12.13. Tổn thương do cắn móng tay

8. TỰ GÂY CHẤN THƯƠNG

Tự gây chấn thương, những hành động lặp đi lặp lại của bản thân trẻ gây nên những tổn thương trên cơ thể rất hiếm gặp ở trẻ bình thường. Thường gặp ở những trẻ phải chịu stress tình cảm kéo dài xuất phát từ những bất hạnh và mâu thuẫn trong gia

đình. Tỷ lệ người tự gây chấn thương gặp khoảng 10 – 20% ở những người chậm phát triển trí tuệ.

Thông thường khi khám răng và các cấu trúc nâng đỡ răng, môi, má, lưỡi có thể gặp những tổn thương ảnh hưởng đến một hay nhiều răng hoặc tổn thương rải rác, riêng biệt ở mô mềm không phải do sang chấn khớp cắn hay chấn thương từ bên ngoài. Có thể thấy tụt lợi phía môi và tiêu xương ổ răng.

Nếu trao đổi với bệnh nhân một cách thận trọng và khéo léo để tìm ra nguyên nhân, thì có thể phát hiện rằng, ở trẻ có thói quen mút ngón tay nhất là ngón cái, các móng tay có thể làm trầy xước mô quanh răng.

Trẻ có thể dùng bút chì, bút bi hay những vật sắc nhọn để gây tự tổn thương. Việc nhồi nhét thức ăn vào chỗ tổn thương cũng có thể là cơ chế khơi mào làm cho tổn thương nặng hơn.

II. CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

Nhìn chung, các phương pháp can thiệp để trẻ loại bỏ thói quen chỉ đạt được hiệu quả tốt nhất khi trẻ thực sự có mong muốn loại bỏ thói quen đó.

1. ĐIỀU TRỊ CHUNG

1.1. Loại bỏ nguyên nhân

Tìm hiểu các yếu tố nguyên nhân tại chỗ, toàn thân, yếu tố tâm lý gây nên các thói quen xấu ở trẻ để loại bỏ.

Sau đó tùy thuộc vào mong muốn, sự hợp tác của trẻ mà có các phương pháp thích hợp sau đây.

1.2. Trao đổi, thảo luận

Đây là phương pháp đơn giản nhất và phổ biến nhất. Trao đổi, thảo luận với trẻ về hậu quả của thói quen, những ảnh hưởng tới chức năng và thẩm mỹ. Cuộc thảo luận giữa nha sĩ và bệnh nhân nên diễn ra như cuộc trao đổi giữa hai người lớn, thường áp dụng với trẻ lớn vì trẻ có thể nắm bắt được một số khái niệm cũng như cảm nhận được những áp lực từ môi trường xung quanh để từ bỏ thói quen. Đa số trẻ sẽ nhận thức được và tự bỏ thói quen này.

1.3. Điều trị nhắc nhở

Sử dụng cho những trẻ có mong muốn ngừng thói quen, nhưng cần có một chút trợ giúp, nên giải thích rõ mục đích của các hình thức điều trị này. Có thể khiến trẻ không mút ngón tay bằng cách thoa các chất có vị đắng vào ngón tay, bọc ngón tay lại bằng vải không thấm nước, lồng ngón tay vào vỏ nhựa mềm hoặc cho trẻ mang bao tay khi ngủ. Phương pháp này như một cách điều trị không liên tục, nhắc nhở trẻ không cho ngón tay vào miệng nữa. Tuy nhiên, đôi khi trẻ sẽ cảm thấy như là bị trừng phạt.

1.4. Phương pháp treo giải thưởng

Phải có sự thỏa thuận đồng ý giữa trẻ và bố mẹ hoặc giữa trẻ và nha sĩ với điều kiện là trẻ phải chấm dứt thói quen trong một thời gian nhất định. Đổi lại, nha sĩ và bố mẹ trẻ sẽ khen thưởng nếu trẻ thực hiện đúng cam kết khi kết thúc. Phần thưởng không cần quá lớn nhưng phải đặc biệt đủ sức hấp dẫn trẻ. Sự khen ngợi kịp thời của bố mẹ và nha sĩ đóng vai trò lớn. Trẻ càng tham gia nhiệt tình thì cơ hội thành công càng cao.

Có thể kết hợp phương pháp 1.2 và 1.3 để giúp trẻ nhanh từ bỏ thói quen.

1.5. Phương pháp sử dụng các khí cụ

Chỉ nên sử dụng các khí cụ để điều trị khi đã áp dụng các phương pháp trên thất bại. Nha sĩ nên giải thích rõ ràng cho bệnh nhân và bố mẹ về tác dụng, chức năng của các khí cụ này cũng như đây không phải là một hình thức trừng phạt mà chỉ là những biện pháp nhắc nhở liên tục, kéo dài. Bệnh nhân và bố mẹ cũng được thông báo về một vài sự khó chịu tạm thời ngay sau khi sử dụng khí cụ, đó là:

- Khó khăn khi ăn uống.
- Khó khăn khi nói, phát âm.
- Khó chịu khi ngủ.

Nhìn chung, thời gian điều trị cho các loại khí cụ ít nhất là 6 tháng, thời gian duy trì tùy từng loại khí cụ.

2. ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ

2.1. Mút ngón tay

Thời điểm điều trị nên được cân nhắc kỹ càng. Nếu cha mẹ và trẻ không muốn điều trị thì không nên cố. Nên tạo cho trẻ có cơ hội tự ngừng thói quen này trước khi các răng vĩnh viễn mọc. Trường hợp phải áp dụng các biện pháp điều trị thì thời điểm thích hợp là từ 4 đến 6 tuổi. Tuy nhiên, với những trẻ vừa trải qua stress hoặc những thay đổi lớn trong cuộc sống như chuyển nơi ở hay chuyển trường thì nên trì hoãn điều trị. Khi thói quen đã được loại bỏ trước khi các răng cửa mọc hoàn toàn, độ cắn chìa, cắn hở sẽ tự động được điều chỉnh trong quá trình mọc răng. Phương pháp điều trị có thể thay đổi từ các phương pháp thảo luận, nhắc nhở, treo giải thưởng đến các khí cụ phức tạp:

- Phương pháp điều trị nhắc nhở: Sử dụng băng chun cuốn vào khuỷu tay ban đêm làm tay không thể cử động thoải mái nên không cho ngón tay vào miệng được hoặc lồng ngón tay vào vỏ nhựa mềm (hình 12.14a). Tổng thời gian điều trị từ 6 đến 8 tuần, nên khen thưởng kịp thời để khích lệ trẻ.

- Sử dụng khí cụ trong miệng: Tùy theo tuổi, hệ răng và thói quen mà chọn khí cụ cố định hay tháo lắp. Khi trẻ chỉ có răng sữa hay khi ở giai đoạn đầu của hệ răng

hỗn hợp, các răng vĩnh viễn chưa mọc lên hoàn toàn, không thuận tiện cho việc đặt các móc của khí cụ tháo lắp. Tuy nhiên, loại khí cụ tháo lắp dễ thực hiện và điều chỉnh, tránh cho trẻ cảm giác bị trừng phạt khi phải mang hàm cố định, nhưng lại phụ thuộc nhiều vào trẻ.

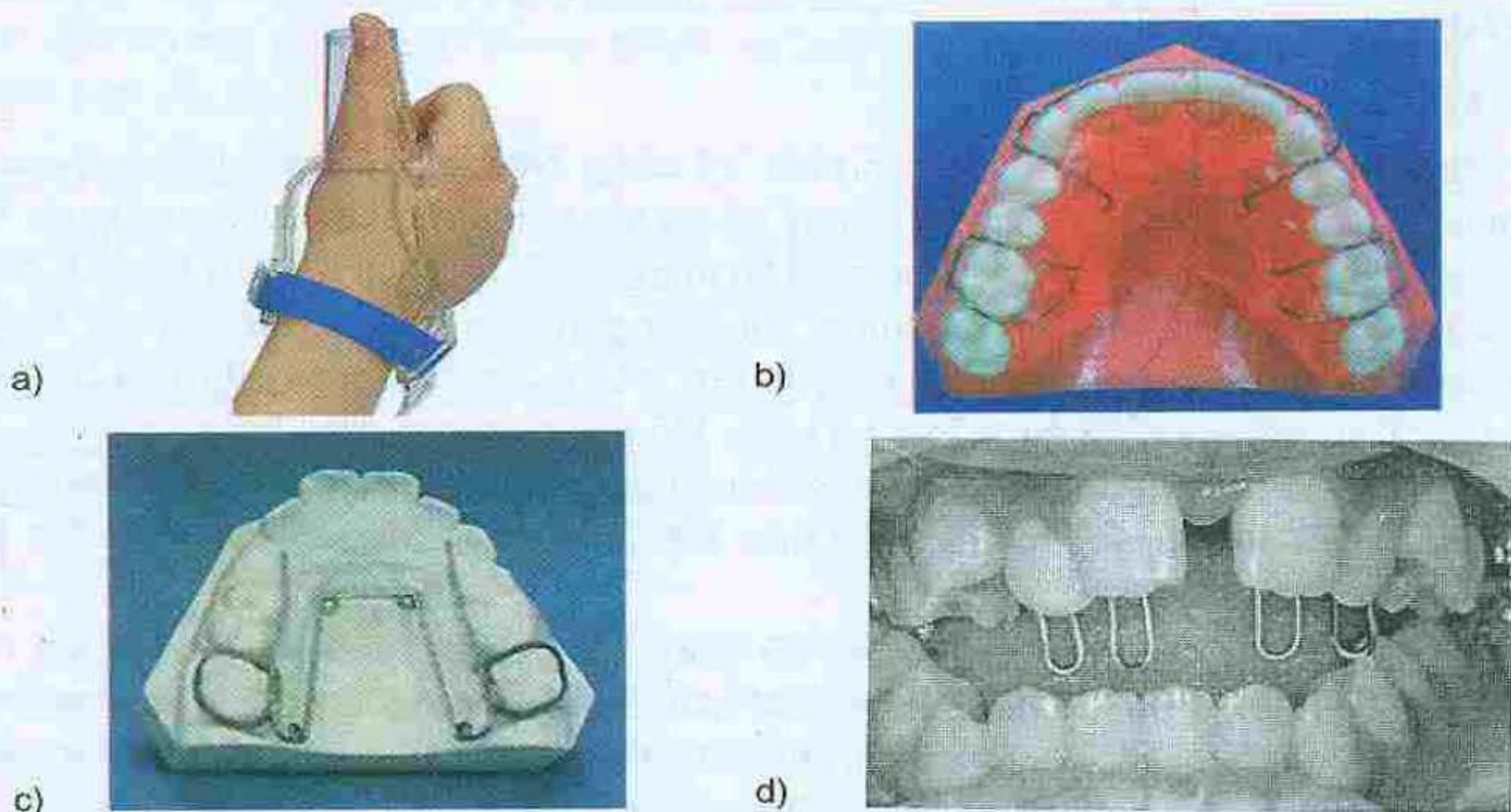
+ Khí cụ Hawley đơn giản, thụ động và không chức năng sẽ đóng vai trò nhắc nhở cho đến khi trẻ bỏ thói quen mút tay. Có thể phối hợp để điều chỉnh răng lệch hay xoay, răng cửa trên bị lệch ra trước, đóng khe thừa khi thiết kế khí cụ nhắc nhở (hình 12.14 b). Trong đa số trường hợp, răng lệch sẽ tự chỉnh lại khi bỏ mút tay, đó là một quá trình từ từ. Dùng khí cụ này, răng sẽ sắp xếp lại đúng vị trí, trẻ có cảm giác có kết quả và thành công nên càng mong muốn bỏ mút tay. Một tác dụng khác của khí cụ là làm cho miệng không kín hơi, nên trẻ không mút tay được.

Bệnh nhân và bố mẹ phải được giải thích rằng khí cụ không chỉnh được khớp cắn loại II tiểu loại 1 hay khớp cắn loại I có cắn chìa nhiều và răng to. Tuy nhiên, khí cụ giúp cải thiện được sự sắp xếp các răng và làm giảm bớt độ cắn chìa. Điều trị chỉnh hình răng mặt là cần thiết để chỉnh những lệch lạc khớp cắn.

+ Khí cụ Quad Helix: sử dụng khi bị hẹp hàm trên và cắn chéo ở các răng sau. Khí cụ này vừa có tác dụng chữa khớp cắn chéo, vừa làm ngừng thói quen (hình 12.14 c).

+ Khí cụ là hàng rào chặn lưỡi (Tongue crib): Làm ngừng thói quen mút tay và kiểm soát tạt đẩy lưỡi. Thường sử dụng khi trẻ không có khớp cắn chéo, cũng có thể dùng như khí cụ duy trì sau khi đã nong rộng hàm trên bằng Quad Helix, nhưng trẻ vẫn chưa bỏ hẳn thói quen (hình 12.14 d).

Thời gian điều trị bằng khí cụ cố định từ 6 đến 12 tháng.



Hình 12.14. Các phương pháp điều trị

a) Điều trị nhắc nhở; b) Khí cụ Hawley đơn giản; c) Khí cụ Quad Helix; d) Tongue crib.

2.2. Những thói quen ở môi

Điều trị thói quen mút môi và cắn môi.

– Ngăn ngừa bằng cách sử dụng tấm chặn môi (cố định hoặc tháo lắp), thường kết hợp với điều trị răng hàm.

– Điều trị răng hàm do mút môi dưới dựa vào tương quan xương và sự hiện diện hay không của các khoảng trống trên cung hàm.

+ Nếu tương quan xương là loại I, tăng độ cắn chìa đơn thuần là do ngả răng ra trước thì có thể dùng hàm tháo lắp hoặc gắn chặt để điều chỉnh răng về vị trí bình thường.

+ Nếu tương quan xương là loại II, điều trị phải kết hợp với điều chỉnh tăng trưởng.

– Điều trị răng hàm do mút môi trên cũng dựa vào tương quan xương loại I hay loại III và sự hiện diện của các khoảng trống trên cung hàm.



a)



b)

Hình 12.15. Tấm chặn môi ngăn ngừa mút môi dưới

a) Cố định; b) Tháo lắp

2.3. Mút núm vú giả

Do những thay đổi về răng gây ra bởi thói quen mút núm vú giả phần lớn là giống như mút ngón tay, do đó phương pháp điều trị không có gì khác biệt. Về lý thuyết, thói quen này dễ loại bỏ hơn mút ngón tay với sự kiểm soát của bố mẹ, tuy nhiên một số trường hợp trẻ lại chuyển sang mút ngón tay.

2.4. Thở miệng

– Cần loại bỏ nguyên nhân gây cản trở đường mũi: viêm nhiễm mạn tính, lệch vẹo vách ngăn...

– Khi đã loại trừ các trở ngại đường mũi mà trẻ vẫn còn tiếp tục thở miệng, khi đó là thở miệng thật sự, điều trị bằng các khí cụ:

+ Dùng tấm chặn môi: Tấm chặn môi là một vật cản cứng thụ động được đặt vào miệng, tựa lên răng và niêm mạc, cho trẻ mang vào ban đêm ngăn không cho không khí đi qua lại đường miệng, bắt buộc trẻ phải thở đường mũi khi ngủ. Ngoài ra, tấm chặn môi còn dùng để ngừa thói quen đẩy lưỡi, mút ngón tay và cắn môi.

+ Khí cụ Trainer: vừa có tác dụng ngăn ngừa thói quen, vừa hướng dẫn mọc răng, điều chỉnh một số lệch lạc nhỏ.

2.5. Đẩy lưỡi hay nuốt lệch

Khi mới quan sát thấy lần đầu trẻ có tật đẩy lưỡi hay nuốt kiểu trẻ con thì không cần phải bắt đầu ngay bất kỳ hình thức điều trị nào. Dù lưỡi có thể tạo lực đẩy mạnh nhưng ta phải xem xét dựa trên tần suất và thời gian kéo dài của thói quen. Vị trí đặt hàng ngày của lưỡi giữ vai trò quan trọng. Nếu lưỡi đặt ở giữa các răng thì gây cản trở sự mọc răng và gây cản trở không hoàn toàn.

- Điều trị nguyên nhân và thói quen kết hợp.
- Tập cho trẻ thói quen nuốt đúng, tư thế đặt lưỡi đúng.
- Tập phát âm đúng các âm /s/, /z/.
- Khí cụ ngăn ngừa đẩy lưỡi, khí cụ hướng dẫn cho lưỡi ở vị trí đúng khi nuốt cũng như khi nghỉ.



Hình 12.16. Tongue crib



Hình 12.17. Khí cụ hướng dẫn vị trí của lưỡi

2.6. Nghiến răng

- Loại bỏ các yếu tố nguyên nhân tại chỗ và toàn thân, yếu tố tâm lý.
- Nếu không thành công:
 - + Ở giai đoạn hệ răng hỗn hợp và vĩnh viễn: dùng những máng cao su mềm bao phủ tất cả các răng có thể làm giảm sự khó chịu cho bệnh nhân.
 - + Đối với trẻ ở thời kỳ răng sữa hay mới mọc răng hàm vĩnh viễn thứ nhất: những trẻ bị mòn toàn bộ các thân răng hàm sữa thì chọn lựa điều trị sẽ là đặt chụp kim loại (stainless steel crown) để phục hồi mô thân răng bị hư hại và chiều cao răng. Phục hồi lại chiều cao răng ban đầu của răng sữa giúp cho các răng hàm vĩnh viễn thứ nhất mọc lên hoàn toàn và bảo vệ các răng cửa vĩnh viễn hàm dưới. Chụp kim loại nếu được đặt đúng cách sẽ loại bỏ những cản trở khớp cắn và làm giảm cản trở bên làm việc trong lúc nghiến răng. Ở đa số trường hợp sau khi được đặt chụp, bố mẹ cho biết dường như thói quen nghiến răng biến mất.



Hình 12.18. Máng cao su mềm bảo vệ răng

2.7. Tự gây chấn thương

Tất cả những trẻ có thói quen tự gây chấn thương đều phải được gửi đến các chuyên gia tâm lý khám và điều trị. Bên cạnh việc điều chỉnh hành vi, phải có các biện pháp bảo vệ răng và cấu trúc xung quanh thích hợp cũng như có thể phải dùng thuốc an thần.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn câu trả lời đúng cho các câu hỏi sau bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu.

1. Các thói quen gây ảnh hưởng đối với răng, khớp cắn và cấu trúc xung quanh phụ thuộc chủ yếu vào:
 - A. Cường độ.
 - B. Tần suất.
 - C. Thời gian kéo dài.
 - D. Vị trí.
2. Các biểu hiện: Răng cửa trên mọc nghiêng phía môi, răng cửa dưới nghiêng về phía lưỡi, tăng độ cắn chìa và cắn hở, hẹp hàm trên hay gập ở trẻ có thói quen:
 - A. Mút ngón tay.
 - B. Mút môi dưới.
 - C. Mút núm vú giả.
 - D. Thở miệng.
 - E. Đẩy lưỡi.
3. Nguyên nhân gây khớp cắn hở vùng cửa ở trẻ có thói quen mút ngón tay:
 - A. Cản trở mọc các răng cửa.
 - B. Kích thích mọc các răng hàm.
 - C. Mất cân bằng giữa hệ thống cơ quanh miệng và lưỡi.
 - D. Các răng cửa có thể bị lún.
 - E. Đẩy lưỡi.
4. Trẻ có thói quen mút ngón tay thường dẫn đến:
 - A. Hẹp hàm trên.
 - B. Cắn chéo ở các răng sau.
 - C. Các răng cửa trên dễ gãy khi bị chấn thương do chìa quá mức.
 - D. Có thể ảnh hưởng đến phát âm.
 - E. Tất cả các câu trên đều đúng.

5. Những đặc điểm thường thấy ở trẻ có thói quen mút môi dưới:
- A. Khớp cắn hở vùng cửa.
 - B. Các răng cửa nghiêng về phía lưỡi.
 - C. Khớp cắn sâu, cắn chìa quá mức vùng cửa, tăng trương lực cơ cằm.
 - D. Cung răng dưới có hình chữ V.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Richard R. Welbury, Monty S. Duggal, Marie Thérèse Hosey. *Pediatric Dentistry*, 3rd edition, Oxford, 2005.
2. Ralph E. McDonald, David R. Avery, Jeffrey A. Dean, *Dentistry for the Child and Adolescent*, 8th edition, Mosby, 2010.
3. Soames J.V, Southam J.C. *Oral Pathology*, 3rd edition, Oxford, 1999.
4. Pinkham J.R, *Pediatric Dentistry: Infancy through Adolescence*, 3th edition, Mosby, 1999.
5. Trần Thuý Nga, Phan Thị Thanh Yên, Phan Ái Hùng, Đặng Thị Nhân Hoà. *Nha khoa trẻ em* (2001). Nhà xuất bản Y học, Chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh.

HÀM GIỮ KHOẢNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được vai trò của hàm răng sữa.
2. Trình bày được nguyên nhân và hậu quả của mất răng sữa sớm.
3. Trình bày được những yếu tố cần cân nhắc khi làm hàm giữ khoảng.
4. Trình bày được ưu, nhược điểm và chỉ định của các loại hàm giữ khoảng.

1. VAI TRÒ CỦA HÀM RĂNG SỮA

Hàm răng sữa tồn tại hoàn toàn trong miệng cho đến năm 5 – 6 tuổi và bắt đầu được thay thế dần bởi răng vĩnh viễn. Đến 11 – 12 tuổi, răng sữa được thay thế hoàn toàn bởi răng vĩnh viễn. Tuy tồn tại trong miệng một thời gian, nhưng răng sữa có vai trò rất quan trọng:

– Tiêu hoá: Cũng như hàm răng vĩnh viễn, hàm răng sữa giữ một chức năng quan trọng trong việc tiêu hoá thức ăn cho trẻ bằng cơ chế cắt, xé, nhai, nghiền nát.

– Phát âm: Một chức năng quan trọng của hệ răng sữa thường bị bỏ qua, đó là vai trò của răng sữa trong phát âm. Sự mất sớm các răng phía trước có thể gây khó khăn cho việc phát âm một số âm như “ph”, “v”, “s”. Tuy nhiên, trong đa số trường hợp, khi các răng của vĩnh viễn đã mọc lên hoàn chỉnh, sẽ có sự tự sửa chữa trong phát âm.

– Thẩm mỹ: Hệ răng sữa cũng mang lại thẩm mỹ cho khuôn mặt trẻ, giúp trẻ tự tin khi giao tiếp. Sự phát âm của trẻ còn có thể bị ảnh hưởng một cách gián tiếp, vì khi tự nhận ra bộ răng xấu xí của mình, trẻ sẽ không mở miệng đủ to khi nói chuyện.

Ngoài ba chức năng tương tự như hàm răng vĩnh viễn, hàm răng sữa còn có thêm hai chức năng quan trọng sau:

– Giữ khoảng: Giữ khoảng trên cung hàm cho răng vĩnh viễn tương ứng mọc lên.

– Kích thích sự phát triển của xương hàm: Nhờ vào cử động nhai, nhất là trong sự phát triển chiều cao cung răng.

Vì những chức năng quan trọng như trên, sự khoẻ mạnh của hàm răng sữa có ảnh hưởng rất lớn đến sự phát triển thể chất chung của trẻ, trong đó đặc biệt là sự phát triển của hàm răng vĩnh viễn.

2. MẤT RĂNG SỮA SỚM

2.1. Nguyên nhân

Sự mất răng sữa sớm được chia ra: Mất răng phía trước (răng cửa và răng nanh) và mất răng sau (các răng hàm).

Mất răng phía trước chủ yếu là do chấn thương (thường gặp ở trẻ tập bò, đi và chạy) hoặc do sâu răng dạng sâu răng bú bình và sâu răng lan nhanh.

Mất răng sau chủ yếu do sâu răng, hiếm khi do chấn thương.

2.2. Hậu quả

2.2.1. Mất răng cửa sữa: Răng sữa mất sớm cần được thay thế bằng răng giả vì 4 lý do: giữ khoảng, chức năng nhai, phát âm và thẩm mỹ.

– Mất khoảng: Thường thì mất răng cửa sữa sớm ít khi gây ra sự mất khoảng, mặc dù có sự tái sắp xếp các răng sữa còn lại, nhưng không có sự mất khoảng thật sự. Ngay khi có hở linh trường (khe hở nguyên thủy) ở giai đoạn răng sữa, cũng không có sự di chuyển các răng.

– Tiêu hoá: Việc mất các răng cửa sữa làm chức năng nhai kém đi, nhưng nếu được nuôi với một chế độ ăn đúng thì trẻ vẫn tăng trưởng bình thường.

– Phát âm: Nếu trẻ mất răng cửa sữa sớm, ngay trước khi bắt đầu phát âm, sẽ làm sự phát âm chậm lại hoặc bị thay đổi, nhất là đối với một số âm phát ra cần có sự tiếp xúc giữa lưỡi và mặt trong răng cửa trên (âm “s”, “v”). Nếu trẻ đã có khả năng phát âm thì sự mất răng cửa sữa không giữ vai trò quan trọng.

– Thẩm mỹ: Mất răng cửa sữa sớm dễ làm cho trẻ mặc cảm, không tự tin khi giao tiếp. Đây có lẽ là lý do chính của việc cần thiết phải thay thế các răng cửa sữa mất sớm.

Bộ giữ khoảng trong trường hợp này có thể là một cung lưỡi cố định có thêm răng giả hay một hàm giả tháo lắp.



Hình 13.1. Cung lưỡi cố định có thêm răng giả

2.2.2. Răng nanh mất sớm: Hiếm khi xảy ra, có thể gặp do chấn thương hoặc do sâu răng. Hậu quả của mất răng nanh sớm:

– Hàm trên: Đường giữa lệch sang bên mất răng, mất chỗ răng nanh vĩnh viễn.

– Hàm dưới: Ngoài lệch đường giữa, còn có sự nghiêng về phía lưỡi của các răng cửa. Nên cần đặt một cung lưỡi ngay sau khi các răng cửa vĩnh viễn mọc lên.

Để tránh răng cửa xô gây lệch đường giữa, có thể sử dụng bộ giữ khoảng cố định (khâu và vòng dây) hay hàm giả tháo lắp bán phần nếu bệnh nhân hợp tác tốt. Các khí cụ này sẽ được điều chỉnh khi răng cửa bên vĩnh viễn mọc lên bị cản trở do có kích thước lớn hơn răng vĩnh viễn tương ứng.

Trong trường hợp mất cả hai răng nanh sữa sẽ gây hậu quả:

- Nghiêng lưỡi của các răng cửa.
- Giảm chiều dài cung hàm.
- Tăng độ cắn chùm, cắn chìa.

Tránh các hậu quả trên, làm hàm giữ khoảng hai bên.

2.2.3. Răng cối mất sớm: Khi điểm tiếp xúc giữa hai răng bị mất do sâu mặt bên, răng bị nhỏ hay răng bị cứng khớp (làm răng không mọc lên hoàn toàn), gây hậu quả:

– Mất khoảng: Do các răng kế cận khoảng mất di chuyển (răng phía sau di gần, răng phía trước di xa) chiếm khoảng trống mất răng.

– Các răng đối diện trời lên, nếu mất nhiều răng hàm, có thể làm giảm thấp tâm cắn, làm xương hàm kém phát triển.

– Chức năng nhai kém.

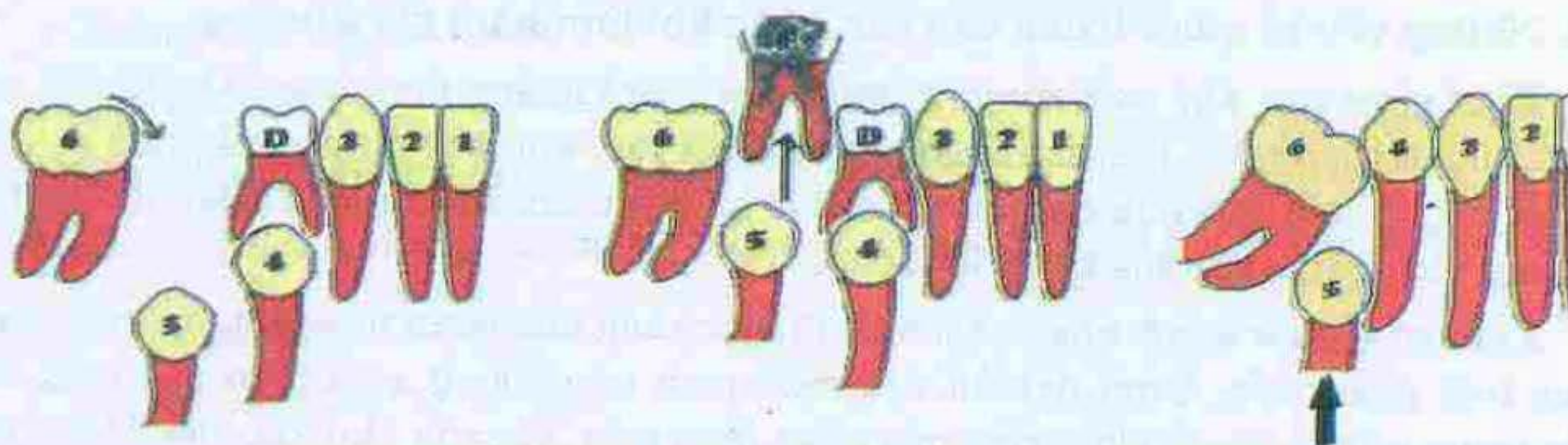
Để tránh các hậu quả gây ra, chúng ta phải tiến hành điều trị sớm:

- Trám sớm các răng sâu mặt bên.
- Lỗ sâu quá lớn hoặc những răng điều trị tuỷ, cần phục hồi lại thân răng bằng chụp thép tiền chế.

Trường hợp răng cứng khớp, vẫn phải giữ răng cho tới khi khoảng trống bị mất rõ rệt mới tiến hành nhổ răng và giữ khoảng.



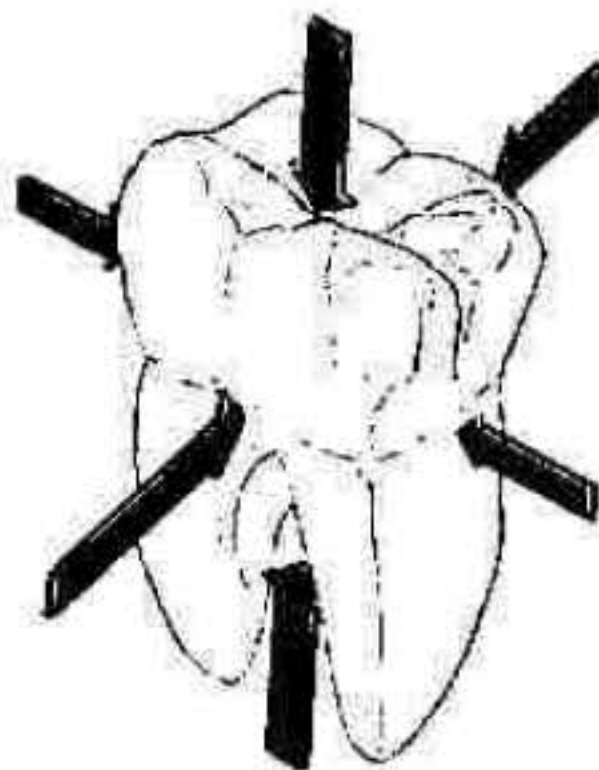
Hình 13.2. Mất khoảng do sâu mặt bên răng hàm sữa



Hình 13.3. Mất khoảng do mất sớm răng hàm sữa thứ hai

3. NHỮNG YẾU TỐ CÂN CÂN NHẮC KHI LÀM HÀM GIỮ KHOẢNG

Một răng nằm ở vị trí đúng trong cung hàm là kết quả tác động của một chuỗi các lực. Nếu một trong các lực tác động này bị thay đổi hoặc bị mất đi, sẽ làm thay đổi mối quan hệ của các răng kế cận và kết quả sẽ làm răng bị xô lệch, gây ra các lệch lạc khớp cắn.



Hình 13.4. Những lực tác động lên một răng nằm trên cung hàm

3.1. Những yếu tố ảnh hưởng đến sự phát triển của khớp cắn

– Hệ thống cơ miệng bất thường: Vị trí lưỡi đặt cao kết hợp với trương lực cơ cắn khoẻ, có thể phá huỷ khớp cắn sau khi mất răng hàm sữa hàm dưới. Hậu quả dẫn đến giảm cung răng dưới và nghiêng lưỡi nhóm răng cửa.

– Thói quen miệng: Thói quen ngậm ngón tay tạo lên những lực bất thường tác động lên cung hàm. Điều này dẫn đến phá hoại cung hàm sau khi mất răng sớm.

– Tình trạng rối loạn khớp cắn hiện tại: Chiều dài cung hàm không tương xứng và các dạng khác của RLKC thường gặp khớp cắn loại II tiểu loại 2 sau mất sớm răng hàm hàm dưới.

– Giai đoạn phát triển của khớp cắn: Thông thường, sự mất khoảng sẽ diễn ra nhanh hơn trong giai đoạn răng kế cận đang mọc lên. Trong giai đoạn này, nếu không giữ khoảng, răng kế cận sẽ di chuyển vào vị trí răng mất.

Như vậy, hậu quả của mất răng sữa sớm khác nhau trên từng cá thể, kể cả những cá thể cùng lứa tuổi và cùng giai đoạn phát triển của bộ răng.

3.2. Những yếu tố quan trọng cần cân nhắc khi làm hàm giữ khoảng

Thời gian sau khi mất răng: Hiện tượng mất khoảng thường xảy ra nhanh nhất trong suốt 6 tháng đầu tiên sau khi nhổ răng. Vì vậy, khi một răng sữa bị mất đi và tất cả các yếu tố đều đưa đến chỉ định cần làm hàm giữ khoảng thì cần phải đặt hàm giữ khoảng vào vị trí mất răng càng sớm càng tốt.

Tuổi răng của bệnh nhân: Lịch trình mọc răng của bệnh nhân không quan trọng bằng tuổi phát triển. Gron nghiên cứu mối quan hệ giữa sự xuất hiện của răng vĩnh viễn trong miệng và sự phát triển của chân răng trên Xquang cho kết quả: Răng mọc

lên trong miệng khi chân răng phát triển được ba phần tư, bất chấp rằng đó đã đến tuổi mọc chưa. Rất nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng, nếu răng hàm sữa mất sớm trước 7 tuổi sẽ dẫn đến chậm mọc răng thay thế. Ngược lại, nếu mất sau 7 tuổi, răng thay thế sẽ mọc sớm hơn so với lịch trình mọc răng. Ảnh hưởng này sẽ giảm dần theo tuổi.

Khối lượng xương che phủ bên trên răng chưa mọc: Dự đoán thời gian răng mọc dựa trên sự phát triển của chân răng và sự ảnh hưởng của thời gian răng mất nhiều khi không đáng tin cậy nếu phần xương che phủ đã bị phá huỷ bởi viêm nhiễm. Nếu vẫn có xương che phủ trên thân răng, điều đó có nghĩa răng vĩnh viễn sẽ không thể mọc lên trong thời gian sắp tới và cần phải đặt hàm giữ khoảng. Một gợi ý trong dự đoán thời gian răng xuất hiện trong miệng đó là răng hàm nhỏ thường mất 4 – 5 tháng để mọc lên được 1mm trong xương (đo trên phim cánh cắn).

Hoạt động mọc răng của các răng kế cận khoảng trống: Quá trình mất khoảng sẽ diễn ra nhanh hơn khi các răng kế cận đang trong quá trình mọc tích cực. Ví dụ: mất răng hàm sữa thứ hai sớm, trong khi đó răng hàm vĩnh viễn thứ nhất đang mọc, răng hàm vĩnh viễn thứ nhất sẽ mọc vào vị trí răng hàm sữa thứ hai, gây mất chỗ răng hàm nhỏ vĩnh viễn thứ hai. Nếu mất răng hàm sữa thứ hai khi răng hàm vĩnh viễn thứ nhất đã mọc lên hoàn toàn trong miệng, thì sự mất khoảng sẽ diễn ra chậm hơn.

Răng vĩnh viễn chậm mọc: Một vài răng vĩnh viễn chậm mọc, thường do răng phát triển chậm hoặc răng mọc sai đường. Trong trường hợp này, cần nhổ răng sữa bên trên, đặt hàm giữ khoảng, sẽ cho phép răng vĩnh viễn mọc lên đúng vị trí.

Thiếu răng vĩnh viễn bẩm sinh: Nếu có thiếu răng vĩnh viễn bẩm sinh, nha sĩ cần cân nhắc từng trường hợp cụ thể để quyết định cần làm hàm giữ khoảng kết hợp chỉnh nha hoặc phục hình.

4. HÀM GIỮ KHOẢNG

4.1. Định nghĩa: Hàm giữ khoảng là một khí cụ tháo lắp hoặc cố định nhằm để giữ khoảng cần thiết cho răng vĩnh viễn mọc.

4.2. Các tiêu chuẩn lựa chọn hàm giữ khoảng

- Tái lập lại các chức năng của cung răng.
- Tương hợp với mô mềm.
- Cho phép vệ sinh tốt, an toàn và dễ sử dụng.

4.3. Các loại hàm giữ khoảng

Được chia làm hai loại chính: giữ khoảng tháo lắp và giữ khoảng cố định.

4.3.1. Giữ khoảng tháo lắp

* *Chỉ định trong trường hợp:*

- Mất nhiều răng trên cùng một cung hàm.

– Mất hai bên răng hàm sữa thứ nhất và thứ hai.

– Thiếu răng trụ phù hợp.

* *Ưu điểm:*

– Phục hồi được các chức năng: thẩm mỹ, phát âm, chức năng nhai.

