

GS. TS. TRẦN VĂN TRƯỜNG

**VIÊM NHIỄM  
MIỆNG HÀM MẶT**

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC  
HÀ NỘI - 2008

# MỤC LỤC

<b>Chương 1. Những nguyên tắc chung khám viêm nhiễm Miệng - hàm - mặt và điều trị</b> .....	7
I. Đại cương.....	7
II. Nguyên nhân.....	9
III. Cơ chế nhiễm khuẩn và chống nhiễm khuẩn.....	12
<b>Chương 2. Các thể bệnh viêm nhiễm</b> .....	22
I. Thể tiến triển.....	22
II. Thể định khu.....	26
III. Các thể viêm đặc biệt.....	71
<b>Chương 3. Viêm hạch cổ mặt</b> .....	80
I. Đại cương.....	80
II. Viêm hạch cổ mặt cấp tính.....	81
III. Viêm hạch cổ mặt mạn tính.....	84
IV. Chẩn đoán viêm hạch.....	85
V. Điều trị.....	85
<b>Chương 4. Viêm xoang hàm trên do răng</b> .....	86
I. Nhắc lại bào thai và giải phẫu.....	86
II. Bệnh sinh và bệnh căn.....	88
III. Giải phẫu bệnh.....	88
IV. Các thể lâm sàng.....	89
V. Biến chứng do viêm xoang.....	92
VI. Chẩn đoán viêm xoang.....	92
VII. Điều trị viêm xoang do răng.....	93
VIII. Điều trị thông miệng - xoang mũi.....	94
<b>Chương 5. Viêm xương tủy hàm</b> .....	96
I. Đại cương.....	96
II. Yếu tố giải phẫu và định khu.....	97
III. Yếu tố bệnh sinh.....	98
IV. Giải phẫu bệnh.....	98
V. Viêm xương tủy hàm dưới.....	100
VI. Viêm xương tủy hàm trên.....	114
VII. Viêm xương má.....	117
VIII. Chẩn đoán viêm xương tủy hàm.....	118

IX. Điều trị viêm xương tủy hàm .....	119
<b>Chương 6. Biến chứng xa của nhiễm khuẩn và kích thích do nguyên nhân răng miệng .....</b>	<b>123</b>
I. Đại cương .....	123
II. Lý thuyết bệnh sinh.....	124
III. Biến chứng xa do nhiễm khuẩn .....	127
<b>Chương 7. Những biểu hiện viêm nhiễm niêm mạc miệng.</b>	<b>145</b>
I. Nhiễm vi khuẩn và virus .....	145
II. Viêm niêm mạc miệng do thiếu vitamin.....	150
<b>Chương 8. Những biểu hiện ở niêm mạc miệng của bệnh HIV/AIDS .....</b>	<b>151</b>
<b>Chương 9. Thuốc kháng sinh và thuốc chống viêm trong điều trị viêm nhiễm Miệng - hàm - mặt .....</b>	<b>156</b>
I. Thuốc kháng sinh chống vi khuẩn .....	156
II. Thuốc kháng sinh chống nấm .....	166
III. Các Sunfamid .....	167
IV. Hóa liệu pháp chống virus.....	168
V. Những thuốc chống viêm .....	169
<b>Chương 10. Vitamin và viêm nhiễm Miệng - hàm - mặt....</b>	<b>170</b>
<b>Phụ lục. Một số thuốc thường dùng trong điều trị viêm nhiễm Miệng - hàm - mặt.....</b>	<b>173</b>
Thuốc kháng sinh chống vi khuẩn nhóm beta - lactamin .....	173
I. Nhóm Penicilin.....	173
II. Nhóm Aminositid .....	174
III. Nhóm Cloramphenicol .....	175
IV. Nhóm Cyclin .....	175
V. Nhóm Macrolid.....	176
Thuốc kháng sinh chống nấm .....	177
Thuốc chống virus .....	178
Thuốc chống nề viêm.....	179
Một số thuốc chống viêm có corticoid và không steroid .....	181
<b>Tài liệu tham khảo .....</b>	<b>182</b>

## Chương 1

# NHỮNG NGUYÊN TẮC CHUNG KHÁM VIÊM NHIỄM MIỆNG – HÀM – MẶT VÀ ĐIỀU TRỊ

### I. ĐẠI CƯƠNG

Những khoang tế bào và vùng giải phẫu quanh xương hàm thường hay bị nhiễm khuẩn. Bệnh cảnh lâm sàng có nhiều dạng, tùy thuộc vào bệnh căn, vị trí giải phẫu bệnh lý, tiến triển và cách thức điều trị. Viêm nhiễm vùng Miệng - hàm - mặt nhất là do răng và do các nguyên nhân khác là những vấn đề thường gặp, đòi hỏi xử trí cấp, vì ngoài sự đau đớn, bệnh có thể gây ra những biến chứng nặng như nhiễm khuẩn máu, viêm tắc tĩnh mạch, áp xe các cơ quan quan trọng như tim, phổi... có thể gây nên tử vong. Xử trí viêm nhiễm hàm - mặt có khi dễ, nhưng có nhiều khi rất khó khăn do điều kiện tuổi, cơ thể suy yếu, cách xử trí và chẩn đoán khởi đầu chưa đúng, làm biến đổi những dấu hiệu lâm sàng, cách sử dụng và hiện tượng kháng sinh của vi khuẩn, do đó việc điều trị ở bước sau trở nên khó khăn hơn.

Mặc dầu trong thế kỷ nay đã có những tiến bộ lớn về phòng và chữa bệnh răng - miệng, nhưng viêm nhiễm cấp và mãn do răng vẫn còn là vấn đề quan tâm lớn đối với thầy thuốc chuyên khoa răng - hàm - mặt.

Viêm nhiễm miệng - hàm - mặt thường gặp ở bất cứ lứa tuổi nào, từ vài tuần sau đẻ cho đến lứa tuổi 70.

Trong 405 trường hợp viêm nhiễm phần mềm quanh xương hàm được tác giả xử trí ở Bệnh viện Răng hàm mặt cho thấy: các vùng bị viêm và áp xe phổ biến là vùng dưới hàm, mang tai, má, rồi đến các vùng khác, trong đó có nhiều trường hợp bị nhiễm khuẩn máu, gây biến chứng nặng lan đến các cơ quan khác của cơ thể.

**Bảng 1. Các vùng bị viêm nhiễm**

Vùng viêm nhiễm	Số lượng	Tỷ lệ
Dưới hàm	153	37,77%
Nhiễm tụ cầu mới trên (đỉnh râu)	52	12,83%
Mang tai	47	11,60%
Má	31	7,65%
Dưới cằm	14	3,45%
Sàn miệng	14	3,45%
Cạnh cổ	11	2,71%
Trước tai	4	0,98%
Các vùng khác	79	19,50%

Quá trình viêm nhiễm cấp ở vùng hàm - mặt, niêm mạc miệng không chỉ là những biểu hiện thường gặp do răng gây nên, mà còn là những biểu hiện của bệnh toàn thân. Bệnh nhân bị dị ứng bởi những yếu tố ngoại lai nào đó có thể biểu hiện trước hết ở niêm mạc miệng bị tổn thương, sau đó có thể bị viêm nhiễm thứ phát. Những bệnh do thiếu dinh dưỡng phần lớn biểu hiện bằng loét niêm mạc miệng. Nhiễm độc hoá chất cũng hay thể hiện bằng thương tổn niêm mạc miệng. Nhiều u và nang do răng được phát hiện qua viêm nhiễm cấp. Nhiều bệnh về máu, ung thư, HIV/AIDS có những biểu hiện sớm bằng viêm loét tổ chức vùng miệng, nhất là niêm mạc vùng sau răng hàm lớn, làm cho ta có thể chẩn đoán nhầm với viêm tổ chức quanh thân răng. Di căn ung thư tiên phát của ngực, tuyến tiền liệt có khi biểu hiện bằng những thương tổn viêm cấp thứ phát hoặc giống như áp xe tổ chức vùng miệng v.v...

Đặc biệt là nhiễm HIV, AIDS có biểu hiện sớm thương tổn viêm ở niêm mạc miệng. Quá trình nhiễm khuẩn vùng miệng - hàm - mặt có liên quan đến nhiều yếu tố: nguyên nhân, giải phẫu, có chế gây bệnh, sự đề kháng của cơ thể... cho nên cần hiểu biết các vấn đề trên trước khi nghiên cứu các thể lâm sàng và điều trị.

## II. NGUYÊN NHÂN

### 1. Nguyên nhân chính

#### a. Do răng (1)

– Trước hết là những biến chứng do sâu răng, viêm tủy, tiếp theo là viêm tổ chức quanh chóp răng. U hạt và nang răng hình thành quanh chóp răng sớm hay muộn cũng bị viêm, và từ đó viêm lan rộng đến tổ chức tế bào và phần mềm.

– Sang chấn răng (*gây rạn nứt, đụng dập, gãy*) làm tủy răng bị chết sau đó bị nhiễm khuẩn.

– Tai nạn do mọc răng sữa, răng vĩnh viễn, nhất là răng khôn (*mọc lệch, mọc ngầm*).

– Viêm quanh chóp răng hay viêm quanh răng vùng bên, thể túi mũ, vi khuẩn xâm nhập trực tiếp vào tổ chức tế bào, hoặc gián tiếp sau viêm tủy hoại thư.

– Nhổ răng: nhiễm khuẩn sau mổ hoặc nhiễm khuẩn do sang chấn làm rách lợi, tổn thương xương ổ răng.

#### b. Nguyên nhân do điều trị

– Điều trị ống tủy răng, đẩy tổ chức tủy nhiễm khuẩn qua chóp răng, lấy cao răng, hàn ống tủy răng chưa tốt.

– Tai biến do làm răng hàm giả: mài răng làm tổn thương răng sống, tháo lắp hàm giả gây sang chấn.

– Tai nạn do nắn chỉnh răng: lực kéo quá cao làm răng bị chết.

– Phẫu thuật viêm quanh răng.

– Phẫu thuật trong miệng, nạo tổ chức sau khi nhổ răng.

– Phẫu thuật chỉnh hình (mở xương hàm làm tổn thương răng và răng bị chết).

– Phẫu thuật hàm mặt làm tổn thương và chết răng.

– Nhiễm khuẩn do nhổ răng.

### **c. Những nguyên nhân khác**

– Nang xương hàm, nang chân răng, nang răng mọc ngầm nhiễm khuẩn.

– Viêm tủy xương hàm, vi khuẩn lan vào phần mềm.

– Gãy xương hàm nhất là gãy hở thông với miệng, hoặc đường gãy đi qua răng nhiễm khuẩn.

– Vết thương phần mềm hàm mặt làm rách nát tổ chức, vết thương chột, dị vật nằm trong tổ chức.

– Nhiễm khuẩn tuyến nước bọt: viêm tuyến nước bọt, sỏi tuyến, sỏi ống tiết nước bọt gây nhiễm khuẩn. Từ nhiễm khuẩn tuyến hay ống tiết nước bọt gây nhiễm khuẩn phần mềm tương ứng.

– Nhiễm khuẩn da và niêm mạc như viêm nang lông, viêm da, viêm miệng, nhọt ở mặt (nhiễm tụ cầu khuẩn nặng, đinh râu). Đinh râu có thể gây nhiễm khuẩn nặng.

– Nhiễm khuẩn amidan có thể gây áp xe khoang bên hầu hay quanh amidan.

– Nhiễm HIV/AIDS.

– Viêm xoang hàm trên biến chứng gây viêm xương hàm và sau đó nhiễm khuẩn phần mềm. Tai nạn do kỹ thuật chọc xoang gây nhiễm khuẩn vào các vùng quanh hàm.

– Tai nạn do gây mê: thuốc tê, kim, dụng cụ không vô khuẩn.

## **2. Nguyên nhân thuận lợi**

### **a. Điều kiện giải phẫu**

– Tổ chức tế bào: là tổ chức liên kết lỏng lẻo gồm những bó sợi keo, sợi chun và những tế bào liên kết tự do, tất cả xen kẽ nhau. Những vùng tổ chức mỡ gồm có những tế bào mỡ rất lớn, hình cầu đa diện, làm thành những thùy hay đám, được ngăn cách bởi những vách tổ chức liên kết xơ. Những mạch máu nhỏ và hệ thống lâm ba trong vùng hợp thành tổ chức liên kết hoàn chỉnh. Hệ thống bám của cơ cắn vào mặt ngoài và mặt trong xương hàm trên và hàm dưới, ngăn thành những vùng, trong đó có tổ chức tế bào. Tổ chức tế bào này thông với nhau mặc dầu có những vách ngăn

cơ cân, do đó, viêm nhiễm từ một vùng này dễ lan rộng sang vùng khác. Tổ chức mỡ nằm giữa các vùng cơ cân có tác dụng như hệ thống giảm ma sát, “làm trơn” cho những cử động của xương hàm dưới, lưỡi, nhãn cầu những chuyển động giữa các cơ, giữa cơ - cân, cơ - xương.

– Người ta chia các đám mỡ như sau:

- + Đám mỡ bên: đi từ vùng thái dương đến vùng má, sau khi bao cãnh lên xương hàm dưới. Đám mỡ bên thông phía trước với vùng má, phía ngoài với vùng dưới da, phía trong với khoang dưới mang tai trước hay vùng cạnh amidan và vùng ổ mắt, phía sau với vùng mang tai sau hay vùng sau trâm và vùng bên hầu.
- + Đám mỡ giữa: hình móng ngựa lõm ở giữa theo hình xương hàm dưới. Hình dạng các đám mỡ thay đổi theo hình dạng của cơ, cân như cơ mút ở mặt ngoài, cơ hàm - móng ở mặt trong.

Tất cả tổ chức mỡ đều thông với nhau.

Đám mỡ giữa liên quan phía sau với vùng cãnh, chân hõm trên đòn, trung thất v.v...

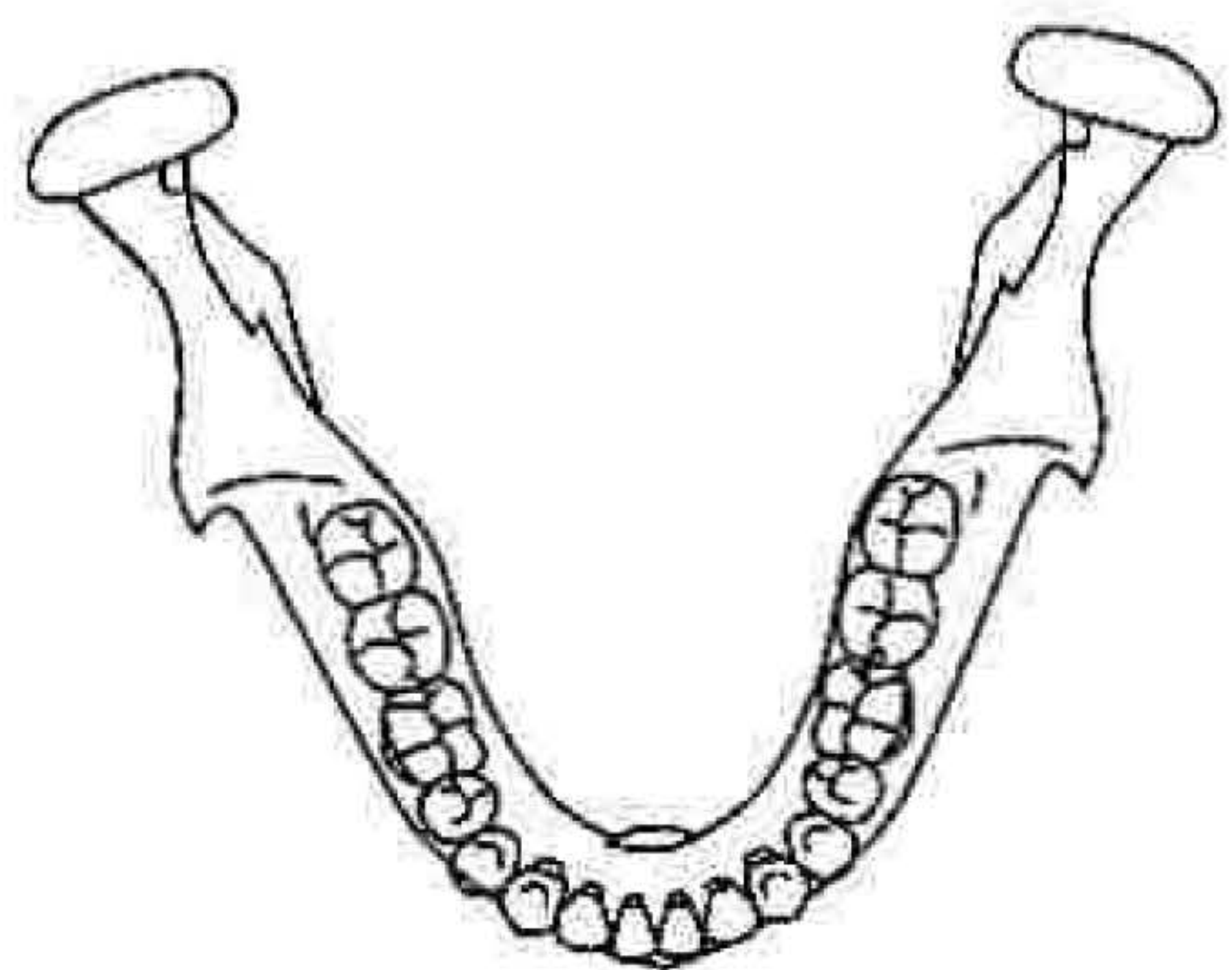
Tóm lại, tổ chức tế bào hay tổ chức mỡ ở mặt hình thành một thể thống nhất, mặc dầu có vách ngăn cơ - cân, do đó, về mặt phẫu thuật, nhiễm khuẩn rất dễ lan rộng.

## **b. Răng**

Vị trí, tư thế của răng đối với bản xương, vị trí của chóp răng đối với chỗ bám của cơ - cân có liên quan đến điểm bắt đầu và lan rộng của viêm nhiễm.

– Hàm trên: tất cả các ổ răng đều gắn với bản ngoài hơn bản trong của xương, trừ chân trong nghiêng về phía vòm miệng, giống như chân của răng cửa bên.

– Hàm dưới: (H1)



H1. Vị trí xương ổ răng với bản xương hàm dưới



- + Răng cửa, răng nanh, răng hàm nhỏ thứ nhất gần với bản ngoài của xương.
- + Răng hàm lớn thứ nhất và răng hàm nhỏ thứ hai gần ở chính giữa.
- + Răng hàm lớn thứ hai, thứ ba ở gần bản trong xương.

Người ta còn gọi “răng xoang” để chỉ răng có liên quan đến xoang hàm trên (*răng số 6 trên*), hay “răng trên - móng” (*răng cửa, răng nanh, răng hàm nhỏ dưới*), “răng dưới hàm - móng” (*răng hàm dưới*), vì chân răng chiếu vào vùng này. Nhiễm khuẩn do răng bao giờ cũng bắt đầu từ vùng gần nhất, theo con đường gần nhất, cho nên những vùng sát chóp răng là những vùng bị viêm đầu tiên.

### III. CƠ CHẾ NHIỄM KHUẨN VÀ CHỐNG NHIỄM KHUẨN

Bất cứ viêm nhiễm nào cũng được xem như một đối kháng giữa hai lực đối nhau: cơ thể bệnh nhân và vi khuẩn xâm nhập. Số lượng vi khuẩn nhiều và loại có độc tính cao có hại hơn số lượng vi khuẩn ít và có độc tính thấp. Ví dụ: tụ cầu khuẩn có hại hơn trực khuẩn sữa, một số vi khuẩn còn tiết độc tố và men, làm cho nhiễm khuẩn dễ lan rộng. Một số yếu tố sẵn có của cơ thể chống được sự xâm nhập của vi khuẩn như lớp đệm dày của niêm mạc, men chống vi khuẩn của nước bọt, tuần hoàn của máu qua các cấu trúc của vùng miệng đồng thời đem đến bạch cầu thực khuẩn cầu để chống vi khuẩn. Kháng thể và bổ thể trong protein huyết thanh cũng tăng cường sự chống đỡ vi khuẩn. Một số bệnh làm giảm sức đề kháng của cơ thể như đái tháo đường, thiếu dinh dưỡng, suy tủy dùng nhiều corticoid kháng sinh...

#### 1. Vi khuẩn

Trong miệng có nhiều loại vi khuẩn ưa khí và kỵ khí. Một số vi khuẩn không gây bệnh sống bình thường, cộng sinh trong khoang miệng (*não mô cầu, trực khuẩn sữa*), một số thường gây viêm nhiễm răng, ổ răng (*liên cầu khuẩn beta tán huyết, liên cầu và tụ cầu alpha*).

Một số loại như trực khuẩn kết tràng (*pseudomonas, coli*) mới xuất hiện từ khi có kháng sinh, hoặc khuẩn hoại vật (*trực khuẩn coryne*) trong miệng chỉ gây bệnh khi có điều kiện như cơ thể suy yếu hay kém đề kháng. Sự phối hợp của những vi khuẩn kỵ khí làm cho nhiễm khuẩn do răng càng nặng thêm và việc điều trị cũng khó khăn hơn.

- Những vi khuẩn ưa khí loại gram (+) chủ yếu là tụ cầu khuẩn, liên cầu khuẩn, trực khuẩn coryne. Thông thường những loại này mẫn cảm với kháng sinh thuộc họ beta-lactamin, aminosid, macrolid, tetracyclin.

Loại gram (-) chủ yếu là moraxella - neisseria cũng mẫn cảm với các loại kháng sinh kể trên.

- Những vi khuẩn kỵ khí: loại này thường phối hợp với vi khuẩn ưa khí. Do tính chất bám sinh nhiều hơi và men tiết của chúng làm cho quá trình nhiễm khuẩn nhanh chóng lan rộng và nặng thêm.

Loại gram (+) có ramibacterium, liên cầu khuẩn, trực khuẩn coryne, micrococcus, bifidobacterium, tụ cầu khuẩn kỵ khí, catenabacterium...

Loại gram (-) ít gặp, có ristella sphaerophorus, veillonella, alcalescens. Kháng sinh họ macrolid và beta - lactamin có tác dụng đối với loại vi khuẩn này.

Trước thời đại kháng sinh, người ta tìm thấy vi khuẩn gây viêm nhiễm răng - ổ răng thường chỉ là liên cầu khuẩn nhưng những nghiên cứu gần đây cho thấy rằng tụ cầu khuẩn và ngay cả trực khuẩn kết tràng gram (-) cũng là những yếu tố gây nhiễm khuẩn vùng miệng. Cây vi khuẩn tủy răng sâu thấy có nhiều loại vi khuẩn trong một buồng tủy, nhưng phần lớn là những vi khuẩn có sẵn trong miệng. Tụ cầu thường hay gây hoại tử tổ chức và áp xe; liên cầu khuẩn do men phá hủy tổ chức thường gây viêm mô tế bào. Loại vi khuẩn thường gặp ở vùng miệng là liên cầu alpha, tụ cầu vàng, xoắn khuẩn. Vi khuẩn hay gặp ở vùng khẩu hầu là: liên cầu alpha, vi khuẩn coryne.

Trong 100 trường hợp cây mủ trên bệnh nhân bị áp xe do răng, tỷ lệ các loại vi khuẩn gây bệnh tìm thấy như sau:

**Bảng 2.** Các loại vi khuẩn trong 100 trường hợp cây mủ

Loại vi khuẩn	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Tụ cầu vàng gây bệnh	62	62
Tụ cầu vàng không gây bệnh	1	1
Liên cầu khuẩn vàng tán huyết	14	14
Trực khuẩn gram (-)	3	3
Song cầu khuẩn gram (+)	1	1
Vi khuẩn sinh hơi	1	1
Không thấy vi khuẩn mọc	18	18

Đối với những trường hợp nặng, nghi ngờ nhiễm khuẩn máu, đã tiến hành cấy máu 23 trường hợp (*trong 405 trường hợp nói trên*), trong 7 trường hợp dương tính thì tất cả là tụ cầu vàng gây bệnh, còn 16 trường hợp không thấy vi khuẩn mọc.

Trong một nghiên cứu cấy mủ phân lập vi khuẩn trên 416 mẫu bệnh phẩm của 409 bệnh nhân viêm nhiễm miệng-hàm-mặt do ZA Abdul Rahman (2). Khảo sát kết quả thu được như sau:

109 mẫu có vi khuẩn bình thường, 228 mẫu có vi khuẩn gây bệnh, 79 mẫu không mọc, vi khuẩn gây bệnh phổ biến là streptococcus viridans (22,4%), staphylococcus aureus (18,4%), cầu khuẩn ruột gram(-) (enteric G (-) 20,2%, và trực khuẩn mủ xanh (*Pseudomonas Aeruginosa*) 9,7%. Tất cả các chủng streptococcus viridans đều nhạy cảm với dòng pencilin, streptococcus viridans và staphylococcus aureus (*tụ cầu vàng*) nhạy cảm với erythromycin (85,7% đến 87,1%).

**2. Đường xâm nhập của vi khuẩn:** nhiễm khuẩn do răng và quanh răng thâm nhập vào tổ chức tế bào bằng các đường khác nhau:

- Đường xương - màng xương: đường thông thường nhất do nhiễm khuẩn cấp hay mạn vùng quanh chóp răng. Vi khuẩn từ ổ răng sâu xâm nhập vào tủy, vào vùng quanh chóp răng, từ đó qua xương,

màng xương vào phần mềm. Viêm mạn tính quanh chóp răng có thể phá hủy xương gây rò ra da hoặc niêm mạc, hoặc gây viêm xương tuỷ và sau đó là xâm nhập tổ chức tế bào quanh xương.

– Đường bạch huyết và tĩnh mạch: gặp trong những thể nặng (*viêm mô tế bào tỏa lan, viêm tắc tĩnh mạch, nhiễm khuẩn máu*).

– Đường trực tiếp: đặc biệt do gây tê tại chỗ và gây tê vùng, kim và thuốc gây mê đưa vi khuẩn tiếp vào tổ chức tế bào.

**3. Phản ứng của cơ thể đối với nhiễm khuẩn:** cơ thể phản ứng lại nhiễm khuẩn bằng nhiều thể khác nhau, hai hệ thống bảo vệ có cơ chế quan hệ mật thiết với nhau là hệ thống chung toàn thân và hệ thống đặc hiệu:

– Hệ thống chung toàn thân: một cách khái quát là khi một yếu tố viêm nhiễm xâm nhập vào tổ chức tế bào sẽ bị ngăn chặn trước hết bởi hàng rào bảo vệ lý - hoá: những tế bào liên kết trong mạng lưới sợi keo và chun nằm trong chất đông (*gen*) nhầy - đa đường. Do tính chất đông dính, chất gen này chống lại sự di chuyển của những yếu tố viêm nhiễm, pH chung của tổ chức là acid. Ngay sau khi nhiễm khuẩn, dịch tiết thanh - huyết tương đổ vào vùng viêm nhiễm, trong dịch có nhiều thành phần như lysozym, bổ thể, interferon. Các chất này có thường xuyên nhưng đậm độ thay đổi tùy lúc. Loại khác có khi có như polypeptid base cũng có tính chất diệt khuẩn cao. Cơ chế bảo vệ này là cơ chế bảo vệ thể dịch.

– Nếu vi khuẩn vượt qua được loại bảo vệ này, cũng sẽ bị thực bào diệt. Đó là những bạch cầu đa nhân rất di động, sức đề kháng yếu, đời sống ngắn, chỉ có tác dụng trên một số vi khuẩn, những bạch cầu đơn nhân to cũng có tác dụng diệt khuẩn vừa, những đại thực bào ít di động, nhưng sức đề kháng và hoạt tính cao, có đời sống dài.

– Cơ chế bảo vệ đặc biệt riêng cho từng cá thể, do bẩm sinh hay đưa vào. Đó là tác động của hai loại tế bào lympho:

- + Lympho phụ thuộc tuyến ức hay lympho T: phát sinh từ những tế bào gốc của tủy xương và do tuyến ức chi phối. Những tế bào lympho T này không tác động trực tiếp vì chúng không tiết kháng thể, nhưng chúng kích thích hoạt

động của những đại thực bào, chúng là nguyên nhân của những phản ứng miễn dịch hay miễn dịch, bằng cách kích thích sản sinh protein huyết thanh mới: globulin miễn dịch G.

- + Lympho độc lập hay lympho B: cũng phát sinh từ tủy xương nhưng độc lập với tác dụng của tuyến ức. Tế bào này tổng hợp và tiết kháng thể, chủ yếu chống lại độc tố của vi khuẩn.

**4. Phương pháp khám và chẩn đoán viêm nhiễm miệng - hàm - mặt (3):** cơ thể là một khối thống nhất, viêm nhiễm vùng miệng - hàm - mặt, nhiều khi là biểu hiện tại chỗ của bệnh toàn thân, vì thế khi thăm khám cũng phải theo những quy tắc chung:

– Khám lâm sàng: mục đích để chẩn đoán và xác định bệnh. Dựa trên cơ sở quan sát và đánh giá những dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng của bệnh bằng nhìn và sờ (*đối với viêm nhiễm tại chỗ*).

Tại chỗ: viêm nhiễm thường biểu hiện bằng các dấu hiệu nóng, đỏ hay trắng (*áp xe*), sưng hay biến dạng, rối loạn chức năng như đau, nhức, khó nhai, khó nuốt v.v... Tại chỗ phải khám ngoài miệng và trong miệng.

Khám ngoài miệng: nhìn xem mặt có cân đối không có biến dạng không, sưng ở vùng nào, khu trú hay lan đến các vùng khác. Màu sắc của da bình thường hay đỏ, trắng hoặc có màu khác. Sờ để xác định mật độ của vùng sưng như cứng, chắc, ấn mềm như bột nhào hay như nước (*chuyên sóng*). Những dấu hiệu này quan trọng vì nó thể hiện quá trình của viêm nhiễm đang ở giai đoạn nào của bệnh lý (*viêm, áp xe, phlegmon*), do đó mà có thái độ điều trị khác nhau.

Khám các hệ thống hạch như hạch dưới hàm, cạnh cổ, dưới cằm, vùng mang tai, chẩm, vì mỗi chuỗi hạch đều có quan hệ giải phẫu với một vùng tương ứng răng, hàm, mặt. Từ phản ứng hạch có thể tìm được ổ viêm hay nguyên nhân gây viêm.

Khám trong miệng: miệng há được bình thường hay khó há... Những viêm nhiễm do răng hàm lớn, nhất là răng khôn dưới, luôn luôn gây khó há miệng, nhiều khi chỉ há được được một ít (cm). Khám tất cả các bộ phận và tổ chức trong miệng, nhất là niêm mạc.

- + Môi: nhìn và sờ để tìm những thay đổi về hình thể, màu sắc, cấu trúc của tổ chức, có thương tổn thực thể không.
- + Niêm mạc miệng: màu sắc bình thường hay thay đổi, mật độ của niêm mạc, lỗ các ống tiết nước bọt của tuyến mang tai, tuyến dưới hàm, tình trạng của dịch tiết bình thường hay đục, hoặc có mủ.
- + Ngách lợi trên và dưới: bình thường hay sưng nề, hoặc sung huyết, mật độ, vùng định khu, tương ứng với răng nào.
- + Vòm miệng: cứng hay mềm, lưỡi gà, thành hầu có thay đổi màu sắc hay có thương tổn bệnh lý không, tình trạng vùng amidan, họng.
- + Lưỡi: khám trong tư thế nghỉ và cử động các phía: nhìn và sờ để xác định màu sắc, cấu trúc, mật độ, độ nhìn, độ lớn, những thương tổn bất thường.
- + Sàn miệng: nhìn và sờ xem sàn miệng có sưng nề, loét, mật độ cứng hay mềm, màu sắc.
- + Lợi răng: màu sắc, hình thể, cấu trúc, có thương tổn hay thay đổi như loét, bong, co, viêm, phì đại.
- + Răng: khám toàn bộ răng và tổ chức quanh răng chú trọng các răng sâu, viêm tủy, viêm quanh răng. Nên chụp phim X quang, panorama toàn bộ răng vùng xương hàm nghi ngờ, hoặc chụp phim sau ổ răng ở các răng nghi ngờ là nguyên nhân gây viêm nhiễm.
- + Khớp cắn: phân tích khớp cắn trong tư thế nghỉ và cử động, khớp cắn sai hoặc sang chấn có thể gây nên những thương tổn quanh răng, xương ổ răng hoặc làm cho răng chết, vì đứt các mạch và thần kinh nuôi dưỡng ở cuống răng.

- Khám chức năng:

- + Há và ngậm miệng xem có dấu hiệu khít hàm không, mức độ. Những áp xe có ảnh hưởng đến các cơ cắn và cơ nâng hàm thường gây nên khít hàm nhiều hoặc ít.

- + Nhai bình thường hay khó khăn hoặc không thể nhai được (thường do viêm nhiễm, áp xe vùng cắn và sàn miệng, lưỡi).
- + Nói bình thường hay biến dạng, có rõ không. Áp xe hay viêm tỏa lan sàn miệng, lưỡi thường hay gây rối loạn phát âm.
- + Thở bình thường hay khó khăn, nhịp thở. Viêm tỏa lan sàn miệng (Ludwig), áp xe lưỡi, thành hầu gây sưng nề làm cản trở đường hô hấp.
- + Khám toàn thân có mục đích phát hiện những bệnh toàn thân có biểu hiện viêm nhiễm hay thương tổn ở vùng miệng, hàm, mặt. Cần chú ý: khám các cơ quan, bộ phận có liên quan đến viêm nhiễm vùng răng, hàm, mặt.
- + Đầu cổ: cân đối hoặc biến dạng, tình trạng các cơ mặt (*sưng, co thắt, co cứng dạng uốn ván*), các tuyến chuỗi hạch cổ, mặt và các vùng khác (*sưng, viêm, làm mủ, đau*).
- + Tai, mũi, họng: tai ngoài, tai giữa, mũi, xoang, amidan, họng, có ổ viêm và liên quan đến viêm nhiễm hàm, mặt không.
- + Mắt: cử động nhãn cầu, viêm, phù nề mí, lồi mắt, đau rức (*trong viêm tắc tĩnh mạch mắt*), thị lực.
- + Hệ thống tuần hoàn: mạch, nhịp tim.
- + Hệ thống hô hấp: nhịp thở.
- + Hệ thống tiêu hoá: các bệnh dạ dày, gan, mật...
- + Hệ thống tiết niệu: viêm, hư thận các thể, tình trạng bài tiết nước tiểu.
- + Hệ thống thần kinh: đau và rối loạn cảm giác, chú các dây thần kinh V, VII, IX, XII, vì có liên quan với vùng hàm, mặt. Tình trạng bệnh lý thần kinh, tâm thần.
- + Hệ thống cơ, xương: viêm và bệnh lý ở da và niêm mạc miệng, hàm, mặt.

**5. Nguyên tắc chung về điều trị viêm nhiễm miệng, hàm, mặt:** nguyên tắc là chẩn đoán sớm, điều trị nhanh và tích cực bằng

thuốc, phẫu thuật, nâng đỡ cơ thể. Những vấn đề chủ yếu cần thực hiện trong quá trình điều trị:

- Phát hiện và chẩn đoán lâm sàng sớm bằng dựa vào quá trình bệnh lý và khám thực thể.

- Cận lâm sàng: cần làm những xét nghiệm chủ yếu:

- + Cấy máu: cần lấy máu để cấy trong tất cả mọi trường hợp nhiễm khuẩn nặng, nhất là khi nghi nhiễm khuẩn máu, nhiễm độc. Phải cấy máu trước khi điều trị kháng sinh, sau đó cho ngay kháng sinh có phổ rộng trong khi chờ đợi kết quả của cấy máu và kháng sinh đồ.
- + Nói chung nên dùng kháng sinh có phổ rộng và đủ mạnh. Nếu sau 48 giờ thuốc không có tác dụng thì có thể thay thuốc khác hoặc tăng liều lượng kháng sinh.
- + Cấy vi khuẩn: ngay sau khi rạch dẫn lưu mủ, lấy ngay mủ gửi đi cấy và phân lập vi khuẩn. Cần phân lập các loại vi khuẩn ưa khí, kỵ khí và cả nấm nếu có thể được.
- + Làm kháng sinh đồ: để sử dụng loại kháng sinh có tác dụng ức chế đối với vi khuẩn. Đây là một nguyên tắc thông thường trong sử dụng thuốc kháng sinh.

- Điều trị kháng sinh: khi đã có dấu hiệu nhiễm khuẩn, thì phải điều trị kháng sinh để ngăn chặn vi khuẩn phát triển. Sử dụng kháng sinh phải hợp lý đúng mức, đủ thời gian, liều lượng vừa phải.

- Bồi phụ nước điện giải: trong trường hợp sốt cao, hoặc người bệnh vì đau không uống được nước nên có thể bị mất nước, phải truyền dịch để giữ thăng bằng lượng dịch. Khi nhiệt độ cơ thể tăng 1- 2<sup>0</sup>C là có thể có dấu hiệu mất nước. Cần theo dõi diễn biến tăng giảm của thân nhiệt trong trường hợp viêm cấp bằng cách lấy nhiệt độ. Nhiệt độ cơ thể cao thì nhu cầu về đường cũng cao, có thể cho dung dịch đường có đậm độ 5-10%. Protein trong máu là một yếu tố quan trọng để khôi phục lại tổ chức và tăng sức đề kháng chống lại nhiễm khuẩn, nhiễm độc, vì thế cần cho bệnh nhân ăn chế độ mềm hay lỏng giàu protein và calor. Nếu bệnh nhân không thể ăn hay khó nuốt, nên truyền dung dịch plasma. Trường hợp điều trị viêm nhiễm kéo dài, cơ thể bệnh nhân suy nhược,



hemoglobin hoặc hematocrit giảm, có thể truyền máu với lượng vừa phải, để tăng khả năng đề kháng và miễn dịch.

Đối với những bệnh nhân già yếu hoặc ít tuổi, hoặc có những bệnh khác kèm theo thì chú ý nâng đỡ thể trạng để tăng sức đề kháng cơ thể, nhất là khi bị sốt cao mất nước do không ăn uống được, mỗi ngày cần đảm bảo cho bệnh nhân 2000 ml dịch bằng uống hoặc truyền tĩnh mạch: dịch đưa vào phải giàu protein và chất điện phân như natri, kali.

- Điều trị phẫu thuật: bao gồm rạch dẫn lưu mủ điều trị tủy, cắt chóp răng hoặc nhổ răng nguyên nhân tùy theo bệnh lý...

+ Rạch dẫn lưu: khi ổ mủ đã hình thành phải mở dẫn lưu ngay, nhất là trong trường hợp viêm tấy tỏa lan (*phlegmon*), mở đủ rộng tất cả các ổ mủ sâu và nông, bơm rửa sạch các ổ mủ bằng nước muối sinh lý hay dung dịch kháng sinh, dẫn lưu 3-4 ngày (*tùy dịch mủ tiết*) bằng ống hoặc mảnh cao su. Bơm rửa hàng ngày qua ống cao su dẫn lưu cho đến khi hết mủ. Mở ổ mủ bằng dụng cụ tày để tránh thương tổn mạch máu và thần kinh. Đường rạch nên ở cạnh ổ mủ hơn là trực tiếp ngay ổ mủ, để tránh sẹo lõm và xấu do tổ chức bề mặt áp xe đã bị hoại tử. Đối với áp xe nông ngay cạnh chân răng thì không cần dẫn lưu.

+ Nhổ răng nguyên nhân: có những ý kiến khác nhau, có người khuyên nên nhổ răng nguyên nhân gây áp xe (*nhổ nóng*), vì có tác dụng vừa loại trừ nguyên nhân, vừa dẫn lưu mủ qua răng nhổ. Tuy vậy, nhổ nóng cũng có nguy cơ làm lan tràn nhiễm khuẩn trong giai đoạn cấp tính, mặt khác, việc dẫn lưu mủ qua ổ răng chỉ dễ dàng đối với các áp xe nông như áp xe quanh chóp răng, áp xe quanh răng, còn khi áp xe ở các vùng sâu thì việc dẫn lưu mủ qua ổ răng rất hạn chế và kéo dài tình trạng viêm nhiễm, chưa kể đến những trường hợp không thể nhổ răng ngay được do khít hàm (*phần lớn do răng hàm lớn dưới*). Vì thế, chỉ định nhổ răng ngay chỉ áp dụng được trong một số trường hợp nhất định.

Để đề phòng lan tràn nhiễm khuẩn có khi rất nặng như nhiễm khuẩn máu, viêm tắc tĩnh mạch thì chỉ nên nhổ răng sau khi dùng kháng sinh 1-2 ngày và sau khi đã rạch dẫn lưu mủ, để bệnh nhân bớt đau, có thể há được miệng để nhổ răng.

- + Bảo tồn răng: bằng cách lấy tủy và điều trị ống tủy, cắt chóp răng, mở dẫn lưu qua xương, chỉ nên đặt ra đối với áp xe nông cạnh chân răng, dưới niêm mạc, răng ít chân như răng cửa, răng hàm nhỏ trong điều kiện tổn thương chưa nặng, có thể chữa tốt được.

Đối với răng gây nhiễm khuẩn nặng, nhiễm khuẩn máu, răng nhiều chân thì phải nhổ, không có chỉ định bảo tồn.

- Vô cảm: nên dùng gậy mê thoáng trong vài phút, để rạch và dẫn lưu ở các vùng sâu. Trường hợp mủ nông ở dưới da hay dưới niêm mạc, có thể gây tê tại chỗ dọc theo đường rạch. Gậy mê nội khí quản chỉ dùng trong trường hợp đặc biệt.

## Chương 2

# CÁC THỂ BỆNH VIÊM NHIỄM

## I. THỂ TIẾN TRIỂN (4)

### 1. Viêm mô tế bào cấp: có thể chia ra:

- Viêm mô tế bào thanh dịch (*viêm thanh dịch*).
- Viêm mô tế bào mủ (*áp xe*).
- Viêm mô tế bào hoại thư (*viêm hoại thư*).

#### a. *Viêm thanh dịch*: là thể khởi đầu.

Về sinh lý bệnh, có hai loại phản ứng: phản ứng mạch và tế bào.

- Phản ứng mạch: có những đặc điểm:

- + Co tiểu động mạch thoáng qua rất ngắn.
- + Tiếp theo là giãn mạch thứ phát, kéo dài và quan trọng hơn, kèm theo là tăng nhanh lưu lượng máu, chủ yếu là do những yếu tố hoá (*histamin - acid adenosin - triphosphoric (ATP) - serotonin*).
- + Huyết tương xuyên qua hàng rào mạch và gây nề (huyết tương thoát mạch do áp lực nội mạch và hoá chất (*leucotacin, exudin*)).
- + Nê do huyết tương thấm vào tổ chức tế bào xung quanh để pha loãng độc tố vi khuẩn và ngăn thương tổn bằng tổ chức tơ huyết (*fibrin*). Sự thoát dịch làm tăng thêm độ dính của máu và làm chậm tuần hoàn tại chỗ. Hồng cầu tập hợp lại với nhau làm thành một thứ bùn dày bịt mạch tại chỗ. Bạch cầu xếp sát thành mạch rồi xuyên qua giữa các tế bào nội mô, bằng những lỗ nhỏ, qua màng đáy, bao quanh nội mô, len vào giữa những tế bào ngoại mạc quanh mao mạch và tổ chức sợi.

– Phản ứng tế bào: phối hợp với những hiện tượng trên là hiện tượng thực bào: vi khuẩn bị diệt qua những giai đoạn thực bào như dính, nuốt và tiêu hoá.

Về lâm sàng: giai đoạn viêm thanh dịch biểu hiện bằng sưng nề làm đầy các rãnh, xoá các gờ xương, giới hạn không rõ. Da căng, đỏ, đau, cử động của các cơ bám da hoặc lưỡi hạn chế. Mật độ ở chỗ sưng chắc, nhiệt độ tăng, bệnh nhân có cảm giác như mạch đập, niêm mạc miệng và vùng bị sưng có hiện tượng sung huyết, nề, căng, bóng.