– Lập lại được kích thước dọc của khớp cắn.

– Có thể sửa chữa thích ứng với sự thay đổi của cung răng.

– Dễ vệ sinh và không ảnh hưởng đến vệ sinh cung răng.

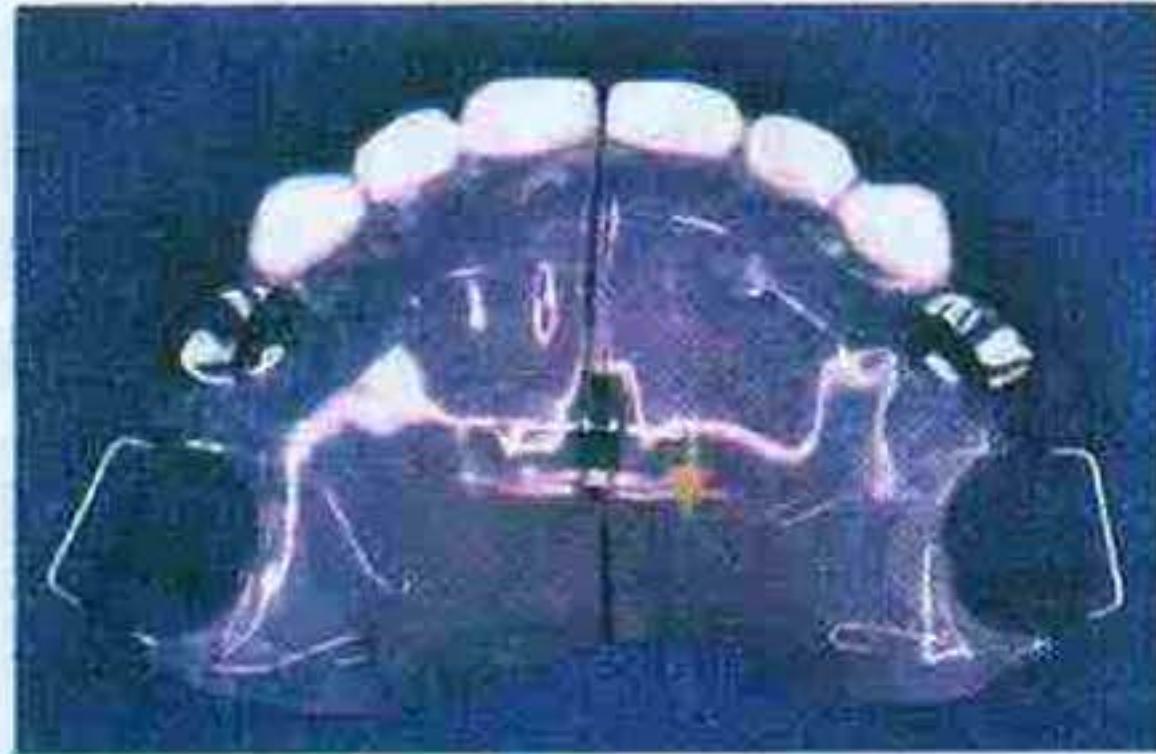
* *Nhược điểm:*

– Độ lưu giữ kém, do răng nanh không có phân lẹm đủ rộng để móc bám vào.

– Hàm công kênh, gây vướng trong miệng.

– Tác dụng phụ thuộc nhiều vào sự hợp tác của bệnh nhân.

Chính vì những nhược điểm trên, không chỉ định làm hàm giữ khoảng tháo lắp cho trẻ trước 6 tuổi vì trẻ thường không thể thích ứng được với hàm giữ khoảng tháo lắp cũng như không chịu sử dụng nó.



Hình 13.5. Hàm giữ khoảng tháo lắp

* *Quy trình kỹ thuật:*

– Làm giống như hàm giả tháo lắp từng phần bao gồm: nền hàm, tựa, móc, răng bên trên.

– Nền hàm phải phủ kín niêm mạc tối đa và tránh chỗ bám của cơ và các phanh.

– Có thể cho thêm ốc nong vào giữa nền hàm để điều chỉnh hàm theo sự phát triển của cung hàm.

4.3.2. Hàm giữ khoảng cố định

Lưu giữ nhờ các khâu nắn chỉnh hoặc các chụp thép cố sẵn. Hàm giữ khoảng cố định có thể một bên hoặc hai bên.

* *Ưu điểm:*

– Ít vướng, trẻ dễ hợp tác.

– Hiệu quả giữ khoảng ổn định hơn.

** Nhược điểm:*

- Đòi hỏi phải vệ sinh tốt.
- Không phục hồi lại được kích thước dọc của khớp cắn, không thực hiện được chức năng nhai.
- Phải chuẩn bị răng trụ.

** Có các loại hàm sau:*

a) *Hàm giữ khoảng một bên:* là loại hàm giữ khoảng được sử dụng khi mất một răng. Cần theo dõi và chăm sóc liên tục sau khi đặt vào, không thực hiện được chức năng nhai của răng mất.

** Chỉ định:*

- Mất răng hàm sữa thứ nhất một bên.
- Mất răng hàm sữa thứ hai một bên sau khi mọc răng hàm vĩnh viễn thứ nhất.
- Mất răng hàm sữa thứ nhất hai bên trước khi thay răng cửa.
- Mất răng hàm sữa thứ hai hai bên trước khi thay răng cửa và sau khi mọc răng hàm vĩnh viễn thứ nhất.

** Cấu tạo:* gồm khâu và vòng dây, hoặc chụp thép sẵn (nếu răng trụ là răng sữa) và vòng dây.



Hình 13.6. Hàm giữ khoảng một bên

** Quy trình kỹ thuật:*

- Chọn khâu hoặc chụp thép phù hợp, sửa soạn khâu, chụp thép.
- Đặt khâu hoặc chụp thép vào răng trụ và lấy mẫu.
- Lấy mẫu ra, tháo khâu hoặc chụp thép từ răng trụ đặt lại vào mẫu.
- Đổ mẫu, khi mẫu khô, gỡ mẫu ta được khâu hoặc chụp thép úp lên răng trụ, giống như trên miệng.

– Bề dây hình chữ M, một đầu tựa lên răng bên cạnh và ở 1/3 phía rìa cắn. Kiểm tra lại hàm xem có điểm vướng không.

– Hàn cố định dây, đánh bóng.

– Gắn hàm.

* *Yêu cầu kỹ thuật:*

– Vòng dây rộng đủ cho răng hàm nhỏ vĩnh viễn mọc (khoảng 8mm).

– Vòng dây không được hạn chế hoạt động chức năng của răng kế cận.

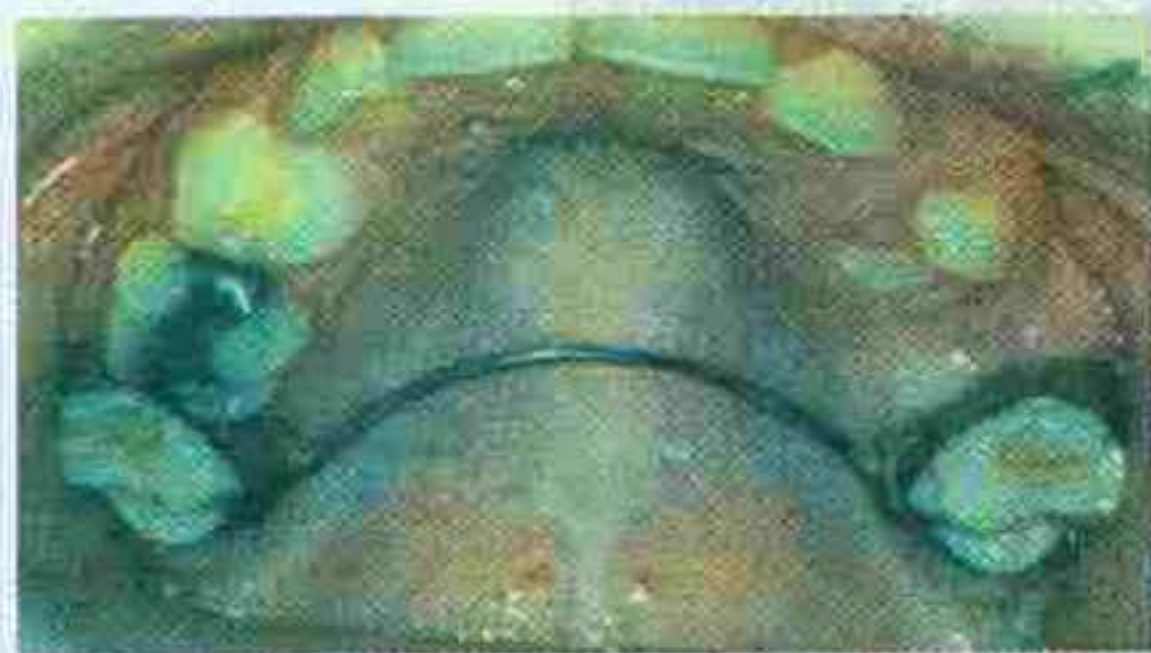
– Vòng dây cần được đặt sát sống hàm, nhưng không được chạm vào phần mềm.

b) *Hàm giữ khoảng hai bên:* gồm cung lưỡi và cung khẩu cái.

* *Chỉ định:* Mất răng hai bên cung hàm, mất nhiều răng, nhưng phải có răng trụ phù hợp.

* *Cấu tạo:*

– *Hàm trên:* Cung qua khẩu cái và cung Nance, cả hai loại này đều sử dụng dây thép lớn (36mm) nối hai răng sữa giới hạn khoảng mất răng phía xa, hoặc hai răng hàm lớn thứ nhất mang khâu. Sự khác biệt của hai cung là nơi sợi dây đặt trên cung khẩu cái. Cung Nance có thêm một nút nhựa nằm trực tiếp lên các gờ khẩu cái phía trước. Cung qua khẩu cái gồm một dây đi ngang qua khẩu cái, nhưng không chạm vào khẩu cái. Mặc dù khí cụ qua khẩu cái sạch và dễ thực hiện, nhưng một số nhà lâm sàng cho rằng loại khí cụ này cho phép răng di chuyển và di gân gây mất khoảng.



Cung qua khẩu cái

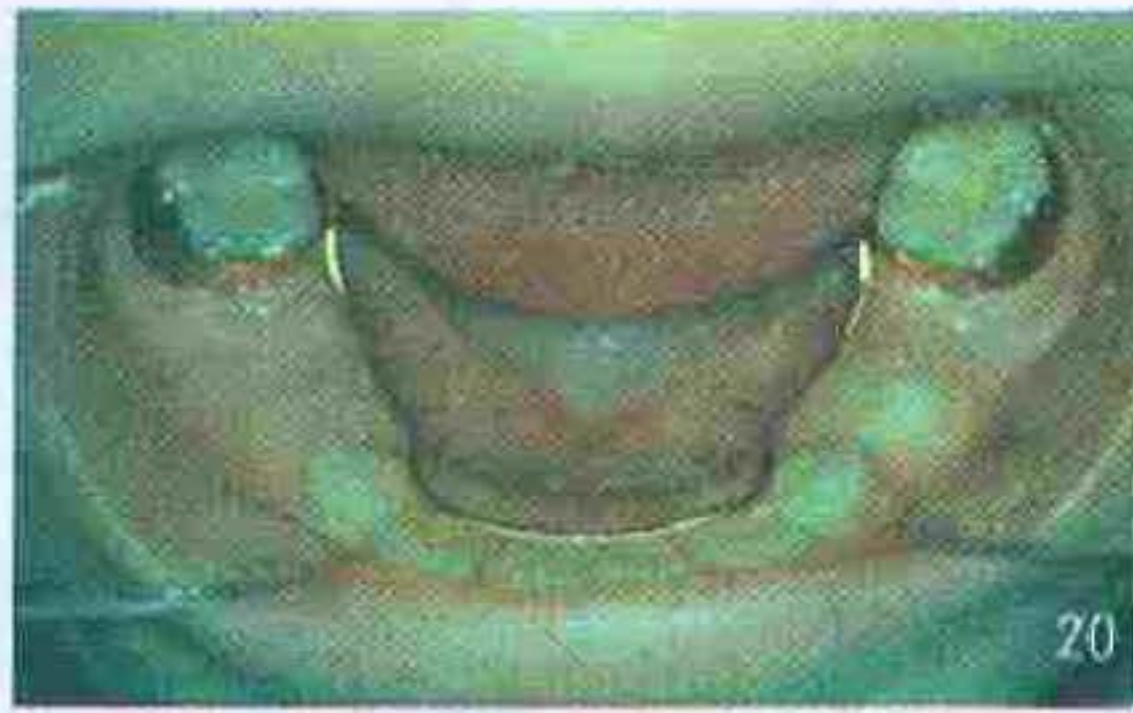


Cung Nance

Hình 13.7. Hàm giữ khoảng hai bên hàm trên

– *Hàm dưới có cung lưỡi:* gồm hai khâu gắn vào hai răng sữa giới hạn khoảng mất răng, hoặc hai răng hàm vĩnh viễn thứ nhất nối với nhau bởi một dây thép bẻ cong theo cung lưỡi, nằm trên gót các răng cửa và cách đường viền lợi 1,5 – 2mm. Tuy nhiên, mầm răng vĩnh viễn thường nằm và mọc lên ở phía lưỡi so với răng sữa, nên nếu đặt cung lưỡi có thể gây cản trở sự mọc lên của răng vĩnh viễn. Vì vậy, cung lưỡi được chỉ định khi đã thay nhóm răng cửa, trong trường hợp răng cửa chưa thay, làm hai bộ giữ khoảng từng bên.

Quy trình kỹ thuật: Tương tự như hàm cố định một bên.



Hình 13.8. Cung lưỡi

c) Hàm giữ khoảng có phần đi xuống lợi ở phía xa (*distal shoe*)

* *Chỉ định*: Mất răng hàm sữa thứ hai trước khi răng hàm vĩnh viễn thứ nhất mọc lên. Khi mất sớm răng hàm sữa thứ hai, răng hàm vĩnh viễn thứ nhất có thể di gần trong xương ổ răng, làm thu ngắn cung răng và ảnh hưởng đến sự mọc lên của răng hàm nhỏ.

* *Cấu tạo*: Gồm một khâu trên răng hàm sữa thứ nhất và một vòng dây kéo dài đến điểm tiếp xúc ở mặt xa răng hàm sữa thứ hai, hàn thêm một miếng thép không gỉ vào đầu xa của vòng dây và đặt vào ổ nhỏ răng ở vị trí 1mm dưới gờ bên phía gần của răng hàm vĩnh viễn thứ nhất chưa mọc lên này. Để chắc chắn, miếng kim loại đặt đúng vị trí, cần phải chụp phim sau huyết ổ răng.

Miếng kim loại có tác dụng như một mặt phẳng hướng dẫn sự mọc lên đúng vị trí của răng hàm vĩnh viễn thứ nhất. Khi răng hàm vĩnh viễn thứ nhất mọc lên hoàn toàn, tháo bỏ hàm giữ khoảng này và thay một bộ giữ khoảng mới.



Hình 13.9. Bộ giữ khoảng có phần đi xuống lợi ở phía xa

Do có thiết kế của một đòn bẩy, khí cụ này chỉ thay thế cho một răng mất, cấu tạo tương đối mỏng mảnh, dễ gãy. Không phục hồi được các chức năng mặt nhai.

* *Chống chỉ định*: với các bệnh nhân có vấn đề sức khỏe chung và các bệnh nhân cần bảo vệ tránh viêm nội tâm mạc bán cấp do vi khuẩn.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Lý do chính cần làm hàm giữ khoảng trong trường hợp mất răng cửa sữa sớm:
 - A. Mất khoảng.
 - B. Tiêu hoá.
 - C. Thẩm mỹ.
 - D. Phát âm.
2. Bộ giữ khoảng trong trường hợp mất sớm răng cửa sữa sớm có thể là:
 - A. Cung nance hoặc TPA.
 - B. Một cung lưỡi cố định có thêm răng giả.
 - C. Một hàm giả tháo lắp.
 - D. Không câu nào đúng.
3. Mất khoảng vùng răng hàm có thể do:
 - A. Mất sớm răng hàm sữa.
 - B. Sâu răng hàm sữa.
 - C. Răng hàm sữa bị cứng khớp.
 - D. Răng hàm vĩnh viễn mọc sai đường.
4. Các tiêu chuẩn lựa chọn hàm giữ khoảng:
 - A. Tái lập lại các chức năng của cung răng.
 - B. Hoà hợp với mô mềm.
 - C. Dễ vệ sinh, an toàn và dễ sử dụng.
 - D. Giá cả hợp lý.
 - E. Tất cả các câu trên đều đúng
5. Chỉ định của hàm lingual arch:
 - A. Mất nhiều răng hàm.
 - B. Mất răng hai bên cung hàm, nhưng phải còn răng trụ phù hợp.
 - C. Mất răng hai bên cung hàm hoặc mất nhiều răng, nhưng phải còn răng trụ phù hợp.
 - D. Mất răng hai bên cung hàm, mất nhiều răng hàm, nhưng phải còn răng trụ phù hợp và các răng cửa vĩnh viễn đã mọc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. William R. Proffit Contemporary orthodontics (1986), Mosby.
2. Ralph E. McDonald. Dentistry for the Child and Adolescent (2004): Management of the Developing Occlusion; pp 626 – 684, Mosby.
3. Trần Thuý Nga, Phan Thị Thanh Yên, Phan Ái Hùng, Đặng Thị Nhân Hoà. Nha khoa trẻ em (2001): Chỉnh hình răng mặt ở giai đoạn hàm răng sữa và hàm răng hỗn hợp; tr 345 – 389. Nhà xuất bản Y học, Chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh.
4. Richard R. Welbury, Monty S. Duggal, Marie Thérèse Hosey. Paediatric Dentistry (2005): The paedodontic/orthodontic interface; pp 319 – 354.

BỆNH LÝ TUỖ RĂNG SỮA

MỤC TIÊU

1. Trình bày được triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng bệnh viêm tuỷ răng sữa.
2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng tuỷ hoại tử có biến chứng và không biến chứng.
3. Chẩn đoán phân biệt được hội chứng vách và hội chứng chề.

ĐẠI CƯƠNG

Gắn liền với vấn đề sâu răng ở trẻ em đó là vấn đề bệnh lý tuỷ răng sữa. Đánh giá tình trạng tuỷ ở răng sữa rất khó khăn (Fuks và cs 1990, Laurent và cs 1999, Magnusson 1980). Mối tương quan giữa lâm sàng và bệnh lý tuỷ cũng rất tinh tế ở trẻ em (Portier và cộng sự, 1997). Chỉ dựa vào lâm sàng và Xquang đôi khi rất khó chẩn đoán, do vậy vấn đề chỉ định điều trị cũng rất phức tạp, cần dựa vào nhiều yếu tố khác nhau như: giai đoạn sinh lý của răng, tình trạng mầm răng, tình trạng bệnh lý, khả năng theo dõi...

Khác với răng vĩnh viễn, do có nhiều điểm về giải phẫu và sinh lý khác nhau nên bệnh lý tuỷ răng sữa cũng như cách điều trị cũng có nhiều điều khác nhau.

Những điểm khác biệt về giải phẫu và sinh lý cần lưu ý ở răng sữa:

Thân răng:

– Thân răng sữa thấp hơn thân răng vĩnh viễn, kích thước theo chiều gần xa lớn hơn chiều cao.

– Mặt nhai thu hẹp nhiều hơn.

– Chiều dày lớp men và ngà răng sữa mỏng và đều đặn hơn.

– Chiều dày lớp ngà ở hố rãnh tương đối dày dặn hơn so với răng vĩnh viễn (có tính chất tương đối khi so sánh ở thân răng sữa).

– Gò cổ răng nhô cao (nhất là mặt ngoài), gờ này rõ ràng ở mặt má các răng cối sữa, đặc biệt là ở các răng hàm sữa thứ nhất.

– Trụ men ở cổ răng nghiêng về phía mặt nhai (thay vì về phía lợi như ở răng vĩnh viễn).

– Cổ răng thất lại rõ rệt và thu hẹp hơn, mặt má và mặt lưỡi phía trên gờ cổ răng phẳng hơn.

– Vùng tiếp xúc của răng cối sữa rộng hơn.

– Màu răng sáng hơn.

Chân răng:

– Chân răng dài và mảnh hơn (hẹp theo chiều gần–xa hơn chiều ngoài–trong).

– Chân răng tách ra ở gần cổ răng hơn, càng xa hơn về phía chóp răng, tạo chỗ cho mầm răng vĩnh viễn bên dưới và sau đó cong chụm lại ở phía chóp.

Tuỷ răng:

– Nếu so sánh với tỷ lệ kích thước thân răng thì tuỷ răng sữa lớn hơn.

– Sừng tuỷ nằm gần đường nối men, ngà hơn.

– Sừng tuỷ phía gần lên cao hơn sừng tuỷ phía xa.

– Buồng tuỷ răng cối dưới lớn hơn răng cối trên. Hình dáng buồng tuỷ mô phỏng theo hình dáng bên ngoài của thân răng.

– Thường thường bên dưới mỗi múi răng là một sừng tuỷ.

– Về phương diện mô học, có rất ít sự khác biệt giữa mô tuỷ răng sữa và răng vĩnh viễn mới mọc.

+ Kích thước buồng tuỷ và ống tuỷ răng sữa thay đổi rất đáng kể ở từng trẻ. Ngay sau khi mọc lên, buồng tuỷ răng sữa rất rộng. Buồng tuỷ giảm dần kích thước theo tuổi và dưới ảnh hưởng của chức năng, độ mòn mặt nhai hoặc bờ cắn răng sữa. Có nhiều ống tuỷ phụ đi từ sàn buồng tuỷ đến vùng chẽ chân răng, nên khi tuỷ bị nhiễm trùng, thường có tổn thương vùng chẽ.

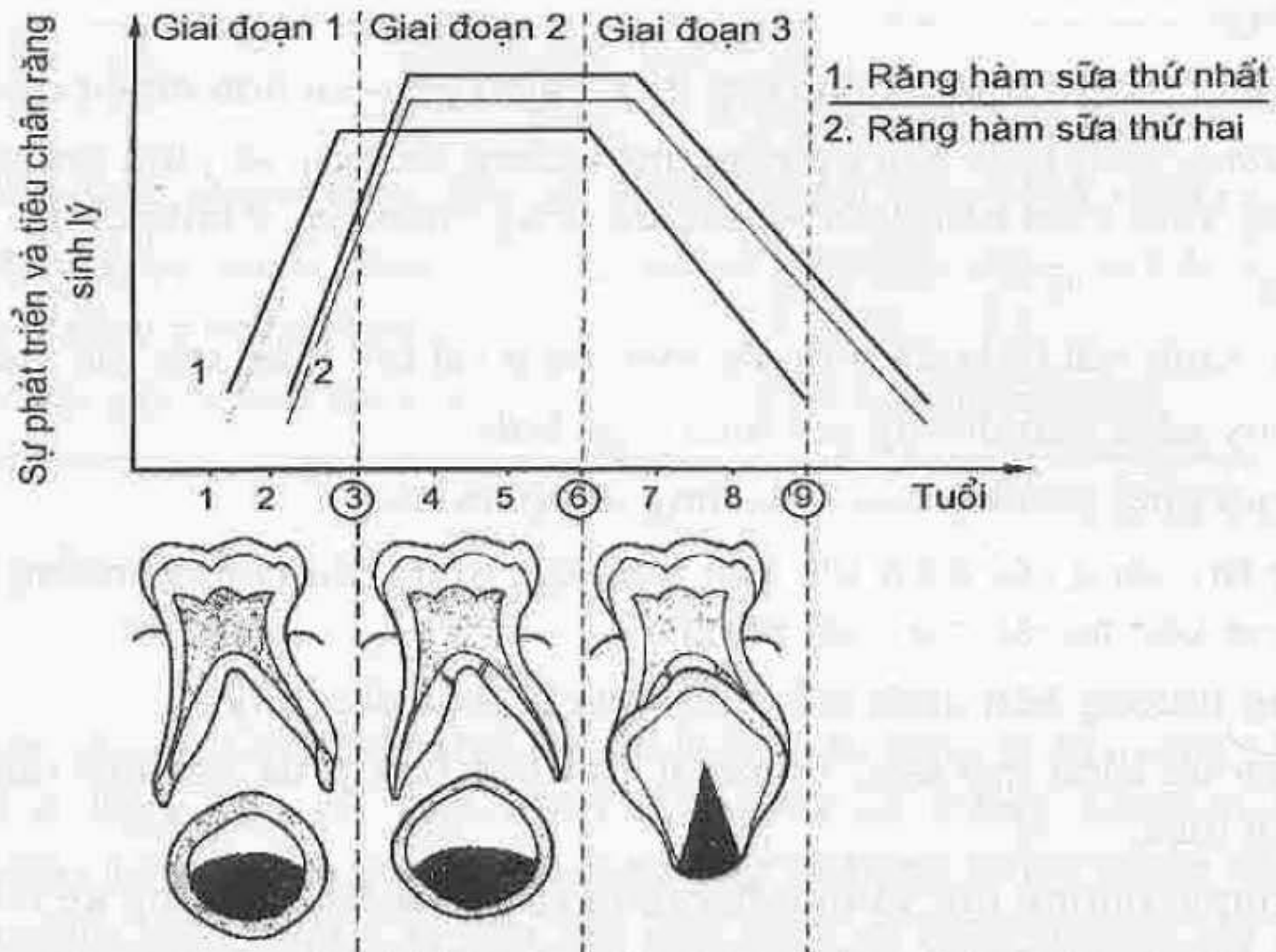
+ Thay vì mô tả chi tiết hình dáng của từng buồng tuỷ, nha sĩ nên quan sát kỹ buồng tuỷ trên phim Xquang trước khi điều trị. Cũng như do sự khác biệt về thời gian vôi hoá, thời gian mọc răng ở từng trẻ, nên có sự khác biệt về hình dáng thân răng và kích thước buồng tuỷ. Tuy nhiên, cần phải nhớ là phim Xquang không xác định được hoàn toàn mức độ đi sâu vào múi răng của từng sừng tuỷ. Cần lưu ý để không làm lộ tuỷ khi tạo xoang trám.

Từ lúc mọc cho đến lúc thay, răng sữa trải qua 3 giai đoạn phát triển như sau:

+ *Giai đoạn phát triển (giai đoạn 1)* được tính từ lúc răng bắt đầu mọc cho đến khi hình thành hoàn toàn chân răng. Giai đoạn này kéo dài khoảng 1,5 năm. Ở giai đoạn này quá trình sửa chữa luôn luôn có thể. Mục đích điều trị ở giai đoạn này là bảo tồn tính sống của tuỷ.

+ *Giai đoạn ổn định (giai đoạn 2)* được tính từ lúc chân răng hình thành hoàn toàn cho đến khi có sự tiêu xương có thể phát hiện ra trên lâm sàng. Trên phim Xquang, cuối giai đoạn 2 tương ứng với dấu hiệu tiêu 1/2 chân răng phía chóp răng. Giai đoạn này kéo dài khoảng 3 năm. Giai đoạn này tổn thương tuỷ rất nhanh và thường xuyên có tổn thương nha chu. Sửa chữa có thể, mục đích điều trị là bảo tồn răng.

+ *Giai đoạn thoái triển (giai đoạn 3)* được tính từ lúc kết thúc giai đoạn 2 cho đến khi thay răng. Giai đoạn này răng sữa được định hướng thay thế bằng răng vĩnh viễn, tổ chức nha chu răng sữa chuyển thành nha chu răng vĩnh viễn. Bệnh lý luôn tiến triển nhanh, sửa chữa thì không có thể, mục đích điều trị là bảo tồn răng hoặc nhổ răng.



Hình 14.1. Các giai đoạn phát triển của răng sữa

I. DỊCH TỄ HỌC

Dịch tễ học bệnh lý tuỷ răng sữa có liên quan chặt chẽ đến bệnh sâu răng. Sâu răng sữa là bệnh phổ biến ở trẻ em, Hennon, Stookey và Muhler (1969), điều tra trên 915 trẻ em da trắng từ 18 – 39 tháng tuổi thấy 8,3% trẻ từ 18 – 23 tháng tuổi bị sâu răng. Trẻ từ 36 tháng tuổi, tỷ lệ sâu răng sữa là 57,2%.

Theo Nguyễn Thị Ngọc Diễm (1995), tỷ lệ sâu răng sữa ở trẻ 3 tuổi là 43%, ở trẻ 6 tuổi là 60,1%, ở trẻ 9 tuổi là 64,7%. Theo Trần Thuý Nga (1994) và Hoàng Tử Hùng (1981), tỷ lệ sâu răng sữa thấp nhất ở trẻ 2 tuổi, cao nhất ở trẻ 6 tuổi và giảm dần. Theo Rinderer (1972), hay gặp nhất là sâu mặt nhai răng hàm sữa thứ hai hàm dưới, kế đến là sâu mặt gần răng hàm sữa thứ nhất cả trên và dưới.

II. CHẨN ĐOÁN BỆNH LÝ TUỶ RĂNG SỮA

1. MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM BỆNH LÝ TUỶ RĂNG SỮA

Theo Fortier J.P, Cam J.H, viêm tuỷ răng sữa có những đặc điểm sau:

- Viêm tuỷ răng sữa khác với viêm tuỷ răng vĩnh viễn nên các triệu chứng dùng

để chẩn đoán viêm tuỷ răng vĩnh viễn không thật sự đúng ở răng sữa. Viêm tuỷ răng sữa thường không có triệu chứng. Tuỷ thường bị viêm mạn tính làm hoại tử tuỷ và gây các biến chứng tại chỗ như viêm quanh cuống, viêm mô tế bào, biến chứng xa ở khớp, tim... duy trì hoặc làm nặng thêm những bệnh đó.

– Răng sữa có nhiều ống tuỷ phụ ở vùng chẽ chân răng nên hay gặp các ổ áp xe ngay dưới đường viền lợi.

– Vùng chóp răng sữa cách mầm răng vĩnh viễn một lớp xương mỏng. Ít khi gặp u hạt ở vùng chóp răng sữa.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Viêm tuỷ

Chẩn đoán viêm tuỷ răng sữa rất khó. Phần lớn các viêm tuỷ trên lâm sàng là các viêm tuỷ không hồi phục. Theo A.B. Fuks và nhiều tác giả khác, có thể xác định tình trạng tuỷ nhờ khám lâm sàng tỉ mỉ, có phim Xquang tốt, khai thác tỉ mỉ tiền sử bệnh và chú ý đến tính chất đau.

Tiền sử ít có giá trị chẩn đoán, trẻ em sẽ khó khăn cho việc diễn tả đau, đặc biệt còn thiếu vốn từ để diễn tả. Tiền sử đau của viêm tuỷ hầu như ít tồn tại vì thường gặp là loại không có triệu chứng (nguyên nhân: do giải phẫu, hệ thống ống tuỷ bất thường và phức tạp, sinh lý: vi khuẩn tấn công nhanh, sự đáp ứng không được tổ chức...).

Chẩn đoán xác định chỉ đặt ra sau khi đã đối chiếu giữa lâm sàng và Xquang. Xquang là phương tiện duy nhất để quan sát vùng quanh răng, chẽ răng, chóp răng và răng vĩnh viễn bên dưới.

2.1.1. Triệu chứng chủ quan

Theo Fortier J.P, Camp J.H, triệu chứng lâm sàng viêm tuỷ rất nghèo nàn, có thể có một số triệu chứng sau:

– Cơ đau tuỷ rất ngắn, đáp ứng tốt với các thuốc giảm đau thông thường, do đó trên thực tế lâm sàng trẻ không đến khám ngay trong giai đoạn này.

– Trên lâm sàng cần phân biệt được hai loại đau:

+ Đau do kích thích: Xuất hiện khi có các kích thích: nóng, lạnh, chua, ngọt, nhai..., khi loại bỏ hết kích thích sẽ hết đau. Dấu hiệu này thường là dấu hiệu của nhạy cảm ngà, thường ít nguy hiểm đến tuỷ và có thể hồi phục.

+ Đau tự nhiên: Đau làm trẻ không ngủ được, trẻ mất ngủ kéo dài. Đây là một triệu chứng có giá trị cao khi khai thác bệnh sử.

– Sốt hoặc dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân thường là biến chứng của viêm tuỷ.

2.1.2. Dấu hiệu lâm sàng

– Thường gặp là sâu răng, lỗ sâu đang trong giai đoạn tiến triển, đáy có nhiều ngà mủn. Dùng nạo ngà lấy ngà mủn có thể gây đau, nếu chúng ta cố gắng nạo

sạch ngà mủn có thể gây hở tuỷ. Khi thăm khám sâu răng không nên dùng thám trâm thăm khám vì có thể tạo cảm giác sợ hãi cho trẻ, đồng thời thám trâm là dụng cụ sắc nhọn có thể gây hở tuỷ hoặc phá huỷ bề mặt của sâu răng, chuyển sâu răng từ giai đoạn chưa hình thành lỗ sâu sang giai đoạn lỗ sâu.

– Thử nghiệm tuỷ: thường ít sử dụng vì trẻ không hợp tác tốt và ít có giá trị chẩn đoán so với răng vĩnh viễn.

– Thường có các dấu hiệu của tổn thương vùng quanh cuống kèm theo: giãn dây chằng quanh răng. Đây là một trong những đặc điểm khác với viêm tuỷ răng ở răng vĩnh viễn.

2.1.3. Xquang

– Lỗ sâu có đáy gắn sát buồng tuỷ.

– Không có tổn thương xương quanh răng và vùng liên kẽ chân răng (chỗ chân răng).

2.1.4. Chẩn đoán phân biệt

– Đau cấp và theo vận mạch thường là triệu chứng của hội chứng vách.

– Chẩn đoán phân biệt thường không rõ. Trong trường hợp nghi ngờ xem như là có tổn thương tuỷ.

2.1.5. Quyết định điều trị

Điều trị tuỷ theo giai đoạn sinh lý của răng.

2.2. Hoại tử tuỷ không có bệnh quanh chóp

Đây là bệnh lý hay gặp nhất trong bệnh lý tuỷ răng trẻ em.

2.2.1. Dấu hiệu chủ quan, lâm sàng và Xquang

– Triệu chứng chủ quan: Thường không có triệu chứng gì đặc biệt, trẻ thường được đưa đến khám vì bố mẹ phát hiện thấy có lỗ sâu, hoặc vì trẻ khó chịu do giắt thức ăn đối với các lỗ sâu ở mặt bên.

– Lâm sàng: thường gặp là các lỗ sâu, đặc biệt là các lỗ sâu ở mặt bên. Thử nghiệm tuỷ âm tính.

– Xquang: lỗ sâu có đáy thông vào buồng tuỷ.

2.2.2. Điều trị

Dù giai đoạn sinh lý nào cũng nên lựa chọn giải pháp điều trị bảo tồn nếu răng chưa đến tuổi thay.

Chú ý: Ở trẻ em, rất hay gặp hiện tượng các ống tuỷ chính của tuỷ đã bị chết, tuy nhiên vẫn còn một số nhánh tuỷ phụ còn sống, do vậy nên gây tê cho trẻ khi điều trị tuỷ.

2.3. Hoại tử tuỷ có biến chứng vùng quanh chóp răng

2.3.1. *Dạng cấp*: Dạng này thường gặp khi răng ở giai đoạn 2.

** Triệu chứng lâm sàng:*

- Đau dữ dội, liên tục, đau theo mạch đập, đôi khi đau thành từng cơn, nhưng các cơn đau kéo dài và gần như là liên tục.
- Dấu hiệu kèm theo: viêm mô tế bào ở vùng tương ứng với răng có liên quan.
- Thường gặp có phản ứng hạch.
- Toàn thân: sốt, biếng ăn, mệt mỏi.
- Sờ: răng lung lay và đau khi gõ nhẹ. Khi khám không nên dùng cán gương để gõ vì sẽ gây đau, nên dùng đầu ngón tay để gõ nhẹ.

** Điều trị:*

Điều trị tuỷ bảo tồn răng nếu: tình trạng toàn thân tốt, khoang miệng sạch, có thể phục hồi lại được thân răng lâu dài.

2.3.2. *Dạng mạn tính*: thường gặp khi răng ở giai đoạn 3

– Triệu chứng lâm sàng:

- + Thân răng bị phá huỷ trầm trọng.
- + Nhú lợi liên kẽ răng xung huyết và tăng sản như trong hội chứng vách.
- + Áp xe lợi xa vùng liên kết biểu mô trong một số trường hợp.
- + Sờ phía tiền đình có thể thấy xương ổ răng bị tiêu, niêm mạc lợi có vẻ xung huyết.
- + Có thể không thấy một dấu hiệu lâm sàng nào ngoài dấu hiệu duy nhất là lỗ sâu.
- Xquang: Tổn thương vùng quanh chóp.

2.4. Hội chứng vách

** Triệu chứng cơ năng:*

- Trẻ than phiền đau dữ dội, chủ yếu trong bữa ăn, ở giữa 2 răng hoặc 1/2 cung răng.
- Đáp ứng tốt với các thuốc giảm đau cổ điển.
- Thân răng phía bên bị vỡ, không có khả năng làm sạch, giắt thức ăn.

** Triệu chứng thực thể:*

- Răng bị tổn thương mặt bên (thường gặp ở 2 răng hàm sữa, sâu răng sinh đôi).
- Nhú lợi liên kẽ răng viêm tấy, xung huyết.
- Viêm có thể lan đến vùng liên kết biểu mô.

** Triệu chứng Xquang*

- Có sâu răng mặt bên.
- Ít khi thấy có hiện tượng dây chằng bị dày lên.