**b. Viêm mô tế bào mũ (áp xe):** là sự tiến triển xấu tiếp theo sau giai đoạn viêm thanh dịch.

Về tổ chức học: là sự khu trú của quá trình viêm. Ổ áp xe hình thành do tụ mũ, kết quả của sự xung đột giữa vi khuẩn và hệ thống bảo vệ tế bào. Ổ áp xe gồm có những mảnh vụn tế bào hoại tử, vi khuẩn còn hoạt động hay đã bị phá hủy, những đại thực bào còn sống hoặc chết. Quanh ổ mũ là tổ chức hạt viêm gồm có những mạch máu mới sinh, những tổ chức bào, lympho, tương bào và những bạch cầu đa nhân. Ngoài cùng là vòng nguyên bào sợi ngăn cách tất cả các ổ mũ. Mật độ và mùi của mũ thay đổi theo loại vi khuẩn. Mũ thường đặc, dính, màu vàng xanh, mùi thối hay không có mùi. Ổ mũ ít khi nang hoá mà thường rò ra da hay niêm mạc, hoặc lan rộng đến các khoang tổ chức kế cận, gây nên những biến chứng lan xa.

Về lâm sàng dấu hiệu toàn thân nổi rõ. Sốt, mệt mỏi, đau mình mẩy, mất ngủ. Hơi thở thối, chảy nước bọt, khó há miệng.

Sưng khu trú khá rõ ở da hay niêm mạc, căng, bóng, màu đỏ hay trắng, sờ vào chỗ sưng rất đau. Màng sưng không di động, dính vào mặt nông và sâu. Khi ấn ngón tay vào sẽ để lại vết lõm (*dấu hiệu ấn lõm*), hoặc có dấu hiệu chuyển sóng nếu sờ bằng hai ngón tay (*ngón tay đặt nhẹ trên một điểm của vùng sưng sẽ bị mũ đẩy lên, khi dùng một hay nhiều ngón ấn vào một điểm khác*).

Ở giai đoạn này, công thức bạch cầu tăng cao, nhất là bạch cầu đa nhân. Để xác định chắc chắn có mủ, có thể chọc thăm dò bằng kim có đường kính to.

Tiến triển của áp xe có thể:

- Khởi: nếu dẫn lưu hết mủ, điều trị tốt nguyên nhân và dùng kháng sinh đúng.
- Rò ra da hay niêm mạc.
- Chuyển sang mạn tính nếu điều trị không đúng.
- Lan rộng đến các vùng kế cận, gây viêm xương, cơ hoặc có khi viêm khớp thái dương - hàm.

**c. Viêm mô tế bào hoại thư (gangrenous):** là thể hiếm gặp. Có người còn mô tả thể này với tên gọi khác như viêm mô tế bào toả lan, viêm tấy toả lan, không có giới hạn giữa tổ chức lành và tổ chức hoại tử.

Về lâm sàng thì dấu hiệu toàn thân rất nặng, biểu hiện bằng nhiễm độc, nhiễm khuẩn, thể trạng suy nhược, sốt cao, mạch nhanh, vật vã. Tại chỗ, tổ chức bị sưng nề, có thể kèm theo dấu hiệu lạo xạo hơi. Rạch hoặc chọc dò có dịch máu lẫn mủ màu nâu, thối.

## 2. Viêm mô tế bào mạn tính

\* *Về vi thể:* là một ổ mủ nhỏ, xung quanh là tổ chức hạt, tất cả được bao trong tổ chức keo xơ. Về đại thể, biểu hiện bằng một hòn nhỏ, hoặc một mảng cứng, ranh giới không rõ, mật độ chắc hoặc cứng với những điểm mềm. Nguyên nhân của viêm mạn tính thường là do tác động yếu của vi khuẩn, hoặc do viêm mủ nhưng điều trị không đúng, dùng kháng sinh không hợp lý.

\* *Về lâm sàng:* thường thấy nổi hòn hay cục tròn, bầu dục hay nhiều vòng trên da như những núm vú, có độ lớn bằng hạt mơ hoặc to hơn, nhẵn. Da phủ vẫn bình thường hoặc tím. Sờ không đau, mật độ cứng, có chỗ có điểm mềm, dính vào da hoặc có thể có một dải cứng nối từ ổ viêm đến vùng nguyên nhân. Dấu hiệu toàn thân bình thường.

\* *Về tiến triển*: nếu không chữa, ổ viêm sẽ tồn tại kéo dài và có thể:

- Viêm cấp bột phát trở lại, do một nguyên nhân sang chấn, do răng. Lúc đó vùng sưng sẽ đỏ, đau, làm mủ và có thể làm khít hàm.

- Rò ra da hay niêm mạc, chảy ít mủ hay chất dịch đục. Lỗ rò lõm và có màu tím. Dùng que thăm dò qua đường rò có thể chạm vào xương ổ răng, hay vùng xương hàm bị viêm.

Ngoài những thể chung thường gặp, có một thể đặc biệt, khó chẩn đoán hơn, đó là viêm mô tế bào do nấm. Viêm mô tế bào do nấm thường do một số loại actinomyces, vi khuẩn thể sợi và phân nhánh gây ra, trước đây người ta thường nhầm chúng với nấm thực vật do hình dáng của chúng. Actinomyces có nhiều loại hơi giống nhau như meyeri, abcessum, liquefaciens, cellulitis, mà loại tiêu biểu là actinomyces Israeli. Đó là những vật hoại sinh có sẵn trong miệng, trong lỗ răng sâu, trong lợi chùm của răng khôn dưới, trong những túi quanh răng, trong nước bọt, hốc amidan.

\* *Về lâm sàng*: viêm thường khu trú ở vùng cổ, mặt, tiếp theo sau một thời gian nhổ răng. Các triệu chứng chính là:

- Sưng: ở vùng cằm, mang tai hay góc hàm, ranh giới không rõ, thành từng mảng, tiến triển ra da dưới hình dáng những hòn bằng đầu ngón tay, cách nhau từng rãnh. Da vùng sưng thâm nhiễm cứng, tím. Giữa đỉnh vùng sưng có điểm mềm và về sau rò mủ.

- Đau: đau nhức, lan đến khớp thái dương - hàm, vào xương hàm. Nếu là thể mạn tính thì không đau hay đau ít.

- Khít hàm: nếu viêm liên quan đến vùng cơ cằm, mang tai, thái dương, góc hàm thì sẽ gây khít hàm. Khít hàm thường đi đôi với đau.

- Rò: do áp xe vỡ, chảy dịch lẫn máu, hơi dính, với những hạt vàng có thể thấy dưới mắt thường.

- Làm xét nghiệm: đôi khi trong mủ có chứa những hạt vàng hay trắng. Đó là một đám actinomyces nằm trong hỗn hợp polysacarit + protein và có chứa khoảng 50% calci. Trường hợp

không có hạt vàng thì tìm actinomyces ở những lỗ rò mới, hay tốt hơn là chọc hút những thương tổn chưa thành áp xe để tìm.

Chất lấy được phải nuôi cấy trong điều kiện vô khuẩn. Phải cấy tìm loại nấm; xác định cách gây bệnh; làm kháng sinh đồ.

Soi kính hiển vi trực tiếp thấy actinomyces israeli dài 4-5 micron và đa dạng. Thường là những sợi chia nhánh, đoạn cuối phình ra như hình chùy, rộng 1,2-1,5 micron. Đó là dạng cổ điển thường gặp mà người ta gọi là "dạng cây khô". Trong những trường hợp không điển hình, hình của nấm giống dạng trực khuẩn bạch hầu, làm thành từng đám nhỏ và có ít phân nhánh.

Cấy nấm trong các môi trường khác nhau, thạch canh thang, thịt, gan, gelatin, máu người. Trong thạch sâu, khuẩn lạc hình tròn có kích thước khác nhau. Trong thạch nghiêng, khuẩn lạc phân nhánh điển hình những sợi nấm. Trong điều kiện kỵ khí tuyệt đối, actinomyces israeli sinh trưởng được là nhờ có CO<sub>2</sub>.

\* *Về tổ chức học*: thì ở giữa là actinomyces và những hình chùy ở ngoại vi. Ở ngoài là tổ chức xơ dày. Không có mạch máu quanh thương tổn.

## II. THỂ ĐỊNH KHU

Viêm mô tế bào hoặc áp xe có thể khu trú nông quanh xương hàm, hoặc sâu ở từng vùng giải phẫu, nhưng cũng có thể lan rộng nhiều vùng.

**a. Viêm mô tế bào khu trú nông**: nguyên nhân thường do răng nông cạnh răng hay quanh xương hàm ở một vùng giải phẫu nhất định, không có những thành phần giải phẫu quan trọng. Việc điều trị không phức tạp và chóng khỏi. Tên gọi của thể viêm phụ thuộc vào tên gọi của vùng giải phẫu.

\* *Áp xe quanh chóp (cuống) răng*: áp xe quanh chóp răng còn gọi là áp xe ổ răng, thường bắt đầu tại vùng quanh chóp răng, nguyên nhân thường do răng chết hay tủy hoại tử. áp xe có thể hình thành ngay sau khi tủy bị thương tổn, hay sau một thời gian bị

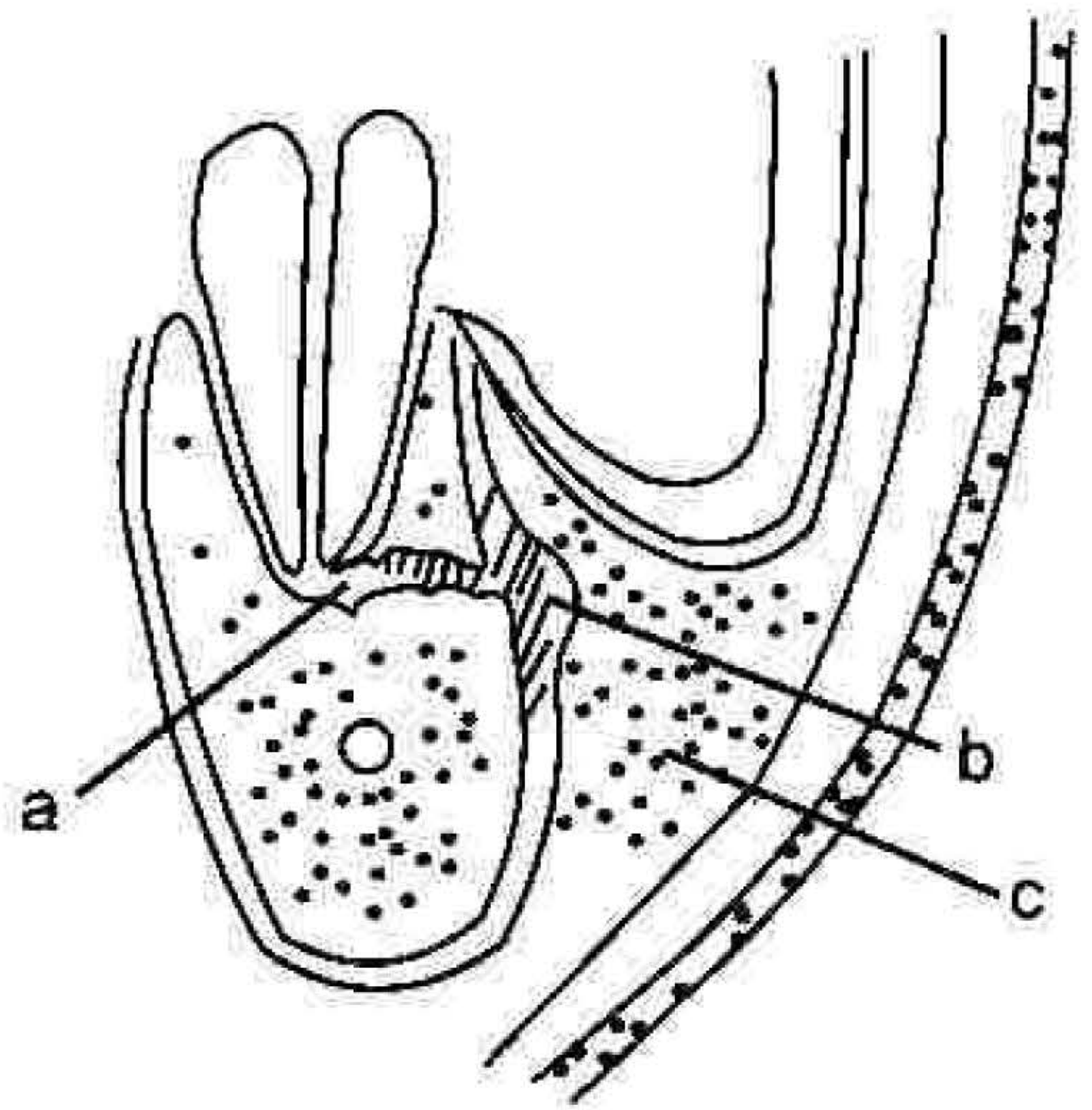
sang chấn. Áp xe có thể tụ quanh chóp (H2,3) nhưng có thể tiến triển dưới màng xương, trên màng xương, vào phần mềm.

- Lâm sàng: giai đoạn cấp tính có phản ứng toàn thân: sốt, sưng to ngay quanh vùng chân răng đau.

Trước khi hình thành áp xe, chỉ sưng tổ chức quanh răng, sẽ thấy một mảng cứng, bệnh nhân rất đau. Khi mũ đã hình thành, xuyên qua màng xương vào phần mềm, niêm mạc tiền đình, thì có dấu hiệu chuyển sóng hay ấn lõm.

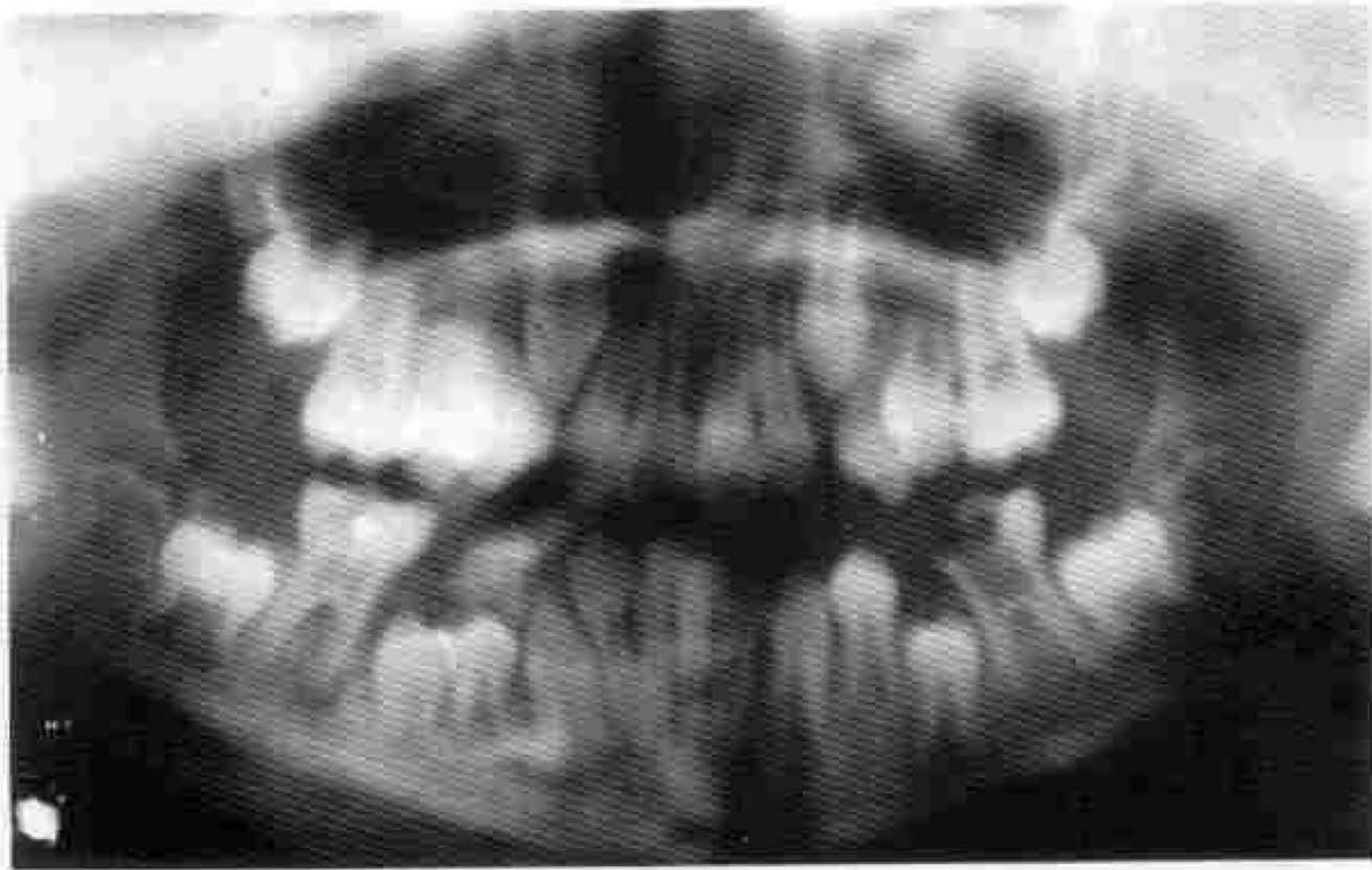
- Xử trí: trong giai đoạn mới sưng cứng nên súc miệng nước ấm, đắp gạc ẩm, dùng kháng sinh. Khi áp xe đã hình thành, phải rạch dẫn lưu áp xe ở điểm thấp nhất. Nếu áp xe dưới màng xương, phải rạch qua màng xương: nếu áp xe đã qua màng xương vào phần mềm, tiền đình hoặc mặt trong xương hàm thì chọn chỗ rạch dẫn lưu ở điểm chuyển sóng, rạch nông (*đứt niêm mạc*), sau đó luôn kẹp cầm máu đầu tù mở rộng ổ mũ. Tránh làm thương tổn những thành phần giải phẫu quan trọng.

Đối với răng cần cân nhắc, nếu không bảo tồn được hoặc chỉ có nhổ mới dẫn lưu được mũ khu trú trong ổ răng, do không thể rạch được qua xương, thì chỉ định nhổ, ngay cả nhổ nóng dưới sự bảo vệ của kháng sinh. Nhổ răng chậm, nhiễm khuẩn độc toàn thân hoặc gây viêm xương.



H2. Áp xe quanh chóp răng  
a- Áp xe quanh chóp  
b- Áp xe dưới màng xương  
c- Áp xe phần mềm

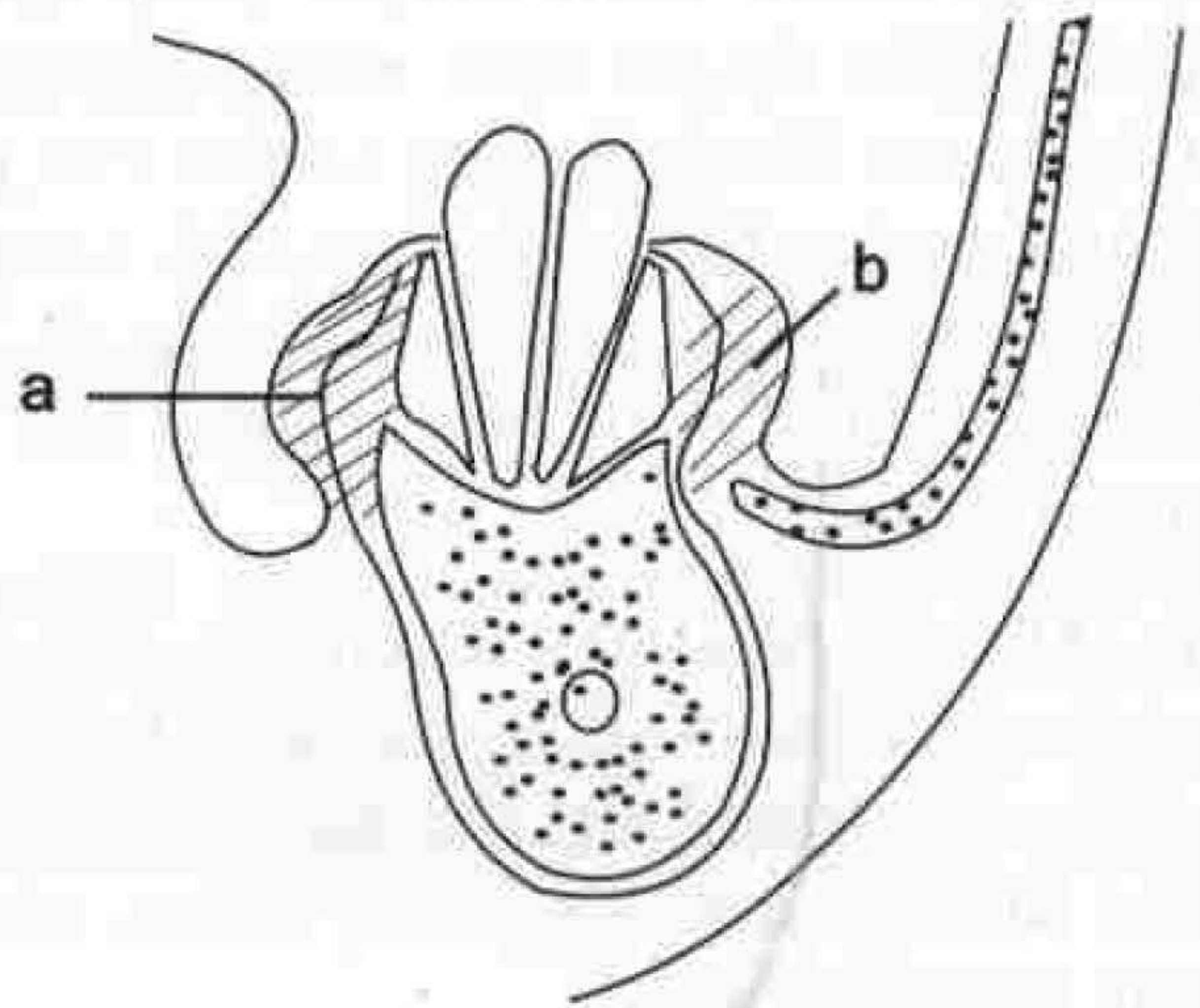




H3. Áp xe quanh chóp răng 30

Trong một số trường hợp đặc biệt, mủ đáng lẽ tiến triển ra da, thì lại luồn vào dưới niêm mạc - xơ của lợi gây nên áp xe dưới lợi và sau đó mủ sẽ rò ra mặt ngoài hay mặt trong của xương hàm. (H4)

\* *Áp xe quanh thân răng:*  
 áp xe quanh thân răng gặp ở bất cứ lứa tuổi nào, thông thường là ở tuổi thơ ấu, thanh thiếu niên, liên quan đến thời kỳ mọc răng. Trường hợp đặc biệt có thể gặp ở người già không còn răng. Nguyên nhân có thể là vì một lý do nào đó còn tồn tại răng không mọc trong xương hàm. Khi đeo hàm giả do áp lực của hàm giả làm tiêu xương, dẫn đến sang chân răng mọc ngầm và sau cùng là gây viêm. Trường hợp này phải rạch dẫn lưu mủ và nhổ răng ngầm.



H4. Áp xe lợi  
 a. Phía tiền đình; b. Phía lưỡi

Răng khôn hàm dưới hay gây áp xe quanh thân răng. Triệu chứng điển hình là viêm hạch, co khít hàm, đau ở vùng răng hàm số 3 dưới. Triệu chứng toàn thân: sốt, khó nuốt, sưng nề vùng dưới hàm và vùng amidan, bên hầu. Sờ các vùng này bệnh nhân rất đau.

Khám tại chỗ: thường có lợi trùm che một phần hay toàn bộ mặt nhai. Thăm khám bằng que thăm dò đầu tù có thể chạm vào mặt nhai dưới lợi. Qua đường vào thăm dò, tách rộng lợi trùm để dẫn lưu mủ bằng mảnh cao su hoặc gạc tẩm iod, hay thuốc giảm đau. Dạy bệnh nhân súc miệng bằng nước ấm hay nước kháng sinh. Điều trị kháng sinh toàn thân.

Sau khi đã qua triệu chứng viêm cấp, phải điều trị triệt để:

Nếu răng khôn mọc ngầm hay mọc lệch, không thể mọc khỏi cung hàm thì chỉ định nhổ.

- + Nếu răng khôn mọc thẳng hoặc có thể cần dùng làm trụ cho cầu răng, hay nếu phải nhổ răng hàm lớn số 1,2 hoặc răng hàm lớn số 1,2 bị sâu, viêm tủy, tiên lượng phải nhổ thì có thể chỉ cắt lợi trùm và giữ răng khôn. Phải cắt bỏ toàn bộ lợi phủ, bộc lộ hoàn toàn mặt nhai. Sau khi cắt lợi trùm nhét gạc tẩm iod, hay loại băng phẫu thuật, trong 7 ngày để lợi cắt liền sẹo và không phủ trở lại thân răng.

Khi đã có chỉ định nhổ răng khôn thì không nên để kéo dài quá vì có thể gây viêm trở lại hoặc gây viêm xương. Nên nhổ ngay sau khi đã qua giai đoạn cấp tính.

Kiểm tra răng khôn hàm trên đối diện vì nó có thể là yếu tố kết hợp gây nên sự mọc chặm hay khó mọc của răng khôn dưới. Kiểm tra răng khôn trên đã mọc chưa, mọc lệch hay mọc dài. Nếu răng mọc dài quá gây sang chấn răng khôn dưới thì phải nhổ răng khôn trên.

Thông thường răng khôn trên ít gây biến chứng, nhưng nếu gây biến chứng thì cách xử trí cũng như răng khôn dưới.

\* *Áp xe tổ chức quanh răng*: áp xe quanh răng cấp thường do viêm quanh răng mạn tính gây ra. Nhiễm khuẩn bắt đầu từ lợi lan xuống một hoặc nhiều chân răng.

Thời kỳ cấp tính thường bất chợt, với triệu chứng đau giữ dội niêm mạc và màng xương quanh chân răng bị viêm, lợi bị bong ra.

Áp xe tổ chức quanh răng có thể do răng chết hay do sang chấn của khớp răng sai.

Xử trí: để giảm đau phải rạch dẫn lưu áp xe chỗ thấp nhất, hoặc chỗ có dấu hiệu chuyển sóng. Rạch qua tổ chức mềm, tới chân răng đã bị bộc lộ. Nếu chân răng đã bị bộc lộ quá 1/3 thì nên nhổ. Nếu răng còn chắc và xương ổ răng còn bình thường thì có thể bảo tồn. Chữa bảo tồn gồm có rạch dẫn lưu mủ, nạo sạch tổ chức hạt ở bề mặt chân răng.

#### \* Áp xe má:

- Nhắc lại giải phẫu: vùng má ở trước bờ trước cơ cắn từ ngoài vào trong gồm có (H5):

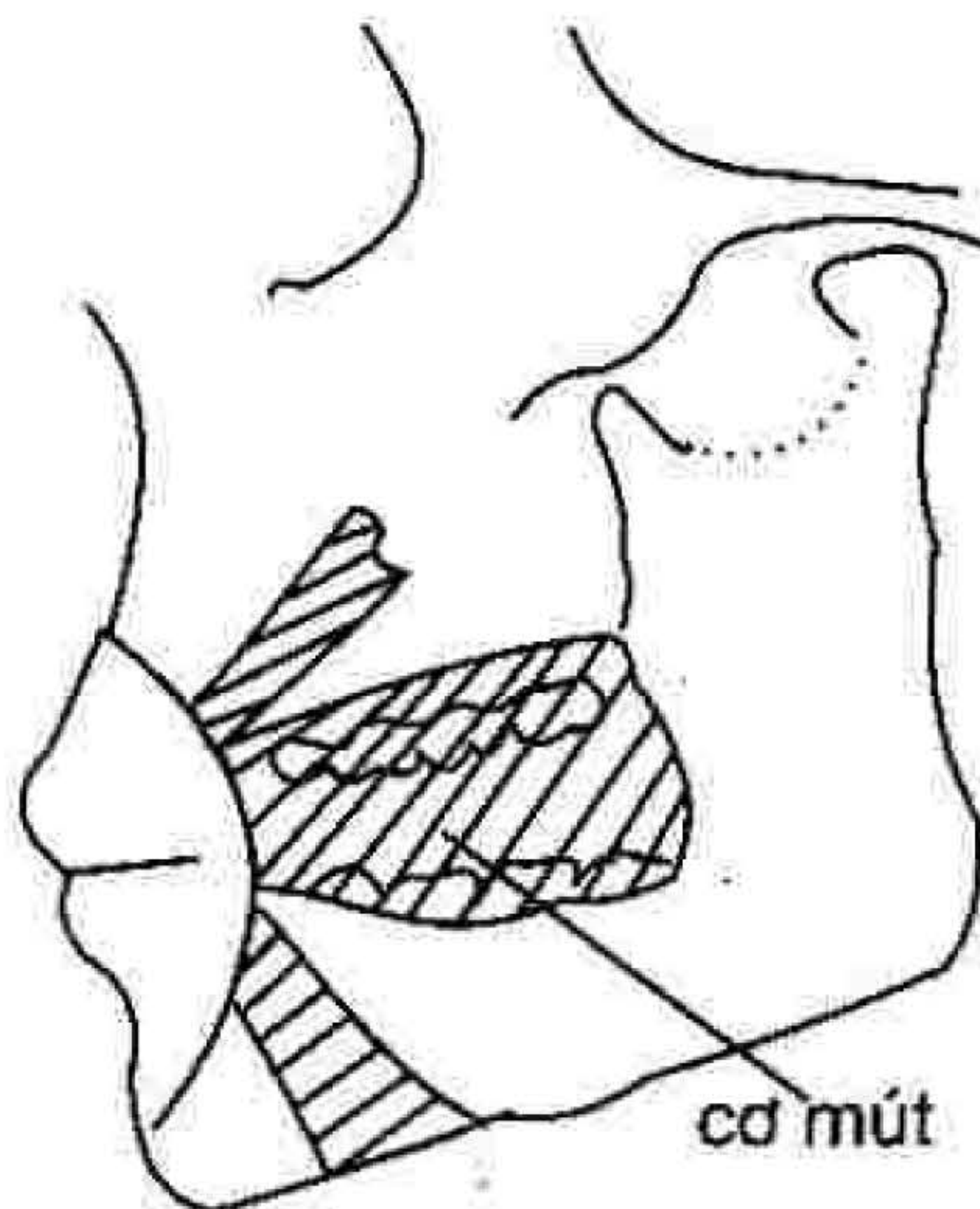
+ Da, tổ chức tế bào - mỡ dưới da, có độ dày giảm dần từ sau ra trước.

+ Diện cơ thứ nhất mỏng và không liên tục, gồm những có bám da mặt. Giữa các cơ là những khoang gồm tổ chức liên kết lỏng lẻo, nơi hay hình thành áp xe má. Tổ chức tế bào mỡ của má thông với hố thái dương và cung tiếp.

+ Giữa cơ cắn và cơ mút là hòn mỡ Bichat.

+ Diện cơ thứ hai là cơ mút và cân.

+ Diện sâu là xương và niêm mạc miệng. Niêm mạc miệng dính vào mặt sâu của cơ mút.



H5. Vùng cơ mút

Mủ thường tụ trong rãnh giữa cơ mút - xương hàm má phía trong là mặt ngoài của xương hàm dưới, trên đường chéo ngoài, phía ngoài là cơ mút.

Lâm sàng: sưng ở thấp, dưới mép và không quá bờ nền xương hàm dưới. Rãnh mũi - má sưng đầy.

Răng nguyên nhân thường là răng hàm nhỏ, răng hàm lớn dưới và trên. Nếu là răng nanh thì sưng nề cả mí mắt dưới.

Khám trong miệng: vùng tiền đình dưới sưng thành hình chùy: đầu sau thon nhỏ dần tới lợi trùm răng khôn, còn đầu chùy phình to thì chạm răng hàm nhỏ. Dấu hiệu đặc trưng của bệnh: khi ấn vào chỗ má sưng thì mủ xuất hiện dưới lợi trùm răng khôn. Vì ổ mủ tụ ở răng xa nguyên nhân (*răng khôn*) nên áp xe má còn gọi là áp xe di trú tiền đình dưới, áp xe cơ mút bám (H6).



H6. Áp xe cơ mút do R. 38

Má: áp xe hình tròn

Niêm mạc má: sưng thành giải hình chùy

Tiến triển: từ răng (*răng khôn*) ổ nhiễm khuẩn có thể lan đến tiền đình miệng, qua chỗ bám sau của cơ mút vào vùng cơ cắn, qua mặt trong xương hàm vào vùng trên móng, qua bờ sau cơ hàm - móng vào vùng dưới hàm.

Xử trí: rạch dẫn lưu theo đường trong miệng hoặc ngoài miệng (*ít dùng*). Đường trong miệng: gây tê. Rạch 1-2 cm vào chỗ phồng lớn nhất, qua niêm mạc, luồn kẹp cầm máu vào ổ mủ, mở rộng kẹp để mủ thoát ra, rồi dẫn lưu bằng mảnh cao su. Đường ngoài miệng: gây tê dọc đường rạch. Rạch 1-2 cm, chỉ rạch qua lớp da để tránh thương tổn các nhánh của thần kinh mặt. Luồn kẹp để mở ổ mủ như trên (H7).

\* *Áp xe môi trên và môi dưới - cầm:*

- Hàm trên: răng cửa giữa và răng cửa bên là răng bệnh lý. Áp xe tụ ở trên hoặc dưới cơ sim. Trên cơ sim: mủ tụ ở nền mũi hay

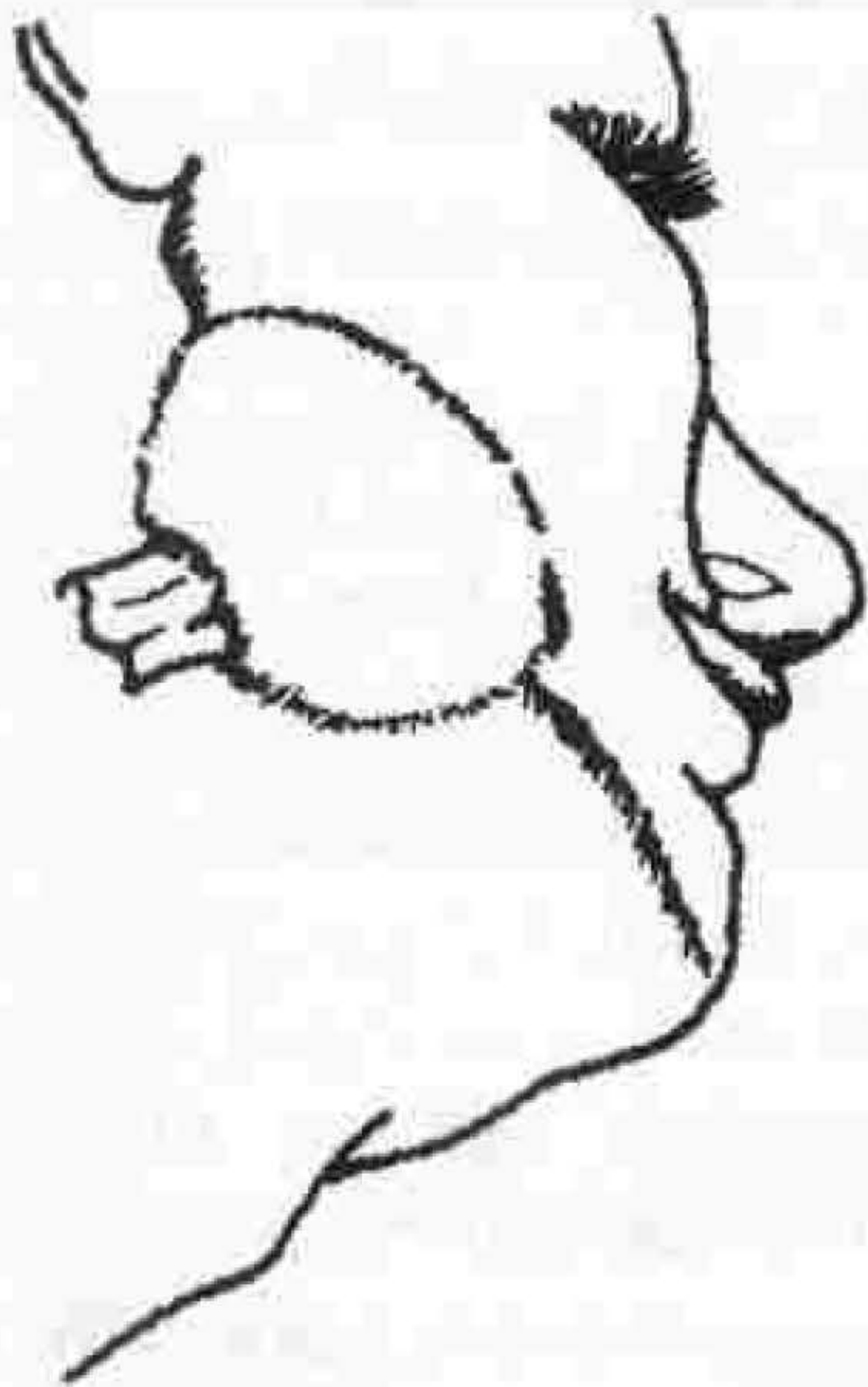
vách ngăn mũi. Dưới cơ sim: mũ tụ về phía môi trên, làm cho môi trên bị đẩy ra trước, rãnh mũi - môi bị đầy.

- Hàm dưới: mũ ở dưới cơ chòm - cằm làm thành áp xe cằm. Mũ ở trên cơ chòm - cằm làm sưng nề môi dưới. Khóai răng cửa là răng bệnh lý.

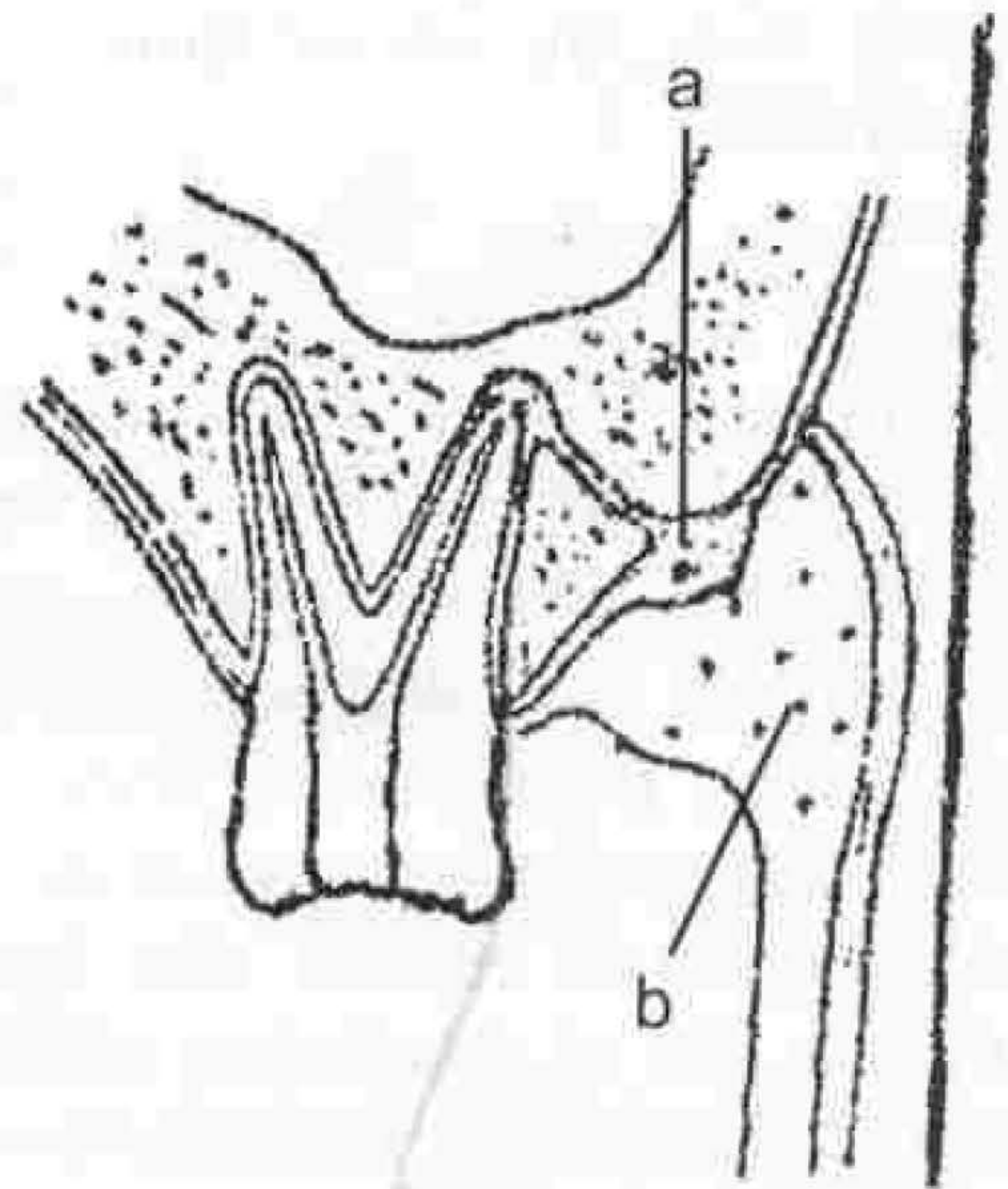
- Xử trí: rạch dẫn lưu đường tiền đình trong miệng, điều trị bảo tồn hoặc nhổ răng nguyên nhân.

\* *Áp xe tiền đình*: nhiễm khuẩn từ chóp răng hay quanh răng, xuyên qua xương màng xương, và tụ mũ ở tổ chức tế bào quanh xương. Dấu hiệu chủ yếu là sưng nề tiền đình ở ngay răng nguyên nhân, làm biến dạng phần mềm tương ứng.

- Áp xe tiền đình trên: áp xe khu trú ở giữa niêm mạc và cơ mút, làm tiền đình trên sưng nề, nhưng mũ cũng có thể qua cơ mút, gây áp xe má ở cao, lúc đó phần trên của má cũng bị sưng (H8).

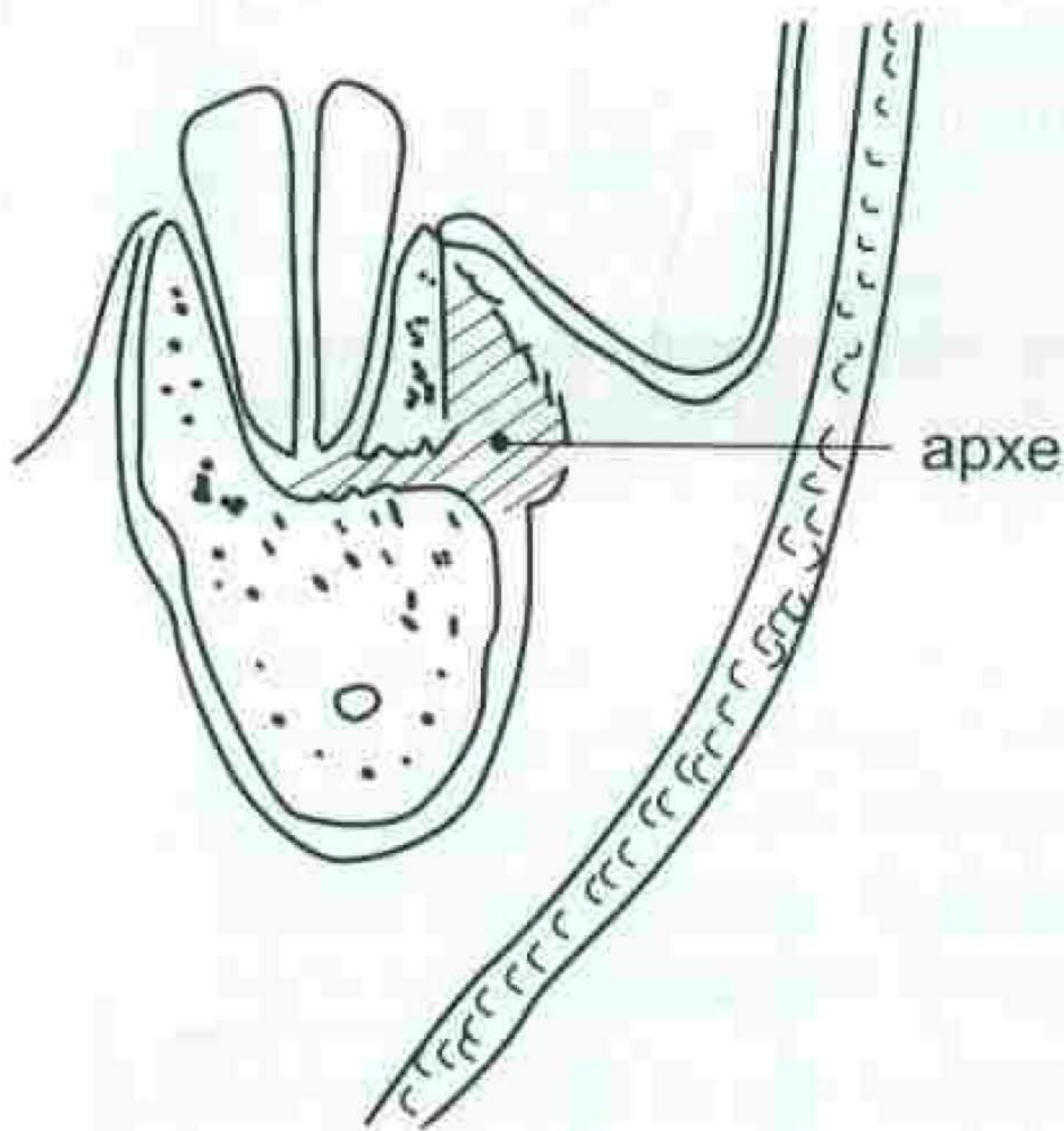


H7. Mở áp xe má đường ngoài miệng



H8. Áp xe tiền đình trên  
a. Áp xe dưới màng xương  
b. Áp xe vòm miệng

– Áp xe tiền đình dưới: (*áp xe quanh hàm ngoài*): tùy theo răng nguyên nhân, nếu là răng hàm lớn thì có kèm theo khít hàm. Nhiễm khuẩn do răng hàm nhỏ và răng hàm lớn gây sưng nề tiền đình ngoài, cạnh cung răng (H9a, 9b)



H9a. Áp xe tiền đình dưới



H9b. Áp xe tiền đình dưới (quanh hàm ngoài) do R.36

– Xử trí: rạch dẫn lưu qua niêm mạc tiền đình, chỗ phồng lớn nhất. Chỉ rạch nông vừa đứt niêm mạc, sau đó luôn kẹp cầm máu đầu tù qua đường rạch vào ổ mủ, mở rộng kẹp để dẫn lưu mủ.

\* *Áp xe vòm miệng*: chân răng trong của răng hàm lớn và răng nhỏ thường là răng nguyên nhân. Cũng có khi cả răng cửa trên. Vòm miệng không có tổ chức tế bào mà chỉ có niêm mạc xơ, cho nên áp xe tụ ở dưới màng xương, làm phồng niêm mạc lên như “*mặt kính đồng hồ*” ở bờ lợi - thân răng cũng có thể hình thành áp xe dưới lợi - màng xương.

– Xử trí: mở dẫn lưu. Trái với nguyên tắc cổ điển là mở dẫn lưu ở điểm phồng nhất, mà ở đây phải rạch song song với cổ răng, là nơi thấp nhất. Luôn kẹp, mở ổ mủ. Có thể dẫn lưu bằng mảnh gạc

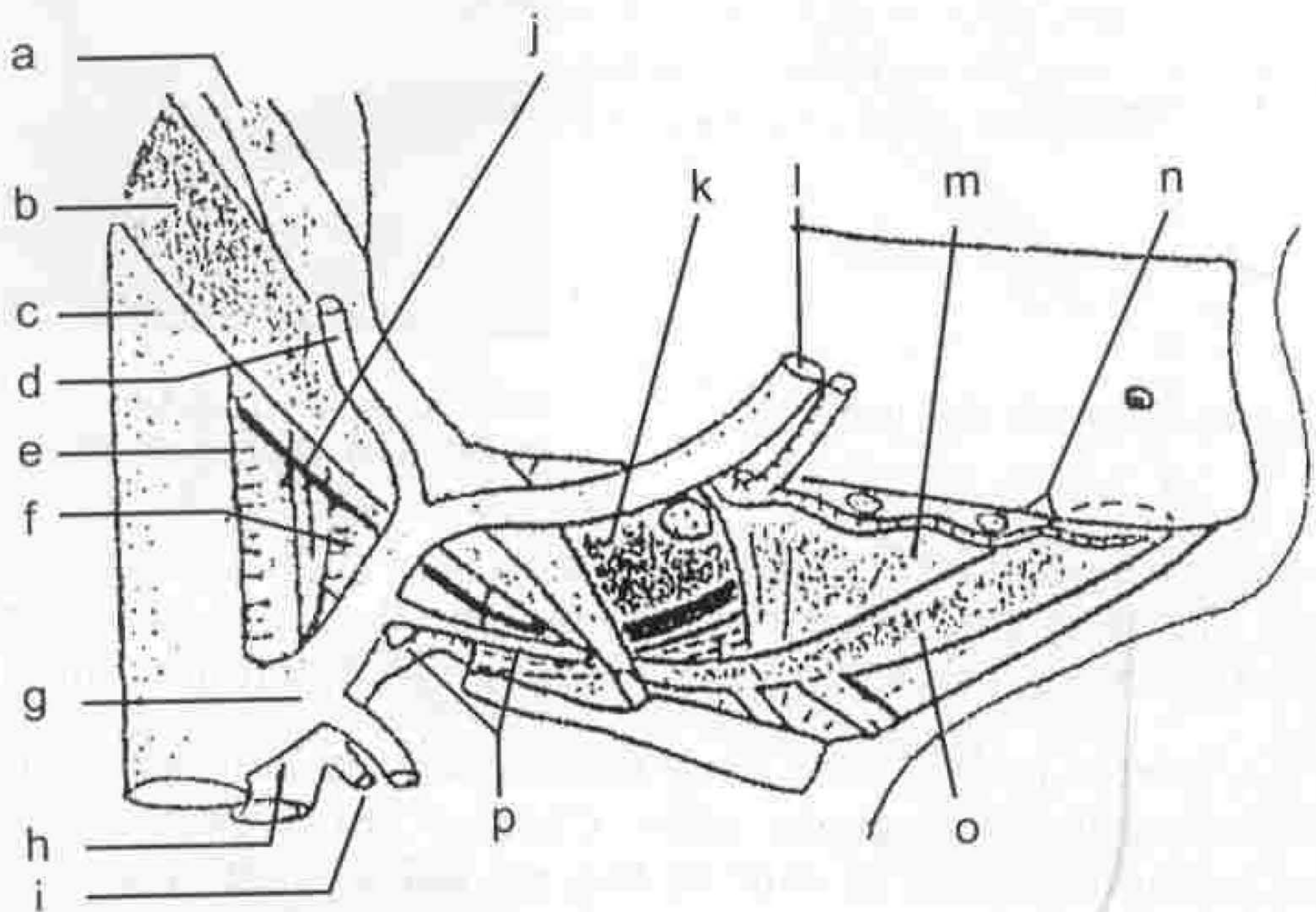
tắm iod vào đường rạch để tách hai mép, làm thoát mủ. Rút gạc sau 48 giờ.

\* *Áp xe các vùng sàn miệng*: vùng sàn miệng hình thành bởi phần mềm đóng kín khoang miệng ở phía dưới và gồm những vùng quan trọng nằm trên và dưới cơ hàm - móng: vùng dưới hàm (*dưới hàm - móng*), vùng dưới lưỡi (*trên hàm - móng*) và vùng dưới cằm. (H10)



H10. Áp xe vòm miệng  
Rạch dọc trục lớn áp xe

-Nhắc lại giải phẫu vùng dưới hàm (H11):



H11. Giải phẫu hình dưới hàm

a. Cơ trâm móng; b. Bụng sau cơ nhị thân; c. Tĩnh mạch cảnh trong; d. Tĩnh mạch thông; e. Động mạch cảnh trong; f. Động mạch cảnh ngoài; g. Thân giáp lưỡi mặt; h. Động mạch cảnh chung; i. Tĩnh mạch giáp trạng bên; j. Thần kinh XII; k. Cơ giáp lưỡi; l. Tĩnh mạch mặt; m. Cơ hàm móng; n. Động mạch dưới cằm; o. Bụng trước cơ nhị thân; p. Động mạch và tĩnh mạch lưỡi

Vùng dưới hàm chính hay trước dưới: ở trước mặt phẳng đi qua bờ sau hàm móng.

Vùng ngách sau hay trên: bé hơn, ở sau mặt phẳng này, tương ứng với phần sau nhất của sàn miệng.

Vùng dưới hàm chính được hình thành bởi:

- + Lớp nông: gồm da, tổ chức tế bào dưới da, cân nông, cơ bám da ở giữa hai lá cân.
- + Mạch máu và thần kinh nông: gồm những nhánh của động mạch dưới cằm, đi qua cơ bám da. Tĩnh mạch là những nhánh của tĩnh mạch cảnh trước và tĩnh mạch mặt. Thần kinh vận động là những nhánh nhỏ của thần kinh mặt đi vào cơ vòng môi và cơ bám da. Những nhánh cảm giác thuộc đám rối cổ nông. Dưới lớp này là cân cổ nông đi từ xương hàm dưới tới xương móng và cơ ức đòn chũm, làm thành một bao cân. Ở phần sau, bao cân làm thành một vách ngăn giữa tuyến mang tai và tuyến dưới hàm.

Thành trên ngoài là mặt trong xương hàm dưới.

Thành trong là các cơ làm thành 2 lớp, quan trọng hơn cả là cơ móng lưỡi và cơ hàm móng, che phủ ở phần trước.

Thành trước là bụng trước cơ nhị thân, gân trung gian cơ nhị thân và cơ trâm - móng chạy dọc bờ trên của bụng sau cơ nhị thân.

Động mạch mặt từ thành trong đi lên từ sau ra trước, từ dưới lên trên, làm thành một đường cong sâu, chụp lên cực sau của tuyến dưới hàm. Thần kinh lưỡi chạy sát niêm mạc vùng này, bắt chéo phần trước của ống Wharton, đi từ ngoài vào trong và dưới ống. Thành dưới là xương móng. Thành sau là bờ sau hàm móng, tương ứng với ngách dưới hàm.

Ngách sau - trên được giới hạn bởi:

- + Phía trên là niêm mạc phần sau của sàn miệng, sau răng hàm lớn thứ hai.
- + Phía ngoài tương ứng với mặt trong của phần sau cạnh ngang (*sau răng hàm lớn thứ hai*).



- + Phía sau là vùng mang tai, chỉ ngăn cách bởi một vách xơ.
- + Phía sau và trên, ngách dưới hàm thông với khoang bên hầu, phía trước thông với vùng dưới hàm chính và vùng dưới lưỡi.

- Bệnh sinh: thường do nhiễm khuẩn răng hàm lớn, nhất là răng khôn dưới, viêm xương, gãy xương hàm dưới, sỏi nước bọt, lan tràn áp xe từ các vùng kế cận như áp xe vùng dưới lưỡi, áp xe vùng mang tai, áp xe tuyến dưới hàm, áp xe hạch.

Vùng dưới hàm được xem như nơi gây nhiễm khuẩn quanh hàm, vì thông với các vùng xung quanh, dưới lưỡi, dưới cằm, hố thái dương, khoang bên hầu, vùng mang tai.

- Lâm sàng: áp xe vùng dưới hàm hay dưới hàm móng (H12).

Giai đoạn đầu: đau nhiều dưới góc hàm, mặt trong xương hàm dưới, nuốt đau, nước bọt chảy nhiều, khít hàm (có thể có).

Sưng sớm ở dưới góc hàm, sau lan ra cả vùng.

- Giai đoạn toàn phát:

Dấu hiệu ngoài miệng: sưng to vùng dưới hàm, góc hàm, lan xuống xương móng, phía trên lan lên má (phần dưới), phía trước đến vùng dưới cằm, phía sau đến vùng bên cổ, lõi bờ xương hàm dưới bị xoá.

Sưng nề thành một khối với xương hàm, mật độ chắc, sau mềm lún. Da có màu đỏ sẫm hay trắng, căng bóng, ấn vào vùng dưới hàm và góc hàm rất đau.

Dấu hiệu trong miệng: khám trong miệng thường khó vì có khít hàm nhiều. Có thể thấy niêm mạc và rãnh bên lưỡi vùng răng hàm lớn sưng nề, sung huyết. Sờ thấy mềm, lún, hoặc



H12. Áp xe vùng dưới hàm (P)  
do R. 48

chuyển sóng ở niêm mạc phần sau của sàn miệng, mặt trong xương hàm. Trụ trước amidan sung huyết. Niêm mạc phần dưới sàn miệng bình thường.

Dấu hiệu chức năng: khít hàm, khó nuốt. Đau tự phát vùng dưới hàm, lan ra sau, lên tai, đau khi nhai. Tình trạng toàn thân suy yếu, sốt cao, mạch nhanh, mất ngủ.

Quá trình làm mủ thường tiến triển vào vùng dưới lưỡi, cằm, vào ngách.

- Chẩn đoán phân biệt :

- + Áp xe tuyến dưới hàm: ấn có mủ chảy qua ống Wharton.
- + Viêm hạch mủ dưới hàm: bắt đầu dưới dạng nổi cục sau lan rộng, không có dấu hiệu khít hàm.
- + Áp xe dưới lưỡi: dấu hiệu ngoài miệng ít, chủ yếu là sưng và thâm nhiễm cứng sàn miệng. Khít hàm ít hoặc không có.

Xử trí: mở dẫn lưu theo đường ngoài da. (H13).

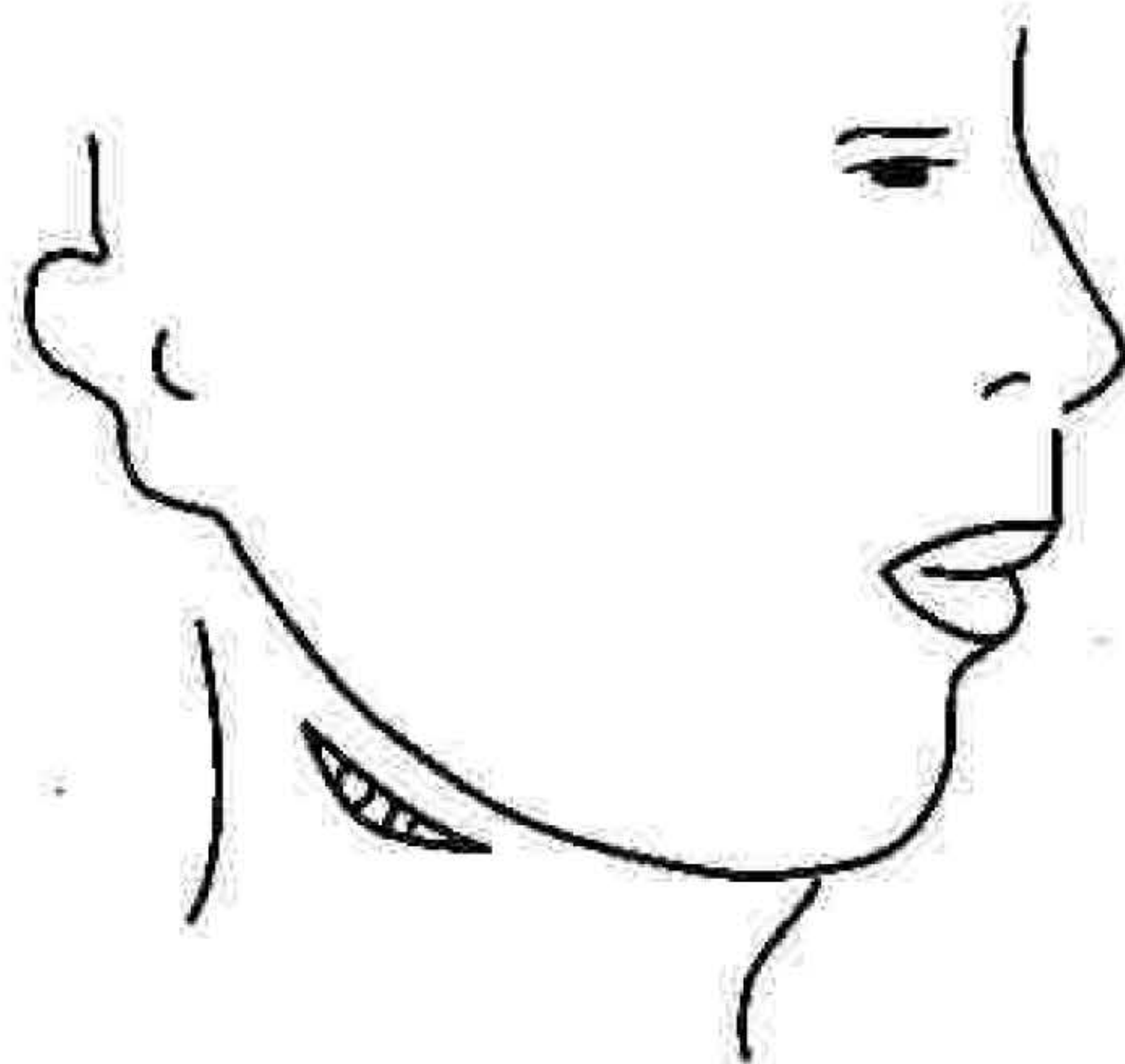
- Kỹ thuật: gây mê ngán hay gây tê dọc đường rạch. Rạch 3-4 cm dưới bờ nền xương hàm dưới, cách bờ nền 1,5-2 cm. Không nên rạch cao sát bờ xương vì có thể làm tổn thương các nhánh dưới thần kinh mặt và để lại sẹo xấu. Đường rạch ở trước hoặc sau động mạch mặt. Sau khi rạch qua da, cơ bám da thì luôn kẹp cầm máu đầu tù vào vùng dưới hàm, mặt trong xương vào ổ mủ. Mở rộng kẹp để mủ thoát.

- Dẫn lưu bằng ống cao su, cố định vào da.

- Phối hợp điều trị kháng sinh.

\* *Áp xe trên móng hay dưới lưỡi.*

- Nhắc lại giải phẫu: vùng dưới lưỡi ở phần trước của sàn miệng, trên cơ hàm móng, dưới niêm mạc miệng.



H13. Mở áp xe vùng dưới hàm

Thành bên ngoài là mặt trong của xương hàm dưới trên chỗ bám của cơ hàm trong.

Thành bên trong là cơ lưỡi, cằm móng.

Phía trước, hai vùng dưới lưỡi cách nhau bởi giải giữa.

Phía sau thông với vùng dưới hàm ở bờ sau cơ hàm - móng, tương ứng với răng hàm lớn số 2.

Các thành phần giải phẫu trong vùng: tuyến dưới lưỡi, hạch, ống Wharton, mạch máu và thần kinh lưỡi, thần kinh XII.

- Bệnh sinh: do nhiễm khuẩn răng, vì chân răng hướng vào trong, mặt trong xương hàm dưới mỏng hơn mặt ngoài, nên nhiễm khuẩn qua cuống răng dễ đi vào vùng dưới lưỡi.

- Nhiễm khuẩn còn có thể do viêm ống Wharton (*do sỏi*), dị vật đâm rách niêm mạc miệng, viêm hạch, viêm xương.

- Lâm sàng:

+ Triệu chứng ngoài miệng: có thể sưng nề phần trước vùng dưới hàm, dưới cằm.

+ Triệu chứng trong miệng: ít bị khít hàm. Sưng nề sàn miệng bên răng nguyên nhân, lưỡi bị đẩy về phía đối diện. Niêm mạc đỏ, sung huyết, có phủ màng giả trắng, không dính. Mào dưới lưỡi sưng gồ như "mào gà". Sờ thấy một gờ chắc, rất đau, dính vào mặt trong xương tương ứng với răng nguyên nhân. Ấn có dấu hiệu mềm lún hay chuyển sóng. Khó nuốt, khó nói, khó nhai. Cử động lưỡi khó và đau.

- Chẩn đoán phân biệt:

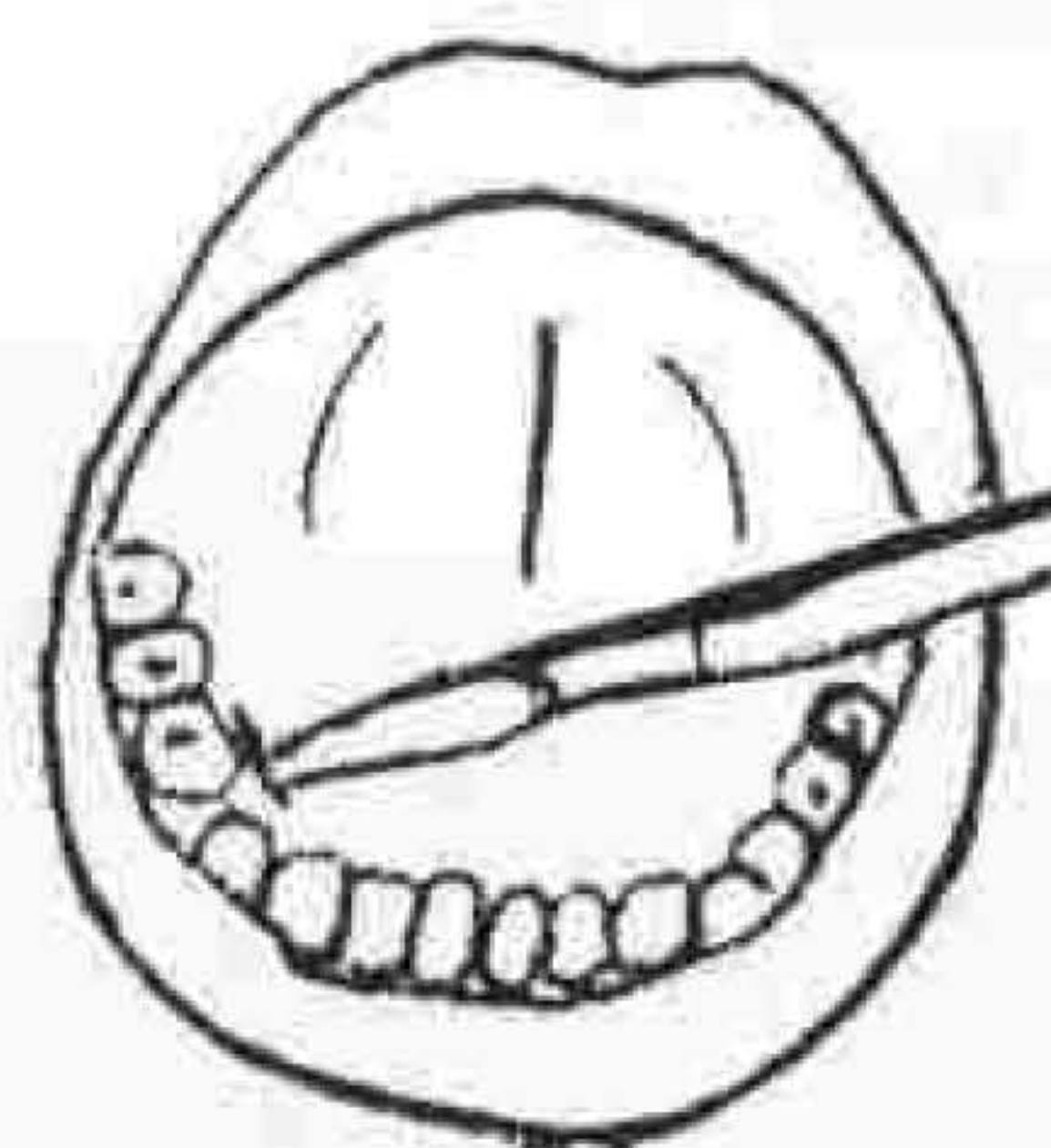
+ Áp xe nông quanh hàm trong (*dưới lưỡi, dưới niêm mạc*): áp xe nông ngay chân răng nguyên nhân. Sàn miệng bình thường.

+ Viêm ống Wharton do sỏi: tiền sử có cơn đau, sờ hoặc chụp X quang thấy sỏi. ấn có mủ chảy qua ống.

- + Phlegmon sàn miệng: sưng, thâm nhiễm toàn bộ sàn miệng, hai bên, tình trạng toàn thân suy yếu, nhiễm khuẩn, nhiễm độc.
- + Nang nhai (*Ranula*): tiến triển chậm, không đau, màu xanh, mềm, sàn miệng bình thường.
- + Nang dạng da (*Dermoid cyst*): ở giữa sàn miệng, tiến triển kéo dài, không đau, sàn miệng bình thường, ấn mềm, lún, xác định bằng chọc dò.

-Xử trí: dẫn lưu áp xe bằng đường trong miệng hay ngoài miệng.

-Đường trong miệng: chỉ định khi áp xe tiến triển nông dưới niêm mạc. Gây tê tại chỗ. Rạch gần bờ trong của xương hàm, song song với xương, chỗ phòng nhất để tránh những thành phần giải phẫu chạy qua sàn miệng (ống Wharton, thần kinh lưỡi, tĩnh mạch lưỡi). Rạch vừa đứt niêm mạc, luôn kẹp cầm máu qua đường rạch rồi mở rộng để dẫn lưu mủ. Dẫn lưu bằng mảnh cao su (H14).



H14. Mở áp xe dưới lưỡi

-Đường ngoài da:

Chỉ định: khi áp xe tiến triển qua cơ hàm móng dưới da.

Gây mê ngấn hay gây tê.

Rạch cong dưới cằm bên áp xe, cạnh đường giữa: đường rạch dài khoảng 3 cm, giữa cung cằm và xương móng. Cắt da, cơ bám da. Luôn một kẹp cầm máu qua cơ hàm móng vào sàn miệng, trong khi đó đặt một ngón tay trên niêm mạc sàn miệng kiểm tra, để không chọc thủng niêm mạc sàn miệng. Mở rộng kẹp để mở ổ mủ. Luôn 1-2 ống cao su trên lớp cơ hàm móng để dẫn lưu mủ. ống được cố định vào da, thay hoặc rút bỏ ống sau 48 giờ.

Nếu mủ đã lan đến vùng dưới hàm hoặc dưới cằm thì tiếp tục mở và dẫn lưu mủ qua đường rạch nói trên.

\* *Áp xe vùng dưới cằm: (H15).*

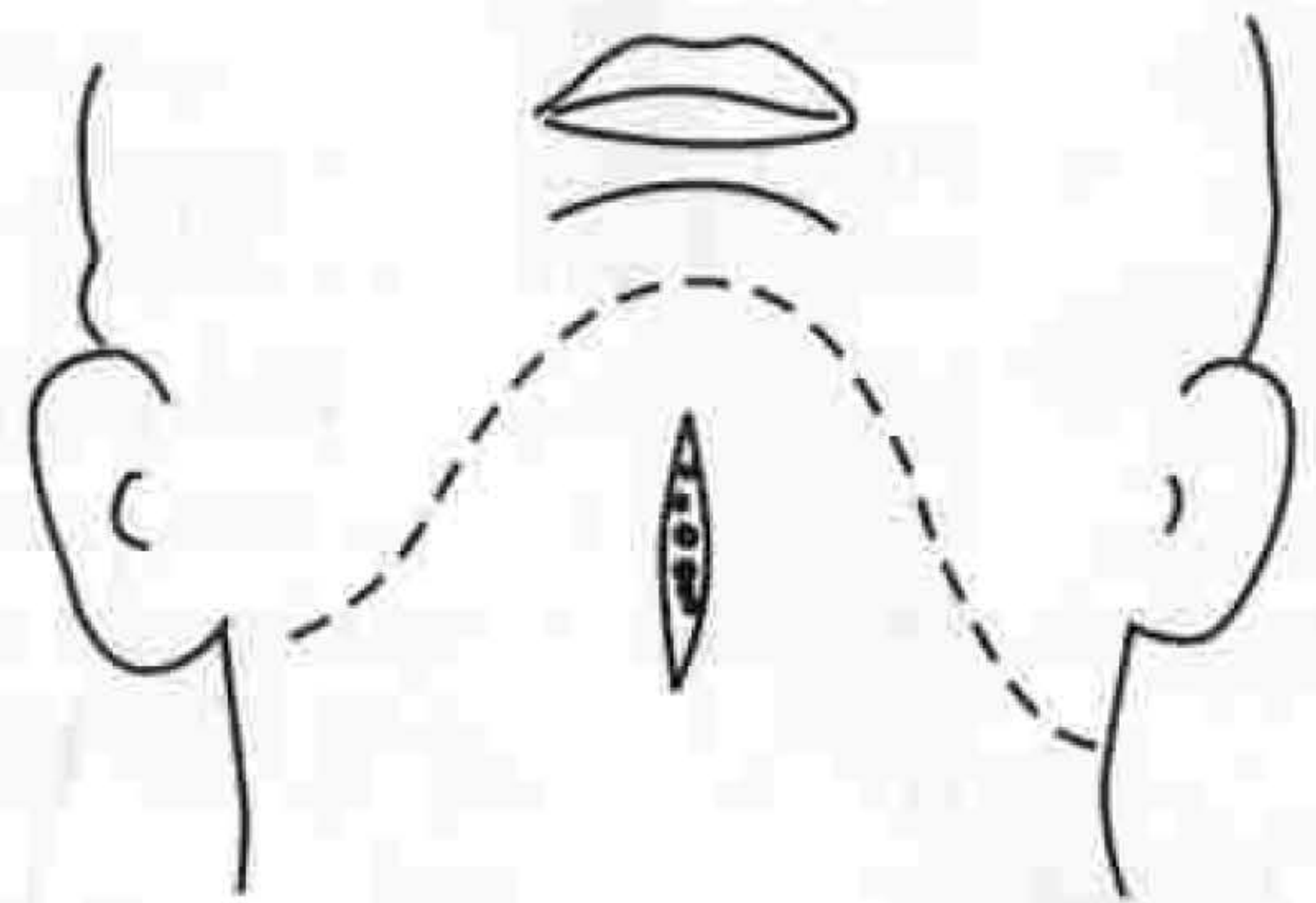
– Nhắc lại giải phẫu: giới hạn của vùng dưới cằm:

Trên là phần trước của hai cơ hàm - móng, phân cách vùng này với hai vùng dưới lưỡi.

Dưới là cân cổ nông.

Trước là cung cằm của bờ dưới xương hàm dưới.

Sau (đáy) là xương móng.



H15. Mở áp xe vùng dưới cằm

Hai cạnh bên là hai bụng trước của cơ nhị thân giới hạn vùng cằm và vùng dưới hàm.

Trong vùng cằm chỉ có các mạch máu nhỏ dưới cằm, các hạch bạch huyết và mỡ.

– Bệnh sinh: thường do răng cửa và răng nanh dưới nhiễm khuẩn do tủy hoại thư, hoặc tủy chết do sang chấn. Cũng có thể do nguyên nhân viêm quanh hạch.

– Lâm sàng: sưng tròn và khu trú ở đường giữa cằm, dừng lại ở cung cằm xương hàm dưới ở phía trước, xương móng ở phía sau, và hai bên đến vùng dưới hàm.

Da căng bóng, đỏ. Sờ lúc đầu đau, ấn lõm, không rõ ranh giới. Sau khi mở khu trú thì vùng sưng có ranh giới rõ và có dấu hiệu chuyển sóng.

Khám trong miệng: có thể thấy niêm mạc vùng trước của sàn miệng sung huyết nhẹ. Cần kiểm tra răng, tủy tủy, chụp X quang để tìm răng nguyên nhân.

– Tiến triển: nếu không điều trị có thể gây rò mủ vùng dưới cằm, hoặc áp xe lan rộng đến dưới lưỡi qua cơ hàm - móng, hay áp xe vùng dưới hàm qua cơ nhị thân.

– Xử trí:

+ Áp xe khu trú vùng dưới cằm: rạch cong ngoài da giữa cung cằm và xương móng. Luôn kẹp cầm máu qua da vào ổ mũ và dẫn lưu bằng ống hay mảnh cao su. Hoặc có thể vạch dọc giữa (H15).

+ Áp xe lan tới các vùng khác:

- Vùng dưới lưỡi: qua đường rạch nói trên, luôn kẹp tách cơ hàm - móng, vào vùng dưới lưỡi. Dẫn lưu như trên.
- Vùng dưới hàm: nếu thâm nhiễm ít, có thể dẫn lưu mũ vùng dưới hàm qua đường rạch cằm nói trên. Nếu nhiễm khuẩn nặng, thêm đường rạch vùng dưới hàm để dễ thoát mũ.

### \* Áp xe hố mắt (H16)

- Bệnh sinh: hố mắt có thể bị nhiễm khuẩn do răng hàm trên, nhất là răng nanh, bằng đường trực tiếp từ răng qua xương hay từ vùng lân cận lan đến hố mắt như áp xe má xâm nhập trực tiếp hố mắt qua bờ dưới hố mắt, hoặc tĩnh mạch góc mắt (*hay tĩnh mạch mắt dưới*).

Áp xe khoang sau hàm vào hố mắt qua khe bướm hàm.

Áp xe xoang trán, nhất là xoang sàng, gây áp xe hố mắt bằng đường xuyên qua thành xương mỏng ngăn hố mắt.

Áp xe xoang hàm trên ít gây áp xe hố mắt.

Viêm xương hàm cũng có thể lan vào hố mắt.

- Lâm sàng: triệu chứng khởi đầu là nề mi trên và dưới, làm cho mắt có thể bị khép lại (H16). Nề kết, mạc và lồi mắt nhẹ. Sau đó, hiện tượng tại chỗ tiến triển nhanh, mi mắt nề nhiều, da mi đỏ sẫm. Vận động nhãn cầu rất đau. Lồi mắt nặng thêm, mắt có thể



H16. Áp xe hố mắt

lệch tùy theo nguyên nhân: lệch ra ngoài (nếu do xoang sàng), lệch lên (do xoang hàm). Cuối cùng mất phản xạ ánh sáng và mất thị lực. Nếu không mở dẫn lưu mủ cấp cứu có thể mù vĩnh viễn.

Sờ nhãn cầu rất đau, khó tìm dấu hiệu chuyển sóng vì mủ ở sâu. Dấu hiệu đáy mắt có mủ, lúc khởi đầu thường không có (phân biệt với viêm tắc tĩnh mạch).

Dấu hiệu toàn thân có sớm: sốt cao, mạch nhanh, tình trạng toàn thân suy yếu, nhiễm khuẩn. Đau giật giật ở mi.

- Biến chứng:

- + Áp xe toàn bộ hố mắt hoặc bị mù.
- + Thân kinh thị giác bị hủy do mủ, mất thị lực.
- + Nhiễm khuẩn lan tràn theo đường tĩnh mạch gây viêm tắc tĩnh mạch xoang hang, viêm màng não.

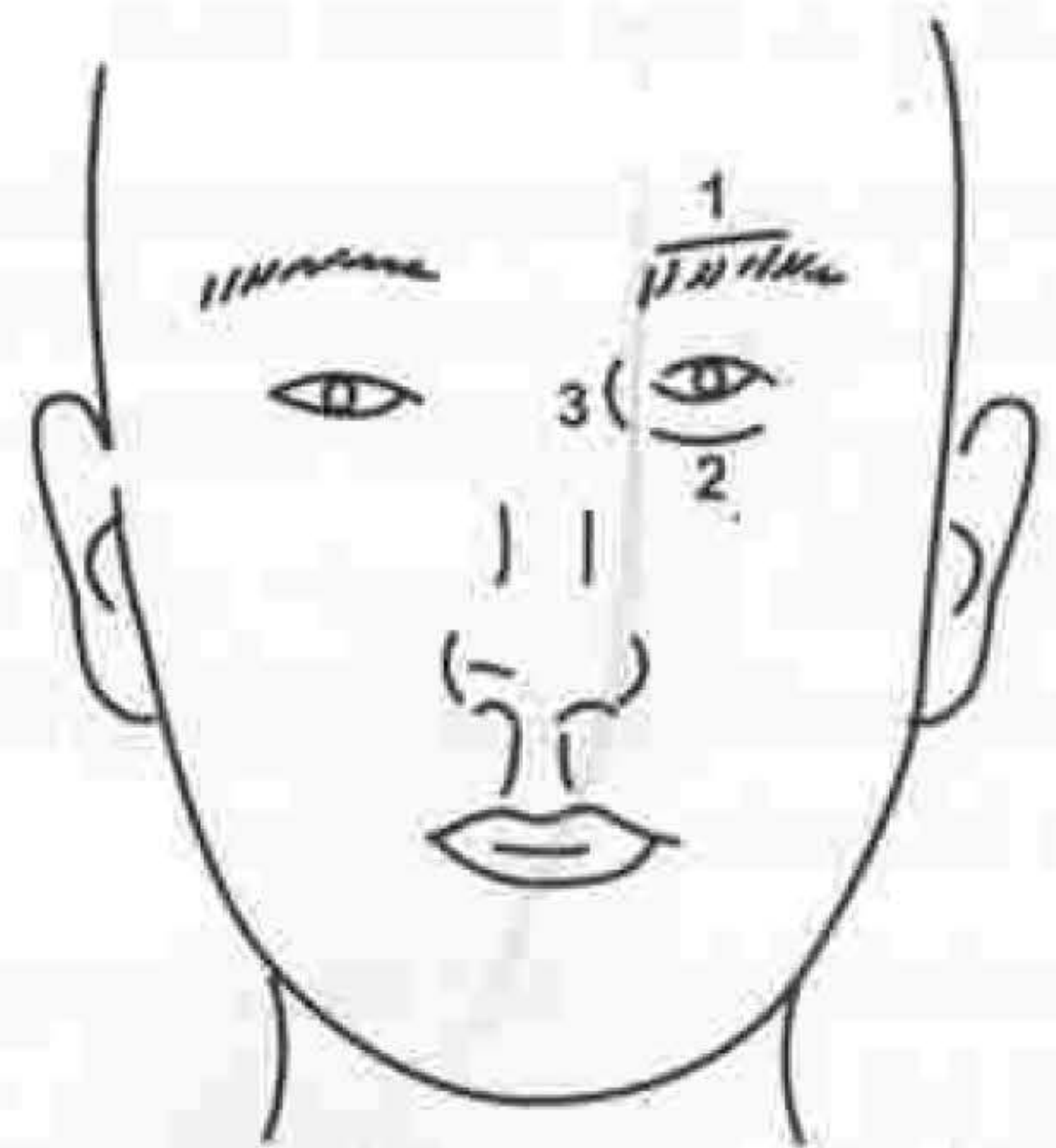
- Xử trí: cần mở dẫn lưu mủ cấp để tránh mất thị lực và ngăn ngừa các biến chứng nặng trên.

Gây mê ngắn.

Đường rạch: tùy nguyên nhân và đường vào của nhiễm khuẩn.

- + Rạch dưới bờ dưới hố mắt nếu nhiễm khuẩn từ má, khoang sau hàm hoặc xoang hàm trên.
- + Rạch vòng góc trong mắt nếu áp xe xuất phát từ xoang sàng (H17).

Cần sờ cẩn thận điểm mốc là bờ xương hố mắt (trên hoặc dưới tùy chỉ định), rạch đúng bờ xương, dài 2-3 cm. Banh hai mép đường rạch. Mở ổ mủ bằng dụng cụ tù đầu như kẹp cầm máu, phải đi sát và chạm xương để không làm sang chấn nhãn cầu, luôn kẹp từ từ vào sâu khoảng 2 cm cho tới khi vào ổ mủ, có mủ chảy ra.



H17. 1. Rạch bờ trên hố mắt  
2. Rạch bờ dưới hố mắt  
3. Rạch góc trong hố mắt

Dẫn lưu mủ bằng mảnh cao su mỏng.

Rỏ thuốc vào mắt.

Điều trị: dùng kháng sinh

### \* Áp xe lưỡi

- Bệnh sinh: nguyên nhân thường gây nhiễm khuẩn lưỡi là dị vật (*mảnh kim loại, gỗ, xương...*), vết thương trực tiếp, loét bệnh lý (*lao, viêm lưỡi, giang mai*), hoặc do lan tràn từ áp xe vùng dưới lưỡi. Mủ có thể tụ ở bên, giữa cơ cằm lưỡi hay ở đỉnh lưỡi.

- Lâm sàng: lưỡi sưng to đầy miệng, sưng to nhất tùy nơi tụ mủ: bên lưỡi hay trung tâm, đỉnh hay đáy lưỡi.

Cử động lưỡi hạn chế, miệng nửa há, chảy nhiều nước bọt.

Sờ: lưỡi cứng toàn bộ, có thể cảm thấy có vùng chuyển sóng ở sâu. Cạnh lưỡi có dấu răng. Sàn miệng có thể bị thâm nhiễm, có thể bị sưng da vùng dưới cằm.

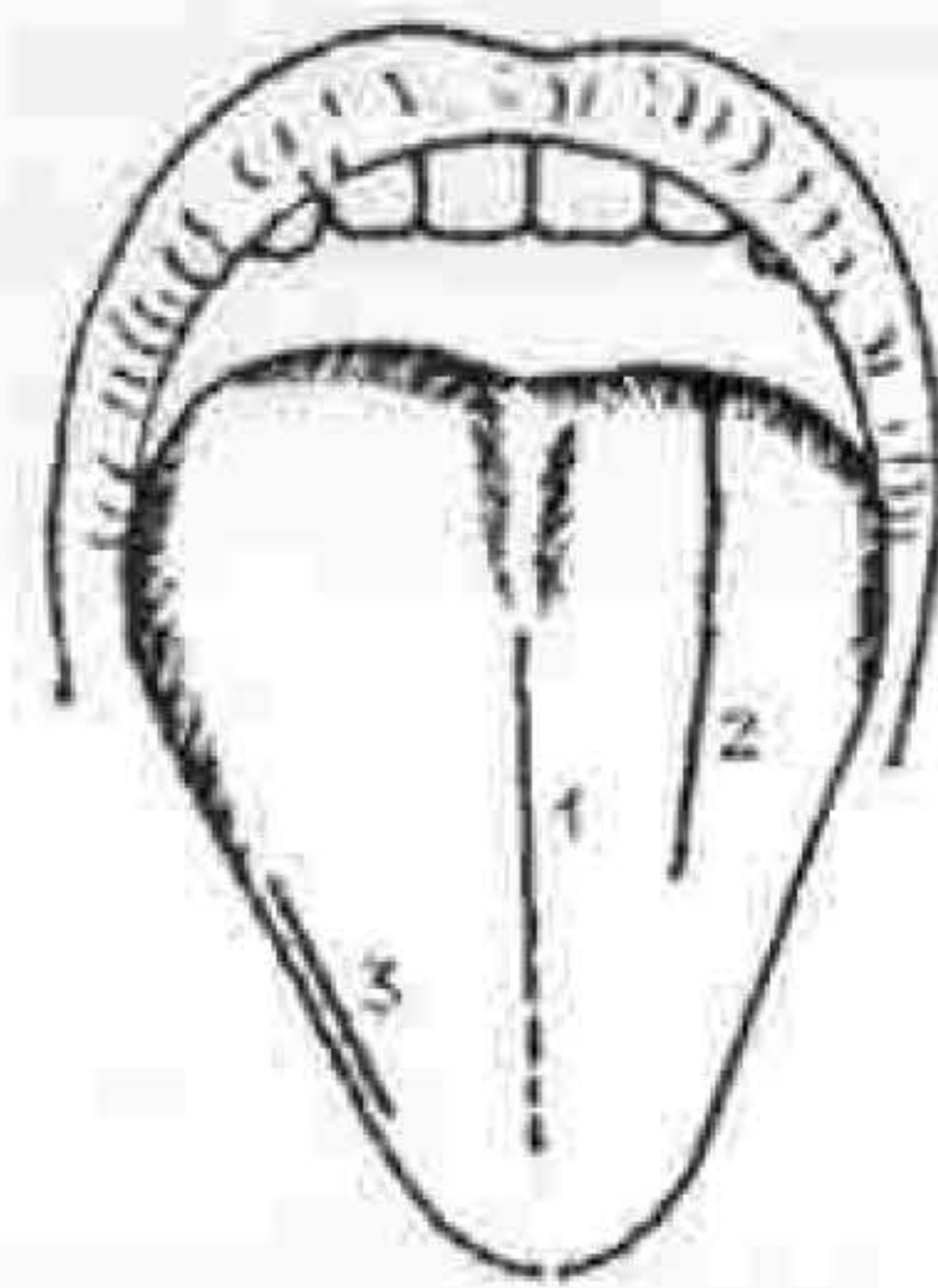
Rối loạn chức năng: cử động lưỡi, nhai, nuốt khó.

Tình trạng toàn thân suy yếu, nhiễm khuẩn, sốt cao, vật vã, mất ngủ. Có thể bị viêm nề đáy cổ gây khó thở (*nề thanh môn*).