– Vùng xương ổ răng có thể bình thường hoặc bị tổn thương tiêu xương vì hội chứng vách có thể xảy ra cả ở vùng răng bình thường hoặc các răng bị hoại tử.

** Chẩn đoán phân biệt*

– Viêm tuỷ do sâu răng mặt bên tiến triển.

– Áp xe lợi do tổn thương xương liên quan đến tuỷ hoại tử.

** Điều trị*

Theo giai đoạn sinh lý của răng, nhằm phục hồi lại kích thước thân răng và điểm chạm. Theo độ sâu của tổn thương có thể điều trị tuỷ hoặc không.

2.5. Hội chứng kẽ răng

– Kẽ răng là vùng có nhiều biến chứng của răng sữa. Nó cũng là nơi cản trở răng vĩnh viễn trong giai đoạn hình thành.

– Trong thực tế, khi răng có bệnh lý kẽ thì khó khăn cho lựa chọn cách điều trị và hạn chế khả năng điều trị bảo tồn bằng cách điều trị nội nha.

– Bệnh lý kẽ là một trong lý do chính phải nhổ răng hàm sữa (nhất là ở giai đoạn III).

2.5.1. Dấu hiệu lâm sàng

– Áp xe lợi gắn liền kết biểu mô.

– Bệnh lý nha chu có thể độc lập với bệnh lý tuỷ răng hoặc ngược lại kết hợp với hoại tử tuỷ.

2.5.2. Xquang

– Dấu hiệu sớm: Dây chằng nha chu vùng liên kẽ chân răng giãn rộng hoặc mất xương có giới hạn chỉ ở một bên vách liên kẽ chân răng.

– Dấu hiệu muộn: Biến mất hoàn toàn xương vùng liên kẽ chân răng.

2.5.3. Điều trị

– Giai đoạn 1 và 2: có thể điều trị bảo tồn.

– Giai đoạn 3: nhổ răng.

Kết luận:

Chẩn đoán bệnh lý tuỷ răng sữa rất phức tạp do nhiều yếu tố khác nhau và chủ quan khác nhau. Để chẩn đoán chính xác cần phải có sự đối chiếu chặt chẽ giữa lâm sàng và cận lâm sàng để chẩn đoán tình trạng bệnh lý, giai đoạn sinh lý của răng, tình trạng mầm răng bên dưới... trước khi đưa ra quyết định điều trị thích hợp. Những trường hợp nghi ngờ là viêm tuỷ toàn bộ hay viêm tuỷ buồng thì động tác mở tuỷ cũng là một biện pháp thăm khám để chẩn đoán.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn câu trả lời đúng cho các câu hỏi sau bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu

1. Các ý kiến sau là đúng với áp xe lợi Ngoại trừ:
 - A. Áp xe thuộc lợi hoặc lỗ rò có liên quan tới tổn thương sâu là chỉ dẫn lâm sàng rõ ràng của bệnh lý tuỷ không hồi phục.
 - B. Một nhiễm khuẩn có thể hồi phục chỉ bằng cách điều trị nội nha thành công hoặc nhổ răng đó.
 - C. Áp xe thuộc lợi được biết đến như là viêm lợi.
 - D. Một áp xe thuộc lợi hoặc lỗ rò có liên quan với răng có lỗ sâu là chỉ dẫn lâm sàng rõ ràng của bệnh tuỷ hồi phục.
2. Một áp xe thuộc lợi hoặc lỗ rò có liên quan với răng có lỗ sâu là chỉ dẫn lâm sàng rõ ràng của:
 - A. Bệnh lý tuỷ hồi phục.
 - B. Bệnh lý tuỷ không hồi phục.
 - C. Bất đầu tuỷ thoái hoá.
 - D. Nhiễm khuẩn tuỷ.
3. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp trong hội chứng vách là:
 - A. Trẻ than phiền đau dữ dội, chủ yếu trong bữa ăn, ở giữa 2 răng hoặc 1/2 cung răng.
 - B. Thân răng phía bên bị vỡ, không có khả năng làm sạch, giắt thức ăn.
 - C. Nhú lợi liên kẽ răng viêm tấy, xung huyết.
 - D. Viêm có thể lan đến vùng liên kết biểu mô.
 - E. Cả 4 câu trên đều đúng.
4. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp trong hội chứng kẽ răng là:
 - A. Thường gặp tổn thương ở kẽ răng.
 - B. Áp xe lợi gần liên kết biểu mô.
 - C. Bệnh lý nha chu có thể độc lập với bệnh lý tuỷ răng hoặc ngược lại kết hợp với hoại tử tuỷ.
 - D. Thường kèm theo với bệnh lý tuỷ răng.
 - E. Có thể xảy ra độc lập không đi kèm theo với bệnh lý viêm tuỷ hoặc tuỷ hoại tử.

5. Hoại tử tuỷ răng có biến chứng nha chu mạn tính thường xảy ra nhất khi răng sữa ở giai đoạn:
- A. Giai đoạn 1.
 - B. Giai đoạn 2.
 - C. Giai đoạn 3.
 - D. Giai đoạn 1 và 2.
 - E. Cả 3 giai đoạn trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thuý Nga, Phan Thị Thanh Yên, Phan Ái Hùng, Đặng Thị Nhân Hoà. Nha khoa trẻ em (2001). Nhà xuất bản Y học, Chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh.
2. Odontologie pédiatrique. Université Victor Segalen Bordeaux 2. Année 2005.
3. MS Duggal, Mej Curzon, SA. Fayle (2002). Restoratrice techniques in peadiatric dentistry, 2th edition, Martin Dunitz.
4. Frédéric Courson (2005). Odontologie pédiatrique au quotidien. Deuxième édition, Éditions CDP.
5. Ralph E McDonald, David R. Avery, Jeffrey A. Dean. (2010). Dentistry for child and adolescent, 8th edition, Mosby.
6. Revue francophone d'odontologie pédiatrique.
7. Richard R. Welbury, Monty S. Duggal, Marie Thérèse Hosey, Pediatric dentistry (2005), 3rd edition, Oxford.
8. Pinkham J.R. (1999), Pediatric dentistry: infancy through Adolescence, 3th edition, Mosby.

ĐIỀU TRỊ TUỖ RĂNG SỮA

MỤC TIÊU

1. Trình bày được chỉ định, chống chỉ định, kỹ thuật của phương pháp che tuỷ gián tiếp.
2. Trình bày được chỉ định, chống chỉ định, kỹ thuật của phương pháp che tuỷ trực tiếp.
3. Trình bày được chỉ định, chống chỉ định, kỹ thuật của phương pháp lấy tuỷ buồng.
4. Trình bày các vật liệu và thuốc thường được sử dụng khi lấy tuỷ buồng.
5. Trình bày được chỉ định, chống chỉ định, kỹ thuật của phương pháp điều trị tuỷ chân.
6. Trình bày được các thuốc được dùng để trám bít ống tuỷ răng sữa.
7. Trình bày được chỉ định điều trị tuỷ răng sữa theo Fortier.

ĐẠI CƯƠNG

Bảo tồn sự toàn vẹn cung răng và chức năng của nó là mục đích chính của nha khoa trẻ em. Răng sữa cần được giữ cho tới khi chúng được thay thế một cách tự nhiên. Việc bảo tồn các răng sữa này giúp bảo toàn chiều dài cung răng, giữ vai trò quan trọng thực hiện chức năng ăn nhai, thẩm mỹ, diện mạo, phát âm và giữ khoảng cho các răng vĩnh viễn.

Điều trị tuỷ có tầm quan trọng lớn trong việc bảo tồn răng sữa vì:

- Giữ nguyên chiều dài cung răng.
- Ngăn ngừa những thói quen xấu.
- Thẩm mỹ.
- Thực hiện chức năng ăn nhai.
- Phòng nhiễm khuẩn.
- Phòng ngừa những vấn đề trong phát âm.
- Giúp cho việc mọc đúng thời điểm của răng vĩnh viễn.

Điều trị tuỷ răng sữa thường khó khăn và nhiều thử thách hơn người lớn, bởi vì:

bệnh nhân ít hợp tác hơn, há miệng hạn chế, nguy cơ tổn thương mầm răng vĩnh viễn, cần kiểm soát hành vi trong quá trình điều trị, có nhiều khác biệt về giải phẫu giữa răng sữa và răng vĩnh viễn.

Tuỷ răng sữa có nhiều điểm khác với răng vĩnh viễn, nên vấn đề điều trị cũng có nhiều điểm khác nhau. Ví dụ như $\text{Ca}(\text{OH})_2$ có hiệu quả tốt khi điều trị nội nha các răng vĩnh viễn, nhưng với răng sữa thì ngược lại, nó hay gây ra nội tiêu do vậy ít được sử dụng hơn. Đặc biệt, trong trường hợp điều trị tuỷ chân, nếu chân răng sữa đã tiêu thì chống chỉ định dùng $\text{Ca}(\text{OH})_2$.

Khi quyết định điều trị ngoài việc dựa vào các yếu tố bệnh lý, cần phải chú ý đến một số yếu tố khác như:

- Tình trạng sức khoẻ toàn thân.
- Sự hợp tác của bố mẹ và bệnh nhân.
- Khả năng theo dõi.
- Tiền sử răng miệng: có hoặc không có các răng vừa mất, hoặc có khả năng mất và cần đặt kế hoạch giữ khoảng.
- Khả năng tài chính.
- Điều kiện cơ sở vật chất và kỹ năng lâm sàng của nha sĩ.

1. CHỤP TUỶ GIÁN TIẾP

1.1. Nguyên lý

Dù còn có một ít vi khuẩn lưu lại trong lớp ngà sâu nhưng sau khi xoang sâu đã được trám tốt thì các vi khuẩn này bị bất hoạt. Rất khó xác định một tổn thương sâu bị nhiễm khuẩn hay một vùng mất khoáng không nhiễm khuẩn. Do đó che tuỷ gián tiếp mục đích là để hình thành sẹo ngà, bảo tồn tính sống của tuỷ.

Chụp tuỷ gián tiếp được thực hiện ở những răng có lỗ sâu sát buồng tuỷ. Phân tổ chức răng sâu gần sát buồng tuỷ được giữ lại để tránh gây hở tuỷ và phủ lên lớp vật liệu tương hợp sinh học cao.

1.2. Cơ chế

- Ngăn chặn tiến trình sâu răng.
- Kích thích xơ hoá ngà (làm giảm tính thấm).
- Kích thích thành lập ngà phản ứng.
- Tái khoáng hoá ngà sâu.

Tỷ lệ thành công nếu chỉ định đúng là trên 90% ở răng sữa.

1.3. Chỉ định

- Đáy lỗ sâu cách xa tuỷ (khoảng cách ngà-tuỷ > 1,5mm).
- Răng không lung lay.
- Không có tiền sử đau răng từng cơn.
- Không nhạy cảm khi thăm khám.
- Không biểu hiện bệnh lý tuỷ trên phim Xquang.
- Không có tiêu chân răng hay biểu hiện bệnh lý ở chân răng trên phim Xquang.

1.4. Chống chỉ định

- Tuỷ đã bị tổn thương: hở tuỷ, có biểu hiện bệnh lý tuỷ trên phim Xquang, tiền sử đau răng từng cơn, răng nhạy cảm khi thăm khám, lung lay răng, tiêu chân răng hoặc bệnh lý ở chân răng trên phim Xquang.

1.5. Vật liệu

Hai loại vật liệu hay sử dụng nhất đó là Ca(OH)_2 và eugenolate (ZOE). ZOE có đầy đủ các tính chất cần thiết (chống viêm, tái khoáng, giá trị sinh học phù hợp).

1.6. Kỹ thuật

- Xquang.
- Gây tê.
- Cách ly.
- Nạo ngà sâu.
- Sát khuẩn bằng NaOCl.
- Làm khô.
- Đặt thuốc che tuỷ.
- Trám thân răng (Amalgam, chụp thép làm sẵn).

1.7. Tiến triển: Hoại tử tuỷ hoặc viêm tuỷ.

2. CHE TUỠ TRỰC TIẾP

Chụp tuỷ trực tiếp là che điểm tuỷ hở bằng vật liệu tương hợp sinh học để đảm bảo sự sống của tuỷ và thúc đẩy quá trình liền thương.

Khi có điểm hở tuỷ nhỏ do tác động cơ học của quá trình chuẩn bị lỗ hàn hoặc chấn thương thì phần tuỷ bị hở đó có thể được tiếp xúc với chất bảo vệ thích hợp để duy trì sự sống của mô tuỷ.

2.1. Chỉ định

- Lộ tuỷ do nha sĩ gây ra (<1mm, không bị lây nhiễm) hoặc do chấn thương răng ở giai đoạn 1.
- Không hoặc chảy máu tối thiểu ở điểm hở tuỷ.

2.2. Chống chỉ định

- Răng ở giai đoạn 2 và 3.
- Tuỷ hờ do sâu răng (Seltzer và Bender 1975).
- Có triệu chứng bệnh lý tuỷ: biểu hiện bệnh lý tuỷ trên phim Xquang, có tiền sử đau răng từng cơn, chảy máu tại chỗ hờ tuỷ.
- Hờ tuỷ rộng.

Chú ý: Phải cách ly nước bọt tốt để tránh lây nhiễm.

Các thí nghiệm trên động vật đã chứng minh rằng, viêm tuỷ cục bộ có khả năng hồi phục nếu các tác nhân kích thích được lấy bỏ, ngay cả khi sâu ngà vẫn đang tiến triển. Nguyên nhân hồi phục là do sự giảm tính thấm của ngà xơ cứng và ngà thứ phát.

Tuy nhiên, che tuỷ trực tiếp có tỷ lệ thành công rất thấp ở răng sữa. Kenneky và Kapala cho rằng, thất bại này có thể do lượng tế bào trong mô tuỷ răng sữa cao. Các tế bào trung mô không biệt hoá có thể biệt hoá thành huỷ cốt bào gây nội tiêu (dấu hiệu chính của thất bại do che tuỷ trực tiếp).

2.3. Vật liệu

Vật liệu lý tưởng để che tuỷ phải tương hợp sinh học với mô tuỷ, kích thích hình thành hàng rào calci bảo vệ tuỷ và có khả năng kháng khuẩn. Vật liệu hay được sử dụng nhất đó là Calcium hydroxyde vì có đặc tính sát khuẩn và sinh ngà tuy nhiên đây chưa phải là vật liệu lý tưởng.

Cơ chế tác dụng của Ca(OH)_2 : sau khi chụp tuỷ, một vùng hoại tử được hình thành nhanh chóng dưới lớp Ca(OH)_2 , ngăn cách với các mô tuỷ lành bởi một vùng ái kiềm chứa các calcium proteinate. Trong vòng 2 tuần có một lớp mô sợi dày phát triển ngay dưới sát vùng ái kiềm, dưới đó là một lớp tế bào giống tế bào tạo ngà. Hai tuần sau có một rào ngăn calci hoá mang các đặc tính của ngà răng bắt đầu phát triển dưới lớp mô sợi. Lớp rào calci hoá này hay gọi là cầu ngà liên quan tới hàng rào tế bào tạo ngà, có nguồn gốc từ các tế bào trung mô không biệt hoá trong tuỷ răng. Cơ chế kích thích hình thành các cầu ngà còn chưa rõ, Ca(OH)_2 không kết hợp với cầu ngà liền kề mà chỉ tạo ra ngà phản ứng khi tiếp xúc trực tiếp với mô tuỷ. Tác dụng này không xảy ra trong trường hợp che tuỷ gián tiếp.

2.4. Phương pháp

- Xquang.
- Gây tê.
- Cách ly.
- Sát khuẩn bằng chlorhexidine.
- Đặt calcium hydroxyde.

– Trám tạm thời bằng oxyde kẽm – eugenol, hoặc I.R.M (Eugenolate cứng nhanh), C.V.I (ciment verre ionomere)... trong vòng 6 – 8 tuần. Phải tránh nén chặt khi đặt vật liệu.

– Trám vĩnh viễn.

– Theo dõi lâm sàng và Xquang.

2.5. Tiên lượng

– Ít thuận lợi cho răng sữa.

– Tiến triển: hoại tử tuỷ và các biến chứng khác.

Hiện nay, chụp tuỷ trực tiếp được coi như là một điều trị ngoại lệ, hiếm khi được chỉ định cho các tổn thương sâu răng ở cung răng sữa.

3. LẤY TUỶ BUÔNG

Việc nhiễm khuẩn gây nên đáp ứng viêm trong mô tuỷ, quá trình viêm tiến triển từ thân răng xuống cuống răng theo thời gian. Việc lấy tuỷ buồng giúp bảo tồn phần tuỷ còn lại khi mà chỉ phần tuỷ ở phía trên bị nhiễm khuẩn, do đó duy trì tính sống của tuỷ.

Việc chỉ lấy một phần tuỷ (lấy tuỷ buồng) có những ưu điểm so với lấy tuỷ toàn bộ:

– Bảo tồn tính toàn vẹn của răng, những răng đã điều trị thường giòn và dễ vỡ.

– Lấy tuỷ toàn bộ ở răng vĩnh viễn chưa hoàn thiện có thể cản trở tăng trưởng của chân răng, kết quả là chân răng bị ngắn và không đóng chóp.

3.1. Định nghĩa

Lấy tuỷ buồng là lấy bỏ toàn bộ phần tuỷ buồng, sau đó đặt lên tuỷ chân ống tuỷ còn lại một vật liệu nhằm 2 mục đích:

– Tạo điều kiện thuận lợi cho sự liền sẹo, bảo tồn tính sống của tuỷ, do vậy còn có tên gọi là “lấy tuỷ buồng sống”. Được chỉ định trên các răng sữa có tổn thương tuỷ, hoặc trên răng vĩnh viễn chưa đóng chóp do chấn thương hoặc sâu răng quá lớn. “Lấy tuỷ buồng sống” thường được chỉ định khi răng sữa đang ở giai đoạn 1.

– Cố định mô tuỷ bên dưới và chống lại sự lan tràn của viêm vào tuỷ chân răng và vùng quanh chóp. Do đó, còn có tên gọi là “lấy tuỷ buồng chết”. Đối với răng sữa thường theo hướng thứ hai vì rất khó vô trùng hệ thống ống tuỷ. Lấy tuỷ buồng chết thường được chỉ định khi răng sữa ở giai đoạn 2 hoặc 3.

3.2. Chỉ định và chống chỉ định

3.2.1. Chỉ định

– Viêm tuỷ buồng.

– Vỡ lớn thân răng cần làm chụp.

– Hở tuỷ không thể sửa chữa bằng che tuỷ trực tiếp, không có bệnh lý tuỷ, răng ở giai đoạn 2 và 3.

– Chỉ định trên các răng hàm sữa theo cách dự phòng (chiều dày lớp ngà–tuỷ < 1,5mm), đặc biệt khi răng ở giai đoạn 1 vì chưa đóng chóp. Lý do: khi điều trị các lỗ sâu loại II nguy cơ hở sừng tuỷ cao, các ống ngà rộng nên vi khuẩn dễ thâm nhập vào trong buồng tuỷ, vi khuẩn thường đi vào trong buồng tuỷ trước khi đáy lỗ sâu bị phá huỷ gây hở tuỷ. Ngoài ra, một số tác giả quan niệm vì: Không biết được một cách chính xác tình trạng tuỷ, kết quả che tuỷ gián tiếp, trực tiếp thường thay đổi, do vậy tốt hơn là lấy tuỷ buồng trong trường hợp chiều dày lớp ngà–tuỷ dưới 1,5mm.

3.2.2. Chống chỉ định trên lâm sàng

- Đang mắc các bệnh toàn thân, có nguy cơ làm nặng thêm các bệnh toàn thân.
- Đau mạn tính tự nhiên.
- Nhạy cảm khi gõ.
- Răng lung lay.
- Lỗ rò.
- Sưng nề lợi.

3.2.3. Chống chỉ định trên Xquang

- Lá cứng dày.
- Tổn thương vùng chóp.
- Nội tiêu buồng tuỷ hoặc tuỷ chân, tuỷ calci hoá, sỏi tuỷ.
- Tổn thương chẽ.
- Răng sắp thay.

Hở tuỷ ở trẻ em thường do sâu răng, do đó lấy tuỷ buồng là công việc hàng ngày của bác sĩ răng trẻ em. Vấn đề đặt ra để khắc phục các thất bại của tuỷ buồng đó là lựa chọn thuốc đặt lên phần ống tuỷ còn lại.

3.3. Kỹ thuật lấy tuỷ buồng

- Xquang.
- Gây tê.
- Đặt dam cao su.
- Lấy hết ngà sâu và mở lối vào bằng mũi khoan tròn với tay khoan khuấy.
- Tạo hình lỗ sâu.
- Mở tuỷ.
- Lấy bỏ tuỷ buồng bằng một mũi khoan tròn khác với tay khoan khuấy.

- Tạo chỗ lưu ở đầu ống tuỷ chân.
 - Rửa sạch bằng NaOCl.
 - Cầm máu: cầm máu bằng bông gòn, không nên dùng các loại thuốc cầm máu khác, nếu không cầm máu được thì phải lấy tuỷ chân hoặc nhổ răng, tuỷ trường hợp.
 - Đặt formocresol hoặc các loại khác để bảo vệ phần tuỷ chân răng (bước sinh học).
 - Bước làm kín khí: Trám tuỷ buồng bằng ZOE cứng nhanh hoặc oxyphosphate.
 - Bước chức năng: Phục hồi răng bằng chụp thép có sẵn.
- Các dấu hiệu thất bại cần theo dõi:** Đau, lỗ rò, nội tiêu, tiêu xương quanh hoặc chệch chân răng

3.4. Các thuốc được dùng để băng phần tuỷ chân răng còn lại

Tiêu chuẩn vật liệu sử dụng để che phần tuỷ chân răng

- Diệt khuẩn.
- Không gây hại tuỷ và các cấu trúc lân cận.
- Kích thích tuỷ chân lành thương.
- Không ảnh hưởng đến tiến trình tiêu chân răng sinh lý.

a) *Formocresol*

Được Buckley đưa vào sử dụng vào những năm đầu thế kỷ XX, vào thời điểm này nó là vật liệu được sử dụng thường xuyên nhất để điều trị tuỷ các răng bị hoại tử tuỷ. Sau đó nó được Sweet đưa vào sử dụng rộng rãi cho răng sữa.

Mục đích sử dụng formocresol là để kích thích sự hồi phục phần tuỷ còn lại và tạo ra các vùng “vùng cố định” và “vùng tái sinh”.

Vùng cố định có tác dụng:

- + Là một lớp trơ, vô trùng.
- + Đề kháng lại với những tổn hại về sau.
- + Ngăn chặn sự thâm nhập của vi khuẩn.

Vùng tái sinh: trên cùng là lớp tế bào viêm, kế đó là lớp tế bào bình thường cho thấy có sự thâm nhập của mô liên kết sợi.

Mặc dù có nhiều nghiên cứu báo cáo về sự thành công của formocresol, tuy nhiên cũng có nhiều tài liệu nghi ngờ về nó.

Nguyên nhân thất bại:

- Trên mô bệnh học tuỷ có những vùng viêm mạn tính, hoại tử và nội tiêu, calci hoá.
- Formocresol trong tuỷ chân răng khuếch tán theo hướng ống ngà và cement để ra vùng dây chằng quanh răng và xương ổ răng rồi thấm vào đường toàn thân phân tán toàn thân gây các tác dụng phụ.
- Phản ứng miễn dịch, đột biến và ung thư.

– Nhiều nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa các khiếm khuyết men răng trên răng thay thế tương ứng và răng sữa được ướp tuỷ bằng formolcresol.

– Willard nhận thấy calci hoá ống tuỷ chân răng là những dấu hiệu hay gặp trên phim Xquang sau khi điều trị tuỷ buồng với formocresol (24 trong 30 răng trong thời gian 3 năm). Calci hoá có thể do hoạt động của tạo ngà bào sau khi điều trị tuỷ vẫn còn khả năng hoạt động.

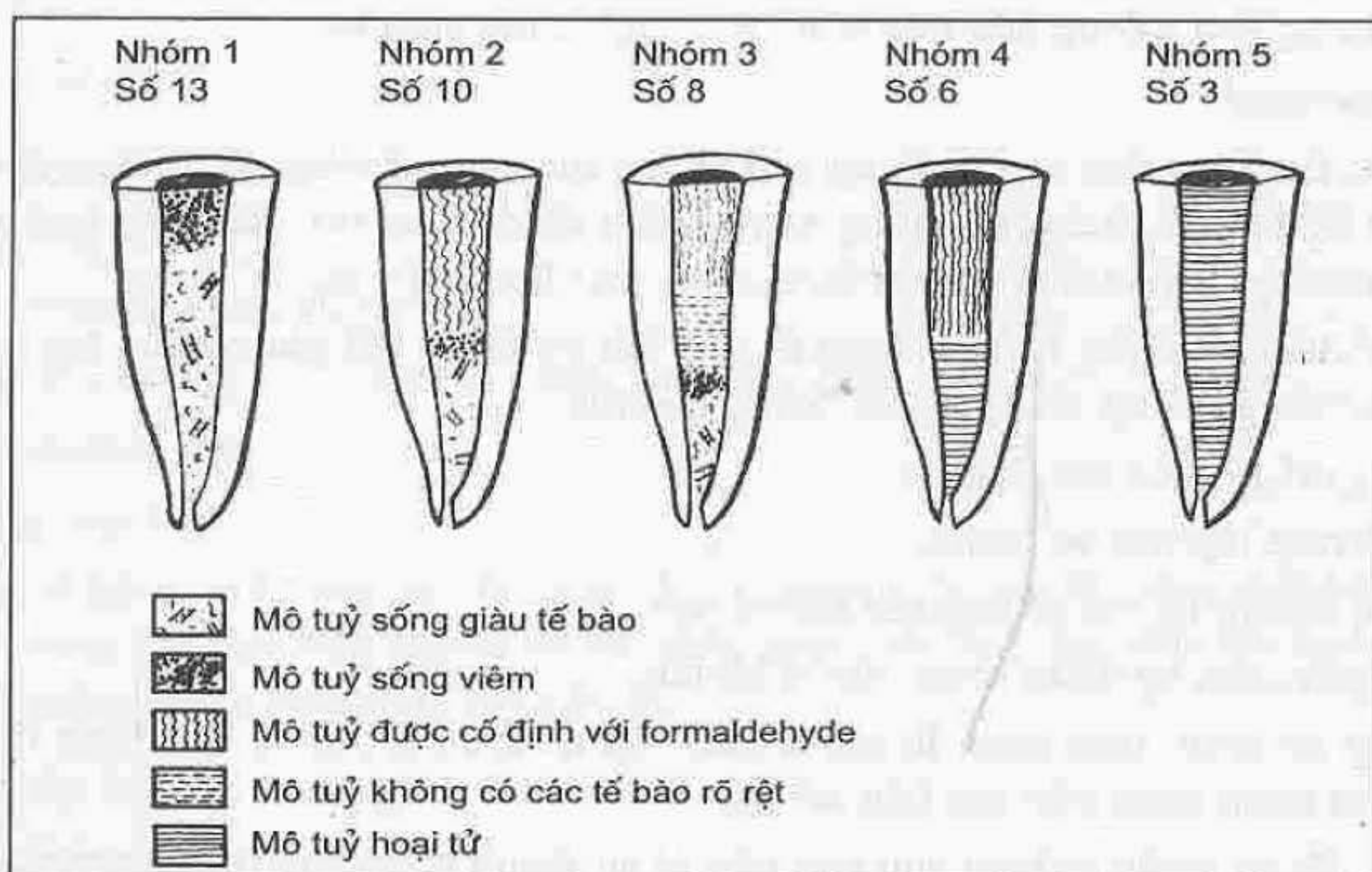
– Nhiều nhà nghiên cứu thấy sau khi đặt formocresol có vùng cố định ở 1/3 trên tuỷ chân, viêm mạn tính ở 1/3 giữa và mô sống ở 1/3 chóp.

Ngày nay hầu hết các tác giả đều đồng ý rằng formocresol có thể có khả năng gây phản ứng miễn dịch hoặc đột biến gen nên khuyên không nên sử dụng.

Các dạng sử dụng:

– Dung dịch formocresol 1/5: Được điều chế bằng cách pha loãng 3 phần glycerin và một phần nước, sau đó 4 phần chất pha loãng này với 1 phần của dung dịch Buckley.

– Dung dịch Buckley: Tricresol 35%, formaldehyde 19%, glycerine 15%, nước đến 100%.



Hình 15.1. Type tuỷ sau khi lấy tuỷ buồng với formocresol

b) Glutaraldehyde (GA)

Được đề nghị là chất thay thế formocresol vì tính cố định nhẹ và ít độc tính. Do tính chất liên kết chéo của nó nên sự thâm nhập vào mô có giới hạn hơn và ít ảnh hưởng trên mô quanh chóp hơn. GA có thể liên kết nhanh với các protein làm giới hạn khả năng thấm ra ngoài rồi phân tán vào cơ thể.



Hình 15.2a. Lấy tuỷ buồng, đặt GA trong vòng 3 phút, tuỷ xơ hoá gần chóp răng



Hình 15.2b. Sau 3 tháng điều trị thấy có tuỷ xơ ở 1/3 giữa của chân xa



Hình 15.2c. Tuỷ xơ sau 3 tháng điều trị bằng ZOE

c) ZOE (Eugenolate)

Được sử dụng từ lâu nhưng tỷ lệ thành công không cao. Một số nghiên cứu mô bệnh học chỉ ra rằng tuỷ chân răng sữa có dấu hiệu viêm, hoại tử hoặc nội tiêu sau khi đặt ZOE. Mức độ thất bại thấp hơn nếu dùng các ZOE cứng nhanh như IRM de Cault.



Hình 15.3

1. Tuỷ viêm nặng khi được đặt GA trong 3 phút và trám bằng IRM (sau 1 tháng).
2. Tuỷ viêm trung bình trong phần ống tuỷ còn lại trên cùng 1 răng.
3. 2 tuần sau điều trị, tuỷ hầu như bình thường.



Hình 15.4a. Sau 1 tháng điều trị, tuỷ hoại tử từng phần ở chóp răng, có hiện tượng tiêu chân răng (điều trị bằng GA)



Hình 15.4b. Nhìn với độ phóng đại to hơn chúng ta thấy có các tế bào huỷ xương



Hình 15.5. Sau 3 tháng điều trị, ở 1/3 chóp có hiện tượng tiêu chân răng và tuỷ bị xơ



Hình 15.6. Sau 3 tháng điều trị bằng ZOE, lỗ vào ống tuỷ có hiện tượng sửa chữa

ZOE không phải là chất lý tưởng để đặt lên phần tuỷ còn lại. Trường hợp ướp tuỷ bằng FC, một vùng tuỷ cố định được hình thành, do vậy ZOE có thể không ảnh hưởng đến tuỷ bên dưới. Garcia-Godoy nhận thấy mô tuỷ ít viêm hơn khi đặt trên tuỷ đã được ướp bằng các tác nhân cố định mô. Một nghiên cứu mô học của Côtes và cộng sự trên răng chuột được điều trị tuỷ buồng bằng sulfate sắt và dùng chất nền khác nhau là ZOE và polycarboxylate cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ viêm giữa 2 loại chất trám này.

Nếu lấy tuỷ buồng sống, vật liệu chụp tuỷ được sử dụng là calcium hydroxyde. Nó có thể gây ra nội tiêu. Tuy nhiên, khi răng ở giai đoạn 1 thì calcium hydroxyde giúp tiếp tục hình thành chóp răng. Nếu lấy tuỷ buồng chết, vật liệu chụp tuỷ có thể sử dụng là ZOE. Glutaraldehyde và formocresol không nên dùng vì độc tính của nó.

d) Calcium hydroxyde

Cũng được dùng làm thuốc băng tuỷ, nhưng tỷ lệ thành công đánh giá trên phim Xquang hiếm khi vượt quá 60%, biến chứng thường gặp nhất là nội tiêu dưới vết cắt.

Thường được dùng trong trường hợp “lấy tuỷ buồng sống” để thay thế FC.

Cơ chế hoạt động của $\text{Ca}(\text{OH})_2$: $\text{Ca}(\text{OH})_2$ có pH kiềm cao ($\text{pH} = 11$), chính điều

này giúp nó có khả năng diệt khuẩn và tái tạo mô cứng. Dù ion Ca trong calci hydroxyde không trực tiếp tham gia vào việc tái tạo tổ chức cứng nhưng nó kích thích quá trình sửa chữa.

Về mặt tế bào, nó hình thành 5 lớp từ nông đến sâu như sau:

- *Vùng 1*: Vùng nén giữa lớp bị nén và lớp phù nề bị xung huyết bên dưới.
- *Vùng 2*: Vùng phù nề có hoại tử sống và hoá lỏng.
- *Vùng 3*: Đông máu giữa các mạch máu và hoại tử có sự đông máu. Sự xơ hoá bắt đầu từ giờ thứ 6.
- *Vùng 4*: Lớp xuất hiện muộn hơn sau 6 giờ, thâm nhập các bạch cầu đa nhân và Leucocyte.
- *Vùng 5*: Vỏ xơ của vùng 4, chỉ tồn tại tạm thời. Sau đó người ta thấy xuất hiện các sợi collagen và hình thành các cầu ngà.

e) Sulfate sắt

Thiếu sự cầm máu thích hợp trước khi đặt thuốc ảnh hưởng không tốt đến kết quả điều trị. Một cục máu đông trên bề mặt vết thương làm giảm tần suất liền thương hoàn toàn về mặt mô học. Có thể gia tăng tỷ lệ thành công của việc lấy tuỷ bằng cách cầm máu tốt mô tuỷ còn lại. Heilig và cs nghiên cứu việc dùng aluminum hydroxyde. Việc làm giảm chảy máu tuỷ và cầm máu nhanh hơn khi dùng aluminum hydroxyde so với nhóm chứng dùng nước vô trùng. Sau 9 tháng, nhóm aluminum hydroxyde đã cho thấy có kết quả tốt hơn trên phim Xquang, tuy nhiên mẫu nghiên cứu còn nhỏ nên chưa thể kết luận được

Sulfate sắt cũng được dùng để cầm máu. Khi tiếp xúc với máu sẽ hình thành phức hợp proteine-ion sắt, làm bít các mạch máu nên có tác dụng cầm máu. Landau và Johnsen thực hiện nghiên cứu đầu tiên về đáp ứng của tuỷ với sulfate sắt trên răng khỉ (sulfate sắt được đặt để cầm máu trước khi đặt calcium hydroxyde), mô tuỷ sống được tìm thấy ở 1/3 chóp của tất cả các răng được điều trị bằng sulfate sắt sau 60 ngày, trong khi ở nhóm chứng dùng nước muối sinh lý chỉ có 4 trong tổng số 7 răng. Nghiên cứu của Fuks và cộng sự trên răng khỉ đầu chó cũng cho thấy có đáp ứng của tuỷ tương tự với FC.

Mặc dù kỹ thuật dùng sulfate sắt có vẻ thành công về mặt mô học, tuy nhiên hiệu quả lâu dài của thuốc trên răng và toàn thân còn chưa rõ.

g) Các vật liệu sinh học khác

- Xương đông khô.
- Dung dịch giàu collagen.
- BMP (bone morphogenetic proteine).
- Dao điện: các nghiên cứu khác nhau cho các kết quả khác nhau.

– Laser: không gây tổn hại tuỷ tức thì sau khi lấy tuỷ buồng, cần có nhiều nghiên cứu hơn để xác định tính hiệu quả, cũng như loại laser phù hợp nhất và giá cả hợp lý nhất cho loại kỹ thuật này.

h) MTA

*** Thành phần:** gồm hai loại xám và trắng:

– MTA xám:

+ Tricalcium silicate.

+ Dicalcium silicate.

+ Tricalcium aluminate.

+ Bismuth oxyde.

+ Calcium sulfate.

+ Tetracalcium aluminoferrite.

– MTA trắng: giống thành phần cấu tạo MTA xám nhưng không có tetracalcium aluminoferrite nên có màu trắng.

*** Đặc tính lý hoá học:**

– pH 12,5 khi cứng, có đặc tính sinh học và mô học tương tự Ca(OH)_2 . Ưa nước, cản quang.

– Thời gian đông cứng lâu (2 giờ 45 phút).

– Khả năng chịu nén là 40MPa ngay sau khi cứng, và 70MPa sau 21 ngày.

– Khác với Ca(OH)_2 , nó tạo bề mặt cứng không bị tiêu ngót.

– Đông cứng trong môi trường ẩm, tính ưa nước tự nhiên.

– Có khả năng đề kháng với rò vi kẽ, kín khít tốt.

– Giảm sự xâm nhập của vi khuẩn.

– Chịu lực kém: Khả năng chịu lực nén tương đương với IRM, SuperEBA, nhưng kém amalgam.

– Cũng được biết tới như Portland's cement ngoại trừ việc có thêm oxyde bismuth để bổ sung khả năng đông cứng. Độ cứng tương tự cement rất cứng, có thể so sánh với bê tông.

– Dạng thương mại trên thị trường: ProRoot MTA (Dentsply).

*** Đặc tính sinh học:**

– Kháng các vi khuẩn cơ hội.

– Tương hợp sinh học tốt với mô sống.

– Hình thành các cầu ngà.

– Cảm ứng sinh xương và cement.

– Không tác dụng trên các vi khuẩn hiếu khí chặt chẽ.

*** Thao tác sử dụng:**

Bột và nước được trộn với nhau đến khi đặc lại. Do hỗn hợp MTA là tập hợp lỏng lẻo của các hạt nên nó không dính tốt với bất kỳ dụng cụ nào, không thể đưa vào khoang trám bằng dụng cụ hàn răng thông thường mà phải sử dụng Messing gun, cây đưa amalgam hay dụng cụ đặc biệt chuyên dụng. Khi MTA được đặt vào, nó được lèn chặt bằng dụng cụ lèn nhỏ hoặc dụng cụ đánh bóng. Nếu không lèn nhẹ nhàng, vật liệu sẽ bị đẩy ra khỏi khoang trám. Sau đó, viên bông nhỏ được dùng để lau nhẹ nhàng bề mặt và loại bỏ phần MTA thừa.