- Chẩn đoán: dựa vào các dấu hiệu trên. Chẩn đoán phân biệt với u, gồm giang mai thần kinh, nang (*tiến triển chậm*). Trong trường hợp nghi ngờ thì chọc dò tìm ổ mủ và rạch dẫn lưu mủ theo đường kim thăm dò. Dùng kim to chọc ở rãnh giữa lưỡi và sàn miệng. Cần chọn chỗ chọc dò để không làm thương tổn mạch máu, gây tụ máu làm bệnh nặng thêm.

- Xử trí: mở áp xe lưỡi theo đường trong miệng hay ngoài da.

Đường trong miệng: chỉ định với áp xe nông, khu trú mủ rõ (*áp xe bên lưỡi và phần tự do của lưỡi*).



H18. Các đường rạch mở áp xe lưỡi (*đường trong miệng*)



Gây tê dọc đường rạch, có thể gây tê thân thần kinh lưỡi ở gai Spix.

Rạch dọc, 1-2 cm chỗ phồng nhất để vào ổ mủ. Luôn kẹp cầm máu đầu tù để mở rộng ổ mủ.

Đường ngoài da: chỉ định đối với áp xe giữa, nhất là áp xe đáy lưỡi.

Tiêm tê dọc đường rạch.

Rạch thẳng đường giữa cầm, qua da, cơ bám da, cân cổ nông. Luôn kẹp cầm máu qua giải giữa của cơ hàm - móng, qua sàn miệng vào nhu mô lưỡi, vào ổ mủ. Mở rộng kẹp để mở ổ mủ. Trong khi luôn kẹp vào nhu mô lưỡi, một ngón tay trái đặt ở lưng lưỡi, cần kiểm tra đầu kẹp để không chọc quá sâu.

Đặt ống cao su dẫn lưu theo đường kẹp. Ống cao su được cố định vào da. Có thể rạch cong giữa cung cầm và xương móng. Cách mở cũng như trên.

Trong tất cả những nguyên nhân gây áp xe các vùng nông ở miệng, hàm mặt thì nhiễm khuẩn quanh chóp răng là một yếu tố thường xuyên.

**b. Viêm mô tế bào khu trú các vùng sâu:** các vùng sâu là những vùng giải phẫu nằm giữa xương, cơ, và các lớp của cân cổ sâu. Các vùng sâu có chứa những thành phần giải phẫu quan trọng như mạch, thần kinh. Các vùng dễ thông với nhau khi một vùng bị nhiễm khuẩn và có thể lan lên nền sọ hay vào trung thất. Các vùng sâu hay bị viêm nhiễm như vùng mang tai, vùng cằm, vùng sau hầu, vùng bên hầu...(H19).

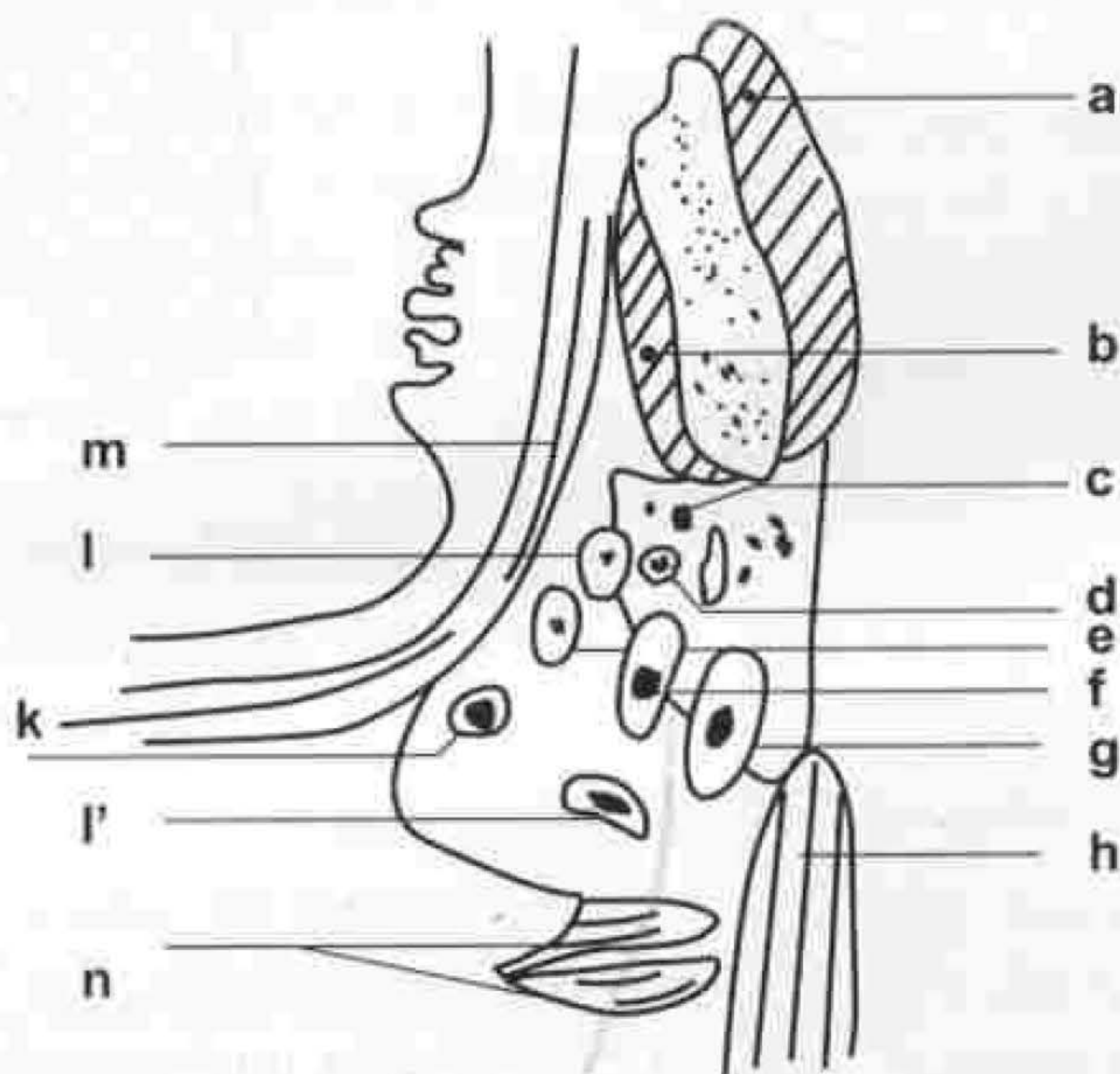
**Bảng 2.** Áp xe các vùng nông do răng hay gặp

Răng	Vùng hay bị áp xe
<b>Hàm dưới:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Răng cửa giữa</li><li>- Răng cửa bên</li><li>- Răng số 4, 5</li><li>- Các răng hàm lớn</li></ul>	Tiền đình, môi dưới, cằm Quanh hàm trong, cằm Tiền đình, má Dưới hàm, trên móng, má

Hàm trên:	
- Răng cửa giữa, cửa bên	Tiền đình ( chân ngoài)
- Răng số 4	Vòm miệng ( chân trong)
- Răng số 5	Tiền đình
- Răng nanh	Hố mắt
- Các răng hàm lớn	Tiền đình (chân ngoài)
	Vòm miệng (chân trong)

Đặc điểm của nhiễm khuẩn các vùng sâu là triệu chứng khởi đầu ít rõ, mủ ở sâu và bị bao quanh bởi xương, cơ, cân, nên khó dẫn lưu, kháng sinh cũng khó thâm nhập do bị cân ngăn cản, triệu chứng lâm sàng thường nặng. Vì thế, cần chẩn đoán và can thiệp phẫu thuật sớm để đề phòng biến chứng nặng có khi nguy hiểm đến tính mạng.

Những khoang cổ mặt do cân ngăn chia có liên quan đến nhiễm khuẩn do răng, nguồn nhiễm khuẩn chính do răng là răng hàm lớn dưới. Những răng này reo rắc nhiễm khuẩn vào các vùng cơ cắn, dưới hàm, dưới lưỡi và hố thái dương (H19).



**H19.** Vùng mang tai – bên hậu

a. Cơ cắn; b. Cơ chân bướm trong; c. Tĩnh mạch cảnh ngoài; d. Động mạch cảnh ngoài; e. Cơ trâm hầu; f. Cơ trâm móng; g. Cơ nhị thân; h. Cơ ức đòn chũm; i. Tĩnh mạch cảnh trong; k. Động mạch cảnh trong; l. Cơ trâm lưỡi; m. Cơ khít hầu trên; n. Cơ vai

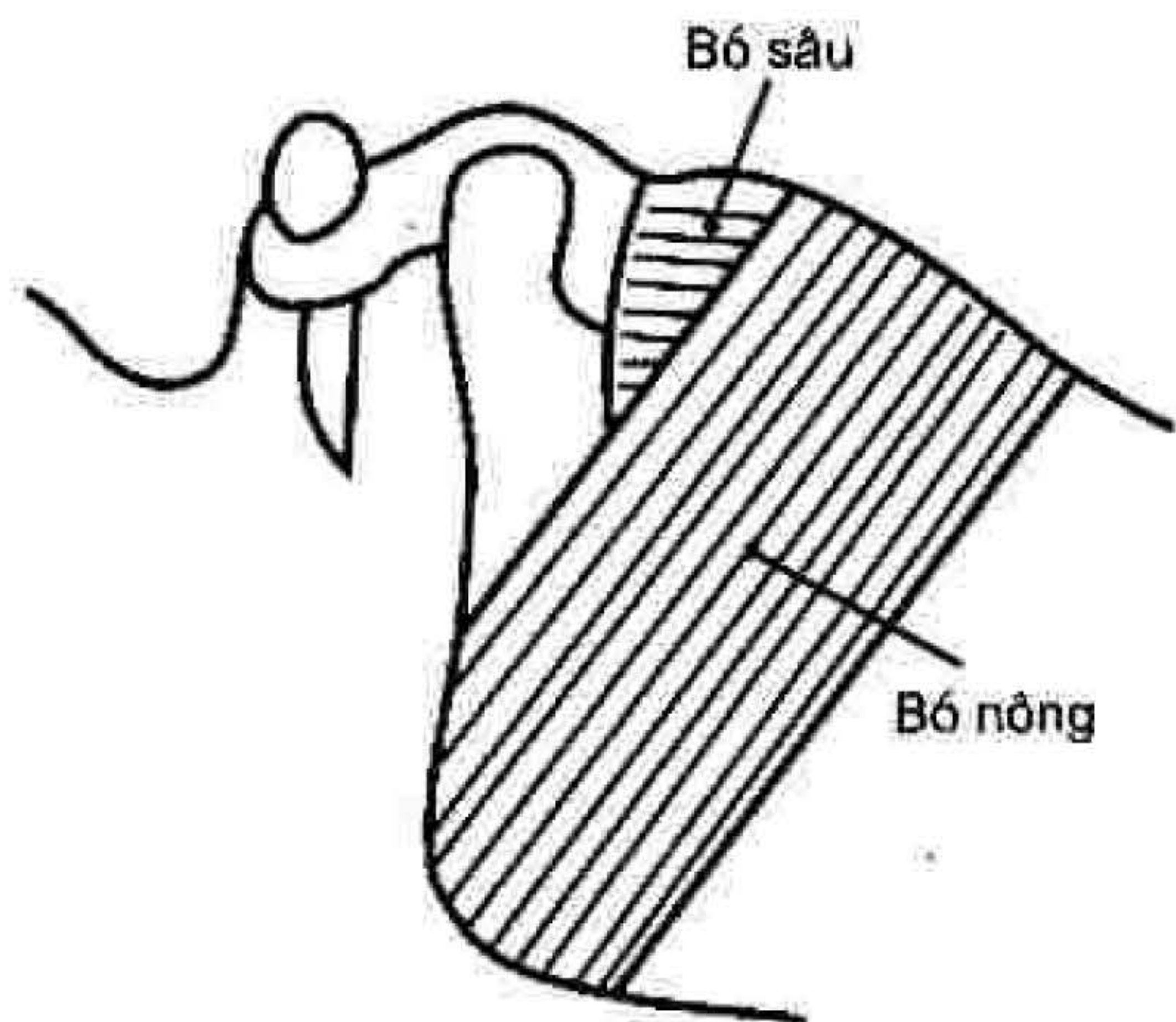
Nhiễm khuẩn do răng hàm lớn trên ít gặp hơn và có thể gây nhiễm khuẩn khoang chân bướm hàm và hố dưới thái dương, hoặc sau đó có thể lan đến vùng mang tai và khoang bên hầu. Trường hợp nặng, nguy hiểm, nhiễm khuẩn có thể lan qua khoang tạng (ở giữa cân trước sống và cân trước khí quản) vào trung thất.

**\* Áp xe vùng cơ cắn (H20, 21)**

- Nhắc lại giải phẫu: vùng cắn đi từ cung tiếp đến bờ dưới xương hàm dưới, từ bờ trước cơ cắn ở phía trước đến bờ sau cạnh lên xương hàm dưới ở phía sau.

Từ nông vào sâu có:

+ Da, tổ chức tế bào dưới da, qua đó có thần kinh và mạch máu nông đi qua: động mạch ngang mặt, song song với cung tiếp, dưới cung tiếp 1 cm, các nhánh của thần kinh mặt, phần kéo dài trước của tuyến mang tai và ống Stenon. Ở dưới là nhánh dưới của thần kinh mặt



H20. Cơ cắn

+ Cân cắn và cơ cắn.

+ Xương: cung tiếp, cạnh lên xương hàm dưới.

+ Phần trên của bình diện xương là khuyết sigma, rộng thông vùng chân bướm - hàm với vùng cắn. Vùng cắn được lớp cân bọc chẻ đôi của cân cổ sâu bao quanh.

+ Phía sau vùng cắn thông với vùng mang tai, ở trong với khoang bên hầu, phía trên với hố thái dương nông và sâu.

- Bệnh sinh:

- + Nhiễm khuẩn của hai răng hàm lớn dưới và nhất là răng khôn. Cũng có khi do răng hàm lớn trên.
- + Do kỹ thuật gây tê thần kinh răng dưới không vô khuẩn.
- + Do gãy xương hàm dưới, nhất là khi đường gãy đi qua răng hàm lớn số 3 bị nhiễm khuẩn.
- + Mủ có thể tụ sâu giữa cơ cắn và xương, hay nông giữa cơ cắn và da.

- Lâm sàng: đặc điểm của áp xe vùng cắn là khít hàm nhiều, đau và sưng. Những dấu hiệu lâm sàng rõ ràng nhất từ 3-7 ngày sau khi khởi bệnh.

Sưng cả ngoài và có thể cả trong miệng (H21).

Ngoài miệng: sưng từ góc hàm tới cung tiếp, cứng. Sưng lan xuống góc hàm tới vùng dưới hàm và đường giữa. Nếu áp xe nông giữa cơ cắn và da, thì sẽ có dấu hiệu mềm lún hay chuyển sóng. Da căng, bóng, đỏ sẫm. Sưng có thể lan ra trước tới vùng má, lan ra sau tới vùng mang tai.

Trong miệng: khó khảm vì khít hàm. Nếu mủ tụ sâu giữa cơ cắn và cánh lên xương hàm dưới, thì niêm mạc bờ dưới cánh lên nề, sung huyết, ấn lõm. Niêm mạc thành bên hầu trước amidan nề đỏ, còn sau amidan thì vẫn bình thường (*phân biệt với áp xe thành bên hầu: sưng nề toàn bộ niêm mạc*).

Vùng dưới lưỡi cũng có thể bị sưng.

Đau: có thể đau giữ dội, lan lên tai. Có thể khó nuốt.

Tình trạng nhiễm khuẩn toàn thân, sốt, mệt mỏi.

- Chẩn đoán phân biệt:



H21. Áp xe cơ cắn - má

- + Áp xe vùng mang tai: súng sau vành lên xương hàm dưới, nếu áp xe cả tuyến mang tai thì khi ấn có mủ chảy qua ống Stenon.
- + Viêm xương tủy góc hàm hay vành lên xương hàm dưới: chụp X quang thấy có thương tổn xương.
- + Áp xe má: súng bờ trước cơ cắn, khít hàm ít.

-Tiến triển: áp xe cơ cắn có thể lan đến vùng mang tai, má, dưới hàm, bên hầu, hố thái dương, khoang chân bướm – hàm

- Xử trí: mở áp xe theo đường ngoài da hay trong miệng.

Đường ngoài da (*hay dùng*): chỉ định khi áp xe tiến triển ra da hoặc vào sâu, có khuynh hướng lan lên trên hay ra sau xương hàm, hoặc áp xe cả ở mặt ngoài và mặt trong cơ cắn.

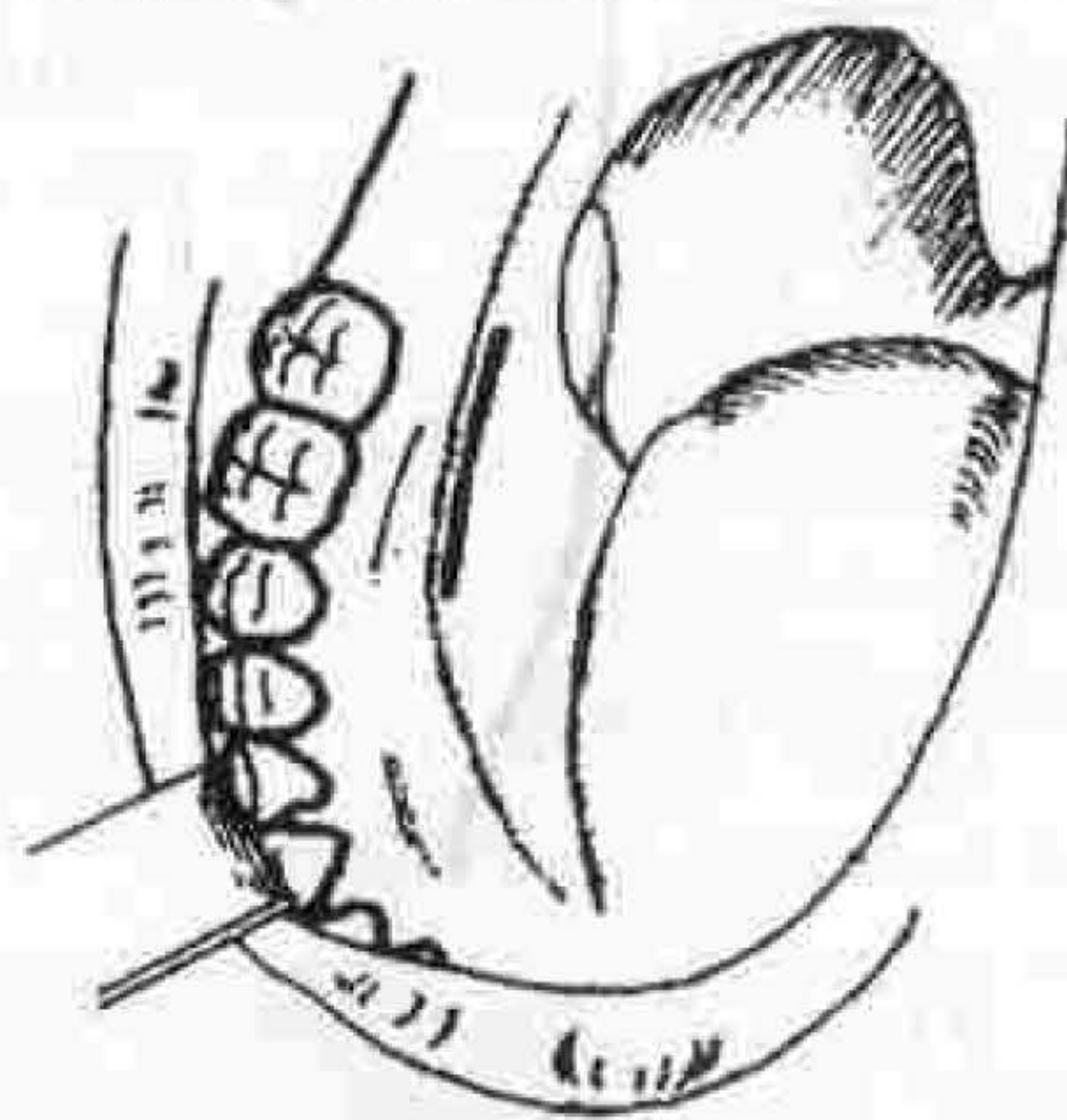
Vô cảm: gây mê ngán hoặc gây tê tại chỗ.

Rạch dưới và song song với góc hàm khoảng 3-4 cm. Vì súng to vùng góc hàm nên khó xác định chính xác bờ xương và góc hàm, vì thế, khoảng cách đường rạch đối với xương nên lớn hơn bình thường một ít. Qua da, cơ bám da, luân kẹp cầm máu lên trên, ra trước vào vùng cắn, nếu là mở ổ mủ sâu, thì luân kẹp chạm xương, tách các thớ cơ cắn, đi sát xương để mở ổ mủ. Băng rộng kẹp, dẫn lưu mủ bằng ống cao su.

Đường trong miệng (H22): chỉ định khi áp xe tiến triển vào sâu, giữa cơ cắn và vành lên phòng niêm mạc bờ trước vành lên.

Gây tê dọc niêm mạc bờ trước vành lên.

Rạch niêm mạc bờ trước vành lên, dài khoảng 2 cm, từ trên xuống dưới về phía xương. Luân kẹp cầm máu vào giữa mặt ngoài xương và cơ cắn để vào ổ mủ. Không chọc kẹp vào sâu quá để không làm tổn thương màng xương và gây nhiễm khuẩn vào các vùng kế cận.



H22. Mở áp xe cơ cắn (đường trong miệng)

Dẫn lưu bằng ống cao su hay mảnh cao su cố định vào niêm mạc (H21).

*\* Áp xe vùng mang tai*

- Nhắc lại giải phẫu: vùng mang tai là khoang được hình thành bởi sự chẻ đôi của lớp cân bọc nông của cân cổ sâu. Từ ngoài vào trong, từ nông vào sâu có:

- + Thành ngoài là da và cân nông.
- + Thành sau là bờ trước cơ ức - đòn - chũm và xương chũm.
- + Thành trước là bờ sau của cánh lên được tăng cường ở ngoài bởi cơ cắn, ở trong bởi cơ chân bướm trong và cân liên cơ chân bướm. Giữa bờ sau của cân này và mặt trong của bờ sau cánh lên có một khe: khe Juwara, qua đó vùng mang tai thông với khoang chân bướm - hàm.
- + Thành trong: giữa cân liên cơ chân bướm và dây chằng trám- hàm có một khe làm thông vùng mang tai với khoang bên hầu, qua khe này tuyến mang tai kéo dài vào khoang bên hầu.
- + Thành trên tương ứng với ống tai ngoài.
- + Thành dưới là giải hàm đi từ cơ ức - đòn - chũm tới góc hàm, ngăn vùng mang tai và vùng dưới hàm.

Các thành phẫu có trong vùng mang tai:

- + Tuyến mang tai, ống Stenon, cơ cắn, xương hàm dưới, cơ chân bướm trong, thành hầu vùng amidan, cơ ức - đòn - chũm, cơ nhị thân, cơ trám móng, dây chằng trám móng, dây chằng trám hàm, cơ trám lưỡi, cơ trám hầu.
- + Đi qua những thành phần nói trên là mạch và thần kinh: thần kinh mặt (H19) chia làm 2 nhánh qua tuyến mang tai và phân nhánh, tĩnh mạch cảnh ngoài, động mạch cảnh ngoài.
- + Sau hoành trám là: tĩnh mạch cảnh trong, động mạch cảnh trong, thần kinh gai, thần kinh đại hạ thiệt, thần kinh phế

vi, thần kinh thiệt hầu, thân tinh mạch giáp - lưỡi - mặt, động mạch thái dương nông.

Cần phải tránh làm tổn thương những thành phần quan trọng trên khi phẫu thuật dẫn lưu mủ.

- Bệnh sinh:

- + Do răng hàm dưới và có khi do răng hàm lớn trên.
- + Do viêm mủ tuyến mang tai (*thường gặp*).
- + Do viêm hạch trong tuyến mang tai.
- + Do lan tràn nhiễm khuẩn từ các vùng kế cận đến (*như vùng cằm, thái dương...*), hay do sang chấn trực tiếp gây cạnh lên xương hàm dưới.

- Lâm sàng:

- + Triệu chứng khởi đầu ít rõ, sưng nề cứng vùng mang tai, trước và dưới ống tai ngoài, sau đó sưng lan rộng cả bên mặt, làm cho nề mi và mắt bị khép lại. Rãnh giữa bờ trước xương chũm và bờ sau cạnh lên bị sưng dày, ấn lõm, đau. Da vùng sưng căng, bóng, đỏ.
- + Khám trong miệng: khít hàm, sưng huyết niêm mạc má, có khi sưng sau trụ thành bên hầu.
- + Có dấu hiệu nhiễm khuẩn toàn thân.

- Chẩn đoán phân biệt:

- + Viêm tuyến mang tai và áp xe tuyến: mủ chảy qua ống Stenon khi ấn vào vùng mang tai.

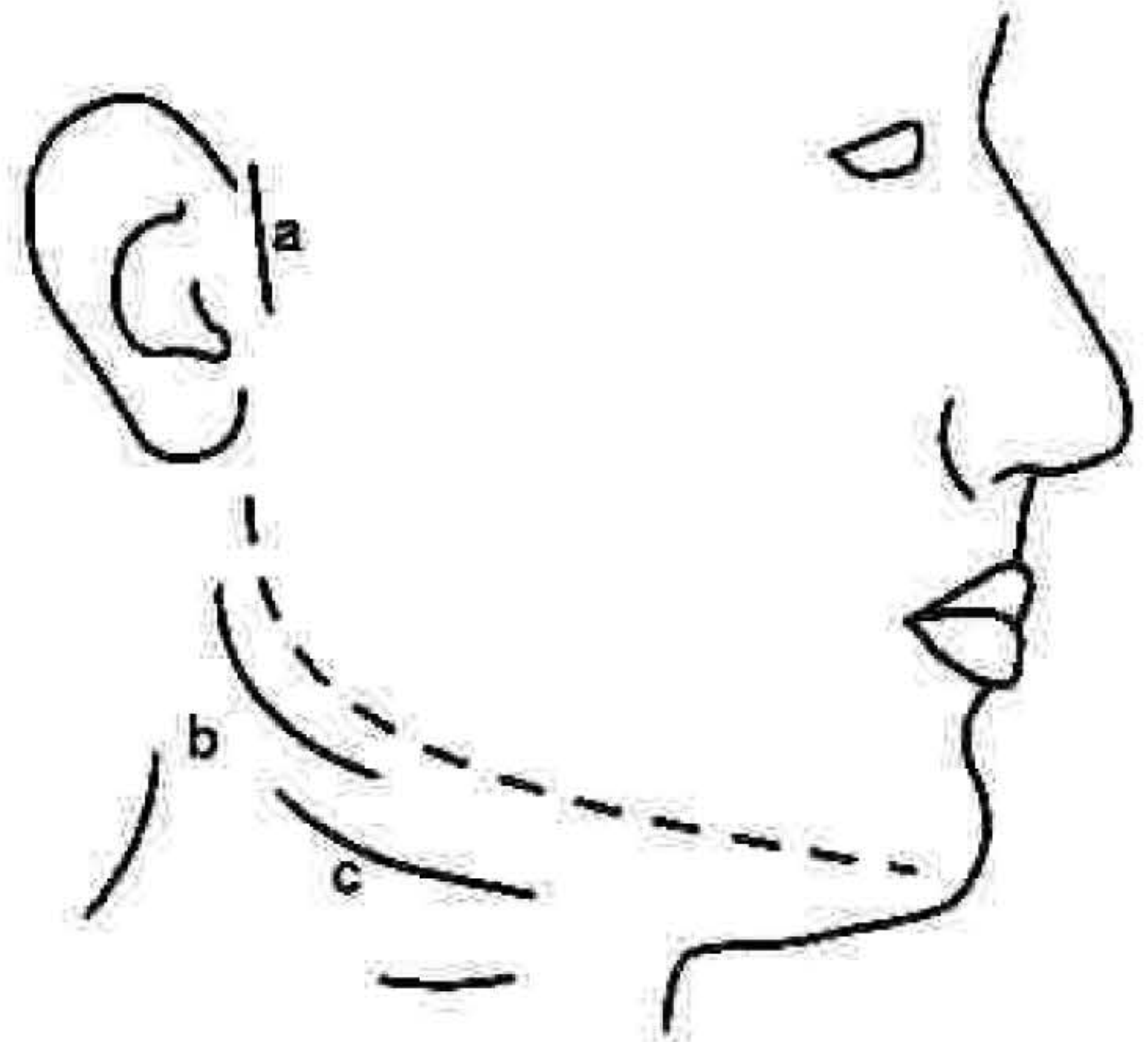
\* *Áp xe vùng cằm*: sưng vùng cằm, khít hàm nhiều

- Xử trí: rạch dẫn lưu mủ; có hai cách rạch dẫn lưu:

- + Rạch bờ trước ống tai ngoài, từ cung tiếp xuống khoảng 3 cm. Tách da và cân dưới da. Luồn kẹp cầm máu đầu tù vào mặt ngoài tuyến mang tai (*hoặc luồn kẹp vào nông trong tuyến trường hợp áp xe cả tuyến*), nhẹ nhàng, bành mũi kẹp song song với hướng đi của các nhánh dây thần kinh mặt

(những nhánh này nằm sâu trong thùy nông của tuyến mang tai). Dẫn lưu bằng mảnh cao su.

- + Rạch dưới và quanh góc hàm (thường dùng vì ít bị sang chấn thần kinh mặt và tránh sẹo xấu): rạch 3-5 cm cách bờ nền xương hàm dưới khoảng 2 cm. Tách da, cân dưới da, luôn kẹp cầm máu đầu tù hướng lên trên vào vùng tuyến mang tai, để mở ổ mủ như trên.
- + Dẫn lưu áp xe tuyến mang tai với thời gian dài hơn vì tổ chức tuyến hoại tử và loại trừ chậm (H23).



H23. Các đường rạch áp xe vùng mang tai  
a. Rạch trước nắp tai  
b. Rạch quanh góc hàm  
c. Rạch dưới hàm

\* *Áp xe khoang chân bướm - hàm và hố thái dương*: khoang chân bướm - hàm còn gọi là hố chân bướm - hàm, hố dưới thái dương, khoang sau hàm.

-Nhắc lại giải phẫu: hố chân bướm- hàm và hố dưới thái dương được mô tả theo giải phẫu thành từng thể riêng, nhưng vì cùng nằm chung trong một vùng sau hàm, thường bị viêm nhiễm chung do răng, nên về bệnh lý được mô tả chung là áp xe hố chân bướm - hàm. Giới hạn giải phẫu như sau: (H24)

Ngoài: mặt trong cảnh lên và các lớp nông.

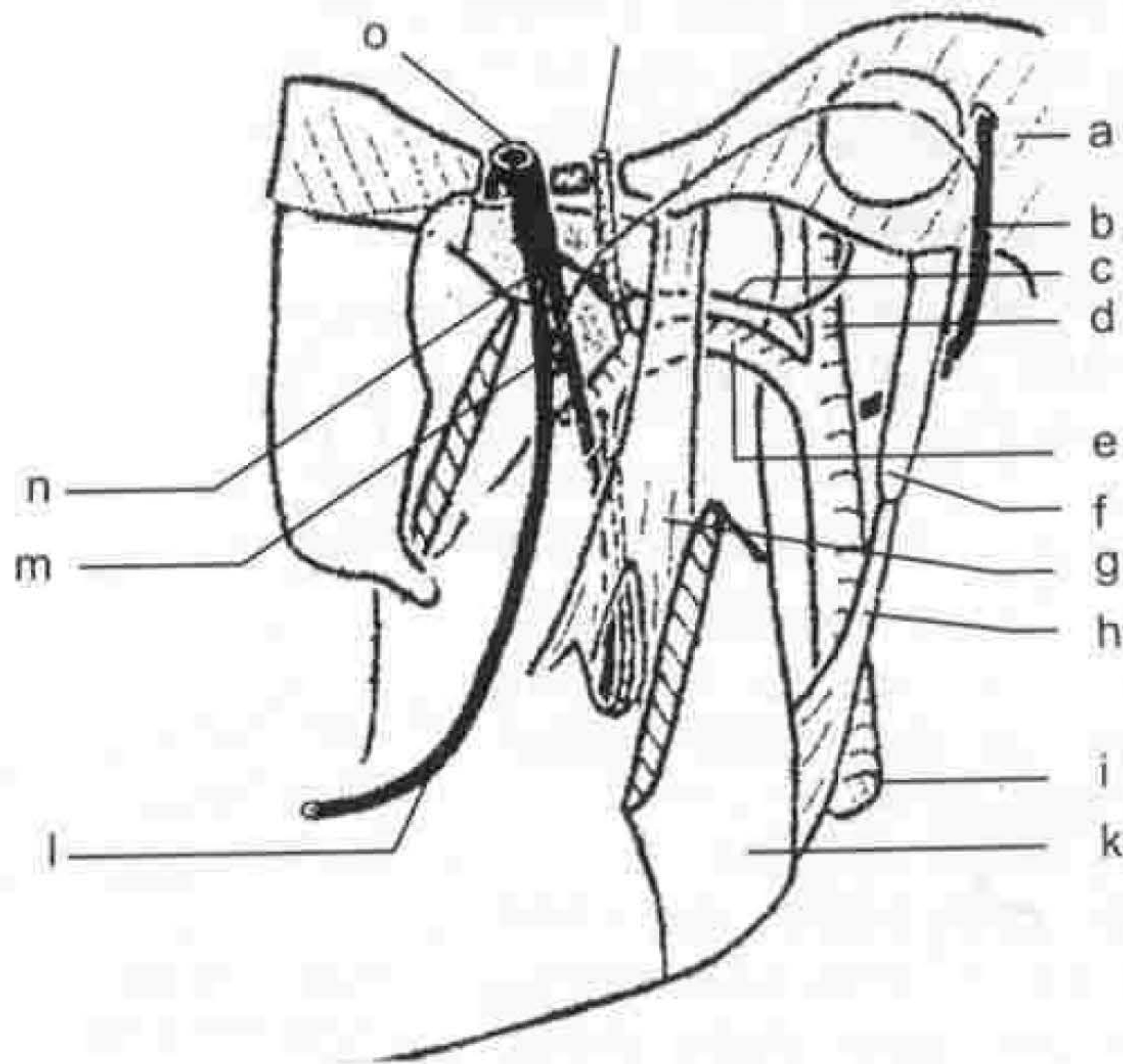
Trong: chân bướm và quá ra sau là thành bên hầu.

Trên: nền sọ. Có hai chỗ thông: một ở trong là khe bướm hàm, mà phần trên cùng khe bướm hàm tiếp với khe dưới ổ mắt và thông hố chân bướm - hàm với ổ mắt. Qua lỗ dưới ổ mắt, thần kinh dưới ổ mắt cho những nhánh tận cho răng cửa, răng nanh, răng hàm nhỏ trên và niêm mạc lợi trên. Một ở ngoài thông hố chân bướm - hàm với hố thái dương, qua khe chân bướm - hàm, do đó áp xe khoang chân bướm - hàm dễ lan đến hố thái dương (*áp xe hố thái dương*).



Trước: lõi củ xương hàm trên.

Dưới và sau: thông với khoang bên hầu, vùng dưới hàm, vùng mang tai (*sau, ngoài*) qua khe Juwara.



#### H24. Khoang chân bướm hàm

a. Xương đá; b. Thần kinh mặt; c. Thần kinh tai thái dương; d. Động mạch thái dương nông; e. Động mạch hàm trong; f. Mỏ trâm; g. Dây chằng bướm hàm; h. Dây chằng trâm hàm; i. Động mạch cảnh ngoài; k. Cơ châm bướm trong; l. Thần kinh lưỡi; m. Cơ chân bướm ngoài; n. Cơ chân bướm trong; o. Thần kinh hàm dưới; p. Động mạch màng não giữa

Cơ chân bướm trong được tăng cường bởi cân liên cơ chân bướm, chia hố chân bướm làm hai ô:

Một ở ngoài: ô chân bướm hàm dưới.

Một ở trong: ô chân bướm hàm trên.

Trong hố chân bướm - hàm có nhiều tổ chức liên kết lỏng lẻo và mỡ, động mạch hàm trong, đám rối tĩnh mạch chân bướm, dây thần kinh hàm trên và hàm dưới.

- Bệnh sinh:

+ Nhiễm khuẩn răng hoặc xương:

- Tai biến mọc răng khôn trên và dưới, biến chứng do sâu răng hàm lớn trên và dưới.
- Nang hàm trên nhiễm khuẩn.
- Viêm xoang mũi hàm trên.
- Viêm xương tủy hàm trên và dưới.
- Gãy hở lõi củ xương hàm trên, gãy góc hàm hoặc cạnh lên xương hàm dưới.

+ Lan tràn áp xe từ các vùng kế cận: vùng dưới hàm, vùng mang tai, khoang bên hậu, vùng cằm.

+ Do tai nạn điều trị:

Gây tê gai Spix bị nhiễm khuẩn (ô chân bướm - hàm dưới).

Gây tê thân kinh răng sau trên nhiễm khuẩn (gây tê lõi củ xương hàm trên).

Chọc xuyên qua xoang hàm trên có mũi, qua thành sau xoang.

Dị vật (kim loại, gỗ...) xuyên vào hố chân bướm - hàm.

Do có tổ chức liên kết mỡ, hạch bạch huyết phong phú, nên sự ngăn cách giải phẫu giữa hai ô chân bướm - hàm dưới và trên mỏng manh, và không hoàn toàn, nên áp xe ở một ô rất dễ lan nhanh sang cả hai ô.

- Lâm sàng:

Giai đoạn khởi đầu: triệu chứng lâm sàng nghèo nàn. Dấu hiệu ngoài miệng gần như không có. Nếu nhiễm khuẩn bắt đầu từ ô chân bướm - hàm dưới thì bệnh nhân bị khít hàm sớm, đau khi há miệng và nuốt khó. Ấn đau dọc niêm mạc bờ trước cạnh lên xương hàm dưới.

Nếu nhiễm khuẩn bắt đầu từ ô chân bướm - hàm trên (*sau lõi củ hàm trên*) thì khi ấn túi cùng hàm trên sau răng hàm lớn cuối rất đau, đặc biệt đau ở ngoài và sau lõi củ xương hàm trên.

Nhiễm khuẩn ở sâu nên đau có tính chất đau theo dây thần kinh (*đau nửa mặt tương ứng*).

Giai đoạn toàn phát: dấu hiệu ngoài miệng: đối với áp xe bắt đầu từ ô chân bướm - hàm trên: sưng nề trước ống tai ngoài, vùng khớp thái dương - hàm, cung tiếp, lan nhanh đến má, phía trên lên vùng thái dương và thái dương đỉnh, làm thành áp xe vùng thái dương.

Lồi cung tiếp bị xoá và hình thành một rãnh.

Dấu hiệu mắt: xuất hiện nề mí, nhất là mí dưới, lồi mắt (*vì thông giữa hố mắt và vùng sau hàm qua khe bướm - hàm*).

Phù màng kết hợp. Ấn vào nhãn cầu đau.

Khít hàm. Đau tăng khi há miệng, nhai, nuốt.

Đối với áp xe bắt đầu từ khoang chân bướm - hàm dưới: nề hố thái dương và dưới thái dương xuất hiện chàm. Sưng sau cánh lên và góc hàm. Đau chói khi ấn vào bờ sau cánh lên.

Dấu hiệu trong miệng: khít hàm nhiều, do các cơ nâng hàm (*cơ chân bướm trong, cơ cắn, cơ thái dương*) bị có rút. Khít hàm có rất sớm trong áp xe khoang chân bướm - hàm dưới, nề và sưng huyết niêm mạc má - tiền đình sau, sưng dọc niêm mạc bờ trước cánh lên, trụ trước màn hầu. Ấn vào niêm mạc bờ trước cánh lên rất đau và mềm lún.

Nếu áp xe bắt đầu từ ô chân bướm - hàm trên (*sau hàm*) thì sưng nhiều ở đáy tiền đình trên - sau, vùng sau răng hàm cuối. Ấn lõm ở túi cùng sau lồi củ xương hàm và rất đau. Co khít hàm nhiều hoặc ít.

Dấu hiệu chức năng và toàn thân: nhai nuốt đau, khít hàm. Tình trạng nhiễm khuẩn: sốt cao, rét run, mạch nhanh, mất ngủ, đau nửa mặt (*đau loại kích thích thần kinh do các nhánh của thần kinh ba nhánh (V) đi qua khoang sau hàm*).

- Chẩn đoán: khó trong giai đoạn khởi đầu. Đau, khít hàm, sốt là những dấu hiệu ban đầu có giá trị.

Thời kỳ toàn phát: sưng vùng thái dương, má, nề mắt và niêm mạc trong miệng, khít hàm.

- Tiến triển và biến chứng: vì hố chân bướm - hàm bị ngăn phía trong bởi vách cơ chân bướm, phía trước bởi lồi củ xương hàm trên, nên mũi có khuynh hướng lan rộng theo ba hướng: ra ngoài vào hố thái dương, lên trên qua khe bướm - hàm vào hố mắt, xuống dưới vào khoang bên hầu.

Biến chứng đặc biệt nặng là viêm tắc tĩnh mạch xoang hang, do sự tiếp nối giữa đám rối tĩnh mạch chân bướm và các tĩnh mạch mắt.

Dấu hiệu của viêm tắc tĩnh mạch xoang hang: sốt cao (39-40°C). Rét run. Đau đầu dữ dội.

Dấu hiệu kích thích màng não.

Dấu hiệu mắt: nề to mi, lồi mắt, đau giữ dội khi ấn vào nhãn cầu, rối loạn phản xạ, rối loạn vận động nhãn cầu, lác mắt.

Có thể bị viêm màng não, nhiễm khuẩn máu.

- Xử trí: phải mở áp xe sớm. Các đường vào như sau:

Đường trong miệng:

Đường trong miệng sau xương hàm trên: chỉ định đối với áp xe sau lồi củ xương hàm trên.

Bệnh nhân nằm ngửa, đầu ưỡn ra sau. Dùng một chiếc banh miệng, banh má ra ngoài và lên trên. Gây tê niêm mạc. Rạch vòng quanh răng khôn và bờ sau ngoài của lồi củ xương hàm trên. Luồn một kẹp cong đầu tù qua đường rạch lên trên và vào trong theo hướng lồi củ xương hàm trên, để vào hố chân bướm - hàm trên. Banh rộng kẹp mở ổ mủ. Dẫn lưu bằng mảnh cao su.

Đường trong miệng, ô chân bướm - hàm dưới: chỉ định đối với áp xe ô chân bướm - hàm dưới:

Bệnh nhân nằm ngửa, đầu ưỡn ra sau. Trợ thủ banh má. Gây tê niêm mạc dọc đường rạch. Rạch niêm mạc dọc bờ trước cánh lên từ trên xuống. Luồn kẹp cầm máu đầu tù theo đường gây tê gai Spix, giữa mặt trong của cánh lên và cơ chân bướm trong. Banh rộng kẹp mở ổ mủ. Dẫn lưu bằng mảnh cao su.

Đường ngoài da: chỉ định đối với áp xe hố chân bướm - hàm và các vùng lân cận như khoang bên hầu, vùng dưới hàm, vùng dưới thái dương. Dẫn lưu tất cả các vùng bị áp xe.

Đường dưới góc hàm: chỉ định đối với áp xe vùng sau hàm, vùng dưới hàm hoặc khoang bên hầu. Gây mê ngắn. Rạch dưới góc hàm. Nếu áp xe lan cả khoang bên hầu thì kéo dài đường rạch tới bờ trước cơ ức - đòn - chũm.

Mở vùng dưới hàm: luôn kẹp cầm máu vào mặt trong cạnh ngang để mở ổ mủ.

Mở vùng sau hàm: đẩy kẹp đi lên trên, ra trước và vào trong dọc mặt trong cạnh lên xương hàm dưới. Để mở ổ chân bướm - hàm dưới, cần chọc thủng và tách các thớ cơ chân bướm trong. Nếu mở cả khoang bên hầu thì luôn kẹp hướng vào trong và ra sau.

Dẫn lưu bằng ống cao su theo đường vào của kẹp, cố định ống vào da, để 24 giờ, sau đó thay ống cho đến khi hết mủ.

Đường cung tiếp (H25): chỉ định khi áp xe vùng thái dương và má.

Rạch 2-3 cm dọc bờ trên cung tiếp nếu áp xe ở vùng hố thái dương; hoặc rạch dọc bờ dưới cung tiếp nếu ổ áp xe ở má. Sau đó luôn kẹp xuống dưới, vào trong và hơi ra trước cho tới khi chạm lồi củ xương hàm trên cho tới ổ mủ. Banh kẹp mở ổ mủ. Dẫn lưu.



H25. Mở áp xe khoang chân bướm hàm  
1. Đường dưới góc hàm; 2. Đường cung tiếp

Đường hỗn hợp ngoài da, trong miệng: chỉ định khi áp xe lan ra nhiều vùng cần dẫn lưu rộng. Ví dụ: nếu đường rạch cung tiếp quá cao, khó dẫn lưu mủ, có thể thêm đường rạch trong miệng khoảng 3 cm đối diện với bờ trước cạnh lên. Sau khi đầu kẹp đã chạm lồi củ xương hàm trên, tiếp tục đẩy kẹp xuống dưới theo sát

xương mặt sau lồi củ để tới mặt sau răng khôn hàm trên. Chọc thủng niêm mạc để vào miệng.

Dẫn lưu bằng ống cao su đi từ đường rạch cung tiếp qua đường rạch trong miệng để vào miệng. Sau 48 giờ thay ống dẫn lưu và bơm rửa cho tới khi hết mủ.

\* *Áp xe khoang bên hầu*: khoang bên hầu là một khoảng hình chóp ở sâu, cạnh hầu, trong căn sâu của cổ, chứa nhiều thành phần giải phẫu quan trọng (H19, 26).

– Nhắc lại giải phẫu giới hạn:

Thành ngoài: trước và trên là vùng mang tai, ở đó có một khe thông khoang bên hầu với vùng mang tai có đoạn kéo dài của tuyến mang tai vào bên hầu. Sau và trên là mặt trong cơ ức - đòn - chũm.

Thành trong: là căn trước sống.

Thành trước: là mặt trong cơ chân bướm trong ở ngoài và thành bên hầu ở trong. Ở đây, khoang bên hầu thông với ô trong của hố chân bướm - hàm.

Trên: là nền sọ.

Dưới: tới khoảng ngang với xương móng, chỗ bao tuyến dưới hàm dính với bao cơ trâm và bụng sau cơ nhị thân.

Mỏm trâm và cụm cơ Riolan chia khoang làm hai ô: trước trâm và sau trâm, trong đó có những thành phần quan trọng: động mạch cảnh trong, tĩnh mạch cảnh trong, các dây thần kinh IX, X, XI, XII và hạch giao cảm cổ trên bọc trong căn trước sống. ở trước trâm có động mạch mặt và động mạch hầu lên.

Hai ô thường cùng bị nhiễm khuẩn, vì sự ngăn cách không hoàn toàn.

– Bệnh sinh: áp xe khoang bên hầu rất nguy hiểm, có thể đe dọa tính mạng bệnh nhân. Nguyên nhân thường do:

Nhiễm khuẩn amidan, xoang chũm, tuyến mang tai, khoang sau hầu, vùng dưới hàm (*thông với khoang bên hầu qua ngách sau trên*).

Nhiễm khuẩn trực tiếp do viêm nhiễm răng hàm lớn dưới và răng hàm lớn trên.

- Lâm sàng:

Giai đoạn đầu: vì làm mủ sâu nên các dấu hiệu lâm sàng ít rõ. Nếu áp xe do răng hàm hay do lan tràn từ cùng dưới hàm, dưới lưỡi đến thì có các dấu hiệu nuốt đau, khít hàm, đau và vẹo cổ một bên, kèm theo các dấu hiệu áp xe vùng dưới hàm hay dưới lưỡi.

Dấu hiệu nuốt đau thường có sớm.

Giai đoạn toàn phát: các dấu hiệu toàn thân và tại chỗ nặng thêm.

Dấu hiệu ngoài miệng: nếu mủ tụ ở ô trước trâm: sưng dọc cơ ức đòn chũm. Khởi đầu sưng ở góc hàm và vùng dưới hàm, sau đó sưng lên cả vùng mang tai. Góc hàm bị xoá do sưng, da nề, thâm nhiễm. Ấn sau góc hàm và dọc bờ cạnh lên rất đau và có cảm giác mềm lún ở sâu.

Trong miệng: khít hàm nhiều hoặc ít. Sưng nề phần trước của thành bên hầu, đẩy amidan và vòm miệng vào giữa. Do một bên hầu bị sưng phồng nên làm cho khó thở. Niêm mạc hầu đỏ, căng đau, do mủ tụ ở giữa cơ chân bướm trong và cơ khít hầu trên.

Sờ hai tay: một ngón ở thành bên hầu, các ngón khác đặt sau và ở dưới góc hàm có thể thấy mềm lún hay chuyển sóng.

Nếu mủ tụ ở ô sau trâm: bệnh cảnh lâm sàng là nhiễm khuẩn máu. Thường ít bị khít hàm. Sưng bên ngoài cũng ít hơn áp xe ô trước trâm. Trong miệng: sưng thành bên hầu.

Dấu hiệu chức năng: rất khó nuốt, ngay cả với nước.

Đau do căng mủ, đau lan lên tai, xuống dưới (*vùng dưới hàm*).

Khít hàm, do kích thích cơ chân bướm trong.

Khó thở do bị sưng bít một phần hầu, do nề thanh quản.

Đau, vẹo cổ về bên bệnh, do phản xạ đau cơ ức đòn chũm.

Dấu hiệu toàn thân: rất nặng, tình trạng nhiễm khuẩn máu, sốt cao, rét run, tim đập nhanh, đau đầu, vật vã, mất ngủ.

- Tiến triển và biến chứng: biến chứng của áp xe bên hầu rất nặng, nếu áp xe ô sau trâm, khi nào có dấu hiệu:

- + Liệt hô hấp do nên thành quản cấp (phải mở khí quản).
- + Chảy máu do nhiễm khuẩn xâm lấn, làm rách các mạch máu lớn (động mạch cảnh, tĩnh mạch cảnh trong). Phải buộc động mạch.
- + Huyết khối: tĩnh mạch cảnh trong.
- + Viêm tắc tĩnh mạch xoang hang, viêm màng não mủ, nhiễm khuẩn máu, nhiễm khuẩn mủ máu.
- + Viêm trung thất (tiên lượng nặng).

- Chẩn đoán:

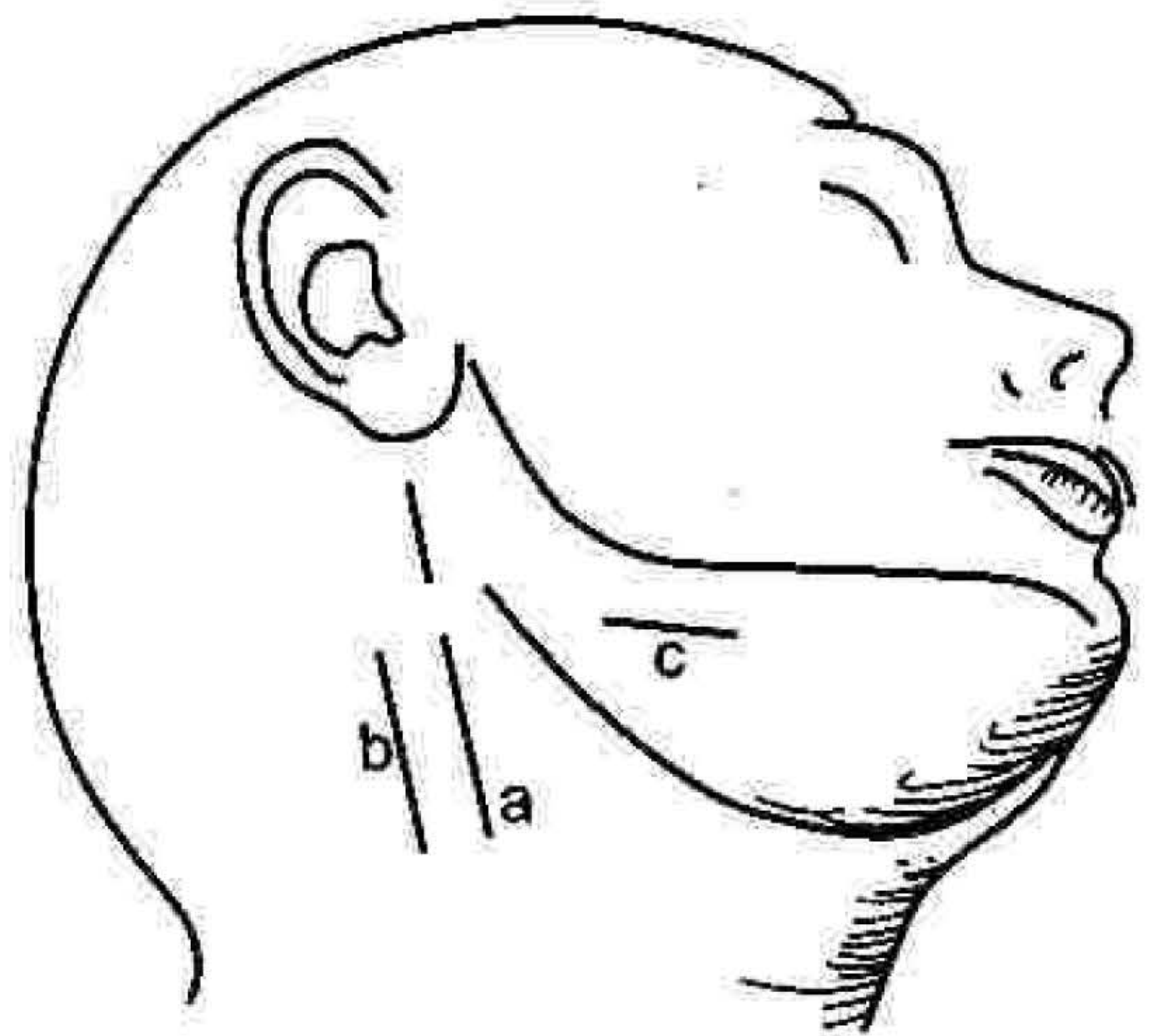
- + Giai đoạn toàn phát dễ chẩn đoán. Giai đoạn đầu chú ý dấu hiệu khó nuốt.
- + Chẩn đoán phân biệt với viêm tấy amidan: amidan sưng đỏ, sung huyết không có khí hàm. Trong áp xe khoang bên hầu thì amidan bình thường, có dấu hiệu khí hàm.

- Xử trí: áp xe khoang bên hầu thường do nhiễm khuẩn mủ nặng khu trú. Khi có dấu hiệu nhiễm khuẩn máu, phải mở áp xe theo đường ngoài da hay trong miệng.

Đường ngoài da: có các đường rạch: bờ trước hoặc bờ sau cơ ức - đòn - chũm, đường dưới hàm.

Chỉ định mở áp xe đường ngoài da thích hợp hơn, vì dễ vào ổ áp xe.

Rạch bờ trước cơ ức-đòn-chũm: rạch từ góc hàm tới 1/3 giữa của tuyến dưới hàm. Vén



**H26a.** Rạch áp xe bên hầu (đường ngoài da)

- a) Rạch bờ trước cơ ức-đòn-chũm
- b) Rạch bờ sau cơ ức-đòn-chũm
- c) Rạch dưới hàm



hai mép cơ. Rạch cân ở sau tuyến dưới hàm luôn kẹp cầm máu đầu tù qua đường rạch, cẩn thận hướng mũi kẹp vào giữa, đi sau xương hàm dưới, lên trên và hơi ra sau cho đến khi vào ổ mủ. Mở ổ mủ và đặt dẫn lưu (H26a).

Rạch bờ sau cơ ức - đòn - chũm: ít dùng, chỉ định khi áp xe tiến triển ra sau.

Rạch dưới hàm: chỉ định khi áp xe bao gồm cả vùng dưới hàm.

Rạch 3-4 cm vùng dưới hàm cách bờ nền 2 cm, xuất phát từ bờ trước cơ ức - đòn - chũm. Rạch da, cơ bám da và cân cổ nông. Qua đường rạch, luôn kẹp cầm máu đầu tù vào vùng dưới hàm, hướng lên trên, ra trước và vào trong cho đến khi vào ổ mủ, có mủ chảy ra. Có thể kiểm tra đã vào đúng khoang bên hầu chưa bằng cách luôn ngón tay sờ đầu mỏm trâm. Phẫu thuật phải vô khuẩn.

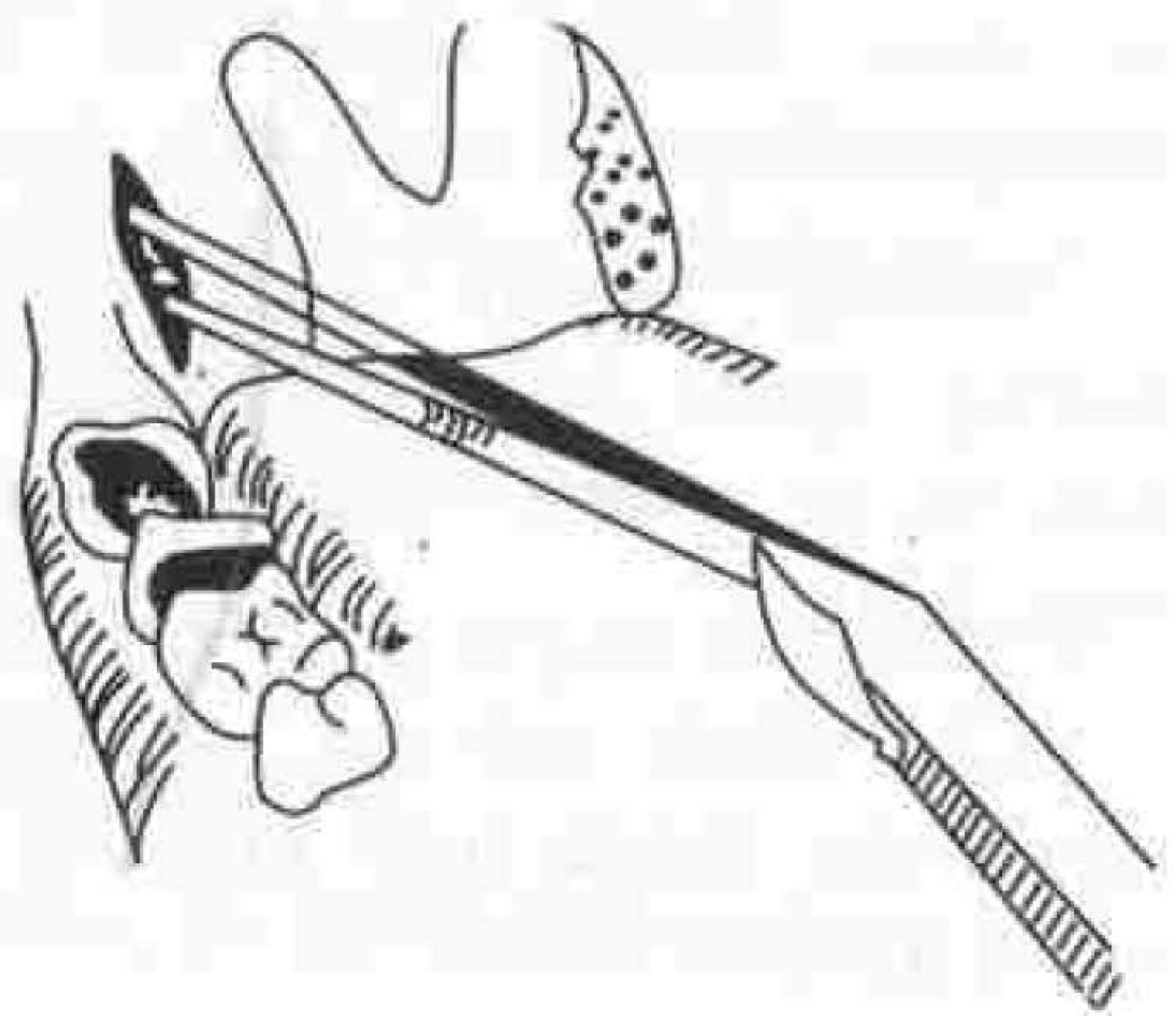
Dẫn lưu bằng ống hay mảnh cao su. Hàng ngày bơm rửa kháng sinh. Rút ống khi đã hết mủ.

Đường trong miệng: ít dùng, vì trong trường hợp có loét chảy máu động mạch cảnh trong, không thể theo dõi và cầm máu được. Mở đường trong miệng chỉ có chỉ định khi không có hiện tượng chảy máu, khi áp xe phồng niêm mạc hầu. Cẩn thận trọng khi rạch và mở ổ mủ, tránh làm thương tổn động mạch cảnh trong (H26b).

Gây tê niêm mạc dọc đường rạch.

Sờ, kiểm tra có mạch đập không, đề phòng mủ đẩy động mạch vào sát niêm mạc

Dùng dao có mũi quán gạc, chỉ để lộ một phần mũi nhọn, phòng rạch quá sâu. Rạch khoảng 1-2 cm chỗ niêm mạc phồng, vừa đủ đứt niêm mạc. Luôn kẹp cầm máu đầu tù qua vết rạch, thận trọng tìm mở ổ mủ. Dùng kẹp khi có mủ chảy ra. Mở rộng kẹp để thoát mủ. Dẫn lưu bằng mảnh cao su.



H26b. Rạch áp xe khoang bên hầu (đường trong miệng)

Áp xe khoang bên hầu thường có thể bị phù nề thanh quản, cho nên phải chuẩn bị để mở khi quản cấp khí có khó thở.

Điều trị kháng sinh và nâng thể trạng.

**c. Viêm mô tế bào tỏa lan (*diffuse cellulitis*) hay phlegmon tỏa lan:** phlegmon tỏa lan là một thể viêm tổ chức tế bào cấp, có đặc điểm lan tỏa rất nhanh, không có giới hạn, hoại tử tổ chức không giới hạn, không gây áp xe tụ mủ rõ rệt, do độc tố mạnh của vi khuẩn tác động trên một cơ thể và tổ chức tại chỗ kém đề kháng.

Phlegmon tỏa lan không phải là viêm nhiễm lúc đầu khu trú hoặc do điều trị không đúng nên tỏa lan, mà là một thể viêm mô tế bào tỏa lan ngay từ lúc bắt đầu, có khả năng nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân trong vòng vài ngày.

- Bệnh sinh: do răng, nhất là răng hàm lớn dưới, răng khôn nhiễm khuẩn như viêm quanh chóp răng, viêm quanh thân răng, nhiễm khuẩn vết thương sau nhổ răng. Hiếm hơn có thể gặp trong gãy xương, viêm xương tuỷ hàm, viêm amidan.

Nhiễm khuẩn đi thẳng vào tổ chức hay vào bằng đường lympho.

Bệnh dễ phát trên cơ thể kém đề kháng như mệt, yếu, nghiện rượu, đái tháo đường, nhưng cũng có thể gặp ở người trẻ bình thường.

- Vi khuẩn: rất đa dạng, gồm cả vi khuẩn ưa khí (*liên cầu khuẩn, tụ cầu khuẩn*) và kỵ khí (*Perfringens, trực khuẩn thối Vincent, oedematiens, histoliticus, xoắn khuẩn*). Vi khuẩn gây bệnh chủ yếu là liên cầu khuẩn, tụ cầu khuẩn, và nhất là sự phối hợp vi khuẩn ưa khí và kỵ khí, làm tăng nhiễm khuẩn và nhiễm độc. Độc tố mạnh làm tăng nhiễm độc thần kinh, cơ, hoại tử tổ chức. Sự phối hợp của hai loại vi khuẩn còn làm cho tổ chức có mùi thối và có hơi.

- Giải phẫu bệnh: tiến triển giải phẫu làm ba giai đoạn:

- + Khởi đầu là viêm tấy lan tỏa tại một vùng nhất định.
- + Ngày thứ 2-4 hình thành những ổ hoại tử.

- + Ngày thứ 5-6 hình thành thanh dịch thối, nâu sẫm dọc các mạch máu và cân bị hoại tử. Có thể hình thành những ổ mủ nhỏ rải rác trong cơ, cân.

- Tiến triển lâm sàng có đặc điểm:

- + Toàn thân: nhiễm độc, nhiễm khuẩn ác tính
- + Tại chỗ: hoại tử nhanh và lan rộng vào tổ chức.
  - Nhiễm độc, nhiễm khuẩn ác tính: bắt đầu rất nhanh. Đó là thể sốc nhiễm khuẩn, biểu hiện bằng rét run, toát mồ hôi, mặt nhợt nhạt, thở nông, mạch nhiệt phân ly (*hiệt độ không cao, mạch nhanh, nhỏ*) tím tái, trụy tim mạch. Giảm bài niệu, nôn mửa.

Cũng có thể nhiệt độ cao  $40^{\circ}\text{C}$ , mặt đỏ bừng, mê sảng, tim đập nhanh.

Sau vài giờ ỉa chảy nhiều, nôn mửa liên tục, da hơi vàng, mặt màu xám hay trắng, tri giác còn. Có thể kèm theo các dấu hiệu màng não, màng phổi, phổi. Ở giai đoạn này có thể chết do trụy tim mạch, hôn mê.

- Tại chỗ: khởi đầu sưng còn khu trú, mềm. Sau đó trở nên cứng như gỗ, da căng, niêm mạc xám nhợt. Khít hàm nhiều. Mủ lúc đầu chỉ rải rác, đục, có khi thối và có chứa mảnh vụn hoại tử. Sau ngày thứ 5,6 mủ có thể nhiều, màu xanh lục. Cơ, cân bị hủy, huyết khối tĩnh mạch. Có thể loét mạch máu gây chảy máu dữ dội. Nề thanh quản và sần miệng, gây ngạt thở.

- Một số thể lâm sàng thường gặp:

- + Phlegmon sần miệng (Ludwig's angina): viêm tấy sần miệng hay phlegmon tỏa lan sần miệng còn được gọi là viêm hoại tử Ludwig-Gensoul, vì hai tác giả này đều có mô tả. Đây không phải là loại viêm sần miệng thông thường mà là viêm mô tế bào hoại thư bắt đầu từ sần miệng, lan nhanh đến vùng dưới hàm hai bên, vùng dưới cằm và sau đó là khoang bên hầu, hố chân bướm hàm. Tất cả các tổ chức hợp thành sần miệng chịu một quá trình hoại tử và thâm nhiễm lan rộng không có giới hạn và thường có hơi.

+ Nguyên nhân: thường do răng hàm lớn dưới nhiễm khuẩn lan đến sàn miệng, vùng trên móng. Nhiễm khuẩn chóp răng có thể lan trực tiếp vào vùng dưới hàm và từ đó lan đến các vùng lân cận.

+ Lâm sàng:

Triệu chứng ngoài miệng: sưng thành khối, bao gồm vùng dưới lưỡi, dưới cằm, dưới hàm hai bên. Không sưng cả hai bên thì không phải là viêm Ludwig. Sưng to nhất vùng dưới cằm. Lưỡi bờ nền xương hàm bị xoá. Sưng lan đến phần dưới của má, xuống vùng cổ, tới tận vùng trên xương đòn. Da căng, màu tím bầm, loang lổ, sờ ấn cứng như gỗ, không có vùng chuyển sóng. Ở giai đoạn tiến triển, ngoài da xuất hiện phỏng nước và có chỗ lạo xạo do hoại thư tổ chức.

Triệu chứng trong miệng: miệng luôn há, chảy nhiều nước bọt, khít hàm. Răng không khớp lại được vì sưng nền sàn miệng và lưỡi bị đẩy lên trên, ra sau làm khó thở. Nếu lưỡi không bị đẩy lên trên thì không phải là viêm Ludwig.

Sưng to hai bên vùng dưới lưỡi, nếp dưới lưỡi hai bên nổi cao như mào gà, sàn miệng cứng như gỗ. Niêm mạc miệng màu đỏ tím, có phủ màng giả trắng.

Rối loạn chức năng: nhai, nuốt rất khó. Khó thở vì lưỡi bịt đường hô hấp, do nền thanh môn hay do nhiễm độc hành tủy. Chảy nhiều nước bọt, mùi hôi thối (H27).

Dấu hiệu toàn thân: trong những ngày đầu, tình trạng toàn thân đã bị ảnh hưởng nặng nề do nhiễm độc, nhiễm khuẩn. Mặt nhợt, nhiệt độ lúc đầu 39-40°C, mạch nhanh, nhỏ, khó bắt, sau đó



H27. Phlegmon sàn miệng do R 4.8 (LMT 18t). Sưng vùng dưới cằm, dưới hàm hai bên

phân ly mạch nhiệt. Tim đập nhanh, nhỏ 120-140 lần/phút, nhưng nhiệt độ không cao.

Nước tiểu có protein, trụ niệu.

Tình trạng chung: suy nhược, kiệt sức, vật vã, mất ngủ, mê sảng.

+ Tiến triển và biến chứng: nếu không điều trị kịp thời, bệnh tiến triển nặng vì nhiễm độc, nhiễm khuẩn máu, ngạt thở do nề thanh môn, viêm tắc tĩnh mạch xoang hang, viêm trung thất, nhiễm độc hành tủy và có thể chết.

+ Chẩn đoán phân biệt:

- Áp xe dưới lưỡi: sưng một bên sàn miệng, dấu hiệu toàn thân không nặng.

- Viêm tĩnh mạch huyết khối (*thrombosis - phlebitis*): dấu hiệu toàn thân nặng ngay từ đầu: sốt dao động quanh 40°C, mạch nhanh, nhỏ không đếm được. Nhìn chung có dấu hiệu nặng nhưng không phải ác tính như viêm tấy tỏa lan.

Dấu hiệu mặt: nề nửa mặt, nề mi, sờ có một dải cứng dọc theo tĩnh mạch mặt. Nề mi là dấu hiệu huyết khối tĩnh mạch mắt nông.

Nếu là viêm tĩnh mạch huyết khối chân bướm (*thrombosis-phlebitis*): đau và khít hàm nhiều, khó nuốt, sưng nề má thái dương, trụ trước hầu, nề mi trên.

Chèn ép thân kinh: liệt thân kinh III, IV, VI.

Dấu hiệu kích thích màng não: tăng áp lực nội sọ (*đau đầu dữ dội, cứng cổ*).

Nhiễm khuẩn máu: bắt đầu đột ngột, sốt cao, rét run, li bì, khó thở, vàng da nhẹ, đái ít, mặt màu da đất.

+ Xử trí: gồm có phẫu thuật, chống nhiễm khuẩn và nâng đỡ thể trạng.

Phẫu thuật: mở rộng các ổ nhiễm khuẩn để loại bỏ các tổ chức hoại tử và làm thoáng khí tổ chức, đồng thời có thể bơm rửa tổ chức bằng các dung dịch sát khuẩn.

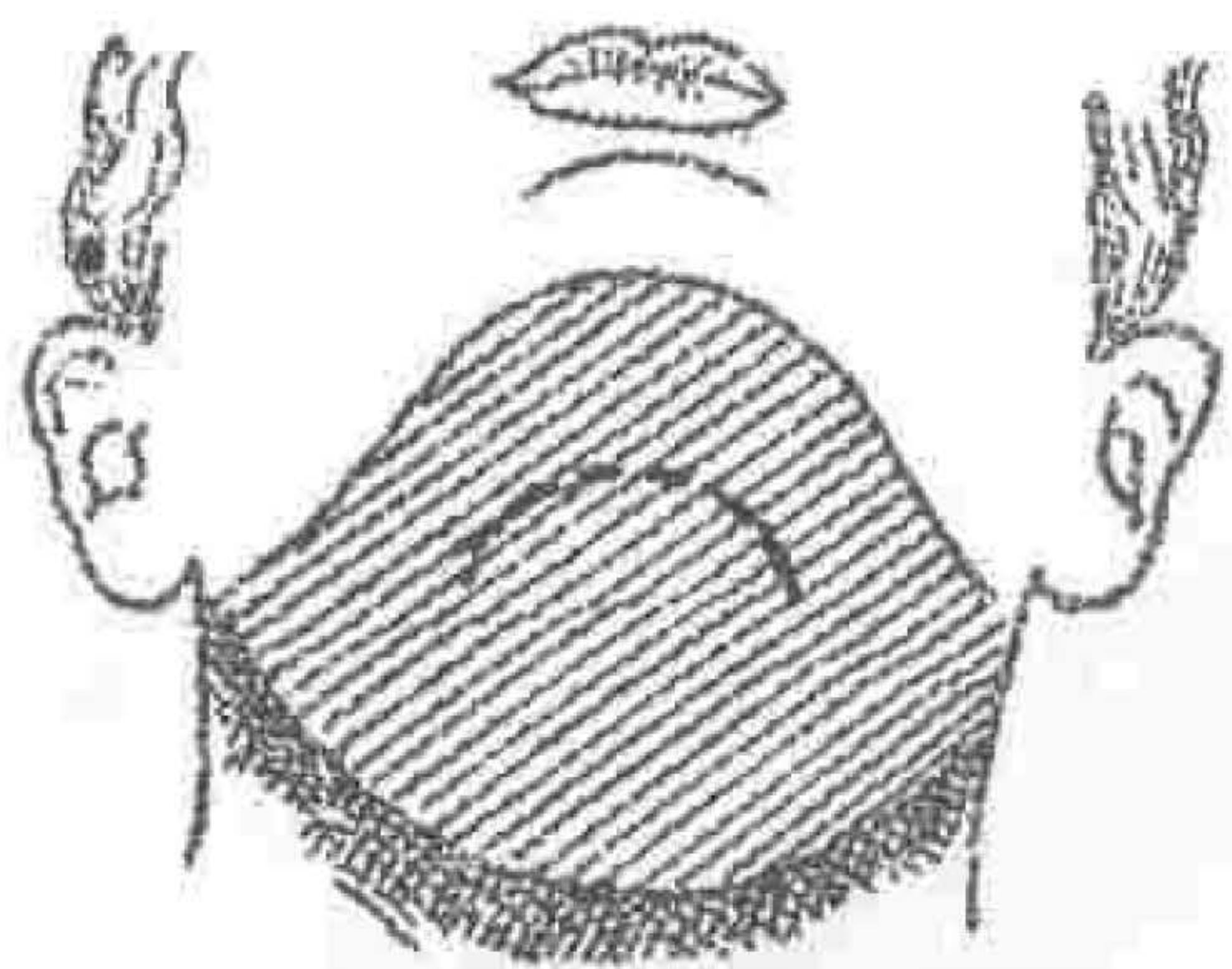
Phẫu thuật phải làm nhanh vì thể trạng bệnh nhân suy yếu, nhiễm độc. Chuẩn bị mở khí quản nếu có biến chứng.

Kỹ thuật: gây tê dọc đường rạch.

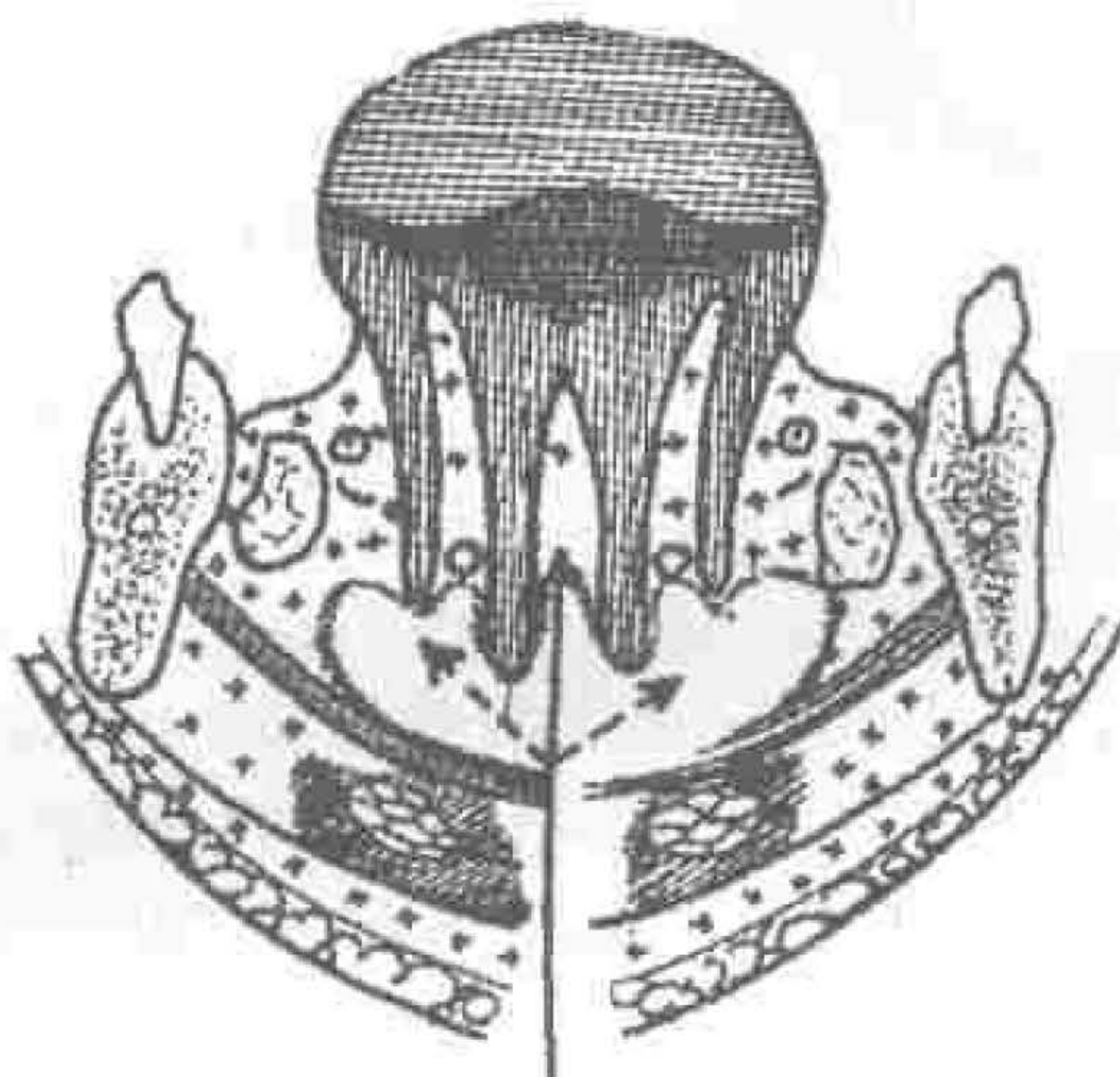
Rạch dọc đường giữa cằm (H15) hoặc có thể rạch cong hình móng ngựa từ vùng dưới hàm bên này sang bên kia (H28a).

Rạch da, cơ bám da, cân cổ nông.

Luồn kẹp cầm máu tách các thớ cơ hàm móng, cơ nhị thân để vào vùng dưới lưỡi, banh rộng kẹp để mở các ổ nhiễm khuẩn, thường có thanh dịch đặc, thối và tổ chức hoại tử thoát ra. (H28b)



H28a. Mở Phlegmon sàn miệng  
(Đường dưới cằm)



H28b. Mở Phlegmon sàn miệng  
(Tách cơ Hàm móng)

Mở các vùng khác nếu bị xâm nhiễm: mở vùng dưới hàm bằng cách hướng kẹp đi ra sau và vào trong, mở vùng bên hầu bằng cách đi lên trên và vào trong qua đường rạch bơm rửa huyết thanh và ô xy già. Dẫn lưu tất cả các vùng bị nhiễm khuẩn. Đặt ở mỗi vùng 1-2 ống cao su dẫn lưu vùng dưới hàm hai bên, vùng dưới lưỡi và có thể cả vùng bên hầu. Qua ống dẫn lưu bơm rửa các dung dịch sát khuẩn và giàu ôxy như nước ôxy già, cloramin, dakin, cứ 3 giờ một lần hoặc một ngày 1-2 lần cho đến khi hết dịch.

Phun rửa miệng hàng ngày bằng nước ôxy già hay dung dịch sát khuẩn. Phun ôxy hay ôzon vào vết thương. Ôzon có tác dụng chống vi khuẩn kỵ khí, tẩy mùi thối, trung hoà độc tố, kích thích tuần hoàn tại chỗ.

- Điều trị toàn thân:

- + Chống nhiễm khuẩn: dùng kháng sinh mạnh và có phổ rộng. Điều trị huyết thanh chống hoại thư tại chỗ và toàn thân.
- + Truyền dịch: huyết thanh mận, ngọt, trợ tim, các loại vitamin, liệu pháp corticoid.
- + Tiến triển: tốt, nếu sau mổ và điều trị toàn thân 2-3 ngày, dấu hiệu toàn thân tốt hơn, không còn phân ly mạch nhiệt, tại chỗ thâm nhiễm cũng giảm, nuốt dễ và vết thương mềm, làm mũ.

Phlegmon tỏa lan vùng dưới hàm - móng hay phlegmon tỏa lan vùng dưới hàm: nhiễm khuẩn bắt đầu từ vùng dưới hàm, lan nhanh đến vùng dưới cằm và dưới hàm hai bên. Sưng toàn bộ vùng dưới hàm hai bên và vùng dưới cằm, bờ nền xương hàm hai bên bị xoá. Da nổi phỏng (*phlyctenes*). Vùng sàn miệng (*dưới lưỡi*) bị thâm nhiễm và đẩy lên cao.

Sưng cả vùng giáp móng, nắp thanh quản (*thyro - hyo - epiglottis*) tới cơ ức - đòn - chũm.

Phlegmon tỏa lan nửa mặt: đặc điểm là các vùng nông và sâu của mặt đều bị thâm nhiễm. Nhiễm khuẩn lan tràn nửa mặt, các tổ chức thâm nhiễm bởi thanh dịch hoại thư, mũ không khu trú mà rải rác trong tổ chức và thường có hơi. Nguyên nhân thường do nhiễm khuẩn răng (*răng hàm dưới*), tai nạn mọc răng khôn; do nhọt mặt, gãy xương hở hàm trên, di vật.

- Lâm sàng: triệu chứng bệnh bắt đầu ở một vùng nhất định, sau đó sưng lan nhanh sang tất cả các vùng khác của nửa mặt và có những dấu hiệu điển hình:

- + Ngoài miệng: sưng to thành khối: vùng má, vùng cằm, vùng mang tai, vùng dưới hàm ở dưới, và vùng thái dương

ở trên. Mi mắt sưng nề, che kín nhãn cầu. Các rãnh ở mặt: mũi - má, môi - má bị xoá, lồi cung tiếp hình thành một rãnh do sưng nề to ở má, thái dương và trong miệng. Da căng bóng, nề, màu trắng nhợt hoặc hơi tím. ấn cứng, có thể có lạo xạo hơi.

- + Trong miệng: khít hàm nhiều do thương tổn các cơ nâng hàm. Niêm mạc má, tiền đình nề, mang dấu răng; có cặn tơ huyết bản. Nước bọt quánh, miệng hôi.
- + Thể trạng: suy yếu do nhiễm độc, nhiễm khuẩn máu; mặt nhợt nhạt, khó thở do nhiễm độc. Mạch và nhiệt độ phân ly. Đái ít, nước tiểu có protein, trụ niệu. Bệnh nhân thường ở tình trạng lả, suy kiệt, vật vã, mê sảng.

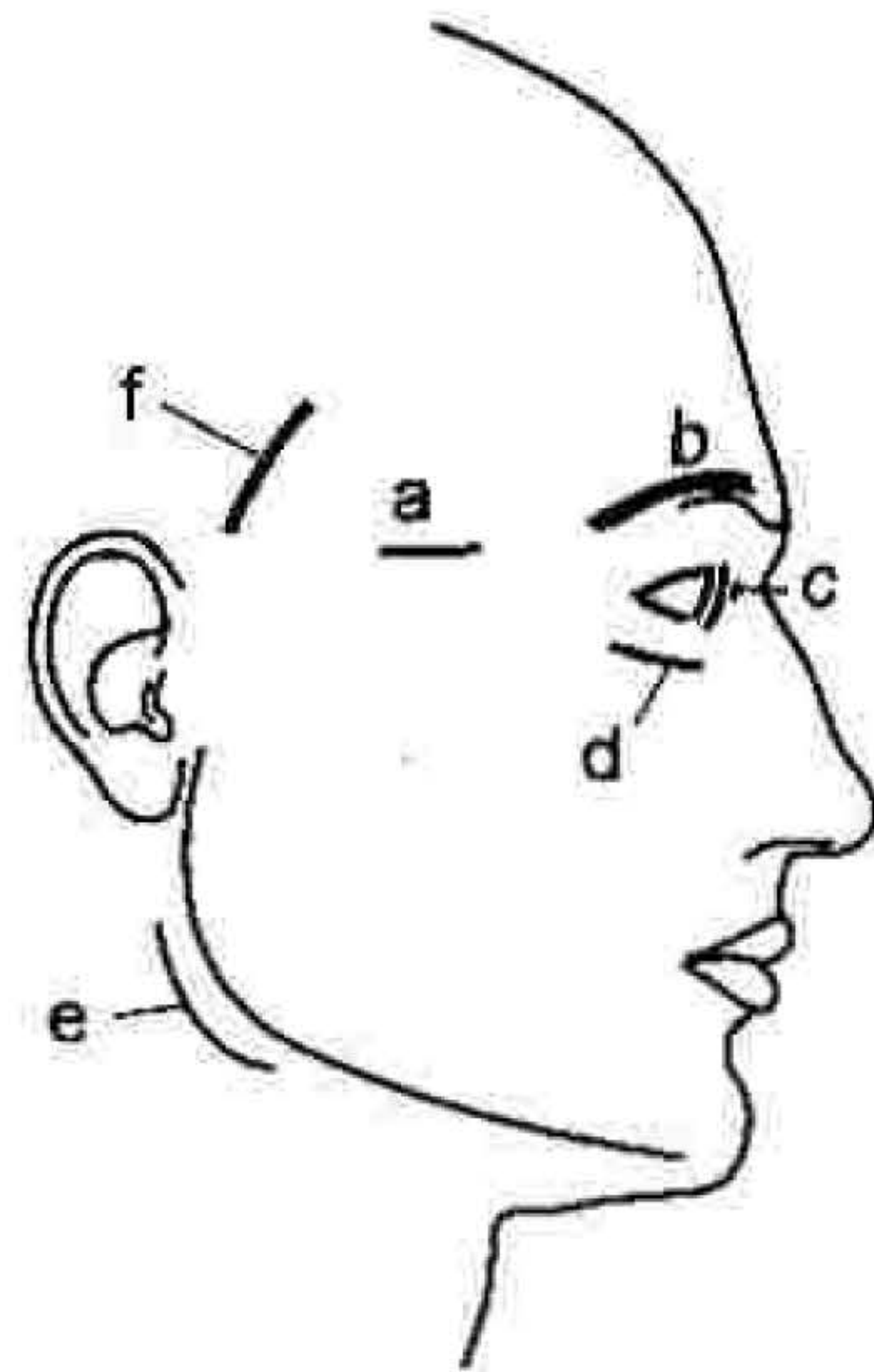
- Tiến triển và biến chứng: quá trình hoại tử có thể xâm lấn rộng tổ chức mềm vào xương gây viêm xương; vào trung thất gây viêm trung thất; lên nền sọ gây viêm tắc tĩnh mạch xoang hang hoặc gây nhiễm khuẩn máu.

- Xử trí: phẫu thuật mở rộng tất các các vùng bị thâm nhiễm, chống nhiễm khuẩn, nhiễm độc toàn thân và nâng đỡ thể trạng.

- Phẫu thuật: gây tê hoặc mê ngán nếu thể trạng cho phép.

- Có thể dùng các đường rạch (H29). Rạch dưới hàm để mở vùng dưới hàm và bên hầu. Rạch thái dương: rạch chéo từ trên xuống, từ trước ra sau, song song với động mạch thái dương, hoặc rạch cong ở vùng thái dương tới vùng tai để mở vùng thái dương.

Rạch góc trong mắt hoặc bờ trên hố mắt hay bờ dưới hố mắt.



**H29.** Các đường rạch mở Phlegmon nửa mặt

a. Bờ trên cung tiếp; b. Bờ trên hố mắt; c. Góc trong mắt; d. Bờ dưới hố mắt; e. Đường dưới hàm; f. Đường hố thái dương



Rạch trong miệng: tiền đình trên, rạch bờ dưới trước vành lên, rạch ngang niêm mạc má.

Luôn kẹp cầm máu mở rộng các vùng.