*** Ưu điểm:**

- Đông cứng trong môi trường ẩm.
- Tương hợp sinh học tốt.
- Đáp ứng liên thương bình thường mà không có quá trình viêm.
- Ít độc hơn các vật liệu hàn khác.
- Khá cản quang.
- Tính kháng khuẩn tự nhiên.
- Chống rò vi kẽ.

*** Nhược điểm:**

- Nhiễm màu thứ phát (màu xám).
- Khó thao tác.
- Thời gian đông cứng lâu (3 – 4 giờ).
- Đắt tiền.

*** Thận trọng khi sử dụng MTA:**

- Cần bảo quản trong hộp kín, tránh ẩm.
- Bảo quản khô.
- Cần đặt ngay sau khi trộn để tránh mất nước trong quá trình đông cứng.
- Không bơm rửa sau khi đặt MTA, loại bỏ nước thừa bằng bông.
- Quá nhiều hay quá ít nước đều ảnh hưởng tới độ cứng của vật liệu.
- Cần 3 – 4 giờ để đông cứng hoàn toàn nhưng thời gian làm việc là 5 phút, nếu cần nhiều thời gian thao tác hơn thì cần phủ gạc ẩm lên trên để tránh bay hơi.

*** Chỉ định của MTA:**

- Vật liệu chụp tuỷ.
- Sửa chữa ống tuỷ, tạo nút chặn tại chóp trong quá trình đóng cuống.
- Sửa chữa chân răng bị tiêu.
- Vật liệu trám ngược vùng chóp răng.

** Sử dụng MTA trên lâm sàng:*

- Kỹ thuật đóng chóp: Tạo nút chặn vĩnh viễn ở chóp sau điều trị.
- + Tuỷ sống: cách ly răng, thực hiện lấy tuỷ buồng, đặt MTA lên trên phần tuỷ còn lại, trám bằng chất hàn tạm tới khi răng đóng chóp.
- + Tuỷ chết: cách ly răng, điều trị tuỷ chân, trộn MTA và nhồi xuống phía chóp chân răng, tạo nút chặn dày 2mm, chờ vật liệu đông cứng rồi trám ống tuỷ bằng GP.
- Chân răng nội tiêu và ngoại tiêu: tình trạng tự phát dẫn tới gãy hay phá huỷ cấu trúc chân răng.
 - + Nội tiêu: thực hiện điều trị tuỷ như bình thường, sau khi tạo hình và làm sạch ống tuỷ, trộn MTA và đặt vào trong ống tuỷ, dùng cây đưa hoặc GP, sau đó trám ống tuỷ.
 - + Ngoại tiêu: điều trị tuỷ hoàn chỉnh. Lật vạt, loại bỏ tổ chức tổn thương trên bề mặt chân răng bằng mũi khoan tròn, trộn MTA và đặt lên bề mặt chân răng. Loại bỏ cement thừa và phủ lên bề mặt tetracyclin. Phủ lên bề mặt xương đông khô đã huỷ khoáng và hàng rào calcium sulfate.
- Thủng chân răng: do thao tác sai dẫn tới sự thông thương giữa ống tuỷ và mô nha chu. Đầu tiên tạo hình và làm sạch ống tuỷ bị thủng. Bơm rửa sạch bằng NaOCl, làm khô bằng cồn giấy.
 - + Nếu chỗ thủng ở dưới từ giữa tới 1/3 chóp thì xử trí như trường hợp nội tiêu.
 - + Nếu chỗ thủng ở cao gần 1/3 cổ răng, vẫn trám bít ống tuỷ bằng G.P bình thường, sau đó loại bỏ G.P phía dưới chỗ thủng bằng Pecho reamer, trộn MTA và trám phần ống tuỷ từ đó trở lên.
- Trám ngược vùng chóp răng: Khi cần điều trị phẫu thuật nội nha. MTA có khả năng hàn gắn tốt và tạo điều kiện liền thương quanh chân răng. Mở đường vào vùng chóp chân răng, loại bỏ tổn thương bằng mũi khoan phẫu thuật, tạo khoang trám loại I. Cách ly và cầm máu. Nhồi MTA vào xoang, sau phẫu thuật kiểm tra bằng phim Xquang.

4. ĐIỀU TRỊ TUỶ CHÂN (ĐIỀU TRỊ TUỶ TOÀN BỘ)

4.1. Mục đích

Nhằm lấy bỏ toàn bộ tuỷ chân răng. Đây là kỹ thuật nội nha được sử dụng khi tuỷ bị tổn thương toàn bộ.

Điều trị tuỷ chân ở răng sữa khó khăn hơn răng vĩnh viễn vì:

- Hình thể ống tuỷ rất thay đổi.
- Tiêu chân răng sinh lý làm cấu trúc chân răng thay đổi, giới hạn khó xác định.
- Cần chú ý đến mầm răng bên dưới.

Chúng ta cần phân biệt điều trị tuỷ chân 1 thì và điều trị tuỷ chân 2 thì (nhiều thì).

Chống chỉ định điều trị tuỷ chân:

- Làm ảnh hưởng đến sức khoẻ toàn thân và mầm răng bên dưới.
- Răng không thể phục hồi được thân răng hoặc sâu răng phá huỷ cả sàn buồng tuỷ.
- Răng sắp thay.

4.2. Điều trị tuỷ chân 1 thì

Chỉ định:

Viêm tuỷ toàn bộ khi răng ở giai đoạn 2.

Chống chỉ định:

- Ở giai đoạn 1, thử bảo tồn tuỷ từng phần.
- Ở giai đoạn 3, lấy tuỷ buồng được lựa chọn hơn vì lý do giải phẫu chân răng.

Kỹ thuật:

- Xquang.
- Gây tê tại chỗ.
- Cách ly.
- Lấy bỏ ngà sâu.
- Lấy tuỷ buồng rồi tuỷ chân, bơm rửa bằng NaOCl, chú ý chiều dài làm việc, nồng độ đến lime 25.
- Làm khô.
- Trám bít ống tuỷ.
- Trám buồng tuỷ bằng vật liệu cứng nhanh.
- Phục hồi thân răng.
- Điều trị tuỷ chân 2 thì.

4.3. Điều trị tuỷ chân 2 thì

Chỉ định:

- Giai đoạn 2, trong trường hợp tuỷ hoại tử có hay không có bệnh nha chu.
- Giai đoạn 3, trong trường hợp tuỷ hoại tử không có bệnh nha chu kèm theo.

Chống chỉ định:

Giai đoạn 3, trong trường hợp tuỷ hoại tử có bệnh nha chu kèm theo nên chỉ định nhổ răng.

Kỹ thuật:

Buổi đầu tiên:

- Xquang.
- Gây tê tại chỗ.

- Cách ly.
- Lấy bỏ ngà sâu.
- Nong rửa và tạo hình, bơm rửa bằng ClONa.
- Đặt thuốc sát khuẩn Ca(OH)_2 hoặc pãte iodoformée.
- Trám tạm thời.

Buổi 2:

- Cách ly.
- Lấy bỏ thuốc sát khuẩn.
- Bơm rửa.
- Trám bít ống tuỷ.
- Trám tuỷ buồng bằng vật liệu cứng nhanh.
- Phục hồi thân răng.

4.4. Các thuốc sử dụng trong điều trị tuỷ

4.4.1. Thuốc diệt tuỷ

Chống chỉ định dùng các chế phẩm có asen để diệt tuỷ vì sợ ảnh hưởng đến mầm răng vĩnh viễn. Dùng các thuốc không có asen như Caustinerf, thành phần bao gồm:

Paraformaldehyde 46g.

Lidocaine 37g.

Tá dược vừa đủ 100g.

4.4.2. Các vật liệu trám bít ống tuỷ răng sữa

Tiêu chuẩn của chất trám bít ống tuỷ răng sữa:

- Có tính kháng khuẩn.
- Tiêu được như tốc độ tiêu chân răng.
- Không gây hại cho mầm răng vĩnh viễn.
- Không ảnh hưởng tới sự mọc răng vĩnh viễn.
- Cản quang, có độ dính vào thành ống tuỷ, không co.
- Dễ đưa vào thành ống tuỷ, dễ tháo khi cần.
- Tương hợp sinh học.

Bột dẻo ZOE:

Theo Fuks A.B, Duggal M.S và nhiều tác giả khác, pãte eugenolate được xem như là vật liệu trám ống tuỷ răng sữa được chấp nhận rộng rãi nhất. Ở Việt Nam, Phạm Thị Vân Thường cũng đã nghiên cứu về tinh dầu hương nhu trắng và nêu tính chất của bột dẻo eugenolate như sau:

- Dễ đặt vào ống tuỷ.

- Có khả năng sát khuẩn.
- Không độc với mô răng vĩnh viễn và tổ chức quanh cuống.
- Không co giãn.
- Cảm quang.
- Có thể tháo ra được.
- Rẻ tiền, dễ mua, có thể trang bị cho tuyến nha khoa cơ sở.
- Tiêu được nên không làm ảnh hưởng đến mô răng vĩnh viễn.

Pâte kháng sinh:

Nhiều nghiên cứu thấy không có tác dụng làm giảm viêm. Ngoài ra theo một số tác giả nó còn nguy hiểm vì gây ra phản ứng quá mẫn.

***Pâte Walkoff* (pâte iodoformée):**

Thành phần: Iodoforme 60% + 40% hỗn hợp bao gồm: Chlorophenol 45%, camphre 49%, menthol 6%.

Đây là pâte có thể tiêu, không cứng. Có khả năng sát khuẩn, không kích thích. Vì không cứng nên tác dụng sát khuẩn có thể kéo rất dài. Pâte này thường được sử dụng trên những răng bị hoại tử tuỷ, nhưng không có biến chứng. Nhược điểm chính của nó là tốc độ tiêu nhanh, tuy nhiên với răng sữa là yếu tố thuận lợi vì nó tiêu cùng với quá trình tiêu chân.

Thường được sử dụng khi điều trị tuỷ chân răng sữa ở giai đoạn 2 và 3.

Pâte có corticoide:

Nhiều tác giả khuyên không nên sử dụng bởi vì:

- Hiệu quả chống viêm trong ống tuỷ chưa được chứng minh rõ ràng.
- Tuỷ viêm có thể bị hoại tử.
- Sự hình thành ngà thứ 3 bị ức chế.

4.5. Tiêu chí đánh giá kết quả điều trị tuỷ toàn bộ (tuỷ chân)

Theo Duggal M.S, tiêu chí đánh giá kết quả điều trị tuỷ dựa vào lâm sàng và Xquang như sau:

- Thành công: Khi giảm nhiều hoặc hết triệu chứng cấp tính, răng không đau, không lung lay, hết rò mủ vùng cuống răng. Trên Xquang thấy ống tuỷ được trám kín hoặc cách cuống 1mm. Có sự phục hồi xương hoặc không tổn thương thêm.

- Thất bại: Ống tuỷ chưa trám kín, tổn thương vùng chẽ chân răng lan rộng.

Theo Duggal M.S, tỷ lệ thành công khi điều trị tuỷ toàn bộ răng sữa theo dõi từ 16 tháng đến 5 năm là khoảng 85%.

Chỉ định điều trị tuỷ theo (Demars và Fortier)

Giai đoạn sinh lý	Bệnh lý	Điều trị
Giai đoạn I Hình thành và trưởng thành răng sữa	Chấn thương	Lấy tuỷ buồng nếu tuỷ sống. Điều trị tuỷ chân.
	Tổn thương tuỷ (Ví dụ hội chứng bú bình).	Lấy tuỷ buồng.
Giai đoạn II	Chấn thương.	Lấy tuỷ buồng. Lấy tuỷ chân.
	Hở tuỷ nhưng không có triệu chứng bệnh lý.	Lấy tuỷ buồng.
	Bệnh lý tuỷ buồng (không chảy máu kéo dài khi lấy tuỷ buồng).	Lấy tuỷ buồng.
	Bệnh lý tuỷ toàn bộ và hoại tử có hoặc không có bệnh lý nha chu.	Điều trị tuỷ chân nếu có tổn thương vùng chē nhẹ, nếu không nhổ.
Giai đoạn III	Chấn thương.	Nhổ răng.
	Hở tuỷ không có bệnh lý tuỷ.	Lấy tuỷ buồng.
	Bệnh lý tuỷ buồng (không chảy máu kéo dài khi lấy tuỷ buồng).	Lấy tuỷ buồng.
	Bệnh lý tuỷ toàn bộ và hoại tử tuỷ có hoặc không có bệnh nha chu.	Không có bệnh nha chu, điều trị tuỷ chân, nếu không nhổ răng.

Chỉ định điều trị tuỷ theo bệnh lý và giai đoạn sinh lý

Sinh lý	Bệnh lý	Điều trị
Giai đoạn 1 Hình thành Đóng chóp	Tuỷ tổn thương Chấn thương	Lấy tuỷ buồng sống
Giai đoạn 2 Ổn định Trưởng thành	Hở tuỷ không có bệnh lý tuỷ Bệnh lý tuỷ buồng không tổn thương tuỷ chân. Bệnh lý tuỷ toàn bộ Hoại tử tuỷ có hay không có bệnh nha chu.	Lấy tuỷ buồng. Lấy tuỷ buồng Điều trị tuỷ chân 1 thì và trám bít ống tuỷ Điều trị tuỷ chân 2 thì và trám bít ống tuỷ
Giai đoạn 3 Tiêu chân Thoái hoá	Hở tuỷ không có bệnh lý tuỷ. Tuỷ hoại tử không có bệnh nha chu. Hoại tử tuỷ có bệnh nha chu kèm theo.	Lấy tuỷ buồng Điều trị tuỷ chân 2 thì và trám bít ống tuỷ Nhổ răng

Chiều dài chân răng sữa (mm), dân số Indo-europeen

		Răng vĩnh viễn	Răng sữa
	1	10 – 17	10
Hàm trên	2	11 – 17,5	10
	3	13,5 – 18,5	11,5
	4	11,8 – 16,5 (6)	9
	5	11,2 – 16,5 (7)	11,5
	1	10,5 – 14,5	9
	2	11,5 – 16,3	9,9
Hàm dưới	3	12,5 – 17	11
	4	Gắn = 13 – 16, Xa = 12,3 – 15,8	9
	5	Gắn = 12,8 – 16 Xa = 11,5 – 15,5	11 – 11,5

KẾT LUẬN

- Phát hiện và điều trị sớm các tổn thương sâu răng cho phép bảo tồn tính sống của tuỷ.
- Trong trường hợp tổn thương tuỷ- nha chu, thường phải nhổ răng.
- Trước khi đưa ra quyết định điều trị cần phải có phim Xquang để xác định giai đoạn phát triển của răng và tiên lượng kết quả điều trị.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn câu trả lời đúng cho các câu hỏi sau bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu.

1. Tình trạng nào sau đây là liên quan tới chống chỉ định điều trị tuỷ ở trẻ em?
 - A. Nguy cơ viêm nội tâm mạc bán cấp.
 - B. Viêm thận.
 - C. Bệnh bạch cầu.
 - D. Hở van tim hai lá.
 - E. Tất cả các câu trên.
2. Chụp tuỷ trực tiếp được chỉ định khi:
 - A. Không có tiền sử đau răng tự phát không có kích thích.
 - B. Không nhạy cảm đau với liệu pháp gõ.
 - C. Không có lung lay bất thường.

- D. Không có dấu hiệu nội tiêu hoặc ngoại tiêu.
E. Tất cả các câu trên.
3. Dấu hiệu nào sau đây cho thấy điều trị tuỷ sống thất bại?
A. Nội tiêu.
B. Áp xe xương ổ răng.
C. Rò mủ sau điều trị tuỷ.
D. Tất cả các câu trên.
4. Vật liệu được lựa chọn để dự phòng ngoại tiêu chân răng trong trường hợp điều trị tuỷ răng vĩnh viễn bị chấn thương là:
A. Ca(OH)_2 .
B. CPC.
C. Osomol.
D. TF.
E. Eugenolate.
5. Dấu hiệu lâm sàng chính để chẩn đoán hội chứng vách là:
A. Trẻ than phiền đau dữ dội, chủ yếu trong bữa ăn.
B. Trẻ đau liên tục, không đáp ứng với thuốc giảm đau thông thường.
C. Có lỗ sâu mặt bên, không có khả năng làm sạch, giắt thức ăn.
D. Cả 3 câu A, B, C đều đúng.
E. Câu A và C đúng.
6. Vật liệu thường được lựa chọn để che tuỷ trực tiếp là:
A. Eugenolate.
B. Ca(OH)_2 .
C. GIC.
D. Amalgam.
E. Composite lỏng.
7. Vật liệu lý tưởng nhất để băng phần ống tuỷ chân còn lại trong kỹ thuật lấy tuỷ buồng:
A. Eugenolate.
B. Calcium hydroxyde.
C. MTA.
D. Formolcresol.
E. Glutaraldehyde.
8. Vật liệu thường được dùng để trám bít ống tuỷ răng sữa khi răng ở giai đoạn II:
A. Eugenolate.
B. Ca(OH)_2 và Eugenolate.
C. Formolcresol.

- D. Pâte AH26.
E. Guttapercha.
9. Điều trị tuỷ chân 1 thì:
- A. Được chỉ định trong trường hợp viêm tuỷ toàn bộ khi răng ở giai đoạn 2.
 - B. Không được chỉ định khi không có chỉ định lấy tuỷ buồng nếu răng ở giai đoạn 1.
 - C. Ở giai đoạn 3, điều trị tuỷ chân được lựa chọn hơn vì lý do giải phẫu chân răng.
 - D. Cả ba câu trên đều sai.
 - E. Không câu nào sai.
10. Điều trị tuỷ chân 2 thì:
- A. Chỉ định trong trường hợp tuỷ hoại tử có hay không có bệnh nha chu, khi răng ở giai đoạn 2.
 - B. Chỉ định trong trường hợp tuỷ hoại tử không có bệnh nha chu kèm theo khi răng ở giai đoạn 3.
 - C. Chống chỉ định trong trường hợp tuỷ hoại tử có bệnh nha chu kèm theo, khi răng ở giai đoạn 3.
 - D. Cả 3 câu A, B, C đều đúng.
 - E. Cả 3 câu A, B, C đều sai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thuý Nga, Phan Thị Thanh Yên, Phan Ái Hùng, Đặng Thị Nhân Hoà. Nha khoa trẻ em (2001). Nhà xuất bản Y học, Chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh.
2. Javotte Nancy. Odontologie pédiatrique. Université Victor Segalen Bordeaux 2. Année 2005
3. Mej Curzon, SA. Fayle, MS Duggal (2002). Restoratrice techniques in peadiatric dentistry, 2th edition, Martin Dunitz.
4. Frédéric Courson (2005). Odontologie pédiatrique au quotidien. Deuxième édition, Éditions CDP.
5. Ralph E. McDonald (2004). Dentistry for child and adolescent, Mosby, 3th edition.

CÁC PHƯƠNG PHÁP VÔ CẢM Ở TRẺ EM

MỤC TIÊU

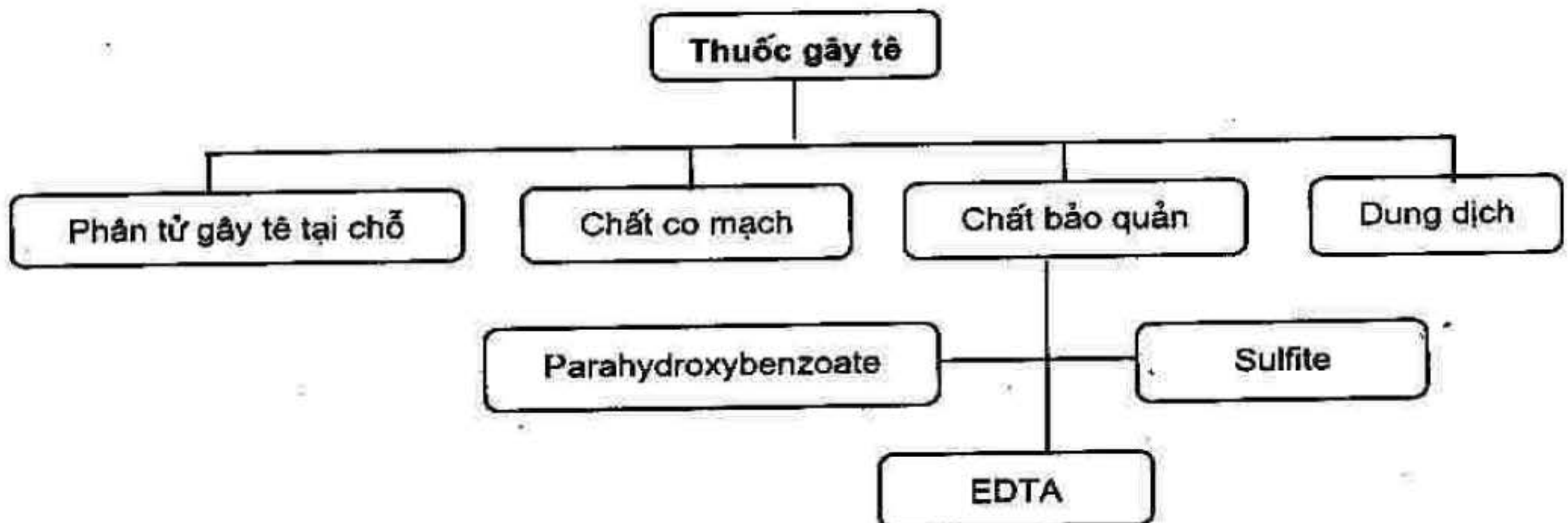
1. Trình bày phân loại và các tiêu chuẩn lý tưởng của thuốc tê.
2. Trình bày các vấn đề cần lưu ý về giải phẫu, dược động học của thuốc tê khi gây tê cho trẻ em.
3. Trình bày được các phương pháp vô cảm thường được sử dụng ở trẻ em.
4. Trình bày các phương pháp gây tê trẻ em hay được sử dụng ở xương hàm trên.
5. Trình bày các phương pháp gây tê trẻ em hay được sử dụng ở xương hàm dưới.

I. NHỮNG KIẾN THỨC CƠ BẢN VỀ VÔ CẢM TRONG THỰC HÀNH NHA KHOA

1. THÀNH PHẦN CẤU TẠO CỦA THUỐC TÊ

Thuốc tê được sử dụng dưới dạng dung dịch, thường gồm:

- Chất co mạch.
- Chất làm vững dung dịch (acide hoá).
- Chất đệm (giữ vững pH).
- Chất khử trùng.
- Chất màu hay hyaluronidase để phân tán mau thuốc tê.



Tiêu chuẩn của một thuốc tê lý tưởng

1. Sau khi tác dụng xong, tác dụng của nó tại chỗ và toàn thân bị mất đi hoàn toàn.
2. Không kích thích tại chỗ và không có tác dụng phụ tại chỗ
3. Ít độc cho cơ thể.
4. Tác dụng sớm và kéo dài.
5. Đủ tê ở nồng độ không gây độc.
6. Có thể thoa tại chỗ cũng tê.
7. Không gây dị ứng.
8. Ổn định khi pha trong dung dịch, khi vào cơ thể thì được đào thải dễ dàng.
9. Có thể vô khuẩn bằng nhiệt mà không hỏng.

2. DƯỢC ĐỘNG HỌC

Trong tổ chức thuốc tê tồn tại dưới 2 dạng: dạng tự do và dạng liên kết với các proteine (Proteine huyết tương và mô: Albumine, Alpha-1- Glycoproteine). Chỉ có các phân tử tự do mới có tác dụng sinh học phong bế thần kinh cũng như là gây độc cho cơ thể. Ở trẻ sơ sinh và trẻ bú mẹ, nồng độ của các albumine huyết tương và Alpha-1- Glycoproteine giảm làm thay đổi tỷ lệ của thành phần thuốc tê tự do. Alpha-1- Glycoproteine có ái tính mạnh với thuốc tê, nhưng albumine thì ngược lại. Tỷ lệ Alpha-1- Glycoproteine tăng theo tuổi, thấp ở trẻ sơ sinh và đạt được giá trị của người lớn vào lúc 6 tháng. Do đó, nếu dùng bupivacaine cùng liều như nhau thì thành phần thuốc tê tự do của trẻ sơ sinh cao hơn 6 lần so với trẻ đang bú sữa mẹ. Nếu dùng lidocaine thì thành phần tự do ở trẻ nhỏ cao hơn người lớn 2 lần.

Dược động học của thuốc tê phụ thuộc vào sự khuếch tán tại chỗ, khuếch tán hệ thống và chuyển hoá. Ở trẻ em, gây tê vùng thì thuốc dễ dàng khuếch tán vào hơn vì ít có tổ chức mỡ, ở người lớn, thân các dây thần kinh thường bị mỡ bao bọc xung quanh.

Tốc độ hấp thu thuốc phụ thuộc vào tuổi (lưu lượng máu qua tim và tại chỗ) và mật độ mao mạch tại chỗ tiêm. Lưu lượng máu ở trẻ em cao hơn của người lớn, do vậy tốc độ hấp thu thuốc tê của trẻ em cũng cao hơn. Ở mắt, mật độ mao mạch dày đặc nên thuốc tê được hấp thu rất nhanh.

Viêm nhiễm làm toan hoá tổ chức và giải phóng các chất hoạt hoá thần kinh (histamine, prostaglandin...). Các thay đổi này làm giảm tính tan trong mỡ của thuốc tê.

3. PHÂN LOẠI THUỐC TÊ

Có 3 nhóm chính đó là ester, amide và nhóm hợp chất hydroxyl. Nhóm hay được sử dụng hơn đó là nhóm amide.

3.1. Nhóm ester

Là nhóm cổ điển được sử dụng lâu nhất và gần đây ít được sử dụng.

Cấu trúc hoá học bao gồm:

- Một nhân thơm ưa mỡ, ưa nước.
- Một chuỗi trung gian chứa các mối nối ester.
- Một nhóm amino ưa nước.

3.2. Nhóm amide

Cấu trúc hoá học bao gồm:

- Một nhân thơm ưa mỡ, ưa nước.
- Một chuỗi trung gian chứa các mối nối amide.
- Một nhóm amino ưa nước.

3.3. Hợp chất hydroxyl không tan trong nước

Vì thiếu nhóm amino nên không tan trong nước, do vậy chỉ dùng để gây tê thấm niêm mạc.

Nhìn chung các thuốc tê đều có tính kiềm nhẹ nên ít tan trong nước. Tuy nhiên, khi gặp acide hydrochloric thì sẽ tạo thành muối tan trong nước. Khi sản xuất thuốc tê người ta cố giữ tính thăng bằng ưa nước và ưa mỡ.

Ngày nay các thuốc tê chính đều có một số đặc tính như sau:

1. Là chất tổng hợp có chứa nhóm amino.
2. Khi gặp acide mạnh thì tạo thành muối và tan trong nước.
3. Chất kiềm sẽ thuỷ phân muối và tạo ra các base alkaloide tan trong mỡ.
4. Các muối tạo ra bởi các thuốc tê có tác dụng toan tính và tương đối bền vững, chúng sẽ bị thuỷ phân bởi các ester của huyết tương và bị khử độc ở gan.
5. Các tác dụng của thuốc sau một thời gian sẽ mất.
6. Tương tác với các epinephrin và các dẫn chất của nó.
7. Không tương tác với các muối kim loại như thuỷ ngân, bạc...
8. Cùng một cơ chế tác dụng với thần kinh dẫn truyền.
9. Nếu trong huyết tương có nồng độ cao thì gây độc cho cơ thể.
10. Ở liều gây tê không gây độc hoặc kích thích cho cơ thể.

II. GÂY TÊ TRONG NHA KHOA TRẺ EM

1. NHỮNG ĐIỀU CẦN LƯU Ý VỀ GIẢI PHẪU

1.1. Xương hàm đang trong giai đoạn phát triển

– Sự phát triển mặt xảy ra đồng thời với hiện tượng hình thành bộ răng. Sự thay đổi về giải phẫu trong quá trình phát triển làm thay đổi các mốc giải phẫu trong gây tê.

– Mô xương ở trẻ em chưa được calci hoá hoàn toàn nên ít đặc hơn và dễ thấm thuốc tê hơn.

– Diện tích giải phẫu bề mặt nhỏ hơn, niêm mạc mỏng hơn, do vậy nên giảm liều thuốc và tiêm nông hơn.

Xương hàm trên:

Sự phát triển xương hàm trên theo 4 hướng

– Ra trước: Do sự phát triển của nền sọ và xương lá mía đẩy khối răng cửa và răng nanh ra trước.

– Hướng ngang: Trong vùng răng hàm, phụ thuộc vào đường khớp khẩu cái dọc giữa, được hoạt hoá bởi các cơ má. Khoảng cách liên răng nanh sớm bị cố định vào khoảng 3 tuổi

– Ra sau: Chủ yếu do hiện tượng bồi đắp và tiêu xương ở lồi củ cho đến tuổi dậy thì. Cùng với hiện tượng này, việc phát triển các răng hàm phía sau cũng giúp cho xương hàm trên phát triển ra phía sau.

– Hướng đứng: Liên quan đến sự phát triển của răng và xương ổ răng cho đến 15 tuổi.

– Hướng chính: Hướng ngang do đường khớp dọc giữa.

Xương hàm dưới:

Xương hàm dưới phát triển chủ yếu theo 3 hướng

– Hướng trước-sau: Do hiện tượng tiêu và bồi đắp ở phía sau do tác dụng của các cơ.

– Hướng ngang: Do đường khớp cằm.

– Hướng đứng: Sự phát triển theo hướng đứng của cạnh lên và đáy lùi góc hàm ra sau làm vị trí của lỗ ống răng dưới thay đổi nhiều, lúc 2 – 5 tuổi nằm hơi dưới mặt phẳng cắn, 5 – 7 tuổi nằm ở ngang mức mặt phẳng cắn, 9 – 11 tuổi thì nằm hơi phía trên mặt phẳng cắn, bắt đầu từ 12 tuổi thì giống như ở người lớn.

1.2. Cấu trúc các sợi thần kinh

Sự phong bế thần kinh phụ thuộc vào đường kính, chiều dài các sợi thần kinh và mức độ myelin hoá.

Tốc độ dẫn truyền của các sợi thần kinh không có vỏ myelin thì giống nhau ở người lớn và trẻ em, tuy nhiên tốc độ dẫn truyền của sợi thần kinh có vỏ myelin thì khác nhau. Tốc độ dẫn truyền thần kinh của sợi thần kinh có vỏ myelin ở trẻ em thì chậm hơn người lớn. Ở trẻ em, các sợi thần kinh có vỏ myelin mảnh hơn, lớp myelin mỏng, khoảng cách giữa các nút Ranvier ngắn hơn ở người lớn. Do có sự khác nhau này mà nồng độ thuốc tê tối thiểu có tác dụng ở trẻ em thấp hơn so với người lớn.

2. TIẾP CẬN TÂM LÝ TRẺ EM

Tại sao mọi trẻ em đều sợ nha sĩ?

Nhìn chung các nhà tâm lý cho rằng, hành vi của trẻ thường phụ thuộc vào môi trường sống của trẻ và đặc biệt là bố mẹ trẻ. Điều này giải thích tại sao có rất nhiều

trẻ rất kinh sợ nha sĩ ngay trong lần gặp đầu tiên, mặc dù chưa bao giờ bị nha sĩ làm đau. Nhiều bố mẹ có những thói quen xấu là hay dọa nhỡ răng trẻ, hoặc kể cho trẻ nghe những chuyện không tốt ở phòng răng, hoặc phóng đại quá mức những phiền toái khi chăm sóc răng miệng, hoặc luôn luôn lo lắng sợ trẻ bị đau khi đi chữa răng và kết quả là khi thật sự trẻ cần đến nha sĩ thì trẻ không chấp nhận nha sĩ, không cho nha sĩ chữa răng cho mình.

Ngoài vấn đề môi trường, khoang miệng có một vai trò quan trọng giải thích tại sao trẻ sợ nha sĩ một cách vô cớ. Khoang miệng có một vai trò hết sức quan trọng đối với sự phát triển của trẻ. Ngay từ lúc mới sinh ra khoang miệng là bộ phận đầu tiên làm cho trẻ hài lòng và vui vẻ bởi vì nó giúp cho trẻ hài lòng với cái đói, cái khát và giúp cho trẻ thở, giúp cho trẻ bú mẹ để tìm lấy cảm giác an toàn, hơi ấm và nguồn nuôi dưỡng. Khoang miệng là bộ phận giúp trẻ giao lưu với thế giới bên ngoài, trẻ không chỉ dùng miệng để ăn mà còn để mút các đồ vật xung quanh nó để nhận biết. Như vậy, cảm giác ban đầu của trẻ miệng là niềm vui là hạnh phúc nhưng khi trẻ lớn lên đến tuổi mọc răng thì hoàn toàn ngược lại. Khi răng mọc, đau đớn đã tước đi sự hài lòng của trẻ về khoang miệng, trẻ không hài lòng về việc này, nhiều trẻ phản ứng bằng cách hay giận dữ và hay cắn đồ đạc khi răng mọc. Quá trình này diễn ra trong suốt quá trình phát triển của trẻ, trẻ rơi vào khoảng của 2 trạng thái vui vẻ và đau đớn. Cùng với các yếu tố môi trường xã hội dần dần trẻ có một thái độ không tốt đối với răng, trẻ không thích việc mọc răng và cũng như là không thích các thầy thuốc chữa răng.

Cách tiếp cận trẻ em:

Vai trò của bố mẹ:

Bố mẹ có vai trò đầu tiên rất quan trọng trong việc này. Bố mẹ phải giúp cho trẻ hiểu được tầm quan trọng của việc chữa răng, động viên trẻ, giúp trẻ an tâm hơn khi đi chữa răng, không nên làm cho trẻ sợ và có một cái nhìn không tốt đối với các nha sĩ.

Cuộc gặp gỡ đầu tiên:

Cuộc gặp gỡ đầu tiên giữa trẻ với nha sĩ, bố mẹ trẻ có ảnh hưởng rất lớn đến thái độ của trẻ đối với nha sĩ, giúp cho trẻ có thể chấp nhận nha sĩ hay không. Do vậy giữa nha sĩ và bố mẹ trẻ nên có những mối liên hệ trước để nha sĩ và các trợ thủ có thể hiểu được tâm lý của trẻ và có cách tiếp cận được tốt hơn với trẻ.

Trước khi đưa trẻ đến gặp nha sĩ nên có một cuộc hẹn riêng với nha sĩ để cung cấp cho nha sĩ những thông tin về trẻ: bệnh sử nội khoa, bệnh sử răng miệng, các đặc điểm tâm lý, trình độ hiểu biết của trẻ về bệnh răng miệng và thái độ của bố mẹ. Theo nhiều nghiên cứu thì phần lớn các trẻ không chấp nhận nha sĩ ngay lần đầu tiên đó là những trẻ cũng có bố mẹ rất lo lắng và sợ đau như trẻ. Cuộc gặp gỡ này cũng là cơ hội để nha sĩ giải thích với bố mẹ về cách tiếp cận của mình với trẻ, những việc cần phải làm và đặc biệt là nha sĩ cũng cần phải làm yên tâm bố mẹ để cho bố mẹ hiểu mình là một người có năng lực thật sự, hết lòng quan tâm đến trẻ và sẵn sàng giúp trẻ, cùng chia sẻ những điều mà bố mẹ trẻ đang lo lắng.

Nếu bố mẹ trẻ không thể có được một cuộc hẹn trước với nha sĩ thì ít nhất là cũng phải trao đổi với nha sĩ trước qua thư hoặc là điện thoại để cho nha sĩ có được những thông tin cần thiết giúp ích cho cả trẻ và nha sĩ.

Trong cuộc gặp gỡ đầu tiên, tốt hơn hết là không nên can thiệp gì nếu không hết sức cần thiết để tránh cho trẻ những sợ hãi khi lần đầu tiên đến với nha sĩ. Trong lần đầu tiên này chỉ cần làm cho trẻ an tâm, không lo lắng, hợp tác và tin tưởng nha sĩ là đã thành công.

Tổ chức phòng nha:

Phòng nha cần có phòng đợi riêng cho trẻ. Phòng đợi phải thiết kế sao cho phù hợp với trẻ, không làm cho trẻ sợ hoặc lo lắng, phòng đợi phải tạo cho trẻ một cảm giác yên tâm và vui vẻ. Phòng đợi có thể có các trò chơi và giải trí cho trẻ như vẽ tranh, đọc tạp chí, xem phim...

Các nhân sự của phòng nha: tiếp đón, trợ thủ, kỹ thuật viên, vệ sinh viên và nha sĩ cần phải có những kiến thức chung về tâm lý trẻ em để có thể tiếp cận với trẻ em một cách hợp lý. Cần phải hiểu được trẻ một cách nhanh nhất có thể thông qua các cử chỉ, lời nói, hành vi, ngôn ngữ và các biểu hiện khác của trẻ. Trước khi đưa trẻ vào phòng chữa răng nha sĩ cần phải biết đủ những thông tin về tâm lý của trẻ.