Đặt ống cao su dẫn lưu từng vùng riêng biệt hay phối hợp.

**d. Viêm tắc tĩnh mạch xoang hang (*cavernous phlebitis*):** nhiễm khuẩn nặng ở mắt có thể gây nên viêm tắc tĩnh mạch xoang hang, đó là những thể nặng đe dọa đến sinh mệnh. Những nguyên nhân có thể gây nên nhiễm khuẩn này là nhọt mắt (*nhiễm tụ cầu khuẩn nặng ở mắt mà người ta thường gọi là đinh râu, nhiễm khuẩn nang lông mũi*). Đinh râu là nhọt nhỏ như đầu đinh ở vùng chung quanh môi trên, mép, môi dưới, má với hiện tượng viêm toả lan chung quanh thành một khối cứng đỏ, sờ rất đau. Tình trạng toàn thân: sốt cao, rét run, mệt mỏi hoặc ly bì. Nguyên nhân thường do nhiễm khuẩn khi cạo mặt bị sây sát, nặn trứng cá. Vi khuẩn xâm nhập vào tĩnh mạch mắt, góc mắt vào tĩnh mạch xoang hang.

Nhổ răng hàm trên. Nạo ổ răng trong trường hợp bị nhiễm khuẩn ở mắt cấp cũng có thể gây nên viêm tắc tĩnh mạch xoang hang.

Chẩn đoán viêm tắc tĩnh mạch xoang hang dựa vào các yếu tố sau đây:

- + Nơi nhiễm khuẩn đã biết.
- + Nhiễm khuẩn máu rõ.
- + Có dấu hiệu sớm của tắc tĩnh mạch trên võng mạc, kết mạc hay mi mắt.
- + Liệt các dây thần kinh sọ: III, IV, VI do viêm nề.
- + Áp xe tổ chức mềm lân cận.
- + Có dấu hiệu kích thích màng não rõ.

Những dấu hiệu ứ đọng tĩnh mạch bắt đầu ở một bên mắt, rồi hai bên, nề mi, phù kết mạc, nhãn cầu bị đẩy ra trước.

Điều trị bằng kháng sinh phổ rộng và đặc hiệu dựa trên cấy máu và kháng sinh đồ, phối hợp với thuốc chống đông.

Như vậy, răng nguyên nhân hay gây viêm nhiễm vùng sâu và những thành phần giải phẫu quan trọng có liên quan.

**Bảng 3. Áp xe các vùng sâu**

Răng nguyên nhân	Vùng hay bị áp xe hay viêm toả lan	Giải phẫu quan trọng liên quan
Hàm lớn dưới	Vùng cằm Dưới lưỡi, dưới hàm (Ludwig)	Thần kinh mặt Động mạch mặt, thần kinh XII, thần kinh lưỡi, tuyến dưới hàm
Hàm lớn dưới, trên, đặc biệt răng khôn	Vùng bên hầu	Tĩnh mạch chân bướm, các mạch máu bên hầu, động mạch cảnh
Hàm lớn trên	Hố thái dương	Động mạch-thái dương Thần kinh mặt

**e. Điều trị các thể viêm mô tế bào**

– Điều trị viêm mô tế bào khu trú (*tụ*):

+ Dự phòng:

- Phòng sâu răng và chữa tốt răng sâu, viêm tuỷ, viêm quanh răng.
- Phòng biến chứng viêm mô tế bào: cho kháng sinh dự phòng đối với bệnh nhân mắc một số bệnh như: tim mạch (*mắc phải hay tiên thiên*), đái tháo đường, bệnh thận.

Nên cho kháng sinh thuộc họ beta lactamin, aminosid hay macrolid, có thể cho riêng biệt hay cho phối hợp (*uống beta-lactamin, aminosid*). Cho trước phẫu thuật 24 giờ và tiếp tục trong 5-7 ngày.

+ Điều trị:

- Điều trị triệu chứng: thuốc kháng sinh dựa vào kháng sinh đồ và theo một số nguyên tắc chính:

Phối hợp hai họ khác nhau nhưng không đối kháng mà tăng cường tác dụng. Không nên dùng trên hai loại kháng sinh cùng một lúc. Phải hiểu tác dụng của từng kháng sinh, ví dụ: tác dụng trên màng tế bào (*beta-lactamin*), ức chế phát triển đời sống tế bào (*macrolid, aminosid*).

Hiệp đồng (*synergy*): một kháng sinh tác động trên màng tế bào, một kháng sinh khác tác động vào trong tế bào để chống lại sự tổng hợp protein (*beta-lactamin + aminosid, hay beta-lactamin + macrolid*).

Hiệp cộng (*addition*): cùng tác động trên thành và màng tế bào (*beta-lactamin + polypeptid*). Cần hiểu rõ sự đối kháng của hai loại kháng sinh, ví dụ: không cho một kháng sinh chỉ tác động lên vi khuẩn đang phát triển (*beta-lactamin*), và một kháng sinh ức chế vi khuẩn phát triển, (*tetracyclin*).

Liều lượng: căn cứ vào mức độ nhiễm khuẩn, cân nặng, tuổi, không nên cho liều quá yếu vì không có tác dụng và tạo nên sự đề kháng của vi khuẩn, cũng không cho quá mạnh vì độc. Thời gian cho kháng sinh trong khoảng 6-10 ngày.

Thuốc giảm đau: có thể dùng thuốc giảm đau (*có nhiều loại*) đơn thuần hoặc phối hợp với thuốc gây ngủ.

*Chú ý*: những bệnh nhân uống nhiều thuốc loại salicylic có thể bị chảy máu khi nhổ răng.

Thuốc chống viêm: đường miệng hay hậu môn.

Dùng các loại nước súc miệng.

Rửa ổ mủ, dẫn lưu bằng nước sát khuẩn, kháng sinh.

- Điều trị phẫu thuật: rạch dẫn lưu.

- Điều trị nguyên nhân:

Điều trị bảo tồn răng: lấy tủy, điều trị ống tủy chỉ nên áp dụng đối với răng ít chân cốt, chóp răng, nạo quanh chóp.

Điều trị triệt để: nhổ răng nguyên nhân. Thường có thể nhổ sau 24 giờ điều trị bằng kháng sinh và đã mở dẫn lưu mủ. Có thể nhổ nóng dẫn lưu mủ trường hợp áp xe nhỏ khu trú ở ổ răng, kèm theo dùng kháng sinh.

- Điều trị viêm mô tế bào tỏa lan: vì cơ chế xuất hiện viêm mô tế bào tỏa lan chưa thật khẳng định, cho nên cần có biện pháp điều trị dự phòng.

- + Điều trị thuốc:

Kháng sinh: dựa vào kháng sinh đồ để cho kháng sinh. Dùng liều mạnh và truyền tĩnh mạch. Cần kết hợp kháng sinh (như *betalactamin + aminosid* hay *betalactamin + macrolid*).

Giữa hai đợt truyền có thể kết hợp tiêm kháng sinh đường bắp thịt.

Thời gian điều trị kháng sinh khoảng 1-2 tuần.

- Cocticoïd: dùng cho thể ác tính, phù nề, rối loạn hô hấp. Dùng hydrococtison tiêm truyền 200-500 mg/ngày theo đường tĩnh mạch.
  - Thuốc chống đông máu: dưới thể heparinat calci.
  - Điều trị huyết thanh: có tác dụng tốt nhưng phải theo dõi ion đồ, glucose niệu, protid máu.
- + Điều trị phẫu thuật:
- Mở rộng ổ nhiễm khuẩn, dẫn lưu, bơm rửa để loại bỏ nhanh mủ, dịch và tổ chức hoại tử. Bơm rửa nước H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>, Dakin, hay kháng sinh.
  - Mở khí quản khi rối loạn hô hấp, ngạt.
- + Điều trị ôxy có tỷ trọng cao, (*hyperbaric*): liệu pháp này nhằm chống vi khuẩn kỵ khí, tăng khả năng chống đỡ và dinh dưỡng của tổ chức. Mỗi ngày bơm ôxy vào tổ chức 1 giờ dưới áp suất 3 atmophe.
- + Điều trị nguyên nhân: sau khi đã điều trị kháng sinh 24 giờ và đã mở dẫn lưu khi nhổ răng nguyên nhân.
- + Nâng cao thể trạng: cho các loại vitamin C, B.

### III. CÁC THỂ VIÊM ĐẶC BIỆT

**1. Viêm do nấm:** loại nấm hay gây viêm ở khoang miệng là moniliasis, thể hiện bằng những mảng bọt trắng dính trên niêm mạc miệng, thường thấy ở trẻ em mà ta gọi là "tưa" (*mugest*). Loại nấm gây bệnh có trong miệng thường là loại *candida albicans*, phát triển nhờ những điều kiện thuận lợi như cơ thể suy yếu, đái tháo đường, điều trị cocticoïd, miễn dịch, hoá chất, gây

mất thăng bằng tập khuẩn trong miệng mà điển hình là sau khi dùng nhiều kháng sinh có phổ rộng.

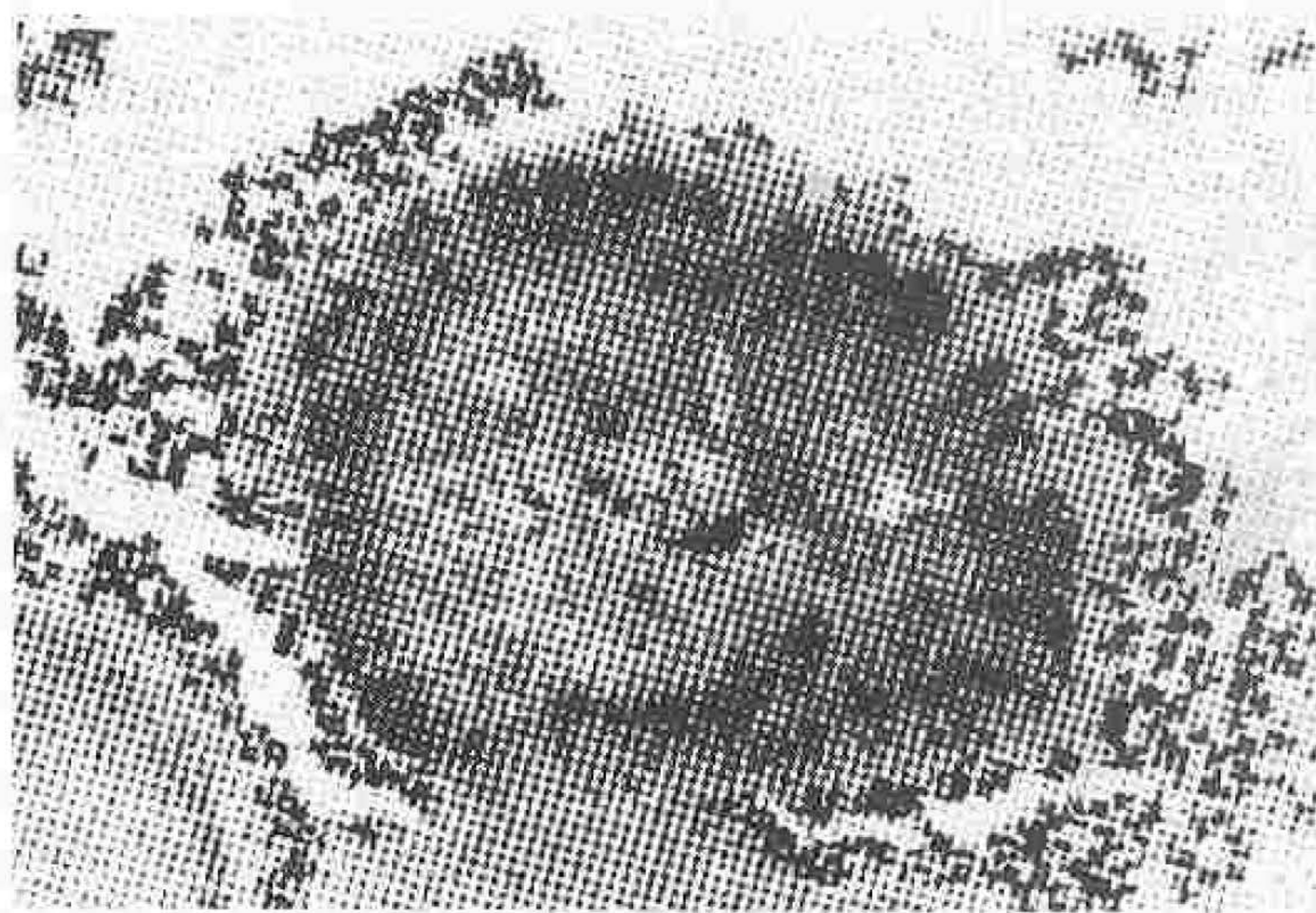
Chẩn đoán nấm candida albicans dựa trên triệu chứng lâm sàng là những mảng bọt màu trắng kem trên niêm mạc lưỡi, miệng, kèm theo cảm giác đau, xót, rối loạn vị giác.

Xét nghiệm phụ: cấy nấm trong môi trường thạch gluco Sabouraud, candida albicans mọc trong khoảng 15-20 ngày.

Điều trị: ngậm nystatin 100.000-300.000 đv trong 8 phút. Mỗi ngày ngậm 3-4 lần.

Súc miệng bằng chất kiềm (*natri hydrocarbonat*), chất sát khuẩn, bôi các loại thuốc mỡ chống nấm như mycostatin, fungizon, pimaricin.

**2. Nấm cổ mặt (5):** đó là một loại viêm đặc biệt do actinomyces, vi khuẩn có nhánh gây ra. Loại tiêu biểu hay gây viêm ở vùng cổ mặt là actinomyces israeli. Đó là những vi khuẩn có sẵn trong miệng (H30).



H30. Nấm Actinomycosis hình sợi nấm, đầu hình chùy xếp thành hình hoa hồng có tia (ảnh Neville)

- Lâm sàng: dựa vào 5 triệu chứng phổ biến: đau (*nhiều hoặc ít*), sưng nề, cứng, màu tím thành những hòn như hạch, ngăn cách nhau bằng những rãnh; khít hàm (*nếu liên quan đến vùng cắn, thái dương*); rò tái phát; hạt vàng lẫn trong mủ hoặc nước lẫn máu.

- Chẩn đoán: chẩn đoán dương tính nấm cổ mặt không đơn giản. Tuy những triệu chứng lâm sàng điển hình, dễ thấy, nhưng để chẩn đoán dương tính chính xác, phải dựa vào soi mủ trực tiếp, nuôi cấy, chẩn đoán huyết thanh.

- + Soi trực tiếp: nhiều khi rất khó, vì đặc hiệu của nấm là hạt vàng, nhưng soi lại ít khi thấy. Nhưng chỉ có sợi nấm là có giá trị tuyệt đối, phải lấy cẩn thận, tránh nhiễm khuẩn phụ, hoặc đã điều trị bằng iodua, hay tia X, vì sợi nấm sẽ biến đi. Do đó, khi lấy mủ thủ và soi cần có kinh nghiệm.
- + Nuôi cấy: chính xác nhất.
- + Chẩn đoán huyết thanh: tuy không đặc hiệu nhưng có giá trị chẩn đoán sớm trong giai đoạn đầu. Có ba phản ứng: huyết thanh ngưng tụ, phản ứng cố định, phản ứng da.
- + Điều trị thủ: có giá trị thực tế nhưng vẫn còn nghi ngờ, vì kali iodua có tác dụng cả với giang mai.

Sinh thiết: phải lấy khá sâu (1 cm) ở giữa tổn thương. Cần cắt tiêu bản nhiều lớp để phát hiện hạt vàng, những sợi nấm với hình chùy.

- Chẩn đoán phân biệt với:

- + Viêm tấy tỏa lan cổ mặt: do răng, dấu hiệu viêm nhiễm sưng rõ, sưng nề đầu và không có những áp xe rải rác.
- + Viêm hạch cổ mặt: bắt đầu nổi hạch rõ, sau mới viêm tấy, không sưng cứng thành mảng như nấm.
- + Lao hạch: có tiền sử viêm hạch lao rõ, ít khi viêm quanh hạch lan rộng. Nếu rò thì bờ tím, có chất bã đậu.
- + Giang mai ở thể săng (*chancre*) cứng, có tiền sử rõ và thường chỉ có một săng. Thủ máu thấy rõ.
- + Ung thư biểu mô phần mềm: có bờ không đều, sùi như súp lơ, dễ chảy máu.

- Điều trị: đầu tiên cần trừ bỏ mọi nguyên nhân trong miệng có thể gây ra nấm, hoặc góp phần cho nấm phát sinh, đặc biệt phải điều trị răng sâu, viêm quanh chóp răng, tổn thương niêm mạc miệng, họng, tăng cường vệ sinh răng miệng, họng.

Về điều trị nấm cần phối hợp nhiều mặt: thuốc, phẫu thuật, tia, tùy từng trường hợp.

Thuốc đặc hiệu cổ điển là kali iodua với liều cao dần tới 6-10 g mỗi ngày. Có thể theo công thức sau đây:

- + 2-3 ngày đầu, mỗi ngày 2 g.
- + Tăng dần mỗi ngày 1-2 g, kéo dài 3-4 ngày.
- + Cao nhất là 8-10g mỗi ngày, trong 3-4 ngày.

Sau đó, nghỉ 2 tuần rồi có thể dùng thêm 1-2 đợt nữa.

Thường hay dùng kali iodua hoặc lugol kết hợp với kháng sinh.

Sunfamid cũng có tác dụng trong một số trường hợp. Có thể dùng hỗn hợp lugol + sunfamid từng đợt 9 ngày, sau mỗi đợt nghỉ 4 ngày, cách dùng:

- + Mỗi ngày uống 20 giọt lugol trước hai bữa cơm.
- + Ngày thứ 5 và 6, thêm 4 g sunfamid chia nhiều lần trong ngày.
- + Ngày thứ 7-8-9 chỉ dùng 3 g sunfamid.

Trường hợp nhiễm nấm nghiêm trọng hay viêm mạn tính kéo dài, kháng nhiều thứ thuốc và viêm lan rộng, người ta dùng amphotericin B, tiêm tĩnh mạch 50-100 mg mỗi ngày, pha trong huyết thanh ngọt, đậm độ không quá 10 mg/100 ml. truyền kéo dài 6-10 giờ, vì amphotericin độc đối với thận, nên chỉ định dè dặt và chỉ dùng cho bệnh nhân nằm viện. Thông thường lần truyền đầu tiên đậm độ chỉ 5mg/100ml và tăng dần cho tới liều lượng 0,5-1,5mg/kg cân nặng. Nguyên tắc chung là truyền cách 2 ngày một lần, trong nhiều tuần, tùy loại nấm. Trong quá trình truyền phải kiểm tra urê máu.

Loại beasomycin có tác dụng đối với nhiễm khuẩn máu do Candida Histoplasmoses, blastomycoses, cocci-dio-domyces, aspergilloses, sporotrichose...

- + Tia X liệu pháp với liều lượng nhẹ, mỗi ngày 100-200 g có tác dụng tốt.
- + Phẫu thuật mở rộng các ổ mủ, nạo sạch và cắt bỏ tổ chức hoại tử. Thay băng, bơm rửa với dung dịch có iod như lugol hay prolacgol.

**3. Viêm hạch lao (6):** lao hạch thường gặp ở vùng cổ, gặp ở trẻ em và cả ở người lớn.

- Đường xâm nhập của trực khuẩn Koch có thể:

- + Do nhiễm lao toàn cơ thể như trong lao phổi, sẽ gây viêm hạch nhiều chỗ.
- + Trực tiếp vào đường bạch huyết qua thương tổn lao ở niêm mạc miệng.
- + Từ một tổn thương thông thường do sang chấn, nhiễm khuẩn, trực khuẩn Koch qua niêm mạc miệng vào đường bạch huyết (*lao hạch tiên phát*) có khi xâm nhập hệ thống bạch huyết qua niêm mạc miệng mà không để lại dấu vết gì.

- Trong lao hạch tiên phát, hạch cổ hay bị xâm nhiễm nhất.

- Giải phẫu bệnh: có các thể:

- + Phì đại đơn thuần, khám vi thể không thấy tổn thương lao. Cần tiêm truyền cho chuột lang để phát hiện.
- + Phì đại kèm theo tổn thương hạt lao. Xét nghiệm tổ chức học thấy trực khuẩn Koch.
- + Lao hạch bã đậu hoá và áp xe lạnh, trường hợp này thường có viêm quanh hạch.
- + Một thể đặc biệt khác là lympho lao, đó là một đám hạch lao di động, khu trú rõ, có thể to bằng quả cam, mặt nhẵn chắc. Cắt ngang thấy có nhiều cục to nhỏ khác nhau, có cấu trúc của mang lao không có bã đậu hoá hoặc hạt lao. Không có trực khuẩn Koch.



- Các thể lâm sàng:

- + Thể loét: ít gặp, thường là loét phẳng, thể hạt, màu đỏ sẫm, có khi phủ một lớp vẩy xám, hoại tử, có khi loét tăng sinh giống như những nhú, chác, làm cho có thể nhầm là loét hay gôm giang mai, hoặc ung thư biểu mô. Loét rất đau và thường gặp nhất ở lưỡi, và có khi ở cả má, môi, vòm miệng.
- + Thể viêm hạch thông thường: không viêm quanh hạch. Thường là ở vùng dưới hàm hay cạnh cổ có một hay nhiều hạch sưng to, cứng, không đau, di động dưới da. Có thể hạch chỉ dừng ở giai đoạn này hay chuyển sang giai đoạn viêm quanh hạch.
- + Viêm hạch và viêm quanh hạch: các hạch sưng to và tụ lại thành một khối nhiều cục dính vào sâu và vào da do viêm quanh hạch. Lúc đầu hạch cứng, không đau, sau mềm và chuyển spong. Da bị loét, rò, chảy mủ màu xanh nhạt, không dính, trong mủ có chất bã đậu lớn nhỏ.

Lỗ rò có bờ tím, bong ra, không có khuynh hướng đóng lại.

Có thể bội nhiễm thứ phát do viêm hạch toả lan.

Sau khi khối tổ chức hạch đã bị loại trừ hết, lỗ rò khô, sẽ để lại những sẹo lồi, sùi trắng hoặc những dây chằng xơ.

Thể khối u (*u lympho lao*): là viêm hạch lao phì đại. Thể này ít gặp và chỉ có thể phát hiện được bằng tổ chức học và tiêm truyền. Nơi thường gặp là cổ. Bệnh bắt đầu từ từ, ít được chú ý, rồi thấy một vài hạch nổi to, sau dính thành một khối không đau, di động, chác, nhưng không có dấu hiệu chuyển spong và không có viêm quanh hạch.

Khối u to dần, có thể bằng quả cam. Các hạch khác (*dưới hàm, mang tai*) cũng bị phì đại. U ở một bên nhưng có khi cả bên kia cũng bị làm cho cổ bạnh ra.

Sinh thiết thấy tổ chức lympho phì đại, không thấy trực khuẩn Koch, có thể có hiện tượng phản ứng viêm và rải rác có một số tế bào khổng lồ.

- Chẩn đoán: nói chung chẩn đoán thương tổn lao không dễ, trừ phi xác định được trực khuẩn Koch bằng nhuộm Ziehl - Neelson.

+ Thể viêm hạch thông thường: nếu nhiều hạch ở một hay hai bên cạnh cổ dễ hướng đến chẩn đoán lao hạch. Nếu chỉ có một hạch, phải chẩn đoán phân biệt với viêm hạch thông thường do viêm nhiễm. Cần tìm nguyên nhân gây viêm hạch. Nhiều khi khó chẩn đoán phân biệt, phải dùng phương pháp chọc dò, xét nghiệm tổ chức học hay tiêm truyền cho chuột lang để xác định, có khi phải sinh thiết hạch.

+ Thể khối u: chẩn đoán dương tính thường khó hơn vì u lao cũng giống như u của một số bệnh khác như Hodgkin, sacom lympho.

Thường mổ lấy u hoặc sinh thiết để chẩn đoán giải phẫu bệnh.

- Điều trị: điều trị lao hạch là điều trị toàn thân, bằng các thuốc chống lao như ioniazid, streptomycin, PAS. Trường hợp nặng nên phối hợp iconiazid và PAS.

Về phòng bệnh: chú ý săn sóc sức khỏe nhất là đối với trẻ em, tránh để viêm hạch mãn tính, tạo điều kiện cho trực khuẩn Koch xâm nhập. Cần vệ sinh răng miệng, nhổ hoặc chữa răng sâu.

Có thể cắt bỏ hạch đối với trường hợp u lympho lao, hạch lao không thành mủ, khu trú, di động. Cũng có khi dùng phẫu thuật sửa sẹo lồi. Lao hạch ở trẻ em thường khỏi bằng điều trị toàn thân, vệ sinh răng miệng, lý liệu pháp. Không nên cắt bỏ hạch sớm ở trẻ em, vì hạch có vai trò bảo vệ chống sự xâm nhập của vi khuẩn lao.

Ở giai đoạn áp xe lạnh sắp vỡ, có thể hút mủ và tiêm streptomycin vào hạch, hoặc nạo sạch hạch và cho streptomycin vào ổ hạch.

Người ta thấy có kết quả tốt khi dùng streptomycin đối với thể lao hạch không làm mủ; PAS phối hợp với ioniazid ở thể lao hạch có làm mủ.

Sau khi đã mổ lấy hạch, tiếp tục dùng ioniazid vài tháng dù về lâm sàng coi như khỏi (*ioniazid đồng nghĩa với INH hay rimifon*).

**4. Viêm hạch giang mai:** giang mai là một bệnh nhiễm khuẩn mạn tính, do xoắn khuẩn *treponema pallidum* gây nên. Bệnh có thể xâm nhiễm bất cứ nơi nào của cơ thể và dễ nhầm với nhiều bệnh khác.

- Giang mai có thể chia ra 3 thời kỳ:

**Thời kỳ 1:** là thời kỳ từ khi ủ bệnh đến khi xuất hiện loét săng (*chancre*) trung bình từ 2 đến 6 tuần. Săng là biểu hiện của phản ứng đầu tiên của tổ chức đối với sự xâm nhập của xoắn khuẩn. Thương tổn thường là một hòn cứng, giữa bị sụt hay loét, không đau, khu trú. Hạch tại chỗ nổi to (*1-3 tuần sau khi xuất hiện săng*). Hạch chắc, không đau. Săng có thể mềm, giống như loại loét, bờ không đều.

Săng xuất hiện chủ yếu ở bộ phận sinh dục, nhưng ngoài ra, khoảng 10% ở các nơi khác như ngón tay, amidan, mắt, hậu môn, ngực.

Ở vùng miệng, săng thường gặp ở môi, lưỡi hầu, lợi, niêm mạc miệng.

**Thời kỳ 2:** là thời kỳ nhiễm giang mai toàn thân, xoắn khuẩn đã bám vào máu (*sau vài tuần hay vài tháng từ khi xuất hiện săng*). Đặc điểm của giang mai thời kỳ hai là nổi ban toàn thể trên da và niêm mạc. Thể sớm nhất của giang mai thời kỳ 2 là nổi sần (*ban sần*) ở cánh tay và bụng. Bệnh tiến triển, những ban sần tập hợp thành mụn: mủ hay nang, lan rộng nhanh chóng khắp người, sau đó dần dần khu trú ở những bề mặt hay cọ sát. Có thể rụng tóc nham nhỏ.

Niêm mạc miệng bị xâm nhiễm, loét và đau. Hạch có ở cổ, không đau, không áp xe. Dấu hiệu toàn thân nhẹ hoặc không có. Có thể đau họng, đau mình, nhức đầu, sốt, đau các khớp xương.

**Thời kỳ 3:** là giang mai muộn, có thể hàng chục năm sau khi có thương tổn đầu tiên. Đó là gôm giang mai, về bệnh lý là thương tổn loại u hạt, thể hiện lâm sàng bằng sưng có ranh giới, hình cung, chu vi có nhiễm sắc. Sưng có thể hình cục, loét và hoại tử ở giữa. Gôm giang mai hay gặp ở lưỡi và vòm miệng, gây thủng vòm miệng hay vách ngăn mũi.

Gôm giang mai thường xâm nhập da, niêm mạc, có khi cả phủ tạng não.

Giang mai thời kỳ 3 hiếm khi gây viêm hạch.

Giang mai bẩm sinh: do nhiễm khuẩn truyền từ mẹ sang con qua rau thai vào tháng thứ 5 của thời kỳ thai nghén. Hệ bạch huyết thường bị xâm nhiễm dưới dạng phản ứng hạch, khu trú tại chỗ hay rải rác toàn thân.

Giang mai bẩm sinh thường gây ra đẽ non, trẻ em sinh ra ốm yếu, nhiều dị dạng bẩm sinh như khe hở môi, vòm miệng, mắt, sống mũi hình yên ngựa, răng hình thìa và có các dị dạng khác ở chi, cơ thể.

- Chẩn đoán: chẩn đoán giang mai thường dựa vào thử nghiệm huyết thanh như test giọt đặc TPI (*treponema pallidum immobilization*), test kháng thể huỳnh quang FTA (*flourescent treponemal antibody*) hay test hấp thụ kháng thể giang mai huỳnh quang FTA - ABS (*fluorescent treponemal antibody absorption*).

- Điều trị: họ beta-lactamin là thuốc có tác dụng nhất đối với xoắn khuẩn giang mai. Phải cho liều lượng đủ mạnh, đủ thời gian. Có thể dùng kháng sinh phổ rộng như erythromycin.

## Chương 3

# VIÊM HẠCH CỔ MẶT

### I. ĐẠI CƯƠNG

Vùng cổ mặt có lưới hạch bạch huyết phong phú phân bố. Các nhóm hạch này có thể bị viêm nhiễm nhất là nhóm dưới hàm, mang tai, bên cổ, bên má. Trong toàn bộ các loại viêm nhiễm quanh xương hàm, viêm hạch chiếm tỷ lệ khá cao, khoảng 46%.

Nguyên nhân viêm phần lớn do tổn thương răng miệng (*tuỷ hoại thư biến chứng, viêm quanh răng, viêm quanh thân răng, viêm quanh chóp răng, viêm lợi miệng và một phần nhỏ do viêm amidan*) thường gặp viêm hạch ở trẻ con.

Nhắc lại giải phẫu: hệ thống hạch bạch huyết vùng cổ mặt gồm có: nhóm nông (*hạch dưới cằm, xương chũm, mang tai, dưới hàm, dưới cằm*) và nhóm sâu (*sau hầu, quanh hầu, dưới góc hàm*).

Nhóm hạch dọc bên cổ.

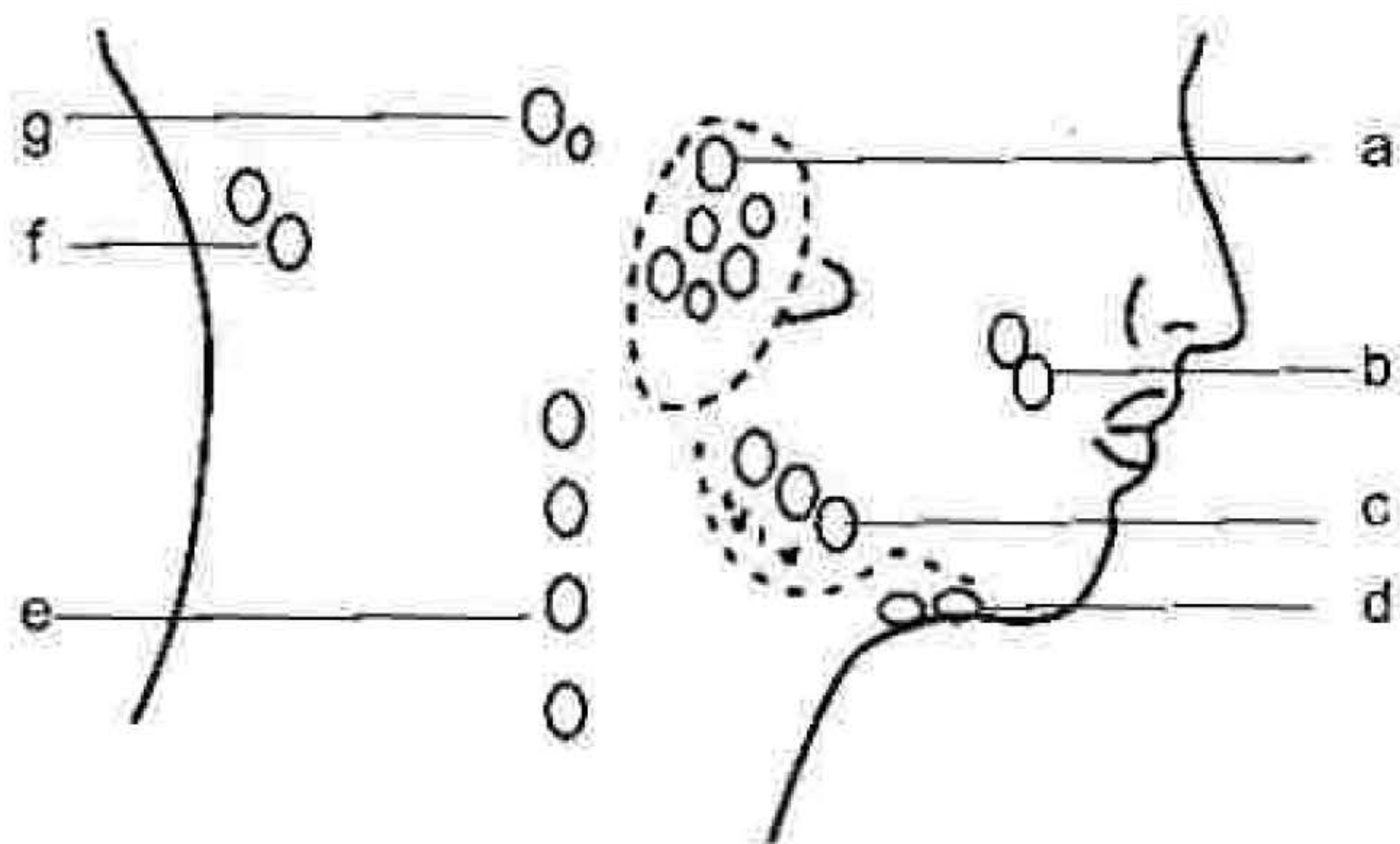
Một số nhóm dưới đây hay bị viêm nhiễm: (H31)

- Nhóm hạch nông:

+ Hạch vùng xương chũm: nhận bạch huyết đi từ vùng thái dương, mặt trong vành tai, mặt sau của ống tai ngoài.

+ Hạch mang tai: nhận bạch huyết đi từ vùng thái dương, trán, má, lông mày, mặt trong vành tai, lỗ mũi, vòm miệng và đôi khi từ răng hàm trên.

+ Hạch dưới hàm nhận



H31. Sơ đồ các nhóm hạch cổ mặt

a. Hạch mang tai; b. Hạch mặt; c. Hạch dưới hàm; d. Hạch dưới cằm; e. Hạch cổ; f. Hạch cằm; g. Hạch chũm

bach huyết từ mũi, má, vùng giữa miệng, môi trên, lợi răng hàm dưới (trừ vùng răng cửa), 1/3 trước của lưỡi (trừ đầu và các bờ bên lưỡi).

+ Hạch dưới cằm: nhận bạch huyết từ vùng cằm, phần giữa của môi dưới, vùng lợi răng cửa dưới đầu lưỡi.

– Nhóm hạch sâu:

+ Hạch bên hầu ở sâu trong hố chân bướm hàm.

+ Hạch dưới góc hàm: ở sâu dưới và trong góc hàm, nhận bạch huyết từ vùng amidan, đáy lưỡi và vùng lợi răng cửa, răng khôn dưới.

– Nhóm hạch dọc bên cổ:

+ Những hạch sâu dọc động mạch cảnh trong đi từ xương chũm tới cơ bả móng.

+ Nhóm hạch trên đòn.

## II. VIÊM HẠCH CỔ MẶT CẤP TÍNH

– Nguyên nhân có khi thấy rõ nhưng cũng có khi khó nhận thấy. Trong viêm hạch bao giờ cũng có đường vào của vi khuẩn, cần phải tìm kiếm tỉ mỉ và dựa vào những hiểu biết về giải phẫu đã nói ở trên. Nguyên nhân chính thường gặp là:

+ Do tổn thương vùng miệng như viêm quanh răng, viêm quanh chóp răng, viêm quanh thân răng, viêm lợi miệng, viêm tủy hoại thư, viêm loét niêm mạc miệng, vòm miệng, biến chứng sau nhổ răng.

+ Tổn thương do loét da, nốt ở mặt.

+ Viêm quanh amidan, viêm họng. Vi khuẩn gây bệnh là tạp khuẩn (*liên cầu khuẩn tụ cầu khuẩn, trực khuẩn coli*), không có vi khuẩn đặc hiệu. Vi khuẩn thường gặp là tụ cầu khuẩn vàng gây bệnh phối hợp với các tạp khuẩn khác, có khi cả vi khuẩn kỵ khí.

– Giải phẫu bệnh: viêm hạch cấp trải qua hai giai đoạn: sung huyết và làm mủ. Giai đoạn làm mủ có thể không xảy ra, nhưng gần như luôn luôn có viêm quanh hạch.

+ Sung huyết: hạch sưng to, màu đỏ sẫm, cắt ngang thấy hạch có rất nhiều bạch cầu xuyên mạch. Nếu cơ thể chống đỡ tốt và điều trị tốt thì hạch trở lại bình thường nếu không có thể đi đến làm mủ hoặc viêm mạn tính.

+ Làm mủ: hạch trở nên mềm, dễ nát. Cắt ngang thấy có những điểm vàng là những ổ mủ nhỏ trong hạch. Các ổ mủ nhỏ tập trung dần thành ổ mủ lớn. Mủ có thể vỡ ra da và sau khi liền sẹo trở thành một cục xơ.

+ Trường hợp có viêm quanh hạch hay làm mủ tổ chức tế bào quanh hạch, có đặc điểm của một áp xe nóng, do vi khuẩn từ tổ chức viêm xâm nhập vào tổ chức quanh hạch gây ra. Trên lâm sàng thấy mô tế bào quanh hạch đỏ, chắc hoặc nề cứng.

- Các thể lâm sàng: viêm hạch cấp gặp ở tất cả mọi lứa tuổi nhưng hay gặp nhiều ở trẻ em. Vùng hay bị viêm là vùng dưới hàm, bên cổ, mang tai, dưới cằm

- Điều trị viêm hạch ở giai đoạn sung huyết chủ yếu là điều trị thuốc kháng sinh, viêm có thể hồi phục. ở giai đoạn làm mủ phải rạch và dẫn lưu mủ.

#### *\* Viêm hạch dưới hàm:*

Triệu chứng: bắt đầu từ từ, bệnh nhân thấy đau ở vùng dưới hàm, nổi một hoặc vài cục hạch, sưng cứng ở mặt trong cạnh ngang xương hàm dưới. Sốt nhẹ.

Khám trong miệng: niêm mạc sàn miệng bình thường, mềm mại. Cần khám tìm nguyên nhân do răng hoặc do viêm loét niêm mạc

Nếu cơ thể chống đỡ tốt và điều trị tốt, triệu chứng kể trên chỉ kéo dài vài ngày, người bệnh bớt đau trong và ngoài miệng, và hạch trở lại bình thường.

Hoặc vài ngày sau tiến triển sang quá trình làm mủ và viêm quanh hạch, đau tăng, vùng hạch viêm nề lan rộng, giới hạn không rõ. Viêm lan quá vùng dưới hàm, rãnh giữa cổ và xương hàm dưới bị xoá. ở trên sưng lan quá bờ dưới xương hàm dưới, ở trước quá bụng trước cơ nhị thân tới đường giữa cằm, ở sau tới bờ

trước cơ ức - đòn - chũm. Cử động miệng bị hạn chế ít nhiều, đau dữ dội nhất về đêm, mất ngủ, mệt mỏi, mạch nhanh, sốt cao. Da trở nên thâm nhiễm đỏ, bóng, nóng. Dần dần vùng dưới hàm nề cứng, mềm dần và hình thành ổ mủ. Nếu mủ nông sát da thì thấy da mềm đỏ, ấn lõm hoặc có dấu hiệu chuyển sóng.

– Chẩn đoán phân biệt:

Viêm tuyến dưới hàm cấp: có dấu hiệu ứ nước bọt, sung huyết niêm mạc dọc mào dưới lưỡi, có mủ chảy qua ống Wharton.

Áp xe vùng dưới hàm: sưng lan rộng vùng dưới hàm, trong miệng sưng phồng và sung huyết niêm mạc ngách miệng. Khít hàm, khó nuốt.

Áp xe quanh hàm ngoài: sưng to quanh bờ nền xương hàm, tuy có lan ít xuống vùng dưới hàm. Trong miệng: nề và sung huyết ngách lợi ngoài vùng răng nguyên nhân. Khít hàm vừa hoặc ít. Áp xe quanh hàm ngoài dễ nhầm với áp xe vùng dưới hàm, nên cần khám tỉ mỉ.

– Điều trị: rạch dẫn lưu vùng dưới hàm như trong áp xe vùng dưới hàm. Thời gian dẫn lưu cần dài hơn vì tổ chức hạch bị hoại tử, loại trừ chậm.

Viêm hạch tỏa lan là thể bệnh có khi gây ra những biến chứng nặng như áp xe màng phổi, màng tim, nhiễm khuẩn máu, hoại tử tổ chức lan rộng.

\* *Viêm hạch lan tỏa dọc bên cổ*: nguyên nhân thường do nhiễm khuẩn răng khôn hàm dưới hay viêm họng.

Triệu chứng bắt đầu cũng giống như mọi viêm hạch, nổi một hay nhiều hạch nhỏ dọc bên cổ, giới hạn rõ, di động. Sau đó sưng nề cứng dọc cơ ức - đòn - chũm, giới hạn không rõ. Ấn vùng sưng rất đau, có thể ấn lõm.

Triệu chứng chức năng: vẹo cổ về bên bệnh đau khi cử động cổ, nuốt khó, nói khó.

Triệu chứng toàn thân: nhiễm khuẩn, sốt cao, mệt mỏi, vật vã.



Điều trị: rạch dẫn lưu mủ theo đường ngoài da, dọc bờ trước có ức - đòn - chũm, điều trị toàn thân: kháng sinh và nâng thể trạng.

\* *Viêm hạch mang tai*: nguyên nhân do nhiễm khuẩn răng miệng, hoặc do viêm tai, da, hoặc do virus.

\* *Viêm hạch trước tai*: hạch cứng, di động, sau đó viêm quanh hạch và làm mủ.

\* *Viêm hạch trong mang tai (giả viêm tuyến mang tai)*: sưng vùng tuyến mang tai, đau tự phát và khi sờ, giới hạn không rõ, tiết nước bọt nước bọt bình thường (*khác với viêm tuyến mang tai*) qua ống Stenon.

Ở giai đoạn áp xe, mủ lan rộng cả vùng mang tai làm thành áp xe vùng mang tai.

Điều trị: rạch dẫn lưu mủ như trong áp xe vùng mang tai.

\* *Viêm hạch dưới cằm*: biểu hiện lúc đầu bằng một cục, giới hạn rõ, sưng phồng dưới da, phân biệt với áp xe vùng dưới cằm là sưng lan rộng ngay từ đầu.

Điều trị: khi đã hình thành áp xe thì rạch dẫn lưu mủ như trong áp xe vùng dưới cằm.

### III. VIÊM HẠCH CỔ MẶT MẠN TÍNH (7)

Viêm hạch cổ mặt mạn tính thường xảy ra sau những đợt viêm hạch tái phát nhiều lần, do viêm hạch cấp tính chuyển sang giai đoạn mạn tính hoặc do tiên phát tiến triển mạn tính ngay từ đầu (*hạch lao, giang mai, ung thư*).

Cần chú ý, đặc biệt là trẻ em ở tuổi từ 4 đến 12, tổ chức bạch huyết phát triển mạnh, do đó hạch phát triển to một cách sinh lý bình thường (70-80%), nhưng rất nhạy cảm với các yếu tố nhiễm khuẩn (*viêm lợi miệng, amidan, bệnh về răng*). Hạch viêm phát triển mạnh ở vùng cổ, vùng dưới hàm, dưới thể viêm nhiều hạch nhỏ hay to. Do đó, không nên quá quan tâm điều trị những hạch này trừ khi bị viêm, vì hạch sẽ hết dần khi lớn lên và sức khỏe tăng lên.

Về lâm sàng, viêm hạch mạn tính có dấu hiệu toàn thân và chức năng bình thường, tại chỗ hạch nổi to, di động, chắc, không có viêm quanh hạch, da bình thường, không đau. Cắt ngang hạch thấy tổ chức lympho tăng sản, không giữ cấu trúc bình thường, nhiều tổ chức xơ. Hạch tồn tại nhiều năm, hoặc có những lúc viêm cấp bột phát và sau đó lại khỏi.

## **IV. CHẨN ĐOÁN VIÊM HẠCH**

Dựa vào tiền sử bệnh và dấu hiệu khởi đầu. Cần chẩn đoán phân biệt với áp xe các vùng giải phẫu tương ứng, lao hạch, hạch di căn ung thư. Chẩn đoán viêm hạch không khó, khi cần thiết có thể chụp hệ bạch huyết. Cần khám kỹ toàn thân, kết hợp với chiếu chụp phổi, xét nghiệm máu, làm phản ứng huyết thanh, chọc sinh thiết.

Chọc khám hạch để làm hạch đồ rất cần và nên làm trước khi sinh thiết hạch. Nhờ đó có thể chẩn đoán các bệnh ác tính về mặt tế bào như bệnh Hodgkin, sarcom liên võng hay sarcom lympho, ung thư di căn, bệnh bạch cầu và lao hạch.

## **V. ĐIỀU TRỊ**

– Thể viêm hạch cấp: điều trị chống viêm toàn thân (kháng sinh) và tại chỗ (tia hồng ngoại, sóng ngắn, tia Rơnghen (tia X) liều chống viêm).

– Thể làm mũ: rạch dẫn lưu mũ phổi hợp với kháng sinh khi viêm có khuynh hướng lan rộng dẫn lưu bằng ống hay mảnh cao su, thời gian dẫn lưu dài hơn áp xe thông thường, vì tổ chức hạch loại trừ chậm.

– Thể viêm mạn: đối với các thể đặc biệt như lao, giang mai thì điều trị toàn thân là chủ yếu, bằng các thứ thuốc đặc hiệu.

Đối với một số trường hợp viêm hạch mạn tính thông thường, có vỏ xơ bọc ổ mũ nhỏ ở giữa hạch thì cơ thể rạch dẫn lưu ổ mũ, còn nói chung không có chỉ định phẫu thuật, trừ khi nghi ngờ cần làm sinh thiết.

# VIÊM XOANG HÀM TRÊN DO RĂNG

## I. NHẮC LẠI BÀO THAI VÀ GIẢI PHẪU

Viêm xoang hàm là viêm niêm mạc xoang không có tổn thương xương. Xoang hàm trên thường hay bị viêm, trong đó 10-15% viêm xoang mạn tính ở người lớn có nguyên nhân do răng (8).

Xoang hàm là một túi niêm mạc được hình thành do sự lỗi của niêm mạc vách mũi giữa (nằm giữa xương xoăn giữa và dưới), bắt đầu từ tháng thứ 3 của bào thai nằm trong tử cung. Xoang hàm của bào thai ở tháng thứ 6 cũng chỉ là một hốc nhỏ đơn giản mở rộng ở mặt trong. Ở trẻ mới đẻ, xoang là một hốc nhỏ. Một năm sau đẻ, xoang chưa qua ống dưới ổ mắt, trần và nền xoang rất gần nhau. Đến tháng thứ 20, xoang phát triển đến phía trên mầm răng hàm lớn thứ 2. Xoang ngày càng phát triển cùng với xương mặt, choán chỗ do mầm răng mọc lên để lại. Đến 6 tuổi xoang vượt quá ống dưới ổ mắt 15 mm và lấn vào xương má. Tới 12 tuổi, xoang hình thành giống xoang người trưởng thành, nhưng phải từ 18-30 tuổi xoang mới hoàn toàn hoàn chỉnh (sau khi mọc răng số 8).

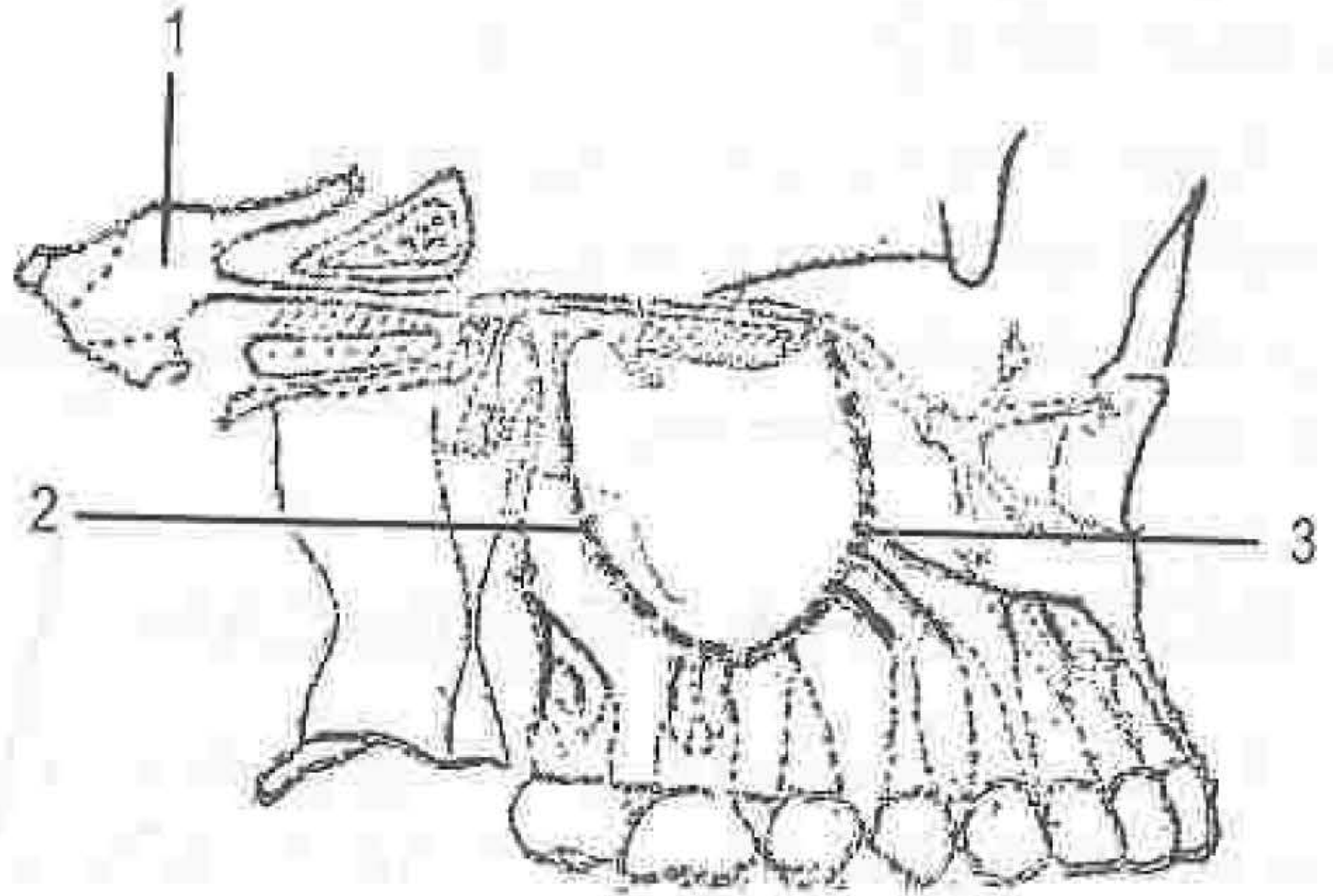
Vì lý do trên, không có viêm xoang hàm ở trẻ còn bú. Các hiện tượng giả viêm xoang như nề mi, sưng mào ổ răng và vòm miệng, áp xe tiền đình hay hố mắt, có khi mầm răng bị loại ra ngoài, viêm kết mạc, phù kết mạc chỉ là viêm xương tủy hàm trên, mà nguyên nhân thường là do lợi hay do mẹ truyền và vi khuẩn là tụ cầu vàng liên cầu.

Đối với trẻ em, hiện tượng viêm mũi xoang đồng thời với mọc răng, sự thật chỉ là viêm quanh thân răng chứ không phải viêm xoang thật sự.

Xoang hàm là một hốc khí, phát triển trong xương hàm trên, thông với hố mũi. Xoang có hình tháp 3 cạnh, nền xoang tương ứng với nửa dưới của hố mũi, mặt trên tương ứng với nền ổ mắt, thành trước tương ứng với má, mỏng, ở trên các chóp răng, một

đỉnh ngoài đào lõm vào xương má. Nền xoang là phần thấp nhất của xoang.

Thần kinh phân bố là các nhánh bên của thần kinh hàm trên, nhánh của thần kinh sinh ba. Những nhánh răng sau (2 hay 3 nhánh) chạy ở mặt sau lồi củ hàm trên, xuyên qua xương, phân nhánh cho nhóm răng hàm lớn và răng hàm nhỏ số 2. Thần kinh răng giữa bất thường phân nhánh cho hàm răng nhỏ thứ nhất và có khi cả răng



H32. Thần kinh hàm trên

1. Hạch Gasser; 2. Thần kinh răng trên và giữa
3. Thần kinh răng sau và giữa trên (Theo Vaillant)

hàm nhỏ thứ hai. Thần kinh răng trước hay thần kinh răng cửa - răng nanh xuất phát từ thần kinh dưới ổ mắt. Các nhánh của thần kinh răng trước chạy ở trong thành ngoài của xoang và phân các nhánh cho răng, quanh răng, xương, niêm - mạc màng xương của các răng cửa và răng nanh (H32).

Thần kinh sinh ba dẫn những sợi thần kinh thực vật. Đó là những sợi giao cảm cảm thụ, có nguồn gốc từ chỗ tiếp nối ngoài vi giữa những nhánh của dây sinh ba và đám rối quanh mạch của những nhánh động mạch hàm trong. Mỗi khi những nhánh giao cảm bị kích thích sẽ gây ra cảm giác đau kiểu phản xạ vân mạch, hay đau kiểu thần kinh. Do những dây thần kinh răng chạy sát với thành xoang nên viêm xoang cũng gây ra đau răng.

Động mạch nuôi dưỡng ở nền xoang là động mạch ổ răng, phát sinh từ động mạch hàm trong, chỗ sát với lồi củ xương hàm trên.

Nền xoang là nơi thấp nhất của xoang hàm, tương ứng với chân răng hàm lớn thứ nhất còn gọi là răng xoang. Cũng có khi xoang liên quan với chân răng hàm lớn thứ hai. Nền xoang có khi xuống rất thấp nằm giữa hai chân răng.

Độ dày của thành xoang, nhất là trần và nền xoang cũng không nhất định, khoảng 2 đến 5 milimet đối với trần và 2 đến 3 milimet đối với nền xoang.

Chóp răng lồi vào nền xoang, giữa chóp răng và nền xoang chỉ có một lớp xương mỏng, trong đó có nhiều lỗ nhỏ để mạch máu và dây thần kinh chui qua. Vì thế, vi khuẩn từ chóp răng dễ chui qua lỗ xương để vào xoang.

## II. BỆNH SINH VÀ BỆNH CĂN

Viêm xoang hàm do răng không có ở trẻ sơ sinh, ít xảy ra ở trẻ em, nhưng thường gặp ở người lớn. Các nguyên nhân gây viêm xoang thường gặp là:

– Nhiễm khuẩn, chóp răng cấp và mạn như viêm quanh chóp, viêm xương quanh chóp răng, u hạt.

– Túi mủ quanh răng ở sâu.

– Túi hoại thư của răng hàm nhỏ hay lớn không được điều trị đúng, nên chất nhiễm khuẩn qua chóp răng vào xoang.

– Răng nanh hay răng khôn hàm trên mọc ngầm trong xoang bị nhiễm khuẩn.

– Xoang bị hở do nhổ răng hàm lớn hay nhỏ nhiễm khuẩn.

– Sau khi nhổ răng, nạo ổ răng thô bạo, nhét gạc ổ răng không đúng, hay bơm rửa ổ răng dưới áp lực quá mạnh làm hở xoang.

– Viêm xương tủy hàm trên do răng, lan đến xoang.

– Gãy xương hàm trên, gãy máu tụ, nhiễm khuẩn xoang.

Vi khuẩn gây viêm xoang cũng đa dạng, gồm các vi khuẩn làm mủ ưa khí phối hợp với vi khuẩn kỵ khí.

## III. GIẢI PHẪU BỆNH

*Có ba thể chính:*

– Tích mủ xoang (*empyema*): mủ chảy và tụ trong xoang. Niêm mạc xoang nguyên vẹn.

- Viêm xoang cấp: tùy theo dịch tràn, người ta chia ra viêm xoang xuất tiết, viêm xoang nhầy mủ, và viêm xoang mủ cấp. Niêm mạc xoang tiến triển qua các giai đoạn: sung huyết, tiết dịch và làm mủ. Niêm mạc sưng nề, lông biến mất, biểu mô phủ bong ra gây loét nông, tiết dịch nhiều, lớp đệm nề và thâm nhiễm, tích tụ tiết dịch trong xoang. Ở giai đoạn viêm xuất tiết có thể hồi phục. Nếu không chữa, viêm xoang xuất tiết có thể chuyển sang viêm xoang mủ, niêm mạc sưng nề to hơn, thương tổn viêm ẩn sâu vào các lớp, dịch tiết lúc đầu là thanh dịch mủ sau là mủ tụ trong xoang.

- Viêm xoang mạn: là thể phổ biến. Viêm mạn khu trú một phần hay hay toàn bộ niêm mạc. Niêm mạc phì đại, dày, xù thành dạng hạt hay polip kèm theo mủ thối, đặc, lòng xoang bị thu hẹp.

Thương tổn có thể qua niêm mạc gây viêm xương, nhất là xương nền xoang, thương tổn có thể vào phần mềm xung quanh hay tế bào lâm sàng.

#### **IV. CÁC THỂ LÂM SÀNG**

- Tích mủ xoang: là hậu quả của viêm dây chằng chóp răng cấp do nạo quá mức túi chân răng sau khi nhổ, làm thủng nền xoang. Nguyên nhân chủ yếu thường do răng số 6 hàm trên. Triệu chứng:

+ Đau giật giật vùng dưới ổ mắt một bên bệnh theo nhịp mạch, đau có tính chất nặng nề và tăng khi cúi thấp hoặc do gắng sức như ho, nhai. Đau thành từng cơn, từng đợt. Nhiệt độ 38-39°C. Các cơn đau giảm khi mủ thoát. Khám thấy sưng vùng hố nanh, nề mi dưới, dấy tổ chức dưới da, đau khi ấn vùng nhô ra của bó mạch thần kinh dưới ổ mắt.

+ Chụp X quang thấy mờ đều một bên một bên răng hàm. Niêm mạc xoang bình thường.

+ Đối với răng nguyên nhân viêm xoang mủ thì có triệu chứng: cơn đau viêm dây chằng cấp như đau răng tự phát vùng răng xoang, đau tăng khi sờ vào, có mùi mủ thối, không có hiện tượng sổ mũi hay tắc mũi.

- Viêm xoang cấp do răng: ít gặp. Thường là do những cơn bột phát của viêm mạn, do những cơn viêm quanh răng cấp. Triệu

chúng cấp cũng tùy thuộc vào độc tố của vi khuẩn và tình trạng của lỗ xoang có bị tắc hay không. Triệu chứng chính là đau dữ dội và liên tục khu trú ở vùng dưới ổ mắt, má, và vùng trước trán. Răng ở vùng này rất đau. Dịch mũi chảy ra lúc đầu loãng như thanh dịch, sau đó là nhầy mủ, mủ chảy vào mũi - hầu gây kích thích thường xuyên. Dịch tiết của viêm xoang do răng nhiễm khuẩn có mùi thối.

Có thể nhiễm độc toàn thân với triệu chứng rét run, toát mồ hôi, tăng nhiệt độ, chóng mặt, buồn nôn, có khi khó thở.

- Viêm xoang bán cấp: tình trạng toàn thân bị ảnh hưởng ít. Bệnh nhân cảm thấy mệt mỏi, mất ngủ do kích thích ho. Đây là giai đoạn trung gian giữa viêm xoang cấp và mạn.

- Viêm xoang mạn: thường gặp ở người lớn và do những yếu tố: viêm xoang cấp tái phát nhiều lần do chữa răng nhiễm khuẩn không tốt do viêm xoang trán, xoang sàng mạn lan đến, do rối loạn chuyển hoá, rối loạn nội tiết, mệt nhọc, nhưng chủ yếu là do răng gây nhiễm khuẩn tái phát nhiều lần.

Dấu hiệu chức phận: có 3 dấu hiệu chính:

- + Ngủ thối chủ quan ở một bên, nhất là vào buổi sáng.
- + Chảy mủ thối một bên, nhiều nhất là vào buổi sáng khi ngủ dậy.
- + Đau xoang ít, trừ những cơn bột phát cấp.

Khám lâm sàng:

- + Toàn thân: mệt mỏi, khó chịu, nhức đầu.
- + Khám Tai - mũi - họng: soi mũi trước thấy mủ chảy ở ngách mũi giữa. Sau khi lau sạch mủ, bệnh nhân nghiêng đầu về bên lành, mủ lại xuất hiện. Niêm mạc mũi ở cạnh lỗ ngách giữa thường phì đại hay có pólíp. Soi mũi sau cũng thấy mủ và vẩy ở thành hầu.
- + Khám răng: đau khi nén răng hoặc đau khi gõ ngang hay gõ dọc răng.
- + Chụp xoang: tư thế Water hay Blondeau (mũi - cằm - phim) hoặc tư thế mũi - trán - phim, tư thế Hirtz. Các tư thế này cho

thấy xoang viêm bị mờ đều, trong khi xoang đối diện sáng bình thường. Chụp xoang có bơm cản quang hay chụp cắt lớp có thể biết độ dày của niêm mạc xoang khi bị phì đại.

+ Chụp răng: chụp phim toàn cảnh để biết một cách nhanh chóng tình trạng toàn bộ răng và quanh răng như u hạt, nang chân răng, nang còn sót sau khi nhổ răng. Tư thế này chỉ cho biết một cách đại cương, toàn diện, nhưng muốn biết chi tiết tình trạng vùng quanh răng, cấu trúc xương, các lỗ sâu thì cần phải chụp phim sau ổ răng, hoặc phim sau thân răng hay còn gọi là phim có cánh cản (*bite - wing*). Loại phim này cho phép phát hiện lỗ sâu gần (*không thể khám thấy ở lâm sàng*), thương tổn quanh răng khi mới bắt đầu tiêu xương ổ răng, xác định tương quan giữa lỗ sâu hay lỗ hàn và tủy răng, đánh giá độ lớn và giới hạn của buồng tủy.

+ Soi thấu quang (*diaphanoscopie*) để khám độ trong của xoang. Soi trong buồng tối. Cho bệnh nhân ngậm một nguồn sáng trong miệng. Xoang lành: sáng hình tam giác ở vùng dưới ổ mắt. Xoang viêm mờ.

+ Chọc xoang: chọc ở ngách mũi dưới nhằm hai mục đích:

- Chẩn đoán là viêm xoang nếu có mủ chảy ra đồng thời có thể lấy mủ để cấy vi khuẩn làm kháng sinh đồ.
- Điều trị xoang qua đường chọc dò.

- Thông miệng - xoang - mũi: thông miệng - xoang - mũi thường gặp do tai biến nhổ răng hàm lớn (*răng xoang*) và răng hàm nhỏ trên, và qua lỗ thông này, xoang có thể bị viêm. Những tai biến nhổ răng thường gặp là: trượt bẫy hoặc nạo ổ răng sau khi nhổ gây thủng xoang, nhổ răng khôn trên mọc ngầm, đẩy răng hay chân răng vào trong xoang khi nhổ răng. Ngoài ra còn do nguyên nhân phẫu thuật cắt bỏ u hay nang.

Triệu chứng của thông miệng - xoang - mũi:

+ Về chức năng: chất lỏng trào lên mũi khi ăn, nói giọng mũi, có cảm giác thoát hơi khi nói.

+ Dấu hiệu thoát hơi: khi bệnh nhân bóp chặt hai lỗ mũi và thở mạnh thì thấy hơi thoát qua lỗ thông trong miệng.



## V. BIẾN CHỨNG DO VIÊM XOANG

- Viêm đa xoang, xoang sàng, xoang trán.
- Áp xe hố mắt, viêm thị thần kinh.
- Viêm xương hàm trên, viêm phần mềm.
- Viêm tắc tĩnh mạch xoang.
- Đau răng do ảnh hưởng của các dây thần kinh răng trên.

## VI. CHẨN ĐOÁN VIÊM XOANG

- Chẩn đoán xác định: dựa vào những dấu hiệu chính: đau, ngửi thối và chảy mủ một bên. Cần phối hợp với các xét nghiệm cận lâm sàng, khám răng và quanh răng.

- Chẩn đoán phân biệt với:

+ Viêm dây chằng quanh chóp răng cấp, viêm mô tế bào má: có triệu chứng viêm dây chằng rõ rệt, phần mềm sưng to, chụp X quang không thấy tổn thương xoang.

+ U ác tính ở xương hàm trên: ở giai đoạn đầu ung thư xương hàm trên không có triệu chứng biểu hiện rõ rệt. Ở giai đoạn toàn phát, nếu ung thư từ xoang hàm phát triển lên phía trên thì có biểu hiện ở mắt: nề mi, sưng rãnh mũi má. Nếu ung thư phát triển xuống phía dưới thì làm sưng ngách lợi má, niêm mạc lợi má xù loét, dễ chảy máu, răng lung lay hoặc sập vòm miệng. Soi mũi trước thấy tổ chức nghi ngờ, dịch tiết có lẫn máu. Chụp X quang có hình ảnh phá hủy xương. Cần làm sinh thiết niêm mạc xoang để xác định chẩn đoán.

+ Nang răng tiến triển vào xoang: có tiền sử sâu răng, tiến triển từ từ, sưng ngách lợi ngay răng nguyên nhân. Chụp X quang thấy nang liên quan với chân răng. Trường hợp nang niêm mạc xoang thì không có triệu chứng lâm sàng của viêm xoang, chụp X quang thấy hình tròn đều ở đáy xoang. Trường hợp nghi ngờ nang có thể ở trong hoặc ngoài xoang thì chụp xoang với bơm lipiodol vào xoang. Nếu nang ở trong xoang sẽ thấy hình cản quang lipiodol bao quanh thành hình vòng tròn.

+ Viêm xoang đặc hiệu (*ít gặp*):

- Do lao: có kèm theo hạch cổ, chẩn đoán dựa vào xét nghiệm: có vi khuẩn Koch.
- Do giang mai: kèm theo viêm xương và có xương mục, chẩn đoán dựa vào phản ứng huyết thanh.
- Do nấm: bệnh cảnh lâm sàng giống như viêm mô tế bào kéo dài, mặc dù đã điều trị răng. Chẩn đoán dựa vào xét nghiệm cấy nấm trong môi trường kỵ khí. Có thể thấy một trong những loại nấm: actinomyces, ristella, ramibacterium, corynebacterium, actinobacterium.

## VII. ĐIỀU TRỊ VIÊM XOANG DO RĂNG

– Xử trí răng nguyên nhân: nguyên tắc chung là phải nhổ sớm răng nguyên nhân. Chỉ trong trường hợp đặc biệt mới chữa bảo tồn răng, ví dụ: có thể chữa tốt ống tuỷ, cắt chóp răng. Trong đợt viêm xoang cấp, nên dùng kháng sinh liệu pháp trước khi nhổ răng.

– Điều trị xoang viêm:

+ Chọc rửa xoang: chọc qua ngách mũi dưới, hút và bơm rửa xoang bằng dung dịch kháng sinh thích hợp nhiều lần. Có thể phối hợp với khí dung. Nếu sau nhiều lần bơm rửa mà bệnh vẫn không tiến triển tốt thì mổ nạo xoang triệt để.

+ Mổ nạo xoang triệt để:

- Chỉ định: viêm xoang mạn không hồi phục, điều trị bảo tồn không kết quả, niêm mạc xoang thoái hoá, polip.

Chân răng hoặc răng rơi vào xoang, răng mọc ngầm trong xoang gây viêm xoang.

Viêm xoang do nang trong xoang.

Viêm xoang hàm kèm theo viêm các xoang khác.

Dẫn lưu máu tụ trong xoang do sang chấn thương hàm trên, hay viêm xoang do nhiễm khuẩn máu tụ trong xoang.

Sinh thiết hay cắt ung thư xương hàm:

– Phương pháp: có các phương pháp mổ xoang như Denker (*mở xoang phía trước góc trước của xoang, vùng dưới - ngoài hố lệ*);

phương pháp được dùng rộng rãi là Caldwell. Lúc, kỹ thuật chính như sau:

- Vô cảm: gây tê vùng thần kinh hàm trên (*lỗ dưới ổ mắt*), gây tê rãnh lợi - má trên, nhét gạc tẩm cocain vào ngách mũi và xương xoắn dưới, hay gây mê.

- Kỹ thuật (các thì chính):

+ Rạch rãnh tiền đình trên từ răng cửa bên tới răng hàm lớn thứ 2, rạch quan niêm mạc tới lớp đệm, có thể rạch hình thang, đáy lớn ở trên. Hai cạnh thẳng, một ở vùng răng nanh, một ở vùng răng hàm lớn số 2. Bóc tách niêm mạc, màng xương, tránh thần kinh ở dưới ổ mắt.

+ Mở xương bằng mũi khoan và kim găm xương ở vùng hố nanh. Tránh làm thương tổn các nhánh thần kinh răng cửa, răng nanh, răng hàm nhỏ và lớn chạy trong thành trước xoang.

+ Thăm khám xoang, bóc tách hoặc nạo lấy hết niêm mạc viêm và polip. *Chú ý*: đáy xoang vì là vùng chiếu của chóp răng, vùng viêm xương.

+ Mở thông mũi xoang từ ngách mũi dưới vào xoang (*đường chọc xoang*). Nhét gạc iodoform hoặc có tẩm kháng sinh khử trùng vào trong xoang để cầm máu, một đầu gạc cho chui qua lỗ thông mũi xoang ra mũi.

Khâu kín niêm mạc ngách lợi.

Săn sóc sau mổ: gạc sẽ được rút dần sau 24 giờ và rút hết sau 48 giờ. Điều trị kháng sinh, chườm lạnh má.

## VIII. ĐIỀU TRỊ THÔNG MIỆNG - XOANG MŨI

Ngoài điều trị chống nhiễm khuẩn như vẫn thường áp dụng, còn cần đóng kín lỗ thông chủ yếu là dùng phương pháp phẫu thuật tạo hình.

Phương pháp đơn giản và có kết quả để đóng kín lỗ thông là dùng hai vạt niêm mạc xơ trong và ngoài lỗ thông (H33), rạch quanh các răng hai bên lỗ thông. Rạch vòng quanh và qua lỗ thông. Rạch giảm căng phía vạt niêm mạc vòm miệng. Bóc tách, di

chuyển hai vạt niêm mạc xơ trong và ngoài lỗ thông. Các vạt niêm mạc được kéo để khâu kín lỗ thông, để hở vết rạch vòm miệng

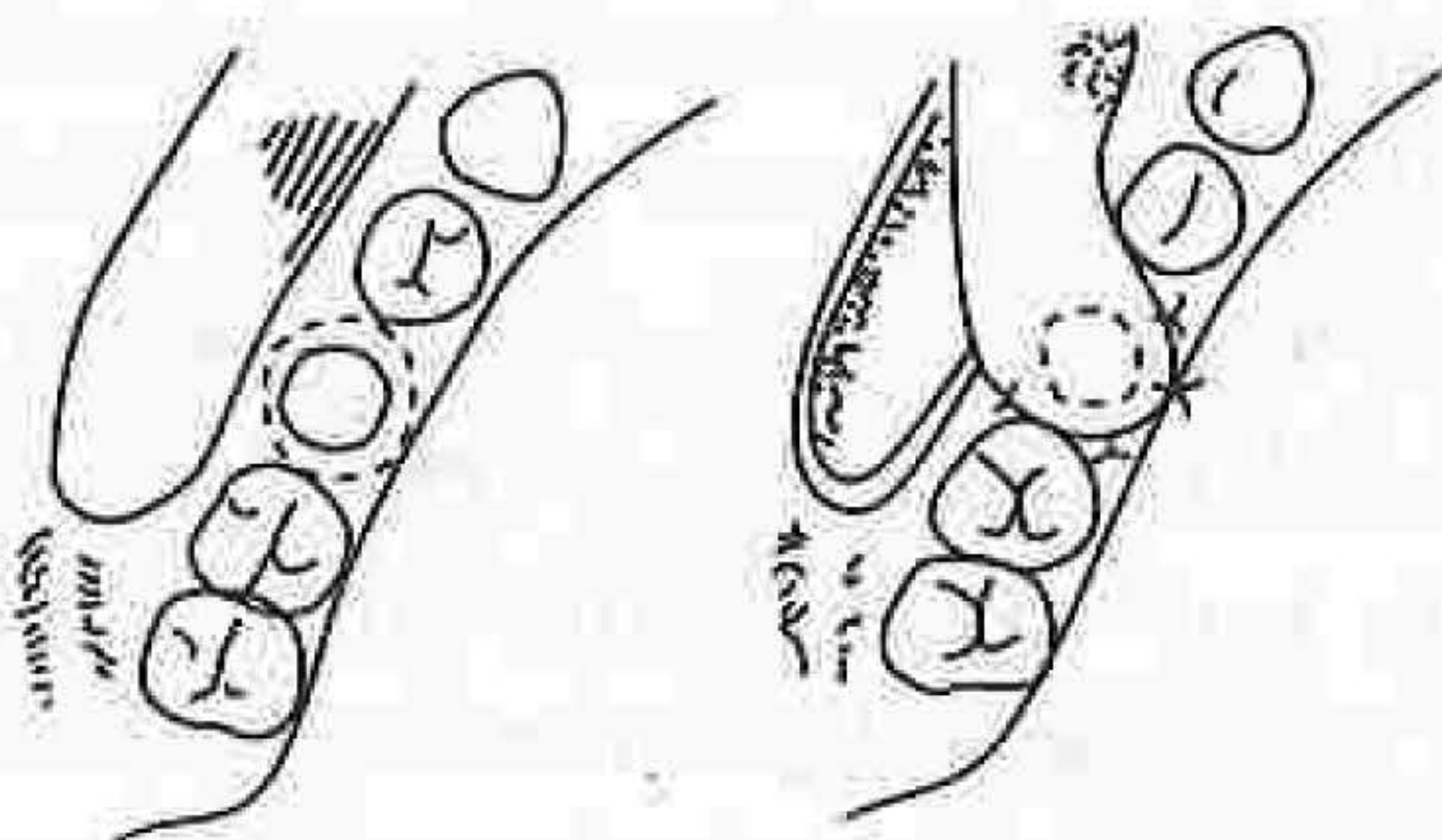
Thông thường lỗ thông được đóng kín bằng hai lớp vạt niêm mạc kế cận.

- Phương pháp các vạt kế cận (2 lớp):

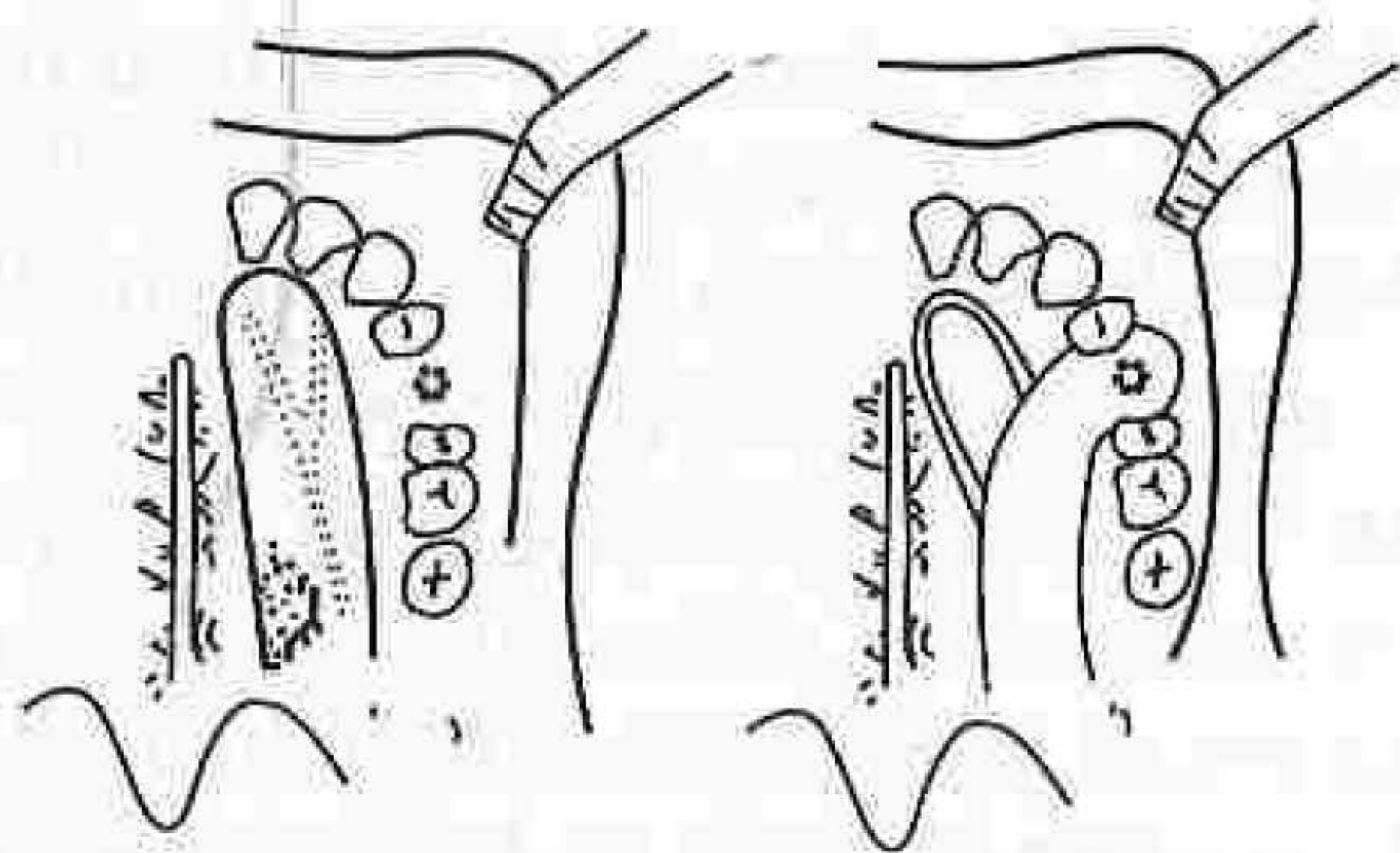
+ Tạo lớp sâu: phương pháp hay dùng và thuận lợi nhất là rạch vòng quanh lỗ thông, lật 180°, mặt rớm máu về phía miệng để khâu kín lỗ thông ở giữa (H33). Khâu tăng cường bằng vài nút đệm (*Donati*).

+ Tạo lớp nông: có hai loại vạt.

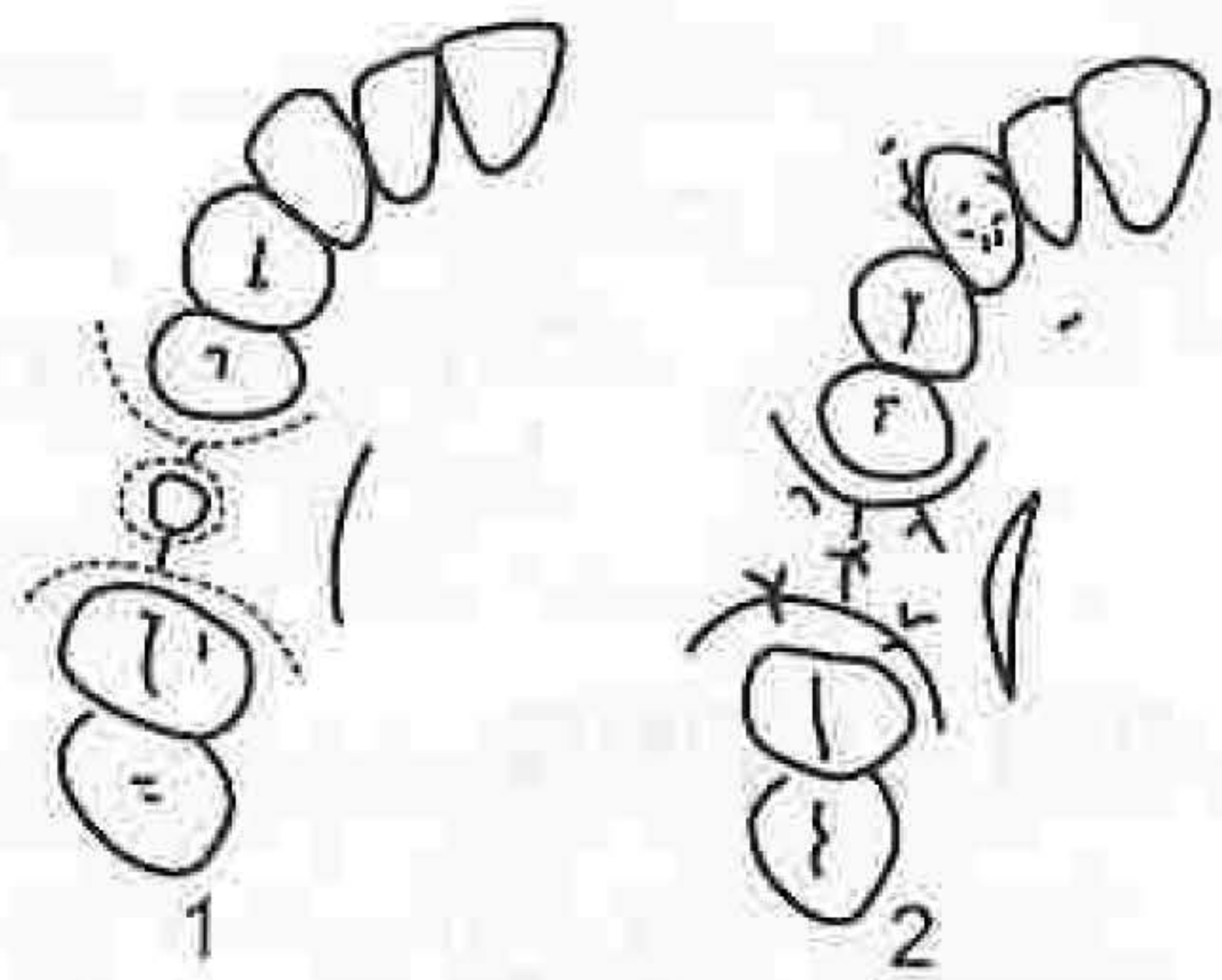
- Vạt lợi má: gồm niêm mạc xơ lợi và một phần niêm mạc má. Vạt cần được tính đủ dài và rộng để khi qua có thể đóng kín lỗ thông (H34). Vạt này được mạch máu nuôi dưỡng tốt nhưng không chắc bằng vạt vòm miệng.
- Vạt vòm miệng (H35) : cũng tương tự như vạt lợi má nhưng chân nuôi dưỡng về phía vòm miệng sau. Trong vạt có động mạch khẩu cái sau. Có thể kéo dài chân vạt bằng cách kéo dài đường rạch về phía sau lỗ khẩu cái sau.



H34. Vạt Lợi – Má phối hợp với vạt quanh lỗ thông đóng kín lỗ thông làm hai lớp



H35. Vạt vòm miệng sau có cường độ mạch khẩu cái, phối hợp với vạt quanh lỗ thông đóng kín lỗ thông làm 2 lớp



H33. Đóng lỗ thông xoang

1. Rạch quanh lỗ thông và rạch giảm căng
2. Khâu các vạt

## Chương 5

# VIÊM XƯƠNG TỦY HÀM

### I. ĐẠI CƯƠNG

Xương hàm bị viêm do nhiều nguyên nhân khác nhau: nhiễm khuẩn (*thường gặp do răng*), sang chấn, hóa học hay yếu tố vật lý. Có hai danh từ thường dùng để chỉ tổ chức xương bị viêm: viêm xương (osteitis) là từ dùng để chỉ những thương tổn viêm của tổ chức xương bị kích thích, nhiễm khuẩn gây nên từ những yếu tố bệnh lý. Thông thường danh từ viêm xương dùng để chỉ những thương tổn do nguyên nhân tại chỗ, còn viêm xương tủy để chỉ thương tổn xương bị viêm do nguyên nhân toàn thân, theo đường máu. (9) Viêm xương tủy (*osteomyelitis*) để chỉ chung tất cả các thể viêm xương do nguyên nhân tại chỗ và nguyên nhân toàn thân, thể khu trú cũng như lan rộng. Có thể phân loại theo bệnh căn, trong đó có viêm xương tủy do viêm xương, viêm màng xương tiến triển gây nên.

Trong viêm xương tủy, thương tổn bao gồm cả xương và tổ chức tủy, quá trình có thể lan tràn đến những vùng rộng lớn của xương hàm. Xương mục sequestrum thường lớn.

Nguyên nhân nhiễm khuẩn có thể do đường máu và không do đường máu. Không do đường máu như nhiễm khuẩn do răng, do vết thương hở hay do viêm mủ từ nơi khác lan đến. Do đường máu hay gặp ở trẻ em từ một bệnh nhiễm khuẩn toàn thân như sởi, thương hàn, lao và khu trú thứ phát ở xương.

Sự phân biệt giữa viêm xương và viêm tủy cũng chỉ là tương đối, vì ở giai đoạn toàn phát của viêm xương lan tỏa, triệu chứng lâm sàng cũng giống viêm xương tủy, hay viêm xương tủy có thể xảy ra từ viêm xương. Mặt khác, về tổ chức học, nói viêm xương tức là viêm hốc tủy và hệ thống Havers, vì xương được nuôi dưỡng nhờ những thành phần trong hốc tủy.

Từ bệnh căn và giải phẫu bệnh nói trên, có thể thấy viêm xương và viêm xương tủy chỉ là một hay viêm xương là một giai đoạn của viêm xương tủy (10).

## II. YẾU TỐ GIẢI PHẪU VÀ ĐỊNH KHU

Xương hàm hay bị viêm hơn các xương khác do những yếu tố thuận lợi sau đây:

- Ổ xương hàm, răng hay bị nhiễm khuẩn cấp và mạn, từ đó lan truyền vào xương.

- Xương hàm phần lớn được niêm mạc che phủ nên những tổn thương do nhiễm khuẩn, sang chấn, bệnh lý, dễ lan trực tiếp đến xương.

- Xương hàm chịu những quá trình thay đổi sinh lý như hình thành và mọc răng. Những quá trình đó có thể có biến chứng và gây nên viêm xương tủy hàm.

- Xương hàm dưới là xương đặc kiểu Havers ở phần bao chung quanh xương như vỏ ngoài, vỏ trong, bờ nền, còn phần giữa là xương xốp. Xương hàm dưới hay bị viêm hơn xương hàm trên, vì:

+ Vị trí trung, dễ ứ đọng dịch tiết và chất nhiễm khuẩn.

+ Vỏ xương dày, quá trình nhiễm khuẩn khó xuyên qua nên duy trì lâu dài trong tủy và xương.

+ Màng xương dày, ngăn cản nhiễm khuẩn xuyên qua.

+ Tuần hoàn ít so với xương hàm trên. Tưới máu chỉ do động mạch duy nhất là động mạch răng dưới, do đó sự đề kháng chống nhiễm khuẩn kém hơn so với xương hàm trên. ở xương hàm trên, do xương xốp, vỏ mỏng, quá trình nhiễm khuẩn xuyên qua và thoát dễ hơn, nên quá trình hoại tử xương được hạn chế, xương mục mau bị tách rời.

- Do vị trí liên quan, các ổ nhiễm khuẩn từ miệng, hố mũi, xoang hàm dễ xâm nhập vào xương hàm trên.

### III. YẾU TỐ BỆNH SINH

– Nguyên nhân:

+ Do răng: răng nhiễm khuẩn viêm tủy hoại thư, viêm quanh chóp răng, biến chứng do nhổ răng, do mọc răng khôn là những nguyên nhân chủ yếu gây viêm xương tủy.

+ Nang răng hay u nhiễm khuẩn.