Phương pháp của Wolpe:

Phương pháp này đã được ứng dụng trong nhiều nghiên cứu. Đối với các trẻ hay lo lắng và sợ hãi đi chữa răng nên đưa trẻ đến phòng nha nhiều lần mà không có can thiệp gì để trẻ được quen dần và thân thiện với các dụng cụ chữa răng giúp trẻ bỏ đi nỗi sợ hãi và lo lắng. Khi trẻ đến phòng mạch có thể cho trẻ sờ các dụng cụ để không còn sợ dụng cụ, ghế máy có thể trở thành trò chơi của trẻ giúp trẻ vui vẻ khi đưa ghế lên xuống, nghiêng ngả. Dần dần nha sĩ chỉ cho trẻ xem qua hết các dụng cụ chữa răng cần thiết, giải thích cho trẻ hiểu một số chức năng của dụng cụ để trẻ không còn lo lắng. Khi giải thích với trẻ nên dùng những ngôn ngữ phù hợp với trẻ và những hình ảnh minh họa hết sức cụ thể như “cái đũa cao su này là một cái dù để che cho răng”, không nên dùng những từ ngữ làm trẻ sợ như không dùng từ tiêm thuốc mà nói với trẻ là bôi thuốc để cho cái răng nó ngủ...

Tiếp xúc trước với từng nhóm trẻ:

Phương pháp này cũng giống như phương pháp Wolpe nhưng nha sĩ có thể hẹn nhiều trẻ đến phòng mạch cũng một lúc để đưa các cháu tham quan phòng mạch và giải thích cho các cháu hiểu một số vấn đề và sau đó sẽ tiến hành điều trị vào những buổi hẹn sau.

Làm thay đổi hành vi của trẻ:

Có rất nhiều kỹ thuật để làm thay đổi hành vi của trẻ ở phòng nha. Sau đây là một số phương pháp cụ thể:

Phương pháp giải thích – phát hiện – phản ứng:

Phương pháp này được mô tả bởi Addelston nhằm giúp cho trẻ giảm bớt lo âu do

loại bỏ được các yếu tố mà trẻ chưa hiểu. Trước khi làm một động tác nào đó nha sĩ nên giải thích cho trẻ một cách đơn giản để cho trẻ hiểu và không sợ hãi, tin tưởng vào nha sĩ.

Buổi điều trị cho trẻ không nên kéo dài, nên chia quy trình điều trị thành nhiều buổi và thời gian điều trị thì ngắn nhất có thể. Khi đã giải thích cho trẻ sẽ kết thúc công việc vào thời điểm nào thì phải giữ đúng lời hứa với trẻ để trẻ không mất niềm tin vào nha sĩ.

Phương pháp cho trẻ quan sát mẫu:

Có thể cho trẻ xem trực tiếp hình ảnh các trẻ khác đang điều trị hoặc xem các hình ảnh ghi lại trên máy tính để trẻ bớt lo âu và sợ hãi. Ngoài ra nha sĩ có thể mời bố mẹ hoặc anh chị của trẻ lên ghế máy khám và điều trị trước để làm gương cho trẻ và trẻ sẽ làm theo.

Kỹ thuật làm thư giãn:

Trẻ rất khó có thể chấp nhận một cuộc can thiệp kéo dài trên ghế máy. Do vậy, thời gian điều trị phải ngắn nhất có thể để cho trẻ không bị nhàm chán và mệt mỏi. Trong khi chữa cho trẻ có thể cho trẻ xem các bộ phim, các chương trình mà trẻ thích, hoặc cho trẻ nghe nhạc, hoặc là nha sĩ và trợ thủ có thể hát hoặc kể chuyện cho trẻ nghe để trẻ không còn tập trung đến việc đang bị chữa răng nữa.

3. THUỐC AN THẦN TRƯỚC KHI CAN THIỆP

Thường chỉ dùng cho những trẻ quá lo lắng hoặc sợ hãi.

4. CÁC BIỆN PHÁP GÂY TÊ Ở TRẺ EM

4.1. Gây tê bề mặt

– **Biện pháp vật lý (gây tê lạnh):** Sử dụng ethyl chloride tạo lạnh bề mặt do bay hơi của thuốc. Tuy nhiên ở trẻ em ít sử dụng vì khó kiểm soát liều lượng và do chất này còn có tác dụng gây mê.

– **Chất bôi bề mặt:** Hay được sử dụng hơn vì có mùi dễ chịu và dễ sử dụng. Khi dùng nên chú ý: làm khô, cách ly và đặt đủ thời gian cần thiết. Thời gian cần thiết thay đổi theo từng sản phẩm có thể 30 giây đến 5 phút. Nếu sử dụng đúng cách có tác dụng gây tê sâu đến 2 – 3mm.

Thuốc dùng để bôi bề mặt có thể có nhiều dạng khác nhau: dạng thuốc phun, dung dịch, kem và dạng mỡ bôi. Dạng xịt không nên sử dụng vì khó kiểm soát liều lượng, hướng xịt và gây tăng nước bọt cho trẻ nếu thuốc tê dính vào lưỡi.

– **Vật liệu phóng thích thuốc tê từ từ:**

Thuốc tê được đưa vào các vật liệu có khả năng bám dính lên niêm mạc để phóng ra từ từ. Đây là biện pháp rất thích hợp cho trẻ em. Phương pháp này đang được phát triển.

4.2. Bơm áp lực

Đây là biện pháp trung gian giữa gây tê bề mặt và gây tê tại chỗ, cho phép đưa thuốc tê đi sâu hơn 1cm mà không dùng kim tiêm, nhờ dùng một loại bơm tiêm đặc biệt để đẩy thuốc tê đi. Biện pháp này rất tốt cho các trẻ có vấn đề về máu.

4.3. Gây tê dưới niêm mạc

- Gây tê tại chỗ.
- Gây tê vùng.

4.4. Gây tê bằng điện

Được sử dụng cho trẻ em 3 – 12 tuổi để gây tê bề mặt trước khi gây tê sâu.

4.5. Giảm đau ý thức

4.5.1. Thôi miên

Là phương pháp sử dụng các biện pháp tâm lý khác nhau để làm mất sự tập trung của bệnh nhân, hướng bệnh nhân tập trung vào một sự vật hiện tượng khác.

4.5.2. MEOPA

Định nghĩa: Meopa là một hỗn hợp khí ga không mùi, không màu, 50% oxy và 50% protoxyde d'azote.

Tác dụng:

- + Giảm đau khi chăm sóc và các thăm khám xâm lấn
- + Giảm lo âu và stress do chăm sóc

Đặc tính: Dễ khuếch tán trong các khoang tự nhiên: tai, xoang, ruột..., rất ít hoà tan trong máu và mô, đào thải nhanh bởi phổi: hồi phục nhanh, hấp thu ở xương ổ răng nhanh.

Tác dụng lâm sàng: Giảm lo âu kết hợp với sáng khoái, giảm đau bề mặt, quên tạm thời với các mức độ khác nhau, giảm đau ý thức, thay đổi tình trạng ý thức, thay đổi một số cảm giác (Nghe: các âm thanh ở xa, méo mó; Nhìn: nhìn đôi, lố; Dị cảm: kiến bò, tê bì đầu chi; Cảm giác nóng, nặng, lâng lâng; Cách xa thực tế với những giấc mơ giả ...).

Chỉ định: Can thiệp ngắn < 30 phút, chọc dò, tiểu phẫu thuật (khâu vết thương, phẫu thuật nông...), chấn thương, cathétérisme, can thiệp ORL, nội soi tiêu hoá thấp, chăm sóc răng.

Chống chỉ định:

- Tuyệt đối: Tác nghẽn thông khí không bù, chấn thương sọ não không được đánh giá, rối loạn ý thức không được đánh giá, tràn khí.
- Tương đối: Trẻ < 4 tuổi, bệnh nhân đang dùng thuốc an thần.

5. GÂY MÊ

Thường được chỉ định trong những trường hợp trẻ nhỏ, không can thiệp được trên ghế máy hoặc những trường hợp thời gian điều trị kéo dài, trẻ không thể chịu đựng được.

Cần phải có sự phối hợp chặt chẽ với bác sĩ nội khoa và gây mê hồi sức để thăm khám toàn diện, loại trừ các chống chỉ định cũng như phối hợp theo dõi bệnh nhân trong và sau khi can thiệp.

6. GÂY TÊ Ở XƯƠNG HÀM TRÊN

6.1. Gây tê tại chỗ

Gây tê bề mặt là một bước cần thiết trong trẻ em, khi bôi thuốc tê cần chú ý là niêm mạc phải sạch và khô.

Do đặc điểm giải phẫu của nền xương và răng, phương pháp gây tê được lựa chọn đó là gây tê quanh chóp. Gây tê trong dây chằng và nhú lợi không được khuyến sử dụng.

Kỹ thuật gây tê quanh chóp:

Dụng cụ: Kim dài 16mm, đường kính 40/100^e, trẻ bé hơn có thể dùng kim đường kính 30/100^e

Kỹ thuật: Kim song song với hướng của chóp răng, mặt vát áp vào niêm mạc, đâm kim sâu 2 – 3mm trong niêm mạc tự do cách đường ranh giới niêm mạc miệng – lợi khoảng 1 – 2mm. Không nên cho kim tiếp xúc với màng xương vì gây đau.

Chỉ định: Đủ để điều trị bảo tồn, điều trị tuỷ. Trong trường hợp cần nhổ răng nên gây tê thêm niêm mạc vòm miệng. Trong trường hợp đặt dam cao su, thông thường nên gây tê thêm nhú lợi.

Gây tê răng hàm sữa thứ hai: răng này được chi phối cảm giác bởi dây thần kinh ổ răng trên – sau và trên – giữa, do vậy khi gây tê nên gây tê hai điểm tương ứng với múi gân ngoài và xa ngoài của răng hàm sữa thứ hai. Khi răng cối vĩnh viễn thứ nhất đã mọc thì điểm ở phía xa chúng ta có thể tiêm xa hơn. Đối với răng cối sữa thứ nhất chúng ta cũng nên gây tê hai điểm: một điểm gần và một điểm xa.

Gây tê răng cối vĩnh viễn thứ nhất: Răng cối vĩnh viễn thứ nhất được chi phối cảm giác chủ yếu bởi dây thần kinh ổ răng trên – sau, trừ chân gân – ngoài bởi dây thần kinh ổ răng trên – giữa, do vậy khi tiêm tê nên tiêm ở hai điểm: một điểm phía xa chỗ chóp chân răng xa – ngoài và một điểm phía xa của răng cối sữa thứ hai.

6.2. Gây tê vùng

6.2.1. Gây tê lỗ khẩu cái lớn

Ít được sử dụng. Thường được chỉ định để hỗ trợ cho nhổ răng hoặc phẫu thuật các răng ngầm.

6.2.2. Gây tê lõi củ xương hàm trên

Ở trẻ em < 12 tuổi, lõi củ xương hàm trên chưa được phát triển và lùi xa ra sau, do vậy không nên gây tê vì dễ gây tổn thương động mạch hàm trên.

7. GÂY TÊ Ở XƯƠNG HÀM DƯỚI

Chủ yếu là gây tê tại chỗ, ít sử dụng gây tê vùng vì tác dụng kéo dài và có nhiều biến chứng hơn.

7.1. Gây tê cận chóp

Dụng cụ: Kim dài 16mm, đường kính 40/100^e, có thể dùng loại đường kính 30/100^e cho trẻ nhỏ hơn.

Kỹ thuật: đâm kim sâu 3 – 4mm, đúng ở dưới đường niêm mạc lợi, hướng về phía chóp. Đối với răng cối sữa kim nghiêng 1 góc khoảng 45^o so với trục răng và hướng về phía chóp chân răng. Các chân răng sữa rất phân kỳ, do vậy nên tiêm ở hai điểm: một điểm ở phía gần và một điểm ở phía xa.

Chỉ định: thường được chỉ định rộng rãi cho trẻ < 12 tuổi.

7.2. Gây tê vùng

Thường ít được sử dụng hơn.

Chỉ định:

- Điều trị 1/2 cung răng.
- Điều trị răng cối sữa thứ hai khi răng cối vĩnh viễn thứ nhất đã mọc.
- Nhổ răng cối sữa sau 4 – 5 tuổi vì vỏ xương dày gây tê tại chỗ ít tác dụng.

Chú ý: Lỗ ống răng dưới thay đổi do vậy vị trí tiêm phải thay đổi theo tuổi. 3 – 8 tuổi: tương ứng mặt phẳng cắn (đỉnh tam giác), dần dần cao hơn theo tuổi. Sau 12 tuổi thì vị trí tiêm giống như ở người lớn.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn câu trả lời đúng cho các câu hỏi sau bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu.

1. Tất cả các thuốc tê tại chỗ sau đều thuộc nhóm amide Ngoại trừ:
 - A. Lignocaine.
 - B. Mepivacaine.
 - C. Bupivacaine.
 - D. Procaine.
2. Liều lignocaine tối đa có thể được sử dụng là
 - A. 4,4mg/kg trọng lượng cơ thể.
 - B. 2mg/kg trọng lượng cơ thể.
 - C. 6,4mg/kg trọng lượng cơ thể.
 - D. 2,5mg/kg trọng lượng cơ thể.

3. Tất cả các thuốc tê tại chỗ sau đây đều gây giãn mạch trừ:
 - A. Lignocaine.
 - B. Mepivacaine.
 - C. Bupivacaine.
 - D. Cocaine.
4. Chất nào sau đây được sử dụng trong các thuốc tê truyền thống?
 - A. Tá dược.
 - B. Chất diệt nấm.
 - C. Chất bảo quản.
 - D. Tất cả các câu trên.
5. Lỗ gai spix (lỗ hàm dưới) ở vị trí thấp hơn mặt phẳng cắn của răng sữa ở bệnh nhân nhi. Bởi vậy khi tiêm phải lướt nhẹ lên trên và ra trước hơn so với ở người lớn.
 - A. Cả hai câu đều sai.
 - B. Cả hai câu đều đúng.
 - C. Câu đầu đúng, sau sai.
 - D. Câu đầu sai, sau đúng.
6. Thuốc tê bôi có tác dụng nhất là:
 - A. Lignocaine.
 - B. Tetracaine.
 - C. Ethyl Amino Benzoate.
 - D. Dyclonine.
7. Dược động học của thuốc tê
 - A. Trong tổ chức thuốc tê tồn tại dưới hai dạng, dạng tự do và dạng liên kết với protein, chỉ có các phân tử gắn với protein mới có tác dụng phong bế thần kinh và gây độc cho cơ thể.
 - B. Tỷ lệ alpha-1-proteine có ái tính mạnh với thuốc tê nhưng albumine thì ngược lại.
 - C. Ở trẻ em, gây tê vùng dễ dàng hơn vì ít có tổ chức mỡ bao bọc xung quanh dây thần kinh.
 - D. Lưu lượng máu ở trẻ em cao hơn của người lớn, do vậy tốc độ hấp thu thuốc tê của trẻ em cũng cao hơn.
 - E. Khi có viêm nhiễm, tổ chức bị toan hoá do vậy làm giảm tác dụng của thuốc tê.
8. Những đặc điểm giải phẫu cần lưu ý khi gây tê ở trẻ em:
 - A. Các mốc giải phẫu ở trẻ em nhìn chung không có gì khác so với người trưởng thành.
 - B. Mô xương ở trẻ em chưa được calci hoá hoàn toàn nên ít đặc hơn và dễ thấm thuốc tê hơn.
 - C. Mặc dù diện tích bề mặt giải phẫu ở trẻ em nhỏ hơn, niêm mạc mỏng hơn nhưng liều lượng thuốc vẫn giống như ở người lớn.

- D. Tốc độ dẫn truyền của các sợi thần kinh không có myelin ở trẻ em và người lớn là khác nhau.
- E. Tốc độ dẫn truyền của các sợi thần kinh có myelin ở trẻ em thì nhanh hơn ở người lớn.
9. Tiếp cận tâm lý trẻ em
- A. Trong cuộc gặp gỡ đầu tiên, tốt hơn hết là không nên can thiệp gì nếu không thật sự cần thiết, để tránh cho trẻ những sợ hãi khi lần đầu tiên đến với nha sĩ.
- B. Khi trẻ đã nằm lên ghế răng thì nha sĩ mới cần bắt đầu tìm hiểu tâm lý trẻ.
- C. Theo Wolpe thì đối với các trẻ hay lo lắng và sợ hãi đi chữa răng nên đưa trẻ đến phòng nha nhiều lần mà không có can thiệp gì để trẻ được quen dần và thân thiện với các dụng cụ chữa răng giúp trẻ bỏ đi nỗi sợ hãi và lo lắng.
- D. Phương pháp “giải thích–phát hiện–phản ứng” là phương pháp do Addelston mô tả.
- E. Theo Addelston, buổi điều trị cho trẻ em không nên kéo dài, nên chia quy trình điều trị thành nhiều buổi và thời gian điều trị thì ngắn nhất có thể.
10. MEOPA có các đặc tính
- A. Dễ khuếch tán trong các khoang tự nhiên: tai, xoang, ruột...
- B. Rất ít hoà tan trong máu và mô.
- C. Đào thải nhanh qua phổi, do vậy bệnh nhân hồi phục nhanh.
- D. Hấp thu ở xương ổ răng nhanh.
- E. Có đủ bốn đặc tính trên.
11. Gây tê tại chỗ cho trẻ em ở xương hàm trên là:
- A. Phương pháp gây tê tại chỗ được lựa chọn đó là gây tê cận chóp.
- B. Phương pháp gây tê trong dây chằng và nhú lợi thường ít được sử dụng do gây đau cho trẻ.
- C. Kim gây tê được sử dụng có chiều dài 18mm, đường kính 40/100°.
- D. Khi tiêm thuốc nên cho kim tiêm tiếp xúc với màng xương.
- E. Gây tê cận chóp đủ để điều trị bảo tồn và điều trị tuỷ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thuý Nga, Phan Thị Thanh Yên, Phan Ái Hùng, Đặng Thị Nhân Hoà. Nha khoa trẻ em (2001). Nhà xuất bản Y học, Chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh.
2. Javotte Nancy. Odontologie pédiatrique. Université Victor Segalen Bordeaux 2. Année 2005.
3. MS Duggal, Mej Curzon, SA. Fayle (2002). Restorative techniques in paediatric dentistry. 2th edition, Martin Dunitz.
4. Fédédric Courson (2005). Odontologie pédiatrique au quotidien. Deuxième édition, Éditions CDP.
5. Ralph E McDonald (2004). Dentistry for child and adolescent, 3th edition, Mosby.
6. Revue francophone d'odontologie pédiatrique.

CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG Ở TRẺ EM ĐẶC BIỆT

MỤC TIÊU

1. Trình bày một số điểm cần chú ý khi điều trị răng miệng cho trẻ em khuyết tật.
2. Trình bày đặc điểm lâm sàng và cách chăm sóc răng miệng cho các trẻ em khuyết tật.
3. Trình bày các biểu hiện răng miệng hay gặp ở trẻ em suy giảm miễn dịch.
4. Trình bày các biểu hiện răng miệng thường gặp và cách điều trị răng miệng ở bệnh nhân đái tháo đường, bệnh ưa chảy máu.
5. Trình bày cách điều trị bệnh răng miệng ở bệnh nhân có nguy cơ nhiễm trùng cao: phân loại, chỉ định dùng kháng sinh dự phòng.
6. Liệt kê các hội chứng di truyền thường gặp có biểu hiện bệnh lý ở răng miệng và các triệu chứng lâm sàng chính.
7. Trình bày triệu chứng lâm sàng và cách điều trị hội chứng Christ Siemens-Tourraine.

ĐẠI CƯƠNG

Trẻ em không phải là người lớn thu nhỏ, trẻ em là một cá thể đang phát triển có nhiều nét riêng biệt, do vậy để điều trị tốt các bệnh răng miệng cũng như các bệnh toàn thân khác thầy thuốc cần có những hiểu biết cũng như kinh nghiệm riêng để điều trị cho trẻ. Đặc biệt là đối với trẻ em khuyết tật, chúng ta cần phải có thêm nhiều hiểu biết riêng về bệnh lý cũng như cách điều trị bệnh răng miệng.

Ngày nay, do sự phát triển của nhi khoa, số lượng các trẻ em khuyết tật ngày càng tăng cao hơn, số trẻ thường bị mất sớm trước kia bây giờ có thể được nuôi dưỡng tốt hơn, do vậy một vấn đề mà các nha sĩ cần phải đối mặt đó là, chữa răng cho các đối tượng đặc biệt này để góp phần nâng cao hơn hiệu quả chăm sóc sức khỏe toàn diện cho trẻ.

Các đặc điểm liên quan đến người khuyết tật	Hậu quả răng – miệng
Rối loạn vận động–tâm lý	Nguy cơ ngã, chấn thương răng–miệng Rối loạn chức năng miệng Rối loạn tăng trưởng sọ–mặt Vệ sinh răng miệng không hiệu quả
Rối loạn hành vi tâm thần	Khó khăn hợp tác để vệ sinh răng miệng Khó khăn hợp tác để chăm sóc
Rối loạn giao tiếp	Không khai thác được bệnh sử đau Thiếu chẩn đoán Phát triển bệnh lý
Suy giảm miễn dịch	Phát triển sâu răng Phát triển bệnh nha chu
Động kinh (bệnh)	Nguy cơ gãy răng Nguy cơ cắn lưỡi
Động kinh (do dùng thuốc)	Phì đại lợi, kéo dài thời gian mọc răng Nguy cơ chấn thương

Hậu quả răng miệng ở người tàn tật theo Hennequin và cộng sự, 2004.

I. ĐIỀU TRỊ RĂNG MIỆNG CHO TRẺ EM KHUYẾT TẬT

1. MỘT SỐ ĐIỂM CẦN CHÚ Ý KHI TIẾN HÀNH CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG CHO TRẺ EM KHUYẾT TẬT

- Khai thác chính xác bệnh sử trước đây và hiện tại, đặc biệt chú ý đến lần thăm khám đầu tiên để tạo được sự hợp tác tốt giữa trẻ và nha sĩ.
- Tham khảo ý kiến rộng rãi.
- Hiểu được sự thay đổi, mối liên quan giữa bệnh toàn thân và bệnh lý răng miệng.
- Lắng nghe và trao đổi với người chăm sóc trẻ, tham gia chăm sóc các nhu cầu tâm lý xã hội cũng như răng–miệng.
- Tư thế chuẩn bị đối phó với các trường hợp cấp cứu.
- Cần khảo sát phim Xquang để lên kế hoạch chăm sóc răng–miệng toàn diện.
- Cũng giống như trẻ bình thường, phòng bệnh là cách tốt nhất để đảm bảo sức khoẻ răng–miệng: hướng dẫn bố mẹ (và trẻ nếu có thể) cách chăm sóc VSRM tại nhà thông qua các phương tiện truyền thông đại chúng, chế độ ăn và dinh dưỡng không có nguy cơ gây bệnh sâu răng, sử dụng fluor định kỳ (tại chỗ hoặc toàn thân), trám bít hố rãnh cho tất cả các răng hàm sữa và răng vĩnh viễn, thăm khám răng định kỳ...
- Các tư thế thường sử dụng tại nhà để VSRM cho trẻ:
 - + Trẻ đứng hoặc ngồi ở phía trước người lớn, để người lớn có thể sử dụng một tay giữ đầu trong khi tay kia chải răng cho trẻ.

+ Trẻ nằm trên ghế dài hoặc giường, đầu ngã ra sau vào lòng bố (mẹ). Một tay giữ đầu, tay kia chải răng cho trẻ.

+ Đặt mông trẻ vào lòng một người, mặt hướng về phía người đó, trong khi đầu và vai trẻ nằm trên đầu gối của một người khác, người trước sẽ chải răng cho trẻ.

+ Bệnh nhân quá khó phải được cách ly trong một vùng thoáng và đặt trẻ nằm trong lòng người chải răng. Một người phụ kim giữ trẻ trong khi người chải răng thực hiện việc chăm sóc răng miệng thích hợp. Nếu một người không thể kim giữ trẻ được thì cả cha mẹ hoặc có thể anh em cần phụ giúp để hoàn tất thủ thuật chăm sóc răng tại nhà.

+ Trẻ đứng và tựa vào phía trước người chăm sóc để người đó có thể quặp chân quanh người trẻ để giữ thân trên trong khi dùng tay để giữ đầu và chải răng cho trẻ.

– Nhân viên chăm sóc cần phải có những khoá huấn luyện đặc biệt..

– Kim giữ: Việc kim giữ một phần hay toàn thân đôi khi cần thiết và có hiệu quả để CSRM cho trẻ quá nhỏ hoặc trẻ mắc bệnh thần kinh–cơ. Việc kim giữ có thể được thực hiện bởi nha sĩ, nhân viên y tế hoặc cha mẹ. Quyết định kim giữ phải chú ý đến sự phát triển cảm xúc, những lưu ý về thể chất và nội khoa của bệnh nhân, nhu cầu răng miệng, các loại hành vi khác nhau và chất lượng của việc CSRM. Việc sử dụng thuốc an thần phối hợp có thể làm giảm mức độ kim giữ.

Chỉ định kim giữ

– Bệnh nhân cần chẩn đoán hoặc điều trị, nhưng không thể hợp tác vì còn quá nhỏ.

– Bệnh nhân cần chẩn đoán hoặc điều trị, nhưng không thể hợp tác vì những khuyết tật về thể chất hoặc tâm thần.

– Bệnh nhân cần chẩn đoán hoặc điều trị, nhưng không thể hợp tác sau khi những kỹ thuật xử lý hành vi thất bại.

– Khi sự an toàn của bệnh nhân và nha sĩ có nguy cơ nếu không dùng biện pháp kim giữ.

Chống chỉ định: Các bệnh nhân không hợp tác nhưng không thể kim giữ một cách an toàn vì đang có các bệnh lý nội khoa hoặc toàn thân. Không nên sử dụng thủ thuật kim giữ như một biện pháp trừng phạt và cũng như vì sự thuận tiện của nhân viên nha khoa. Hồ sơ bệnh nhân nên có giấy đồng ý, chỉ định sử dụng, loại kim giữ cũng như thời gian ước lượng. Nên thông báo cho gia đình bệnh nhân biết trước về những vấn đề này.

Các dụng cụ hỗ trợ: Cây dè lưỡi có quấn gạc hoặc đệm để sử dụng, dụng cụ banh miệng.

Có nhiều phương pháp và kỹ thuật kim giữ cơ thể trẻ. Đối với trẻ chậm phát triển nặng hoặc rất nhỏ, cha mẹ và trợ thủ nha khoa có thể giúp kim giữ những cử động trong lúc điều trị. Tuy nhiên, thường đối với trẻ chậm phát triển nặng, điều kiện làm

việc càng tốt, càng có thể tiên đoán được đáp ứng của bệnh nhân qua việc sử dụng biện pháp kìm giữ. Có một số biện pháp kìm giữ thông thường như: đai an toàn, nhiều người phụ giúp giữ trẻ, khăn tắm và băng dán, papoose board. Papoose board có một số ưu điểm, dễ cất giữ và sử dụng, có sẵn nhiều cỡ để giữ cả trẻ lớn và trẻ nhỏ, gắn liền với bộ phận cố định đầu và có thể được sử dụng lại. Bệnh nhân bị kìm giữ quá lâu có thể sốt và dĩ nhiên, tất cả bệnh nhân bị kìm giữ phải được chăm sóc và theo dõi liên tục.

– Một trẻ bị khuyết tật nhẹ có thể đi học được thì có thể điều trị như một trẻ bình thường, trẻ bị nặng cả về thể chất và tinh thần phải ở các trung tâm nuôi dưỡng thì chỉ được nhổ răng để giữ miệng cho sạch những kẽ ở hai ranh giới này, vấn đề điều trị răng miệng cần chỉ định cho đúng và hợp lý. Trẻ học ở trung tâm huấn luyện có thể điều trị được.

2. ĐỊNH NGHĨA VÀ PHÂN LOẠI

Định nghĩa và phân loại người tàn tật không phải dễ dàng. Đã có rất nhiều phân loại được đề nghị. Phân loại người tàn tật (CIH: classification internationale du handicap) của Tổ chức Y tế Thế giới (OMS) được P. Wood báo cáo năm 1980 đã được sử dụng từ lâu. Phân loại này được sửa đổi vào năm 2001. Phân loại năm 1980 đã định nghĩa người tàn tật “*Là người mà sự toàn vẹn thể chất hoặc tinh thần bị giảm thoáng qua hay vĩnh viễn*”. Đối với người tàn tật có 3 khái niệm phân biệt được tập hợp lại bởi mối liên quan tuyến tính từ nguyên nhân đến hậu quả: déficience (sự giảm sút), incapacité (không khả năng) và désavantage (sự thiệt thòi).

Bảng phân loại người khuyết tật năm 1980

Thuật ngữ	Định nghĩa	Ví dụ
Sự giảm sút	Tổn thương cấu trúc giải phẫu, chức năng sinh lý hoặc tâm lý. Tuỳ theo tổ chức.	Liệt 2 chi dưới.
Không khả năng	Giảm từng phần hoặc toàn phần khả năng thực hiện một hoạt động. Dựa vào hoạt động chức năng.	Không khả năng đi lên cầu thang.
Sự thiệt thòi	Hậu quả của sự giảm sút và không khả năng của cá nhân về điều kiện hoà nhập xã hội. Dựa vào cuộc sống môi trường.	Không thể đến phòng khám răng, không thích ứng.

Phân loại này có một số nhược điểm, do vậy năm 2001 đã được sửa đổi nhằm giảm tối thiểu các nhược điểm và gọi là phân loại thế giới về chức năng, khuyết tật và sức khoẻ (CIF: classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé).

Ngoài ra chúng ta có thể phân loại trẻ khuyết tật thành các nhóm sau:

– Suy giảm trí tuệ: Chậm phát triển tâm thần, khó khăn trong học tập (biểu hiện đa dạng, căn nguyên không rõ ràng), hội chứng Down, hội chứng Fragile X.

- Rối loạn về thể chất: phát triển, thoái hoá.
- Rối loạn về giác quan.
- Các bệnh nội khoa.
- Kết hợp nhiều khuyết tật.

3. ĐIỀU TRỊ RĂNG MIỆNG TRÊN CÁC TRẺ EM KHUYẾT TẬT

3.1. Suy giảm trí tuệ

Có nhiều nguyên nhân làm suy giảm trí tuệ và đối với nhiều trẻ em, nhưng nguyên nhân khuyết tật thì không được xác định. Khoảng 25/1000 dân số bị ảnh hưởng và đa số là nam. Suy giảm trí tuệ có thể gặp trong các bệnh lý như: bại não, thiếu oxy não lúc sinh, nhiễm trùng nặng, tự kỷ, đầu nhỏ, rối loạn chuyển hoá (acide phenylpyruvic niệu), chấn thương nặng, một số hội chứng khác. Không phải mọi tình trạng bệnh lý đều có các nét đặc trưng về răng, đặc biệt như hội chứng Down, những hiểu biết về khuyết tật cơ bản sẽ giúp nha sĩ lên kế hoạch điều trị tốt hơn.

3.1.1. Chậm phát triển tâm thần

Còn gọi là khuyết tật tâm thần, tâm thần dưới mức bình thường hoặc thiếu sót tâm thần. Đây là loại bệnh đặc trưng bởi trí tuệ kém, không có khả năng thích nghi và tuổi khởi đầu sớm. Đặc điểm chính là trí tuệ chung kém. Trẻ thường phát triển chậm về tâm thần và khó khăn trong chú ý, tri giác, trí nhớ và tư duy. Có thể có một số kỹ năng tốt hơn trẻ khác như âm nhạc, tính toán, nhưng nói chung khả năng trí tuệ thấp. Trẻ có trí tuệ kém không gọi là chậm phát triển tâm thần trừ khi có một số vấn đề về thích nghi. Nghĩa là không có khả năng sống độc lập và luôn luôn lệ thuộc vào người khác. Có 5 mức độ về chậm phát triển tâm thần đã được mô tả theo IQ.

Phân loại	IQ	Văn hoá	Giao tiếp	CSRM đặc biệt
Ranh giới	68 – 83	Học chậm	Có thể nói tốt, đủ để giao tiếp	Điều trị như trẻ bình thường, an thần nhẹ hoặc giảm đau với MEOPA
Nhẹ	52 – 67	Có thể giáo dục được		
Trung bình	36 – 51	Có thể huấn luyện được	Kỹ năng từ vựng và ngôn ngữ để đứa trẻ có thể giao tiếp ở mức độ căn bản với người khác	Tâm thần nhẹ và trung bình, kim giữ và hỗ trợ, gây mê nếu trẻ sâu răng trầm trọng
Nặng	20 – 35	Không huấn luyện được		
Quá nặng	< 20		Câm hay âm không phát khởi họng, không có hoặc ít có kỹ năng giao tiếp	Như trên

3.1.2. Khó khăn về học tập

Thường có kèm theo là rối loạn đọc, tổn thương tối thiểu ở não, rối loạn thiếu sót chú ý và tăng động.

Khác với trẻ chậm phát triển tâm thần, chậm phát triển tâm thần được đặc trưng bởi sự chậm trễ toàn diện và thành tích học tập tương ứng với khả năng, trẻ khó khăn về học tập được định nghĩa là một trẻ có thành tích học tập thấp hơn khả năng của trẻ trên 2 năm. Tần suất trung bình khoảng 4,5%.

3.1.3. Hội chứng Down

Là một bệnh lý rối loạn nhiễm sắc thể, 3 NST 21. Tần suất khoảng 1/6000 trẻ sơ sinh, thay đổi theo tuổi mẹ, ở tuổi 40. Tỷ lệ bệnh vào khoảng 1/40 lần sinh.

Thường có các khiếm khuyết về tim, bệnh bạch cầu, viêm gan B (đặc biệt là các trẻ trai nằm trong các viện) và bệnh Alzheimer, chậm phát triển tâm thần ở các mức độ khác nhau, nhiễm trùng đường hô hấp trên.

Triệu chứng nổi bật: Khuôn mặt nhỏ, tròn, có nửa bên mặt kém phát triển, đặc biệt là sống mũi, mắt xếch hay bị lé, nếp da ở góc trong của mắt thường vắt ngược, thủy tinh thể đục, có các điểm Brushfield trên móng mắt. Tay của trẻ thường ngắn và dày với một rãnh ngang rõ rệt ở lòng bàn tay. Trong miệng lưỡi to, thè ra ngoài và đôi khi nứt nẻ, vòm khẩu cao và hẹp, thường chậm rụng răng sữa và mọc răng vĩnh viễn, có thể thiếu răng bẩm sinh, răng thường nhỏ và/hoặc thiếu sản, thiếu sản xương hàm trên.

3.1.4. Hội chứng nhiễm sắc thể X dễ vỡ (Fragile X)

Đây là nguyên nhân thường gặp nhất của chậm phát triển tâm thần sau hội chứng Down. Rối loạn này thường rất ít khi được chẩn đoán ra và những bệnh nhân trước đây được chẩn đoán là khuyết tật tâm thần không rõ nguyên nhân, đặc biệt nếu ở nam, có lẽ bị hội chứng nhiễm sắc thể X dễ vỡ. Điều này có ý nghĩa đặc biệt vì nhiều bệnh nhân trên bị khiếm khuyết tim bẩm sinh cần điều trị phòng ngừa bằng kháng sinh. Mặc dù, nam bị bệnh nhiều hơn, những thể nhẹ hơn của bệnh này có thể gặp ở nữ.

3.1.5. Rối loạn phát triển lan toả

Nhóm này bao gồm tự kỷ và tâm thần phân liệt trẻ em. Tự kỷ thường xuất hiện sớm trước 30 tháng tuổi, trong khi bệnh tâm thần phân liệt trẻ em thường xuất hiện chậm hơn. Các bệnh lý này thường hiếm gặp, biểu hiện bằng những rối loạn thích nghi nặng nề về tư duy, ngôn ngữ và quan hệ xã hội. Bệnh nhân tự kỷ thường có những hành vi cô lập và định hình. Hầu hết có IQ dưới mức bình thường nên chậm phát triển rõ rệt. Trẻ em chậm phát triển nặng dường như không nhận biết cha mẹ hay người chăm sóc, biểu lộ bản thân ở mức tối thiểu, ít quan tâm đến việc khám phá sự vật, tránh xa âm thanh và có các hành vi ám ảnh.

Khi chăm sóc răng miệng, nha sĩ cần quan tâm đến những đặc điểm trên. Nguyên nhân của tự kỷ chưa được biết, nhưng người ta cho rằng có nguyên nhân trước khi

sinh chứ không phải do nguồn gốc xã hội, gần đây người ta cho rằng tự kỷ có liên quan đến dị dạng ở tiểu não. Tần suất của tự kỷ dao động từ 0,03 – 0,1%, điều này có thể do nguyên nhân từ môi trường.

3.1.6. Rối loạn đọc

Dạng khuyết tật về học tập này là một vấn đề đặc biệt về đọc. Định nghĩa về rối loạn đọc bao gồm những trẻ có kỹ năng đọc chậm vì một lý do nào đó và thường kết hợp với một số thiếu sót về nhận thức. Tần suất thay đổi từ 3 – 16% tùy thuộc vào định nghĩa và từng quốc gia.

3.1.7. Rối loạn chú ý và tăng động

Đây là những rối loạn thường nhầm lẫn với nhau. Những trẻ không thể ngồi yên một chỗ, được cho là không chú ý bài học ở trường. Trẻ thường không thể hoàn tất các hoạt động, hay bỏ dở việc nửa chừng hoặc làm những việc không cần thiết, ít phản ứng với những yêu cầu và câu hỏi, có khó khăn trong những công việc đòi hỏi sự tinh tế, cảnh giác kéo dài hoặc tổ chức phức tạp và/hoặc cải thiện rõ rệt khi được giám sát kỹ lưỡng.