+ Viêm xương ổ răng, viêm quanh thân răng khôn, nhiễm khuẩn túi thân răng mọc ngầm, nhất là răng khôn hàm dưới.

+ Bệnh quanh răng như viêm quanh răng, từ đó nhiễm khuẩn lan qua xương ổ răng vào răng.

+ Cây ghép trong xương hàm không được dung nạp, hay thiếu theo dõi, không lấy vật cấy ra đúng thời gian.

+ Gãy xương, nhất là gãy xương ổ hàm dưới, đường gãy thông với ổ miệng hay đi qua vùng răng nhiễm khuẩn.

+ Viêm nhiễm phạm mềm quanh xương hàm, viêm niêm mạc miệng, nốt ở mắt, cụm nốt, viêm quầng cũng là những nguyên nhân gây viêm xương.

– Nguyên nhân toàn thân:

+ Nhiễm khuẩn toàn thân như sởi, cúm, thương hàn, lao, giang mai, vi khuẩn đi theo đường máu, khu trú ở ống Havers. Những trường hợp này hay gặp ở trẻ còn bú và tuổi thiếu niên. Ở trẻ nhỏ bệnh cảnh có hình thái giống viêm xoang (*giả viêm xoang*).

+ Bệnh đái tháo đường.

### IV. GIẢI PHẪU BỆNH

Viêm tổ chức xương và tủy qua các giai đoạn dưới đây:

– Giai đoạn viêm sung huyết cấp: thể hiện bằng giãn mạch, cương máu của tổ chức tủy, bạch cầu xuyên mạch và rỉ dịch. Tủy bị thâm nhiễm bạch cầu đa nhân. Quanh tủy còn thấy lympho bào, tương bào và tổ chức liên kết tăng sinh. Các hốc của bè xương

không còn tế bào vì đã bị hoại tử. Xương và màng xương hơi dày. Ở giai đoạn này bệnh có thể hồi phục.

- Giai đoạn làm mủ xương: có nhiều mạch máu bị tắc, các cục huyết khối nhiễm khuẩn có thể thành những ổ áp xe khắp cả xương tủy chết. Trước hết có những ổ mủ nhỏ trong xương, các ổ mủ to dần và phá hủy màng xương lan vào phần mềm quanh xương hàm. Do mạch bị tắc, có những phần xương bị hoại tử, xương chung quanh bị tiêu. Xương hoại tử bị cô lập thành xương mục. Xương mục có màu trắng đục, thường ở trong ổ mủ và tổ chức hạt. Do quá trình viêm lan rộng vào ống Havers và Volkmann nên vỏ xương bị thiếu máu. Khi mủ đã thoát ra bề mặt của xương thì màng xương bị bong, những mảnh vỏ xương hoại tử tách khỏi tổ chức xương do hoạt động của hủy cốt bào. Mặc dầu màng xương bị bong khỏi xương trong quá trình viêm, nhưng một số tế bào còn sống sót và xương mới sẽ hình thành trên xương mục. Mủ xuyên qua bao xương để chảy ra ngoài. Mủ kéo dài nhiều hay ít tùy điều trị. Như vậy, cơ chế của hoại tử xương là do bị mất mạch máu nuôi dưỡng và do nhiễm khuẩn đưa đến nghẽn mạch. Vùng xương bị hoại tử nhanh chóng được bao bọc bởi một vùng xương hiếm, mất vôi ở tổ chức xương lành. Do quá trình mất vôi ở xương lành và tiêu xương ở hoại tử nên kết quả là xương bị tách rời. Xương mục bị hoại tử nhanh hay chậm tùy thuộc vào độ lớn và vị trí giải phẫu của xương. Nên chú ý rằng, khi xương mục đã bị tách khỏi xương lành do bị mủ bao quanh, hủy cốt bào không thể hoạt động tủy xương được nữa, xương mục khi đó mang tính chất viêm mạn tính.

Về nguyên tắc, xương mục không thể hồi phục được nữa, nhưng trong thời đại kháng sinh, người ta thấy có trường hợp xương mục còn hồi phục, có thể do tế bào còn sống sót hoạt động trở lại, vì thế không nên can thiệp phẫu thuật quá sớm để lấy xương mục.

Nếu mảnh xương mục to, chiếm cả chiều cao xương hàm, có thể bị gãy xương bệnh lý. Viêm xương tủy hàm dưới xảy ra không những do mủ hoặc dịch rỉ viêm tụ ở phần xốp của xương, mà còn xảy ra khi màng xương bị bong rộng, vì áp xe dưới màng xương



cũng can thiệp vào quá trình tưới máu, và có khi gây hoại tử xương do không có máu nuôi dưỡng. Trong quá trình nhiễm khuẩn nặng, cả hai quá trình trong tủy và dưới màng xương có thể cùng xảy ra.

Ngoài cơ chế tắc mạch, nhiễm khuẩn gây hoại tử xương, còn một quan điểm khác cho rằng dịch rỉ viêm trong khoang xương cũng gây tăng áp lực trong xương, làm cho mạch bị xẹp mặc dầu không bị nhiễm khuẩn trực tiếp. Vùng thiếu máu bị ảnh hưởng không những do nề, ngăn máu tĩnh mạch trở về, mà còn do cục huyết khối trong tĩnh mạch. Kết quả là xương bị hoại tử.

Về lâm sàng, giai đoạn làm mủ xương và xương mục thể hiện bằng rò ra da hay niêm mạc. Trường hợp không điều trị đúng có thể gây nên nhiễm mủ huyết hay nhiễm độc.

- Giai đoạn tái tạo xương: khoảng 15 ngày sau khi xương bị viêm, có sự phản ứng màng xương, thể hiện bằng lắng đọng xương mới và tăng sinh tổ chức xơ liên kết. Đôi khi do quá trình tái tạo quá mức nên hình thành u giả phì đại. Trong tái tạo và sinh xương mới ở xương hàm vai trò cơ bản là màng xương.

Chúng ta lần lượt nghiên cứu các thể viêm xương tủy hàm dưới, hàm trên và viêm xương má do các nguyên nhân tại chỗ, toàn thân và ngoại sinh.

## **V. VIÊM XƯƠNG TỦY HÀM DƯỚI (10)**

Viêm xương tủy do nguyên nhân tại chỗ:

\* *Viêm xương màng xương*: là thể viêm xương nhẹ hơn cả, biểu hiện lâm sàng dưới các thể cấp và mạn:

- Thể viêm xương - màng xương cấp: thường gặp ở trẻ em, vì khả năng sinh xương mạnh của màng xương.

+ Nguyên nhân: do viêm tủy răng rồi viêm quanh chóp răng gần với bản xương. Nhiễm khuẩn từ tủy đến chóp răng làm thành u hạt do phì đại tổ chức liên kết. Nếu không điều trị, u hạt to dần thành nang. Quá trình viêm tiến triển ra ngoài dưới thể phản ứng màng xương. Viêm màng xương cấp cũng có thể do viêm xương tủy lan đến.

+ Khám: có triệu chứng rõ của viêm dây chằng răng nguyên nhân. Sờ thấy bản xương trong hay ngoài của xương hàm dưới dày và đau. Sưng nề phần mềm tương ứng với răng nguyên nhân làm biến dạng mặt. Trường hợp viêm màng xương lan rộng thì có khít hàm và lung lay răng.

+ Chụp X quang: tư thế sau xương ổ răng thấy hình sáng quanh chóp răng kề với vỏ xương.

- Thể viêm xương - màng xương mạn hay dày màng xương: xảy ra trực tiếp sau giai đoạn viêm màng xương cấp hoặc viêm ở mức độ nhẹ ngay từ đầu, có đặc điểm là tăng sinh tổ chức liên kết. Thể này thường gặp ở trẻ em hay người trẻ do bị viêm quanh răng mạn hay do viêm tủy răng hàm dưới. (H36)



H36. Viêm xương màng xương (trái). Hình tiêu xương và xương mọc (NTH. 13t)

+ Về lâm sàng, khám thấy mặt biến dạng, sờ thấy bờ dưới xương hàm dưới dày, không đau, chọc dò chạm màng xương, dày, không có mủ. Răng nguyên nhân thường bị viêm quanh răng hay quanh chóp.

+ Chụp X quang sau ổ răng thấy hình tổn thương nhiễm khuẩn quanh chóp và dây chằng, và nhất là dày màng xương ở bờ nền xương hàm.

+ Viêm dày màng xương sẽ khỏi nếu nhổ hoặc chữa răng nguyên nhân.

\* *Áp xe dưới màng xương*: thường gặp ở trẻ nhỏ và thiếu niên, ở những vùng không có cơ bám, nhiễm khuẩn làm bong màng xương và mũ tụ dưới màng xương: vùng răng số 6 hàm dưới và bờ ổ răng.

- Vùng răng số 6 dưới: hay gặp ở trẻ nhỏ do nhiễm khuẩn chóp răng, phần mềm thâm nhiễm ít, sờ thấy sưng nề, đau ở mặt ngoài, mặt trong và bờ nền xương hàm dưới. Dấu hiệu toàn thân có nhiều hay ít.

- Vùng bờ ổ răng: loại áp xe này gặp nhiều ở trẻ nhỏ do nhiễm khuẩn chóp răng sữa hình thành loại áp xe dưới lợi, dưới màng xương (parulis), hay đôi khi cũng gặp ở người lớn do nhiễm khuẩn túi quanh răng. Đó cũng là những áp xe nhỏ dưới niêm mạc xơ, hay ở phía tiền đình, xuất hiện vài ngày sau khi hàn răng sữa. Rất đau khi sờ vào, có dấu hiệu chuyển sóng, áp xe vỡ bất chợt và tái lập lại ngay nếu không chữa răng nguyên nhân.

Đối với áp xe dưới màng xương, nếu nhỏ hay chữa răng nguyên nhân phối hợp với rạch áp xe thường dễ khỏi.

\* *Viêm xương ổ răng*: là loại viêm xương nhỏ, thường xảy ra sau nhổ răng (đôi khi áp xe lợi hay áp xe do u hạt).

- Nguyên nhân: khi nhổ răng làm gãy bờ xương ổ răng hay vách giữa chân răng, mảnh gãy không được nuôi dưỡng bị nhiễm khuẩn và hoại tử. Đôi khi mảnh xương tuy không bị gãy nhưng bị thiếu máu do dùng thuốc tê có adrenalin. Viêm xương ổ răng là do cục máu phân hủy, trước hết cục máu có màu xám đục, bần, sau phân hủy để lại hốc xương màu xám nhạt hay xám xanh, mùi thối. Có hai thể viêm xương ổ răng:

Viêm xương ổ răng khô: sau nhổ răng, đau dữ dội, ổ răng không liền sẹo, xung huyết, trong có tổ chức hạt nhiễm khuẩn khô.

Viêm xương ổ răng mũ: xuất hiện chậm hơn, với triệu chứng đau kéo dài, sau nhổ răng ổ răng không khỏi (8-10 ngày), đây máu cục bần, màu xám hay hình thành tổ chức hạt như nụ thịt nhiễm khuẩn, làm mũ.

Chụp X quang có thể thấy mảnh xương mục hay phát hiện được máu chân răng hoặc nang răng còn sót lại. Xương ổ răng có

thành bị xâm lấn không đều với vách giữa ổ răng bị tiêu một phần. (H37a, b)



H37a. Viêm xương ổ răng sau nhổ R 3.8. Rò mủ. Tiêu xương ổ răng

H37b. Xương mục ổ răng 3.8 (cùng bệnh nhân H. 37a)

– Tiến triển: làm mủ kéo dài cho đến khi xương mục bị loại bỏ tự phát hay lấy ra. Đôi khi viêm lan rộng gây viêm xương tủy, viêm phần mềm.

\* *Viêm xương vỏ*: là thể viêm xương từ nông vào sâu do nhiễm khuẩn da (*nhọt*) hay niêm mạc (*viêm miệng*), hoặc do răng gây viêm mô tế bào, sau đó viêm màng xương, viêm xương. Thể này có thể chỉ gây dày màng xương, nhưng cũng có thể gây xương mục, thường thấy ở bờ nền xương hàm dưới, hay tiến triển thành viêm xương tủy lan rộng.

\* *Viêm xương tủy tỏa lan*: có người còn gọi là viêm xương tỏa lan. Thể này ít gặp từ khi có kháng sinh. Viêm xương tỏa lan gặp ở người đã có những dấu hiệu răng, viêm tủy hoại thư biến chứng, hoặc sau nhổ răng, gãy xương hàm, áp xe quanh hàm với các triệu chứng lâm sàng:

- Khởi đầu: với những dấu hiệu đau của viêm quanh răng với tủy hoại thư, đau dữ dội, liên tục, lan rộng, nhất là đau về đêm, không đỡ với thuốc giảm đau, sốt cao 39-40°C, mạch nhanh, mất ngủ, mệt mỏi, tình trạng nhiễm khuẩn, suy nhược. Chẩn đoán giai đoạn này khó. Cần tìm các dấu hiệu khác như lung lay răng nguyên nhân và răng kế cận. Khít hàm nhiều hay ít. Dấu hiệu tê thần kinh răng dưới, ở vùng môi dưới mép (*dấu hiệu Vincent*). Chụp tia X ở giai đoạn này chỉ để phát hiện tổn thương và răng nguyên nhân. Chỉ sau một thời gian vài ngày mới thấy hình ảnh mất vôi mức độ rộng nhiều hay ít.

- Giai đoạn toàn phát: sau 2-3 ngày của giai đoạn khởi đầu nếu không điều trị thì dấu hiệu toàn thân và chức năng nặng thêm, nhiệt độ dao động cao, mệt mỏi, nhiễm khuẩn, albumin niệu.

Đau lan cả hàm và mặt, có từng cơn đau dữ dội, không đỡ với thuốc giảm đau. Khít hàm nhiều. Hơi thở hôi, chảy nhiều nước bọt. Tê môi rõ.

Khám ngoài miệng: sưng biến dạng một bên mặt. Vùng cạnh ngang và góc hàm thành một khối với xương da nóng, đỏ, sung huyết.

Khám trong miệng: khó khám vì khít hàm không há được miệng.

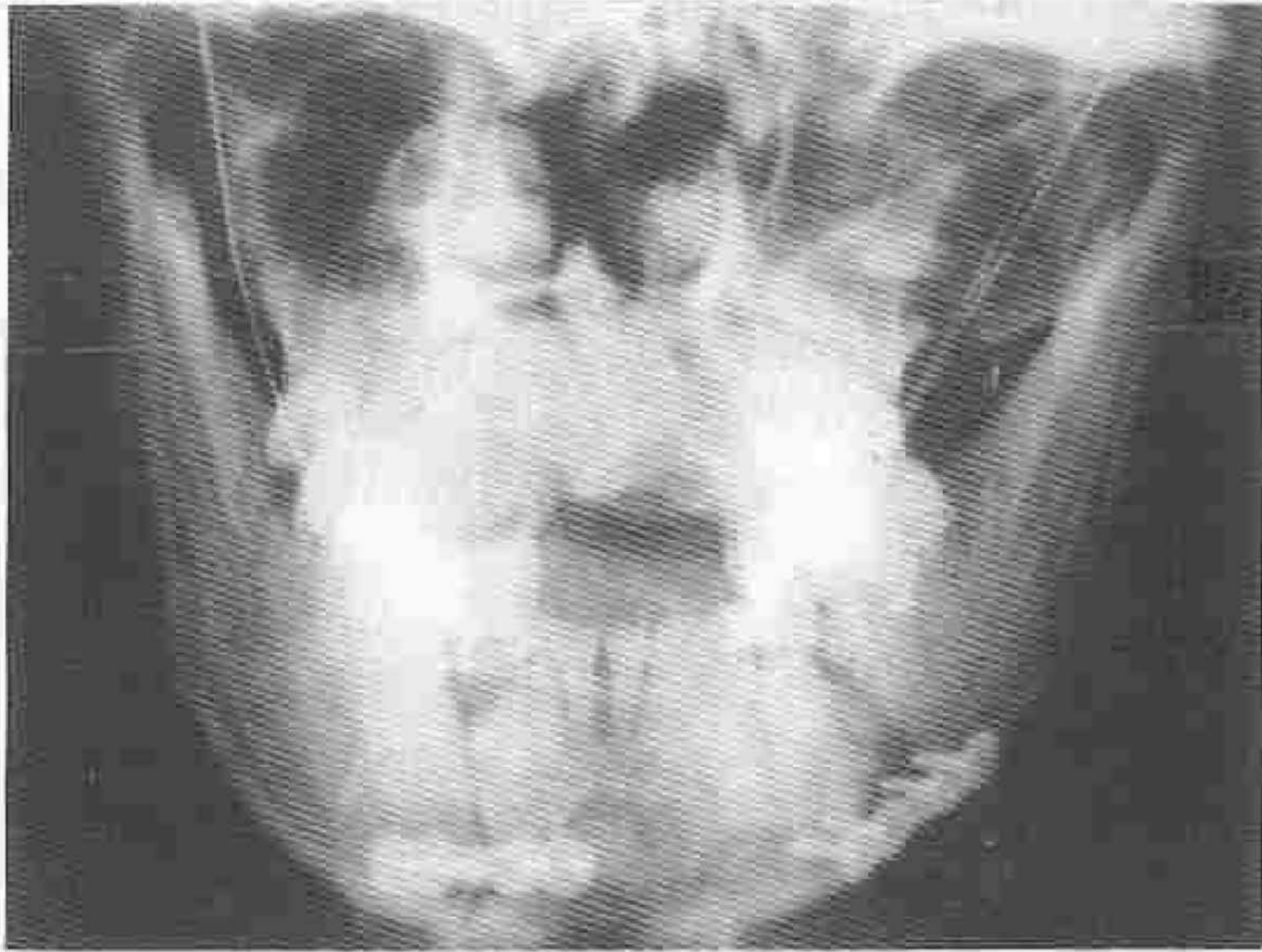
Sung nề bản xương ngoài và trong (*mặt tiền đình và mặt lưỡi*), sờ rất đau, niêm mạc phù nề, đỏ.

Răng vùng sưng lung lay, trong đó có răng nguyên nhân viêm tủy hoại thư, khi chạm và gõ thì đau, các răng cạnh răng nguyên nhân không sâu, nhưng cũng lung lay, có thể không phản ứng với nhiệt.

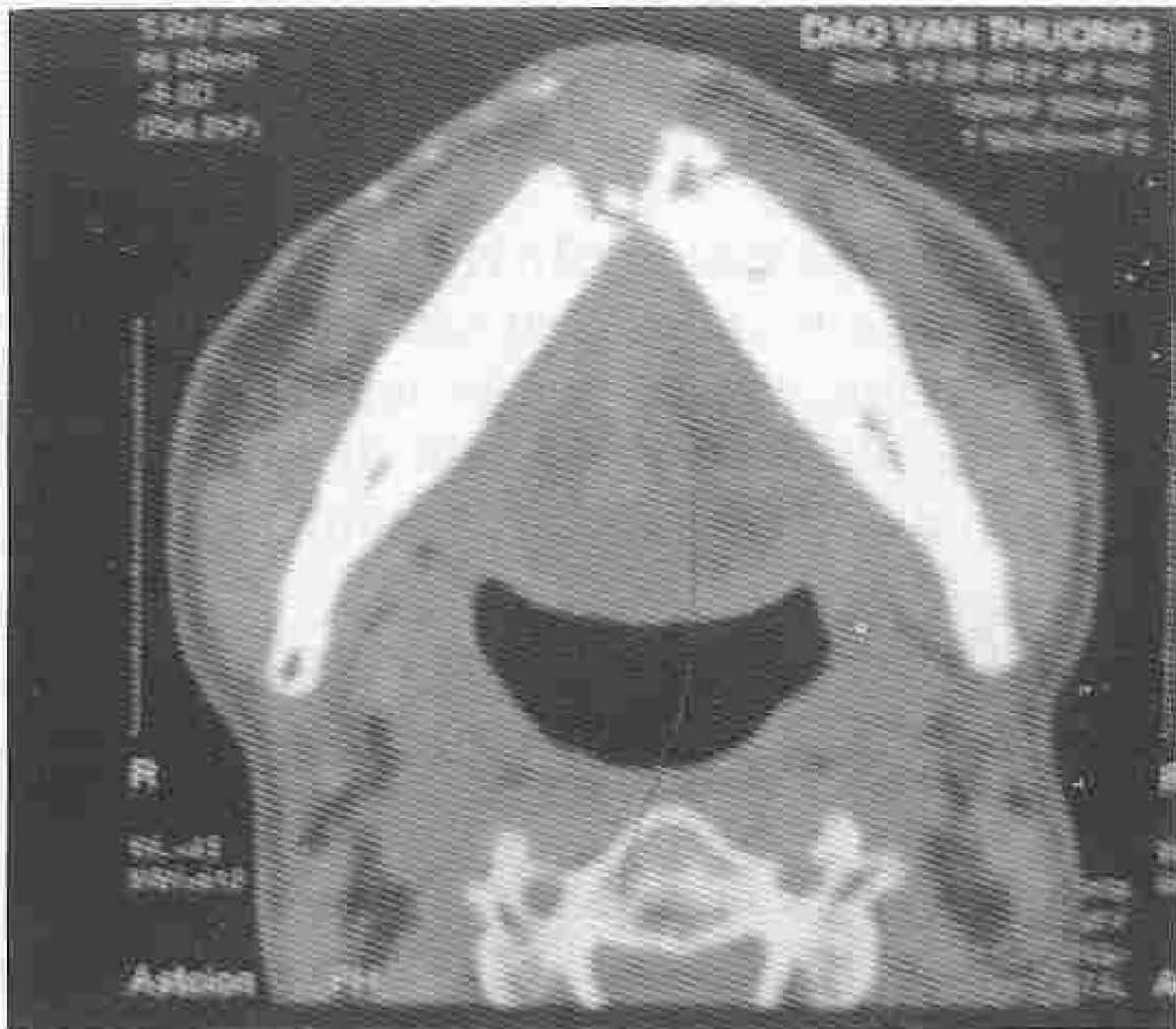
Chụp X-quang thấy rõ vùng mất vôi mờ, bờ không đều, ở giữa có thể thấy một hay nhiều hình xương mục. Màng xương bờ nền xương hàm có nơi đã dày.

- Giai đoạn xương mục: trong khoảng một tháng đã có thể có xương mục lung lay. Những dấu hiệu toàn thân như đau, sốt không còn, sưng giảm dần, nhưng vẫn còn tê môi, đặc biệt xuất hiện rò da hay niêm mạc. Thăm khám bằng trâm qua lỗ rò thấy xương bộc lộ, rấp, hay thấy xương mục rời, lung lay. Những tuần

lễ sau, mặc dầu đã nhổ răng nguyên nhân, ổ mủ đã được mở dẫn lưu, nhưng bệnh vẫn không khỏi, nề quanh hàm, tê vùng thần kinh cảm, nhiều răng lung lay, rò mủ. (H38. H39).



H38. Viêm xương tủy hàm dưới trái, sau đặt nẹp (rò mủ, xương mục)



H39. Viêm xương tủy vùng cằm (xương mục và gãy xương bệnh lý)

Chụp X-quang (*hàm chéché hay panorama*) thấy rõ hình ảnh xương mục: đó là những hình cản quang mờ đều được bao bọc chung quanh bởi vùng không cản quang, sáng, có lấm tấm những điểm mất vôi. Xương mục có thể mang răng. Xương mục có thể tự loại ra ngoài nhưng thông thường là phải can thiệp phẫu thuật.

Khi đã hết xương mục, rò cũng khô dần và đóng kín, chuyển sang giai đoạn tái tạo.

- Giai đoạn tái tạo: kéo dài nhiều tháng, chỗ mất xương được tái tạo dần, và chỉ ở vùng xương bờ nền, những di chứng chức năng vẫn còn tồn tại như mất răng, sẹo xấu, tê môi. Những răng ở ngoài xương mục chắc lại dần.

- Biến chứng của viêm xương tủy toả lan:

Nhiễm khuẩn lan rộng gây viêm khớp thái dương hàm, có thể dẫn đến cứng khớp hàm, viêm cơ, áp xe quanh hàm, sàn miệng.

Huyết khối tĩnh mạch, nhiễm khuẩn huyết, nhiễm khuẩn mũ huyết, đau dây thần kinh mặt liệt mặt.

Gãy xương bệnh lý, khớp giả, biến dạng hoặc teo xương hàm (*đôi với trẻ em*), *nếu để muộn*.

- Những thể lâm sàng:

+ *Đôi với trẻ nhỏ*: viêm xương tủy thường do nhiễm khuẩn răng sữa gây nên hoặc răng hàm lớn thứ nhất. Triệu chứng toàn thân dữ dội, mầm răng vĩnh viễn có thể bị loại ra ở giai đoạn rò mũ. Những biến chứng thường gặp là viêm khớp hàm đưa đến cứng khớp hàm, rối loạn phát triển xương hàm dưới như teo xương, biến dạng mặt.

+ *Đôi với người già*: hiếm gặp thể viêm xương tủy cấp, mà thường là do cơn bột phát cấp của viêm mạn xảy ra sau nhổ răng hay chân răng nhiễm khuẩn.

Đặc biệt, có thể gặp viêm xương tủy hàm lan rộng ở người có tuổi, người già, do cơ thể suy nhược, kém dinh dưỡng, kém đề kháng. Ở thể này, viêm xương tủy hàm do răng có thể gây ra những xương mục lớn, lan rộng không những nửa hàm, mà cả hai bên hàm, làm gãy xương bệnh lý, mất một phần hay toàn bộ hàm,

có khi phải tháo khớp hàm. Viêm xương tủy kéo dài nhiều tháng, rò mủ, xương mục lan rộng, biến chứng áp xe lan sang cả phần mềm, thì việc điều trị rất khó khăn và kéo dài.

Trong những trường hợp này, điều trị cần phối hợp lấy xương mục kịp thời, mở các ổ mủ nhỏ răng nguyên nhân, chuẩn bị phương tiện giữ xương hàm trong trường hợp lấy xương mục lớn, gây xương bệnh lý, nâng cao thể trạng, săn sóc tốt sau mổ (dẫn lưu nhanh mủ, truyền dịch, đạm, máu, cho kháng sinh đúng loại "dựa trên kháng sinh đồ" và nhanh, mạnh, đủ liều lượng).

+ Vùng góc hàm: viêm xương góc hàm thường do thương tổn răng số 6 dưới đối với trẻ nhỏ hay biến chứng răng khôn đối với người lớn. Ngoài dấu hiệu toàn thân thường kèm thêm khít răng. Xương mục ở sâu loại trừ chậm.

+ Vùng cánh lên: do lan tỏa viêm xương từ nơi kế cận đến và biến chứng có thể gây nên viêm khớp thái dương hàm.

+ Vùng bờ nền xương hàm kèm theo xương mục ở bờ nền.

Kháng sinh làm mất nhanh những dấu hiệu toàn thân và chức phận nhưng tại chỗ, bệnh vẫn tiến triển, hình thành xương mục chậm, hay có khi tưởng bệnh đã khỏi nhưng lại tái phát ở chỗ cũ hay chỗ khác.

Viêm xương tủy do nguyên nhân toàn thân: rất hiếm gặp so với nguyên nhân tại chỗ. Nguyên nhân viêm xương tủy thường do tụ cầu khuẩn vàng gây ra, nhưng tình trạng toàn thân và tại chỗ của cơ thể là những yếu tố dễ tạo điều kiện cho viêm xương tủy. Một số thể viêm xương tủy:

\* *Viêm xương tủy theo đường máu ở xương hàm dưới*: là một bệnh nhiễm khuẩn toàn thân, khu trú thứ phát ở xương hàm dưới (rất ít khi khu trú ở xương hàm trên). Về giải phẫu bệnh, vi khuẩn theo đường máu vào tổ chức liên kết của ống Havers gây sung huyết tại chỗ. Nếu tiến triển sẽ dẫn đến làm mủ, mủ sẽ tụ ở trong những hốc xương.

Nguyên nhân thuận lợi: có thể gặp ở lứa tuổi từ 3 đến 6 tháng cho đến 20 tuổi. Cơ thể bị suy nhược, nhiễm khuẩn cũng là yếu tố thuận lợi. Xương hàm dưới, nhất là góc hàm thường hay bị, vì kém



được nuôi dưỡng và những mầm răng hàm lớn thường là những điểm khu trú của nhiễm khuẩn.

Thường do tụ cầu vàng và đường vào của vi khuẩn là những thương tổn ở da và niêm mạc như nốt, chốc, cụm nốt, viêm quầng và cũng có thể do viêm họng, cúm hay viêm một xương khác.

Bệnh tiến triển qua các giai đoạn: khởi đầu, nhiễm khuẩn máu, khu trú xương, toàn phát (*làm mủ và rò*) và tái tạo.

+ Giai đoạn khởi đầu: nhiễm khuẩn máu (*4-7 ngày*) đau dữ dội, sốt cao  $40^{\circ}\text{C}$ , da nhợt nhạt, rét run, nhiều mồ hôi, nôn mửa, mạch nhanh, nhỏ, thở ngắn và nông, mệt mỏi, nước tiểu ít và có protein.

Cấy máu có thể dương tính (*tụ cầu vàng*).

Giai đoạn khu trú xương: vào ngày thứ năm.

Đau dữ dội, liên tục và sưng vùng góc hàm, nhưng trước đó không có dấu hiệu đau răng.

Có khít hàm, lợi vùng răng hàm sưng huyết, sờ thấy bản xương hàm dày, rất đau, nhiều răng lung lay, gõ đau, dấu hiệu Vincent có thể có, rãnh tiền đình sưng đầy.

Sưng to vùng góc hàm, lan đến các vùng khác, viêm tiến triển nhanh đến áp xe.

+ Giai đoạn làm mủ và rò: rò ra da hay niêm mạc, mủ thối, dùng tăm khám qua lỗ rò thấy xương bọc lộ, rấp, có thể có xương mục. Các dấu hiệu chức năng và thực thể vẫn còn, tuy tình trạng toàn thân có khá hơn.

Chụp X-quang thấy hình mất vôi, không có tổn thương chân răng.

Giai đoạn này kéo dài khoảng 2 tuần.

+ Giai đoạn xương mục và tái tạo xương: giai đoạn này kéo dài nhiều tháng. Các dấu hiệu toàn thân không còn, xương hàm quá phát vì dày xương, qua lỗ rò mủ, thăm dò thấy xương mục di động. Chụp X quang thấy rõ xương mục.

Sau khi loại bỏ hết xương mục là giai đoạn tái tạo xương.

\* *Viêm xương tủy hàm do lao*: ngày nay rất hiếm gặp (*kể từ khi có thuốc kháng sinh chống lao*). Nhiễm lao xương hàm thường gặp ở xương hàm dưới trẻ em, ít gặp ở người lớn. Ở xương hàm dưới, lao hay khu trú ở góc hàm và xương ổ răng. Có thể gặp ở cung tiếp, xương má. Trục khuẩn Koch xâm nhập vào xương hàm theo đường máu hay đường niêm mạc ở một người bị lao phổi có trục khuẩn Koch, Lao xương hàm biểu hiện dưới các thể tỏa lan dưới màng xương, thể trung tâm và thể ổ răng.

– Thể lan tỏa dưới màng xương: sưng một bên góc hàm, không bị khít hàm, không tê môi, có thể có hạch cổ.

Răng không tổn thương, phản ứng da dương tính mạnh. Tiến triển đến áp xe lạnh, rò ra da. Thăm khám thấy xương mềm.

Chụp X quang thấy hình mất vôi, bờ không rõ.

Thể trung tâm: hay khu trú ở cạnh lên tiến triển chậm, rò ra da hay niêm mạc, có thể bị bội nhiễm và gãy xương bệnh lý.

Chụp X quang thấy hình khuyết xương không đều.

Cả hai thể có thể cùng phối hợp.

Chẩn đoán phân biệt xương tủy do lao với viêm xương tủy do răng, do đường máu, giang mai, u xương hàm dựa vào các dấu hiệu lâm sàng đặc trưng của bệnh và nhất là tiêm truyền cho chuột lang và sinh thiết.

– Thể xương ổ răng: trên một bệnh nhân bị lao phổi có cơn bột phát chảy mủ quanh răng, hay sau khi nhổ răng, ổ răng không lành, lợi bị loét, dễ bong và trơ xương. Sau đó có nhiều chỗ rò ở lợi hay da, có xương mục.

Chụp X quang thấy mất vôi xương ổ răng hay xương mục. Nên khám và chụp phổi tìm nguyên nhân.

Các thể lao đều điều trị bằng kháng sinh chống lao, chỉ định mổ lấy xương mục phải rất thận trọng.

\* *Viêm xương tủy hàm do giang mai*: ít gặp. Lúc đầu khó phân biệt với viêm xương tủy hàm do răng hay đường máu.

Thương tổn xương do giang mai bẩm sinh trẻ em (vào khoảng tháng thứ 6) biểu hiện bằng viêm màng xương cốt hoá, dày bờ nền, bản xương trong và ngoài của xương hàm dưới. Viêm màng xương có tính chất đối xứng khu trú hay lan rộng. Chụp X quang thấy hình vôi hoá không đều ở thân và đầu xương, và hình mất vôi ở hành xương (*métaphysis*).

Giang mai thời kỳ hai có thể gây đau kiểu thần kinh, xương hàm dưới, kèm theo viêm màng xương.

Giang mai thời kỳ ba biểu hiện bằng gôm giang mai khu trú ở cạnh ngang hay cạnh lên xương hàm dưới, với triệu chứng viêm xương hay viêm màng xương.

Cần phân biệt viêm xương do răng, do lao hay u. Chẩn đoán dựa vào phản ứng huyết thanh và sinh thiết.

– *Viêm xương tủy hàm do nấm actinomyces*: ít gặp ở xương hàm. Thường phối hợp với viêm nhiễm do tạp khuẩn.

Đặc điểm là viêm xương, có phản ứng màng xương, ít khi có xương mục. Hình ảnh điện quang không khác các thể viêm xương khác. Loại nấm thường gặp là *actinomyces israeli*.

Có 3 thể viêm xương tủy do *actinomyces* (11):

– Thể trung tâm sâu: ít gặp ở xương hàm dưới, biểu hiện lâm sàng như viêm xương, tiến triển chậm, thâm nhiễm phần mềm, rò, không đau, lung lay hay có thể rụng răng.

– Thể u trung tâm: rất hiếm, khu trú ở góc hàm, sưng mạn tính, ảnh hưởng tới phần mềm, không có dấu hiệu chức năng, tiến triển kéo dài và rò.

Chụp X quang thấy hình ảnh viêm xương.

– Thể ngoại vi viêm xương và loét: rất hiếm gặp. Có thể thấy dưới thể viêm xương ổ răng và niêm mạc lợi. Hình ảnh điện quang là viêm xương ổ răng, mất vôi và bờ không đều.

Chẩn đoán: viêm xương tủy do *actinomyces* phải dựa vào xét nghiệm vi thể, soi và cấy nấm, tìm hạt vàng và sợi nấm, hay sinh thiết.

\* *Viêm xương tủy hàm do nguyên nhân ngoại sinh*: đó là những thể viêm đặc biệt do tai nạn điều trị hay nhiễm độc vì bệnh nghề nghiệp, gây nên bởi những yếu tố hoá học hay lý học hay do những chất phóng xạ.

– Hoại tử xương hàm so asen (*arsenicum*).

Nguyên nhân: do đặt asen diệt tủy sai kỹ thuật, asen chạm trực tiếp vào lợi, hay ngấm qua chất hàn không kín, hoặc asen ngấm qua chóp răng vào dây chằng ổ răng vào xương hàm, phần mềm, vách xương giữa các răng.

Triệu chứng: đau liên tục kiểu viêm quanh răng, niêm mạc lợi vùng cổ răng có màu tím hay xám, khoảng 2-3 tuần xương mục bị loại ra, răng lung lay.

Đặc biệt nếu là thể nặng thì xương mục lớn, mang một hay nhiều răng. Theo một số tác giả thì không nên đặt asen ở những răng cửa bên và răng có chóp mở rộng. Để dự phòng cần đặt asen liều nhỏ và hàn kín.

– Hoại tử xương hàm do thủy ngân: thường do nhiễm thủy ngân trong thuốc. Thủy ngân được thải trừ qua nước bọt gây viêm lợi miệng trước tiên, viêm màng xương, viêm xương, dần dần đưa đến hoại tử xương ổ răng, hình thành xương mục dưới chóp răng và lan rộng dần, có khi mảnh xương có răng bị loại ra ngoài.

Một số triệu chứng toàn thân kèm theo như nôn mửa là triệu chứng có sớm do kích thích dạ dày, ruột, ỉa lỏng, đái ra máu, nước tiểu có protein, vô niệu, thiếu máu, urê máu tăng, hồng cầu có nhiều hình.

– Hoại tử xương hàm do chất lân: rất hiếm gặp, do sử dụng thuốc có chất lân. Triệu chứng: đau dữ dội ở lợi và răng, tiến đến làm mủ, khít hàm, hoại tử xương hàm dưới rộng và thường hình thành xương mục trung tâm, lớn, vỏ xương và màng xương dày. Tiến triển chậm và bệnh chỉ khỏi khi đã loại hết xương mục.

– Hoại tử xương hàm do tia Ronghen (tia X): đó là tai biến nặng do sử dụng tia Ronghen liều lượng quá lớn để điều trị u ác tính (*trung bình trên 8000 r*), hoặc không lọc được hết những tia có hại

như tia thứ cấp (*tia phụ*), hoặc do những yếu tố dọn đường như cao răng, răng sâu, chân răng nhiễm khuẩn, miệng, răng hàm giả.

Bệnh sinh: hoại tử xương hàm là do cường độ tia lớn, do vị trí, do sang chấn và nhiễm khuẩn. Xương hàm dưới hay bị hoại tử hơn xương hàm trên, vì có ít mạch máu nuôi dưỡng. Cũng có khi bị hoại tử cả hai xương hàm. Xương bị tia thể hiện thoái hoá tế bào xương mất quá trình tạo xương, xơ mạch, nhất là động mạch, do đó phản ứng bảo vệ, chống nhiễm khuẩn giảm nhiều. Biến chứng “sâu răng do tia” là do khô miệng, vì tuyến nước bọt bị xơ, răng bị mất vôi, vỡ, dẫn đến phải nhổ, gây sang chấn. Nhiễm khuẩn quanh răng cũng là một nguyên nhân gây hoại tử xương. Lợi, niêm mạc dễ bị loét, thủng, nên xương bị bộc lộ, nhiễm khuẩn và cuối cùng bị hoại tử và mục từng mảng lớn (*hoại tử vô khuẩn*), tủy xương bị thương tổn, mạch bị tắc hay xơ.

Da cũng bị viêm, nang lông bị phá hủy làm rụng lông tóc.

Triệu chứng: hoại tử xương hàm có thể xảy ra sớm ngay sau khi điều trị tia X, hoặc muộn nhiều tháng về sau. Dấu hiệu đầu tiên là đau trong sâu hay đau dữ dội vùng răng hàm dưới nơi bị chiếu tia X. Đau có thể kéo dài nhiều tuần. Nếu nhổ răng, ổ răng sẽ không liền. Nếu nhiễm khuẩn sẽ sưng phần mềm, áp xe khít hàm. Rò kéo dài hàng tháng. Xương bị hoại tử có màu trắng, vàng hay xám, trơ ra ở xương ổ răng và tách khỏi xương hàm, xương cũng có thể bộc lộ về phía tiền đình hay phía lưỡi. Xương hoại tử chậm vì không những tạo cốt bào mà cả hủy cốt bào cũng bị hủy. Xương mục tách chậm khỏi xương tốt. Xương mục



H40. Hoại tử xương hàm trên phải sau tia xạ (*hình xương mục và tiên xương P*)

có thể lớn chiếm cả chiều cao xương hàm và gây gãy xương bệnh lý và viêm xương tủy do nhiễm khuẩn thứ phát (H40).

Chụp X quang thấy hình ảnh viêm xương và xương mục.

Biến chứng: có thể gãy xương hàm bệnh lý, chảy máu do vết loét hoặc chết vì suy kiệt.

Chẩn đoán dựa vào lịch sử bệnh, sinh thiết nếu nghi ngờ giữa loét do tia Ronghen và ung thư tái phát.

Dự phòng và điều trị: trước khi dùng liệu pháp quang tuyến hay Radi ở vùng miệng, hầu, phải kiểm tra, săn sóc tỉ mỉ miệng người bệnh: vệ sinh miệng, lấy cao răng, nhổ răng, điều trị các ổ nhiễm khuẩn, tránh các nguyên nhân gây tia phụ.

Nhổ tất cả các răng sâu và răng tốt nằm trong vùng chiếu tia X hoặc đặt kim Radi, nhổ rộng quá giới hạn vùng dự kiến thương tổn.

Tháo các răng cầu và chất hàn bằng kim loại để tránh tia phụ.

Nhổ chân răng nhiễm khuẩn và chân răng còn sót lại.

Phẫu thuật hoặc điều trị những thương tổn ở cuống răng (*u hạt, năng răng*). Hàn các răng sâu bằng cement, composit chứ không được hàn bằng chất amalgam hay vàng.

Sau khi xử lý như trên 2-3 tuần mới bắt đầu điều trị tia X hay Radi.

Một thời gian về sau, càng lâu càng tốt, sau khi điều trị tia không nên nhổ răng ở vùng đã điều trị bằng tia X hay Radi, hoặc phẫu thuật, vì tuần hoàn chưa hồi phục, vết thương lâu khỏi.

Cần chú ý những răng lung lay nhẹ hoặc ở những người đã điều trị tia cũ, vì có thể đó là những biểu hiện của hoại tử xương hàm. Nếu nhổ răng sẽ làm cho quá trình hoại tử nặng thêm. Chỉ nhổ răng hay phẫu thuật ở vùng đã điều trị tia X hay Radi ít nhất sau 6 tháng.

Không nên mang hàm giả tì vào niêm mạc ở vùng xương đã bị chiếu tia X, vì sẽ gây ra kích thích hại cho niêm mạc.

Điều trị: khi bệnh tiến triển. Sau khi đã xảy ra hoại tử xương hàm, cần phải chống nhiễm khuẩn toàn thân và tại chỗ, rửa miệng bằng thuốc sát khuẩn nhẹ. Cho thuốc giảm đau và các vitamin (B1, B6, D, PP), chất đạm, chất vôi. Nếu cần cho truyền máu.

Mỡ và dẫn lưu áp xe theo đường trong miệng nếu được, để tránh loét, rò da, vì da cũng thương tổn do tia X. Bơm rửa miệng và vết thương bằng dung dịch kháng sinh để làm sạch và tẩy mùi hôi thối.

Lấy xương mục khi đã tách rời. Để đề phòng sẹo co kéo hoặc gãy xương khi lấy xương mục, cần chuẩn bị trước các phương tiện cố định xương hàm như nẹp cố định.

Săn sóc sau mổ rất quan trọng, phải cho kháng sinh, nếu có bội nhiễm phải làm kháng sinh đồ, trước khi cho kháng sinh. Vệ sinh bơm rửa vết mổ. Chú ý cho chế độ ăn uống nâng đỡ thể trạng, vì bệnh nhân ung thư thường cơ thể suy yếu. Cho các loại vitamin và chất sắt. Truyền máu nếu cần, vì nhiều trường hợp bệnh nhân thiếu máu.

## VI. VIÊM XƯƠNG TỦY HÀM TRÊN

Những biểu hiện lâm sàng của viêm xương tủy hàm trên có nhiều điểm giống như viêm xương tủy hàm dưới, trong phần này chúng tôi chỉ đề cập những điểm riêng biệt của viêm xương tủy hàm trên.

\* *Viêm xương tủy hàm trên do nguyên nhân tại chỗ*: xương hàm trên là xương xốp, có nhiều mạch máu nuôi dưỡng, sức chống đỡ tốt, nên xương bị hoại tử và tổn thương ít hơn. ở người lớn có viêm xương hàm trên thể trước, thể sau và thể toàn bộ (*hiếm gặp*).

- *Thể trước*: nguyên nhân do răng cửa và răng nanh. Khối răng cửa và răng nanh lung lay. Dấu hiệu lâm sàng: sưng nề và sung huyết rãnh tiền đình vùng khối răng cửa, ấn lõm. Môi trên biến dạng, rãnh mũi - má nền dày, nền mũi và ngách mũi dưới sưng, có mủ. Ít có xương mục, nhưng cũng có thể cả khối xương vùng răng cửa hoại tử. Cần kiểm tra bằng chụp X quang.