Một trẻ tăng động thường đứng lên, đi, chạy và leo trèo quá độ, không chịu ngồi lâu trong khi làm việc, thường có những cử động dư thừa, chuyển nhanh chóng từ một hoạt động này sang một hoạt động khác và/hoặc thường bắt đầu nói, yêu cầu hoặc đòi hỏi. Mức hoạt động gia tăng này biểu lộ khác nhau ở những lứa tuổi khác nhau.

Trẻ không chú ý, tăng động thường quấy rầy cha mẹ, những trẻ khác và những chuyên viên như thầy giáo, bác sĩ và nha sĩ. Thường được cho là rối loạn về hành vi. Tần suất ước lượng đến 35% tùy theo định nghĩa, tuổi, giới, nguồn dữ liệu và yếu tố văn hoá. Tuy nhiên, hầu hết các ước lượng là dưới 9% ở nam còn ở nữ ít hơn.

3.1.8. Rối loạn hành vi và cảm xúc

Trẻ có rối loạn cảm xúc: sợ, lo âu, xấu hổ, hành vi gây hấn, phá hoại hoặc không vâng lời, ăn trộm, có bạn xấu và trốn học. Khi cha mẹ và thầy giáo tin rằng những vấn đề này gây trở ngại cho sự hoà nhập của trẻ, thường gửi đi khám để có sự giúp đỡ về chuyên môn... Các rối loạn ăn có thể là mối quan tâm của nha sĩ vì sự mòn răng, quan trọng ở trẻ trước tuổi đi học và ở thiếu niên. Khi điều trị răng miệng cho trẻ, vấn đề tiếp cận trẻ là hết sức khó khăn, cần phải hiểu biết kỹ về tâm lý trẻ để có cách tiếp cận phù hợp.

3.2. Khuyết tật về thể chất

Thường gặp là bại não, nứt đốt sống, vẹo cột sống, sinh xương bất toàn, trẻ có khe hở môi và vòm miệng rối loạn thần kinh cơ thoái hoá như loạn dưỡng cơ, viêm khớp thanh niên.

3.2.1. Bại não

Tỷ lệ 1 – 2/1000 trẻ trong độ tuổi đi học, một số liệu tương đối ổn định vì sự

sống sót của trẻ sinh non đã được cải thiện. Đây là nhóm rối loạn thần kinh cơ không tiến triển, có thể do tổn thương não xảy ra trước, trong hoặc sau khi sinh và được phân loại theo kiểu khiếm khuyết vận động:

– Co cứng – suy giảm khả năng kiểm soát những vận động tự ý. Có biểu hiện co cứng cơ trầm trọng. Co cứng xảy ra vào khoảng 50% trường hợp bại não.

– Múa vờn: Những cử động chậm xoắn vặn và không kiểm chế được xảy ra thường xuyên, không tự ý và gặp khoảng trên 16% các trường hợp.

– Cứng đơ–đề kháng lại cử động thụ động, có thể khắc phục bằng hành động bất ngờ. Tình trạng này ít gặp và đa số trẻ này bị suy giảm tinh thần.

– Mất điều hoà – rối loạn sự cân bằng cũng như khó khăn trong việc giữ chặt đồ vật. Rối loạn này cũng ít gặp.

– Giảm trương lực cơ – tất cả các cơ mềm nhũn giảm chức năng.

– Hỗn hợp – kết hợp các rối loạn trên.

Trẻ bị bệnh có thể liệt một chi hoặc cả tứ chi. Ngoài ra, có thể có các khuyết tật khác như động kinh, suy giảm trí tuệ, rối loạn giác quan, rối loạn cảm xúc, thiếu sót ngôn ngữ và giao tiếp, phản xạ ho và nuốt kém phát triển.

Tình trạng bệnh lý răng miệng:

– Tổ chức cứng của răng: Nhiều tài liệu cho thấy tỷ lệ sâu răng của các trẻ em bị tật không cao hơn các trẻ em bình thường nhiều, nhưng các em có nhiều răng chưa chữa và cân nhỏ hơn các trẻ bình thường. Tỷ lệ thiếu sản men cao hơn ở răng sữa nhất là các trẻ đẻ non. Răng hay bị sang chấn do trẻ hay bị ngã (hay gặp ở các trẻ bị múa vờn).

– Bệnh quanh răng: Hơn 3/4 trẻ em liệt não bị viêm lợi do khả năng vệ sinh răng miệng rất kém, đặc biệt ở các bệnh nhân có dùng thuốc chống động kinh hay có viêm lợi phì đại.

– Khớp cắn: Cử động lưỡi, môi, má thường không bình thường, nuốt khó khăn. Răng thường bị khớp khểnh nhiều hơn so với trẻ bình thường vì có vận động bất thường ở các cơ. Những trường hợp co giật kèm theo trương lực của cơ môi và mặt tăng, thường có khớp cắn Angle II, và ngược lại Angle III.

Khi điều trị cho các bệnh nhân có cơn động kinh cần chú ý: Hỏi cha mẹ về cơn cuối cùng đã có, có từ lúc nào, ra sao. Thông thường thì trẻ có thể tự chủ được để chữa răng nếu có quan hệ tốt giữa nha sĩ và trẻ. Nếu có cơn nặng lúc chữa răng thì trợ thủ cũng như nha sĩ cần biết cơn động kinh như thế nào. Bệnh nhân cần đặt xuống sàn nhà để khỏi ngã, đầu đặt ở tư thế không được để nước bọt vào phổi. Đặt một dụng cụ vào giữa 2 hàm răng để tránh cắn lưỡi. Nếu cơn động kinh kéo dài, cho thở oxy để bớt xanh, tím và cho nhập viện. Nếu hết cơn như thường lệ, còn nhức đầu và lẩn tinh thần thì chỉ tiếp tục làm một số thủ thuật nhỏ hết sức cần thiết và hẹn điều trị tiếp tục vào buổi sau. Có thể điều trị bảo tồn răng cũng như gây tê. Nếu dùng gây mê thì cần có thầy thuốc gây mê có kinh nghiệm. Cha mẹ cần nhớ liều thuốc đã dùng trước khi gây mê.

3.2.2. Tật nứt đốt sống

Bệnh xảy ra do sự không dính lại của một hoặc nhiều cung sau của đốt sống, có hoặc không có sự lồi ra của một hoặc nhiều các tổ chức của khe sống. Có thể đi kèm tràn dịch não đến 95% các trường hợp. Người ta ước lượng trong khoảng 50 – 60% trẻ này, khiếm khuyết do di truyền và phần còn lại do tác nhân môi trường.

Trẻ bị tật nứt đốt sống, trừ khi khiếm khuyết nhẹ, sẽ phải ngồi ghế lăn và không thể kiểm chế. Thường bị nhiễm trùng đường tiết niệu và trẻ có thể thường xuyên dùng kháng sinh. Tràn dịch não được điều trị bằng cách gắn một ống thông để dẫn lưu dịch từ não thất vào xoang tĩnh mạch trên, quan trọng là bảo vệ ống thông này không bị nghẽn, mặt khác, áp lực nội sọ gia tăng gây ra co giật. Mặc dù có sự không thống nhất về sự cần thiết thực hiện những thủ thuật nha khoa xâm lấn ở trẻ em mang ống thông, nhưng vẫn dùng chế độ phòng ngừa giống như trong bệnh tim. Trẻ ngồi trên xe lăn nếu cần được điều trị có thể điều trị trên ghế của trẻ hoặc chuyển qua ghế nha khoa để điều trị.

Có thể dùng một thiết bị đặc biệt cho phép ghế lăn ngã ra sau vào một tư thế điều trị nửa nằm nửa ngồi. Điều này có lợi nếu trẻ quá nặng không thể chuyển dễ dàng qua ghế nha hoặc nếu thủ thuật dễ thực hiện hơn cho cả bác sĩ và bệnh nhân ở tư thế này. Những tựa nâng đỡ cơ thể cũng có sẵn để dùng trên ghế nha cho bất cứ bệnh nhân nào bị khuyết tật về thể chất. Những cái tựa này chứa một vật liệu cho phép chúng ta tạo khuôn theo hình dạng cơ thể của bệnh nhân và bị mất khuôn đi cho bệnh nhân tiếp theo.

3.2.3. Loạn dưỡng cơ: gồm nhiều bệnh khác nhau như Duchenne (chỉ gặp ở nam)...

Là một nhóm bệnh cơ biểu lộ như sự teo tiến triển hoặc sự yếu của những cơ xương, kết quả là gây ra các khiếm khuyết và biến dạng. Sợi cơ thoái hoá và được thay thế bởi mô mỡ và mô sợi. Bệnh nhân thường bị tử vong do nhiễm trùng hô hấp tái phát. Tần suất ở trẻ em khoảng 4/100.000 trẻ.

Trẻ bị loạn dưỡng cơ đầu tiên có thể vẫn đi đứng được, nhưng khi bệnh tiến triển, trẻ sẽ trở nên phụ thuộc vào ghế lăn. Bệnh nhân phải ở nhà và chăm sóc lâu dài, cần có máy thở.

3.2.4. Trẻ khe hở môi vòm miệng

Tình trạng răng miệng:

Khi ổ răng bị thiếu hồng, khớp cắn có sự ngất quãng, cung răng hẹp, sau khi phẫu thuật môi cung răng có thể bị hẹp do môi trên ngắn, tăng trương lực.

– Khi bị khe hở môi một bên, răng nanh và răng hàm ở bên bị khe hở thường bị lệch vào phía trong, răng cửa cũng vậy.

– Khi bị khe hở môi hai bên, răng nanh và răng hàm nhỏ ở cả hai bên đều lệch vào trong. Răng cửa có thể lệch vào trong, nhưng có khi không lệch. Thường xương hàm trên kém phát triển theo chiều trước sau và cả về chiều cao, cho nên có xu hướng lệch loại III, có khi khớp răng cửa hở.

– Tình trạng lợi thường kém, có nhiều răng sâu, thường trẻ không chải răng, vì môi trên căng nên trẻ khó chải răng, khả năng tự làm sạch khi ăn nhai kém. Nếu có vệ sinh răng miệng tốt thì tình trạng răng miệng tốt hơn.

Điều trị:

Việc giữ gìn răng miệng cho các em này rất quan trọng. Chế độ ăn đúng có tác dụng dự phòng sâu răng là rất cần thiết, cần trao đổi với mẹ trẻ ngay sau những ngày trẻ mới đẻ và trước khi phẫu thuật. Chải răng bằng bàn chải mềm cần làm ngay từ khi có chiếc răng đầu tiên mọc. Lúc răng vừa mọc, dễ chải, bà mẹ cũng tập dần cho khéo tay và cũng làm cho trẻ quen dần với chải răng. Khi răng đã mọc nhiều thì chải khó hơn và lúc đó trẻ không dễ để yên để chải răng. Cho nên bắt đầu chải răng sớm rất tốt. Đôi khi người mẹ sợ chải răng cho con vì sợ ảnh hưởng đến chỉ khâu, nhất là khi trẻ sợ chải răng. Thấy thuốc cần chỉ dẫn cách chải và nói rõ là chải răng không làm sang chấn khâu cái được.

Thấy thuốc chữa răng cần phối hợp với bác sĩ chỉnh nha để bảo vệ cả hàm răng sữa và răng vĩnh viễn. Làm như vậy thì việc săn sóc răng miệng của trẻ đơn giản hơn, cũng cần giải thích cho trẻ cũng như gia đình là tuy người ngoài không nhìn thấy răng, nhưng không phải vì thế mà không cần giữ vệ sinh răng miệng.

– Răng ở khe hở: Ở khe hở thường có 1 răng, răng đó dễ gây kích thích cho đầu lưỡi, nhưng nếu nhổ đi thì cung răng dễ bị hẹp. Nếu còn lỗ rò do phẫu thuật làm thông mũi và miệng thì nhổ răng có thể làm lỗ rò rộng hơn. Tuy nhiên, nếu răng này gây kích thích thì nên nhổ bỏ.

– Lỗ rò ở khẩu cái: Đôi khi có lỗ rò sau khi phẫu thuật, lỗ rò đó không gây ra vấn đề gì. thỉnh thoảng trẻ ăn thức ăn lọt vào mũi, nhất là khi ăn thức ăn loãng. Cần giải thích với bệnh nhân vấn đề này không đáng ngại. Nhưng cũng có khi tiếng nói còn giọng mũi và người ta cho là do lỗ rò ấy gây ra. Các chuyên gia ngữ âm thường đề nghị làm một nền hàm bịt lỗ rò. Thường thì nền hàm đó không có tác dụng gì với tiếng nói. Nó có hại hơn là có lợi và cần phải sửa luôn, nguy cơ gây sâu răng cao. Nếu có làm thì lúc trẻ tập nói đặt nền hàm vào rồi tập sau đó.

– Tật khi nói phụ âm S hơi ra cả bên miệng: Khi trẻ nói S, hơi ra ở giữa miệng nhưng ra cả ở mép. Tật này là do khớp răng hở, càng rõ rệt khi phải nhổ răng hàm sữa sớm. Thấy thuốc chữa răng có thể làm một hàm giả để tránh tật đó cho đến khi răng hàm nhỏ vĩnh viễn mọc. Đến lúc này thường phải làm hàm giả ở vùng răng cửa. Nhưng lúc này trẻ đã nói bớt ngọng do cố gắng bản thân và sự hướng dẫn của thầy giáo dạy nói.

– Nắn hàm trước khi phẫu thuật: Dùng một nền hàm ở trẻ sơ sinh có thể nắn cho cung hàm đều. Điều trị như vậy, có tác dụng tốt nhất là đối với khe hở hai bên.

3.2.5. Những khiếm khuyết cơ xương khác

Có nhiều loại khiếm khuyết khác, một số thoái hoá và một số phát triển cũng ảnh hưởng đến trẻ em, tuy nhiên tương đối hiếm gặp trong thực hành.

– Sinh xương bất toàn.

– Viêm khớp thanh niên: Có tỷ lệ mắc hội chứng Sjogren cao, thiếu máu (do sử dụng các thuốc kháng viêm và steroid).

– Xơ cứng rải rác.

3.3. Mù và các rối loạn thị giác

Các rối loạn thị giác có thể mù từ hoàn toàn đến các giới hạn thị lực về kích thước, màu sắc, khoảng cách và hình dạng. Tần suất 3/1000 trẻ.

Trẻ mù do sang chấn não không được gây mê, trừ khi đã có hội chẩn vì nếu gây mê thiếu oxy có thể gây hại cho trẻ. Điều quan trọng khi chăm sóc răng miệng cho trẻ đó là cách cư xử của thầy thuốc, trong buổi đầu cần tá cho trẻ về ghế răng, cho trẻ sờ ghế, không nên làm gì mà không tá trước cho trẻ biết, có thể cho trẻ sờ một vài dụng cụ, khi đưa dụng cụ vào miệng trẻ, cần nói cho trẻ biết.

3.4. Điếc và rối loạn thính giác

Điếc và rối loạn thính giác là một nhóm khuyết tật mắc phải gặp ở trẻ em ở nhiều độ tuổi khác nhau. Tuy nhiên, một số trẻ em khi mới sinh đã điếc một phần hoặc hoàn toàn và rối loạn này có thể xuất hiện một cách đơn độc hoặc kết hợp với các khuyết tật khác như hội chứng Rubella (khiếm khuyết thính giác, thị giác, trí tuệ và tim). Tần suất 3/1000 trẻ.

Trẻ bị rối loạn thính giác có thể sợ hãi hoặc thù hằn vì chúng không hiểu những gì người ta đòi hỏi ở chúng. Trẻ có thể không nghe những gì người ta nói, nhưng giả vờ như đã nghe để tránh bối rối. Trong tình huống này, sự giúp đỡ của thị giác đóng vai trò quan trọng hơn. Điều quan trọng để cải thiện tối đa thính lực là phải loại bỏ những tiếng ồn từ bên ngoài khi giao tiếp với trẻ bị rối loạn thính giác. Nhạc thổi trong phòng nha, tiếng ồn từ phòng nhận bệnh nhân cũng như những tiếng ồn của máy móc ví dụ như máy hút bụi, máy khoan... cần được giảm thiểu hoặc loại bỏ.

II. CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG CHO BỆNH NHÂN BỊ RỐI LOẠN MIỄN DỊCH VÀ MẮC CÁC BỆNH TOÀN THÂN

1. BỆNH NHÂN BỊ RỐI LOẠN MIỄN DỊCH

Là một nhóm bệnh đa dạng. Có đặc điểm chung là tăng khả năng bị nhiễm khuẩn. SGMD có thể tiên phát (ít gặp, có thể do khiếm khuyết tế bào B, tế bào T, đại thực bào và bổ thể), thứ phát (nhiễm khuẩn: vi khuẩn, virus: AIDS, virus Epstein-Barr, nấm; leukemia, Hodgkin; sau phẫu thuật và chấn thương: bỏng, cắt bỏ lách; bệnh tự miễn như lupus ban đỏ toàn thân, viêm khớp dạng thấp, sarcoidosis, bệnh lý thải loại mảnh ghép; điều trị ức chế miễn dịch: corticosteroids, xạ trị, thuốc chống chuyển hoá; bệnh lý di truyền và chuyển hoá: các bất thường về nhiễm sắc thể, đái tháo đường, thiếu máu hồng cầu hình liềm).

Các biểu hiện răng miệng hay gặp ở bệnh nhân SGMD:

Nhiễm nấm: thường gặp nhất đó là các *Candida albicans*. Ngoài ra, có thể do *Aspergillus*, *Mucomycozes*.

Nhiễm khuẩn: phần lớn các nhiễm trùng trong miệng xuất hiện trong quá trình điều trị thuốc chống ung thư là các trực khuẩn hiếu khí Gram (-), đặc biệt là các chủng khác nhau như: *Pseudomonas*, *Klebsiella*, *Serratia*, *Enterobacter*, *Proteus* và *Escherichia*.

Nhiễm virus: thường gặp là virus herpes simplex.

2. MỘT SỐ BỆNH TOÀN THÂN THƯỜNG CÓ CÁC BIỂU HIỆN BỆNH RĂNG MIỆNG

2.1. Đái tháo đường

Đái tháo đường là tình trạng đường huyết tăng do thiếu hormon insulin. Đái tháo đường type 1 thường gặp ở tuổi trẻ, type 2 ở người trưởng thành. Các biến chứng ở miệng hay gặp đó là nhiễm trùng và khô miệng, do vậy tỷ lệ sâu răng, bệnh nha chu cao, chậm liền thương khi phẫu thuật.

* **Khô miệng:** Do thiếu nước bọt hoặc thiếu bài tiết nước bọt của các tuyến nước bọt, tăng đường trong nước bọt làm giảm số lượng nước bọt trong miệng. Điều trị khô miệng đơn giản nhất là uống nhiều nước hơn, nhiều trường hợp cần phải dùng thuốc. Khi khô miệng bệnh nhân thường có cảm giác bỏng trong miệng và lưỡi.

* **Bệnh nha chu:**

– Bệnh nhân đái tháo đường có nguy cơ mắc bệnh nha chu cao hơn có thể do dễ bị nhiễm trùng. Những bệnh nhân đái tháo đường không được kiểm soát nồng độ đường huyết tốt thì nguy cơ mắc bệnh cao hơn và dần dần khó điều trị hơn.

– Nhiều nghiên cứu chỉ ra có mối tương quan hai chiều giữa đái tháo đường và bệnh quanh răng.

– Cần phải kiểm soát tình trạng lợi một cách đều đặn và điều trị các bệnh nha chu nếu có bệnh đái tháo đường. Hẹn bệnh nhân kiểm soát vệ sinh răng miệng và vệ sinh răng miệng 3 – 6 tháng/lần.

– Những lời khuyên về vệ sinh răng miệng và điều trị răng:

+ Đánh răng ít nhất 2 lần /ngày, tốt hơn hết là chải răng sau ăn, sử dụng chỉ tơ nha khoa để làm sạch mặt bên.

+ Thăm khám định kỳ 2 – 3 tháng/lần nếu có dấu hiệu viêm lợi hoặc viêm quanh răng.

+ Nếu lợi chảy máu không bình thường khi chải răng cần phải đến nha sĩ ngay, phải thông báo cho nha sĩ tất cả các thay đổi: cảm giác ăn không ngon miệng, thiếu nước bọt hoặc sự xuất hiện các mảng trắng trên lưỡi.

+ Các điều trị can thiệp phẫu thuật nên được tiến hành sau khi đã kiểm soát được đường huyết, trừ trường hợp áp xe hoặc nhiễm trùng cần điều trị ngay.

+ Khi có bệnh đái tháo đường, điều quan trọng nhất là theo dõi chế độ ăn, kiểm soát cân nặng trong điều kiện hoạt động thể chất đều đặn. Phải chú ý đến tình trạng sức khoẻ răng miệng với sự giúp đỡ của nha sĩ để có được sức khoẻ răng miệng tốt trong thời gian dài.

2.2. Các bệnh rối loạn đông máu

Bệnh lý răng miệng ở trẻ bị các bệnh này không có gì khác so với trẻ bình thường, tuy nhiên do dễ chảy máu khi chải răng nên trẻ sợ chải răng, kèm theo do chế độ nuôi dưỡng của bố mẹ, cho ăn thức ăn mềm và đồ ngọt nên dễ bị sâu răng hơn. Do vậy, cần chú ý vấn đề dự phòng bệnh quanh răng và sâu răng.

Nên dùng bàn chải mềm. Bàn chải điện dùng tốt vì đầu nhỏ dễ chải mặt ngoài răng hàm trên và mặt trong răng hàm dưới mà không gây sây sát lợi và không buồn nôn. Dùng bàn chải thường có thể chải trượt làm sây sát lợi. Nên bàn với cha mẹ về sự cần thiết cho các thức ăn hơi cứng và cấm các bữa ăn phụ có nguy cơ gây sâu răng. Chú ý là trước khi đi ngủ cần chải răng và tránh ăn vặt.

Các chú ý khi điều trị:

– Cần có sự phối hợp với bác sĩ nội khoa và huyết học.

– Không có chỉ định gây tê vì dễ gây chảy máu và tạo máu tụ, thông thường được gây mê để điều trị. Khi gây mê thì gây mê nội khí quản theo đường miệng, tránh đặt đường mũi vì dễ gây sang chấn VA.

– Can thiệp hết sức nhẹ nhàng, tránh tối thiểu các sang chấn khi mài răng, đặt khuôn trám... Khi dùng ống hút hút nước bọt ở sàn miệng cần chú ý vì nó có thể gây tụ máu sàn miệng, cần lót gạc và hút nhẹ.

– Trường hợp cần phải nhổ răng nên làm một nền hàm cho chỗ nhổ răng. Nền hàm nhỏ phủ lên vùng lợi nơi răng nhổ, rìa nền hàm phủ cả vùng lợi dính phía ngoài và phía trong. Lấy dấu bằng Alginate, đổ mẫu và lên càng cần như thường lệ, cắt bỏ răng định nhổ trên mẫu, nhưng không được chạm vào lợi nơi đó. Tác dụng của nền hàm là để che huyết ổ răng và các cục máu đông nhưng không ép lên lợi và máu cục.

– Khám cẩn thận, chẩn đoán tất cả các răng nghi ngờ để tránh can thiệp nhổ răng nhiều lần.

2.3. Hội chứng SAF (syndrome d'alcoolisation foetale)

Hội chứng SAF là một bệnh bẩm sinh gồm nhiều di chứng do nhiễm độc rượu thời kỳ phôi hoặc bào thai do mẹ uống nhiều rượu trong khi mang thai. Theo ước tính của Pháp, tỷ lệ mắc bệnh gần 1% trẻ sơ sinh. Biểu hiện: chậm phát triển, bất thường hệ thống thần kinh TW và cơ quan, rối loạn hình thái sọ mặt (dị dạng, kém trí tuệ, rối loạn hành vi, thay đổi các nét mặt hoặc các rối loạn bẩm sinh khác...).

Hậu quả gây quái thai (dị dạng) vùng họng – mặt thì nhiều và phần lớn còn chưa

được biết. Trong số các di chứng quan trọng ở vùng sọ, nét mặt và trong khoang miệng, thường được nói đến đó là: sọ nhỏ, thiếu sản xương hàm trên, thiếu sản–lùi xương hàm trên và các nét mặt điển hình. Hội chứng này cũng thường đi kèm với các rối loạn về hình thành răng, nguồn gốc của các hiện tượng răng nhỏ, thiếu sản men, chậm mọc răng, bệnh nha chu.

Lịch sử: Rượu được coi như có tác dụng xấu từ thời cổ đại, tuy nhiên được biết như một yếu tố có khả năng gây quái thai từ năm 1968 từ khi đội bác sĩ trẻ em do Dr Lemoine đưa ra giả thuyết gây quái thai liên quan đến việc tiêu thụ rượu trong thời gian mang thai và các di chứng của nó khi quan sát ở 127 trẻ.

Biểu hiện bệnh lý ở sọ – mặt: Sọ nhỏ, tồn tại cho đến trưởng thành, bướu trán (bosse frontale) nhô và hẹp, xương hàm trên lùi và nhỏ, lùi và hẹp xương hàm dưới, cánh lên ngắn. Do tăng trưởng của não kém nên các đường khớp nhanh bị khép kín, và gây rối loạn một số chức năng của miệng. Chuyển hoá xương bị rối loạn, giảm calci huyết và osteopénie (do hoạt động của các tế bào tạo xương giảm trong khi đó hoạt động các tế bào huỷ xương tăng). Điều hoà các hormon (hormon tăng trưởng, prolactin, parahormon, calcitonin, chuyển hoá calci và vitamin D) bị rối loạn.

Rối loạn hình thái mặt điển hình, là yếu tố chính để chẩn đoán. Mặt ngắn, khoe mắt hẹp, mũi ngắn và hếch, cánh mũi nghiêng ra trước. Môi trên mỏng, nhân trung bị xoá mờ, cung Cupidon không rõ.

Biểu hiện răng–miệng: Các thực nghiệm trên động vật chỉ ra có các rối loạn hình thành răng do uống nhiều rượu ở chuột. Theo liệu tiêu thụ người ta nhận thấy: chậm calci hoá, bất thường tế bào tạo men (giảm số lượng nguyên bào tạo men) làm giảm chiều dày khung hữu cơ men răng, chậm mọc răng, giảm kích thước mầm răng, rối loạn hình thái. chậm biệt hoá biểu mô nguồn gốc.



Hình 17.1. Đặc điểm khuôn mặt của trẻ bị nhiễm độc rượu trong giai đoạn mẹ mang thai

2.4. Điều trị răng miệng cho các trẻ em có nguy cơ nhiễm trùng cao

Khoang miệng có hàng triệu vi khuẩn và các vi sinh vật khác. Sự lưu hành của vi khuẩn trong hệ thống tuần hoàn thì thường xuyên và được kiểm soát bởi hệ thống miễn dịch. Tuy nhiên, ở một số trẻ em có bệnh lý nhiễm trùng có thể xảy ra và thường gặp ở các đối tượng có nguy cơ cao như: suy giảm miễn dịch, bệnh van tim, van tim nhân tạo...

2.4.1. Bacteriémie (vi khuẩn huyết, vãng khuẩn huyết): Là sự hiện diện của vi khuẩn trong máu lưu hành. Đa số các tác giả cho từ này là chỉ tình trạng nhất thời mà đặc điểm là vi khuẩn đi vào trong máu thoáng qua và không có biểu hiện lâm sàng.

Vãng khuẩn huyết có thể xảy ra tự nhiên (nhai, chải răng) hoặc do can thiệp, thường xảy ra sau 1 – 5 phút can thiệp và kéo dài khoảng 10 – 30 phút. Robert và cộng sự đã đánh giá tình trạng vãng khuẩn huyết ở 735 trẻ em tuổi từ 3 – 16 tuổi trong nhiều tình huống, kết quả như sau:

Chải răng	38,5 (%)
Can thiệp răng thông thường	9,4
Đánh bóng răng	24,5
Đặt trám cao su	29,4
Đặt matrice	32,1
Gây tê trong dây chằng	96,6
Gây tê cận chóp	16,0
Gây tê trong dây chằng cải tiến	50,0

Tình trạng vãng khuẩn huyết phát hiện sau một hoạt động hoặc can thiệp 30 giây (theo Robert và cộng sự). Các vi sinh vật được phát hiện có nguồn gốc từ khoang miệng và 50% là Streptococci viridans.

2.4.2. Bệnh nhân có nguy cơ nhiễm trùng

Năm 2001, AFSSAPS (Agence de sécurité sanitaire des produits de santé) đã đưa ra phân loại các bệnh nhân có nguy cơ: đối tượng không nguy cơ nhiễm trùng phổ biến (được xem như lành), đối tượng có nguy cơ nhiễm trùng tại chỗ và/hoặc toàn thân (nguy cơ A, liên quan đến cơ địa bệnh nhân và sự trầm trọng của từng trường hợp), các đối tượng có nguy cơ nhiễm trùng xa.

Nhóm A:

- Bệnh nhân ghép (điều trị ức chế miễn dịch) (bệnh nhân đang điều trị ciclosporine: nguy cơ ít nhất).
- Bệnh nhân suy giảm miễn dịch.

– Bệnh nhân có các bệnh lý mạn tính không được kiểm soát (đái tháo đường, suy thận và/hoặc gan, đối tượng nhiễm trùng mạn tính, vi khuẩn, nấm...).

– Bệnh nhân suy dinh dưỡng.

Nhóm B:

– Đối tượng có nguy cơ viêm nội tâm mạc.

– Đối tượng có nguy cơ nhiễm khuẩn các khớp giả (ngoại lệ ở trẻ em).

Trường hợp có nguy cơ viêm nội tâm mạc:

Bệnh tim có nguy cơ cao	Van tim nhân tạo. ATCD viêm nội tâm mạc nhiễm trùng. Bệnh tim bẩm sinh tím. Các phẫu thuật mở thông (phổi – hệ thống).
Bệnh tim có nguy cơ trung bình	Bệnh tim bẩm sinh không tím (trừ thông liên thất). Bệnh van tim: hở, hẹp, hai lá động mạch chủ, hở van hai lá. Rối loạn chức năng van tim mắc phải. Sa van 2 lá với hở van 2 lá và/hoặc dày van. Bệnh cơ tim tăng trương lực tắc nghẽn.

Bệnh tim có nguy cơ viêm nội tâm mạc theo AFSSAPS đã được cải tiến dựa theo Hội nghị Consensus 1992 và AHA (American heart association), 1997.

2.4.3. Hướng dẫn xử trí

* **Mục tiêu dự phòng:** cần tránh:

– Các ổ nhiễm trùng răng, nha chu, niêm mạc trong miệng.

– Sự xuất hiện các tổn thương sâu răng và việc điều trị nó có thể gây ra tình trạng vãng khuẩn huyết quan trọng.

– Tránh để có cao răng, khi lấy cao răng cần phải thực hiện kháng sinh dự phòng.

– Viêm lợi làm tăng nguy cơ vãng khuẩn huyết hoặc trầm trọng hơn.

Đi thăm khám định kỳ tại nha sĩ một lần/ 4 tháng cho phép phát hiện các tổn thương sớm, theo dõi sự mọc răng và thực hiện các biện pháp dự phòng như bôi fluor, trám bít hố rãnh. Thời hạn này cũng cho phép thay lại các vernis fluor nếu cần thiết. Chụp phim Xquang panorama hai năm một lần để phát hiện các ổ nhiễm trùng và xem các răng đang mọc.

Nếu có viêm lợi thì có thể dùng phối hợp với dung dịch chlorhexidine để vệ sinh răng miệng.

* **Nguyên tắc chung trước khi can thiệp:**

– Cần phối hợp với nhiều chuyên khoa khác như: tim mạch, nhi khoa, nội tiết, huyết học.

– Giảm tối đa số lần hẹn, tuy nhiên việc gộp các lần hẹn lại có thể gây ra tình trạng vãng khuẩn huyết. Gây mê được dự kiến nếu cần thiết. Nếu cần thiết phải có nhiều lần hẹn và phải dùng kháng sinh dự phòng, đặc biệt ở trẻ có nguy cơ B, các buổi hẹn nên cách nhau ít nhất 10 ngày và mỗi đợt điều trị cần phải có liệu pháp kháng sinh.

– Đối với các trẻ có tình trạng giảm miễn dịch chu kỳ thì can thiệp vào các giai đoạn hồi phục.

** Nguyên tắc chung khi chăm sóc:*

Các chăm sóc, vị trí có nguy cơ là:

– Vùng tuỷ răng, chóp răng, niêm mạc và/ hoặc mô kết hợp bên dưới và rãnh lợi.

– Các can thiệp có gây chảy máu.

Khi can thiệp cần phải tôn trọng nguyên tắc vô khuẩn chặt chẽ, trước khi can thiệp cần bôi kháng sinh tại chỗ (Chlorhexidine 0,2% trong 30 giây).

** Các nguyên tắc đặc biệt khi chăm sóc*

– Nếu bệnh nhân có nguy cơ viêm nội tâm mạc (nguy cơ B):

+ Nhổ răng nếu có bệnh lý tuỷ trong trường hợp bệnh nhân có nguy cơ cao.

+ Những trường hợp ngoại lệ cần điều trị nội nha, cần thực hiện dưới các điều kiện sau:

• Hệ thống ống tuỷ thuận lợi có thể làm sạch hết.

• Điều trị 1 thì, đặt đê và có dùng kháng sinh dự phòng.

• Đối với các bệnh nhân có nguy cơ thấp: kháng sinh dự phòng là tối ưu nhưng khi điều trị cần phải có đủ các điều kiện trên.

– Chấn thương răng:

+ Răng rơi ra ngoài: không cắm ghép lại răng.

+ Trật khớp từng phần: không đặt lại răng nếu nguy cơ cao.

+ Gãy răng: điều trị tuỷ 1 thì nếu các điều kiện trên cho phép.

+ Cung răng sữa: nhổ các răng chấn thương.

– Chỉnh hình răng–mặt:

+ Đeo các hàm nắn không có chống chỉ định đối với các bệnh nhân có nguy cơ A theo khuyến cáo của AFSSAPS, mặc dù tạo điều kiện thuận lợi cho việc tích tụ mảng bám, khó chải răng. Vệ sinh răng miệng chặt chẽ và kiểm soát đều đặn. Dùng kháng sinh dự phòng khi đặt khâu và các phẫu thuật tiền chỉnh nha.

+ Đối với các bệnh nhân có nguy cơ B thì chống chỉ định.

– Nhổ răng và lấy cao răng: nguy cơ nhiễm trùng cao do gây chảy máu. Kháng

sinh dự phòng được yêu cầu ở các bệnh nhân nguy cơ A và B khi thực hiện các can thiệp phẫu thuật và lấy cao răng ở nhóm nguy cơ B. Đối với các bệnh nhân có nguy cơ viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn, kháng sinh dự phòng được yêu cầu đối với nhóm có nguy cơ cao và có thể lựa chọn đối với nhóm có nguy cơ thấp.

– Gây tê: Kháng sinh dự phòng được yêu cầu khi gây tê trong dây chằng ở các bệnh nhân có nguy cơ B. Gây tê trong dây chằng thì chống chỉ định ở các bệnh nhân có nguy cơ viêm nội tâm mạc.

Mức độ nguy cơ		
Nhóm	A	B
<i>Răng sữa</i>		
Chăm sóc bảo tồn	+	+
Che tuỷ	–	–
Mở tuỷ	–	–
Điều trị tuỷ chân	–	–
<i>Răng vĩnh viễn</i>		
Chăm sóc bảo tồn	+	+
Che tuỷ gián tiếp	–	–
Che tuỷ trực tiếp	–	–
Lấy tuỷ chân ở răng 1 chân*	R	R
Lấy tuỷ chân ở răng nhiều chân	–	–
Điều trị nội nha/tuỷ chết	R	R
Điều trị tuỷ lại	R	R
Đặt đám cao su	+	+

Khuyến cáo của AFSSAPS đối với các can thiệp nội nha và chăm sóc bảo tồn

*: Điều trị 1 thì.

+: Điều trị có thể không cần dùng kháng sinh dự phòng.

–: Không điều trị.

R: Điều trị có thể, cần dùng kháng sinh dự phòng.

* *Chỉ định dùng liệu pháp kháng sinh điều trị toàn thân (AFSSAPS, 2001):*

– Biến chứng mọc răng: đối với răng sữa cũng như răng vĩnh viễn, ở các trẻ em có nguy cơ A và B, nguy cơ nhiễm trùng đòi hỏi phải dùng kháng sinh điều trị.

– Viêm mô tế bào: cần có điều trị kháng sinh đối với các đối tượng nguy cơ A và B.

– Bệnh nha chu: đối với các viêm quanh răng tiến triển trẻ em và thiếu niên cũng như viêm lợi loét hoại tử ở các đối tượng nguy cơ A và B cần điều trị kháng sinh.

* *Chỉ định dùng kháng sinh dự phòng (AFSSAPS 2001):*

– Nguyên tắc dùng kháng sinh dự phòng:

Đường uống (trẻ em)		
Kháng sinh	Liều: dùng 1 giờ trước khi can thiệp	
Không dị ứng với β -lactamine Amoxicilline	50mg/kg	
Dị ứng với β -lactamine Clindamycine hoặc Pristinamycine	15mg/kg 25mg/kg	
Đường tiêm tĩnh mạch (trẻ em)		
Kháng sinh	Liều và đường dùng Trước can thiệp (tiêm trước 30 phút)	Sau can thiệp (6 giờ sau)
Không dị ứng với β -lactamine Amoxicilline	50mg/kg tiêm tĩnh mạch	25mg/kg đường uống
Dị ứng với β -lactamine Vancomycine	20mg/kg tiêm tĩnh mạch (tối đa 1 giờ)	Không liều lần 2

Bảng kháng sinh dự phòng theo khuyến cáo của AFSSAPS. Đối với người lớn và trẻ em hơn 40kg, một giờ trước can thiệp, chỉ định: 2g Amoxicilline hoặc 600mg Clindamycine hoặc 1g Pristinamycine.

Đường uống (trẻ em)		
Kháng sinh	Một lần duy nhất trước khi can thiệp	
Không dị ứng với β -lactamine Amoxicillin	75mg/kg	
Dị ứng với β -lactamine Clindamycine hoặc Pristinamycine	15mg/kg 25mg/kg	
Đường tiêm tĩnh mạch (trẻ em)		
Kháng sinh	Liều và đường dùng Trước can thiệp	Sau can thiệp
Không dị ứng với β -lactamine Amoxicilline	50mg/kg tiêm tĩnh mạch	25mg/kg đường uống
Dị ứng với β -lactamine Vancomycine	20mg/kg tiêm tĩnh mạch (tối đa 1 giờ)	Không liều lần 2

Bảng kháng sinh dự phòng theo khuyến cáo của Conférence de Consensus, 2002. Đối với người lớn hoặc trẻ em một giờ trước can thiệp: 75mg/kg cho đến 26kg; 2g đối với người lớn 26 – 60kg, 3g nếu trên 60kg.

2.5. Chăm sóc răng miệng cho các trẻ em đang điều trị bệnh ung thư

Viêm niêm mạc miệng

Tổn thương niêm mạc miệng hoặc viêm niêm mạc miệng rất hay gặp ở các bệnh nhân đang điều trị hoá chất hoặc tia xạ. Thường gặp ở trẻ em hơn người lớn. Cơ chế của bệnh ngày nay vẫn chưa rõ. Bệnh làm tăng nguy cơ bội nhiễm, nhiễm trùng toàn thân. Tần số xuất hiện cũng như mức độ trầm trọng của bệnh phụ thuộc vào nhiều yếu tố.

Tiến triển của bệnh: bệnh có thể tiến triển qua nhiều giai đoạn

– *Giai đoạn hồng ban:* niêm mạc phù nề, đỏ không đau. Một số trường hợp có dấu hiệu tăng sản nhẹ. Khô miệng, niêm mạc đục, lưỡi hay có các dấu răng, ống tuyến mang tai nền đỏ.

– *Giai đoạn trợt loét:* tổn thương < 2mm, trên nền niêm mạc xanh nhạt (pâte), đứng riêng lẻ, số lượng ít.

– *Giai đoạn loét:* > 2mm, kéo dài 4 – 5 ngày, sau đó có thể gây các biến chứng.

Triệu chứng:

– Viêm như thông thường.

– Trợt, loét: các tổn thương này thường xuất hiện ở các vị trí theo thứ tự: mặt lưng lưỡi, mặt trong má, đáy ngách tiền đình, khẩu cái, sườn trong của môi.

– Rối loạn các chức năng: nuốt, nói,... do đau nhiều. Mức độ phụ thuộc vào mức độ tổn thương.

– Bệnh thường xuất hiện vào các giai đoạn mọc răng hoặc thay răng ở trẻ có bộ răng hỗn hợp.

– Thường kết hợp với nhiễm nấm, viêm lợi chảy máu, phì đại lợi...

Dự phòng: là vấn đề quan trọng nhất:

– Trước khi điều trị tia xạ hoặc hoá chất cần loại bỏ hết các ổ nhiễm trùng, điều trị các răng sâu, tháo bỏ các hàm nắn chỉnh.

– Kiểm soát việc chải răng, sử dụng bàn chải có lông mềm, bàn chải được bảo quản trong ống có chứa thuốc sát khuẩn được thay hàng ngày. Thay bàn chải mới đều đặn. Đánh răng 3 lần/ngày. Ngoài ra, có thể dùng nước súc miệng hoặc sát khuẩn tại chỗ không cồn.

– Kem đánh răng phải dùng loại có fluor với số lượng đảm bảo theo lứa tuổi, tránh các loại kem đánh răng có chứa nhiều các chất mài mòn và tẩy trắng.

– Dùng thuốc chống nấm đều đặn theo đơn để dự phòng candidose.

– Khi bệnh nhân nhập viện, nha sĩ nên kiểm tra tình trạng răng miệng ít nhất 1 lần/tuần.

Điều trị: Hiện nay chưa có phác đồ điều trị nào chứng minh có hiệu quả thật sự.

- Đau: Sử dụng thuốc giảm đau là các dẫn xuất của morphine.
- Bù nước và điện giải.
- Chống nhiễm trùng.
- Nâng cao thể trạng.

III. BỆNH LÝ RĂNG MIỆNG VÀ CÁC HỘI CHỨNG DI TRUYỀN

A. CÁC BỆNH LÝ ẢNH HƯỞNG ĐẾN SỰ MỌC RĂNG VÀ THAY RĂNG

1. BẤT THƯỜNG CUNG RĂNG SỮA

1.1. Mọc răng sớm

Răng sơ sinh hay răng bẩm sinh, có thể riêng lẻ hoặc kết hợp với các hội chứng sau:

Hội chứng Ellis Van Creveld (loạn sản sụn-ngoại bì): là một bệnh di truyền lặn theo nhiễm sắc thể thường (mỗi bố mẹ có mang một alen bệnh lý thì nguy cơ cho con cái mắc bệnh là 1/4). Bệnh gặp ở cả 2 giới, tỷ lệ mắc bệnh 1/60.000 trẻ sơ sinh. Biểu hiện: Lùn không cân đối (người trưởng thành cao khoảng 109 – 152cm), các chi ngắn, chủ yếu là các gốc chi, kết hợp với tật nhiều ngón sau trực, bệnh tim mạch, lồng ngực hẹp, trí tuệ bình thường. Do đột biến gen EVC nằm trên NST 4p16.



Hình 17.2. Hội chứng Ellis Van Creveld
Trẻ có răng sơ sinh và tật 6 ngón

Hội chứng Hallerman–Streiff–Francois: di truyền lặn theo nhiễm sắc thể thường. Biểu hiện: Người bé, rối loạn hình thái mặt với những nét rất đặc trưng: mũi nhỏ, thiếu sản cánh mũi, hàm hẹp, mắt bé, đục thủy tinh thể bẩm sinh. Thường xuyên gặp vấn đề hô hấp, thông thường không có chậm phát triển vận động – tâm thần. Các bất thường răng hầu như rất thường gặp như: răng sơ sinh, răng nhỏ, còn tồn tại dai dẳng

các răng sữa, khớp cắn sai, dị dạng răng và răng thừa. Gen nguyên nhân không được tìm thấy.

Hội chứng Pallister–Hall: Hội chứng này di truyền trội theo nhiễm sắc thể thường, thường kết hợp với các tình trạng: tật nhiều ngón, dính ngón, hamartome hypothalamic, dính hậu môn (imperforation), dị dạng tim. Hội chứng này thường liên quan đến các đột biến gen *GLI 3* nằm trên chromosome 7p13.

1.2. Mọc răng muộn

Loạn sản đòn–sọ (*dysplasie cleido–cranienne*): di truyền trội theo nhiễm sắc thể thường, ngay sau sinh: giảm hoặc teo xương đòn, rối loạn hình thành vòm sọ, chậm đóng các thóp lớn. Chậm mọc răng là dấu hiệu kinh điển thường gặp, ngoài ra có thể thấy nhiều triệu chứng khác như: răng thừa, khớp cắn sai... Bệnh này thường liên quan đến đột biến gen *CBFA 1*, nằm ở nhiễm sắc thể 6p12.

1.3. Thay sớm răng sữa

Hypophosphatasie: di truyền lặn nhiễm sắc thể thường, tỷ lệ phosphatase alcalines giảm, gây ra loạn sản sụn di truyền, biểu hiện: Mất sớm răng sữa, chậm mọc răng và rụng tự nhiên các răng vĩnh viễn. Giảm khoáng hoá hệ thống xương làm biến dạng nặng các chi, lồng ngực, sọ. Gen bệnh nằm trên chromosome 1p36.1–p34. Đôi khi mất răng cửa là dấu hiệu đầu tiên của bệnh, do vậy nha sĩ đôi khi đóng vai trò đầu tiên trong việc phát hiện bệnh.

Hội chứng Hadju–Cheney: di truyền trội nhiễm sắc thể thường, biểu hiện: Tiêu xương đầu chi tận cùng, tăng biên độ dây chằng, người kích thước bé, dáng mặt đặc trưng, điếc dẫn truyền và bất thường răng. Mất sớm các răng là thứ phát do bệnh nha chu.

1.4. Thay muộn răng sữa

Cũng có thể gặp trong hội chứng loạn sản đòn–sọ.

Progeria (hội chứng Hutchinson–Gilford): di truyền trội nhiễm sắc thể thường, phần lớn trường hợp quan sát thấy có đột biến novo. Gần đây, đột biến gen laminine A được nhận thấy ở phần lớn bệnh nhân. Bệnh này là một phần trong hội chứng già hoá sớm sau khi sinh. Trí tuệ bình thường, nhưng các dấu hiệu về thể chất vào lúc 2 tuổi có những nét đặc biệt: rụng tóc, da mỏng, giảm sản móng, thiếu mỡ dưới da. Các bệnh nhân này chết sớm vì các biến chứng xơ vữa động mạch.

2. BẤT THƯỜNG CUNG RĂNG VĨNH VIỄN

2.1. Cung răng vĩnh viễn sớm

Do hậu quả của mất răng sữa sớm, liên quan đến các hội chứng làm mất răng sữa sớm.

2.2. Cung răng vĩnh viễn muộn

Có thể là nguyên nhân tại chỗ hoặc mắc phải như còi xương, suy giáp hoặc đái tháo đường. Có một dạng còi xương di truyền kháng vitamin, di truyền trội theo nhiễm sắc thể X, liên quan đến gen PHEX trên chromosome Xp22.

Bệnh đặc xương di truyền (osteopetrose còn có tên gọi khác là Albers Schonberg): là một nhóm bệnh di truyền hiếm gặp (1/100.000 trẻ sơ sinh ở Brasil, 1/200.000 ở Bắc Ireland, 5.5/100.000 ở Đanemark, tổng số ca được báo cáo vào năm 1976 là 350, 1990 là 550), được mô tả lần đầu tiên bởi Albers Schonberg vào năm 1904, liên quan đến đặc xương toàn thân do rối loạn tiêu xương không đầy đủ (trong khi đó quá trình bồi đắp xương vẫn bình thường). Năm 1926, Karshner mô tả lại với tên gọi là osteopetrose. Bản chất chính xác của bệnh này còn chưa được xác định, khả năng có thể do thiếu các tế bào hủy xương hoặc các tế bào hủy xương không hoạt động hoặc kém hoạt động. Rối loạn này gây ra nhiều triệu chứng khác nhau, không thống nhất, nổi trội nhất là gãy xương tự nhiên và hay lặp lại. Biểu hiện ở răng miệng: Răng ngậm toàn bộ, xương hàm trên dày, thiếu sản men và các bất thường khác. Biến chứng lo ngại nhất đó là viêm tuỷ xương hàm trên (tỷ lệ gặp khoảng 10%, hay gặp ở hàm dưới, thường xảy ra sau khi nhổ răng hoặc hoại tử tuỷ), nguyên nhân chính thường là do thiếu tưới máu thích hợp.

Bệnh có 4 type khác nhau với mức độ nặng nhẹ khác nhau. Chẩn đoán chủ yếu dựa vào Xquang: xương đục hơn, đặc biệt ở phần cuối của các xương dài.

4 type:

– Đặc xương ác tính: thường có đột biến ở gen TCIRG và CICN7, di truyền theo kiểu lặn, phát hiện ra sau khi sinh hoặc ngay trong năm đầu tiên, đôi khi ngay trong bào thai hoặc trẻ bị tử vong ngay sau khi sinh. Tất cả hệ thống xương bị tổn thương, gây ra các biến chứng mù (75%), điếc (do bị nén và teo dây thần kinh sọ do đặc xương), lách to (bù trừ do giảm dần sự sinh máu xương). Bệnh nhân thường tử vong trước 20 tuổi do thiếu máu hoặc nhiễm trùng thứ phát (viêm xương).

– Đặc xương lành tính: di truyền theo kiểu trội, phát hiện muộn ở người lớn, thường có gãy nhiều xương (40%), đau xương, liệt các dây thần kinh sọ (thần kinh thị giác và mặt), viêm tuỷ xương.

– Type trung gian: nằm ở ranh giới của hai nhóm trên, xuất hiện muộn.

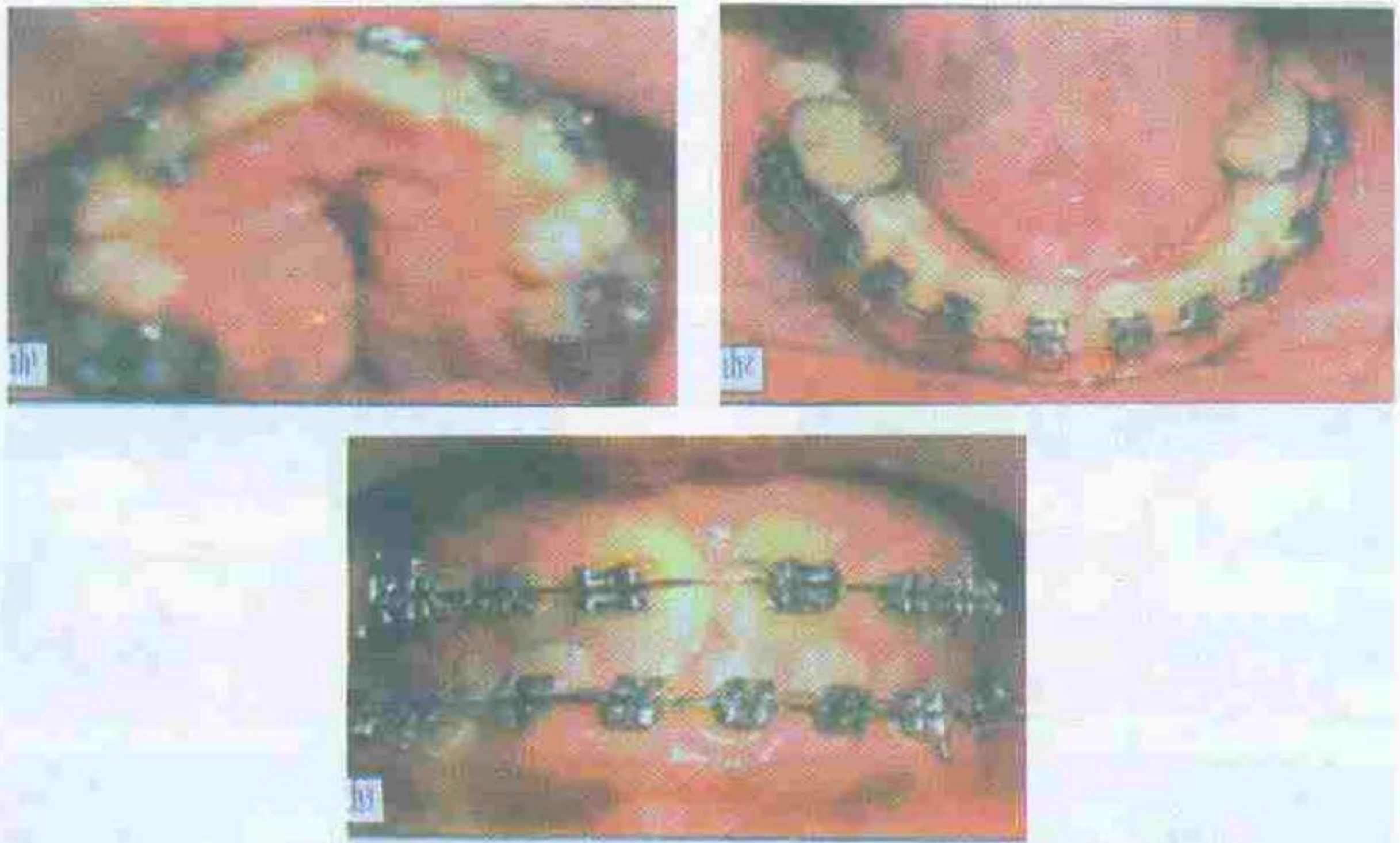
– Type phối hợp: đặc xương với nhiễm toan ống thận, não bị calci hoá.

Trẻ 9 tuổi bị osteopetrose:



Hình 17.3. Bộ răng của trẻ bị bệnh osteopetrose

Sau 5 năm:



Hình 17.4. Trẻ bị bệnh osteopetrose đang điều trị nắn chỉnh răng

Khi điều trị cần chú ý các vấn đề sau:

- Dự phòng kháng sinh.
- Xét nghiệm máu, đặc biệt trong type I.
- Tuân thủ nghiêm ngặt quy trình vệ sinh và vô khuẩn.
- Can thiệp hết sức nhẹ nhàng, tránh các sang chấn tối thiểu để tránh nguy cơ gãy gãy xương do xương rất dễ bị gãy.

Pycnodysostose (đặc xương biến dạng – Bệnh Toulouse–Lautrec): Bệnh di truyền lặn theo nhiễm sắc thể thường. Là bệnh lysosyme do thiếu cathepsine K. Thường kết hợp với xơ xương, người nhỏ, tiêu xương đầu chi tận cùng, xương đặc và giòn, dễ gãy, loạn sản xương đôn, dị dạng sọ do chậm đóng kín các cấu trúc. Chậm mọc răng và răng mọc lạc chỗ. Bàn tay và chân ngắn lại, to ra.

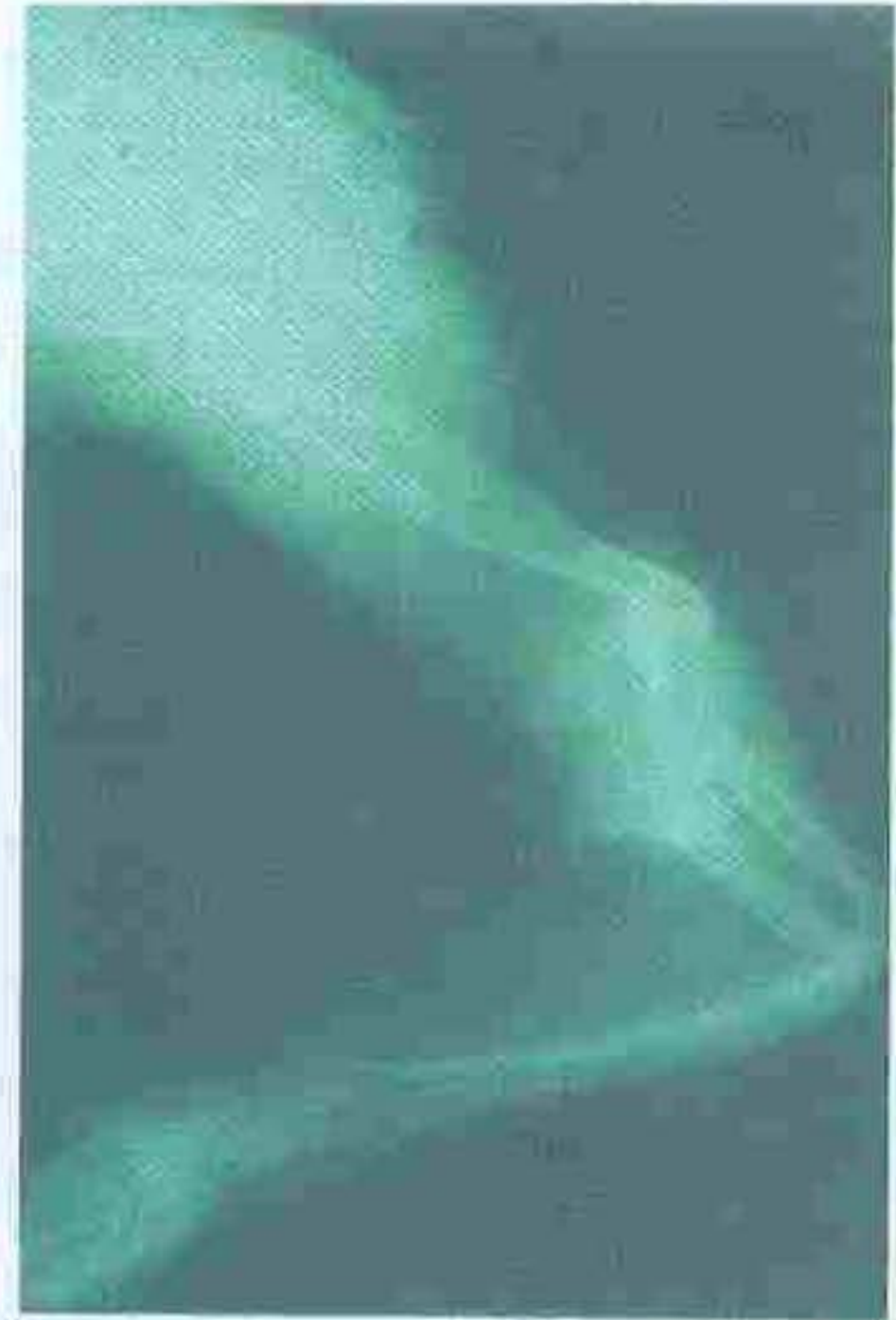
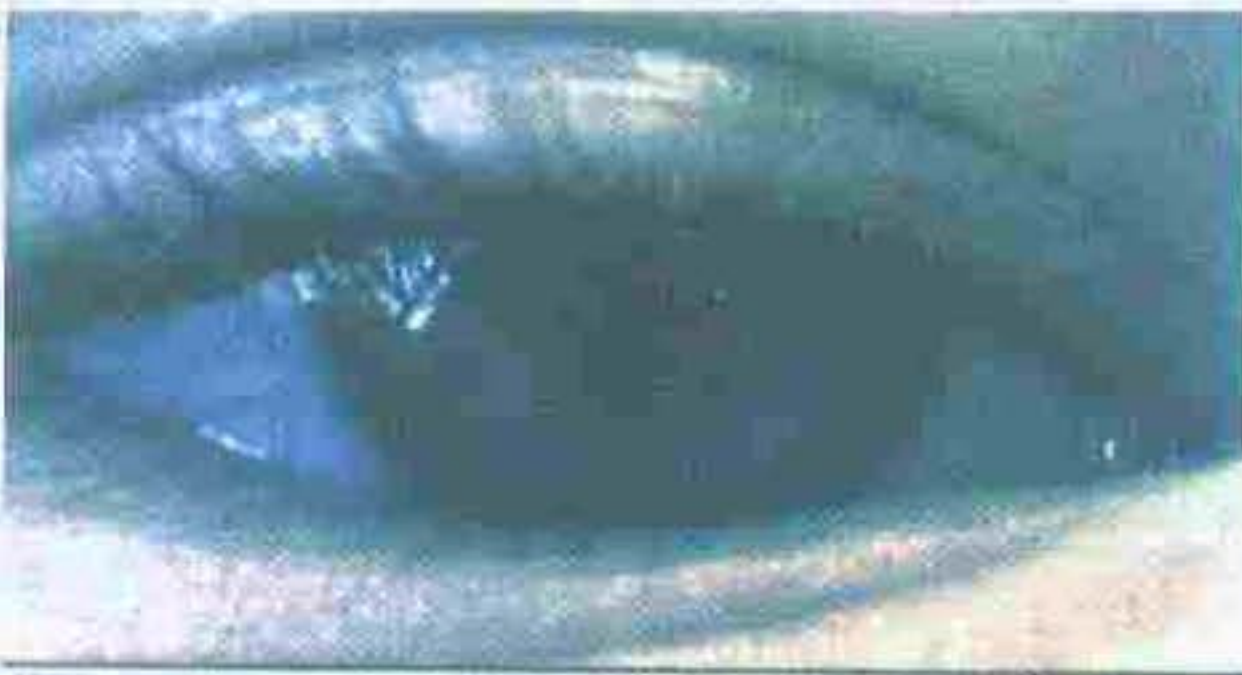
B. BẤT THƯỜNG VỀ CẤU TRÚC

Sinh ngà bất toàn và sinh xương bất toàn: Sinh ngà bất toàn có thể là một bệnh riêng lẻ hoặc kết hợp với sinh xương bất toàn.

Sinh xương bất toàn: Trong bệnh này xương không chắc, dễ bị gãy khi có sang chấn nhẹ. Vỏ xương rất mỏng do tiêu xương gây nên và xương xốp, có nhiều khoang rỗng. Sau khi bị gãy xương, xương cũng có thể can bình thường, nhưng xương thay thế kém xương ban đầu. Bệnh nhân thường có cứng mạc xanh và mỏng, gân nhẽo nên dễ có sai khớp. Một số trẻ bị diếc dẫn truyền do xơ cứng tai như ở người lớn tuổi. Khi

điều trị răng miệng cho trẻ này cần chú ý có thể gặp các tai biến như: gãy xương, trật khớp thái dương hàm (khi nắn chỉnh dễ gây gãy cổ lồi cầu), gãy chân răng, khó điều trị tuỷ (trong trường hợp có sinh ngà bất toàn kèm theo).

Phần lớn các trường hợp sinh xương bất toàn có liên quan đến các gen của collagene COL1A1 và COL1A2.



Hình 17.5. Bệnh nhân sinh ngà bất toàn có phối hợp với sinh xương bất toàn, tiền sử có gãy xương nhiều lần

Sinh men bất toàn: Thường do đột biến các gen tham gia vào trong quá trình hình thành men răng là AMELX, ENAM, KLK4 và MMP20. Bệnh có thể đi kèm với hội chứng loạn sản nhãn cầu-răng-ngón tay (bệnh di truyền trội theo nhiễm sắc thể thường, rối loạn hình thái mặt, thiếu sản cánh mũi, bất thường nhãn cầu, nhiều ngón và thiếu sản men, muộn hơn: liệt cứng. Bệnh này do đột biến gen nối kết 43 của chromosome 6q22) hoặc hội chứng LADD (lacrymo-auriculo-dento-digital) (bệnh di truyền trội, tuyến lệ bị tổn thương, tắc ống lệ-mũi, thiếu hoặc thiếu sản tuyến nước bọt, điếc, răng thiếu sản men, mọc răng chậm, răng cửa bên nhỏ và nhọn, bệnh do đột biến các gen FGFR2, FGFR3 và FGF10

Răng nhiễm sắc:

– *Porphyrie erythropoietic bẩm sinh* (còn có tên khác là bệnh Günter): Răng có màu hồng – nâu khi nhìn dưới ánh sáng cực tím. Bệnh di truyền lặn theo nhiễm sắc thể thường. Bệnh thường biểu hiện chính ở da, kết hợp với các đợt thiếu máu tan huyết nặng.

– *Bệnh Morquio* (tên khác mucopolysaccharidose type IV): Bệnh di truyền lặn nhiễm sắc thể thường, răng có màu xám.

C. BẤT THƯỜNG VỀ HÌNH DẠNG

1. HỘI CHỨNG NANCE-HORAN

Bệnh di truyền trội theo nhiễm sắc thể X, trẻ trai mắc bệnh nặng hơn trẻ gái, răng có hình tournevis, núm phụ. Cũng có thể bất thường về số lượng, vị trí... Thường có đục thủy tinh thể bẩm sinh.

2. TAURODONTISME

Là một bất thường về hình thái răng được đặc trưng bởi đặc điểm buồng tuỷ kéo dài về phía chân răng thay cho tuỷ chân. Bệnh căn còn chưa được biết rõ, theo nhiều tác giả đây là một bệnh di truyền trội liên quan đến nhiễm sắc thể thường, một số tác giả khác cho rằng đây là một bệnh di truyền lặn hoặc đa yếu tố. Tuy nhiên, theo WITKOP, taurodontisme chỉ là biểu hiện của rối loạn sự phát triển của các răng nhiều chân.

3. HỘI CHỨNG INCONTINENTIA PIGMENTI

Tên khác: Hội chứng Bloch – Sulzberger (vì do 2 ông này tìm ra).

– Bệnh hiếm gặp, di truyền trội liên quan đến nhiễm sắc thể X, thường gặp nhất ở trẻ gái, phần lớn các trẻ trai thì đã bị mất sớm, trừ những trường hợp rất hiếm có nhiễm sắc thể X bổ sung.

– Triệu chứng phức tạp thường biểu hiện ở da, răng, thần kinh và mắt. Lần đầu tiên được mô tả bởi Garrod vào năm 1906 và đến năm 1928 thì được “Bloch et Sulzberger” mô tả bổ sung, do vậy được gọi tên là Bloch – Sulzberger. Gần đây được nghiên cứu chi tiết và kết hợp với suy giảm miễn dịch (nhạy cảm với nhiễm trùng) và những biểu hiện ở xương. Hậu quả lâm sàng của các đột biến này không giống các dạng đột biến cổ điển của hội chứng incontinentia pigmenti. IP thường chỉ gặp ở trẻ gái, trẻ trai thường đã bị tử vong ngay trong bào thai vì chỉ có 1 NST X. Nếu người mẹ bị bệnh thì 50% trẻ gái mắc bệnh, 50% trẻ gái bình thường, 100% trẻ trai mắc bệnh và thường tử vong ngay trong bào thai.

Biểu hiện lâm sàng :

Da: Tổn thương ở da có thể xuất hiện ngay lúc sinh hoặc sau sinh vài tuần, đặc trưng bởi hình dạng và cách sắp xếp tổn thương theo đường Blaschko. Tổn thương tiến triển thành 4 giai đoạn sau:

– Mụn nước (đôi khi là các mụn mủ). Thường gặp các tổn thương ở đầu chi và đường chân tóc, đôi khi có thể thấy ở khắp cơ thể. Tổn thương này rất dễ nhầm với herpes, thủy đậu và Impetigo gây tình trạng nhiễm trùng đe dọa đến tính mạng của trẻ. Do vậy, nhiều trường hợp ở trẻ sơ sinh được điều trị nhiễm trùng trước khi chẩn đoán IP. Tiền sử gia đình là một yếu tố rất có giá trị để chẩn đoán. Các tổn thương

này thường không đau, tuy nhiên những chỗ có thể bị kích thích bởi quần áo. Có thể có bội nhiễm đòi hỏi một phác đồ điều trị đặc biệt.

– **Sân:** giai đoạn 2 là giai đoạn liên quan đến các tổn thương da có vảy và bong da rồi gây ra hiện tượng nhiễm sắc tố (pigmentation). Giai đoạn này có thể xuất hiện ngay sau sinh (vì vậy người ta nghĩ rằng giai đoạn mụn mủ xảy ra ngay trong giai đoạn bào thai), nhưng thông thường nhất nó xảy ra sau giai đoạn ban-mụn mủ ở 70% bệnh nhân, các tổn thương này hầu như chỉ gặp ở các đầu chi và tồn tại trong vòng nhiều tháng nhưng hiếm khi một năm.

– Giai đoạn 3 là giai đoạn nhiễm màu (nhiễm sắc tố).

– Giai đoạn teo da (giai đoạn 4).

Răng: hơn 80% bệnh nhân có các bất thường về răng, đây là một triệu chứng rất có giá trị để chẩn đoán. Tổn thương có thể gặp ở răng sữa cũng như răng vĩnh viễn. Thường gặp nhất là chậm mọc răng hoặc thiếu răng. Các răng mọc lên có thể có hình thể không bình thường, răng hình nón hoặc nhọn. Tuy nhiên men răng thì bình thường, tổn thương răng đôi khi rất nặng nề cần phải có các chế độ chăm sóc răng đặc biệt (chỉnh răng, phục hình).

Móng: tổn thương móng tay hoặc chân ở 40% trường hợp, có tính chất trung bình và tạm thời nhưng có thể tái phát, móng tay có thể cứng, dày, nhọn và dễ gãy.

Tóc: thường thiếu tóc ở đỉnh vòm sọ, màu tóc thường bình thường nhưng có thể xoắn hoặc mờ xỉn.

Mắt: hơn 90% bệnh nhân nhìn bình thường, tỷ lệ viễn thị nhiều hơn người bình thường, có hiện tượng tăng sinh mạch máu ở võng mạc trước 5 tuổi, sự tăng sinh và sẹo hoá làm ảnh hưởng đến thị lực. Do vậy cần thăm khám liên tục định kỳ 3 – 4 tháng trong năm đầu, rồi 6 tháng cho đến 4 tuổi và tất cả các năm sau. Mất nhỏ và teo thần kinh thị giác hiếm gặp

Vú: thường có bất thường về sự phát triển, thừa hoặc thiếu núm vú.

Hệ thống thần kinh: co giật, liệt, chậm phát triển tinh thần, đầu nhỏ... Tần suất gặp thấp.

Chẩn đoán: nghiên cứu phân tử xác định gen và lâm sàng.

Nếu có mọc răng sơ sinh thì chẩn đoán dễ dàng hơn. Sinh thiết da có thể phát hiện được các bất thường theo từng giai đoạn.

D. BẤT THƯỜNG VỀ SỐ LƯỢNG

1. LOẠN SẢN NGOẠI BÌ TUYẾN MÔ HÔI

Đây là một bệnh lý di truyền lặn theo nhiễm sắc thể X, hay gặp trong hơn 220 hội chứng loạn sản ngoại bì ngày nay, còn có tên gọi khác là loạn sản ngoại bì thiếu tuyến mô hôi hay hội chứng Christ Siemens – Touraine. Tỷ lệ mắc bệnh ước tính

khoảng 1/100.000, có thể gặp ở tất cả các dân tộc. Bệnh gặp hơn 90% ở trẻ trai, trẻ nữ hiếm gặp (bệnh biểu hiện không hoàn toàn).

Triệu chứng:

– Thiếu hoặc giảm bài tiết mồ hôi. Do vậy, không thích nghi được với khí nóng, cần có các điều kiện đặc biệt như máy điều hoà. Hiện tượng này có thể là nguồn gốc của tăng thân nhiệt dẫn đến các tai biến não không thể tránh được.

- Tóc mảnh, khô và sáng.
- Móng dày.
- Da mỏng.
- Không có răng (có thể thiếu từng phần hoặc toàn bộ, hoặc giảm số lượng răng).
- Mất cân đối mặt.
- Tổn thương nhân cầu.
- Tổn thương bộ máy tiêu hoá và phổi.

Chẩn đoán dựa vào các triệu chứng lâm sàng sau:

- + Bất thường mặt.
- + Bất thường răng.
- + Sốt không giải thích được.
- + Thăm khám cận lâm sàng (labo, Xquang).
- + Test đo số lượng mồ hôi.

2. HỘI CHỨNG EEC (Ectrodactylie–dysplasie ectodermique–fente labiopalatine).

Thiếu ngón tay và chân (biến dạng kiểu pince tôm hùm, "pince de homard", không có các khe giữa), loạn sản ngoại bì kết hợp với các bất thường ống lệ, bất thường về răng, tóc, lông mày mảnh và kiểu then cài cửa, móng tay không bình thường, da khô, khe hở môi, vòm miệng. Các biến dạng về bàng quang – thận, di truyền âm có thể được phối hợp. Hội chứng EEC là một hội chứng di truyền lặn kiểu trội, gân dây, một số gen bệnh lý như p63 đã được tìm ra, tuy nhiên một số gen khác còn chưa được xác định.

3. HỘI CHỨNG RIEGER: Các bất thường về răng (răng nhỏ, thiếu nhiều răng, bất thường về hình dạng), dị dạng phần trước của mắt (microcornee, thiếu sản iris, synechie, glaucoma).

E. BẤT THƯỜNG TƯ THỂ

1. RĂNG CỦA TRUNG TÂM HÀM TRÊN DUY NHẤT

2. HỘI CHỨNG COHEN: Lần đầu tiên được mô tả vào năm 1973, được đặc trưng bởi các rối loạn về sự tăng trưởng, béo phì thân mình vào lúc 10 tuổi, giảm trương lực

và chậm phát triển, đầu nhỏ xuất hiện vào năm thứ 1, khóe mắt chéo, xương hàm hẹp, vòng miệng cong hình cung (arqué), nhân trung ngắn, máu lồi xương hàm trên lồi, chậm phát triển tinh thần từ trung bình đến nặng, bất thường về võng mạc, suy nhược bạch cầu trung tính, nhiễm trùng tái phát, áp tơ miệng.

F. CÁC BẤT THƯỜNG HỖN HỢP

Hội chứng Goltz (thiếu sản da dạng bãi: hypoplasie dermique en aires) được đặc trưng bởi tổn thương da đa hình thái và các bất thường rất thay đổi, có thể biểu hiện ở mắt, răng xương, hệ thống thần kinh trung ương và hệ thống tiết niệu, dạ dày–ruột và tim–mạch. Tỷ lệ mắc bệnh còn chưa được biết.

Dấu hiệu lâm sàng: Các vùng teo da, các u nhú quanh các hốc, đặc biệt xung quanh môi và các vùng sinh dục và/hoặc hậu môn. Thoát vị mô mỡ dưới da ở các vùng teo da giao nhau, onychodystrophie và rụng tóc điển hình. Tổn thương xương ngay từ khi sinh, dính ngón, thiếu ngón và/hoặc teo ngón tay và ngón chân cái. Vẹo cột sống và thiếu sản xương đòn và sườn, biến dạng lồng ngực. Bất thường răng là chính, thường có kết hợp với khớp khểnh răng, răng thừa và bất thường men răng. Tổn thương nhãn cầu kiểu khuyết mộng mắt, mắt nhỏ và/hoặc lác mắt. Chậm vận động có thể thấy được. Bệnh này di truyền trội theo nhiễm sắc thể X, trẻ trai thường bị tử vong ngay trong bào thai. Tỷ lệ tử vong ở trẻ cao, một số trẻ có tuổi thọ bình thường.

Hội chứng oro–facio–digitaux type I (hội chứng Papillon–Léage):

– Bất thường miệng: Lưỡi chia đôi trong 2/3 trường hợp, phanh lưỡi ngắn làm lưỡi ít cử động, khe hở vòm miệng, lipome lưỡi, thiếu răng. Khuôn mặt đặc biệt: mắt xa nhau (Hypertélorisme), môi trên bị phân đôi, cằm nhỏ (micrognathie).

– Bất thường ngón tay và ngón chân cái (orteil): Ngón tay ngắn, thừa ngón trước trục hoặc sau trục, ngón chân cái phân đôi.

– Các bất thường khác về não, thận: Thiếu thể chai, polykystose thận (đa u nang).

G. BẤT THƯỜNG KHOANG MIỆNG VÀ NANG

Các nang và u do răng có thể gặp trong một số bệnh di truyền sau:

Hội chứng Gorlin–Goltz: Còn gọi là hội chứng nævomatose–baso–cellulaire, là một bệnh di truyền trội nhiễm sắc thể thường, liên quan đến gen PATCHED nằm ở nhiễm sắc thể 9q22.3. Biểu hiện bệnh thường theo tuổi, trước 5 tuổi: medulloblastome tiểu não; sau 15 tuổi: ung thư tế bào đáy; giữa 5 – 15 tuổi: nang thượng bì dạng da xương hàm trên. Bệnh này cũng có thể kết hợp với các bất thường xương: xương sườn–cột sống, đầu to, sừng hoá dày da gan tay–chân (palmo–plantaire).

H. MỘT SỐ HỘI CHỨNG KHÁC

1. HỘI CHỨNG LESH-NYHAN

Là một bệnh nặng, được phát hiện lần đầu tiên vào năm 1964, biểu hiện rất sớm từ lúc trẻ nhất, bệnh biểu hiện bởi các triệu chứng chính là: encephalopathie sớm, rối loạn chuyển hoá (tăng urê huyết) và tự huỷ hoại bản thân chủ yếu ở họng-mặt và các chi. Các gia đình có các bệnh nhân này có cảm giác như bị tai hoạ và rơi vào tình thế rất thảm hại. Tỷ lệ mắc bệnh 1/380.000 ở trẻ sơ sinh. Là một bệnh di truyền liên quan đến giới tính, có thể xuất hiện một cách tự nhiên do đột biến di truyền mới gây thiếu enzym hypoxanthine guanine phosphoribosyl transferase. Ngày nay, chưa biết được mối tương quan nguyên nhân, hậu quả giữa tổn thương thần kinh, các rối loạn hành vi và thiếu enzym.

Triệu chứng: Trẻ thường phát triển bình thường trong 6 tháng đầu tiên. Giảm trương lực thân mình, gáy và tăng trương lực phần cuối của chi, do vậy trẻ không thể đi được mà chỉ ngồi hoặc nằm trên ghế lăn. Tuy nhiên, có nhiều hành vi đột ngột ngoài ý muốn của chi và không thể kiểm soát được. Muộn hơn thường có khó nói. Hành vi tự huỷ hoại thường xuất hiện khi có răng đầu tiên mọc. Trẻ thường cắn môi, má, ngón tay, tự đập đầu... Kết quả phá huỷ từng phần, thậm chí toàn bộ mô quanh miệng, nhất là môi dưới.

Tiến triển: Thường tử vong vào lúc khoảng 20 – 30 tuổi do nhiễm trùng và suy thận.

Chẩn đoán: Định lượng enzym.

Điều trị: Hàm bảo vệ, thậm chí nhổ toàn bộ răng.

2. HỘI CHỨNG SMITH-MAGENIS

Hội chứng này được mô tả năm 1982 bởi Ann Smith và Allen Magenis. Là bệnh di truyền do khuyết đoạn ở khe của chromosome. Triệu chứng: Rối loạn hình thái mặt, sọ ngắn, thiếu sản tầng giữa mặt, mặt phẳng và rộng, miệng có hình mũ hiến binh, ngón tay ngắn, người nhỏ, giảm trương lực sớm. Các dấu hiệu thể chất này có thể thoáng qua trong những năm đầu, nhưng nhanh chóng được rõ ràng khi có các dấu hiệu về tâm lý-thần kinh như sau: Rối loạn giấc ngủ chính: trẻ ngủ ít, giấc ngủ ngắn (2 giờ), sau đó thức và hoạt động; Chậm và khó nói, giọng đục; Trí tuệ giảm ở nhiều mức độ khác nhau, thường trung bình; Rối loạn hành vi (tăng hoạt động, thiếu tập trung và tự tấn công). Các dấu hiệu khác: bệnh tim bẩm sinh, bất thường thận, tai mũi họng, mắt, bệnh thần kinh ngoại biên. Tỷ lệ mắc bệnh khoảng 1/25.000. Hội chứng này do hiện tượng khuyết đoạn nhỏ (microdélétion) nhiễm sắc thể trong vùng 17p11.2. Rối loạn giấc ngủ và các rối loạn hành vi có thể do rối loạn bài tiết melatonine. Chẩn đoán nhờ các xét nghiệm về cariotype (nghiên cứu kiểu nhân) độ phân giải cao (khuyết đoạn từ 2 – 9 mega base – thông thường 4 – 5Mb). Cần chú ý điều chỉnh sớm các rối loạn về hành vi và phát âm. Do đảo lộn nhịp độ melatonine

nên điều trị bằng các beta-bloquants và melatonine sẽ cải thiện được các rối loạn hành vi và giấc ngủ.

Kết luận:

Nha sĩ cần nghĩ đến các hội chứng di truyền đặc biệt trước các bệnh nhân có bất thường về phát triển răng, đặc biệt khi có các rối loạn hình thái, chậm vận động – tâm thần kết hợp hoặc những dị dạng. Có thể gửi bệnh nhân đến các chuyên gia di truyền nếu có các yếu tố về gia đình, những dấu hiệu kết hợp, các bệnh lý bẩm sinh, ngược lại, các chuyên gia di truyền sẽ định hướng cho bệnh nhân đến khám ở các nha sĩ để có được chẩn đoán chính xác cũng như kế hoạch điều trị.

Các bất thường về răng miệng có thể riêng lẻ không liên quan đến bệnh di truyền hoặc liên quan với nhau. Hỏi bệnh là một chìa khoá lâm sàng để định hướng chẩn đoán.

Các bất thường về răng thường có liên quan đến các gen trong quá trình phát triển như: MSX 1, PAX 9, các protein cấu trúc như énaméline, amé logenine hoặc DSPP, hoặc các proteine xuyên màng (EDA), các yếu tố sao chép lại (DLX3). Có rất nhiều các thể lâm sàng và di truyền phức tạp khác nhau.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn câu trả lời đúng cho các câu hỏi sau bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu.

1. Những mệnh đề nào sau đây đúng trong hội chứng Down?
 - A. Răng sữa đầu tiên sẽ không mọc cho đến tận lúc 2 tuổi.
 - B. Bộ răng sữa có thể sẽ không được hoàn thiện cho đến 4 – 5 tuổi.
 - C. Sự mọc răng thường kéo theo một thứ tự mọc bất thường và một vài răng sữa có thể vẫn còn cho tới tận 14 – 15 tuổi.
 - D. Tất cả các mệnh đề trên.
2. Hội chứng Marie-Sainton:
 - A. Loạn sản sụn.
 - B. Loạn sản ngoại bì.
 - C. Loạn sản tế bào tạo men.
 - D. Thiếu năng tuyến yên.
3. Răng sơ sinh là:
 - A. Răng mọc trong 30 ngày đầu tiên sau khi sinh.
 - B. Răng có khi mới sinh.
 - C. Răng mọc trong 6 tháng đầu.
 - D. Răng mọc sau khi sinh 30 ngày.

4. Hầu hết các răng sơ sinh:
 - A. Răng cửa sữa thừa.
 - B. Răng sữa mọc chưa hoàn thiện.
 - C. Nang lá răng.
 - D. Không ý nào đúng trong các câu trên.
5. Bệnh thừa răng đặc trưng bởi:
 - A. Sự hoá xương của tế bào tạo men.
 - B. Loạn sản ngoại bì.
 - C. Còi xương.
 - D. Cường năng tuyến giáp.
6. Bệnh nào sau đây thường được chẩn đoán khi sinh?
 - A. Thiếu năng tuyến giáp.
 - B. Thiếu năng tuyến yên.
 - C. Chứng còi xương không tạo sụn.
 - D. Tất cả các câu trên.
7. Kìm giữ được chỉ định trong trường hợp :
 - A. Bệnh nhân cần chẩn đoán hoặc điều trị, nhưng không thể hợp tác vì còn quá nhỏ.
 - B. Bệnh nhân cần chẩn đoán hoặc điều trị, nhưng không thể hợp tác vì những khuyết tật về thể chất hoặc tâm thần.
 - C. Bệnh nhân cần chẩn đoán hoặc điều trị, nhưng không thể hợp tác sau khi những kỹ thuật xử lý hành vi thất bại.
 - D. Khi sự an toàn của bệnh nhân và nha sĩ có nguy cơ nếu không dùng biện pháp kìm giữ.
 - E. Tất cả các trường hợp trên.
8. Xử trí bệnh nhân có cơn động kinh tại phòng mạch là
 - A. Bệnh nhân cần đặt xuống sàn nhà để khỏi ngã, đầu đặt thấp hơn thân người.
 - B. Đặt một dụng cụ vào giữa 2 hàm răng để tránh cắn lưỡi.
 - C. Nếu cơn động kinh kéo dài cho sử dụng thuốc an thần, tiếp tục theo dõi.
 - D. Nếu hết cơn như thường lệ, còn nhức đầu và lẫn tinh thần thì tiếp tục làm hết các thủ thuật.
 - E. Tất cả các câu đều đúng.
9. Trên bệnh nhân suy giảm miễn dịch, chủng nấm gây bệnh viêm niêm mạc miệng thường gặp nhất đó là:
 - A. *Candida albicans*.
 - B. *Aspergillus*.
 - C. *Mucomycoses*.

D. *Aspergillus* và *mucomycoses*.

E. Cả ba loại trên.

10. Các vi khuẩn gây nhiễm trùng cơ hội thường gặp ở khoang miệng trên bệnh nhân suy giảm miễn dịch là:

A. *Pseudomonas*, *Klebsiella*.

B. *Serratia*, *Enterobacter*.

C. *Proteus* và *Escherichia*.

D. Tụ cầu vàng, liên cầu và các loại xoắn khuẩn.

E. Cả 3 câu A, B, C đều đúng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alexia Marie-cousin, Jean-louis Sixou, Jean-Claude Robert (2007). Prise en charge de l'enfant à haut risque infectieux. Est-ce que tout est si simple ? RFOP. Volume 02-2007, N^o2. PP 83-88.
2. Badre B., Kaoun K., Bousfiha B., Bousfiha A., Msefer S (2003). LA DYSPLASIE ectodermique anhidrotique. A propos d'un cas clinique. Journal dentaire du Québec, Volume 40, Février 2003.
3. J F aupetit (1999). Odonto-pharmacologie clinique. Prophylaxie de l'endocardite infectieuse en odontologie. Editions CDP, PP 168-171.
4. Martine Bonnaure-Mallet, Virginie Gandemer (2007). Oncologie pédiatrique et odontologie pédiatrique. RFOP. Volume 02-2007, N^o2. PP 67-72.
5. Julie Burban, Maria Elizena Barbosa-Rogier, Bernard Hingant, Jean-Louis Sixou. Handicap et odontologie en quelques points. RFOP. Volume 02-2007, N^o2. PP 55-66.
6. Marie Mtalsi, Samira Elarabi (2007). L'ostéopétrose et ses répercussions bucco-dentaires, à propos de deux cas dans une même fratrie. RFOP. Volume 02-2007, N^o3. PP 124-129.
7. Arnaud coulou, Javotte Nancy. Syndrome de Lesh-nyhan: approches thérapeutique du comportement automutilateur. RFOP. Volume 02-2007, N^o3. PP 130-134.
8. Toure B; Kane AW; Sarr M; Wone M; Fall F (2000). Prevalence du Taurodontisme au niveau molaire chez le senegalais melanoderme age 15-19ans. Odonto-Stomatologie Tropicale 2000 - N^o89.
9. Frédéric Courson (2005). Odontologie pédiatrique au quotidien. Deuxième édition, Édition CDP.
10. Ralph E McDonald (2004). Dentistry for child and adolescent, 3th edition, Mosby.

ĐIỀU TRỊ TUỖ CÁC RĂNG VĨNH VIỄN CHƯA ĐÓNG CHÓP

MỤC TIÊU

1. Trình bày được chỉ định, chống chỉ định và quy trình kỹ thuật sinh chóp răng.
2. Trình bày được chỉ định, chống chỉ định và quy trình kỹ thuật đóng chóp răng.

ĐẠI CƯƠNG

Răng vĩnh viễn chưa đóng chóp (còn có tên khác là chưa trưởng thành) là những răng có đặc điểm chân răng hoặc chóp răng (cuống răng) chưa hình thành hoàn toàn. Sâu răng và chấn thương là hai nguyên nhân chính gây tổn thương tuỷ răng, có thể gây viêm tuỷ hoặc hoại tử tuỷ... Làm sinh chóp và đóng chóp là hai kỹ thuật chính để điều trị tuỷ các răng vĩnh viễn chưa trưởng thành. Răng vĩnh viễn chưa đóng chóp có chân răng ngắn, ống tuỷ rất rộng, lỗ chóp mở, do vậy gây nhiều khó khăn khi điều trị nội nha. Ngà chân răng của răng chưa đóng chóp rất yếu nên dễ bị gãy cổ răng khi có các sang chấn lực nhẹ. Mục tiêu điều trị tuỷ răng chưa đóng chóp là để tiếp tục hình thành chân răng và/hoặc cuống răng sinh lý nhất có thể bằng cách bảo tồn các yếu tố chủ yếu của sự trưởng thành chân răng và cuống răng (mô tuỷ và mô nha chu cuống răng). Quyết định điều trị dựa trên tính sống của tuỷ. Kỹ thuật sinh chóp được chỉ định cho các răng chưa đóng chóp tuỷ còn sống, kỹ thuật đóng chóp được chỉ định cho các răng hoại tử tuỷ.

I. BỆNH CĂN BỆNH LÝ TUỖ RĂNG CHƯA ĐÓNG CHÓP

Nguyên nhân gây viêm tuỷ hoặc hoại tử tuỷ thường gặp nhất là sâu răng và chấn thương răng vĩnh viễn.

Sâu răng: Sâu răng ở trẻ em có nhiều thuận lợi do: kiểm soát mảng bám không tốt, rối loạn chế độ ăn, men răng chưa trưởng thành, hố rãnh khúc khuỷu, khớp khênh răng. Tất cả các yếu tố này tạo ra một cơ địa thuận lợi cho quá trình phát triển bệnh sâu răng.

Chấn thương răng: Có thể là nguyên nhân trực tiếp gây hở tuỷ (gãy thân răng,

gãy thân – chân răng) hoặc tổn thương nha chu, đặc biệt là tổn thương bó mạch–thần kinh cuống răng (bán trật khớp, trật khớp, trôi răng, lún răng, gãy xương ổ răng).

II. ĐIỀU TRỊ TUỖ CÁC RĂNG CHƯA ĐÓNG CHÓP

Trước khi quyết định giải pháp điều trị cần phải chú ý đến một số vấn đề sau:

– Hỏi bệnh: hỏi bệnh nhân và bố mẹ để xác định tiền sử toàn thân, các chống chỉ định điều trị, tình huống chấn thương.

– Thăm khám lâm sàng để đánh giá tính sống của tuỷ, mức độ hở tuỷ, thời gian hở tuỷ, mức độ vỡ thân răng và khả năng phục hồi...

– Xquang: xem mức độ lan rộng của tổn thương, tương quan với tuỷ, giai đoạn hình thành chân răng...;

– Thử tuỷ: quyết định điều trị dựa trên tính sống của tuỷ.

1. ĐIỀU TRỊ TUỖ RĂNG VĨNH VIỄN CHƯA ĐÓNG CHÓP BẰNG KỸ THUẬT SINH CHÓP

Những răng vĩnh viễn có chân răng chưa phát triển đầy đủ sẽ có tỷ lệ thân/chân răng không phù hợp gây nên vấn đề về nha chu và làm răng lung lay. Chân răng có ống tuỷ rộng dễ bị gãy hơn do lớp ngà mỏng. Mặt khác, các răng có chóp chưa hình thành, không có nút chặn ở chóp răng nên khó xác định được chiều dài làm việc và trám bít ống tuỷ. Do đó, khi chỉ có phần tuỷ cao bị ảnh hưởng thì vẫn nên nghĩ tới biện pháp bảo tồn là lấy tuỷ buồng hơn là lấy tuỷ toàn bộ.

1.1. Chỉ định, chống chỉ định

Sinh chóp là sự phát triển và hình thành sinh lý phần cuối chân răng của một răng đang hình thành chưa hoàn toàn bị hở tuỷ trong tình trạng tuỷ còn sống (ANDREASEN, 1990). Kỹ thuật sinh chóp được chỉ định cho các răng chưa đóng chóp tuỷ còn sống.

Kỹ thuật sinh chóp có ba kỹ thuật được lựa chọn là: Che tuỷ trực tiếp, lấy tuỷ buồng từng phần, lấy tuỷ buồng cổ răng

1.1.1. Che tuỷ trực tiếp

Chỉ định:

- Hở tuỷ ít.
- Tuỷ sạch.
- Hở tuỷ do chấn thương < 24 giờ.
- Vỡ thân răng có giới hạn.

Chống chỉ định:

- Toàn thân: Bệnh nhân có nguy cơ.
- Tại chỗ: Tuỷ không sạch, thân răng vỡ lớn, thời gian hở tuỷ > 24 giờ.

1.1.2. Lấy tuỷ buồng

a) Lấy tuỷ buồng từng phần hoặc lấy tuỷ buồng cao

Là kỹ thuật loại bỏ mô tuỷ trong buồng tuỷ tới phần tuỷ lành.

Chỉ định: Hở tuỷ rộng hơn, thời gian hở tuỷ > 24 giờ nhưng < 1 tuần, tuỷ có vẻ sạch, thân răng vỡ lớn hơn.

Chống chỉ định:

- Toàn thân: Bệnh nhân có nguy cơ.
- Tại chỗ: Tuỷ không sạch, thân răng vỡ lớn, thời gian hở tuỷ > 1 tuần.

b) Lấy tuỷ buồng cổ răng hoặc lấy tuỷ buồng thấp

Là kỹ thuật lấy toàn bộ tuỷ buồng tới ngang mức lỗ ống tuỷ, dùng khi mô tuỷ viêm ở lớp sâu phía dưới của buồng tuỷ. Kỹ thuật tương tự lấy tuỷ buồng cao chỉ khác là lấy tuỷ tới ngang mức lỗ ống tuỷ.

Chỉ định: Hở tuỷ rộng, thời gian hở tuỷ > 1 tuần, thân răng vỡ lớn, nhiễm khuẩn ở bề mặt tuỷ.

Chống chỉ định:

- Toàn thân: Bệnh nhân có nguy cơ.
- Tại chỗ: Tuỷ hoại tử.

	Lấy tuỷ buồng từng phần	Lấy tuỷ buồng toàn bộ
Chỉ định	- Hở tuỷ do sâu răng hay chấn thương - Chỉ 1 – 2mm tuỷ buồng có liên quan ở một răng tuỷ sống.	- Hở tuỷ do sâu răng hay chấn thương. - Toàn bộ tuỷ buồng bị ảnh hưởng nhưng răng vẫn còn sống.
Phần tuỷ loại bỏ	1 – 2mm phía trên buồng tuỷ	Toàn bộ tuỷ buồng.
Khả năng liền thương	Tốt hơn do giữ lại được phần tuỷ thân nhiều tế bào.	Tuỷ thuộc vào tình trạng tuỷ chân do đã loại bỏ phần tuỷ giàu tế bào.
Kỹ thuật	Khá đơn giản	Phức tạp hơn lấy tuỷ buồng từng phần.
Thử tuỷ	Kết quả tốt hơn	Vì mất tuỷ thân nên thử tuỷ không đáng tin cậy.

1.2. Nguyên lý

Vùng cuống là một vùng có rất nhiều mạch máu, giàu tế bào, có bao Hertwig tham gia vào quá trình hình thành chân răng. Bao Hertwig rất nhạy cảm với chấn thương, tuy nhiên do khả năng tưới máu tốt ở vùng chóp nó vẫn có thể tiếp tục hình thành chân răng trong trường hợp bị viêm hoặc hoại tử. Nếu bao Hertwig bị phá huỷ hoàn toàn thì quá trình hình thành chân răng bình thường bị ngừng lại. Do đó, mục tiêu điều trị tuỷ răng chưa đóng chóp là để tiếp tục hình thành chân răng và/hoặc cuống răng sinh lý nhất có thể bằng cách bảo tồn các yếu tố chủ yếu của sự trưởng thành chân răng và cuống răng (mô tuỷ và mô nha chu cuống răng).

1.3. Vật liệu

- Calcium hydroxyde: Vì có các đặc tính: sát khuẩn, cầm máu, kháng viêm, cảm ứng khoáng hoá.
- MTA.

1.4. Quy trình kỹ thuật

1.4.1. Che tuỷ trực tiếp

- Gây tê.
- Đặt dam.
- Rửa vết thương bằng huyết thanh sinh lý vô trùng.
- Cầm máu bằng bông gòn hoặc gạc.
- Đặt calcium hydroxyde.
- Bảo vệ calcium hydroxyde bằng các vật liệu đông cứng nhanh.
- Phục hồi thân răng.
- Theo dõi sau phẫu thuật và Xquang.

Tiên lượng thuận lợi: 71 – 88% kết quả tốt theo thời gian dài.

1.4.2. Lấy tuỷ buồng từng phần (lấy tuỷ buồng cao)

- Gây tê.
- Đặt dam cao su.
- Rửa tuỷ bằng huyết thanh sinh lý.
- Lấy khoảng hơn 2mm tuỷ cho đến khi gặp tuỷ lành bằng mũi khoan kim cương hình trụ có nước tưới.
- Rửa vết thương bằng huyết thanh sinh lý vô trùng.
- Cầm máu sinh lý.
- Đặt calcium hydroxyde.
- Bảo vệ calcium hydroxyde bằng các vật liệu đông cứng nhanh.
- Phục hồi thân răng.
- Theo dõi sau phẫu thuật và XQ.

Tiên lượng thuận lợi: 94% đến 96% kết quả tốt theo thời gian dài.

1.4.3. Lấy tuỷ buồng cổ răng (lấy tuỷ buồng thấp)

- Gây tê.
- Đặt dam cao su.
- Rửa răng và vết thương tuỷ.

- Lấy bỏ ngã nhiễm trùng: mũi khoan tròn trên tay khuỷu.
 - Tạo đường vào.
 - Lấy bỏ toàn bộ tuỷ buồng, nếu trên răng nhiều chân lấy bỏ dưới chỗ vào ống tuỷ Imm bằng cây nạo ngã.
 - Rửa vết thương bằng huyết thanh sinh lý.
 - Câm máu sinh lý.
 - Đặt calcium hydroxyde.
 - Bảo vệ calcium hydroxyde bằng các vật liệu đông cứng nhanh.
 - Phục hồi thân răng.
 - Theo dõi sau phẫu thuật và Xquang. Điều trị tuỷ chân ngay sau khi có thể.
- Tiên lượng thuận lợi: 72 đến 79%.*

2. KỸ THUẬT ĐÓNG CHÓP

2.1. Chỉ định, chống chỉ định

Kỹ thuật đóng chóp răng là cảm ứng đóng chóp răng hoặc tạo lại sự phát triển của một răng mà tuỷ không còn sống bằng cách hình thành xương cement hoặc mô có thể so sánh (BREILLAT, 1973).

Ở răng chưa trưởng thành chết tuỷ, dùng kỹ thuật đóng chóp ưu thế hơn việc điều trị tuỷ ngay bởi:

- Chóp răng dạng phễu, lỗ cuống rộng hơn phần ống tuỷ.
- Thành ống tuỷ mỏng và dễ vỡ.
- Rất khó để làm khô hoàn toàn ống tuỷ.

Mục đích: Tạo một điểm chặn ở chóp răng cho việc trám bít ống tuỷ, nút chặn này có thể có được nhờ:

- Kích thích tạo hàng rào calci một cách tự nhiên ở chóp răng hay gần chóp.
- Tạo hàng rào nhân tạo bằng cách đặt các vật liệu ở chóp hay gần chóp.
- Kích thích chân răng dài ra một cách tự nhiên bằng kích thích các tế bào biểu mô Hertwig vỏ chân răng.

Lý do áp dụng kỹ thuật đóng chóp: Mục đích chính của đóng chóp là bảo tồn lớp biểu mô Hertwig ở chân răng và mô tuỷ vùng chóp. Thực tế là sau khi chân răng hoàn thiện, biểu mô Hertwig thoái hoá và phần còn lại của nó nằm ở cuối chóp chân răng. Lớp vỏ biểu mô Hertwig được cho là có khả năng đề kháng tốt với nhiễm khuẩn nên

dù răng không còn sống nhưng vẫn có biểu mô Hertwig ở vùng chóp thì chân răng vẫn có thể tiếp tục phát triển.

Trong kỹ thuật đóng chóp, nên sửa soạn ống tuỷ cách 2mm so với chóp chân răng để tránh làm tổn thương mô tuỷ vùng chóp hay phân biểu mô Hertwig ở khu vực này.

Khi mà biểu mô Hertwig bị tổn thương thì chân răng không thể tự phát triển, cần tạo nút chặn nhân tạo ở vùng chóp bằng các vật liệu thích hợp.

Hàng rào cứng hay calci được tạo ở vùng chóp có dạng phomat Thủy Sĩ, nó có thể giống ngà, cement hay xương.

Khi làm đóng chóp răng có 2 loại sửa chữa có thể xảy ra: Đóng chóp không kéo dài chân răng hoặc đóng chóp có sự kéo dài chân răng do bao biểu mô Hertwig còn sống.

Chỉ định: Răng chưa đóng chóp mà tuỷ bị hoại tử.

Chống chỉ định:

- Toàn thân: Bệnh nhân có nguy cơ.
- Tại chỗ: Thân răng vỡ quá lớn.

2.2. Quy trình kỹ thuật

2.2.1. Đóng chóp bằng calcium hydroxyde

- Đặt dam.
- Làm sạch răng.
- Loại bỏ ngà nhiễm trùng: mũi khoan tròn trên tay khuấy.
- Tạo đường vào.
- Nong rửa cơ học và hoá học: Hypochlorite sodium 2,5%.
- Xác định chiều dài làm việc so với thành tuỷ ngắn nhất (hoặc trừ đi 2mm so với chiều dài đo trên phim Xquang).
- Lau khô ống tuỷ bằng cone giấy vô trùng.
- Đặt calcium hydroxyde lỏng bằng Lentulo hoặc seringue.
- Đặt calcium hydroxyde đặc bằng cây porte-amalgame và cây lèn, cone giấy và cây lèn schilder.
- Kiểm soát Xquang: calcium hydroxyde có độ đục như ngà.
- Phục hồi thân răng tạm thời bằng GIC.
- Theo dõi lâm sàng và Xquang sau 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 1 năm cho đến khi có thanh chắn ở phía chóp, thay lại calcium hydroxyde ngay khi cần thiết.
- Điều trị tuỷ chân khi răng không còn triệu chứng và có thanh chắn có thể nhìn thấy trên Xquang ở vùng chóp (6 đến 18 tháng).

Trám bít ống tuỷ với kỹ thuật lèn ngang không nên sử dụng trong trường hợp này do áp lực sang bên khi lèn có thể gây vỡ chân răng, nên sử dụng kỹ thuật lèn dọc.

Vì lớp ngà trên thành yếu nên việc phục hồi cần tăng khả năng chịu lực của răng. GP nên được lấy bỏ từ ngang mức mào xương ổ răng, sau đó phân ngà răng được etching và trám bằng composite, càng tránh đặt chốt càng tốt.

Tiền lượng thuận lợi: 72 đến 79%.

2.2.2. Đóng chóp bằng MTA và Guttapercha

- Đặt dam.
- Làm sạch răng.
- Loại bỏ ngà nhiễm trùng: mũi khoan tròn trên tay khuỷu.
- Tạo đường vào.
- Nong rửa cơ học và hoá học: Hypochlorite sodium 2,5%.
- Xác định chiều dài làm việc so với thành tuỷ ngắn nhất.
- Lau khô ống tuỷ bằng cone giấy vô trùng.
- Đặt MTA tạo một nút chặn ở cuống.
- Kiểm tra Xquang.
- Làm đầy thêm vùng cuống khoảng 5mm.
- Đặt vào ống tuỷ một bông ẩm, hàn tạm thời ống tuỷ và buồng tuỷ bằng cement trám tạm.
- Trong buổi hẹn tiếp theo, lấy bỏ cục bông ẩm, trám bít ống tuỷ bằng Gutta-percha. Phục hồi lại thân – chân răng sau 7 ngày.

3. ĐIỀU TRỊ NỘI NHA VÀ TRÁM BÍT ỐNG TUỶ NGƯỢC DÒNG

– Trong trường hợp kỹ thuật đóng chóp thất bại, kỹ thuật trám ngược có thể được chỉ định, tuy nhiên cần phải có sự hợp tác tuyệt vời của trẻ.

– Nhược điểm của kỹ thuật này là: khó trám bít kín thành ống tuỷ vì thành mảnh, không đều và dễ gãy vỡ khi lèn. Tuy nhiên, việc cắt cuống làm chiều dài chân răng càng giảm vì chưa hình thành xong.

Kết luận:

Ba kỹ thuật trên có kết quả tốt với điều kiện, chỉ định được đặt ra một cách rõ ràng, tôn trọng quy trình kỹ thuật chặt chẽ. Trong cả 3 trường hợp vật liệu thường được lựa chọn là calcium hydroxyde và Mineral Trioxyde Aggregate (MTA®).

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn câu trả lời đúng cho các câu hỏi sau bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu.

- Kỹ thuật đóng chóp răng vĩnh viễn chưa đóng chóp:
 - Khi làm đóng chóp răng chỉ có một loại sửa chữa có thể xảy ra, đó là đóng chóp không kéo dài chân răng mặc dù bao biểu mô Hertwig còn sống.
 - Được chỉ định trong trường hợp răng vĩnh viễn bị chấn thương.
 - Được chỉ định trong trường hợp răng vĩnh viễn tuỷ bị hoại tử mà lỗ chóp chưa đóng.
 - Không chú ý đến tình trạng bệnh lý toàn thân, có thể chỉ định ở các bệnh nhân có mắc bệnh toàn thân có nguy cơ nhiễm trùng.
- Vật liệu lý tưởng để che phần tuỷ chân răng còn lại trong kỹ thuật lấy tuỷ buồng là:
 - Eugenolate.
 - Ca(OH)₂.
 - MTA.
 - IRM.
- Che tuỷ trực tiếp được chỉ định trong các trường hợp sau:
 - Hở tuỷ ít.
 - Tuỷ sạch.
 - Hở tuỷ do chấn thương < 24 giờ.
 - Vỡ thân răng có giới hạn.
 - Tất cả các trường hợp nêu trên.
- Lấy tuỷ buồng cao:
 - Chỉ định trong trường hợp hở tuỷ, thời gian hở tuỷ >24 giờ nhưng < 1 tuần, tuỷ có vẻ sạch, thân răng vỡ lớn hơn.
 - Chống chỉ định trong trường hợp tuỷ hở ít, thân răng vỡ lớn, thời gian hở tuỷ < 24 giờ.
 - Chỉ định trong trường hợp bệnh nhân có nguy cơ viêm nội tâm mạc cao không thể điều trị tuỷ.
 - Thường chỉ định ở răng người già có dấu hiệu viêm tuỷ.
- Trong kỹ thuật đóng chóp chân răng:
 - Chóp răng được đóng thường do các cầu ngà được hình thành một cách gần như tự nhiên.
 - Chân răng thường được kéo dài hơn do cầu ngà hình thành.
 - Chiều dài chân răng thường không thay đổi do bản chất của việc đóng chóp chính là hình thành một nút chặn calci.
 - Nếu các tế bào biểu mô Hertwig còn sống thì cũng không có khả năng hình thành cầu ngà khi tuỷ đã bị hoại tử.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thuý Nga, Phan Thị Thanh Yên, Phan Ái Hùng, Đặng Thị Nhân Hoà. Nha khoa trẻ em (2001). Nhà xuất bản Y học, Chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh.
2. Odontologie pédiatrique. Université Victor Segalen Bordeaux 2. Année, 2005.
3. MS Duggal, Mej Curzon, SA. Fayle (2002). Restoratrice techniques in peadiatric dentistry, 2th edition, Martin Dunitz.
4. Fédédric Courson (2005). Odontologie pédiatrique au quotidien. Deuxième édition, Éditions CDP.
5. Ralph E. McDonald, David R. Avery, Jeffrey A. Dean. (2010). Dentistry for child and adolescent, 8th edition, Mosby.
6. Revue francophone d'odontologie pédiatrique.

ĐÁP ÁN

Bài 2

Câu 1. A, C, D.

Câu 2. D.

Câu 3. B

Câu 4. (1) Sự tăng trưởng và phát triển, (2) ảnh hưởng của gia đình và bạn bè, (3) tác động của điều trị trong quá khứ, (4) môi trường phòng nha.

Bài 3

Câu 1. Dạy chơi nha khoa trước khi điều trị, nói – trình bày – làm, kiểm soát giọng, kỹ thuật tay che miệng, kìm giữ, khen ngợi và giao tiếp.

Câu 2. 3 – 6 tuổi.

Câu 3. Những cơn giận dữ, kiểm soát giọng nói.

Câu 4. Kìm giữ.

Câu 5. Làm giảm sự lo âu của người mẹ, cho một trẻ sợ hãi đi kèm một trẻ can đảm, kỹ thuật thư giãn và thôi miên, gây mê.

Bài 4

Câu 1. B

Câu 2. B

Câu 3. A

Câu 4. B

Câu 5. B

Câu 6. B

Câu 7. C

Câu 8. B

Câu 9. A

Câu 10. A, B, C, D

Bài 5

Câu 1. A, B, D, E

Câu 2. A, B, C, E

Câu 3. B

Câu 4. E

Câu 5. B

Câu 6. B

Câu 7. A

Câu 8. B

Câu 9. D

Bài 6

Câu 1. B

Câu 2. C

Câu 3. E

Câu 4. E

Câu 5. B

Câu 6. C

Câu 7. A

Câu 8. C

Câu 9. E

Câu 10. E

Bài 7

Câu 1. B

Câu 2. B

Câu 3. B

Câu 4. B

Câu 5. A

Bài 8

Câu 1. U, V, I, IK

Câu 2. A, B

Câu 3. C

Câu 4. 1. G, L, M; 2. O; 3. A, K; 4. C, D, E, F, H, I, J, N; 5. B

Bài 9

Câu 1. B

Câu 2. C

Câu 3. E

Câu 4. B

Câu 5. A

Câu 6. C

Câu 7. A

Câu 8. A

Câu 9. A

Câu 10. C

Bài 10

Câu 1. D

Câu 2. D

Câu 3. D

Câu 4. D

Câu 5. A

Bài 11

Câu 1. A

Câu 2. D

Câu 3. E

Câu 4. D

Câu 5. A, C, E

Bài 12

Câu 1. C

Câu 2. A, C

Câu 3. A, D

Câu 4. E

Câu 5. C

Bài 13

Câu 1. C

Câu 2. B

Câu 3. A, B

Câu 4. A, B, C

Câu 5. D

Bài 14

Câu 1. D

Câu 2. B

Câu 3. E

Câu 4. A, B, C, D, E

Câu 5. C

Bài 15

Câu 1. E

Câu 2. E

Câu 3. D

Câu 4. A

Câu 5. E

Câu 6. B

Câu 7. C

Câu 8. A

Câu 9. A

Câu 10. D

Bài 16

Câu 1. D

Câu 2. A

Câu 3. D

Câu 4. D

Câu 5. C

Câu 6. C

Câu 7. B, C, D, E

Câu 8. B, D, E

Câu 9. A, C, D, E

Câu 10. E

Câu 11. A

Bài 17

Câu 1. D

Câu 5. A

Câu 9. A

Câu 2. C

Câu 6. D

Câu 10. E

Câu 3. B

Câu 7. E

Câu 4. B

Câu 8. B

Bài 18

Câu 1. C

Câu 4. A

Câu 2. C

Câu 5. C

Câu 3. E

Chịu trách nhiệm xuất bản:

Chủ tịch Hội đồng Thành viên kiêm Tổng Giám đốc NGÔ TRẦN ÁI

Phó Tổng Giám đốc kiêm Tổng biên tập VŨ VĂN HÙNG

Tổ chức bản thảo và chịu trách nhiệm nội dung:

Phó Tổng biên tập NGUYỄN VĂN TỰ

Giám đốc Công ty CP Sách ĐH-ĐN NGÔ THỊ THANH BÌNH

Biên tập nội dung và sửa bản in:

BS. VŨ THỊ BÌNH – NGUYỄN HỒNG ÁNH

Trình bày bìa:

ĐINH XUÂN DŨNG

Chế bản:

TRỊNH THỰC KIM DUNG

RĂNG TRẺ EM

(DÙNG CHO SINH VIÊN RĂNG HÀM MẶT)

Mã số: 7B869Y3-DAI

Số đăng kí KHXB : 669-2013/CXB/ 27-778/GD.

In 800 cuốn (QĐ in số : 50), khổ 19 x 27 cm.

In tại Công ty CP in Phúc Yên.

In xong và nộp lưu chiểu tháng 7 năm 2013.